

Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Kolenda

Kronshagen, den 29.03.2006

Facharzt für Innere Medizin

Facharzt für Physikalische und Reha-
bilitative Medizin - Sozialmedizin

Chefarzt der Ostseeklinik Schönberg-Holm

1. Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft

Herz und Kreislauf in Schleswig-Holstein e. V.

Stv. Vorsitzender der Ärzteinitiative-Raucherhilfe (AIR) e. V.

24119 Kronshagen

Villenweg 21

Tel. 0431/58 82 34

E-Mail: Klaus-Dieter.Kolenda@gmx.de

**Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 16/711
(neu, 2. Fassung)**

An den Sozialausschuss
des Schleswig-Holsteinischen Landtages

per E-Mail

3. April 2006

**Gutachterliche Stellungnahme
auf Veranlassung des
Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages
vom 02.02.2006**

Meiner Stellungnahme liegen die aktuellen Publikationen zur Tabakprävention und Tabakkontrolle des Deutschen Krebsforschungszentrums, Heidelberg, zugleich WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle, zu Grunde, die im Literaturverzeichnis aufgeführt sind.

Fragestellung

Das Gutachten soll Stellung nehmen zu dem im Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Drucksache 16/ 437 (neu) unter der Überschrift „Rauchfreier öffentlicher Raum“ angesprochenen Problemkreis.

Hintergrund

Unter den 10 wichtigsten Risikofaktoren für die Krankheitslast in den westlichen Industrieländern steht der Tabakkonsum vor Bluthochdruck, Alkoholkonsum, ernährungsabhängigen Risikofaktoren wie Hypercholesterinämie, Übergewicht und geringer Aufnahme von Obst und Gemüse sowie körperlicher Inaktivität an erster Stelle (1). Bis heute werden jedoch in Deutschland die gesundheitlichen Schäden durch das Rauchen in der Öffentlichkeit durch Politik und Medien in skandalöser Weise vernachlässigt. Auch von Teilen der Ärzteschaft wird den Folgen der Tabakepidemie nicht die erforderliche Aufmerksamkeit entgegengebracht. In einer Reihe von europäischen Ländern sind im

Gegensatz dazu Nichtraucherschutzgesetze in Kraft getreten. Nachdem Irland im vorigen Jahr im Nichtraucherschutz eine Vorreiterrolle eingenommen hatte, gilt seit Januar 2005 in Italien ein sehr konsequentes Nichtraucherschutzgesetz. Vor einigen Jahren wurde von der EU-Kommission ein Werbeverbot für Tabakwaren beschlossen, gegen das allerdings von Deutschland und Österreich geklagt wird. Auch die Streichung der Tabaksubventionen, die der EU immerhin bisher 1 Mrd. Euro pro Jahr wert waren und die 2010 auslaufen, sind ernsthaft im Gespräch. Ein Beweggrund für diese Entwicklung waren die wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten Jahrzehnte, die kürzlich unter Mitarbeit von führenden Epidemiologen in Europa in einer umfassenden Studie zusammengestellt und von der Europäischen Kommission veröffentlicht wurden (2). Besonders hervorgehoben werden muss die von Doll und Peto 1951 begonnene prospektive Kohortenstudie an 34.000 männlichen britischen Ärzten mit Follow-up-Zeiten von zunächst 20, später 40 und jetzt 50 Jahren (3). Die im Folgenden mitgeteilten Daten stützen sich im Wesentlichen auf die genannte europäische Studie, aber auch auf die Ergebnisse der Deutschen Nikotinkonferenzen, die seit 1998 von dem leider kürzlich verstorbenen K.-O. Haustein jedes Jahr in Erfurt durchgeführt wurden (1).

In Europa rauchten 2002 19 – 44 % der Männer und 19 – 31 % der Frauen, in Deutschland waren es 1998 39 % der Männer und 31 % der Frauen. Insgesamt rauchen derzeit etwa 35 % der Erwachsenen in Deutschland. Besonders beunruhigend ist, dass das Durchschnittsalter, in dem Jugendliche und Kinder ihre ersten Zigaretten rauchen, immer weiter absinkt und jetzt schon bei 11 – 13 Jahren liegt. Im Laufe der Adoleszenz nimmt die Raucherquote deutlich zu und steigt im frühen Erwachsenenalter auf fast 50 % sowohl bei Frauen als auch bei Männern. 20 % der schwangeren Frauen sind Raucherinnen. Das Zigarettenrauchen ist die bei weitem häufigste Form des Tabakgebrauchs in Europa.

