

Tabak

DHS Info

Basisinformationen



Impressum

HERAUSGEBER

DHS

Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Postfach 13 69

59003 Hamm

Tel. 0 23 81/90 15-0

Fax 0 23 81/90 15-30

eMail: info@dhs.de

Internet: www.dhs.de

REDAKTION

Christa Merfert-Diete

KONZEPTION UND TEXT

Petra Mader, Winsen/Luhe

GESTALTUNG

[designbüro], Münster

DRUCK

Druckpunkt, Bedburg

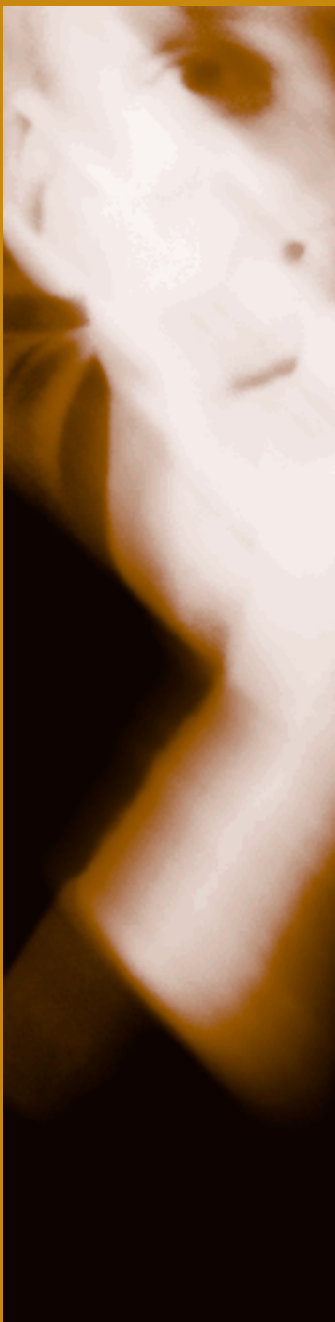
AUFLAGE

3.250.08.08

Best.-Nr.: 33230002

Gefördert von der Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im
Rahmen ihrer Kampagne

rauchfrei!



2	Geschichte
4	Aktueller Konsum
6	Anbau und Verarbeitung
8	Rauchinhaltsstoffe
10	Wirkung
12	Unmittelbare Folgen
14	Langzeitfolgen
16	Tabakabhängigkeit
	• Rauchstopp in Eigenregie
	• Raucherentwöhnung
	• Vorbeugung (Prävention)
	• Harm reduction (Risikominderung)
26	Passivrauchen
28	Nichtraucherchutz
30	Schwangerschaft
32	Kinder
34	Jugendliche
36	Ältere Erwachsene
38	Wirtschaft und Politik
40	Informationen, Rat und Hilfe
46	Die DHS



Vor rund 500 Jahren brachten von Reisen in die neue Welt heimkehrende Seefahrer die Tabakpflanze mit nach Europa. Von Portugal und Spanien ausgehend verbreiteten sich innerhalb weniger Jahrzehnte die Tabakpflanze und die Sitte des Rauchens über ganz Europa und durch Entdeckungsreisende in außereuropäische Länder weiter. Der Konsum von Tabak stieß von Beginn an auch auf Widerstand. Geistliche warnten vor dem verderblichen Teufelskraut, Adel und Obrigkeit sahen ihn als ihr Privileg, vor allem aber wurde die Belästigung durch Tabakrauch beklagt.

Geraucht wurde zunächst vor allem Pfeife, im 18. Jahrhundert erlebte das Tabakschnupfen insbesondere bei den sozialen Oberschichten eine Mode. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts kam die Zigarre auf den Markt, weitere 50 Jahre später die Zigarette. Sie bot erstmals die Möglichkeit, innerhalb weniger Minuten eine wirksame, relativ gut verträgliche Dosis Nikotin bzw. Tabakrauch aufzunehmen.

Bis in die 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts nahm die Verbreitung des Rauchens in den westlichen Industriestaaten stetig zu. Die Zigarette wurde zur alltäglichen Begleiterin, Rauchen ein allgemein akzeptiertes Verhalten. Rauchende Frauen galten zu Beginn des vorigen Jahrhunderts noch als unweiblich, wenn nicht gar lasterhaft, doch spätestens in den 50er-Jahren verband sich für viele das Bild der erwerbstätigen, emanzipierten Frau mit dem der Raucherin.

Seit 1964 der »Terry-Report« die gesundheitlichen Folgen des Rauchens erstmals einer breiten Öffentlichkeit bekannt machte, hat sich die Einstellung zum Rauchen in den westlichen Industrieländern gewandelt. Über Aufklärungskampagnen und gesetzliche Regelungen wurde in vielen Ländern ein deutlicher Rückgang der Raucherquoten erreicht. Nichtraucherinnen und Nichtraucher wiesen auf die Gefahren des Passivrauchens hin und traten für eine rauchfreie Umgebung ein. An vielen Orten und bei vielen Gelegenheiten ist das Rauchen heute untersagt oder auf ausgewiesene Raucherzonen und den privaten Bereich beschränkt.

Geschichte

Die Tabakpflanze und die Sitte des Rauchens stammen aus Mittel- und Südamerika und sind in Europa seit rund 500 Jahren bekannt.

Die Einstellung zum Rauchen hat sich in den zurückliegenden Jahren gewandelt; an vielen Orten und bei vielen Gelegenheiten ist das Rauchen heute (wieder) untersagt.

Rückgang der Raucherquoten in einigen Ländern der EU von 1985-2003:

mehr als 25 %	Norwegen, Schweden, Slowenien
mehr als 20 %	Großbritannien, Irland, Frankreich, Niederlande
mehr als 15 %	Italien, Spanien, Tschechien
weniger als 15 %	Malta, Estland, Slowakei, Deutschland

Quelle: European Commission: *Tabacco or Health in the European Union*, 2004

zum Weiterlesen

Hengartner, Thomas; Christoph Maria Merki (Hg.):

Genussmittel. Ein kulturgeschichtliches Handbuch.

Campus Verlag, 1999

Schivelbusch, Wolfgang:

Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft.

Eine Geschichte der Genussmittel.

Fischer TB Verlag, 6. Auflage, 2005

In Deutschland rauchen rund 27 % der Bevölkerung über 15 Jahre. Dabei liegt der Raucheranteil bei den Männern mit rund 32 % deutlich höher als bei den Frauen mit rund 22 %. Knapp 4 % der Raucherinnen und Raucher rauchen gelegentlich, d. h. nicht täglich, rund 16 % rauchen mit mehr als 20 Zigaretten täglich stark. Die überwiegende Mehrheit, rund 77 %, raucht zwischen 5 und 20 Zigaretten am Tag.

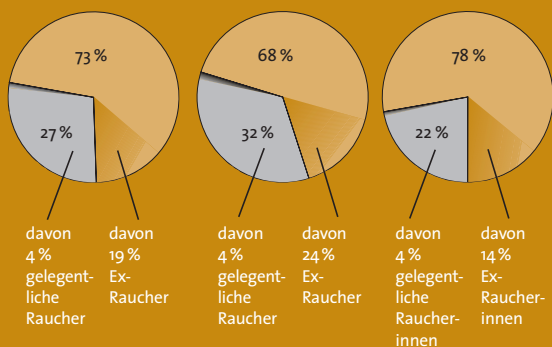
Geraucht werden vor allem Zigaretten, nur etwas mehr als 3 % rauchen vorrangig Zigarren, Zigarillos oder Pfeife. Schnupf- und Kautabak spielen bezogen auf den Gesamtkonsum praktisch keine Rolle.

Der Beginn des Rauchens liegt fast immer vor dem 20. Lebensjahr. In der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen liegen die Raucheranteile mit 40 % bei den Männern und 30 % bei den Frauen am höchsten. Ab dem Alter von 40 Jahren verringern sich die Raucheranteile bei beiden Geschlechtern kontinuierlich.

Einen Einfluss auf das Rauchverhalten haben auch soziale Faktoren. So rauchen Verheiratete seltener als Ledige und Geschiedene, Personen mit einem höheren Schulabschluss seltener als die Absolventen von Hauptschulen; ganz besonders häufig rauchen junge Erwerbslose. Mit steigendem Haushaltsnettoeinkommen nimmt der Raucheranteil ab: bei monatlichen Nettoeinkommen von bis zu 1300 Euro liegt er bei 33 %, bei 2600 bis 4500 Euro bei 26 % und in Haushalten mit über 4500 Euro bei 20 %.

Aktueller Konsum

Verbreitung des Rauchens in der Bevölkerung im Alter von 15 und mehr Jahren.



