



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA
65. TAGUNG

Vilnius (Litauen), 14.–17. September 2015



© iStock.com/art2media Kreativagentur

Fahrplan für eine wirksamere Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Europäischen Region der WHO (2015–2025): Den Tabakkonsum hinter uns lassen



Arbeitsdokument



Regionalkomitee für Europa

65. Tagung

Vilnius (Litauen), 14.–17. September 2015

Punkt 5 e) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC65/10
+ EUR/RC65/Conf.Doc./6

16. Juli 2015

150475

ORIGINAL: ENGLISCH

Fahrplan für eine wirksamere Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Europäischen Region (2015–2025): Den Tabakkonsum hinter uns lassen

Konzeptioneller Überblick und zentrale Elemente

Zukunftsvision

Letztendlich besteht die langfristige Zukunftsvision darin, die Europäische Region der WHO gänzlich von durch Tabak bedingter Morbidität, Mortalität und Sucht zu befreien.

Ziel

Das Ziel lautet, in der Altersgruppe der über 15-Jährigen eine relative Reduzierung der heutigen Prävalenz des Tabakkonsums um mindestens 30% bis zum Jahr 2025 (Bezugsjahr: 2010) zu erreichen.

Leitprinzipien

Geschlechtersensibilität

Schutz der Kinder

Schutz vor Bedrohungen für die grundlegenden Menschenrechte und Freiheiten

Keine Verlierer

Schwerpunkt- und Ergänzungsbereiche

*Schwerpunktbereich 1 – Stärkung der Umsetzung des Rahmenübereinkommens zur
Eindämmung des Tabakgebrauchs und Förderung von Innovation*

Schwerpunktbereich 2 – Reaktion auf neue Herausforderungen

Schwerpunktbereich 3 – Neugestaltung sozialer Normen

*Ergänzungsbereich 1 – Feststellung von Fortschritten, Defiziten, Gefällen, Trends
und Wirkungen*

*Ergänzungsbereich 2 – Zusammenarbeit: Partnerschaften und internationale
Kooperation*

Inhalt

	Seite
Einführung	3
Zukunftsvision	4
Ziele	4
Leitprinzipien.....	5
Geltungsbereich	6
Schwerpunktbereiche.....	6
Schwerpunktbereich 1 – Stärkung der Umsetzung des Rahmenübereinkommens und Förderung von Innovation.....	6
Empfehlungen an die Mitgliedstaaten	8
Maßnahmen für das WHO-Regionalbüro für Europa	9
Schwerpunktbereich 2 – Reaktion auf neue Herausforderungen.....	10
Empfehlungen an die Mitgliedstaaten	11
Maßnahmen für das WHO-Regionalbüro für Europa	12
Schwerpunktbereich 3 – Neugestaltung sozialer Normen	13
Empfehlungen an die Mitgliedstaaten	13
Maßnahmen für das WHO-Regionalbüro für Europa	14
Ergänzungsbereiche.....	15
Ergänzungsbereich 1 – Feststellung von Fortschritten, Defiziten, Gefällen, Trends und Wirkungen.....	15
Empfehlungen an die Mitgliedstaaten	16
Maßnahmen für das WHO-Regionalbüro für Europa	16
Ergänzungsbereich 2 – Zusammenarbeit: Partnerschaften und internationale Kooperation.....	17
Empfehlungen an die Mitgliedstaaten	17
Maßnahmen für das WHO-Regionalbüro für Europa	18
Quellenangaben	18
Anhang 1: Hintergrund und Folgen von Tabakkonsum	22

Einführung

1. Mit diesem Fahrplan wird eine Zukunftsvision verfolgt, bei der die Europäische Region der WHO gänzlich von durch Tabak bedingter Morbidität, Mortalität und Sucht befreit ist – mit anderen Worten: eine Europäische Region, in der Tabakkonsum der Vergangenheit angehört.

2. Wir wissen, wie wir sie verwirklichen können. Der Weg dorthin wird in dem Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) (1) beschrieben, das bereits vor einem Jahrzehnt in Kraft getreten ist und dem 50 Länder der Europäischen Region als Vertragsparteien beigetreten sind, aber auch in den Leitlinien für seine Umsetzung und in den Grundsatzoptionen und Beschlüssen der Konferenz der Vertragsparteien (VSK). Darüber hinaus gibt es auch einen neuen internationalen Vertrag, das Protokoll zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen, das nun den Vertragsparteien zur Ratifizierung offen steht (2). Dies sind wirksame Instrumente, deren volles Potenzial jedoch noch nicht genutzt wird. Denn auch wenn einige Länder der Europäischen Region in der Eindämmung des Tabakgebrauchs führend sind, so ist doch insgesamt der Grad der Umsetzung des Rahmenübereinkommens bisher noch relativ gering, und nur sehr wenige Länder haben das Übereinkommen umfassend umgesetzt (3). Darüber hinaus sind 28 der 53 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region der WHO durch die Europäische Union (EU) zur Einhaltung einer Reihe maßgeblicher Richtlinien zur Tabakbekämpfung verpflichtet, darunter zuletzt die Richtlinie über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen (4). Eine Stärkung der Umsetzung des Rahmenübereinkommens in der Europäischen Region würde bewirken, dass kein Mitgliedstaat auf der Strecke bleibt, und dafür sorgen, dass zeitgebundene Verpflichtungen eingehalten werden, und allen Vertragsstaaten die Chance geben, von den Innovationen zu profitieren, Erfahrungen auszutauschen und sich gemeinsam neuen (und grenzüberschreitenden) Herausforderungen zu stellen.

3. Wir wissen, was wir gewinnen können, wenn wir erfolgreich sind. Tabakkonsum ist die am leichtesten vermeidbare Einzelursache von Tod und Krankheit und eine wesentliche Ursache für die gesundheitlichen Ungleichgewichte in der Europäischen Region insgesamt¹. Eine wirksame Eindämmung des Tabakgebrauchs trägt zur Verwirklichung der strategischen Ziele von „Gesundheit 2020“ (5), dem Rahmenkonzept der Europäischen Region der WHO für Gesundheit und Wohlbefinden, bei: Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten und Verbesserung von Führung und partizipatorischer Politikgestaltung für Gesundheit. Neben gesundheitlichen Zugewinnen versprechen Investitionen in wirksame Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs auch erhebliche Erträge in Form signifikanter Produktivitätssteigerungen sowie Einsparungen für die Gesundheits- und Sozialtats (6).

4. Wir wissen, was auf dem Spiel steht, wenn wir nicht erfolgreich sind. Die Eindämmung des Tabakgebrauchs ist ein zentraler Ansatzpunkt für die Verwirklichung des von der Weltgesundheitsversammlung festgelegten globalen Ziels einer Reduzierung der vorzeitigen Mortalität aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten um 25% bis zum Jahr 2025. Doch es gibt erhebliche Bedenken, ob dieses Ziel einzuhalten ist (7). Nach

¹ Für weitere Informationen über die Rahmenbedingungen und die Folgen des Tabakkonsums siehe Anhang 1.

aktuellen Schätzungen werden wahrscheinlich 36 Länder in der Europäischen Region der WHO das Ziel einer relativen Reduzierung des heutigen Tabakkonsums um mindestens 30% ² nicht erreichen, falls keine weiter reichenden Maßnahmen ergriffen werden. Eine wirksamere Umsetzung des Rahmenübereinkommens ist eine der entscheidenden Voraussetzungen für die Verwirklichung der gesundheitsbezogenen Ziele der Entwicklungsagenda nach 2015 (8).

5. Wir haben das Mandat zum Handeln. In der Resolution EUR/RC64/R4 über die Erklärung von Aschabat über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020 (9), die 2014 auf der 64. Tagung des Regionalkomitees für Europa angenommen wurde, bekräftigten die Mitgliedstaaten in der Europäischen Region ihr Engagement zur Forcierung ihrer Anstrengungen für eine vollständige Umsetzung des Rahmenübereinkommens. Sie versprachen eine Zusammenarbeit zur Verwirklichung des auf tabakbedingte Erkrankungen bezogenen globalen Ziels für nichtübertragbare Krankheiten und baten um Ausarbeitung dieses Fahrplans zur Unterstützung ihrer Anstrengungen.

