

Matthias Godehardt
**Tabakprävention in
Deutschland – was hilft
wirklich?**



University of Applied Sciences

APOLLON
University Press



Matthias Godehardt

Tabakprävention in Deutschland – was hilft wirklich?

Matthias Godehardt
**Tabakprävention in
Deutschland – was hilft
wirklich?**



University of Applied Sciences

APOLLON
University Press



Matthias Godehardt

Tabakprävention in Deutschland – was hilft wirklich?

Alle Rechte vorbehalten © APOLLON University Press, Bremen

1. Auflage 2016

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverarbeitungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

Projektmanagement und Lektorat: Franziska Riedel, Bremen

Korrektur: Gabriele Staube, Wiesbaden

Umschlaggestaltung: Ilka Lange, Hückelhoven

Coverfoto: Fotolia © zinkeych

Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie.

Detaillierte bibliografische Daten sind abrufbar unter:

<http://dnb.d-nb.de>

ISBN: 978-3-943001-26-6

www.apollon-hochschulverlag.de

Inhalt

Vorwort	7
Einleitung	9
1 Tabakkonsum in Deutschland	13
1.1 Epidemiologische Situation	13
1.2 Soziale Determinanten und Beweggründe	18
1.3 Passivrauchen	19
1.4 Gesundheitsschäden	20
1.5 Kosten des Tabakkonsums	22
1.6 Prävention des Tabakkonsums	24
2 Methodisches Vorgehen	29
2.1 Vorgehen der Literaturanalyse	29
2.2 Bewertungskriterien	30
3 Tabakprävention in Deutschland	33
3.1 Maßnahmen der Tabakprävention	33
3.2 Bestandsaufnahme der Präventionsmaßnahmen	35
3.2.1 Tabaksteuererhöhungen	35
3.2.2 Werbeverbote	45
3.2.3 Warnhinweise	54
3.3 Abschließende Bewertung der Präventionsmaßnahmen	64
4 Handlungsempfehlungen für eine erfolgreiche Tabakprävention	73

Anhang

Literaturverzeichnis	81
Abkürzungsverzeichnis	97
Abbildungsverzeichnis	99
Tabellenverzeichnis	101
Sachwortverzeichnis	103
Über den Autor	105

Vorwort

Laut „Tabakatlas Deutschland 2015“ starben im Jahr 2013 rund 121.000 Menschen an den Folgen des Rauchens. Das entspricht einem Anteil von 13,5 % aller Todesfälle in Deutschland. Zwar hat sich die Anzahl jugendlicher Raucher zwischen 12 und 17 Jahren von 1993 bis 2014 von 20 % auf 10 % halbiert, allerdings steigt gerade bei frühzeitigem Einstieg die Gefahr einer Abhängigkeit und damit die daraus resultierenden gesundheitlichen Folgen. Zudem stellen Zigaretten in jungen Jahren oft eine Einstiegsdroge dar, sodass viele Argumente dafür sprechen, dem Tabakkonsum frühestmöglich zu begegnen.

Neben allgemeiner Aufklärung konnten insbesondere tabakpolitische Maßnahmen den Konsum bereits deutlich eindämmen. So wurde vor mehr als 40 Jahren (1974) Tabakwerbung in Funk und Fernsehen, seit 2007 in Zeitschriften, Zeitungen und im Internet verboten. 1981 folgte die gesetzliche Verpflichtung, den Warnhinweis „Der Bundesgesundheitsminister: Rauchen gefährdet Ihre Gesundheit“ auf Zigarettenpackungen zu positionieren. Neben z. B. der Erhöhung der Tabaksteuerung will die Bundesregierung seit 2016 das Rauchen durch die Umwandlung der europäischen Tabakprodukttrichtlinie 2014/40/EU in nationales Recht weiter eindämmen. Seither müssen mindestens zwei Drittel der Zigaretten-schachteln mit Schockbildern und Warnhinweisen versehen werden. Doch halten solche Maßnahmen Kinder und Jugendliche wirklich vom Rauchen ab? Wie wirksam und effektiv sind bisherige tabakpolitische Maßnahmen im Rückblick? All diesen wichtigen Fragen geht der Autor in dem vorliegenden Buch nach.

Wichtige internationale Erkenntnisse, die das vorliegende Buch liefert, erstrecken sich dabei beispielsweise auf genderspezifische Unterschiede in der Wirkung auf Preiserhöhungen oder Warnhinweise. Zudem werden u. a. kurz- und langfristige werbepsychologische Wirkungen Heranwachsender wie beispielsweise die Empfänglichkeit Jugendlicher auf Werbemaßnahmen der Tabakindustrie (Stichwort: Markentreue) beleuchtet.

