

**DRITTER AKTIONSPLAN FÜR EIN
TABAKFREIES EUROPA
1997–2001**



WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA

ZIEL 17

TABAK, ALKOHOL UND PSYCHOTROPE SUBSTANZEN

Bis zum Jahr 2000 sollte der gesundheitsschädigende Konsum Abhängigkeit bewirkender Stoffe wie Alkohol, Tabak und psychotroper Substanzen in allen Mitgliedstaaten erheblich zurückgegangen sein.

ZUSAMMENFASSUNG

Schlüsselwörter

SMOKING – prevention and control
TOBACCO
REGIONAL HEALTH PLANNING
PROGRAM EVALUATION
EUROPE

© **Weltgesundheitsorganisation** (approx. 26 cm)

Alle Rechte an diesem Dokument sind dem WHO-Regionalbüro für Europa vorbehalten. Es ist indessen ohne weiteres gestattet, das Dokument unter vollständiger Angabe der Quelle zu rezensieren, auszugsweise wiederzugeben, zu vervielfältigen oder in andere Sprachen zu übersetzen (sofern dies nicht zum Zwecke des Verkaufs oder im Zusammenhang mit anderen kommerziellen Zwecken geschieht). Das WHO-Emblem darf nicht ohne Genehmigung des WHO-Regionalbüros benutzt werden. Alle Übersetzungen sollten den Satz: *Der Übersetzer dieses Dokuments ist für die Genauigkeit der Übersetzung verantwortlich* enthalten. Das Regionalbüro bittet um Zusendung von drei Kopien jeder Übersetzung. Für namentlich gekennzeichnete Beiträge sind ausschließlich die Autoren verantwortlich.

INHALT

	<i>Seite</i>
Zusammenfassung	1
Handlungsbedarf in Europa.....	2
Tabakkonsum in Europa	2
Tabak und die Folgeschäden in Europa.....	2
Die volkswirtschaftliche Belastung durch Tabak.....	2
Bisherige politische Reaktion in Europa.....	4
Länderzentrierte Aktionen	4
Gesundheitspolitik für Europa.....	4
Hindernisse für eine Nichtraucherpolitik.....	4
Wirkungsvolle Maßnahmen für ein tabakfreies Europa	5
Marktregulierung	5
Klagen und Produkthaftung	8
Nichtraucherzonen	8
Raucherentwöhnungshilfen	8
Schulung, Aufklärung der Öffentlichkeit und öffentliche Meinung.....	9
Rolle der Mitgliedstaaten.....	9
Länderspezifische Koordinierungsausschüsse.....	9
Länderspezifische Aktionspläne	10
Monitoring und Evaluierung.....	10
„Ausschuß für ein tabakfreies Europa“	10
Internationale Partner für Aktionen	11
Interdisziplinäre und zwischenstaatliche Organisationen.....	11
Nichtstaatliche Organisationen.....	11
Gesundheitsberufe	11
Rolle des WHO-Regionalbüros für Europa	12
Unterstützung für länderspezifische Aktionspläne und länderzentrierte Netze	12
„Ausschuß für ein tabakfreies Europa“ und Gewinnung von Partnern	12
Öffentlichkeitsarbeit	13
Schlußfolgerung	13
Anhang 1: Tabak in Europa 1988–1996: Evaluierung des ersten und zweiten Aktionsplans für ein tabakfreies Europa	13
Anhang 2: Resolution EUR/RC47/R8: Entwurf: Dritter Aktionsplan für ein tabakfreies Europa 1997–2001.....	21

ZUSAMMENFASSUNG

Tabakprodukte sind Jahr für Jahr in der Europäischen Region für 1,2 Millionen Tote (14% aller Sterbefälle) verantwortlich. Wenn keine drastischen Maßnahmen ergriffen werden, ist damit zu rechnen, daß bis zum Jahr 2020 zwei Millionen Tote (20% aller Sterbefälle) auf das Konto des Rauchens gehen. Die auf den Tabakkonsum zurückzuführenden volkswirtschaftlichen Verluste beziffern sich weltweit auf mindestens 200 Milliarden US-\$ pro Jahr. Eine Einschränkung des Tabakkonsums ist die wichtigste Public-Health-Maßnahme, die die Länder hinsichtlich gesundheitlicher wie auch wirtschaftlicher Gewinne ergreifen können.

Entschlossenes Handeln auf allen Ebenen ist dringend geboten, um die Gesundheit der Bevölkerung vor den Aktivitäten der Tabakindustrie zu schützen. Angesichts der traditionsreichen breiten Verfügbarkeit von Tabakprodukten ist es gegenwärtig nicht machbar, ihren Konsum zu verbieten. Realistisch und wünschenswert ist indessen, jetzt eine signifikante dauerhafte Verringerung der Raucherprävalenz zu fordern – derzeit rauchen 30% der Erwachsenen täglich in der Europäischen Region der WHO. Um eine katastrophale Eskalation des Rauchens (und der Folgeschäden) unter Frauen und Jugendlichen zu verhindern, sind vor allem zielgruppenspezifische Maßnahmen nötig.

Es wird vorgeschlagen, daß in jedem Mitgliedstaat bis spätestens 1998 sektorübergreifende Koordinierungsausschüsse zur Bekämpfung des Tabakkonsums von den auf Länderebene oder nachgeordneter regionaler Ebene zuständigen Behörden eingesetzt werden, wobei den jeweiligen Gesundheitsministerien die zentrale Koordinierung obliegen soll. Diese Koordinierungsausschüsse sollen für die Erarbeitung und Umsetzung von umfassenden, auf bisher erfolgreichen Konzepten und Programmen basierenden und speziell auf unterschiedliche Zielgruppen ausgerichteten Tabak-Aktionsplänen zuständig verantwortlich sein.

Die Aktionspläne sollten klare Zeitvorgaben für die Umsetzung enthalten, außerdem alters- und geschlechtsspezifische Zielvorgaben bezüglich der Verringerung des Tabakkonsums. Wenn die für die Reduzierung des Tabakkonsums gesetzten Ziele nicht erreicht werden, sollten weitere Maßnahmen in Betracht gezogen werden. Tabaksteuern oder eine Sonderabgabe auf Tabakerzeugnisse können zur Finanzierung der Umsetzung der Aktionspläne dienen.

Um wirkungsvollere Maßnahmen als bisher sicherzustellen, wird vorgeschlagen, mit Wirkung vom 1. Januar 1999 einen „Ausschuß für ein tabakfreies Europa“ einzusetzen, mit der Aufgabe, die Entwicklung und Umsetzung von länderzentrierten Tabak-Aktionsplänen zu unterstützen.

Dieser „Ausschuß für ein tabakfreies Europa“ soll außerdem über internationale Aspekte der Tabakpolitik, die die Region betreffen, beraten, insbesondere über die Entwicklung und Umsetzung der vorgeschlagenen internationalen Rahmenkonvention zur Tabakbekämpfung. Zudem soll der Ausschuß für die regelmäßige Berichterstattung über den Umsetzungsstand von länderzentrierten Aktionsplänen und internationalen Maßnahmen gegen den Tabakkonsum zuständig sein.

Das Regionalbüro soll dabei als Sekretariat des „Ausschusses für ein tabakfreies Europa“ fungieren und dessen Tätigkeiten durch seine internationalen Netzwerke, Datenbanken, Forschungsbasis und sein Fachwissen über effiziente Konzepte unterstützen.

Darüber hinaus wird das Regionalbüro die Entwicklung und Umsetzung von länderzentrierten Aktionsplänen über seine Netzwerke sowie durch „tabakpolitische Missionen“, speziell in Ländern des östlichen Teils der Region unterstützen.

HANDLUNGSBEDARF IN EUROPA

Tabakkonsum in Europa

Industriell gefertigte Tabakprodukte bewirken eine Aufnahme von bestimmten Mengen des Suchtstoffs Nikotin. Tabakprodukte sind die herkömmlichste Form des Suchtmittelgebrauchs in der Europäischen Region der WHO. Über 30% der Erwachsenen rauchen regelmäßig jeden Tag. Im östlichen Teil der Region ist das Rauchen erheblich mehr verbreitet als im Westen. Im nordwestlichen Teil der Region sind die Raucherprävalenzraten der männlichen und weiblichen Bevölkerung ähnlich hoch, wohingegen sie im südlichen und östlichen Teil der Region bei den Frauen erheblich niedriger als bei den Männern sind.

In zwei Fünfteln der Länder (hauptsächlich in Mittel- und Osteuropa) nimmt der Zigarettenkonsum zu, speziell bei Frauen, in zwei Fünfteln (hauptsächlich im westlichen Teil der Region) ist er rückläufig und in einem Fünftel konstant geblieben. Zwei Drittel der Länder verzeichnen einen zunehmenden Zigarettenkonsum bei Jugendlichen, die neben den Frauen eine Zielgruppe der Tabakindustrie geworden sind.

Tabak und die Folgeschäden in Europa

Tabakprodukte sind die gefährlichsten der in der Europäischen Region gebräuchlichen Suchtmittel. Die Hälfte der regelmäßigen Raucher wird bereits im mittleren Alter an den Folgen des Zigarettenkonsums sterben. Rund 30% der Krebssterblichkeit, 20% der Sterbefälle an koronarer Herzkrankheit und Schlaganfall sowie 80% der chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen gehen auf das Konto von Zigaretten. Es lohnt sich für alle Altersgruppen, mit dem Rauchen aufzuhören, aber wenn das Rauchen relativ früh (vor Erreichen eines mittleren Alters) aufgegeben wird, reduzieren sich nahezu sämtliche erhöhten Risiken.

Die weitverbreitete Passivrauchbelastung (unfreiwillig eingeatmeter Tabakrauch) erhöht das Risiko von Lungenkrebs, koronarer Herzkrankheit, Atemwegserkrankungen sowie bei Kleinkindern die Gefahr des plötzlichen Kindstods. Wenn eine Frau während der Schwangerschaft raucht, erhöht sich das Risiko, daß das Kind ein geringes Geburtsgewicht hat.

1995 gingen in der Europäischen Region schätzungsweise 1,2 Millionen Sterbefälle (14% aller Gestorbenen) auf das Konto von Zigaretten. Männer der mittleren Altersgruppe werden voraussichtlich im östlichen Teil der Region zweimal so häufig an einer tabakbedingten Krankheit sterben als Männer der entsprechenden Altersgruppe im westlichen Teil der Region. Tabakerzeugnisse sind für 25% des Mortalitätsgefälles (nach sozialer Schicht) bei koronaren Herzkrankheiten im westlichen Teil der Region verantwortlich. Wenn die derzeitigen Trends beim Tabakkonsum anhalten, werden die auf das Rauchen zurückzuführenden Todesfälle unter Frauen zu Beginn des 21. Jahrhunderts dramatisch ansteigen. Sollten hier keine drastischen Maßnahmen ergriffen werden, ist davon auszugehen, daß sich die Zahl der auf das Konto des Rauchens gehenden Todesfälle bis zum Jahr 2020 auf 2 Millionen (20% der Gesamtsterblichkeit) erhöhen wird.

