

Stellungnahme der Österreichische ARGE Suchtvorbeugung an das BM für Gesundheit

## Wirksame Maßnahmen der Tabakprävention aus Sicht der österreichischen Suchtprävention

Betr. Tabakgesetz, Tabakmonopolgesetz, Tabaksteuergesetz, Finanzstrafgesetz, Jugend(schutz)gesetze

*Unter Bezugnahme auf die „Framework Convention on Tobacco Control“ (FCTC) und auf die Richtlinie 2014/40EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 3. April 2014 zur „Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/37/EG“ (in Kraft mit 19.5.2014*

## 25 Schritte zur Tabakprävention

1. Eine langfristige, österreichweite Tabakstrategie entwickeln und umsetzen
2. Österreichweite Daten zu Tabakkonsum und Tabaknormen erheben
3. Strukturelle Tabakprävention begleiten (z.B. Rauchfreie Krankenhäuser)
4. Information und Sensibilisierung für das Nichtrauchen forcieren
5. (Lebenskompetenz-)Programme im Kindes- und Jugendalter umsetzen
6. Gesundheitsberufe in Rauchstopp-Beratung schulen und Beratung honorieren
7. Auf Basis von Qualitätskriterien TabakentwöhnexpertInnen ausbilden
8. Rauchfrei Telefon fortsetzen, ambulante und stationäre Tabakentwöhnung anbieten
9. E-Zigarette & E-Shisha unter Überbegriff „Electronic Nicotine Delivery Systems“ (ENDS) stellen
10. ENDS mit Tabakprodukten gleichstellen – unabhängig davon, ob sie Nikotin beinhalten oder nicht
11. ENDS eindeutig regulieren, Werbung und Konsum einschränken
12. Tabak zum oralen Gebrauch (z.B. Kautabak) eindeutig regulieren
13. Tabaksteuer für Tabakwaren drastisch anheben
14. Fünf Prozent der Steuereinnahmen aus Tabakprodukten für Tabakprävention und Tabakentwöhnung zweckwidmen
15. Zigarettenautomaten verbieten oder ihre Freigabe zeitlich klar beschränken
16. Tabakwerbung, Tabakmarketing und Tabak sponsoring verbieten
17. Jugendschutz zu Tabak auf 18 Jahre anheben
18. Illegalen Handel mit Tabakwaren verhindern
19. Nichtraucherschutz auf Indoor-Arbeitsplätzen vollständig umsetzen
20. Absolutes Rauchverbot in der Gastronomie umsetzen
21. Rauchfreie Umgebung schaffen
22. Entwöhnung auf Verpackungen von Tabakwaren kommunizieren
23. Verpackungen von Tabakwaren vereinheitlichen
24. Zusatzstoffe in Tabakwaren verbieten bzw. stark einschränken
25. Den Markt prüfen und Neuentwicklungen berücksichtigen

## Plädoyer für eine österreichische Tabakstrategie

Da es in Österreich bislang keine bundesweite Tabakstrategie gibt, hat die „österreichische AR-GE Suchtvorbeugung“ ein Positionspapier erarbeitet, das dem Bund als Grundlage für weitere Schritte dienen kann.

Maßnahmen zur Tabakprävention haben gesundheitspolitisch hohe Relevanz. Dies ist durch hohe Prävalenzraten und damit einhergehende Folgeerkrankungen und Todesfälle belegt.<sup>1</sup> So sind tabakassoziierte Erkrankungen auch in Österreich die häufigste Todesursache.<sup>2</sup> Das Risiko tabakassoziiierter Erkrankungen ist zwar je nach Art des Tabakprodukts (Zigarette, Wasserpfeife, Zigarre, Zigarillo, rauchloses Tabakprodukt, ...) etwas anders gelagert, aber für jede Art von Tabakprodukten wissenschaftlich sehr gut belegt.

Wirkungsvolle Maßnahmen sind mittlerweile durch sinkende Rauchprävalenzen in jenen Staaten belegt, welche die von der WHO im Rahmen der Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) formulierten Maßnahmen in stärkerem Maß umsetzen als Österreich. Eine nachhaltige Reduktion des Tabakkonsums in Österreich ist demnach nur durch die Umsetzung eines zeitlich und inhaltlich aufeinander abgestimmten, mehrdimensionalen, langfristigen Maßnahmenbündels („policy mix“) auf individueller und struktureller Ebene möglich. Ziel soll demnach eine nachhaltige Reduktion des Tabakkonsums sein.

Die Tabakkontrollmaßnahmen der FCTC umfassen u.a. folgende Bereiche:

- Preisbezogene und steuerliche Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage nach Tabak
- Nicht preisbezogene Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage nach Tabak
- Schutz vor Passivrauchen
- Regelung bezüglich der Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen
- Regelung bezüglich der Bekanntgabe von Angaben über Tabakerzeugnisse
- Verpackung und Etikettierung von Tabakerzeugnissen
- Aufklärung, Information, Schulung und Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit
- Tabakwerbung, Förderung des Tabakverkaufs und Tabak sponsoring
- Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage im Zusammenhang mit Tabakabhängigkeit und der Aufgabe des Tabakkonsums
- Unerlaubter Handel mit Tabakerzeugnissen
- Verkauf an und durch Minderjährige

Zusätzlich zur FCTC und den österreichischen Bestrebungen, auf nationaler Ebene eine Reduktion des Tabakkonsums zu erwirken, wurden auch immer mehr strittige Rechtslagen höchstgerichtlich dahingehend entschieden, dass Agenden der Gesundheit Priorität vor Agenden des Handels haben können und damit auch eine bundesweit einheitliche Vollziehung erleichtert wird.

<sup>1</sup> Vgl. Li K, Hüsing A, Kaaks R (2014): Lifestyle risk factors and residual life expectancy at age 40: a German cohort study. BMC Medicine 2014, 12:59; Grønkjær M, Eliassen M, Skov-Ettrup LS, Tolstrup JS, Christiansen AH, Mikkelsen SS, Becker U, Flensburg-Madsen T (2014): Preoperative smoking status and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. Ann Surg 2014 Jan;259(1):52-71; Wyss A et al. (2013): Cigarette, Cigar, and Pipe Smoking and the Risk of Head and Neck Cancers: Pooled Analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. Am J Epidemiol. Sep 1, 2013, 178(5): 679–690; Lee PN, Forey BA, Coombs KJ (2012): Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence in the 1900s relating smoking to lung cancer. BMC Cancer, 2012; 12: 385; Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2009): Krebserzeugende Substanzen im Tabakrauch. Heidelberg; Bullen C (2008): Impact of tobacco smoking and smoking cessation on cardiovascular risk and disease. Expert Rev Cardiovasc Ther, 6, 883-895; Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I (2004): Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ. Jun 26, 2004; 328(7455): 1519; ; Benowitz NL (2003): Cigarette smoking and cardiovascular disease: pathophysiology and implications for treatment. Prog Cardiovasc Dis, 46, 91-111.