6. Der Fahrplan soll die Fortschritte in die gewünschte Richtung lenken und den Mitgliedstaaten und der Europäischen Region insgesamt bei der Verwirklichung dieses Ziels und ihrer Zukunftsvision behilflich sein. In dem Dokument wird anerkannt, dass aufgrund der Vielfalt der Europäischen Region und der unterschiedlichen Gegebenheiten in den Mitgliedstaaten die Geschwindigkeit und die genauen Wegstrecken von Land zu Land verschieden sein mögen; dennoch werden alle führenden Verantwortlichen dazu ermutigt, die Reise anzutreten, mit angemessener Geschwindigkeit voranzuschreiten, das Gefälle zwischen den Ländern zu beseitigen und das gemeinsame Ziel zu erreichen. Die Ausarbeitung des Fahrplans profitiert von den engen Arbeitsbeziehungen mit dem Sekretariat des Rahmenübereinkommens und stützt sich auf den Sachverstand einer hochrangigen Beratungsgruppe, auf fachliche Beratungen mit Vertretern der Mitgliedstaaten, auf die Stellungnahmen des Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa (SCRC), auf neue Erkenntnisse über den Stand der Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Europäischen Region sowie auf die aktuellen Entwicklungen auf diesem Gebiet.

Zukunftsvision

7. Letztendlich besteht die langfristige Zukunftsvision darin, die Europäische Region der WHO gänzlich von durch Tabak bedingter Morbidität, Mortalität und Sucht zu befreien.

Ziele

8. In diesem Fahrplan werden Wege zur Verwirklichung des freiwilligen globalen Ziels aufgezeigt, in der Altersgruppe der über 15-Jährigen eine relative Reduzierung der heutigen

² Elf Länder innerhalb der Europäischen Region dürften das Ziel erreichen, für die übrigen sechs Länder liegen keine ausreichenden Daten vor.

Prävalenz des Tabakkonsums um mindestens 30% bis zum Jahr 2025 (Bezugsjahr: 2010)³ zu erreichen. Dieses Ziel wurde von der Weltgesundheitsversammlung im Rahmen des *Globalen Aktionsplans zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2013–2020) (10)* und seines in Resolution WHA66.10 (11) gebilligten umfassenden Globalen Kontrollrahmens sowie durch den Beschluss der sechsten Tagung der Konferenz der Vertragsparteien des Rahmenübereinkommens (12) festgelegt. In diesem Beschluss ruft die Konferenz der Vertragsparteien in der Absicht, einen größeren Beitrag zur Erfüllung der globalen Zielvorgabe für nichtübertragbare Krankheiten in Bezug auf den Tabakkonsum zu leisten, die Vertragsparteien dazu auf, mit Blick auf das Jahr 2025 landesweite Zielvorgaben für eine relative Reduzierung der heutigen Prävalenz des Tabakkonsums in der Altersgruppe der über 15-Jährigen festzulegen.

9. Darüber hinaus werden andere, mittelbarere Maße und Etappenziele zur Feststellung und Messung der erzielten Erfolge entwickelt, die sich an den bereits verwendeten Maßen und Etappenzielen (3) orientieren und für die von der WHO und dem Sekretariat des Rahmenübereinkommens bereits erhobene Daten herangezogen werden, um zusätzliche Berichtspflichten für die Vertragsparteien zu vermeiden.

Leitprinzipien

10. Dem Fahrplan liegen folgende Leitprinzipien zugrunde:

- Geschlechtersensibilität – die Erkenntnis, dass gegenwärtig zwar der überwiegende Teil der Raucher männlich ist, dass jedoch immer mehr Frauen mit dem Rauchen beginnen, dass die Gesundheitsrisiken durch biologische, soziale, ökonomische und kulturelle Einflussfaktoren beeinflusst werden und dass sowohl Exposition als auch Verhaltensweisen durch Strukturen und Umfelder begrenzt oder geprägt werden können.
- Schutz der Kinder – die Erkenntnis, dass die Exposition gegenüber Tabakrauch schon im Mutterleib beginnt, dass Kinder von der Tabakindustrie gezielt ins Visier genommen werden und oft schon von Tabak abhängig werden, bevor sie sich als mündige Erwachsene entscheiden können, und dass wir eine Verpflichtung zum Schutz der Kinder vor den Gefahren des Passivrauchens haben, da Tabakkonsum die Gesundheit der Raucher und ihrer Umgebung gleichermaßen gefährdet.
- Schutz vor Bedrohungen für die grundlegenden Menschenrechte und Freiheiten – dies betrifft nicht nur das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit, sondern auch den Schutz vor Passivrauchen und den Schutz von Arbeitnehmern, einschließlich der Beschäftigten in der Tabakindustrie.
- Keine Verlierer – Hervorhebung der Bedeutung einer Hilfe für alle Länder der Region bei der Verwirklichung des Ziels, was angesichts der grenzüberschreitenden Problematik der Eindämmung des Tabakgebrauchs besonders wichtig ist, und Abstimmung mit den Leitprinzipien für eine nachhaltige Entwicklung.

³ Für die Erfüllung der neun globalen Zielvorgaben für nichtübertragbare Krankheiten gilt als Bezugsjahr das Jahr 2010. In: WHO/Programmes/Noncommunicable diseases and mental health/NCD tools/About 9 voluntary targets [Website]. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2015 (<http://www.who.int/nmh/ncd-tools/definition-targets/en/>, eingesehen am 9. Juni 2015).

Geltungsbereich

11. Der vorliegende Fahrplan orientiert sich inhaltlich an den Artikeln des Rahmenübereinkommens sowie an den Leitlinien für ihre Umsetzung und den von der Konferenz der Vertragsparteien angenommenen Grundsatzoptionen und Beschlüssen (13). Deshalb werden in dem Fahrplan zwar Maßnahmen nur empfohlen, und es wird kein Anspruch auf einen Richtliniencharakter erhoben, doch sind darin auch viele Elemente enthalten, die für die Vertragsparteien des Übereinkommens schon verpflichtend sind, wie etwa die zeitgebundenen Bestimmungen zu Maßnahmen gemäß Artikel 11 (dreijährige Frist) und Artikel 13 (fünfjährige Frist) sowie Leitlinien für Artikel 8 (fünfjährige Frist).

12. Doch das Rahmenübereinkommen bietet noch mehr Potenzial für Fortschritte. So sind einige Artikel bisher noch relativ vernachlässigt worden, während andere konstruktiver genutzt werden könnten, um ihr Potenzial innerhalb eines rechtsverbindlichen Rahmens voll auszuschöpfen. Die in dem Fahrplan empfohlenen Maßnahmen sollen mit dem durch das Übereinkommen abgesteckten Rahmen vereinbar sein, gleichzeitig aber auch Innovationen ermöglichen.

13. Der Fahrplan erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Vielmehr wird darin ein sinnvoller Kompromiss zwischen dem Erfordernis eines umfassenden Ansatzes und einer Schwerpunktlegung auf die wichtigsten Maßnahmen zur Verwirklichung der Zukunftsvision angestrebt. Unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Europäischen Region der WHO wie auch der Diversität und der jeweiligen Umstände ihrer Mitgliedstaaten, aber auch der Diskrepanz zwischen dem vollen Potenzial des Rahmenübereinkommens und dem gegenwärtigen Stand seiner Umsetzung in der Region werden in dem Fahrplan jene Maßnahmen hervorgehoben, die am meisten Erfolg versprechen. Diese werden wie folgt in drei zentrale Schwerpunktbereiche gegliedert, die durch zwei Ergänzungsbereiche unterstützt werden:

- *Schwerpunktbereich 1 – Stärkung der Umsetzung des Rahmenübereinkommens und Förderung von Innovation;*
- *Schwerpunktbereich 2 – Reaktion auf neue Herausforderungen;*
- *Schwerpunktbereich 3 – Neugestaltung sozialer Normen;*
- *Ergänzungsbereich 1 – Feststellung von Fortschritten, Defiziten, Gefällen, Trends und Wirkungen;*
- *Ergänzungsbereich 2 – Zusammenarbeit: Partnerschaften und internationale Kooperation.*

Schwerpunktbereiche

Schwerpunktbereich 1 – Stärkung der Umsetzung des Rahmenübereinkommens und Förderung von Innovation

14. Die Länder sollten das Rahmenübereinkommen in umfassender Weise umsetzen, indem sie alle Mindestanforderungen erfüllen, aber über die Option verfügen, noch weiter reichende Maßnahmen zu ergreifen. Doch in der gegenwärtigen Lage der Europäischen

