



**Gesundheit fördern –
Tabakkonsum verringern:**

**Handlungsempfehlungen
für eine wirksame
Tabakkontrollpolitik
in Deutschland**

Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle
Sonderband:
Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern:
Handlungsempfehlungen für eine wirksame
Tabakkontrollpolitik in Deutschland

© 2002 Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg

2. überarbeitete Auflage, 2003: 5001-10000

Zitierweise:

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.):
Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern:
Handlungsempfehlungen für eine wirksame
Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Heidelberg, 2002

Umschlagfoto:

Ashvin Gatha & Tushita Bosonet Libing Color, CH-1807 Blonay

Gestaltung des Innenteils:

Komma & Reuther, Heidelberg

Titelgestaltung, Satz und Repro:

komplus GmbH, Heidelberg

Verantwortlich für den Inhalt:

Deutsches Krebsforschungszentrum
Stabsstelle Krebsprävention
Projektleiterin: Dr. med. Martina Pötschke-Langer
Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg
Telefon: (0 62 21) 42-30 07
fax: (0 62 21) 42-30 20
E-Mail: m.poetschke-langer@dkfz.de
Internet: www.dkfz.de

Mit finanzieller Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation im
Rahmen des United Nations Fund „Tobacco Free World Media Project“

Rote Reihe
Tabakprävention und Tabakkontrolle
Sonderband I

**Gesundheit fördern –
Tabakkonsum verringern:**

**Handlungsempfehlungen
für eine wirksame
Tabakkontrollpolitik
in Deutschland**

Autorin:

Dr. Annette Bornhäuser

In Zusammenarbeit mit:

Prof. Dr. Michael Adams, Hamburg

PD Dr. Anil Batra, Tübingen

PD Dr. Nikolaus Becker, Heidelberg

Dr. Pál Laszlo Bölcskei, Nürnberg

Prof. Dr. Hermann Brenner, Heidelberg

Dr. Katja Broman, Essen

Prof. Dr. Peter Drings, Heidelberg

Dr. Reiner Hanewinkel, Kiel

Prof. Dr. Knut-Olaf Haustein, Erfurt

PD Dr. Uwe Helmert, Bremen

Wolf-Rüdiger Horn, Köln

Rolf Hüllinghorst, Hamm

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Bielefeld

Prof. Dr. Karl-Heinz Jöckel, Essen

Prof. Dr. Ulrich John, Greifswald

Burckhard Junge, Berlin

Prof. Dr. Ulrich Keil, Münster

Dr. Christoph Kröger, München

Dr. Wilfried Kunstmann, Köln

Dipl.-Psych. Peter Lang, Köln

Dr. Frank Lehmann, Köln

Dipl.-Psych. Peter Lindinger, Heidelberg

Prof. Dr. Karl Mann, Mannheim

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, Berlin

Dr. Uwe Prümel-Philippsen, Bonn

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Berlin

Dr. Bettina Schmidt, Köln

Dr. Götz von Laffert, Frankfurt

Dr. Rudolf Welteke, Bielefeld

Prof. Dr. Dr. H. Erich Wichmann, Neuherberg

Prof. Dr. Friedrich Wiebel, Neuherberg

Projektleitung:

Dr. Martina Pötschke-Langer

Mit finanzieller Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation im Rahmen
des United Nations Fund „Tobacco Free World Media Project“

Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg

NB: Die jeweils weibliche Form wird zugunsten der Lesbarkeit nicht benannt, dies entspricht aber in keiner Weise der Bevorzugung oder Benachteiligung einer der beiden Geschlechtsgruppen.

Inhalt

Vorwort.....	5
A Präambel	6
B Ausmaß des Tabakkonsums, tabakbedingte gesundheitliche und ökonomische Konsequenzen	9
C Wirksamkeitsüberprüfte Maßnahmen zur Verringerung des Tabakkonsums	
1 Erhöhung der Tabaksteuern	19
2 Bekämpfung des illegalen Handels mit Tabakprodukten.....	26
3 Verbot von Tabakwerbung und Sponsoring	31
4 Schaffung einer rauchfreien Umwelt.....	37
5 Produktregulierung und Verbraucherinformation.....	43
6 Abgabe und Vertrieb von Tabakwaren.....	51
7 Schulische Tabakprävention.....	57
8 Massenmediale Tabakprävention.....	61
9 Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung.....	65
D Auf dem Weg zu einer wirksamen Tabakkontrollpolitik: Zusammenfassung und Ausblick	73
E Verzeichnis der beteiligten Expertinnen und Experten	76
Quellenverzeichnis Randzitate	79

Vorwort

Seit langem ist es uns eine traurige Gewissheit: das Tabakrauchen ist der bedeutsamste Risikofaktor für eine Reihe von Krebskrankheiten und die Ursache für den vorzeitigen Tod von mehr als 100 000 Bundesbürgern jährlich. Wer in seiner Familie oder in seinem Freundeskreis das Sterben eines Lungenkrebskranken erlebte, versteht nicht, warum gerade in Deutschland die Aufklärung über die Gefahren des Rauchens so wenig greift, und Elend und Betroffenheit auch der Verwandten und Freunde so viel an öffentlicher Aufmerksamkeit vermissen lassen.

„Es muss ein Ruck durch die Gesellschaft gehen“, so formulierte es der frühere Bundespräsident Roman Herzog. Wir fordern diesen Ruck zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden unserer Gesellschaft und zur Aufklärung der bisher Uneinsichtigen. Müssen wir es wirklich ertragen, dass es an einer wirksamen Tabakkontrollpolitik in Deutschland fehlt, dass bei uns eine Vielzahl von Menschen unnötig frühzeitig versterben und dass unsere Nachbarländer uns zeigen, was auf diesem Sektor erreichbar ist? Es ist höchste Zeit zum Handeln!

Es ist das Verdienst der Autoren dieses Sonderbandes „*Tabakprävention und Tabakkontrolle*“, von Annette Bornhäuser,

Martina Pötschke-Langer und den beteiligten Experten, in dem vorgelegten Manuskript „*Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern*“ nicht nur die Folgen des Tabakkonsums, sondern ein Bündel wirksamkeitsüberprüfter Maßnahmen zu seiner Verringerung aufzuzeigen. Man kann nur wünschen, dass dieser Band an diejenigen Stellen die notwendige Aufmerksamkeit findet, die zum Handeln aufgerufen sind.

Die Weltgesundheitsorganisation, in Deutschland die KOALITION GEGEN DAS RAUCHEN und das Deutsche Krebsforschungszentrum sind sich einig in dem Bemühen, auch für Deutschland wirksame Tabakkontrollmaßnahmen zu erreichen. Möge dieser Beitrag dazu verhelfen, bei uns das Bewusstsein über die Folgen des Tabakkonsums zu schärfen und zu wirksamen Schritten in Vorbeugung und Aufklärung beitragen. Den Verfassern dieser Publikation sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
Harald zur Hausen
Wissenschaftlicher Stiftungsvorstand
Deutsches Krebsforschungszentrum

Heidelberg, 12. August 2002

A Präambel

Der Zigarettenkonsum stellt heute in den Industrieländern das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache frühzeitiger Sterblichkeit dar. Sowohl die Krankheitsbelastung durch Zigarettenkonsum als auch dessen Einfluss auf die Gesamtsterblichkeit sind in ihrem Ausmaß historisch beispiellos. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sterben weltweit jährlich vier Millionen Menschen vorzeitig an den Folgen des Zigarettenkonsums, dies bedeutet alle neun Sekunden ein Todesfall. Im 20. Jahrhundert sind weltweit über 100 Millionen Menschen hieran gestorben. Damit haben die Folgen des Rauchens längst epidemische Ausmaße angenommen. Wenn die gegenwärtigen Konsumtrends in den Industrienationen weiter anhalten und in den Entwicklungsländern zunehmen, wird sich die Anzahl der rauchbedingten Todesfälle weltweit innerhalb der nächsten Jahrzehnte auf rund 10 Millionen pro Jahr erhöhen.

Da Zigaretten ca. 90% aller konsumierten Tabakwaren ausmachen, beziehen sich die Begriffe „Rauchen“ oder „Tabakkonsum“ in dieser Publikation meist ausschließlich auf den Konsum von Zigaretten. Dies bedeutet allerdings nicht, dass Zigarren, Zigarillos, Pfeifenrauchen, Kautabak und andere Tabakwaren (Bidis etc.) gesundheitlich unbedeutend sind; sie fallen derzeit lediglich quantitativ vergleichsweise weniger ins Gewicht. Im Hinblick auf die Eindämmung des Tabakkonsums sind diese Tabakprodukte jedoch nicht zuletzt deshalb von Bedeutung, weil es nicht sinnvoll sein kann, ein riskantes Konsumverhalten durch ein anderes zu ersetzen.

Zigaretten sind die einzigen frei verfügbaren Handelsprodukte, die bei einem Großteil derer, die sie *bestimmungsgemäß* verwenden, zu Abhängigkeit, schwerwiegenden Gesundheitsschäden und vorzeitigem Tod führen. Dies unterscheidet sie von Alkohol, Medikamenten, Autos und weiteren Produkten, die ebenfalls Schaden anrichten können. Nach Erkenntnissen der längsten epidemiolo-

gischen Beobachtungsstudie zum Tabakkonsum, die über einen Zeitraum von 40 Jahren an rauchenden und nichtrauchenden Ärzten in Großbritannien durchgeführt wurde, stirbt die Hälfte aller langjährigen Raucher vorzeitig an den Folgen des Tabakkonsums, wobei hiervon wiederum die Hälfte aller Todesfälle bereits im mittleren Lebensalter zwischen 35 und 69 Jahren eintritt. Während ein Raucher im Durchschnitt etwa acht Jahre seines Lebens verliert, büßen diejenigen, die bereits im mittleren Alter sterben, über 20 Jahre ihrer durchschnittlichen Lebenserwartung ein.

Allein in Deutschland sterben pro Jahr geschätzte 110 000 bis 140 000 Menschen an tabakbedingten Krankheiten. Auf den unteren der beiden genannten Werte bezogen, beträgt die jährlich durch den Tabakkonsum vernichtete Lebenserwartung 1,5 Millionen Lebensjahre. Der Zigarettenkonsum verursacht in Deutschland jährlich mehr Todesfälle als Aids, Alkohol, illegale Drogen, Verkehrsunfälle, Morde und Suizide zusammen genommen. Angesichts dieses Ausmaßes tabakbedingter Folgen und der hinreichenden Nachweise für die Wirksamkeit umfassender Maßnahmen der Tabakkontrolle ist politisches Handeln dringend erforderlich.

Das übergeordnete Ziel der Tabakkontrolle ist die Verringerung des durch den Tabakkonsum herbeigeführten individuellen und gesellschaftlichen Schadens, sowohl der enormen Krankheitsbelastung und der vorzeitigen tabakbedingten Sterblichkeit als auch der durch den Tabakkonsum verursachten betriebs- und volkswirtschaftlichen Kosten. Wie die Verlaufsdaten zur Verbreitung des Tabakkonsums und zur Passivrauchbelastung zeigen, haben die in Deutschland bisher angewandten herkömmlichen Ansätze der Beeinflussung des Tabakkonsums unter vorwiegender Verwendung edukativer Mittel, die zudem kaum flächendeckend durchgeführt wurden, kaum Auswirkungen auf das Rauchverhalten gezeigt. Vielmehr ist der Zigaretten-

konsum bei Kindern und Jugendlichen dramatisch angestiegen. Dagegen lassen Tabakkontrollprogramme in Kanada, den USA, einigen skandinavischen Ländern und Australien erkennen, dass angemessen und langfristig finanzierte, umfassende Programme der Tabakkontrolle, die gesetzgeberisch unterstützte, ressortübergreifende Maßnahmen enthalten, den Tabakkonsum und damit Krankheit und Tod wirksam senken können. Die erfolgreichen Programme enthalten sowohl bevölkerungsorientierte als auch auf Individuen und Gruppen ausgerichtete, verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen.

Die Weltgesundheitsorganisation hat die Initiative ergriffen und auf der Weltgesundheitskonferenz des Jahres 1998 eine Rahmenkonvention für die weltweite Tabakkontrolle (FCTC – Framework Convention on Tobacco Control) vorgeschlagen. Dieses Rahmenabkommen zielt darauf ab, alle relevanten Akteure aus dem Gesundheits-, aber auch Finanz-, Handels-, Arbeits-, Umwelt-, Agrar-, Justiz-, Bildungs- und Sozialsektor dazu zu verpflichten, der Gesundheit der Bevölkerung größtmögliche Priorität einzuräumen und in gemeinschaftlichen Anstrengungen wirksame Maßnahmen der Tabakkontrolle umzusetzen. Diesem Vorschlag stimmte die überwältigende Mehrheit der UN-Mitgliedsstaaten, die einen Sitz in der Weltgesundheitskonferenz haben, zu. Seitdem verhandeln die Mitgliedsstaaten, darunter auch Deutschland im Rahmen der Europäischen Union, um Konzepte zur Bekämpfung der Tabakepidemie.

Die Verhandlungen um die Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle, deren Grundvereinbarungen, Protokolle und ihre Umsetzung werden noch Jahre benötigen. Auch besteht die große Gefahr, dass, wie bei den Verhandlungen um die Umweltschutzcharta von Rio und deren Umsetzung, die Wirtschaftsinteressen im Vordergrund stehen und eine wirksame Konvention verhindern. Im Falle der Framework Convention on Tobacco Control besteht die reelle Gefahr, dass die multinationalen Tabakkonzerne, welche von den Verhandlungen selbst ausge-

schlossen sind, über Nationalstaaten ihre Interessen vertreten lassen.

Unternehmensinteressen stehen massiv gegen Gesundheitsinteressen – auch in Deutschland. Zur Unterstützung einer wirksamen Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle und zur Vorbereitung eines bundesweiten Tabakkontrollprogramms legt das Deutsche Krebsforschungszentrum diese Publikation vor. Sie schließt sich an das Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ im Hinblick auf „Lungenkrebs und Nationale Anti-Tabak-Kampagne“ an. Der Rat empfiehlt, „einer konsequenten Anti-Tabak-Politik bei der Bestimmung von Gesundheitszielen einen hohen Rang einzuräumen“. Dieser Empfehlung folgend hat das Bundesministerium für Gesundheit Ende 2001 das Ziel „den Tabakkonsum senken“ in die fünf prioritären „Gesundheitsziele“ für Deutschland aufgenommen.

Das Deutsche Krebsforschungszentrum unterstützt diese Bemühungen nachdrücklich und legt deshalb gemeinsam mit über 30 Wissenschaftlern, Ärzten, Suchttherapeuten und Fachleuten in Prävention und Gesundheitsförderung Handlungsempfehlungen für die deutsche Politik vor. Die Auswahl der vorgestellten Maßnahmen erfolgte auf der Basis ihrer wissenschaftlich überprüften Wirksamkeit. Zahlreiche Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation, die Weltbank, die Cochrane Collaboration, die US-amerikanischen Centers for Disease Control, das National Cancer Institute, die National Institutes of Health haben die vorhandene Evidenz für die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen der Tabakkontrolle systematisch überprüft. Alle stimmen darin überein, dass realistisch und langfristig finanzierte umfassende Programme der Tabakkontrolle den Tabakkonsum bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen senken können.

Jede einzelne der dargestellten Maßnahmen kann dazu beitragen, die Raucherquoten und den Pro-Kopf-Konsum von Tabakprodukten zu senken. Eine deutli-

che und nachhaltige Verringerung des Tabakkonsums kann jedoch nur durch eine Kombination der dargestellten Maßnahmen erreicht werden. Auch müssen diese Maßnahmen in kommunale und landesweite Programme eingebunden werden, um wirksam zu sein. Zugleich ist offenkundig, dass wirksame Tabakkontrolle nicht allein von der Gesundheitspolitik erreicht werden kann. Vielmehr wird diese insbesondere durch finanz- und wirtschaftspolitische Maßnahmen sowie die Verbraucherschutzpolitik bestimmt, was insbesondere in den ersten Kapiteln dieser Publikation zum Ausdruck kommt. Die Publikation richtet sich an alle Politiker und Entscheidungsträger in Bund und Ländern, an die Regierung ebenso wie die Opposition sowie an die Verantwortlichen in Ministerien, Behörden, Wirtschaft und Gesundheits- und Verbraucherorganisationen.

Es wird besonderer Wert auf die Feststellung gelegt, dass durch die Handlungsempfehlungen nicht Raucher diskriminiert werden, sondern der Tabakkonsum als Ursache für Abhängigkeit, Krankheit und vorzeitigen Tod marginalisiert wird.

B Ausmaß des Tabakkonsums, tabakbedingte gesundheitliche und ökonomische Konsequenzen

Verbreitung des Tabakkonsums

■ Der aktuellsten Repräsentativbefragung zufolge rauchen in Deutschland im Jahr 2000 rund 35% der Erwachsenenbevölkerung in dem erhobenen Altersspektrum zwischen 18 und 59 Jahren ⁵⁴.

■ Der überwiegende Anteil aller Raucher (87%) raucht täglich. Drei Viertel aller regelmäßigen Raucher konsumieren pro Tag zwischen 5 und 20 Zigaretten. Mit einem täglichen Konsum von 20 oder mehr Zigaretten sind in Deutschland 15% aller erwachsenen Raucher gemäß WHO-Definition starke Raucher ⁷⁵.

■ Von den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen 12 und 25 Jahren bezeichnen sich im Jahr 2001 38% als gelegentliche oder ständige Raucher ²⁰. Zwar ist der Anteil der Nieraucher im Verlauf der Neunzigerjahre deutlich angestiegen. Da sich jedoch der Prozentsatz der Ex-Raucher im Vergleich zu 1993 mehr als halbiert hat, liegt die Raucherquote der 12- bis 25-Jährigen seit Anfang der Neunzigerjahre fast unverändert hoch (vgl. Abbildung 1).

■ Das Durchschnittsalter, in dem Jugendliche ihre erste Zigarette rauchen, liegt derzeit zwischen 13 und 14 Jahren. Von den heute 12- bis 25-jährigen Rauchern haben 80% bereits im Alter zwischen 11 und 16 Jahren ihre erste Raucherfahrung gemacht, 11% sind beim Konsum ihrer ersten Zigarette jünger als 11 Jahre ²⁰.

■ Im Laufe der Adoleszenz nimmt die Raucherquote deutlich zu. Während der Raucheranteil im Alter zwischen 12 und 13 Jahren bei 10% liegt, verdreifacht sich die Quote bei den 14- bis 15-jährigen Jugendlichen auf knapp 30%. In der Altersgruppe der 16- bis 17-Jährigen steigt der Anteil der Raucher noch einmal sprunghaft auf 44% an. Bei den 20- bis 21-Jährigen ist der Raucheranteil mit 48% am höchsten ²⁰. Auch der durchschnittliche Zigarettenkonsum wächst mit steigendem Alter deutlich an. Die Rate starker Raucher erhöht sich von 5% im Alter zwischen 14 und 15 Jahren auf 29% bei den 24- bis 25-jährigen Rauchern. Insgesamt sind 19% der Raucher im Alter zwischen 12 und 25 Jahren im

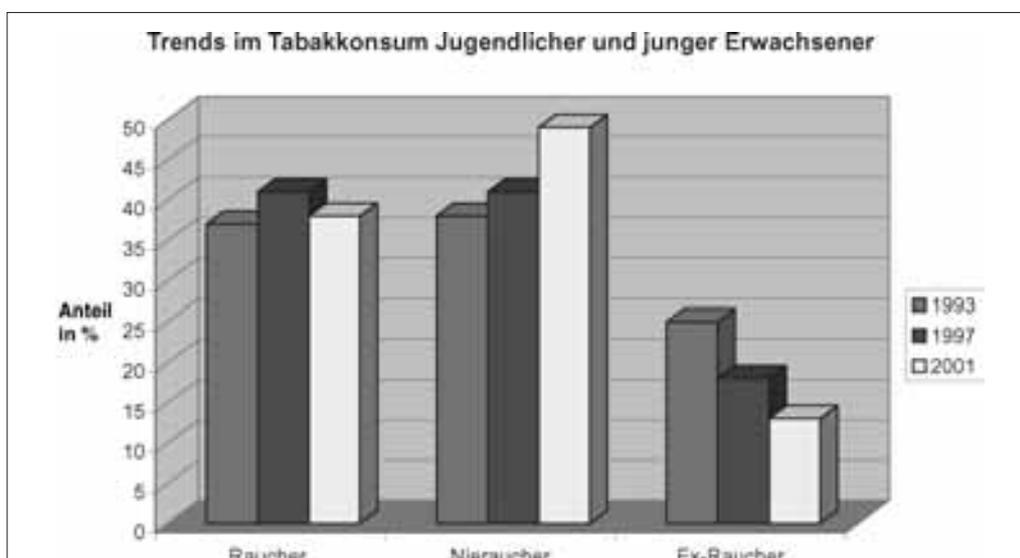


Abbildung 1: Anteil der Raucher, Nieraucher und Ex-Raucher im Alter von 12–25 Jahren (in Prozent). Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001 ²⁰. Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2002

Sinne der WHO-Definition starke Raucher²⁰.

■ Während in der Erwachsenenbevölkerung deutlich mehr Männer (rund 39%) als Frauen (rund 31%) rauchen, haben sich die Raucherquoten zwischen den Geschlechtern bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen weitgehend angeglichen (38% männlich, 37% weiblich)^{20,54}.

■ Im vergangenen Jahrzehnt stagnieren die Raucherquoten in der Gesamtbevölkerung insgesamt auf hohem Niveau^{20,51,54,75}. Zwischen 1992 und 1999 hat sich der Nichtraucher-Anteil nur sehr geringfügig, lediglich um 0,7 Prozentpunkte, erhöht⁵⁰. Während Ende der Neunzigerjahre ein etwas höherer Anteil aller Männer Nichtraucher ist, ist der Nichtraucheranteil bei Frauen rückläufig^{72,75}.

■ Detailliertere Analysen zeigen, dass die Raucheranteile bei Frauen im Verlauf der Neunzigerjahre deutlich angestiegen sind. In den neuen Bundesländern ist der beobachtete Zuwachs besonders ausgeprägt, hier stiegen die Raucherraten zwischen den Jahren 1991/1992 und 1998 über alle untersuchten Altersgruppen um mehr als 40% an⁵¹ (vgl. Abb. 2).

■ Im Jahr 2000 hat sich der Anteil rauchender Frauen im Osten zwar gegenüber 1997 wieder verringert, liegt aber immer noch höher als 1995. Im Westen ist der Anteil der Raucherinnen im Jahr 2000 ebenfalls höher als Mitte der Neunzigerjahre⁵⁴.

■ Auch bei den jüngeren Altersgruppen ist ein teilweise deutlicher Zuwachs der Raucherquoten zu verzeichnen: Im gesamten Bundesgebiet hat sich der Anteil der 12- bis 13-Jährigen, die ständig oder gelegentlich rauchen, im Jahr 2000 gegenüber 1997 von 7% auf 10% erhöht²⁰. Im Bundesland Bayern ist die Raucherquote bei den 12- bis 14-jährigen Jugendlichen zwischen den Jahren 1995 und 2000 sprunghaft von 4,3% auf 11,9%, um rund das Dreifache, angestiegen^{11,20}.

■ Im Unterschied zu den Befragungsdaten, die insgesamt eine Stagnation der Raucherquoten auf hohem Niveau zeigen, verzeichnen die Verbrauchsstatistiken einen Anstieg des Zigarettenkonsums zwischen 1993 und 2001 um rund 11% (vgl. Abb. 3)⁷⁵. Diese Diskrepanz erklärt sich vermutlich aus den unterschiedlichen Datenquellen. So muss bei Umfragen zum Konsum psychoaktiver Substanzen, zu denen auch die Tabakwaren zählen, mit einer teils erheblichen Unterschätzung des wahren Verbrauchs gerechnet werden⁶⁵. Der Mikrozensus beispielsweise erfasst nur etwa die Hälfte des Tabakkonsums nach Herstellerangaben, die Repräsentativerhebung ungefähr 70%⁸³.

■ Wie für viele andere westliche Industrienationen^{15,22,24,58} belegt eine Vielzahl von Untersuchungen auch für Deutschland eine stark ausgeprägte soziale Polarisierung des Rauchverhaltens. Personen, die in Großstädten leben, Per-

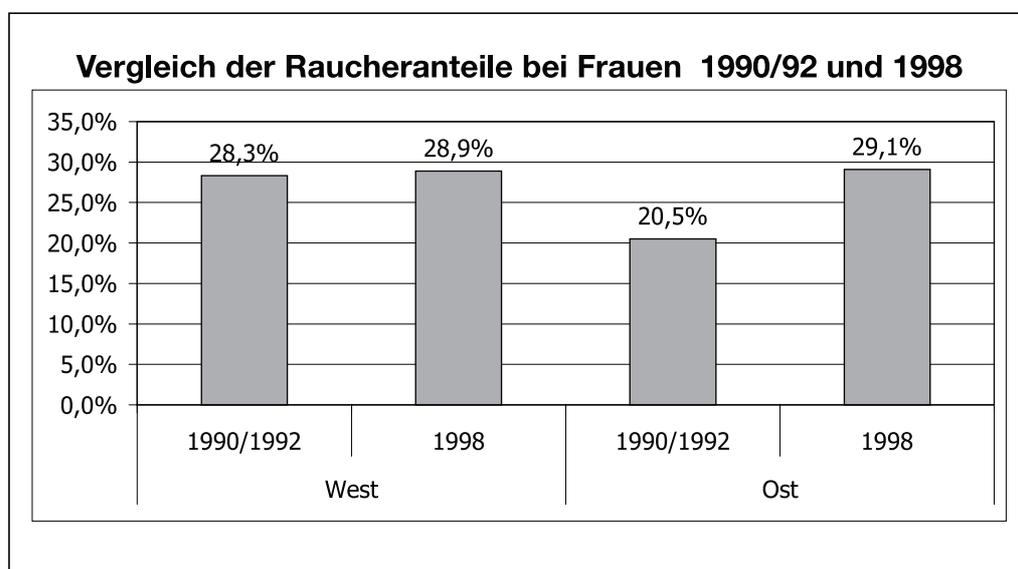


Abbildung 2: Vergleich der Raucheranteile bei Frauen 1990/1992 und 1998 (in Prozent). Quelle: Junge, Nagel, 1999⁵¹. Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2001

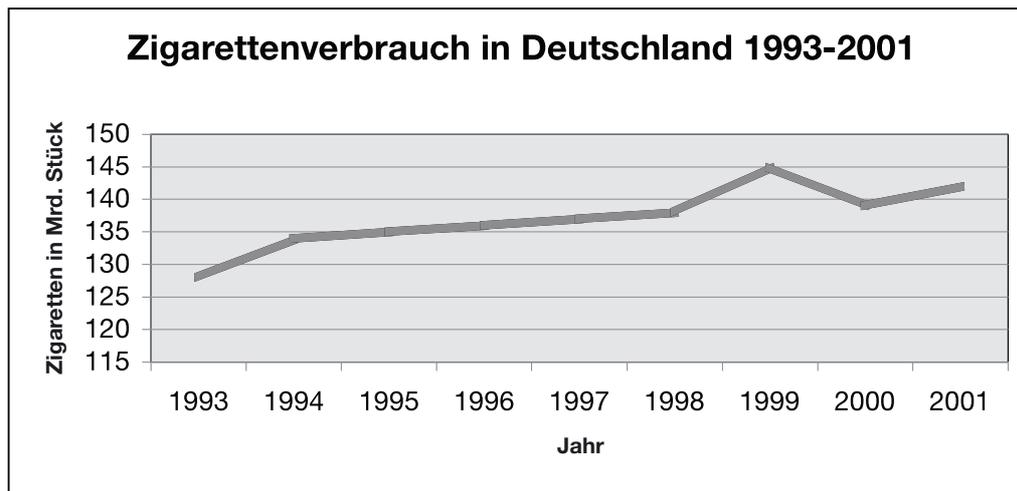


Abbildung 3: Zigarettenverbrauch in Deutschland von 1993 bis 2000 in Milliarden Stück (=Netto-Bezug von Steuerzeichen). Quelle: Statistisches Bundesamt, 2000 ⁷¹; Junge, persönliche Mitteilung. Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2002

sonen mit geringerer Schulbildung, niedrigem beruflichen Status, Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger und Geschiedene sind häufiger Raucher ^{37,38,42,43,60,69,75,77}. Die genannten sozialen Determinanten erklären einen beträchtlichen Anteil der Varianz im Rauchverhalten. In Bevölkerungsgruppen, die mehrere dieser Merkmale auf sich vereinigen, ist die Raucherquote im Vergleich zu sozial und ökonomisch besser gestellten Bevölkerungsgruppen insgesamt um das Vier- bis Sechsfache höher ³⁹.

■ Der Zusammenhang zwischen Rauchen und sozialer Lage trifft sowohl auf Frauen als auch Männer zu. Während die schichtspezifischen Unterschiede bei Männern in allen Altersgruppen zu sehen sind ⁵³, sind diese bei Frauen nur bei den jüngeren Altersgruppen (bis zum Alter von 45 Jahren) deutlich ausgeprägt ⁴².

■ Insgesamt geben 55% aller Nichtraucher an, dass sie unfreiwillig Tabakrauch einatmen müssen. Über eine Passivrauchbelastung am Arbeitsplatz berichten 21%, 12% müssen zu Hause und 43% an anderen Orten Tabakrauch einatmen ⁵⁰.

■ Die unfreiwillige Exposition gegenüber Tabakrauch kann bereits vorgeburtlich durch mütterliches Rauchen beginnen. In Deutschland rauchen zur Zeit rund 20% aller Schwangeren ⁴¹. Von den derzeit jährlich rund 770 000 Lebendgeborenen in der Bundesrepublik sind damit etwa 154 000 Säuglinge bereits in der Fetalperiode Rauchschadstoffen ausgesetzt ⁸².

■ Nach den Daten des Mikrozensus 1995 muss davon ausgegangen werden, dass 50% aller Kinder in allen Altersklassen regelmäßig passivrauchexponiert sind ⁷³. Bei Kleinkindern ist das elterliche Zigarettenrauchen die wichtigste Expositionsquelle für die Schadstoffbelastung durch Tabakrauch ⁴⁰.

Gesundheitliche Konsequenzen des Tabakkonsums

Tabakabhängigkeit

■ Das in Tabakprodukten enthaltene Nikotin ist stark suchterzeugend ⁷⁸. Neben den psychopharmakologischen Nikotinwirkungen werden auch lernpsychologische Faktoren für die Entstehung der Tabakabhängigkeit verantwortlich gemacht ^{8,9,10}.

■ Die Mehrheit aller gewohnheitsmäßigen Raucher ist tabakabhängig ^{8,9,89}. Bei Zugrundelegung der Abhängigkeitskriterien der 10. Revision des Internationalen Klassifikationssystems von Krankheiten der WHO (ICD-10) muss davon ausgegangen werden, dass 70% bis 80% aller Raucher tabakabhängig sind ¹⁰.

■ Erste Anzeichen einer Tabakabhängigkeit können bei Kindern und Jugendlichen bereits innerhalb weniger Wochen nach Beginn des nur gelegentlichen Zigarettenkonsums auftreten ²⁷. Hierzu zählen unter anderem ein starkes Bedürfnis zu rauchen, wiederholte erfolglose Ausstiegsversuche sowie Nervosität

„Es wurde bereits angedeutet, dass das Zigarettenrauchen die Droge mit dem höchsten Abhängigkeitspotenzial ist. Sicherlich raucht eine große Anzahl von Leuten weiter, weil sie nicht aufhören können. Wenn sie könnten, würden sie aufhören. Sie sind nicht mehr in der Lage, wie Erwachsene eine Entscheidung zu treffen.“
BAT, 1980 ⁽¹⁾

und Unruhe bei fehlender Möglichkeit zu rauchen ²⁷.

■ Die Tabakabhängigkeit und die durch diese verursachten Entzugssymptome sind der entscheidende Grund für die langfristige Aufrechterhaltung des Tabakkonsums, die niedrigen Erfolgsquoten bei Ausstiegsversuchen und die Häufigkeit von Rückfällen nach Ausstiegsversuchen ⁷⁹. So führen Ausstiegsversuche über Spontanentschlüsse nur bei 3% aller Raucher zu einer langfristigen Abstinenz, und von den Rauchern, die an einem Entwöhnungsprogramm teilnehmen, sind nach einem Jahr nur bis zu einem Drittel abstinent ¹⁹.

Tabakbedingte Morbidität und Mortalität

■ Der Tabakkonsum ist bei mehr als 40 Krankheiten eine bedeutsame Ursache, unter ihnen sind eine Reihe schwerwiegender und tödlich verlaufender Krankheiten ^{28,44}.

■ Rauchen ist der bedeutsamste einzelne Risikofaktor für eine Reihe weit verbreiteter chronischer Krankheiten, wie Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs und chronisch obstruktive Bronchitis ^{28,80}.

■ Neben dem Lungenkrebs, der in Staaten mit bereits jahrzehntelang weitverbreitetem Tabakkonsum zu 90% aller Fälle auf das Rauchen zurückzuführen ist ⁴⁴, ist ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Tabakkonsum bei einer Reihe weiterer Krebskrankheiten bekannt. Dies betrifft die Krebsentstehung im Mund-, Nasen- und Rachenraum, in Kehlkopf, Speiseröhre, Magen, Bauchspeicheldrüse, Leber, Niere, Harnblase und Gebärmutterhals sowie für bestimmte Formen der Leukämie ^{13,14,18,44, 46,62}.

■ Seit Jahren wird in Deutschland bei Frauen ein Anstieg der Neuerkrankungen an Lungenkrebs festgestellt, der nicht primär auf die Veränderung der Altersstruktur zurückzuführen ist, sondern insbesondere auf das Rauchverhalten ⁶⁶. Der mittlere jährliche Zuwachs der Neuerkrankungen beträgt 3,5% und ist mit 6,3% in der Altersgruppe der 45- bis 60-jährigen Frauen besonders stark ³¹.

■ Rauchen ist nicht ausschließlich ein vom jeweiligen Raucher persönlich zu

verantwortendes Gesundheitsrisiko, vielmehr können auch passivrauchbelastete Nichtraucher schwerwiegende Gesundheitsschäden erleiden. Eine ursächliche Beteiligung des Passivrauchens ist für eine Reihe von Krankheiten und Todesursachen nachgewiesen, unter anderem für Lungenkrebs ^{16,32,34,47,55,87}, akute und chronische Herzkrankheiten ^{35,44,57,84,85}, Schlaganfälle ^{17,36} sowie akute und chronische respiratorische Symptome bei Erwachsenen und Kindern ^{7,25,44,45,88}.

■ Das Lungenkrebsrisiko für Ehepartner von Rauchern ist bei Frauen um 20%, bei Männern um 30% erhöht und steigt mit zunehmender Exposition an. Für Nichtraucher, die am Arbeitsplatz Tabakrauch ausgesetzt sind, ist das Lungenkrebsrisiko um 16–19% erhöht ⁴⁴. Pro Jahr sind in der Bundesrepublik rund 400 Lungenkrebstodesfälle auf die Folgen der Passivrauchexposition zurückzuführen ¹².

■ Mütterliches Rauchen während und/oder nach der Schwangerschaft kann bei Ungeborenen und Kindern zu langfristigen und potenziell irreversiblen Schäden führen. Bis zu zwei Drittel der Fälle von Plötzlichem Kindstod (SIDS) werden durch Passivrauchen verursacht ^{3,4,6,61}. Mit zunehmender Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten und der Raucher nimmt das Risiko zu ^{52,63,68}. Rauchen während der Schwangerschaft ist zudem mit einem erhöhten Risiko für einen Spontanabort, Schwangerschaftskomplikationen, vermindertem Längenwachstum des Fötus, Frühgeburtlichkeit, niedrigem Geburtsgewicht und vermindertem Kopfumfang verbunden ^{21,23,26,44, 59,68}.

■ Passivrauchen erhöht bei Kindern das Risiko von akuten und chronischen Entzündungen der unteren Atemwege. Akute Atemstörungen bei Kindern nehmen durch Passivrauchen um 50 bis 100% zu ⁵⁶. Asthma entwickelt sich öfter, wenn die Eltern, besonders die Mutter, rauchen. Eine bereits bestehende asthmatische Erkrankung kann sich durch die kindliche Exposition gegenüber Tabakrauch verschlimmern ⁷⁰. Bei Vorschulkindern, die in den ersten drei Lebensjahren dem Tabakrauch ausgesetzt sind, treten öfter Mittelohrentzündungen auf

als bei Kindern, die in Nichtraucherhaushalten leben. Dabei steigt die Anfälligkeit mit der Menge der konsumierten Zigaretten ¹.

