

INHALT

Einleitung	7
------------	---

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTEN

Schadensvermeidung oder Schadensminderung? <i>Dietmar Jazbinsek</i>	13
Am besten alles verbieten? Zum Einfluss von Werbung auf das Suchtverhalten <i>Dietmar Jazbinsek</i>	36
Strategie für ein nikotinfreies Deutschland: Paradigmenwechsel zu einer bevormundenden Gesundheitspolitik? <i>Frank Henkler-Stephani</i>	46

FORSCHUNG

Mit dem Rauchen aufhören – Methoden, Hilfen, Hindernisse. Ergebnisse der RauS-Studie <i>Bernd Wense, Silke Kuhn, Kirsten Lehmann, Heino Stöver</i>	63
Entwicklung des Tabakkonsums in Deutschland in der älteren Bevölkerung von 2004 bis 2020 <i>Josefine Atzendorf, Sören Kuitunen-Paul</i>	97

MEDIZINISCHE PRAXIS

„5% bis 2040 – schaffen wir das?“ – Erfolgversprechende Rauchentwöhnungsstrategien für ein „tabakfreies Deutschland 2040“ <i>Knut Kröger</i>	108
Dual Use <i>Martin Storck</i>	127
Innovation und Integration: Verhaltenstherapeutisch gestützte Rauchentwöhnung mit E-Zigaretten <i>Cosima Hötger, Helen Schiek, Tobias Esch</i>	139
Oral mucosa vascular changes in smokers and smokers switching to other tobacco alternatives – a 9 months clinical case <i>Cristian Niky Cumpătă, Mihaela Răescu</i>	154

ERFAHRUNGEN UND FORDERUNGEN DER VERBRAUCHER*INNEN

Praktische Erfahrungen <i>Norbert „Zillatron“ Schmidt</i>	159
Statement Nikotinbeutel <i>Norbert „Zillatron“ Schmidt</i>	170
Die Debatte aus Sicht der Verbraucher*innen <i>Simon Bauer</i>	172
Disposables <i>Simon Bauer</i>	182

INTERNATIONALE ERFAHRUNGEN

The critical issues of the fight against tobacco in Italy <i>Fabio Beatrice</i>	191
--	-----

AROMEN

Argumente für Aromen bei der Schadensbegrenzung durch Tabak, um Leben zu retten – Eine mehrdimensionale Überprüfung der Verwendung von Aromen in Produkten zur Schadensbegrenzung beim Tabakkonsum und beim Dampfen von Nikotin (auch E-Zigaretten oder ENDS genannt) <i>Konstantinos Farsalinos</i>	197
---	-----

POSITIONSPAPIERE

RESET MANIFESTO <i>Various Supporters</i>	292
Positionspapier von akzept zu „Tobacco Harm Reduction“ <i>akzept e.V.</i>	297
Autor*innen	305

Einleitung

Der Rückgang der Raucher*innenzahlen ist in Deutschland ins Stocken geraten:

- Während die Zahl jugendlicher Raucher*innen bis 2022 jedes Jahr einen historischen Tiefstand erreicht,[1] bleibt die Rauchprävalenz im mittleren und höheren Erwachsenenalter stabil oder steigt sogar an.[2]
- Die letzte Welle der DEBRA-Studie zeigt sogar drastisch gestiegene Rauchprävalenzen bei Erwachsenen und Jugendlichen. Insbesondere hinsichtlich der Entwicklung bei Jugendlichen sind aufgrund der geringen Datenbasis Zweifel angebracht, jedoch ist dies in jedem Fall ein Hinweis darauf, dass der Gebrauch von Zigaretten nicht weiter zurückgeht.[3]
- Die auf das Rauchen zurückzuführende Mortalität und Morbidität wird voraussichtlich in den nächsten Dekaden ansteigen.[4]
- Es sind insbesondere benachteiligte Gruppen, in denen die Raucher*innenzahlen immer noch überproportional hoch sind.[5,6]

Die am weit verbreitetsten und bewährten Maßnahmen/Vorgehensweisen gehen mit extrem hohen Misserfolgsquoten einher. Evidenzbasierte Maßnahmen – wie v.a. psychologische Beratung und Nikotinersatztherapien (NET) – werden allein nicht ausreichen, um signifikante Veränderungen zu erreichen.

Gleichzeitig mehrt sich die Evidenz, dass Maßnahmen der Tobacco Harm Reduction (THR) mit dazu beitragen können, die Rauchprävalenz und die damit verbundenen Gesundheitsrisiken – individuell und auf Bevölkerungsebene – zu senken:

- Im wesentlichen setzt THR auf das Ausschalten des Verbrennungsprozesses und der damit verbundenen Schadstoffexposition durch den **Umstieg auf risikoreduzierte Nikotinprodukte** wie E-Zigaretten, Tabakerhitzer, Nikotinbeutel oder Snus. Es ist bekannt, dass die Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens im Wesentlichen darin besteht, dass der Körper den Emissionen des Verbrennungsprozesses von Tabak ausgesetzt wird. Die Schadstoffe, die durch die Verbrennung entstehen und beim Rauchen inhaliert werden, sind in risikoreduzierten Nikotinprodukten entweder gar nicht mehr oder in stark reduzierter Konzentration enthalten.[7,8,9,10,11,12,13]
- Risikoreduzierte Nikotinprodukte haben eine hohe **Akzeptanz** für Raucher*innen, die es bisher nicht geschafft haben, mit dem Rauchen aufzuhören: Zunehmend wird die E-Zigarette zum „Mittel der Wahl“ von Rauchaussteiger*innen. Die E-Zigarette scheint für Raucher*innen eine ideale Kombination aus Schadstoffreduktion und Attraktivität darzustellen und wird daher bei einer großen Zahl von Rauchausstiegen verwendet.[14,15]

