

# Tabakkontrolle

## Kontextfaktoren



**Handlungsfeld 1: Diabetesrisiko reduzieren**



**Alle Altersgruppen**

## Hintergrund

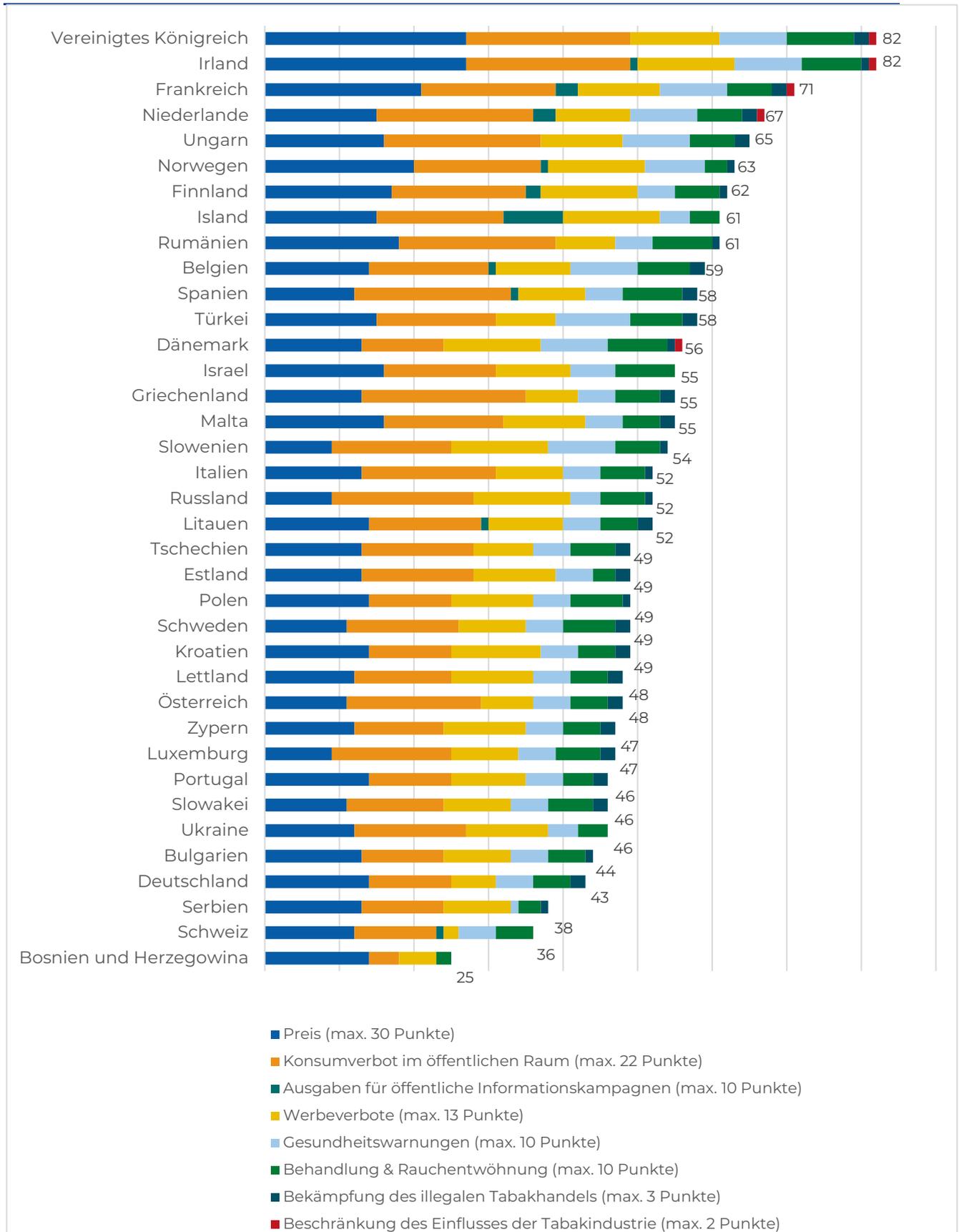
Neben individuellen, verhaltensbasierten Faktoren spielen verhältnisbasierte Faktoren, auch Kontextfaktoren genannt, eine wichtige Rolle bei der Prävention von Typ-2-Diabetes. Im Rahmen der Primärpräventionen umfassen Kontextfaktoren Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen, aber auch gesundheitspolitische Maßnahmen, die das Risiko für die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes beeinflussen können.

Das Rauchen von Zigaretten und anderen Tabakprodukten ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für die Entstehung von nichtübertragbaren Erkrankungen wie Lungenkrebs, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, kardiovaskuläre Erkrankungen und Typ-2-Diabetes [1-4]. Maßnahmen zur Senkung des Anteils an Rauchenden in der Bevölkerung können einen wesentlichen Beitrag zur Verminderung der Krankheitslast liefern [5-7]. Weiterhin ist Rauchen ein Risikofaktor für Folgeerkrankungen des Diabetes, wie beispielsweise Retinopathie und kardiovaskuläre Erkrankungen. Die Tabakkontrollskala [8] bewertet die Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums und des Passivrauchens eines Landes und ermöglicht damit Aussagen über die sogenannte Tabakkontrollpolitik im internationalen Vergleich [9].

