

# Konzept für Tabakprävention, -entwöhnung und -behandlung in Südtirol

**Grundlagen, Ziele, Maßnahmen.**

# Impressum



© AUTONOME PROVINZ BOZEN 2005  
ABTEILUNG GESUNDHEITSWESEN  
AMT FÜR HYGIENE UND ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT



Redaktion:  
Peter Koler (FORUM PRÄVENTION)  
Hörtenbergstr. 1b, Bozen  
Tel.: 0471 32 48 01  
Fax: 0471 94 02 20  
info@forum-p.it  
www.forum-p.it

Antje Trenkwalder (AMT FÜR HYGIENE UND ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT)  
Giulia Morosetti (AMT FÜR HYGIENE UND ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT)

Bezugsquelle:  
AMT FÜR HYGIENE UND ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT  
Freiheitsstraße 23, Bozen  
Tel.: 0471 41 17 40  
Fax: 0471 41 17 59  
hygiene@provinz.bz.it

Grafik: GRUPPE GUT, Bozen  
Druck: TYPAK, St. Ulrich

Mitgearbeitet haben:

- Günther Andergassen (VSS - VERBAND DER SPORTVEREINE SÜDTIROLS)
- Piero Balestrini (JUGENDBERATUNGSSTELLE YOUNG & DIRECT)
- Edith Brugger Paggi (DIENSTSTELLE FÜR GESUNDHEITSERZIEHUNG, INTEGRATION UND SCHULBERATUNG - DEUTSCHES SCHULAMT)
- Filippo Cavalieri (ÜBERBETRIEBLICHER PNEUMOLOGISCHER DIENST)
- Elio Dellantonio (DIENST FÜR ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN - SB BOZEN)
- Christian Folie (PSYCHOSOZIALE BERATUNG SCHLANDERS, CARITAS DIÖZESE BOZEN-BRIXEN)
- Nadia Girelli (AMT FÜR GESUNDHEITSSPRENGEL)
- Gabriele Ghirardello (DIENST FÜR ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN - SB MERAN)
- Peter Höllrigl (DEUTSCHES SCHULAMT)
- Martin Holzner (DIENSTSTELLE FÜR GESUNDHEITSERZIEHUNG, INTEGRATION UND SCHULBERATUNG - DEUTSCHES SCHULAMT)
- Lois Kastlunger (DIENSTSTELLE FÜR GESUNDHEITSERZIEHUNG - LADINISCHES SCHULAMT)
- Peter Kreidl (ABTEILUNG GESUNDHEITSWESEN, EPITEAM)
- Anita Niederstätter (AMT FÜR HYGIENE UND ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT)
- Franz Plörer (RESSORT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN)
- Paolo Pretto (ÜBERBETRIEBLICHER PNEUMOLOGISCHER DIENST)
- Michel Schlim (DIENST FÜR ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN - SB BRIXEN)
- Marion Von Sölder (DIENST FÜR ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN - SB BRUNECK)
- Stefan Walder (ABTEILUNG FÜR LAND-, FORST- UND HAUSWIRTSCHAFTLICHE BERUFSBILDUNG)

## Vorwort

Weltweit gehören die Vorbeugung und Kontrolle des Tabakkonsums zu den wichtigsten Zielen der Gesundheitspolitik. Sowohl die EU als auch die WHO teilen mit uns den Wunsch, die Tabakproblematik in einem multi-sektoriellen Ansatz anzugehen und politische Entscheidungen voranzutreiben, die messbar zur Reduktion des Tabakkonsums beitragen.

Es freut mich, dass wir nun ein Konzept vorliegen haben, das zur Planung der Maßnahmen in unserem Lande dient und das eine Grundlage für die zukünftigen Tätigkeiten innerhalb der Tabakprävention, -entwöhnung und -behandlung bietet.

Das vorliegende Dokument führt die in den „Leitlinien der Suchtpolitik“ begonnene konzeptionelle Arbeit fort und baut auf drei wesentlichen Strategien auf:

- dem Einstieg der Jugendlichen in den Tabakkonsum vorzubeugen und ihn zu verzögern,
- den Rauchern und Raucherinnen Ausstiegshilfen anzubieten,
- die Nichtraucher/innen vor dem Passivrauch zu schützen.

Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheits- und Sozialwesen, in der Jugendarbeit, in der Schule, im Bildungsbereich, in den Vereinigungen und allen, die in der Tabakprävention, -entwöhnung und -behandlung aktiv sind, möchte ich meine Unterstützung im Erreichen der gemeinsamen Ziele zusagen und ihnen eine konstruktive und gewinnbringende Netzwerkarbeit wünschen.

Mein besonderer Dank gilt den Autoren sowie allen, die an der Konzepterstellung mitgearbeitet haben.

Der Landesrat für Gesundheits- und Sozialwesen



Dr. Richard Theiner

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b>	<b>7</b>
<b>Bestehende Konzepte</b>	<b>8</b>
PRÄVENTION IM NIKOTINBEREICH	8
DIE BEHANDLUNG DER NIKOTINABHÄNGIGKEIT	8
<b>Epidemiologische/statistische Daten</b>	<b>9</b>
HÄUFIGKEIT DES RAUCHENS	9
AUSWIRKUNGEN DES RAUCHENS	9
EINIGE DATEN ZU RAUCHERPRÄVALENZEN IN SÜDTIROL	9
PASSIVRAUCHEN	10
<b>Ziele der Tabakprävention, -entwöhnung und -behandlung</b>	<b>11</b>
UNIVERSALE PRÄVENTION	11
SELEKTIVE PRÄVENTION	11
BEHANDLUNG UND AUSSTIEGSHILFEN	12
GESETZLICHE MASSNAHMEN	12
EVALUATION	12
VERNETZUNG	12
<b>Maßnahmen in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen</b>	<b>13</b>
UNIVERSALE PRÄVENTION	14
Sensibilisierung und Information der Öffentlichkeit	14
Pädagogische Maßnahmen	15
SELEKTIVE PRÄVENTION	16
Ausstiegshilfen für jugendliche Raucher/innen	16
BEHANDLUNG UND AUSSTIEGSHILFEN	17
GESETZLICHE MASSNAHMEN	20
EVALUATION UND DOKUMENTATION DER MASSNAHMEN	21
VERNETZUNG	22
RESSOURCEN	22
<b>Anhang</b>	<b>23</b>
ALLGEMEINE GRUNDAUSRICHTUNGEN IN DER SUCHTPOLITIK	23
<b>Literatur</b>	<b>24</b>



## Einleitung

Die Nikotinabhängigkeit ist längst zu einem weltweiten Problem geworden. Unzählige Studien haben seit Mitte des letzten Jahrhunderts belegt, dass Rauchen in den westlichen Industriegesellschaften zu den häufigsten Ursachen für Krankheit, Invalidität und (frühzeitigen) Tod zählen.

Während die Tabakkonzerne nach neuen Absatzmärkten Ausschau halten und vorhandene ausbauen oder halten wollen, versuchen Regierungen und Gesundheitsorganisationen diesem Trend entgegenzuwirken und den Einstieg in den Tabakkonsum zu verhindern, aber auch den Ausstieg aus der Tabakabhängigkeit zu erleichtern.<sup>1</sup>

Eine umfassende Tabakprävention beinhaltet Maßnahmen unterschiedlicher Art, die einerseits auf das Individuum direkt abzielen, andererseits aber auch sein Umfeld mit einbeziehen, indem etwa die Lebensbedingungen am Arbeitsplatz oder in der Familie verbessert werden. Ein dritter Schwerpunkt betrifft die Umsetzung geeigneter gesetzlicher Rahmenbedingungen.

