medizinwissen

HTA-Bericht 74 a Addendum

Föderale Strukturen und damit verbundene verhaltensbezogene Maßnahmen zur Prävention des Zigarettenrauchens

Andrej Rasch, Falk Müller-Riemenschneider, Christoph Vauth, Stefan N. Willich, Wolfgang Greiner

Im Geschäftsbereich des Bundesministerium für Gesundheit

DIMDI deutsche agentur für HTA des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information

Schriftenreihe
Health Technology Assessment (HTA)
in der Bundesrepublik Deutschland

Föderale Strukturen und damit verbundene verhaltensbezogene Maßnahmen zur Prävention des Zigarettenrauchens

Andrej Rasch[1]
Falk Müller-Riemenschneider[2]
Christoph Vauth[3]
Stefan N. Willich[2]
Wolfgang Greiner[1]

[1] Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland
[2] Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland
[3] Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Leibniz Universität Hannover, Hannover, Deutschland

DIMDI
deutsche agentur für HTA des
Deutschen Instituts für Medizinische
Dokumentation und Information

Wir bitten um Beachtung

Die HTA-Berichte des DIMDI durchlaufen ein unabhängiges, grundsätzlich anonymisiertes Gutachterverfahren. Potentielle Interessenkonflikte bezüglich der HTA-Berichte werden dem DIMDI von den Autoren und den Gutachtern offen gelegt.
Die Literaturauswahl erfolgt nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin. Die zugrunde liegende Literatur erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Für eine bessere Lesbarkeit wird im vorliegenden Bericht bei der Angabe von Personenbezeichnungen nur die männliche Sprachform verwendet.

Dieser HTA-Bericht ist publiziert in der DAHTA-Datenbank des DIMDI und in der elektronischen Zeitschrift GMS Health Technology Assessment (www.egms.de). Hier werden Forschungsbeiträge, Untersuchungen, Umfragen usw. als Diskussionsbeiträge im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlicht. Die Verantwortung für den Inhalt obliegt den jeweiligen Autoren.

Die Erstellung des HTA-Berichts erfolgte aufgrund des gesetzlichen Auftrags nach Artikel 19 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000. Der vorliegende HTA-Bericht wurde mit Mitteln des Bundes finanziert.

Herausgeben vom

Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

Das DIMDI ist ein Institut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Kontakt

DAHTA@DIMDI
Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des
Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information
Waisenhausgasse 36-38a
50676 Köln
Telefon: +49 221 / 4724 - 525
Telefax: +49 221 / 4724 - 340
dahta@dimdi.de
www.dimdi.de

Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 74a
ISSN: 1864-9645
1. Auflage 2008
© DIMDI, Köln 2008. Alle Rechte vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis IV
Tabellenverzeichnis IV
Zusammenfassung 1
1 Einleitung 2
2 Methodik 2
3 Grundlagen der Primärprävention des Rauchens in Deutschland 5
3.1 Strukturen der verhaltensbezogenen Tabakprävention 5
3.1.1 Bundesebene 6
3.1.2 Landesebene 9
3.1.3 Kommunalebene 10
3.1.4 Gesetzliche Krankenversicherung 12
3.2 Verhaltensbezogene Maßnahmen der Tabakprävention in Deutschland 14
3.2.1 Bundes- und Landesebene 14
3.2.3 Kommunalebene 17
3.2.4 Gesetzliche Krankenversicherung 19
4 Empirische Ergebnisse 21
4.1 Analyse der PrevNet-Datenbank 21
4.1.1 Bundesweite Projekte 21
4.1.2 Projekte in den Bundesländern 21
4.2 Zusätzliche Handrecherche 26
4.3 Schriftliche Befragung 30
4.3.1 Einrichtungen in den Bundesländern 30
4.3.1.1 Baden-Württemberg 30
4.3.1.2 Bayern 30
4.3.1.3 Brandenburg 32
4.3.1.4 Bremen 33
4.3.1.5 Hamburg 35
4.3.1.6 Hessen 38
4.3.1.7 Sachsen-Anhalt 40
4.3.2 Krankenkassen 42
5 Diskussion 43
5.1 PrevNet-Datenbank 43
5.2 Handrecherche 43
5.3 Schriftliche Befragung 43
5.4 Zusammenenfassende Diskussion 44
6 Schlussfolgerung 46
Literaturverzeichnis **47**
Anhang **50**

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Tabakprävention in Deutschland 5
Abbildung 2: Verhaltens- und Verhältnisprävention bei GKV-Aktivitäten im Setting-Ansatz[27] 20
Abbildung 3: Inanspruchnahme von individuellen Präventionsangeboten in der GKV[27] 20

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Landesstrukturen der Suchtprävention am Beispiel von Mecklenburg-Vorpommern[34] 10
Tabelle 2: Kommunalstrukturen der Suchtprävention am Beispiel von Mecklenburg-Vorpommern[34] 11
Tabelle 3: Unterstützer und Förderer von „Be smart - Don't start" auf Landesebene[24] 15
Tabelle 4: Teilnehmer an „Klasse2000" im Schuljahr 2006/07[39] 16
Tabelle 5: Bundesweite Projekte 21
Tabelle 6: Projekte in Bayern 21
Tabelle 7: Projekte in Bayern 22
Tabelle 8: Projekte in Brandenburg 23
Tabelle 9: Projekte in Hamburg 23
Tabelle 10: Projekte in Niedersachsen 24
Tabelle 11: Projekte in Nordrhein-Westfalen 25
Tabelle 12: Projekte in Rheinland-Pfalz 25
Tabelle 13: Projekte in Saarland 25
Tabelle 14: Projekte der PrevNet-Knotenpunkte in Bayern 26
Tabelle 15: Projekte der PrevNet-Knotenpunkte in Bayern 27
Tabelle 16: Projekte der PrevNet-Knotenpunkte in Bremen 28
Tabelle 17: Projekte der PrevNet-Knotenpunkte in Niedersachen 28
Tabelle 18: Projekte der nicht am PrevNet teilnehmenden Bundesländer 29
Tabelle 19: Maßnahme in Baden-Württemberg 30
Tabelle 20: Projekte und Maßnahmen in Bayern 31
Tabelle 21: Projekte und Maßnahmen in Bayern 31
Tabelle 22: Projekte und Maßnahmen in Brandenburg 32
Tabelle 23: Projekte und Maßnahmen in Brandenburg 32
Tabelle 24: Projekte und Maßnahmen in Bremen 33
Tabelle 25: Projekte und Maßnahmen in Hamburg (BSG) 35
Tabelle 26: Projekte und Maßnahmen in Hamburg (Büro für Suchtprävention) 36
Tabelle 27: Projekte und Maßnahmen in Hamburg (UKE und Asklepios Kliniken) 36
Tabelle 28: Projekte und Maßnahmen in Hamburg (Suchtpräventionszentrum) 37
Tabelle 29: Projekte und Maßnahmen in Hamburg (Suchtpräventionszentrum) 37
Tabelle 30: Projekte und Maßnahmen in Hessen 38
Tabelle 31: Projekte und Maßnahmen in Hessen 38
Tabelle 32: Projekte und Maßnahmen in Hessen 39
Tabelle 33: Projekte und Maßnahmen in Sachsen-Anhalt 40
Tabelle 34: Projekte und Maßnahmen in Sachsen-Anhalt 41

Zusammenfassung

Zielsetzung

Der im Vorfeld dieser Untersuchung verfasste HTA-Bericht „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Prävention des Zigarettenrauchens“ stellt einen deutlichen Mangel an qualitativ hochwertigen Publikationen im deutschen Kontext fest. Die dabei berücksichtigten Publikationen ergeben keinen Aufschluss über die in Deutschland durchgeführten Aktivitäten. Die Zielsetzung des vorliegenden Addendums ist somit, einen Überblick über das föderale Präventionssystem und die damit verbundenen Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Raucherprävention zu geben.

Methodik

Im Rahmen einer Recherche werden zunächst die wesentlichen Strukturen der Tabakprävention sowie die damit verbundenen Aufgaben und Aktivitäten erfasst. Zusätzlich werden eine systematische Analyse der im Dezember 2007 im PrevNet-Netzwerk verfügbaren Projektinformationen sowie eine Handrecherche auf den Internetseiten der PrevNet-Knotenpunkte und anderer relevanter Landeseinrichtungen durchgeführt. Zudem wird eine schriftliche Befragung der PrevNet-Knotenpunkte, weiterer Ländereinrichtungen und einer Auswahl gesetzlicher Krankenkassen durchgeführt.

Ergebnisse

Die Maßnahmenpalette im Rahmen der Primärprävention des Rauchens in Deutschland umfasst zahlreiche Aktivitäten und Kampagnen der Bundesregierung, verschiedener nationaler Organisationen, zahlreicher Koordinierungs- und Fachstellen auf Landes- und Kommunalebene sowie gesetzlicher Krankenversicherungen. Auf der länderübergreifenden Ebene existieren mehrere Institutionen und Einrichtungen (wie z.B. Bundesministerium für Gesundheit, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)), die einen Beitrag zur Verhinderung des Raucheinstiegs leisten. Auf der Landesebene gibt es fachliche Zusammenschlüsse in Form von Arbeitsgemeinschaften, Arbeitskreisen oder Ausschüssen, die den organisatorischen Rahmen für Planungen und Koordination im Rahmen der Tabakprävention bilden. Auch auf kommunaler Ebene existieren institutionalisierte Strukturen in Form von Fachkreisen, Fachstellen oder Ausschüssen. Die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände spielen in der Primärprävention ebenfalls eine wichtige Rolle.

Zu den bekanntesten bundesweiten Kampagnen oder Maßnahmen zählen: „Rauchfrei“, „Be Smart - Don't Start“, „Klasse 2000“, „ALF“, „Just be smokefree“. Diese universellen Konzepte werden zum Teil auch auf der Landes- und Kommunalebene aufgegriffen. Zusätzlich zu übergreifenden Ansätzen werden zahlreiche länderspezifische Maßnahmen und Dachkampagnen entwickelt und durchgeführt. Auch in den Kommunen gibt es zahlreiche Aktivitäten im Bezug auf Tabakprävention. Das am häufigsten gewählte Setting auf allen föderalen Ebenen ist die Schule. Auch bei Aktivitäten der gesetzlichen Krankenversicherungen bildet das Schulsetting die am meisten verbreitete Form für die Durchführung der Maßnahmen nach § 20 SGB V. Die Ergebnisse zeigen zudem eine bundesweit starke Verbreitung des schulischen Wettbewerbs „Be smart – Don’t Start“ sowie die damit verbundene Unterstützung und Koordination durch jeweilige Landeseinrichtungen und Krankenkassen. In vielen Fällen ist die Rauchprävention ein Teil von umfassenden, substanzübergreifenden Präventionskampagnen, die neben verhaltenbezogenen Komponenten auch verhältnisbezogene (rauchfreie Einrichtungen) oder sekundärpräventive (Tabakentwöhnung) Elemente enthalten. Aus organisatorischer Sicht können zahlreiche Kooperationen auf unterschiedlichen Ebenen des föderalen Systems sowie unter Einbeziehung der Krankenkassen identifiziert werden.

Diskussion und Schlussfolgerung

Angesichts der großen Verbreitung von Maßnahmen im schulischen Setting muss angemerkt werden, dass die langfristige Wirksamkeit von Schulinterventionen auf Basis der verfügbaren Evidenz nicht sicher belegt werden kann. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung konnten keine zusätzlichen Studien für die Bewertung der Effektivität und Kosteneffizienz von verhaltensbezogenen Maßnahmen der Tabakprävention in Deutschland identifiziert werden. Bei den meisten Maßnahmen fehlt eine systematische und langfristige Ergebnisevaluation. Es besteht somit ein großer Forschungsbedarf bezüglich der langfristigen Wirksamkeit und Kosteneffektivität von bereits durchgeführten und geplanten Maßnahmen. Diese Aspekte können nur durch gezielte Evaluationsstudien im nationalen Kontext entsprechend untersucht werden. Aufgrund der grundsätzlich knappen finanziellen Mittel in allen Bereichen der Präventionstätigkeit sind solche Studien unumgänglich, um eine effiziente Mittelverwendung zu gewährleisten.

1 Einleitung

Die negativen Auswirkungen des Tabakrauchens auf die Gesundheit im Allgemeinen und die Entstehung verschiedenster rauchbedingter Erkrankungen sind hinreichend bekannt und nachgewiesen[1, 4-6, 21, 37, 38]. Trotz dieser offensichtlichen negativen Folgen des Tabakkonsums ist der Anteil der Raucher in Deutschland nach wie vor sehr hoch. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes liegt die Raucherprävalenz in Deutschland bei etwa 32 % für Männer und 22 % für Frauen[35]. Der Pro-Kopf-Zigarettenverbrauch ist seit den 50er Jahren stark angestiegen, auch wenn in den letzten Jahren diese Entwicklung wieder leicht rückläufig war[31]. Eine hohe Prävalenz findet sich besonders in den Gruppen des jungen und mittleren Erwachsenenalters. Die Befragungsergebnisse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes von 2005 machen einen hohen Raucheranteil sowie einen deutlich erkennbaren Anstieg der Raucherprävalenz unter Jugendlichen deutlich[36]. Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch im Rahmen einer Studie der WHO. Etwa 25 % der Mädchen und 22 % der Jungen gaben an, dass sie täglich rauchten[40]. Im internationalen Vergleich ist die Raucherquote 15-jähriger in Deutschland als extrem hoch einzustufen. Vor diesem Hintergrund sind „die Verringerung des Tabakkonsums und ein möglichst umfassender Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens (...) vordringliche gesundheitspolitische Ziele, die von der Bundesregierung mit aufeinander abgestimmten präventiven, gesetzlichen und strukturellen Maßnahmen verfolgt werden“[8]. Um diese hohe Inzidenz und Prävalenz des Rauchens in der Gesamtbevölkerung dauerhaft zu reduzieren, ist es von besonderer Bedeutung, die Primärprävention des Zigarettenrauchens zu stärken und damit der jugendlichen Aufnahme des Rauchens entgegenzuwirken, um die Zahl jugendlicher und damit langfristig auch erwachsener Raucher zu reduzieren.

Der im Vorfeld dieses Addendums verfasste HTA-Bericht „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Prävention des Zigarettenrauchens“ stellt einen deutlichen Mangel an qualitativ hochwertigen Publikationen im deutschen Kontext fest. Gleichzeitig können die Ergebnisse der in die Bewertung einbezogenen Studien aus anderen Ländern nur bedingt auf deutsche Verhältnisse übertragen werden. Insbesondere ergeben die berücksichtigten Publikationen keinen Aufschluss über die in Deutschland durchgeführten primärpräventiven Aktivitäten mit einem verhaltensbezogenen Schwerpunkt. Diese fehlenden Informationen sollen im Rahmen einer gezielten Recherche und schriftlichen Befragung aufgearbeitet werden. Der Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung liegt dabei auf der Darstellung des föderalen Präventionssystems und der damit verbundenen verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Raucherprävention in Deutschland.

2 Methodik

Grundlagen

Die vorliegende Untersuchung gibt zunächst einen Überblick über die grundlegenden Bestandteile der Primärprävention des Rauchens in Deutschland. Hierfür werden im Rahmen einer Recherche zunächst die wesentlichen Strukturen der Tabakprävention sowie die damit verbundenen Aufgaben und Aktivitäten erfasst.

Analyse der PrevNet-Datenbank

Eine besondere Rolle für die Möglichkeit der Koordination von Aktivitäten der Suchtprävention spielt die Internet Plattform PrevNet (www.prevnet.de). Das Kooperationsprojekt zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und den Landeskoordinatoren für Suchtprävention in Deutschland startete im Jahr 2004 mit dem Ziel, die im Bereich Suchtprävention tätigen Fachkräfte und Einrichtungen im gesamten Bundesgebiet miteinander zu vernetzen. Somit bildet PrevNet nach eigener Auffassung „ein koordiniertes Internetportal zur Suchtvorbeugung, das die Ressourcen der bestehenden regionalen Netzwerke nutzt und Aufklärungsmaßnahmen zur Suchtvorbeugung von Bund und Ländern miteinander vernetzt, um die Effektivität der Suchtvorbeugung in Deutschland zu erhöhen“[13].

Mit dem Portal sollen insbesondere die unterschiedlichen Einrichtungen und Aktivitäten der Suchtprävention auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene koordiniert und systematisch aufbereitet werden. Hierbei können sämtliche Interessenten auf die gemeinsame Datenbank zugreifen, um sich in allen Rubriken des Portals zu informieren[13]. Durch das einheitlich verwendete Dokumentationssys-

tems „Dot.sys“ können sämtliche auf die Suchtprävention ausgerichtete Aktivitäten systematisch und einheitlich erfasst werden. Die spezifischen Daten zu allen erfassten Maßnahmen werden in ein einheitliches Eingabemodul eingegeben und regelmäßig den jeweiligen Landeskoordinatoren mitgeteilt. Zusätzlich kann jede Fachkraft die eigenen Aktivitäten auswerten und damit zu mehr Transparenz beitragen. Die Landeskoordinatoren können dann eine gemeinsame Auswertung sämtlicher Aktivitäten auf Landesebene vornehmen und damit auch eine Vernetzung der Daten auf Bundesebene fördern[23]. Die Systematik der Erfassung von Projekten im PrevNet umfasst folgende Bereiche:

- Zielebene (z.B. Endadressat, Multiplikator)
- Inhaltsebene (z.B. spezifischer Substanzbezug)
- Konzeptionelle Ebene (z.B. Normenbildung, Kompetenzförderung, strukturelle Maßnahmen)
- Umsetzungsebene (z.B. Leitung von Gruppen, Beratung, Koordination)
- Setting (z.B. Schule, Familie)
- Zielgruppen (z.B. Peers, Eltern, altersspezifisch)
- Dauer
- Veranstalter (z.B. Kooperation)
- Wirkungsbereich (Stadt, Region, Bundesland)
- Dokumentation und Evaluation

Zusätzlich zur Erfassung von Projekten bietet das PrevNet-Portal auch Informationen über die für Suchtprävention relevanten Termine, Einrichtungen, Fachkräfte, Studien und Materialien.

Mit Ausnahme von Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen beteiligen sich alle Bundesländer am Präventions-Netzwerk und bieten damit eine umfangreiche Übersicht über bereits abgeschlossene oder aktuelle Projekte zur Suchtprävention. Als PrevNet-Knotenpunkte auf Länderebene agieren in vielen Fällen die Landesstellen für Suchtfragen oder vergleichbare Einrichtungen:

- Bayern: Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.
- Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
- Brandenburg: Brandenburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
- Bremen: Suchtprävention Bremen im Landesinstitut für Schule
- Hamburg: Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit u. Verbraucherschutz; Büro für Suchtprävention (HH) der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V.
- Hessen: Koordinationsstelle Suchtprävention Hessische Landesstelle für Suchtfragen
- Mecklenburg-Vorpommern: Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung (LAKOST)
- Niedersachsen: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen
- Nordrhein-Westfalen: ginko e.V. - Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW
- Rheinland-Pfalz: Büro für Suchtprävention der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.
- Saarland: Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales
- Sachsen: Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Abteilung 3, Referat 33

Die Grundlagen zur Tabakprävention in Deutschland werden durch eine zusätzliche Informationsbeschaffung ergänzt. Diese erstreckt sich zunächst auf eine systematische Analyse der im Dezember 2007 im PrevNet-Netzwerk verfügbaren Projektinformationen. Die Auswertung der PrevNet-Datenbank beschränkt sich auf Projekte zur verhaltensbezogenen Primärprävention des Tabakkonsums. Die Kampagnen mit einem multiplen Substanzbezug (Tabak, Alkohol, illegale Drogen, etc.) oder mit einem klaren Schwerpunkt auf Tabakentwöhnung werden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

Zusätzliche Handrecherche

Zusätzlich zur Analyse der PrevNet-Datenbank wurde im Dezember 2007 eine Handrecherche auf den Internetseiten der PrevNet-Knotenpunkte durchgeführt. Hierbei wurden sämtliche verfügbaren Projektbeschreibungen oder Berichte analysiert. Vier weitere relevante Institutionen aus den am PrevNet-Netzwerk teilnehmenden Bundesländern wurden zusätzlich in die Handrecherche eingeschlossen:

- Berlin: Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung; Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin
- Saarland: Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft
- Sachsen: Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.

Um ein möglichst vollständiges Bild der föderalen Struktur der Prävention von Tabakkonsum zu erhalten, wurden zusätzlich alle verfügbaren Publikationen oder Projektbeschreibungen der folgenden Landeseinrichtungen aus den nicht am PrevNet-Netzwerk teilnehmenden Ländern erfasst:

- Baden-Württemberg: Landesgesundheitsamt; Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg
- Sachsen-Anhalt: Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt
- Schleswig-Holstein: Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e. V
- Thüringen: Thüringer Koordinierungsstelle Suchtprävention

Die Recherche beschränkt sich auf Projekte zur Primärprävention des Tabakkonsums. Die Kampagnen mit einem umfangreichen Substanzbezug werden entsprechend des Schwerpunktes des vorangegangenen HTA-Berichts in der Auswertung nicht berücksichtigt.

Schriftliche Befragung

Die Tätigkeitsfelder und Maßnahmen im Bereich der Primärprävention des Rauchens auf föderaler Ebene werden zusätzlich durch eine schriftliche Umfrage untersucht. Zu den Adressaten der Befragung gehören sowohl die als PrevNet-Knotenpunkte ausgewiesenen Institutionen (siehe Kapitel 3.1.5) als auch neun weitere Landeseinrichtungen, die bereits in die Handrecherche eingeschlossen wurden. Der Aufbau des Fragebogens ist im Anhang 1 dargestellt.

Zu den weiteren Adressaten der Befragung gehören 34 ausgewählte gesetzliche Krankenkassen (15 AOK, 7 BKK, 6 Ersatzkassen und 6 IKK) mit einer möglichst hohen Mitgliederzahl. Diesen wurde ein strukturierter Fragebogen (siehe Anhang 2) zu den angebotenen oder unterstützten Maßnahmen zur Primärprävention des Rauchens zugesandt. Die Krankenkassen wurden im Begleitschreiben ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die vorliegende Untersuchung sich schwerpunktmäßig mit der Prävention des Rauchens im Sinne der Verhinderung oder Verzögerung des Raucheinstiegs befasst (siehe Anhang 3). Dies sollte eine Verwechslung mit angebotenen Kursen oder Seminaren zur Raucherentwöhnung ausschließen. Die Befragung fand im Zeitraum zwischen Januar und Februar 2008 statt.

3 Grundlagen der Primärprävention des Rauchens in Deutschland

3.1 Strukturen der verhaltensbezogenen Tabakprävention

Die Maßnahmenpalette im Rahmen der Primärprävention des Rauchens in Deutschland umfasst zahlreiche Aktivitäten und Kampagnen der Bundesregierung, verschiedener nationaler Organisationen, zahlreicher Koordinierungs- und Fachstellen auf Landes- und Kommunalebene sowie gesetzlicher Krankenversicherungen. Die Notwendigkeit eines abgestimmten Vorgehens aller Akteure in Deutschland erscheint hierbei durchaus sinnvoll. Die Festlegung gemeinsamer Ziele, Vorgehensweisen und ein wissenschaftlich fundiertes Konzept für die Ergebnisevaluation sind wichtige Bestandteile um eine erfolgreiche Prävention des Tabakkonsums zu gewährleisten[26]. Eine gesetzlich vorgeschriebene Form der Kooperation verschiedener Träger der Prävention ist in Deutschland allerdings nicht vorgesehen. Durch das föderale System und die konkurrierende Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern ist die Ausgestaltung der gesetzgeberischen Maßnahmen zur Prävention nicht einheitlich und liegt somit nur zum Teil im Zuständigkeitsbereich des Bundes. Die für die Suchtprävention relevanten jugend-, bildungs-, sozial- und gesundheitsrechtlichen Gesetzesinitiativen führen die einzelnen Bundesländer als eigene Angelegenheiten aus[30]. Aufgrund der konkurrierenden Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern ist es somit den jeweiligen Akteuren auf unterschiedlichen Ebenen überlassen, entsprechende Strukturen und Institutionen zu organisieren, um somit auch eine effiziente Zusammenarbeit zu gewährleisten. Fehlende bundesweite Regelungen sind jedoch kein Hindernis, um auf Landes- und Kommunalebene vernetzte Strukturen zu schaffen und somit auch die Zusammenarbeit zu optimieren[16].