- Auch hinsichtlich der **Wirksamkeit** der E-Zigarette für den Rauchausstieg mehren sich die Erkenntnisse fortlaufend: Zum einen bewährt sich die E-Zigarette als wirksames Produkt für den Rauchausstieg, zum anderen ist sie klassischen Nikotinersatztherapien überlegen.[16,17,18,19,20,21]
- Neben der Reduzierung des jeweiligen individuellen Risikos der Umsteiger*innen zeigt sich das Potential auch auf **Bevölkerungsebene**[22:] So zeigen Simulationen für die USA und England, dass bereits die aktuelle Nutzung von E-Zigaretten die Raucher*innenquoten um etwa 10% (USA) bzw. 20% (England) verringert haben und dadurch geschätzte 380.000 (USA) bzw. 166.000 (England) rauchbedingte frühzeitige Sterbefälle vermieden werden konnten.[23,24] Auch wenn bislang für Deutschland keine Modellierungen vorliegen, ist unter vergleichbaren Annahmen ebenfalls ein Public Health Nutzen durch E-Zigaretten zu erwarten.
- Risikoreduzierte Nikotinprodukte haben das Potential, den **Zigarettenabsatz in erheblichem Umfang senken** zu können: so sind Tabakzigaretten in Schweden schon seit Jahren nicht mehr das meistverkaufte Nikotinprodukt und der Absatz so niedrig wie seit 70 Jahren nicht, in Japan haben Tabakerhitzer den Zigarettenabsatz in wenigen Jahren um ein Drittel reduziert und in den USA haben E-Zigaretten zeitweilig den Rückgang des Zigarettenabsatzes beschleunigt.[25,26]

Maßnahmen der THR scheinen also eine wertvolle Ergänzung der bisherigen Rauchentwöhnungsstrategien zu sein.[27] Es bedarf eines Konsensus über die Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen einer solchen Ergänzung. Besonders Augenmerk sollte hierbei den Betroffenen – den Raucher*innen – gelten. Dies auch vor dem Hintergrund, dass mit der bevorstehenden Legalisierung des THC-Gebrauchs das konventionelle Rauchen wieder gesellschaftsfähiger zu werden droht, wenn nicht auch hier über risikoreduzierte Alternativen zum Rauchen nachgedacht und informiert wird.

Offene Fragen, Klärungsbedarf, Kommunikationsstrategien:

Stichwort **Dual Use**: Dual Use hat sich zu einem ideologisch aufgeladenen Begriff entwickelt, während Raucher*innen gleichzeitig berichten, dass sie schleichend von Zigaretten auf risikoreduzierte Produkte umsteigen. Es ist ein größeres Verständnis von Dual Use unter realen Bedingungen zu entwickeln – nicht nur für neue risikoreduzierte Produkte sondern auch für NETs (siehe Storck in diesem Band).

Stichwort **Abstinenz**: Raucher*innen, die erfolgreich den Umstieg von Zigaretten auf risikoreduzierte Produkte schaffen, haben in ihrer eigenen Wahrnehmung einen großen persönlichen Erfolg erzielt und empfinden die Forderung nach völ-

liger Abstinenz vorerst als demotivierend. Es ist eine Auseinandersetzung damit nötig, wie die Erfolge durch THR gewürdigt werden können, ohne das Endziel Abstinenz aus den Augen zu verlieren (siehe Wense et al. in diesem Band).

Stichwort **Unbedenklichkeit**: Die risikoreduzierten Produkte sind immer wieder der Kritik ausgesetzt, sie seien gesundheitlich nicht unbedenklich. Gleichzeitig gilt dies auch für NETs. Es ist ein Verständnis und eine Kommunikationsstrategie dafür zu entwickeln, um diese „Nicht-Unbedenklichkeit“ in ein angemessenes Verhältnis zu den Risiken des Rauchens zu setzen (siehe Jazbinsek in diesem Band).

Stichwort **Risikoreduktion**: Raucher*innen, die erfolgreich auf risikoreduzierte Nikotinprodukte umgestiegen sind, stellen – häufig sogar sehr schnell – gesundheitliche Verbesserungen fest: Rückkehr von Geruchs- und Geschmackssinn, Verschwinden von Husten und Kurzatmigkeit bis hin zu Erleichterung von Asthma und COPD-Beschwerden. Es ist ein Verständnis dafür zu entwickeln, wie umfangreich, nachhaltig und medizinisch belastbar diese Verbesserungen sind.

Stichwort **Vorrang für evidenzbasierte Maßnahmen**: Es wird stetig drauf hingewiesen, evidenzbasierte Maßnahmen seien dem Umstieg auf alternative Nikotinprodukte vorzuziehen. Demgegenüber bleibt festzuhalten, dass die allermeisten Umsteiger*innen bereits Umstiegsversuche – aber nur zum geringen Teil unter Nutzung evidenzbasierter Maßnahmen – hinter sich haben. Auch hier ist eine angemessenere Ansprache von Raucher*innen zu erarbeiten (siehe Hötger et al. und Wense et al. in diesem Band).

Stichwort **Nikotin**: Sowohl viele Raucher*innen als auch Mediziner*innen sind sich im Unklaren über die Risiken des Nikotinkonsums durch Rauchen bzw. durch andere Applikationsformen. Viele halten den Nikotinkonsum bzw. das Nikotin für ursächlich für die hohe Mortalität und Morbidität. Es ist dringend notwendig, ein Verständnis und eine Kommunikationsstrategie zu Nikotin zu entwickeln.

Stichwort **Abhängigkeit**: Dasselbe gilt für „Abhängigkeit“. Unser Verständnis von Nikotinabhängigkeit verglichen mit der Zigarettenabhängigkeit ist derzeit fragmentiert und rudimentär.