Im Hinblick auf eine systematische Reorganisation der Interventionen im Tabakbereich in Südtirol werden im vorliegenden Dokument auf der Grundlage des heutigen Wissensstandes bestehende Konzepte, aktuelle Daten sowie Ziele und Maßnahmen für folgende Bereiche vorgestellt:

- Bereich der Universalprävention<sup>2</sup>
- Bereich der selektiven Prävention
- Behandlung und Ausstiegshilfen
- Gesetzliche Maßnahmen
- Evaluation und Dokumentation
- Vernetzung

Die Interventionen im Tabakbereich werden zum jetzigen Zeitpunkt erstmals zu einer gesundheitsstrategischen Priorität erhoben. Ein System für Prävention und Behandlung auf operativer Ebene zu implementieren braucht aber Zeit. Südtirol steht trotz einiger Einzelerfahrungen in der Behandlung von Raucher/innen am Anfang. Derzeit fehlt der Zugang zu den Raucher/innen noch weitgehend. Information und Sensibilisierung sind in einem ersten Schritt sehr wichtig, um Raucher/innen überhaupt für eine Behandlung zu erreichen.

Der Einstieg in den Tabakkonsum und die Fortführung einer Raucherkarriere sind vielschichtige Phänomene. Deshalb muss aktive Präventionsarbeit in verschiedenen Bereichen geleistet werden. Die Umsetzung eines koordinierten Maßnahmenpakets ist von zentraler Bedeutung, verschiedene Akteure und Angebote bzw. Strategien sind notwendig, denn nur damit können Synergien entwickelt und genutzt werden.

Zukünftige tabakpräventive Strategien setzen sich aber nicht zum Ziel, gegen eine Gruppe von Personen – sprich Tabakkonsumenten bzw. Raucher/innen – vorzugehen, sondern einem die Gesundheit eines Großteiles der Bevölkerung schädigenden Verhalten entgegenzuwirken bzw. darauf zu reagieren.

Ebenso gilt es, die verschiedenen gesellschaftlichen Interessen „politisch“ aufeinander abzustimmen; die spezifischen gesundheitspolitischen Interessen müssen aber von den anderen, etwa den wirtschaftlichen, unmissverständlich differenziert sein. Im Sinne einer Gesundheitspolitik, die

- gesunde Lebensstile fördert
- individuelle Selbstbestimmung und selbstverantwortliche Lebensgestaltung anspricht
- Solidarität und soziale Verantwortung beachtet.

<sup>1</sup> Herr U.; Dauenhauer M. (2003)

<sup>2</sup> Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht hat mit dem Jahresbericht 2004 die Begriffe „universale und selektive Prävention“ eingeführt, welche die Begriffe „primäre und sekundäre Prävention“ ablösen. Die Maßnahmen der Suchtprävention richten sich an die allgemeine Bevölkerung (universale Prävention), an die am stärksten gefährdeten Gruppen (selektive Prävention) oder an Einzelpersonen (indizierte Prävention).

## Bestehende Konzepte

In den von der Landesregierung mit Beschluss Nr. 3043 vom 08.09.2003 genehmigten „Leitlinien der Suchtpolitik in Südtirol“ wird sowohl im Kapitel „Handlungsfeld Suchtprävention“ als auch im Kapitel „Handlungsfeld Therapie und Rehabilitation“ auf die Tabakproblematik eingegangen.

### Prävention im Nikotinbereich

In den letzten Jahren hat der Tabakkonsum insbesondere unter Jugendlichen zugenommen. Raucher/innen, die im Alter von über 20 Jahren mit dem Rauchen begonnen haben, stellen eine Minderheit dar. **Aus diesem Grund sind Präventionsmaßnahmen im Jugendalter von zentraler Bedeutung.** Zudem ist erkannt worden, dass die Rauchgewohnheiten der Eltern, der Lehrpersonen und von Identifikationsfiguren im Allgemeinen die Entscheidung stark mit beeinflussen, ob ein Jugendlicher mit dem Rauchen beginnt. **Die Schule spielt eine wesentliche Rolle** in den Rauchpräventionsprogrammen, die sich u.a. das Ziel setzen, eine „gesundheitsfördernde Schule“ gemäß den Richtlinien der WHO zu verwirklichen.

Ebenso gilt es aktuelle Regelungen, wie beispielsweise den Automatenverkauf von Tabakwaren, zu überprüfen und eventuell zu ändern. **Aufbauend auf wissenschaftlichen Untersuchungen zur Wirksamkeit der Maßnahmen müssen präventive Projekte sowie Sensibilisierungs- und Informationskampagnen vorangetrieben werden.**<sup>3</sup>

### Die Behandlung der Nikotinabhängigkeit

Zurzeit ist die Betreuung von Nikotinabhängigen in den einzelnen Sanitätsbetrieben unterschiedlich geregelt. Personen, die ihren Tabakkonsum beenden möchten, werden vom überbetrieblichen Pneumologischen Dienst des Sanitätsbetriebes Bozen in Kooperation mit den D.f.A. und den Psychologischen Diensten sowie von den Abteilungen für Pneumologie der Krankenhäuser betreut. **Für nikotinabhängige Personen gibt es bislang begrenzte Hilfsangebote,** bestehend aus Einzel- und Gruppentherapie, Einzel- und Kleingruppenhypnose und pharmakologischer Therapie.

In Zukunft muss der Behandlung der Nikotinabhängigkeit eine verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet werden. Notwendige Schritte dazu sind:

- Klärung der Kompetenzen in der Behandlung von Nikotinabhängigen
- Erarbeitung von Leitlinien zur Behandlung der Nikotinabhängigkeit
- Schaffung eines veränderten Bewusstseins in Bezug auf das Rauchen
- Förderung von Fort- und Ausbildung der Mitarbeiter mit dem Ziel der Behandlung von Nikotinabhängigkeit.

Ebenso wurden in den Leitlinien auch für den Tabakbereich bereits Handlungsschwerpunkte für die kommenden Jahre formuliert:

- Früherkennung und Frühintervention in den verschiedenen Bereichen und in den verschiedenen Altersgruppen sollen weiterentwickelt werden.
- Den Themen Alkohol- und Tabakkonsum ist verstärkte Aufmerksamkeit zu schenken.
- Innerhalb der einzelnen Sanitätsbetriebe müssen Vereinbarungen getroffen werden, wie die Behandlung von Nikotinabhängigen unter Einbeziehung aller vorhandenen Ressourcen aussehen soll.
- Die Suchtarbeit muss vermehrt Allgemeinärzte und Sprengel mit einbeziehen im Sinne der Förderung gesunder Lebensstile, der Früherkennung und der Frühbehandlung von Risikopersonen.<sup>4</sup>

Diese von einer breiten Basis bereits geteilten Grundlagen werden im Sinne der Nachhaltigkeit auch für die zukünftigen Maßnahmen bestimmend sein.

<sup>3</sup> Autonome Provinz Bozen Südtirol – Abteilung Gesundheitswesen (2003a)

<sup>4</sup> Diese stellen in Bezug auf Frühberatung und Sensibilisierung bzw. Rekrutierung eine unerlässliche Komponente der Raucherentwöhnungsprogramme dar.

## Epidemiologische/statistische Daten

### Häufigkeit des Rauchens

Aufgrund der Analyse der Ergebnisse verschiedener Studien (siehe unten) können folgende Kernaussagen gemacht werden:

- In Südtirol raucht zurzeit mindestens jede vierte Person über 25 Jahren.
- Heute gibt jeder dritte Schüler ab der Mittelschule an zu rauchen, wobei keine Geschlechtsunterschiede zu verzeichnen sind.
- Früher war der Tabakkonsum bei der männlichen Bevölkerung höher, heute ist dagegen die Anzahl der rauchenden Frauen im Ansteigen begriffen.

### Auswirkungen des Rauchens

- Unter der männlichen Bevölkerung Südtirols ist **Lungenkrebs** die häufigste Krebstodesursache (ca. 120 Tote pro Jahr), bei den Frauen bereits die zweithäufigste nach Brustkrebs. Dieser Trend wird langfristig wahrscheinlich durch das zunehmende Schwinden des geschlechtsspezifischen Unterschieds im Rauchverhalten zunehmen.
- Im Vergleich zu Nichtrauchern verkürzt sich bei Rauchern die **Lebenserwartung** bis zu 25 Jahre. Wer aufhört zu rauchen, kann diese Entwicklung zumindest teilweise rückgängig machen. Je früher dies geschieht, desto früher gleicht sich das Risiko nach mehreren Jahren oder Jahrzehnten wieder an das eines Nichtrauchers an.
- **Todesfälle in Südtirol:** Auf der Basis von internationalen Richtwerten und aufgrund der Sterblichkeitsdaten des Landesgesundheitsberichtes 2003 hat die Epidemiologische Beobachtungsstelle der Abteilung Gesundheitswesen berechnet, dass ca. 17% aller Todesfälle in Südtirol direkt mit dem Rauchen in Verbindung stehen; das sind ca. 610 Tote pro Jahr.

### Einige Daten zu Raucherprävalenzen in Südtirol

Auf die Frage „Rauchst du?“ antworteten bei der **aktuellsten Jugendstudie**<sup>5</sup> (989 Jugendliche zwischen 14 und 25 Jahren) **35,6% der befragten Südtiroler Jugendlichen** mit „Ja“, 13,3% mit „Früher schon, jetzt nicht mehr“ und 51,1% mit „Nein“. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind dabei relativ gering.

Die Altersgruppen von 17 bis 19 Jahren (40,3% Raucher/innen) und 20-22 Jahren (42,3% Raucher/innen) haben einen höheren Raucheranteil als die 14- bis 16-Jährigen (26,5% Raucher/innen) und 23- bis 25-Jährigen (33,2% Raucher/innen).

Allerdings finden wir unter den jugendlichen Raucher/innen auch eine **große Anzahl an „Wenigrauchern“**, die gelegentlich (10,4%) oder bis zu zehn Zigaretten pro Tag (49,1%) rauchen.

Aus einer Studie der Abteilung Gesundheitswesen aus dem Jahr 2001 ging hervor, dass 53% der jugendlichen Berufs- und Oberschüler rauchen, wobei nur sehr geringe geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen (55% Mädchen; 52% Buben).<sup>6</sup>

Auch eine Studie aus dem Brixner bzw. Brunecker Raum gibt Auskunft über das Rauchverhalten unter 11- bis 14-jährigen Mittelschülern.<sup>7</sup>

Im Jahr 2003 gaben 25,5% der Südtiroler Bevölkerung über 14 Jahren an zu rauchen.<sup>8</sup>

Bei einer im Jahr 2002 durchgeführten Studie an **über 64-Jährigen** gaben 9% der Befragten an, Raucher/innen zu sein, während 22% angaben, mit dem Rauchen aufgehört zu haben.

Tatsache ist, dass in Südtirol die Anzahl der Personen, die an Herzinfarkt sterben, annähernd der Anzahl der Lungenkrebstodesfälle entspricht und dass für beide Krankheiten das Rauchen einen sehr wichtigen Risikofaktor darstellt.<sup>9</sup>

5 Koler P. (2004)

6 Autonome Provinz Bozen Südtirol – Abteilung Gesundheitswesen (2001)

7 Bad Bachgart; DfA Brixen, DfA Bruneck (2004)

8 Autonome Provinz Bozen Südtirol – Landesinstitut für Statistik (2004)

9 Autonome Provinz Bozen Südtirol – Abteilung Gesundheitswesen (2003b)

### Passivrauchen

Passivrauchen ist ein **bedeutender Risikofaktor für eine Vielzahl** von Erkrankungen.

- In Südtirol ist **mehr als jedes dritte Kind** (38%) mit Personen in Kontakt, die rauchen, und daher passivem Rauchen ausgesetzt; der nationale Durchschnitt ist 52%, mit starken regionalen Schwankungen (36% in Trient, bis 76% in Neapel).

Zukünftige Präventionskampagnen müssen unter anderem Folgendes berücksichtigen:

- Bei Jugendlichen gilt es vor allem das Einstiegsalter so weit wie möglich zu verzögern bzw. die Gewohnheit gar nicht erst annehmen zu lassen.
- Für rauchende Eltern sollten Sensibilisierung und Motivierung, nicht zu rauchen, vom Sanitätspersonal anlässlich von Visiten (Schwangerschaftsvorbereitungskurse, Schwangerschaftsuntersuchung, Kinderstätte, Untersuchung beim Kinderarzt oder Hausarzt) angeboten werden.
- Falls geraucht wird, sollte auf keinen Fall im Haus und in Gegenwart der Kinder geraucht werden.<sup>10</sup>

Durch die Umsetzung des Gesetzes zum Schutz der Gesundheit der Nichtraucher/innen wird das Passivrauchen im öffentlichen Bereich stark eingeschränkt.

Viele Beschäftigte wissen immer noch nicht, dass sie ein Anrecht auf saubere Luft am Arbeitsplatz haben (DPR 303/1956) und dass der Arbeitgeber verpflichtet ist, seine Beschäftigten so wenig wie möglich krebserregenden Substanzen auszusetzen (Legislativdekret 626/1994).

<sup>10</sup> Autonome Provinz Bozen Südtirol – Abteilung Gesundheitswesen (2004)

## Ziele der Tabakprävention, -entwöhnung und -behandlung

### Eine umfassende Tabakpolitik muss Ziele in folgenden Handlungsfeldern anstreben:

- Verhinderung des Einstiegs und Förderung des Ausstiegs
- Schutz vor Passivrauchen
- Einschränkung der Verfügbarkeit von Tabakprodukten
- Sensibilisierung und Information der Öffentlichkeit
- Vernetzung der in der Tabakprävention tätigen Organisationen sowie Schaffung von präventionsunterstützenden Rahmenbedingungen

Ein landesweites Programm zur Tabakprävention, -entwöhnung und -behandlung sollte Ziele in den folgenden Bereichen umfassen<sup>11,12</sup>:

### Universale Prävention

Universale Prävention richtet sich mit Aktivitäten und Programmen (z.B. Medienkampagnen, Schulprogramme zur Förderung der Lebenskompetenz, Projekte in der Jugendarbeit, Prävention am Arbeitsplatz, flächendeckende Vorsorgeuntersuchungen ...) an die allgemeine Bevölkerung, ohne dass besondere Risikogruppen berücksichtigt werden. Im Bereich der Tabakprävention heißt das:

- Die Bevölkerung kennt die Tragweite des Tabakproblems für die öffentliche Gesundheit.
- Mittels pädagogischer Maßnahmen sollen Menschen in ihrem Selbstbewusstsein gestärkt werden und soziale Kompetenzen erwerben, die es ihnen gestatten, mit Stresssituationen, Frustrationen, Langeweile und negativen Gefühlen besser umgehen zu können und auf den Griff zur Zigarette zu verzichten.
- Das Umfeld, in dem Kinder und junge Menschen aufwachsen, motiviert sie zum Nichtrauchen.
- Nichtraucher haben jederzeit und überall die Möglichkeit, rauchfreie Luft zu atmen.

### Selektive Prävention

Selektive Prävention richtet sich an bestimmte Einzelpersonen oder Gruppen, die einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind und dadurch Gefahr laufen, problematische Verhaltensweisen zu entwickeln. Im Bereich der Tabakprävention heißt das:

- Raucher/innen sind motiviert, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Für junge Raucher/innen werden spezielle Ausstiegshilfen entwickelt.
- Für Raucher/innen gibt es ein Angebot zum selbständigen Aufhören.

<sup>11</sup> vgl. Bundesamt für Gesundheit (2003)

<sup>12</sup> vgl. Bundesamt für Gesundheit (2005)

### **Behandlung und Ausstiegshilfen**

- Das öffentliche Gesundheitssystem soll ein differenziertes, flächendeckendes und in das Gesundheitssystem integriertes Angebot an geeigneten Ausstiegshilfen für Raucher/innen anbieten.
- Die Programmierung und Umsetzung der Behandlungs- u. Betreuungsangebote muss landesweit geplant werden und den lokalen Gegebenheiten angepasst sein.
- Die Klienten sollen landesweit, sanitätsbetriebengebunden, freie Behandlungswahl haben.
- Den Klienten soll eine unbürokratische, Privacy und Anonymität sichernde, Inanspruchnahme der Beratung, Behandlung und Betreuung garantiert sein.

### **Gesetzliche Maßnahmen**

- Die vorgesehenen gesetzlichen Maßnahmen werden eingehalten und kontrolliert.

### **Evaluation**

- Die einzelnen Behandlungsangebote, mit nachgewiesener Wirksamkeit, müssen klar und verständlich in den Zielsetzungen und in der Methodologie definiert sein und evaluiert werden.
- Der Erwerb und die Weitergabe von Erkenntnissen und Erfahrungen sind gewährleistet.

### **Vernetzung**

- Präventions-, Beratungs- und Behandlungsziele sollten, aufeinander abgestimmt, in ein einheitliches Grundkonzept passen.
- Eine klare Schnittstellenregelung in den Kompetenzen der im Bereich der Tabakprävention, -entwöhnung und -behandlung tätigen öffentlichen und privaten Einrichtungen muss erstellt werden.

## Maßnahmen in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen

### Ein Menschenbild als Grundlage

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen...“ heißt es in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO von 1986.

In diesem Sinn sind folgende Maßnahmen innerhalb eines universalen Präventionsansatzes zu sehen, der eine Erziehung zum gesunden Lebensstil nicht nur in Bezug auf das Rauchverhalten zum Ziel hat.



ABB. 1:  
Individuelle Gesundheit und Rahmenbedingungen. Der Mensch kann maßgeblich selber für die Erhaltung seiner Gesundheit sorgen. Die Anstrengungen, die er dafür unternimmt, sind unterschiedlich groß (Health burden). Einflussfaktoren, die seine Last schwerer oder leichter machen, sind in Gesellschaft, Umwelt und Umfeld gegeben; je besser die Rahmenbedingungen sind, umso weniger „steil“ hat der Einzelne seine „Last“ zu schieben.

### Universale Prävention

#### Sensibilisierung und Information der Öffentlichkeit

Für die verschiedenen ausgewählten Zielgruppen (z.B. junge Menschen, Eltern, ausstiegswillige Raucher/innen) sollen sachlich fundierte und adäquate Informationen bereitstehen.

Bevor neue Informationsmaterialien geplant werden, soll der Ist-Zustand der bestehenden geprüft werden.

Ebenso muss vorher geklärt werden, welche Botschaft gesendet werden soll. Dabei müssen die Ergebnisse über die Effektivität der Kommunikationsstrategien, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in einem Forschungsband gesammelt wurden, als Grundlage dienen.<sup>13</sup>

Erst allmählich setzte sich in der **Kampagnenforschung** die Erkenntnis durch, dass der **Misserfolg von Kampagnen darin gründet, dass sie schlecht geplant und erst noch unzureichend realisiert werden**. Viele Kampagnen erreichen in einem ersten Schritt ihre Zielgruppen nur ungenügend oder überhaupt nicht, weil man sich über die **anzusprechenden Zielgruppen zu wenig Gedanken** gemacht hat, weil die Botschaften wegen ungenügender Finanzierung zu wenig häufig und zu wenig lange in der Öffentlichkeit präsent waren oder weil sie schlicht bei den falschen Werbeträgern platziert wurden.

Kampagnenbotschaften werden in einem zweiten Schritt nicht zur Kenntnis genommen oder erzeugen zu wenig Aufmerksamkeit, weil die Planer davon ausgegangen sind, dass die anvisierte Zielgruppe interessiert und motiviert ist, was leider oft nicht der Fall ist, oder weil die Gestaltung der Botschaft mangels Originalität zu wenig aus dem Umfeld der übrigen Werbebotschaften herauszustechen vermochte. Schließlich sind die Kampagnenbotschaften selbst oft zu wenig verständlich formuliert oder sie werden von der Zielgruppe nicht akzeptiert und zurückgewiesen, weil sie **zu stark mit dem „erhobenen Zeigefinger“** daherkommen, d.h. zu negativ formuliert sind und der Zielgruppe allein die Schuld zuschreiben.

Die moderne Kommunikationsforschung geht darum davon aus, dass **Kommunikations- und Präventionskampagnen durchaus Erfolg haben können**. Sie müssen allerdings **zielgerichtet geplant und sorgfältig umgesetzt werden und das vorhandene Wissen aus der Forschung in der Praxis auch anwenden**.

Was heißt das beispielsweise für die Tabakprävention? – Angesichts der nach wie vor stark präsenten Tabakwerbung, die ihrem Produkt ein positives Image zu verschaffen versucht und insbesondere auch junge Leute anspricht, müssen massenmedial vermittelte Kommunikationskampagnen, welche die Gesamtbevölkerung erreichen, ein Gegengewicht setzen. Allerdings sind isolierte Einzelmaßnahmen allein kaum wirksam, d.h. **Kommunikationskampagnen müssen immer als integraler Bestandteil eines Gesamtprogramms konzipiert werden**.

Weiter ist zu beachten, dass Kommunikationskampagnen genügend intensiv sein müssen und über einen längeren Zeitraum wirken sollten. Das setzt aber auch eine ausreichende Finanzierung voraus. **„Schnellschüsse“ bringen gar nichts!**

**Kommunikations- und Präventionskampagnen sollten sich zudem nicht nur unspezifisch an die gesamte Bevölkerung richten** – Ziel: Problembewusstsein für die Schäden schaffen, die Tabakkonsum verursacht –, **sondern auch gezielt mit jeweils spezifischen Botschaften unterschiedliche Zielgruppen ansprechen**, und zwar mit Zielsetzungen wie: nichtrauchende Kinder und Jugendliche von dem Einstieg in den Tabakkonsum abhalten, Rauchende beim Ausstieg unterstützen oder erwachsene Meinungsführer wie Eltern, Lehrpersonen, Lehrmeister usw. in ihrer Verantwortung jungen Leuten gegenüber ansprechen. Weiter zeigt die moderne Kampagnenforschung, dass die **Botschaften zwar verständlich und glaubwürdig sein sollten, aber emotionale Aspekte wie Überraschung, Originalität, Witz und Humor gerade bei der Zielgruppe der Jungen ausgesprochen wichtig sind**.

Insbesondere ist darauf zu achten, dass auch attraktive positive Botschaften konzipiert werden, die Gefühle evozieren und realistische sowie gangbare

<sup>13</sup> BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002)

Wege aufzeigen, um die Gefahr von Abwehrreaktionen zu mindern.

Schließlich müssen auch jene Medien als Kanäle von Kommunikationskampagnen gewählt werden, welche vor allem von jungen Leuten auch genutzt werden, also beispielsweise Kino und Radio oder Musiksender.

Fazit: Es braucht mehr originelle und professionell durchgeführte Kommunikations- und Präventionskampagnen! Sie sind und bleiben auch in Zukunft ein notwendiger und unverzichtbarer Bestandteil von Präventionsmaßnahmen. Und sie können durchaus wirksam sein, wenn sie sich auf die Erkenntnisse der Kommunikationsforschung stützen.

**Allein sind sie jedoch in den seltensten Fällen schon hinreichend für Meinungs- und Verhaltensänderungen, d.h. sie müssen immer ergänzt werden durch weitere Präventionsmaßnahmen wie Einschränkung der Tabakwerbung, Tabaksteuern usw. und verhaltenspräventive Maßnahmen über direkte Kommunikation in Schulen oder am Arbeitsplatz.<sup>14</sup>**

## Pädagogische Maßnahmen

Die Tabakprävention ist Teil der allgemeinen Suchtprävention, die wiederum Teil der Gesundheitserziehung und -förderung ist. In dieser Hinsicht gibt es bereits konkrete Erfahrungen mit Initiativen, die zum Beispiel ein „Lernen durch Verzicht“ zum Inhalt haben.

Pädagogisch gesehen braucht es vor allem Methoden, die junge Menschen befähigen, eigene Entscheidungen zu treffen, zu denen sie verantwortungsbewusst stehen können und die ihnen eine befriedigende Lebensgestaltung erlauben (nicht nur zum Thema Rauchen). Lehrer und Lehrerinnen brauchen gerade in dieser Thematik Unterrichtsvorlagen, auf deren positive Wirkung sie sich verlassen können. Denn allzu oft schrecken Lehrpersonen zurück, wenn nach einem speziellen Tabakprojekt mehrere Schüler/innen mit dem Rauchen anfangen.

Pädagogische Zielsetzungen zur Erhöhung des Selbstwertes und zum Aufbau von gesundheitsfördernden Ressourcen, wie sie in den Kindergärten, den Schulen und in der Jugendarbeit bereits angeboten werden, sollten noch ausgebaut werden. Dazu gehören:

- Ausbau des Angebotes an präventiven Programmen mit einer an die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen angepassten Entwicklungsperspektive in Kindergarten, Schule und Jugendarbeit.
- Weitere Implementierung von (Unterrichts-)Programmen zur Förderung von Lebenskompetenzen und Problemlösestrategien.
- Gezielte Fortbildung für interessierte Lehrpersonen, um bereits vorhandene oder auch neue Konzepte zu vermitteln.
- Erweiterung des Angebotes an sozialen Trainingsprogrammen zur Entwicklung von Schutzfaktoren.
- Förderung von Maßnahmen zum Aufbau von Verhaltensalternativen.
- Aufgreifen von Peer-education-Ansätzen in den Arbeitsfeldern der Schule und Jugendarbeit.
- Sensibilisierung und Unterstützung von Eltern durch schulische Elternarbeit.

<sup>14</sup> Bonfadelli H. (2004)

### Selektive Prävention

#### Ausstiegshilfen für jugendliche Raucher/innen

Obwohl in der internationalen Fachliteratur immer wieder angemerkt wird, wie wichtig das Angebot von Ausstiegsprogrammen gerade für jugendliche Zielgruppen sei, existieren de facto bis heute im gesamten deutsch- und italienischsprachigen Raum kaum wissenschaftlich begleitete und erprobte Angebote dieser Art. In Südtirol gibt es bis heute kein kontinuierliches und standardisiertes Angebot für jugendliche Raucher/innen.

Fast 40% der in der Jugendstudie 2004<sup>15</sup> befragten jugendlichen Raucher und Raucherinnen geben an, schon vergeblich versucht zu haben, mit dem Rauchen aufzuhören. Zusammen mit den 9,1%, die es gerade versuchen, wären fast die Hälfte aller jugendlichen Raucher und Raucherinnen bereit, Angebote zur Ausstiegshilfe anzunehmen. Bis heute wurde dieses Potential kaum beachtet.

Jugendgerechte Raucherausstiegshilfen müssen entwickelt und in Zukunft verstärkt angeboten werden. Ebenso stellt sich heraus, dass junge Menschen klassische Beratungssituationen und -orte eher meiden. Neue Angebote brauchen auch neue Orte, wobei die Schule und die Betriebe als geeignet erscheinen. Aber auch hier gilt es, eine wirksame Vernetzung aufzubauen und die Maßnahmen mit allen Beteiligten (Gesundheitsdienste, Schulämter, Schulen, Betriebe) vorher abzusprechen.

Weiters gilt es, das Internet für mögliche Angebote zu nutzen. Auch hier bestehen bereits einige validierte Programme ([www.feelok.ch](http://www.feelok.ch)). Eine Planung müsste die Zielgruppen vielmehr auf Bestehendes hinweisen, als Neues zu entwickeln.

---

15 Koler P. (2004)

## Behandlung und Ausstiegshilfen

Die Raucherbehandlung mit dem Einsatz aller zur Verfügung stehenden therapeutischen Mittel sollte bei Raucher/innen mit raucherbedingten Erkrankungen besonders forciert werden. Dazu ist die klinische Erfassung raucherbedingter Erkrankungen bei Risikoraucher/innen von großer Bedeutung.

Viele Raucher/innen sind motiviert, mit dem Rauchen aufzuhören, schaffen es jedoch nicht ohne begleitende Unterstützung. Laut internationalen Daten erwägen 60% der Raucher/innen, mit dem Rauchen aufzuhören.

In Südtirol fehlt es z.Z. noch an einem flächendeckenden Angebot zielgruppengerechter und qualifizierter Motivierung und Beratung für Raucher/innen. Darüber hinaus bedarf es einer breiten Streuung von Informationen über die Folgen des Tabakkonsums und über bestehende Beratungsangebote und einer diesbezüglichen relevanten Sensibilisierung der Südtiroler Bevölkerung, damit sich auch die Zahl aufhörwilliger Raucher/innen deutlich steigern lässt.

Vom italienischen Obersten Institut für Gesundheitswesen (ISS) wurden bereits literaturbezogene „Leitlinien zur Ausstiegshilfe für Raucher“ veröffentlicht, die als wichtige Richtlinien für dieses Dokument berücksichtigt werden.