Verteilung der regelmäßigen Zigarettenraucher (%) nach der Anzahl der täglichen gerauchten Zigaretten, 2005

Zigaretten pro Tag	unter 5	5 - 20	21 - 40
Männer	5	72,2	20
Frauen	9	78,0	11

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2005
www.destatis.de

zum Weiterlesen

Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e. V. (Hg.):
Jahrbuch Sucht.

Neuland-Verlag, Geesthacht, erscheint jährlich

Die Tabakpflanze wird heute in über 100 Ländern angebaut. Von den mehr als 60 verschiedenen Arten werden ausschließlich die Arten *Nicotiana rustica* (in geringem Umfang) und *Nicotiana tabacum* genutzt. Die Namensgebung ehrt – ebenso wie die Bezeichnung Nikotin für den Hauptwirkstoff der Tabakpflanze – den Diplomaten Jean Nicot, der die Tabakpflanze im 16. Jahrhundert am französischen Hof einführte. Der mit Abstand größte Tabakproduzent ist China. Tabakanbau wird von Großfarmern in hochtechnisierten Betrieben, aber auch von zahlreichen Kleinbauern der Dritten Welt betrieben. Tabakgegner kritisieren, dass durch den aufwändigen Tabakanbau gerade in den ärmeren Ländern landwirtschaftliche Nutzfläche blockiert und die Nahrungsmittelproduktion vernachlässigt wird. Zusätzlich belastet das Abholzen von Wäldern zur Brennholzgewinnung zum Trocknen der Tabakblätter die Umwelt erheblich. Die Weltproduktion an Tabak betrug im Jahre 2000 mehr als sieben Millionen Tonnen.

Zur Herstellung von – Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Feinschnitt, Pfeifen, Schnupf- oder Kautabak – werden die Blätter der Tabakpflanze nach der Ernte zunächst getrocknet. Je nach Blatttyp und angewandter Trockenmethode werden verschiedene Tabaksorten, z. B. Virginia, Burley oder Maryland unterschieden. Am verbreitetsten ist der durch heiße Luft getrocknete Virginia Tabak für Zigaretten amerikanischer Art. Die getrockneten Tabakblätter werden 18-36 Monate in Holzfässern gelagert und anschließend zerkleinert. Danach werden verschiedene Tabaksorten gemischt und verschiedene Zusatzstoffe beigemischt, z. B. zur Aromatisierung, zur Stabilisierung des Feuchtigkeitsgrades oder zur Verstärkung der Nikotinwirkung. Für die Produktion von Zigaretten wird der Tabak zu einem fortlaufenden Stab gepresst, mit Zigarettenpapier umwickelt und auf Zigarettenlänge geschnitten. Dann wird der Filter eingesetzt. Moderne Maschinen produzieren fast 300 Zigaretten pro Sekunde.

Anbau und Verarbeitung

Zur Herstellung von Tabakwaren werden die Blätter der Tabakpflanze verwendet. Sie wird in über 100 Ländern der Erde angebaut.

In der Glutzone von Zigaretten verglühen Tabak, Zusatzstoffe und Zigarettenpapier bei Temperaturen von 500 bis 900 Grad Celsius. Der Rauch, der durch das Ziehen an der Zigarette entsteht, wird dabei als Hauptstromrauch, der zwischen den Zügen entstehende Rauch als Nebstromrauch bezeichnet. Hauptstromrauch und Nebstromrauch enthalten grundsätzlich die gleichen Inhaltsstoffe, wenn auch in sehr unterschiedlichen Konzentrationen.

Chemisch betrachtet ist Tabakrauch ein Aerosol, ein Gemisch aus verschiedenen Gasen (Gasphase) in dem 0,1 bis 1 µm große Teilchen (Partikelphase) gelöst sind.

Die Partikelphase (ihr Anteil am Gesamtgewicht beträgt ca. 5 %) enthält mehr als 3500 chemische Stoffe. Neben Nikotin sind Kohlenwasserstoffe, Phenole, Benzole, Sterine, Nitrosamine und verschiedene Schwermetalle (Cadmium, Blei, Nickel) als wichtige Bestandteile zu nennen. Die Gesamtmenge, die in einer Zigarette enthaltenen Partikel (ohne deren Wasseranteil und ohne Nikotin) wird als Kondensat oder Teer bezeichnet und ist auf jeder Zigarettenschachtel angegeben. Ermittelt werden die angegebenen Werte durch Rauchautomaten. Je nach persönlichem Rauchverhalten können die in die Lunge aufgenommenen Mengen ein Mehrfaches oder nur einen Teil der angegebenen Menge betragen.

Die Gasphase besteht größtenteils aus Stickstoff, Sauerstoff und Kohlendioxid (zu 95 %), die gesundheitlich nicht bedenklich sind, aber auch aus Giften wie Kohlenmonoxid, Blausäure, Stickoxid, Ammoniak und Formaldehyd.

Nicht das Nikotin, sondern die zahlreichen anderen Rauchinhaltsstoffe werden für die äußerst schweren Schädigungen durch das Rauchen verantwortlich gemacht (→ S. 14). Die genauen Zusammenhänge sind noch nicht geklärt. Als erwiesen gilt, dass die krebsauslösende und -fördernde Wirkung vor allem von den Inhaltsstoffen des Kondensats ausgeht, während das Kohlenmonoxid vorrangig die Gefäßschäden hervorruft.

Rauchinhaltsstoffe

Chemisch betrachtet ist Tabakrauch ein Aerosol, ein Gemisch aus verschiedenen Gasen (Gasphase) in dem 0,1 bis 1 μm große Teilchen (Partikelphase) gelöst sind. Insgesamt wurden bislang mehr als 4000 verschiedene Stoffe nachgewiesen.

Nicht das Nikotin, sondern die zahlreichen anderen Rauchinhaltsstoffe werden für die äußerst schweren Schädigungen durch das Rauchen verantwortlich gemacht (-> Seite 14).

zum Weiterlesen

Knut-Olaf Haustein:
Tabakabhängigkeit. Gesundheitliche Schäden durch das Rauchen.
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2001
(Fachbuch)

Der für die psychische bzw. psychotrope Wirkung entscheidende Inhaltsstoff des Tabakrauchs ist das Nikotin, das Hauptalkaloid der Tabakpflanze. Es wird beim Zigarettenrauchen über die Lunge in den Blutkreislauf aufgenommen und erreicht nach etwa zehn Sekunden das Gehirn. Das Nikotin im Rauch von Pfeifen und Zigaretten wird über die Mundschleimhaut aufgenommen. Der Nikotingehalt handelsüblicher Zigaretten liegt zwischen 0,1 und 1,5 und ist wie der Kondensat-(»Teer«)gehalt (→ S. 8) auf der Packung angegeben. Die beim Rauchen aufgenommene Menge variiert auch hier mit Inhalationstiefe und -geschwindigkeit.

Im Gehirn lagert sich Nikotin an verschiedenen Nervenzellen an und setzt eine Vielzahl von Neurotransmittern (Botenstoffe zum Austausch von Nervenimpulsen zwischen den Zellen) mit unterschiedlichen Wirkungen frei. Dazu gehören z. B. das anregende und appetithemmende Noradrenalin sowie das Angst-, stress- und schmerzmindernde β -Endorphin. In höherer Dosierung blockiert Nikotin dagegen die Weiterleitung von Nervenimpulsen und wirkt beruhigend und entspannend. Zu den Wirkungen des Nikotins gehören:

- Steigerung der Aufmerksamkeit und Konzentration sowie des Kurzzeitgedächtnisses
- leichter Umgang mit Gefühlen, insbesondere Dämpfung von Angst, Wut und Aggressionen
- Entspannung bei Stress und Nervosität
- Minderung der Schmerzempfindlichkeit
- Dämpfung von Hungergefühlen
- Entspannung der Muskulatur
- Abbau von Müdigkeit

Welche Wirkungen eine Raucherin bzw. ein Raucher jeweils erlebt, ist nicht nur von der Menge des aufgenommenen Nikotins abhängig, sondern ebenso von Erwartungen, Ausgangsstimmung und -situation.

Nikotin wird größtenteils in der Leber abgebaut und mit dem Urin ausgeschieden. Nach zwei Stunden ist der Nikotinspiegel etwa auf die Hälfte des Wertes unmittelbar nach dem Rauchen gesunken, bei Gewöhnung bereits nach 30-60 Minuten.

Wirkung

Der für die psychotrope Wirkung entscheidende Stoff ist das Nikotin, Hauptalkaloid der Tabakpflanze.

Die Wirkung des Nikotin ist uneinheitlich. In kleinen Dosen überwiegt die Anregung, in höherer Dosierung die Dämpfung.