■ Die Hälfte aller langjährigen Raucher stirbt vorzeitig an den Folgen des Tabakkonsums ^{30,76}. Etwa die Hälfte aller tabakbedingten Todesfälle tritt bereits im mittleren Lebensalter zwischen 35 und 69 Jahren ein ⁶⁴. Während der statistische Durchschnitt verlorener Lebenszeit bei acht Jahren liegt, büßen diejenigen, welche bereits im mittleren Alter sterben, über 20 Jahre ihrer durchschnittlichen Lebenserwartung ein ^{30,64}.

■ In Abbildung 4 wird veranschaulicht, dass 80% der Nichtraucher das 70. Lebensjahr und 33% dieser sogar das 85. Lebensjahr erreichen können. Im Gegensatz dazu erreichen Raucher abhängig von ihrem täglichen Zigarettenkonsum nur zu 50% bis 70% das 70. Lebensjahr und nur zwischen 8% und 15% erreichen das 85. Lebensjahr.

■ Allein in Deutschland sterben jährlich zwischen 110 000 und 140 000 Menschen an tabakbedingten Krankheiten ^{48,64a,86}. Im Vergleich zu der Anzahl der Todesfälle durch andere psychoaktive Substanzen wird das enorme Ausmaß tabakbedingter Sterblichkeit deutlich: Im Jahr 2001 verstarben in Deutschland knapp 2000 Personen an den Folgen des Konsums illegaler Drogen ³¹. Die Anzahl der alkoholbedingten Todesfälle wurde im Jahr 1996 mit rund 30 000 berechnet ³³, heute

wird diese Zahl auf rund 40 000 Todesfälle pro Jahr beziffert ^{19a}.

■ Der rauchbedingte Anteil an der gesamten Lungenkrebssterblichkeit beträgt in Deutschland bei Männern 91%, bei Frauen 75% ⁶⁷. Mit steigendem Zigarettenkonsum nimmt das Lungenkrebsrisiko zu, von einem 8-fachen Risiko beim täglichen Konsum von 1 bis 14 Zigaretten auf das 25-fache Risiko bei einem Konsum von mehr als 25 Zigaretten pro Tag ²⁹.

■ Die Lungenkrebssterblichkeit ist bei Frauen in Deutschland im Zeitraum von 1980 bis 1995 um 60% angestiegen. Dies ist im Wesentlichen auf die Zunahme des Tabakkonsums bei Frauen über die vergangenen Jahrzehnte zurückzuführen ^{49,74}.

Ökonomische Konsequenzen des Tabakkonsums

■ Zigarettenkonsum ist nachweisbar ursächlich für mindestens 1,4% der gesamten Lohnkosten in Deutschland. Volkswirtschaftlich gesehen ist eine zerstörte Lebenserwartung jedoch mehr wert als nur die verlorenen Nettoarbeitsproduktivitäten oder Sozialversicherungsbeiträge ². Durch Rauchen werden in Deutschland pro Jahr mindestens 1,5 Millionen Jahre Lebenserwartung vorzeitig zerstört. Bei einem Wert eines menschlichen Lebens von zwei Million Euro (die Bewertungen eines menschlichen Lebens reichen gän-

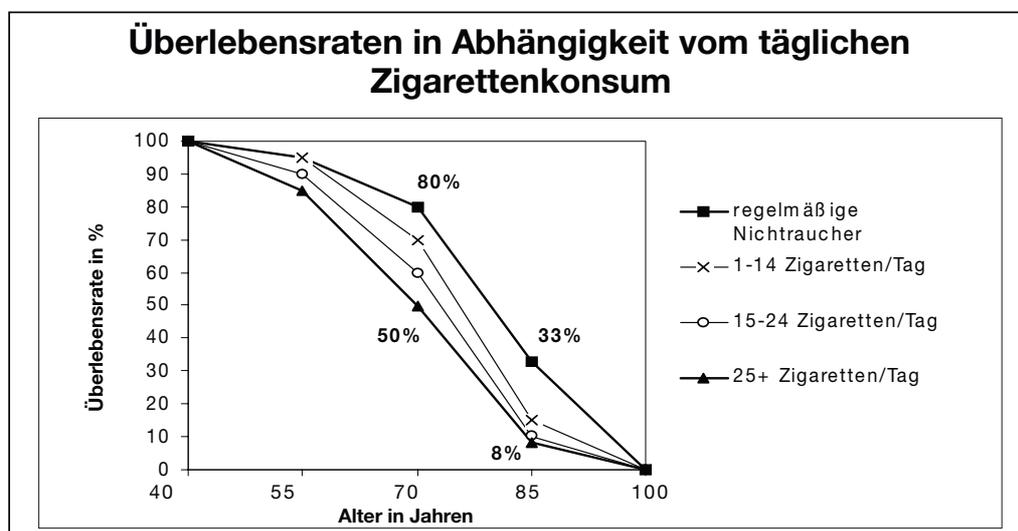


Abbildung 4: Überlebensraten von Nichtrauchern und Rauchern abhängig von der täglichen Konsumrate. Quelle: Doll et al., 1994 ³⁰. Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2001. Mit freundlicher Genehmigung von Sir Richard Doll

gigerweise von einer bis sechs Millionen US\$⁸¹) sind allein dies volkswirtschaftliche Kosten von 39,4 Milliarden Euro pro Jahr. Hinzu kommen noch die Kosten für die tabakkonsumbezogenen Gesundheitsleistungen².

■ Im Jahr 1993 summierten sich allein die Ausgaben für tabakkonsumbezogene Gesundheitsleistungen (Morbidität und Mortalität) auf nahezu 17,5 Milliarden Euro bzw. 1% des Bruttoinlandproduktes⁸⁶. Umgerechnet auf die deutsche Wohnbevölkerung fallen entsprechend dieser Berechnungen pro Kopf und Jahr tabakbedingte Kosten in Höhe von rund 210 Euro, pro Raucher in Höhe von rund 820 Euro jährlich an⁸⁶. Werden zusätzlich indirekte Kosten (z.B. Produktivitätsverluste bei unbezahlter Arbeit) einberechnet, erhöhen sich die krankheitsbedingten Gesamtkosten auf 28,6 Milliarden Euro oder 43,5 Milliarden Euro, je nach der zugrunde gelegten Bewertung der unbezahlten Arbeit⁸⁶.

■ Die genannten Kosten basieren auf konservativen Kalkulationen, da in den genannten Berechnungen weder die Folgekosten des Tabakkonsums während der Schwangerschaft, der Behandlung von passivrauchbedingten Krankheiten im Kindesalter und bei Erwachsenen, Kosten für Prävention, Beratung und Forschung sowie die privat aufgewendeten Kosten für Entwöhnung und Rückfallprophylaxe des Tabakkonsums Berücksichtigung finden.

■ Eine Gegenrechnung mit der Kalkulation der Einsparungseffekte durch die Entlastung der Rentenkassen durch die vorzeitige Sterblichkeit von Rauchern gilt angesichts der Tatsache, dass der aktuelle Tabakkonsum zu einem Großteil durch die Abhängigkeit von Nikotin bestimmt ist und die Tabakabhängigkeit als zu behandelndes Krankheitsbild anerkannt ist, moralisch als fragwürdig und volkswirtschaftlich als falsch. So ist es die Aufgabe der Gesundheitsversorgung, gesundheitsfördernd und lebensverlängernd zu wirken. Entsprechend ist ein derartiger Vergleich auch in anderen Bereichen der medizinischen Versorgung (z.B. bei Diabetikern oder Hypertonikern) nicht üblich.

Literatur

- (1) Adair-Bischoff CE, Sauve RS (1998) Environmental tobacco smoke and middle ear disease in preschool-age children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 152, 127–133
- (2) Adams M (2002) Überblick: Tabaksteuererhöhungen. Vortragsfolien für die Abschluss- und Perspektivkonferenz des WHO-Partnerschaftsprojektes Tabakabhängigkeit am 17.–18. Juni 2002 in Bonn, unveröffentlichtes Dokument, Hamburg
- (3) Alm B, Milerad J, Wennergren G et al. (1998) Case-control study of smoking and sudden infant death syndrome in the Scandinavian countries, 1992 to 1995. The Nordic Epidemiological SIDS Study. *Archives of Disabilities in Children*, 78, 329–334
- (4) Anderson HR, Cook DG (1997) Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax*, 52, 1003–1009
- (5) Arborelius E, Hallweg A-C, Hakansson A (2000) How to prevent exposure to tobacco smoke among small children: a literature review. *Acta Paediatrica*, 434, 65–70
- (6) Arnestad M, Andersen M, Vege A et al. (2001) Changes in the epidemiological pattern of sudden infant death syndrome in southeast Norway, 1984–1998. *Archives of Disease in Childhood*, 85, 108–115
- (7) Baier G, Stopper H, Kopp C et al. (2002) Erkrankungen der oberen Atemwege und Gentoxizität bei Tabakrauch exponierten Kindern. *Laryngo-Rhino-Otol*, 81, 217–225
- (8) Balfour D (1999) The neurobiology of nicotine addiction: a brief overview. *CVD Prevention*, 2, 140–144
- (9) Batra A (2000) Tabakabhängigkeit. Biologische und psychologische Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten. Steinkopff, Darmstadt
- (10) Batra A, Fagerström KO (1997) Neue Aspekte der Nikotinabhängigkeit und Raucherentwöhnung. *Sucht*, 43, 277–282
- (11) Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz (2001) Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2000, München
- (12) Becher H, Wahrendorf J (1994) Passivrauchen und Lungenkrebsrisiko. *Deutsches Ärzteblatt*, 91, 1–5
- (13) Becker N (2001) Epidemiologic aspects of

- cancer prevention in Germany. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 127, 9–19
- (14) Becker N, Wahrendorf JH (1998) Krebsatlas der Bundesrepublik Deutschland 1981–1990. Springer, Berlin, Heidelberg
- (15) Bobak M, Jarvis MJ, Skodova Z et al. (2000) Smoke intake among smokers is higher in lower socioeconomic groups. *Tobacco Control*, 9, 310–302
- (16) Boffetta P, Agudo A, Ahrens W et al. (1998) Multicenter case-control study of exposure to environmental tobacco smoke and lung cancer in Europe. *Journal of the National Cancer Institute*, 90, 1440–1450
- (17) Bonita R, Duncan J, Truelsen T et al. (1999) Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. *Tobacco Control*, 8, 156–160
- (18) Boyle P (1997) Cancer, cigarette smoking and premature death in Europe: A review including the Recommendations of European Cancer Experts Consensus Meeting, Helsinki, October 1996. *Lung Cancer*, 17, 1–60
- (19) Buchkremer G, Minneker E, Block M (1991) Smoking-cessation treatment combining transdermal nicotine substitution with behavioral therapy. *Pharmacopsychiatry*, 24, 96–102
- (19a) Bühringer G, Augustin R, Bergmann E et al. (2000) Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 128, Nomos, Baden-Baden
- (20) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- (21) California Environmental Protection Agency (1997) Health effects of exposure to environmental tobacco smoke, California Environmental Protection Agency, Sacramento, California
- (22) Claussen B (1993) A clinical follow-up of unemployed. I: Lifestyle, diagnoses, treatment and re-employment. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 11, 211–218
- (23) Cnattingius S, Nordstrom ML (1996) Maternal smoking and feto-infant mortality: biological pathways and public health significance. *Acta Paediatrica*, 85, 1400–1402
- (24) Cook DG, Cummins RO, Bartley MJ et al. (1982) Health of unemployed middle-aged men in Great Britain. *Lancet*, 1290–1294
- (25) Cook DG, Strachan DP (1999) Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. *Thorax*, 54, 357–366
- (26) Cooke RW (1998) Smoking, intra-uterine growth retardation and sudden infant death syndrome. *International Journal of Epidemiology*, 27, 238–241
- (27) DiFranza JR, Rigotti NA, McNeill A et al. (2000) Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control*, 9, 313–319
- (28) Doll R (2000) Review – Fifty years of research on tobacco. *Journal of Epidemiology and Biostatistics*, 5, 321–329
- (29) Doll R, Peto R (1976) Mortality in relation to smoking: 20 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 1525–1536
- (30) Doll R, Peto R, Wheatley K et al. (1994) Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 309, 901–911
- (31) Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2002) Drogen- und Suchtbericht 2002, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
- (32) Environmental Protection Agency (1993) Respiratory health effects of passive smoking: Lung cancer and other disorders. The report of the US Environmental Protection Agency, US Department of Health and Human Services, US Environmental Protection Agency, Washington DC
- (33) Feuerlein W (1996) Zur Mortalität von Suchtkranken. In: Mann K, Buchkremer G: Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Fischer, Stuttgart, 213–230
- (34) Fontham ETH, Correa P, Reynolds P et al. (1994) Environmental tobacco smoke and lung cancer in nonsmoking women. *JAMA*, 271, 1752–1759
- (35) Glantz SA, Parmley WW (1991) Passive smoking and heart disease. *Epidemiology, physiology, and biochemistry. Circulation*, 83, 1–12
- (36) Haheim LL, Holme I, Hjermand I et al. (1996) Smoking habits and risk of fatal stroke: 18 years follow-up of the Oslo Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 621–624
- (37) Helmert U, Borgers D (1998) Rauchen und Beruf – Eine Analyse von 100 000 Befragten des Mikrozensus 1995. Bundesgesundheits-

- blatt, 41, 102–107
- (38) Helmert U, Borgers D, Baumann K (2000) Soziale Polarisierung des Rauchens: Ergebnisse und Schlussfolgerungen für Beratungen und Gesundheitspolitik. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 76, 397–400
- (39) Helmert U, Borgers D, Bammann K (2001) Soziale Determinanten des Rauchverhaltens in Deutschland: Ergebnisse des Mikrozensus 1995. *Sozial- und Präventivmedizin*, 46, 172–181
- (40) Helmert U, Lang P (1997) Passivrauchen bei Kindern im Alter bis zu 5 Jahren. *Gesundheitswesen*, 59, 461–466
- (41) Helmert U, Lang P, Cuelenaere B (1998) Rauchverhalten von Schwangeren und Müttern mit Kleinkindern. *Sozial- und Präventivmedizin*, 43, 51–58
- (42) Helmert U, Maschewsky-Schneider U (1998) Zur Prävalenz des Tabakrauchens bei Arbeitslosen und Armen. In: Henkel D, Vogt I: *Sucht und Armut. Alkohol, Tabak, Medikamente, illegale Drogen*, Leske & Budrich, Opladen, 153–165
- (43) Helmert U, Shea S, Bammann K (1999) Social correlates of cigarette smoking cessation: findings from the 1995 micro-census survey in Germany. *Reviews on Environmental Health*, 14, 239–249
- (44) International Agency for Research on Cancer (Hrsg.) (2002) *Tobacco Smoke and involuntary smoking. Summary of data reported and evaluation*, Zusammenfassende Vorabveröffentlichung zum Band 83 der IARC Monographs on the Evaluation of the carcinogenic risks to humans. IARC, Lyon. <http://monographs.iarc.fr/htdocs/indexes/vol83/index.html> (abgerufen aus dem Internet am 1. August 2002)
- (45) Janson C, Chinn S, Jarvis D et al. (2001) Effect of passive smoking on respiratory symptoms, bronchial responsiveness, lung function, and total serum IgE in the European Community Respiratory Health Survey: a cross-sectional study. *The Lancet*, 358, 2103–2109
- (46) Jöckel KH (1996) Epidemiologie von Kopfhals-Tumoren. *Onkologie*, 316–320
- (47) Jöckel KH (1999) Epidemiologie des Lungenkarzinoms. *Münchner Medizinische Wochenschrift*, 141, 167–171
- (48) John U, Hanke M (2001) Tabakrauch-attributable Mortalität in den deutschen Bundesländern. *Gesundheitswesen*, 63, 363–369
- (49) Junge B (1998) Rauchen und Lungenkrebs bei Frauen: Werden die Männer überholt? *Bundesgesundheitsblatt*, 41, 474–477
- (50) Junge B (2001) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Jahrbuch Sucht 2002*, Neuland, Geesthacht, 32–62
- (51) Junge B, Nagel M (1999) Das Rauchverhalten in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 61, 121–125
- (52) Klonoff-Cohen HS, Edelstein SL, Lefkowitz BS et al. (1995) The effect of passive smoking on tobacco exposure through breast milk on sudden infant death syndrome. *JAMA*, 273, 795–798
- (53) Knopf H, Ellert U, Melchert H-U (1999) Sozialschicht und Gesundheit. *Gesundheitswesen*, 61, S169–S177
- (54) Kraus L, Augustin R (2001) Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 47, S7–S87
- (55) Kreuzer M, Gerken M, Kreienbrock L et al. (2001) Lung cancer in lifetime nonsmoking men – results of a case-control study in Germany. *British Journal of Cancer*, 84, 134–140
- (56) Law MR, Hackshaw AK (1996) Environmental tobacco smoke. *British Medical Bulletin*, 52, 22–34
- (57) Law MR, Morris JK, Wald NJ (1997) Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ*, 315, 973–980
- (58) Lee AJ, Crombie IK, Smith WC et al. (1991) Cigarette smoking and employment status. *Social Science and Medicine*, 33, 1309–1312
- (59) Mannino DM, Moorman JE, Kingsley B et al. (2001) Health effects related to environmental tobacco smoke exposure in children in the United States. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 155, 36–41
- (60) Mielck A (2000) *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Verlag Hans Huber, Bern
- (61) Mitchell EA, Ford RP, Stewart AW et al. (1993) Smoking and the sudden infant death syndrome. *Pediatrics*, 91, 893–896
- (62) Newcomb PA, Carbone PP (1992) The health consequences of smoking. *Cancer. Medical Clinics of North America*, 76, 305–331
- (63) Niielsen ST, Laerdal A (1991) Crib death and smoking during pregnancy. *Tidsskr Nor*

- Laegeforen, 111, 3493–3495
- (64) Peto R, Lopez AD, Boreham J et al. (1992) Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*, 339, 1268–1278
- (64a) Peto R, Lopez AD, Boreham J et al. (1994) Mortality from smoking in developed countries 1950–2000. Indirect estimates from national vital statistics. Oxford University Press, Oxford
- (65) Rist F (2001) Editorial zur Repräsentativbefragung 2000. *Sucht*, 47, S5–S6
- (66) Robert-Koch-Institut (2001) Zahl der Neuerkrankungen an Lungenkrebs steigt bei Frauen weiter an: Krebsstatistik für 1998 verfügbar. Pressemitteilung des Robert-Koch-Instituts vom 5.06.2001, Berlin
- (67) Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Sondergutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über-, Unter- und Fehlversorgung, Ziffer III.3 Ausgewählte Erkrankungen: Rückenleiden, Krebserkrankungen und depressive Störungen, Kapitel 12: Onkologische Erkrankungen, S. 60–112, Nomos, Baden-Baden
- (68) Schellscheidt J, Jorch G, Menke J (1998) Effects of heavy maternal smoking on intrauterine growth patterns in sudden infant death victims and surviving infants. *European Journal of Pediatrics*, 157, 246–251
- (69) Scholz M, Kaltenbach M (1995) Zigaretten-, Alkohol- und Drogenkonsum bei 12- bis 13-jährigen Jugendlichen – eine anonyme Befragung bei 2979 Schülern. *Gesundheitswesen*, 57, 339–344
- (70) Schwartz J, Timonen KL, Pekkanen J (2000) Respiratory effects of environmental tobacco smoke in a panel study of asthmatic and symptomatic children. *American Journal of respiratory and critical care medicine*, 161, 802–806
- (71) Statistisches Bundesamt (2000) Finanzen und Steuern, Fachserie 14: Reihe 9.1.1 Absatz von Tabakwaren 1999, Metzler-Poeschel, Stuttgart
- (72) Statistisches Bundesamt (1992) Fragen zur Gesundheit. Ergebnisse des Mikrozensus 1992. *Wirtschaft und Statistik*, 7, 11–14
- (73) Statistisches Bundesamt (1996) Gesundheitswesen, Fachserie 12. Reihe S3: Fragen zur Gesundheit. Metzler-Poeschel, Stuttgart
- (74) Statistisches Bundesamt (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung für Deutschland, Metzler Poeschel, Stuttgart
- (75) Statistisches Bundesamt (2001) Gesundheitswesen Fachserie 12. Reihe S3: Fragen zur Gesundheit, Metzler-Poeschel, Stuttgart
- (76) Thun MJ, Myers DG, Day-Lally C et al. (1997) Age and the exposure-response relationships between cigarette smoking and premature death in Cancer Prevention Study II. In: Shopland D: Changes in cigarette-related disease risks and their implications for prevention and control, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, 383–413
- (77) Troschke vJ, Klaes L, Maschewsky-Schneider U et al. (1998) Die Deutsche Herzkreislauf-Präventionsstudie. Design und Ergebnisse. Verlag Hans Huber, Bern
- (78) US Department of Health and Human Services (1988) The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General, US Government Printing Office, Washington, DC
- (79) US Department of Health and Human Services (1989) Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress: A report of the Surgeon General, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office on Smoking and Health, Rockville, Maryland
- (80) Viegi G, Scognamiglio A, Baldacci S et al. (2001) Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respiration*, 68, 4–19
- (81) Viscusi WK, Vernon JM, Harrington JE (2000) Economics of regulation and antitrust. Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, Massachusetts
- (82) Voigt M, Hesse V, Honke B et al. (2001) Kosten des Rauchens der Mütter in der Schwangerschaft für die Perinatalmedizin. In: Haustein K-O: Rauchen und kindliche Entwicklung – Raucherschäden und Primärprävention, Verlag Perfusion, Nürnberg, 29–34
- (83) Warschburger S, Lohre M (1999) Wie verlässlich sind die Verbrauchsangaben im Mikrozensus? *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 7, 116–130
- (84) Wells AJ (1998) Heart disease from passive smoking in the workplace. *Journal of the American College of Cardiology*, 31, 1–9

- (85) Wells AJ (1998) Lung cancer from passive smoking at work. *American Journal of Public Health*, 88, 1025–1029
- (86) Welte R, König HH, Leidl R (2000) The costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. *European Journal of Public Health*, 10, 31–38
- (87) Wichmann HE, Jöckel KH, Becher H (1999) Gesundheitliche Risiken durch Passivrauchen – Bewertung der epidemiologischen Daten. *Umweltmedizinische Forschung und Praxis*, 4, 28–42
- (88) Wolf-Ostermann K, Luttmann H, Treiber-Kloetzer C et al. (1995) Cohort study on respiratory diseases and lung function in schoolchildren in southwest Germany. 3. Influence of smoking and passive smoking. *Zentralblatt der Hygiene und Umweltmedizin*, 197, 459–488
- (89) Woody GE, Cottler LB, Cacciola J (1993) Severity of dependence: data from the DSM-IV field trials. *Addiction*, 88, 1573–1579

C Wirksamkeitsüberprüfte Maßnahmen zur Verringerung des Tabakkonsums

1 ERHÖHUNG DER TABAKSTEUERN

STATUS QUO

Finanz- und wirtschaftspolitische Maßnahmen haben einen wirkungsvollen Einfluss auf die Höhe des Tabakkonsums. Die Erhöhung der Tabaksteuer wurde gleichwohl in Deutschland im Unterschied zu zahlreichen anderen Ländern (u.a. in USA, Großbritannien, Australien, Südafrika, Polen, Finnland) bisher nicht als gesundheitspolitisches Instrument zur Absenkung des Tabakkonsums genutzt. Zigaretten sind in Deutschland im Vergleich zu einer Reihe anderer westlicher Industrieländer (Großbritannien, USA, Dänemark, Schweden) sehr preisgünstig ¹⁴. Ein Vergleich für das Frühjahr 2001 in US\$ ergibt, dass 20 Zigaretten Marlboro in Deutschland \$ 2,81 kosten, in Großbritannien dagegen mehr als das Doppelte (\$ 6,24). In den USA müssen hierfür \$ 3,71 bezahlt werden, in Dänemark \$ 4 und in Schweden \$ 3,75. Der inflations-

bereinigte (reale) Preis von Zigaretten ist im vergangenen Jahrzehnt in Deutschland nicht angestiegen ¹⁴. Nominelle Preiserhöhungen haben somit lediglich die Inflationsrate ausgeglichen. Dagegen sind Zigaretten in den meisten anderen Ländern in den letzten zehn Jahren auch nach der Bereinigung um die Inflationsrate teurer geworden ¹⁴. Die zum Kauf einer Schachtel Zigaretten erforderliche Arbeitszeit für in Deutschland hergestellte Zigarettenmarken hat sich hierzulande zwischen 1990 und 2000 lediglich um rund 1,7% pro Jahr erhöht, für internationale Marken wie Marlboro ist dieser Wert jährlich um rund 1,2% angewachsen ¹⁴. Der Anteil der Tabaksteuer am Kleinverkaufspreis von Zigaretten ist zwischen 1993 und 2002 nicht inflationsbereinigt von etwas über 61% auf 57% gesunken. Ein dauerhaftes Absinken unter den Wert von 57% verbietet das EU-Recht. In Folge der Steuererhöhung Anfang 2002 beträgt der Anteil der Tabaksteuer am Kleinverkaufspreis von Zigaretten aktuell wieder

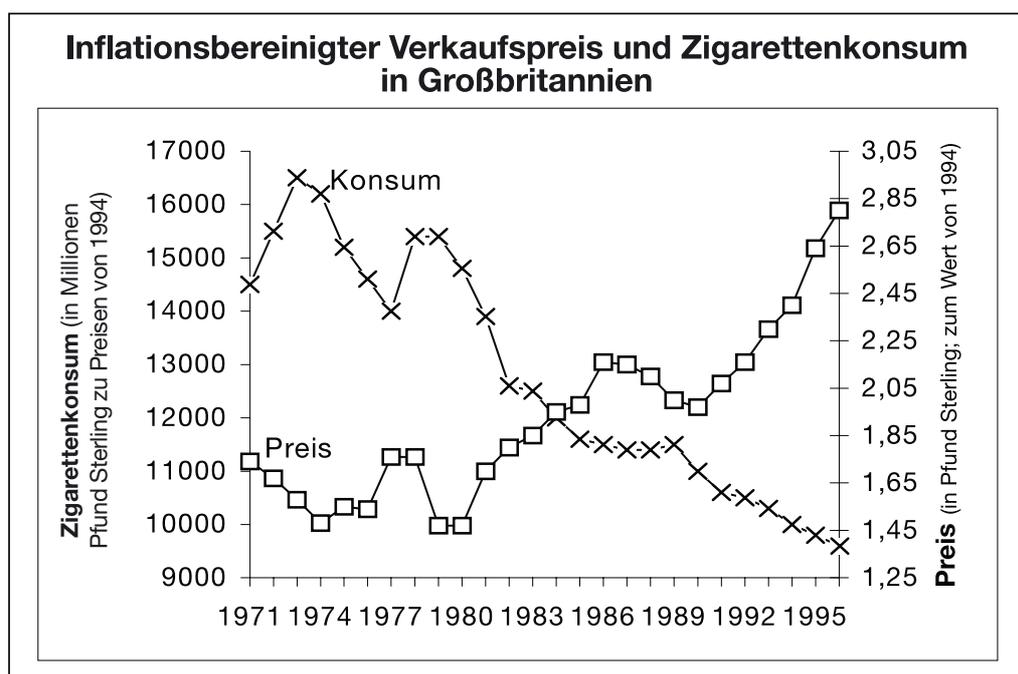


Abbildung 5: Zusammenhang zwischen Verkaufspreis von Zigaretten und Zigarettenkonsum in Großbritannien zwischen 1971 und 1996. Quelle: Townsend, 1998 ³⁸; Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2001. Mit freundlicher Genehmigung von Joy Townsend

„70 Prozent vom Kaufpreis der Zigaretten entfallen auf Tabak- oder Umsatzsteuer. So gesehen ist unser Mehrheitsaktionär nach wie vor der Staat und er wird es auch bleiben. Damit beeinflusst der Staat wie bei jedem hoch besteuerten Produkt das Konsumverhalten.“

Hermann Waldemer (Vorsitzender der Geschäftsleitung von Philip Morris Deutschland), 2001 ^(II)

„Es steht außer Frage, dass eine Erhöhung der Tabaksteuer eine Verringerung des Tabakkonsums bewirkt. Dies lässt sich vielleicht am besten an der gegenwärtigen Situation in Kanada verdeutlichen.“

Philip Morris USA, 1998 ^(III)

61% ². Im Vergleich zu anderen EU-Staaten liegt die Tabaksteuer im Mittelfeld ³⁶.

Derzeit betragen die Tabaksteuereinnahmen in Deutschland rund 12 Milliarden Euro. Im Haushaltsjahr 2001 lag der Anteil der Einkünfte aus der Tabaksteuer an den gesamten Steuereinnahmen des Bundes (206,5 Milliarden Euro) bei rund 6% ².

AKTUELLER WISSENSSTAND

■ Bei Tabakwaren verhalten sich Preis und Konsumniveau spiegelbildlich: mit steigenden Preisen sinkt die Nachfrage ^{5,24,40,42}. Abbildung 5 veranschaulicht diesen Zusammenhang für Zigaretten.

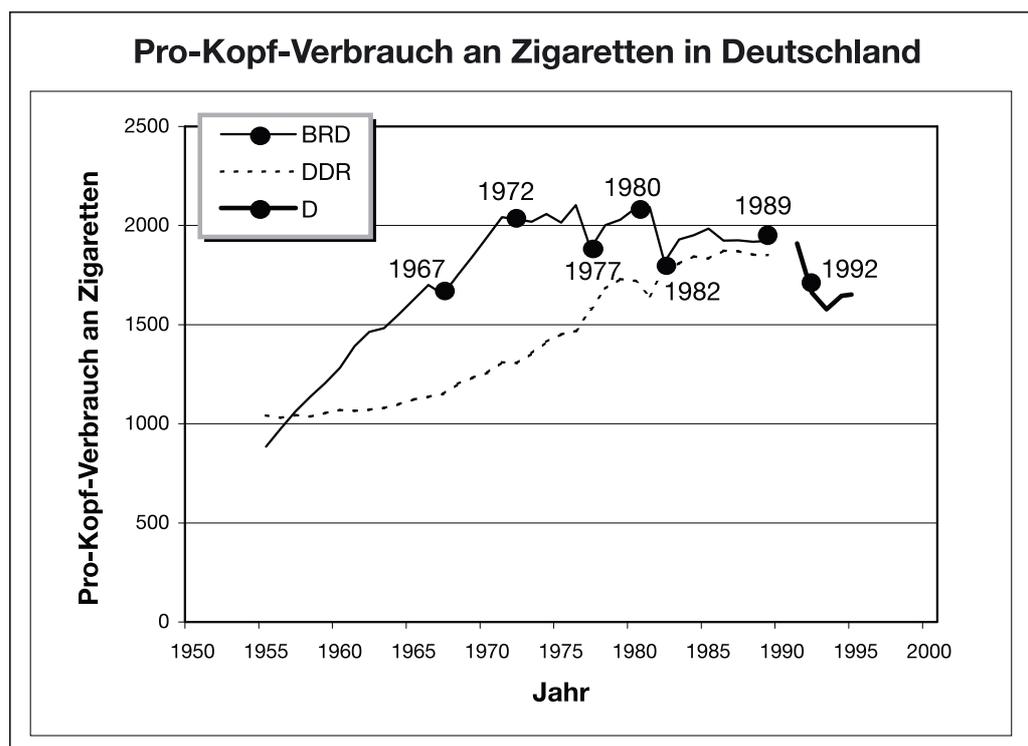
■ Die kontinuierliche Anhebung des realen Preises von Tabakwaren über Steuererhöhungen ist eine der wirksamsten und zugleich kostengünstigsten Methoden zur Senkung der Raucherquote und des Pro-Kopf-Konsums von Tabakprodukten ^{33,42}. Eine Schätzung auf der Basis der im Jahr 1995 weltweit vorhandenen Anzahl von Rauchern ergibt Folgendes: Steuererhöhungen, die den Preis von Zigaretten weltweit um 10% anheben würden, würden dazu führen, dass rund

42 Millionen Raucher den Tabakkonsum beendeten. Hierdurch könnten mindestens 10 Millionen vorzeitige tabakbedingte Todesfälle verhindert werden ²⁵.

■ Eine zehnjährige Preiserhöhung für Zigaretten führt in Industrienationen insgesamt zu einer durchschnittlichen Verringerung des Zigarettenkonsums um rund vier Prozent ⁴⁰. Im Vergleich zu Erwachsenen reagieren Kinder und Jugendliche sowie Personen mit geringem Einkommen deutlicher auf Preiserhöhungen, da sie preispflichtiger sind ^{4,13,39}. Während speziell für Deutschland keine entsprechenden Daten vorliegen, zeigen US-amerikanische Daten, dass der Zigarettenkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sich bei einer zehnjährigen Preiserhöhung um bis zu 13% reduziert ^{6,26}.

■ Auch in der Bundesrepublik gibt es Beispiele für die Auswirkungen von Steuererhöhungen auf den Verbrauch von Tabakwaren ^{18a} (vgl. Abb. 6). In der Abbildung sind die Jahre markiert, in denen die Tabaksteuer auf Zigaretten erhöht wurde. Mit Ausnahme des Jahres 1967 ist sichtbar, dass der Zigarettenkonsum in den betreffenden Jahren entweder weit unter das jeweilige Vorjahres-

Abbildung 6: Pro-Kopf-Verbrauch an Zigaretten in Deutschland (Stück je Einwohner und Jahr). Die Kreise kennzeichnen die Jahre, in denen die Tabaksteuer auf Zigaretten erhöht wurde. Quellen: Junge, 1996 ^{18a}, berechnet nach: Statistisches Bundesamt, Reihe Finanzen und Steuern, einschließlich 1996 ³²; Statistische Jahrbücher der Bundesrepublik Deutschland ³¹ und der DDR ²⁹ 1956–1989. Mit freundlicher Genehmigung von Burckhard Junge



Tabaksteuer auf Zigaretten und Steuereinnahmen in Norwegen

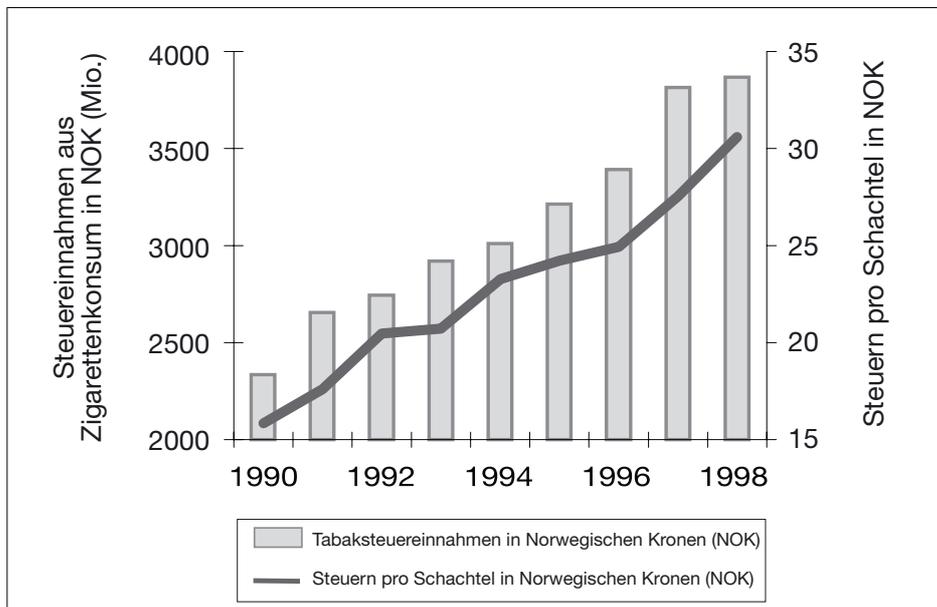


Abbildung 7: Zigarettensteuern und Steuereinnahmen in Norwegen, 1990–1998. Quelle: Weltbank 1999⁴². Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2002. Mit freundlicher Genehmigung von Joy de Beyer

niveau zurückfiel, oder dass zumindest der weitere Aufwärtstrend unterbrochen wurde. In den Folgejahren gleicht sich die Kurve mehrheitlich nicht an den ursprünglichen Verlauf an bzw. findet der ursprüngliche Verlauf seine Fortsetzung auf einem niedrigeren Niveau, als man dies ohne die „Störung“ durch die Steuererhöhung vermutet. Es handelt sich allerdings nicht um einen vollständigen Rückgang des Tabakkonsums, zum Teil verlagerte sich das Verbraucherinteresse nur auf günstigere Alternativen.