<sup>2</sup> Vgl. Statistik Austria (2014): Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sind häufigste Todesursachen; Lungenkrebs bei Frauen im Vormarsch. Pressemitteilung Nr. 10.799-108/14 vom 3.6.2014.

Die „Österreichische ARGE Suchtvorbeugung“ legt Wert auf die Feststellung, dass bei allen Maßnahmen auch ethische Aspekte mitberücksichtigt werden müssen. Süchtige Raucherinnen und Raucher dürfen nicht diskriminiert werden, sollen aber jede Unterstützung für Konsumreduktion oder Rauchausstieg bekommen.

Vision: Nichtraucher als Normalität

Ziele:

- Raucheinstieg verhindern
- Rauchausstieg unterstützen
- Nichtraucherschutz

## Österreichweite Strukturen und Voraussetzungen

### 1. Eine langfristige, österreichweite Tabakstrategie entwickeln und umsetzen

Eine langfristige, österreichweite Tabakstrategie sollte die Bereiche Tabakprävention, Tabakkontrolle und Tabakentwöhnung beinhalten und bestenfalls in ein Gesamtkonzept zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention integriert sein.

Dies kann unter Einbindung relevanter Institutionen und bereits vorhandener nationaler und internationaler Konzepte geschehen (z.B. Tabakpräventionsstrategie Steiermark, Züri rauchfrei).<sup>3</sup> In der vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen „Delphi-Studie zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“<sup>4</sup> wurden diesbezüglich bereits Vorarbeiten geleistet. Auch dieses bereits vorhandene Konzept sollte in eine österreichweite Tabakstrategie integriert werden. Die österreichische Strategie kann in Kooperation mit den Fachstellen für Suchtprävention entwickelt und umgesetzt werden. Für die Umsetzung müssten sie die nötigen finanziellen Mittel erhalten.

Bei der Entwicklung und Umsetzung einer österreichweiten Gesamtstrategie ist auf die Handlungsempfehlungen der WHO (FCTC, MPOWER-Modell)<sup>5</sup> besonderes Augenmerk zu legen, aber auch auf die Balance zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention zu achten.

### 2. Österreichweite Daten zu Tabakkonsum und Tabaknormen erheben

Für eine realistische Einschätzung des Tabakkonsums sind österreichweite, aktuelle Daten nötig. Monitoring sollte in regelmäßigen Abständen Daten zu Tabaknormen und Tabakkonsum von Jugendlichen und Erwachsenen erheben (Einstiegsalter, Aufhörbereitschaft, Passivrauchbelastung, Einstellungen zum Rauchen, usw.). Darüber hinaus sollten aktuelle Entwicklungen beobachtet und in einem Gesamtkonzept zu Gesundheitsförderung mitberücksichtigt werden.

<sup>3</sup> Züri rauchfrei (2009): Maßnahmenpaket Tabakprävention im Kanton Zürich 2010–2012. Zürich; VIVID – Fachstelle für Suchtprävention (2011): Positionspapier für die Delphi-Studie einer „Nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“, 2011 bis 2013.

<sup>4</sup> Vgl. Uhl A, Schmutterer I, Koberna U, Strizek J (2013): Delphi-Studie zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“, im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit, Juni 2013.

<sup>5</sup> Vgl. World Health Organization (2003): WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva; World Health Organization (2008): WHO report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package. Geneva; World Health Organization (2013): WHO report on the global tobacco epidemic 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva.

## Handlungsfeld: Prävention

### 3. Strukturelle Tabakprävention begleiten (z.B. Rauchfreie Krankenhäuser)

Im Großen (Gesellschaft) wie im Kleinen (Betriebe, Schulen, Krankenhäuser, Gastronomie) wird Tabakkonsum aufgrund seines großen Gefahrenpotenzials<sup>6</sup> zusehends unter Regelungen gestellt, was zu einer langsamen Veränderung der gesellschaftlichen Norm geführt hat und weiter führt. Um bei beteiligten Personen keine Überforderung zu bewirken, empfiehlt sich professionelle Begleitung dieser Prozesse. Besonders Rauchverbote an Orten, an denen bisher mit Selbstverständnis geraucht werden durfte, können Widerstand hervorrufen. Ein Teil dieses Widerstands kann durch professionelle Begleitung abgefedert werden. Ein mediativer Prozess hilft, die unterschiedlichen Bedürfnisse der Beteiligten zu einer gemeinsamen Lösung hinzuführen.

Ein Beispiel für die Umsetzung struktureller Maßnahmen sind Rauchfreie Krankenhäuser. Rauchfreie Krankenhäuser können sich gemäß „Europäischem Kodex rauchfreier Krankenhäuser“ zum Rauchfreien Krankenhaus in Bronze, Silber oder Gold zertifizieren lassen.<sup>7</sup> Professionelle Begleitung durch eine österreichweite Tabakstrategie erleichtert Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen, sich zur Zertifizierung zu entscheiden und die nötigen Maßnahmen umzusetzen und kann so zu einer Normveränderung des Gesundheitswesens beitragen.

### 4. Information und Sensibilisierung für das Nichtrauchen forcieren

Österreichweite zielgruppenspezifische Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen zur Thematisierung der negativen Folgen des Rauchens und der positiven Effekte eines rauchfreien Lebens und Stärkung des Nichtrauchens als Norm sollen unter Beachtung der vulnerablen Zeitfenster der einzelnen Zielgruppen umgesetzt werden. Dabei ist zu beachten, dass Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung als separierte Maßnahme deutlich weniger Effektivität besitzt als im Kontext anderer Maßnahmen („policy mix“). So ist es besonders sinnvoll, strukturelle Prozesse der Tabakkontrolle, Bewerbung von Tabakentwöhnung und das Nichtrauchen als Norm durch Information, Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung zu begleiten.

### 5. (Lebenskompetenz-)Programme im Kindes- und Jugendalter umsetzen

Die Mitglieder der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung setzen bereits seit Jahren standardisierte und evaluierte (Lebenskompetenz-)Programme um. Dies geschieht durch Weiterbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Rahmen der Lebenskompetenzförderung im Kindes- und Jugendalter. Weiterführung und Ausbau dieser (Lebenskompetenz-)Programme sollte im Sinne einer flächendeckenden Umsetzung sichergestellt werden.

<sup>6</sup> Vgl. Fußnote 1

<sup>7</sup> Zu den 10 Standards vgl. Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser (DNRfK), [www.dnrfk.de](http://www.dnrfk.de); siehe auch Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG), [www.ongkg.at](http://www.ongkg.at)

Internationale Vergleiche zeigen, dass jene verhaltensorientierten Schulprogramme gute Ergebnisse vorzuweisen haben, die auf einem handlungsorientierten Konzept der Lebenskompetenzförderung beruhen, also nicht zwingend substanzbezogen agieren.

