



Quantifizierte Ziele auf Länderebene in der Tabakprävention: Erfahrungen in Bayern



**Dr. Joseph Kuhn
Berlin, 25.1.2010**

Gesundheitsziele

„Für den wissenschaftlichen Input in eine (...) Zieldebatte zur Ermittlung von gesundheitspolitischen Prioritäten in der Prävention (...) sollte das zu prävenierende Gesundheitsproblem – bezogen auf die Gesamtbevölkerung oder definierte Teilpopulation(en)

- eine angemessene Häufigkeit aufweisen (Inzidenz/Prävalenz),*
- von medizinischer Relevanz sein (Krankheitsschwere),*
- volkswirtschaftliche Relevanz aufweisen (direkte und indirekte Kosten).*
- Die Prävention sollte wirksam sein und keine unververtretbaren unerwünschten Wirkungen entfalten sowie fachgerecht erbracht werden können und*
- eine akzeptable Wirksamkeits-Kosten-Relation aufweisen.“*

(SVR 2000/2001, S. 27).

Quantitative Ausgangsbasis für quantifizierte Ziele?

Quantifizierte Gesundheitsziele

Ein Ziel ist ein in der **Zukunft** liegender, gegenüber dem gegenwärtigen **Zustand veränderter, erstrebenswerter** Zustand, der durch das **eigene oder durch gemeinsames Handeln** erreicht werden soll.

Zur Quantifizierung bieten sich also grundsätzlich an:

- Zeithorizont: bis wann soll etwas erreicht werden?
- Angestrebter Zustand: Prävalenz? Prävalenz bei definierten Subpopulationen? Einstiegsalter? Zahl geraucher Zigaretten?
- Ressourceneinsatz

Tabakprävention: Ziele formulieren



1. Evidenzbasierung

Kriterium nach SVR	Datenlage Bayern
Häufigkeit	25 % der Erwachsenen in Bayern rauchen
Medizinische Relevanz	14.000 – 18.000 Tote jährlich in Bayern
Volkswirtschaftliche Relevanz	Ca. 3 Mrd. Euro Folgekosten jährlich in Bayern
Wirksamkeit, Nebenwirkungen	A priori als akzeptabel anzunehmen
Kosten-Wirksamkeitsrelation	A priori als akzeptabel anzunehmen

2. Konsensbasierung

Evidenz wird erst durch Konsens praktisch wirksam:

Expertenworkshops und Bürgergutachten sprechen sich für ein Modul „Rauchfrei leben“ in der Gesundheitsinitiative Gesund.Leben.Bayern. aus

Systematik des Moduls „Rauchfrei leben“

Epidemiologische Begründung	Evidenz des Einflusses auf Morbidität und Mortalität, allein die Mortalität wird auf 14.000 bis 18.000 vorzeitige Sterbefälle jährlich in Bayern geschätzt.
Gesundheitsberichterstattung	1. Gesundheitsmonitor Bayern 1/2005 2. Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2005 3. Gesundheitsmonitor Bayern 2/2007
Handlungsschwerpunkte	1. Jugendliche, vorrangig verhaltenspräventive Projekte 2. Verhältnisprävention zur Schaffung rauchfreier Lebenswelten
Gesundheitsziele (quantifizierte/nichtquantifizierte)	1. Trendwende beim Einstiegsalter für das Rauchen bis 2008 2. Senkung der Raucherquote bei Jugendlichen in Bayern um 25% bis zum Jahr 2015 3. Einzelziele zur Schaffung rauchfreier Lebenswelten, z.B. in Betrieben, Sportvereinen
Kooperationspartner	Schulverwaltung, Schulen, Krankenhäuser, Ärzte, Sportvereine, Krankenkassen usw.
Exemplarische Maßnahmen	1. Wettbewerb „Be smart, don´t start“ 2. Projekt „Rauchfreier Sportverein“ 3. Kampagne „Bayern atmet durch“
Evaluation	Projektelevaluation: Selbstevaluation und Fremdevaluation (Universität Bayreuth), Gesamtevaluation: Universität Bayreuth

Ziele : Datenbedarfe, begleitende GBE

Gesundheitsmonitor Bayern
Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Rauchen und Nichtrauchen in Bayern – Update 2007

