

Deutsches Krebsforschungszentrum

Stabsstelle Krebsprävention und
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle
Heidelberg

ITC

International Tobacco Control
Policy Evaluation Project

Kohortenstudie zur Evaluation der deutschen Tabakkontrollpolitik

Abschlussbericht

Sachbericht

Februar 2013

1 Titel und Verantwortliche

Titel des Projekts

ITC International Tobacco Control Policy Evaluation Project

Geschäftszeichen

IIA5-2511DSM200

Beschreibung

Förderung der Fortführung einer bundesweiten prospektiven Kohortenstudie zur Evaluation der deutschen Tabakkontrollpolitik (ITC International Tobacco Control Policy Evaluation Project) durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG); Zuwendung des Bundes aus Kapitel 15 02 Titel 684 69 im Haushaltsjahr 2011; Bewilligungsbescheid vom 24.03.2011.

Bewilligungsempfänger

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)
Stabsstelle Krebsprävention und
WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle
(M050)
Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg

Projektleitung

Dr. Martina Pötschke-Langer
Leiterin der Stabsstelle Krebsprävention und des
WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle
Tel.: 06221 42 30 07
Fax: 06221 42 30 20
E-Mail: m.poetschke-langer@dkfz.de
Internet: www.tabakkontrolle.de

Projektmitarbeiter

Dr. Ute Mons M.A., Dipl.-Biol. Sarah Kahnert

Laufzeit (Bewilligungszeitraum)

1.5.2011 bis 31.10.2012

Fördersumme

120.000 €

2 Inhaltsverzeichnis

1	Titel und Verantwortliche	2
2	Inhaltsverzeichnis	3
3	Zusammenfassung	4
4	Einleitung	5
5	Erhebungs- und Auswertungsmethodik	6
	5.1 Konzeption des Projekts	6
	5.2 Erste und zweite Befragungswelle im Rahmen des ITC-Projekts	6
	5.3 Dritte Befragungswelle im Rahmen des ITC-Projekts	8
	5.4 Datenanalyse	8
6	Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	9
7	Ergebnisse	11
	7.1 Rauchverhalten	11
	7.2 Passivrauchen	13
	7.3 Einstellung der Bevölkerung zu Rauchverboten	15
	7.4 Rauchen zu Hause	19
	7.5 Warnhinweise	19
	7.6 Tabakwerbung	19
	7.7 Informationskampagnen	22
	7.8 Einstellung und Gesundheitswissen von Rauchern	24
	7.9 Abhängigkeit	28
	7.10 Rauchstopp und Entwöhnung	28
8	Diskussion der Ergebnisse	35
9	Gender Mainstreaming Aspekte	38
10	Gesamtbeurteilung	38
11	Publikationsverzeichnis	39

3 Zusammenfassung

Im Rahmen des ITC International Tobacco Control Policy Evaluation Project führte das Deutsche Krebsforschungszentrum eine bundesweite prospektive Panelstudie durch, mit der in einem repräsentativen Sample der rauchenden und nicht rauchenden Erwachsenenbevölkerung die Auswirkungen und die Wirksamkeit der nationalen Tabakkontrollpolitik untersucht wurde. Die erste Befragungswelle fand im Jahr 2007 vor der Einführung der Nichtraucherchutzgesetze statt. Die zweite Welle folgte im Jahr 2009 und die dritte Befragung wurde im Jahr 2011 durchgeführt.

Die folgenden zentralen Ergebnisse zeigen zum einen die bereits erzielten Erfolge der deutschen Tabakkontrollpolitik und zum anderen, in welchen Bereichen noch weitere Maßnahmen ergriffen werden können, um den Tabakkonsum der Bevölkerung weiter zu reduzieren und letztlich den Verpflichtungen nachzukommen, die Deutschland durch die Unterzeichnung und Ratifizierung des internationalen Rahmenabkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) eingegangen ist.

Infolge der Nichtraucherchutzgesetzgebung hat in Deutschland eine deutliche Verbesserung des Schutzes der Bevölkerung durch Passivrauchen stattgefunden. Dies macht sich durch die wesentlich verringerte Tabakrauchexposition in der Gastronomie sowie an Arbeitsplätzen bemerkbar. Dennoch sind weiterhin große Teile der Bevölkerung dem Passivrauchen ausgesetzt. Ein umfassender Nichtraucherchutz wurde demnach noch nicht realisiert.

Die Zustimmung zu einem generellen Rauchverbot in Kneipen/Bars und Restaurants sowie am Arbeitsplatz ist hoch und seit 2007 auch unter den Rauchern angestiegen. Insbesondere Nichtraucher fühlen sich durch Passivrauchen gestört, so dass es sie davon abhält, gastronomische Betriebe aufzusuchen. Erfahrungen aus Bayern und Ländern, in denen ein umfassendes Rauchverbot bereits umgesetzt wurde, zeigen, dass die

Befürwortung von Rauchverboten nach ihrer Einführung noch weiter steigt.

Die Einführung von Rauchverboten scheint dazu anzuregen, auch zu Hause das Rauchen generell nicht zuzulassen. Befürchtungen, dass durch Rauchverbote das Rauchen im privaten Bereich zunimmt, werden dadurch entkräftet.

Die Ergebnisse des Projekts zeigen weiterhin, dass die in Deutschland vorgeschriebenen textlichen Warnhinweise auf Zigaretten- und anderen Tabakverpackungen nur eine geringe Wirksamkeit besitzen. Die Wirkung hat zudem von 2007 bis 2011 abgenommen. Der regelmäßige Austausch der Warnhinweise sowie die Einführung von bildlichen Warnhinweisen könnten dieser Entwicklung entgegenwirken.

Werbung für Tabakprodukte ist in Deutschland immer noch sehr präsent. Werbung oder Informationen, bei denen die Gefahren des Rauchens und Passivrauchens thematisiert werden und bei denen zum Rauchausstieg ermutigt wird, werden hingegen kaum wahrgenommen. Das Gesundheitswissen hat sich unter Rauchern zwar verbessert, jedoch gibt es auch immer noch gesundheitliche Risiken durch das Rauchen, die weniger bekannt sind. Daher sollten weitere Maßnahmen ergriffen werden, die die Tabakwerbung einschränken, sowie solche, die zur Aufklärung und Information der Bevölkerung beitragen. Dadurch kann auch erreicht werden, dass mehr gegenwärtige Raucher einen Rauchstopp durchführen.

Einer der wichtigsten Gründe, darüber nachzudenken, mit dem Rauchen aufzuhören, ist neben der Vorbildfunktion für Kinder und der Sorge um die persönliche Gesundheit der Zigarettenpreis. Dies zeigt, dass weitere Tabaksteuererhöhungen zu einer Verminderung des Tabakkonsums beitragen können. Eine Anpassung der Feinschnittsteuer kann außerdem verhindern, dass Raucher aufgrund des geringeren Preises auf selbst gedrehte Zigaretten ausweichen.

4 Einleitung

Deutschland hat das internationale Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) unterzeichnet und ratifiziert. Dadurch besteht die Verpflichtung, die in der FCTC festgelegten Maßnahmen zur Tabakkontrolle einzuleiten und umzusetzen – damit hat Deutschland bereits in den letzten Jahren begonnen.

Das International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC-Projekt), an dem mittlerweile 20 Länder beteiligt sind, ist die erste länderübergreifende Panelstudie zum Thema Tabakkonsum. Das übergeordnete Ziel ist die Untersuchung der Wirkung von Tabakkontrollmaßnahmen auf das (Rauch-)Verhalten und die Einstellungen von Rauchern und Nichtrauchern. Die Studie erlaubt die Bestimmung von Determinanten einer effektiven Tabakkontrollpolitik in den folgenden Bereichen:

- Preisgestaltung und Besteuerung von Tabakprodukten
- Gesundheitliche Warnhinweise und Kennzeichnung der Verpackung von Tabakprodukten

- Tabakwerbung und -sponsoring
- Nichtraucherschutzgesetzgebung
- Aufklärung und Information
- Tabakentwöhnung

Das Deutsche Krebsforschungszentrum beteiligte sich am ITC-Projekt und führte eine bundesweite prospektive Panelstudie mit einer repräsentativen Sample der rauchenden und nicht rauchenden Erwachsenenbevölkerung durch, so dass auch für Deutschland ein geeignetes Instrument zur Verfügung steht, um die Wirkungen verschiedener Maßnahmen der Tabakprävention und Tabakkontrolle zu evaluieren.

In den Jahren 2007 und 2009 wurden die ersten beiden Befragungswellen im Rahmen des ITC-Projekts durchgeführt. Bei der mit Mitteln der Förderung im Jahr 2011 durchgeführten Befragung handelt es sich daher um die dritte Welle der bundesweiten Studie.

5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

5.1 Konzeption des Projekts

Das ITC-Projekt ist in der Folge der Initiative des WHO-Rahmenabkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC, www.fctc.org) entstanden, um verhältnispräventive Maßnahmen der Tabakkontrolle zu evaluieren. Mittlerweile sind 20 Länder am Projekt beteiligt: Australien, Bangladesch, Bhutan, Brasilien, China, Deutschland, Frankreich, Indien, Irland, Kanada, Kenia, Malaysia, Mauritius, Mexiko, die Niederlande, Neuseeland, die Republik Korea, Sambia, Thailand, Uruguay, das Vereinigte Königreich sowie die Vereinigten Staaten von Amerika.

Durch international standardisierte Erhebungsinstrumente und Erhebungsmethodik sind Ländervergleiche möglich; durch das Panel-Design werden in jedem Land Längsschnittdaten erhoben, die es ermöglichen, Verhaltens- und Einstellungsänderungen auf der Individualebene zu analysieren^{1,2}.

Die Fragebogeninstrumente wurden durch das ITC-Team an der University of Waterloo zur Verfügung gestellt und am Deutschen Krebsforschungszentrum ins Deutsche übersetzt. In Zusammenarbeit mit dem Institut für Demoskopie Allensbach erfolgte die Anpassung an die deutschen Standards für Telefonumfragen. Das IfD Allensbach führte die Datenerhebung durch.

Grundgesamtheit für die Befragung war die deutschsprachige Bevölkerung ab 18 Jahren in Privathäusern am Ort der Hauptwohnung in Deutschland des Jahres 2007. Dabei wurde der Rauchstatus der Befragten besonders berücksichtigt und Raucher in der Stichprobe überproportional stark repräsentiert: Es sollten etwa 1500 Raucher und 1000 Nichtraucher befragt werden. Als Raucher wurden Personen definiert, die mindestens einmal im Monat Zigaretten rauchen und schon mindestens 100 Zigaretten in ihrem Leben geraucht haben.

Die Stichprobenziehung erfolgte als zweistufige geschichtete Zufallsauswahl auf Basis des ADM-Telefonstichprobensystems (Festnetz). Das bedeutet, dass alle Nummern, die sich aus den in öffentlichen Telefonverzeichnissen eingetragenen Festnetz-Telefonnummern

durch Variation der letzten beiden Ziffern bilden lassen, den Ziehungsraum darstellen. Gegenwärtig werden auf diese Weise mehr als 90 % aller Privathaushalte in Deutschland repräsentiert. Die Bruttostichprobe wurde aus diesem Ziehungsraum durch eine nach Kreisen x Ortsgrößenklassen geschichtete Zufallsauswahl gezogen. In der zweiten Stufe wurde die zu befragende Person im Haushalt ausgewählt, wobei auf Grund der geplanten überproportional häufigen Ziehung rauchender Personen zwei Teilstichproben unterschieden wurden:

- Repräsentativstichprobe: Zufallsauswahl der zu befragenden Person aus allen Haushaltsmitgliedern ab 18 Jahren,
- Raucherstichprobe: Zufallsauswahl der zu befragenden Person aus allen zigarettenrauchenden Haushaltsmitgliedern ab 18 Jahren.

Die Zufallsauswahl der Befragten innerhalb der Stichproben erfolgte mittels der Next-Birthday-Methode, d.h. dass bei mehr als einer in Frage kommenden Zielperson in einem Haushalt diejenige für die Befragung ausgewählt wird, die als nächstes Geburtstag hat. Die telefonische Befragung (Computer-assisted Telephone Interviews – CATI) erfolgte durch geschulte Interviewer des Instituts für Demoskopie Allensbach.

Um die Disproportionalitäten zwischen Rauchern und Nichtrauchern anzugleichen und die Stichprobe an die Struktur der Grundgesamtheit anzugleichen, wurde ein Gewichtungsfaktor entwickelt, der sich an der Struktur der deutschen Bevölkerung ab 18 Jahren in Privathaushalten am Ort der Hauptwohnung orientierte. Die gewichtete Stichprobe ist daher repräsentativ für die (deutschsprachige) Bevölkerung ab 18 Jahre.

5.2 Erste und zweite Befragungswelle im Rahmen des ITC-Projekts

Während die erste Befragungswelle die Situation in Deutschland vor Einführung der einzelnen Landesnichtraucherschutzgesetze im Sommer/Herbst 2007 widerspiegelte, bildete die zweite Befragungswelle die Situation nach Einführung der Landesnichtraucherschutzgesetze sowie nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu Verfassungsklagen gegen einzelne Landesnichtraucherschutzgesetze im Sommer/Herbst 2009 ab. Zwischen den beiden Befragungswellen liegt demnach ein Zeitraum von zwei Jahren.

1 Fong GT, Cummings KM, Borland R, Hastings G, Hyland A, Giovino GA, Hammond D & Thompson ME (2006) The conceptual framework of the International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project. *Tob Control* 15 Suppl 3: iii3-iii11

2 Thompson ME, Fong GT, Hammond D, Boudreau C, Driezen P, Hyland A, Borland R, Cummings KM, Hastings GB, Siahpush M, Mackintosh AM & Laux FL (2006) Methods of the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 15 Suppl 3: iii12-iii18

Die erste Welle der Befragung wurde vom 11. Juli bis zum 20. November 2007 durchgeführt. Dabei musste in einigen Bundesländern die Befragung vorzeitig beendet werden, um keine Interviews nach Einführung von Nichtraucherschutzgesetzen zu führen. Es wurden 1515 Raucher und 1059 Nichtraucher befragt, also insgesamt 2574 Personen. Um trotz der langen Interviewdauer (den Befragten wurde angekündigt, dass die Befragung durchschnittlich zwischen 20 und 45 Minuten dauern würde) eine hohe Teilnahmebereitschaft zu erzielen, wurde den Befragten ein Incentive in Form eines Verrechnungsschecks in Höhe von 15 € angeboten. Letztlich konnte eine Ausschöpfungsquote in Höhe von 22,3 % realisiert werden (s. Abb. 1).

der ersten Befragung mitgeteilten Kontaktinformationen wurde zunächst versucht, die Befragten erneut zu erreichen. Diese wurden dann um Teilnahme an der zweiten Befragung gebeten. Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich vom 29. Juli 2009 bis 9. Oktober 2009. Auch bei der zweiten Befragungswelle wurde den Befragten für die Teilnahme ein Incentive in Form eines Verrechnungsschecks in Höhe von 15 € angeboten. Da der Geldgeber jedoch seine finanzielle Unterstützung widerrief, musste die Scheckzusage am 26. August 2009 eingestellt werden. Der Großteil der Interviews (1425) war zu diesem Zeitpunkt jedoch schon geführt.

Für die zweite Befragungswelle wurde versucht, alle Teilnehmer der ersten Befragungswelle auch für das zweite Interview zu gewinnen. Über die in der ersten Befragungswelle gezogene Telefonnummer sowie gegebenenfalls über weitere von den Befragten bei

Letztlich konnten in der zweiten Befragungswelle 1821 Personen erneut befragt werden, davon 1002 Personen aus der Raucherstichprobe und 819 Personen aus der Nichtraucherstichprobe. Dies entspricht einer Ausschöpfungsquote von 71 %, 66,4 % in der Raucherstichprobe und 77,6 % in der Nichtraucherstichprobe.

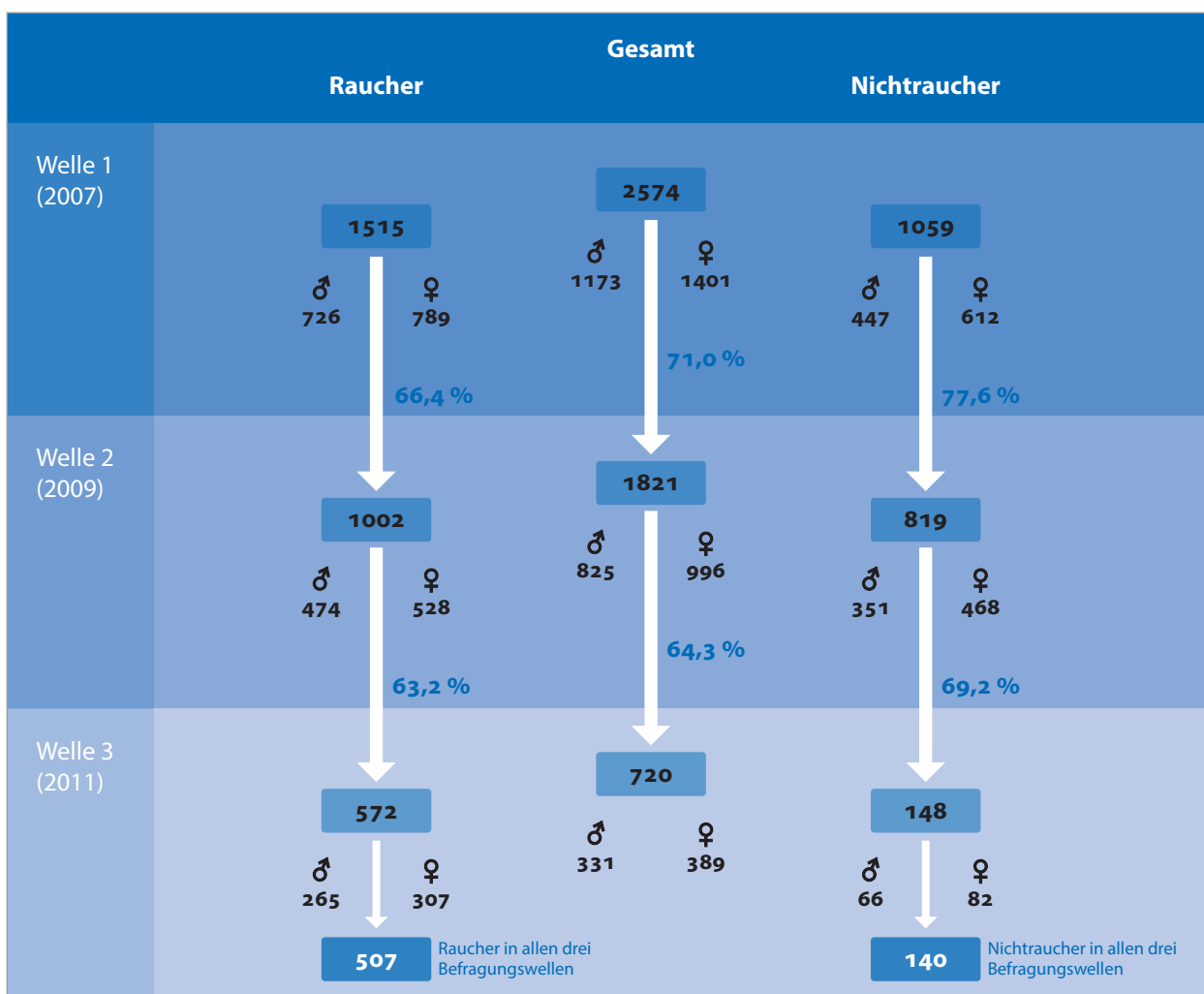


Abb. 1 Anzahl der Befragten der drei Erhebungswellen. Prozentangaben: Ausschöpfungsquote = prozentualer Anteil der durchgeführten Interviews an der Nettostichprobe; Nettostichprobe = Bruttostichprobe abzüglich der neutralen Ausfälle. Von den 572 Rauchern aus Welle 2, die auch an einem Interview im Jahr 2011 teilnahmen hatten 65 Personen aufgehört, zu rauchen, und von den 148 Nichtrauchern aus Welle 2, die im Jahr 2011 erneut befragt wurden, hatten 8 Personen angefangen, zu rauchen.

Häufigste Gründe für das Nichtzustandekommen einer erneuten Befragung waren: ein nicht mehr gültiger Telefonanschluss (29 % der Ausfälle), die telefonische Nichterreichbarkeit der Zielperson (28 % der Ausfälle) und eine Verweigerung der Teilnahme (35 % der Ausfälle).

5.3 Dritte Befragungswelle im Rahmen des ITC-Projekts

Die Datenerhebung der dritten Befragungswelle erfolgte von September bis Oktober 2011. Die Methodik der Datenerhebung entspricht derjenigen der ersten beiden Befragungswellen. Es wurden alle Zigarettenraucher zum Zeitpunkt der zweiten Befragung sowie ein kleinerer Teil der Nichtraucher einbezogen. Die zu befragenden Nichtraucher wurden dabei durch Zufallsauswahl aus den Teilnehmern in Welle 2 ermittelt. Da die Stichprobe so angelegt war, dass die Raucher überrepräsentiert waren, und für die dritte Befragung nur eine Zufallsauswahl aus der Teilgruppe der Nichtraucher aus der zweiten Welle berücksichtigt wurde, erhöhte sich in der dritten Welle die Disproportionalität zwischen Rauchern und Nichtrauchern noch einmal deutlich.

Im Jahr 2011 wurden 572 der Raucher von 2009 sowie 148 der Nichtraucher von 2009 erneut befragt, d.h. insgesamt 720 Interviews durchgeführt. Die Ausschöpfungsquote beträgt damit 64,3 % insgesamt und 63,2 % bei den Rauchern sowie 69,2 % bei den Nichtrauchern. Da einige Teilnehmer aufgehört hatten, zu rauchen, und ein paar auch von 2009 bis 2011 (wieder) angefangen hatten zu rauchen, waren es letztlich 515 aktuelle Raucher und 205 Nichtraucher bei der dritten Befragungswelle im Jahr 2011 (s. Abb. 1).

Diese Stichprobengröße entspricht den Erwartungen und ist hinreichend groß, um alle wesentlichen

Veränderungen im Rauchersegment zu ermitteln. Es wurde ein Gewichtungsfaktor entwickelt, der den Panelverlusten Rechnung trägt und repräsentative Aussagen über die deutsche Bevölkerung ermöglicht.

5.4 Datenanalyse

Für diesen Bericht wurde eine deskriptive Auswertung der ITC-Daten aller drei Erhebungswellen vorgenommen. Basis für die Berechnungen sind diejenigen 720 Befragten, die an allen dreien Befragungen teilgenommen haben und für die somit für alle Befragungszeitpunkte Informationen vorliegen. Für einzelne Fragen kann die Fallzahl aufgrund von Antwortverweigerungen auch kleiner sein. Da es sich in diesem Bericht somit nicht um die gleiche Population handelt wie bei der deskriptiven Auswertung, die bereits für die ersten beiden Erhebungswellen erfolgte, sind die Zahlen im vorliegenden Report geringfügig abweichend von denjenigen des Reports, der im Jahr 2010 eingereicht wurde.

Die Ergebnisse werden differenziert nach Geschlecht dargestellt, in der Regel auch weiter differenziert nach Rauchstatus. Werden die Ergebnisse für Nichtraucher präsentiert, so sind damit Personen gemeint, die zu allen dreien Befragungszeitpunkten Nichtraucher waren. Werden die Ergebnisse für Raucher präsentiert, so sind dies Personen, die zu allen dreien Befragungszeitpunkten Raucher waren. Insgesamt sind dies 507 Raucher und 140 Nichtraucher (s. Abb. 1).

Um repräsentative Ergebnisse zu erhalten, wurden Gewichtungsfaktoren angewendet. Da die Ergebnisse fast ausnahmslos für alle drei Jahre im Vergleich dargestellt werden, wurde durchgängig der Gewichtungsfaktor für das Jahr 2009 verwendet. Dadurch kann vermieden werden, dass artefaktische Unterschiede infolge unterschiedlicher Gewichtung erzeugt werden.