Auch die Tabakindustrie versucht zusehends, Prävention in Schulen anzubieten, was naturgemäß eine Double-Bind-Situation darstellt. Daher ist notwendig, dass Prävention von unabhängigen Institutionen durchgeführt wird, die in keinerlei Beziehung zu Nutznießern des Tabakkonsums stehen.<sup>8</sup> Auch die Finanzierung der Präventionsprogramme sollte völlig unabhängig von der Tabakindustrie und ihr nahestehenden Institutionen erfolgen. Die Beispiele Kalifornien und Massachusetts zeigen, dass die Wirkung von Lebenskompetenzprogrammen erhöht wird, wenn sie Teil und Begleitung einer umfassenden Gesetzgebung zu struktureller Tabakprävention sind.<sup>9</sup>

## 6. Gesundheitsberufe in Rauchstopp-Beratung schulen und Beratung honorieren

Nicht alle aufhörwilligen Rauchenden suchen Hilfe bei der Tabakentwöhnung auf, aber viele haben Kontakt zu Ärztinnen und Ärzten oder Angehörigen anderer Gesundheitsberufe (z.B. DGKS, Hebammen). Als Gesundheitsautoritäten können sie Rauchende zum Nachdenken über ihr Rauchverhalten anregen und auf konkrete Entwöhnangebote weiterverweisen. Eine Tabakstrategie sollte daher Angehörige von Gesundheitsberufen systematisch für die „Motivierende Ansprache zum Rauchstopp“ (Rauchstopp-Beratung) qualifizieren und deren Implementierung in den beruflichen Alltag von Gesundheitsberufen vorantreiben. Rauchstopp-Beratung ist dabei nicht als Entwöhnung, sondern als deutlich weniger intensive Vorstufe von Entwöhnung zu verstehen.

Werden RaucherInnen von Ärztinnen/Ärzten bzw. Angehörigen anderer Gesundheits- und Sozialberufe nicht auf ihr Rauchverhalten angesprochen, so deuten sie dies als Billigung.<sup>10</sup> Patientinnen und Patienten sollen daher systematisch und proaktiv auf Möglichkeiten zur Veränderung ihres Konsumverhaltens angesprochen werden. Mittelfristiges Ziel ist die verbindliche Implementierung von Inhalten der Tabakprävention in Ausbildungs-Curricula von Gesundheitsberufen.

Vor allem im niedergelassenen Bereich wirkt sich die fehlende Honorierung dieser Rauchstopp-Beratung jedoch demotivierend auf die Umsetzung aus. Es sollte daher sichergestellt werden, dass „Motivierende Ansprache zum Rauchstopp“ (Rauchstopp-Beratung) nach zuvor definierten Qualitätsstandards honoriert wird und abgerechnet werden kann.

<sup>8</sup> Vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum (2008): Deutsches Krebsforschungszentrum (2008): Rauchende Kinder und Jugendliche in Deutschland – Leichter Einstieg, schwerer Ausstieg. Rote Reihe Tabakprävention und Entwöhnung Bd. 8. Heidelberg.

<sup>9</sup> Hersey JC, Niederdeppe J, Ng SW et al. (2005): How state counter-industry campaigns help prime perceptions of tobacco industry practices to promote reductions in youth smoking. Tobacco Control, 14, 377–383.

<sup>10</sup> Vgl. Rice, VH; Stead, LF (2008): Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008. Issue 1. Art. No.: CD001188. DOI:10.1002/14651858.CD001188.pub3; Hoch E, Mühlig S, Höfler M, Pittrow D, Wittchen HU (2004a): Raucherentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung: Ziele, Design und Methoden der "Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening (SNICAS)"-Studie. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 6(1), 32-46; Hoch E, Franke A, Sonntag H, Jahn B, Mühlig S, Wittchen HU (2004b): Raucherentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung – Chance oder Fiktion? Ergebnisse der "Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening (SNICAS)"-Studie. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 6(1), 47-51.

## Handlungsfeld: Entwöhnung

### 7. Auf Basis von Qualitätskriterien TabakentwöhnexpertInnen ausbilden

Tabakentwöhnung sollte öffentlich gefördert werden, um sie auch für finanziell schwache Rauchende zugänglich zu machen. Voraussetzung dafür ist Qualitätssicherung, um möglichst wirksame Methoden und Programme anzuwenden. Dabei sollte Orientierung an nationalen und internationalen Guidelines<sup>11</sup> erfolgen. Die besten Abstinenzraten hat nach derzeitigem Stand der Wissenschaft eine Kombination aus Verhaltenstherapie (psychische und soziale Abhängigkeit) und medikamentöser Unterstützung (körperliche Abhängigkeit).

Um Tabakentwöhnung umsetzen zu können, ist die Ausbildung von Expertinnen und Experten in Tabakentwöhnung nötig. Dabei ist auf Qualitätskriterien gemäß nationaler und internationaler Standards zu achten, v.a. was die Grundausbildung der Auszubildenden betrifft. Darüber hinaus sollte bei der Auswahl auf eine adäquate regionale Verteilung geachtet werden, um Entwöhnung auch in ländlicheren Regionen sicherstellen zu können.

### 8. Rauchfrei Telefon fortsetzen, ambulante und stationäre Tabakentwöhnung anbieten

Die österreichweite Quitline „Rauchfrei Telefon“ (0800/810 013, vormals „Rauchertelefon“) sollte weiterhin öffentlich gefördert werden. Sie ist eine niederschwellige Einrichtung zur telefonischen Rauchfrei-Beratung und -Entwöhnung und stellt darüber hinaus die Nachbetreuung ambulanter Angebote der Tabakentwöhnung sicher.

Um Unterstützung beim Aufhören anzubieten, ist darüber hinaus der Aufbau von regionalen, finanziell geförderten Entwöhnungsangeboten für Gruppenentwöhnung (separat für Jugendliche und Erwachsene) nötig. Für besondere Zielgruppen – z.B. für schwangere Frauen, psychisch kranke Menschen, Migrantinnen und Migranten – empfiehlt sich das Angebot einer Einzelentwöhnungsberatung. Tabakentwöhnung muss nicht kostenlos sein, aber sie sollte so finanziell gefördert werden, dass eine Teilnahme auch für Menschen mit finanziell schwachem Hintergrund leistbar ist. Für sehr stark abhängige Rauchende sollte es das Angebot stationärer Tabakentwöhnung, z.B. nach dem Vorbild des steirischen „Josefhof“ geben.

In Folge von Weiterführung bzw. Aufbaus von Tabakentwöhnung sollten die Hilfsmöglichkeiten analog dem Suchthilfekompass kompakt zusammengefasst werden.

<sup>11</sup> Vgl. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. (2008): Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008; Lichtenschopf A et al. (2011): Richtlinien der Tabakentwöhnung. Stand 2010. Wiener Klinische Wochenschrift 2011; 9-10: 299-316; Lichtenschopf A (2012): Standards der Tabakentwöhnung. Konsensus der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie Update 2010. Wien, New York 2012.



