
Die Empfehlungspapiere wurden im Auftrag der Steuerungsgruppe des Nationalen Krebsplans von unabhängigen wissenschaftlichen Expertinnen und Experten der Arbeitsgruppe Krebsprävention erstellt. Daher spiegeln die darin geäußerten Analysen und Empfehlungen in erster Linie die Perspektive der federführenden Verfasserinnen und Verfasser wider und decken sich nicht notwendigerweise in allen Aspekten mit der Sichtweise und Analyse der im Nationalen Krebsplan vertretenden Verbände, Institutionen und Organisationen.

Policy Paper Tabak und Alkohol

Themenpatin: Dr. Katrin Schaller (Deutsches Krebsforschungszentrum)

Mitglieder der thematischen Untergruppe: Dr. Stefanie Liedtke (GKV-Spitzenverband), Prof. Dr. Ute Mons (Deutsches Krebsforschungszentrum), Dr. Johannes Nießen (Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit), Dr. Anne Starker (Robert Koch Institut), Prof. Dr. Ulla Walter (Medizinische Hochschule Hannover)

Beschreibung des Soll-Zustands

Tabak und Nikotin

Es soll das Ziel des Europäischen Plans gegen den Krebs umgesetzt werden, bis 2040 ein tabakfreies Europa – und somit auch ein tabakfreies Deutschland – zu erreichen. Das bedeutet, dass weniger als fünf Prozent der Bevölkerung rauchen [1]. Da Tabakkonsum für fast 20 Prozent aller Krebsneuerkrankungen verantwortlich ist [2], trägt die Realisierung der Tabakfreiheit auch dazu bei, die Zielsetzung der Nationalen Dekade gegen Krebs zu erreichen, den Anteil vermeidbarer Krebsneuerkrankungen – ausgehend von 2019 – auf 32 Prozent im Jahr 2039 zu senken [3].

Dazu braucht Deutschland eine verpflichtende Tabakpräventionsstrategie, die klar definierte Ziele und evidenzbasierte verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen festlegt, deren Umsetzung an einen verbindlichen Zeitplan gekoppelt ist und die kontinuierlich überprüft wird. Die Tabakpräventionsstrategie muss auch Produkte wie Wasserpfeifen, E-Zigaretten und Tabakerhitzer umfassen, um den gesundheitlichen Risiken durch neue Formen des Nikotinkonsums wirksam zu begegnen. Die Regulierung sollte idealerweise so gestaltet sein, dass neue Entwicklungen der Hersteller auch erfasst werden.

Alkohol

Der Alkoholkonsum in der Bevölkerung soll reduziert werden, um alkoholbedingte Erkrankungen und soziale Folgen zu verringern. Aus Sicht der Krebsprävention gibt es keinen gesundheitlich risikofreien Alkoholkonsum; bereits geringe Mengen erhöhen das Risiko für verschiedene Krebserkrankungen [4, 5]. Der Europäische Kodex zur Krebsbekämpfung in seiner fünften Auflage empfiehlt, auf alkoholische Getränke zu verzichten. [6] Für Deutschland empfehlen die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen und die Deutsche Gesellschaft für Ernährung, zum Schutz der Gesundheit keinen Alkohol zu trinken. [7, 8]

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt prioritäre Handlungsbereiche, in denen Maßnahmen zur Reduzierung des Alkoholkonsums ansetzen sollten, um alkoholbedingte

Schäden wirksam zu verhindern und zu vermindern [9]. Dazu zählt auch, in der Bevölkerung das Bewusstsein für die Schädlichkeit des Alkohols zu verbessern, ebenso wie das Wissen um die Tatsache, dass Alkohol Krebs verursachen kann. Dazu muss ein Paradigmenwechsel der sozialen Norm erfolgen: Alkohol soll nicht mehr als „normal“ und „Kulturgut“ verstanden werden, sondern vielmehr als das wahrgenommen werden, was er ist: als gesundheitsschädliche Droge. Insgesamt soll die gesellschaftliche Akzeptanz des Alkoholkonsums reduziert werden.

Um diese Ziele zu erreichen, ist eine verpflichtende langfristige Alkoholpräventionsstrategie mit klar definierten Zielen und Maßnahmen, einem Zeitplan und Kontrollmechanismen notwendig.

Bestandsaufnahme: Beschreibung des Ist-Zustands

Tabak und Nikotin

Tabakrauchen

Mehr als jede vierte erwachsene Person in Deutschland raucht. In allen Altersgruppen ist der Anteil Rauchender bei Männern größer als bei Frauen. Unter jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 29 Jahren gibt es die meisten rauchenden Personen: Über 40 Prozent der Männer und rund 30 Prozent der Frauen rauchen in dieser Altersgruppe [10].

