

Zeitschrift: SuchtMagazin

Band: 38 (2012)

Heft: 3-4

Artikel: Tabakprävention : Schutzbestimmungen im Aufwind

Autor: El Fehri, Verena / Beutler, Thomas

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800447>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 18.10.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Tabakprävention: Schutzbestimmungen im Aufwind

Die zentrale Mission des Nationalen Programms Tabak 2008 – 2012 des Bundes lautet: Die tabakbedingten Todes- und Krankheitsfälle in der Schweiz sind reduziert. Das setzt die Senkung der Anzahl an Personen, die rauchen, voraus. Dazu sind sowohl Massnahmen, die beim Individuum als auch solche, die bei der Gesellschaft ansetzen, notwendig. Dieser Artikel stellt wichtige Entwicklungen der internationalen und nationalen Tabakpräventions- und kontrollpolitik sowie der Schadensminderung vor.

Verena El Fehri

Geschäftsführerin, Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz AT, Haslerstrasse 30, CH-3008 Bern, +41 (0)31 599 10 20, verena.elfehri@at-schweiz.ch, www.at-schweiz.ch

Thomas Beutler

Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz AT, Haslerstrasse 30, CH-3008 Bern, +41 (0)31 599 10 20, thomas.beutler@at-schweiz.ch, www.at-schweiz.ch

Schlagwörter:

Tabak | Tabakpolitik | Schadensminderung | Prävention |

Der Tabakkonsum hat sich weltweit zu einer Epidemie entwickelt. Der Vektor für die Verbreitung der Krankheit ist nicht eine Mücke oder ein Virus, sondern die Tabakindustrie. Der Tabakkonsum ist in unserer Gesellschaft die wichtigste vermeidbare Ursache vorzeitiger Todes- und Krankheitsfälle. Mehr als 9'000 Personen sterben jährlich in der Schweiz an den Folgen des Tabakkonsums. Ein Viertel von ihnen vor dem Pensionsalter.¹ Das Rauchen schädigt beinahe jedes Organ im Körper, verursacht viele Krankheiten und verschlechtert den allgemeinen Gesundheitszustand. Mit dem Rauchen aufzuhören, reduziert nicht nur die tabakbedingten Gesundheitsrisiken, sondern verbessert den allgemeinen Gesundheitszustand. Es wirkt sich vorteilhaft in jedem Alter aus.

Fortschritte wurden in der Schweiz in den letzten Jahren sowohl in der Verhaltens- wie auch in der Verhältnisprävention erzielt. Über Jahrzehnte betrachtet, hat der Tabakkonsum in der Schweiz stark abgenommen. Mit 24% Raucherinnen und 30% Rauchern² sind wir aber noch weit entfernt von den Zuständen wie sie heute schon in Kalifornien bestehen, wo lediglich noch 12% der Bevölkerung rauchen.

Internationale Rahmenkonvention der Weltgesundheitsorganisation über Tabakkontrolle

Die internationale Rahmenkonvention über Tabakkontrolle (FCTC) wurde am 21. Mai 2003 an der 56. Versammlung in Genf von den 192 Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation einstimmig verabschiedet. Sie trat am 27. Februar 2005 in Kraft.³

Die FCTC hat die Verbesserung und Vereinheitlichung der Tabakkontrolle auf Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Ziel.

Die Rahmenkonvention beinhaltet alle relevanten Tabakkontrollbereiche und gibt den Mitgliedstaaten eine Handlungsanleitung für eine effiziente Tabakkontrolle. Diese Bereiche beinhalten angebotsorientierte sowie nachfrageorientierte Massnahmen.

Die nachfrageorientierten Massnahmen beinhalten:

- Hohe Tabaksteuern (Art. 6)
- Schutz vor Passivrauch (Art. 8)
- Regulierung der Inhaltsstoffe (Art. 9)
- Kombinierte Warnhinweise oder Plain Packaging⁴ (Art. 11)
- Tabakpräventions- und Aufklärungskampagnen (Art. 12)
- Einschränkung der Werbung und des Sponsorings (Art. 13)
- Förderung des Rauchstopps (Art. 14)

Die angebotsorientierten Massnahmen beinhalten:

- Bekämpfung der illegalen Tabakwaren (Schmuggel) (Art. 15)
- Verkaufsverbot an Minderjährige⁵ (Art. 16)
- Förderung der Alternativen zum Tabakanbau (Art. 17)

Zurzeit sind 175 Staaten offiziell Mitglieder des FCTC. Nachdem nun auch die Tschechische Republik und Bosnien-Herzegowina den Rahmenvertrag ratifiziert haben, bleibt die Schweiz neben Usbekistan, Turkmenistan, Tadjikistan, Moldavien, Monaco, Liechtenstein und Andorra eines der wenigen europäischen Länder, das die Rahmenkonvention nicht ratifiziert hat. Der Bundesrat hat die Konvention im Jahr 2004 unterzeichnet. Die Ratifizierung ist seither Ziel eines jeden Legislaturprogramms.

