



Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040

Ziel: 2040 konsumieren weniger als fünf Prozent der Erwachsenen und weniger als zwei Prozent der Jugendlichen in Deutschland Tabakprodukte, E-Zigaretten oder andere verwandte Erzeugnisse, insbesondere, wenn diese das suchterzeugende Nikotin enthalten

dkfz.

DEUTSCHES
KREBSFORSCHUNGSZENTRUM
IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT

Forschen für ein Leben ohne Krebs

Autorinnen

Laura Graen, M. A. |
Deutsches Krebsforschungszentrum

Dr. Katrin Schaller |
Deutsches Krebsforschungszentrum

In Zusammenarbeit mit

Dr. Ulrike Helbig | *Deutsche Krebshilfe*

Univ.-Prof. Dr. Daniel Kotz | *Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf*

Christine Kreider, M. Sc. | *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen*

Univ.-Prof. Dr. Ute Mons | *Universität zu Köln/Deutsches Krebsforschungszentrum*

Dr. Martina Münch | *Deutsches Krebsforschungszentrum*

Nina Ohlmeier, M. A. | *Deutsches Kinderhilfswerk*

Christa Rustler, B. Sc. | *Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen*

Anne Starker, MPH | *Robert Koch-Institut*

Sonja von Eichborn, M. A. |
Unfairtobacco/Berliner Landesarbeitsgemeinschaft Umwelt und Entwicklung (BLUE 21)

Impressum**Herausgeber**

Deutsches Krebsforschungszentrum,
Deutsche Krebshilfe und
Aktionsbündnis Nichtraucher

Verantwortlich | Dr. Katrin Schaller
Kommissarische Leiterin der
Stabsstelle Krebsprävention und
des WHO-Kollaborationszentrums
für Tabakkontrolle im Deutschen
Krebsforschungszentrum

Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg

Telefon | 0049 (0)6221 42 30 07
E-Mail | who-cc@dkfz.de

www.dkfz.de
www.tabakkontrolle.de

© 2021 DKFZ

Gestaltung, Layout, Satz
Dipl.-Biol. Sarah Kahnert

Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040

Ziel: 2040 konsumieren weniger als fünf Prozent der Erwachsenen und weniger als zwei Prozent der Jugendlichen in Deutschland Tabakprodukte, E-Zigaretten oder andere verwandte Erzeugnisse, insbesondere, wenn diese das suchterzeugende Nikotin enthalten

Unser Ziel:

ein tabakfreies Deutschland 2040 1

Ein tabakfreies Deutschland
rettet Leben 2

Zehn Maßnahmen für ein
tabakfreies Deutschland 2040 6

Die Pläne anderer Länder 28

Literatur 29

Unser Ziel: ein tabakfreies Deutschland 2040

In Deutschland sterben jährlich rund 127 000 Menschen an den Folgen des Rauchens²¹ – dies entspricht einem Todesfall alle vier Minuten. Gleichzeitig verfügt Deutschland über keine Strategie für eine nachhaltige Tabakkontrolle und ist bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Senkung des Tabakkonsums das Schlusslicht in Europa. Wir wollen, dass sich das ändert.

Unser Ziel ist eine Gesellschaft, in der niemand mehr an den Folgen des Tabakkonsums erkrankt oder stirbt oder von Nikotin abhängig wird. Daher wollen wir bis 2040 ein tabakfreies Deutschland erreichen. Das bedeutet, dass ab spätestens 2040 weniger als fünf Prozent der Erwachsenen und weniger als zwei Prozent der Jugendlichen in Deutschland Tabakprodukte, E-Zigaretten oder andere verwandte Erzeugnisse konsumieren.

Das Ziel, eine Gesellschaft zu erreichen, die frei ist von Tabakkonsum und Nikotinabhängigkeit, erfordert von politisch Entscheidungstragenden entschlossenes Handeln und den Schutz gesundheitspolitischer Interessen vor einer Beeinflussung durch die Hersteller von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten. Deutschland hat sich mit der Unterzeichnung und Ratifizierung des WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) im Jahr 2004 dazu verpflichtet, die darin festgelegten Maßnahmen umzusetzen. Dies ist in den vergangenen Jahren nur schleppend vorangegangen. Daher fordern wir, dass Gesetzgeber und Regierung nun eine Tabakkontrollstrategie mit einem verbindlichen Zeitplan ergreifen und die nachfolgend aufgeführten zehn Maßnahmen für ein tabakfreies Deutschland 2040 umsetzen:

1

Die Tabaksteuern jedes Jahr deutlich erhöhen

6

Kinderrechte in Bezug auf Tabak konsequent umsetzen und den Jugendschutz verbessern

2

Rauchende beim Rauchstopp unterstützen und Kostenübernahme der Behandlung der Tabakabhängigkeit gewährleisten

7

Regelmäßige Kampagnen durchführen, um über Risiken des Tabakgebrauchs aufzuklären, zur Entwöhnung zu motivieren und Tabakfreiheit zur Norm zu machen

3

Werbung für Tabak und verwandte Produkte vollständig verbieten und standardisierte Verpackungen einführen

8

Im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit Initiativen zur Tabakkontrolle sowie Alternativen zum Tabakanbau unterstützen

4

Die Verfügbarkeit von Tabak und verwandten Produkten deutlich reduzieren

9

Politische Entscheidungen wirksam vor der Beeinflussung durch Hersteller von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten sowie deren Organisationen schützen

5

Wirksam vor Passivrauchen schützen und vollständig tabakfreie Lebenswelten schaffen

10

Die Maßnahmen regelmäßig überprüfen, anpassen und weiterentwickeln

Ein tabakfreies Deutschland rettet Leben

Tabak verursacht Krankheiten und Tod, verstärkt gesellschaftliche Ungleichheiten, kostet die Gesellschaft jährlich 97 Milliarden Euro und behindert nachhaltige Entwicklung.²¹ Bei der Tabakkontrolle ist Deutschland Schlusslicht im europäischen Vergleich.⁴⁴ Deshalb brauchen wir eine Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040 mit dem Ziel, dass im Jahr 2040 weniger als fünf Prozent der Erwachsenen und weniger als zwei Prozent der Jugendlichen Tabakprodukte, E-Zigaretten oder verwandte Produkte verwenden.

Unser Ziel ist, dass in unserer Gesellschaft niemand mehr an den Folgen des Tabakkonsums erkrankt oder stirbt oder von Nikotin abhängig wird. Da auch Tabakerhitzer und E-Zigaretten Gesundheitsrisiken bergen, müssen sie nach dem Vorsorgeprinzip reguliert werden.

Deutschland ist Schlusslicht in der Tabakkontrolle im europäischen Vergleich.

Einige Länder in Europa, allen voran das Vereinigte Königreich, Dänemark, Schweden, Irland, die Niederlande und Estland, haben nicht nur deutlich geringere Rauchquoten, sondern haben vor allem in den letzten 15 Jahren den Anteil der Rauchenden in der Bevölkerung wesentlich stärker gesenkt, als dies in Deutschland der Fall ist.^{29,30}



Was Tabakkontrollmaßnahmen angeht, belegt Deutschland im Vergleich mit 36 europäischen Staaten den letzten Platz:⁴⁴ Kein europäisches Land unternimmt weniger, um den Tabakkonsum zu verringern und das FCTC umzusetzen.

Damit ist Deutschland eines der Länder mit dem größten Handlungsbedarf in der Tabakkontrolle – zumal es weltweit zu den zehn Ländern mit der größten Anzahl Rauchenden gehört.^{33,44}

Rauchen macht abhängig und krank.

Rauchen schädigt nahezu alle Organe des Körpers.⁷⁷ Es ist der größte vermeidbare Risikofaktor für chronische nicht übertragbare Krankheiten. Rauchen verursacht mindestens zwölf verschiedene Krebsarten und ist die bedeutendste Ursache für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen. Im Vergleich zu Nichtrauchenden haben Rauchende zusätzlich ein deutlich erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen und Schlaganfälle.⁷⁷



Auch Wasserpfeifenrauchen schadet der Gesundheit. Dabei nehmen die Konsumierenden pro Zug deutlich größere Rauchmengen und mehr Schadstoffe auf als beim Zigarettenrauchen. Hinzu kommt ein akutes Vergiftungsrisiko durch den hohen Kohlenmonoxidgehalt des Wasserpfeifenrauchs.^{43,64}

Darüber hinaus erhöht Rauchen während der Schwangerschaft das Risiko für Komplikationen, verringert das Geburtsgewicht und kann die Entwicklung des Kindes bis ins Erwachsenenalter hinein beeinträchtigen.^{21,77}

Tabak und verwandte Produkte machen wegen des enthaltenen Nikotins physisch und psychisch abhängig. Die Abhängigkeit ist so stark, dass viele Rauchende weiterrauchen, obwohl sie bereits unter Folgeerkrankungen leiden.²

Selbst das Passivrauchen verursacht schwere Erkrankungen: Unter anderem steigert es das Risiko für Lungenkrebs, Koronare Herzkrankheit und Schlaganfall um 20 bis 30 Prozent.^{77,79}

In Deutschland sterben jährlich 127 000 Menschen an den Folgen des Rauchens²¹ – das entspricht einem Todesfall alle vier Minuten.

Kinder sind durch Passivrauchen besonders gefährdet.

Kinder haben eine höhere Atemfrequenz und ein weniger effizientes Entgiftungssystem als Erwachsene. Deshalb sind sie durch Passivrauchen besonders gefährdet.⁹ Säuglinge, die Tabakrauch ausgesetzt sind, haben ein erhöhtes Risiko, am plötzlichen Kindstod zu sterben. Kleinkinder, deren Eltern zu Hause rauchen, leiden vermehrt an Asthma, Mittelohrentzündungen und Atemwegsinfektionen.²¹



Sogar Passivrauchen der Mutter während der Schwangerschaft schadet dem Ungeborenen.^{21,77}

Auch Tabakerhitzer und E-Zigaretten sind gesundheitsschädlich.

Tabakerhitzer belasten den Körper mit Schadstoffen, darunter auch krebserzeugende wie beispielsweise tabakspezifische Nitrosamine oder Formaldehyd. Die Belastung durch manche Schadstoffe ist höher als im Tabakrauch. Viele Schadstoffe liegen jedoch in geringerer Menge vor. Es ist unklar, inwieweit die geringere Schadstoffbelastung auch eine geringere Gesundheitsgefährdung bedeutet.^{21,93} Die Konferenz der Vertragsparteien des FCTC betrachtet Tabakerhitzer als Tabakprodukte, sodass sämtliche Maßnahmen des Übereinkommens auch für Tabakerhitzer gelten.¹²

Auch das Aerosol von E-Zigaretten enthält Schadstoffe wie Formaldehyd und Acrolein. Tier- und Zellversuche und eine zunehmende Zahl von Fallstudien weisen darauf hin, dass beim Konsum von E-Zigaretten ein Gesundheitsrisiko besteht, insbesondere für Atemwege und Herz-Kreislaufsystem. Wahrscheinlich ist die Gesundheitsgefährdung wegen der niedrigeren Schadstoffbelastung geringer als beim Rauchen. Die langfristigen gesundheitlichen Folgen sind jedoch noch unbekannt, da die Produkte noch nicht lange genug auf dem Markt sind.^{21,94}

Es ist außerdem davon auszugehen, dass E-Zigaretten und insbesondere Tabakerhitzer ein ähnliches Abhängigkeitspotential haben wie Zigaretten.^{22,58}

In Deutschland rauchen mehr als 16 Millionen Menschen, darunter 378 000 Jugendliche.

In Deutschland raucht fast jede fünfte Frau und mehr als jeder vierte Mann.²¹

Zudem rauchen immer noch 7,2 Prozent der Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren, wobei mit zunehmendem Alter der Anteil der Rauchenden unter Kindern und Jugendlichen deutlich ansteigt. So rauchen unter den 17-Jährigen bereits um die 20 Prozent.²¹

Hochgerechnet auf die Bevölkerung rauchen in Deutschland über 16 Millionen Menschen, einschließlich 378 000 Jugendliche.^{21,69}

Unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist auch der Konsum von Wasserpfeifentabak weit verbreitet. Mehr als zwei Drittel der aktuell Wasserpfeifenrauchenden haben im Alter von 14 bis 25 Jahren mit dem Konsum begonnen und von den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren haben fast zwei Drittel jemals Shisha geraucht.²¹



Auch E-Zigaretten sind in hohem Maße für junge Menschen interessant: Fast 15 Prozent der Jugendlichen haben jemals eine E-Zigarette verwendet und vier Prozent taten dies innerhalb der vergangenen 30 Tage – damit setzen sich Jugendliche der Gefahr aus, abhängig zu werden.²¹ Tabakerhitzer sind als sehr neue Produkte auf dem Markt derzeit noch eine Randerscheinung mit einem Anteil von aktuell Konsumierenden von unter einem Prozent,²¹ aber angesichts der massiven Werbung, die dafür gemacht wird, ist anzunehmen, dass der Anteil steigen wird.

Das durchschnittliche Einstiegsalter ins Rauchen liegt für die 15- bis 24-Jährigen bei etwa 16 Jahren. Das ist schädlich für das ganze Leben: Je jünger eine Person beim Raucheinstieg ist, umso größer ist ihr Risiko, abhängig zu werden.²¹

Sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Erwachsene rauchen häufiger und müssen häufiger passiv rauchen.

Männer und Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status – gemessen am Bildungsabschluss, an der beruflichen Stellung und am



Einkommen – rauchen häufiger und mehr und sind häufiger Passivraucher ausgesetzt als jene mit hohem sozioökonomischem Status.^{21,49,99}

Besonders deutlich sind die Unterschiede im Hinblick auf den Bildungsabschluss: Unter

Personen ohne Schulabschluss ist der Anteil der Rauchenden mehr als doppelt so hoch wie unter Personen mit Abitur: 58,3 Prozent der Männer und 47,8 Prozent der Frauen ohne Schulabschluss rauchen, wohingegen es unter denen mit Abitur nur 24 Prozent der Männer und 18,7 Prozent der Frauen sind.²¹

Bei Kindern und Jugendlichen bestehen im Rauchverhalten ähnlich große sozioökonomische Ungleichheiten.^{21,47,98} Auch der UN-Kinderrechteausschuss, der die Einhaltung der UN-Kinderrechtskonvention in den Mitgliedstaaten überwacht, ist auf die Problematik aufmerksam geworden und fordert Auskunft von der Bundesregierung, welche Gegenstrategien sie ergreift.⁷³

Auch wenn in den letzten Jahren die häusliche Tabakrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen deutlich gesunken ist, sind immer noch zu viele Kinder Tabakrauch ausgesetzt – vor allem Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Haushalten: So ist in Elternhäusern mit hohem sozioökonomischem Status weniger als jedes fünfzigste Kind Tabakrauch ausgesetzt, in Elternhäusern mit niedrigem sozioökonomischem Status hingegen jedes fünfte Kind.⁴⁸

Diese Ungleichheiten bedeuten auch: In Deutschland erkranken sozioökonomisch benachteiligte Menschen häufiger an den Folgen des Tabakkonsums und sterben eher daran.

Rauchen kostet unsere Gesellschaft jährlich 97 Milliarden Euro.

Über die zahlreichen durch das Rauchen bedingten Krankheits- und Todesfälle verursacht Tabak dem Gesundheitswesen und der Volkswirtschaft jährlich Kosten in Höhe von 97 Milliarden Euro,²⁷ während die Tabakindustrie sehr große Gewinne erzielt. Mehr als 30 Milliarden dieser Kosten entstehen durch die Behandlung, Pflege und Rehabilitation von Rauchenden und Menschen, die infolge von Passivrauchen erkranken. Fast 67 Milliarden Euro gehen der Gesellschaft verloren, weil Rauchende früher sterben oder über längere Zeit arbeitsunfähig sind.²⁷



Die Tabakindustrie beeinflusst politische Entscheidungen zum Schaden der Bevölkerung.

Die Tabakindustrie ist die einzige Industrie, der es erlaubt ist, ein Produkt zu vermarkten, das bei bestimmungsgemäßem Gebrauch die Hälfte derjenigen tötet, die es konsumieren.^{25,59}

In Deutschland und weltweit versucht die Tabakindustrie zu verhindern, dass Regierungen effektive Maßnahmen ergreifen, um Tabak und neuartige Produkte zu regulieren, Rauchende zum Rauchstopp zu motivieren, Jugendliche vom Einstieg ins Rauchen abzuhalten und Nichtraucher vor den

Gefahren des Passivrauchens zu schützen und damit Millionen Leben zu retten.^{24,32,36,83,84}



So finanzierte die Tabakindustrie jahrzehntelang verdeckt Studien, die zeigen sollten, dass ein Zusammenhang zwischen

Rauchen und Lungenkrebs nicht erwiesen sei, dass Nikotin nicht abhängig mache und Passivrauchen ungefährlich sei.^{5,39,84} Aktuell versucht sie teilweise im Zusammenhang mit Studien zu neuartigen Produkten bestehende Interessenkonflikte zu vertuschen.⁵¹ Immer wieder behauptet sie, Maßnahmen wie Tabaksteuererhöhungen oder Werbeverbote seien unwirksam oder rechtswidrig.^{24,32,83,84,92}

Jeder Mensch hat ein Recht auf Gesundheit.

Produktion, Vermarktung und Konsum von Tabak verletzen zahlreiche Menschenrechte, allen voran die Rechte auf Gesundheit und Leben, die im Grundgesetz festgeschrieben sind.^{37,38,92} Außerdem hat Deutschland Menschenrechtsabkommen wie die Kinderrechtskonvention oder den Sozialpakt der Vereinten Nationen ratifiziert, die diese sowie andere für die Tabakkontrolle relevante Grundrechte enthalten.^{37,74,76,92} Daraus leitet sich für den Staat die Verpflichtung ab, die Tabakindustrie zum Schutz der Bevölkerung zu regulieren.^{37,92} Da die Auswirkungen des Tabakkonsums auf das Menschenrecht auf Gesundheit und dasjenige auf Leben so schwer wiegen, hat der Staat das Recht, hierbei auch etwaige Rechte von Tabakunternehmen einzuschränken.^{21,37,92}



„Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“ – Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Artikel 2, Absatz 2, Satz 1

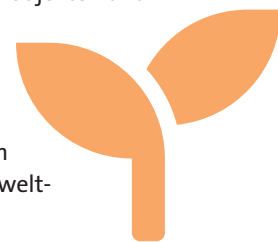
Tabak schadet nachhaltiger Entwicklung und zerstört die Umwelt.

Anbau, Produktion und Konsum von Tabak sind Hindernisse für die Umsetzung der Agenda 2030 für Nachhaltige Entwicklung, die 2015 von den Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen verabschiedet

wurde.^{21,28} Ihr Kern sind 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung, die weltweit erreicht werden sollen.

Tabak ist besonders schädlich für die Gesundheit und beeinträchtigt daher in besonderem Maße das dritte Nachhaltigkeitsziel „Gesundheit und Wohlergehen“. ^{21,28} Deshalb ist die Umsetzung des FCTC ein Bestandteil dieses Nachhaltigkeitsziels. Tabakanbau, -produktion und -konsum schaden letztendlich fast allen Entwicklungszielen, beispielsweise der Bekämpfung von Armut (Ziel 1) und der Durchsetzung menschenwürdiger Arbeitsbedingungen (Ziel 8), denn im Tabakanbau sind Kinderarbeit und Ausbeutung weit verbreitet.^{28,74}

Außerdem verursacht Tabak einen großen ökologischen Fußabdruck, der die Erreichung der Ziele zu Klima (Ziel 13), Wasser (Ziele 6, 14) und Wald (Ziel 15) behindert: Anbau, Produktion und Konsum schädigen die Umwelt, unter anderem durch klimaschädliche Emissionen, Waldabholzung, Wasserverbrauch und -verschmutzung sowie durch Energieverbrauch. Die größten Umweltauswirkungen tragen dabei die Länder im Globalen Süden, wo der überwiegende Teil der weltweiten Tabakernte erzeugt wird.^{28,96} Zudem gehören Zigarettenkippen zu den häufigsten Müllobjekten und Tabakerhitzer sowie E-Zigaretten bergen neue Umweltrisiken. Eine Verringerung des Tabakkonsums ist somit auch ein wichtiger Beitrag zum Umwelt- und Klimaschutz.^{21,22,96}



Das WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (WHO FCTC)

Das FCTC legt Maßnahmen fest, die nachweislich wirksam sind, um Tabakangebot und -nachfrage zu verringern. Dazu gehören beispielsweise regelmäßige Erhöhungen von Tabaksteuern, ein umfassendes Verbot von Tabakwerbung, -promotion und -sponsoring, Schutz vor Passivrauchen sowie Unterstützung des Rauchstopps.

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.¹⁵

FCTC

Zehn Maßnahmen für ein tabakfreies Deutschland 2040

Unser Ziel ist eine Gesellschaft, in der niemand mehr an den Folgen des Tabakkonsums erkrankt oder stirbt oder von Nikotin abhängig wird. Daher wollen wir bis 2040 ein tabakfreies Deutschland erreichen. Das bedeutet, dass ab spätestens 2040 weniger als fünf Prozent der Erwachsenen und weniger als zwei Prozent der Jugendlichen in Deutschland Tabakprodukte, E-Zigaretten oder andere verwandte Erzeugnisse konsumieren.

Wir arbeiten auf eine Gesellschaft hin, in der jedes Kind in einer tabakfreien Umgebung aufwächst und in der kein Kind mit dem Rauchen oder dem Konsum verwandter Produkte beginnt.

Wir sind mit diesem Ziel nicht allein. Überall auf der Welt ergreifen Länder verbindliche Strategien, um bis zu einem bestimmten Zeitpunkt eine tabakfreie Gesellschaft zu schaffen und ihre Bevölkerung

dadurch vor Tabak und dessen fatalen Folgen zu schützen: Irland und Neuseeland bis 2025, Schottland (Großbritannien) bis 2034, die Niederlande, Finnland und die Europäische Union bis 2040.^{14,31,53-55,72} Außerdem verfolgen in vielen Ländern die Zivilgesellschaft, die Wissenschaft oder die Kommunen dieses Ziel, zum Beispiel in Belgien, Spanien, den USA und der Schweiz.^{1,3,6,40}

Das Ziel, eine Gesellschaft zu erreichen, die frei ist von Tabakkonsum und Nikotinabhängigkeit, erfordert entschlossenes Handeln. Wenn Gesetzgeber und Regierung den hier vorgelegten Plan umsetzen, kann Deutschland sich mit denjenigen Ländern messen, die die Gesundheit ihrer Bevölkerung am besten schützen. Wir fordern deshalb Gesetzgeber und Regierung auf, eine verbindliche Tabakkontrollstrategie zu ergreifen, die folgende zehn Maßnahmen enthält:

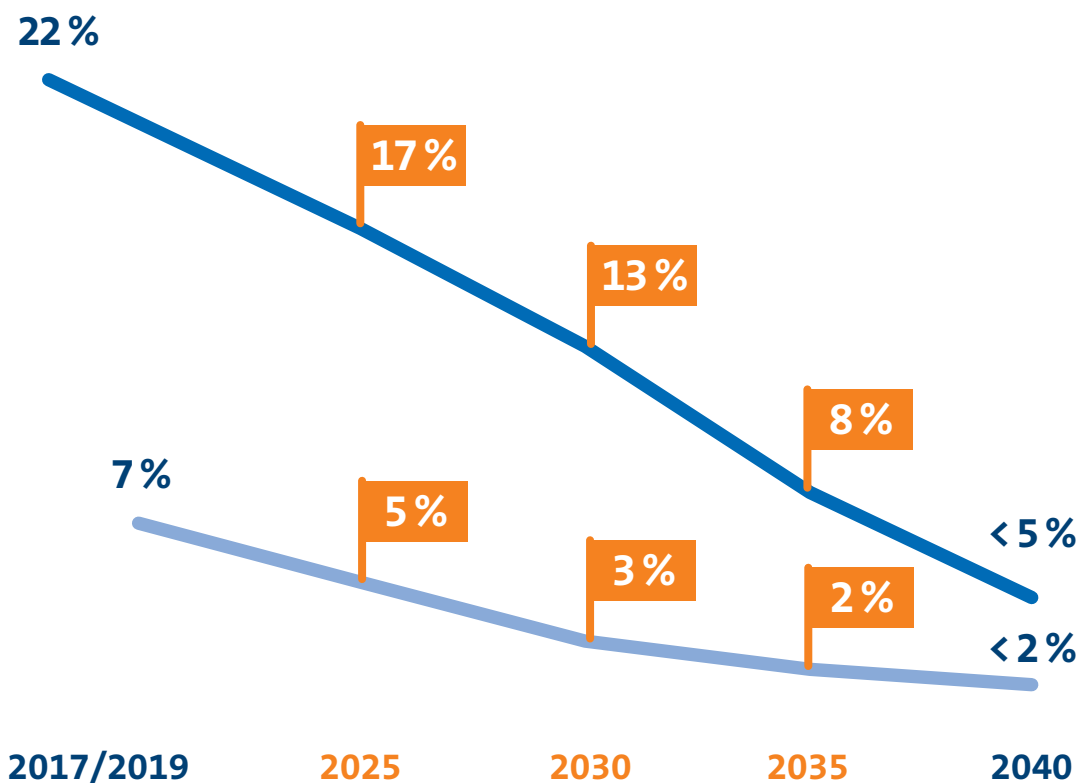
- 1** Die Tabaksteuern jedes Jahr deutlich erhöhen
- 2** Rauchende beim Rauchstopp unterstützen und Kostenübernahme der Behandlung der Tabakabhängigkeit gewährleisten
- 3** Werbung für Tabak und verwandte Produkte vollständig verbieten und standardisierte Verpackungen einführen
- 4** Die Verfügbarkeit von Tabak und verwandten Produkten deutlich reduzieren
- 5** Wirksam vor Passivrauchen schützen und vollständig tabakfreie Lebenswelten schaffen
- 6** Kinderrechte in Bezug auf Tabak konsequent umsetzen und den Jugendschutz verbessern
- 7** Regelmäßige Kampagnen durchführen, um über Risiken des Tabakgebrauchs aufzuklären, zur Entwöhnung zu motivieren und Tabakfreiheit zur Norm zu machen
- 8** Im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit Initiativen zur Tabakkontrolle sowie Alternativen zum Tabakanbau unterstützen
- 9** Politische Entscheidungen wirksam vor der Beeinflussung durch Hersteller von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten sowie deren Organisationen schützen
- 10** Die Maßnahmen regelmäßig überprüfen, anpassen und weiterentwickeln

Nationale und internationale Zielsetzungen und Maßnahmenpläne

Die Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040 trägt dazu bei, nationale und internationale Ziele zu erreichen.

- Nationale Dekade gegen Krebs: Senkung des Anteils vermeidbarer Krebserkrankungen an den Gesamtkrebserkrankungen um zehn Prozent alle zehn Jahre.⁷¹
- Europe’s Beating Cancer Plan: Bis 2040 ein tabakfreies Europa erreichen, das heißt, eine Prävalenz des Tabakgebrauchs von unter fünf Prozent in der Europäischen Union.³¹
- Globaler Aktionsplan der WHO zur Prävention und Kontrolle nicht übertragbarer Krankheiten 2013–2020: Verringerung der Prävalenz des Tabakgebrauchs um 30 Prozent bis 2025 (im Vergleich zu 2010).⁸⁵
- Agenda 2030 für Nachhaltige Entwicklung: Bis 2030 die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von nichtübertragbaren Krankheiten um ein Drittel im Vergleich zu 2010 senken (Ziel 3.4) und das FCTC implementieren (Ziel 3.a).⁸²
- MPOWER-Programm der WHO: Ein Bündel von sechs Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums: Monitoring, Schutz vor Passivrauchen, Unterstützung bei der Tabakentwöhnung, Warnhinweise und Aufklärung, Tabakwerbeverbote sowie Tabaksteuern.⁸⁸

Folgende **Zwischenziele** sollten für die Anteile der **Erwachsenen** und **Jugendlichen**, die Tabak oder verwandte Produkte verwenden, erreicht werden:



Baseline-Daten: Mikrozensus 2017^{67,68} (Erwachsene) und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2019⁵⁷ (Jugendliche, 12–17 Jahre)

1

Die Tabaksteuern jedes Jahr deutlich erhöhen

Maßnahme

Tabaksteuererhöhungen sind die effektivste Maßnahme, um Rauchende zu motivieren, mit dem Rauchen aufzuhören und Kinder und Jugendliche davon abzuhalten, mit dem Rauchen zu beginnen. Starke Preiserhöhungen motivieren in besonderem Maße Rauchende mit geringem Einkommen zum Rauchstopp – also genau diejenigen Bevölkerungsgruppen, in denen am meisten geraucht wird und die demnach die größte Bürde an Krankheiten und Todesfällen durch das Rauchen tragen.⁸¹

Um gesundheitspolitisch wirksam zu sein, müssen Tabaksteuererhöhungen die Preise für Tabak jährlich um mindestens zehn Prozent erhöhen.

10 %

Wichtig ist auch, dass die Preise für Tabak stärker steigen als die Einkommen, sodass Tabak weniger erschwinglich wird. Jeder Preisanstieg um zehn Prozent führt dazu, dass die Nachfrage um fünf Prozent sinkt, weil die Menschen mit dem Rauchen aufhören oder zumindest weniger rauchen.⁹⁵

Dabei müssen vergleichbare Produkte gleich besteuert werden.¹¹ Derzeit werden Zigaretten und Feinschnitt in Deutschland unterschiedlich besteuert, sodass Feinschnitt deutlich günstiger ist. Dadurch steigen Rauchende bei Preiserhöhungen eher auf den billigeren Feinschnitt um, anstatt mit dem Rauchen aufzuhören. Dies betrifft insbesondere Jugendliche, junge Erwachsene und Menschen mit einem geringen Einkommen.²⁰



Tabaksteuererhöhungen, die zu einem deutlichen Preisanstieg führen, senken den Konsum und reduzieren dadurch langfristig und dauerhaft die Kosten des Rauchens für die Gesellschaft.

Unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist auch der Konsum von Wasserpfeifentabak weit verbreitet, der in der günstigen Steuerkategorie für Pfeifentabak eingeordnet ist.²¹ Eine deutlich höhere Besteuerung von Wasserpfeifentabak kann dazu beitragen, den Konsum zu verringern.

Neuartige Produkte wie Tabakerhitzer und E-Zigaretten werden derzeit kaum oder gar nicht besteuert.²¹

Hier müssen neue Steuerkategorien eingeführt werden.

E-Zigaretten mit und ohne Nikotingehalt werden in anderen Gesetzen gleichgestellt und sollten dies dementsprechend auch bei der Besteuerung sein. Denn neben der Suchterzeugung ist das Gesundheitsrisiko bei E-Zigaretten die Hauptproblematik. Sie besteht bei nikotinfreien E-Zigaretten in gleichem Maße wie bei nikotinhaltigen.

Hohe Tabaksteuern führen nicht zwangsläufig zu mehr Schmuggel.



Sie können zwar ein erster Anreiz für Schmuggel sein, andere Faktoren sind jedoch weitaus wichtiger. Dazu gehört zum Beispiel, wie leicht es ist, Schmuggel in einem Land zu betreiben oder wie hoch das Risiko ist, gefasst zu werden.⁶¹ Die Umsetzung des WHO-Protokolls zur Unterbindung des illegalen Handels mit Tabakerzeugnissen trägt in Deutschland zu einem starken regulatorischen Umfeld bei.

Maßnahmenplan

Maßnahme 1

Phase I (2021 bis 2025)

Jährliche Tabaksteuererhöhungen, die die Preise für Tabak jeweils um mindestens zehn Prozent erhöhen

Gleich hohe Besteuerung von Zigaretten und Feinschnitt

Eigene Steuerkategorie und höhere Besteuerung von Wasserpfeifentabak, regelmäßige Steuererhöhung parallel zu den Tabaksteuererhöhungen

Besteuerung von Tabaksticks für Tabakerhitzer in eigener Steuerkategorie in Höhe der Zigarettensteuer, Steuererhöhung parallel zu Tabaksteuererhöhungen

Besteuerung von allen Liquids für E-Zigaretten unabhängig vom Nikotingehalt, regelmäßige Steuererhöhung parallel zu Tabaksteuererhöhungen

Phase II (2026 bis 2030)

Weitere jährliche Steuererhöhungen für Tabak und verwandte Erzeugnisse

Phase III (2031 bis 2035)

Weitere jährliche Steuererhöhungen für Tabak und verwandte Erzeugnisse

Phase IV (2036 bis 2040)

Weitere jährliche Steuererhöhungen für Tabak und verwandte Erzeugnisse



Relevanter
FCTC-Artikel

Artikel 6

2

Rauchende beim Rauchstopp unterstützen und Kostenübernahme der Behandlung der Tabakabhängigkeit gewährleisten

Maßnahme

Wegen des hohen Abhängigkeitspotentials von Nikotin gelingt der Ausstieg meist erst nach mehreren Versuchen.⁷⁸ Da Tabakerhitzer und nikotinhaltige E-Zigaretten das Nikotin ähnlich effektiv abgeben wie Tabakzigaretten, ist davon auszugehen, dass sie ein ähnliches Abhängigkeitspotential haben wie diese. Daher sollten die Behandlungsangebote auch gleichermaßen für Konsumierende von Tabakerhitzern, E-Zigaretten und verwandten Produkten gelten.^{22,58}

Werden Rauchende durch evidenzbasierte, kostenfreie Therapieangebote beim Rauchstopp unterstützt, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für einen erfolgreichen Ausstieg deutlich.²

Es stehen verschiedene Hilfsmittel und Programme mit nachgewiesener Wirksamkeit zur Verfügung, die aber bislang nur von wenigen Rauchenden genutzt werden.⁴⁶ Dies liegt auch daran, dass der Zugang zu Hilfsmitteln zu wenig gefördert wird. Beispielsweise wird weniger als vier Prozent der Rauchenden bei einem ärztlichen Kontakt Unterstützung beim Rauchstopp angeboten.^{21,45}

Schädliches und abhängiges Rauchen und entsprechender Konsum von Tabakerhitzern, E-Zigaretten und verwandten Produkten sollten als Suchterkrankung anerkannt und entsprechend behandelt werden. Der Zugang zu Therapien muss niederschwellig sein und eine passgenaue Ansprache ist wichtig, um junge Menschen, Frauen und Schwangere, stärker Abhängige, Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status, Menschen mit psychischen Erkrankungen und spezielle Gruppen,

Viel mehr Rauchende könnten erfolgreich den Ausstieg schaffen, wenn ihnen der Zugang zu Unterstützungsmethoden für die Tabakentwöhnung erleichtert würde und die Kosten für eine Therapie übernommen würden.²¹

wie zum Beispiel Personen in Justizvollzugsanstalten, zu erreichen.