Um die Bereitschaft zum Ausstieg aus der Tabakabhängigkeit in der rauchenden Bevölkerung zu erhöhen, müssen folgende Schritte zur Umsetzung angegangen werden:

- Die Öffentlichkeit muss gezielt über die Schädlichkeit des Rauchens und über bestehende Beratungsangebote informiert werden.
- Die Motivation zur Auseinandersetzung mit dem Thema ist zu verbessern. Folgende Strategien sind in diesem Rahmen zu empfehlen:
  - Informationen zum Nutzen eines Rauchstopps durch persönliche strukturierte Ansprache z.B. durch Ärzte und andere Gesundheitsberufe.
  - Die Verfügbarkeit eines leicht sichtbaren und zugänglichen Netzes qualifizierter Raucherentwöhnungsangebote.
- Flächendeckende Einrichtung und Nutzung bzw.

Ausbau bereits vorhandener qualitätsgesicherter und zielgruppengerechter Angebote der Raucherberatung und Tabakentwöhnung, auch unter Einbeziehung von nicht gewinnorientierten lokalen Vereinigungen als periphere Partner. Weiters sind Telefonberatungsdienste bzw. die Implementierung einer „Landesquitline“ innerhalb des Gesundheitstelefonats zu realisieren.

- Besonderes Augenmerk sollte beim Ausstieg der Selbsthilfe gewidmet werden.
- Ein differenziertes Ausstiegsangebot für Jugendliche soll entwickelt werden (siehe „Selektive Prävention“).
- Alle Möglichkeiten der Raucherbehandlung sind besonders bei Rauchern auszuschöpfen, welche
  - die Kriterien einer relevanten Tabakabhängigkeit erfüllen (Fagerströmtest)
  - tabakrauchbedingte Erkrankungen aufweisen
  - weitere Risikofaktoren für rauchbedingte Erkrankungen aufweisen
  - bislang erfolglos versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören
- Der bestmögliche Datenschutz sollte bei den behandelten Raucher/innen gewährleistet werden.

## Methodologie der Raucherbehandlung

Die Raucherbehandlungsstrategie ist eine aus verschiedenen Methoden bzw. Schritten integrierte Behandlung. Auch aufgrund der aktuellen verschiedenartigen Angebotslage in Südtirol sind diese Teilbereiche jedoch als voneinander unabhängig zu betrachten, um ein ausdifferenziertes Behandlungsangebot gewährleisten und somit lokale Behandlungsmethoden bzw. -möglichkeiten und individuelle Indikationen berücksichtigen zu können. Allerdings nimmt die Gruppentherapie aufgrund ihres günstigen Kosten/Wirksamkeits-Verhältnisses einen besonders hohen Stellenwert in folgender Angebotspalette ein. Entsprechende Nachweise der Wirksamkeit gibt es in der Fachliteratur für die individuellen ärztlichen und psychologischen Gespräche, die pharmakologische Behandlung, für das Gruppentraining und die strukturierte Kurzintervention nach dem Prinzip der 5 A.

Die Behandlung der Nikotinabhängigkeit muss, im Unterschied zu anderen Abhängigkeitspathologien, substanzfokussiert sein, kurzzeitig und intensiv erfolgen. Die Grundlage dafür ist die Förderung der Motivation der Klienten, die die Erfolgsrate der Ausstiegsangebote entscheidend steigert. Der Rückfallprävention muss große Aufmerksamkeit gewidmet werden und die motivierende Intervention und Haltung bei der Rückfallbehandlung gewährleistet sein.

Die Ausstiegsintervention besteht aus folgenden Teilbereichen:

- a. Gespräch mit Sanitätsassistent/in, Krankenpfleger/in, ausgebildeter Gesundheitsfigur:** motivierendes Gespräch mit dem Patienten, der sich an die Beratungsstellen wendet, Mitteilung von Informationen, eventuelle Durchführung einfacher Tests (Nikotinabhängigkeit, CO-Messung).
- b. Erstgespräch mit Ärzten und Psychologen:** Evaluierung des gesundheitlichen und psychologischen Zustandes des/der Rauchers/Raucherin und der angemessenen ärztlichen bzw. psychologischen Behandlungsmethode (Gruppen- oder Einzeltherapie).
- c. Raucherentwöhnung**
  - Verhaltenstherapie bzw. psychologische Behandlung
    - Gruppenentwöhnungsprogramm von qualifizierten Leitern geführt
    - Einzelentwöhnungsprogramm vom Psychologen/Therapeuten geführt
  - Pharmakologische Behandlung:
    - Nikotinsubstitutionstherapie bei Indikation
    - Bupropiontherapie bei Indikation
  - Komplementärbehandlungen:
    - Akupunktur von einer qualifizierten Gesundheitsfigur durchgeführt
    - Hypnose von einer qualifizierten Gesundheitsfigur durchgeführt
- d. Diätologische Betreuung der Diätistin** in ausgewählten Fällen
- e. Lungenfachärztliche Evaluierung:** bei ausgewählten Raucher/inne/n im Alter von > 35 Jahren oder/und mit Symptomen einer Lungenschädigung zur Evaluierung von rauchbedingten Schäden und Behandlungspriorität

### Organisatorische Schwerpunkte

Die Dienste, die aktuell in der Raucherbehandlung südtirolweit tätig sind, sind der Überbetriebliche Pneumologische Dienst, die Dienste für Abhängigkeitserkrankungen der vier Sanitätsbetriebe, der Psychologische Dienst und der Dienst für Diät und klinische Ernährung des SB Bozen. Bis dato ist deren Personal in dieser Tätigkeit nur teilzeitbeschäftigt und somit leidet die Organisation z.Z. unter dem Mangel an menschlichen Ressourcen.

Ein landesweit klientenzentriertes, einheitliches, qualifiziertes und vernetztes Beratungssystem muss organisiert werden. Das Gesundheitstelefon bietet Anfangsinformationen über die Möglichkeiten des Ausstiegs.

Ein einheitliches Info-Material für die Raucher/innen sollte in diesem Rahmen produziert und verwendet werden. In Bezug auf Selbstaussteiger sollte auch Material für die Steigerung der Anfangsmotivation zum Ausstieg ausgearbeitet werden.

Eine Arbeitsgruppe mit einem Verantwortlichen für die organisatorischen und methodologischen Aspekte und für die Koordinierung der landesweiten Tätigkeiten und Ziele soll ins Leben gerufen werden.

### Erfolgsindikatoren/Qualitätskontrolle

**Überprüfung der Abstinenzquote.** Um die Nachbetreuung bzw. das Follow-up der behandelten Raucher/innen und die Evaluierung der Wirksamkeit der verwendeten Methoden zu gewährleisten, muss bei Raucherbehandlungen am Ende der Behandlung die Abstinenz der behandelten Raucher/innen überprüft und eine Statistik der Ergebnisse geführt werden und zur Verfügung stehen.

**Überprüfung der wahrgenommenen Qualität der angebotenen Ausstiegshilfen.** Ein Fragebogen sollte von der Arbeitsgruppe ausgearbeitet werden, mit dem Ziel, die vom behandelten Patienten wahrgenommene Qualität der angebotenen Leistungen aus verschiedenen Perspektiven zu erfassen. Diese Fragebögen werden dem Patienten am Ende der Behandlung unterbreitet.

## Raucher-Ausstiegsangebote – Ticketregulierung

Mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1192 vom 11.04.2005 wurden die Leitlinien für die Rauchentwöhnungsbehandlungen und die Beteiligung der Bürger an der Ausgabe festgelegt. Darin werden die wichtigsten Leistungen angeführt, welche von den mit der Betreuung von Patienten mit Nikotinabhängigkeit betrauten Diensten, die sich auch privater Vereinigungen bedienen können, erbracht werden, mit diesbezüglichen Bezugskodes und Ticket-Beträgen.