Der Zigarettenrauch enthält ca. 4.000 toxische Stoffe, davon 40 krebserregende und andere Schadstoffe wie polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe, z. B. Benzopyrene, Nitrosamine, aromatische Amine, organische Verbindungen wie z. B. Vinylchlorid, Formaldehyd, Benzol und anorganische Verbindungen wie Arsen, Cadmium, Blei, Kohlenmonoxyd und das radioaktive ²¹⁰Polonium, außerdem das Alkaloid Nikotin, das für die Entwicklung einer Abhängigkeit bzw. Sucht verantwortlich ist.

Das Rauchen verursacht mindestens 16 verschiedene Krebskrankheiten. Dazu gehören Krebskrankheiten der Lunge und der übrigen Rauchstraße (Mundhöhle, Rachen, Nasenschleimhaut, Nasennebenhöhlen, Kehlkopf und Oesophagus). 90 % der Fälle von Lungenkrebs werden heute dem Zigarettenrauchen zugeordnet. In Abhängigkeit von der Zahl der gerauchten Zigaretten ist nach der britischen Ärztstudie die Lungenkrebsrate bei Rauchern bis 25 x höher als bei Nichtrauchern, im Durchschnitt liegt das relative Risiko bei 14. Auch ca. 20 % der Magenkarzinome und ca. 30 % der Pankreaskarzinome werden durch das Rauchen verursacht. Harnblasen- und Nierenbeckenkarzinome sind bei Rauchern 5 – 6 x häufiger als bei Nichtrauchern. Weiterhin ist heute ein gesicherter Zusammenhang zwischen Rauchen und Gebärmutterhalskrebs und Leukämien anerkannt. Insgesamt

muss davon ausgegangen werden, dass ca. 30 % der Todesfälle an Krebs durch das Rauchen verursacht werden.

Neben dem Lungenkrebs ist die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) die mit Abstand wichtigste chronische Krankheit der Atemwege, an der jährlich ca. 20 – 30.000 Menschen in Deutschland versterben. Rauchen ist die wichtigste Ursache für diese Erkrankung, aber auch für die chronische Bronchitis und das Lungenemphysem. 90 % der Krankheitsfälle an COPD werden durch das Rauchen verursacht. Bei Rauchern ist die Sterblichkeit an COPD 14-fach erhöht. Daneben erhöht das Rauchen auch das Risiko für akute Atemwegserkrankungen wie Pneumonie, Influenza, Erkältungen und Tuberkulose. Bei der zweiten Volkskrankheit der Atemwege, dem Asthma bronchiale, wirkt sich das Rauchen ungünstig auf den Verlauf aus, indem die Überempfindlichkeit des Bronchialsystems gesteigert wird und akute Entzündungen der Bronchien gefördert werden. Weiterhin verursacht Rauchen bei Kindern und Heranwachsenden chronische Schäden der Lunge, z. B. eine Verminderung des Größenwachstums der Lunge und einen frühzeitigen Beginn der Abnahme der Lungenfunktion. Dieser Aspekt ist deswegen ganz besonders wichtig, weil viele Jugendliche heute sehr frühzeitig mit dem Zigarettenrauchen beginnen (siehe oben).

Das Rauchen verursacht und fördert darüber hinaus die wichtigsten kardiovaskulären Krankheiten. Dazu gehören die koronare Herzkrankheit (KHK), das Aortenaneurysma, die cerebrale Ischämie und die periphere arterielle Verschlusskrankheit. Bei Rauchern ist die Sterblichkeit an der koronaren Herzkrankheit um das 1,6- bis 1,9-fache höher als bei Nichtrauchern. Bei 60-jährigen Rauchern ist die Zahl der Herzinfarkte verdoppelt, bei 50-jährigen Rauchern verdreifacht im Vergleich zu Nichtrauchern.