Die volkswirtschaftliche Belastung durch Tabak

Tabakkonsum ist mit einer signifikanten wirtschaftlichen Belastung für den einzelnen, die Familienangehörigen und die Gesellschaft insgesamt verbunden, wegen der medizinischen Kosten, des Produktivitätsausfalls durch erhöhte Morbidität, der Folgekosten von Bränden und Schäden am Eigentum sowie der Einkommensverluste aufgrund der vorzeitigen Sterblichkeit.

© Weltgesundheitsorganisation (approx. 26 cm)

Alle Rechte an diesem Dokument sind dem WHO-Regionalbüro für Europa vorbehalten. Es ist indessen ohne weiteres gestattet, das Dokument unter vollständiger Angabe der Quelle zu rezensieren, auszugsweise wiederzugeben, zu vervielfältigen oder in andere Sprachen zu übersetzen (sofern dies nicht zum Zwecke des Verkaufs oder im Zusammenhang mit anderen kommerziellen Zwecken geschieht). Das WHO-Emblem darf nicht ohne Genehmigung des WHO-Regionalbüros benutzt werden. Alle Übersetzungen sollten den Satz: *Der Übersetzer dieses Dokuments ist für die Genauigkeit der Übersetzung verantwortlich* enthalten. Das Regionalbüro bittet um Zusendung von drei Kopien jeder Übersetzung. Für namentlich gekennzeichnete Beiträge sind ausschließlich die Autoren verantwortlich.

Die Weltbank schätzt, daß Tabakprodukte die Welt pro Jahr mindestens 200 Milliarden US-\$ kosten. Sie sind für die Verschlechterung der Umwelt verantwortlich und fügen den Rauchern selbst und deren familiärem und sozialem Umfeld unsagbares Leid zu.

Des weiteren entstehen enorme wirtschaftliche Verluste durch Steuerausfälle aufgrund des vorwiegend im östlichen Teil der Region – in Ländern, in denen die finanziellen Ressourcen sehr knapp sind – weitverbreiteten Schmuggels mit Tabakprodukten.

BISHERIGE POLITISCHE REAKTION IN EUROPA

Anhang 1 enthält eine Evaluation des ersten und des zweiten Aktionsplans für ein tabakfreies Europa.

Länderzentrierte Aktionen

Obwohl in der überwiegenden Mehrheit der Länder der Europäischen Region irgendeine Form der Tabakpolitik existiert, sind noch immer mangelndes Engagement und Versäumnisse bei der Umsetzung nachhaltiger politischer Maßnahmen festzustellen.

Im allgemeinen verfügen die skandinavischen Länder und einige westeuropäische Länder über den umfassendsten gesetzgeberischen Rahmen. Einige Länder im östlichen Teil der Region haben ebenfalls in jüngster Zeit umfassende gesetzliche Regelungen vorgesehen.

Artikel 129 des Vertrags von Maastricht über die Europäische Union besagt, daß gesundheitliche Belange in allen EU-Politiken Berücksichtigung finden sollten. Mit ihren Richtlinien hat die EU Mindeststandards für die Tabakbekämpfung gesetzt, allerdings konnte man sich in der EU bislang noch nicht über einen Abbau der Agrarsubventionen für Tabak einig werden. Im Dezember 1997 einigte sich der Rat der Gesundheitsminister der EU auf Vorschläge zur Einführung eines Verbots der Werbung und des Sponsoring für Tabakprodukte.

Gesundheitspolitik für Europa

Ziel 17 der 1991 verabschiedeten Gesundheitspolitik für Europa postuliert, daß die Mitgliedstaaten bis zum Jahr 2000 den Anteil der nichtrauchenden Bevölkerung auf mindestens 80% steigern und die Nichtraucher vor einer unfreiwilligen Passivrauch-Belastung schützen sollen.

1988 verabschiedete die europäische Tabak-Konferenz in Madrid eine „Tabak-Charta“. Maßnahmen zur Einschränkung des Tabakkonsums in Europa wurden in 16 Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung und in zwei Aktionsplänen für ein tabakfreies Europa in der Zeitspanne 1987–1996 unterstützt.

Obwohl das Regionalbüro für Europa (EURO) das Problem analysiert, wirkungsvolle Konzepte dokumentiert und sich für die politische Umsetzung engagiert hat, wird voraussichtlich kein Land die Vorgaben des GFA-Ziels 17 erreichen, weil versäumt wurde, den Marketingstrategien der Tabakindustrie wirkungsvoll entgegenzutreten.

Hindernisse für eine Nichtraucherpolitik

Während die Region etliche Beispiele für einen umfassenden Ansatz zur Förderung des Nichtrauchens bietet, gibt es auch viele Beispiele für Flickwerk und für Versäumnisse bei der Umsetzung der gesetzgeberischen Maßnahmen. Bisher haben erst sehr wenige Länder in ihren nationalen Programmen der Notwendigkeit, der Zunahme des Rauchens unter Frauen Einhalt zu gebieten, Rechnung getragen und es gibt hier auch kaum geschlechtsspezifische Handlungsprogramme. In sehr vielen Ländern erschwert die grenzüberschreitende Werbung in den Medien die Situation, und die Durchführung von Gesetzen, die den Verkauf von Tabakerzeugnissen an Jugendliche verbieten, ist problematisch.

Die internationalen Tabakkonzerne haben sich jetzt verstärkt auf die Länder im östlichen Teil der Region konzentriert, und zwar nicht nur durch Werbung und andere Formen der Verkaufsförderung, sondern auch durch beträchtliche Investitionen in die dortige tabakverarbeitende Industrie. Diese Entwicklung ist in einem Zeitpunkt erfolgt, in dem noch keine neuen Tabakgesetze in Kraft getreten sind. In vielen dieser

© **Weltgesundheitsorganisation** (approx. 26 cm)

Alle Rechte an diesem Dokument sind dem WHO-Regionalbüro für Europa vorbehalten. Es ist indessen ohne weiteres gestattet, das Dokument unter vollständiger Angabe der Quelle zu rezensieren, auszugsweise wiederzugeben, zu vervielfältigen oder in andere Sprachen zu übersetzen (sofern dies nicht zum Zwecke des Verkaufs oder im Zusammenhang mit anderen kommerziellen Zwecken geschieht). Das WHO-Emblem darf nicht ohne Genehmigung des WHO-Regionalbüros benutzt werden. Alle Übersetzungen sollten den Satz: *Der Übersetzer dieses Dokuments ist für die Genauigkeit der Übersetzung verantwortlich* enthalten. Das Regionalbüro bittet um Zusendung von drei Kopien jeder Übersetzung. Für namentlich gekennzeichnete Beiträge sind ausschließlich die Autoren verantwortlich.

Länder kommt noch erschwerend hinzu, daß es nicht gelungen ist, den Tabaksmuggel in den Griff zu bekommen und für sämtliche Tabakerzeugnisse Steuern einzunehmen.

Das Vorpreschen der internationalen Konzerne auf neue Märkte wurde überdies weitgehend durch die Philosophie des Freihandels erheblich erleichtert. Für Waren, die potentiell die Gesundheit der Bevölkerung oder die öffentliche Ordnung gefährden, existieren internationale Vereinbarungen, denen zufolge die Länder die Exporte kontrollieren und sich gegenseitig bei Marktkontrollen unterstützen. Das gilt speziell für die internationale Kontrolle von psychoaktiven Suchtmitteln, indessen noch nicht für Tabak. 1996 wurde allerdings mit Resolution WHA49.17 der Weltgesundheitsversammlung die Entwicklung einer internationalen Rahmenkonvention zur Beschränkung des Tabakkonsums gefordert. Die Weltgesundheitsversammlung schlug eine breite Zusammenarbeit zur Umsetzung weit gefaßter Ziele vor, wobei die Vertragsparteien die Möglichkeit haben, separate Protokolle bezüglich spezifischer Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele abzuschließen. Eine Rahmenkonvention wäre aus technischer Sicht verbindlich, würde jedoch keine expliziten Verpflichtungen beinhalten.

WIRKUNGSVOLLE MASSNAHMEN FÜR EIN TABAKFREIES EUROPA

Untersuchungen und erfolgreiche Beispiele in Europa, wie auch in der gesamten Welt, belegen, daß eine signifikante Einschränkung des Tabakkonsums – mit der Folge signifikanter gesundheitlicher und wirtschaftlicher Gewinne – durch neue Ansätze zur flexiblen und differenzierten Umsetzung von bewährten Strategien erreicht werden kann.

Da mit Tabakprodukten bestimmte Mengen des suchterzeugenden Nikotins aufgenommen werden und angesichts der ernstesten gesundheitlichen Folgen des Tabakkonsums für die Raucher sowie des erheblich höheren gesundheitlichen Risikos durch Passivrauchexposition, sollten in bezug auf Tabak regelnde Maßnahmen durch entsprechende Suchtmittelüberwachungsbehörden in Betracht gezogen werden; ein solches Beispiel ist die Food and Drug Administration (FDA) in den USA.

Marktregulierung

Preis

Eine Erhöhung der Tabaksteuer vergrößert die staatlichen Einnahmen, kompensiert externe Effekte und senkt den Tabakkonsum. Allgemein führt eine 10%ige Erhöhung des Zigarettenpreises in etwa zu einer 5%igen Verringerung der Zahl der gerauchten Zigaretten in der Gesamtbevölkerung und zu einer 10–15%igen Verringerung bei jungen Menschen.

Die Vorgabe von Mindestpreisen für Tabakerzeugnisse wird preisbewußte Verbraucher (insbesondere junge Menschen) vom Kauf abschrecken und kann u. U. viele von ihnen davon abhalten, überhaupt mit dem Rauchen zu beginnen. Sämtliche Tabakerzeugnisse sollten so besteuert werden, daß nicht einfach auf ein anderes Tabakprodukt ausgewichen wird. Die Tabakpreise sollten nicht in den Verbraucherpreisindex aufgenommen werden; dadurch werden inflationäre Auswirkungen auf den Lebenshaltungskostenindex vermieden.