Es gilt folgende gesetzliche Bestimmungen in der Schweiz anzupassen, damit die Rahmenkonvention durch das Parlament ratifiziert werden kann: Werbung und Promotion von Tabakwaren sowie das Verkaufsverbot an Minderjährige. Eine Motion für die Schaffung eines einheitlich nationalen Mindestalters für den Verkauf von Tabakwaren wurde im Juni 2012 dem Bundesrat überwiesen.⁶

Der zentrale Knackpunkt für die Ratifizierung durch die Schweiz ist die Forderung nach einem umfassenden Tabakwerbe- und Sponsoringverbot. Die Rahmenkonvention lässt zwar einen gewissen Spielraum, was die Strenge der Regelung anbetrifft, aber die aktuelle Gesetzgebung zur Promotion von Tabakwaren in der Schweiz erfüllt immer noch nicht in allen Teilen den Minimalstandard. Dieser

beinhaltet ein Verbot aller Formen von irreführender Werbung wie z.B. die Bezeichnungen «mild» und «light» für Tabakwaren, Warnhinweise auf den Tabakwarenverpackungen, ein Verbot der direkten oder indirekten Kaufanreize, der Werbung in Printmedien und an internationalen Anlässen sowie des Sponsorings für internationale Anlässe.⁷

Engagement der UNO zur Bekämpfung der Tabakepidemie

Erstmals hat die UNO am 19. und 20. September 2011 in New York eine UNO-Gipfelkonferenz zur Problematik der nicht übertragbaren Krankheiten durchgeführt. Tabakkonsum ist einer der vier Hauptrisikofaktoren für nicht übertragbare Krankheiten (Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Krankheiten, chronische Atemwegserkrankungen und Diabetes). Jährlich sterben weltweit fast sechs Millionen Menschen an tabakbedingten Krankheiten; das entspricht einem Todesfall alle sechs Sekunden.

Die Anerkennung der nicht übertragbaren Krankheiten als Risikofaktor für die Entwicklung aller Länder und das Bekenntnis, dagegen aktiv zu werden, setzt ein wichtiges Zeichen für die Gesundheitspolitik der Mitgliedstaaten. In der am Gipfel verabschiedeten UNO-Deklaration werden die Staaten aufgefordert, die Umsetzung der Internationalen Rahmenkonvention über Tabakkontrolle zu beschleunigen. Insbesondere hervorgehoben wurde die hohe Besteuerung von Tabakwaren zur Senkung des Konsums. In einem weiteren Punkt wurde, wie bereits in der Präambel der internationalen Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle der Weltgesundheitsorganisation, der grundsätzliche Interessenkonflikt zwischen Public Health und der Tabakindustrie hervorgehoben.

Tabakpolitik der Europäischen Union

Die Europäische Union und alle ihre Mitgliedstaaten haben die Rahmenkonvention der Weltgesundheitsorganisation ratifiziert, zuletzt Tschechien im Frühjahr 2012.

EU-Regelungen

Die EU kann nur dort verbindliche Regelungen zum Tabak erlassen, wo es um die Regulierung bzw. Harmonisierung des Binnenmarktes geht. Folgende Bereiche des Tabaks sind verbindlich in EU-Direktiven geregelt: Tabakerzeugnisse (2001/37/EG),⁸ Werbung (2003/33/EG)⁹ und Steuern (2011/64/EU).¹⁰ Zudem ist die Subventionierung des Tabakanbaus seit dem 1. Januar 2010 in der EU untersagt.

Passivrauchen

Zur Frage des Schutzes vor Passivrauchen liegt eine Empfehlung der Europäischen Union zuhanden der Mitgliedstaaten vor. Der EU-Rat fordert alle Mitgliedstaaten auf, bis 2012 Gesetze zum Schutz der Bürgerinnen und Bürger vor Tabakrauch zu erlassen.¹¹ 11 Staaten kennen im Mai 2012 umfassende Regulierungen zum Schutz vor Passivrauchen.

Tabakerzeugnisse und Handel

Die Richtlinie über Tabakerzeugnisse regelt den Gehalt von Teer, Nikotin und Kohlenmonoxid in Zigaretten, stellt Anforderungen an Etikettierung und Warnhinweise, verbietet den Verkauf und Handel von Mundtabak, verpflichtet die Produzenten zur Meldung der Inhaltsstoffe von Tabakprodukten und stellt gewisse Anforderungen an den Schadstoffgehalt von Tabakwaren. Diese Regelungen wurden 2004 weitgehend in die Schweizerische Tabakverordnung integriert. Die Richtlinie über Tabakerzeugnisse ist zurzeit in Überarbeitung. Vorschläge betreffen u.a. die Ausweitung des Geltungsbereichs, so dass auch E-Zigaretten mit eingeschlossen werden könnten oder die Etikettierung von Tabakwaren. Hierzu steht auch die Schaffung neuer Einheitspackungen für Zigaretten zur Diskussion.

Werbung

Die Werbedirektive umfasst das Verbot der Tabakwerbung in Printmedien, Rundfunksendungen und in den Diensten der Informationsgesellschaft (Internet) sowie des Sponsorings von Veranstaltungen mit grenzübergreifender Wirkung.

Steuern

Die Richtlinie zur Tabaksteuer regelt die Struktur und die Sätze der Verbrauchssteuern auf Tabakwaren. Sie regelt den Mindeststeuersatz auf Zigaretten und anderen Tabakwaren. Die Schweiz liegt zwar deutlich unter den höchsten Steuersätzen in Europa, aber ebenfalls erheblich über den geltenden Mindestansätzen.

Tabakpolitik Schweiz: Aktuelle Regelungen¹²

Tabakwaren sind in der Schweiz im Vergleich zu anderen europäischen Staaten mit Ausnahme der deutschsprachigen Länder in mehreren Bereichen weniger stark reguliert.

Tabakwerbung, Sponsoring

Auf nationaler Ebene bestehen folgende Einschränkungen: Tabakwerbung ist in den elektronischen Medien untersagt.¹³ Werbung, die sich speziell an Personen unter 18 Jahren (Jugendliche) richtet, ist ebenfalls untersagt. Davon betroffen sind auch Anlässe.¹⁴ Raucherwaren dürfen nicht gratis an unter 18-Jährige abgegeben werden.¹⁵ Sämtliche andere Werbe- und Promotionsmassnahmen für Tabakwaren sind sonst grundsätzlich erlaubt, ausser die Kantone haben weitergehende Vorschriften erlassen. 15 Kantone kennen Einschränkungen der Plakatwerbung, 4 Kantone verbieten die Werbung in Kinos (GE, SO, SG, VD) und 2 Kantone zusätzlich das Tabak sponsoring (SO, VS).

Die «freizügige» Werberegulation ist der Hauptgrund, wieso die schweizerische Gesetzgebung noch nicht mit der Rahmenkonvention der WHO kompatibel ist.

Seit dem 1.1.2010 bestehen strengere Vorschriften für die Warnhinweise auf Tabakwarenpackungen. Nebst Textwarnungen sind auch Bilder, die auf die Gefahren des Rauchens aufmerksam machen, sowie der Aufdruck der Nummer der Rauchstopplinie obligatorisch.¹⁶

Ausdrücke wie «leicht», «ultraleicht» oder «mild», die den Eindruck erwecken, dass es sich um ein weniger schädliches Produkt handelt, dürfen auf der Packung von Tabakerzeugnissen seit dem 1. November 2004 nicht mehr verwendet werden.¹⁷

Schutz vor Passivrauchen

Seit 1. Mai 2010 sind das «Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen» und die entsprechende Verordnung rechtskräftig. Das Gesetz schützt nur teilweise vor Passivrauchen. Zwar müssen öffentlich zugängliche geschlossene Räume sowie Arbeitsplätze rauchfrei sein. Aber Rauchräume sind zugelassen, im Gastgewerbe sogar bediente Rauchräume und Rauchbetriebe. Andererseits können die Kantone strengere Vorschriften zum Schutz der Gesundheit erlassen.

Von 26 Kantonen beschränken sich 11 auf die nationale Regelung. 6 von 15, die weitergehende Regelungen kennen, lassen nur unbediente Rauchräume zu. Alle 15 untersagen Raucherbetriebe.

Die Volksinitiative zum Schutz vor Passivrauchen, die am 23. September 2012 zur Abstimmung kommt, fordert in etwa eine Regulierung, wie sie den fortschrittlichsten kantonalen Lösungen entspricht.¹⁸

Besteuerung von Tabakwaren

In den letzten 20 Jahren hat sich der Preis für Zigaretten verdoppelt. Der Preis für einen Big Mac ist in den letzten Jahren nicht vergleichbar angestiegen. Die Preissteigerung auf Zigaretten ist zum einen auf Steuererhebungen, aber auch auf Zuschläge der Industrie zurückzuführen. Im Januar 2011 betrug der Steueranteil auf ein



Päckchen ca. 64%. Im Jahre 2002 waren es 51% gewesen. Gemäss der Revision des Steuergesetzes, die im März 2003 in Kraft trat, kann der Bundesrat den damaligen Zigarettenpreis um höchstens 80% erhöhen. Zurzeit liegt die Kompetenz noch bei 10 Rappen. Weitere Erhöhungen bedürfen einer Revision der Tabaksteuergesetzgebung.¹⁹ Die Einnahmen aus der Tabaksteuer sind zweckgebunden und fliesen in die AHV/IV.

Auf Zigaretten wird eine Sondersteuer zugunsten des einheimischen Tabakanbaus (seit 1992) und der Tabakprävention (seit 2004) von jeweils 2,6 Rappen pro Zigarettenpäckchen erhoben.

Weiteres

Analog zur aktuell gültigen Regelung in der EU mit Ausnahme von Schweden dürfen Tabakerzeugnisse zum oralen Gebrauch – z.B. Lutschtabak – weder eingeführt noch abgegeben werden.²⁰ Zigaretten müssen vorverpackt sein und dürfen nur in Packungen

von mindestens 20 Stück an Konsumentinnen und Konsumenten abgegeben werden.²¹

Ein Verkaufsverbot für Minderjährige – wie es auch die Rahmenkonvention der Weltgesundheitsorganisation fordert – ist auf nationaler Ebene noch nicht in Kraft. 17 Kantone haben Verkaufsverbote eingeführt, davon 11 mit der Altersgrenze 16 und 6 mit der Altersgrenze 18.

Im europäischen Vergleich hinsichtlich Tabakkontrollpolitik konnte die Schweiz 2010 gegenüber 2007 Pluspunkte verbuchen.²² Sie stieg von Rang 18 auf Rang 11 von insgesamt 30 Plätzen. Dies ist in erster Linie auf die verbesserte gesetzliche Lage hinsichtlich des Schutzes vor Passivrauchen, die bebilderten Warnhinweise auf Zigarettenpäckchen und die Tatsache, dass dank der Sonderabgabe auf Tabakprodukten für Prävention erhebliche finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, zurückzuführen. Die Tabakprävalenz ist keine Messlatte in diesem Ländervergleich. Mit den meisten Punkten werden gesetzgeberische Massnahmen bewertet.



Die Schweiz hat vom tabakpolitischen Elan der Europäischen Kommission in der Vergangenheit profitiert. Sie hat eine Reihe von gesetzlichen Regelungen der EU angepasst. Die EU diskutiert zurzeit weitere wichtige einschneidende Massnahmen, um der Verbreitung des Tabakkonsums Einhalt zu gebieten. Es ist zu hoffen, dass die Schweiz dann auch hier nachziehen wird.

Weniger Zigaretten = weniger Gesundheitsschäden?

Vom Standpunkt der Gesundheit aus betrachtet, birgt auch der Konsum von nur wenigen regelmässig gerauchten Zigaretten Risiken. Dies wurde eindrücklich bewiesen in einer langjährigen norwegischen Studie, bei der 42'000 Personen untersucht wurden. Die Sterblichkeit war bei Raucherinnen und Rauchern im Vergleich mit Personen, die nie Zigaretten geraucht hatten, auch dann erhöht, wenn sie bloss 1 bis 4 Zigaretten pro Tag konsumiert hatten. Ausgeprägter war die erhöhte Sterblichkeit von Personen, die nur wenige

Zigaretten konsumierten, bei den Herz-Kreislaufkrankheiten, aber auch die Lungenkrebsfälle waren gegenüber Personen, die nie geraucht hatten, erhöht.²³

Das tabakbedingte Krankheitsrisiko ist stärker davon abhängig, wie lange eine Person bereits Tabakwaren konsumiert hat, als von der täglichen Dosis.²⁴ Mit der Anzahl Raucherjahre erhöht sich das tabakbedingte Krankheitsrisiko stark. Dazu kommt, dass abhängige Raucherinnen und Raucher, die ihren Konsum zu reduzieren versuchen, ihr Verlangen nach dem Nikotin dadurch stillen, dass sie den Tabakrauch stärker inhalieren und folglich kaum weniger Tabakrauch aufnehmen als vor der Reduktion.

Eine Gruppe von Expertinnen und Experten – zusammengesetzt aus den Bereichen Medizin, Pflege, klinische Tabakologie und Tabakprävention – kam auf der Grundlage der aktuellen Studienlage und der Erfahrungen in der Praxis zu dem Schluss, dass die Reduktion des Tabakkonsums in der Rauchstoppberatung nur in bestimmten Sonderfällen zu empfehlen sei.²⁵ Die Reduktion als Strategie in der Rauchstoppbehandlung kann gegebenenfalls bei stark nikotinabhängigen Personen, die schon mehrere erfolglose Aufhörversuche hinter sich haben, als Zwischentappe im Hinblick auf einen definitiven Rauchstopp zu einem späteren Zeitpunkt in Erwägung gezogen werden oder bei Personen mit schweren Krankheiten (bspw. mit einer chronisch-obstruktiven Bronchopneumopathie oder einer Angiokardiopathie). Damit die Reduktion der konsumierten Tabakwaren nicht durch stärkere Inhalation kompensiert wird, ist das Verschreiben nikotinhaltiger Medikamente als ein ergänzender Teil der Therapie zu empfehlen. Die Reduktion der Anzahl konsumierter Zigaretten bei gleichzeitiger Verabreichung nikotinhaltiger Medikamente zeigt zwar auf die Dauer keinen gesundheitlichen Nutzen, hingegen gelingt es mehr Leuten, so die Reduktion aufrechtzuerhalten.²⁶ Bei schwerkranken Personen, z.B. bei jenen, die an einer chronisch-obstruktiven Lungenkrankheit leiden (COPD), vermag eine Reduktion der Anzahl gerauchter Zigaretten Linderung zu erbringen.

Mundtabak: Eine Alternative?

Von Zigaretten auf Mundtabak²⁷ umzusteigen ist keine Alternative, die heute von der Fachwelt empfohlen wird. Hingegen machen sich die Herstellungsfirmen dieser Produkte und die Tabakindustrie, die in den USA mehrere solche Produkte vermarktet, dafür stark. Mundtabak ist für die Gesundheit keinesfalls unbedenklich. Atemwege und die Lunge sind zwar vom Konsum nicht direkt betroffen, hingegen enthalten Kau- und Mundtabake ebenfalls krebserregende Stoffe. Der Konsum von Mundtabak führt zu Mund- und Bauchspeicheldrüsenkrebs, ausserdem fördert er die Rückbildung des Zahnfleisches.²⁸ Der Mundhöhlenbereich wird durch Mundtabak besonders stark beeinträchtigt und zwar nicht erst nach jahrelangem Konsum. Die Nikotinabhängigkeit bleibt durch den Konsum von rauchlosen Tabakprodukten erhalten wie beim Konsum von Raucherwaren.