Die bevölkerungsbezogenen Auswirkungen des Rauchens für Europa wurden in der oben angegebenen Studie von Mc'Neill 2004 eindrucksvoll zusammengestellt. So starben im Jahr 2000 156.000 Männer und 34.000 Frauen an Lungenkrebs, das entsprach 91 % bzw. 65 % aller Todesfälle an Lungenkrebs. Insgesamt starben 190.000 Menschen in Europa an Lungenkrebs und 285.000 an allen Krebsarten. An kardiovaskulären Krankheiten starben 184.000 Menschen durch das Rauchen und an Erkrankungen der Atemwege, insbesondere der COPD, 113.000. Insgesamt wird die Zahl der Todesfälle durch Rauchen im Jahre 2000 in Europa auf 656.000 geschätzt, das entspricht ca. 15 % aller Todesfälle. Für Deutschland wird in dieser Studie die Gesamtzahl der Todesfälle durch Rauchen mit 110.000 angegeben. Andere Schätzungen aus Deutschland liegen sogar bei 140.000 (4). Weiterhin ist der Studie von Mc'Neill zu entnehmen, dass im Jahre 2000 31 % der Männer und 12 % der Frauen aus der mittleren Altersgruppe (35 – 69 Jahre) aufgrund einer Erkrankung starben, die allein durch das Rauchen verursacht war. Mehr als jeder 5. Todesfall bei Erwachsenen unterhalb des 70. Lebensjahr wird durch das Rauchen verursacht.

Darüber hinaus leiden mehr als 13 Mio. Europäer an ernstesten chronischen Erkrankungen, die ganz oder teilweise auf das Rauchen zurückzuführen sind. Dazu gehören beispielsweise Ulcus ventriculi et duodeni, Katarakt, Peridontitis, Osteoporose und Hüftfrakturen, eine verminderte Fertilität und die erektile

Dysfunktion, eine vorzeitige Alterung der Haut und Schwangerschaftskomplikationen wie niedriges Geburtsgewicht und plötzlicher Kindstod (SIDS), der bei rauchenden Müttern bis 5-fach erhöht ist. Bei Rauchern ist eine Beeinträchtigung der Heilung nach chirurgischen Eingriffen zu verzeichnen, auch aufgrund von Komplikationen der Atemwege. Schließlich ist bei vielen Krankheiten eine Verschlechterung des Verlaufs festzustellen. Dazu gehören u. a. auch der Diabetes mellitus Typ 2 mit zunehmender Insulinresistenz, Retinopathie und Nephropathie und die rheumatoide Arthritis. Nicht außer Acht gelassen werden darf, dass 30 – 80 % der Raucher nikotinabhängig sind, so dass durch das Rauchen die häufigste seelische Störung, die Tabakabhängigkeit (ICD 10, Kap. F 17), hervorgerufen wird.

Aus den dargestellten Daten über Auswirkungen und Ausmaß der Tabakepidemie ergibt sich ein dramatisches Bild. Im Durchschnitt sterben Raucher 14 Jahre früher als Nichtraucher. 50 % aller Raucher sterben im mittleren Alter an einer Krankheit, die durch das Rauchen verursacht ist und verlieren dabei durchschnittlich 22 Lebensjahre. Konkret heißt es dazu in der europäischen Studie: Im Jahre 2000 starben in Europa von 1.000 erwachsenen Rauchern einer durch Mord oder Totschlag, 7 durch Autounfälle und 500, weil sie regelmäßig rauchten.

2005 wurde am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg ein Kongress durchgeführt, der sich mit der passivrauchbedingten Morbidität und Mortalität in Deutschland beschäftigte (5). Dabei wurde herausgestellt, dass der Passivrauch in einem noch wesentlich höheren Prozentsatz als der Aktivrauch krebserregende und giftige Stoffe enthält. Über 170.000 Neugeborene werden jährlich bereits im Mutterleib den Schadstoffen des Tabakrauchs ausgesetzt. Schätzungsweise über 8 Mio. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren leben in einem Haushalt mit mindestens einem Raucher und sind somit Passivrauch ausgesetzt. In der Erwachsenenbevölkerung werden mehr als 35 Mio. Nichtraucher zu Hause, am Arbeitsplatz, in der Freizeit oder gleichzeitig an mehreren dieser Orte häufig mit den Schadstoffen des Passivrauchs belastet. Passivrauch ist verantwortlich für die Entwicklung zahlreicher chronischer Krankheiten mit Todesfolge. So kann Passivrauchen bei Säuglingen zum plötzlichen Kindstod (SIDS) führen. Etwa 60 Säuglinge versterben jährlich in Deutschland durch Passivrauch im Haushalt sowie durch vorgeburtliche Schadstoffbelastungen, weil die Mütter während der Schwangerschaft rauchen. Über 260 Nichtraucher sterben jährlich an passivrauchbedingtem Lungenkrebs. Über 2140 Nichtraucher versterben jährlich an der koronaren Herzkrankheit, die durch Passivrauch hervorgerufen wird. Über 770 Nichtraucher versterben pro Jahr an einem passivrauchbedingten Schlaganfall und über 50 Nichtraucher durch eine passivrauchbedingten chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Passivrauchen ist zudem verantwortlich für die Entwicklung zahlreicher nicht tödlicher Fälle von koronarer Herzkrankheit, Schlaganfall und chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung. Insgesamt versterben in Deutschland an den Folgen des Passivrauchens jährlich mehr als 3.300 Nichtraucher. Das sind mehr Todesfälle als durch illegale Drogen, AIDS, Asbest, BSE und SARS zusammengenommen.

