

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa

**BERICHT ÜBER DIE
ANTI-TABAK-POLITIK IN
DER EUROPÄISCHEN REGION
DER WHO**

**Kritischer Überblick über den Stand der Umsetzung des Dritten
Aktionsplans für ein tabakfreies Europa 1997–2001**

Die Tabakepidemie ist die größte gesundheitliche Herausforderung, der sich die Europäische Region der WHO stellen muss. Im Dritten Aktionsplan für ein tabakfreies Europa 1997–2001 wurden Grundziele aufgestellt, mit denen die europäischen Bemühungen um eine Verringerung des Tabakkonsums gestärkt, Gesundheit und wirtschaftliche Vorteile gefördert und die Öffentlichkeit vor den Aktivitäten der Tabakindustrie geschützt werden sollten.

Der vorliegende Bericht soll einen Überblick über die während der letzten Jahre zu beobachtende Prävalenz des Rauchens und über die von den Mitgliedstaaten zur Erfüllung der konkreten Ziele des Dritten Aktionsplans getroffenen Grundsatzmaßnahmen vermitteln. Außerdem wird dargelegt, was das WHO-Regionalbüro für Europa und wichtige internationale Partner in den letzten Jahren zur Umsetzung des Aktionsplans und zu anderen wichtigen Entwicklungen im Rahmen der internationalen Anti-Tabak-Maßnahmen beigetragen haben.

Ein Blick auf die Umsetzung des Dritten Aktionsplans enthüllt ein komplexes und widersprüchliches Bild der Erfolge und Fehlschläge in der Region. Kein Ziel des Dritten Aktionsplans wurde von allen Mitgliedstaaten erreicht, doch die Mehrheit der Länder konnte die Vorgaben der verschiedenen Ziele zumindest in einigen Bereichen erfüllen.

Der Überblick macht auch deutlich, wo die größten Schwächen der Anti-Tabak-Maßnahmen in der Region liegen und welche Herausforderungen man noch bewältigen muss. Dies sollte bei der Planung der künftigen Maßnahmen in der Region berücksichtigt werden.

Schlüsselwörter

SMOKING – prevention and control – adverse effects

TOBACCO – legislation

PUBLIC POLICY

TOBACCO INDUSTRY

INTERNATIONAL COOPERATION

REGIONAL HEALTH PLANNING

EUROPE

ISBN 92 890 1077 0

© Weltgesundheitsorganisation – 2002

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

Seite

Zusammenfassung	i
Einleitung	1
Hintergrund	1
Der Dritte Aktionsplan für ein tabakfreies Europa 1997–2001	2
Informationsquellen	3
Tabakkonsum in der Europäischen Region der WHO	5
Prävalenz des Tabakgebrauchs	5
Prävalenz des Rauchens unter Erwachsenen	5
Prävalenz des Rauchens unter Jugendlichen.....	11
Unterschiede zwischen den sozioökonomischen Gruppierungen	13
Pro-Kopf-Zigarettenkonsum.....	14
Tabakbedingte Schäden	14
Wirksame Maßnahmen für ein tabakfreies Europa.....	16
Marktregulierung	16
Preis	16
Verfügbarkeit.....	18
Werbung	22
Bekämpfung des Schmuggels.....	28
Produktkontrolle, -kennzeichnung und -information.....	29
Nichtraucherzonen	30
Raucherentwöhnungshilfen.....	34
Schulung, Aufklärung der Öffentlichkeit und Beeinflussung der öffentlichen Meinung	37
Beschreitung des Rechtswegs und Produkthaftung	38
Die Rolle der Mitgliedstaaten.....	39
Länderspezifische Koordinationsausschüsse	39
Länderspezifische Aktionspläne	41
Der Verbund der nationalen Ansprechpartner für den Aktionsplan für ein tabakfreies Europa	42
Verlaufsbeobachtung und Evaluierung	42
Die Rolle internationaler Partner und des WHO-Regionalbüros für Europa.....	43
Der Ausschuss für ein tabakfreies Europa	43
Organisationen der europäischen Integration und zwischenstaatliche Organisationen	43
Nichtstaatliche Organisationen	45
Gesundheitsberufe.....	47
WHO-Regionalbüro für Europa.....	48
Sonstige Entwicklung.....	52
Das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen	52
Taktik der Tabakindustrie	53
Schlussfolgerung	55
Literatur.....	56

Zusammenfassung

Das vorliegende Dokument enthält einen Überblick über die in den letzten Jahren zu beobachtende Prävalenz des Rauchens in der Europäischen Region der WHO und über die Grundsatzmaßnahmen, mit denen die Mitgliedstaaten den im Dritten Aktionsplan für ein tabakfreies Europa 1997–2001 festgelegten Einzelvorgaben gerecht zu werden suchen. Außerdem wird dargelegt, welchen Beitrag das WHO-Regionalbüro für Europa und wichtige internationale Partner zur Umsetzung des Aktionsplans leisten und wie sich die Anti-Tabak-Maßnahmen in der Region während der Laufzeit des Dritten Aktionsplans sonst entwickelt haben.

Die vorgelegten Informationen stützen sich weitgehend auf die durch den Verbund der nationalen Ansprechpartner für den Aktionsplan für ein tabakfreies Europa gesammelten Angaben sowie auf andere Daten von WHO-Netzwerken und -Programmen, internationalen Organisationen und international anerkannten Quellen.

Die Beurteilung der Umsetzung des Dritten Aktionsplans für ein tabakfreies Europa enthüllt ein komplexes und widersprüchliches Bild der in der gesamten Region zu verzeichnenden Erfolge und Misserfolge.

Nach den vorliegenden Daten sind am Ende der Laufzeit des Dritten Aktionsplans näherungsweise 30% der Erwachsenenbevölkerung in der Region regelmäßige Raucher. Der Gesamttrend ist relativ stabil, seit Mitte der 90er Jahre jedoch leicht rückläufig. Gegenwärtig sind fast 38% der Männer der Region Raucher, wobei sich die Kluft zwischen dem Osten und dem Westen der Region vertieft und zwischen den Ländergruppierungen mit einer Prävalenz von über 50% (mindestens elf Länder) und unter 30% (vier Länder) immer noch ein erhebliches Gefälle besteht. Von den Frauen rauchen fast 23%, wobei sich das Gefälle zwischen dem Osten und dem Westen der Region leicht abgeflacht hat. Die Prävalenz des Rauchens unter Jugendlichen liegt in der gesamten Region bei 27–30% mit leichtem Aufwärtstrend. In keinem Mitgliedstaat ging während der Laufzeit des Dritten Aktionsplans die Prävalenz des Rauchens unter Jugendlichen zurück. In den unteren sozioökonomischen Gruppierungen ist der Trend ebenfalls nicht ermutigend und nichts deutet darauf hin, dass sich das sozioökonomische Gefälle des Tabakkonsums abflacht. Die standardisierte Sterblichkeitsziffer für Lungenkrebs hat sich in den mittleren und westlichen Teilen der Region stabilisiert oder fällt leicht. Die Sterblichkeit unter Frauen nimmt dagegen weiterhin zu, da sie dem Tabak im Allgemeinen später ausgesetzt waren als die Männer.

Seit der Annahme des Dritten Aktionsplans haben annähernd drei Viertel der Mitgliedstaaten der Europäischen Region ihre Politik hinsichtlich der Tabakbesteuerung gestrafft. Zwei Drittel der Länder gehen verschärft gegen den Schmuggel vor. Ein Drittel hat für den Verkauf von Tabakerzeugnissen Mindestaltersgrenzen eingeführt, und mindestens acht Länder haben die Direktwerbung entweder ganz verboten und streng begrenzt und ihre Bestimmungen über das Rauchen in öffentlichen Räumen wesentlich verbessert. Seit 1997 hat fast ein Drittel der Mitgliedstaaten ressortübergreifende Koordinationsausschüsse eingerichtet und die Hälfte dieser Länder hat nationale Pläne für Anti-Tabak-Maßnahmen angenommen. In der Mehrheit der Länder sind mittlerweile mehr medikamentöse Erzeugnisse für die Raucherentwöhnung erhältlich und die beliebtesten Produkte kann man in den Apotheken inzwischen auch rezeptfrei kaufen, wobei sie allerdings noch immer nicht breit zugänglich sind.

Ende 2001 zeichnet sich folgendes Bild der Umsetzung der wichtigsten Elemente und Ziele einer umfassenden Anti-Tabak-Politik in der Region ab. In annähernd 80% der Mitgliedstaaten ist das Rauchen in öffentlichen Räumen und am Arbeitsplatz verboten oder unterliegt Beschränkungen (wobei im Umsetzungsgrad noch erhebliche Unterschiede bestehen). In zwei Dritteln der Mitgliedstaaten kann man die üblichen Raucherentwöhnungsprodukte in Apotheken rezeptfrei kaufen (wobei sie allerdings noch nicht allgemein erhältlich sind). Zwei Drittel der Mitgliedstaaten haben ressortübergreifende Koordinationsausschüsse eingerichtet. Doch nur in fast der Hälfte der Mitgliedstaaten bestehen nationale Aktionspläne und teilweise Beschränkungen oder Verbote der direkten und indirekten Werbung für Tabakerzeugnisse. Nur in einem Drittel der Länder führt man nachhaltige und geschlechtsspezifische Aufklärungskampagnen

durch. Fast ein Viertel der Mitgliedstaaten operiert mit zweckgebundenen Tabaksteuern und hat den Zugang zu Tabakprodukten für Jugendliche unter 18 Jahren begrenzt (sowie alle wichtigen nicht persönlichen Verkaufsformen abgeschafft). In fast keinem Land werden die Kosten für die Behandlung der Tabakabhängigkeit rückvergütet, umfassende nationale Berichte über die Anti-Tabak-Maßnahmen des Landes veröffentlicht sowie die im Dritten Aktionsplan vorgesehenen gesundheitlichen Warnhinweise gegeben oder die vorgeschlagenen Grenzwerte für den Teer- und Nikotingehalt von Zigaretten eingehalten.

Diese Untersuchung der Umsetzung des Dritten Aktionsplans hat in der gesamten Region auch Hindernisse und Herausforderungen zutage gefördert. Die meisten Mitgliedstaaten besteuern zwar Tabakerzeugnisse, im allgemeinen bezieht sich diese Politik aber nicht ausdrücklich auf gesundheitliche Anliegen, weshalb der reale Tabakpreis auch dort, wo eine solche Politik besteht, nicht so konsequent steigt, wie dies eigentlich der Fall sein sollte. Die Mehrheit der Mitgliedstaaten teilt zwar mit, dass sie ihre Maßnahmen und Instrumente zur Bekämpfung des Schmuggels mit Tabakprodukten verbessert hat, doch dieser Schmuggel hat in der gesamten Region weiterhin einschneidende negative wirtschaftliche und gesundheitliche Auswirkungen. Die Einführung neuer Gesetze und Bestimmungen führte dabei nicht immer zu greifbaren Resultaten, und mehrere Länder, vor allem im östlichen Teil der Region, stecken immer noch in den Anfängen der Umsetzungsphase. Kennzeichnend für die Anti-Tabak-Politik und -Maßnahmen in mindestens einem Drittel der Länder ist zudem die unzulängliche strategische Ausrichtung der Politik. Außerdem geht man nicht umfassend genug vor. In anderen Ländern schränken unzureichende Koordinationsmechanismen und die ungenügende Finanzierung und Verlaufsbeobachtung die Wirksamkeit nationaler Maßnahmen ein. Schließlich fehlt auch die Unterstützung von Seiten der Öffentlichkeit, die auch nicht genügend aufgeklärt wird, was die Effektivität vieler nationaler und kommunaler Programme entscheidend behindert.

Außerdem ist anzumerken, dass die Fortschritte, die bei der Beobachtung des Tabakkonsums erzielt wurden, nicht mit den vielen neuen Anforderungen Schritt halten können. Mit der Zunahme des Schmuggels, des Schwarz- und Grenzhandels und der Ausweitung neuer Formen des Tabakkonsums (handgerollte Zigaretten, rauchfreier Tabak usw.), entstehen zunehmend Meldelücken. Außerdem sind viele Untersuchungen qualitativ und methodisch nicht so verlässlich, dass sie es ermöglichen, die Dynamik der Tabaksituation insbesondere im Hinblick auf die Einschätzung der Entwöhnungsraten und die begleitende Überwachung der Rauchergewohnheiten in unterschiedlichen Teilgruppen der Bevölkerung zu verstehen und zu verfolgen.

Das WHO-Regionalbüro für Europa, der Ausschuss für ein tabakfreies Europa und wichtige internationale Partner waren für die Durchführung des Dritten Aktionsplans entscheidende Akteure. Die anberaumte Europäische ministerielle WHO-Konferenz Für ein tabakfreies Europa könnte die wesentliche Unterstützung für regionale Partnerschaften im Bereich der Anti-Tabak-Maßnahmen bringen und sicherstellen, dass sich die gesamte Region inhaltlich auf das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen und den nächsten regionalen Aktionsplan verpflichtet.

Die kürzlich angelaufenen Verhandlungen über das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen (FCTC) bilden einen Meilenstein der wirksamen internationalen Reaktion auf die Tabakepidemie. Die überwiegende Mehrheit der Mitgliedstaaten der Europäischen Region beteiligt sich an diesem Verhandlungsprozess, und die vor kurzem begonnenen Mehrländerkonsultationen und Konsolidierungsbemühungen zeigen, dass die Region bei der Fertigstellung und Annahme des Rahmenübereinkommens wirklich eine führende Rolle spielen kann.

Der Überblick wäre unvollständig, wenn man die neuesten Taktiken der Tabakindustrie übergehen würde, wie das auch während der Laufzeit des Dritten Aktionsplans betont wurde. Trotz neuer Werbeverbote und -begrenzungen entwickelt die Tabakindustrie weiterhin skrupellose Marketingstrategien, sie fördert Aufklärungsprogramme, die Jugendliche vom Rauchen abhalten sollen, zugleich aber indirekte Formen der Werbung, die sich hauptsächlich an Jugendliche richten. Von Seiten der Industrie wurde – in einigen Fällen auch erfolgreich – versucht, Einfluss auf die Politik einzelner Länder und der Europäischen Union zu

nehmen, um Gesetzesvorlagen zu verzögern oder abzuschwächen oder sogar die Aufhebung bereits verabschiedeter Gesetze zu bewirken.

Anzumerken ist, dass kein Einzelziel des Dritten Aktionsplans von allen Mitgliedstaaten erreicht wurde. Die überwiegende Mehrheit der Mitgliedstaaten hat die Vorgaben der jeweiligen Ziele jedoch zumindest in einigen Bereichen erfüllt. Der Überblick deckt auch kritische Schwachpunkte der Umsetzung einer Anti-Tabak-Politik in der Region auf. Auf viele der noch zu lösenden Aufgaben wurde auch bereits bei der Auswertung früherer Aktionspläne der Europäischen Region hingewiesen. Um diese Herausforderungen richtig angehen zu können, müssen Lehren aus den bisherigen Erfahrungen gezogen und innovative Lösungen gefunden werden. Dies wird bei der Ausarbeitung des nächsten Aktionsplans für ein tabakfreies Europa berücksichtigt.

Einleitung

Das Papier soll einen Überblick über den Stand der Umsetzung des vom WHO-Regionalkomitee auf dessen 47. Tagung verabschiedeten Dritten Aktionsplans für ein tabakfreies Europa 1997–2001 vermitteln (1). Es enthält einen die letzten Jahre umfassenden Bericht über die Lage hinsichtlich der Prävalenz des Tabakkonsums in der Region und vermittelt in kurzen Zügen einen Eindruck von den Grundsatzmaßnahmen, die von den Mitgliedstaaten ergriffen wurden, um die konkreten Ziele des Dritten Aktionsplans zu erfüllen. Außerdem wird dargelegt, was das WHO-Regionalbüro für Europa und wichtige internationale Partner zur Umsetzung des Aktionsplans beigetragen haben.

Der Bericht führt die 1997 erschienene Veröffentlichung des WHO-Regionalbüros für Europa *Smoking, drinking and drug taking in the European Region* (2) weiter und stellt die wichtigsten Aspekte der europäischen Anti-Tabak-Maßnahmen zusammen.

Besonders wichtig ist der vorliegende Sachstandsbericht für die Ausarbeitung des nächsten Aktionsplans für ein tabakfreies Europa und für die Verhandlungen über das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen. Er wird im Zusammenhang mit der Europäischen ministeriellen Konferenz der WHO für ein tabakfreies Europa (Warschau, 18.–19. Februar 2002) freigegeben, die einen regionalen Meilenstein im Bereich der Anti-Tabak-Maßnahmen bezeichnet.

Die Struktur des Berichts folgt der des Dritten Aktionsplans. Voraus geht eine Zusammenfassung der neuesten Angaben zur Prävalenz des Tabakkonsums und seiner gesundheitlichen Konsequenzen in der Europäischen Region der WHO. Darüber hinaus enthält das Papier einen Abschnitt über sonstige wichtige Entwicklungstendenzen im Hinblick auf Anti-Tabak-Maßnahmen im Zeitraum 1997–2001.

Hintergrund

1987 ergriff die Europäische Region als erste WHO-Region die Initiative zu einem regionalen Anti-Tabak-Aktionsplan. Dieser Erste Europäische Aktionsplan Tabak 1987–1991 (Europa nikotinfrei!) (3), forderte ein umfassendes Vorgehen, das u. a. Begrenzungen der Produktion und der Verbreitung von Tabak sowie der Tabakwerbung beinhaltete. Außerdem wurden als weitere Maßnahmen eine Preispolitik, der Schutz von Nichtrauchern, Gesundheitsförderungs- und Gesundheitserziehungsprogramme vorgeschlagen. Darüber hinaus ging es um die Förderung des Nichtrauchens von entwöhnungswilligen Gesundheitsfachkräften und die praktische Entwöhnungshilfe. Die Länder wurden zudem eindringlich gebeten, diese Maßnahmen laufend zu verfolgen und zu evaluieren. 1988 wurde bei der (in Madrid abgehaltenen) Ersten Europäischen Konferenz zum Thema Tabakpolitik in einer Charta für ein Leben ohne Tabak die Grundsatzausrichtung festgelegt, die durch zehn ausführliche Strategien für ein tabakfreies Europa flankiert wurde.

Zwischen 1987 und 1991 bauten zwanzig Mitgliedstaaten ihre Konzepte zur Steuerung des Tabakkonsums aus oder ergriffen neue Maßnahmen, neun von ihnen nahmen zudem umfassende landesweite Programme an. In diesem Zeitraum meldeten zwölf Mitgliedstaaten (hauptsächlich aus dem westlichen Teil der Region) einen rückläufigen Tabakkonsum. In anderen Ländern war jedoch keine solche Tendenz zu beobachten, und die Raucherprävalenz unter Jugendlichen und Frauen nahm im Allgemeinen in der gesamten Region zu (4). Man sah einen Anstieg der

tabakbedingten Sterbefälle voraus und erwartete, dass bis 1995 jährlich über 1,2 Millionen Europäer dem Tabak erliegen würden. (5).

1992 wurde in den Zweiten Aktionsplan für ein tabakfreies Europa 1992–1996 (6) ein 37 konkrete Vorschläge umfassender Maßnahmenkatalog aufgenommen, der das Engagement und die Handlungsmöglichkeiten der Mitgliedstaaten stärken sollte. Der Schwerpunkt dieses neuen Strategiepapiers lag auf der Bedeutung von Bündnissen zur Unterstützung von Anti-Tabak-Maßnahmen. Es wurden Prioritäten für die Förderung einer rauchfreien Umwelt, des Nichtrauchens von Jugendlichen und für Entwöhnungsmaßnahmen angegeben. Den Mitgliedstaaten wurde in dem Aktionsplan empfohlen, mehr personelle und finanzielle Ressourcen bereitzustellen. Eine weitere Empfehlung betraf die verstärkte Zusammenarbeit mit den mittel-, ost- und südeuropäischen Ländern. Man erkannte, dass die Lösung tabakbedingter Probleme nicht nur ein europäisches, sondern in hohem Maße auch ein weltweites Anliegen darstellen und man internationale Schutzmaßnahmen brauche um sicherzustellen, dass diese Probleme nicht einfach in andere Teile der Welt exportiert würden.

Außer in den meisten Ländern der Europäischen Union (EU) wurde der Zweite Aktionsplan im Allgemeinen nur schlecht umgesetzt. Zwischen 1992 und 1996 vollzogen sich in den meisten Ländern im mittleren und östlichen Teil der Region weiterhin politische, wirtschaftliche und soziale Veränderungen. Zugleich nutzten multinationale Tabakunternehmen die Situation aus, kauften sich in die Tabakproduktion dieser Länder ein und verstärkten die Werbung für ihre Erzeugnisse. In den Ländern, in denen die Raucherprävalenz Ende der 1980er Jahre den höchsten Stand erreicht hatte, verhinderte die Doppelwirkung der Wirtschaftskrise und der aggressiven Marketingpolitik von Tabakunternehmen einen Rückgang der Raucherprävalenz unter Männern (ein in dieser Phase der Tabakepidemie normalerweise zu beobachtender Trend) und trug dazu bei, dass die Prävalenz unter Jugendlichen und Frauen anstieg.

Im westlichen Teil der Region setzten die EU-Mitgliedstaaten die für Werbung, Etikettierung und Besteuerung erlassenen Richtlinien der Gemeinschaft um. In einigen Fällen stärkten sie ihre Anti-Tabak-Maßnahmen, indem sie die Steuern über den Inflationsdurchschnitt anhoben.

Mitte der 90er Jahre rauchten 36% der Erwachsenen in der Region immer noch täglich. Die für 36 Länder vorliegenden Daten zeigten, dass der Zigarettenkonsum in 15 (hauptsächlich im mittleren und östlichen Teil der Region gelegenen) Ländern anstieg, dass er in 14 (hauptsächlich westeuropäischen und nordischen) Ländern zurückging und in den übrigen sieben auf dem gleichen Niveau verharrte. Die Raucherprävalenz bei Frauen lag zwar im Allgemeinen immer noch unter derjenigen der Männer, nahm aber doch in 15 Ländern zu. In den westeuropäischen Ländern waren die durch das Rauchen verursachten Sterbefälle unter Männern rückläufig, mehrten sich dafür aber bei den Frauen. In osteuropäischen Ländern nahmen die durch das Rauchen bedingten Sterbefälle bei Männern und Frauen zu (7).

Der Dritte Aktionsplan für ein tabakfreies Europa 1997–2001

Um sicherzustellen, dass die Maßnahmen künftig wirksamer greifen würden als in den Jahren zuvor, verabschiedete das Regionalkomitee auf seiner 47. Tagung den Dritten Aktionsplan für ein tabakfreies Europa für den Zeitraum 1997–2001. Dieser Aktionsplan gründete sich auf die Resultatevaluation des ersten und zweiten Aktionsplans, das vorliegende Faktenmaterial und die Resolutionen WHA39.14, WHA43.16 und WHA49.17, in denen die Umsetzung umfassender Anti-Tabak-Maßnahmen und die Entwicklung eines Anti-Tabak-Rahmenübereinkommens gefordert wurden. In dem neuen Aktionsplan wurden konkrete, von den Mitgliedstaaten

anzustrebende Ziele für die Bereiche Preispolitik, Zugänglichkeit von Tabakprodukten, Werbung, Bekämpfung des Zigaretenschmuggels, Produktregulierung, rauchfreie Umwelt, Unterstützung der Raucherentwöhnung sowie Aufklärung und Information der Öffentlichkeit angegeben. Außerdem wurde dargelegt, welche Rolle die Mitgliedstaaten hinsichtlich der Einsetzung von finanziell ausreichend ausgestatteten sektorübergreifenden Ausschüssen in ihrem jeweiligen Land, bei der Erarbeitung von einzelstaatlichen Aktionsplänen und der Durchführung einer wirksamen Begleitbeobachtung von Anti-Tabak-Maßnahmen spielen sollten. Zudem wurde vorgeschlagen, einen Ausschuss für ein tabakfreies Europa zu bilden, der als beratendes Gremium in Bezug auf internationale Aspekte einer Anti-Tabak-Politik in der Region fungieren und diesbezügliche Maßnahmen aktiv unterstützen könne. Unterstrichen wurden im Aktionsplan die Rolle der zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen und der Organisationen der europäischen Integration, aber auch die Funktion der Gesundheitsberufe im Hinblick auf wirksame Partnerschaften zur Stärkung der Steuerung des Tabakkonsums in Europa. Nicht zuletzt wurde in dem Aktionsplan auch angegeben, welche konkreten Aufgaben das WHO-Regionalbüro für Europa übernehmen sollte, insbesondere durch die Unterstützung von länderbasierten Aktionsplänen und Netzwerken und durch die Mobilisierung von Partnern und Medien.