Tabaksteuern könnten zur Finanzierung der Maßnahmen zur Förderung des Nichtsrauchens – einschließlich der gesundheitlichen Aufklärung, Untersuchungen über die Tabakbekämpfung und Unterstützung der Gesundheitsdienste – dienen. Die Einnahmen aus der Tabaksteuer könnten auch dafür verwendet werden, die zuvor von der Tabakindustrie gesponserten Sportveranstaltungen und Kulturereignisse zu finanzieren.

Bis zum Jahr 2001 sollten alle Länder der Europäischen Region eine Steuerpolitik für Tabakprodukte eingeführt haben, um den Tabakkonsum zu reduzieren, wobei der effektive Tabakpreis danach in jedem Jahr um mehr als die durchschnittliche Inflationsrate erhöht wird.

Verfügbarkeit

Eine Einschränkung des Zugangs zu Tabakerzeugnissen für junge Menschen unter 18 Jahren ist ein wirksames Mittel, die Zahl der Jugendlichen, die eine Raucherkarriere beginnen, zu verringern.

Eine Möglichkeit zur Durchführung von Verkaufsbeschränkungen wäre, sicherzustellen, daß Tabakerzeugnisse nur direkt von einem autorisierten Einzelhändler an den Verbraucher verkauft werden. Außerdem sollten die Einzelhändler gesetzlich verpflichtet sein, nachzuprüfen, ob derjenige, der ein Tabakerzeugnis kaufen möchte, dazu auch berechtigt ist. Dementsprechend müßten Selbstbedienungsmöglichkeiten, Versandhandel, Zigarettenautomaten und andere unpersönliche Verkaufsmethoden abgeschafft werden.

Eine Mindestpackungsgröße von 20 Zigaretten würde ausschließen, daß Jugendliche einfach auf kleinere und somit billigere Packungen oder auf den Kauf einzelner Zigaretten ausweichen können. Zigarettenherstellern und Händlern sollte untersagt werden, Gratisproben von Tabakprodukten zu verteilen.

Bis zum Jahr 2001 sollten alle Länder der Europäischen Region gesetzliche Bestimmungen zur Einschränkung des Zugangs zu Tabakerzeugnissen für junge Menschen unter 18 Jahren vorsehen und jegliche unpersönliche Verkaufsmethoden ausschließen.

Werbung

Es besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen der Werbung und dem Rauchverhalten Jugendlicher einerseits und einem positiven Effekt von Werbebeschränkungen auf die Raucherprävalenz und auf die Rauchgewohnheiten Jugendlicher andererseits. Speziell auf junge Menschen ausgerichtete Marketing-Kampagnen motivieren, mit dem Rauchen anzufangen, das Laster Rauchen beizubehalten und den Zigarettenkonsum zu erhöhen.

Um den Tabakkonsum – und das gilt speziell für junge Menschen – signifikant und rasch zu reduzieren, ist es von maßgeblicher Bedeutung, Werbung, jegliches Sponsoring von Veranstaltungen im Zusammenhang mit einem Markennamen oder Merkmal von Tabakprodukten sowie den Verkauf oder die Verbreitung von jeglichen Nichttabak-Produkten, die mit einem Markennamen oder Merkmal eines Tabakprodukts assoziiert werden, zu verbieten. Außerdem sollte die Verwendung einer Handels- oder Markenbezeichnung eines Nichttabak-Produkts als Handels- oder Markenbezeichnung für ein Tabakprodukt nicht zulässig sein.

Bis zum Jahr 2001 sollten alle Länder der Europäischen Region ein generelles Werbeverbot für Tabakprodukte einführen.

Bekämpfung des Schmuggels

Vielfach findet ein Schmuggel in großem Umfang statt, u. a. dort, wo Marktkontrollen gering sind und wo eine marktbeherrschende Stellung erlangt werden soll. Innerhalb der Europäischen Union besteht ein Trend zum Zigaretten Schmuggel zwischen Ländern mit hohen Zigarettenpreisen und solchen mit niedrigen Zigarettenpreisen. Preissenkungen sind hier keine wirkungsvolle Gegenmaßnahme. Eine Preissenkung kann zwar zunächst zu einem geringen Rückgang des Schmuggels führen, bewirkt aber letztlich eine generelle Zunahme des Tabakkonsums. Wirkungsvoll wären hier Steuermarken auf den Zigarettenpackungen, wobei die Einzelhändler ausschließlich Produkte mit einer Steuermarke verkaufen dürfen.

Bis zum Jahr 2001 sollten in allen Ländern der Europäischen Region wirkungsvolle Instrumente zur Bekämpfung des Schmuggels mit Tabakprodukten vorhanden sein.

Produktkontrolle, -kennzeichnung und -information

© Weltgesundheitsorganisation (approx. 26 cm)

Alle Rechte an diesem Dokument sind dem WHO-Regionalbüro für Europa vorbehalten. Es ist indessen ohne weiteres gestattet, das Dokument unter vollständiger Angabe der Quelle zu rezensieren, auszugsweise wiederzugeben, zu vervielfältigen oder in andere Sprachen zu übersetzen (sofern dies nicht zum Zwecke des Verkaufs oder im Zusammenhang mit anderen kommerziellen Zwecken geschieht). Das WHO-Emblem darf nicht ohne Genehmigung des WHO-Regionalbüros benutzt werden. Alle Übersetzungen sollten den Satz: *Der Übersetzer dieses Dokuments ist für die Genauigkeit der Übersetzung verantwortlich* enthalten. Das Regionalbüro bittet um Zusendung von drei Kopien jeder Übersetzung. Für namentlich gekennzeichnete Beiträge sind ausschließlich die Autoren verantwortlich.

Auf jedem Tabakprodukt und in jeder Tabakwerbung (sofern noch keine Werbeverbote bestehen) sollte der Name des Produkts vermerkt sein und die beabsichtigte Verwendung beschrieben werden; außerdem sollten Warnhinweise und Hinweise auf entsprechende Vorsichtsmaßnahmen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen enthalten sein. Warnhinweise bezüglich der gesundheitlichen Gefährdung sollten mindestens die Größe von 20% der Vorderseite und 20% der Rückseite der Tabakpackungen haben und in Ländern, in denen Tabakwerbung noch nicht verboten ist, 20% der Werbefläche einnehmen. Der Teergehalt sollte gesetzlich auf maximal 12 mg und der Nikotingehalt auf 1 mg pro Zigarette beschränkt werden.

Bis zum Jahr 2001 sollten in allen Ländern der Region Gesetze erlassen werden, die sicherstellen, daß gesundheitsbezogene Warnhinweise mindestens 20% der Vorderseite und 20% der Rückseite von Tabakpackungen bedecken und daß bis zum Jahr 2005 der Höchstwert für den Teergehalt auf 12 mg und der Höchstwert für den Nikotingehalt auf 1 mg pro Zigarette festgesetzt wird.

Klagen und Produkthaftung

In Europa und Nordamerika wird jetzt verschiedentlich gerichtlich gegen die Tabakindustrie vorgegangen. In auf dem Prinzip der Produkthaftung basierenden Klagen verlangen kranke Raucher (und Personen, die durch Passivrauchen Gesundheitsschädigungen erlitten haben) oder deren Hinterbliebene sowie auch Behörden, die für die Kosten der Gesundheitsversorgung aufkommen, Schadenersatz von den Zigarettenherstellern. Solche Schadenersatzklagen basieren darauf, daß Tabakprodukte übermäßig gefährlich sind, da ihre Risiken jeglichen potentiellen Nutzen übersteigen, oder es wird vorgebracht, daß die Zigarettenhersteller die Inhaltsstoffe nicht genau angegeben haben, daß sie keine wahrheitsgetreuen Warnhinweise vermerkt haben und daß sie sich nicht um Herstellungsverfahren bemüht haben, die mehr Produktsicherheit bieten. In einem Prozeß in den Vereinigten Staaten wurde ein Vergleich zwischen dem Staat und der Tabakindustrie vorgeschlagen. Es besteht wenig Zweifel daran, daß Anwaltsorganisationen und Verbraucherschutzverbände demnächst in der gesamten Europäischen Region auf gerichtlichem Wege gegen die Tabakindustrie vorgehen werden.

Nichtraucherzonen

Durch Gesetze, die das Rauchen in öffentlichen Einrichtungen verbieten, wird das Risiko einer unfreiwilligen Passivrauchexposition minimiert und letztendlich beseitigt und das Recht der Nichtraucher auf eine rauchfreie Umgebung wird gewahrt. Einschlägige Gesetze können auch junge Menschen vom Rauchen abhalten, indem ihnen das Bewußtsein vermittelt wird, daß Rauchen gesellschaftlich inakzeptabel ist; darüber hinaus kann auf diesem Wege einer großen Zahl von entwöhnungswilligen Rauchern Unterstützung angeboten werden. Im übrigen erhöhen derartige gesetzgeberische Maßnahmen die öffentliche Sicherheit, indem sie die Brandgefahr und Brandschäden reduzieren. Gesetzliche Restriktionen müssen durch Aufklärungsarbeit und durch gezielte Sensibilisierung der Bevölkerung wie auch der politischen Entscheidungsträger in bezug auf die Vorteile, die die Schaffung eines rauchfreien Lebensumfelds bietet, ergänzt werden.

Bis zum Jahr 2001 sollten in allen Ländern der Europäischen Region Gesetze erlassen werden, die sicherstellen, daß eine unfreiwillige Exposition gegenüber Tabakrauch an allen Arbeitsplätzen, in allen öffentlichen Gebäuden und sämtlichen öffentlichen Verkehrsmitteln verhindert wird.

Raucherentwöhnungshilfen

Etliche Untersuchungen haben gezeigt, daß ungefähr zwei Drittel der Raucher gern von der Zigarette loskommen möchten. Kurzinterventionen in Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung sind eine wirkungsvolle wie auch kostenwirksame Maßnahme zur Entwöhnungshilfe und die Erfolgsquoten betragen hier nach einem Jahr 5–10%. Diese Erfolgsquoten können unter einer Nikotinersatztherapie verdoppelt werden. Selektivere und auf einen längeren Zeitraum angelegte Interventionen motivieren stärker zur Aufgabe des Rauchens und die anschließenden Sitzungen führen zu höheren Erfolgsraten (zwischen 20% und 40%). Für die Raucherberatung besonders geschulte Mitarbeiter der primären Gesundheitsversorgung engagieren sich wahrscheinlich stärker für Raucherentwöhnungsmaßnahmen und verzeichnen höhere Erfolge als ihre nicht speziell geschulten Kollegen. Auf breiter Front müssen zielgruppenspezifische Raucherentwöhnungsprogramme durchgeführt werden. Im übrigen können gezielte Maßnahmen für schwangere Frauen das Gesundheitsrisiko für Neugeborene und Säuglinge erheblich mindern.