Nikotin ist ein starkes Gift, auf das der nikotinungewohnte Körper mit Abwehr bzw. Anzeichen einer Nikotinvergiftung wie Übelkeit, Brechreiz, Kopfschmerzen, Hitzegefühl, Schweißausbruch, Schwindel und Durchfall reagiert. Gegen das Einatmen des schadstoffhaltigen Tabakrauchs wehrt sich der Körper zunächst durch Husten.

Wird trotzdem weitergeraucht, kommt es rasch zu einer Toleranzbildung gegenüber den Wirkungen des Nikotins, umgekehrt reagiert der Körper nach einer längeren Rauchpause erneut empfindlich. So wird die 1. Zigarette eines Tages von vielen als »Verdauungszigarette« geraucht. Würde Nikotin in reiner Form gegessen, läge die tödliche Dosis für Erwachsene bei ungefähr 60 mg, für Kinder (→ S. 32) deutlich niedriger.

Nikotin belastet unmittelbar das Herz-Kreislaufsystem: Pulsfrequenz und Blutdruck steigen und die Tätigkeit des Herzmuskels wird verstärkt. Auf die Hautgefäße wirkt Nikotin verengend, weshalb die Haut schlecht durchblutet wird und die Hauttemperatur sinkt.

Ebenfalls unmittelbar wirksam wird das Kohlenmonoxid im Tabakrauch. Es verbindet sich mit den für den Sauerstofftransport zuständigen roten Blutkörperchen, wodurch es zu einem Sauerstoffmangel im Körper kommt. Die körperliche Leistungsfähigkeit wird dadurch unmittelbar gemindert. Bei aktiven Sportlern nimmt zehn Minuten nach dem Rauchen einer Zigarette die Muskelkraft um rund 10 % ab und auch die Reaktionsfähigkeit verschlechtert sich merklich.

Wie oft Rauchen die Ursache von Bränden oder für Unfälle (mit-)verantwortlich ist, z. B. (nächtliche) Zimmerbrände, Autounfälle durch Zigarettenenglut, ist statistisch nicht erfasst.

Unmittelbare Folgen

Nikotin ist ein starkes pflanzliches Gift. Für einen Erwachsenen sind etwa 60 mg oral eingenommen tödlich.

Nikotin belastet unmittelbar das Herz-Kreislaufsystem.

Das im Tabakrauch enthaltene Kohlenmonoxid verdrängt den Sauerstoff aus dem Blut, die körperliche Leistungsfähigkeit sinkt unmittelbar.

Rauchen ist eine anhaltende Schadstoffbelastung und Ursache eines permanenten Sauerstoffmangels. Dadurch kann – neben der körperlichen Fitness – zunächst das allgemeine Wohlbefinden beeinträchtigt werden, u. a. durch:

- *unspezifische Herz- und Kreislauffunktionsstörungen*
- *erhöhte Infektanfälligkeit*
- *beeinträchtiger Geschmacks- und Geruchssinn*
- *Wundheilungsstörungen*
- *vorzeitige Hautalterung und Faltenbildung*

Aber auch Rückenschmerzen sowie Potenzprobleme bei Männern, bei Frauen verminderte Fruchtbarkeit, vorgezogener Eintritt der Wechseljahre und erhöhtes Osteoporoserisiko können gesundheitliche Folgeprobleme des Rauchens sein.

Das Krebsrisiko von Raucherinnen und Rauchern ist insgesamt etwa verdoppelt, durch starkes Rauchen steigt es bis auf das Vierfache. Besonders eng ist der Zusammenhang zwischen Rauchen und Tumoren der Bronchien bzw. Lunge, des Kehlkopfes, der Mundhöhle sowie der Speiseröhre. Zirka 80-90 % aller an diesen Krebsarten Gestorbenen rauchten.

Rauchen ist einer der Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung einer Arteriosklerose (Verengung der Blutgefäße durch Ablagerungen). Das Risiko einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden sowie für Durchblutungsstörungen an Armen und Beinen ist stark erhöht. Besonders gefährdet sind Frauen, die zugleich »die Pille« einnehmen.

Fast immer durch langjähriges Rauchen verursacht sind chronische Bronchitis (zum Teil mit bleibender Verhärtung der Bronchien und Atemnot) und Lungenemphysem (viele Lungenbläschen sind geplatzt, andere übermäßig erweitert, so dass die Lunge nicht mehr genug Sauerstoff aufnehmen kann).

Kommen weitere Risikofaktoren wie Übergewicht, Bewegungsmangel, hoher Alkoholkonsum u. a. mit hinzu, wächst die Gefahr für die Gesundheit weiter. In Deutschland sterben jährlich etwa 110 000 bis 140 000 Menschen an den Folgen des Rauchens.

Langzeitfolgen

Rauchen ist in den Industrieländern die wichtigste vermeindbare Ursache für Invalidität und vorzeitigen Tod. In Deutschland sterben jährlich 110 000 bis 140 000 Menschen an den Folgen ihres Tabakkonsums, das sind etwa 300 bis 400 Menschen täglich.

Rauchen ist ein Hauptrisikofaktor für:

1. Zahlreiche Krebserkrankungen
2. Herzinfarkt und Schlaganfall
3. Chronische Bronchitis und Lungenemphysem

zum Weiterlesen

DHS (Hg.): *Jahrbuch Sucht*
Neuland-Verlag, Geesthacht,
erscheint jährlich

Knut-Olaf Haustein:
*Tabakabhängigkeit. Gesundheitliche
Schäden durch das Rauchen.*
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2001
(Fachbuch)

DHS (Hg.): *Tabakabhängigkeit*
Suchtmedizinische Reihe, Band 2
Bestellnr. 33221202
Kostenlos erhältlich bei
der BZgA (-> S. 41)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Tabakabhängigkeit als Krankheit in die 10. Ausgabe der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD 10) aufgenommen. Sind drei der folgenden Merkmale erfüllt, besteht eine Abhängigkeit:

- Zwanghaftes Rauchverlangen
- Verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. Beginn, Beendigung und Menge des Tabakkonsums
- Entzugserscheinungen bei Wegfall bzw. Einschränkung des Konsums
- Toleranzentwicklung (Erhöhung der Zahl der täglich gerauchten Zigaretten)
- Vernachlässigung anderer Tätigkeiten zugunsten des Rauchens
- Fortgesetztes Rauchen trotz des Wissens um seine gesundheitsschädigenden Wirkungen

Die Tabakabhängigkeit ist durch einen Doppelcharakter gekennzeichnet:

1. Abhängigkeit von Nikotin
2. Gewöhnung an das Rauchen

Nikotin (→ S. 10) gilt als die abhängigmachende Substanz im Tabak. Sein Suchtpotenzial wurde lange unterschätzt. Entzugserscheinungen des Nikotins sind z. B. Schlafstörungen, Nervosität, Hunger, Angst, Konzentrationsstörungen. Schätzungen gehen davon aus, dass 70-80 % der Raucherinnen und Raucher nikotinabhängig sind. Die Sucht zu Rauchen ist aber mehr als der Wunsch, Nikotin zu konsumieren. Kennzeichnend für das Rauchen ist seine Alltäglichkeit und eine sehr hohe Zahl von Wiederholungen. Dadurch werden immer wiederkehrende Situationen, Gefühle und Bedürfnisse zu Schlüsselreizen. Solange die Rauchgewohnheit besteht, ist der Griff zur Zigarette oft kaum bewusst. Soll das Rauchen aufgegeben werden, lösen diese Reize (das Warten auf den Bus, das Starten des Computers, die Tasse Kaffee ...) das starke, für die psychische Abhängigkeit typische Rauchverlangen («craving») aus, das noch Monate nach einem Rauchstopp auftreten und zum Rückfall führen kann. Die psychische Abhängigkeit vom Rauchen und die Abhängigkeit vom Nikotin können verschieden stark ausgeprägt sein. Eine starke Nikotinabhängigkeit erweist sich dabei als Hindernis auf dem Weg zur Rauchfreiheit.

Tabakabhängigkeit

Die Tabakabhängigkeit ist durch einen Doppelcharakter gekennzeichnet:

1. Nikotinabhängigkeit
2. Gewöhnung an das Rauchen

Schätzungen gehen davon aus, dass 70-80 % der Raucherinnen und Raucher nikotinabhängig sind.

zum Weiterlesen

DHS (Hg.): *Tabakabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 2*
Bestellnr. 33221202
Kostenlos erhältlich bei der BZgA (→ S. 41).

Gastpar, Markus; Karl Mann;
Hans Rommelspacher (Hg.):
Lehrbuch der Suchterkrankungen.
Thieme Verlag, Stuttgart-New York, 1999
(Fachbuch)

Mehr als 13 Millionen Menschen in Deutschland sind Ex-Raucher bzw. Ex-Raucherinnen. Die meisten haben es nach eigenen Angaben ohne fachliche Hilfe und »von heute auf morgen« geschafft. Der schließlich erfolgreiche Versuch war aber nur selten der erste, fast immer gehen eine lange Zeit der Unzufriedenheit und mehrere Aufhörversuche dem endgültigen Rauchstopp voraus.