Insgesamt ist zu sagen, dass das aktive Zigarettenrauchen bei uns der bei weitem wichtigste einzelne krankmachende und todbringende Faktor ist, der vermieden werden kann. Auch das Passivrauchen ist für eine erschreckend hohe Anzahl von Todesfällen und krankheitsbedingtem Leid verantwortlich zu machen. Um beides – Aktiv- und Passivrauchen – einzudämmen, sind neben Maßnahmen der Verhaltensprävention vor allem Maßnahmen der Verhältnisprävention dringend erforderlich. Für letztere sind vor allem die Politiker, aber auch die Medien und die Öffentlichkeit verantwortlich. Deshalb begrüße ich sehr die im Antrag „Rauchfreier öffentlicher Raum“ der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen enthaltenen Forderungen und Vorschläge, weil deren Umsetzung ein erster und wichtiger Schritt in unserem Lande in eine richtige Richtung wäre.

Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen

In dem Antrag, den der Schleswig-Holsteinische Landtag beschließen möge, geht es unter Punkt A um eine Selbstverpflichtung des Landtages, das Rauchen im gesamten Landeshaus zu verbieten und unter B1 darum, durch einen Beschluss die Landesregierung aufzufordern, geeignete rechtliche Maßnahmen zu ergreifen, um das Rauchen in allen Gebäuden der Landesregierung und in nachgelagerten Behörden zu verbieten oder auf Grundlage einer freiwilligen Selbstkontrolle zu beenden.

Das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg setzt sich seit langem für eine konsequente Umsetzung des Nichtrauchererschutzes ein (6, 7). Dazu gehören eine rauchfreie Umgebung in öffentlichen Einrichtungen, am Arbeitsplatz, in Kindergärten, Schulen und Hochschulen, in der Gastronomie und im Verkehrswesen. Nur durch eine rauchfreie Umgebung in diesen Bereichen können Nichtraucher wirkungsvoll vor der Exposition gegenüber Tabakrauch geschützt werden. Außerdem führt die Einführung rauchfreier Arbeitsplätze, rauchfreier öffentlicher Einrichtungen sowie öffentlicher Verkehrsmittel zu einer Verringerung der Raucherquote und des Pro-Kopf-Konsums von Tabakprodukten, da Raucher infolge der Ausweitung der Nichtraucherzonen darin unterstützt werden, ihren Konsum einzuschränken und einen Anreiz zur Beendigung des Tabakkonsums erhalten. In Deutschland besteht ein Rechtsanspruch auf Nichtrauchererschutz für alle Arbeitsplätze mit Ausnahme von „Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr“, sofern „die Natur des Betriebs und die Art der Beschäftigung es erforderlich machen“ (Arbeitsstättenverordnung, novelliert im Jahre 2001). Damit gemeint sind vor allem die Gastronomie, aber auch öffentliche Einrichtungen und Verkehrsbetriebe.

Da auch in Deutschland Nichtraucher zunehmend gegen Passivrauchexposition opponieren und Deutschland in Kürze von anderen europäischen Staaten mit rauchfreier Gastronomie umgeben sein wird, ist eine Änderung auch bei uns dringend erforderlich. Zu diesem Zweck hat das Deutsche Krebsforschungszentrum, Heidelberg, im Januar 2006 dem Deutschen Bundestag den Entwurf eines Gesetzes für rauchfreie öffentliche Einrichtungen, eine rauchfreie Gastronomie und rauchfreie Arbeitsplätze zugeleitet (8). Darin wird argumentiert, dass wegen der sehr heterogenen Landschaft der öffentlichen Einrichtungen in unserem vielfach gegliederten Staat nur ein Bundesgesetz den erforderlichen umfassenden und

abgestimmten Gesundheitsschutz gewährleisten könne. Aus diesem Grunde kann ich mir vorstellen, dass die oben genannte Selbstverpflichtung bzw. ein Beschluss des Landtages dahingehend, in allen öffentlichen Einrichtungen der Landesregierung das Rauchen zu verbieten, zweckmäßig und ein wichtiger Schritt auf dem Wege zu einem umfassenden Nichtraucherschutz in Deutschland wäre. Auf der Basis einer freiwilligen Selbstkontrolle der Landtagsabgeordneten bzw. der Mitarbeiter in den öffentlichen Einrichtungen wäre jedoch ein umfassender Nichtraucherschutz nicht zu erreichen, da es unwahrscheinlich ist, dass freiwillig alle Mitarbeiter einer öffentlichen Einrichtung bzw. alle Besucher auf das Rauchen verzichten würden.

Abschaffung der Zigarettenautomaten

Der Antrag enthält unter dem Punkt B2 die Aufforderung an die Landesregierung, zu prüfen, ob und wie gemeinsam mit den Kommunen eine über die Anforderung des Jugendschutzgesetzes ab 2007 hinausgehende Regelung geschaffen werden kann, die das Aufstellen von Zigarettenautomaten auf öffentlichem Raum grundsätzlich verbietet.

Deutschland ist mit 830.000 Zigarettenautomaten, von denen über die Hälfte im Außenbetrieb angebracht sind, weltweit das Land mit der höchsten Automatendichte (6, 7). 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 im Rahmen des Jugendschutzes 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 Chipkarten von älteren Freunden ausleihen und auf diese Weise ungehindert Zigaretten erwerben. Ein Abgabeverbot von Tabakprodukten an Kinder und Jugendliche bleibt so lange wirkungslos, wie Zigaretten über Automaten frei verfügbar sind. Die 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. Für Bayern ist nachgewiesen, dass 2/3 aller Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen 12 und 24 Jahren, ihre Zigaretten häufiger aus Zigarettenautomaten beziehen. 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 sind.

Die Mehrheit der Bevölkerung ist gegen den Verkauf von Zigaretten an Automaten. Wie eine Umfrage des Emnid-Instituts 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 Zigarettenautomaten. Deshalb ist nach Meinung des Deutschen Krebsforschungszentrums, Heidelberg, die

Abschaffung des Automatenverkaufs der einzige Weg, um die Verfügbarkeit für Zigaretten, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, wesentlich einzuschränken.

Schulische Tabakprävention

Der Antrag „Rauchfreier öffentlicher Raum“ fordert unter dem Punkt B3 die Landesregierung auf, gemeinsam mit Vertretern von Schülern, Lehrern und Schulleitern eine angemessene Lösung für die Umsetzung der „Rauchfreien Schule“ spätestens zum 01.02.2006 zu finden.

Bekanntlich machen Kinder und Jugendliche in Deutschland ihre ersten Erfahrungen mit dem Rauchen bereits in relativ frühen Jahren (siehe oben). Am Ende der Schulpflicht, im Alter zwischen 16 und 17 Jahren, rauchen 44 %, knapp ¼ davon bezeichnet sich als ständiger Raucher.

Mit der Tabakprävention in Schulen werden vorrangig zwei Ziele verfolgt: Zum einen die Verzögerung des Einstiegsalters in den Tabakkonsum, zum anderen die Verringerung des Tabakkonsums insgesamt (6, 7). Während bestimmte Präventionsprogramme durchaus das Einstiegsalter um einige Monate verzögern können, haben die bisher umgesetzten Ansätze der unterrichtsgestützten Tabakprävention keine anhaltenden Wirkungen auf das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen. Die besten Ergebnisse haben diejenigen unterrichtsgestützten Programme vorzuweisen, die auf dem handlungsorientierten Konzept der Lernkompetenz beruhen, die nicht nur in einzelnen Klassenstufen, sondern über die gesamte Schulzeit hinweg angeboten werden sowie Lehrerfortbildung zur Durchführung und Vermittlung von Tabakprävention enthalten.