Von den 12- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen rauchen in Deutschland rund sieben Prozent. Von den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren hat mehr als ein Viertel in den letzten 30 Tagen geraucht und rund zwölf Prozent rauchen täglich [10].

Seit Anfang der 2000er Jahre ist der Anteil rauchender Menschen in der Bevölkerung gesunken. Laut Mikrozensus sank der Anteil rauchender Menschen in einem Alter ab 15 Jahren von 27,4 Prozent im Jahr 2003 auf 18,9 Prozent im Jahr 2021 [11]. Entsprechend dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) sank der Anteil rauchender Menschen im Alter von 18 bis 59 Jahren im gleichen Zeitraum von 33,9 Prozent auf 20,1 Prozent (30-Tage-Prävalenz) [12]. Im Jahr 2024 lag die 30-Tage-Prävalenz des Rauchens bei 18- bis 64-Jährigen laut ESA bei 21,8 Prozent. [13]

Passivrauchen

In Deutschland sind etwa sieben Prozent der nichtrauchenden Erwachsenen regelmäßig Tabakrauch in geschlossenen Räumen ausgesetzt. Etwa 16 Prozent der 12- bis 17-Jährigen und rund 18 Prozent der 18- bis 25-Jährigen halten sich mindestens einmal pro Woche in geschlossenen Räumen auf, in denen geraucht wird. [10]

E-Zigarettengebrauch:

Im Jahr 2023 hatten fast acht Prozent der 12- bis 17-Jährigen und rund 15 Prozent der 18- bis 25-Jährigen in den letzten 30 Tagen eine E-Zigarette verwendet. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene nutzen eher Einweg-, ältere Menschen eher Mehrweg-E-Zigaretten [10, 14]. Unter Personen ab 14 Jahren liegt der E-Zigarettengebrauch seit 2016 etwa bei zwei bis etwa 3,5 Prozent [15]. Unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist der Gebrauch von Mehrweg-E-Zigaretten seit 2012 von 2,6 Prozent auf 3,9 Prozent im Jahr 2023 beziehungsweise von 3,9 Prozent auf 7,8 Prozent angestiegen. Der Gebrauch von Einweg-E-Zigaretten ist mit 6,7 Prozent für Jugendliche und 12,0 Prozent für junge Erwachsene in beiden Altersgruppen deutlich höher als der Gebrauch von Mehrwegprodukten [16].

Dualer Konsum:

Die gleichzeitige Nutzung von zwei Tabak- und Nikotinprodukten wird als dualer Konsum bezeichnet. Aktuelle Zahlen für 2024 belegen, dass etwa 70 Prozent der Personen ab einem Alter von 14 Jahren, die aktuell E-Zigaretten verwenden, außerdem auch Tabak rauchen [10].

Gebrauch von Tabakerhitzern

Der aktuelle Gebrauch von Tabakerhitzern liegt unter Personen ab einem Alter von 14 Jahren seit 2018 bei unter einem Prozent. Der Jemalsgebrauch liegt im Jahr 2025 mit 6,4 Prozent etwas höher. Unter Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren ist der Jemalsgebrauch mit einem Prozent gering. Von den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren haben 11,7 Prozent jemals Tabakerhitze verwendet, innerhalb der letzten 30 Tage verwendeten 3,4 Prozent Tabakerhitze. [15, 17]

Gesundheitliche Folgen

Rauchen ist der bedeutendste vermeidbare Risikofaktor für Krebs, insbesondere von Lungenkrebs: mehr als 85 Prozent der Lungenkrebsfälle lassen sich auf das Rauchen zurückführen. Insgesamt waren in Deutschland im Jahr 2022 rund 88.000 der neuen Krebserkrankungen auf das Rauchen zurückzuführen. Dies entspricht etwa jeder fünften Krebsneuerkrankung [10].