Das Rauchen und seine Folgen

Rauchen ist die größte vermögensbedingte Gesundheitsgefährdung. Die Weltgesundheitsorganisation geht von weltweit jährlich 4 Mio. Toten infolge des Rauchens aus. Für Deutschland schätzen Fachleute 110.000 bis 140.000 Tote jährlich, auf Bayern übertragen wären das 14.000 bis 18.000 Tote pro Jahr. Etwa 3.000 Menschen sterben in Deutschland jährlich durch Passivrauchen. Die wichtigsten tabakassoziierten Todesursachen sind Herz-Kreislauferkrankungen und Krebs. Beim Lungenkrebs werden 90 % der Fälle dem Rauchen zugerechnet. Darüber hinaus hat, wer raucht, aber auch ein erhöhtes Risiko für eine Vielzahl anderer Erkrankungen, von chronischer Bronchitis bis hin zu Magenenerkrankungen. Es gibt praktisch kein Organ, das nicht durch das Rauchen geschädigt wird.

Rauchen in der Schwangerschaft führt zu einem erhöhten Risiko für Fehlbildungen sowie Fehl- und Totgeburten, das Geburtsgewicht der Kinder ist geringer, das Risiko, dass die Kinder später Asthma bekommen, ist erhöht. Zusammenhänge gibt es auch mit Krebserkrankungen bei Kindern und mit dem plötzlichen Kindstod. Kinder, in deren Umgebung geraucht wird, sind außerdem anfälliger für Infekte der oberen Atemwege und für asthmatische Erkrankungen. Selbst das Risiko, dass die Kinder Karies bekommen, steigt.

Tabak als Produkt

Zigarettenrauch enthält ca. 4.000 Substanzen, mehr als 50 sind krebserregend. Dem Tabak werden hunderte von Zusatzstoffen zugefügt. Unter anderem handelt es sich dabei um Stoffe zur Steigerung der Nikotinwirkung. Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum, www.tabakkontrolle.de

Rauchen ist auch eine erhebliche Belastung für die Volkswirtschaft. Die Weltbank schätzt, dass in den Industrieländern das Rauchen für 6 bis 15 % der Gesundheitskosten verantwortlich ist. Hinzu kommen Kosten für Arbeitsausfall, Frühverrentung und vorzeitigen Tod. Für Deutschland ist von volkswirtschaftlichen Kosten in Höhe eines zweistelligen Milliardenbetrages auszugehen.

Wie viele Menschen rauchen in Bayern?

Dem Mikrozensus zufolge hat 2005 ein Viertel der über-15-Jährigen in Bayern geraucht (24,2 % Raucherinnen, Männer: 29,1 %, Frauen: 19,7 %). Die meisten (20,5 %) rauchen regelmäßig.

Anteil regelmäßiger Raucher an der Bevölkerung, nach Altersgruppen, Bayern 2005, in %

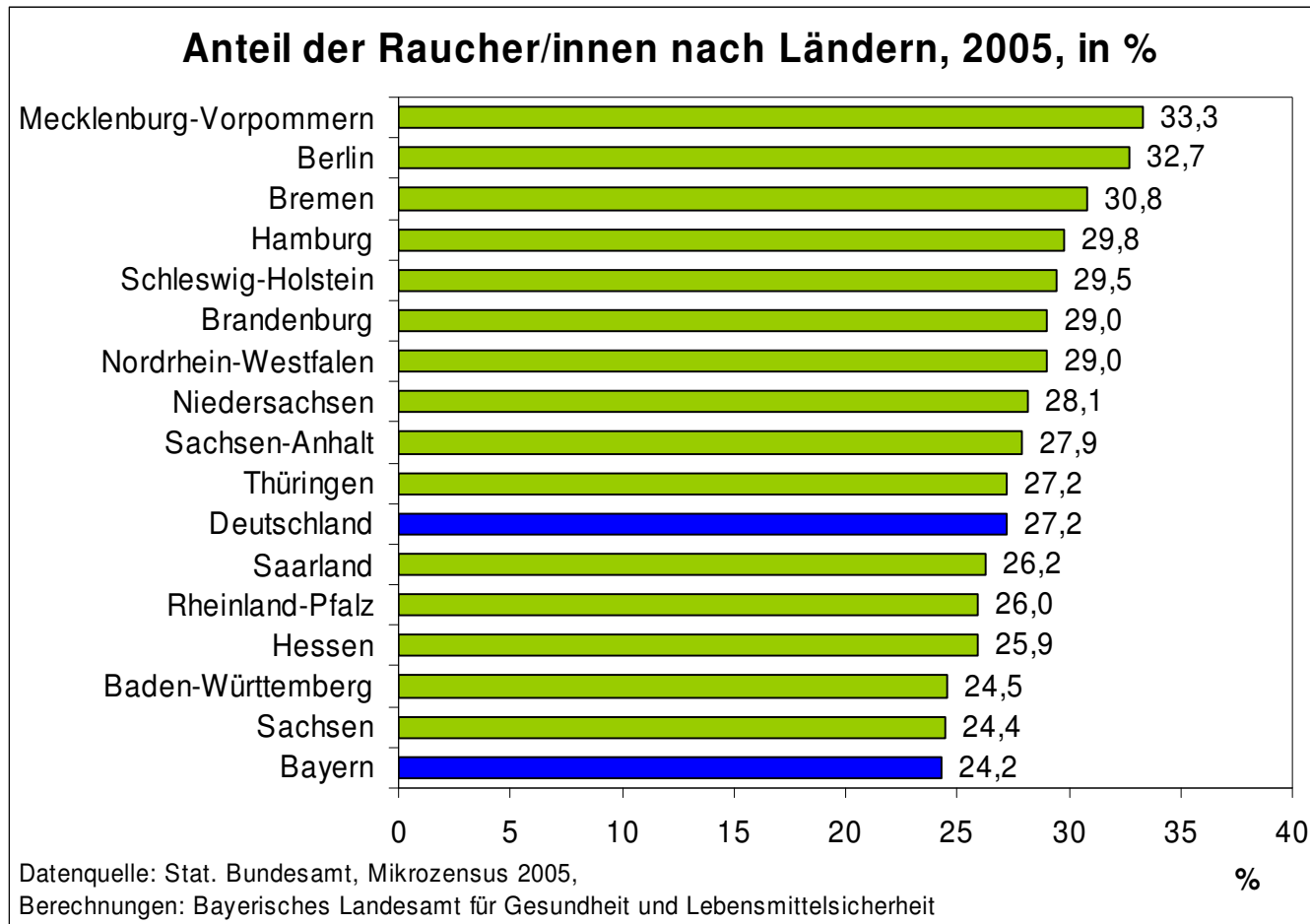
Alter	Männer	Frauen
15-20	35	25
20-25	30	20
25-30	28	18
30-35	25	15
35-40	22	12
40-45	20	10
45-50	18	8
50-55	15	6
55-60	12	5
60-65	10	4
65-70	8	3
70-75	6	2
75 und	5	2

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Mikrozensus. Bearbeitet: Robert von Ladow und Lisa von Ladow.

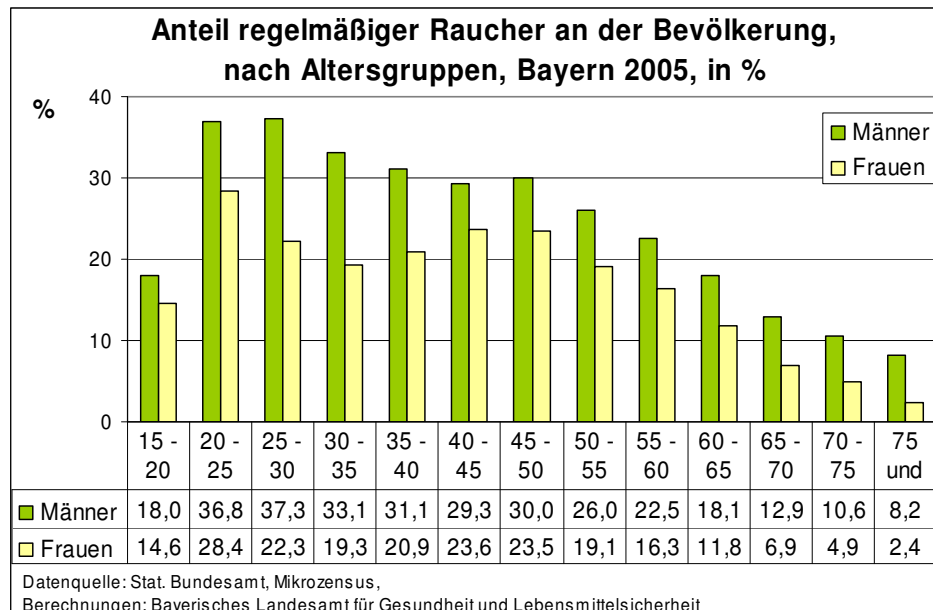
Gesundheitsmonitor Bayern 2/2007 1

Datenquellen	GBE
<ul style="list-style-type: none"> ● Mikrozensus (Prävalenzen nach Geschlecht, Alter, Sozialstatus) ● Bayerische Jugendgesundheitsstudien (letzte Welle: 2005) ● „Jugendgesundheit aktuell“: Sondererhebung 2008 ● Gesundheitsmonitoring-Einheiten 	<ul style="list-style-type: none"> ● 2005: Gesundheitsmonitor „Rauchen und Nichtrauchen in Bayern“ ● 2006: Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern (Erhebung 2005) ● 2007: Update des Gesundheitsmonitors „Rauchen und Nichtrauchen in Bayern“ ● Gesundheitsindikatorenansatz

Prävalenz des Rauchens (Alter > 15 Jahre) Bayern im Ländervergleich



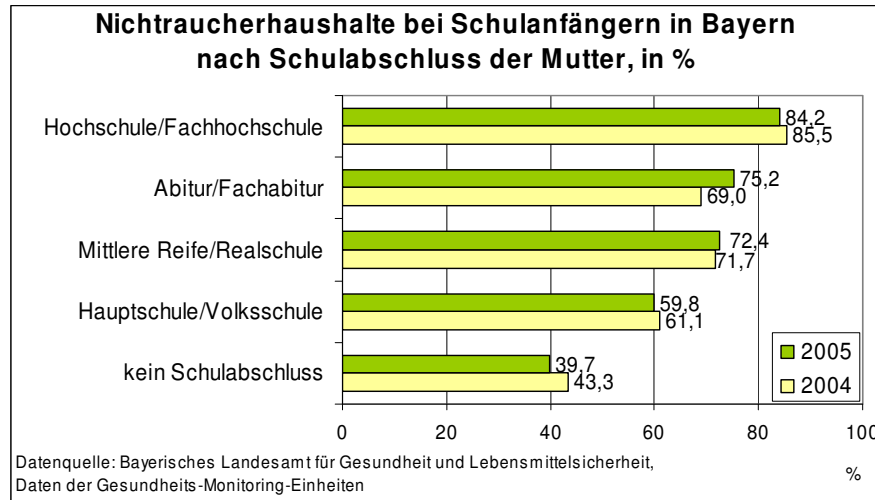
Ziele evidenzbasiert formulieren: Altersgruppen?



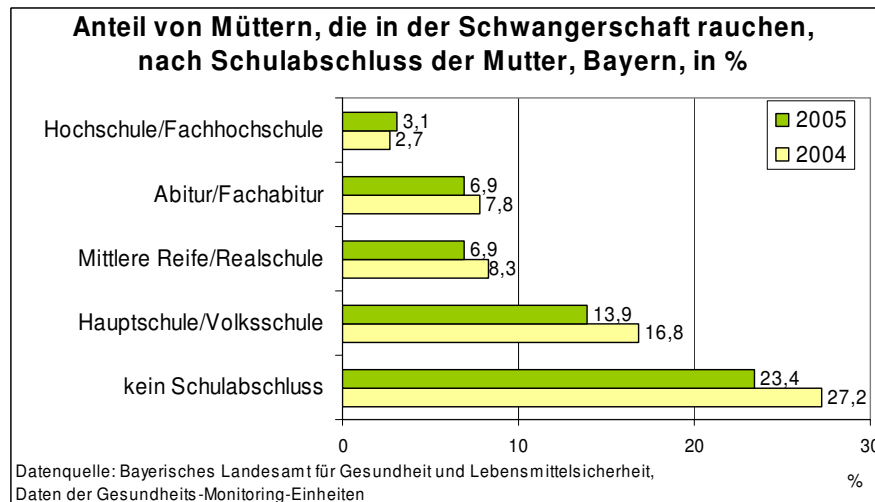
Aus der Literatur: Einstieg als wichtiges Interventionsthema

Mikrozensus: Hohe Raten im jungen Erwachsenenalter, d.h. auch: in jungen Familien

Ziele evidenzbasiert formulieren: Lebenslage?



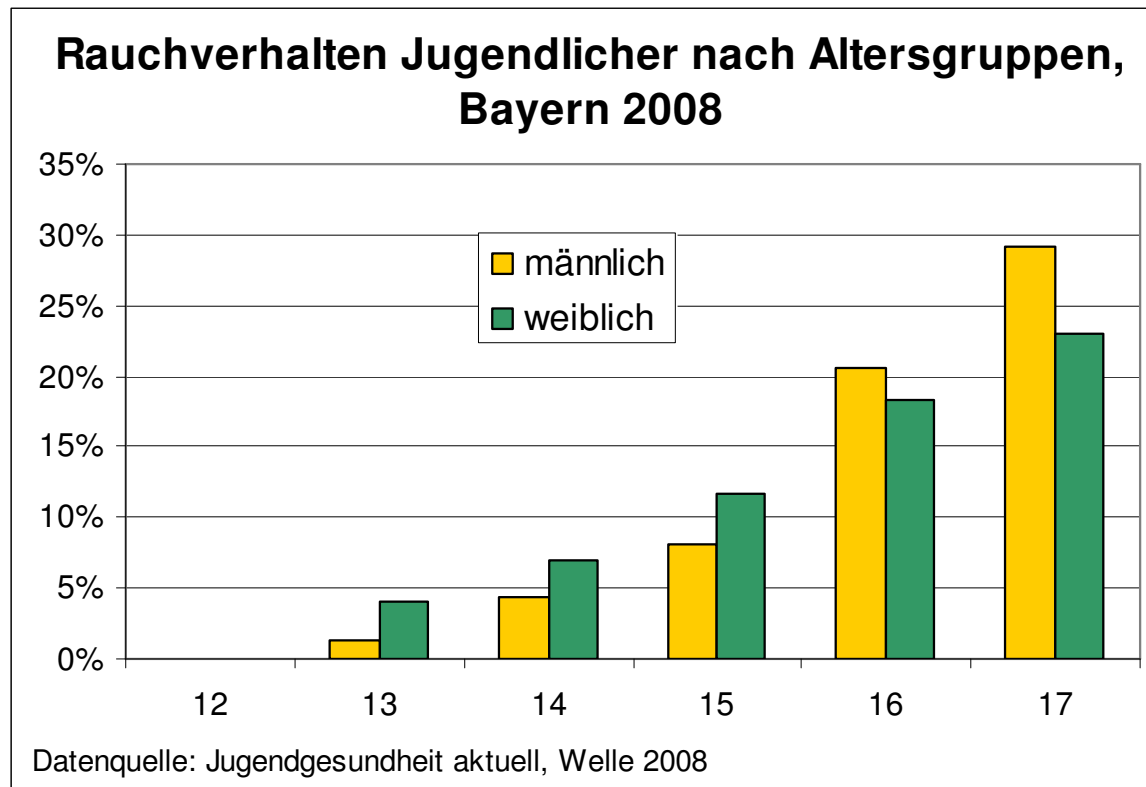
Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind stärker betroffen ...



... und zwar von Anfang an.

(Erfolge in der Prävention bei Schwangeren)

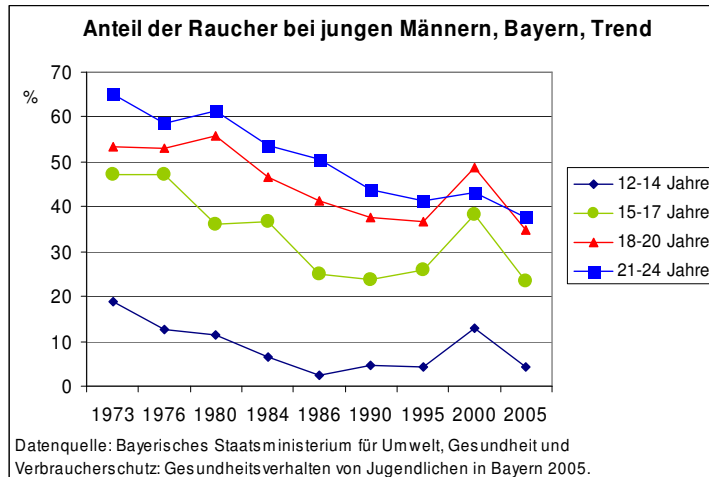
Ziele evidenzbasiert formulieren: Geschlecht?



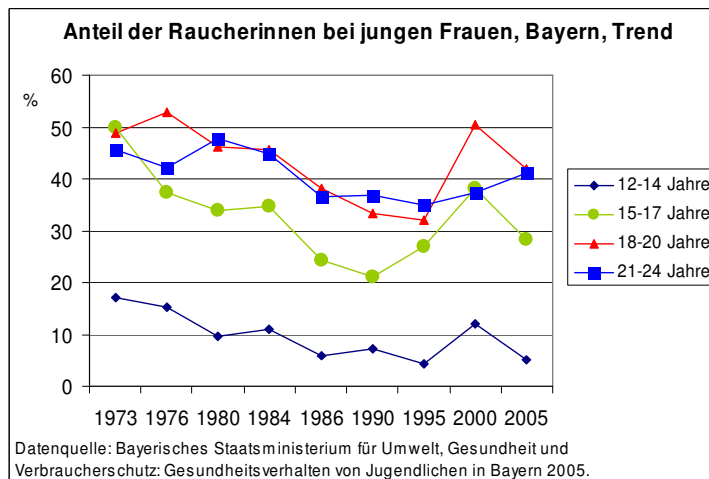
Evidenz und Konsens:
Jugend als Zielgruppe

Künftig: Bedarf
mädchenspezifischer
Prävention?

Wohin geht der (bereits präventionsbeeinflusste) Trend?



Junge Männer: langfristig rückläufiger Trend, aber: kein naturwüchsiger Prozess, siehe 1995/2000



Junge Frauen: unklarer Trend?

Ziele evaluieren: Sondererhebung 2008

Monitoring des Ziels „Senkung der Raucherquote bei Jugendlichen (Altersgruppe 12-17 Jahre) in Bayern“:

2005: 15,1 %

2008: 10,9 %

Monitoring des Ziels „Trendwende beim Einstiegsalter bis 2008“:

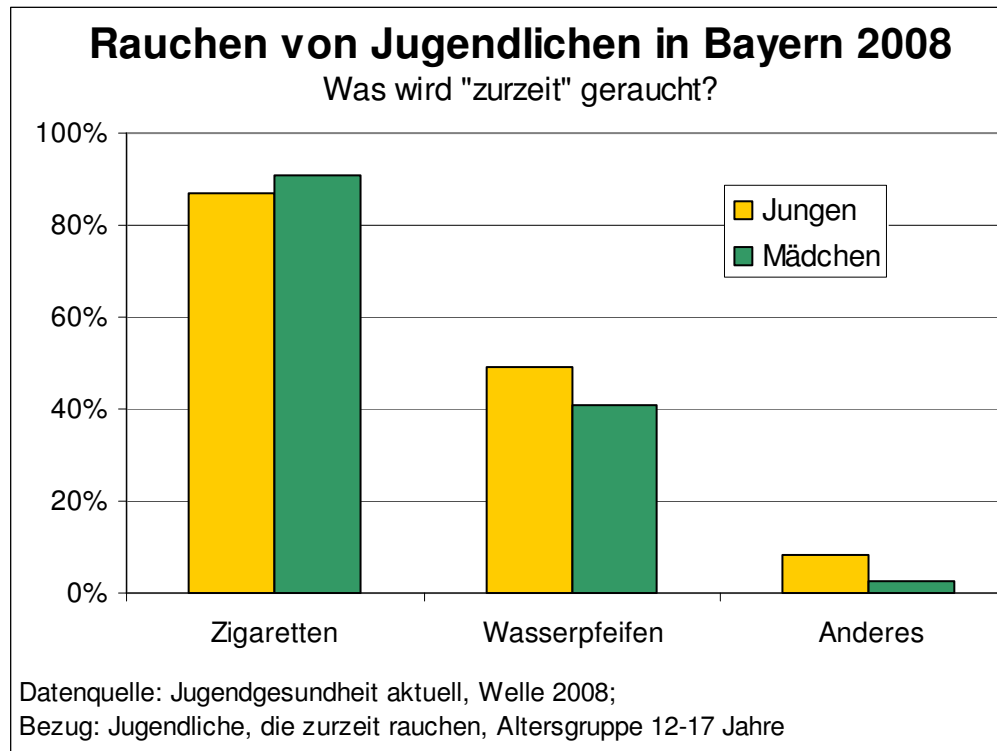
2005: 12,9 Jahre

2008: 13,7 Jahre

Monitoring des Ziels „Rauchfreie Lebenswelten“:

Schulen: Seit 1.8.2006, andere öffentliche Räume: Seit 1.1.2008 (bzw. soweit Bundeszuständigkeit z.T. seit 2007)

Ziele anpassen: neue Gefahren



Viele Jugendliche konsumieren Wasserpfeifen

Gefährdungspotential wird vermutlich unterschätzt

Fazit

Alle Ziele brauchen Daten; auch nichtquantifizierte Ziele brauchen eine Begleitung durch GBE

Ziele brauchen Debatten

Ziele brauchen Ressourcen

Quantifizierung erschwert die Formulierung (Auswahl von Items, Berücksichtigung von Trends etc.)

Quantifizierung erleichtert Evaluation

Ziele müssen politische Entscheidungen in Rechnung stellen