■ Die relativ geringe Tabaksteuererhöhung um einen Cent Anfang 2002 führte zu einer nur geringen Preissteigerung für Zigaretten, da die Zigarettenindustrie die Steuererhöhung nicht vollständig an den Verbraucher weiter gegeben hat. Trotzdem führte die Steuererhöhung sowohl zu einer kognitiven Auseinandersetzung mit dem Rauchverhalten als auch zu einer geringen Veränderung des Rauchens¹⁵.

■ Die bereits kurzfristig feststellbaren konsumverringenden Auswirkungen einer Tabaksteuererhöhung können beibehalten oder noch gesteigert werden, wenn weitere Erhöhungen der Tabak-

steuern den realen Preis von Tabakprodukten fortlaufend anheben³³. Hierzu muss die durch die Inflation absinkende reale Belastung der Tabaksteuer ausgeglichen und die Erhöhung der Tabaksteuern an die Einkommensentwicklung gekoppelt werden²⁸.

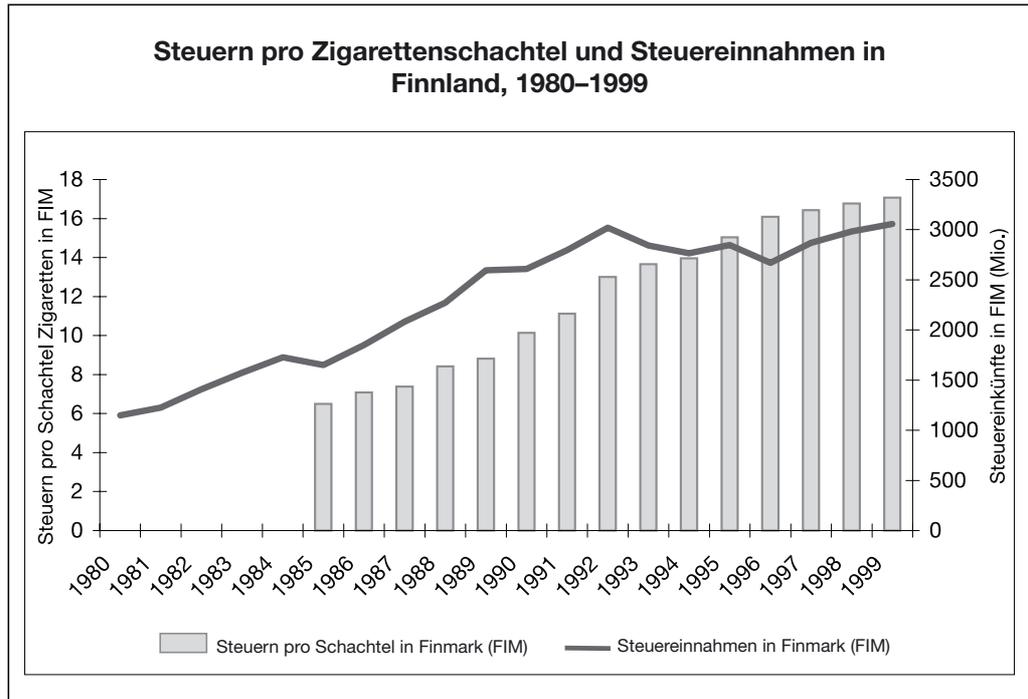
■ Internationale Erfahrungen zeigen, dass die Wirkung von Tabaksteuererhöhungen maximiert wird, wenn jede Steuererhöhung den Kleinverkaufspreis von Tabakprodukten um mindestens 20% anhebt²⁸. Die Auswirkung selbst großer Tabaksteuererhöhungen auf die Inflation wird als gering eingeschätzt⁴.

■ Der Langzeiteffekt von Preissteigerungen übertrifft die innerhalb eines Jahres zu verzeichnenden Konsumreduktionen bis um das Doppelte^{4,20,40}. Entsprechend ist der Gesundheitsgewinn höherer Tabaksteuern auf lange Sicht größer³⁷.

■ Ein Teil der Raucher reagiert auf Preissteigerungen mit einer Konsumverschiebung zu anderen Tabakprodukten^{5,7,24}. Um eine Gesamtverringering des Tabakkonsums zu erreichen, müssen daher die Steuern für alle Tabakprodukte zeitgleich und in vergleichbarer Höhe angehoben werden³³.

Abbildung 8: Steuern pro Zigarettenschachtel und Tabaksteuereinnahmen unter Berücksichtigung des Schmuggels. Quelle: Statistics Finland, 2000³⁰. Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2002.

Mit freundlicher Genehmigung von Statistics Finland



■ Nur eine Minderheit von Rauchern kompensiert Preiserhöhungen durch Rauchen von Tabakprodukten mit höherem Teer- und Nikotingehalt^{4,11}. Deshalb wird der gesundheitliche Nutzen einer Erhöhung der Tabaksteuer als größer eingeschätzt als derartige kompensatorische Konsumverhalten³⁸.

■ Ungefähr die Hälfte des Konsumrückgangs infolge einer Steuererhöhung ist darauf zurückzuführen, dass Raucher den Tabakkonsum beenden^{10,34,35}, die andere Hälfte auf eine Verringerung des Konsumniveaus unter den verbleibenden Rauchern^{3,6,12}. Ob der Einstieg in den Konsum durch Steuererhöhungen verhindert werden kann, ist nicht gesichert. Da Preiserhöhungen sich zudem auf stark tabakabhängige Raucher in nur geringem Maße auswirken, reichen Steuererhöhungen als Einzelmaßnahme nicht aus⁴⁰.

■ Steuererhöhungen erweisen sich insbesondere im Rahmen eines Gesamtkonzeptes der Tabakkontrolle als sinnvoll und wirksam⁴⁰. Beispielsweise können die ungleich verteilten individuellen Kosten einer Steuererhöhung durch das Angebot zielgruppenspezifischer Entwöhnungshilfen für Personen mit geringem Einkommen verringert werden⁴.

■ Tabaksteuererhöhungen führen zu einem Anstieg der Steuereinnahmen, da

die Nachfrage nach Tabakprodukten aufgrund des hohen Abhängigkeitspotenzials relativ unelastisch ist^{4,33,41,42}. Abbildung 7 zeigt dies am Beispiel Norwegens.

■ Durchschnittlich ergibt eine Steuererhöhung von 10% einen Anstieg der Steuereinnahmen um 7%³³. Bereits kurzfristig kann daher ein beachtlicher Mehrertrag erzielt werden, selbst wenn die durch einen Konsumrückgang entstehenden Verkaufseinbußen sowie eine mögliche Erhöhung des Schmuggelaufkommens einkalkuliert werden (vgl. Abb. 8)²¹.

■ Ein Haupteinwand gegen Steuererhöhungen ist die angebliche Unvermeidbarkeit einer Zunahme des Zigarettschmuggels infolge einer Erhöhung der Tabaksteuer. Der vielfach behauptete kausale Zusammenhang zwischen Preisniveau und Zigarettschmuggel ist jedoch nicht haltbar. Weder führen hohe Tabaksteuern ursächlich zu Zigarettschmuggel, noch ist eine Absenkung des Steuerniveaus eine wirksame Methode der Schmuggelbekämpfung^{17,18,21}.

■ Der sich ausweitende Internethandel mit Tabakprodukten ermöglicht die Umgehung von Tabaksteuern beim Kauf von Tabakprodukten⁸. Bisher gibt es kaum Daten über das Ausmaß des legalen und illegalen Absatzes von Zigaretten über

das Internet, potenziell können hierdurch jedoch erhebliche Steuerausfälle entstehen¹⁷.

■ Eine wachsende Anzahl von Staaten verwendet Teile der Tabaksteuereinnahmen zur Finanzierung bestimmter Aktivitäten⁴. Es existieren viele unterschiedliche Modelle einer zweckgebundenen Nutzung von Tabaksteuern^{19,27}. Generell jedoch gilt, dass eine zweckgebundene Verwendung von Tabaksteuereinnahmen potenzielle Wohlfahrtsverluste einer Tabaksteuererhöhung deutlich verringern kann¹⁶. Die konsumreduzierende Wirkung einer Tabaksteuererhöhung kann außerdem verbessert werden, wenn ein Teil der zusätzlichen Steuereinnahmen zweckgebunden für weitere wirksamkeitsüberprüfte Maßnahmen der Tabakkontrolle genutzt wird^{19,23}.

■ Ungefähr ein Drittel der Bevölkerung in Deutschland befürwortet die Anfang 2002 in Kraft getretene Tabaksteuererhöhung¹⁵. Im internationalen Vergleich ist die Zustimmung zwar geringer^{1,22}, im Vergleich zu der Befürwortung der Erhöhung anderer Verbrauchssteuern ist die Akzeptanz der Steuererhöhung jedoch beachtlich. International zeigt sich, dass die Zustimmung zu Steuererhöhungen besonders ausgeprägt ist, wenn die zusätzlichen Steuereinnahmen für Maßnahmen zur Verringerung des Tabakkonsums investiert werden^{1,9}. Dies lässt vermuten, dass die Akzeptanz einer Tabaksteuererhöhung bei einer Zweckbindung auch in Deutschland höher liegen könnte.

VERANTWORTLICHE

- Bundesregierung
- Bundesministerium der Finanzen

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

- Kontinuierliche Erhöhung der Tabaksteuern als zentraler Baustein eines umfassenden Tabak-Kontrollprogramms;
- Erhöhung der Tabaksteuern nach folgendem Modell:
 - Deutliche erstmalige Erhöhung, danach kontinuierliche weitere Anhebungen;

- Anhebung des mengenbezogenen Steuersatzes;
- Jährliche Anpassung der Tabaksteuern an die Einkommensentwicklung und den Verbraucherpreisindex;
- Anpassung der Steuersätze für andere Tabak-Erzeugnisse wie Zigarren, Feinschnitt u.ä., entsprechend der Tabaksteuer für Zigaretten, um eine Konsumverlagerung auf billigere Alternativen zu verhindern;
- Entnahme eines Geldbetrages aus dem Tabaksteueraufkommen für die Finanzierung weiterer Maßnahmen der Tabakkontrolle;
- Verbot des steuer- und zollfreien Versands von Tabakprodukten über das Internet und der Zustellung von Tabakprodukten per Post oder Internet an den Endverbraucher, abgesehen von dem Versand bzw. der Zustellung innerhalb des Tabakgewerbes;
- Einbettung der Steuererhöhungen in weitere Maßnahmen zur Verringerung des Tabakkonsums, insbesondere flankiert durch die effektive Bekämpfung des Zigarettschmuggels.

Literatur

- (1) Bjornson W, Sahr RC, Moore J et al. (1997) Tobacco tax initiatives – Oregon 1996. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46, 246–248
- (2) Bundesministerium für Finanzen (2002) persönliche Mitteilung Jörg Geuenich am 8. August 2002
- (3) Centers for disease control and prevention (1998) Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income, and age groups – United States, 1976–1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47, 605–609
- (4) Chaloupka FJ, Hu H, Warner KE et al. (2000) The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ: *Tobacco control in developing countries*, Oxford University Press, New York, 237–272
- (5) Chaloupka FJ, Tauras JA, Grossman M (1997) Public policy and youth smokeless tobacco use. *South Econ J*, 64, 501–516
- (6) Chaloupka FJ, Wechsler H (1997) Price, tobacco control policies and smoking among young adults. *Journal of Health Economics*, 16, 359–373

- (7) Chapman S, Richardson J (1990) Tobacco excise and declining consumption: The case of Papua New Guinea. *American Journal of Public Health*, 80, 537–40
- (8) Cohen JE, Sarabia V, Ashley MJ (2001) Tobacco commerce on the internet: A threat to comprehensive tobacco control. *Tobacco Control*, 10, 364–367
- (9) Connolly GN, Harris JE (1998) Evaluating antismoking advertising campaigns. *JAMA*, 280, 964–965
- (10) Douglas S (1998) The duration of the smoking habit. *Economic Inquiry*, 36, 49–64
- (11) Evans WN, Farelly MC (1998) The compensating behavior of smokers: taxes, tar and nicotine. *RAND Journal of Economics*, 29, 578–595
- (12) Grossman M, Sindelar JL, Mullahy J et al. (1993) Policy Watch – Alcohol and cigarette taxes. *Journal of Economic Perspectives*, 7, 211–222
- (13) Gruber J (2001) Tobacco at the crossroads: The past and future of smoking regulation in the United States. *Journal of Economic Perspectives*, 15, 193–212
- (14) Guindon GE, Tobin S, Yach D (2002) Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. *Tobacco Control*, 11, 35–43
- (15) Hanewinkel R, Isensee B (2002) Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen der Tabaksteuererhöhung vom 1. Januar 2002. Bevölkerungsrepräsentative Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Abschlussbericht Mai 2002. <http://www.bmggesundheit.de/bmg-frames/index.htm> (abgerufen aus dem Internet am 9. August 2002)
- (16) Hu T-W, Xu XP, Keeler T (1998) Earmarked tobacco taxes: lessons learned, Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town, Cape Town
- (17) Joossens L, Chaloupka FJ, Merriman D et al. (2000) Issues in the smuggling of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ.: Tobacco control in developing countries, Oxford University Press, New York, 393–406
- (18) Joossens L, Raw M (2000) How can cigarette smuggling be reduced? *BMJ*, 321, 947–949
- (18a) Junge B (1996) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Jahrbuch Sucht 1997, Neuland, Geesthacht, 19–31
- (19) Kenkel D, Chen L (2000) Consumer information and tobacco use. In: Jha P, Chaloupka F: Tobacco control in developing countries, Oxford University Press, New York, 177–214
- (20) Levy DT, Cummings KM, Hyland A (2000) Increasing taxes as a strategy to reduce cigarette use and deaths: results of a simulation model. *Preventive Medicine*, 31, 279–286
- (21) Merriman D, Yurekli A, Chaloupka FJ (2000) How big is the worldwide cigarette-smuggling problem? In: Jha P, Chaloupka FJ: Tobacco control in developing countries, Oxford University Press, New York, 365–392
- (22) Nicholl J (1998) Tobacco tax initiatives to prevent tobacco use. *Cancer*, 83, 2666–2679
- (23) Novotny TE, Cohen JC, Yurekli A et al. (2000) Smoking cessation and nicotine-replacement therapies. In: Jha P, Chaloupka F.: Tobacco control in developing countries, New York, 287–307
- (24) Ohsfeldt RL, Boyle RG, Capilouto E (1997) Effects of tobacco excise taxes on the use of smokeless tobacco products. *Health Economics*, 6, 525–532
- (25) Ranson K, Jha P, Chaloupka FJ et al. (2000) The effectiveness and cost-effectiveness of price increases and other tobacco-control policies. In: Jha P, Chaloupka FJ.: Tobacco control in developing countries, Oxford University Press, New York, 427–448
- (26) Ross H, Chaloupka FJ (2000) The effect of cigarette prices on youth smoking. Vortragsmanuskript, Vortrag gehalten bei der 11. Weltkonferenz „Tobacco or Health“. Unveröffentlichtes Dokument, Chicago
- (27) Saffer H (2000) Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka FJ.: Tobacco control in developing countries, Oxford University Press, New York, 215–236
- (28) Scollo M, Sweanor D (2000) World's best practice: Tobacco taxation. *Tobacco Control*, 9, 229–229
- (29) Staatliche Zentralverwaltung für Statistik (1956–1989) Statistisches Jahrbuch der DDR. Staatsverlag der DDR, Berlin
- (30) Statistics Finland (2002) Cigarette tax and revenue in consideration of smuggling, Tobacco Statistics 1999, Helsinki
- (31) Statistisches Bundesamt (1956–1989) Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Mainz

- (32) Statistisches Bundesamt (2000) Finanzen und Steuern, Fachserie 14: Reihe 9.1.1 Absatz von Tabakwaren 1999, Metzler-Poeschel, Stuttgart
- (33) Sunley EM, Yurekli A, Chaloupka FJ (2000) The design, administration and potential revenue of tobacco excises. In: Jha P, Chaloupka FJ: Tobacco control in developing countries, Oxford University Press, New York, 409–426
- (34) Tauras JA, Chaloupka FJ (1999) Determinants of smoking cessation; an analysis of young adult men and women, National Bureau of Economic Research, Cambridge, Massachusetts
- (35) Tauras JA, Chaloupka FJ (1999) Price clean indoor air, and cigarette smoking: evidence from longitudinal data for young adults, National Bureau of Economic Research, Cambridge, Massachusetts
- (36) Tobacco Manufacturing Association (2002) Updated cigarette price and tax table across the EU, http://www.the-tma.org.uk/statistics/eu_cig072002.htm (abgerufen im Internet am 20.07.2002)
- (37) Townsend J (1993) Policies to halve smoking deaths. *Addiction*, 88, 43–52
- (38) Townsend J (1998) The role of taxation policy in tobacco control. In: Abedian I, van der Merwe R, Wilkins N, Jha P: The economics of tobacco control: towards an optimal policy, Applied Fiscal Research Centre, University of Capetown, Cape Town, 85–101
- (39) Townsend J, Roderick P, Cooper J (1994) Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity. *BMJ*, 309, 923–927
- (40) US Department of Health and Human Services (2000) Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia
- (41) Warner KE (2000) The economics of tobacco: myths and realities. *Tobacco Control*, 9, 78–89
- (42) World Bank (1999) Curbing the epidemic – Governments and the economics of tobacco control: A World Bank publication. The international bank for reconstruction and development, Washington DC

2 BEKÄMPFUNG DES ILLEGALEN HANDELS MIT TABAKPRODUKTEN

STATUS QUO

Zwischen 1990 und 1995 ist der Zigaretenschmuggel weltweit um ungefähr 73% angewachsen¹². Auch in der Bundesrepublik hat der Zigaretenschmuggel in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Allein im Jahr 2000 beschlagnahmten Zollfahnder insgesamt rund 1,1 Milliarden Stück Zigaretten; dies entspricht einer Steigerung von 66,3 Prozent im Vergleich zum Vorjahr²³. Im Jahr 2001 wurde der Vorjahreswert mit rund 984 Millionen Stück sichergestellten Zigaretten erneut nahezu erreicht²⁵. Dem deutschen Fiskus entstehen durch den Zigaretenschmuggel Jahr für Jahr Steuerausfälle in Millionenhöhe.

Die Problematik des Zigaretenschmuggels wurde bereits in einer Reihe wissenschaftlicher Studien untersucht. Auf Grund ihrer Bedeutung für die Aufklärung wichtiger Aspekte des Tabaksmuggels werden in diesem Kapitel zusätzlich seriöse Journalistenquellen zitiert.

Aktuelle Handlungsempfehlungen für die Bekämpfung des Schmuggels auf internationaler und nationaler Ebene wurden im Juli 2002 auf der ICITT (Internationalen Konferenz zur Bekämpfung des illegalen Handels mit Tabakprodukten) diskutiert, an der Vertreter der Zollbehörden und der Staatsanwaltschaft sowie weitere Experten aus über 145 Ländern beteiligt waren⁴.

AKTUELLER WISSENSSTAND

■ Zigaretenschmuggel führt dazu, dass die Ware zu einem geringeren Preis auf den Markt gebracht wird und hierdurch erschwinglicher wird. Da der Anteil geschmuggelter Ware an der Gesamtzahl der jährlich konsumierten Zigaretten beträchtlich ist, muss mit einer erheblichen Konsumsteigerung gerechnet werden¹³.

■ Der Wettbewerb durch geschmuggelte Zigaretten kann dazu führen, dass der

Durchschnittspreis auch für besteuerte Zigaretten fällt²¹.

■ Der Zugriff auf billige Schmuggelzigaretten erleichtert es insbesondere Personen mit geringem Einkommen, ihren Tabakkonsum beizubehalten²². Da auch Kinder und Jugendliche – weil sie besonders sensitiv auf den Preis von Tabakprodukten reagieren (vgl. Abschnitt B) – auf billige Zigaretten ansprechen, muss damit gerechnet werden, dass das Vorhandensein von Schmuggelzigaretten sich insbesondere auf deren Konsumniveau auswirkt.

■ Zigaretten sind als Schmuggelgut besonders beliebt, da sie auf Grund der hohen Steuern, mit denen sie belegt sind, ein profitables Produkt darstellen¹⁵. Ferner bieten sie im Vergleich zu Rauschgift ähnlich hohe Gewinne bei weitaus niedrigerer Strafandrohung.

■ Die Zigarettenmarke WEST des deutschen Herstellers Reemtsma ist den Angaben der Weltzollorganisation (World Customs Organization) zufolge die meistgeschmuggelte Zigarettenmarke in Europa¹⁷.

■ Die potenziellen Gewinne aus dem organisierten Zigaretenschmuggel schaffen einen Anreiz für die Entstehung von Netzwerken Organisierter Kriminalität. Auch bereits bestehende Strukturen Organisierter Kriminalität sind in das Geschäft mit Schmuggelzigaretten ein- bzw. umgestiegen^{15,21}.

■ Eine von vier aller weltweit exportierten Zigaretten gelangt auf den Schwarzmarkt¹¹. Dies entspricht zwischen 6% und 8,5% der weltweit konsumierten Fabrikzigaretten. Dieser Prozentsatz übertrifft den Schmuggel mit anderen Konsumgütern, die international gehandelt werden, bei weitem¹⁵.

■ Deutschland gilt zusammen mit Großbritannien, Spanien, Portugal und Italien als Land mit hohem Schmuggelaufkommen¹³. Schätzungen zum Netto-Zigaretenschmuggel ergeben, dass Deutschland mit einem Netto-Import pro Kopf der Bevölkerung von 21 illegalen Zigaretenschachteln im Vergleich zu anderen europäischen Ländern einen großen Zustrom von Schmuggelware hat¹⁵.

■ Der organisierte Schmuggel macht am Gesamtaufkommen des Schmuggels gegenüber dem so genannten Ameisenschmuggel den weit größeren Anteil aus. Während für Deutschland diesbezüglich keine Daten vorliegen, gehen Schätzungen für Großbritannien von 80% des gesamten Schmuggelaufkommens aus, die dem organisierten Schmuggel zuzurechnen sind ².

■ Beim organisierten Schmuggel spielen unterschiedliche Steuerniveaus verschiedener Staaten keine kausale Rolle, weil die Akteure Zugriff auf nicht besteuerte Ware haben ¹⁴. Die wichtigsten Bezugsquellen für den organisierten Zigaretten Schmuggel sind hierbei der Transithandel sowie der Großhandel mit unbesteuerten Zigaretten (duty-free) ^{11,12}.

■ Die Feststellung einer direkten Wechselbeziehung zwischen dem Preisniveau von Zigaretten und einem hohen Schmuggelaufkommen ist nicht begründet ^{12,15}. Vielmehr spielen weitere Faktoren, wie beispielsweise Netzwerke Organisierter Kriminalität im organisierten Zigaretten Schmuggel eine vermutlich weit ausschlaggebendere Rolle ¹². So gilt das in einem Staat vorhandene Ausmaß an Korruption als ein Indikator für das Schmuggelaufkommen (vgl. Abb. 9) ¹⁵.

■ Die durch den Tabakschmuggel entstehenden Verluste gehen zu Lasten der Staatshaushalte. Nach Schätzungen des Bundesfinanzministeriums verliert allein der deutsche Fiskus durch den Zigaretten Schmuggel über eine halbe Milliarde Euro pro Jahr ²⁴. Demgegenüber dient der Schmuggel mit Tabakwaren den kommerziellen Interessen der Tabakindustrie in verschiedener Weise, weil auch die geschmuggelten Tabakwaren Produkte der Tabakindustrie sind ¹³. Ferner werden die sichergestellten Zigaretten vernichtet und durch Neuproduktion wieder ersetzt.

■ Es gibt eine Vielzahl von Hinweisen dafür, dass Zigarettenhersteller den Schmuggel dazu nutzen, den Markt zu ihren Gunsten zu regulieren und zu kontrollieren ^{5,6,9,12,13}. Die Bedeutung einer aktiven Beteiligung von Zigarettenherstellern am Zigaretten Schmuggel wird auch aus ehemals geheimen Firmendokumenten ersichtlich, die in den USA im Rahmen von Gerichtsprozessen öffentlich zugänglich geworden sind ^{3,8,10}.

■ Der Zigaretten Schmuggel wird von Tabakherstellern zur Beeinflussung von Marktanteilen genutzt, beispielsweise, um bestehende Handelsbarrieren zu um-

„Welcher andere rechtmäßige Industriezweig lässt es zu, dass bis zu ein Drittel seiner Produkte illegal verkauft werden?“

US Senatoren Richard Durbin und Ron Wyden ^(IV)

„Ich bin von Souza Cruz [BATs brasilianische Tochtergesellschaft] informiert worden, dass der Industries Chairman von BAT die Vorgehensweise der brasilianischen Konzerngruppe unterstützt, ihren Anteil am argentinischen Markt über DNP [duty non paid, gängiger Euphemismus für Schmuggel] zu vergrößern.“

P. Adams, BAT ^(V)

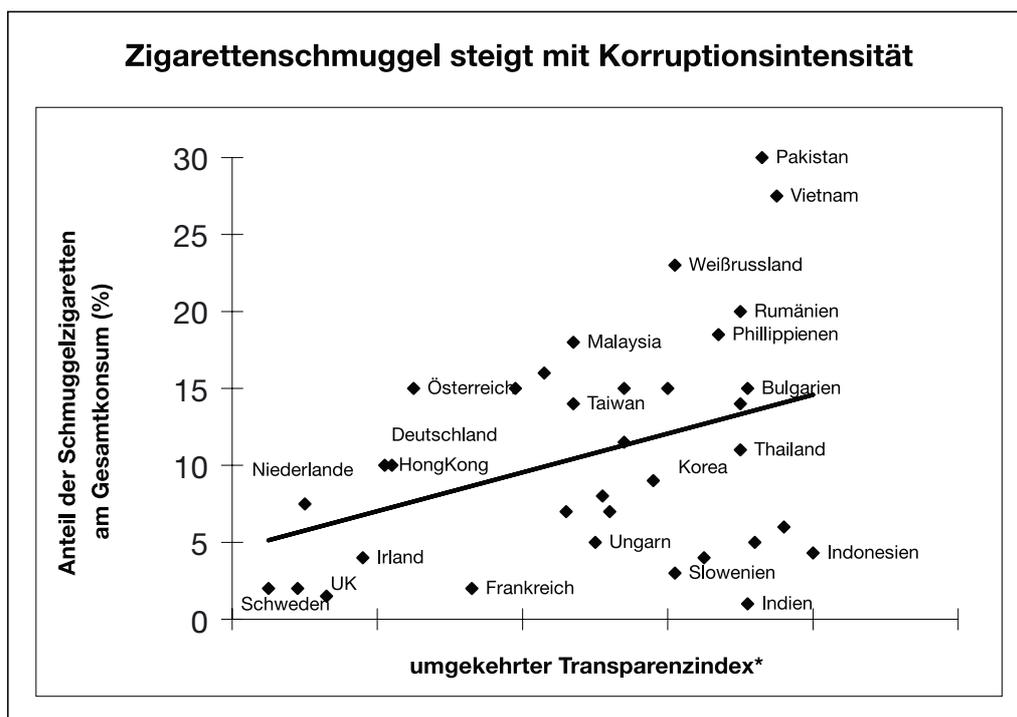


Abbildung 9: Zusammenhang von Zigaretten Schmuggel und Korruption. Quelle: Merriman et al., 2000 ¹⁵. Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2002.
* Summenwert zur Ermittlung der Korruptionsintensität, zwischen 0 (nicht korrupt) und 10 (hoch korrupt).
Mit freundlicher Genehmigung von Joy de Beyer

gehen und neue Märkte zu öffnen^{1,13}. Der Zigaretenschmuggel dient der Tabakindustrie zudem dazu, wirksame Steuererhöhungen zu verhindern bzw. um die Rücknahme bereits vorgenommener Steuererhöhungen zu bewirken. Hierzu gibt es ein gut dokumentiertes Fallbeispiel aus Kanada¹⁴.

■ Die EU-Kommission unternimmt derzeit bereits den dritten Anlauf, in den Vereinigten Staaten gerichtlich gegen zwei US-amerikanische Tabakkonzerne vorzugehen²⁰. Die Kommission wirft den beiden Herstellern, Philip Morris und RJ Reynolds vor, bewusst den Zigaretenschmuggel in der EU zu begünstigen. Zehn EU-Mitgliedsstaaten, unter anderem auch Deutschland, haben sich der Klage angeschlossen. Diese wird auch von der WHO unterstützt⁷. In der Klageschrift heißt es, diese Firmen verkauften an Zwischenhändler, von denen sie wissen oder wissen müssten, dass diese die Zigaretten an illegale Händler weiterleiten. Zudem wird den Herstellern vorgeworfen, ihre Zigaretten wissentlich nicht bzw. falsch zu etikettieren.

■ Bei Schmuggelware sind die in der EU gesetzlich vorgesehenen Vorgaben zur Produktgestaltung und -information gewöhnlich nicht erfüllt²⁴. Unter anderem fehlen die gesetzlich vorgeschriebenen Warnhinweise entweder ganz oder entsprechen nicht der Landessprache des Bestimmungslandes. Zudem wurden bei geschmuggelten Zigaretten eine Überschreitung der legalen Grenzwerte für Nikotin und Teer festgestellt sowie ein höherer Anteil gesundheitsschädlicher Substanzen¹⁸. Untersuchungen geschmuggelter Markenfälschungen ergaben höhere Nikotin- und Teergehalte als bei teureren Originalen, zudem wiesen sie weitere für Zigaretten unübliche Zusätze auf¹⁶.

■ Eine effektive staatliche Bekämpfung des Schmuggels trägt zur Wirksamkeit von Preiserhöhungen bei, die ihrerseits die Nachfrage nach Tabakprodukten senken^{12,21}. Der Zigaretenschmuggel kann sowohl durch internationale als auch nationale Maßnahmen wirksam reduziert werden^{13,14}. Ein Beispiel hierfür ist Spanien, hier konnte der Marktanteil von

Schmuggelzigaretten zwischen 1995 und 1999 von 15% auf 5% reduziert werden¹⁴.

■ Die Strategie der Schmuggelbekämpfung muss einerseits so angelegt sein, dass die bisherigen Anreize zum Zigaretenschmuggel aufgehoben werden; sowohl die Hersteller als auch die Großhändler müssen Anreize zur Verhinderung des Schmuggels haben, statt ihn zu fördern. Andererseits müssen die Vertriebswege effektiver gesichert werden¹⁵.

■ Ein Beispiel für die Sicherung der Vertriebswege ist die Einführung eines Markierungssystems, anhand dessen der Vertrieb von Tabakprodukten überwacht und Schmuggelware sowie Markenfälschungen identifiziert werden können. Ein derartiges Markierungssystem (SIC-PATTRACE system, auch bekannt als „Hawkeye system“) wird bereits seit mehreren Jahren erfolgreich bei der Fahndung nach gestohlenen oder geschmuggelten Luxusgütern eingesetzt und könnte äußerst preisgünstig für die Überwachung des Zigarettenhandels eingesetzt werden (Kostenschätzungen belaufen sich auf 2 US-Cent pro Zigaretten-schachtel)¹⁹.

VERANTWORTLICHE

- Bundesministerium der Finanzen
- Zollkriminalamt
- Finanzämter
- Gewerbeaufsichtsämter

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

- Besteuerung beim Hersteller/ab Werk oder Erhebung einer Kautions für Exportware, die nach Erreichen des Bestimmungslandes/Zielmarktes zurückerstattet wird;
- Einführung eines umfassenden und einheitlichen Markierungssystems, anhand dessen die Herkunft der Ware, der Bestimmungsort sowie jede Zwischenlagerung auf dem Vertriebsweg eindeutig identifizierbar ist;
- Erhöhung der Sicherheiten (Bürgschaften etc.) für Transitware;
- Abschaffung des zollfreien Handels mit Tabakprodukten (duty-free);

- Einführung eines Haftungs- und Entschädigungsverfahrens zur Rückerstattung entgangener Zölle/Steuern durch Hersteller und Großhändler, um jeden Anreiz zur Schmuggelbeihilfe zu unterbinden (analog zur Baseler Konvention zum grenzüberschreitenden Transport gefährlicher Abfallstoffe);
- Überwachung, Dokumentierung und Kontrolle des Vertriebs und der Warenbewegungen von zoll- und steuerfreien Tabakprodukten einschließlich des Rohtabaks;
- Entsendung weiterer Zollverbindungsbeamten ins Ausland;
- Verschärfung der Strafmaßnahmen und Verbote sowie Anwendung der vorhandenen Strafandrohung;
- Verstärkung der internationalen Zusammenarbeit bei der Bekämpfung des Tabaksmuggels.

Literatur

- (1) Action for smoking and health (2000) BAT and tobacco smuggling. <http://www.ash.org/html/smuggling/html/summary.htm> (abgerufen aus dem Internet am 8. August 2002)
- (2) Action for smoking and health (2001) Tobacco advertising opinion poll. Summary report. Prepared by ICM research for Action for smoking and health. http://www.ash.org.uk/html/advspo/html/icmnovember_files/slide0001.htm (abgerufen aus dem Internet am 8. August 2002)
- (3) Beelman MS, Campbell D, Ronderos MT et al. (2000) Major tobacco multinational implicated in cigarette smuggling, tax evasion, documents show. http://www.publici.org/story_01_013100.htm (abgerufen aus internet am 8. August 2002)
- (4) Benton DL, Libertucci AJ (2002) International conference on illicit tobacco trade, New York, 30. Juli bis 1. August 2002. <http://www.atf.treas.gov/tobacco/icitt/icitt-chairexecsum.pdf> (abgerufen aus dem Internet am 9. August 2002)
- (5) Campaign for Tobacco-Free Kids (2001) Illegal pathways to illegal profits. The big cigarette companies and international smuggling. <http://www.tobaccofreekids.org/campaign/global/reports.shtml#report3> (abgerufen aus dem Internet am 13. August 2002)
- (6) Dubois G, Tramier B (2001) The responsibility of the tobacco industry for the tobacco pandemic. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 5, 304–306
- (7) Frankfurter Allgemeine Zeitung (2002) EU will weiter gegen amerikanische Zigarettenhersteller klagen, Nr. 167, Ausgabe vom 22.07.2002, 11
- (8) Framework Convention Alliance (2002) The FCTC and tobacco smuggling. ash.org.uk (abgerufen aus dem Internet am 7. August 2002)
- (9) Glantz SA (2000) The truth about big tobacco in its own words. *BMJ*, 321, 313–314
- (10) Glantz SA, Slade J, Bero LA et al. (1996) *The cigarette papers*. University of California Press, Berkeley
- (11) Joossens L (2002) Turning off the tap. An update on cigarette smuggling. Vortragsfolien für die 3. Europäische Konferenz Tabak oder Gesundheit am 22. Juni 2002 in Warschau, unveröffentlichtes Manuskript, Brüssel
- (12) Joossens L, Chaloupka FJ, Merriman D et al. (2000) Issues in the smuggling of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ: *Tobacco control in developing countries*, Oxford University Press, New York, 393–406
- (13) Joossens L, Raw M (1998) Cigarette smuggling in Europe: who really benefits? *Tobacco Control*, 7, 66–71
- (14) Joossens L, Raw M (2000) How can cigarette smuggling be reduced? *BMJ*, 321, 947–949
- (15) Merriman D, Yurekli A, Chaloupka FJ (2000) How big is the worldwide cigarette-smuggling problem? In: Jha P, Chaloupka FJ: *Tobacco control in developing countries*, Oxford University Press, New York, 365–392
- (16) Reinke-Nobbe H (2000) Kippen im Kamin. Schmuggler handeln immer mehr mit illegalen Zigaretten und verstärkt mit Imitaten aus China. *Focus*, 32, 36–37
- (17) The Guardian (2002) Imperial's bid for West ignites smuggling debate, Ausgabe 2. Mai 2002. <http://www.guardian.co.uk/archive/article/0,4273,4405574,00.html> (abgerufen aus dem Internet am 2. Mai 2002)
- (18) The Times of London Online (2002) Young smokers at risk from contraband. Ausgabe vom 10. Juli 2002. <http://www.timesonline.co.uk> (abgerufen aus dem Internet am 10. Juli 2002)
- (19) Thorpe J (2002) Hawkeye system for tracing

- contraband cigarettes, Action for smoking and health. <http://www.ash.org.uk/html/smuggling/html/hawkeye.htm> (abgerufen aus dem Internet am 1. August 2002)
- (20) Vereinigte Wirtschaftsdienste (2002) Brüssel legt Berufung gegen US-Urteil zu Tabaksmuggel ein. <http://www.vwd.de> (abgerufen aus dem Internet am 19. Juli 2002)
- (21) World Bank (1999) Curbing the epidemic – Governments and the economics of tobacco control: A World Bank publication. The international bank for reconstruction and development, Washington DC
- (22) Wiltshire S, Bancroft A, Amos A et al. (2001) „They are doing people a service“ – qualitative study of smoking, smuggling and social deprivation. *BMJ*, 323, 203–207
- (23) Zollkriminalamt (2001) Bekämpfung des Zigarettschmuggels. Jahresvergleich der Sicherstellungen von un versteuerten Zigaretten durch die Zollverwaltung. Stand 01.01.2001. Pressemitteilung des Zollkriminalamtes vom 13. März 2001
- (24) Zollkriminalamt (2002) Persönliche Mitteilung Leonhard Bierl am 7. August 2002
- (25) Zollkriminalamt (2002) Zigarettschmuggel. Pressemitteilung des Zollkriminalamtes vom 2. Mai 2002

3 VERBOT VON TABAKWERBUNG UND SPONSORING

STATUS QUO

Der jährliche Etat der Tabakindustrie für Werbung und Sponsoring liegt in Deutschland über 300 Millionen Euro (vgl. Abb. 10)³⁵. Im Vergleich dazu liegen die Ausgaben des Bundesministeriums für Gesundheit für die Tabakprävention pro Jahr bei rund 1 bis 2 Millionen Euro⁶.