Die organisatorische Vielfalt betrifft auch die Allokation der finanziellen Ressourcen. So sind die jeweiligen Behörden und Leistungsträger eigenständig für die Finanzierung der suchtpräventiven Maßnahmen in Art, Umfang und Zielrichtung verantwortlich. Dem Bericht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Suchtprävention in Deutschland nach gibt es „auf der Grundlage der derzeitigen Organisationsstruktur im Präventionsfeld (…) weder gesetzgeberische noch administrative Möglichkeiten, die bei den einzelnen Beteiligten verfügbaren Ressourcen und damit auch die Gesamtfinanzierung der Suchtprävention im Bundesgebiet nach einheitlichen Standards zu regeln und/oder die Ressourcen bei einem Leistungsträger zu bündeln“[30]. Die nachfolgende Abbildung 1 erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern versucht einen Überblick über relevante Einrichtungen im Rahmen der Tabakprävention zu geben.

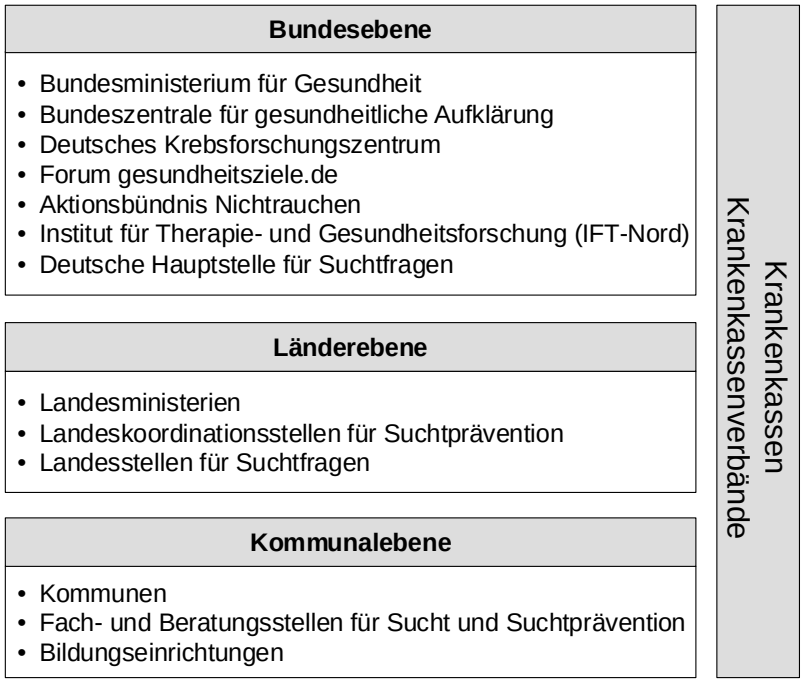

Abbildung 1: Tabakprävention in Deutschland

3.1.1 Bundesebene

Auf der Bundesebene existieren mehrere Institutionen und Einrichtungen, die länderübergreifend einen Beitrag zur Suchtprävention und somit auch zur Verhinderung des Raucheinstiegs leisten. Im Folgenden sollen die in Abbildung 1 benannten Akteure kurz vorgestellt werden.

Bundesministerium für Gesundheit

Sowohl die Stärkung der Prävention im Allgemeinen als auch die Suchtprävention gehören zu den Schwerpunkten der Arbeit des Bundesministeriums für Gesundheit. Nach dessen Angaben sind „die Verringerung des Tabakkonsums und ein möglichst umfassender Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens (…) vordringliche gesundheitspolitische Ziele, die von der Bundesregierung mit aufeinander abgestimmten präventiven, gesetzlichen und strukturellen Maßnahmen verfolgt werden“[8]. Dazu gehört sowohl die Durchsetzung von verhältnisbezogenen Interventionen (Preiserhöhungen, Abgabeverbote von Zigaretten an Kinder und Jugendliche, Werbeeinschränkungen und Nichtraucherschutz) als auch die indirekte Unterstützung von verhaltensbezogenen Präventionskampagnen durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (siehe auch Kapitel 3.2.1). Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung fungiert zudem als Schirmherrin der europaweiten Kampagne „HELP - Für ein rauchfreies Leben“ zur Verhinderung des Tabakmissbrauchs[8].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Bei der Betrachtung der Tabakprävention auf Bundesebene ist vor allem die Rolle der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hervorzuheben. Zu einem der wesentlichen Arbeitsbereiche dieser Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit gehört die Suchtprävention mit folgenden zentralen Zielsetzungen:

- Vermeidung und Hinauszögerung des Einstiegs in den Konsum legaler und illegaler Drogen
- Früherkennung und -intervention bei riskantem Konsumverhalten
- Verringerung von Missbrauch und Sucht

Durch die bundesweite „rauchfrei“-Kampagne sowie die Unterstützung regelmäßiger Wettbewerbe wie „Rauchfrei 2008“ und „Be smart – Don’t start“ gehört die BZgA zu den wichtigsten Akteuren der Tabakprävention auf der Bundesebene. Insbesondere die zahlreich verfügbaren Informationsmaterialien zur Tabaksucht, die auf jüngere Zielgruppe ausgerichtete Internetseite (www.rauchfrei.info) sowie die geförderten Anti-Tabak-Wettbewerbe sind für die Primärprävention des Rauchens von besonderer Bedeutung. Die Angebote erleichtern die Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen im Rahmen der üblichen Settings (z.B. Schule) und bilden somit eine wichtige Grundlage für Präventionsaktivitäten auf der Landes- und Bundesebene[12]. Die BZgA fungiert regelmäßig als Gastgeberin des Bund-Länder-Koordinierungskreises zur Suchtprävention, der zum Zweck des gegenseitigen Informationsaustauschs zwischen den für die Suchtprävention zuständigen Landeseinsichtungen und der BZgA sowie der Entwicklung von Leitlinien zusammentritt[16, 30]. Zusammen mit Landeskoordinatoren für Suchtprävention unterhält die BZgA zudem im Rahmen eines Kooperationsprojekts das Internetportal PrevNet.

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)

Das Deutsche Krebsforschungszentrum wurde bereits im Jahr 1964 als Stiftung des öffentlichen Rechts ins Leben gerufen. Im Rahmen der Tabakprävention spielt dabei das am DKFZ im Jahr 2002 gegründete WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle eine wichtige nationale und auch internationale Rolle. Als Teil eines weltweiten Netzwerkes, das bisher acht WHO-Zentren umfasst und in den nächsten Jahren auf 25 Zentren ausgebaut werden soll, reflektiert es die zunehmenden Anstrengungen, die auf internationaler Ebene im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation zum Thema Tabakkontrolle und Rauchprävention unternommen werden. Das deutsche WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle wurde mit der Zielsetzung gegründet, einen signifikanten Beitrag zu nationalen und internationalen Kampagnen bei der Reduktion des Tabakkonsums zu leisten.

Zu den wichtigsten Arbeitsgebieten des DKFZ sowie des zugehörigen WHO-Zentrums gehören neben der Erforschung gesundheitlicher und ökonomischer Konsequenzen sowie der Erarbeitung von wirksamen Präventionsmaßnahmen auch die Bereitstellung von Wissen und Erkenntnissen über die gesundheitlichen Schäden des Tabakkonsums. Die Internetangebote des WHO-Kollaborationszentrums werden durch öffentliche Mittel vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Aktuell setzt sich das DKFZ folgende Arbeitsschwerpunkte:

- Entwicklung von Hintergrundinformationen und Empfehlungen zu Einzelthemen des „Framework Convention on Tobacco Control“
- Unterstützung der europäischen Strategie zu Anti-Tabak-Maßnahmen
- Mitwirkung bei der Umsetzung der Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland
- Bewertung vorhandener Konzepte zur Tabakentwöhnung und Entwicklung von Empfehlungen für erfolgversprechende Methoden und Interventionen
- Analyse der Passivrauchbelastung von Kindern
- Unterstützung von Aktionen zu Weltnichtrauchertagen
- Durchführung nationaler und internationaler Konferenzen[41].

Forum „gesundheitsziele.de“

Einen wichtigen Beitrag zur Koordinierung der Tabakprävention in Deutschland bildet das im Jahr 2000 als Modellprojekt entstandene Forum Gesundheitsziele Deutschland. Finanziert aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit, der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) sowie unter Beteiligung von Politik (Bund, Länder und Kommunen), Kostenträgern, Leistungserbringern und anderen Einrichtungen, wurde versucht, einen Prozess zur Festlegung von bundesweiten Gesundheitszielen und ihrer Implementierung zu initiieren. Die unter dem Namen gesundheitsziele.de bekannte Plattform arbeitet bundesweit und ebenenübergreifend und wird seit 2007 als Kooperation der beteiligten Akteure (z.B. Spitzenverbände der GKV, PKV-Verband, Deutsche Rentenversicherung Bund) weitergeführt[26]. Zu den sechs bislang entwickelten Strategien gehört auch das Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“. Aufbauend auf internationalen Erkenntnissen wurde ein umfassendes Konzept entwickelt, das Ober- und Teilziele sowie Basismaßnahmen umfasst[26].

Zu den Oberzielen des Konzeptes zählen folgende Bereiche:

1. Im Rahmen der Verhältnisprävention ist eine effektive Tabakkontrollpolitik zu implementieren. Dazu sind gesetzgeberische und strukturelle Rahmenbedingungen zu verbessern.
2. Die Zahl der entwöhnten Raucher insgesamt ist durch geeignete Maßnahmen der Verhaltensprävention zu steigern. Dazu sind Instrumente zur Unterstützung des Ausstiegs bzw. der Raucherentwöhnung zu fördern oder weiter zu entwickeln.
3. Mehr Kinder und Jugendliche sollen zum Rauchverzicht bewegt werden. Dazu sind Maßnahmen und Projekte zu entwickeln, die in einer für Kinder und Jugendliche gerechten Art und Weise das Thema Rauchen aufgreifen.
4. Im Rahmen der Primärprävention muss es gelingen, mehr Kinder und Jugendliche vor dem Einstieg in das Rauchen zu bewahren. Dazu sind Maßnahmen und Projekte zu unterstützen, welche das Nichtrauchen bei Kindern und Jugendlichen fördern.
5. Der Schutz der Nichtraucher ist auszuweiten. Insbesondere die dem Passivrauchen ausgesetzten Personen sind vor den Folgen eines ungewünschten Konsums zu schützen.[18]

Die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung relevante Thematik der Primärprävention des Rauchens überschneidet sich insbesondere mit dem vierten Oberziel „Mehr Kinder und Jugendliche bleiben Nichtraucher“. Die daraus abgeleiteten Teilziele werden wie folgt angegeben:

Teilziel 4.1: Das Einstiegsalter ist erhöht

Teilziel 4.2: Das Probieralter ist erhöht

Teilziel 4.3: Die Anzahl der rauchfreien Schulen, Sportvereine und Jugendfreizeiteinrichtungen ist erhöht

Teilziel 4.4: Das Angebot an rauchfreien Freizeitangeboten ist erhöht

Teilziel 4.5: Die Zahl der Angebote zur Rauchprävention in Schulen, Sportvereinen und Jugendfreizeiteinrichtungen ist erhöht

Teilziel 4.6: Das Vorbildverhalten der Erwachsenen ist bewusster

Teilziel 4.7: Die positive Einstellung zum Nichtrauchen ist erhöht

Teilziel 4.8: Das Wissen über die Folgen des Rauchens und Passivrauchens ist verbreitet[9, 18].

Zu den Basismaßnahmen des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ zählt das Forum solche Komponenten wie Tabaksteuererhöhungen, vollständiges Verbot direkter und indirekter Tabakwer-

bung, Schutz vor Passivrauchen, Förderung des Ausstiegs aus der Tabakabhängigkeit sowie Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen. Das nationale Konzept zur Senkung des Tabakkonsums umfasst sowohl verhältnisbezogene Maßnahmen, die eine Veränderung der Lebens- und Umweltbedingungen anstreben, als auch Maßnahmen der Verhaltensprävention. Bei den Verhaltensstrategien wird zusätzlich unterschieden in Maßnahmen:

- die den Ausstieg fördern (Rauchentwöhnung)
- die den Einstieg verhindern (Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen)
- zum Schutz vor Passivrauchen[18].

Die speziell zum Zwecke der Verhinderung des Raucheinstiegs ausgearbeiteten Umsetzungsstrategien beinhalten ebenfalls sowohl verhaltensbezogene (z.B. Intervention in Schulklassen, massenmediale Kampagnen) als auch verhältnisbezogene Aktionen (z.B. Einführung rauchfreier Einrichtungen, Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen)[26]. Die besondere Relevanz der Primärprävention wird hierbei wie folgt begründet: „Ob jemand zum Raucher oder zur Raucherin wird, entscheidet sich größtenteils Mitte bis Ende des zweiten Lebensjahrzehnts: Wird bis zum 18. Lebensjahr nicht mit dem Rauchen begonnen, ist die Wahrscheinlichkeit relativ gering, noch mit dem Rauchen zu beginnen“[19].

Im Rahmen der Verhaltensprävention wird ausdrücklich auf die Erfolge von Maßnahmen, die auf dem handlungsorientierten Konzept der Lebenskompetenzförderung basieren, verwiesen. Die Umsetzung verhaltensbezogener Maßnahmen zielt somit auf eine Ausweitung der Angebote schulbezogener Aktivitäten für Tabakprävention (z.B. „ALF - Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten“, „Be smart - Don’t start“ oder „Klasse 2000“) durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Kultusministerien der Länder oder Landesstellen für Suchtfragen. Als mögliche Settings werden neben der Schule auch Freizeitbereiche (Sportvereine, Gemeinden) benannt. Hinzu kommt die Durchführung von spezifischen primärpräventiven massenmedialen Kampagnen mit dem Ziel, bei Kindern und Jugendlichen das Bewusstsein für die Vorteile des Tabakverzichts zu fördern. Als Träger solcher Kampagnen sollen demnach die BZgA sowie die gesetzlichen und privaten Krankenkassen fungieren. Außerdem sollen Familien auf das Thema Rauchen durch Familienberatungsstellen angesprochen und ein indirektes Vorbildverhalten Älterer (z.B. in Filmen) kontrolliert werden[18, 19].

Durch die konsequente Umsetzung der Maßnahmen zur Verhinderung des Raucheinstiegs werden von den Trägern mehrere Auswirkungen erwartet. Dazu gehören die bundesweite Zunahme rauchfreier Einrichtungen (Kindergärten, Schulen, Jugendeinrichtungen, Ausbildungs- und Sportstätten), die Reduzierung der Zahl von Tabakautomaten und die Einhaltung der Bestimmungen zum Abgabeverbot von Tabakwaren an Jugendliche. Außerdem werden die Ausweitung und Intensivierung klassenbezogener Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens, die Verbesserung der Qualifikation von Lehrern für die unterrichtsgestützte Tabakprävention sowie der Anstieg im Angebot von Ausstiegshilfen im schulischen Bereich bzw. die Verstärkung der Vernetzung schulischer Angebote mit Angeboten auf kommunaler Ebene erwartet. Als Folge der Umsetzung dieser Maßnahmen soll die Senkung der Inzidenz des Rauchbeginns und die Verringerung der Prävalenz des Rauchens bei Jugendlichen erreicht werden[19].

Aktionsbündnis Nichtrauchen (ABNR)

Das aus der „Koalition gegen das Rauchen“ hervorgegangene Aktionsbündnis Nichtrauchen (ABNR) versteht sich „als Zusammenschluss von neun großen nicht-staatlichen Gesundheitsorganisationen, die ihre politischen Aktivitäten im Bereich Förderung des Nichtrauchens/Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens bündeln“ [10]. Folgende Organisationen sind Mitglieder des ABNR:

- Ärztlicher Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit e.V.
- Bundesärztekammer
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- Deutsches Krebsforschungszentrum
- Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
- Deutsche Krebshilfe e.V.
- Deutsche Lungenstiftung e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.

Zu den Hauptaufgaben des ABNR gehören die Förderung von Maßnahmen zur Eindämmung der Tabakschäden, die Aufklärung über die Notwendigkeit einer wirksamen Tabakkontrollpolitik sowie die daraus abgeleitete politische Öffentlichkeitsarbeit. Zudem unterstützt das ABNR die Gestaltung des jährlichen „Weltnichtrauchertages“ sowie der „Deutschen Konferenzen für Tabakkontrolle“[10].

Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord)

Das im Jahr 1990 gegründete Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) ist eine gemeinnützige Forschungs- und Dienstleistungsgesellschaft mit Arbeitsschwerpunkten in der angewandten medizinischen und psychologischen Forschung und Ausbildung sowie in der Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege[25]. Im Rahmen der Tabakprävention fungiert das Institut als Koordinator des regelmäßigen bundesweiten Wettbewerbs „Be smart – Don’t start“ (siehe Kapitel 3.2.1).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

Die bereits im Jahr 1947 gegründete Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen stellt eine gemeinsame Plattform für alle in der Suchtkrankenhilfe bundesweit tätigen Verbände und gemeinnützigen Organisationen dar. Die DHS verbindet dabei die meisten Träger der ambulanten Beratung und Behandlung, der stationären Versorgung und der Selbsthilfe. Das Ziel der Mitgliedsverbände ist hierbei, mit Hilfe der Hauptstelle das Fachwissen, Standards und die Weiterentwicklung der Suchtprävention und -hilfe zu bündeln. Neben anderen Suchtstoffen oder Verhaltensweisen bildet auch der Tabakkonsum einen der zahlreichen Arbeitsbereiche der DHS [15]. Der Schwerpunkt wird dabei auf die Sekundärprävention (Tabakentwöhnung) gelegt. Neben der DHS agieren auf der Landesebene zahlreiche Koordinierungsstellen für Suchtfragen (siehe Kapitel 3.1.2). Im Gegensatz zu diesen Landeseinrichtungen spielt die DHS im Rahmen der vorliegenden Untersuchung eine eher untergeordnete Rolle.

3.1.2 Landesebene

Trotz einiger Unterschiede gibt es auf der Landesebene in den meisten Fällen fachliche Zusammenschlüsse in Form von Arbeitsgemeinschaften, Arbeitskreisen oder Ausschüssen, die unter der Mitwirkung behördlicher Vertreter den organisatorischen Rahmen für Absprachen und Planungen im Rahmen der Suchtprävention bilden. Diese Landesarbeitsgemeinschaften, Landeskoordinationsstellen für Suchtprävention oder Landesstellen für Suchtfragen sind größtenteils bei frei-gemeinnützigen Trägern angesiedelt und werden aus Landesmitteln gefördert um die Aktivitäten auf der jeweiligen Ebene zu koordinieren, zu initiieren und fachlich zu begleiten[16]. Einige Landesstellen für Suchtfragen oder ähnliche Einrichtungen der freien Wohlfahrtsverbände widmen sich primär der Hilfeleistung für Suchtkranke. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt somit weniger bei der Primärprävention des Rauchens, sondern bei der Sekundärprävention (z.B. Beratung für Alkoholsüchtige) oder der Prävention anderer Suchtstoffe und Verhaltensweisen (z.B. Drogensucht). Tätigkeiten im Rahmen der Primärprävention des Rauchens werden in einigen Fällen zum Teil auch durch andere Organisationen wie Landesministerien oder Fachstellen für Suchtprävention übernommen. Als Beispiele können hier folgende Einrichtungen aufgeführt werden: Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales (Saarland), ginko e.V. (Nordrhein-Westfalen), Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (Bayern) oder die Landeskoordinierungsstelle zur Suchtprävention (Mecklenburg-Vorpommern). Die Landesstrukturen und die damit verbundenen Einrichtungen für allgemeine Suchtprävention weisen je nach Bundesland eigene Besonderheiten auf. In der folgenden Tabelle 1 werden diese Strukturen am Beispiel von Mecklenburg-Vorpommern dargestellt[34].

Tabelle 1: Landesstrukturen der Suchtprävention am Beispiel von Mecklenburg-Vorpommern[34]

Akteure	Beschreibung
Interministerielle Arbeitsgruppe Sucht (IMAG Sucht)	Zusammensetzung: Staatskanzlei, Sozial-, Innen-, Bildungs-, Justiz- und Landwirtschaftsministerium sowie nachgeordnete Behörden Landesinstitut für Schule und Ausbildung Mecklenburg-Vorpommern, Landeskriminalamt und -jugendamt, Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung (LAKOST). Aufgaben: - Thematisierung von Problemfeldern in der Suchtpolitik - Umsetzung der Suchtpolitik auf Landesebene durch Abstimmung der beteiligten Ministerien - Zusammenfassung und Abstimmung notwendiger Maßnahmen der verschiedenen Ministerien - Förderung der Kooperation zwischen teilnehmenden Institutionen
Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung (LAKOST)	Aufgaben: - überregionale und regionale Koordinierung - Fort- und Weiterbildung - Präventionsberatung, Projektentwicklung, -durchführung und -betreuung - Materialentwicklung und -verleih.
Landesstelle für Suchtfragen (LSMV)	Trägerschaft: Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, Selbsthilfe- und Abstinenzverbände, Fachverbände im Suchtbereich Aufgaben: - Förderung der Suchtkrankenhilfe - Koordinierung der Arbeit der Mitglieder - Unterstützung der freien Verbände und Gruppen - Zusammenarbeit mit öffentlichen Stellen
Fachausschuss „Suchtprävention“	Fachausschuss der LSMV und der LAKOST für Präventionsfachkräfte des Landes Mecklenburg-Vorpommern unter fachlicher Leitung der LAKOST. Aufgaben: - Diskussion suchtpräventiver Aktivitäten - Austausch von Erfahrungen - Kontrolle und Abstimmung der Arbeit
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung M-V (LVG)	Die LVG vereint Institutionen, Vereine und Verbände mit dem Arbeitsschwerpunkt Gesundheitsförderung. Multiplikatoren sind auf kommunaler Ebene die 18 Arbeitskreise für Gesundheitsförderung in den Landkreisen und kreisfreien Städten. Aufgaben: - Förderung der Gesundheit in der Bevölkerung - Entwicklung geeigneter Instrumente zur Umsetzung - Implementierung der Instrumente über bestehende Netzwerke - Suchtprävention in Schulen
Landesinstitut für Schule und Ausbildung Mecklenburg-Vorpommern (L.I.S.A.)	Aufgaben: - Organisation von Fortbildungen im Bereich der Gesundheitsförderung (z. B. für Gesundheits- und Präventionsbeauftragte) - Unterstützung der Durchführung präventiver Projekte - Umsetzung des Rahmenplans „Gesundheitserziehung“ der Jahrgangsstufen 1 bis 13
Landesrat für Kriminalitätsvorbeugung (LfK)	Aufgaben: - finanzielle Förderung konkreter Präventionsprojekte vor Ort - Mitarbeit in Netzwerken und Fachgremien auf Landesebene - Stabilisierung der örtlichen Präventionsarbeit durch die Schaffung der erforderlichen kommunalen Präventionsgremien.

Viele Bundesländer haben innerhalb der Koordinationsstellen spezifische Kampagnen oder Gesamtkonzepte zur Suchtprävention entwickelt, die den beteiligten Verbänden, Einrichtungen und Trägern von Präventionsmaßnahmen als Handlungsgrundlage bei der Gestaltung suchtpräventiver Aktivitäten dienen sollen[16] (siehe Kapitel 3.2.2). Nach Angaben der Bundesländer wenden diese insgesamt jährlich einen Betrag von etwa 15 bis 20 Mio. € für Maßnahmen der Suchtprävention auf[30].

3.1.3 Kommunalebene

Der kommunalen Selbstverwaltung kommt im deutschen föderalen System eine wichtige Stellung zu. So haben die Kommunen (Landkreise, kreisangehörige und/oder kreisfreie Städte und Gemeinden) das Recht und die Aufgabe zahlreiche Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft eigenverantwortlich zu regeln. Die Tätigkeitspalette umfasst sowohl Pflichtaufgaben und die vom Bund oder dem Land übertragenen Verpflichtungen als auch freiwillige Aufgaben. Die Mehrzahl der kommunalen Aufgaben dient hierbei einer umfassenden Daseinsvorsorge der Bürger, was insbesondere auch die Gesundheitsvorsorge und Suchtprävention beinhaltet[7].