## Handlungsfeld: Gesetzliche Maßnahmen

### Verwandte Tabakerzeugnisse (Electronic Nicotine Delivery Systems und Tabak zum oralen Gebrauch)

#### 9. E-Zigaretten & E-Shishas unter Überbegriff Electronic Nicotine Delivery Systems (ENDS) stellen

„E-Zigarette“ und „E-Shisha“ sind Produktbezeichnungen. Sie werden vor allem zu Marketingzwecken unterschiedlich benannt. Weiters ist unklar, wann das nächste E-Produkt auf den Markt kommt, z.B. E-Pipe, E-Joint usw. Daher ist es nötig, in der juristischen Diktion einen Überbegriff zu verwenden.

Unter Bezug auf die WHO<sup>12</sup> empfiehlt die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung die Verwendung des Begriffs „Electronic Nicotine Delivery Systems“ (ENDS). Damit ist das Produkt an sich in seiner speziellen Wirkungs- und Funktionsweise gemeint und nicht ein Markenname. In einem Überbegriff wären auch künftige Produktbezeichnungen mit derselben Wirkungs- und Funktionsweise inkludiert. ENDS bezeichnen demnach alle Gerätschaften inkl. Nachfüllbehälter und Liquids, die dazu geeignet sind, auf elektronischem Wege Nikotin zuzuführen – unabhängig vom tatsächlichen Nikotingehalt.<sup>13</sup> Alternative wäre, den Begriff „E-Zigarette“ zu wählen, aber festzuhalten, dass darin auch alle anderen E-Produkte (z.B. E-Shisha und künftige Produkte in derselben Funktions- und Wirkungsweise, unabhängig von ihrem Nikotingehalt) subsumiert sind.

*EU-Tabakprodukte-Richtlinie  
Tabaksteuergesetz, Tabakgesetz*

#### 10. ENDS mit Tabakprodukten gleichstellen – unabhängig davon, ob sie Nikotin beinhalten oder nicht

Die WHO<sup>14</sup> empfiehlt, ENDS generell Tabakprodukten gleichzustellen – unabhängig vom konkreten Nikotingehalt. Dafür können folgende fünf Argumente angeführt werden:

- Eine Unterscheidung in nikotinhaltige und nikotinfreie ENDS ist in der Praxis nicht durchführbar, selbst bei Kennzeichnung der Gerätschaft. Denn Mehrweg-ENDS können abwechselnd mit nikotinhaltigen und nikotinfreien Liquids bestückt werden. Diese Unklarheit würde den Vollzug erschweren bzw. praktisch unmöglich machen.
- Der Konsum von ENDS in Rauchverbots-Zonen re-normalisiert das Rauchen nach Jahrzehnten der De-Normalisierung.<sup>15</sup> Rauchverbote werden dadurch unterminiert. Die WHO hält fest, dass dies der FCTC widerspricht.<sup>16</sup>

<sup>12</sup> World Health Organization (2014): Electronic nicotine delivery systems. Report by WHO. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, 21 July 2014.

<sup>13</sup> Etter et al. 2011 definieren ENDS wie folgt: „Electronic nicotine delivery systems (ENDS, also called electronic cigarettes or e-cigarettes) are marketed to deliver nicotine and sometimes other substances by inhalation.“ (Etter JF, Bullen C, Flouris AD, Laugesen M, Eissenberg T: Electronic nicotine delivery systems: a research agenda. Tobacco Control 2011;20:243-248 doi:10.1136/tc.2010.042168)

<sup>14</sup> Vgl. WHO 2014, S. 11ff

- Die gesundheitlichen Auswirkungen der ENDS sind sowohl für aktiven als auch für passiven Konsum unklar. Nach derzeitigem Forschungsstand scheinen ENDS weniger gesundheitsschädlich zu sein als herkömmliche Tabakprodukte. Trotzdem gibt es keine Entwarnung: Sie sind gesundheitlich bedenklich, eine Langzeitgefährdung kann nicht ausgeschlossen werden.<sup>17</sup>
- ENDS können „Türöffner“ in den Tabakkonsum sein, insbesondere für Jugendliche. Dies trifft besonders auf ENDS mit charakteristischen Aromen zu (Kaugummi, Himbeere, Pina Colada, ...), unabhängig von ihrem Nikotingehalt. Die WHO spricht dementsprechend von einem „Gatekeeper“-Effekt der ENDS.
- Auch nikotinfreie ENDS bewerben die Handlung des Rauchens an sich.

ENDS werden unter anderem für Tabakentwöhnung beworben. Bisher wurde weltweit jedoch kein einziges ENDS als Hilfe zur Tabakentwöhnung offiziell registriert.<sup>18</sup> Diese Möglichkeit sollte jedoch für die Zukunft offen gelassen werden, wenngleich die Evidenz weniger für ENDS als Tabakentwöhnung und mehr für ENDS zusätzlich zu herkömmlichen Tabakprodukten (dualer Konsum) spricht.

*EU-Tabakprodukte-Richtlinie  
Tabaksteuergesetz, Tabakgesetz*

## 11. ENDS eindeutig regulieren, Werbung und Konsum einschränken

Die Regulierung von ENDS sollte aus Sicht der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung unter Bezug auf die WHO und das Deutsche Krebsforschungszentrum<sup>19</sup> folgende Elemente beinhalten:

- Testungen der Inhalts- und Zusatzstoffe durch Institute, die weder direkt noch indirekt in Verbindung zur Tabakindustrie oder sonstigen von ENDS Profitierenden stehen
- Positiv-Liste erlaubter Inhalts- und Zusatzstoffe, um zu verhindern, dass Aromen auf den Markt kommen, die für Nicht-Rauchende bzw. für Jugendliche besonders attraktiv sind
- Produktsicherheit und Produktinformation für Konsumierende, insbesondere, was das Gefährdungspotenzial und den Nikotingehalt betrifft
- Gesundheitsbezogene Warnhinweise (Entwöhnung) und Plain Packages
- Verkaufsverbot an Unter-18-Jährige
- Besteuerung gemäß Tabakprodukten, um ENDS durch den im Vergleich zu herkömmlichen Tabakprodukten niedrigeren Preis nicht zusätzlich zu attraktivieren
- Konsumverbot in öffentlichen Räumen: Anpassung an Tabakprodukte inkl. Ausweitung
- Schutz der Politik vor kommerziellen Interessen der Tabakindustrie und ihrer Partner inklusive Transparenz gemäß FCTC<sup>20</sup>
- Verbot von Werbung, Marketing und Sponsoring: Anpassung an Tabakprodukte inkl. Ausweitung

*EU-Tabakprodukte-Richtlinie  
Tabakgesetz*

<sup>15</sup> Vgl. US Department of Health and Human Services (2012): Preventing tobacco use among youth and young adults. A report of the Surgeon General. Rockville (MD); US Department of Health and Human Services.