© Weltgesundheitsorganisation (approx. 26 cm)

Alle Rechte an diesem Dokument sind dem WHO-Regionalbüro für Europa vorbehalten. Es ist indessen ohne weiteres gestattet, das Dokument unter vollständiger Angabe der Quelle zu rezensieren, auszugsweise wiederzugeben, zu vervielfältigen oder in andere Sprachen zu übersetzen (sofern dies nicht zum Zwecke des Verkaufs oder im Zusammenhang mit anderen kommerziellen Zwecken geschieht). Das WHO-Emblem darf nicht ohne Genehmigung des WHO-Regionalbüros benutzt werden. Alle Übersetzungen sollten den Satz: *Der Übersetzer dieses Dokuments ist für die Genauigkeit der Übersetzung verantwortlich* enthalten. Das Regionalbüro bittet um Zusendung von drei Kopien jeder Übersetzung. Für namentlich gekennzeichnete Beiträge sind ausschließlich die Autoren verantwortlich.

Breit angelegte Schulungsprogramme für Mitarbeiter der primären Gesundheitsversorgung – u. a. Pflegefachkräfte, Ärzte, Apotheker und Zahnärzte – sind erforderlich und für Kurzinterventionen im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung müssen Anreize geboten werden.

Bis zum Jahr 2001 sollten in allen Ländern der Europäischen Region Schulungsprogramme über Raucherentwöhnungstechniken – gemäß abgestimmten Standards – für die auf dem Gebiet der primären Gesundheitsversorgung tätigen Ärzte, Pflegefachkräfte, Apotheker und Zahnärzte sowie Verfahren zur Erfolgskontrolle eingeführt werden.

Schulung, Aufklärung der Öffentlichkeit und öffentliche Meinung

Umfassende Aufklärung und objektive Medienkampagnen sind zur Förderung des Nichtrauchens wirkungsvoll. Während Untersuchungen über schulische Aufklärung gezeigt haben, daß hier eine Einflußnahme auf die Einstellung und Rauchgewohnheiten ungewiß ist, konnte in bezug auf einige Elemente (das gilt speziell für die von Gleichaltrigen geleitete Gruppenarbeit und gegenseitige Unterstützung bzw. Motivation) nachgewiesen werden, daß solche Gruppenprozesse das Rauchverhalten beeinflussen und deshalb stärkeres Gewicht erhalten sollten.

Wichtig ist Überzeugungsarbeit zur Förderung des Nichtrauchens und die Sensibilisierung der öffentlichen Meinung zugunsten einer Anti-Tabak-Politik. Die Bürger sollten offene Informationen über Struktur, Finanzgebaren, Wissensbasis und über die Macht der Tabakkonzerne, politische Entscheidungen zu beeinflussen, erhalten.

Die Öffentlichkeitsarbeit, die Schärfung des Problembewußtseins in der Bevölkerung und politische Initiativen können generell von den Medien unterstützt werden. Solche Medienkampagnen sind als strategische Nutzung der Massenmedien zur Förderung von gesellschaftlich oder gesamtpolitisch relevanten Initiativen bezeichnet worden. Die Massenmedien können die Problematik in aller Breite thematisieren und die Diskussion in der Öffentlichkeit stimulieren.

Bei bürgernahen Aktionen sollte der Akzent eher auf Mobilisierung und Organisation als auf Intervention liegen. Durch umfassende geschlechtsspezifische Programme kann der Tabakkonsum reduziert und die Gesundheit der Bevölkerung verbessert werden. Einzelne gemeindenahe Schwerpunktaktionen können zwar Veränderungen bewirken, haben jedoch eine geringere Breitenwirkung.

Bis zum Jahr 2001 sollten in allen Ländern der Europäischen Region koordinierte, nachhaltige Medienkampagnen initiiert werden, um in der Öffentlichkeit mehr Unterstützung für Anti-Tabak-Maßnahmen zu gewinnen und in sämtlichen Schulen in allen Ländern der Europäischen Region sollte eine wirkungsvolle schulzentrierte Aufklärung über Tabak erfolgen.

ROLLE DER MITGLIEDSTAATEN

Länderspezifische Koordinierungsausschüsse

Um wirkungsvoll handeln zu können ist es erforderlich, daß jedes Land mit entsprechenden Mitteln ausgestattete Koordinierungsausschüsse für die Tabakpolitik einsetzt und beibehält, wobei die Gesundheitsministerien als „Sekretariat“ fungieren.

Diese Koordinierungsausschüsse sollten sektorübergreifend sein und Vertreter relevanter Regierungsbehörden (einschließlich des Finanzressorts) umfassen, ferner nachgeordnete Verwaltungsebenen, Medien, nichtstaatliche Organisationen (u. a. auf dem Gebiet der Krebshilfe), Ärzte-, Pflege-, Apotheker- und andere Berufsverbände, sowie Juristen, Erzieher und konfessionelle Entscheidungsträger.

Die Koordinierungsausschüsse sollten für die Entwicklung und Umsetzung von länderspezifischen Tabak-Aktionsplänen für Frauen und Männer mit spezifischen Zielvorgaben und Zeitplänen für die Umsetzung zuständig sein.

Bis zum Jahr 1998 sollte es in allen Mitgliedstaaten adäquat finanzierte Ausschüsse zur Koordinierung der Anti-Tabak-Maßnahmen geben.

Länderspezifische Aktionspläne

Länderspezifische Aktionspläne sollten umfassend und geschlechtsspezifisch angelegt sein und Strategien und Programmelemente enthalten, deren Wirksamkeit bereits nachgewiesen ist.

Die Aktionspläne sollten einen klaren Zeitplan für die Umsetzung sowie geschlechtsspezifische Ziele für die Verringerung des Tabakkonsums beinhalten. Wenn die Zielvorgaben nicht erreicht werden können, sollten weitere Maßnahmen zur Einschränkung des Tabakkonsums in Betracht gezogen werden.

Wirkungsvolle Handlungsansätze setzen angemessene Finanzierungsmittel für umfassende Anti-Tabak-Maßnahmen voraus. Ein Teil der Tabaksteuern bzw. eine Sonderabgabe auf Tabakprodukte kann für die Finanzierung von Tätigkeiten im Rahmen der länderspezifischen Aktionspläne eingesetzt werden, beispielsweise für die Umsetzung und Erfolgskontrolle von Anti-Tabak-Maßnahmen, für die Aufklärung über die Gefahren des Rauchens sowie für anderweitige gesundheitsbezogene Initiativen, u. a. Raucherentwöhnungsprogramme auf der Primärversorgungsebene und Übernahme der Kosten zur Förderung von kulturellen Ereignissen und Sportveranstaltungen.

Bis zum Jahr 1999 sollten in allen Mitgliedstaaten angemessen finanzierte länderspezifische Anti-Tabak-Aktionspläne erstellt werden, die auf allen Handlungsebenen geschlechts- und altersspezifisch angelegt sein sollten.

Monitoring und Evaluierung

Die erfolgreiche Umsetzung von Anti-Tabak-Maßnahmen erfordert eine Überwachung und Evaluierung des Tabakkonsums, der tabakbedingten Schäden und der Reaktionen auf die Anti-Tabak-Politik. Monitoring und Evaluierung sollten Maßnahmen auf internationaler Ebene, Länderebene und nachgeordneter Ebene beinhalten, sektorübergreifend sein und sich sowohl auf die staatlichen als auch die nichtstaatlichen Maßnahmen beziehen. Effektives Monitoring sollte Informationen über gesetzgeberische Maßnahmen betreffend Rauchverbote, über die öffentliche Meinung sowie über Strukturen, Finanzen und Aktionen der Tabakindustrie beinhalten. Der Entwicklungs- und Umsetzungsstand von effizienten Konzepten sollte laufend untersucht und dokumentiert werden.

Ab 1998 sollte jedes Land in der Europäischen Region alle zwei Jahre einen umfassenden Bericht über den Konsum von Tabakprodukten, tabakbedingte Schäden und die Umsetzung der Tabakpolitik erstellen und veröffentlichen.

„AUSSCHUSS FÜR EIN TABAKFREIES EUROPA“

Hinsichtlich wirkungsvollerer Maßnahmen wird vorgeschlagen, einen „Ausschuß für ein tabakfreies Europa“ (Committee for a Tobacco-free Europe „CTE“), einzusetzen, um die Entwicklung und Umsetzung von länderspezifischen Tabak-Aktionsplänen in der gesamten Europäischen Region zu fördern. Der CTE sollte seine Tätigkeit mit Wirkung vom 1. Januar 1999 aufnehmen, wobei die WHO als Hauptansprechpartner für fachliche Fragen und als Sekretariat fungiert. Dem CTE sollten bis zu vier vom WHO-

© Weltgesundheitsorganisation (approx. 26 cm)

Alle Rechte an diesem Dokument sind dem WHO-Regionalbüro für Europa vorbehalten. Es ist indessen ohne weiteres gestattet, das Dokument unter vollständiger Angabe der Quelle zu rezensieren, auszugsweise wiederzugeben, zu vervielfältigen oder in andere Sprachen zu übersetzen (sofern dies nicht zum Zwecke des Verkaufs oder im Zusammenhang mit anderen kommerziellen Zwecken geschieht). Das WHO-Emblem darf nicht ohne Genehmigung des WHO-Regionalbüros benutzt werden. Alle Übersetzungen sollten den Satz: *Der Übersetzer dieses Dokuments ist für die Genauigkeit der Übersetzung verantwortlich* enthalten. Das Regionalbüro bittet um Zusendung von drei Kopien jeder Übersetzung. Für namentlich gekennzeichnete Beiträge sind ausschließlich die Autoren verantwortlich.

Regionalbüro für Europa ernannte Vertreter angehören, außerdem (vorbehaltlich der Zustimmung der betreffenden Institutionen, CTE-Mitglied zu werden) von der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa, der Europäischen Kommission, dem Europarat, der Weltbank und möglicherweise anderen zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen ernannte Vertreter.

Der CTE sollte über internationale Aspekte von Tabakbekämpfungs-Konzepten, die die Region betreffen – einschließlich der Reaktion auf die beabsichtigte internationale Rahmenkonvention zur Bekämpfung des Tabakkonsums – beraten und einschlägige Maßnahmen aktiv unterstützen.

Der CTE sollte auch für die regelmäßige Berichterstattung über den Sachstand von länderspezifischen Aktionsplänen und internationalen Maßnahmen gegen das Rauchen zuständig sein. Die CTE-Mitglieder sollten dabei auch die zunehmende Gefährdung der Frauen infolge des Tabakkonsums anerkennen.

INTERNATIONALE PARTNER FÜR AKTIONEN

Interdisziplinäre und zwischenstaatliche Organisationen

Innerhalb der Europäischen Region bieten interdisziplinäre und zwischenstaatliche Organisationen die Plattform für multilaterale Handlungsansätze gegen den Tabakkonsum: Die für die WHO diesbezüglich vorgeschlagene Rolle wird im nächsten Abschnitt näher erläutert. Artikel 129 des Vertrags von Maastricht hat die Voraussetzungen geschaffen, Tabak eher als ein Gesundheitsanliegen und weniger als ein ökonomisches Thema in der Europäischen Union (EU) anzusehen. Die EU-Mitgliedstaaten können die Umsetzung einer international ausgerichteten Anti-Tabak-Politik wirkungsvoll voranbringen, was sich signifikant auf die Politik in anderen Teilen der Region niederschlagen würde. Aufbauend auf den derzeitigen politischen Konzepten kann die Umsetzung des Aktionsplans für ein tabakfreies Europa durch ein europaweites totales Werbeverbot für Tabakprodukte sowie durch den Abbau der Agrarsubventionen für Tabak gefördert werden. Die Bestimmungen bezüglich der Warnhinweise auf Zigarettenpackungen und bezüglich der Höchstwerte für den Teer- und Nikotingehalt können generell verschärft werden. Die Tätigkeiten der Europäischen Kommission bieten Möglichkeiten zur Kompetenzerweiterung auf allen Ebenen der Gesellschaft und zur Förderung von Untersuchungen über den Sachstand der Politik in den Mitgliedstaaten, und zwar nicht nur in den EU-Ländern, sondern in sämtlichen Ländern der Europäischen Region der WHO.

Der Europarat kann den regionalen Aktionsplan durch verschiedene, an die Parlamente und Regierungen seiner Mitgliedstaaten gerichtete Programme und Resolutionen unterstützen, mit besonderem Akzent auf ethischen Aspekten von Problemkomplexen wie Passivrauchen und Rauchverbote.

Nichtstaatliche Organisationen

In der gesamten Region verfügt ein breites Spektrum von nichtstaatlichen Organisationen und Netzwerken über Erfahrungen und Fachkompetenz zur Unterstützung einer Anti-Tabak-Politik auf internationaler und nationaler Ebene. Zu diesen Organisationen und Netzwerken gehören u. a. Vereinigungen, die sich spezifisch mit der Förderung des Nichtrauchens befassen, ferner Krebshilfeorganisationen mit Schwerpunktaktivitäten gegen das Rauchen, Verbände der Gesundheitsberufe sowie Bürgerinitiativen und Verbraucherorganisationen, die sich auch im Kampf gegen das Rauchen engagieren. Den nichtstaatlichen Organisationen und Netzwerken kommt eine besondere Rolle zu hinsichtlich der Aufklärung der Bevölkerung und der Schärfung ihres Problembewußtseins in bezug auf die Tabakgefahren und die Notwendigkeit einer wirkungsvollen Anti-Tabak-Politik. Dabei ist eine spezielle Vertretung der Interessen der Frauen besonders wichtig. Nichtstaatliche Organisationen haben auch ein klares Mandat, über aktuelle Regierungsprogramme und staatliche Maßnahmen zu berichten und sich auf Regierungsebene für eine Neuorientierung und nachhaltige Umsetzung der Politik einzusetzen. Nichtstaatliche Organisationen und Netzwerke sind aktiv bemüht, die Machenschaften der Tabakindustrie aufzuzeigen.

Gesundheitsberufe

Aufgrund ihrer Fachkenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit sind hier die Gesundheitsberufe gefordert, Überzeugungsarbeit zu leisten und für eine wirkungsvolle Bekämpfung des Tabakkonsums einzutreten. Auf regionaler Ebene gibt es die europäischen Foren der nationalen Ärzte-, Pflege- und Apothekerverbände, die offiziell mit der WHO zusammenarbeiten, außerdem besteht eine informelle Zusammenarbeit mit Zahnärztereinigungen. Mitglieder dieser Verbände stellen ein beachtliches Potential in der gesamten Region dar, das mobilisiert werden muß, durch Verzicht auf das Rauchen als gutes Beispiel voranzugehen, Raucherentwöhnungshilfe zu bieten und sich aktiv auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene für eine Anti-Tabak-Politik einzusetzen. In dieser Hinsicht haben das Europäische Forum der Ärztenverbände und der WHO (EFMA) und das Europäische Forum der Apothekerverbände und der WHO (EuroPharm Forum) entscheidende Schritte unternommen, um Nichtraucheraktionen und Maßnahmen zur Raucherentwöhnung sowohl für ihre eigenen Mitglieder als auch für die breite Öffentlichkeit zu unterstützen.

ROLLE DES WHO-REGIONALBÜROS FÜR EUROPA

Unterstützung für länderspezifische Aktionspläne und länderezentrierte Netze

Durch Modellprojekte im Zuge eines globalen Projekts zur verstärkten Bekämpfung des Rauchens wurde dem östlichen Teil der Region Priorität beigemessen. Das WHO-Regionalbüro für Europa wird weiterhin die Entwicklung und Umsetzung von länderspezifischen Aktionsplänen unterstützen und seine zahlreichen Missionen fortsetzen, speziell in die osteuropäischen Länder, um sie in Grundsatzfragen zu beraten und eine nachhaltige Anti-Tabak-Politik zu fördern.

Das WHO-Regionalbüro für Europa wird länderspezifische Aktionspläne durch seine Netzwerke unterstützen, u. a. durch die Foren der Ärzte-, Pflege- und Apothekerverbände, das CINDI-Programm zur integrierten Vorbeugung gegen nichtübertragbare Krankheiten, das Netzwerk „Regionen für die Gesundheit“, das „Gesunde Städte“-Projekt, sowie die Projekte „Gesundheitsfördernde Schulen“ und das „Gesundheitsfördernde Krankenhaus“.

Das WHO-Regionalbüro für Europa wird beratend tätig sein und die Effektivität von länderspezifischen Aktionsplänen beurteilen.

„Ausschuß für ein tabakfreies Europa“ und Gewinnung von Partnern

Das WHO-Regionalbüro wird als Sekretariat und fachlicher Ansprechpartner für den CTE fungieren und – in Einklang mit seinem Mandat, den Tabakkonsum zu verringern – eine führende Rolle bei der internationalen Koordinierung der Tätigkeiten zur Umsetzung des dritten Aktionsplans übernehmen. Dabei wird es von seinen Kooperationszentren unterstützt und sich im übrigen auf seine internationalen Partnerschaften stützen, u. a. die Zusammenarbeit mit anderen relevanten Sonderorganisationen der Vereinten Nationen, der Weltbank, dem Programm „Europa gegen den Krebs“ der Europäischen Kommission, dem Europarat, dem Nordischen Rat, der Internationalen Union für Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung, dem Europäischen Netzwerk zur Prävention des Rauchens, der Internationalen Vereinigung zur Krebsbekämpfung sowie den europäischen Foren der Ärzte-, Pflege-, Apotheker- und Zahnärztereverbände.

Zur laufenden Aktualisierung seiner Datenbank mit Informationen über Tabakkonsum, tabakbedingte Schäden und Gegenmaßnahmen in den Mitgliedstaaten wird das Regionalbüro Daten erheben, Fragebogenaktionen in den Mitgliedstaaten durchführen und dem CTE jährlich Bericht erstatten.

© Weltgesundheitsorganisation (approx. 26 cm)

Alle Rechte an diesem Dokument sind dem WHO-Regionalbüro für Europa vorbehalten. Es ist indessen ohne weiteres gestattet, das Dokument unter vollständiger Angabe der Quelle zu rezensieren, auszugsweise wiederzugeben, zu vervielfältigen oder in andere Sprachen zu übersetzen (sofern dies nicht zum Zwecke des Verkaufs oder im Zusammenhang mit anderen kommerziellen Zwecken geschieht). Das WHO-Emblem darf nicht ohne Genehmigung des WHO-Regionalbüros benutzt werden. Alle Übersetzungen sollten den Satz: *Der Übersetzer dieses Dokuments ist für die Genauigkeit der Übersetzung verantwortlich* enthalten. Das Regionalbüro bittet um Zusendung von drei Kopien jeder Übersetzung. Für namentlich gekennzeichnete Beiträge sind ausschließlich die Autoren verantwortlich.

Das Regionalbüro wird weiterhin durch Tagungen und Veröffentlichungen eine Forschungsgrundlage und wissenschaftliche Basis für effiziente politische Ansätze entwickeln und über seine Netze der auf internationaler, nationaler und lokaler Ebene für die Ausrichtung und Umsetzung der Politik verantwortlichen Akteure aktiv Informationen in gedruckter und elektronischer Form verbreiten.

Öffentlichkeitsarbeit

Durch seine Kontakte und Medientätigkeit wird das Regionalbüro für Europa sicherstellen, daß die Bevölkerung offen über die Strukturen, Finanzierungstätigkeiten, Wissensbasis und das Potential der Tabakindustrie zur politischen Einflußnahme informiert wird.

Bürgerinitiativen und Anti-Tabak-Kampagnen werden durch systematische Öffentlichkeitsarbeit und durch die Zusammenarbeit mit dem Europäischen Kommunikationsnetz für Gesundheitsfragen unterstützt.

An Frauen und Jugendliche gerichtete Maßnahmen werden zusammen mit den Medien erarbeitet, um den Tätigkeiten der Tabakindustrie entgegenzuwirken und um den wichtigen Prozeß eines Gesinnungswandels in bezug auf das Rauchen zu fördern.

SCHLUSSFOLGERUNG

Tabak ist eine politische Herausforderung ersten Ranges auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit in der Europäischen Region der WHO. Lösungsmöglichkeiten sind hier sehr wohl bekannt. Jetzt gilt es, politischen Willen zu zeigen, die Bürger zu mobilisieren und in allen Mitgliedstaaten systematische Programme durchzuführen, um die vorstehend beschriebenen erfolgversprechenden Strategien umzusetzen. Die für Finanzen und Steuern zuständigen Ministerien und Behörden müssen überzeugt werden, daß eine regelmäßige Erhöhung der Tabaksteuern die Einnahmen erhöht, Externalitäten wie beispielsweise Gesundheitskosten korrigiert und vom Tabakkonsum abschreckt. Die für das Zollwesen zuständigen Ministerien und Regierungsbehörden müssen überzeugt werden, daß ein Versäumnis, den Tabakschmuggel unter Kontrolle zu bringen, zu Einnahmeverlusten führt und Menschenleben kostet. Die Ministerien und Behörden müssen überzeugt werden, daß wirkungsvolles Handeln ein vollständiges Verbot der Tabakwerbung und des Sponserns im Zusammenhang mit der Nennung eines Tabakproduktes voraussetzt und daß die Einschränkung des Zugangs zu Tabakprodukten für unter 18-Jährige eine wirkungsvolle Methode ist, die Zahl der jungen Menschen, die eine Raucherkarriere beginnen, zu verringern.

Der Aktionsplan für ein tabakfreies Europa setzt eine europaweite Bewegung in Gang, den Tabakkonsum einzuschränken, die Gesundheit zu fördern und wirtschaftliche Gewinne zu erzielen und die Öffentlichkeit vor den Machenschaften der Tabakindustrie zu schützen.

Anhang 1

**TABAK IN EUROPA 1988–1996:
EVALUIERUNG DES ERSTEN UND ZWEITEN
AKTIONSPLANS FÜR EIN TABAKFREIES EUROPA**

1. SCHÄDEN DURCH DEN TABAKKONSUM

Die Hälfte aller regelmäßigen Raucher wird an den Folgen des Zigarettenkonsums sterben, und davon wiederum die eine Hälfte im mittleren Lebensalter und die andere Hälfte im höheren Alter. Die weitverbreitete unfreiwillige Exposition gegenüber Tabakrauch (Passivrauchen) erhöht das Lungenkrebsrisiko und bei Säuglingen die Gefahr des plötzlichen Kindstods. Die Weltbank schätzt, daß Tabakprodukte die Welt mindestens 200 Milliarden US-\$ pro Jahr kosten, für die Verschlechterung der Umwelt verantwortlich sind und den einzelnen Betroffenen, deren Angehörigen und Freunden unsagbares Leid zufügen.

Dem Gesundheitssektor und ebenso den Tabakkonzernen sind die tabakbedingten Schäden seit den 60er Jahren bekannt. In den jüngsten Jahren ist das enorme Ausmaß der Gefährdung, der Belastung durch passiv inhalierten Tabakrauch und der wirtschaftlichen Kosten für den einzelnen und die Gesellschaft infolge des Tabakkonsums genauer bekannt geworden. Es ist klar geworden, daß Tabak nicht nur aus gesundheitlicher, sondern auch aus ökonomischer Sicht ein prioritäres Anliegen ist, das zu wirtschaftlichen Verlusten von großer Tragweite führt. Außerdem ist bekannt geworden, daß die Tabakindustrie seit langem über die Gefahren des Tabakkonsums Bescheid wußte, obwohl sie dies stets verheimlicht und abgestritten hat.

2. MASSNAHMEN GEGEN DIE GEFÄHRDUNG DURCH TABAKKONSUM

Wirkungsvolle Gegenmaßnahmen zur Reduzierung der tabakbedingten Schäden sind seit vielen Jahren bekannt. Dazu gehören gesetzliche Bestimmungen über Preiserhöhungen für Tabakprodukte und über Marketing- und Vertriebsbeschränkungen, Aufklärungskampagnen über die Gefahren des Tabakkonsums sowie Maßnahmen zur Sensibilisierung der Bevölkerung und entsprechenden Reduzierung des Tabakkonsums.

Deutlich gezeigt hat sich in den jüngsten Jahren die Notwendigkeit umfassender politischer Ansätze, unterstützt durch sektorübergreifende und internationale Maßnahmen. Die Bewußtmachung der Gefährdung durch passiv inhalierten Tabakrauch und die Schaffung von rauchfreien Zonen haben bereits zum Umdenken geführt und das Verständnis für Maßnahmen zur Bekämpfung des Tabakkonsums gefördert. Gerichtliche Klagen und die Anerkennung, daß das Prinzip der Produkthaftung auch für die Tabakindustrie gilt, sind zu wirkungsvollen Public-Health-Instrumenten geworden, um das Marketing und die Verfügbarkeit von Tabakprodukten einzuschränken. In den USA gilt Tabak jetzt als Suchtmittel und die rechtliche Zuständigkeit für Zigaretten fällt somit in den Bereich der Food and Drug Administration (FDA). Ebenso hat die Öffentlichkeit erfahren, daß der Tabakindustrie die Suchtwirkung des Nikotins ebenso wie die Beeinflussung des Rauchverhaltens Jugendlicher durch gezielte Werbung und Marketingpraktiken sehr wohl seit langem bekannt ist – obwohl sie dies bis heute öffentlich bestritten hat.

3. POLITISCHE GEGENMASSNAHMEN

Wie haben nun die Länder der Europäischen Region und die Weltgemeinschaft angesichts der Erkenntnisse über die Tabakgefahren und effiziente politische Gegenmaßnahmen reagiert?

Reaktion auf globaler Ebene

Seit 1970 hat die Weltgesundheitsversammlung 16 Resolutionen betreffend Tabak oder damit verbundene Gesundheitsprobleme verabschiedet, in denen umfassende, sektorübergreifende, langfristige Strategien zur Bekämpfung des Rauchens beschrieben werden. Anders als bei den Drogen – wo bereits internationale Abkommen existieren, denzufolge die Länder die Exporte kontrollieren und sich gegenseitig bei der Marktregulierung unterstützen, hat es in bezug auf Tabak bis heute noch keine internationalen Vereinbarungen gegeben. Allerdings hat die Weltgesundheitsversammlung mit Resolution WHA49.17 den Generaldirektor 1996 ersucht, die Erarbeitung einer Rahmenkonvention gegen Tabak in Übereinstimmung mit Artikel 19 der WHO-Satzung in die Wege zu leiten.

Reaktion in der Europäischen Region

Das Regionalkomitee für Europa hat zwei Resolutionen verabschiedet, gemäß denen Aktionspläne für ein tabakfreies Europa unterstützt werden. Der erste Aktionsplan erstreckte sich auf den Zeitraum 1987–1991 und forderte die Formulierung von nationalen Programmen, eine stärkere Zusammenarbeit zwischen den Organisationen und Sektoren, eine breitere Information der Öffentlichkeit sowie ein europäisches Monitoring- und Evaluationssystem. 1988 wurde in Madrid von der ersten Europakonferenz Tabak die „Tabak-Charta“ verabschiedet, die sechs ethische Grundsätze und zehn Strategien für ein tabakfreies Europa enthält.

1991 haben die Mitgliedstaaten ihr Engagement für die Gesundheitspolitik für Europa bekräftigt. Ziel 17 dieser Politik postuliert eine Erhöhung der Zahl der Nichtraucher bis zum Jahr 2000 auf mindestens 80% der Bevölkerung und den Schutz der Nichtraucher vor einer unfreiwilligen Exposition gegenüber Tabakrauch.

Der zweite Aktionsplan enthielt 37 Handlungsvorschläge in folgenden sechs Bereichen: Bildung von Partnerschaften, sektorübergreifende Tabakpolitik, Nichtraucherzonen, Prävention des Rauchens bei jungen Menschen und Hilfe für entwöhnungswillige Raucher sowie Stärkung der Kapazitäten für die Umsetzung der Politik.

Mit ihren Resolutionen, der Tabak-Charta von Madrid und den Aktionsplänen für ein tabakfreies Europa hat die WHO den strategischen Rahmen für effiziente Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums und der tabakbedingten Schäden geschaffen. Dieser Handlungsrahmen wurde durch Missionen und Konferenzen in mindestens zehn Ländern des östlichen Teils der Region unterstützt, mit dem Resultat signifikanter politischer Ansätze und der Durchführung von wirkungsvollen gesetzgeberischen Maßnahmen.

Das Regionalbüro für Europa (EURO) hat ein weitreichendes Netz zur Unterstützung einer gezielten Tabakpolitik aufgebaut. Diesem Netzwerk gehören Ansprechpartner in allen Mitgliedstaaten an, sowie fünf WHO-Kooperationszentren; außerdem beinhaltet es Partnerschaften mit sektorübergreifenden, zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen, u. a. sind hier zu nennen, das Programm „Europa gegen den Krebs“ der Europäischen Kommission, die Weltbank, der Europarat, der Nordische Rat, die internationale Union für Gesundheitsförderung, das Europäische Netzwerk zur Prävention des Rauchens, die Internationale Vereinigung zur Krebsbekämpfung sowie die europäischen Foren der Ärzte- und Apothekerverbände.

Das Regionalbüro für Europa hat eine umfassende Informationsbasis über den Tabakkonsum, die tabakbedingten Schäden und die Tabakpolitik in allen Mitgliedstaaten erstellt; diese Daten sind in speziellen

Tabak-Profilen für Europa dokumentiert und in der Publikation *Smoking, drinking and drug taking in the European Region*¹ zusammengefaßt. Die Informationsbasis wird 1997 aktualisiert.

Auf Länderebene werden auch über die Netzwerke des Regionalbüros für Europa Tabakstrategien und -programme umgesetzt. Im Zuge des „Multi-City-Aktionsplans Tabak“ werden Modelle guter Praxis in bezug auf gesetzliche Regelungen in Kommunen und Nichtraucherprogramme entwickelt und Informationen über die im „Gesunde Städte“-Projekt gewonnenen Erfahrungen verbreitet. Durch das Projekt Gesundheitsfördernde Schulen werden junge Menschen zum Handeln in den osteuropäischen Ländern angeregt, was die Bedeutung der Gesundheitsfördernden Schule als Instrument für die Sensibilisierung der Bevölkerung und für bürgernahe Initiativen erhöht. Das Netzwerk „Regionen für Gesundheit“ entwickelt und realisiert eine Reihe von Aktionsplänen für tabakfreie Regionen.

In englischer und russischer Sprache wurden Schulungsprogramme für Ausbilder auf dem Gebiet der primären Gesundheitsversorgung entwickelt und durchgeführt, um die erforderliche Fachkompetenz zur Motivation der Bevölkerung, ihre Lebensweisen zu ändern, und zur Beratung entwöhnungswilliger Raucher zu vermitteln. Die „Charta gegen das Rauchen“ des Europäischen Forums der Apotheker „EuroPharm Forum“ wird einem breiten Kreis zugänglich gemacht. Das CINDI-Programm fördert Maßnahmen auf dem Gebiet der primären Gesundheitsversorgung und, durch die „Quit and Win“-Kampagne, die Aufklärung der Öffentlichkeit sowie Raucherentwöhnungsprogramme.

Obwohl die Aktionspläne effektive Netze geschaffen, nichtstaatliche Organisationen unterstützt und sich als Denkanstoß für Anti-Tabak-Maßnahmen erwiesen haben, sind auf Länderebene noch gezieltere und besser koordinierte Tätigkeiten geboten.

Reaktion in der Europäischen Union

In einem Teil der Europäischen Region hat die EU gemäß Artikel 129 des Vertrags von Maastricht damit begonnen, Tabak eher aus gesundheitlicher und weniger aus ökonomischer Sicht zu betrachten. Die EU hat für die Mitgliedstaaten bindende Richtlinien über bestimmte Aspekte einer Anti-Tabak-Politik herausgegeben, u. a. Verbot der Tabakwerbung im Fernsehen, Warnhinweise auf Zigarettenpackungen, Beschränkung des Teergehalts und Harmonisierung der Tabaksteuern. Über andere Aspekte, u. a. Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen, hat die EU (nicht bindende) Stellungnahmen abgegeben. Mit ihren Richtlinien hat die EU bereits Mindeststandards für eine Anti-Tabak-Politik vorgegeben, doch ist es noch nicht gelungen, sich auf ein vollständiges Verbot der Tabakwerbung und auf einen Abbau der Tabak-Subventionen zu einigen. Die EU-Politik hat signifikante Auswirkungen auf die Entwicklung der Tabakpolitik in Nicht-EU-Ländern.

Reaktion in den Ländern

In den meisten Ländern in der Europäischen Region existieren schon Ansätze einer Tabakpolitik, allerdings sind deren Tragweite und Umfang ganz unterschiedlich. Im allgemeinen verfügen die skandinavischen und einige westeuropäische Länder über den umfassendsten gesetzgeberischen Rahmen. Aber auch mehrere Länder im östlichen Teil der Region haben bereits weitreichende gesetzliche Regelungen vorgesehen oder sind gerade damit befaßt. Gesetzgeberische Maßnahmen sind der am häufigsten gewählte Ansatz in der Region, einige Länder ziehen indessen Vereinbarungen mit der Tabakindustrie hinsichtlich freiwilliger Beschränkungen vor.

In den Ländern manifestiert sich jetzt der politische Wille, mit Unterstützung der Öffentlichkeit zu handeln und umfassende Anti-Tabak-Programme und einschlägige Gesetze durchzuführen. In vielen Ländern ist es jedoch nach wie vor problematisch, ressort- und sektortübergreifende Unterstützung für die Tabakpolitik zu erhalten und eine nachhaltige Durchführung der gesetzlichen Regelungen sicherzustellen.

¹ Harkin, A.-M. et al. *Smoking, drinking and drug taking in the European Region*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1997.

4. WELCHE RESULTATE SIND BISHER ZU VERZEICHNEN?

Wie die Indikatoren bezüglich der Raucherprävalenz und der tabakbedingten Sterblichkeit zeigen, sind in der gesamten Region die Auswirkungen der Strategien und Maßnahmen in den letzten Jahren generell unzulänglich gewesen. Obwohl die Prävalenz des Zigarettenrauchens in einer Reihe von Ländern sich bis Mitte 1990 von einem Höchststand in den 60er und 70er Jahren rückläufig entwickelt hat, rauchen in der Region noch immer 30% der Erwachsenen täglich (Abb. 1).

Abb. 1: Raucherprävalenz bei Erwachsenen in Ländern der Europäischen Region der WHO,
Stand: Anfang bis Mitte der 90er Jahre (%)

Der Zigarettenkonsum bei Erwachsenen variiert zwischen 40% in der Russischen Föderation und rund 25% oder weniger in Belgien, Finnland und Schweden. Besonders hoch ist der Raucheranteil in der männlichen Bevölkerung in Armenien, Estland, Lettland, Litauen, Polen, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, der Türkei und der Ukraine – in Irland, Schweden und dem Vereinigten Königreich sind die entsprechenden Raten niedriger.

In der weiblichen Bevölkerung sind die höchsten Raucherraten in Dänemark, Norwegen und Ungarn zu verzeichnen. Demgegenüber rauchen in Albanien, Armenien und Usbekistan weniger als 10% der Frauen.

Für 36 Länder liegen Daten mit folgenden Trendmeldungen vor: in 15 Ländern (überwiegend in Zentral-europa und im östlichen Teil der Region) nimmt der Zigarettenkonsum zu, in 14 Ländern (überwiegend in Westeuropa und in den skandinavischen Ländern) ist er rückläufig und in 7 Ländern konstant geblieben. In 15 Ländern ist die Prävalenz unter Frauen ansteigend, wenn auch allgemein geringer als bei den Männern.

Für 33 Länder liegen Informationen über Trends des Rauchens unter Jugendlichen vor, und zwar nimmt der Zigarettenkonsum in 21 Ländern zu, in 7 Ländern ab und ist in 5 Ländern unverändert.

1995 waren Zigaretten die Ursache für 1,2 Millionen Todesfälle in der Region, davon nahezu 750 000 in den mittleren Altersgruppen (35–69 Jahre). Der Anteil 35–69jähriger Männer an der Gesamtsterblichkeit infolge des Rauchens liegt zwischen 11% und 46%, wobei der höchste Anteil im östlichen Teil der Region registriert wird (Abb. 2). Bei Frauen variiert der Prozentsatz aller auf das Rauchen zurückzuführenden Todesfälle in der Altersgruppe 35–69 Jahre von 1% bis 31% und ist im westlichen Teil der Region am höchsten.

In Westeuropa ist die durch das Rauchen bedingte Sterblichkeit bei Männern rückläufig, bei den Frauen indessen ansteigend. In den osteuropäischen Ländern nehmen die auf das Rauchen zurückzuführenden Todesfälle sowohl bei Männern als auch bei Frauen zu. Die Prognosen lauten, daß – falls keine strengen Maßnahmen ergriffen werden – Tabakprodukte im Jahr 2020 für zwei Millionen Todesfälle in der Region (20% der Gesamtsterblichkeit) verantwortlich sein werden.

5. WARUM SIND DIE ERFOLGE SO GERING?

Es gibt eine Reihe von Gründen für das klägliche Ergebnis in den letzten Jahren.

Es kann angeführt werden, daß der Public-Health-Sektor gegenüber den internationalen Tabakkonzernen einen Rückstand von 20 bis 30 Jahren hat. Die Versäumnisse, in den 60er und 70er Jahren etwas zu tun, haben jetzt in den 90er Jahren die Aussichten für wirkungsvolles Handeln sehr erschwert. Marktkräfte haben ihren Einfluß auf Kosten der Gesundheit vergrößert. Die freie Marktwirtschaft hat zur konsequenten Verfechtung eigener Interessen und zu machtvollm Lobbying gegen jegliche Versuche, den Tabakkonsum einzuschränken, geführt. Bisher ist erst zu wenig gegen die Marketing-Kampagnen der Tabakindustrie, deren Hauptziel eine weitere Profitsteigerung auf Kosten der Gesundheit ist, unternommen worden.

In der gesamten Region mangelt es an politischem Willen, durch ressort- und sektorübergreifende Maßnahmen eine breit angelegte Anti-Tabak-Politik zu verfolgen. Es gibt allerdings auch Ausnahmen und hinsichtlich der Einschränkung des Tabakkonsums und der Belastung durch Passivrauchen konnten schon einige positive Ergebnisse verzeichnet werden.

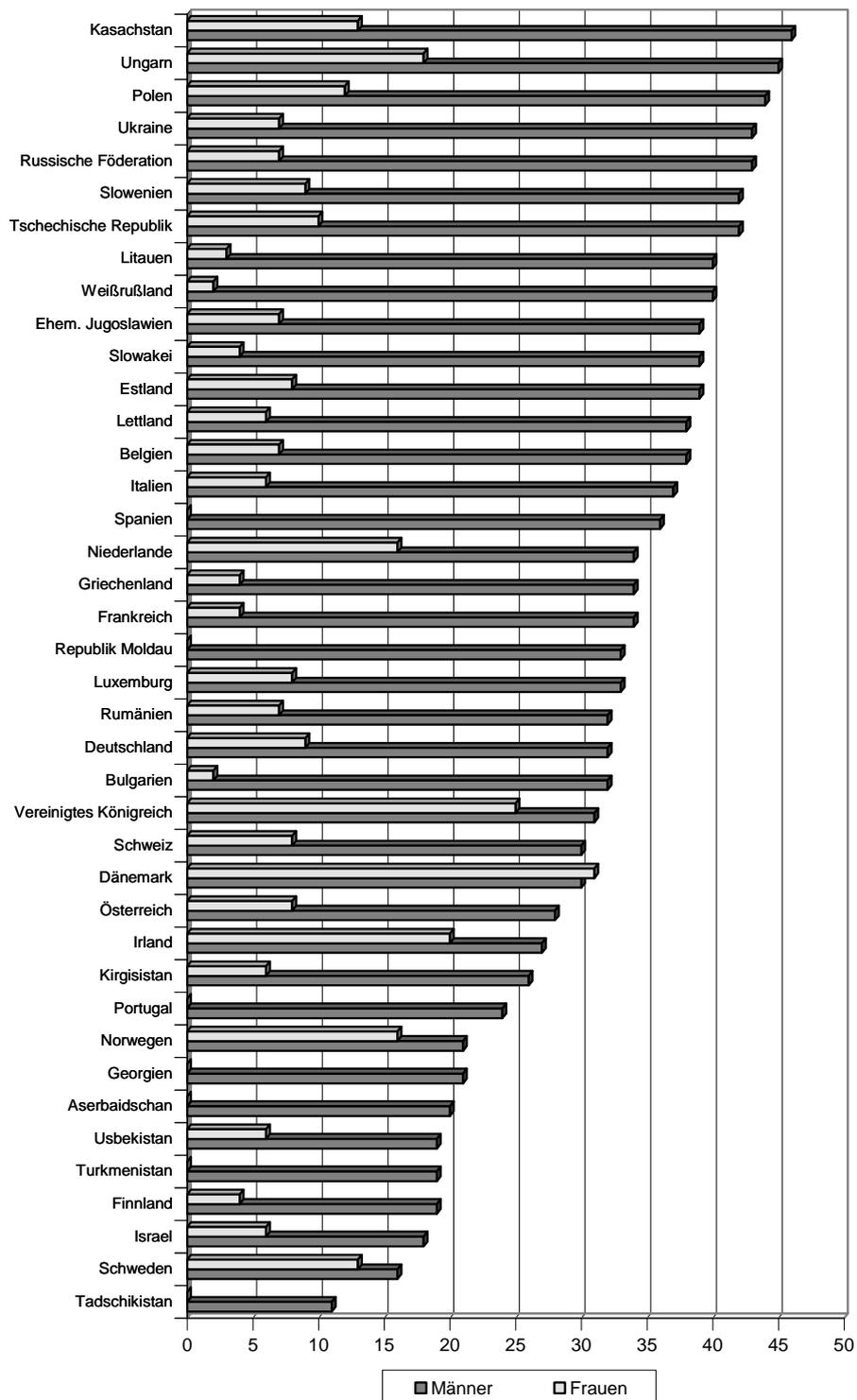
So wurde beispielsweise durch das Evin-Gesetz (das 1991 in Frankreich eingeführt wurde) Tabakwerbung verboten, Tabak aus dem Verbraucherpreis-Index herausgenommen und ein Rauchverbot in öffent-