Region versprechen manche Artikel eine größere unmittelbare Wirkung als andere. In Artikel 6 (1) werden die wichtigsten Maßnahmen zur Verwirklichung des globalen Ziels für die Tabakbekämpfung und auch zum Abbau bestehender Ungleichgewichte genannt. Höhere Tabaksteuern und Tabakpreise können eine signifikante Verringerung des Tabakkonsums bewirken, indem sie zum Rauchverzicht ermutigen, junge Menschen vom Einstieg in den Tabakkonsum abhalten, einen Rückfall verhindern und letztendlich die Zahl der Konsumenten verringern. Sie sind besonders wichtig für den Schutz von Jugendlichen und einkommensschwachen Gruppen. Hierbei ist zu beachten, dass die Umsetzung des Artikels 6 nicht in den Aufgabenbereich der Gesundheitsministerien fällt und daher eine enge Zusammenarbeit mit den Finanzministerien und konkrete Schulungsmaßnahmen in Bezug auf Tabakbesteuerung erfordert. Nach der Annahme der Leitlinien für die Umsetzung des Artikels 6 (1) durch die sechste Tagung der Konferenz der Vertragsparteien herrscht nun eine Dynamik, die erhebliche Fortschritte auf dem Gebiet der Tabakbesteuerung möglich macht (14). Auch wenn die Gestaltung der Steuerpolitik ein souveränes Recht der Mitgliedstaaten ist, so bieten sich doch weitere Potenziale für mehr grenzüberschreitende Kohärenz innerhalb ökonomischer Entwicklungsbereiche. Dort, wo Steuerunterschiede zwischen benachbarten Hoheitsgebieten stark ausgeprägt und die Grenzen leicht zu überqueren sind, kann es zu Steuervermeidung kommen, etwa durch Schmuggel in kleinem Maßstab.

15. Zwar sollte die politische Motivation vor allem in der Verringerung des Konsums (und der Verhinderung des Ersatzes durch billigere Produkte) liegen, doch bilden wirksame Tabaksteuern auch eine wichtige Einnahmequelle. Die Diskussion über Tabakbesteuerung ist häufig mit Argumenten in Bezug auf den unerlaubten Handel verbunden. Dieser kann preisliche und steuerliche Maßnahmen für eine effektive Eindämmung des Tabakgebrauchs untergraben und erhöht die Zugänglichkeit und Bezahlbarkeit von Tabakerzeugnissen [Artikel 15(1)]. So entfallen ca. 9% bis 11% des weltweiten Zigarettenhandels auf den Schwarzmarkt, und in manchen Ländern sind es bis zu 50%. Dies beeinträchtigt nicht nur die Anstrengungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, sondern stellt auch einen beträchtlichen Einnahmeverlust für den Staat dar. Das 2012 von der Konferenz der Vertragsparteien angenommene neue Protokoll zum Rahmenübereinkommen zielt auf die Beseitigung aller Formen des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen ab (2). Es wurde bisher von weltweit 53 Staaten sowie der EU unterzeichnet und von sechs Vertragsparteien ratifiziert (Stand: Februar 2015). Die Konferenz nahm auch detaillierte Leitlinien für die Umsetzung mehrerer anderer Artikel, einschließlich des Artikels 11 (1) (Verpackung und Etikettierung von Tabakerzeugnissen), an (15). Die neue EU-Richtlinie für Tabakerzeugnisse (2014/40/EU) ist hier insofern von Bedeutung (4), als darin Bereiche geregelt werden, die unter mehrere Artikel des Rahmenübereinkommens (u. a. Artikel 11) fallen.

16. Die Länder streben innerhalb des Rahmenübereinkommens bereits innovative Lösungsansätze an. So ebnen einige Länder derzeit den Weg für eine tabakfreie Zukunft, für Vorschriften über neutrale Verpackungen und für eine tabakfreie Millenniumsgeneration. In der Europäischen Region haben sich Finnland, Irland und das Vereinigte Königreich (Schottland) das kühne Ziel gesetzt, die Prävalenz des Rauchens auf 5% oder weniger zu senken. Ein Verbot der Ausstellung von Tabakerzeugnissen an Verkaufsstellen ist ein sehr wirksames Instrument zur Verringerung der Attraktivität von Tabakerzeugnissen für junge Menschen, und nach dem Erfolg solcher Maßnahmen arbeiten eine Reihe von Ländern nun auf die Einführung neutraler Verpackungen hin. Darüber hinaus beinhaltet die soziale Innovation zur Erfüllung sozialer Bedürfnisse oder Zwecke im

Bereich der Eindämmung des Tabakgebrauchs auch die Nutzung sozialer Medien und neuer Technologien, etwa mit mCessation⁴, eGesundheit und Fernstudienangeboten.

17. Schließlich macht die Umsetzung des Rahmenübereinkommens auch Koordination und einen gesamtstaatlichen Ansatz erforderlich, was wiederum ausreichende Mittel voraussetzt. Solche Ressourcen können von der Neuverteilung vorhandener Gesundheitsmittel zur Prävention oder aus anderen Quellen stammen; in jedem Falle müssen die Investitionen ausreichend sein und überwacht werden.

Empfehlungen an die Mitgliedstaaten

18. Ratifizierung des Rahmenübereinkommens, falls nicht bereits erfolgt, und Verstärkung seiner Umsetzung in umfassender Weise unter Wahrung einer Politikkohärenz bei der Eindämmung des Tabakgebrauchs durch gesamtstaatliche Konzepte mit Beteiligung verschiedener Akteure [(Artikel 5 Absatz 1) (1)].

19. Erwägung der Festlegung einer nationalen Zielvorgabe für die Altersgruppe der über 15-Jährigen, bis zum Jahr 2025 eine relative Reduzierung der heutigen Prävalenz des Tabakkonsums um 30% zu erreichen, wie in der von der Weltgesundheitsversammlung angenommenen freiwilligen globalen Zielvorgabe genannt, und Entwicklung bzw. Stärkung ressortübergreifender nationaler Konzepte und Pläne zur Erfüllung dieser Vorgabe.

20. Förderung eines uneingeschränkten Engagements des Gesundheitsministeriums und aller staatlichen Ressorts, um einen ressortübergreifenden Ansatz zur Eindämmung des Tabakgebrauchs herbeizuführen, und Bereitstellung ausreichender Finanzmittel für nationale Maßnahmen zur Umsetzung des Übereinkommens. Schaffung bzw. Verstärkung eines nationalen Koordinierungsmechanismus oder eines Zentrums für die Eindämmung des Tabakgebrauchs, um in den Ländern politische Maßnahmen, Kapazitätsaufbau und Überzeugungsarbeit zur Umsetzung des Übereinkommens zu fördern und dabei alle beteiligten Ressorts miteinander zu verknüpfen und Bürger und Zivilgesellschaft zur Beteiligung zu ermutigen, und Bereitstellung ausreichender Finanzmittel für derartige nationale Maßnahmen [Artikel 5 Absatz 2a); Artikel 26 (1)].

21. Einrichtung einer langfristigen und kohärenten Steuerpolitik, um zur Verwirklichung der Gesundheitsziele innerhalb eines bestimmten Zeitraums beizutragen, und Überwachung, Anhebung oder Anpassung der Steuersätze in regelmäßigen Abständen, um den Tabakgebrauch zu verringern und negative Auswirkungen in Form von Grenzhandel zu verhindern [Artikel 6 (1)].

22. Aufgrund der Gefahr einer Substitution: Besteuerung aller Tabakerzeugnisse auf vergleichbare Weise und mit regelmäßiger Überprüfung, um für Konsumenten den Anreiz eines Umstiegs auf billigere Produkte bzw. Produktkategorien nach Erhöhung von Steuern oder Einzelhandelspreisen möglichst gering zu halten [Artikel 6 (1)].

⁴ Projects on mobile health (mHealth) for tobacco control. In: WHO/Health topics/Tobacco/More publications about tobacco/mHealth/Mobile health (mHealth) for tobacco control [Website]. Genf: Weltgesundheitsorganisation, 2015 (<http://www.who.int/tobacco/mhealth/projects/en/>, eingesehen am 9. Juni 2015).

23. Erwägung der Verwendung von Einnahmen oder dauerhaften Finanzmitteln für Programme zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in Abhängigkeit von den nationalen Gegebenheiten, um beispielsweise Programme für Bewusstseinsbildung, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sowie Angebote der Raucherentwöhnung, wirtschaftlich realisierbare Alternativen und die Finanzierung geeigneter Strukturen für die Eindämmung des Tabakgebrauchs zu ermöglichen [Artikel 6 (1)].