Informationsquellen

Die hier vorgelegten Informationen basieren weitgehend auf den Daten, die durch das Netz der nationalen Ansprechpartner für den Aktionsplan für ein tabakfreies Europa erhoben wurden. Sie wurden über Fragebogen eingeholt, die im Rahmen der Arbeit der regionalen WHO-Datenbank und ihres regionalen Überwachungssystems für Anti-Tabak-Maßnahmen verschickt wurden, außerdem wurde zur Evaluation des Dritten Aktionsplans eine spezifische Erhebung durchgeführt.

Im Jahr 2001 machte sich die Europäische Region als erste WHO-Region daran, für die gesamte Region das geplante globale Überwachungssystem für Anti-Tabak-Maßnahmen aufzubauen. Mit den anhand des Systems gewonnenen Informationen können die Mitgliedstaaten den Stand ihrer eigenen Anti-Tabakmaßnahmen mit den Erfahrungen anderer Länder vergleichen und die daraus gezogenen Lehren zur Verbesserung ihrer eigenen Politik nutzen.

Bis zum Dezember 2001 hatten 47 der 51 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO den Fragebogen des Regionalen Überwachungssystems beantwortet (Tabelle 1). Die so erlangten Daten bildeten den Grundstock der zwischen Juni und November 2001 aufgebauten Europäischen Tabakkontroll-Datenbank der WHO (8). Sie wurden außerdem zur Erstellung der europäischen WHO-Länderprofile für den Bereich der Anti-Tabak-Maßnahmen benutzt.

Eine weitere Befragung, die sich konkret darauf bezog, inwieweit die Ziele des Dritten Aktionsplans erreicht wurden, lief im April 2001 an. Bis zum November 2001 waren dazu von 27 nationalen Ansprechpartnern Antworten eingegangen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Die Antworten der Mitgliedstaaten auf die Bitte um Datenangaben

Land	Regionale Erhebung länderspezifischer Daten (2000)	Fragebogen zum Sachstand der Umsetzung des Dritten Aktionsplans
Albanien	Ja	Ja
Andorra	Ja	Ja
Armenien	Ja	Nein
Aserbaidschan	Ja	Nein
Belgien	Ja	Nein

Land	Regionale Erhebung länderspezifischer Daten (2000)	Fragebogen zum Sachstand der Umsetzung des Dritten Aktionsplans
Bosnien-Herzegowina	Ja	Ja
Bulgarien	Ja	Ja
Dänemark	Ja	Ja
Deutschland	Ja	Ja
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	Ja	Ja
Estland	Ja	Ja
Finnland	Ja	Ja
Frankreich	Ja	Ja
Georgien	Ja	Nein
Griechenland	Ja	Ja
Irland	Ja	Nein
Island	Ja	Nein
Israel	Nein	Nein
Italien	Ja	Nein
Jugoslawien	Ja	Nein
Kasachstan	Ja	Ja
Kirgisistan	Ja	Ja
Kroatien	Ja	Nein
Lettland	Ja	Nein
Litauen	Ja	Ja
Luxemburg	Nein	Nein
Malta	Ja	Ja
Monaco*	Nein	Nein
Niederlande	Ja	Nein
Norwegen	Ja	Ja
Österreich	Ja	Ja
Polen	Ja	Nein
Portugal	Ja	Ja
Republik Moldau	Ja	Ja
Rumänien	Ja	Nein
Russische Föderation	Ja	Ja
San Marino*	Nein	Nein
Schweden	Ja	Ja
Schweiz	Ja	Nein
Slowakei	Ja	Nein
Slowenien	Ja	Ja
Spanien	Ja	Ja
Tadschikistan	Ja	Nein
Tschechische Republik	Ja	Ja
Türkei	Ja	Nein
Turkmenistan	Ja	Nein
Ukraine	Ja	Nein
Ungarn	Ja	Ja
Usbekistan	Ja	Nein
Vereinigtes Königreich	Ja	Ja
Weißrussland (Belarus)	Ja	Ja

*Das Land hat keinen nationalen Ansprechpartner benannt.

Der vorliegende Bericht stützt sich auch auf Daten des WHO-Hauptbüros, der einzelnen Programme und Netzwerke des WHO-Regionalbüros für Europa, u. a. dessen Health for All (HFA) Datenbank, der Europäischen Kommission, der Weltbank, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, anderer internationaler Organisationen sowie auf Angaben aus international akzeptierten Quellen.

Bei einem so umfassenden Unterfangen wie diesem, erweisen sich u. U. einige Angaben als inkonsequent und widersprüchlich. In diesen Fällen wurden für den Datenvergleich andere Quellen herangezogen und die Entscheidungen wurden von Fall zu Fall in Zusammenarbeit mit den nationalen Ansprechpartnern getroffen. Außerdem wurden die Kommentare und Vorschläge verschiedener Experten berücksichtigt und in die Darstellung eingearbeitet.

Tabakkonsum in der Europäischen Region der WHO

Zusammenfassung

Nach den vorliegenden Daten hat sich die durchschnittliche Raucherprävalenz unter Erwachsenen im Zeitraum des Dritten Aktionsplans (1997–2001) in den Ländern der Europäischen Region schätzungsweise bei 30% der Erwachsenenbevölkerung eingependelt. Dabei zeigt die Raucherprävalenz im westlichen Teil der Region bei Männern wie bei Frauen Anzeichen einer rückläufigen Tendenz, während sie im Osten der Region stabil ist. Die Raucherprävalenz unter Jugendlichen (der Altersgruppe 15–18 Jahre) liegt in Europa insgesamt schätzungsweise bei etwa 30% mit leichtem Aufwärtstrend. In keinem Land war der Trend in den letzten Jahren rückläufig. Unter Angehörigen niedrigerer sozioökonomischer Schichten ist der Trend nicht ermutigend und nichts deutet darauf hin, dass sich das sozioökonomische Gefälle des Tabakkonsums abflacht. Die standardisierte Sterblichkeitsziffer für Lungenkrebs bei Männern hat sich im mittleren und westlichen Teil der Region stabilisiert oder sinkt leicht. Die Sterblichkeit unter Frauen steigt dagegen weiter an, da Frauen dem Tabak im Allgemeinen später ausgesetzt waren als die Männer.

Prävalenz des Tabakgebrauchs

Im gesundheitspolitischen Rahmenkonzept für die Europäische Region der WHO (9) wurde ein Ziel für die wesentliche Erhöhung der Zahl der Nichtraucher in allen Mitgliedstaaten festgelegt. Insbesondere sollte in allen Ländern der Anteil der Nichtraucher mindestens 80% in der Altersgruppe über 15 Jahre und in der Altersgruppe unter 15 Jahre nahezu 100% betragen.

An einen Vergleich der Prävalenz des Tabakkonsums unter verschiedenen Ländern und zwischen unterschiedlichen Zeiträumen muss man mit einer gewissen Vorsicht herangehen. Im Allgemeinen lassen sich die innerstaatlichen Prävalenzmuster durchaus verfolgen, wenn die Länder diese Informationen durch regelmäßige, methodisch konsequente Erhebungen erhalten. Die Erhebungen der Länder unterscheiden sich jedoch vielfach, z. B. im Hinblick auf die Definition eines Tabakkonsumenten (Gewohnheits- oder Gelegenheitsraucher, gerauchter Tabak oder Konsum anderer Tabakformen), nach der Bevölkerungsstichprobe (national, örtlich oder spezifisch), nach Altersgruppen, Stichprobenumfang, Methodik und Jahr der Datenverfügbarkeit. Diese Unterschiede werden besonders wichtig, wenn man die Prävalenz bei Bevölkerungsteilgruppen in unterschiedlichen Ländern vergleicht.

Um die Daten möglichst vergleichbar zu machen, wurden sie in Tabelle 2 und 3 unten nach zwei Zeiträumen, nämlich vor oder zu Beginn des Dritten Aktionsplans (1994–1998) und gegen Ende der Laufzeit dieses Plans (1999–2001), gruppiert. Wenn für jeden Zeitraum mehr als ein Datensatz vorlag, wurde in Zusammenarbeit mit dem jeweiligen nationalen Ansprechpartner die verlässlichste Datenquelle gewählt. Beim Vergleich von quantitativen Daten aus zwei Zeitabschnitten wurden für die Einschätzung von steigenden und rückläufigen Trends nur die 10% übersteigenden relativen Unterschiede berücksichtigt.

Prävalenz des Rauchens unter Erwachsenen

From the data available, it is apparent that, during the period of the Third Action Plan, male Aus den vorliegenden Daten ist ersichtlich, dass die Prävalenz des Rauchens bei Männern während der Laufzeit des Dritten Aktionsplans in sieben Ländern (Dänemark, Estland, Island, Italien, Norwegen, Slowenien und Tschechische Republik) zurückgegangen ist, dass sie in drei weiteren Ländern (Albanien, Litauen und Ungarn) zugenommen hat und in anderen 15 Ländern (Belgien,

Deutschland, Finnland, Frankreich, Georgien, Griechenland, Kroatien, Lettland, Niederlande, Republik Moldau, Polen, Schweden, Ukraine, Vereinigtes Königreich und Weißrussland) stabil geblieben ist (Tabelle 2).

Tabelle 2. Prävalenz des Rauchens unter Erwachsenen

Land	Prävalenz Männer		Prävalenz Frauen		Gesamtprävalenz unter Erwachsenen		Definition eines Rauchers, Alter, Jahr und Datenquelle
	1994-1998	1999-2001	1994-1998	1999-2001	1994-1998	1999-2001	
Albanien	44.4	60	6.6	18		39	Angaben für 1995–1996: Definition – derzeitige Raucher; Alter: 20–44 Jahre Quelle: Priftanji, A.V. et al.. Asthma and allergy in Albania. <i>Allergy</i> , 54 : 1024-1047 (1999) Angaben für 1999–2000: Die Definition des Rauchens wurde den Befragten überlassen; Alter: 15+ Jahre Quelle: Landesweite Erhebung in 20 der 36 Distrikte von Albanien
Andorra	52.3		35.6				Angaben für 1997: es liegt keine Definition vor; Alter: 30–44 Jahre. (für die Altersgruppe 45–59 Jahre: Männer = 44.3%, Frauen = 19.9%, für die Altersgruppe 60+ Jahre: Männer = 23.1%, Frauen = 4.0%). Quelle: Landesweiter Gesundheitssurvey, 1997
Armenien	63.7				29		Angaben für 1998: Definition – gerauchter Tabak; Altersgruppe nicht bekannt. Quelle: Staatlicher Statistischer Dienst (ehemaliges Ministerium für Statistik, Staatliches Register und Analysestelle)
Aserbaidschan		30.2			26.5		Angaben für 1997: Definition des Rauchens – täglich; Alter: 15+ Jahre Quelle: WHO Health for All Database Angaben für 1999 Definition des Rauchens – täglich; Alter: 15+ Jahre Quelle: <i>Tobacco Control Country Profiles</i> . Atlanta (GA), American Cancer Society, 2000
Belgien	34	36	27	26	30	31	Angaben für 1996: Definition des Rauchens – täglich; Alter: 18+ Jahre Quelle: Survey des Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs (CRIOC) Angaben für 2000 Definition des Rauchens: tägliches Rauchen, Alter: 18+ Jahre Quelle: Survey des Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs (CRIOC)
Bosnien-Herzegowina							Es liegen keine Angaben vor.
Bulgarien	49.2		23.8		35.6		Angaben für 1996: Definition des Rauchens – täglich, mindestens 1–5 Zigaretten täglich; Alter: 15+ Jahre Quelle: Landesweiter Survey, Staatliches Statistisches Institut
Dänemark	39	32	35	29	37	30	Angaben für 1994: Definition des Rauchens – täglich; Alter: 15+ Jahre Quelle: WHO Health For All Database Angaben für 2000: Definition des Rauchens – täglich; Alter: 15+ Jahre Quelle: WHO Health for All Database
Deutschland	43.2	38.9	30	30.6		34.5	Angaben für 1997: Definition des Rauchens – täglich, Zigaretten; Altersgruppe: 18–59 Jahre Quelle: <i>Tobacco Control Country Profiles</i> . Atlanta (GA), American Cancer Society, 2000 Angaben für 2000: Definition liegt nicht vor; Altersgruppe: 18–59 Jahre Quelle: Bevölkerungssurvey über den Konsum von psychotropen Substanzen unter Erwachsenen in Deutschland
Finnland							Es liegen keine Angaben vor.

Land	Prävalenz Männer		Prävalenz Frauen		Gesamtprävalenz unter Erwachsenen		Definition eines Rauchers, Alter, Jahr und Datenquelle
	1994-1998	1999-2001	1994-1998	1999-2001	1994-1998	1999-2001	
Wirtschaftliche Republik Mazedonien							
Estland	52	44	24	20	36	29	Angaben für 1994: Definition des Rauchens – täglich oder gelegentlich, Altersgruppe: 16+ Jahre Quelle: <i>Smoking, drinking and drug taking in the European Region</i> . Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1997 Angaben für 2000: Definition des Rauchens – täglich; Altersgruppe: 16–64 Jahre Quelle: Health behaviour among the Estonian adult population (Teil des internationalen FinBalt Health Monitor survey – Finnland, Estland, Lettland, Litauen)
Finnland	29	27	19	20	24	23	Angaben für 1995: Definition des Rauchens – täglich oder gelegentlich, Altersgruppe: 15–64 Jahre Quelle: <i>Smoking, drinking and drug taking in the European Region</i> . Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1997 Angaben für 2000: Definition des Rauchens – täglich oder regelmäßig sowie rauchloser Tabakkonsum; Altersgruppe: 25–64 Jahre (ausgenommen 1 % der Männer, die regelmäßig rauchlosen Tabak konsumieren) Quelle: Health behaviour among the Finnish adult population, Jährlicher landesweiter Public-Health-Survey, Frühjahr 2000
Frankreich	35	33	21	21	28	27	Angaben für 1996 und 2000: Definition des Rauchens – täglich; Altersgruppe: 18+ Jahre Quelle: INSEE. Enquêtes permanentes sur les conditions de vie, 1996, 2000 – indicateurs sociaux
Georgien	53.2	54.4	11.92	15	32.56		Angaben für 1998: Definition des Rauchens – täglich; Alter: 15+ Jahre Quelle: WHO Health for All Database Angaben für 1999: Definition – derzeitige Raucher; Altersgruppe: 40–65 Jahre Quelle: <i>Tobacco Control Country Profiles</i> . Atlanta (GA), American Cancer Society, 2000
Griechenland	46	46.8	28	29	37	37.6	Angaben für 1995: Definition liegt nicht vor; Alter: 15+ Jahre Quelle: <i>Smoking, drinking and drug taking in the European Region</i> Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1997 Angaben für 2000: Definition and Altersgruppe liegt nicht vor Quelle: Kokkevi A. et al., <i>Eur. Addict. Res.</i> 6 (1): 42-49 (2000). Kokkevi A. et al. <i>Drug. Alcohol. Depend.</i> 58 (1-2): 181-188 (2000)
Irland	32		31		31		Angaben für 1998: Definition des Rauchens – täglich; Altersgruppe liegt nicht vor Quelle: National health & lifestyle surveys. Health Promotion Unit, Department of Health and Children, Februar 1999
Island	30.3	25.3	30.6	22.9	30.4	24.1	Angaben für 1996: Definition des Rauchens - täglich; Altersgruppe: 18-69 Jahre Quelle: Price Waterhouse Coopers, Survey 1996. Angaben für 2000: tägliches Rauchen; Altersgruppe: 18–69 Jahre (ausgenommen 12% der Männer and 1.5% der Frauen, die regelmäßig rauchlosen Tabak konsumieren) Quelle: Price Waterhouse Coopers, Survey 2000
Israel	32		25		28		Angaben für 1998: no Definition or Altersgruppe available. Quelle: Dr Dov Tamir, Ministry of Health (personal communication)

Land	Prävalenz Männer		Prävalenz Frauen		Gesamtprävalenz unter Erwachsenen		Definition eines Rauchers, Alter, Jahr und Datenquelle
	1994-1998	1999-2001	1994-1998	1999-2001	1994-1998	1999-2001	
Italien	38	32.4	26	17.3	32	25	Angaben für 1994: Definition des Rauchens – täglich, Zigaretten; Alter: 15+ Jahre Quelle: <i>Smoking, drinking and drug taking in the European Region</i> . Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1997 Angaben für 1999: Definition des Rauchens – täglich; Altersgruppe: 14–65 Jahre Quelle: ISTAT (Istituto Nazionale de Statistica), April 2001
Jugoslawien							Es liegen keine Angaben vor.
Kasachstan	60		7				Angaben für 1996: Definition des Rauchens – täglich; Alter: 15+ Jahre Quelle: WHO Health for All Database
Kirgisistan							Es liegen keine Angaben vor.
Kroatien	34.1	34.1	31.6	26.6	32.6	30.3	Angaben für 1995: Definition – gerauchter Tabak, Altersgruppe: 18–65 Jahre. Quelle: Erstes kroatisches Gesundheitsprojekt, Teilprojekt Gesundheitsförderung, Ausmaß und Kontext der Probleme – Grundparameter. Bericht, Zagreb Data for 2000: Definition – gerauchter Tabak; Altersgruppe: 18–65 Jahre. Quelle: Erstes kroatisches Gesundheitsprojekt, Teilprojekt Gesundheitsförderung, Ausmaß und Kontext der Probleme – Grundparameter. Bericht, Zagreb
Lettland	53	49.1	18.4	13		29.2	Angaben für 1998: Definition des Rauchens – täglich; Altersgruppe: 16–64 Jahre Quelle: <i>Tobacco Control Country Profiles</i> . Atlanta (GA), American Cancer Society, 2000 Angaben für 1999: Definition oder Altersgruppe liegt nicht vor. Quelle: FAFO Survey 1999
Litauen	43.3	51	6.3	15.8		32	Angaben für 1994: Definition des Rauchens – täglich; Alter: 15+ Jahre Quelle: WHO Health for All Database Angaben für 2000: Definition des Rauchens – täglich; Alter: 15+ Jahre Quelle: WHO Health for All Database
Luxemburg	39		27		32		Angaben für 1998: Definition des Rauchens – täglich; Alter: 15+ Jahre. Quelle: WHO Health for All Database
Malta	33.7		14.9		24.1		Angaben für 1995: Definition des Rauchens – täglich; Altersgruppe: 15-95 Jahre Quelle: Corrao, M. <i>Evidence base for tobacco control in Mediterranean countries</i> . 2001 (Discussion paper for a WHO/World Bank consultation on effective collaboration between the health and financial sectors for tobacco control, Malta, 7. –8. September 2001)
Monaco							Es liegen keine Angaben vor.
Niederlande	36	37	29	29	33	33	Angaben für 1994: Definition liegt nicht vor; Alter: 15+ Jahre Quelle: <i>Smoking, drinking and drug taking in the European Region</i> . Kopenhagen WHO-Regionalbüro für Europa, 1997 Angaben für 2000: Definition des Rauchens – täglich oder gelegentlich; Alter: 15+ Jahre Quelle: <i>Jaarverslag Stivoro</i> , 2000 (www.defactoorokvrij.nl , Zugriff 20. Dezember 2001)
Norwegen	36	31	36	32	36	32	Angaben für 1994: Definition des Rauchens – täglich; Altersgruppe: 16–74 Jahre Quelle: <i>Smoking, drinking and drug taking in the European Region</i> Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1997 Data for 1999-2000: Definition des Rauchens – täglich; Altersgruppe: 16–74 Jahre Quelle: Interview Survey, Statistik Norwegen

Land	Prävalenz Männer		Prävalenz Frauen		Gesamtprävalenz unter Erwachsenen		Definition eines Rauchers, Alter, Jahr und Datenquelle
	1994-1998	1999-2001	1994-1998	1999-2001	1994-1998	1999-2001	
Österreich	29.6		18.7		23.9	29	Angaben für 1997: Definition des Rauchens – täglich; Alter: 15+ Jahre Quelle: WHO Health for All Database Angaben für 2000: Definition oder Altersgruppe nicht bekannt. Quelle: Groman E. et al. <i>Wiener Medizinische Wochenschrift</i> , 150 (6): 109–114 (2000)
Polen	44	42	24	23			Angaben für 1994–1996: Definition des Rauchens – täglich; Alter: 15+ Jahre Quelle: Landesweiter Survey über das Raucherverhalten und die Einstellung zum Rauchen Angaben für 1997–1999: Definition des Rauchens – täglich; Alter: 15+ Jahre Quelle: Landesweiter Survey über das Raucherverhalten und die Einstellung zum Rauchen
Portugal	29.4		6.4		17.2		Angaben für 1995–1996: Definition des Rauchens – regelmäßig, täglich während der letzten beiden Wochen; Altersgruppe: 19+ Jahre Quelle: Landesweiter Gesundheitssurvey 1995–1996
Republik Moldau	43.9	46		18			Angaben für 1998: Definition des Rauchens – täglich; Alter: 15+ Jahre Quelle: <i>Tobacco Control Country Profiles</i> . Atlanta (GA), American Cancer Society, 2000 Angaben für 1999: Definition und Altersgruppe liegt nicht vor Quelle: Amt für Tabakfragen
Rumänien	61.7		25				Angaben für 1995: Definition des Rauchens – täglich; Altersgruppe: 25–44 Jahre (für die Altersgruppe 45–64 Jahre: Männer = 44.3%, Frauen = 10.5%; for Altersgruppe 65+ Jahre: Männer = 20.6%, Frauen = 6.5%) Quelle: Survey zur Beurteilung des Gesundheitszustands, der Unabhängigkeit von Behinderten und des Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung (Tabak- und Alkoholkonsum). Amt für Medizinische Statistik und Dokumentation, Gesundheitsministerium
Russische Föderation	63.2		9.7		36		Angaben für 1992–1998: Definition – derzeitiger Tabakkonsum; Altersgruppe: 20+ Jahre Quelle: Shalnova, S.A., et al. [Prävalenz des Rauchens in Russland. Ergebnisse einer Erhebung anhand einer landesweit repräsentativen Bevölkerungstichprobe.] <i>Profilaktika zabolevanij i ukreplenie zdorov'ja</i> , 3 (1998)
San Marino							Es liegen keine Angaben vor.
Schweden	17	17	22.3	21	19.1	19	Angaben für 1998: Definition – täglicher Konsum irgendeines Tabakprodukts; Altersgruppe: 16–84 Jahre Quelle: <i>Tobacco Control Country Profiles</i> . Atlanta (GA), American Cancer Society, 2000 Angaben für 2000: Definition des Rauchens – täglich; Altersgruppe: 16–84 Jahre (ausgenommen 20% der Männer and 1% der Frauen, die regelmäßig rauchlosen Tabak konsumieren) Quelle: <i>Drogutvecklingen i Sverige rapport</i> . CAN und Staatliches Institut für Public Health
Schweiz	39		28		33		Angaben für 1997: Definition des Rauchens – regelmäßig und gelegentlich; Altersgruppe: 15–74 Jahre Quelle: Schmid H et al. <i>SuchtMagazin</i> , 25 , 3–13 (1999) (Schweizerisches Bundesamt für Statistik / Gesundheitserhebung Schweiz)
Slowakei	44.1		14.7		29		Angaben für 1998: Definition des Rauchens – täglich; Alter: 15+ Jahre Quelle: WHO Health for All Database

Land	Prävalenz Männer		Prävalenz Frauen		Gesamtprävalenz unter Erwachsenen		Definition eines Rauchers, Alter, Jahr und Datenquelle
	1994-1998	1999-2001	1994-1998	1999-2001	1994-1998	1999-2001	
Slowenien	34.7	28	22.7	20.1	28.7	23.7	Angaben für 1994: Definition oder Altersgruppe liegt nicht vor. Quelle: Meinungsumfrage Angaben für 2001: Definition des Rauchens – täglich; Altersgruppe: 25–64 Jahre Quelle: Zakotnik-Mavcec J. et al. Meinungsumfrage.
Spanien	42.1		24.7		33.1		Angaben für 1997: Definition des Rauchens – täglich; Altersgruppe: 16+ Jahre Quelle: Landesweiter Gesundheitssurvey, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten
Tadschikistan							Es liegen keine Angaben vor.
Tschechische Republik	43	36.2	31	22	36	29.1	Angaben für 1994: Definition des Rauchens – täglich oder gelegentlich; Alter: 15+ Jahre Quelle: <i>Smoking, drinking and drug taking in the European Region</i> . Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1997 Angaben für 2000: Definition des Rauchens – täglich oder gelegentlich; Altersgruppe: 15–64 Jahre Quelle: Survey zur Raucherprävalenz, Staatliches Institut für Public Health, 2000
Türkei							Es liegen keine Angaben vor.
Turkmenistan							Es liegen keine Angaben vor.
Ukraine	48.5	51.1	20.5	19.4			Angaben für 1995: Definition – derzeitige Raucher; Altersgruppe: 20–59 Jahre Quelle: <i>Tobacco Control Country Profiles</i> . Atlanta (GA), American Cancer Society, 2000 Angaben für 1999: Definition liegt nicht vor; Altersgruppe: 20–59 Jahre Quelle: Institut für Kardiologie, Ukrainische Akademie für Medizinische Wissenschaften, 1999
Ungarn	44	53.1	27	30.4		41.75	Angaben für 1998: Definition des Rauchens – regelmäßig; Altersgruppe: 18+ Jahre Quelle: <i>Tobacco Control Country Profiles</i> . Atlanta (GA), American Cancer Society, 2000 Angaben für 1999: Definition liegt nicht vor; Altersgruppe: 18+ Jahre Quelle: <i>Smoking and alcohol consumption</i> . FACT Institute of Applied Social Studies, November 1999
Usbekistan							Es liegen keine Angaben vor.
Vereinigtes Königreich	29	29	28	25	28	27	Angaben für 1996 und 2000: Definition – derzeitige Raucher; Altersgruppe: 16+ Jahre Quelle: Living in Britain: Results from the 2000 General Household Survey. Office for National Statistics (http://www.statistics.gov.uk/lib/index.html , Zugriff 20. Dezember 2001)
Weißrussland	54.8	53.7	3.6	4.8	27.5	26.3	Angaben für 1995: Definition des Rauchens – täglich; Alter: 15+ Jahre Quelle: WHO Health for All Database Angaben für 1999: Definition des Rauchens – täglich; Alter: 15+ Jahre Quelle: WHO Health for All Database

Nach den neuesten vorliegenden Daten liegt die Prävalenzziffer in elf, hauptsächlich im östlichen Teil der Region zu findenden Ländern bei über 50% (Albanien, Andorra, Armenien, Georgien, Kasachstan, Litauen, Rumänien, Russische Föderation, Ukraine, Ungarn und Weißrussland), wenngleich das Konsumniveau in einigen dieser Länder in den letzten Jahren gleichbleibend stabil

war. Dagegen haben nach den Daten für 1999–2001 fünf Länder für die männliche Bevölkerung eine Raucherprävalenz von unter 30% erreicht (Finnland, Island, Schweden, Slowenien und Vereinigtes Königreich).