Als Argument pro Mundtabak muss immer wieder Schweden als Beispiel herhalten. Der Zigarettenkonsum in Schweden liegt bei den Männern tatsächlich unter dem europäischen Durchschnitt. Betrachtet man hingegen den Gesamtkonsum von Tabakwaren, so liegt dieser mit 40% bei den Männern sehr hoch.²⁹

Die Ausdehnung des Marktes mit neuen Tabak- oder anderen Rauchprodukten führt ziemlich sicher nicht zu einer Senkung des Gesamtkonsums solcher Waren in unserer Gesellschaft, sondern zu einer Erhöhung. Junge Leute könnten den Einstieg in den Tabakkonsum über diese Produkte finden.

Bisher liegt keine Evidenz vor, dass Mundtabak für die Raucherentwöhnung geeignet ist.³⁰ Für die Tabakentwöhnung stehen heute eine Reihe wissenschaftlich erprobter Medikamente zur Verfügung. Die längste Erfahrung gibt es bei uns mit den nikotinhaltigen Medikamenten, die bereits seit Jahrzehnten zugelassen sind. Ihre Wirksamkeit ist vielfach belegt; in Kombination mit einer begleitenden Rauchstopp-Beratung tragen sie wesentlich zur Erhöhung der Chancen aufzuhören bei.³¹

...und die Erfindungen der Tabakindustrie

Grossen Aufwand, um sogenannte weniger schädliche Produkte auf den Markt zu bringen, betreibt seit eh und je die Tabakindustrie. Als sie in den frühen 50er Jahren die Filterzigarette auf den Markt brachte, war vom grossen Durchbruch die Rede. Männer im weissen Arztkittel bewarben das neue Produkt. Es folgten dann die sogenannten Light-Zigaretten. All diese Bestrebungen haben sich als Bumerang für die Gesundheit erwiesen. Filterzigaretten lassen sich einfacher konsumieren als solche ohne Filter. Das Verlangen nach dem Nikotin bringt es mit sich, dass beim Rauchen von Light-Zigaretten tiefer inhaliert wird, mit der Folge, dass die Schadstoffaufnahme kaum vom Konsum höher dosierter Zigaretten abweicht. Wer von normalen zu teerarmen Zigaretten wechselt, hat ein unverändert hohes Lungenkrebsrisiko. Ebenso wenig verringert ein Wechsel das Risiko von Herzkrankheiten.

Nationales Rauchstopp-Programm

Etwas mehr als ein Viertel der 14- bis 65-jährigen Bevölkerung in der Schweiz rauchen.³² Das sind rund 1.47 Mio. Personen (1'040'000 täglich Rauchende und 440'000 nicht täglich Rauchende). Die Mehrheit der Personen, die täglich rauchen, ist dem Aufhören nicht abgeneigt, jedoch verschieben es die meisten auf später. Die grosse Mehrheit der Raucherinnen und Raucher beurteilt den Rauchstopp als schwierig.³³ Die Erhöhung der Anzahl Personen, die das Rauchen erfolgreich aufgeben, trägt sehr wesentlich zur Senkung der tabakbedingten Sterblichkeitsrate bei. Dies belegt die britische Ärztstudie,³⁴ die 1951 begonnen und 2001 abgeschlossen wurde, auf eindrückliche Art und Weise. Zwischen Personen, die nie geraucht oder jenen, die damit aufgehört hatten sowie Raucherinnen und Raucher konnten grosse Unterschiede in der Lebenserwartung gezeigt werden. Die Sterblichkeit im mittleren Alter (35-69) hängt entscheidend mit dem Rauchverhalten zusammen.

Ziele, Grundausrichtung und Projekte

Verschiedene Gesundheitsorganisationen³⁵ haben im Jahr 2001 das Nationale Rauchstopp-Programm gestartet. Ziel des Programms ist es, die Anzahl der Raucherinnen und Raucher, die den Tabakkonsum aufgeben, zu erhöhen. Dazu wurden Massnahmen ergriffen, die sich zum einen an die Gesundheitsfachleute und zum anderen direkt an die rauchende Bevölkerung richten.

Dank dem Nationalen Rauchstopp-Programm konnten in den letzten Jahren wichtige Schritte zur Verankerung der Rauchstoppberatung im medizinischen Setting erreicht werden. Der Grundsatz, dass dabei die Schulung der Gesundheitsfachleute im Zentrum steht, konnte breit abgestützt werden. Die Aktivitäten des Programms sind unter Fachleuten im Gesundheitswesen gut verankert. Die Kontinuität der Angebote und Dienstleistungen konnten gewährleistet und die Synergien innerhalb der einzelnen Sektoren besser genutzt werden. Mit dem Programm wurden für die Schweiz zum Teil neue Standards gesetzt. Gleichzeitig wurde auch die Ansprache der Raucherinnen und Raucher hinsichtlich Rauchstopp verstärkt.

Das Rauchstopp-Programm der Periode 2010-2012 wird zu 86% vom Tabakpräventionsfonds und zu 14% von der Krebsliga Schweiz finanziert. Die gemeinsame Trägerschaft bilden für diese Periode die Krebsliga Schweiz, die Schweizerische Herzstiftung und die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention AT. Der AT obliegt auch die Programmleitung. Die Trägerschaft wurde im Hinblick auf die nächste Programmperiode 2013-2016 durch die Lungenliga Schweiz erweitert. In der laufenden Periode umfasst das Nationale Rauchstopp-Programm ein öffentlichkeitsorientiertes Projekt, fünf Projekte im Gesundheitsbereich sowie ein zielgruppenspezifisches Projekt für die Migrationsbevölkerung aus der Türkei. Es handelt sich dabei um folgende Projekte, die jeweils in der Verantwortung einer der Trägerorganisationen liegen:

- Rauchstopp-Wettbewerb (Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention)
- Frei von Tabak in der Ärzteschaft, verantwortlich Krebsliga Schweiz)
- Rauchen – Intervention in der zahnmedizinischen Praxis (verantwortlich Krebsliga Schweiz)
- Rauchstopp-Beratung in der Apotheke (verantwortlich Krebsliga Schweiz)
- Hospital Quit Support (verantwortlich Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention)
- Rauchstopp-Beratung bei Diabetes- und Herz-Kreislaufkranken (verantwortlich Schweizerische Herzstiftung)
- Rauchstopp-Kurse für die Migrationsbevölkerung aus der Türkei (verantwortlich AT, Umsetzung Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich)³⁶

Die nächste Programmperiode 2013-2016

Inhaltlich sieht das Programm auch künftig zwei Typen von Massnahmen/Projekten vor. Projekte, die sich an die Gesundheitsfachleute richten, mit dem Ziel der Verankerung der Motivierung und Beratung zum Rauchstopp im Gesundheitswesen, und Projekte, mit denen direkt die Raucherinnen und Raucher angesprochen werden sollen. Bei der direkten Ansprache der Bevölkerung soll insbesondere dem zielgruppenspezifischen Vorgehen und dem besseren Erreichen sozial schlechter gestellter Personen grössere Bedeutung beigemessen werden. Für die Periode 2013-2016 ist ein zielgruppenspezifisches Projekt für die albanischsprachige Bevölkerung geplant. Neu sollen die Zielgruppen folgender medizinischer Berufe angesprochen werden: Krankenpflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Geburtshilfe, Ernährung. Der Rauchstopp-Tag zum Welttag ohne Tabak soll ab 2013 den bisherigen Rauchstopp-Wettbewerb ablösen. Die Schwerpunkte, die im Nationalen Rauchstopp-Programm 2013-2016 gesetzt wurden, leiten sich ab aus den Erfahrungen aus der seit 2001 getätigten Arbeit, der nationalen und internationalen Good und Best Practice sowie den Guidelines zu Artikel 14 der Rahmenkonvention über Tabakkontrolle der Weltgesundheitsorganisation.³⁷

Die Trägerorganisationen des Nationalen Rauchstopp-Programms haben nicht den Anspruch, mit ihren Projekten das ganze Gebiet zur Förderung des Rauchstopps abzudecken. Z.B. sind keine Massnahmen geplant, die ganz gezielt den Rauchstopp bei Jugendlichen fördern. Es gibt zahlreiche Projekte und Tätigkeiten sowohl auf nationaler (Rauchstopplinie, Unternehmen rauchfrei u.w.) wie auch auf regionaler bzw. überregionaler Ebene (Einzelberatung, Kurse von Ligen und Fachstellen, z.T. für ausgewählte Zielgruppen), die ausserhalb des Programms laufen. Mit einigen Projekten wie z.B. der Nationalen Rauchstopplinie besteht bereits jetzt eine sehr enge Zusammenarbeit. Gewisse Projekte des Programms wie z.B. der Rauchstopp-Wettbewerb sind sehr auf die Unterstützung der kantonalen Organisationen angewiesen. Die Zusammenarbeit mit anderen Projekten ist, wann immer möglich, eng zu gestalten.

Als Verantwortliche für das Nationale Rauchstopp-Programm werden sich die Trägerorganisationen auch für die Übernahme der Kosten für medikamentöse Hilfen zum Rauchstopp durch die Grundversicherung und die Beratung durch nichtärztliche Fachleute einsetzen.

Die Schweiz ist nicht das Schlusslicht der Tabakprävention

Die Schweiz hat, gemessen an den von der Internationalen Rahmenkonvention über Tabakkontrolle definierten Standards, klare Defizite in der Regulierung von Tabakprodukten. Hohe Besteuerung von Tabakprodukten, Verbot der Werbung für und Promotion von Tabakwaren, Schutz vor Passivrauchen, Information und Sensibilisierung der Bevölkerung, prominente Warnhinweise auf Tabakwa-

renverpackungen und Unterstützung der Raucherinnen und Raucher beim Rauchstopp werden von der Weltbank als Teil der wichtigsten Massnahmen zur Eindämmung der Tabakepidemie definiert.³⁸ Die Schweiz konnte in den letzten Jahren Punkte buchen. Sie präsentierte sich im europäischen Vergleich im Jahre 2010 auf Platz 11 von insgesamt 30 Plätzen in Bezug auf die Regulierung von Tabakprodukten.