24. Ratifizierung des Protokolls zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen, falls nicht bereits erfolgt, bzw. Beitritt zu diesem Protokoll [Artikel 15 (1)].

25. Vorgehen gegen den unerlaubten Handel mit Tabakerzeugnissen, unverwechselbare Kennzeichnung von Packungen und Verpackungen von Tabakerzeugnissen und Außenverpackungen solcher Erzeugnisse und Einführung von Sicherheitsvorkehrungen und -systemen, um Kontrolle und Rückverfolgung zu ermöglichen, in Übereinstimmung mit dem Protokoll des Rahmenübereinkommens [Artikel 15 (1)].

26. Erhebung, Verfolgung und Austausch von Daten über den grenzüberschreitenden Handel zwischen den jeweils zuständigen Zoll-, Steuer- und sonstigen Behörden [Artikel 15 (1)].

27. Gewährleistung, dass Packungen und Verpackungen von Tabakerzeugnissen mit großen und deutlich sicht- und lesbaren Warnhinweisen und Aussagen versehen sind, die die schädlichen Auswirkungen des Tabakgebrauchs beschreiben und die bildliche Darstellungen und Diagramme enthalten und über Angebote der Entwöhnungsberatung wie etwa Hotlines informieren [Artikel 11(1)].

28. Erlass eines umfassenden Verbots der Werbung, der Verkaufsförderung und des Sponsorings – einschließlich eines Verbots der Ausstellung und Sichtbarkeit von Tabakerzeugnissen an Verkaufsstellen sowie grenzüberschreitender Werbung – für alle Tabakerzeugnisse, das die traditionellen Medien (Druckmedien, Rundfunk, Fernsehen) und alle Medienplattformen wie Internet, Mobiltelefone, Film und neue Technologien einschließt und im Einklang mit ihrer Verfassung bzw. ihren verfassungsmäßigen Grundsätzen steht [Artikel 13 (1)].

29. Erwägung der Beschränkung oder des Verbots von Logos, Farben, Markenzeichen oder Werbeinformationen, mit Ausnahme von im Standardformat darzustellenden Markennamen, bei der Gestaltung von Verpackungen [Artikel 11) (1)].

Maßnahmen für das WHO-Regionalbüro für Europa

30. Unterstützung der Gesundheitsministerien bei der Förderung eines ressortübergreifenden Ansatzes zur Eindämmung des Tabakgebrauchs und Einführung eines gesamtstaatlichen Ansatzes in der Politikgestaltung im Einklang mit „Gesundheit 2020“.

31. Hilfe für die Länder bei der Ermittlung und Überwindung von Hindernissen für eine vollständige Umsetzung des Rahmenübereinkommens und bei der Ermöglichung und Förderung von Kapazitätsaufbau, Schulungen, Fachwissen sowie

maßgeschneiderten Konzepten für Länder in der Europäischen Region mit sehr uneinheitlichen Rahmenbedingungen.

32. Förderung der Umsetzung des Artikels 15 des Rahmenübereinkommens und speziell der Ratifizierung des Protokolls zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen durch die Vertragsparteien in der Europäischen Region zusammen mit dem Sekretariat des Rahmenübereinkommens, und fachliche Hilfe für die Vertragsparteien auf deren Wunsch zur Unterstützung ihrer Anstrengungen zur Ratifizierung und ihrer fachlichen Arbeit zur Umsetzung der spezifischen Anforderungen des Artikels 15.

33. Aktualisierung des Kostenrechnungsinstruments der WHO für Maßnahmen mit den größten Erfolgsaussichten, um die Ausgaben für die Eindämmung des Tabakgebrauchs zu minimieren.

34. Fortsetzung der Widerlegung von Mythen über den unerlaubten Handel mit Tabakerzeugnissen.

35. Unterstützung der Länder bei der Entwicklung und beim Austausch innovativer Lösungsansätze sowie bei der Zusammenarbeit auf der nationalen und subnationalen Ebene zur Erprobung innovativer Konzepte und Praktiken für die Eindämmung des Tabakgebrauchs, und dadurch Stärkung der Evidenzbasis in Bezug auf taugliche Verfahren.

Schwerpunktbereich 2 – Reaktion auf neue Herausforderungen

36. Seit der Annahme des Rahmenübereinkommens durch die Weltgesundheitsversammlung vor über zehn Jahren sind neue Herausforderungen entstanden. Elektronische Nikotinabgabesysteme (ENDS) sind Gegenstand einer gesundheitspolitischen Debatte unter echten Verfechtern einer Eindämmung des Tabakgebrauchs, die mit zunehmender Verwendung dieser Produkte immer kontroverser geworden ist. Während manche Experten ENDS als ein Mittel zur Verringerung des Tabakkonsums begrüßen, stufen andere sie eher als ein Produkt ein, das die Bemühungen zur Entnormalisierung des Tabakgebrauchs untergraben könnte. ENDS stellen somit eine sich verändernde Innovation dar, die voller Chancen wie auch Gefahren für die Eindämmung des Tabakgebrauchs ist. Ob sich ENDS letztendlich als Chance oder als Gefahr erweisen, hängt von einem komplexen und dynamischen Zusammenspiel zwischen anbietenden Industrien (unabhängige Anbieter, große Tabakkonzerne), Verbrauchern, Regulierungsbehörden, Politikern, Praktikern, Wissenschaftlern und Lobbyisten ab (16).

37. Der Konsum von rauchfreien Tabakerzeugnissen und Wasserpfeifen hat in erheblichem Maße zugenommen, was vor allem auf ein gestiegenes Interesse unter Jugendlichen zurückzuführen ist (17,18). Der Gebrauch von Wasserpfeifen hat weltweit zugenommen und scheint unter Schülern der Sekundarstufe und unter Studenten alarmierende Ausmaße erreicht zu haben. Der Verkauf von Tabakerzeugnissen zum oralen Gebrauch (sog. „Snus“) ist in allen Ländern der Europäischen Union (mit Ausnahme Schwedens) seit langem verboten. Während das Rahmenübereinkommen zur Verhinderung bzw. Verminderung des Konsums aller Tabakprodukte beitragen soll, steht die EU-Richtlinie für Tabakerzeugnisse beispielhaft dafür, wie die Herstellung, die Aufmachung und der Verkauf von Tabak in seinen verschiedenen Formen reguliert werden können.

38. Die Konsequenzen von Handels- und Investitionsabkommen für eine wirksame Umsetzung des Rahmenübereinkommens werden gegenwärtig thematisiert (19). Zahlreiche Staaten in der Europäischen Region sehen sich heute Klagen der Tabakindustrie vor inländischen Gerichten gegen bestimmte Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs gegenüber. Auch Australien wurde auf der Grundlage eines bilateralen Investitionsschutzabkommens wegen seiner gesetzlichen Vorschriften über neutrale Verpackungen verklagt und muss sich deshalb auch vor der Welthandelsorganisation verteidigen. Mechanismen zur Beilegung von Investor-Staat-Streitigkeiten ermöglichen es ausländischen Investoren, unter Umgehung von nationalen Gerichten und EU-Gerichten Länder direkt an internationalen privaten Schiedsgerichten auf Schadensersatz zu verklagen.

39. Um Fortschritte bei der Erfüllung des globalen Ziels für das Rauchen zu erreichen, steht die Europäische Region konkret vor der Herausforderung, die gegenwärtige Prävalenz des Tabakkonsums auf eine Weise zu senken, die eine Beseitigung gesundheitlicher Ungleichheiten bewirkt. Eine zusätzliche Herausforderung besteht darin, dass die Tabakindustrie mittlerweile verstärkt Frauen und Kinder ins Visier nimmt, etwa durch Produkte, deren Verpackung speziell Frauen oder Kinder anspricht. Konzepte zur Eindämmung des Tabakgebrauchs müssen künftig so gestaltet werden, dass sie bei allen Bevölkerungsgruppen Wirkung zeigen, insbesondere jenen, die am anfälligsten sind bzw. am meisten rauchen. Außerdem müssen bei der Entwicklung von Strategien zur Eindämmung des Tabakgebrauchs Maßnahmen einbezogen werden, die an den geschlechtsspezifischen Risiken ansetzen.

40. Der Gebrauch von elektronischen Nikotinabgabesystemen (ENDS) und von Abgabesystemen ohne Nikotin (ENDDS), meist in Form von E-Zigaretten, verzeichnet offenbar erhebliche Zuwachsraten. Zwar bieten solche Produkte einzelnen Rauchern möglicherweise eine Reihe potenzieller Vorteile, doch gibt es Bedenken über potenzielle Gesundheitsrisiken für Konsumenten und andere Personen, die Wirksamkeit dieser Produkte in Bezug auf Raucherentwöhnung und die Überwindung der Nikotinabhängigkeit sowie die Auswirkungen auf Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs wie Rauchverbote (16).

Empfehlungen an die Mitgliedstaaten

41. Sicherstellung, dass umfassende Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs, wie Besteuerung, Warnhinweise, Schutz vor Passivrauchen und Entwöhnungsbehandlungen, auf alle Tabakerzeugnisse angewandt werden [Artikel 4 Absatz 4) (1)].

42. Ausarbeitung geeigneter Maßnahmen zur Verhinderung und Verminderung des Tabakkonsums, des Passivrauchens und der Nikotinabhängigkeit mit einem besonderen Augenmerk auf Jugendlichen, Nichtraucher und anfälligen Gruppen [Artikel 5 Absatz 2 b) (1)].

43. Einführung von Rechtsvorschriften zum Verbot oder zur Beschränkung der Verwendung aller Zusatzstoffe, die Geschmack und Attraktivität von Tabakerzeugnissen verbessern sollen [Artikel und partielle Leitlinien 9 und 10) (1)].

44. Einführung und Umsetzung wirksamer Maßnahmen zum Verbot des Verkaufs und des Angebots aller Tabakerzeugnisse und Nikotinabgabesysteme an Personen unter 18 Jahren, u. a. durch Verbot des Zugangs von Minderjährigen zu Verkaufsautomaten [Artikel 16(1)].

45. Schaffung nachhaltiger und evidenzbasierter Angebote und Systeme für die Raucherentwöhnung, die akkreditiert und kostendeckend sind und sich neuer oder innovativer Ansätze bedienen; Einrichtung einer nationalen Hotline, nach Möglichkeit kostenlos oder subventioniert; und Einführung kurzer Beratungsangebote zur Raucherentwöhnung in allen Bereichen des Gesundheitssystems, auch vor Operationen [Artikel 14 (1)].

46. Gezielte Unterstützung von Raucherentwöhnungsmaßnahmen für bestimmte Gruppen (insbesondere Schwangere, Eltern von Kleinkindern, psychisch Kranke, Patienten mit Herz- und Atemwegserkrankungen) [Artikel 14 (1)].

47. Berücksichtigung der gesundheitlichen Bedenken in Bezug auf den Tabakgebrauch bei den Verhandlungen über Handels- und Investitionsabkommen. Gewährleistung, dass die Fähigkeit eines Landes zur Bekämpfung der Tabakepidemie, namentlich durch Umsetzung des Rahmenübereinkommens und seiner Leitlinien, nicht durch solche Abkommen beeinträchtigt wird.

Maßnahmen für das WHO-Regionalbüro für Europa

48. Stärkung der Wissensgrundlage über die Prävention und Eindämmung des Konsums von Tabakerzeugnissen mit Wasserpipefen oder in rauchfreier Form sowie über ENDS bzw. ENNDS, u. a. durch Überwachung von Konsummustern, durch Aufbereitung, Zusammenfassung und Interpretation der Evidenz und durch Untersuchung von Grundsatzoptionen und vorbildlichen Praktiken.

49. Dokumentierung und Verbreitung vorbildlicher Praktiken zur Eindämmung neuer und neu entstehender Formen des Tabakkonsums.

50. Unterstützung in Handels- und Investitionsfragen, damit die Länder für die neuen Herausforderungen gerüstet sind, durch Aufbau eines Netzwerks von Personen mit dem von den Ländern benötigten Fachwissen und durch Zusammenstellung und Verbreitung einschlägiger Erfahrungen und vorbildlicher Praktiken.

51. Förderung evidenzbasierter und akkreditierter Angebote für die Raucherentwöhnung sowie der Schulung von Gesundheitsfachkräften in diesem Bereich, und Förderung kurzer Interventionen unter Erleichterung des Austauschs vorbildlicher Praktiken zwischen den Ländern.

52. Dokumentierung und Förderung vorbildlicher Praktiken zur Verhinderung des Verkaufs von Tabakprodukten an bzw. durch Minderjährige und Veranlassung einschlägiger Forschungsarbeiten und dadurch Beitrag zur Verringerung der Zahl der Tabakkonsumenten unter jungen Menschen.

Schwerpunktbereich 3 – Neugestaltung sozialer Normen

53. Tabakkonsum ist nicht die Norm – die meisten Menschen rauchen nicht. Die Veränderung der Wahrnehmung dessen, was die Norm ist, oder die Veränderung der sozialen Normen in einer Gesellschaft kann gegenwärtige wie potenzielle Tabakkonsumenten dadurch beeinflussen, dass ein Umfeld geschaffen wird, in dem Tabak weniger begehrenswert, weniger akzeptabel und schlechter zugänglich ist (20). Die Schaffung befähigender Umfelder kann dazu beitragen, vor Passivrauch zu schützen, für eine tabakfreie Lebensweise zu werben, Rauchern bei der Entwöhnung zu helfen und andere vom Einstieg abzuhalten. So ist bei Personen mit einem hohen Maß an Gesundheitskompetenz ein Rauchverzicht wahrscheinlicher, selbst wenn sie unter dem Einfluss einer sozioökonomischen Gruppe stehen. Die Umsetzung weitreichender Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs beeinflusst die öffentliche Meinung, was eine Veränderung der sozialen Normen begünstigt. Für einen derart umfassenden Ansatz ist eine Beteiligung der Öffentlichkeit (Raucher und Nichtraucher) und der Medien erforderlich (21). Die Region Schottland hat es sich zum Ziel gesetzt, eine Generation von jungen Menschen heranzuziehen, die nicht rauchen wollen. Dies soll mit für Kinder konzipierten Maßnahmen zur „Entnormalisierung“ des Rauchens erreicht werden, etwa durch gezielte Rauchverbote an Orten, an denen sich Kinder treffen, durch auf die Altersgruppe der Jugendlichen abzielende Präventionsprogramme, durch spezielle Entwöhnungsangebote für Eltern und durch Ermutigung von Familien zur Schaffung eines rauchfreien Wohnumfeldes.

54. Bei der Neugestaltung sozialer Normen spielen die Gesundheitsberufe eine entscheidende Rolle. Sie sind Katalysatoren für Verhaltensänderungen und dienen innerhalb der Gesellschaft als Vorbild und als Vorreiter bei der Eindämmung des Tabakgebrauchs, oft auf der Grundlage der Programmatik ihrer Berufsverbände.

55. Ein zentrales Element der Neugestaltung sozialer Normen besteht darin, die Gesundheitspolitik vor den kommerziellen und sonstigen Interessen der Tabakindustrie zu schützen. Bei der vollständigen Einhaltung des Rahmenübereinkommens sollten die Länder mehr denn je die Bestimmungen des Artikels 5 Absatz 3 (1) und die dafür geltenden Leitlinien in ihrer Gesamtheit anwenden, um die Gesundheitspolitik vor solchen Interessen zu schützen.

Empfehlungen an die Mitgliedstaaten

56. Schutz aller Bereiche des Staates und aller Maßnahmen und Gesetze zur Eindämmung des Tabakgebrauchs vor Einmischung durch die Tabakindustrie. Dort, wo Interaktionen mit der Tabakindustrie notwendig sind, sollten die Mitgliedstaaten dafür sorgen, dass diese auf transparente Weise erfolgen. Sofern möglich, sollten sie in der Öffentlichkeit erfolgen, etwa bei öffentlichen Anhörungen, nach öffentlicher Ankündigung solcher Interaktionen oder durch Offenlegung von Aufzeichnungen solcher Aktivitäten gegenüber der Öffentlichkeit [Artikel 5 Absatz 3 (1)].

57. Zurückdrängung und möglichst Unterbindung aller Kampagnen der Tabakkonzerne, die soziale Verantwortung demonstrieren sollen, und Verbot jeglicher Werbung für solche Kampagnen gemäß den Leitlinien für die Umsetzung von Artikel 5 Absatz 3 des Rahmenübereinkommens und Ablehnung jeglicher Partnerschaften zwischen Staat und Tabakindustrie [Artikel 5 Absatz 3 (1)].