## Kernaussagen

- ▶ Deutschland gehört im europäischen Vergleich im Jahr 2021 zu den fünf Ländern mit den geringsten Tabakkontrollaktivitäten.
- ▶ In den letzten 20 Jahren hat sich in Deutschland die Tabakkontrollpolitik kaum verändert; lediglich in den Bereichen der Verbote des Rauchens an öffentlichen Plätzen und den Werbeverböten gibt es Verbesserungen.

**Abbildung 1:** Gesamtpunktzahl aus den Punkten der Komponenten der Tabakkontrollskala 2021 im Ländervergleich.



## Ergebnisse

Im internationalen Vergleich ist Deutschland von Rang 22 (von 30 Ländern) im Jahr 2005 stetig zurückgefallen und liegt im Jahr 2021 auf Rang 34 (von 37 Ländern). Dabei ist die Gesamtpunktzahl für Deutschland von 36 Punkten im Jahr 2005 auf 43 Punkte im Jahr 2021 (von jeweils 100 möglichen Punkten) gestiegen. Allerdings kann in diesem Zeitraum einzig für die Komponenten „Konsumverbot im öffentlichen Raum“ und „Werbeverbote“ eine Verstärkung der Maßnahmen und damit eine Erhöhung von 2 Punkten auf 11 Punkte (von 22 möglichen Punkten) bzw. von 4 Punkten auf 6 Punkte (von 13 möglichen Punkten) beobachtet werden. In der Komponente „Preis“ zeigte sich eine Verringerung von 20 Punkten auf 14 Punkte (von 30 möglichen Punkten). In den Komponenten „Behandlung und Rauchentwöhnung“ und „Gesundheitswarnungen“ zeigen sich von 2005 bis 2021 dagegen kaum Veränderungen. Bislang gibt es in Deutschland keine nennenswerten „Ausgaben für öffentliche Informationskampagnen“ zur Tabakkontrolle (0 von 15 möglichen Punkten seit 2013 bzw. 10 möglichen Punkten seit 2019). Während Schritte zur „Bekämpfung des illegalen Tabakhandels“ in Deutschland eingeleitet wurden (2 von 3 möglichen Punkten), werden bislang zur „Beschränkung des Einflusses der Tabakindustrie“ keine Maßnahmen verzeichnet (0 von 2 möglichen Punkten). Interaktive Abbildungen sind unter folgendem Link **Fehler! Linkreferenz ungültig.** verfügbar: [https://www.tobaccocontrolscale.org/TCS\\_Graphics/](https://www.tobaccocontrolscale.org/TCS_Graphics/).

## Fazit

Deutschland ist zum Stand 2021 in der Tabakkontrolle eines der Schlusslichter in Europa und hat in den letzten 20 Jahren nur wenige Maßnahmen implementiert. In allen Bereichen der Tabakkontrolle besteht in Deutschland Verbesserungsbedarf. Um den Risikofaktor Rauchen und damit das Risiko für Typ-2-Diabetes und andere nichtübertragbare Krankheiten zu senken, erscheint die weitere Stärkung von politischen Maßnahmen zur Tabakkontrolle sinnvoll, da diese den Anteil der Rauchenden reduzieren können [6, 10].

## Methodik und Datenquellen

### Definition

Der Indikator Tabakkontrolle ist definiert über die Tabakkontrollskala, d.h. als Gesamtpunktzahl (maximal 100 Punkte möglich) der Punkte verschiedener, definierter Komponenten zur Tabakkontrolle [11]. Die Komponenten umfassen „Preis“, „Konsumverbot im öffentlichen Raum“, „Ausgaben für öffentliche Informationskampagnen“, „Werbeverbote“, „Gesundheitswarnungen“ und „Behandlung und Rauchentwöhnung“ sowie seit 2019 „Bekämpfung des illegalen Tabakhandels“ und „Beschränkung des Einflusses der Tabakindustrie“.

### Datenquelle

Berichte der Tabakkontrollskala, regelmäßig veröffentlicht unter <https://www.tobaccocontrolscale.org/> und gefördert durch Gesundheitsprogramme der Europäischen Union unter Schirmherrschaft der Association of European Cancer Leagues (ECL) und des Institut Catala d'Oncologia (ICO).