Die Abfrage des Rauchstatus, das Anraten des Rauchstops und das Anbieten von Unterstützung beim Rauchstopp im Erstkontakt und anschließend in regelmäßigen Abständen ist eine Schlüsselempfehlung in der S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit“.² Eine solche Kurzintervention kann in ein bis fünf Minuten erbracht werden und muss zum Standard im Kontakt mit Gesundheitsdiensten gehören. Die leitliniengerechte Behandlung von schädlichem und abgängigem Konsum von Tabak ist in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufzunehmen. Die Erstattung von Medikamenten zur Tabakentwöhnung ist den Krankenkassen derzeit durch SGB V, § 34 verwehrt. Für die Behandlung von schädlichem und abhängigem Konsum von verwandten Produkten liegen derzeit keine Studien vor. Diese Studien müssen durchgeführt und perspektivisch die entsprechende Behandlung in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden.

Die flächendeckende Umsetzung der S3-Leitlinie² muss eine prioritäre gesundheitspolitische Maßnahme werden. Damit diese Leistungen erbracht werden können, sind entsprechende Strukturen im Gesundheitswesen zu schaffen. Alle Gesundheitsberufe müssen in die Lage versetzt werden, Rauchende und Konsumierende verwandter Produkte anzusprechen, evidenzbasierte Interventionen durchzuführen und an qualifizierte Behandlungsangebote zu vermitteln. Die Qualifikation dafür muss in die Aus- und Fortbildung aller Gesundheitsberufe integriert werden.

Die Investition in die Behandlung des Tabakkonsums ist wegen der immensen Folgekosten des Rauchens eine kosteneffiziente Maßnahme.^{21,88}



Nur 20 Prozent der Rauchenden machen mindestens einen Rauchstoppversuch im Jahr.⁴⁶

Maßnahmenplan

2

Maßnahme

Phase I (2021 bis 2025)

Aufnahme der leitliniengerechten Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums sowie perspektivisch des schädlichen und abhängigen Konsums verwandter Produkte in den Leistungskatalog der Krankenkassen; Änderung SGB V, §34

Systematische Unterstützung bei der Umsetzung der S3-Leitlinie im Gesundheitswesen

Informations- und Schulungskampagne (Online-Training) zur Wirksamkeit und Durchführung von evidenzbasierten Interventionen für alle Gesundheitsberufe

Evidenzbasierte Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums sowie perspektivisch des schädlichen und abhängigen Konsums verwandter Produkte in Medizinstudium, Studium der Hebammenkunde und Pflegeausbildung integrieren

Evidenzbasierte Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums sowie perspektivisch des schädlichen und abhängigen Konsums verwandter Produkte in hausärztliche, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen, insbesondere stationäre Behandlungen integrieren

Mindeststandard in der Gesundheitsversorgung: Erhebung und Dokumentation des Rauchstatus bei 75 Prozent aller Erstkontakte und evidenzbasierte Kurzintervention bei 50 Prozent der Rauchenden

Angebote zur evidenzbasierten Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums sowie perspektivisch des schädlichen und abhängigen Konsums verwandter Produkte für werdende Eltern und Schwangere, zugeschnitten auf ihre Bedürfnisse und Lebenssituationen

Bei der Überarbeitung der S3-Leitlinie die Behandlung des schädlichen und abhängigen Konsums verwandter Produkte berücksichtigen

Phase II (2026 bis 2030)

Mindeststandard in der Gesundheitsversorgung: Erhebung und Dokumentation des Rauchstatus bei 90 Prozent aller Erstkontakte und Kurzintervention bei 75 Prozent der Rauchenden

Weiterführung der Maßnahmen aus Phase I

Phase III (2031 bis 2035)

Mindeststandard in der Gesundheitsversorgung: Erhebung und Dokumentation des Rauchstatus bei 90 Prozent aller Erstkontakte und Kurzintervention bei 80 Prozent der Rauchenden

Weiterführung der Maßnahmen aus Phasen I und II

Phase IV (2036 bis 2040)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phasen I, II und III

Relevanter
FCTC-Artikel

Artikel 14

3

Werbung für Tabak und verwandte Produkte vollständig verbieten und standardisierte Verpackungen einführen

Maßnahme



Wir wollen, dass Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene nirgendwo Tabakwerbung ausgesetzt sind.

Tabakwerbung verleitet Kinder und Jugendliche dazu, mit dem Rauchen anzufangen und erhöht den Tabakkonsum.⁸⁰ Außerdem hält sie Menschen vom Rauchstopp ab.^{10,34,65}

Die Tabakindustrie investiert in

Deutschland jährlich über 200 Millionen Euro in Marketingmaßnahmen, den größten Teil davon in Promotion.²¹ Darunter fallen beispielsweise Promotion-Aktionen auf Festivals oder mit Markenwerbung versehene Materialien, die im Lebensumfeld der Zielgruppen platziert werden. Tabak- und E-Zigarettenunternehmen nutzen zunehmend auch soziale Medien und Influencer-Marketing für Werbung.^{23,74}



Die große Mehrheit der Bevölkerung unterstützt ein umfassendes Werbeverbot – auch Rauchende.²¹

Außerdem versuchen sie sich durch soziale und kulturelle Projekte als der Gesellschaft förderliche Unternehmen darzustellen und ein positives Verhältnis dem Produkt und den Herstellern gegenüber zu erzeugen (Corporate Social Responsibility, CSR).²⁴

Besonders stark wird die Werbung am Verkaufsort

wahrgenommen¹⁹: Tabakprodukte, E-Zigaretten und wechselndes Displaymaterial werden an der Kasse platziert und sind dadurch im Bereich des größten Kundenverkehrs gut sichtbar.

Nur umfassende Werbeverbote, die alle Formen der Werbung einbeziehen, reduzieren wirksam den Tabakkonsum, partielle Werbeverbote hingegen kaum oder gar nicht.^{16,62,81}

Die Verpackung von Tabak und verwandten Produkten dient als weitere Werbeplattform. Mit standardisierten Verpackungen verschwinden Logos, Farben und Bilder von den Packungen von Tabakprodukten, E-Zigaretten und verwandten Erzeugnissen. Die Packungen werden in einer einheitlichen unattraktiven Farbe gehalten – in vielen Ländern in einem dunklen Olivbraun – und der Markenname darf nur in einer Standardschrift erscheinen.²¹

Diese Art der Verpackung motiviert Rauchende, über einen Rauchstopp nachzudenken und steigert die Wirksamkeit der Warnhinweise. Bei Jugendlichen erhöhen standardisierte Verpackungen das Bewusstsein für die Gefahren des Rauchens und erste Studien deuten darauf hin, dass sie den Anteil der Rauchenden in der Bevölkerung verringern.^{21,26}

Standardisierte Verpackungen werden weltweit in immer mehr Ländern eingeführt. Auch in den deutschen Nachbarländern Frankreich, Belgien und den Niederlanden sind sie vorgeschrieben.²¹

Standardisierte Zigarettenpackung

keine spezifischen Markenelemente (z. B. Logos, grafische Elemente, Farben)

vereinheitlichte Packungsfarbe, Schriftart und Schriftgröße



Maßnahmenplan

3

Maßnahme

Phase I (2021 bis 2025)

Einführung von standardisierten Verpackungen für Tabakprodukte, E-Zigaretten und Liquids sowie verwandte Erzeugnisse

Umfassendes Verbot von Werbung, Promotion und Sponsoring für Tabakprodukte, E-Zigaretten und verwandte Erzeugnisse (inklusive Werbung am Verkaufsort und Aktivitäten im Bereich des Corporate Social Responsibility)

Phase II (2026 bis 2030)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phase I

Phase III (2031 bis 2035)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phase I

Phase IV (2036 bis 2040)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phase I

Relevante
FCTC-Artikel

Artikel 11 und 13

4

Die Verfügbarkeit von Tabak und verwandten Produkten deutlich reduzieren

Maßnahme

Die Allgegenwärtigkeit von Verkaufsstellen für Tabakprodukte beeinflusst das Rauchverhalten. So macht ein dichtes Tabakverkaufsnetz um Schulen es wahrscheinlicher, dass Jugendliche mit dem Rauchen beginnen. Bei Erwachsenen scheinen sowohl die Dichte von Verkaufsstellen als auch die Erreichbarkeit in naher Umgebung das Rauchen zu fördern. Außerdem sind dadurch Kinder, Jugendliche und Erwachsene häufiger mit Tabakwerbung und Raucharreizen konfrontiert, was auch denjenigen, die mit dem Rauchen aufhören möchten,

den Rauchstopp erschwert.^{56,60,91}



Über das umfangreiche Netz von Automaten und Tankstellen sind Zigaretten und verwandte Produkte rund um die Uhr verfügbar.⁷

In Deutschland gibt es etwa 390 000 Verkaufsstellen für Tabakprodukte: Supermärkte, Tankstellen, Kioske, Drogerien, Schreibwarenläden, Automaten und Fachgeschäfte.⁷ Diese

allgegenwärtige und permanente Verfügbarkeit von Tabak und verwandten Produkten sowie ihre Präsentation neben Süßigkeiten oder Zeitschriften lassen Tabak und verwandte Erzeugnisse als „normale“ Produkte erscheinen und verharmlosen damit die Gefahren des Rauchens. So wird beispielsweise ein Kind, das sich einen Saft kaufen möchte, fast zwangsläufig mit Tabak und verwandten Produkten konfrontiert. Zudem ist es nahezu unmöglich für Menschen, die mit dem Rauchen aufhören möchten, Kaufanreize für Tabak aus dem Weg zu gehen.

Daher müssen Tabak und verwandte Produkte nicht sichtbar in geschlossenen Schränken ohne Selbstbedienungsmöglichkeit platziert und Zigarettenautomaten verboten werden.^{12,16,87}

Der Verkauf in Geschäften des alltäglichen Bedarfs muss unterbunden werden. Letztendlich dürfen Tabak und verwandte Produkte nur noch in lizenzierten Fachgeschäften verfügbar sein.



Maßnahmenplan

4

Maßnahme

Phase I (2021 bis 2025)

In allen Verkaufsstellen werden Tabakprodukte und verwandte Erzeugnisse nicht sichtbar in geschlossenen Schränken ohne Selbstbedienungsmöglichkeit platziert (Verbot der Auslage)

Verbot des Verkaufs von Tabakprodukten und verwandten Erzeugnissen über Automaten

Verbot des Online-Verkaufs von Tabakprodukten und verwandten Erzeugnissen

Phase II (2026 bis 2030)

Verbot des Verkaufs von Tabakprodukten und verwandten Erzeugnissen in Supermärkten und Discountern, Tankstellen und dem sogenannten Nebenhandel (z.B. Schreibwarenläden, Kioske, Convenience Stores/Spätverkaufsstellen, Drogerien); vorbereitende Gespräche dazu ab Phase I

Weiterführung der Maßnahmen aus Phase I

Phase III (2031 bis 2035)

Verkauf von Tabakprodukten und verwandten Erzeugnissen nur noch in einer begrenzten Zahl lizenzierter Fachgeschäfte

Weiterführung der Maßnahmen aus Phasen I und II

Phase IV (2036 bis 2040)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phasen I, II und III

Relevante
FCTC-Artikel

Artikel 2.1,
13 und 16

5

Wirksam vor Passivrauchen schützen und vollständig tabakfreie Lebenswelten schaffen

Maßnahme

Es gibt kein unbedenkliches Ausmaß für die Belastung mit Tabakrauch⁷⁷ – dennoch ist der Schutz vor Passivrauchen in Deutschland weiterhin unzureichend.

