

Best Practice-Modelle der Tabakkontrolle



Die Österreichische Akademie der Wissenschaften lud Anfang April internationale Experten zur Diskussion über Erfolg und Misserfolg der Tabakkontrolle in Europa. Österreich gilt nach wie vor als europäisches Schlusslicht in Sachen Tabakkontrolle und Raucherprävention.

Von Univ.-Prof. Dr. Manfred Neuberger

Die Experten waren sich einig: die Tabakkontrolle ist in Europa weniger fortschrittlich als etwa in Australien, Nordamerika und einigen südamerikanischen und asiatischen Ländern, und Österreich hinkt der Entwicklung in Europa noch immer hinterher (siehe auch Association of European Cancer Leagues, 2013; Neuberger, ClinCum pneumo 1/16). Dass Maßnahmen zur Tabakkontrolle durchaus Wirkung zeigen können, ist Dr. Stanton Glantz, Kardiologe an der University of California, San Francisco, überzeugt. Er lieferte Beweise für schnelle und deutliche Effekte von Tabakkontrollmaßnahmen auf Raucherrate und ihre gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen. Sehr wirksam erweisen sich hier laut Glantz „billige“ Interventionen, wie z.B. Einheitspackungen für Zigaretten mit starken Warnungen – wie sie Australien einführte –, sowie gesetzliche Maßnahmen

zur Luftreinhaltung vor Tabakrauch. Ebenfalls effektiv sind Medienkampagnen zur Isolierung der Tabakindustrie und zur Festigung des Nichtrauchens als soziale Norm. Weltweit zeigen Daten Rückgänge von 15 bis 20 Prozent bei Rettungseinsätzen und Spitalsaufnahmen wegen Herzinfarkt, Schlaganfall, Asthma bronchiale und anderen Lungenkrankheiten unmittelbar nachdem die Gastronomie und Arbeitsplätze rauchfrei gemacht wurden, wobei strengere Maßnahmen größere Wirkungen zeigen. Auch die altersadjustierte Sterblichkeit bei kardiovaskulären Erkrankungen ging zurück, schon nach drei Jahren nahmen Neuerkrankungen an Lungen- und Blasenkarzinomen ab.

Wirtschaftlicher Benefit

Die Krankheitsreduktion nach Tabakkontroll-Interventionen schlägt sich auch wirtschaftlich deutlich und im zunehmendem Maße zu Buche. So kostete etwa das kalifornische Tabakkontrollprogramm von 1989 bis 2008 2,4 Milliarden US-Dollar, ersparte der Regierung jedoch 243 Milliarden US-Dollar an Gesundheitskosten – das entsprach zwölf Prozent der gesamten Gesundheitskosten 2008. Gleichzeitig ging der Zigarettenverkauf um 6,8 Milliarden

Packungen im Wert von 28,5 Milliarden US-Dollar für die Tabakindustrie zurück, was erklärt, warum diese derartige Programme so heftig bekämpft. Glantz fasste zusammen: Eine starke und rasche Reduktion des Rauchens ist möglich und lässt unmittelbare und wesentliche Gewinne für Gesundheit und Wirtschaft erwarten, wenn Politiker willens sind, gegen die Tabakindustrie aufzustehen.

Spitzenreiter Großbritannien

Dr. Heide Weishaar, Social and Public Health Sciences Unit, University of Glasgow, berichtete über positive Entwicklungen in Westeuropa. Dort ist Großbritannien bei der Tabakkontrolle führend, nicht zuletzt da es seine Raucherprävalenz in den letzten 30 Jahre kontinuierlich reduzieren konnte. Wesentliche Komponenten der britischen Tabakkontrollstrategie waren Tabakwerbverbote, die auch für Verkaufsstellen galten, Gesetze zur Luftreinhaltung vor Tabakrauch, Zugangsbeschränkungen für Minderjährige, Bildwarnungen vor Gesundheitsgefahren und das Rauchverbot in Autos in Gegenwart von Kindern. Ein Meilenstein für die umfassende Tabakkontrolle war in den Jahren 2006 und 2007 die Gesetzgebung für eine rauchfreie Umwelt. Die Evaluation der Effektivität dieser Gesetze liefert essenzielle Erfolgsmessung: gesundheitlich, wirtschaftlich und auch in Hinblick auf Durchsetzbarkeit und Akzeptanz. Aus den vorliegenden britischen und anderen europäischen Studien können Schlussfolgerungen für die Relevanz künftiger nationaler und internationaler Tabakkontrollmaßnahmen abgeleitet werden, ebenso Schlüsselfaktoren für ihre Akzeptanz und erfolgreiche Implementierung, so Weishaar.

Betriebswirtschaftliche Implikationen

Miklós Szócska, ärztlicher Direktor des Health Services Management Training Centre an der Faculty of Health- & Public Services der Semmelweis University Budapest, beschrieb die Maßnahmen, die er als Gesundheitsminister von 2010 bis 2014 in Ungarn blitzartig umsetzte. Epidemiologische, regulatorische, ökonomische, politische und soziale Überlegungen waren dafür maßgeblich. An Hand von Konsumtrends, Gesundheits- und Wirtschaftsdaten (direkte und indirekte Gesundheitskosten) beleuchtete Szócska

die Wichtigkeit der Tabakregulierung für die öffentliche Gesundheit. Weiters behandelte er Aspekte der persönlichen Motivation von Entscheidungsträgern und administrativem Personal und gewährte Einblicke in die Hintergründe politischer Entscheidungen und Versuche der Einflussnahme, die von Geschäftsinteressen dominiert waren. Neben der wirtschaftlichen Belastung durch tabakasoziierte Erkrankungen bilanzierte Szócska auch andere wirtschaftliche Folgen der Tabakregulierung auf den Staatshaushalt und auf betriebswirtschaftliche Ergebnisse (Hotel- und Gastgewerbe, Restaurants, Tourismus etc.). Seine Analyse persönlicher Motivation und politischer Zwänge machte verständlich, wie es trotzdem gelang, im ungarischen Parlament eine Mehrheit von 87 Prozent (bei Rauchern 60 Prozent) für das Tabakgesetz zu finden.