Die Prävention im Sinne des Schutzes vor gesundheitlichen Gefährdungen und der unterstützenden Tätigkeit gehört zu den Pflichtaufgaben der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe. Somit sind verschiedene Arten der Suchtprävention meist in den Angeboten der allgemeinen Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit und des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes (nach §2 SGB VIII) angesiedelt und sollen unter anderem auch die Entwicklung und Selbstbestimmung der Kinder und Jugendlichen fördern. Die konkrete Ausgestaltung dieser Angebote ist jedoch nicht gesetzlich geregelt und obliegt der kommunalen Selbstverwaltung. Somit handelt es sich bei den auf die Suchtprävention ausgerichteten Maßnahmen zumeist um freiwillige Leistungen der jeweiligen Träger auf kommunaler Ebene[30]. Nach Angaben der BZgA lässt sich der finanzielle Umfang von kommunalen Aufwendungen für Maßnahmen der Suchtprävention nicht ermitteln[16, 30]. In zahlreichen Kommunen entstanden in den letzten Jahrzehnten institutionalisierte Strukturen in Form von Fachkreisen, Fachstellen oder Ausschüssen zur Koordination und Kooperation bei der Suchtprävention. Diese Strukturen umfassen in der Regel die wichtigsten lokalen Akteure[16]. Die Einrichtungen auf lokaler Ebene sind in der Regel bei Stellen für Drogenhilfe, Jugendämtern oder Wohlfahrtverbänden angegliedert oder agieren selbstständig als eingetragene Vereine. Zu den inhaltlichen Aufgaben solcher Fachstellen gehören verschiedenste Arbeitsfelder der Prävention (z.B. Arbeit an Schulen, Kindergärten und in Betrieben), Beratung von Multiplikatoren, Fortbildungsmaßnahmen oder Projekttätigkeit[30].

Auch bei der Umsetzung von bundes- und landesweiten Kampagnen zur Eindämmung des Tabakkonsums spielt die Kommunalebene eine entscheidende Rolle. Die auf der höheren föderalen Ebene entwickelten Maßnahmen können nur dann effektiv umgesetzt werden, wenn sie auch auf der kommunalen Ebene gebraucht und gefördert werden[7]. Auch im Konzept des Forums gesundheitziele.de wird auf die besondere Bedeutung der kommunalen Ebene und ihre Wechselwirkung mit den anderen föderalen Ebenen verwiesen. Demnach kann die Wirkung von bundesweiten Maßnahmen zur Primärprävention des Rauchens durch die Einbeziehung in kommunale Gesamtstrategien gesteigert werden. Ferner profitieren die kommunalen Aktivitäten von einer bundesweiten Dachkampagne, die auf lokaler Ebene aufgegriffen und unterstützt werden kann[19]. Vom besonderen Vorteil ist dabei, dass die Zielgruppen der Tabakpräventionsmaßnahmen direkt in ihrem Lebensumfeld angesprochen werden können. Aus diesem Grund werden zahlreiche Präventionsangebote direkt vor Ort entwickelt und spezifiziert, auch um die suchtpräventive Gestaltung der alltäglichen Rahmenbedingungen von Kindern und Jugendlichen entsprechend berücksichtigen zu können[28].

Die zahlreichen, in die Suchtprävention involvierten, kommunalen Institutionen sollen hier am bereits bekannten Beispiel von Mecklenburg-Vorpommern kurz dargestellt werden (Tabelle 2).

Tabelle 2: Kommunalstrukturen der Suchtprävention am Beispiel von Mecklenburg-Vorpommern[34]

Akteure	Beschreibung
Gesundheitsämter	Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist unter anderem die Aufklärung der Bevölkerung über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung bzw. die Anregung zur Mitwirkung (Empowerment).
Arbeitskreise für Gesundheitsförderung der Kreise oder kreisfreien Städte	Aufgabe: Initiierung und Koordination von gesundheitsfördernden Maßnahmen, die gemeindenah und zielgruppenorientiert ausgerichtet sind. Einfluss auf die Kommunalpolitik sowie die Realisierung regionaler Vorhaben. Durch Öffentlichkeitsarbeit soll das Gesundheitsbewusstsein sensibilisiert werden.
Kommunale Präventionsräte	Ca. 60 kommunale Präventionsräte auf der Ebene der Landkreise, Städte, Gemeinden bzw. Ämter übernehmen die Koordination und Vernetzung von staatlichen und nichtstaatlichen Initiativen zur Kriminalitätsvorbeugung sowie der Einbindung möglichst vieler Bürger in die aktive Präventionsarbeit. Die Suchtprävention, insbesondere mit Bezug auf die illegalen Drogen, zählt für die kommunalen Präventionsräte zu den wichtigen Themenschwerpunkten.
Beratungs- und Behandlungsstellen für Sucht- und Drogenkranke und -gefährdete (BBSD).	Neben anderen Aufgaben befassen sich die BBSD mit der Suchtprävention im Sinne der Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit und besonderer Zielgruppen durch Veranstaltungen, Kampagnen und andere geeignete Maßnahmen. Eine besondere Zielgruppe sind Jugendliche.

Neben den aufgezählten Institutionen kommen zahlreiche Einrichtungen hinzu, die in der Regel auch als Settings für die Tabakprävention fungieren. Dies sind vor allem Schulen, Sport- und Freizeiteinrichtungen, die oft Eigeninitiative ergreifen und bewährte Präventionsmaßnahmen implementieren bzw. an bundes- oder landesweiten Kampagnen teilnehmen.

3.1.4 Gesetzliche Krankenversicherung

Die gesetzlichen Krankenkassen gehören zwar nicht zur engsten Definition des Staates, als Körperschaften des öffentlichen Rechts erfüllen sie jedoch im Rahmen der Selbstverwaltung den staatlichen Auftrag und gelten als so genannte parafiskalische Organisationen. Bei der Primärprävention des Rauchens bilden die Krankenkassen und ihre Verbände einen wichtigen Bestandteil der Präventionsstrukturen in Deutschland. Die gesetzliche Grundlage für Präventionsleistungen in der GKV bildet § 20 SGB V.

Prävention und Selbsthilfe nach § 20 SGB V:

(1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

(2) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und nach den §§ 20a und 20b sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,74 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.

(3) Die Krankenkasse soll Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe; eine über die Projektförderung hinausgehende Förderung der gesundheitsbezogenen Arbeit von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Zuschüsse ist möglich. Die in Satz 2 genannten Vertreter der Selbsthilfe sind zu beteiligen. Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,51 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.

Gemäß § 20 Abs. 1 SGB V sollen die Krankenkassen in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen. Die Ausgaben für die Wahrnehmung dieser Aufgaben sollten nach § 20 Abs. 2 SGB V im Jahr 2006 für jeden der Versicherten einen Betrag von 2,74 Euro umfassen. Für die Folgejahre soll dieser Betrag entsprechend anderer gesetzlicher Regelungen angepasst werden. Dieses bildet die finanzielle Grundlage der Präventionsleistungen der GKV.

Aufgrund der grundsätzlich knappen finanziellen Mittel der gesetzlichen Krankenkassen ist es erforderlich, dass eine gewisse Fokussierung auf zielgerechte und effiziente Maßnahmen sowie eine enge Zusammenarbeit der Beteiligten angestrebt wird[3]. Daher entscheiden die Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V gemeinsam und einheitlich über prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für solche primärpräventiven Leistungen, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik. Mit dem gemeinsam entwickelten „Leitfaden Prävention“ haben die Spitzenverbände der Krankenkassen die gesetzlich geforderten Handlungsfelder und Kriterien festgelegt, die für Maßnahmen der Primärprävention durch die Krankenkassen verbindlich gelten[3]. Grundsätzlich gelten dabei für die Präventionsangebote die gleichen Voraussetzungen nach § 12 Abs. 1 SGB V wie für andere Leistungen der GKV.

Die Förderung des Nichtrauchens gehört im Rahmen der Suchtprävention laut dem entwickelten Leitfaden ausdrücklich zu den prioritären Handlungsfeldern der Krankenkassen. Hierbei ist es wichtig anzumerken, dass die Primärprävention im Sinne des § 20 SGB V sowohl die Verhinderung oder Verzögerung des Raucheinstiegs als auch Maßnahmen der Raucherentwöhnung umfasst.

Bezüglich der Zielgruppen und Zugangswege wird im gemeinsamen Leitfaden auf die Möglichkeiten der Verhältnis- und Verhaltensprävention verwiesen. Zudem sollen folgende zwei Interventionskonzepte durch die Präventionsangebote der Krankenkassen nach § 20 SGB V berücksichtigt werden:

- Setting-Ansatz: Interventionen, die primär auf Lebensräume abzielen und durch Strukturbildung Gesundheit fördern
- Individueller Ansatz: Kurs- oder Seminarangebote, die auf den einzelnen Menschen und sein Verhalten ausgerichtet sind und die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung aufzeigen[3].

Die Berücksichtigung spezieller Settings im Rahmen der Tabakprävention spielt somit auch für die Krankenkassen eine wichtige Rolle. Da die Gesundheitsförderung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt, wird im Leitfaden auf die Bedeutung der Kooperation und der gemeinsamen Finanzierung aller für die jeweiligen Settings verantwortlichen Akteure verwiesen. Eine Förderung durch die Krankenkassen ist nur dann möglich, wenn die jeweiligen Settingträger und weitere für die Settings verantwortliche Partner inhaltlich und finanziell in die Präventionsmaßnahmen eingebunden sind. Für die Krankenkassen selbst wird durch die Spitzenverbände empfohlen, Präventionsmaßnahmen nach dem Setting-Ansatz (außerhalb von Betrieben) zu verstärken und hierfür mindestens 50 Cent pro Versicherten zu verwenden.

Bei der Umsetzung solcher Maßnahmen sollen zudem bereits vorhandene Strukturen kassenübergreifend genutzt werden[3]. Obwohl auch andere Settings förderungsfähig sind, wird im entwickelten Leitfaden insbesondere auf die Bereiche Schule und Gemeinde/Stadtteil eingegangen. So eignet sich die Schule „insbesondere für zielgruppenorientierte Maßnahmen zur Primärprävention, weil hier alle Kinder und Jugendlichen einer bestimmten Altersstufe erreicht werden können“[3]. Der Leitfaden beschreibt weiterhin die entscheidenden Grundsätze, Ziele und Umsetzungspunkte für die Implementierung der Primärprävention in diesem Setting. Beim Setting Kommune/Stadtteil wird die Notwendigkeit einer stärkeren Verknüpfung der Kommunalentwicklung und Prävention betont. Im Rahmen der Primärprävention des Rauchens spielt dieses Setting für die Krankenkassen jedoch eine untergeordnete Rolle.

Eine Bedingung für die Suchtprävention im Sinne des individuellen Präventionsansatzes ist eine quantifizierbare Zielbestimmung. Dem ermittelten Nutzen der Präventionsmaßnahme sollte zudem nach Möglichkeit auch der durch die Intervention erforderliche ökonomische Aufwand gegenübergestellt werden. Die Beurteilung im Hinblick auf dieses Kosten-Nutzenverhältnis liefert dabei im Idealfall Anhaltspunkte für eine Priorisierung von individuellen Präventionsleistungen. Bei der Auswahl von Präventionsangeboten, deren Wirksamkeit prinzipiell als erwiesen gilt, soll dem Leitfaden entsprechend zudem eine Fokussierung auf Zielgruppen (z.B. nach Einkommen, Bildung, Alter, Geschlecht) mit dem größten Bedarf oder dem günstigsten Kosten-Nutzenverhältnis erfolgen. Eine wichtige Voraussetzung für die Prävention nach dem individuellen Ansatz ist somit die evidenz-basiert nachgewiesene Wirksamkeit der jeweiligen Intervention in Expertisen, Studien oder Metaanalysen. Als in diesem Sinne gesichert anzusehende Präventionsmaßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens werden im Leitfaden explizit genannt:

- Kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppenberatung (z.B. Elemente der rational-emotiven Verhaltenstherapie)
- Informationsvermittlung über den stufenweisen Ausstieg oder die Schlusspunktmethode
- Motivationsstärkung[3].

Hauptzielgruppe solcher Maßnahmen sind dabei rauchende Versicherte. Nach Möglichkeit soll eine zielgruppenspezifische Ansprache für Schwangere, junge Familien bzw. Eltern erfolgen. Das Ziel der Maßnahmen ist die Beendigung des Tabakkonsums (Sekundärprävention) und die damit verbundene Förderung des Nichtraucherschutzes. Die Angebote der gesetzlichen Krankenkassen beschränken sich hierbei auf Kurse oder Seminare, da insbesondere pharmakologische Interventionen der Raucherentwöhnung als so genannte „Life-style-Präparate“ von der Erstattung ausdrücklich ausgeschlossen sind (vgl. § 34 Abs. 1 SGB V sowie die Entscheidungsgrundlagen des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Ausschluss dieser Präparate) [29]. Die Primärprävention des Rauchens wird somit bei den Interventionen des individuellen Ansatzes nicht thematisiert. Im Bezug auf die Prävention bei Kindern und Jugendlichen wird jedoch ausdrücklich bemerkt, dass individuelle Maß-

nahmen mit dem Setting-Ansatz kombiniert werden müssen und die Wirksamkeit solcher Interventionen von einem umfassenden Policy-Mix abhängt.

Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V

Eine wichtige Rolle im Rahmen einer umfassenden Tabakprävention spielt auch der Artikel § 20a SGB V. Demnach heißt es: „Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen“. Laut dem Leitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen umfassen diese Leistungen auch die Tabakprävention am Arbeitsplatz[3]. Dadurch soll die Durchsetzung der gesundheitlichen Interessen der nichtrauchenden Beschäftigten und die Motivation rauchender Beschäftigter, mit dem Rauchen aufzuhören, gestärkt werden. Insgesamt soll der Tabakkonsum in Betrieben reduziert werden. Die Unterstützung der Raucherprävention am Arbeitsplatz soll dem Leitfaden nach folgende Interventionskomponenten umfassen:

- Informationsangebote für alle Beschäftigten
- Beratung und Unterstützung des Betriebes bei der Schaffung struktureller Maßnahmen,
- Beteiligungsorientierte Methoden (z.B. Gesundheitszirkel)
- Angebot von wirksamen kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Maßnahmen zur Raucherentwöhnung[3].

3.2 Verhaltensbezogene Maßnahmen der Tabakprävention in Deutschland

Die zahlreichen im Kapitel 3.1 dargestellten Institutionen und Einrichtungen bilden das komplexe Gefüge der Tabakprävention in Deutschland. Ähnlich zu dem föderal geprägten Tätigkeitsfeld dieser Organisationen lassen sich auch die durchgeführten Kampagnen und Maßnahmen nach Wirkungsebenen aufteilen.

3.2.1 Bundes- und Landesebene

Eine Übersicht der bundesweiten Kampagnen zur Primär- und Sekundärprävention des Rauchens findet sich in der Publikation der BZgA „Tabakkonsum reduzieren – Ein Einblick in die Verhaltensprävention in Deutschland“[11] sowie der Dokumentation des Deutschen Instituts für Urbanistik und der BZgA „2. Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention"“[7]. Diese universellen Konzepte werden zum Teil auch auf der Landes- und Kommunalebene aufgegriffen. Im Folgenden sollen die bekanntesten bundesweiten Kampagnen und ihre Träger kurz vorgestellt werden.

Rauchfrei

Die zahlreichen Aktivitäten der BZgA werden bundesweit unter der Dachkampagne „Rauchfrei“ geführt und sind darauf ausgerichtet, Nichtraucher vor dem Einstieg in das Rauchen zu bewahren, Raucher beim Aufhören zu unterstützen sowie alle Menschen vor den gesundheitlichen Schäden des Passivrauchens zu schützen. Die Kampagne richtet sich sowohl an Kinder und Jugendliche als auch an Erwachsene (z.B. Eltern, Lehrer oder Mitarbeiter in Betrieben). Neben dem zahlreichen Informationsmaterial zum Thema „Rauchen/Nichtrauchen“ wird auch ein „Rauchfrei-Ausstiegsprogramm“ für Entwöhnungswillige angeboten[7, 11]. Der vom WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle (am DKFZ) koordinierte und von der BZgA finanzierte regelmäßige Rauchfrei-Wettbewerb soll regelmäßig dazu beitragen, neue Raucher zum Ausstieg zu bewegen. Dieser Wettbewerb richtet sich hauptsächlich an erwachsene Raucher und ist somit als Element der Sekundärprävention des Rauchens zu betrachten. Im Jahr 2006 nahmen rund 44600 Raucher am Wettbewerb teil[33]. Begleitend zur Aktion Rauchfrei 2008 wird zudem eine umfassende und frei zugängliche Datenbank der Anbieter von Raucherberatungen und -entwöhnungskursen (www.anbieter-raucherberatung.de) eingeführt.

Be Smart - Don't Start

Der regelmäßige Schulklassenwettbewerb „Be Smart - Don't Start“ unter der Koordination des IFT-Nord wird im Schuljahr 2007/2008 zum elften Mal in Deutschland organisiert. Unter dem internationalen Dachnamen „Smokefree Class Competition” läuft dieses Programm bereits seit einigen Jahren auch in mehreren europäischen Ländern. Der Wettbewerb soll Schülern der sechsten bis achten Klasse (im Alter von 11 bis 15 Jahren) den Anreiz geben, nicht mit dem Rauchen anzufangen. Er richtet sich primärpräventiv an die Klassen, in denen noch nicht oder nur sehr wenig geraucht wird. Hierbei verpflichten sich die teilnehmenden Klassen ein halbes Jahr eine Nichtraucherklasse zu sein. Im Schuljahr 2007/08 nehmen alleine in Deutschland über 11000 Schulklassen am Wettbewerb teil. Die erfolgreichen Klassen sollen durch eine Verlosung von Geld- und Sachpreisen belohnt werden. Das Programm wird bundeswet begleitet durch eine Reihe von Partnern und Förderern: Deutsche Krebshilfe e.V., Europäische Kommission, BZgA, Deutsche Herzstiftung, Deutsche Lungenstiftung e.V., AOK-Bundesverband[7, 11, 24]. Die eingesetzten universellen Konzepte der Tabakprävention weisen bezüglich der Koordination und Förderung oft Bundesland spezifische Besonderheiten auf. Dies lässt sich am Beispiel der Kampagne „Be smart - Don’t start“ (Tabelle 3) gut verdeutlichen. So gehören im Land Niedersachsen folgende Einrichtungen und Organisationen zu den landesweiten Förderern: Landesamt für Lehrerbildung und Schulentwicklung, Kultusministerium, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, Region Hannover, Landtag Niedersachsen und Techniker Krankenkasse.

Tabelle 3: Unterstützer und Förderer von „Be smart - Don’t start“ auf Landesebene[24]

Bundesland	Unterstützer von „Be smart – Don’t start“
Baden-Württemberg	• Regierungspräsidium Stuttgart Landesgesundheitsamt • AOK Baden-Württemberg
Bayern	• Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz • Absprache mit dem Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus • Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.
Berlin	• Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Berlin • Valeo e.V.
Brandenburg	• Ministerium für Bildung, Jugend und Sport • Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie • Zentralstelle für Suchtprävention Brandenburg
Bremen	• Gesundheit und Suchtprävention Bremen • Magistrat der Stadt Bremerhaven Suchtprävention
Hamburg	• SuchtPräventionsZentrum Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung • Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.
Hessen	• AOK Hessen • Zuständigkeit für Frankfurt am Main: Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main
Mecklenburg-Vorpommern	• Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur • AOK Mecklenburg-Vorpommern
Niedersachsen	• Niedersächsisches Landesamt für Lehrerbildung und Schulentwicklung • Niedersächsisches Kultusministerium • Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. • Techniker Krankenkasse • Region Hannover (Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin) • Landtag Niedersachsen
Nordrhein-Westfalen	• AOK Rheinland/Hamburg • AOK Westfalen-Lippe
Rheinland-Pfalz	• Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen • Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur • Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. • AOK Rheinland-Pfalz

Fortsetzung Tabelle 3: Unterstützer und Förderer von „Be smart - Don't start" auf Landesebene[24]

Bundesland	Unterstützer von „Be smart – Don't start"
Saarland	• Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft
Sachsen	• Sächsisches Staatsministerium für Kultus • Sächsisches Staatsministerium für Soziales • Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. • AOK Sachsen
Sachsen-Anhalt	• Landesstelle für Suchtfragen Fachausschuss der LIGA der freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt e.V. • BKK Landesverband Ost
Schleswig-Holstein	• Schleswig-Holsteinische Gesellschaft zur Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose und Lungenkrankheiten e.V. • NICHTRAUCHEN.TIEFDURCHATMEN. Die Initiative des Gesundheitsministeriums Schleswig-Holstein • KOSS Koordinationsstelle Schulische Suchtvorbeugung
Thüringen	• Thüringer Kultusministerium • Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V.

Klasse 2000

Ähnliches lässt sich auch für das Programm „Klasse 2000" feststellen. Die Förderung dieses bundesweit angelegten Programms zur Gesundheitsförderung und Suchtvorbeugung im Grundschulalter erfolgt in der Regel durch länderspezifische Institutionen (z.B. Landesministerien, Landesstellen gegen Suchtgefahren). Die Kampagne mit insgesamt über 2400 teilnehmenden Schulen (siehe Tabelle 4) umfasst eine Begleitung von Kindern in den ersten vier Schulklassen. Ein besonderer Schwerpunkt wird dabei auf die Zusammenarbeit zwischen Lehrkräften, externen Gesundheitsförderern und Eltern gelegt. Das Programm hat keinen klaren Tabakbezug und soll vor allem die sozialen Kompetenzen der Kinder, ihr Selbstwertgefühl und eine positive Einstellung zur Gesundheit fördern[7, 39].

Tabelle 4: Teilnehmer an „Klasse2000" im Schuljahr 2006/07[39]

Länder	Schulen	Klassen	Schüler
Baden-Württemberg	284	1.290	31.391
Bayern	442	2.005	49.216
Berlin	75	311	7.520
Brandenburg	30	96	2.284
Bremen	4	18	428
Hamburg	30	124	3.364
Hessen	260	1.214	28.269
Mecklenburg-Vorpommern	10	28	634
Niedersachsen	410	1.787	40.532
Nordrhein-Westfalen	339	1.430	36.058
Rheinland-Pfalz	167	723	16.853
Saarland	90	372	8.670
Sachsen	60	129	2.930
Sachsen-Anhalt	8	24	500
Schleswig-Holstein	176	895	21.000
Thüringen	45	128	2.673
Bundesweit	2.438	10.574	252.322

ALF

Das Präventionsprogramm „ALF“ (Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten) wurde vom Institut für Therapieforschung (IFT) entwickelt. Durch dieses Programm sollen die Lebensfertigkeiten bei Kindern der 5. und 6. Klassen gestärkt werden, um so dem Suchtmittelkonsum zu widerstehen[7]. Auch dieses Programm hat keinen klaren Substanzbezug und wird somit indirekt bei Tabakprävention eingesetzt.

Just be smokefree

Das vom IFT-Nord entwickelte Programm „Just be smokefree” zur Anregung und Unterstützung der Raucherentwöhnung bei Jugendlichen wird durch folgende Organisationen unterstützt: Forum gesundheitsziele.de, Deutsche Angestellten Krankenkasse, Deutsche Krebshilfe. Die Durchführung erfolgt in Kooperation mit dem Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte sowie der Bundesärztekammer. Das Programm bietet sich auch in solchen Fällen an, wenn in einer Schulklasse bereits mehrere Kinder oder Jugendliche regelmäßig rauchen. Eine Preisverlosung unter den offiziellen Teilnehmern soll die Motivation von Aufhörwilligen zusätzlich steigern.

Zusätzlich zu länderübergreifenden Präventionskonzepten werden zahlreiche länderspezifische Maßnahmen und Kampagnen entwickelt und durchgeführt. Ein Beispiel dafür liefert die Landesinitiative „LoQ-Leben ohne Qualm“ aus Nordrhein-Westfalen zur Förderung des Nichtrauchens. Schwerpunktmäßig richtet sich die Kampagne an 10- bis 13-Jährige und soll vor allem Kinder und Jugendliche ermuntern dem Tabakkonsum zu widerstehen. Das Aufgabengebiet der Initiative umfasst sowohl die Initiierung und Begleitung verschiedener Projekte, als auch die Beratung von örtlichen Kooperationspartnern, die Weiterentwicklung eines übergreifenden Landeskonzepts zur Tabakprävention und die Förderung der landesweiten Vernetzung. Das Aktionsfeld der Landesinitiative erstreckte sich zusätzlich auch auf die kommunale Ebene. Als Partner fungieren auch bei diesem Projekt zahlreiche Organisationen und Einrichtungen des Landes (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, AOK Rheinland, AOK Westfalen-Lippe, BKK-Landesverband NW, Deutsche Krebshilfe, Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe, IKK-Landesverband Nordrhein, Vereinigte IKK, Knappschaft, Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW, Rheinischer Gemeindeunfallversicherungsverband, VdAK und AEV-NRW, Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Deutscher Städtetag NRW, Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Landkreistag NRW, Ministerium für Schule, Jugend und Kinder NRW)[11].

3.2.3 Kommunalebene

Die in den letzten Jahren verbreiteten sektorübergreifenden Präventionsprogramme beinhalten eine oder mehrere Interventionskomponenten in Gemeinden, Schulen und Familien. Diese „Community“-Interventionen mit einem sektorübergreifenden Ansatz streben eine engere Zusammenarbeit zwischen schulischen, lokalen bzw. regionalen und nationalen Einrichtungen an, um die relevanten Zielgruppen auf mehreren Ebenen ansprechen zu können. Eine wichtige Rolle spielt in vielen Fällen die Einbindung unterschiedlicher Präventionskomponenten in den Rahmen eines kommunalen Gesamtkonzeptes, da kurzfristige Einzelmaßnahmen nur begrenzt Wirkung entfalten können. So kann ein anerkanntes Schulprogramm nur geringe Effekte auf das Verhalten der Kinder und Jugendliche haben, soweit die strukturellen Rahmenbedingungen den Tabakkonsum der Minderjährigen nicht ausreichend einschränken können[7]. Die Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für Gesundheit kommt für zahlreiche Bundesländer und Kommunen bezüglich der Kooperation der kommunalen Präventionsstellen mit dem ärztlichen Versorgungssystem zu dem Schluss, dass diese häufig eher als defizitär zu bezeichnen sind. Insbesondere bei Haus- und Kinderärzten fehlt demnach die systematische Einbindung in die Strukturen der Suchtprävention[16].

Eine systematische Übersicht über die Aktivitäten der Tabakprävention auf kommunaler Ebene ist aufgrund vielfältiger Ausgestaltungsmöglichkeiten und Eigenverantwortung der Gemeinden nur bedingt möglich[28]. Die Wettbewerbsdokumentation „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention – Tabakprävention vor Ort“ liefert hierbei einen Überblick über einige der in die kommunale Praxis umgesetzten Präventionsmaßnahmen[7]. Der in den Jahren 2003/2004 stattgefundene Wettbewerb soll vor allem die Frage klären, welche Strategien, Projekte, Aktivitäten und Maßnahmen im Rahmen der Tabakprävention implementiert werden. Die eingegangenen Wettbewerbsbeiträge enthalten Unterlagen von 19 Kommunen in der Gruppe der kreisfreien Städte, 15 Kommunen in der

Gruppe der kreisangehörigen Städte und Gemeinden sowie 13 Kommunen in der Gruppe der Landkreise. Die Wettbewerbsdokumentation kann aufgrund der geringen Teilnehmerzahl und der gezielten Ansprache von bereits aktiven Kommunen keinen repräsentativen Überblick über die tatsächliche Lage der Tabakprävention auf dieser föderalen Ebene geben. Die Ergebnisse liefern dennoch interessante Anhaltspunkte zur Beurteilung der eingesetzten Interventionen.

Die von Kommunen eingereichten Beiträge sollten nach Möglichkeit sowohl die Primärprävention des Rauchens beinhalten, als auch die Förderung der Rauchentwöhnung und den Schutz vor Passivrauchen. Die Beurteilungskriterien des Wettbewerbs deuten zugleich auf die wichtigen Komponenten einer kommunalen Tabakprävention hin:

- Vernetzung der Akteure innerhalb und außerhalb der Kommunalverwaltung
- Verbindung von kommunikativen und strukturellen Maßnahmen
- Flächenwirkung von Maßnahmen
- Langfristige Konzeption
- Wirksamkeitsnachweis
- Beteiligung bzw. Einbindung der Zielgruppe
- Geschlechtsspezifische Tabakprävention
- Verankerung in der kommunalen Leitungsebene[7].

Als Ergebnis stellen die Autoren fest, dass es in teilnehmenden Kommunen zahlreiche Einrichtungen und Aktivitätsfelder im Bezug auf Tabakprävention gibt. Die lokalen Settings besitzen eine hohe praktische Relevanz und können von der Kommune im Rahmen der Selbstverwaltung zum Teil direkt beeinflusst werden. Bei solchen Settings handelt es sich insbesondere um Kindergärten, Schulen und Jugendzentren. Weiterhin gehören dazu Alteneinrichtungen, Sozialstationen, Krankenhäuser, Bibliotheken, Volkshochschulen und Kultur-, Sport- und Freizeiteinrichtungen. Andere Settings wie z.B. Betriebe und Behörden können zwar nicht direkt beeinflusst werden, eine fördernde Kooperation auf Basis der Freiwilligkeit ist dennoch möglich[7].

Als das am häufigsten gewählte Setting wird im Rahmen des kommunalen Wettbewerbs „Tabakprävention vor Ort“ die Schule genannt. Aufgrund der sehr günstigen Verfügbarkeit spezifischer Altersgruppen stellt die Schule ein für die Tabakprävention bevorzugtes Handlungsfeld dar. So heißt es weiterhin: „Die Schule ist zudem nach den geltenden Ländergesetzgebungen zur Gesundheitsförderung verpflichtet, und sie verfügt über potenzielle Multiplikatoren in einer Zahl wie sonst kein anderer gesellschaftlicher Bereich. Es ist nur folgerichtig, dass im Wettbewerb zur kommunalen Tabakprävention mehr als die Hälfte der Beiträge mindestens ein Projekt aus dem Schulbereich vorstellen“[7].

Die Angebote der Gesundheitsförderung und Suchtprävention sind bereits seit einiger Zeit in das Schulprogramm integriert. Die Präventionsveranstaltungen werden oft in Form von Projektwochen oder Wettbewerben durchgeführt. Durch die Existenz eines so genannten „Vertrauenslehrer“ oder „Drogenkontaktlehrer“ soll die Beschaffung und Verbreitung von relevanten Informationen zusätzlich erleichtert werden. Aufgrund des föderalen Systems existieren jedoch keine bundesweit einheitlichen und verbindlichen Standards bei der Umsetzung von Maßnahmen der Tabakprävention an Schulen. Die Schulpolitik obliegt dem Aufgabenbereich des jeweiligen Bundeslandes. Einige Ausgestaltungsmöglichkeiten liegen in der Verantwortung einzelner Schulen[16]. Beim kommunalen Wettbewerb werden folgende Aktivitäten im Schulsetting identifiziert:

- Befragungen von Lehrkräften und Schülern
- Durchsetzung von “rauchfreien Schulen”
- Antirauchtraining (Einhaltung der Regeln zum Nichtrauchen)
- Unterrichtsgestaltung
- Vernetzung von Schule und kommunalem Umfeld (Abbau von Zigarettenautomaten und Verminderung der Zigarettenwerbung in der schulischen Umgebung)
- Wettbewerbe und andere Aktionen (z.B. „Be Smart – Don’t Start“, Aktions- und Projekttage)
- Schülermultiplikatoren und Peer-to-Peer-Projekte
- Geschlechtsspezifische Ansätze in der Schule[7].

Die Autoren der Dokumentation merken zudem an, dass solche Kriterien wie die soziale Benachteiligung, Peer-to-Peer-Ansatz und Entwöhnungskurse am seltensten gemeldet werden[7].

Als weitere verwendete Settings oder Zielgruppen werden im Rahmen des kommunalen Wettbewerbs „Kinder, Jugend und Sport" und „Lokale Kampagnen, Wettbewerbe, Ausstellungen" angegeben. Die Zielgruppe „Kinder" und das Setting „Kindergarten" spielen nach Angaben der Autoren eine eher untergeordnete Rolle. Wegen der klaren substanzspezifischen Orientierung des Wettbewerbs ist dieses Ergebnis dennoch nicht verwunderlich, da für dieses Alter der Präventionsschwerpunkt auf der Vermittlung allgemeiner Lebenskompetenzen liegt. Für die Altersgruppe der Jugendlichen spielt das Schulsetting die größte Rolle. Andere Aktivitäten außerhalb der Schule sind deutlich seltener. Die Angebote zur Raucherentwöhnung für Jugendliche sind ebenfalls eher selten und vorwiegend im außerschulischen Bereich (in Kooperation mit Krankenkassen) anzutreffen. Im sportlichen Bereich sind ebenfalls nur sehr wenige Wettbewerbseinträge registriert. Eine deutlich höhere Bedeutung spielen hingegen tabakpräventive Kampagnen. Hierbei wird angemerkt, dass kommunale Kampagnen ein auf die jeweilige Region abgestimmtes Konzept aufweisen sollten. In vielen Fällen ist es auch aus ökonomischer Sicht sinnvoll, wenn bereits etablierte und evaluierte Kampagnen oder deren Bestandteile von der Bundes- oder Landesebene übernommen werden können[7].

3.2.4 Gesetzliche Krankenversicherung

Eine Übersicht der nach § 20 SGB V und § 20a SGB V (früher § 20 Abs.1 und 2 SGB V) durchgeführten Aktivitäten bieten die jährlichen Präventionsberichte der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS)[27]. Für das Berichtsjahr 2006 liegen die entsprechenden Ausgaben bei insgesamt 232 Mio. EUR.

Für Leistungen der Primärprävention (nach § 20 SGB V) im Rahmen des Setting-Ansatzes wird der Fokus der Aktivitäten schon seit einigen Jahren vorwiegend auf das Schulsetting gelegt. Insgesamt wurden im Jahr 2006 rund 85 % aller Maßnahmen in mindestens einer Schulform, Berufsschule oder Kindergarten/-tagesstätte durchgeführt. Die Settings Stadtteil/Ort, Familie oder Verein werden zwar ebenfalls bedient, insbesondere im Vergleich zum Schulseting sind sie jedoch deutlich weniger verbreitet. Der Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln als inhaltliche Ausrichtung wird für den Berichtszeitraum in rund einem Viertel aller Präventionsaktivitäten des Setting-Ansatzes gemeldet. In Sonderschulen (47 %) und im Setting Stadtteil/Ort (42 %) wird der Suchtmittelkonsum als Thema überdurchschnittlich häufig thematisiert.

In den meisten Fällen sind die Präventionsaktivitäten im Setting-Ansatz auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet. Die überwiegende Zielgruppe sind dabei Kinder und Jugendliche im Alter bis 19 Jahre sowie Lehrer, Erzieher und Eltern als Multiplikatoren. Ältere Erwachsene sind deutlich seltener Zielgruppen von Maßnahmen im Rahmen eines Setting-Ansatzes. In etwa der Hälfte der Fälle beinhalten Präventionsaktivitäten sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogenen Komponenten. Ebenfalls stark verbreitet sind Maßnahmen mit ausschließlich verhaltensbezogenen Elementen (siehe Abbildung 2). Die durchschnittliche Dauer von Aktivitäten im Setting-Ansatz liegt bei 13 Monaten. Etwa ein Drittel aller Maßnahmen haben allerdings einen kurzfristigen Charakter und dauern maximal drei Monate.

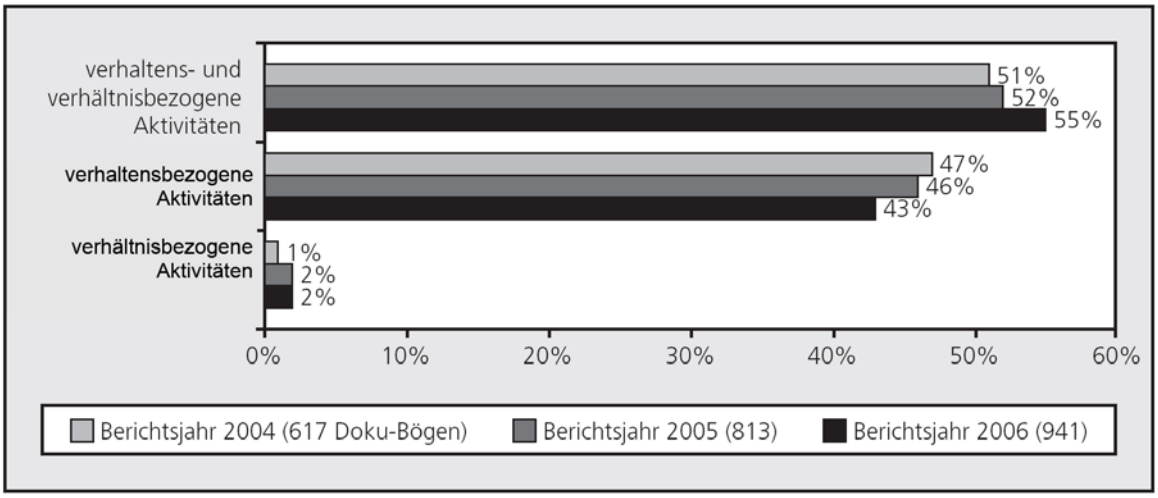

Abbildung 2: Verhaltens- und Verhältnisprävention bei GKV-Aktivitäten im Setting-Ansatz[27]

Bei 432 verfügbaren Dokumentationsbögen mit bereits durchgeführten Erfolgsmessungen werden besonders häufig die Outcomes „Zufriedenheit" der jeweiligen Zielgruppe (76 %), die Verhaltensparameter (53 %), die „Zugänglichkeit, Akzeptanz bei Zielgruppen, Inanspruchnahme" (50 %) sowie die Abläufe (43 %) überprüft. Eine gesundheitsökonomische Analyse ist in nur 3 % der Fälle Teil einer Evaluation.

Im Rahmen des individuellen Ansatzes werden für das Jahr 2006 ca. 1,4 Millionen Teilnahmen an präventiven Kurs- und Seminarangeboten angegeben. Im Gegensatz zum Setting-Ansatz spielt die Senkung des Tabakkonsums beim individuellen Ansatz eine deutlich geringere Rolle. Die Maßnahmen zum Thema „Suchtmittelkonsum" werden allerdings nur in 0,8 % aller Fälle in Anspruch genommen (siehe Abbildung 3). Bei Versicherten im Alter zwischen 20 und 49 Jahren ist die Nachfrage nach solchen Präventionsleistungen überdurchschnittlich hoch. Auch bei Leistungen nach § 20a SGB V (betriebliche Gesundheitsförderung) stellt der Suchtmittelkonsum nur bei wenigen Aktivitäten (16 %) ein Teil des Programms dar[27].

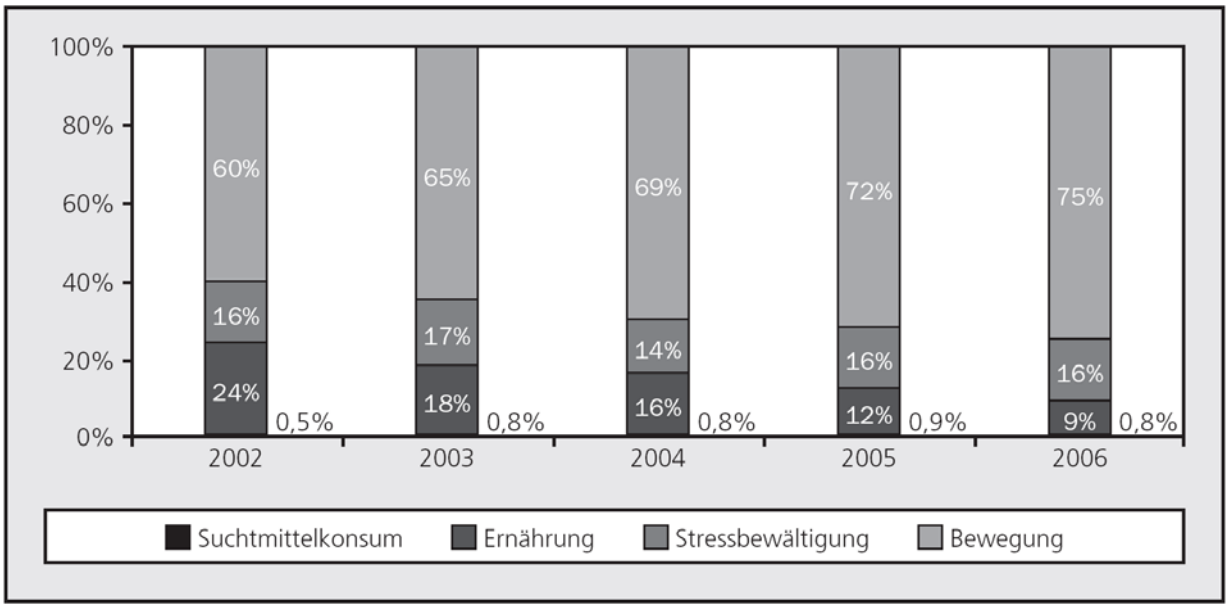

Abbildung 3: Inanspruchnahme von individuellen Präventionsangeboten in der GKV[27]

4 Empirische Ergebnisse

4.1 Analyse der PrevNet-Datenbank

Die in diesem Kapitel dargestellten Maßnahmen repräsentieren den im Dezember 2007 aktuellen Stand der PrevNet-Datenbank. Auf der Bundesebene kann nur ein Projekt zur gezielten Primärprävention des Rauchens identifiziert werden. Die Beschreibung dieses Projekts in der Trägerschaft der BZgA findet sich in der Tabelle 5.

4.1.1 Bundesweite Projekte

Tabelle 5: Bundesweite Projekte

Bezeichnung	**„Rauchfrei für Kinder und Jugendliche“**
Kurzinfo	Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen
Zeitraum	01.01.2002
Beschreibung	Im Online Informationsangebot finden Jugendliche Informationen und Argumente für das Nichtrauchen sowie Strategien zum Rauchverzicht. Ein Selbsttest, Ausstiegshilfen und ein Ausstiegsprogramm speziell für Jugendliche stehen erstmals online zur Verfügung
Ziele	Die Kampagne ist darauf ausgerichtet, Nichtraucher vor dem Einstieg in das Rauchen zu bewahren, (Nicht)Raucher vor Passivrauch zu schützen und Raucher beim Aufhören zu unterstützen.
Präventionsart	• Kritische Einstellungen • Bildung von Normen • Informationsvermittlung
Setting	Familie Gesamtbevölkerung Jugendarbeit Schule Vereine/Verbände/Kirche
Zielgruppe	Jugendliche 14-17 Junge Erwachsene 18-27
Gebiet (Ort)	Bund (bundesweit)
Sonstiges	Projekt der BZgA

4.1.2 Projekte in den Bundesländern

Für folgende Länder können Projekte zur Primärprävention des Rauchens identifiziert werden: Bayern, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Saarland. Die Tabellen 6 bis 13 bieten eine inhaltliche Übersicht der in jeweiligen Bundesländern abgeschlossenen oder aktuellen Projekte.

Tabelle 6: Projekte in Bayern

Bezeichnung	**Be smart - Don't start**	**Be smart - Don't start Preisverleihung**	**Lass Dampf ab! Nikotinpräventiver Kurs**
Kurzinfo	Nichtraucherwettbewerb für Klassenstufen 6 bis 8	Prämierung von Projektarbeit während des Wettbewerbes	Kurs nikotinpräventive Einheiten, Elternbrief, Materialkoffer
Zeitraum	14.11.2005 - 28.04.2006	01.11.1999 - 31.05.2006	01.10.2007 - 31.07.2008
Beschreibung	Teilnehmende Schulklassen verpflichten sich, für ein halbes Jahr nicht zu Rauchen. Zusätzlich werden begleitende Projekte in den Schulen durchgeführt. Unter den erfolgreichen Teilnehmern werden Preise verlost.	Die Schulklassen, die am Nichtraucherwettbewerb teilnehmen, werden zur begleitenden Projektarbeit aufgefordert. Im Mai werden dann von den Schülern selbst die gemeldeten Projekte bewertet und mit tollen Preisen honoriert.	Drei Einheiten zur Nikotinprävention, ein Materialkoffer, und ein Elternbrief gehören zum Repertoire des Kurses.