Neben Krebserkrankungen ist Rauchen auch ursächlich für viele Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen verantwortlich. Insgesamt waren im Jahr 2023 in Deutschland rund 131.000 Todesfälle auf das Rauchen zurückzuführen. Dies entspricht jedem siebten Todesfall (13,7 Prozent). Den größten Anteil machen Krebserkrankungen aus (42 Prozent), etwa ein Drittel entfällt auf kardiovaskuläre Erkrankungen und ein Viertel auf Atemwegserkrankungen [10]. Passivrauchen erhöht das Risiko für Lungenkrebs und möglicherweise für weitere Krebsarten. [10]

E-Zigarettengebrauch birgt Gesundheitsrisiken, insbesondere für nichtrauchende Menschen, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Die langfristigen Gesundheitsgefahren sind derzeit nicht bekannt. E-Zigarettengebrauch birgt insbesondere für junge Menschen ein ähnliches Abhängigkeitspotenzial wie Zigarettenrauchen [10, 18]. Auch der Gebrauch von Tabakerhitzern birgt ein hohes Abhängigkeitspotenzial und Gesundheitsgefahren, wobei die langzeitigen gesundheitlichen Folgen derzeit nicht bekannt sind. [10]

Finanzielle Folgen

Rauchen verursacht dem Staat hohe Kosten. Im Jahr 2024 betrugen die Tabaksteuereinnahmen 15,6 Milliarden Euro. Die jährlichen volkswirtschaftlichen Kosten, die auf das Rauchen zurückgehen, liegen bei rund 97 Milliarden Euro und übersteigen somit die Einnahmen durch die Tabaksteuer bei Weitem [10].

Alkohol

Alkoholkonsum ist in Deutschland weit verbreitet: Im Jahr 2021 tranken mehr als zwei Drittel der Erwachsenen Alkohol. Etwas mehr Männer (77 Prozent) als Frauen (68 Prozent) im Alter von 18 bis 59 Jahren haben innerhalb der letzten 30 Tage Alkohol getrunken. In den vergangenen 20 Jahren ist der Anteil der Personen, die Alkohol konsumieren, leicht gesunken [19].

Im Jahr 2019 praktizierten in Deutschland 30,2 Prozent der Erwachsenen mindestens einmal monatlich Rauschtrinken, das heißt, sie tranken mindestens sechs alkoholische Getränke zu einer Gelegenheit. Bei Männern war dieser Anteil mit 38,7 Prozent deutlich größer als bei Frauen (22,2 Prozent) [20].

Von den Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren tranken im Jahr 2023 etwa 12 Prozent der Jungen und 7 Prozent der Mädchen regelmäßig Alkohol. Unter 12- bis 17-Jährigen hat

sich der Anteil der regelmäßig Alkoholtrinkenden von 2004 bis 2023 etwa halbiert. Im gleichen Zeitraum sank unter den 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen der Anteil regelmäßig Trinkender bei Männern von 59 auf 39 Prozent und bei Frauen von 28 auf 18 Prozent. Seit 2014 hat sich der Anteil regelmäßiger Alkoholkonsumierender unter 12- bis 17-jährigen nicht mehr wesentlich verändert, seit 2021 ist eine leicht steigende Tendenz zu beobachten [16].

Auch wenn der Pro-Kopf-Konsum von Reinalkohol seit 2012 gesunken ist, so liegt Deutschland im europäischen Vergleich mit 10,6 l im Jahr 2022 über dem EU-Durchschnitt (EU27) [21].

Gesundheitliche Folgen

Alkohol ist an der Entstehung von über 200 Krankheiten beteiligt, darunter verschiedene Krebsarten, Herz-Kreislauferkrankungen, Typ-2-Diabetes und Atemwegserkrankungen sowie Verletzungen. Hinzu kommen psychosoziale Folgen. Alkohol ist in jeder Menge krebserzeugend. Die krebserzeugende Wirkung ist unabhängig von der Art des alkoholischen Getränks. Gleichzeitiger Alkohol- und Tabakkonsum verstärken sich gegenseitig in ihrer krebserzeugenden Wirkung [19].

In Deutschland sind rund 4,2 Prozent der 18- bis 64-Jährigen alkoholabhängig – dies sind 2,2 Millionen Menschen [13].

Durch Alkoholkonsum gehen viele in guter Gesundheit verbrachte Lebensjahre verloren. Infolge ihres Alkoholkonsums erkranken in Deutschland jedes Jahr schätzungsweise über 20.000 Menschen an Krebs [19].

Finanzielle Folgen

Die Kosten des schädlichen Alkoholkonsums belaufen sich in Deutschland auf rund 57 Milliarden Euro pro Jahr. Dies ist wesentlich mehr, als die rund drei Milliarden Euro, die der Staat jährlich durch Alkoholsteuern einnimmt [19].

Kombinierter Konsum von Tabak und Alkohol

Alkohol und Tabak werden oftmals gleichzeitig konsumiert. Gleichzeitiger Tabak- und Alkoholkonsum verstärken die gesundheitlichen Risiken und erhöhen das Risiko, eine Abhängigkeit zu entwickeln.