<sup>16</sup> FCTC 2003, Art. 8

<sup>17</sup> Vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum (2014b): Stellungnahme zur kontroversen Diskussion um E-Zigaretten. Heidelberg.

<sup>18</sup> Vgl. WHO 2014.

<sup>19</sup> Vgl. WHO 2014; Deutsches Krebsforschungszentrum 2014b.

<sup>20</sup> Vgl. FCTC 2003, Art. 5.3.

## 12. Tabak zum oralen Gebrauch (z.B. Kautabak) eindeutig regulieren

Tabak zum oralen Gebrauch (z.B. Kautabak) kann eine Alternative darstellen, um in Rauchverbotszonen Tabak zu konsumieren. Tabak zum oralen Gebrauch scheint bezüglich der Folgen für Gefäße und Atemorgane weniger schädlich zu sein als herkömmliche Tabakprodukte, jedoch sehr schädlichen Folgen für den Mund- und Rachenraum zu haben.<sup>21</sup> Darüber hinaus kann Nikotin in Kautabak genauso abhängig machen wie Nikotin in herkömmlichen Tabakprodukten. Wegen der geringeren Auswirkungen auf die Atemwege kursieren Meldungen, dass es insbesondere von Sportlerinnen und Sportlern genutzt wird.<sup>22</sup>

Tabak zum oralen Gebrauch (z.B. Kautabak) sollte hinsichtlich Inhalts- und Zusatzstoffen, Kennzeichnung, Verpackung, Werbung und Konsum eindeutig gesetzlich geregelt werden. Hier gilt es insbesondere, gesetzliche Schlupflöcher der Entwicklung neuartiger Tabakprodukte zu verhindern. Snus sollte weiterhin verboten bleiben.

## Tabaksteuer

### 13. Tabaksteuer für Tabakwaren drastisch anheben

Tabaksteuererhöhungen werden als wirksame und kosteneffiziente Maßnahme zur Senkung des Tabakkonsums angesehen, unter der Voraussetzung, dass sie ausreichend hoch sind. So wurde bereits in den 1990er Jahren festgestellt, dass in Industriestaaten eine Preiserhöhung um zehn Prozent zu einer durchschnittlichen Verringerung des Konsums um vier Prozent führt – bei Jugendlichen sogar um bis zu 13 Prozent.<sup>23</sup> Die Wirkung wurde in jüngeren Studien bestätigt.<sup>24</sup> Besonders, um Kinder und Jugendliche von vornherein vom Rauchen abzuhalten, sind kontinuierliche, deutliche Erhöhungen der Tabaksteuer eine der effektivsten Maßnahmen. Um das Ausweichen auf eine andere Produktkategorie nicht attraktiver zu machen, sollten neben Zigaretten auch alle anderen Tabakprodukte inkl. ENDS in Steuererhöhungen inkludiert werden.

*Tabaksteuergesetz*

### 14. Fünf Prozent der Steuereinnahmen aus Tabakprodukten für Tabakprävention und Tabakentwöhnung zweckwidmen

Die Steuereinnahmen aus Tabakprodukten sollten zweckgewidmet werden. So ist in der Schweiz die Tabaksteuer zur Gänze zweckgewidmet für Altersversorgung und Versicherung. Darüber hinaus sind Tabakhersteller verpflichtet, 2,6 Rappen pro verkaufter Verpackung in den Schweizer

<sup>21</sup> Vgl. Bofetta P, Hecht S, Gray N, Gupta P, Straif K (2008): Smokeless tobacco and cancer. *Lancet Oncol.* 2008 Jul;9(7):667-75; Lee PN, Hamling J (2009): Systematic review of the relation between smokeless tobacco and cancer in Europe and North America. *BMC Med.* 2009 Jul 29;7:36; Rodu B (2011): The scientific foundation for tobacco harm reduction 2006-2011. *Harm Reduction Journal* 2011, 8:19.

<sup>22</sup> Vgl. Schweizer Rundfunk (SRF), 19.3.2012: Eishockey – Kautabak: weder harmlos noch eine Randerscheinung.

<sup>23</sup> Vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum (2014a): Tabakprävention in Deutschland – Was wirkt wirklich? Aus der Wissenschaft, für die Politik. Heidelberg.

<sup>24</sup> International Agency for Research on Cancer (IARC) (2011): Effectiveness of tax and price policies in tobacco control. Vor. 14. IARC Handbooks of Cancer Prevention. IARC. Lyon.

Tabakpräventionsfonds einzuzahlen. Das entsprach im Jahr 2012 14,5 Millionen Franken (11,89 Millionen Euro).

*Tabaksteuergesetz*

## Werbung

### 15. Zigarettenautomaten verbieten oder ihre Freigabe zeitlich klar beschränken

Zigarettenautomaten sind eine Form der Werbung am Verkaufsort. Durch die rund 5.000 Zigarettenautomaten, die rund um die Uhr zugänglich sind, sind Tabakwaren das am besten verfügbare Konsummittel in Österreich. Die Einführung der Zahlungsmodalität durch Bankomatkarten war ein wichtiger Schritt, geht der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung jedoch nicht weit genug. Es macht Tabakwaren permanent verfügbar, erschwert die Kontrolle des Jugendschutzes und lässt Tabakwaren optisch präsent sein. Dies wiederum normalisiert das Rauchen. Angestrebt werden sollte daher ein Verbot von Zigarettenautomaten, wie dies in Großbritannien bereits seit 1.10.2011 und in der Slowakei seit 1.4.2009 der Fall ist, oder zumindest eine zeitlich klare Beschränkung der Freigaben außerhalb der Handelszeiten.

*Tabakmonopolgesetz*

### 16. Tabakwerbung, Tabakmarketing und Tabak sponsoring verbieten

Tabakwerbung hat den einzigen Zweck, den Tabakkonsum und die Akzeptanz des Rauchens zu fördern. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sind für die Verführungen durch die Werbung ungleich stärker empfänglich als Erwachsene und stellen die bevorzugte Zielgruppe der Tabakwerbung dar.<sup>25</sup> Allein in den USA wurde im Jahr 2005 13,5 Milliarden Dollar für Tabakwerbung, -marketing und -sponsoring ausgegeben.<sup>26</sup> Das Hauptaugenmerk von Tabakkonzernen liegt dabei zusehends darauf, staatliche Regulierungen zu verhindern oder zu verwässern.

Die aktuell bestehenden Tabakwerbverbote schränken die Werbemöglichkeiten zwar ein, sind aufgrund von Ausnahmen aus Sicht der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung jedoch unzureichend. Denn die Tabakindustrie nützt sämtliche noch erlaubten Bereiche aus, um potentielle Kundinnen und Kunden zu erreichen. Dazu gehören Werbung am Verkaufsort und Sponsoring von nicht grenzüberschreitenden Veranstaltungen. Außerdem sind verkaufsfördernde Maßnahmen, vielfältige, im Umfeld der Zielgruppen platzierte Werbeformen wie beispielsweise Ambient Media, Brand Stretching, Gewinnspiele, kostenlose Abgabe von Accessoires und Rauchutensilien sowie finanzielle Förderung Dritter im Rahmen von Corporate Social Responsibility möglich.