Kernelemente von Rauchverboten

Dr. Giuseppe Gorini, Professor für Public Health an der Occupational & Environmental Epidemiology Unit des Cancer Research & Prevention Institute, Florenz, zeigte Kernelemente der Rauchverbote in Italien und Spanien sowie ihre Folgen: Reduktion des Passivrauchens an Arbeitsplätzen und in der Gastronomie, Befolgung der Verbote, Abnahme von Hospitalisierungen wegen akuter Herzinfarkte und von anderen Erkrankungs- und Sterbefällen, die dem Passivrauchen zuzurechnen sind. Die Misserfolge von Rauchverboten in Griechenland brachte Gorini mit ihrer schlechten Implementierung in Zusammenhang. Der Stand des Wissens zur Implementierung ist im WHO-Rahmenabkommens zur Tabakkontrolle zusammengefasst und Italien bemühte sich, diesen Leitlinien zu entsprechen, als es 2005 mit Unterstützung der Exekutive die rauchfreie Gastronomie einführte. Dagegen hat Österreich zuerst die halbherzige „spanische Lösung“ von 2006 übernommen, folgte aber 2010 dem spanischen Vorbild eines kompletten Rauchverbots nicht mehr, welches in Österreich erst 2015 für 2018 in Aussicht genommen wurde, ohne auch den Vollzug des Gesetzes entsprechend zu verbessern. Das Resümee der Experten in Bezug auf Österreich entsprach im Wesentlichen den Empfehlungen der österreichischen Ärzteinitiative (siehe Tab.) an die Politik.

Literatur beim Autor



Univ.-Prof. Dr. Manfred Neuberger
Institut für Umwelthygiene, MedUni Wien;
Mitglied der Kommission Klima & Luftqualität der Österreichischen Akademie der Wissenschaften

Empfehlungen der österreichischen Ärzteinitiative (www.aerzteinitiative.at)

Sofort umsetzbare Maßnahmen

- Reduzierung der Kontakte politischer Entscheidungsträger mit Tabakindustrie und ihrem Vertriebssystem auf das in CoP-3 zu Artikel 5.3 FCTC genannte Ausmaß. Protokollierung und Transparenz dieser Kontakte
- Einstellung staatlicher Förderung bei Verstoß von Medien gegen Artikel 13 FCTC
- Erhöhung der Tabaksteuer um 5 Cent pro Packung (20 Stk), zweckgewidmet für Tabakprävention (3 Cent), Rauchertherapie und Schmuggelbekämpfung (je 1 Cent)
- Ausnahmslos rauchfreie Schulen, Arbeitsplätze, Lokale (im ersten Jahr unterstützt durch Exekutive) und Geschäfte (inklusive Clubs, Trafiken), Spitäler und Gesundheitseinrichtungen, alle Personenverkehrsmittel, Privatautos beim Mitführen Minderjähriger, Kinderspielflächen
- Anhebung der Altersgrenze für alle Zigaretten und Tabakwaren auf 18 Jahre und Kontrolle des Verkaufsverbots durch Testkäufe
- Verbot von Zigarettenautomaten und jeder Außenwerbung für Tabakprodukte und verwandte Erzeugnisse
- Verbot von Gratiszigaretten
- Streichung der Ausnahmen (Aromazusätze, Warnungen) für Zigarren, Zigarillos und Pfeifentabake

Kurz- bis mittelfristig umsetzbare Maßnahmen

- Beschränkung des Tabak- und Zigarettenhandels auf lizenzierte Verkaufsstellen, die Tabakprodukte und verwandte Erzeugnisse weder bewerben noch zur Schau stellen (Artikel 16 FCTC) oder diese Waren ausschließlich anbieten und Minderjährigen keinen Zutritt gewähren
- Einheitsverpackungen für Zigaretten; keine Werbefläche ohne Warnbilder
- TV-Sendezeit 90 Minuten/Monat einführen zu Gefahren von Tabak, Nikotin, Passivrauchen, etc.
- Aufnahme von Tabakprävention und Rauchertherapie (alters-, bildungs- und gendergerecht) in die Curricula von Gesundheitsberufen
- Aufnahme der Raucherberatung in den Leistungskatalog der Krankenkassen
- Raucherräume in Hotels erst nach Freigabe durch Behörde (Lüftung, Unterdruck etc.)
- Einschränkung der Rauchmöglichkeiten in der Öffentlichkeit (Haltestellen, Stadien etc.)
- Repräsentative Erhebungen zum Raucherstatus (Bevölkerung alle zwei bis drei Jahre, Vorbildberufe) und zur Wirksamkeit der Tabakprävention und Rauchertherapie

Fotos: Jo De Vullder/Hemera/Thinkstock, Wilker/Medienienst.com