dkfz.
DEUTSCHES
KREBSFORSCHUNGSZENTRUM
IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT



Tabakatlas Deutschland 2015

Tabakatlas
Deutschland
2015

DEUTSCHES
KREBSFORSCHUNGSZENTRUM
IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT

Tabakatlas
Deutschland
2015

Autorinnen und Autoren

Dr. Martina Pötschke-Langer
Dipl.-Biol. Sarah Kahnert
Dr. Katrin Schaller
Dr. Verena Viarisio
Dipl.-Biol. Christopher Heidt
Susanne Schunk
Dr. Ute Mons
Kristin Fode

In Zusammenarbeit mit

Dr. Andreas Schoppa
Arbeitsstab der Drogenbeauftragten der Bundesregierung
Bundesministerium für Gesundheit

Bundesministerium
für Gesundheit

PD Dr. Thomas Lampert und Dr. Benjamin Kuntz
Robert Koch-Institut

ROBERT KOCH INSTITUT

Dr. Udo Kienle
Universität Hohenheim

UNIVERSITÄT HOHENHEIM

Prof. Dr. Ludwig Kraus und Dr. Daniela Piontek
IFT Institut für Therapieforschung

IFT · Institut
für Therapieforschung
München

Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und von der Klaus Tschira Stiftung gGmbH

Impressum

Herausgeber
Deutsches Krebsforschungszentrum
Im Neuenheimer Feld 280
D-69120 Heidelberg

www.dkfz.de
www.tabakkontrolle.de
who-cc@dkfz.de

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über http://dnb.dnb.de abrufbar.

© 2015 Deutsches Krebsforschungszentrum

1. Auflage 2015

Verantwortlich
Dr. Martina Pötschke-Langer
Leiterin der Stabsstelle Krebsprävention und des
WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle
im Deutschen Krebsforschungszentrum

Gestaltung, Layout, Satz
Sarah Kahnert

Umschlag
Foto: © Deyan Georgiev/Fotolia

Verlag
Pabst Science Publishers

ISBN 978-3-95853-123-9

Wer das Ziel kennt, kann entscheiden;
wer entscheidet, findet Ruhe;
wer Ruhe findet, ist sicher;
wer sicher ist, kann überlegen;
wer überlegt, kann verbessern.

Konfuzius (551–479 v.Chr.),
chin. Philosoph

Inhalt

Vorworte ... **VIII**

1 Tabakprodukte ... **1**

1.1 Geschichte des Tabaks ... 2
1.2 Von der Pflanze zum Produkt ... 4
1.3 Tabakprodukte im Überblick ... 6
1.4 In Tabakprodukten verwendete Zusatzstoffe ... 8
1.5 Inhaltsstoffe des Tabakrauchs ... 10
1.6 Produkte mit verringertem Gesundheitsrisiko ... 12

2 E-Inhalationsprodukte ... **15**

2.1 E-Inhalationsprodukte im Überblick ... 16
2.2 Mögliche gesundheitliche Auswirkungen von E-Inhalationsprodukten ... 18
2.3 Konsum von E-Inhalationsprodukten ... 20
2.4 Markt und Regulierung von E-Inhalationsprodukten ... 22

3 Tabakkonsum und gesundheitliche Folgen ... **25**

3.1 Gesundheitliche Folgen des Rauchens ... 26
3.2 Folgen des Rauchens in der Schwangerschaft ... 28
3.3 Wirkungen von Nikotin auf den Körper ... 30
3.4 Tabakabhängigkeit ... 32
3.5 Tabakentwöhnung ... 34
3.6 Entwicklung des Tabakkonsums ... 36
3.7 Rauchen bei Erwachsenen ... 38
3.8 Rauchen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ... 40
3.9 Wasserpfeifenkonsum und gesundheitliche Folgen ... 42
3.10 Sozialer Status und Rauchen ... 44
3.11 Rauchen bei verschiedenen Berufsgruppen ... 46
3.12 Durch Rauchen bedingte Todesfälle ... 48
3.13 Durch Rauchen bedingte Todesfälle – Lungenkrebs ... 50
3.14 Durch Rauchen bedingte Todesfälle – Herz-Kreislauferkrankungen ... 52

4 Passivrauchen und gesundheitliche Folgen ... **55**

4.1 Gesundheitliche Folgen des Passivrauchens ... 56
4.2 Passivrauchen bei Erwachsenen ... 58
4.3 Passivrauchen bei Kindern und Jugendlichen ... 60

5 Ökonomische Aspekte des Rauchens ... **63**

5.1 Individuelle Kosten des Rauchens ... 64
5.2 Kosten für Gesundheitssystem und Volkswirtschaft infolge des Rauchens ... 66
5.3 Tabakpreis und Tabaksteuer ... 68

6 Tabakindustrie ... **71**

6.1 Hersteller von Tabakprodukten ... 72
6.2 Tabakanbau in Deutschland ... 74
6.3 Tabakanbau, Tabakproduktion und deren Folgen ... 76
6.4 Vertrieb und Absatz von Tabakprodukten ... 78
6.5 Tabakwerbung ... 80
6.6 Tabakaußenhandel ... 82
6.7 Illegaler Tabakhandel ... 84

7 Tabakkontrollpolitik ... **87**

7.1 Das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) ... 88
7.2 Geschichte des Rahmenübereinkommens ... 90
7.3 Eindämmung der Einflussnahme der Tabakindustrie ... 92
7.4 Tabaksteuererhöhungen ... 94
7.5 Rauchfreie Umwelt ... 96
7.6 Produktregulierung ... 98
7.7 Warnhinweise ... 100
7.8 Aufklärung und Information ... 102
7.9 Beteiligung der Zivilgesellschaft ... 104
7.10 Tabakwerbeverbote ... 106
7.11 Förderung des Rauchausstiegs ... 108
7.12 Bekämpfung des illegalen Tabakhandels ... 110

8 Tabakkontrolle in der Europäischen Union (EU) ... **113**

8.1 Die Tabakkontrollskala in Europa ... 114
8.2 Tabakpreis und Tabaksteuer in der EU ... 116
8.3 Nichtraucherschutz in der EU ... 118
8.4 Tabakwerbung in der EU ... 120
8.5 Raucheranteile und Tabakkontrollmaßnahmen in der EU ... 122
8.6 Rauchende Kinder und Jugendliche in der EU ... 124

Rückblick ... **126**

Ausblick ... **128**

Literatur- und Abbildungsverzeichnis ... **130**

Vorworte

Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Otmar D. Wiestler

2004 bis 2015 Vorstandsvorsitzender des Deutschen Krebsforschungszentrums, seit 2015 Präsident der Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren



Seit der Herausgabe des ersten Tabakatlas Deutschland im Jahr 2009 ist in unserem Land der Raucheranteil unter Kindern und Jugendlichen weiter zurückgegangen und auch immer weniger Erwachsene rauchen. Noch nicht zurückgegangen sind die Sterbefälle durch Rauchen, was die vorliegende zweite Ausgabe des Tabakatlas deutlich macht, denn bis sich der Rückgang beim Rauchen auch in einem Rückgang der Sterblichkeit niederschlägt, sind einige Jahrzehnte erforderlich.

Das Ende der Tabakepidemie ist also noch lange nicht in Sicht und wir alle müssen noch erhebliche Anstrengungen unternehmen, um die Gesundheitsinteressen der Bevölkerung gegen die Interessen der Tabakindustrie durchzusetzen. Als Defizite in der Tabakkontrollpolitik der letzten Jahre in Deutschland sind beispielsweise zu nennen: nur geringfügige Tabaksteuererhöhungen, fehlende Tabakwerbeverbote für Außenwerbung, Promotion und Sponsoring, Ausnahmeregelungen beim Nichtraucherschutz sowie Verzögerung bei der Ratifizierung des Protokolls zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen.

Deutschland befindet sich in einem europäischen Vergleich, der vor allem die politischen Maßnahmen gegen das Tabakrauchen in den Mitgliedstaaten der EU dokumentiert, an vorletzter Stelle. An der Spitze stehen das Vereinigte Königreich und Irland, Länder, die sich durch eine an der Gesundheit ihrer Bevölkerungen in besonderer Weise orientierten Politik auszeichnen.

Um Deutschland in der Tabakkontrolle auf das hohe Niveau des Vereinigten Königreichs und Irlands zu heben, sind in den kommenden Jahren erhebliche politische Anstrengungen notwendig. Lassen Sie uns daran gemeinsam arbeiten und die Trendumkehr zum Nichtrauchen weiter verstärken.

Marlene Mortler

Drogenbeauftragte der Bundesregierung



Welche Bedeutung hat das Rauchen für die Gesundheit jedes Einzelnen und für die Gesellschaft? Warum ist das Thema Rauchen für die Politik und in der Gesellschaft so wichtig? Welche Herausforderungen in der Tabakprävention stehen an?

Auf diese Fragen rund um das Rauchen gibt die aktuelle Auflage des Tabakatlas Deutschland als Handreichung für Politik, Presse und Öffentlichkeit gut aufbereitete und übersichtliche Antworten. In grafisch sehr einprägsamer Form werden die wesentlichen Aspekte zur Geschichte und Entwicklung des Rauchens, der verschiedenen und neuen Tabakprodukte, der gesundheitlichen Folgen des Rauchens und Passivrauchens sowie zu den Kosten für die Gesellschaft dargestellt.

Der Tabakatlas ermöglicht einen guten Überblick zu bisherigen und anstehenden Maßnahmen in der Tabakprävention in Deutschland und der Europäischen Union. Viele präventive und gesetzliche Maßnahmen wurden in der Tabakpolitik in den vergangenen Jahren in Deutschland auf den Weg gebracht. Die Jugendschutz- und Nichtraucherschutzgesetze des Bundes und der Länder, Tabakwerbebeschränkungen und klaren Botschaften in Präventionskampagnen zu den Gefahren des Rauchens sowie zum Abhängigkeitspotential zeigen Wirkung. Es gibt einen Trendwechsel zum Nichtrauchen. Bei Kindern und Jugendlichen sind die Raucherzahlen deutlich gesunken. Doch unter Erwachsenen bildet sich der Trend noch nicht ausreichend ab. Daher ist es erforderlich, die umfassenden Bemühungen in der Tabakprävention intensiv fortzusetzen.

Ich bin überzeugt: Der Tabakatlas kann hierzu als unterstützende Entscheidungshilfe für alle Interessierten in Politik und Öffentlichkeit einen guten Beitrag leisten.

Prof. Dr. Judith Longstaff Mackay

Senior Advisor – World Lung Foundation, Senior Policy Advisor – World Health Organization, Mitherausgeberin der internationalen Tabakatlas-Reihe



"Plus ça change, plus c'est la même chose" *Jean-Baptiste Alphonse Karr, 1808–1890, French critic, journalist, and novelist*

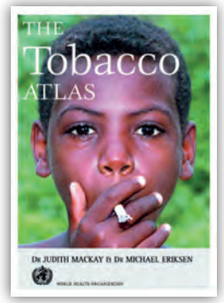
The second edition of The German Tobacco Atlas is welcome and timely. Welcome in charting the undoubted progress made by Germany and other nations since the publication of the first atlas.

The second atlas is as beautifully crafted as the first, in presenting tables of health statistics in a simple, graphic format with minimal words. The maps and insets enable readers to understand, at a glance, the gravity of the tobacco epidemic, including the harm to health, the environment, national and personal economics; the action that has been taken and which needs to be taken; and the obstacles to tobacco control, especially the tobacco industry.

This second atlas offers the opportunity to track ongoing and unchanged impediments to progress. It is here that the saying "The more things change, the more they stay the same" is most relevant, especially when it applies to the domination and behaviour of the tobacco industry, whose purpose – to sell more cigarettes – is diametrically the opposite of the goal of public health of the German people. But it also highlights the reluctance by the government (and other governments) to fund and implement tobacco control action to the extent that this epidemic warrants – these responsibilities are embedded in obligations under the World Health Organisation Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC), to which Germany is a Party.

I believe that by exposing the successes and the formidable challenges, the German Tobacco Atlas series will encourage progress in tobacco control policies.

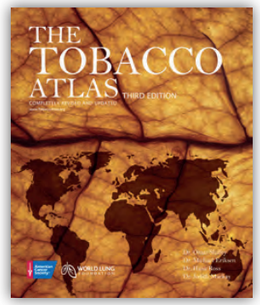
The Tobacco Atlas
http://www.tobaccoatlas.org



First Edition, 2002



Second Edition, 2006



Third Edition, 2009



Fourth Edition, 2012



Fifth Edition, 2015

Tabakprodukte

1



1.1 Geschichte des Tabaks



1492
Christoph Columbus bringt die Tabakpflanze von den Bahamas nach Europa. Tabak wird als Zierpflanze in den Gärten der portugiesischen und spanischen Königs- und Adelshäuser angebaut.

1571
Der Arzt Nicolo Monardes empfiehlt das Auflegen grüner Tabakblätter gegen Kopfschmerzen, Magenkrämpfe, Gicht und Frauenkrankheiten. Die folgenden 200 Jahre gilt Tabak als Allheilmittel.

1573
Erster urkundlich erwähnter Tabakanbau in Deutschland im Pfarrgarten der Gemeinde Hatzenbühl bei Speyer.

16. bis 18. Jahrhundert
Tabak wird vorwiegend geschnupft.

1603
Der englische König Jakob I. veröffentlicht eine Streitschrift gegen den Tabakgebrauch.

1618 bis 1648
Während des Dreißigjährigen Krieges verbreitet sich das Rauchen in Deutschland.

1653
Ferdinand, Erzbischof von Köln, verbietet wegen der Feuergefahr den Kauf, Verkauf und Gebrauch von Tabak.

1761
Der britische Arzt John Hill veröffentlicht die erste Studie zum Zusammenhang von Schnupftabak und Nasenkrebs.

1795
Der deutsche Mediziner Samuel Thomas von Sömmering entdeckt den Zusammenhang von Lippenkarzinomen und Pfeifenrauchen.

1828
Die deutschen Mediziner Ludwig Reimann und Wilhelm Heinrich Posselt isolieren reines Nikotin und bewerten es als gefährliches Gift.

ab 1855
Die ersten Zigarettenmaschinen, Marketing und die Erfindung des Sicherheitszündholzes kurbeln den Zigarettenkonsum an.

1862
Erste gewinnbringende Zigarettenfabrik in Deutschland (Laferme, Dresden).

Beim Stopfen von Hand fertigt jede Arbeiterin circa 1 200 bis 1 400 Zigaretten täglich.

1881
Erstes Patent für eine Zigarettenmaschine in den USA.

Sie produziert 120 000 Zigaretten pro Tag und senkt die Kosten der Zigarettenproduktion.

1887
Gründung des Verbands Deutscher Cigarettenfabriken in Dresden.

Anfang 1900
Der Zigarettenkonsum steigt jährlich um durchschnittlich 16 Prozent und beträgt im Jahr 1913 mit rund 13 Milliarden Stück mehr als das Zwanzigfache des Jahres 1893.

1904
Gründung erster Nichtraucherschutzorganisationen, wie „Verband zum Schutze für Nichtraucher“, „Deutscher Tabakgegnerverein zum Schutz der Nichtraucher“ und „Bund deutscher Tabakgegner“.

1914 bis 1918
Erster Weltkrieg: Zigaretten sind Bestandteil der Verpflegungsrationen von Soldaten.

1920
Gründung der ersten Fabrik für Zigarettenpapier zum Selberdrehen.

1930 bis frühe 1940er Jahre
Die Nazis führen die weltweit massivste Kampagne gegen das Rauchen durch: Rauchverbote in der Öffentlichkeit, Werbeverbote, Abgabeverbote an Frauen, Rauchverbot für unter 18-Jährige.

1932 bis 1939
Der jährliche Pro-Kopf-Verbrauch steigt von 570 Zigaretten auf 900 Zigaretten. Der Tabakkonsum ist so hoch, dass die Tabaksteuer acht Prozent der gesamten Steuereinnahmen ausmacht.

1936
Der deutsche Arzt Fritz Lickint verwendet erstmals den Begriff „Passivrauchen“ in der Publikation „Tabakgenuß und Gesundheit“.

ab 1945
Immer mehr Frauen fangen an, zu rauchen.

ab 1948
Umstellung von Orienttabak auf American-Blend-Mischungen. Der Rauch von American-Blend-Mischungen lässt sich leichter inhalieren als der von Orienttabak.

1950er Jahre
Zigaretten mit Filter werden auf den Markt gebracht und als weniger gesundheitsschädlich beworben.

1950/1951
Die Amerikaner E. L. Wynder und E. A. Graham bestätigen den Zusammenhang von Rauchen und Lungenkrebs.

Die Briten R. Doll und A. B. Hill führen die erste Studie zum Zusammenhang von Rauchen und Lungenkrebs durch.

1964
Der erste Bericht der obersten amerikanischen Gesundheitsbehörde zeigt, dass Rauchen Lungenkrebs verursacht.

1970er Jahre
Entwicklung von Light-Zigaretten, die als weniger schädlich vermarktet werden.

1971
Der Mediziner Ferdinand Schmidt gründet mit 150 engagierten Kollegen den Ärztlichen Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit (ÄARG) in Mannheim.

1974
Verbot der Tabakwerbung in Funk und Fernsehen.

1981
Der britische Mediziner Richard Doll und der britische Epidemiologe Richard Peto schreiben 80 bis 90 Prozent aller Lungenkrebsfälle dem Rauchen zu.

1981
Warnhinweis auf Zigarettenpackungen: „Der Bundesgesundheitsminister: Rauchen gefährdet Ihre Gesundheit“.

1985
Die Ständige Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe (MAK-Kommission) stuft Passivrauchen als gesundheitsschädlich ein.

1988
Bericht der obersten amerikanischen Gesundheitsbehörde: Nikotin macht abhängig.

1994
Meineid der Vorstandsvorsitzenden der großen Tabakfirmen vor dem US-Kongress, dass Nikotin nicht abhängig macht.

1999
Bericht der Weltbank: „Der Tabakepidemie Einhalt gebieten“.

Beginn der Verhandlungen zum Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC).

1999
Die Tabakindustrie gibt zu, dass Rauchen gesundheitsschädlich ist. In den USA werden die Tabakkonzerne zu Zahlungen an das Gesundheitssystem in Milliardenhöhe verurteilt.

2003
33,2 Prozent der Männer und 22,1 Prozent der Frauen in Deutschland rauchen.

2003
Die Weltgesundheitsversammlung nimmt die FCTC einstimmig an; Deutschland unterzeichnet.

2004
Monograph der Internationalen Krebsforschungsbehörde (International Agency for Research on Cancer, IARC) zu Tabakrauch und Passivrauchen, der beides als krebserzeugend klassifiziert.

2004
Deutschland ratifiziert die FCTC.

Meilensteine in der Geschichte des Tabaks | Entwicklung des Tabakkonsums, Tabakindustrie, medizinische Erkenntnisse, Einschränkung des Tabakkonsums

1.2 Von der Pflanze zum Produkt

Bei der Herstellung von Tabakprodukten werden sowohl im Anbau als auch bei der Weiterverarbeitung des Tabaks (Trocknung, Fermentation, Aufbereitung, Tabakwarenherstellung) zahlreiche Substanzen eingesetzt, die das Abhängigkeitspotential des Produkts sowie seine gesundheitsschädigende Wirkung erhöhen.

Anbau | Im Tabakanbau werden häufig große Mengen Nitratdünger und Pestizide eingesetzt.

Nitratdüngung | Nitratdünger enthält Stickstoff, der Pflanzen als Nährstoff dient. Bei Tabak erhöht Nitratdünger aber nicht nur den Ertrag, sondern steigert auch den Nikotingehalt in der Pflanze. Zudem werden die Nitrate in der Pflanze in Ammoniumverbindungen umgewandelt. Diese führen beim Rauchen zu einer vermehrten Freisetzung von Nikotin. Da Nikotin die suchterzeugende Substanz ist, steigt dadurch das Abhängigkeitspotential des Tabakprodukts. Eine hohe Stickstoffdüngung steigert aber auch die Bildung der krebserzeugenden tabakspezifischen Nitrosamine, die bei der Trocknung und Fermentation des Tabaks durch Nitrosierung von Nikotin und anderen Tabakalkaloiden gebildet werden. Darüber hinaus entstehen aus dem Nitrat bei der Verbrennung des Tabakprodukts krebserzeugende Verbindungen.

Einsatz von Pestiziden | Die eingesetzten Pestizide sollen die Ernte sichern und die Tabakproduktion steigern. Viele dieser Chemikalien können aber – insbesondere bei unsachgemäßer Anwendung – das Nervensystem und die Atemwege schädigen. Einige Substanzen stehen im Verdacht, das Risiko für bestimmte Krebserkrankungen zu erhöhen und bei Ungeborenen Missbildungen zu verursachen. Eine direkte Gesundheitsgefährdung durch Pestizide besteht für die Arbeiter auf Tabakplantagen. Es wurden aber auch Rückstände von Pestiziden auf Tabakblättern sowie im Tabakrauch gefunden.

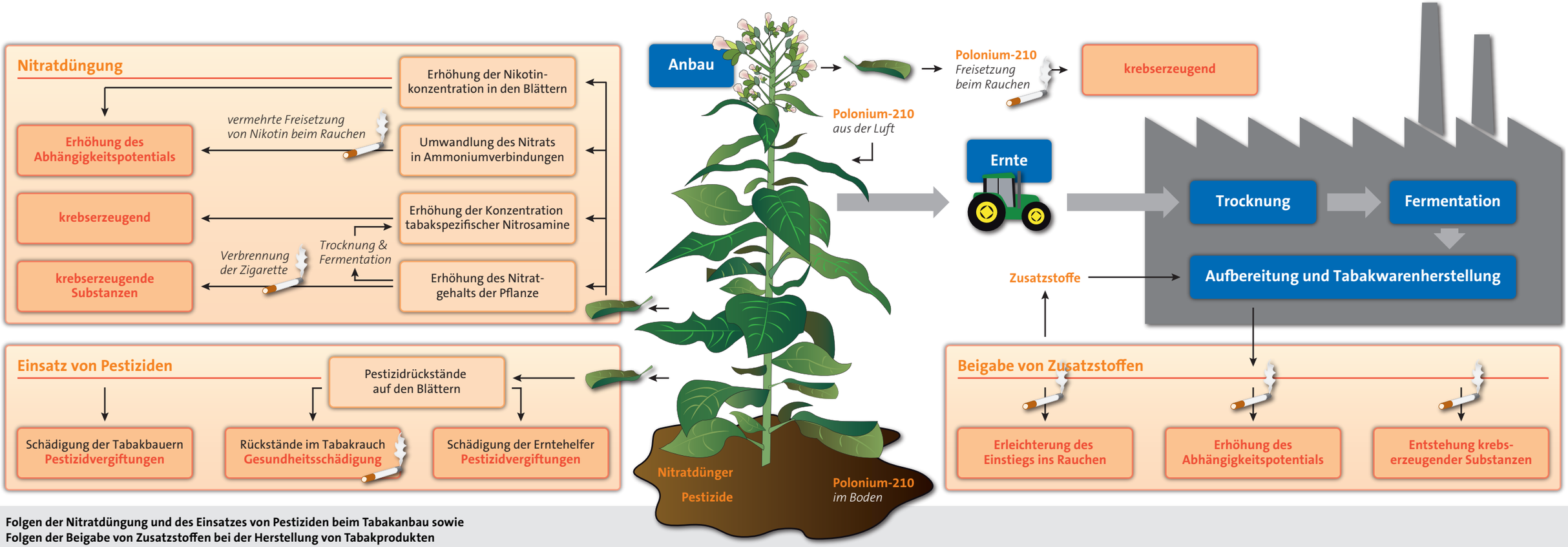
Ernte | Tabak wird überwiegend manuell geerntet, wobei die einzelnen Blätter entsprechend ihrem Reifegrad von unten nach oben abgenommen werden. Bei der selteneren Ganzpflanzenernte werden meist einzelne Blätter vorgeerntet. Anschließend wird die restliche Pflanze bei einem mittleren Reifegrad als Ganzes geerntet.

Trocknung | Zweck der Trocknung ist die Reduzierung des Wassergehaltes auf etwa 20 bis 25 Prozent. Natürliche Trocknungsverfahren (Luft- und Sonnentrocknung) dauern etwa 30 bis 90 Tage, künstliche Trocknungsverfahren (Heißluft-, Stapel- oder Feuertrocknung) nur drei bis fünf Tage.

Fermentation | Als Fermentation werden die zur Nachreife des Tabaks führenden chemischen Veränderungen bezeichnet. Dabei entsteht die typische braune Farbe und es werden Geschmacks- und Aromastoffe gebildet, die das Tabakaroma ausmachen. Die Fermentation dauert je nach Verfahren vier Wochen bis sechs Monate.

Aufbereitung und Tabakwarenherstellung | Zur Tabakaufbereitung gehören das Entstauben, Feuchten, Entrippen, Soßieren, Schneiden, Rösten, Aromatisieren, Mischen usw. Diese Arbeiten werden vollmechanisch durchgeführt. Bei der Herstellung der verschiedenen Tabakerzeugnisse wird eine Vielzahl von Zusatzstoffen beigefügt.

Beigabe von Zusatzstoffen | Hunderte von Tabakzusatzstoffen dienen der Feuchthaltung, der Verbesserung der Glimmeigenschaften und der Aromatisierung. Sie werden außerdem zur Steigerung der Zugintensität und zur Erhöhung des Abhängigkeitspotentials verwendet.



Folgen der Nitratdüngung und des Einsatzes von Pestiziden beim Tabakanbau sowie Folgen der Beigabe von Zusatzstoffen bei der Herstellung von Tabakprodukten

1.3 Tabakprodukte im Überblick

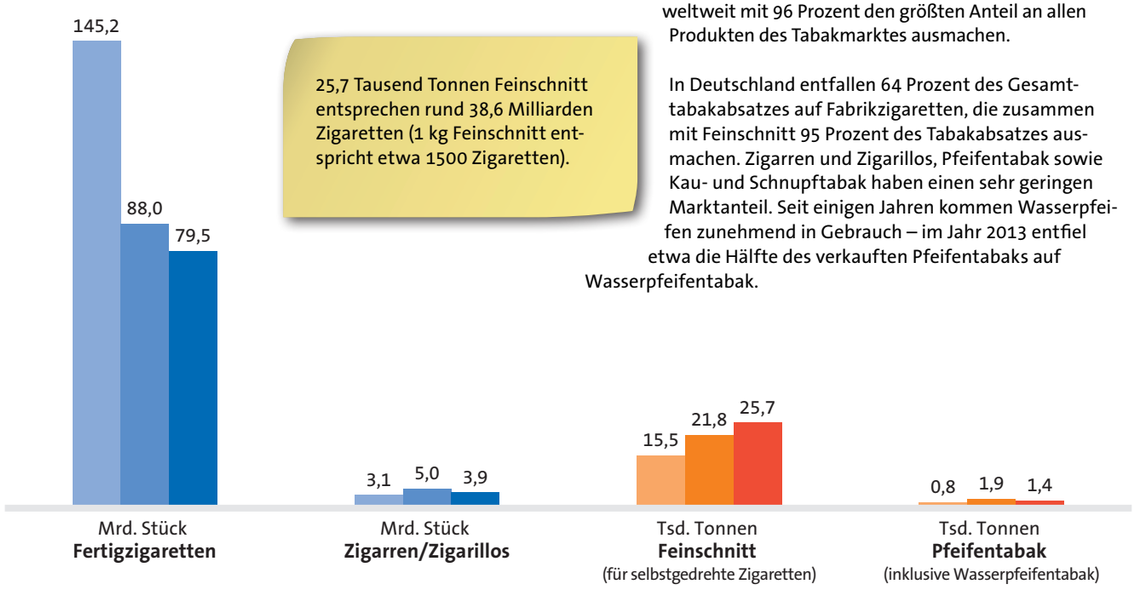
Die Tabakpflanze stammt aus Mittel- und Südamerika, wurde von dort nach Spanien und Portugal gebracht und im Jahr 1559 von Jean Nicot, nach dem die Pflanze benannt wurde, in Paris eingeführt. Heute wird Tabak weltweit angebaut. Er gehört botanisch zu den Nachtschattengewächsen und enthält große Mengen an Alkaloiden (Nikotin, Nornicotin, Anabasin, Anatabin). Die meisten Tabaksorten werden aus der rotblühenden Untergattung *Nicotiana tabacum* hergestellt, nur die russische Tabaksorte Machorka wird aus gelbblühendem *Nicotiana rustica* gefertigt. Alle Tabakprodukte bestehen aus Mischungen verschiedener Sorten und werden im Verarbeitungsprozess mit zahlreichen Zusatzstoffen versetzt.

In der Zigarettenproduktion wird der getrocknete und fermentierte Tabak erneut befeuchtet, aromatisiert, mit Blattrippen versetzt, gemischt, in 0,3 bis 0,8 Millimeter breite Fasern geschreddert und zu Zigaretten gedreht. Als Feinschnitt werden auf eine Blattbreite von unter 1,4 Millimetern zugeschnittene Tabakmischungen bezeichnet; er wird zum Selberdrehen von Zigaretten verwendet. Zigarren und die kleineren Zigarillos sind Tabakstränge aus unbehandeltem Tabak mit einem Deckblatt aus Tabak oder einem Deck- und Umblatt aus homogenisiertem (rekonstituiertem) Tabak. Homogenisierter Tabak besteht aus fein gemahlenem und wieder gebundenem Rohtabak oder Fabrikationsabfällen. Für Pfeifen werden Schnitttabak (Tabakmischungen über 1,4 Millimeter Schnittbreite), Presstabak (in Platten gepresster Tabak) oder gesponnener Tabak (in ein Deckblatt eingerollter Tabak in Strangform) verwendet. Außer diesen Produkten, die alle geraucht werden, gibt es auch rauchlosen Tabak, der in fester Form über Mund oder Nase konsumiert wird.

Ab dem Ende des 16. Jahrhunderts wurde Tabak in Europa vorwiegend geschnupft oder in Pfeifen geraucht, später kamen Zigarren auf. Ab der Mitte des 17. Jahrhunderts wurde Tabak auch gekaut und zu Beginn des 19. Jahrhunderts kamen Zigaretten auf den Markt. Nach der Erfindung der Zigarettenrollmaschine im Jahr 1881, die die Massenproduktion von Zigaretten ermöglichte, stieg der Zigarettenkonsum deutlich an, sodass Zigaretten heute weltweit mit 96 Prozent den größten Anteil an allen Produkten des Tabakmarktes ausmachen.

In Deutschland entfallen 64 Prozent des Gesamttabakabsatzes auf Fabrikzigaretten, die zusammen mit Feinschnitt 95 Prozent des Tabakabsatzes ausmachen. Zigarren und Zigarillos, Pfeifentabak sowie Kau- und Schnupftabak haben einen sehr geringen Marktanteil. Seit einigen Jahren kommen Wasserpfeifen zunehmend in Gebrauch – im Jahr 2013 entfiel etwa die Hälfte des verkauften Pfeifentabaks auf Wasserpfeifentabak.

25,7 Tausend Tonnen Feinschnitt entsprechen rund 38,6 Milliarden Zigaretten (1 kg Feinschnitt entspricht etwa 1500 Zigaretten).



Absatz von verschiedenen in Deutschland versteuerten Tabakprodukten 2002, 2008 und 2014
Netto-Bezug von Steuerzeichen | Daten: Statistisches Bundesamt

Zigaretten

Für handelsübliche Zigaretten wird geschredderter und homogenisierter Tabak, der mit zahlreichen Zusatzstoffen zur Aromatisierung und Feuchthaltung versetzt ist, maschinell in dünnes Papier gewickelt. Zigaretten haben verschiedene Nikotinstärken und meist einen Filter.



Zigarren und Zigarillos

Zigarren und Zigarillos werden aus verschiedenen Tabaksorten hergestellt. Bei Zigarren umschließen ein Umblatt und ein Deckblatt eine Einlage aus ganzen, gerissenen oder zerkleinerten Tabakblättern. Für Zigarillos dient als Umblatt homogenisierter Tabak.

Eco-Zigarillos sehen aus wie Zigaretten, ihr Deckblatt besteht aber aus verarbeitetem Tabak, nicht aus Papier.



Wasserpfeifentabak

Bei der Wasserpfeife, auch Shisha, Narghileh oder Hookah genannt, werden feuchte Tabakmischungen auf Kohle verschwelt. Der Rauch wird durch ein Wassergefäß geleitet, wobei er sich abkühlt, und dann über einen Schlauch inhaliert. Der Wasserpfeifentabak ist sehr stark aromatisiert und hat einen besonders hohen Anteil an Feuchthaltemitteln.



Feinschnitt



Feinschnitt ist fein geschnittener, loser Tabak, den der Konsument selbst von Hand oder mit einer kleinen Tabakdrehmaschine in Zigarettenpapier wickelt, wobei er nach Wunsch einen Filter hinzufügen kann. Alternativ kann der Tabak mit einer kleinen Tabakstopfmaschine in vorgefertigte Hülsen gestopft werden. Feinschnitt gibt es in verschiedenen Nikotinstärken.

Pfeifentabak

Pfeifentabak ist geschnittener, loser Tabak, der in Pfeifen gestopft wird. Meist ist er stark aromatisiert.



Rauchlose Tabakprodukte

Kautabak wird in Rollen, Stangen, Würfeln oder Platten produziert und eignet sich zum Kauen oder Lutschen. Er wird aus stark nikotinhaltigen Rohtabaken hergestellt und aromatisiert. Schnupftabak ist pulverisierter Tabak, der in einer Prisengröße von 30 bis 50 mg in die Nase eingezogen (geschnupft) wird. In Bayern ist Schnupftabak auch als „Schmalzler“ bekannt. Rauchlose Tabakprodukte geben das Nikotin langsamer ab als gerauchte Tabakprodukte.



Tabakprodukte in Deutschland
Zigaretten, Feinschnitt, Zigarren und Zigarillos, Pfeifentabak, Wasserpfeifentabak und rauchlose Tabakprodukte

1.4 In Tabakprodukten verwendete Zusatzstoffe

Die Tabakwarenhersteller fügen ihren Produkten bis zu 600 Zusatzstoffe hinzu, die über 10 Prozent des Gesamtgewichts eines Produktes ausmachen können. Diese Zusatzstoffe werden dem Rohtabak, der Papierhülle und den Filtern zugefügt. Sie dienen unter anderem dazu, den Geschmack, den Geruch und die Inhalation für den Raucher so angenehm wie möglich zu gestalten. Zudem haben sie Einfluss auf die Abbrenngeschwindigkeit der Zigarette.

Die deutsche Tabakverordnung erlaubt bei der Herstellung von Tabakprodukten eine Vielzahl von Zusatzstoffen, von denen die meisten für Lebensmittel genehmigt sind. Gestattet sind demnach sämtliche Aromen der Aromenverordnung, die mehr als 130 Einzelsubstanzen und 30 chemisch nicht definierte Gemische umfasst. Darüber hinaus sind durch die Tabakverordnung 120 weitere Einzelsubstanzen und 115 chemisch entweder nur vage definierte oder völlig undefinierte Gemische erlaubt.

Zu den am häufigsten verwendeten Zusatzstoffen gehören Menthol, Zucker, Lakritze und Kakao.

In Lebensmitteln unbedenkliche Zusatzstoffe können sich in Rauchwaren, die bei bestimmungsgemäßem Gebrauch nicht gegessen, sondern geraucht werden, teilweise in gesundheitsgefährdende Substanzen umwandeln, denn in den hohen Temperaturen der Glutzone (600 bis 900 °C) verdampfen, sublimieren oder verbrennen die Zusatzstoffe. Dabei können Dutzende krebserzeugender Verbrennungsprodukte sowie Kohlendioxid, Stickstoffoxide und Schwefeldioxid entstehen. Beim Rauchen werden diese gesundheitsgefährdenden Verbrennungsprodukte zusammen mit den anderen Inhaltsstoffen des Tabakrauchs inhaliert. Über die Lunge werden Gase, flüchtige Substanzen und auch kleine Partikel besonders schnell und effektiv aufgenommen.

Zusatzstoffe mögen in Lebensmitteln unbedenklich sein, in Tabakprodukten sind sie es jedoch nicht.

Für Tabak

***Chemisch undefinierte Gemische*:**
frische & getrocknete Früchte, Fruchtsaft & -sirup, Süßholz, Lakritze, Ahornsirup, Melasse, Gewürze, Honig, Wein, Likörwein, Spirituosen, Kaffee, Tee, Kakao, Dextrine, Zuckerarten, Stärke u.a.

***Feuchthaltemittel*:**
Glyzerin, hydrierter Glucosesirup, hydrierte Saccharide, 1,2-Propylenglykol, 1,3-Butylenglykol, Triethylenglykol, Orthophosphorsäure, Glyzerin-Phosphorsäure sowie deren Natrium-, Kalium- & Magnesiumsalze u.a.

***Klebe-, Haft- & Verdickungsmittel*:**
Gelatine, Schellack, Collodium, Celluloseacetat, Ethyl- & Methylcellulose, Carboxymethylcellulose, Carboxymethylstärke, Gummi arabicum, Agar-Agar, Alginsäure & Alginate, Tragant, Johannisbrotkernmehl, Guarkernmehl, Polyvinylacetat, Polyvinylalkohol u.a.

***Weißbrand- & Flottbrandmittel*:**
Aluminiumhydroxid, -sulfat & -oxid, Magnesiumoxid, Talkum, Titanoxid, Alkalisalze der Salpetersäure u.a.



Zum Kleben von Mundstücken

***Stoffe für Heißschmelzstoffe*:** Paraffine, hydriertes Polycyclopentadienharz, Styrol-Misch- & Pfropfpolymerisate, mikrokristalline Wachse 2,6-Di-tert-butyl-4-methylphenol u.a.

Für Zigarettenfilter

Glyzerinacetat, Polyvinylacetat, Triethylenglykoldiacetat u.a.

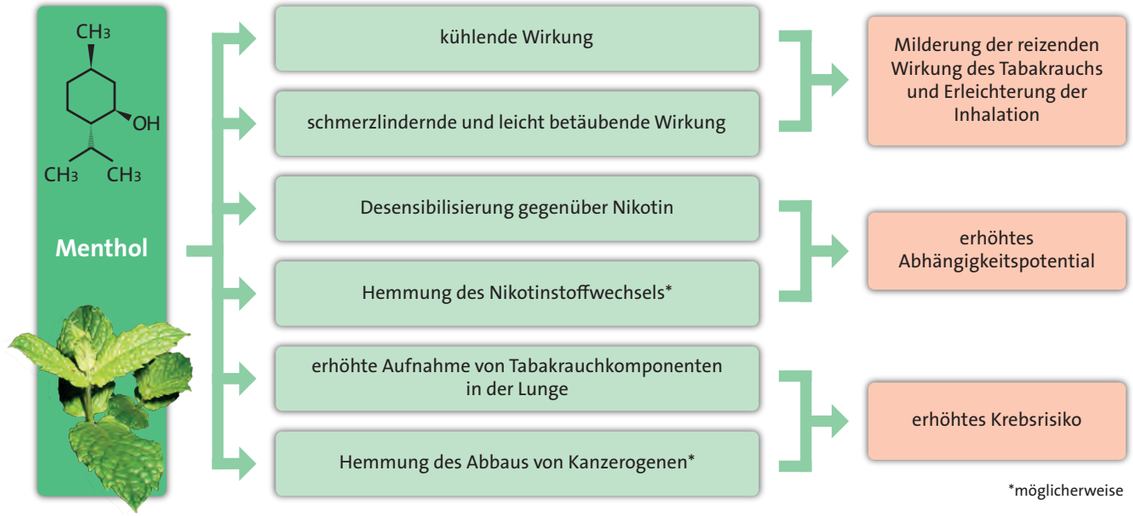
Für Mundstücke & Zigarettenpapier

***Farbstoffe*:** Brilliantschwarz, Cochenillerot, Echtrot, Indigotin sowie Chromkomplexe zweier Azo-Verbindungen u.a.

***Weichmacher für Farben & Lacke*:** Glyzerinacetate

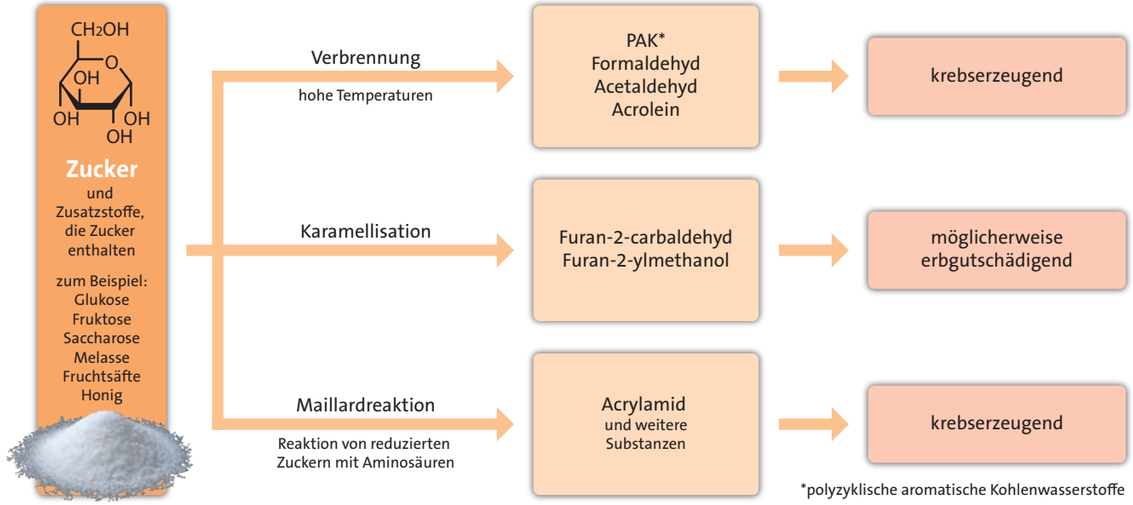
***Stoffe für Aufdrucke*:** Anthrachinonblau, Schwarz 7984, dünn- & dickflüssiges Paraffin, Lein- & Holzöl, Phenol-Formaldehyd-modifiziertes Kolophonium, mit Acrylsäure modifiziertes Kolophonium, Kondensationsprodukte von Phenolen mit Formaldehyd, Salze & Oxide des Cobalts, Salze der 2-Ethylhexansäure u.a.

Auswahl zugelassener Substanzen bei der Herstellung von Tabakprodukten



Wirkungen von Menthol beim Rauchen

Menthol ist der am häufigsten verwendete Zusatzstoff in Tabakprodukten und wird fast allen Zigaretten zugesetzt (auch Nicht-Mentholzigaretten).



Entstehung gesundheitsgefährdender Substanzen durch die Umwandlung von Zucker beim Rauchen

1.5 Inhaltsstoffe des Tabakrauchs

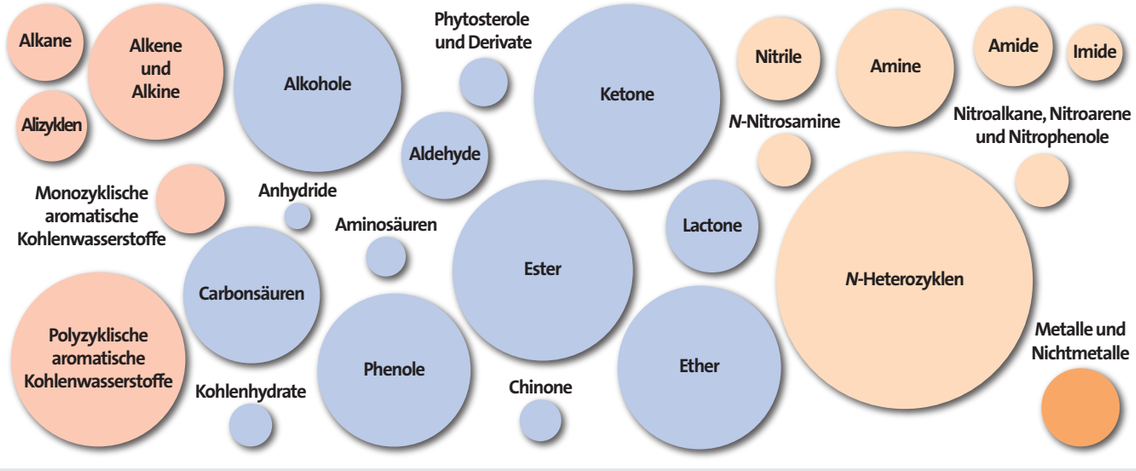
Tabakrauch ist ein komplexes Gemisch aus über 5 300 Substanzen, darunter zahlreiche giftige und krebserzeugende Stoffe. Diese liegen teils gasförmig, teils an Tabakrauchpartikel gebunden vor. Die Partikel lösen sich nach dem Einatmen im feuchten Oberflächenfilm der Lungenbläschen auf, wobei ihr Inhalt in der Feuchtigkeitsschicht aufgeht und von den Lungenzellen aufgenommen wird. Die Lunge nimmt sowohl die Partikel als auch die gasförmigen und flüchtigen Substanzen des Tabakrauchs besonders schnell auf, da sie eine große Aufnahmefläche bietet: Ausgebreitet würde sie mit rund 100 Quadratmetern die Fläche eines halben Tennisplatzes abdecken. Zudem begünstigen die dünnen Wände der Lungenbläschen und der schnelle Blutfluss in der Lunge die Aufnahme von Substanzen in den Körper.

Tabakrauch ist besonders gesundheitsschädlich, da die zahlreichen, in ihm enthaltenen Substanzen miteinander in Wechselwirkung treten und sich gegenseitig verstärken können. Die Gesundheitsgefährdung entsteht daher nicht nur durch die einzelnen Substanzen, sondern durch das komplexe Stoffgemisch. Für die Mehrzahl der krebserzeugenden Substanzen (Kanzerogene) des Tabakrauchs gibt es keine Menge, die ungefährlich wäre, und es kann kein Schwellenwert festgelegt werden, unterhalb dessen sie unbedenklich wären, da Kanzerogene bereits in geringsten Mengen Krebs erzeugen können.

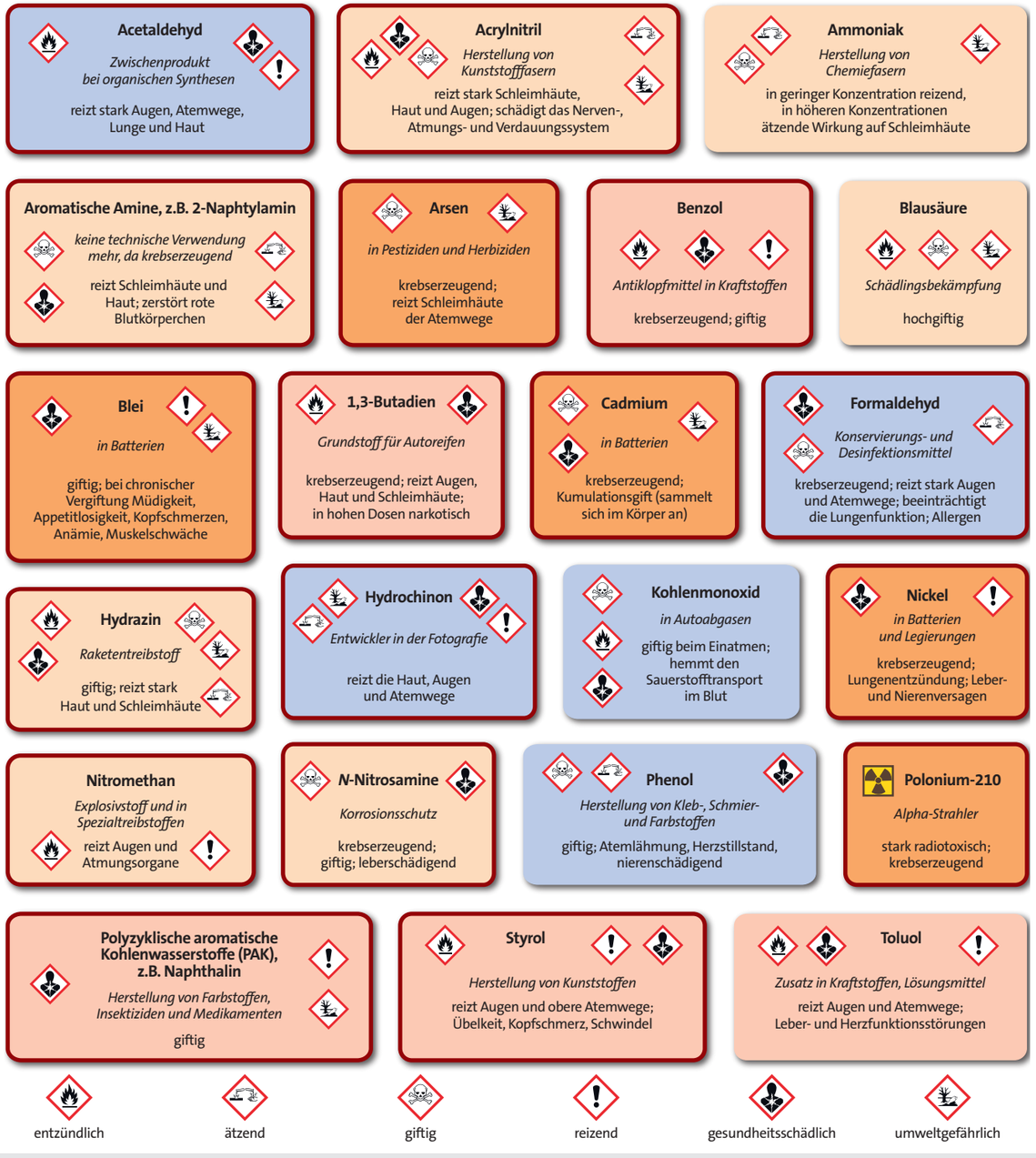
> Für Tabakrauch kann kein Grenzwert festgelegt werden, unterhalb dessen keine Gefährdung für die Gesundheit anzunehmen ist.

Auf weltweiter Basis wird die Bewertung kanzerogener Risiken verschiedener Stoffe durch die wissenschaftlich unabhängige International Agency for Research on Cancer (IARC) der Weltgesundheitsorganisation vorgenommen. In Deutschland prüft die MAK-Kommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) regelmäßig Chemikalien auf ihre krebserzeugende Wirkung und stuft sie in entsprechende Kategorien ein. Auch in anderen Ländern klassifizieren unabhängige Institutionen Substanzen nach ihrer Toxizität und Kanzerogenität.

Bisher wurden von der IARC und der DFG 90 Bestandteile des Tabakrauchs als krebserzeugend oder möglicherweise krebserzeugend eingestuft. Da jedes Jahr weitere im Tabakrauch enthaltene Substanzen bewertet werden, ist damit zu rechnen, dass in den kommenden Jahren noch weitere Substanzen aus dem Tabakrauch als krebserzeugend klassifiziert werden.



Klassen chemischer Verbindungen entsprechend der Anzahl ihrer Einzelsubstanzen im Tabakrauch
Kohlenwasserstoffe, Sauerstoffverbindungen, Stickstoffverbindungen, Metalle und Nichtmetalle



Auswahl gesundheitsgefährdender Substanzen im Tabakrauch sowie deren Vorkommen in anderen Produkten und gesundheitliche Wirkungen | Kohlenwasserstoffe, Sauerstoffverbindungen, Stickstoffverbindungen, Metalle, krebserzeugend oder wahrscheinlich/möglicherweise krebserzeugend

1.6 Produkte mit verringertem Gesundheitsrisiko

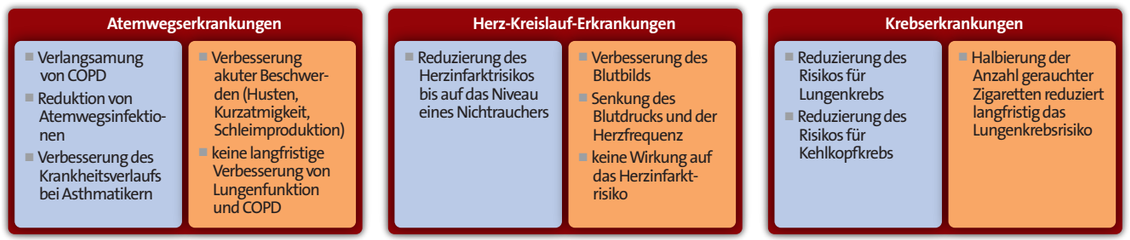
Rauchen schadet der Gesundheit – einzig ein konsequenter Rauchstopp kann das stark erhöhte Erkrankungs- und Sterberisiko wieder deutlich absenken. Ein dauerhafter Rauchstopp fällt allerdings vor allem stark abhängigen Rauchern besonders schwer. Für diese Untergruppe der Raucher könnte es sinnvoll sein, ihren Zigarettenkonsum zu reduzieren oder von Zigaretten auf Produkte mit verringertem Gesundheitsrisiko (Reduced Risk Products, RRP) umzusteigen. RRP versorgen Raucher mit Nikotin, setzen sie jedoch nicht den Giftstoffen des Zigarettenrauchs aus. Zu den RRP gehören derzeit rauchlose Tabakprodukte (Schnupf-, Kau- und Lutschtabak), E-Inhalationsprodukte und Tabakprodukte zum Erhitzen. Daneben stehen klinisch geprüfte Nikotinersatzprodukte zur Verfügung, die als Hilfsmittel für einen vollständigen Rauchstopp zugelassen sind.

Dieser als „Harm Reduction“ (Schadensminderung) bezeichnete Ansatz ist umstritten. Befürworter sehen darin eine Möglichkeit, die Gesundheitsschäden durch das Rauchen zu verringern, indem Raucher zunächst durch gleichzeitigen Gebrauch von Zigaretten und RRP („Dual Use“) ihren Zigarettenkonsum reduzieren, anschließend vollständig auf das RRP umsteigen und schließlich auch diesen Konsum beenden. Kritiker hingegen befürchten, dass durch den doppelten Gebrauch die Rauchgewohnheit dauerhaft bestehen bleibt – dies bringt keinen nennenswerten gesundheitlichen Vorteil gegenüber dem Rauchen. Selbst bei einem vollständigen Umstieg auf RRP bleibt eine gewisse Gesundheitsgefährdung durch das Produkt selbst bestehen.

Als problematisch wird auch gesehen, dass die Hersteller ihre Werbung für RRP auf junge Konsumenten ausrichten. Denn die Produkte enthalten zwar weniger Schadstoffe als Zigaretten, sind aber nicht harmlos. Wenn nun mehr junge Menschen in den Konsum von RRP einsteigen und möglicherweise später sogar auf Zigaretten umsteigen als Raucher mithilfe der Produkte mit dem Rauchen aufhören, dann bringen RRP der Gesellschaft mehr Schaden als Nutzen. Bedenken schürt außerdem, dass die Tabakindustrie den Begriff „Harm Reduction“ nutzt, um ein Image verantwortungsbewusster Unternehmen aufzubauen und in Regulierungsfragen als legitimer Partner von Regierungen aufzutreten.



Gefährdungspotential von Tabak- und Nikotinprodukten



Vergleich der gesundheitlichen Vorteile eines Rauchstopps und einer Reduzierung der täglich gerauchten Zigaretten

Nikotinersatzprodukte



Nikotinersatzprodukte sind zur Tabakentwöhnung zugelassene, klinisch geprüfte Medikamente. Im Rahmen einer Harm-Reduction-Strategie können sie auch Rauchern zeitlich befristet angeboten werden, um den Tabakkonsum zu senken.

E-Inhalationsprodukte



Das Aerosol von E-Zigaretten enthält weniger Schadstoffe als Tabakrauch, ist aber nicht schadstofffrei. Studien zu möglichen Gesundheitsschäden insbesondere infolge einer langfristigen Nutzung fehlen. Ein Nutzen in der Tabakentwöhnung ist möglich, aber nicht nachgewiesen.

Tabakprodukte zum Erhitzen

Vom Hersteller durchgeführte Studien mit Prototypen von so genannten Heat Sticks zeigen eine Verringerung der Schadstoffbelastung im Vergleich zu herkömmlichen Zigaretten. Unabhängige Studien liegen nicht vor.



Snus (verboten in der EU, erlaubt in Schweden und Norwegen)



Snus ist weniger schädlich als Rauchtabakprodukte, aber nicht harmlos. Snus erhöht das Risiko für Pankreaskrebs und für Früh- und Totgeburt sowie möglicherweise das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko.

RRP sollten nur mit dem Ziel eines Rauchausstiegs verwendet werden. Der gleichzeitige Konsum von RRP und Zigaretten („Dual Use“) bringt keinen gesundheitlichen Vorteil.

Schnupftabak



Es gibt nur wenige Studien zu möglichen Gesundheitsschäden durch Schnupftabak. Diese deuten darauf hin, dass der Konsum von Schnupftabak das Risiko für manche Krebsarten, darunter Krebs der Mundhöhle, erhöht.

Light-Zigaretten



Light- Zigaretten, die pro Zug weniger Teer und Nikotin abgeben, wurden zur Schadensreduzierung entwickelt. Ein gesundheitlicher Vorteil konnte für Light-Zigaretten nicht nachgewiesen werden; lediglich für Lungenkrebs fanden manche Studien ein geringfügig reduziertes Risiko.

Tabakprodukte ohne Zusatzstoffe



Bei Zigaretten ohne Zusatzstoffe wird für die Tabakmischung auf die Zugabe von Zusatzstoffen verzichtet – Filter und Zigarettenpapier hingegen enthalten Zusatzstoffe. Auch Zigaretten ohne Zusätze sind schädlich, da beim Abbrennen zahllose gesundheitsgefährdende und krebserzeugende Substanzen entstehen.

Produkte mit verringertem Gesundheitsrisiko (Reduced Risk Products, RRP) | gesundheitlicher Vorteil erwiesen (Nikotinersatzprodukte), gesundheitlicher Vorteil unklar (Schnupftabak, Snus, E-Inhalationsprodukte, Tabakprodukte zum Erhitzen), kein gesundheitlicher Vorteil (Light-Zigaretten, Tabakprodukte ohne Zusatzstoffe)

E-Inhalationsprodukte

2

2.1 E-Inhalationsprodukte im Überblick

Elektronische Inhalationsprodukte (E-Inhalationsprodukte) sind Tabakerzeugnissen verwandte Produkte, in denen eine Flüssigkeit (Liquid) aus Propylenglykol und/oder Glyzerin, Aromen und zumeist Nikotin verdampft wird. Das dabei entstehende Aerosol wird wie beim Rauchen inhaliert. Liquids gibt es mit Tabak-, Frucht-, Kräuter-, Getränke-, Süßigkeiten- und Fantasiearomen. Es ist auch möglich, sich eigene Liquids zu mischen.



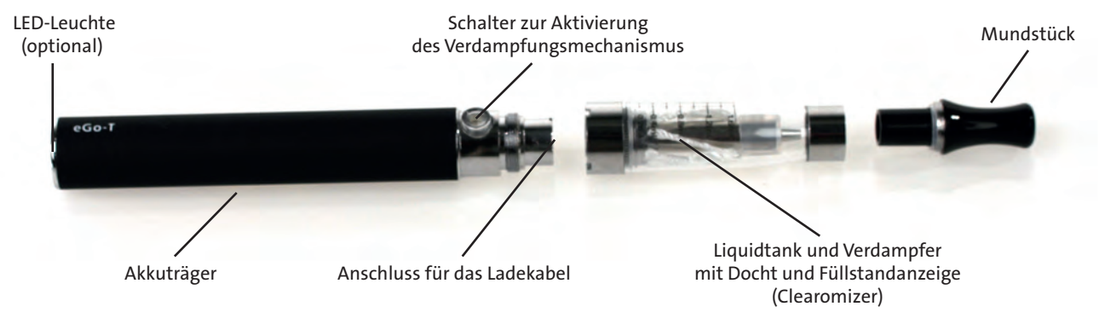
Die anfangs auf dem Markt erhältlichen E-Inhalationsprodukte ähnelten herkömmlichen Zigaretten; mittlerweile gibt es Produktvarianten in den verschiedensten Formen und Farben – auch Pfeifen, Zigarren oder Joints nachempfundene Produkte. Vor allem unter Jugendlichen beliebt sind Produkte mit der Bezeichnung E-Shisha, die sich jedoch im Aufbau und im Äußeren nicht von E-Zigaretten unterscheiden; oft sind sie allerdings besonders bunt bedruckt.

Alle haben den gleichen Grundaufbau aus Mundstück, elektronischem Verdampfer, Flüssigkeitsdepot und Batterie oder Akku. Der Verdampfungsmechanismus wird entweder durch das Saugen am Mundstück oder durch das Betätigen eines Schalters aktiviert, wodurch das Liquid unter Wärmeeinwirkung vernebelt wird. Aerosol wird nur während der Aktivierung produziert, nicht in den Pausen zwischen den einzelnen Zügen. Bei einigen Geräten simuliert eine LED-Leuchte das Glimmen des Tabaks.

Es gibt Einwegprodukte, die weggeworfen werden, wenn das Liquid aufgebraucht und/oder die Batterie leer ist, sowie nachfüllbare und wiederaufladbare Mehrwegprodukte, bei denen einzelne Elemente wie der Verdampfer ausgetauscht werden können. Bei den austauschbaren Verdampfern werden verschiedene Typen unterschieden: Bei Atomizern sind Verdampfer und Liquidtank baulich getrennt. Cartomizer und Clearomizer sind Verdampfer, die mit dem Liquidtank ein Bauteil bilden. Clearomizer enthalten im Gegensatz zu Cartomizern einen Docht anstelle eines Füllmaterials, das das Liquid absorbiert, und sind durchsichtig, sodass die verbleibende Liquidmenge abgelesen werden kann.

Zudem gibt es als Mods bezeichnete Produkte, bei denen die Luftzufuhr und die Akkuleistung variiert werden können, um die Aerosolbildung zu beeinflussen.

Die Tabakkonzerne entwickeln teilweise eigene E-Zigaretten sowie eine Variante, in der anstelle des Liquids Tabak erhitzt wird (Heat Stick). Bislang sind Heat Sticks nur auf Testmärkten außerhalb Deutschlands erhältlich.



Aufbau einer E-Zigarette
Nachfüllbares und wieder aufladbares Produkt mit Clearomizer

E-Zigaretten

Einwegprodukte: Einwegprodukte sind meist herkömmlichen Zigaretten nachempfunden, können aber auch einem Stift ähneln. Sie reichen in der Regel für rund 200–500 Züge, was etwa ein bis zwei Packungen Zigaretten entspricht.



Nachfüllbare Produkte: Die meisten E-Inhalationsprodukte können mit Liquid wiederbefüllt werden und verfügen über einen aufladbaren Akku. Es gibt sie in vielen unterschiedlichen Ausführungen.



Mods: Weiter entwickelte E-Zigaretten, bei denen der Konsument Bauteile variieren kann, werden als Mods bezeichnet. Sie haben eine starke Aerosolproduktion, lange Akkulaufzeiten und können eine große Menge Liquid aufnehmen.



E-Zigarren

E-Zigarren sehen Tabakzigarren ähnlich; es gibt sie als Wegwerfprodukte und zum Nachfüllen.



E-Pfeifen



Bei elektrischen Pfeifen enthält der Pfeifenkopf den Akku, das Liquiddepot und der Verdampfer befinden sich im Pfeifenstiel. Sie sind aufladbar.

E-Shishas



Die unter dem Namen „E-Shisha“ oder „E-Hookah“ verkauften Produkte gleichen in der Regel im Aufbau und im Äußeren E-Zigaretten. Meist sind sie stiftförmig und bunt bedruckt; manchmal haben sie ein Mundstück wie eine Wasserpfeife.

Elektronische Hookah-Köpfe werden auf herkömmlichen Wasserpfeifen angebracht und ersetzen Tabak und Kohle. Die nachfüllbaren Aufsätze bestehen wie E-Zigaretten aus einem Verdampfer, einem Akku und einem Liquidtank.



E-Joints



Der E-Joint ist eine elektrische Zigarette in der klassischen Tütenform eines Joints. Die Produkte enthalten keinen Hanfextrakt; allerdings gibt es Versionen mit Liquids, die eine stimmungsbeeinflussende Wirkung versprechen.

Heat Sticks (noch nicht in Deutschland erhältlich)

Zwei Tabakhersteller verkaufen seit 2013 bzw. 2014 auf Testmärkten außerhalb Deutschlands Heat Sticks, in denen Tabak erhitzt wird, ohne ihn zu verbrennen. Es gibt sie in Zigarettenform, die in ein Gerät zur Erhitzung eingefügt werden und als Tabakkapseln, die in einem feuerzeugähnlichen Gerät erhitzt werden.



E-Inhalationsprodukte in Deutschland
E-Zigaretten, E-Shishas, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Joints und Heat Sticks

2.2 Mögliche gesundheitliche Auswirkungen von E-Inhalationsprodukten

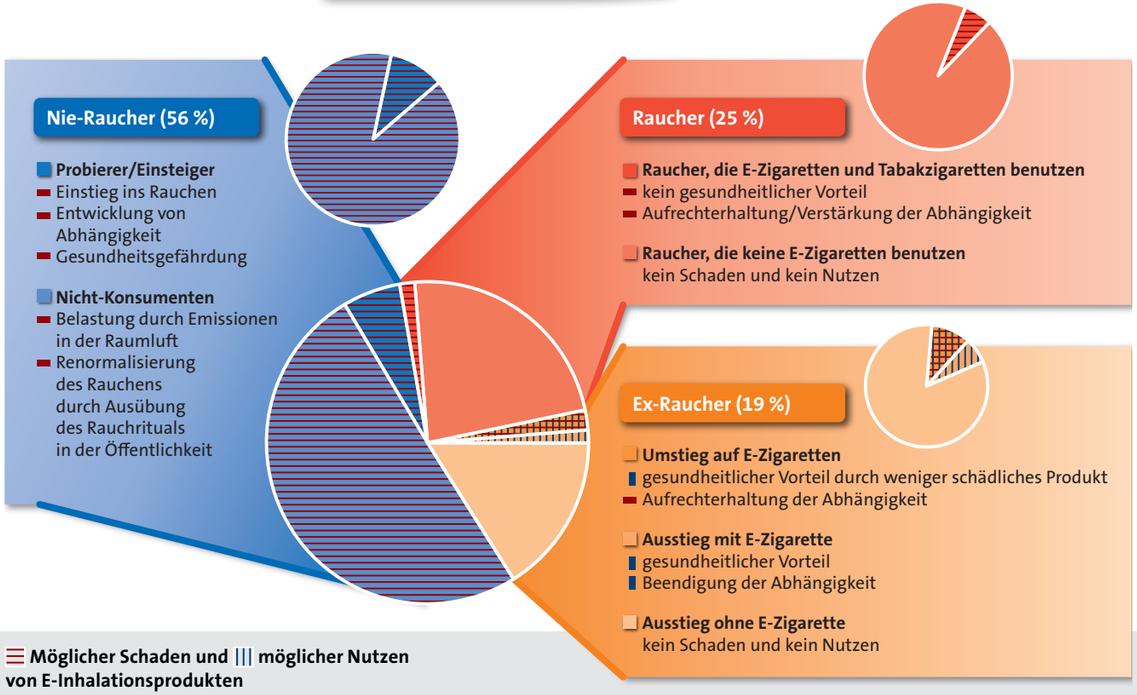
Das Aerosol von E-Inhalationsprodukten, das vom Konsumenten bis zu mehrere hundert Mal am Tag inhaliert wird, enthält gesundheitsschädliche Substanzen. Auf Zellkulturen und im Tierversuch zeigt das Aerosol von E-Zigaretten schädigende Wirkung. Über Gesundheitsschäden infolge langfristiger Nutzung liegen jedoch keine Daten vor.

Aufgrund der möglichen Gesundheitsgefährdung und des Suchtpotentials sind E-Inhalationsprodukte für Nichtraucher, Kinder, Jugendliche, Schwangere und Personen mit geschädigter Lunge oder Herz-Kreislauferkrankungen vollkommen ungeeignet. Für Raucher ist davon auszugehen, dass E-Zigaretten weniger schädlich sind als Zigaretten – allerdings nur, wenn der Raucher vollständig auf Tabakzigaretten verzichtet; die gleichzeitige Verwendung von E-Zigaretten und Tabakzigaretten bringt keinen nennenswerten gesundheitlichen Vorteil.

Die Emissionen von E-Inhalationsprodukten, die verschiedene, zum Teil gesundheitsschädliche Substanzen enthalten, können die Gesundheit von Nichtkonsumenten beeinträchtigen.

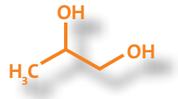
Wenn E-Zigaretten in Nichtraucherbereichen verwendet werden, könnte dies zu einer Renormalisierung des Rauchens in der Gesellschaft führen, da der Konsumvorgang dem Rauchen stark ähnelt. Kinder und Jugendliche können mit vermeintlich harmlosen, schmackhaften E-Inhalationsprodukten (auch nikotinfreien) das Rauchritual einüben, was den Wechsel zu nikotinhaltigen Produkten und zur Tabakzigarette vereinfachen kann. Ferner halten E-Zigaretten das Rauchritual aufrecht und erschweren Rauchern so möglicherweise die Motivation, ganz mit dem Rauchen aufzuhören.

> Beim Erhitzen des Liquids können krebserzeugende Substanzen entstehen.



☰ Möglicher Schaden und ||| möglicher Nutzen von E-Inhalationsprodukten

Propylenglykol



Mit jedem Zug an einer E-Zigarette inhaliert der Konsument 160 mg/m³ Propylenglykol. Die MAK-Kommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe berechnet als mögliche Höchstdosis, bei der keine gesundheitsschädlichen Wirkungen zu erwarten sind, einen Bereich von 6–12 mg/m³ Propylenglykol.

Aromen

Manche der in E-Zigaretten verwendeten Aromen haben allergene Wirkung, wie beispielsweise Zimtaldehyd, Kumarin, Eugenol, Linalool, Benzylalkohol und Anisalkohol. Die Aromen Diacetyl und Acetylpropionyl, die in Liquids mit süßen Geschmacksrichtungen gefunden wurden, verursachen bei Inhalation Atemwegserkrankungen.

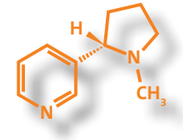


Metalle

Im Aerosol von E-Zigaretten wurden Cadmium (krebserzeugend), Nickel und Blei (beide möglicherweise krebserzeugend) nachgewiesen sowie Aluminium (beeinträchtigt die Lungenfunktion) und das gesundheitsschädliche Kupfer.

112,4	58,69	207,2	26,98	63,55
Cd	Ni	Pb	Al	Cu
48	28	82	13	29

Nikotin



Nikotin macht abhängig. Es beeinträchtigt das Immunsystem und fördert die Entstehung von Herz-Kreislauferkrankungen und Typ 2-Diabetes sowie das Krebswachstum. Nikotinkonsum während der Schwangerschaft stört die Hirnentwicklung des Fetus und führt zu dauerhaften Verhaltensauffälligkeiten der Kinder. In größeren Mengen verursacht Nikotin Vergiftungserscheinungen (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, verlangsamter Herzschlag, beeinträchtigte Atmung) bis hin zum Tod.

Partikel



Das Aerosol von E-Zigaretten enthält Flüssigkeitspartikel in ähnlicher Größe und Konzentration wie im Tabakrauch, wobei bei höherem Nikotingehalt der Liquids und längerer Zugdauer mehr Partikel gebildet werden. Die Partikel des E-Zigarettenaerosols lagern sich in der Lunge ab. Es ist davon auszugehen, dass die Partikel die Gesundheit beeinträchtigen können.

Krebserzeugende Substanzen (Kanzerogene)

Im Aerosol der meisten Liquids finden sich die krebserzeugenden Substanzen Formaldehyd, Benzol und tabakspezifische Nitrosamine sowie Acetaldehyd und Ethylbenzol (beide möglicherweise krebserzeugend). Die krebserzeugenden Substanzen liegen im E-Zigarettenaerosol in sehr geringer Konzentration vor und entstehen zum Teil erst bei der Verdampfung. Für ein solches Gemisch verschiedener Kanzerogene gibt es keinen Schwellenwert, unterhalb dessen eine kanzerogene Wirkung auszuschließen wäre. Daher sind auch die geringen Mengen an Kanzerogenen im E-Zigarettenaerosol als bedenklich zu bewerten.



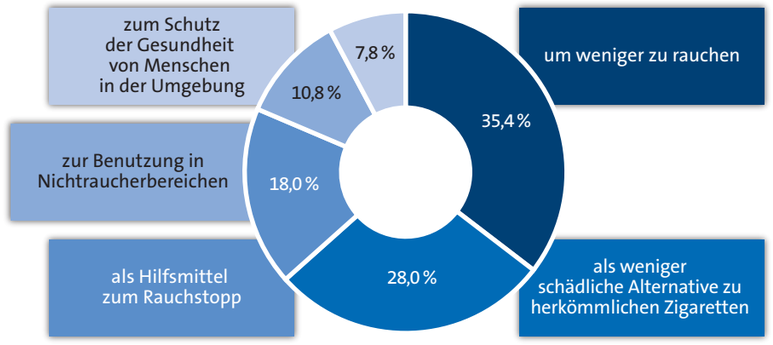
Mögliche Gesundheitsgefahren durch Inhaltsstoffe im Aerosol von E-Inhalationsprodukten

2.3 Konsum von E-Inhalationsprodukten

In Deutschland haben im Jahr 2015 knapp sechs Prozent der Bevölkerung E-Zigaretten zumindest einmal ausprobiert oder sind aktuelle Konsumenten. Vor allem Raucher sowie Jugendliche und junge Erwachsene interessieren sich für die Produkte. Fast 14 Prozent der Raucher haben sie ausprobiert, benutzen sie aber nicht dauerhaft.

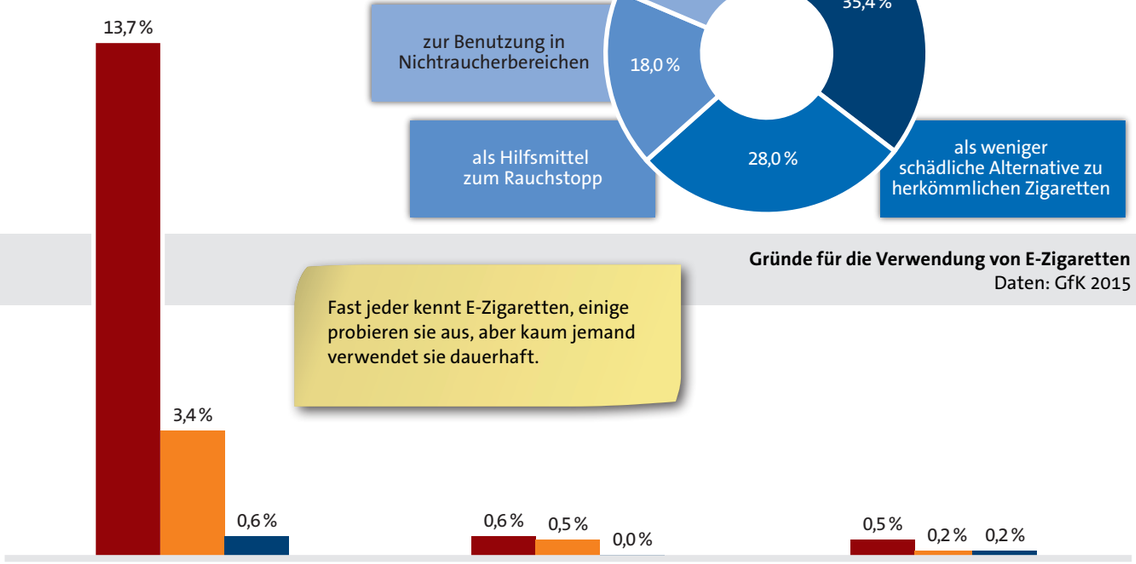
Unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen interessieren sich verhältnismäßig viele Nie-Raucher für E-Inhalationsprodukte. So hat im Jahr 2014 insgesamt etwa jeder neunte 12- bis 17-Jährige zwar E-Inhalationsprodukte ausprobiert, aber noch nie geraucht. Die Jüngeren (12–15 Jahre) greifen eher zu E-Inhalationsprodukten als zu Tabakzigaretten. Die Älteren (16–17 Jahre) dagegen rauchen eher, allerdings verwenden sie E-Inhalationsprodukte fast so häufig wie Tabakzigaretten. Jungen verwenden E-Inhalationsprodukte etwas häufiger als Mädchen. Hauptschüler probieren E-Inhalationsprodukte häufiger als Real- und Gesamtschüler; das geringste Interesse an den Produkten zeigen Gymnasiasten.