© Weltgesundheitsorganisation (approx. 26 cm)

Alle Rechte an diesem Dokument sind dem WHO-Regionalbüro für Europa vorbehalten. Es ist indessen ohne weiteres gestattet, das Dokument unter vollständiger Angabe der Quelle zu rezensieren, auszugsweise wiederzugeben, zu vervielfältigen oder in andere Sprachen zu übersetzen (sofern dies nicht zum Zwecke des Verkaufs oder im Zusammenhang mit anderen kommerziellen Zwecken geschieht). Das WHO-Emblem darf nicht ohne Genehmigung des WHO-Regionalbüros benutzt werden. Alle Übersetzungen sollten den Satz: *Der Übersetzer dieses Dokuments ist für die Genauigkeit der Übersetzung verantwortlich* enthalten. Das Regionalbüro bittet um Zusendung von drei Kopien jeder Übersetzung. Für namentlich gekennzeichnete Beiträge sind ausschließlich die Autoren verantwortlich.

lichen Einrichtungen verfügt. Nachdem der Verbrauch 15 Jahre lang gestiegen war, ist der Zigarettenkonsum nun seit der Einführung des Evin-Gesetzes bis 1995 um 9% zurückgegangen. Das Gesetz fand breite Unterstützung in der Öffentlichkeit. Drei Viertel der Bevölkerung in EU-Staaten befürworteten übrigens ein Verbot der Zigarettenwerbung.

Abb. 2: Hochgerechneter Prozentsatz der auf das Rauchen zurückzuführenden Todesfälle bei Männern und Frauen der Altersgruppe 35–69 Jahren in Ländern der Europäischen Region der WHO, 1995 (in der Reihenfolge des Prozentsatzes der Todesfälle bei Männern)



© Weltgesundheitsorganisation (approx. 26 cm)

Alle Rechte an diesem Dokument sind dem WHO-Regionalbüro für Europa vorbehalten. Es ist indessen ohne weiteres gestattet, das Dokument unter vollständiger Angabe der Quelle zu rezensieren, auszugsweise wiederzugeben, zu vervielfältigen oder in andere Sprachen zu übersetzen (sofern dies nicht zum Zwecke des Verkaufs oder im Zusammenhang mit anderen kommerziellen Zwecken geschieht). Das WHO-Emblem darf nicht ohne Genehmigung des WHO-Regionalbüros benutzt werden. Alle Übersetzungen sollten den Satz: *Der Übersetzer dieses Dokuments ist für die Genauigkeit der Übersetzung verantwortlich* enthalten. Das Regionalbüro bittet um Zusendung von drei Kopien jeder Übersetzung. Für namentlich gekennzeichnete Beiträge sind ausschließlich die Autoren verantwortlich.

Quelle: Peto, R. et al. *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000*. Oxford University Press, 1994.
(Für Albanien, Armenien, Island, Malta, Monaco, San Marino oder die Türkei liegen keine speziellen Daten vor. Für die Länder des ehem. Jugoslawiens liegen nur verdichtete Daten vor.)

1994 wurde das finnische Anti-Tabak-Gesetz von 1977 novelliert und verbietet jetzt das Rauchen am Arbeitsplatz in allen Innenräumen, die Werbung für Tabakprodukte und den Tabakverkauf an Personen unter 18 Jahren. In dem Jahr nach der Gesetzesänderung ging die Belastung durch Passivrauchen am Arbeitsplatz drastisch zurück. Nahezu alle Nichtraucher und drei Viertel der Raucher haben diese Beschränkung des Rauchens am Arbeitsplatz begrüßt.

Das Vereinigte Königreich hat sich entschieden, die Tabakbesteuerung als Instrument zur Reduzierung des Tabakkonsums zu benutzen, indem der Steuersatz für Zigaretten in den künftigen Haushaltsansätzen um jährlich mindestens 3% real erhöht wird. Etwa die Hälfte des im Vereinigten Königreich im Zeitraum 1976–1988 verzeichneten 23%igen Rückgangs des Rauchens ist der allgemeinen Erhöhung der Zigarettenpreise zuzuschreiben.

Den Ländern im östlichen Teil der Region wurde seit Beginn der 90er Jahre von den internationalen Tabakkonzernen besondere Aufmerksamkeit gewidmet, und zwar nicht nur durch massive Werbung und Marketing-Kampagnen, sondern auch mit beträchtlichen Investitionen in die dortigen tabakverarbeitenden Sektoren. Diese Entwicklung hat zu einem Zeitpunkt stattgefunden, in dem einerseits die ehemaligen gesetzlichen Grundlagen in bezug auf Tabak nicht mehr vorhanden waren und andererseits noch keine neuen Gesetze existierten. Manchmal galten die alten gesetzlichen Bestimmungen (beispielsweise über Tabakwerbung oder Warnhinweise) nur für die im Inland erzeugten Zigaretten, aber nicht für die ausländischen Zigaretten, die nach der Liberalisierung der Wirtschaft den Markt eroberten. Erschwerend wirkt in diesen Ländern noch die Tatsache, daß unzulängliche Grenzkontrollen zu einem breit angelegten und systematischen Schmuggel geführt haben.

Viele Länder im östlichen Teil der Region zählen auch zu denjenigen mit der höchsten Raucherprävalenz bei Männern und der höchsten tabakbedingten Sterblichkeit. Wegen der geringen Zahl der Frauen, die rauchen, haben sich die internationalen Tabakkonzerne jetzt auf Frauen als besondere Zielgruppe konzentriert. In den Ländern im östlichen Teil der Region muß dringend ein umfassender Rahmen für Gegenmaßnahmen geschaffen und die Unterstützung der Öffentlichkeit für die Regulierung des Tabakmarktes gesichert werden. Es ist ermutigend zu sehen, daß einige Länder im westlichen Teil der Region sich bemühen, ihre bereits weitreichenden Maßnahmen noch zu verschärfen und Lücken zu schließen, damit es anderen Ländern im östlichen Teil der Region gelingt, umfassende Gegenmaßnahmen zu verfügen.

Anhang 2



WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA
KOPENHAGEN

REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA
Siebenundvierzigste Tagung, Istanbul, 15. – 19. September 1997

RESOLUTION

EUR/RC47/R8
18. September 1997
12397
ORIGINAL: ENGLISCH

ENTWURF: DRITTER AKTIONSPLAN FÜR EIN TABAKFREIES EUROPA 1997–2001

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die Resolutionen WHA39.14 und WHA43.16, mit denen die Umsetzung von umfassenden Konzepten zur Bekämpfung des Tabakkonsums gefordert wird, sowie WHA49.17, mit der der Generaldirektor ersucht wird, die Erarbeitung einer Anti-Tabak-Rahmenkonvention in Übereinstimmung mit Artikel 19 der WHO-Satzung in die Wege zu leiten,

besorgt über die durch den Tabakkonsum bewirkte fortgesetzte Bedrohung der öffentlichen Gesundheit,

nach Prüfung des Dokuments EUR/RC47/12, in dem die Ergebnisse des ersten und zweiten Aktionsplans für ein tabakfreies Europa evaluiert und Vorschläge für einen dritten Aktionsplan unterbreitet werden –

1. ERKENNT den dritten Aktionsplan für ein tabakfreies Europa als Katalog von Leitprinzipien für die europäischen Mitgliedstaaten AN und NIMMT ZUR KENNTNIS, daß noch weitere innovative Lösungen zu dessen Umsetzung sondiert werden müssen,

2. BESCHLIESST, daß:

a) das WHO-Regionalbüro für Europa in Zusammenarbeit mit der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa, der Europäischen Kommission, dem Europarat, der Weltbank und möglicherweise anderen zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen die Möglichkeiten für die Einrichtung eines Ausschusses für ein tabakfreies Europa sondieren soll, der ab 1. Januar 1999 zunächst für einen Zeitraum von fünf Jahren eingesetzt werden könnte,

- b) die Funktionen des Ausschusses für ein tabakfreies Europa mit den Zusammenarbeitspartnern, ausgehend von den im dritten Aktionsplan für ein tabakfreies Europa enthaltenen Vorschlägen, erörtert werden sollen,
 - c) das WHO-Regionalbüro für Europa den Teilnehmern anbieten soll, als wichtigstes technisches Instrument für die Unterstützung des Ausschusses und seines Sekretariats zu fungieren,
3. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH, im Rahmen ihrer allgemeinen Präventionspolitik und unter Berücksichtigung der Geschlechterperspektive für die Ausarbeitung von Aktionsplänen zum Thema Tabak zuständige sektorübergreifende Mechanismen zu schaffen oder bereits bestehende Mechanismen auszunutzen,
4. BITTET die Organisationen der europäischen Integration, die zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen EINDRINGLICH, sich mit dem Ausschuß für ein tabakfreies Europa zu gemeinsamen Maßnahmen zu verbünden und dadurch ihren Beitrag zu den europaweite Bemühungen um eine Prävention und Reduzierung des Tabakkonsums zu maximieren,
5. ERSUCHT den Regionaldirektor:
- a) der Ressourcenzuweisung absoluten Vorrang einzuräumen, um es dem Regionalbüro zu ermöglichen, die Möglichkeiten der Einrichtung eines Ausschusses für ein tabakfreies Europa zu sondieren,
 - b) die Bemühungen um die Beschaffung von freiwilligen Beiträgen zu intensivieren, um das internationale Mandat der WHO auf diesem Gebiet wahrnehmen zu können,
 - c) bei der Fertigstellung des dritten Aktionsplans für ein tabakfreies Europa, die vom Regionalkomitee gemachten Vorschläge und Kommentare zu berücksichtigen,
 - d) dem Regionalkomitee auf dessen 48. Tagung über die mit den anderen zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Partnern und den Partnern der europäischen Integration geführten Verhandlungen hinsichtlich ihrer Beteiligung und der gemeinsam vereinbarten Funktionen des Ausschusses für ein tabakfreies Europa zu berichten und diese Vorschläge dem Regionalkomitee zur Verabschiedung zu unterbreiten.