6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Arbeits- und Zeitplan für alle Befragungswellen

2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogenerstellung für die erste Befragungswelle ▪ Datenerhebung der ersten Befragungswelle
2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datenauswertungen
2009	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogenerstellung für die zweite Befragungswelle ▪ Datenerhebung der zweiten Befragungswelle
2009/2010	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datenauswertungen
2011	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogenerstellung für die dritte Befragungswelle ▪ Datenerhebung der dritten Befragungswelle
2012/2013	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datenauswertungen

Gemäß dem Projektantrag erfolgte von Mai bis Juni 2011 die Erarbeitung des Fragebogens für die dritte Befragungswelle in Abstimmung mit dem Institut für Demoskopie Allensbach (IfD Allensbach) und der internationalen ITC-Projektleitung sowie die Klärung methodischer Fragen mit dem IfD Allensbach. Die Datenerhebung erfolgte anschließend von Juli bis November 2011 durch das IfD Allensbach, das regelmäßig über die Fortschritte der Befragung Bericht erstattete. Nach Übergabe der Daten Mitte November durch das IfD Allensbach wurden die Daten an die internationale ITC-Projektleitung weitergegeben, so dass im Zeitraum von Dezember 2011 bis Januar 2012 die Daten auf Plausibilität geprüft und für die statistische Auswertung aufbereitet werden konnten. Anfang

Februar 2012 wurde der finale aufbereitete Datensatz durch das ITC-Team bereitgestellt.

Für die folgenden Monate war die Analyse der Daten und die wissenschaftliche Aufbereitung in Form von Publikationen und Vorträgen auf nationalen und ggf. auch internationalen Konferenzen geplant. Nach Projektplan sollten auch Vergleiche der deutschen Daten mit Daten aus anderen ITC-Projektländern (insbesondere aus dem EU-Raum) in die Analyse mit einfließen.

Bislang erfolgte eine deskriptive Auswertung der Daten sowie eine Auswertung im Hinblick auf spezifische Fragestellungen (s. Ergebnisse). Außerdem wurden im März 2012 Ergebnisse in zwei Vorträgen auf der World

Arbeits- und Zeitplan für die dritte Befragungswelle gemäß Projektantrag

	2011								2012												2013		
	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	
Erarbeitung des Fragebogens und der Methodik	■	■																					
Datenerhebung			■	■	■	■	■																
Plausibilitätsprüfung und Aufbereitung der Daten								■	■														
Datenanalyse									■	■	■	■	■	■	■	■							
Abschluss- und Dokumentationsarbeiten																	■	■	■	■			

Durchgeführter Arbeits- und Zeitplan für die dritte Befragungswelle

	2011												2012												2013	
	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F				
Erarbeitung des Fragebogens und der Methodik	■	■																								
Datenerhebung			■	■	■	■	■																			
Plausibilitätsprüfung und Aufbereitung der Daten								■	■																	
Datenanalyse										■	■	■	■	■	■	■										
Abschluss- und Dokumentationsarbeiten																	■	■	■	■	■	■				

Conference Tobacco or Health (WCToH) in Singapur vorgestellt, die sich mit der Tabakrauchexposition in Kneipen/Bars sowie mit den Einstellungen zu Rauchverboten in der Gastronomie befassten.

Weiterhin wurden mehrere Publikationen erarbeitet und in wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht, die unter anderem auf den deutschen ITC-Daten basieren.

7 Ergebnisse

7.1 Rauchverhalten

7.1.1 Zigarettenkonsum

Der Großteil der kontinuierlichen Zigarettenraucher, 70 bis rund 80 %, raucht ausschließlich fertig produzierte Zigaretten (Abb. 2). Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen hat hier von 2007 bis 2009 ein leichter Anstieg stattgefunden, von 67 % auf 74 % bei den Männern und von 76 % auf 79 % bei den Frauen.

Der Anteil derjenigen Zigarettenraucher, die ausschließlich selbstgedrehte Zigaretten rauchen, liegt bei den Männern mit 14 bis 15 % etwas höher als bei den Frauen mit 9 bis 11 %. Von 2007 bis 2009 rückgängig ist sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen der Anteil der Zigarettenraucher, der sowohl fertig produzierte als auch selbst gedrehte Zigaretten raucht.

Die Anzahl der durchschnittlich täglich gerauchten Zigaretten liegt bei den Männern mit durchschnittlich 18 Zigaretten am Tag höher als bei den Frauen, die in

den Jahren 2007 und 2009 rund 14 und im Jahr 2011 durchschnittlich 13 Zigaretten am Tag rauchten (Abb. 3).

7.1.2 Bezugsquellen von Zigaretten

Während für Männer Tankstellen die wichtigste Bezugsquelle für Zigaretten sind, kaufen Frauen Zigaretten am häufigsten in Lebensmittelgeschäften (Abb. 4). Spezielle Tabakbezugsquellen, wie Tabakläden oder Zigarettenautomaten, spielen sowohl bei Männern als auch bei Frauen eine untergeordnete Rolle.

Eine eindeutige Verlagerung der wichtigsten Bezugsquelle für Zigaretten ist innerhalb der drei Erhebungszeiträume nicht zu erkennen. Im Jahr 2011 fand der letzte Zigarettenkauf bei 32 % der Männer an der Tankstelle statt und bei den Frauen waren es 43 %, die das letzte Mal vor der Befragung Zigaretten im Lebensmittelgeschäft kauften.

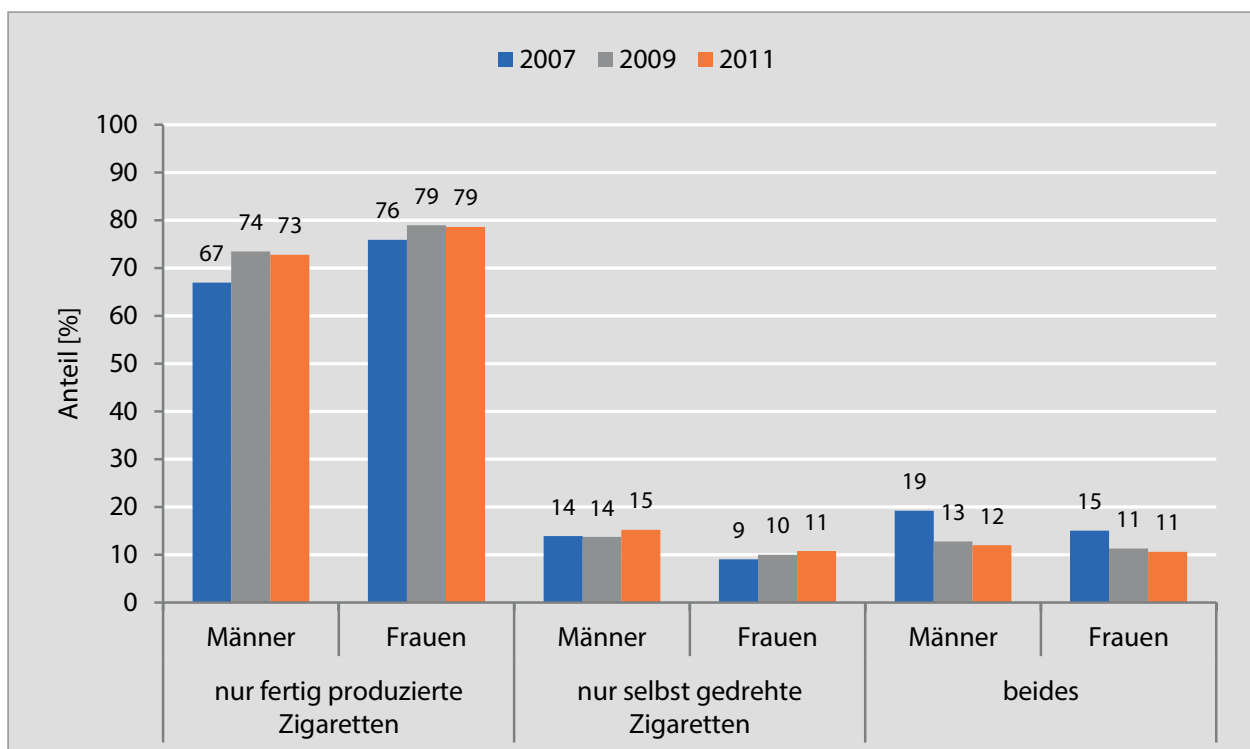


Abb. 2 Rauchen von fertig produzierten und selbst gedrehten Zigaretten. Raucher/innen 2007, 2009 und 2011.

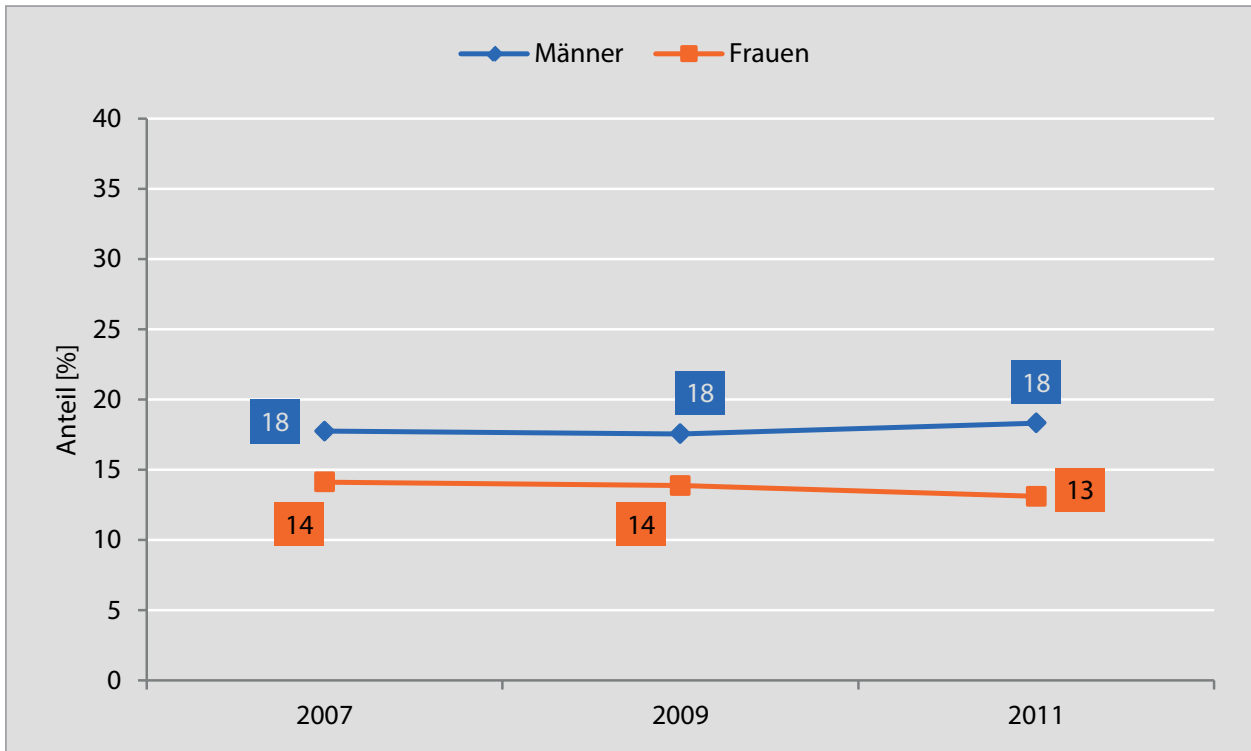


Abb. 3 Anzahl durchschnittlich täglich geraucher Zigaretten. Raucher/innen 2007, 2009 und 2011.

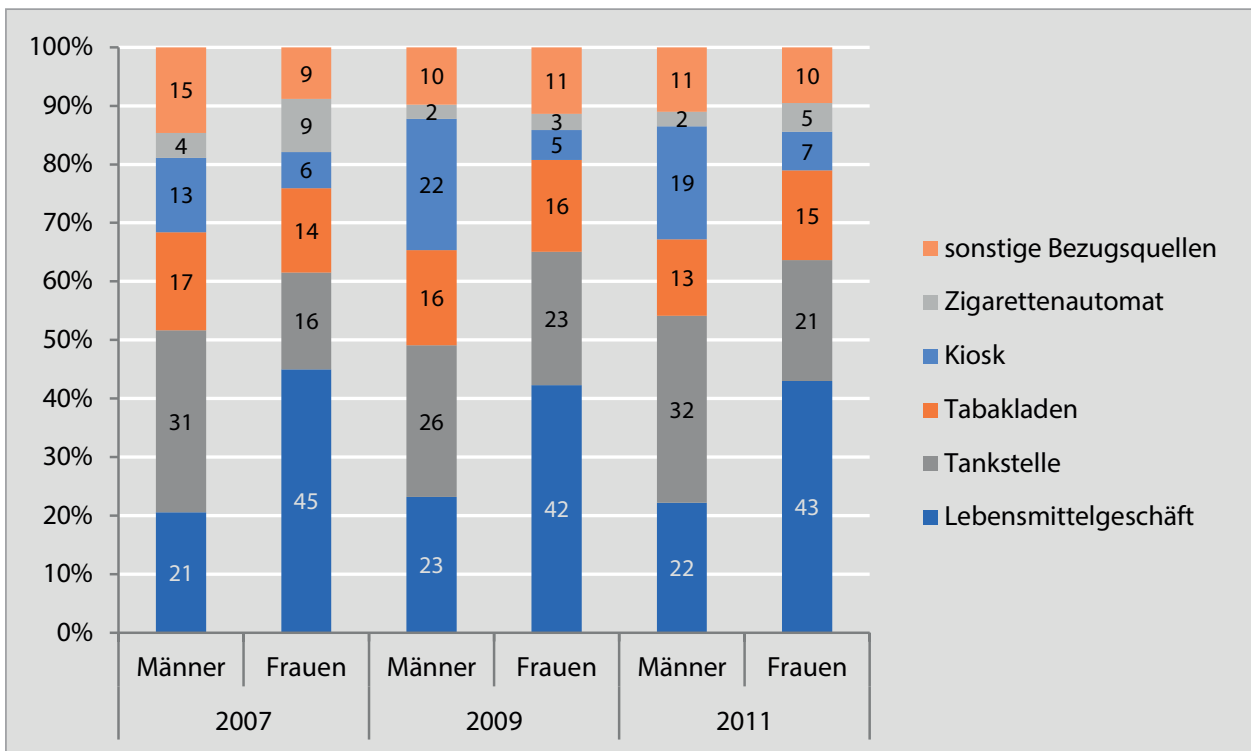


Abb. 4 Bezugsquelle beim letzten Zigarettenkauf. Raucher/innen 2007, 2009 und 2011. Unter „sonstige Bezugsquellen“ wurden zusammengefasst (mit absteigender Häufigkeit): „anderes“, „Zeitungsladen“, „Duty-free“, „von jemand anderem“ und „Bar/Restaurant“.

7.2 Passivrauchen

7.2.1 Belästigung durch Passivrauchen

Passivrauchen kann akute Gesundheitsbeschwerden, wie Hustenreiz und brennende Augen, hervorrufen, aber auch ein Risikofaktor für chronische Erkrankungen der Atemwege und des Herz-Kreislaufsystems sein. Auch ohne auftretende Gesundheitssymptome, wird es jedoch oft als Belästigung empfunden. Nicht überraschend ist, dass sich Nichtraucher mehr durch Passivrauchen gestört fühlen als Raucher: Während es im Jahr 2011 unter den Rauchern 16 % und unter den Raucherinnen 24 % waren, die sich ziemlich oder sehr gestört fühlten, betrug der Anteil bei den Nichtrauchern 53 % und bei den Nichtraucherinnen 79 % (Abb. 5). Zwei Jahre zuvor, im Jahr 2009, waren es sogar 84 % der Nichtraucherinnen, die angaben, dass sie Passivrauchen ziemlich oder sehr störe.

7.2.2 Tabakrauchexposition

Die Tabakrauchexposition ist in verschiedenen Bereichen aufgrund der Einführung der Nichtraucherschutzgesetze deutlich zurückgegangen. Zunächst zeigt sich dies in der Gastronomie:

Während im Jahr 2007 noch etwa 95 % Nichtraucher/innen angaben, dass beim letzten Kneipen-/Barbesuch

in den Räumen geraucht wurde, sank der Anteil bis zum Jahr 2009 auf 38 % bei den Nichtrauchern und auf 37 % bei den Nichtraucherinnen und bis 2011 auf 23 bzw. 21 % (Abb. 6). Bei den Rauchern und Raucherinnen lag der Anteil demgegenüber höher und es zeigte sich mit 65 % bei den Rauchern und 51 % bei den Raucherinnen ein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied. Dieser zeigte sich auch noch im Jahr 2011, bis zu dem die Tabakrauchexposition beim letzten Kneipen-/Barbesuch nochmals deutlich gesunken ist (Anteil von 49 % bei den Rauchern und 32 % bei den Raucherinnen).

Die Einführung der Nichtraucherschutzgesetze in der Gastronomie zeigt sich bei Restaurants noch deutlicher. Vor Einführung der Rauchverbote lag die Tabakrauchexposition beim letzten Restaurantbesuch durchschnittlich bei 71 % bei den Nichtrauchern und 77 % bei den Nichtraucherinnen (Abb. 7). Im Jahr 2009 sank sie auf 8 bzw. 22 % und im Jahr 2011 nochmals auf 2 bzw. 14 %. Wie bei den Kneipen/Bars sind auch hier die Raucher/innen stärker exponiert als die Nichtraucher/innen. Im Jahr 2011 betrug die Tabakrauchexposition in Restaurants bei Rauchern immer noch 23 % und bei Raucherinnen 30 %.

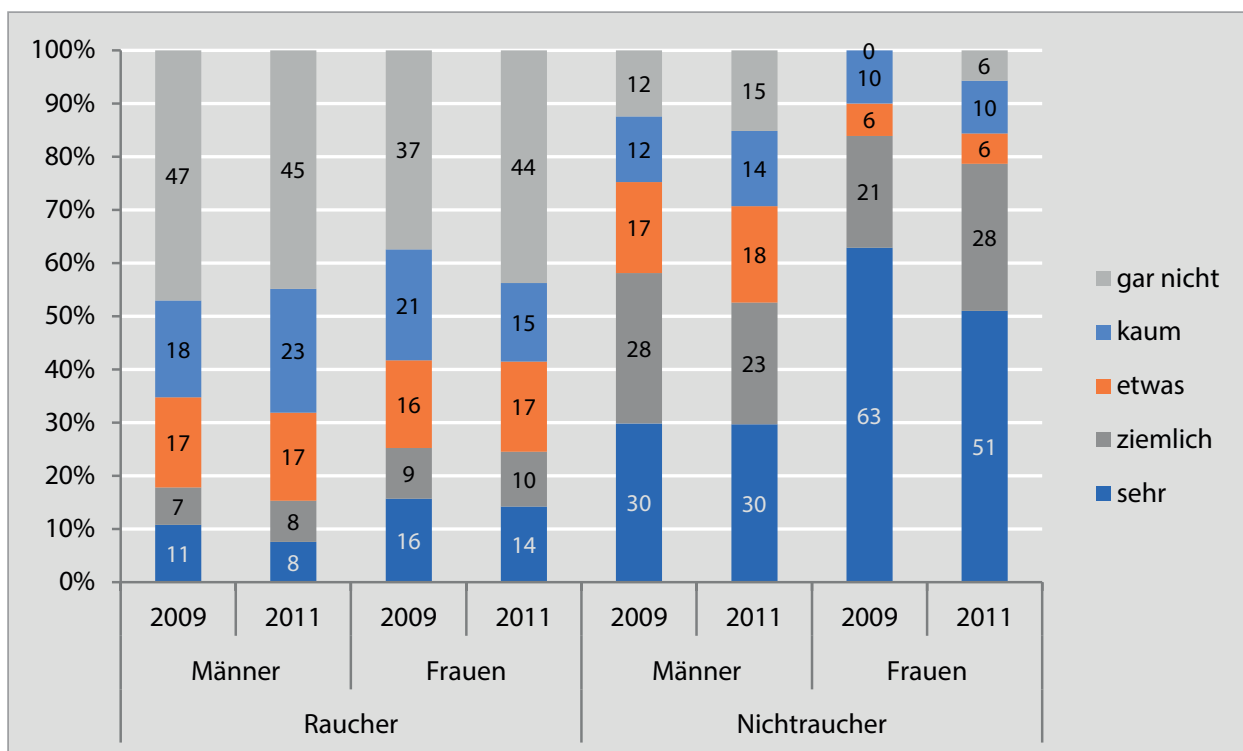


Abb. 5 Wie sehr stört Sie Passivrauchen? Raucher/innen und Nichtraucher/innen 2009 und 2011.

Der Rückgang der Tabakrauchexposition zeigt zwar einen Erfolg des Gesetzes, jedoch gleichzeitig auch, dass dieses keinen umfassenden Nichtraucherchutz bietet. Denn bei einem vollständigen Rauchverbot

in Restaurants hätte die Exposition auf nahezu Null fallen müssen. Auch im Jahr 2011 haben Raucher also noch die Möglichkeit, Restaurants zu besuchen, in denen die Möglichkeit besteht zu rauchen oder

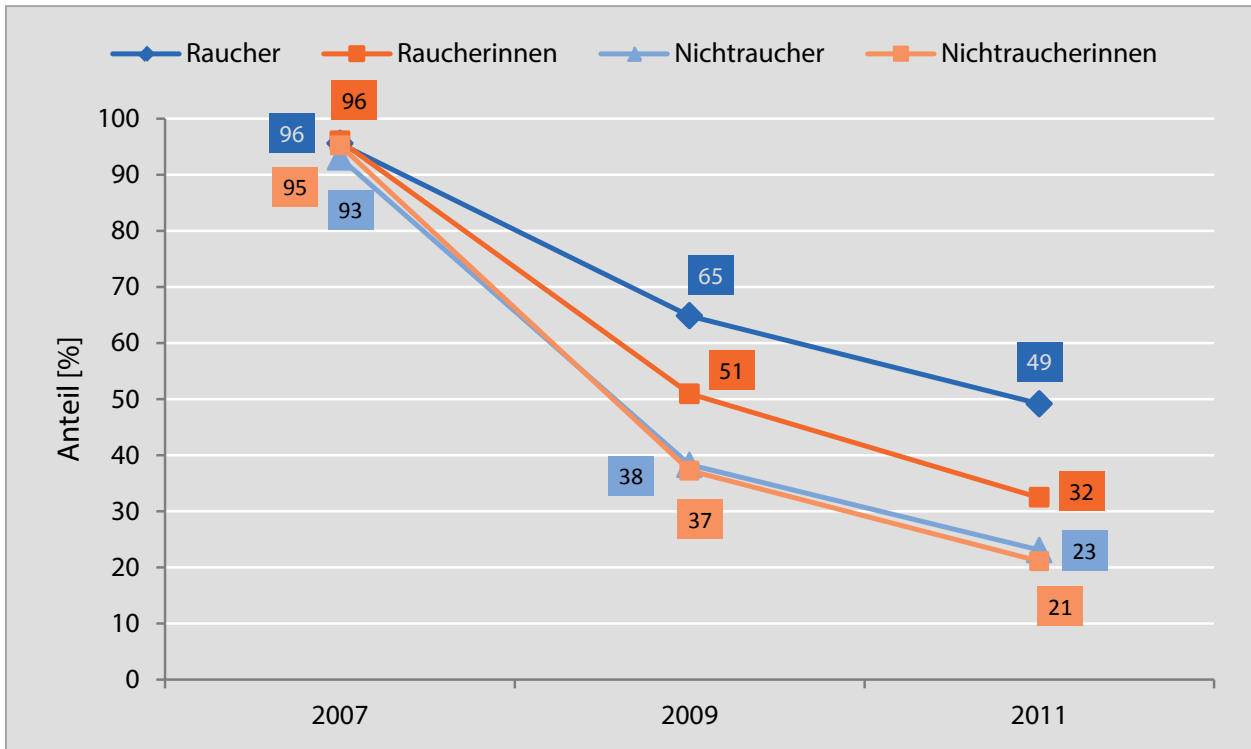


Abb. 6 Tabakrauchexposition beim letzten Kneipen-/Barbesuch. Raucher/innen und Nichtraucher/innen 2007, 2009 und 2011.

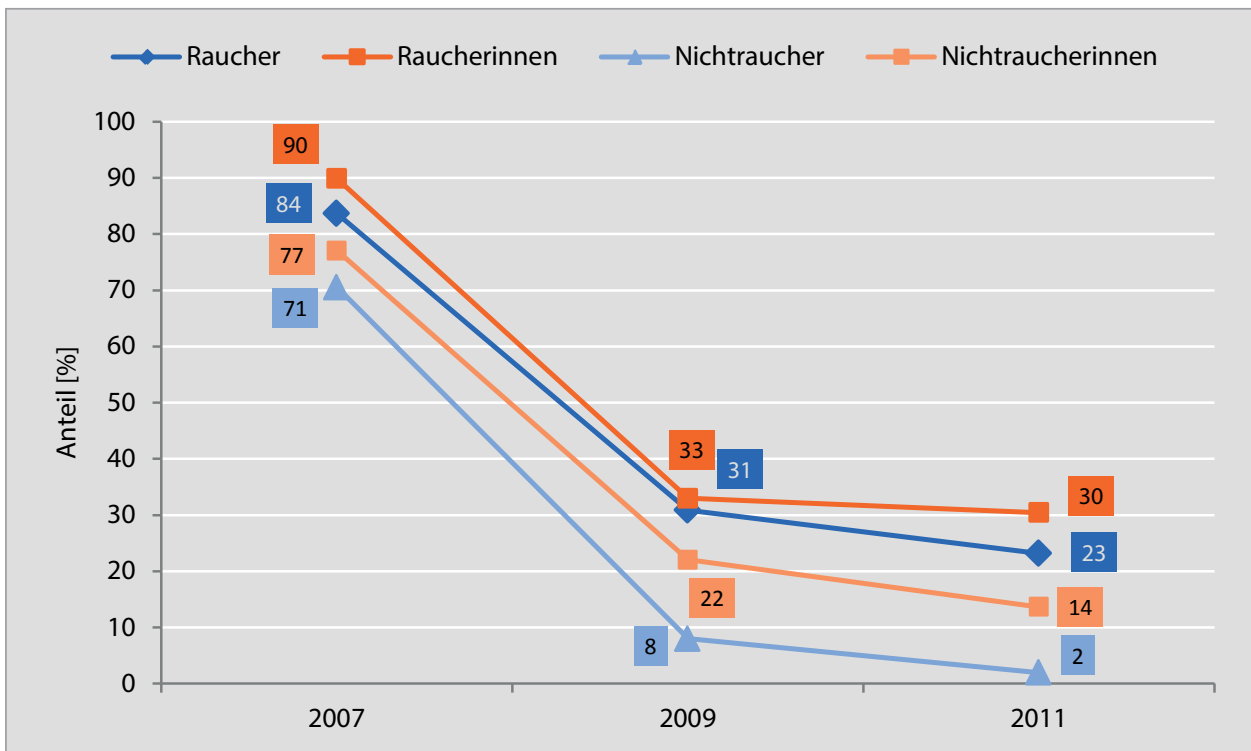


Abb. 7 Tabakrauchexposition beim letzten Restaurantbesuch. Raucher/innen und Nichtraucher/innen 2007, 2009 und 2011.

in denen das Rauchverbot nicht eingehalten wird. Bei der Tabakrauchexposition in Kneipen/Bars zeigt sich noch deutlicher, dass der Nichtraucherenschutz in Deutschland unvollständig ist.

Auch am Arbeitsplatz ist die Tabakrauchexposition von 2007 bis 2011 infolge der Nichtraucherschutzgesetzgebung insgesamt zurückgegangen. Waren es im Jahr 2007 noch 64 % der erwerbstätigen Nichtraucher und 38 % der erwerbstätigen Nichtraucherinnen, an deren Arbeitsplatz im letzten Monat vor der Befragung geraucht wurde, so waren es im Jahr 2009 nur noch 40 % bzw. 29 % (Abb. 8). Bis zum Jahr 2011 erfolgte bei den Nichtrauchern ein Wiederanstieg auf 48 % während der Anteil bei Nichtraucherinnen stabil blieb.

7.3 Einstellung der Bevölkerung zu Rauchverboten

7.3.1 Zustimmung zu Rauchverboten

Nichtraucher und Nichtraucherinnen befürworteten im Jahr 2011 ein generelles Rauchverbot in Kneipen und Bars zu 71 bzw. 62 % und damit generell häufiger als Raucher und Raucherinnen, von denen 19 bzw. 22 % zustimmen (Abb. 9). Seit dem Jahr 2007 hat ein klarer Anstieg der Befürwortung stattgefunden: Damals waren es bei den Rauchern und Raucherinnen 7 bzw. 12 % und bei den Nichtrauchern und Nichtraucherinnen 50 bzw. 40 %.

Wie auch bei den Kneipen und Bars ist auch für Restaurants zu beobachten, dass Nichtraucher/innen häufiger einem generellen Rauchverbot zustimmen als Raucher/innen (Abb. 10). Aber auch bei den Rauchern und Raucherinnen sind es mit 56 bzw. 61 % jedoch deutlich mehr als die Hälfte, die einem generellen Rauchverbot in Restaurants zustimmen.

Seit dem Jahr 2007 hat insgesamt eine Zunahme der Befürwortung eines generellen Rauchverbots in Restaurants stattgefunden; allerdings erfolgte von 2009 bis 2011 nur bei den Nichtrauchern ein weiterer Anstieg (von 76 auf 90 %).

Die Zustimmung zu einem Rauchverbot in Autos, wenn Kinder mitfahren, liegt sowohl bei den Rauchern/innen als auch bei den Nichtrauchern/innen sehr hoch (Abb. 11). Lediglich bei den männlichen Rauchern lag der Anteil im Jahr 2009 unter 90 %, doch bis 2011 erhöhte sich auch ihre Zustimmung auf über 90 %.

7.3.2 Verhaltensänderungen durch Rauchverbote

Der Großteil der Raucher und Raucherinnen lassen sich vom Rauchverbot nicht abhalten, in eine Bar/Kneipe oder in ein Restaurant zu gehen. Im Jahr 2011 haben dies 76 % der befragten Raucher und 84 % der befragten Raucherinnen für Bars/Kneipen angegeben (Abb. 12); bei Restaurants waren es 90 bzw. 91 % (Abb. 13).

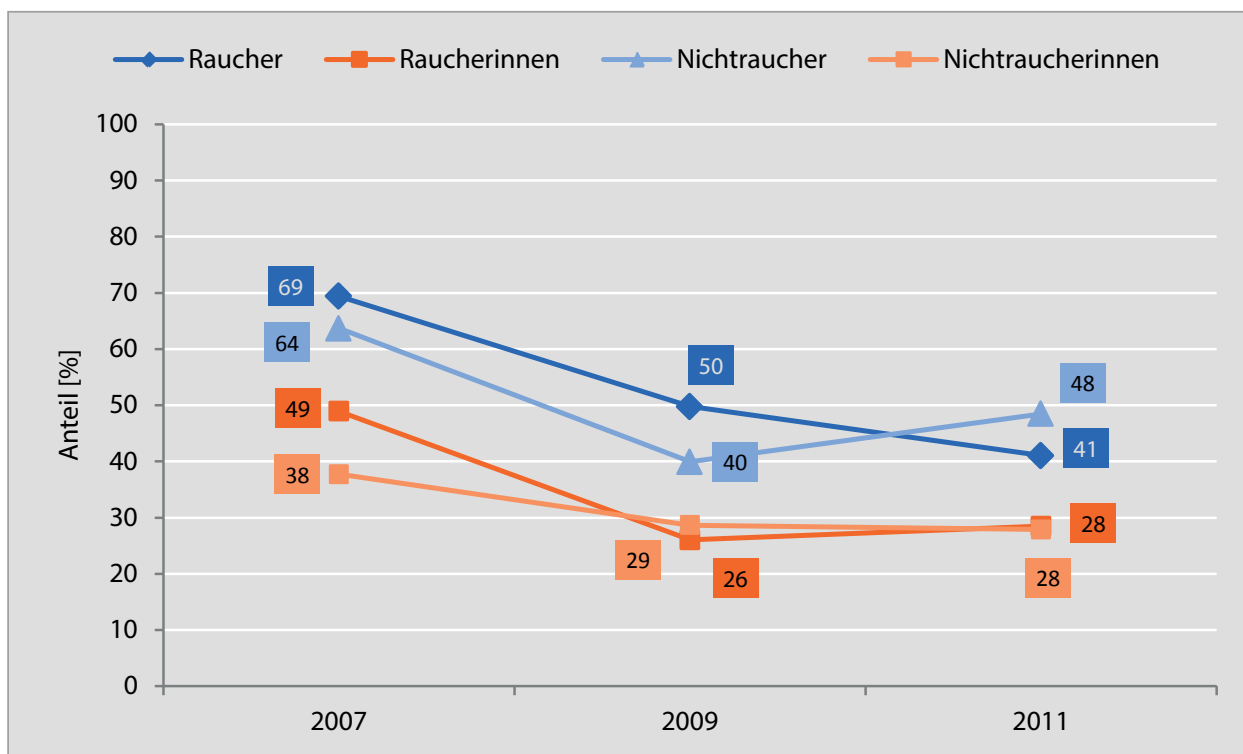


Abb. 8 Tabakrauchexposition am Arbeitsplatz im letzten Monat. Raucher/innen und Nichtraucher/innen 2007, 2009 und 2011.

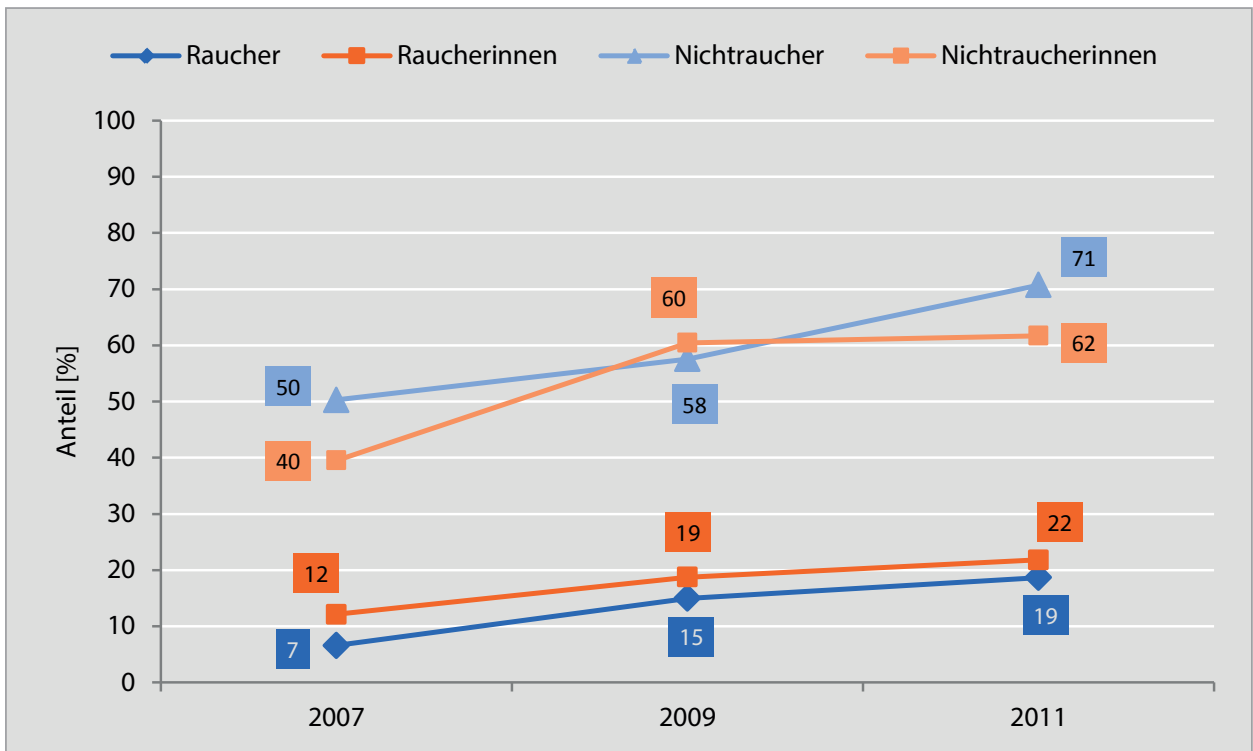


Abb. 9 Zustimmung zu einem generellen Rauchverbot in Kneipen und Bars. Raucher/innen und Nichtraucher/innen 2007, 2009 und 2011.

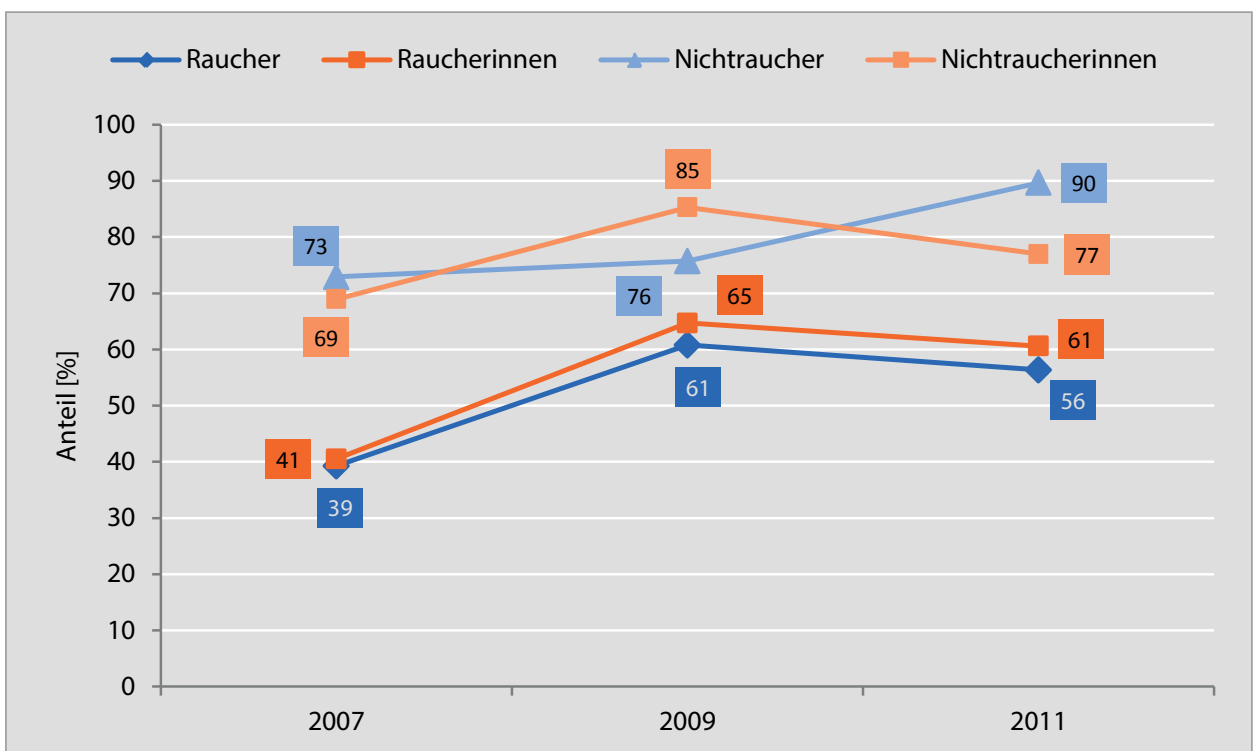


Abb. 10 Zustimmung zu einem generellen Rauchverbot in Restaurants. Raucher/innen und Nichtraucher/innen 2007, 2009 und 2011.

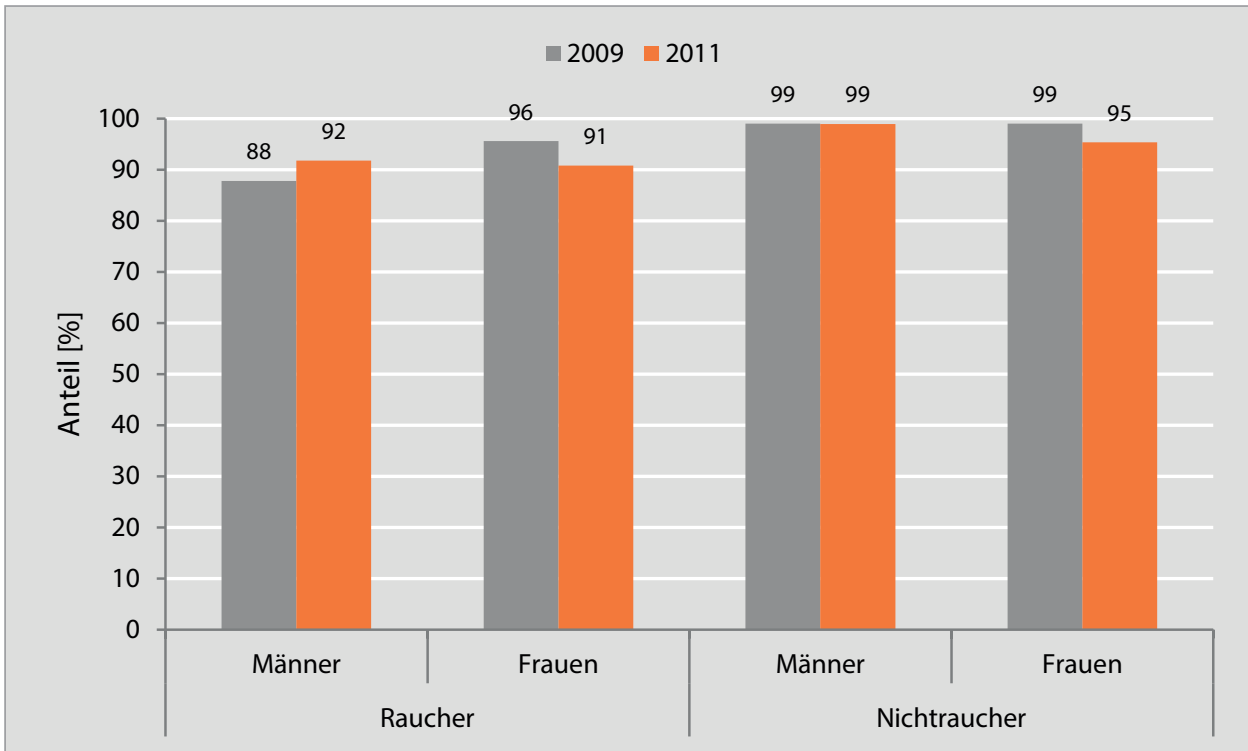


Abb. 11 Zustimmung zu einem Rauchverbot in Autos mit Kindern. Raucher/innen und Nichtraucher/innen 2009 und 2011.

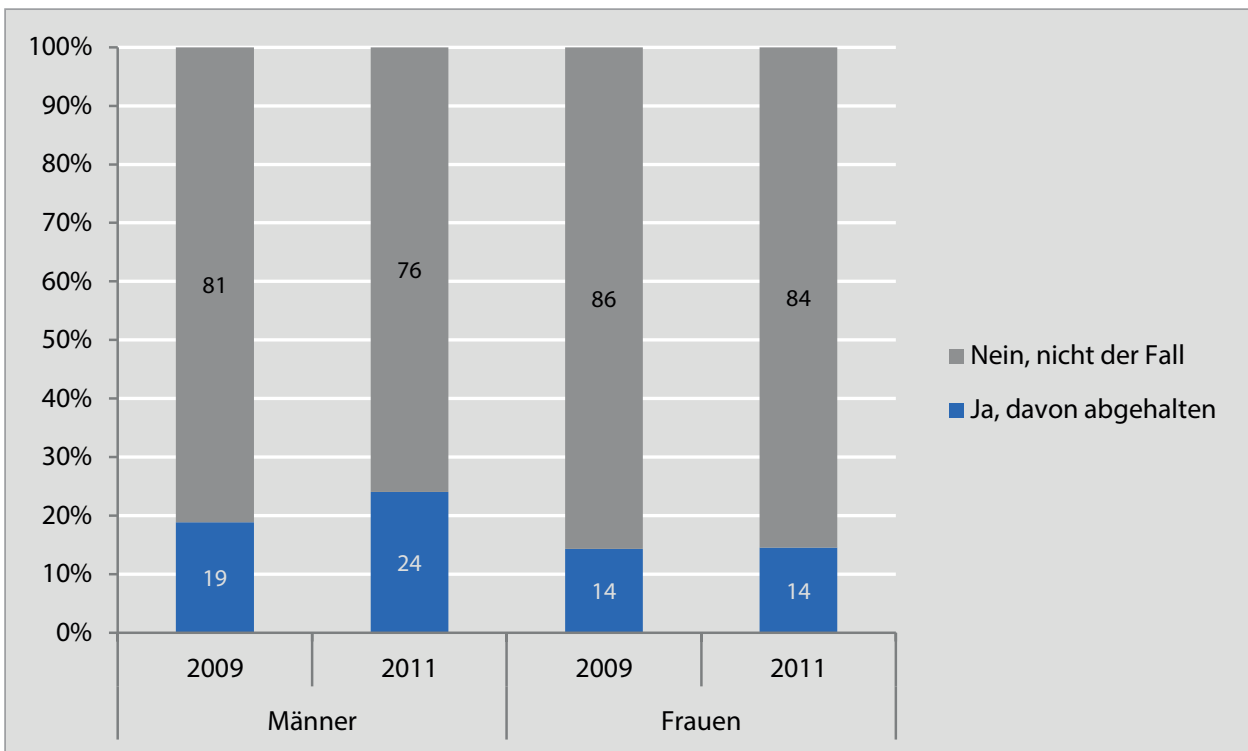


Abb. 12 Rauchverbot hält davon ab, in eine Bar oder Kneipe zu gehen. Raucher/innen 2009 und 2011.

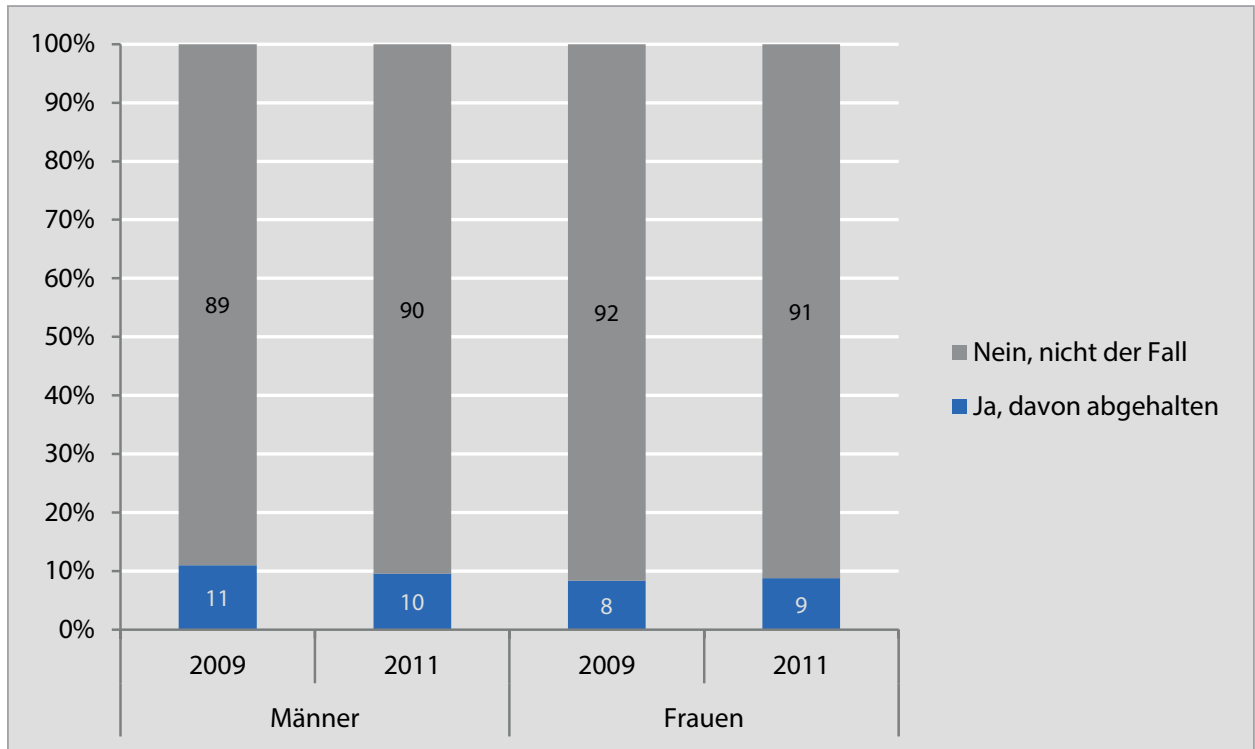


Abb. 13 Rauchverbot hält davon ab, in ein Restaurant zu gehen. Raucher/innen 2009 und 2011.

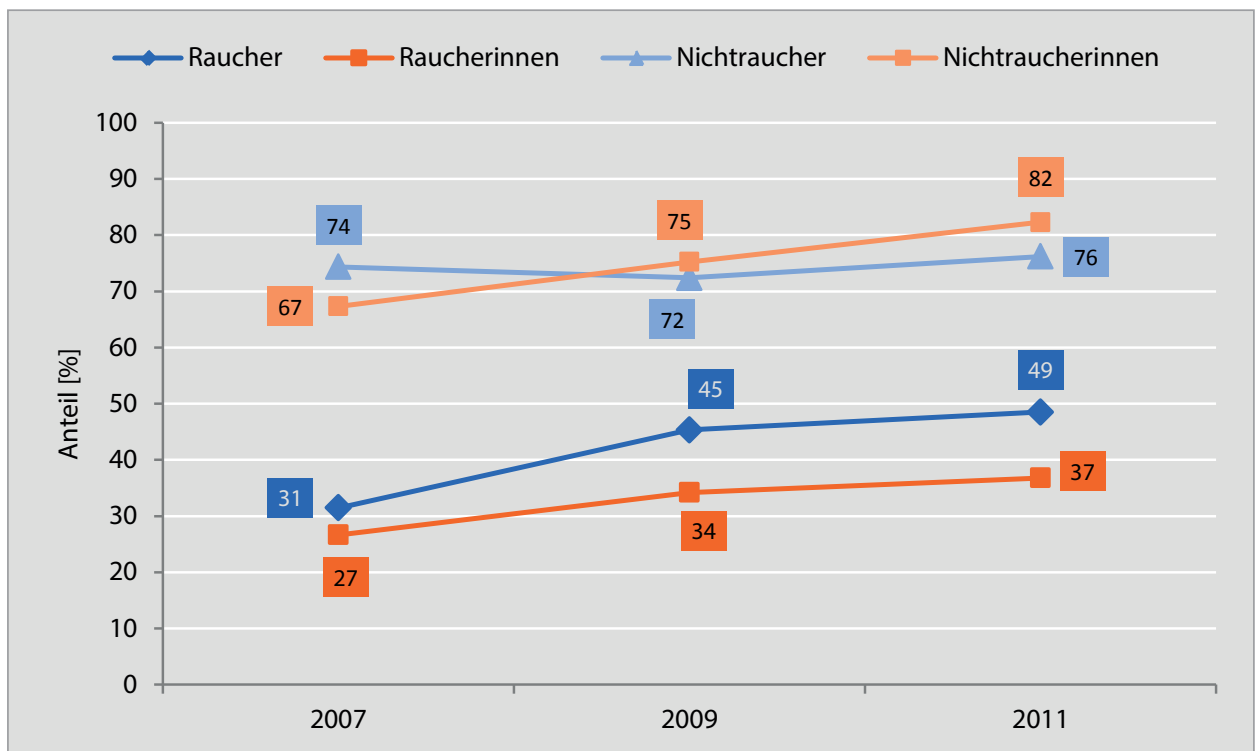


Abb.14 Rauchregeln zu Hause: Rauchen ist zu Hause niemals und nirgends erlaubt. Raucher/innen und Nichtraucher/innen 2007, 2009 und 2011.

7.4 Rauchen zu Hause

In der Diskussion um die Einführung von Rauchverboten wurde immer wieder als Argument vorgebracht, dass Raucher zu Hause mehr rauchen würden, wenn sie in Gaststätten nicht mehr rauchen dürften, so dass sie dadurch beispielsweise ihren Kindern mehr schaden würden. Tatsächlich haben jedoch sogar viele Raucher seit 2007 auch zu Hause ein vollständiges Rauchverbot eingeführt.

Der Anteil der Raucher, bei denen zu Hause „niemals und nirgends“ das Rauchen erlaubt ist, erhöhte sich von 31 auf 49 % und von 27 auf 37 % bei den Nichtraucherinnen (Abb. 14). Auch bei den Nichtrauchern und Nichtraucherinnen gab es eine Zunahme über die Zeit.

7.5 Warnhinweise

Die Wirkung von Warnhinweisen scheint in Deutschland nicht sehr hoch zu sein und sie zeigt auch über die Zeit eine Abnahme: Lediglich ein Viertel der Raucher und knapp ein Drittel der Raucherinnen gaben im Jahr 2011 an, im letzten Monat vor der Befragung Warnhinweise häufig oder sehr häufig wahrgenommen zu haben (Abb. 15). Vier Jahre zuvor waren es noch

39 % der Raucher und 45 % der Raucherinnen. Gleichzeitig hat der Anteil der Raucher/innen, die angeben, Warnhinweise nie wahrzunehmen, seit 2007 zugenommen – von 19 auf 30 % bei den Männern und von 18 auf 29 % bei den Frauen.

Noch geringer sind die Anteile der Raucher/innen, bei denen Warnhinweise eine Verhaltensänderung bewirken oder die zumindest über eine solche nachdenken. Lediglich 5 % der Raucher und 10 % der Raucherinnen werden durch die Warnhinweise zu einem Rauchstopp ermutigt und nur rund 3 % der Raucher/innen haben im letzten Monat vor der Befragung im Jahr 2011 aufgrund der Warnhinweise davon abgesehen, eine Zigarette zu rauchen (Abb. 16). Auch hier ist seit 2007 ein abnehmender Trend zu beobachten.

7.6 Tabakwerbung

Tabakwerbung in Geschäften, in denen Tabakprodukte verkauft werden (Point of Sale), sowie auf Werbeplakaten und Litfaßsäulen (Außenwerbung) wird im Vergleich zu Warnhinweisen hingegen insgesamt häufiger wahrgenommen. Im Jahr 2011 waren

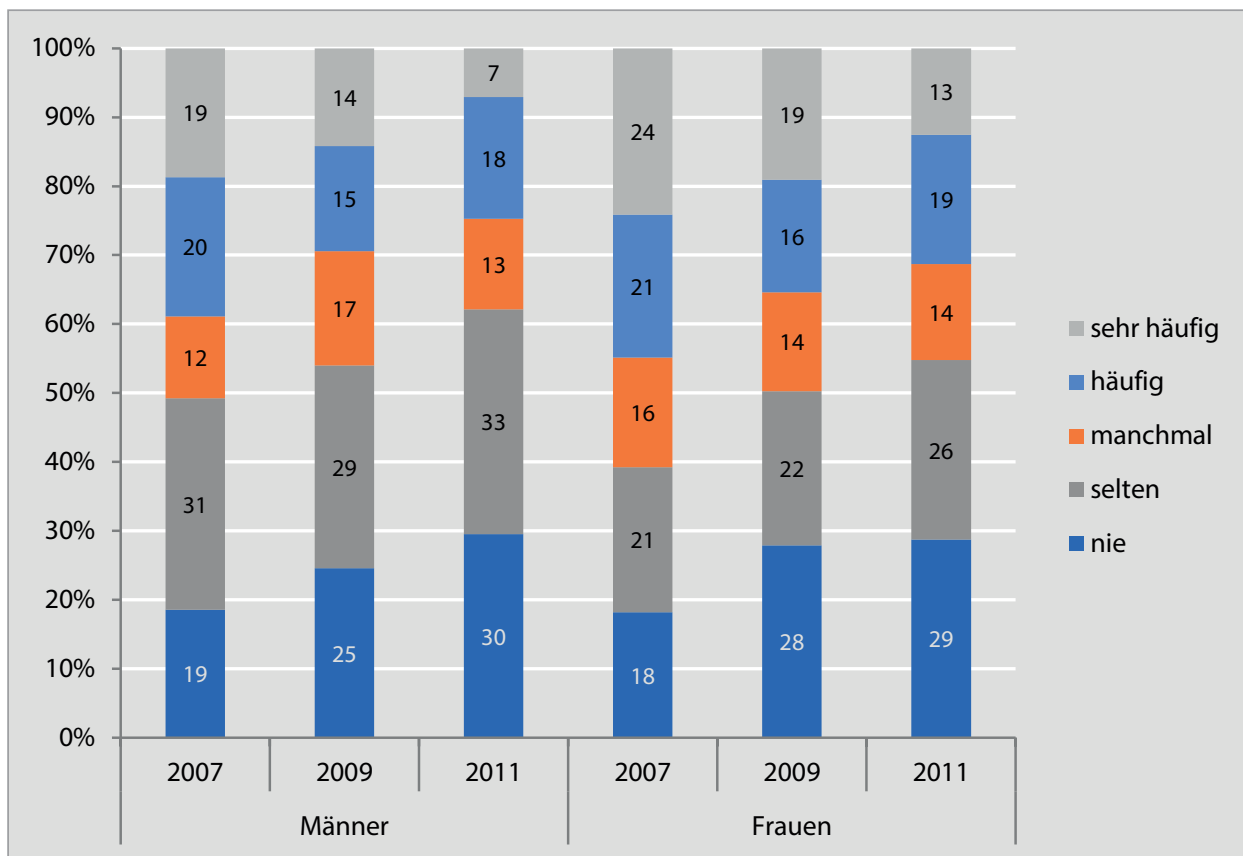


Abb. 15 Wahrnehmung von Warnhinweisen auf Zigaretten- oder Tabakpackungen im letzten Monat. Raucher/innen 2007, 2009 und 2011.

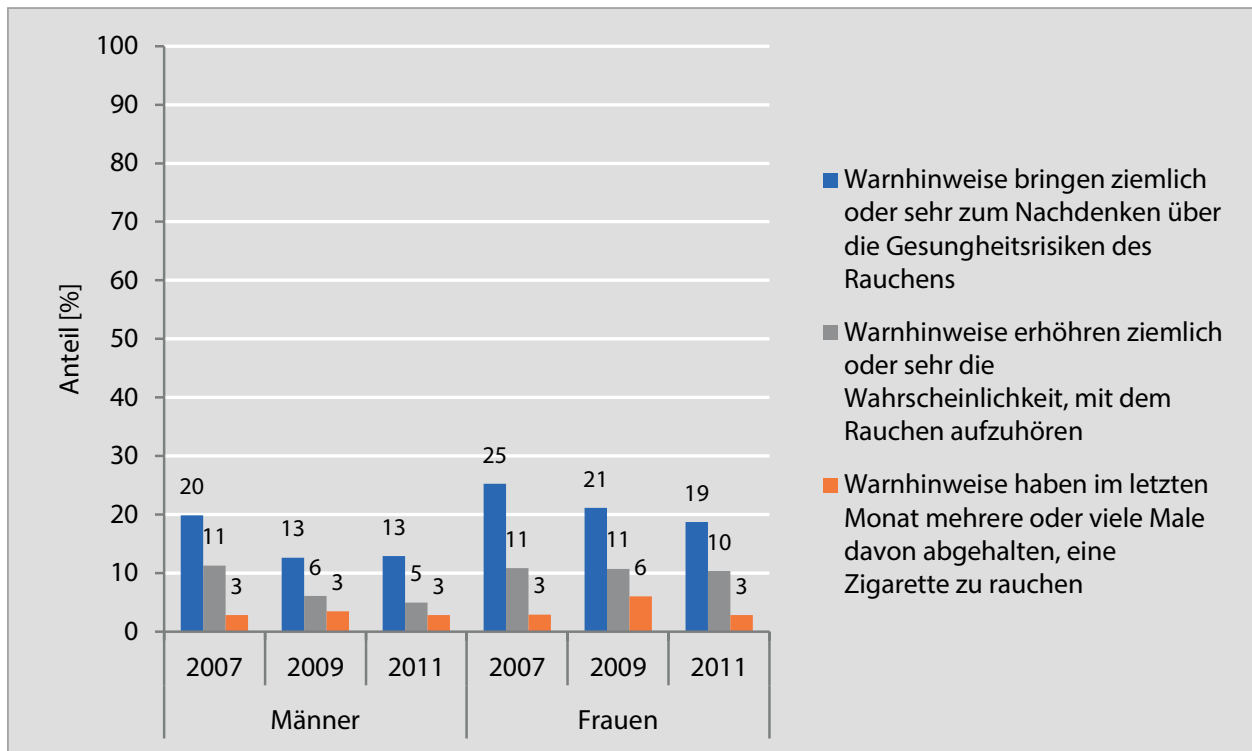


Abb. 16 Wirkung von Warnhinweisen auf Raucher. Raucher/innen 2007, 2009 und 2011.

es 67 % der Raucher und 42 % der Raucherinnen, die angaben, in den letzten sechs Monaten vor der Befragung Werbung für Tabakprodukte in Geschäften

wahrgenommen zu haben (Abb. 17) und bei der Außenwerbung waren es 41 % der Raucher und 27 % der Raucherinnen (Abb. 18).

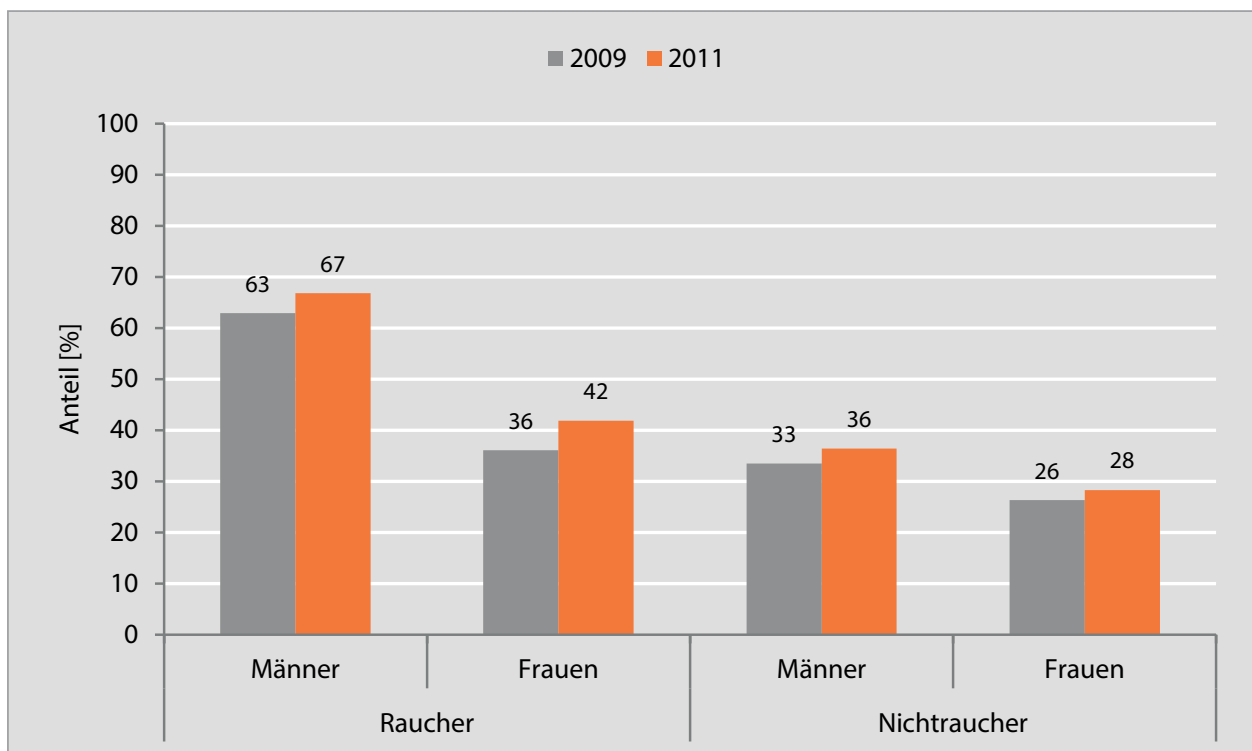


Abb. 17 Wahrnehmung von Tabakwerbung in Geschäften, in denen Tabakprodukte verkauft werden (Point of Sale), in den letzten 6 Monaten. Raucher/innen und Nichtraucher/innen 2009 und 2011.

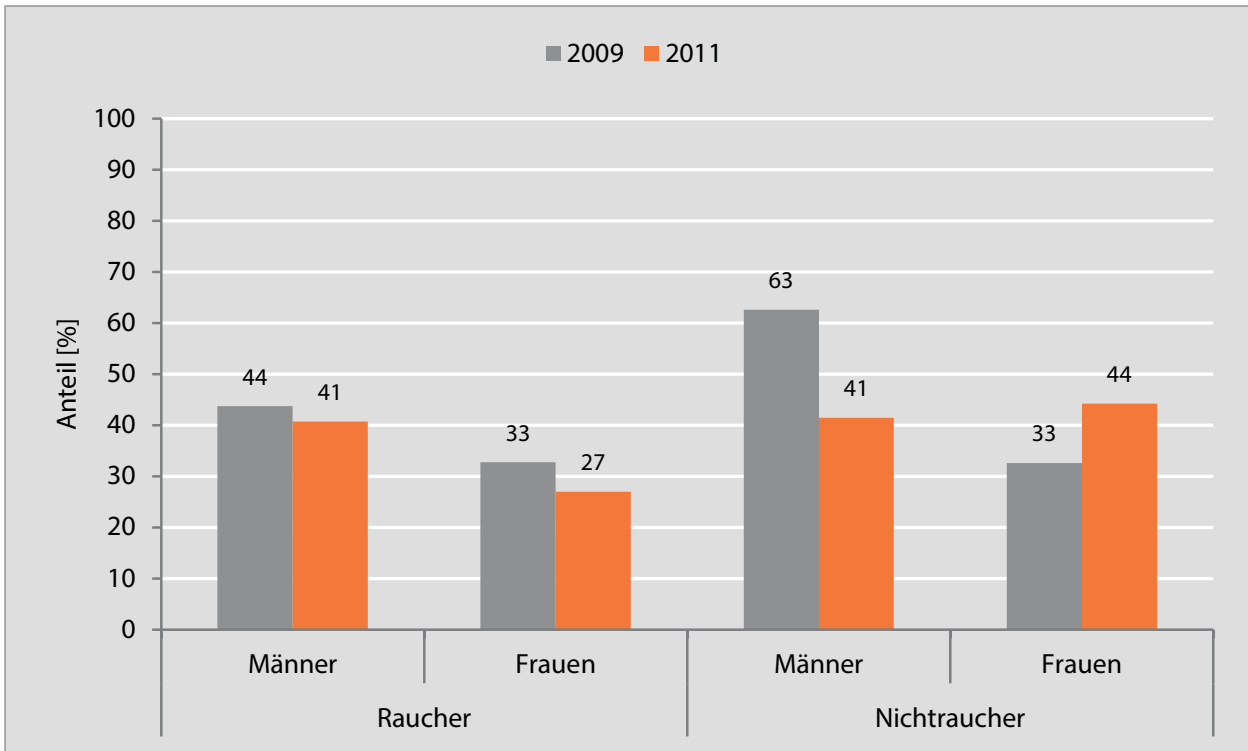


Abb. 18 Wahrnehmung von Tabakwerbung auf Werbeplakaten oder Litfaßsäulen (Außenwerbung) in den letzten 6 Monaten. Raucher/innen und Nichtraucher/innen 2009 und 2011.

Während bei der Wahrnehmung von Werbung am Point of Sale im Vergleich zum Jahr 2009 sowohl bei Raucher/innen als auch bei Nichtraucher/innen eine

leichte Zunahme stattgefunden hat, wurde Außenwerbung für Tabakprodukte im Jahr 2011 gegenüber 2009 eher weniger wahrgenommen – lediglich bei den

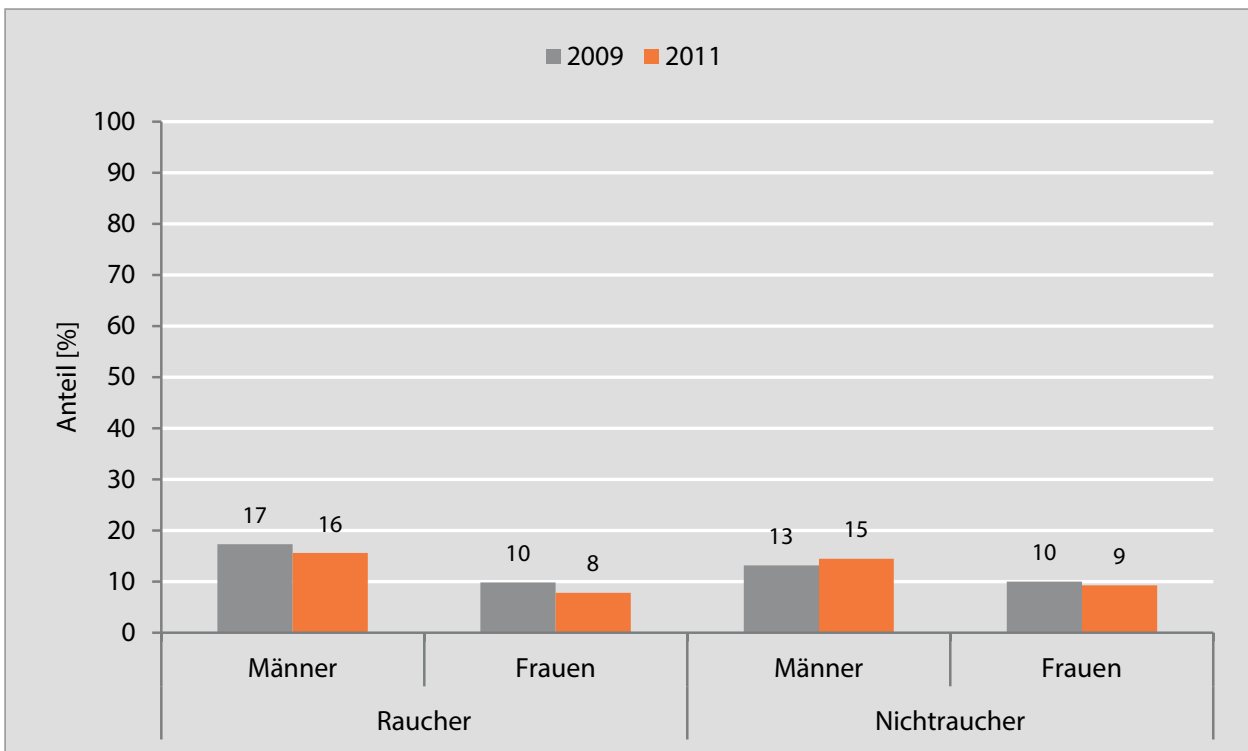


Abb. 19 Wahrnehmung von Tabakwerbung im Kino in den letzten 6 Monaten. Raucher/innen und Nichtraucher/innen 2009 und 2011.

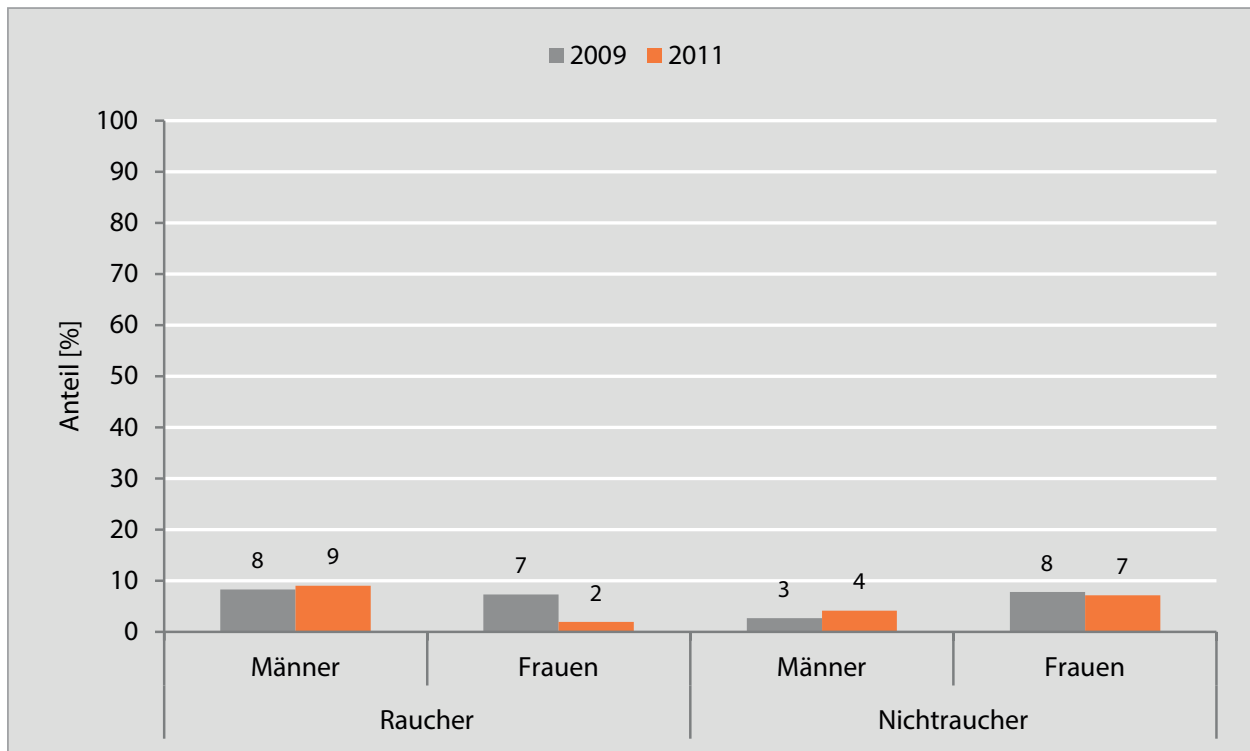


Abb. 20 Wahrnehmung von Tabakwerbung im Internet in den letzten 6 Monaten. Raucher/innen und Nichtraucher/innen 2009 und 2011.

Nichtraucherinnen erfolgte eine Zunahme des Anteils von 33 auf 44 %. Außerdem gaben Frauen im Vergleich zu Männern seltener an, Point of Sale- und Außenwerbung für Tabakprodukte in den letzten sechs Monaten vor der Befragung wahrgenommen zu haben.

Tabakwerbung im Kino oder im Internet wird hingegen deutlich seltener wahrgenommen als am Verkaufsort oder im Außenbereich: 16 % der Raucher und 8 % der Raucherinnen erinnerten sich im Jahr 2012 daran, in den letzten sechs Monaten vor der Befragung Tabakwerbung im Kino gesehen zu haben (Abb. 19). Und obwohl Tabakwerbung im Internet verboten ist, gaben 9 % der Raucher und 2 % der Raucherinnen an, solche wahrgenommen zu haben (Abb. 20).

7.7 Informationskampagnen

Der überwiegende Teil der Befragten gab an, Werbung oder Informationen, in denen die Gefahren des Rauchens angesprochen werden oder zum Aufhören ermuntert wird, nie oder nur selten in den letzten sechs Monaten wahrgenommen zu haben. Im Jahr 2007 waren dies 56 % der Raucher und 61 % der

Nichtraucherinnen und im Jahr 2011 sogar 66 bzw. 74 % (Abb. 21). Nur rund 12 % der befragten Raucher und 9 % der befragten Raucherinnen haben im Jahr 2011 derartige Kampagnen häufig oder sehr häufig wahrgenommen.

Ähnlich verhält es sich mit Werbung und Informationen, in denen die Gefahren des Passivrauchens angesprochen werden, wobei das Ausmaß der Wahrnehmung hier noch geringer ist. Nur rund 6 % der Raucher/innen gaben im Jahr 2011 an, solche Informationskampagnen häufig oder sehr häufig wahrgenommen zu haben (Abb. 22). Etwa 80 % können sich hingegen nicht erinnern, in den letzten sechs Monaten vor der Befragung Informationskampagnen zum Passivrauchen gesehen zu haben.

Auch bei diesen Informationskampagnen sind die Anteile der Nie- oder Selten-Wahrnehmer im Jahr 2011 größer als im Jahr 2009. Bei Nichtrauchern ist das Ausmaß der Wahrnehmung geringer als bei den Rauchern – im Jahr 2011 waren es 91 % der Männer und 85 % der Frauen, die Informationskampagnen zum Passivrauchen in den letzten sechs Monaten nie oder nur selten wahrgenommen haben.

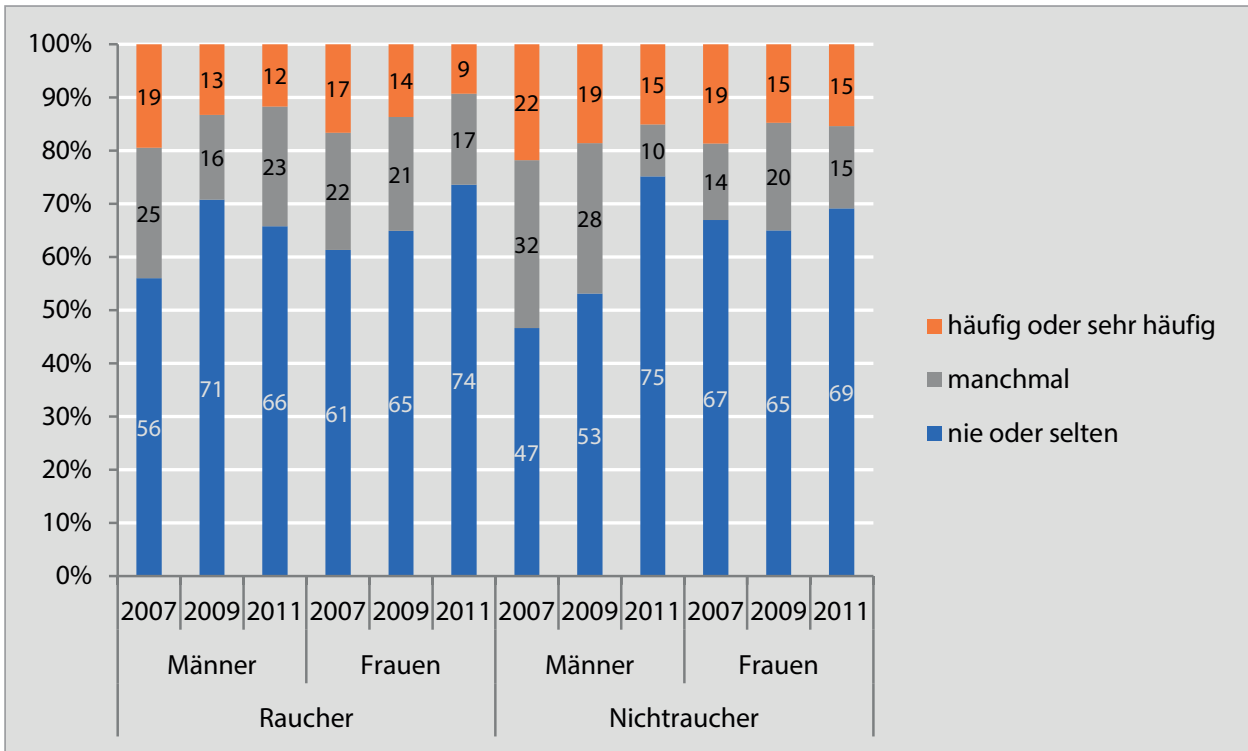


Abb. 21 Wahrnehmung von Informations-/Rauchstoppkampagnen in den letzten 6 Monaten. Raucher/innen und Nichtraucher/innen 2007, 2009 und 2011.

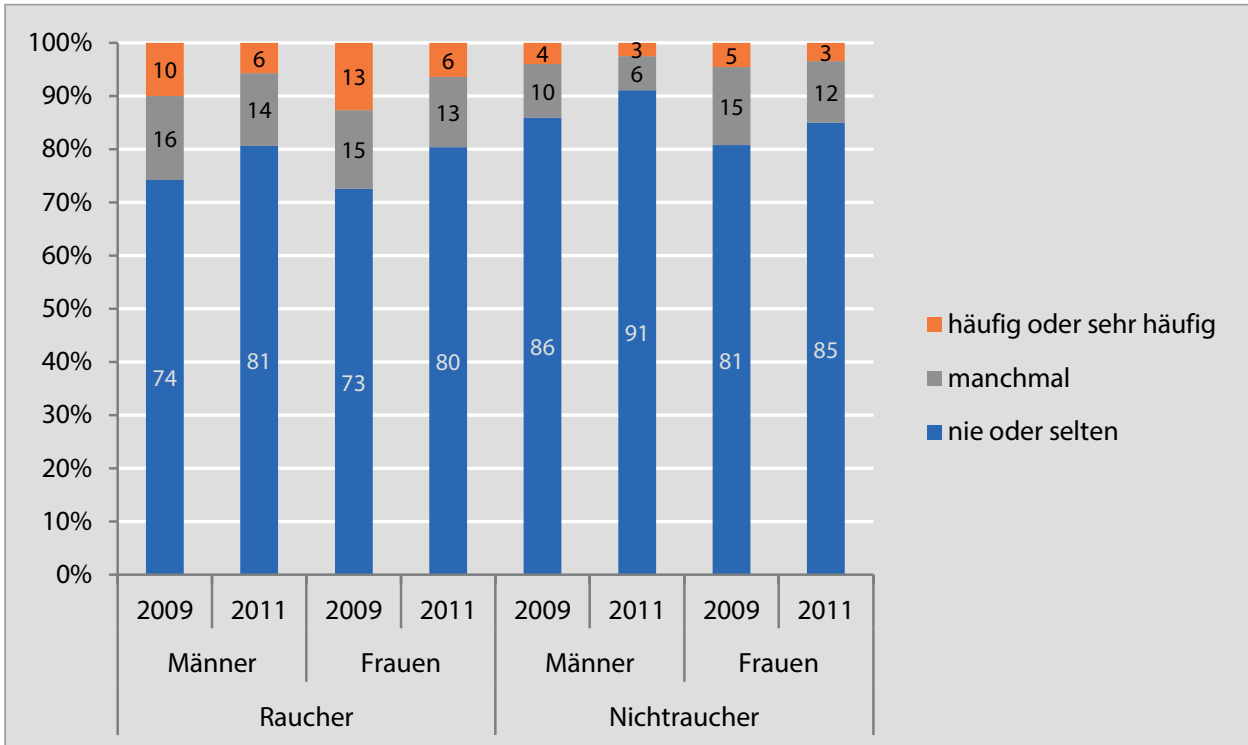


Abb. 22 Wahrnehmung von Informationskampagnen zum Passivrauchen in den letzten 6 Monaten. Raucher/innen und Nichtraucher/innen 2009 und 2011.

7.8 Einstellung und Gesundheitswissen von Rauchern

Rund 77 % der befragten Raucher und 80 % der befragten Raucherinnen stimmten im Jahr 2011 der Aussage zu, dass sie zu gerne rauchen, um es aufzugeben

(Abb. 23). Gleichzeitig sind aber auch 73 % der Männer und 82 % der Frauen der Ansicht, dass sie nicht mit dem Rauchen anfangen würden, wenn sie nochmals

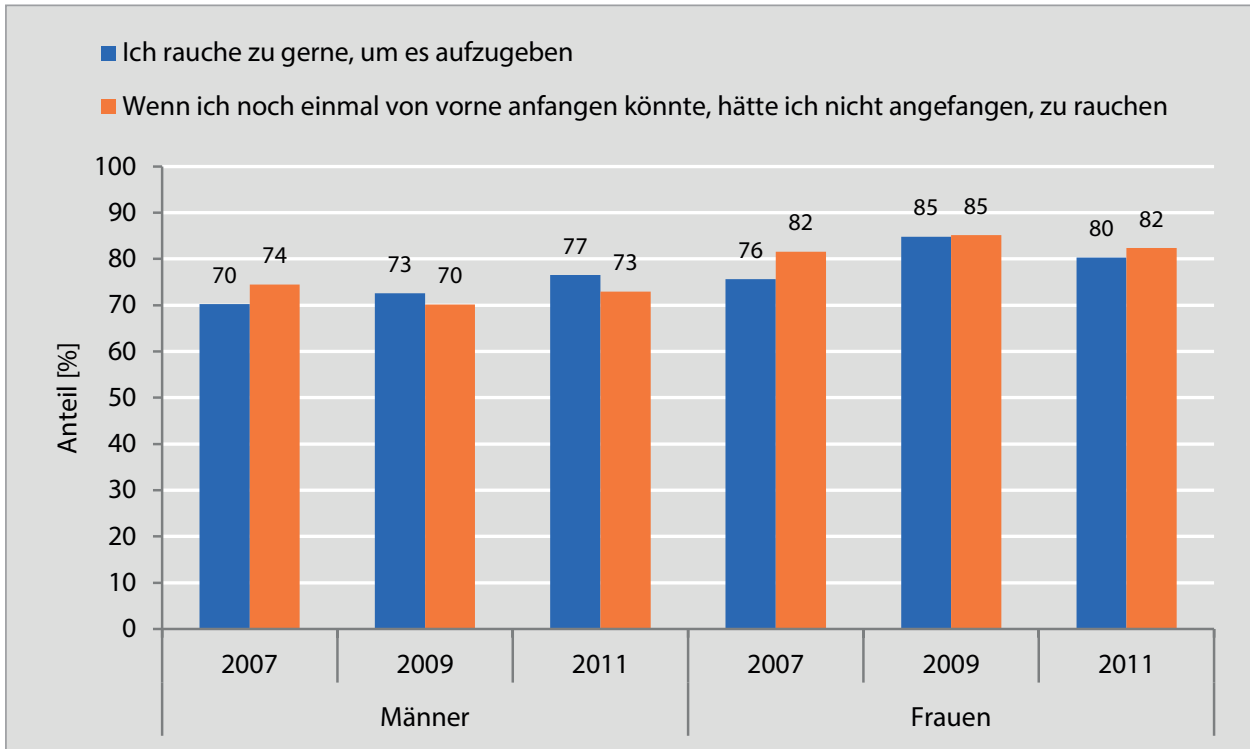


Abb. 23 Einstellungen von Rauchern zum Rauchen. Raucher/innen 2007, 2009 und 2011.

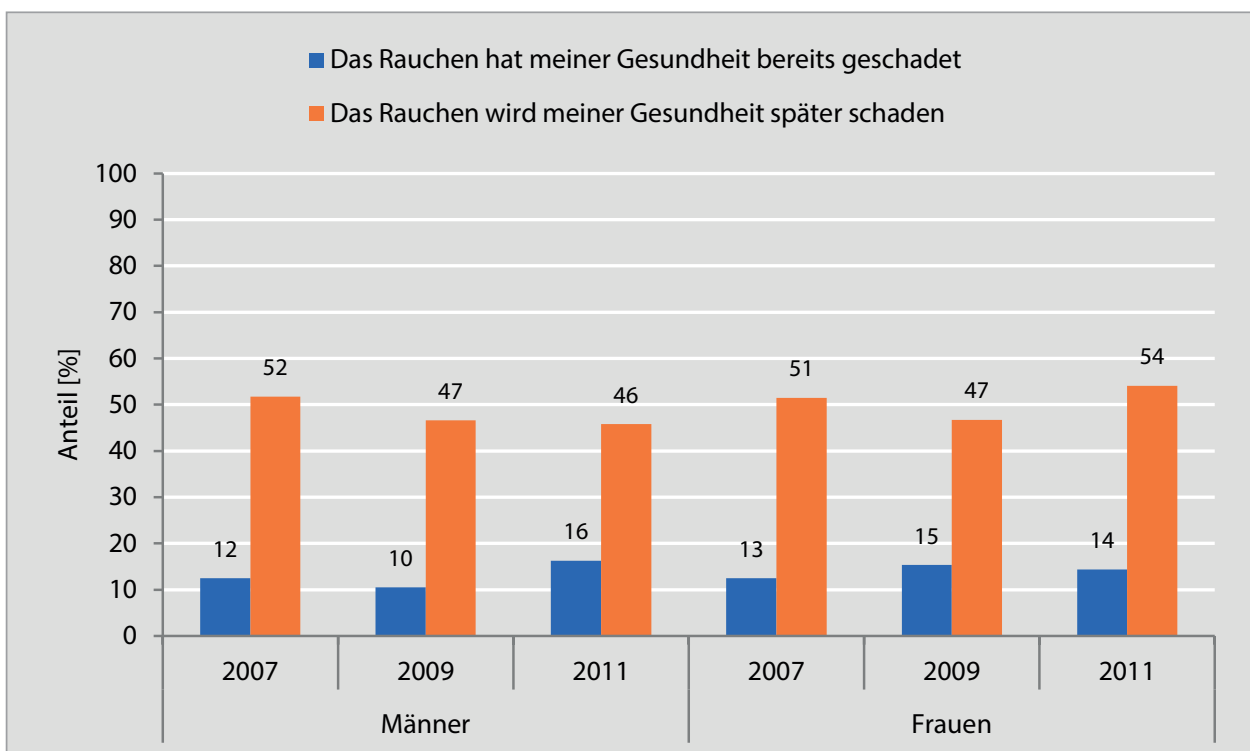


Abb. 24 Besorgnis über Gesundheitsschäden durch das Rauchen. Raucher/innen 2007, 2009 und 2011.

von vorne anfangen könnten. Etwa 15 % der befragten Raucher sind der Meinung, dass das Rauchen ihnen bereits ziemlich oder sehr geschadet hätte – hingegen ist rund die Hälfte der Raucher mäßig oder sehr besorgt, dass das Rauchen ihnen später schaden wird (Abb. 24).

Im Jahr 2007 glaubten noch 43 % der Raucher und 25 % der Raucherinnen fälschlicherweise, dass manche Sorten von Zigaretten oder Tabak weniger schädlich sein könnten als andere (Abb. 25). Diese Anteile reduzierten sich jedoch im Jahr 2009 auf 28 und 14 % und bis zum Jahr 2011 auf 23 und 13 %.

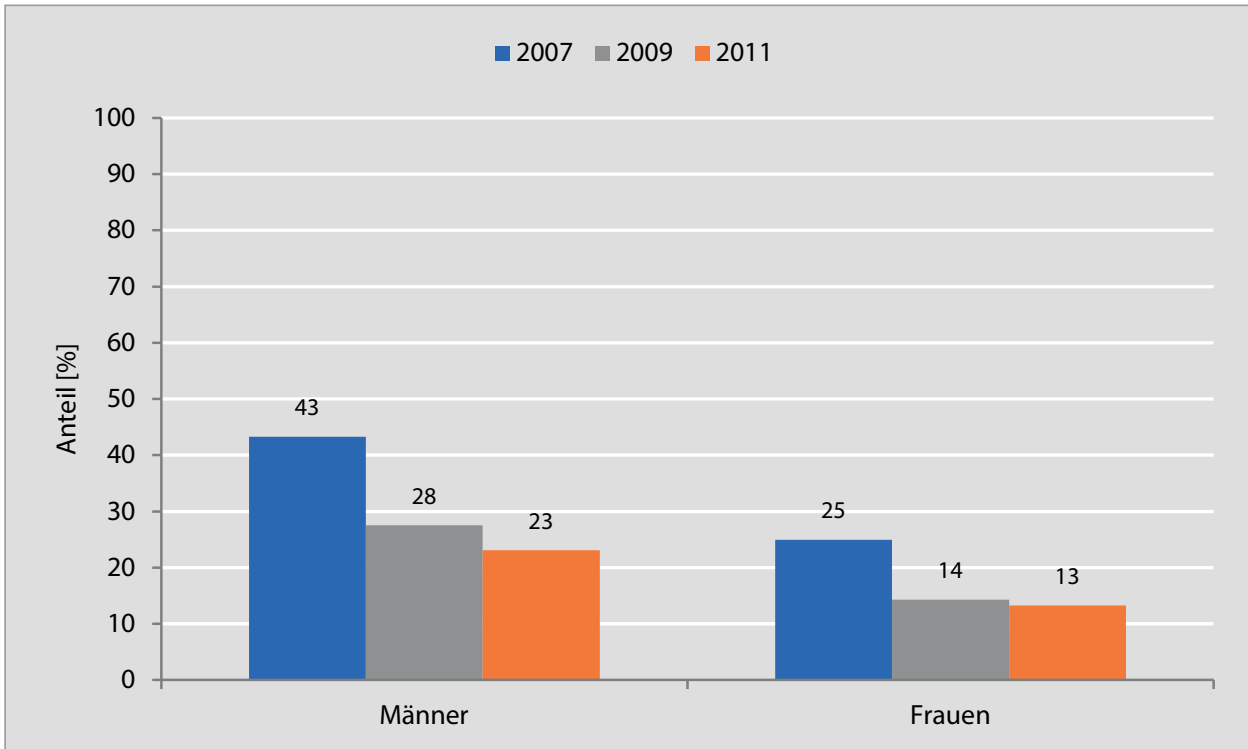


Abb. 25 Glaube, dass manche Zigaretten weniger schädlich sein können als andere. Raucher/innen 2007, 2009 und 2011.



Abb. 26 Befragte, die glauben, manche Zigaretten seien weniger schädlich und der Teer- oder Nikotingehalt gäbe ein Hinweis darauf. Raucher/innen 2007, 2009 und 2011.

Von denjenigen Befragten, die glaubten, die Schädlichkeit von Tabakprodukten sei unterschiedlich, waren im Jahr 2011 deutlich mehr als 90 % der Meinung, dass der Teer- oder Nikotingehalt einen Hinweis darauf gäbe, dass eine Zigarette im Vergleich

zu anderen weniger schädlich ist (Abb. 26). Im Vergleich dazu geringere Anteile der Raucher (27 %) und Raucherinnen (35 %) glauben hingegen, dass der Geschmack (Abb. 27) oder bestimmte Bezeichnungen im Markennamen (Abb. 28) – 51 % der Raucher und

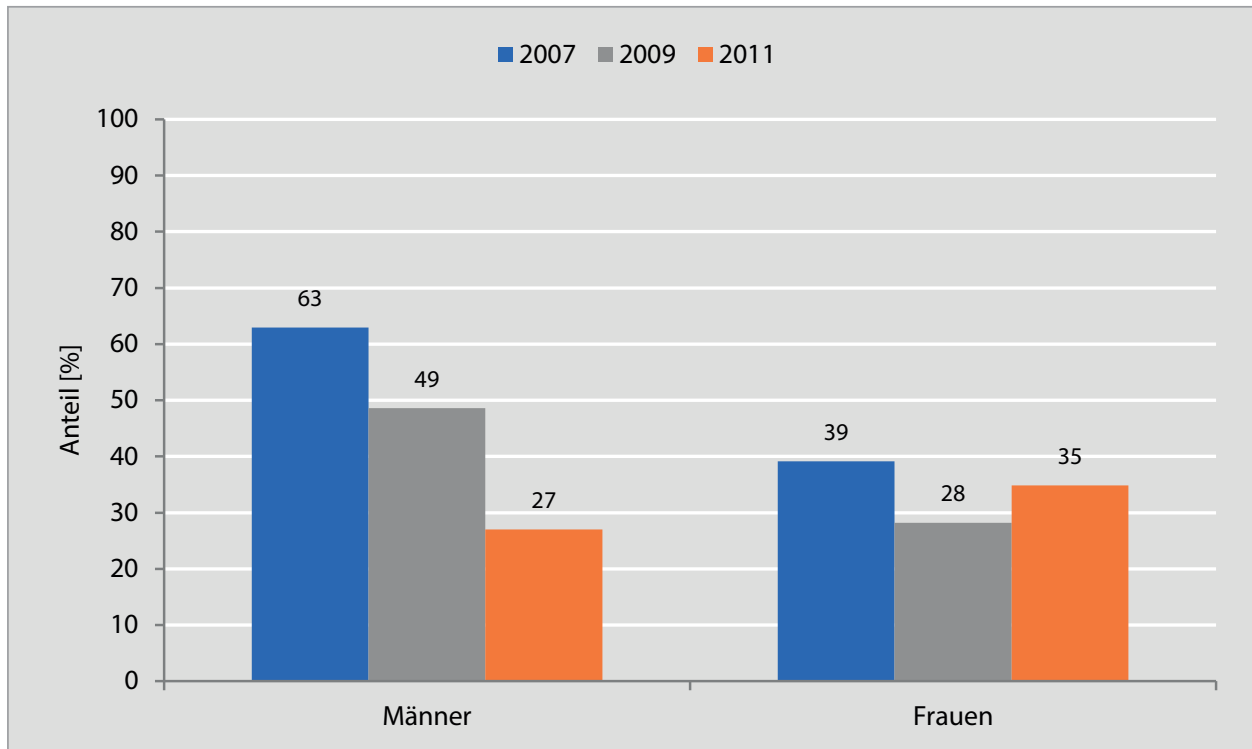


Abb. 27 Befragte, die glauben, manche Zigaretten seien weniger schädlich und der Geschmack, z.B. die Schärfe des Rauches, gäbe ein Hinweis darauf. Raucher/innen 2007, 2009 und 2011.