58. Einführung, Umsetzung, Überwachung und aktive Durchsetzung von Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen in geschlossenen Räumen am Arbeitsplatz, in öffentlichen Verkehrsmitteln, an geschlossenen öffentlichen Orten und gegebenenfalls an sonstigen öffentlichen Orten, mit einem besonderen Augenmerk auf Orten, an denen sich Kinder aufhalten [Artikel 8 (1)].

59. Erwägung der Beseitigung von Ausnahmeregelungen für Rauchverbote, etwa in Gefängnissen, psychiatrischen Einrichtungen und Pflegeheimen, wo Menschen nicht nur untergebracht sind, sondern auch als Angestellte arbeiten [(Artikel 8 (1))].

60. Mobilisierung, Einbindung und Vorbereitung von Bevölkerung und Zivilgesellschaft im Hinblick auf die Gestaltung, Umsetzung und Förderung von gesetzlichen Rauchverboten und die Überwachung ihrer Einhaltung [Artikel 8 (1)].

61. Investitionen in Maßnahmen zur Information, Aufklärung und Schulung unter Schwerpunktlegung auf evidenzbasierte Entwöhnungskampagnen in den Medien, soziales Marketing mit Warnbotschaften über die Gefahren des Rauchens und speziell die Risiken des Passivrauchens für Kinder, und Unterstützung der Einführung und Durchsetzung von Vorschriften, namentlich solchen, die auf soziale Gruppen mit besonderen Bedürfnissen abzielen [Artikel 12 (1)].

62. Förderung von Gesundheitskompetenz und der Einbeziehung von Lerninhalten über Tabakkonsum in Lehrpläne auf allen Ebenen der formellen und informellen Erziehung, einschließlich Kindergärten, Schulen und Hochschulen.

63. Förderung der Einbeziehung von Entwöhnungsbehandlungen und Maßnahmen der Tabakprävention in die Ausbildung aller Gesundheitsberufe, um sie dazu zu befähigen und zu ermutigen, Tabakkonsumenten eine evidenzbasierte Beratung zu gewähren.

64. Erhöhung der Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit für die sozialen, ökonomischen und umweltrelevanten Folgen der Tabakproduktion und des Tabakkonsums sowie für die Taktiken und die Einmischung der Tabakindustrie, als Teil ihres Versuchs, soziale Normen zu beeinflussen [Artikel 12 (1)].

Maßnahmen für das WHO-Regionalbüro für Europa

65. Dokumentierung fortgeschrittener Praktiken, insbesondere neuer Taktiken der Tabakindustrie, die u. a. auf Einmischung in die internationale Politik abzielen.

66. Unterstützung der Länder bei ihren Bemühungen, die Gesundheitsberufe dazu zu ermutigen, eine Vorbildfunktion wahrzunehmen und den Tabakkonsumenten eine evidenzbasierte Beratung zu gewähren.

67. Förderung der Einbeziehung von Entwöhnungsbehandlungen und Maßnahmen der Tabakprävention in die Ausbildung der Gesundheitsberufe und Erstellung eines Musters für einen solchen Lehrplan zur Bekämpfung des Tabakkonsums.

68. Bereitstellung detaillierterer und genauerer Informationen über die Gestaltung tatsächlich wirksamer Kampagnen, Botschaften und Lösungskonzepte gegen Rauchen

und für Rauchverzicht, die eine direkte Zusammenarbeit zwischen den Ländern in Form eines Erfahrungs- und Wissensaustauschs ermöglichen.

Ergänzungsbereiche

Ergänzungsbereich 1 – Feststellung von Fortschritten, Defiziten, Gefällen, Trends und Wirkungen

69. Evidenz ist das Fundament für wirksame Handlungskonzepte und Maßnahmen. Eine Überwachung des Konsums aller Tabakerzeugnisse spiegelt die Resultate solcher Konzepte wider und zeigt, wo neue Konzepte benötigt werden. Die Aufschlüsselung dieser Daten nach Faktoren wie Geschlecht, sozioökonomische Stellung und Bildungsniveau wird soziale Gefälle enthüllen und die Handlungsgrundlage für ein Ansetzen an den sozialen Determinanten bilden. Ebenso sollten individuelle Interventionen und umfassende Konzepte zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in Bezug auf ihre Wirkung auf verschiedene gesellschaftliche Gruppen evaluiert werden. Ein besonderes Augenmerk sollte auf die Standardisierung der Daten und auf eine Abstimmung der Untersuchungen innerhalb von wie auch zwischen Ländern gelegt werden. Die Überwachung des Tabakkonsums ist eine eigene Disziplin, und es sollte ein Vorstoß hin zu einer stärker integrierten und umfassenderen Überwachung nicht nur der Prävalenz und der Risikofaktoren, sondern auch der Handlungskonzepte unternommen werden. Die Veröffentlichung der wichtigsten Daten und die Weitergabe von Informationen an die Zivilgesellschaft sollten konkret gefördert werden, insbesondere um den Befürwortern der Eindämmung des Tabakgebrauchs wie auch Politikern und Medien Argumente an die Hand zu geben. Es ist notwendig, fortgeschrittene Praktiken für eine nachhaltige Finanzierung von Programmen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs besser zu dokumentieren und solche Praktiken konsequent zu verbreiten.

70. Die Forschungsarbeiten müssen aufeinander abgestimmt und enger an die Handlungskonzepte angebunden werden. Dabei gilt es vor allem, die Folgen zu prüfen und bei der Konzeptentwicklung und der Gestaltung von Maßnahmen die Ergebnisse heranzuziehen. Konkrete Forschungslücken werden in Bezug auf die Evaluation von Konzepten, die Bewertung ihrer Auswirkungen, die Untersuchung der Umsetzung und die Messung von Fortschritten und Veränderungen sichtbar, aber auch bei verschiedenen Elementen von Angebot und Nachfrage nach Tabak in der Europäischen Region. Trotz der Informationslücken hinsichtlich der direkten und indirekten Kosten des Tabakkonsums sollte Forschung stets handlungsorientiert sein, da politische Konzepte evidenzbasiert sein müssen. So könnte etwa eine umfassendere Anwendung der Artikel über Überwachung und Forschung [Artikel 20) (1)] bzw. Partnerschaften und internationale Zusammenarbeit [Artikel 22) (1)] zu einer besseren Berichterstattung über Tabakkonsum und zu einer besseren Dokumentierung der Versuche der Tabakindustrie und ihrer Partner führen, auf die Umsetzung des Rahmenübereinkommens Einfluss zu nehmen. Sie könnte aber auch besser abgestimmte Überwachungs- und Bewertungsstrategien und mehr Informationsaustausch zwischen Ländern und Netzwerken bewirken (22).

Empfehlungen an die Mitgliedstaaten

71. Einrichtung bzw. Aufrechterhaltung nachhaltig finanzierter Überwachungssysteme für den Tabakkonsum und regelmäßige Messung und Meldung des Gebrauchs aller Tabakerzeugnisse bei Erwachsenen und Jugendlichen, ggf. aufgeschlüsselt nach Alter, Geschlecht und sozioökonomischer Stellung [Artikel 20) (I)].

72. Kontinuierliche Bewertung von Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs, um Wirkungen und Resultate zu ermitteln und ggf. auch nach Bevölkerungsgruppen differenziert darzustellen [Artikel 20) (I)].

73. Förderung eines aktiven, fachübergreifenden Forschungsprogramms über Tabakerzeugnisse und ENDS, um bestehende Wissenslücken zu beseitigen und die Ergebnisse in der Politikgestaltung zu verwenden, und Investitionen in die Umsetzung von Forschung in die Praxis [Artikel 20) (I)].

74. Ausweitung der Programme zur Kontrolle und Überwachung der Tabakindustrie und Bestimmung und Überwindung von Barrieren für einen besseren Zugang zu Echtzeit-Verkaufsdaten zwecks Prüfung [Artikel 20) (I)].

75. Überwachung aktueller Ausgaben für die Eindämmung des Tabakgebrauchs in allen staatlichen Bereichen und auf der subnationalen Ebene und Vergleich mit von der WHO empfohlenen Investitionen in Maßnahmen mit den größten Erfolgsaussichten („best buys“).

76. Zusammenwirken mit Befürwortern der Tabakbekämpfung sowie mit Wissenschaft und Zivilgesellschaft bei der Gestaltung, Beobachtung und Bewertung von Interventionen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs und Unterstützung der Bemühungen durch angemessene Schulungsmaßnahmen und Bereitstellung entsprechender Informationen und Kapazitäten [Artikel 4 und 22 (I)].