Zwar probieren einige Menschen E-Zigaretten aus, aber nur wenige werden Dauerkonsumenten. Die meisten Raucher probieren E-Zigaretten als weniger schädliche Alternative zu herkömmlichen Zigaretten aus, um weniger zu rauchen oder um ganz mit dem Rauchen aufzuhören. Einige Raucher benutzen die E-Zigarette in Rauchverbotsbereichen als Ersatz für herkömmliche Zigaretten.



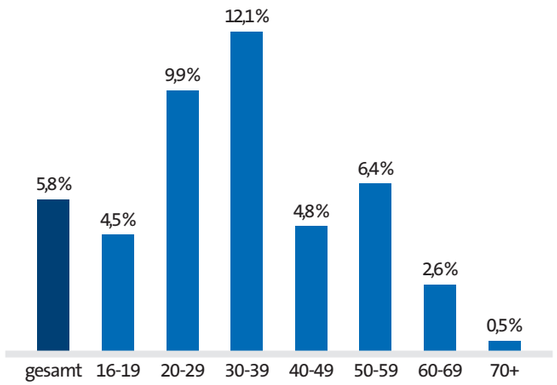
Gründe für die Verwendung von E-Zigaretten
Daten: GfK 2015

Fast jeder kennt E-Zigaretten, einige probieren sie aus, aber kaum jemand verwendet sie dauerhaft.

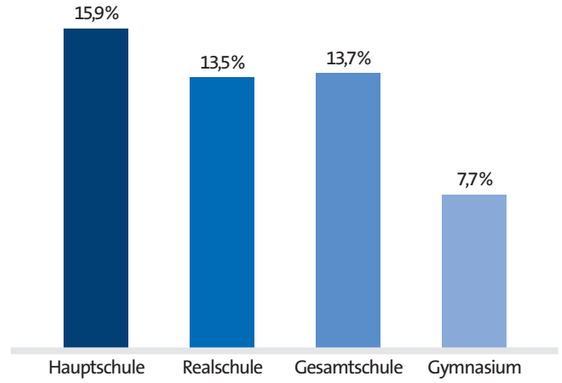


Konsum von E-Zigaretten durch Raucher, Ex-Raucher und Nie-Raucher im Alter von 16 Jahren und älter
nach Häufigkeit der Verwendung | Daten: GfK 2015

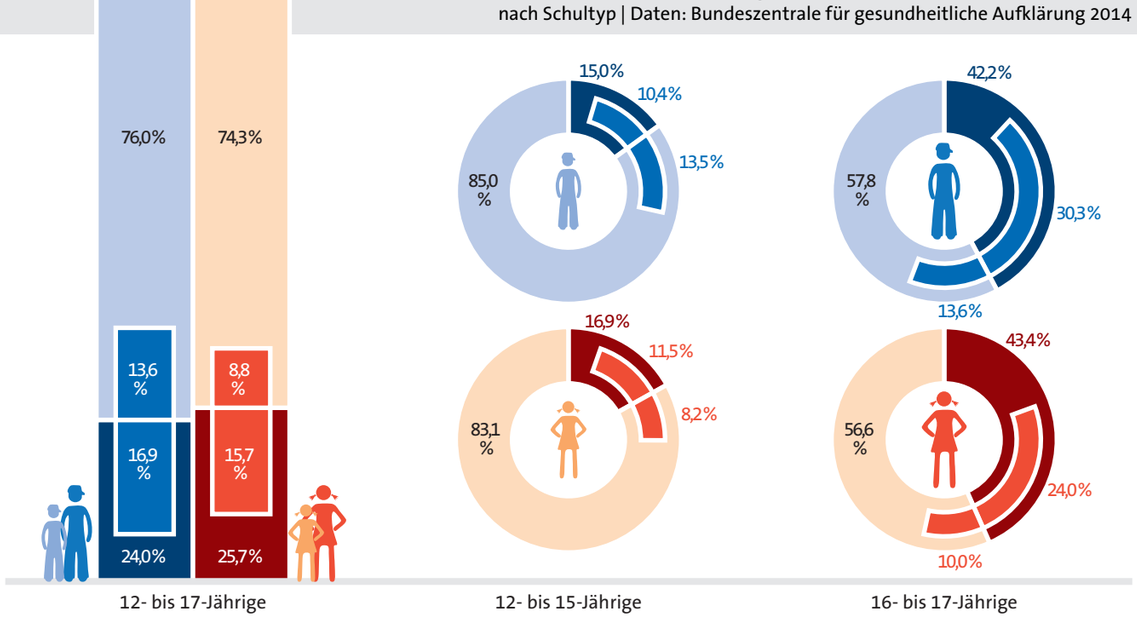
Jemalskonsumenten von E-Zigaretten im Alter von 16 Jahren und älter
nach Altersgruppen | Daten: GfK 2015



Besonders Jugendliche und junge Erwachsene probieren E-Zigaretten. 12- bis 15-Jährige probieren E-Zigaretten häufiger als herkömmliche Zigaretten.



Jemalskonsum von E-Inhalationsprodukten von Schülern der Sekundarstufe I
nach Schultyp | Daten: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2014



Jemalskonsum von E-Inhalationsprodukten bei 12- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen unter Jemalsrauchern und Nie-Rauchern | nach Altersgruppen | Daten: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2014

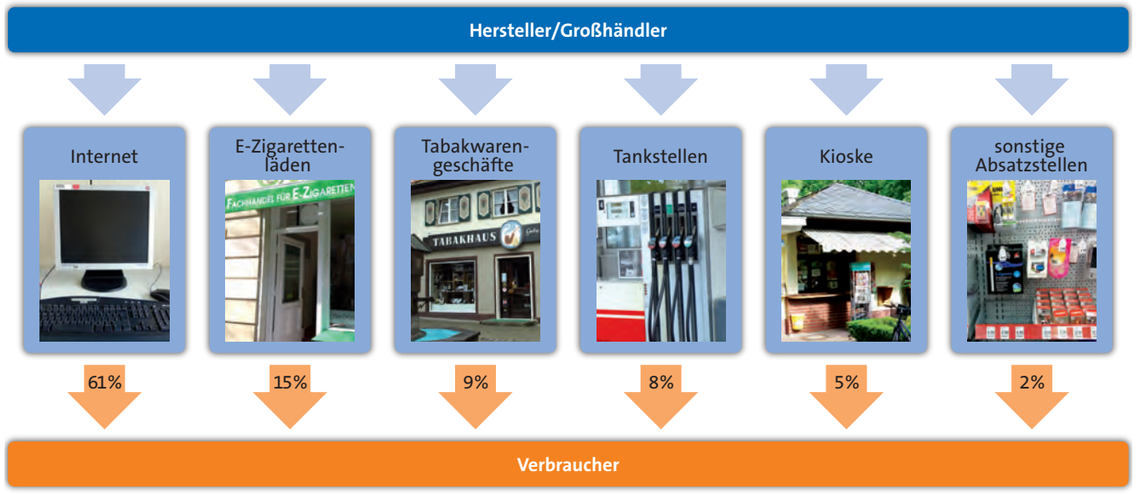
2.4 Markt und Regulierung von E-Inhalationsprodukten

Marktentwicklung | E-Zigaretten wurden im Jahr 2003 von dem chinesischen Pharmazeuten Hon Lin entwickelt und 2004 auf den chinesischen Markt gebracht. Seit 2006 sind E-Zigaretten weltweit erhältlich und inzwischen gibt es mehrere Hersteller. Anfangs wurden E-Zigaretten nur von kleineren Händlern und Herstellern über das Internet vertrieben; mittlerweile sind sie auch in Tabakwarengeschäften, an Tankstellen und Kiosken sowie in Supermärkten erhältlich und es gibt Läden, die ausschließlich E-Inhalationsprodukte verkaufen. Seit 2012 sind auch alle großen Tabakkonzerne durch den Aufkauf von E-Zigarettenunternehmen oder durch die Entwicklung eigener Marken auf dem E-Zigarettenmarkt vertreten. Der Absatz von E-Zigaretten ist in den letzten Jahren nach Angaben der Händler stark angestiegen; offizielle Daten über die Entwicklung liegen nicht vor. Im Jahr 2013 betrug das Umsatzvolumen des E-Zigarettenmarktes in Deutschland rund 100 Millionen Euro.

Marketing | Die Werbung für E-Zigaretten unterliegt in Deutschland – im Gegensatz zur Tabakwerbung – bislang keinen Beschränkungen. Derzeit werden E-Zigaretten in vielen Medien beworben – als weniger schädliche Alternative zum Rauchen, als Hilfsmittel zum Rauchstopp, zur Verwendung in Nichtraucherbereichen oder als trendiges Life-Style-Produkt. Dabei werden berühmte Personen als Werbeträger eingesetzt und Motive der Zigarettenwerbung aufgegriffen. Zielgruppe sind vor allem junge Menschen.

Regulierung | Derzeit sind E-Inhalationsprodukte ohne jegliche Einschränkung auf dem Markt. Die europäische Tabakproduktrichtlinie 2014/40/EU, die bis zum 20. Mai 2016 in innerstaatliches Recht umzusetzen ist, sieht Vorschriften zur Produktqualität und ein Werbeverbot für nikotinhaltige E-Zigaretten in Radio, Fernsehen, Printmedien und Internet sowie ein Sponsoringverbot vor. Jugendschutz, der Schutz Dritter vor Emissionen und der Umweltschutz werden nicht von der Tabakproduktrichtlinie erfasst und sollten durch deutsches Recht reguliert werden. Manche Maßnahmen werden bereits in der Politik diskutiert.

Ein großer Tabakhersteller rechnet damit, dass innerhalb der nächsten fünf Jahre drei bis fünf Prozent der Tabakraucher auf seine neuen E-Produkte umsteigen.



Warenfluss von E-Zigaretten von den Herstellern über Händler zu den Verbrauchern
Stand: 2014



Marketing für E-Inhalationsprodukte
Beispiele für Werbung im Internet, im Fernsehen, auf Plakaten, am Verkaufsort, auf Automaten

Maßnahme	gesetzlich reguliert	mögliche zukünftige gesetzliche Regulierung
Technische Sicherheitsstandards und Kennzeichnungsplicht	nein	Durch die europäische Richtlinie 2014/40/EU erfasst (bis zum 20. Mai 2016 in nationales Recht umzusetzen).
Werbeverbot	nein	Richtlinie 2014/40/EU sieht ein Verbot der Werbung in Printmedien, im Radio und TV sowie ein Verbot des Sponsorings von Radioprogrammen und internationalen Veranstaltungen vor.
Besteuerung	nein	Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung forderte im Februar 2015 eine Besteuerung nikotinhaltiger E-Inhalationsprodukte (Tabaksteuergesetz).
Verkaufsverbot an Minderjährige	nein	Verkaufs- und Nutzungsverbot für Jugendliche von der Bundesregierung für 2016 vorgesehen (Jugendschutzgesetz).
Verbot von Aromen, die für Kinder und Jugendliche attraktiv sind	nein	Keine Regulierung vorgesehen.
Nutzungsverbot in Nichtraucherbereichen	nein	Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung forderte im Februar 2015 ein Nutzungsverbot von E-Inhalationsprodukten in Nichtraucherbereichen.

Gesetzeslage in Deutschland zur Regulierung von nikotinhaltigen E-Inhalationsprodukten zum Verbraucherschutz, Jugendschutz und Schutz Dritter vor Emissionen | Stand: November 2015

Tabakkonsum und gesundheitliche Folgen

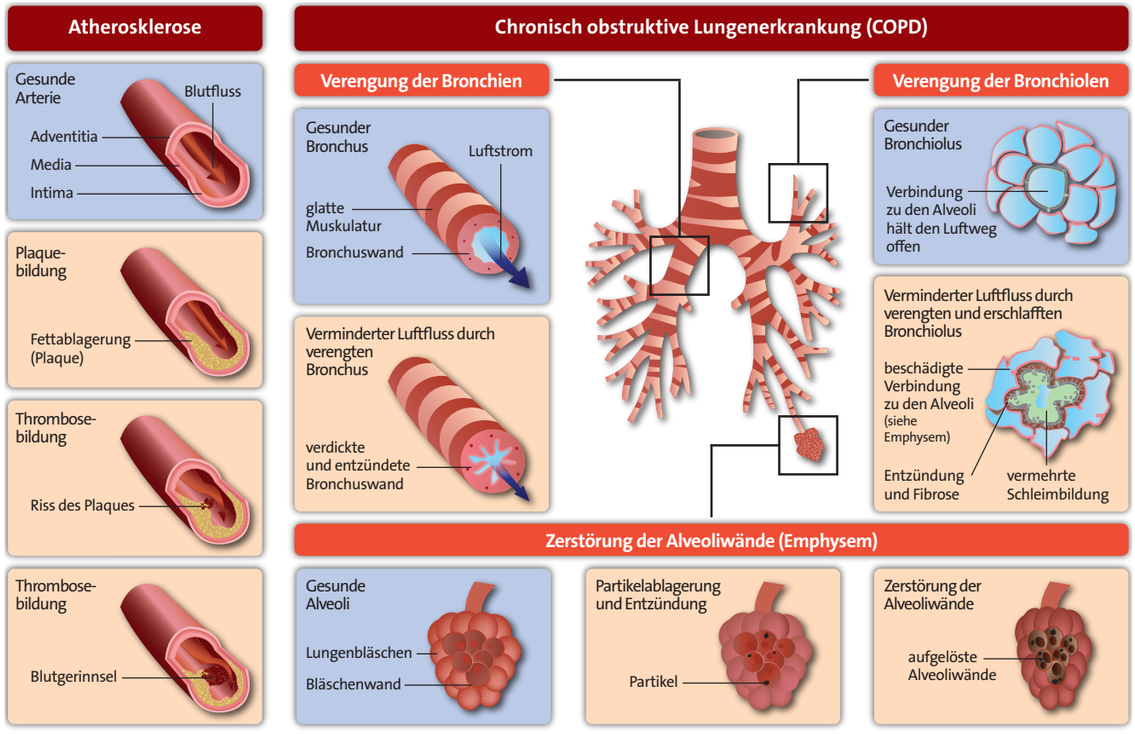
3



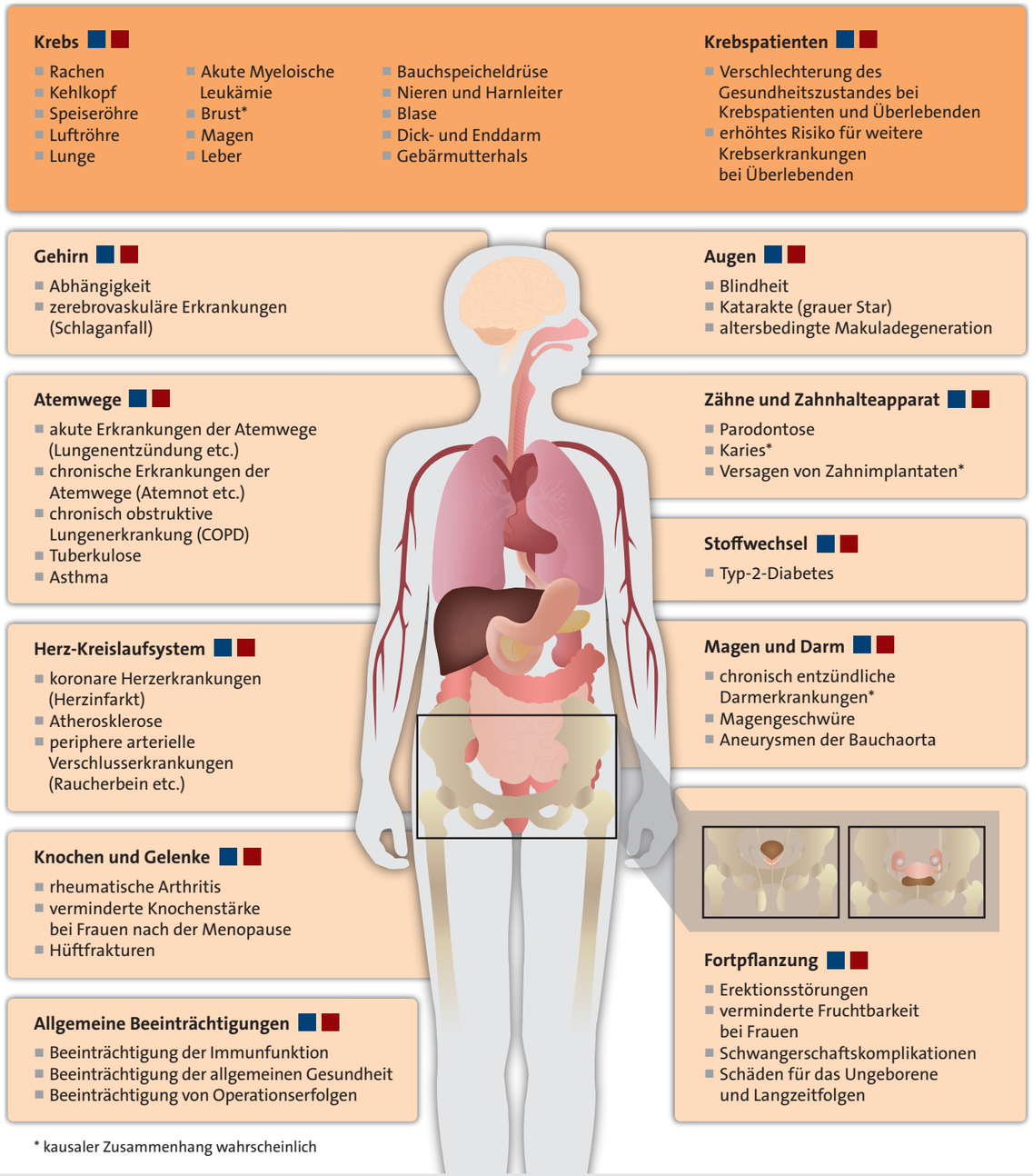
3.1 Gesundheitliche Folgen des Rauchens

Tabakrauch enthält zahlreiche Schadstoffe, die beim Inhalieren über die Lunge sehr schnell und effizient aufgenommen werden. Rauchen schädigt nahezu jedes Organ des Körpers und ist der wichtigste vermeidbare Risikofaktor für chronische, nicht übertragbare Krankheiten (NCD, Noncommunicable Diseases). NCD wie beispielsweise Herz-Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen, Krebs und Diabetes verantworten zwei Drittel aller Tode weltweit.

Rauchen verursacht verschiedene Krebsarten, wobei die Lunge in besonderem Maße in Mitleidenschaft gezogen wird: Rund 80 Prozent aller Lungenkrebsfälle sind auf das Rauchen zurückzuführen. Rauchen ist auch die bedeutendste Ursache für die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD, Chronic Obstructive Pulmonary Disease) und Raucher haben ein höheres Risiko, an Tuberkulose zu erkranken. Rauchen fördert nicht nur chronische, sondern auch akute Erkrankungen der Atemwege wie Grippe und Erkältungen. Im Vergleich zu Nichtrauchern haben Raucher ein mehr als doppelt so hohes Risiko für eine Herz-Kreislauferkrankung und ein doppelt so hohes Risiko für Schlaganfälle. Zudem schädigt Rauchen die Augen, den Zahnhalteapparat, den Verdauungstrakt sowie das Skelett, führt zu Erektionsstörungen und schränkt die Fruchtbarkeit ein. Während der Schwangerschaft schadet Rauchen dem Ungeborenen, führt zu Geburtskomplikationen und beeinträchtigt die Entwicklung des Kindes noch bis ins Erwachsenenalter.



Atherosklerose und Lungenveränderungen bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) infolge des Rauchens
Mechanismen der Entstehung und des Fortschreitens



* kausaler Zusammenhang wahrscheinlich

Erkrankungen und Beeinträchtigungen infolge des Rauchens bei Männern und Frauen

3.2 Folgen des Rauchens in der Schwangerschaft

Mütterliches Rauchen während der Schwangerschaft schädigt das ungeborene Kind. Etwa zwölf Prozent der Kinder in Deutschland sind in dieser empfindlichen Entwicklungsphase der schädlichen Wirkung des Tabaks ausgesetzt. Dabei gelangen giftige Substanzen wie Nikotin und Kohlenmonoxid in den Blutkreislauf des Embryos oder des Fetus und beeinträchtigen dessen Versorgung mit Sauerstoff und Nährstoffen. Das dadurch verminderte Wachstum schlägt sich in einem verringerten Geburtsgewicht und einer verringerten Geburtsgröße nieder. Kinder von Raucherinnen wiegen bei Geburt durchschnittlich etwa 200 bis 300 Gramm weniger, sind kleiner und haben einen geringeren Kopfumfang als Kinder von Nichtraucherinnen.

Darüber hinaus kann Rauchen während der Schwangerschaft schwere Fehlentwicklungen auslösen und Krankheiten verursachen. Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft rauchen, haben eine verringerte Lungenfunktion, ein erhöhtes Risiko für Fehlbildungen wie Gaumenspalten und Verhaltens- und Konzentrationsstörungen wie die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Außerdem steigert Rauchen während der Schwangerschaft das Risiko für den plötzlichen Kindstod.



Neben dem Ungeborenen schädigt der Tabakkonsum auch die Plazenta. So haben Raucherinnen ein erhöhtes Risiko für Schwangerschaftskomplikationen wie ein vorzeitiges Ablösen der Plazenta oder eine fehlliegende Plazenta (Placenta praevia), die zu lebensbedrohlichen Blutungen für Mutter und Kind führen können. Zudem treten bei Raucherinnen häufiger Eileiterschwangerschaften, ein vorzeitiger Blasensprung und Fehl- oder Frühgeburten auf.

Besonders Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind schon vor der Geburt der schädlichen Wirkung des Tabaks ausgesetzt: Jede dritte bis vierte Mutter mit niedrigem Sozialstatus raucht während der Schwangerschaft. Unter Müttern mit mittlerem Sozialstatus ist dies bei etwa jeder zehnten Mutter der Fall; unter Müttern mit hohem Sozialstatus nur bei jeder fünfzigsten.



Wirkung des Rauchens auf das Gewicht, die Größe und den Kopfumfang von Neugeborenen

Schwangere

- Eileiterschwangerschaft
- Plazentakomplikationen
  - Placenta praevia
  - vorzeitige Plazentaablösung
- vorzeitiger Blasensprung
- Spontanabort (vor der 20. SSW)*
- Frühgeburt

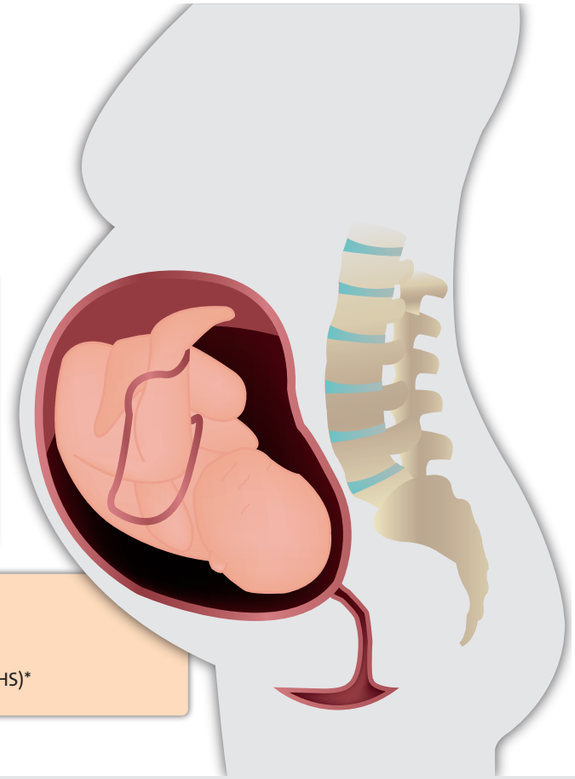
Neugeborene

- erhöhte perinatale Sterblichkeit
- angeborene Fehlbildungen
  - orofaziale Spalten (z.B. Gaumenspalte)
  - Bauchspalte*
  - Vorhofseptumdefekt*
  - Klumpfuß*
- verringertes Geburtsgewicht
- verringerte Geburtsgröße
- plötzlicher Kindstod

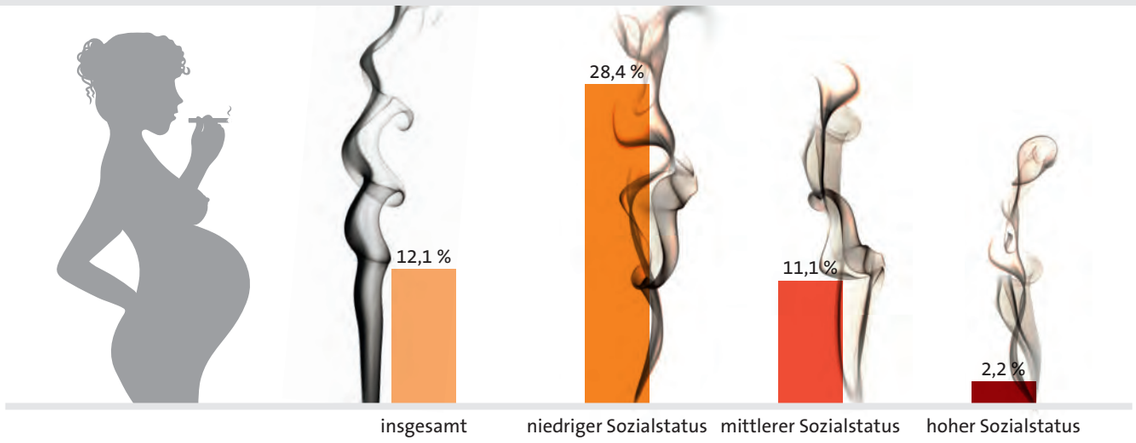
Kleinkinder

- verringerte Lungenfunktion
- häufige Erkrankungen der unteren Atemwege*
- Verhaltens- und Konzentrationsstörungen (insbesondere ADHS)*

* kausaler Zusammenhang wahrscheinlich



Risiken des Rauchens für die Schwangerschaft und mögliche Folgen für Neugeborene und Kleinkinder



Anteile 0- bis 6-Jähriger, deren Mütter während der Schwangerschaft geraucht haben
nach Sozialstatus | Daten: KiGGS 2009/2012

3.3 Wirkungen von Nikotin auf den Körper

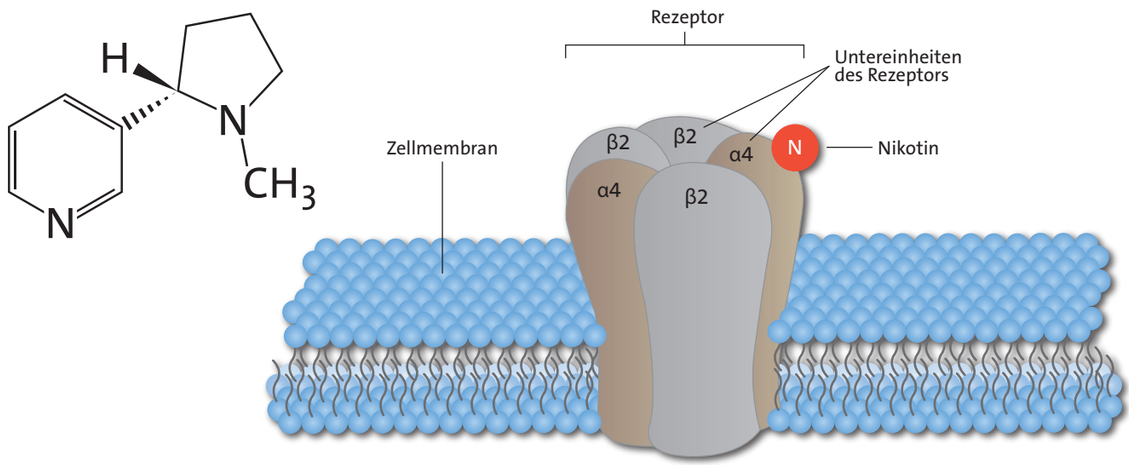
Nikotin wird zumeist inhaliert und über die Schleimhaut der Lunge aufgenommen, kann aber auch über die Haut und die Schleimhaut der Verdauungsorgane resorbiert werden. Durch Rauchen aufgenommenes Nikotin erreicht innerhalb weniger Sekunden das Gehirn. Mit dem Rauch einer Zigarette gelangen etwa 0,5 bis 1,5 Milligramm Nikotin ins Blut. Die Nikotinmenge im Blut halbiert sich alle zwei Stunden, da Nikotin in der Leber schnell und effizient abgebaut wird. Das Hauptabbauprodukt ist Cotinin.

Bei der Verwendung von Schnupf- und Kautabak sowie von Produkten der Nikotinersatztherapie (beispielsweise Nikotinpflaster) gelangt Nikotin deutlich langsamer ins Blut, erreicht aber letztlich vergleichbar hohe Werte wie beim Rauchen. Bei der elektronischen Zigarette hängt die Nikotinaufnahme von vielen Faktoren ab (Liquid, der Art des Geräts, Batteriestärke, Art der Nutzung); nach einigen Minuten der Nutzung kann eine ähnlich hohe Nikotinmenge im Blut wie durch Rauchen erreicht werden.

Mit dem Blutkreislauf gelangt Nikotin in den gesamten Körper und aktiviert nikotinerge Acetylcholin-Rezeptoren. Diese befinden sich auf Zellen des Nervensystems und auf Muskel-, Nieren-, Haut-, Lungen- und Immunzellen sowie auf Zellen der Lymph- und Blutgefäße. Über die Wirkung im Gehirn kann Nikotin bereits innerhalb kurzer Zeit abhängig machen. In anderen Zellen beeinflusst es die Differenzierung, die Vervielfältigung, das Überleben und die Wanderung der Zellen. Über diese Prozesse fördert anhaltender Nikotinkonsum wahrscheinlich Erkrankungen wie Atherosklerose und Typ-2-Diabetes, stört die Immunantwort, fördert Früh- und Totgeburten und trägt zum plötzlichen Kindstod bei. In Zellkulturen und in Tierversuchen löst Nikotin Krebs aus und fördert das Krebswachstum.

In größeren Mengen ist Nikotin giftig. Die akuten Vergiftungserscheinungen für den Menschen sind dosisabhängig und reichen von Übelkeit und Erbrechen über Atemnot und epileptische Anfälle bis in seltenen Fällen zum Tod.

Während der Schwangerschaft beeinträchtigt Rauchen der Mutter die Lungenentwicklung des Fetus bis ins Kindesalter hinein und es verursacht wahrscheinlich eine Störung der Gehirnentwicklung, die über das Kindes- und Jugendalter hinausgeht: darunter die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Lernstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und ein erhöhtes Risiko, abhängig zu werden. Auch Rauchen im Jugend- und frühen Erwachsenenalter steht mit anhaltenden Störungen der Gehirnreifung, insbesondere des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit, in Zusammenhang. Tierversuche weisen darauf hin, dass Nikotin bei diesen Prozessen eine entscheidende Rolle spielt.



Strukturformel von Nikotin und nikotinerger Acetylcholin-Rezeptor

Gehirn

- erhöht die Aufmerksamkeit (kurzfristig)
- steigert die Gedächtnisleistung (kurzfristig)
- macht abhängig
  - Ausbildung von Toleranz
  - Entzugssymptome
  - Konditionierung auf äußere Reize und Emotionen

Krebs

- fördert Entstehung, Wachstum und Verbreitung*

Chronische Erkrankungen

- fördert Atherosklerose*
- fördert Typ-2-Diabetes*

Akute Toxizität (dosisabhängig)

- Übelkeit
- Erbrechen
- Durchfall
- erhöht den Speichelfluss
- verlangsamt die Herzschlagfrequenz
- Atemnot
- epileptische Anfälle
- Tod

Langfristige und anhaltende Wirkung des Nikotinkonsums in sensiblen Phasen des Heranwachsens

Fetus/Säugling (passiver Konsum)*

- stört die Lungenentwicklung
- stört die Hirnentwicklung
  - verändert die Reaktion auf Drogen
  - stört die Synapsenbildung
  - fördert Hyperaktivität
  - fördert Ängstlichkeit
  - stört Motorik und Sensorik

Jugendliche/junge Erwachsene (aktiver Konsum)*

- stört die Reifung von Gehirnarealen, die höhere kognitive Leistungen steuern

* kausaler Zusammenhang wahrscheinlich

Wirkung von Nikotin auf den Körper bei Erwachsenen und in sensiblen Phasen des Heranwachsens

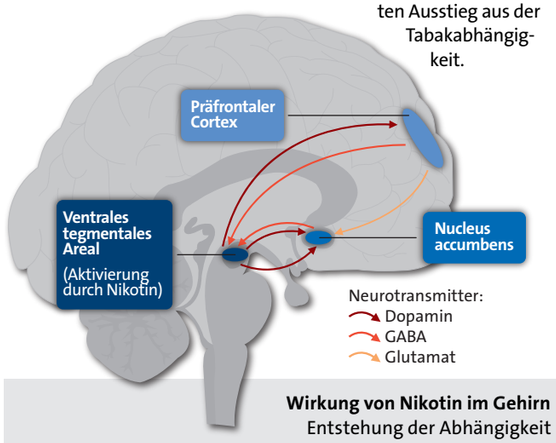
3.4 Tabakabhängigkeit

Tabakprodukte machen abhängig. Diese Abhängigkeit beinhaltet eine physische (körperliche) und eine psychische Komponente. Entscheidend für die physische Komponente ist die Wirkung des im Tabak enthaltenen Nikotins im Gehirn. Dort bindet Nikotin an nikotinerge Acetylcholin-Rezeptoren und stimuliert die Freisetzung des Botenstoffes Dopamin im Belohnungszentrum. Eine große Menge Dopamin löst im Gehirn ein Wohlgefühl aus. Dies ist der erste Schritt in die Abhängigkeit, denn das Wohlgefühl fördert weiteren Nikotinkonsum. Das Gehirn gewöhnt sich schnell an den regelmäßigen Konsum: die Rezeptoren werden unempfindlicher. Diese so genannte Toleranz erschwert es zunehmend, das Belohnungszentrum zu stimulieren. Fortan sind größere Mengen Nikotin nötig, um das Wohlgefühl auszulösen.

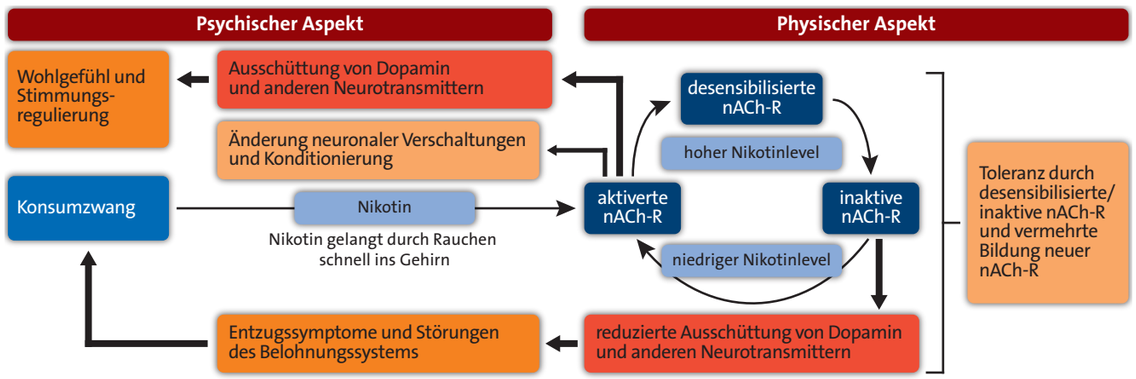
Parallel zur Entstehung der Toleranz werden neue Rezeptoren gebildet. Der dabei entstehende Überschuss an Rezeptoren verursacht Entzugserscheinungen wie Reizbarkeit, Antriebslosigkeit, Bedrücktheit, innere Unruhe und Angst, sobald eine bestimmte Anzahl von Rezeptoren nicht mehr besetzt ist (etwa vier bis sechs Stunden nach dem letzten Nikotinkonsum).

Nikotin stimuliert außerdem Hirnbereiche (z.B. den präfrontalen Kortex), die für das Lernen und die Gedächtnisbildung zuständig sind. So entsteht die psychische Abhängigkeit: Rauchen und die als positiv wahrgenommene Wirkung (das Wohlgefühl) wird mit bestimmten Situationen, Wahrnehmungen und Zuständen wie Stress und Traurigkeit in Zusammenhang gebracht. Die Tasse Kaffee am Morgen, ein gutes Essen oder Gespräch mit Freunden, das Entnehmen der Zigarette, der Geruch des Rauches, ein rauchender Freund und traurige Stimmung sowie Stress wecken beim Raucher den Wunsch nach einer Zigarette.

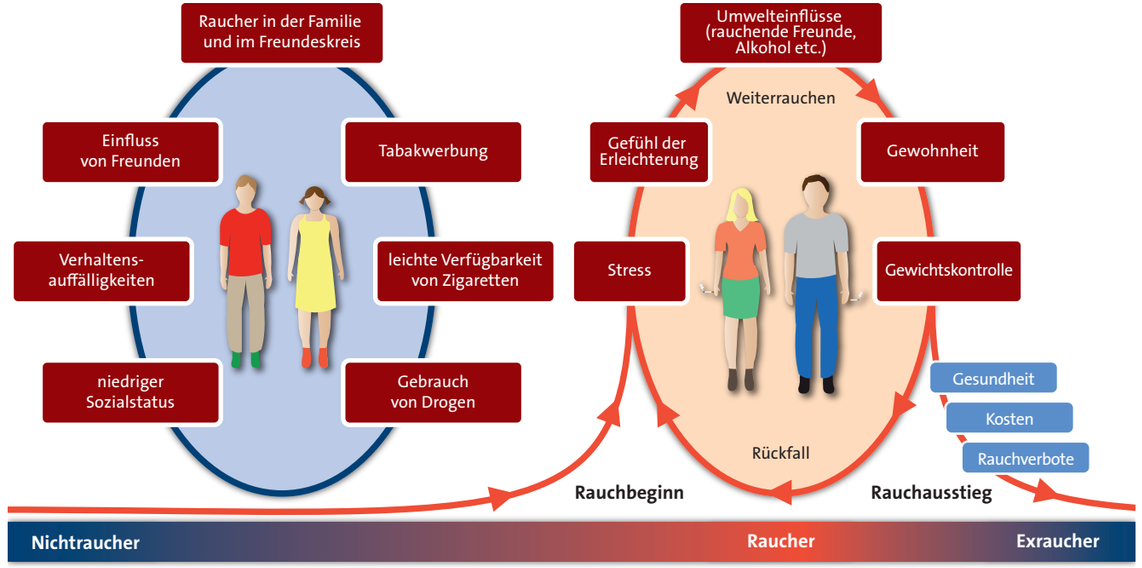
Die physisch ausgelösten Entzugssymptome gehen wenige Wochen nach dem Rauchstopp zurück. Die Konditionierung auf äußere Reize und Stimmungen bleibt jedoch über Jahre bestehen und erschwert den dauerhaften Ausstieg aus der Tabakabhängigkeit.



Wirkung von Nikotin im Gehirn
Entstehung der Abhängigkeit



Psychischer und physischer Aspekt der Nikotinabhängigkeit
nACh-R: nikotinerge Acetylcholin-Rezeptoren



Mögliche Risikofaktoren für die Entwicklung der Tabakabhängigkeit

Zusatzstoff	Grund für den Einsatz im Tabakprodukt	Wirkung auf den Nikotinstoffwechsel
Ammoniak	Erhöht den pH-Wert des Tabaks und des Rauchs.	Bei höherem pH-Wert ist Nikotin besser verfügbar und wird leichter von Zellen aufgenommen. Dies führt zu einer höheren Nikotinmenge im Blut.
Zucker	Das Verbrennungsprodukt von Zucker (Acetaldehyd) hemmt ein Enzym, das Botenstoffe abbaut, die mit Abhängigkeit zusammenhängen.	Die durch Nikotin erhöhten Mengen bestimmter Botenstoffe im Gehirn bleiben länger erhalten, da die Botenstoffe weniger effektiv abgebaut werden.
Tryptophan	Reagiert mit Aldehyden im Tabakrauch und formt dabei Beta-Carboline, die ein Enzym hemmen, das Botenstoffe abbaut, die mit Abhängigkeit zusammenhängen.	Die durch Nikotin erhöhten Mengen bestimmter Botenstoffe im Gehirn bleiben länger erhalten, da die Botenstoffe weniger effektiv abgebaut werden.
Ätherische Öle (Menthol, Thymol u.a.)	Betäuben den Rachenraum leicht und überdecken den Tabakgeschmack.	Das Kratzen des Tabakrauchs im Rachen wird abgemildert. Der Rauch wird tiefer, in größeren Mengen und häufiger inhaliert. Dadurch wird mehr Nikotin aufgenommen.
Pyrazine	Betäuben den Rachenraum leicht.	Das Kratzen des Tabakrauchs im Rachen wird abgemildert. Der Rauch wird tiefer, in größeren Mengen und häufiger inhaliert. Dadurch wird mehr Nikotin aufgenommen.
Theobromine	Erweitern die Bronchien.	Der Tabakrauch wird tiefer und in größeren Mengen inhaliert. Dadurch wird mehr Nikotin aufgenommen.

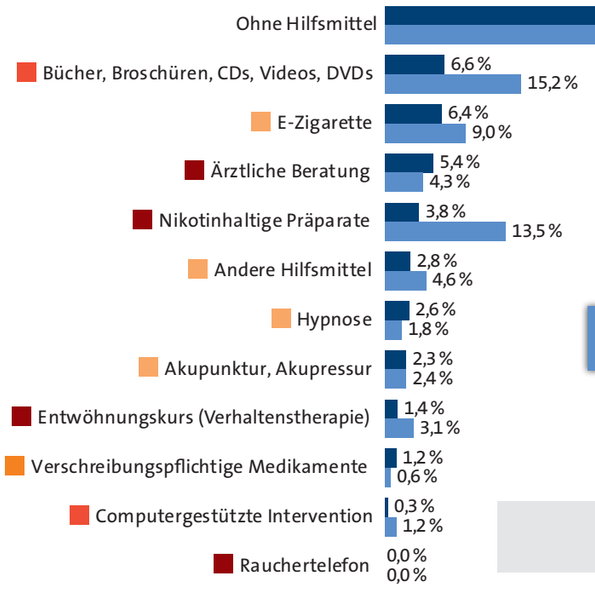
Verstärkung des Abhängigkeitspotentials von Nikotin durch andere Substanzen im Tabakrauch

3.5 Tabakentwöhnung

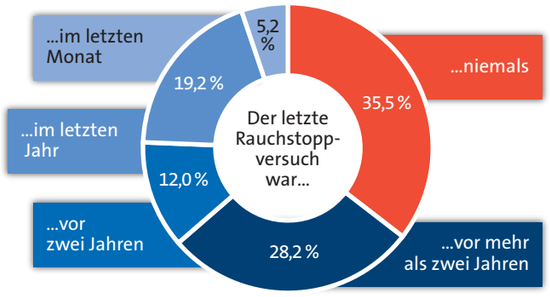
Überzeugte Raucher gibt es nur wenige: Lediglich 35 Prozent der Raucher haben noch nie im Leben einen Rauchstopp versucht. Die Mehrheit der Raucher möchte mit dem Rauchen aufhören. Allerdings ist der Ausstieg aufgrund des hohen Abhängigkeitspotentials von Zigaretten schwer und gelingt meist erst nach mehreren Versuchen – letztlich schafft es trotzdem etwa die Hälfte der Raucher im Laufe des Lebens. Die Hauptgründe, mit dem Rauchen aufzuhören, sind die Sorge um die eigene Gesundheit, der Wunsch, Kindern ein Vorbild zu sein, und der Zigarettenpreis; aber auch das Bedürfnis, Andere vor Passivrauchen zu schützen, der Rat eines Arztes, Rauchverbote in der Gastronomie und die gesellschaftliche Missbilligung des Rauchens motivieren zu einem Rauchstopp.

Den meisten Rauchern (76 Prozent) gelingt der Ausstieg ohne jegliche Unterstützung. Rund sieben Prozent verwenden Informationsmaterialien wie Broschüren als Hilfsmittel, vier Prozent greifen zu Nikotinersatzprodukten wie Nikotinpflaster und sechs Prozent schaffen den Rauchstopp mithilfe von E-Zigaretten; andere Hilfsmittel werden deutlich seltener verwendet. Somit nutzt nur ein geringer Teil der Raucher die von Entwöhnungsexperten empfohlenen Hilfsmittel. Als erfolgreichste Unterstützung bei einem Rauchstopp hat sich eine Verhaltenstherapie, ergänzt durch Nikotinersatzprodukte, erwiesen.

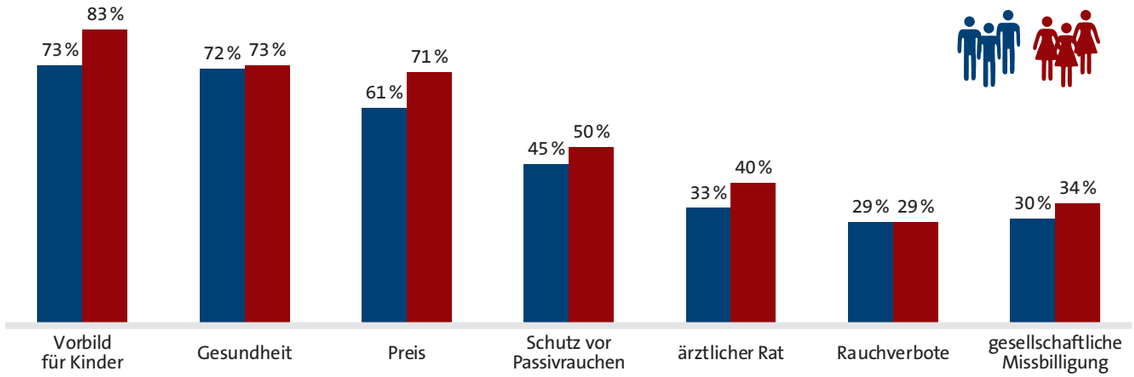
Raucher sterben im Durchschnitt zehn Jahre früher als Nie-Raucher. Diesen Unterschied reduziert ein Rauchstopp wesentlich, denn er bringt deutliche gesundheitliche Vorteile: Schon nach wenigen Tagen verbessern sich die Atemwegsfunktionen und der Blutdruck sinkt. Innerhalb weniger Jahre verringert sich das Erkrankungsrisiko für Herz-Kreislauferkrankungen und die meisten Krebsarten. Selbst bei über Sechzigjährigen verzögert ein Rauchstopp das Risiko, zu sterben, im Vergleich zu denjenigen, die weiterrauchen, um mehrere Jahre.



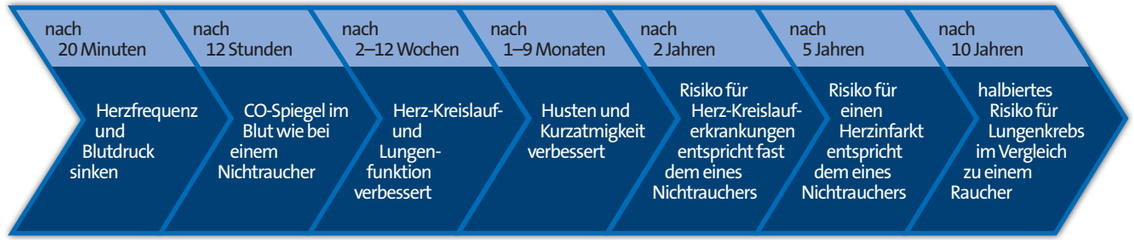
Beim letzten Rauchstoppversuch von Ex-Rauchern und Rauchern verwendete Hilfsmittel | von Entwöhnungstherapeuten empfohlen mit nachgewiesener hoher oder geringer Wirksamkeit, empfohlen, falls Nikotinersatztherapie nicht wirkt, nicht empfohlene Hilfsmittel (Wirksamkeit nicht nachgewiesen) | Daten: Epidemiologischer Suchtsurvey 2012



Zeitliche Distanz des letzten ernsthaften Rauchstoppversuch
Daten: Epidemiologischer Suchtsurvey 2012

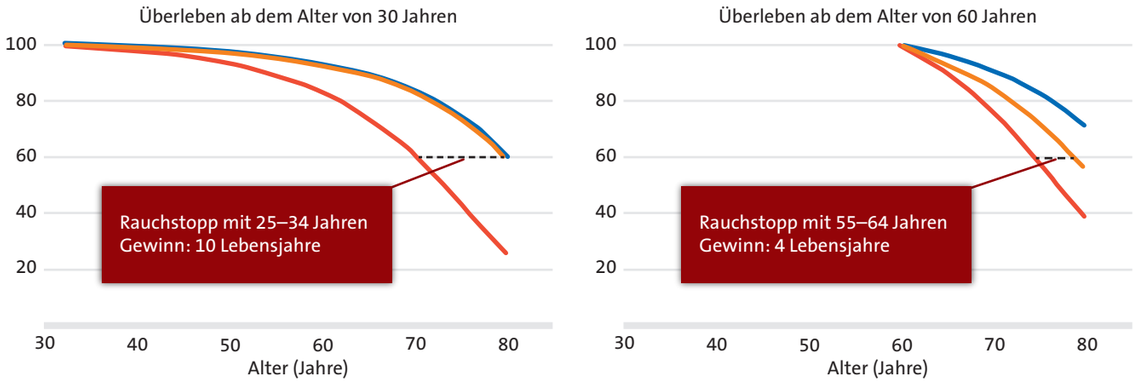


Gründe von Männern und Frauen für einen Rauchstopp
Daten: ITC 2011



Gesundheitliche Vorteile eines Rauchstopps
nach zeitlicher Distanz zum Rauchausstieg

Ein Rauchstopp lohnt sich auch im hohen Alter.



Überlebensraten von Rauchern, Ex-Rauchern und Nie-Rauchern
Überleben ab dem Alter von 30 und 60 Jahren in Prozent

3.6 Entwicklung des Tabakkonsums

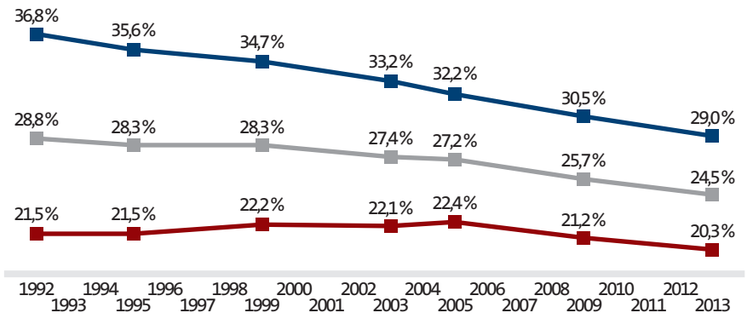
Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war das Rauchen vorwiegend in den oberen Gesellschaftsschichten und unter Männern verbreitet; Frauen rauchten selten regelmäßig. Während des Ersten Weltkrieges und in den darauffolgenden Jahrzehnten veränderte sich das Konsumverhalten: Es rauchten zunehmend Angehörige der unteren Schichten – zunächst hauptsächlich Männer. Nach dem Zweiten Weltkrieg und vor allem im Zuge der Frauenbewegung wurde das Rauchen auch bei Frauen aller gesellschaftlichen Schichten üblich.

So haben von den Frauen, die vor dem Zweiten Weltkrieg geboren wurden, nur knapp 20 Prozent jemals in ihrem Leben geraucht. Bei den in den 1960er Jahren Geborenen steigt dieser Anteil auf 50 Prozent. Das Rauchverhalten der Männer verändert sich über die Geburtsjahrgänge hinweg deutlich weniger. Unter den Männern beträgt der Anteil der Jemals-Raucher schon bei denjenigen, die vor dem Zweiten Weltkrieg geboren wurden, mehr als die Hälfte.

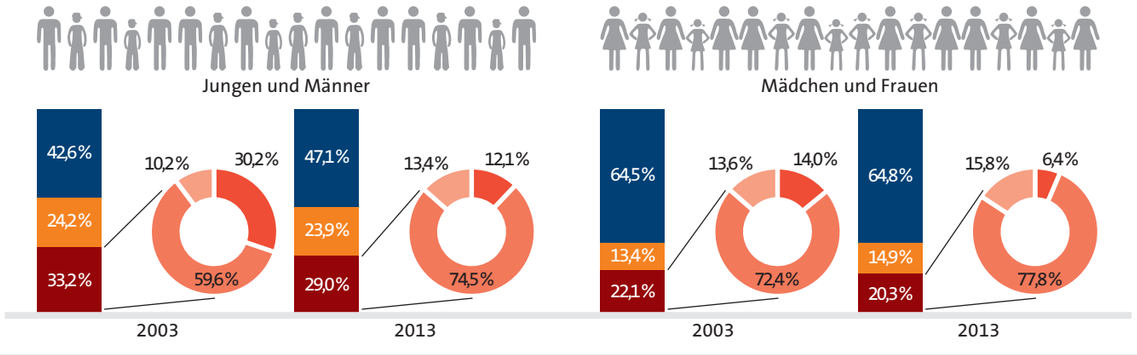
Das durchschnittliche Alter beim Beginn des Rauchens nimmt über die Geburtsjahrgänge immer mehr ab – bei Frauen deutlicher als bei Männern – und gleicht sich im Geschlechtervergleich zunehmend an.

Seit einigen Jahren sinken die Raucheranteile in der deutschen Bevölkerung in allen Altersgruppen. Bei Kindern und Jugendlichen ist der Trend zum Nichtrauchen am deutlichsten. Ende der 1990er Jahre rauchten knapp 30 Prozent der 12- bis 17-Jährigen; aktuell sind es nur noch rund 10 Prozent. Am höchsten war und ist der Raucheranteil unter den jungen Erwachsenen: Von den 18- bis 25-Jährigen rauchte Ende der 1990er Jahre etwa jeder Zweite, heute nur noch fast jeder Dritte.

Die meisten Raucher rauchen täglich bis zu 20 Zigaretten. Der Anteil der starken Raucher (täglich mehr als 20 Zigaretten) hat bei beiden Geschlechtern abgenommen.

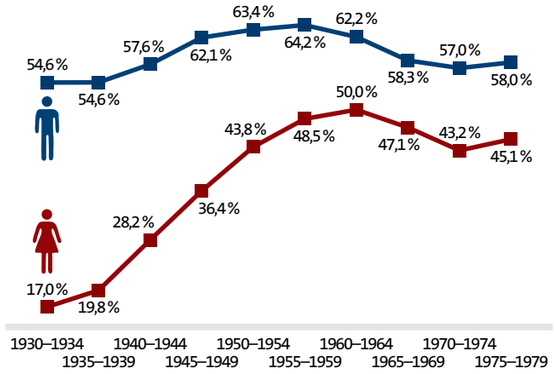


Entwicklung der Raucheranteile im Alter von 15 Jahren und älter | Jungen und Männer, Mädchen und Frauen, insgesamt | nach Erhebungsjahren | Daten: Mikrozensus

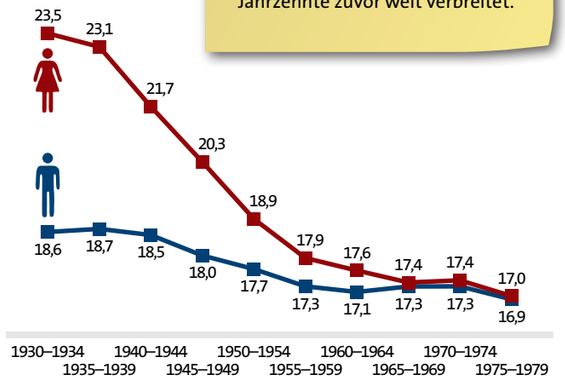


Anteile von Rauchern (täglich mehr als 20 Zigaretten, täglich bis zu 20 Zigaretten und gelegentlich), Ex-Rauchern und Nie-Rauchern im Alter von 15 Jahren und älter | Daten: Mikrozensus 2003 und 2013

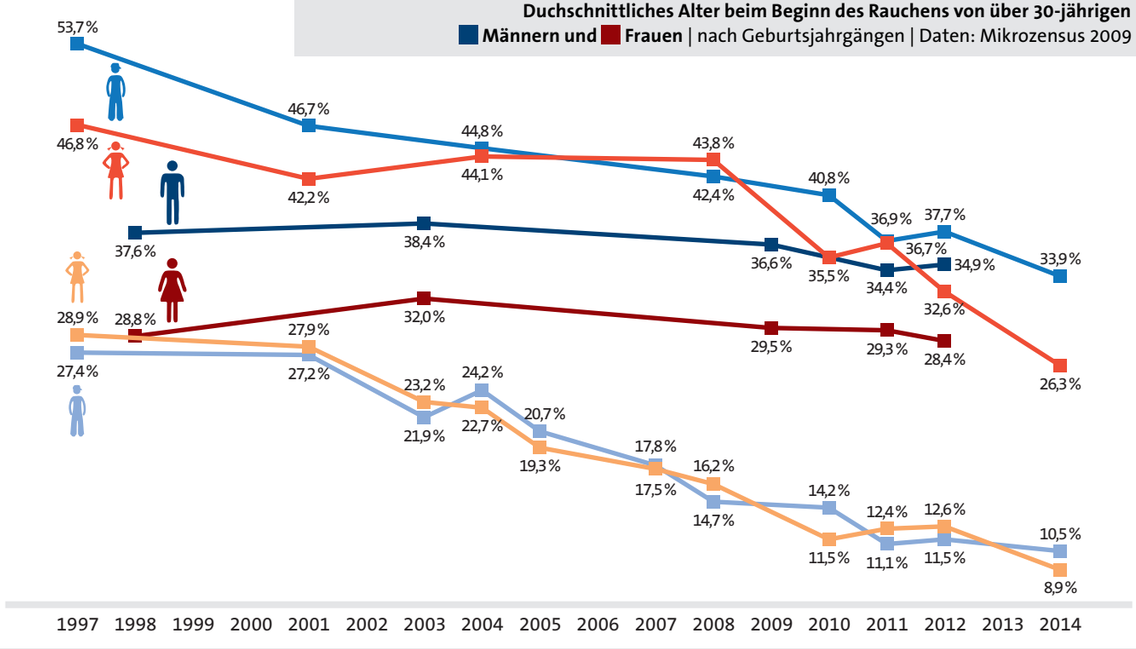
Entwicklung der Anteile der über 30-jährigen Männer und Frauen, die jemals in ihrem Leben regelmäßig geraucht haben | nach Geburtsjahrgängen | Daten: Mikrozensus 2009



Der Raucheranteil stieg bei Frauen gegen Mitte des 20. Jahrhunderts stark an. Bei Männern war das Rauchen bereits mehrere Jahrzehnte zuvor weit verbreitet.



Duchschnittliches Alter beim Beginn des Rauchens von über 30-jährigen Männern und Frauen | nach Geburtsjahrgängen | Daten: Mikrozensus 2009



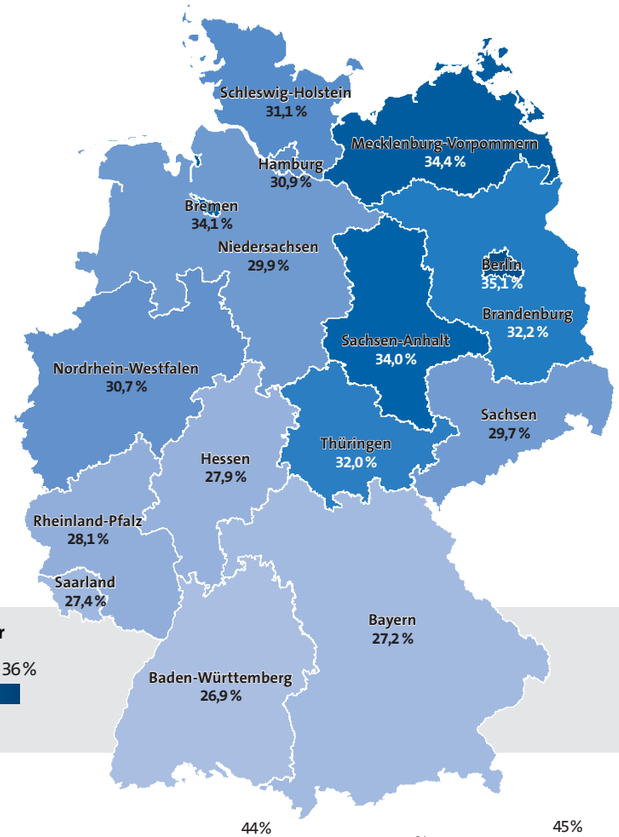
Entwicklung der Anteile bei männlichen Rauchern (12–17 Jahre, 18–25 Jahre, 25–69 Jahre) und Raucherinnen (12–17 Jahre, 18–25 Jahre, 25–69 Jahre) | nach Erhebungsjahren | Daten: Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

3.7 Rauchen bei Erwachsenen

Im Jahr 2013 rauchten in Deutschland etwa 25 Prozent der Bevölkerung im Alter von 18 Jahren und älter – rund 30 Prozent der Männer und etwa 20 Prozent der Frauen.

Zwischen den Bundesländern bestehen deutliche Unterschiede in den Raucheranteilen: Von den Männern rauchen je nach Bundesland 27 bis 35 Prozent, von den Frauen 17 bis 24 Prozent. Tendenziell gibt es sowohl bei Männern als auch bei Frauen in den nördlich gelegenen Bundesländern mehr Raucher als in den südlichen Bundesländern.

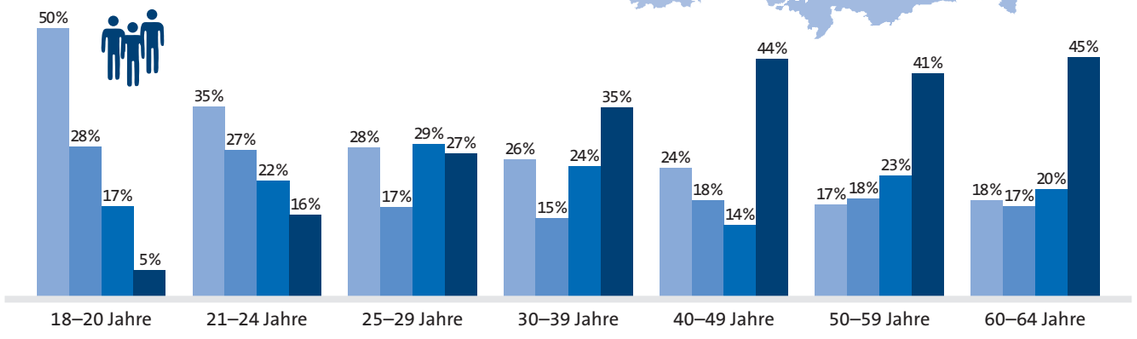
Jeder vierte Erwachsene raucht – etwa jeder dritte Mann und jede fünfte Frau. In den südlich gelegenen Bundesländern rauchen weniger Männer und Frauen als in den nördlichen Bundesländern.



Raucheranteile bei Männern im Alter von 18 Jahren und älter

26% 27% 28% 29% 30% 31% 32% 33% 34% 35% 36%

Daten: Mikrozensus 2013



Häufigkeit und Menge des Rauchens bei erwachsenen männlichen Rauchern | nicht täglich, täglich bis 10 Zigaretten, täglich 11 bis 19 Zigaretten, täglich 20 Zigaretten oder mehr | Daten: Epidemiologischer Suchtsurvey 2012

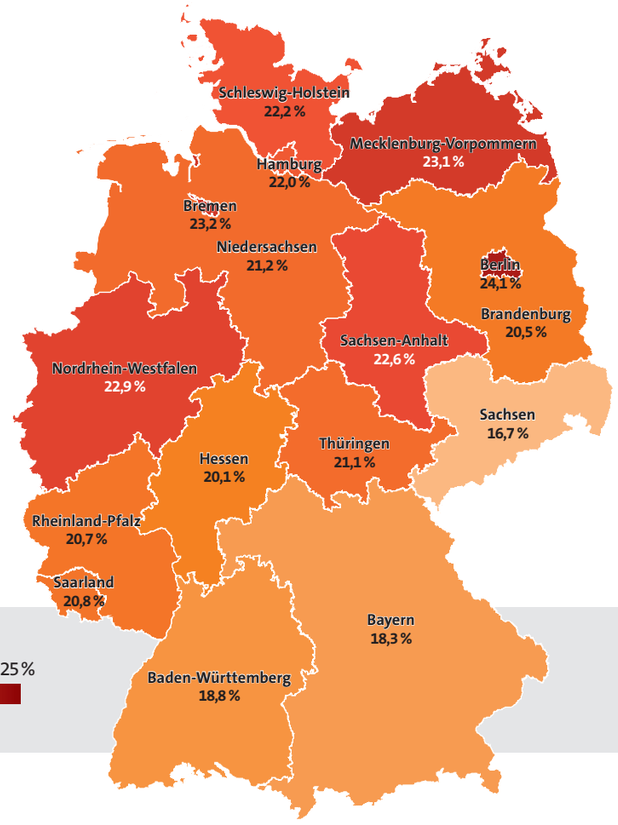
Die höchsten Raucheranteile unter Männern – über 34 Prozent – verzeichnen Bremen, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt; die geringsten Anteile mit weniger als 28 Prozent finden sich in Hessen, Baden-Württemberg, Bayern und im Saarland.

Ähnlich verhält es sich bei den Frauen: Auch hier liegen die Raucheranteile in Bremen, Berlin und in Mecklenburg-Vorpommern mit über 23 Prozent am höchsten; an vierter Stelle folgt Nordrhein-Westfalen. Mit Abstand am wenigsten Frauen rauchen in Sachsen.

Rund 27 Prozent der Raucher und Raucherinnen rauchen nur gelegentlich, etwa 24 Prozent rauchen täglich bis zu 10 Zigaretten, rund 21 Prozent rauchen am Tag 11 bis 19 Zigaretten und 29 Prozent rauchen stark, das heißt 20 Zigaretten am Tag oder mehr.

Das Ausmaß des Rauchens ist auch altersabhängig: Jeder zweite 18- bis 20-jährige Raucher raucht nur gelegentlich; bei den Raucherinnen sind es 59 Prozent. Mit zunehmendem Alter steigt bei beiden Geschlechtern der Anteil der täglichen Raucher. Starkes Rauchen (täglich 20 Zigaretten oder mehr) ist vor allem unter den älteren Altersklassen verbreitet. Bei den Männern steigt mit dem Alter der Anteil der Raucher mit hohem Konsum in stärkerem Ausmaß als bei den Frauen.

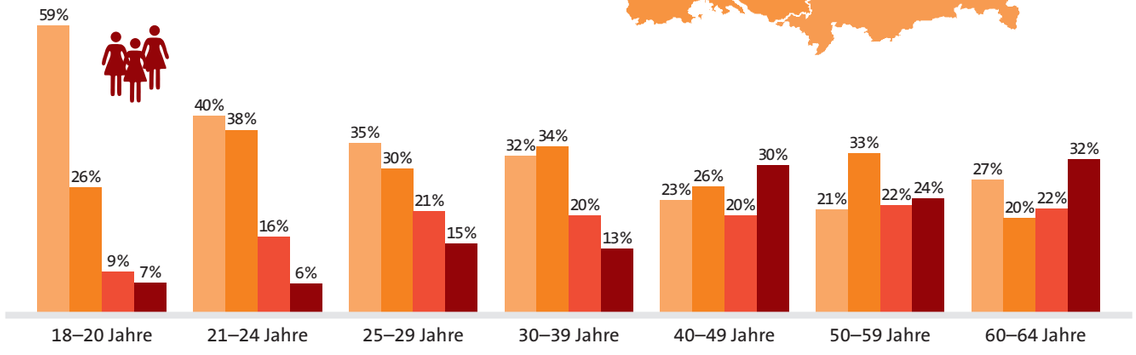
Junge Erwachsene rauchen eher gelegentlich, ältere häufig stark.



Raucheranteile bei Frauen im Alter von 18 Jahren und älter

15% 16% 17% 18% 19% 20% 21% 22% 23% 24% 25%

Daten: Mikrozensus 2013



Häufigkeit und Menge des Rauchens bei erwachsenen Raucherinnen | nicht täglich, täglich bis 10 Zigaretten, täglich 11 bis 19 Zigaretten, täglich 20 Zigaretten oder mehr | Daten: Epidemiologischer Suchtsurvey 2012

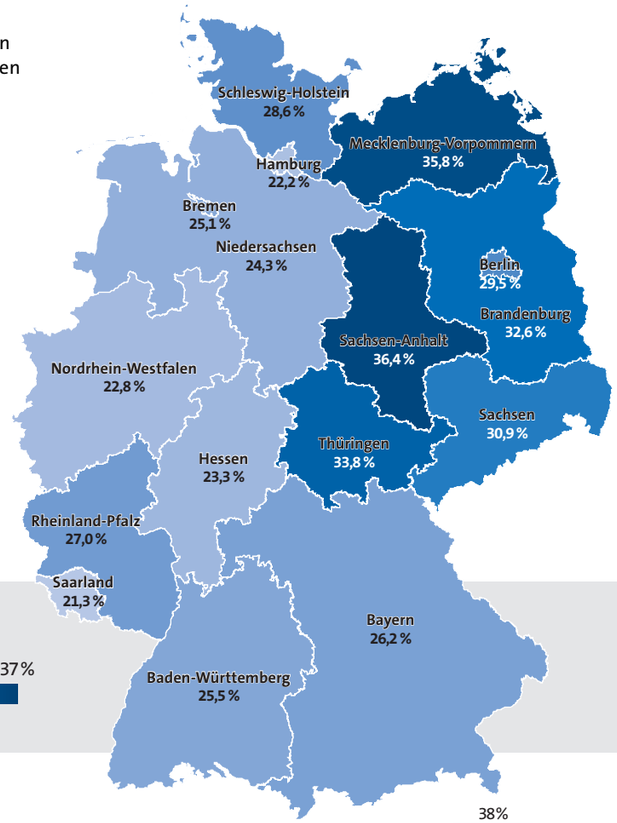
3.8 Rauchen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Unter 11- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen rauchen insgesamt 12 Prozent, wobei es keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt.

Mit zunehmendem Alter steigt der Raucheranteil: Bis zum Alter von 13 Jahren rauchen weniger als fünf Prozent; bei 17-Jährigen sind es über 30 Prozent, die rauchen – rund 38 Prozent der Jungen und 31 Prozent der Mädchen.

Sieben Prozent der 11- bis 17-Jährigen rauchen regelmäßig (mindestens einmal in der Woche), fünf Prozent täglich und zwei Prozent rauchen mindestens zehn Zigaretten am Tag.

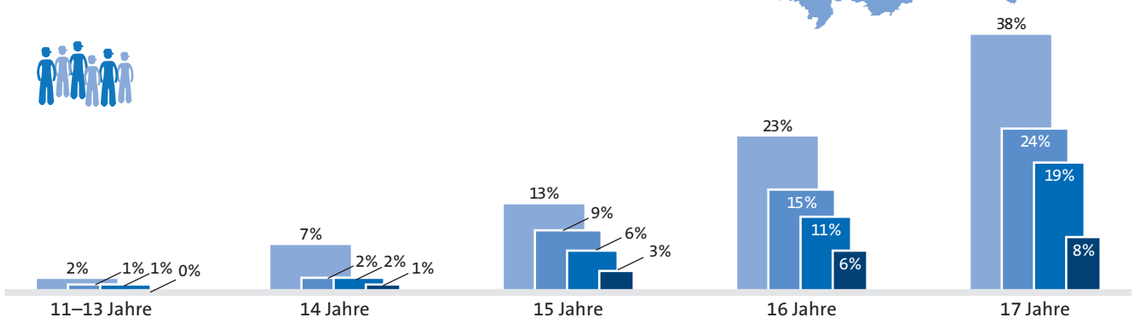
Jugendliche rauchen meist gelegentlich, starkes Rauchen ist selten.



Raucheranteile bei Jungen und jungen Männern im Alter von 15 bis 24 Jahren

21 % 23 % 25 % 27 % 29 % 31 % 33 % 35 % 37 %

Daten: Mikrozensus 2013



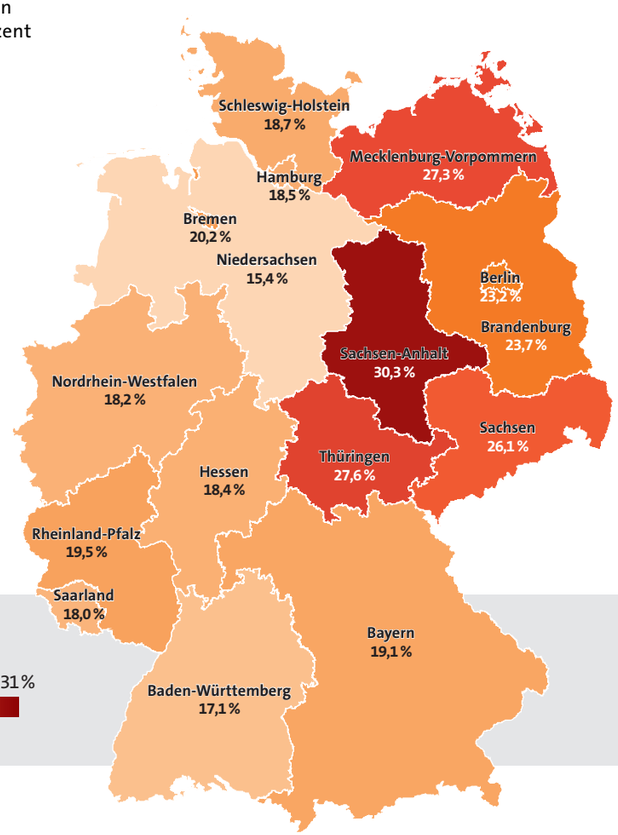
Häufigkeit und Menge des Rauchens bei 11- bis 17-jährigen Jungen | insgesamt, regelmäßig (mindestens wöchentlich), täglich, täglich 10 Zigaretten oder mehr | Daten: KiGGS 2009/2012

Unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 24 Jahren rauchte im Jahr 2013 etwa jeder Vierte: knapp 26 Prozent der Jungen und jungen Männer und 19 Prozent der Mädchen und jungen Frauen.

Die höchsten Raucheranteile unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen finden sich in den östlichen Bundesländern: In allen östlichen Bundesländern rauchen mindestens 30 Prozent der Jungen und jungen Männer. Spitzenreiter ist Sachsen-Anhalt mit über 36 Prozent. Auch bei den Mädchen und jungen Frauen ist der Raucheranteil in Sachsen-Anhalt mit über 30 Prozent am höchsten, gefolgt von Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern mit rund 28 beziehungsweise 27 Prozent.

Die wenigsten Raucher (unter 23 Prozent) finden sich bei den Jungen und jungen Männern in drei westlich gelegenen Bundesländern: im Saarland, in Hamburg und in Nordrhein-Westfalen. Bei den Mädchen und jungen Frauen ist der Raucheranteil mit rund 15 Prozent in Niedersachsen am niedrigsten, gefolgt von Baden-Württemberg mit rund 17 Prozent.

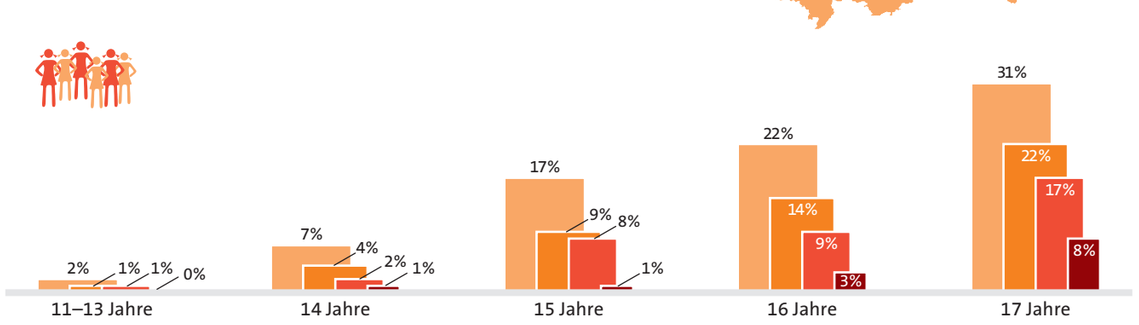
In den alten Bundesländern rauchen weniger Jugendliche und junge Erwachsene als in den neuen Bundesländern.



Raucheranteile bei Mädchen und jungen Frauen im Alter von 15 bis 24 Jahren

15 % 17 % 19 % 21 % 23 % 25 % 27 % 29 % 31 %

Daten: Mikrozensus 2013



Häufigkeit und Menge des Rauchens bei 11- bis 17-jährigen Mädchen | insgesamt (gelegentlich und regelmäßig), regelmäßig (mindestens wöchentlich), täglich, täglich 10 Zigaretten oder mehr | Daten: KiGGS 2009/2012

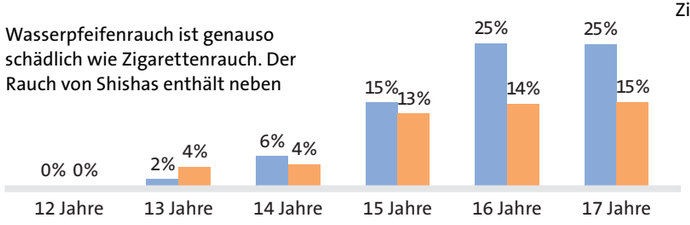
3.9 Wasserpfeifenkonsum und gesundheitliche Folgen

Das Rauchen von Wasserpfeifen (Shishas) war ursprünglich im Nahen Osten vor allem unter älteren Männern verbreitet. Seit den 1990er Jahren produzieren Hersteller unter Einsatz von Zusatzstoffen stark aromatisierten und befeuchteten Wasserpfeifentabak (Maassel), der in der jüngeren Generation beliebt wurde. Seither verbreitet sich das Shisha-Rauchen weltweit vorwiegend unter jungen Menschen. Wasserpfeifen werden – anders als Zigaretten – in der Regel nicht täglich, sondern gelegentlich und in der Gruppe geraucht; eine Sitzung dauert etwa eine Stunde.

In Deutschland hat knapp ein Drittel der Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren schon einmal Wasserpfeife geraucht, Jungen häufiger als Mädchen. Jeder zehnte Jugendliche hat innerhalb der letzten 30 Tage Wasserpfeife geraucht.

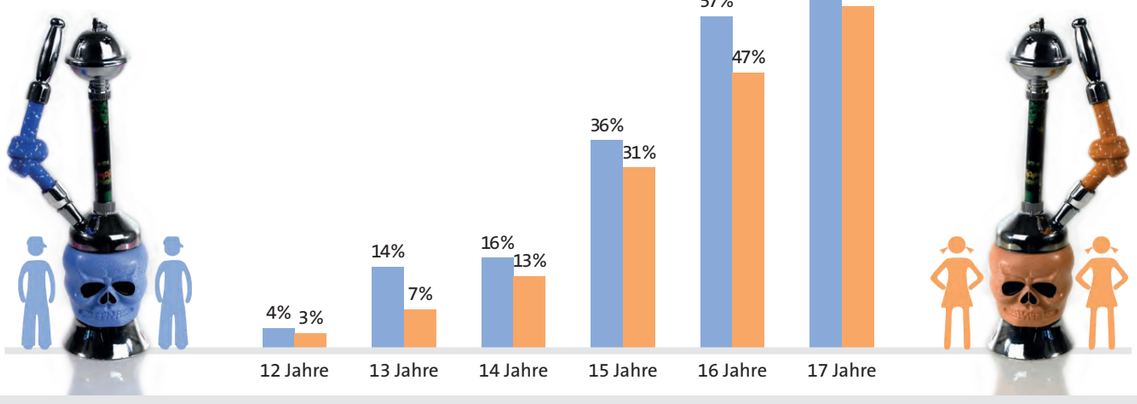
Wasserpfeifenrauch ist genauso schädlich wie Zigarettenrauch. Der Rauch von Shishas enthält neben Nikotin mindestens 82 schädliche Substanzen, darunter 27, die Krebs erzeugen oder im Verdacht stehen, Krebs zu erzeugen, sowie giftige Metalle, Kohlenmonoxid und lungengängige Partikel. Der Rauch von Wasserpfeifenzubereitungen ohne Tabak enthält abgesehen von Nikotin dieselben Schadstoffe wie der Rauch von Wasserpfeifentabak. Einige der Schadstoffe entstehen beim Verbrennen der Kohle. Shisha-Rauchen erhöht das Risiko, an verschiedenen chronischen Krankheiten zu erkranken. Das im Rauch enthaltene Nikotin macht abhängig.

Beim Shisha-Rauchen gelangen lungengängige Partikel, polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (möglicherweise krebserzeugend), Kohlenmonoxid und Nikotin in die Raumluft, sodass davon auszugehen ist, dass Wasserpfeifenrauch ein ähnliches Gesundheitsrisiko durch Passivrauchen birgt wie Zigarettenrauch.

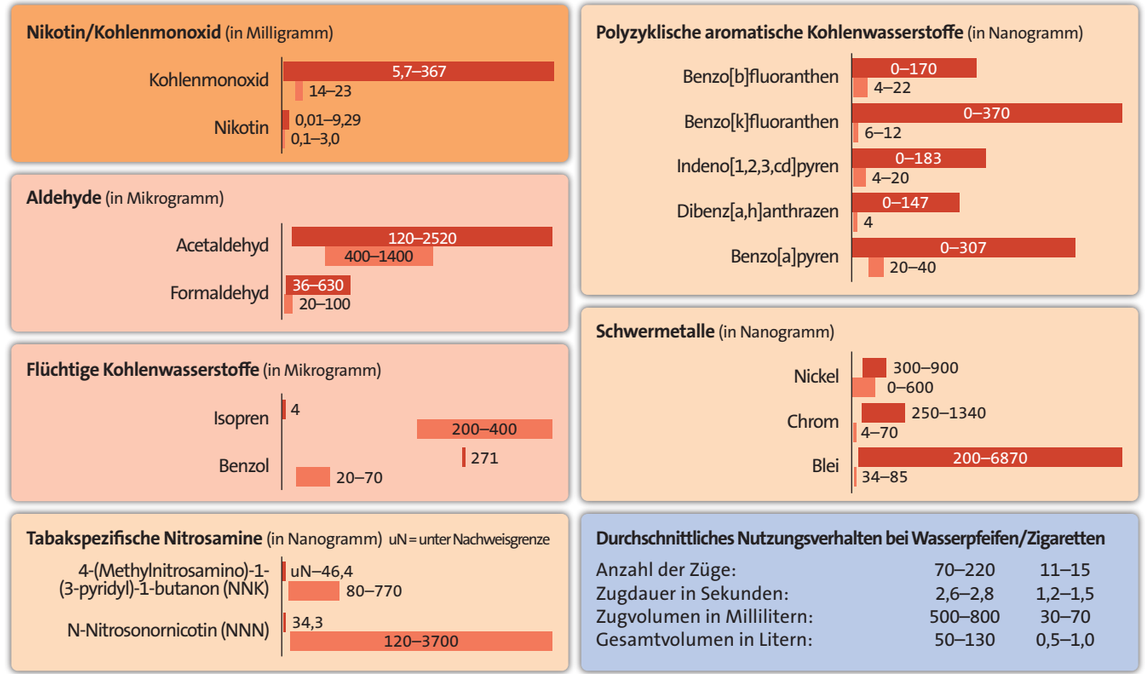


Wasserpfeifenkonsum von 12- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen innerhalb der letzten 30 Tage | nach Alter | Daten: KiGGS 2009/2012

Knapp ein Drittel der Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren hat schon einmal Wasserpfeife geraucht.

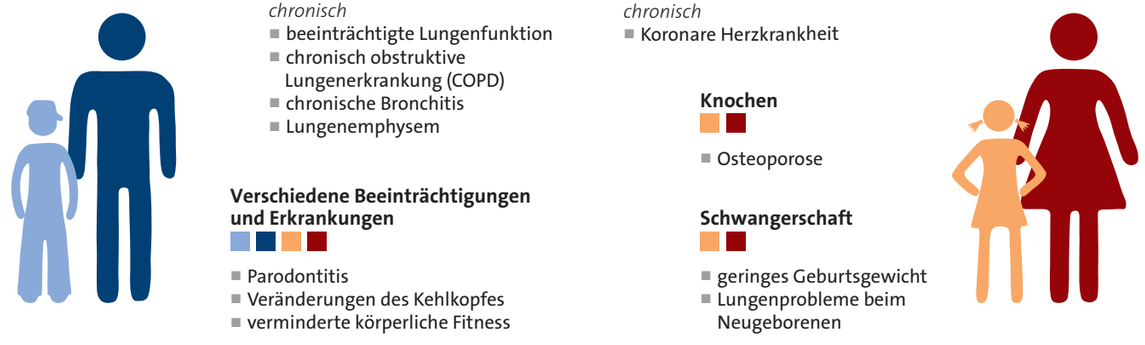


Jemalskonsum von Wasserpfeifen bei 12- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen
nach Alter | Daten: KiGGS 2009/2012



Im Rauch von Wasserpfeifen (einstündiger Gebrauch) und Zigaretten (eine Zigarette) in verschiedenen Studien gemessene Mengen ausgewählter Schadstoffe und durchschnittliches Nutzungsverhalten

Eine Wasserpfeifensitzung entspricht dem Rauch von 100 Zigaretten.



Durch das Rauchen von Wasserpfeifen verursachte akute Beschwerden und chronische Erkrankungen bei Jungen/Männern und Mädchen/Frauen

3.10 Sozialer Status und Rauchen

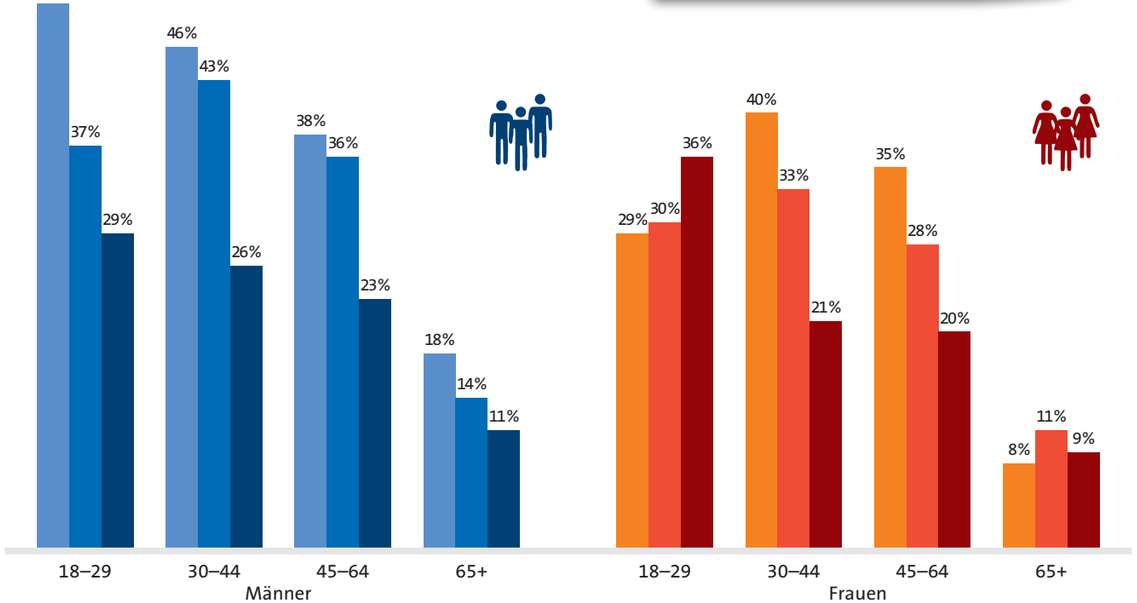
Das Rauchverhalten unterscheidet sich nach dem sozialen Status, der anhand des Bildungsniveaus, der beruflichen Stellung und der Einkommenssituation gemessen wird.

Im vergangenen Jahrhundert erfuhr das Rauchen einen sozialen Wandel, denn es verlagerte sich zunehmend von den höheren in niedrigere soziale Schichten – bei den Männern früher als bei den Frauen: So ist der Anteil der Jemalsraucher bei den Männern bereits bei den vor dem Zweiten Weltkrieg Geborenen ohne Abitur höher als bei denjenigen mit Abitur. Bei den Frauen ohne Abitur haben jedoch erst diejenigen, die nach dem Zweiten Weltkrieg geboren wurden, häufiger jemals geraucht als diejenigen mit Abitur.

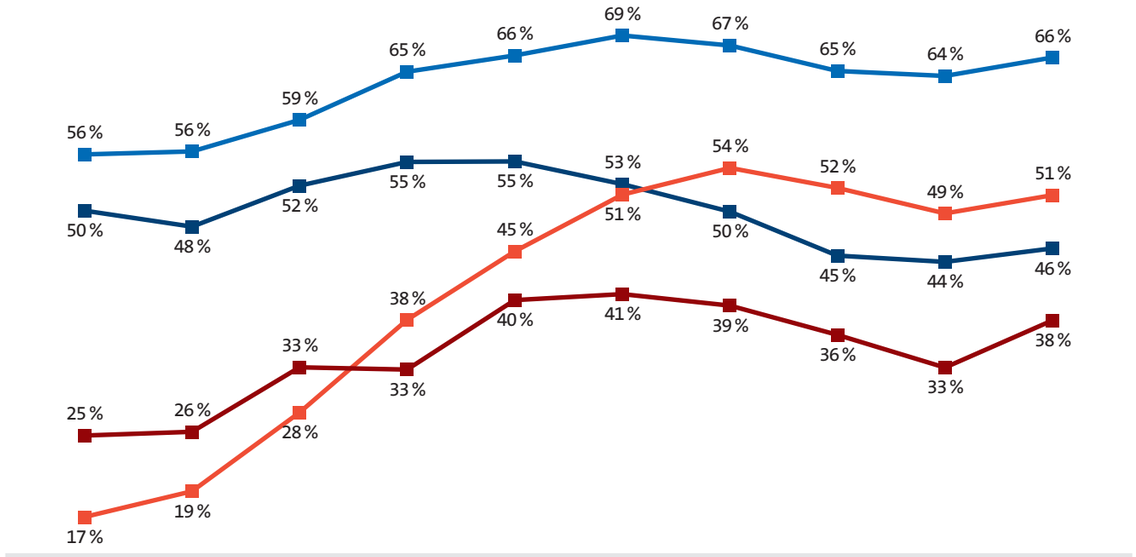
Dementsprechend rauchen bereits seit einigen Jahrzehnten mehr Männer und Frauen mit niedrigem sozialen Status als mit hohem sozialen Status. Dieser soziale Unterschied im Rauchverhalten ist bei den Männern in allen Altersgruppen ausgeprägt, bei den Frauen lediglich in der Altersgruppe von 30 bis 64 Jahren.

Auch bei Jugendlichen machen sich soziale Unterschiede im Rauchverhalten bemerkbar. Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status rauchen häufiger als Gleichaltrige aus Familien mit einem hohen sozialen Status. Zudem rauchen sie auch stärker (eher täglich als gelegentlich).

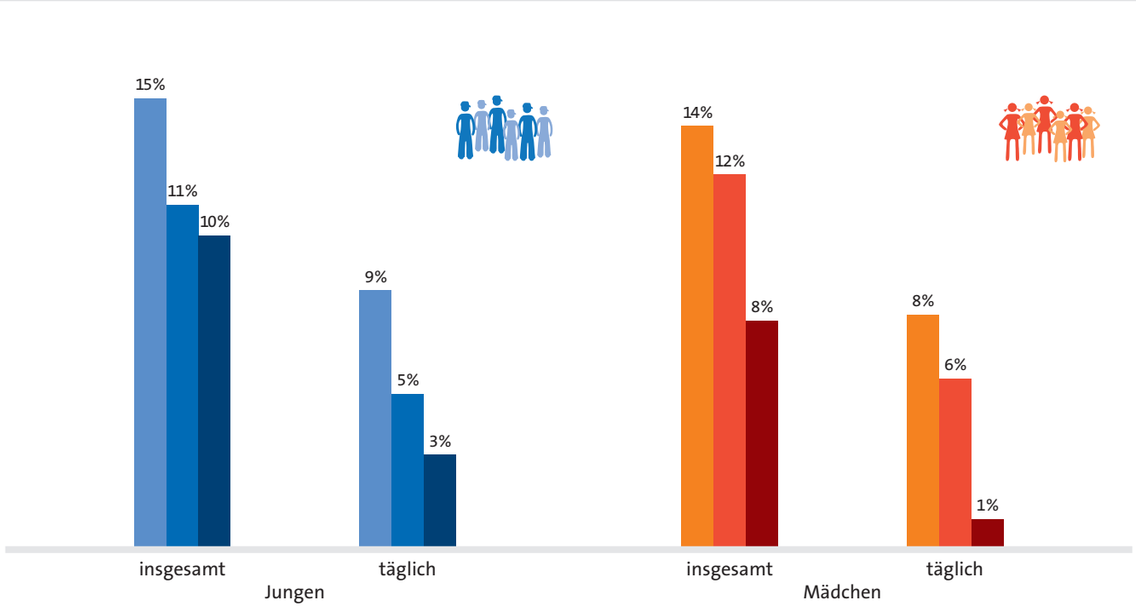
Mit steigendem Sozialstatus sinkt der Raucheranteil – bei Männern in allen Altersgruppen; bei Frauen lediglich im mittleren Lebensalter.



Sozialstatus und Rauchen bei Männern (niedriger Sozialstatus, mittlerer Sozialstatus, hoher Sozialstatus) und Frauen (niedriger Sozialstatus, mittlerer Sozialstatus, hoher Sozialstatus) | nach Altersgruppen | Daten: GEDA 2012



Entwicklung der Anteile der Jemalsraucher entsprechend des Schulabschlusses | Männer ohne Abitur, Männer mit Abitur, Frauen ohne Abitur, Frauen mit Abitur | nach Geburtsjahrgängen | Daten: Mikrozensus 2009

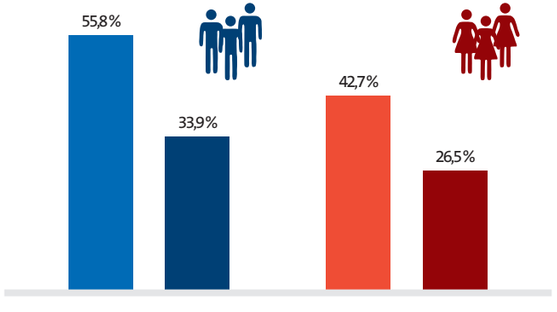


Sozialstatus und Rauchen bei 11- bis 17-jährigen Jungen (niedriger Sozialstatus, mittlerer Sozialstatus, hoher Sozialstatus) und Mädchen (niedriger Sozialstatus, mittlerer Sozialstatus, hoher Sozialstatus) | nach Rauchverhalten | Daten: KiGGS 2009/2012

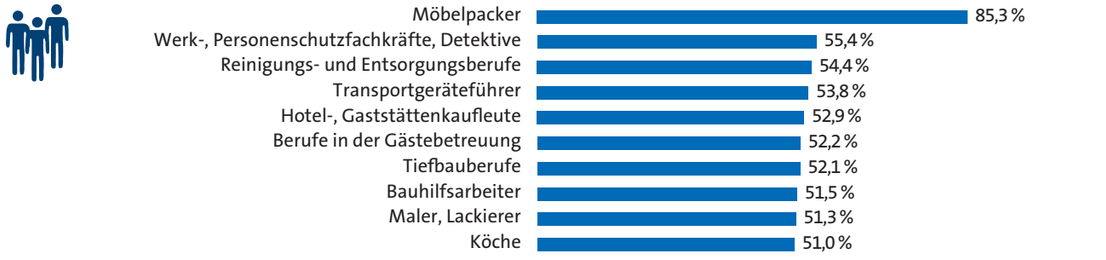
3.11 Rauchen bei verschiedenen Berufsgruppen

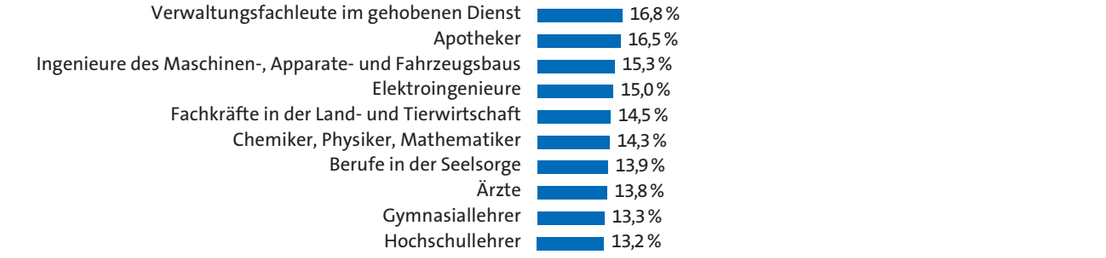
Das Rauchverhalten hängt neben dem Bildungsniveau und der Einkommenssituation auch vom Erwerbstätigkeitsstatus und der Art des Berufes ab. So ist der Raucheranteil unter Arbeitssuchenden (Erwerbslose) höher als unter Erwerbstätigen.

In manuellen und einfachen Dienstleistungsberufen rauchen mehr Männer und Frauen als in qualifizierten und akademischen Berufen. Dieser Unterschied zeigt sich besonders deutlich bei verschiedenen Gesundheitsberufen von Frauen: Unter Apothekerinnen und Ärztinnen gibt es die wenigsten, unter Altenpflegerinnen und Helferinnen in der Krankenpflege die meisen Raucherinnen. Auch Sprechstundenhelferinnen, Krankenschwestern/Hebammen, Kinderpflegerinnen und Diätassistentinnen rauchen vergleichsweise häufig, denn mit einem Raucheranteil von rund 30 Prozent rauchen Frauen in diesen Berufen häufiger als Frauen im Durchschnitt (20 Prozent).



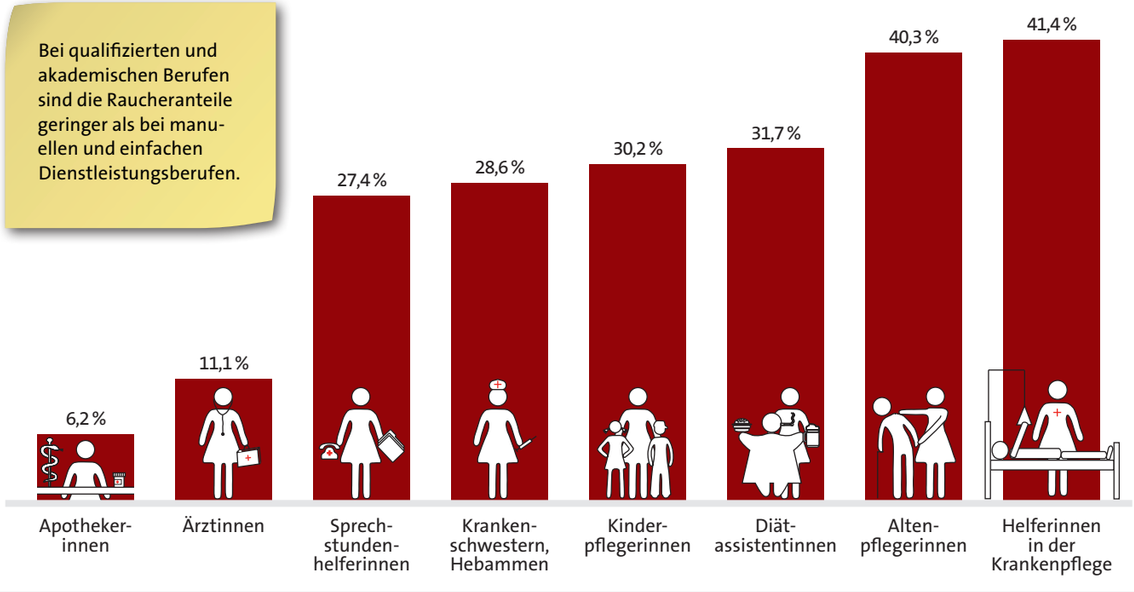
Raucheranteile bei Erwerbspersonen | erwerbslose und erwerbstätige Männer und Frauen | Daten: Mikrozensus 2013



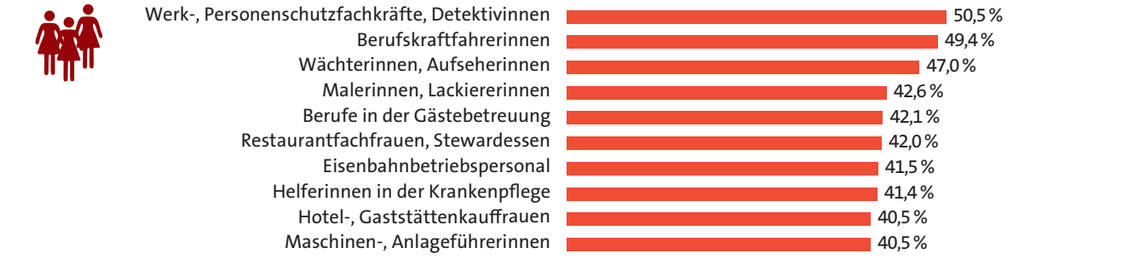


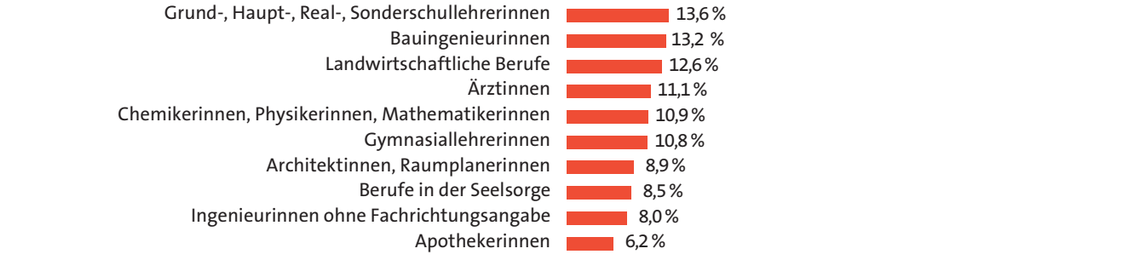
Berufsgruppen mit den zehn höchsten und den zehn niedrigsten Raucheranteilen bei Männern
Daten: Mikrozensus 2009

Bei qualifizierten und akademischen Berufen sind die Raucheranteile geringer als bei manuellen und einfachen Dienstleistungsberufen.



Raucheranteile in ausgewählten Gesundheitsberufen bei Frauen
Daten: Mikrozensus 2009





Berufsgruppen mit den zehn höchsten und den zehn niedrigsten Raucheranteilen bei Frauen
Daten: Mikrozensus 2009

3.12 Durch Rauchen bedingte Todesfälle

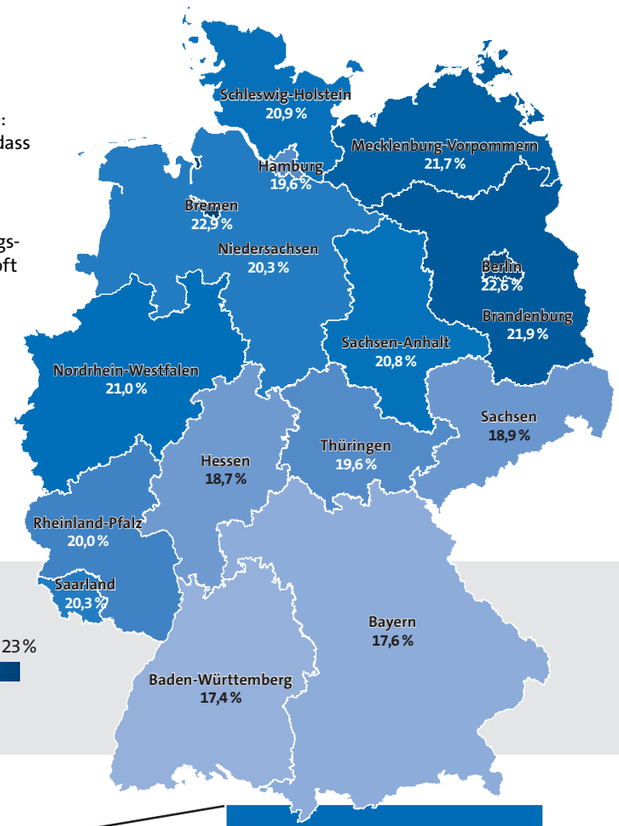
Im Jahr 2013 starben in Deutschland rund 121 000 Menschen an den Folgen des Rauchens. Damit waren 13,5 Prozent aller Todesfälle durch das Rauchen bedingt. Die im Vergleich zu früheren Berechnungen deutlich höhere Zahl (Tabakatlas 2009: 107 000 tabakbedingte Todesfälle) ist darauf zurückzuführen, dass erstmals auch Todesfälle aufgrund von Darm- und Leberkrebs, Typ-2-Diabetes und Tuberkulose berücksichtigt wurden.

Seit einigen Jahren sinkt der Raucheranteil in allen Bevölkerungsgruppen. Da sich die Gesundheitsschäden durch das Rauchen oft erst in höherem Alter bemerkbar machen, ist davon auszugehen, dass der Rückgang des Raucheranteils erst nach vielen Jahren zu einer merklich geringeren Sterblichkeit infolge des Rauchens führt.

Die regionalen Unterschiede in der tabakbedingten Sterblichkeit spiegeln das unterschiedliche Rauchverhalten in den Bundesländern wider: In den nördlichen Bundesländern sterben mehr Menschen durch das Rauchen als in den südlichen. Die meisten Rauchertode finden sich bei beiden Geschlechtern in Bremen und Berlin, die wenigsten bei Männern in Baden-Württemberg und Bayern und bei Frauen in Sachsen und Thüringen.

Frauen sterben deutlich seltener infolge des Rauchens als Männer. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass Frauen schon immer seltener und in geringerem Ausmaß geraucht haben als Männer. Zum anderen ist der Raucheranteil unter Frauen erst angestiegen, als das Rauchen bei Männern schon mehrere Jahrzehnte weit verbreitet war. Daher macht sich die erhöhte Sterblichkeit infolge von tabakbedingten Krankheiten bei Männern Jahrzehnte früher bemerkbar als bei Frauen. In Zukunft wird sich die Anzahl der tabakbedingten Todesfälle der Frauen derjenigen der Männer immer mehr angleichen.

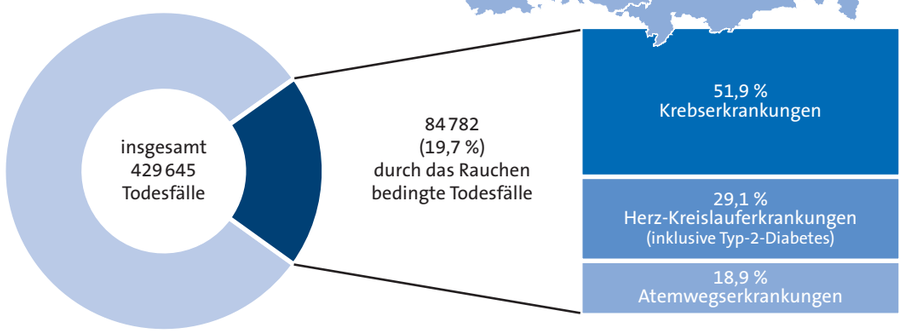
Von den insgesamt rund 894 000 Todesfällen in Deutschland im Jahr 2013 sind etwa 121 000 – also 13,5 Prozent – auf das Rauchen zurückzuführen.



Durch Rauchen bedingte Todesfälle bei Männern
Von den im Jahr 2013 gestorbenen Männern sind

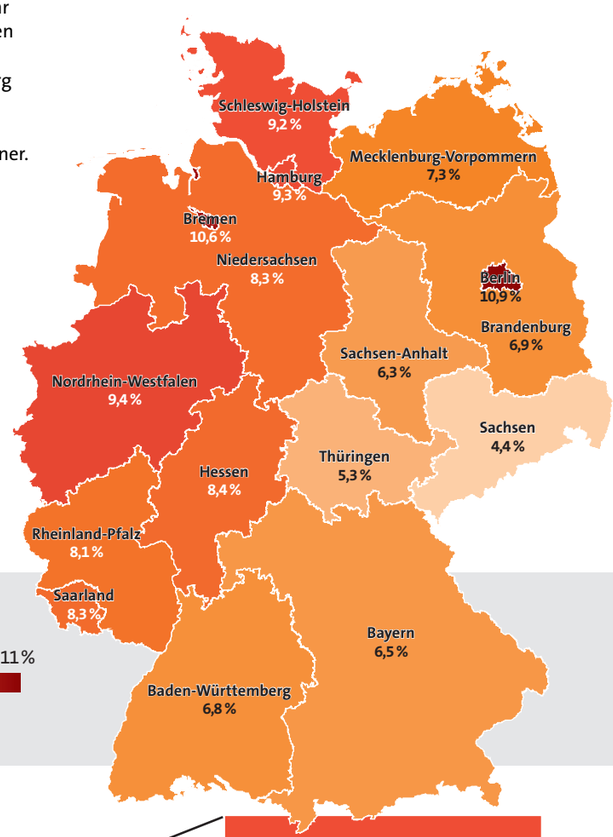
16% 17% 18% 19% 20% 21% 22% 23%

der Todesfälle durch das Rauchen bedingt.
Daten: Mikrozensus 2013, Todesursachenstatistik 2013



Gesamttodesfälle und Anteile der durch Rauchen bedingten Todesfälle infolge von Krebs-, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen bei Männern | Daten: Mikrozensus 2013, Todesursachenstatistik 2013

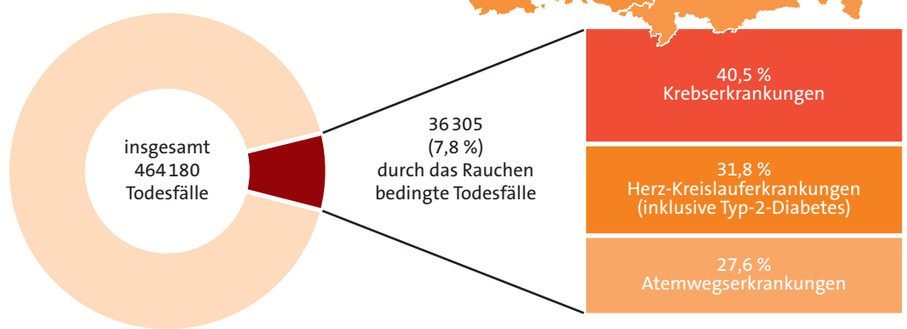
Krebserkrankungen verursachen den größten Anteil der tabakbedingten Todesfälle – 52 Prozent bei den Männern und rund 41 Prozent bei den Frauen.



Durch Rauchen bedingte Todesfälle bei Frauen
Von den im Jahr 2013 gestorbenen Frauen sind

4% 5% 6% 7% 8% 9% 10% 11%

der Todesfälle durch das Rauchen bedingt.
Daten: Mikrozensus 2013, Todesursachenstatistik 2013

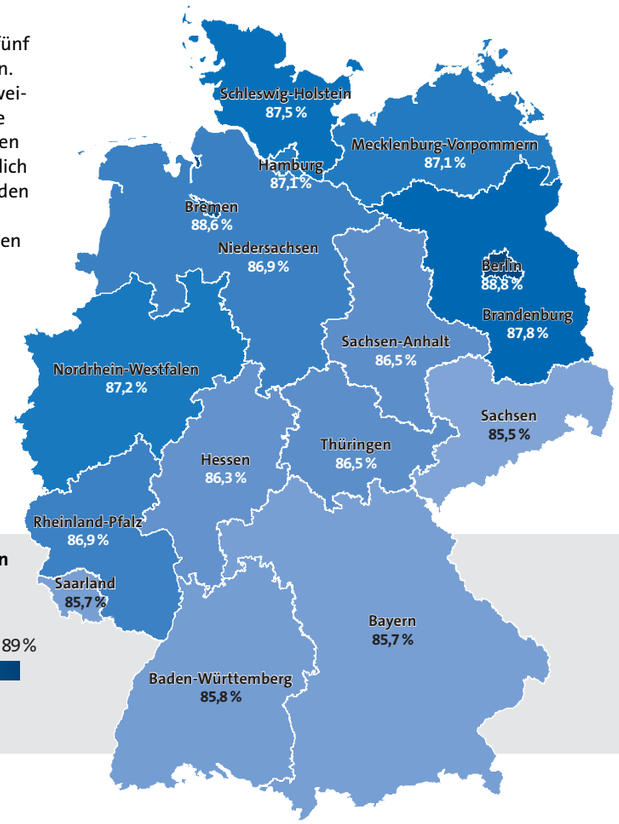


Gesamttodesfälle und Anteile der durch Rauchen bedingten Todesfälle infolge von Krebs-, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen bei Frauen | Daten: Mikrozensus 2013, Todesursachenstatistik 2013

3.13 Durch Rauchen bedingte Todesfälle – Lungenkrebs

Rauchen ist der Hauptrisikofaktor für Lungenkrebs. Vier von fünf Lungenkrebstodesfällen sind auf das Rauchen zurückzuführen. Bei Männern ist Lungenkrebs seit den 1960er Jahren die bei weitem häufigste Krebstodesursache. Bei Frauen hingegen ist die Sterblichkeit infolge von Lungenkrebs erst in den letzten Jahren deutlich angestiegen, da sich das Rauchen bei Frauen wesentlich später verbreitete als bei Männern. Schätzungen zufolge werden in den nächsten Jahren immer mehr Frauen an Lungenkrebs sterben, sodass Lungenkrebs bei Frauen den Brustkrebs ablösen und auch bei ihnen zur häufigsten Todesursache wird.

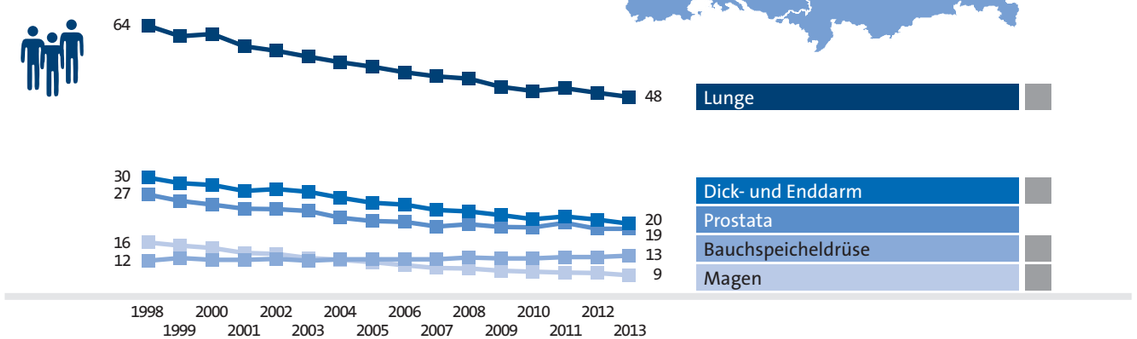
Rund 80 Prozent aller Lungenkrebstodesfälle in Deutschland sind durch das Rauchen bedingt – 87 Prozent der Lungenkrebstodesfälle bei Männern und 64 Prozent der Lungenkrebstodesfälle bei Frauen.



Durch Rauchen bedingte Lungenkrebstodesfälle bei Männern
Von den im Jahr 2013 an Lungenkrebs gestorbenen Männern sind

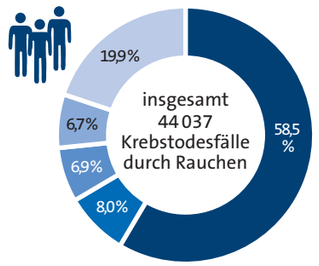
84 % 85 % 86 % 87 % 88 % 89 %

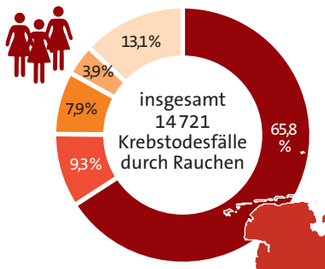
der Todesfälle durch das Rauchen bedingt.
Daten: Mikrozensus 2013, Todesursachenstatistik 2013



Entwicklung der häufigsten Krebstodesursachen bei Männern | Sterbefälle je 100 000 Einwohner, altersstandardisiert | Krebsarten, die durch das Rauchen verursacht werden können | Daten: Todesursachenstatistik 1998–2013

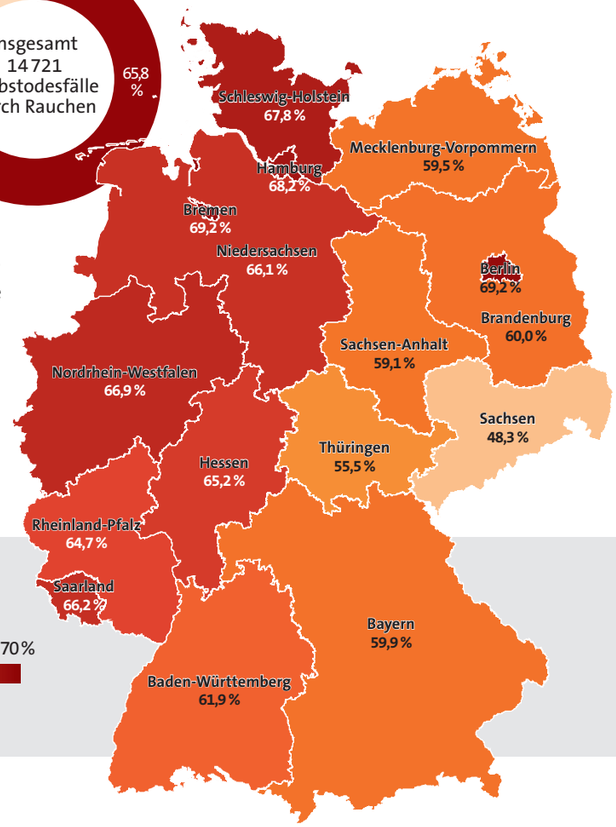
Häufigste durch Rauchen bedingte Krebstodesursachen bei Männern (Luftröhre, Bronchien, Lunge, Dick- und Enddarm, Lippe, Mundhöhle, Rachen, Speiseröhre, sonstige) und Frauen (Luftröhre, Bronchien, Lunge, Bauchspeicheldrüse, Dick- und Enddarm, Speiseröhre, sonstige) | Daten: Mikrozensus 2013, Todesursachenstatistik 2013





Lungenkrebs ist bei beiden Geschlechtern für fast zwei Drittel der durch das Rauchen bedingten Krebstodesfälle verantwortlich. Die zweithäufigste Krebsart, an der rauchende Männer sterben, ist Krebs des Dick- und Enddarms, gefolgt von Krebs der Lippe, Mundhöhle und des Rachens. Bei rauchenden Frauen fordert Bauchspeicheldrüsenkrebs nach Lungenkrebs die meisten Tode.

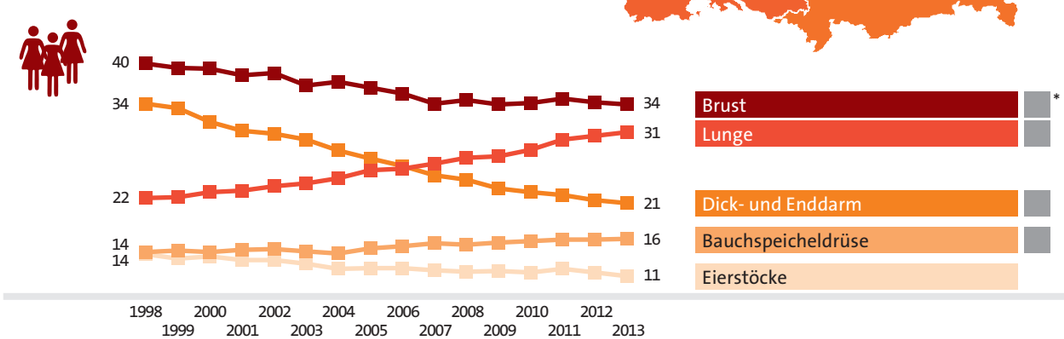
In den nördlichen Bundesländern sterben mehr Raucher an Lungenkrebs als in den südlichen. Bei Raucherinnen besteht ein West-Ost-Gefälle.



Durch Rauchen bedingte Lungenkrebstodesfälle bei Frauen
Von den im Jahr 2013 an Lungenkrebs gestorbenen Frauen sind

45 % 50 % 55 % 60 % 65 % 70 %

der Todesfälle durch das Rauchen bedingt.
Daten: Mikrozensus 2013, Todesursachenstatistik 2013

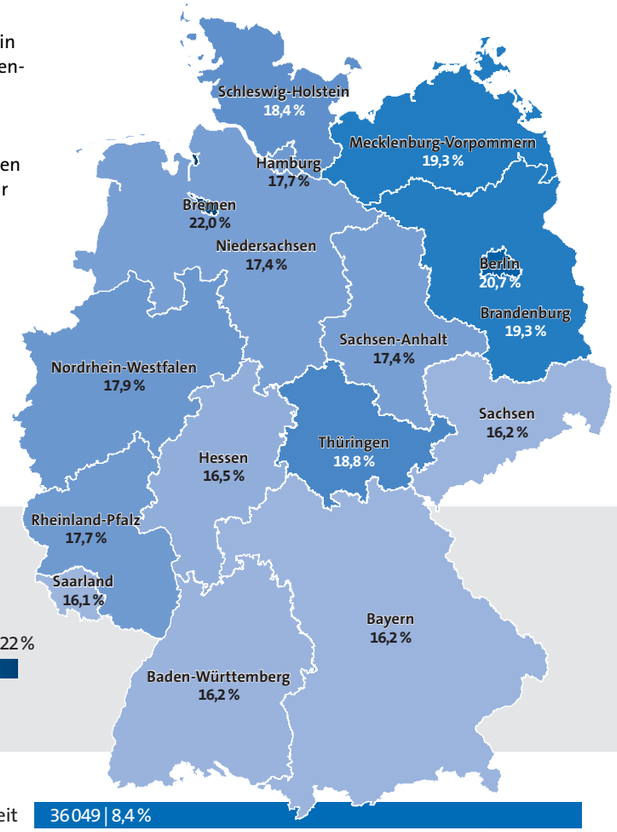


Entwicklung der häufigsten Krebstodesursachen bei Frauen | Sterbefälle je 100 000 Einwohner, altersstandardisiert | Krebsarten, die durch das Rauchen verursacht werden können (*kausaler Zusammenhang wahrscheinlich) | Daten: Todesursachenstatistik 1998–2013

3.14 Durch Rauchen bedingte Todesfälle – Herz-Kreislauferkrankungen

Herz-Kreislauferkrankungen sind die häufigste Todesursache in Deutschland. Im Jahr 2013 starben insgesamt fast 360 000 Menschen an diesen Krankheiten – dies sind 40 Prozent aller Gestorbenen. Unter den Herz-Kreislauferkrankungen sind die ischämischen Herzkrankheiten (Herzinfarkt und chronische ischämische Herzkrankheit), die durch Durchblutungsstörungen des Herzmuskels verursacht werden, die häufigste Ursache für den Tod.

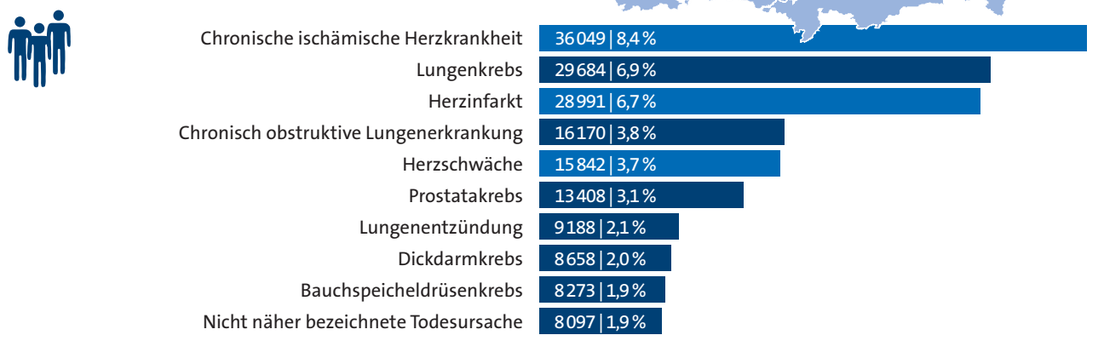
Herz-Kreislauferkrankungen sind für ein Drittel aller durch das Rauchen bedingten Todesfälle verantwortlich.



Durch Rauchen bedingte Todesfälle durch ischämische Herzkrankheiten bei Männern
Von den im Jahr 2013 an ischämischen Herzkrankheiten gestorbenen Männern sind

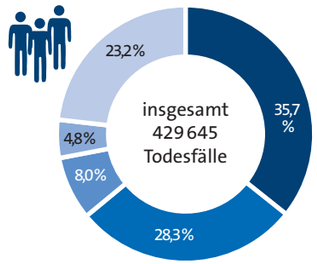
15 % 16 % 17 % 18 % 19 % 20 % 21 % 22 %

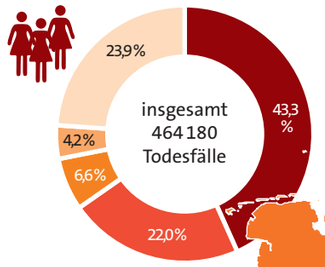
der Todesfälle durch das Rauchen bedingt.
Daten: Mikrozensus 2013, Todesursachenstatistik 2013



Zehn häufigste Todesursachen bei Männern | Herz-Kreislauferkrankungen, sonstige Todesursachen
Absolute Anzahl und Anteil an allen Sterbefällen in Prozent | Daten: Todesursachenstatistik 2013

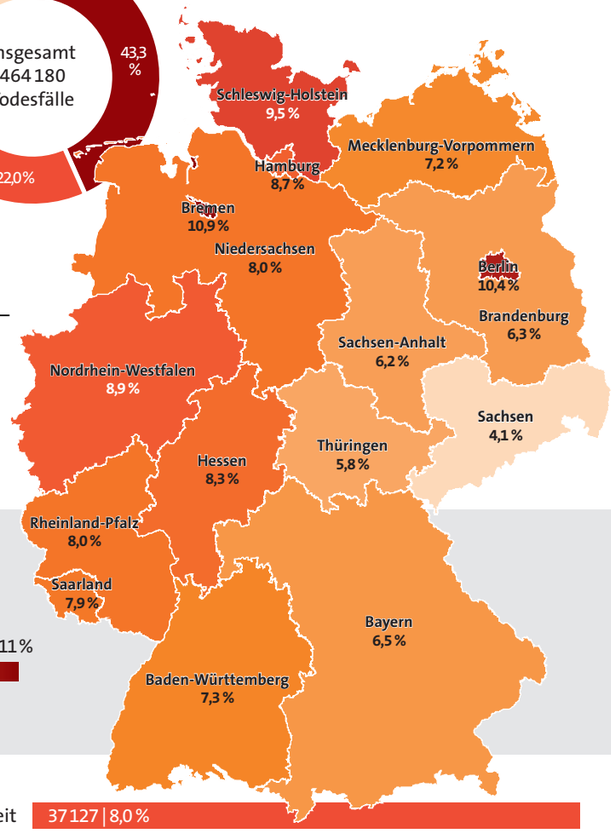
Todesursachen bei Männern und Frauen nach Krankheitsarten | Herz-Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen, Atemwegserkrankungen, Krankheiten des Verdauungssystems, sonstige | Daten: Todesursachenstatistik 2013





Rauchen ist ein bedeutender Risikofaktor für Herz-Kreislauferkrankungen. Im Jahr 2013 waren 12,6 Prozent der Todesfälle durch ischämische Herzkrankheiten durch das Rauchen bedingt – 17,4 Prozent bei den Männern und 7,5 Prozent bei den Frauen.

Die meisten Todesfälle durch ischämische Herzkrankheiten infolge des Rauchens finden sich beim Bundesländervergleich in Bremen und in Berlin – bei den Männern über 20 Prozent und bei den Frauen über 10 Prozent.



Durch Rauchen bedingte Todesfälle durch ischämische Herzkrankheiten bei Frauen
Von den im Jahr 2013 an ischämischen Herzkrankheiten gestorbenen Frauen sind

4% 5% 6% 7% 8% 9% 10% 11%

der Todesfälle durch das Rauchen bedingt.
Daten: Mikrozensus 2013, Todesursachenstatistik 2013



Zehn häufigste Todesursachen bei Frauen | Herz-Kreislauferkrankungen, sonstige Todesursachen
Absolute Anzahl und Anteil an allen Sterbefällen in Prozent | Daten: Todesursachenstatistik 2013

Passivrauchen und gesundheitliche Folgen

4

4.1 Gesundheitliche Folgen des Passivrauchens

Passivrauchen bezeichnet das unfreiwillige Einatmen von Tabakrauch aus der Umgebungsluft. In die Umgebungsluft gelangt der Tabakrauch zum einen durch das Wiederausatmen des Hauptstromrauchs beim aktiven Rauchen, zum anderen durch das Glühen des Tabaks zwischen den Zügen, dem sogenannten Nebenstromrauch. Letzterer macht beim Passivrauchen den Hauptteil der Tabakrauchbelastung aus.

In seiner Zusammensetzung unterscheidet sich der Tabakrauch beim Passivrauchen nicht vom Tabakrauch, der beim aktiven Rauchen inhaliert wird. Er enthält giftige Substanzen wie zum Beispiel Ammoniak, Stickstoffoxide und Schwefeloxid, die die Augen und oberen Atemwege reizen, und krebserzeugende Substanzen wie zum Beispiel die organischen Verbindungen Benzol und Vinylchlorid sowie die anorganischen Verbindungen Arsen, Cadmium, Chrom und das radioaktive Isotop Polonium-210. Viele der giftigen und krebserzeugenden Substanzen sind im Nebenstromrauch deutlich höher konzentriert als im Hauptstromrauch. Die Folge sind zahlreiche, zum Teil schwere Erkrankungen durch Passivrauchen.

So erhöht Passivrauchen das Risiko für Lungenkrebs und sehr wahrscheinlich auch für Brustkrebs bei jungen Frauen sowie Krebs der Nasenhöhle und der Nasennebenhöhlen. Zudem belastet es das Herz-Kreislaufsystem und erhöht das Schlaganfallrisiko um schätzungsweise 20 bis 30 Prozent. Darüber hinaus nimmt die Anfälligkeit für Infekte zu. Außerdem verursacht oder verschlechtert Passivrauchen Atemwegserkrankungen und kann Kopfschmerzen und Schwindelanfälle auslösen.

Kinder sind durch Passivrauchen besonders gefährdet, da sie eine höhere Atemfrequenz und ein weniger effizientes Entgiftungssystem als Erwachsene haben. Wenn ihre Eltern rauchen, leiden sie vermehrt unter Mittelohrentzündungen und Atemwegserkrankungen wie Bronchitis und Lungenentzündung. Es ist sehr wahrscheinlich, dass Passivrauchen bei Kindern auch Asthma auslösen kann. Bei Kindern, die bereits Asthma haben, verschlimmert Passivrauchen die Symptome. Bei Säuglingen beeinträchtigt Passivrauchen die Lungenfunktion nachhaltig und kann zum plötzlichen Kindstod führen. Passivrauchen in der Schwangerschaft kann das Geburtsgewicht des Neugeborenen verringern und eine Frühgeburt auslösen.

Schwangerschaft
- Frühgeburt*

Säuglinge
- geringes Geburtsgewicht
- beeinträchtigte Lungenfunktion
- plötzlicher Kindstod

Kinder
- Husten, Auswurf, pfeifende Atemgeräusche, Kurzatmigkeit
- Erkrankungen der unteren Atemwege wie Bronchitis und Lungenentzündung
- Mittelohrentzündung
- Asthma*



* kausaler Zusammenhang wahrscheinlich

Mögliche Folgen des Passivrauchens in der Schwangerschaft und durch Passivrauchen verursachte oder verschlimmerte Krankheiten und Beschwerden bei Säuglingen und Kindern

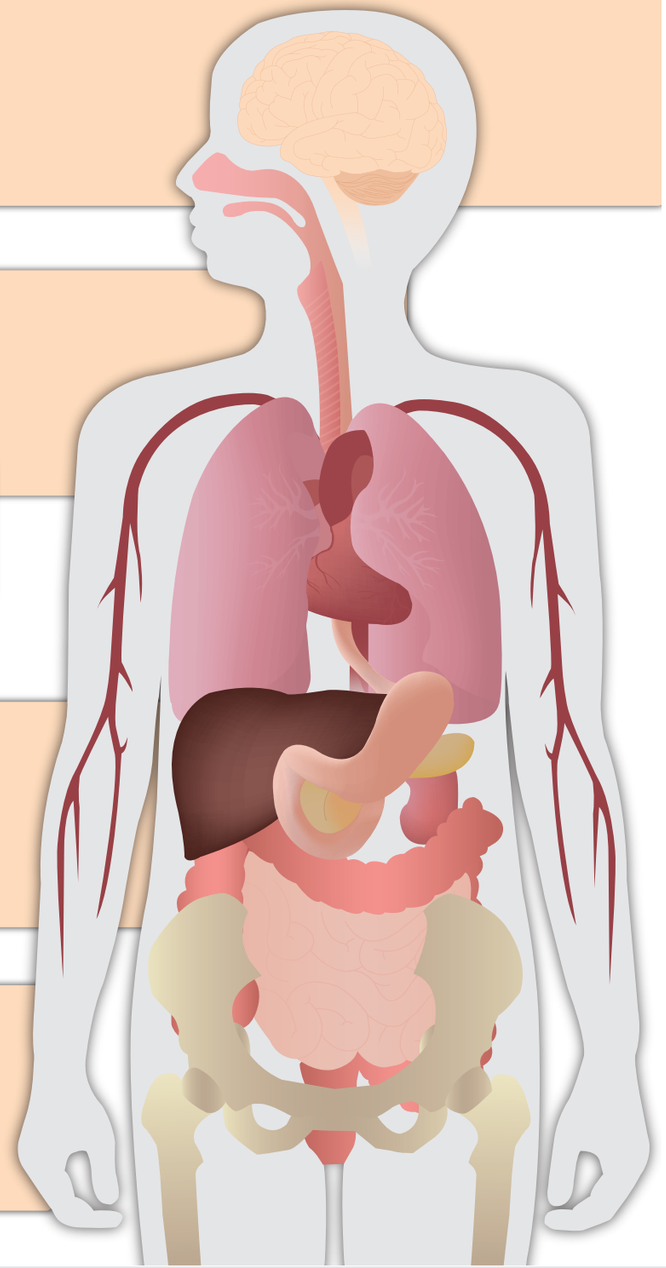
Atemwege
- Reizung der Nasenschleimhaut
- Husten, pfeifende Atemgeräusche, Engegefühl im Brustkorb, Atemschwierigkeiten*
- Asthma*
- chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)*

Herz-Kreislaufsystem
- Atherosklerose*
- Erkrankung der Herzkranzgefäße
- Schlaganfall

Passivrauchen erhöht das Schlaganfallrisiko um 20 bis 30 Prozent.

Krebs
- Lungenkrebs
- Brustkrebs, besonders bei Frauen vor der Menopause*
- Krebs der Nasenhöhle und Nasennebenhöhlen*

Sonstige Beschwerden
- Augenbrennen und -tränen
- Kopfschmerzen
- Schwindelanfälle
- erhöhte Infektanfälligkeit



* kausaler Zusammenhang wahrscheinlich

Durch Passivrauchen verursachte oder verschlimmerte Krankheiten und Beschwerden bei Erwachsenen

4.2 Passivrauchen bei Erwachsenen

Trotz bestehender Gesetze zum Schutz von Nichtrauchern in Deutschland sind viele Erwachsene immer noch unfreiwillig Tabakrauch ausgesetzt: 34 Prozent der nicht rauchenden Männer und 22 Prozent der nicht rauchenden Frauen kommen mindestens einmal pro Woche mit Tabakrauch in Kontakt. Besonders verbreitet ist das Passivrauchen am Arbeitsplatz. 2012 waren knapp fünf Millionen der rund 36 Millionen Erwerbstätigen davon betroffen. Ein Großteil der Nichtraucher, an deren Arbeitsplatz geraucht wird, ist nahezu täglich Tabakrauch ausgesetzt. Besonders ausgeprägt ist Passivrauchen unter Männern im Baugewerbe. Frauen kommen vor allem im Gastgewerbe und im Einzelhandel mit Tabakrauch in Kontakt.

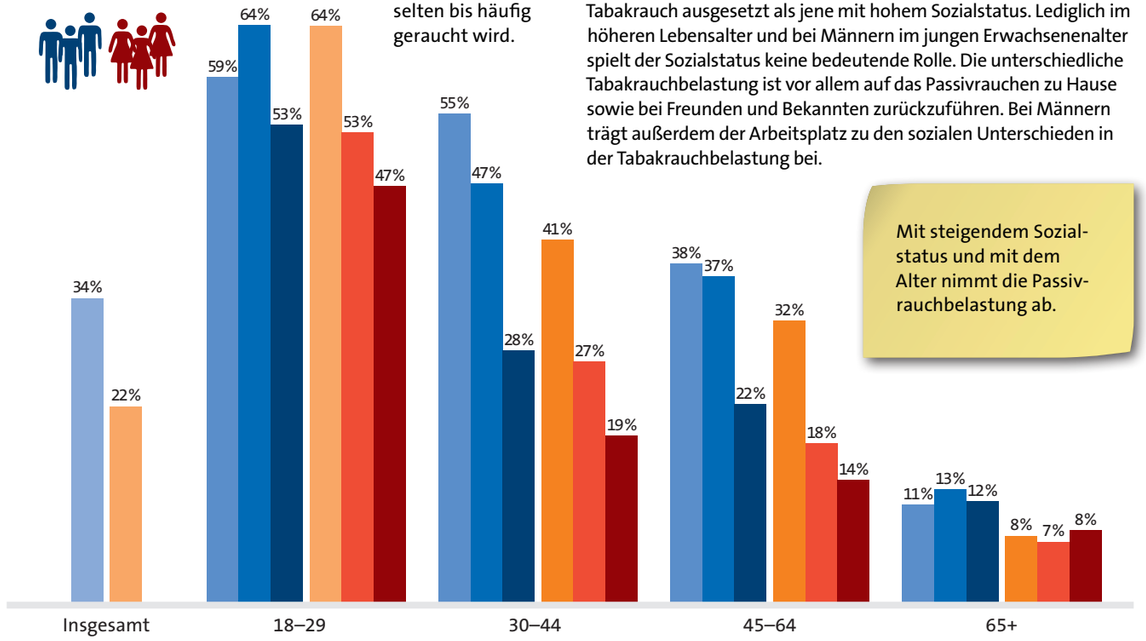
An den meisten Arbeitsplätzen ist die Tabakrauchbelastung in den letzten Jahren jedoch deutlich zurückgegangen. So gaben im Jahr 2006 noch knapp 11 Millionen der damals rund 33 Millionen Erwerbstätigen an, dass an ihrem Arbeitsplatz selten bis häufig geraucht wird.

Auch in der Freizeit sehen sich immer weniger Erwachsene Tabakrauch ausgesetzt. Dennoch gaben im Jahr 2009 noch immer 17 Prozent der Männer und neun Prozent der Frauen an, sich in ihrer Freizeit mindestens einmal pro Woche in Räumen aufzuhalten, in denen geraucht wird.

Der Rückgang der Tabakrauchbelastung in den letzten Jahren ist vor allem auf den gesetzlichen Nichtraucherschutz zurückzuführen. Die Rauchverbote haben nicht zu einer Verlagerung des Rauchens und zu einem Anstieg der Tabakrauchbelastung zu Hause geführt. Dort kommen nur noch gut fünf Prozent der Männer und Frauen täglich oder fast täglich mit Tabakrauch in Kontakt.

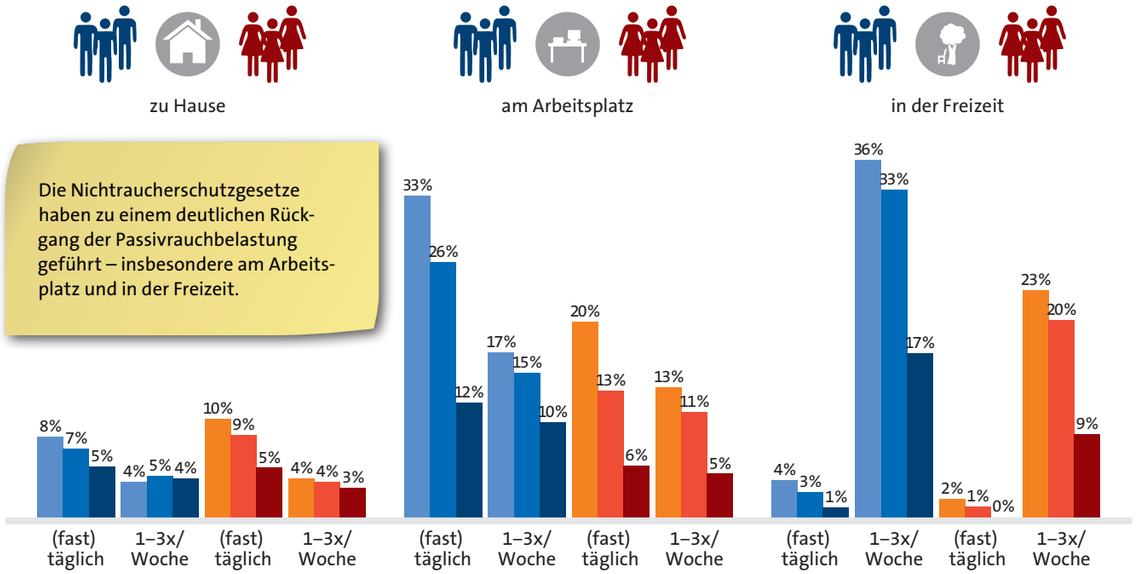
Entscheidenden Einfluss auf das Passivrauchen haben das Alter und der soziale Status. Vor allem junge Erwachsene zwischen 18 und 29 Jahren sind häufig Tabakrauch ausgesetzt, mit zunehmendem Alter sinkt die Belastung. Darüber hinaus sind Männer und Frauen mit niedrigem oder mittlerem Sozialstatus weitaus häufiger Tabakrauch ausgesetzt als jene mit hohem Sozialstatus. Lediglich im höheren Lebensalter und bei Männern im jungen Erwachsenenalter spielt der Sozialstatus keine bedeutende Rolle. Die unterschiedliche Tabakrauchbelastung ist vor allem auf das Passivrauchen zu Hause sowie bei Freunden und Bekannten zurückzuführen. Bei Männern trägt außerdem der Arbeitsplatz zu den sozialen Unterschieden in der Tabakrauchbelastung bei.

Mit steigendem Sozialstatus und mit dem Alter nimmt die Passivrauchbelastung ab.



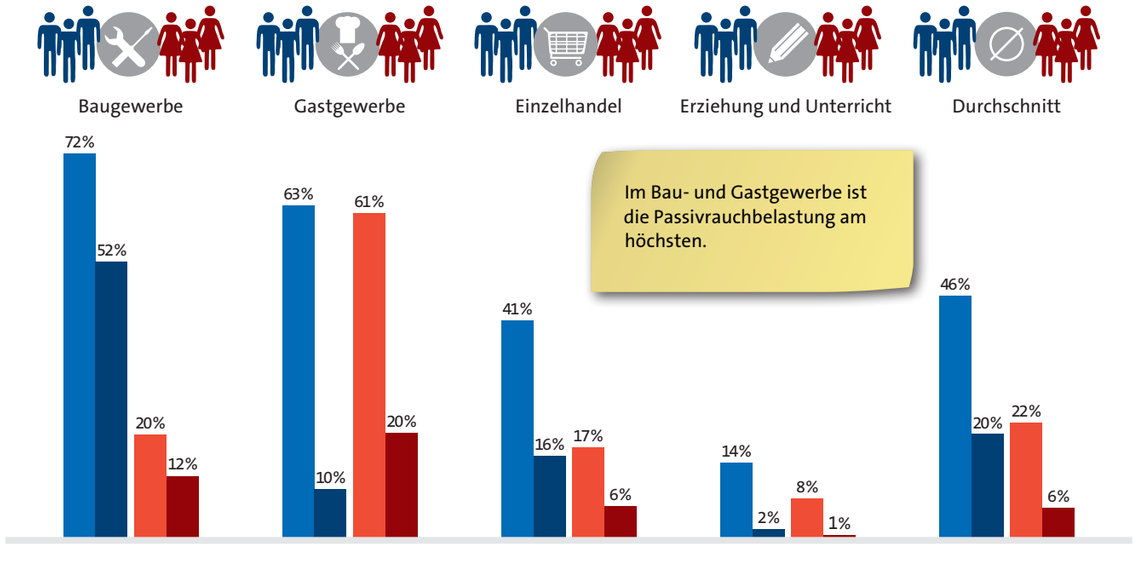
Passivrauchbelastung von Männern (insgesamt, niedriger Sozialstatus, mittlerer Sozialstatus, hoher Sozialstatus) und Frauen (insgesamt, niedriger Sozialstatus, mittlerer Sozialstatus, hoher Sozialstatus) | nach Altersgruppen | Daten: GEDA 2012

Die Nichtraucherschutzgesetze haben zu einem deutlichen Rückgang der Passivrauchbelastung geführt – insbesondere am Arbeitsplatz und in der Freizeit.



Passivrauchbelastung zu Hause, am Arbeitsplatz und in der Freizeit bei 18- bis 64-jährigen Männern (2003, 2006, 2009) und Frauen (2003, 2006, 2009) | nach Erhebungsjahren | Daten: Epidemiologischer Suchtsurvey

Im Bau- und Gastgewerbe ist die Passivrauchbelastung am höchsten.



Passivrauchbelastung an verschiedenen Arbeitsplätzen von Männern (2006, 2012) und Frauen (2006, 2012) im Alter von 15 Jahren und älter | nach Erhebungsjahren | Daten: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung

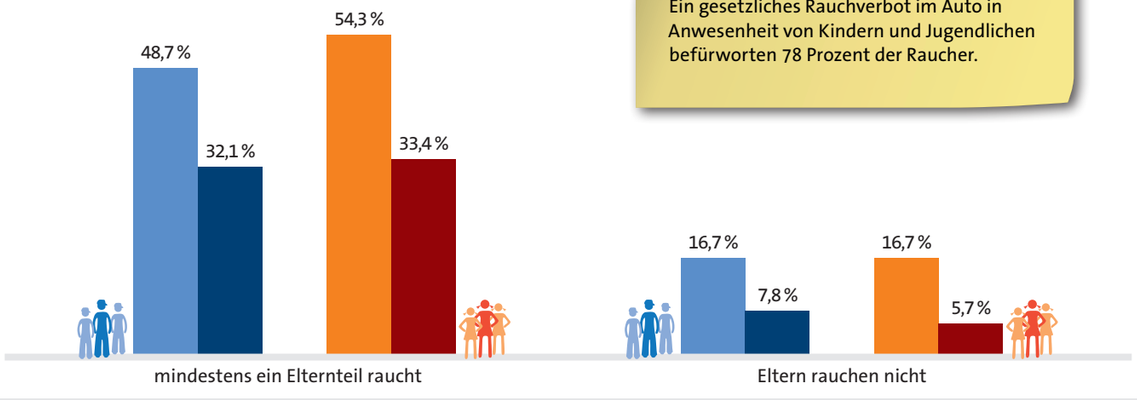
4.3 Passivrauchen bei Kindern und Jugendlichen

Ob Kinder und Jugendliche in einem rauchfreien Zuhause aufwachsen, hängt in erster Linie vom Verhalten der Erwachsenen ab. Kinder, deren Eltern rauchen, müssen deutlich häufiger passiv rauchen als Kinder von Nichtrauchern. Bei 43 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter bis 17 Jahre raucht jedoch zumindest ein Elternteil, bei 15 Prozent rauchen beide Elternteile. So halten sich 33 Prozent der nicht rauchenden Mädchen und 32 Prozent der nicht rauchenden Jungen zwischen 11 und 17 Jahren mit zumindest einem rauchenden Elternteil mehrmals in der Woche oder täglich in Räumen auf, in denen geraucht wird. Sind die Eltern Nichtraucher, trifft dies nur auf sechs Prozent der Mädchen und acht Prozent der Jungen zu. Insgesamt kommen 67 Prozent der 11- bis 17-Jährigen, die selbst nicht rauchen, zumindest gelegentlich mit Tabakrauch in Kontakt, bei 19 Prozent der Kinder und Jugendlichen ist dies sogar regelmäßig der Fall. Je älter die Kinder sind, umso höher ist die Tabakrauchbelastung. So muss von den Elfjährigen nur jeder Zehnte regelmäßig passiv rauchen, von den 15- und 16-jährigen Nichtrauchern schon jeder Vierte und von den 17-jährigen Nichtrauchern jeder Dritte.

Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor auf das Passivrauchen bei Kindern und Jugendlichen ist der soziale Status. Bei mehr als der Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit einem niedrigen Sozialstatus raucht zumindest ein Elternteil, bei Gleichaltrigen mit einem hohen Sozialstatus trifft dies nur auf ein Viertel der Kinder und Jugendlichen zu. Darüber hinaus geben Eltern mit niedrigem Sozialstatus deutlich häufiger an, dass in ihrer Wohnung in Gegenwart der Kinder geraucht wird, als Eltern mit hohem Sozialstatus. Jeder vierte bis fünfte jugendliche Nichtraucher zwischen 11 und 17 Jahren mit mittlerem oder niedrigem Sozialstatus hält sich regelmäßig in Räumen auf, in denen geraucht wird. Bei Gleichaltrigen mit hohem Sozialstatus ist dies nur bei weniger als jedem Zehnten der Fall.

Die Einführung der Nichtraucherschutzgesetze hat dazu geführt, dass die Tabakrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren zurückgegangen ist. Sie wachsen auch deutlich seltener in Wohnungen auf, in denen geraucht wird. So ist der Anteil der Raucherhaushalte mit Kindern, in denen das Rauchen strikt verboten ist, zwischen 2007 und 2011 um 15 Prozent gestiegen, wohingegen der Anteil der Raucherhaushalte, in denen ein partielles Rauchverbot herrscht, um 10 Prozent gesunken ist. Je jünger die im Haushalt lebenden Kinder sind, desto eher ist das Rauchen vollständig verboten.