Tabak und Alkohol verstärken sich gegenseitig in ihrer krebserzeugenden Wirkung, insbesondere in der Mundhöhle, im Rachen, am Kehlkopf und in der Speiseröhre. [22, 23] Dieser synergistische Effekt ist dosisabhängig: Je mehr Zigaretten geraucht werden und je mehr Alkohol dabei konsumiert wird, desto stärker steigt das Krebsrisiko. [22, 24, 25] Der kombinierte Konsum von Tabak und Alkohol erhöht außerdem möglicherweise das Risiko für alkoholbedingte Lebererkrankungen. [26]

Bei etwa 80 Prozent aller Personen mit bestehender Alkoholabhängigkeit liegt auch eine Tabakabhängigkeit vor. [27] Jugendliche, die bereits in jungen Jahren Nikotin konsumieren, trinken oft mehr Alkohol und konsumieren im Erwachsenenalter häufiger Suchtmittel, als Jugendliche, die nie geraucht haben. [28]

Kontrastierung von Ist- und Soll-Zustand: Ableitung von Empfehlungen zur Zielerreichung

Tabak- und Nikotin

Umfassende Tabakkontrollmaßnahmen tragen dazu bei, dass weniger Menschen rauchen. Konsequenterweise umgesetzte Tabakpräventionsmaßnahmen könnten in Deutschland über den Zeitraum von 2018 bis 2037 schätzungsweise 1,65 Millionen Lungenkrebsfälle vermeiden. [29]

Im europäischen Vergleich belegt Deutschland allerdings hinsichtlich der Tabakprävention seit über einem Jahrzehnt immer einen der letzten Plätze. Die Anteile Rauchender in Deutschland bewegten sich stets im europäischen Durchschnitt und haben sich zuletzt kaum verändert. [10, 30]

Deutschland hat sich mit der Unterzeichnung und Ratifizierung der Tabakrahenkonvention (WHO Framework Convention on Tobacco Control, WHO-FCTC) zur Umsetzung evidenzbasierter Maßnahmen zur Verringerung des Tabakkonsums verpflichtet. [31] Der Europäische Plan gegen den Krebs gibt das Ziel vor, bis 2040 eine tabakfreie Generation zu schaffen, also den Anteil rauchender Menschen in der Bevölkerung unter fünf Prozent zu senken. [1]

Um sich diesem Ziel nähern zu können, braucht Deutschland eine verpflichtende Tabakpräventionsstrategie mit klar definierten Zielen und evidenzbasierten verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen, die in einem festgelegten Zeitplan umgesetzt werden müssen, und deren Umsetzung kontinuierlich überprüft wird. Mit der im Jahr 2021 von Fachleuten entwickelten und von über 50 Organisationen unterstützten „Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040“ liegt eine Blaupause für eine solche Strategie vor. [32]

Alkohol

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt für eine wirksame Alkoholprävention die Kombination mehrerer Maßnahmen. Dies sind Steuer- oder Preiserhöhungen für alkoholische Getränke, Beschränkungen der Verfügbarkeit, umfassende Werbebeschränkungen, Regelungen und Kontrollen zu Alkohol im Straßenverkehr und einen verbesserten Zugang zu Screening, Kurzinterventionen und Behandlung der Alkoholabhängigkeit. Ziel ist es, bis 2030 den schädlichen Alkoholkonsum im Vergleich zu 2010 um mindestens 20 Prozent zu verringern. [19, 33] Der Europäische Kodex zur Krebsbekämpfung in seiner fünften Auflage gibt eine Reihe von Empfehlungen zu gesundheitspolitischen Maßnahmen, die dazu beitragen, den Alkoholkonsum zu reduzieren. Dazu gehören preisliche Maßnahmen, Beschränkungen der Verfügbarkeit, Werbebeschränkungen, ein verbesserter Zugang zu Screening, Kurzintervention und Behandlung der Alkoholabhängigkeit, Warnhinweise und Informationskampagnen. [6] In Deutschland liegt der Fokus der Alkoholprävention derzeit allerdings auf der Verhaltensprävention. [19] Wirksame, evidenzbasierte verhältnispräventive Maßnahmen wurden bislang nur in sehr geringem Ausmaß ergriffen. Nach Einschätzung der WHO und der OECD besteht in Deutschland Handlungsbedarf in der Alkoholprävention, insbesondere in der Verhältnisprävention. Als Haupthandlungsfelder werden genannt: Beschränkung der Verfügbarkeit (beispielsweise durch räumliche oder zeitliche Verkaufsbeschränkungen), Werbebeschränkungen (insbesondere in den sozialen Medien), Verbesserung von Screening und Beratung im Gesundheitssystem für Menschen mit hohem Alkoholkonsum sowie Alkoholsteuererhöhungen. [19]