Es ist wissenschaftlich gut belegt, dass Werbung, Marketing und Sponsoring für Tabakprodukte sowohl den Einstieg in den Tabakkonsum als auch den Übergang vom Probieren zum regelmäßigen und gewohnheitsmäßigen Konsum und damit die Festigung des Rauchverhaltens fördern.<sup>27</sup> Dies gilt sowohl für direkte als auch für indirekte Formen der Tabakwerbung, z.B. am

<sup>25</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (2012): Zigarettenwerbung in Deutschland. Marketing für ein gesundheitsgefährdendes Produkt. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Bd. 18. Heidelberg 2012.

<sup>26</sup> Vgl. National Cancer Institute (2008): The role of the media in promoting and reducing tobacco use. Bethesda, Maryland, USA.

<sup>27</sup> Vgl. Lovato C, Watts A, Stead LF (2011): Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. Cochrane Database Syst Rev: CD003439; National Cancer Institute (1993): The impact of cigarette excise taxes on smoking among children and adults: summary report of a national cancer institute expert panel. NCI,

Point of Sale wie in der Trafik und durch Zigarettenautomaten. Es ist daher aus Sicht der Prävention dringend angeraten, jegliche Formen der Werbung, des Sponsoring sowie der direkten und indirekten Verkaufsförderung ausnahmslos zu verbieten. Als Argument kann hier das enorm hohe Schadenspotenzial angeführt werden, das Tabak im Vergleich zu anderen Waren hat.<sup>28</sup> Wichtig ist, in Werbeverbote auch ENDS einzubeziehen.

*EU-Tabakprodukte-Richtlinie  
Tabakgesetz*

## Jugendschutz

### 17. Jugendschutz zu Tabak auf 18 Jahre anheben

Zum Schutz der Jugend sollte die gesetzliche Altersgrenze für Tabak auf 18 Jahre erhöht werden, wie dies in der FCTC<sup>29</sup> vorgesehen und bereits in 22 der 28 EU-Mitgliedstaaten der Fall ist. Hintergrund von Altersgrenzen sollte grundsätzlich das Gefährdungspotenzial für die Entwicklung einer Sucht- bzw. Folgeerkrankung sein.<sup>30</sup> Dieses ist bei Tabakwaren erwiesenermaßen sehr hoch. Die Abgabe von Tabakwaren sollte dementsprechend den gleichen Beschränkungen hinsichtlich des Kinder- und Jugendschutzes unterliegen, wie sie für Substanzen mit einem vergleichbaren Schädigungspotenzial gelten. Das Mindestalter für die gewerbliche Abgabe von Tabakprodukten sollte daher entsprechend auf 18 Jahre festgesetzt werden. Wichtig ist auch der Einbezug von ENDS und artverwandten Tabakprodukten.

In eine Anpassung der Altersgrenze an westliche Standards (18 Jahre) sollte neben Erwerb und Konsum jedenfalls auch der Verkauf inkludiert sein. Neben dem gewerblichen Verkauf ist darunter auch der private Weiterverkauf sowie die gewerbliche, kostenlose Abgabe (etwa im Zuge der Verkaufsförderung) zu verstehen. Ein Abgabeverbot an Unter-18-Jährige allein ist keine starke Maßnahme. Aber seine Wirkung beruht darauf, dass es als Teil eines umfassenden Maßnahmenbündels der Tabakkontrolle eingeführt und konsequent umgesetzt wird.

Ein Abgabeverbot an Unter-18-Jährige hat nur Sinn, wenn die Einhaltung der Kontrolle des Abgabeverbotes sichergestellt ist. Dies sollte im Sinne von Klarheit, Kontrolle und Konsequenz erfolgen. Klar zu regeln ist hier, wer für die Kontrollen zuständig ist und welche Konsequenzen es bei Übertretungen gibt, ebenso wie die Berücksichtigung von Maßnahmen wie Testkäufen.

*Jugend(schutz)gesetze*

## Illegaler Handel mit Tabakprodukten

### 18. Illegalen Handel mit Tabakwaren verhindern

In der FCTC verpflichten sich die Vertragspartner, unerlaubten Handel mit Tabakerzeugnissen zu verhindern und zu unterbinden.<sup>31</sup> Illegaler Handel mit Tabakwaren bewirkt durch ein verbilligtes

Bethesda, Maryland, USA; Deutsches Krebsforschungszentrum (2012): Zigarettenwerbung in Deutschland. Marketing für ein gesundheitsgefährdendes Produkt. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Bd. 18. Heidelberg 2012.

<sup>28</sup> Siehe Fußnote 1

<sup>29</sup> Vgl. FCTC 2003, § 16, Abs. 1

<sup>30</sup> Vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum (2008): Rauchende Kinder und Jugendliche in Deutschland – Leichter Einstieg, schwerer Ausstieg. Rote Reihe Tabakprävention und Entwöhnung Bd. 8. Heidelberg.

<sup>31</sup> Vgl. FCTC 2003, Art. 15

Angebot eine Steigerung von Nachfrage und Konsum und trägt daher zu einer Erhöhung der Anzahl tabakbedingter Todesfälle bei. Die nationalen Regierungen erleiden aufgrund des Zigaretenschmuggels jährlich Steuerausfälle in Milliardenhöhe. Für die Tabakindustrie sind illegale Zigarettenmärkte profitabel, das sie durch ein niedriges Preisniveau den Absatz steigern.<sup>32</sup>

Ebenso wie die Erhöhung der Tabaksteuern hebt auch eine Einschränkung des illegalen Handels das durchschnittliche Preisniveau an, was zu einem Rückgang des Tabakkonsums führt. Internationale Beispiele wie Großbritannien zeigen, dass der illegale Tabakhandel durch geeignete staatliche Maßnahmen erheblich eingeschränkt werden kann. Folgende Maßnahmen werden empfohlen<sup>33</sup>:

- Vergabe von Lizenzen für Herstellung, Transport und Vertrieb von Tabakprodukten
- Kennzeichnung von Tabakprodukten zur Erleichterung ihrer Herkunftsbestimmung (Rückverfolgungssystem) durch digitale Steuermarke (sichtbar und unsichtbar), zweidimensionalen Strichcode und Angabe des Herkunfts- und Verkaufslandes
- Überwachung des grenzüberschreitenden Handels mit Tabakprodukten
- Angemessene Strafverfolgung bei Verstößen
- Effektive internationale Kooperation durch Informationsaustausch, und Unterstützung in der Zusammenarbeit und Datenaustausch zwischen Behörden
- Kooperationsverpflichtung von Tabakkonzernen (Zahlungs- und Kautionsysteme), so dass diese den Verbleib ihrer Produkte überwachen (Beweislast)
- Verbot von Internetverkäufen sowie des zollfreien Verkaufs von Tabakwaren
- Sicherstellung der umweltgerechten Vernichtung aller gefälschten und geschmuggelten Tabakprodukte sowie von Geräten und Zubehör für deren Herstellung

*EU-Tabakprodukte-Richtlinie  
Finanzstrafgesetz*

## Absolute Rauchverbote

### 19. Nichtraucherchutz auf Indoor-Arbeitsplätzen vollständig umsetzen

In der FCTC verpflichten sich Vertragspartner, durch eine rauchfreie Umgebung für Schutz vor Passivrauch zu sorgen.<sup>34</sup> Dabei geht es in einem zentralen Schritt darum, in öffentlichen Räumlichkeiten für Rauchfreiheit Sorge zu tragen.