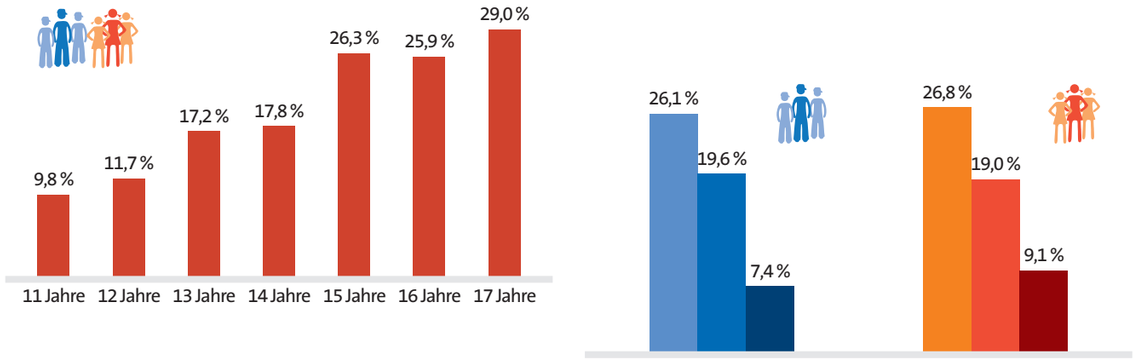
Außer in der Wohnung sind Kinder und Jugendliche vor allem im privaten Pkw Tabakrauch ausgesetzt. Im Auto sprechen nur rund zwei Drittel der Raucher mit minderjährigen Kindern ein vollständiges Rauchverbot aus. Nichtraucher verbieten hingegen in der Regel das Rauchen im Auto.



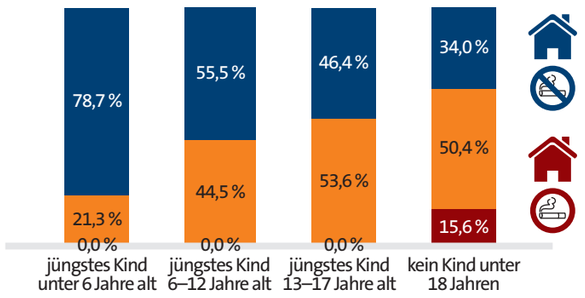
Ein gesetzliches Rauchverbot im Auto in Anwesenheit von Kindern und Jugendlichen befürworten 78 Prozent der Raucher.

Passivrauchbelastung (mehrmals in der Woche oder täglich) bei nicht rauchenden 11- bis 17-jährigen
Jungen und Mädchen | nach Rauchstatus der Eltern und Erhebungszeitraum: 2003/2006 und 2009/2012 | Daten: KiGSS

Passivrauchbelastung (mehrmals in der Woche oder täglich) bei nicht rauchenden 11- bis 17-Jährigen | nach Alter | Daten: KiGGS 2009/2012

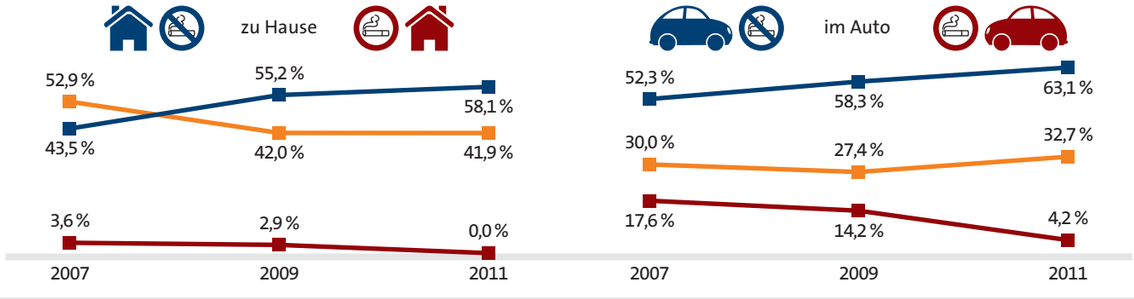


Passivrauchbelastung (mehrmals in der Woche oder täglich) bei nicht rauchenden 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen | nach Sozialstatus: **niedriger Sozialstatus, mittlerer Sozialstatus, hoher Sozialstatus** | Daten: KiGGS 2009/2012



Da die Einführung der Nichtraucherschutzgesetze im öffentlichen Raum die Bevölkerung für die Gesundheitsgefährdung durch Passivrauchen sensibilisiert hat, könnten die Gesetze auch zum Rückgang des Rauchens im privaten Raum beigetragen haben.

Rauchregeln in Raucherhhaushalten | Vollständiges Rauchverbot, partielles Rauchverbot, kein Rauchverbot | nach Alter des jüngsten Kindes | Daten: ITC 2011



Entwicklung der Rauchregeln zu Hause und im Auto bei Raucherhaushalten mit Kindern unter 18 Jahren | Vollständiges Rauchverbot, partielles Rauchverbot, kein Rauchverbot | nach Erhebungsjahren | Daten: ITC

Ökonomische Aspekte des Rauchens

5

5.1 Individuelle Kosten des Rauchens

Rauchen ist teuer: Bei einem Preis von fünf Euro pro Packung Zigaretten geben Raucher, die täglich eine Packung Zigaretten rauchen, im Monat etwa 150 Euro und im Jahr etwa 1 800 Euro für Zigaretten aus.

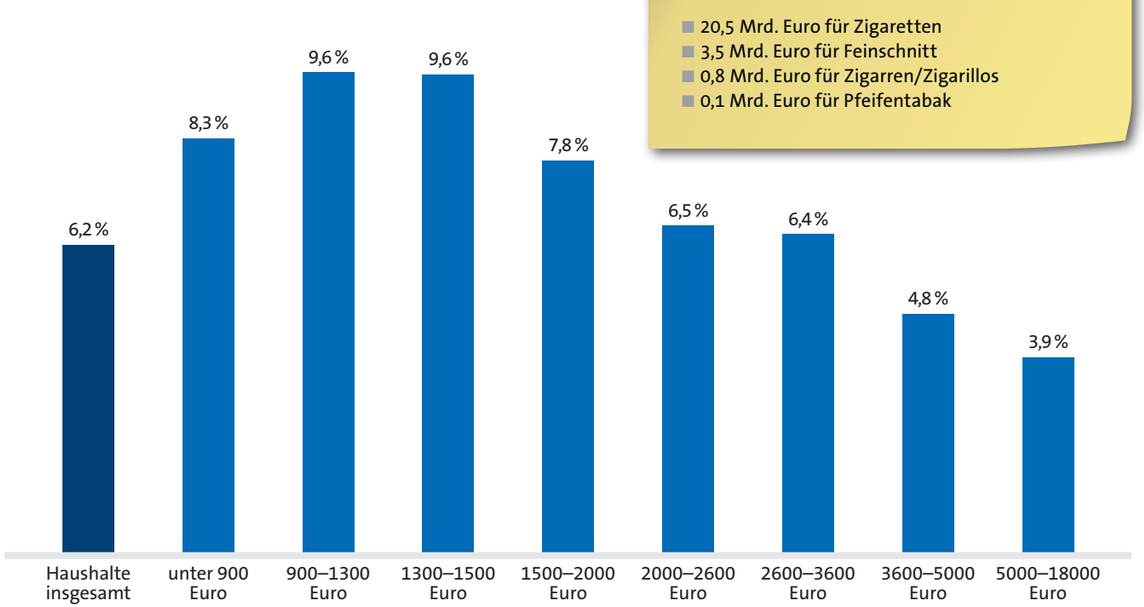
Insbesondere für Personen mit einem niedrigen Einkommen bedeutet das Rauchen eine große finanzielle Belastung. Geld, das für den Tabakkonsum ausgegeben wird, steht nicht mehr für notwendige Dinge des täglichen Lebens zur Verfügung. Umgekehrt setzt ein Rauchstopp mit jeder Woche finanzielle Mittel frei, die langfristig sogar die Erfüllung kostspieliger Wünsche ermöglichen.

Im Jahr 2008 gaben Privathaushalte in Deutschland (Raucher- und Nichtraucherhaushalte) durchschnittlich knapp 18 Euro im Monat für Tabakwaren aus. Das entspricht 6,2 Prozent der durchschnittlichen monatlichen Ausgaben für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren. Haushalte mit geringem monatlichen Nettoeinkommen geben dabei prozentual mehr von ihrem Einkommen für Tabakwaren aus als Haushalte mit hohem Nettoeinkommen. Dies wird auch im Vergleich der Haushalte nach Hauptverdiener deutlich: Ist der Hauptverdiener Beamter, beträgt der relative Anteil der Ausgaben für Tabakwaren 3,9 Prozent. Bei Arbeitern sind es 8,4 Prozent und bei Arbeitslosen sogar 10,4 Prozent.

Geben Alleinerziehende Frauen Geld für Zigaretten aus, vergrößert das die finanziellen Schwierigkeiten, in denen sich viele von ihnen befinden. Auch in diesen Haushalten ist der relative Anteil der Ausgaben für Tabakwaren erhöht: Während in Haushalten von Alleinerziehenden 6,6 Prozent der Ausgaben für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren auf Tabakwaren entfallen, sind es in Paarhaushalten mit Kind(ern) nur 4,9 Prozent.

In Deutschland wurden im Jahr 2014 fast 25 Milliarden Euro für Tabakwaren ausgegeben:

- 20,5 Mrd. Euro für Zigaretten
- 3,5 Mrd. Euro für Feinschnitt
- 0,8 Mrd. Euro für Zigarren/Zigarillos
- 0,1 Mrd. Euro für Pfeifentabak



Anteil der Ausgaben für Tabakwaren an den monatlichen Haushaltsausgaben für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren
Raucher- und Nichtraucherhaushalte zusammen | nach Haushaltsnettoeinkommen | Daten: Statistisches Bundesamt 2008



Was man sich nach einem Rauchstopp leisten könnte
nach zeitlicher Distanz zum Rauchausstieg

5.2 Kosten für Gesundheitssystem und Volkswirtschaft infolge des Rauchens

Direkte und indirekte Kosten | Die zahlreichen durch das Rauchen verursachten Krankheits- und Todesfälle belasten das Gesundheitswesen und die Volkswirtschaft eines Landes immens. Man unterscheidet dabei zwischen direkten und indirekten Kosten. Die direkten Kosten durch Rauchen entstehen im Gesundheitswesen durch Kosten für Behandlung, Pflege, gesundheitliche und berufliche Rehabilitation von Rauchern sowie durch Kosten, die durch Passivrauchen für Ehe- und Lebenspartner und im Haushalt lebende Kinder entstehen. Hinzu kommen Kosten für durch Rauchen verursachte Unfälle mit Personenschaden. Die indirekten Kosten durch Rauchen belasten die Volkswirtschaft eines Landes und umfassen Ressourcenverluste durch Tod und Arbeitsunfähigkeit sowie Pflege, Rehabilitation, Arbeitslosigkeit und Frühverrentung infolge tabakbedingter Erkrankungen.

In Deutschland belaufen sich die tabakbedingten Kosten auf 79,09 Milliarden Euro jährlich. Davon sind etwa ein Drittel Kosten für das Gesundheitssystem (direkte Kosten: 25,41 Milliarden Euro) und zwei Drittel Kosten für die Volkswirtschaft durch Produktionsausfälle und Frühverrentung (indirekte Kosten: 53,68 Milliarden Euro).

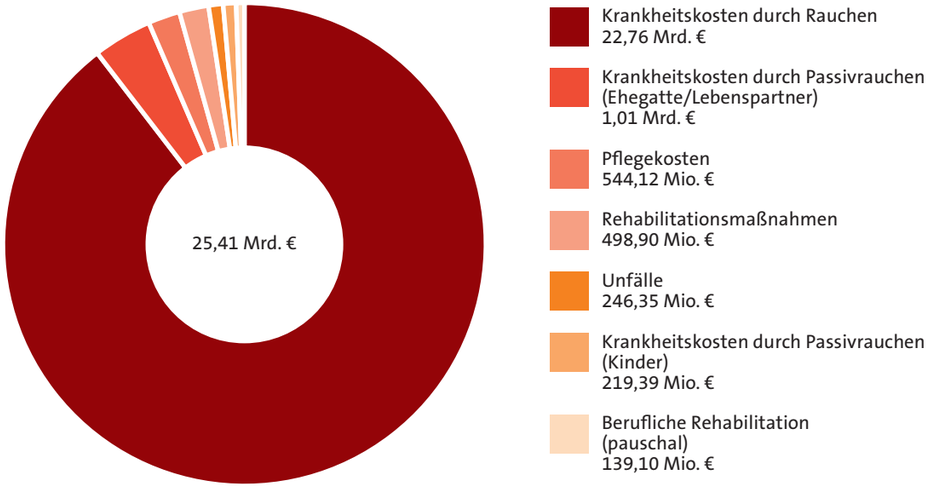
Kosten für das Gesundheitssystem im Vergleich | Frühere Berechnungen beziffern die direkten Kosten durch das Rauchen für das Jahr 2007 mit nur 8,6 Milliarden Euro. Der Unterschied zu den neu berechneten direkten Kosten in Höhe von 25,41 Milliarden Euro beruht auf der Wahl des Berechnungsansatzes. Die hier vorgestellte Berechnung basiert auf den Krankheitskosten einer Stichprobe von Versicherten einer gesetzlichen Krankenkasse und vergleicht die über einen bestimmten Zeitraum bei Rauchern anfallenden Kosten mit den bei Nichtrauchern anfallenden Kosten. Frühere Berechnungen teilen die gesamten jährlichen im Gesundheitssystem entstandenen Krankheitskosten anteilig auf die möglichen Krankheitsursachen auf und erfassen nur die schwersten tabakbedingten Erkrankungen.

Kostenkompensierende Zigarettenpreise | Ausgehend von einem Packungspreis von 5,00 Euro für 19 Markenzigaretten und auf Basis der hier vorgestellten Kosten sowie der aktuellen Preise für medizinische Dienstleistungen läge der Preis, mit dem die tabakverursachten direkten Kosten kompensiert würden, bei 7,80 Euro pro Zigarettenpackung. Mit einem Packungspreis von 11,30 Euro wären zusätzlich auch die indirekten Kosten abgedeckt. Bei der Berechnung wurde berücksichtigt, dass durch den Preisanstieg viele Raucher mit dem Rauchen aufhören und aufgrund der verbesserten Gesundheit die hohe finanzielle Belastung infolge des Rauchens allmählich reduziert wird.



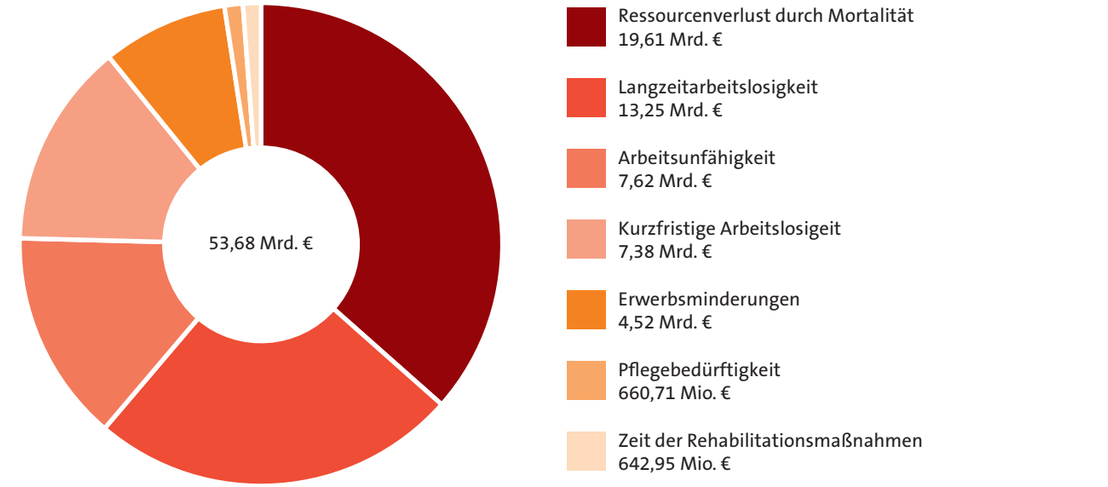
Kostenkompensierender Zigarettenpreis | Verkaufspreis für eine Packung Zigaretten unter Berücksichtigung der Kosten, die das Rauchen dem Gesundheitssystem und der Volkswirtschaft verursacht (direkte und indirekte Kosten)

Jährliche direkte Kosten des Rauchens: 25,41 Mrd. Euro



Jährliche direkte Kosten des Rauchens | Die Berechnung der Kosten beruht auf Versichertendaten der Techniker Krankenkasse, die über den Zeitraum 2008 bis 2012 erhoben wurden. | Daten: Tobias Effertz 2015

Jährliche indirekte Kosten des Rauchens: 53,68 Mrd. Euro



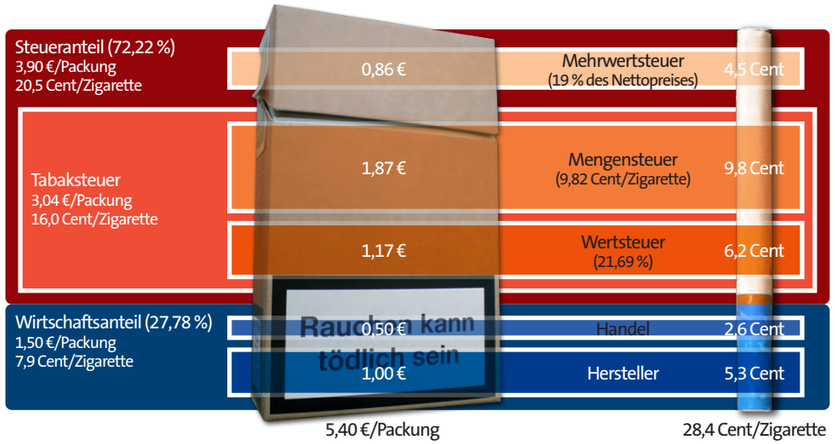
Jährliche indirekte Kosten des Rauchens | Die Berechnung der Kosten beruht auf den tabakbedingten Ressourcenausfällen (verlorene Lebensjahre und krankheitsbedingtes Fehlen am Arbeitsplatz) zuzüglich der Kosten von Arbeitslosengeldzahlungen. | Daten: Tobias Effertz 2015

5.3 Tabakpreis und Tabaksteuer

Der Preis für Tabakwaren setzt sich zusammen aus dem Wirtschaftsanteil und dem Steueranteil, wobei der Steueranteil aus der Tabaksteuer und der Mehrwertsteuer besteht. Während Industrie und Handel für die Höhe des variablen Wirtschaftsanteils verantwortlich sind und damit ihre Kosten und den Gewinn abdecken, ist der steuerliche Anteil des Preises für Tabakwaren gesetzlich festgelegt. Zigaretten sind die am höchsten besteuerten Tabakprodukte; bei ihnen macht der Steueranteil etwa drei Viertel des Preises aus.

In Deutschland gibt es eine aus Mengen- und Wertsteuer zusammengesetzte Tabaksteuer. Die Mengensteuer ist ein fester Betrag, der pro Inhaltsmenge (pro Zigarette, pro Kilogramm Feinschnitt) erhoben wird. Die Wertsteuer hingegen ist eine Steuer, die vom Kleinverkaufspreis abhängt. Der Kleinverkaufspreis ist der vom Hersteller bestimmte Preis, zu dem die Ware im Handel verkauft wird.

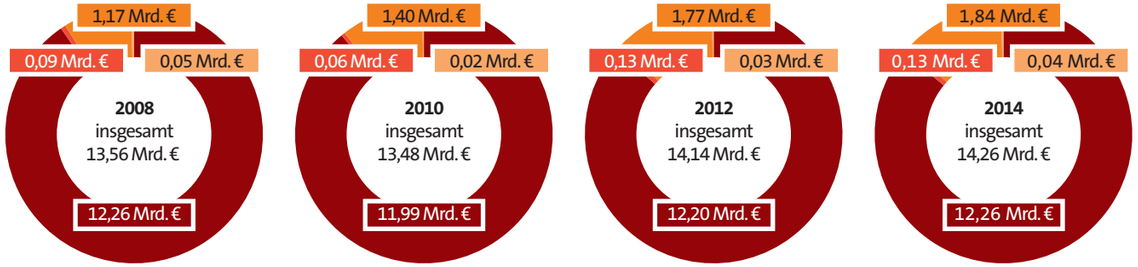
Seit dem 1. Januar 2015 beträgt die Tabaksteuer auf Zigaretten 9,82 Cent pro Stück (Mengensteuer) und 21,69 Prozent des Kleinverkaufspreises (Wertsteuer). Feinschnitt für selbstgedrehte Zigaretten, Zigarillos und Zigarren sowie Pfeifentabak (einschließlich Wasserpfeifentabak) sind wesentlich niedriger besteuert. Kau- und Schnupftabake sind von der Tabaksteuer ausgenommen.



Steueranteile und Wirtschaftsanteil am Preis einer Packung und einer Zigarette
am Beispiel einer Schachtel Zigaretten der Premiumpreislage von 5,40 Euro/19 Stück

	Mengensteuer (fester Betrag pro Inhaltsmenge)	Wertsteuer (proportional zum Kleinverkaufspreis)
Zigaretten	9,82 Cent pro Zigarette	21,69 %
Zigarren/Zigarillos	1,40 Cent pro Zigarre/Zigarillo	1,47 %
Feinschnitt	48,49 € pro Kilogramm	14,76 %
Pfeifentabak	15,66 € pro Kilogramm	13,13 %

Tabaksteuersätze für Zigaretten, Zigarren/Zigarillos, Feinschnitt und Pfeifentabak (inklusive Wasserpfeifentabak)
nach dem Tabaksteuergesetz § 2 TabStG | Stand: 2015

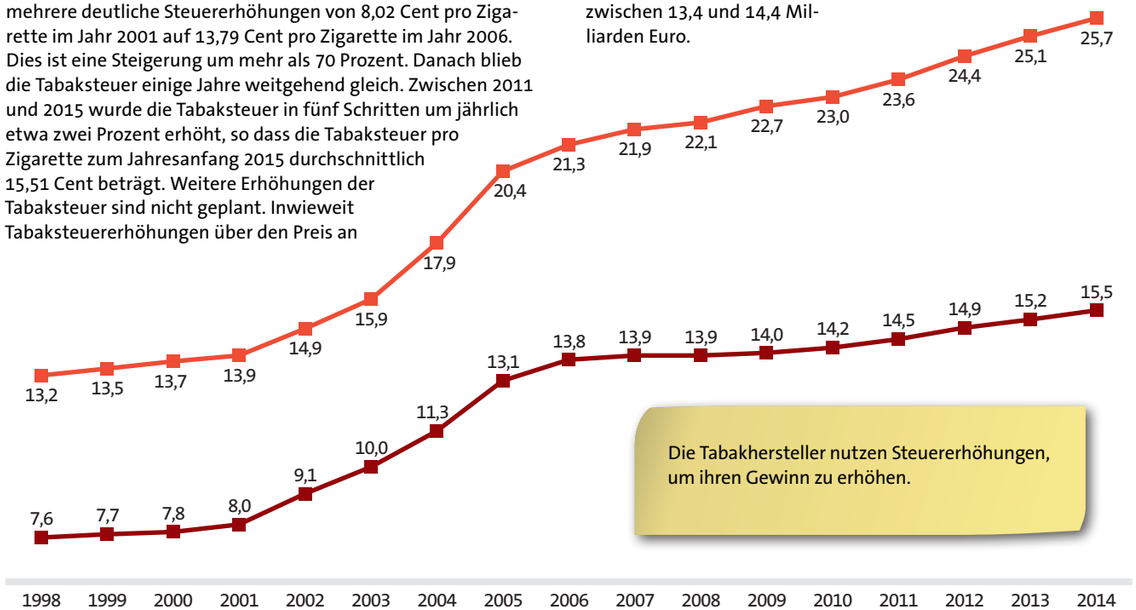


Netto-Einnahmen des Bundes durch Tabaksteuern für Zigaretten, Zigarren/Zigarillos, Feinschnitt und Pfeifentabak
Daten: Statistisches Bundesamt 2008, 2010, 2012 und 2014

Das Tabaksteuergesetz legt neben der Steuer auch die Mindestinhaltsmenge für Zigarettenpackungen fest. Diese wurde im Juli 2009 von 17 auf 19 Zigaretten angehoben. Zum gleichen Zeitpunkt wurde für Feinschnitt eine Mindestpackungsgröße von 30 Gramm eingeführt.

In den letzten anderthalb Jahrzehnten wurde die Tabaksteuer in Deutschland mehrfach erhöht. Die ersten Steuererhöhungen von 1998 bis 2001 waren geringfügig: Die durchschnittliche Steuer stieg von umgerechnet 7,57 Cent pro Zigarette im Jahr 1998 auf 8,02 Cent pro Zigarette im Jahr 2001. Darauf folgten mehrere deutliche Steuererhöhungen von 8,02 Cent pro Zigarette im Jahr 2001 auf 13,79 Cent pro Zigarette im Jahr 2006. Dies ist eine Steigerung um mehr als 70 Prozent. Danach blieb die Tabaksteuer einige Jahre weitgehend gleich. Zwischen 2011 und 2015 wurde die Tabaksteuer in fünf Schritten um jährlich etwa zwei Prozent erhöht, so dass die Tabaksteuer pro Zigarette zum Jahresanfang 2015 durchschnittlich 15,51 Cent beträgt. Weitere Erhöhungen der Tabaksteuer sind nicht geplant. Inwieweit Tabaksteuererhöhungen über den Preis an den Verbraucher weitergegeben werden, hängt von der Preisgestaltung durch die Hersteller ab.

Den weitaus größten Anteil an den Einnahmen aus der Tabaksteuer hat die Steuer auf Zigaretten. Im Jahr 2014 betrugen die Tabaksteuereinnahmen durch Zigaretten 12,26 Milliarden Euro. Das sind 86 Prozent der gesamten Tabaksteuereinnahmen (14,26 Milliarden Euro). Trotz des mit den Tabaksteuererhöhungen einhergehenden Konsumrückgangs liegen die Tabaksteuereinnahmen seit dem Jahr 2003 (14,09 Milliarden Euro) relativ stabil zwischen 13,4 und 14,4 Milliarden Euro.



Entwicklung der durchschnittlichen Tabaksteuer und des durchschnittlichen Preises von Zigaretten
in Cent pro Stück | Daten: Statistisches Bundesamt 1998–2014

Tabakindustrie

6

6.1 Hersteller von Tabakprodukten

Der deutsche Zigarettenmarkt wird von vier großen Herstellern dominiert, die zusammen einen Marktanteil von rund 87 Prozent abdecken. Der restliche Zigarettenmarkt verteilt sich auf einige kleinere Hersteller. Die führenden Hersteller sind:

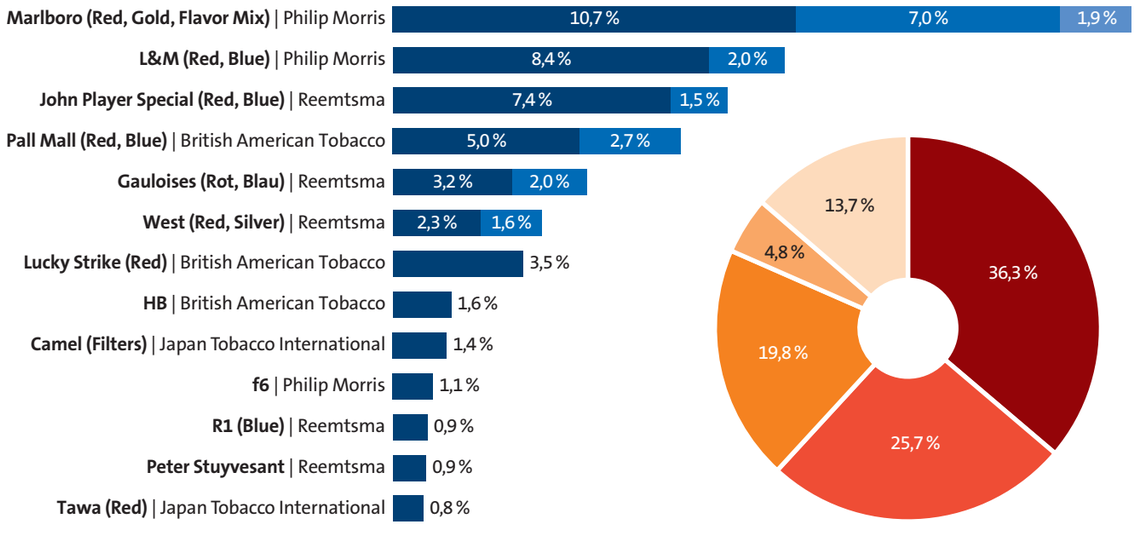
Philip Morris Germany GmbH | 1972 gründete der amerikanische Konzern Philip Morris International (PMI) in Deutschland eine Tochtergesellschaft und etablierte sich in den folgenden Jahrzehnten als Marktführer. Nach der Wende übernahm das Unternehmen die ostdeutsche Zigarettenmarke f6. Im Jahr 2008 wurde PMI vom Mutterkonzern Altria ausgegliedert. Die deutsche Tochtergesellschaft beschäftigt heute über 2 400 Mitarbeiter.

Reemtsma Cigarettenfabriken GmbH | Bernhard Reemtsma gründete 1910 in Erfurt die Cigarettenmanufaktur Dixi. 1921 wurde daraus die Reemtsma Aktiengesellschaft, die 1929 in die Reemtsma Cigarettenfabriken GmbH umgewandelt wurde. 1980 erwarb der Tchibo-Konzern die Mehrheit an Reemtsma und veräußerte diese im Jahr 2002 an die britische Imperial Tobacco Group. Reemtsma beschäftigt rund 2 100 Mitarbeiter.

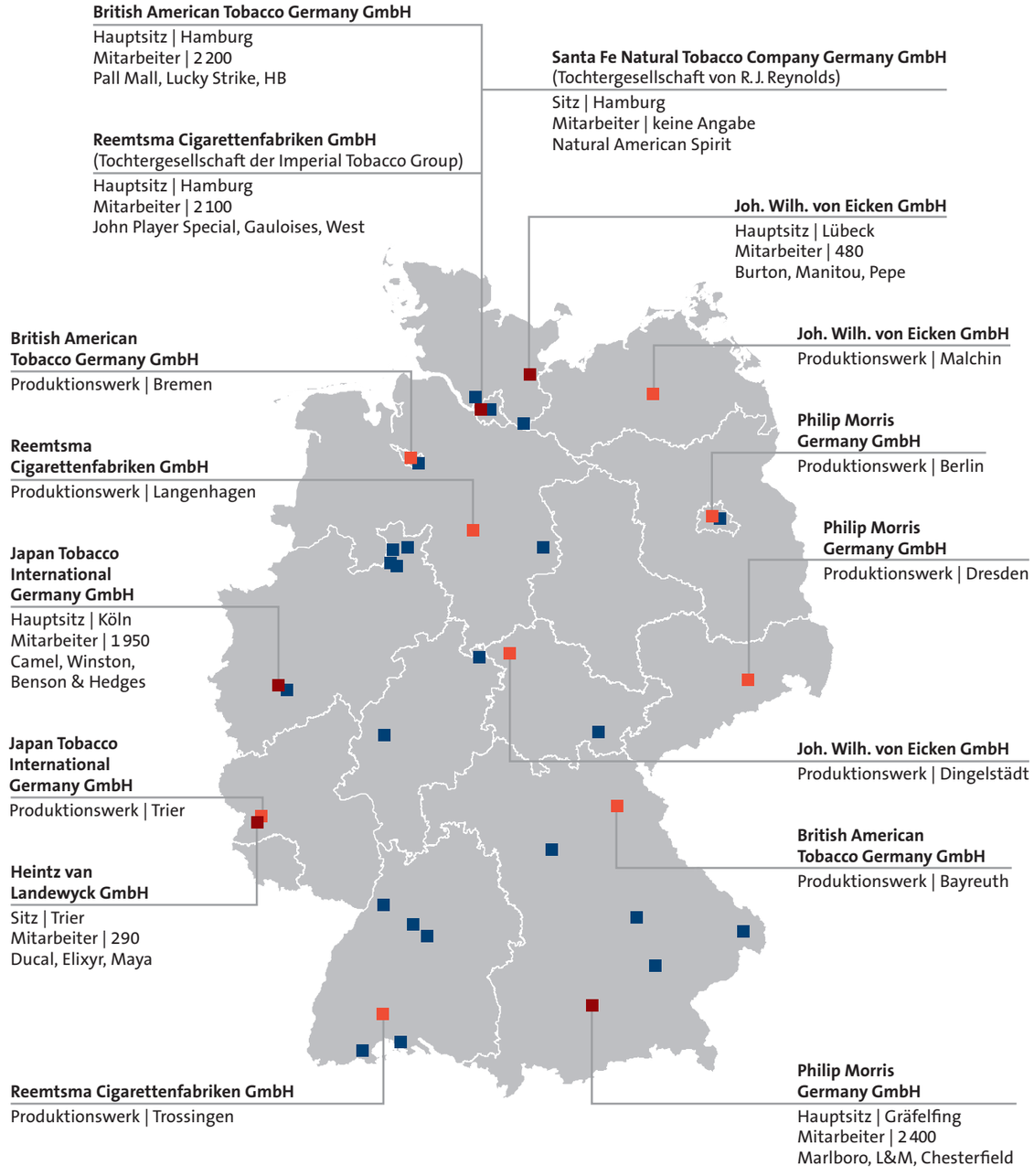
British American Tobacco Germany GmbH | Das britische Unternehmen British American Tobacco (BAT) gründete 1926 in Hamburg eine Tochtergesellschaft, die heute über zwei Werke in Bayreuth und Bremen verfügt. BAT beschäftigt in Deutschland rund 2 200 Mitarbeiter.

Japan Tobacco International (JTI) Germany GmbH | 1908 wurde in Trier das Zigarettenunternehmen Haus Neuerburg gegründet, das bis zum Beginn des Zweiten Weltkriegs zusammen mit Reemtsma den deutschen Zigarettenmarkt dominierte. 1960 kaufte die amerikanische Firma Reynolds Tobacco das Unternehmen. 1999 übernahm JTI die internationalen Geschäfte von R. J. Reynolds. JTI Germany beschäftigt rund 1 950 Mitarbeiter.

Der deutsche Markt für Zigarren und Zigarillos ist mittelständisch geprägt. Den größten Marktanteil hat die Dannemann El noble cigarro GmbH (über 36 Prozent), gefolgt von der Arnold André GmbH & Co. KG (fast 20 Prozent) und der Agio Cigars GmbH (13,5 Prozent).



Marktanteile der führenden Zigarettenmarken und Marktanteile der führenden Hersteller (unter Berücksichtigung sämtlicher Marken) | Philip Morris, Reemtsma, British American Tobacco, Japan Tobacco International, sonstige | Stand: 2013



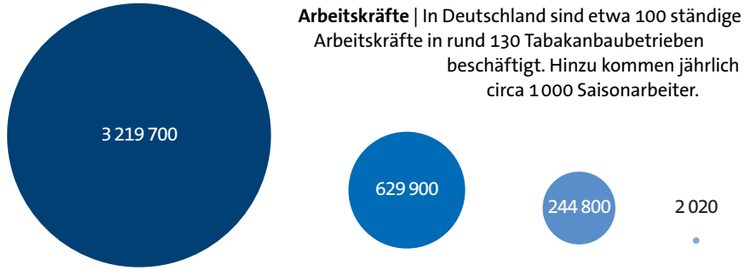
Standorte von Zigarettenherstellern (Sitz/Hauptsitz, Produktionsstandort) sowie Zigarren-, Zigarillo-, Pfeifentabak-, Schnupftabak- und Kautabakherstellern in Deutschland | Gesamtmitarbeiterzahl und ausgewählte Marken | Stand: 2015

6.2 Tabakanbau in Deutschland

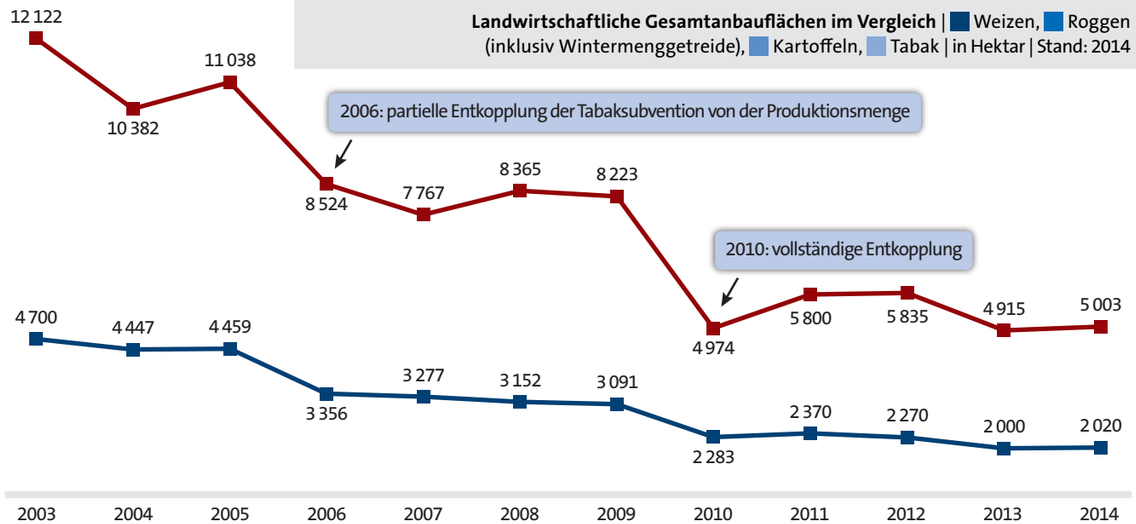
Tabakanbau hat in Deutschland eine lange Tradition, die bis ins 16. Jahrhundert zurückreicht. In der heutigen Landwirtschaft spielt er jedoch keine bedeutende Rolle. Der hohe Arbeitsaufwand und die im internationalen Vergleich geringe Qualität des deutschen Tabaks haben dazu geführt, dass sich sein Anbau nur mit Subventionen lohnt.

Durch die Reform des Tabaksektors im Jahr 2004 und das schrittweise Wegfallen der Tabaksubvention der Europäischen Union (EU) ist der Tabakanbau in Deutschland stark zurückgegangen: So erzielten die deutschen Tabakbauern 2003 noch einen Ernteertrag von über 12 000 Tonnen, 2013 mit knapp 5 000 Tonnen nicht einmal mehr halb so viel. Der Ertragsrückgang spiegelt die einzelnen Stufen der Reform wider, bei der im Jahr 2006 zuerst 40 Prozent der Subvention von der Tabakproduktion entkoppelt wurden und – unabhängig von der produzierten Feldfrucht – als Direktzahlung an den Erzeuger gingen. Ab 2010 wurden 50 Prozent der Tabaksubvention als Direktbeihilfe ausgezahlt, die restlichen 50 Prozent gingen in einen Fonds zur Förderung der ländlichen Entwicklung. Die jährlichen Ertragsmengen sanken in diesen Jahren jeweils um etwa 3 000 Tonnen. Seit 2013 wird der Tabakanbau nicht mehr subventioniert. Die Tabakindustrie versucht, den Wegfall der Subvention durch höhere Preise für deutschen Tabak zu kompensieren und so den Tabakanbau in Deutschland am Leben zu halten.

Arbeitskräfte | In Deutschland sind etwa 100 ständige Arbeitskräfte in rund 130 Tabakanbaubetrieben beschäftigt. Hinzu kommen jährlich circa 1 000 Saisonarbeiter.



Landwirtschaftliche Gesamtanbauflächen im Vergleich | Weizen, Roggen (inklusiv Wintermenggetreide), Kartoffeln, Tabak | in Hektar | Stand: 2014



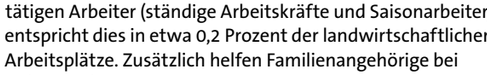
Entwicklung des deutschen Tabakanbaus von 2003 bis 2014
Anbaufläche in Hektar und Ernteertrag in Tonnen

Gemessen an der Gesamtzahl der in der Landwirtschaft tätigen Arbeiter (ständige Arbeitskräfte und Saisonarbeiter) entspricht dies in etwa 0,2 Prozent der landwirtschaftlichen Arbeitsplätze. Zusätzlich helfen Familienangehörige bei Anbau und Ernte.

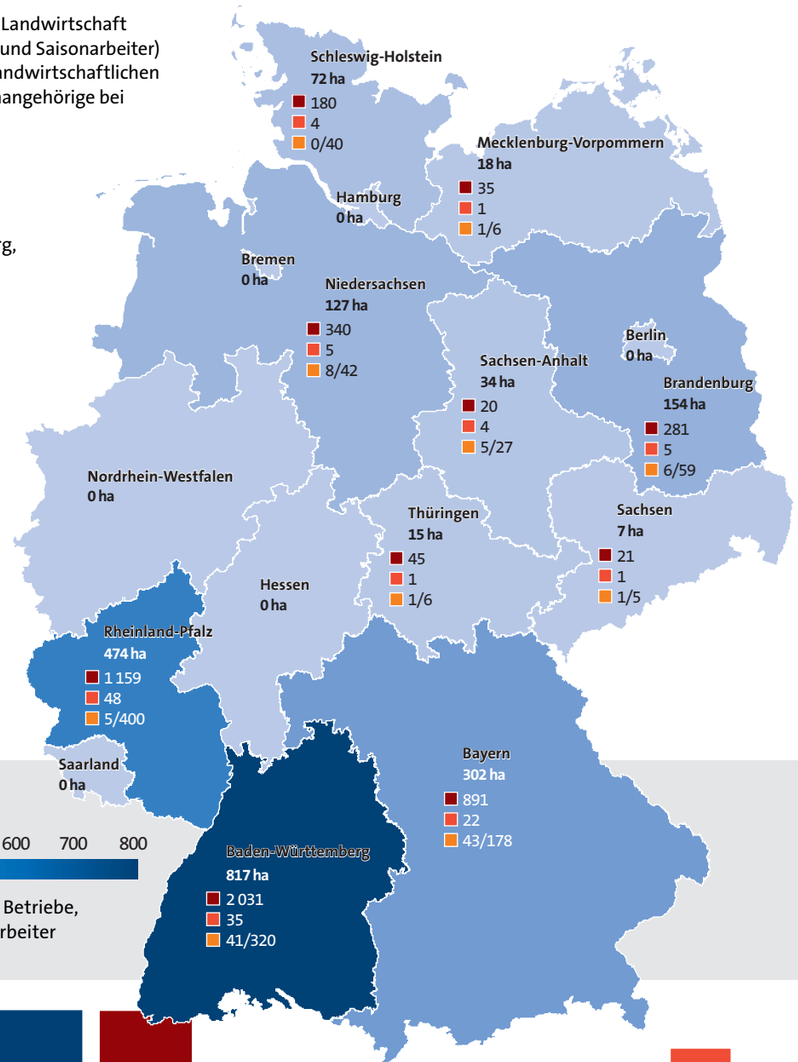
Anbaufläche | Angebaut wird Tabak in Deutschland auf über 2 000 Hektar in zehn Bundesländern. Der größte Teil der Anbaufläche liegt in Baden-Württemberg, gefolgt von Rheinland-Pfalz und Bayern. Gemessen an allen landwirtschaftlichen Nutzflächen entfällt circa 0,01 Prozent auf den Tabakanbau.

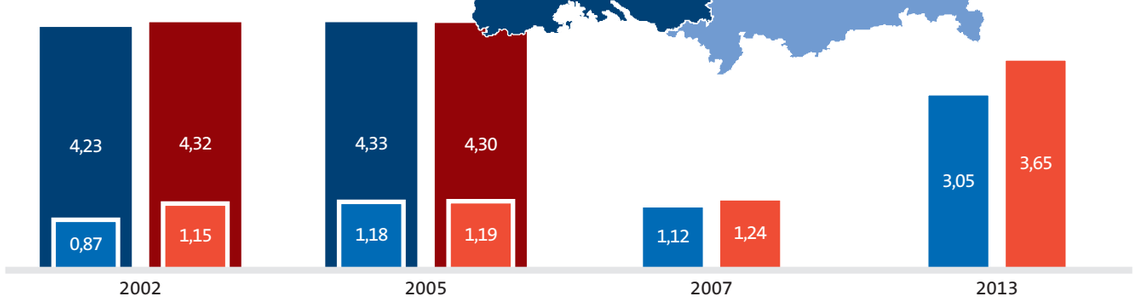
0,2 Prozent der landwirtschaftlichen Arbeitsplätze in Deutschland entfallen auf den Tabakanbau.

Tabakanbau in den Bundesländern
Anbaufläche in Hektar (ha)



Ernteertrag in Tonnen, Anzahl der Betriebe,
Anzahl der Festangestellten/Saisonarbeiter
Stand: 2014





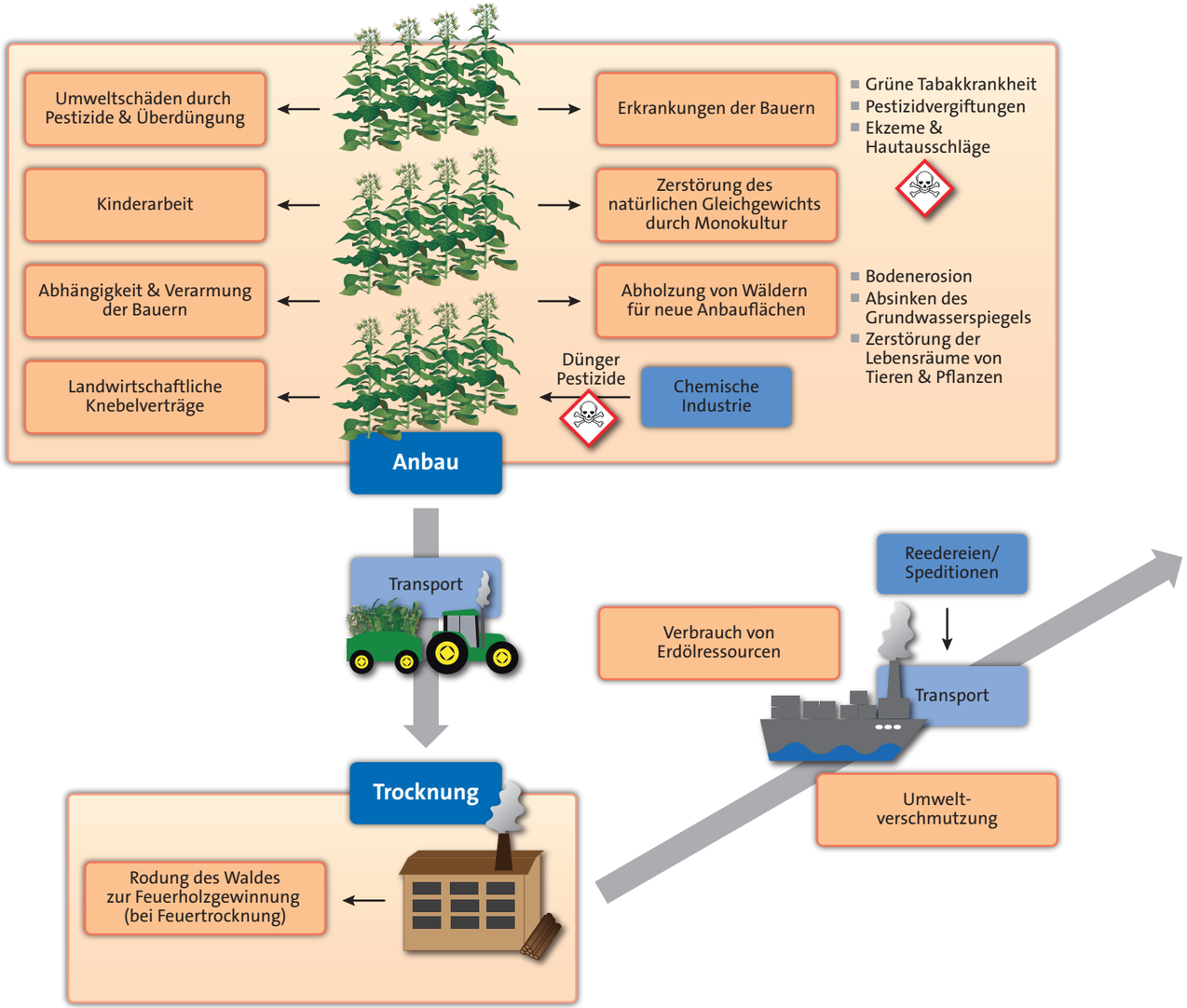
Entwicklung der Tabakpreise für Virginia Tabak (Gesamtpreis mit Subvention, kommerzieller Preis) und Burley Tabak (Gesamtpreis mit Subvention, kommerzieller Preis) vor und nach Wegfallen der Tabaksubvention | in Euro pro Kilogramm

6.3 Tabakanbau, Tabakproduktion und deren Folgen

Vom Tabakanbau bis zum Konsum des fertigen Produkts entstehen zahlreiche ökologische, ökonomische und gesundheitliche Probleme. Dazu gehören im Anbau Umweltschäden durch Überdüngung und massivem Pestizideinsatz, die umweltschädliche Anlage von Monokulturen, die wirtschaftliche Abhängigkeit der Tabakbauern von Tabakkonzernen und Kinderarbeit in Entwicklungsländern, sowie Erkrankungen der Bauern durch Kontakt mit Tabakblättern (Nikotinaufnahme durch die Haut) und Pestiziden.

In der Verarbeitung werden im Fall der Feuertrocknung Wälder abgeholzt und durch Verarbeitungsprozesse und Zulieferbetriebe die Umwelt verschmutzt. Der Verbraucher schließlich erleidet infolge des Rauchens zum Teil schwere Gesundheitsschäden.

Auf allen Transportwegen werden große Mengen Energie verbraucht und die Umwelt belastet.



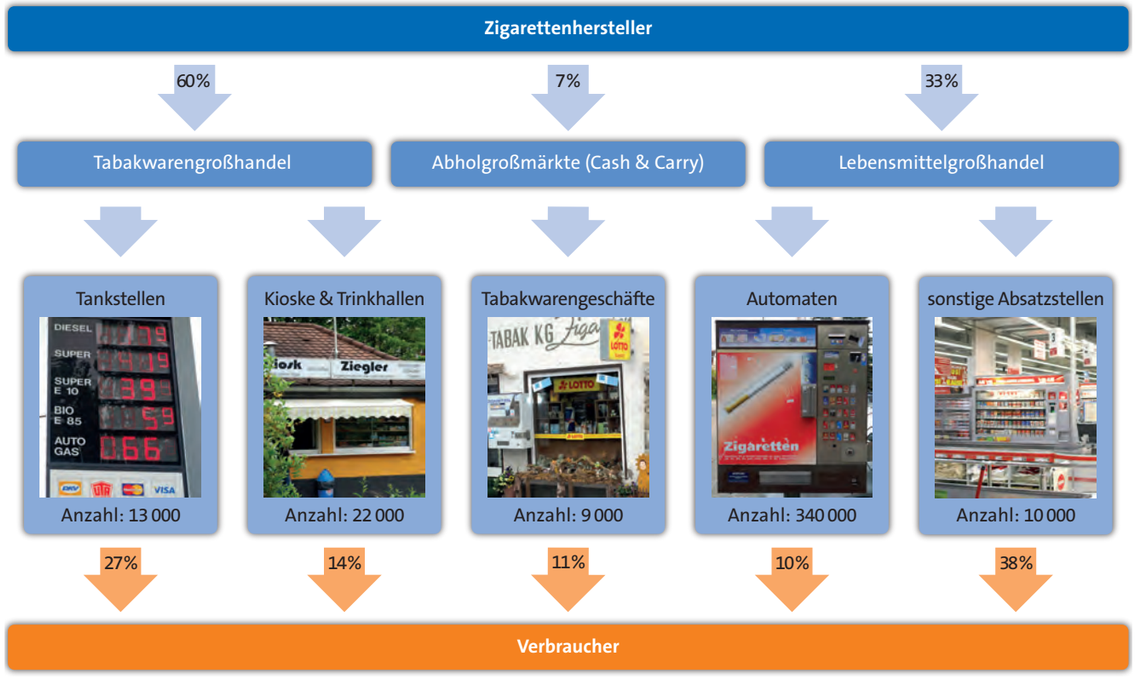
Ökologische, ökonomische und gesundheitliche Probleme vom Tabakanbau bis zum Konsum des fertigen Produkts

6.4 Vertrieb und Absatz von Tabakprodukten

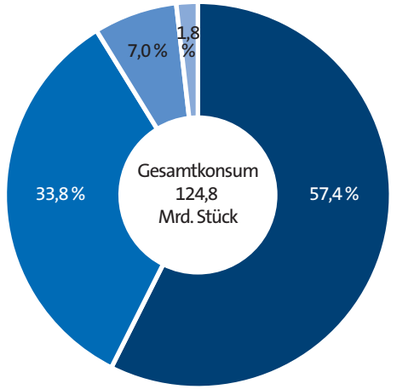
Den größten Anteil am Tabakmarkt haben Fertigzigaretten, wobei 57,4 Prozent des Marktes auf Markenzigaretten entfallen, 33,8 Prozent auf Feinschnitt für selbstgedrehte Zigaretten, 7,0 Prozent auf Handelsmarken und knapp 2 Prozent auf Eco-Zigarillos. Einen deutlich geringeren Anteil des Tabakmarktes machen Zigarren und Zigarillos sowie Pfeifentabak (inclusive Wasserpfeifentabak) aus.

Der Zigarettenabsatz ist seit zehn Jahren rückläufig und sank von rund 112 Millionen Stück im Jahr 2004 auf knapp 80 Millionen Stück im Jahr 2014. Der Feinschnittabsatz stieg im Jahr 2005 aufgrund der geringen Besteuerung von vorportioniertem Feinschnitt (Sticks), weil viele Raucher von Zigaretten auf günstigere selbstgedrehte Zigaretten umstiegen. Der Absatz von Feinschnitt sank wieder, als die Sticks nach dem höheren Satz für Fabrikzigaretten besteuert wurden; anschließend stieg er leicht und sinkt infolge der jährlichen geringfügigen Steuererhöhungen seit 2011 leicht. Zigarren und Zigarillos verzeichneten zwischen 2005 und 2007 steigende Verkaufszahlen, die vor allem auf die preisgünstigen Eco-Zigarillos zurückgingen. Der Absatz sank wieder, als Eco-Zigarillos ab 2008 wie Zigaretten – also höher – versteuert werden mussten. Da die Steuererhöhung von 2013 nicht für Zigarren und Zigarillos galt, stiegen nach 2013 die Verkaufszahlen leicht. Der Absatz von klassischem Pfeifentabak ist seit Jahren rückläufig. Die höheren Verkaufszahlen für die Jahre 2007 und 2008 entstanden durch so genannten Pseudo-Pfeifentabak, eine Tabaksorte, die aufgrund der Tabakmischung und der Schnittbreite nicht für Pfeifen geeignet war, sondern zum Drehen von Zigaretten verwendet wurde. Als dieser Tabak ab Mitte 2008 nach dem höheren Satz für Feinschnitt besteuert wurde, gingen die Absatzzahlen für Pfeifentabak wieder deutlich zurück. Der erneute Anstieg ab 2010 erklärt sich durch den steigenden Absatz von Wasserpfeifentabak.

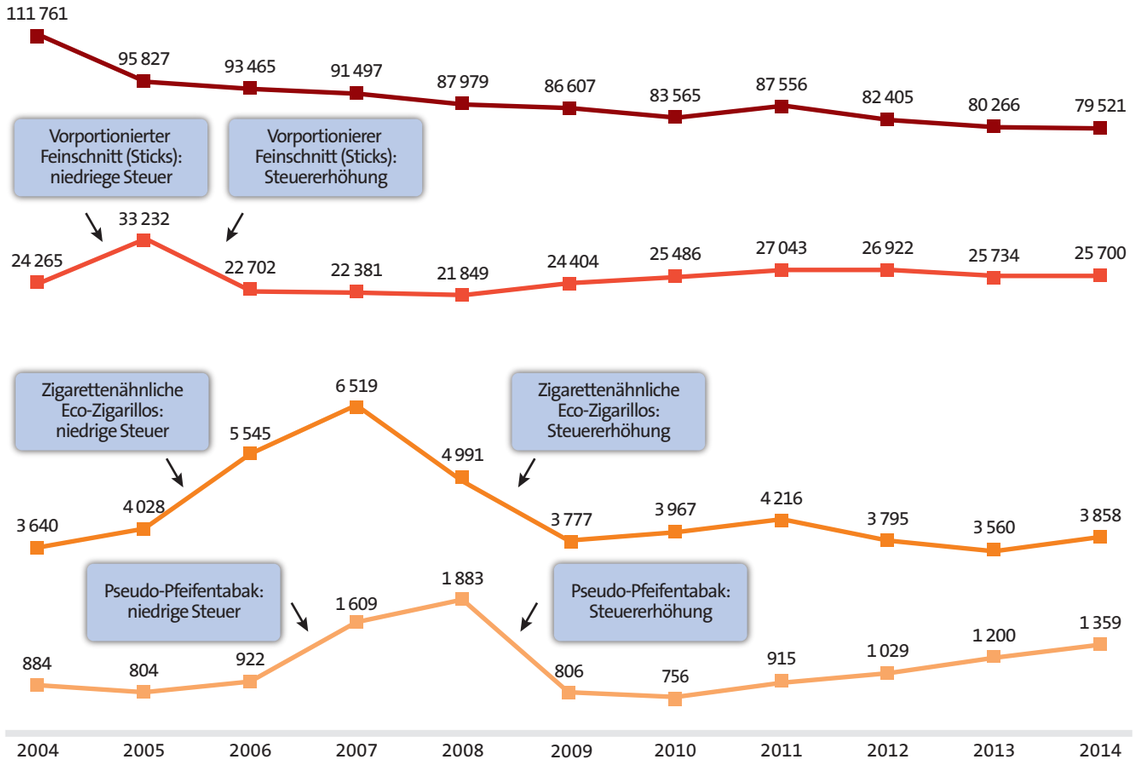
Die meisten Zigaretten werden über verschiedene Geschäfte, die Zigaretten als Nebenprodukt im Sortiment haben, wie Supermärkte, Schreibwarenläden etc. (38,2 Prozent) und über Tankstellen (27 Prozent) verkauft. Fast 14 Prozent der Zigaretten werden über Kioske, knapp elf Prozent über den Tabakfachhandel und zehn Prozent unabhängig von Ladenöffnungszeiten über ein dichtes Netz von Zigarettenautomaten abgesetzt.



Warenfluss von Fabrikzigaretten von den Herstellern über Händler zu den Verbrauchern
Stand: 2015



Anteile einzelner Zigarettensegmente am Gesamtabsatz von Zigaretten
Markenzigaretten, Feinschnitt, Handelsmarken, Eco-Zigarillos | Stand: 2014



Entwicklung des Absatzes von besteuerten Rauchtabakprodukten | Fertigzigaretten in Millionen Stück, Feinschnitt in Tonnen, Zigarren/Zigarillos in Millionen Stück, Pfeifentabak (inkl. Wasserpfeifentabak) in Tonnen | nach Erhebungsjahren | Daten: Statistisches Bundesamt

6.5 Tabakwerbung

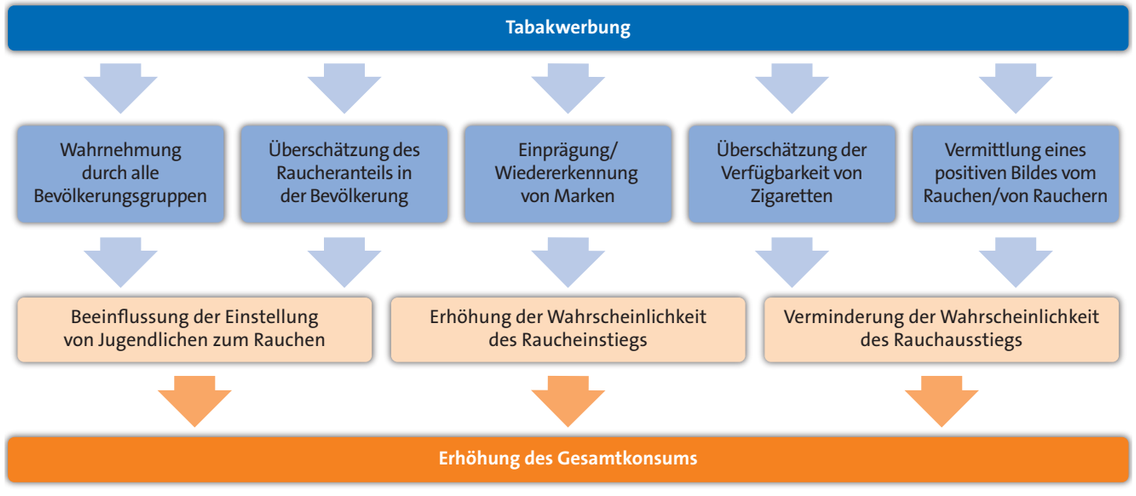
Tabakwerbung ist in Deutschland allgegenwärtig – trotz Werbeverboten und Beschränkungen in einigen Bereichen. Sie schafft eine positive Einstellung gegenüber dem Rauchen und erhöht den Tabakkonsum. Dies gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche, da diese für Werbung ungleich stärker empfänglich sind als Erwachsene.

Tabakmarketing soll junge Menschen dazu anregen, mit dem Rauchen anzufangen, und Raucher davon abhalten, mit dem Rauchen aufzuhören. Um dies zu erreichen, analysieren die Tabakhersteller ständig den Markt und entwickeln immer wieder neue, an veränderte Gegebenheiten angepasste Marketingstrategien, mit denen sie sich an ausgewählte Zielgruppen wenden: junge Menschen, Frauen und Raucher mit gesundheitlichen Bedenken gegenüber dem Rauchen.

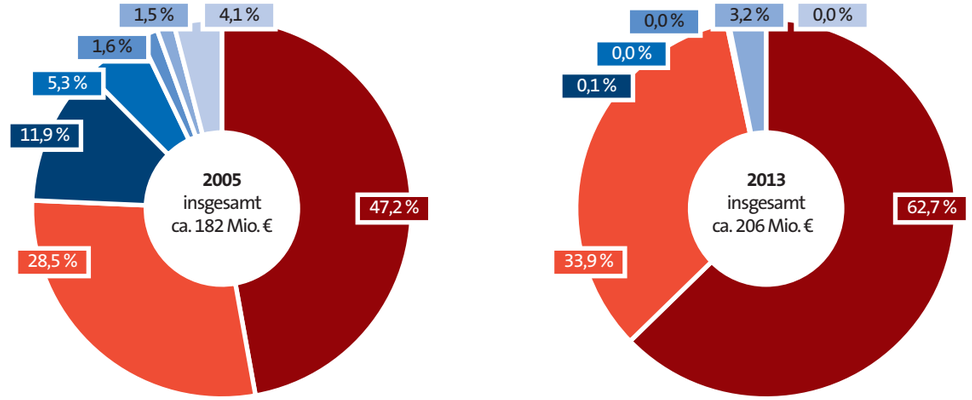
Aufgrund des in Deutschland bestehenden unvollständigen Tabakwerbeverbots investiert die Tabakindustrie verstärkt in die noch erlaubten Bereiche. So wirbt sie immer wieder in mehrwöchigen Kampagnen auf großen Plakaten für ihre Produkte. Am Verkaufsort sind die Hersteller mit auffälligem Displaymaterial präsent; zudem sind Tabakprodukte im Einzelhandel gut sichtbar an der Kasse platziert. Auch die Verpackung wird als Werbeträger genutzt: Sie trägt wesentlich zum Markenimage und der Attraktivität einer Marke bei – insbesondere bei jungen Menschen.

In Kinowerbung investiert die Tabakindustrie verhältnismäßig wenig, dafür umso mehr in unkonventionelle Maßnahmen, die Zielgruppen zwar direkt ansprechen, von diesen aber nicht unbedingt als Werbemaßnahmen wahrgenommen werden. Darunter fallen beispielsweise Verkaufsförderung (Promotion), Eventmarketing, Sponsoring, Gewinnspiele, Brand Stretching und die direkte Ansprache von potentiellen Kunden. So stellen Tabakunternehmen bei Veranstaltungen wie Musikfestivals oder Partys über Sonderaktionen einen persönlichen Kontakt zu potentiellen, zumeist jungen Kunden her. Durch diesen persönlichen Kontakt gelangen sie an Adressen, über die sie eine dauerhafte Kundenbeziehung aufbauen können.

Die wichtigsten Werbebotschaften orientieren sich an den Lebensgewohnheiten junger Menschen und fokussieren auf Themenbereiche wie Gruppenzugehörigkeit und soziale Akzeptanz, Spaß und Risiko, Unabhängigkeit, Individualität, Rebellion und Freiheit, Maskulinität/Femininität und Attraktivität, Stressbewältigung und Entspannung.



Wirkung von Tabakwerbung



Marketingausgaben der Tabakindustrie | Anteile der Ausgaben für Promotion, Außenwerbung, Werbung in Printmedien, Werbung im Kino, Werbung im Internet, Sponsoring, sonstige Werbung/keine Zuordnung an den Gesamtmarketingausgaben vor (2005) und nach (2013) Einführung weiterer Tabakwerbeverbote im Jahr 2006 | bislang ohne Werbebeschränkungen



Marketing für Tabakprodukte
Beispiele für Promotionaktivitäten und Außenwerbung

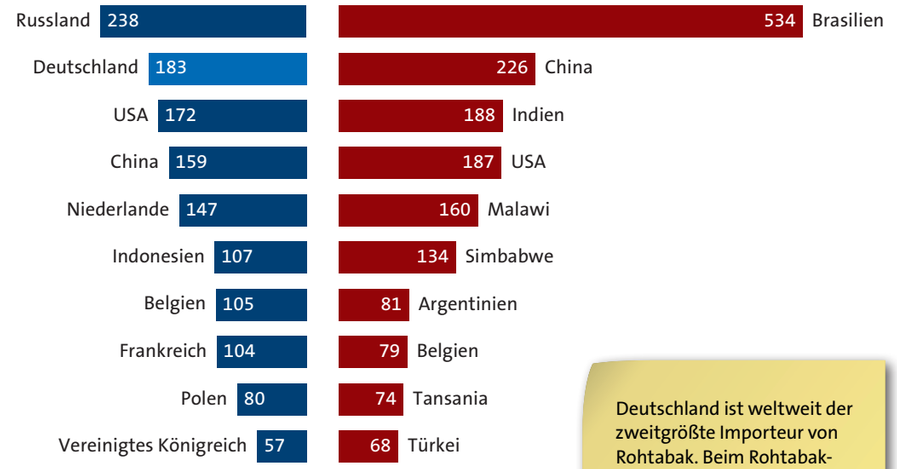
6.6 Tabakaußenhandel

Der weltweite Handel mit Tabak ist ein Milliardengeschäft. Er umfasst den unverarbeiteten Rohtabak, fertige Zigaretten und andere Tabakerzeugnisse. Deutschland zählt zu den Hauptakteuren des Rohtabakhandels. Im Jahr 2011 importierte die Bundesrepublik 182 876 Tonnen unverarbeiteten Tabak und erreichte damit im internationalen Vergleich Platz zwei hinter Russland. Beim Export von Rohtabak belegte Deutschland mit 57 064 Tonnen Platz zwölf. Der weltweit größte Exporteur von Rohtabak ist Brasilien, gefolgt von China.

Der importierte Rohtabak wird in Deutschland verarbeitet und zu einem Großteil als Zigaretten wieder exportiert. Allein im Jahr 2013 exportierte Deutschland über 138 Milliarden Zigaretten in einem Gesamtwert von 2,6 Milliarden Euro. Die meisten der in Deutschland produzierten Zigaretten verbleiben in der Europäischen Union, daneben gehören der Nahe Osten und Japan zu den Abnehmern.

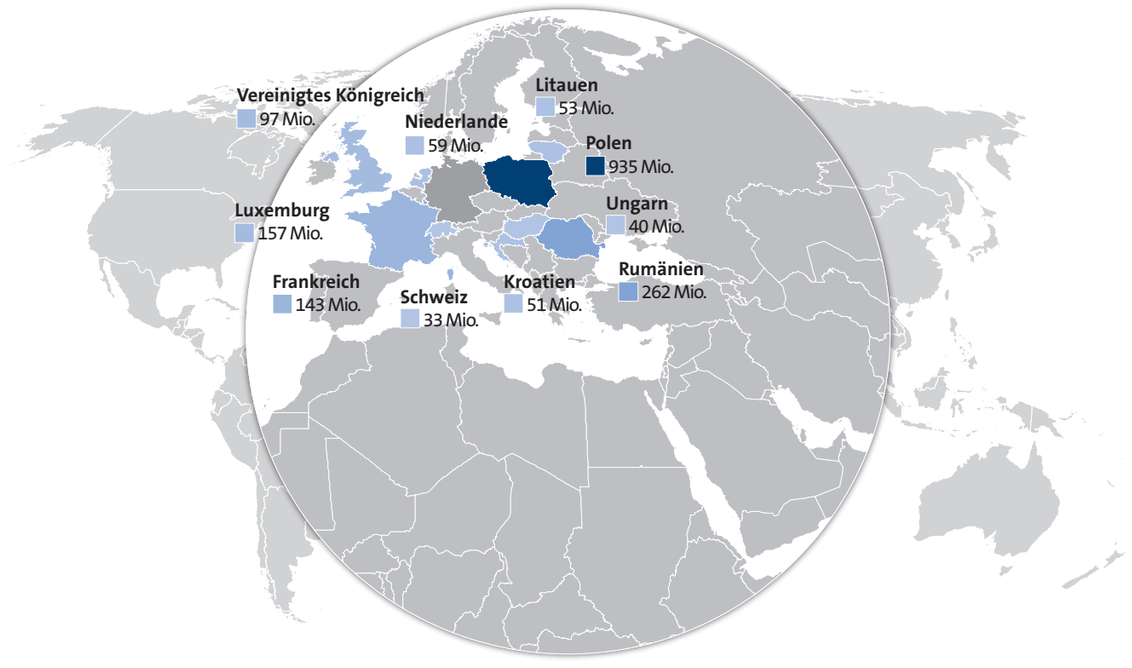
Darüber hinaus importiert Deutschland eine große Anzahl Zigaretten: 2013 knapp 38 Milliarden Stück in einem Gesamtwert von 0,5 Milliarden Euro. Die mit Abstand meisten Zigaretten kommen aus Polen.

Verglichen mit dem Warenwert aller in Deutschland 2013 ein- und ausgeführten Güter spielen Zigaretten jedoch eine untergeordnete Rolle. Sie machen gerade einmal 0,24 Prozent des Warenwerts der Exportgüter aus. Beim Import sind es nur 0,06 Prozent.

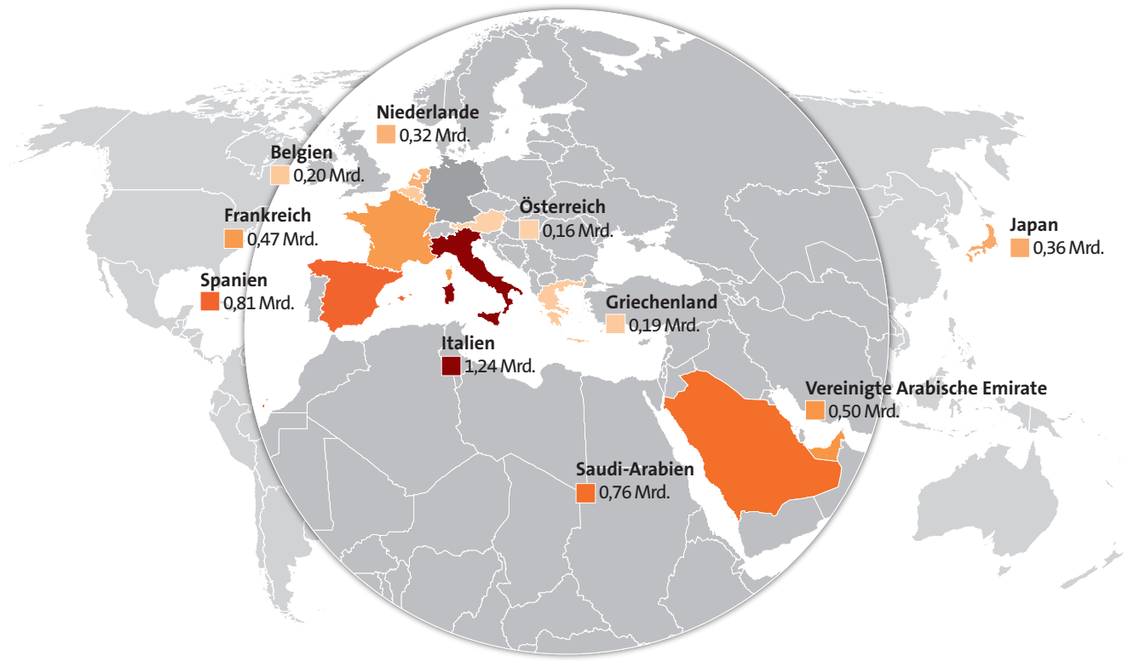


Rohtabakimporte und Rohtabakexporte der zehn weltweit führenden Länder
in 1 000 Tonnen | Daten: FAOSTAT 2011

Deutschland ist weltweit der zweitgrößte Importeur von Rohtabak. Beim Rohtabakexport steht Deutschland mit 57 Tausend Tonnen auf Rang zwölf.



Die zehn führenden Herkunftsländer deutscher Zigarettenimporte | Anzahl der Packungen (à 20 Zigaretten):
33 Mio. 935 Mio. | Daten: Statistisches Bundesamt 2013



Die zehn führenden Zielländer deutscher Zigarettenexporte | Anzahl der Packungen (à 20 Zigaretten):
0,16 Mrd. 1,24 Mrd. | Daten: Statistisches Bundesamt 2013

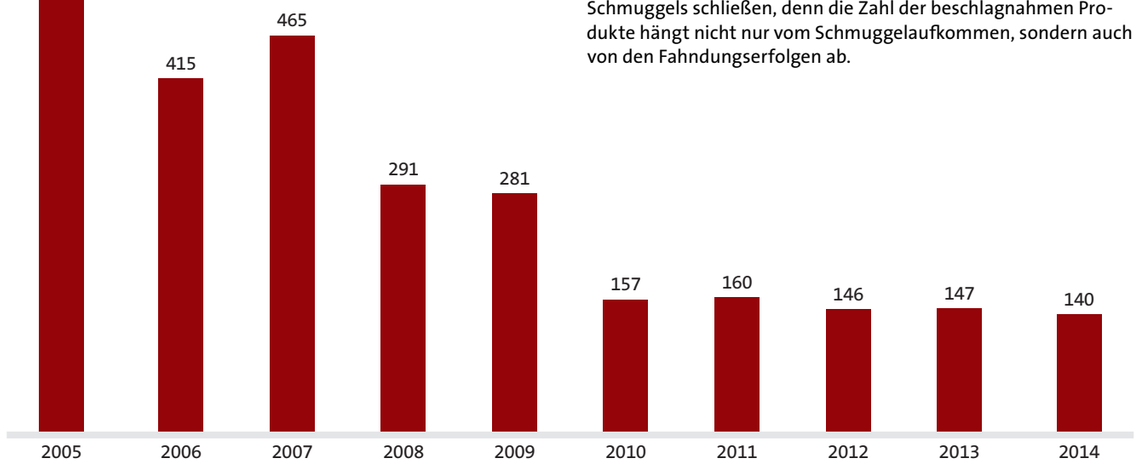
6.7 Illegaler Tabakhandel

Zigaretten dürften das meistgeschmuggelte Konsumgut der Welt sein. Schmuggel wird von Individuen zum Eigenbedarf, von kriminellen Einzeltätern, Banden oder von hochgradig organisierten, mafiösen Organisationen betrieben. Kleinstmengen knapp über der Reisefreimenge (abhängig vom Herkunftsland 200 bis 800 Zigaretten) werden oft im Reisegepäck geschmuggelt, bis zu 100 000 Zigaretten werden in Fahrzeughohlräumen und in der Fracht versteckt (Kleinschmuggel) und Container können bis zu 10 Millionen Zigaretten enthalten (Großschmuggel). Nicht nur die Schmuggler, sondern auch die Hersteller profitieren vom Absatz der Zigaretten – egal auf welchem Markt. Schätzungen zufolge gehen den Regierungen Europas durch Schmuggel jährlich rund 10 Milliarden Euro an Tabaksteuern verloren. Es gibt Hinweise darauf, dass Zigarettenhersteller in den unerlaubten Handel verwickelt waren und noch sind.