Zur Tabakwerbung kann jede Form der kommerziellen Kommunikation gerechnet werden, deren Hauptziel, Nebenzweck oder zufälliges Ergebnis es ist, ein bestimmtes Tabakprodukt oder den Konsum von Tabakprodukten zu fördern¹¹. Zur Werbung zählen somit die direkte Produktwerbung in sämtlichen Medien (z.B. direkte Postwurfsendung, großflächige Plakatwerbung, Internet) sowie jede Form der indirekten Werbung einschließlich der Verwendung von Markennamen, -logos, oder -emblemern auf anderen Konsumartikeln („Diversifikationsprodukte“) sowie die Abgabe von Gratisproben und Preisnachlässe. Als Sponsoring wird jede Form der privaten oder öffentlichen Geldgabe an Personen, Institutionen oder für Ereignisse, einschließlich der Verleihung von Preisen sowie der

Ausschreibung von Wettbewerben, bezeichnet, deren Hauptziel, Nebenzweck oder zufälliges Ergebnis es ist, ein bestimmtes Tabakprodukt oder den Konsum von Tabakprodukten zu fördern¹¹.

In Deutschland ist die Tabakwerbung durch einige wenige gesetzliche Vorschriften geregelt. So ist seit 1975 die Werbung im Fernsehen und Hörfunk verboten. Des Weiteren ist Werbung verboten, die das Rauchen als unschädlich oder gesund, als Mittel zur Anregung körperlichen Wohlbefindens oder das Inhalieren als nachahmenswert darstellt. Zusätzlich existieren so genannte „Selbstbeschränkungsvereinbarungen“ der Tabakindustrie. Diese enthalten unterschiedliche Absichtserklärungen seitens der Tabakindustrie hinsichtlich einer qualitativen und quantitativen Einschränkung der Tabakwerbung. Beispielsweise hat die Tabakindustrie zugesagt, keine Werbung mit Prominenten oder mit unter 30-jährigen Models zu zeigen und sich nicht an Jugendliche zu richten.

In den meisten Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sind Tabakwerbung und -sponsoring bereits heute durch weitergehende Rechtsvorschriften als den derzeit in Deutschland bestehenden geregelt; weitere Staaten planen oder beraten gegenwärtig Gesetzesinitiativen für umfassendere Tabakwerbeverbote. Deutschland ist mit seiner Ablehnung

„Das Problem ist: wie verkauft man Tod? Wie verkauft man ein Gift, das jährlich 350 000 und täglich 1 000 Menschen umbringt? Man macht es mit weiten, offenen Freiflächen in der Natur... den Bergen, den offenen Plätzen, dem See mit seinem Ufer. Sie machen das mit jungen, gesunden Menschen. Sie machen das mit Sportlern. Wie könnte der Hauch einer Zigarette in solch einer Situation schädlich sein? Er kann es nicht – da ist zu viel frische Luft, zu viel Gesundheit – es strahlt vor Jugend und Lebendigkeit – so wird das verkauft.“

Fritz Gahagan, ehemaliger Vertriebsberater für fünf Tabakkonzerne, 1988^(VI)



Abbildung 10: Werbeausgaben der Tabakindustrie in Deutschland im Jahr 1999 (in Millionen DM bzw. €). Quelle: Stuttgarter Zeitung, 2000³⁵. Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2002

eines umfassenden Tabakwerbeverbotes sowohl innerhalb der Europäischen Union als auch in der 51 Mitgliedsstaaten umfassenden EU-Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) isoliert.

AKTUELLER WISSENSSTAND

■ Der Zusammenhang zwischen Tabakwerbung und Konsumverhalten ist belegt. Tabakwerbung beeinflusst nicht nur die Markenwahl bestehender Raucher, sondern erhöht die Gesamtnachfrage^{13,24,31}. Dies gilt nicht nur für die direkte Werbung für das Produkt Zigarette, sondern auch für die indirekte Werbung für Markenartikel und das Markensponsoring. Insbesondere für Jugendliche ist nachgewiesen, dass auch die indirekte Werbung eine konsumfördernde Wirkung hat^{5,26}.

■ Der Zigarettenkonsum wird durch eine Reihe unterschiedlicher Faktoren beeinflusst, unter denen die Tabakwerbung lediglich einer ist. Jedoch scheint die Tabakwerbung einen vergleichsweise großen, und zudem einen von anderen Faktoren (z.B. vom Tabakkonsum Gleichaltriger) weitgehend unabhängigen Einfluss auf die Ausbildung des Rauchverhaltens von Kindern und Jugendlichen zu haben^{12,25}.

■ Kinder und Jugendliche sind für Zigarettenwerbung ungleich stärker empfänglich als Erwachsene^{16,28,29} und können der Anziehungskraft und den Verlockungen von Werbekampagnen weniger Widerstand entgegensetzen²⁷. Tabakwerbung unterminiert den positiven Erziehungseinfluss von Eltern, ihre Kinder vom Rauchbeginn abzuhalten²⁵.

■ Obgleich dies vonseiten der Tabakindustrie bestritten wird, weisen interne Industriedokumente nach, dass die Marketingstrategien der Tabakindustrie sich gezielt an Jugendliche richten^{7,15,23}.

■ Die Bedeutung der Werbung gründet sich allerdings nicht allein auf die Beeinflussung des Tabakkonsums. Sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene verbinden die Allgegenwärtigkeit der Tabakwerbung und die für Tabakprodukte gängigen Marketingpraktiken mit Überzeugungen über deren Schadens-

potenzial. In Großbritannien beispielsweise ist fast jeder zweite Raucher der Ansicht, dass das Rauchen nicht so gefährlich sein kann, da sonst die Regierung die Werbung für Zigaretten nicht zulassen würde¹.

■ Durch ein umfassendes Werbeverbot, das alle Medien sowie sämtliche Formen und Mittel der direkten und indirekten Werbung und des Sponsorings einschließt, kann der Tabakkonsum in der Bevölkerung deutlich gesenkt werden³⁸. Dies zeigte eine im Auftrag der Weltbank durchgeführte Untersuchung (vgl. Abb. 11). Im Verlauf von zehn Jahren verringerte sich der Pro-Kopf-Verbrauch an Zigaretten in Ländern mit einem umfassenden Werbeverbot deutlicher als in Staaten, in denen es kein Werbeverbot für Tabakprodukte gab³². Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Einführung eines Tabakwerbeverbotes häufig in weitere Maßnahmen zur Prävention des Rauchens eingebunden ist.

■ Als Einzelmaßnahme kann ein umfassendes Tabakwerbeverbot pro Raucher eine Konsumreduktion von bis zu 8% bewirken³¹. Aufgrund der weiten Verbreitung des Tabakkonsums in Deutschland würde dies in absoluten Zahlen einen erheblichen gesundheitlichen Gewinn bedeuten.

■ Sowohl begrenzte Werbeverbote als auch die „Selbstbeschränkungsvereinbarungen“ der Tabakindustrie sind wirkungslos, weil die Hersteller ihre Marketingaktivitäten auf diejenigen Medien bzw. Bereiche verlagern können, in denen Werbung und Sponsoring weiterhin erlaubt sind^{32,34,37}. Desgleichen ist ein bloßer Verzicht auf „jugendbezogene“ Werbung für den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Tabakwerbung untauglich: Kinder und Jugendliche fühlen sich nicht nur von Werbung mit jugendgerechten Inhalten, sondern auch durch an Erwachsene gerichtete Werbung angesprochen, da sie in der Phase der Identitätsbildung für Signale und Symbole des Erwachsenseins äußerst empfänglich sind^{2,18,19,28}.

■ Freiwillige Selbstverpflichtungen seitens der Hersteller sind ein unzureichendes Mittel, um den Tabakkonsum wir-

„Die Zigarettenindustrie hat immer behauptet, dass Zigarettenwerbung nichts mit dem Gesamtabsatz zu tun hat. Das ist völliger Nonsens und die Industrie weiß, dass dies Nonsens ist. Ich bin immer wieder amüsiert darüber, dass die Werbung, von der gezeigt werden kann, dass sie den Konsum von praktisch jedem anderen Produkt erhöht, auf irgendeine magische Weise bei Tabakprodukten nicht funktionieren soll.“

Emerson Foote (ehemaliger Geschäftsführer von McCann-Ericksen, der weltweit zweitgrößten Werbeagentur), 1988^(VII)

„Die Botschaft ‚Rauchen ist Erwachsenensache‘ ist vermutlich die effektivste Strategie, um Kinder dazu zu bewegen, mit dem Rauchen anzufangen, und es ist wahrscheinlich auch kein Zufall, dass Tabakfirmen solche Aussagen billigen.“

Pan American Health Organization, 1999^(VIII)

„Wenn junge Erwachsene sich vom Rauchen abwenden, wird die Branche einen Rückgang erleiden, genau wie eine Bevölkerung, in der keine Kinder geboren werden, letztendlich dahin schwindet“

RJ Reynolds, 1984^(IX)

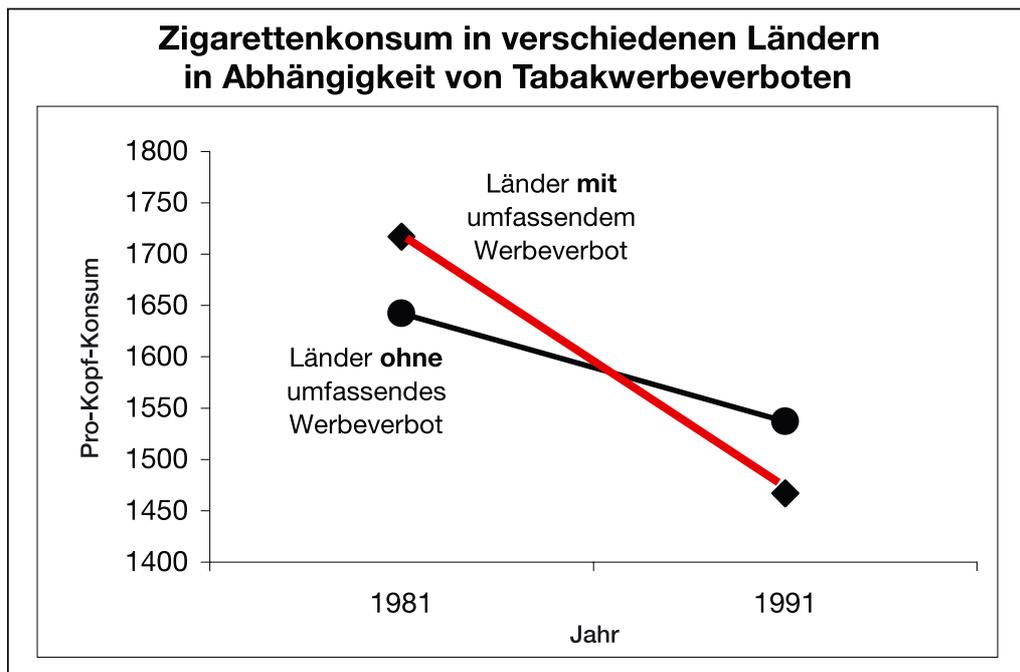


Abbildung 11: Gewichteter Pro-Kopf-Zigarettenkonsum (15 bis 64 Jahre) in Staaten mit umfassendem Tabakwerbeverbot bzw. ohne. Quelle: Saffer, Chaloupka, 2000³². Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2001. Mit freundlicher Genehmigung der Weltbank

kungsvoll zu reduzieren^{3,30}. Diese beziehen sich meist ausschließlich auf bestimmte Formen der direkten Werbung⁹. Angesichts des hohen Anteils der Ausgaben, die für Markensponsoring und Promotion aufgewendet werden, ist dies unzulänglich. Zugleich führt dies zu einer paradoxen Situation: So gibt es in Deutschland zwar aufgrund der Selbstverpflichtungen keine Werbung in Sportstätten, gleichzeitig wird der Tabakkonsum mittels des Markensponsorings bei sportlichen Ereignissen (Formel-1 etc.) mit Gesundheit, Fitness bzw. Leistungssport(-lern) verbunden.

■ Freiwillige Selbstbeschränkungen seitens der Tabakindustrie werden sogar als kontraproduktiv eingeschätzt, da sie den Herstellern dazu dienen können, weitreichendere gesetzliche Vorschriften zu verhindern^{17,36}.

■ In manchen Ländern wird die Tabakwerbung am Verkaufsort von einem ansonsten umfassenden Werbeverbot ausgenommen. Jedoch hat sich gezeigt, dass bestehende Werbeverbote durch einen Missbrauch dieser Ausnahme gezielt umgangen werden⁸.

■ Die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen eines umfassenden Tabakwerbeverbots sind geringfügig. Insbesondere die Warnungen vor den negativen Auswirkungen auf Arbeitsplätze erweisen

sich als überzogen: Die Zahl der in der verarbeitenden Industrie der Tabakbranche Beschäftigten beläuft sich aufgrund des hohen Mechanisierungsgrades auf weit unter ein Prozent der Gesamtzahl aller Beschäftigten in der Fertigungsindustrie. Internationale Erfahrungen zeigen einheitlich, dass trotz sinkender Nachfrage für Tabakprodukte kein Nettoverlust an Arbeitsplätzen entsteht: Wenn der Tabakkonsum sinkt, wird Geld, das vorher für Tabakprodukte ausgegeben wurde, in andere Konsumgüter investiert, deren Herstellung zudem häufig beschäftigungsintensiver ist³⁸.

■ Insbesondere die Auswirkungen eines Tabakwerbeverbotes auf die Werbewirtschaft sind als gering einzustufen, da die Ausgaben für Tabakwerbung im Vergleich zu anderen Branchen gering sind und in der gesamten Werbung nur einen geringen Anteil ausmachen^{14,22}.

■ Ein Tabakwerbeverbot wird in Deutschland von der breiten Bevölkerungsmehrheit gewünscht und von der überwältigenden Mehrheit aller fachbezogenen Institutionen des Gesundheitswesens gefordert^{4,10,21}. Repräsentativbefragungen zeigen, dass sechs von zehn Bundesbürgern sich für ein generelles Werbeverbot aussprechen^{21,39}, in den neuen Bundesländern sind es sogar drei von vier Befragten³⁹. Bereits 1996 hat

„(Marlboro muss) bei neuen, jungen Rauchern weiter anwachsen ... Während Marlboro weiterhin einen wachsenden Anteil junger Raucher anzieht, wird der zu erwartende Rückgang der Zahl junger Menschen den Umfang zukünftiger Gewinne aus dieser Quelle einschränken.“
Philip Morris, 1984 ^(X)

sich die Gesundheitsministerkonferenz der Länder einstimmig für ein Verbot der direkten und indirekten Tabakwerbung ausgesprochen. Auch der 104. Deutsche Ärztetag im Jahr 2001 hat an die Bundesregierung appelliert, ein generelles Werbeverbot für Tabakprodukte umzusetzen.

■ Soweit die Werbung in den grundgesetzlichen Schutz der Meinungsfreiheit fällt, sind Einschränkungen der Meinungsfreiheit mit dem Grundgesetz vereinbar, wenn sie durch Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt werden können und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen. Der Schutz der Gesundheit ist ein solches, ohne Rücksicht auf eine bestimmte Meinung zu schützendes Recht. Angesichts der erwiesenen Gefährlichkeit des Rauchens und des Passivrauchens sowie der von der Tabakindustrie eingesetzten Verführungsstrategien, ist ein umfassendes Tabakwerbeverbot verhältnismäßig ^{20,33}.

VERANTWORTLICHE

- Bundesregierung und Länderregierungen
- Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft
- Bundesverband der Verbraucherzentralen

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

- Verabschiedung und Umsetzung eines umfassenden nationalen Werbeverbotes mit folgenden Bestandteilen:
 - Verbot aller Formen der Tabakwerbung in sämtlichen Medien, der Verkaufsförderung und des Sponsoring, sofern diese den Absatz eines Tabakerzeugnisses oder eines Diversifikationsproduktes bezwecken oder bewirken;
 - Verbot aller Formen der grenzüberschreitenden Tabakwerbung, der Absatzförderung und des Sponsorings in allen Medien einschließlich Kabel- und Satellitenfernsehen, Radio, Internet und grenzüberschreitender Printmedien;
 - Verbot von Maßnahmen der Absatzförderung, die häufig in der Folge von Werbeverboten zwischen Tabakher-

stellern und Einzelhändlern abgemacht werden, wie beispielsweise die „slotting fees“ für die auffällige Platzierung von Tabakprodukten und Tabakwerbung;

- Konsequente Durchsetzung des Verbotes für Tabakwerbung und Sanktionierung bei Nicht-Einhaltung;
- Freiwillige Selbstverpflichtungen zur Einschränkung von Tabakwerbung, Absatzförderung und Sponsoring seitens der Tabakindustrie sollten nicht mehr als Ersatz für umfassende Werbeverbote akzeptiert werden, da sie sich national wie international als unwirksam erwiesen haben;
- Politische Unterstützung eines umfassenden Werbeverbotes in internationalen Abkommen (EU-Direktiven/Framework Convention on Tobacco Control);
- Beim Werbeverbot gilt wie bei allen anderen Maßnahmen – mit beachtenswerter Ausnahme der Erhöhung der Tabaksteuern – dass dieses in Kombination mit anderen Maßnahmen der Tabakkontrolle umgesetzt werden sollte, um nachhaltig wirksam zu sein.

Literatur

- (1) Action for smoking and health (2001) Tobacco advertising opinion poll. Summary report. Prepared by ICM research for ASH. http://www.ash.org.uk/html/advspo/html/icmnovember_files/slide0001.htm (abgerufen aus dem Internet am 8. August 2002)
- (2) Aitken P, Leather D, O'Hagan FJ (1985) Children's perceptions of advertisements for cigarettes. *Social Science Medicine*, 21, 785–797
- (3) Barbeau EM, DeJong W, Brugge DM et al. (1998) Does cigarette print advertising adhere to the tobacco institute's voluntary advertising and promoting code? An assessment. *Journal of public health policy*, 19, 473–488
- (4) Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung Familie, Frauen und Gesundheit (1997) Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern, STAMAS, München
- (5) Biener L, Siegel M (2000) Tobacco marketing and adolescent smoking: more support

- for a causal inference. *American Journal of Public Health*, 90, 407–411
- (6) Bundesministerium für Gesundheit (2002) Ulla Schmidt: Zigarettenindustrie unterstützt Prävention, Pressemitteilung vom 20. März 2002, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
 - (7) Cancer Research Campaign, Action for smoking and health (2000) Danger – PR in the playground, Cancer Research Campaign, Action for smoking and health London, London
 - (8) Centers for disease control and prevention (2002) Point-of-purchase tobacco environments and variation by store type – United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51, 184–186
 - (9) Daube M (1993) Voluntary agreements designed to fail. *Tobacco Control*, 2, 183–184
 - (10) Deutsches Krebsforschungszentrum (1998) Erklärung der deutschen medizinischen und wissenschaftlichen Fachgesellschaften zum vorgeschlagenen Werbeverbot für Tabakwaren. Unveröffentlichtes Dokument, Heidelberg
 - (11) European Health and Medical Organisations (2001) Views on a new EU tobacco advertising directive. <http://www.ash.org.uk> (abgerufen aus dem Internet am 24. Juli 2002)
 - (12) Evans N, Farkas AJ, Gilpin EA et al. (1995) Influence of tobacco marketing and exposure to smokers on adolescent susceptibility to smoking. *Journal of the National Cancer Institute*, 87, 1538–1545
 - (13) Gilpin EA, Pierce JP (1997) Trends in adolescent smoking initiation in the United States: is tobacco marketing an influence? *Tobacco Control*, 6, 122–127
 - (14) Hanewinkel R, Pohl J (1998) Werbung und Tabakkonsum. Wirkungsanalyse unter besonderer Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, IFT-Nord, Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, Kiel
 - (15) Hastings GB, MacFadyen L, Eadie D (1999) Why People Start Smoking: the Role of Marketing. Centre of Tobacco Control Research, University of Strathclyde, Glasgow
 - (16) Hastings GB, Ryan H, Teer P et al. (1994) Cigarette advertising and children's smoking: why Reg was withdrawn. *BMJ*, 309, 933–937
 - (17) Herzog B, Belpedio H (2001) International Tobacco Marketing standards: New standards create consistent, responsible international marketing standards. Credit Suisse & First Boston Equity Research, 25. September 2001. <http://www.ash.org.uk/html/advspo/pdfs/csfb.pdf> (abgerufen aus dem Internet am 1. November 2001)
 - (18) Institute of Medicine (1994) Growing up tobacco free: Preventing nicotine addiction in children and youths, National Academic Press, Washington DC
 - (19) Institute of Medicine (2001) Clearing the smoke: assessing the science base for tobacco harm reduction. National Academy Press, Washington DC
 - (20) Justizministerium Baden-Württemberg (1991) Gutachten des Justizministeriums Baden-Württemberg 7023-II/81 vom 28. 1991, Justizministerium Baden-Württemberg, Stuttgart
 - (21) Kraus L, Bauernfeind R (1998) Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht*, 44, S3–S83
 - (22) Laffert Gv (1998) Rauchen, Gesellschaft und Staat. Deutscher UniversitätsVerlag, Wiesbaden
 - (23) Ling PM, Glantz SA (2002) Why and how the tobacco industry sells cigarettes to young adults: evidence from industry documents. *American Journal of Public Health*, 92, 908–916
 - (24) Pierce JP, Choi WS, Gilpin EA et al. (1998) Tobacco industry promotion of cigarettes and adolescent smoking. *JAMA*, 18, 511–515
 - (25) Pierce JP, Distefan JM, Jackson C et al. (2002) Does tobacco marketing undermine the influence of recommended parenting in discouraging adolescents from smoking? *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 73–81
 - (26) Pierce JP, Gilpin EA, Choi WS (1999) Sharing the blame: smoking experimentation and future smoking-attributable mortality due to Joe Camel and Marlboro advertising and promotion. *Tobacco Control*, 8, 37–44
 - (27) Pollay RW (1997) Hacks, flacks and counterattacks: Cigarette advertising, research and controversies. *Journal of Social Issues*, 53, 53–74
 - (28) Pollay RW, Siddarth S, Siegel M et al. (1996)

- The last straw? Cigarette advertising and realized market shares among youth and adults. *Journal of Marketing*, 60, 1–16
- (29) Reid D, McNeill A, Glynn TJ (1995) Reducing the prevalence of smoking in youth in Western countries: an international review. *Tobacco Control*, 4, 266–277
- (30) Richards JW, Tye JB, Fischer PM (1996) The tobacco industry's code of advertising in the United States: myths and reality. *Tobacco Control*, 5, 295–311
- (31) Saffer H (2000) Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka FJ: Tobacco control in developing countries, Oxford University Press, New York, 215–236
- (32) Saffer H, Chaloupka FJ (2000) Tobacco advertising: economic theory and international evidence. *Journal of Health Economics*, 19, 1117–1137
- (33) Siekmann H (2001) Werbeverbot und Einschränkung der Meinungsfreiheit. Unveröffentlichtes Dokument, Bochum
- (34) Stewart MJ (1993) The effect on tobacco consumption of advertising bans on OECD countries. *International Journal of Advertising*, 155–180
- (35) Stuttgarter Zeitung (2000) Berlin prüft nationale Werbeverbote, Stuttgarter Zeitung, Nr. 231, Ausgabe vom 6.10.2000
- (36) US Department of Health and Human Services (2000) Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia
- (37) Wakefield M, Chaloupka FJ (2000) Effectiveness of comprehensive tobacco control programs in reducing teenage smoking in the USA. *Tobacco Control*, 9, 177–186
- (38) World Bank (1999) Curbing the epidemic - Governments and the economics of tobacco control: A World Bank publication. The international bank for reconstruction and development, Washington DC
- (39) Zittelmann R (1996) Beim blauen Dunst scheiden sich die Geister. DIE WELT online, 14.09.1996. <http://www.welt.de> (abgerufen in Internet am 14.9.1996)

4 SCHAFFUNG EINER RAUCHFREIEN UMWELT

STATUS QUO

Tabakrauch ist die führende Ursache von Luftverschmutzung in Innenräumen, in denen geraucht wird ⁴⁴. Die Einführung rauchfreier Einrichtungen dient in erster Linie dazu, Nichtraucher vor Tabakrauch zu schützen. Jüngste Repräsentativerhebungen zeigen, dass Passivrauchen in Deutschland am Arbeitsplatz, in der Gastronomie und in öffentlichen Gebäuden und bei gesellschaftlichen Anlässen weit verbreitet ist. Passivrauchen spielt auch im Erwerbsleben eine bedeutende Rolle. Die Hälfte aller nichtrauchenden Erwerbstätigen und Auszubildenden ist während der Arbeit Tabakrauch ausgesetzt, bei Männern ist die unfreiwillige Exposition mit 56% gegenüber Frauen (41%) höher ³². Etwa drei Millionen Arbeitnehmer arbeiten in Räumen, in denen regelmäßig geraucht wird ³⁰. Das Ausmaß der Belastung durch Passivrauchen ist an verschiedenen Arbeitsplätzen unterschiedlich. In Restaurants und Bars ist die Passivrauchbelastung im Vergleich zu Büroräumen bis um das Sechsfache höher ⁴⁰. Hierdurch ist das Personal gegenüber der Allgemeinbevölkerung einem überproportional hohen Gesundheitsrisiko ausgesetzt ¹⁴.

Die Rechtslage bezüglich des Nichtraucherschutzes ist in Deutschland – je nach öffentlicher, halböffentlicher oder privater Trägerschaft – unterschiedlich und vielfältig. Es existiert kein umfassendes Nichtraucherschutzgesetz. Grundsätzlich besitzt der Arbeitnehmer gegenüber dem Arbeitgeber einen gerichtlich einklagbaren Rechtsanspruch auf geeignete Maßnahmen des Nichtraucherschutzes am Arbeitsplatz. Gemäß der im Jahr 2001 novellierten Arbeitsstättenverordnung sind Arbeitgeber zum wirksamen Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz verpflichtet. Gleichwohl braucht der Arbeitgeber die Schutzmaßnahmen in Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr nur insoweit zu treffen, als es die Natur des Betriebs und die Art der Beschäftigung zulassen.

Im öffentlichen Straßen-, Schienen-, Wasser- und Luftverkehr sind die Verordnungen unübersichtlich geregelt, hier gilt die Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) ausdrücklich nicht. Auch in Gaststätten gibt es keine rechtsverbindliche Regelung für den Schutz von Nichtrauchern. In einigen öffentlichen Einrichtungen sind bereits rauchfreie Zonen vorzufinden, nur vereinzelt gibt es allerdings vollkommen rauchfreie öffentliche Einrichtungen oder Arbeitsstätten.

AKTUELLER WISSENSSTAND

■ Unter „Passivrauchen“ versteht man das unfreiwillige Einatmen von Tabakrauch aus der Raumluft ⁴¹. Dieser besteht zum größten Teil aus dem Nebenstromrauch, d.h. dem gas- und partikelförmigen Rauch, der während des Glimmens des Tabaks von der Glutzone ausgeht. Etwa Dreiviertel des Tabaks, der verbrannt wird, geht als Nebenstromrauch in die Raumluft. Die Zusammensetzung des Nebenstromrauchs gleicht qualitativ der des Hauptstromrauchs, den ein Raucher einatmet. Tabakrauch enthält mehrere tausend Chemikalien, unter denen zahlreiche toxische und kanzerogene Stoffe sind (vgl. Abb. 12), die auch von Nichtrauchern aus der Raumluft aufgenommen werden.

■ Zahlreiche nationale und internationale Gremien und Organisationen haben im vergangenen Jahrzehnt das Passivrauchen als beim Menschen krebserregend eingestuft ^{8,15,22,28}.

■ Neben der kanzerogenen Wirkung verursacht Passivrauchen weitere akute und chronische Gesundheitsschäden einschließlich Husten, Übelkeit, Kopfschmerzen, Bronchitis, Herz-Kreislauferkrankungen sowie Herzinfarkt (vgl. Abschnitt B) ^{15,27,28,29,34,43,45,46}.

■ Trotz hinreichender Belege zur Gesundheitsschädlichkeit des Tabakrauchs in der Raumluft wird vonseiten der Tabakindustrie weiterhin versucht, das Thema kontrovers darzustellen. So werden in Deutschland wie im internationalen Ausland bereits seit Jahrzehnten Wissenschaftler dafür bezahlt, dass sie die durch unabhängige Forschung bereits etablier-

„Eine vertrauliche Studie für das US-amerikanische Tobacco Institute aus dem Jahr 1978 bezeichnet das Thema Passivrauchen als ‚die größte Bedrohung für die Lebensfähigkeit der Tabakindustrie, die es jemals gegeben hat.‘“
Roper Organization, 1978 ^(XI)

„Meine Damen und Herren, Sie alle wissen, wie wichtig das Thema ‚Passivrauchen‘ für unser vordringlichstes PR-Problem ist, den Erhalt der sozialen Akzeptanz des Rauchens. (...)“
Präsentation des Verbandes der Zigarettenindustrie anlässlich des NMA-Workshops in Washington DC. 20.–22. September 1983 ^(XII)

Abbildung 12: Ausgewählte toxische und kanzerogene Substanzen in tabakrauchverunreinigter Innenraumluft. Quelle: Hoffmann et al., 1994 ²⁶. Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2001

Ausgewählte toxische und kanzerogene Substanzen in tabakrauchverunreinigter Innenraumluft	
Acetaldehyd	N-Nitrosamine
Acrolein	Nikotin
Benzolverbindungen	Phenole (flüchtige)
Cyanwasserstoff	Stickstoffoxid
Formaldehyd	Stickstoffdioxid

ten Erkenntnisse über die Schädlichkeit des Passivrauchens durch Gegendarstellungen abschwächen, um hierdurch die Notwendigkeit gesetzgeberischen Handelns zum Schutz vor Tabakrauch als fragwürdig darzustellen ^{10,11,12,25}.

■ Durch die Schaffung rauchfreier Einrichtungen können Nichtraucher wirkungsvoll vor der Exposition gegenüber Tabakrauch geschützt werden ^{16,39,42}. Rauchfreie Arbeitsplätze wirken sich bereits kurzfristig positiv auf die Gesundheit der Beschäftigten aus ²⁴. Beim Personal des Gaststättengewerbes beispielsweise lässt sich schon wenige Monate nach der Einführung eines Rauchverbots eine Verminderung von Atembeschwerden und eine Verbesserung der Lungenfunktion feststellen ¹⁴.

■ Betriebliche Rauchverbote führen zudem in der Regel zu einer Verbesserung des Betriebsklimas ^{6,31,36}. Von Rauchern werden rauchfreie Arbeitsplätze nicht als Diskriminierung, sondern als Hilfestellung wahrgenommen, ihren Tabakkonsum zu reduzieren oder das Rauchen aufzugeben ⁶.

■ Die Schaffung rauchfreier Arbeitsplätze, rauchfreier öffentlicher Einrichtungen wie beispielsweise Schulen, Krankenhäuser, Gastronomie und Kinos sowie rauchfreier öffentlicher Verkehrsmittel und Privathaushalte führt zu einer Verringerung der Raucherquote und des Pro-Kopf-Konsums von Tabakprodukten, da Raucher infolge der Ausweitung von Nichtraucherzonen darin unterstützt werden, ihren Konsum einzuschränken und einen Anreiz zur Beendigung des Tabakkonsums haben ^{4,5,7,9,17,20,21,37,38}.

■ Rauchfreie Arbeitsplätze haben eine deutliche Auswirkung auf den Zigarettenkonsum der Mitarbeiter. Für die USA

wurde errechnet, dass der kombinierte Effekt der Konsumbeendigung und der Konsumreduktion den Tabakkonsum um 29% pro Mitarbeiter verringert. Um einen ähnlichen Effekt über die Tabaksteuer zu erzielen, müsste diese deutlich angehoben werden, in den USA um 73% ²⁰.

■ Die Schaffung vollkommen rauchfreier Arbeitsplätze führt im Vergleich zu Arbeitsplätzen, die nur teilweise rauchfrei sind, zu einem doppelt so großen Rückgang des Tabakkonsums der Mitarbeiter ²⁰. Bei starken Rauchern sind die beobachteten Konsumreduktionen deutlicher ausgeprägt ^{3,19}. Dies ist von Bedeutung, da starke Raucher im Vergleich zu weniger stark Rauchenden einem besonders hohen Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind ¹³.

■ Eine rauchfreie Arbeitsumgebung erhöht die Anzahl erfolgreicher Entwöhnungsversuche, weil sie die Aufrechterhaltung der Tabakabstinenz erleichtert ². Über die Schaffung rauchfreier Arbeitsplätze kann somit auch die unfreiwillige Exposition gegenüber Tabakrauch in der Privatsphäre verringert werden ^{1,18,19}.

■ Die Einführung rauchfreier Arbeitsplätze lohnt sich für Arbeitgeber in mehrfacher Hinsicht, da rauchende Mitarbeiter durch erhöhte Fehlzeiten, verminderte Produktivität, erhöhte Reinigungskosten, Instandhaltung und Belüftung u.a.m. beträchtliche Kosten verursachen ^{23,35}.

■ Rauchende Mitarbeiter schneiden bezüglich ihrer Arbeitseffizienz schlechter ab als ihre nichtrauchenden Kollegen. Bei Ex-Rauchern fällt die Arbeitsproduktivität nach dem Aufhören zunächst noch weiter ab, übersteigt aber bereits nach einem Jahr die Produktivität der Raucher. Die Produktivität der Ex-Raucher nähert sich derjenigen der Nichtraucher an, je länger der Rauchstopp zurück liegt ²³.

Befürwortung präventiver Maßnahmen zur Einschränkung des Tabakkonsums				
	Raucherstatus der befragten Personen			
	Gesamt (8000)	Nichtraucher (3287)	Exraucher (1740)	Raucher (2933)
Rauchfreie Zonen in Gaststätten	86,1	91,3	89,2	78,7
Rauchverbot in allen öffentlichen Verkehrsmitteln	84,3	91,0	91,8	72,7
Rauchverbot in allen öffentlichen Gebäuden	74,4	84,8	82,7	58,0
Rauchverbot am Arbeitsplatz	69,4	85,4	81,7	44,5
Generelles Rauchverbot in der Öffentlichkeit	26,7	41,4	30,2	8,1
Tabakwerbung ganz verbieten	60,1	66,1	68,4	48,9

Abbildung 13: Befürwortung präventiver Maßnahmen zur Einschränkung des Tabakkonsums in Prozent. Quelle: Kraus & Bauernfeind, 1998 33. Mit freundlicher Genehmigung der Fachzeitschrift SUCHT

■ Rauchfreie Arbeitsplätze leisten einen wesentlichen Beitrag zu der Gesamtreduktion des Tabakkonsums in der Bevölkerung. In Australien wird der Beitrag rauchfreier Arbeitsplätze zu der zwischen den Jahren 1988 und 1995 eingetretenen Reduktion des Tabakkonsums auf 22% beziffert, in den USA für die Jahre 1988 bis 1994 auf 13%¹². Allein in Kalifornien wird der auf rauchfreie Arbeitsplätze zurückzuführende Rückgang des Zigarettenkonsums auf 150 Millionen Zigaretenschachteln pro Jahr geschätzt⁴⁷.