Im europäischen Vergleich gehört Deutschland zu den Ländern mit eher niedrigen Alkoholsteuern. [19] Eine Erhöhung der Alkoholsteuern kann den Alkoholkonsum senken und die alkoholbedingten gesundheitlichen Folgen verringern. Gleichzeitig können die Einnahmen aus den Steuern gesteigert werden. [34] Durch eine deutliche Preissteigerung auf alkoholische Getränke könnten in Deutschland in einem Zeitraum von 30 Jahren etwa 213.000 alkoholbedingte Krebsfälle vermieden werden. [35]

Als Mitgliedsstaat der WHO hat sich Deutschland im Jahr 2013 dazu verpflichtet, den Alkoholkonsum bis zum Jahr 2025 um 10 Prozent zu verringern. Es ist davon auszugehen, dass dieses Ziel mit den aktuell eingesetzten Alkoholpräventionsmaßnahmen nicht erreicht wird, denn der Pro-Kopf-Alkoholkonsum ist zwischen 2013 und 2023 lediglich um acht Prozent gesunken. [36]

Um den Alkoholkonsum in der Bevölkerung zu senken und die alkoholbedingte Krebslast zu reduzieren, sind insbesondere Anstrengungen in der Verhältnisprävention notwendig. Verhaltens- und Verhältnisprävention sollten in einer verbindlichen Alkoholpräventionsstrategie vereint werden und verschiedene Bevölkerungsgruppen adressieren. Eine solche Strategie sollte die von der WHO empfohlenen evidenzbasierten Maßnahmen enthalten, ebenso wie einen Zeitplan zur Umsetzung der Maßnahmen und ein regelmäßiges Monitoring. [33]

Empfehlungen

Die Empfehlungen für den Bereich Tabak sind deutlich detaillierter dargestellt als diejenigen für den Bereich Alkohol, da für den Bereich Tabak sowohl auf die WHO-FCTC als auch auf die bereits für Deutschland vorgelegte Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040 zurückgegriffen werden kann. Für den Bereich Alkohol wurde eine entsprechende Strategie bislang nicht vorgelegt.

Tabak- und Nikotin [32]

Im Folgenden werden die übergeordneten Ziele aus der Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040 angeführt; dabei werden nicht sämtliche Ziele der Strategie genannt, sondern nur diejenigen, die für den nationalen Krebsplan direkt relevant sind. Für Details hinsichtlich weiterführender Informationen wird auf die Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040 verwiesen. [32]

1. Die Tabaksteuern jedes Jahr deutlich erhöhen
 - jährliche Tabaksteuererhöhungen, die die Preise für Tabak jeweils um mindestens zehn Prozent erhöhen
 - gleich hohe Besteuerung von Zigaretten und Feinschnitt
 - Steuererhöhungen für Liquids von E-Zigaretten parallel zu Tabaksteuererhöhungen
2. Rauchende beim Rauchstopp unterstützen und Kostenübernahme der Behandlung der Tabakabhängigkeit gewährleisten
 - systematische Unterstützung von Mitarbeitenden im Gesundheitssystem bei der Umsetzung der S3-Leitlinie
 - Informations- und Schulungskampagnen 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 sowie in hausärztliche, psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung, insbesondere stationäre Versorgung integrieren
 - 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
 - Erhebung und Dokumentation des Rauchstatus schrittweise erhöhen auf 90 Prozent aller Erstkontakte und Kurzintervention bei 80 Prozent der Rauchenden
 - Ergänzend zu den in der Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040 unter diesem Punkt genannten Maßnahmen wird empfohlen, insbesondere für Mitarbeitende in Gesundheitsberufen Materialien und Informationen zur Unterstützung des Rauchstopps zu bündeln und leicht verfügbar zu machen. Dazu gehören in erster Linie eine Zusammenstellung evidenzbasierter Unterstützungsangebote, die Hotline des BIÖG zur Tabakentwöhnung, das rauchfrei-Ticket und die Anbieter-Datenbank, über die Rauchstopppwillige nach Postleitzahl evidenzbasierte Entwöhnungsangebote in der Nähe finden können.
 - Deutliche Einschränkung der Aromen für E-Zigaretten auf Tabakaromen und ggf. wenige, klar definierte Aromen