Laut Daten aus 25 Ländern, die sich fast gleichmäßig auf alle Teile der Region verteilen und nahezu 60% der Bevölkerung der Region repräsentieren und für die vergleichbare Angaben aus der Zeit vor und nach der Annahme des Dritten Aktionsplans vorliegen, hat sich die Raucherprävalenz unter der männlichen Bevölkerung bei rund 38% eingependelt (39,3% für den Zeitraum 1994–1998 und 37,9% für den Zeitraum 1999–2001). Sie liegt in den westlichen Ländern mittlerweile bei etwa 34% (ein leichter Rückgang seit Mitte der 90er Jahre) und in den östlichen Ländern bei 47% (ein leichter Anstieg der Ziffern seit Mitte der 90er Jahre). Das Ost-Westgefälle ist steiler geworden, Mitte der 90er Jahre betrug der Unterschied 10%, im Jahr 2000 lag der dagegen bei 13%.

Nach den vorliegenden Angaben ist die Prävalenz des Rauchens bei Frauen im Zeitraum des Dritten Aktionsplans in zehn Ländern zurückgegangen (Dänemark, Estland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Norwegen, Slowenien und Tschechische Republik), in vier Ländern hat sie zugenommen (Albanien, Georgien, Litauen und Ungarn), während sie in weiteren zehn Ländern relativ stabil geblieben ist (Belgien, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Niederlande, Polen, Schweden, Ukraine und Weißrussland). In fünf hauptsächlich den westlichen Teil der Region repräsentierenden Ländern liegt die Prävalenz des Rauchens unter Frauen bei über 30% (Andorra, Deutschland, Irland, Norwegen und Ungarn), wobei die Tendenz in einigen dieser Länder in den letzten Jahren stabil oder rückläufig war. In weiteren drei Ländern beträgt die Prävalenz für die weibliche Bevölkerung dagegen weniger als 10% (Kasachstan, Portugal, und Weißrussland).

Laut Daten aus 24 Ländern, die sich fast gleichmäßig auf alle Teile der Region verteilen und nahezu 60% der Bevölkerung der Region repräsentieren und für die vergleichbare Angaben aus der Zeit vor und nach der Annahme des Dritten Aktionsplans vorliegen, hat sich die Raucherprävalenz unter der weiblichen Bevölkerung bei rund 24% eingependelt (24,%) für den Zeitraum 1994–1998 und 23,2% für den Zeitraum 1999–2001). Sie liegt in den westlichen Ländern mittlerweile bei etwa 25% (ein leichter Rückgang seit Mitte der 90er Jahre) und in den östlichen Ländern bei rund 20% (d. h. auf dem gleichen Niveau wie Mitte der 90er Jahre). Das Ost-Westgefälle hat sich abgeflacht. Der Unterschied beträgt jetzt nur noch etwa 5%, während er vor der Annahme des Dritten Aktionsplans bei 7% lag.

Ende der 90er Jahre waren 32 von 100 Rauchern im östlichen Teil der Region und 43 von 100 im westlichen Teil der Region Frauen. Sechs westliche Länder (Dänemark, Irland, Island, Norwegen, Schweden und Vereinigtes Königreich) melden zur Zeit keinen signifikanten Unterschied in der Prävalenz des Rauchens unter Männern und Frauen.

Prävalenz des Rauchens unter Jugendlichen

Unter Jugendlichen ist das Rauchen ein fest verwurzelttes Verhalten, das kaum Anzeichen von Veränderungen erkennen lässt (10).

Mehrere europäische Mitgliedstaaten führten nicht nur selbst länderspezifische Erhebungen durch, sondern beteiligten sich auch an zwei wichtigen, die gesamte Region umfassenden Projekten, die sich mit der Prävalenz des Rauchens unter Jugendlichen befassen. Bei der WHO-Erhebung zum Gesundheitsverhalten von Schülern (HBSC) handelt es sich um ein einzigartiges internationales Forschungsvorhaben, das 1993–1994 und 1997–1998 durchgeführt wurde und

eine ganze Bandbreite von verhaltensbezogenen, sozialen, umweltbedingten und psychologischen Variablen erfasste. Die europäische Schülererhebung, The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) wurde 1995 und 1999 durchgeführt und ist deshalb für den Zeitraum des Dritten Aktionsplans relevanter. Beide Untersuchungen erfassen zwar fast genau die gleiche Altersgruppe (ESPAD 15–16 Jahre, HBSC 15 Jahre), arbeiten jedoch mit unterschiedlichen Definitionen der Prävalenz des Rauchens. In der ESPAD-Studie wird sie als lebenslanger Zigarettenkonsum von vierzig Mal oder mehr gemessen, während sie in der HBSC-Erhebung als mindestens eine Zigarette pro Woche definiert ist.

Die ESPAD-Studie (11), bietet vergleichbare Daten für 18 Länder (Dänemark, Estland, Finnland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Litauen, Malta, Norwegen, Portugal, Schweden, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Ukraine, Ungarn und Vereinigtes Königreich), die nahezu gleichmäßig unterschiedliche Teile und fast 25% der Jugendbevölkerung der Region repräsentieren (Tabelle 3). Die Prävalenz des Rauchens unter Jugendlichen der Altersgruppe 15–16 Jahre hat sich bei etwa 27% eingependelt, mit leichtem Aufwärtstrend. Sie beträgt jetzt für die Länder im westlichen Teil der Region ungefähr 26% (keine Veränderung seit Mitte der 90er Jahre) und 29% in den Ländern des östlichen Teils der Region (ein leichter Anstieg seit Mitte der 90er Jahre). Das Ost-West-Gefälle ist steiler geworden. Mitte der 90er Jahre machte der Unterschied einen Prozentpunkt aus, 1999 waren es drei Prozentpunkte. Der Unterschied ist hauptsächlich auf die zunehmende Prävalenz unter Mädchen in den östlichen Ländern zurückzuführen, während sich die Prävalenz bei den Jungen weder im Osten noch im Westen signifikant verändert hat. Ausgehend von den altersspezifischen Daten aus nationalen Quellen von sechs Ländern (Finnland, Frankreich, Polen, Russische Föderation, Ukraine und Vereinigtes Königreich) lässt sich abschätzen, dass die Prävalenz des Rauchens in der Altersgruppe der 16–18-Jährigen annähernd 20% über derjenigen der Altersgruppe der 15–16-Jährigen liegt. Deshalb kann man davon ausgehen, dass die Prävalenz des Rauchens unter den 15–18-Jährigen auf etwa 30% dieser Bevölkerungsgruppe anzusetzen ist, d. h. sie liegt auf dem gleichen Niveau wie bei den Erwachsenen.

Die aus der HBSC-Erhebung (12) gewonnenen Daten beziehen sich zwar auf frühere Jahre, stützen jedoch im allgemeinen die aus der ESPAD-Studie abgeleiteten Trendannahmen. Für fünf Länder (Israel, Lettland, Österreich, Polen und Schweiz), die 7% der Jugendbevölkerung der Region repräsentieren, liefert die HBSC-Erhebung die einzigen Vergleichsdaten für zwei unterschiedliche Zeitspannen. Nach den Erkenntnissen der HBSC-Studie von 1997/1998 In keinem dieser Länder ist seit einer vier Jahre zuvor durchgeführten ähnlichen Erhebung ein Rückgang des wöchentlichen Rauchens unter den 15-Jährigen zu verzeichnen und die Prävalenz des Rauchens hat zugenommen. Sie betrug 1993/1994 18% und lag 1997/1998 bereits bei 24%. Dieser Trend gilt für Jungen wie für Mädchen (Zunahme um 5 bzw. 6 Prozentpunkte) (Tabelle 3).

Tabelle 3: Prävalenz des Rauchens unter Jugendlichen

Land	ESPAD	HBSC		
	1995	1999	1993–1994	1997–1998
Bulgarien		36		
Dänemark	23	32	19	24
Deutschland*			25	30.5
Estland	25	27	14	18
Finnland**	35	39	28	27
Frankreich*			24	29.5
Griechenland		27		18.5
Irland	37	34		25
Island	27	25		

Land	ESPAD		HBSC	
	1995	1999	1993–1994	1997–1998
Israel			9	19
Italien	25	25		
Kroatien	23	28		
Lettland		30	23.5	28
Litauen	20	35	9.5	17
Malta	19	20		
Norwegen	25	33	20.5	25.5
Österreich			30	33
Polen	20		18	23.5
Portugal	13	17		16.5
Russische Föderation*		42	14	23
Schweden	28	25	17	21
Schweiz			17.5	25
Slowakei	20	30	12	23
Slowenien	16	26		
Spanien			23.5	
Tschechische Republik	26	36	13	20
Ukraine	29	29		
Ungarn	28	28	22	32
Vereinigtes Königreich	27	26		

*In den HBSC-Erhebungen sind Deutschland, Frankreich und die Russische Föderation nur nach Regionen vertreten

**Nach Angaben einer nationalen Quelle betrug die Prävalenz des Rauchens unter 14–18-Jährigen in Finnland 25,5 im Jahr 1995 und 24,5 im Jahr 1999

Aus den obigen Angaben für 23 Länder, die sich fast gleichmäßig auf den Osten und den Westen der Region verteilen und nahezu ein Drittel ihrer Bevölkerung repräsentieren, lässt sich schließen, dass die Prävalenz des Rauchens in 12 Ländern zugenommen hat (Dänemark, Israel, Kroatien, Lettland, Litauen, Norwegen, Polen, Portugal, Schweiz, Slowakei, Slowenien und Tschechische Republik), in weiteren 11 Ländern dagegen relativ stabil geblieben ist (Estland, Finnland, Irland, Island, Italien, Malta, Österreich, Schweden, Ukraine, Ungarn und Vereinigtes Königreich).

Seit 1997 ist in keinem Mitgliedstaat die Prävalenz des Rauchens unter der Jugendbevölkerung signifikant zurückgegangen. Die junge Generation zeigt ein anderes Raucherverhalten als die Erwachsenen. Erstens sind die Unterschiede in der Prävalenz des Rauchens zwischen den Ländern und unter einzelnen Teilen der Region weniger ausgeprägt. Zweitens liegt die Raucherprävalenz im westlichen Teil der Region unter Jungen und Mädchen so ziemlich auf gleichem Niveau, im östlichen Teil der Region schließt sich die Schere immer mehr, wobei die Prävalenzziffer für Jungen dort allerdings immer noch über derjenigen der Mädchen liegt.

Unterschiede zwischen den sozioökonomischen Gruppierungen

In den meisten Ländern rauchen heute die Armen eher als die Reichen. Insgesamt gesehen breitet sich die Raucherepidemie von ihrem ursprünglichen Schwerpunkt unter Männern in Ländern mit hohem Einkommen auf Frauen in diesen Ländern und auf Männer in einkommensschwachen Regionen aus. Wohlhabende Männer haben den Tabak zunehmend aufgegeben, ärmere Männer dagegen nicht.

In den meisten Ländern mit hohem Einkommen bestehen heute zwischen unterschiedlichen sozioökonomischen Gruppen signifikante Unterschiede in der Prävalenz des Rauchens. Beispielsweise sind im Vereinigten Königreich nur 10% der Frauen und 12% der Männer der höchsten sozioökonomischen Schicht Raucher, in der unteren sozioökonomischen Gruppe verdreifachen sich die entsprechenden Ziffern, nämlich auf 35% bzw. 40% (13). Ein starker umgekehrt proportionaler Zusammenhang besteht auch zwischen Beschäftigungsniveau und Rauchen. In allen

Ländern, für die Daten vorliegen, rauchen Arbeitslose eher als diejenigen, die Arbeit haben. In Frankreich beträgt die Prävalenz des Rauchens unter Arbeitslosen beispielsweise 52%, während sie bei den Beschäftigten 38% beträgt (14).

Bis vor kurzem wurde angenommen, dass man in den Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen von einer anderen Situation ausgehen müsse. Die neuesten Forschungserkenntnisse lassen jedoch den Schluss zu, dass auch dort Männer mit niedrigem Sozialstatus eher rauchen als Angehörige höherer sozioökonomischer Gruppierungen. (13).

Pro-Kopf-Zigarettenkonsum

Seit vielen Jahren dient der Pro-Kopf-Zigarettenkonsum als Vergleichsindikator für die Raucherprävalenz. Zur Zeit verliert er jedoch vor allem aus zwei Gründen seine Treffgenauigkeit und Glaubwürdigkeit: a) Ausweitung des Schmuggels bzw. Schwarzhandels und des Grenzhandels, die sich natürlich nicht richtig messen lassen; b) der Indikator ist weder geschlechts- noch altersspezifisch, was ihn angesichts der derzeitigen Raucher Trends weniger aussagekräftig macht. Dennoch lässt er sich mit einiger Vorsicht auch weiterhin zur Gruppierung der Länder und als Indikator für regionale Durchschnittswerte einsetzen.

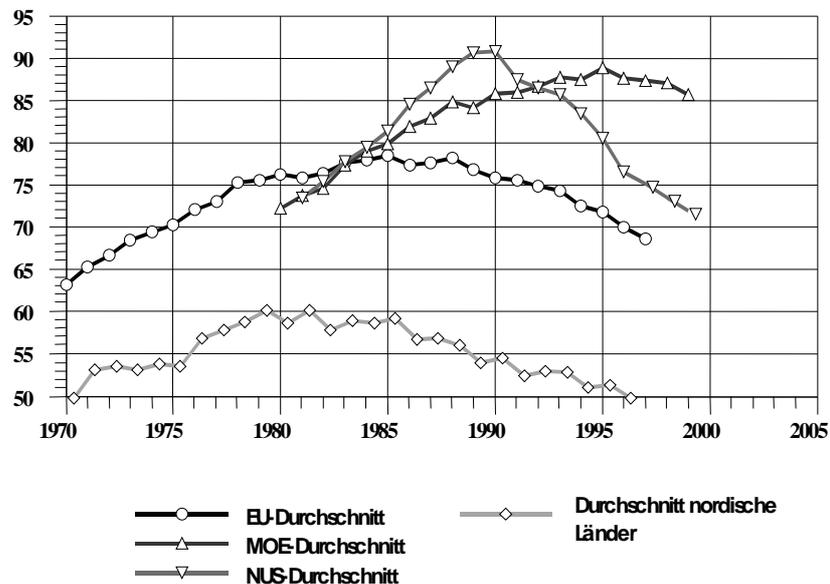
Im Jahr 2000 lag der jährliche Zigarettenkonsum in den 47 Ländern, die Angaben für die HFA-Datenbank lieferten, in sieben Ländern bei unter 1000 Zigaretten pro Person der Altersgruppe 15 Jahre und älter, in zehn Ländern betrug der Verbrauch zwischen 1000 und 1499 Zigaretten, in 18 Ländern lag er zwischen 1500 und 1999 Zigaretten und in zwölf Ländern bei über 2000 Zigaretten. In der Europäischen Region insgesamt wurden 1999 von der Altersgruppe 15 Jahre und älter pro Kopf schätzungsweise durchschnittlich 1675 Zigaretten geraucht, d. h. fast genauso viele wie 1997 (1625 Zigaretten).

Tabakbedingte Schäden

Nach den von Peto u. a. 1994 vorgenommenen Schätzungen ist der Tabakkonsum in der Europäischen Region der WHO jährlich für über 1,2 Millionen Sterbefälle verantwortlich, von denen sich 700 000 in den mittel- und osteuropäischen Ländern (MOE) und in den neuen unabhängigen Staaten (NUS) konzentrierten. Zwei Drittel dieser Sterbefälle entfielen auf Personen der mittleren Altersgruppe, während in westeuropäischen Ländern weniger als die Hälfte die Altersgruppe der unter 70-Jährigen betraf (5).

Veränderungen in der Mortalität aufgrund von Luftröhren-, Bronchien- und Lungenkrebs (Abb. 1 und 2) können als Marker für die Prävalenz des Rauchens in der Vergangenheit dienen. Seit 1985 ist die männliche Sterblichkeitsziffer in Westeuropa leicht rückläufig und hat sich in den MOE-Ländern seit 1995 stabilisiert. Diese Trends könnten die Auffassung stützen, dass sich die Lage unter der männlichen Bevölkerung stabilisiert. Die anscheinend sinkende standardisierte Sterblichkeitsziffer in den NUS könnte auf die unterschiedlichsten Faktoren zurückzuführen sein, u. a. auf demographische Veränderungen, die Datenberichterstattung und die Verhältnisse während der letzten zehn Jahre.

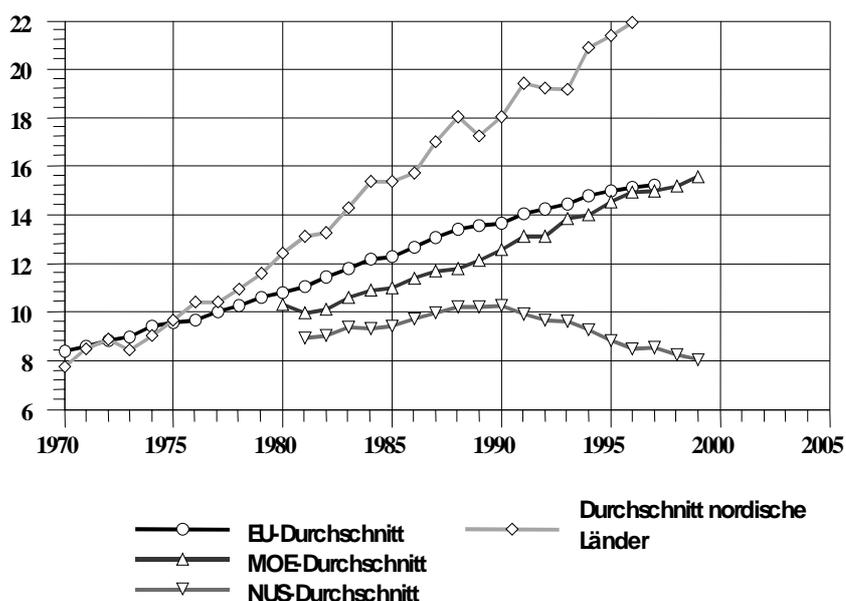
Abb. 1: Standardisierte Sterblichkeitsziffer pro 100 000 Einwohner, Luftröhren-, Bronchien- und Lungenkrebs, alle Altersgruppen, Männer



Quelle: HFA database (15).

Die Lungenkrebssterblichkeit ist bei Frauen zwar wesentlich geringer als bei Männern (für die Region insgesamt lag sie 1988 bei 13 pro 100 000 Einwohner, bei den Männern betrug sie dagegen 73 pro 100 000 Einwohner), doch die Trends in der EU und in den MOE-Ländern sind keineswegs positiv. Die zeitliche Verschiebung zwischen der Zeit als Raucher und der manifesten Krankheit spricht dafür, dass man sich ernsthaft darum bemühen muss, der Raucherepidemie unter Frauen Einhalt zu gebieten. Auch die in den NUS zu beobachtenden Trends sollten im Licht der für die männliche Bevölkerung beschriebenen Faktoren gesehen werden.

Abb. 2: Standardisierte Sterblichkeitsziffer pro 100 000 Einwohner, Luftröhren-, Bronchien- und Lungenkrebs, alle Altersgruppen, Frauen



Quelle: HFA database (15).

Wirksame Maßnahmen für ein tabakfreies Europa

Marktregulierung

Preis

Ziel des Dritten Aktionsplans: *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.*

Zusammenfassung

Im Allgemeinen ist die Besteuerung von Tabakprodukten in der Region während der Laufzeit des Dritten Aktionsplans gestiegen, obwohl sich dies (mit Ausnahme einiger Länder) nicht ausdrücklich auf Anti-Tabak- und Public-Health-Maßnahmen zurückführen lässt. Die Anstiegsrate war in vielen MOE-Ländern und in den NUS jedoch relativ unregelmäßig. Im westlichen Teil der Region, wo die Anpassung bereits früher (Ende der 80er Jahre) begann, sehen sich viele Mitgliedstaaten mit dem Risiko konfrontiert, aufgrund erheblicher Preisunterschiede unter den Ländern einen Steuerstopp einführen zu müssen. Die Harmonisierung der Tabaksteuern zwischen den Ländern und verschiedenen Tabakprodukten kam während der Laufzeit des Dritten Aktionsplans nur schleppend voran. Die meisten Länder setzen die Tabaksteuern immer noch nicht gezielt für Anti-Tabak-Maßnahmen und die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit ein.

Die Anhebung von Steuern für Tabakprodukte gilt als eines der wirksamsten Elemente einer umfassenden Politik zur Steuerung des Tabakkonsums. Ein laufender Anstieg der realen Preise dämpft den Verbrauch und die Prävalenz des Gebrauchs von Tabakprodukten (16). Die Tabaksteuer ist auf nationaler Ebene ein traditionelles Instrument für die Beschaffung von Staatseinnahmen. Die Besteuerungsrate berücksichtigt dabei Haushalts-, Landwirtschafts- und Beschäftigungspolitik sowie internationale Übereinkommen und regionale Vereinbarungen.