■ Wenn in den USA bzw. in Großbritannien alle Arbeitsplätze, an denen derzeit geraucht werden darf, rauchfrei würden, würde sich der Pro-Kopf-Zigarettenkonsum in der Erwachsenenbevölkerung um 4,5% bzw. um 7,6% verringern²⁰.

■ Saubere Innenraumluft wird von breiten Teilen der Bevölkerung zunehmend erwünscht. Während acht von zehn Nichtrauchern und Ex-Rauchern ein Rauchverbot am Arbeitsplatz wünschen, liegt der Anteil derer, die sich für Rauchverbote in allen öffentlich zugänglichen Gebäuden und öffentlichen Verkehrsmitteln sowie für rauchfreie Zonen in Gaststätten aussprechen, noch höher³³. Obwohl Raucher räumliche Einschränkungen des Tabakkonsums in einem etwas geringeren Ausmaß befürworten als Nichtraucher, stimmt doch weit über

die Hälfte aller Raucher Einschränkungen des Tabakkonsums an öffentlich zugänglichen Orten zu (vgl. Abb. 13).

■ Auch die Akzeptanz betrieblicher Regelungen zum Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz ist hoch. Bei angemessener Aufklärung und Information nimmt die Zustimmung sowohl bei Nichtrauchern als auch bei Rauchern nach der Einführung von Rauchverböten noch zu⁶.

VERANTWORTLICHE

■ Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

■ Länderministerien für Gesundheit

■ Arbeitgeber

■ Gewerkschaften

■ zuständige Stellen in Bund, Land und Kommunen, insbesondere Gewerbeaufsichtsämter

■ Ärztekammern, Ärzteverbände, Hebammenverbände, Verbände der Pflegeberufe

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Allgemein

■ Konsequente Umsetzung des Nichtraucherschutzes;

■ Durchführung von Aufklärungskampagnen (vgl. Kapitel 8) mit dem Ziel, die Kenntnis über sowie das Problembewusstsein für die Gesundheitsschädlich-

keit des Passivrauchens zu erhöhen, auch in Bezug auf die Exposition in der Privatsphäre, bei der Kinder und Partner die Hauptgeschädigten sind. Diese sollten auch die Aufklärung über das Recht auf rauchfreie Luft beinhalten;

■ Sensibilisierung von Angehörigen der Gesundheitsberufe, insbesondere Gynäkologen, Hebammen, Pädiater und Allgemeinärzte, für die Rauchfreiheit auch in Wohnungen und Privatautos zu werben.

Arbeitsplätze

■ Konsequente Umsetzung der novellierten Arbeitsstättenverordnung;

■ Einführung rauchfreier Arbeitsplätze auch dort, wo Publikumsverkehr vorhanden ist;

■ Vorrang des Rechtes von Nichtraucherern auf körperliche Unversehrtheit vor dem Recht von Rauchern auf Tabakkonsum außerhalb der festgelegten Rauchzonen angesichts des durch Passivrauch gefährdeten Rechtsgutes der Gesundheit.

Öffentlich zugängliche Einrichtungen

■ Flächendeckende Einführung rauchfreier öffentlicher Einrichtungen und rauchfreier Zonen unter vorrangiger Berücksichtigung von

- Kindergärten, Schulen, Hochschulen und anderen Aus- und Fortbildungsstätten;
- Einrichtungen der Gesundheitsversorgung;
- Sportstätten;
- Gastronomie (Gaststätten, Kneipen, Bars etc.).

Öffentlicher Verkehr

■ Durchgehende Rauchverbote im öffentlichen Straßen-, Schienen-, Wasser- und Luftverkehr aus Gründen des Nichtraucherschutzes sowie aus Sicherheitsgründen.

Literatur

- (1) Abernathy T, Grady B, Dukeshire S (1998) Changes in ETS following anti-smoking legislation. *Canadian Journal of Public Health*, 89, 33–34
- (2) Biener L, Nyman AL (1999) Effect of workplace smoking policies on smoking cessa-

tion: results of a longitudinal study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 41, 1121–1127

- (3) Borland R, Chapman S, Owen N et al. (1990) Effects of workplace smoking bans on cigarette consumption. *American Journal of Public Health*, 80, 178–180
- (4) Brenner H, Born J, Novak P et al. (1997) Smoking behavior and attitude towards smoking regulations and passive smoking in the workplace. *Preventive Medicine*, 26, 138–143
- (5) Brenner H, Fleischle MM (1994) Smoking regulations at the workplace and smoking behavior: A study from southern Germany. *Preventive Medicine*, 23, 230–234
- (6) Brenner H, Fleischle MM (1994) Social acceptance of smoking regulations in the workplace. *European Journal of Public Health*, 4, 17–21
- (7) Brenner H, Mielck A (1992) Einschränkungen des Rauchens am Arbeitsplatz und Rauchgewohnheiten: Ein Literaturreview. *Sozial- und Präventivmedizin*, 37, 162–167
- (8) California Environmental Protection Agency (1997) Health effects of exposure to environmental tobacco smoke, California Environmental Protection Agency, Sacramento, California
- (9) Centers for Disease Control and Prevention (2000) Achievements in Public Health, 1900–1999: Changes in the Public Health System. *JAMA*, 283, 735–738
- (10) Chapman S (1997) Tobacco industry memo reveals passive smoking strategy. *BMJ*, 1569
- (11) Chapman S (1998) The hot air on passive smoking. *BMJ*, 945
- (12) Chapman S, Borland R, Scollo M et al. (1999) The impact of smoke-free workplaces on declining cigarette consumption in Australia and the United States. *American Journal of Public Health*, 89, 1018–1023
- (13) Doll R, Peto R, Wheatley K et al. (1994) Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 309, 901–911
- (14) Eisner MD, Smith AK, Blanc PD (1998) Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. *JAMA*, 280, 1909–1914
- (15) Environmental Protection Agency (1993) Respiratory health effects of passive smoking: Lung cancer and other disorders.

- The report of the US Environmental Protection Agency, US Department of Health and Human Services, US Environmental Protection Agency, Washington DC
- (16) Eriksen MP, Gottlieb NH (1998) A review of the health impact of smoking control at the workplace. *American Journal of Health Promotion*, 13, 83–104
- (17) Farkas AJ, Gilpin EA, Distefan JM et al. (1999) The effects of household and workplace smoking restrictions on quitting behaviors. *Tobacco Control*, 8, 261–265
- (18) Farkas AJ, Gilpin EA, White MM et al. (2000) Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *JAMA*, 284, 717–722
- (19) Farrelly MC, Evans WN, Sfeakas AES (1999) The impact of workplace smoking bans: results from a national survey. *Tobacco Control*, 8, 272–277
- (20) Fichtenberg CM, Glantz S (2000) Association of the Californian tobacco control program with declines in cigarette consumption and mortality from heart disease. *New England Journal of Medicine*, 343, 1772–1777
- (21) Gilpin EA, White MM, Farkas AJ et al. (1999) Home smoking restrictions: which smokers have them and how they are associated with smoking behavior. *Nicotine & Tobacco Research*, 1, 153–162
- (22) Greim HH (1998) Gesundheitsschädliche Arbeitsstoffe. In: Greim H: Toxikologisch-arbeitsmedizinische Begründungen von MAK-Werten, VCH-Verlagsgesellschaft, Weinheim, 1–36
- (23) Halpern MT, Shikhar R, Rentz AM et al. (2001) Impact of smoking status on workplace absenteeism and productivity. *Tobacco Control*, 10, 233–238
- (24) Heloma A, Jaakkola MS, Kähkönen E et al. (2001) The short-term impact of national smoke-free workplace legislation on passive smoking and tobacco use. *American Journal of Public Health*, 91, 1416–1418
- (25) Hirschhorn N (2000) Shameful science: four decades of the German tobacco industry's hidden research on smoking and health. *Tobacco Control*, 9, 242–247
- (26) Hoffmann D, Wynder EL (1994) Aktives und passives Rauchen. In: Marquardt H, Schäfer SG.: Lehrbuch der Toxikologie, BI-Wissenschaftsverlag, Mannheim, 589–605
- (27) Institute of Medicine (2001) Clearing the smoke: assessing the science base for tobacco harm reduction, National Academy Press, Washington DC
- (28) International Agency for Research on Cancer (Hrsg.) (2002) Tobacco Smoke and involuntary smoking. Summary of data reported and evaluation, Zusammenfassende Vorabveröffentlichung zum 83. Band der IARC Monographs on the Evaluation of the carcinogenic risks to humans. IARC, Lyon. <http://monographs.iarc.fr/htdocs/indexes/vol83index.html> (abgerufen aus dem Internet am 1. August 2002)
- (29) Jöckel KH (2000) Gesundheitsrisiken durch Passivrauchen. *Deutsches Ärzteblatt*, 97, A2852–A2857
- (30) Koalition gegen das Rauchen (2001) Nichtrauchererschutz am Arbeitsplatz, Koalition gegen das Rauchen, Bonn
- (31) Kopp-Schneider A, Edler L, Stamatiadis-Smidt H et al. (1995) Nichtrauchererschutz am Deutschen Krebsforschungszentrum. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, 30, 569–571
- (32) Kraus L, Augustin R (2000) Tabakkonsumtrends bei Erwachsenen 1980 bis 1997. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Jahrbuch Sucht 2001, Neuland, Geesthacht, 127–137
- (33) Kraus L, Bauernfeind R (1998) Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht*, 44, S3–S83
- (34) Kreuzer M, Gerken M, Kreienbrock L et al. (2001) Lung cancer in lifetime nonsmoking men – results of a case-control study in Germany. *British Journal of Cancer*, 84, 134–140
- (35) McGhee SM, Adab P, Hedley AJ et al. (2000) Passive smoking at work: the short-term cost. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 673–676
- (36) Mizoue T, Reijula K, Yamato H et al. (1999) Support for and observance of worksite smoking restriction policies – a study of municipal employees at a city office in Japan. *Preventive Medicine*, 29, 549–554
- (37) Moskowitz JM, Lin Z, Hudes ES (2000) The impact of workplace smoking ordinances in California on smoking cessation. *American Journal of Public Health*, 90, 757–761
- (38) Proescholdbell RJ, Chassin L, MacKinnon DP (2000) Home smoking restrictions and adolescent smoking. *Nicotine & Tobacco Research*, 2, 159–167

- (39) Raitakari OT, Adams MR, McCredie RJ et al. (1999) Arterial endothelial dysfunction related to passive smoking is potentially reversible in healthy young adults. *Annals of Internal Medicine*, 130, 578–581
- (40) Siegel M (1993) Involuntary smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects. *JAMA*, 270, 490–493
- (41) Tölle R, Buchkremer G (1989) *Zigarettenrauchen*, Springer-Verlag, Berlin
- (42) US Department of Health and Human Services (2000) *Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia
- (43) Wichmann HE, Jöckel KH, Becher H (1999) Gesundheitliche Risiken durch Passivrauchen – Bewertung der epidemiologischen Daten. *Umweltmedizinische Forschung und Praxis*, 4, 28–42
- (44) Wiebel F (2002) Environmental tobacco smoke: properties, exposure assessment and prevalence. Passive smoking. In: Dubois G: *Passive smoking – The health impact. Documentation française sur le tabagisme passif*. Supported by a grant from the „Europe against Cancer“ Programme of the European Commission to the „Comité National Contre le Tabagisme“, 2. Auflage, Paris
- (45) Wiebel FJ (1997) Health effects of passive smoking. In: Bolliger CT, Fagerström KO: *The tobacco epidemic. Progress in Respiratory Research*, Volume 28. Karger, Basel, 107–121
- (46) Wolf-Ostermann K, Luttmann H, Treiber-Kloetzer C et al. (1995) Cohort study on respiratory diseases and lung function in schoolchildren in southwest Germany. 3. Influence of smoking and passive smoking. *Zentralblatt der Hygiene und Umweltmedizin*, 197, 459–488
- (47) Woodruff TJ, Rosbrook B, Pierce JP et al. (1993) Lower levels of cigarette consumption found in smoke-free workplaces in California. *Archives of Internal Medicine*, 153, 1485–1493

5 PRODUKTREGULIERUNG UND VERBRAUCHERINFORMATION

STATUS QUO

Der Tabakkonsum unterscheidet sich in wesentlichen Aspekten von anderen freien Verbraucherentscheidungen. Tabakerzeugnisse sind die einzigen frei verfügbaren Konsumgüter, die bei einem Großteil derer, die sie bestimmungsgemäß verwenden, zu Abhängigkeit, schwerwiegenden Gesundheitsschäden und vorzeitigem Tod führen. Tabakrauch enthält genotoxische Kanzerogene, für die es keinen unteren Schwellenwert gibt, bis zu dem der Konsum als unschädlich angesehen werden kann³⁵. Zwar gibt es eine klare Dosis-Wirkungsbeziehung hinsichtlich der Krebsentwicklung, jedoch bleibt ein Krebsrisiko auch bei geringem Konsumverhalten bestehen. Dies unterscheidet Zigaretten grundsätzlich von anderen legalen psychoaktiv wirksamen Produkten wie Alkoholika.

Gesetzlich ist der Verkehr mit Tabakerzeugnissen durch das Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz (LMBG) reguliert. Tabakerzeugnisse sind allerdings von den allgemeinen Grundsätzen des LMBG, wie sie für Lebensmittel gelten, nämlich dem Schutz der Verbraucher vor Gefährdung der Gesundheit sowie vor Täuschung und Irreführung, ausgenommen. Damit sind Tabakprodukte die einzigen legalen Konsumgüter, die hinsichtlich ihres gesundheitlichen Schädigungspotenzials weitgehend ungeprüft auf den Markt gebracht werden können. Die derzeit geltenden gesetzlichen Vorschriften zur Herstellung und Kennzeichnung von Tabakprodukten entsprechen nicht dem Stand von Wissenschaft und Technologie. So ist die bisherige Produktinformation für Tabakprodukte lückenhaft, nicht aussagefähig und irreführend. Weiterführende Maßnahmen der Produktregelung für Tabakprodukte haben das Ziel, den gesundheitlichen Schaden durch den Konsum von Tabakprodukten zu minimieren.

Die Verantwortlichkeit für die Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften zur Herstellung und Kennzeichnung von Tabakpro-

dukten liegt derzeit beim Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft und dessen nachgeordneten Behörden.

Im Jahr 2001 wurde die Europäische Richtlinie zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen (Richtlinie 2001/37/EC) verabschiedet und soll bis September 2002 in nationales Recht umgesetzt sein. Sie setzt verbindliche Standards für die Grenzwerte für Nikotin, Teer und Kohlenmonoxid, für einzelne Inhaltsstoffe und die Kennzeichnung von Zigaretten sowie Warnhinweise auf Zigaretten und anderen Tabakprodukten. Die Bundesregierung hat gegen einzelne Bestimmungen dieser Richtlinie beim Europäischen Gerichtshof eine Klage eingereicht, die jedoch aus formellen Gründen abgelehnt wurde.

AKTUELLER WISSENSSTAND

Produktgestaltung

■ Die Zigarette ist eine Abgabevorrichtung für das Suchtmittel Nikotin und enthält eine Vielzahl zellgiftiger und krebs-erregender Stoffe, die zum Großteil erst während des Verbrennungsprozesses entstehen²⁴.

■ Für die Gesundheitsschädlichkeit von Zigaretten ist die Gesamtmenge aller toxischen Stoffe, die in Zigaretten enthalten sind oder die bei der Verbrennung frei werden, ausschlaggebend¹⁸. Für die Vielzahl im Tabakrauch enthaltener gasförmiger Substanzen, deren toxische Wirkung erheblich ist²², existieren keine gesetzlich festgelegten Grenzwerte.

■ Von den über 4000 verschiedenen Substanzen, die im Hauptstromrauch einer Zigarette enthalten sind, ist bei über 50 nachgewiesen, dass sie krebs-erregend sind^{19,24,50}. Hierzu zählen unter anderem die polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffe, aromatische Amine und die tabakspezifischen Nitrosamine. Als weitere wichtige Schadstoffe sind zu nennen: Ammoniak, Blausäure, Kohlenmonoxid, Formaldehyd und Polonium-210 (vgl. Abb. 14).

„Was wir betreiben, ist die Vermarktung eines gefährlichen Produktes für informierte Erwachsene.“

Hermann Waldemer, Vorsitzender der Geschäftsführung von Philip Morris Deutschland, 2001^(XIII)

„...Nikotin macht abhängig. Wir verkaufen Nikotin, eine Abhängigkeitserzeugende Droge.“

Addison Yeaman, Brown & Williamson, 1963^(XIV)

„Tim Coleman: ...es gibt keine sichere Zigarette“. David Davies, Vize-Präsident von Philip Morris International: „Ja, genau.“

David Davies, Vize-Präsident von Philip Morris International, 2001^(XV)

Abbildung 14: Ausgewählte toxische und kanzerogene Substanzen im

Hauptstromrauch. Quelle: Hoffmann et al., 1994 ²².
 Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2002

Ausgewählte toxische und kanzerogene Substanzen des Hauptstromrauchs	
Acetaldehyd	1,3-Butadien
Acrolein	Formaldehyd
Acrylamid	Kohlenmonoxid
Ammoniak	Methylisocyanid
Aromatische Amine	Nikotin
Benzolverbindungen	Polonium 210
Blausäure	Polycyclische aromatische Kohlenwasserstoffe
	Tabak-spezifische N-Nitrosamine

■ In Bezug auf die Minimierung der Gesundheitsschädlichkeit entsprechen Zigaretten nicht dem Stand der Technologie. Bereits seit mehreren Jahrzehnten existieren Patente für Verfahren, durch die die Gesundheitsschädlichkeit von Tabakprodukten erheblich verringert werden kann und die folglich die Anzahl tabakrauchbedingter Erkrankungen und Todesfälle reduzieren könnten. Von derartigen Patenten wird nicht durchgängig Gebrauch gemacht ²⁰. Unter anderem

- können durch die geeignete Wahl der Tabaksorten sowie den Einsatz besonderer Verfahren der Tabakherstellung die krebserzeugenden tabakspezifischen Nitrosamine, die durch eine chemische Reaktion zwischen Nikotin und Nitraten entstehen und neben dem kompensatorischen Rauchen (s.u.) für den Anstieg bestimmter Formen von Lungenkrebs verantwortlich gemacht werden ²¹, fast vollständig beseitigt werden ³⁷.
- existieren Verfahren zur Verringerung der im Tabakrauch enthaltenen krebserzeugenden organischen Substanzen ¹⁰ sowie zur Reduktion der toxischen Stoffe und der gasförmigen wie partikelgebundenen Verbrennungsprodukte des Tabaks ⁵.

■ Aus internen Dokumenten der Zigarettenindustrie geht hervor, dass Herstellern das Abhängigkeitspotenzial von Nikotin und die Gesundheitsschädlichkeit von Zigaretten bereits seit Jahrzehnten bekannt ist ^{11,17,41}. Gleichwohl wird das Abhängigkeitspotenzial seitens der Tabakindustrie teils noch bis heute bestrit-

ten ⁸. Die Dokumente der Zigarettenhersteller machen deutlich, dass diese an der Produktgestaltung von Zigaretten eine Vielzahl von Veränderungen vorgenommen haben, die sich auf das Rauchverhalten auswirken und das Abhängigkeitspotenzial von Zigaretten weiter erhöhen ^{1,14}. Unter anderem wird die ausdrückliche Zielsetzung offensichtlich, Rauchern eine quasi beliebige Nikotinzufuhr zu ermöglichen, ohne dies jedoch an den veröffentlichten Nikotinwerten ersichtlich zu machen ^{23,41}.

■ Durch den Zusatz von Ammoniak kann erreicht werden, dass die Bioverfügbarkeit von Nikotin (Anteil des „freien Nikotins“) erhöht wird ^{2,50}, was wiederum dazu führt, dass das Abhängigkeitspotenzial von Zigaretten verstärkt wird ³⁶. Die hierbei angewandte Ammoniak-Technologie ist bei Zigarettenherstellern bereits seit den Sechzigerjahren bekannt.

■ Zusatzstoffe werden nicht nur dazu verwendet, die Haltbarkeit und die Abrenngeschwindigkeit von Zigaretten zu beeinflussen, sondern auch, um deren Geschmack und Geruch zu verbessern ³. Hierdurch wird das Rauchen für Einsteiger insbesondere im Kindes- und Jugendalter angenehmer und genießbarer.

■ In den vergangenen Jahren werden vermehrt neue Tabakprodukte („novel products“) auf den Markt gebracht, für die geringere Schadstoffwerte als für herkömmliche Zigaretten angegeben werden, für deren tatsächliche Schadensreduktion bisher jedoch keine überprüften Daten vorliegen ^{24,50}.

Produktinformation

■ Aufgrund der Tatsache, dass die Gesamtmenge aller toxischen Substanzen für die Gesundheitsschädlichkeit von Zigaretten ausschlaggebend ist (s.o.), ist die ausschließliche Angabe des Gehalts lediglich zweier Stoffe – Teer und Nikotin – lückenhaft und unzureichend.

■ Die Bezeichnung von Teer als einer einheitlichen Substanz ist irreführend. Teer ist die Kollektiv-Bezeichnung für mehrere tausend verschiedener Substanzen, die den dicken und klebrigen Überrest des Tabaks bilden⁵⁰. Die Zusammensetzung des Teers unterscheidet sich von Produkt zu Produkt zum Teil erheblich^{4,7}.

■ Die Zahlenangaben zum Teer- und Nikotingehalt von Zigaretten sind für Verbraucher wenig aussagekräftig: Die Mehrzahl aller Raucher weiß nicht, wie hoch der Nikotin- und Teergehalt der Zigaretten ist, die sie rauchen¹⁶ bzw. interpretiert die auf Zigaretenschachteln aufgedruckten Grenzwerte für Nikotin und Teer falsch^{9,28}.

■ Die gegenwärtig verwendete maschinelle Messpraxis zur Berechnung der Teer- und Nikotinwerte (ISO/FTC-Test) hat keine Aussagekraft für die Aufnahme dieser Stoffe durch Raucher, da die Variation des menschlichen Rauchverhaltens nicht berücksichtigt wird^{4,26,28}. So kann die Nikotinzufuhr bei entsprechendem Rauchverhalten bis um das Achtfache der maschinell ermittelten Werte erhöht sein²⁶. Bereits Anfang der Achtzigerjahre wurde die Anwendung dieses Messverfahrens daher von der US-amerikanischen Wettbewerbsbehörde Federal Trade Commission (FTC) als gültiger Indikator für die Nikotin- bzw. Teeraufnahme für fragwürdig erklärt⁴⁹.

■ Einige der in Tabakprodukten verwendeten Zusatzstoffe sind gewöhnliche, in Lebensmitteln verwendete Substanzen wie Zucker oder Kakaopulver. Beide sind exemplarisch für Substanzen, die zwar im Rohzustand unschädlich, nach dem Verbrennungsvorgang inhaliert aber gesundheitsschädlich sind^{4,50}.

■ Scheinbar harmlose Zusatzstoffe können die Gesundheitsschädlichkeit von Tabakprodukten zudem erhöhen, indem sie diese schmackhafter und genießbarer

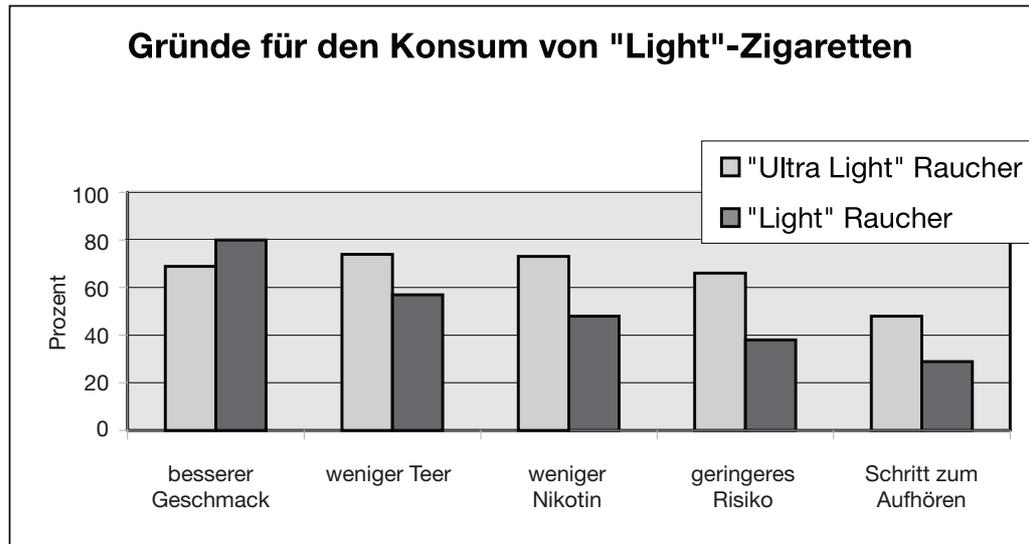
machen oder deren Abhängigkeitspotenzial steigern⁵⁰.

■ Ein besonders schwerwiegendes Beispiel für die bewusste Irreführung der Verbraucher durch die Hersteller sind die sogenannten „light“-Produkte (Tabakprodukte mit der Kennzeichnung „light“, „ultra-light“, „mild“, „low-tar“, „slim“ etc.). Während führenden Tabakherstellern die folgenden Fakten bereits seit den Siebzigerjahren bekannt sind²³, ist ein Großteil aller Raucher darüber nicht informiert:

- Die im Vergleich zu Standardzigaretten niedrigeren Messwerte der „light“-Zigaretten werden vorrangig durch Filterventilation erreicht. Durch kleine Löcher in den Zigarettenfiltern von „Light“-Produkten wird der Tabakrauch mit Luft versetzt und um bis zu 80% „verdünnt“. Diese Filterventilation lässt sich mit den Fingern oder Lippen blockieren, wodurch sich die Aufnahme von Nikotin und im Tabakrauch enthaltenen Schadstoffen erhöht⁴⁶.
- Raucher passen beim Konsum von „light“-Zigaretten sowohl das Zugvolumen und die Zughäufigkeit als auch die Inhalationstiefe ihrem individuellen Nikotinbedarf so an, dass die erwünschte Nikotinaufnahme erreicht wird. Durch derartige Veränderungen des Rauchverhaltens (kompensatorisches Rauchverhalten) nehmen Raucher unwissentlich zum Teil weit höhere Mengen an Nikotin und Teer auf³². Diese liegen um 50 bis 150 Prozent über den nach der ISO/FTC-Methode ermittelten Werten⁴⁶.
- Die Mehrzahl aller Raucher von „light“-Zigaretten blockiert die Filterventilation zumindest teilweise³¹. Von allen Rauchern, die dauerhaft von Standard-Produkten zu „light“-Zigaretten wechseln, zeigen sogar bis zu 100% kompensatorisches Rauchverhalten¹⁵; viele Raucher weisen mehrere Formen des kompensatorischen Rauchverhaltens gleichzeitig auf^{40,46}.
- Bisher liegt kein überzeugender Nachweis dafür vor, dass „light“-Zigaretten die tabakverursachten Gesundheitsrisiken bedeutsam verringern und somit einen gesundheitlichen Nutzen darstellen⁴³. Hingegen gibt es vermehrt

„Der Wunsch, das Rauchen ein- für allemal aufzugeben und die Rationalisierungsbemühungen vieler Raucher, dass die Verringerung des Teer- und Nikotingehaltes sie dem unvermeidbaren Schritt der Konsumbeendigung näher bringt, könnte den Markt tatsächlich erheblich erweitern.“
Report für Imperial Tobacco, 1982 (XVI)

Abbildung 15: Gründe für den Konsum von „light“-Zigaretten (in Prozent).
 Quelle: Kozlowski et al., 1998²⁸. Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2002.
 Mit freundlicher Genehmigung der Fachzeitschrift Tobacco Control



Hinweise darauf, dass die Art des Produktdesigns der „light“-Zigaretten und damit in Verbindung stehende Veränderungen des Rauchverhaltens zu einer deutlichen Zunahme bestimmter Lungentumoren, der Adenokarzinome, führen^{21,25,33,42}. Das Adenokarzinom ist eine besonders bösartige Tumorart, die in der Lungenperipherie entsteht und besonders schlechte Behandlungschancen aufweist^{21,44}.

■ Der Großteil aller Raucher hält „light“-Produkte im Vergleich zu Standardzigaretten für weniger gesundheitsschädlich^{13,16,29,39}. Unrealistische Erwartungen bezüglich der Risikoreduktion, die durch „light“-Produkte erreicht werden können, sind unter Rauchern von „light“-Produkten weit verbreitet^{28,30,46}. (vgl. Abb. 15). Aus ehemals vertraulichen internen Industriedokumenten wird ersichtlich, dass seitens der Tabakindustrie gezielt darauf hingewirkt wird, Raucher in dieser irrigen Annahme zu bestätigen^{23,41}.

■ Für viele Raucher ist der Wechsel von Standardzigaretten zu „light“-Zigaretten eine Alternative für die Beendigung des Tabakkonsums^{27,28,45,46,47}; bekannte Risiken werden auf der Basis kognitiver Dissonanz als nicht mehr relevant klassifiziert²⁸.

Warnhinweise

■ Warnhinweise sind eine spezielle Form der Verbraucherinformation. Sie können

Einfluss auf Konsumentenentscheidungen nehmen und spielen auch in Ländern, in denen Verbraucher generell als gut informiert gelten, eine bedeutende Rolle^{38,48}. Ihre Wirksamkeit hängt sowohl von deren Inhalt wie von deren Gestaltung ab, große Warnhinweise sind kleineren deutlich überlegen³⁴.

■ Durch die Einführung größerer Warnhinweise werden Raucher unter anderem dazu veranlasst, mehr über die Gesundheitseffekte des Rauchens nachzudenken, oder dazu motiviert, den Tabakkonsum zu verringern oder zu beenden^{6,12,34}.

■ Warnhinweise, die bildliche Darstellungen – unter anderem bildlich-anatomische Photos verschiedener durch Tabakkonsum verursachter gesundheitlicher Konsequenzen (Lungenkrebs, Raucherbein etc.) – verwenden, erweisen sich als ungleich wirkungsvoller als lediglich textgestützte Warnhinweise³⁴.

VERANTWORTLICHE

- Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft
- Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin
- Bundesministerium für Gesundheit
- Bundesministerium für Justiz
- Zuständige Behörden und Stellen in Bund und Ländern
- Verbraucherschutzorganisationen

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Übergreifend/Generell

- Umsetzung der Einzelvorschriften der EU-Richtlinie zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen;
- Beendigung des Sonderstatus für Tabakprodukte, d.h. Anwendung der allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen des Verbraucherschutzes (vgl. LMBG) für Tabakprodukte;
- Errichtung eines Bundesaufsichtsamtes für Tabakkontrolle mit der Aufgabe der Überwachung der Tabakindustrie zum Zwecke des Gesundheitsschutzes;
- Fortlaufende Aktualisierung der Produktgestaltung und -information gemäß dem jeweiligen wissenschaftlichen und technologischen Kenntnisstand.

Die folgenden Empfehlungen gelten nicht nur für Zigaretten, sondern – soweit zutreffend – für alle Tabakprodukte

Produktgestaltung

- Verpflichtung zur Offenlegung aller in Tabakprodukten enthaltenen Zusatzstoffe und Emissionen (Haupt- und Nebstromrauch) nach Markenname und Produkt, einschließlich der Begründung der Verwendung sowie einer Bestätigung der gesundheitlichen Unbedenklichkeit des jeweiligen Zusatzstoffes sowohl vor als auch nach dem Verbrennungsprozess seitens der Hersteller und Importeure;
- Überprüfung der zugelassenen Zusatzstoffe auf deren Unbedenklichkeit einschließlich der gesundheitlichen Unbedenklichkeit im Zusammenspiel mit anderen Inhaltsstoffen;
- Überwachung der Verwendung der zulässigen Zusatzstoffe nach Markenname und Produkt;
- Minimierung des Gehalts gesundheitsschädlicher Substanzen in allen sich auf dem Markt befindlichen Tabakprodukten nach dem Stand der technischen Möglichkeiten;
- Unabhängige wissenschaftliche Analyse und Information über die biologischen Auswirkungen der Bestandteile

des Tabakrauches einschließlich Informationen über die krebserzeugende sowie entzündungsauslösende Wirkung;

- Festlegung von zulässigen Grenzwerten für im Tabakrauch enthaltenen Toxine;
- Einforderung eines Nachweises für jeden von Herstellerseite gemachten Anspruch auf Schadensverringerung von Tabakprodukten sowie Regulation entsprechender Werbeaussagen;
- Regelung der Neuzulassung von Tabakprodukten („novel products“) sowie Überprüfung der Gesundheitsschädlichkeit dieser Produkte;
- Monitoring/Überwachung der Schadensreduktion durch ein unabhängiges Institut;
- Geltendmachung von Schadensersatzforderungen nach dem Beispiel der USA für die wissentlich gemachten Falschaussagen der Tabakindustrie;
- Rechtliche Gleichstellung der für den Export bestimmten Tabakerzeugnisse, um zu verhindern, dass für den Export gesundheitsschädlichere Produkte hergestellt werden als für den Inlandsverkauf.

Produktinformation

- Vollständige, präzise und verständliche Information der Verbraucher über die bekannten, wahrscheinlichen und möglichen Konsequenzen des Tabakkonsums;
- Ersatz der bisherigen belanglosen Angaben zu Teer- sowie Nikotingehalt durch sinnvolle Messgrößen für die Gesamtgiftigkeit aller Tabakinhaltsstoffe und des Tabakrauches;
- Veröffentlichung aller Inhaltsstoffe, Zusatzstoffe sowie der Bestandteile des Tabakrauches und deren Konzentration einschließlich des „freien Nikotins“ im Tabakrauch für jede einzelne Marke in Form klarer und für die breite Öffentlichkeit verständlicher Informationen durch die Hersteller und Importeure;
- Einführung von Packungsbeilagen für detaillierte gesundheitsbezogene Produktinformationen (z.B. Hinweis auf Filterventilation);
- Verzicht auf das ISO/FTC-Verfahren als Grundlage für die Regulierung und Kennzeichnung von Tabakprodukten. Einführung eines neuen standardisierten

Testverfahrens zur Messung der Nikotin- bzw. Teerwerte, welches dem menschlichen Rauchverhalten und dessen Variationsbreite Rechnung trägt, durch ein unabhängiges Institut. Um einen Vergleich mit den bisherigen Messdaten zu ermöglichen, kann das bisherige Testverfahren zusätzlich weiter durchgeführt werden;

■ Verbot aller expliziten und impliziten irreführenden „light“-Kennzeichnungen („light“, „ultra-light“, „low-tar“, „mild“, „slim“ etc.) sowie aller weiteren begrifflichen, symbolischen, bildgestützten oder weiteren Produktkennzeichnungen und Markennamen, die den Eindruck erwecken, dass ein bestimmtes Tabakprodukt weniger gesundheitsschädlich sei als andere;

■ Einführung generischer Verpackungen, da die Markendesigns der Werbung dienen und somit die Wirksamkeit der Werbeverbote schmälern können;

■ Aufdruck eines Hinweises auf Entwöhnungshilfen (z.B. Kontaktnummer für telefonische Beratung zur Tabakentwöhnung) auf jeder Zigarettenschachtel.

Warnhinweise

■ Einführung von Illustrationen, die die spezifischen gesundheitlichen Konsequenzen des Tabakkonsums bildlich oder graphisch darstellen;

■ Verbot der Anbringung von Warnhinweisen an einer Stelle, die beim Öffnen der Packung zerstört werden kann sowie auf der Transparentfolie oder sonstigem Verpackungsmaterial, das die Packung umhüllt;

■ Aufdruck der Warnhinweise in der/den Landessprache(n) des Bestimmungslandes bei Exportware.