3. Werbung für Tabak und verwandte Produkte vollständig verbieten und standardisierte Verpackungen einführen
 - 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
4. Die Verfügbarkeit von Tabak und verwandten Produkten deutlich reduzieren
 - Verbot der Auslage von Tabakprodukten und verwandten Erzeugnissen
 - Verbot des Verkaufs von Tabakprodukten und verwandten Erzeugnissen über Automaten
 - Verbot des Online-Verkaufs von Tabakprodukten und verwandten Erzeugnissen
 - schrittweise Einschränkung des Verkaufs von Tabakprodukten und verwandten Erzeugnissen auf schlussendlich eine begrenzte Zahl lizenzierter Fachgeschäfte
5. Wirksam vor Passivrauchen schützen und vollständig tabakfreie Lebenswelten schaffen
 - rauchfreie Bildungseinrichtungen und deren 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 in der Gastronomie
 - rauchfreie Gesundheitseinrichtungen und deren Gelände, einschließlich psychiatrischer Einrichtungen sowie von Justizvollzugsanstalten, einschließlich Verbot der Nutzung von Tabakerhitzern und E-Zigaretten, kombiniert mit Angebot zur Tabakentwöhnung
 - Rauchverbot im Auto, wenn Minderjährige und Schwangere mitfahren
 - 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
 - Förderung von rauchfreiem staatlich gefördertem Wohnraum
6. Kinderrechte in Bezug auf Tabak konsequent umsetzen und den Jugendschutz verbessern
 - strengere Kontrollen des Jugendschutzes
 - Stufenplan zur Integration von Lebenskompetenz- und Präventionsprogrammen als fester Bestandteil der Bildungs- und Lehrpläne an allen Schulen
 - Verkaufsalter auf 21 Jahre erhöhen
7. Regelmäßige Kampagnen durchführen, um über Risiken des Tabakgebrauchs aufzuklären, zur Entwöhnung zu motivieren und Tabakfreiheit zur Norm zu machen
 - jährliche Aufklärungskampagnen zu den Gefahren von Tabak und verwandten Produkten sowie zu Entwöhnungsangeboten
 - 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
 - Altersfreigabe ab 18 für Filme, die die Nutzung von Tabak und verwandten Produkten zeigen

- Ergänzend zu den in der Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040 unter diesem Punkt genannten Maßnahmen wird empfohlen, flächendeckend zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen in verschiedenen Lebenswelten durchzuführen, um den Einstieg in den Konsum zu verhindern und den Ausstieg zu fördern. Dazu gehören neben den oben genannten Vereinen und Initiativen insbesondere das schulische Umfeld, aber auch beispielsweise Betriebe, Bildungseinrichtungen und das familiäre Umfeld.
8. Politische Entscheidungen wirksam vor der Beeinflussung durch Hersteller von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten sowie deren Organisationen schützen
- Interaktionen von politisch Entscheidungstragenden mit den Herstellern von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten sowie deren Organisationen auf das für den Gesetzgebungsprozess Nötigste reduzieren und alle Interaktionen transparent machen
 - Verhaltenskodex für Regierungsmitglieder, Staatsbedienstete und Mitglieder des Bundestages und der Landesparlamente
 - Sponsoring und Spenden von Herstellern von Tabakerzeugnissen und verwandten Produkten sowie deren Organisationen an öffentliche Einrichtungen und politische Parteien verbieten
 - Darüber hinaus sollten wissenschaftliche Einrichtungen finanzielle Beiträge dieser Industrie ablehnen sowie Regeln zu Interessenkonflikten und Transparenz erlassen.

In all den in der Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040 angeführten Bereichen besteht in Deutschland großer Handlungsbedarf. In allen Bereichen, die in der europäischen Tabakkontrollskala (Tobacco Control Scale, TCS) abgebildet werden, hat Deutschland maximal die halbe Punktzahl erreicht: Preis (14 von 30 möglichen Punkten), Nichtraucherchutz (11 von 22), Werbebeschränkungen (6 von 13), Warnhinweise (5 von 10), Unterstützung des Rauchstopps (5 von 10) [30].

Alkohol [33, 37]

1. Preisliche Maßnahmen
 - Erhöhungen der Alkoholsteuern
 - Einführung einer Steuer auf Wein
 - Einführung von Minimumpreisen
2. Beschränkungen der Verfügbarkeit
 - Reduzierung der Dichte der Verkaufsstellen
 - Verkürzung der Verkaufszeiten
3. Anhebung des Mindestalters für Kauf und Konsum von Alkohol
 - einheitliches Mindestalter von 18 Jahren
 - Abschaffung des „begleiteten Trinkens“
4. Umfassende Werbebeschränkungen in
 - TV, Radio, Print, Internet
 - sozialen Medien
 - Verbot von Sponsoring durch Hersteller alkoholischer Getränke
5. Erleichterung des Zugangs zu Screening, Kurzintervention und Behandlung durch systematische Integration von Screening und Beratung im klinischen und ambulanten Setting

Da in Deutschland das Bewusstsein um die Schädlichkeit des Alkohols unzureichend verbreitet ist, sollten diese von der WHO empfohlenen Maßnahmen durch regelmäßige massenmediale Kampagnen (Themenschwerpunkte: Alkohol ist krebserzeugend; es gibt keine sichere Menge Alkohol,) ergänzt werden. Außerdem sollten ergänzend zur bereits bestehenden Kampagne „Alkohol – Kenn dein Limit“ flächendeckend durchgeführte Präventionsprogramme (vgl. <https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/alle>) umgesetzt werden. Diese Maßnahmen sollten zielgruppenspezifisch aufbereitet sein und in den Lebenswelten der Zielgruppen umgesetzt werden.

In all diesen Bereichen besteht in Deutschland großer Handlungsbedarf. Im einzigen bislang veröffentlichten europäischen Vergleich „Bridging the Gap (BtG)“ erhält Deutschland für diese Maßnahmen maximal die Hälfte der erreichbaren Punktzahl. Besonders wenig Punkte erzielte Deutschland in den Bereichen „Alkoholbesteuerung“ und „Kontrolle der Verfügbarkeit“. [38] Im jüngst herausgegebenen Public Health Index 2025 erhält Deutschland im Bereich Alkoholprävention lediglich 9 von 33 Punkten. Erneut schneidet Deutschland in den Bereichen „Alkoholbesteuerung“ und „Regelungen zu Verkauf/Ausschank“ besonders schlecht ab. [39]

Im europäischen Vergleich gehört Deutschland sowohl in der Tabak- als auch in der Alkoholprävention ebenso wie bei der Förderung gesunden Essens zu den Schlusslichtern. [39] Sämtliche Maßnahmen sollten im Rahmen einer verpflichtenden, umfassenden Präventionsstrategie ressortübergreifend in einem klaren Zeitplan umgesetzt werden und kontinuierlich überprüft und angepasst werden.

Literatur

1. European Commission, Communication from the Commission to the European Parliament and the Council. Europe's Beating Cancer Plan. Brussels, 3.2.2021. COM(2021) 44 final. 2021.
2. Gredner, T., et al., Cancers Due to Infection and Selected Environmental Factors, Estimation of the attributable cancer burden in Germany. *Dtsch Arztebl Int*, 2018. 115(35-36): p. 586-593.
3. Die Mitglieder des Strategiekreises der Nationalen Dekade gegen Krebs, Gemeinsame Erklärung. Nationale Dekade gegen Krebs 2019 – 2029, Eine Initiative vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. 2019.
4. Anderson, B.O., et al., Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *Lancet Public Health*, 2023. 8(1): p. e6-e7.
5. Ortola, R., et al., Alcohol consumption patterns and mortality among older adults with health-related or socioeconomic risk factors. *JAMA Netw Open*, 2024. 7(8): p. e2424495.
6. International Agency for Research on Cancer and World Health Organization, Europäischer Kodex zur Krebsbekämpfung, 5. Auflage. 14 Möglichkeiten, sich vor Krebs zu schützen. 2026: <https://cancer-code-europe.iarc.who.int/de/startseite/> (aufgerufen am 24.2.2026).
7. Das wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Editor. 2023.
8. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Alcohol consumption in Germany, health and social consequences and derivation of recommendations for action. *Ernährungs Umschau* 2024, 2024.
9. World Health Organization, Global alcohol action plan 2022–2030. Licence CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2024: Geneva.
10. Deutsches Krebsforschungszentrum and Deutsche Krebshilfe, Tabakatlas Deutschland 2025. 2025.
11. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, et al. Verteilung der Bevölkerung nach ihrem Rauchverhalten (in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Rauchverhalten. Tabelle (gestaltbar): Rauchen, Rauchverhalten der Bevölkerung. 2025 [cited 2025 28.10.].
12. IFT Institut für Therapieforchung. Epidemiological Survey of Substance Abuse (ESA). *Tabak - Trend*. 2025.
13. Olderbak, S., et al., Psychoactive Substance Use in Germany: Findings From the Epidemiological Survey of Substance Abuse (ESA) in 2024. *Dtsch Arztebl Int*, 2025(Forthcoming).
14. Klosterhalfen, S., W. Viechtbauer, and D. Kotz, Disposable e-cigarettes: Prevalence of use in Germany from 2016 to 2023 and associated user characteristics. *Addiction*, 2024. 120(3): p. 557-567.
15. Kotz, D. Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA)-Studie. 2025 (aufgerufen am 07.07.2025); Available from: <https://www.debra-study.info/>.
16. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023“ – Ergebnisse zum Alkoholkonsum – Info-Baltt. 04. November 2024. 2024.
17. Orth, B., Spille-Merkel, C., Nitzsche, A., , Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023. Substanzkonsum und Internetnutzung im Jahr 2023 und Trends. 2025, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
18. Falarowski, C., et al., Disposable e-cigarettes and their nicotine delivery, usage pattern, and subjective effects in occasionally smoking adults. *Sci Rep*, 2025. 15(1): p. 16270.

19. Deutsches Krebsforschungszentrum, Alkoholatlas Deutschland 2022. 2022: Pabst Science Publishers, Lengerich.
20. Gesundheitsberichterstattung des Bundes and Robert Koch Institut. Rauschtrinken (ab 18 Jahre). 2025 [cited 2025 28.10.].
21. Rummel, C., B. Lehner, and J. Kepp, Daten, Zahlen und Fakten, in DHS Jahrbuch Sucht 2025, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Editor. 2025, Pabst Science Publishers: Lengerich.
22. Jun, S., et al., The combined effects of alcohol consumption and smoking on cancer risk by exposure level: a systematic review and meta-analysis. J Korean Med Sci, 2024. 39(22): p. e185.
23. Mello, F.W., et al., The synergistic effect of tobacco and alcohol consumption on oral squamous cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. Clin Oral Investig, 2019. 23(7): p. 2849-2859.
24. Hashibe, M., et al., Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 2009. 18(2): p. 541-50.
25. Hatta, W., et al., The impact of tobacco smoking and alcohol consumption on the development of gastric cancers. Int J Mol Sci, 2024. 25(14).
26. Lin, H.M., et al., Cigarette smoking and alcohol-related liver disease. Liver Res, 2024. 8(4): p. 237-245.
27. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“, D.-S. DGPPN, Editor. 2020.
28. Chen, G., et al., Chapter Two - The impact of adolescent nicotine exposure on alcohol use during adulthood: The role of neuropeptides, in International Review of Neurobiology, R.L. Bell and S. Rahman, Editors. 2021, Academic Press. p. 53-93.
29. Gredner, T., et al., Impact of tobacco control policies implementation on future lung cancer incidence in Europe: An international, population-based modeling study. Lancet Reg Health Eur, 2021. 4: p. 100074.
30. Joossens, L., et al., The Tobacco Control Scale 2021 in Europe, C.I.o.O.e. Smoke Free Partnership, Brüssel, Belgien, Editor. 2022.
31. World Health Organization, WHO Framework Convention on Tobacco Control. 2003: Geneva, Switzerland.
32. Deutsches Krebsforschungszentrum, Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040. 2021: Heidelberg.
33. World Health Organization, The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, World Health Organization, Editor. 2019: Geneva.
34. Manthey, J., et al., The Impact of Raising Alcohol Taxes on Government Tax Revenue: Insights from Five European Countries. Appl Health Econ Health Policy, 2024. 22(3): p. 363-374.
35. Gredner, T., et al., Impact of reducing alcohol consumption through price-based policies on cancer incidence in Germany 2020-50-a simulation study. Addiction, 2021. 116(7): p. 1677-1688.
36. Manthey, J. and C. Kilian, 2.1 Alkohol, in DHS Jahrbuch Sucht 2025, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Editor. 2025, Pabst Science Publishers: Lengerich.
37. OECD, Preventing Harmful Alcohol Use, in OECD Health Policy Studies,, OECD Publishing, Editor. 2021: Paris.
38. Karlsson, T. and E. Österberg, Scaling alcohol control policies across Europe. Drugs: Education, Prevention and Policy, 2007. 14(6): p. 499-511.
39. AOK-Bundesverband eGbR and Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ), Public Health Index. Gesundheitsschutz im europäischen Vergleich. 2025. 2025.