Die folgenden zehn Tipps zur Raucherentwöhnung haben sich für viele Aufhörwillige als hilfreich erwiesen:

- Legen Sie ein Datum für Ihren Rauchstopp fest. Ab jetzt keine Zigaretten mehr. Entsorgen Sie Ihre Zigaretten, Aschenbecher, Feuerzeuge.
- Sagen Sie Ihrer Familie, Ihren Freunden und Bekannten, dass Sie aufhören wollen – und bitten Sie sie um Unterstützung.
- Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker nach medikamentösen Hilfen, wie Nikotin-Pflaster und -Kaugummi. Sie können sich damit die erste Zeit erleichtern.
- Denken Sie positiv: Jeder Tag ohne Zigarette zählt und ist Ihr Erfolg.
- Keine Angst vor Gewichtszunahme: Wer bewusst isst und auf fettreiche Kalorienbomben verzichtet, hat wenig zu befürchten. Trinken Sie viel: am besten Wasser oder verdünnte Säfte. Essen Sie zwischendurch Obst und Gemüse.
- Bewegen Sie sich. Sport hält fit und ist gut für die Linie. Außerdem macht's wieder Spaß – mit längerem Atem.
- Meiden Sie zunächst Orte, die Sie mit Rauchen verbinden. Finden Sie Alternativen zu Ihren Rauchritualen.
- Verzichten Sie unbedingt auf »die eine Zigarette ausnahmsweise«: Rückfallgefahr!
- Belohnen Sie sich für Ihren Erfolg: Wer nicht raucht, spart Geld! Erfüllen Sie sich damit kleine Extrawünsche oder freuen Sie sich auf eine volle Sparbüchse.
- Und: nicht aufgeben – ein Rückfall heißt nicht, dass Sie es nicht doch schaffen können. Geben Sie sich eine neue Chance!

(zitiert nach WHO-Partnerschaftsprojekt Tabakabhängigkeit)

Rauchstopp in Eigenregie

Rund 13 Millionen Menschen (19 % der Bevölkerung über 15 Jahren) in Deutschland sind Ex-Raucher bzw. Ex-Raucherinnen.

Ein Rauchstopp ist auch für starke Raucherinnen und Raucher in Eigenregie möglich.

zum Weiterlesen

www.rauchfrei-info.de

Internetangebot der BZgA (→ S. 41) mit ausführlichen Informationen, Chat und Online-Ausstiegsprogramm

»Ja – ich werde rauchfrei«

Bestellnr. 31350000

Kostenlos erhältlich bei der BZgA (→ S. 41)

DHS (Hg.): *ich rauche. Ich rauche nicht.*

Ich werde rauchfrei

Aufatmen. Erfolgreich zum Nichtraucher.

Erhältlich bei der Deutschen Krebshilfe,
Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn, 02 28/72 99 00

Allen Carr:

*Endlich Nichtraucher! Der einfachste Weg,
mit dem Rauchen Schluss zu machen.*

Goldmann Verlag, 2008, München

Viele Raucherinnen und Raucher machen die Erfahrung, dass es ihnen trotz bester Vorsätze nicht gelingt, vom Rauchen loszukommen. Eine stark ausgeprägte (Nikotin-) Abhängigkeit, fehlende soziale Unterstützung, psychische und soziale Probleme wie Depressivität oder ständiger Stress können Gründe hierfür sein. Tabakabhängigkeit wird jedoch – von Laien ebenso wie von Fachleuten – noch zu selten als eine (chronische) Krankheit gesehen, für deren Überwindung es bei Bedarf wirksame Hilfe gibt.

Bewährt hat sich in der Raucherentwöhnungsbehandlung eine Kombination aus Verhaltens- und Nikotinersatztherapie. Die Verhaltenstherapie zielt auf die Überwindung der Rauchgewohnheit und beinhaltet Elemente wie:

- Selbstbeobachtung (Protokollierung der Rauchgewohnheiten)
- Einüben von Verhaltensalternativen
- Suche nach Unterstützung in Familie und Freundkreis
- Selbstbelohnung

Die Nikotinsubstitution erspart Entwöhnungswilligen in der ersten Zeit die Entzugerscheinungen des Nikotins. Es wird als Kaugummi oder Pflaster bei leichter bis mittelschwerer Nikotinabhängigkeit und als Spray oder Inhalat bei schwerer Nikotinabhängigkeit angeboten. Gelingt es, die Gewohnheit des Rauchens zu überwinden, fällt es in der Regel nicht schwer, auch auf den Nikotinersatz zu verzichten. Raucherentwöhnungsbehandlungen werden idealerweise in Gruppen durchgeführt. Über konkrete Behandlungsangebote informieren die Krankenkassen.

Die Beratung durch Ärzte und andere in Gesundheitsberufen Tätige hat sich ebenfalls als hilfreich erwiesen. Bereits der einfache ärztliche Rat, mit dem Rauchen aufzuhören, veranlasst zwei von 100 Angesprochenen dies tatsächlich zu tun. Weit höher sind die Chancen nach einer persönlichen Beratung, bei der u. a. über Nikotinersatzpräparate aufgeklärt und weitere Unterstützung angeboten wird.

Ein weiteres Hilfeangebot ist das kostenfreie Internet-Ausstiegsprogramm der BZgA (Zugang über: www.rauchfrei-info.de).

Raucherentwöhnung

In der Raucherentwöhnungsbehandlung hat sich eine Kombination aus Verhaltens- und Nikotinersatztherapie bewährt.

zum Weiterlesen

www.rauchfrei-info.de

Internetangebot der BZgA (→S. 41) mit ausführlichen Informationen, Chat und Internet-Ausstiegsprogramm.

BZgA: *Raucherentwöhnung in Deutschland: Grundlagen und kommentierte Übersicht.*
Bestellnr. 60642000

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hg.):
Die Rauchersprechstunde – Beratungskonzept für Gesundheitsberufe.
Bestellnr. 31810000

Die genannten Broschüren sind kostenlos erhältlich bei der BZgA (→ S. 41).

Der Beginn regelmäßigen Rauchen liegt fast immer im Alter zwischen 14 und 20 Jahren, und wer bis zu seinem 20. Lebensjahr nicht raucht, fängt damit in der Regel auch nicht mehr an. Hauptzielgruppe der Tabakprävention sind deshalb Kinder und Jugendliche.

Vorbeugung hat nach heutigem Wissen dann eine Chance, wirksam zu werden, wenn sie ein breites Spektrum von Maßnahmen umfasst. Diese Maßnahmen wenden sich zum einen an die Kinder und Jugendlichen selbst. Ihre vorrangige Zielsetzung ist es, die Wertschätzung der Gesundheit, ein gutes Körpergefühl und die Fähigkeiten im Umgang mit anderen zu fördern sowie den Erstkonsum von Zigaretten auf ein möglichst hohes Alter zu schieben bzw. zu verhindern. Abschreckung und Verbote allein haben sich als unwirksam erwiesen, jedoch gehört auch die Aufklärung über die Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens zu den vorbeugenden Maßnahmen. Kinder und Jugendliche sind dabei eher über die unmittelbaren Nachteile des Rauchens – sportliche Minderleistung, schlechter Geruch, unnötige Geldausgabe – zu erreichen als über den Hinweis auf die Langzeitfolgen.

Neben der Stärkung der Persönlichkeit, bedeutet Prävention die Schaffung von Rahmenbedingungen, die das Rauchen eindämmen helfen. Über einen hohen Preis, die Einschränkung von Verfügbarkeit und Werbung etc. kann ein Teil der Jugendlichen, wie internationale Studien zeigen, vom Rauchen abgehalten werden. Die deutschen Bestimmungen zählen trotz einiger Änderungen zu den freizügigsten in Europa, was von vielen im Gesundheitsbereich Engagierten kritisiert wird. Große Zustimmung findet die Heraufsetzung der Altersgrenze für die Abgabe von Tabakwaren auf 18 Jahre. Für die technische Umrüstung der Zigarettenautomaten wurde eine Übergangsfrist bis zum 31.12.2008 eingeräumt.

Vorbeugung (Prävention)

Wer bis zu seinem 20. Lebensjahr mit dem Rauchen nicht begonnen hat, wird dies wahrscheinlich auch später nicht mehr tun.

Prävention (Suchtvorbeugung) wendet sich vor allem an Kinder und Jugendliche und umfasst sowohl suchtmittelunspezifische Maßnahmen zur Förderung und Stärkung der Persönlichkeit als auch suchtmittelspezifische Aufklärung.

Persönliche Fragen zum Thema Suchtvorbeugung beantwortet das Info-Telefon der BZgA:

02 21/89 20 31

Mo. - Do. 10 - 22 Uhr

Fr. - So. 10 - 18 Uhr

zum Weiterlesen

Kinder stark machen – zu stark für Drogen

Dreiteiliges Broschürenset für Eltern.
Bestellnr. 33710000

Raucht mein Kind?

Informationen für Eltern zum Thema Rauchen im Jugendalter und Hilfestellungen für Gespräche mit ihren Kindern.
Bestellnr. 31604000

Kostenlos erhältlich bei der BZgA
(→ S. 41)

»Harm reduction« bezeichnet einen Ansatz bei dem nicht Abstinenz von den verschiedenen Drogen das alleinige Ziel ist, sondern bei dem zusätzlich über andere Wege der Risikominderung nachgedacht wird. Ob dieser Ansatz beim Thema Tabakkonsum sinnvoll ist, wird widersprüchlich diskutiert. Vorab bleibt festzuhalten, dass Tabakrauch in jeder Dosierung die Gesundheit gefährdet.

Die sog. »Light-Zigaretten« sind dabei umstritten. Sie vermitteln, so die Kritiker, eine trügerische Beruhigung und verhinderten ernsthafte Aufhörversuche. Außerdem würden durch intensiveres Rauchen die niedrigeren Nikotin- und Kondensatwerte wieder weitgehend ausgeglichen. Unter Light-Konsumentinnen und -Konsumenten tritt gehäuft eine Krebsart in den feinen und tieferen Lungenschichten auf, die besonders schlecht behandelbar ist.

Unbestritten ist, dass eine geringere Zahl gerauchter Zigaretten ein geringeres Risiko darstellt. Insbesondere das Lungenkrebsrisiko steigt mit der Zahl der gerauchten Zigaretten stark an. Die Risiken für das Herz-Kreislaufsystem sind aber weniger dosisabhängig. Zudem wird von vielen bezweifelt, ob es Tabakabhängigen gelingen kann, ihren Zigarettenkonsum wirklich dauerhaft deutlich zu senken.

Eine weitere Möglichkeit des harm reduction wird in der verstärkten Verwendung von Nikotinkaugummi, -pflastern etc. gesehen. Diese Produkte sind mit Ausnahme des hochwirksamen Sprays in Apotheken frei verkäuflich. Neben ihrer Verwendung als Ausstiegshilfe wird über eine langfristige Anwendung diskutiert. Ob dies tatsächlich gesundheitlich unbedenklich ist, darüber liegen keine Studien vor. Schwangere Frauen und Herz-Kreislaufkranke sollten sie in jedem Fall nur nach ärztlicher Rücksprache verwenden.

Harm reduction (Risikominderung)

Harm reduction (Risikominderung) ist ein Ansatz, der nach Wegen sucht, das gesundheitliche Risiko für die Konsumentinnen und Konsumenten von Tabak (oder anderen Drogen, zu vermindern. Hinsichtlich des Rauchens werden verschiedene Strategien diskutiert:

- Herstellung weniger schädlicher Rauchwaren
- Reduzierung des Zigarettenkonsums
- Einsatz von Nikotinersatzpräparaten

Drei Viertel des beim Abbrennen einer Zigarette entstehenden Rauches ziehen von der Spitze der Zigarette in die Umgebung. In diesem »Nebenstromrauch« sind alle Bestandteile des Tabakrauchs (→ S. 8) teils stark verdünnt, teils in wesentlich höherer Konzentration als im Hauptstromrauch (dem Rauch, der durch das Ziehen an der Zigarette erzeugt wird) enthalten.

Besonders in geschlossenen Räumen wird so das Einatmen von Tabakrauch (Passivrauchen) unausweichlich. Im Blut von Passivraucherinnen und -rauchern wurden Nikotin, Cotin und erhöhte Kohlenmonoxidwerte nachgewiesen.

Unmittelbare Folgen eines Aufenthalts in verrauchten Räumen können sein: Reizungen der Schleimhäute, z. B. Brennen in Augen und Nase, Kratzen im Hals, Heiserkeit, Kopfschmerzen, Atembeschwerden, Husten, Schwindelgefühle.

Darüber hinaus kann ständiges, langanhaltendes Passivrauchen, wie es z. B. am Arbeitsplatz oder im Zusammenleben vorkommen kann, die Gesundheit dauerhaft schädigen und schwerste Krankheiten wie chronische Bronchitis und Lungenemphysem auslösen. Passivrauchen fördert wie das Aktivrauchen, wenn auch in geringerem Maße, die Verengung der Arterien und erhöht damit z. B. das Risiko einen Herzinfarkt zu erleiden deutlich. Auch das Lungenkrebsrisiko steigt. Das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg schätzt, dass in Deutschland jährlich über 3 300 Menschen an den Folgen des Passivrauchens sterben.

Besonders empfindlich gegenüber Tabakrauch sind schwangere Frauen und Personen mit chronischer Bronchitis, Asthma, Herz- und Kreislauferkrankungen und einer Tabakrauchallergie. Auch Kinder (→ S. 32) sind besonders gefährdet.

Passivrauchen

Auch das Einatmen tabakrauchbelasteter Luft (»Passivrauchen«) gefährdet die Gesundheit und kann für die Entwicklung ernster und lebensbedrohender Krankheiten verantwortlich sein.

zum Weiterlesen

Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr.
Bestellnr. 31550000

Kostenlos erhältlich bei der BZgA
(→ S. 41)

Rauchen ist heute an vielen Orten und vielen Gelegenheiten untersagt:

- *Im öffentlichen Personennahverkehr ist das Rauchen verboten. Das gilt für Busse, Bahnen und Taxen. Auf Bahnhöfen darf nicht oder nur in ausgewiesenen Raucherzonen geraucht werden.*
- *Alle Einrichtungen des Bundes sind seit 1.9.2007 rauchfrei. Einige Bundesländer haben die Bundesgesetze für ihre Einrichtungen übernommen, in anderen ist die Diskussion darüber noch nicht abgeschlossen.*
- *Auf den Flügen der meisten Fluggesellschaften darf heute nicht mehr geraucht werden.*
- *Besprechungen, Seminare, Kongresse etc. werden heute meist rauchfrei durchgeführt bzw. darf in Tagungszentren etc. nur noch in ausgewiesenen Raucherzonen geraucht werden.*

Dennoch bleibt die Zahl derjenigen groß, die gegen ihren Willen Tabakrauch einatmen müssen. Mehr als 35 Millionen erwachsene Nichtraucherinnen und Nichtraucher atmen zu Hause, am Arbeitsplatz oder in der Freizeit unfreiwillig Tabakrauch ein.

Daraus und aus den Erkenntnissen zur Gesundheitsschädlichkeit des Passivrauchens (→ S. 26) leitet sich die Forderung nach einem umfassenden (gesetzlichen) Nichtraucherschutz ab. In Deutschland wurde Mitte der 1970er-Jahre der erste Nichtraucherbund gegründet, um dieses Ziel gemeinsam zu verfolgen. Ein besserer Nichtraucherschutz ist auch ein Ziel des Aktionsbündnisses Nichtrauchen (ABNR), das aus der 1992 gegründeten Koalition gegen das Rauchen hervorgegangen ist. (→S. 42)

Rechtlich verankert ist der Nichtraucherschutz mittlerweile am Arbeitsplatz. Der Arbeitgeber hat lt. Arbeitsstättenverordnung dafür zu sorgen, dass »nichtrauchende Beschäftigte wirksam vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch geschützt sind. Ein besonderes Problem ist der Nichtraucherschutz für Gäste und Beschäftigte in der Gastronomie. Trotz einer freiwilligen Selbstverpflichtung hatten im Februar 2007 immer noch zwei Drittel aller Gaststätten keine Regelungen für einen wirksamen Nichtraucherschutz getroffen. Ein Bundesgesetz zu Rauchverboten in der Gastronomie wird derzeit in den Bundesländern umgesetzt, dabei zeichnet sich bereits ab, dass es zahlreiche Ausnahmen und Sonderregelungen geben wird.

Nichtraucherschutz

Eine einheitliche gesetzliche Regelung zum Nichtraucherschutz in Deutschland besteht nicht.

Die Nichtraucherbünde und -initiativen in vielen Regionen halten Informationsmaterial bereit und geben konkrete Tipps, wie das Recht auf rauchfreie Atemluft durchgesetzt werden kann. Kontakt über: Nichtraucher-Initiative-Deutschland e.V. (NID), Carl-von-Linde-Str. 11, 85716 Unterschleißheim, o 89/3 17 12 12, Internet: www.nichtraucherschutz.de.

zum Weiterlesen

*Rauchfrei am Arbeitsplatz.
Ein Leitfaden für Betriebe.*
Bestellnr. 31040000

*Rauchfrei am Arbeitsplatz.
Informationen für rauchende und
nichtrauchende Arbeitnehmer.*
Bestellnr. 31041000

Rauchfreies Krankenhaus – Ein Gewinn für alle.
Bestellnr. 31191001

*Rauchfrei im Krankenhaus
“Rauchfreies Krankenhaus”
Manual für Projektleitung.*
Bestellnr. 31191000

Die genannten Materialien sind kostenlos erhältlich bei der BZgA (->S. 41).