In der Tabelle werden, in vereinfachter Form, die wichtigsten Leistungen angeführt, welche von den Diensten erbracht werden, mit diesbezüglichen Beträgen, welche mit Beschluss der Landesregierung Nr. 2568 vom 15.06.1998 (Landestarifverzeichnis für die gesundheitlichen Fachleistungen) und nachfolgenden Änderungen und Ergänzungen genehmigt wurden.

### Leistungsverschreiber

#### Bedienstete und vertragsgebundene Ärzte des Landesgesundheitsdienstes

Beschreibung der Leistung		Bezugscode zum Tarifverzeichnis der Ambulatoriumsfachleistungen	Ticket-Betrag in Euro
Counselling mit dem/der Sanitätsassistenten/-assistentin und/oder dem/der Krankenpfleger/in	motivierendes Gespräch und Mitteilung von Informationen	nicht vorgesehen	0,00
Psychologische Anamnese	klinisch-psychologische Beurteilung	94.09	19,40
Psychologische Behandlung (einzeln und/oder in Gruppen)	Einzelpsychotherapie	94.3	19,40
	Gruppenpsychotherapie (Tarif pro Sitzung und Teilnehmer)	94.44	9,70
Gesundheitliche Betreuung	fachärztliche Visite – erste Visite	89.7	18,10
	fachärztliche Visite – Folgevisite	89.01	11,90
	Diätberatung – Diättherapie	93.01.5	10,30
	Akupunktur	99.92	8,50
	einfache Spirometrie	89.37.1	23,20
	Röntgenaufnahme des Thorax	87.44.1	15,50

Aufgrund der geltenden Bestimmungen müssen Leistungen verschiedener Fachrichtungen auf getrennten Rezepten verschrieben werden.

Pro Rezept können maximal acht Leistungen derselben Fachrichtung verschrieben werden, auch gleiche (für therapeutische Zwecke, wie in diesem Falle). Der Höchstbetrag zu Lasten des Bürgers für jedes einzelne Rezept beträgt 36,15 Euro.

Jugendliche, die zu Beginn der Behandlung das Alter von 18 Jahren noch nicht erreicht haben, sind von der Bezahlung der vorgesehenen Beträge für die „Raucherentwöhnungseingriffe“ befreit.

Die meisten Dienste bieten Patienten neben der Beratung auch Informationsmaterial an. Dafür können sie einen zusätzlichen Beitrag von bis zu 20,00 Euro verlangen. Die Patienten sind aber nicht verpflichtet, dieses Material entgegenzunehmen.

### Gesetzliche Maßnahmen

Gesetzgeberische Maßnahmen, die den Handel und Verkauf des Tabaks schärfer und den Konsum in allen der Öffentlichkeit zugänglichen geschlossenen Lokalen im Sinne des Schutzes der Gesundheit der Nichtraucher regulieren, sind ein wichtiger Baustein einer umfassenden Tabakpräventionsstrategie.

**Die ältesten Bestimmungen** über das Rauchen gehen auf das Jahr 1934 zurück. Mit Königlichem Dekret vom 24. Dezember 1934, Nr. 2316 wurde der Verkauf und die Verabreichung von Tabak an Jugendliche unter 16 Jahren über das Verwaltungsrecht verboten. Art. 730, Absatz 2 des Strafgesetzbuches sieht zudem eine strafrechtliche Geldbuße vor.

Mit Gesetz vom 11. November 1975, Nr. 584 wurde das Rauchverbot erstmals auf alle Räumlichkeiten der öffentlichen Verwaltungen und Veranstaltungsorte (Kinos, Theater usw.) sowie auf die öffentlichen Transportmittel ausgedehnt, mit Ausnahme der für Raucher bestimmten und ausgestatteten Räumlichkeiten.

Zuletzt wurde das Rauchverbot mit Art. 51 des Gesetzes vom 16. Januar 2003, Nr. 3 auf alle geschlossenen Räume, mit den unten angeführten Ausnahmen, ausgedehnt:

- a) private, der Öffentlichkeit nicht zugängliche Lokale;
- b) für Raucher vorgesehene und als solche gekennzeichnete Lokale.

**Südtirol** hat einen eigenen gesetzgeberischen Weg zum Schutz der Gesundheit der Nichtraucher beschritten und das Landesgesetz vom 25. November 2004, Nr. 8 verabschiedet.

Die wesentlichen Aussagen des Gesetzes sind:

- In allen der Öffentlichkeit zugänglichen geschlossenen Lokalen sowie in allen offenen Bereichen der Kindergärten und Schulen und teilweise der Jugendeinrichtungen (z.B. Spielplätze) ist das Rauchen verboten.
- Die Öffnungszeiten der Zigarettenautomaten wurden eingegrenzt: Von 7 bis 22 Uhr müssen sie außer Betrieb sein.

- Der Verkauf von Tabakerzeugnissen an unter 16-Jährige ist verboten und wird bei Übertretung mit einer Verwaltungsstrafe geahndet.

Für eine umfassende Tabakprävention muss auch die Werbung für Tabakerzeugnisse eingeschränkt werden.

In **Italien** wurde die Werbung für Tabak und sonstige Tabakerzeugnisse bereits mit dem Gesetz vom 10. April 1962, Nr. 165 verboten.

Auf **EU-Ebene** wurde mit der Richtlinie 89/552/EWG vom 3. Oktober 1989 jegliche Form der Fernsehwerbung für Zigaretten und sonstige Tabakerzeugnisse verboten.

Mit der Richtlinie 2003/33/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Mai 2003 wurde Tabakwerbung in Printmedien, Rundfunksendungen und in den Diensten der Informationsgesellschaft (z.B. Internet) sowie Sponsoring von Veranstaltungen (z.B. Kultur- und Sportveranstaltungen) mit grenzübergreifender Wirkung zwecks Werbung für Tabakerzeugnisse verboten.

Die Richtlinie 2001/37/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Juni 2001 legt die Höchstgehalte von Teer-, Nikotin- und Kohlenmonoxidgehalt in Zigaretten fest und sieht zwei Arten von obligatorischen Warnhinweisen vor, die auf sämtlichen Tabakprodukten vorhanden sein müssen:

- ein allgemeiner Warnhinweis („Rauchen ist tödlich/kann tödlich sein“ oder „Rauchen fügt Ihnen und den Menschen in Ihrer Umgebung erheblichen Schaden zu“), der mindestens 30% der Außenfläche einer Seite einnehmen muss und
- ein zusätzlicher Warnhinweis. Dieser Hinweis muss mindestens 40% der Außenfläche einer bestimmten Seite einnehmen.

### Evaluation und Dokumentation der Maßnahmen

Die Maßnahmen im Bereich der Tabakprävention sollten in regelmäßigen Abständen dokumentiert und bewertet werden.