Maßnahmen für das WHO-Regionalbüro für Europa

77. Entwicklung besser abgestimmter Überwachungs-, Forschungs- und Bewertungsstrategien und Förderung eines Informationsaustauschs zwischen Ländern und Netzwerken und erforderlichenfalls Standardisierung der Instrumente und Lösungsansätze.

78. Unterstützung der Bewertung von Konzepten, Förderung einer stärker politisch motivierten Forschung und Verbreitung der Ergebnisse, um die Länder bei ihren Anstrengungen weiter zu unterstützen.

79. Unterstützung von Bemühungen, Forschungsergebnisse und Evidenz schneller anzuwenden und in die Praxis umzusetzen.

80. Dokumentierung und Förderung fortgeschrittener Praktiken für eine nachhaltige Finanzierung von Programmen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs.

81. Unterstützung der Vertragsparteien des Rahmenübereinkommens bei der rechtzeitigen Erfüllung ihrer Berichterstattungspflichten gemäß Artikel 21 des Übereinkommens (I).

Ergänzungsbereich 2 – Zusammenarbeit: Partnerschaften und internationale Kooperation

82. In einer interdependenten Welt und angesichts der Kräfte, die weltweit und in den Regionen die Gesundheit der Menschen bedrohen, wird die Notwendigkeit eines gemeinsamen Handelns der Länder deutlicher denn je (5). Die Bemühungen der Länder laufen Gefahr, durch grenzüberschreitende Maßnahmen der Tabakindustrie und ihrer Partner, etwa durch Werbung, durch Schmuggel oder durch Druck auf die Handelspolitik, untergraben zu werden. Die Regierungen können die Zivilgesellschaft und die Wissenschaft darin einbinden und dazu befähigen, bei der Zusammenstellung und Anwendung der notwendigen Evidenz für eine wirksame Eindämmung des Tabakgebrauchs in ihren Ländern mitzuwirken und der massiven Lobbyarbeit der Tabakindustrie entgegenzutreten. Partnerschaften, die Solidarität sowie ein kollektives Lernen und Handeln begünstigen, tragen dazu bei, innovative und nachhaltige Lösungsansätze zu finden, die den Erfordernissen der Menschen auf allen Ebenen der Gesellschaft gerecht werden.

83. Um den Konsum aller Tabakerzeugnisse zu reduzieren, sind umfassende bereichsübergreifende Strategien und Programme unverzichtbar. Eines der strategischen Ziele von „Gesundheit 2020“ ist die Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für die Gesundheit. Eine wirksame Eindämmung des Tabakgebrauchs setzt gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Konzepte voraus, bei denen sich alle Politikbereiche ihrer Rolle und Verantwortung für die Gesundheit bewusst sind und entsprechend handeln und bei denen auf allen Ebenen und in allen Systemen eine Rechenschaftslegung erfolgt. Zur Unterstützung der Verwirklichung der Ziele in den drei Schwerpunktbereichen sowie der Umsetzung des Rahmenübereinkommens ist die Beteiligung einer Vielzahl von Politikbereichen wie Gesundheit, Bildung, Umwelt, Handel, Finanzen, Soziales und Landwirtschaft erforderlich, aber auch eine Einbindung von Interessengruppen im weiteren Sinne, wie Bürgern, Organisationen der Zivilgesellschaft und Medien. Innerhalb der Länder müssen die Regierungen auf der nationalen und subnationalen Ebene wichtige und einander ergänzende Funktionen erfüllen.

Empfehlungen an die Mitgliedstaaten

84. Ermöglichung der Beteiligung aller maßgeblichen Politikbereiche, insbesondere Gesundheit, Finanzen, Wirtschaft, Bildung, Umwelt und Handel, und Aufbau und Aufrechterhaltung von Partnerschaften mit den Interessengruppen im weiteren Sinne, wie Wissenschaft und Zivilgesellschaft, bei der Verwirklichung der Ziele des Rahmenübereinkommens [Artikel 4 (1)].

85. Investitionen in die internationale Zusammenarbeit [Artikel 4 (1)].

86. Förderung und Erleichterung der Entwicklung, der Weitergabe und des Erwerbs von technischem, wissenschaftlichem, rechtlichem und sonstigem Fachwissen [Artikel 22 (1)].

87. Unterstützung anderer Mitgliedstaaten in der Europäischen Region, etwa jenen mit einschlägiger Erfahrung, damit sie ihr Wissen mit jenen Ländern teilen, die am meisten darauf angewiesen sind.

Maßnahmen für das WHO-Regionalbüro für Europa

88. Fortsetzung der engen Zusammenarbeit mit der WHO und dem Sekretariat des Rahmenübereinkommens, um den Ländern bei der Umsetzung seiner Bestimmungen in Handlungskonzepte und Programme auf der nationalen Ebene und bei der Auslegung von Empfehlungen für die Umsetzung zwecks Anpassung an Besonderheiten der Europäischen Region behilflich zu sein.

89. Aufbau und Aufrechterhaltung maßgeblicher Partnerschaften auf der regionsweiten und internationalen Ebene, u. a. mit der EU und den einschlägigen Partnerorganisationen bei den Vereinten Nationen, mit dem Ziel, die Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Europäischen Region der WHO zu unterstützen und dabei eine Einbindung der Umsetzung des Rahmenübereinkommens in Gesundheits- und Entwicklungsprogramme sowie andere ressortübergreifende Programme zu fördern, ggf. mittels der Entwicklungshilferahmen der Vereinten Nationen.

90. Aufbau konstruktiver Beziehungen mit Organisationen außerhalb der Vereinten Nationen und mit nichtstaatlichen Organisationen (einschließlich Organisationen der Zivilgesellschaft) sowie mit Institutionen und Organisationen für wirtschaftliche Entwicklung, die bereit sind, ökonomische Argumente für die Eindämmung des Tabakgebrauchs zu liefern und die Entwicklung und Umsetzung von Tabaksteuern zu unterstützen.

91. Förderung und Erleichterung gegenseitiger Unterstützung unter den Mitgliedstaaten mit dem Ziel, den auf Hilfe angewiesenen Ländern jene zuzuordnen, die am ehesten bedarfsgerechte Erfahrungen aufweisen.

92. Zusammenstellung und Moderierung von Gruppen von Ländern zur Zusammenarbeit in Fragen gemeinsamen Interesses, etwa bei neuen Sachthemen, und Intensivierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit.

93. Mobilisierung der Unterstützung von Berufsverbänden der Ärzte, Pflegekräfte und damit verbundener Gesundheitsberufe mit dem Ziel, den Tabakkonsum unter ihren Mitgliedern zu reduzieren und diese darauf vorzubereiten, Patienten bei der Raucherentwöhnung zu unterstützen.

Quellenangaben

- (1) *Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs*. Genf, Weltgesundheitsorganisation; 2003 (geändert 2004, 2005; https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/fctc/FCTC_deutsche_Uebersetzung.pdf, eingesehen am 9. Juni 2015).
- (2) Protocol to eliminate illicit trade in tobacco products, Seoul, 12 November 2012 (C.N.699.2012.TREATIES-IX.4.a). New York: United Nations; 2012 (<https://treaties.un.org/doc/source/signature/2012/CN699E.pdf>, accessed 9 June 2015).
- (3) European tobacco control status report 2014. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/248418/

European-Tobacco-Control-Status-Report-2014-Eng.pdf?ua=1, accessed 9 June 2015).