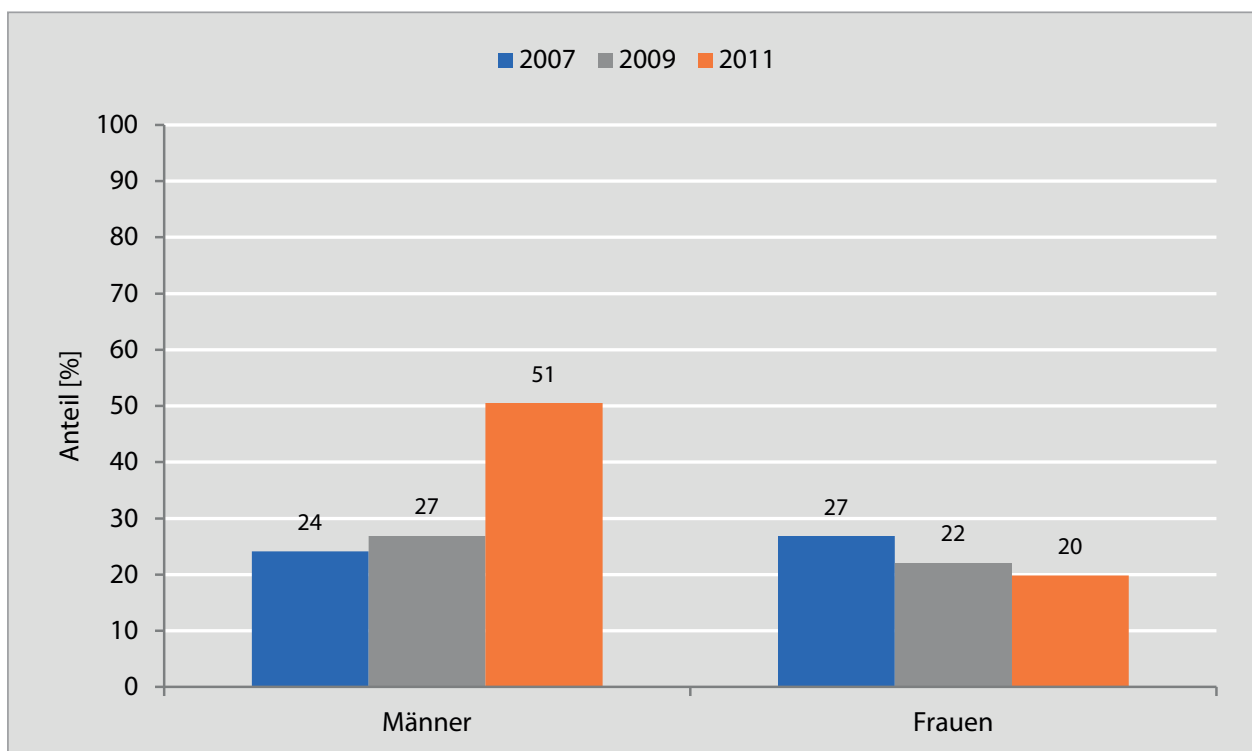


Abb. 28 Befragte, die glauben, manche Zigaretten seien weniger schädlich und Bezeichnungen im Markennamen gäben ein Hinweis darauf. Raucher/innen 2007, 2009 und 2011.

20 % der Raucherinnen – einen Hinweis darauf gäben und lediglich 12 % der Raucher und 9 % der Raucherinnen meinten im Jahr 2011, die Schädlichkeit von Zigaretten an der Farbe der Zigarettenpackung erkennen zu können (Abb. 29).

Das Wissen über bestimmte gesundheitliche Auswirkungen und Krankheiten ist sowohl bei Rauchern als auch bei Raucherinnen relativ weit verbreitet und hat sich insgesamt seit 2007 etwas verbessert (Abb. 30 und 31). Über 90 % der Raucher/innen sind

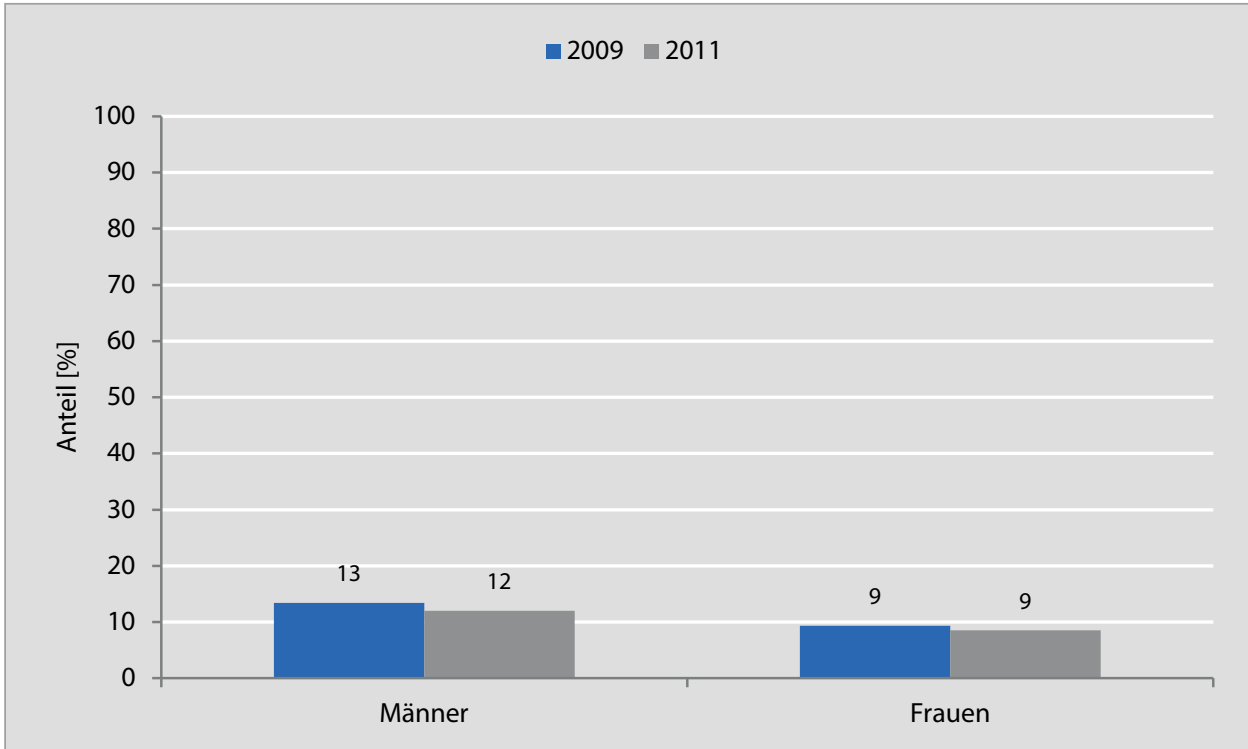


Abb. 29 Befragte, die glauben, manche Zigaretten seien weniger schädlich und die Farbe der Zigarettenpackung gäbe ein Hinweis darauf. Raucher/innen 2009 und 2011.

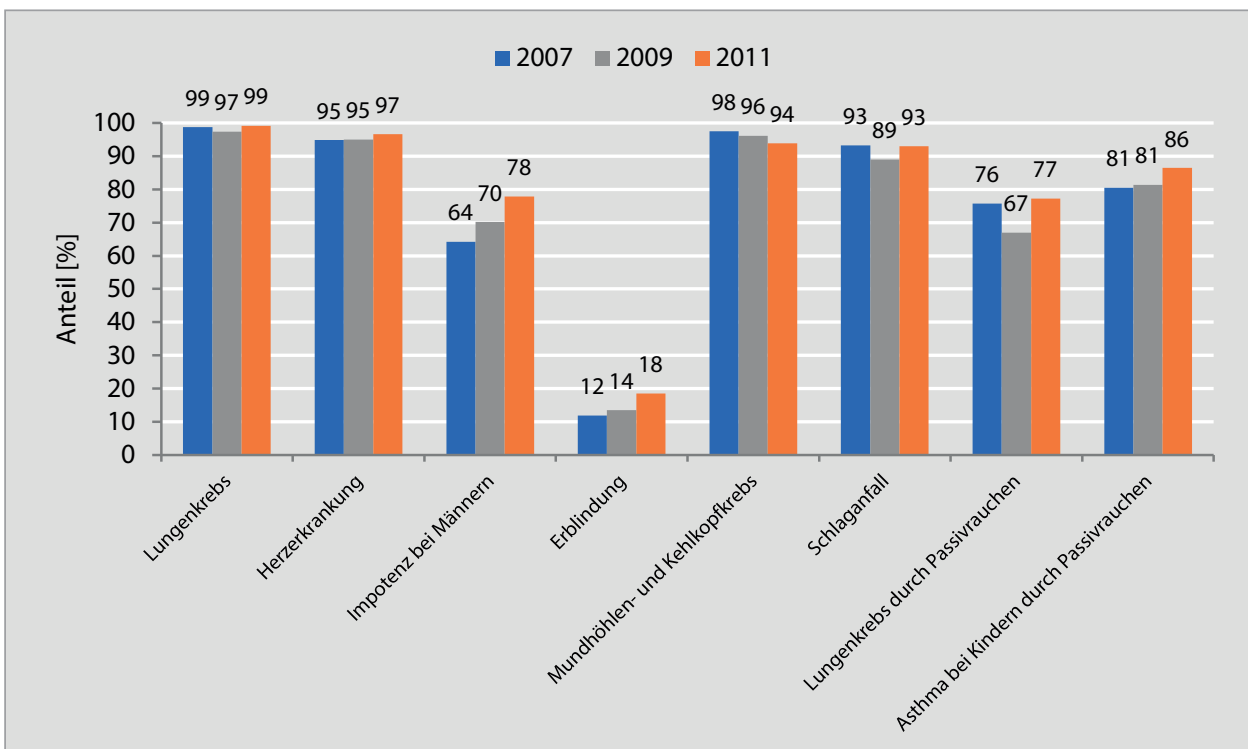


Abb. 30 Gesundheitswissen: Rauchen kann verursachen... Raucher 2007, 2009 und 2011.

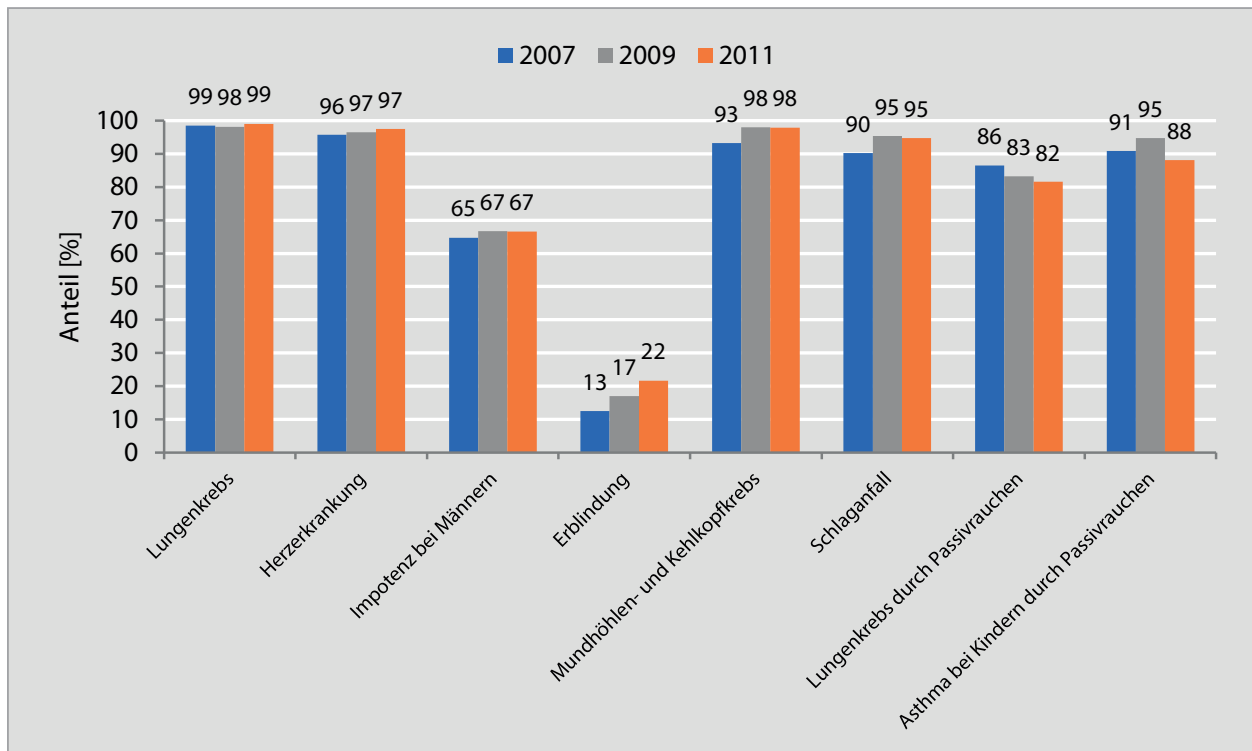


Abb. 31 Gesundheitswissen: Rauchen kann verursachen... Raucherinnen 2007, 2009 und 2011.

sich bewusst, dass Rauchen Lungenkrebs, Herzerkrankungen, Mundhöhlen- und Kehlkopfkrebs sowie Schlaganfälle verursachen kann. Dem gegenüber wussten im Jahr 2011 nur 78 % der Raucher und 67 % der Raucherinnen, dass Rauchen für Impotenz bei Männern verantwortlich sein kann, und nur 18 bzw. 22 % der Raucher/innen bringen Rauchen mit Erblindung in Verbindung.

Kenntnisse über die gesundheitlichen Auswirkungen von Passivrauchen sind hingegen auch relativ weit verbreitet: 2011 waren es 77 % der Raucher und 82 % der Raucherinnen, die wussten, dass Passivrauchen auch bei Nichtrauchern ursächlich für Lungenkrebs sein kann, und 86 % der Raucher sowie 88 % der Raucherinnen wussten über den möglichen Zusammenhang mit Asthma bei Kindern.

7.9 Abhängigkeit

Ähnlich wie bei den gesundheitlichen Risiken des Rauchens sind sich Raucher auch über das Abhängigkeitspotential bewusst. Im Jahr 2011 gaben 91 % der befragten Raucher und 88 % der Raucherinnen an, dass sie sich als süchtig nach Zigaretten betrachten; rund die Hälfte der Männer und 60 % der Frauen betrachten sich sogar als sehr süchtig (Abb. 32). Nur eine kleine Minderheit, nämlich 9 % der Raucher und 12 % der Raucherinnen schätzen sich als überhaupt nicht süchtig ein.

7.10 Rauchstopp und Entwöhnung

Der überwiegende Teil der Raucher beabsichtigt, irgendwann mit dem Rauchen aufzuhören. Im Jahr 2011 waren es bei den Männern 57 % und bei den Frauen 64 %; die meisten – 42 bzw. 47 % – beabsichtigen, dies jedoch nicht innerhalb der nächsten sechs Monate zu tun, sondern irgendwann später (Abb. 33).

Lediglich 5 % der Raucher und 2 % der Raucherinnen haben geplant, im nächsten Monat mit dem Rauchen aufzuhören, und 10 bzw. 15 % innerhalb der nächsten sechs Monate. Dem gegenüber wollen 41 % der Männer und etwa ein Drittel der Frauen gar nicht aufhören; bei den Männern hat sich damit dieser Anteil seit dem Jahr 2007, in dem es 32 % waren, vergrößert.

Von den Personen, die im Jahr 2007 als Raucher an der ersten Befragung teilgenommen hatten, berichteten zwei Jahre später bei der zweiten Befragung 37 % der Männer und 41 % der Frauen, dass sie in der Zwischenzeit versucht hatten, mit dem Rauchen aufzuhören (Abb. 34). Von diesen Personen waren 33 % der Männer und 35 % der Frauen erfolgreich beim Rauchstopp, so dass sie zum Zeitpunkt der Befragung im Jahr 2009 Nichtraucher waren. Dies bedeutet, dass 13 % der Raucher und 12 % der Raucherinnen des Jahres 2007 bis zum Jahr 2009 erfolgreich mit dem Rauchen aufgehört hatten.

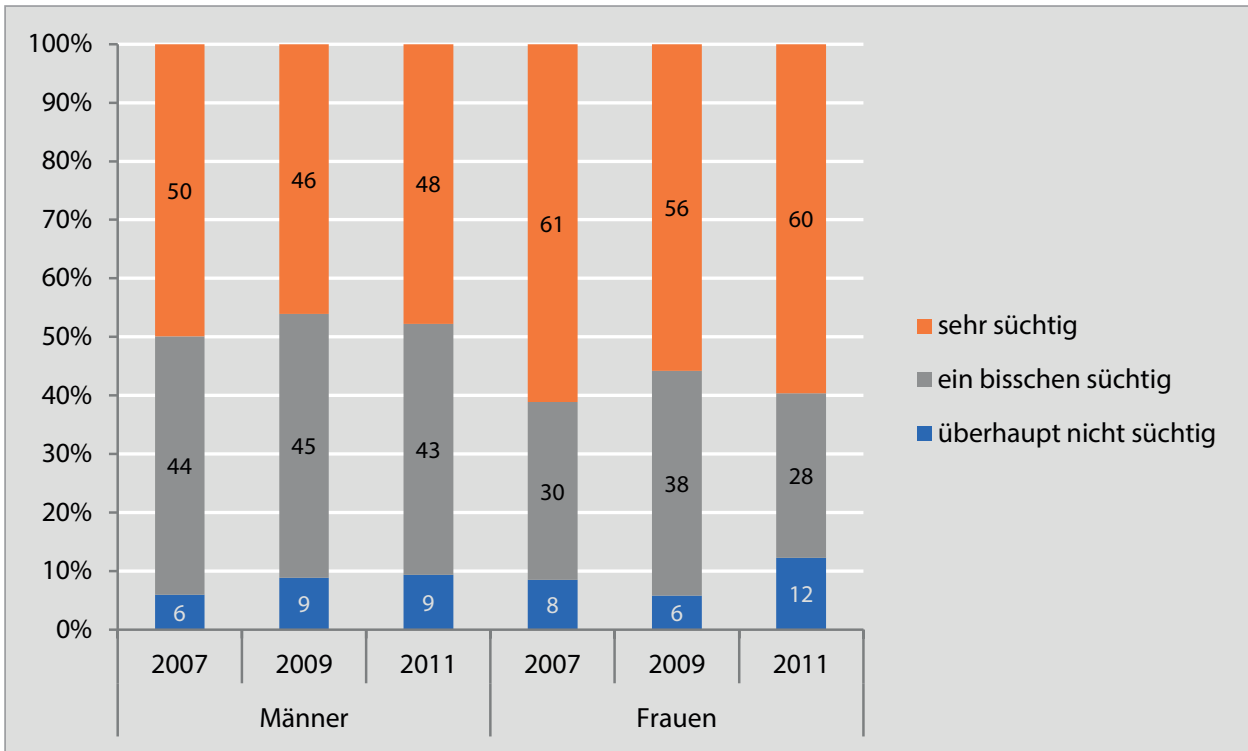


Abb. 32 Selbsteinschätzung der Abhängigkeit von Zigaretten. Raucher/innen 2007, 2009 und 2011.

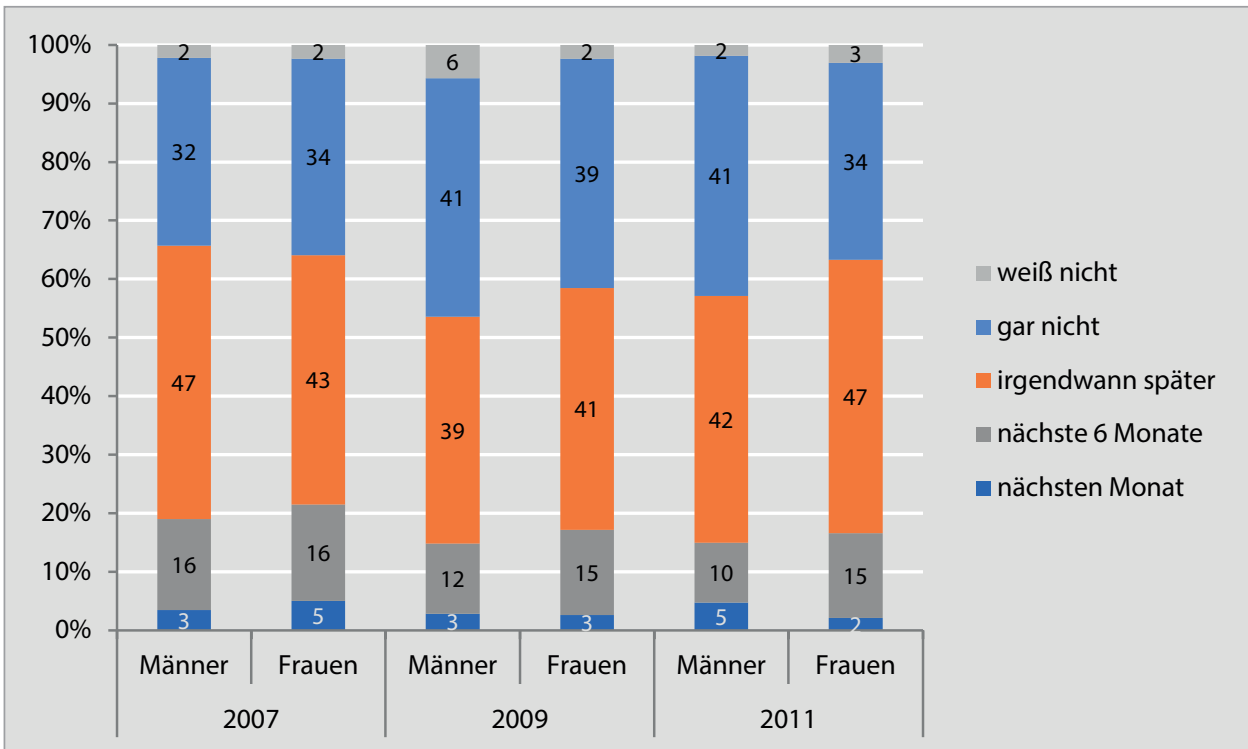


Abb. 33 Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören. Raucher/innen 2007, 2009 und 2011.