Fortsetzung Tabelle 6: Projekte in Bayern

Bezeichnung	**Be smart - Don't start**	**Be smart - Don't start Preisverleihung**	**Lass Dampf ab! Nikotinpräventiver Kurs**
Ziele	1.Verhinderung bzw. Verzögerung des Einstiegs in das Rauchen 2.Einstellung des Konsums bei Schülern die mit dem Rauchen experimentieren 3.Durchführung begleitender gesundheitsfördernder Maßnahmen in der Klasse oder Schule	Motivation der Schüler zur begleitenden Projektarbeit, da diese den Lernerfolg des Wettbewerbes steigern. Aufwertung des Einsatzes der Lehrkräfte durch offizielle Wertschätzung Bekanntmachung des Wettbewerbes durch Öffentlichkeitsarbeit	Informations- und Entscheidungsprozess für Schüler zwischen 4. und 6. Klasse.
Präventionsart	• Kompetenzförderung • Alternative Erlebnisse • Kritische Einstellungen • Bildung von Normen • Frühintervention • Informationsvermittlung • Strukturmaßnahmen/ Verhältnisprävention	• Kompetenzförderung • Kritische Einstellungen • Bildung von Normen • Informationsvermittlung	• Kompetenzförderung • Alternative Erlebnisse • Kritische Einstellungen • Bildung von Normen • Frühintervention • Informationsvermittlung • Strukturmaßnahmen/ Verhältnisprävention
Setting	Schule	Schule	Schule
Zielgruppe	Jugendliche 14-17	Jugendliche 14-17 Konsumerfahrene	Kinder bis 13
Gebiet (Ort)	Bayern (Bayern)	Bayern (Erlangen + Erlangen/ Höchstadt)	Bayern (Klassenräume der Schulen)
Sonstiges	Gefördert vom Bayerischen Gesundheitsministerium in Absprache mit dem Bayerischen Kultusministerium		Projektförderung vom Förderverein Brücken bauen
Status			Dokumentiert / Evaluiert

Tabelle 7: Projekte in Bayern

Bezeichnung	**Modellprojekt Rauchfreie Schule Bayern**	**Wir brauchen Nichtrauchen**
Kurzinfo	Bayerisches Modellprojekt mit 30 Modellschulen	WBG Langenzenn; D-B-G Oberasbach, Staatl. Realschule Zirndorf
Zeitraum	27.10.2004 - 31.07.2006	06.02.2006 - 16.02.2006
Beschreibung	Bayernweites Projekt in Kooperation mit dem Bayerischen Gesundheitsministerium und dem Bayerischen Kultusministerium. Die Schulen werden vor Ort von Suchtpräventionsfachkräften begleitet und unterstützt.	Mitführung von 8. und 11. Klässern durch die Ausstellung der LZG Bayern e. V. Wir brauchen Nichtrauchen.
Ziele	Nichtraucher zu stärken, dem Anstieg des Zigarettenkonsums entgegen zu wirken und die Schule mit gemeinsam vereinbarten Maßnahmen aller Beteiligten im Lauf des Projekts zur rauchfreien Zone zu machen.	Einbindung von peers in die Suchtprävention als sog. Multiplikatoren.
Präventionsart	• Kompetenzförderung • Kritische Einstellungen • Bildung von Normen • Frühintervention • Strukturmaßnahmen/ Verhältnisprävention	• Kompetenzförderung • Informationsvermittlung

Fortsetzung Tabelle 7: Projekte in Bayern

Bezeichnung	**Modellprojekt Rauchfreie Schule Bayern**	**Wir brauchen Nichtrauchen**
Setting	Schule	Schule
Zielgruppe	Kinder bis 13 Jugendliche 14-17 Junge Erwachsene 18-27	Kinder bis 13 Jugendliche 14-17
Gebiet (Ort)	Bayern (Bayernweit)	Bayern (Zirndorf)
Sonstiges		Derzeit kein weiteres Projekt in Planung
Status	Evaluiert	

Tabelle 8: Projekte in Brandenburg

Bezeichnung	**Be Smart - Don't Start 2007/2008**	**Rauchfreie Jugendeinrichtung**
Kurzinfo	Nichtraucherwettbewerb	Projekt des Landes Brandenburgs
Zeitraum	12.11.2007 - 25.04.2008	01.01.2006
Beschreibung	Wettbewerb für Schulklassen, bei dem sich die SchülerInnen verpflichten, ein halbes Jahr lang rauchfrei zu bleiben - und dabei tolle Preise gewinnen können. Begleitung in Ostbrandenburg durch die Überreg. Suchtpräventionsfachstelle der Caritas/ Strausberg	Dieses Projekt unterstützt das Landesprogramm Brandenburg rauchfrei zur Eindämmung des Tabakkonsums. Der Weg zur rauchfreien Jugendeinrichtung ist ein pädagogischer Prozess, der in den Jugendeinrichtungen sehr unterschiedlich ablaufen wird.
Ziele	Verhinderung oder Verzögerung des Einstiegs ins Rauchen	Die Förderung einer freiwilligen Verhaltensänderung bei Jugendlichen
Präventionsart	• Kritische Einstellungen • Frühintervention	
Setting	Schule	Jugendarbeit
Zielgruppe	Kinder bis 13 Jugendliche 14-17	Jugendliche 14-17 Junge Erwachsene 18-27
Gebiet (Ort)	Brandenburg	Brandenburg (Brandenburg)
Status	Dokumentiert/ Evaluiert	

Tabelle 9: Projekte in Hamburg

Bezeichnung	**Rauchfreie Schule Hamburg Unterstützungsmaßnahmen SuchtPräventionsZentrum**
Kurzinfo	Angebote für Schulen
Zeitraum	01.05.2005
Beschreibung	Systemische und allgemeine Hilfen Lehrerfortbildungen Bereitstellung von Materialien Schülerprojekte Beteiligung von Eltern Ausstiegshilfen
Ziele	Umsetzung des schulgesetzlichen Rauchverbots zur Realisierung der rauchfreien Schule
Präventionsart	• Kompetenzförderung • Alternative Erlebnisse • Kritische Einstellungen • Bildung von Normen • Frühintervention • Informationsvermittlung • Strukturmaßnahmen/ Verhältnisprävention
Setting	Schule
Zielgruppe	Kinder bis 13 Jugendliche 14-17 Junge Erwachsene 18-27 Erwachsene 28-64
Gebiet (Ort)	Hamburg (Hamburg)
Status	Dokumentiert/ Evaluiert

Tabelle 10: Projekte in Niedersachsen

Bezeichnung	**Rauchfrei in Niedersachsen**	**Rauchfreier Sportplatz**	**Rauchfreie Schule**
Kurzinfo	Thema „Rauchfrei in unterschiedlichen Teilprojekten: Schulen, Sportvereine, Betriebe	Initiiert vom SC Winkum, Landkreis Cloppenburg	Haupt- und Realschule
Zeitraum	01.01.2004	26.06.2005 - 31.12.2006	15.12.2005 - 31.12.2007
Beschreibung	Rauchfrei in Niedersachsen ist eine Dachkampagne, unter der verschiedene Teilprojekte zum Thema Rauchfrei zusammengefasst sind. Intensiv wird mit Schulen gearbeitet, ein Berufsschulprojekt startet gerade, Arbeit mit Sportvereinen und Betrieben folgt.	Der SC Winkum organisiert das örtliche Jugendturnier unter dem Motto: Rauchfreier Sportplatz. Während der Turniertage wird der Sportplatz zur rauchfreien Zone erklärt. Viele Aktionen zielen auf einen dauerhaften rauchfreien Sportplatz.	- Bildung eines AK mit Lehrern, Schülern, Eltern - Erarbeitung eines Fragebogens - Überarbeitung der bisherigen Konsequenzen bei Fehlverhalten - Erstellung eines konsequenten und realistischen Regelwerkes
Ziele	Begleitung von Schulen Stärkung der Nichtraucher/innen Umsetzung des Nichtraucherschutzes in den versch. Setting Fortbildungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren Angebot von Ausstiegshilfen für Jugendliche (Just 4 U)	- Rauchfreier Sportplatz - Muliplikatorenschulungen (Eltern, Trainer, Sportbetreuer) - Bildung eines Arbeitskreises zwecks Zielüberprüfung	- Reduzierung des Rauchverhaltens bei Schülern und Lehrern - Einhaltung des Regelwerkes durch das Kollegium - Verbesserung des Schulklimas - Einhaltung des Rauchverbotes auf dem Schulgelände
Präventionsart	• Kompetenzförderung • Kritische Einstellungen • Bildung von Normen • Frühintervention • Informationsvermittlung	• Kompetenzförderung • Alternative Erlebnisse • Kritische Einstellungen • Bildung von Normen • Frühintervention • Informationsvermittlung • Strukturmaßnahmen/ Verhältnisprävention	• Kompetenzförderung • Kritische Einstellungen • Bildung von Normen • Frühintervention • Informationsvermittlung • Strukturmaßnahmen/ Verhältnisprävention
Setting	Ausbildung/Arbeitsplatz Jugendarbeit Schule Vereine/Verbände/Kirche	Familie Jugendarbeit Vereine/Verbände/Kirche	Schule
Zielgruppe	Jugendliche 14-17 Junge Erwachsene 18-27 Erwachsene 28-64 Konsumerfahrene MultiplikatorInnen	Kinder bis 13 Jugendliche 14-17 Junge Erwachsene 18-27 Erwachsene 28-64 MultiplikatorInnen	Kinder bis 13 Jugendliche 14-17 Erwachsene 28-64 Konsumerfahrene suchtbelastete Lebensgemeinschaften Sozial Benachteiligte MigrantInnen
Gebiet (Ort)	Niedersachsen (Niedersachsen)	Niedersachsen (Winkum)	Niedersachsen (Cloppenburg)

Tabelle 11: Projekte in Nordrhein-Westfalen

Bezeichnung	**Leben ohne Qualm**
Kurzinfo	Landesinitiative zur Förderung des Nichtrauchens
Zeitraum	01.01.2002
Beschreibung	siehe www.loq.de
Präventionsart	• Kompetenzförderung • Alternative Erlebnisse • Kritische Einstellungen • Bildung von Normen • Frühintervention • Informationsvermittlung • Strukturmaßnahmen/ Verhältnisprävention
Setting	Schule Stadtteil/Gemeinde
Zielgruppe	Kinder bis 13 Jugendliche 14-17
Gebiet (Ort)	Nordrhein-Westfalen

Tabelle 12: Projekte in Rheinland-Pfalz

Bezeichnung	**Be hard - don`t start**
Kurzinfo	Ausstellung zur Förderung des Nichtrauchens
Zeitraum	01.01.2006 - 31.12.2030
Beschreibung	Mit 20 grossen Stellwänden will der Arbeitskreis Suchtprävention im Kreis Altenkirchen Kinder und Jugendliche bei der Entscheidung Nichtraucher zu bleiben unterstützen. Dabei wurden die Ideen von Schülern/-innen von 5 Betzdorfer Schulen realisiert.
Ziele	Förderung des Nichtrauchens
Präventionsart	• Kompetenzförderung • Alternative Erlebnisse • Kritische Einstellungen • Frühintervention • Informationsvermittlung
Setting	Jugendarbeit Schule Sonstige
Zielgruppe	Kinder bis 13
Gebiet (Ort)	Rheinland-Pfalz (Altenkirchen)

Tabelle 13: Projekte in Saarland

Bezeichnung	**Netzwerk Rauchfrei Saarland**	**Rauchfrei - Wir machen was draus!**
Kurzinfo	Bündelung der Kräfte des Nichtrauchens	Maßnahmenpaket für die Schule
Zeitraum	22.03.2007	01.01.2006 - 31.12.2007
Beschreibung	Das Netzwerk Rauchfrei Saarland dient der Bündelung der Kräfte des Nichtrauchens um gemeinsam Stärkeren Einfluss geltend machen zu können.	In Kooperation mit dem Gesundheitsamt des Landkreises Merzig-Wadern werden Motivationskurse für rauchende Jugendliche, Projektwochen, Pädagogische Tage, Elternabende u.v.m., zugeschnitten auf die jeweilige Schule, angeboten.
Ziele	Imagekampagne für das Nichtrauchen zu starten. Ziel ist eine Rauchfreiere Gesellschaft.	Unterstützung bei der Verwirklichung der Rauchfreien Schule auf verschiedenen Ebenen. Angebot eines in sich schlüssigen Maßnahmen-Pakets, das den Bedingungen der entsprechenden Schule entgegen kommt.

Fortsetzung Tabelle 13: Projekte in Saarland

Bezeichnung	Netzwerk Rauchfrei Saarland	Rauchfrei - Wir machen was draus!
Präventionsart	• Kompetenzförderung • Alternative Erlebnisse • Kritische Einstellungen • Bildung von Normen • Frühintervention • Informationsvermittlung • Strukturmaßnahmen/ Verhältnisprävention	• Kompetenzförderung • Alternative Erlebnisse • Kritische Einstellungen • Bildung von Normen • Frühintervention • Informationsvermittlung • Strukturmaßnahmen/ Verhältnisprävention
Setting	Ausbildung/Arbeitsplatz Familie Gesamtbevölkerung Gremium/Arbeitskreis Jugendarbeit Schule Stadtteil/Gemeinde Vereine/Verbände/Kirche	Schule
Zielgruppe		Kinder bis 13 Jugendliche 14-17 Konsumerfahrene Peers MultiplikatorInnen
Gebiet (Ort)	Saarland (Saarland)	Saarland (Landkreis Merzig-Wadern)
Status		Dokumentiert

4.2 Zusätzliche Handrecherche

Zusätzlich zur Analyse der PrevNet-Datenbank wird eine Handrecherche auf Internetseiten der PrevNet-Knotenpunkte sowie weiterer Landeseinrichtungen für Suchtprävention durchgeführt (siehe Kapitel 2). Für folgende Bundesländer werden weitere relevante Projektbeschreibungen zur Primärprävention des Rauchens identifiziert: Bayern, Bremen, Niedersachen, Thüringen, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein. Die Tabellen 14 bis 18 liefern einen Überblick über ausgewählte Projekte.

Tabelle 14: Projekte der PrevNet-Knotenpunkte in Bayern

Bezeichnung	„Nicht rauchen ist cool“	„Leben auf der Kippe“ – Ein Erlebnisparcours
Zeitraum	Schuljahr 2002/2003	
Beschreibung	Nichtrauchende Schüler, können ab der 7. Jahrgangsstufe pro Woche einen Euro in eine besondere Klassenkasse einzahlen. Die Schüler, die bis zur Entlassfeier in der 9. Klasse nicht rauchen, erhalten einen „Wertschein“. Der einbezahlte Betrag wird verdoppelt und die Zinsen werden anteilig addiert. Sollte jemand beim Rauchen beobachtet werden, muss er sich vor dem Klassenrat äußern. Der entscheidet über mögliche Maßnahmen.	Der Parcours „Leben auf der Kippe“ soll ein Erlebnis- und Erfahrungselement sein. Jugendliche ab 12 Jahren und junge Erwachsenen sollen sich in diesem Parcours mit jugendgerechter Präsentation und Methoden mit dem Thema Nichtrauchen auseinandersetzen
Ziele	Mit dem Projekt wird angestrebt, alle Schülerinnen und Schüler der Volksschule Übersee in Zukunft als Nichtraucher bei der Schulentlassfeier zu verabschieden.	- Die Verzögerung des Tabakkonsums bzw. seine Verringerung; - Bewusstseinsbildung „Risikokonsum Nikotin“ - personalkommunikative Umsetzung der Tabakprävention vor Ort - High Envolvement durch jugendgerechte Gestaltung (Ambiente und Effekte).

Fortsetzung Tabelle 14: Projekte der PrevNet-Knotenpunkte in Bayern

Bezeichnung	**„Nicht rauchen ist cool“**	**„Leben auf der Kippe“ – Ein Erlebnisparcours**
Präventions-art		- variables Parcours-Konzept (vier moderierte Parcoursstationen) - Geschicklichkeitsspiel, Wortfindungsspiel, Quiz, Pantomime
Setting	Schule	Schule
Zielgruppe	Schüler der Volksschule Übersee, insbesondere die Schüler ab der 7. Klasse	ab 12 Jahren: Teenager und junge Erwachsene ab der 6. Klasse. Einsatz vor allem für Schulklassen und Ausbildungsgruppen.
Gebiet (Ort)	Bayern (Übersee)	Bayern (Würzburg)
Sonstiges		Träger: Amt für Jugend und Familie, Suchtpräventionsfachstelle, Landkreis Würzburg

Tabelle 15: Projekte der PrevNet-Knotenpunkte in Bayern

Bezeichnung	**Initiative „Augsburg rauchfrei“**	**Woche gegen das Rauchen**
Zeitraum		3.-7. November 2003
Beschreibung	Das kommunale Projekt zur Tabakprävention besteht aus 4 Teilprojekten mit verschiedenen Maßnahmen und Kooperationspartnern: Teilprojekt: „Rauchfreie Schule“, Teilprojekt: „Rauchfreier Arbeitsplatz, Teilprojekt: Gesundheitswesen/Gesundheitsberufe, Teilprojekt: „Rauchfreie Zone Öffentlichkeit“.	- Die Klassenleiter hielten die ALF-Einheit (Allgemeine Lebens-kompetenzen und Fertigkeiten) zum Thema Rauchen - Lehrer, die in den 6. Klassen unterrichten, hielten in dieser Woche eine Stunde zum Thema „Rauchen“ aus der Sicht ihres Faches - Elternabend - Eine Feedback–Umfrage unter den Schülern in der darauffolgenden Woche zeigte, dass viele Schüler/innen im Nichtrauchen bestärkt wurden.
Ziele	Reduzierung der Raucherquote. Teilziele: - Einstieg in das Rauchen verhindern/verzögern (Zielgruppe: Kinder und Jugendliche) - Ausstieg aus dem Rauchen fördern (Zielgruppe: Raucher) - Schutz der Nichtraucher (Zielgruppe: Eltern, Schwangere, Arbeitgeber und Arbeitnehmer).	Probierkonsum der Jugendlichen für Zigaretten zu verhindern oder hinauszuzögern
Präventions-art	Durchführung des Projekts „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“; Regionaler Preis zu „Be smart – don´t start“; Lehrerfortbildungen; Tagung: „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“; Zertifikat „Rauchfreie Schule“; Projekttage,Ausstellungen etc.	
Setting	jeweilige Zielgruppen (Schule, Betrieb, etc.)	Schule
Zielgruppe	Kinder, Jugendliche, Raucher Eltern, Schwangere, Arbeitgeber und Arbeitnehmer	Alle Schüler der 6. Klasse
Gebiet (Ort)	Bayern (Augsburg)	Bayern (Viscardi-Gymnasium in Fürstenfeldbruck)
Sonstiges	Träger und Initiator des Projekts ist die Stadt Augsburg.	

Tabelle 16: Projekte der PrevNet-Knotenpunkte in Bremen

Bezeichnung	**Be smart - Don't start**	**Auf dem Weg zur rauchfreien Schule**
Kurzinfo	Nichtraucherwettbewerb für Klassenstufen 6 bis 8	Unterstützungsmaßnahmen des Landesinstituts für Schule (Suchtprävention Bremen)
Beschreibung	Teilnehmende Schulklassen verpflichten sich per Vertrag, für ein halbes Jahr nicht zu Rauchen. Zusätzlich werden oft begleitende Projekte in den Schulen durchgeführt. Unter den erfolgreichen Teilnehmern werden Preise verlost.	Die Mitarbeite des Landesinstituts für Schule besuchen die teilnehmenden Schulen und begleiten diese eine Weile auf dem Weg zur rauchfreien Schule. Dazu bietet das Landes-institut den Leitfaden der BZgA zum Umgang mit dem Rauchen "Auf dem Weg zur rauchfreien Schule" mit vielen Informations- und Arbeitsblättern an.
Ziele	1.Verhinderung bzw. Verzögerung des Einstiegs in das Rauchen bei Jugendlichen 2.Einstellung des Konsums bei Schülern die mit dem Rauchen experimentieren 3.Durchführung begleitender gesundheitsfördernder Maßnahmen in der Klasse oder Schule	Unterstützung der Schulen in Bremen auf dem Weg zu rauchfreien Schule
Präventionsart	Wettbewerb	
Setting	Schule	Schule
Zielgruppe	Jugendliche 14-17	Alle Schüler der teilnehmenden Schulen
Gebiet (Ort)	Bremen	Bremen

Tabelle 17: Projekte der PrevNet-Knotenpunkte in Niedersachen

Bezeichnung	**Rauchfrei in Niedersachsen – Berufsschulen auf dem Weg!**
Kurzinfo	Pilotprojekt mit dem Ziel der Erprobung eines (noch) nicht allgemein eingeführten Konzeptsgemeinsames an sieben berufsbildenden Schulen aus Niedersachsen. Vorhaben des Niedersächsischen Kultusministeriums sowie der NLS und der IKK Niedersachsen.
Zeitraum	November 2004 bis Januar 2006
Beschreibung	Bei der Konzeptentwicklung wurde auf die gemeinsamen Erfahrungen der NLS und der IKK Niedersachsen im Bereich der allgemein bildenden Schulen zurückgegriffen (z.B. das Projekt „I lost my lung, Bob“)
Ziele	• das Nichtrauchen fördern • den Nichtraucherschutz für Schüler/innen und Lehrkräfte umsetzen • das Rauchen an Berufsschulen reduzieren • schulspezifische Ziele (z.B. Information von Schüler/innen und Kolleg/innen über die Gefahren des Rauchens, Reduktion des Rauchverhaltens (um 10 %), Schwellenraucher sollen nicht mehr rauchen)
Setting	Berufsschulen
Zielgruppe	Berufsschüler
Gebiet (Ort)	Niedersachsen
Sonstiges	Prozessbegleitende Evaluation durch die Universität Hannover

Tabelle 18: Projekte der nicht am PrevNet teilnehmenden Bundesländer

Bezeichnung	**Be Smart – Don't Start**	**Be Smart – Don't Start**	**Nicht rauchen, tief durchatmen**
Kurzinfo	Nichtraucherwettbewerb für Schulklassen	Nichtraucherwettbewerb für Schulklassen	Kampagne mit mehreren Projekten zur Raucher-prävention und Raucherentwöhnung
Zeitraum	Schuljahr 2007/08	Teilnahme Schuljahr 2002/2003 (Abschlussbericht), Teilnahme Schuljahr 2003/2004	31.05.2003
Beschreibung	Der Wettbewerb wird in Baden-Württemberg als Kooperationsprojekt von Sozialministerium, Ministerium für Kultus, Jugend und Sport und dem LGA durchgeführt. Die AOK Baden-Württemberg unterstützt dieses Projekt finanziell. Teilnehmende Schulen verpflichten sich per Vertrag, für ein halbes Jahr nicht zu Rauchen. Preisverlosung unter erfolgreichen Teilnehmern.	Nach dem Motto: „Sei schlau - fang gar nicht erst an" wird die Möglichkeit geboten, sich am größten europäischen Projekt zur Prävention des Rauchens bei Schülern zu beteiligen. Die Organisation und Begleitung des Wettbe-werbes in Thüringen erfolgt durch die Thüringer Koordi-nierungsstelle Sucht-prävention. Teilnehmende Schulen verpflichten sich per Vertrag, für ein halbes Jahr nicht zu Rauchen. Unter den erfolgreichen Teilnehmern werden Preise verlost.	Zum Weltnichtrauchertag am 31.05.2003 die Kampagne „Nicht rauchen, tief durch-atmen" gestartet, mit der auch bereits laufende Programme der Rauchprävention zusam-mengeführt, propagiert und ausgebaut wurden. Relevante Teilprojekte: • „rauchfrei – Auf dem Weg zur rauchfreien Schule" • „Be smart – don`t start" • „Klasse 2000" • „Knick die Kippe" • "Just4u – don`t smoke, be free" • Theaterstück „Spiegelbilder"
Ziele	Verhinderung bzw. Verzögerung des Ein-stiegs in das Rauchen bei Jugendlichen Einstellung des Konsums bei Schülern die mit dem Rauchen experimentieren Durchführung begleitender gesundheitsfördernder Maßnahmen in der Klasse oder der Schule.	Ziel ist die Verhinderung oder Verzögerung des Einstiegs in das Rauchen bei Schülern, die noch nicht rauchen bzw. die Reduzie-rung oder Einstellung des Rauchens bei Schülern, die schon mit dem Rauchen experimentieren, damit sie nicht zu regelmäßigen Rauchern werden.	Verhinderung bzw. Verzö-gerung des Einstiegs in das Rauchen bei Jugendlichen Einstellung des Konsums bei Schülern die mit dem Rauchen experimentieren Durchführung begleitender gesundheitsfördernder Maßnahmen in der Klasse oder der Schule.
Präventionsart	Wettbewerb	Wettbewerb	• Wettbewerb • Informationsvermittlung • Kompetenzförderung • Rauchentwöhnung • Kritische Einstellungen • Bildung von Normen • Frühintervention • Strukturmaßnahmen/ Verhältnisprävention
Setting	Schule	Schule	Vorwiegend Schulen
Zielgruppe	sechste bis achte Schulklassen	sechste bis achte Schulklassen	Schüler, Jugendliche und Erwachsene
Gebiet (Ort)	Baden-Württemberg	Thüringen	Schleswig-Holstein

4.3 Schriftliche Befragung

4.3.1 Einrichtungen in den Bundesländern

Die Befragung der Landeseinrichtungen im Tätigkeitsfeld der Suchtprävention liefert zusätzliche Informationen für den Überblick über die Aktivitäten auf Landesebene. Bei fehlenden Kategorien oder Informationen werden für jeweilige Maßnahmen keine Angaben gemacht.

4.3.1.1 Baden-Württemberg

Die angeschriebene Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg befasst sich nach eigenen Angaben mit koordinierender Tätigkeit und ist nicht als Projekt- oder Modellträger in der Tabakprävention aktiv. Ein Beispiel für die kommunalen Aktivitäten im Rahmen der Primärprävention des Rauchens liefert das von der Landesstelle für Suchtfragen vermittelte „Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention“ in der Trägerschaft des Baden-Württembergischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation.

Tabelle 19: Maßnahme in Baden-Württemberg

Bezeichnung	**Nichtraucher-Workshops für Schulklassen**
Laufzeit	seit 2005
Teil einer umfassenden Maßnahme	ja
Funktion der Einrichtung	Vorbereitung, Durchführung, Evaluation
Regionaler Bezug	Landkreis Lörrach
Kooperation	Schulen, Thorax-Klinik-Heidelberg
Settings	Schule
Altersgruppen	Kinder bis 13 Jahre, Jugendliche 14-17 Jahre, Junge Erwachsene 18-27 Jahre
Verhaltensbezogene Komponenten	Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung, Abschreckung (Lungenendoskopie)
Verhältnisbezogene/ sekundärpräventive Komponenten	Hinweis auf das Angebot des Nichtrauchertrainings für Jugendliche, Möglichkeit zur Anmeldung
Ergebnisevaluation	externe Evaluation, Fragebogenauswertung aller teilnehmenden Schüler
Publikation der Ergebnisse	Nein, vorerst nicht geplant
Kostenerfassung	ja

Die Finanzierung der Maßnahme erfolgt durch die Schöpflin Stiftung sowie den Landkreis Lörrach. Der Anteil der Tabakprävention in der Tätigkeit oder im Budget der Einrichtung wird mit 30 % angegeben. Geplant ist ein Forschungsprojekt mit IFT-Süd, verbunden mit einer konzeptionellen Erweiterung des angebotenen Workshops.