Die Schweiz verfügt seit 1995 über Nationale Programme im Bereich Tabak. Das erste Programm in den 90er-Jahren war noch mit sehr bescheidenen finanziellen Mitteln dotiert, auch wurden damals von den Behörden gesetzgeberische Massnahmen bewusst ausgeschlossen. Das änderte sich mit dem zweiten und dritten Nationalen Programm Tabak im neuen Jahrtausend. Dank der Schaffung des Tabakpräventionsfonds im Jahre 2004 stehen erhebliche finanzielle Mittel für die Förderung des Nichtrauchens zu Verfügung. Die Schweiz verfügt heute über eine ganze Reihe von Programmen und Projekten, sowohl auf nationaler wie auch kantonaler Ebene, die sich in ihrer Ausgestaltung am aktuellen erforschten Wissensstand und an der internationalen Best-Practice-Vorgabe orientieren. Der Bund, aber auch die Kantone und natürlich auch die Nichtregierungsorganisationen, die als die eigentlichen Vorreiter in der Tabakprävention bezeichnet werden dürfen, haben ihr Engagement im Vergleich zum letzten Jahrtausend verstärkt.

Hinsichtlich Raucherinnen- und Raucherraten steht die Schweiz im europäischen Vergleich ebenfalls nicht schlecht da, wobei dies angesichts der mehrheitlich immer noch sehr hohen Tabakprävalenzen ein schlechter Trost ist. Australien hat heute einen Anteil von 15% Raucherinnen und Raucher in der erwachsenen Bevölkerung. Kalifornien liegt mit 12% sogar noch tiefer. In Europa liegen die Prozentpunkte ausser in Schweden³⁹ nirgends unter 20%. Die Hälfte der Staaten kennen Raucherinnen- und Raucherraten von über 30%.⁴⁰ Es liegen also noch Jahre harter Arbeit vor uns.

In vielen Staaten der Welt wurde die Ratifizierung der Internationalen Rahmenkonvention über Tabakkontrolle genutzt, um die Tabakpräventions- und -kontrollpolitik in Gang zu bringen oder ihr neuen Elan zu verleihen. Es ist zu hoffen, dass wir es auch in der Schweiz bald schaffen, die Bedingungen für die Ratifizierung zu erfüllen.

Eine Chance, weitere Fortschritte in unseren Bemühungen zu erzielen, steht unmittelbar bevor. Am 23. September 2012 wird über die Initiative zum Schutz vor Passivrauchen abgestimmt. Öffentlich zugängliche Innenräume sollen für alle rauchfrei werden. Mit einem Ja an der Urne können wir mit wenigem Aufwand einen wertvollen Beitrag für den Ausbau des Gesundheitsschutzes für alle leisten. ●

Literatur

- Bjartveit, K./Tverdal, A. (2005): Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tobacco Control* 14: 315–320.
- BFS Bundesamt für Statistik (2009): Tabakbedingte Todesfälle in der Schweiz. Schätzung für die Jahre 1995 bis 2007. Neuchâtel.
- Cogliano, V./Straif, K./Baan, R./Grosse, Y./Secretan, B./El Ghissassi, F. (2004): Smokeless tobacco and tobacco-related nitrosamines. *The Lancet Oncology* 5: 708.
- Conference of the Parties (2010): Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Punta del Este, Uruguay: Conference of the Parties fourth session.
- Cornuz, J./Jacot-Sadowski, I./Humair, J.-P./Clair, C./Schuurmans, M./Zellweger, J.-P. (2011): Tabakentwöhnung: Update 2011. Teil 1. *Schweizerisches Medizin Forum* 11(9):156–159.
- Doll, R./Peto, R./Boreham, J./Sutherland, I. (2004): Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 328 (7455): 1519–1528.
- European Commission (2010): Tobacco. Special Eurobarometer 332/Wave 72.3. Belgium: European Commission, TNS Opinion & Social.
- Gonseth, S./Gonseth, S./Sadowski, I.J./Cornuz, J. (2010): Empfehlungen eines Schweizer Expertenteams. Reduzierung der Risiken für Raucher. *Schweizerische Ärztezeitung* 41: 1621–1625.
- Joossens, L./Raw, M. (2005): The Tobacco Control Scale 2010 in Europe. Association of European Cancer Leagues. www.tinyurl.com/cmkb04h, Zugriff 17.06.2012.