Gemäß dem Dritten Aktionsplan sollten a) die Tabaksteuern regelmäßig so angehoben werden, dass sie der Inflationsrate folgen oder darüber liegen; b) alle Tabakprodukte sollten so besteuert werden, dass kein Tabakerzeugnis durch ein anderes ersetzt wird; c) Tabaksteuern können für die Finanzierung von Anti-Tabak-Maßnahmen und Gesundheitsdiensten verwendet werden.

Im westlichen Teil der Region stiegen die Tabakpreise zwischen 1992 und 1996 wesentlich und stärker als die Inflationsrate in Dänemark, Frankreich, dem Vereinigten Königreich, in Schweden und Finnland. Während der Laufzeit des Dritten Aktionsplans hat sich dieser Preisanpassungsprozess jedoch verlangsamt und in den EU-Mitgliedstaaten herrschen weiterhin Preis- und Besteuerungsunterschiede (beispielsweise besteht für große Marken zwischen dem Vereinigten Königreich und Spanien ein nahezu vierfacher Preisunterschied). Nur Frankreich, (bis 2001) das Vereinigte Königreich und einige Länder, deren Tabakpreise unter dem EU-Durchschnitt liegen (Griechenland und Italien) haben die Besteuerung regelmäßig über die Inflationsrate angehoben. Andere Länder haben die Steuererhöhungen in Höhe der Inflationsrate eingefroren (Schweden hat z. B., weil man ein Überhandnehmen des Schmuggels befürchtete, 1998 die Besteuerung sogar um 17% gesenkt, nachdem im Jahr zuvor die Steuern stark angehoben worden waren). In Dänemark ging der reale Preis für Zigaretten zwischen 1996 und 1999 sogar um 1% zurück. Seit 1997 gestalten die EU-Beitrittsländer die Struktur ihrer Tabakbesteuerung um und heben die Steuern an, um sich dem „acquis communautaire“ anzunähern. Außerdem waren sie gehalten (entsprechend

Artikel 152 des Vertrags von Maastricht), den breiteren Zielen des gesundheitlichen Schutzes der Bevölkerung besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

In den NUS werden seit 1998 Strukturreformen durchgeführt, von denen einige der Verbesserung der Steuer- und Zollverwaltung dienen sollen. In Übereinstimmung mit einer strafferen Abgabepolitik wurde die Verwaltung der Tabaksteuern umstrukturiert, um stabile und zusätzliche Steuereinnahmen zu generieren. In der Russischen Föderation wurden die Verbrauchsabgaben für alle Tabakprodukte verdoppelt, bei vielen Waren (wie Pfeifentabak, Zigarren und Zigarillos) betrug der Anstieg über 150% (17). In anderen NUS wurde zudem der Preis für einheimische Produkte (der als Diskrimination ausländischer Investoren angesehen wurde) angehoben.

Doch weder in den MOE-Ländern noch in den NUS deutet irgend etwas darauf hin, dass die Steueranhebungen einem regelrechten Trend folgen und einem starken Anstieg nicht auch eine gewisse Preissenkung folgen kann. Diese Trends könnten die Wirkung von höheren Preisen für den Tabakkonsum verringern.

In den EU-Ländern müssen die Verbrauchsabgaben für andere verarbeitete Tabakprodukte als Zigaretten einem bestimmten Mindestniveau entsprechen, das alle drei Jahre neu festgesetzt wird (18, 19). Die neuesten Überprüfungen zeigen jedoch, dass die Mindestpreise für zigarettenähnliche Produkte und Feinschnitte noch immer etwas unter den Zigarettenpreisen liegen (20). Im Allgemeinen ist der Prozess der Steuerharmonisierung nur wenig vorangekommen, obwohl die neuesten von der Europäischen Kommission vorgelegten Vorschläge für den Ausgleich der Abgabenunterschiede unter den Mitgliedstaaten und den Beitrittsländern ermutigend sind. Für andere Länder liegen keine verlässlichen Daten vor.

In den Mitgliedstaaten kosten Tabakprodukte immer noch ganz unterschiedlich viel. Von der Kaufkraft her (die nach der Anzahl der für den Kauf einer Schachtel Zigaretten erforderlichen Arbeitsminuten berechnet wurde) muss man für die beliebteste einheimische Marke in Polen, in der Russischen Föderation, in Ungarn und im Vereinigten Königreich zwischen 40 und 55 Minuten arbeiten, während man dafür in Luxemburg, in der Schweiz und in Spanien weniger als fünfzehn Minuten braucht (Tabelle 4). Vergleicht man die auf die Kaufkraft umgerechneten Preise für eine Schachtel Marlboro, ergeben sich noch weitaus größere Unterschiede. In Ungarn und in der Russischen Föderation muss man dafür über eine Stunde arbeiten, in Deutschland, Luxemburg, den Niederlanden und in der Schweiz kann man sich dagegen mit unter zwanzig Minuten begnügen.

Tabelle 4. So viele Minuten musste man in den einzelnen Ländern für eine Schachtel Zigaretten arbeiten*, September 2000

Land	Marlboro	Einheimische Marken
Belgien	22.0	20.4
Dänemark	23.0	23.0
Deutschland	18.4	18.7
Finnland	28.7	26.7
Frankreich	20.5	18.2
Griechenland	24.0	17.1
Irland	30.6	30.3
Israel	29.3	17.4
Italien	26.0	18.6
Luxemburg	12.0	10.0
Niederlande	18.5	17.0
Norwegen	38.5	38.5

Land	Marlboro	Einheimische Marken
Österreich	21.8	20.0
Polen	55.7	40.2
Portugal	26.2	26.2
Russische Föderation	71.3	42.8
Schweden	27.6	26.8
Schweiz	11.1	11.1
Spanien	21.4	11.1
Turkei	30.0	22.3
Ungarn	71.4	54.5
Vereinigtes Königreich	39.7	39.7

(*)Hauptstadtpreise, geteilt durch den gewichteten Nettolohn in zwölf Berufen.
Quelle: UBS und Economist Intelligence Unit 2000

Die Zweckbindung von Tabaksteuern gilt als wichtige Finanzierungsquelle für Anti-Tabak- und Public-Health-Maßnahmen. Nach den vorliegenden Angaben werden diese Steuern aber nur in zwölf Ländern der Region (Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Lettland, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien und Vereinigtes Königreich) zweckgebunden erhoben. Das Allokationsniveau liegt dabei in den meisten von ihnen bei unter 1%, mit Ausnahme von Estland (3,5%), Lettland (5%), Irland (16% für das Jahr 2000), Portugal (1,1%) und Rumänien (2%).

Verfügbarkeit

Ziel des Dritten Aktionsplans: *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.*

Zusammenfassung

Aus den vorliegenden Daten geht hervor, dass nur ein Viertel der Länder in der Region das Ziel einer Begrenzung der Zugänglichkeit von Tabakprodukten ganz oder fast erreicht hat. Weitere 40% der Länder haben nur Teilbegrenzungen eingeführt, und fast ein Drittel hat keine oder nur wenige Maßnahmen ergriffen. Im Allgemeinen haben die Länder Schwierigkeiten bei der strikten Umsetzung von Altersbegrenzungen. Während der Laufzeit des Dritten Aktionsplans haben jedoch 15 weitere Länder (hauptsächlich im östlichen Teil der Region) Altersbegrenzungen eingeführt.

Internationale Erfahrungen zeigen, dass sich Altersbegrenzungen nur schwer durchsetzen lassen. Sie haben sich auch nur dann als wirksam erwiesen, wenn sie durch eine äußerst strenge Regulierung des Einzelhandels ergänzt werden, so dass einschlägige Gesetzesverstöße einen Entzug der Konzession bewirken. (21)

Laut vorliegenden Informationen bestehen in 30 Ländern Altersgrenzen für den Verkauf von Tabakprodukten. In acht Ländern darf an Jugendliche unter 16 Jahren kein Tabakprodukt verkauft werden, in 22 Ländern sind die Gesetze sogar noch strenger, dort ist der Verkauf bis zum Alter von 18 Jahren verboten. In den meisten Ländern, in denen eine Altersgrenze festgesetzt ist, wird der Verkauf an Minderjährige auch bestraft, wobei dies allerdings nur lückenhaft geschieht. Vergleicht man die Trends in unterschiedlichen Teilen der Region, so zeigt sich, dass in der Mehrheit der MOE-Länder und NUS Altersrestriktionen bestehen, während nicht mehr als die Hälfte der westeuropäischen Länder entsprechende Begrenzungen eingeführt haben (Tabelle 5).

Tabelle 5: Mit unterschiedlichen Mitteln durchgesetzte Verbote oder Einschränkungen des Verkaufs von Tabakprodukten

Land	Altersbegrenzung	Automaten	Selbstbedienungsauslagen	Postversand oder Internetkauf	Verkauf einzelner oder nicht verpackter Zigaretten	Zollfreie Tabakprodukte	Kostenlose Zigarettenproben	Konzessionierung des Einzelhandels
Albanien	Nein	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Angaben
Andorra	Nein	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Angaben
Armenien	Nein	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Ja
Aserbaidschan	Nein	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Angaben
Belgien	Nein	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Ja
Bosnien-Herzegowina	15	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Angaben	Keine Angaben
Bulgarien	18	Keine Begrenzung	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Ja
Dänemark	Nein	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Angaben	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Nein
Deutschland	Nein	Freiwillige Vereinbarung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Ja
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	16	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Ja
Estland	18	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Nein
Finnland	18	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Keine Angaben
Frankreich	Nein	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Ja
Georgien	18	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Angaben
Griechenland	Nein	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Ja
Irland	18	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Nein
Island	18	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Ja
Israel	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Italien	16	Keine Begrenzung	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Ja

Land	Altersbegrenzung	Automaten	Selbstbedienungsauslagen	Postversand oder Internethandel	Verkauf einzelner oder nicht verpackter Zigaretten	Zollfreie Tabakprodukte	Kostenlose Zigarettenproben	Konzessionierung des Einzelhandels
Slowenien	15	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Ja
Spanien	16	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Ja
Tadschikistan	Keine Angaben	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Nein
Tschechische Republik	18	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Angaben
Türkei	18	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Ja
Turkmenistan	Keine Angaben	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Nein
Ukraine	18	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Totalverbot	Ja
Ungarn	18	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Angaben	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Ja
Usbekistan	18	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Ja
Vereinigtes Königreich	16	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Freiwillige Vereinbarung	Nein
Weißrussland (Belarus)	18	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Ja

Einige Länder haben nicht nur Altersbegrenzungen eingeführt, sondern auch den nicht persönlichen Verkauf dieser Produkte eingeschränkt. Nach den vorliegenden Informationen ist in vier Ländern (Frankreich, Island, Republik Moldau und Slowakei) der Verkauf von Tabakprodukten über Automaten und Selbstbedienungsauslagen verboten. Weitere elf Länder haben diese Verkaufsform verboten, neun haben zumindest eine dieser Verkaufsformen teilweise begrenzt. Die Hälfte der Mitgliedstaaten hat den Verkauf von einzelnen und nicht verpackten Zigaretten sowie die Vergabe von kostenlosen Probepackungen verboten oder eingeschränkt, einige haben auch den Postversand und den Internethandel für Tabakprodukte untersagt oder begrenzt. In fast der Hälfte der Länder ist der zollfreie Verkauf von Tabakprodukten begrenzt worden und man hat Konzessionsbestimmungen für den Einzelhandel eingeführt (Tabelle 5).

Werbung

Ziel des Dritten Aktionsplans: *Bis zum Jahr 2001 sollten alle Länder der Europäischen Region ein generelles Werbeverbot für Tabakprodukte einführen.*

Zusammenfassung

Kein Land der Region hat das Ziel eines totalen Werbeverbots erreicht. Doch fast ein Viertel der Länder hat die wichtigsten direkten und indirekten Werbeformen verboten. In annähernd der Hälfte der Mitgliedstaaten bestehen Teilrestriktionen oder -verbote, während ein weiteres Viertel nur wenige oder fast keine Begrenzungen kennt. Seit der Annahme des Dritten Aktionsplans wurden vor allem hinsichtlich des Verbots der Direktwerbung Fortschritte erzielt, und diese hauptsächlich im Osten der Region. In Bezug auf indirekte Werbeformen, wie die werbefinanzierte Unterstützung von Veranstaltungen, wurden in den letzten Jahren keine wesentlichen Fortschritte gemacht, was insbesondere deutlich wird, wenn man sieht, wie die von der Tabakindustrie in diesen Bereich investierten Ressourcen wachsen.

Empirisch nachgewiesen ist, dass ein Werbeverbot dann wirksam ist, wenn es umfassend durchgeführt wird und alle Medien sowie alle Formen der (direkten und indirekten) Werbung, die reklamefinanzierte Unterstützung von Veranstaltungen und die Ausnutzung von Markennamen oder -charakteristika umfasst (22).

Mit Resolution WHA43.16 vom Mai 1990 bat die Weltgesundheitsversammlung ihre Mitgliedstaaten eindringlich, „für ihre Anti-Tabak-Strategien Gesetze oder andere wirksame Maßnahmen auf geeigneter staatlicher Ebene in Erwägung zu ziehen, [...] die schrittweise Begrenzungen und konzertierte Maßnahmen zur letztlichen Beseitigung aller direkten und indirekten Werbung, Reklame und Sponsortätigkeiten für Tabak vorsehen.“ Die Zahl der von den Mitgliedstaaten erlassenen Verbote und ergriffenen restriktiven Initiativen hat sich seit 1990 erhöht.

Während der Laufzeit des Dritten Aktionsplans besserten viele Mitgliedstaaten ihre die direkte Werbung betreffenden Gesetze durch neue Gesetzesvorlagen nach oder sorgten für die Umsetzung bereits bestehender Bestimmungen.

Bis 1998 hatten die EU-Mitgliedstaaten die Richtlinie des Rates 89/552/EEG umgesetzt, die ihnen ein Verbot der Fernsehwerbung für Tabakerzeugnisse vorschreibt. Im Juli 1998 verabschiedete das Europäische Parlament die Richtlinie 98/43/EG, in der ein generelles Verbot der Werbung und Sponsortätigkeit für Tabakprodukte vorgesehen ist. Der Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften hob diese Richtlinie im Oktober 2000 aus ihre rechtliche Grundlage betreffenden Gründen wieder auf. Die Kommission hat inzwischen einen neuen Vorschlag vorgelegt, der zur Zeit behandelt wird.

Es sollte betont werden, dass während der Laufzeit des Dritten Aktionsplans die meisten rechtlichen Fortschritte im östlichen Teil der Region erzielt wurden, obwohl auch einige westeuropäische Länder (Beispiele sind Dänemark und Österreich) ihre Gesetze ausgebaut oder entsprechende Bestimmungen eingeführt haben.

Nach den vorliegenden Angaben besteht im Jahr 2001 in 40 Ländern der Region ein Totalverbot der Tabakwerbung im staatlichen Fernsehen, während acht andere Länder Teilrestriktionen eingeführt haben. In 36 Ländern besteht ein totales Werbeverbot im staatlichen Rundfunk, weitere elf

Länder haben ein Teilverbot eingeführt. Ein Totalverbot für Tabakwerbung im Kabelfernsehen besteht in weniger, nämlich nur in 31 Ländern, in elf Ländern ist diese Werbung nur teilweise oder überhaupt nicht verboten. Die Angaben für andere Medien sind weniger ermutigend: Nur in 25 Ländern ist die Kinowerbung völlig verboten, 23 Länder verbieten die Werbung in einheimischen Zeitschriften und Zeitungen, in 21 Ländern darf keine Plakatwerbung für Tabakerzeugnisse betrieben werden, zehn Länder verbieten die Werbung in Verkaufsstellen und nur wenige die Anzeigenwerbung in im Ausland gedruckten Zeitschriften (Tabelle 6).

Tabelle 6: Die Direktwerbung für Tabakprodukte regelnde Gesetze

Land	Staatliches Fernsehen	Kabelfernsehen	Staatlicher Rundfunk	Auf das Land beschränkte Zeitschriften, Zeitungen	International gedruckte Zeitschriften, Zeitungen	Plakate, Außenwände	Verkaufsstellen, Kioske	Kinos
Albanien	Totalverbot	Keine Angaben	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Freiwillige Vereinbarung
Andorra	Keine Begrenzung	Keine Angaben	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Angaben	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Armenien	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Aserbaidschan	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Angaben	Totalverbot	Totalverbot
Belgien	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Bosnien-Herzegowina	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Bulgarien	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Dänemark	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot
Deutschland	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Freiwillige Vereinbarung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Totalverbot
Estland	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot
Finnland	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot
Frankreich	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Georgien	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Griechenland	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Irland	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Island	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot

Land	Staatliches Fernsehen	Kabelfernsehen	Staatlicher Rundfunk	Auf das Land beschränkte Zeitschriften, Zeitungen	International gedruckte Zeitschriften, Zeitungen	Plakate, Außenwände	Verkaufsstellen, Kioske	Kinos
Israel	Totalverbot	Keine Angaben	Totalverbot	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Italien	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot
Jugoslawien	Totalverbot	Keine Angaben	Totalverbot	Totalverbot	Keine Angaben	Totalverbot	Keine Angaben	Totalverbot
Kasachstan	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Kirgisistan	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Angaben	Keine Begrenzung	Keine Angaben
Kroatien	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Lettland	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Litauen	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot
Luxemburg	Totalverbot	Keine Angaben	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot
Malta	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Totalverbot
Monaco	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Niederlande	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Freiwillige Vereinbarung
Norwegen	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot
Österreich	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Angaben	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Polen	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Portugal	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Republik Moldau	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Rumänien	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt
Russische Föderation	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt
San Marino	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Schweden	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Schweiz	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt
Slowakei	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Angaben	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot
Slowenien	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Keine Angaben	Teilweise begrenzt	Keine Angaben	Teilweise begrenzt

Land	Staatliches Fernsehen	Kabelfernsehen	Staatlicher Rundfunk	Auf das Land beschränkte Zeitschriften, Zeitungen	International gedruckte Zeitschriften, Zeitungen	Plakate, Außenwände	Verkaufsstellen, Kioske	Kinos
				begrenzt	Begrenzung	begrenzt	Begrenzung	begrenzt
Spanien	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Tadschikistan	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Tschechische Republik	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Türkei	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot
Turkmenistan	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Ukraine	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Keine Angaben	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Freiwillige Vereinbarung
Ungarn	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot	Keine Begrenzung	Totalverbot
Usbekistan	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Vereinigtes Königreich	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Freiwillige Vereinbarung	Keine Begrenzung	Freiwillige Vereinbarung	Freiwillige Vereinbarung	Freiwillige Vereinbarung
Weißrussland	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung

Berücksichtigt man die wichtigsten staatlichen Medien, so besteht in 21 Ländern (Aserbaidschan, Belgien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Dänemark, Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Estland, Frankreich, Finnland, Island, Italien, Kroatien, Litauen, Luxemburg, Norwegen, Polen, Portugal, Schweden, Slowakei, Türkei und Ungarn) ein Totalverbot für Tabakwerbung, wobei allerdings in fast der Hälfte dieser Länder die Gesetze erst vor kurzem eingeführt wurden und somit noch ihrer endgültigen Durchsetzung harren.

In Bezug auf die direkte Verkaufsförderung, die Werbefinanzierung von Programmen oder Veranstaltungen, das Marken-Sharing und alle sonstigen Formen der indirekten Werbung, für die die Tabakindustrie im Grunde die meisten Werberessourcen aufbringt, zeichnet sich ein weniger positives Bild ab (Tabelle 7). Nur acht Länder (Bulgarien, Finnland, Frankreich, Kroatien, Litauen, Norwegen, Polen und Portugal) haben ein Totalverbot für alle oder die wichtigsten Formen der indirekten Werbung eingeführt. In 25 Mitgliedstaaten sind einige Formen teilweise begrenzt, in 14 Ländern bestehen kaum Einschränkungen. In neun Ländern ist mehr als die Hälfte dieser Werbeformen verboten oder begrenzt. Zwischen den östlichen und den westlichen Teilen der Region bestehen bei diesen Anti-Tabak-Maßnahmen keine wesentlichen Unterschiede.

Tabelle 7: Die Förderung von Tabakprodukten und die indirekte Werbung für Tabakprodukte regelnde Gesetze

Land	Product placement in Fernsehen und Film	Mit Werbung für Tabakmarkenname finanzierte Veranstaltung	Andere Produkte mit Tabakmarkennamen	Nutzung anderer Produktmarkennamen für Tabakerzeugnisse	Kostenlos verteilte Postwurfsendungen	Werberabatte
Albanien	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Andorra	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Armenien	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Aserbaidschan	Totalverbot	Totalverbot	Keine Angaben	Keine Angaben	Totalverbot	Teilweise begrenzt
Belgien	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Totalverbot	Totalverbot
Bosnien-Herzegowina	Totalverbot	Totalverbot	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Bulgarien	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot
Dänemark	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot
Deutschland	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Totalverbot	Totalverbot
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Estland	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Angaben	Totalverbot	Keine Angaben	Keine Angaben
Finnland	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot
Frankreich	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot
Georgien	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Angaben	Keine Begrenzung
Griechenland	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Angaben	Keine Angaben	Teilweise begrenzt
Irland	Freiwillige Vereinbarung	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot
Island	Keine Angaben	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot
Israel	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Italien	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Angaben	Totalverbot
Jugoslawien	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Kasachstan	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Angaben	Keine Angaben

Land	Product placement in Fernsehen und Film	Mit Werbung für Tabakmarkenname finanzierte Veranstaltung	Andere Produkte mit Tabakmarkennamen	Nutzung anderer Produktmarkennamen für Tabakerzeugnisse	Kostenlos verteilte Postwurfsendungen	Werberabatte
Kirgisistan	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Kroatien	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot
Lettland	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Litauen	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot
Luxemburg	Keine Angaben	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Malta	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Angaben	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Monaco	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Niederlande	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Totalverbot
Norwegen	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot
Österreich	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Angaben	Totalverbot
Polen	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Portugal	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Angaben	Totalverbot
Republik Moldau	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Rumänien	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Angaben	Keine Begrenzung
Russische Föderation	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
San Marino	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Schweden	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Totalverbot	Teilweise begrenzt
Schweiz	Keine Angaben	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Angaben	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung
Slowakei	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Slowenien	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Spain	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Tadschikistan	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Tschechische Republik	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Angaben	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung

Land	Product placement in Fernsehen und Film	Mit Werbung für Tabakmarkenname finanzierte Veranstaltung	Andere Produkte mit Tabakmarkennamen	Nutzung anderer Produktmarkennamen für Tabakerzeugnisse	Kostenlos verteilte Postwurfsendungen	Werberabatte
Türkei	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Angaben	Keine Angaben
Turkmenistan	Keine Begrenzung	Freiwillige Vereinbarung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Ukraine	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Ungarn	Keine Begrenzung	Totalverbot	Totalverbot	Keine Angaben	Totalverbot	Keine Angaben
Usbekistan	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Keine Angaben	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Vereinigtes Königreich	Teilweise begrenzt	Freiwillige Vereinbarung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Freiwillige Vereinbarung	Freiwillige Vereinbarung
Weißrussland (Belarus)	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung

Bekämpfung des Schmuggels

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

Zusammenfassung

Während der Laufzeit des Dritten Aktionsplans haben über zwei Drittel der Mitgliedstaaten zumindest einige Aspekte ihrer Anti-Schmuggelpolitik ausgebaut. Trotz dieser Verbesserungen geht aus den vorliegenden ökonomischen Darstellungen hervor, dass der Tabakschmuggel in der Europäischen Region weiterhin ein schwerwiegendes Problem darstellt. Soll er wesentlich eingeschränkt werden, müssen strengere Strafen durchgesetzt, die Tracking-Maßnahmen verbessert und strengere Konzessionsbedingungen eingeführt werden, die alle durch eine wirksame internationale Überwachung der Transaktionen ergänzt werden sollten, die den für den internationalen Handel mit Sonder- und Gefahrgütern entsprechen müssen.

