



Epidemiologisches Bulletin

30. Mai 2016 / Nr. 21

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Weltnichtrauchertag 2016: Tabakkonsum und Tabakkontrollpolitik in Deutschland

DOI 10.17886/EPIBULL-2016-035

Am 31. Mai ist Weltnichtrauchertag (*World No Tobacco Day*). Mit dem 1987 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ins Leben gerufenen Aktionstag soll eine größere Aufmerksamkeit für die Gesundheitsgefahren des Tabakkonsums erzeugt werden. Aktuelle Studien zu den Folgen des Tabakkonsums verdeutlichen, wie groß die Herausforderungen für die Akteure der Tabakprävention und Tabakkontrollpolitik nach wie vor sind: In den Industrienationen und auch in immer mehr Schwellenländern ist Rauchen das bedeutendste einzelne vermeidbare Gesundheitsrisiko und die führende Ursache für einen vorzeitigen Tod. Weltweit sind pro Jahr rund fünf Millionen Todesfälle auf den Tabakkonsum zurückzuführen, knapp sechs Millionen sind es, wenn die durch Passivrauchbelastungen verursachten Sterbefälle hinzugezählt werden.^{1,2} Berechnungen für Deutschland ergeben für das Jahr 2013 rund 121.000 auf das Rauchen zurückzuführende Todesfälle, was einem Anteil von 13,5% an allen Todesfällen entspricht.³ Das Rauchen ist maßgeblich verantwortlich für viele Krebs-, Atemwegs- und Kreislauferkrankungen, es schädigt den Zahnhalteapparat und wirkt sich negativ auf den Stoffwechsel, die Augen, das Skelett und die Fruchtbarkeit aus.⁴ Die Kosten, die allein durch die Versorgung tabakassoziierter Erkrankungen im deutschen Gesundheitssystem entstehen, belaufen sich auf aktuellen Schätzungen zufolge auf 25,4 Mrd. Euro jährlich.⁵

Bundesweit stehen gleich mehrere Studien zur aktuellen Verbreitung und zu Trends des Tabakkonsums in der Bevölkerung zur Verfügung.⁶ Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ermittelt seit den 1970er Jahren regelmäßig die Kennzahlen zum Tabakkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 bis 25 Jahren. Der Drogenaffinitätsstudie 2015 zufolge rauchen aktuell jeweils rund 8% der 12- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen, bei den 18- bis 25-Jährigen trifft dies auf 24,2% der Frauen und 28,1% der Männer zu.⁷ Seit Beginn der Durchführung bevölkerungsweiter Studien zum Substanzkonsum im Jugend- und jungen Erwachsenenalter lagen die Rauchquoten noch nie auf einem derart niedrigen Niveau (s. Abb. 1).

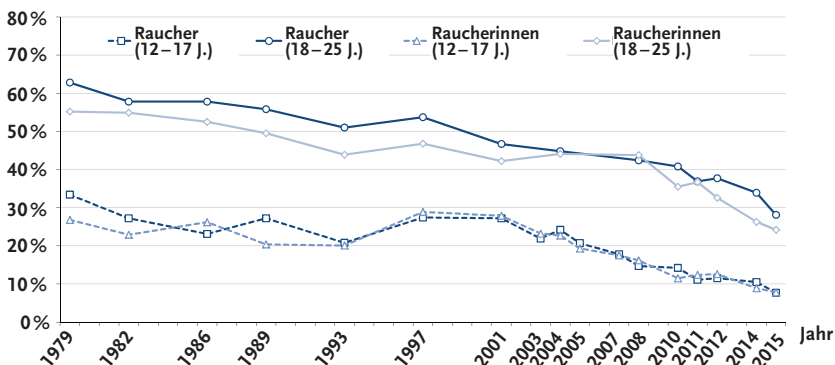


Abb. 1: Anteil der jugendlichen Raucherinnen und Raucher im zeitlichen Verlauf
Quelle: Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Diese Woche 21/2016

Weltnichtrauchertag 2016:
Tabakkonsum und Tabakkontrollpolitik in Deutschland

Erster Nachweis einer Gonorrhö mit einem *high-level* Azithromycin-resistenten Erreger in Deutschland