Rauchfreie Arbeitsplätze sind ein wichtiges Element, um Schädigungen durch Passivrauch zu verringern. Darüber hinaus tragen sie dazu bei, um im Alltag das Nichtrauchen als Normalität zu etablieren und zu kommunizieren. Die derzeitigen gesetzlichen Regelungen in Österreich ermöglichen trotz Rauchverbots am Arbeitsplatz Ausnahmen. So darf indoor geraucht werden, wenn ein Büro ausschließlich von Rauchenden benützt wird. Diese Regelung ist aus mehreren Gründen zu hinterfragen: Sie schützt angrenzende Räumlichkeiten nicht vor Passivrauch, kann als Motivation zu rauchen verstanden werden, kann den Rauchbeginn erleichtern und bezüglich Rauchstopp demotivierend wirken. Daher sollte die derzeitige Regelung zu einem absoluten Rauchverbot innerhalb von Indoor-Arbeitsplätzen umgewandelt werden.

<sup>32</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (2010a): Illegaler Zigarettenhandel und seine Bekämpfung zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung. Heidelberg.

<sup>33</sup> Vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum 2010a.

<sup>34</sup> Vgl. FCTC 2003, Art. 8; World Health Organization (2011): Protect people from tobacco smoke: smoke-free environments. Building capacity for tobacco control: training package. Geneva.



Die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung betont jedoch, dass es für süchtige Raucherinnen und Raucher Outdoor-Rauchzonen geben sollte. Rauchzonen sollten in ausreichender Zahl, ausreichender Größe, klar beschildert, mit Sichtschutz versehen und unattraktiv gestaltet sein.

## 20. Absolutes Rauchverbot in der Gastronomie umsetzen

Ein besonderer Fokus rauchfreier Arbeitsplätze sollte auf der Gastronomie liegen. Nichtraucher-schutzgesetze mit Ausnahmen, wie sie fast nur noch in Österreich bestehen, haben eine deutlich geringere Wirkung als ein absolutes Rauchverbot in der Gastronomie, das den Tabakkonsum innerhalb aller gastronomischen Räume ausnahmslos verbietet.<sup>35</sup>

Ein absolutes Rauchverbot ohne Ausnahmen gilt als sehr wirksame Maßnahme der Tabakkontrolle. Es unterstützt die „Normalität des Nichtrauchens“, weil es Rauchen weniger gesellschaftsfähig macht. Kinder und Jugendliche werden durch eine rauchfreie Umgebung nicht nur vor Passivrauch geschützt, sondern diese kann sie auch davon fernhalten, mit dem Rauchen zu beginnen oder dazu anregen, den Tabakkonsum zu reduzieren. Auch ein absolutes, ausnahmsloses Rauchverbot in der Gastronomie schützt Jugendliche davor, mit dem Rauchen anzufangen und beeinflusst ihr bestehendes Rauchverhalten.<sup>36</sup>

Ein absolutes Rauchverbot in der Gastronomie senkt dementsprechend nachweislich sowohl die Raucheinstiegsrate als auch die Anzahl gerauchter Zigaretten. Internationale Erfahrungen, etwa aus Irland, zeigen: Die Herzinfarktrate sank, die Gastronomie verzeichnete höchstens kurzfristig Einbußen, und der Tabakkonsum in Familien nahm ab, was auch die Passivrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen sowie von nichtrauchenden Familienmitgliedern senkte.<sup>37</sup> Anzumerken ist auch, dass die Zustimmung nach Einführung eines generellen Rauchverbotes steigt.<sup>38</sup>

Wichtig bei einem absoluten Rauchverbot ist es, ENDS einzubeziehen. Denn ist der Konsum von ENDS in Rauchverbotszonen erlaubt, so liegt die Gefahr einer Aufweichung von Rauchverboten und damit eine Normveränderung in Richtung der Normalität des Rauchens nahe.

Für süchtige Raucherinnen und Raucher soll es abgegrenzte, ausgewiesene Konsumzonen geben.

*Tabakgesetz*

## 21. Rauchfreie Umgebung schaffen

Um das Nichtrauchen als Normalität zu etablieren und Menschen vor Passivrauch zu schützen, wird geraten, auf eine rauchfreie Umgebung Wert zu legen. Im öffentlichen Raum kann die Umsetzung einer rauchfreien Umgebung bedeuten, Spielplätze, Freibäder oder Parkanlagen rauchfrei zu gestalten. Bei Outdoor-Anlagen wird die Einrichtung von Rauchzonen empfohlen, um

<sup>35</sup> Vgl. Anger S, Kvasnicka M & Siedler T (2011): One last puff? Public smoking bans and smoking behavior. J Health Econ 30: 591–601.

<sup>36</sup> Vgl. Siegel M, Albers AB, Cheng DM, Biener L & Rigotti NA (2005): Effect of local restaurant smoking regulations on progression to established smoking among youths. Tobacco Control 14: 300–306; Siegel M, Albers AB, Cheng DM, Hamilton WL & Biener L (2008): Local restaurant smoking regulations and the adolescent smoking initiation process: results of a multilevel contextual analysis among Massachusetts youth. Arch Pediatr Adolesc Med 162: 477–483.

<sup>37</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (2010b): Nichtraucherschutz wirkt. Eine Bestandsaufnahme aus der deutschen und der internationalen Gastronomie. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Bd. 15. Heidelberg.

<sup>38</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (2013): Rauchfreie Gaststätten in Deutschland. Vier von fünf Deutschen sind für einen konsequenten Nichtraucherschutz. Aus der Wissenschaft – für die Politik. Heidelberg.

süchtigen Raucherinnen und Rauchern den Konsum unter klar geregelten Bedingungen und an klar abgegrenzten Örtlichkeiten zu ermöglichen. Rauchzonen sollten dabei in ausreichender Anzahl und ausreichender Größe mit Sichtschutz und geringer Attraktivität gestaltet sowie klar gekennzeichnet sein.