Damit bietet das Werk eine aufschlussreiche Lektüre nicht nur für Wissenschaftler, sondern auch für Praktiker, die sich für das Thema „Kampf gegen Tabak“ interessieren oder sich zum Wohl der Gesundheit von Rauchern und Nichtrauchern engagieren (möchten).

Prof. Dr. Viviane Scherenberg, MPH
Dekanin für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung
an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft

Einleitung

Rauchen ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland und mit jährlich etwa 110.000 Todesfällen die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit (vgl. Drogenbeauftragte, 2015, S. 25). Tabakkonsum verkürzt das Leben um durchschnittlich etwa zehn Jahre, und mehr als die Hälfte aller regelmäßigen Raucherinnen und Raucher stirbt vorzeitig an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, an Lungenkrebs oder einer anderen Atemwegserkrankung (vgl. ebd.). Rauchen wirkt sich negativ auf den Stoffwechsel, das Skelett, den Zahnhalteapparat, die Augen und die Fruchtbarkeit aus (vgl. USDHHS, 2006, S. 11; IARC, 2004, S. 1231 ff.; WHO, 2011, S. 19 f.).

Gleichwohl beträgt der Anteil der aktiven Raucherinnen und Raucher in Deutschland 24,5 % der Bevölkerung; damit raucht knapp jede(r) Vierte (vgl. Drogenbeauftragte, 2015, S. 25). Obwohl das Ausmaß der Passivrauchbelastung zurückgegangen ist, sind immer noch 34 % der Männer und 22 % der Frauen ab 18 Jahren, die nicht selbst rauchen, mindestens einmal pro Woche mit Tabakrauch konfrontiert (vgl. Lampert; Kuntz, 2015a, S. 72).

Im Jahr 2014 lag der Konsum von versteuerten Fertizigaretten bei 81,05 Mrd. Stück (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015, S. 3), der Pro-Kopf-Verbrauch lag bei 986 Zigaretten (vgl. ebd., S. 7). Für Tabakwaren gaben die Deutschen im Jahr 2014 rund 25,5 Mrd. Euro aus (vgl. ebd., S. 3). Die Nettoeinnahmen aus der Tabaksteuer betragen im Jahr 2014 rund 14,6 Mrd. Euro (vgl. ebd., S. 6). Demgegenüber belaufen sich die direkten Kosten für die Versorgung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen, die auf das Rauchen zurückzuführen sind, aktuellen Schätzungen zufolge auf jährlich 25,41 Mrd. Euro (vgl. DKFZ, 2015, S. 4). Unter Einbeziehung von verlorenen Lebensjahren, krankheitsbedingtem Fehlen am Arbeitsplatz und Arbeitslosengeldzahlungen (indirekte Kosten) betragen die jährlichen Gesamtkosten des Rauchens 79,09 Mrd. Euro (vgl. ebd.).

Der Anteil jugendlicher Raucher im Alter von 12 bis 17 Jahren lag im Jahr 2014 bei 9,7 % und ist damit der tiefste erhobene Wert seit 1979 (vgl. Drogenbeauftragte, 2015, S. 25). Dieser Trend zeichnet sich seit etwa zehn Jahren ab: Der Wert lag im Jahr 2001 noch bei 28 % (vgl. ebd.). Ausgehend von den heute 17-Jährigen liegt das Einstiegsalter ins regelmäßige Rauchen derzeit im Durchschnitt bei 15,1 Jahren (vgl. Lampert; Kuntz, 2014, S. 833). Weniger als 10 % der Personen, die das 21. Lebensjahr rauchfrei vollendet haben, werden noch zu einem Raucher (vgl. Siegel et al., 1996, S. 14 f.). 80 % aller Raucher fangen bis zum Alter von 18 Jahren mit dem Rauchen an (vgl. Horn, 2004, S. 272). Die bekannten Gesundheitsproble-

me treten jedoch erst einige Jahrzehnte später auf. Die Tabakindustrie hat daher ein großes Interesse daran, gerade die Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren als neue Konsumenten zu gewinnen und wendete im Jahr 2013 knapp 206 Mio. Euro für Tabakwerbung auf (vgl. Drogenbeauftragte, 2015, S. 266).

Vor diesem Hintergrund stellt die nachhaltige Verringerung des Tabakkonsums bzw. die Vermeidung des Einstiegs in den Tabakkonsum bei den Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik dar. In diesem Alter werden die Weichen für das Gesundheitsverhalten im späteren Leben gestellt, und viele Jugendliche unterschätzen die gesundheitlichen Konsequenzen ihres Tabakkonsums (vgl. Lampert; Kuntz, 2014, S. 830). Je früher der Einstieg in den Tabakkonsum erfolgt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, im späteren Leben regelmäßig zu rauchen und eine Tabakabhängigkeit zu entwickeln (vgl. Kendler et al., 2013, S. 411).

Das vorliegende Buch stellt den aktuellen Stand der Folgen des Tabakkonsums in Hinblick auf gesundheitliche und ökonomische Aspekte in Deutschland dar. Die bisherigen Präventionsmaßnahmen werden vorgestellt und einer kritischen Würdigung unterzogen. Folgende Forschungsfrage wird konkret beantwortet:

Welche verhältnispräventiven Maßnahmen sind nach aktueller wissenschaftlicher Erkenntnislage dazu geeignet, den Tabakkonsum von Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren in Deutschland zu senken?

Die vorliegende Arbeit ist die erste, die verschiedene verhältnispräventive Maßnahmen der Tabakkontrolle für die Zielgruppe der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen miteinander vergleicht und hinsichtlich Zielgruppenansprache, Wirksamkeit und Effizienz bewertet.

Das vorliegende Buch gliedert sich dabei in vier Kapitel. Im ersten Kapitel wird der Tabakkonsum in Deutschland unter verschiedenen Aspekten wie Alter, Geschlecht und sozialen Merkmalen betrachtet. Der methodische Hintergrund der Bestandsaufnahme wird im zweiten Kapitel näher erläutert. Im dritten Kapitel werden die bisherigen Maßnahmen der Tabakprävention vorgestellt. Diese werden im Anschluss daran in ihren Möglichkeiten und Grenzen aufgezeigt und jeweils einer kritischen Bewertung unterzogen. Die Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse erfolgt im vierten Kapitel. Es werden praxisorientierte Hand-

lungsempfehlungen abgeleitet, die Möglichkeiten zur Reduktion des Tabakkonsums in Deutschland aufzeigen.

Angesichts der immensen, durch Tabakkonsum verursachten gesundheitlichen und ökonomischen Schäden, besteht dringender Handlungsbedarf für die Umsetzung wissenschaftlich belegter, umfassender Präventionsmaßnahmen.

3 Tabakprävention in Deutschland

Im folgenden Kapitel werden die bisherigen Präventionsmaßnahmen vorgestellt. Anschließend werden aktuell mögliche Präventionsmaßnahmen in Hinblick auf die in Kapitel 2.2 eingeführten Bewertungskriterien untersucht.

3.1 Maßnahmen der Tabakprävention

In den Jahren 2002 bis 2008 haben Bundes- und Landesregierungen in Deutschland zahlreiche Maßnahmen ergriffen, um den Tabakkonsum in der Bevölkerung zu verringern und Nichtraucher vor Passivrauchbelastungen zu schützen (vgl. Lampert; Kuntz, 2015a, S. 75). Diese werden im Folgenden vorgestellt.

Tabaksteuererhöhungen

In den Jahren 2002 bis 2005 gab es die ersten Tabaksteuererhöhungen, die deutlich über der normalen inflationsbedingten Preisentwicklung lagen. Von 2002 bis heute stieg die durchschnittliche Tabaksteuer um über 75 % (vgl. Schaller; Pötschke-Langer, 2012, S. 197). Ab 2011 wurden erneut jährliche Erhöhungen der Tabaksteuer umgesetzt, diese fielen jedoch mit nur ca. 4 bis 8 Cent pro Packung im Vergleich zu 2002 bis 2005 gering aus (vgl. Lampert; Kuntz; 2015a, S. 75). Die letzte Tabaksteuererhöhung trat zum Jahresbeginn 2015 in Kraft, weitere Erhöhungen sind derzeit nicht geplant (vgl. DKFZ, 2014a, S. 4). Die moderaten Steuererhöhungen im Zeitraum von 2011 bis 2015 dienten lediglich dazu, Einnahmelücken im Bundeshaushalt zu füllen – sie hatten keinen Lenkungseffekt (vgl. ebd.). In Kapitel 3.2.1 wird die Maßnahme der Tabaksteuererhöhung zur Tabakprävention umfassend dargestellt.

Verbesserung des Jugendschutzes

Mit der Abänderung des Jugendschutzgesetzes im Jahr 2002 wurde die Altersgrenze für den Kauf und öffentlichen Konsum von Tabakprodukten auf 16 Jahre heraufgesetzt. Zuvor gab es keine gesetzliche Handhabe, Jugendlichen unter 16 Jahren das Rauchen zu verbieten. Parallel dazu wurden bis Januar 2007 die Zigarettenautomaten zur alterskontrollierten Abgabe von Zigaretten umgerüstet (vgl. Schaller; Pötschke-Langer, 2012, S. 199 f.). Im gleichen Jahr wurde die Altersgrenze für Kauf und Konsum erneut heraufgesetzt, nun von 16 auf 18 Jahre. Das Verteilen von Gratiszigaretten ist seit 2004 verboten, auch der Einzelverkauf von Zigaretten

wurde untersagt. Außerdem wurde die Mindestgröße von Zigarettenpackungen in zwei Stufen auf 19 Stück erhöht. Dadurch sollte den Jugendlichen der Zugang zu attraktiven Verkaufsmengen und Kleinverpackungen verwehrt werden (vgl. Mons; Pötschke-Langer, 2010, S. 146).

Schutz vor Passivrauchen

Durch eine Änderung der Arbeitsstättenverordnung wurde Beschäftigten im Jahr 2002 ein Schutz vor den Gesundheitsgefahren des Passivrauchens zugestanden. Im September 2007 trat das Bundesnichtraucherschutzgesetz in Kraft, das ein Rauchverbot in den Einrichtungen des Bundes, in öffentlichen Verkehrsmitteln und Bahnhöfen vorsieht. Erweitert wurde dieses Gesetz durch die Landesnichtraucherschutzgesetze, die in allen Bundesländern von August 2007 bis Juli 2008 in Kraft getreten sind. Die Gesetze der Bundesländer sehen Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen und Gebäuden der Länder wie Schulen, Krankenhäuser sowie in der Gastronomie vor. Das Bundesverfassungsgericht bestätigte im Juli 2008, dass der Gesundheitsschutz prinzipiell Vorrang vor ökonomischen Interessen hat (vgl. Mons; Pötschke-Langer, 2010, S. 146).

Werbeverbote

Bereits seit 1975 ist die Werbung für Tabakprodukte in Fernsehen und Hörfunk verboten. Seit 2002 verbietet zudem das Jugendschutzgesetz die Tabakwerbung im Kino vor 18 Uhr. Nachdem Deutschland als einziger europäischer Staat zusammen mit vier Tabakkonzernen gegen die EU-Tabakwerberichtlinie geklagt und im Jahr 2006 diese Klage endgültig verloren hat, ist seit 2007 auch die Tabakwerbung in Printmedien und im Internet verboten (vgl. ebd.). Zudem verbietet diese Richtlinie das Sponsoring von Rundfunkprogrammen und grenzüberschreitenden Veranstaltungen, wie z. B. internationalen Sportwettkämpfen. An der deutschen Klage gegen die EU-Tabakrichtlinie wurde deutlich, dass Tabakkonzerne einen weitreichenden Einfluss auf politische Entscheidungsträger auch in Deutschland haben (vgl. Kyriass et al., 2008, S. 315). Erlaubt sind in Deutschland immer noch die Tabakwerbung auf Plakaten und am Verkaufsort sowie im Kino nach 18 Uhr.

Warnhinweise

Im Jahr 2002 wurde durch die Tabakprodukt-Verordnung eine europäische Richtlinie über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen umgesetzt. Diese Verordnung sieht die Verwendung der EU-Warnhinweise auf Zigarettenpackungen vor und verbietet

die Verwendung von Begriffen wie „light“ oder „mild“, die den Eindruck geringerer Schädlichkeit erwecken sollen. Ein weiterer wichtiger Meilenstein ist die Anfang 2014 verabschiedete Neufassung der Tabakproduktrichtlinie (2014/40/EU), die bis Mai 2016 in nationales Recht übertragen wurde. Diese Richtlinie sieht u. a. kombinierte Warnhinweise („Schockbilder“) vor, die 65 % der Vorder- und Rückseite einer Zigarettenschachtel einnehmen. Die Lesbarkeit der Warnhinweise wird durch deren Mindestgröße und die vorgeschriebene Packungsgröße garantiert (vgl. ebd., S. 76). Die EU-Mitgliedsstaaten können auch sogenannte Einheitspackungen vorschreiben (vgl. ebd.).

In den Jahren 2002 bis 2008 wurden zahlreiche verhältnispräventive Maßnahmen umgesetzt. In den Jahren danach wurden hingegen nur in einzelnen Bereichen Fortschritte erzielt (vgl. ebd., S. 75).

3.2 Bestandsaufnahme der Präventionsmaßnahmen

Im Folgenden werden drei der in Kapitel 3.1 genannten Maßnahmen der Tabakprävention näher betrachtet: Tabaksteuererhöhungen, Werbeverbote und Warnhinweise.

3.2.1 Tabaksteuererhöhungen

Ein grundlegendes wirtschaftliches Gesetz besagt, dass die nachgefragte Menge eines Gutes zurückgeht, wenn dessen Preis steigt. Lange Zeit ging die Forschung davon aus, dass Tabak aufgrund seiner suchtfördernden Eigenschaften davon eine Ausnahme bildet (vgl. DKFZ, 2003, S. 45). Raucher wären so süchtig, dass sie bereit sind, jeden Preis zu zahlen, um weiterhin die gleiche Anzahl an Zigaretten zu rauchen und dadurch ihre Bedürfnisse zu befriedigen. Verschiedene Untersuchungen zeigten jedoch, dass Preissteigerungen in Kanada, Großbritannien, Südafrika und anderen Ländern zu einem Rückgang des Tabakkonsums geführt haben (vgl. ebd., S. 46). Die Nachfrage der Raucher nach Tabakwaren wird also durchaus vom Preis beeinflusst.

Das Ausmaß der Veränderung der Nachfragemenge nach einem Gut, das auf eine Veränderung des Preises für dieses Gut hin erfolgt, wird als Preiselastizität der Nachfrage bezeichnet. Wenn z. B. eine zehnprozentige Erhöhung des Preises einen fünfprozentigen Rückgang der Nachfrage verursacht, beträgt die Preiselastizität 0,5. Je höher die Preiselastizität ist, desto stärker reagiert die Nachfragemenge auf den geänderten Preis.

Sachwortverzeichnis

Akzeptanz		Prävention	25
- soziale	50	- selektive	25, 31, 70
Bumerang-Effekt	60	- universelle	25, 31, 72
Bundesnichtraucher-		- Verhaltensprävention	27
schutzgesetz	34	- Verhältnisprävention	27
Display ban	51	- Zielgruppen	25
Dosis-Wirkungsprinzip	52	Präventionsmaßnahmen	
Effizienz	30	- Effizienz	31, 67
Einheitsverpackung	55	- Steuererhöhungen	33, 65
Einstiegsalter	15	- Warnhinweise	35, 56
Experimentierphase	44	- Werbeverbote	34, 45, 68
		- Wirksamkeit	30, 66
		- Zielgruppenansprache	30, 65
		Preiselastizität	35
Furchtappelle	56	Rauchen	
Gesundheitsförderung	25	- Beweggründe	18
Gesundheitsschäden	20	- Einstiegsalter	15
Jugendschutzgesetz	33	- genderspezifisch	19
		- Gesundheitsschäden	20
		- international	17
		Rauchverhalten	15
Kosten		Risikoverhalten	25
- direkte	22	Sättigungseffekt	58
- indirekte	23	Substitutionseffekt	43
- volkswirtschaftliche	24	Tabakabhängigkeit	10
Marlboro-Mann	45	Tabakindustrie	10, 46
Maßnahmen		Tabakkonsum	13
- verhältnispräventive	10, 28	- Epidemiologie	13
- verhaltenspräventive	27	- Kosten	22
Multiplikationseffekt	68	Tabakkonzerne	34
Nieraucher	17	Tabakpräventionsprogramme	28
Passivrauchen	19, 34	Tabakprodukt-Verordnung	34
Point of Sale	49	Tabaksteuer	37

Tabaksteuererhöhungen	33, 65	Warnhinweise	35, 56
- Grenzen	44	- bildgestützte	58, 80
- Phasen	38	- Funktion	56
- Wirksamkeit	41	- Grenzen	63
Tabakwerbung	34, 45	- textliche	58
- direkte	46	- Wirkung	62
- indirekte	46	Werbestrategien	53
- Jugendliche	52	Werbeverbote	34, 45, 68, 80
- Marlboro-Mann	45	- Grenzen	53
Verhaltensprävention	27	- international	50
Verhältnisprävention	27	- totale	68
Verkaufsförderung	47	- Wirkung	50
Volksgesundheit	69	Wirksamkeit	30, 66
		Zielgruppenansprache	30
		Zigarettenverpackungen	54