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
18. Woche 2016

Zur Situation von Influenza-Erkrankungen für die
17.–20. Kalenderwoche 2016



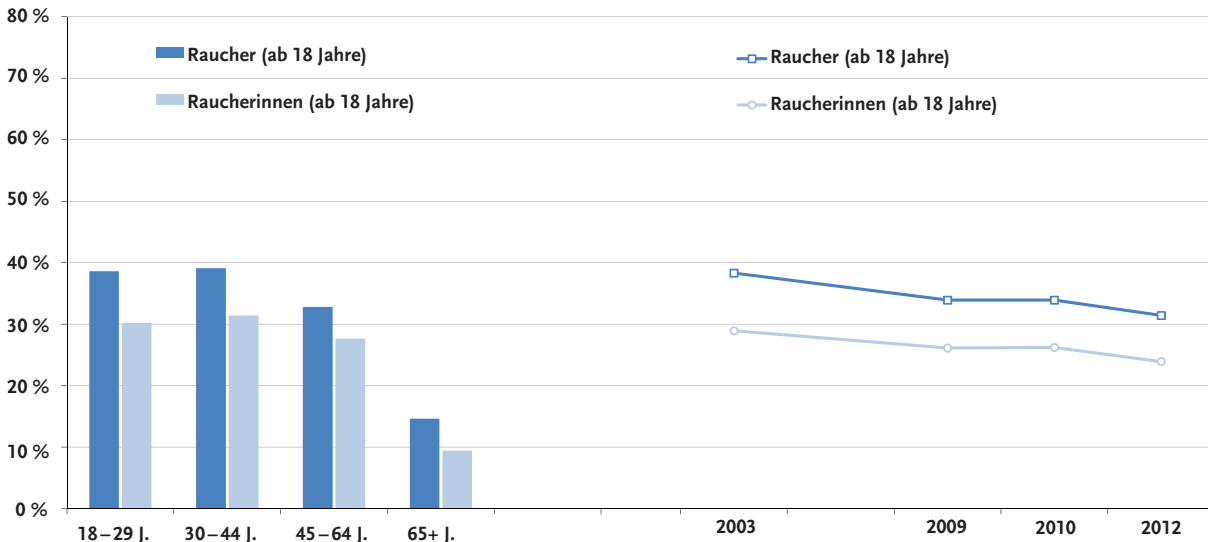


Abb. 2a: Verbreitung des Rauchens bei Erwachsenen nach Altersgruppen und Geschlecht 2012

Abb. 2b: Zeitliche Entwicklung der Rauchquote bei Männern und Frauen (18+ Jahre) von 2003 bis 2012

Quelle: GEDA 2012 und weitere Gesundheitssurveys des RKI

Allein in den letzten 20 Jahren hat der Anteil der Raucherinnen und Raucher im jungen Erwachsenenalter um rund die Hälfte abgenommen, im Jugendalter ist der Rückgang sogar noch stärker ausgeprägt. Die Ergebnisse der am Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführten Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) belegen ebenfalls, dass der Anteil der 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen im Zeitraum von 2003–2006 (KiGGS-Basis) bis 2009–2012 (KiGGS Welle 1) deutlich zurückgegangen und das Einstiegsalter in den Tabakkonsum um durchschnittlich rund ein Jahr angestiegen ist.^{8,9}

hörversuchen, sondern auch mit der höheren vorzeitigen Sterblichkeit von Raucherinnen und Rauchern zusammenhängen dürfte. Erfreulicherweise kann auch in der erwachsenen Gesamtbevölkerung innerhalb der letzten zehn Jahre ein moderater Rückgang der Rauchprävalenz festgestellt werden. Anhand der Gesundheitssurveys des RKI zeigt sich, dass die Rauchquote im Zeitraum von 2003 bis 2012 in der Altersgruppe ab 18 Jahren bei Frauen und Männern um fünf bis sieben Prozentpunkte zurückgegangen ist (s. Abb. 2b).¹⁰ Auch die Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys¹¹ und des Mikrozensus¹² deuten auf eine rückläufige Entwicklung des Tabakkonsums in der Erwachsenenbevölkerung Deutschlands hin.