- Keller, R./Krebs, H./Hornung, R. (2011): Der Tabakkonsum der Schweizer Wohnbevölkerung in den Jahren 2009 bis 2010. Zürich: Universität Zürich.
- Marques-Vidal, P./Melich-Cerveira, J./Paccaud, F./Waeber, G./Vollenweider, P./Cornuz, J. (2011): Prevalence and factors associated with difficulty and intention to quit smoking in Switzerland. *BMC Public Health* 11 (11): 227.
- Patja, K./Hakala, S.M./Boström, G./Nordgren, P./Haglund, M. (2009): Trends of Tobacco use in Sweden and Finland: do differences in tobacco policy relate to tobacco use? *Scandinavian Journal for Public Health* 37: 153–160.
- Salis Gross, C./Schnoz, D./Cangatin, S. (2009): «(Nicht-)Rauchen wie ein Türke?». *SuchtMagazin* 35(4): 30–34.
- Stead, L.F./Lancaster, T. (2007): Interventions to reduce harm from continued tobacco use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3.
- The World Bank (1999): *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington D. C.: the International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- Zhu, S.H./Wang, J.B./Hartman, A./Zhuang, Y./Gamst, A./Gibson, J.T./Gilljam, H./Galanti, M.R. (2009): Quitting Cigarettes Completely or Switching to Smokeless: Do U.S. Data Replicate the Swedish Results? *Tobacco Control* 18: 82–87.

Endnoten

- 1 Bundesamt für Statistik, März 2009, Tabakbedingte Todesfälle in der Schweiz. Schätzung für die Jahre 1995 bis 2007.
- 2 Vgl. Keller et al. 2011 und den Artikel von Keller/Hornung in dieser Ausgabe des SuchtMagazin.
- 3 WHO Framework Convention on Tobacco Control: www.tinyurl.com/cjnf7ao, Zugriff 17. Juni 2012.
- 4 Unter Plain Packaging versteht man die neutrale Verpackung von Tabakwaren, ohne Logos etc., auch der Name der Marke ist auf allen Verpackungen in einem identischen Schriftzug abgebildet.
- 5 Minderjährige gemäss Definition der nationalen Gesetzgebung. Für die Schweiz heisst das 18 Jahre.
- 6 Weitere Informationen zur Motion Humbel (11.3637): www.tinyurl.com/bq8675f, Zugriff 17. Juni 2012.
- 7 Vgl. Endnote 3.
- 8 Richtlinie 2001/37/EG: www.tinyurl.com/cohhdz9, Zugriff 17. Juni 2012.
- 9 Richtlinie 2003/33/EG: www.tinyurl.com/d95z2vw, Zugriff 17. Juni 2012.
- 10 Council Directive 2011/64/EU: www.tinyurl.com/c3na5eb, Zugriff 17. Juni 2012.
- 11 Empfehlung des Europäischen Rates vom 30. November 2009 über rauchfreie Umgebungen 2009/C 296/02: www.tinyurl.com/c7q462l, Zugriff 20. Juni 2012.
- 12 Eine Übersicht der kantonalen Aktivitäten bietet die Website des Bundesamtes für Gesundheit: Zugriff 04.06.2012. Zur Akzeptanz der verschiedenen Bestimmung vgl. Keller/Hornung in dieser Ausgabe des SuchtMagazin.
- 13 Vgl. Bundesgesetz über Radio und Fernsehen (RTVG) 24. März 2006.
- 14 Vgl. Tabakverordnung 2004.
- 15 Vgl. ebd.
- 16 Vgl. Verordnung des EDI über kombinierte Warnhinweise auf Tabakprodukten vom 10. Dezember 2007.
- 17 Vgl. Tabakverordnung 2004.
- 18 Vgl. auch den Eintrag im Newsflash in dieser Ausgabe des SuchtMagazin.
- 19 Vgl. Bundesgesetz über die Tabakbesteuerung: www.tinyurl.com/cp6jhgf, Zugriff 17. Juni 2012.
- 20 Vgl. ebd.
- 21 Vgl. ebd.
- 22 Vgl. Joossens/Raw 2010.
- 23 Vgl. Bjartveit/Tverdal 2004.
- 24 Vgl. Gonseth et al. 2010.
- 25 Vgl. ebd.
- 26 Vgl. Stead/Lancaster 2007.
- 27 Unter Mundtabak sind Tabakprodukte zu verstehen, die nicht zum Rauchen bestimmt sind, z.B. Lutsch- oder Kautabak.
- 28 Vgl. Cogliano et al. 2004.
- 29 Vgl. Patja et al. 2009.
- 30 Vgl. Zhu et al. 2009.
- 31 Vgl. Cornuz et al. 2011.
- 32 Vgl. Keller et al. 2011 und den Artikel von Keller/Hornung in dieser Ausgabe des SuchtMagazin.
- 33 Vgl. Marques-Vidal et al. 2011.
- 34 Vgl. Doll et al. 2004.
- 35 Krebsliga Schweiz, Lungenliga Schweiz, Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention, Bundesamt für Gesundheit.
- 36 Vgl. Salis Gross/Schnoz/Cangatin 2009.
- 37 Guidelines Article 14 FCTC.
- 38 Vgl. World Bank 1999.
- 39 Die tiefe Raucherinnen- und Raucherrate in Schweden täuscht darüber hinweg, dass es einen sehr hohen Anteil abhängiger Konsumenten von Mundtabak unter den Männern gibt. 40% der Schweden konsumieren Tabakprodukte.
- 40 Vgl. European Commission 2010.