Aufgrund der erheblichen Preisunterschiede zwischen verzollten und unverzollten Tabakprodukten und der zunehmenden Korruption (23) hat der Schmuggel seit Beginn der 90er Jahre in der gesamten Region zugenommen. Er stellt nicht nur eine Bedrohung für die Gesundheit der Bevölkerung dar, weil damit ein Konsumanreiz geschaffen wird, sondern er entzieht den Regierungen auch Steuereinnahmen und stärkt kriminelle Organisationen und Korruption. Zunehmend zeigt man sich besorgt über den möglichen Anteil, den die Tabakindustrie am Schmuggel hat. Die Europäische Kommission hat kürzlich wegen des Verlusts von Milliarden von Dollars an Zoll- und Gebühreneinnahmen in den Mitgliedstaaten gegen zwei große internationale Tabakunternehmen einen Prozess angestrengt.

Seit der Annahme des Dritten Aktionsplans wurden doch einige Fortschritte erzielt, und zwar: a) hinsichtlich der Annäherung der Besteuerung unter den Ländern, b) in Bezug auf die

Umstrukturierung des Distributions- und Einzelhandelssystems in vielen NUS, c) im Hinblick auf eine stärkere Anti-Korruptionspolitik, was durch die Verabschiedung eines gesonderten Übereinkommens im Europarat erreicht wurde, und d) durch die Einführung von Zollbanderolen in fast 80% der Mitgliedstaaten. Schätzungen zufolge hat sich der Anteil der geschmuggelten Zigaretten am Umsatz und Konsum in den letzten Jahren im östlichen Teil der Region jedoch noch weiter erhöht. Im Westen der Region waren 1997 vor allem Deutschland, Italien, Österreich, Spanien und das Vereinigte Königreich vom Zigaretenschmuggel betroffen (24). Nach Aussagen der Regierung des Vereinigten Königreichs handelt es sich bei schätzungsweise 20% der gerauchten Zigaretten und bei 80% des handgerollten Tabaks um Schmugglerware (25). Einige Erfolge meldet jedoch Spanien. Dort hat man in enger Zusammenarbeit mit dem Europäischen Amt für Betrugsbekämpfung und den Nachbarländern, insbesondere Andorra, den Anteil der Schmuggelwaren am nationalen Zigarettenmarkt auf fast 5% drücken können. Das genannte Amt hat einen umfassenden Bericht herausgegeben, in dem der Zigaretenschmuggel in der EU und vielen anderen europäischen Ländern dargestellt wird (26). Gemäß der die gesamte Region umfassenden Erhebung der WHO im Jahr 2001 wird in 19 Ländern der Zigaretenschmuggel auch auf nationaler Ebene untersucht.

Produktkontrolle, -kennzeichnung und -information

Ziel des Dritten Aktionsplans: *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.*

Zusammenfassung

Warnhinweise sind zwar in der absoluten Mehrheit der Länder Vorschrift und mehrere, hauptsächlich im östlichen Teil der Region gelegene Länder haben in den letzten Jahren neue Bestimmungen über den Aufdruck von Warnhinweisen eingeführt, doch hinsichtlich der Größe dieser Warnhinweise wurde das Ziel in der Region im Allgemeinen verfehlt. Fast 80% der Länder regeln auch den Teer- und Nikotingehalt, doch die zulässigen Höchstwerte liegen immer noch über den Zielvorgaben des Dritten Aktionsplans. Die neueste EU-Richtlinie könnte in diesen Bereichen bis zum Jahr 2005 allerdings in der gesamten Region wesentliche Verbesserungen bewirken.

Warnhinweise

Obligatorische Warnhinweise auf Zigarettenpackungen gehören zu von den Regierungen am häufigsten geforderten Maßnahmen. Für die Verbraucher sind diese gesundheitlichen Warnhinweise allerdings nur wirksam, wenn sie deutlich sichtbar, konkret und unmissverständlich abgefasst sind.

Gesundheitliche Warnhinweise sind in der absoluten Mehrheit der Länder der Region (44 Länder) vorgeschrieben. In einem großen Teil der Länder (70%–80%) liegt fest, wo und in welcher Sprache diese Warnhinweise zu drucken sind (38 Länder), welchen Teil der Verpackungsfläche sie ausmachen müssen (35 Länder), wie viele Warnhinweise aufgedruckt werden müssen (33 Länder), und auch Farbe, Kontrast und Schriftgröße sind geregelt (32 Länder). In 35 Ländern ist auch der Inhalt dieser Warnhinweise vorgeschrieben. Doch das Ziel, die Warnhinweise 20% der Vorderseite und 20% der Rückseite von Tabakpackungen ausmachen zu lassen, ist für die Region insgesamt bei weitem noch nicht erreicht. In der Region insgesamt bedecken diese Warnhinweise durchschnittlich meist unter 10% der Breitseite einer Packung. Island und Polen bilden

bemerkenswerte Ausnahmen. Dort sind diese Warnhinweise sichtbar und mit wechselndem Wortlaut angebracht.

Die EU-Richtlinie von 2001 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen könnte einen wesentlichen Fortschritt für die Durchsetzung wirksamerer Warnhinweise bedeuten (27). Bis 2003 müssen die EU-Mitgliedstaaten insbesondere sicherstellen, dass die Packungen allgemeine Warnhinweise tragen, die nicht weniger als 30% der Außenfläche der entsprechenden Breitseite der Packung des Tabakerzeugnisses einnehmen, auf die sie aufgedruckt sind. Der zusätzliche Warnhinweis mit wechselndem Wortlaut muss mindestens 40% der Außenfläche der entsprechenden Breitseite einer Packung einnehmen. Eine weitere wichtige Bestimmung, die 2003 in Kraft tritt, ist das Verbot von irreführenden Begriffen wie „niedriger Teergehalt“, „leicht“, „ultra light“ und „mild“, die den Eindruck erwecken, dass ein bestimmtes Tabakerzeugnis weniger schädlich ist als andere. Diese Richtlinie könnte Wirkungen für ganz Europa haben, da alle Tabakprodukte, die in der EU vermarktet oder auch hergestellt werden, diesen neuen Standard einhalten müssen.

Kontrolle toxischer und anderer Bestandteile

Zigarettenrauch enthält schätzungsweise 4000 Chemikalien, darunter bekannte krebserregende und toxische Elemente. Eine Risikominderung setzt eine genauere Einschätzung der an die Raucher weitergegebenen Substanzen voraus.

Im größten Teil der Europäischen Region der WHO ist der zulässige Teer- und Nikotingehalt von Tabakprodukten durch nationale Bestimmungen geregelt. Dies ist in 38 Ländern der Fall, doch nur zwölf Länder haben entsprechende Bestimmungen für Zusätze und nur in sechs Ländern ist der Kohlenmonoxyd Gehalt geregelt. In den EU-Ländern wurden diese Höchstwerte 1998 (auf 12 mg und 1,2 mg Nikotin pro Zigarette) festgelegt. In den Ländern des östlichen Teils der Region wurden die einschlägigen Bestimmungen größtenteils während der Laufzeit des Dritten Aktionsplans eingeführt.

Die EU-Richtlinie von 2001 wird die gesetzliche Regelung der Bestandteile und Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen und Tabakrauch verbessern. Nach den neuen Normen darf ab 2004 der Höchstwert von 10 mg Teer und 1 mg Nikotin pro Zigarette nicht überschritten werden. Außerdem werden alle EU-Mitgliedstaaten bis 2003 von den Herstellern und Importeuren eine nach Markennamen und Art gegliederte Liste aller bei der Herstellung dieser Tabakerzeugnisse verwendeten Inhaltsstoffe und ihrer Mengen verlangen. Sie müssen ebenfalls sicherstellen, dass die Liste der Inhaltsstoffe veröffentlicht wird. Auch das könnte wiederum in ganz Europa positive Auswirkungen haben, da die Standards alle in der EU hergestellten sowie alle exportierten Tabakerzeugnisse umfassen.

Nichtraucherzonen

Ziele des Dritten Aktionsplans: 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.

Zusammenfassung

Bis 2001 hatte kein Mitgliedstaat das ehrgeizige Ziel der Beseitigung einer unfreiwilligen Exposition gegenüber Tabakrauch in allen öffentlichen Gebäuden verwirklicht. Nahezu vier Fünftel der Länder haben jedoch das Rauchen in öffentlichen Gebäuden und öffentlichen Verkehrsmitteln verboten oder begrenzt und die unterschiedlichsten Bestimmungen in Bezug auf das Rauchen am Arbeitsplatz erlassen. Mindestens acht Mitgliedstaaten, hauptsächlich im Osten der Region, haben seit der Annahme des Dritten Aktionsplans ihre einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen wesentlich verbessert.

Sich auf das Passivrauchen beziehende gesetzliche Bestimmungen verändern die gesellschaftliche Auffassung eines bis dahin allgemein akzeptierten Verhaltens, nehmen dem Rauchen etwas von seinem glamourösen Image und tragen zur Senkung des durchschnittlichen Konsums bei. Allerdings hängt die Wirksamkeit dieser Bestimmungen von ihrer Durchsetzung ab sowie davon, ob es gelingt, durch umfassende Aufklärungskampagnen die öffentliche Meinung wachzurütteln. Als Regel muss gelten, dass das Rauchen in allen öffentlichen Räumen, d. h. an Arbeitsplätzen, in öffentlichen Gebäuden und in öffentlichen Verkehrsmitteln, völlig verboten ist.

Seit Beginn der Laufzeit des Dritten Aktionsplans wurden in der Europäischen Region strengere Bestimmungen in Bezug auf das Rauchen in öffentlichen Räumen eingeführt. Zunächst wurden die Raucher einfach räumlich von den Nichtraucherern getrennt. Mittlerweile geht der Trend jedoch zu reinen Nichtraucherzonen, wobei letzten Endes alle öffentlichen Räume rauchfrei gemacht werden sollen. Diese Änderungen gründen hauptsächlich in dem Regulierungsbedarf, der sich aus der Tatsache ergibt, dass sich die Fakten zu den Risiken des Passivrauchens mehren (28) und auch in der Öffentlichkeit die Unterstützung für gesetzliche Regelungen wächst, die nicht nur von Nichtrauchern als legitim empfunden, sondern auch von einer wachsenden Zahl von Rauchern als in-diskutabel angesehen werden (29).

In der Europäischen Region der WHO haben laut Meldungen der Länder über 80% der Mitgliedstaaten Gesetze, die das Rauchen in wichtigen öffentlichen Räumen verbieten oder streng begrenzen. Das gilt für Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, für Bildungseinrichtungen, staatliche Einrichtungen, Theater, Kinos und alle Formen des staatlichen öffentlichen Verkehrs (Tabelle 8). Bemerkenswerterweise sind in letzter Zeit auch viele internationale Flugrouten rauchfrei, obgleich sich dieser Bereich in den meisten Fällen dem Zugriff staatlicher Regulierung entzieht. Nach den vorliegenden Angaben ist nur in fünf, hauptsächlich im östlichen Teil der Region liegenden Ländern das Rauchen in öffentlichen Räumen kaum oder nicht verboten. Im Vereinigten Königreich empfiehlt ein „Code of Practice“ ein Rauchverbot in öffentlichen Räumen. Das Rauchen in öffentlichen Räumen, die freiwillig aufgesucht werden, z. B. Restaurants, Kneipen und Bars, ist nur in weniger als der Hälfte der Länder gesetzlich eingeschränkt oder verboten.

Tabelle 8: Begrenzung des Rauchens in öffentlichen Räumen

Land	Einrichtungen der Gesundheitsversorgung	Bildungseinrichtungen	Regierungsgebäude	Restaurants	Kneipen und Bars	Arbeitsplätze in Innenräumen und Büros	Theater und Kinos
Albanien	Freiwillige Vereinbarung	Freiwillige Vereinbarung	Freiwillige Vereinbarung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Freiwillige Vereinbarung	Freiwillige Vereinbarung
Andorra	Keine Angaben	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Angaben

Land	Einrichtungen der Gesundheitsversorgung	Bildungseinrichtungen	Regierungsbauwerke	Restaurants	Kneipen und Bars	Arbeitsplätze in Innenräumen und Büros	Theater und Kinos
Armenien	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Aserbaidschan	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt
Belgien	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Bosnien-Herzegowina	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Bulgarien	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Totalverbot
Dänemark	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung
Deutschland	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt
Ehem. jugoslaw. Republik Mazedonien	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Totalverbot	Totalverbot
Estland	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Totalverbot
Finnland	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Totalverbot
Frankreich	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt
Georgien	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Griechenland	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Irland	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt
Island	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Totalverbot
Israel	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Teilweise begrenzt
Italien	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Jugoslawien	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Kasachstan	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Kirgisistan	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung
Kroatien	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Totalverbot
Lettland	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt

Land	Einrichtungen der Gesundheitsversorgung	Bildungseinrichtungen	Regierungsgebäude	Restaurants	Kneipen und Bars	Arbeitsplätze in Innenräumen und Büros	Theater und Kinos
Litauen	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Totalverbot	Totalverbot
Luxemburg	Totalverbot	Totalverbot	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Totalverbot
Malta	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt
Monaco	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Niederlande	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung
Norwegen	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Österreich	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Polen	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Totalverbot
Portugal	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Republik Moldau	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt
Rumänien	Totalverbot	Totalverbot	Keine Angaben	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Angaben
Russische Föderation	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Totalverbot	Totalverbot
San Marino	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Schweden	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Totalverbot
Schweiz	Freiwillige Vereinbarung	Freiwillige Vereinbarung	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung
Slowakei	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Teilweise begrenzt
Slowenien	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Spanien	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Tadschikistan	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Tschechische Republik	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Totalverbot
Türkei	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Totalverbot
Turkmenistan	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Totalverbot	Totalverbot
Ukraine	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt

Land	Einrichtungen der Gesundheitsversorgung	Bildungseinrichtungen	Regierungsgebäude	Restaurants	Kneipen und Bars	Arbeitsplätze in Innenräumen und Büros	Theater und Kinos
Ungarn	Totalverbot	Totalverbot	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Totalverbot	Teilweise begrenzt
Usbekistan	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt
Vereinigtes Königreich	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Freiwillige Vereinbarung	Freiwillige Vereinbarung	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung
Weißrussland (Belarus)	Totalverbot	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt	Keine Begrenzung	Keine Begrenzung	Teilweise begrenzt	Teilweise begrenzt

Weniger gesetzlich geregelt scheint der Schutz der Rechte von Nichtrauchern am Arbeitsplatz zu sein. In 39 Mitgliedstaaten gibt es mittlerweile gesetzliche Maßnahmen, die das Rauchen in geschlossenen Arbeitsräumen verbieten oder begrenzen. In den meisten Ländern wird das Rauchen jedoch hauptsächlich aus anderen Gründen begrenzt. Die Maßnahmen werden mit dem Hinweis auf die Sicherheit, die Luftgüte, Lüftungsmöglichkeiten, und die Belastung durch toxische und krebserregende Substanzen begründet (beispielsweise zielten die EU-Richtlinien (30, 31) auf die Verbesserung der Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz ab). Wenn die Mitgliedstaaten das Passivrauchen als krebserregend einstufen würden, wie das auf internationaler Ebene bereits geschehen ist, könnte das die gesetzlichen Initiativen für ein Rauchverbot in öffentlichen Räumen stärken. Bis jetzt hat als einziges Land der Europäischen Region nur Finnland diesen Schritt getan (im Jahr 1999).

Im Verlauf der Abklärung noch verbleibender Fragen zu den erhobenen Daten mit Vertretern der Mitgliedstaaten zeigte es sich, dass sowohl hinsichtlich der Definition von restriktiven Maßnahmen und im Grad ihrer Umsetzung unter den Ländern erhebliche Unterschiede bestehen. Die von den Ländern übermittelten Daten spiegeln diese Komplexität und Unterschiedlichkeit leider nicht wider. Einigkeit herrscht in der Auffassung, dass die sich gegen das Passivrauchen richtenden Maßnahmen und ihre Umsetzung noch gründlicher evaluiert werden müssen, um eine genauere Beurteilung der Lage in der Region zu ermöglichen.

Raucherentwöhnungshilfen

Ziel des Dritten Aktionsplans: *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.*

Zusammenfassung

Zahlreiche Länder geben an, dass sie ihre Gesundheitsfachkräfte in Techniken der Raucherentwöhnung schulen. Es gibt jedoch noch keine für die gesamte Region vereinbarten Standards und über die für die Raucherentwöhnung und die Fortbildungsmaßnahmen geltenden Richtlinien liegen keine vergleichbaren Daten vor. Seit der Annahme des Dritten Aktionsplans hat sich das Angebot an pharmakologischen Produkten zur Unterstützung der Raucherentwöhnung erweitert und in der Mehrheit der Mitgliedstaaten sind diese Produkte auch zunehmend in Apotheken erhältlich, doch bisher übernehmen nur wenige Länder die Behandlungskosten, darunter die Kosten eines Aufenthalts in Entwöhnungskliniken.

Raucherentwöhnungsprogramme umfassen die Beratung durch eine Gesundheitsfachkraft, Verhaltensberatung und medikamentöse Produkte wie die in Nikotinersatztherapien eingesetzten und Bupropion. Die Fakten belegen, dass eine kurze Beratung und die Unterstützung von Verhaltensänderungen wirksam sind, dass Nikotinersatztherapien die Erfolgsrate verbessern und dass diese Behandlungen weitgehend kostenwirksam sind (32).

Einunddreißig Länder der Region geben an, dass sie ihre Gesundheitsfachkräfte oder Medizinstudenten einschlägig schulen, um die Raucherentwöhnung zu fördern (Tabelle 9). Allerdings liegen nur wenige vergleichbare Angaben zu Inhalt und Umfang dieses Fortbildungsangebots vor. Beispielsweise gibt es in Deutschland, in Frankreich und im Vereinigten Königreich konkrete Fortbildungskurse für Gesundheitsfachkräfte zum Thema Raucherentwöhnung. In anderen Ländern gehört das Thema Steuerung des Tabakkonsums zur Grundausbildung von Ärzten und Pflegefachkräften.

Tabelle 9: Raucherentwöhnungshilfen

Land	Schulung von Gesundheitsfachkräften und Medizinstudenten	Entwöhnungskliniken	Telefonhilfe	Preisanzee oder reduzierte Behandlungskosten	Medikamentöse Therapien für die Raucherentwöhnung vorhanden	Medikamentöse Therapie zugänglich	
						Nur auf Rezept	In Apotheken rezeptfrei
Albanien	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Andorra	Keine Angaben	Ja	Keine Angaben	Keine Angaben	Ja	Keine Angaben	Keine Angaben
Armenien	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Keine Angaben	Ja
Aserbaidschan	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Nein	Nein	Nein
Belgien	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Ja	Nikotinplaster und Bupropion nur auf Rezept	Nein
Bosnien-Herzegowina	Ja	Ja	Ja	Keine Angaben	Ja	Ja	Ja
Bulgarien	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Bupropion nur auf Rezept	Ja
Dänemark	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Bupropion nur auf Rezept	Ja
Deutschland	Ja	Keine Angaben	Ja	Keine Angaben	Ja	Bupropion und Inhaler nur auf Rezept	Ja
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	Keine Angaben	Nein	Keine Angaben	Nein	Ja	Nein	Ja
Estland	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Bupropion nur auf Rezept	Ja
Finnland	Keine Angaben	Ja	Keine Angaben	Keine Angaben	Ja	Bupropion und Nasalspray nur auf Rezept	Ja
Frankreich	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
Georgien	Keine Angaben	Ja	Ja	Keine Angaben	Ja	Nein	Nein
Griechenland	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
Irland	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Nasalspray, Inhaler und Bupropion nur auf Rezept	Ja
Island	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
Israel	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Italien	Ja	Keine Angaben	Ja	Keine Angaben	Ja	Bupropion nur auf Rezept	Ja
Jugoslawien	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Ja	Keine Angaben	Ja
Kasachstan	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja

Land	Schulung von Gesundheitsfachkräften und Medizinstudenten	Entwöhnungskliniken	Telefonhilfe	Preisreize oder reduzierte Behandlungskosten	Medikamentöse Therapien für die Raucherentwöhnung vorhanden	Medikamentöse Therapie zugänglich	
						Nur auf Rezept	In Apotheken rezeptfrei
Kirgisistan	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Keine Angaben	Keine Angaben
Kroatien	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Keine Angaben	Ja
Lettland	Ja	Nein	Keine Angaben	Nein	Ja	Bupropion nur auf Rezept	Ja
Litauen	Ja	Ja	Keine Angaben	Nein	Ja	Bupropion nur auf Rezept	Ja
Luxemburg	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Malta	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Bupropion nur auf Rezept	Ja
Monaco	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Niederlande	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Bupropion nur auf Rezept	Ja
Norwegen	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Nein	Ja	Bupropion, Inhaler und Nasalspray nur auf Rezept	Ja
Österreich	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Bupropion und Nasalspray nur auf Rezept	Ja
Polen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Bupropion; geplant sind Inhaler und Nasalspray für 2002	Ja
Portugal	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja	Bupropion nur auf Rezept	Ja
Republik Moldau	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Keine Angaben	Ja
Rumänien	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Keine Angaben	Ja
Russische Föderation	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
San Marino	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Schweden	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Bupropion und Nasalspray nur auf Rezept	Ja
Schweiz	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Bupropion und Nikotininhaler nur auf Rezept	Ja
Slowakei	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Bupropion nur auf Rezept	Ja
Slowenien	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
Spanien	Ja	Ja	Keine Angaben	Keine Angaben	Ja	Bupropion nur auf Rezept	Ja
Tadschikistan	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Tschechische Republik	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Bupropion nur auf Rezept	Ja
Türkei	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Keine Angaben	Ja
Turkmenistan	Keine Angaben	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja
Ukraine	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja
Ungarn	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Usbekistan	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Ja	Nein	Ja
Vereinigtes Königreich	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Bupropion nur auf Rezept	Ja
Weißrussland (Belarus)	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Keine Angaben	Ja

Ähnlich gestaltet sich die Situation im Hinblick auf Leitlinien für Gesundheitsfachkräfte. Viele Länder geben an, dass es solche Leitlinien gibt, doch es liegen nur lückenhafte

Informationen darüber vor, inwieweit diese Leitlinien wissenschaftlich abgestützt sind und von den Gesundheitsfachkräften auch angenommen werden. Im Vereinigten Königreich wurden klinische Leitlinien für Gesundheitsfachkräfte entwickelt, die sich auf den wissenschaftlichen Erkenntnisstand gründen und von zahlreichen nationalen Organisationen gebilligt wurden, u. a. vom Royal College of Physicians, der British Medical Association und dem Royal College of Nursing (33).

Die Angaben der Länder zeigen auch, dass Produkte für die Nikotinersatztherapie in 40 Mitgliedstaaten ohne Schwierigkeiten und ohne ärztliches Rezept in Apotheken erhältlich sind. Bupropion und einige andere Produkte für die Nikotinersatztherapie gibt es allerdings nur auf Rezept. Diese Erzeugnisse sind also ohne weiteres erhältlich, doch nur wenige Länder fördern die Zugänglichkeit von medikamentösen Behandlungen gezielt. Im Vereinigten Königreich und in Frankreich werden Produkte für die Nikotinersatztherapie und Bupropion rückvergütet und in anderen Ländern laufen versuchsweise ähnliche Initiativen, doch in der Mehrheit der Länder gibt es noch keine einschlägige Politik.

Dreißig Länder gaben an, dass sie Entwöhnungskliniken haben, doch diese bieten ganz unterschiedliche Leistungen an und viele werden in privater Regie geführt, was bedeutet, dass die Raucher die Kosten ihrer Behandlung selbst tragen müssen. Im Vereinigten Königreich und in Frankreich wurden als Teil der übergeordneten Politik einer Investition in Anti-Tabak-Maßnahmen umfassende Raucherentwöhnungshilfen, darunter auch Kliniken, geschaffen, die aus öffentlichen Mitteln finanziert werden.

Laut Angaben gibt es in unter der Hälfte der Länder der Region (in 18) einen regelmäßigen Telefonhilfsdienst, der entwöhnungswillige Raucher unterstützen kann.

Schulung, Aufklärung der Öffentlichkeit und Beeinflussung der öffentlichen Meinung

Ziel des Dritten Aktionsplans: 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.