Neben den geschmuggelten Zigaretten, die legal hergestellt, aber unversteuert in einen Markt eingeführt werden, gibt es auch gefälschte Zigaretten, deren Herstellung illegal ist. Gefälschte Zigaretten unterliegen keiner Kontrolle; Verunreinigungen und chemische Rückstände stellen eine zusätzliche Gesundheitsgefahr dar.

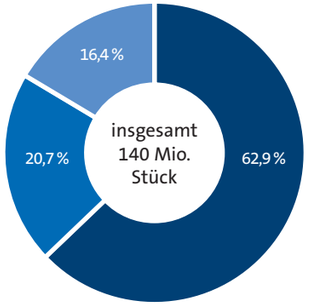
Das Ausmaß des Zigarettenschmuggels in Deutschland lässt sich nicht verlässlich beziffern. Der Deutsche Zigarettenverband veröffentlicht jedes Jahr eine Zahl für nicht in Deutschland versteuerte Zigaretten. Doch diese beruht auf der deutschen „Entsorgungsstudie" – eine von der Tabakindustrie finanzierte, selektive, nicht repräsentative Stichprobe, die anhand weggeworfener Zigarettenschachteln den unerlaubten Handel auf nationaler Ebene erfassen soll. Die Methodik gilt unter Experten als wissenschaftlich fragwürdig und überschätzt das Ausmaß des illegalen Handels mit Tabakerzeugnissen erheblich. Eine weitere Quelle für Schätzungen des Schmuggels in Europa ist der Bericht „Project Sun" der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG. Laut KPMG wurden im Jahr 2013 in Deutschland 11,3 Milliarden illegale Zigaretten geraucht, das entspräche jeder achten Zigarette und ist mehr als in jedem anderen EU-Land. Allerdings wird auch dieser Bericht von Tabakkonzernen bezahlt und errechnet das Schmuggelaufkommen aus fragwürdigen Datenquellen, darunter die nationalen Entsorgungsstudien. Im Vergleich mit einer industrieunabhängigen Erhebung in 16 europäischen Ländern schätzt der KPMG-Bericht das Schmuggelausmaß für 2010 in vielen Ländern um bis zu 15 Prozent höher ein.

Die Zahl der vom deutschen Zoll beschlagnahmten Zigaretten sinkt stetig. Im Jahr 2014 waren es 140 Millionen Stück. Allerdings lässt sich daraus nur bedingt auf das Ausmaß des Schmuggels schließen, denn die Zahl der beschlagnahmen Produkte hängt nicht nur vom Schmuggelaufkommen, sondern auch von den Fahndungserfolgen ab.

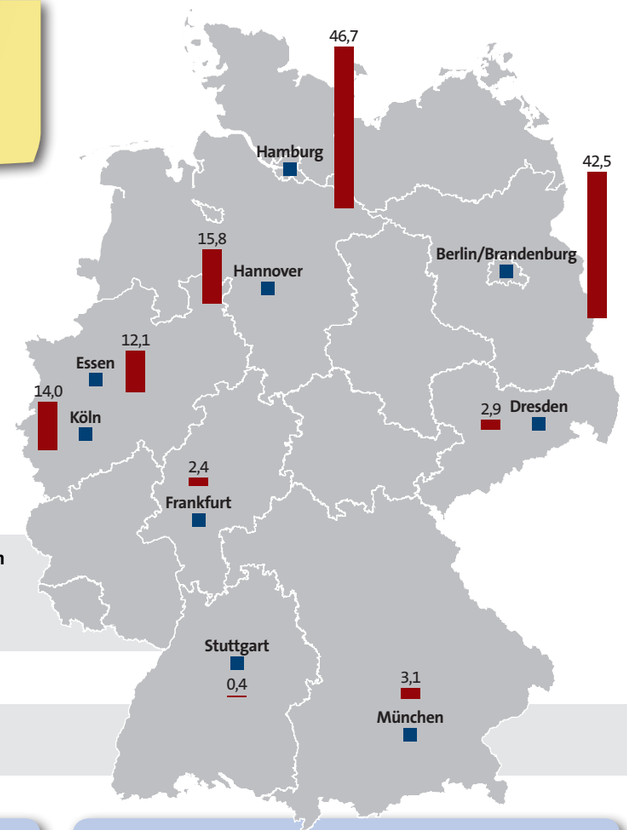


Von der deutschen Zollfahndung sichergestellte Zigaretten
in Millionen Stück | nach Jahren

Die Zollfahndungsämter operieren bundeslandübergreifend. Daher stellen die Beschlagnahmungen der einzelnen Zollfahndungsämter nicht das regionale Schmuggelaufkommen dar.



Art der in Deutschland im Jahr 2014 sichergestellten Zigaretten
- Illicit/Cheap Whites,
- geschmuggelte Markenzigaretten,
- Fälschungen von Marken der vier größten Hersteller



Von den deutschen Zollfahndungsämtern im Jahr 2014 sichergestellte Zigaretten | in Millionen Stück

Unerlaubter Handel | Jedes gesetzlich verbotene Vorgehen oder Verhalten, das sich auf die Herstellung, die Versendung, die Annahme, den Besitz, den Vertrieb, den Verkauf oder den Kauf bezieht, einschließlich jedes Vorgehens oder Verhaltens, das auf die Erleichterung solcher Tätigkeiten gerichtet ist.

Schmuggelzigaretten | Zigaretten, die unter Verletzung der rechtmäßigen Steuern, Zollsätze oder steuerrechtlichen Bedingungen in das Gebiet eines EU-Mitgliedslands importiert worden sind, oder dort verteilt oder verkauft wurden, sowie Zigaretten, die sich auf dem Weg in das Gebiet eines EU-Mitgliedslands befinden, um dort verkauft zu werden.

Gefälschte Zigaretten | Zigaretten, die die Herkunftsmarke eines Tabakherstellers tragen, jedoch ohne dessen Zustimmung von einem anderen Hersteller produziert worden sind.

Illicit/Cheap Whites | Legal hergestellte Zigaretten, die nicht die Marke eines internationalen Tabakkonzerns tragen und für den illegalen Markt gedacht sind. Ein Beispiel ist die russische Zigarettenmarke „Jin Ling".



Begriffsdefinitionen zum illegalen Tabakhandel

Tabakkontrollpolitik

7

7.1 Das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC)

Das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) ist der erste zwischenstaatliche Gesundheitsvertrag, der unter der Leitung der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) ausgehandelt wurde. Das Ziel des Übereinkommens ist es, heutige und künftige Generationen vor den verheerenden gesundheitlichen, gesellschaftlichen, ökologischen und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens zu schützen.

Das Rahmenübereinkommen wurde im Mai 2003 von der Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly, WHA) einstimmig angenommen und lag daraufhin bis Ende Juni 2004 zur Unterzeichnung aus. Dies nahmen 168 Staaten wahr. Das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs trat im Februar 2005, 90 Tage nach der Ratifizierung durch den 40. unterzeichnenden Staat in Kraft. Zum März 2015 haben 180 Vertragsparteien das Rahmenübereinkommen völkerrechtlich bindend angenommen. Somit gehört es zu den erfolgreichsten Abkommen in der Geschichte der Vereinten Nationen.

Deutschland unterzeichnete das Abkommen am 24. Oktober 2003 und ratifizierte am 16. Dezember 2004. Neunzig Tage später, also am 16. März 2005 wurde es für Deutschland rechtlich bindend.

Unterzeichnung | Ratifizierung

Mit der **Unterzeichnung** völkerrechtlicher Verträge stellen die Staaten als Vertragspartner fest, dass sie sich über einen Vertrag einig sind. Zur völkerrechtlichen Verbindlichkeit führt jedoch erst die darauf folgende **Ratifizierung**. Sie erfolgt jeweils durch das Organ des Staates, das diesen nach außen vertritt – in der Regel das Staatsoberhaupt, nachdem die jeweils zuständige gesetzgebende Gewalt zugestimmt hat. Generell tritt ein völkerrechtlicher Vertrag erst in Kraft, wenn eine bestimmte, im Vertrag festgelegte Anzahl an Staaten ihn ratifiziert hat.

FCA | Framework Convention Alliance

Um die Entwicklung und Umsetzung des Rahmenübereinkommens zu unterstützen, bildeten Nichtregierungsorganisationen (NGO) aus der ganzen Welt im Jahr 1999 die Framework Convention Alliance (FCA). Heute umfasst die FCA über 500 Organisationen aus mehr als 100 Ländern. Sie informiert politische Entscheidungsträger und stärkt die grenzüberschreitende Zusammenarbeit. Die FCA unterstützt Länder auf dem Weg zur FCTC-Vertragspartei und hilft dabei, die FCTC-Leitlinien zu entwickeln.

Deutsche Partner der FCA sind das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ), das Aktionsbündnis Nichtrauchen e. V. (ABNR), das Forum Rauchfrei, der Ärztliche Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit e. V. (ÄARG) und die Berliner Landesarbeitsgemeinschaft Umwelt und Entwicklung (BLUE 21).

MPOWER-Paket

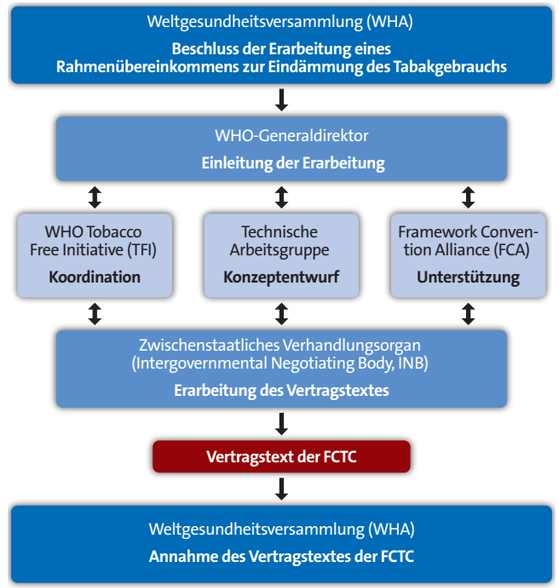
Im Jahr 2008 veröffentlichte die WHO mit dem „MPOWER-Paket" ein Handbuch technischer Mittel und Maßnahmen zu sechs ausgewählten Tabakkontrollstrategien, um deren Einführung und Umsetzung zu unterstützen. Die sechs MPOWER-Tabakkontrollstrategien sind kosteneffizient, einfach umzusetzen und wirkungsvoll:

Monitor tobacco use and prevention policies | Beobachtung des Tabakkonsums und der Präventionsmaßnahmen
Protect people from tobacco smoke | Schutz vor Tabakrauch
Offer help to quit tobacco use | Hilfe beim Rauchstopp
Warn people about the dangers of tobacco | Aufklärung vor den Gefahren des Tabakkonsums
Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship | Umsetzung umfassender Werbeverbote
Raise taxes on tobacco | Erhöhung der Tabaksteuern

Unterstützung zur Umsetzung der FCTC durch die Framework Convention Alliance (FCA) und das MPOWER-Paket

Auswahl von Artikeln (Themenschwerpunkten) der FCTC

Artikel 6 | Preisbezogene und steuerliche Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage nach Tabak
Artikel 8 | Schutz vor Passivrauchen
Artikel 9 | Regelung bezüglich der Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen
Artikel 10 | Regelung bezüglich der Bekanntgabe von Angaben über Tabakerzeugnisse
Artikel 11 | Verpackung und Etikettierung von Tabakerzeugnissen
Artikel 12 | Aufklärung, Information, Schulung und Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit
Artikel 13 | Tabakwerbung, Förderung des Tabakverkaufs und Tabaksponsoring
Artikel 14 | Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage im Zusammenhang mit Tabakabhängigkeit und der Aufgabe des Tabakkonsums
Artikel 15 | Unerlaubter Handel mit Tabakerzeugnissen
Artikel 16 | Verkauf an und durch Minderjährige
Artikel 17 | Unterstützung wirtschaftlich realisierbarer alternativer Tätigkeiten
Artikel 18 | Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit



Die Entstehung des Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC)



Übersicht über die Vertragsparteien und Unterzeichner der FCTC | Abkommen völkerrechtlich bindend angenommen (Vertragspartei), Abkommen unterzeichnet (nicht ratifiziert), Abkommen nicht unterzeichnet | Stand: September 2015

7.2 Geschichte des Rahmenübereinkommens

WHA | World Health Assembly | Weltgesundheitsversammlung

Die WHA ist das Entscheidungsorgan der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO). Delegierte aller WHO-Mitgliedstaaten nehmen an den jährlichen Versammlungen in Genf teil.

INB | International Negotiating Body | Zwischenstaatliches Verhandlungsorgan

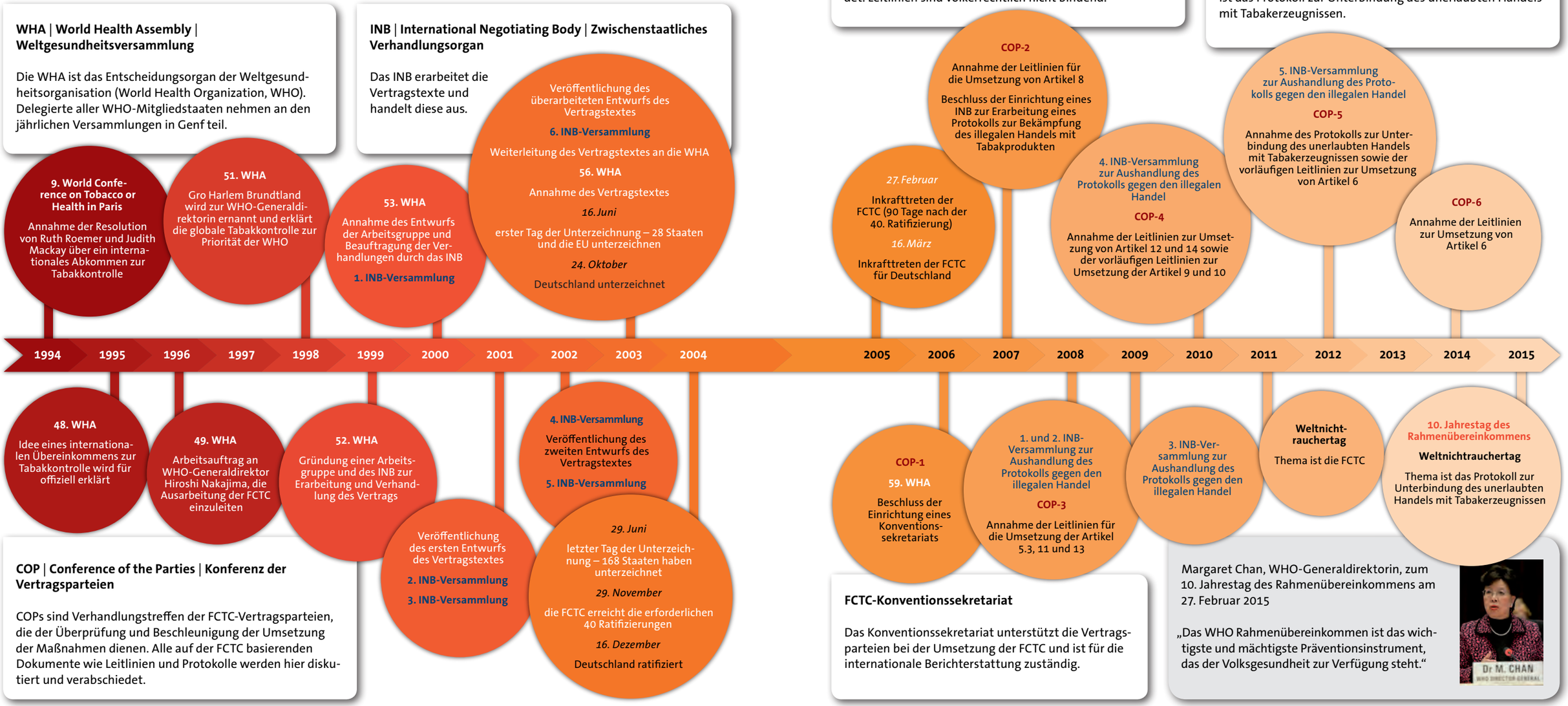
Das INB erarbeitet die Vertragstexte und handelt diese aus.

Leitlinien

Leitlinien führen einzelne Bestimmungen (Artikel) näher aus und geben Empfehlungen zur Umsetzung der Maßnahmen. Sie werden von den Vertragsparteien in Zusammenarbeit mit Experten erarbeitet und während der COP verabschiedet. Leitlinien sind völkerrechtlich nicht bindend.

Protokolle

Protokolle sind eigenständige Verträge, die erst nach der Ratifizierung durch die 40. Partei in Kraft treten. Im Gegensatz zu den Leitlinien ist ein Protokoll nach Inkrafttreten völkerrechtlich bindend. Das bisher einzige FCTC-Protokoll ist das Protokoll zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen.



COP | Conference of the Parties | Konferenz der Vertragsparteien

COPs sind Verhandlungstreffen der FCTC-Vertragsparteien, die der Überprüfung und Beschleunigung der Umsetzung der Maßnahmen dienen. Alle auf der FCTC basierenden Dokumente wie Leitlinien und Protokolle werden hier diskutiert und verabschiedet.

FCTC-Konventionssekretariat

Das Konventionssekretariat unterstützt die Vertragsparteien bei der Umsetzung der FCTC und ist für die internationale Berichterstattung zuständig.

Margaret Chan, WHO-Generaldirektorin, zum 10. Jahrestag des Rahmenübereinkommens am 27. Februar 2015

„Das WHO Rahmenübereinkommen ist das wichtigste und mächtigste Präventionsinstrument, das der Volksgesundheit zur Verfügung steht."

Meilensteine in der Geschichte des Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs

7.3 Eindämmung der Einflussnahme der Tabakindustrie

FCTC – Artikel 5 | Allgemeine Verpflichtungen

[...] (3) Bei der Festlegung und Durchführung ihrer gesundheitspolitischen Maßnahmen in Bezug auf die Eindämmung des Tabakgebrauchs schützen die Vertragsparteien diese Maßnahmen in Übereinstimmung mit innerstaatlichem Recht vor den kommerziellen und sonstigen berechtigten Interessen der Tabakindustrie. [...]

FCTC-Leitlinien zu Artikel 5.3

Ergänzend zur FCTC erkennen die Vertragsparteien in den Leitlinien zu Artikel 5.3 den „fundamentalen und unüberbrückbaren Widerspruch zwischen den Interessen der Tabakindustrie und des Gesundheitswesens“ an und empfehlen u. a. folgende Maßnahmen:

- Aufklärung über die Einflussnahme der Tabakindustrie auf die Einführung von Tabakkontrollmaßnahmen
- Einschränkung der Beeinflussungsmöglichkeiten durch die Tabakindustrie und Transparenz aller Kontakte mit der Tabakindustrie
- Verhinderung von Partnerschaften und nicht bindenden oder nicht vollstreckbaren freiwilligen Vereinbarungen mit der Tabakindustrie
- Vermeidung von Interessenskonflikten von Regierungsvertretern und -angestellten sowie deren Berater und Auftragnehmer über u.a. das Verbot der Annahme von Geldzahlungen, Werbegeschenken oder Dienstleistungen sowie des Verbots der Teilnahme der Tabakindustrie an gesundheitsrelevanten Gremien und Arbeitsgruppen
- Transparenz und umfassende Aufklärung über die Aktivitäten der Tabakindustrie
- Denormalisierung und Reglementierung jeglicher als „unternehmerische Sozialverantwortung“ (Corporate Social Responsibility, CSR) beschriebenen Unternehmenskommunikation der Tabakindustrie, sofern diese nicht bereits unter Artikel 13 der FCTC verboten ist
- Verhinderung staatlicher Unterstützung der Tabakindustrie (Subventionen und Steuervorteile)

Situation in Deutschland

Die Entwicklung und Umsetzung einer wirksamen Tabakkontrollpolitik wurden jahrzehntelang durch den größten Interessenverband der Tabakindustrie in Deutschland, den Verband der Cigarettenindustrie (VdC), entscheidend gestört und behindert. Der VdC löste sich im Jahr 2007 auf, nachdem der Zigarettenhersteller Philip Morris seine Mitgliedschaft aufgekündigt hatte. Seit 2008 vertritt der Deutsche Zigarettenverband (DZV), der sich aus fünf der sieben ehemaligen VdC-Mitglieder zusammensetzt, die Interessen der deutschen Tabakindustrie.

Die Tabakkonzerne versuchen, über Kontakte zu Ministerien und Behörden die Politik zu beeinflussen. Diese Strategie wird aus ehemals vertraulichen Tabakindustriedokumenten deutlich, die im Rahmen US-amerikanischer Haftungsprozesse öffentlich verfügbar gemacht wurden. Die Empfehlungen der Leitlinien zu Artikel 5.3 zur Eindämmung der Einflussnahme der Tabakindustrie sind ethische Grundsätze der Politik gegenüber dem Lobbying der Tabakindustrie. Das Bundesgesundheitsministerium und das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft haben als erste Ministerien in Deutschland auf ihren Webseiten die Treffen mit der Tabaklobby aufgeführt – ein erster Schritt zur Implementierung von FCTC-Artikel 5.3 und seiner Leitlinien.

Da die meisten Entscheidungen in der Tabakpolitik inzwischen auf EU-Ebene fallen, verlagerte sich der Tabaklobbyismus nach Brüssel. Am Beispiel der Verhandlungen zu der im Jahr 2014 verabschiedeten Tabakproduktrichtlinie (TPR), die in allen EU-Mitgliedstaaten Herstellung, Verkauf und Präsentation von Tabakprodukten reguliert, zeigt sich, wie stark die Tabakindustrie die Politik beeinflusst. Ursprünglich sollte die TPR unter anderem die Standardverpackung für Tabakprodukte (Plain Packaging) einführen und die Sichtbarkeit von Tabakprodukten am Verkaufsort abschaffen (Display Ban). Diese beiden Punkte wurden während der drei Jahre anhaltenden Verhandlungen in der Europäischen Kommission aufgrund intensiven Lobbyings seitens der Tabakindustrie fallengelassen. Analysen der TPR-Entwürfe belegen, dass Interessenvertreter den Text der verabschiedeten TPR signifikant beeinflusst haben. Allein Philip Morris International (PMI) – dessen geheime Dokumente bezüglich der Lobbystrategie zur TPR im Jahr 2013 an die Öffentlichkeit gelangten – beschäftigte mehr als 160 Lobbyisten, die sich mit einem Drittel der Parlamentsmitglieder zu persönlichen Gesprächen trafen, und gab 1,25 Millionen Euro aus, um die TPR zu untergraben. Ein Sprecher des Europäischen Parlaments bezeichnete die TPR als „eines der am heftigsten von Interessengruppen beeinflussten Dossiers in der Geschichte der EU-Institutionen“.



Deutschland
- American Chamber of Commerce in Germany (AmCham Germany) | Berlin
- Bund für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde e. V. (BLL) | Berlin
- Bundesverband der Deutschen Industrie e. V. (BDI) | Berlin
- Bundesverband der Deutschen Süßwarenindustrie e. V. (BDSI) | Bonn
- Bundesverband der Zigarrenindustrie e. V. (BdZ) | Bonn
- Bundesverband Großhandel, Außenhandel, Dienstleistungen e. V. (BGA) | Berlin
- Bundesverband des Tabakwaren-Einzelhandels e. V. (BTWE) | Köln
- Bundesverband Deutscher Buch- Zeitungs- und Zeitschriften-Grossisten e. V. | Köln
- Bundesverband Deutscher Tabakpflanzer e. V. | Neuried
- Bundesverband Deutscher Tabakwaren-Großhändler und Automatenaufsteller e. V. (BDTA) | Köln
- Bundesvereinigung der Deutschen Ernährungsindustrie e. V. (BVE) | Berlin
- Cigar Coalition Europe (CCE) | Bonn
- Deutsche Vereinigung für gewerblichen Rechtsschutz und Urheberrecht (GRUR) | Köln
- Deutscher Brauer-Bund e. V. (DBB) | Berlin
- Deutscher Hotel- und Gaststättenverband e. V. (DEHOGA) | Berlin
- Deutscher Verband der Aromenindustrie e. V. (DVAI) | Berlin
- Deutscher Zigarettenverband (DZV) | Berlin
- Europäischer Tabakwaren-Großhandels-Verband e. V. (ETV) | Köln
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Verkehrsflughäfen (ADV) | Berlin
- Gewerkschaft Nahrung, Genuss, Gaststätten (NGG) | Hamburg
- Handelsverband Deutschland (HDE) | Berlin
- Mineralölwirtschaftsverband e. V. | Berlin
- Mittelständische Unternehmen der Tabakwirtschaft e. V. (MUT) | Nürnberg
- Organisation Werbungtreibende im Markenverband (OWM) | Berlin
- Verband der Deutschen Automatenindustrie e. V. (VDAI) | Berlin
- Verband der deutschen Rauchtabakindustrie e. V. (VdR) | Bonn
- Verband Deutscher Zeitschriftenverleger e. V. (VDZ) | Berlin
- Verband des eZigarettenhandels e. V. (VdeH) | Seevetal
- Vereinigung des Rohtabak-Import- und Großhandels e. V. | Bremen
- Wirtschaftsverband Papierverarbeitung e. V. (WPV) | Darmstadt
- Zentralverband der deutschen Werbewirtschaft e. V. (ZAW) | Berlin

Belgien | Brüssel
- Association of Communication Companies (ACC)
- Union of European Practitioners in Intellectual Property (Union-ip)
- Businesseurope
- Confédération Européenne des Détaillants en Tabac (CEDT)
- Confederation of European Community Cigarette Manufacturers (CECCM)
- Cooperation Centre for Scientific Research Relative to Tobacco (CORESTA)
- European Association of Communications Agencies (EACA)
- European Communities Trade Mark Association (ECTA)
- European Farmers European Agri-Cooperatives (COPA-COGECA)
- European Federation of Food, Agriculture and Tourism Trade Unions (EFFAT)
- European Federation of Tobacco Processors (FETRATAB)
- European Flavour Association (EFFA)
- European Magazine Media Association (EMMA)
- European Rolling Paper Association (ERPA)
- European Smokeless Tobacco Council (ESTOC)
- European Smoking Tobacco Association (ESTA)
- Federation of European Direct and Interactive Marketing (FEDMA)
- TransAtlantic Business Dialogue (TABD)

Vereinigtes Königreich
- Electronic Cigarette Industry Trade Association (ECITA)
- European Association of Trade Mark Owners (MARQUES)
- European Travel Retail Confederation (ETCR)

Niederlande
- European Carton Makers Association (ECMA)
- European Cigar Manufacturers Association (ECMA)
- Tobacco Vapor Electronic Cigarette Association (TVECA)

Frankreich
- Association des Praticiens du Droit des Marques et des Modèles (APRAM)
- Business Action to Stop Counterfeiting and Piracy (BASCAP)
- European Tobacco Growers Association (UNITAB)
- International Chamber of Commerce (ICC)

Portugal
- International Tobacco Growers‘ Association (ITGA)

USA
- Emergency Committee for American Trade (ECAT)
- National Foreign Trade Council (NFTC)
- United States Council for International Business (USCIB)

Einflussnahme auf die europäische Tabakproduktrichtlinie
Verbände der Tabakindustrie, tabakindustrie-assoziierte Organisationen

7.4 Tabaksteuererhöhungen

FCTC – Artikel 6 | Preisbezogene und steuerliche Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage nach Tabak

(1) Die Vertragsparteien erkennen an, dass preisbezogene und steuerliche Maßnahmen ein wirksames und wichtiges Mittel zur Verminderung des Tabakkonsums in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, insbesondere bei jungen Menschen, sind.

(2) [...] soll jede Vertragspartei ihre nationalen Gesundheitsziele betreffend die Eindämmung des Tabakgebrauchs berücksichtigen und Maßnahmen beschließen oder gegebenenfalls aufrechterhalten; hierzu kann Folgendes gehören:

a) die Umsetzung einer Steuer- und gegebenenfalls einer Preispolitik für Tabakerzeugnisse, um zur Erreichung der Gesundheitsziele beizutragen, die auf eine Verminderung des Tabakkonsums abzielen, und

b) das Verbot oder gegebenenfalls die Einschränkung des Verkaufs und/oder der Einfuhr von steuer- und zollfreien Tabakerzeugnissen [...].

(3) Die Vertragsparteien teilen in ihren regelmäßigen Berichten an die Konferenz der Vertragsparteien nach Artikel 21 ihre Steuersätze auf Tabakerzeugnisse und die Entwicklungen beim Tabakkonsum mit.

FCTC-Leitlinien zu Artikel 6

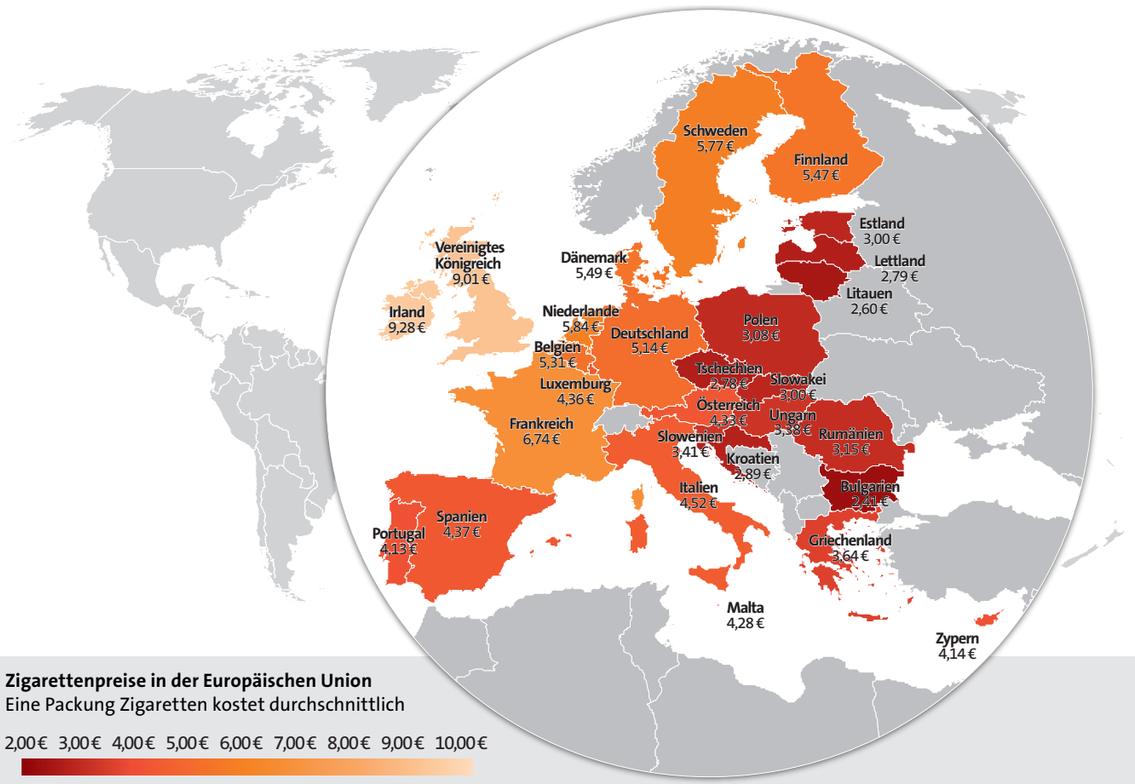
Die Leitlinien zu Artikel 6 empfehlen den Vertragsparteien ergänzend zur FCTC unter anderem folgende Maßnahmen:

- Jährliche Anpassung der Tabaksteuern unter Einbezug der Inflation und der Entwicklung des Einkommenswachstums
- Verfolgen eines Langzeitplans der Tabakbesteuerung, um sowohl die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, als auch die Steuereinnahmen zu vermehren
- Eine vergleichbare Besteuerung aller Tabakprodukte, insbesondere derjenigen Produkte, die Konsumenten als Ersatz für ein anderes Tabakprodukt dienen können

Situation in Deutschland

- **Tabaksteuer** | Die Tabaksteuer beinhaltet eine Mengen- und eine Wertsteuer: Die Mengensteuer ist ein fester Betrag, der pro Zigarette erhoben wird. Die Wertsteuer ist eine proportionale Steuer auf den Handelspreis/Kleinverkaufspreis.
- **Kleinverkaufspreis (KVP)** | Der KVP ist der vom Hersteller festgelegte Preis, zu dem die Ware im Handel verkauft wird. Dieser beinhaltet den Wirtschaftsanteil für Industrie und Handel und Kosten wie Steuern und die Umweltabgabe für die Entsorgung der Verpackung.
- **Mindeststeuern auf Zigaretten** | Die EU legte mit der Richtlinie 92/79/EWG vom 19. Oktober 1992 eine Mindestverbrauchsteuer auf Zigaretten fest. Seit dem 1. Januar 2014 muss die Mindestverbrauchsteuer (Tabak-Mengensteuer plus Tabak-Wertsteuer) gemäß der Richtlinie 2011/64/EU vom 21. Juni 2011 mindestens 60 Prozent des gewichteten durchschnittlichen KVP sowie mindestens 90 Euro je 1 000 Stück Zigaretten betragen.
- **Gewichteter durchschnittlicher Kleinverkaufspreis** | Dieser Wert wird vom Statistischen Bundesamt aus dem Kleinverkaufswert des Vorjahres geteilt durch die Menge an verkauften Zigaretten errechnet und veröffentlicht.
- **Tabaksteuererhöhungen seit 2002** | Von 2002 bis 2005 fanden deutliche Erhöhungen der Tabaksteuer um jährlich rund 10 bis 16 Prozent statt. Von 2006 bis 2010 blieb die Tabaksteuer weitgehend gleich. Von 2011 bis 2015 gab es mit jährlich etwa zwei Prozent sehr geringe Tabaksteuererhöhungen. Weitere Erhöhungen der Tabaksteuer sind nicht geplant.
- **Aktuelle Zigarettenpreise** | Im Jahr 2015 kostet eine Packung mit 19 Zigaretten (Premiumsegment) durchschnittlich 5,40 Euro. Davon entfallen 3,04 Euro (56 Prozent) auf die Tabaksteuer und 86 Cent (16 Prozent) auf die Mehrwertsteuer. Die Wirtschaft erhält 1,50 Euro (28 Prozent).
- **Unterschiedliche Besteuerung** | Feinschnitt für selbstgedrehte Zigaretten, Zigarillos und Zigarren sowie Pfeifentabak (inklusive Wasserpfeifentabak) werden wesentlich niedriger besteuert als Zigaretten.

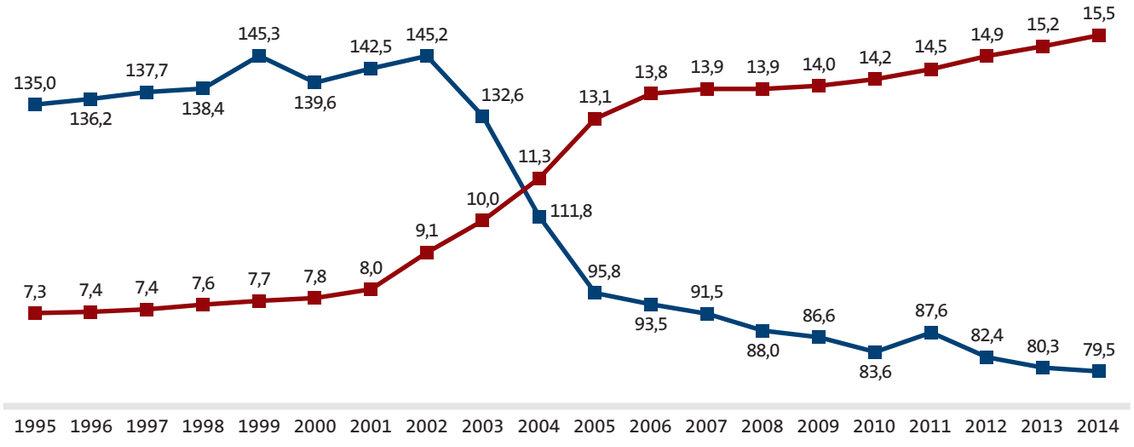
Signifikante Erhöhungen der Tabaksteuer sind das effektivste Mittel, um den Tabakkonsum zu senken.



Zigarettenpreise in der Europäischen Union
Eine Packung Zigaretten kostet durchschnittlich

2,00 € 3,00 € 4,00 € 5,00 € 6,00 € 7,00 € 8,00 € 9,00 € 10,00 €

Stand: 2015



Zigarettenkonsum (Netto-Bezug von Steuerzeichen, in Milliarden Stück) und Tabaksteuer (Durchschnitt, in Cent/Zigarette) in Deutschland | nach Erhebungsjahren | Daten: Statistisches Bundesamt

7.5 Rauchfreie Umwelt

FCTC – Artikel 8 | Schutz vor Passivrauchen

(1) Die Vertragsparteien erkennen an, dass wissenschaftliche Untersuchungen eindeutig bewiesen haben, dass Passivrauchen Tod, Krankheit und Invalidität verursacht.

(2) Jede Vertragspartei beschließt in Bereichen bestehender innerstaatlicher Zuständigkeit nach innerstaatlichem Recht wirksame gesetzgeberische, vollziehende, administrative und/oder sonstige Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen am Arbeitsplatz in geschlossenen Räumen, in öffentlichen Verkehrsmitteln, an geschlossenen öffentlichen Orten und gegebenenfalls an sonstigen öffentlichen Orten, führt solche Maßnahmen durch und setzt sich auf anderen Zuständigkeitsebenen aktiv für die Annahme und Durchführung solcher Maßnahmen ein.

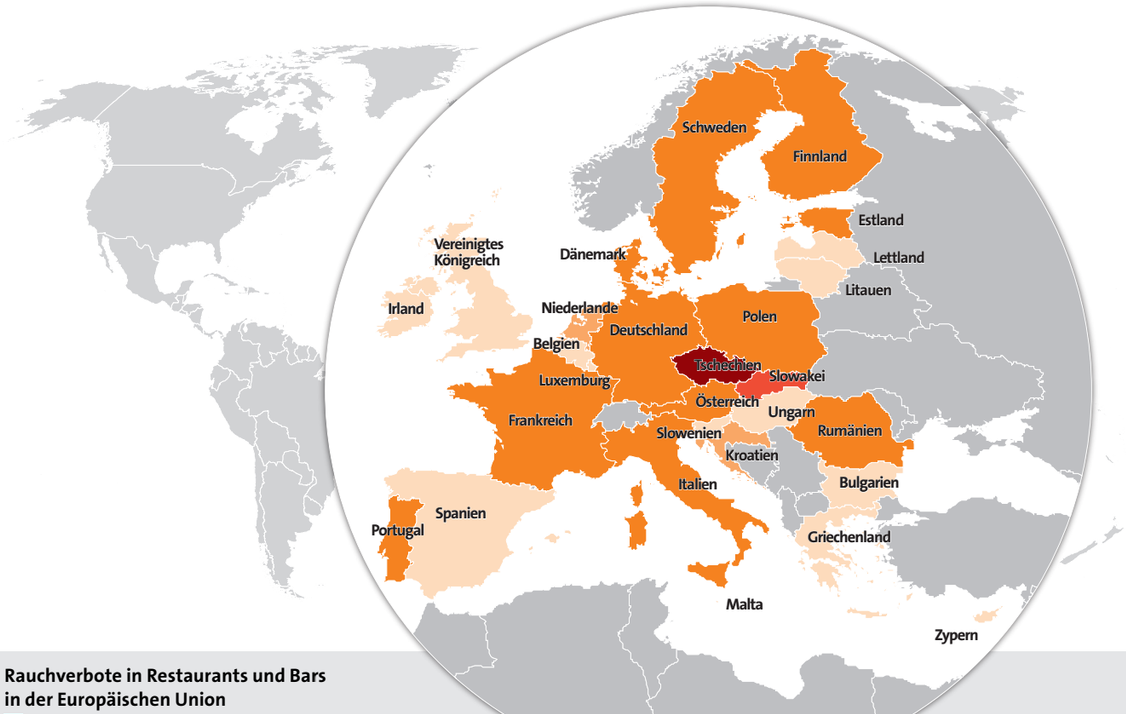
FCTC-Leitlinien zu Artikel 8

Ergänzend zur FCTC empfehlen die Leitlinien unter anderem folgende Maßnahmen zur Unterstützung der Vertragsparteien bei der Umsetzung des Rahmenübereinkommens:

- Vollständige Unterbindung des Rauchens an allen Arbeitsplätzen in geschlossenen Räumen und an geschlossenen öffentlichen Orten, da es kein unbedenkliches Niveau für die Belastung mit Tabakrauch gibt
- Verzicht auf Lüftungs- und Filteranlagen sowie Verzicht auf die Einrichtung von Raucherbereichen, da diese unwirksam sind
- einfache, klare und durchsetzbare Gesetzgebung zum Schutze der Bevölkerung vor der Belastung mit Tabakrauch
- gute Planung und angemessene Mittel zur Umsetzung
- Einbindung der Zivilgesellschaft in den Entwicklungs-, Umsetzungs- und Durchsetzungsprozess
- Überwachung der Umsetzung und Durchsetzung sowie ihrer Auswirkungen
- Stärkung und Ausweitung des Schutzes der Bevölkerung vor der Belastung durch Tabakrauch

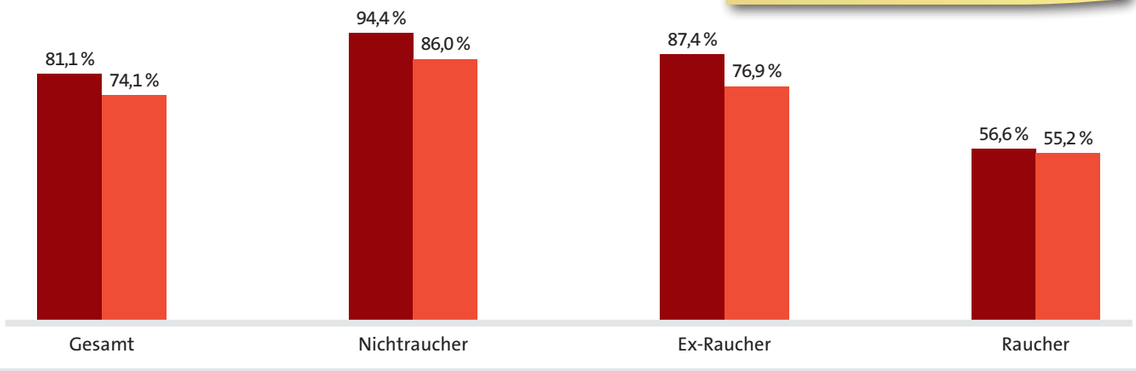
Situation in Deutschland

- **Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV)** | Die seit dem 25. August 2004 geltende ArbStättV verpflichtet in § 5 den Arbeitgeber, die nicht rauchenden Beschäftigten vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch zu schützen, indem er ein allgemeines oder ein auf einzelne Bereiche der Arbeitsstätte beschränktes Rauchverbot erlässt. „Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr“ (und damit die Gastronomie) sind von dieser Regelung ausgenommen.
- **Bundesnichtraucherschutzgesetz (BNichtrSchG)** | Das BNichtrSchG vom 20. Juli 2007 verbietet das Rauchen in öffentlichen Einrichtungen des Bundes, im öffentlichen Personenverkehr und in Personenbahnhöfen des öffentlichen Personenverkehrs. Erlaubt ist die Einrichtung von Raucherräumen.
- **Nichtraucherschutzgesetze der Bundesländer** | Sie wurden im Zeitraum von Juli 2007 bis Juli 2008 erlassen und verbieten das Rauchen in öffentlichen Einrichtungen, in Gesundheits-, Kultur-, Sport- und Bildungseinrichtungen sowie in gastronomischen Betrieben.
- **Gastronomie** | In der Gastronomie gibt es in den meisten Bundesländern Ausnahmeregelungen für Raucherräume und Raucherkneipen. Nach Klagen von Gastronomiebetreibern entschied das Bundesverfassungsgericht am 30. Juli 2008, dass der Gesundheitsschutz Vorrang vor ökonomischen Interessen hat. Ein umfassendes Rauchverbot sei demnach verfassungsgemäß. Werden Ausnahmen gewährt, müssen diese verhältnismäßig sein. In den meisten Bundesländern sind daher Einraum-Gastronomiebetriebe mit einer Gastfläche kleiner als 75 Quadratmeter vom Rauchverbot ausgenommen, sofern keine Personen unter 18 Jahren Zutritt haben, keine „zubereiteten Speisen“ gereicht werden und der Betrieb deutlich als Rauchergaststätte gekennzeichnet ist. Diskotheken, zu denen nur Personen über 18 Jahren Zutritt haben, dürfen in der Regel Raucherräume einrichten, in denen sich jedoch meist keine Tanzfläche befinden darf. In drei Bundesländern gelten umfassende Nichtraucherschutzgesetze, die das Rauchen in der Gastronomie ohne Ausnahme verbieten: in Bayern seit August 2010, im Saarland seit Dezember 2011 und in Nordrhein-Westfalen seit Mai 2013.
- **Spielplätze** | Das Rauchen auf Spielplätzen ist in Heidelberg seit Oktober 2005 verboten; in Karlsruhe seit Juni 2011. Bayern, Nordrhein-Westfalen, Brandenburg und das Saarland haben das Rauchverbot auf Spielplätzen in ihre Landesnichtraucherschutzgesetze aufgenommen.
- **E-Zigaretten** | Die Europäische Union stellt es ihren Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der Richtlinie 2014/40/EU frei, den Nichtraucherschutz auch auf E-Zigaretten zu beziehen.



Rauchverbote in Restaurants und Bars in der Europäischen Union
kein Rauchverbot in Restaurants und Bars,
partielles Rauchverbot in Restaurants, kein Rauchverbot in Bars,
partielles Rauchverbot in Restaurants und Bars,
umfassendes Rauchverbot in Restaurants, partielles Rauchverbot in Bars,
umfassendes Rauchverbot in Restaurants und Bars
Stand: 2014

Die Zustimmung zu einem Rauchverbot in Gaststätten ist von 67 Prozent vor dessen Einführung im Jahr 2007 auf 81 Prozent im Jahr 2014 gestiegen.



Zustimmung der deutschen Bevölkerung zu einem Rauchverbot in Gaststätten | „Grundsätzlich begrüße ich ein Rauchverbot in Gaststätten.“, „Das Rauchverbot in Gaststätten sollte auch für E-Zigaretten gelten.“ | Daten: GfK 2014

7.6 Produktregulierung

FCTC – Artikel 9 | Regelung bezüglich der Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen

Die Konferenz der Vertragsparteien schlägt in Abstimmung mit zuständigen internationalen Stellen Leitlinien für die Prüfung und Messung der Inhaltsstoffe und Emissionen von Tabakerzeugnissen sowie für die Regelung bezüglich dieser Inhaltsstoffe und Emissionen vor. Jede Vertragspartei beschließt nach Genehmigung durch die zuständigen nationalen Behörden wirksame gesetzgeberische, vollziehende und administrative oder sonstige Maßnahmen für diese Prüfung und Messung und für diese Regelung und führt solche Maßnahmen durch.

FCTC – Artikel 10 | Regelung bezüglich der Bekanntgabe von Angaben über Tabakerzeugnisse

Jede Vertragspartei beschließt in Übereinstimmung mit ihrem innerstaatlichen Recht wirksame gesetzgeberische, vollziehende, administrative oder sonstige Maßnahmen, die von Herstellern und Importeuren von Tabakerzeugnissen die Bekanntgabe von Angaben zu den Inhaltsstoffen und Emissionen von Tabakerzeugnissen gegenüber amtlichen Stellen verlangen, und führt solche Maßnahmen durch. Jede Vertragspartei beschließt darüber hinaus wirksame Maßnahmen zur Veröffentlichung von Angaben über die toxischen Bestandteile der Tabakerzeugnisse und der Emissionen, die von ihnen ausgehen können, und führt solche Maßnahmen durch.

Situation in Deutschland

Aktuelle Regulierung | Die Richtlinie 2001/37/EG der Europäischen Union, die in Deutschland in Form der Tabakprodukt-Verordnung umgesetzt wurde, beinhaltet folgende Begrenzungen und Angaben:

- Höchstmengen pro Zigarette: 10 Milligramm Teer, 1 Milligramm Nikotin, 10 Milligramm Kohlenmonoxid
- Aufdruck dieser Angaben auf der Packungsseite, mindestens 10 Prozent der Fläche
- Bekanntgabe aller Inhaltsstoffe, die bei der Herstellung verwendet werden, mit Angabe der Menge, der Gründe für die Verwendung sowie der toxikologischen Daten der Substanzen

Zukünftige Regulierung | Bis zum 20. Mai 2016 muss die europäische Richtlinie 2014/40/EU (Tabakproduktrichtlinie, TPR) umgesetzt werden. Sie misst dem Gesundheitsschutz hohe Bedeutung bei, insbesondere, um den Tabakkonsum bei jungen Menschen zu senken, und setzt verschiedene Vorgaben der FCTC um. Sie beinhaltet neue Vorschriften zu:

- Inhaltsstoffen und Emissionen
- Zusatzstoffen
- Warnhinweisen
- Verpackung und Menge des Inhalts
- Erscheinungsbild des Erzeugnisses
- grenzüberschreitendem Verkauf
- neuartigen Tabakerzeugnissen
- elektronischen Zigaretten
- pflanzlichen Raucherzeugnissen

FCTC-Leitlinien zu den Artikeln 9 und 10

Zur Verringerung der Attraktivität und des Abhängigkeitspotentials der Produkte empfehlen die partiellen Leitlinien zur Umsetzung der Artikel 9 und 10 unter anderem folgende Maßnahmen:

- Pflicht zur Veröffentlichung einer Liste aller verwendeten Inhaltsstoffe und der Gründe ihrer Verwendung
- Informationen zum verwendeten Tabak (Sorte etc.)
- Angabe der Kontaktdaten der Hersteller
- Verbot von Zusatzstoffen, die das Produkt schmackhafter machen (süßende Substanzen, Aromen, Gewürze etc.), färbenden Zusatzstoffen, Zusatzstoffen, die den Eindruck erwecken, die Erzeugnisse hätten einen gesundheitlichen Nutzen (Vitamine etc.) sowie Zusatzstoffen, die mit Energie und Vitalität assoziiert werden (Koffein, Guarana etc.)
- Angaben zu Designmerkmalen
- Zigaretten sollten einem RIP-Standard (Standard zur Reduzierung des Brandrisikos) entsprechen
- Öffentliche Zugänglichkeit zu Informationen über giftige Bestandteile und Emissionen

Inhaltsstoffe und Emissionen



- Emissionshöchstwerte:
  - 10 mg Teer je Zigarette
  - 1 mg Nikotin je Zigarette
  - 10 mg Kohlenmonoxid je Zigarette
- Pflicht zur Veröffentlichung einer Liste der Inhaltsstoffe mit Mengenangabe



Warnhinweise

- kombinierte Warnhinweise (aus Bild und Text)
- mindestens 65 % der Vorder- und Rückseite der Verpackung

Verpackung



- Verbot folgender Merkmale:
  - irreführende Angaben
  - Ähnlichkeit zu Lebensmittel oder Kosmetikprodukt
  - Suggestion von Umweltverträglichkeit
- vorgeschriebene Verpackungsform:
  - Zigaretten: Quader
  - Drehtabak: Quader, Zylinder oder Beutel
- vorgeschriebener Verschlussmechanismus
- Mindestinhalt:
  - Zigaretten: 20 Stück
  - Tabak: 30 g
- Track- & Tracing-System (Verhinderung des Schmuggels)

Grenzüberschreitender Verkauf über das Internet



(gilt auch für E-Zigaretten und Liquids)

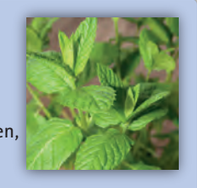
- darf verboten werden
- Registrierung des Verkäufers notwendig
- Alterskontrolle

Neuartige Tabakerzeugnisse

- Meldepflicht
- Informationen zu
  - Toxizität
  - Suchtpotential
  - Attraktivität
  - Verbraucherverhalten



Zusatzstoffe
(gilt nur für Zigaretten und Drehtabak)



Verbot von

- charakteristischen Aromen
- Vitaminen und sonstigen Zusatzstoffen, die einen gesundheitlichen Nutzen suggerieren
- Koffein, Taurin u. a. Zusatzstoffen, die mit Energie und Vitalität in Verbindung gebracht werden
- den Rauch färbenden Zusatzstoffe
- inhalationserleichternden Zusatzstoffen
- unverbrannt schädlichen Zusatzstoffen
- Aromen in Filter, Papier, Packung, Kapsel etc., mit denen sich Geruch oder Geschmack der Zigarette verändern lassen

Elektronische Zigaretten
(gilt für nikotinhaltige E-Zigaretten, die nicht als Entwöhnungsprodukte lizensiert sind)



- Pflicht zur Veröffentlichung einer Liste der Inhaltsstoffe und Emissionen
- Angaben zu Nikotinmenge und -aufnahme
- gleichmäßige Nikotinabgabe
- Höchstmengen:
  - für E-Zigarette: 2 ml Füllvolumen
  - für Nachfüllbehälter: 10 ml Füllvolumen
  - für Nikotingehalt: max. 20 mg/ml
- E-Zigaretten und Nachfüllbehälter: kinder-, manipulations- und auslaufsicher
- Beipackzettel zu schädlichen Wirkungen
- Verbot folgender Aromen:
  - Vitamine und Zusatzstoffe, die einen gesundheitlichen Vorteil suggerieren
  - Koffein, Taurin und andere stimulierende Mischungen
  - Zusatzstoffe mit färbenden Eigenschaften für die Emissionen
  - inhalationserleichternde Zusatzstoffe
  - in unverbrannter Form schädliche Zusatzstoffe
- Warnhinweis zu Suchtpotential von Nikotin
- Werbeverbot in TV, Hörfunk, Print; Verbot von Sponsoring

Pflanzliche Raucherzeugnisse



- Warnhinweis notwendig
- Verbot irreführender Bezeichnungen

Vorschriften zu Tabakerzeugnissen, elektronischen Zigaretten und pflanzlichen Raucherzeugnissen durch Richtlinie 2014/40/EU
Diese Vorschriften muss Deutschland bis zum 20. Mai 2016 umsetzen.

7.7 Warnhinweise

FCTC – Artikel 11 | Verpackung und Etikettierung von Tabakerzeugnissen

(1) Jede Vertragspartei beschließt innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren [...] wirksame Maßnahmen und führt solche [...] durch, um sicherzustellen, dass

a) die Verpackungen [...] von Tabakerzeugnissen den Verkauf nicht mit Mitteln fördern, die falsch, irreführend, täuschend oder geeignet sind, einen falschen Eindruck über deren Eigenschaften, gesundheitliche Auswirkungen, Gefahren oder Emissionen zu erwecken [...].

b) auf jeder Packung müssen [...] gesundheitsrelevante Warnhinweise angebracht sein, die auf die schädlichen Auswirkungen des Tabakgebrauchs hinweisen [...]. Diese Warnhinweise [...]

ii) müssen abwechselnd erscheinen sowie
iii) groß und deutlich sicht- und lesbar sein,
iv) sollen 50 % oder mehr der Hauptflächen abdecken, müssen jedoch mindestens 30 % der Hauptflächen einnehmen,
v) können in Form von bildlichen Darstellungen oder Piktogrammen gestaltet sein [...].

FCTC-Leitlinien zu Artikel 11

Ergänzend zur FCTC empfehlen die Leitlinien unter anderem folgende Maßnahmen:

- Anbringung von Warnhinweisen auf Vorder- und Rückseite im oberen Teil der Packung
- Nutzung farbiger bildlicher Warnhinweise
- Breite Auswahl an Inhalten der Warnhinweise und regelmäßiger Wechsel von Gestaltung und Inhalt, um Gewöhnungseffekten vorzubeugen
- Verbot von irreführenden Bezeichnungen, Zahlen und Symbolen
- Einführung der standardisierten Verpackung zur Erhöhung der Erkennbarkeit und Wirkung der Warnhinweise

Situation in Deutschland

Aktuelle Regulierung | Die Richtlinie 2001/37/EG der Europäischen Union schreibt folgende Warnhinweise vor:

- allgemeiner Warnhinweis (30 Prozent einer Packungsbreitseite)
- ergänzender Warnhinweis (40 Prozent der anderen Packungsbreitseite)

Zukünftige Regulierung | Ab dem 20. Mai 2016 fordert die Richtlinie 2014/40/EU:

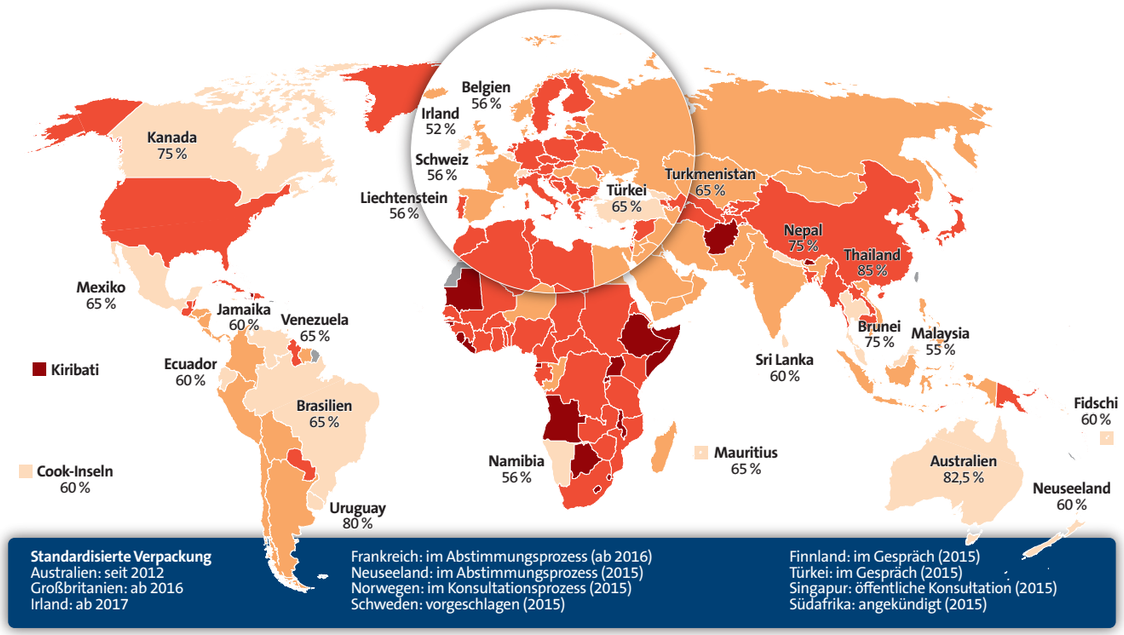
- bei Rauchtabakerzeugnissen kombinierte Warnhinweise (Bild und Text), die 65 Prozent der Vorder- und Rückseite der Verpackung einnehmen und sich an der Oberkante befinden (dreijährige Übergangsregelung: bei Steuerzeichen an der Oberkante kann Fotografie unterhalb des Steuerzeichens angebracht werden), sowie einen jährlichen Wechsel der Warnhinweise
- bei Zigarren, Zigarillos und Pfeifentabak Verzicht auf Farbfotografie möglich
- bei rauchlosen Tabakprodukten Textwarnhinweise

Übergangsregelung: Vor dem 20. Mai 2016 gemäß Richtlinie 2001/37/EG produzierte Tabakerzeugnisse dürfen bis zum 20. Mai 2017 verkauft werden.

Die EU-Mitgliedstaaten haben über die Vorgaben der Richtlinie 2014/40/EU hinausgehend die Möglichkeit, eine standardisierte Verpackung einzuführen.



Beispiele für durch die Richtlinie 2014/40/EU vorgeschriebene kombinierte Warnhinweise



Vorschriften für Warnhinweise weltweit | keine Warnhinweise, Text-Warnhinweise, kombinierte Warnhinweise (bis 50 Prozent der Vorder- und Rückseite), kombinierte Warnhinweise (über 50 Prozent der Vorder- und Rückseite), keine Daten | Stand: 2014

Europäische Union (ab Mai 2016)

Warnhinweis
- an Oberkante
- auf Vorder- und Rückseite
- 65 % der Fläche

Mindestgröße des Warnhinweises
- Höhe: 44 mm
- Breite: 52 mm

Verschluss
- Scharnier des Deckels muss sich an der Rückseite der Verpackung befinden

Farbgebung der Verpackung
- durch Hersteller

Gestaltung des Markennamens
- durch Hersteller

Markenlogo
- erlaubt



Australien (seit 2012)

Warnhinweis
- an Oberkante
- auf Vorder- und Rückseite
- 75 % der Fläche

Markenlogo
- verboten



Bildliche Warnhinweise motivieren zum Rauchstopp und halten Jugendliche davon ab, mit dem Rauchen zu beginnen.

Verschluss
- Klappdeckel (Flip-top)

Packungsgröße
- Höhe: 85–125mm
- Breite: 55–82mm
- Tiefe: 20–42mm

Packungsfarbe
- Außen: Pantone 448C
- Innen: weiß

Markenname
- Schriftart: Lucida Sans
- Schriftschnitt: nicht fett, kursiv etc.; nur Anfangsbuchstabe groß
- Schriftgröße: maximal 14 pt
- Schriftfarbe: Pantone Cool Gray 2C

Vorschriften für die Verpackung entsprechend der europäischen Richtlinie 2014/40/EU und standardisierte Verpackung in Australien

7.8 Aufklärung und Information

FCTC – Artikel 12 | Aufklärung, Information, Schulung und Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit

Jede Vertragspartei fördert [...] die Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit in Fragen der Eindämmung des Tabakgebrauchs. Zu diesem Zweck beschließt jede Vertragspartei wirksame gesetzgeberische [...] Maßnahmen und führt solche Maßnahmen durch, um Folgendes zu fördern:

a) einen breiten Zugang zu wirksamen und umfassenden Programmen zur Aufklärung und Bewusstseinsbildung [...]

b) die Bewusstseinsbildung [...] über die Gesundheitsrisiken von Tabakkonsum und Passivrauchen und über die Vorteile der Aufgabe des Tabakkonsums und eines tabakfreien Lebens [...]

c) den öffentlichen Zugang [...] zu einem vielfältigen Angebot an Informationen über die Tabakindustrie [...]

d) wirksame und geeignete Programme zur Schulung [...], die sich an Mitarbeiter des Gesundheitswesens, Wohlfahrtsmitarbeiter, Sozialarbeiter, Medienvertreter, Erzieher, Entscheidungsträger, Verwaltungsmitarbeiter [...] richten;

e) die Bewusstseinsbildung bei öffentlichen und privaten Stellen und nichtstaatlichen Organisationen, die keine Verbindung zur Tabakindustrie haben, und deren Mitwirkung bei der Ausarbeitung und Durchführung sektorübergreifender Programme und Strategien zur Eindämmung des Tabakgebrauchs [...]

f) die Bewusstseinsbildung [...] über die nachteiligen gesundheitlichen, wirtschaftlichen und umweltrelevanten Folgen der Tabakproduktion und des Tabakkonsums.

Situation in Deutschland

In Deutschland sind in der Aufklärung und Informationsvermittlung an die Öffentlichkeit sowie bei Schulungsprogrammen zur Eindämmung des Tabakkonsums in erster Linie aktiv:

- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** | Umfangreiche Informationsmaterialien zur Förderung des Nichtrauchens (http://www.bzga.de)
- **Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)** | Umfangreiche Informationen zum Rauchen, zum Rauchstopp und zur Tabakkontrollpolitik (http://www.tabakkontrolle.de)
- **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)** | Materialien zum Rauchen und zur Tabakabhängigkeit sowie Weiterbildungen in der Suchthilfe (http://www.dhs.de)
- **Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen e. V. (DNRfK)** | Fortbildungen für Gesundheitsberufe und Entwöhnungsprogramm für Auszubildende in Pflegeberufen (astra) (http://www.dnrfk.de, http://www.astra-programm.de)
- **Initiativen der Länder** | Tabakpräventionsprogramme unter Einbeziehung unterschiedlicher Akteure wie beispielsweise Ministerien, Ärzteverbände, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen, Schulen und Kommunen
- **Schulen** | Nichtraucherwettbewerbe für Schulklassen, wie beispielsweise „Be Smart – Don't Start" und Präventionskampagnen (http://www.besmart.info/be-smart)
- **Krankenkassen** | Informationen zu den durch Rauchen verursachten Gesundheitsschäden, Hilfe zum Rauchstopp
- **Medizinische Fachgesellschaften, Ärzteverbände** | Informationen zum Rauchen und zum Rauchstopp sowie Fortbildungen zur Tabakentwöhnung
- **Verlage und Gesundheitsportale** | Informationen zum Rauchen und zum Rauchstopp

FCTC-Leitlinien zu Artikel 12

An der Erarbeitung der Leitlinien zu Artikel 12 war Deutschland federführend beteiligt. Ergänzend zur FCTC konkretisieren die Leitlinien zu Artikel 12 unter anderem:

- Entwicklung und Durchführung von Aufklärungsprogrammen mit folgenden Eigenschaften:
  - zielgruppenspezifisch
  - hohe Häufigkeit/Dauer
  - fortlaufende Überarbeitung
  - große Bandbreite von Medienträgern
  - integrierte Evaluierung
- fortlaufende Schulung von Multiplikatoren

Rauchfrei-Kampagne der BZgA | Zentrale Elemente sind die Informationsplattformen http://www.rauch-frei.info und http://www.rauchfrei-info.de, die zielgruppenspezifisch für Jugendliche bzw. Erwachsene umfangreiche Informationen zum Rauchen und zum Rauchstopp sowie Online-Ausstiegsprogramme bieten. Auch für Mitarbeiter medizinischer und pädagogischer Berufe sowie für Beratungsstellen und Betriebe stellt die rauchfrei-Kampagne Informationsbroschüren zur Verfügung.



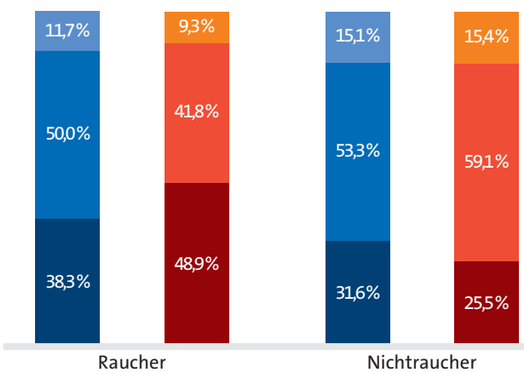


WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle im Deutschen Krebsforschungszentrum | Seine Hauptaufgaben bestehen darin, auf der Basis wissenschaftlicher Studien über das Ausmaß des Tabakkonsums sowie über die gesundheitlichen und ökonomischen Folgen des Rauchens zu informieren und die Umsetzung evidenzbasierter Maßnahmen zur Verringerung des Tabakkonsums in Deutschland voranzutreiben.

Weltnichtrauchertag | Er wurde 1987 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ins Leben gerufen und steht jedes Jahr – am 31. Mai – unter einem anderen Motto. Viele Nichtraucherinitiativen und -vereine sowie Gesundheitseinrichtungen führen an diesem Tag Informationsveranstaltungen durch und laden zur Beteiligung an Aktionen ein. Diese werden in Deutschland von der Deutschen Krebshilfe e. V. und dem Aktionsbündnis Nichtrauchen koordiniert.



Beispiele für Initiativen, die Aufklärung leisten und Informationen zum Rauchen bieten



Für Aufklärungskampagnen stehen in Deutschland jährlich ein bis vier Millionen Euro zur Verfügung, demgegenüber investiert die Tabakindustrie jährlich rund 200 Millionen Euro in Werbung für ihre Produkte.

Aufklärungskampagnen haben in Deutschland eine geringe Reichweite: Fast 90 Prozent der Bevölkerung bemerken diese nie oder nur manchmal.

Wahrnehmung von Aufklärungskampagnen durch Männer (nie, selten/manchmal, häufig/sehr häufig) und Frauen (nie, selten/manchmal, häufig/sehr häufig) | nach Rauchstatus | Daten: ITC 2011

7.9 Beteiligung der Zivilgesellschaft

FCTC – Artikel 12 | Aufklärung, Information, Schulung und Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit

Jede Vertragspartei fördert und stärkt [...] die Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit in Fragen der Eindämmung des Tabakgebrauchs. Zu diesem Zweck beschließt jede Vertragspartei wirksame gesetzgeberische [...] Maßnahmen und führt solche Maßnahmen durch, um Folgendes zu fördern: [...]

e) die Bewusstseinsbildung bei öffentlichen und privaten Stellen und nichtstaatlichen Organisationen, die keine Verbindung zur Tabakindustrie haben, und deren Mitwirkung bei der Ausarbeitung und Durchführung sektorübergreifender Programme und Strategien zur Eindämmung des Tabakgebrauchs [...]

FCTC – Artikel 20 | Forschung, Überwachung und Informationsaustausch

(3) [...] Jede Vertragspartei bemüht sich um [...]

b) die Zusammenarbeit mit zuständigen internationalen und regionalen zwischenstaatlichen Organisationen und anderen Stellen, einschließlich staatlicher und nichtstaatlicher Stellen, bei der regionalen und weltweiten Tabaküberwachung und dem Austausch von Informationen [...]

FCTC – Artikel 23 | Konferenz der Vertragsparteien

(5) Die Konferenz der Vertragsparteien prüft regelmäßig die Durchführung des Übereinkommens [...]. Zu diesem Zweck wird sie wie folgt tätig: [...]

g) sie ersucht gegebenenfalls um die Dienste und Mitarbeit zuständiger und einschlägiger Organisationen und Organe im System der Vereinten Nationen und anderer internationaler und regionaler zwischenstaatlicher Organisationen und nichtstaatlicher Organisationen und Gremien sowie um die von diesen zur Verfügung gestellten Informationen als ein Mittel zur Stärkung der Durchführung des Übereinkommens [...]

Situation in Deutschland

In Deutschland sind mehrere Nichtregierungsorganisationen im Nichtraucherschutz und in der Tabakprävention aktiv:

- **Ärztlicher Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit e. V. (ÄARG)** | Im ÄARG engagieren sich seit 1971 mehrere Hundert Ärztinnen und Ärzte aktiv in der Tabakprävention.
- **Nichtraucher-Initiative Deutschland e. V. (NID)** | Die 1988 gegründete NID setzt sich seit den 1990er Jahren für konsequenten Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz und in der Wohnung ein.
- **Aktionsbündnis Nichtrauchen e. V. (ABNR)** | Das ABNR ging im Jahr 2003 als Zusammenschluss von elf großen nichtstaatlichen Gesundheitsorganisationen aus der 1992 gegründeten Koalition gegen das Rauchen hervor. Das ABNR hat zum Ziel, Maßnahmen zur Eindämmung der Gesundheitsgefahren durch das Rauchen und Passivrauchen auf politischer Ebene anzuregen, zu fördern und zu begleiten.
- **Forum Rauchfrei** | Das im Jahr 2000 gegründete Forum Rauchfrei fordert die Politik auf, Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums zu ergreifen.
- **Unfairtobacco.org** | Unfairtobacco.org wurde im Jahr 2004 unter dem Namen „Kampagne Rauchzeichen!" gegründet und ist ein Projekt der Berliner Landesarbeitsgemeinschaft Umwelt und Entwicklung (Blue 21 e. V.). Zentrale Themen sind die Umweltzerstörung und die Menschenrechtsverletzungen durch Tabakanbau.

FCTC-Leitlinien zu den Artikeln 12, 20 und 23

An der Erarbeitung der Leitlinien zu Artikel 12 war Deutschland federführend beteiligt. Zu den Artikeln 20 und 23 liegen keine Leitlinien vor.

Ergänzend zur FCTC konkretisiert die Leitlinie zu Artikel 12 unter anderem:

- Einbindung der Zivilgesellschaft in Planung, Entwicklung, Durchführung und Monitoring von Aufklärungsprogrammen
- Verpflichtung der Tabakindustrie zu Transparenz hinsichtlich ihrer Strategien, Aktivitäten und Erzeugnisse

Forum Rauchfrei und MdB Lothar Binding | Protest gegen den Reemtsma Liberty Award | 2015





Unfairtobacco.org | Publikation „Strategien der Tabakindustrie: Werbekampagnen, Klagen, politische Einflussnahme" | 2015

Deutsches Krebsforschungszentrum und Aktionsbündnis Nichtrauchen, unterstützt von fast 50 medizinischen und wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Institutionen | Memorandum zur gesetzlichen Regulierung von nikotinhaltigen und nikotinfreien E-Zigaretten | 2015



Beispiele für das Engagement von Nichtregierungsorganisationen (NGO)

AKTIONSBÜNDNIS NICHTRAUCHEN E.V.

Ärztlicher Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit e.V. (ÄARG)	Eching	1971
Bundesärztekammer (BÄK)	Berlin	1947
Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)	Bonn	1954
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie e. V. (DGK)	Düsseldorf	1927
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)	Berlin	1926
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)	Hamm	1947
Deutsche Herzstiftung e.V.	Frankfurt am Main	1979
Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG)	Berlin	1951
Deutsche Krebshilfe e.V.	Bonn	1974
Deutsche Lungenstiftung e.V.	Langenhagen	1994
Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)	Heidelberg	1964

Mitgliedsorganisationen des Aktionsbündnisses Nichtrauchen (ABNR)
Sitz, Gründungsjahr

7.10 Tabakwerbeverbote

FCTC – Artikel 13 | Tabakwerbung, Förderung des Tabakverkaufs und Tabaksponsoring

[...] (2) Jede Vertragspartei erlässt in Übereinstimmung mit ihrer Verfassung [...] ein umfassendes Verbot aller Formen von Tabakwerbung, Förderung des Tabakverkaufs und Tabaksponsoring. [...]

(4) Als Mindestanforderung [...]

a) verbietet jede Vertragspartei alle Formen von Tabakwerbung [...], die mit Mitteln für ein Tabakerzeugnis werben, die falsch, irreführend, täuschend oder geeignet sind, einen falschen Eindruck über dessen Eigenschaften, gesundheitliche Auswirkungen, Gefahren oder Emissionen zu erwecken;

b) verlangt jede Vertragspartei, dass jegliche Tabakwerbung [...] und [...] Sponsoring [...] mit gesundheitsrelevanten oder sonstigen geeigneten Warnhinweisen [...] verbunden sind;

c) schränkt jede Vertragspartei den Einsatz von [...] Anreizen zum Kauf von Tabakerzeugnissen durch die Öffentlichkeit ein;

d) verlangt jede Vertragspartei die Bekanntgabe von Ausgaben seitens der Tabakindustrie für noch nicht verbotene Werbung [...]

f) verbietet jede Vertragspartei das Tabaksponsoring von internationalen Veranstaltungen[...]

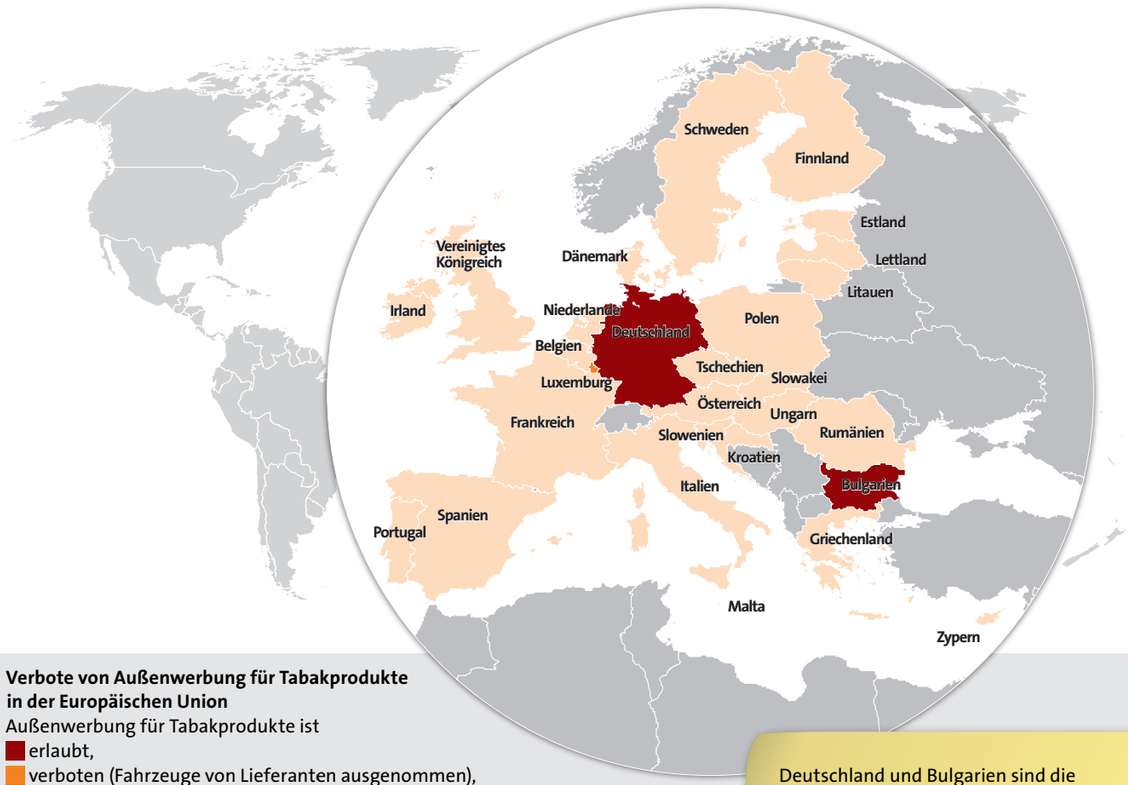
FCTC-Leitlinien zu Artikel 13

Die Leitlinien zu Artikel 13 empfehlen unter anderem:

- Ausstellungsverbot an Verkaufsorten (Display Ban)
- Verbot von Zigarettenautomaten
- Einführung einer standardisierten Verpackung
- Verbot von Brand Stretching (Übertragung von Tabakmarkennamen auf Nicht-Tabakprodukte) und Brand Sharing (Übertragung von Markennamen von Nicht-Tabakprodukten auf Tabakprodukte)

Situation in Deutschland

- **Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz (heute Vorläufiges Tabakgesetz)** | 15. August 1974
  - Verbot von Tabakwerbung im Rundfunk und Fernsehen
  - Verbot von Tabakwerbung, die das Rauchen als gesundheitlich unbedenklich, anregend für das körperliche Wohlbefinden oder als nachahmenswert darstellt
  - Verbot von Tabakwerbung, die Jugendliche zum Rauchen veranlasst
- **Neufassung des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes** | 9. September 1997
  - Verbot von Tabakwerbung, die Tabakerzeugnisse als natürlich oder naturrein darstellt
- **Vierter Rundfunkänderungsstaatsvertrag** | 1. April 2000
  - Verbot des Sponsorings von Rundfunk- und Fernsehsendungen durch Hersteller von Tabakerzeugnissen
- **Jugendschutzgesetz** | 23. Juli 2002
  - Tabakwerbeverbot im Kino vor 18 Uhr
- **Gesetz zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums** | 23. Juli 2004
  - Verbot der kostenlosen Abgabe von Zigaretten
- **Erstes Gesetz zur Änderung des Vorläufigen Tabakgesetzes (Umsetzung der europäischen Richtlinie 2003/33/EG)** | 29. Dezember 2006
  - Verbot von Werbung für Tabakerzeugnisse in Zeitungen und Zeitschriften, soweit diese nicht ausschließlich für im Tabakhandel tätige Personen bestimmt sind
  - Verbot von Tabakwerbung im Internet
  - Verbot des Sponsorings von Rundfunkprogrammen und grenzüberschreitenden Veranstaltungen durch Tabakhersteller
  - Verbot der kostenlosen Verteilung von Tabakprodukten auf grenzüberschreitenden Veranstaltungen
- **Zweites Gesetz zur Änderung des Vorläufigen Tabakgesetzes (Umsetzung der europäischen Richtlinie 2007/65/EG)** | 13. Juli 2010
  - Verbot von Produktplatzierung (Product Placement) zugunsten von Tabakprodukten oder deren Herstellern und Anbietern
- **Europäische Richtlinie 2014/40/EU** | Umsetzung bis zum 20. Mai 2016
  - Die Kennzeichnung der Packung und der Außenverpackung selbst dürfen keine Elemente oder Merkmale aufweisen, die das Tabakprodukt bewerben.
  - Weitere Vorschriften zur Standardisierung der Verpackung dürfen erlassen werden, sind aber nicht vorgeschrieben.



Verbote von Außenwerbung für Tabakprodukte in der Europäischen Union
Außenwerbung für Tabakprodukte ist
erlaubt,
verboten (Fahrzeuge von Lieferanten ausgenommen),
verboten
Stand: 2015

Deutschland und Bulgarien sind die einzigen Länder in Europa, die noch Außenwerbung für Tabakprodukte zulassen.

Verbotene Tabakwerbemaßnahmen

- Fernsehwerbung
- Radiowerbung
- Werbung in Printmedien
- Werbung im Kino vor 18 Uhr
- Sponsoring grenzüberschreitender Events
- Öffentliche Internetwerbung
- Produktplatzierung (Product Placement)

Inhaltsbeschränkungen

- keine gesundheitsbezogene Werbung
- keine gezielte Ansprache von Jugendlichen
- keine irreführenden Angaben
- keine Aussagen, die das Rauchen nachahmenswert erscheinen lassen
- kein Hinweis auf „Natürlichkeit" von Inhaltsstoffen

Erlaubte Tabakwerbemaßnahmen

- Außenwerbung
- Werbung am Verkaufsort
- Werbung in Printmedien, die ausschließlich für den Tabakhandel bestimmt sind oder Tabakprodukte betreffen
- Werbung im Kino nach 18 Uhr
- Sponsoring nicht grenzüberschreitender Events
- Zugangsbeschränkte Internetseiten
- Verkaufsförderung (Promotion)
- Direkte Ansprache potentieller Kunden (z. B. auf Events, über E-Mails etc.)
- Ambient Media (im Lebensumfeld platzierte Werbeformen)
- Brand Stretching/Brand Sharing

In Deutschland verbotene und erlaubte Tabakwerbemaßnahmen sowie Inhaltsbeschränkungen für Tabakwerbung

7.11 Förderung des Rauchausstiegs

FCTC – Artikel 14 | Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage im Zusammenhang mit Tabakabhängigkeit und der Aufgabe des Tabakkonsums

(1) Jede Vertragspartei erarbeitet und verbreitet geeignete, umfassende und integrierte Richtlinien auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und bewährter Praktiken [...] und ergreift wirksame Maßnahmen zur Förderung der Aufgabe des Tabakkonsums und einer angemessenen Behandlung der Tabakabhängigkeit.

(2) Zu diesem Zweck strebt jede Vertragspartei Folgendes an:

a) die Entwicklung und Umsetzung wirksamer Programme mit dem Ziel der Förderung der Aufgabe des Tabakkonsums [...];

b) die Einbeziehung von Diagnose und Behandlung der Tabakabhängigkeit und Beratungsdiensten zur Aufgabe des Tabakkonsums in nationale Gesundheits- und Bildungsprogramme [...];

c) die Schaffung von Programmen zur Diagnose, Beratung, Vorbeugung und Behandlung der Tabakabhängigkeit [...]

d) die Zusammenarbeit mit anderen Vertragsparteien zur Erleichterung des Zugangs zu bezahlbaren Behandlungen der Tabakabhängigkeit [...] einschließlich pharmazeutischer Produkte. [...]

FCTC Leitlinien zu Artikel 14

Ergänzend zur FCTC empfehlen die Leitlinien zu Artikel 14 unter anderem folgende Maßnahmen:

- Entwicklung und Verbreitung umfassender Leitlinien
- Schaffung einer nachhaltigen Finanzierungsquelle für Hilfen zur Tabakentwöhnung
- Massenkommunikations- und Aufklärungsprogramme
- Integration der Kurzberatung ins Gesundheitssystem
- Anbieten eines Rauchertelefons
- Bereitstellung von Medikamenten zur Tabakentwöhnung

Situation in Deutschland

In Deutschland gibt es über 3 400 Anbieter, die Hilfe beim Rauchstopp leisten. Anbieter mit unterschiedlichen Beratungs- und Therapieangeboten sind in der **Datenbank http://www.anbieter-raucherberatung.de** anhand der Postleitzahl auffindbar.

In den letzten Jahren haben sich verschiedene Tabakentwöhnungsprogramme und Unterstützungsmaßnahmen zum Rauchstopp etabliert:

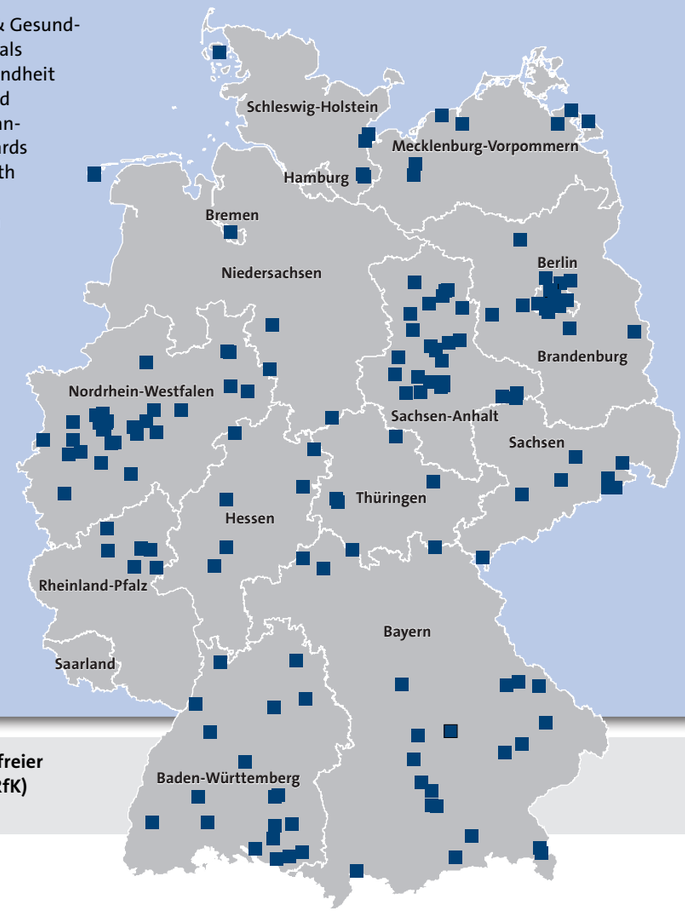
- ***Das Rauchfrei Programm*** | Bundesweit in vielen Städten angebotene Gruppentherapie über drei bis sieben Wochen.
- ***Rauchfrei nach Hause?!*** | Eine Variante des Rauchfrei Programms, die speziell für rauchende Patienten in der medizinischen Rehabilitation entwickelt wurde; es wird in Kliniken angeboten.
- ***Nichtraucher in sechs Wochen*** | Das vom Arbeitskreis Raucherentwöhnung der Universität Tübingen entwickelte Programm leistet in einem 6-wöchigen Kurs aktive Unterstützung beim Rauchstopp.
- **Internetbasierte Ausstiegsprogramme**:
  - Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet zielgruppenspezifisch für Jugendliche (http://www.rauch-frei.info) und Erwachsene (http://www.rauchfrei-info.de) sowie für Schwangere (http://www.iris-plattform.de) Plattformen an.
  - SQUIN (http://www.squin.de) ist ein als Präventions- und Selbsthilfeleistung zertifiziertes Online-Gruppen-Programm von sechs bis sieben Wochen Dauer.
- **Telefonische Unterstützung** beim Rauchstopp bietet das Rauchertelefon der BZgA unter 0800 8 31 31 31.

Für Therapeuten werden unter anderem folgende Fortbildungsprogramme angeboten:

- **Kursleiterschulung *Rauchfrei-Programm*** des Institutes für Therapieforschung München (16 oder 32 Stunden)
- **Kursleiterschulung *Tabakabhängigkeit und -entwöhnung* inkl. *Nichtraucher in sechs Wochen*** der Universitätsklinik Tübingen (20 Stunden)
- **Curriculum *Qualifikation Tabakentwöhnung*** der Bundesärztekammer (20 Stunden)
- ***Suchtmedizinische Grundversorgung*** der Bundesärztekammer (50 Stunden)
- ***ABC der Raucherberatung*** (16 Stunden mit Online Coaching), auch mit Schwerpunkt für Frauen und Schwangere.
- ***Weniger ist mehr – rauchfrei von Anfang an!*** für Fachkräfte der Frühen Hilfen (17 Stunden mit Online Coaching)

Das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen (DNRfK e. V.) wurde bis 2010 als Modellprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert. Bundesweit sind über 200 Kliniken und Gesundheitseinrichtungen eingebunden. Die Krankenhäuser verpflichten sich, auf Basis der Standards des ENSH-Global Network for Tobacco Free Health Care Services Raucher (Patienten und Klinikpersonal) beim Rauchstopp zu unterstützen und ein rauchfreies Umfeld zu gewährleisten. Je nach Umsetzungsgrad der Standards können über ein Peer-Review-Verfahren ENSH-Global Zertifikate in Bronze und Silber und die internationale Gold Forum Membership erworben werden.

Gemeinsam mit der Hochschule Esslingen und dem Institut für Therapieforschung München entwickelt das DNRfK mit dem Modellprojekt „astra – Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege“ ein Programm, das SchülerInnen in Pflegeberufen dabei unterstützt, rauchfrei zu werden und zu bleiben (http://www.astra-programm.de). Pflegeschulen können mit dem astra-Programm Mitglied im DNRfK e. V. werden und so von der Implementierung in Schule und Praxis profitieren.



Mitgliedseinrichtungen im Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen (DNRfK)
Stand: September 2015

Therapeutische Maßnahmen mit nachgewiesener Wirkung (Wirksamkeitsstudien liegen vor)	Therapeutische Maßnahmen, die nicht wirksam sind oder für die noch kein ausreichender Wirksamkeitsbeleg vorliegt
Ärztliche/zahnärztliche Kurzintervention	Entspannungstechniken, Atemübungen
Verhaltenstherapie	Hypnose
Telefonische Raucherberatung	Akupunktur
Computer-/internetbasierte Ausstiegsprogramme	Kontingenzkontrakte (Vereinbarungen mit Therapeut/Freund/Partner)
Medikamentöse Therapien: Nikotinersatzstoffe und nicht nikotinhaltige Medikamente (wie Bupropion und Vareniclin; nur nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abschätzung)	Alternative Interventionen: Homöopathie, kräutermedizinische Behandlungen, alternativmedizinische Behandlungen und andere

Therapeutische Maßnahmen zur Tabakentwöhnung

7.12 Bekämpfung des illegalen Tabakhandels

FCTC – Artikel 15 | Unerlaubter Handel mit Tabakerzeugnissen

(1) Die Vertragsparteien erkennen an, dass die Unterbindung aller Formen des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen, einschließlich des Schmuggels, der unerlaubten Herstellung und der Fälschung, sowie die Erarbeitung und Umsetzung einschlägiger innerstaatlicher Rechtsvorschriften neben subregionalen, regionalen und weltweiten Übereinkünften wesentliche Elemente zur Eindämmung des Tabakgebrauchs sind.

(2) Jede Vertragspartei beschließt wirksame gesetzgeberische, vollziehende, administrative oder sonstige Maßnahmen und führt solche Maßnahmen durch, um sicherzustellen, dass alle Packungen und Verpackungen von Tabakerzeugnissen und alle Außenverpackungen solcher Erzeugnisse gekennzeichnet sind, um den Vertragsparteien die Feststellung der Herkunft der Tabakerzeugnisse zu erleichtern [...]

(4) Mit Blick auf die Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen

a) überwacht jede Vertragspartei den grenzüberschreitenden Handel mit Tabakerzeugnissen, einschließlich des unerlaubten Handels [...]

b) erlässt oder verschärft jede Vertragspartei Rechtsvorschriften gegen den unerlaubten Handel mit Tabakerzeugnissen, [...] die angemessene Strafen [...] vorsehen;

c) ergreift jede Vertragspartei geeignete Maßnahmen, um sicherzustellen, dass alle beschlagnahmten Herstellungsgeräte, gefälschten und geschmuggelten Zigaretten und sonstige Tabakerzeugnisse [...] vernichtet [...] werden

e) beschließt jede Vertragspartei gegebenenfalls Maßnahmen, um die Beschlagnahme des Erlöses aus dem unerlaubten Handel mit Tabakerzeugnissen zu ermöglichen. [...]

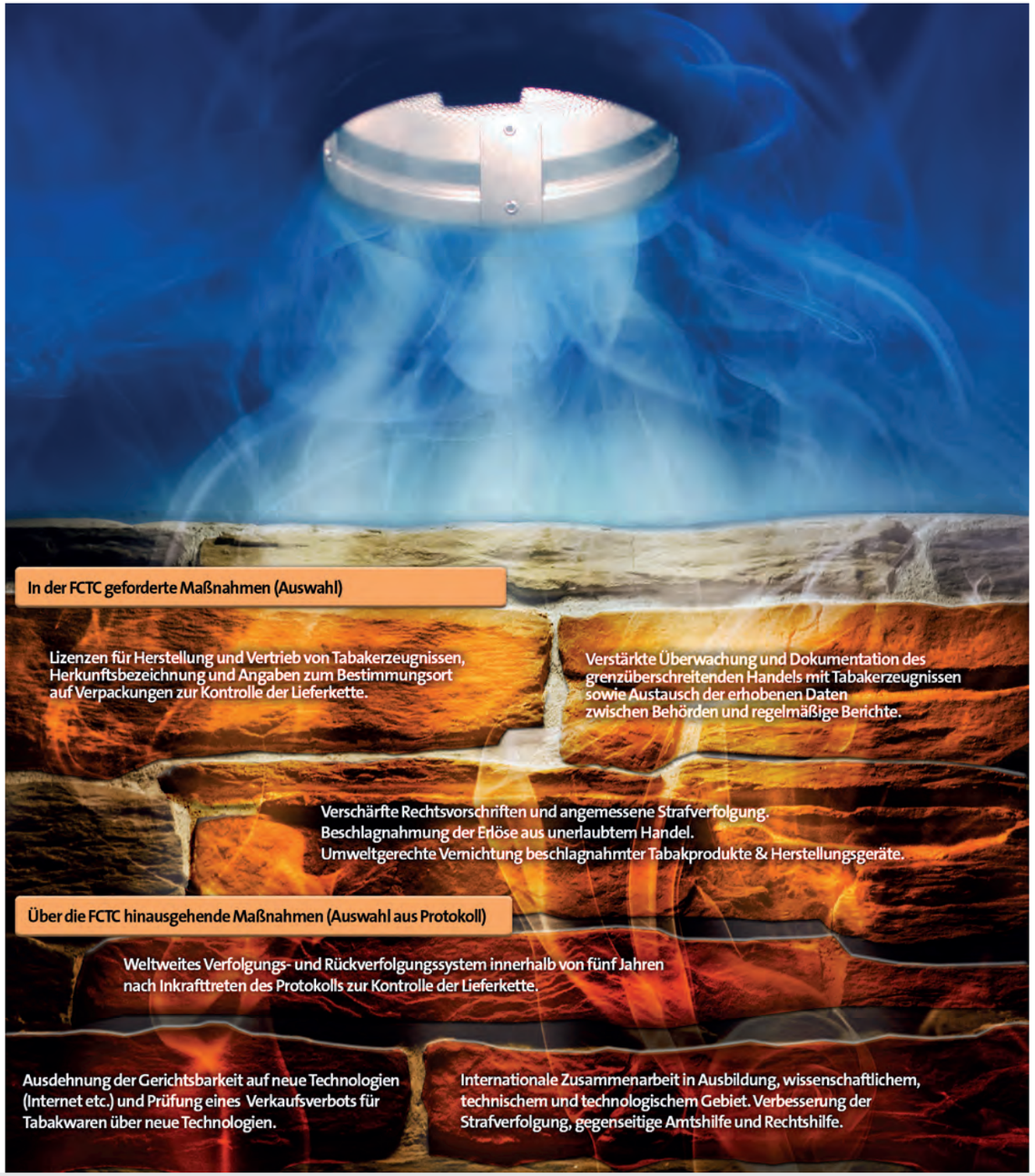
Situation in Deutschland

- Der Großteil aller beschlagnahmten Schmuggelware sind Zigaretten.
- Der Zoll beschlagnahmte im Jahr 2014 rund 140 Millionen Zigaretten, die für den Schwarzmarkt bestimmt waren.
- Die Anzahl der Verfahren gegen Shisha-Café-Betreiber wegen Besitz und Verkauf von illegalem Wasserpfeifentabak steigt. Im Bezirk des Hauptzollamts Dortmund benutzen mehr als 97 Prozent aller Shisha-Cafés Schmuggelware.
- Die Tabakindustrie bewirbt weltweit „Codentify“, ein 12-stelliges Codesystem zur Kennzeichnung von Tabakprodukten. Codentify soll den Forderungen nach einem Verfolgungs- und Rückverfolgungssystem (Track- & Tracing-System) zur Kontrolle der Lieferkette entsprechen, das Steuermarkensystem ersetzen und darüber hinaus dem Konsumenten ermöglichen, erworbene Tabakwaren auf Echtheit zu prüfen. Experten zufolge kann Codentify jedoch keineswegs die Lieferkette verfolgen und weist Sicherheitslücken auf, die unerlaubten Handel erleichtern. Eine weitere Kritik an Codentify ist, dass mit dem System die bisher bei den Regierungen liegende Macht und Technologie zum Einzug der Tabaksteuern auf die zu besteuernde Industrie übertragen würde.

Das Protokoll zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen

Das Protokoll ist ein eigenständiger Vertrag, der Forderungen aus FCTC konkretisiert und ergänzt. Es fordert ein globales Verfolgungs- und Rückverfolgungssystem für Tabakerzeugnisse, um die Kontrolle der Lieferkette vom Hersteller zum Verkäufer zu gewährleisten und dem unerlaubten Handel vorzubeugen. Es stellt Maßnahmen vor, die die Strafverfolgung verbessern und den gegenseitigen Informationsaustausch sowie die länderübergreifende rechtliche Zusammenarbeit erleichtern.

Das Protokoll wurde Ende 2012 von der fünften Konferenz der Vertragsparteien angenommen und im darauffolgenden Jahr von 53 Staaten und der Europäischen Union unterzeichnet. Lediglich neun dieser 54 Parteien haben bislang das Protokoll ratifiziert und somit völkerrechtlich bindend angenommen (Stand: August 2015), Deutschland ist nicht darunter. Das Protokoll tritt erst in Kraft, wenn 40 Unterzeichnende das Protokoll ratifiziert haben.



Maßnahmen zur Bekämpfung des unerlaubten Handels mit Tabakprodukten

Tabakkontrolle in der Europäischen Union (EU)

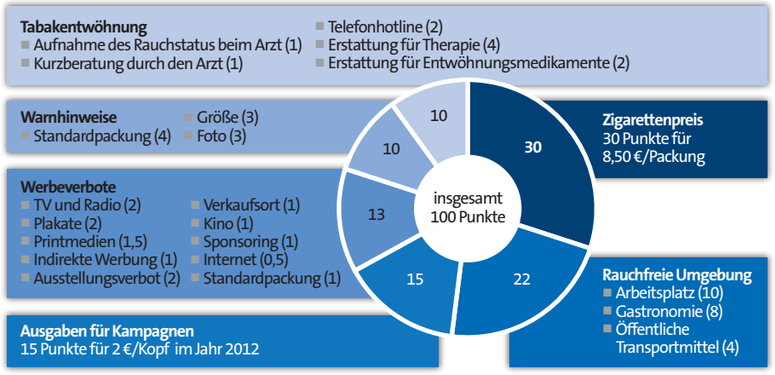
8

8.1 Die Tabakkontrollskala in Europa

Deutschland hat das WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) nicht nur als souveräner Staat unterzeichnet und ratifiziert, sondern auch im Staatenverbund mit der Europäischen Union. Damit haben sich alle EU-Mitgliedstaaten völkerrechtlich bindend zur Einführung eines Katalogs von Tabakkontrollmaßnahmen verpflichtet. Einige Länder der EU setzen die in FCTC festgehaltenen Tabakkontrollmaßnahmen zügig und effektiv um, andere deutlich langsamer und wenig konsequent.

Eine internationale Gruppe von Tabakkontrollexperten entwickelte im Jahr 2004 die Tabakkontrollskala (Tobacco Control Scale, TCS), um die Tabakkontrollaktivitäten in europäischen Ländern zu bewerten und miteinander zu vergleichen. Dabei erhält jede Tabakkontrollmaßnahme eine bestimmte Anzahl von Punkten. Maßnahmen mit hoher Effektivität (z. B. hohe Zigarettenpreise) erhalten eine höhere Punktzahl als Maßnahmen mit geringer Effektivität. Setzt ein Land die jeweilige Maßnahme in vollem Umfang um, erhält es die volle Punktzahl. Bei teilweiser Umsetzung erhält ein Land nur einen Teil der maximalen Punktzahl. Die Situation in den einzelnen Ländern wurde 2004, 2005, 2007, 2010 und 2013 überprüft.

An der Spitze der Skala stehen seit langem das Vereinigte Königreich und Irland, die kontinuierlich Tabakkontrollmaßnahmen einführen, und auch Frankreich belegt einen der vorderen Plätze. Spanien, Ungarn und Bulgarien haben in den vergangenen Jahren ihre Tabakkontrollmaßnahmen intensiviert und stiegen infolgedessen in der TCS-Platzierung auf und belegten im Jahr 2013 Plätze im oberen Feld. Deutschland hingegen wurde auf der TCS seit 2007 kontinuierlich herabgestuft, da es seither keine nennenswerten Tabakkontrollmaßnahmen ergriffen hat, und belegte im Jahr 2013 den vorletzten Rang, nur noch gefolgt von Österreich. Deutschland ist damit im europäischen Vergleich eines der Länder mit dem größten Handlungsbedarf in der Tabakkontrolle.

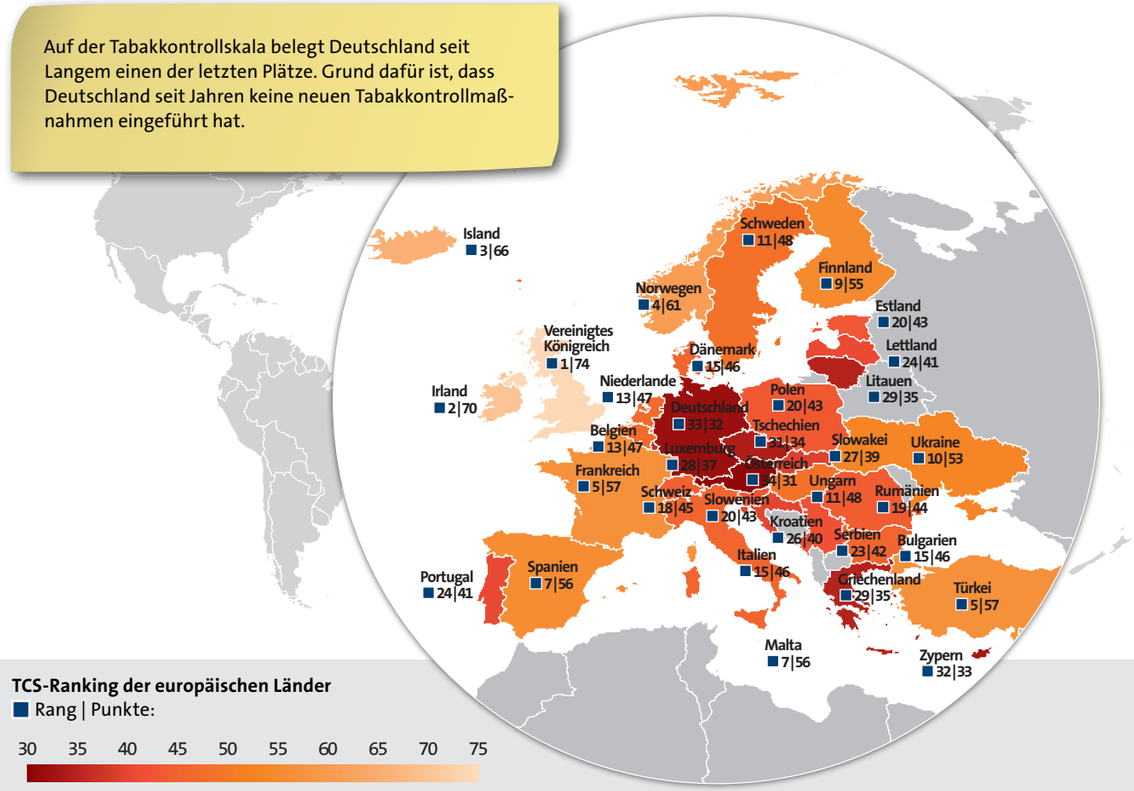


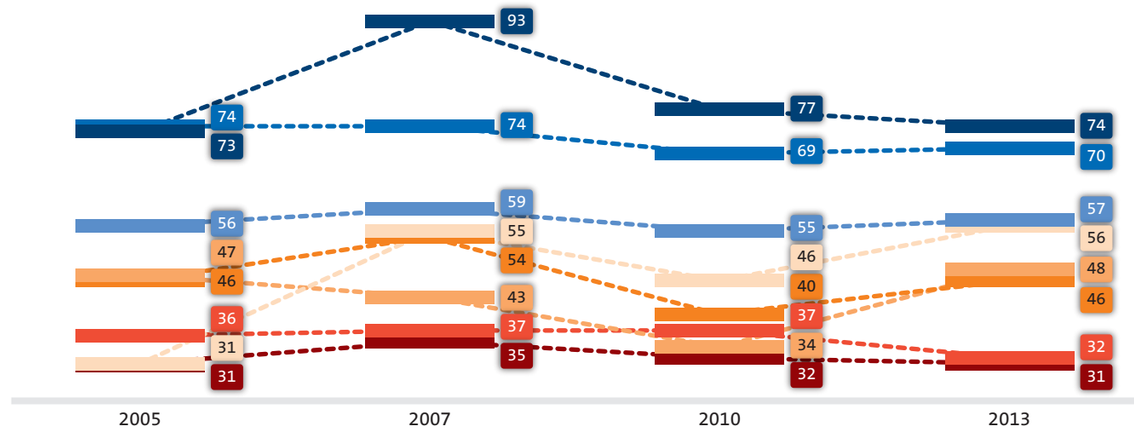
Punktesystem der Tabakkontrollskala
Punkteverteilung auf verschiedene Bereiche der Tabakkontrolle

	2005	2007	2010	2013
Zigarettenpreis	20	19	17	14
Rauchfreie Umgebung	2	2	11	11
Ausgaben für Kampagnen	0	0	0	0
Werbeverbote	4	5	4	4
Warnhinweise	6	6	1	1
Tabakentwöhnung	4	5	4	2
insgesamt	36 Punkte	37 Punkte	37 Punkte	32 Punkte
	Rang 22 (von 30)	Rang 27 (von 30)	Rang 26 (von 31)	Rang 33 (von 34)

Punkte für Deutschland beim TCS-Ranking in den Jahren 2005, 2007, 2010 und 2013

Auf der Tabakkontrollskala belegt Deutschland seit Langem einen der letzten Plätze. Grund dafür ist, dass Deutschland seit Jahren keine neuen Tabakkontrollmaßnahmen eingeführt hat.





Punkte für ausgewählte Länder beim TCS-Ranking in den Jahren 2005, 2007, 2010 und 2013 | Vereinigtes Königreich, Irland, Frankreich, Spanien, Ungarn, Bulgarien, Deutschland, Österreich | nach Erhebungsjahren

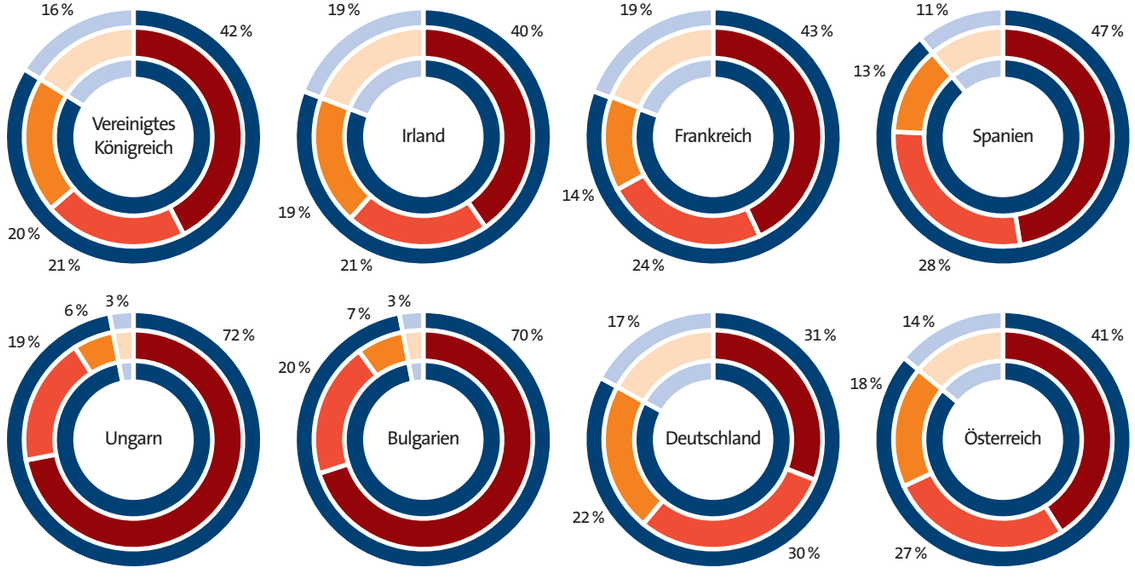
8.2 Tabakpreis und Tabaksteuer in der EU

Die Erhöhung des Zigarettenpreises – beispielsweise über die Tabaksteuer – ist die effektivste Maßnahme, um das Rauchen zu reduzieren. Steigt der Preis um 10 Prozent, sinkt der Raucheranteil um vier bis fünf Prozent, bei Jugendlichen sogar um bis zu 13 Prozent. Je einfacher die Struktur der Tabaksteuer, desto effektiver sind die Steuererhöhungen. Ebenso wichtig ist die gleichmäßige Besteuerung aller Tabakprodukte: Wenn Zigaretten und Drehtabak zur gleichen Zeit im gleichen Ausmaß teurer werden, beugt das dem Ausweichen auf das günstigere Produkt vor. Am effektivsten sind regelmäßige, deutliche Erhöhungen der Tabaksteuer.

Europaweit hat im Juli 2015 Irland den höchsten Zigarettenpreis (9,30 Euro/20 Zigaretten) und Bulgarien den niedrigsten (2,40 Euro/20 Zigaretten). Deutschland liegt mit 5,10 Euro dazwischen. Alle drei Länder haben den Preis über die letzten Jahre nur geringfügig erhöht (7 bis 12 Prozent). Im Vereinigten Königreich und in Ungarn hingegen stiegen die Zigarettenpreise im gleichen Zeitraum um 40 bis 50 Prozent.

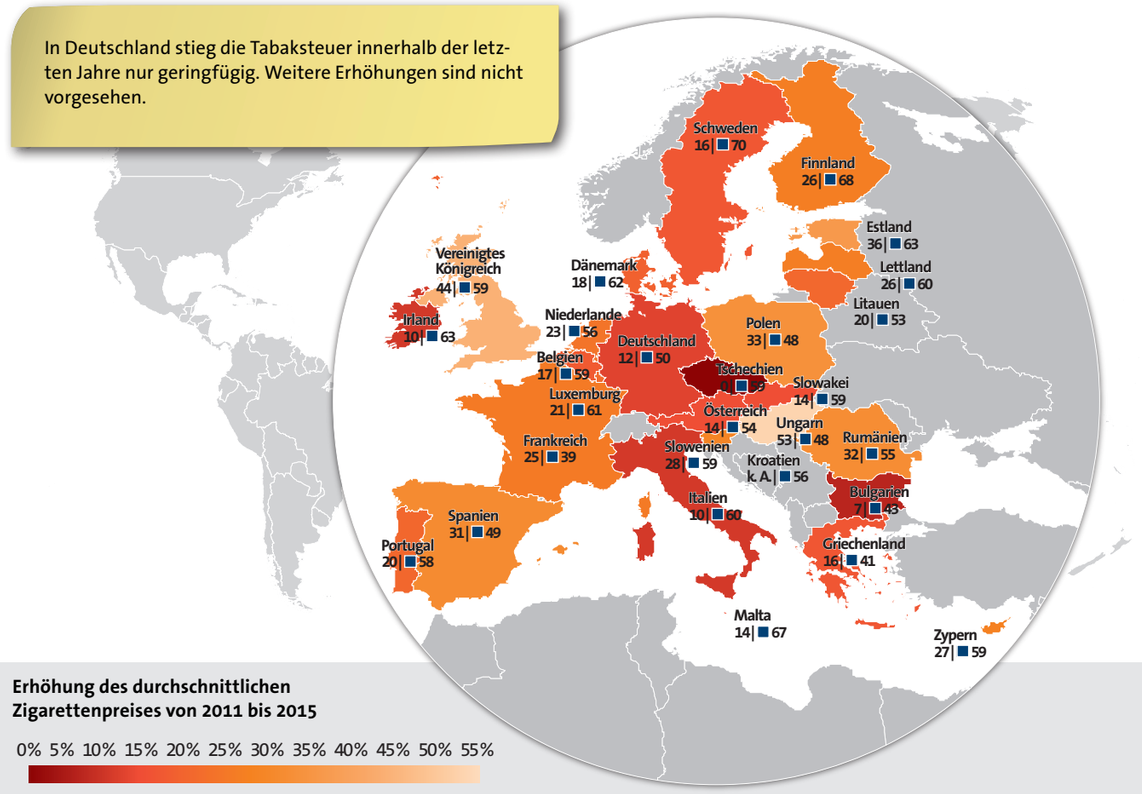
Signifikante Erhöhungen der Tabaksteuer verringern die Raucherquote und erhöhen gleichzeitig die Steuereinnahmen.

Mehr als zwei Drittel der befragten Raucher und Ex-Raucher gaben in einer europaweiten repräsentativen Umfrage im Jahr 2014 an, der Preis sei wichtig beim Zigarettenkauf. In den Ländern ist die Zustimmung unterschiedlich: In Bulgarien und Ungarn – die niedrige Zigarettenpreise haben – war der Preis für rund 90 Prozent wichtig, im Vereinigten Königreich und in Irland – die hohe Zigarettenpreise haben – nur für rund 60 Prozent. In allen hier vorgestellten EU-Ländern mit Ausnahme von Frankreich sind mehr Bürger für eine höhere Tabaksteuer als dagegen.

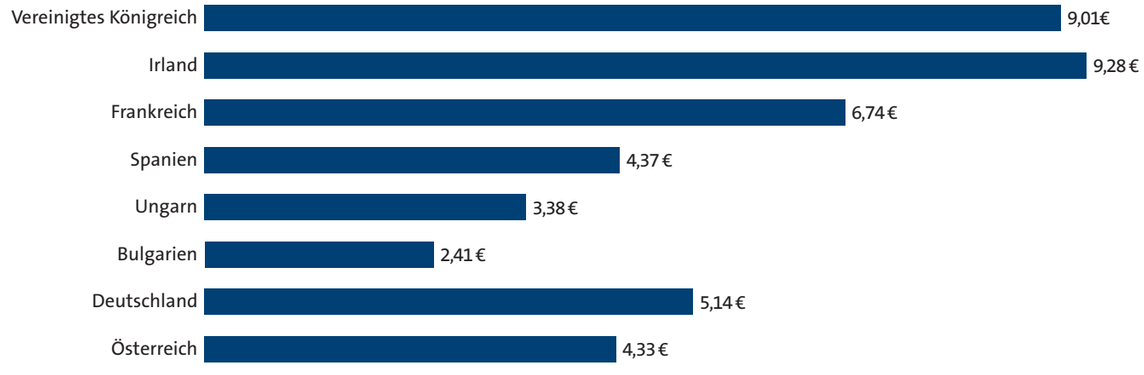


Bedeutung des Zigarettenpreises beim Kauf der Zigarettenmarke für Jemalsraucher in ausgewählten EU-Ländern
sehr wichtig, ziemlich wichtig, nicht sehr wichtig, überhaupt nicht wichtig | mindestens geringe Bedeutung, keine Bedeutung | Anteil der Befragten in Prozent | Daten: Eurobarometer 2014

In Deutschland stieg die Tabaksteuer innerhalb der letzten Jahre nur geringfügig. Weitere Erhöhungen sind nicht vorgesehen.



Erhöhung des durchschnittlichen Zigarettenpreises von 2011 bis 2015
und Zustimmung der Bevölkerung zu Tabaksteuererhöhungen in Prozent | k. A.: keine Angabe
Daten: Europäische Kommission 2011/2015, Eurobarometer 2014



Zigarettenpreise in ausgewählten EU-Ländern
Gewichteter Durchschnittspreis einer Packung mit 20 Zigaretten | Stand: 1. Juli 2015

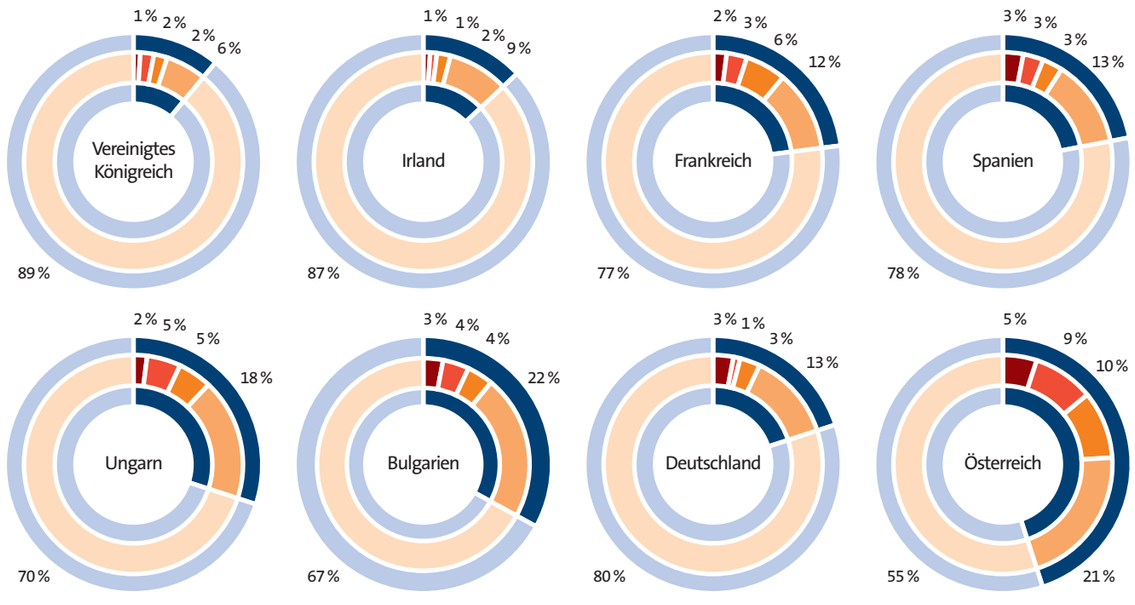
8.3 Nichtraucherschutz in der EU

Das WHO Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) fordert seine Mitgliedstaaten in Artikel 8 dazu auf, eine rauchfreie Umwelt zu schaffen. Einen effektiven Nichtraucherschutz gewährleistet entsprechend den FCTC-Leitlinien nur die vollständige Vermeidung von Tabakrauch. Andere Maßnahmen, einschließlich technischer Lüftungsverfahren, haben sich als wirkungslos erwiesen. Nichtraucherschutz soll gesetzlich festgeschrieben und Verstöße müssen geahndet werden.

Viele EU-Länder verbieten das Rauchen auf öffentlichen Plätzen, in öffentlichen Gebäuden, am Arbeitsplatz und in der Gastronomie. Den umfassendsten Nichtraucherschutz haben Irland und das Vereinigte Königreich, den schlechtesten Schutz bietet Österreich. In Deutschland erlauben die meisten Bundesländer in der Gastronomie Raucherräume; lediglich Bayern, NRW und das Saarland haben in der Gastronomie ein Rauchverbot ohne Ausnahmeregelungen.

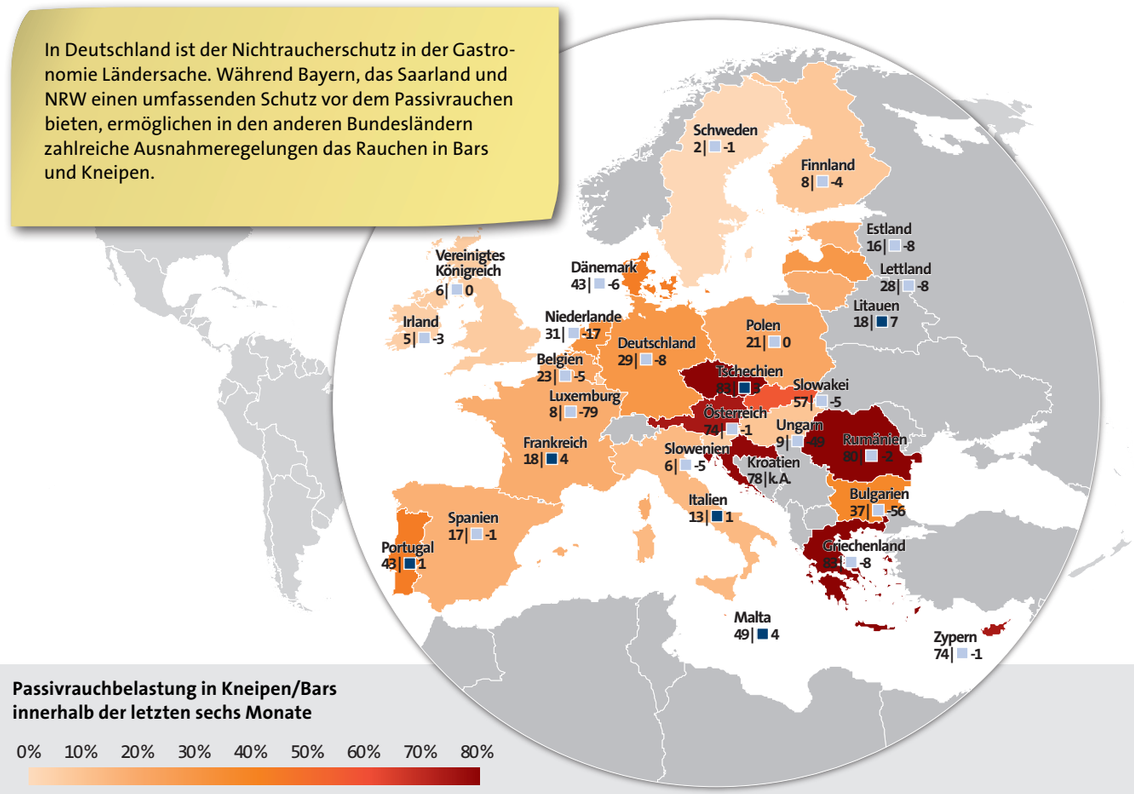
Nichtraucherschutzgesetze denormalisieren das Rauchen und senken dadurch den Raucheranteil – vor allem unter Jugendlichen.

Laut einer europaweiten repräsentativen Umfrage im Jahr 2014 sind im Vereinigten Königreich und in Irland 90 Prozent der Arbeitsplätze rauchfrei, lediglich in vier Prozent der Restaurants und fünf bis sechs Prozent der Bars wird geraucht. In Deutschland sind 80 Prozent der Arbeitsplätze rauchfrei. Jedoch wird in rund jeder dritten Bar geraucht. Österreich ist bezüglich des Nichtraucherschutzes noch das Schlusslicht Europas: An nahezu jedem zweiten Arbeitsplatz und in 44 Prozent der Restaurants und 74 Prozent der Bars wird geraucht. Ein umfassendes Rauchverbot in der Gastronomie tritt im Frühjahr 2018 in Kraft.



Passivrauchbelastung am Arbeitsplatz in ausgewählten EU-Ländern | mehr als fünf Stunden täglich, 1–5 Stunden täglich, weniger als eine Stunde täglich, gelegentlich, nie/fast nie | mindestens gelegentliche Belastung, keine/fast keine Belastung | Anteil der Befragten in Prozent | Daten: Eurobarometer 2014

In Deutschland ist der Nichtraucherschutz in der Gastronomie Ländersache. Während Bayern, das Saarland und NRW einen umfassenden Schutz vor dem Passivrauchen bieten, ermöglichen in den anderen Bundesländern zahlreiche Ausnahmeregelungen das Rauchen in Bars und Kneipen.



Passivrauchbelastung in Kneipen/Bars innerhalb der letzten sechs Monate

(Anteil der Befragten, die Kneipen/Bars besucht haben, in denen geraucht wurde) **und Veränderung der Passivrauchbelastung in Kneipen/Bars von 2012 bis 2014 in Prozent: Zunahme, Abnahme** | k. A.: keine Angabe
Daten: Eurobarometer 2014

		Vereinigtes Königreich	Irland	Frankreich	Spanien	Ungarn	Bulgarien	Deutschland	Österreich
Verschiedene Einrichtungen	öffentliche Einrichtungen			■					■
	öffentliche Verkehrsmittel			■		■			■
	Büros (Innenraum)			■					■
	Gesundheitseinrichtungen							■	■
	Universitäten							■	■
	andere Bildungseinrichtungen							■	
Gastronomie	Restaurants			■				siehe unten	■
	Kneipen, Bars, Cafés			■				siehe unten	■

Deutschland		BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
Gastronomie (Auswahl)	Einraumgaststätte < 75 m²	■		■	■	■	■	■	■	■		■		■	■	■	■
	Raucherraum	■		■	■	■	■	■	■	■		■		■	■	■	■
	geschlossene Gesellschaft	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

BW: Baden-Württemberg, BY: Bayern, BE: Berlin, BB: Brandenburg, HB: Bremen, HH: Hamburg, HE: Hessen, MV: Mecklenburg-Vorpommern, NI: Niedersachsen, NW: Nordrhein-Westfalen
RP: Rheinland-Pfalz, SL: Saarland, SN: Sachsen, ST: Sachsen-Anhalt, SH: Schleswig-Holstein, TH: Thüringen

Absolute Rauchverbote in ausgewählten EU-Ländern | ja, nein
Stand: 2015

8.4 Tabakwerbung in der EU

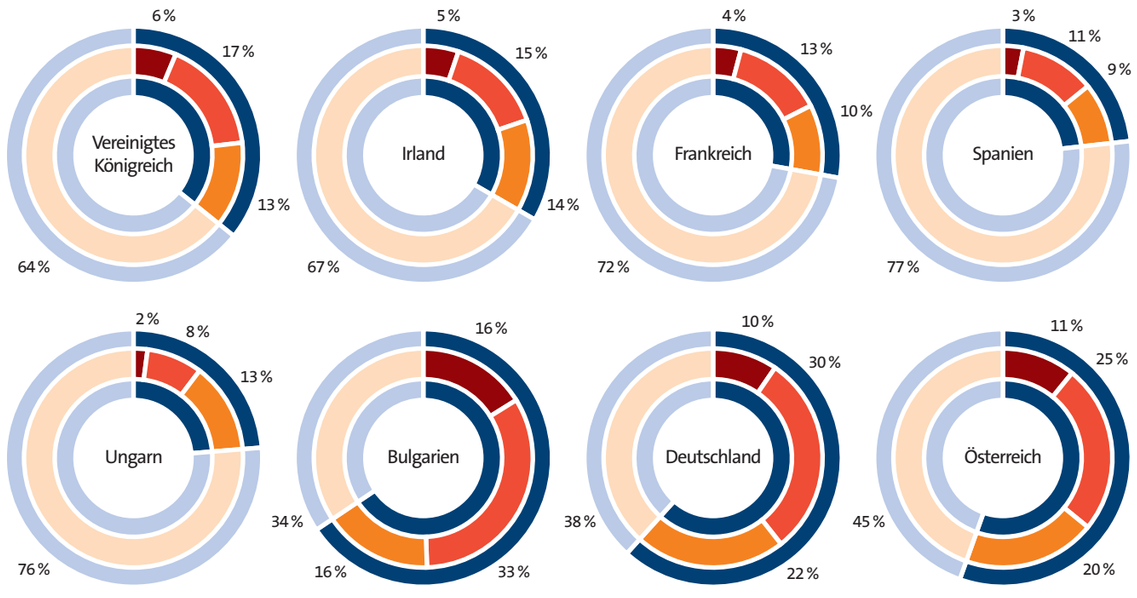
Tabakwerbung im Fernsehen und Radio, in Printmedien und im Internet sowie das Sponsoring internationaler Veranstaltungen durch Tabakhersteller sind europaweit durch die EU-Richtlinie 2003/33/EG verboten.

Deutschland und Bulgarien sind die einzigen EU-Länder, die Tabakwerbung im öffentlichen Raum auf Plakaten (Außenwerbung) erlauben. Dementsprechend präsent ist dort Tabakwerbung: Laut einer europaweiten repräsentativen Umfrage haben im Jahr 2014 in Deutschland und Bulgarien deutlich mehr als die Hälfte der Befragten Tabakwerbung wahrgenommen; im Vereinigten Königreich und in Irland war es ein Drittel der Befragten und in Ungarn und Spanien nur ein Viertel.

Erlaubt sind in den meisten EU-Ländern Promotion (Gewinnspiele, Aktionen etc.) und Werbung am Verkaufsort (Flyer, Poster, Aufsteller und Werbespots auf installierten Bildschirmen). Auch die Zigarettenverpackung selbst ist eine Werbefläche, denn sie dient dazu, das Interesse des Kunden zu wecken.

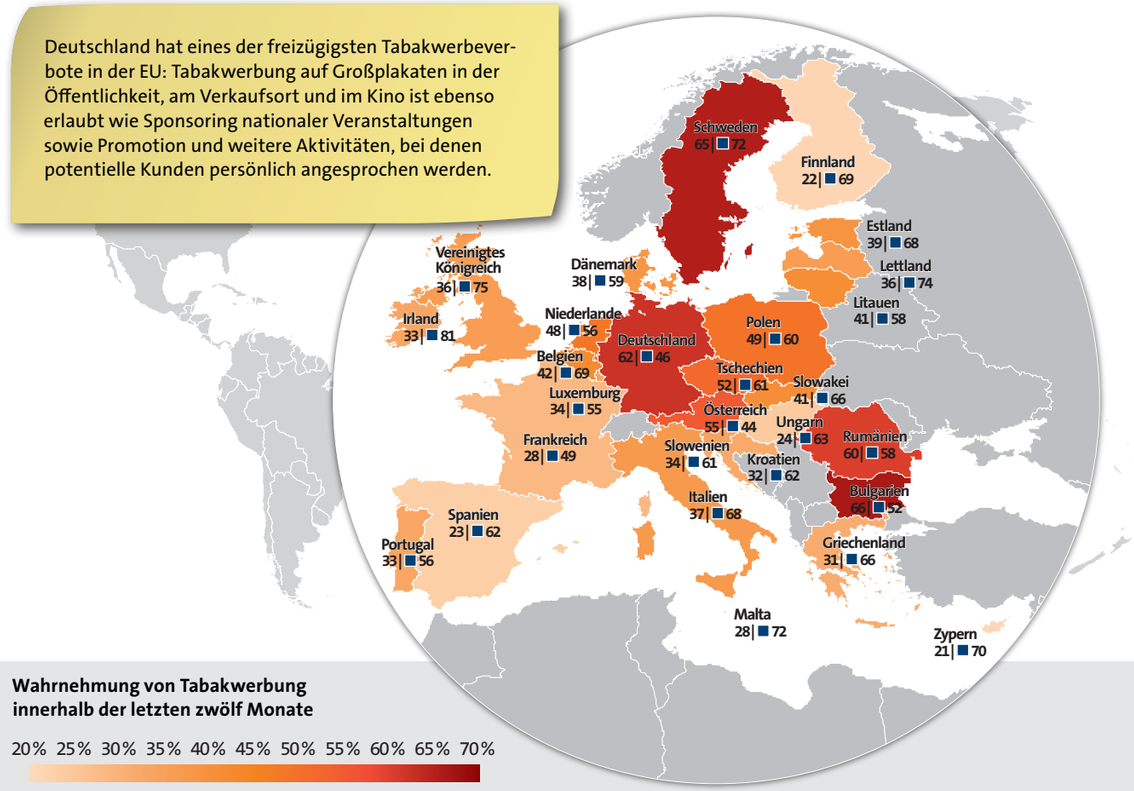
Lediglich das Vereinigte Königreich, Irland und Ungarn verbieten das Ausstellen der Produkte am Verkaufsort (Display Ban). Dabei spricht sich der Großteil der europäischen Bevölkerung für ein solches Verbot aus – je nach Land 44 bis 81 Prozent. Das Vereinigte Königreich und Irland führen im Jahr 2016 beziehungsweise 2017 mit der Standardverpackung eine weitere Beschränkung der Tabakwerbung ein.

In Deutschland wird Tabakwerbung am häufigsten auf Plakaten wahrgenommen.



Wahrnehmung von Tabakwerbung innerhalb der letzten zwölf Monate in ausgewählten EU-Ländern | häufig, gelegentlich, selten, niemals | Tabakwerbung wurde wahrgenommen, Tabakwerbung wurde nicht wahrgnommen | Anteil der Befragten in Prozent | Daten: Eurobarometer 2014

Deutschland hat eines der freizügigsten Tabakwerbeverbote in der EU: Tabakwerbung auf Großplakaten in der Öffentlichkeit, am Verkaufsort und im Kino ist ebenso erlaubt wie Sponsoring nationaler Veranstaltungen sowie Promotion und weitere Aktivitäten, bei denen potentielle Kunden persönlich angesprochen werden.



Wahrnehmung von Tabakwerbung innerhalb der letzten zwölf Monate

(Anteil der Befragten, die Tabakwerbung wahrgenommen haben) **und**
Zustimmung der Bevölkerung zu einem Ausstellungsverbot von Tabakprodukten am Verkaufsort (Display Ban) in Prozent
Daten: Eurobarometer 2014

		Vereinigtes Königreich	Irland	Frankreich	Spanien	Ungarn	Bulgarien	Deutschland	Österreich
Klassische Werbung	TV und Radio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Printmedien	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Außenwerbung	☐	☐	☐	☐	☐	■	■	☐
	Internet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Werbung am Verkaufsort	☐	☐	■	■	■	■	■	■
Promotion und Sponsoring	Gratisproben	☐	☐	☐	☐	☐	■	☐	■
	Rabatte	☐	☐	☐	☐	■	■	☐	☐
	Brandstretching	☐	■	☐	☐	☐	■	■	■
	Produktplatzierung	☐	■	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Sponsoring internationaler Events	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Sponsoring nationaler Events	☐	☐	☐	☐	☐	■	■	☐
Weitere Maßnahmen	Verkauf über Automaten	☐	■	☐	■	☐	☐	■	■
	Ausstellung am Verkaufsort	☐	☐	■	■	☐	■	■	■
	Standardverpackung	☐ 2016	☐ 2017	■	■	■	■	■	■

Verbotene und erlaubte Tabakwerbemaßnamen in ausgewählten EU-Ländern
Stand: 2015

8.5 Raucheranteile und Tabakkontrollmaßnahmen in der EU

Deutliche Preiserhöhungen, umfassende Werbeverbote sowie ein umfassender Nichtraucherschutz senken den Raucheranteil. Am effektivsten ist es, mehrere Maßnahmen gleichzeitig einzuführen, denn sie verstärken sich gegenseitig und wirken auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen. Dies zeigt auch ein Vergleich zur Einführung der Maßnahmen und der Entwicklung der Raucheranteile in ausgewählten EU-Ländern von 2006 bis 2014. In den Ländern mit den umfangreichsten Tabakkontrollmaßnahmen sank der Tabakkonsum am deutlichsten.

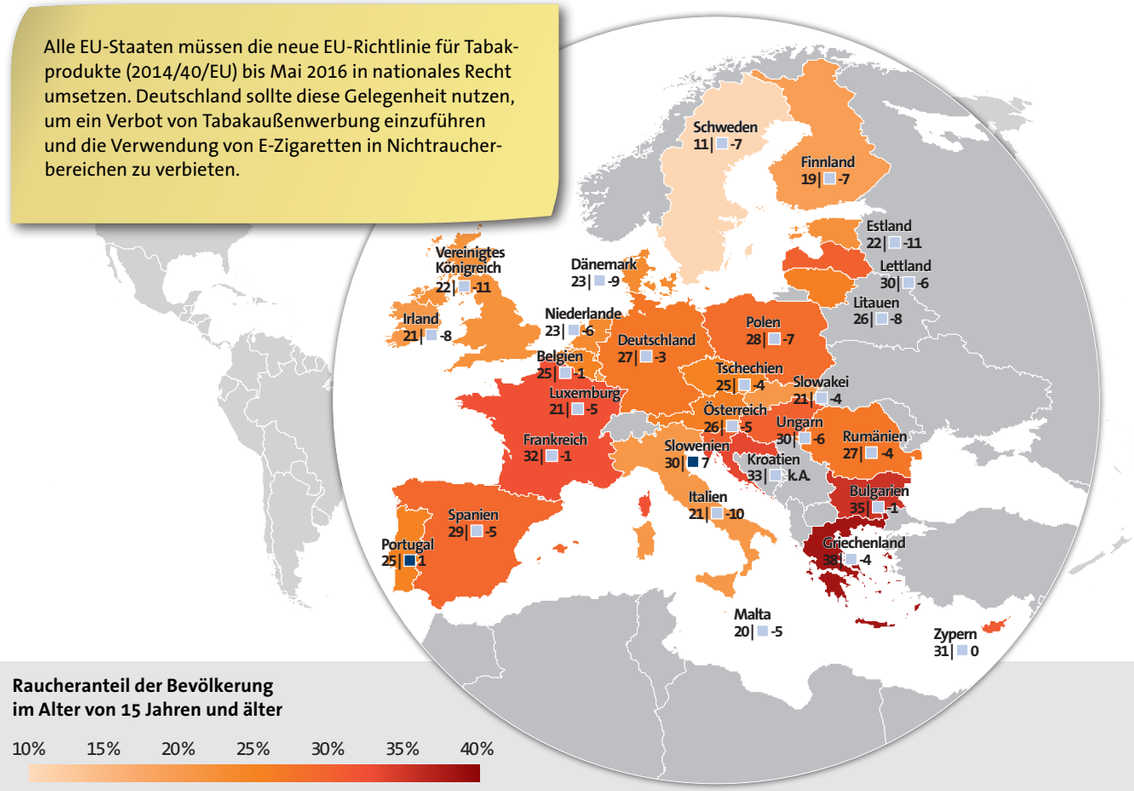
Das Vereinigte Königreich und Irland haben innerhalb der letzten zehn Jahre die Zigarettenpreise massiv erhöht, Rauchverbote und Werbeverbote verschärft, die Sichtbarkeit von Tabakwaren am Verkaufsort verboten und bildliche Warnhinweise auf Zigarettenpackungen eingeführt. Die beiden Länder haben mit 22 und 21 Prozent sehr geringe Raucheranteile. In beiden Ländern sank laut einer europaweiten repräsentativen Befragung zwischen 2006 und 2014 der Raucheranteil in der Bevölkerung um elf beziehungsweise acht Prozent. Auch in Ungarn, wo innerhalb der letzten zehn Jahre Rauchverbote im öffentlichen Raum und bildliche Warnhinweise eingeführt wurden und der Tabakpreis um mehr als 50 Prozent anstieg, sank der Raucheranteil um sechs Prozent. In Spanien und Österreich gab es 2014 fünf Prozent weniger Raucher als im Jahr 2006. In Deutschland hingegen sank der Raucheranteil nur um drei Prozent, in Bulgarien und Frankreich um ein Prozent.

Deutschland und Frankreich sind die einzigen Länder, in denen der Tabakkonsum zuletzt gestiegen ist – in Deutschland seit 2009, in Frankreich seit 2012. Beide Länder haben in den letzten Jahren, abgesehen von geringfügigen Erhöhungen des Zigarettenpreises, keine weiteren Tabakkontrollmaßnahmen ergriffen.

Irland war 2004 das erste Land weltweit, das ein umfassendes Rauchverbot am Arbeitsplatz einführte (einschließlich der Gastronomie).

Aufgrund von Unterschieden im Aufbau der Tabaksteuer sind die hier gezeigten Steuererhöhungen nicht in allen Ländern gleichzeitig eine vom Staat vorgenommene Tabakkontrollmaßnahme. Beispielsweise können sie in Frankreich auch eine Folge von Preiserhöhungen durch die Tabakindustrie sein mit dem Ziel, den Profit zu erhöhen.

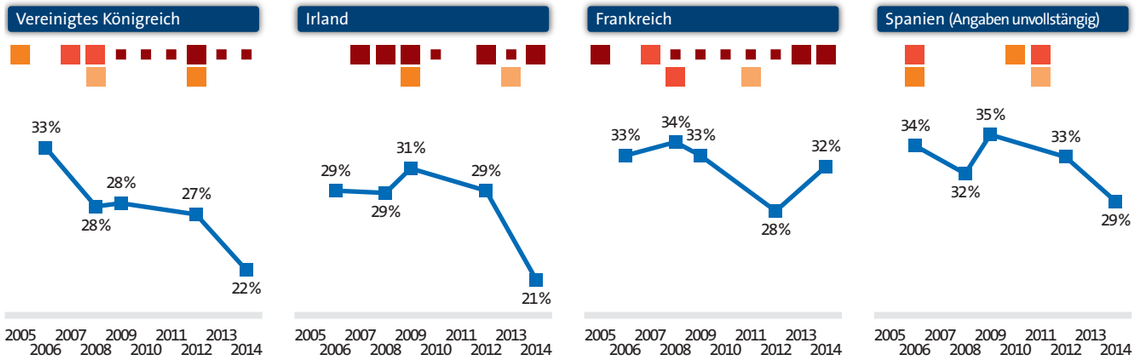
Alle EU-Staaten müssen die neue EU-Richtlinie für Tabakprodukte (2014/40/EU) bis Mai 2016 in nationales Recht umsetzen. Deutschland sollte diese Gelegenheit nutzen, um ein Verbot von Tabakaußenwerbung einzuführen und die Verwendung von E-Zigaretten in Nichtraucherbereichen zu verbieten.

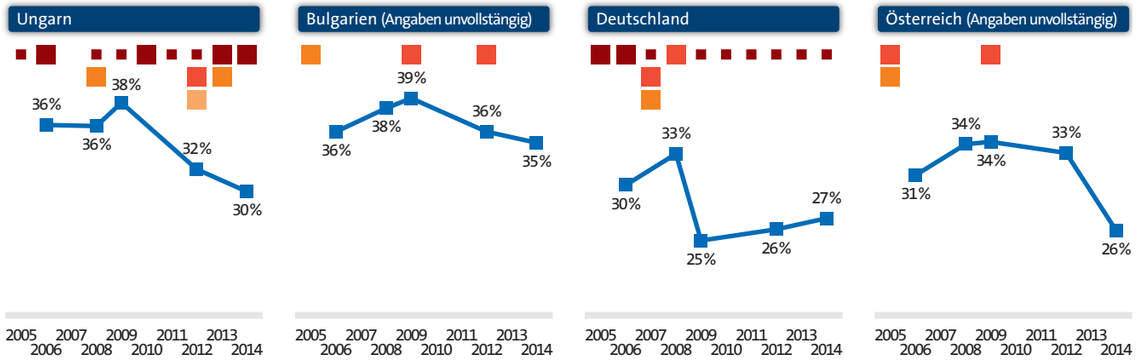


Raucheranteil der Bevölkerung im Alter von 15 Jahren und älter

und Veränderung des Raucheranteils von 2006 bis 2014 in Prozent: Zunahme, Abnahme | k. A.: keine Angabe

Daten: Eurobarometer 2006 und 2014





Entwicklung der Raucheranteile von 2006 bis 2014 und Maßnahmen zur Tabakkontrolle in ausgewählten EU-Ländern

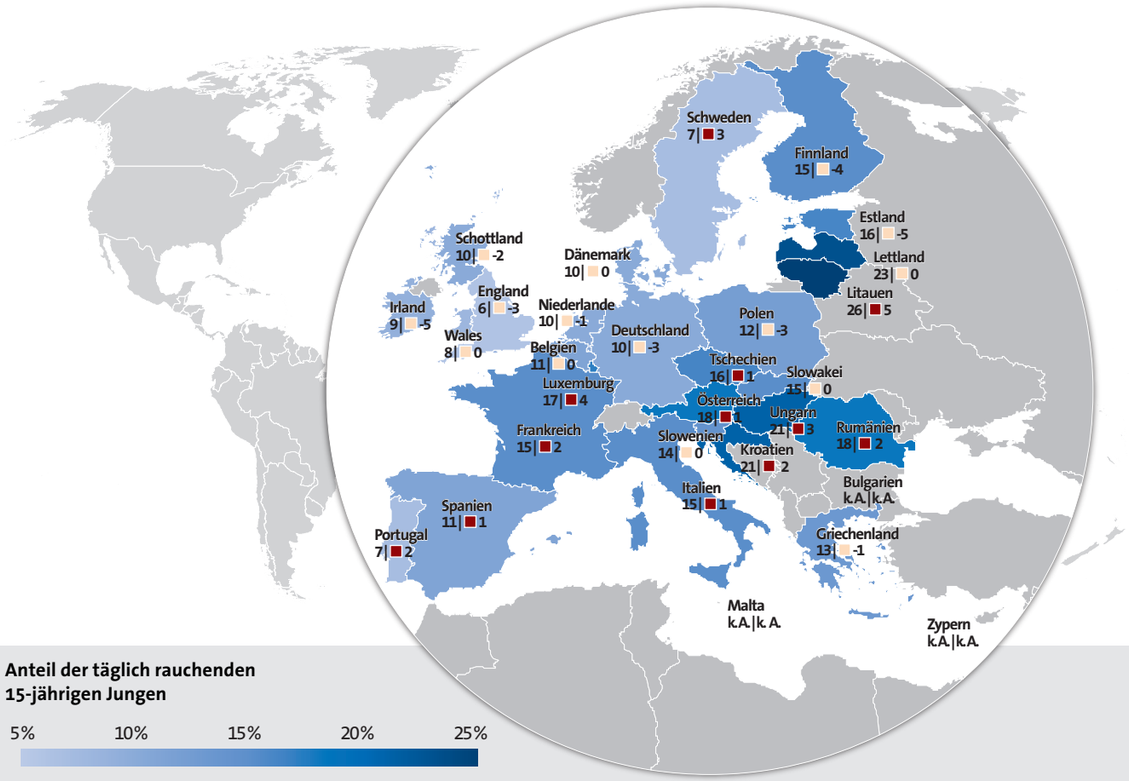
Tabaksteuererhöhungen unter fünf Prozent, Tabaksteuererhöhungen ab fünf Prozent, Nichtraucherschutzgesetze, Werbeverbote, kombinierte Warnhinweise (aus Bild und Text) | nach Erhebungsjahren | Daten: Eurobarometer

8.6 Rauchende Kinder und Jugendliche in der EU

Die meisten Raucher haben ihre erste Zigarette vor dem 18. Lebensjahr probiert. Bei Jugendlichen beeinflusst Nikotin anhaltend die sich entwickelnden Gehirnbereiche. Je früher ein Mensch mit Rauchen beginnt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, abhängig zu werden. Deshalb ist es besonders wichtig, vor allem Heranwachsende vom Rauchen abzuhalten.

In Österreich und Ungarn haben laut einer repräsentativen internationalen Befragung zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern aus dem Jahr 2009/2010 (HBSC-Report) etwa 30 bis 40 Prozent der 13-jährigen Schulkinder jemals geraucht und rund 20 Prozent der 15-Jährigen rauchen täglich. In Irland und in den Ländern Großbritanniens hingegen habennur etwa 20 Prozent der 13-Jährigen jemals geraucht und nur rund 10 Prozent der 15-Jährigen rauchen täglich. In Deutschland hat jedes fünfte 13-jährige Schulkind jemals geraucht und jeder zehnte 15-Jährige raucht täglich. In den englischsprachigen Ländern und in Österreich rauchen mehr 15-jährige Mädchen täglich als Jungen. Lediglich in Frankreich und Ungarn ist es umgekehrt und in Deutschland bestehen zwischen Jungen und Mädchen in diesem Alter keine Unterschiede im Rauchverhalten.

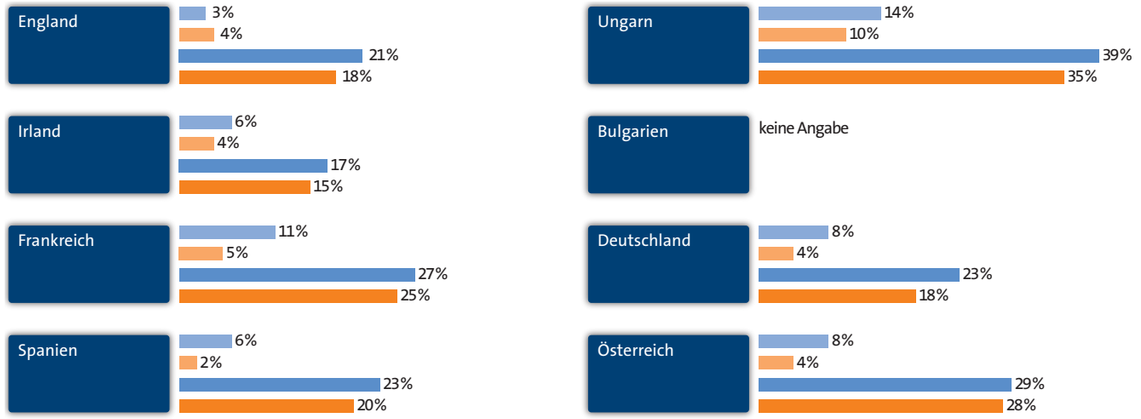
Vor allem Irland und die Länder Großbritanniens, aber auch Deutschland, konnten den Anteil der täglich rauchenden 15-jährigen Schulkinder von 2005/2006 auf 2009/2010 deutlich senken.



Anteil der täglich rauchenden 15-jährigen Jungen

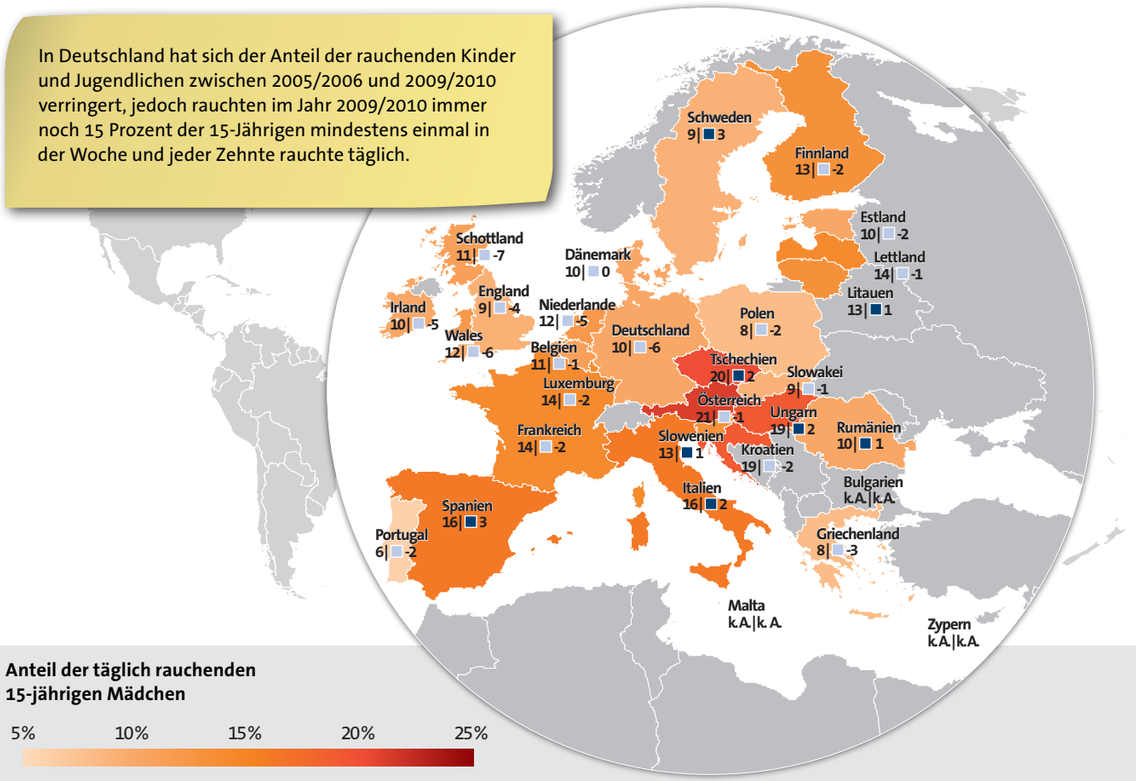
5% 10% 15% 20% 25%

und Veränderung des Raucheranteils von 2005/2006 bis 2009/2010 in Prozent: Zunahme, Abnahme | k. A.: keine Angabe | Daten: HBSC 2005/2006 und 2009/2010



Anteil der 11-Jährigen (Jungen, Mädchen) und 13-Jährigen (Jungen, Mädchen), die jemals geraucht haben, in ausgewählten EU-Ländern | Daten: HBSC 2009/2010

In Deutschland hat sich der Anteil der rauchenden Kinder und Jugendlichen zwischen 2005/2006 und 2009/2010 verringert, jedoch rauchten im Jahr 2009/2010 immer noch 15 Prozent der 15-Jährigen mindestens einmal in der Woche und jeder Zehnte rauchte täglich.



Anteil der täglich rauchenden 15-jährigen Mädchen

5% 10% 15% 20% 25%

und Veränderung des Raucheranteils von 2005/2006 bis 2009/2010 in Prozent: Zunahme, Abnahme | k. A.: keine Angabe | Daten: HBSC 2005/2006 und 2009/2010

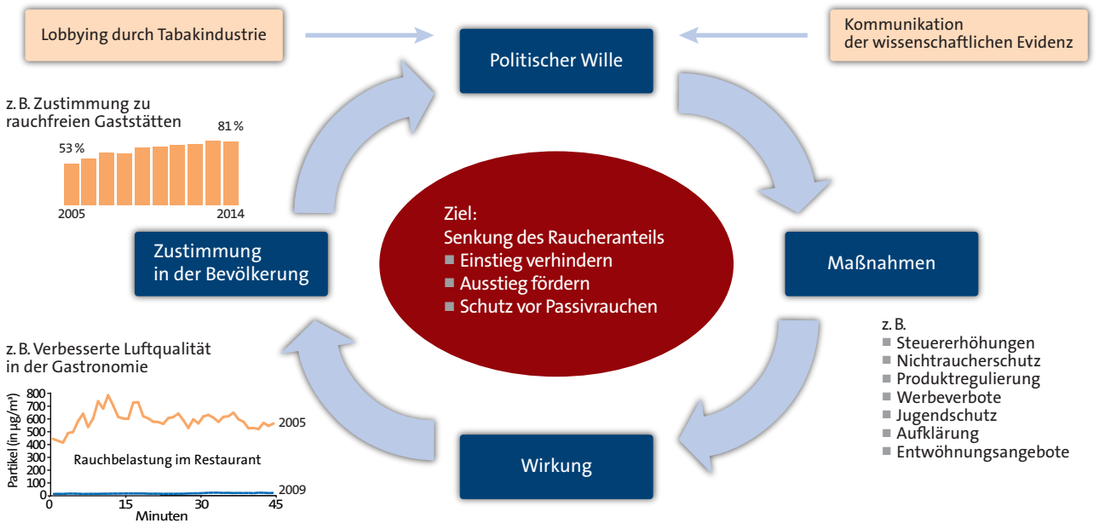
Rückblick

In Deutschland wurden zwischen 2002 und 2008 mehrere Maßnahmen umgesetzt, die dazu beigetragen haben, dass weniger geraucht wird.

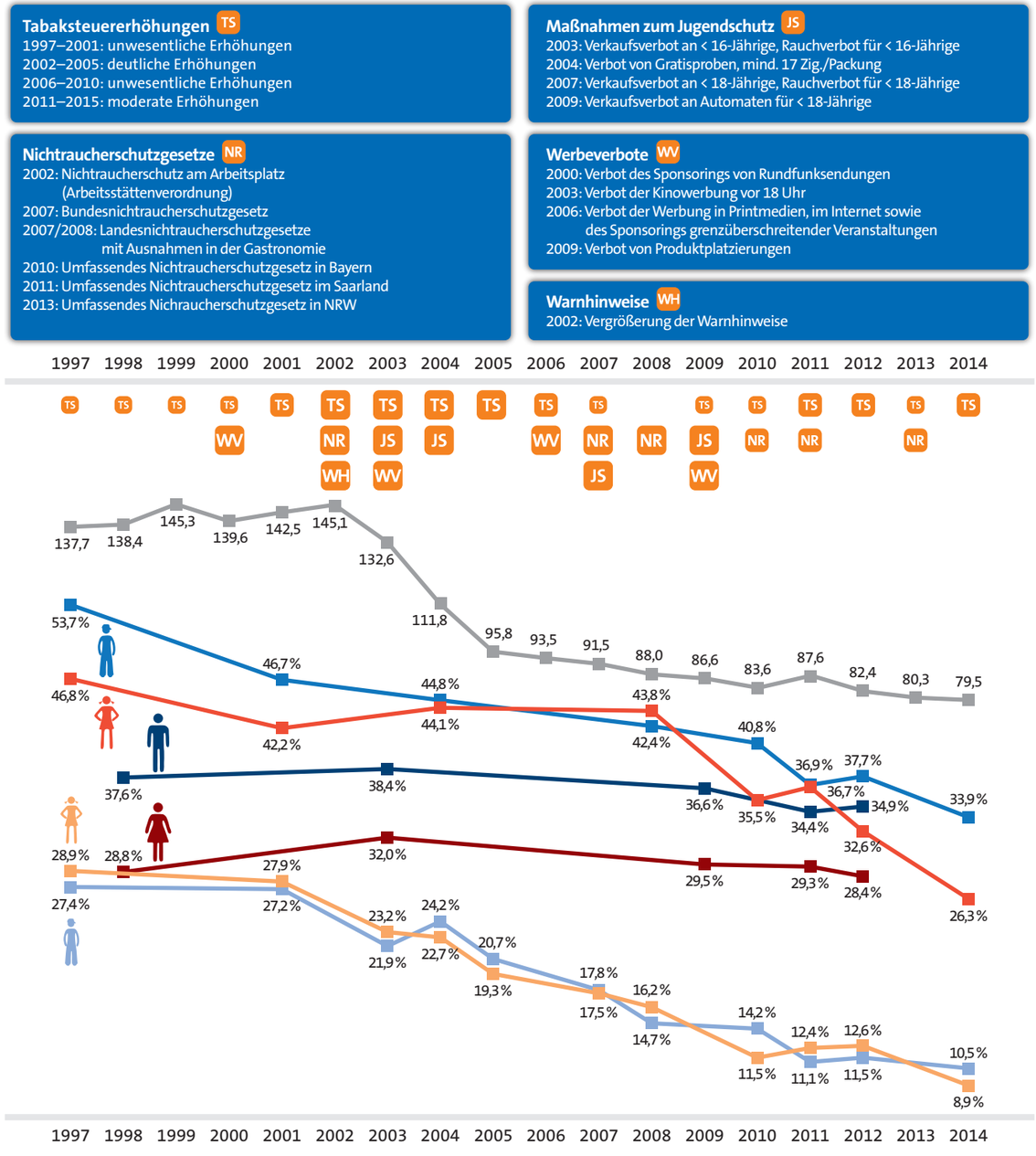
Besonders deutlich ist die Veränderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, da immer weniger junge Menschen mit dem Rauchen anfangen. So ist der Raucheranteil unter Jugendlichen (12 bis 17 Jahre) von 27,5 Prozent im Jahr 2001 auf 9,7 Prozent im Jahr 2014 gesunken und in einem ähnlichen Zeitraum (2003 bis 2012) stieg das Durchschnittsalter, in dem mit dem regelmäßigen Rauchen begonnen wird, von 14,2 Jahren auf 15,1 Jahre. Unter den jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre) rauchten im Jahr 2001 bei den Männern noch 46,7 Prozent, 2012 nur noch 37,7 Prozent; bei den jungen Frauen sank der Raucheranteil von 42,2 Prozent im Jahr 2001 auf 32,6 Prozent im Jahr 2012. In der Erwachsenenbevölkerung (25 bis 69 Jahre) sank der Raucheranteil aufgrund weiterrauchender Erwachsener etwas weniger ab: Bei den Männern von 38,4 Prozent im Jahr 2003 auf 34,4 Prozent im Jahr 2011 und bei den Frauen von 32,0 Prozent im Jahr 2003 auf 29,3 Prozent im Jahr 2011.

Seit 2008 wurden in Deutschland – abgesehen von Verbesserungen der bestehenden Nichtraucherschutzgesetze in Bayern, dem Saarland und in Nordrhein-Westfalen – keine politischen Maßnahmen zur Unterstützung dieses Trends zum Nichtrauchen unternommen. Der Zigarettenpreis stieg von 2006 bis 2010 nur unbedeutend von 13,8 Cent pro Stück auf 14,2 Cent an; seit 2011 wurde die Tabaksteuer jährlich um etwa zwei Prozent angehoben. Derartig geringfügige Steuererhöhungen reichen jedoch nicht aus, um das Rauchverhalten zu beeinflussen.

Der politische Wille, der auf wissenschaftlicher Evidenz basieren sollte, ist eine Grundvoraussetzung für die Einführung wirksamer Tabakkontrollmaßnahmen. Erfolgreich umgesetzte Maßnahmen, wie beispielsweise der Nichtraucherschutz, gewinnen in der Bevölkerung steigende Zustimmung – dies wiederum kann den politischen Willen zu weiteren Maßnahmen stärken. In Deutschland hat jedoch die Tabakindustrie einen so starken Einfluss auf die Politik, dass sie immer wieder evidenzbasierte Tabakkontrollmaßnahmen wie wirksame Tabaksteuererhöhungen oder ein Verbot der Plakatwerbung verhindern konnte.



Wirkungsweise von Tabakkontrollpolitik



Maßnahmen zur Tabakkontrolle in Deutschland sowie Entwicklung der Raucheranteile (Raucher: 12–17 Jahre, 18–25 Jahre, 25–69 Jahre; Raucherinnen: 12–17 Jahre, 18–25 Jahre, 25–69 Jahre) und des Zigarettenkonsums (in Milliarden Stück) | nach Erhebungsjahren | Daten: Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Statistisches Bundesamt

Ausblick

Mit der Unterzeichnung und Ratifizierung des Tabakrahmenübereinkommens (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) hat sich Deutschland zur Umsetzung verschiedener evidenzbasierter Maßnahmen zur Verringerung des Tabakkonsums verpflichtet. Die Reduktion des Tabakkonsums in der über 15-jährigen Bevölkerung bis 2020 um 30 Prozent im Vergleich zum Stand von 2013 ist ein wesentlicher Bestandteil des globalen Aktionsplanes der WHO zur Vermeidung und Kontrolle nichtübertragbarer Krankheiten. Um sich diesem Ziel nähern zu können, muss Deutschland kontinuierlich konsequente Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums ergreifen. Dazu gehören folgende Maßnahmen:

„Wenn wir das von den Regierungen gesetzte Ziel, den Tabakkonsum bis zum Jahr 2025 um 30 Prozent zu reduzieren, erreichen wollen, müssen wir energischer vorgehen, damit alle Vorgaben der WHO FCTC umgesetzt werden. Dies ist ein Warnruf an die Länder, den Kampf gegen die Tabakindustrie zu verstärken."
Dr. Vera Luiza da Costa e Silva, Leiterin des WHO-FCTC Sekretariats, 18. März 2015, World Conference on Tobacco or Health, Abu Dhabi, Vereinigte Arabische Emirate

„Eine Welt, in der Tabak aus den Augen, aus den Gedanken und aus der Mode verschwunden – jedoch nicht verboten – ist, ist in weniger als drei Jahrzehnten erreichbar. Allerdings nur unter vollem Einsatz von Regierungen, Internationalen Organisationen wie UN und WHO und der Zivilgesellschaft."
Dr. Robert Beaglehole, Emeritus der School of Population Health der Universität Auckland, 14. März 2015, World Conference on Tobacco or Health, Abu Dhabi, Vereinigte Arabische Emirate



Tabakanbau und Produktherstellung
(FCTC, Artikel 17 und 18)
Unterstützung von alternativen Agrarprodukten
Schutz der Umwelt und der menschlichen Gesundheit beim Tabakanbau und der Produktherstellung



Produktregulierung
(FCTC, Artikel 9, 10 und 16)
Regulierung aller Tabak- und E-Inhalationsprodukte
Verbot attraktivitätssteigernder und sonstiger charakteristischer Zusatzstoffe
Verbot von Süßwaren, die Tabakprodukten nachempfunden sind



Verpackung und Etikettierung
(FCTC, Artikel 11)
Verbot irreführender Bezeichnungen
Kombinierte Warnhinweise (aus Bild und Text)
Standardisierte Verpackungen für alle Tabak- und E-Inhalationsprodukte



Werbeverbot
(FCTC, Artikel 13)
Umfassendes Werbeverbot für Tabakprodukte und E-Inhalationsprodukte
Display Ban (Ausstellungsverbot am Verkaufsort)

Besteuerung
(FCTC, Artikel 6)
Regelmäßige und spürbare Erhöhungen der Tabaksteuer, die zu einer Preiserhöhung um 10 Prozent führen
Vergleichbare Besteuerung aller Tabakprodukte

Verkauf
(FCTC, Artikel 13 und 16)
Verbot von Automaten für Tabak- und E-Inhalationsprodukte
Verkauf über lizensierte Händler

Unterbindung des Schmuggels
(FCTC, Artikel 15 und Protokoll)
Track- & Tracing-System (Verfolgungs- und Rückverfolgungssystem)
Ratifizierung des Protokolls zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen



Rauchverbote
(FCTC, Artikel 8)
Umfassender Nichtraucherschutz ohne Ausnahmeregelungen, gültig für alle Tabakprodukte und E-Inhalationsprodukte
Rauchverbot im Auto, wenn Kinder anwesend sind



Aufklärung und Information
(FCTC, Artikel 12)
Wiederholte massenmediale Kampagnen

Förderung des Rauchausstiegs
(FCTC, Artikel 14)
Einrichtung evidenzbasierter Entwöhnungsangebote, u. a. für besondere Zielgruppen (z. B. Schwangere und Jugendliche)
Etablierung der Kurzberatung zur Tabakentwöhnung in allen Bereichen des Gesundheitssystems

Eindämmung des Einflusses der Tabakindustrie
(FCTC, Artikel 5.3)
Transparenz hinsichtlich aller Kontakte der politischen Entscheidungsträger mit der Tabakindustrie
Minimierung/Verbot von Corporate Social Responsibility (CSR)



Forschung und Überwachung
(FCTC, Artikel 20)
Evaluierung der Wirksamkeit von Tabakkontrollmaßnahmen
Einrichtung eines Forschungsprogramms zu E-Zigaretten
Einrichtung eines Monitoringprogramms für Aktivitäten der Tabakindustrie

Entsorgung
(FCTC, Artikel 18)
Regulierung der Entsorgung von Zigarettenkippen und E-Zigaretten















Weitere in Deutschland umzusetzende Maßnahmen zur Senkung des Tabakkonsums in der Gesamtbevölkerung

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Alle Abbildungen (sofern nicht abweichend angegeben):
© Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention

1 Tabakprodukte

Foto: © Deutsches Krebsforschungszentrum

1.1 Geschichte des Tabaks

Foto: © Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention

Abbildung: Meilensteine in der Geschichte des Tabaks

Deutsche Forschungsgemeinschaft (2006) Passivrauchen und die MAK-Kommission. http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/gremien/senat/arbeitsstoffe/passivrauchen_und_mak.pdf (aufgerufen am 25. September 2015)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2008) Frauen und Rauchen in Deutschland. Band 9, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

Forschungsinstitut der Cigarettenindustrie e.V. (1973) Forschungsinstitut der Cigarettenindustrie e.V. 1963–1973. Collection: Philip Morris, Bates Number: 1000037304-1000037339, https://industrydocuments.library.ucsf.edu/tobacco/docs/rxdv0131 (aufgerufen am 25. September 2015)

Freese G (1981) Preise zum Abgewöhnen. Die Zigarettenindustrie will auf die Erhöhung der Tabaksteuer nicht warten. Die Zeit 45, 9. Oktober 1981, http://www.zeit.de/1981/42/preise-zum-abgewoehnen (aufgerufen am 25. September 2015)

Gizeh (2015) Gizeh stellt sich vor! Unternehmen, Geschichte. https://www.gizeh-online.de/de/unternehmen/geschichte.html (aufgerufen am 25. September 2015)

Jacobs T & Schürmann S (2007) Rauchsignale: Struktureller Wandel und visuelle Strategien auf dem deutschen Zigarettenmarkt im 20. Jahrhundert. Werkstatt Geschichte 45: 33–52

Lickint F (1939) Tabak und Organismus. Handbuch der gesamten Tabakkunde. Hippokrates-Verlag Marquardt & Cie, Stuttgart, Deutschland

Pollay RW & Dewhirst T (2002) The dark side of marketing seemingly "Light" cigarettes: successful images and failed fact. Tob Control 11 Suppl 1: I18–I31

Proctor RN (1996) The anti-tobacco campaign of the Nazis: a little known aspect of public health in Germany, 1933-45. BMJ 313: 1450–1453

Proctor RN (2001) Tobacco and the global lung cancer epidemic. Nature 1: 82–86

Ritz E (2005) Rauchen – der vergebliche Kampf gegen das Laster. Ein historischer Rückblick. Dtsch Med Wochenschr 130: 2947–2951

Shafey O, Eriksen M, Ross H & Mackay J (2009) The Tobacco Atlas. Third edition, American Cancer Society, Atlanta, Georgia, USA

Statistisches Bundesamt (2004) Fragen zur Gesundheit. Mikrozensus 2003 – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung im Mai 2003. Wiesbaden

U.S. Department of Health and Human Services (1988) The health consequences of smoking: nicotine addiction: a report of the Surgeon General. Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health, Rockville, Maryland, USA

Verband der Cigarettenindustrie (undatiert) Der Verband der Cigarettenindustrie in Bonn. Collection: British American Tobacco, Bates Number: 601005637-601005646, http://industrydocuments.library.ucsf.edu/tobacco/docs/rzmd0196 (aufgerufen am 25. September 2015)

VVB Tabak Dresden (1953) Tabak Fachbuch. Fachbuchverlag GmbH, Leipzig

Waxman HA (2003) Tobacco industry statements in the US Department of Justice lawsuit. Tob Control 12: 94–101

Weisser M (2002) Cigaretten-Reclame. Über die Kunst, blauen Dunst zu verkaufen. Beste Zeiten Verlagsgesellschaft, Achim

1.2 Von der Pflanze zum Produkt

Text | Abbildung: Folgen der Nitratdüngung und des Einsatzes von Pestiziden beim Tabakanbau sowie Folgen der Beigabe von Zusatzstoffen bei der Herstellung von Tabakprodukten

Dane AJ, Havey CD & Voorhees KJ (2006) The detection of nitro pesticides in mainstream and sidestream cigarette smoke using electron monochromator-mass spectrometry. Anal Chem 78: 3227–3233

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2005) Die Tabakindustriedokumente I: Chemische Veränderungen an Zigaretten und Tabakabhängigkeit. Band 3, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

Georg Thieme Verlag KG (2015) Römpp Online. https://roempp.thieme.de/roempp4.0/do/Welcome.do (aufgerufen am 25. September 2015)

Khater AEM (2004) Polonium-210 budget in cigarettes. J Environ Radioact 71: 33–41

United States General Accounting Office (2003) Pesticides on tobacco: federal activities to assess risks and monitor residues. Report to the Ranking Minority Member, Committee on Government Reform, House of Representatives, GAO-03-485, Washington D.C., USA, http://www.gao.gov/new.items/d03485.pdf (aufgerufen am 25. September 2015)

1.3 Tabakprodukte im Überblick

Text

Die Tabak Zeitung (2014) Tabakjahrbuch 2015. Konradin Selection GmbH, Mainz

Eriksen, M, Mackay J & Ross H (2012) The tobacco atlas. Forth edition. American Cancer Society, Atlanta, Georgia, USA

Georg Thieme Verlag KG (2015) Römpp Online. https://roempp.thieme.de/roempp4.0/do/Welcome.do (aufgerufen am 25. September 2015)

Reemtsma GmbH (2015) Markt und Produkte. Die richtige Mischung. http://www.reemtsma.com/index.php/markt-a-produkte/der-weg-der-cigarette/das-blatt-bekommt-charakter (aufgerufen am 25. September 2015)

Reemtsma GmbH (2015) Markt und Produkte. Technik & Produktion. http://www.reemtsma.com/index.php/markt-a-produkte/der-weg-der-cigarette/technik (aufgerufen am 25. September 2015)

Statistisches Bundesamt (2015) Finanzen und Steuern. Absatz von Tabakwaren 2014. Fachserie 14, Reihe 9.1.1, Wiesbaden

Abbildung: Absatz von verschiedenen in Deutschland versteuerten Tabakprodukten 2002, 2008 und 2014

Statistisches Bundesamt (2004) Finanzen und Steuern. Absatz von Tabakwaren 2003. Fachserie 14, Reihe 9.1.1, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2009) Finanzen und Steuern. Absatz von Tabakwaren 2008. Fachserie 14, Reihe 9.1.1, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2015) Finanzen und Steuern. Absatz von Tabakwaren 2014. Fachserie 14, Reihe 9.1.1, Wiesbaden

Abbildung: Tabakprodukte in Deutschland

Georg Thieme Verlag KG (2015) Römpp Online. https://roempp.thieme.de/roempp4.0/do/Welcome.do (aufgerufen am 25. September 2015)

1.4 In Tabakprodukten verwendete Zusatzstoffe

Text

Bundestag (2014) Verordnung über Tabakerzeugnisse (Tabakverordnung). Tabakverordnung vom 20. Dezember 1977 (BGBl. I S. 2831), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 22. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2398) geändert worden ist

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2005) Erhöhte Gesundheitsgefährdung durch Zusatzstoffe in Tabakerzeugnissen – Konsequenzen für die Produktregulation. Factsheet, Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2008) Tabakrauch – ein Giftgemisch. Fakten zum Rauchen, Heidelberg

Abbildung: Auswahl zugelassener Substanzen bei der Herstellung von Tabakprodukten

Bundestag (2014) Verordnung über Tabakerzeugnisse (Tabakverordnung). Tabakverordnung vom 20. Dezember 1977 (BGBl. I S. 2831), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 22. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2398) geändert worden ist

Foto: © Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention

Abbildung: Wirkungen von Menthol beim Rauchen

Ahijevych K & Garrett BE (2004) Menthol pharmacology and its potential impact on cigarette smoking behavior. Nicotine Tob Res 6: 17–28

Ferris WG & Connolly GN (2004) Application, function, and effects of menthol in cigarettes: a survey of tobacco industry documents. Nicotine Tob Res 6 Suppl 1: 43–54

Foto: © Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention

Abbildung: Entstehung gesundheitsgefährdender Substanzen durch die Umwandlung von Zucker beim Rauchen

National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) (2012) Tobacco additives: information for professionals. http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Brochures/Leefstijl_Voeding/Tobacco_additives_information_for_professionals (aufgerufen am 25. September 2015)

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Thielmann HW (2015) Zusatzstoffe in Tabakprodukten. Persönliche Mitteilung im Mai 2015

Foto: © Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention

1.5 Inhaltsstoffe des Tabakrauchs

Text

Deutsche Forschungsgemeinschaft (2008) MAK- und BAT-Werte-Liste 2008. Maximale Arbeitsplatzkonzentrationen und Biologische Arbeitsstofftoleranzwerte. Mitteilung 44, Wiley-VCH, Weinheim

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2005) Die Tabakindustriedokumente I: Chemische Veränderungen an Zigaretten und Tabakabhängigkeit. Band 3, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2009) Krebserzeugende Substanzen im Tabakrauch. Fakten zum Rauchen, Heidelberg

Hoffmann D & Wynder EL (1986) Chemical constitutions and bioactivity of tobacco smoke. IARC Sci Publ 74: 145–165

Hoffmann D, Hoffmann I & El-Bayoumy K (2001) The less harmful cigarette: a controversial issue. A tribute to Ernst L. Wynder. Chem Res Toxicol 14: 767–790

International Agency for Research on Cancer (1986) Tobacco smoking. Volume 38, IARC Monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. World Health Organization, Lyon, Frankreich

International Agency for Research on Cancer (2004) Tobacco smoke and involuntary smoking. Volume 83, IARC Monographs on the evaluation of the carcinogenic risks to humans. World Health Organization, Lyon, Frankreich

International Agency for Research on Cancer (2007) Smokeless tobacco and some tobacco-specific *N*-nitrosamines. Volume 89, IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, World Health Organization, Lyon, Frankreich

International Agency for Research on Cancer (2015) Agents classified by the IARC Monographs, Volumes 1–113. Last update 24. August 2015, http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification (aufgerufen am 25. September 2015)

Smith CJ, Perfetti TA, Garg R, Martin P & Hansch C (2004) Percutaneous penetration enhancers in cigarette mainstream smoke. Food Chem Toxicol 42: 9–15

Abbildung: Klassen chemischer Verbindungen entsprechend der Anzahl ihrer Einzelsubstanzen im Tabakrauch

Hoffmann D & Wynder EL (1986) Chemical constituents and bioactivity of tobacco smoke. IARC Sci Publ 74: 145–165

Rodgman A & Perfetti TA (2013) The chemical components of tobacco and tobacco smoke. Second edition, CRC Press

Abbildung: Auswahl gesundheitsgefährdender Substanzen im Tabakrauch sowie deren Vorkommen in anderen Produkten und gesundheitliche Wirkungen

Bundesamt für Strahlenschutz (2015) Ionisierende Strahlung. Polonium-210: Gesundheitliche Bewertung. http://www.bfs.de/DE/themen/ion/wirkung/radioaktive-stoffe/polonium/polonium_node.html (aufgerufen am 25. September 2015)

Georg Thieme Verlag KG (2015) Römpp Online. https://roempp.thieme.de/roempp4.0/do/Welcome.do (aufgerufen am 25. September 2015)

Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (2015) GESTIS-Stoffdatenbank. http://gestis.itrust.de/nxt/gateway.dll/gestis_de/000000.xml?f=templates$fn=default.htm$3.0 (aufgerufen am 25. September 2015)

International Agency for Research on Cancer (2015) Agents classified by the IARC Monographs, Volumes 1–113. Last update 24. August 2015, http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification (aufgerufen am 25. September 2015)

1.6 Produkte mit verringertem Gesundheitsrisiko

Text

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2015) S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums". AWMF-Register Nr. 076-006, Stand: 9. Februar 2015

Ayo-Yusuf OA & Burns DM (2012) The complexity of 'harm reduction' with smokeless tobacco as an approach to tobacco control in low-income and middle-income countries. Tob Control 21: 245–251

Peeters S & Gilmore AB (2015) Understanding the emergence of the tobacco industry's use of the term tobacco harm reduction in order to inform public health policy. Tob Control 24: 182–189

Abbildung: Gefährdungspotential von Tabak- und Nikotinprodukten

Eriksen M, Mackay J, Schluge N, Gomeshtapeh FI & Drope J (2015) The tobacco atlas. Fifth edition, American Cancer Society, Atlanta, Georgia, USA

Abbildung: Vergleich der gesundheitlichen Vorteile eines Rauchstopps und einer Reduzierung der täglich gerauchten Zigaretten

Bosetti C, Garavello W, Gallus S & La Vecchia C (2006) Effects of smoking cessation on the risk of laryngeal cancer: an overview of published studies. Oral Oncol 42: 866–872

Godtfredsen NS & Prescott E (2011) Benefits of smoking cessation with focus on cardiovascular and respiratory comorbidities. Clin Respir J 5: 187–194

Godtfredsen NS, Prescott E & Osler M (2005) Effect of smoking reduction on lung cancer risk. JAMA 294: 1505–1510

Ockene JK, Kuller LH, Svendsen KH & Meilahn E (1990) The relationship of smoking cessation to coronary heart disease and lung cancer in the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). Am J Public Health 80: 954–958

Pisinger C & Godtfredsen NS (2007) Is there a health benefit of reduced tobacco consumption? A systematic review. Nicotine Tob Res 9: 631–646

Tverdal A & Bjartveit K (2006) Health consequences of reduced daily cigarette consumption. Tob Control 15: 472–480

U.S. Department of Health and Human Services (1990) The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General. Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Rockville, Maryland, USA

U.S. Department of Health and Human Services (2010) How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia, USA

Abbildung: Produkte mit verringertem Gesundheitsrisiko (Reduced Risk Products, RRP)

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2015) S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums". AWMF-Register Nr. 076-006, Stand: 9. Februar 2015

Benowitz NL (2011) Smokeless tobacco as a nicotine delivery device: harm or harm reduction? Clin Pharmacol Ther 90: 491–493

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2013) Elektrische Zigaretten – ein Überblick. Band 19, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2014) Electronic cigarettes – an overview – Supplement March 2014. Volume 19, Red Series Tobacco Prevention and Tobacco Control, Heidelberg

Scientific Committee on Emerging and Newly-Identified Health Risks (SCENIHR) (2008) Scientific opinion on the health effects of smokeless tobacco products. European Commission, Brüssel, Belgien

Tricker AR, Jang IJ, Martin Leroy C, Lindner D & Dempsey R (2012) Reduced exposure evaluation of an electrically heated cigarette smoking system. Part 4: eight-day randomized clinical trial in Korea. Regul Toxicol Pharmacol 64 (2 Suppl): S45–S53

Tricker AR, Kanada S, Takada K, Leroy CM, Lindner D, Schorp MK & Dempsey R (2012) Reduced exposure evaluation of an electrically heated cigarette smoking system. Part 5: 8-Day randomized clinical trial in Japan. Regul Toxicol Pharmacol 64 (2 Suppl): S54–S63

Tricker AR, Stewart AJ, Leroy CM, Lindner D, Schorp MK & Dempsey R (2012) Reduced exposure evaluation of an electrically heated cigarette smoking system. Part 3: eight-day randomized clinical trial in the UK. Regul Toxicol Pharmacol 64 (2 Suppl): S35–S44

U.S. Department of Health and Human Services (2001) Risks associated with smoking cigarettes with low machine measured yields of tar and nicotine. Smoking and Tobacco Monograph No. 13, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute, Atlanta, Georgia, USA

Wikström AK, Cnattingius S & Stephansson O (2010) Maternal use of Swedish snuff (snus) and risk of stillbirth. Epidemiology 21: 772–778

Wikström AK, Cnattingius S, Galanti MR, Kieler H & Stephansson O (2010) Effect of Swedish snuff (snus) on preterm birth. BJOG 117: 1005–1010

Zenzen V, Diekmann J, Gerstenberg B, Weber S, Wittke S & Schorp MK (2012) Reduced exposure evaluation of an electrically heated cigarette smoking system. Part 2: smoke chemistry and in vitro toxicological evaluation using smoking regimens reflecting human puffing behavior. Regul Toxicol Pharmacol 64 (2 Suppl): S11–S34

Fotos: © Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention | Foto „Tabakprodukte zum Erhitzen": © Philip Morris GmbH

2 E-Inhalationsprodukte

Foto: © Deutsches Krebsforschungszentrum

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

2.1 E-Inhalationsprodukte im Überblick

Foto: © Deutsches Krebsforschungszentrum

Text

Bestclearomizer.com (2014) Clearomizer vs cartomizer: the real difference. TJ, 7. Januar 2014, http://www.bestclearomizer.com/clearomizer-vs-cartomizer-vs-atomizer (aufgerufen am 25. September 2015)

Cigbuyer.com (2014) E-liquid delivery options: atomizer vs. cartomizer vs. clearomizer. Vaping for Beginners, Vaping Guide, Jeremy Salter, 3. September 2014, http://www.cigbuyer.com/atomizer-vs-cartomizer-vs-clearomizer (aufgerufen am 25. September 2015)

Farsalinos KE, Romagna G, Tsiapras D, Kyrzopoulos S, Spyrou A & Voudris V (2013) Impact of flavour variability on electronic cigarette use experience: an internet survey. Int J Environ Res Public Health 10: 7272–7282

Abbildung: Aufbau einer E-Zigarette

Foto: © Deutsches Krebsforschungszentrum

Abbildung: E-Inhalationsprodukte in Deutschland

Fotos: © Deutsches Krebsforschungszentrum | Foto „Heat Sticks“: © Philip Morris GmbH

2.2 Mögliche gesundheitliche Auswirkungen von E-Inhalationsprodukten

Text

Cervellati F, Muresan XM, Sticozzi C, Gambari R, Montagner G, Forman HJ, Torricelli C, Maioli E & Valacchi G (2014) Comparative effects between electronic and cigarette smoke in human keratinocytes and epithelial lung cells. Toxicol In Vitro 28: 999–1005

Farsalinos KE, Romagna G, Allifranchini E, Ripamonti E, Bocchietto E, Todeschi S, Tsiapras D, Kyrzopoulos S & Voudris V (2013) Comparison of the cytotoxic potential of cigarette smoke and electronic cigarette vapour extract on cultured myocardial cells. Int J Environ Res Public Health 10: 5146–5162

Hutzler C, Paschke M, Kruschinski S, Henkler F, Hahn J & Luch A (2014) Chemical hazards present in liquids and vapors of electronic cigarettes. Arch Toxicol 88: 1295–1308

Lerner CA, Sundar IK, Yao H, Gerloff J, Ossip DJ, McIntosh S, Robinson R & Rahman I (2015) Vapors produced by electronic cigarettes and e-juices with flavorings induce toxicity, oxidative stress, and inflammatory response in lung epithelial cells and in mouse lung. PLoS One 10: e0116732

Schober W, Szendrei K, Matzen W, Osiander-Fuchs H, Heitmann D, Schettgen T, Jorres RA & Fromme H (2014) Use of electronic cigarettes (e-cigarettes) impairs indoor air quality and increases FeNO levels of e-cigarette consumers. Int J Hyg Environ Health 217: 628–637

Abbildung: Möglicher Schaden und möglicher Nutzen von E-Inhalationsprodukten

Grana R, Benowitz N & Glantz SA (2014) E-cigarettes: a scientific review. Circulation 129: 1972–1986

Abbildung: Mögliche Gesundheitsgefahren durch Inhaltsstoffe im Aerosol von E-Inhalationsprodukten

Centers for Disease Control and Prevention (2012) Flavorings-related lung disease. Exposures to flavoring chemicals. http://www.cdc.gov/niosh/topics/flavorings/exposure.html (aufgerufen am 25. September 2015)

Cervellati F, Muresan XM, Sticozzi C, Gambari R, Montagner G, Forman HJ, Torricelli C, Maioli E & Valacchi G (2014) Comparative effects between electronic and cigarette smoke in human keratinocytes and epithelial lung cells. Toxicol In Vitro 28: 999–1005

Deutsche Forschungsgemeinschaft (2007) MAK value documentation for propylene glycol. The MAK Collection for Occupational Health and Safety, http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/3527600418/topics (aufgerufen am 25. September 2015)

England LJ, Bunnell RE, Pechacek TF, Tong VT & McAfee TA (2015) Nicotine and the developing human: a neglected element in the electronic cigarette debate. Am J Prev Med 49: 286–293

Farsalinos KE, Kistler KA, Gillman G & Voudris V (2015) Evaluation of electronic cigarette liquids and aerosol for the presence of selected inhalation toxins. Nicotine Tob Res 17: 168–174

Farsalinos KE, Romagna G, Allifranchini E, Ripamonti E, Bocchietto E, Todeschi S, Tsiapras D, Kyrzopoulos S & Voudris V (2013) Comparison of the cytotoxic potential of cigarette smoke and electronic cigarette vapour extract on cultured myocardial cells. Int J Environ Res Public Health 10: 5146–5162

Fuoco FC, Buonanno G, Stabile L & Vigo P (2014) Influential parameters on particle concentration and size distribution in the mainstream of e-cigarettes. Environ Pollut 184: 523–529

Geiss O, Bianchi I, Barahona F & Barrero-Moreno J (2015) Characterisation of mainstream and passive vapours emitted by selected electronic cigarettes. Int J Hyg Environ Health 218: 169–180

Georg Thieme Verlag KG (2015) Römpp Online, https://roempp.thieme.de/roempp4.0/do/Welcome.do (aufgerufen am 25. September 2015)

Goniewicz ML, Knysak J, Gawron M, Kosmider L, Sobczak A, Kurek J, Prokopowicz A, Jablonska-Czapla M, Rosik-Dulewska C, Havel C, Jacob P 3rd & Benowitz N (2014) Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. Tob Control 23: 133–139

Hutzler C, Paschke M, Kruschinski S, Henkler F, Hahn J & Luch A (2014) Chemical hazards present in liquids and vapors of electronic cigarettes. Arch Toxicol 88: 1295–1308

International Agency for Research on Cancer (2015) Agents classified by the IARC Monographs, Volumes 1–113. Last update 24. August 2015, http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification (aufgerufen am 25. September 2015)

Kosmider L, Sobczak A, Fik M, Knysak J, Zaciera M, Kurek J & Goniewicz ML (2014) Carbonyl compounds in electronic cigarette vapors: effects of nicotine solvent and battery output voltage. Nicotine Tob Res 16: 1319–1326

Lerner CA, Sundar IK, Yao H, Gerloff J, Ossip DJ, McIntosh S, Robinson R & Rahman I (2015) Vapors produced by electronic cigarettes and e-juices with flavorings induce toxicity, oxidative stress, and inflammatory response in lung epithelial cells and in mouse lung. PLoS One 10: e0116732

Manigrasso M, Buonanno G, Fuoco FC, Stabile L & Avino P (2014) Aerosol deposition doses in the human respiratory tree of electronic cigarette smokers. Environ Pollut 196C: 257–267

Marini S, Buonanno G, Stabile L & Ficco G (2014) Short-term effects of electronic and tobacco cigarettes on exhaled nitric oxide. Toxicol Appl Pharmacol 278: 9–15

McAuley TR, Hopke PK, Zhao J & Babaian S (2012) Comparison of the effects of e-cigarette vapor and cigarette smoke on indoor air quality. Inhal Toxicol 24: 850–857

McFiggans GB (2014) Re: E-cigarette vapour could damage health of non-smokers, BMJ, http://www.bmj.com/content/349/bmj.g6882/rapid-responses (aufgerufen am 25. September 2015)

Schober W, Szendrei K, Matzen W, Osiander-Fuchs H, Heitmann D, Schettgen T, Jorres RA & Fromme H (2014) Use of electronic cigarettes (e-cigarettes) impairs indoor air quality and increases FeNO levels of e-cigarette consumers. Int J Hyg Environ Health 217: 628–637

Torjesen I (2014) E-cigarette vapour could damage health of non-smokers. BMJ 349: g6882

Williams M, Villarreal A, Bozhilov K, Lin S & Talbot P (2013) Metal and silicate particles including nanoparticles are present in electronic cigarette cartomizer fluid and aerosol. PLoS One 8: e57987

Zhang Y, Sumner W & Chen DR (2013) In vitro particle size distributions in electronic and conventional cigarette aerosols suggest comparable deposition patterns. Nicotine Tob Res 15: 501–508

Fotos: © Deutsches Krebsforschungszentrum | Foto „Partikel“: © sergio34/Fotolia

2.3 Konsum von E-Inhalationsprodukten

Text

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015) Verbreitung des Rauchens von E-Shishas, E-Zigaretten und Tabak-Zigaretten bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland. Sonderauswertung der Repräsentativbefragung „Alkoholsurvey 2014“

Farsalinos KE, Romagna G, Tsiapras D, Kyrzopoulos S, Spyrou A & Voudris V (2013) Impact of flavour variability on electronic cigarette use experience: an internet survey. Int J Environ Res Public Health 10: 7272–7282

Gesellschaft für Konsumforschung (2015) E-Zigaretten. Classic Bus 2015 021/022, Februar 2015 (vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Auftrag gegebene Umfrage)

Yingst JM, Veldheer S, Hrabovsky S, Nichols TT, Wilson SJ & Foulds J (2015) Factors associated with electronic cigarette users' device preferences and transition from first generation to advanced generation devices. Nicotine Tob Res 17: 1242–1246

Abbildung: Gründe für die Verwendung von E-Zigaretten | Abbildung: Konsum von E-Zigaretten durch Raucher, Ex-Raucher und Nie-Raucher im Alter von 16 Jahren und älter | Abbildung: Jemals-konsumenten von E-Zigaretten im Alter von 16 Jahren und älter

Gesellschaft für Konsumforschung (2015) E-Zigaretten. Classic Bus 2015 021/022, Februar 2015 (vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Auftrag gegebene Umfrage)

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung: Jemalskonsum von E-Inhalationsprodukten von Schülern der Sekundarstufe I | Abbildung: Jemalskonsum von E-Inhalationsprodukten bei 12- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen unter Jemalsrauchern und Nie-Rauchern

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015) Verbreitung des Rauchens von E-Shishas, E-Zigaretten und Tabak-Zigaretten bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland. Sonderauswertung der Repräsentativbefragung „Alkoholsurvey 2014“

2.4 Markt und Regulierung von E-Inhalationsprodukten

Text

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2013) Elektrische Zigaretten – ein Überblick. Band 19, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2014) Marketing für E-Zigaretten in Deutschland. Band 20, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

Die Tabak Zeitung (2014) Daten und Fakten zu E-Zigaretten. Nr. 36, 5. September 2014

Europäisches Parlament & Rat der Europäischen Union (2014) Richtlinie 2014/40/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 3. April 2014 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/37/EG. Amtsblatt der Europäischen Union vom 29.4.2014, L 127/1–L127/38

Olczak J (2015) Consumer Analyst Group of New York (CAGNY) Conference, February 18, 2015. Chief financial officer, Philip Morris International, presentation, CAGNY Conference, Boca Raton, Florida, USA, http://investors.pmi.com/phoenix.zhtml?c=146476&p=irol-presentations (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Warenfluss von E-Zigaretten von den Herstellern über Händler zu den Verbrauchern

Die Tabak Zeitung (2014) Daten und Fakten zu E-Zigaretten. Nr. 36, 5. September 2014

Fotos: © Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention

Abbildung: Marketing für E-Inhalationsprodukte

Stigx (2014) Stigx – Hochwertige E-Zigarette. http://stigx.de (Screenshots) (aufgerufen am 25. September 2015)

YouTube (2015) Lynden Premium E Zigaretten TV Spot. Hochgeladen von Lynden Premium E Zigarette am 17. April 2015, https://www.youtube.com/watch?v=ze7xEdU-A8g (Screenshot) (aufgerufen am 25. September 2015)

Fotos unten links, unten Mitte und unten rechts: © Henri Kuntnowitz

Abbildung: Gesetzeslage in Deutschland zur Regulierung von E-Inhalationsprodukten zum Verbraucherschutz, Jugendschutz und Schutz Dritter vor Emissionen

Ärzte Zeitung online (2015) Steuer auf E-Zigaretten geplant. 9. Februar 2015, http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische_krankheiten/suchtkrankheiten/article/878792/drogenbeauftragte-steuer-e-zigaretten-geplant.html (aufgerufen am 25. September 2015)

Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2015) E-Zigaretten und E-Shishas – Novellierung des Jugendschutzgesetzes. Pressemitteilung Nr. 113, 23. April 2015, https://www.bmel.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/2015/113-SC-EZigaretten.html (aufgerufen am 25. September 2015)

Europäisches Parlament & Rat der Europäischen Union (2014) Richtlinie 2014/40/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 3. April 2014 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/37/EG. Amtsblatt der Europäischen Union vom 29.4.2014, L 127/1–L127/38

Wirtschaftswoche (2015) Drogenbeauftragte will Steuer auf E-Zigaretten einführen. 8. Februar 2015, http://www.wiwo.de/politik/deutschland/nikotin-statt-tabaksteuer-drogenbeauftragte-will-steuer-auf-e-zigaretten-einfuehren/11343332.html (aufgerufen am 25. September 2015)

3 Tabakkonsum und gesundheitliche Folgen

Foto: © Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (bearbeitet)

3.1 Gesundheitliche Folgen des Rauchens

Text

U.S. Department of Health and Human Services (2014) The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia, USA

World Health Organization (2014) Global status report on noncommunicable diseases 2014. Genf, Schweiz

Abbildung: Atherosklerose und Lungenveränderungen bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) infolge des Rauchens

American Heart Association (2015) Heart attack. Watch, learn and live, interactive cardiovascular library, http://watchlearnlive.heart.org/CVML_Player.php?moduleSelect=hrtatk (aufgerufen am 25. September 2015)

Barnes PJ (2000) Chronic obstructive pulmonary disease. New Engl J Med 343: 269–280

Schroeder M (2015) Lung Damage. Medical illustration diagram. http://schroederillustration.com/diagrams (aufgerufen am 25. September 2015)

Siddiqui S & Usmani OS (2012) Small airways, big challenge: measuring the unseen. Nat Med 18: 1619–1621

Abbildung: Erkrankungen und Beeinträchtigungen infolge des Rauchens bei Männern und Frauen

U.S. Department of Health and Human Services (2014) The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia, USA

3.2 Folgen des Rauchens in der Schwangerschaft

Text

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2010) Schutz der Familie vor Tabakrauch. Band 14, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

Lampert T, Kuntz B & KiGGS Study Group (2015) Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? GBE kompakt 6(1), Robert Koch-Institut, Berlin

Mund M, Louwen F, Klingelhoefer D & Gerber A (2013) Smoking and pregnancy – a review on the first major environmental risk factor of the unborn. Int J Environ Res Public Health 10: 6485–6499

U.S. Department of Health and Human Services (2014) The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia, USA

Abbildung: Wirkung des Rauchens auf das Gewicht, die Größe und den Kopfumfang von Neugeborenen

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2010) Schutz der Familie vor Tabakrauch. Band 14, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

Voigt M, Hesse V & Wermke K (2001) Rauchen in der Schwangerschaft: Risikofaktor für das Wachstum der Feten. Kinderärztliche Praxis, Sonderheft 26–29

Fotos: © Andrey Bandurenko/Fotolia | © Dmitry Vereshchagin/Fotolia

Abbildung: Risiken des Rauchens für die Schwangerschaft und mögliche Folgen für Neugeborene und Kleinkinder

U.S. Department of Health and Human Services (2014) The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia, USA

Abbildung: Anteile 0- bis 6-Jähriger, deren Mütter während der Schwangerschaft geraucht haben

Lampert T, Kuntz B & KiGGS Study Group (2015) Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? GBE kompakt 6(1), Robert Koch-Institut, Berlin

Bild/Fotos: © Bobo/Fotolia | © tanawatpontchour/Fotolia | © Tryfonov/Fotolia

3.3 Wirkungen von Nikotin auf den Körper

Text

Benowitz NL (2010) Nicotine addiction. N Engl J Med 362: 2295–2303

Benowitz NL, Porchet H, Sheiner L & Jacob P 3rd (1988) Nicotine absorption and cardiovascular effects with smokeless tobacco use: comparison with cigarettes and nicotine gum. Clin Pharmacol Ther 44: 23–28

Bruin JE, Gerstein HC & Holloway AC (2010) Long-term consequences of fetal and neonatal nicotine exposure: a critical review. Toxicol Sci 116: 364–374

Dwyer JB, McQuown SC & Leslie FM (2009) The dynamic effects of nicotine on the developing brain. Pharmacol Ther 122: 125–139

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

England LJ, Bunnell RE, Pechacek TF, Tong VT & McAfee TA (2015) Nicotine and the developing human: a neglected element in the electronic cigarette debate. Am J Prev Med 49: 286–293

Farsalinos KE, Spyrou A, Stefopoulos C, Tsimopoulou K, Kourkoveli P, Tsiapras D, Kyrzopoulos S, Poulas K & Voudris V (2015) Nicotine absorption from electronic cigarette use: comparison between experienced consumers (vapers) and naïve users (smokers). Sci Rep 5: 11269

Grando SA (2014) Connections of nicotine to cancer. Nat Rev Cancer 14: 419–429

Heeschen C, Jang JJ, Weis M, Pathak A, Kaji S, Hu RS, Tsao PS, Johnson FL & Cooke JP (2001) Nicotine stimulates angiogenesis and promotes tumor growth and atherosclerosis. Nat Med 7: 833–839

Schroeder MJ & Hoffman AC (2014) Electronic cigarettes and nicotine clinical pharmacology. Tob Control 23 Suppl 2: ii30–ii35

U.S. Department of Health and Human Services (2014) The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia, USA

Yuan M, Cross SJ, Loughlin SE & Leslie FM (2015) Nicotine and the adolescent brain. J Physiol 593: 3397–3412

Abbildung: Strukturformel von Nikotin und nikotinerger Acetylcholin-Rezeptor

Benowitz NL (2010) Nicotine Addiction. N Engl J Med 362: 2295–2303

Abbildung: Wirkung von Nikotin auf den Körper bei Erwachsenen und in sensiblen Phasen des Heranwachsenden

Bruin JE, Gerstein HC & Holloway AC (2010) Long-term consequences of fetal and neonatal nicotine exposure: a critical review. Toxicol Sci 116: 364–374

Dwyer JB, McQuown SC & Leslie FM (2009) The dynamic effects of nicotine on the developing brain. Pharmacol Ther 122: 125–139

England LJ, Bunnell RE, Pechacek TF, Tong VT & McAfee TA (2015) Nicotine and the developing human: a neglected element in the electronic cigarette debate. Am J Prev Med 49: 286–293

Grando SA (2014) Connections of nicotine to cancer. Nat Rev Cancer 14: 419–429

U.S. Department of Health and Human Services (2014) The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia, USA

Yuan M, Cross SJ, Loughlin SE & Leslie FM (2015) Nicotine and the adolescent brain. J Physiol 593: 3397–3412

3.4 Tabakabhängigkeit

Text

Batra A (2011) Pharmakokinetik des Nikotins. In: Singer MV, Batra A & Mann K, Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen. Kapitel 2.5, Seiten 101–110, Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Benowitz NL (2010) Nicotine addiction. N Engl J Med 362: 2295–2303

Foulds J (2006) The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: varenicline. Int J Clin Pract 60: 571–576

George O, Ghozland S, Azar MR, Cottone P, Zorrilla EP, Parsons LH, O'Dell LE, Richardson HN & Koob GF (2007) CRF-CRF1 system activation mediates withdrawal-induced increases in nicotine self-administration in nicotine-dependent rats. Proc Natl Acad Sci USA 104: 17198–17203

Grieder TE, Herman MA, Contet C, Tan LA, Vargas-Perez H, Cohen A, Chwalek M, Maal-Bared G, Freiling J, Schlosburg JE, Clarke L, Crawford E, Koebel P, Repunte-Canonigo V, P PS, Tapper AR, Roberto M, Kieffer BL, Sawchenko PE, Koob GF, van der Kooy D & George O (2014) VTA CRF neurons mediate the aversive effects of nicotine withdrawal and promote intake escalation. Nat Neurosci 17: 1751–1758

Hughes JR (2007) Effects of abstinence from tobacco: valid symptoms and time course. Nicotine Tob Res 9: 315–327

Le Foll B & George TP (2007) Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. CMAJ 177: 1373–1380

Ramseier CA (2003) Smoking prevention and cessation. Oral Health Prev Dent 1 Suppl 1: 427–439

U.S. Department of Health and Human Services (2010) How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia, USA

Abbildung: Wirkung von Nikotin im Gehirn | Abbildung: Psychischer und physischer Aspekt der Nikotinabhängigkeit

Benowitz NL (2010) Nicotine addiction. N Engl J Med 362: 2295–2303

Abbildung: Mögliche Risikofaktoren für die Entwicklung der Tabakabhängigkeit

Ramseier CA (2003) Smoking prevention and cessation. Oral Health Prev Dent 1 Suppl 1: 427–439

Abbildung: Verstärkung des Abhängigkeitspotentials von Nikotin durch andere Substanzen im Tabakrauch

Alpert HR, Agaku IT & Connolly GN (2015) A study of pyrazines in cigarettes and how additives might be used to enhance tobacco addiction. Tob Control, online veröffentlicht am 10. Juni 2015 (im Druck)

Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks (SCENIHR) (2010) Addictiveness and attractiveness of tobacco additives. Directorate-General for Health & Consumers, European Commission, Brüssel, Belgien

3.5 Tabakentwöhnung

Text

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2015) S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums". AWMF-Register Nr. 076-006, 9. Februar 2015

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2014) Zehn Gründe, mit dem Rauchen aufzuhören. Fakten zum Rauchen. Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2013) Eigene Berechnungen mit Daten des ITC International Tobacco Control Policy Evaluation Projects, Welle 3 (2011)

Kröger CB, Gomes de Matos E, Piontek D & Wenig JR (2015) Ausstiegsversuche und Hilfsmittelnutzung unter Rauchern in Deutschland: Ergebnisse aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2012. Gesundheitswesen, online veröffentlicht am 9. Juli 2015 (im Druck)

Müezzinler A, Mons U, Gellert C, Schöttker B, Jansen E, Kee F, O'Doherty MG, Kuulasmaa K, Freedman ND, Abnet CC, Wolk A, Håkansson N, Orsini N, Wilsgaard T, Bueno-de-Mesquita B, van der Schouw YT, Peeters PH, de Groot LC, Peters A, Orfanos P, Linneberg A, Pisinger C, Tamosiunas A, Baceviciene M, Luksiene D, Bernotiene G, Jousilahti P, Petterson-Kymmer U, Jansson JH, Söderberg S, Eriksson S, Jankovic N, Sánchez MJ, Veronesi G, Sans S, Drygas W, Trichopoulou A & Boffetta P & Brenner H (2015) Smoking and all-cause mortality in older adults: results from the CHANCES Consortium. Am J Prev Med, online veröffentlicht am 15. Juli 2015 (im Druck)

Schulze A & Mons U (2005) Trends in cigarette smoking initiation and cessation among birth cohorts of 1926–1970 in Germany. Eur J Cancer Prev 14: 477–483

Abbildung: Zeitliche Distanz des letzten ernsthaften Rauchstoppversuchs | Abbildung: Beim letzten Rauchstoppversuch von Ex-Rauchern und Rauchern verwendete Hilfsmittel

Kröger CB, Gomes de Matos E, Piontek D & Wenig JR (2015) Ausstiegsversuche und Hilfsmittelnutzung unter Rauchern in Deutschland: Ergebnisse aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2012. Gesundheitswesen, online veröffentlicht am 9. Juli 2015 (im Druck)

Abbildung: Gründe von Männern und Frauen für einen Rauchstopp

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2013) Eigene Berechnungen mit Daten des ITC International Tobacco Control Policy Evaluation Projects, Welle 3 (2011)

Abbildung: Gesundheitliche Vorteile eines Rauchstopps

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2014) Zehn Gründe, mit dem Rauchen aufzuhören. Fakten zum Rauchen, Heidelberg

Eriksen M, Mackay J, Schluge N, Gomeshtapeh FI & Drope J (2015) The tobacco atlas. Fifth edition, American Cancer Society, Atlanta, Georgia, USA

Abbildung: Überlebensraten von Rauchern, Ex-Rauchern und Nie-Rauchern

Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, McAfee T & Peto R (2013) 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. N Engl J Med 368: 341–350

3.6 Entwicklung des Tabakkonsums

Text

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013) Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2015) Eigene Berechnungen mit Daten des Mikrozensus 2009 (Scientific Use File)

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015) Drogen- und Suchtbericht Mai 2015. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015) Verteilung der Bevölkerung nach ihrem Rauchverhalten in Prozent. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Rauchverhalten. Datenquelle: Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit, Statistisches Bundesamt, Bonn, https://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Lampert T, von der Lippe S & Müters S (2013) Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesuchheitsschutz, 56: 802–808

Schulze A & Mons U (2006) The evolution of educational inequalities in smoking: a changing relationship and a cross-over effect among German birth cohorts of 1921–70. Addiction 101: 1051–1056

Statistisches Bundesamt (2004) Fragen zur Gesundheit. Mikrozensus 2003 – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung im Mai 2003. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2014) Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung 2013. Wiesbaden

Abbildung: Entwicklung der Raucheranteile im Alter von 15 Jahren und älter

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015) Verteilung der Bevölkerung nach ihrem Rauchverhalten in Prozent. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Rauchverhalten. Datenquelle: Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit, Statistisches Bundesamt, Bonn, https://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Anteile von Rauchern (täglich mehr als 20 Zigaretten, täglich bis zu 20 Zigaretten und gelegentlich), Ex-Rauchern und Nie-Rauchern im Alter von 15 Jahren und älter

Statistisches Bundesamt (2004) Fragen zur Gesundheit. Mikrozensus 2003 – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung im Mai 2003. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2014) Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung 2013. Wiesbaden

Abbildung: Entwicklung der Anteile der über 30-jährigen Männer und Frauen, die jemals in ihrem Leben regelmäßig geraucht haben | Abbildung: Durchschnittliches Alter beim Beginn des Rauchens von über 30-jährigen Männern und Frauen

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2015) Eigene Berechnungen mit Daten des Mikrozensus 2009 (Scientific Use File)

Abbildung: Entwicklung der Anteile bei männlichen Rauchern (12-17 Jahre, 18-25 Jahre, 25-69 Jahre) und Raucherinnen (12-17 Jahre, 18-25 Jahre, 25-69 Jahre)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013) Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015) Drogen- und Suchtbericht Mai 2015. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Lampert T & Kuntz B (2015) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 2015. Pabst Science Publishers, Lengerich, Seiten: 72–101

3.7 Rauchen bei Erwachsenen

Text

Kraus L, Pabst A, Gomes de Matos E & Piontek D (2014) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012 – Tabellenband: Prävalenz des Tabakkonsums und der Nikotinabhängigkeit nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. IFT Institut für Therapieforschung, München, Deutschland

Statistisches Bundesamt (2015) Rauchgewohnheiten 2013. Raucher und Nichtraucher im Alter von 18 Jahren und mehr nach Geschlecht und Ländern. Datenquelle: Mikrozensus 2013, persönliche Mitteilung im Mai 2015

Abbildung: Raucheranteile bei Männern im Alter von 18 Jahren und älter | Abbildung: Raucheranteile bei Frauen im Alter von 18 Jahren und älter

Statistisches Bundesamt (2015) Rauchgewohnheiten 2013. Raucher und Nichtraucher im Alter von 18 Jahren und mehr nach Geschlecht und Ländern. Datenquelle: Mikrozensus 2013, persönliche Mitteilung im Mai 2015

Abbildung: Häufigkeit und Menge des Rauchens bei erwachsenen männlichen Rauchern | Abbildung: Häufigkeit und Menge des Rauchens bei erwachsenen Raucherinnen

Kraus L, Pabst A, Gomes de Matos E & Piontek D (2014) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012 – Tabellenband: Prävalenz des Tabakkonsums und der Nikotinabhängigkeit nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. IFT Institut für Therapieforschung, München

3.8 Rauchen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Text

Lampert T, Kuntz B & KiGGS Study Group (2014) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 57: 830–839

Statistisches Bundesamt (2015) Rauchgewohnheiten 2013. Raucher und Nichtraucher im Alter von 15 bis 24 Jahren nach Geschlecht und Ländern. Datenquelle: Mikrozensus 2013, persönliche Mitteilung im Juni 2015

Abbildung: Rauchanteile bei Jungen und jungen Männern im Alter von 15 bis 24 Jahren | Abbildung: Raucheranteile bei Mädchen und jungen Frauen im Alter von 15 bis 24 Jahren

Statistisches Bundesamt (2015) Rauchgewohnheiten 2013. Raucher und Nichtraucher im Alter von 15 bis 24 Jahren nach Geschlecht und Ländern. Datenquelle: Mikrozensus 2013, persönliche Mitteilung im Juni 2015

Abbildung: Häufigkeit und Menge des Rauchens bei 11- bis 17-jährigen Jungen | Abbildung: Häufigkeit und Menge des Rauchens bei 11- bis 17-jährigen Mädchen

Lampert T & Kuntz B (2014) Menge und Häufigkeit des Rauchens bei Jungen und Mädchen – Ergebnisse der KiGGS-Studie. Robert Koch-Institut, persönliche Mitteilung im Dezember 2014

Lampert T, Kuntz B & KiGGS Study Group (2014) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 57: 830–839

3.9 Wasserpfeifenkonsum und gesundheitliche Folgen

Text

Aboaziza E & Eissenberg T (2015) Waterpipe tobacco smoking: what is the evidence that it supports nicotine/tobacco dependence? Tob Control 24 Suppl 1: i44–i53

El-Zaatari ZM, Chami HA & Zaatari GS (2015) Health effects associated with waterpipe smoking. Tob Control 24 Suppl 1: i31–i43

Kumar SR, Davies S, Weitzman M & Sherman S (2015) A review of air quality biological indicators and health effects of second-hand waterpipe smoke exposure. Tob Control 24 Suppl 1: i54–i59

Kuntz B, Lampert T & KiGGS Study Group (2015) Wasserpfeifenkonsum (Shisha-Rauchen) bei Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 58: 467–473

Maziak W, Taleb ZB, Bahelah R, Islam F, Jaber R, Auf R & Salloum RG (2015) The global epidemiology of waterpipe smoking. Tob Control 24 Suppl 1: i3–i12

Shihadeh A, Azar S, Antonios C & Haddad A (2004) Towards a topographical model of narghile water-pipe café smoking: a pilot study in a high socioeconomic status neighborhood of Beirut, Lebanon. Biochem. Pharmacol Behav 79: 75–82

Shihadeh A, Schubert J, Klaiany J, El Sabban M, Luch A & Saliba NA (2015) Toxicant content, physical properties and biological activity of waterpipe tobacco smoke and its tobacco-free alternatives. Tob Control 24 Suppl 1: i22–i30

World Health Organization (2015) Advisory note: waterpipe tobacco smoking: health effects, research needs and recommended actions for regulators. 2nd edition. WHO Study Group on Tobacco Product Regulation (TobReg), Genf, Schweiz

Abbildung: Wasserpfeifenkonsum von 12- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen innerhalb der letzten 30 Tage | Abbildung: Jemalskonsum von Wasserpfeifen bei 12- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen

Kuntz B, Lampert T & KiGGS Study Group (2015) Wasserpfeifenkonsum (Shisha-Rauchen) bei Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 58: 467–473

Abbildung: Im Rauch von Wasserpfeifen (einstündiger Gebrauch) und Zigaretten (eine Zigarette) in verschiedenen Studien gemessene Mengen ausgewählter Schadstoffe und durchschnittliches Nutzungsverhalten

Foto: © Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (bearbeitet)

Aboaziza E & Eissenberg T (2015) Waterpipe tobacco smoking: what is the evidence that it supports nicotine/tobacco dependence? Tob Control 24 Suppl 1: i44–i53

Blank MD, Disharoon S & Eissenberg T (2009) Comparison of methods for measurement of smoking behavior: mouthpiece-based computerized devices versus direct observation. Nicotine Tob Res 11: 896–903

Eissenberg T & Shihadeh A (2009) Waterpipe tobacco and cigarette smoking: direct comparison of toxicant exposure. Am J Prev Med 37: 518–523

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Gass JC, Germeroth LJ, Wray JM & Tiffany ST (2015) The reliability and stability of puff topography variables in non-daily smokers assessed in the laboratory. Nicotine Tob Res, online veröffentlicht am 5. März 2015 (im Druck)

Hammond D, Fong GT, Cummings KM & Hyland A (2005) Smoking topography, brand switching, and nicotine delivery: results from an in vivo study. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 14: 1370–1375

Katurji M, Daher N, Sheheitli H, Saleh R & Shihadeh A (2010) Direct measurement of toxicants inhaled by water pipe users in the natural environment using a real-time in situ sampling technique. Inhal Toxicol 13: 1101–1109

Perkins KA, Karelitz JL, Giedgowd GE & Conklin C (2012) The reliability of puff topography and subjective responses during ad lib smoking of a single cigarette. Nicotine Tob Res 4: 490–494

Shihadeh A, Schubert J, Klaiany J, El Sabban M, Luch A & Saliba NA (2015) Toxicant content, physical properties and biological activity of waterpipe tobacco smoke and its tobacco-free alternatives. Tob Control 24 Suppl 1: i22–i30

Abbildung: Durch das Rauchen von Wasserpfeifen verursachte akute Beschwerden und chronische Erkrankungen bei Jungen/Männern und Mädchen/Frauen

El-Zaatari ZM, Chami HA & Zaatari GS (2015) Health effects associated with waterpipe smoking. Tob Control 24 Suppl 1: i31–i43

Kumar SR, Davies S, Weitzman M & Sherman S (2015) A review of air quality biological indicators and health effects of second-hand waterpipe smoke exposure. Tob Control 24 Suppl 1: i54–i59

Shihadeh A, Schubert J, Klaiany J, El Sabban M, Luch A & Saliba NA (2015) Toxicant content, physical properties and biological activity of waterpipe tobacco smoke and its tobacco-free alternatives. Tob Control 24 Suppl 1: i22–i30

3.10 Sozialer Status und Rauchen

Text

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2015) Eigene Berechnungen mit Daten des Mikrozensus 2009 (Scientific Use File)

Lampert T & Kuntz B (2015) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 2015. Pabst Science Publishers, Lengerich, Seiten 72–101

Lampert T, Kuntz B & KiGGS Study Group (2014) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 57: 830–839

Abbildung: Sozialstatus und Rauchen bei Männern (niedriger Sozialstatus, mittlerer Sozialstatus, hoher Sozialstatus) und Frauen (niedriger Sozialstatus, mittlerer Sozialstatus, hoher Sozialstatus)

Lampert T & Kuntz B (2015) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 2015. Pabst Science Publishers, Lengerich, Seiten 72–101

Abbildung: Entwicklung der Anteile der Jemalsraucher entsprechend des Schulabschlusses

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2015) Eigene Berechnungen mit Daten des Mikrozensus 2009 (Scientific Use File)

Abbildung: Sozialstatus und Rauchen bei 11- bis 17-jährigen Jungen (niedriger Sozialstatus, mittlerer Sozialstatus, hoher Sozialstatus) und Mädchen (niedriger Sozialstatus, mittlerer Sozialstatus, hoher Sozialstatus)

Lampert T, Kuntz B & KiGGS Study Group (2014) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 57: 830–839

3.11 Rauchen bei verschiedenen Berufsgruppen

Text

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2015) Eigene Berechnungen mit Daten des Mikrozensus 2009 (Scientific Use File)

Statistisches Bundesamt (2014) Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung 2013. Wiesbaden

Abbildung: Raucheranteile bei Erwerbspersonen

Statistisches Bundesamt (2014) Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung 2013. Wiesbaden

Abbildung: Berufsgruppen mit den zehn höchsten und den zehn niedrigsten Raucheranteilen bei Männern | Abbildung: Raucheranteile in ausgewählten Gesundheitsberufen bei Frauen | Abbildung: Berufsgruppen mit den zehn höchsten und den zehn niedrigsten Raucheranteilen bei Frauen

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2015) Eigene Berechnungen mit Daten des Mikrozensus 2009 (Scientific Use File)

Anmerkung: Es wurden nur Berufsgruppen berücksichtigt, die eine Fallzahl von mehr als 50 umfassen.

3.12 Durch Rauchen bedingte Todesfälle

Text

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2009) Tabakatlas Deutschland 2009. Steinkopff Verlag, Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2015) Eigene Berechnungen mit Daten des Mikrozensus 2013 und der Todesursachenstatistik 2013

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015) Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung. Datenquelle: Todesursachenstatistik 2013, Statistisches Bundesamt, Bonn, https://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Levy DT, Blackman K, Currie LM & Mons U (2013) Germany SimSmoke: the effect of tobacco control policies on future smoking prevalence and smoking-attributable deaths in Germany. Nicotine Tob Res 15: 465–473

Mons U (2011) Tabakattributable Mortalität in Deutschland und in den deutschen Bundeländern – Berechnungen mit Daten des Mikrozensus und der Todesursachenstatistik. Gesundheitswesen 73: 238–246

Statistisches Bundesamt (2015) Rauchgewohnheiten 2013. Raucher und Nichtraucher, durchschnittliches Alter des Rauchbeginns nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesland. Datenquelle: Mikrozensus 2013, persönliche Mitteilung im April 2015

Abbildung: Durch Rauchen bedingte Todesfälle bei Männern | Abbildung: Gesamttodesfälle und Anteile der durch Rauchen bedingten Todesfälle infolge von Krebs-, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen bei Männern | Abbildung: Durch Rauchen bedingte Todesfälle bei Frauen | Abbildung: Gesamttodesfälle und Anteile der durch Rauchen bedingten Todesfälle infolge von Krebs-, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen bei Frauen

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2015) Eigene Berechnungen mit Daten des Mikrozensus 2013 und der Todesursachenstatistik 2013

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015) Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung. Datenquelle: Todesursachenstatistik 2013, Statistisches Bundesamt, Bonn, https://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Statistisches Bundesamt (2015) Rauchgewohnheiten 2013. Raucher und Nichtraucher, durchschnittliches Alter des Rauchbeginns nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesland. Datenquelle: Mikrozensus 2013, persönliche Mitteilung im April 2015

3.13 Durch Rauchen bedingte Todesfälle – Lungenkrebs

Text

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2015) Eigene Berechnungen mit Daten des Mikrozensus 2013 und der Todesursachenstatistik 2013

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015) Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung. Datenquelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, Bonn, https://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Mons U (2011) Tabakattributable Mortalität in Deutschland und in den deutschen Bundeländern – Berechnungen mit Daten des Mikrozensus und der Todesursachenstatistik. Gesundheitswesen 73: 238–246

Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (2013) Krebs in Deutschland 2009/2010. 9. Ausgabe, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin

Statistisches Bundesamt (2015) Rauchgewohnheiten 2013. Raucher und Nichtraucher, durchschnittliches Alter des Rauchbeginns nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesland. Datenquelle: Mikrozensus 2013, persönliche Mitteilung im April 2015

Abbildung: Durch Rauchen bedingte Lungenkrebstodesfälle bei Männern | Abbildung: Häufigste durch Rauchen bedingte Krebstodesursachen bei Männern (Luftröhre, Bronchien, Lunge, Dick-

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

und Enddarm, Lippe, Mundhöhle, Rachen, Speiseröhre, sonstige) und Frauen (Luftröhre, Bronchien, Lunge, Bauchspeicheldrüse, Dick- und Enddarm, Speiseröhre, sonstige) | Abbildung: Durch Rauchen bedingte Lungenkrebstodesfälle bei Frauen

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2015) Eigene Berechnungen mit Daten des Mikrozensus 2013 und der Todesursachenstatistik 2013

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015) Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung. Datenquelle: Todesursachenstatistik 2013, Statistisches Bundesamt, Bonn, https://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Statistisches Bundesamt (2015) Rauchgewohnheiten 2013. Raucher und Nichtraucher, durchschnittliches Alter des Rauchbeginns nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesland. Datenquelle: Mikrozensus 2013, persönliche Mitteilung im April 2015

Abbildung: Entwicklung der häufigsten Krebstodesursachen bei Männern | Abbildung: Entwicklung der häufigsten Krebstodesursachen bei Frauen

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015) Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung. Datenquelle: Todesursachenstatistik 1998–2013, Statistisches Bundesamt, Bonn, https://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 25. September 2015)

3.14 Durch Rauchen bedingte Todesfälle – Herz-Kreislauferkrankungen

Text

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2015) Eigene Berechnungen mit Daten des Mikrozensus 2013 und der Todesursachenstatistik 2013

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015) Sterbefälle (absolut, Sterbeziffer, Ränge, Anteile) für die 10/20/50/100 häufigsten Todesursachen (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, ICD-10. Datenquelle: Todesursachenstatistik 2013, Statistisches Bundesamt, Bonn, https://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015) Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung. Datenquelle: Todesursachenstatistik 2013, Statistisches Bundesamt, Bonn, https://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Statistisches Bundesamt (2014) Gesundheit. Todesursachen in Deutschland 2013. Fachserie 12, Reihe 4, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2015) Rauchgewohnheiten 2013. Raucher und Nichtraucher, durchschnittliches Alter des Rauchbeginns nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesland. Datenquelle: Mikrozensus 2013, persönliche Mitteilung im April 2015

Abbildung: Durch Rauchen bedingte Todesfälle durch ischämische Herzkrankheiten bei Männern | Abbildung: Durch Rauchen bedingte Todesfälle durch ischämische Herzkrankheiten bei Frauen

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2015) Eigene Berechnungen mit Daten des Mikrozensus 2013 und der Todesursachenstatistik 2013

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015) Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung. Datenquelle: Todesursachenstatistik 2013, Statistisches Bundesamt, Bonn, https://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Statistisches Bundesamt (2015) Rauchgewohnheiten 2013. Raucher und Nichtraucher, durchschnittliches Alter des Rauchbeginns nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesland. Datenquelle: Mikrozensus 2013, persönliche Mitteilung im April 2015

Abbildung: Todesursachen bei Männern und Frauen nach Krankheitsarten

Statistisches Bundesamt (2014) Gesundheit. Todesursachen in Deutschland 2013. Fachserie 12, Reihe 4, Wiesbaden

Abbildung: Zehn häufigste Todesursachen bei Männern | Abbildung: Zehn häufigste Todesursachen bei Frauen

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015) Sterbefälle (absolut, Sterbeziffer, Ränge, Anteile) für die 10/20/50/100 häufigsten Todesursachen (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, ICD-10. Datenquelle: Todesursachenstatistik 2013, Statistisches Bundesamt, Bonn, https://www.gbe-bund.de (aufgerufen am 25. September 2015)

4 Passivrauchen und gesundheitliche Folgen

Foto: © Alexander Marushin/Fotolia

4.1 Gesundheitliche Folgen des Passivrauchens

Text | Abbildung: Mögliche Folgen des Passivrauchens in der Schwangerschaft und durch Passivrauchen verursachte oder verschlimmerte Krankheiten und Beschwerden bei Säuglingen und Kindern | Abbildung: Durch Passivrauchen verursachte oder verschlimmerte Krankheiten und Beschwerden bei Erwachsenen

Cheraghi M & Salvi S (2009) Environmental tobacco smoke (ETS) and respiratory health in children. Eur J Pediatr 168: 897–905

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2005) Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Band 5, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2008) Gesundheitsschäden durch Rauchen und Passivrauchen. Fakten zum Rauchen, Heidelberg

International Agency for Research on Cancer (2004) Tobacco smoke and involuntary smoking. Volume 83, IARC Monographs on the evaluation of the carcinogenic risks to humans. World Health Organization, Lyon, Frankreich

U.S. Department of Health and Human Services (2014) The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia, USA

Foto: © Oksana Kuzmina/Fotolia

4.2 Passivrauchen bei Erwachsenen

Text

Augustin R, Metz K, Heppekausen K & Kraus L (2005) Tabakkonsum, Abhängigkeit und Änderungsbereitschaft. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2003. Sucht 51 (Sonderheft 1): 40–48

Baumeister SE, Kraus L, Stonner TK & Metz K (2008) Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. Sucht 54 (Sonderheft 1): 26–35

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2010) Nichtraucherschutz wirkt – eine Bestandsaufnahme der internationalen und der deutschen Erfahrungen. Band 15, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2015) Eigene Berechnungen mit Daten der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006 (Scientific Use File)

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2015) Eigene Berechnungen mit Daten der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 (Scientific Use File)

Kröger CB & Piontek D (2014) Daten zur Passivrauchexposition. Epidemiologischer Suchtsurvey 2009, Institut für Therapieforschung, München, persönliche Mitteilung im November 2014

Lampert T & Kuntz B (2015) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 2015. Pabst Science Publishers, Lengerich, Seiten 72–101

Müller S, Kraus L, Piontek D & Pabst A (2010) Changes in exposure to second hand smoke and smoking behaviour in the general population after the introduction of new smoke-free laws in Germany. Sucht 56: 373–384

Abbildung: Passivrauchbelastung von Männern (insgesamt, niedriger Sozialstatus, mittlerer Sozialstatus, hoher Sozialstatus) und Frauen (insgesamt, niedriger Sozialstatus, mittlerer Sozialstatus, hoher Sozialstatus)

Lampert T und Kuntz B (2015) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 2015. Pabst Science Publishers, Lengerich, Seiten 72–101

Abbildung: Passivrauchbelastung zu Hause, am Arbeitsplatz und in der Freizeit bei 18- bis 64-jährigen Männern (2003, 2006, 2009) und Frauen (2003, 2006, 2009)

Augustin R, Metz K, Heppekausen K & Kraus L (2005) Tabakkonsum, Abhängigkeit und Änderungsbereitschaft. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2003. Sucht 51 (Sonderheft 1): 40–48

Baumeister SE, Kraus L, Stonner TK & Metz K (2008) Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. Sucht 54 (Sonderheft 1): 26–35

Kröger CB & Piontek D (2014) Daten zur Passivrauchexposition. Epidemiologischer Suchtsurvey 2009, persönliche Mitteilung im November 2014

Abbildung: Passivrauchbelastung an verschiedenen Arbeitsplätzen von Männern (2006, 2012) und Frauen (2006, 2012) im Alter von 15 Jahren und älter

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2015) Eigene Berechnungen mit Daten der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006 (Scientific Use File)

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2015) Eigene Berechnungen mit Daten der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 (Scientific Use File)

4.3 Passivrauchen bei Kindern und Jugendlichen

Text

Braun S (2014) Long-term effects of smoke free legislation on private households – findings from 3 German ITC waves. Presentation, 6. European Conference on Tobacco or Health, März 2014, Istanbul, Türkei

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2010) Schutz der Familie vor Tabakrauch. Band 14, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

Lampert T & Kuntz B & KiGGS Study Group (2015) Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? GBE kompakt 6(1), Robert Koch-Institut, Berlin

Lampert T & Kuntz B (2015) Rauchen der Eltern und Passivrauchen bei 11- bis 17-Jährigen. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Robert Koch-Institut, Berlin, persönliche Mitteilung im Februar 2015

Lampert T & Kuntz B (2015) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 2015. Pabst Science Publishers, Lengerich, Seiten 72–101

Schaller K, Braun S & Pötschke-Langer M (2014) Erfolgsgeschichte Nichtraucherschutz in Deutschland: Steigende Unterstützung in der Bevölkerung für gesetzliche Maßnahmen. Gesundheitsmonitor, Newsletter 04/2014

Abbildung: Passivrauchbelastung (mehrmals in der Woche oder täglich) bei nicht rauchenden 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen (nach Rauchstatus der Eltern und Erhebungszeitraum)

Lampert T & Kuntz B (2015) Passivrauchen bei 11- bis 17-Jährigen. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Robert Koch-Institut, Berlin, persönliche Mitteilung im Februar 2015

Abbildung: Passivrauchbelastung (mehrmals in der Woche oder täglich) bei nicht rauchenden 11- bis 17-Jährigen (nach Alter) | Abbildung: Passivrauchbelastung (mehrmals in der Woche oder täglich) bei nicht rauchenden 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen (nach Sozialstatus)

Kuntz B & Lampert T (2015) Tabakkonsum und Passivrauchbelastung bei Jugendlichen in Deutschland. Verbreitung, zeitliche Entwicklung und soziale Unterschiede. Deutsches Ärzteblatt International (im Druck)

Abbildung: Rauchregeln in Raucherhaushalten

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2013) Eigene Berechnungen mit Daten des ITC International Tobacco Control Policy Evaluation Projects, Welle 3 (2011)

Abbildung: Entwicklung der Rauchregeln zu Hause und im Auto bei Raucherhaushalten mit Kindern unter 18 Jahren

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2013) Eigene Berechnungen mit Daten des ITC International Tobacco Control Policy Evaluation Projects, Welle 1–3 (2007, 2009 und 2011)

5 Ökonomische Aspekte des Rauchens

Foto: © Deutsches Krebsforschungszentrum

5.1 Individuelle Kosten des Rauchens

Text

Statistisches Bundesamt (2011) Wirtschaftsrechnungen. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe Aufwendungen privater Haushalte für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren 2008. Fachserie 15, Heft 3, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2015) Finanzen und Steuern. Absatz von Tabakwaren 2014. Fachserie 14, Reihe 9.1.1, Wiesbaden

Abbildung: Anteil der Ausgaben für Tabakwaren an den monatlichen Haushaltsausgaben für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren

Statistisches Bundesamt (2011) Wirtschaftsrechnungen. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe Aufwendungen privater Haushalte für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren 2008. Fachserie 15, Heft 3, Wiesbaden

Abbildung: Was man sich nach einem Rauchstopp leisten könnte

Anmerkung: Es wurde von einer Packung Zigaretten pro Tag mit einem Preis von fünf Euro ausgegangen.