Daten zur Verbreitung des Tabakkonsums im Erwachsenenalter insgesamt liefert die am RKI durchgeführte Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2012). Demnach rauchen 23,9 % der 18-jährigen und älteren Frauen und 31,4 % der gleichaltrigen Männer – ein Großteil von ihnen täglich.¹⁰ Am stärksten ist das Rauchen bei beiden Geschlechtern im jungen und mittleren Erwachsenenalter verbreitet (s. Abb. 2a). Erst in der Altersgruppe ab 65 Jahren lässt sich ein starker Rückgang der Rauchquoten beobachten, der jedoch nicht nur mit erfolgreichen Auf-

Vieles spricht dafür, dass das Zusammenspiel verschiedener Maßnahmen, die seit dem Jahrtausendwechsel auf den Weg gebracht wurden, zu dieser positiven Entwicklung beigetragen hat. An erster Stelle zu nennen sind hierbei die deutlichen Tabaksteuererhöhungen in den Jahren 2002 bis 2005 (s. Abb. 3).¹³

Weitere wichtige Schritte waren der gesetzliche Schutz vor den gesundheitlichen Gefahren des Passivrauchs am

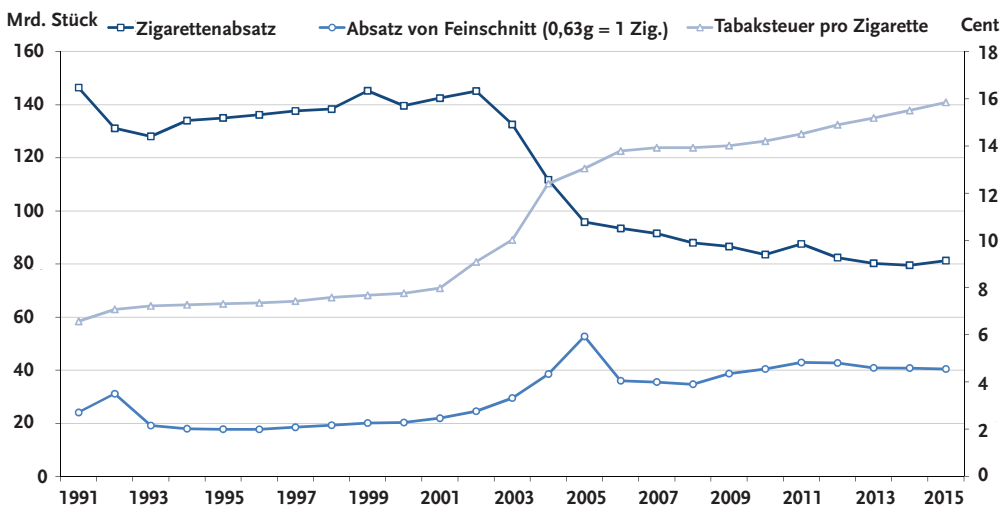


Abb. 3: Entwicklung des Absatzes von Zigaretten und Feinschnitt sowie der Tabaksteuer pro Zigarette
Quelle: Statistisches Bundesamt 2016, Abbildung nach Mons et al. 2010

Arbeitsplatz, das Abgabeverbot von Tabakprodukten an Personen unter 18 Jahren, die Einschränkung von Tabakwerbung und die Gesetzgebung des Bundes und der Länder zum Nichtrauchererschutz, obgleich in den meisten Bundesländern noch immer Ausnahmeregelungen bezüglich der Rauchverbote, z. B. in der Gastronomie, bestehen.⁶ Zudem ist aktuell die Neufassung der europäischen Tabakprodukttrichtlinie 2014/40/EU von Deutschland in nationales Recht umgewandelt worden. Das Gesetz sieht unter anderem kombinierte Warnhinweise vor, die seit dem 20. Mai dieses Jahres neben einem Schriftzug auch sogenannte „Schockbilder“ enthalten müssen und 65% der Packungsvorder- und Rückseite einnehmen. Bereits produzierte oder in den Verkehr gebrachte Schachteln ohne bildliche Warnhinweise dürfen jedoch noch bis Mai 2017 verkauft werden. Des Weiteren wird seit Kurzem auch der Verkauf und Konsum von elektronischen Inhalationsprodukten in Deutschland gesetzlich reglementiert. E-Zigaretten, E-Shishas und Nachfüllbehälter dürfen seit April 2016 nicht mehr an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren verkauft werden und unterliegen künftig ebenfalls einem (eingeschränkten) Werbeverbot. Darüber hinaus werden an die Hersteller elektronischer Inhalationsprodukte verschärfte Qualitätsanforderungen gestellt.

Begleitet wurden diese Maßnahmen im Rahmen des nationalen Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ das 2003 initiiert, 2009 evaluiert und schließlich 2015 aktualisiert wurde.^{14,15} Auf internationaler Ebene ist mit dem „Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs“ (FCTC) der WHO erstmalig ein globales Gesundheitsabkommen 2005 in Kraft getreten, das mittlerweile von 180 Staaten – darunter Deutschland – angenommen wurde.¹⁶ Trotz der Fortschritte, die mit Blick auf die Tabakkontrollpolitik erzielt wurden, können sowohl durch FCTC als auch durch die Evaluation des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ zahlreiche Handlungsbedarfe für Deutschland identifiziert werden. So liegt Deutschland in der aktuellen Bewertungsrunde der Tabakkontrollskala, die 34 Länder hinsichtlich ihrer Tabakkontrollpolitik miteinander vergleicht, auf dem vorletzten Platz.¹⁷ Demnach besteht in den Bereichen der Besteuerung, der rauchfreien Umgebung, bei Werbeverboten, Präventionskampagnen und der Tabakentwöhnung für Deutschland noch großes Potenzial zur Verbesserung.

Hier setzt auch das Motto des diesjährigen Weltnichtrauchertags an: International steht der Weltnichtrauchertag unter dem von der WHO ausgerufenen Motto *Get ready for plain packaging*. *Plain Packaging* meint die Einführung einer gesetzlich festgeschriebenen Einheitsverpackung ohne Markenlogo oder Schriftzug, die stattdessen mit umfangreichen Warnhinweisen und „Schockfotos“ versehen sind. Australien hat bislang als einziges Land eine solche Einheitsverpackung umgesetzt, weitere Länder – unter anderem England, Irland und Frankreich – führen diese derzeit ein. In Deutschland wird der Weltnichtrauchertag durch die Deutsche Krebshilfe und das Aktionsbündnis

Nichtrauchen e.V. organisiert. Für 2016 wurde das Motto gewählt: „Kein Platz für giftige Botschaften. Stoppt Tabakwerbung jetzt“.¹⁸ Der Hintergrund der Forderung ist das in Deutschland nur partiell bestehende Werbeverbot für Tabakprodukte. So ist Fernseh-, Radio- und Internetwerbung zwar verboten, immer noch gestattet ist Tabakwerbung allerdings auf Außenflächen (z. B. auf Plakatwänden und an Litfaßsäulen), im Kino und in Form des Sponsorings verschiedener Veranstaltungen. Einem unlängst auf den Weg gebrachten Gesetzesentwurf der Bundesregierung zufolge ist eine Ausweitung des Werbeverbots auf Außenflächen (Ausnahme Fachgeschäfte und Verkaufsstellen) und auf Kinofilme mit Altersfreigabe unter 18 Jahren zwar geplant, eine Umsetzung allerdings erst ab 2020 vorgesehen.¹⁹

Die bereits durchgeführten und geplanten Maßnahmen der Tabakkontrollpolitik lassen auf einen weiteren Rückgang der Rauchquoten auch in Deutschland hoffen, insbesondere vor dem Hintergrund stark sinkender Prävalenzen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Eine Mischung aus verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen, die möglichst zielgruppenspezifisch konzipiert und umgesetzt werden sollten, gilt dabei als besonders erfolgversprechend.^{20,21,22} Die WHO hat kürzlich noch einmal auf die besondere Bedeutung von spürbaren Tabaksteuererhöhungen hingewiesen,²³ von denen man auch in Deutschland einen signifikanten Rückgang der Rauchquoten erwarten könnte.²⁰ Dass eine solche Steuererhöhung in Deutschland in den nächsten Jahren umgesetzt wird, scheint momentan jedoch eher unrealistisch: Die Bundesregierung gibt an, dass nach moderaten Tabaksteuererhöhungen im Zeitraum von 2011 bis 2015 derzeit keine weitere Anhebung der Tabaksteuer geplant ist.¹³