Zusammenfassung

Nur in etwas über einem Drittel der Mitgliedstaaten laufen koordinierte, nachhaltige und geschlechtsspezifische öffentliche Aufklärungskampagnen zur Förderung von Anti-Tabak-Maßnahmen. In der Mehrheit der Länder, darunter auch in denen, die erst vor kurzem strengere einschlägige Gesetze eingeführt haben, fehlt es immer noch an langfristigen Strategien für die Aufklärung der Öffentlichkeit und die Gesundheitserziehung.

Allgemein akzeptiert ist, dass es bei Gesundheitserziehung und Aufklärungskampagnen vor allem um folgende Fragen geht: a) Wie kann man sich die Unterstützung der öffentlichen Meinung sichern, um der einflussreichen Lobbytätigkeit der Tabakindustrie wirksam begegnen zu können? b) Wie kann man die Menschen dazu motivieren, ihr Verhalten zu ändern und langfristig das Interesse an einer solchen Verhaltensänderung wach halten? Die empirischen Fakten deuten darauf hin, dass Anti-Tabak-Maßnahmen ohne eine vorausgehende, ständige und intensive

Aufklärungsarbeit ihre Wirksamkeit verlieren, vor allem in den Ländern, in denen die Tabakindustrie weiterhin für ihre Tabakerzeugnisse wirbt (34).

In den meisten Ländern im Westen der Region gab es bereits vor 1997 feste Aufklärungs- und Gesundheitserziehungsprogramme. Während der Laufzeit des Dritten Aktionsplans wurden in den meisten dieser Länder staatlich gestützte Informationskampagnen erarbeitet, die Jugendliche und Frauen vom Rauchen abhalten, die Raucherentwöhnung fördern und die Begrenzung des Rauchens in öffentlichen Räumen unterstützen sollen. Solche Kampagnen liefen beispielsweise in Dänemark, Finnland, Frankreich, Schweden und im Vereinigten Königreich.

Im östlichen Teil der Region gelang es vor allem nach der Annahme des Dritten Aktionsplans, die öffentliche Meinung stärker für Anti-Tabak-Maßnahmen zu gewinnen (eine Ausnahme bildet Polen, wo die öffentliche Meinung bereits zu Beginn und Mitte der 90er Jahre wachgerüttelt wurde). Erreicht wurde dies weitgehend durch die aktive Einführung neuer Gesetze und die Stärkung der nationalen Politik zur Steuerung des Tabakkonsums, die mit einer erheblichen öffentlichen Debatte über die unterschiedlichen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Aspekte des Tabaks einhergingen. Diese Debatte trug zur öffentlichen Bewusstseinsbildung bei und brachte Gesundheitsfachkräfte und Pädagogen dazu, sich für Anti-Tabak-Maßnahmen einzusetzen. Zugleich gehört in der Mehrheit dieser Länder die Beteiligung am Welt Nichtrauchertag und an dem von der WHO unterstützten Programm „Quit and Win“ weiterhin zum Kern der öffentlichen Aufklärungsarbeit, die durch andere, begrenzte Interventionen ergänzt wird. So beteiligten sich mehr als 45 Länder der Europäischen Region 1997–2001 an den WHO-Kampagnen zum Welt Nichtrauchertag und über 30 Länder 1998 und 2000 auch an den „Quit and Win“-Kampagnen.

Fast alle Länder der Region geben an, dass sie schulische Aufklärungsprogramme geschaffen haben. Die Daten geben allerdings nicht ausreichend Auskunft darüber, inwieweit diese Aktivitäten umfassend und systematisch angelegt und wie wirksam sie sind.

Beschreibung des Rechtswegs und Produkthaftung

Tabak-Prozesse sind in der Europäischen Region noch neu, viele von ihnen wurden erst während der Laufzeit des Dritten Aktionsplans angestrengt. Die gemeldeten Fälle haben zu tun mit:

- Schadensersatzzahlungen durch die Industrie an betroffene Einzelpersonen oder ihre Angehörigen (Ansprüche von einzelnen Rauchern oder ihren Angehörigen und von Seiten des Gesundheitssystems);
- Verbraucherschutzklagen (Klagen von Verbraucherorganisationen gegen illegale oder irreführende Werbung und Vermarktung von Seiten der Industrie);
- dem Recht von Nichtrauchern auf Schutz vor der Belastung durch das Passivrauchen (Klagen einzelner Nichtraucher oder von Organisationen).

Nach den vorliegenden Informationen laufen in 15 Mitgliedstaaten Prozesse (Belgien, Bosnien-Herzegowina, Deutschland, Finnland, Frankreich, Irland, Israel, Italien, Niederlande, Norwegen, Polen, Russische Föderation, Schweden, Spanien und Vereinigtes Königreich). Individuelle Klagen auf Schadensersatz hatten bisher keinen Erfolg. Doch die Zahl der Fälle wächst, in denen die nicht auf Schadensersatz abzielenden Forderungen von Verbrauchern und Nichtrauchern zu Entscheidungen geführt haben, die die Durchsetzung geltender Gesetze stärken.

Die Rolle der Mitgliedstaaten

Zusammenfassung

2001 hatten ungefähr die Hälfte der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO nationale Aktionspläne, in Dreiviertel der Länder gibt es zudem sektorübergreifende Koordinationsausschüsse, doch in weniger als der Hälfte der Länder findet man beide diese wichtigen Elemente einer umfassenden Anti-Tabak-Politik. Seit der Annahme des Dritten Aktionsplans wurden die wichtigsten Fortschritte im östlichen Teil der Region erzielt, obwohl dort die Schaffung eines Koordinationsausschusses nicht immer zur Annahme von Aktionsplänen geführt hat (vor allem, weil es an Zeit für ihre Fertigstellung fehlte). Die Bereitstellung ausreichender finanzieller staatlicher Mittel ist weiterhin außerordentlich wichtig für die Nachhaltigkeit nationaler Programme, aber auch für ihre Koordinierung, die Verlaufsbeobachtung und Evaluation.

Länderspezifische Koordinationsausschüsse

Ziel des Dritten Aktionsplans: *Bis zum Jahr 1998 sollte es in allen Mitgliedstaaten adäquat finanzierte Ausschüsse zur Koordinierung der Anti-Tabak-Maßnahmen geben.*

Ein multisektorales und umfassendes Vorgehen bildet den Eckpfeiler wirksamer nationaler Anti-Tabak-Programme. Eine gute Koordination ist somit eine strategische Voraussetzung für ihre Umsetzung. Allerseits akzeptiert ist die Forderung, dass eine solche Koordination die Schaffung eines wirksamen intersektoralen Mechanismus voraussetzt, dessen Kernelement ein finanziell angemessen ausgestatteter Ausschuss sein muss. In solchen Ausschüssen könnten Vertreter der einschlägigen Regierungsressorts sitzen, wobei das Gesundheitsministerium die führende Rolle übernehmen sollte.

Die vorliegenden Angaben zeigen, dass es in 37 Mitgliedstaaten nationale Koordinationsausschüsse für Anti-Tabak-Maßnahmen gibt (Tabelle 10). Die Hälfte dieser Ausschüsse, vor allem im östlichen Teil der Region, wurde während der Laufzeit des Dritten Aktionsplans geschaffen, ihre finanzielle Ausstattung ist allerdings immer noch unzureichend. Bemerkenswerterweise geben zwei Länder (Italien und Ungarn) an, dass sie keine Koordinationsausschüsse für Anti-Tabak-Maßnahmen eingesetzt haben, obwohl sie nationale Aktionspläne haben.

Tabelle 10: Nationale Aktionspläne und Koordinationsgremien

Land	Nationale Anti-Tabak-Aktionspläne	Konkrete Ziele zur Steuerung des Tabakkonsums in den Aktionsplänen	Nationales Koordinationsgremium für Anti-Tabak-Maßnahmen
Albanien	Nein	Nein	Nein
Andorra	Nein	Keine Angaben	Nein
Armenien	Ja	Ja	Ja
Aserbaidshan	Ja	Ja	Ja
Belgien	Nein	Nein	Nein
Bosnien-Herzegowina	Ja	Ja	Ja
Bulgarien	Nein	Nein	Ja

Land	Nationale Anti-Tabak-Aktionspläne	Konkrete Ziele zur Steuerung des Tabakkonsums in den Aktionsplänen	Nationales Koordinationsgremium für Anti-Tabak-Maßnahmen
Dänemark	Ja	Ja	Ja
Deutschland	Nein	Nein	Nein
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	Ja	Ja	Ja
Estland	Nein	Nein	Ja
Finnland	Ja	Ja	Ja
Frankreich	Ja	Ja	Ja
Georgien	Ja	Ja	Ja
Griechenland	Nein	Nein	Ja
Irland	Ja	Ja	Ja
Island	Ja	Ja	Ja
Israel	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Italien	Ja	Ja	Nein
Jugoslawien	Ja	Keine Angaben	Ja
Kasachstan	Nein	Nein	Ja
Kirgisistan	Nein	Ja	Ja
Kroatien	Nein	Ja	Ja
Lettland	Nein	Nein	Ja
Litauen	Ja	Ja	Ja
Luxemburg	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Malta	Nein	Nein	Ja
Monaco	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Niederlande	Ja	Ja	Ja
Norwegen	Ja	Ja	Ja
Österreich	Nein	Nein	Nein
Polen	Ja	Ja	Ja
Portugal	Ja	Ja	Ja
Republik Moldau	Nein	Ja	Ja
Rumänien	Nein	Nein	Ja
Russische Föderation	Ja	Ja	Ja
San Marino	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Schweden	Ja	Ja	Ja

Land	Nationale Anti-Tabak-Aktionspläne	Konkrete Ziele zur Steuerung des Tabakkonsums in den Aktionsplänen	Nationales Koordinationsgremium für Anti-Tabak-Maßnahmen
Schweiz	Ja	Nein	Ja
Slowakei	Ja	Ja	Ja
Slowenien	Ja	Ja	Ja
Spanien	Ja	Ja	Ja
Tadschikistan	Nein	Nein	Ja
Tschechische Republik	Nein	Nein	Nein
Türkei	Ja	Ja	Ja
Turkmenistan	Nein	Nein	Nein
Ukraine	Nein	Keine Angaben	Ja
Ungarn	Ja	Ja	Nein
Usbekistan	Nein	Nein	Nein
Vereinigtes Königreich	Ja	Ja	Ja
Weißrussland (Belarus)	Nein	Nein	Ja

Länderspezifische Aktionspläne

Ziel des Dritten Aktionsplans: *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.*

Sechszwanzig Mitgliedstaaten haben mitgeteilt, dass sie landesweite, konkrete Ziele umfassende Aktionspläne für Anti-Tabak-Maßnahmen aufgestellt haben. Darüber hinaus sind in einigen Ländern spezifische Anti-Tabak-Ziele in andere Gesundheitsförderungsprogramme eingebaut worden. In mindestens elf Ländern im Osten der Region (Bulgarien, Estland, Kasachstan, Kirgisistan, Kroatien, Lettland, Republik Moldau, Rumänien, Tadschikistan, Ukraine und Weißrussland), in denen sektorübergreifende Koordinationsausschüsse erst während der Laufzeit des Dritten Aktionsplans etabliert wurden, arbeitet man noch an nationalen Aktionsplänen, die dann noch ihrer Annahme harren (Tabelle 10).

Mit Ausnahme von Finnland, Frankreich, Norwegen, Polen, Schweden und dem Vereinigten Königreich wurden keine endgültigen Angaben darüber gemacht, wie konkret die Aktionspläne im Hinblick auf ihre Nachhaltigkeit sowie ihre geschlechts- und altersspezifische Ausrichtung sind. Aus unterschiedlichen Quellen scheint jedoch hervorzugehen, dass es in der Mehrheit der Länder einige schulische Programmelemente, Interventionen im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung und Schulungsangebote für Lehrer gibt.

Der Verbund der nationalen Ansprechpartner für den Aktionsplan für ein tabakfreies Europa

Das Regionalbüro arbeitete für die Schaffung des Verbunds der nationalen Ansprechpartner und kümmert sich seither um dieses Netz der nationalen Ansprechpartner für den Aktionsplan. Da die Region jetzt in eine besonders aktive Phase der Anti-Tabak-Maßnahmen eintritt, haben 47 Mitgliedstaaten auf Ersuchen des Regionalbüros Anfang 2001 ihre nationalen Ansprechpartner in ihrem Amt bestätigt oder neu ernannt, was dem Verbund für die kommende Phase neue Impulse bringt.

Der Verbund wird mit seinen jährlichen Tagungen zu einem immer stärkeren Mechanismus und einer brauchbaren Ressource; er liefert aktualisierte länderspezifische Daten und erleichtert den regelmäßigen Informationsaustausch. Außerdem überprüft er die wichtigsten Aspekte und Produkte in der Anti-Tabak-Arbeit des Regionalbüros und gibt einschlägige Empfehlungen ab. Der Verbund beteiligte sich maßgeblich an der Entwicklung der europäischen WHO-Datenbank für Anti-Tabak-Maßnahmen und an der Erarbeitung von Länderprofilen sowie an den Vorbereitungen auf die im Februar 2002 in Warschau stattfindende Europäische ministerielle WHO-Konferenz Für ein tabakfreies Europa und an der Ausarbeitung der Konferenzklärung. Eine Gruppe von nationalen Ansprechpartnern, die auf der letzten Verbundtagung im Dezember 2001 in Ljubljana gebildet wurde, arbeitet mittlerweile in enger Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro an dem Entwurf für den nächsten Aktionsplan für ein tabakfreies Europa. Dieser Entwurf wird auf der nächsten Tagung der nationalen Ansprechpartner im Mai 2002 behandelt.

Verlaufsbeobachtung und Evaluierung

Ziel des Dritten Aktionsplans: *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.*

Eine ausreichend finanzierte Verlaufsbeobachtung ist besonders wichtig, ganz allgemein für die Beurteilung von Grundsatzmaßnahmen, insbesondere aber auch für die Abschätzung ihrer Wirkung auf bestimmte soziale und demographische Gruppierungen. Die umfassende Verlaufsbeobachtung und Evaluation von Anti-Tabak-Maßnahmen wurde als Ziel nur in wenigen Ländern der Region verwirklicht. Das liegt hauptsächlich an fehlenden Mitteln, aber auch daran, dass es für zweckgerechte Forschungsarbeiten keine etablierte Methodik gibt. In vielen Ländern im Osten der Region gründet das Problem auch in der Tatsache, dass man in den letzten Jahren eine umfassende Politik entwickelt und eingeführt hat, die keine bedarfsgerechte Berichterstattung zulässt. Folglich veröffentlichen die meisten Länder noch keinen zweijährlichen umfassenden Bericht über ihre Anti-Tabak-Maßnahmen, wie das im Dritten Aktionsplan eigentlich vorgesehen war.

Die Rolle internationaler Partner und des WHO-Regionalbüros für Europa

Der Ausschuss für ein tabakfreies Europa

Der Ausschuss für ein tabakfreies Europa (CTE) wurde 1999 gebildet, nachdem das WHO-Regionalkomitee für Europa zwei Jahre zuvor die einschlägige Resolution EUR/RC47/R8 verabschiedet hatte. Aufgabe des CTE ist es, sich beratend zu den internationalen Aspekten von Anti-Tabak-Maßnahmen in der Region zu äußern und diese aktiv zu unterstützen. Der Ausschuss setzt sich aus führenden Fachexperten und Vertretern internationaler Organisationen und Organisationen der europäischen Integration zusammen, d. h. Vertretern der Europäischen Kommission, der Weltbank, der International Union Against Cancer, der Association of European Cancer Leagues, des Europäischen Netzwerks für die Prävention des Rauchens sowie des Internationalen Netzwerks Frauen gegen Tabak.

In den letzten Jahren hat sich der CTE auf zwei Hauptaspekte der internationalen Anti-Tabak-Politik konzentriert, nämlich auf die Vorschläge für Protokolle zum Rahmenübereinkommen und auf die Vorbereitungen für die Europäische ministerielle Konferenz der WHO für ein tabakfreies Europa. Der CTE hat sich gründlich mit den Diskussionspapieren befasst, die von seinen Mitgliedern zu den vorgeschlagenen inhaltlichen Elementen von zwei möglichen Protokollen zum Rahmenübereinkommen vorgelegt wurden. Bei dem einen handelt es sich um die Frage der Werbung und Sponsortätigkeit für Tabakerzeugnisse, bei dem anderen um die Behandlung der Tabakabhängigkeit. Dem WHO-Regionalbüro für Europa wurde die globale Verantwortung für die Sekretariatsfunktion im Zusammenhang mit der Ausarbeitung dieser Protokolle übertragen. Die Arbeit an den Protokollen wird weitergeführt, sobald und wenn der Zwischenstaatliche Verhandlungsausschuss für das Rahmenübereinkommen seine Empfehlungen aufgestellt hat. Der CTE dient als internationaler Lenkungsausschuss für die ministerielle Konferenz in Warschau und hat durch seine Beratung zu den inhaltlichen und internationalen Aspekten der Konferenz Wichtiges zu den Vorbereitungen beigetragen.

Der Ausschuss befasste sich außerdem mit dem Entwurf für eine Europäische Datenbank über Anti-Tabak-Maßnahmen und den wichtigsten Erkenntnissen hinsichtlich der Umsetzung des Dritten Aktionsplans für ein tabakfreies Europa und arbeitet zur Zeit an Empfehlungen zu den Hauptelementen und den Vorbereitungen für den nächsten europäischen Aktionsplan (2002–2006). Sowohl der CTE wie das Netz der internationalen Ansprechpartner war der Meinung, dass diese beiden Parallelstrukturen besser koordiniert werden müssten, um besser an den konkreten Bedürfnissen und der Politik der Mitgliedstaaten ausgerichtete Maßnahmen ergreifen zu können.

Organisationen der europäischen Integration und zwischenstaatliche Organisationen

Innerhalb der Europäischen Region haben multilaterale Anti-Tabak-Maßnahmen ihre Plattform in Organisationen der europäischen Integration und in zwischenstaatlichen Organisationen. Im Dritten Aktionsplan wurde unterstrichen, dass die Europäische Union und der Europarat als wichtige Organisationen, die Anti-Tabak-Maßnahmen in der Region wesentlich unterstützen können, eine Rolle zu spielen haben. In den letzten Jahren hat ein weiterer wichtiger internationaler Akteur, nämlich die Weltbank, verstärktes Interesse für Maßnahmen im Bereich der Steuerung des Tabakkonsums bekundet.

Die von der Europäischen Kommission ins Leben gerufenen Initiativen zielen nicht nur auf ein besseres Funktionieren des Binnenmarkts in den EU-Mitgliedstaaten ab, sondern sollen gemäß Artikel 152 des Vertrags von Maastricht auch ein hohes Maß an Gesundheits- und Verbraucherschutz sicherstellen. Während der Laufzeit des Dritten Aktionsplans arbeitete die Kommission nicht nur an einer Harmonisierung der Besteuerung von Tabakerzeugnissen, sondern richtete ihre Politik im Bereich des öffentlichen Gesundheitsschutzes gezielt auf junge Menschen, entwöhnungswillige Raucher und Nichtraucher aus. Für junge Menschen nützlich gewesen wäre Richtlinie 98/43/EG (mit der ein generelles Verbot der Werbung für Tabakerzeugnisse und Sponsortätigkeiten festgelegt wurde), wenn sie nicht kürzlich aufgehoben worden wäre. Die Annahme der Tabak-Richtlinie 2001/37/EG (27) sollte Rauchern eine umfassendere Information über Tabakerzeugnisse bringen. Mit ihrem Beitrag zur Europäischen Konferenz Rauchfreier Arbeitsplatz (Berlin, 10.–11. Mai 2001) (35) bekräftigte die Kommission ihre Unterstützung für Maßnahmen, die das Passivrauchen von Nichtrauchern vermindern. Die Kommission arbeitet zur Zeit an einem Vorschlag, der auch auf die Frage eingeht, wie man den Schutz der Nichtraucher vor den Auswirkungen des Passivrauchens verbessern könnte.

Die Gemeinschaft hat die Subventionen für Tabakanbauer gekürzt und mit den Mitteln durch das Programm Europa gegen den Krebs Aufklärungskampagnen über die Gefahren des Rauchens finanziert, außerdem hat sie verschiedene, im Bereich der Raucherprävention tätige Netzwerke unterstützt. Eine gemeinschaftsweite Kommunikationskampagne zur Verhütung der Nikotinabhängigkeit unter Jugendlichen beginnt 2002 und läuft über zwei Jahre.

Während der Laufzeit des Dritten Aktionsplans eröffnete der Prozess der EU-Erweiterung erhebliche Möglichkeiten, die Anti-Tabak-Politik in den meisten Beitrittsländern zu unterstützen. Der jüngste Briefwechsel zwischen der Europäischen Kommission und der WHO führte dazu, dass neue Synergieeffekte in unterschiedlichen Konzepten für Anti-Tabak-Maßnahmen genutzt werden konnten, insbesondere hinsichtlich der Maßnahmen zur Verhütung des Rauchens unter Kindern und Jugendlichen.

Der Europarat unterstützt Anti-Tabak-Maßnahmen in der Region durch seine verschiedenen Programme und Resolutionen, mit denen die Parlamente und Regierungen seiner Mitgliedstaaten angesprochen werden. Diese Arbeit könnte sich in der kommenden Zeit besonders positiv auswirken, wenn wichtige internationale Dokumente wie das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen und der nächste Europäische Aktionsplan in die entscheidend wichtige Phase ihrer Fertigstellung und Annahme eintreten. Im Jahr 2001 veranlasste der Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie der Parlamentarischen Versammlung des Europarats in Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro für Europa wichtige Anhörungen zum Thema Tabak, die zu einer wirksamen Zusammenarbeit in Bezug auf europaweite Maßnahmen führen könnten.

Die Weltbank ist in den letzten Jahren auf dem Gebiet der Anti-Tabak-Maßnahmen zunehmend aktiv, und zwar in enger Zusammenarbeit mit der WHO und mit anderen internationalen Organisationen. Die Weltbank nutzt ihren Kompetenzvorsprung in der Wirtschaft und auf dem Gebiet des politischen Dialogs, indem sie sich auf die Wirtschaftlichkeit von Anti-Tabak-Maßnahmen, darunter auf die Tabak-Besteuerung sowie auf die wirtschaftlichen und sozialen Auswirkungen von Anti-Tabak-Maßnahmen (u. a., was sehr wichtig ist, ihre Auswirkungen auf die Armen) und die Kostenwirksamkeit von Interventionen konzentriert. 1999 veröffentlichte die Bank einen Bericht (16), in dem die Fakten zu wichtigen wirtschaftlichen und sozialen Fragen im Zusammenhang mit Anti-Tabak-Maßnahmen analysiert und zusammengefasst werden.

Ein weiterer Schwerpunktbereich waren die Bemühungen um die Verbesserung der vor Ort vorhandenen Forschungskompetenz zur Thematik Wirtschaftlichkeit von Anti-Tabak-Maßnahmen. Die Weltbank arbeitete mit einheimischen Wissenschaftlern in mehreren Ländern (Estland, Lettland, Polen, Türkei und Ukraine) an der Qualifizierung der politikrelevanten Forschungskompetenz. Sie unterstützte Forschungsstiftungen und vermittelte fachliche Unterstützung und praktische Fortbildungsangebote. Zur Zeit laufen Forschungsarbeiten, mit denen die Verteilungseffekte einer Anti-Tabak-Politik untersucht werden, was anhand von vorliegenden Daten aus Haushaltssurveys in Armenien, Bulgarien, Kasachstan und Tadschikistan geschieht. Angesichts der beunruhigenden Trends unter der Jugendbevölkerung analysierte die Weltbank die durch den WHO/CDC Global Youth Tobacco Survey gewonnenen Daten für Polen, die Russische Föderation und die Ukraine.