Schulische Tabakprävention erweist sich nur im Rahmen einer Gesamtstrategie der Tabakkontrolle als nachhaltig wirksam. Die begrenzte Wirksamkeit ausschließlich schulischer Maßnahmen der Tabakprävention muss durch die Kombination mit mehrdimensionalen, gemeindebezogenen Maßnahmen der Tabakprävention erhöht werden. Dabei spielt die Schaffung rauchfreier Schulen, rauchfreier Verkehrsbetriebe, Bahnhöfe und rauchfreier öffentlicher Einrichtungen sowie rauchfreier Gastronomie eine wichtige Rolle. Rauchfreie Schulen stellen ein Schlüsselement wirksamer schulischer Tabakprävention dar. In Deutschland erlassen immer mehr Bundesländer Verordnungen für rauchfreie Schulen. Auch Schleswig-Holstein gehört mittlerweile dazu, was zu begrüßen ist. Diese Maßnahme sollte jedoch flächendeckend erfolgen und alle Kinder- und Jugendeinrichtungen, Sportstätten, öffentliche Einrichtungen und die Gastronomie einschließen, um Nichtrauchen als sozial erwünschtes Verhalten insbesondere Kindern und Jugendlichen gegenüber deutlich zu machen.

Die im Folgenden aufgeführten Maßnahmen zur schulischen Prävention werden vom Deutschen Krebsforschungszentrum, Heidelberg, empfohlen:

- 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;

- Konsequente Ausweitung der schulischen Tabakprävention über individuell orientierte Tabakprävention im Schulunterricht hinaus auf strukturelle Veränderung im schulischen Umfeld (schulisches Gesamtkonzept);
- Die Gestaltung und Umsetzung eines schulischen Gesamtkonzeptes 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 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 Kopplung 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 das Kultusministerium 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 systemischer Dokumentation und Evaluation der schulischen Präventionsmaßnahmen durch unabhängige Institute.

Massenmediale Tabakprävention

Der Antrag fordert unter Punkt B4 die Landesregierung auf, die Unterstützung von Präventions-, Entwöhnungs- und Fortbildungskampagnen gegen das Rauchen weiterzuführen und auszubauen.

Es geht dabei um die Unterstützung einer massenmedialen Tabakprävention (6, 7). Darunter versteht man die Nutzung unterschiedlicher Medien wie Fernsehen, Rundfunk, Printmedien oder Internet, die zum einen auf Informationsvermittlung und die Beeinflussung tabakkonsumbezogener Einstellungen und Normen zielt. Zum anderen haben sie das Ziel, die Bevölkerung über die Notwendigkeit von Maßnahmen der Tabakprävention zu informieren und die erfolgsversprechenden Maßnahmen zu vermitteln. In Deutschland gab es bisher nur vereinzelte massenmediale Kampagnen zur Prävention und Verringerung des Tabakkonsums mit nur begrenzter Wirksamkeit. Dagegen wurden im vergangenen Jahrzehnt in verschiedenen Ländern, insbesondere den USA und Australien, diverse massenmediale Kampagnen entwickelt, die sich als Bestandteil eines umfassenden Tabakkontrollprogramms als äußerst wirksam erwiesen haben. Aufgrund der

Unverhältnismäßigkeit der für das Marketing von Tabakprodukten vorhandenen finanziellen Mitteln (in Deutschland über 300 Mio. Euro jährlich) gegenüber der für die massenmediale Tabakprävention bereitgestellten Geldbeträge (in Deutschland 2 – 3 Mio. Euro) könnte der Erfolg der Gegenwerbung durch ein umfassendes Tabakwerbeverbot (siehe unten) deutlich erhöht werden.