Literatur

1. Jha P, Peto R: Global Effects of Smoking, of Quitting, and of Taxing Tobacco. *New England Journal of Medicine*, 2014;370(1):60–68
2. World Health Organization: Tobacco. Fact sheet No 339. WHO, Geneva 2015
3. Deutsches Krebsforschungszentrum: Tabakatlas Deutschland 2015. Papst, Heidelberg
4. USDHHS: The health consequences of smoking-50 years of progress. A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta 2014
5. Effertz T: Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums. Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas. Peter Lang, Frankfurt am Main 2015
6. Kuntz B, Zeiher J, Lampert T: Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg) *Jahrbuch Sucht* 2016:55–87. Pabst, Lengerich
7. Orth B: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. BZgA, Köln 2016
8. Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group: Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2014;57(7):830–839
9. Kuntz B, Lampert T: Smoking and passive smoke exposure among adolescents in Germany. Prevalence, trends over time, and differences between social groups. *Deutsches Ärzteblatt International* 2016;113(3):23–30

10. Robert Koch-Institut (Ed.): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Berlin: RKI 2014
11. Kraus L, Pabst A, Gomes de Matos E, Piontek D: Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Tabakkonsums und der Nikotinabhängigkeit nach Geschlecht und Alter 1980–2012. http://esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2012_Trends_Tabak.pdf (Stand: 8.5.2106)
12. Statistisches Bundesamt (Ed.): Verteilung der Bevölkerung nach ihrem Rauchverhalten in Prozent. Mikrozensus 1999–2013 (Eigene Auswahl und Aufbereitung der Daten): <https://www.gbe-bund.de>, (Stand: 27.10.2015)
13. Deutsches Krebsforschungszentrum (Ed.): Tabaksteuererhöhungen und Rauchverhalten in Deutschland. Aus der Wissenschaft – für die Politik. Heidelberg: dkfz 2014
14. Kröger C, Mons U, Klärs G, Orth B, Maschewsky-Schneider U, Lampert T: Evaluation des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2010;53(2):91–102
15. GVG: Nationales Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“. Veröffentlicht am 19. Mai 2015. www.gesundheitsziele.de (Stand: 21.8.2015)
16. Deutsches Krebsforschungszentrum: Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs: WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). DKFZ 2011
17. Joossens L, Raw M: The tobacco control scale 2013 in Europe. Association of European Cancer Leagues (ECL), Brussels 2014
18. Aktionsbündnis Nichtraucher e.V.: Kein Platz für giftige Botschaften. www.abnr.de/index.php?article_id=222 (Stand: 3.5.2016)
19. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes (1810090-ÄndG TabakerzG) vom 13.4.2016. www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/Ernaehrung/Gesundheit/Tabakrichtlinie/EntwurfAenderungTabakerzG-Kabinettd.pdf;jsessionid=4E617B296461DFD9A0DACE6A4A6AB4AC.2_cid376?__blob=publicationFile (Stand: 8.5.2016)
20. Levy DT, Blackman K, Currie LM, Mons U: Germany SimSmoke: the effect of tobacco control policies on future smoking prevalence and smoking-attributable deaths in Germany. Nicotine & Tobacco Research, 2013;15(2):465–473
21. Deutsches Krebsforschungszentrum: Tabakprävention in Deutschland – was wirkt wirklich? Aus der Wissenschaft – für die Politik 2014. www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Tabakpraevention_in_Deutschland_was_wirkt_wirklich.pdf (Stand: 8.5.2016)
22. Lampert T, von der Lippe E, Müters S: Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2013;56(5–6):802–808
23. World Health Organization: WHO report on the global tobacco epidemic 2015: Raising taxes on tobacco. www.who.int/tobacco/global_report/2015/en/ (Stand: 8.5.2016)
24. Mons U, Pötschke-Langer M: Gesetzliche Maßnahmen zur Tabakprävention. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2010;53(2):144–151

Für diesen Bericht danken wir Dr. Benjamin Kuntz (RKI, FG 28) und Johannes Zeiher (RKI, FG 27; E-Mail: Zeiherj@rki.de). Herr Zeiher steht als **Ansprechpartner** zur Verfügung.