4.3.1.2 Bayern

Einrichtung: Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.

Träger der Einrichtung: Land Bayern, Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz.

Tabelle 20: Projekte und Maßnahmen in Bayern

Bezeichnung	**Wir brauchen nicht rauchen – Nichtraucher Ausstellung**	**Be smart – Don't start**	**Bayern atmet durch**
Laufzeit	seit 2004	seit Schuljahr 1999/2000	ab 2008
Teil einer umfassenden Maßnahme	ja	ja	ja
Funktion der Einrichtung	Konzepterstellung,	Koordination und Logistik des Wettbewerbs in Bayern	Koordination und Logistik
Regionaler Bezug	Bayern	Bayern	Bayern
Kooperation	Schulen, Gesundheitsämter, Suchtberatungsstellen	Schulen, Gesundheitsämter, Suchtberatungsstellen	Gaststätten, Sportverband, Krankenkassen, etc.
Settings	Schule, Gemeinde	Schule	Verein, Gaststätten, sonstige Verbände
Altersgruppen	Jugendliche 14-17, Junge Erwachsene 18-27	Jugendliche 14-17	Jugendliche 14-17, Junge Erwachsene 18-27, Älter als 27
Verhaltensbezogene Komponenten	Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung	Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung	Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung
Kostenerfassung	ja	ja	ja

Tabelle 21: Projekte und Maßnahmen in Bayern

Bezeichnung	**Fünftes Bayerisches Forum Suchtprävention (Tabakprävention für Jugendliche)**	**Modellprojekt: Rauchfreie Schule**
Laufzeit	November 2003	Schuljahr 2004/05
Teil einer umfassenden Maßnahme	ja	ja
Funktion der Einrichtung	Organisation und Durchführung, Dokumentation der Multiplikatorenfortbildung	Koordination
Regionaler Bezug	Bayern	Bayern
Kooperation	Schulen, Gesundheitsämter, Suchtberatungsstellen, Suchtpräventionsfachkräfte	Schulen, Suchtpräventionsfachkräfte, Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus
Settings	Multiplikatoren, Suchtpräventionsfachkräfte	Schule
Altersgruppen	Jugendliche 14-17, Junge Erwachsene 18-27	Kinder bis 13, Jugendliche 14-17
Verhaltensbezogene Komponenten	Kompetenzförderung, Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung	Kompetenzförderung, Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung
Verhältnisbezogene/ sekundärpräventive Komponenten		Rauchfreie Schule, Angebote von Anti-Rauch-Kursen
Ergebnisevaluation		Entwicklung und Validierung eines Monitoringinstruments zur Messung der Tabakpolitik an Schulen von IFT München
Publikation der Ergebnisse	Dokumentation im Internet verfügbar	
Kostenerfassung	Ja	ja

Die angegebenen Präventionsmaßnahmen werden durch den Träger (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz) finanziert. Die Relevanz der Tabakprävention in der Tätigkeit der Einrichtung wird auf einer Skala von 1 (sehr hoch) bis 6 (sehr niedrig) mit 4 eingestuft.

Der Anteil der Tabakprävention in der Gesamttätigkeit oder im Budget der Einrichtung wird mit 35 % angegeben. Weitere Projekte oder Maßnahmen sind im Rahmen des Programms „Bayern atmet durch“ geplant.

4.3.1.3 Brandenburg

Einrichtung: Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V.

Tabelle 22: Projekte und Maßnahmen in Brandenburg

Bezeichnung	**Herausgabe Wegweiser „Rauchfreie Schule“**	**Umsetzung der gesetzlichen Regelung zur „Rauchfreien Schule“ mit Handlungsempfehlungen**
Laufzeit	2 Jahre bis 2005	seit 2005
Teil einer umfassenden Maßnahme	ja	ja
Funktion der Einrichtung	Herausgeber, Initiator	Unterstützung
Regionaler Bezug	landesweit	landesweit
Kooperation	AOK	Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie, Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg
Settings	Schule	Schule
Altersgruppen	Jugendliche 14-17, Junge Erwachsene 18-27, Älter als 27	Jugendliche 14-17, Junge Erwachsene 18-27, Älter als 27
Verhaltensbezogene Komponenten	Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung	Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung
Verhältnisbezogene/ sekundärpräventive Komponenten	nein	nein
Ergebnisevaluation	nein	nein
Publikation der Ergebnisse	nein	nein
Kostenerfassung	nein	nein

Tabelle 23: Projekte und Maßnahmen in Brandenburg

Bezeichnung	**Durchführung von Schulleiterfortbildungen zur Umsetzung der „Rauchfreien Schule“**	**Durchführung von Lehrkräftefortbildungen zur Umsetzung der „Rauchfreien Schule“**
Laufzeit	2006	2007-2008
Teil einer umfassenden Maßnahme	ja	ja
Funktion der Einrichtung	Unterstützung bei der Organisation	Unterstützung bei der Organisation
Regionaler Bezug	landesweit	landesweit
Kooperation	Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, überregionale Suchtpräventionsfachkräfte	Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, überregionale Suchtpräventionsfachkräfte
Settings	Schule	Schule
Altersgruppen	Jugendliche 14-17, Älter als 27, Schulleiter	Älter als 27, Lehrkräfte
Verhaltensbezogene Komponenten	Kompetenzförderung; Informationsvermittlung	Kompetenzförderung; Informationsvermittlung

Fortsetzung Tabelle 23: Projekte und Maßnahmen in Brandenburg

Bezeichnung	Durchführung von Schulleiterfortbildungen zur Umsetzung der „Rauchfreien Schule“	Durchführung von Lehrkräftefortbildungen zur Umsetzung der „Rauchfreien Schule“
Verhältnisbezogene/ sekundärpräventive Komponenten	nein	nein
Ergebnisevaluation	nein	nein
Publikation der Ergebnisse	nein	nein
Kostenerfassung	nein	nein

Die Finanzierung der Maßnahmen in der Brandenburgischen Landesstelle für Suchtfragen erfolgt durch das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (vorrangig Lottomittel). Die Relevanz der Tabakprävention in der Tätigkeit der Einrichtung wird zwischen 3 und 4 (Skala von 1 bis 6) eingestuft. Der Anteil der Tabakprävention in der Gesamttätigkeit oder im Budget der Einrichtung wird mit 30 % angegeben.

4.3.1.4 Bremen

Einrichtung: Landesinstitut für Schule – Gesundheit und Suchtprävention

Träger der Einrichtung: Kommune (Senator für Bildung)

Tabelle 24: Projekte und Maßnahmen in Bremen

Bezeichnung	„Be Smart – Don’t start“	Umsetzung des “Bremischen Gesetzes zur Gewährleistung der Rauch-freiheit“ bzw. „Bremischen Nichtraucherschutz-gesetzes“	Bremer Netzwerk Rauchfreie Schule
Laufzeit	seit 2001	seit 2006 bzw. seit 2008	2004 – 2006 / seit 2008
Teil einer umfassenden Maßnahme	ja	ja	ja
Funktion der Einrichtung	Koordinierung	Durchführung: Fortbildungen, Vorträge, auf Elternabenden und Kollegien	Durchführung, Koordinierung
Regionaler Bezug	Land Bremen	Land Bremen	Stadt Bremen
Kooperation	IFT-Nord, Senat für Bildung, Senat für Gesundheit, Schulamt Bremerhaven, Gesundheitstreffpunkt HB-West, Präventionszentrum HB-Nord	Senat für Bildung, Senat für Gesundheit, Universität Bremen, Zentraler Elternbeirat	BZgA, Senat für Gesundheit, Bremer Kliniken, Landesbetriebssportverband
Settings	Schule	Schule, Familie	Schule
Altersgruppen	Kinder bis 13, Jugendliche 14-17	Kinder bis 13, Jugendliche 14-17, Junge Erwachsene 18-27, Älter als 27	Kinder bis 13, Jugendliche 14-17, Junge Erwachsene 18-27, Älter als 27

Fortsetzung Tabelle 24: Projekte und Maßnahmen in Bremen

Bezeichnung	**„Be Smart – Don't start"**	**Umsetzung des "Bremischen Gesetzes zur Gewährleistung der Rauch-freiheit" bzw. „Bremischen Nichtraucherschutz-gesetzes"**	**Bremer Netzwerk Rauchfreie Schule**
Verhaltensbezogene Komponenten	Wettbewerb / Gewinnspiel, Kompetenzförderung, Alternative Erlebnisse, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung	Kompetenzförderung, Alternative Erlebnisse, Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung	Wettbewerb / Gewinnspiel, Kompetenzförderung, Alternative Erlebnisse, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung
Verhältnisbezogene/ sekundärpräventive Komponenten		Unterstützung bei der Umsetzung gesetzlicher Bestimmungen, Tabakentwöhnung, Informationsveranstaltungen in Schulen	Einrichtung von AG's „rauchfreie Schule", Auszeichnung für besonders engagierte Schulen, Entwicklung von Sanktionsmaßnamen-katalogen, Informationsveranstaltunge n, Entwöhnungskurse, Projekttage für SekII-Schulen
Ergebnisevaluation		Fragebogenerhebung durch Universität Bremen	Fragebogenerhebung durch BZgA (2004-2006)
Publikation		Vorerst nicht geplant	Rückmeldung an die teilnehmenden Schulen durch BZgA
Kostenerfassung	ja	ja	ja

Die angegebenen Präventionsmaßnahmen werden nach Angaben des Landesinstituts für Schule aus Landesmitteln durch die BZgA und Sponsoring finanziert. Die Relevanz der Tabakprävention in der Tätigkeit der Einrichtung wird als sehr hoch eingestuft. Insgesamt macht die Tabakprävention etwa 30 bis 40 % der Gesamttätigkeiten bzw. 5 % des Gesamtbudgets aus.

Zum Projekt „Bremer Netzwerk Rauchfreie Schule" sind weitere Aktivitäten geplant. Hierbei handelte es sich um eine verstärkte Elternarbeit, Tabakentwöhnung in Kollegien und die Unterstützung der Sek.-II-Schulen auf dem Weg zur rauchfreien Schule.

4.3.1.5 Hamburg

Einrichtung: Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) - Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz (G33 - Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung), Amt für Familie, Jugend und Sozialordnung (FS21 - Kinder- und Jugendpolitik).

Tabelle 25: Projekte und Maßnahmen in Hamburg (BSG)

Bezeichnung	**Kampagne „Rauch stinkt mir“ (Schutz vor Passivrauch von Kindern in Autos)**	**Prävention des plötzlichen Säuglingstods (Risikofaktor Rauchen)**
Laufzeit	ab Mai 2007	ab 2007/2008
Teil einer umfassenden Maßnahme	nein	ja
Funktion der Einrichtung	Initiator, Durchführung der Dachkampagne, Bereitstellung von Mitteln	Kooperationspartner
Regionaler Bezug	Hamburg	Hamburg
Kooperation	ADAC, Multiplikatoren	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V., Hamburger Bündnis gegen den plötzlichen Säuglings-tod
Settings	Schule, Familie, Gemeinde, Krankenhäuser, Elternschulen, Kindertagesstätten	Familie, Gemeinde, Schwangere, Frauen- und Kinderärzte
Altersgruppen	Junge Erwachsene 18-27, Älter als 27	Junge Erwachsene 18-27, Älter als 27 (werdende Eltern)
Verhaltensbezogene Komponenten	Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung	Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung
Verhältnisbezogene/ sekundärpräventive Komponenten	nein	nein
Ergebnisevaluation	Nur die Anzahl verteilter Kampagnenaufkleber	ja
Publikation	Vorerst nicht geplant	Vorerst nicht geplant
Kostenerfassung	ja	ja

Die Finanzierung von Präventionsmaßnahmen der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz erfolgt durch eigene Haushaltsmittel, Zuwendungen, Einwerbung von Spenden sowie Sponsorengelder. Die Relevanz der Tabakprävention für die Aktivitäten der Einrichtung wird auf einer Skala von 1 (sehr hoch) bis 6 (sehr niedrig) mit etwa 3,5 eingestuft. Der geschätzte Anteil der Tabakprävention am Budget der für die Tabakprävention hauptsächlich zuständigen Abteilung G33 (Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung) wird mit 14 % für das Jahr 2007 angegeben. Gleichzeitig finanziert die BSG das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf sowie das Büro für Suchtprävention. Geplant sind eine Verschränkung der beiden angegebenen Maßnahmen sowie die Vorstellung der bundesweiten Kampagne „Rauchfrei 2008“ bei lokalen und zentralen Veranstaltungen und die damit verbundene Materialbereitstellung.

Ein weiterer PrevNet-Knotenpunkt in Hamburg ist das Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen. Die nachfolgende Tabelle 26 bietet eine Maßnahmenübersicht für diese Einrichtung.

Tabelle 26: Projekte und Maßnahmen in Hamburg (Büro für Suchtprävention)

Bezeichnung	**„Infocards“ rauchen**	**Passivraucherschutz für Ungeborene und Säuglinge**	**Nichtraucherförderung rund um die Geburt**
Laufzeit	seit 2004	seit 2007	seit 2007
Teil einer umfassenden Maßnahme	ja	nein	nein
Regionaler Bezug	Hamburg/bundesweit	Hamburg	Hamburg
Kooperation		Hebammen	Hebammen
Settings	Schule / allgemein	Familie	Familie
Altersgruppen	Kinder bis 13, Jugendliche 14-17, Junge Erwachsene 18-27, Älter als 27	Junge Erwachsene 18-27, Älter als 27 (werdende Mütter)	Junge Erwachsene 18-27, Älter als 27 (werdende Mütter)
Verhaltensbezogene Komponenten	Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung	Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung	Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung
Ergebnisevaluation			ja
Kostenerfassung	ja	ja	ja

Zusätzlich zu den zwei angeschriebenen Landeseinrichtungen (PrevNet-Knotenpunkte) geben einige weitere Institution und Einrichtungen in Hamburg einen Überblick über aktuelle Maßnahmen der Tabakprävention. Hierbei handelt es sich um das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), die Asklepios Kliniken Hamburg und das Suchtpräventionszentrum beim Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung. Die Projekte und Maßnahmen dieser Einrichtungen sind in folgenden Tabellen 27-29 zusammengefasst.

Tabelle 27: Projekte und Maßnahmen in Hamburg (UKE und Asklepios Kliniken)

Bezeichnung	**„Nichtrauchen ist cool“ Aufklärungsveranstaltung für Schüler der Klassen 5 bis 7 im Universitätskrankenhaus (UKE)**	**„1000 Schüler gegen Rauchen“ Präventionsveranstaltung in Kliniken (Asklepios Kliniken)**
Laufzeit	seit 2005	seit Oktober 2007
Teil einer umfassenden Maßnahme	nein	nein
Funktion der Einrichtung	Initiator/ Durchführung	
Regionaler Bezug	Hamburg	Hamburg
Kooperation	Behörde für Bildung und Sport	
Settings	Schule/ Onkologie UKE	Schule
Altersgruppen	Kinder bis 13	Kinder bis 13, Jugendliche 14-17
Verhaltensbezo-gene Komponenten	Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung	Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung

Tabelle 28: Projekte und Maßnahmen in Hamburg (Suchtpräventionszentrum)

Bezeichnung	**Unterrichtsmaterialien zur Nichtraucherförderung**	**„Be smart - Don't start"**
Laufzeit	ab 2006/2007	jährlich
Teil einer umfassenden Maßnahme	ja	ja
Funktion der Einrichtung	Erstellung und Entwicklung der Materialien, diverse Fortbildungsveranstaltungen für Lehrkräfte	Organisation, Planung, Durchführung
Regionaler Bezug	Stadtgebiet Hamburg	Stadtgebiet Hamburg
Kooperation	Präventionsstelle KOSS (Schleswig-Holstein)	IFT-Nord
Settings	Schule	Schule
Altersgruppen	Kinder bis 13 (6. Klasse)	Jugendliche 13-17 (400-500 Schulklassen)
Verhaltensbezogene Komponenten	Kompetenzförderung, Alternative Erlebnisse, Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung	Kompetenzförderung, Alternative Erlebnisse, Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung
Ergebnisevaluation		ja (durch IFT-Nord)
Publikation	nein, aber geplant	ja (durch IFT-Nord)
Kostenerfassung	nein	nein

Tabelle 29: Projekte und Maßnahmen in Hamburg (Suchtpräventionszentrum)

Bezeichnung	**Stationen Parcours zur Suchtprävention für Schulklassen**	**Reflexionsgespräche mit Schulklassen und Jugendgruppen zum Thema Rauchen**
Laufzeit	Jeweils 2-3 Wochen pro Schule	
Teil einer umfassenden Maßnahme	nein	nein
Funktion der Einrichtung	Selbstständige Durchführung in Zusammenarbeit mit der jeweiligen Schule	Durchführung (Suchtpräventionszentrum und Schulen)
Regionaler Bezug	Stadtgebiet Hamburg	Stadtgebiet Hamburg
Settings	Schule, Jugendeinrichtungen	Schule, Jugendeinrichtungen
Altersgruppen	Jugendliche 13-17	Jugendliche 13-17
Verhaltensbezogene Komponenten	Kompetenzförderung, Alternative Erlebnisse, Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung	Kompetenzförderung, Alternative Erlebnisse, Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung
Verhältnisbezogene/ sekundärpräventive Komponenten		Information und Angebote zur Teilnahme am Raucherentwöhnungskurs.
Ergebnisevaluation	ja, unregelmäßig durch Feedback-Bögen für ausgewählte Klassen	
Kostenerfassung	nein	nein

Die Finanzierung der Maßnahmen des Suchtpräventionzentrums erfolgt durch Landesmittel der Stadt Hamburg. Der geschätzte Anteil der Tabakprävention an der Tätigkeit oder am Budget der Einrichtung wird mit 30 % angegeben. Die Relevanz der Tabakprävention für die Aktivitäten des Suchtpräventionzentrums wird auf einer Skala von 1 (sehr hoch) bis 6 (sehr niedrig) mit 2 angegeben. Es werden keine weiteren Projekte oder Maßnahmen geplant.

4.3.1.6 Hessen

Einrichtung: Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS)

Tabelle 30: Projekte und Maßnahmen in Hessen

Bezeichnung	**Papilio (Vorbeugung von Sucht, Förderung sozial-emotionaler Kompetenz im Kindergarten)**	**Eigenständig werden (Gesundheitsförderung für Grund- und weiterführende Schulen)**	**Klasse 2000**
Laufzeit	seit 2005	seit 2004	vor 2003
Teil einer umfassenden Maßnahme	ja	ja	ja
Funktion der Einrichtung	Ausbildung der Trainer, landesweite Koordination	Ausbildung der Trainer, landesweite Koordination	Information, Vernetzung
Regionaler Bezug	landesweit	landesweit	landesweit
Kooperation	AOK, Fachstellen für Suchtprävention, beta Institut	AOK, Fachstellen für Suchtprävention, IFT-Nord	regionale Koordinatoren, Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung, AOK, Hessisches Sozialministerium
Settings	Kindertagesstätten	Schule	Schule
Altersgruppen	4 bis 7 Jahre	Kinder bis 13	Kinder bis 13
Verhaltensbezogene Komponenten	Kompetenzförderung, Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung	Kompetenzförderung, Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung	Kompetenzförderung, Alternative Erlebnisse, Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung
Verhältnisbezogene/ sekundärpräventive Komponenten	nein	nein	nein
Ergebnisevaluation	Maßnahme wurde bereits evaluiert	Maßnahme wurde bereits evaluiert	Maßnahme wurde bereits evaluiert
Publikation	ja (www.papilio.de)	ja (www.ift-nord.de)	ja (www.klasse2000.de)
Kostenerfassung	ja	ja	ja

Tabelle 31: Projekte und Maßnahmen in Hessen

Bezeichnung	**Wettbwerb „Impuls“ zur Tabakprävention**	**Coaching und Beratung für Lehrkräfte**	**Suchtvereinbarung in Schulen und Betrieben**
Laufzeit	2006		
Teil einer umfassenden Maßnahme	ja	ja	ja
Funktion der Einrichtung	Durchführung und Organisation	Vermittlung an die Fachstelle Suchtprävention	Vermittlung an die Fachstelle Suchtprävention
Regionaler Bezug	landesweit	regional/ landesweit	regional
Kooperation	Barmer, Hessisches Sozialministerium	Fachstellen für Suchtprävention	Fachstellen für Suchtprävention
Settings	Schule, Familie, Gemeinde, Verein	Schule	Schule, Gemeinde, Betrieb
Altersgruppen	Kinder bis 13, Jugendliche 14-17, Junge Erwachsene 18-27, Älter als 27	Älter als 27	Junge Erwachsene 18-27, Älter als 27

Fortsetzung Tabelle 31: Projekte und Maßnahmen in Hessen

Bezeichnung	Wettbwerb „Impuls“ zur Tabakprävention	Coaching und Beratung für Lehrkräfte	Suchtvereinbarung in Schulen und Betrieben
Verhaltensbezogene Komponenten	Wettbewerb/ Gewinnspiel	Kompetenzförderung, Informationsvermittlung	Kompetenzförderung, Informationsvermittlung
Verhältnisbezogene/ sekundärpräventive Komponenten	Wettbewerbsbeitrag „Rauchfreies Jugend-zentrum“/ Beiträge mit Bausteinen Raucherent-wöhnung	Gesetzliches Rauchverbot an hessischen Schulen seit 2005 / Raucherent-wöhnung für Lehrkräfte und Schüler	Rachfreies Betrieb/ Raucherentwöhnung für Auszubildende
Kostenerfassung	ja		

Tabelle 32: Projekte und Maßnahmen in Hessen

Bezeichnung	Leitfaden auf dem Weg zur rauchfreien Schule	Elternarbeit in der Suchtprävention (www.starke-eltern.de)
Teil einer umfassenden Maßnahme	ja	ja
Funktion der Einrichtung	Koordination auf Landesebene mit dem Kultusministerium und dem Sozialminis-terium	Organisation, Durchführung, Vermittlung
Regionaler Bezug	landesweit	landesweit (Internetportal), regional (Elternkurse)
Kooperation	Hessisches Kultusministerium (Hauptverantwortung), Hessisches Sozialministerium	AOK, Hessisches Sozialministerium, Fachstellen für Suchtprävention
Settings	Schule	Familie, Erziehende
Altersgruppen	Kinder bis 13, Älter als 27	Junge Erwachsene 18-27, Älter als 27
Verhaltensbezogene Komponenten	Kompetenzförderung, Alternative Erlebnisse, Informationsvermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung	Kompetenzförderung, Informations-vermittlung, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung
Verhältnisbezogene/ sekundärpräventive Komponenten	Gesetzliches Rauchverbot an hessischen Schulen seit 2005/ Antirauchkurs und Entwöhnung	
Kostenerfassung	ja	ja

Die HLS wird durch das Hessische Sozialministerium finanziert. Darüber hinaus werden die Maßnahmen durch folgende Institutionen gefördert: Hessisches Kultusministerium, AOK Hessen, Barmer, beta Institut, Robert Bosch Stiftung. Die Schätzung des Anteils der Maßnahmen zur Tabak-prävention an der Tätigkeit oder am Budget der HLS ist nicht genau zu ermitteln, da viele Programme allgemein und ohne spezifischen Substanzbezug unterhalten werden. Die Relevanz der Tabak-prävention in der Tätigkeit der Einrichtung wird dennoch mit 1 als sehr hoch eingestuft. Zudem gibt die HLS an, dass zahlreiche weitere Maßnahmen in der Vergangenheit durchgeführt wurden. Die bisherigen Maßnahmen sollten auch in der Zukunft fortgeführt werden. Insbesondere plant die HLS den Wettbewerb „Be smart – Don’t start“ in Kooperation mit dem Kultusministerium, dem Sozial-ministerium und der AOK Hessen zu koordinieren.

4.3.1.7 Sachsen-Anhalt

Einrichtung: Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt (LS-LSA)

Trägerschaft: LIGA der Freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt

Tabelle 33: Projekte und Maßnahmen in Sachsen-Anhalt

Bezeichnung	**Auf dem Weg zur „rauchfreien“ Schule**	**Intern. Schulwettbewerb „Be smart - Don’t Start“**	**Rauchfrei-Strategien für Schulen**
Laufzeit	2004-2006	2006/ 2007; 2007/ 2008	2007, 2008
Teil einer umfassenden Maßnahme	nein		
Funktion der Einrichtung	Landesweite Koordination zwischen Ministerien, BZgA, Sponsoren und Akteuren, Organisation von Weiterbilungsmaßnahmen (Schulen und regionale Akteure), Beratung von Schulen, Öffentlichkeits-arbeit	Landesweite Koordina-tion, zwischen Ministe-rien, IFT Nord, Spon-soren und Akteuren, Organisation der Preisverleihung und Umsetzung, Beratung von Schulen, Öffentlich-keitsarbeit	Landesweite Koordination zwischen Ministerien, BZgA, Sponsoren und Akteuren, Organisation von Weiterbilungsmaßnahmen (Schulen und regionale Akteure), Beratung von Schulen, Öffentlichkeitsarbeit
Regionaler Bezug	Sachsen-Anhalt	Sachsen-Anhalt	Sachsen-Anhalt
Kooperation	BZgA, Gesundheitsmini-sterium, Kultusministerium, Landesinstitut für Lehrer, Fort- und Weiterbildung, Unterrichtsforschung Sachsen-Anhalt (LISA), Krankenkasse	IFT Nord, Gesundheits-ministerium, Kultus-ministerium, Krankenkasse	BZgA, Gesundheitsministerium, Kultusministerium, LISA, Krankenkasse
Settings	Schule	Schule	Schule
Altersgruppen	Kinder bis 13, Jugendliche 14-17	Kinder bis 13, Jugendliche 14-17	Kinder bis 13, Jugendliche 14-17
Verhaltensbezogene Komponenten	Kompetenzförderung, Alternative Erlebnisse, Informationsvermittlung, Bildung kritischer Ein-stellungen/ Normenbildung	Wettbewerb/ Gewinn-spiel, Kompetenzförde-rung, Alternative Erleb-nisse, Informationsver-mittlung, Bildung kriti-scher Ein-stellungen/ Normenbildung	Kompetenzförderung, Alternative Erlebnisse, Informationsvermittlung, Bildung kritischer Ein-stellungen/ Normenbildung
Verhältnisbezogene/ sekundärpräventive Komponenten	Rauchfreies Setting „Schule“/ Einbezug zertifizierter Rauchent-wöhnung vor Ort	Werbung für zertifizierte Rauchentwöhnung vor Ort	Rauchfreies Setting „Schule“/ Einbezug zertifizierter Rauchent-wöhnung regional
Ergebnisevaluation	im Rahmen des BZgA-Abschlussberichtes (vollständige Erfassung der Projektschulen, Urkunden-verleihung an Schulen mit hohem Zielerreichungsgrad)	vollständige Erhebung der Teilnehmerklassen und der Abbrecher-quoten	nur bezogen auf Teilnahme an Veranstaltungen
Kostenerfassung	nein	nein	nein

Tabelle 34: Projekte und Maßnahmen in Sachsen-Anhalt

Bezeichnung	**DKFZ: Rauchfrei im Mai**	**Aktion „7 Wochen Pause!“**
Laufzeit	2006, 2008	Jährlich parallel zur Fastenzeit
Teil einer umfassenden Maßnahme		ja
Funktion der Einrichtung	Öffentlichkeitsarbeit, Abfrage der Teilnehmerzahlen aus Sachsen-Anhalt	Öffentlichkeitsarbeit, Bereitstellung von Materialien
Regionaler Bezug	Sachsen-Anhalt	Sachsen-Anhalt
Kooperation	DKFZ	Suchtberatungsstellen, Schulen, Kultusministerium, Akteure des Arbeitskreises Legale Suchtmittel
Settings	Allgemeinbevölkerung (durch Presse)	Allgemeinbevölkerung (durch Presse)
Altersgruppen	Jugendliche 14-17, Junge Erwachsene 18-27, Älter als 27	Kinder bis 13, Jugendliche 14-17, Junge Erwachsene 18-27, Älter als 27
Verhaltensbezogene Komponenten	Wettbwerb/ Gewinnspiel, Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung	Kompetenzförderung, Alternative Erlebnisse, Informationsvermittlung, Bildung kritischer Ein-stellungen/ Normenbildung, Werbung für „Weniger ist mehr“ („Initiierte Abstinenz“) von KOSS an Schulen
Verhältnisbezogene/ sekundärpräventive Komponenten	Werbung für zertifizierte Raucher-entwöhnung vor Ort	
Ergebnisevaluation	Erfassung der Teilnehmerzahlen	
Kostenerfassung	nein	nein

Die Aktivitäten der LS-LSA werden zum großen Teil vom Land Sachsen-Anhalt und der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland institutionell gefördert sowie ergänzend durch Spenden finanziert. Darüber hinaus besteht eine Projektförderung durch den BKK Landesverband Ost. Der Anteil der Tabakprävention an der Tätigkeit oder am Budget wird insgesamt mit 30 % und die Relevanz für die Aktivitäten der Einrichtung wurde auf einer Skala von 1 (sehr hoch) bis 6 (sehr niedrig) mit 2 angegeben. Nach Angaben der LS-LSA sind zudem alle Aktivitäten im Rahmen der Tabakprävention in die Umsetzung des Landesgesundheitsziels „Senkung des Anteils an Rauchern in der Bevölkerung und der alkoholbedingten Gesundheitsschäden auf Bundesdurchschnitt“ eingebunden. Die Koordination erfolgt über den Arbeitskreis „Legale Suchtmittel“, der insgesamt mehrere Institutionen umfasst: Ärztekammer Sachsen-Anhalt, Apothekerkammer Sachsen-Anhalt, Verband der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst, Berufsverband der Allgemeinmediziner und Hausärzte Sachsen-Anhalt, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Sachsen-Anhalt, AOK Sachsen-Anhalt, IKK gesund plus, Techniker Krankenkasse, Verband der Angestellten-Krankenkassen und Arbeiter-Ersatzkassen-Verband in Sachsen-Anhalt, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Kultusministerium des Landes Sachsen-Anhalt, Landesbereitschaftspolizei Sachsen-Anhalt, Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Landesverwaltungsamt, Landesjugendamt, Universität Halle-Wittenberg, Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Tagesklinik an der Sternbrücke Dr. Kielstein, Fachklinik Alte Ölmühle. Die Anzahl und Heterogenität der Mitglieder verdeutlicht hierbei die Komplexität der bereits im Kapitel 3.1.2 exemplarisch gezeigten Landesstrukturen zur Suchtprävention.

Die Ergebnisse der durchgeführten Maßnahmen werden nach Angaben der Landestelle für Suchtfragen in diversen kleineren Beiträgen im Newsletter „Gesundheitsziele des Landes Sachsen-Anhalt“ der Landesvereinigung für Gesundheit und in der Tagespresse präsentiert. Für die Zukunft ist die Weiterführung von Rauchfrei-Strategien an Schulen geplant.

4.3.2 Krankenkassen

Von insgesamt 34 angeschriebenen gesetzlichen Krankenkassen sind 17 Rückmeldungen eingegangen. Die Ergebnisse dieser schriftlichen Befragung erheben keinen Anspruch auf Repräsentativität und sollen die bereits im Kapitel 3.1.4 angesprochene Thematik der primären Tabakprävention in der gesetzlichen Krankenversicherung durch praktische Beispiele ergänzen.

Insgesamt geben vier Krankenkassen an, nicht im Bereich der Primärprävention (im Sinne der Verhinderung oder Verzögerung des Raucheinstiegs) des Rauchens aktiv zu sein. Zwei dieser Kassen planen jedoch entsprechende zukünftige Projekte. In beiden Fällen handelt es sich um Präventionsmaßnahmen im schulischen Setting (z.B. Wanderausstellung, Aufklärungsfilme). Die Anzahl negativer Antworten muss aufgrund fehlender Rückmeldungen vorsichtig betrachtet werden. Insbesondere dürfen daraus nur bedingt Rückschlüsse auf die tatsächliche Verbreitung der Primärprävention des Rauchens bei Krankenkassen gezogen werden. Eine weitere Antwort bezieht sich ausschließlich auf die angebotenen Maßnahmen der Raucherentwöhnung (Sekundärprävention) und muss daher aus der Auswertung ausgeschlossen werden.

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die restlichen zwölf Rückmeldungen (8 AOK, 2 Ersatzkassen, 1 IKK, 1 BKK). Bei einer Ersatzkasse werden Maßnahmen zur Primärprävention des Rauchens aktuell durchgeführt. Die anderen elf Kassen melden, dass entsprechende Maßnahmen sowohl durchgeführt und abgeschlossen als auch aktuell betrieben werden. Bei jeweils drei Krankenkassen beschränken sich angegebene Aktivitäten ausschließlich auf das Thema Rauchen oder sind Bestandteile von umfassenden Präventionsmaßnahmen. Weitere fünf Kassen geben an, beide Arten von Tabakprävention zu betreiben.

Mit einer Ausnahme vermelden alle Kassen, eine Kooperation im Rahmen der erwähnten Maßnahmen zu unterhalten. Als mögliche Kooperationspartner werden am häufigsten die Landesministerien angegeben. Bei den Antwortenden handelt es sich hierbei ausschließlich um die AOKen. Weitere häufig genannte Institutionen sind: BZgA, DKFZ, IFT-Nord und Landesstellen für Suchtprävention/ -fragen. Zu den sonstigen genannten Kooperationspartnern zählen: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Deutsche Krebsgesellschaft, Bertelsmann Stiftung, Ärztekammer Nordrhein, Berufsverband der Kinder und Jugendärzte, IFT-Süd, Haus der Gesundheit Trier, Universität Trier, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V., Suchtberatungsstellen in Sachsen-Anhalt, Medien.

Die finanzielle oder personelle Unterstützung wird bei der Frage nach der Rolle der jeweiligen Krankenkasse bei Maßnahmen der Primärprävention des Rauchens in zehn bzw. neun Fällen bejaht. Auch die aktive Werbung für Maßnahmen dieser Art ist bei zehn der zwölf Kassen von Bedeutung. Zudem geben einige Kassen folgende Zusatzinformationen bezüglich ihrer Rolle an:

- Unterstützung von Gewinnspielen für Schulklassen („Be smart – Don't start")
- Vergabe von Sonderpreisen für kreative Schülerprojekte zum Thema Nichtrauchen
- Beteiligung an der Landesinitiative „Leben ohne Qualm" (LoQ)
- Unterstützung des Rauchfrei-Wettbwerbs
- Entwicklung eines Jugendprogramms
- Organisation von Gesundheitstagen
- Internetangebot
- Kursangebot
- Engagement bei Sportvereinen.

Die auf das jeweilige Bundesland eingeschränkte Anwendung von Präventionsmaßnahmen ist aufgrund ihres Regionalprinzips bei den AOKen deutlich zu verzeichnen. Die zwei in die Endauswertung einbezogenen Ersatzkassen geben eine bundesweite Anwendung der Maßnahmen an. Die Einsatzgebiete der einen IKK und BKK beziehen sich auf konkrete Städte.

Das Schulsetting ist die am meisten verbreitete Form für die Durchführung von Maßnahmen der Nikotinprävention. In sechs Fällen wird die Familie als Setting angegeben. Drei dieser Krankenkassen geben zudem an, auch die Settings Gemeinde und Verein zu berücksichtigen. Zudem werden die Betriebe häufig als ein weiteres Einsatzgebiet genannt. Die Maßnahmen der an der Primärprävention des Rauchens aktiven Krankenkassen beinhalten insbesondere solche Interventionskomponenten wie

„Kompetenzförderung“ und „Informationsvermittlung“ (jeweils zwölf Antworten), „Bildung kritischer Einstellungen“ (zehn Antworten) und „Wettbewerb/Gewinnspiel“ (neun Antworten). Zudem werden auch folgende Komponenten angegeben: „Alternative Erlebnisse“ (fünf), „Normenbildung“ und „Durchsetzung der Rauchverbote“ (jeweils drei). Als relevante Zielgruppe werden Kinder im Alter bis 13 Jahre bei neun der zwölf Krankenkassen benannt. Die Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren und jungen Erwachsenen zwischen 18 und 27 Jahren werden mit elf bzw. zehn Antworten noch häufiger als Zielgruppen der Primärprävention des Rauchens anvisiert. Die bei neun Krankenkassen ebenfalls angegebene Altersgruppe ab 27 Jahren spielt ebenfalls eine große Rolle.

Mit Ausnahme einer Rückmeldung sind bei allen Kassen zukünftige Projekte in der Planung. Diese beziehen sich meist auf allgemeine Fortsetzung, Wiederholung und Ausbau bestehender Maßnahmen (z.B. „Be smart – Don’t start“, „Leben ohne Qualm“ oder „Rauchfrei 2008“), schulische Prävention, Kursangebote vor Ort, Online-Forum und Nichtrauchertraining, betriebliche Gesundheitsförderung, Internet-basierte Programme sowie die AOK-Kampagne „Gesunde Kinder – gesunde Zukunft“.

5 Diskussion

5.1 PrevNet-Datenbank

Bereits die Analyse der PrevNet-Datenbank zeigt einige Schwerpunkte in der Primärprävention des Tabakkonsums auf. So wird zum Zweck der Zielerreichung das Schulsetting am häufigsten eingesetzt. Dieses ist der besonders günstigen Möglichkeit, bestimmte Altersgruppen im Rahmen der Verhaltensprävention an Schulen zu erreichen, geschuldet. Ebenfalls häufig werden Elemente eines Wettbewerbs oder eines Gewinnspiels verwendet.

Das bundesweit am häufigsten verbreitete Konzept stellt die Dachkampagne „Be smart – Don’t start“ unter der Koordination des IFT-Nord dar. Als unterstützendes Element für verhaltensbezogene Maßnahmen werden in vielen Fällen zusätzlich Interventionen mit einem verhältnisbezogenen Charakter umgesetzt. Hierbei handelt es sich um die Durchsetzung des Nichtrauchens an Schulen (z.B. „Rauchfreie Schule“ (Bayern, Hamburg, Niedersachen)) oder sonstigen Einrichtungen (z.B. „Rauchfreie Jugendeinrichtung“ (Brandenburg), „Rauchfrei in Niedersachen“). Neben der Umsetzung bundesweit bekannter Programme, entwickeln einige Bundesländer eigene landesweite Dachkampagnen. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass Kampagnen mit einem multiplen Substanzbezug oder mit einem klaren Schwerpunkt auf Sekundärprävention (Raucherentwöhnung) in der Auswertung der Datenbank nicht berücksichtigt werden. Solche Programme spielen jedoch ebenfalls eine große Rolle in der Tätigkeit von Präventionseinrichtungen. Die Aufzählung der Maßnahmen ist zudem auch aufgrund der nicht gegebenen Vollständigkeit der PrevNet-Datenbank keinesfalls als vollständig zu interpretieren.

5.2 Handrecherche

Die systematische Analyse der PrevNet-Datenbank wurde durch eine zusätzliche Handrecherche ergänzt. Die identifizierten Projekte bestätigen eine hohe Relevanz der Tabakprävention für die Aktivitäten der PrevNet-Knotenpunkte, Landeseinrichtungen und kommunale Träger. Zahlreiche Projekte wie „Nicht rauchen ist cool“, „Leben auf der Kippe“, „Woche gegen das Rauchen“ (Bayern), „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“ (Bremen) und „Nicht rauchen, tief durchatmen“ (Schleswig-Holstein) zeigen auch hier die besondere Relevanz des Schulsettings. Die starke Verbreitung der bundesweiten Dachkampagne „Be smart – don’t start“ und ihre landesweite Koordination und Umsetzung werden ebenfalls verdeutlicht.

Durch die Handrecherche können keine zusätzlichen und qualitativ hochwertigen Evaluationen zum Erkenntnisstand des HTA-Berichtes „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Prävention des Zigarettenrauchens“ identifiziert werden.

5.3 Schriftliche Befragung

Die schriftliche Befragung liefert zusätzliche Informationen für den Überblick über die Maßnahmen zur Tabakprävention auf der Landesebene. Die Ergebnisse der Analyse der PrevNet-Datenbank und der Handrecherche werden überwiegend bestätigt. Auch hierbei stellt sich die Schule als das am häufigsten eingesetzte Setting heraus. Zahlreiche Maßnahmen enthalten neben verhaltenbezogenen

Komponenten auch verhältnisbezogene (rauchfreie Einrichtungen) oder sekundärpräventive (Tabakentwöhnung) Elemente. In vielen Fällen ist die Rauchprävention ein Teil von umfassenden, substanzübergreifenden Präventionskampagnen. Diese allgemeinen Interventionen verfolgen in der Regel das Ziel einer stärkeren Kompetenzförderung, der Bildung von kritischern Einstellungen und Normen sowie der Vermittlung von alternativen Erlebnissen. Die Funktion der Landeseinrichtungen bei Maßnahmen der Rauchprävention besteht zumeist in der Koordinierung, Organisation und Durchführung. Einige Institutionen befassen sich auch indirekt mit der Primärprävention des Tabakkonsums, indem sie die Fortbildung oder Beratung von Lehrkräften unterstützen oder durchführen. Der Anteil der Tabakprävention an der Tätigkeit von Landeseinrichtungen wird insgesamt mit etwa 30 % angegeben. Der Anteil des Budgets für die Aktivitäten der Tabakprävention liegt tendenziell etwas niedriger. Die Relevanz der Tabakprävention für die Aktivitäten der Einrichtungen wird auf einer Skala von 1 (sehr hoch) bis 6 (sehr niedrig) im Schnitt mit 2 bis 3 bewertet. Als Kooperationspartner der befragten Einrichtungen fungieren in den meisten Fällen Landesministerien, Fachstellen für Suchtprävention, IFT-Nord, BZgA sowie gesetzliche Krankenkassen.

Die schriftliche Befragung ausgewählter gesetzlicher Krankenkassen kann aufzeigen, dass die gesetzlich geforderte Primärprävention nach § 20 SGB V und die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V auch im Bereich der Tabakprävention eine verbreitete Anwendung findet. Zahlreiche Krankenkassen und ihre Verbände ergänzen dabei die föderalen Strukturen der Suchtprävention und unterstützen sowohl bundes- als auch landesweite Aktivitäten. Wichtig ist hierbei zu unterscheiden, dass die Primärprävention im Sinne des § 20 SGB V sowohl die Verhinderung oder Verzögerung des Raucheinstiegs als auch die Raucherentwöhnung umfasst. Die Krankenkassen wurden im Rahmen der Befragung ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die vorliegende Untersuchung sich schwerpunktmäßig mit der Prävention des Rauchens im Sinne der Verhinderung oder Verzögerung des Raucheinstiegs befasst. Fehlende Rückmeldungen können somit zumindest teilweise durch die Nichtbeteiligung der Krankenkassen an der Primärprävention des Rauchens erklärt werden. Ferner muss beachtet werden, dass im Rahmen der Befragung Krankenkassen mit einer möglichst hohen Mitgliederzahl angeschrieben wurden. Die Ergebnisse erheben daher keinen Anspruch auf Repräsentativität und können insbesondere nicht auf kleinere Kassen übertragen werden.

Die bereits diskutierte besondere Bedeutung des Schulsettings für die verhaltensbezogene Primärprävention des Rauchens gilt auch für die Krankenkassen. Die Angabe von Betrieben als ein weiteres relevantes Setting bestätigt zudem auch die Rolle der Leistungen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V. Bei der Primärprävention unterstützen die Kassen oft die bereits beschriebenen nationalen oder landesweiten Kampagnen (z.B. „Be smart – Don't start"). Hierbei kann eine deutliche regionale Eingrenzung festgestellt werden. So bezieht sich die Präventionstätigkeit der AOKen auf die jeweiligen Bundesländer.

5.4 Zusammenenfassende Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen eine bundesweit starke Verbreitung des Wettbewerbs „Be smart – Don't Start" sowie die damit verbundene Unterstützung und Koordination durch jeweilige Landeseinrichtungen und Krankenkassen. Die Wirksamkeit dieser Maßnahmenart ist allerdings nicht durch die verfügbare Evidenz belegt. Die im HTA-Bericht „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Prävention des Zigarettenrauchens" bewertete Studie von Schulze et al.[32] stellt keinen signifikant positiven Effekt dieser Kampagne fest. Die Evaluation der gleichen Präventionskampagne aus den Niederlanden kann lediglich einen tendenziell positiven Effekt bezüglich der Reduktion der Nichtraucherquote bei Jugendlichen messen[14]. Weitere Effektivitätsstudien der europäischen Dachkampagne „Smoke-free Class Competition" in Deutschland von Hanewinkel et al.[20] und Wiborg et al.[42] werden im HTA-Bericht aufgrund von methodischen Anforderungen nicht in die Bewertung eingeschlossen. Im Gegensatz zu der Studie von Schulze et al.[32] finden sie positive Interventionseffekte sechs Monate nach Ende der Intervention. Die auf den Effektivitätsdaten von Wiborg et al.[42] basierende gesundheitsökonomische Studie von Hoeflmayer et al.[22] untersucht das Nutzen-Kosten-Verhältnis von „Be smart – Don't start" in Deutschland. Unter Berücksichtigung der direkten und indirekten Effekte wurden die potenziellen Ersparnisse als 3,6-mal so hoch wie die Kosten angegeben. Aufgrund zahlreicher Limitationen (insbesondere die kurze Follow-up Zeit) ist jedoch dieses Ergebnis mit Vorsicht zu interpretieren. Etter und Bouvier[17] weisen darauf hin, dass dieser Präventionsansatz zudem mit einem ethischen Problem

verbunden sein könnte. Die rauchenden Jugendlichen sind demnach einem sozialen Druck durch die Gleichaltrigen (peers) ausgesetzt, da eine Klasse nur als Gruppe im Wettbewerb erfolgreich sein kann. Die negativen Effekte dieses schulischen Mobbing (Bullying) können nach Aussage von Etter und Bouvier[17] eine durchaus wichtige Rolle spielen.

Die Schule ist insgesamt ein sehr stark verbreitetes Setting für die Aktivitäten der Landeseinrichtungen und Krankenkassen. Die langfristige Wirksamkeit von reinen Schulinterventionen kann jedoch auf Basis der verfügbaren Literatur ebenfalls nicht sicher belegt werden. Dies wird im vorangegangenen HTA-Bericht bereits diskutiert. Eindeutigere Hinweise für die Wirksamkeit der Tabakprävention liegen für Maßnamen im Setting „Gemeinde“ und „Familie“ sowie für sektorübergreifende Interventionen vor. Diese Ergebnisse können jedoch nur eingeschränkt auf deutsche Verhältnisse übertragen werden. Die Wirksamkeit einzelner Elemente der Tabakprävention kann im HTA-Bericht ebenfalls nicht sicher bewertet werden. Insbesondere vor dem Hintergrund der offenbar starken Verbreitung von schulischen Interventionen in Deutschland sollten die Aktivitäten zur Primärprävention des Rauchens sich nicht auf einzelne Settings oder Interventionskomponenten beschränken. Eine sektorübergreifende Einbeziehung weiterer gesellschaftlicher Sektoren (z.B. Gemeinde, Familie) mit unterstützenden verhältnisbezogenen Elementen erscheint angesichts der verfügbaren Evidenz als sinnvoll.

Setting übergreifende Interventionen mit sowohl verhaltensbezogenen als auch verhältnisbezogenen Komponenten müssen dabei nicht von einer Einrichtung getragen und durchgeführt werden. Zum einen ist die Prävention nach verbreiteter Auffassung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe[2]. Zum anderen führt eine Zusammenarbeit auf unterschiedlichen Ebenen des föderalen Systems, sowie unter Einbeziehung der Krankenkassen, zu einer Bündelung des Fachwissens und der organisatorischen und finanziellen Möglichkeiten. Solche Kooperationen konnten im Rahmen der vorliegenden Untersuchung vielfach identifiziert werden. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen auch in der Zukunft fortgesetzt wird.

Insgesamt können zahlreiche Aktivitäten im Bereich der Prävention des Rauchens auf föderaler Ebene und bei gesetzlichen Krankenkassen identifiziert werden. Die Effektivität dieser Anstrengungen kann auf Basis der verfügbaren Evidenz allerdings nicht sicher bewertet werden. Die Ergebnisse der Untersuchung liefern ebenfalls keine zusätzlichen Informationen für die Bewertung der Effektivität und Kosteneffizienz von verhaltensbezogenen Maßnahmen der Tabakprävention. Der bereits im HTA-Bericht festgestellte Mangel an Studienergebnissen im deutschen Kontext kann sowohl durch die Handrecherche als auch durch die schriftliche Befragung bestätigt werden. Bei den meisten Interventionen der Landeseinrichtungen oder Krankenkassen fehlt eine systematische Ergebnisevaluation von durchgeführten Maßnahmen in Hinsicht auf langfristige Nichtraucheranteile. Auch die Wirtschaftlichkeit dieser Maßnahmen wird in der Regel nicht evaluiert. Insbesondere werden keine Hinweise auf Publikationen in einschlägigen Fachzeitschriften identifiziert, die den qualitativen Standards der evidenzbasierten Medizin genügen. Die fehlende Evaluation der Outcomes kann zum Teil dadurch erklärt werden, dass die Tabakprävention oft nur einen Teil von umfassenden Kampagnen darstellt und nicht gezielt auf die Senkung des Tabakkonsums oder Verhinderung des Raucheinstiegs abzielt. Ein weiteres organisatorisches und finanzielles Problem für die Ergebnisevaluation stellt die Notwendigkeit von langfristigen Nachbeobachtungen dar. Diese Umstände relativieren jedoch nicht den zwingend erforderlichen Forschungsbedarf bezüglich der langfristigen Wirksamkeit und Kosteneffektivität von durchgeführten Maßnahmen. Die alleinige Erkenntnis, dass die Maßnahmen der verhaltensbezogenen Primärprävention des Rauchens in Deutschland auf allen Ebenen verbreitet sind, reicht hier sicherlich nicht aus. Angesichts der großen Verbreitung von verhaltensbezogenen tabakpräventiven Maßnahmen und der grundsätzlich knappen finanziellen Mittel in allen Bereichen der Präventionstätigkeit, sind umfassende Evaluationsstudien sogar unumgänglich, um eine effiziente Mittelverwendung zu gewährleisten.

Die zukünftige Entwicklung der Primärprävention des Rauchens in Deutschland wird zum Teil auch davon abhängen, ob und in welcher Form ein bundesweites Präventionsgesetz verabschiedet wird. Ein solches Gesetz würde in vielerlei Hinsicht sowohl die Themenfestlegung als auch die Ausgestaltung und die Finanzierung von Präventionsmaßnahmen bestimmen. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung der vorliegenden Untersuchung (März 2008) ist allerdings nicht mit einem baldigen inhaltlichen Kompromiss sowie mit einer Gesetzesverabschiedung zu rechnen.

6 Schlussfolgerung

Die verhaltensbezogene Primärprävention des Rauchens bildet einen wichtigen Bestandteil einer umfassenden Tabakkontrollpolitik. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Aufgabe der Rauchprävention in Deutschland auf mehreren föderalen Ebenen und durch zahlreiche Akteure wahrgenommen wird. Es werden etliche Aktivitäten mit verschiedenen Settings, Zielgruppen und Interventionskomponenten umgesetzt. Neben länderübergreifenden Präventionskonzepten werden auch länder- oder kommunalspezifische Maßnahmen und Kampagnen entwickelt und durchgeführt. Der Schwerpunkt dieser Aktivitäten liegt eindeutig im schulischen Bereich.

Bei den meisten durchgeführten Maßnahmen fehlt eine systematische und langfristige Ergebnisevaluation in Hinsicht auf langfristige Nichtraucheranteile und Wirtschaftlichkeit. Es besteht somit ein großer Forschungsbedarf bezüglich der langfristigen Wirksamkeit und Kosteneffektivität von durchgeführten Maßnahmen. Diese Aspekte können nur durch gezielte Evaluationsstudien im nationalen Kontext entsprechend untersucht werden. Aufgrund der grundsätzlich knappen finanziellen Mittel in allen Bereichen der Präventionstätigkeit sind solche Studien unumgänglich, um eine effiziente Mittelverwendung zu gewährleisten.

Literaturverzeichnis

1. Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland. Krebs in Deutschland - Häufigkeiten und Trends. Saarbrücken, Robert Koch-Institut. 2004.
2. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen. Stärkung der Prävention in Deutschlan. Anstoß für einen neuen Dialog. Position der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen vom 13. Juni 2006. 2006.
3. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen. Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006. IKK-Bundesverband. 2006. Bergisch-Gladbach.
4. Becker, Epidemiologic aspects of cancer prevention in Germany. J Cancer Res Clin Oncol 2001; 127(1): 9-19.
5. Boffetta P, Agudo A, Ahrens W, Benhamou E, Benhamou S, Darby SC, Ferro G, Fortes C, Gonzalez CA, Jockel KH, Krauss M, Kreienbrock L, Kreuzer M, Mendes A, Merletti F, Nyberg F, Pershagen G, Pohlabeln H, Riboli E, Schmid G, Simonato L, Tredaniel J, Whitley E, Wichmann HE, Winck C, Zambon P, Saracci R: Multicenter case-control study of exposure to environmental tobacco smoke and lung cancer in Europe. J Natl Cancer Inst 1998; 90(19): 1440-1450.
6. Bonita R, Duncan J, Truelsen T, Jackson RT, Beaglehole R: Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. Tob Control 1999; 8(2): 156-160.
7. Bretschneider M, Rakete G. 2. Bundeswettbewerb "Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention". Tabakprävention vor Ort. Deutsches Institut für Urbanistik. 2004. Berlin.
8. Bundesministerium für Gesundheit. Tabak. (Stand: 2.4.2007).
   http://www.bmg.bund.de/nn_604822/DE/Themenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Tabak/tabak-node,param=Links.html__nnn=true#doc604942bodyText2
9. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). gesundheitsziele.de, Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung nationaler Gesundheitsziele. 2007.
10. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. Das Aktionsbündnis Nichtrauchen (ABNR).
    http://www.abnr.de/index.html
11. BZgA. Tabakkonsum reduzieren. Ein Einblick in die Verhaltensprävention in Deutschland. 2003.
12. BZgA. Themenschwerpunkte und Arbeitsbereiche.
    http://www.bzga.de/?uid=5d155c5d1bf6939080852a73c40a92da&id=suchtpraevention
13. BZgA. Alles über Prevnet.
    http://www.prevnet.de/portal/hilfe/2/artikel/1
14. Crone MR, Reijneveld SA, Willemsen MC, van Leerdam FJ, Spruijt RD, Sing RA: Prevention of smoking in adolescents with lower education: a school based intervention study. Journal of epidemiology and community health 2003; 57(9): 675-680.
15. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Aufgaben.
    http://www.dhs.de/web/dhs/aufgaben.php
16. Die Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für Gesundheit. Stellungnahme der Drogen- und Suchtkommission zur Verbesserung der Suchtprävention. 2002. Berlin.
17. Etter JF, Bouvier P: Some doubts about one of the largest smoking prevention programmes in Europe, the smokefree class competition. J Epidemiol Community Health 2006; 60(9): 757-759.

18. Gesundheitsziele.de. Bericht. Auszug der Ergebnisse von AG 6. Tabakkonsum reduzieren.
http://www.gesundheitsziele.de/xpage/objects/tabak/docs/1/files/030214_bericht_final1_ag6.pdf

19. Gesundheitsziele.de. AG 6 Tabakkonsum reduzieren. Basismaßnahmen zur Erreichung des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren".
http://www.gesundheitsziele.de/xpage/objects/tabak/docs/2/files/starter_ag_6.pdf

20. Hanewinkel R, Wiborg G: Primär- und Sekundärprävention des Rauchens im Jugendalter: Effekte der Kampagne "Be Smart - Don't Start". Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2002; 64(8-9): 492-498.

21. He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK: Passive smoking and the risk of coronary heart disease--a meta-analysis of epidemiologic studies. N Engl J Med 1999; 340(12): 920-926.

22. Hoeflmayr D, Hanewinkel R: Do school-based tobacco prevention programmes pay off? The cost-effectiveness of the 'Smoke-free Class Competition'. Public Health 2008; 122(1): 34-41.

23. Holterhoff-Schulte I. Dotsys - das Dokumentationssystem zur Suchtvorbeugung in Deutschland.
http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=1927&type=infotext

24. IFT-NORD.
http://www.ift-nord.de/ift/be/regionalefoerderer.htm

25. IFT-NORD.
http://www.ift-nord.de/

26. Maschewsky-Schneider U, Lampert T, Kröger C, Schulze A, Stander V, Töppich J: Evaluation des Gesundheitsziels "Tabakkonsum reduzieren". Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch -Gesundheitsschutz 2006; 49: 1155-1161.

27. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. Präventionsbericht 2007, Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2006. 2008.

28. Pott E. Der Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention" – Erwartungen und Ergebnisse. In: Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (Hrsg.). Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention., 2003.

29. Rasch A, Greiner W: Effekte einer Erstattung der Kosten für Raucherentwöhnungsmaßnahmen durch die Krankenversicherung. Präv Gesundheitsf 2006; 1(4): 269-277.

30. Schmidt B. Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland. Grundlagen und Konzeption. 2004. Köln. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 24. BZgA.

31. Schulze A, Lampert T. Bundesgesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland. 2006. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

32. Schulze A, Mons U, Edler L, Pötschke-Langer M: Lack of sustainable prevention effect of the "Smoke-Free Class Competition" on German pupils. Preventive medicine 2006; 42(1): 33-39.

33. Schunk S. "Rauchfrei 2006": Implementierung einer massenmedialen Kampagne zum Rauchstopp.
http://www.egms.de/en/meetings/gmds2007/07gmds375.shtml

34. Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern. Landesaktionsplan zur Suchtprävention in den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen in Mecklenburg-Vorpommern. 2006.

35. Statistische Bundesamt. Verteilung der Bevölkerung nach ihrem Rauchverhalten in %. (Stand: 20.11.2006).
www.gbe-bund.de

36. Statistische Bundesamt. Leben in Deutschland - Mikrozensus 2005. 2006. 20-11-2006.

37. U.S.Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: cardiovascular disease. Rockville, Maryland, US Department of Health and Human Services, Office of Smoking and Health. 1983.

38. U.S.Department of Health and Human Services. Summary of the health consequences of smoking. Chronic obstructive lung disease: report of the Surgeon General, Rockville, Maryland, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. 2004.

39. Verein Programm Klasse2000 e.V. Bericht über das Schuljahr 2006/07. http://www.klasse2000.de/download/Jahresbericht-06-07.pdf

40. WHO- 2000. Health and health behavior in young. Health behavior in school-aged children: a WHO cross-national study. International report. WHO regional office for europe. Currie C and Hurrelmann K, Serrerrobulte W Smith R Todd J. 2000.

41. WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle im Deutschen Krebsforschungszentrum. Über das WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle. http://www.tabakkontrolle.de/index.php?pageid=37151&cf_session=0970e787be4cc0829b91d4dc71c3b13d

42. Wiborg G, Hanewinkel R: Effectiveness of the "Smoke-Free Class Competition" in delaying the onset of smoking in adolescence. Preventive medicine 2002; 35(3): 241-249.

Anhang

Anhang 1: Fragebogen an PrevNet-Knotenpunkte und vergleichbare Einrichtungen

1) **Name der Einrichtung:** _____

2) **Wer ist/sind der/die Träger Ihrer Einrichtung?**

_____

3) **Welche Projekte bzw. Maßnahmen zur Primärprävention des Rauchens (Verhinderung des Raucheinstiegs) wurden im Zeitraum zwischen 2003 und 2007 final abgeschlossen oder werden aktuell durchgeführt?**
In der folgenden Tabelle können Sie zudem angeben, ob das jeweilige Projekt als Bestandteil einer übergreifenden Präventionsmaßnahme (z.B. neben Drogen- und Alkoholprävention) Ihrer Einrichtung durchgeführt wird/wurde.

Projekt- oder Maßnahmenbezeichnungen:	Laufzeit	Primärprävention des Rauchens ist/war Teil einer umfassenden Präventionsmaßnahme
1.		☐ ja ☐ nein
2.		☐ ja ☐ nein
3.		☐ ja ☐ nein
4.		☐ ja ☐ nein
5.		☐ ja ☐ nein
6.		☐ ja ☐ nein
7.		☐ ja ☐ nein
8.		☐ ja ☐ nein

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf die bei Frage 3 durchnummerierten Maßnahmen zur Primärprävention des Rauchens.

4) Welche Funktion hat/hatte Ihre Einrichtung bei den o.g. Präventionsmaßnahmen (z.B. Durchführung, Beratung, etc.)?

Projekt/ Maßnahme	Funktion der Einrichtung bei Präventionsmaßnahme
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

5) Auf welche regionalen Gebiete beziehen/bezogen sich die o. g. Präventionsmaßnahmen? Arbeit Ihre Einrichtung dabei mit einem Kooperationspartner zusammen?

Projekt/ Maßnahme	Region	Kooperation mit
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

6) In welchen Settings werden/wurden die o.g. Präventionsmaßnahmen durchgeführt? (Mehrfachnennung möglich)

Projekt/ Maßnahme	Setting				
	Schule	Familie	Gemeinde	Verein	Sonstiges
1.	☐	☐	☐	☐	
2.	☐	☐	☐	☐	
3.	☐	☐	☐	☐	
4.	☐	☐	☐	☐	
5.	☐	☐	☐	☐	
6.	☐	☐	☐	☐	
7.	☐	☐	☐	☐	
8.	☐	☐	☐	☐	

7) Welche Altersgruppen werden/wurden bei den o.g. Präventionsmaßnahmen angesprochen? (Mehrfachnennung möglich)

Projekt/ Maßnahme	Altersgruppe				
	Kinder bis 13	Jugendliche 14-17	Junge Erwachsene 18-27	Älter als 27	Sonstige
1.	☐	☐	☐	☐	
2.	☐	☐	☐	☐	
3.	☐	☐	☐	☐	
4.	☐	☐	☐	☐	
5.	☐	☐	☐	☐	
6.	☐	☐	☐	☐	
7.	☐	☐	☐	☐	
8.	☐	☐	☐	☐	

8) Welche verhaltensbezogenen Interventionskomponenten umfassen/umfassten die o.g. Präventionsmaßnahmen? (Mehrfachnennung möglich)

Projekt/ Maßnahme	Interventionskomponenten					
	Wettbewerb/ Gewinnspiel	Kompetenz-förderung	Alternative Erlebnisse	Informations-vermittlung	Bildung kritischer Einstellungen/ Normenbildung	Sonstige
1.	☐	☐	☐	☐	☐	
2.	☐	☐	☐	☐	☐	
3.	☐	☐	☐	☐	☐	
4.	☐	☐	☐	☐	☐	
5.	☐	☐	☐	☐	☐	
6.	☐	☐	☐	☐	☐	
7.	☐	☐	☐	☐	☐	
8.	☐	☐	☐	☐	☐	

Weitere Anmerkungen: _____

_____

_____

_____

9) Beinhalten/beinhalteten die o.g. Präventionsmaßnahmen auch verhältnisbezogene (z.B. Durchsetzung der Rauchverbote an Schulen) oder sekundärpräventive (Tabakentwöhnung) Interventionskomponenten?

☐ nein

☐ ja, und zwar bei folgenden Projekten/Maßnahmen:

Projekt/ Maßnahme	Verhältnisbezogene (strukturelle) Komponente	Sekundärpräventive Komponente (Tabakentwöhnung)
1.		
2.		

3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

10) Fand/findet eine Ergebnisevaluation der Präventionsmaßnahmen statt?

☐ nein

☐ ja, für folgende Maßnahmen in Form von:

_____

_____

_____

_____

11) Wurden Ergebnisse in einschlägigen Zeitschriften publiziert?

☐ nein, vorerst nicht geplant

☐ nein, aber geplant

☐ ja, siehe folgende Publikationen: _____

_____

_____

_____

12) Fand/findet eine Kostenerfassung (Ressourcenverbrauch) für die o.g. Präventionsmaßnahmen statt?

☐ nein

☐ ja, für alle Maßnahmen

☐ ja, für ausgewählte Maßnahmen: _____

_____

_____

_____

13) Aus welchen Mitteln werden die Präventionsmaßnahmen finanziert?

_____

_____

14) Welche Relevanz hat die Tabakprävention in der Tätigkeit Ihrer Einrichtung auf einer Skala von 1 (sehr hohe Relevanz) bis 6 (sehr niedrige Relevanz)?

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

15) Welchen geschätzten Anteil (in %) hat die Tabakprävention in der Tätigkeit oder im Budget Ihrer Einrichtung?

_____

_____

16) Sind weitere Projekte bzw. Maßnahmen zur Primärprävention des Rauchens geplant?

☐ nein

☐ ja, und zwar: _____

_____

_____

_____

_____

Anhang 2: Fragebogen an Krankenkassen

1) Art der Krankenkasse:

AOK	BKK	IKK	Ersatzkasse
☐	☐	☐	☐

2) Ist Ihre Krankenversicherung im Bereich der Primärprävention des Rauchens (Verhinderung des Raucheinstiegs) aktiv?

☐ nein

☐ ja, entsprechende Maßnahmen wurden durchgeführt und abgeschlossen

☐ ja, entsprechende Maßnahmen werden aktuell durchgeführt

beide Ja-Antworten möglich

Wenn „nein", weiter mit Frage 3

2.1 Beziehen/bezogen sich solche Maßnahmen ausschließlich auf Tabakprävention? (Mehrfachnennung möglich, wenn beides zutreffend)

☐ Die Maßnahmen behandeln/behandelten ausschließlich das Thema Rauchen

☐ Die Primärprävention des Rauchens ist/war Bestandteil von umfassenden Präventionsmaßnahmen (z.B. neben Drogen- und Alkoholprävention).

2.2 Besteht/bestand im Rahmen der Primärprävention des Rauchens eine Kooperation mit anderen Organisationen?

☐ nein

☐ ja und zwar: _____

_____

_____

_____

2.3 Welche Rolle spielt/spielte Ihre Krankenkasse bei den Präventionsmaßnahmen zur Verhinderung des Raucheinstiegs? (Mehrfachnennung möglich)

Finanzielle Unterstützung ☐

Personelle Unterstützung ☐

Werbung für Maßnahmen ☐

Sonstiges: _____

_____

_____

_____

2.4 In welchen Settings werden/wurden die Präventionsmaßnahmen zur Verhinderung des Raucheinstiegs durchgeführt? (Mehrfachnennung möglich)

Schule	☐
Familie	☐
Gemeinde	☐
Verein	☐
Übergreifend und zwar:	☐

Sonstige Settings: _____

2.5 Auf welche regionalen Gebiete beziehen/bezogen sich die Präventionsmaßnahmen zur Verhinderung des Raucheinstiegs?

_____

2.6 Welche Altersgruppen werden/wurden bei der Primärprävention des Rauchens angesprochen? (Mehrfachnennung möglich)

Kinder bis 13 Jahren	☐
Jugendliche 14-17	☐
Junge Erwachsene 18-27	☐
Älter als 27	☐

2.7 Welche Interventionskomponenten beinhalten/beinhalteten die Präventionsmaßnahmen zur Verhinderung des Raucheinstiegs? (Mehrfachnennung möglich)

Wettbewerb/Gewinnspiel	☐
Kompetenzförderung	☐
Alternative Erlebnisse	☐
Informationsvermittlung	☐
Bildung kritischer Einstellungen	☐
Normenbildung	☐
Durchsetzung der Rauchverbote	☐

Sonstiges: _____

3) Sind zukünftige Projekte bzw. Maßnahmen zur Primärprävention des Rauchens geplant?

☐ nein

☐ ja und zwar: _____

_____

Anhang 3: Anschreiben an Krankenkassen

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
School of Public Health - WHO Collaborating Center
AG 5 – Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement

Universität Bielefeld ■ Postfach 10 01 31 ■ 33501 Bielefeld

Krankenkasse XY

Bielefeld, den 24.01.2008

Fragebogen zur Untersuchung der Situation in der Primärprävention des Rauchens

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Universität Bielefeld und die Charité Universitätsmedizin Berlin analysieren im Auftrag des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die Effektivität und Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen zur Prävention des Rauchens. Nach einer umfassenden Literaturrecherche hat unsere Forschungsgruppe bereits zahlreiche internationale Publikationen ausgewertet. Die in gängigen Datenbanken verfügbaren Studien geben allerdings keinen Überblick über die Versorgungssituation bzw. Effektivität und Effizienz der Interventionen zur Primärprävention des Rauchens in Deutschland.
Aus diesem Grund möchten wir unser Forschungsvorgehen ausweiten und im Rahmen einer schriftlichen Befragung die Situation in der Primärprävention des Rauchens untersuchen. Die Befragung richtet sich unter anderem an ausgewählte gesetzliche Krankenkassen.
Der Schwerpunkt unserer Untersuchung liegt auf der Primärprävention des Rauchens im Sinne einer Verhinderung oder Verzögerung des Raucheinstiegs. Die auf die Förderung des Rauchausstiegs (Raucherentwöhnung) orientierten Maßnahmen, sind demnach ausdrücklich nicht im Fokus dieser Befragung.

Die Ergebnisse der Untersuchung erscheinen in Form eines HTA-Berichtes bei „GMS Health Technology Assessment" und stehen allen Interessenten frei zur Verfügung. Durch die Beantwortung des Fragebogens können Sie sowohl uns bei dieser wissenschaftlichen Untersuchung unterstützen, als auch an unseren Forschungsergebnissen partizipieren.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum 15.02.2008 im beiliegenden frankierten Umschlag an uns zurück.

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Hilfe und Kooperation!

(Prof. Dr. Wolfgang Greiner) (Dipl.-Ök. Andrej Rasch)

Mitgliedschaften: The International Society for Quality in Health Care (Australia); The European Foundation for Quality Management (Belgium); The European Healthcare Management Association (Ireland); Association of Schools of Public Health in Europe (France); Deutsches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V. (Deutschland)

Kooperierende Institutionen: von Bodelschwinghsche Anstalten Bethel; Evangelisches Johanneswerk, Bielefeld; Herz- und Diabeteszentrum, Bad Oeynhausen; Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD), Bielefeld; Städtische Kliniken, Bielefeld; Franziskus-Hospital, Bielefeld; Universität Witten/Herdecke; Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie Gütersloh; Landschaftsverband Westfalen-Lippe; Westfälisches Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie Paderborn; Kreis Minden/Lübbecke; Kreis Unna

Universitätskasse: Westdeutsche Landesbank AG Düsseldorf, BLZ: 300 500 00 Konto: 61036 **Umsatzsteuer-Nr.:** 305/5879/0433 – Finanzamt Bielefeld Innenstadt

Hausadresse: Universität Bielefeld, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld
Öffentliche Verkehrsmittel: Stadtbahnlinie 4 ab Hauptbahnhof und ab Jahnplatz – Richtung Lohmannshof

Die systematische Bewertung medizinischer Prozesse und Verfahren, *Health Technology Assessment* (HTA), ist mittlerweile integrierter Bestandteil der Gesundheitspolitik. HTA hat sich als wirksames Mittel zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen etabliert.

Seit Einrichtung der Deutschen Agentur für HTA des DIMDI (DAHTA@DIMDI) im Jahr 2000 gehören die Entwicklung und Bereitstellung von Informationssystemen, speziellen Datenbanken und HTA-Berichten zu den Aufgaben des DIMDI.

Im Rahmen der Forschungsförderung beauftragt das DIMDI qualifizierte Wissenschaftler mit der Erstellung von HTA-Berichten, die Aussagen machen zu Nutzen, Risiko, Kosten und Auswirkungen medizinischer Verfahren und Technologien mit Bezug zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Dabei fallen unter den Begriff Technologie sowohl Medikamente als auch Instrumente, Geräte, Prozeduren, Verfahren sowie Organisationsstrukturen. Vorrang haben dabei Themen, für die gesundheitspolitischer Entscheidungsbedarf besteht.

DIMDI
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information