Literatur

- (1) Action for smoking and health (1998) Tobacco explained – the truth about the tobacco industry... in its own words, Action for smoking and health, London
- (2) Action for smoking and health, Imperial Cancer Research Fund (1999) The safer cigarette: what the tobacco industry could do... and why it hasn't done it. A survey of 25 years of patents for innovations to re-

duce toxic and carcinogenic chemicals in tobacco smoke, Action for smoking and health, Imperial Cancer Research Fund, London

- (3) Bates C, Jarvis M, Connolly G (1999) Tobacco additives. Cigarette engineering and nicotine addiction, Action for smoking and health. <http://www.ash.org.uk/html/regulation/html/additives.html> (abgerufen aus dem Internet am 20. Juli 2002)
- (4) Bates C, McNeill A, Jarvis M et al. (1999) The future of tobacco product regulation and labelling in Europe: implications for the forthcoming European Union directive. Tobacco Control, 8, 225–235
- (5) Bombick DW, Bombick BR, Ayres PH et al. (1997) Evaluation of the genotoxic and cytotoxic potential of mainstream whole smoke and smoke condensate from a cigarette containing a novel carbon filter. Fundamentals in Applied Toxicology, 39, 11–17
- (6) Borland R, Hill D (1997) Initial impact of the new Australian tobacco health warnings on knowledge and beliefs. Tobacco Control, 6, 317–325
- (7) Buchner B, Wiebel FJ (2001) Die Fehlerhaftigkeit des Produkts Zigarette. Versicherungsrecht, 29–34
- (8) Campaign for Tobacco-Free Kids, Action for smoking and health (2001) Trust us, we're the tobacco industry, National Center for Tobacco-free kids, Washington DC <http://tobaccofreekids.org/campaign/global/reports.shtml#report2> (abgerufen aus dem Internet am 10. August 2002)
- (9) Cohen JB (1996) Smoker's knowledge and understanding of advertised tar numbers: Health policy implications. American Journal of Public Health, 86, 18–24
- (10) Djordjevic MV, Stellman SD, Zang E (2000) Doses of nicotine and lung carcinogens delivered to cigarette smokers. Journal of the National Cancer Institute, 92, 106–111
- (11) Dubois G, Tramier B (2001) The responsibility of the tobacco industry for the tobacco pandemic. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 5, 304–306
- (12) Environs Research Group (2001) The health effects of tobacco and health warning messages on cigarette packages, Environs Research Group, Toronto
- (13) Evans N, Joossens L (1999) Consumers and the changing cigarettes, Health Education Authority, London

- (14) Francey N, Chapman S (2000) „Operation Berkshire“: the international tobacco companies conspiracy. *BMJ*, 321, 371–374
- (15) Frost C, Fullerton FM, Stephen AM et al. (1995) The tar reduction study: randomised trial of the effect of cigarette tar yield reduction on compensatory smoking. *Thorax*, 50, 1038–1043
- (16) Giovino GA, Tomar SL, Reddy MN et al. (1996) Attitudes, knowledge, and beliefs about low-yield cigarettes among adolescents and adults. In: US Department of Health and Human Services: Smoking and tobacco control, 39–56
- (17) Glantz SA, Slade J, Bero LA et al. (1996) The cigarette papers. University of California Press, Berkeley, California. <http://www.library.ucsf.edu/tobacco/cigpapers> (abgerufen aus dem Internet am 15. Juli 2002)
- (18) Gray N, Boyle P, Zatonski W (1998) Tar concentrations in cigarettes and carcinogen content. *The Lancet*, 352, 787–788
- (19) Hecht SS (1999) Tobacco smoke carcinogens and lung cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 91, 1194–1210
- (20) Hirschhorn N (2000) Shameful science: four decades of the German tobacco industry's hidden research on smoking and health. *Tobacco Control*, 9, 242–247
- (21) Hoffmann D, Djordjevic MV, Hoffmann I (1997) The changing cigarette. *Preventive Medicine*, 26, 427–434
- (22) Hoffmann D, Wynder EL (1994) Aktives und passives Rauchen. In: Marquardt H, Schäfer SG: *Lehrbuch der Toxikologie*, BI-Wissenschaftsverlag, Mannheim, 589–605
- (23) Hurt RD, Robertson CR (1998) Prying open the door of the tobacco industry – The Minnesota tobacco trial. *JAMA*, 280, 1173–1181
- (24) Institute of Medicine (2001) Clearing the smoke: assessing the science base for tobacco harm reduction, National Academy Press, Washington DC
- (25) Janssen-Heijnen MLG, Coebergh J-WW, Klinkhamer PJJM et al. (2001) Is there a common etiology for the rising incidence of and decreasing survival with adenocarcinoma of the lung? *Epidemiology*, 12, 256–258
- (26) Jarvis M, Boreham R, Primates P et al. (2001) Nicotine yield from machine-smoked cigarettes and nicotine intakes in smokers: Evidence from a representative population survey. *Journal of the National Cancer Institute*, 93, 134–138
- (27) Kozlowski LT (1987) Less hazardous smoking and the pursuit of satisfaction. *American Journal of Public Health*, 77, 539–541
- (28) Kozlowski LT, Goldberg ME, Berwood AY et al. (1998) Smoker's misperceptions of light and ultra-light cigarettes may keep them smoking. *American Journal of Preventive Medicine*, 15, 9–16
- (29) Kozlowski LT, Goldberg ME, Yost BA et al. (1996) Smokers are unaware of the filter vents now on most cigarettes: results of a national survey. *Tobacco Control*, 5, 265–270
- (30) Kozlowski LT, Pillitteri JL (2001) Beliefs about „Light“ and „Ultra Light“ cigarettes and efforts to change those beliefs: an overview of early efforts and published research. *Tobacco Control*, 10, i12–i16
- (31) Kozlowski LT, Pope MA, Lux JE (1988) Prevalence of the misuse of ultra-low-tar cigarettes by blocking filter vents. *American Journal of Public Health*, 78, 694–695
- (32) Kozlowski LT, White EL, Sweeney CT et al. (1998) Few smokers know their cigarettes have filter vents. *American Journal of Public Health*, 88, 681–682
- (33) Levi F, Franceschi S, La Vecchia C et al. (1997) Lung carcinoma trends by histologic type in Vaud and Neuchâtel, Switzerland, 1974–1994. *Cancer*, 79, 906–914
- (34) Liefeld J (1999) The relative importance of the size, content & pictures on cigarette package warning messages, University of Guelph, Department of Consumer Studies, Guelph
- (35) Marquardt H, Schäfer SG (1994) *Lehrbuch der Toxikologie*. BI-Wissenschaftsverlag, Mannheim
- (36) Pankow JF, Mader BE, Isabelle LM et al. (1997) Conversion of nicotine in tobacco smoke to its volatile and available free-base form through the action of gaseous ammonia. *Environmental Science & Technology*, 31, 2428–2433
- (37) RJ Reynolds (1999) RJ Reynolds to present research on modified tobacco, PR Newswire, RJ Reynolds Company, Salem
- (38) Roemer R (2000) Präventive Sucht- und Drogenpolitik in der multikulturellen Gesellschaft der USA. In: Hurrelmann K, Schmidt B: *Präventive Sucht- und Drogenpolitik*, Leske & Budrich, Opladen, 305–336

- (39) Shiffman S, Pillitteri JL, Burton SL et al. (2001) Smokers' beliefs about „Light“ and „Ultra light“ cigarettes. *Tobacco Control*, 10, i17–i23
- (40) Shopland D (2000) Machine testing for constituent levels in cigarettes. Paper presented at the International Conference: Advancing knowledge on regulating tobacco products, 9.–11. Februar 2000, Oslo
- (41) Slade J, Bero KA, Hanauer P et al. (1995) Nicotine and addiction, The Brown and Williamson Documents. *JAMA*, 274, 234–240
- (42) Stellman SD, Muscat JE, Hoffmann D et al. (1997) Impact of filter cigarette smoking on lung cancer histology. *Preventive Medicine*, 26, 451–456
- (43) Thun MJ, Burns DM (2001) Health impact of „reduced yield“ cigarettes: a critical assessment of the epidemiological evidence. *Tobacco Control*, 10, i4–i11
- (44) Thun MJ, Myers DG, Day-Lally C et al. (1997) Age and the exposure-response relationships between cigarette smoking and premature death in Cancer Prevention Study II. In: Shopland D: Changes in cigarette-related disease risks and their implications for prevention and control, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, 383–413
- (45) US Department of Health and Human Services (1989) Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress: A report of the Surgeon General, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Rockville, Maryland
- (46) US Department of Health and Human Services (2001) Risks associated with smoking cigarettes with low machine-measured yields of tar and nicotine. *Smoking and Tobacco Control Monograph No. 13*, US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, Bethesda, Maryland
- (47) Warner KE, Slade J (1992) Low tar, high toll. *American Journal of Public Health*, 82, 17–18
- (48) World Bank (1999) Curbing the epidemic – Governments and the economics of tobacco control: A World Bank publication. The international bank for reconstruction and development, Washington DC
- (49) Wilkenfeld J, Henningfield J, Slade J et al. (2000) It's time for a change: Cigarette smokers deserve meaningful information about their cigarettes. *Journal of the National Cancer Institute*, 92, 90–92
- (50) World Health Organization (2001) Advancing knowledge on regulating tobacco products. World Health Organization, Geneva. <http://www5.who.int/tobacco/page.cfm?sid=67> (abgerufen aus dem Internet am 15. Januar 2002)

6 ABGABE UND VERTRIEB VON TABAKWAREN

STATUS QUO

Abgabeverbote zielen darauf ab, den Zugang zu gesundheitsschädlichen Produkten zu beschränken. So ist in vielen Ländern die gewerbliche Abgabe „harter“ Alkoholika an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren untersagt. Zudem gibt es in einer Reihe von Staaten bereits seit längerer Zeit Abgabeverbote für Tabakerzeugnisse an Minderjährige^{9,15}. In Deutschland ist die gewerbliche Abgabe von Tabakprodukten an Kinder und Jugendliche seit Sommer 2002 durch die Novellierung des Jugendschutzgesetzes so geregelt, dass Tabakprodukte an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren nicht verkauft werden dürfen. Kontrollen der Einhaltung sowie Sanktionsmöglichkeiten bei Verstößen sind bisher nicht vorgesehen.

Obleich die Abgabe von Tabakprodukten an Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 16 Jahren verboten ist, können diese dennoch an Zigarettenautomaten rund um die Uhr Zigaretten kaufen. Durch die breite Verfügbarkeit der Zigarettenautomaten wird Kindern und Jugendlichen der Zugriff auf Zigaretten wie in sonst keinem anderen Land erleichtert. Diese Handhabung ist den realen Gefährdungen des Tabakkonsums nicht angemessen, die mit einem frühen Einstiegsalter erheblich zunehmen.

ABGABEVERBOT

AKTUELLER WISSENSSTAND

■ Zur Bewertung der Bedeutung von Abgabeverboten bzw. Einschränkungen des Vertriebs von Tabakwaren müssen folgende bestehenden Fakten berücksichtigt werden:

- Der Einstieg in den Tabakkonsum findet heute bereits im frühen Jugendalter statt. Von den heute 12- bis 25-jährigen Rauchern haben 80% bereits im Alter zwischen 11 und 16 Jahren ihre erste Zigarette geraucht⁵.
- Die Gesundheitsgefährdung durch das Rauchen ist bei einem frühen Beginn

des täglichen Zigarettenkonsums höher^{25,26}. Je früher Kinder und Jugendliche mit dem Rauchen beginnen, desto größer ist das individuelle Risiko für Lungenkrebs, da die Entwicklung von Lungenkrebs besonders von der Konsumdauer abhängt^{13,16,29}. Zudem ist die Wahrscheinlichkeit, zu regelmäßigen Rauchern zu werden, bei einem frühen Einstiegsalter größer¹⁷ und die Wahrscheinlichkeit eines späteren Ausstiegs aus dem Tabakkonsum geringer⁴.

- Das Risiko der Entwicklung einer körperlichen Tabakabhängigkeit nimmt mit einem früheren Beginn des täglichen Zigarettenkonsums zu^{19,25}. Bei einem erheblichen Prozentsatz aller jugendlichen Raucher kann bereits eine Tabakabhängigkeit festgestellt werden: Bei einer Repräsentativbefragung im Raum München zeigten über 90% aller befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen 14 und 24 Jahren, die regelmäßig rauchen, zumindest ein Abhängigkeitssymptom nach DSM-IV (Diagnostisches Manual und Statistisches Manual Psychischer Störungen 23); und die Hälfte aller regelmäßigen Raucher dieser Altersgruppe wiesen nach den Kriterien des DSM-IV bereits eine Tabakabhängigkeit auf²².
- Die Wahrscheinlichkeit, dass Jugendliche, die mit dem Tabakkonsum experimentieren, im Erwachsenenalter rauchen, ist im Vergleich zu nichtrauchenden Jugendlichen ungleich höher⁸.
- Die Abgabe von Gratisproben ist in Deutschland bislang lediglich per freiwilliger Selbstbeschränkung seitens der Hersteller „geregelt“ und verschafft Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, kostenfrei mit dem Tabakkonsum zu experimentieren. Dies kann das Probierverhalten bereits im frühen Alter fördern.
- Ein Abgabeverbot von Tabakprodukten an Kinder und Jugendliche kann zu einem Rückgang des Verkaufs an die entsprechenden Altersgruppen führen²⁴. Die tatsächliche Verfügbarkeit von Tabakprodukten für Kinder und Jugendliche wird allerdings nur dann wirksam einge-

„Wenn wir nicht sofort etwas unternehmen, um in Bezug auf den Zugriff Jugendlicher auf Zigaretten den Anschein von Industrieverantwortung zu vermitteln, werden wir es sehr bald mit strengen Marktrestriktionen zu tun haben. Diese werden den Weg ebnen für eine ebenso strenge Gesetzgebung oder andere Regulationen bezüglich der Orte, an denen Erwachsene rauchen dürfen.“

Ellen Merlo, Senior Vice-President bei Philip Morris, 1995 ^(XVII)

schränkt, wenn das Abgabeverbot seitens des Einzelhandels konsequent eingehalten wird.

■ Die geringe Einhaltung von Abgabeverboten durch Einzelhändler ist vielfach dokumentiert ^{24,30}. Die Information des Einzelhandel über die Gesetzeslage reicht alleine nicht aus, um die Einhaltung von Abgabeverboten zu erhöhen. Strafverfolgung bzw. Androhung einer solchen erweisen sich als wirkungsvoller ²⁴.

■ Aufgrund der Schwierigkeiten mit der Einhaltung des Abgabeverbotes durch den Einzelhandel sowie der Tatsache, dass Kinder und Jugendliche Tabakwaren nicht nur aus gewerblichen Quellen, sondern auch aus sozialen Quellen (Eltern, Freunde) beziehen ²⁰, existieren bislang keine schlüssigen Ergebnisse darüber, ob Abgabeverbote als Einzelmaßnahme zu einem Rückgang des Verkaufs an die entsprechenden Altersgruppen führen, zur Senkung der Raucherquoten von Kindern und Jugendlichen beitragen bzw. die Wahrscheinlichkeit verringern, dass Jugendliche zu regelmäßigen Rauchern werden ^{21,28}.

■ Die Wirksamkeit eines Abgabeverbotes beruht entscheidend darauf, dass es als Bestandteil eines umfassenden Programms der Tabakkontrolle eingeführt und konsequent umgesetzt wird ^{7,14}. Lediglich den Zugriff auf Tabakprodukte zu erschweren, ohne den sozialen Kontext des Rauchens zu verändern, ist wenig erfolgversprechend und verstärkt zusätzlich das Image der Zigarette als „verbotene Frucht“.

■ Die Durchsetzung eines Abgabeverbotes wird selbst bei einer nur geringen Senkung des Tabakkonsums von Kindern und Jugendlichen als eine kosteneffiziente Maßnahme der Tabakkontrolle gewertet ¹².

■ Der Internethandel mit Tabakprodukten kann ein nationales Abgabeverbot an Kinder und Jugendliche schwächen, da es auch für Minderjährige relativ problemlos möglich ist, Tabakwaren über das Internet zu beziehen ^{6,10}.

■ In den USA hat die Tabakindustrie Abgabeverbote vielfach dazu genutzt, sich mit Einzelhändlern zu verbünden mit dem Ziel, auf lokaler Ebene angestrebte

Tabakkontrollmaßnahmen zu verhindern ²¹. Zudem dienen die von einigen Herstellern durchgeführten Abgabeverbotskampagnen der Tabakindustrie dazu, weitere wirksame gesetzgeberische Maßnahmen der Tabakkontrolle abzuwehren, indem sie die Illusion wecken, mit einer Einzelmaßnahme bereits wirkungsvoll zur Tabakkontrolle beizutragen ²¹.

■ Weil Kinder durch zigarettenähnliche Produkte an den Konsum von Zigaretten herangeführt werden können, muss ein Abgabeverbot auch für Produkte gelten, die Tabakwaren ähneln, beispielsweise für Schokoladen- und Kaugummizigaretten. Aufgrund der Tatsache, dass die positive Bindung von Kindern an zigarettenähnliche Süßigkeiten sich später auf Zigaretten übertragen kann, sind diese bereits in über zehn Staaten verboten. Ein Zusammenhang zwischen Schokoladenzigaretten und der späteren Aufnahme des Rauchens ist nachweisbar: 12-Jährige, die Schokoladenzigaretten „geraucht“ haben, sind unabhängig vom Rauchverhalten der Eltern mit doppelt so hoher Wahrscheinlichkeit später Raucher ¹⁸.

■ Unter Rauchern herrscht eine große Zustimmung für die Einführung eines Mindestalters beim Kauf von Zigaretten: In Deutschland sprechen sich 77% aller Raucher dafür aus ³. Jedoch ist die Einführung eines Mindestalters von 18 Jahren erforderlich, da die Selbstverantwortlichkeit für ungesundes Handeln erst ab der Volljährigkeit gegeben ist.

VERANTWORTLICHE

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie
- Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

■ Die Verfügbarkeit von Tabakprodukten sollte deren Schadenspotenzial widerspiegeln. Die Abgabe von Tabakwaren sollten daher künftig den gleichen Beschränkungen hinsichtlich des Kinder- und Jugendschutzes unterliegen, wie sie

für Substanzen mit einem vergleichbaren Schädigungspotenzial bereits seit langem gelten. Das Mindestalter für die gewerbliche Abgabe von Tabakprodukten sollte daher entsprechend der Abgabe harter Alkoholika auf 18 Jahre festgesetzt werden;

- Kontrolle des gesetzlichen Mindestalters für den Erwerb von Tabakerzeugnissen seitens der Verkäufer durch Ausweiskontrolle;

- Konsequente Überwachung der Einhaltung von Abgabeverboten durch Einzelhändler anhand von Stichprobenkontrollen sowie Sanktionierung der Nicht-Einhaltung;

- Überprüfung der Effektivität des Abgabeverbotes von Tabakprodukten an Kinder und Jugendliche nach ein bis zwei Jahren. Sollte sich zeigen, dass das Verbot nicht ausreichend eingehalten wird, ist die Einführung einer Lizenzierung des Vertriebes von Tabakwaren angezeigt;

- Berücksichtigung der jeweils aktuellen Entwicklungen im Handel mit Tabakprodukten, um die konsequente Durchsetzung des Abgabeverbotes zu gewährleisten. Gegenwärtig betrifft dies insbesondere den Verkauf von Zigaretten über das Internet;

- Entfernung von Tabakerzeugnissen aus Selbstbedienungsauslagen im Handel, da diese den direkten Zugriff auf Tabakwaren für Kinder und Jugendliche erleichtern;

- Verbot der Abgabe von Gratisproben („sampling“) sowie von Gutscheinen für Gratisproben, da eine altersbeschränkte Abgabe nicht kontrollierbar ist;

- Verbot der Herstellung und des Vertrieb von Schokoladen- und Kaugummizigaretten, sowie anderer Süßwaren, die zigarettenähnlich sind;

- Politische Unterstützung der Regulierung des Internethandels mit Tabakprodukten in internationalen Abkommen (EU-Direktiven/Framework Convention for Tobacco Control).

ABSCHAFFUNG DER ZIGARETTENAUTOMATEN

STATUS QUO

Deutschland ist mit rund 830 000 Zigarettenautomaten, von denen über die Hälfte im Außenbereich angebracht ist, weltweit das Land mit der höchsten Automatendichte. Die gewerbliche Verfügbarkeit von Zigaretten ist in Deutschland so hoch wie bei keinem anderen Konsumprodukt: Zigaretten sind in Deutschland leichter erhältlich als Grundnahrungsmittel, da sie unabhängig von Ladenöffnungszeiten jederzeit bezogen werden können.

Die geplante Einführung des Chipkartensystems für Zigarettenautomaten stellt keine wesentliche Barriere für den Kauf von Zigaretten durch Kinder und Jugendliche dar, da dieses System nicht missbrauchsicher ist. Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren können sich die Chipkarte von älteren Freunden ausleihen und auf diese Weise ungehindert Zigaretten erwerben.

Durch den Einsatz so genannter Kombiautomaten, bei denen unterhalb von Zigarettenautomaten in Griffhöhe kleiner Kinder ein Süßigkeitenautomat angebracht ist, werden diese an den Konsum von Zigaretten herangeführt.

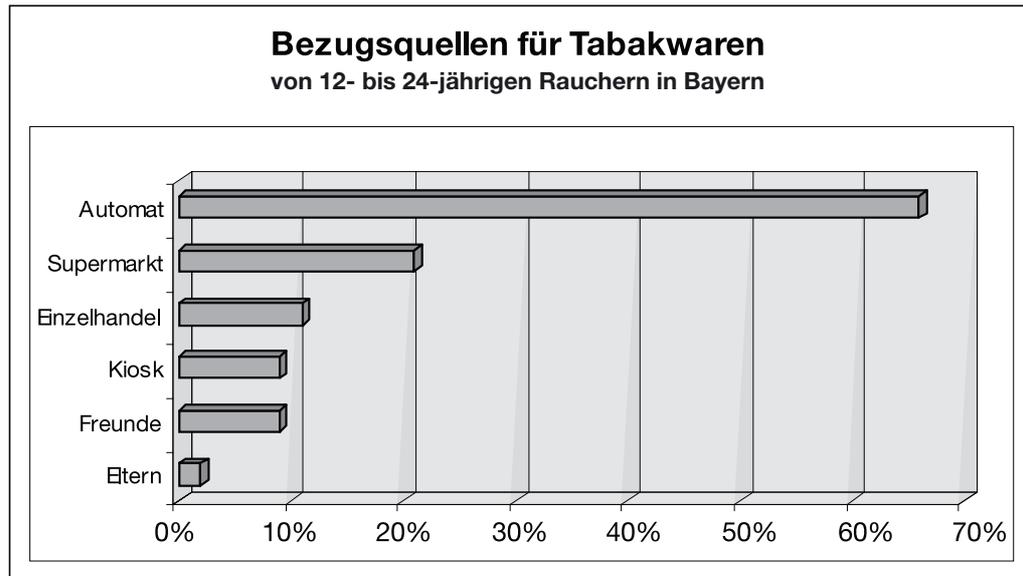
AKTUELLER WISSENSSTAND

- Ein Abgabeverbot von Tabakprodukten an Kinder und Jugendliche bleibt so lange wirkungslos, wie Zigaretten über Automaten frei verfügbar sind ^{1,14}.

- Zigarettenautomaten haben als Vertriebsweg eine große Bedeutung und stehen mit 29% des Absatzes nach dem Lebensmittelhandel an zweiter Stelle ¹¹.

- Zigarettenautomaten sind insbesondere für Kinder und Jugendliche eine wichtige Bezugsquelle für Tabakwaren. Nicht nur in Deutschland konnte gezeigt werden, dass Kinder und Jugendliche Zigarettenautomaten häufiger nutzen als die Allgemeinbevölkerung ²⁷. Für Bayern ist nachgewiesen, dass zwei Drittel aller Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen 12 und 24 Jahren ihre Zigaretten häufig aus Ziga-

Abbildung 16: Bezugsquelle für Tabakwaren bei 12- bis 24-Jährigen in Bayern (Kategorie: „häufig“). Quelle: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, 1997². Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2002. Mit freundlicher Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz



rettenautomaten beziehen². Die übrigen Bezugsquellen fallen dagegen mit jeweils etwa 10% oder weniger kaum ins Gewicht (vgl. Abb. 16).

■ Wie in anderen Ländern gezeigt werden konnte, wird der Zugriff von Kindern und Jugendlichen auf Zigarettenautomaten durch deren ausschließliche Installation in (nur für Volljährige zugänglichen) Innenräumen nur begrenzt eingeschränkt. Zudem scheinen sich Verkäufer für die Beaufsichtigung von Zigarettenautomaten nicht verantwortlich zu fühlen, selbst wenn die Strafen hoch sind¹⁴.

■ Die Mehrheit der Bevölkerung ist gegen den Verkauf von Zigaretten an Automaten: Wie eine Umfrage des Emnid-Institutes zeigt, spricht sich bundesweit jeder Zweite gegen den Verkauf von Zigaretten an Automaten aus; in den neuen Bundesländern befürworten sogar annähernd 70% aller Bürgerinnen und Bürger die Abschaffung von Zigarettenautomaten³¹.

VERANTWORTLICHE

- Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie
- Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend

HANDLUNGSEMPFEHLUNG

■ Abschaffung des Automatenverkaufs, da das geplante Chipkartensystem nicht missbrauchsicher und eine Beaufsichtigung von Zigarettenautomaten nicht durchgängig zu gewährleisten ist.

Literatur

- (1) Arday DR, Klevens RM, Nelson DE et al. (1997) Predictors of cigarette sales to minors. *Preventive Medicine*, 26, 8–13
- (2) Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung Familie, Frauen und Gesundheit (1997) Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern: Ein Überblick über die repräsentativen Jugendgesundheitsstudien in Bayern von 1973 bis heute, München
- (3) Boyle P, Gandini S, Robertson C et al. (2000) Characteristics of smokers' attitudes towards stopping: Survey of 10 295 smokers in representative samples from 17 European countries. *European Journal of Public Health*, 10, 5–14
- (4) Breslau N, Peterson EL (1996) Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *American Journal of Public Health*, 86, 214–220
- (5) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

- (6) Center for Media Education (1998) Tobacco targeted at youth on the internet: An update, Center for Media Education, Washington DC. http://www.cme.org/publications/alcohol_tobacco/tobrep.html (abgerufen aus dem Internet am 22. Juli 2002)
- (7) Chaloupka FJ, Pacula RL (1998) Limiting Youth Access to Tobacco: The early impact of the Synar Amendment on youth smoking, National Bureau of Economic Research, Cambridge
- (8) Chassin L, Presson CC, Sherman SJ et al. (1990) The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology*, 9, 701–716
- (9) Cholat-Traquet (1996) Evaluating tobacco control activities. Experiences and guiding principles, World Health Organization, Copenhagen
- (10) Cohen JE, Sarabia V, Ashley MJ (2001) Tobacco commerce on the internet: A threat to comprehensive tobacco control. *Tobacco Control*, 10, 364–367
- (11) Die Tabakzeitung (1999) Anteile unterschiedlicher Vertriebswege am Gesamtvertrieb. Die Tabakzeitung Nr. 17, Ausgabe vom 30.4.1999
- (12) DiFranza JR, Peck RM, Radecki TE et al. (2001) What is the potential cost-effectiveness of enforcing a prohibition on the sale of tobacco to minors? *Preventive Medicine*, 32, 168–174
- (13) Doll R, Peto R (1976) Mortality in relation to smoking: 20 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 1525–1536
- (14) Forster JL, Hourigan M, McGovern P (1992) Availability of cigarettes to underage youth in three communities. *Preventive Medicine*, 21, 320–328
- (15) Harkin AM, Anderson P, Goos C (1997) Smoking, drinking and drug taking in the European region, World Health Organization, Copenhagen
- (16) International Agency for Research on Cancer (Hrsg.) (1986) IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to men. Tobacco smoking. International Agency for Research on Cancer, Lyon
- (17) Janson H (1999) Longitudinal patterns of tobacco smoking from childhood to middle age. *Addictive Behaviors*, 24, 239–249
- (18) Klein J, Forehand B, Oliveri J et al. (1992) Candy cigarettes: do they encourage children's smoking? *Pediatrics*, 89, 27–31
- (19) Kraft P, Svendsen T, Hauknes A (1998) Intention to stop smoking among Norwegian smokers: The role of nicotine dependence, type of cigarette, and age at onset of daily smoking. *Addictive Behaviors*, 23, 122–137
- (20) Levy DT, Friend K, Holder H et al. (2001) Effect of policies directed at youth access to smoking: results from the SimSmoke computer simulation model. *Tobacco Control*, 10, 108–116
- (21) Ling PM, Landman A, Glantz SA (2002) It is time to abandon youth access tobacco programs. *Tobacco Control*, 11, 3–6
- (22) Nelson CB, Wittchen H-U (1998) Smoking and nicotine dependence. Results from a sample of 14- to 24-year olds in Germany. *European Addiction Research*, 4, 42–49
- (23) Sass H, Wittchen H-U, Zaudig M (1996) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV. Hogrefe, Göttingen
- (24) Stead LF, Lancaster T (2002) A systematic review of interventions for preventing tobacco sales to minors. *Tobacco Control*, 9, 169–176
- (25) US Department of Health and Human Services (1988) The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health, Rockville, Maryland
- (26) US Department of Health and Human Services (1990) The health benefits of smoking cessation: A report of the Surgeon General, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Public Health Service, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia
- (27) US Department of Health and Human Services (1994) Preventing tobacco use among young people: A report of the Surgeon General, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia

- (28) US Department of Health and Human Services (2000) Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia
- (29) Wiencke J, Thurston S, Kelsey K et al. (1999) Early age at smoking initiation and tobacco carcinogen DNA damage in the lung. *Journal of the National Cancer Institute*, 7, 614–619
- (30) World Health Organization (1997) Tobacco and Health. A Global status report, World Health Organization, Geneva
- (31) Zittelmann R (1996) Beim blauen Dunst scheiden sich die Geister. *Die Welt* vom 14.9.1996. <http://www.welt.de> (abgerufen aus dem Internet am 20. Februar 2001)

7 SCHULISCHE TABAKPRÄVENTION

STATUS QUO

Kinder und Jugendliche in Deutschland machen ihre ersten Erfahrungen mit dem Rauchen heute bereits in einem relativ frühen Alter: Jedes zehnte Kind hat bereits vor Erreichen des 12. Lebensjahres die erste Zigarette geraucht, das Durchschnittsalter bei der ersten Zigarette liegt zwischen 13 und 14 Jahren. Am Ende der Schulpflicht, im Alter zwischen 16 und 17 Jahren, rauchen 44%, knapp ein Viertel davon bezeichnet sich als ständige Raucher ⁴.

Im Rahmen der Bildungspolitik der vergangenen Jahre haben national und international Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsförderung und Suchtprävention an Bedeutung gewonnen. In diesem Zusammenhang werden auch in Deutschland schulische Präventionsmaßnahmen zunehmend unterstützt. Insbesondere für die legalen Substanzen Alkohol und Tabak sieht die Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für Gesundheit Nachholbedarf ⁷. Dies mag damit zusammenhängen, dass illegale Drogen über Jahrzehnte hinweg im Zentrum des Interesses der Suchtprävention standen.

In der Bundesrepublik werden die Potenziale der schulischen Tabakprävention bisher nur unzulänglich genutzt. Zwar gibt es eine Vielfalt von Initiativen einzelner Schulen oder Lehrer, aber keine flächendeckende schulische Tabakprävention. Die beiden schulischen bzw. schulgestützten Präventionsprogramme „Klasse 2000“ ⁹ sowie „Be smart – Don't start“ ²¹ haben bisher bundesweit die größte Verbreitung.

Grundlegende Bausteine der schulischen Tabakprävention sind die unterrichtsgestützte Tabakprävention einerseits und die Regelung des Tabakkonsums für Schüler und Schulpersonal auf dem Schulgelände anhand schulischer Vorschriften andererseits. In Deutschland wird schulische Tabakprävention, wenn überhaupt, bisher fast ausschließlich in Form unterrichtsgestützter Programme umgesetzt, die auf die Veränderung indi-

viduellen Verhaltens zielen. Hier besteht allerdings eine Kluft zwischen den wissenschaftlich abgesicherten Strategien und den Methoden, die in Schulen praktisch umgesetzt werden ¹⁰. Desgleichen existieren schulische Vorschriften zum Tabakkonsum auf dem Schulgelände, doch klaffen die vorhandenen Regelungen und das tatsächliche Rauchverhalten von Schülern und Lehrern auf dem Schulgelände weit auseinander ¹⁸.



„Der Jugendliche von heute ist der potenzielle Kunde von morgen, und die überwältigende Mehrheit aller Raucher fängt im Jugendalter an zu rauchen ... die erste Markenwahl wird während der Jugendjahre getroffen ... die Rauchgewohnheiten jugendlicher Raucher sind besonders wichtig für Philip Morris.“
Philip Morris, 1981 (XVIII)

Abdruck mit freundlicher Genehmigung der dpa

Die Tabakindustrie versucht in den vergangenen Jahren zunehmend, sich durch Sponsoringaktivitäten zu profilieren und sich Zugang zu ihrem wichtigsten Marktsegment, nämlich Kindern und Jugendlichen, zu verschaffen. Wie die Unterstützung schulischer Projekte durch die Tabakindustrie (z.B. Internetführerschein im Rahmen der Medienoffensive Schule durch Philip Morris) zeigt, hat sie sich auch Eingang in Schulen verschafft ^{13,17}.

AKTUELLER WISSENSSTAND

■ Schulische Tabakprävention erweist sich nur im Rahmen einer Gesamtstrategie der Tabakkontrolle als nachhaltig wirksam ^{6,20}.

■ Mit der Tabakprävention an Schulen werden vorrangig zwei Ziele verfolgt: Zum einen die Verzögerung des Einstiegsalters in den Tabakkonsum, zum anderen die Verringerung des Tabakkonsums insgesamt. Während bestimmte Präventionsprogramme durchaus das Einstiegsalter erhöhen können ^{1,11,12,16}, haben die bisher umgesetzten Ansätze

der unterrichtsgestützten Tabakprävention, insofern sie ohne weitere schulische und außerschulische Maßnahmen der Tabakkontrolle umgesetzt werden, keine anhaltenden Auswirkungen auf das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen^{14,16,22}.

■ Schulgestützte Tabakprävention ist zwar nicht hinreichend, dennoch von wichtiger Bedeutung, da lernorientierte Maßnahmen der Tabakprävention die Effektivität gesetzgeberischer Maßnahmen erhöhen; umgekehrt schaffen gesetzgeberische Maßnahmen die Grundvoraussetzungen für wirkungsvolle schulische Tabakprävention, Gleiches gilt für massenmediale Kampagnen¹⁵.

■ Auch wenn die Lerneinheiten schulischer Tabakprävention den aktuell gültigen Präventionskonzepten entsprechen, können die bisher evaluierten Programme gegenüber Standardbedingungen den Tabakkonsum bei maximal 30% aller Schüler verringern^{16,19,20}.

■ Die erfolgreichsten unterrichtsgestützten Programme schieben den Einstieg in den Tabakkonsum lediglich um einige Monate oder Jahre, maximal aber bis zum Ende der Schulzeit hinaus bzw. verringern die Menge der konsumierten Tabakprodukte^{3,11}.

■ Die besten Ergebnisse haben bisher diejenigen unterrichtsgestützten Programme vorzuweisen, die

- auf dem handlungsorientierten Konzept der Lebenskompetenzförderung beruhen^{1,16};
- nicht nur in einzelnen Klassenstufen, sondern über die gesamte Schulzeit hinweg angeboten werden^{16,20};
- Lehrerfortbildungen zur Durchführung und Vermittlung von Tabakpräventionsprogrammen durchführen bzw. Schüler (peer-leader) in der Tabakprävention ausbilden^{11,16,19}.

■ Etablierung möglichst strenger schulischer Regelungen zum Rauchen führt bei Schülern nicht zwangsläufig zu einer sichtbaren Verringerung des Tabakkonsums¹⁸. Ein rauchfreies Schulgelände ist dennoch ein Schlüsselement wirksamer schulischer Tabakprävention, da räumliche Restriktionen des Rauchens nachgewiesenermaßen den Tabakkon-

sum reduzieren und sich vor allem auf die Entscheidung Jugendlicher und junger Erwachsener, mit dem Rauchen zu beginnen, auswirken⁵.

■ Begrenzte Rauchverbote, die Schülern ab 16 Jahren sowie Lehrern das Rauchen in ausgewiesenen Bereichen gestatten, sind aufgrund deren Vorbildfunktion für jüngere Schüler von mangelhafter Wirkung².

■ Die begrenzte Wirksamkeit ausschließlich schulischer Maßnahmen der Tabakprävention kann durch die Kombination mit mehrdimensionalen gemeindebezogenen Maßnahmen der Tabakprävention (community-Ansatz) erhöht werden²⁰. Dies gilt ebenfalls für die Kombination schulischer Tabakpräventionsprogramme mit einer massenmedialen Kampagne, die die gleichen Botschaften vermittelt⁸.

VERANTWORTLICHE

- Kultusministerien der Länder und nachgeordnete Behörden
- Wohlfahrtsverbände
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Verbände und Vereine
- Gesundheits- und Sozialberufe

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

- Flächendeckende Einführung schulischer Maßnahmen der Tabakprävention, welche durch wissenschaftliche Untersuchungen als wirkungsvoll bewertet wurden, als ein Baustein eines umfassenden Programms der Tabakprävention;
- Unterrichtsgestützte Tabakprävention, die auf aktuell gültigen Präventionskonzepten beruht, sollte sich durch die gesamte Schulzeit ziehen;
- Da der Tabakkonsum nur eine von mehreren Risikoverhaltensweisen ist, bietet es sich an, die Tabakprävention in ein umfassendes Programm der schulischen Gesundheitsförderung einzubinden;
- Qualifikation von Lehrern für die unterrichtsgestützte Tabakprävention (Konzept der Lebenskompetenzförderung und dessen Vermittlung sowie Möglichkeit, das Thema Tabakprävention in einzelne Schulfächer einzubringen);

■ Konsequente Ausweitung der schulischen Tabakprävention über individuell orientierte Tabakprävention im Schulunterricht hinaus auf strukturelle Veränderungen im schulischen Umfeld (schulisches Gesamtkonzept);

■ Die Gestaltung und Umsetzung eines schulischen Gesamtkonzepts sollte von Schülern, Lehrern und Eltern mitgestaltet werden (partizipativer Ansatz);

■ Schulische Rauchverbote sollten sich nicht, wie bisher, auf die Zielsetzung des Schutzes vor Passivrauchen beschränken, sondern weitere Zielsetzungen der Tabakkontrolle beinhalten, nämlich den Einstieg in den Tabakkonsum zu verhindern sowie den Ausstieg zu erleichtern;

■ Rauchverbote auf dem Schulgelände sollten gleichermaßen für Schüler, Lehrer und das gesamte Schulpersonal sowie für Besucher gelten, einschließlich schulischer Veranstaltungen, die außerhalb des Schulgeländes durchgeführt werden;

■ Grundsätzlich sollte darauf geachtet werden, die schulische Tabakprävention nicht als ein disziplinarisches, sondern als gesundheitsrelevantes Thema zu vermitteln. Entsprechend sollten Sanktionen nicht in erster Linie Strafcharakter haben, sondern der kritischen Hinterfragung des Rauchverhaltens dienen;

■ Unterstützung von Entwöhnungsversuchen rauchender Schüler und des Schulpersonals durch Koppelung schulischer Angebote mit bestehenden jugendspezifischen Entwöhnungsangeboten; auch in Kombination mit kinder- und jugendärztlichen Präventionsmaßnahmen bei Routineuntersuchungen im Sinne der Verstärkung von Nichtraucherverhalten;

■ Erlass von Leitlinien durch die Kultusbehörden der Länder mit dem Inhalt, dass Aus- und Fortbildungseinrichtungen jegliche Spenden der Tabakindustrie bzw. finanzielle Zuwendungen von Institutionen, die durch die Tabakindustrie finanziert werden, abzulehnen haben sowie mit diesen keine Veranstaltungen ausrichten dürfen;

■ Durchführung regelmäßiger und systematischer Dokumentation und Evaluation der schulischen Präventionsmaßnahmen durch unabhängige Institute.

Literatur

- (1) Botvin GJ, Kantor LW (2000) Preventing alcohol and tobacco use through Life Skills Training. *Alcohol Research and Health*, 24, 250–257
- (2) Bowen DJ, Kinne S, Owen N et al. (1995) School policy in COMMIT: A promising strategy to reduce smoking by youth. *Journal of School Health*, 65, 140–144
- (3) Bruvold WH (1993) A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health*, 83, 872–880
- (4) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- (5) Centers for Disease Control and Prevention (1994) Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43, 1–15
- (6) Centers for Disease Control and Prevention (2001) Effectiveness of school-based programs as a component of a statewide tobacco control initiative – Oregon, 1999–2000. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 50, 663–666
- (7) Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für Gesundheit (2002) Stellungnahme der Drogen- und Suchtkommission zur Verbesserung der Suchtprävention. <http://www.bmggesundheits.de/bmg-frames/index.htm> (abgerufen aus dem Internet am 11. August 2002)
- (8) Flynn BS, Worden JK, Secker-Walker RH et al. (1994) Mass media and school interventions for cigarette smoking prevention: Effects 2 years after completion. *American Journal of Public Health*, 84, 1148–1150
- (9) Holleder A, Bölskei PL (2000) Gesundheitsförderung in die Lehrpläne! Ein Ziel des Grundschulprogramms Klasse 2000. *Prävention*, 23, 99–103
- (10) Leppin A, Hurrelmann K, Petermann H (2000) Schulische Suchtprävention: Status quo und Perspektiven. In: Leppin A, Hurrelmann K, Petermann H: Jugendliche und Alltagsdrogen. Konsum und Perspektiven der Prävention, Luchterhand, Neuwied, 9–21
- (11) Lynagh M, Schofield M, Sanson-Fisher R (1997) School health promotion programs over the past decade: a review of the smo-

- king, alcohol and solar protection literature. *Health Promotion International*, 12, 43–60
- (12) Maiwald E, Reese A (2000) Effektivität suchtpräventiver Lebenskompetenzprogramme – Ergebnisse deutscher Evaluationsstudien. *Sucht aktuell*, 1, 8–12
- (13) Ministerium für Bildung Jugend und Sport (2001) m.a.u.s. Brief 1/01 m.a.u.s. läuft mit Erfolg. <http://www.bildung-brandenburg.de/bbs/maus/pdf/brief3.pdf> (abgerufen aus dem Internet am 9.8.2002)
- (14) Peterson AV, Mann SL, Kealey KA et al. (2000) Experimental design and methods for school-based randomized trials. Experience from the Hutchinson Smoking Prevention Project (HSPP). *Control of Clinical Trials*, 21, 144–165
- (15) Roemer R (1993) Legislative action to combat the world tobacco epidemic, World Health Organization, Geneva
- (16) Rooney BL, Murray DM (1996) A meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health Education Quarterly*, 23, 48–64
- (17) Sächsisches Staatsministerium für Kultus (2002) Kostenloser Internetführerschein für sächsische Schülerinnen und Schüler. http://www.sn.schule.de/medios/pm_internetführerschein.htm (abgerufen aus dem Internet am 9. August 2002)
- (18) Schmidt B, Hurrelmann K (2001) Tabakpolitik an deutschen Schulen. Ergebnisse der Control of Adolescent smoking – CAS-Studie, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
- (19) Stead M, Hastings GB, Tudor-Smith C (1996) Preventing adolescent smoking: A review of options. *Health Education Journal*, 55, 31–54
- (20) US Department of Health and Human Services (2000) Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia
- (21) Wiborg G, Hanewinkel R (2000) Be smart – Don't start. Konzeption, Implementation und Evaluation einer Kampagne zur Prävention des Rauchens. In: Hausteil K-O: Rauchen und Nikotin – Raucherschäden und Primärprävention, Verlag Perfusion, Nürnberg, 106–110
- (22) Willemsen MC, de Zwart WM (1999) The effectiveness of policy and health education strategies for reducing adolescent smoking: a review of the evidence. *Journal of Adolescence*, 22, 587–599

8 MASSENMEDIALE TABAKPRÄVENTION

STATUS QUO

Unter massenmedialer Tabakprävention wird die Nutzung unterschiedlicher Medien wie Fernsehen, Rundfunk, Printmedien oder Internet verstanden, die zum einen auf Informationsvermittlung und die Beeinflussung tabakkonsumbezogener Einstellungen und Normen zielt. Zum anderen haben massenmediale Maßnahmen der Tabakprävention das Ziel, die Bevölkerung über die Notwendigkeit von Maßnahmen der Tabakprävention zu informieren und die erfolgversprechenden Maßnahmen zu vermitteln. In Deutschland gab es bisher nur vereinzelte massenmediale Kampagnen zur Prävention und Verringerung des Tabakkonsums. Aufgrund der Tatsache, dass die bisher durchgeführten massenmedialen Kampagnen weder von ausreichender Dauer, noch ausreichend finanziert, noch in weitere Maßnahmen der Tabakkontrolle eingebettet waren, zeigten sie nur begrenzte Wirksamkeit. Dagegen wurden im vergangenen Jahrzehnt in verschiedenen Ländern, insbesondere in den USA und Australien, diverse massenmediale Kampagnen entwickelt, die sich als Bestandteil eines umfassenden Tabakkontrollprogramms als äußerst wirksam erwiesen haben ^{5,25}.

AKTUELLER WISSENSSTAND

■ Maßnahmen der massenmedialen Tabakprävention sind ein Kernbestandteil einer umfassenden Strategie der Tabakkontrolle ^{6,12,29}. Sie weisen allerdings nur dann nachhaltige Wirkung auf, wenn sie mit weiteren Maßnahmen der Tabakkontrolle kombiniert umgesetzt werden ^{1,7,29}. Aufgrund der Unverhältnismäßigkeit der für das Marketing von Tabakprodukten vorhandenen finanziellen Mittel gegenüber der für die massenmediale Tabakprävention bereitgestellten Geldbeträge könnte der Erfolg von Gegenwerbung beispielsweise durch die Umsetzung eines Tabakwerbeverbotes deutlich erhöht werden.

■ Da der Werbeaufwand der Tabak-

industrie unerreichbar bleibt, ist die möglichst effektive Gestaltung und Verbreitung der Gegenwerbung von um so wichtigerer Bedeutung ³⁰. Hierzu liegen gesicherte Kriterien und Empfehlungen vor ^{18,25,29}.

■ Reichweite, Frequenz und Dauer sind zentrale Erfolgsfaktoren für eine massenmediale Kampagne mit dem Ziel der Beeinflussung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen. Um der allgegenwärtigen Pro-Tabakwerbung wirkungsvoll entgegenzutreten, müssen Gegen-Werbungskampagnen daher ausreichend finanziert werden ²⁹.

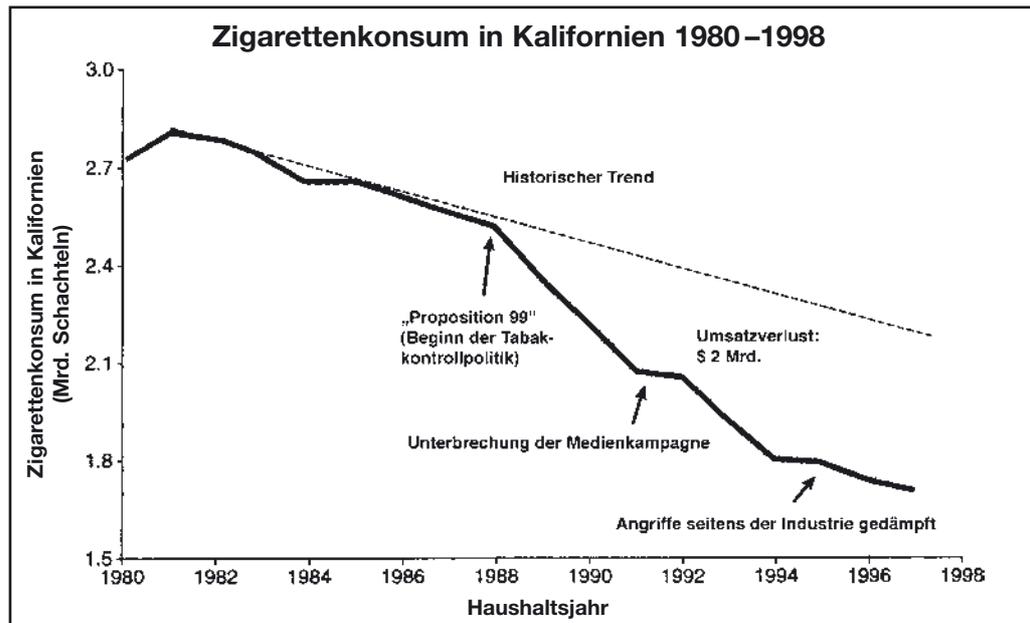
■ Massenmediale Kampagnen, die sich gezielt an bestimmte Zielgruppen wenden, können bei diesen zur Verringerung des Tabakkonsums beitragen ^{7,31}.

■ Rund 20% der langfristigen Verringerung des Tabakkonsums infolge des im US-Bundesstaat Kalifornien umgesetzten Tabakkontrollprogramms wird der dort durchgeführten Medienkampagne zugeschrieben. Dies entspricht allein für den Zeitraum zwischen 1990 und 1992 einer Senkung des Zigarettenabsatzes von rund 230 Millionen Schachteln ¹⁴. Die genannte Reduktion des Zigarettenkonsums steht in deutlichem zeitlichen Zusammenhang mit den einzelnen Phasen, in denen die Medienkampagne durchgeführt wurde, der Abwärtstrend kam mit der Einstellung der Medienkampagne nahezu zum Stillstand (vgl. Abb. 17) ¹².

■ Für die Wirksamkeit massenmedialer Kampagnen bei der Unterstützung der Tabakentwöhnung gibt es verlässliche Hinweise. So kann anhand von Medienkampagnen die Anzahl von Aufhörversuchen erhöht werden, die Abstinenzraten gesteigert und die Inanspruchnahme von Hilfestellungen bei einem Ausstiegsversuch verbessert werden ^{9,15,19,20}. Im Zuge der damit verbundenen Verringerung des Tabakkonsums bei Erwachsenen kann auch ein Rückgang des Rauchens bei Jugendlichen festgestellt werden ⁶.

■ Massenmediale Kampagnen stimulieren die öffentliche Auseinandersetzung mit der Problematik des Tabakkonsums und können neben Verhaltensveränderungen auch zur Veränderung der tabak-

Abbildung 17: Einfluss der Massenmedienkampagne zur Verringerung des Tabakkonsums in Kalifornien. Quelle: Glantz, 1997¹¹; Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2002. Mit freundlicher Genehmigung der Fachzeitschrift American Journal of Public Health



bezogenen Normen führen⁶. So kann beispielsweise die unter Jugendlichen weitverbreitete Überschätzung des Anteils rauchender Gleichaltriger durch massenmediale Ansprache korrigiert werden^{23,26}.

■ Auch wenn massenmediale Tabakprävention nicht immer direkt zu Verhaltensveränderungen führt, ist sie unverzichtbarer Bestandteil der Tabakkontrolle: So können Botschaften und Informationen vermittelt werden, die sich ihrerseits mittelbar auf den Tabakkonsum auswirken^{10,16,24,28}.

■ Aufgrund der weiten Verbreitung von Massenmedien ist deren Nutzung für Präventionszwecke kosteneffizient, da ein hoher Prozentsatz der Bevölkerung zeitgleich erreicht werden kann. Anhand von Massenmedien können Bevölkerungsgruppen angesprochen werden, die durch andere Präventionsangebote nur schwer erreichbar sind²⁹.

■ Massenmediale Tabakprävention kann einen maßgeblichen Wirkfaktor erfolgreicher Tabakkontrolle, die „De-Normalisierung“ des Tabakkonsums entscheidend voranbringen. De-Normalisierung bedeutet, dass die idealisierende und beschönigende Darstellung des Tabakkonsums in den Massenmedien und die Wahrnehmung des Tabakkonsums als normales Alltagsverhalten in eine realitätsgemäße Wahrnehmung umgewandelt wird, die

verdeutlicht, dass Tabakkonsum gesundheitsschädlich und in hohem Maße suchterzeugend ist^{17,23,26}. Medienkampagnen können zudem effektiv dazu genutzt werden, auf weitere Maßnahmen der Tabakkontrolle (Beratungstelefone, rauchfreie Einrichtungen etc.) hinzuweisen und können hierdurch deren Bekanntheit, Akzeptanz und Nutzung fördern²¹.

■ Für die Wirksamkeit massenmedialer Tabakprävention haben sich beispielsweise emotionale Botschaften als ausschlaggebend erwiesen: Gegenwerbungsspot, die stark negative Gefühle auslösen, gelten im Vergleich zu Gegenwerbung, die nur geringe Emotionen oder positive Emotionen auslöst, als wirksamer^{3,13}. Insbesondere wenn sie mit einer konkreten Verhaltensoption (Hinweis auf telefonische Ausstiegsberatung) kombiniert werden, können Verhaltensveränderungen nachgewiesen werden².

■ Neben der Durchführung massenmedialer Kampagnen ist eine weitere wirksame und weitaus kostengünstigere Strategie der Nutzung von Massenmedien die sogenannte Media Advocacy²⁹. Im Kontext der Tabakkontrolle bedeutet Media Advocacy, durch die gezielte Streuung von Pressemitteilungen sowie durch die Ansprache von Journalisten die Medienberichterstattung über tabakbezogene Themen zu fördern. Durch den Bezug auf

aktuelle Forschungsergebnisse, tabakrelevante Ereignisse und unerwartete Neuigkeiten kann die Berichterstattung über Themen, die für die öffentliche Diskussion von Relevanz sind, deutlich erhöht werden⁴. Hierdurch kann sich das gesellschaftliche Klima gegenüber dem Tabakkonsum verändern. Dies wiederum hat zur Folge, dass der Notwendigkeit von Maßnahmen der Tabakkontrolle Geltung verschafft wird und deren Umsetzung und Einhaltung erleichtert wird^{8,22,27}.

VERANTWORTLICHE

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Bundesministerium für Gesundheit
- Landesgesundheitsbehörden
- Gesundheitsverbände und -organisationen sowie Stiftungen Öffentlichen Rechtes
- Krankenkassen (nach § 1 SGB V)

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

- Durchführung von Medienkampagnen (Awareness-Kampagnen), welche die Bevölkerung auf die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens aufmerksam machen und ein Problembewusstsein für das Ausmaß der Tabakepidemie sowie die Rolle der Tabakindustrie schaffen;
- Durchführung von Entwöhnungskampagnen, die Raucher zum Rauchstopp motivieren, Unterstützung bei der Entwöhnung bieten und die Aufrechterhaltung des Nichtrauchens fördern;
- Aufbau neuer massenmedialer Kampagnen auf denjenigen Elementen bereits bestehender Kampagnen, die sich bereits als wirksam und verhaltensrelevant erwiesen haben;
- Einsatz emotionaler Botschaften, die bei der Zielgruppe starke emotionale Reaktion und Betroffenheit auslösen;
- Vorabtestung der Aussagen und Botschaften einer massenmedialen Kampagne mit einer repräsentativen Auswahl der Zielgruppe, um sicherzustellen, dass für die jeweilige Zielgruppe angemessene Botschaften vermittelt werden;

■ Keine Beteiligung der Tabakindustrie, weder durch finanzielle Unterstützung noch durch Vorgaben jeglicher Art an der Entwicklung massenmedialer Präventionskampagnen;

■ Bereitstellung aktueller, relevanter Presseinformationen durch die Erhöhung der Medienberichterstattung über tabakbezogene Themen (Media Advocacy).

Literatur

- (1) Bal DG (1998) Designing an effective statewide tobacco control program-California. *Cancer*, 83, 2717–2721
- (2) Biener L, McCallum-Keeler G, Nyman AL (2000) Adults' response to Massachusetts anti-tobacco television advertisements: impact of viewer and advertisement characteristics. *Tobacco Control*, 9, 401–407
- (3) Biener L, Taylor TM (2002) The continuing importance of emotion in tobacco control media campaigns: a response to Hastings and MacFadyen. *Tobacco Control*, 11, 75–77
- (4) Chapman S, Dominello A (2001) A strategy for increasing news media coverage of tobacco and health. *Health Promotion International*, 16, 137–142
- (5) Connolly GN (2000) World's best practice. Mass media campaigns: Australia, UK, USA. *Tobacco Control*, 9, 235–235
- (6) Connolly GN, Harris JE (1998) Evaluating antismoking advertising campaigns. *JAMA*, 280, 964–965
- (7) Connolly GN, Robbins H (2001) Designing an effective statewide tobacco control program – Massachusetts. *Cancer*, 83, 2722–2727
- (8) Fagerström KO, Boyle P, Kunze M et al. (2001) The anti-smoking climate in EU countries and Poland. *Lung Cancer*, 32, 1–5
- (9) Flay B (1987) Mass media and smoking cessation: A critical review. *American Journal of Public Health*, 77, 153–160
- (10) Flynn BS, Worden JK, Secker-Walker RH et al. (1994) Mass media and school interventions for cigarette smoking prevention: Effects 2 years after completion. *American Journal of Public Health*, 84, 1148–1150
- (11) Glantz SA (1997) Alternative models for controlling smoking among adolescents. *American Journal of Public Health*, 87, 870–871
- (12) Goldman LK, Glantz SA (1998) Evaluation of antismoking advertising campaigns. *JAMA*,

279, 772–777

- (13) Hill D, Chapman S, Donovan R (1998) The return of scare tactics. *Tobacco Control*, 7, 5–8
- (14) Hu T-W, Sung H-Y, Keeler TE (1995) Reducing cigarette consumption in California: tobacco taxes vs an anti-smoking media campaign. *American Journal of Public Health*, 85, 1218–1222
- (15) Korhonen T, McAlister A, Laaksonen M et al. (2000) International quit and win 1996: standardized evaluation in selected campaign countries. *Preventive Medicine*, 31, 742–751
- (16) Kozlowski LT, Goldberg ME, Sweeney CT et al. (1999) Smokers' reactions to a „radio message“ that light cigarettes are as dangerous as regular cigarettes. *Nicotine & Tobacco Research*, 1, 67–76
- (17) Kozlowski LT, Yost BA, Stine MM (2000) Massachusetts' advertising against light cigarettes appears to change beliefs and behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 18, 339–342
- (18) Ling PM, Glantz SA (2002) Using tobacco-industry marketing research to design more effective tobacco-control campaigns. *JAMA*, 287, 2983–3003
- (19) McVey D, Stapleton J (2000) Can anti-smoking television advertising and local tobacco control activity affect smoking behaviour? A controlled trial of the Health Education Authority for England's anti-smoking TV-campaign. *Tobacco Control*, 9, 273–282
- (20) Mudde AN, DeVries H (1999) The reach and effectiveness of a national mass media smoking cessation campaign in the Netherlands. *American Journal of Public Health*, 89, 346–350
- (21) Owen L (2000) Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. *Tobacco Control*, 9, 148–154
- (22) Reid D, McNeill A, Glynn TJ (1995) Reducing the prevalence of smoking in youth in Western countries: an international review. *Tobacco Control*, 4, 266–277
- (23) Schar EH, Gutierrez KK (2001) Smoking cessation media campaigns from around the world. Recommendations from lessons learned. World Health Organization, Copenhagen
- (24) Shiffman S, Burton SL, Pillitteri JL et al. (2001) Test of „light“ cigarette counter-advertising using a standard test of advertising effectiveness. *Tobacco Control*, 10, i33–i40
- (25) Siegel M (1998) Mass media antismoking campaigns: A powerful tool for health promotion. *Annals of Internal Medicine*, 129, 128–132
- (26) Siegel M, Biener L (2000) The impact of an antismoking media campaign on progression to established smoking: results of a longitudinal youth study. *American Journal of Public Health*, 90, 380–386
- (27) Stead M, Hastings GB, Tudor-Smith C (1996) Preventing adolescent smoking: A review of options. *Health Education Journal*, 55, 31–54
- (28) US Department of Health and Human Services (1994) Preventing tobacco use among young people: A report of the Surgeon General, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia
- (29) US Department of Health and Human Services (2000) Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia
- (30) World Health Organization (1998) Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. World Health Organization, Geneva
- (31) Worden JK, Flynn BS, Solomon LJ et al. (1996) Using mass media to prevent cigarette smoking among adolescent girls. *Health Education Quarterly*, 23, 453–468

9 BERATUNGS- UND BEHANDLUNGSMASSNAHMEN ZUR TABAKENTWÖHNUNG

STATUS QUO

Die Versorgungssituation für entwöhnungswillige Raucher ist in Deutschland ungenügend. Eine gemeinsame Befragung des Deutschen Krebsforschungszentrums und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahr 2000 bei über 11000 Gesundheitseinrichtungen, Beratungsstellen und Praxen ergab, dass nur 763 Anbieter im ganzen Bundesgebiet bereitstehen, um Tabakentwöhnung zu leisten – viele von ihnen mit Methoden, für deren Wirksamkeit bei der Tabakentwöhnung es keinen wissenschaftlichen Nachweis gibt (Akupunktur, Hypnose etc.)⁸. Dieses Defizit an Sachverstand ist unter anderem auf die fehlende Wissensvermittlung in der Grundausbildung aller Gesundheitsberufe zurückzuführen und betrifft sämtliche Gesundheitsberufe: Mediziner sind dabei genauso unerfahren wie Psychologen, Suchtberater oder andere Gesundheitsberufe.

Im Gegensatz zur Kostenerstattung von Entzugs- und Entwöhnungstherapien für

Alkoholabhängige sowie von Medikamenten oder von illegalen Drogen Abhängige werden Maßnahmen zur Tabakentwöhnung, mit wenigen Ausnahmen, von den Krankenkassen nicht als erstattungsfähige Leistungen anerkannt oder vergütet. Diese fehlenden Rahmenbedingungen erschweren Rauchern den Ausstieg aus dem Tabakkonsum. Im Vergleich mit anderen EU-Ländern zeigt sich, dass der Anteil derer, die bereits einen ernsthaften Ausstiegsversuch unternommen haben, in Deutschland mit 43% relativ gering ist. Dieser Anteil liegt beispielsweise in Schweden rund um das Doppelte höher⁵. Deutschland steht hier an drittletzter Position und deutlich unter dem EU-Durchschnitt von 55% (vgl. Abb. 18).

Um die vorhandenen Defizite abzubauen, werden derzeit von unterschiedlichen Institutionen und Anbietern Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten für Angehörige von Gesundheitsberufen angeboten, welche gut genutzt werden, jedoch bisher nicht flächendeckend sind.

AKTUELLER WISSENSSTAND

■ Aufgrund des hohen Anteils tabakabhängiger Raucher (vgl. Abschnitt B) kom-

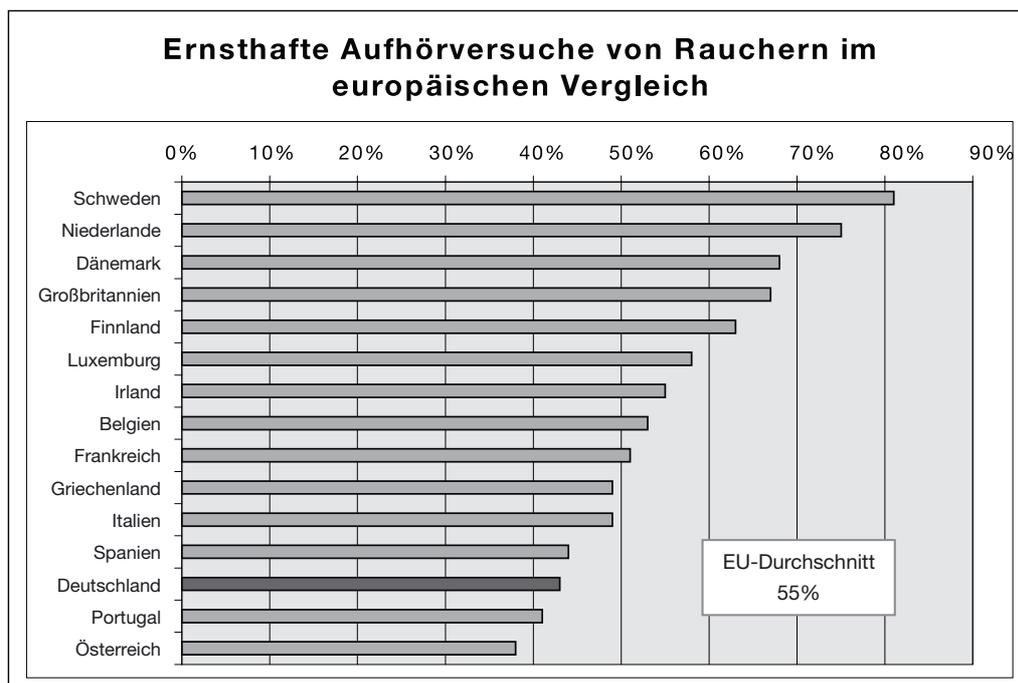


Abbildung 18: Ernsthafte Aufhörversuche von Rauchern im europäischen Vergleich. Quelle: Boyle et al., 2000⁵. Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2002

men Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung als einer Komponente eines umfassenden Tabakkontrollprogramms eine wichtige Rolle zu ¹. Mit einer sinkenden Zahl von Rauchern steigt zudem der Anteil stark tabakabhängiger Raucher, da es vorzugsweise den nicht oder nur gering abhängigen Rauchern gelingt, den Tabakkonsum dauerhaft zu beenden ^{1,2,20}. Neben den in den voranstehenden Kapiteln bereits dargestellten Maßnahmen, die die Motivation zur Beendigung des Konsums steigern können, sind daher Ausstiegshilfen für tabakabhängige Raucher erforderlich ¹⁷.

■ Die Beendigung des Tabakkonsums bringt sowohl kurz- als auch langfristig erhebliche gesundheitliche Vorteile für Raucher aller Altersgruppen. So halbiert sich bereits ein bis zwei Jahre nach dem Rauchstopp das erhöhte Risiko, an einer tabakbedingten Herz-Kreislauferkrankungen zu sterben. Ungefähr 15 Jahre nach dem Rauchstopp ist das Risiko von Herz-Kreislauferkrankungen nahezu gleich groß wie bei lebenslangen Nichtrauchern. Auch das Risiko für Lungen- und andere Krebsarten, chronische Lungenkrankheiten, Schlaganfall und andere Gefäß-

erkrankungen geht – wenn auch langsamer – nach dem Rauchstopp zurück ⁴¹.

■ Wie Abbildung 19 anhand des Lungenkrebsrisikos veranschaulicht, ist der Zeitpunkt des Rauchstopps für die Risikoreduktion ausschlaggebend ³⁰.

■ Trotz der gesundheitlichen Vorteile eines Rauchstopps und dem Wunsch vieler Raucher, den Tabakkonsum dauerhaft zu beenden, gelingt dies nur einem Teil aller Raucher ^{41,43}. Hierbei zeigt sich in Deutschland wie international eine deutliche soziale Polarisierung ^{14,17,25,46}. So kommen die höheren Raucherraten bei Arbeitslosen primär dadurch zustande, dass diesen der Ausstieg aus dem Tabakkonsum weitaus seltener gelingt ^{14,28}. Auch zwischen der Höhe des Haushaltseinkommens und der Tendenz, sich das Rauchen abzugewöhnen, besteht ein Zusammenhang. Ab dem Alter von 30 Jahren gilt: Je geringer das Haushaltsnettoeinkommen, desto geringer ist der Anteil der Ex-Raucher ¹⁴.

■ Der Anteil erfolgreicher Entwöhnungsversuche kann durch professionelle Beratung und Behandlung sowie pharmakologische Entwöhnungshilfen erhöht werden ^{6,45}. Rückfallprävention und -management sind hierbei aufgrund der

Lungenkrebsrisiko in Abhängigkeit vom Rauchverhalten und dem Zeitpunkt der Tabakentwöhnung

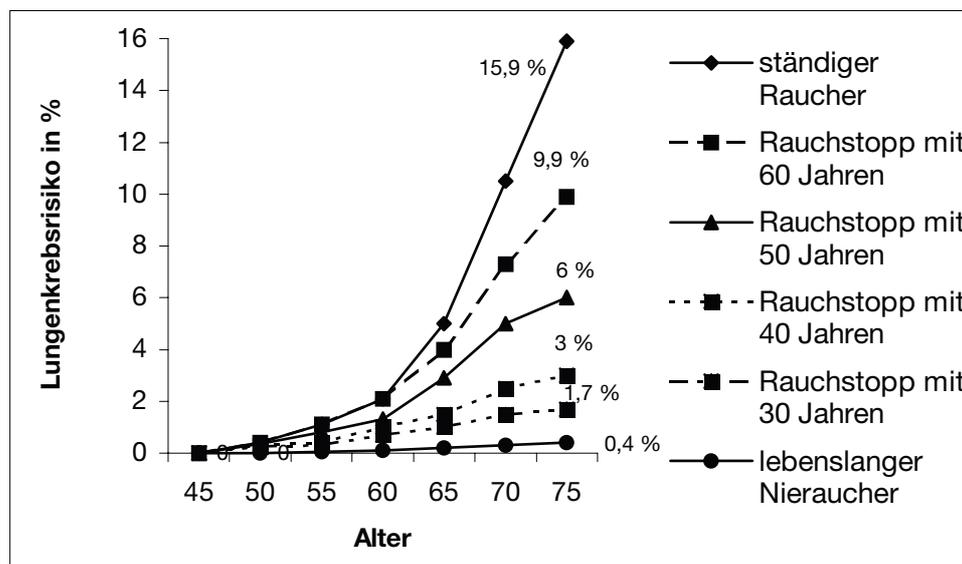


Abbildung 19:
Lungenkrebsrisiko in Abhängigkeit vom Rauchverhalten und dem Zeitpunkt der Tabakentwöhnung.
Quelle: Peto et al., 2000 ³⁰.
Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2002.
Mit freundlicher Genehmigung von Sir Richard Peto

hohen Rückfallraten von besonderer Bedeutung und können den Anteil langfristig Abstinenter steigern^{13,23,36,47}.

■ Interventionen zur Tabakentwöhnung sind im Vergleich zu den Kosten der Behandlung tabakbedingter Folgeschädigungen in hohem Maße kosteneffektiv¹¹. Derzeit werden allerdings auch in Deutschland Entwöhnungsmethoden, die hohe Abstinenzquoten erzielen, nur von einem kleinen Teil aller Raucher in Anspruch genommen¹⁹, während Entwöhnungsmethoden, die von vielen Rauchern angewandt werden, nur niedrige Abstinenzquoten erreichen³².

■ Solange Raucherentwöhnung nicht in das allgemeine Gesundheitswesen integriert ist, sind Entwöhnungsangebote schwer zugänglich und werden weniger in Anspruch genommen¹¹.

■ Die bestehenden Wissensdefizite in der Tabakentwöhnung sowie fehlende Kostenerstattung für therapeutische Maßnahmen stellen für Angehörige von Gesundheitsberufen ein wichtiges Hindernis für die Ausstiegsberatung und -behandlung rauchender Patienten dar^{10,29}. Fortbildungsmaßnahmen zur Behandlung der Tabakabhängigkeit erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass Gesundheitsberufe intervenierend eingreifen^{21,33}.

■ Zur Verringerung des Tabakkonsums bei Kindern und Jugendlichen sind Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen notwendig, die erwirken, dass Heranwachsende das Rauchen aufgeben, bevor es zu einer Verfestigung des Rauchverhaltens und der Tabakabhängigkeit kommt⁴².

■ Tabakentwöhnungsmaßnahmen, die sich bei Erwachsenen als wirksam erwiesen haben, können auch bei jungen Menschen erfolgreich zur Anwendung kommen, allerdings mit modifizierten Inhalten und Lernformen^{11,33,40}.

■ Derzeit existieren keine ausreichenden Nachweise dafür, eine Verringerung des Tabakkonsums als individuelles Therapieziel empfehlen zu können¹¹.

■ Wissenschaftliche Nachweise für die Wirksamkeit bei der Tabakentwöhnung gibt es für einige Formen von Selbsthilfematerialien, bestimmte Formen profes-

sioneller Beratung und Behandlung sowie bestimmte pharmakologische Entwöhnungshilfen.

Selbsthilfematerialien

- Der alleinige Einsatz von Selbsthilfematerialien hat einen kleinen Effekt auf die Ausstiegsquoten³³. Obgleich Selbsthilfemaßnahmen im Vergleich zur professionell angeleiteten Tabakentwöhnung geringere Abstinenzquoten erzielen, haben sie den Vorteil, dass sie eine größere Reichweite haben⁷.
- Selbsthilfematerialien, die individualisiert auf die Bedürfnisse einzelner Raucher zugeschnitten sind, erweisen sich im Vergleich zu Standardmaterialien als effektiver^{11,22,39}.