Anti-Tabak-Maßnahmen waren ein wichtiges Element der von der Weltbank in den letzten Jahren in vielen Ländern durchgeführten Gesundheitsprojekte. U. a. wurde der wahrscheinliche Einfluss einer höheren Besteuerung des Tabakkonsums untersucht, was auch der Festsetzung neuer, höherer Steuersätze dienen soll. In anderen Fällen unterstützte man die einschlägige politische Grundsatzarbeit, Gesundheitsförderungsaktivitäten (Information, öffentliche Bewusstseinsbildung, politische Überzeugungsarbeit) und die Überwachung. Konkrete Maßnahmen beinhalteten die Beurteilung der Wirksamkeit von Entwöhnungstherapien unter armen Rauchern im Rahmen einer Pilotuntersuchung, die Entwicklung eines „Toolkit“ für die glaubwürdige Analyse der mit Anti-Tabak-Maßnahmen verbundenen ökonomischen Fragen, die weltweite Verbreitung der wichtigsten Erkenntnisse aus dem Weltbankbericht von 1999 und den politischen Dialog mit leitenden Beamten der einzelnen Länder (aus der Europäischen Region nahmen Kirgisistan, die Türkei und Ungarn sowie sieben Mittelmeeranrainerstaaten an länderspezifischen und regionalen Tagungen teil).

Nichtstaatliche Organisationen

Nichtstaatliche Organisationen (NGOs) spielen für die Entwicklung umfassender Konzepte für Anti-Tabak-Maßnahmen auf nationaler und europäischer Ebene eine wichtige Rolle. Sie fungieren als Bindeglied zwischen der Zivilgesellschaft und staatlichen Organen, sie können den Einzelnen, Organisationen und Netzwerke mobilisieren und damit Impulse für Veränderungen geben.

Das Europäische Netzwerk für die Prävention des Rauchens (ENSP) verfolgt das Ziel, eine Strategie für koordinierte Maßnahmen der in Europa mit Anti-Tabak-Aktivitäten befassten Organisationen zu schaffen. Das Netzwerk wird von der Europäischen Kommission subventioniert und besteht aus nationalen Bündnissen, die in den 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union für die Prävention des Rauchens arbeiten, sowie aus spezialisierten, auf europäischer Ebene tätigen Netzwerken. Nationale Bündnisse haben sich auch in Estland, Island, Norwegen, Polen, der Tschechischen Republik und in Ungarn gebildet. Das ENSP hat es sich zum Ziel gesetzt, die Aktivitäten nationaler Bündnisse zu fördern und zu erleichtern, für den Informations- und Erfahrungsaustausch unter den Verbundmitgliedern zu sorgen und eine koordinierte Strategie für die Arbeit von NGOs zu entwickeln. Das Netzwerk hat eine Koordinierungsfunktion in von der EU finanzierten Anti-Tabak-Projekten und bietet der WHO und anderen internationalen Organisationen die Möglichkeit, mehr über die in einzelnen Ländern geführte Politik zu erfahren.

Die International Union Against Cancer (UICC) ist ein weiterer wichtiger Akteur und Partner der WHO in der europäischen NGO-Landschaft. Das Schwergewicht der Arbeit dieser Organisation liegt auf der Krebsforschung und im Zusammenhang damit auch auf Anti-Tabak-Maßnahmen. Durch sein Verbindungsbüro in Brüssel betätigt sich die UICC als aktiver Lobbyist für die

EU-Richtlinien. Sie ist ein starker Fürsprecher einer wirksamen Besteuerung von Tabakerzeugnissen, bekämpft den Zigarettschmuggel und äußert sich auch zu anderen Aspekten von Anti-Tabak-Maßnahmen. Die UICC beherbergt GLOBALink, ein immer häufiger benutztes Internet-Kommunikationsinstrument für die internationale Anti-Tabak-Bewegung. Der Dienst besitzt ein umfassendes Ressourcenverzeichnis und ermöglicht den schnellen Zugang zu Spitzenexperten in allen Bereichen der Anti-Tabak-Politik und Lobbyarbeit.

Das Internationale Netzwerk Frauen gegen Tabak (INWAT) setzt sich engagiert dafür ein, Frauen bei Aktionen, die den Tabakkonsum von Frauen verhindern sollen, zu unterstützen und zu vereinen. In den letzten fünf Jahren verfolgte der Verbund das Ziel, die Kommunikation und den Erfahrungsaustausch zu fördern, einen Konsens über eine frauenspezifische Anti-Tabak-Strategie herzustellen und in Europa das Bewusstsein für frauenspezifische Tabakprobleme zu schärfen. Zu den wichtigsten Bereichen der Zusammenarbeit mit der WHO zählt die Beteiligung an Tagungen über die Regulierung von Erzeugnissen zur Behandlung der Tabakabhängigkeit und über die Tabakepidemie unter Frauen und Jugendlichen. INWAT lieferte einen Beitrag zu einer neueren WHO-Veröffentlichung (36) und hat einen wichtigen Bericht erarbeitet, der Handlungsempfehlungen für zahlreiche Organisationen und für auf die Tabakbekämpfung spezialisierte Frauennetzwerke enthält.

Das Europäische Netzwerk Jugend und Tabak (ENYPAT) trägt durch europaweite Zusammenarbeit, durch Informationsaustausch und Programmaufbau zur Verringerung des Tabakkonsums unter Jugendlichen bei. Der Verbund fördert die Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen: mit internationalen Organisationen (WHO) und Organisationen der europäischen Integration (EU), mit europäischen Ländern und insbesondere mit anderen NGOs. Ein gutes Beispiel ist der europäische Wettbewerb Rauchfreies Klassenzimmer, das größte schulische Programm zur Verhütung des Rauchens in der Region. Er wurde erstmals im Schuljahr 1997/1998 in sieben Ländern durchgeführt. Seitdem hat sich die Teilnehmerzahl erhöht, und 2000/2001 lief das Programm in 15 europäischen Ländern in insgesamt 14 800 Klassen mit annähernd 370 000 Schülern.

Die Association of European Cancer Leagues (ECL), der vierzig Krebsorganisationen aus ganz Europa angehören, arbeitete zwischen 1997 und 2001 weiterhin aktiv für Anti-Tabak-Maßnahmen. In Zusammenarbeit mit der UICC richtete die ECL in Brüssel ein EU-Verbindungsbüro ein, um so wirksame Anti-Tabak-Gesetze in Europa fördern zu können und verschiedene Lobbyaktivitäten im Bereich der Anti-Tabak-Maßnahmen zu koordinieren. Die Mitglieder traten auf nationaler und EU-Ebene für die Richtlinie über das Verbot der Tabakwerbung und -verkaufsförderung ein. Dazu gehörte auch, dass Wissenschaftler, Ärzte und Laien in großer Zahl Briefe an die Politiker und an die Medien schrieben, dass Berichte mit die Richtlinie stützenden Fakten veröffentlicht wurden, dass man in den Medien Überzeugungsarbeit leistete und Netzwerke von Verbrauchern, die Kirche und Berufsgruppen mobilisierte. Ähnliche Anstrengungen unternahm man für die Richtlinie über die Regulierung von Tabakerzeugnissen. Außerdem setzte sich der Verband stark für das Rahmenübereinkommen ein und warb für den Welt Nichtrauchertag.

Nichtstaatliche Organisationen aus der gesamten Region arbeiten mit der WHO für eine stärkere Anti-Tabak-Politik. Doch die NGO-Bewegung gegen Tabak ist in vielen Mitgliedstaaten, insbesondere im Osten der Region, immer noch relativ schwach. Erfahrene internationale NGOs und Netzwerke können in diesen Ländern stärkere NGO-Bündnisse für Anti-Tabak-Maßnahmen fördern. Diese Bündnisbemühungen sind entscheidend für die Verabschiedung und Umsetzung von besser greifenden nationalen Gesetzen, der EU-Tabakrichtlinien und des kommenden Anti-Tabak-Rahmenübereinkommens.

Gesundheitsberufe

Berufsverbände für Gesundheitsfachkräfte waren die ersten, die ihre Mitglieder mobilisierten und eine wirksame Lobbytätigkeit für eine Anti-Tabak-Politik entwickelten. Während der Laufzeit des Dritten Aktionsplans arbeiteten sie weiterhin in ihren konkreten europäischen Fora in offizieller Zusammenarbeit mit der WHO. Sie haben wichtige Schritte unternommen, um unter ihren Mitgliedern die Raucherentwöhnung zu unterstützen.

Das Europäische Forum der Ärzteverbände und der WHO (EFMA) errichtete in Zusammenarbeit mit der British Medical Association und anderen nationalen Ärzteverbänden sowie mit Unterstützung der Europäischen Kommission das erste Tobacco Control Resource Centre (TCRC). Die Stelle erteilt einschlägige Auskünfte und koordiniert die Anti-Tabak-Maßnahmen von einzelstaatlichen Ärzteverbänden und ihrer Mitglieder. Das TCRC entwickelte und führte epidemiologische Piloterhebungen über das Rauchen von Ärzten in 26 Ländern durch und gab *Doctors and tobacco – Medicine's big challenge* (37), einen umfassenden Maßnahmenkatalog für Ärzteverbände, heraus. Die Stelle unterstützt zudem die EFMA-Tabakpolitik, indem sie wissenschaftliches Faktenmaterial für die öffentlichen WHO-Anhörungen zum Rahmenübereinkommen liefert und den Wortlaut eines Schreibens von Ärzteverbänden aller 15 EU-Mitgliedstaaten an Parlamentarier des Europäischen Parlaments koordiniert, mit dem die Ärzteverbände die EU-Richtlinie zur Tabakwerbung unterstützen. Das Forum unterstützte auch die für die Europäische Region ausgesprochenen Empfehlungen der WHO über die evidenzbasierte Behandlung der Tabakabhängigkeit, die von mehreren nationalen Ärzteverbänden bereits veröffentlicht wurden. Tabak ist ein fester Punkt auf der Tagesordnung des Forums, das offizielle Grundsatzserklärungen zu den Bemühungen der nationalen Ärzteverbände um die Verringerung der Sterblichkeit und Morbidität aufgrund der durch Rauchen bedingten Krankheiten, zum Werbeverbot, zur Förderung von rauchfreien Gesundheitseinrichtungen, rauchfreien Flügen, Flughäfen und anderen öffentlichen Räumen, zur Förderung der Aufklärung über die Risiken des Tabakkonsums und zur Unterstützung der Raucherentwöhnung abgegeben hat.

Das von nationalen Apothekerverbänden und dem WHO-Regionalbüro für Europa gebildete EuroPharm Forum unterstützte die Raucherentwöhnungsaktivitäten in den meisten der 15 EU-Länder. Die Bemühungen, die Verbandsmitglieder in den einzelnen Ländern dazu zu bringen, sich ihrer professionellen Verantwortung bewusst zu sein und das Rauchen aufzugeben, haben ermutigende Resultate gezeitigt. Die letzten Ergebnisse einer in den EU-Mitgliedstaaten durchgeführten Erhebung sind im Vergleich zu den Angaben von 1992 ermutigend. 1999 wurde ein überarbeitetes Protokoll mit dem Titel *Pharmacists and action on tobacco* veröffentlicht (38), das die Apothekerverbände unterstützen und ihnen einschlägiges Wissen für koordinierte nationale Maßnahmen vermitteln soll. Um die Fachkräfte in den Mitgliedstaaten verstärkt für die Thematik zu interessieren, wird in dem News Flash und im Newsletter des EuroPharm Forums regelmäßig über Anti-Tabak-Maßnahmen berichtet.

Die Gesundheitsberufe (Ärzte-, Apotheker- und Pflegeverbände) starteten in Finnland und im Vereinigten Königreich ein Pilotprojekt, das zeigen soll, wie man koordinierte und multidisziplinäre Programme sicherstellt. Die finnischen Erfahrungen waren positiv und können hoffentlich andernorts genutzt werden. Die „Fora“ sind auch an den verschiedenen Aktivitäten beteiligt, die im Rahmen des europäischen WHO-Partnerschaftsprojekts zur Verringerung der Tabakabhängigkeit unternommen werden.

WHO-Regionalbüro für Europa

Das WHO-Regionalbüro für Europa hat aktiv zur Umsetzung des Dritten Aktionsplans beigetragen; das Programm „tabakfreies Europa“ bildete dabei den Schwerpunkt für die Operationalisierung und Koordinierung der Arbeit mit den Mitgliedstaaten und mit internationalen Partnern sowie innerhalb des Regionalbüros.

Im Jahr 2001 machte sich das Regionalbüro daran, als erste WHO-Region den regionalen Teil des geplanten globalen Systems für die Überwachung von Anti-Tabak-Maßnahmen ins Leben zu rufen. Dieses System wird eine standardisierte und verlässliche Struktur haben und die Möglichkeit bieten, die Tabak-Situation in den Ländern und im Ländervergleich zu verfolgen und zu beurteilen und diese Informationen an politische Entscheidungsträger, Mitarbeiter von Programmen zur Verhütung und Eindämmung des Tabakkonsums, an Wissenschaftler und globale Partner weiterzugeben. Die europäische WHO-Datenbank für Anti-Tabak-Maßnahmen, ein regionales Kernprodukt für das Überwachungssystem, war Ende 2001 aufgebaut. Sie enthält umfassende Daten zum Tabakkonsum und den politischen Maßnahmen in 48 Mitgliedstaaten und wird regelmäßig aktualisiert werden. Auf der Grundlage der Angaben in dieser Datenbank erarbeitete europäische Anti-Tabak-Profile, die Ende 2001 zur Veröffentlichung vorliegen, können den Mitgliedstaaten und internationalen Partnern demnächst als konsolidierte Quelle für die Aufstellung von regionalen und nationalen Aktionsplänen dienen. Die Datenbank und die Länderprofile werden den einzelstaatlichen Behörden zudem helfen, ausgehend von den in anderen Ländern gemachten Erfahrungen ihre eigene Lage in Bezug auf Anti-Tabak-Maßnahmen kritisch zu bewerten und damit das „Gelernte“ in die praktische Verbesserung ihrer eigenen Anti-Tabak-Politik umzusetzen.

In den letzten Jahren arbeitete das Regionalbüro an den Vorbereitungen für die ministerielle WHO-Konferenz: Für ein tabakfreies Europa, die im Februar 2002 in Warschau stattfindet und für die Region einen Meilenstein im Bereich der Anti-Tabak-Maßnahmen darstellen wird. Die ministerielle Konferenz soll das politisch verpflichtende Engagement und die Unterstützung der Mitgliedstaaten für die kommende Anti-Tabak-Rahmenkonvention und den nächsten Aktionsplan für ein tabakfreies Europa erleichtern sowie die in Europa bestehenden Partnerschaften für die Durchführung einer koordinierten und umfassenden Anti-Tabak-Politik stärken.

Das Regionalbüro hat sich insbesondere mit den Mitgliedstaaten im östlichen Teil der Region aktiv darum bemüht, die Anti-Tabak-Politik in diesen Ländern zu stärken und zu begleiten. Drei teilregionale Konferenzen und Tagungen für die zentralasiatischen Republiken, die Gemeinschaft unabhängiger Staaten und die baltischen Länder im Zeitraum 2000–2001 sowie die Konferenz zum Thema Jugend und Rauchen in den MOE-Ländern (Budapest, 2000) dienten als wichtiger Mechanismus für die Mehrländerkoordination der Anti-Tabak-Maßnahmen. Die besondere Aufmerksamkeit des Regionalbüros galt der Erleichterung der Mehrländerzusammenarbeit bei den Verhandlungen über das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen.

Mehrere länderspezifische WHO-Projekte zu verschiedenen Aspekten einzelstaatlicher Anti-Tabak-Politik sind in Vorbereitung (Schutz der Jugend vor Tabak in der Ukraine, Aspekte des Passivrauchens in Lettland und Polen). Drei Länder der Region (Polen, die Russische Föderation und die Ukraine) haben den Global Youth Tobacco Survey durchgeführt, sechs weitere Länder (Bulgarien, Georgien, Lettland, Litauen, Tschechische Republik und Türkei) haben sich bereit erklärt, dies demnächst zu tun, weshalb sie vor kurzem ihre einschlägigen Forschungsmitarbeiter zu Schulungskursen in das WHO-Hauptbüro geschickt haben. Das Regionalbüro unterstützte diese und andere Aktivitäten durch verschiedene Grundsatzmissionen und den regelmäßigen

Informationsaustausch. Außerdem koordinierte und unterstützte das Regionalbüro in der überwiegenden Mehrheit der Länder die jährlichen Kampagnen zum Welt Nichtrauchertag.

Das Europäische WHO-Partnerschaftsprojekt zur Verringerung der Tabakabhängigkeit wurde 1999 für ursprünglich drei Jahre ins Leben gerufen mit dem Ziel, die Zahl der tabakbedingten Sterbefälle und Krankheiten unter tabakabhängigen Rauchern zu verringern. Zu den Partnern des Projekts zählen staatliche und nichtstaatliche Organisationen auf internationaler, europäischer und Länderebene, Vertreter von Berufsverbänden und wissenschaftlichen Organisationen, unabhängige Berater und der Pharmasektor. Die Projektarbeit wurde auf europäischer und Länderebene in den vier Zielländern Deutschland, Frankreich, Polen und Vereinigtes Königreich durchgeführt, wobei sich die Tschechische Republik dem Projekt 2001 anschloss. Im Laufe der drei Jahre wurde im Rahmen des Projekts eine Reihe von Instrumenten für eine verbesserte Behandlung der Tabakabhängigkeit erstellt, die u. a. auch von der WHO empfohlene Fragen und eine Erhebungsmethodik zur Ermittlung der Entwöhnungsbereitschaft von Rauchern umfassten. Außerdem wurden WHO-Empfehlungen für eine vorbildliche Praxis in der Europäischen Region und Leitlinien für die Regulierung von Produkten zur Behandlung der Tabakabhängigkeit ausgearbeitet. Man setzte sich mit der derzeit in Europa geltenden Regulierung für Tabakprodukte auseinander und gab WHO-Empfehlungen für die Umsetzung einer Politik des rauchfreien Arbeitsplatzes ab. Weitere WHO-Empfehlungen galten dem Thema Behandlung der Tabakabhängigkeit. Außerdem wurde ein Rechtsgutachten über die vertraglichen Verpflichtungen zur Behandlung der Tabakabhängigkeit eingeholt. Darüber hinaus wurde für Ausbilder das Material „Helping smokers change“ zusammengestellt und versucht, Rauchern den Entwöhnungsgedanken durch Kunst nahe zu bringen (nach Auftragswerken angefertigte Plakate, die in Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung und in Apotheken aushängen sollen). Im Zusammenhang mit dem Projekt knüpfte das Regionalbüro partnerschaftliche Beziehungen zur Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) an, um eine internetbasierte Behandlungsdatenbank, Treatobacco.net, zu errichten. Das Regionalbüro produzierte zudem mit den Centers for Disease Control and Prevention der Vereinigten Staaten zwei für das Fernsehen bestimmte Videofilme, von denen der erste Rauchern gesundheitliche Argumente für die Raucherentwöhnung an die Hand geben und der zweite ihnen zeigen sollte, wie sie an diese Aufgabe herangehen könnten.

Neben dem Programm Tabakfreies Europa haben mehrere andere Programme des Regionalbüros zur Umsetzung des Dritten Aktionsplans beigetragen.

Im Rahmen des Integrierten Länderprogramms zur Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten (CINDI) wurden drei unterschiedliche Erhebungen zur Prävalenz des Rauchens unter Erwachsenen, Jugendlichen und Angehörigen der Gesundheitsberufe sowie zur Anti-Tabak-Politik und einschlägigen Maßnahmen in den CINDI-Ländern durchgeführt. Zwischen 1997 und 2000 wurden mehrere landesweite und örtliche Programme zum Thema Rauchen und Gesundheitsberufe sowie Tabak und Jugend organisiert.

Das CINDI-Programm arbeitete mit dem staatlichen finnischen Public-Health-Institut (KTL) umfassend im Rahmen des Internationalen Quit and Win-Projekts, einer immer beliebteren Raucherentwöhnungsintervention, zusammen. Das Projekt begann 1994 mit der Beteiligung von dreizehn Ländern. Die dritte, 1998 durchgeführte Kampagne zog bereits über 200 000 Teilnehmer aus weltweit 48 Ländern an, darunter 91 000 Teilnehmer aus 31 Ländern der Europäischen Region. Die Zahl der Teilnehmer verdoppelte sich dabei im Jahr 2000 gegenüber dem letzten Internationalen Quit and Win-Wettbewerb (nahezu auf 173 000), bei fast gleicher Zahl der teilnehmenden Länder (33), d. h. die Kampagnen konnten die Raucher offenbar wirksamer ansprechen. Forschungsergebnisse zeigen, dass die Entwöhnungsrate in den Quit and Win-Kampagnen

relativ konstant bei 15–25% liegt, ungeachtet der Teilnehmerzahl. Am letzten Wettbewerb beteiligten sich aus der Europäischen Region Belgien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Georgien, Griechenland, Israel, Italien, Jugoslawien, Kasachstan, Kirgisistan, Kroatien, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Portugal, Rumänien, die Russische Föderation, die Schweiz, die Slowakei, Slowenien, Spanien, die Tschechische Republik, Turkmenistan, die Ukraine, Ungarn, das Vereinigte Königreich und Weißrussland.

In der Geschichte des WHO-Programms Gesunde Städte (HCP) in der Europäischen Region waren Anti-Tabak-Maßnahmen als vorrangig eingestuft. Im gegenwärtigen Aktionszeitraum (1997–2001) waren die gesunden WHO-Städte konkret gebeten, eine Anti-Tabak-Strategie zu entwickeln und umzusetzen. Die diesbezüglich erzielten Erfolge wurden 1997/1998 überprüft, eine weitere Evaluation findet 2001/2002 statt. Bei der letzten Überprüfung zeigte sich, dass in den meisten Städten Aufklärungs- bzw. Präventionsprogramme, Raucherentwöhnungsprogramme, gezielt auf Kinder und Jugendliche ausgerichtete Programme und politische Konzepte für rauchfreie öffentliche Räume existierten (entweder als kommunalpolitische Initiative oder als Umsetzung einer landesweiten Politik). Bis 1998 war es 25% der Städte des Gesunde-Städte-Netzwerks gelungen, in ihrer Stadt ein Verbot der Tabakwerbung zu erreichen. In einigen Städten wurden ressortübergreifende Lenkungsgruppen eingesetzt, die die Arbeit leiten und die Programme oder Strategien mit die gesamte Stadt umfassenden Strategien bzw. Plänen und anderen einschlägigen Programmen verknüpfen. Soweit eine Anti-Tabak-Politik existiert, haben mehrheitlich Kinder, Jugendliche und Frauen Vorrang und der Schwerpunkt einer solchen Politik liegt auf der Chancengleichheit. Die Entwicklung von Systemen zur begleitenden Beobachtung der Raucherprävalenz und des Raucherhaltens sowie von Mechanismen, die eine breite Information der Öffentlichkeit ermöglichen, galt als wichtiger Aspekt der künftigen Arbeit.

Der Europäische Verbund der Gesundheitsfördernden Schulen (ENHPS), ein trilaterales, vom WHO-Regionalbüro für Europa, der Europäischen Kommission und dem Europarat ins Leben gerufenes Projekt, hat seinen Schwerpunkt auf einer der wichtigsten Determinanten von Gesundheit, nämlich der Bildung. Die diesem Verbund angehörenden oder ihm angeschlossenen Schulen gehen die Tabakaufklärung unter ganz unterschiedlichem Blickwinkel an. Ihre Arbeit zeitigt inzwischen gute Ergebnisse, sie schiebt den Zeitpunkt, an dem Kinder zur Zigarette greifen, hinaus und erleichtert es ihnen, das Rauchen wieder aufzugeben. Die gesundheitsfördernden Schulen planen für das Programm durch das Sammeln von Daten, die Umsetzung eines umfassenden Programms und durch Verlaufsbeobachtung und Evaluation. Wichtig ist, dass bei der Tabakaufklärung für gewöhnlich vom Nichtrauchen als Norm ausgegangen wird und der Schwerpunkt nicht so sehr auf Anti-Tabak-Maßnahmen oder sich gegen das Rauchen richtenden Aktivitäten liegt. Die einschlägige Gesundheitserziehung in einer gesundheitsfördernden Schule kann die Schaffung eines sicheren und stützenden schulischen Umfelds beinhalten, laufende Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens und von Maßnahmen zur Steuerung des Tabakkonsums unter Erwachsenen sowie die Weiterentwicklung von praktischen Fähigkeiten und theoretischem Wissen durch ein schulisches Curriculum zur Gesundheitserziehung umfassen. Die gesundheitsfördernden Schulen verknüpfen das konkrete Thema Tabak auch mit allgemeineren Bereichen wie der Förderung der psychischen Gesundheit, mit der Herausbildung von Lebensfertigkeiten und der Prävention des Konsums anderer Substanzen.