Stichwort **Rauchen in der älteren Bevölkerung**: Es wird deutlich an diesem Beispiel, dass es nicht nur gender-, sondern auch altersspezifische Ansprachestrategien geben muss, um Menschen beim Ausstieg aus dem Rauchen zu unterstützen (siehe Atzendorf/Kuitunen-Paul in diesem Band).

Stichwort **UK, Schweden, Neuseeland, Kanada**: Von THR-Befürworter*innen werden diese Länder als Beispiele für eine integrierte Strategie der Rauchentwöh-

nung vorgebracht. Die Anstrengungen – und im Falle von UK und Schweden bereits erzielten Erfolge – sollten im Sinne einer Best Practice analysiert und ggf. adaptiert werden.

Stichwort **Langzeitstudien zum Gebrauch von E-Produkten**: Diese werden zwar immer wieder gefordert, leider aber in Deutschland bislang nicht finanziert, so dass man auf Langzeiterfahrungen in anderen Ländern zurückgreifen muss.

Stichwort **Wissenschaftlichkeit und forschungsinformierte Forderungen**: Kröger (in diesem Band) arbeitet heraus, dass nur wenige der zehn in der „Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040“ geforderten Maßnahmen auf ihre Effektivität überprüft worden sind. Einige werden seit Jahren monoton wiederholt, ohne dass es Hinweise dafür gibt, dass sie effektiv die Anzahl der Rauchenden senken bzw. den Einstieg verhindern. Hier ist es dringend nötig mehr Mittel zu **investieren**, um wissenschaftliche Strategien der Ansprache zu entwickeln. Schließlich ist es nötig die **Verbraucher*innen** anzuhören, ihre Erfahrungen und Forderungen aufzugreifen und politikbegleitend zu nutzen (siehe Bauer und Schmidt in diesem Band).

Der vorliegende Band versammelt Beiträge, die zur weiteren Klärung der oben genannten Fragen dienen und Aufklärung betreiben über die Erweiterung der Rauchtätigkeitsstrategien um Tobacco Harm Reduction.

Literatur

- 1 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BZgA: Infoblatt: „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019“ – Zentrale Studienergebnisse. BZgA: Köln 2020.
- 2 Mons U: Harm Reduction und E-Zigaretten – eine Betrachtung aus Public Health-Perspektive. In Stöver H (Hrsg.), Tobacco Harm Reduction (S. 58-67). Fachhochschulverlag: Frankfurt am Main 2021.
- 3 Kotz D: DEBRA–Deutsche Befragung zum Rauchverhalten, o.J. Verfügbar unter: www.debra-study.info
- 4 Mons U, Brenner H: Demographic ageing and the evolution of smoking-attributable mortality: the example of Germany. Tobacco Control 2017; 26(4); 455-457. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2016-053008
- 5 Balfour DJK, Benowitz NL, Colby SM, Hatsukami DK, Lando HA et al.: Balancing Consideration of the Risks and Benefits of E-Cigarettes. American Journal of Public Health 2021; 111; 1661-1672. doi: 10.2105/AJPH.2021.306416
- 6 Bruggmann P: Schadensminderung bei der Rauchtätigkeit von opioid-abhängigen Patient*innen. In Stöver H (Hrsg.), Tobacco Harm Reduction (S. 131-136). Fachhochschulverlag: Frankfurt am Main 2021.

- 7 Stöver H: Diversifizierung der Rauchentwöhnungsprogramme – die Rolle der E-Zigarette, a.a.O.
- 8 Storck M: Harm Reduction – was sind die offenen Fragen?, a.a.O.
- 9 Hering T: Fokus COPD – Wann und wie sollten Alternativprodukte zur Tabakzigarette eingesetzt werden? Stellungnahme aus der Sicht des Pneumologen, a.a.O.
- 10 Abrams DB, Glasser AM, Pearson JL, Villanti AC, Collins LK, Niaura RS: Harm Minimization and Tobacco Control: Reframing Societal Views of Nicotine Use to Rapidly Save Lives. *Annual Review of Public Health* 2018; 39; 193-213. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040617-013849
- 11 PHE 2015, a.a.O.
- 12 Mallock N, Böss L, Burk R et al.: Levels of selected analytes in the emissions of “heat not burn” tobacco products that are relevant to assess human health risks. *Archives of Toxicology* 2018; 92; 2145-2149. doi: 10.1007/s00204-018-2215-y
- 13 Shahab L, Goniewicz ML, Blount BC et al.: Nicotine, Carcinogen, and Toxin Exposure in Long-Term E-Cigarette and Nicotine Replacement Therapy Users: A Cross-sectional Study. *Annals of Internal Medicine* 2017; 166(6); 390-400. doi:10.7326/M16-1107
- 14 Stöver H: Diversifizierung der Rauchentwöhnungsprogramme – die Rolle der E-Zigarette, a.a.O.
- 15 Abrams DB et al.: Harm Minimization and Tobacco Control: Reframing Societal Views of Nicotine Use to Rapidly Save Lives, a.a.O.
- 16 Stöver H: Diversifizierung der Rauchentwöhnungsprogramme – die Rolle der E-Zigarette, a.a.O.
- 17 Sperisen L, Falcato L, Bruggmann P: Wirksamkeit von E-Zigaretten zur Reduktion des Tabakkonsums und Entwöhnung vom Rauchen – Eine systematische Literaturübersicht. *Suchtmedizin* 2021; 23(2); 101-112.
- 18 Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, Pesola F, Myers Smith K, Bisal N et al.: A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy. *The New England Journal of Medicine* 2019; 380; 629-637. doi: 10.1056/NEJMoa1808779
- 19 Johnson L, Ma Y, Fisher SL, Ramsey AT, Chen LS, Hartz SM et al.: E-cigarette Usage Is Associated With Increased Past-12-Month Quit Attempts and Successful Smoking Cessation in Two US Population-Based Surveys. *Nicotine & Tobacco Research* 2019; 21(10); 1331-1338. doi: 10.1093/ntr/nty211
- 20 Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Butler AR, Lindson N, Bullen C, Begh R et al.: Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021; 9; CD010216.
- 21 Kotz D, Jackson S, Brown J, Kastaun S: The effectiveness of e-cigarettes for smoking cessation – a comparison with nicotine replacement therapy and no use of evidence-based cessation aids in the German population. *Deutsches Ärzteblatt International* 2022; 119; 297-301. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0162

- 22 Mons U: Harm Reduction und E-Zigaretten – eine Betrachtung aus Public Health-Perspektive, a.a.O.
- 23 Levy DT, Sánchez-Romero LM, Travis N, Yuan Z, Li Y, Skolnick S et al.: US Nicotine Vaping Product SimSmoke Simulation Model: The Effect of Vaping and Tobacco Control Policies on Smoking Prevalence and Smoking-Attributable Deaths. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021; 18(9); 4876. doi: 10.3390/ijerph18094876
- 24 Levy DT, Sánchez-Romero LM, Li Y, Yuan Z, Travis N, Jarvis MJ et al.: England SimSmoke: the impact of nicotine vaping on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in England. *Addiction* 2020; 116(5); 1196-1211. doi: 10.1111/add.15269
- 25 Fagerström K: Harm Reduction in Sweden – the case of snus. In Stöver H (Hrsg.), *Tobacco Harm Reduction* (S. 197-206). Fachhochschulverlag: Frankfurt am Main 2021.
- 26 Balfour DJK et al: Balancing Consideration of the Risks and Benefits of E-Cigarettes, a.a.O.
- 27 Stöver, H. (2021): Diversifizierung der Raucherentwöhnungsprogramme – die Rolle der E-Zigarette . In: *Bundesgesundheitsblatt*. DOI: 10.1007/s00103-021-03435-5

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTEN

Schadensvermeidung oder Schadensminderung? Wie andere Länder rauchfrei werden wollen

Dietmar Jazbinsek

Unsere Vorstellungen davon, welche Gesundheitsprobleme auf die politische Tagesordnung gehören, werden von den Medien bestimmt. Audiovisuelle Medien wiederum bevorzugen dramatische Bilder und von denen hatten wir in der jüngsten Vergangenheit mehr als genug. Es gab ungezählte Sondersendungen über die Covid-Toten in Bergamo, die Flutopfer im Ahrtal oder die Massengräber in Butscha. Kein Wunder also, dass das Coronavirus, der Klimawandel und der russische Überfall auf die Ukraine ganz oben stehen auf der Agenda der Tagespolitik.

Natürlich wird auch abseits der Kriege, Katastrophen und Pandemien gestorben, was für die Betroffenen und ihre Angehörigen ein Drama bedeutet, in der Öffentlichkeit jedoch nur relativ selten zum Thema wird. Entsprechend gering ist das Engagement der Politik, obwohl auch das alltägliche Sterben an Herzinfarkten oder Lungenkrebs in ihre Zuständigkeit fällt, sofern es durch politische Maßnahmen verhindert werden könnte. Letzteres gilt für das Gros der über 120.000 Todesfälle, die Jahr für Jahr auf den Tabakkonsum der Bundesbürger zurückzuführen sind. Dagegen getan wird wenig: Von der Nachkriegszeit bis zur Jahrtausendwende galt Deutschland als „Raucherrepublik“ und noch heute liegen wir im europäischen Vergleich auf einem der letzten von 37 Plätzen, was gesetzliche Maßnahmen zur Eindämmung des Rauchens betrifft (Joossens et al. 2022).

Für viele Beobachter im Ausland stellt die Lethargie der deutschen Politik auf dem Feld der Tabakkontrolle ein Rätsel dar. Denn Rauchen wird weltweit als die größte vermeidbare Gesundheitsgefahr angesehen. Eine wachsende Zahl von Regierungen insbesondere im angloamerikanischen Raum arbeitet deshalb an Gesetzesvorhaben, mit denen die tabakattributale Mortalität endgültig ausgeremert werden soll – ähnlich wie dies bei den Pocken geschehen ist. Die verschiedenen Maßnahmen, die das bewirken sollen, firmieren unter dem Schlagwort „Endgame“. Der Begriff bezeichnet im Schachspiel die Phase kurz vor Schluss, in der sich nur noch wenige Figuren auf dem Brett befinden. Übertragen auf die Gesundheitspolitik suggeriert er einen „Showdown“ im Kampf der globalen Tabakkontrollbewegung mit den Großkonzernen der Zigarettenindustrie.

Das Vorspiel zum Endspiel

Auslöser für das weltweite Aufbegehren gegen die Tabakkonzerne waren Millionen interner Industriedokumente, die um das Jahr 2000 herum im Zuge von Schadensersatzprozessen in den USA publik wurden. Die Dokumente gaben Aufschluss darüber, wie dreist die Industrie die Öffentlichkeit über die Gefährlichkeit ihrer Produkte getäuscht hat und in welchem verblüffendem Ausmaß es ihr gelungen war, Wissenschaftler, Politiker und Journalisten zu korrumpieren. Der Schock war so groß, dass fast alle Staaten der Welt ein Rahmenübereinkommen unterzeichnet haben, das 2003 auf der Generalversammlung der Weltgesundheitsorganisation verabschiedet worden ist und 2005 in Kraft trat. Die „Framework Convention of Tobacco Control“ (FCTC) beinhaltet Gesetzesinitiativen wie Rauchverbote in öffentlich zugänglichen Innenräumen, ein umfassendes Werbeverbot, die Erhöhung der Tabaksteuer und die Bekämpfung des Tabaksmuggels, die Einführung bildgestützter Warnhinweise und die Reglementierung von Zusatzstoffen.

Einige Unterzeichnerstaaten haben das Abkommen nicht nur umgesetzt, sondern weiter gehende Vorschriften erlassen, wie die Einführung von Einheitsverpackungen für Zigaretten (Plain Packaging) oder ein Werbeverbot am Verkaufsort (Display Ban). Doch die Ergebnisse der weltweiten Anstrengungen sind vielerorts enttäuschend. Zwar gehen in den Industriestaaten die Raucherquoten weiter zurück, doch dies geschieht langsamer als erhofft. Und in vielen Schwellenländern steigt nicht nur die Zahl der Raucher, sondern auch der Pro-Kopf-Verbrauch an Zigaretten. Eine international vergleichende Modellrechnung weckt Zweifel daran, ob das Rahmenübereinkommen der WHO überhaupt irgendeinen Effekt auf die Entwicklung des globalen Tabakkonsums gehabt hat (Hoffman et al. 2019).

Man muss diese Vorgeschichte im Blick haben, um zu verstehen, wie es zu der Idee eines „Endspiels“ zwischen Gesundheitsorganisationen und Tabakkonzernen kommen konnte. Die agonale Metaphorik wirft die Frage auf, ab wann von einem Sieg der Public Health-Politik gesprochen werden kann. Die am häufigsten genannte Antwort lautet, eine Gesellschaft sei „rauchfrei“, wenn weniger als 5% der Erwachsenen regelmäßig Tabak konsumieren. Manche Länder wollen das bis 2025 erreichen (z.B. Irland), andere bis 2030 (z.B. Australien) oder 2040 (z.B. Niederlande). Die EU-Kommission hat vorletztes Jahr in ihrem „Europe's Beating Cancer Plan“ das Ziel ausgegeben, den Anteil der Raucher an der erwachsenen Bevölkerung ihrer Mitgliedsstaaten bis 2040 auf unter 5% abzusenken. Dies soll unter anderem durch die Einführung von Einheitsverpackungen, schärfere Vorschriften zur Schmuggelbekämpfung, die strikte Begrenzung der zulässigen Aromen und eine Ausweitung der Werbeverbote in den sozialen Medien erreicht werden. Da es sich bislang lediglich um Absichtsbekundun-

gen handelt, werde ich auf die EU-Pläne im Folgenden nicht weiter eingehen. Stattdessen sollen einige Erfahrungen aus Ländern erörtert werden, die zu den Vorreitern der Endgame-Offensive gehören. Vor diesem Hintergrund wird anschließend die aktuelle Lage in Deutschland beleuchtet. Zunächst aber sollen zwei grundsätzlich unterscheidbare Wege beschrieben werden, die zu dem Ziel der Rauchfreiheit führen sollen.

Prohibition? Ja bitte! Aber schiebchenweise ...

Die Ausbreitung des Tabakkonsums auf dem Globus hat sich – ähnlich wie die Ausbreitung von Krebszellen im Organismus – als erstaunlich resistent gegen die herkömmlichen Kurierversuche erwiesen. Wie die Krebstherapie neigt deshalb auch die Krebsprävention zu immer radikaleren Eingriffen. Der Oberbegriff „Endgame“ steht für einen ganzen Katalog von Verboten, wie es sie bislang nicht gegeben hat (Tobacco Control 2013; Puljevic et al. 2022). Gefordert werden unter anderem:

- Rauchverbote im Freien (z.B. in Parks und an Stränden)
- Rauchverbote in Privaträumen (z.B. in PKWs und auf Balkonen)
- ein lebenslanges Rauchverbot für alle, die nach einem bestimmten Stichtag geboren wurden („tabakfreie Generation“)
- ein Verbot des Tabakverkaufs außerhalb von lizenzierten Fachgeschäften
- ein Verbot von Zigaretten mit dem bislang üblichen Nikotingehalt
- die schrittweise Einführung eines generellen Tabakverbots („sinkender Deckel“)

Jeder Gesetzgeber, der eines oder mehrere dieser Verbote umsetzt, lässt sich auf ein politisches Experiment mit unsicherem Ausgang ein und das gilt in dreierlei Hinsicht. Fragwürdig ist (1.) die wissenschaftliche Evidenz, die manchen Verbotsforderungen zugrunde liegt. So ist es keineswegs erwiesen, dass Frau und Kind Schaden nehmen, wenn jemand auf der Parkbank neben einer Schwangeren eine Zigarette raucht (Chapman 2015). Unklar ist (2.), inwieweit die Verbotsforderungen mit Kernelementen des Rechtsstaats wie dem Schutz des Eigentums und der Privatsphäre vereinbar sind. Erstmals soll in westlichen Demokratien Erwachsenen der Erwerb von Zigaretten verboten werden, was bislang nur in islamisch geprägten Ländern der Fall war (Thomas & Gostin 2013). Schließlich stellt sich (3.) die Frage nach der Praktikabilität (Reuter 2013): Hören die Leute tatsächlich auf zu Rauchen, wenn sie nicht mehr wie gewohnt an Zigaretten herankommen, oder versorgen sie sich anderswo?

Worauf die Bündelung von Maßnahmen unter Überschriften wie „Endgame“ oder „Denormalisierung“ letztlich abzielt, ist nichts anderes als die Tabak-Prohibition. Sie wird von ihren Befürwortern allerdings nirgendwo so genannt, um

keine unguuten Erinnerungen zu wecken an eines der größten Experimente in der Public Health-Geschichte, die Prohibition in den Vereinigten Staaten. Das Verbot der Alkoholproduktion und -distribution in den Jahren 1920 bis 1933, das in manchen Bundesstaaten auch den Tabak mit einschloss, erwies sich als fulminantes Förderprogramm für Mafiosis vom Schläge eines Al Capone (Welskopp 2010). Damals entstanden die Strukturen der organisierten Kriminalität, die bis heute den Handel mit illegalen Drogen in den USA beherrschen. Durch das Chaos der Prohibitionsära hat sich eine Erfahrung in das kollektive Gedächtnis (nicht nur) der Amerikaner eingebrannt, die Gewissheit nämlich, dass sich das Bedürfnis nach Alkohol und anderen Suchtmitteln nicht einfach verbieten lässt. Die Tabaklobby hat dieses Trauma jahrzehntelang benutzt, um alle möglichen Gesetzesverschärfungen als kontraproduktiv zu brandmarken. So erinnerte die Martin Brinkmann AG 1988 in ihrer Kampfschrift „Tabakgenuß – Fakten und Argumente“ an die Alkoholprohibition in den USA, um vor den nicht intendierten Effekten einer Tabaksteuererhöhung zu warnen. Prominente Gegner der Tabaklobby empfehlen deshalb, das P-Wort aus dem eigenen Wortschatz zu streichen und stattdessen von „Abschaffung“ (abolition) der Tabakproduktion zu sprechen – in Analogie zur Abschaffung der Sklaverei (Malone & Proctor 2022).

Doch wie auch immer man die Verbotspolitik benennen mag, die Suchtforscher unter den Tabakkontroll-Experten sind davon überzeugt, dass strengere Gesetze allein die Nikotinabhängigkeit nicht beseitigen werden. Der Ausstieg aus der industriellen Produktion von Tabakerzeugnissen (= Endgame) habe nur dann Aussicht auf Erfolg, so ihr Diktum, wenn er durch den Umstieg auf weniger schädliche Nikotinprodukte flankiert werde (= Harm Reduction). Das Angebot risikoreduzierter Formen der Nikotinzufuhr hat sich in den letzten zehn Jahren durch die Markteinführung von E-Zigaretten, Tabakerhitzern und tabakfreien Nikotinbeuteln erheblich erweitert. Doch die Frage, inwieweit es tatsächlich möglich ist, die Schäden des Rauchens durch ein Umlenken des Nikotinkonsums auf rauchlose Produkte zu verringern, ist umstritten. Kritiker der Harm Reduction unterstellen, dass die Innovationen von der Tabakindustrie vorangetrieben werden, um Kinder zum Einstieg in den Nikotinkonsum zu verführen und Raucher von einem Ausstieg aus dem Nikotinkonsum abzuhalten.

Die Debatte hat zu einer schroffen Polarisierung innerhalb der weltweiten Public Health-Community geführt: Während sich die abstinentorientierten Fundamentalisten unter dem Banner der Schadensvermeidung versammeln, haben sich die suchtpolitischen Pragmatiker die Schadensminderung auf die Fahne geschrieben. Gegen die Akzeptanz von Restrisiken sprechen sich in erster Linie Pneumologen und Toxikologen aus, für ein Abwägen relativer Risiken treten vor allem Psychologen und Soziologen ein. Die Einen streben die Nikotinfreiheit an, den Anderen reicht die Rauchfreiheit. Die Situation ist deshalb heute unübersichtlicher als in der Anfangsphase des FCTC-Prozesses, in der noch weitgehend Einigkeit unter den

beteiligten Fachleuten bestand. Welche Maßnahmen die Gesetzgeber gegen die „Tabakepidemie“ ergreifen und ob sie die neuen Produkte mit einschließen oder nicht, hängt von der politischen Konstellation vor Ort ab. Die folgenden vier Abschnitte sind Stippvisiten in Staaten mit unterschiedlichen Regulierungsmodellen.

Schweden: Snus – eine unwillkommene Form der Krebsprävention

Im Juni 2019 trat in Schweden eine Gesetzesverschärfung in Kraft, die das Parlament ein Jahr zuvor verabschiedet hatte: Seitdem ist das Rauchen in der Außengastronomie, auf Bahnsteigen und an Bushaltestellen, auf Spiel- und Sportplätzen sowie im Eingangsbereich rauchfreier Einrichtungen verboten. Das Gesetz betrifft Tabakprodukte und E-Zigaretten in gleicher Weise. Es soll dazu beitragen, den Anteil der Raucher an der erwachsenen Bevölkerung bis 2025 auf unter 5% zu drücken. Die Chancen dafür, dass dies gelingt, sind gut, denn schon heute ist Schweden der Industriestaat mit der niedrigsten Raucherquote. Laut Eurobarometer lag sie 2020 bei 7%, europaweit war sie mit 23% mehr als dreimal so hoch (Eurobarometer 2021, S. 14).

Schwedens Ausnahmestatus lässt sich auf eine Entwicklung zurückführen, die bis zum Ende der 1960er Jahre zurückreicht. Weil damals fast 60% der Männer rauchten und die Zahl der Lungenkrebsfälle stark zunahm, machten sich schwedische Kliniker und Unternehmer daran, rauchlose Formen der Nikotinzufuhr zu entwickeln. So entstand die Pharmasperte der sog. Nikotinersatzprodukte (Elam 2015). Der Markenname einer bekannten Kaugummisorte – Nicorette – geht auf den schwedische Werbeslogan „nico rätt“ („das richtige Nikotin“) zurück. Zeitgleich stieg die Nachfrage nach Snus, einem kleinen Tabakbeutel, der unter der Oberlippe platziert wird. Ursprünglich im 18. Jahrhundert in Skandinavien als loses Pulver verwendet und in der Zwischenzeit nahezu in Vergessenheit geraten, erlebte Snus in pasteurisierter und portionierter Form Mitte der 1970er Jahre eine Renaissance. Heute konsumieren laut der staatlichen Public Health-Agentur 20% der Schweden und 6% der Schwedinnen täglich das rauchlose Tabakprodukt. Die niedrige Raucherquote wiederum erklärt, warum das skandinavische Land die niedrigste Lungenkrebsinzidenz in Europa aufweist. Eine ähnliche Entwicklung bahnt sich im Nachbarland Norwegen an, wo der Anstieg des Snus-Verbrauchs mit einem Rückgang des Zigarettenkonsums einhergeht. Befürworter der Harm Reduction sehen darin ein Paradebeispiel für den Nutzen der Schadensminderung auf dem Weg zu einer rauchfreien Gesellschaft. In Brüssel finden sie damit jedoch keinerlei Gehör: Der Handel mit Snus ist in der Europäischen Union nach wie vor verboten und in Schweden ist er nur erlaubt, weil das Land bei seiner Aufnahme in die EU auf einer entsprechenden Ausnahmegenehmigung bestanden hat.

Die ablehnende Haltung der Brüsseler Behörden stützt sich u.a. auf den Bericht einer Expertenkommission aus dem Jahr 2008. Das Gremium kommt aus drei Gründen zu einer negativen Beurteilung: 1.) Snus enthält Nikotin und Nikotin macht abhängig. 2.) Snus ist ein relativ risikoarmes, aber eben kein risikofreies Produkt: sein Konsum kann zu Gesundheitsschäden von Parodontitis bis hin zu Mundhöhlenkrebs führen. 3.) Snus hat zwar in Schweden zu einem Rückgang der Raucherzahlen geführt. Es gibt aber Studien aus den USA, wonach rauchlose Tabakprodukte eine Einstiegsdroge in den Zigarettenkonsum sein können. Das Fazit der Experten lautet: „Es ist nicht möglich, das Muster des Tabakkonsums aus einem Land, in dem oraler Tabak verfügbar ist, auf ein anderes Land zu übertragen.“ (SCENIHR 2008, S. 5). Mit dem Vorsorgeprinzip wird gerechtfertigt, warum den europäischen Rauchern, die ohnehin schon nikotinabhängig sind, ein eindeutig weniger gesundheitsschädliches Nikotinprodukt vorenthalten wird. Weniger schädlich ist Snus schon allein deshalb, weil von seinem Konsum keine Gefahren für Nichtraucher ausgehen.

Der Diskussion um das schwedische Modell lässt sich eine wichtige Schlussfolgerung für die E-Zigaretten-Debatte entnehmen. Einer der zentralen Einwände gegenüber den Dampfgeräten besagt, man könne ihre Nutzung als Zigarettenersatz erst dann empfehlen, wenn Langzeitstudien über mögliche Gesundheitsfolgen vorliegen. Beim Snus-Konsum ist das der Fall, er ist – wie es Kenneth Warner einmal formuliert hat – „zu Tode untersucht“ worden und doch geht der Streit der Experten weiter. Denn selbst wenn die Entwicklung alles in allem positiv verläuft – und die außerordentlich niedrigen Raucherraten in Schweden sind zweifellos positiv –, kann man sich immer noch darüber streiten, wer oder was diesen Erfolg bewirkt hat. Schwedische Gesundheitsexperten schließen den Snus-Konsum als Grund hierfür kategorisch aus und verweisen stattdessen auf das eigene segensreiche Wirken bei der Bekehrung von Rauchern zu Nichtrauchern. Auf einer Tabakkontrollkonferenz am Deutschen Krebsforschungszentrum führte die Vertreterin einer Nichtregierungsorganisation das schwedische Erfolgsgeheimnis auf den Zusammenhalt der Nichtregierungsorganisationen zurück (Haglund 2017). Gemeinsam hätten die NGOs immer wieder Plakatkampagnen durchgeführt und es so geschafft, ihre Landsleute vom Zigarettenkonsum abzuhalten. Um den Snus-Konsum einzudämmen, setzt man folgerichtig auf Plakate mit schwarz verfäulenden Zähnen und anderen Ekelmotiven. In ihrem Heimatland stößt das Eigenlob der schwedischen Public Health-Community und ihr Beharren auf einer Nulltoleranzpolitik allerdings auf wachsende Skepsis. Im Juni 2022 stimmte das Parlament in Stockholm mehrheitlich gegen ein von den Fachleuten gefordertes Verbot von E-Zigaretten-Aromen.

Finnland: Subversion der Prävention

„Die große Angst vor dem Finnland-Effekt“ – so lautete vor einiger Zeit die Überschrift eines Zeitungsinterviews mit einem Manager des Reemtsma-Konzerns (Nicolai 2019). Die finnische Regierung war 2010 die weltweit Erste, die sich auf einen Zeitplan bis zum Erreichen der Rauchfreiheit festgelegt hat. Sechs Jahre später wurde die Zielmarke von 2040 auf 2030 vorverlegt. Zugleich brachte man eine Reihe von Gesetzesverschärfungen auf den Weg, die gewährleisten sollen, dass der Anteil der täglichen Raucher an der Arbeitsbevölkerung bis dahin auf unter 5% absinkt – er liegt aktuell bei 12%. Seit Mai letzten Jahres ist das Rauchen auf Spielplätzen und im Eingangsbereich von Schulen und Kitas verboten. Das Rauchverbot gilt auch in Privatfahrzeugen, sofern Personen unter 15 Jahren mitfahren, und an öffentlichen Stränden, dort allerdings nur in den Sommermonaten. Darüber hinaus sind Wohnungsbaugenossenschaften dazu ermächtigt worden, den Mietern das Rauchen auf Balkonen zu untersagen. Zudem dürfen ab Mai dieses Jahres Tabakprodukte nur noch in Einheitspackungen verkauft werden.

Die Neuregelungen, die 2016 im Parlament beschlossen wurden, gelten auch für E-Zigaretten. Für deren Konsumenten brachte das einschneidende Veränderungen mit sich. Auf der einen Seite wurde der bislang verbotene Handel mit Dampfgeräten und Liquids legalisiert, auf der anderen Seite gelten strenge Restriktionen: Nikotinhaltige E-Produkte dürfen in keiner Weise beworben und nur in lizenzierten Geschäften verkauft werden. Darüber hinaus gilt der Grundsatz: Wo nicht geraucht werden darf, darf auch nicht gedampft werden. Die Regelung, die bis heute für die meisten (Rechts-)Streitigkeiten sorgt, ist das Aromenverbot: In Finnland sind nur Liquids mit Tabakgeschmack und aromafreie Sorten erlaubt. Warum diese Einschränkung umstritten ist, lässt sich an den Ergebnissen einer bevölkerungsweiten Querschnittsstudie ablesen (Ruokolainen et al. 2022).

Zwei Jahre vor und nach Verabschiedung des Tabakkontrollgesetzes von 2016 wurden jeweils mehr als 3.000 Finninnen und Finnen im Alter von 15 bis 69 Jahren zu ihrem Umgang mit legalen und illegalen Drogen befragt. Drei Ergebnisse sind für unser Thema von besonderem Interesse. 1.) Trotz der Legalisierung hat es keinen Boom der E-Zigarette gegeben: Der Anteil ihrer Konsumenten liegt bei den Erwachsenen unverändert bei etwa 2%, bei den Jugendlichen ist er sogar von 4% auf 2% gesunken. 2.) Der Anteil der täglichen Raucher an der Gesamtbevölkerung hat sich im Befragungszeitraum schneller als sonst verringert und zwar von 16% auf 13%. Die E-Zigaretten haben diesen Rückgang allem Anschein nach befördert, denn unter den Dampfem waren 2018 mehr Ex-Raucher als vier Jahre zuvor. 3.) Bei den Rauchern, die dank der E-Zigarette zu Ex-Rauchern geworden sind, waren Fruchtaromen besonders beliebt. Dagegen haben Jugendliche und andere Einsteiger vor allem aromafreie Liquids

ausprobiert. Mit anderen Worten: Die Daten aus Finnland widersprechen diametral der gängigen Ansicht, die Fruchtaromen seien nur dazu da, Jugendliche zum Nikotinkonsum zu verführen, und Raucher würden Tabakaromen bevorzugen. Was die Frage aufwirft, wie die Ex-Raucher unter den Dampfern an die Fruchtaromen herangekommen sind. Ganz einfach: In den finnischen Dampferräden werden die offiziell verbotenen Sorten als Backaroma oder Cocktail-Zutat angeboten und separat von den regulären Liquids zum Selbermischen verkauft. Inwieweit dies zulässig ist, klären derzeit die Gerichte (Ollila 2020).

Nachzutragen bleibt, dass in Finnland der Handel mit Snus verboten ist. Trotzdem konsumieren 7% der Männer und 1% der Frauen im Alter von 20 bis 64 Jahren täglich das schwedische Nikotinprodukt. Möglich ist dies, weil jeder Reisende pro Tag 1 Kilo Snus für den Eigenbedarf einführen kann. Entlang der finnisch-schwedischen Grenze ist so ein reger Grenzverkehr in Sachen Nikotin entstanden. Auch auf den finnischen Fähren kann man die zu Hause verbotene Ware erwerben, sobald schwedische Gewässer erreicht werden (Salokannel & Ollila 2020). Offenkundig sind viele Skandinavier davon überzeugt, dass es unsinnig ist, wenn Zigaretten legal verkauft werden können, ein weitaus weniger schädliches Produkt dagegen verboten sein soll. Hinzu kommt eine soziale Schieflage: In dem Teil der finnischen Bevölkerung mit einem hohen Bildungsabschluss ist die Zielmarke einer Raucherprävalenz unter 5% nämlich heute schon erreicht. Dagegen ist sie bei den Bewohnern mit einem niedrigen Bildungsabschluss dreimal so hoch. So gesehen läuft die finnische Endgame-Strategie auf einen legislativen Kleinkrieg der Bessergestellten gegen die sozial Benachteiligten hinaus.

Neuseeland: Ein Aktionsplan gegen den „Völkermord“

Während es in Finnland das allererste Gesetzespaket mit der Zielvorgabe einer rauchfreien Gesellschaft gegeben hat, verfolgt Neuseeland die mit Abstand ehrgeizigste Endgame-Politik. Der Inselstaat, der hierzulande vor allem als Drehort von „Herr der Ringe“ bekannt ist, hat 5 Millionen Einwohner, von denen 11% rauchen. Bis 2025 soll dieser Prozentsatz auf weniger als 5% gesenkt werden. Das Kabinett von Premierministerin Jacinda Ardern hat deshalb vor drei Jahren einen eng getakteten Aktionsplan verabschiedet, den Burkhard Blienert, der amtierende Drogenbeauftragte der Bundesregierung, als „Meilenstein“ ansieht. Schon im November 2020 wurden die Einfuhr von Kautabak und die Werbung für E-Zigaretten verboten. Seit August 2021 dürfen keine Liquidsorten mehr verkauft werden, die andere Aromen als Tabak, Minze oder Menthol enthalten. Seit November 2021 ist das Dampfeln und Rauchen im Auto im Beisein von Kindern untersagt. Hersteller und Händler von Dampfprodukten müssen das nationale Pharmakovigilanz-Zentrum über alle auftretenden Nebenwirkungen informieren. Und das ist nur ein Auszug aus dem Katalog der