5.2 Kosten für Gesundheitssystem und Volkswirtschaft infolge des Rauchens

Text | Abbildung: Jährliche direkte Kosten des Rauchens | Abbildung: Kostenkompensierender Zigarettenpreis | Abbildung: Jährliche indirekte Kosten des Rauchens

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2015) Die Kosten des Rauchens in Deutschland. Aus der Wissenschaft – für die Politik, Heidelberg

Effertz T (2015) Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlicher Konsumgüter – Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas. Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main

5.3 Tabakpreis und Tabaksteuer

Text

Bundesministerium der Finanzen (2015) Höhe der Tabaksteuer. http://www.zoll.de/DE/Fachthemen/Steuern/Verbrauchsteuern/Alkohol-Tabakwaren-Kaffee/Steuerhoehe/Tabak/tabak_node.html (aufgerufen am 25. September 2015)

Bundestag (2014) Tabaksteuergesetz (TabStG). Tabaksteuergesetz vom 15. Juli 2009 (BGBl. I S. 1870), das zuletzt durch Artikel 23 des Gesetzes vom 25. Juli 2014 (BGBl. I S. 1266) geändert worden ist

Rat der Europäischen Union (2011) Richtlinie 2011/64/EU des Rates vom 21. Juni 2011 über die Struktur und die Sätze der Verbrauchsteuern auf Tabakwaren. Amtsblatt der Europäischen Union, L 176/24–L176/36

Shang C, Chaloupka FJ, Fong GT, Thompson M & O'Connor RJ (2015) The association between tax structure and cigarette price variability: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation (ITC) Project. Tob Control 24 Suppl 3: iii88–iii93

Statistisches Bundesamt (1999–2015) Finanzen und Steuern. Absatz von Tabakwaren (1998–2014). Fachserie 14, Reihe 9.1.1, Wiesbaden

Abbildung: Steueranteile und Wirtschaftsanteil am Preis einer Packung und einer Zigarette | Abbildung: Tabaksteuersätze für Zigaretten, Zigarren/Zigarillos, Feinschnitt und Pfeifentabak (inklusive Wasserpfeifentabak)

Bundesministerium der Finanzen (2015) Höhe der Tabaksteuer. http://www.zoll.de/DE/Fachthemen/Steuern/Verbrauchsteuern/Alkohol-Tabakwaren-Kaffee/Steuerhoehe/Tabak/tabak_node.html (aufgerufen am 25. September 2015)

Bundestag (2014) Tabaksteuergesetz (TabStG). Tabaksteuergesetz vom 15. Juli 2009 (BGBl. I S. 1870), das zuletzt durch Artikel 23 des Gesetzes vom 25. Juli 2014 (BGBl. I S. 1266) geändert worden ist

Deutscher Zigarettenverband (2015) Zigarettenpreise. Preisaufteilung einer Schachtel Zigaretten. https://www.zigarettenverband.de/de/22/Zigarettenpreise (aufgerufen am 3. März 2015)

Fotos: © Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention | © Deutsches Krebsforschungszentrum

Abbildung: Netto-Einnahmen des Bundes durch Tabaksteuern für Zigaretten, Zigarren/Zigarillos, Feinschnitt und Pfeifentabak

Statistisches Bundesamt (2009, 2011, 2013 und 2015) Finanzen und Steuern. Absatz von Tabakwaren (2008, 2010, 2012 und 2014). Fachserie 14, Reihe 9.1.1, Wiesbaden

Abbildung: Entwicklung der durchschnittlichen Tabaksteuer und des durchschnittlichen Preises von Zigaretten

Statistisches Bundesamt (1999–2015) Finanzen und Steuern. Absatz von Tabakwaren (1998–2014). Fachserie 14, Reihe 9.1.1, Wiesbaden

6 Tabakindustrie

Foto: © Deutsches Krebsforschungszentrum

6.1 Hersteller von Tabakprodukten

Text

British American Tobacco (Germany) GmbH (2014) http://www.bat.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Die Tabak Zeitung (2014) Dokumentation 2014 – Zigarette: Marktbericht, Anbieter, Marken. Nr. 18, 2. Mai 2014

Die Tabak Zeitung (2014) Dokumentation 2014 – Zigarre: Marktbericht, Anbieter, Marken. Nr. 27, 4. Juli 2014

Japan Tobacco International Germany GmbH (2012) http://www.jti.com (aufgerufen am 25. September 2015)

Petry K (1999) Neuerburg. In: Bayerische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.) Neue Deutsche Biographie. Band 19, S. 112 f., Onlinefassung: http://www.deutsche-biographie.de/ppn138143919.html (aufgerufen am 25. September 2015)

Philip Morris Germany GmbH (2015) http://www.pmi.com/marketpages/Pages/market_de_de.aspx (aufgerufen am 25. September 2015)

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Reemtsma Cigarettenfabriken GmbH (2015) http://www.reemtsma.com (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Marktanteile der führenden Zigarettenmarken und Marktanteile der führenden Hersteller (unter Berücksichtigung sämtlicher Marken)

Die Tabak Zeitung (2014) Tabakjahrbuch 2015. Konradin Selection GmbH, Mainz

Die Tabak Zeitung (2014) Dokumentation 2014 – Zigarette: Marktbericht, Anbieter, Marken. Nr. 18, 2. Mai 2014

Abbildung: Standorte von Zigarettenherstellern (Sitz/Hauptsitz, Produktionsstandort) sowie Zigarren-, Zigarillo- Pfeifentabak-, Schnupftabak- und Kautabakherstellern in Deutschland

British American Tobacco (Germany) GmbH (2015) http://www.bat.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Die Tabak Zeitung (2014) Tabakjahrbuch 2015. Konradin Selection GmbH, Mainz

Heintz van Landewyck GmbH (2015) http://www.hvl.lu (aufgerufen am 25. September 2015) sowie persönliche Mitteilung im April 2015

Japan Tobacco International Germany GmbH (2015) http://www.jti.com (aufgerufen am 25. September 2015)

Joh. Wilh. von Eicken GmbH (2015) http://www.von-eicken.com/de (aufgerufen am 25. September 2015)

Philip Morris Germany GmbH (2015) http://www.pmi.com/marketpages/Pages/market_de_de.aspx (aufgerufen am 25. September 2015)

Reemtsma Cigarettenfabriken GmbH (2015) http://www.reemtsma.com (aufgerufen am 25. September 2015)

Santa Fe Natural Tobacco Company Germany GmbH (2015) https://www.naturalamericanspirit.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Top Employers Institute (2015) Company profiles. http://www.top-employers.com/de/companyprofiles/DE/jt-international-sa (aufgerufen am 25. September 2015)

6.2 Tabakanbau in Deutschland

Text

Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (2004) Meilensteine der Agrarpolitik – Umsetzung der europäischen Agrarreform in Deutschland. Ausgabe 2005

Bundesverband Deutscher Tabakpflanzer (2015) Daten zum Tabakanbau in Deutschland – Erntejahr 2014. Persönliche Mitteilung im März 2015

Europäische Kommission (1998) Die Reform des Tabaksektors. Generaldirektion Landwirtschaft und ländliche Entwicklung, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg

Europäische Kommission (2014) Landwirtschaft und ländliche Entwicklung. Rohtabak. http://ec.europa.eu/agriculture/tobacco/index_de.htm (aufgerufen am 25. September 2015)

European Commission (2014) Raw Tobacco – Production statistics – 2013–2003 harvests. Directorate-General for Agriculture and Rural Development, Brüssel, Belgien

Güll R (2006) Tabak. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 9/2006

Kienle U (2015) Tabakanbau in Deutschland – Preisentwicklung. Universität Hohenheim, persönliche Mitteilung im Januar 2015

Statistisches Bundesamt (2014) Land- und Forstwirtschaft, Fischerei. Arbeitskräfte Agrarstrukturerhebung 2013. Fachserie 3, Reihe 2.1.8, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2014) Land- und Forstwirtschaft, Fischerei. Bodennutzung der Betriebe (Landwirtschaftlich genutzte Flächen). Fachserie 3, Reihe 3.1.2, Wiesbaden

Abbildung: Landwirtschaftliche Gesamtanbauflächen im Vergleich

Bundesverband Deutscher Tabakpflanzer (2015) Daten zum Tabakanbau in Deutschland – Erntejahr 2014. Persönliche Mitteilung im März 2015

Statistisches Bundesamt (2014) Land- und Forstwirtschaft, Fischerei. Bodennutzung der Betriebe (Landwirtschaftlich genutzte Flächen). Fachserie 3, Reihe 3.1.2, Wiesbaden

Abbildung: Entwicklung des deutschen Tabakanbaus von 2003 bis 2014

Bundesverband Deutscher Tabakpflanzer (2015) Daten zum Tabakanbau in Deutschland – Erntejahr 2014. Persönliche Mitteilung im März 2015

European Commission (2014) Raw tobacco – production statistics – 2013–2003 harvests. Directorate-General for Agriculture and Rural Development, Brüssel, Belgien

Abbildung: Tabakanbau in den Bundesländern

Bundesverband Deutscher Tabakpflanzer (2015) Daten zum Tabakanbau in Deutschland – Erntejahr 2014. Persönliche Mitteilung im März 2015

Abbildung: Entwicklung der Tabakpreise für Virginia Tabak (Gesamtpreis mit Subvention, kommerzieller Preis) und Burley Tabak (Gesamtpreis mit Subvention, kommerzieller Preis) vor und nach Wegfallen der Tabaksubvention

Kienle U (2015) Tabakanbau in Deutschland – Preisentwicklung. Universität Hohenheim, persönliche Mitteilung im Januar 2015

6.3 Tabakanbau, Tabakproduktion und deren Folgen

Text

Christian Aid & Departimento de Estudos Socio-Economicos Rurais (DESER) (2002) Hooked on tobacco – report on British American Tobacco subsidiary. London, England

D'Allessandro A, Benowitz NL, Muzi G, Eisner MD, Biliberto S, Fantozzi P, Monanari L & Abbritti G (2001) Systemic nicotine exposure in tobacco harvesters. Arch Environ Health 56: 257–263

Geist H (2008) Tobacco growers at the crossroads: towards a comparison of diversification and ecosystem impacts. Land Use Policy 26: 1066–1979

Khater AEM (2004) Polonium-210 budget in cigarettes. J Environ Radioact 71: 33–41

Reddy KS & Gupta PC (2004) Tobacco control in India. Ministry of Health and Family Welfare, Indien

Taylor P (1984) Smoke ring: the politics of tobacco. The Bodlea Head, London, England

United States General Accounting Office (2003) Pesticides on tobacco: federal activities to assess risks and monitor residues. Report to the Ranking Minority Member, Committee on Government Reform, House of Representatives, GAO-03-485, Washington D.C., USA, http://www.gao.gov/new.items/d03485.pdf (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Ökologische, ökonomische und gesundheitliche Probleme vom Tabakanbau bis zum Konsum des fertigen Produkts

Dane AJ, Havey CD & Voorhees KJ (2006) The detection of nitro pesticides in mainstream and sidestream cigarette smoke using electron monochromator-mass spectrometry. Anal Chem 78: 3227–3233

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2005) Die Tabakindustriedokumente I: Chemische Veränderungen an Zigaretten und Tabakabhängigkeit. Band 3, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

Georg Thieme Verlag KG (2015) Römpp Online, https://roempp.thieme.de/roempp4.0/do/Welcome.do (aufgerufen am 25. September 2015)

Khater AEM (2004) Polonium-210 budget in cigarettes. J Environ Radioact 71: 33–41

United States General Accounting Office (2003) Pesticides on tobacco: federal activities to assess risks and monitor residues. Report to the Ranking Minority Member, Committee on Government Reform, House of Representatives, GAO-03-485, Washington D.C., USA, http://www.gao.gov/new.items/d03485.pdf (aufgerufen am 25. September 2015)

6.4 Vertrieb und Absatz von Tabakprodukten

Text

Die Tabak Zeitung (2015) Dokumentation 2015 – Zigarette. Nr. 17/18, 24. April 2015

Die Tabak Zeitung (2015) Statistik. Fast jeder zweite Automat steht in Deutschland. Nr. 22, 29. Mai 2015

Die Welt (2009) Die Deutschen rauchen weniger legale Zigaretten. 19. Januar 2009, http://www.welt.de/wirtschaft/article3052112/Die-Deutschen-rauchen-weniger-legale-Zigaretten.html (aufgerufen am 25. September 2015)

Manager Magazin (2007) Ungezügelte Rauchlust. 18. April 2007, http://www.manager-magazin.de/unternehmen/artikel/a-477920.html (aufgerufen am 25. September 2015)

Presseportal (2006) Tabakmarkt in 2005 zeigt sich angespannt. Klassischer Feinschnitt in 2005 mit Absatzeinbußen. 19. Januar 2006, http://www.presseportal.de/pm/55305/775082/tabakmarkt-in-2005-zeigt-sich-angespannt-klassischer-feinschnitt-in-2005-mit-absatzeinbussen (aufgerufen am 25. September 2015)

Presseportal (2008) Pfeifenrauchen weiterhin rückläufig: Nur der Absatz von Pseudo-Pfeifentabaken steigt. 16. April 2008, http://www.presseportal.de/pm/55305/1172863/pfeiferauchen-weiterhin-r-ckl-ufig-nur-der-absatz-von-pseudo-pfeifentabaken-steigt (aufgerufen am 25. September 2015)

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Reisner M (2015) Absatz von Tabakprodukten in Deutschland. Chefredakteur, Die Tabak Zeitung, persönliche Mitteilung im April 2015

Statistisches Bundesamt (2015) 2014: Weniger als 80 Milliarden Zigaretten versteuert. Pressemitteilung Nr. 021, 19. Januar 2015, https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/01/PD15_021_799.html (aufgerufen am 25. September 2015)

Statistisches Bundesamt (2015) Versteuerung von Tabakwaren: Deutschland, Jahre. https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/logon?language=de&sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=73411-0001 (aufgerufen am 25. September 2015)

Verband der deutschen Rauchtabakindustrie e. V. (2015) Stabiler Feinschnittmarkt in 2014. Tabaksteuereinnahmen konnten erneut gesteigert werden. Pressemitteilung, 20. Januar 2015, http://www.verband-rauchtabak.de/aktuelles/stabiler-feinschnittmarkt-in-2014 (aufgerufen am 25. September 2015)

Verband der deutschen Rauchtabakindustrie e. V., Verband der Zigarettenpapier verarbeitenden Industrie & Tabak Forum (2009) Pressemitteilung Inter-tabac 2009. Die Tabakbranche stabilisiert sich im 1. Halbjahr 2009. 18. September 2009

Abbildung: Warenfluss von Fabrikzigaretten von den Herstellern über Händler zu den Verbrauchern

Die Tabak Zeitung (2015) Dokumentation 2015 – Zigarette. Nr. 17/18, 24. April 2015

Reisner M (2015) Absatz von Tabakprodukten in Deutschland. Chefredakteur, Die Tabak Zeitung, persönliche Mitteilung im April 2015

Abbildung: Anteile einzelner Zigarettensegmente am Gesamtabsatz von Zigaretten

Die Tabak Zeitung (2014) Dokumentation 2014 – Zigarette. Nr. 18, 2. Mai 2014

Abbildung: Entwicklung des Absatzes von besteuerten Rauchtabakprodukten

Statistisches Bundesamt (2005–2015) Finanzen und Steuern. Absatz von Tabakwaren (2004–2014). Fachserie 14, Reihe 9.1.1, Wiesbaden

6.5 Tabakwerbung

Text

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2012) Zigarettenwerbung in Deutschland – Marketing für ein gesundheitsgefährdendes Produkt. Band 18, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2015) Direktmarketing für Tabakprodukte in Deutschland. Band 21, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

Abbildung: Wirkung von Tabakwerbung

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2012) Zigarettenwerbung in Deutschland – Marketing für ein gesundheitsgefährdendes Produkt. Band 18, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

Abbildung: Marketingausgaben der Tabakindustrie

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015) Drogen- und Suchtbericht Mai 2015. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Abbildung: Marketing für Tabakprodukte

British American Tobacco (Germany) GmbH (2015) https://www.pall-mall.de (zugangsbeschränkte Internetseite, Screenshot vom 8. Mai 2015)

Reemtsma Cigarettenfabriken GmbH (2015) https://www.gauloises.de (zugangsbeschränkte Internetseite, Screenshot vom 12. Juni 2015)

Santa Fe Natural Tobacco Company Germany GmbH (2015) https://www.naturalamericanspirit.de (zugangsbeschränkte Internetseite, Screenshot vom 12. Juni 2015)

Fotos „Außenwerbung“: © Henri Kuntnowitz

6.6 Tabakaußenhandel

Text

Food and Agriculture Organization of the United Nations (2014) FAO Statistics Division – Trade of unmanufactured tobacco in 2011. http://faostat3.fao.org (aufgerufen am 25. September 2015)

Mersmann H (2007) Ökonomische Analyse des Zigarettenschmuggels in Deutschland und rechtspolitische Empfehlungen. Diplomarbeit am Institut für Recht der Wirtschaft der Universität Hamburg

Statistisches Bundesamt (2014) Aus- und Einfuhr (Außenhandel): Deutschland, Jahre, Ware (6-/8-Steller), Länder. Tabelle 51000-0016, Genesis Online-Datenbank, https://www-genesis.destatis.de/genesis/online (aufgerufen am 25. September 2015)

Statistisches Bundesamt (2014) Außenhandel. Zusammenfassende Übersichten für den Außenhandel (Endgültige Ergebnisse) 2013. Fachserie 7, Reihe 1, Wiesbaden

Abbildung: Die zehn führenden Herkunftsländer deutscher Zigarettenimporte | Abbildung: Die zehn führenden Zielländer deutscher Zigarettenexporte

Statistisches Bundesamt (2014) Aus- und Einfuhr (Außenhandel): Deutschland, Jahre, Ware (6-/8-Steller), Länder. Tabelle 51000-0016, Genesis Online-Datenbank, https://www-genesis.destatis.de/genesis/online (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Rohtabakimporte und Rohtabakexporte der zehn weltweit führenden Länder

Food and Agriculture Organization of the United Nations (2014) FAO Statistics Division – Trade of unmanufactured tobacco in 2011. http://faostat3.fao.org (aufgerufen am 25. September 2015)

6.7 Illegaler Tabakhandel

Text

Adams M & Effertz T (2011) Tabaksteuern, Schmuggel und unversteuerte Zigaretten – Zur Glaubwürdigkeit der „Entsorgungsstudie“ der Tabakindustrie. Gesundheitswesen 73: 705–712

Bundesministerium der Finanzen (2015) Die Zollverwaltung – Jahresstatistik 2014. http://www.zoll.de/SharedDocs/Broschueren/DE/Die-Zollverwaltung/jahresstatistik_2014.html?nn=19350 (aufgerufen am 25. September 2015)

Deutscher Zigarettenverband (2015) Nicht Versteuerter Zigarettenabsatz. Schätzung des Anteils in Deutschland konsumierter, aber nicht versteuerter Zigaretten. https://www.zigarettenverband.de/de/18/Themen/Zahlen_&_Fakten/Nicht_Versteuerter_Zigarettenabsatz (aufgerufen am 25. September 2015)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2015) Das Protokoll zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg

European Commission (2013) Stepping up the fight against cigarette smuggling and other forms of illicit trade in tobacco products – a comprehensive EU strategy. Brüssel, Belgien

Gilmore AB, Rowell A, Gallus S, Lugo A, Joossens L & Sims M (2014) Towards a greater understanding of the illicit tobacco trade in Europe: a review of the PMI funded ‘Project Star’ report. Tob Control 23: 51–61

Joossens L, Gilmore AB, Stoklosa M & Ross H (2015) Assessment of the European Union’s illicit trade agreements with the four major transnational Tobacco Companies. Tob Control, online veröffentlicht am 28. Mai 2015 (im Druck)

KPMG (2014) Project Sun. A study of the illicit cigarette market in the European Union. 2013 Results. http://www.pmi.com/eng/media_center/media_kit/Documents/SUN%20Report%202013.pdf (aufgerufen am 25. September 2015)

World Customs Organization (2014) Illicit Trade Report 2013. Brüssel, Belgien

Abbildung: Von der deutschen Zollfahndung sichergestellte Zigaretten

Bundesministerium der Finanzen (2006–2013) Die Bundeszollverwaltung – Jahresstatistik (2005–2012). http://www.zoll.de/DE/Service/Publikationen/Broschueren/statistiken.html?searchResult=true (aufgerufen am 25. September 2015)

Bundesministerium der Finanzen (2014) Die Zollverwaltung – Jahresstatistik 2013. http://www.zoll.de/DE/Service/Publikationen/Broschueren/statistiken.html?searchResult=true (aufgerufen am 25. September 2015)

Bundesministerium der Finanzen (2015) Die Zollverwaltung – Jahresstatistik 2014. http://www.zoll.de/SharedDocs/Broschueren/DE/Die-Zollverwaltung/jahresstatistik_2014.html?nn=19350 (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Art der in Deutschland im Jahr 2014 sichergestellten Zigaretten | Abbildung: Von den deutschen Zollfahndungsämtern im Jahr 2014 sichergestellte Zigaretten

Schmitz W (2015) Verteilung der im Jahr 2014 gesamt beschlagnahmten Zigaretten auf die Ermittlungsverfahren der acht Zollfahndungsämter in Deutschland. Pressestelle, Zollkriminalamt Köln, persönliche Mitteilung im September 2015

Abbildung: Begriffsdefinitionen zum illegalen Tabakhandel

Gilmore AB, Rowell A, Gallus S, Lugo A, Joossens L & Sims M (2014) Towards a greater understanding of the illicit tobacco trade in Europe: a review of the PMI funded ‘Project Star’ report. Tob Control 23: 51–61

Foto: © Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention

7 Tabakkontrollpolitik

Foto: © Deutsches Krebsforschungszentrum (bearbeitet)

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

7.1 Das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC)

Text

Bundestag (2004) Gesetz zu dem Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation vom 21. Mai 2003 zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Gesetz zu dem Tabakrahmenübereinkommen) vom 19. November 2004. Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2004, Teil II, Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 29. November 2004, http://www.bgbl.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Deutsches Institut für Menschenrechte (2015) Themen. Entwicklungspolitik. Oft gestellte Fragen. Was ist der Unterschied zwischen Unterzeichnung und Ratifizierung? http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/themen/entwicklungspolitik/oft-gestellte-fragen/was-ist-der-unterschied-zwischen-unterzeichnung-und-ratifizierung (aufgerufen am 25. September 2015)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg

Framework Convention Alliance on Tobacco Control (2015) Parties to the WHO FCTC (ratifications and accessions) as of March 2015. http://www.fctc.org/about-fca/tobacco-control-treaty/latest-ratifications/parties-ratifications-accessions#signed (aufgerufen am 25. September 2015)

World Health Organization (2003) WHO Framework Convention on Tobacco Control. Genf, Schweiz, http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Unterstützung zur Umsetzung der FCTC durch die Framework Convention Alliance (FCA) und das MPOWER-Paket

Framework Convention Alliance (2015) Membership Directory. Country Search: Germany, http://www.fctc.org/membership/membership-directory-289?sid=5029:Germany (aufgerufen am 25. September 2015)

Framework Convention Alliance (2015) The work of the FCA. http://www.fctc.org/about-fca/work-of-the-fca (aufgerufen am 25. September 2015)

World Health Organization (2015) WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: raising taxes on tobacco. WHO Press, Genf, Schweiz

Abbildung: Die Entstehung des Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC)

Pötschke-Langer M, Schotte K & Szilagyi T (2015) The WHO Framework Convention on Tobacco Control. In: Loddenkemper R & Kreuter, M (Hrsg.) The Tobacco Epidemic. Progress in Respiratory Research, Volume 42, Karger, Basel, Schweiz

Abbildung: Übersicht über die Vertragsparteien und Unterzeichner der FCTC

United Nations Treaty Collection (2015) Chapter IX Health. 4. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Status as at 22-09-2015, https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4&chapter=9&lang=en (aufgerufen am 25. September 2015)

7.2 Geschichte des Rahmenübereinkommens

Text

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg

World Health Organization (2015) WHO Framework Convention on Tobacco Control. http://www.who.int/fctc/en (aufgerufen am 25. September 2015)

Foto: © Jean-Marc Ferré, World Health Organization

Abbildung: Meilensteine in der Geschichte des Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs

Bundestag (2004) Gesetz zu dem Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation vom 21. Mai 2003 zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Gesetz zu dem Tabakrahmenübereinkommen) vom 19. November 2004. Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2004, Teil II, Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 29. November 2004, http://www.bgbl.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg

World Health Organization (2003) WHO Framework Convention on Tobacco Control. Genf, Schweiz, http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf (aufgerufen am 25. September 2015)

World Health Organization (2015) About the Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products. http://www.who.int/fctc/protocol/about/en (aufgerufen am 25. September 2015)

World Health Organization (2015) WHO Framework Convention on Tobacco Control celebrates 10 years of action to fight tobacco epidemic. Press release, Genf, Schweiz, http://www.who.int/entity/fctc/mediacentre/news/2015/WHO_FCTC_press_release.pdf?ua=1 (aufgerufen am 25. September 2015)

7.3 Eindämmung der Einflussnahme der Tabakindustrie

Text

Bundestag (2004) Gesetz zu dem Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation vom 21. Mai 2003 zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Gesetz zu dem Tabakrahmenübereinkommen) vom 19. November 2004. Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2004, Teil II, Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 29. November 2004, http://www.bgbl.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Corlett N (2013) Parliament Agenda: ALDE priorities for the week of 23 Sept 2013. http://www.vieuws.eu/eu-institutions/parliament-agenda-alde-priorities-for-the-week-of-23-sept-2013 (aufgerufen am 25. September 2015)

Corporate Europe Observatory (2012) Mapping the tobacco lobby in Brussels: a smoky business. http://corporateeurope.org/lobbycracy/2012/11/mapping-tobacco-lobby-brussels-smoky-business (aufgerufen am 25. September 2015)

Costa H, Gilmore AB, Peeters S, McKee M & Stuckler D (2014) Quantifying the influence of the tobacco industry on EU governance: automated content analysis of the EU Tobacco Products Directive. Tob Control 23: 473–478

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg

Peeters S, Costa H, Stuckler D, McKee M & Gilmore AB (2015) The revision of the 2014 European Tobacco Products Directive: an analysis of the tobacco industry's attempts to 'break the health silo'. Tob Control, online veröffentlicht am 24. Februar 2015 (im Druck)

Wall CR (1992) Philip Morris Research. Philip Morris Companies Incorporated, Collection: Philip Morris; Bliley, Bates Number: 2022850392-2022850402, http://legacy.library.ucsf.edu/tid/oam88d00 (aufgerufen am 25. September 2015)

WHO Framework Convention on Tobacco Control (2008) Guidelines for implementation of Article 5.3. Protection of public health policies with respect to tobacco control from commercial and other vested interests of the tobacco industry. Adopted by the Conference of the Parties at its third session (decision FCTC/COP3(7)), http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/article_5_3/en (aufgerufen am 25. September 2015)

World Health Organization (2003) WHO Framework Convention on Tobacco Control. Genf, Schweiz, http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Einflussnahme auf die europäische Tabakproduktrichtlinie

Corporate Europe Observatory (2012) Mapping the tobacco lobby in Brussels: a smoky business. http://corporateeurope.org/lobbycracy/2012/11/mapping-tobacco-lobby-brussels-smoky-business (aufgerufen am 25. September 2015)

European Commission (2010) Possible revision of the Tobacco Products Directive 2001/37/EC. Public consultation document. European Commission, Brüssel, Belgien

European Commission (2015) Public consultation on the possible revision of the Tobacco Products Directive 2001/37/EC. http://ec.europa.eu/health/tobacco/consultations/tobacco_cons_01_en.htm (aufgerufen am 25. September 2015)

Peeters S, Costa H, Struckler D, McKee M & Gilmore AB (2015) The revision of the 2014 European Tobacco Products Directive: an analysis of the tobacco industry's attempt to 'break the health silo'. Tob Control, online veröffentlicht am 24. Februar 2015 (im Druck)

Tobacco Tactics (2015) EU Tobacco Products Directive revision. http://www.tobaccotactics.org/index.php/EU_Tobacco_Products_Directive_Revision (aufgerufen am 25. September 2015)

7.4 Tabaksteuererhöhungen

Text

Bundesministerium der Finanzen (2015) Höhe der Tabaksteuer. http://www.zoll.de/DE/Fachthemen/Steuern/Verbrauchsteuern/Alkohol-Tabakwaren-Kaffee/Steuerhoehe/Tabak/tabak_node.html (aufgerufen am 25. September 2015)

Bundestag (2004) Gesetz zu dem Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation vom 21. Mai 2003 zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Gesetz zu dem Tabakrahmenübereinkommen) vom 19. November 2004. Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2004, Teil II, Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 29. November 2004, http://www.bgbl.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Bundestag (2014) Tabaksteuergesetz (TabStG). Tabaksteuergesetz vom 15. Juli 2009 (BGBl. I S. 1870), das zuletzt durch Artikel 23 des Gesetzes vom 25. Juli 2014 (BGBl. I S. 1266) geändert worden ist

Deutscher Zigarettenverband (2015) Zigarettenpreise. Preisaufteilung einer Schachtel Zigaretten. https://www.zigarettenverband.de/de/22/Zigarettenpreise (aufgerufen am 3. März 2015)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg

Rat der Europäischen Union (2011) Richtlinie 2011/64/EU des Rates vom 21. Juni 2011 über die Struktur und die Sätze der Verbrauchsteuern auf Tabakwaren. Amtsblatt der Europäischen Union, L 176/24–L176/36

Weltbank (2003) Der Tabakepidemie Einhalt gebieten. Regierungen und wirtschaftliche Aspekte der Tabakkontrolle. Herausgabe der deutschen Ausgabe vom Deutschen Krebsforschungszentrum, Heidelberg

WHO Framework Convention on Tobacco Control (2014) Guidelines for implementation of Article 6. Price and tax measures to reduce the demand for tobacco. Adopted by the Conference of the Parties at its sixth session (decision FCTC/COP6(5)), http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/Guidelines_article_6.pdf (aufgerufen am 25. September 2015)

World Health Organization (2003) WHO Framework Convention on Tobacco Control. Genf, Schweiz, http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Zigarettenpreise in der Europäischen Union

European Commission (2015) Excise duty tables part III manufactured tobacco REF1044 July 2015. Brüssel, Belgien

Abbildung: Zigarettenkonsum (Nettobezug von Steuerzeichen, in Milliarden Stück) und Tabaksteuer (Durchschnitt, in Cent/Stück) in Deutschland

Statistisches Bundesamt (1996–2015) Finanzen und Steuern. Absatz von Tabakwaren (1995–2014). Fachserie 14, Reihe 9.1.1, Wiesbaden

7.5 Rauchfreie Umwelt

Text

Bundestag (2004) Gesetz zu dem Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation vom 21. Mai 2003 zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Gesetz zu dem Tabakrahmenübereinkommen) vom 19. November 2004. Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2004, Teil II, Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 29. November 2004, http://www.bgbl.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2010) Nichtraucherschutz wirkt – eine Bestandsaufnahme der internationalen und der deutschen Erfahrungen. Band 15, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2014) Rauchfreie Gaststätten in Deutschland 2014: Breite Zustimmung der Bevölkerung zu Rauchverboten auch für E-Zigaretten. Aus der Wissenschaft für die Politik, Heidelberg

WHO Framework Convention on Tobacco Control (2007) Guidelines for implementation of Article 8. Protection from exposure to tobacco smoke. Adopted by the Conference of the Parties at its second session (decision FCTC/COP2(7)), http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/article_8/en (aufgerufen am 25. September 2015)

World Health Organization (2003) WHO Framework Convention on Tobacco Control. Genf, Schweiz, http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Rauchverbote in Restaurants und Bars in der Europäischen Union

WHO Framework Convention on Tobacco Control (2014) Comprehensiveness of protection in pubs and bars. Implementation Database, World Health Organization, http://apps.who.int/fctc/implementation/database (aufgerufen am 25. September 2015)

WHO Framework Convention on Tobacco Control (2014) Comprehensiveness of protection in restaurants. Implementation Database, World Health Organization, http://apps.who.int/fctc/implementation/database (aufgerufen am 25. September 2015)

World Health Organization (2015) Tobacco Control Database for the WHO European Region. Regional Office for Europe, http://data.euro.who.int/Tobacco (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Zustimmung der deutschen Bevölkerung zu einem Rauchverbot in Gaststätten

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2014) Rauchfreie Gaststätten in Deutschland 2014: Breite Zustimmung der Bevölkerung zu Rauchverboten auch für E-Zigaretten. Aus der Wissenschaft für die Politik, Heidelberg

7.6 Produktregulierung

Text

Bundestag (2004) Gesetz zu dem Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation vom 21. Mai 2003 zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Gesetz zu dem Tabakrahmenübereinkommen) vom 19. November 2004. Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2004, Teil II, Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 29. November 2004, http://www.bgbl.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg

Europäisches Parlament & Rat der Europäischen Union (2014) Richtlinie 2014/40/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 3. April 2014 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/37/EG. Amtsblatt der Europäischen Union vom 29.4.2014, L 127/1–L127/38

WHO Framework Convention on Tobacco Control (2012) Partial guidelines for implementation of Articles 9 and 10. Regulation of the contents of tobacco products and regulation of tobacco product disclosures. Adopted by the Conference of the Parties at its fourth session (decision FCTC/COP4(10)) with amendments adopted at the fifth session (decision FCTC/COP5(6)), http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/article_9and10/en (aufgerufen am 25. September 2015)

World Health Organization (2003) WHO Framework Convention on Tobacco Control. Genf, Schweiz, http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Vorschriften zu Tabakerzeugnissen, elektronischen Zigaretten und pflanzlichen Raucherzeugnissen durch Richtlinie 2014/40/EU

Europäische Kommission (2014) Delegierte Richtlinie 2014/109/EU der Kommission vom 10. Oktober 2014 zur Änderung von Anhang II der Richtlinie 2014/40/EU des Europäischen Parlaments und des Rates zwecks Einrichtung der Bibliothek mit bildlichen Warnhinweisen, die auf Tabakerzeugnissen zu verwenden sind. Amtsblatt der Europäischen Kommission, L360/22–L360/27

Fotos: © Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention | © Deutsches Krebsforschungszentrum | Foto „Warnhinweise“: © Europäische Kommission | Foto „Neuartige Tabakerzeugnisse“: © Reynolds American Inc.

7.7 Warnhinweise

Text

Bundestag (2004) Gesetz zu dem Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation vom 21. Mai 2003 zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Gesetz zu dem Tabakrahmenübereinkommen) vom 19. November 2004. Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2004, Teil II, Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 29. November 2004, http://www.bgbl.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Canadian Cancer Society (2014) Cigarette package health warnings: international status report. Fourth edition, Canadian Cancer Society, Toronto, Kanada

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2013) Wirksamkeit von bildlichen Warnhinweisen auf Zigarettenverpackungen. Aus der Wissenschaft – für die Politik. Heidelberg

Europäisches Parlament & Rat der Europäischen Union (2001) Richtlinie 2001/37/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Juni 2001 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen. Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften, L194/26–L194/34

Europäisches Parlament & Rat der Europäischen Union (2014) Richtlinie 2014/40/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 3. April 2014 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/37/EG. Amtsblatt der Europäischen Union vom 29.4.2014, L127/1–L127/38

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

WHO Framework Convention on Tobacco Control (2008) Guidelines for implementation of Article 11. Packaging and labelling of tobacco products. Adopted by the Conference of the Parties at its third session (decision FCTC/COP3(10)), http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/article_11/en (aufgerufen am 25. September 2015)

World Health Organization (2003) WHO Framework Convention on Tobacco Control. Genf, Schweiz, http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Beispiele für durch die Richtlinie 2014/40/EU vorgeschriebene kombinierte Warnhinweise

Fotos: © Europäische Kommission

Abbildung: Vorschriften für Warnhinweise weltweit

An Roinn Sláinte (2014) Ireland becomes the first country in the European Union to introduce legislation on plain packaging for tobacco products. Press release, 10. Juni 2014, Department of Health, Ireland, http://health.gov.ie/blog/press-release/ireland-becomes-the-first-country-in-the-european-union-to-introduce-legislation-on-plain-packaging-for-tobacco-products (aufgerufen am 25. September 2015)

Canadian Cancer Society (2014) Cigarette package health warnings: international status report. Fourth edition, Canadian Cancer Society, Toronto, Kanada

Framework Convention Alliance (2015) Tobacco control 'hot spots': plain packs. http://www.fctc.org/fca-news/opinion-pieces/1303-2015-tobacco-control-hot-spots-plain-packs (aufgerufen am 25. September 2015)

Government.no (2015) Norway consults on standardised tobacco packaging and FCTC Article 5.3. Press release, No: 9/2015, published: 2015-03-17, https://www.regjeringen.no/en/aktuelt/norway-consults-on-standardised-tobacco-packaging-and-fctc-article-5.3/id2401001 (aufgerufen am 25. September 2015)

New Zealand Government (2014) First reading of the Smoke-free Environments (Tobacco Plain Packaging) Amendment Bill. Speech, Tarina Turia, 11 February, 2014, http://www.beehive.govt.nz/speech/first-reading-smoke-free-environments-tobacco-plain-packaging-amendment-bill (aufgerufen am 25. September 2015)

Permanent Mission of Norway in Geneva (2015) Norway supports introduction of plain packaging of tobacco products. Last updated: 20.4.2015, http://www.norway-geneva.org/wto/Other-topics/Norway-Supports-Introduction-of-Plain-Packaging-of-Tobacco-Products-/#.VgLDwGuz58F (aufgerufen am 25. September 2015)

The Straits Times (2015) Singapore Budget 2015: MOH may standardise packaging for cigarettes, ban display of tobacco products at cashiers. Published Mar 12, 2015, SPH Digital News, http://www.straitstimes.com/singapore/health/singapore-budget-2015-moh-may-standardise-packaging-for-cigarettes-ban-display-of (aufgerufen am 25. September 2015)

World Health Organization (2015) Europe leading the way in plain packaging legislation for tobacco products. 26-03-2015, Regional Office for Europe, http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/news/news/2015/03/europe-leading-the-way-in-plain-packaging-legislation-for-tobacco-products (aufgerufen am 25. September 2015)

World Health Organization (2015) Tobacco Free Initiative (TFI). Tobacco control country profiles. http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/en (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Vorschriften für die Verpackung entsprechend der europäischen Richtlinie 2014/40/EU und standardisierte Verpackung in Australien

Europäische Kommission (2014) Delegierte Richtlinie 2014/109/EU der Kommission vom 10. Oktober 2014 zur Änderung von Anhang II der Richtlinie 2014/40/EU des Europäischen Parlaments und des Rates zwecks Einrichtung der Bibliothek mit bildlichen Warnhinweisen, die auf Tabakerzeugnissen zu verwenden sind. Amtsblatt der Europäischen Kommission, L360/22–L360/27

Government of Australia (2011) Competition and Consumer (Tobacco) Information Standard 2011. Competition and Consumer Act 2010. http://www.comlaw.gov.au/Details/F2011L02766 (aufgerufen am 25. September 2015)

Government of Australia (2013) Tobacco Plain Packaging Act 2011. No. 148, 2011 as amended. https://www.comlaw.gov.au/Details/C2013C00190/Html/Text#_Toc356804095 (aufgerufen am 25. September 2015)

Government of Australia (2013) Tobacco Plain Packaging Regulations 2011. Select Legislative Instrument No. 263, 2011 as amended, made under Tobacco Plain Packaging Act 2011. https://www.comlaw.gov.au/Details/F2013C00801/Html/Text#_Toc367282485 (aufgerufen am 25. September 2015)

Fotos: © European Union | © Tobacco Labelling Resource Centre

7.8 Aufklärung und Information

Text

Bundestag (2004) Gesetz zu dem Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation vom 21. Mai 2003 zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Gesetz zu dem Tabakrahmenübereinkommen) vom 19. November 2004. Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2004, Teil II, Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 29. November 2004, http://www.bgbl.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2013) Eigene Berechnungen mit Daten des ITC International Tobacco Control Policy Evaluation Projects, Welle 3 (2011)

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2014) Drogen- und Suchtbericht Juli 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

WHO Framework Convention on Tobacco Control (2010) Guidelines for implementation of Article 12. Education, communication, training and public awareness. Adopted by the Conference of the Parties at its fourth session (decision FCTC/COP4(7)), http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/article_12/en (aufgerufen am 25. September 2015)

World Health Organization (2003) WHO Framework Convention on Tobacco Control. Genf, Schweiz, http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Beispiele für Initiativen, die Aufklärung leisten und Informationen zum Rauchen bieten

Mit freundlicher Genehmigung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Aktionsbündnisses Nichtrauchen (ABNR)

Abbildung: Wahrnehmung von Aufklärungskampagnen durch Männer (nie, selten/manchmal, häufig/sehr häufig) und Frauen (nie, selten/manchmal, häufig/sehr häufig)

Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention (2013) Eigene Berechnungen mit Daten des ITC International Tobacco Control Policy Evaluation Projects, Welle 3 (2011)

7.9 Beteiligung der Zivilgesellschaft

Text

Bundestag (2004) Gesetz zu dem Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation vom 21. Mai 2003 zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Gesetz zu dem Tabakrahmenübereinkommen) vom 19. November 2004. Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2004, Teil II, Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 29. November 2004, http://www.bgbl.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg

WHO Framework Convention on Tobacco Control (2010) Guidelines for implementation of Article 12. Education, communication, training and public awareness. Adopted by the Conference of the Parties at its fourth session (decision FCTC/COP4(7)), http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/article_12/en (aufgerufen am 25. September 2015)

World Health Organization (2003) WHO Framework Convention on Tobacco Control. Genf, Schweiz, http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Beispiele für das Engagement von Nichtregierungsorganisationen (NGO)

Mit freundlicher Genehmigung des Forums Rauchfrei

Graen L (2015) Strategien der Tabakindustrie: Werbekampagnen, Klagen, politische Einflussnahme. Unfairtobacco.org, Berlin, Deutschland

Abbildung: Mitgliedsorganisationen des Aktionsbündnisses Nichtrauchen (ABNR)

Aktionsbündnis Nichtrauchen e. V. (2015) Das Aktionsbündnis Nichtrauchen e. V. (ABNR). http://www.abnr.de/index.php?article_id=67 (aufgerufen am 25. September 2015)

7.10 Tabakwerbeverbote

Text

Bundesminister der Justiz (1974) Gesetz über den Verkehr mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und sonstigen Bedarfsgegenständen (Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz). BGBl. I, Nr. 95, S. 1945, ausgegeben zu Bonn am 20. August 1974

Bundesminister der Justiz (1997) Bekanntmachung der Neufassung des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes. BGBl. I, Nr. 63, S. 2296

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Bundesminister der Justiz (2004) Gesetz zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor Gefahren des Alkohol- und Tabakkonsums. BGBl. I, Nr. 39, S. 1857

Bundestag (2004) Gesetz zu dem Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation vom 21. Mai 2003 zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Gesetz zu dem Tabakrahmenübereinkommen) vom 19. November 2004. Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2004, Teil II, Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 29. November 2004, http://www.bgbl.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Bundestag (2006) Erstes Gesetz zur Änderung des Vorläufigen Tabakgesetzes vom 21. Dezember 2006. BGBl. I, Nr. 65, S. 3365, ausgegeben zu Bonn am 28. Dezember 2006

Bundestag (2010) Zweites Gesetz zur Änderung des Vorläufigen Tabakgesetzes vom 6. Juli 2010. BGBl. I, Nr. 35, S. 848, ausgegeben zu Bonn am 12. Juli 2010

Bundestag (2013) Jugendschutzgesetz vom 23. Juli 2002 (BGBl. I S. 2730), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 55 u. Artikel 4 Absatz 36 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154) geändert worden ist. JuSchG, Ausfertigungsdatum: 23.7.2002

Bundestag (2013) Vorläufiges Tabakgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. September 1997 (BGBl. I S. 2296), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1318) geändert worden ist. LMG 1974, Ausfertigungsdatum: 15.8.1974

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2015) Direktmarketing für Tabakprodukte in Deutschland. Band 21, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

Europäisches Parlament & Rat der Europäischen Union (2014) Richtlinie 2014/40/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 3. April 2014 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/37/EG. Amtsblatt der Europäischen Union vom 29.4.2014, L127/1–L127/38

Institut für Urheber- und Medienrecht (1999) Rundfunkstaatsvertrag (RStV) vom 31. August 1991, in der Fassung des vierten Rundfunkänderungsstaatsvertrags, in Kraft seit dem 1. April 2000. http://www.urheberrecht.org/law/normen/rstv/RStV-04/text (aufgerufen am 25. September 2015)

WHO Framework Convention on Tobacco Control (2008) Guidelines for implementation of Article 13. Tobacco advertising, promotion and sponsorship. Adopted by the Conference of the Parties at its third session (decision FCTC/COP3(12)), http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/article_13/en (aufgerufen am 25. September 2015)

World Health Organization (2003) WHO Framework Convention on Tobacco Control. Genf, Schweiz, http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Verbote von Außenwerbung für Tabakprodukte in der Europäischen Union

World Health Organization (2015) Tobacco control database for the WHO European region. Regional Office for Europe, http://data.euro.who.int/Tobacco (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: In Deutschland verbotene und erlaubte Tabakwerbemaßnahmen sowie Inhaltsbeschränkungen für Tabakwerbung

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2012) Zigarettenwerbung in Deutschland – Marketing für ein gesundheitsgefährdendes Produkt. Band 18, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2015) Direktmarketing für Tabakprodukte in Deutschland. Band 21, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

7.11 Förderung des Rauchausstiegs

Text

Bundestag (2004) Gesetz zu dem Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation vom 21. Mai 2003 zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Gesetz zu dem Tabakrahmenübereinkommen) vom 19. November 2004. Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2004, Teil II, Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 29. November 2004, http://www.bgbl.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) Anbieter Raucherberatung. Datenbank, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, http://www.anbieter-raucherberatung.de (aufgerufen am 25. September 2015)

WHO Framework Convention on Tobacco Control (2010) Guidelines for implementation of Article 14. Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation. Adopted by the Conference of the Parties at its fourth session (decision FCTC/COP4(8)), http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/article_14/en (aufgerufen am 25. September 2015)

World Health Organization (2003) WHO Framework Convention on Tobacco Control. Genf, Schweiz, http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Mitgliedseinrichtungen im Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen (DNRfK)

Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen e. V. (2015) Standorte DNRfK. Christa Rustler, Geschäftsführung, persönliche Mitteilung im September 2015

Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen e.V. (2015) Unsere Mitglieder. http://www.dnrfk.de/mitgliedschaft/unsere-mitglieder (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Therapeutische Maßnahmen zur Tabakentwöhnung

Batra A (2015) Tabakentwöhnung. Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen, persönliche Mitteilung im August 2015

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2009) Tabakatlas Deutschland 2009. Steinkopff Verlag, Heidelberg

7.12 Bekämpfung des illegalen Tabakhandels

Text

Bundesministerium der Finanzen (2015) Die Zollverwaltung – Jahresstatistik 2014. http://www.zoll.de/SharedDocs/Broschueren/DE/Die-Zollverwaltung/jahresstatistik_2014.html?nn=19350 (aufgerufen am 25. September 2015)

Bundesministerium der Finanzen (2015) Shisha-Rauchen ist weiter im Trend. Pressemitteilung vom 7. Juli 2015, Hauptzollamt Dortmund, http://www.zoll.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/Zigaretten/2015/z47_shisha.html (aufgerufen am 25. September 2015)

Bundesministerium der Finanzen (2015) Shisha-Rauchen liegt weiter im Trend. Pressemitteilung vom 21. Januar 2015, Hauptzollamt Dortmund, http://www.zoll.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/Zigaretten/2015/z94_shisha_do.html (aufgerufen am 25. September 2015)

Bundestag (2004) Gesetz zu dem Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation vom 21. Mai 2003 zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Gesetz zu dem Tabakrahmenübereinkommen) vom 19. November 2004. Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2004, Teil II, Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 29. November 2004, http://www.bgbl.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2015) Das Protokoll zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg

Joossens L & Gilmore AB (2014) The transnational tobacco companies' strategy to promote Codentify, their inadequate tracking and tracing standard. Tob Control 23: e3–e6

WHO Framework Convention on Tobacco Control (2012) Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products. http://www.who.int/fctc/protocol/en (aufgerufen am 25. September 2015)

World Health Organization (2003) WHO Framework Convention on Tobacco Control. Genf, Schweiz, http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Maßnahmen zur Bekämpfung des unerlaubten Handels mit Tabakprodukten

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum (2015) (Hrsg.) Das Protokoll zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg

Fotos: © fotola70/Fotolia | © Stefan Redel/Fotolia

8 Tabakkontrolle in der Europäischen Union (EU)

© Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

8.1 Die Tabakkontrollskala in Europa

Text | Abbildung: Punktesystem der Tabakkontrollskala | Abbildung: Punkte für Deutschland beim TCS-Ranking in den Jahren 2005, 2007, 2010 und 2013 | Abbildung: TCS-Ranking der europäischen Länder | Abbildung: Punkte für ausgewählte Länder beim TCS-Ranking in den Jahren 2005, 2007, 2010 und 2013

Joossens L & Raw M (2006) The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. Tob Control 15: 247–253

Joossens L & Raw M (2007) Progress in tobacco control in 30 European countries, 2005 to 2007. Swiss Cancer League (ed.), presentation, 4. European Conference on Tobacco or Health, Basel, Schweiz

Joossens L & Raw M (2011) The Tobacco Control Scale 2010 in Europe. The Association of the European Cancer Leagues (ed.), presentation, 5. European Conference on Tobacco or Health, Amsterdam, Niederlande

Joossens L & Raw M (2014) The Tobacco Control Scale 2013 in Europe. The Association of the European Cancer Leagues (ed.), presentation, 6. European Conference on Tobacco or Health, Istanbul, Türkei

8.2 Tabakpreis und Tabaksteuer in der EU

Text

Shang C, Chaloupka FJ, Fong GT, Thompson M & O'Connor RJ (2015) The association between tax structure and cigarette price variability: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation (ITC) Project. Tob Control 24 Suppl 3: iii88–iii93

World Health Organization & International Agency for Research on Cancer (2011) Effectiveness of tax and price policies for tobacco control. Volume 14, IARC Handbooks of cancer prevention. Lyon, Frankreich

World Health Organization (2014) Raising tax on tobacco products. What you need to know. WHO Press, Genf, Schweiz

Abbildung: Bedeutung des Zigarettenpreises beim Kauf der Zigarettenmarke für Jemalsraucher in ausgewählten EU-Ländern

European Commission (2015) Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Special Eurobarometer 429, conducted by TNS Opinion & Social at the request of the Directorate-General for Health and Food Safety, co-ordinated by the Directorate-General for Communication, Brüssel, Belgien

Anmerkung: Darstellung der Ergebnisse ohne Antwortkategorie „don't know"/„weiß nicht"

Abbildung: Erhöhung des durchschnittlichen Zigarettenpreises von 2011 bis 2015 und Zustimmung der Bevölkerung zu Tabaksteuererhöhungen in Prozent

European Commission (2011) Excise duty tables. Part III – manufactured tobacco. REF1033, rev3, July 2011. Brüssel, Belgien

European Commission (2015) Excise duty tables. Part III – manufactured tobacco. REF1044, July 2015. Brüssel, Belgien

European Commission (2015) Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Special Eurobarometer 429, conducted by TNS Opinion & Social at the request of the Directorate-General for Health and Food Safety, co-ordinated by the Directorate-General for Communication, Brüssel, Belgien

Abbildung: Zigarettenpreise in ausgewählten EU-Ländern

European Commission (2015) Excise duty tables. Part III – manufactured tobacco. REF1044, July 2015. Brüssel, Belgien

8.3 Nichtraucherschutz in der EU

Text

Bundesministerium für Gesundheit (2015) Oberhauser: Rauchverbot in der Gastronomie im Ministerrat beschlossen. Pressemeldung, 9. Juni 2015, Wien, Österreich, http://www.bmg.gv.at/home/Presse/Pressemeldungen/Oberhauser_Rauchverbot_in_der_Gastronomie_im_Ministerrat_beschlossen (aufgerufen am 25. September 2015)

European Commission (2015) Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Special Eurobarometer 429, conducted by TNS Opinion & Social at the request of the Directorate-General for Health and Food Safety, co-ordinated by the Directorate-General for Communication, Brüssel, Belgien

Joossens L & Raw M (2014) The Tobacco Control Scale 2013 in Europe. The Association of the European Cancer Leagues (ed.), presentation, 6. European Conference on Tobacco or Health, Istanbul, Türkei

U.S. Department of Health and Human Services (2014) The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia, USA

World Health Organization (2009) Guidelines for implementation of article 8 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Protection from exposure to tobacco smoke. In: WHO Framework Convention on Tobacco Control: Guidelines for implementation: Article 5.3, Article 8, Article 11, Article 13. World Health Organization, Genf, Schweiz

Abbildung: Passivrauchbelastung am Arbeitsplatz in ausgewählten EU-Ländern | Abbildung: Passivrauchbelastung in Kneipen/Bars innerhalb der letzten sechs Monate und Veränderung der Passivrauchbelastung in Kneipen/Bars von 2012 bis 2014 in Prozent

European Commission (2015) Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Special Eurobarometer 429, conducted by TNS Opinion & Social at the request of the Directorate-General for Health and Food Safety, co-ordinated by the Directorate-General for Communication, Brüssel, Belgien

Joossens L & Raw M (2014) The Tobacco Control Scale 2013 in Europe. The Association of the European Cancer Leagues (ed.), presentation, 6. European Conference on Tobacco or Health, Istanbul, Türkei

Abbildung: Absolute Rauchverbote in ausgewählten EU-Ländern

Bethke C (2010) Gesetze der Bundesländer. Nichtraucherschutzgesetze der einzelnen Bundesländer. Synopsen der Länderregelungen. Gaststätten. Aktionsbündnis Nichtrauchen e.V., http://www.abnr.de/index.php?article_id=18 (aufgerufen am 25. September 2015)

Bethke C (2015) Nichtraucherschutzgesetze der einzelnen Bundesländer. Persönliche Mitteilung im September 2015

World Health Organization (2015) Tobacco Free Initiative (TFI). Tobacco control country profiles. http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/en (aufgerufen am 25. September 2015)

8.4 Tabakwerbung in der EU

Text

European Commission (2015) Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Special Eurobarometer 429, conducted by TNS Opinion & Social at the request of the Directorate-General for Health and Food Safety, co-ordinated by the Directorate-General for Communication, Brüssel, Belgien

Joossens L & Raw M (2014) The Tobacco Control Scale 2013 in Europe. The Association of the European Cancer Leagues (ed.), presentation, 6. European Conference on Tobacco or Health, Istanbul, Türkei

Abbildung: Wahrnehmung von Tabakwerbung innerhalb der letzten 12 Monate in ausgewählten EU-Ländern | Abbildung: Wahrnehmung von Tabakwerbung innerhalb der letzten 12 Monate und Zustimmung der Bevölkerung zu einem Ausstellungsverbot von Tabakprodukten am Verkaufsort (Display Ban) in Prozent

European Commission (2015) Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Special Eurobarometer 429, conducted by TNS Opinion & Social at the request of the Directorate-General for Health and Food Safety, co-ordinated by the Directorate-General for Communication, Brüssel, Belgien

Anmerkung: Darstellung der Ergebnisse ohne Antwortkategorie „don't know"/„weiß nicht"

Abbildung: Verbotene und erlaubte Tabakwerbemaßnahmen in ausgewählten EU-Ländern

Campaign for Tobacco-Free Kids (2015) Tobacco control laws. http://www.tobaccocontrollaws.org (aufgerufen am 25. September 2015)

World Health Organization (2013) WHO report on the global epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Appendix II, WHO Press, Genf, Schweiz

World Health Organization (2015) Tobacco control database for the WHO European Region. Regional Office for Europe, http://data.euro.who.int/Tobacco (aufgerufen am 25. September 2015)

8.5 Raucheranteile und Tabakkontrollmaßnahmen in der EU

Text

Europäisches Parlament & Rat der Europäischen Union (2014) Richtlinie 2014/40/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 3. April 2014 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/37/EG. Amtsblatt der Europäischen Union vom 29.4.2014, L127/1–L127/38

European Commission (2011) Excise duty tables. Part III – manufactured tobacco. REF1033, rev3, July 2011. Brüssel, Belgien

European Commission (2015) Excise duty tables. Part III – manufactured tobacco. REF1044, July 2015. Brüssel, Belgien

Levy DT, Chaloupka F and Gitchell J (2004) The effects of tobacco control policies on smoking rates: a tobacco control scorecard. J Public Health Management Practice 10: 338–353

Wakefield MA, Coomber K, Durkin SJ, Scollo M, Bayly M, Spittal MJ, Simpson JA & Hill D (2014) Time series analysis of the impact of tobacco control policies on smoking prevalences among Australian adults, 2001–2011. Bull World Health Organ 92: 413–422

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

World Health Organization (2008) Mpower: a policy package to reverse the tobacco epidemic. Genf, Schweiz

Abbildung: Entwicklung der Raucheranteile von 2006 bis 2014 und Maßnahmen zur Tabakkontrolle in ausgesuchten EU-Ländern

Arnott D & Sanford A (2015) Maßnahmen zur Tabakkontrolle im Vereinigten Königreich. Action on Smoking and Health, persönliche Mitteilung im September 2015

Beguinot E (2015) Maßnahmen zur Tabakkontrolle in Frankreich. Comité National Contre le Tabagisme, persönliche Mitteilung im September 2015

Bethke C (2010) Gesetze der Bundesländer. Nichtraucherschutzgesetze der einzelnen Bundesländer. Synopsen der Länderregelungen. Gaststätten. Aktionsbündnis Nichtrauchen e. V., http://www.abnr.de/index.php?article_id=18 (aufgerufen am 25. September 2015)

Bethke C (2015) Nichtraucherschutzgesetze der einzelnen Bundesländer. Persönliche Mitteilung im September 2015

Bundesministerium der Finanzen (2015) Höhe der Tabaksteuer. http://www.zoll.de/DE/Fachthemen/Steuern/Verbrauchsteuern/Alkohol-Tabakwaren-Kaffee/Steuerhoehe/Tabak/tabak_node.html (aufgerufen am 25. September 2015)

Bundestag (2006) Erstes Gesetz zur Änderung des Vorläufigen Tabakgesetzes vom 21. Dezember 2006. BGBl. I, Nr. 65, S. 3365, ausgegeben zu Bonn am 28. Dezember 2006

Bundestag (2014) Tabaksteuergesetz (TabStG). Tabaksteuergesetz vom 15. Juli 2009 (BGBI. I S. 1870), das zuletzt durch Artikel 23 des Gesetzes vom 25. Juli 2014 (BGBI. I S. 1266) geändert worden ist

Campaign for Tobacco-Free Kids (2015) Tobacco Control Laws. http://www.tobaccocontrollaws.org (aufgerufen am 25. September 2015)

Cox S (2015) Maßnahmen zur Tabakkontrolle in Irland. Revenue Ireland, persönliche Mitteilung im September 2015

Demjen T, Kimmel Z & Berki J (2015) Maßnahmen zur Tabakkontrolle in Ungarn. National Institute for Health Development, Hungarian Focal Point for Tobacco Control, persönliche Mitteilung im September 2015

European Commission (2007) Attitudes of Europeans towards tobacco. Special Eurobarometer 272c, wave 66.2, TNS Opinion & Social, requested by Directorate General SANCO and coordinated by Directorate General COMMUNICATION, Brüssel, Belgien

European Commission (2009) Survey on tobacco. Analytical report. Flash Eurobarometer 253, The Gallup Organisation, requested by the Directorate General Health and Consumers, and coordinated by Directorate General Communication, Brüssel, Belgien

European Commission (2010) Tobacco. Special Eurobarometer 332, wave 72.3, TNS Opinion & Social, requested by the Directorate General Health and Consumers and coordinated by the Directorate General Communication, Brüssel, Belgien

European Commission (2012) Attitudes of Europeans towards tobacco. Special Eurobarometer 385, wave EB77.1, TNS Opinion & Social, requested by the European Commission, Directorate-General Health and Consumers and co-ordinated by Directorate-General for Communication European Commission, Brüssel, Belgien

European Commission (2015) Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Special Eurobarometer 429, conducted by TNS Opinion & Social at the request of the Directorate-General for Health and Food Safety, co-ordinated by the Directorate-General for Communication, Brüssel, Belgien

Fernandez E (2015) Maßnahmen zur Tabakkontrolle in Spanien. Tobacco Control Unit, Catalan Institute of Oncology, persönliche Mitteilung im Oktober 2015

Hill C (2015) Maßnahmen zur Tabakkontrolle in Frankreich. Institut Gustave Roussy, persönliche Mitteilung im September 2015

Howell F (2015) Maßnahmen zur Tabakkontrolle in Irland. Tobacco and Alcohol Control Unit, Department of Health, persönliche Mitteilung im September 2015

Pietsch F & Wöhry C (2015) Maßnahmen zur Tabakkontrolle in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit, persönliche Mitteilung im September 2015

Abbildung: Raucheranteil der Bevölkerung im Alter von 15 Jahren und älter und Veränderung des Raucheranteils von 2006 bis 2014 in Prozent

European Commission (2007) Attitudes of Europeans towards tobacco. Special Eurobarometer 272c, wave 66.2, TNS Opinion & Social, requested by Directorate General SANCO and coordinated by Directorate General COMMUNICATION, Brüssel, Belgien

European Commission (2015) Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Special Eurobarometer 429, conducted by TNS Opinion & Social at the request of the Directorate-General for Health and Food Safety, co-ordinated by the Directorate-General for Communication, Brüssel, Belgien

8.6 Rauchende Kinder und Jugendliche in der EU

Text

U.S. Department of Health and Human Services (2012) Preventing tobacco use among youth and young adults. A report of the Surgeon General. Public Health Service, Office the Surgeon General, Rockville, Maryland, USA

World Health Organization (2008) Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children. International report from the 2005/2006 survey. No. 5, health policy for children and adolescents, HBSC International Coordinating Centre, Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), University of Edinburgh, Schottland

World Health Organization (2012) Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. No. 6, health policy for children and adolescents, Regional Office for Europe, Kopenhagen, Dänemark

Yuan M, Cross SJ, Loughlin SE & Leslie FM (2015) Nicotine and the adolescent brain. J Physiol 593: 3397–3412

Abbildung: Anteil der täglich rauchenden 15-jährigen Jungen und Veränderung des Raucheranteils von 2005/2006 bis 2009/2010 in Prozent | Abbildung: Anteil der täglich rauchenden 15-jährigen Mädchen und Veränderung des Raucheranteils von 2005/2006 bis 2009/2010 in Prozent

World Health Organization (2008) Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children. International report from the 2005/2006 survey. No. 5, health policy for children and adolescents, HBSC International Coordinating Centre, Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), University of Edinburgh, Schottland

World Health Organization (2012) Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. No. 6, health policy for children and adolescents, Regional Office for Europe, Kopenhagen, Dänemark

Abbildung: Anteil der 11-Jährigen (Jungen, Mädchen) und 13-Jährigen (Jungen, Mädchen), die jemals geraucht haben, in ausgewählten EU-Ländern

World Health Organization (2012) Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. No. 6, health policy for children and adolescents, Regional Office for Europe, Kopenhagen, Dänemark

Rückblick

Text

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013) Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2010) Nichtraucherschutz wirkt – eine Bestandsaufnahme der internationalen und der deutschen Erfahrungen. Band 15, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015) Drogen- und Suchtbericht. Mai 2015. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Kyriss T, Pötschke-Langer M & Grüning T (2008) Der Verband der Cigarettenindustrie – Verhinderung wirksamer Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Gesundheitswesen 70: 315–324

Lampert T, von der Lippe E & Müters S (2013) Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56: 802–808

Wigger BU (2011) Zur schrittweisen Erhöhung der Tabaksteuer. Wirtschaftsdienst 91: 3

Abbildung: Wirkungsweise von Tabakkontrollpolitik

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2010) Nichtraucherschutz wirkt – eine Bestandsaufnahme der internationalen und der deutschen Erfahrungen. Band 15, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2014) Rauchfreie Gaststätten in Deutschland 2014: Breite Zustimmung der Bevölkerung zu Rauchverboten auch für E-Zigaretten. Aus der Wissenschaft – für die Politik, Heidelberg

Willemsen M (2015) Advancing tobacco control in Europe: so many countries, so many challenges. Presentation, 21. März 2015, 16. World Conference on Tobacco or Health, Abu Dhabi, Vereinigte Arabische Emirate

Literatur- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung: Maßnahmen zur Tabakkontrolle in Deutschland sowie Entwicklung der Raucheranteile (Raucher: 12-17 Jahre, 18-25 Jahre, 25-69 Jahre; Raucherinnen: 12-17 Jahre, 18-25 Jahre, 25-69 Jahre) und des Zigarettenkonsums (in Milliarden Stück)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013) Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, Deutschland

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015) Drogen- und Suchtbericht. Mai 2015. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin, Deutschland

Lampert T, von der Lippe S & Müters S (2013) Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56: 802–808

Ausblick

Text

Bundestag (2004) Gesetz zu dem Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation vom 21. Mai 2003 zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Gesetz zu dem Tabakrahmenübereinkommen) vom 19. November 2004. Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2004, Teil II, Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 29. November 2004, http://www.bgbl.de (aufgerufen am 25. September 2015)

The University of Auckland (2015) NZ experts lead call for a tobacco-free world by 2040. Zitat von Professor Emeritus Robert Beaglehole, Universität Auckland, Neuseeland, 16. World Conference on Tobacco or Health, Abu Dhabi, Vereinigte Arabische Emirate, https://www.auckland.ac.nz/en/about/news-events-and-notices/news/news-2015/03/nz-experts-lead-call-for-a-tobacco-free-world-by-2040.html (aufgerufen am 25. September 2015)

World Health Organization (2013) Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Genf, Schweiz

World Health Organization (2015) Tobacco use declining but major intensification needed in reduction and control efforts. Zitat von Dr. Vera Luiza da Costa e Silva, Leiterin des WHO-FCTC-Secretariats, 16. World Conference on Tobacco or Health, Abu Dhabi, Vereinigte Arabische Emirate, http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/trends-tobacco-use/en (aufgerufen am 25. September 2015)

Abbildung: Weitere in Deutschland umzusetzende Maßnahmen zur Senkung des Tabakkonsums in der Gesamtbevölkerung

Bundestag (2004) Gesetz zu dem Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation vom 21. Mai 2003 zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Gesetz zu dem Tabakrahmenübereinkommen) vom 19. November 2004. Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2004, Teil II, Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 29. November 2004, http://www.bgbl.de (aufgerufen am 25. September 2015)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg

World Health Organization (2003) WHO Framework Convention on Tobacco Control. Genf, Schweiz, http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf (aufgerufen am 25. September 2015)

Fotos oben (von links nach rechts): © Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention | © Tobacco Labelling Resource Centre | © Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention | © Zollfahndungsamt Essen | © Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention | © Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention | © Deutsches Krebsforschungszentrum

Fotos unten (von links nach rechts): © Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention | © Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, © Henri Kuntnowitz | © Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention | © Aktionsbündnis Nichtrauchen e. V. | Screenshot von http://www.liberty-award.de, Screenshot von http://www.philipmorris-stiftung.de/archiv/index.php, © Deutsches Krebsforschungszentrum, Screenshot von http://www.pall-mall-foundation.de/pgs09/330/index.php | © Deutsches Krebsforschungszentrum



DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT

Die Verringerung des Tabakkonsums ist eine der wichtigsten Aufgaben, um die weltweite Verbreitung nichtübertragbarer Krankheiten wie Herz-Kreislauf-, Krebs- und chronische Atemwegserkrankungen spürbar zu vermindern. Diese Krankheiten sind auch in Deutschland die häufigsten Todesursachen.

In Deutschland rauchen seit einigen Jahren immer weniger Menschen – dies gilt vor allem für Kinder und Jugendliche. Zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit in der Bevölkerung muss dieser Trend zum Nichtrauchen aufrechterhalten und verstärkt werden.

Im Tabakatlas Deutschland 2015 sind aktuelle Daten zum Tabakkonsum sowie dessen Auswirkungen auf die Gesundheit und auf die Gesellschaft in einem übersichtlichen Gesamtwerk anschaulich und leicht verständlich zusammengestellt. Er ist eine grundlegend überarbeitete Neuauflage des Tabakatlas Deutschland 2009. Neben zahlreichen aktualisierten Daten enthält er verschiedene neue Inhalte. So wurden beispielsweise elektronische Inhalationsprodukte aufgenommen und die in Deutschland in den letzten Jahren durchgeführten Tabakkontrollmaßnahmen mit den in anderen europäischen Ländern ergriffenen Maßnahmen verglichen.

Der Tabakatlas Deutschland 2015 ist mit seinen vielschichtigen, allgemeinverständlichen Informationen zu Tabakkonsum und Tabakkontrollpolitik ein übersichtliches Handbuch für Journalisten, Angehörige aller Gesundheitsberufe und Lehrende; für politische Entscheidungsträger ist er eine wichtige Grundlage für zukünftige Tabakkontrollmaßnahmen.

ISBN 978-3-95853-123-9

PABST

www.pabst-publishers.de

9 783958 531239 >