## Berechnung

- **Beschreibung:** Beschreibung: Gesamtpunktzahl der Bewertung der sechs Komponenten (2003 – 2016) bzw. acht Komponenten (seit 2019) der Tabakkontrollskala [11] mit unterschiedlicher Gewichtung der einzelnen Komponenten, die sich aus der maximal zu erreichenden Punktzahl je Komponente ergibt. Die maximale Gesamtpunktzahl beträgt 100 Punkte. Hierbei ist zu beachten, dass sich die Gewichtung der Komponenten seit 2019 leicht verändert hat, da 2019 die Komponenten „Bekämpfung des illegalen Tabakhandels“ und „Beschränkung des Einflusses der Tabakindustrie“ neu hinzugefügt wurden [12].

## Datenqualität

Die Tabakkontrollskala ist ein Bewertungsinstrument zur Evaluation der Tabakkontrollpolitik europäischer Länder, welches mit Hilfe eines internationalen Gremiums entwickelt wurde. In regelmäßigen Abständen (alle 2 bis 3 Jahre) werden die Komponenten der Tabakkontrollskala durch Expertinnen und Experten der teilnehmenden europäischen Länder bewertet. Weil bisher relativ wenig Evidenz zur Effektivität von politischen Maßnahmen zur Tabakkontrolle vorliegt, ist die Gewichtung der Komponenten weiterhin Gegenstand von Diskussionen [8]. Die quantitative Bewertung der umgesetzten politischen Maßnahmen zur Tabakkontrolle ist außerdem teilweise nur eingeschränkt möglich. Des Weiteren werden bisher mit der Tabakkontrollskala nicht alle relevanten Bereiche der Tabakkontrolle abgebildet, sodass das Instrument fortlaufend weiterentwickelt wird, wie beispielsweise durch eine Ergänzung von zwei Komponenten im Jahr 2019 [11].

## Datendownload

Robert Koch-Institut. (2024). Ergebnisse der Nationalen Diabetes-Surveillance 2015 – 2024 [Data set]. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14935276>

## Referenzen

1. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S.; 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>.
2. Wannamethee SG, Shaper AG, Perry IJ. Smoking as a Modifiable Risk Factor for Type 2 Diabetes in Middle-Aged Men. *Diabetes Care*. 2001;24(9):1590-5. doi: 10.2337/diacare.24.9.1590.
3. Zeiher J, Kuntz B, Lange C. Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. *J Health Monit*. 2017;2(2):59-65. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-030.
4. Zeiher J, Starker A, Kuntz B. Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *J Health Monit*. 2018;3(1):40-6. doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-008.
5. Gredner T, Niedermaier T, Brenner H, Mons U. Impact of Tobacco Control Policies on Smoking-Related Cancer Incidence in Germany 2020 to 2050-A Simulation Study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2020;29(7):1413-22. Epub 2020/05/28. doi: 10.1158/1055-9965.epi-19-1301.
6. 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 Tob Res*. 2013;15(2):465-73. doi: 10.1093/ntr/nts158.
7. Tönnies T, Heidemann C, Paprott R, Seidel-Jacobs E, Scheidt-Nave C, Brinks R, et al. Estimating the impact of tax policy interventions on the projected number and prevalence of adults with type 2 diabetes in Germany between 2020 and 2040. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2021;9(1). doi: 10.1136/bmjdr-2020-001813.
8. Tobacco Control Scale. Tobacco Control Scale. 2021 [cited 31.07.2024]. Available from: <https://www.tobaccocontrolscale.org/>.
9. World Health Organization (WHO). WHO Framework convention on tobacco control. Geneva: WHO; 2003 [cited 14.08.2024]. Available from: <https://fctc.who.int/publications/i/item/9241591013>.

10. Levy DT, Chaloupka F, Gitchell J. The Effects of Tobacco Control Policies on Smoking Rates: A Tobacco Control Scorecard. *J Public Health Manag Pract.* 2004;10(4):338-53. doi: 10.1097/00124784-200407000-00011.
11. Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. *Tob Control.* 2006;15(3):247-53. doi: 10.1136/tc.2005.015347.
12. Joossens L, Feliu A, Fernandez E. The Tobacco Control Scale 2019 in Europe Brussels: Association of European Cancer Leagues, Catalan Institute of Oncology; 2020 [cited 06.11.2024]. Available from: <https://www.cancer.eu/wp-content/uploads/2019-Tobacco-Control-Scale-Report-digital.pdf>.

## Impressum

### Herausgeber

Robert Koch-Institut · Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Nationale Diabetes-Surveillance · Nordufer 20 · 13353 Berlin

### Zitierweise

Nationale Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut (2024)  
Ergebnisse der Diabetes-Surveillance 2015 – 2024.  
Kontextfaktoren: Tabakkontrolle – Alle Altersgruppen.  
Robert Koch-Institut, Berlin. doi: 10.25646/12281.

### Open access

[CC BY 4.0 Lizenzvertrag Namensnennung 4.0 International](#)

### Förderungshinweis

Das Projekt zum Aufbau einer Nationalen Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut mit Erweiterung zu einer NCD-Surveillance (2015 – 2024) wurde gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (Förderkennzeichen: GE20150323, GE20190305, 2522DIA700, 2523DIA002).

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages