

Hintergrundinformation zu Artikel 14 der Tabakrahenkonvention

Artikel 14: „Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage im Zusammenhang mit Tabakabhängigkeit und der Aufgabe des Tabakkonsums“

- (1) Jede Vertragspartei erarbeitet und verbreitet geeignete, umfassende und integrierte Richtlinien auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und bewährter Praktiken und unter Berücksichtigung nationaler Gegebenheiten und Prioritäten und ergreift wirksame Maßnahmen zur Förderung der Aufgabe des Tabakkonsums und einer angemessenen Behandlung der Tabakabhängigkeit.
 - (2) Zu diesem Zweck strebt jede Vertragspartei Folgendes an:
 - a) die Entwicklung und Umsetzung wirksamer Programme mit dem Ziel der Förderung der Aufgabe des Tabakkonsums an Orten wie zum Beispiel in Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen, am Arbeitsplatz und in Sporteinrichtungen;
 - b) die Einbeziehung von Diagnose und Behandlung der Tabakabhängigkeit und Beratungsdiensten zur Aufgabe des Tabakkonsums in nationale Gesundheits- und Bildungsprogramme, -pläne und -strategien unter Mitwirkung von Mitarbeitern des Gesundheitswesens, von Wohlfahrtsmitarbeitern und Sozialarbeitern, soweit angebracht;
 - c) die Schaffung von Programmen zur Diagnose, Beratung, Vorbeugung und Behandlung der Tabakabhängigkeit in Gesundheitseinrichtungen und Rehabilitationszentren und
 - d) die Zusammenarbeit mit anderen Vertragsparteien zur Erleichterung des Zugangs zu bezahlbaren Behandlungen der Tabakabhängigkeit nach Artikel 22, einschließlich pharmazeutischer Produkte. Zu diesen Produkten und deren Bestandteilen können Medikamente, Produkte zur Verabreichung von Medikamenten und Diagnostika, soweit zutreffend, gehören.
-

Raucherentwöhnung

Weltweit gibt es über 1,3 Milliarden Raucher, von denen 650 Millionen vorzeitig an den Folgen des Tabakkonsums sterben werden, sofern nicht umgehend Gegenmaßnahmen eingeleitet werden (1). Nach Aussage der Weltgesundheitsorganisation „wird es entsprechend aktuellen Studien nicht gelingen, die Zahl der tabakbedingten Todesfälle in den nächsten 30 bis 50 Jahren zu reduzieren, es sei denn, man ermuntert erwachsene Raucher zum Aufhören“ (2). Zwar hören jedes Jahr Millionen von Menschen mit dem Rauchen auf - weit mehr rauchen jedoch weiter und die Erfolgsquoten von Aufhörversuchen sind niedrig. Raucherentwöhnung kann eine kosteneffektive Methode in der Krankheitsprävention Erwachsener sein. So

ist sie in den Vereinigten Staaten beispielsweise kosteneffektiver als die Krebsvorsorgemaßnahmen Mammographie oder Pap-Test sowie Vorsorgeuntersuchungen für Darmkrebs oder Bluthochdruck (3).

Nikotin: Die Basis der Sucht

Tabak enthält Nikotin, eine Substanz mit starker physiologischer Wirkung und hohem Suchtpotenzial. Die meisten Tabakprodukte geben das Nikotin sehr effektiv an das Gehirn ab, was rasch zu einer dauerhaften Abhängigkeit führt. Diese Sucht verleitet selbst Menschen, die sich der Risiken des Tabakkonsums bewusst sind und die zum Aufhören motiviert sind, dazu, dennoch weiterzurauchen (4).

Einmal Raucher – immer Raucher?

Nikotin ist - nicht anders als Heroin und Kokain - eine suchterzeugende Droge und der primäre Zweck des Tabakrauchens besteht darin, das Gehirn rasch mit Nikotin zu versorgen, wie eine Zusammenfassung der Forschungsergebnisse der letzten Jahre des britischen Royal College of Physicians aus dem Jahr 2000 zeigt (5). Zwar will die große Mehrzahl der Raucher aufhören, wie Studien aus zahlreichen Ländern belegen, doch jedes Jahr macht weniger als die Hälfte von ihnen einen Aufhörversuch - wovon dann nur die wenigsten erfolgreich verlaufen: Bis zu 40 Prozent der Raucher starten jedes Jahr einen ernsthaften Entwöhnungsversuch, aber nur drei Prozent von ihnen schaffen es, langfristig abstinent zu bleiben (6).

Die Mehrheit der Raucher wäre lieber Nichtraucher

- Nach Umfragen in den USA bekunden bis zu 70 Prozent der Raucher ein starkes Interesse aufzuhören (7).
- 45,6 Prozent der australischen Raucher beabsichtigten entsprechend einem Bericht von 2002, innerhalb des nächsten halben Jahres das Rauchen aufzugeben (8).
- In Irland möchten 76 Prozent der Raucher ihren Tabakkonsum beenden, belegte eine 2003 im Auftrag des irischen Office of Tobacco Control durchgeführte Studie. 67 Prozent der Aufhörwilligen hatten früher schon einmal einen Rauchstopp versucht (9).

Umsetzung der FCTC

Artikel 14 des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) fordert die Länder auf, „wirksame Maßnahmen zur Förderung der Aufgabe des Tabakkonsums und einer angemessenen Behandlung der Tabakabhängigkeit“ zu ergreifen. Angesichts der Unterschiede der wirtschaftlichen Lage, der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der Gesundheitssysteme in den verschiedenen Ländern erfordert die Bemühung die Tabakabhängigkeit zu behandeln einen vielseitigen Ansatz. Ein Programm zur Tabakkontrolle sollte daher nicht nur die Raucher zum Ausstieg ermuntern, sondern sie dabei auch unterstützend begleiten. Derartige Therapiedienste können Gesundheitsdienstleister, Schulen, staatliche Stellen sowie kommunale Organisationen anbieten. Als Ausstiegshilfen bieten sich an:

- *Gesundheitserziehung*: Die Gesundheitsgefahren des Rauchens sollen auf der Verpackung von Tabakwaren, in den Medien, in den Schulen sowie von kommunalen Gruppen und Gesundheitsdienstleistern erläutert werden. Gleichzeitig sollen Entwöhnungsstrategien angeboten werden.
- *Beratung* ist ein wirksames Mittel, um Rauchern beim Aufhören zu helfen: Intensive verhaltenstherapeutische Unterstützung durch ausgebildete Raucherentwöhnungsberater ist die effektivste nicht-pharmakologische Intervention für hoch motivierte aufhörwillige Raucher (10). Die amerikanischen Centers for Disease Control empfehlen folgendes Vorgehen: Raucher müssen identifiziert werden, und man muss ihnen eine kurze Beratung anbieten sowie das gesamte Spektrum an Therapiediensten inklusive medikamentöser Hilfen, Verhaltenstherapie und Nachsorgeterminen nach dem Rauchstopp (11). Die Beratung zur Raucherentwöhnung rangiert unter den Empfehlungen der amerikanischen Preventive Services Task Force an oberster Stelle, hat aber die geringste Nutzungsquote (12). Diese Art der Dienstleistung kann also noch wirkungsvoller eingesetzt werden.
- Viele *Geburtshilfeskliniken* bieten erfolgreiche Raucherentwöhnungsprogramme an. Die Schwangerschaft ist eine günstige Zeit für einen erfolgreichen Rauchstopp und geeignete Maßnahmen erzielen in kurzer Zeit klare und kosteneffektive Vorteile (13). Während der Schwangerschaft bieten sich zahlreiche Möglichkeiten, Tabakentwöhnungsmaßnahmen anzubieten (14). Am wirksamsten sind Interventionen bei regulären Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen. So erhöhen Informationen und Selbsthilfematerialien speziell für schwangere Raucherinnen die Abstinenzquoten während der Schwangerschaft erheblich (15). Maßnahmen zur Tabakentwöhnung nach der Entbindung, die gegen Ende der Schwangerschaft beginnen, fördern vor allem die Gesundheit der Frau nach der Entbindung und haben das Endziel, eine rauchfreie Familie zu schaffen (16).
- *Warnhinweise*: Die Regierungen können von den Tabakproduzenten verlangen, Hinweise, die einen Rauchstopp fördern, auf allen Zigarettenpackungen und an den Verkaufsstellen anzubringen. Derartige Hinweise wären beispielsweise die Nummern telefonischer Raucherberatungen, bei denen entwöhnungswillige Raucher Unterstützung finden. Eine telefonische Entwöhnungsberatung erhöht die Chance von Ex-Rauchern, langfristig abstinent zu bleiben um rund 30 Prozent, wie eine in den USA durchgeführte Meta-Analyse zeigte (17). Rauchertelefone können so eingerichtet werden, dass sie problemlos genutzt werden können (Verfügbarkeit in vielen Sprachen, umfassende Betriebszeiten). Daher haben sie das Potenzial, in Ländern mit ausreichendem Telefonnetz viele verschiedene Rauchertypen zu erreichen.
- *Produktregulierung*: Die Regierungen können den regulatorischen Spielraum beseitigen, den Tabakprodukte im Gegensatz zu pharmazeutischen Nikotinprodukten genießen. Tabakprodukte unterliegen in den meisten Ländern nur wenigen regulatorischen Einschränkungen, während Produkte, die beim Rauchstopp helfen, als Pharmazeutika klassifiziert und damit streng reguliert sind. Nach Ansicht der Weltgesundheitsorganisation ist es wichtig „dafür zu sorgen, dass künftig nicht weiterhin das am stärksten vergiftete Produkt, die Zigarette, den Markt für Nikotin dominiert“ (18). Die Zulassung verschiedener Therapeutika auf Nikotinbasis sollte entsprechend ihren Risiken und Vorteilen erfolgen; eine übermäßige Regulierung solcher Produkte erscheint jedoch unnötig, wenn man bedenkt, dass Zigaretten in den meisten Ländern nach wie vor frei erhältlich sind und intensiv beworben werden (19).
- *Umfassender Nichtraucherchutz*: Die Regierungen müssen Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauch ergreifen. Rauchfreie öffentliche Verkehrsmittel, Gesundheitseinrichtungen, Bildungs- und Sportstätten, Arbeitsplätze und öffentliche