In den letzten zehn Jahren hat sich das WHO-Projekt Gesundheitsförderung im Krankenhaus (HPH) von einem Pilotprojekt mit zwanzig Krankenhäusern in ausgewählten Ländern zu einer europaweiten Bewegung mit über 500 Krankenhäusern in einundzwanzig Ländern der Europäischen Region der WHO entwickelt. Angesichts der Tatsache, dass die Prävalenz der mit dem Rauchen assoziierten chronischen Krankheiten zunimmt, können Gesundheitserziehung und

Raucherentwöhnungsprogramme in Krankenhäusern einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben. Der Rat von Gesundheitsfachkräften hat sich als wirksam erwiesen, wenn es darum ging, das Raucherverhalten von Patienten während der Dauer ihrer Krankheit zu verändern. Von den Krankenhäusern wird verlangt, dass sie sich zu Nichtraucherzonen erklären und dazu häufig konkrete Aufklärungsarbeit über die Auswirkungen des Rauchens leisten und ihren Mitarbeitern (64 Projekte), Patienten (59 Projekte) und der Bevölkerung ihres Einzugsgebiets (42 Projekte) Raucherentwöhnungsprogramme anbieten. In vielen Ländern bildeten sich landesweite oder regionale Netzwerke zur Förderung der Weiterentwicklung des HPH-Projekts, wobei der spezifische Handlungsbedarf im jeweiligen Gesundheitssystem berücksichtigt wurde. Solche landesweiten oder regionalen Verbände gibt es in Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Litauen, in den Niederlanden, in Norwegen, Österreich, Polen, in der Russischen Föderation, in der Slowakei, in Schweden, in der Schweiz, Ungarn und im Vereinigten Königreich.

Die römische Zweigstelle des Europäischen WHO-Zentrums für Umwelt und Gesundheit (ECEH) arbeitet in zwei Modellländern, nämlich in Lettland und Polen, in Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro und Partnereinrichtungen in den Vereinigten Staaten an der Umsetzung eines Projekts mit dem Titel zum Thema saubere Luft ohne Tabakrauch, eine gesunde und sichere Umwelt für Kinder. Mit dem Projekt soll unter Gesundheitsfachkräften, Eltern und in der breiten Öffentlichkeit das Bewusstsein für die schwerwiegenden gesundheitlichen Auswirkungen geschärft werden, die das Passivrauchen für Kinder mit sich bringt, was wiederum dazu führen soll, dass noch mehr öffentliche Räume zu rauchfreien Zonen erklärt werden und in den Familien, vor allem in der Anwesenheit von Kindern, weniger geraucht wird. In das Projekt einbezogen sind staatliche Stellen, Meinungsbilder, Kirche, Polizei, Ärzte, Pflegende und andere im Gesundheitswesen Beschäftigte, Jugendorganisationen, Massenmedien, Lehrer und Elternorganisationen.

Sonstige Entwicklung

Das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen

Am 24. Mai 1999 bahnte die Weltgesundheitsversammlung, das leitende Organ der Weltgesundheitsorganisation, den Weg für multilaterale Verhandlungen über Regeln und Bestimmungen, die den globalen Zuwachs und die Verbreitung von Tabak und Tabakerzeugnissen im 21. Jahrhundert steuern würden. Die 191 Mitglieder der Weltgesundheitsversammlung stellten sich einmütig hinter eine Resolution (WHA52.18), die dazu aufrief, die Arbeit an dem Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen (FCTC) zu beginnen. Eine Rekordzahl von Delegierten, nämlich die Vertreter von 50 Mitgliedstaaten, ergriffen das Wort, um ihre finanzielle und politische Unterstützung für das Rahmenübereinkommen zuzusagen.

Bei der Ausarbeitung des Vorschlags für das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen hat die WHO zum ersten Mal ihren Satzungsauftrag ins Spiel gebracht, um das Zustandekommen einer internationalen Konvention zu erleichtern. Das FCTC wird ein internationales rechtliches Instrument sein, das die globale Verbreitung des Tabaks und von Tabakprodukten einschränkt. Mit seinen möglichen Protokollen wird es eine globale Ergänzung der nationalen und bevölkerungsnahen Maßnahmen darstellen und die Arbeit der Mitgliedstaaten, die ihre Anti-Tabak-Politik stärken möchten, unterstützen und beschleunigen.

Die FCTC-Arbeitsgruppe hat bisher zweimal getagt. An diesen Treffen nahmen Vertreter der unterschiedlichsten Sektoren teil, u. a. Delegierte aus 153 Mitgliedstaaten (die 95% der Weltbevölkerung repräsentieren) und Vertreter der Europäischen Kommission sowie von Organisationen des Systems der Vereinten Nationen und anderer zwischenstaatlicher und nichtstaatlicher Organisationen.

Im Mai 2000 verabschiedete die Weltgesundheitsversammlung einstimmig Resolution WHA53.16, die den offiziellen Beginn der politischen Verhandlungen bezeichnete. Diese wurden zwischen dem 16. und 21. Oktober 2000 in Genf aufgenommen. Auf ihrer ersten Sitzung wählten die Mitgliedstaaten den brasilianischen Botschafter Amorim zum Vorsitzenden des Zwischenstaatlichen Verhandlungsgremiums (INB) sowie stellvertretende Vorsitzende aus Australien, Indien, Iran, Südafrika, der Türkei und den Vereinigten Staaten, die alle sechs WHO-Regionen repräsentieren. Bei zwei weiteren Tagungen des INB im Jahr 2001 wurden wesentliche Fortschritte im Hinblick auf die Rahmenkonvention erzielt. Der Text des Vorsitzenden und die Arbeitspapiere der stellvertretenden Vorsitzenden dienen jetzt als Grundlage der weiteren Verhandlungen. Der Mai 2003 ist das Zieldatum für die Verabschiedung dieses ersten internationalen Gesundheitsabkommens durch die Weltgesundheitsversammlung.

Die Europäische Region der WHO war an den bisherigen FCTC-Verhandlungen aktiv beteiligt. Delegationen aus über vierzig Mitgliedstaaten und Vertreter der Europäischen Kommission nahmen an der zweiten und dritten Tagung des INB im April-Mai und November 2001 teil. Regionale Konsultationen vor und während der INB-Tagungen erweisen sich während der laufenden Verhandlungen als ein gutes Instrument der Mehrländerzusammenarbeit. Mehrere Mitgliedstaaten haben in Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro für Europa auch einen Prozess zu einer teilregionalen Koordinierung und Konsolidierung ihrer Haltung zum Rahmenübereinkommen eingeleitet. Ein im September 2001 in Moskau abgehaltenes Treffen bahnte den Weg für das gemeinsame Vorgehen von elf NUS hinsichtlich des „Verhandlungstexts“ für das FCTC. Die drei baltischen Länder verfolgten bei einem Treffen in Tallinn, Estland, im November 2001 ein ähnliches Ziel. Außerdem erörtert eine Gruppe von Ländern aus unterschiedlichen Teilen der

Region mittlerweile die mögliche Etablierung eines europaweiten Forums, das als Plattform einer engeren Mehrländerzusammenarbeit für ein starkes FCTC dienen soll. Eine von Vertretern aller Mitgliedstaaten der Europäischen Region bestimmte Redaktionsgruppe hat den Entwurf für die Erklärung von Warschau ausgearbeitet, die auf der Europäischen ministeriellen WHO-Konferenz Für ein tabakfreies Europa (Februar 2002) angenommen werden soll und die Europäische Region auffordert, sich aktiv für ein starkes Rahmenübereinkommen einzusetzen.

Taktik der Tabakindustrie

Um ihren Markt zu schützen, wehren sich die Zigarettenhersteller seit Anfang der 50er Jahre immer stärker gegen jede durch gesundheitliche Interessen gerechtfertigte Kontrolle oder Regulierung. In der Europäischen Region, wo sich die Raucherprävalenz stabilisiert, ist es zu einer Hauptaufgabe der Tabakindustrie geworden, neue Generationen von Rauchern nachzuziehen. Die Anwerbung neuer Raucher, vor allem unter der Jugend, und die Förderung der gesellschaftlichen Akzeptanz des Rauchens in einer Zeit, in der der Ruf nach rauchfreien Lebensumfeldern rasch immer lauter wird, waren während der gesamten Laufzeit des Dritten Aktionsplans das Hauptanliegen der Industrie.

In der gesamten Region entwickelten transnationale Unternehmen koordinierte Vorgehensweisen, u. a. durch die Leugnung wissenschaftlich belegter Fakten, durch Lobbytätigkeit und Beeinflussung der öffentlichen Meinung, durch Korruption und Kampagnen und durch gerichtliche Schritte (39). Wie diese unterschiedlichen Elemente auf nationaler Ebene kombiniert werden, das hängt davon ab, wie umfassend das jeweilige Land seine Anti-Tabak-Politik definiert.

In Ländern, in denen bisher kaum gegen den Tabak vorgegangen wird und die öffentliche Debatte über die schädlichen Auswirkungen des Rauchens noch in ihren Anfängen steckt, konzentriert sich die Industrie auf eine möglichst breite Palette unterschiedlicher Zielgruppen (Meinungsbildner, Medien, öffentliche Meinung, Politiker, Beamte usw.). Nach der Phase der Investition und Invasion der nationalen Märkte ging man zielgerichtet daran, Verwirrung zu stiften, um staatliche Maßnahmen zu verzögern und die Wirksamkeit von vorgeschlagenen Regulierungsbestimmungen abzuschwächen. In vielen NUS und südosteuropäischen Ländern hat sich die Industrie beispielsweise für Aufklärungskampagnen eingesetzt, die Minderjährige vom Rauchen abhalten sollen, mit dem Angebot, diese auch zu finanzieren und zu planen, um so strenge Werbeauflagen zu vermeiden. Eine weitere in diesen Ländern übliche Taktik besteht darin, die Diskussion von gesundheitlichen Anliegen auf andere Fragen zu verlagern. In Ländern, in denen Anti-Tabak-Maßnahmen bereits besser greifen, wollte die Industrie mehr Pseudo-Forschungsarbeiten über die gesellschaftlichen Kosten des Tabakkonsums in Auftrag geben. Nachdem in jüngster Zeit die so gewonnenen „Erkenntnisse“, die sich vor allem auf eine Untersuchung in der Tschechischen Republik gründeten, verbreitet worden waren, musste die Industrie zugeben, dass die Methodik und damit auch die aus den Untersuchungen gezogenen Schlussfolgerungen gesellschaftlich inakzeptabel sind.

Im westlichen Teil der Region, wo die gesetzliche Steuerung des Tabakkonsums am stärksten konzentriert ist, liegt das Schwergewicht der von der Industrie betriebenen Kampagnen auf dem Vorwurf, der Staat wolle den Menschen zu sehr vorschreiben, wie sie ihr Leben leben sollten. Durch die Medien und die Finanzierung von sozialen Untersuchungen fördert die Industrie eine irreführende Debatte, die nahe legt, dass staatliche Kontrollen und die Regulierung des individuellen Verhaltens einen Eingriff in die persönliche Freiheit bedeuten. Die Industrie lehnt zudem Steuererhöhungen ab und beschwert sich über die belastende Bürokratie. In den letzten Jahren musste die Industrie, um die noch verbleibende gesellschaftliche Akzeptanz des Rauchens zu

retten, den wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Folgen des Passivrauchens und der Belastung durch das Passivrauchen ständig ihre Gültigkeit absprechen. Außerdem finanzierten die Tabakhersteller, häufig mit Beteiligung der Getränkeindustrie, sogenannte Raucherbewegungen und starteten öffentliche Kampagnen zur Förderung der gegenseitigen Toleranz.

Auf internationaler Ebene verfolgten die transnationalen Hersteller üblicherweise die Taktik, gegen Begrenzungen im Angebot von Tabakerzeugnissen anzugehen, hauptsächlich im Bereich der Werbung und Besteuerung. So gelang es der Industrie beispielsweise, die EU-Richtlinie anzufechten, die ein Totalverbot der direkten und indirekten Werbung vorsah und in den 15 Ländern der Europäischen Union sowie in nächster Zukunft auch in den Beitrittsländern umgesetzt werden sollte. Außerdem hat sie eine gemeinsame Position bezogen, um die Auswirkungen proportionaler Steuererhöhungen abzuwehren, indem sie billigere Erzeugnisse auf den Markt brachte oder sogar den Preis bereits eingeführter Produkte senkte. In Bezug auf den Schmuggel und den Verlust an staatlichen Einnahmen zeigen die Angaben unterschiedlicher Mitgliedstaaten, dass sich die Hersteller zur Überwachung des Exports ihrer Erzeugnisse passiv verhalten. Die Europäische Kommission und einige Länder haben deshalb gerichtliche Schritte gegen Tabakhersteller eingeleitet, um diese Fragen abzuklären.

Die Verhandlungen über das Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen sind bereits unter Beschuss geraten. In der Europäischen Region fordern die Tabakunternehmen insbesondere einen Dialog, mit dem sie ihre unternehmerische Verantwortlichkeit unter Beweis stellen wollen. Ihr Ziel ist eine Debatte, gleichgültig in welcher Form, mit angesehenen Einrichtungen oder Einzelpersonlichkeiten und die Förderung solcher Begegnungen durch die Medien und durch Meinungsbilder.

Schlussfolgerung

Mit dem Dritten Aktionsplan für ein tabakfreies Europa wurden grundlegende Ziele gesetzt, um die europäischen Bemühungen um die Verringerung des Tabakkonsums zu stärken, die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Vorteile zu fördern und die Öffentlichkeit vor den Aktivitäten der Tabakindustrie zu schützen. Während der Laufzeit des Dritten Aktionsplans wurden in den meisten Mitgliedstaaten Teilerfolge erzielt, die allerdings erheblicher hätten ausfallen können, wenn die transnationale Tabakindustrie nicht mit einer zunehmend aggressiveren Gegenpolitik reagiert hätte, was für diesen Zeitraum ebenfalls sehr charakteristisch ist.

Die Raucherprävalenz zeigt für die Erwachsenenbevölkerung keine eindeutig rückläufige Tendenz und hat sich unter Jugendlichen stabilisiert oder nimmt auch zu. Politisch waren vor allem im Osten der Region Veränderungen zu verzeichnen. Die meisten mittel- und osteuropäischen Ländern haben Anti-Tabakgesetze eingeführt oder ihre bestehenden Gesetze ausgebaut, viele waren bei der Umsetzung ihrer neuen Politik erfolgreich, vor allem in den Bereichen Besteuerung, Werbung und Schutz der Rechte von Nichtrauchern. In letzter Zeit werden auch in vielen Neuen Unabhängigen Staaten neue oder strengere Gesetze eingeführt und die Länder haben ihre Haltung zu internationalen Anti-Tabak-Maßnahmen, insbesondere zum Anti-Tabak-Rahmenübereinkommen bekräftigt und die Koordination ihrer Arbeit verstärkt. Im westlichen Teil von Europa, wo die wichtigsten Elemente einer Steuerung des Tabakkonsums bereits vor Annahme des Dritten Aktionsplans eingeführt wurden, bestanden die wichtigsten Neuerungen in der Umsetzung bereits existierender Gesetze und Bestimmungen und in der Annahme der neuen EU-Richtlinie über die Produktregulierung, die aufgrund ihrer Reichweite, in der gesamten Region positive Auswirkungen haben könnte. Einige westliche Länder haben in der letzten Zeit strengere Gesetze eingeführt, nämlich konkret zur Werbung, im Hinblick auf Altersbegrenzungen und eine rauchfreie Umwelt.

Anzumerken ist, dass kein Ziel des Dritten Aktionsplans für sich genommen von allen Mitgliedstaaten erreicht wurde. Die überwiegende Mehrheit der Länder hat die einzelnen Ziele jedoch zumindest in einigen Bereichen erfüllt (z. B. im Hinblick auf Begrenzungen des Rauchens in öffentlichen Räumen und am Arbeitsplatz, die Aufstellung von nationalen Aktionsplänen und die Einsetzung von Koordinationsgremien), während andere (Produktregulierung, Steuerpolitik, Werbeverbote) nur von wenigen verwirklicht wurden.

Der Bericht förderte auch kritische Schwächen bei der Umsetzung einer Anti-Tabak-Politik in der Region zutage. Auf nationaler Ebene wird eine wirksame und nachhaltige Politik immer noch vor allem dadurch behindert, dass sie nicht umfassend genug konzipiert wurde, dass sie nicht ausreichend finanziert wird, dass der Tabakkonsum bestimmter sozialer und demographischer Gruppierung nicht konsequent verfolgt wird, dass nicht genug für die Aufklärung der Öffentlichkeit getan wird und die politische Unterstützung noch zu schwach ist. Auf internationaler Ebene bleiben die Hauptaufgaben weiterhin die standardisierte Überwachung, Maßnahmen zur Bekämpfung des Schmuggels, die Regulierung der grenzüberschreitenden Werbung sowie die Koordinierung von Maßnahmen, die sich gegen die Taktik der Tabakindustrie richten.

Auf viele dieser noch zu lösenden Aufgaben wurde auch bei der Überprüfung früherer europäischer Aktionspläne hingewiesen. Die Herausforderungen können nur richtig angegangen werden, wenn man aus den bisher gewonnenen Erfahrungen lernt und innovative Lösungen findet.

Dies sollte bei der Planung des weiteren Vorgehens in der Region und insbesondere bei der Ausarbeitung des nächsten Aktionsplans für ein tabakfreies Europa berücksichtigt werden.

Literatur

1. Resolution EUR/RC47/R8. In: *Bericht über die 47. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1997 (Dokument EUR/RC47/REC1).
2. HARKIN, A.-M. ET AL. *Smoking, drinking and drug-taking in the European Region*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1997.
3. Resolution EUR/RC37/R9. In: *Bericht über die 37. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1987.
4. *Aktionsplan Tabak: Dritter Bericht über die bisherigen Fortschritte*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1991 (Dokument EUR/RC41/11).
5. PETO, R. ET AL. *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000*. Oxford, Oxford University Press, 1994.
6. Resolution EUR/RC42/R2. In: *Bericht über die 42. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1992 (Dokument EUR/RC42/REC1).
7. *Tobacco in Europe 1988–1996. Evaluation of the first and second Action Plans for a Tobacco-free Europe*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1997 (Dokument EUR/RC47/12, Annex 1).
8. *Tobacco European Regional Survey*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2001 (<http://cisid.who.dk/tobacco/RegionalSurvey.asp>, Zugriff 2. November 2001).
9. *GESUNDHEIT21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6).
10. WARREN, C.W. ET AL. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey Project. *Bulletin of the World Health Organization*, **78**(7): 868–876 (2000).
11. *The 1999 ESPAD Report und The 1995 ESPAD Report*. Stockholm. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2000. (<http://www.can.se>, Zugriff 2. November 2001).
12. CURRIE, C. U. A., RED. *Health and health behaviour among young people*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (Health Policy for Children and Adolescents Series, No. 1).
13. *Armut und Gesundheit – Fakten und Maßnahmen in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2001 (Dokument EUR/RC51/8).
14. ALIAGA, C. *Le tabac : vingt ans d'usage et de consommation*. Paris, INSEE Premiere, No 808 (2001)
15. *Health for all database*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2001 (<http://www.euphin.dk/hfa/index/htm>, Zugriff 2. November 2001).
16. PRAHBAT, J. & CHALOUPEK, F.J. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. New York, World Bank, 1999 (S. 37–45).
17. *Russian Federation. Tobacco and Products. Annual 2001*. Foreign Agricultural Service. Washington, 2001 (<http://www.fas.usda.gov/gainfiles/200104/85680429.pdf>, Zugriff 2. November 2001).
18. Richtlinie 92/80/EWG des Rates vom 19. Oktober 1992 zur Annäherung der Verbrauchsteuern auf andere Tabakwaren als Zigaretten. *Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften*, **L316**: 10 (1992).
19. Richtlinie 95/59/EG des Rates vom 27. November 1995 über die anderen Verbrauchsteuern auf Tabakwaren als die Umsatzsteuer. *Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften*, **L291**: 40 (1995).
20. *Bericht der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament über die Struktur und die Sätze der Verbrauchsteuern auf Zigaretten und andere Tabakwaren*. Brüssel, Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 2001 (Dokument KOM(2001) 133 endgültig).

21. GABHAINN, N.S. & FRANCOIS, Y. Substance use. In: Currie, C. u. a., Red. *Health and health behaviour among young people*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (Health Policy for Children and Adolescents Series, No. 1).
22. SAFFER, H. Tobacco advertising and promotion. In: Prahbat, J. & Chaloupka, F.J. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000 (S. 215–236).
23. JOOSSENS, L. *Smuggling and cross-border shopping of tobacco products in the European Union*. London, Health Education Authority, 1999.
24. *Report of the Committee of Inquiry into the Community Transit System*. Luxembourg, European Parliament, 1997.
25. *Tackling tobacco smuggling*. London, HM Customs and Excise, 2000.
26. *OLAF Jahresbericht über die operativen Tätigkeiten 2001*. Brüssel, Kommission der Europäischen Gemeinschaften (http://www.europa.eu.int/comm/anti_fraud/reports/olaf/2001/de.pdf, (Zugriff 6. November 2001))
27. Richtlinie 2001/37/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Juni 2001 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen – Erklärung der Kommission. *Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften*, **L194**: 26–35 (2001).
28. *Air quality guidelines for Europe*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2001 (WHO Regional Publications, European Series, No. 91).
29. European survey: Strong support for anti-smoking measures. *Prevention*, **2**: 14–15 (1997) (<http://europa.eu.int/comm/health/ph/publications/newsletter/tabacen.pdf>, Zugriff 6. November 2001).
30. Richtlinie 83/477/EWG des Rates vom 19. September 1983 über den Schutz der Arbeitnehmer gegen Gefährdung durch Asbest am Arbeitsplatz. *Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften*, **L263**: 25 (1983).
31. Richtlinie 89/391/EWG des Rates vom 12. Juni 1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit. *Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften*, **L183**: 1 (1989).
32. PRAHBAT, J. & CHALOUPKA, F.J. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. New York, World Bank, 1999 (S. 76–78).
33. RAW, M. ET AL. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax*, **55** (12): 987–999 (2000).
34. KENKEL, D. & CHEN, L. Consumer information and tobacco use. In: Prahbat, J. & Chaloupka, F.J. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000 (S. 177–214).
35. *European conference and European status report on smoking in the workplace* (statement from the European Commission and WHO/Europe at the European conference „Smoke Free Workplaces: Improving the health and well-being of people at work“, Berlin, 10.–11. Mai 2001). Brüssel, ENSP, 2001 (<http://www.ensp.org/uk/contact>, Zugriff 2. November 2001).
36. SAMET, J.M & YOON, S.-Y. *Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2001 (document WHO/NMH/TFI/01.1).
37. SIMPSON, D. *Doctors and Tobacco: Medicine's Big Challenge*. London, Tobacco Control Resource Centre at the British Medical Association, 2000 (<http://www.tobacco-control.org/tcrc.nsf/htmlpagesvw/resourcesfrm>, Zugriff 31. Oktober 2001).
38. *Pharmacists and action on tobacco*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (Dokument EUR/ICP/LVNG 02 01 12) und *Pharmacists Against Smoking. Research report 2001*. EuroPharm Forum. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2001 (Fachdokument)

39. SALOOJEE, Y. & DAGLI, E. Tobacco industry tactics for resisting public policy on health. *Bulletin of the World Health Organization*, **78**(7): 902-910 (2000).

Weiterführende Literatur

Advancing knowledge on regulating tobacco products. Monograph. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2001 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_TFI_01.2.pdf, Zugriff 2. November 2001).

FCTC Technical Briefing Series. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1999 (<http://tobacco.who.int/en/fctc/background.html>, Zugriff 2. November 2001).

SASCO, A.J. *Comparative study of anti-smoking legislation in countries of the European Union.* Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2001.