Erster Nachweis einer Gonorrhö mit einem *high-level* Azithromycin-resistenten Erreger in Deutschland

DOI 10.17886/EPIBULL-2016-036

Die Resistenzentwicklung bei *Neisseria gonorrhoeae* ist ein globales Problem bei der Behandlung und Kontrolle der Gonorrhö. In den letzten Jahren zeigt sich eine besorgniserregende Zunahme der Resistenzen, so dass man nun der Gefahr eines potenziell kaum therapierbaren Erregers gegenüber steht (multidrug-resistent *Neisseria gonorrhoeae*, MDR-NG).

High-level Penicillin-Resistenz und Chinolon-Resistenz sind weltweit verbreitet. Auch Resistenzen gegenüber Cephalosporinen der dritten Generation werden zunehmend beobachtet.¹⁻⁵ In den letzten Jahren ließ sich global und auch in Deutschland eine deutliche Zunahme von Resistenzen gegen das oral einsetzbare Cefixim beobachten, weshalb das parenteral zu verabreichende Ceftriaxon derzeit das letzte verbliebene effektive Therapeutikum ist. Um therapeutische Synergieeffekte zu nutzen und um Ceftriaxon als Therapeutikum zu erhalten, sollte leitliniengerecht eine Kombinationstherapie mit Azithromycin erfolgen.⁶⁻⁸

Derzeit wird Azithromycin sehr häufig bei der Behandlung von STIs (*sexually transmitted infections*), auch bei Chlamydien- oder Mycoplasmen-Urethritis, eingesetzt. Der intensive Einsatz von Azithromycin hat in den letzten Jahren jedoch zu einer zunehmenden Resistenzentwicklung gegenüber Azithromycin bei *N. gonorrhoeae* geführt.^{9,10} Dieser Trend ist seit 2014 auch in Deutschland nachweisbar. Anhand der Daten des Gonokokken-Resistenz-Netzwerks GORENET, die in Zusammenarbeit zwischen dem Robert Koch-Institut (RKI)

und dem Konsiliarlabor für Gonokokken gewonnen wurden, waren 2014 12 % und 2015 10 % aller Isolate aus Deutschland resistent gegenüber Azithromycin. Zusätzlich waren bis zu 33 % der Isolate nur intermediär empfindlich und es zeigte sich eine deutliche Verschiebung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) zu Resistenzgrenzwerten.^{11,12}

Wir berichten hier über den ersten Fall einer urogenitalen Gonorrhö mit einem *high-level* Azithromycin-resistenten *Neisseria-gonorrhoeae*-Stamm in Deutschland. Der 29-jährige Patient asiatischer Herkunft stellte sich in Berlin ambulant wegen Ausfluss und Dysurie vor. Er stammt aus China und reist viel nach Europa, vor allem nach Frankreich. Das Ansteckungsland ist unbekannt.

Das Isolat wurde im Rahmen des GORENET an das Konsiliarlabor für Gonokokken, Berlin übersandt. Dort konnte mittels Kultur *N. gonorrhoeae* bestätigt werden. Es erfolgte eine Testung der Antibiotikaempfindlichkeit durch Bestimmung der MHK via Gradienten (Etest®). Das Isolat zeigte sich als *high-level* resistent gegenüber Azithromycin (MHK > 256 mg/L), *high-level* resistent gegenüber Penicillin (MHK > 32 mg/L) mit positivem Nachweis von Beta-Lactamase-Produktion, sowie resistent gegenüber Ciprofloxacin (MHK > 32 mg/L). Die Resistenztestungen für Cefixim (MHK = 0,016 mg/L) und Ceftriaxon (MHK = 0,006 mg/L) fielen sensibel aus. Die Beurteilung der Empfindlichkeit erfolgte basierend auf den Grenzwerten des *European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing* (EUCAST 4.0).¹³