Plätze motivieren dazu, mit dem Rauchen aufzuhören und helfen Ex-Rauchern dabei, abstinent zu bleiben.

- *Erstattung der Kosten eines Entwöhnungsversuchs*: Länder mit staatlich finanzierten Krankenversicherungssystemen sollten unter Abschätzung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses erwägen, die Kosten für erwiesenermaßen wirksame Entwöhnungstherapien zu erstatten. Solche Therapien werden weniger genutzt, wenn die Krankenversicherung die Kosten nicht übernimmt, wenn sie schwer zugänglich sind oder nur in geringem Maße zur Verfügung stehen. Umgekehrt nutzen Raucher derartige Angebote eher, wenn die Krankenkasse die Kosten übernimmt (20).
- *Medikamentöse Unterstützung*: Pharmazeutische Entwöhnungshilfen - die allerdings sehr teuer und in vielen Teilen der Welt nicht erhältlich sind - können ausstiegswillige Raucher bei einem Rauchstopp unterstützen. Dazu gehören Nikotinersatztherapie-Produkte in Form von Kaugummis, Inhalationssprays, Nasensprays, Pastillen oder Pflaster sowie das Antidepressivum Bupropion. Nikotinersatztherapie-Produkte geben niedrige Nikotindosen ab, nicht aber die vielen anderen schädlichen Inhaltsstoffe des Zigarettenrauchs. Sie können die Erfolgchancen von Entwöhnungsversuchen deutlich erhöhen (21). Eine Nikotinersatztherapie wird als Selbstbehandlung durchgeführt, doch hohe Kosten und strenge regulatorische Einschränkungen begrenzen möglicherweise den Zugang dazu (22).

Die Schlüsselrolle der Gesundheitsdienstleister

Artikel 14 der FCTC ruft die Staaten auf, „die Diagnose und Behandlung der Tabakabhängigkeit sowie Beratungsdienste zur Tabakentwöhnung in nationale Gesundheits- und Bildungsprogramme einzubeziehen“. Nach Auffassung der International Union Against Cancer sind Fachkräfte der Gesundheitsbranche „verpflichtet, Beratung und Behandlung für Tabakabhängigkeit genauso anzubieten, wie sie das für jede andere Krankheit oder Sucht auch tun würden“ (23). Behandlungen der Tabakabhängigkeit einschließlich Beratung und medikamentöser Unterstützung sind in der klinischen Praxis erwiesenermaßen äußerst wirksam.

Viele Gesundheitsdienstleister sind jedoch nicht angemessen für die Therapie der Tabakabhängigkeit ausgebildet. So wurden entsprechend einer Forschungsarbeit über Großbritanniens Medizinische Hochschulen im Lehrplan von zehn dieser Schulen weder Rauchen noch Raucherentwöhnung erwähnt (24). Nach einer amerikanischen Studie bekamen nur 15 Prozent der Tabakkonsumenten, die im Vorjahr einen Arzt aufgesucht hatten, Hilfe bei einem Aufhörversuch angeboten und nur drei Prozent wurden zu einem Nachsorgetermin nach einem Rauchstopp eingeladen (25). Wenn Tabakprävention und Raucherberatung ein Bestandteil der Schulmedizin werden sollen, müssen Medizinstudenten und medizinische Fachkräfte entsprechend unterrichtet und dazu ausgebildet werden, die Tabakabhängigkeit bei ihren Patienten zu behandeln (26).

Behinderung von Ausstiegsversuchen seitens der Tabakindustrie

Abgesehen davon, dass sowohl die suchterzeugende Wirkung des Nikotins als auch die staatliche Politik (beziehungsweise deren Mangel) einen Rauchstopp erschweren, behindert auch die Tabakindustrie auf vielfältige Weise dank ihrer immensen wirtschaftlichen und politischen Ressourcen aufhörwillige Raucher bei der Umsetzung ihres Vorhabens.

Da wirksame Regulierungen fehlen, konnte die Tabakindustrie Produkte wie Light-Zigaretten oder Zigaretten mit niedrigem Teergehalt entwickeln und bewerben. Diese Produkte erheben den Anspruch weniger schädlich zu sein, reduzieren das Krankheitsrisiko de facto aber nicht.

Die massive Werbung für diese Produkte, die sich an gesundheitsbewusste Raucher wendet, bei denen die „Gefahr“ des Aufhörens besteht, manipuliert deren Sucht und bietet eine Rechtfertigung weiterzurauchen, obwohl keinerlei Nachweis dafür existiert, dass diese Produkte das Krankheitsrisiko mindern.

Die Tabakindustrie stellt direkt oder mit Hilfe von Stroh Männern wissenschaftliche Beweise für die gesundheitsschädigenden Folgen des Rauchens in Frage und erklärt öffentlich, Rauchen sei nicht so schädlich wie von Kritikern behauptet oder ganz einfach „alles“ sei schädlich. Manche Firmen leugnen immer noch, dass Rauchen suchterzeugend ist. Derart weit von der Wissenschaft entfernte PR-Strategien würden für die meisten Konsumgüter nicht funktionieren, weil der Verbraucher merken würde, dass er ausgetrickst werden soll. Raucher hingegen, die sich oftmals intensiv darum bemühen Entschuldigungen für ihre Sucht zu finden, betrachten sie womöglich eher als Rechtfertigung weiterzurauchen und einen mühsamen Aufhörversuch zu vermeiden (27).

Links beim Deutschen Krebsforschungszentrum:

Die Rauchersprechstunde – Beratungskonzepte für Gesundheitsberufe
http://www.tabakkontrolle.de/pdf/Die_Rauchersprechstunde_4_Auflage.pdf

Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit
http://www.tabakkontrolle.de/pdf/Aerzte_in_Praevention_und_Therapie.pdf

Englischsprachige Links im Internet:

U.S. Department of Health & Human Services, Tobacco Cessation Guideline
www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm

Ontario Medical Association, *Rethinking Stop-Smoking Medications: Myths and Facts*, 1999;
www.oma.org/phealth/stopsmoke.htm

Unterstützung bei einem Rauchstopp:

Das Rauchertelefon des Deutschen Krebsforschungszentrums
Telefon 06221 - 42 42 00 Montag bis Freitag 14 bis 18 Uhr
http://www.tabakkontrolle.de/pdf/Rauchertelefon_Broschuere.pdf

Das Rauchertelefon für Krebspatienten der Deutschen Krebshilfe und des Deutschen Krebsforschungszentrums
Telefon 06221 - 42 42 24 Montag bis Freitag 14 bis 18 Uhr
http://www.tabakkontrolle.de/index.php?firstid=37166&secondid=37277&thirdid=&cf_session=481fc18128ee35d2814d360afe42a929

Die BZgA-Telefonberatung zur Raucherentwöhnung

Telefon: 01805 31 31 31 (12 Cent pro Minute), Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr und Freitag bis Sonntag 10 bis 18 Uhr
<http://www.bzga.de/?uid=38fce2262b7b5b35474cb37ec95c29e3&id=Seite1077>

Literatur

- (1) World Health Organization. *The World Health Report — Shaping the Future*. 2003, <<http://www.who.int/whr/2003/en/>>
- (2) World Health Organization. *Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence*. 2003. <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_dependence/en/>
- (3) A. Coffield, et al. "Priorities Among Recommended Clinical Preventive Services." *American Journal of Preventive Medicine*. Vol. 21 2001, p.1-10.
- (4) Pan American Health Organization (PAHO). "Nicotine Addiction and Smoking Cessation." Policy Brief, 1999. <http://165.158.1.110/english/hpp/wntd_policy.htm>
- (5) Royal College of Physicians. *Nicotine Addiction in Britain*. London: Royal College of Physicians; 2000.
- (6) PAHO, op cit.
- (7) Ibid.
- (8) New South Wales Department of Health. *Facts about smoking*. 2002. <<http://www.health.nsw.gov.au/public-health/healthpromotion/tobacco/facts/>>
- (9) "Survey reveals 76% of Irish smokers want to quit." *Office of Tobacco Control*. April 3, 2003. <http://www.otc.ie/article.asp?article=49>
- (10) Time Coleman. "ABC of Smoking Cessation." *British Medical Journal*. February 2004.
- (11) Pbert, et al. "Development of state wide tobacco treatment specialist training and certification programme for Massachusetts." *Tobacco Control*. Vol. 9, No. 4 December, 2000, p. 372–381.
- (12) A. Coffield, et al. "Priorities Among Recommended Clinical Preventive Services." *American Journal of Preventive Medicine*. Vol. 21, 2001, p. 1–10.
- (13) C. Melvin, et al. "Recommended cessation counseling for pregnant women who smoke: a review of the evidence." *Tobacco Control*. Vol. 9, Suppl 3, September 2000, p. iii80–iii84.
- (14) C. DiClemente, et al. "The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions." *Tobacco Control*. Vol. 9, Suppl 3, September 2000, p. iii16–iii21.
- (15) AHRQ U.S. Preventative Services Task Force Recommendations Statement. "Counseling to Prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease." 2004.

- (16) C. DiClemente, "The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions." *Tobacco Control*. Vol. 9, Suppl 3, September 2000, p. iii16–iii21.
- (17) M.C. Foire, W.C. Bailey, S.J. Cohen. *Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline*. Rockville, Md: Public Health Service; 2000.
- (18) World Health Organization Scientific Advisory Committee on Tobacco Product Regulation (SACTob). *SACTob Recommendation on Nicotine and the Regulation in Tobacco and non-Tobacco Products*. <whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590920.pdf>
- (19) World Health Organization, Regional Office for Europe. *Conference on the Regulation of Tobacco Dependence Treatment Products*. Helsinki, Finland, October 19, 1999. <<http://www.who.dk/tobacco/treatment.htm>>
- (20) "Preventing 3 Million Premature Deaths and Helping 5 Million Smokers Quit: A National Action Plan for Tobacco Cessation." *American Journal of Public Health*. Vol. 94, 2004, p. 205–210
- (21) PAHO, op cit.
- (22) World Bank. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. 1999. <<http://www1.worldbank.org/tobacco/reports.htm>>
- (23) International Union Against Cancer. *Helping Smokers Stop: Ensuring Wide Availability of Smoking Cessation Interventions*. Fact Sheet #9, 1993. <http://www.globalink.org/tobacco/fact_sheets/09fact.htm>
- (24) E. Roddy et al. "A study of smoking and smoking cessation on the curricula of UK medical schools." *Tobacco Control*. Vol. 13, No. 1, March 2004, p. 74–77.
- (25) Agency for Healthcare Research and Quality, *Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline*. 2000 <<http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm>>
- (26) "A study of smoking and smoking cessation on the curricula of UK medical schools." *Tobacco Control*. Vol. 13, No. 1, March 2004, p. 74.
- (27) Pan American Health Organization. *Policy Brief: Nicotine Addiction and Smoking Cessation*. 1999. http://165.158.1.110/english/hpp/wntd_policy.htm

Framework Convention Alliance on Tobacco Control

Rue Henri-Christiné 5, Case Postale 567, CH-1211 Genève, Switzerland

tel. 41-22-321-0011; 1-202-352-3284 **fax.** 41-22-329-1127 **e-mail:** fca@globalink.org

Adapted and updated with permission from the 2000 World Conference on Tobacco OR Health fact sheets. June 2005.

www.fctc.org

Die Ausführungen der Framework Convention Alliance on Tobacco Control wurden im Auftrag des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg von Stefanie von Kalckreuth aus dem Englischen übersetzt.