## Verpackung von Tabakprodukten

### 22. Entwöhnung auf Verpackungen von Tabakwaren kommunizieren

Verpackungen von Tabakwaren stellen eine Werbefläche dar, die für die Industrie insbesondere in Zeiten zunehmender Werbebeschränkungen interessant ist. Umgekehrt sind sie ein probates Mittel, um Werbung für Entwöhnung zu machen. Denn die Mehrheit der Rauchenden überlegt mit dem Rauchen aufzuhören.<sup>39</sup> Jede Verpackung von Tabakwaren, nicht nur Zigarettenpackungen, sollte daher mit der Nummer der österreichischen Quitline (Rauchfrei Telefon, 0800/810 013) versehen sein. Wichtig ist dabei auch der Einbezug von ENDS.

*EU-Tabakprodukte-Richtlinie  
Tabakgesetz*

### 23. Verpackungen von Tabakwaren vereinheitlichen

Ziel sollte die optische Vereinheitlichung der Verpackung von Tabakwaren sein. Plain Packages, also Einheitsverpackungen, sollten einheitliche Farbe, keine Grafik, keine Logos, keine spezifischen Schriftzüge und Bild-Text-Warnhinweise enthalten. Als Vorbild können dazu Arzneimittelverpackungen dienen. Dies weist auch auf das sehr hohe Schadenspotenzial von Tabakwaren hin.<sup>40</sup> Einheitliche Verpackungsgrößen (inkl. Stückzahl) können verhindern, dass besondere Verpackungsgrößen zielgruppenspezifisches Marketing erlauben (z.B. Lipstick-Packs).

Die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung sieht es sehr kritisch, dass Krankheitsbilder als abschreckend eingesetzt werden. Auch fachlich wird die Wirkung von Furchtappellen kontroversiell beurteilt.

Falls in einem ersten Schritt großflächige Bild-Text-Warnhinweise auf Verpackungen zum Einsatz kommen, so sollten diese auf positive Aspekte des rauchfreien Lebens gerichtet sein.

*EU-Tabakprodukte-Richtlinie  
Tabakgesetz*

<sup>39</sup> Vgl. Fernandez K, Posch W: Tabakpräventionsstrategie Steiermark. Grundlagen, Ziele und Maßnahmen 2007 bis 2010. Graz: In der Steiermark äußern 51,5% der Rauchenden Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören. Die entspricht auch anderen Befragungen des deutschen Sprachraums, die jeweils knapp die Mehrheit der Rauchenden als rauchstopp-bereit identifizierten.

<sup>40</sup> Siehe Fußnote 1



## Inhalts- und Zusatzstoffe

### 24. Zusatzstoffe in Tabakwaren verbieten bzw. stark einschränken

Toxische, suchtfördernde, suchterzeugende Substanzen sowie Substanzen, die die Attraktivität oder Schmackhaftigkeit von Tabakwaren erhöhen, sollten verboten werden. Als die Attraktivität erhöhend können Aromen eingestuft werden, die vom Tabakgeschmack ablenken (z.B. Menthol, Fruchtgeschmack, Alkohol, Vanille) sowie jene Stoffe, die den Rauch färben und den unangenehmen Geruch des Tabakrauchs überdecken. Die Einstufung der zugelassenen Zusatzstoffe sollte durch Institute erfolgen, die in keinerlei Verbindung zu Tabakindustrie oder ihren Untergruppen oder ihren Allianzen stehen. Wichtig ist dabei auch der Einbezug von ENDS.

Alle Zusatzstoffe, die dennoch Verwendung in Tabakprodukten finden dürfen, sollten einem intensiven Prüfverfahren unterzogen werden, bei dem ihre gesundheitliche Unbedenklichkeit hinreichend nachgewiesen werden muss. Die Überprüfung sollte durch industrieunabhängige Institute nach internationalen Qualitätskriterien auf Kosten der potenziellen Anbieter (Industrie) erfolgen. Die Prüfung sollte in einem Mehrschrittverfahren erfolgen, bei dem international anerkannte und validierte Testverfahren angewendet werden und bei dem auf bereits verfügbare Informationen über die Toxizität der Stoffe zurückgegriffen wird.<sup>41</sup> Alle Stoffe, die sich in einem der Prüfschritte als bedenklich erweisen, können keine Zulassung erhalten. So entsteht eine Positiv-Liste zugelassener Inhalts- und Zusatzstoffe von Tabakwaren. Aus Sicht der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung ist eine Positivliste einer Negativliste vorzuziehen. Auch bei Zusatzstoffen in Lebensmitteln haben sich Positiv-Listen bewährt.

*EU-Tabakprodukte-Richtlinie  
Tabakgesetz*

## Neuentwicklungen gesetzlich berücksichtigen

### 25. Den Markt prüfen und Neuentwicklungen berücksichtigen

Der Markt sollte regelmäßig auf neue Produkte hin geprüft werden. Aktuelle Produktentwicklungen und Produktadaptierungen sollen beobachtet, nicht verharmlost und nach Notwendigkeit in gesetzlichen Regelungen berücksichtigt werden. Dazu ist wichtig, dass der Gesetzgeber aktives Monitoring betreibt oder sich über Dritte aktuelle Informationen zu den Entwicklungen des Tabakmarktes holt.

<sup>41</sup> Vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum (2010c): Verbesserung des Jugend- und Verbraucherschutzes durch die Überarbeitung der europäischen Tabakprodukt-Richtlinie 2001/37/EG. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Bd. 16. Heidelberg.

## Resümée und Ausblick

Die dargestellten Überlegungen finden sich in politischen Absichtserklärungen, österreichischen richtungsweisenden Gesetzen und höchstgerichtlichen Entscheidungen sowie bisherigen Regelungswerken der EU. Sie wurden mit der Intention verfasst, mit entsprechender wissenschaftlicher Fundierung die Grundlage einer österreichischen Tabakstrategie zu sein.

Die aufgezeigten Maßnahmen stellen unserer Ansicht nach sinnvolle Maßnahmen dar, um die von der WHO geforderten Maßnahmen der Tabakkontrolle nachhaltig zu implementieren und damit das Ziel einer nachhaltigen Senkung des Tabakkonsums zu unterstützen. Wesentlich wird es sein, eine gesicherte Datenlage zu erheben. Nach fortgesetzter Beforschung und Umsetzung der Maßnahmen empfiehlt die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung, nach angemessener Wirkungskdauer eine Evaluierung durch unabhängige Institute.

Für Rückfragen steht für die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung zur Verfügung:

Claudia Kahr, VIVID – Fachstelle für Suchtprävention, Geschäftsführung, 0316/823300-87, 0676/ 8708 320 34, [claudia.kahr@vivid.at](mailto:claudia.kahr@vivid.at), [www.vivid.at](http://www.vivid.at), [www.rauchfrei-dabei.at](http://www.rauchfrei-dabei.at)