Nur drei Bundesländer (Bayern, Nordrhein-Westfalen und das Saarland) haben umfassende Gesetze zum Schutz vor Passivrauchen.²¹

Die Arbeitsstättenverordnung erlaubt derzeit, dass an Arbeitsplätzen teilweise Räume für Rauchende eingerichtet werden dürfen und selbst Landesbehörden sind in den meisten Bundesländern nicht vollständig rauchfrei.²¹ Diese Lücken müssen geschlossen werden, so dass das Recht jedes Menschen auf eine sichere Arbeitsumgebung geschützt wird.

Außerdem werden Tabakerhitzer und E-Zigaretten in den gesetzlichen Vorschriften zu rauchfreien Bereichen nicht explizit geregelt – dies muss sich ändern.²¹

E-Zigaretten und Tabakerhitzer müssen in die Rauchverbote einbezogen sein.^{12,87}

Kinder sind schutzlos der Entscheidung ihrer Eltern ausgeliefert, ob sie zu Hause rauchen oder nicht. Hier sind Beratungsprogramme für rauchende Eltern, auch durch geburtsbegleitende Dienste, notwendig.

In manchen Bundesländern ist das Rauchen auf Spielplätzen verboten.²¹ Aufgrund der Vorbildfunktion sollte die Verwendung von Tabakprodukten und verwandten Erzeugnissen auf Spielplätzen bundesweit grundsätzlich verboten sein.

Diese Verbote sollten auch sämtliche Sportstätten umfassen.

Da beim Rauchen in Eingangsbereichen Rauch durch Hauseingänge und Fenster in die Gebäude eindringt, muss das Rauchen in Eingangsbereichen und im Gebäudeumfeld verboten werden. Tabakrauch kann sich außerdem durch Flure, Kabelschächte und ähnliches innerhalb von Gebäuden verteilen. Daher

sollte die Regierung rauchfreie Mehrfamilienhäuser fördern. Das Gelände von Bildungseinrichtungen, und allen Gesundheitseinrichtungen muss komplett frei von Tabakkonsum und der Nutzung verwandter Produkte werden.

Personen, die eine Haftstrafe verbüßen, haben kaum Möglichkeiten, Tabakrauchbelastung auszuweichen. Gleichzeitig ist die Verbreitung des Rauchens und Passivrauchens dort besonders hoch.⁷⁰ Um ihr Recht auf Gesundheit zu schützen, müssen daher Justizvollzugsanstalten rauchfrei werden. Dies muss mit Rauchstopp-Angeboten begleitet werden.



Den einzigen wirksamen Schutz vor den Gesundheitsgefahren des Passivrauchens bieten vollständig rauchfreie Innenräume.^{4,17}

Maßnahmenplan

5 Maßnahme

Phase I (2021 bis 2025)

Rauchfreie Bildungseinrichtungen einschließlich Gelände, einschließlich Verbot der Nutzung von Tabakerhitzern und E-Zigaretten

Gesetze für vollständig rauchfreie Gastronomie in allen Bundesländern, einschließlich Verbot der Nutzung von Tabakerhitzern, E-Zigaretten und Wasserpfeifen

Rauchfreie Arbeitsplätze einschließlich Verbot der Nutzung von Tabakerhitzern, E-Zigaretten und Wasserpfeifen (Nachbesserung der Arbeitsstättenverordnung)

Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen und deren Gelände, einschließlich psychiatrischer Einrichtungen, einschließlich Verbot der Nutzung von Tabakerhitzern und E-Zigaretten, kombiniert mit Angebot von Tabakentwöhnung

Rauchfreie öffentliche Verkehrsmittel (Durchsetzung bestehender Verbote und ggf. deren Erweiterung)

Phase II (2026 bis 2030)

Rauchverbot im Auto

Rauchfreie Justizvollzugsanstalten, einschließlich Verbot der Nutzung von Tabakerhitzern und E-Zigaretten, kombiniert mit Entwöhnungsangeboten

Programme zur Beratung zu Passivrauchen zuhause und zu Möglichkeiten, das Zuhause rauchfrei zu machen als Teil aller geburtsvor- und -nachbereitenden Dienste und als Teil der Familienpflege

Beratung zu Passivrauchen als Teil der kinderärztlichen Beratung (bei Anzeichen für typische Erkrankungen wie gehäuften Atemwegsinfekten, Asthma u. ä.)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phase I

Phase III (2031 bis 2035)

Förderung von rauchfreiem staatlich gefördertem Wohnraum (in dem auch keine Tabakerhitzer und E-Zigaretten genutzt werden)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phasen I und II

Phase IV (2036 bis 2040)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phasen I, II und III

Relevanter
FCTC-Artikel

Artikel 8

6

Maßnahme

Kinderrechte in Bezug auf Tabak konsequent umsetzen und den Jugendschutz verbessern

Das Einstiegsalter ins Rauchen liegt in Deutschland derzeit bei 16 Jahren, und Studien zeigen, dass die erste Zigarette mehrheitlich im Jugendalter geraucht wird.^{21,77,97} Darüber hinaus werden Kinder und Jugendliche durch Tabakrauch in ihrer Umgebung belastet, und wenn Mütter während der Schwangerschaft rauchen oder Tabakrauch ausgesetzt sind, kann dies dem Ungeborenen schaden^{21,77}.

Jedes Kind hat ein Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit. Deshalb müssen die Bedürfnisse und Rechte von Kindern in allen Tabakkontrollmaßnahmen vorrangig behandelt werden. Das bedeutet konkret:

Diejenigen Maßnahmen, die Kinder und Jugendliche nachweislich am besten davon abhalten, mit der Verwendung von Tabakprodukten und verwandten Erzeugnissen zu beginnen, sollten als erstes und am konsequentesten eingeführt werden.

Dazu gehören beispielsweise Tabaksteuererhöhungen, Werbeverbote, standardisierte Verpackungen und Produktregulierung. Bei allen Gesetzesvorhaben und anderen Maßnahmen, die mit Tabak und verwandten Erzeugnissen zu tun haben, muss im Sinne des Kindeswohlvorrangs geprüft werden, ob und wie das Wohl von Kindern betroffen ist, vor allem mit Blick auf ihr Recht auf Gesundheit.

Lebenskontextspezifische Lebenskompetenz-, Präventions- und Entwöhnungsprogramme, in jugend- kindgerechter Sprache und unter Beteiligung der Zielgruppe entwickelt, sollten fester Bestandteil in Institutionen sein, an denen sich Kinder und Jugendliche aufhalten sowie von Angeboten der

Kinder- und Jugendhilfe und Vereinsarbeit. Entsprechende Programme in Schulen sind eine wichtige Basis und sollten flächendeckend integriert werden. Auch die neuen Medien bieten eine Chance, Kinder und Jugendliche zu erreichen, zu informieren und ihnen Hilfsangebote zu unterbreiten.

Zudem müssen die bereits bestehenden Jugendschutzmaßnahmen strenger kontrolliert und umgesetzt werden, um sicherzustellen, dass Jugendliche keinen Zugang zu Tabakprodukten oder verwandten Erzeugnissen haben.

Das Verkaufsalter für Tabak und verwandte Erzeugnisse sollte auf 21 Jahre angehoben werden. Modellierungen zeigen, dass durch das Herauszögern des legalen Zugangs die Rauchprävalenz unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen sinkt.⁴²

Um die Passivrauchbelastung für Kinder und Jugendliche zu verringern, greifen vor allem Maßnahmen, die bei Erwachsenen ansetzen – allen voran eine tabakfreie Lebenswelt, die Verringerung des Rauchens in der Bevölkerung, insbesondere unter (werdenden) Eltern sowie bessere Aufklärung. Das Ziel sollte sein, eine vollständig tabakfreie Umgebung für Kinder und Jugendliche zu schaffen (siehe Maßnahme 5).

Tabakwerbung, -verkauf und -konsum sowie Passivrauchen beeinträchtigen die Entwicklung von Kindern. Der Staat muss dagegen vorgehen und das Kindeswohl (Kinderrechtskonvention, Artikel 3) vorrangig berücksichtigen.³⁷

Tabak- und nikotinfreie Generationen

Wir wollen, dass alle Generationen, die ab 2021 geboren werden, tabakfrei aufwachsen und infolgedessen als Erwachsene im Jahr 2040 tabakfrei bleiben und nicht von Nikotin



abhängig werden. Dafür ist es notwendig, eine Umgebung zu schaffen, in der Tabak und verwandte Produkte nicht oder kaum vorhanden sind.

Maßnahmenplan

6

Maßnahme

Phase I (2021 bis 2025)

Prüfung bei allen Gesetzesvorhaben und anderen Maßnahmen, die mit Tabak und verwandten Erzeugnissen zu tun haben, ob und wie das Wohl von Kindern betroffen ist (Kindeswohlvorrang)

Strenge Kontrollen des Jugendschutzes

Stufenplan zur Integration von Lebenskompetenz- und Präventionsprogrammen als fester Bestandteil der Bildungs- und Lehrpläne an allen Schulen

Phase II (2026 bis 2030)

Verkaufsalter auf 21 Jahre erhöhen

Weiterführung der Maßnahmen aus Phase I

Phase III (2031 bis 2035)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phasen I und II

Phase IV (2036 bis 2040)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phasen I und II



Relevante FCTC-Artikel

Artikel 5.3, 6, 8,
9, 10, 11, 12, 13,
14 und 16

7

Regelmäßige Kampagnen durchführen, um über Risiken des Tabakgebrauchs aufzuklären, zur Entwöhnung zu motivieren und Tabakfreiheit zur Norm zu machen

Maßnahme

Massenmediale Kampagnen sind effektiv, um Menschen dazu zu motivieren, einen Entwöhnungsversuch zu unternehmen.⁸⁸

Die Kampagnen sollten verschiedene Medien, inklusive der sozialen Medien, nutzen. Inhalte und Durchführung müssen zielgruppengerecht sein und insbesondere diejenigen Gruppen nachdrücklich ansprechen, die durch die Verwendung von Tabak und verwandten Produkten stark betroffen sind, beispielsweise sozioökonomisch benachteiligte Menschen. Für spezielle Gruppen wie zum Beispiel Personen mit schweren psychischen Erkrankungen oder Personen in Justizvollzugsanstalten müssen maßgeschneiderte Kampagnen durchgeführt werden.

Außerdem sollten verschiedene gesellschaftliche Gruppen eingebunden sein, beispielsweise Sportvereine, Nachbarschaftsinitiativen, Betriebe, Berufsgenossenschaften und Krankenkassen. Alle Kampagnen sollten darüber aufklären, wie die Entwöhnung gelingen kann.

Darüber hinaus sollten Maßnahmen ergriffen werden, um die positive Darstellung und Sichtbarkeit des Rauchens in den Medien zu verringern.

Rauchen in Filmen erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass junge Menschen mit dem Rauchen beginnen.



Die Weltgesundheitsorganisation und die Konferenz der Vertragsparteien des FCTC empfehlen daher, Filme, in denen Tabaknutzung gezeigt wird, erst ab 18 Jahren zuzulassen.^{16,86}

Es ist wichtig, die Kampagneninhalte so zu entwickeln und auszuführen, dass die Stigmatisierung von Rauchenden vermieden wird.

Die Kampagnen sollten sich nicht nur darauf konzentrieren, die Gefahren von Tabak und verwandten Produkten darzustellen, sondern auch über die Strategien der Hersteller von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten aufklären. Auf diese

Weise können diese Unternehmen als gesellschaftliche Akteure denormalisiert und die neue Norm der tabakfreien Gesellschaft gestärkt werden.



Für Aufklärungskampagnen muss ein größeres Budget als die aktuellen 2,9 Millionen Euro an staatlichen Geldern bereit stehen.²¹



Maßnahmenplan

7

Maßnahme

Phase I (2021 bis 2025)

Jährliche Aufklärungskampagnen zu den Gefahren von Tabak und verwandten Produkten sowie zu Entwöhnungsangeboten (zielgruppengerecht und über verschiedene Medien, auch massenmedial)

Förderung von Aufklärungsaktionen in Vereinen und Initiativen

Finanzierung von Nichtregierungsorganisationen für die Aufklärung der Öffentlichkeit über die Strategien der Hersteller von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten (Watchdog-Funktion der Zivilgesellschaft)

Altersfreigabe ab 18 für Filme, die die Nutzung von Tabak und verwandten Produkten zeigen

Phase II (2026 bis 2030)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phase I

Phase III (2031 bis 2035)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phase I

Phase IV (2036 bis 2040)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phase I

Relevante
FCTC-Artikel

Artikel 12 und 14

8

Maßnahme

Im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit Initiativen zur Tabakkontrolle sowie Alternativen zum Tabakanbau unterstützen

Der Globale Süden trägt eine große Bürde in Bezug auf Tabakanbau und -konsum: Ein großer Teil der 1,3 Milliarden Tabakkonsumierenden weltweit lebt in Niedrig- und Mitteleinkommensländern.⁹⁰ Gleichzeitig wird dort der überwiegende Teil der weltweiten Tabakernte erzeugt und der Anbau geht in vielen Ländern mit Ausbeutung von Arbeitskräften, Kinderarbeit und Umweltzerstörung einher.



Die Reduzierung des Tabakkonsums und -anbaus trägt zur Erreichung der Nachhaltigen Entwicklungsziele der Agenda 2030 bei.^{21,28,92}

Deutschland kann außerdem auf Menschen- und Kinderrechtsverletzungen im Tabakanbau Einfluss nehmen, indem Unternehmen zur Verantwortung gezogen werden, die solche Verstöße in ihren Lieferketten dulden. Dafür braucht es ein wirksames Lieferkettengesetz. Der derzeitige Entwurf für ein Lieferkettengesetz würde erst ab 2024 gelten und dann nur drei deutsche Tochterfirmen von multinationalen Tabakkonzernen erfassen. Alle anderen Tabakunternehmen könnten

weiterhin Tabak importieren, der mit Kinderarbeit hergestellt wurde.⁷⁵

Wegen der erheblichen sozialen, ökologischen und gesundheitlichen Folgen behindert Tabak die Erreichung der Agenda 2030 für Nachhaltige Entwicklung.^{21,28}



Als Hoheinkommensland kann und sollte Deutschland einen Beitrag für eine tabakfreie Welt leisten und andere Länder im Rahmen der internationalen Entwicklungszusammenarbeit unterstützen, basierend auf Artikel 26 des FCTC.

Trotzdem wurden von weltweit 41 Milliarden US-Dollar für die Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich im Jahr 2019 nur 66 Millionen US-Dollar in tabakkontrollspezifische Programme investiert und der überwiegende Teil davon kam von nicht-staatlichen Akteuren.⁴¹ Zum Vergleich: Für die Bekämpfung von HIV/Aids wurden 9,5 Milliarden US-Dollar ausgegeben.⁴¹

Die Förderung von Alternativen zum Tabakanbau würde eine ganze Reihe von Zielen der Agenda 2030 fördern, jedoch wird der zugehörige Artikel 17 des FCTC derzeit nur geringfügig umgesetzt.¹³ Deutschland hat in diesem Bereich bereits ein Pilotprojekt in Malawi unterstützt.⁵² Derartige Maßnahmen müssen ausgeweitet und verstetigt werden.

Die Bundesregierung muss sich am FCTC-2030-Projekt beteiligen, das vom FCTC-Sekretariat durchgeführt wird und Niedrig- und Mitteleinkommensländer bei der Umsetzung des Tabakkontrollabkommens und der Ziele der Global Strategy to Accelerate Tobacco Control unterstützt.^{63,66,89} Darüber hinaus sollten Tabakkontrolle und die Unterstützung von Alternativen zum Tabakanbau in der bilateralen Zusammenarbeit stärker gefördert werden.

Maßnahmenplan

8

Maßnahme

Phase I (2021 bis 2025)

Investition von zehn Millionen Euro über fünf Jahre in das FCTC-2030-Projekt

Finanzierung weiterer Projekte und Programme zur Förderung von Alternativen zum Tabakanbau

Nachbesserung des Entwurfs für ein Lieferkettengesetz (Ausweitung auf alle Unternehmen, die gesamte Lieferkette und zivilrechtliche Haftung)

Phase II (2026 bis 2030)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phase I

Phase III (2031 bis 2035)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phase I

Phase IV (2036 bis 2040)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phase I



Relevante
FCTC-Artikel

Artikel 17,
18 und 26

9

Maßnahme

Politische Entscheidungen wirksam vor der Beeinflussung durch Hersteller von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten sowie deren Organisationen schützen

Derzeit können die Hersteller von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten in hohem Maße Einfluss auf die Politik nehmen: Es gibt weder einen Verhaltenskodex für Staatsbedienstete, Regierungsmitglieder und Mitglieder des Bundestags zum Umgang mit Herstellern von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten, noch umfangreiche Transparenzregeln. Durch Spenden und Sponsoringbeiträge an Parteien und öffentliche Einrichtungen entstehen Interessenkonflikte. Außerdem fehlt ein Sensibilisierungsprogramm für Staatsbedienstete zu den Beeinflussungsstrategien der Hersteller von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten.^{21,24,36}

Da ein grundlegender Konflikt zwischen den Interessen der Tabakindustrie und gesundheitspolitischen Interessen besteht, muss der Einfluss der Hersteller von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten wirksam eingedämmt werden. Dafür müssen die Leitlinien zu Artikel 5.3 des FCTC vollständig umgesetzt werden.¹⁸

Kontakte zwischen politisch Entscheidungstragenden und den Herstellern von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten müssen auf das für die Regulierung unbedingt Notwendige beschränkt und vollständig transparent gemacht werden.

Die Tabakindustrie versucht durch Lobbyarbeit und andere Einflussnahme wirksame Tabakkontrollmaßnahmen zu verhindern oder zumindest zu verzögern.^{18,88}

Bundes- und Landesregierungen sowie Parlamente benötigen einen Verhaltenskodex für Staatsbedienstete und Parlamentsmitglieder zum Umgang mit den Herstellern von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten (einschließlich Regeln zu Seitenwechseln). Dafür muss auch das Lobbyregister nachgebessert werden (z. B. exekutiver Fußabdruck, Angabe von konkreten Lobbyaufträgen).⁵⁰ Des Weiteren müssen Spenden- und Sponsoringbeiträge von Herstellern von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten an öffentliche Einrichtungen und politische Parteien verboten werden. Partnerschaften oder sonstige unverbindliche Vereinbarungen mit dieser Industrie müssen unterlassen werden.¹⁸

Darüber hinaus sollten wissenschaftliche Einrichtungen und zivilgesellschaftliche Organisationen finanzielle Beiträge dieser Industrie ablehnen sowie Regeln zu Interessenkonflikten und Transparenz erlassen. Dies könnte durch Aufklärungskampagnen der zuständigen Ministerien gefördert werden.



Maßnahmenplan

9

Maßnahme

Phase I (2021 bis 2025)

Interaktionen von politisch Entscheidungstragenden mit den Herstellern von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten sowie deren Organisationen auf das für den Gesetzgebungsprozess Nötigste reduzieren

Alle Interaktionen von politisch Entscheidungstragenden mit Herstellern von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten sowie deren Organisationen transparent machen: Geplante Termine vorab veröffentlichen und Gesprächsprotokolle offenlegen

Bei jedem Treffen, das mit Tabakprodukten oder verwandten Erzeugnissen zu tun hat, an Artikel 5.3 erinnern

Staatliche Finanzierung von Nichtregierungsorganisationen zur Beobachtung der Einflussnahme-Versuche von Herstellern von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten sowie deren Organisationen und Aufklärung der Öffentlichkeit darüber (Watchdog-Funktion der Zivilgesellschaft)

Einen Verhaltenskodex für Regierungsmitglieder, Staatsbedienstete und Mitglieder des Bundestages und der Landesparlamente entwickeln (einschließlich Regeln zu Seitenwechseln)

Lobbyregister nachbessern (exekutiver Fußabdruck, verpflichtende Angabe der Finanzierung, Offenlegung konkreter Lobbythemen/-ziele)

Sponsoring und Spenden von Herstellern von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten sowie deren Organisationen an öffentliche Einrichtungen und politische Parteien verbieten

Aufklärungskampagne durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung, um Spenden/Sponsoring von wissenschaftlichen Einrichtungen durch Hersteller von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten sowie deren Organisationen zu denormalisieren und Regeln zu Transparenz und Interessenkonflikten zu fördern

Die Vergabe von öffentlichen Geldern an Nichtregierungsorganisationen für Gesundheitsprojekte daran knüpfen, dass diese keine Spenden/Sponsoring von Herstellern von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten sowie deren Organisationen annehmen

Phase II (2026 bis 2030)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phase I

Phase III (2031 bis 2035)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phase I

Phase IV (2036 bis 2040)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phase I

Relevante
FCTC-Artikel

Artikel 5.3,
12 und 13

Die Maßnahmen regelmäßig überprüfen, anpassen und weiterentwickeln

Regelmäßiges Monitoring und die Evaluation der eingeführten Maßnahmen sind wesentlich, um den Erfolg der Maßnahmen zu überprüfen und diese bei Bedarf modifizieren und verbessern zu können.⁸⁸

Folgende Zwischenziele sollten für die Anteile von Erwachsenen, die Tabak oder verwandte Produkte verwenden, erreicht werden:

Erwachsene			Jugendliche		
2025	2030	2035	2025	2030	2035
17%	13%	8%	5%	3%	2%

Als Maßstab sollten für Erwachsene Daten des Mikrozensus und für Jugendliche Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung herangezogen werden.^{57,67} Dazu sollte idealerweise für den Mikrozensus der Befragungsturnus zum Tabakkonsum ab 2025 auf einen fünfjährigen Turnus angepasst werden, sodass Daten für 2025, 2030, 2035 und 2040 vorliegen. Außerdem sollten Fragen zur Verwendung weiterer relevanter Produkte mit aufgenommen werden. Die Daten des Mikrozensus müssen durch weitere Quellen, wie die DEBRA-Studie, Surveys des Robert Koch-Instituts (KiGGS, DEGS, GEDA), den Epidemiologischen Suchtsurvey und Erhebungen unter speziellen Bevölkerungsgruppen, ergänzt werden.

Dabei sollte auch überwacht werden, ob die Maßnahmen alle gesellschaftlichen Gruppen erreichen oder ob entsprechend nachgesteuert werden muss.

Insbesondere muss darauf geachtet werden, dass sozioökonomisch benachteiligte Gruppen, Personen mit Migrationshintergrund, Personen mit schweren psychischen Erkrankungen oder andere gesellschaftlich marginalisierte Gruppen erreicht werden und sich die Maßnahmen auch auf sie positiv auswirken.

Für die Umsetzung der Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040 muss eine staatliche Koordinierungsstelle mit ausreichend hohem Budget eingerichtet werden. Die Regierung muss jährlich über Fortschritte berichten und die Maßnahmen entsprechend diesem Monitoring spätestens alle fünf Jahre anpassen.

Monitoring und Evaluation sollten von einem unabhängigen Beratungsgremium unter Beteiligung von Wissenschaft und Zivilgesellschaft auf Basis belastbarer wissenschaftlicher Daten durchgeführt werden.

Dies könnte zum Beispiel eine zu berufende Sachverständigenkommission aus unabhängigen Fachleuten übernehmen. Die Kommission sollte eine Geschäftsstelle haben, die bei der staatlichen Koordinierungsstelle angesiedelt ist und könnte ähnlich den Sachverständigenkommissionen zu den Gleichstellungs- und Altenberichten der Bundesregierung umgesetzt werden.^{8,35}

Dabei ist auch ein regelmäßiger Austausch mit anderen Ländern über deren Strategien und Maßnahmen für eine tabakfreie Gesellschaft von Vorteil.

Die Maßnahmen müssen in Bezug auf neuartige Produkte regelmäßig angepasst werden und Produkte, deren Risiken unklar sind, müssen nach dem Vorsorgeprinzip reguliert werden.

2040 Erwachsene < 5%
Jugendliche < 2%

Maßnahmenplan

Phase I (2021 bis 2025)

Einrichtung einer staatlichen Koordinierungsstelle mit ausreichender personeller und finanzieller Ausstattung zur Koordinierung und Überwachung der Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040

Einrichtung eines ausreichend finanzierten unabhängigen Beratungsgremiums zur Evaluation der Maßnahmen unter Beteiligung von Wissenschaft und Zivilgesellschaft

Jährliche Berichte über Fortschritte bei der Umsetzung der Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040

Anpassung der Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040 zum Ende jeder Phase

Eine unabhängige Prüfung der Umsetzung von Artikel 5.3 in Auftrag geben, um der Regierung weitere Optionen für den Schutz der Gesundheitspolitik vor unzulässigen Eingriffen der Hersteller von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten zu geben

Evaluation der bisherigen Umsetzung des Protokolls zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen und Entwicklung eines Plans zur weiteren Umsetzung

Anpassung des Mikrozensus (fünfjähriger Turnus und Aufnahme weiterer relevanter Produkte)

Phase II (2026 bis 2030)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phase I

Phase III (2031 bis 2035)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phase I

Phase IV (2036 bis 2040)

Weiterführung der Maßnahmen aus Phase I

01

Maßnahme

Relevanter
FCTC-Artikel

Artikel 20

Die Pläne anderer Länder

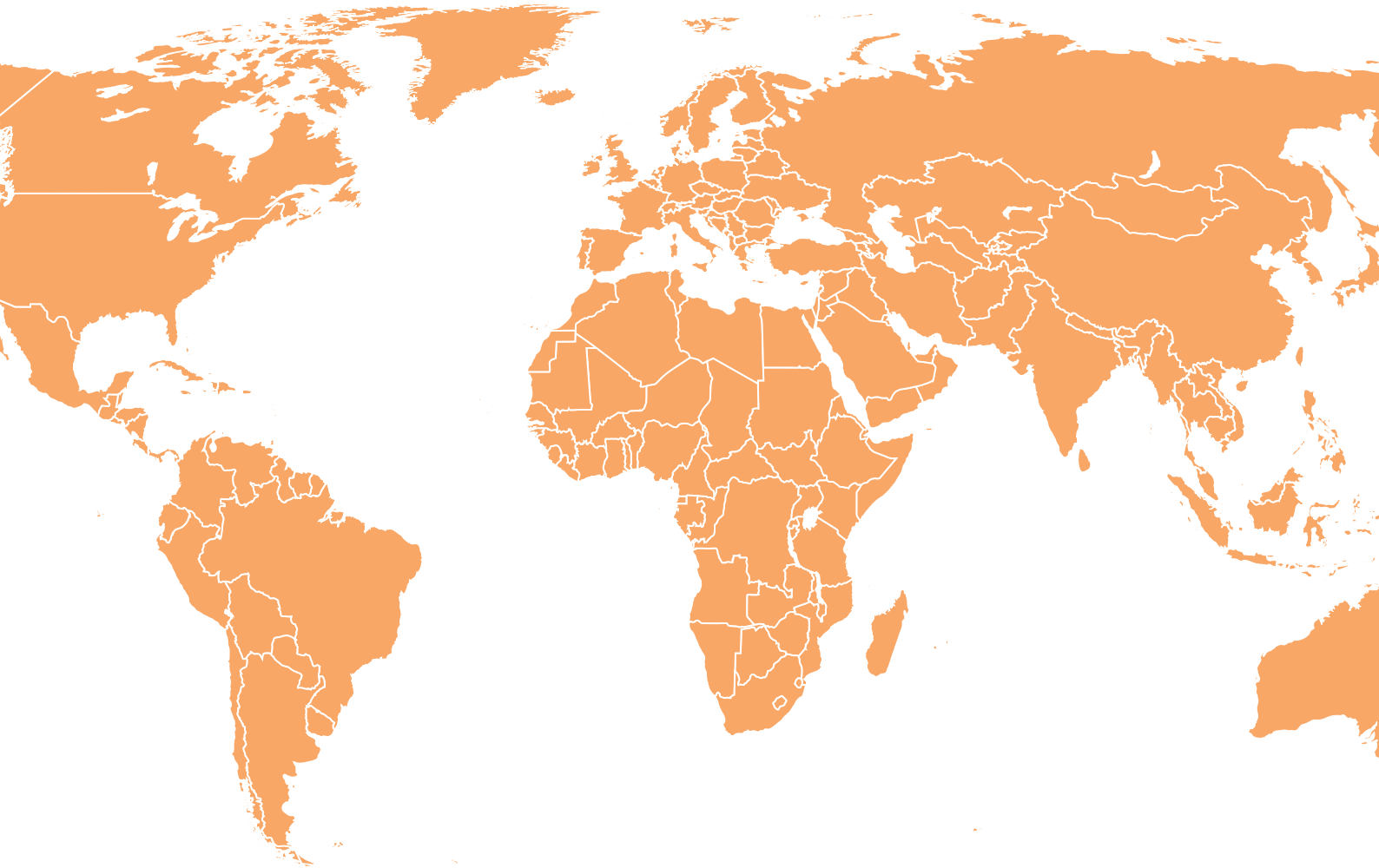
Wir danken denjenigen, die die Pläne anderer Länder entwickelt haben, für ihre Pionierarbeit. Ihre Pläne dienten uns als Inspiration.

Regierungspläne:

- Irland 2025¹⁴
- Neuseeland 2025⁵³
- Schottland 2034⁷²
- Finnland 2040 (Prävalenz unter 2 Prozent)⁵⁵
- Niederlande 2040⁵⁴
- Europäische Union 2040 (Europe's Beating Cancer Plan)³¹

Pläne von Zivilgesellschaft und anderen Akteuren:

- Belgien (Generationen ohne Tabak)¹
- Spanien 2030⁴⁰
- Schweiz 2030 (Prävalenz unter 15 Prozent)³
- USA (zwei Kommunen verbieten Verkauf von Tabakprodukten)⁶



Literatur

Einen umfassenden Überblick über den Konsum von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten, die Tabakindustrie und politische Maßnahmen zur Eindämmung des Konsums bietet der Tabakatlas Deutschland 2020²¹.



- 1 Alliance pour une société sans tabac (2018) 10 mesures pour «Génération sans tabac». Brüssel, Belgien
- 2 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2021) S3-Leitlinie "Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung", Gültig bis 31.12.2025, AWMF-Register Nr. 076-006
- 3 Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz (2020) Auf dem Weg zur tabak- und nikotinfreien Schweiz: Strategie AT Schweiz 2030. Bern, Schweiz
- 4 ASHRAE (2020) Position document on environmental tobacco smoke
- 5 Bornhäuser A, McCarthy J, Glantz SA (2006) German tobacco industry's successful efforts to maintain scientific and political respectability to prevent regulation of secondhand smoke. *Tob Control* 15: e1
- 6 Bostic C, Hefler M, Muller G, Assunta M (2020) FCTC Article 2.1 and the next horizon in tobacco policy: Phasing out commercial sales. *Tob Induc Dis* 18: 1–2
- 7 BTWE Handelsverband Tabak (2019) BTWE-Fakten 2019
- 8 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020) Achter Altersbericht: Ältere Menschen und Digitalisierung. Berlin
- 9 Cheraghi M, Salvi S (2009) Environmental tobacco smoke (ETS) and respiratory health in children. *Eur J Pediatr* 168: 897–905
- 10 Clattenburg EJ, Elf JL, Apelberg BJ (2013) Unplanned cigarette purchases and tobacco point of sale advertising: a potential barrier to smoking cessation. *Tobacco Control* 22:376–381
- 11 Conference of the Parties of the 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))
- 12 Conference of the Parties of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (2018) Novel and emerging tobacco products. Decision FCTC/COP8(22)
- 13 Conference of the Parties of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (2018) Implementation of Articles 17 and 18 (alternative livelihoods and protection of the environment. Decision FCTC/COP8(19)
- 14 Department of Health (2013) Tobacco Free Ireland. Report of the Tobacco Policy Review Group. Dublin, Irland
- 15 Deutsches Krebsforschungszentrum (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg
- 16 Deutsches Krebsforschungszentrum (2011) Leitlinien für die Durchführung von Artikel 13 - Tabakwerbung, Förderung des Tabakverkaufs und Tabak sponsoring. In: Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg, S. 107–121

- 17** Deutsches Krebsforschungszentrum (2011) Leitlinien für die Umsetzung von Artikel 8 - Schutz vor Passivrauchen. In: Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg, S. 59–67
- 18** Deutsches Krebsforschungszentrum (2011) Leitlinien für die Umsetzung von Artikel 5.3 - Schutz gesundheitspolitischer Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs vor kommerziellen und sonstigen berechtigten Interessen der Tabakindustrie. In: Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Heidelberg, S. 49–57
- 19** Deutsches Krebsforschungszentrum (2018) Stellungnahme der Einzelsachverständigen PD Dr. Ute Mons, Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg, für die 18. Sitzung des Ausschusses für Ernährung und Landwirtschaft. Öffentliche Anhörung am Montag, dem 10. Dezember 2018, Geschäftszeichen PA 10-5410-1
- 20** Deutsches Krebsforschungszentrum (2019) Deutliche Tabaksteuererhöhungen sind die wirksamste Maßnahme, um zum Nichtrauchen zu motivieren. Aus der Wissenschaft – für die Politik. Heidelberg
- 21** Deutsches Krebsforschungszentrum (2020) Tabakatlas Deutschland 2020. Pabst Science Publishers, Lengerich
- 22** Deutsches Krebsforschungszentrum (2020) E-Zigaretten und Tabakerhitzer – ein Überblick. Heidelberg
- 23** Deutsches Krebsforschungszentrum (2020) Werbung verführt zum Rauchen - umfassendes Tabakwerbeverbot ist überfällig. Aus der Wissenschaft – für die Politik, Heidelberg
- 24** Deutsches Krebsforschungszentrum (2021) Gesundheit fördern - Einfluss der Tabakindustrie verhindern. Aus der Wissenschaft – für die Politik, Heidelberg
- 25** Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I (2004) Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 328: 1519
- 26** Drovandi A, Teague P-A, Glass B, Malau-Aduli B (2019) A systematic review of the perceptions of adolescents on graphic health warnings and plain packaging of cigarettes. *Syst Rev* 8: 25
- 27** Effertz T (2019) Die Kosten des Rauchens in Deutschland im Jahr 2018 – aktuelle Situation und langfristige Perspektive. *Atemwegs- und Lungenkrankheiten* 45: 307–314
- 28** von Eichborn S, Abshagen M-L (2015) Tabak: unsozial, unfair, umweltschädlich. Tabakproduktion und -konsum als Beispiel für die Vielschichtigkeit der Sustainable Development Goals (SDGs). Berlin
- 29** European Commission, Hrsg. (2007) Attitudes of Europeans towards Tobacco. Special Eurobarometer 272c
- 30** European Commission, Hrsg. (2021) Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Special Eurobarometer 506
- 31** European Commission (2021) Europe's Beating Cancer Plan. Brüssel, Belgien
- 32** European Public Health Alliance, Corporate Europe Observatory, STOP (2021) Targeting the European Commission: The 7 lobbying techniques of Big Tobacco
- 33** GBD 2015 Tobacco Collaborators (2017) Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 389: 1885–1906
- 34** Germain D, McCarthy M, Wakefield M (2010) Smoker sensitivity to retail tobacco displays and quitting: a cohort study. *Addiction* 105: 159–163
- 35** Geschäftsstelle Dritter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung (2020) Was sind Gleichstellungsberichte? <https://www.dritter-gleichstellungsbericht.de/de/article/255.was-sind-gleichstellungsberichte.html> (aufgerufen am 30. April 2021)
- 36** Graen L (2020) Index zur Einflussnahme der Tabakindustrie in Deutschland 2020. Berlin
- 37** Graen L (2020) Advancing tobacco control with human rights. *Public Health Panorama* 6: 252–260

- 38** Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 u. 2 Satz 2 des Gesetzes vom 29. September 2020 (BGBl. I S. 2048) geändert worden ist
- 39** Grüning T, Gilmore AB, McKee M (2006) Tobacco industry influence on science and scientists in Germany. *Am J Pub Health* 96: 20–32
- 40** Huber L, García de Arboleya UC, Megina RF, Visconti L (2021) Spain: Civil Rights and Public Health Organizations Press Government for a Tobacco Endgame by 2030. In: *Blog - Tobacco Control*. <https://blogs.bmj.com/tc/2021/01/19/spain-civil-rights-and-public-health-organizations-press-government-for-a-tobacco-endgame-by-2030/> (aufgerufen am 19. Januar 2021)
- 41** Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2021) Financing Global Health | IHME Viz Hub. <http://vizhub.healthdata.org/fg> (aufgerufen am 26. März 2021)
- 42** Institute of Medicine (2015) Public health implications of raising the minimum age of legal access to tobacco products. National Academies Press, Washington, D.C., USA
- 43** Jawad M, Eissenberg T, Salman R, et al. (2019) Toxicant inhalation among singleton waterpipe tobacco users in natural settings. *Tob Control* 28: 181–188.
- 44** Joossens L, Feliu A, Fernandez E (2020) The Tobacco Control Scale 2019 in Europe. Association of European Cancer Leagues, Catalan Institute of Oncology, Brüssel, Belgien
- 45** Kastaun S, Kotz D (2019) Ärztliche Kurzberatung zur Tabakentwöhnung – Ergebnisse der DEBRA Studie. *SUCHT* 65: 1–8
- 46** Kotz D, Batra A, Kastaun S (2020) Rauchstoppsuche und genutzte Entwöhnungsmethoden. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 7–13
- 47** Kuntz B, Lampert T (2016) Tabakkonsum und Passivrauchbelastung bei Jugendlichen in Deutschland. *Dtsch Arztebl Int* 2016; 113: 23–30
- 48** Kuntz B, Zeiher J, Starker A, Lampert T (2019) Tabakkonsum und Passivrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – wo stehen wir heute? Atemwegs- und Lungenkrankheiten 45: 217–226
- 49** Kuntz B, Zeiher J, Starker A, Lampert T (2020) Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum. In: *DHS Jahrbuch Sucht 2020*. Pabst Science Publishers, Lengerich, S. 49–83
- 50** Lange T (2021) Das Lobbyregister kommt - unsere Auswertung. In: *Lobbycontrol*. <https://www.lobbycontrol.de/2021/03/das-lobbyregister-kommt/> (aufgerufen am 16. April 2021)
- 51** Legg T, Legendre M, Gilmore AB (2021) Paying lip service to publication ethics: scientific publishing practices and the Foundation for a Smoke-Free World. *Tob Control* Epub ahead of print, 28. April 2021. tobaccocontrol-2020-056003
- 52** Makoka D (2017) Alternativen zum Tabakanbau unter der Lupe: Hülsenfrüchte und Sonnenblumen in Malawi. *Unfairtobacco / Berliner Landesarbeitsgemeinschaft Umwelt und Entwicklung (Blue 21)*, Berlin
- 53** Ministry of Health New Zealand (2020) Smokefree Aotearoa 2025. In: *Ministry of Health NZ*. <https://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/tobacco-control/smokefree-aotearoa-2025> (aufgerufen am 29. März 2021)
- 54** Ministry of Health, Welfare and Sport Netherlands (2019) The National Prevention Agreement: A healthier Netherlands. Ministerie van Algemene Zaken
- 55** Ministry of Social Affairs and Health (2014) Roadmap to a tobacco-free Finland: Action plan on tobacco control. Helsinki, Finnland
- 56** Monshouwer K, Verdurmen J, Ketelaars T, van Laar MW (2014) Points of sale of tobacco products. Synthesis of scientific and practice-based knowledge on the impact of reducing the number of points of sale and restrictions on tobacco product displays. Trimbos Institute, Netherlands Institute for Mental Health and Addiction, Utrecht, Niederlande
- 57** Orth B, Merkel C (2020) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- 58** Pieper E, Mallock N, Henkler-Stephani F, Luch A (2018) Tabakerhitzer als neues Produkt der Tabakindustrie: Gesundheitliche Risiken. *Bundesgesundheitsbl* 61: 1422–1428

- 59** Pirie K, Peto R, Reeves GK, et al. (2013) The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet* 381: 133–141
- 60** Robertson L, McGee R, Marsh L, Hoek J (2015) A systematic review on the impact of point-of-sale tobacco promotion on smoking. *Nicotine Tob Res* 17: 2–17
- 61** Ross H, Blecher E (2019) Illicit Trade in Tobacco Products Need Not Hinder Tobacco Tax Policy Reforms and Increases. *Tobacconomics, Health Policy Center, Institute for Health Research and Policy, University of Illinois at Chicago, Chicago, Illinois, USA*
- 62** Saffer H, Chaloupka F (2000) The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *J Health Econ* 19: 1117–1137
- 63** Secretariat of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (2021) FCTC 2030. <http://www.who.int/fctc/implementation/fctc2030/en/> (aufgerufen am 26. März 2021)
- 64** Shihadeh A, Schubert J, Klaiany J, et al. (2015) Toxicant content, physical properties and biological activity of waterpipe tobacco smoke and its tobacco-free alternatives. *Tob Control* 24: i22–i30.
- 65** Siahpush M, Shaikh R, Smith D, et al. (2016) The association of exposure to point-of-sale tobacco marketing with quit attempt and quit success: results from a prospective study of smokers in the United States. *Int J Environ Res Public Health* 13: 203
- 66** Smoke Free Partnership (2020) The Investment Case for the Global Strategy. *Smoke Free Partnership Briefing Paper*
- 67** Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018) Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung – 2017
- 68** Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019) Ergebnisse des Mikrozensus 2017: Rauchgewohnheiten nach Altersgruppen. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Tabellen/rauchverhalten-insgesamt.html> (aufgerufen am 7. Mai 2021)
- 69** Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011. 2017. Fachserie 1, Reihe 1.3. Wiesbaden
- 70** Stöver H, Ritter C, Buth S (2014) *Tabakprävention in Gefängnissen*. BIS-Verl. der Carl-von-Ossietzky-Univ, Oldenburg
- 71** Strategiekreis der Nationalen Dekade gegen Krebs (2019) Gemeinsame Erklärung. *Nationale Dekade gegen Krebs 2019–2029*
- 72** The Scottish Government (2013) *Creating a Tobacco-Free Generation: A Tobacco Control Strategy for Scotland*
- 73** UN Committee on the Rights of the Child (2021) List of issues in relation to the combined fifth and sixth periodic reports of Germany
- 74** Unfairtobacco (2019) *Kinderrechte und Tabakkontrolle: Das Recht auf eine tabakfreie Welt*. Berlin
- 75** Unfairtobacco (2021) *Lieferkettengesetz: Auch für die Tabakindustrie?* <https://www.unfairtobacco.org/lieferkettengesetz-auch-fur-die-tabakindustrie/> (aufgerufen am 7. Mai 2021)
- 76** United Nations Human Rights Office of the High Commissioner (2021) *Status of Ratification Interactive Dashboard: Ratification of 18 International Human Rights Treaties*. <http://indicators.ohchr.org/> (aufgerufen am 9. Februar 2021)
- 77** U.S. Department of Health and Human Services (2014) *The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion and Office on Smoking and Health, Atlanta, GA, USA
- 78** U.S. Department of Health and Human Services (2020) *Smoking cessation: a report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, GA, USA

- 79** U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health (2006) The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, USA
- 80** U.S. National Cancer Institute (2008) The role of the media in promoting and reducing tobacco use. Tobacco Control Monograph No. 19. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, Bethesda, MD, USA
- 81** U.S. National Cancer Institute, World Health Organization (2016) The economics of tobacco and tobacco control. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva, CH: World Health Organization
- 82** Vereinte Nationen (2015) Resolution der Generalversammlung, verabschiedet am 25. September 2015: 70/1 Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung
- 83** Vital Strategies (2019) Crooked nine: Nine ways the tobacco industry undermines health policy. New York, NY, USA
- 84** World Health Organization (2008) Tobacco industry interference with tobacco control
- 85** World Health Organization (2013) Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases: 2013–2020.
- 86** World Health Organization (2015) Smoke-free movies: from evidence to action, 3rd ed. Genf, Schweiz
- 87** World Health Organization (2016) Electronic Nicotine Delivery Systems and Electronic Non-Nicotine Delivery Systems (ENDS/ENNDS). Conference of the Parties of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Seventh session. Provisional agenda item 5.5.2. Delhi, India
- 88** World Health Organization (2019) WHO report on the global tobacco epidemic 2019: Offer help to quit tobacco use. Genf, Schweiz
- 89** World Health Organization (2019) Global strategy to accelerate tobacco control: advancing sustainable development through the implementation of the WHO FCTC 2019–2025. Genf, Schweiz
- 90** World Health Organization (2020) Tobacco: Leading cause of death, illness and impoverishment. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (aufgerufen am 26. März 2021)
- 91** World Health Organization Regional Office for Europe (2017) Evidence brief: Tobacco point-of-sale display bans. Kopenhagen, Dänemark
- 92** World Health Organization Regional Office for Europe (2019) New avenues for tobacco control: Links to sustainable development and human rights. In: European tobacco use trends report 2019. Kopenhagen, Dänemark
- 93** World Health Organization Regional Office for Europe (2020) Heated tobacco products: a brief. Kopenhagen, Dänemark
- 94** World Health Organization Regional Office for Europe (2020) Electronic nicotine and non-nicotine delivery systems: a brief. Kopenhagen, Dänemark
- 95** Yeh C-Y, Schafferer C, Lee J-M, et al. (2017) The effects of a rise in cigarette price on cigarette consumption, tobacco taxation revenues, and of smoking-related deaths in 28 EU countries - applying threshold regression modelling. BMC Public Health 17: 676
- 96** Zafeiridou M, Hopkinson NS, Voulvoulis N (2018) Cigarette smoking: an assessment of tobacco's global environmental footprint across its entire supply chain. Environ Sci Technol 52:8087–8094
- 97** Zeiher J, Lange C, Starker A, et al. (2018) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. JoHM 2018 3(2): 23–43
- 98** Zeiher J, Starker A, Kuntz B (2018) Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. JoHM 2018 3(1): 40–45
- 99** Zeiher J, Starker A, Lampert T, Kuntz B (2018) Passivrauchbelastung bei Erwachsenen in Deutschland. JoHM 2018 3(2): 72–79