Massenmediale Kampagnen können die öffentliche Auseinandersetzung um die Problematik des Zigarettenkonsums stimulieren, die Anzahl von Aufhörversuchen erhöhen, die Abstinenzraten steigern und die Inanspruchnahme von Tabakentwöhnungsprogrammen verbessern. Neben der Durchführung massenmedialer Kampagnen ist eine weitere wirksame und weitaus kostengünstigere Strategie der Nutzung von Massenmedien die sogenannte „Media Advocacy“, das heißt die gezielte Steuerung von Pressemitteilungen sowie die Ansprache von Journalisten zur Medienberichterstattung über tabakbezogene Themen. Der öffentliche Diskurs und das gesellschaftliche Klima gegenüber dem Tabakkonsum kann dadurch deutlich verändert werden. In Deutschland wird die „Rauchfrei-Kampagne“ ganz wesentlich über „Media Advocacy“ kommuniziert, was zur größten Medienberichterstattung zur Thematik „Rauchen“ in den letzten Jahren führte. Vom Deutschen Krebsforschungszentrum, Heidelberg, werden u. a. folgende Handlungsempfehlungen gegeben:

- 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;
- Einsatz emotionaler Botschaften, die bei der Zielgruppe starke emotionale Reaktionen und Betroffenheit auslösen;
- Vorabtestung der Aussagen und Botschaften einer massenmedialen Kampagne an 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 mit dem Ziel einer Erhöhung der Medienberichterstattung über tabakbezogene Themen (Media Advocacy).

Werbeverbot für Tabakwaren und Sponsoring

Im Antrag „Rauchfreier öffentlicher Raum“ wird unter Punkt C die Landesregierung gebeten, eine Bundesratsinitiative mit dem Ziel zu starten, die EU-Richtlinie zum Werbeverbot von Tabakwaren umgehend in nationales Recht umzusetzen.

Entgegen anders lautenden Behauptungen der Zigarettenindustrie ist ein Zusammenhang zwischen Tabakwerbung und Konsumverhalten belegt (6, 7).

Die Tabakwerbung beeinflusst nicht nur die Markenwahl bestehender Raucher, sondern erhöht die Gesamtnachfrage. 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. Sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene verbinden die Allgegenwärtigkeit der Tabakwerbung und die für Tabakprodukte gängigen Marketingpraktiken mit der Überzeugung über deren Schadenspotential. 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 würde.

Dementsprechend kann nur ein umfassendes Tabakwerbeverbot, das alle Medien sowie sämtliche Formen und Mittel der direkten und indirekten Werbung und des Sponsoring umfasst, den Tabakkonsum in der Bevölkerung deutlich senken. Dagegen sind die bislang bestehenden begrenzten Werbeverbote oder „Selbstbeschränkungsvereinbarungen“ der Tabakindustrie wirkungslos, weil die Hersteller ihre Marketingaktivitäten auf diejenigen Medien bzw. Bereiche verlagern, in denen Werbung und Sponsoring weiterhin erlaubt ist. In Deutschland liegt der jährliche Etat der Zigarettenindustrie für Werbung und Sponsoring bei über 300 Mio. Euro. Im letzten Jahrzehnt hat die Zigarettenindustrie schätzungsweise 2,5 Mrd. Euro ausgegeben, um insbesondere den Kinder- und Jugendmarkt zu erobern, was ihr tatsächlich auch gelang.

Deutschland ist eines der wenigen Länder weltweit, in dem verfassungsrechtliche Bedenken gegen ein umfassendes Werbeverbot vorgebracht werden, obwohl der renommierte deutsche Staatsrechtler Prof. Helmut Siegmann in einer juristischen Expertise diese Bedenken gegenstandslos werden ließ (9). In dieser kommt er zu dem Schluss, dass das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit höher zu bewerten ist als das Recht auf freie Meinungsäußerung, das Werbung für sich beansprucht. Ein Tabakwerbeverbot wird in Deutschland von der breiten Bevölkerungsmehrheit gewünscht und von der überwältigenden Mehrheit aller fachbezogenen Institutionen des Gesundheitswesens gefordert.

Die folgenden Handlungsempfehlungen werden vom Deutschen Krebsforschungszentrum, Heidelberg, gegeben:

- 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;
 - Verbot von Maßnahmen der Absatzförderung, die häufig in der Folge von Werbeverböten zwischen Tabakherstellern 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 Nichteinhaltung;
- Politische Unterstützung eines umfassenden Werbeverbotes in internationalen Abkommen (EU-Direktiven/Framework Convention on Tobacco Control)

Im Abschnitt C des Antrages heißt es, dass das Werbeverbot Bestandteil eines Gesamtkonzeptes „Rauchfreier öffentlicher Raum“ im Sinne eines Nicht-rauchergesetzes in Anlehnung an die bestehenden Regelungen in europäischen Ländern sein soll. Hierzu verweise ich auf meine obigen Ausführungen unter der Überschrift „Rauchfreiheit in öffentlichen Einrichtungen“.