Zur Messung der Effektivität einer auf die verschiedenen Zielgruppen abgestimmten Kommunikation können Reaktionen auf das Material, Änderungen in der Einstellung oder Überzeugung, Änderungen von Verhaltensintentionen, Verhaltensänderungen, Veränderungen im Krankheitsprozess, Morbiditäts- oder Mortalitätsraten, Erkenntnis- und Wissenszunahme erfasst werden. Leitende Fragen für die Evaluation könnten folgende sein:

- Werden die im Landesgesetz zum Schutz der Gesundheit der Nichtraucher/innen fixierten Bestimmungen eingehalten?
- Werden die Tabakpräventionsprogramme zielgruppengerecht angeboten?
- Kann die Bekanntheit einer Maßnahme bei einem Großteil der Bevölkerung erreicht werden?
- Wurde ein Wissenszuwachs erreicht?
- Wurden alle in Frage kommenden Kommunikationskanäle eingesetzt und von der Zielgruppe genutzt?
- Hat sich die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten zur Raucherentwöhnung erhöht?
- Konnten Nichtraucher/innen in ihren Einstellungen (Abstinenzzuversicht) und in ihrem Verhalten stabilisiert werden?
- Konnte die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, erhöht werden?
- Konnte die Anzahl der Aufhörversuche erhöht werden?
- Konnte eine Reduktion der verkauften/gerauchten Tabakprodukte erreicht werden?

Ein Kriterium für den Erfolg einer massenmedialen Kampagne ist die Verringerung der Prävalenz des Rauchens in der Bevölkerung. Dieser Nachweis ist schwer zu führen, da es immer schwierig sein dürfte, selbst deutliche Veränderungen der Prävalenzrate auf eine bestimmte Ursache/Maßnahme zurückzuführen. Auf Grundlage der Erfahrungen aus Australien und Großbritannien kann man davon ausgehen, dass durch massenmediale Kampagnen eine Reduktion der Prävalenz von 1-2% erreicht werden kann. Der Umfang einer möglichen Reduktion ist außerdem abhängig von dem jeweiligen Ausgangsniveau.

Eine Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigt, dass vom ersten Gedanken, mit dem Rauchen aufzuhören, bis zum erfolgreichen Aufhören meist Jahre vergehen. Die meisten Raucher benötigen zwei bis vier Aufhör-Versuche. Begründet wird dies damit, dass sich Menschen auf verschiedenen Stufen innerhalb eines „Modells der Verhaltensänderung“ befinden und diese nach und nach durchgehen. Das Stufenmodell der Veränderung beinhaltet fünf Bewusstseins- und Motivations-Phasen (Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung), die nach und nach absolviert werden, um das Ziel einer dauerhaften Verhaltensänderung oder die langfristige Implementierung eines Gesundheitsprojektes zu sichern.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Krause R. (1995)

### Vernetzung

Bereits in den „Leitlinien zur Suchtpolitik in Südtirol“ wurde „Vernetztes Arbeiten“ als eine der wichtigen Qualitätsstrategien definiert.<sup>17</sup>

Aktive Zusammenarbeit und Vernetzung, in enger Abstimmung und mit ausdrücklicher Beteiligung aller Involvierten, verbessern die Qualität der Maßnahmen. Grundlegend ist die konstruktive Zusammenarbeit der Fachleute innerhalb der einzelnen – sozialen, sanitären, öffentlichen sowie ehrenamtlichen – Einrichtungen und Dienste sowie vernetztes und integriertes Arbeiten zwischen den Institutionen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit kann nur dann erfolgreich sein, wenn Zuständigkeiten und Aufgabengebiete geklärt sind und auch klar wahrgenommen werden.

Diese Maxime sollte auch bei einer spezifischen Tabakpräventionskampagne verbindlich berücksichtigt werden.

Ohne die Beteiligung und die Unterstützung der auf dem Territorium wirkenden operativen Kräfte in den Bereichen Gesundheit, Soziales, Schule, Jugendarbeit, Familie, Arbeit und Wirtschaft können die definierten Ziele nicht erreicht werden.

### Ressourcen

Um die Maßnahmen im Bereich der Tabakprävention, -entwöhnung und -behandlung erfolgreich umsetzen zu können, müssen innerhalb der Dienste und Einrichtungen, die in den einzelnen Arbeitsbereichen zur Umsetzung und Realisierung der vorgesehenen Maßnahmen beitragen, entsprechende finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung stehen.

<sup>17</sup> Autonome Provinz Bozen – Abteilung Gesundheitswesen (2003a)

## Anhang

### Allgemeine Grundausrichtungen in der Suchtpolitik

- Der Gebrauch von psychotropen Substanzen gehört seit jeher zur Geschichte der Menschheit
- Die psychischen Wirkungen, angefangen bei der Genussempfindung, sind der auslösende Grund für den Konsum
- Der Umgang mit den Substanzen ist individuell unterschiedlich
- Der individuelle Kontrollverlust über die Substanz bedingt die Abhängigkeitspathologie
- Abhängigkeitserkrankungen sind chronische Pathologien mit hohem Rückfallrisiko
- Das soziale Umfeld spielt eine entscheidende Rolle (siehe Unterscheidung legale und illegale Substanzen)
- In der Behandlung ist ein motivierender, gesundheitserzieherischer und -fördernder Ansatz anzustreben, repressive und moralisierende Interventionen sind kontraproduktiv
- Behandlungsangebote müssen auch individuell gestaltet sein
- Die hohe Rückfalltendenz muss auch bei der Nikotinsucht beachtet werden
- Bei der Nikotinabhängigkeit fehlen schwere psychopathologische und -soziale Konsequenzen
- Im Zentrum steht die Person, nicht die Substanz

## Literatur

- Autonome Provinz Bozen Südtirol – Abteilung Gesundheitswesen (2001): Neue Abhängigkeiten in der Autonomen Provinz Bozen: Studie über die synthetischen Drogen
- Autonome Provinz Bozen Südtirol – Abteilung Gesundheitswesen (2003a): Leitlinien der Suchtpolitik in Südtirol
- Autonome Provinz Bozen Südtirol – Abteilung Gesundheitswesen (2003b): Studie Argento. Bericht über den Gesundheitszustand im dritten Lebensalter
- Autonome Provinz Bozen Südtirol – Abteilung Gesundheitswesen (2004): Studie ICONA 2003. Impfung – Geburt und Ernährung – Risikofaktoren
- Autonome Provinz Bozen Südtirol – Landesinstitut für Statistik (2004): Pressemitteilung zum Weltnichtrauchertag 31.05.04. Bozen
- Bad Bachgart; DfA Brixen, DfA Bruneck (2004): Fragebogenuntersuchung zum Zusammenhang zwischen Suchtmittelkonsum, Lebenszufriedenheit und diversen Einstellungen bei 11- bis 14-Jährigen und deren Eltern
- Bonfadelli H. (2004): Leisten Kommunikationskampagnen einen Beitrag zur Gesundheitsprävention? In: Bundesamt für Gesundheit: spectra – Gesundheitsförderung und Prävention, Juni 2004/ Nr. 45; Bern
- Bundesamt für Gesundheit (2003): spectra – Gesundheitsförderung und Prävention, Juni 2003/ Nr. 38; Bern
- Bundesamt für Gesundheit (2005): spectra – Gesundheitsförderung und Prävention, Januar 2005/ Nr. 48; Bern
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002): Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung. Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 18; Köln
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2004): Jahresbericht 2004. Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen; Lissabon
- Herr U.; Dauenhauer M. (2003): Nikotinabhängigkeit – ein globales Problem. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. Jg. 26. Nr.2/2003; Wien
- Koler P. (2004): Risikofaktoren und Drogenkonsum. In: Autonome Provinz Bozen Südtirol – Landesinstitut für Statistik: Jugendstudie – Werthaltungen, Lebensformen und Lebensentwürfe der Südtiroler Jugend
- Krause R. (1995): Gesundheitsförderung: Von der Projektplanung bis zur Evaluation. Handbuch zum Management in der Gesundheitsförderung; Oberhaching