Rauchen in der Schwangerschaft schadet dem ungeborenen Kind. Die Gefahr einer Fehlgeburt, einer Früh- oder gar Todgeburt wird durch Rauchen in der Schwangerschaft erhöht. In jedem Fall behindern Nikotin und Kohlenmonoxid im Körper der werdenden Mutter die Nährstoff- und Sauerstoffversorgung des Kindes. Untergewicht, eine nicht vollständig entwickelte Lunge, eine erhöhte Anfälligkeit für asthmatische Erkrankungen und allergische Reaktionen sind mögliche Folgen für das Kind. Auch das Risiko des plötzlichen Kindstods ist erhöht. Nikotin geht auch in die Muttermilch über; neben den Belastungen durch Passivrauchen (→ S. 26) entsteht daraus eine weitere gesundheitliche Belastung für das Kind. Überdies kann Rauchen die Milchbildung ungünstig beeinflussen.

Eine Schwangerschaft ist für viele Raucherinnen Anlass, ihr Rauchverhalten zu verändern: Etwa jede zweite Schwangere raucht deutlich weniger, etwa 35 bis 40 % hören ganz auf, nur weniger als jede 10. Frau verändert ihr Rauchverhalten während einer Schwangerschaft nicht. Nach der Entbindung erhöht jedoch die Mehrzahl der Frauen ihren Tabakkonsum wieder.

Jede Schwangerschaft verlangt vom Körper Höchstleistung. In den ersten Monaten stellt sich der gesamte Organismus um und erhöht bspw. die Leistungsfähigkeit der inneren Organe, Müdigkeit, Übelkeit und Erbrechen sind mögliche Folgen. In der Endphase stellt dann z. B. das wachsende Gewicht erhöhte Anforderungen an das Herzkreislaufsystem. Schwangere sind daher gegen Tabakrauch besonders empfindlich und Nichtraucher sollte in Gegenwart Schwangerer selbstverständlich sein. Am Arbeitsplatz gelten nach dem Mutterschutzgesetz verstärkte Schutzbestimmungen.

Schwangerschaft

Rauchen in der Schwangerschaft schadet dem ungeborenen Kind. Nikotin und Kohlenmonoxid im Körper der werdenden Mutter behindern seine Nährstoff- und Sauerstoffversorgung.

zum Weiterlesen

*Ich bekomme ein Baby –
rauchfrei in der Schwangerschaft*
Bestellnr. 31500000

Das Baby ist da – rauchfrei nach der Geburt
Bestellnr. 31510000

*rauchfrei in der Schwangerschaft –
Leitfaden für die Beratung Schwangerer
zum Rauchverzicht*
Bestellnr. 31520000

Die genannten Broschüren und der Beratungsleitfaden sind kostenlos erhältlich bei der BZgA (-> S. 41).

Zigaretten sollten immer außerhalb der Reichweite von Kindern aufbewahrt werden, auch da beim Verschlucken von Tabakwaren Vergiftungsgefahr (ab ca. einer Zigarette oder zwei bis drei Kippen) besteht. Bis es zu den ersten Anzeichen einer Vergiftung (heftiges Erbrechen) kommt, können zwei und mehr Stunden vergehen. Im Verdachtsfall ist das nächstgelegene Giftinformationszentrum der richtige Ansprechpartner.

Der kindliche Körper reagiert auch auf das Einatmen von Tabakrauch und Nikotin sehr empfindlich. Regelmäßiges Rauchen kommt bei Kindern daher kaum vor, obwohl viele im Alter zwischen sieben und zwölf Jahren zum ersten Mal das Rauchen probieren. Im Alter von 11 Jahren rauchen lediglich ein Prozent der Jungen und 0,1 Prozent der Mädchen täglich.

Ungeachtet dessen sind viele Kinder der Gefährdung und Schädigung des Passivrauchens ausgesetzt. Kinder rauchender Eltern leiden häufiger an akuten und chronischen Atemwegserkrankungen sowie (chronischen) Mittelohrentzündungen, ebenso kommen allergische Reaktionen und asthmatische Erkrankungen bei ihnen häufiger vor. Bei Säuglingen ist die Gefahr des plötzlichen Kindstodes erhöht. Viele Schadstoffe aus dem Tabakrauch halten sich noch lange in der Raumluft, selbst wenn nach dem Rauchen gründlich gelüftet wurde. In Wohnungen, in denen Kinder leben, sollte deshalb idealerweise überhaupt nicht geraucht werden.

Das Vorbild der Eltern prägt zudem die Einstellung der Kinder zum Rauchen nachhaltig. Eltern, die selbst nicht rauchen oder mit dem Rauchen aufhören, erhöhen die Chancen, dass ihre Kinder nicht zu rauchen anfangen. Umgekehrt kann bei Kindern lange bevor sie selbst mit Zigaretten experimentieren, durch Beobachtung die Überzeugung entstehen, Rauchen helfe bei Stress, stille Hunger, verschaffe eine kurze Pause u. a. m.

Kinder

Kinder, die Tabakrauch ausgesetzt sind, leiden u. a. häufiger an Atemwegserkrankungen, Mittelohrentzündungen, allergischen Reaktionen und asthmatischen Erkrankungen.

Eltern, die selbst nicht rauchen oder mit dem Rauchen aufhören, erhöhen die Chancen, dass ihre Kinder nicht zu rauchen anfangen.

Persönliche Fragen zum Thema Suchtvorbeugung beantwortet das Info-Telefon der BZgA (→ S. 41):

02 21/89 20 31

Mo. - Do. 10 - 22 Uhr

Fr. - So. 10 - 18 Uhr

zum Weiterlesen

Kinder stark machen – zu stark für Drogen.

Dreiteiliges Broschürenset für Eltern.

Bestellnr. 33710000

Ihr Kind raucht mit. Was Sie über Passivrauchen wissen sollten.

Bestellnr. 31540000

Die genannten Broschüren sind kostenlos erhältlich bei der BZgA (→ S. 41)

Anfang des Jahres 2007 gaben insgesamt 18 % der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren an, Raucherin bzw. Raucher zu sein. Das Rauchverhalten männlicher und weiblicher Jugendlicher unterscheidet sich dabei kaum. Der Anteil ständiger Raucherinnen und Raucher bzw. gelegentlicher Raucherinnen und Raucher beträgt 8 % und 10 %. Jede/-r vierte Jugendliche hat schon einmal geraucht, raucht gegenwärtig aber nicht mehr. Mit insgesamt 57 % hat mehr als die Hälfte der 12- bis 17- Jährigen noch nie geraucht.

Trend: Langfristig gesehen sind die Raucheranteile unter den Jugendlichen deutlich gesunken. Von 30 % Ende der 1970er Jahre (alte Bundesländer) auf 18 % im Jahr 2007. Allerdings haben 38 % der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren schon einmal Wasserpfeife bzw. Shisha geraucht und 14 % der Jugendlichen geben an, mindestens einmal im Monat Shisha zu rauchen. Gleichzeitig schätzen die Jugendlichen die Schädlichkeit des Shisha-Rauchens als vergleichsweise gering ein. Bei Präventionsmaßnahmen sollte deshalb auch das Shisha-Rauchen berücksichtigt werden.

Dass Jugendliche eine legale und weit verbreitete Substanz probieren möchten, kann als »normal« gelten. Der Körper reagiert jedoch auf »die Erste« mit Abwehr. Ob Jugendliche trotzdem weiterrauen, hängt dann von einer ganzen Reihe von Faktoren ab:

- die Einstellung der gleichaltrigen Freunde zum Rauchen (zu diesem Zeitpunkt der wichtigste Einfluss)
- genetische Veranlagung
- Voreinstellung zum Rauchen, u. a. geprägt durch das Beispiel der Eltern und die Werbung
- Wertschätzung der eigenen Gesundheit und des Körpers
- Kontrollüberzeugung (»Ich kann mein Leben gestalten«)

Kommt es zur Entwicklung einer festen Rauchgewohnheit, besteht diese meist über Jahrzehnte. Zudem neigen rauchende Jugendliche eher dazu, auch andere Drogen auszuprobieren und sich zusätzlich an ihren Konsum zu gewöhnen. Fachleute fordern deshalb den Ausbau zielgruppenspezifischer Präventionsangebote. Durch Projektstage, Wettbewerbe für Schulklassen, Gruppengespräche u. a. m. sollen rauchende Jugendliche noch in der Experimentierphase erreicht und die Ausbildung einer festen Rauchgewohnheit oder gar Tabakabhängigkeit verhindert werden.

Jugendliche

Anfang 2007 gaben 18 % der Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren an, regelmäßig zu rauchen.

(Quelle: BZgA, Die Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen 2007, Kurzbericht)

zum Weiterlesen

www.rauch-frei.info

Internetportal der BZgA für Jugendliche zum Thema Rauchen mit Online - Ausstiegsprogramm für Jugendliche.

rauchfrei – Let's talk about smoking!

Basis- Informationen über das Rauchen bzw. Nichtrauchen für Jugendliche. Bestellnr. 31601000

rauchfrei – Stop Smoking –Girls.

Bestellnr. 31602000

rauchfrei – Stop Smoking – Boys.

Bestellnr. 31603000

Diese und weitere Broschüren und Materialien für Jugendliche sind kostenlos erhältlich bei der BZgA (-> S. 41).

Be smart, don't start

Europaweiter Wettbewerb für Schulklassen zum Nichtrauchen.

Informationen: www.besmart.info

Vom mittleren Erwachsenenalter an, beginnen die Raucheranteile zurückzugehen und nehmen in den höheren Altersgruppen stark ab. Gründe hierfür sind einerseits sicherlich der steigende Stellenwert körperlicher Gesundheit bzw. das Fühlbarwerden der gesundheitlichen Nachteile des Rauchens. Bei den Frauen kommt hinzu, dass sie in einer Zeit aufwuchsen, in der rauchende Frauen als unweiblich oder gar als lasterhaft und schlampig galten. Andererseits führt das jahrzehntelange Rauchen in diesen Altersgruppen zu einer deutlich erhöhten Sterblichkeit unter den Raucherinnen und Rauchern.

Falsch ist die manchmal gehörte Ansicht, zum Aufhören sei es nun zu spät. Ein Rauchstopp nützt der Gesundheit und dem persönlichen Wohlergehen in jedem Fall. Zum einen verbessern sich Blutzirkulation und Sauerstoffversorgung und damit das körperliche Befinden und die Leistungsfähigkeit bereits nach wenigen Stunden oder Tagen. Auch das Herzinfarkttrisiko beginnt praktisch sofort zu sinken und ist zwei Jahre nach dem Rauchstopp auf fast normale Werte abgesunken. Hat das Rauchen bereits Krankheitsprozesse ausgelöst, werden diese verlangsamt. Umgekehrt kann das Rauchen gesundheitliche Probleme, die mit dem höheren Lebensalter verbunden sind, beschleunigen und verstärken. Als Beispiele seien die erhöhte Infektanfälligkeit sowie der Abbau von Knochenmasse (Osteoporose) mit der Gefahr von Knochenbrüchen genannt.

Dass viele ältere Raucherinnen und Raucher die Chance eines Rauchstopp nutzen wollen, belegen Zahlen: Nach dem 60. Lebensjahr haben über 70 % der ehemaligen Raucher aufgehört zu rauchen, bei den Raucherinnen ist es jede Zweite, die mittlerweile Nichtraucherin ist. (Quelle: Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98)

Ältere Erwachsene

Die Raucherquoten im höheren Erwachsenenalter liegen sehr deutlich unter denen jüngerer und mittlerer Altersklassen.

Ein Rauchstopp dient in jedem Alter der Gesundheit.

Raucheranteile nach Altersgruppen und Geschlecht in Prozent

	Männer	Frauen
40 bis unter 45 Jahre	41,4	33,6
45 bis unter 50 Jahre	40,4	32,4
50 bis unter 55 Jahre	35,1	22,6
55 bis unter 60 Jahre	30,5	20,8
60 bis unter 65 Jahre	23,1	14,7
65 bis unter 70 Jahre	16,8	9,5
70 bis unter 75 Jahre	12,4	6,8
75 Jahre und älter	9,3	4,0

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2005

zum Weiterlesen

DHS (Hg.): *Substanzbezogene Störungen im Alter*.
Bestellnr. 33240001

Kostenlos erhältlich bei der BZgA (-> S. 41).

Tabak ist neben Alkohol die zweite legale Droge in Deutschland und vielen anderen Staaten. Der Umsatz an Tabakwaren liegt in Deutschland bei mehr als 20 Mrd. € jährlich. Der Staat hat Tabakwaren mit einer Steuer belegt. Sie bringt jährlich rund 14 Mrd. € in die Staatskasse und ist damit vierthöchste Einnahmequelle. Für Zigaretten liegt der Steuersatz bei etwa 70 %.

Angesichts der enormen gesundheitlichen Schäden und der damit verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten - Schätzungen gehen von 17 Milliarden Euro/Jahr aus herrscht ein breiter, gesundheitspolitischer Konsens, dass das Rauchen eingedämmt werden muss. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) legt in ihrer Rahmenkonvention zur weltweiten Tabakkontrolle Maßnahmen fest, mit denen die Raucherquote dauerhaft gesenkt werden kann.

Eine effektive Tabakkontrollpolitik erfordert die ausgewogene Kombination von Verhaltens-Prävention und Verhältnis-Prävention. Unter Verhaltensprävention versteht man die Veränderung gesundheitsriskanten Verhaltens: die Förderung des Nicht-Rauchens, die Reduzierung des Tabakkonsums und die Aufgabe des Rauchens durch verschiedene Methoden wie Informationsvermittlung oder Verhaltenstherapie. Die gesundheitsgerechte Gestaltung des Lebensumfeldes ist Ziel der Verhältnisprävention. Dazu gehören alle Maßnahmen zum Schutz der nichtrauchenden Bevölkerung und ein ausreichendes Beratungs- und Behandlungsangebot für die rauchende Bevölkerung.

Expertinnen und Experten sind sich seit Jahren einig: Ein umfassendes Tabakwerbeverbot, Verkaufsbeschränkungen, hohe Preise, ein gesetzlich verankerter Nichtrauchererschutz und die Bekämpfung des Tabakschmuggels senken die Raucherquote. In Deutschland konnte im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern bisher nur ein geringer Teil dieser Maßnahmen umgesetzt werden.

Politik und Wirtschaft

Der Umsatz der Tabakindustrie in Deutschland beträgt jährlich rund 20 Mrd. €.

Die Einnahmen aus der Tabaksteuer belaufen sich auf rund 14 Mrd. € und sind die vierhöchste Einnahmequelle des Staates.

Nahezu alle gesundheitspolitischen Organisationen kritisieren die deutsche Tabakpolitik weiterhin als zu liberal und fordern von den politisch Verantwortlichen mehr Nachdruck bei der Eindämmung des Rauchens.

zum Weiterlesen

DHS (Hg.): *Jahrbuch Sucht*.
Neuland Verlag, Geesthacht,
erscheint jährlich

Das Aktionsbündnis Nichtraucher (ABNR)
(→ S. 42) veröffentlicht aktuelle Dokumentationen zur Tabakpolitik, z. B.
unter www.weltnichtrauchertag.de.

Die Standpunkte von Tabak- und Werbewirtschaft sind nachzulesen bspw.
unter: www.zaw.de, www.bat.de und
www.reemtsma.de.

Das Rauchertelefon des Deutschen Krebsforschungszentrums

0 62 21/42 42 00

Mo.-Fr. 14.00 - 18.00 Uhr

Das Rauchertelefon bietet telefonische Beratung zur Raucherentwöhnung und Informationen über Behandlungsangebote für entwöhnungswillige Raucherinnen und Raucher.

Nichtraucher-Hotline der BZgA

0 18 05-31 31 31

(Kostenpflichtig – 0,14 €/Min a.d. Festnetz, andere Mobilfunkpreise möglich)

Mo. - Do.: 10.00 - 22.00 Uhr

Fr. - So.: 10.00 - 18.00 Uhr

Bei der Nichtraucher-Hotline der BZgA können sich Raucherinnen und Raucher, die mit dem Rauchen aufhören möchten, persönlich beraten lassen.

Die Nichtraucher-Hotline vermittelt auch die Adressen von Beratungsstellen vor Ort und beantwortet weitere Fragen zum Thema Rauchen bzw. Nichtrauchen.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) bietet ebenfalls weitere Informationen und Materialien an und vermittelt die Adressen von Hilfsangeboten in Ihrer Nähe:

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)

Postfach 1369

59003 Hamm

Tel.: 0 23 81/90 15-0

Fax: 0 23 81/90 15-30

E-Mail: info@dhs.de

Internet: www.dhs.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die Förderung des Nichtrauchens sowie Raucherentwöhnung sind seit vielen Jahren ein Schwerpunkt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA),

Internet: www.bzga.de.

Kostenfrei sind bei der BZgA eine Vielzahl von Materialien erhältlich. Über das Angebot informiert neben den Internetseiten der BZgA die Broschüre Materialien zur Suchtprävention, Bestellnr. 33110100.

Bestelladresse:

BZgA, 51101 Köln

Fax 02 21/89 92 257

eMail: order@bzga.de

Beratung in psychosozialen Notlagen

Die Abhängigkeit vom Rauchen kann Ausdruck tieferreichender persönlicher Probleme wie Ängste, Depressivität oder Einsamkeit sein. Oder Rauchen kann der hilflose Versuch sein, schwierige Lebenslagen wie Arbeitslosigkeit, ständige Überforderung, familiäre Probleme u. a. m. besser zu ertragen. Persönlichen Rat und Hilfe bieten dann verschiedene Beratungsstellen vor Ort. Sie sind im Telefonbuch unter Suchtberatungsstelle, Psychosoziale Beratungsstelle oder Jugend- und Drogenberatungsstellen zu finden. Für weitere Auskünfte stehen ebenso die örtlichen Gesundheitsämter oder die Telefonseelsorge bereit. Die Telefonseelsorge ist rund um die Uhr kostenlos unter den Rufnummern 0800 111 0111 oder 0800 111 0 222 zu erreichen.

Aktionsbündnis Nichtrauchen

Das Aktionsbündnis Nichtrauchen (ABNR) ist aus der 1992 gegründeten Koalition gegen das Rauchen hervorgegangen. Es ist ein Aktionsbündnis aller namhaften Verbände des Gesundheitswesens in Deutschland, die sich für einen Schutz vor den Gefahren des Rauchens und den Ausbau der Hilfen für Entwöhnungswillige engagieren. Zum Steuerungsgremium gehören:

- Ärztlicher Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit e. V., München
- Bundesärztekammer, Berlin
- Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheit e. V., Bonn
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie e. V., Düsseldorf
- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V., Werne
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Hamm
- Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
- Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin
- Deutsche Krebshilfe e. V., Bonn
- Deutsche Lungenstiftung e. V., Hannover

Unter www.aktionsbuendnis-nichtrauchen.de dokumentiert das Aktionsbündnis aktuelle Entwicklungen in der Tabakpolitik.

Landesstellen

Über Beratungsangebote und Selbsthilfegruppen sowie aktuelle Angebote, z. B. Wettbewerbe für Schulklassen, Raucherentwöhnungskurse etc., in den einzelnen Bundesländern informieren:

Landesstelle für Suchtfragen der Liga der freien Wohlfahrtsverbände in Baden-Württemberg
 Augustenstr. 63
 70178 Stuttgart
 Tel.: 07 11/6 19 67-31
 eMail: info@lssuchtgefahrenbawue.de
 Internet: www.lssuchtgefahrenbawue.de

Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe
 Lessingstraße 3
 80336 München
 Tel.: 0 89/53 65 15
 eMail: kbs-bayern-suchthilfe@t-online.de
 Internet: www.kbs-bayern.de

Landesstelle Berlin für Suchtfragen e. V.
 Gierkezeile 39
 10585 Berlin
 Tel.: 0 30/34 38 91 60
 eMail: buero@landesstelle-berlin.de
 Internet: www.landesstelle-berlin.de

Brandenburgische Landesstelle gegen die Sucht-
 gefahren e. V.
 Carl-von-Ossietzky-Str. 29
 14471 Potsdam
 Tel.: 03 31/96 37 50
 eMail: BLSeV@t-online.de
 Internet: www.blsev.de

Bremische Landesstelle gegen die

Bremische Landesstelle gegen
die Suchtgefahren e. V.
c/o Caritasverband Bremen e. V.
Postfach 106503
28065 Bremen
Tel.: 04 21 / 3 35 73-0
eMail: j.dieckmann@caritas-bremen.de
Internet: www.sucht.org/landesstelle-bremen

Büro für Suchtprävention der Hamburgischen
Landesstelle für Suchtfragen e. V.
Repsoldstraße 4
20097 Hamburg
Tel.: 0 40/2 84 99 18-0
eMail: bfs@suchthh.de
Internet: www.suchthh.de

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e. V.
Zimmerweg 10,
60325 Frankfurt/Main
Tel.: 0 69/71 37 67 77
eMail: hls@hls-online.de
Internet: www.hls-online.de

Landesstelle für Suchtfragen
Mecklenburg-Vorpommern e. V.
August-Bebel-Str. 3
19055 Schwerin
Tel.: 03 85/71 29 53
eMail: info@lsmv.de
Internet: www.lsmv.de

Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen e. V.
Podbielskistr. 162
30177 Hannover
Tel.: 05 11/62 62 66-0
eMail: info@nls-online.de
Internet: www.nls-online.de

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der
Freien Wohlfahrt in NRW und Arbeitsausschuss
Drogen und Sucht, zugleich Landesstelle gegen
die Suchtgefahren für NRW
Friesenring 32 - 34
48147 Münster
Tel.: 02 51/27 09-3 30
eMail: seiler@dw-westfalen.de

Diakonisches Werk, Abt. 2, Soziales und
Gesundheit, Ref. 2.2, Sucht, Aids- und Gefähr-
detenhilfe

Karmeliterstr. 20

67322 Speyer

Tel.: 0 62 32/6 64- 2 54

eMail: achim.hoffmann@diakonie.pfalz.de

Saarländische Landesstelle gegen die Suchtge-
fahren e. V. / Caritasverband für die Region

Schaumburg-Blies e. V.

Hüttenbergstr. 42

66538 Neunkirchen

Tel.: 0 68 21/92 09 12

eMail: Landesstelle-sucht@caritas-nk.de

Sächsische Landesstelle gegen
die Suchtgefahren e. V.

Glacisstr. 26

01099 Dresden

Tel.: 03 51/8 04 55 06

eMail: slsev@t-online.de

Internet: www.slev.de

Landesstelle für Suchtfragen

im Land Sachsen-Anhalt

Walther-Rathenau-Str. 38

39106 Magdeburg

Tel.: 03 91/5 43 38 18

eMail: ls-sa@t-online.de

Internet: www.ls-suchtfragen-lsa.de

Landesstelle gegen die Suchtgefahren für
Schleswig-Holstein e. V.

Schauenburger Str. 36

24105 Kiel

Tel.: 04 31/56 47 70

eMail: sucht@lssh.de

Internet: www.lssh.de

Thüringer Landesstelle

für Suchtfragen e. V.

Arnstädter-Str. 50

99096 Erfurt

Tel.: 03 61/7 46 45 85

eMail: tls.geschaeftsstelle@arcor.de

Internet: www.tls-suchtfragen.de

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. mit Sitz in Hamm ist der Zusammenschluss der in der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe bundesweit tätigen Verbände. Dazu gehören die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, öffentlich-rechtliche Träger der Suchtkrankenhilfe und Selbsthilfe- und Abstinenzverbände.

Die DHS koordiniert und unterstützt die Arbeit der Mitgliedsverbände und fördert den Austausch mit der Wissenschaft.

Die Geschäftsstelle der DHS in Hamm gibt Auskunft und vermittelt Informationen an Hilfesuchende, Experten, Medien- und Pressefachleute sowie andere Interessierte.

Mitglieder der DHS

Verbände der freien Wohlfahrtspflege:

- *Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO), Berlin*
- *Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser, Kassel*
- *Suchthilfe Caritas e. V., Freiburg*
- *Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK), Berlin*
- *Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (GVS), Berlin*
- *Paritätischer Gesamtverband – Referat Gefährdetenhilfe, Berlin*

Abstinenz- und Selbsthilfeverbände:

- *Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe – Bundesverband, Kassel*
- *Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche – Bundesverband e. V., Dortmund*
- *Blaues Kreuz in Deutschland e. V., Wuppertal.*
- *Bundesverband der Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher e. V. (BVEK), Berlin*
- *Guttempler in Deutschland, Hamburg*
- *Kreuzbund e. V. – Bundesgeschäftsstelle, Hamm*

Fachverbände:

- *akzept e. V. – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, Berlin*
- *Bahn-Zentralstelle gegen die Alkoholgefahren (BZAL), Frankfurt a. M.*
- *Bundesfachverband Ess-Störungen e. V., München*
- *Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V, Kassel*
- *Caritas Suchthilfe Leben e. V., Freiburg*
- *Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V., Hamburg*
- *Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V., Köln*
- *Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur e. V., Hagen*
- *Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V. (FDR), Hannover*
- *Fachverband Glücksspielsucht e. V., Herford*
- *Katholische Sozialethische Arbeitsstelle e. V. (KSA), Hamm*

Gaststatus:

- *Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesstellen für Suchtfragen, Frankfurt a. M.*
- *Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Köln*