Zusammenfassende Beurteilung und Ausblick

Die im Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen „Rauchfreier öffentlicher Raum“ enthaltenen Vorschläge sind verhältnisorientierte Tabakkontrollmaßnahmen, die auch in Deutschland seit Jahren diskutiert werden. Diese Maßnahmen gehören zusammen und würden in ihrem Zusammenwirken die Basis für eine erfolgreiche Absenkung des Rauchverhaltens in allen Bevölkerungsgruppen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, darstellen. Eine wichtige Maßnahme einer wirksamen Tabakkontrollpolitik ist jedoch im Antrag nicht enthalten. Deswegen hierzu noch einige kurze abschließende Bemerkungen.

Es gehört zu den gesicherten Erkenntnissen der Wirtschaftswissenschaften, dass Preiserhöhungen von Gütern zu einem Rückgang der Nachfrage führen. Dies trifft trotz des hohen Suchtpotentials auch auf Zigaretten zu, weshalb Weltbank und WHO **Tabaksteuererhöhungen** einen ganz besonders hohen Wirkungsgrad zur Verminderung des Rauchens beimessen. Im Gegensatz zu allen anderen Maßnahmen der Tabakkontrolle, die in Kombination umgesetzt werden sollten, hat die Tabaksteuererhöhung allein eine gesicherte Wirksamkeit bei der Tabakkontrolle. Tabaksteuererhöhungen sind insbesondere ein geeignetes Mittel, um den Zigarettenkonsum von Kindern und Jugendlichen sowie soziale Unterschiede im Tabakkonsum zu verringern, da Kinder und Jugendliche sowie ärmere Bevölkerungsschichten preissensibler reagieren als reichere. Nach Schätzung der Weltbank bewirkt eine 10 %-ige Steuererhöhung einen relativen Rückgang des Konsumverhaltens bei Jugendlichen und Personen mit Niedrigeinkommen um bis zu 13 % im Gegensatz zu einer 4 %-igen Änderung in der Gesamtbevölkerung. In Deutschland ist seit 2001 die Tabaksteuer in mehreren Stufen erhöht worden. Erstmals sank der Zigarettenverbrauch von 2002 – 2004 um 33 Mrd. Zigaretten und erstmals ist ein Rückgang des Rauchens bei Kindern und Jugendlichen feststellbar. Deshalb ist eine kontinuierliche weitere Erhöhung der Tabaksteuern ein zentraler Baustein eines umfassenden Tabakkontrollprogramms, auf den in Zukunft nicht verzichtet werden darf.

Literaturverzeichnis

1. Kolenda, K.-D.: Raucher oder Gesundheit. Aktuelle Daten über die Tabakepidemie. Herausgeber: Ärzte-Initiative Raucherhilfe (AIR) e. V., Waldklausenweg 20, 81377 München.
2. Mc'Neill, A.: Tobacco use and effects on health. In: Tobacco or health in the European Union – past, present and future. Prepared by the Aspect Consortium, European Commission, Luxemburg, 2004: 25 – 68
3. Doll, R., R. Peto et al.: Mortality in relation to smoking: 50-years observation on male British doctors. BMJ 2004; 328: 1519 – 1528
4. John, U., M. Hanke: Mortality attributable to tobacco smoking in German federal states. Gesundheitswesen 2001; 63: 363 - 369
5. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Heidelberg, 2005
6. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Heidelberg, 2002
7. Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundesärztekammer (Hrsg.): Dem Tabakkonsum Einheit gebieten – Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit. Heidelberg und Berlin, 2005
8. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Bundesgesetz und Memorandum für rauchfreie öffentliche Einrichtungen, eine rauchfreie Gastronomie und rauchfreie Arbeitsplätze. Autor: Prof. Dr. H. Siekmann. Heidelberg, 2006
9. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Die Verfassungsmäßigkeit eines umfassenden Tabakwerbeverbotes in Deutschland. Autor: Prof. Dr. H. Siekmann. Heidelberg, 2004