Professionelle Beratung/Behandlung

- Ziel der kurzen Ausstiegsberatung ist es, einen Ausstiegsversuch auszulösen³³. Die Identifikation und kurze Ausstiegsberatung aller Raucher im Rahmen einer ärztlichen Routineuntersuchung kann den Anteil derjenigen erhöhen, die – unabhängig von einem vorher bestehenden Ausstiegswunsch – zumindest für einen Zeitraum von sechs Monaten mit dem Rauchen aufhören^{11,44,45}.
- Bei bestehendem Ausstiegswunsch sind für die Unterstützung der Tabakentwöhnung mehrfache verhaltenstherapeutische Interventionen wirkungsvoll. Sowohl Gruppen- als auch Einzelsitzungen sind effektiv, derzeit gibt es keine schlüssigen Hinweise für die Überlegenheit einer der beiden Interventionen^{37,45}. Zwischen Beratungsintensität und Wirksamkeit der Entwöhnungsbehandlung besteht eine Dosis-Wirkungs-Beziehung: Generell sind intensivere Maßnahmen effektiver¹¹.
- Telefonische Raucherberatung ist eine effektive und zugleich niederschwellige Beratungsform, die eine große Reichweite hat und somit einen größeren Anteil der rauchenden Bevölkerung erreicht als personenintensivere Maßnahmen³⁸.

- Für die reaktive Telefonberatung werden zwar hohe Abstinenzquoten berichtet, die Bewertung ihrer Wirksamkeit ist allerdings bisher aufgrund des Fehlens angemessener Untersuchungen noch offen. Die Effektivität der pro-aktiven telefonischen Raucherberatung (Vereinbarung von Rückrufen durch Entwöhnungsspezialisten) ist dagegen erwiesen ^{24,45,47}.

Pharmakologische Entwöhnungshilfen

- Nach US-amerikanischen und europäischen Richtlinien und Empfehlungen zur Tabakentwöhnung gelten Nikotinersatztherapie und Bupropion bei der medikamentösen Unterstützung der Tabakentwöhnung als medikamentöse Therapie erster Wahl ^{11,33,45}. Medikamentöse Therapien erster Wahl („first-line medications“) sind definiert als „sichere und effektive Therapien zur Behandlung (der Tabakabhängigkeit)“ und von den zuständigen Behörden geprüft und zugelassen.
- Nikotinersatzprodukte können die Entzugssymptomatik lindern und die Raucherentwöhnung erleichtern ^{11,21,45}.
- Der Forschungsstand zur Nikotinersatztherapie bei Rauchern mit geringem Konsum ist bislang unzureichend ⁴⁵.
- Alle bisher zugelassenen Darreichungsformen der Nikotinersatztherapie zeigen eine vergleichbar gute Wirksamkeit in der Entwöhnungsbehandlung ^{11,21,31,45}.
- Bupropion verbessert die Abstinenzquoten und verringert die Entzugssymptomatik ^{16,18}. Aufgrund möglicher Nebenwirkungen und einer Anzahl von Gegenanzeigen muss der Verschreibung von Bupropion eine sorgfältige ärztliche Anamnese vorausgehen ³.

Kombination verschiedener Entwöhnungsmethoden, Zielgruppenspezifität

- Die Kombination verschiedener Entwöhnungsmethoden kann die Erfolgchancen eines Ausstiegsversu-

ches erhöhen. So verbessert die Kombination von Nikotinersatztherapie und Verhaltenstherapie durch geschulte Leistungserbringer die Erfolgsaussichten im Vergleich zu den Ergebnissen einer rein verhaltenstherapeutischen Behandlung oder reinen Nikotinersatztherapie um nahezu das Doppelte ^{11,21,33}.

- Die Erfolgchancen eines Ausstiegsversuches können auch bei der Kombination anderer Methoden im Vergleich zu ihrem separaten Einsatz erhöht werden. Vor kurzem wurde dies für den zusätzlichen Einsatz von Selbsthilfematerialien im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung mit Nikotinpflaster ³⁵ sowie für die proaktive telefonische Raucherberatung in Kombination mit der Verwendung von Nikotinersatzprodukten nachgewiesen ⁴⁸.
- Dies gilt auch für die Kombination professioneller Kurzinterventionen und Selbsthilfematerialien. So kann die Entwöhnungsrate schwangerer Raucherinnen anhand von Kurzinterventionen durch geschulte Leistungserbringer in Kombination mit spezifisch auf rauchende Schwangere ausgerichteten Selbsthilfematerialien erheblich erhöht werden ^{9,11,27}. Dies gilt ebenfalls für die Entwöhnungsberatung und Rückfallprävention für junge Mütter durch Pädiater in Kombination mit Selbsthilfematerialien ³⁴.
- Die Effektivität von Standardbehandlungen kann durch deren zielgruppen- und risikogruppenspezifische Modifikation gesteigert werden ⁴. Zu den Risikogruppen zählen Raucher mit Herzerkrankungen, chronischen Lungenerkrankungen oder mit psychiatrischen Störungsbildern ². Ein Beispiel für eine prioritäre Zielgruppe sind schwangere Raucherinnen, deren Tabakkonsum nicht nur sie selbst schädigt, sondern auch das Risiko für vorgeburtliche Schäden erhöht. Aufgrund der hohen Rückfallraten nach der Entbindung ^{12,15,23} ist auch die Rückfallprävention von besonderer Bedeutung ²⁶.

VERANTWORTLICHE

- Bundesministerium für Gesundheit
- Bundesärztekammer
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Krankenkassen
- Pharmazeutische Industrie

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

■ Etablierung einer flächendeckenden und leicht zugänglichen Infrastruktur für Tabakentwöhnung in der ärztlichen Versorgung (Arztpraxen, Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen), in Einrichtungen der Suchthilfe (Suchtberatungsstellen sowie Suchtkliniken), in betriebsärztlichen Diensten sowie Einrichtungen der sozialpsychiatrischen Versorgung (sozialpsychiatrische Dienste, psychiatrische Ambulanzen und Kliniken) und weiteren staatlichen Einrichtungen (Gefängnissen etc.) als fester Bestandteil des jeweiligen Versorgungsangebotes;

■ Zusätzliche Nutzung der vorhandenen komplementären Strukturen (Gesundheitsämter, Volkshochschulen, Gesundheitszentren der Krankenkassen, Vereine und Verbände etc.) zur Tabakentwöhnung;

■ Professionalisierung der Gesundheitsberufe in der Tabakentwöhnung durch

- Aufnahme bzw. Intensivierung der Thematik Rauchen und Tabakentwöhnung sowohl in die Regelausbildung als auch in Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen aller Gesundheitsberufe;
- Flächendeckende Weiterbildung von Angehörigen der Gesundheitsberufe;

■ Abrechnungsmöglichkeit und Kostenübernahme seitens der Krankenkassen für professionelle Entwöhnungsberatung und -Behandlung durch hierfür qualifizierte Anbieter;

■ Bedarfsgerechtes Angebot unterschiedlich intensiver Interventionen sowie Orientierung der Beratungs- und Behandlungsangebote an evidenzbasierten Leitlinien:

- Routinemäßige Ansprache des Tabakkonsums bei Beratungsgesprächen in Praxen, Kliniken und Beratungsstellen durch alle Gesundheitsberufe;
- Kurze motivierende Ausstiegsberatung

für alle Raucher;

- Verweis auf spezialisierte Fachkräfte/Unterstützungsangebote;
 - Angebot strukturierter verhaltenstherapeutischer (Gruppen-)Programme;
 - Empfehlung pharmakologischer Entwöhnungshilfen bei einem Konsum von über 10 Zigaretten pro Tag;
 - Ausbau und Vernetzung der bereits bestehenden Angebote telefonischer Raucherberatung;
 - Bereitstellung wirksamkeitsüberprüfter Selbsthilfematerialien;
- Entwicklung und Durchführung zielgruppenspezifischer Entwöhnungsangebote unter besonderer Berücksichtigung besonderer Risikogruppen:
- Patienten mit Herzerkrankungen, chronischen Lungenerkrankungen, psychiatrischen Erkrankungen sowie Diabetiker sollten im Rahmen von Disease-Management-Programmen prioritär professionelle Unterstützung zur Tabakentwöhnung erhalten;
 - Einkommensschwache Raucher sollten aufgrund ihrer geringeren Ausstiegsraten gezielte Unterstützung bekommen. Zudem sollte bei einkommensschwachen Rauchern eine Kostenübernahme für pharmakologische Entwöhnungshilfen als Präventionsleistung erwogen werden;
 - Rauchende Schwangere sollten aufgrund der besonderen Risiken des Rauchens während der Schwangerschaft im Rahmen der Schwangerenvorsorge und der Geburtsvorbereitung intensive Beratungen zur Tabakentwöhnung und zur Rückfallprävention erhalten;
 - Junge Eltern sollten im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen ihrer Kinder auf ihr Rauchverhalten angesprochen werden. Pädiater sollten kurze Beratungsgespräche anbieten und gegebenenfalls auf externe Fachkräfte und Unterstützungsangebote wie Beratungstelefone verweisen;
 - Aufgrund des in Deutschland seit Anfang der Neunzigerjahre stark gesunkenen Anteils der Ex-Raucher unter Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (vgl. Abschnitt B), ist die Schaffung flächendeckender Unter-

stützungsangebote zur Tabakentwöhnung für diese Subpopulation erforderlich.

■ Die Qualitätsüberprüfung der von den Krankenkassen zu erstattenden Tabakentwöhnungsmaßnahmen sollte extern seitens unabhängiger Institute erfolgen.

Literatur

- (1) Batra A (1996) Raucherentwöhnung – aktueller Stand und künftige Entwicklungen. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 34, 73–77
- (2) Batra A (2000) Tabakabhängigkeit. Biologische und psychologische Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten. Steinkopff, Darmstadt
- (3) Batra A (2001) Bupropion – wirkungsvolle oder nebenwirkungsreiche Raucherentwöhnungstherapie. *Sucht*, 47, 294–298
- (4) Batra A, Schupp PE, Buchkremer G (1999) Tabakentwöhnung bei schwangeren Frauen oder Raucherinnen mit gesundheitlichen Risikofaktoren. *Sucht*, 45, 339–345
- (5) Boyle P, Gandini S, Robertson C et al. (2000) Characteristics of smokers' attitudes towards stopping: Survey of 10 295 smokers in representative samples from 17 European countries. *European Journal of Public Health*, 10, 5–14
- (6) Buchkremer G, Minneker E, Block M (1991) Smoking-cessation treatment combining transdermal nicotine substitution with behavioral therapy. *Pharmacopsychiatry*, 24, 96–102
- (7) Curry SJ (1993) Self-help interventions for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 790–803
- (8) Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2000) Marktübersicht zu Raucherentwöhnungshilfen in Deutschland. Unveröffentlichtes Dokument, Heidelberg
- (9) Dolan-Mullen P, Ramirez G, Groff JY (1994) A meta-analysis of randomized trials of prenatal smoking cessation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 171, 1328–1334
- (10) Ferry LH, Grissino L, Runfola P (1999) Tobacco dependence curricula in US undergraduate medical education. *Journal of the American Medical Association*, 282, 825–829
- (11) Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. (2000) Treating tobacco use and dependence: a clinical practice guideline. US Department of Human Health Services, Public Health Service, Rockville, Maryland
- (12) Hafstad A, Aaro LE, Engeland A et al. (1997) Provocative appeals in anti-smoking mass media campaigns targeting adolescents – the accumulated effect of multiple exposures. *Health Education Research*, 12, 227–236
- (13) Halpern MT, Warner KE (1993) Motivations for smoking cessation: A comparison of successful quitters and failures. *Journal of Substance Abuse*, 247–256
- (14) Helmert U (1999) Einkommen und Rauchverhalten in der Bundesrepublik Deutschland – eine Sekundäranalyse der Daten des Mikrozensus 1995. *Gesundheitswesen*, 61, 31–37
- (15) Helmert U, Lang P, Cuelenaere B (1998) Rauchverhalten von Schwangeren und Müttern mit Kleinkindern. *Sozial- und Präventivmedizin*, 43, 51–58
- (16) Hurt RD, Sach DP, Glover ED (1997) A comparison of sustained release bupropion and placebo for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*, 337, 1195–1202
- (17) Jarvis MJ, Wardle J (1999) Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. In: Marmot M, Wilkinson RG: *Social determinants of health*, Oxford University Press, Oxford, 240–253
- (18) Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA et al. (1999) A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*, 340, 685–691
- (19) Kraus L, Augustin R (2001) Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 47, S7–S87
- (20) Kunze M, Schoberberger M, Fagerström K (1994) Epidemiology of nicotine dependence. In: Saunders WB: *Future directions in nicotine replacement therapy*, Adis International Ltd., Chester, 58–62
- (21) Lancaster T, Silagy C, Fowler G (2002) Training health professionals in smoking cessation, *Cochrane Review*, The Cochrane Library, Oxford: Update Software
- (22) Lancaster T, Stead LF (2001) Self-help interventions for smoking cessation, *Cochrane Review*, The Cochrane Library, Oxford: Update Software

- (23) Lelong N, Kaminski M, Saurel-Cubizolles M-J et al. (2001) Postpartum return to smoking among usual smokers who quit during pregnancy. *European Journal of Public Health*, 11, 334–339
- (24) Lichtenstein E, Glasgow RE, Lando HA (1996) Telephone counseling for smoking cessation – rationales and meta-analytic review of evidence. *Health Education Research*, 11, 243–257
- (25) Lumley J, Oliver S, Waters E (2000) Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy, *Cochrane Review*, The Cochrane Library, Oxford: Update Software
- (26) McBride CM, Curry SJ, Lando HA et al. (1999) Prevention of relapse in women who quit smoking during pregnancy. *American Journal of Public Health*, 89, 706–711
- (27) Melvin CL, Dolan-Mullen P, Windsor A et al. (2000) Recommended cessation counseling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. *Tobacco Control*, 9, iii80–iii84
- (28) Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern
- (29) Perez-Stable EJ, Juarez-Reyes M, Kaplan CP et al. (2001) Counseling smoking parents of young children. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 155, 25–31
- (30) Peto R, Darby SC, Deo H et al. (2000) Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ*, 321, 323–329
- (31) Poelke T, Flenker I, Reker M (2000) Suchtmedizinische Versorgung Alkohol Tabak Medikamente: Orientierung am Weiterbildungscurriculum der Bundesärztekammer. Springer, Berlin
- (32) Prochaska JO, Velicer WF, Fava JL et al. (2001) Evaluating a population-based recruitment approach and a stage-based expert system intervention for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 26, 583–602
- (33) Raw M, McNeill A, West R (1998) Smoking cessation guidelines for health professionals: a guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax*, 53, S1–S9
- (34) Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E et al. (1997) Reducing maternal smoking and relapse: long-term evaluation of a pediatric intervention. *Preventive Medicine*, 26, 120–130
- (35) Shiffman S, Paty JA, Rohay JM et al. (2001) The efficacy of computer-tailored smoking cessation material as a supplement to nicotine patch therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 64, 35–46
- (36) Stapleton J, Sutherland G, Russel MA (1998) How much does relapse after one year erode effectiveness of smoking cessation treatments? Long term follow up of randomised trial of nicotine nasal spray. *BMJ*, 316, 830–831
- (37) Stead LF, Lancaster T (2001) Group behavior therapy programs for smoking cessation, *Cochrane Review*, The Cochrane Library, Oxford: Update Software
- (38) Stead LF, Lancaster T (2001) Telephone counseling for smoking cessation, *Cochrane Review*, The Cochrane Library, Oxford: Update Software
- (39) Strecher VJ (1999) Computer-tailored smoking cessation materials. A review and discussion. *Patient Education and Counseling*, 36, 107–117
- (40) Sussman S, Dent CW, Lichtman C (2001) Project EX: outcomes of a teen smoking cessation program. *Addictive Behaviors*, 26, 425–438
- (41) US Department of Health and Human Services (1990) The health benefits of smoking cessation: A report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Public Health Service, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia
- (42) US Department of Health and Human Services (1994) Preventing tobacco use among young people: A report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia
- (43) US Department of Health and Human Services (2000) Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on

- Smoking and Health, Atlanta, Georgia
- (44) Wall MA, Severson HH, Andrews JA et al. (1995) Pediatric office-based smoking intervention: impact on maternal smoking and relapse. *Pediatrics*, 96, 622–628
- (45) West R, McNeill A, Raw M (2000) Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax*, 55, 987–999
- (46) Wiltshire S, Bancroft A, Amos A et al. (2001) „They are doing people a service“-qualitative study of smoking, smuggling and social deprivation. *BMJ*, 323, 203–207
- (47) Zhu SH, Stretch V, Balabanis M (1996) Telephone counseling for smoking cessation: effects of single-session and multiple-session intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 202–211
- (48) Zhu SH, Tedeschi G, Anderson CM et al. (2000) Telephone counseling as adjuvant treatment for nicotine replacement therapy in a „real-world“ setting. *Preventive Medicine*, 31, 357–363

D AUF DEM WEG ZU EINEM ERFOLGREICHEN TABAK- KONTROLLPROGRAMM IN DEUTSCHLAND – ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Der Zigarettenkonsum stellt in Deutschland nach wie vor das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache frühzeitiger Sterblichkeit dar – 35% der Erwachsenenbevölkerung und 38% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen rauchen, über 110 000 Menschen sterben jährlich an den Folgen des Rauchverhaltens. Um diesem bestehenden Trend angemessen begegnen zu können, ist eine konzertierte Aktion zur Tabakkontrolle mit unterschiedlichen Bausteinen eines nationalen Tabakkontrollprogramms notwendig.

Verhältnisorientierte Tabakkontrollmaßnahmen stellen dabei die Basis für eine erfolgreiche Absenkung des Rauchverhaltens in allen Bevölkerungsgruppen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen dar. Hierzu gehören unter anderem drastische Tabaksteuererhöhungen, Bekämpfung des Zigarettschmuggels, ein umfassendes Tabakwerbeverbot, Abschaffung der Zigarettenautomaten, Durchsetzung des Nichtraucher-schutzes und Schaffung rauchfreier Zonen, Produktregulation von Tabakwaren, umfassende Verbraucherinformationen, große Warnhinweise auf Zigarettenpackungen und Verkaufsbeschränkungen mit entsprechenden Kontrollen. Ohne die zeitgleiche Umsetzung dieser Maßnahmen mit Maßnahmen, die der individuellen Ansprache dienen, wie zielgruppen- und settingspezifische Medienkampagnen, persönliche Kommunikation sowie Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung ist eine zeitnahe und nachhaltige Absenkung des Zigarettenkonsums nicht möglich. Dies ist das Ergebnis der internationalen Erfahrun-

gen, publiziert in einer Vielzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen, welche Eingang gefunden haben in die vorliegenden Handlungsempfehlungen.

Da streng experimentelle Zuordnungen bei der wissenschaftlichen Überprüfung von Veränderungen der Lebenswelt nicht möglich sind, ist es zum Teil schwierig, die Wirksamkeit einer einzelnen Maßnahme exakt von den Wirkungen anderer Maßnahmen der Tabakkontrolle zu trennen, insbesondere wenn sie zeitgleich durchgeführt werden. Dennoch kann gezeigt werden, dass umfassende Programme der Tabakkontrolle, die angemessen und langfristig finanziert sind, den Tabakkonsum wirksam senken können. Besonders eindrücklich wird dies an der Gegenüberstellung derjenigen US-Bundesstaaten mit einem umfassenden Tabakkontrollprogramm gegenüber denjenigen ohne ein solches deutlich. Wie Abbildung 20 veranschaulicht, ging der Zigarettenkonsum in der Erwachsenenbevölkerung des Bundesstaates Kalifornien seit Beginn des dortigen Tabakkontrollprogramms auf weniger als die Hälfte des Konsums in den anderen US-Bundesstaaten zurück⁴.

Die bemerkenswerten Erfolge dieser umfassenden Maßnahmen der Tabakkontrolle sind bereits nach wenigen Jahren in zurückgehenden Sterblichkeitsraten bei den vorwiegend tabakbedingten Herzerkrankungen sichtbar^{1,3}. Ähnliche Erfolge werden auch in anderen Ländern beobachtet, die umfassende Programme der Tabakkontrolle konsequent umsetzen^{2,7}. Die Erfahrungen in Kalifornien und anderen US-Bundesstaaten zeigen, dass die Verbreitung des Tabakkonsums durch

eine konsequente Tabakkontrollpolitik jährlich um 1% verringert werden kann¹. Angesichts der weiten Verbreitung des Tabakkonsums in der Bevölkerung bedeutet dies in Absolutzahlen eine enorme Reduktion.

Nachdrücklich gewarnt werden muss vor der immer noch weit verbreiteten Meinung, dass vor allem jugendzentrierte Kampagnen oder Schulprojekte von nachhaltiger Wirkung sind. Da sich Kinder und Jugendliche an der Welt der Erwachsenen orientieren, sind Jugendprogramme ohne zeitgleiche, verhältnisorientierte Maßnahmen, die sich an die

Gesamtbevölkerung richten, in ihrer Wirkung äußerst begrenzt^{5,6}.

Eine deutliche Absenkung des Zigarettenkonsums in Deutschland kann gegenwärtig nur mit einschneidenden, vor allem politisch durchzusetzenden Maßnahmen erreicht werden. Dies war das Ergebnis des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Jahr 2001. Die hier vorgelegten Handlungsempfehlungen stellen eine Ergänzung und Fortschreibung der Ratsempfehlungen dar. Sie benennen die Akteure und richten sich an die Verantwortlichen in Regierung und Opposition

Zigarettenkonsum in Kalifornien und anderen US-Bundesstaaten

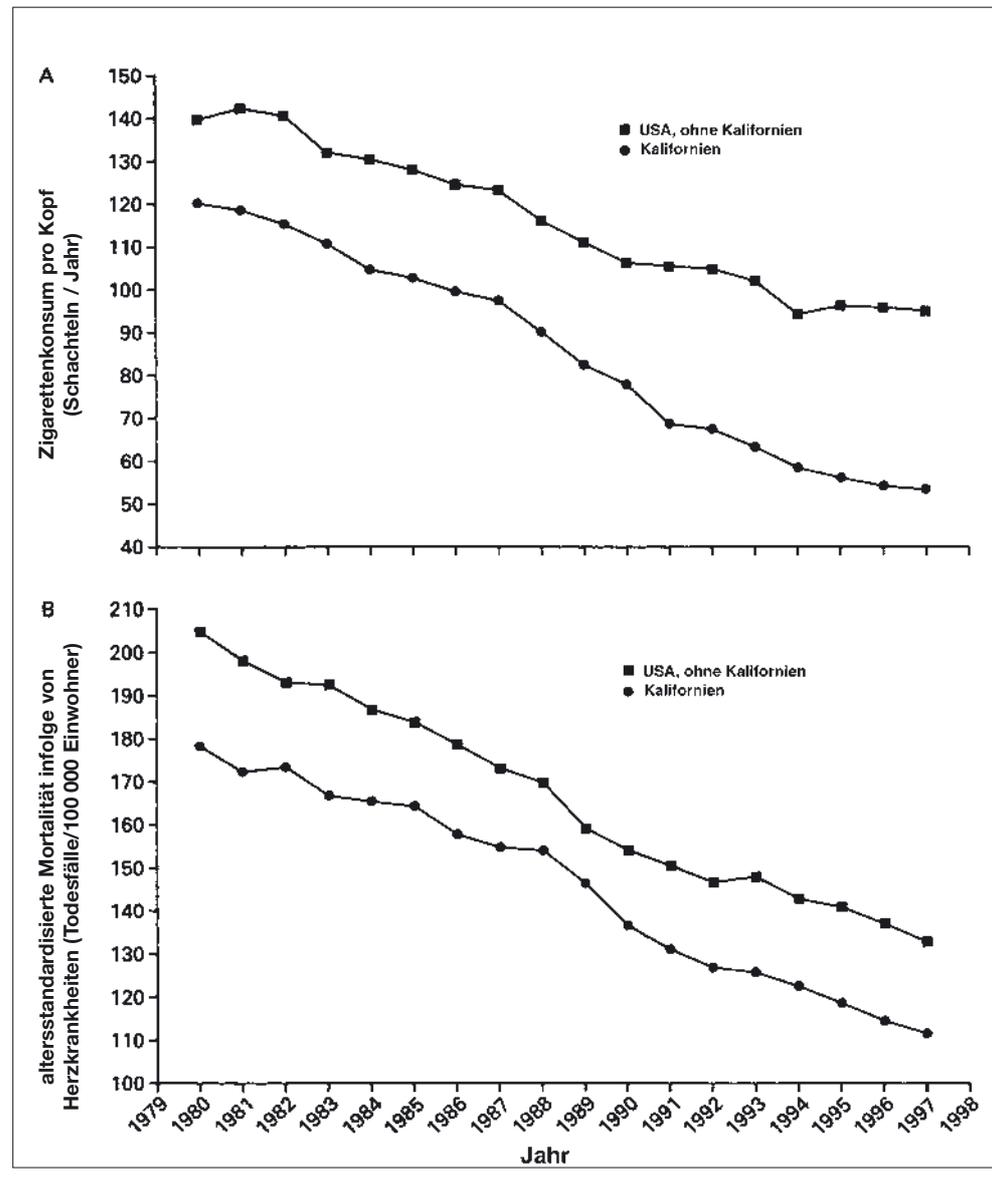


Abbildung 20: Pro-Kopf Zigarettenkonsum und altersstandardisierte Mortalitätsraten aufgrund von Herzkrankheiten in Kalifornien im Vergleich zu den anderen US-Bundesstaaten für die Jahre 1980–1997, Quelle: Fichtenberg et al., 2000³; Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2002.

Mit freundlicher Genehmigung der Fachzeitschrift New England Journal of Medicine

sowie in den Ländern und den Medien. Diese Handlungsempfehlungen werden in den kommenden Monaten in die Diskussion um ein nationales Tabakkontrollprogramm eingebracht: Ein konstruktiver Dialog zwischen Wissenschaft, Medizin, Public Health, verantwortlichen Ministerien und Politik sowie Medien ist angesichts der Tatsache, dass täglich über 300 Menschen in Deutschland frühzeitig an den Folgen des Zigarettenrauchens sterben, dringend erforderlich. Erstmals und einzigartig in Deutschland steht eine große Anzahl von Wissenschaftlern, Medizinern, Public Health- und Kommunikationsexperten bereit, um mitzuhelfen, die Handlungsempfehlungen umzusetzen. Bei der Realisierung der Empfehlungen wird sehr darauf zu achten sein, den Einfluss der Zigarettenindustrie auf Politik und Medien transparent zu machen und zurückzudrängen, um das Primat der Gesundheit vor dem Primat ökonomischer Interessen eines Industriezweiges zu setzen, welcher wesentlich und willentlich nach wie vor ein Produkt vertreibt und hierfür wirbt, das bei bestimmungsgemäßem Gebrauch einen großen Teil seiner Konsumenten süchtig und krank macht sowie vorzeitig versterben lässt.

Literatur

- (1) Bitton A, Fichtenberg C, Glantz SA (2001) Reducing smoking prevalence to 10% in five years. *JAMA*, 286, 2733–2734
- (2) Canadian Lung Association, Health Canada, Statistics Canada et al. (2001) Respiratory disease in Canada. <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp> (abgerufen aus dem Internet am 30. Juni 2002)
- (3) Fichtenberg CM, Glantz SA (2000) Association of the Californian tobacco control program with declines in cigarette consumption and mortality from heart disease. *New England Journal of Medicine*, 343, 1772–1777
- (4) Gilpin EA, Emery SL, Farkas AJ et al. (2001) The California tobacco control program: A decade of progress, results from the California tobacco surveys, 1990–1998, La Jolla, California: University of California, San Diego
- (5) Hill D (1999) Why we should tackle adult smoking first. *Tobacco Control*, 8, 333–335
- (6) US Department of Health and Human Services (2000) Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia
- (7) VicHealth Centre for Tobacco Control (2001) Tobacco Control: A blue chip investment in public health, Anti-Cancer Council of Victoria, Melbourne

E VERZEICHNIS DER BETEILIGTEN EXPERTINNEN UND EXPERTEN

Dr. Annette Bornhäuser
Deutsches Krebsforschungszentrum,
Heidelberg
email: a.bornhaeuser@dkfz.de
(Autorin)

Dipl.-Psych. Peter Lindinger
Deutsches Krebsforschungszentrum,
Heidelberg
email: p.lindinger@dkfz.de
(Mitautor des Kapitels „Beratungs- und
Behandlungsmaßnahmen zur Tabakent-
wöhnung“)

Dr. Martina Pötschke-Langer
Deutsches Krebsforschungszentrum,
Heidelberg
email: m.poetschke-langer@dkfz.de
(Projektleitung)

Prof. Dr. Michael Adams
Universität Hamburg
email: dimaria@mba.uni-hamburg.de

PD Dr. Anil Batra
Universität Tübingen
email: Albatra@med.uni-tuebingen.de

PD Dr. Nikolaus Becker
Deutsches Krebsforschungszentrum,
Heidelberg
email: n.becker@dkfz.de

Univ. Doz. Dr. Pál Laszlo Bölcskei
Klinikum Nürnberg
email: pneumologie@klinikum-nuern-
berg.de

Prof. Dr. Hermann Brenner
Deutsches Zentrum für Altersforschung,
Heidelberg
email: brenner@dzfa.uni-heidelberg.de

Dr. Katja Bromen
Universität Essen
email: katja.bromen@uni-essen.de

Prof. Dr. Peter Drings
Thoraxklinik, Heidelberg
email: Prof.drings@t-online.de

Dr. Reiner Hanewinkel
Institut für Therapie- und Gesundheits-
forschung, Kiel
email: hanewinkel@ift-nord.de

Prof. Dr. Knut-Olaf Haustein
Institut für Nikotinforschung und
Raucherentwöhnung, Erfurt
email: haustein@inr-online.de

PD Dr. Uwe Helmert
Universität Bremen
email: uhelmert@zes.uni-bremen.de

Wolf-Rüdiger Horn
Berufsverband der Kinder- und Jugend-
ärzte e.V. Köln
email: wolf-r.horn@t-online.de

Rolf Hüllinghorst
Deutsche Hauptstelle gegen die Sucht-
gefahren, Hamm
email: huellinghorst@dhs.de

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann
Universität Bielefeld
email: klaus.hurrelmann@uni-biele-
feld.de

Prof. Dr. Karl-Heinz Jöckel
Universität Essen
email: imibe@uni-essen.de

Prof. Dr. Ulrich John
Universität Greifswald
email: ujohn@rz.uni-greifswald.de

Burckhard Junge
Robert-Koch-Institut, Berlin
email: JungeB@rki.de

Prof. Dr. Ulrich Keil
Universität Münster
email: keilu@uni-muenster.de

Dr. Christoph Kröger
Institut für Therapieforschung, München
email: kroeger@ift.de

Dr. Wilfried Kunstmann,
Bundesärztekammer, Köln
email: cme@baek.dgn.de

Dipl.-Psych. Peter Lang
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung, Köln
email: peter.lang@bzga.de

Dr. Frank Lehmann
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung, Köln
email: frank.lehmann@bzga.de

Prof. Dr. Karl Mann
Universität Mannheim/Heidelberg
email: mann@as200.zi-mannheim.de

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider
Technische Universität Berlin
email: ums@ifg.tu-berlin.de

Dr. Uwe Prümel-Philippson
Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.,
Bonn
email: bfge.pp@bfge-1.de

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock
Wissenschaftszentrum Berlin
email: rosenbrock@medea.wz-berlin.de

Dr. Bettina Schmidt
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung, Köln
email: schmidt@bzga.de

Dr. Götz von Laffert
ehemals Universität Hamburg
email: goetz.vonlaffert@csam.com

Dr. Rudolf Welteke
Landesinstitut für den öffentlichen
Gesundheitsdienst NRW, Bielefeld
email: rudolf.welteke@loegd.nrw.de

Prof. Dr. Dr. H.-Erich Wichmann
GSF-Forschungszentrum für Umwelt und
Gesundheit, Neuherberg
email: wichmann@gsf.de

Prof. Dr. Friedrich Wiebel
GSF-Forschungszentrum für Umwelt und
Gesundheit, Neuherberg
email: wiebel@gsf.de

MITARBEIT AN RECHERCHE UND MANUSKRIFT- ERSTELLUNG

Nina Grunze
Marcella Munoz
Markus Notheis
Lemi Reskovac
Alexander Schulze
Susanne Schunk

Quellenverzeichnis Randzitate

- (I) Green SJ (1980) Transcript of note by SJ Green, 1st of January, [Pollock 129]
- (II) Süddeutsche Zeitung (2001) "Die Marlboro ist kein Problem, sie ist die Lösung" Der neue Deutschland-Chef über die Zukunft eines gefährlichen Produktes für informierte Erwachsene, SZ vom 28. Februar 2001
- (III) Phillip Morris USA (1998) „Political and social trends“, Appendix to the five-year plan, document number 2021342198 In: State of Minnesota et al. vs. Philip Morris Inc. et al.
- (IV) Stancill N (1997) „Black-Market Allure of US cigarettes tempts Teens in China,“ Charlotte Observer, 19. Oktober 1997
- (V) Adams P (1994) P. Adams zu B. Bramley, Vorstandsvorsitzender von BAT, „Visit of Sir Patrick Sheehy“, 11th February 1994, BAT No. 500017305, BAT internal memo marked „restricted“
- (VI) Gahagan F (1988) Aussage zitiert in der Fernseh- und Nachrichtenillustrierten „World in Action“, Secrets of Safer Cigarettes
- (VII) Foote E (1981) Advertising and tobacco, Journal of the American Medical Association, 245, 1667-1668
- (VIII) Pan American Health Organization (1999) Policy Brief: Nicotine addiction and smoking cessation, Pan American Health Organization, am 8.8.2002. http://165.168.1.110/english/hpp/wntd_policy.htm (abgerufen aus dem Internet am 1. August 2002)
- (IX) Burrows D (1984) Strategic Marketing Report: Young adult smokers – strategies and opportunities, RJ Reynolds marketing research, 29th February 1984
- (X) Philip Morris (1984) Plan Overview. Philip Morris Document Nr. 2043440057/0112, <http://www.pmdocs.com> (abgerufen aus dem Internet am 10. August 2002)
- (XI) Roper Organization (1978) A study of public attitudes toward cigarette smoking and the tobacco industry in 1978, Vol I, Roper Organization, New York
- (XII) Verband der Zigarettenindustrie (1983) Präsentation anlässlich des NMA-Workshops in Washington DC, 20.–22. September 1983, Philip Morris Dokument Nr. 2501021630, <http://www.pmdocs.com> (abgerufen aus dem Internet am 10. August 2002)
- (XIII) Süddeutsche Zeitung (2001) „Die Marlboro ist kein Problem, sie ist die Lösung“ Der neue Deutschland-Chef über die Zukunft eines gefährlichen Produktes für informierte Erwachsene, SZ vom 28. Februar 2001
- (XIV) Yeaman A (1963) Implications of Battelle Hippo I&I and the Griffith Filter, 17th July 1963, Document Nr. 1802.05 <http://www.library.ucsf.edu/tobacco/docs/html/1802.05> (abgerufen aus dem Internet am 10. August 2002)
- (XV) BBC Hard Talk (2001) Interview mit David Davies, Vize-Präsident von Philip Morris International, 29. März 2001
- (XVI) Marketing Systems Inc. (1982) „Project Eli: Focus Groups – Final Report“, for Imperial Tobacco Limited, July, 1982, exhibit AG-40 in legal proceedings surrounding the Tobacco Products Control Act. <http://www.nsra-adnf.ca/english/lights/AG40%20Eli.pdf> (abgerufen aus dem Internet am 10. August 2002)
- (XVII) Ellen Merlo (1995) JJM to PM invitational importance of youth issue. Memo to Joseph Morgan, President and CEO, Bates Nr. 2044046017/6022 <http://www.pmdocs.com> (abgerufen aus dem Internet am 10. August 2002)
- (XVIII) Philip Morris (1981) „Special Report“, March 31, 1981, Philip Morris Document, Minnesota Trial Exhibit 10,339, Bates Nr. 1000390803/55, http://www.tobacco.neu.edu/mn_trial/TE10339.pdf (abgerufen aus dem Internet am 10. August 2002)