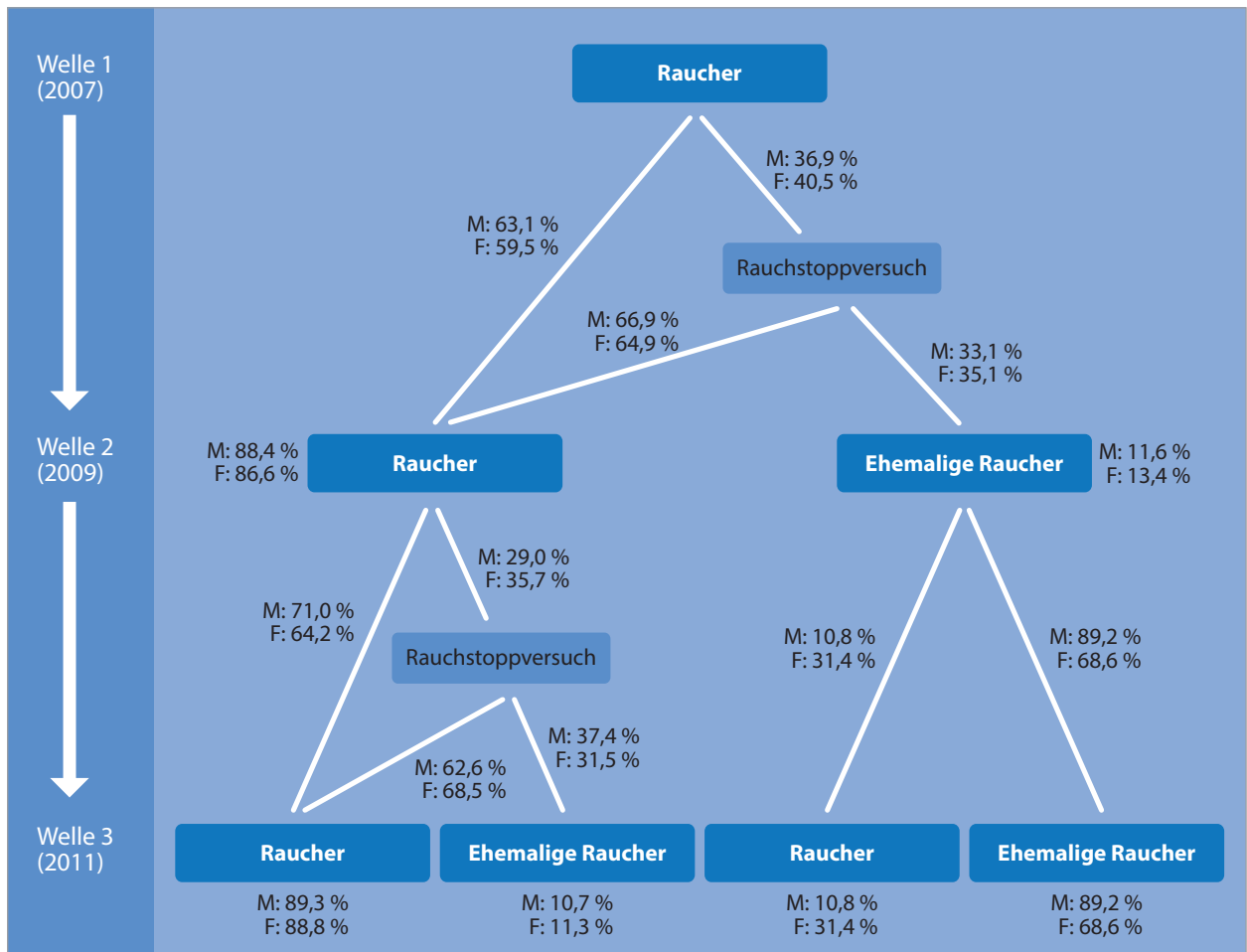


Abb. 34 Befragte Raucher und ihr Erfolg bei Rauchstoppversuchen innerhalb des Zeitraums der drei Befragungswellen. Raucher/innen 2007, 2009 und 2011.

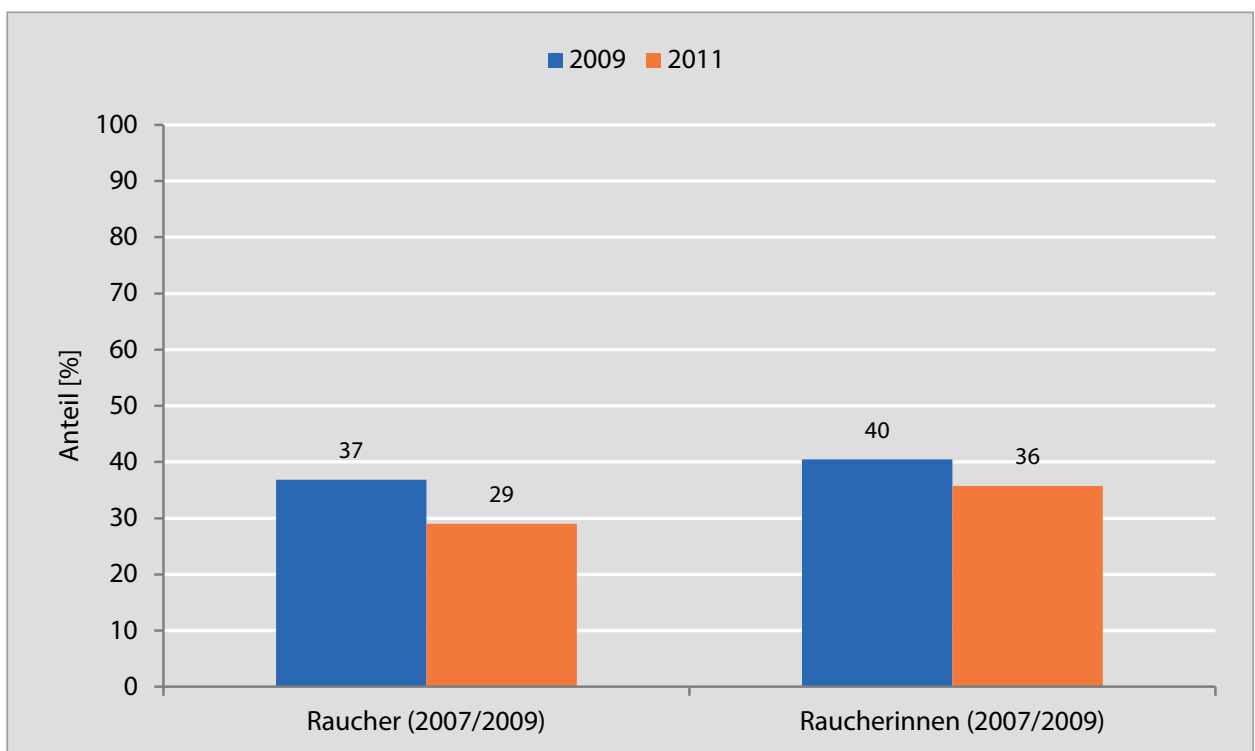


Abb. 35 Rauchstoppversuche von Befragten. Raucher/innen 2009 und 2011.

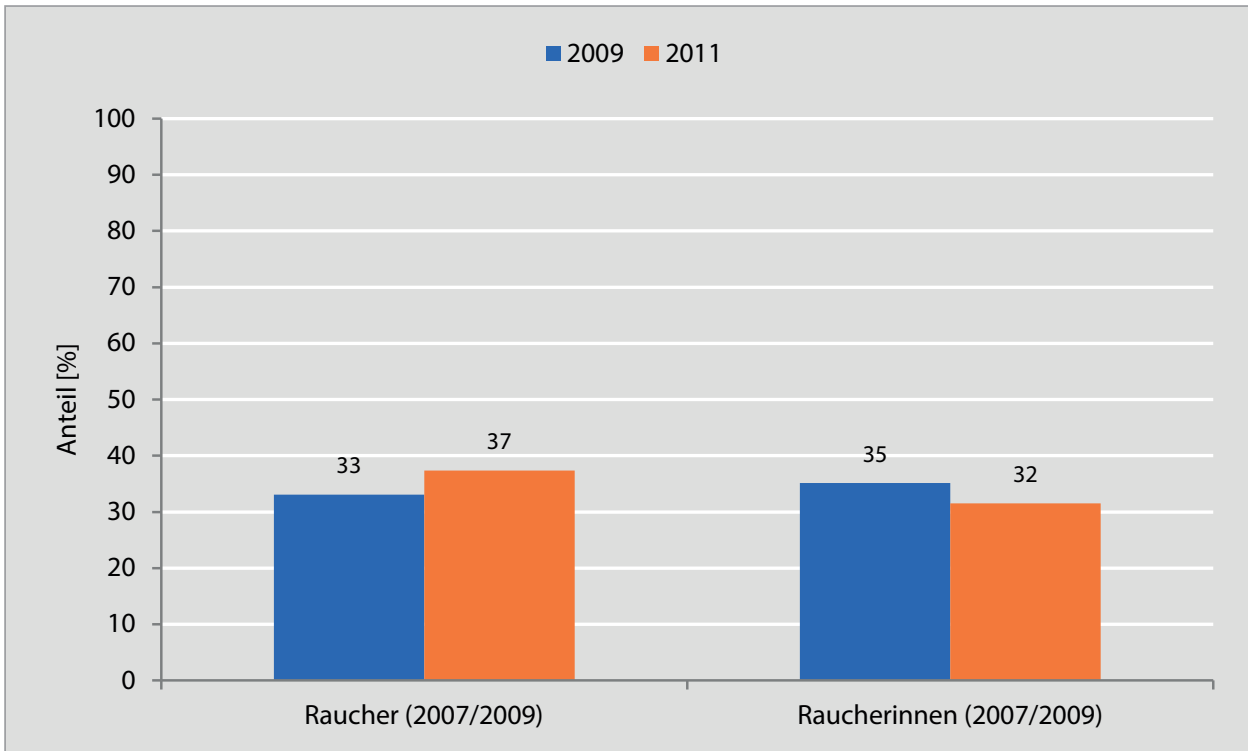


Abb. 36 Erfolg bei Rauchstoppversuch von Befragten. Raucher/innen 2009 und 2011.

Bei der dritten Befragung im Jahr 2011 berichteten 29 % der Männer und 36 % der Frauen, die im Jahr 2009 noch als Raucher interviewt wurden, dass sie innerhalb der vergangenen zwei Jahre versucht hatten, mit dem Rauchen aufzuhören (Abb. 35). 37 % dieser

Männer und 32 % dieser Frauen waren bis zum Jahr 2011 erfolgreich beim Rauchstoppversuch (Abb. 36). Von den teilnehmenden Rauchern im Jahr 2009 hatten also jeweils rund 11 % Männer und Frauen mit dem Rauchen aufgehört.

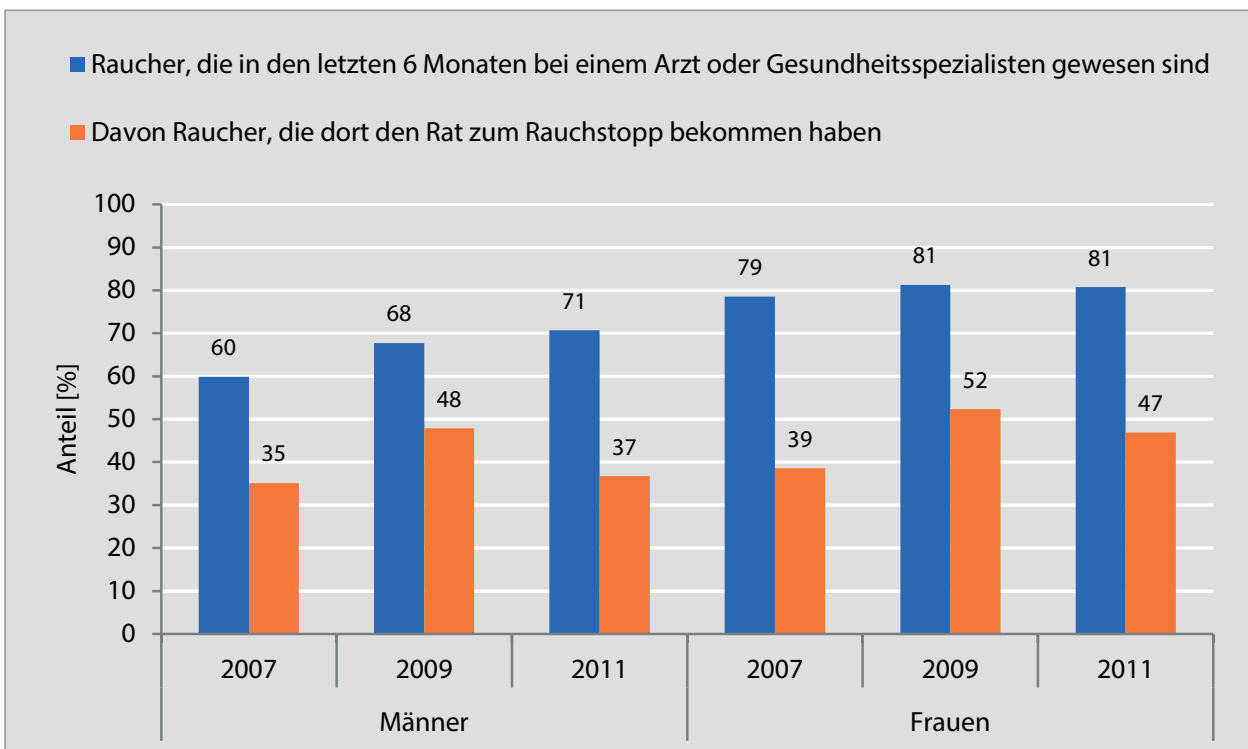


Abb. 37 Rat zum Rauchstopp durch Ärzte und Gesundheitsexperten. Raucher/innen 2007, 2009 und 2011.

Von den Rauchern und Raucherinnen, die in den letzten sechs Monaten vor der Befragung einen Arzt oder Gesundheitsexperten aufgesucht hatten, bekamen im Jahr 2007 etwas mehr als ein Drittel (35 % der Raucher und 39 % der Raucherinnen) dort den Rat, mit

dem Rauchen aufzuhören (Abb. 37). Bis zum Jahr 2009 hatte sich dieser Anteil auf 48 % bei den Rauchern und 52 % bei den Raucherinnen vergrößert, jedoch ist bis zum Jahr 2011 wieder ein Rückgang auf 37 bzw. 47 % festzustellen.

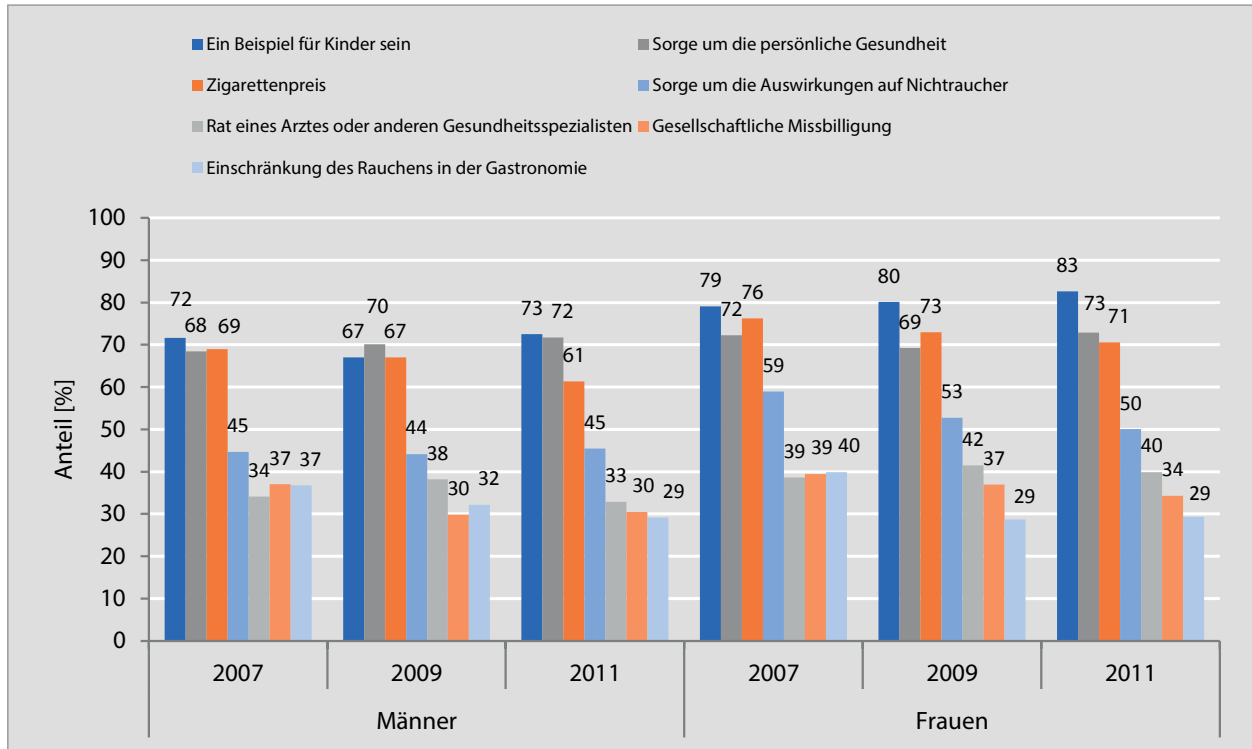


Abb. 38 Gründe für ein Nachdenken über einen Rauchstopp („ein wenig“ und „sehr stark“). Raucher/innen 2007, 2009 und 2011.

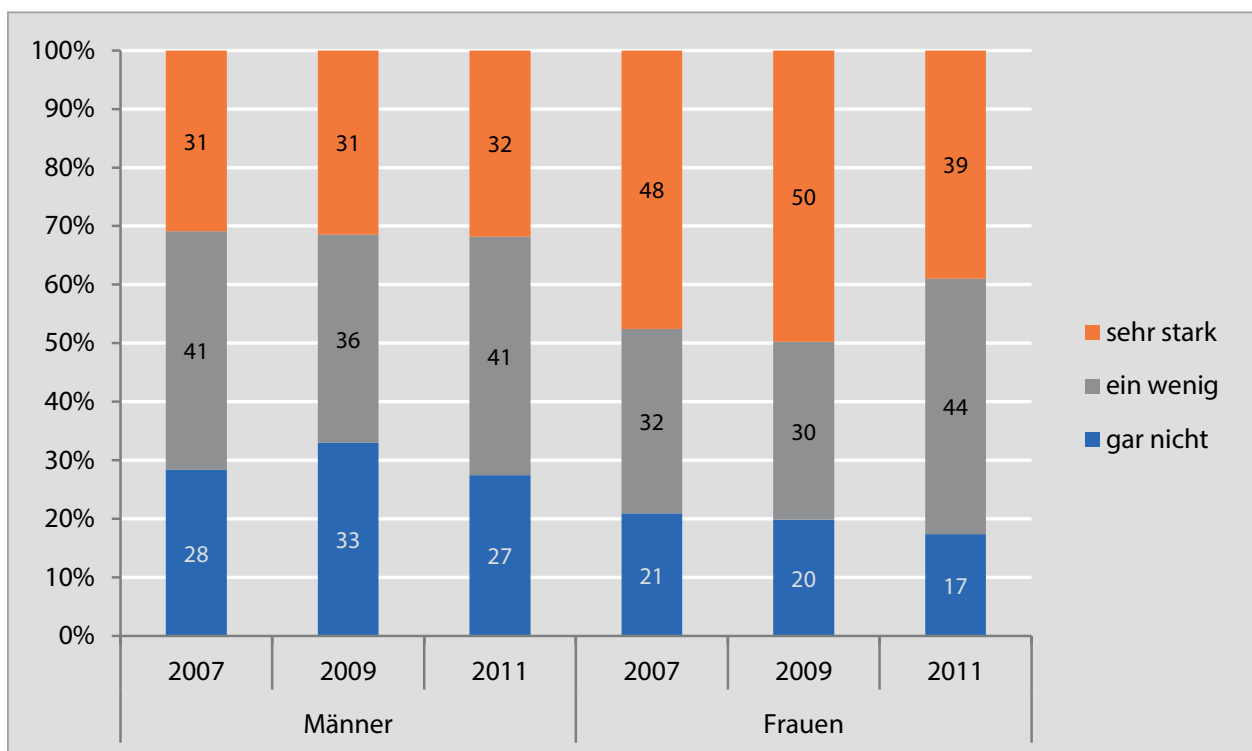


Abb. 39 Gründe von Rauchern, über einen Rauchstopp nachzudenken: Ein Beispiel für Kinder sein. Raucher/innen 2007, 2009 und 2011.

Die drei häufigsten Dinge, die die befragten Raucher/innen, in den letzten sechs Monaten zumindest ein wenig oder aber auch sehr stark zum Nachdenken darüber gebracht haben, mit dem Rauchen aufzuhören – jeweils etwa 70 % – sind: „Ein Beispiel für Kinder

sein“, die „Sorge um die persönliche Gesundheit“ sowie der „Zigarettenpreis“ (Abb. 38 sowie Abb. 39 bis 41). Frauen geben dabei häufiger an, dass sie aus diesen Gründen sehr stark über einen Rauchstopp nachdenken.

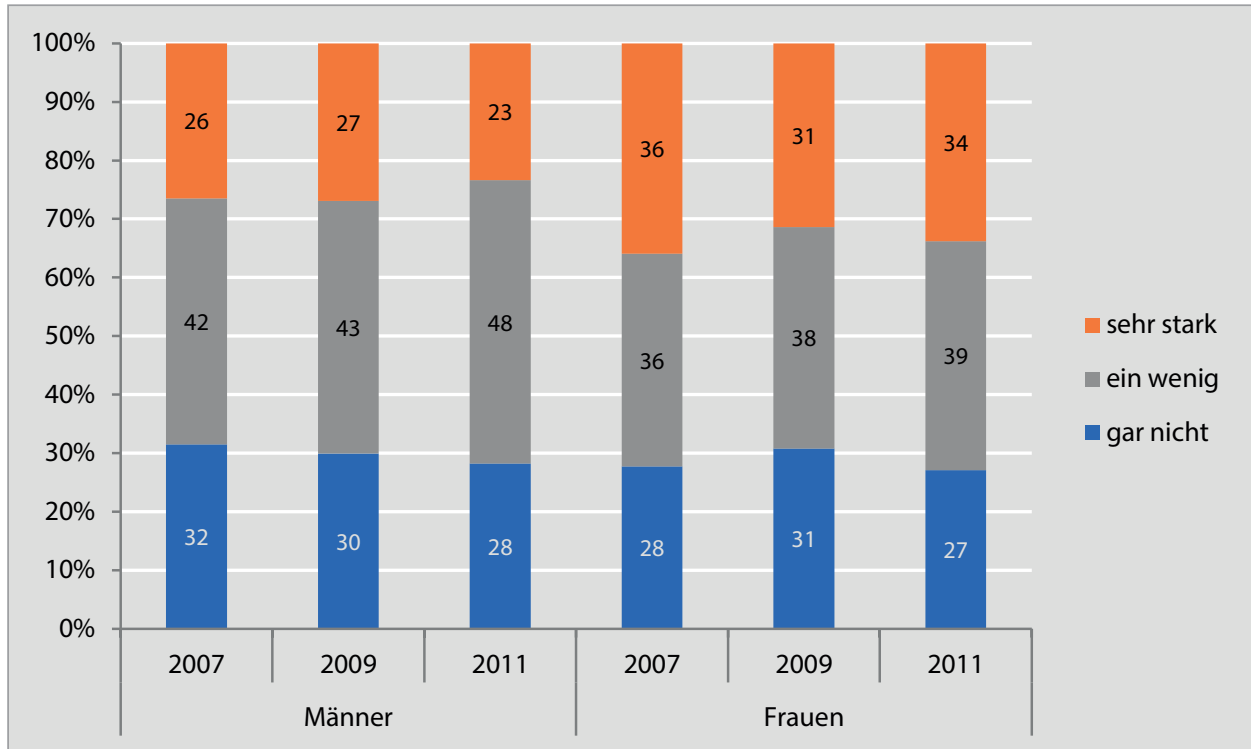


Abb. 40 Gründe von Rauchern, über einen Rauchstopp nachzudenken: Sorge um die persönliche Gesundheit. Raucher/innen 2007, 2009 und 2011.