- (4) *Richtlinie 2014/40/EU 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.* Amtsblatt der Europäischen Union. 2014, L127:1–38. (http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/dir_201440_de.pdf).
- (5) *Gesundheit 2020 – Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/215757/Health2020-Long-Ger.pdf, eingesehen am 9. Juni 2015).
- (6) Tobacco return on investment tool. In: NICE/About/What we do/Into practice/Return on investment tools [website]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014 (<http://www.nice.org.uk/about/what-we-do/into-practice/return-on-investment-tools/tobacco-return-on-investment-tool>, accessed 9 June 2015).
- (7) Kontis V, Mathers CD, Rehm J, Stevens GA, Shield KD, Bonita R et al. Contribution of six risk factors to achieving the 25×25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. *Lancet*. 2014;384(9941):427–437. doi:10.1016/S0140-6736(14)60616-4.
- (8) Proposal for sustainable development goals. Open Working Group of the General Assembly on Sustainable Development Goals. New York: United Nations; 2014 (<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/1579SDGs%20Proposal.pdf>, accessed 9 June 2015).
- (9) Resolution EUR/RC64/R4 des WHO-Regionalkomitees für Europa: *Erklärung von Ashgabat über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2014 (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/ncd-background-information/ashgabat-declaration-on-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-context-of-health-2020>, eingesehen am 9. Juni 2015).
- (10) Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1, accessed 9 June 2015).
- (11) World Health Assembly resolution WHA66.10. Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Genf: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf, accessed 9 June 2015).
- (12) Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control decision FCTC/COP6(16): towards a stronger contribution of the Conference of the Parties to achieving the noncommunicable disease global target on reduction of tobacco use. In: Report of the sixth session of the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Annex 7),

- Moscow, Russian Federation, 13–18 October 2014 (http://www.who.int/fctc/cop/sessions/COP6_report_FINAL_04122014.pdf, accessed 9 June 2015).
- (13) WHO Framework Convention on Tobacco Control. Guidelines for implementation: Article 5.3, Article 8, Articles 9 and 10, Article 11, Article 12, Article 13, Article 14 (2013 edition). Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80510/1/9789241505185_eng.pdf?ua=1 , accessed 9 June 2015).
 - (14) Guidelines for implementation of Article 6 of the WHO FCTC: price and tax measures to reduce the demand for tobacco. In: WHO/FCTC/Guidelines/Adopted guidelines [website]. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/en/>, accessed 9 June 2015).
 - (15) Guidelines for implementation of Article 11 of the WHO FCTC: packaging and labelling of tobacco products. In: WHO/FCTC/Guidelines/Adopted guidelines [website]. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/en/>, accessed 9 June 2015).
 - (16) Electronic nicotine delivery systems: report by WHO (FCTC/COP/6/10 Rev.1). Sixth session of the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, Moscow, Russian Federation, 13–18 October 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10Rev1-en.pdf, accessed 9 June 2015).
 - (17) Control and prevention of smokeless tobacco products: report by WHO (FCTC/COP/6/9). Sixth session of the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, Moscow, Russian Federation, 13–18 October 2014. Genf: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_9-en.pdf, accessed 9 June 2015).
 - (18) Control and prevention of waterpipe tobacco products: report by the Convention Secretariat (FCTC/COP/6/11). Sixth session of the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, Moscow, Russian Federation, 13–18 October 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_11-en.pdf, accessed 9 June 2015).
 - (19) Trade and investment issues relevant to implementation of the WHO FCTC: report by the Convention Secretariat (FCTC/COP/6/20). Sixth session of the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, Moscow, Russian Federation, 13–18 October 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_20-en.pdf, accessed 9 June 2015).
 - (20) Guidelines for implementation of Article 12 of the WHO FCTC: education, communication, training and public awareness (decision FCTC/COP4(7)). In: WHO/FCTC/Guidelines/Adopted guidelines [website]. Genf: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/en/>, accessed 9 June 2015).

- (21) Zhang X, Cowling DW, Tang H. The impact of social norm change strategies on smokers' quitting behaviours. *Tob Control*. 2010;19:i51–i55. doi:10.1136/tc.2008.029447.
- (22) Giovino GA, Kulak JA, Kalsbeek WD, Leischow SJ. Research priorities for FCTC Articles 20, 21, and 22: surveillance/evaluation and information exchange. *Nicotine Tob Res*. 2013;15(4):847–861. doi:10.1093/ntr/nts336.

Anhang 1: Hintergrund und Folgen von Tabakkonsum

1. Tabakkonsum ist die am leichtesten vermeidbare Einzelursache von Tod und Krankheit. In der Europäischen Region der WHO sterben jährlich etwa 1,6 Mio. Menschen an tabakbedingten Erkrankungen, und Europa weist von allen Regionen der WHO den höchsten Anteil tabakbedingter Todesfälle (16%) auf. Europa hat auch weltweit die höchste Prävalenz des Rauchens bei Erwachsenen (28%) und eine der höchsten Prävalenzraten für Rauchen bei Frauen (19%) (1).

2. Tabakkonsum ist eine wesentliche Ursache für gesundheitliche Ungleichgewichte in der Europäischen Region insgesamt: Die Mortalität aufgrund rauchbedingter Gesundheitsprobleme macht bei Männern 22% der gesamten Ungleichgewichte hinsichtlich der Todesrate aus allen Ursachen aus, bei Frauen sind es 6% (2). In manchen Ländern liegt der Anteil sogar noch höher (3). Weltweit gesehen ist männliches Geschlecht der stärkste Prädiktor für Rauchen. Doch der Anteil von Frauen unter den Rauchern nimmt zu (4). Die sozioökonomischen Ungleichgewichte in Bezug auf Tabakkonsum sind beträchtlich und verschärfen sich sogar noch (5): Denn selbst in Ländern, in denen eine erhebliche Senkung der Prävalenz des Rauchens erreicht werden konnte, ist die Wirkung der Maßnahmen oft uneinheitlich, etwa wenn in Gruppen mit höherem Einkommen oder Bildungsniveau besonders große Verringerungen erzielt wurden. Manche Bevölkerungsgruppen stehen vor besonderen Herausforderungen: So ist Rauchen bei Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen doppelt so verbreitet wie in der Allgemeinbevölkerung, doch erhält nur eine Minderheit innerhalb dieser Gruppe wirksame Interventionen zur Raucherentwöhnung, und in ihren Gesundheitseinrichtungen ist nicht immer Rauchfreiheit vorgeschrieben (6,7).

3. Die Belastung durch Tabakrauch beginnt oft schon in einer frühen Lebensphase. Denn Rauchen während der Schwangerschaft hat zur Folge, dass tabakbedingte Schäden schon im Mutterleib entstehen. Diese Ungleichgewichte in Bezug auf Tabakkonsum können sich im weiteren Lebensverlauf verschärfen. Über 40% der Kinder haben mindestens einen rauchenden Elternteil, und fast die Hälfte der Kinder atmen an öffentlichen Orten regelmäßig durch Tabakrauch belastete Luft ein (8). Kinder aus benachteiligten Gruppen leben häufiger in einem Haushalt mit Rauchern. In diesem Fall werden sie doppelt so häufig selbst zu Rauchern. Die auf der 64. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa im Jahr 2014 angenommene Resolution EUR/RC64/R6 über die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020) (9) hat sich das anspruchsvolle Ziel gesetzt, dass alle im Jahr 2000 oder danach geborenen Kinder im Erwachsenenalter Nichtraucher sind und das mittlere Lebensalter auf einem Kontinent erreichen, auf dem nur noch sporadisch geraucht wird und Kinder frei von direkter oder indirekter Belastung durch Tabakrauch aufwachsen. Die Tatsache, dass bei so vielen Rauchern das Einstiegsalter unter 18 Jahren liegt, deutet darauf hin, dass altersmäßige Beschränkungen in Bezug auf den Verkauf von Tabakerzeugnissen in vielen Ländern umgangen werden.

Quellenangaben

- (1) WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. In: WHO/Programmes/Tobacco Free Initiative (TFI)/Publications/WHO report on the global tobacco epidemic

- [website]. Genf: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/, accessed 9 June 2015).
- (2) Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, Schaap M, Mensuelle G, Leinsalu M et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008;358(23):2468–2481. doi:10.1056/NEJMsa0707519.
 - (3) Jha P, Peto R, Zatonski W, Boreham J, Jarvis MJ, Lopez AD. Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. *Lancet*. 2006;368(9533):367–370.
 - (4) Gender, health, tobacco and equity. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/tobacco/publications/gender/gender_tobacco_2010.pdf?ua=1 accessed 9 June 2015).
 - (5) Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013, updated reprint 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf?ua=1, accessed 9 June 2015).
 - (6) Resolution EUR/RC63/R10 des WHO-Regionalkomitees für Europa: *Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/217831/63r10g_MentalHealth.pdf?ua=1, eingesehen am 9. Juni 2015).
 - (7) Smoking and mental health: a joint report by the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists. London: Royal College of Physicians, Royal College of Psychiatrists; 2013 (https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/smoking_and_mental_health_-_full_report_web.pdf).
 - (8) Tobacco fact sheet no 339. In: WHO/Media centre/Fact sheets/Tobacco [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>, accessed 9 June 2015).
 - (9) Resolution EUR/RC64/R6 des WHO-Regionalkomitees für Europa: *In Kinder investieren: Die Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015–2020) und der Aktionsplan der Europäischen Region zur Prävention von Kindesmisshandlung (2015–2020)* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/259226/64r06g_InvestChildrenrev1_140731.pdf?ua=1, eingesehen am 9. Juni 2015).

= = =