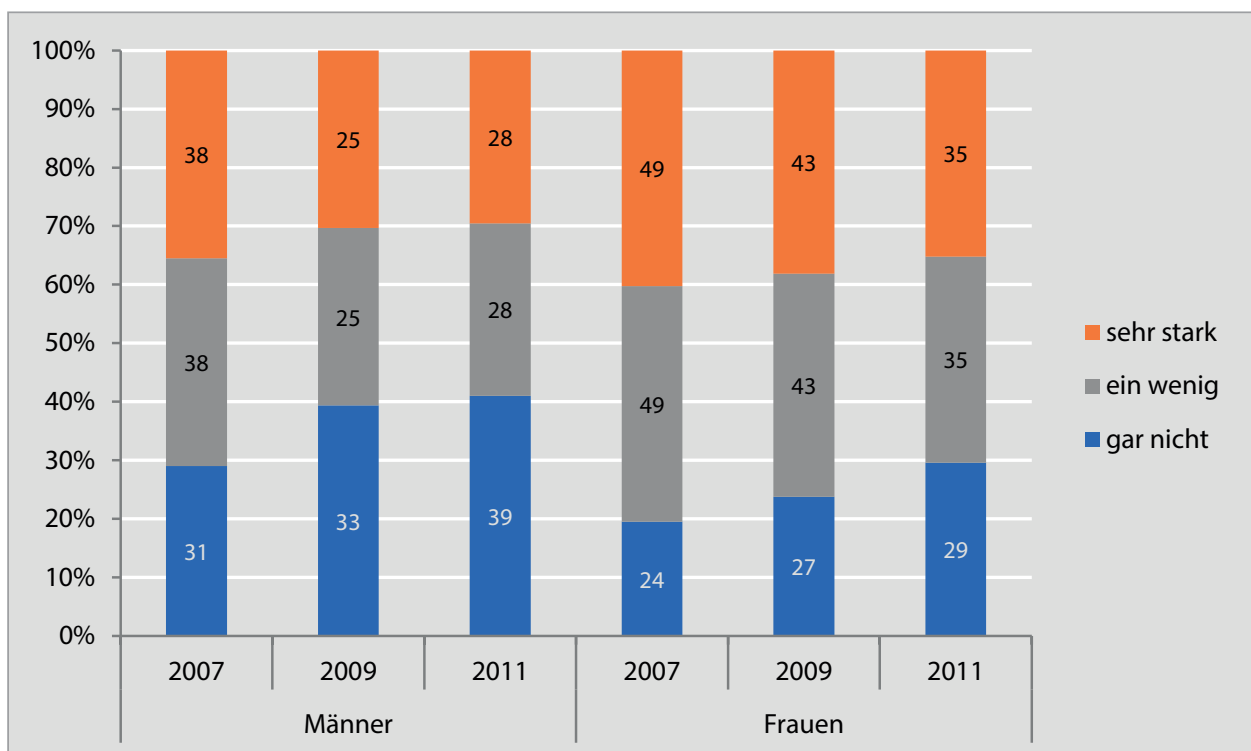


Abb. 41 Gründe von Rauchern, über einen Rauchstopp nachzudenken: Zigarettenpreis. Raucher/innen 2007, 2009 und 2011.

Etwa die Hälfte aller befragten rauchenden Männer und Frauen können sich vorstellen, aus „Sorge um die Auswirkungen auf Nichtraucher“ aufzuhören, und etwa ein Drittel nennen als Gründe für ein Nachdenken über einen Rauchstopp auch den „Rat eines Arztes oder anderen Gesundheitsexperten“,

„Gesellschaftliche Missbilligung“ und „Einschränkungen des Rauchens in der Gastronomie“. „Kampagnen zur Vorbeugung/Prävention“ und „Warnhinweise auf Zigarettenpackungen“ können nur für etwa ein Viertel der Befragten ein Grund sein, mit dem Rauchen aufzuhören.

8 Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden werden die dargestellten Ergebnisse kurz zusammengefasst und im Zusammenhang mit politischen Implikationen diskutiert.

Rauchverhalten

Der überwiegende Anteil der Raucher raucht ausschließlich fertig produzierte Zigaretten, etwa ein Viertel raucht jedoch unter anderem oder ausschließlich selbst gedrehte Zigaretten. Ein Hauptgrund hierfür liegt in dem geringeren Preis des Tabaks. Durch eine Angleichung der Tabaksteuerstruktur, so dass der Preis für selbst gedrehte Zigaretten auf das gleiche Niveau der fertig produzierten Zigaretten steigt, könnte die Wirksamkeit von Tabaksteuererhöhungen in der Tabakkontrolle erhöht werden. Dass preisbezogene und steuerliche Maßnahmen ein effektives Mittel zur Verminderung des Tabakkonsums sind, zeigt sich auch darin, dass der Zigarettenpreis als einer der häufigsten Gründe angegeben wird, über einen Rauchstopp nachzudenken.

Die wichtigsten Bezugsquellen für Zigaretten sind Lebensmittelgeschäfte und Tankstellen. Zigarettenautomaten spielen als Vertriebsweg zwar nur eine untergeordnete Rolle – weniger als 5 % der Raucher/innen hatten im Jahr 2009 ihren letzten Zigarettenkauf an einem Automaten getätigt, jedoch sorgen Automaten für die ständige Verfügbarkeit von Zigaretten und fungieren zudem als Werbeträger für Tabakprodukte. Die Leitlinien zu Artikel 13 des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) empfehlen, Zigarettenautomaten zu verbieten, „da sie durch ihre bloße Gegenwart ein Werbe- und Verkaufsförderungsmittel darstellen.“ Zudem ergänzt ein Verbot von Zigarettenautomaten „die Bestimmungen aus Artikel 16 des Übereinkommens zum Schutz von Minderjährigen“³.

Nichtraucherschutz

Der Großteil der Nichtraucher fühlt sich durch Passivrauchen gestört. Die Tabakrauchexposition in der Gastronomie und am Arbeitsplatz hat zwar infolge der Nichtraucherenschutzgesetze seit 2007 deutlich abgenommen, jedoch wurden auch im Jahr 2011 noch 16 % der Nichtraucher und 40 % der Nichtraucherinnen

aufgrund der Belästigung durch Tabakrauch davon abgehalten, eine Kneipe oder Bar zu besuchen. In etwas geringerem Ausmaß (8 bzw. 26 %) gilt dies auch für Restaurants. Etwa zwei Drittel der Nichtraucher/innen wünschen sich daher ein Rauchverbot in Kneipen und Bars und bei einem generellen Rauchverbot in Restaurants liegt die Zustimmung noch höher – auch unter Rauchern.

Die Ergebnisse zeigen somit, dass in Deutschland kein umfassender Nichtrauchererschutz besteht. Dies ist zum einen durch die zahlreichen Ausnahmeregelungen begründet, zum anderen ist es jedoch auch eine Tatsache, dass in vielen Gastronomiebetrieben das Rauchverbot nicht eingehalten wird⁴. Vermutlich ist dies unter anderem auf die unübersichtliche Gesetzeslage und auch auf mangelnde Kontrollen zurückzuführen. Ein umfassendes Rauchverbot ohne Ausnahmeregelungen würde bei den Gaststättenbetreibern für Rechtssicherheit sorgen und Kontrollen vereinfachen.

Ein Grundsatz der Leitlinien zu Artikel 8 der FCTC lautet: „Wirksame Maßnahmen für den Schutz vor der Belastung durch Tabakrauch [...] erfordern die vollständige Unterbindung des Rauchens und die Vermeidung von Tabakrauch an einem bestimmten Ort oder in einer bestimmten Umgebung, um ein vollständig rauchfreies Umfeld zu schaffen. Es gibt kein unbedenkliches Niveau für die Belastung mit Tabakrauch [...]“⁵.

Bei einer Befragung der Bevölkerung Bayerns rund anderthalb Jahre nach dem dortigen Inkrafttreten des vollständigen Rauchverbots im August 2010 stimmten 63,5 % der Aussage zu: „Das generelle Rauchverbot in Gaststätten und Festzelten hat sich bewährt. Ich bin dafür, das generelle Rauchverbot beizubehalten“⁶. Auch Erfahrungen aus anderen Ländern, in denen ein vollständiges Rauchverbot in der Gastronomie

3 Deutsches Krebsforschungszentrum (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Heidelberg, http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Das_Rahmenuebereinkommen_der_WHO_zur_Eindaemmung_des_Tabakgebrauchs_FCTC.pdf

4 Deutsches Krebsforschungszentrum (2011) Nichtrauchererschutz in der deutschen Gastronomie: Eine aktuelle Bestandsaufnahme in zehn Bundesländern. Aus der Wissenschaft für die Politik, Heidelberg, http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Nichtraucherschutz_in_Bundeslaendern_2011.pdf

5 Deutsches Krebsforschungszentrum (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Heidelberg, http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Das_Rahmenuebereinkommen_der_WHO_zur_Eindaemmung_des_Tabakgebrauchs_FCTC.pdf

6 Deutsches Krebsforschungszentrum (2012) Nichtrauchererschutz in Bayern: Akzeptanz in der Bevölkerung und Auswirkungen auf die Gastronomie. Aus der Wissenschaft für die Politik, Heidelberg, http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Nichtraucherschutz_in_Bayern_Gastronomie.pdf

eingeführt wurde, wie Irland⁷, Italien⁸ und Großbritannien⁹ zeigen, dass die Zustimmung und Akzeptanz der Rauchverbote nach Einführung deutlich angestiegen ist.

Die Befürchtung, dass Raucher durch öffentliche Rauchverbote zu Hause mehr rauchen würden, wird durch die hier dargestellten Ergebnisse entkräftet, denn der Anteil derjenigen, bei denen Rauchen zu Hause niemals und nirgends erlaubt ist, vergrößerte sich von 2007 bis 2011 erheblich (s. hierzu auch Mons 2012¹⁰). Offensichtlich nehmen viele – selbst Raucher – das Rauchverbot in öffentlichen Bereichen zum Anlass, auch zu Hause ein Rauchverbot umzusetzen.

Warnhinweise

Die Wirkung der textlichen Warnhinweise ist in Deutschland relativ gering. Zwar werden sie von einem Großteil der Raucher wahrgenommen, jedoch sind Verhaltensänderungen nur äußerst selten die Folge. Zudem ist auch eine Abnahme der Wirkung über die Zeit festzustellen.

Artikel 11 der FCTC bestimmt, dass Warnhinweise auch in Form von bildlichen Darstellungen oder Piktogrammen gestaltet sein oder solche umfassen können¹¹ und die Europäische Kommission hat im Dezember 2012 einen Vorschlag für eine „Richtlinie [...] zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen“ vorgelegt, in der in Artikel 9 „kombinierte gesundheitsbezogene

Warnhinweise für Rauchtobak“ festgelegt werden¹². Es ist wissenschaftlich belegt, dass gesundheitsrelevante Warnhinweise, die sowohl Bilder als auch Text beinhalten, weitaus wirksamer sind als reine Textbotschaften. Sie können junge Menschen davon abhalten, mit dem Rauchen anzufangen, Raucher zum Rauchstopp motivieren und bei Ex-Rauchern Rückfällen vorbeugen¹³. Das Nachlassen der Wirkung der Warnhinweise zeigt außerdem, dass sie regelmäßig ausgetauscht werden müssen, damit ihre Wirkung aufrechterhalten wird.

Tabakwerbung und Informationskampagnen

Die am häufigsten wahrgenommenen Formen der Tabakwerbung ist diejenige am Point of Sale sowie die Außenwerbung. Deutschland ist das einzige Land in der EU, in dem weiterhin Tabakaußenwerbung erlaubt ist. Und dies, obwohl sich Deutschland gemäß Artikel 13 der FCTC verpflichtet hatte, bis zum Jahr 2010 „ein umfassendes Verbot aller Formen von Tabakwerbung, Förderung des Tabakverkaufs und Tabak sponsoring“¹⁴ einzuführen.

Die bewusste Wahrnehmung von Kampagnen, in denen die Gefahren des Rauchens angesprochen werden oder zum Rauchausstieg ermutigt wird, ist relativ gering. Etwa zwei Drittel der Befragten gab im Jahr 2011 an, Informations- und Rauchstoppkampagnen nie oder nur selten wahrgenommen zu haben und bei Kampagnen zum Passivrauchen waren es sogar über 80 %. Der Grund hierfür kann zum einen darin liegen, dass zu wenige Kampagnen dieser Art durchgeführt wurden, oder darin, dass derartige Kampagnen eine zu geringe Reichweite oder Effektivität besitzen.

Über viele durch das Rauchen und Passivrauchen verursachte Gesundheitsrisiken ist sich der überwiegende Anteil der Raucher bewusst und etwa die Hälfte der Raucher ist um die Schädigung der eigenen Gesundheit besorgt. Jedoch gibt es auch einige mögliche gesundheitliche Folgen, die vielen Rauchern nicht bekannt

7 Fong GT, Hyland A, Borland R, Hammond D, Hastings G et al. (2006) Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Survey. *Tob Control*, 15, Suppl 3, iii51-58

8 Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, Apolone G, Pacifici R et al. (2007) Smoking in Italy 2005–2006: effects of a comprehensive National Tobacco Regulation. *Prev Med*, 45, 198-201

9 Hyland A, Hassan LM, Higbee C, Boudreau C, Fong GT et al. (2009) The impact of smokefree legislation in Scotland: results from the Scottish ITC: Scotland/UK longitudinal surveys. *Eur J Public Health*, 19, 198-205

10 Mons U, Nagelhout GE, Allwright S, Guignard R, van den Putte B, Willemsen MC, Fong GT, Brenner H, Pötschke-Langer M & Breiting LP (2012) Impact of national smoke-free legislation on home smoking bans – Findings from the International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project Europe Surveys. *Tob Control* (online veröffentlicht 13. Februar 2012, im Druck)

11 Deutsches Krebsforschungszentrum (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Heidelberg, http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Das_Rahmenuebereinkommen_der_WHO_zur_Eindaemmung_des_Tabakgebrauchs_FCTC.pdf

12 Europäische Kommission (2012) Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen. http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/com_2012_788_de.pdf

13 Deutsches Krebsforschungszentrum (2013) Wirksamkeit von bildlichen Warnhinweisen auf Zigarettenverpackungen. Aus der Wissenschaft für die Politik, Heidelberg, http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Bildliche_Warnhinweise_2013.pdf

14 Deutsches Krebsforschungszentrum (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Heidelberg, http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Das_Rahmenuebereinkommen_der_WHO_zur_Eindaemmung_des_Tabakgebrauchs_FCTC.pdf

sind. Dies belegt zum einen die Wirksamkeit von Warnhinweisen und anderen Gesundheitsinformationen, zeigt jedoch zum anderen auch die Notwendigkeit, neuere Erkenntnisse zu den Gesundheitsrisiken des Rauchens in Form von Kampagnen oder Warnhinweisen auf Tabakverpackungen zu kommunizieren.

Einige Raucher sind zudem der Meinung, dass manche Zigaretten „gesünder“ sein könnten als andere und über 90 % dieser Gruppe glauben, die Schädlichkeit von Zigaretten könne am Teer- oder Nikotingehalt festgemacht werden. Daher besteht auf diesem Gebiet weiterhin dringender Aufklärungsbedarf. Über zwei Drittel der Raucher wünscht sich außerdem, erst gar nicht mit dem Rauchen angefangen zu haben – entsprechende Informationskampagnen können davor bewahren.

Da in Deutschland von der Bevölkerung scheinbar mehr Dinge wahrgenommen werden, die das Rauchen unterstützen und fördern – insbesondere Tabakwerbung, als solche, die dem Tabakkonsum entgegenwirken, ist ein umfassendes Tabakwerbeverbot dringend erforderlich. Gleichzeitig sollten massenmediale Kampagnen zur Tabakprävention und Tabakkontrolle verstärkt durchgeführt werden, die zur „Aufklärung, Information, Schulung und Sensibilisierung des öffentlichen Bewusstseins“ (Artikel 12 der FCTC) beitragen. Die Leitlinien zu Artikel 12 bieten ausführliche Empfehlungen zur Umsetzung dieser Maßnahme zur Eindämmung des Tabakkonsums¹⁵.

Rauchstopp und Entwöhnung

Über die Hälfte der Raucher beabsichtigt, irgendwann in der Zukunft mit dem Rauchen aufzuhören. Etwa ein Drittel der befragten Raucher gab jedoch an, überhaupt nicht mit dem Rauchen aufhören zu wollen. Auch dies zeigt, dass ein Bedarf an Kampagnen besteht, die zu einem Rauchstopp ermutigen. Doch auch an die Gesundheitsberufe sollte weiter appelliert werden, bei Patienten generell den Rauchstatus zu erfragen und Raucher/innen einen Rauchstopp anzuraten.

Über ein Drittel der Raucher gaben an, aufgrund des Rates eines Arztes oder Gesundheitsexperten darüber nachzudenken, mit dem Rauchen aufzuhören. Dies zeigt, dass solche Ansprachen wirksam sind.

Als wichtigster Grund für ein Nachdenken über einen Rauchstopp wurde, insbesondere von Frauen, die Vorbildfunktion gegenüber Kindern genannt. Zunehmende Einschränkungen des Rauchens zu Hause und die hohe Zustimmung zu einem Rauchverbot in Autos, wenn Kinder mitfahren, zeigen außerdem, dass Raucher um die Gesundheit ihrer Kinder besorgt sind und sie vor dem Rauchen bewahren wollen. Dieser Aspekt könnte auch in Kampagnen und auf Warnhinweisen aufgegriffen werden.

Neben der Sorge um die persönliche Gesundheit wurde auch der Zigarettenpreis als einer der häufigsten Gründe genannt, über einen Rauchstopp nachzudenken. Weitere Steuererhöhungen könnten also zur Einschränkung des Tabakkonsums beitragen.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse bieten aufschlussreiche Erkenntnisse, die zur Umsetzung einer effektiven Tabakkontrollpolitik in Deutschland herangezogen werden können. Sie zeigen, in welchen Bereichen beim Ziel, den Tabakkonsum einzuschränken, bereits Erfolge erzielt werden konnten, und gleichzeitig, welche Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels noch ergriffen bzw. weiter ausgebaut werden müssen. Dies betrifft insbesondere den Nichtrauchererschutz und Tabakwerbeverbote. Weitere Tabaksteuererhöhungen, die Einführung von bildlichen Warnhinweisen sowie die Durchführung massenmedialer Aufklärungs- und Präventionskampagnen und der Ausbau des bestehenden Tabakentwöhnungsangebots können zur weiteren Senkung der Raucheranteile beitragen und so den Einstieg ins Rauchen verhindern und den Ausstieg fördern. Diese Maßnahmen tragen zur Umsetzung des WHO-Rahmenübereinkommens (FCTC) bei, zu der sich Deutschland verpflichtet hat, und führen letztlich zu einer Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung.

¹⁵ Deutsches Krebsforschungszentrum (2011) Perspektiven für Deutschland: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Heidelberg, http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Das_Rahmenuebereinkommen_der_WHO_zur_Eindaemmung_des_Tabakgebrauchs_FCTC.pdf

9 Gender Mainstreaming Aspekte

Aspekte des Gender Mainstreaming wurden bei der Durchführung des Projekts und der Auswertung der Ergebnisse beachtet. Bei der Datenerhebung wurde auf Repräsentativität geachtet, d.h. dass die Anteile der Männer und Frauen in der Stichprobe gemäß ihrer Anteile in der Bevölkerung berücksichtigt wurden. Die Auswertung der Daten erfolgte – sofern es die Fallzahl erlaubte – differenziert nach Geschlecht. Um entsprechende Gender-Unterschiede deutlich zu machen sind auch die wesentlichen Ergebnisse in diesem Bericht nach Geschlecht differenziert ausgewiesen.

10 Gesamtbeurteilung

Das Projekt konnte insgesamt erfolgreich durchgeführt werden und die Kooperation mit den nationalen und internationalen Kooperationspartnern war ausgezeichnet und fruchtbar. Neben den bereits in zahlreichen Fachartikeln sowie in der Dissertation von Ute Mons publizierten Auswertungen und Präsentationen auf nationalen und internationalen Konferenzen (s. Publikationsverzeichnis) sind weitere Datenanalysen, die insbesondere auch Ländervergleiche einschließen, für das Jahr 2013 zur Veröffentlichung in Fachzeitschriften und in den Schriftenreihen des Deutschen Krebsforschungszentrums geplant.

11 Publikationsverzeichnis

Berichte

- ITC Project (2010) ITC Germany National Report. University of Waterloo, Kanada und Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg (abrufbar unter: <http://www.itcproject.org/keyfindi/itcgermanywave2nationalreportjan2010final1.pdf>)
- ITC Project (2009) ITC Germany Survey Summary. University of Waterloo, Kanada und Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg (abrufbar unter: <http://www.itcproject.org/keyfindi/itcgermany>)

Artikel in Fachzeitschriften

- Nagelhout GE, van den Putte B, Allwright S, Mons U, McNeill A, Guignard R, Beck F, Siahpush M, Joossens L, Fong GT, de Vries H & Willemsen MC (2013) Socioeconomic and country variations in cross-border cigarette purchasing as tobacco tax avoidance strategy – Findings from the ITC Europe Surveys. *Tob Control* (zur Publikation angenommen)
- Mons U (2012) Fördern öffentliche Rauchverbote auch ein rauchfreies Zuhause? *SuchtMagazin* 38: 21-22
- Mons U, Nagelhout GE, Allwright S, Guignard R, van den Putte B, Willemsen MC, Fong GT, Brenner H, Pötschke-Langer M & Breitling LP (2012) Impact of national smoke-free legislation on home smoking bans – Findings from the International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project Europe Surveys. *Tob Control* (online veröffentlicht 13. Februar 2012, im Druck)
- Brown A, McNeill A, Mons U & Guignard R (2012) Do smokers in Europe think all cigarettes are equally harmful? *Eur J Public Health* 22 (Suppl. 1): 35-40
- Hitchman SC, Guignard R, Nagelhout GE, Mons U, Beck F, van den Putte B, Crone M, de Vries H, Hyland A & Fong GT (2012) Predictors of car smoking rules among smokers in France, Germany and the Netherlands. *Eur J Public Health* (Suppl. 1): 17-22
- Mons U, Nagelhout GE, Guignard R, McNeill A, van den Putte B, Willemsen MC, Brenner H, Pötschke-Langer M & Breitling LP (2012) Comprehensive smoke-free policies attract more support from smokers in Europe than partial policies. *Eur J Public Health* 22 (Suppl. 1): 10-16
- Borland R, Li L, Driezen P, Wilson N, Hammond D, Thompson ME, Fong GT, Mons U, Willemsen MC, McNeill A, Thrasher J & Cummings KM (2012) Cessation assistance reported by smokers in 15 countries participating in the International Tobacco Control (ITC) policy evaluation surveys. *Addiction* 107: 197-205
- Hitchman S, Mons U, Nagelhout GE, Guignard R, McNeill A, Willemsen MC, Driezen P, Wilquin JL, Beck F, Du-Roscöat E, Pötschke-Langer M, Hammond D & Fong GT (2011) Effectiveness of the European Union text-only cigarette health warnings: Findings from four countries. *Eur J Public Health* 22: 693-699
- Nagelhout GE, Mons U, Allwright S, Guignard R, Beck F, Fong GT, de Vries H & Willemsen MC (2011) Prevalence and predictors of smoking in „smoke-free“ bars. Findings from the International Tobacco Control (ITC) Europe Surveys. *Soci Sci Med* 72: 1643-1651

Präsentationen

- Mons U (2012) Impact of comprehensive and partial smoke-free laws on secondhand smoke exposure and policy support in ITC countries in Europe. 15th World Conference Tobacco or Health, Singapore
- Mons U, Nagelhout GE, Guignard R, McNeill A, van den Putte B, Willemsen MC, Fong GT, Brenner H, Pötschke-Langer M & Breitling LP (2012) Impact of national smoke-free legislation on policy support among smokers – Findings from the ITC Europe surveys. 15th World Conference Tobacco or Health, Singapore
- Mons U, Nagelhout GE, Allwright S, Guignard R, van den Putte B, Willemsen MC, Fong GT, Brenner H, Pötschke-Langer M & Breitling LP (2011) Fördern Rauchverbote in der Gastronomie auch ein rauchfreies Zuhause? 9. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle, Heidelberg
- Mons U, Nagelhout GE, Allwright S, Guignard R, van den Putte B, Willemsen MC, Fong GT, Brenner H, Pötschke-Langer M & Breitling LP (2011) Adoption of home smoking bans after the implementation of national smoke-free legislation – Findings from the International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project. World Congress of Epidemiology, Edinburgh/Scotland

- Mons U, Nagelhout GE, Allwright S, Guignard R, van den Putte B, Willemsen MC, Fong GT, Brenner H, Pötschke-Langer M & Breitling LP (2011) Adoption of home smoking bans after the implementation of national smoke-free laws. 5th European Conference Tobacco or Health, Amsterdam/the Netherlands
- Mons U (2010) Fördern Rauchverbote in der Gastronomie auch ein rauchfreies Zuhause? Determinanten freiwilliger Rauchverbote und Konsequenzen für den Rauchstopp. Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie und der European Union in Assurance and Social Security, Berlin
- Mons U & Hitchman S (2010) Effectiveness of the text-based EU-tobacco warning labels. 12th Annual Meeting of the Society for Research in Nicotine and Tobacco Europe, Bath/England
- Mons U (2009) Evaluation der Nichtraucherchutzgesetzgebung in Deutschland.
- Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie, Hamburg

Qualifikationsarbeiten

- Ute Mons (2012) Evaluation of the German smoke-free legislation – Findings from the prospective International Tobacco Control Policy Evaluation Project. Inauguraldissertation, Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg