

Zur Prävalenz des Tabakrauchens in Österreich

Irene Schmutterer

Tabakkonsum wird aus gesundheitspolitischen Überlegungen mittlerweile seit mehreren Jahrzehnten zunehmend problematisiert. Im Jänner 2014 titelte die medizinische Fachzeitschrift *The Journal of the American Medical Association* (JAMA, 2014) mit dem Themenschwerpunkt „50 Years of Tobacco Control“. Und auch in Österreich wurden und werden immer mehr Maßnahmen zur Verringerung des Konsums von Tabak implementiert.

Tabakkonsum erfolgt in Österreich weitgehend über das Rauchen von Zigaretten. 98,5 Prozent der täglich Rauchenden konsumieren primär Zigaretten. Die restlichen 1,5 Prozent rauchen zumeist Zigarren, Pfeifentabak oder andere Produkte wie z.B. Shisha (Klimont & Baldaszi, 2015). Lediglich 0,5 Prozent der ab 15-Jährigen konsumieren rauchfreie Tabakprodukte täglich oder fast täglich. Ein weiteres Prozent greift gelegentlich (30-Tage-Prävalenz) zu rauchfreien Tabakprodukten (Strizek & Uhl, 2016).

Ergebnisse zur Rauchprävalenz in der Bevölkerung

Laut den beiden aktuellsten Befragungen zum Rauchverhalten in der Bevölkerung mit Angaben zur Tagesprävalenz rauchen 21 (Befragung zum Substanzkonsum 2015) bzw. 24 Prozent (ATHIS¹ 2014) der Österreicherinnen und Österreicher im Alter von 15 und mehr Jahren täglich (Strizek & Uhl, 2016; Klimont & Baldaszi, 2015).

Betrachtet man die Ergebnisse der Erhebungsreihe zum Substanzkonsum, so zeigt das aktuelle Ergebnis einen eindeutigen Rückgang im Tabakkonsum (von 38% 2004 über 31% 2008 auf 21% 2015) (Uhl et al., 2005b; 2009b; Strizek & Uhl, 2016). Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragungen der Statistik Austria dokumentieren hingegen annähernd gleichbleibende Werte über diese Zeitspanne (von 23% 2006/07 auf 24% 2014) (siehe Abbildung 1) (Klimont et al.,

2007; Klimont & Baldaszi, 2015). Worauf diese unterschiedlichen Ergebnisse zurückzuführen sind, ist unklar. Möglicherweise spielen Unterschiede bzw. Veränderungen in der Frageformulierung und das unterschiedliche Setting (einerseits „Gesundheitsbefragung“ und andererseits „Befragung zum Substanzkonsum“) hier eine Rolle.

Der Anteil der Rauchenden gesamt (täglich und gelegentlich) an der Bevölkerung 15+ beträgt laut aktuellen Erhebungen 27 (Befragung zum Substanzkonsum 2015), 26 (Eurobarometer 2014) bzw. 30 Prozent (ATHIS 2014) (Strizek et al., 2016; European Commission, 2015; Klimont & Baldaszi, 2015).

Eine Übersicht über Ergebnisse zum Rauchverhalten in der Bevölkerung auf Basis verschiedenster seit 1972 in Österreich durchgeführter Erhebungen wird in Tabelle 1 dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass die Anzahl an befragten Personen und auch der Prozentsatz der Antwortverweigernden zum Teil sehr stark schwanken. Die den jeweiligen Ergebnissen zugrunde liegenden Frageformulierungen und die vorgegebenen Antwortkategorien werden in Tabelle 2 angeführt. Dabei werden zum Teil sehr sprunghaft schwankende Ergebnisse sichtbar, die eine Interpretation sehr schwierig machen. Es zeigt sich dabei aber jedenfalls, dass die aktuellen Ergebnisse zum Rauchverhalten zu den niedrigsten über diesen Zeitraum gemessenen gehören.

Rauchverhalten von Männern und Frauen²

Das Rauchverhalten von Männern und Frauen glich sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte immer mehr an. Beim Mikrozensus 1972 gaben noch zehn Prozent der Frauen und 39 Prozent der Männer an, täglich zu rauchen. Beim Mik-

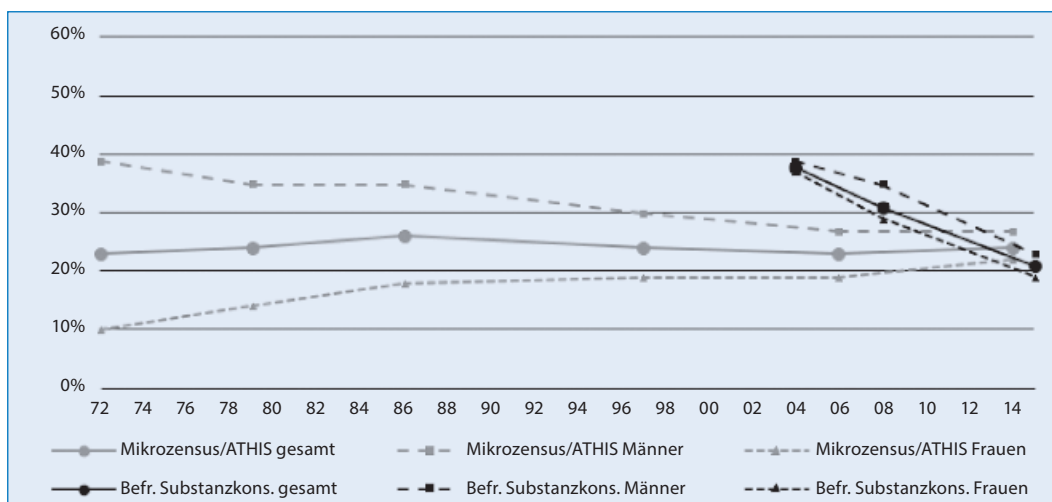
¹ Austrian Health Information Survey, Österreichische Gesundheitsbefragung.

² Die beschriebenen Ergebnisse beziehen sich beim Mikrozensus 1972, 1986 und 1997 auf die Bevölkerung 16+, beim ATHIS 2014 und der Bevölkerungsbefragung zum Substanzkonsum 2015 auf die Bevölkerung 15+.

Abbildung 1

Ergebnisse zum Anteil der täglich Rauchenden* aus zwei unterschiedlichen Erhebungsreihen

* Die Ergebnisse der Mikrozensus-Erhebungen (1972, 1979, 1986, 1997) beziehen sich auf die ab 16-jährige Bevölkerung, die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2006/07, des ATHIS 2014 und der Befragungen zum Substanzkonsum (2004, 2008, 2015) auf die ab 15-jährige Bevölkerung. Die sich dadurch ergebenden Unterschiede sind hier jedoch vernachlässigbar.



Anmerkungen: Mit einem Symbol versehene Jahre stellen tatsächliche Erhebungszeitpunkte dar. Für die Erhebungsreihe Mikrozensus/ATHIS bzw. Österreichische Gesundheitsbefragung der Statistik Austria wurden für diese Darstellung nur jene Erhebungen gewählt, die im Bericht zum ATHIS 2014 für die Beschreibung der täglich Rauchenden im langfristigen Zeitvergleich herangezogen wurden (S72, S79, S86, S97, S06b, S14a – siehe Tabelle 1). Für die Erhebungsreihe „Befragung zum Substanzkonsum“ wurden hier die Erhebungen S04, S08b und S15 (siehe Tabelle 1) dargestellt.

Quellen: Urbas & Klimont, 2002b (S72, S79, S86, S97), Uhl et al., 2005b, 2005c (S04), Klimont et al., 2007 (S06b), Uhl et al., 2009b, und Strizek et al., 2009 (S08b); Klimont & Baldaszti, 2015 (S14a); Strizek & Uhl, 2016 (S15); Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

rozensus 1986 waren es bereits 18 Prozent der Frauen und nur mehr 35 Prozent der Männer und beim Mikrozensus 1997 waren es 19 Prozent der Frauen und 30 Prozent der Männer (Urbas & Klimont, 2002b) (siehe auch Abbildung 1). Frauen rauchen allerdings nach wie vor etwas seltener und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Männer. Laut ATHIS 2014 rauchen 22 Prozent der Frauen und 27 Prozent der Männer täglich (Klimont & Baldaszti, 2015). Der Bevölkerungsbefragung zum Substanzkonsum 2015 zufolge sind es 19 Prozent der Frauen und 23 Prozent der Männer (Strizek & Uhl 2016).

Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Bildung, Einkommen und Rauchverhalten zeigt sich ein Wandel in der Gesellschaft. Den Daten der ATHIS-Erhebung 2014 (Klimont & Baldaszti, 2015; Berechnungen: GÖG/ÖBIG) zufolge zählen in der Gruppe der 30- bis 59-Jährigen Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss häufiger zu den täglichen Raucherinnen und Rauchern als Personen mit einer höheren Bildung (Pflichtschule: 47%, Lehre und BMS: 32%, mind. Matura: 17%). Bei den ab 60-Jährigen zeigt sich dieser Unterschied nicht. Ähnlich ist es beim Haushaltseinkommen. Bei den 30- bis 59-Jährigen ist der Anteil der täglich Rauchenden niedriger, je höher das Haushalts-

einkommen ist (unter dem 1. Quintil: 36%, zw. dem 4. und 5. Quintil: 24%). Bei den ab 60-Jährigen zeigt sich ein umgekehrter Zusammenhang: je niedriger das Haushaltseinkommen, desto größer der Anteil an Personen, die nie täglich geraucht haben (unter dem 1. Quintil: 67%, zwischen dem 4. und 5. Quintil: 45%).

Personen mit Migrationshintergrund³ (15 Jahre und älter) geben bei der ATHIS-Erhebung 2014 im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund öfter an, täglich zu rauchen (32 vs. 23%) (Klimont & Baldaszti, 2015).

Tabakrauchen bei Kindern und Jugendlichen

Die nachfolgenden Ergebnisse zum Tabakrauchen von Kindern und Jugendlichen beziehen sich bei der HBSC-Studie⁴ auf das Rauchen von Tabak und bei ESPAD⁵ auf das Rauchen von Zigaretten.

Laut diesen beiden Schülerbefragungen rauchen aktuell 10 (HBSC 2014) bzw. 16 Prozent (ESPAD 2015) der 15-Jährigen täglich. Etwas weniger als die Hälfte der 15-jährigen Schüler/innen gibt an, bereits erste Erfahrungen mit dem Rauchen von Tabak gemacht zu haben (HBSC, 2014: 43%, ESPAD, 2015: 49% (Ramelow et al., 2015; Strizek et al., 2016).

³ Beide Eltern wurden im Ausland geboren.

⁴ Health behaviour in school-aged children study.

⁵ European school survey project on alcohol and other drugs.

Erhebung	Abk.	befragte Personen	Antwortverweigerung	Rauchende gesamt	Täglich Rauchende
Mikrozensus 1972 (Sonderprogr. „Rauchgewohnheiten“)	S72	ca. 60.000	2%	27,7%	23,1%
Mikrozensus 1979 (Sonderprogr. „Rauchgewohnheiten“)	S79	ca. 60.000	3%	28,1%	23,6%
Mikrozensus 1986 (Sonderprogr. „Rauchgewohnheiten“)	S86	ca. 60.000	5%	30,1%	25,5%
Mikrozensus 1991	S91	ca. 60.000	2%	–	28,2%
Gallup & Institut für Sozialmedizin 1992	S92	ca. 6.000	?	34,3%	–
Gallup & Institut für Sozialmedizin 1994	S94	?	?	33,4%	–
Spectra & Institut für Sozialmedizin 1995	S95a	?	?	38,6%	30,0%
Spectra & Eurobarometer 1995	S95b	ca. 1.000	?	32,0%	–
Mikrozensus 1997 (Sonderprogr. „Rauchgewohnheiten“)	S97	ca. 60.000	10%	29,3%	24,2%
Mikrozensus 1999	S99	ca. 60.000	22%	45,1%	36,3%
Spectra & Eurobarometer 2002	S02	ca. 1.000	?	39,0%	–
Market & LBISucht Befr. zum Substanzkonsum 2004	S04	ca. 4.500	1%	47,3%	38,3%
Spectra & Krebshilfe 2005	S05a	ca. 1.000	5%	47,4%	38,9%
Gallup & Eurobarometer 2005	S05b	ca. 1.000	?	42,0%	38,8%
Gallup & Eurobarometer 2006	S06a	ca. 1.000	?	31,0%	29,1%
Statistik Austria Gesundheitsbefr. 2006/2007	S06b	ca. 15.000	?	–	23,3%
Spectra & Krebshilfe 2008	S08a	ca. 1.000	8%	39,1%	30,4%
Market & LBISucht Befr. zum Substanzkonsum 2008	S08b	ca. 4.200	0,5%	36,1%	31,4%
Gallup & Eurobarometer 2009	S09	ca. 1.000	?	34,0%	30,3%
Gallup & Eurobarometer 2012	S12a	ca. 1.000	?	33,0%	–
Spectra & Krebshilfe 2012	S12b	ca. 1.000	5%	40,0%	34,7%
Statistik Austria Gesundheitsbefr./ATHIS 2014	S14a	ca. 15.800	?	30,0%	24,3%
IPR & Eurobarometer 2014	S14b	ca. 1.000	?	26,0%	–
Market & GÖG Befr. zum Substanzkonsum 2015	S15	ca. 4.100	0,5%	27,0%	20,6%

Tabelle 1

Ergebnisse zur Rauchprävalenz in der Bevölkerung*, 1972-2015

* Die hier angeführten Ergebnisse beziehen sich auf die Bevölkerung 15+, mit Ausnahme der Ergebnisse der Erhebungen S72, S79, S86 und S97 (diese beziehen sich auf die ab 16-jährige Bevölkerung). Für die Ergebnisse der Erhebungen S92, S94 und S95a geht aus den zur Verfügung stehenden Quellen nicht hervor, auf welches Alterssegment der Bevölkerung exakt Bezug genommen wird.

Anmerkungen: Die Zusammenstellung baut auf einer 2009 veröffentlichten Tabelle auf (Uhl et al., 2009a). In den Publikationen zu den Erhebungen S05a, S12b wurden die Rauchprävalenzzahlen auf alle Befragte inklusive Antwortverweigernde bezogen, was zu einer systematischen Unterschätzung des Anteils von Rauchenden führt. Um bei allen Studien zu vergleichbaren Ergebnissen zu kommen, wurden die entsprechenden Prozentwerte neu berechnet; d.h. nur auf jene Personen bezogen, die bei den Befragungen Auskunft über ihr Rauchverhalten gegeben haben.

Quellen: Urbas & Klimont, 2002b (S72, S79, S86, S97); Urbas & Klimont, 2002a (S91, S99); Schoberberger & Kunze, 1999 (S92, S94, S95a); European Commission, 2002 (S95b, S02); Uhl et al., 2005b, 2005c (S04); Spectra & Krebshilfe, 2008a, 2008b (S05a, S08a); European Commission, 2006 (S05b); European Commission, 2007 (S06a); Klimont et al., 2007 (S06b); Uhl et al., 2009b und Strizek et al., 2009 (S08b); European Commission, 2010 (S09); European Commission, 2012 (S12a); Spectra & Krebshilfe, 2012 (S12b); Klimont & Balaszti, 2015 (S14a); European Commission, 2015 (S14b); Strizek & Uhl, 2016 (S15); Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

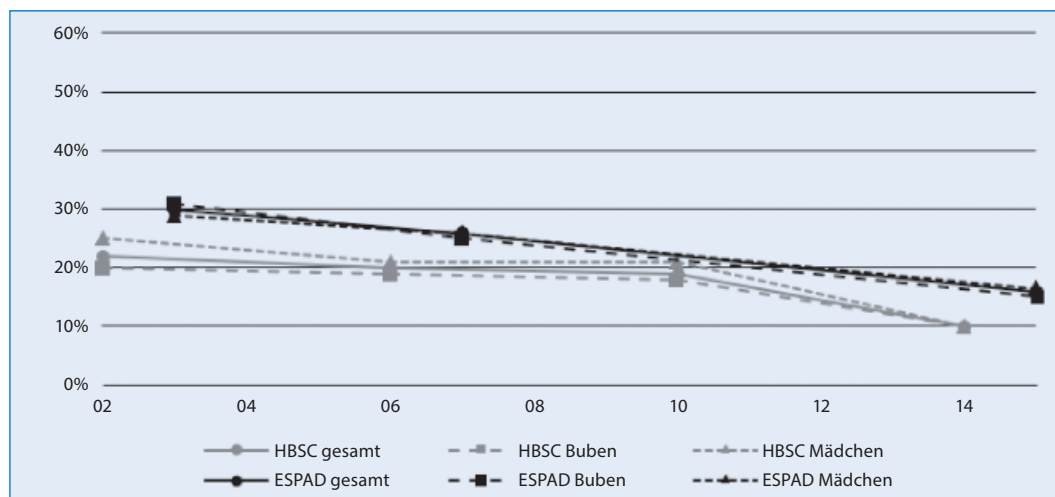


Abbildung 2

Anteil der täglich Rauchenden an den 15-Jährigen, 2002-2015

Anmerkung: Mit einem Symbol versehene Jahre stellen tatsächliche Erhebungszeitpunkte dar.

Quellen: Dür & Griebler (2007); Ramelow et al. (2011, 2015); Strizek et al. (2008, 2016); Uhl et al. (2005a); ESPAD (2015); Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 2

Frage- und Antwortformulierungen der einzelnen Surveys, 1972-2015

Abk. Erhebung	Frage- und Antwortformulierungen
S72	„Rauchen Sie (1) täglich, (2) nicht täglich, jedoch regelmäßig, (3) gelegentlich, (4) nicht?“
S79	wie S72
S86	wie S72
S91	genaue Frage- und Antwortformulierungen nicht bekannt
S92	genaue Frage- und Antwortformulierungen nicht bekannt
S94	wie S92
S95a	genaue Frage- und Antwortformulierungen nicht bekannt
S95b	„Was vom Folgenden trifft zu? Sie rauchen paktierte Zigaretten (1) ja (2) nein? Sie rauchen selbstgerollte Zigaretten (1) ja, (2) nein? Sie rauchen Zigarren oder Pfeifen (1) ja, (2) nein? Wenn eines davon ja: Rauchen Sie (1) regelmäßig oder (2) gelegentlich?“
S97	„Rauchen Sie (1) täglich, (2) nicht täglich, jedoch regelmäßig, (3) gelegentlich, (4) nein, früher geraucht, (5) nicht?“
S99	„Rauchen Sie? (1) Ja, gelegentlich, (2) ja, täglich bis 10 Zigaretten, (3) ja, täglich 11 bis 20 Zigaretten, (4) ja, täglich mehr als 20 Zigaretten, (5) nein, habe aufgehört, (6) nein, habe nie geraucht“
S02	wie S95b
S04	„Haben Sie in den letzten 30 Tagen Zigaretten, Zigarren oder Pfeife geraucht oder nicht? Würden Sie sagen: (1) täglich, (2) gelegentlich, (3) gar nicht“. Sowohl Raucher/innen allgemein als auch tägliche Raucher/innen werden aus den Angaben zur 30-Tages-Prävalenz gebildet
S05a	„Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Tabakprodukte vor und Sie sagen mir bitte zu jedem, ob Sie es regelmäßig, also zumindest 1-mal (1) täglich rauchen, (2) gelegentlich rauchen, (3) überhaupt nie rauchen bzw. (4) früher einmal geraucht haben: (A) Fabrikfertige Zigaretten mit Filter, (B) Fabrikfertige Zigaretten ohne Filter, (C) Aus lossem Tabak selbstgedrehte oder gestopfte Zigaretten, (D) Pfeife, Zigarillos, Zigarren, Wasserpfeife“
S05b	„Was von dem Folgenden trifft auf Sie zu? (1) Sie rauchen fabrikfertige Zigaretten, (2) Sie rauchen selbstgerollte Zigaretten, (3) Sie rauchen Zigarre oder Pfeife, (4) Sie rauchen Tabak oder nehmen Snus, (5) Sie haben geraucht, aber aufgehört, (6) Sie haben nie geraucht, (7) anderes“, wenn 1, 2 oder 3: „Rauchen Sie regelmäßig oder gelegentlich?“, wenn 1 oder 2: „Rauchen Sie jeden Tag?“, wenn „ja“: „Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag? ...“
S06a	wie S05b
S06b	„Haben Sie jemals täglich geraucht?“ (1) Ja, (2) Nein. Falls „Ja“: „Rauchen Sie zur Zeit? (1) Ja, täglich, (2) Ja, gelegentlich, (3) Nein“ Anmerkung: Diese Fragenkonstruktion macht es unmöglich, den gelegentlichen Zigarettenkonsum auszuweisen, da alle, die nicht zumindest irgendwann im Leben täglich geraucht haben, über die erste Fragen-Weiche nicht hinauskommen.
S08a	„Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Tabakprodukte vor und Sie sagen mir bitte zu jedem, ob Sie es regelmäßig, also zumindest 1-mal täglich rauchen, gelegentlich rauchen, überhaupt nie rauchen bzw. früher einmal geraucht haben. (A) Fabrikfertige Zigaretten mit Filter, (B) Fabrikfertige Zigaretten ohne Filter, (C) Aus lossem Tabak selbstgedrehte oder gestopfte Zigaretten, (D) Pfeife, Zigarillos, Zigarren, Wasserpfeife“
S08b	Für die Frage nach den Rauchern/innen allgemein werden die Antworten 1 bis 4, für die Frage nach den täglichen Rauchern/innen die Antworten 1 und 2 der folgenden Frage zusammengerechnet: „Haben Sie in den letzten 30 Tagen Zigaretten, Zigarren oder Pfeife geraucht oder nicht? Würden Sie sagen – nur eine Angabe möglich! (1) täglich, (2) fast täglich, (3) gelegentlich, (4) sporadisch, (5) gar nicht“
S09	„Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie bezüglich des Rauchens von Zigaretten, Zigarren oder Pfeife zu? (1) Sie rauchen zurzeit, (2) Sie haben einmal geraucht, aber aufgehört, (3) Sie haben nie geraucht.“ „Konsumieren Sie die folgenden Tabakprodukte täglich, gelegentlich oder gar nicht? (A) Fabrikfertige Zigaretten, (B) Selbstgedrehte Zigaretten, (C) Zigarren, (D) Wasserpfeife (Shisha, Hookha), (E) Pfeife“
S12a	bezüglich der Frage nach dem Rauchen allgemein wie S09
S12b	„Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Tabakprodukte vor und Sie sagen mir bitte zu jedem, ob Sie es regelmäßig, also zumindest 1-mal täglich rauchen, gelegentlich rauchen, überhaupt nie rauchen bzw. früher einmal geraucht haben. (A) Fabrikfertige Zigaretten mit Filter, (B) Aus lossem Tabak selbstgedrehte oder gestopfte Zigaretten, (C) Pfeife, Zigarillos, Zigarren, Wasserpfeife, (D) Fabrikfertige Zigaretten ohne Filter“
S14a	„Rauchen Sie? (1) Ja, täglich, (2) Ja, gelegentlich, (3) Nein, überhaupt nicht“
S14b	„Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie bezüglich des Rauchens von Zigaretten, Zigarren oder Pfeife zu? Die Frage inkludiert nicht den Gebrauch von elektronischen Zigaretten (1), Sie rauchen zurzeit (2), Sie haben einmal geraucht, aber aufgehört, (3) Sie haben nie geraucht, (4) weiß nicht.“
S15	Für die Frage nach den Rauchern/innen allgemein werden die Antworten 1 bis 4, für die Frage nach den täglichen Rauchern/innen die Antworten 1 und 2 der folgenden Frage zusammengerechnet: „Haben Sie in den letzten 30 Tagen eine ganze Zigarette, Zigarre oder Pfeife geraucht? (1) Ja, täglich, (2) Ja, fast täglich, (3) Ja, gelegentlich, (4) Ja, sporadisch, (5) Nein“

Anmerkung: Die Zusammenstellung baut auf einer 2009 veröffentlichten Tabelle auf (Uhl et al., 2009a).

Quellen: Urbas & Klimont, 2002b (S72, S79, S86, S97); Urbas & Klimont, 2002a (S91, S99); Schoberberger & Kunze, 1999 (S92, S94, S95a); European Commission, 2002 (S95b, S02); Uhl et al., 2005b, 2005c (S04); Spectra & Krebshilfe, 2008a, 2008b (S05a, S08a); European Commission, 2006 (S05b); European Commission, 2007 (S06a); Klimont et al., 2007 (S06b); Uhl et al., 2009b und Strizek et al., 2009 (S08b); European Commission, 2010 (S09); European Commission, 2012 (S12a); Spectra & Krebshilfe, 2012 (S12b); Klimont & Balaszti, 2015 (S14a); European Commission, 2015 (S14b); Strizek & Uhl, 2016 (S15); Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

In beiden Erhebungsreihen zeigt sich ein eindeutiger Rückgang der Rauchprävalenz von Kindern und Jugendlichen in Österreich (siehe Abbildung 2). Im Europäischen Vergleich liegt Österreich nach diesem Rückgang bei den HBSC-Ergebnissen aktuell gleichauf mit Deutschland, leicht über dem europäischen Durchschnitt und bei den Ergebnissen von ESPAD im oberen Viertel (WHO, 2016; ESPAD Group, 2016).

Schüler/innen aus Berufsschulen und Polytechnischen Schulen berichten häufiger von Tabakkonsum als Schüler/innen anderer Schulformen. Ebenfalls häufiger rauchen Schüler/innen aus kleinen Gemeinden (< 5.000 EW). Keine Unterschiede zwischen 15-jährigen Burschen und Mädchen zeigen sich beim Anteil der täglich Rauchenden (siehe Abbildung 2) (Ramelow et al., 2015; Strizek et al., 2016).

Entwicklung der Verkaufszahlen von Zigaretten

Die Entwicklung der Verkaufszahlen von Zigaretten kann ebenfalls Hinweise auf die Entwicklung der Rauchprävalenz in Österreich geben. Im Folgenden werden offizielle Verkaufszahlen (Anzahl in Österreich versteuerter Stück Zigaretten) und Dunkelzifferschätzungen (über nicht bzw. nicht in Österreich versteuerte Zigaretten) betrachtet. Diese werden auf einen Pro-Kopf-Konsum der Bevölkerung 15+ umgerechnet. Für das Jahr 2015 ergeben die Verkaufszahlen einen Zigarettenkonsum von 4,7 (ohne Dunkelziffer) bzw. 5,5 (mit Dunkelziffer) Stück pro Kopf und Tag, was im Vergleich

zum Vorjahr einen leichten Rückgang darstellt. Ein leichter Rückgang zeigt sich auch im längerfristigen Trend (siehe Abbildung 3). Dies könnte auf einen Rückgang des Anteils an Rauchern/innen und Rauchern hindeuten. Ebenfalls denkbar wäre aber auch ein gleichbleibender Anteil an Rauchenden, wenn Rauchende im Durchschnitt immer weniger Zigaretten pro Tag rauchen.

Tabakkonsum und Mortalität

Der Konsum von Tabak – aktiv oder passiv – verursacht zahlreiche tödliche Krankheiten und gilt deshalb als eines der bedeutendsten Gesundheitsrisiken (RKI, 2008; WHO, 2015). Zu den Spätfolgen des Tabakkonsums zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, Atemwegserkrankungen wie z.B. COPD, chronische Bronchitis oder Asthma und bösartige Neubildungen wie Lungenkrebs, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs u. a. (Singer et al., 2011).

Bei Todesfällen in Folge von Lungenkrebs (Bronchialkarzinom) wird dem Rauchen bei Männern ein Anteil von 90 Prozent und bei Frauen ein Anteil von 80 Prozent an der spezifischen Mortalität zugerechnet (Newcomb & Carbonne, 1992).

Die Statistik der Todesfälle in Folge von Bronchialkarzinomen zeigt in den letzten Jahrzehnten einen Rückgang bei Männern und einen Anstieg bei Frauen (siehe Abbildung 4). Das korrespondiert mit der Entwicklung des sich angleichenden Rauchverhaltens von Männern

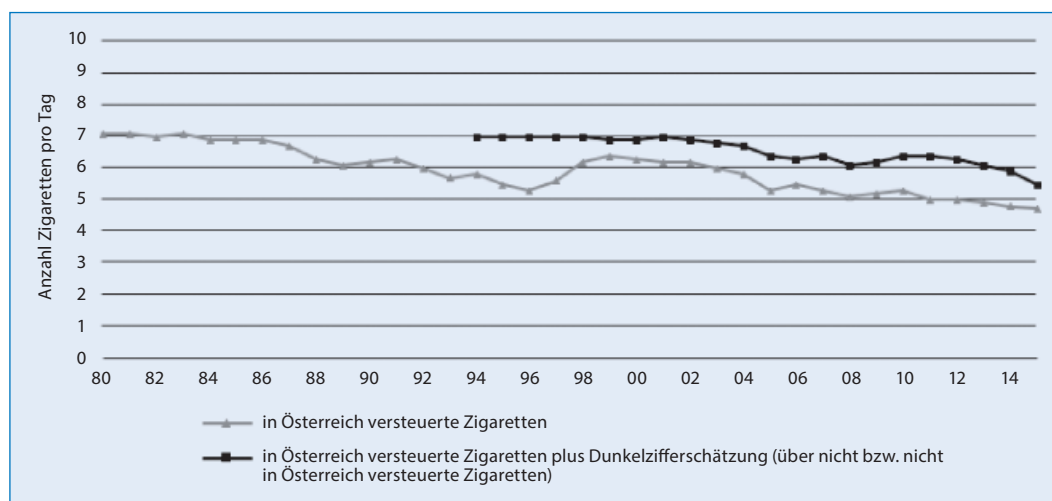


Abbildung 3

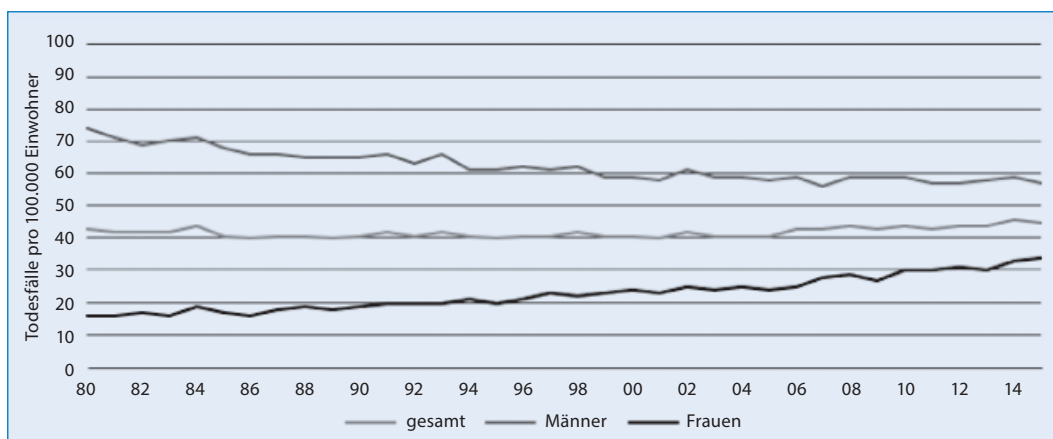
Durchschnittlicher täglicher Konsum von Zigaretten in der Bevölkerung 15+, 1980-2015

Anmerkung: Zur Berechnung wurde die jährliche Wohnbevölkerung im Jahresdurchschnitt herangezogen.

Quellen: Austria Tabak (2004); BMF (2016); JTI (2008, 2013, 2016); TÜV Austria CERT (2012); Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 4

Entwicklung der Todesfälle
in Folge von
Bronchialkarzinomen
(C34, ICD-10), 1980-2015



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1980-2015; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

und Frauen. 2015 sind 2.392 Männer und 1.490 Frauen in Folge eines Bronchialkarzinoms gestorben (Todesursachenstatistik).

Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören

Der Anteil an Rauchenden, die im letzten Jahr erfolglos versuchten das Rauchen aufzugeben, ist hoch. 32 Prozent der täglich Rauchenden (31% der 15- bis 59-Jährigen und 41% im Alter 60+) gaben dies bei der ATHIS-Befragung 2014 an. Dies entspricht hochgerechnet ca. 560.000 Personen (rund 8% der Bevölkerung 15+).

24 Prozent im Alter 15+ haben einmal täglich geraucht und rauchen jetzt nicht mehr. Der Anteil derer, die jemals täglich geraucht haben und jetzt nicht mehr rauchen, nimmt mit steigendem Alter zu (von 10% bei den 15- bis unter 30-Jährigen auf 35% bei den 60- bis unter 75-Jährigen). Er ist bei Männern (29%) etwas höher als bei Frauen (21%), allerdings ist bei Männern auch der Anteil derer höher, die jemals täglich geraucht haben (Klimont & Baldaszi, 2015).

Zusammenfassung

Aktuell rauchen in Österreich etwa 21 bis 24 Prozent der ab 15-Jährigen täglich. Weitere sechs Prozent rauchen gelegentlich. Je nachdem welche Befragungsergebnisse für einen Vergleich herangezogen werden, zeigt sich über die letzten zehn Jahre ein annähernd gleichbleibender oder auch sinkender Trend in der Rauchprävalenz (hier ist die Datenlage nicht eindeutig). Bei Kindern und Jugendlichen zeigt sich über die letzten Jahre ein deutlich sinkender Trend in der Rauchprävalenz. Im Europäischen Vergleich liegt Österreich damit aber nach wie vor – je nach Erhebung – leicht bzw.

deutlich über dem Durchschnitt. Die Entwicklung der Verkaufszahlen von Zigaretten zeigt einen leicht sinkenden Trend.

Obwohl sich das Rauchverhalten von Männern und Frauen in den letzten Jahrzehnten zusehends angeglichen hat, rauchen Männer nach wie vor etwas häufiger als Frauen. Rauchende Männer rauchen im Durchschnitt auch mehr Zigaretten pro Tag als rauchende Frauen. Bei Kindern und Jugendlichen ist der Anteil der täglich Rauchenden bei Buben und Mädchen annähernd gleich hoch.

Die Statistik der Todesfälle in Folge von Bronchialkarzinomen zeigt in den letzten Jahrzehnten einen Rückgang bei Männern und einen Anstieg bei Frauen, was mit dem sich angleichenden Rauchverhalten von Männern und Frauen erklärt werden kann. Ein Drittel der täglich Rauchenden, hat im letzten Jahr erfolglos versucht mit dem Rauchen aufzuhören.

Literatur

- Austria Tabak (2004). Zigarettenabsatz über Austria Tabak bzw. Tobaccoland 1980-2003. Schriftliche Mitteilung. Wien. Zitiert in: Seyer, S., Gschwandtner, F., Paulik, R. & Schmidbauer, R. (2005). *Vom Gebrauch der Drogen – Drogenmonitoring zu illegalen Substanzen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich*. ISP Gesellschafts- und Sozialpolitische Texte, Band 15. Linz.
- BMF (2016). *Sonderauswertung: versteuerte Zigaretten*. Schriftliche Mitteilung von Anton Panholzer.
- Dür, W. & Griebler, R. (2007). *Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- ESPAD Group (2016). *ESPAD report 2015. Results from the European school survey project on alcohol*

- and other drugs. Luxemburg: Publications Office of the European Union.
- European Commission (2002). *Special Eurobarometer 183. Smoking and the environment: Actions and attitudes*. Brüssel.
- European Commission (2006). *Special Eurobarometer 239. Attitudes of Europeans towards tobacco. Report. Fieldwork Sept.-Dec. 2005*. Brüssel.
- European Commission (2007). *Special Eurobarometer 272c. Attitudes of Europeans towards tobacco. Report. Fieldwork Oct.-Nov. 2006*. Brüssel.
- European Commission (2010). *Special Eurobarometer 332. Tobacco. Report. Fieldwork Oct. 2009*. Brüssel.
- European Commission (2012). *Special Eurobarometer 385. Attitudes of Europeans towards tobacco. Report. Fieldwork Feb.-Mar. 2012*. Brüssel.
- European Commission (2015). *Special Eurobarometer 429. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Report. Fieldwork: November-December 2014*. Brüssel.
- JAMA (2014). *The Journal of the American Medical Association*, 311, 2.
- JTI (2008). *Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie der Wirtschaftskammer Österreich*. Schriftliche Mitteilung von Susanne Schreiner. Wien.
- JTI (2013). *Studiendesign zur Zigarettenpackungsstudie der Firma CPM und Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie vom Herbst 2012*. Schriftliche Mitteilung von Iris Perz. Wien.
- JTI (2016). *Ergebnisse der Zigarettenpackungsstudie für die Jahre 2013-2015*. Schriftliche Mitteilung von Iris Perz. Wien.
- Klimont, J., Kytir, J. & Leitner, B. (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und Statistik Austria.
- Klimont, J. & Baldaszi, E. (2015). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur.
- Newcomb, P. A. & Carbone, P. P. (1992). The health consequences of smoking. In: *Cancer. Med.Clin. North.Am.*, 76, 305-331. Zitiert in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2013), *Tabak-Abhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe*, Band 2.
- Ramelow, D., Griebler, R., Hofmann, F. et al. (2011). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Ramelow, D., Teutsch, F., Hofmann, F. & Felder-Puig, R. (2015). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- RKI (2008). *Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Schoberberger, R. & Kunze, M. (1999). *Nikotinabhängigkeit – Diagnostik und Therapie*. Wien: Springer.
- Singer, M. V., Batra, A. & Mann, K. (2011). *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Stuttgart: Thieme.
- Spectra & Krebshilfe (2008a). *Bericht: Die Raucher in Österreich – April 2008*. Linz: Spectra.
- Spectra & Krebshilfe (2008b). *Sonderauswertung: Die Raucher in Österreich – Februar 2005 und April 2008*. Linz: Spectra.
- Spectra & Krebshilfe (2012). *Bericht (charts xls): Die Raucher in Österreich – März 2012*. Linz: Spectra.
- Strizek, J., Uhl, A., Schmutterer, I. et al. (2008). *ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 4: Kreuztabellen*. Hrsg. v. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBI Sucht) in Kooperation mit dem Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (ISG). Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Strizek, J., Uhl, A. & Springer, A. (2009). *Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2008, Band 3: Kreuztabellen*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Strizek, J., Anzenberger, J., Kadlik, A., Schmutterer, I. & Uhl, A. (2016). *ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht*. Hrsg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Wien: Gesundheit Österreich.
- Strizek, J. & Uhl, A. (2016). *Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch. Band 1: Forschungsbericht*. Wien: Gesundheit Österreich.
- TÜV Austria CERT (2012). *Bericht zur Zigarettenpackungsstudie der Firma CPM für die Wirtschaftskammer Österreich*, Wien.
- Uhl, A., Bohrn, K., Fenk, R. et al. (2005a). *ESPAD AUSTRIA 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 3: Kreuztabellen*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Uhl, A., Springer, A., Kobra, U. et al. (2005b). *Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch – Erhebung 2004, Band 1: Forschungsbericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Uhl, A., Springer, A., Kobra, U. et al. (2005c). *Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Erhebung 2004, Band 3: Kreuztabellen*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

- Uhl, A., Bachmayer, S. & Kobrna, U. (2009a). Chaos um die Raucherzahlen in Österreich. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 159/1-2, 4-13.
- Uhl, A., Strizek, J., Puhm, A. et al. (2009b). *Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2008, Band 1: Forschungsbericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Urbas, E. & Klimont, J. (2002a). *Gesundheitszustand und Konsum Medizinischer Leistungen – Ergebnisse des Mikrozensus September 1999*. Wien: Statistik Austria.
- Urbas, E. & Klimont, J. (2002b). *Rauchgewohnheiten. Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997*. Wien: Statistik Austria.
- WHO (2015). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2015. Raising taxes on tobacco*. Genf: WHO.
- WHO (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young peoples's health and well-being. Health behaviour in school-aged chil-*

dren (HBSC) study: International report. Genf: WHO.



Mag. Irene Schmutterer
Kompetenzzentrum Sucht
Gesundheit Österreich GmbH
Stubenring 6
A-1010 Wien
irene.schmutterer@goeg.at

NACHRICHT

Wie eine pränatale Alkoholexposition die Gesichtsform des Kindes verändert

Ein Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann die Gesichtsform des Kindes verändern. Eine Studie in JAMA Pediatrics (2017; doi:10.1001/jamapediatrics.2017.0778) zeigt, dass in der Frühschwangerschaft bereits ein milder Alkoholkonsum Spuren hinterlässt.

In westlichen Ländern nehmen es viele Frauen mit dem Verzicht auf den Alkoholkonsum während der Schwangerschaft nicht so genau. In der Frühschwangerschaft könnte es auch unbeabsichtigt zur Exposition des Kindes kommen. Die Folge ist eine hohe Prävalenz von fetalen Alkohol-Spektrum-Störungen, die in Studien mit drei bis fünf Prozent angegeben wird. Die Kinder fallen später durch Lernschwächen, Sprachstörungen, motorische Ungeschicklichkeit oder durch Verhaltensstörungen auf.

Zum fetalen Alkoholsyndrom gehören aber auch Veränderungen im Gesichtsschädel mit verminderter Lidspalte, flachem Philtrum und dünner Oberlippe. In ausgeprägten Fällen ist eine Prima-vista-Diagnose möglich, in den meisten Fällen sind die Veränderungen jedoch subtil.

Ein Forscherteam um Evelyne Muggli von der Universität Melbourne hat jetzt zur Erkennung der Gesichtsveränderungen eine spezielle 3D-Kamera genutzt. Die Oberflächenkonturen von 415 Kindern im Alter von 12 Monaten wurden mit den Angaben der Mütter zu ihrem Alkoholkonsum in der Schwangerschaft in Beziehung gesetzt. In Australien trinken viele Frauen: 40 Prozent der Kinder waren im ersten Trimenon exponiert. Bei 60 Prozent der Kinder hatte die Mutter irgendwann im Verlauf der Schwangerschaft Alkohol getrunken.

Auch ein verhältnismäßig geringer Alkoholkonsum von weniger als 20 Gramm Alkohol bei einem Anlass und einer Gesamtmenge von weniger als 70 Gramm Alkohol in der Woche war mit signifikanten Veränderungen des Gesichtsschädels verbunden, berichtet

Muggli. Die subtilen Veränderungen bestanden in einer leichten Abflachung des Mittelgesichts mit einer Verkürzung der Nase und einer Hebung der Nasenspitze.

Bei einer höheren Alkoholexposition verstärkten sich die Veränderungen. Der Zeitpunkt der Exposition im Verlauf der Schwangerschaft ist von großer Bedeutung. Eine besonders vulnerable Phase ist die Frühschwangerschaft. Ein Alkoholkonsum im ersten Trimenon war mit Veränderungen im Bereich der Augen, des Mittelgesichts, des Kinns und der „parietalen“ Regionen assoziiert.

Ein exzessiver Alkoholkonsum in der Frühschwangerschaft war mit einer deutlichen Unterentwicklung des Kinns (Retrognathie) verbunden. Die Befunde passen laut Muggli zu den Ergebnissen früherer tierexperimenteller Studien: Bei Mäusen kommt es bei einer Exposition am Tag 7 (entspricht 17. und 18. Tag beim Menschen) zu einer schweren Entwicklungsstörung (Hypoplasie) des Mittelgesichts mit der Verlängerung der Oberlippe und einem fehlenden Philtrum. Bei einer Exposition am Tag 8,5 war die Hypoplasie des Mittelgesichts geringer ausgeprägt. Die Oberlippe war dann verkürzt, aber das Philtrum war erhalten.

„Change Your Smoking“: Ein zieloffenes Behandlungsprogramm zur Veränderung des Tabakkonsums

Joachim Körkel & Matthias Nanz

Zusammenfassung

Das Ziel einer Konsumreduktion als Möglichkeit der Überwindung eines problematischen Substanzkonsums rückt vermehrt in den Fokus von Wissenschaft und Praxis und ist z.B. im Bereich Alkohol eine von Krankenkassen im Rahmen der Prävention anerkannte Alternative zur Abstinenz. Im Bereich des Tabakkonsums dominiert nach wie vor die Tabakabstinenz als alleiniges Behandlungsziel. Dadurch werden viele RaucherInnen von Behandlungsmaßnahmen ausgeschlossen bzw. nicht erreicht. Das aus acht Einheiten bestehende, kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzel-, Gruppen- und Selbsthilfeprogramm „Change Your Smoking“ (CYS) ist zieloffen gestaltet und unterstützt dreierlei Behandlungsziele: Reduktion des Tabakkonsums, Tabakabstinenz und tabakbezogene Schadensminderung (E-Zigarette). Durch die Zielflexibilität können mehr RaucherInnen für eine Veränderung gewonnen und auf dem Weg der Veränderung begleitet werden.

Einleitung

Während in den letzten Jahren verstärkt auf einen Rückgang der jugendlichen RaucherInnen in Deutschland hingewiesen wird (Orth, 2016), rauchen aktuell immer noch rund 30% der erwachsenen Bevölkerung Tabak (Matos et al. 2016) – mit den bekannten Folgen für die Gesundheit. Schätzungen sprechen von 110.000 bis 140.000 RaucherInnen, die an den Folgen ihres Tabakkonsums in Deutschland jährlich versterben (Etzel et al., 2008). Weitere Studien führen eine durchschnittlich zehn Jahre kürzere Lebenserwartung von RaucherInnen gegenüber NichtraucherInnen an (Doll et al., 2004).

Die Kosten des Tabakkonsums für die gesetzlichen Krankenkassen belaufen sich in Deutschland laut neueren Berechnungen auf 400-500 Euro pro Quartal und gesetzlich Versichertem (Effertz et al., 2014) und stellen neben

der individuellen eine gesamtgesellschaftliche Belastung des Gesundheitssystems dar. Daran ändern auch Berechnungen nichts, wonach durch die relativ frühe Sterblichkeit von Rauchenden („Übersterblichkeit“) Rentenversicherungsleistungen eingespart würden – einmal abgesehen vom zweifelhaften Gehalt derartiger Argumentationen, die z.B. das intangible Leid von Familienangehörigen schwer erkrankter und verstorbener RaucherInnen unberücksichtigt lassen.

Die Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten für RaucherInnen bleibt trotz des Ausmaßes und der bekannten Folgen des Tabakkonsums sehr überschaubar. Eine Umfrage aus dem Jahr 2008 kommt bei der Erhebung der verfügbaren Angebote auf eine Abdeckung von weniger als zwei Prozent der RaucherInnen, die in Deutschland an einer Rauchberatung teilnehmen könnten (Etzel et al., 2008). Zudem gibt ca. ein Viertel der befragten Anbieter von Tabakentwöhnungen an, über keine Zusatzqualifikation in diesem Bereich zu verfügen (a.a.O., S. 1459) – v.a. bei Ärzten scheint diese überzufällig häufig zu fehlen (a.a.O., S. 1456), obwohl diese die größte Anbietergruppe stellen (39%).

Um ÄrztInnen und anderen PraktikerInnen eine Orientierungshilfe über evidenzbasierte Behandlungsmöglichkeiten der Tabakabhängigkeit an die Hand zu geben, wurde in Deutschland eine S-3-Leitlinie zur Behandlung der Tabakabhängigkeit durch die Fachgesellschaften erarbeitet (Batra et al., 2015). Diese S-3-Leitlinie kommt für die Behandlung des Tabakkonsums zu folgenden Empfehlungen für die Praxis:

- RaucherInnen sollen zunächst mit wenig Interventionsaufwand zur Einstellung ihres Tabakkonsums motiviert werden (u.a. Kurzberatung, motivierende Gesprächsführung, Telefonberatung).
- Wenn eine intensivere Behandlung benötigt und gewünscht wird, sollen Einzel- und Gruppenbehandlungen (Verhaltensthera-

pie) in Kombination mit einer entzugsunterstützenden Nikotinersatztherapie vorge schlagen werden.

- Wenn eine Nikotinersatztherapie nicht wirksam sein sollte, sollen nach einer Prüfung von Indikationen und Kontraindikationen die Präparate Vareniclin oder Bupropion angeboten werden (vgl. Batra et al., 2015, S. 127).

Zu alternativen Behandlungszielen neben dem Rauchstopp äußert sich die Leitlinie jedoch nicht. Die Geeignetheit des Zwischenschritts einer Reduktion des Tabakkonsums wird nur im Rahmen von Interventionen betrachtet, die auf das Endziel des Rauchstopps ausgerichtet sind. Zudem wird in den Leitlinien eine negative Haltung zum Nutzen einer Rauchreduktion eingenommen: „Ein dauerhaft reduzierter Zigarettenkonsum wird aufgrund des umstrittenen gesundheitlichen Nutzens nicht als erfolgreiche ‚Harm Reduction‘ angesehen.“ (a.a.O., S. 43). Dies macht deutlich, dass das Ziel der Rauchreduktion weder als Endziel akzeptiert noch von gesundheitlichem Nutzen erachtet wird. Allerdings wurden von den Autoren der S3-Leitlinien die Befunde zum Erfolg und Nutzen von Rauchreduktionsbehandlungen nicht oder nur unzureichend zur Kenntnis genommen. Aus diesem Grund werden in den folgenden Abschnitten zentrale Ergebnisse zu den Zieloptionen „Reduktion“ und „Schadensminderung“ dargestellt und erläutert, warum diese eine sinnvolle, dem Rauchstopp gleichwertige Ergänzung sind. Vorab wird die Zieloption des Rauchstopps als aktuellem Behandlungsstandard kurz skizziert.

Zieloption Rauchstopp

Ein Rauchstopp bietet viele gesundheitliche Vorteile: Bereits wenige Tage nach dem Rauchstopp verbessern sich die Lungenfunktion und die Sauerstoffversorgung des Körpers, das Risiko für einige Krebserkrankungen (z.B. Speiseröhrenkrebs oder Lungenkrebs) sinkt ebenso wie das Risiko für Herz- und Kreislauferkrankungen erheblich mit der Zahl der rauchfreien Jahre (vgl. Batra & Lindinger, 2013, S. 83 ff.).

Zur Tabakentwöhnungsbehandlung, also zum Erreichen eines Rauchstopps, liegen diverse Programme für unterschiedliche Zugangswege und Intensitätsstufen vor: Selbsthilfebücher (z.B. Batra & Buchkremer, 2015; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], 2014), Einzel- und Gruppenprogramme (z.B. Batra & Buchkremer, 2013; Kröger & Gradl, 2007; Unland, 1995), onlinegestützte Angebote (z.B. BZgA, 2016a) und Telefonbera-

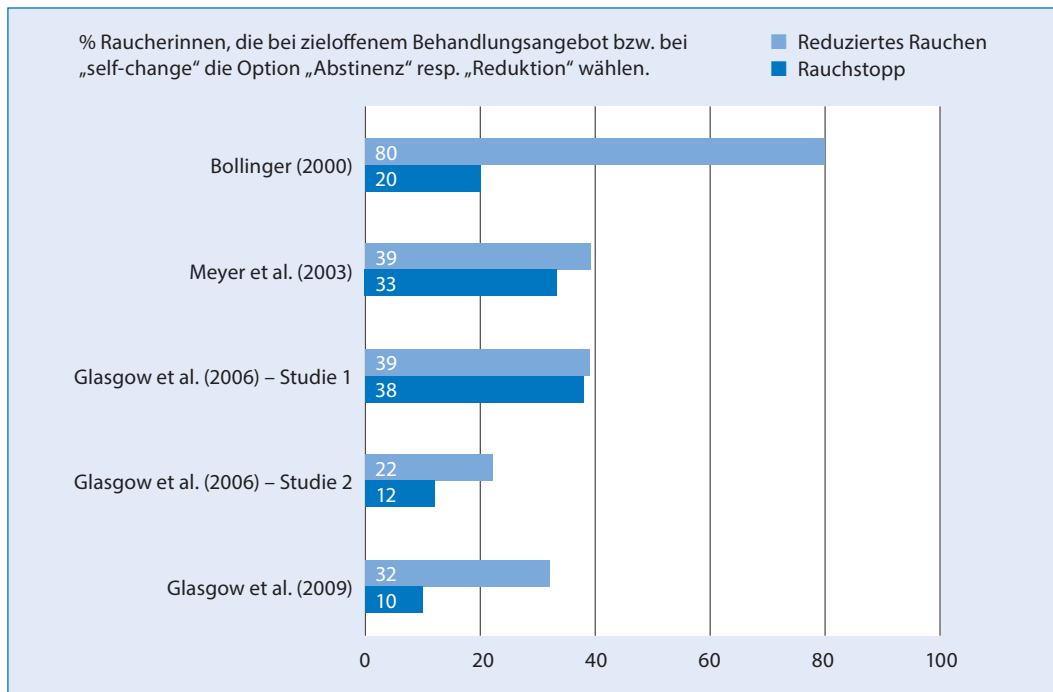
tung (z.B. BZgA, 2016b). Für einzelne Anbietergruppen existieren Durchführungsmanuale, z.B. Unterlagen für ärztliche Kurzinterventionen (Bundesärztekammer, 2001; BZgA, 2006; Deutsches Krebsforschungszentrum [DKFZ], 2004).

Die Programme sind überwiegend verhaltenstherapeutisch orientiert und bieten neben einer Analyse des Rauchverhaltens Hinweise zur Vorbereitung, Erreichung und Aufrechterhaltung des Rauchstopps. In den genannten Programmen werden i.d.R. Nikotinersatzpräparate als Hilfsmittel zur Verringerung der körperlichen Entzugserscheinungen empfohlen, zum Teil wird auf weitere medikamentöse Unterstützungsmöglichkeiten des Tabakentzugs (z.B. Buprobion, Vareniclin) eingegangen.

Bei der Methodik zur Erreichung des Rauchstopps gibt es zwei unterschiedliche Ausrichtungen: Zum einen die so genannte „Tag-X-Methode“, bei der die RaucherInnen einen Rauchstopptag bestimmen, ab dem sie keine Zigaretten mehr rauchen möchten, und die „Reduktions-Stopp-Methode“, bei der zunächst eine Reduktion der pro Tag gerauchten Zigaretten vor einem endgültigen Rauchstopp durchgeführt wird. Von letzter Vorgehensweise wird allerdings teilweise abgeraten. Hier wird eine Reduktion, die einem Rauchstopp vorgeschaltet ist, als hinderlich beschrieben: „Viele Raucher, die an Entwöhnungsprogrammen teilnehmen, empfinden eine schrittweise Reduktion als eher erschwerend“ (BZgA, 2014, S. 41). Hiermit wird suggeriert, dass die Tag-X-Methode präferiert werden sollte. Diese Begründung verwundert insofern, als eine hochwertige Meta-Analyse bei Vergleich der beiden Rauchstoppmethoden (Tag-X-Methode und Reduktions-Stopp-Methode) keinen Vorteil der einen gegenüber der anderen Methode erkennen konnte (Lindson et al., 2010).

Zieloption Reduktion

Das Ziel einer Reduktion des Tabakkonsums findet im deutschsprachigen Raum bis auf wenige Ausnahmen (z.B. Drinkmann, 2002; Drinkmann & Gradl, 2007) bis heute eher wenig Beachtung – trotz der Tatsache, dass mehr RaucherInnen für eine Tabakbehandlung zu gewinnen sind, wenn deren Ziel in einer Konsumreduktion und keinem vollständigen Rauchstopp besteht. Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse verschiedener Studien, die RaucherInnen nach ihren Zielvorstellungen befragt haben. Demnach entscheiden sich auf Zeitungsannoncen hin ca. viermal so viele RaucherInnen für ein zieloffenes Programm (mit den Optionen Rauch-

**Abbildung 1**

Präferenz der Zielwahlen „Rauchstopp“ versus „Reduziertes Rauchen“ in verschiedenen Studien (Quelle: Körkel, 2012)

reduktion oder Rauchstopp) als für ein auf Rauchstopp beschränktes Programm (Bolliger, 2000) und auch ohne Programmunterstützung wählen mehr Menschen (erfolgreich) den Weg der Reduktion als den der Abstinenz (Meyer et al., 2003). Rauchreduktion ist zudem die bevorzugte Wahl US-amerikanischer PatientInnen, die vor einem operativen Eingriff stehen und denen unterschiedliche Programme zur Veränderung ihres Tabakkonsums angeboten werden (Glasgow et al., 2006, 2009). In allen in Abbildung 1 genannten Studien wird also das Ziel der Reduktion einem Rauchstopp vorgezogen. Dies bedeutet, dass für viele RaucherInnen die bisherigen Tabakentwöhnungsprogramme keine Option sind.

Darüber hinaus spricht die internationale Datenlage dafür, dass eine signifikante Reduktion des Tabakkonsums

- über einen längeren Zeitraum hinweg aufrechterhalten werden kann (Hughes, 2000; Hyland et al., 2005; Joseph et al., 2005; Meyer et al., 2003),
- die Wahrscheinlichkeit eines späteren Rauchstopps erhöht (Hughes & Carpenter, 2006),
- in Verbindung mit einer Abnahme der Nikotinabhängigkeit steht (Mooney et al., 2011).

Ein Hauptstreitpunkt an der Zieloption der Reduktion ist der davon zu erwartende gesundheitliche Nutzen (Drinkmann, 2002; Rüther et al., 2014). Auf der einen Seite wird argumentiert, dass durch eine Reduktion des Tabakkonsums und der nachgewiesenen Dosis-Wirkungs-

Beziehung zwischen Konsummengen und Gesundheitsfolgen von reduktionskorrelierten Gesundheitsverbesserungen ausgegangen werden kann, da der Körper insgesamt mit weniger Giftstoffen belastet wird. Hierbei ist trotz Kompensationseffekten (z.B. dem tieferen Inhalieren von Zigaretten), die bei einer Reduktion des Tabakkonsums beobachtet wurden, eine Reduktion der körperlichen Belastung erkennbar (Hughes & Carpenter, 2005). Diverse Studien sprechen zudem dafür, dass sich durch eine Reduktion das Risiko des Eintritts bestimmter Erkrankungen mindert, so etwa bzgl. Lungenkrebs (Godtfredsen et al., 2005), kardiovaskulären Erkrankungen (Benowitz et al., 1986; Bolliger, 2000) oder pulmologischen Erkrankungen (Fagerström, 2001; Rennard et al., 1990). Von Gegnern eines Reduktionsansatzes wird angeführt, dass eine Reduktion kaum signifikante Auswirkungen auf körperliche Erkrankungen habe (Tverdal & Bjartveit, 2006). Letztlich fehlen derzeit Langzeitstudien, die Nichtraucher, Ex-Raucher und Raucher, die ihren Tabakkonsum signifikant reduziert haben, in den gesundheitlichen Langzeitfolgen vergleichen. Auch wenn der gesundheitliche Langzeitnutzen einer Reduktion derzeit also nicht eindeutig zu klären ist, ist zu bedenken, dass Reduktionen des Tabakkonsums nachweislich mit einer Senkung der Nikotinabhängigkeit und einer Erhöhung der Wahrscheinlichkeit eines späteren Rauchstopps einhergehen (Hughes & Carpenter, 2006; Körkel, 2012).

Für die Zieloption der Tabakreduktion liegen nur wenige deutschsprachige Program-

me vor. Dazu gehört das Selbsthilfemanual „12-plus-Programm“ von Drinkmann (2007), das aus zwölf Anleitungsschritten zum kontrollierten Rauchen sowie einem optionalen Zusatzschritt des Übergangs zur Tabakabstinenz besteht. An der Tabakambulanz des Uniklinikums München wurde ein Programm zur Reduktion des Tabakkonsums mit dem Namen „Smoke_less“ entwickelt und wissenschaftlich begleitet (www.rauchweniger.de). Das Programm ist auf eine Gruppenbehandlung mit vier Sitzungen à 2,5 Stunden sowie zwei individuelle Telefongespräche ausgerichtet. Als Zielgruppe werden sowohl RaucherInnen angesprochen, die ihren Tabakkonsum reduzieren, als auch diejenigen, die vor einem Rauchstopp eine Reduktion anstreben möchten.

Zieloption Schadensminderung

Die Option der Schadensminderung bei Tabak findet bisher ebenfalls noch wenig Beachtung in der Praxis, obwohl diese für zunehmend mehr RaucherInnen eine durchaus attraktive Alternative zu sein scheint – nicht zuletzt befördert durch die ersten Ergebnisse zur E-Zigarette (Kröger et al., 2016). Die Schadensminderung durch die E-Zigarette wurde zwar in der S-3-Leitlinie aufgegriffen, es wurden jedoch keine Empfehlungen ausgesprochen (Batra et al., 2015). Aktuelle Ergebnisse zeigen, dass die E-Zigarette sowohl eine Reduktion als auch einen Rauchstopp initiieren kann (Bullen et al., 2013; Polosa et al., 2011; Rahman et al., 2015). Bedenken, RaucherInnen von E-Zigaretten rauchten diese zusätzlich zu ihren herkömmlichen Zigaretten bzw. junge Menschen fänden vermehrt den Einstieg durch die E-Zigarette, lassen sich bisher nicht belegen (Orth, 2016; Stöver & Pötschke-Langer, 2015). Im Gegenteil scheint die E-Zigarette eher näher an den typischen Rauchgewohnheiten und -ritualen (z.B. etwas in der Hand haben und zum Mund führen) und möglicherweise auch deshalb ein wirksames Hilfsmittel sowohl bei der Tabakreduktion als auch beim Rauchstopp zu sein (Polosa et al., 2011). Die körperliche Belastung durch den Konsum von E-Zigaretten (mit Verdampfen von Liquiden) scheint um ein Vielfaches geringer als das Weiterrauchen von herkömmlichen Tabakprodukten (mit Verbrennung von Teer und anderen Schadstoffen) (Britton et al., 2016; Henkler et al., 2016). Es besteht nach derzeitigem Forschungsstand somit keine Rechtfertigung, die E-Zigarette als sinnvolle Maßnahme der Schadensminderung kategorisch auszuschließen (Stöver & Pötschke-Langer, 2015).

Es bleibt festzuhalten, dass es mehr als nur einen Weg gibt, sein Rauchverhalten in positiver Richtung zu verändern, und dass durch eine zieloffene Ausrichtung tabakbezogener Interventionen (d.h. Richtung Abstinenz, Reduktion und Schadensminderung) mehr RaucherInnen für eine Veränderung gewonnen werden können (vgl. Körkel & Nanz, 2016).

Das Programm „Change Your Smoking“ (Körkel & Nanz, 2017) vereint die drei genannten Zieloptionen. Im Folgenden werden die theoretischen Grundlagen sowie Aufbau, Inhalt und Methodik von „Change Your Smoking“ dargestellt.

Change Your Smoking (CYS)

„Change Your Smoking“ (CYS) ist ein verhaltenstherapeutisch strukturiertes, manualisiertes Behandlungsprogramm zur Unterstützung von RaucherInnen bei der Veränderung ihres Tabakkonsums. CYS ist sowohl eigenständig (Selbsthilfemanual) als auch im Einzel- und Gruppenkontext durchführbar. Im Programm wird das Ziel der Veränderung – Rauchstopp, Reduktion oder Schadensminderung (z.B. E-Zigarette) – von den TeilnehmerInnen frei gewählt und kann im Laufe der Teilnahme verändert werden. Für jeden der drei Zielarme erhalten die Teilnehmenden gezielte Unterstützung in Form einzelner Programmmodule.

Sofern CYS im Gruppenformat durchgeführt wird, erfolgt keine Trennung der Teilnehmenden nach verschiedenen Zieloptionen. Vielmehr befinden sich die TeilnehmerInnen in einem gemeinsamen Angebot, also sowohl RaucherInnen, die einen Rauchstopp als auch solche, die eine Reduktion oder eine Schadensminderung anstreben bzw. die im Hinblick auf ihr Ziel noch unentschlossen sind.

Theoretischer Hintergrund von CYS

CYS orientiert sich in Aufbau, Inhalten und Methodik an der verhaltenstherapeutischen Struktur von Behavioral Self-Control Trainings (BSCT; Hester, 2003), d.h. an den Behandlungsprogrammen zum (selbst-)kontrollierten Trinken bzw. kontrollierten Drogenkonsum. Die Wirksamkeit dieser Ansätze ist für viele Felder des problematischen Suchtmittelkonsums nachgewiesen (Alkohol: Körkel, 2015; Walters, 2000; illegale Drogen: Körkel et al., 2011; Tabakkonsum: Drinkmann, 2002), und BSCTs gelten als „Goldstandard“ (Heather et al., 2000) zum Aufbau von Selbstmanagementkompetenzen. Zu den Kernelementen von BSCT gehören das

Aneignen von Grundinformationen über die zu verändernde Substanz, die Selbstbeobachtung und Registrierung des Konsums in Form eines Konsumtagebuchs, das Analysieren des Konsumverhaltens (Baseline) sowie das Setzen von wöchentlichen Konsumzielen. Weitere Themenbereiche ergänzen diese Kernelemente (z.B. Umgang mit Risikosituationen und Ausrutschen etc.). Als basale Methode der Gesprächsführung kommt das „Motivational Interviewing“ (MI) (Miller & Rollnick, 2013) zum Einsatz, das als weltweit führender Ansatz zur Förderung und Begleitung von Veränderungsprozessen gilt.

Aufbau und Varianten von CYS

Als Arbeitsgrundlage von „Change Your Smoking“ dient ein Trainermanual, das Fachkräfte im Rahmen einer zweitägigen Ausbildung erhalten. Das Trainermanual von CYS beinhaltet drei ausgearbeitete Varianten, mit denen CYS durchgeführt werden kann und die alle vom gleichen Teilnehmerhandbuch begleitet werden: die „CYS-Kurzintervention“, das „CYS-Einzelfprogramm“ und das „CYS-Gruppenprogramm“. Egal welche Variante durchgeführt wird, das Programm beinhaltet immer die Nutzung eines Rauchtagebuchs/Rauchprotokolls und acht thematische Einheiten. Die Einheiten sind in Abbildung 2 aufgelistet. Aufbauend auf der Logik von BSCTs (Hester, 2003) ergeben sich demnach folgende Inhalte, die sich die TeilnehmerInnen anhand von Übungen, Arbeits- und Informationsblättern im Programm CYS erarbeiten können:

- was man über Tabak(konsum) wissen sollte (Grundwissen Tabak),
- wie man seinen Konsum mit Hilfe eines Rauchtagebuchs/Rauchprotokolls aufzeichnen und auswerten kann,
- wie man sich Ziele setzt,
- welche Strategien zur Erreichung dieser Ziele dienlich sind,
- wie man mit Risikosituationen umgehen kann,
- wie man für sich selbst „Ausrutscher“ definiert und welche Konsequenzen man daraus ziehen möchte,
- wie man sein gesetztes Ziel dauerhaft und nachhaltig erreichen kann.

Im Folgenden werden zunächst die drei Durchführungsvarianten von CYS beschrieben, bevor auf die Inhalte der einzelnen Einheiten näher eingegangen wird.

Seit vielen Jahren finden Kurzinterventionen auch bei RaucherInnen Anwendung (Fiore et al., 2000, 2008). Die „CYS-Kurzintervention“

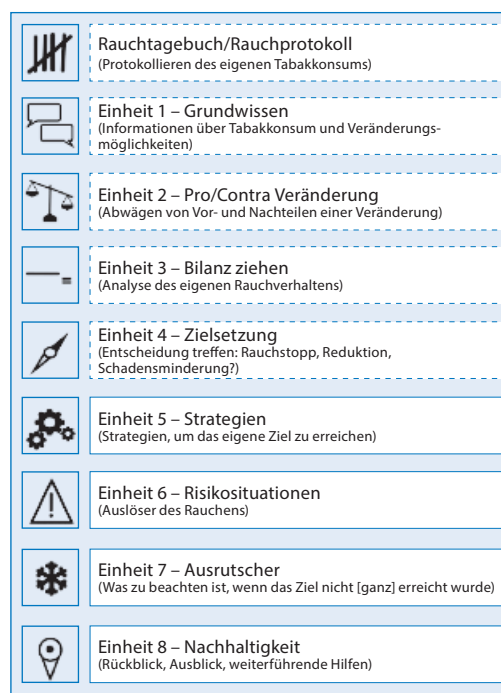


Abbildung 2

Einheiten und Inhalte von „Change Your Smoking“ (Quelle: Körkel & Nanz, 2017)

ist auf eine einzige Sitzung oder eine Folge mehrerer kurzer Sitzungen sowie eine kurze Zeitdauer (z.B. 10-45 Minuten) angelegt und an einem klaren Durchführungsplan ausgerichtet. Die Kurzintervention von CYS möchte das bestehende Angebot an Kurzinterventionen (mit Orientierung Rauchstopp) um eine zieloffene Variante ergänzen, Impulse zur Selbstveränderung des Rauchens setzen und Materialien für den weiteren Änderungsweg zur Verfügung stellen. Die Richtung der Veränderung (Rauchreduktion, Rauchstopp, Schadensminderung) bestimmen die RaucherInnen selbst. Im Regelfall hat die Kurzintervention von CYS das Ziel, das Teilnehmerhandbuch von CYS einzuführen und die TeilnehmerInnen in die Lage zu versetzen, sich die acht thematischen Einheiten des Programms anhand der Unterlagen selbst zu erarbeiten. Sollte weniger Zeit vorhanden sein oder die RaucherInnen keine Bereitschaft zur Bearbeitung des Teilnehmerhandbuchs signalisieren, können in der Kurzintervention auch nur ein Rauchtagebuch/Rauchprotokoll oder bestimmte Arbeitsblätter oder der Fagerströmtest bzw. Kombinationen aus diesen Möglichkeiten angeboten werden.

Das Einzel- und Gruppenprogramm von CYS bestehen jeweils aus einem Vorgespräch und den acht thematischen Einheiten.

Mittels Input durch die Fachkraft sowie Übungen, Arbeits- und Informationsblättern erwerben die Teilnehmenden ein Grundwissen über Tabak und lernen, ihren Konsum mit Hilfe eines Rauchtagebuchs/Rauchprotokolls aufzuzeichnen und auszuwerten sowie sich da-

rauf aufbauend wöchentliche Änderungsziele zu setzen, individuell passende Strategien zur Zielerreichung zu nutzen, Risikosituationen zu antizipieren bzw. damit umzugehen, „Ausrutscher“ zu bewältigen und schließlich das Erreichte dauerhaft zu sichern.

Die acht Sitzungen sind zeitlich und inhaltlich „engmaschig“ strukturiert und laufen nach einem sich wiederholenden Schema in 45 Minuten (Einzelprogramm-Variante) bzw. 120 Minuten (Gruppenprogramm-Variante) ab. Im ersten Teil jeder Einheit wird der Konsum der letzten Woche rückblickend ausgewertet, bevor der Einstieg in das spezifische Thema der Einheit erfolgt. Als optionales Element kann in jeder Sitzung eine CO-Messung erfolgen, um den Teilnehmenden ein körperliches Feedback zu geben (mehr dazu unten).

Die Didaktik von CYS ist der jeweiligen Programmvariante angepasst. Während es im Gruppenprogramm Kleingruppenübungen und Übungen im Plenum gibt, werden im Einzelprogramm Informations- und Arbeitsblätter als „Take-Home“-Aufgaben zur Vorbereitung auf die nächste Sitzung mitgegeben. Auch eine Kombination aus Einzel- und Gruppenprogramm ist möglich (z.B. Einheiten 1-4 in der Einzel-, Einheiten 5-8 in der Gruppenvariante).

Die folgenden Abschnitte beschreiben die Inhalte der CYS-Einheiten 1-8. Die Ausführungen beziehen sich auf die Durchführung im Einzel- bzw. Gruppenprogramm. In der „Do-it-yourself“-Variante (im Anschluss an eine Kurzintervention) erarbeiten sich die TeilnehmerInnen, wie bereits oben erwähnt, die Inhalte der Einheiten 1-8 selbstständig anhand des CYS-Teilnehmerhandbuchs.

Beschreibung Vorgespräch und Einheiten 1-3

Vor der ersten Einheit „Grundwissen“ findet ein *Vorgespräch* als Einzelgespräch statt. Dabei werden zum einen Aufbau, Inhalte und Ablauf von CYS erläutert. Zum anderen kommen in Form eines diagnostischen Inventars verschiedene Instrumente zur Erhebung der Ausgangssituation der KlientInnen zum Einsatz (z.B. Fagerströmtest [Fagerström & Schneider, 1989] zur Bestimmung der Nikotinabhängigkeit; gegenwärtiges Rauchverhalten [z.B. Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag/Woche], Rauchbiographie, aktuelle Zielvorstellungen etc.). Außerdem wird das „Rauchtagebuch/Rauchprotokoll“ eingeführt. Das Rauchtagebuch/Rauchprotokoll ist ein zentrales Instrument und begleitet die TeilnehmerInnen unabhängig von ihrer Zielwahl durch das ganze Programm.

Es dient der täglichen Aufzeichnung der gerauchten Zigaretten sowie der Uhrzeit, Orte/Situationen, Auslöser und Gründe des Rauchens (Rauchtagebuch) bzw. der Registrierung der Anzahl gerauchter Zigaretten über eine ganze Woche hinweg (Rauchprotokoll). Beide Instrumente können später wichtige Hinweise liefern und bilden die Basis für eine realistische Planung der eigenen Ziele. Optional kann im Vorgespräch anhand eines speziellen CO-Messgeräts eine CO-Messung erfolgen und in allen folgenden Sitzungen wiederholt werden. Dabei wird die Belastung des Körpers durch Kohlenmonoxid gemessen, das durch den Tabakkonsum aufgenommen wird. Die CO-Messung wird bisher überwiegend in Rauchstoppprogrammen zur Kontrolle der Abstinenz eingesetzt. In einem zieloffenen Programm wie CYS dient die CO-Wert-Erhebung der motivationalen Rückmeldung der CO-Veränderungen im Laufe der Programmteilnahme.

In *Einheit 1 – „Grundwissen“* werden den TeilnehmerInnen Grundinformationen zum Thema Tabak vermittelt (z.B. zur Wirkung von Nikotin auf den Körper, zum Nutzen von Nikotinersatzpräparaten, zu den Erfolgschancen bei Rauchstopp/Rauchreduktion etc.).

In *Einheit 2 – „Pro/Contra Veränderung“* wird die innere Ambivalenz bzgl. Weiterräumen und Veränderung des Tabakkonsums thematisiert. Dabei werden aus Sicht der TeilnehmerInnen auf der einen Seite die positiven und negativen Aspekte des Konsums ergründet und auf der anderen Seite die Kosten bzw. der Nutzen einer Veränderung des derzeitigen Konsums eruiert.

Einheit 3 – „Bilanz“ dient, auf Basis der Eintragungen im Rauchtagebuch/Rauchprotokoll, der detaillierten Analyse des Tabakkonsums (wo, wann, mit wem, in welchen Situationen wurde wie viel geraucht?).

Beschreibung Einheit 4 – „Zielsetzung“

Einheit 4 – „Zielsetzung“ nimmt eine Weichenstellung im Programm ein. In dieser Einheit legen die TeilnehmerInnen fest, welches Ziel im Umgang mit Tabak sie in der Folgezeit anstreben möchten (Rauchstopp oder Rauchreduktion oder Schadensminderung). Diese Zielentscheidung ist „nicht in Stein gemeißelt“ und kann zu späteren Zeitpunkten jederzeit von den Teilnehmenden verändert werden. Die TeilnehmerInnen legen zunächst eine Zielrichtung fest, die sie anstreben möchten. Sie entscheiden sich also entweder für eine Reduktion, den Rauchstopp oder den Einsatz der E-Zigarette (Schadensminderung). Je nachdem, für welche

Zielrichtung sie sich entscheiden, planen sie die nächsten sieben Tage im Voraus. Unterstützt werden sie dabei durch eine leicht modifizierte Fassung des Rauchprotokolls, das von nun an auch Eintragungsmöglichkeiten für die Zielsetzung enthält (= „Rauchprotokoll Zielsetzung“).

Fällt die Wahl auf eine Reduktion, so legen die TeilnehmerInnen drei Parameter fest, die sie in der nächsten Woche einhalten möchten:

- maximale Anzahl Zigaretten pro Woche,
- maximale Anzahl Zigaretten pro Tag,
- Zahl der rauchfreien Tage.

Genauso verfahren auch TeilnehmerInnen, die zwar den Rauchstopp anstreben, diesen aber nicht in den nächsten 7 Tagen in Erwägung ziehen, sondern langsam ihren Tabakkonsum bis auf null reduzieren möchten („Reduktions-Stopp-Methode“).

Für TeilnehmerInnen, die in den nächsten sieben Tagen einen Rauchstopp mit der Methode „Tag-X“ anstreben, wird die Zielsetzung entsprechend angepasst. Sie suchen sich einen geeigneten Tag in der nächsten Woche aus, ab dem sie nicht mehr rauchen möchten. Sie markieren sich diesen Tag entsprechend im „Rauchprotokoll Zielsetzung“ und bereiten diesen gezielt vor.

TeilnehmerInnen, die sich für den Einsatz der E-Zigarette entscheiden, legen ihre Ziele für die nächsten Tage wie folgt fest und notieren dies in ihrem „Rauchprotokoll Zielsetzung“:

- Modellname der E-Zigarette, die verwendet werden soll,
- Nikotindosis des Liquids,
- Aroma des Liquids.

Unabhängig von der Zielwahl werden alle konsumierten Zigaretten (oder anderen Tabakprodukte) im „Rauchprotokoll Zielsetzung“ protokolliert. Ebenso wie bei der Zielwahl obliegt auch die Entscheidung über den Einsatz von Hilfsmitteln (Nikotinersatz, E-Zigarette, Medikamente) den TeilnehmerInnen. Diese können bei der Zielsetzung im „Rauchprotokoll Zielsetzung“ entsprechend eingeplant werden.

Wie bereits ausgeführt, besteht in CYS jederzeit die Möglichkeit, seine Zielausrichtung (Rauchstopp, Reduktion, Schadensminderung) zu wechseln: Alle sieben Tage werden die Ziele überprüft, also am Anfang jeder thematischen Einheit. Die TeilnehmerInnen setzen sich dann ihre Ziele für die kommenden sieben Tage. Damit ist das Programm durchlässig und erlaubt auch die Selbstkorrektur von gesetzten Zielen.

Beschreibung Einheiten 5-8

In den Einheiten 5-8 werden verschiedene Themen behandelt, die der Zielerreichung und

-aufrechterhaltung dienen. Dabei wird, wo notwendig, für jede Zielrichtung differenziert.

In *Einheit 5 – „Strategien“* geht es um das Erarbeiten individueller Strategien zur Erreichung der selbstgewählten Ziele (z.B. „Wie kann der Rauchstopptag-X vorbereitet werden?“ „Wie können rauchfreie Zonen geschaffen werden?“ „Welche Reduktionsstrategien sind möglich?“ [z.B. die erste Zigarette später am Tag rauchen] etc.).

Einheit 6 – „Risikosituationen“ beinhaltet die Identifizierung und Bewältigung individueller Risikosituationen (z.B. „Woran erkenne ich meine speziellen Risikosituationen?“ „Wie kündigen sich diese an und wie kann ich sie abwenden?“ etc.).

Einheit 7 befasst sich mit dem Thema „Ausrutscher“ im Sinne der Vorbeugung und dem Umgang mit einem potenziellen Wiedereintritt des „alten“ Rauchverhaltens. Die TeilnehmerInnen erarbeiten sich Indikatoren, die für sie einen „Ausrutscher“ darstellen, sowie entsprechende Gegensteuerungsmaßnahmen.

In *Einheit 8 – „Nachhaltigkeit“* wird auf die erreichten Veränderungen zurückgeblickt und ausstehender Änderungsbedarf sowie ggf. notwendige Zieländerungen und weitere Begleitmöglichkeiten im Änderungsprozess werden festgelegt.

Resümee und Ausblick

Mit „Change Your Smoking“ liegt ein Programm vor, das die aktuelle Forschungslage zu Behandlungszielen bei der Veränderung des Tabakkonsums berücksichtigt und umsetzt. CYS wird als Kurzintervention sowie in der Einzel- als auch der Gruppenvariante an der Evangelischen Hochschule Nürnberg (seit 2014), bei den Sucht- und Sozialpsychiatrischen Diensten des Caritasverbandes für Stuttgart e.V. (seit 2017) u.a.m. durchgeführt. Die bisherigen Praxiserfahrungen sprechen sowohl für eine hohe Akzeptanz des Programms unter Rauchenden als auch eine deutliche Reduktion des Tabakkonsums (im Durchschnitt um 40-50%) und die Begünstigung des Übergangs zum Rauchstopp bei zunächst nicht abstinenten Rauchenden.

Daneben liegen inzwischen diverse Erfahrungen mit dem Programmzuschnitt und einzelnen Programmkomponenten vor:

- Viele Teilnehmende haben CYS überhaupt erst begonnen, weil mehrere Zieloptionen vorgehalten wurden und sie sich nicht auf die ihnen aktuell unrealistische Tabakabstinenz „zwangsverpflichten“ mussten. Dies entspricht den Erfahrungen aus anderen

Studien, wonach zieloffene Behandlungen mehr veränderungswillige RaucherInnen „anziehen“ als reine Rauchstoppprogramme (z.B. Bolliger, 2000).

- Die Zieldurchlässigkeit von CYS ermöglichte es einer Reihe der Teilnehmenden, nach anfänglicher Zielsetzung einer Reduktion freiwillig und ohne äußeren Druck auf das Ziel der Tabakabstinenz umzuschwenken, dieses konsequent anzustreben und auch „Ausrutscher“ auf dem Weg zur Rauchfreiheit nicht zu dramatisieren, da eine schrittweise Wiederannäherung an die Abstinenz durch die wöchentlichen Zielsetzungen im Rauchprotokoll strukturiert „angegangen“ werden konnte. Im CYS-Einzel- und -Gruppenprogramm gab es die häufigsten Zielwechsel von der Reduktion hin zu einem kompletten Rauchstopp. Dies stützt die vorliegenden wissenschaftlichen Befunde zu dieser bevorzugten Richtung von Zielwechseln (Hughes & Carpenter, 2006).
- In der Durchführung von CYS als Gruppenprogramm gab keine der teilnehmenden Personen an, durch eine abweichende Zielvorstellung einer anderen Person negativ beeinflusst oder vom eigenen Ziel abgebracht worden zu sein. Insgesamt erweist sich die Zieloffenheit also als Gewinn und nicht als Problem.
- Die Erfahrungen mit der freiwilligen CO-Messung sind durchgängig positiv. In der Regel wird die CO-Messung nicht als Fremdkontrolle, sondern als nützliche Möglichkeit eines körperlichen Feedbacks zum gesundheitlichen Akutnutzen der CYS-Programmtteilnahme gewertet. In den meisten Fällen weicht eine anfängliche Skepsis („Werde ich kontrolliert?“) einer Neugier („Wo stehe ich heute? Wie sah es letzte Woche bei mir aus?“). Im Übrigen ergibt sich eine hohe Übereinstimmung der Selbstberichte zum Tabakkonsum mit den gemessenen CO-Werten, was für die Validität von Selbstauskünften zum Rauchverhalten spricht.

Die vorliegenden Erfahrungen mit „Change Your Smoking“ stützen die Sichtweise, dass Programme zur Behandlung des Tabakkonsums auf die individuellen Konsumvorstellungen der RaucherInnen eingehen sollten, damit mehr Rauchende durch eine Intervention erreicht werden, alle Rauchenden ein für sie akzeptables und „maßgeschneidertes“ Angebot zur Veränderung erhalten, das vorhandene Änderungspotenzial jeder rauchenden Person genutzt wird und Zielwechsel jederzeit offen gehalten werden.

Literatur

- Batra, A. & Buchkremer, G. (2013). *Tabakentwöhnung. Ein Leitfaden für Therapeuten* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Batra, A. & Buchkremer, G. (2015). *Nichtrauchen! Erfolgreich aussteigen in sechs Schritten* (5. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Batra, A. & Lindinger, P. (2013). *Tabakabhängigkeit* (Suchtmedizinische Reihe, Bd. 2, 4. Aufl.). Hamm: DHS.
- Batra, A., Hoch, E., Mann, K. & Petersen, K. U. (2015). *S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums*. Berlin: Springer.
- Benowitz, N. L., Jacob, P., Kozlowski, L. T. & Yu L. (1986). Influence of smoking fewer cigarettes on exposure to tar, nicotine, and carbon monoxide. *The New England Journal of Medicine*, 315, 1310-1313.
- Bolliger, C. T. (2000). Practical experiences in smoking reduction and cessation. *Addiction*, 95 (Suppl. 1), 19-24.
- Britton, J., Arnott, D., McNeill, A. & Hopkinson, N. (2016). Nicotine without smoke – putting electronic cigarettes in context. *British Medical Journal*, 353, i1745.
- Bullen, C., Howe, C., Laugesen, M. et al. (2013). Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 382 (9905), 1629-1637.
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2001). *Frei von Tabak. Rauchberatung und Rauchtherapie in der Arztpraxis* (3. Aufl.). Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2006). *Leitfaden zur Kurzintervention bei Raucherinnen und Rauchern*. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2014). *Ja, ich werde rauchfrei. Eine praktische Anleitung für Ihren Weg zum Rauchstopp*. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2016a). *Das rauchfrei Ausstiegsprogramm*. Zugriff am 28.09.2016. Verfügbar unter <http://www.rauchfrei-info.de/aufhoeren/das-rauchfrei-ausstiegsprogramm/>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2016b). *Die BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung*. Zugriff am 28.09.2016. Verfügbar unter http://www.bzga.de/bot_Seite1077.html
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hrsg.) (2004). *Die Rauchersprechstunde. Beratungskonzepte für Gesundheitsberufe* (4. Aufl.). Heidelberg.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J. & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 328 (7455), 1519-1528.

- Drinkmann, A. (2002). Kontrolliertes Rauchen: Standortbestimmung und Perspektiven. *Suchttherapie*, 3, 81-86.
- Drinkmann, A. (2007). *12-plus-Programm. Selbstbestimmtes, kontrolliertes Rauchen*. Heidelberg: GK Quest-Akademie.
- Drinkmann, A. & Gradl, S. (2007). Soll mann Tabakreduktionsprogramme anbieten? *Suchttherapie*, 8, 148-151.
- Effertz, T., Verheyen, F. & Linder, R. (2014). Die medizinischen Kosten schädlichen Alkohol- und Tabakkonsums in Deutschland – eine Analyse mittels GKV-Routinedaten. *Sucht*, 60 (4), 203-213.
- Etzel, M., Mons, U., Schmitt, S. et al. (2008). Raucherentwöhnung in Deutschland 2007. Struktur der ambulanten Therapieangebote zur Tabakentwöhnung. *Bundesgesundheitsblatt*, 51 (12), 1453-1461.
- Fagerström, K. O. (2001). From reduced smoking to quitting: improvements in COPD symptoms and lung function: a case report. *Nicotine & Tobacco Research*, 3, 93-94.
- Fagerström, K. O. & Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 12 (2), 159-182.
- Fiore, M. C., Baile, W. C., Cohen, S. J. et al. (2000). *Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B. et al. (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 Update. A U.S. Public Health Service Report. *American Journal of Preventive Medicine*, 35 (2), 158-176.
- Glasgow, R. E., Gaglio, B., France, E. K. et al. (2006). Do behavioral smoking reduction approaches reach more or different smokers? Two studies; similar answers. *Addictive Behaviors*, 31 (3), 509-518.
- Glasgow, R. E., Gaglio, B., Estabrooks, P. A. et al. (2009). Long-term results of a smoking reduction program. *Medical Care*, 47 (1), 115-120.
- Godtfredsen, N. S., Prescott, E. & Osler, M. (2005). Effect of smoking reduction on lung cancer risk. *Journal of the American Medical Association*, 294 (12), 1505-1510.
- Heather, N., Brodie, J., Wale, S. et al. (2000). A randomized controlled trial of moderation-oriented cue exposure. *Journal of Studies on Alcohol*, 61 (4), 561-570.
- Henkler, F., Tkachenko, A., Paschke, M. et al. (2016). Gesundheitliche Risiken von E-Zigaretten. In: Stöver, H. (Hrsg.), *Die E-Zigarette – Geschichte – Gebrauch – Kontroversen* (S. 41-57). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Hester, R. (2003). Self-control-training. In: Hester, R. & Miller, W. R. (Hrsg.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd ed.; pp. 152-164). Boston: Allyn & Bacon.
- Hughes, J. R. (2000). Reduced smoking: an introduction and review of the evidence. *Addiction*, 95 (Suppl. 1), S3-S7.
- Hughes, J. R. & Carpenter, M. J. (2005). The feasibility of smoking reduction: an update. *Addiction*, 100 (8), 1074-1089.
- Hughes, J. R. & Carpenter, M. J. (2006). Does smoking reduction increase future cessation and decrease disease risk? A qualitative review. *Nicotine & Tobacco Research*, 8 (6), 739-749.
- Hyland, A., Levy, D. T., Rezaishiraz, H. et al. (2005). Reduction in amount smoked predicts future cessation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19 (2), 221-225.
- Joseph, A. M., Bliss, R. L., Zhao, F. & Lando, H. (2005). Predictors of smoking reduction without formal intervention. *Nicotine & Tobacco Research*, 7 (2), 277-282.
- Körkel, J. (2012). *Kontrollierter/reduzierter Tabakkonsum: Sinn oder Unsinn?* Vortrag auf der 13. Frühjahrstagung des Wissenschaftlichen Aktionskreises Tabakentwöhnung (WAT) e.V., 14. März 2012, Frankfurt am Main.
- Körkel, J. (2015). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. *Sucht*, 61 (3), 147-174.
- Körkel, J., Becker, G., Happel, V. & Lipsmeier, G. (2011). *Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums: Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in der niedrigschwelligen Drogenhilfe*. Frankfurt a. M.: Integrative Drogenhilfe e.V.
- Körkel, J. & Nanz, M. (2016). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit. In: akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe & JES-Bundesverband (Hrsg.), 3. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016* (S. 196-204). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Körkel, J. & Nanz, M. (2017). „Change Your Smoking“ – Ein zieloffenes Programm zur Veränderung des Tabakkonsums. *Trainermanual und Teilnehmerhandbuch zum Einzel- und Gruppenprogramm* (2. Aufl.). Nürnberg: Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS) an der Evangelischen Hochschule Nürnberg.
- Kröger, C. & Gradl, S. (2007). *Das Rauchfrei-Programm. Ein Manual zur Tabakentwöhnung*. München: IFT Gesundheitsförderung.
- Kröger, C., Gomes de Matos, E., Piontek, D. & Wenig, J. (2016). Ausstiegsversuche und Hilfsmittelnutzung unter Rauchern in Deutschland: Ergebnisse aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2012. *Gesundheitswesen*, 78 (11), 752-758.
- Lindson, N., Aveyard, P. & Hughes, J. R. (2010). Reduction versus abrupt cessation in smoking.

- ers who want to quit (Review). *The Cochrane Library*, (3), 1-40.
- Matos, E. G., Atzendorf, J., Kraus, L. & Piontek, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. *Sucht*, 62 (5), 271-281.
- Meyer, C., Rumpf, H. J., Schumann, A., Hapke, U. & John, U. (2003). Intentionally reduced smoking among untreated general population smokers. Prevalence, stability, prediction of smoking behaviour change and differences between subjects choosing either reduction or abstinence. *Addiction*, 98 (8), 1101-1110.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing. Helping people change* (3rd ed.). New York: Guilford.
- Mooney, M. E., Johnson, E. O., Breslau, N. et al. (2011). Cigarette smoking reduction and changes in nicotine dependence. *Nicotine & Tobacco Research*, 13 (6), 426-430.
- Orth, B. (2016). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends*. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Polosa, R., Caponnetto, P., Morjaria, J. B. et al. (2011). Effect of an electronic nicotine delivery device (e-cigarette) on smoking reduction and cessation: A prospective 6-month pilot study. *BMC Public Health*, 11 (1), 1519.
- Rahman, M. A., Hann N., Wilson A. et al. (2015). E-cigarettes and smoking cessation: Evidence from a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 10 (3), e0122544.
- Rennard, S., Daughton, D. & Fujita, J. (1990). Short-term smoking reduction is associated with reduction in measures of lower respiratory tract inflammation in heavy smokers. *European Respiratory Journal*, 3 (7), 752-759.
- Rüther, T., Eberhardt, K., Kiss, A. & Pogarell, O. (2014). Reduziertes Rauchen: Was können Interventionen erreichen und wie sollten sie gestaltet sein? *Suchttherapie*, 15 (4), 179-186.
- Stöver, H. & Pötschke-Langer, M. (2015). Pro & Contra – E-Zigaretten – Teil des Problems oder Teil der Lösung? *Suchttherapie*, 16 (4), 147-149.
- Tverdal, A. & Bjartveit, K. (2006). Health consequences of reduced daily cigarette consumption. *Tobacco Control*, 15 (6), 472-480.
- Unland, H. (1995). *Wir gewöhnen uns das Rauchen ab. Wieder frei und selbstbestimmt leben – Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Raucherentwöhnungsprogramm (KVR) in 8 Sitzungen à 120 Minuten; Anleitung für den Kursleiter und Materialien für die Kursteilnehmer* (Materialie/Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V., Tübingen, Bd. 28). Tübingen: DGVT.
- Walters, G. D. (2000). Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behavior Therapy*, 31 (1), 135-149.



Prof. Dr. Joachim Körkel

Professor an der Evangelischen Hochschule Nürnberg
Leiter des Instituts für innovative
Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS)
Bärenschanzstraße 4
D-90429 Nürnberg
joachim.koerkel@evhn.de



M.S.M. Matthias Nanz

Sozialpädagoge B.A., wissenschaftlicher
Mitarbeiter am Institut für innovative
Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS),
Evangelische Hochschule Nürnberg
matthias.nanz@evhn.de



























Rauchen für die schwarze Null – Hochglanz und Elend der Tabakkontrolle in Deutschland

Dietmar Jazbinsek

Was gesetzliche Maßnahmen zur Tabakprävention betrifft, gehört Deutschland zu den Schlusslichtern der westlichen Welt. Daran wird auch die Einführung bildlicher Warnhinweise (ab Mai 2016) und das Verbot der Außenwerbung (ab Juli 2020) nichts ändern. Allen Aufklärungskampagnen zum Trotz rauchten 2014 immer noch 40 Prozent der jungen Erwachsenen. Die Zigarette wird daher auch in Zukunft mehr Todesopfer fordern als alle anderen Drogen. Das spricht für eine Neubewertung der E-Zigarette, die zu einer deutlichen Schadensminimierung beitragen könnte – insbesondere in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen.

Wer einen Blick in den letzten Drogenbericht der Bundesregierung wirft, könnte den Eindruck bekommen, dass die Raucher_innen in Deutschland vom Aussterben bedroht sind. Und dies nicht aus naheliegenden Gründen wie Lungenkrebs oder Herzinfarkt, sondern deshalb, weil der Anteil der Rauchenden unter den Kindern und Jugendlichen beständig abnimmt. Das besagen zumindest Umfragedaten, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) erhoben wurden und von Gesundheitspolitiker_innen oft und gerne zitiert werden. Demnach ist der Anteil der rauchenden 12- bis 17-Jährigen von 27,5 Prozent im Jahr 2001 auf 9,7 Prozent im Jahr 2014 gesunken (Orth & Töppich, 2015). Sollte sich dieser Trend bewahrheiten und anhalten, gibt es spätestens im Jahr 2023 keine minderjährigen Zigarettenkonsument_innen mehr in Deutschland. Im Drogenbericht der Bundesregierung ist von „vielfältigen Maßnahmen“ die Rede, die zu dieser Entwicklung beigetragen haben sollen. Besonders hervorgehoben werden die „Rauchfrei“-Programme der BzgA und der Wettbewerb für rauchfreie Schulen „Be smart, don’t start“ (Drogenbeauftragte, 2015, S. 148-153). Dabei handelt es sich um Aufklärungskampagnen, die auf Plakate, Broschüren, Online-Angebote, Telefonberatung und Gewinnspiele setzen, um Jugendliche vom Rauchen abzuhalten.

Man könnte meinen, dass die Tabakindustrie entsetzt ist über die drohende Entwurze-

lung ihres Kundenstamms. Doch das Gegenteil ist der Fall: Firmen wie der Marlboro-Produzent Philip Morris oder Imperial Tobacco, der Mutterkonzern von Reemtsma, sind regelrecht begeistert von dem, was sie das „deutsche Modell“ der Tabakprävention nennen. Nachzulesen ist dies unter anderem in Stellungnahmen der beiden Firmen aus den Jahren 2013 und 2014 (Pötschke-Langer, 2014). Die Politiker_innen in Irland und Großbritannien sollten sich am Erfolg der deutschen Erziehungsprogramme orientieren, statt über Einheitsverpackungen für Zigaretten und andere Zwangsmaßnahmen nachzudenken, heißt es darin. Doch die Großkonzerne haben die Jugend-Kampagnen nicht nur propagiert, sondern auch mitfinanziert: Als die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ihr „Rauchfrei“-Programm 2003 auf den Weg brachte, stammte das Startkapital in Höhe von 11,8 Millionen Euro vom deutschen Branchenverband der Tabakindustrie. Das russische Pendant zu „Be smart, don’t start“ wurde lange Zeit von British American Tobacco und anderen Zigarettenherstellern bezahlt. Die Tabakunternehmen tun dies, weil sie aus Erfahrung wissen, was die Meta-Analysen des Cochrane-Instituts statistisch belegen: dass nämlich die herkömmlichen Kampagnen zur Aufklärung von Jugendlichen über die Gefahren des Rauchens keinen großen Einfluss auf das Rauchverhalten haben (Brinn et al., 2010).

Auch die eingangs erwähnten Erfolge des „deutschen Modells“ verlieren an Glanz, wenn man die dazugehörigen Daten der BZgA einmal genauer in den Blick nimmt. Auf einen Makel weisen die Studienautoren von sich aus hin: Die Angabe von 9,7 Prozent rauchenden Jugendlichen bezieht sich ausschließlich auf diejenigen Teilnehmer, die per Festnetz an der Telefonbefragung teilgenommen haben (Orth & Töppich, 2015, S. 13 f.). 2014 wurden aber zum ersten Mal 30 Prozent der Befragten per Mobiltelefon interviewt. Bezieht man deren Daten mit ein, steigt die Rauchprävalenz an. Das ist durchaus plausibel: Jugendliche, die heimlich rauchen, werden dies am Telefon nicht unbe-

dingt zugeben, wenn sie befürchten müssen, dass ihre Eltern oder Geschwister mithören. Darüber hinaus sind die Daten von der BZgA 2014 zum ersten Mal nach dem Bildungsstatus der Befragten gewichtet worden. Bezieht man die Bildungsgewichtung mit ein, sinkt der Anteil der Student_innen und Gymnasiast_innen innerhalb der Stichprobe, was die Rauchprävalenz noch einmal erhöht. Sie liegt tatsächlich bei 12,1 Prozent der 12- bis 17-Jährigen. Doch es kommt noch ein anderes Manko hinzu: Laut BZgA war die Rauchprävalenz in der Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen im Jahr 2014 mit 39,8 Prozent gut dreimal so hoch wie in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen. Wie es zu dieser Diskrepanz des Rauchverhaltens zwischen den Gruppen der Unter-18-Jährigen und der Über-18-Jährigen kommt, darüber schweigt sich die Bundeszentrale aus. Zwei denkbare Erklärungen liegen auf der Hand:

- 1) Die Jugend-Programme wirken, aber sie wirken nicht nachhaltig. Darauf deuten die Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hin (KIGSS; siehe Kuntz & Lampert, 2016). Vergleicht man die Daten der Basiserhebung (2003 bis 2006) mit denen der Folgerhebung (2009 bis 2012), dann fällt auf, dass die Zahl der Raucher_innen bei den 16-Jährigen sehr viel deutlicher zurückgegangen ist als bei den 17-Jährigen.
- 2) Die Jugend-Programme wirken, aber sie wirken anders als gedacht: Die Programme erinnern die Minderjährigen daran, dass sie seit September 2007 offiziell gar keine Zigaretten kaufen dürfen, und es deshalb klüger ist, das eigene Rauchverhalten gegenüber Erwachsenen zu verbergen – und zwar nicht nur zu Hause, sondern auch in Umfragen.

Bei den Über-25-Jährigen fällt die Erfolgsbilanz der Tabakprävention in Deutschland noch magerer aus. Zieht man die Gesundheitssurveys vom Robert-Koch-Institut zu Rate, dann hat sich der Anteil der rauchenden Frauen in den letzten zwei Jahrzehnten (1990/1992 bis 2012) von 26,7 Prozent auf 28,4 Prozent erhöht, während der Anteil der rauchenden Männer von 39,5 Prozent auf 34,9 Prozent zurückgegangen ist (Drogenbeauftragte, 2015, S. 28). Doch die Erfolge der Tabakprävention haben noch einen weiteren Makel: Sie sind nicht nur geringer, als es die Hochglanzpublikationen der Gesundheitspolitik suggerieren, sie sind auch sozial ungleich verteilt. Die wachsende Zahl von Nie- und Ex-Rauchern rekrutiert sich vor allem aus Bevölkerungsgruppen mit einem relativ hohen Bildungsabschluss und einem überdurchschnittlichen Einkommen. In den bildungsfer-

nen und einkommensschwachen Gruppen der Bevölkerung dagegen wird geraucht wie eh und je. Die sozialen Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung lassen sich – auch dies zeigen die Daten des Robert-Koch-Instituts – unter anderem auf den Umstand zurückführen, dass die Zigarette (anders als der Alkohol) zur Droge der Unterschicht geworden ist (Lampert & Kroll, 2014). Es sind die Auszubildenden und die Langzeitarbeitslosen, die gering Qualifizierten und die prekär Beschäftigten, die am meisten rauchen und am wenigsten durch Plakate zum Nikotinverzicht zu motivieren sind. Wirksamer – auch und gerade bei Jugendlichen und sozial Benachteiligten – sind dagegen die Instrumente der Verhältnisprävention, also Steuererhöhungen, Rauchverbote, Verkaufs- oder Werbebeschränkungen und andere allgemein verbindliche Regelungen zum Gesundheitsschutz.

Doch gerade auf diesem Gebiet, bei der gesetzlichen Regulierung der Zigarettenproduktion und des Zigarettenkonsums, zeichnet sich die Präventionspolitik in Deutschland durch eine Haltung aus, die man als wild entschlossene Halbherzigkeit kennzeichnen kann. Zwar ist die Tabaksteuer seit 2010 jedes Jahr erhöht worden, das aber nur in kleinen, für den Verbraucher kaum spürbaren Cent-Schritten. Zwar gibt es in Bayern, Nordrhein-Westfalen und im Saarland einen einigermaßen flächendeckenden Nichtraucherschutz, doch in allen anderen Bundesländern wird in den meisten Studentenkneipen, Festzelten, Spielhallen, Bars und Diskotheken munter weitergequalmt. Zwar mussten die Zigarettenautomaten mit einem Lesegerät zwecks Altersnachweis ausgerüstet werden – dafür sind sie auch heute noch im Stadtbild allgegenwärtig. In Deutschland gibt es derzeit rund 330.000 solcher Automaten, das ist ein einsamer Weltrekord. Und im Gegensatz zu fast allen anderen Industriestaaten ist hierzulande die Außen- und Kinowerbung für Tabakprodukte immer noch erlaubt. Zwar hat das Bundeskabinett im April 2016 ein strengeres Werbeverbot auf den Weg gebracht. Das soll aber erst im Juli 2020 in Kraft treten und auf keinen Fall die Bereiche Promotion und Eventmarketing umfassen. Damit bleiben genau diejenigen Werbeaktionen weiter erlaubt, in die die Tabakindustrie das meiste Geld investiert (Drogenbeauftragte, 2015, S. 266).

Zählt man alle Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention zusammen, landet Deutschland auf dem vorletzten Platz bei der Tabakkontrolle in Europa, knapp vor dem Schlusslicht Österreich (Joossens & Raw, 2013). Auf Platz eins der sog. Tabakkontroll-Skala steht Großbritannien, das dem Schutz vor

den Gefahren des Rauchens traditionell großes Gewicht beimisst und wo es einen deutlicheren Rückgang der Rauchprävalenz gegeben hat als bei uns. Doch trotz hoher Tabaksteuern, der Kostenerstattung beim Kauf von Nikotinersatzprodukten und ähnlicher Regelungen ist der Anteil der Raucher an der Gesamtbevölkerung in Großbritannien mit rund 22 Prozent immer noch hoch. Deshalb haben sich namhafte britische Gesundheitsexpert_innen und Gesundheitspolitiker_innen dafür ausgesprochen, die E-Zigarette als Gelegenheit zur Schadensminimierung („harm reduction“) zu nutzen und denjenigen Raucher_innen als Alternative zu empfehlen, die von ihrer Nikotinabhängigkeit nicht loskommen können oder wollen (vgl. Ash UK, 2016).

In Deutschland dagegen erwecken die zuständigen Fachpolitiker_innen und Expert_innen den Eindruck, als seien Zigaretten und E-Zigaretten vom Gefahrenpotenzial her vergleichbar und müssten daher auch in gleicher Weise reguliert werden. Die Stabsstelle Krebsprävention am Deutschen Krebsforschungszentrum hat in den vergangenen Jahren eine Serie von Stellungnahmen abgegeben, die den nachweisbaren Nutzen der E-Zigarette für die Tabakentwöhnung in Zweifel ziehen und deren hypothetische Risiken zu Gewissheiten stilisieren. Eine dieser Schreckensvisionen heißt Gateway-Hypothese und besagt, dass die E-Zigarette zur „Einstiegsdroge“ werden könnte, die Kinder und Jugendliche zum Rauchen von richtigen Zigaretten verführt. Auch wenn es hierfür keine belastbare Datenbasis gibt, ist es gesundheitspolitisch sinnvoll, Minderjährigen das Dampfen zu verbieten. Der Verband des E-Zigarettenhandels hat solch ein Verbot schon vor Jahren gefordert. Als das Bundeskabinett im November 2015 endlich eine entsprechende Änderung des Jugendschutzgesetzes auf den Weg brachte, begründete Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig diesen Schritt mit dem Hinweis, E-Zigaretten seien „genauso schädlich wie ganz normale Zigaretten“. Man kann nur mutmaßen, wie viele Raucher_innen in Deutschland durch solche regierungsamtlichen Fehlurteile davon abgehalten werden, auf die sehr viel weniger schädliche E-Zigarette umzusteigen.

Wer der Frage nachgeht, wie es zu der Mischung aus Alibi-Aktionismus und Ignoranz kommen konnte, die für die hiesige Tabakkontrolle charakteristisch ist, landet früher oder später bei der Tabaklobby. Deren Einfluss ist in Deutschland offenkundig weitaus größer als in den meisten anderen westlichen Demokratien (Jazbinsek, 2015). Zwar übten sich auch deutsche Politiker_innen eine Zeit lang in Zu-

rückhaltung, nachdem Ende der 1990er-Jahre Millionen interner Industriedokumente publik wurden und offenbarten, wie dreist die Tabakbranche die Öffentlichkeit hinsichtlich der Gefahren des Aktiv- und Passivrauchens in die Irre geführt hat. Doch diese Schamfrist ist längst verstrichen. Die Parteien der großen Koalition haben heute keinerlei Hemmungen, Sponsorengelder von Japan Tobacco International, Philip Morris oder dem Deutschen Zigarettenverband anzunehmen, was zuletzt Ende 2015 auf dem CDU-Parteitag in Karlsruhe und dem SPD-Parteitag in Berlin der Fall war. Und als im letzten Jahr über die Umsetzung der neuen EU-Richtlinie für Tabakprodukte debattiert wurde, machten sich Spitzenpolitiker wie die rheinland-pfälzische Ministerpräsidentin Malu Dreyer (SPD) oder der langjährige Staatssekretär Hartmut Koschyk (CSU) auf den Weg in die heimischen Zigarettenfabriken, um sich die Sorgen und Nöte der Industrie angesichts der geplanten Einführung bildlicher Warnhinweise anzuhören. Zwar haben es die Konzerne diesmal nicht geschafft, die große Koalition zur juristischen Anfechtung der EU-Vorgaben zu bewegen (das hatten die schwarz-gelben und die rot-grünen Bundesregierungen bei der vorangegangenen Tabakrichtlinie getan). Sie können jedoch als Erfolg verbuchen, dass es in Deutschland auf absehbare Zeit keine Einheitsverpackungen für Zigaretten geben wird. In Frankreich, Großbritannien und Irland werden sie ab Mai 2016 eingeführt.

Für die besondere Nähe der Tabaklobby zu den Entscheidungsträgern in der deutschen Politik gibt es knapp 15 Milliarden Gründe: So viele Euros hat der Fiskus im vergangenen Jahr dank der Tabaksteuer eingenommen. In einem Land, in dem ein ausgeglichener Haushalt zu den obersten Staatszielen gehört, sind Maßnahmen zur Tabakkontrolle nur dann politisch durchsetzbar, wenn sie die Einnahmen durch die Tabaksteuer nicht gefährden. Pointiert formuliert: In der Mathematik der Finanzpolitik zählt die „schwarze Null“ mehr als die über 100.000 Bundesbürger_innen, die jedes Jahr an den Folgen des Rauchens sterben.

Auf die Frage, wie es unter solchen Rahmenbedingungen weitergehen kann mit der Tabakprävention in Deutschland, erscheinen mir folgende Maßnahmen vordringlich:

- der Verzicht der politischen Parteien auf sämtliche Zuwendungen von Seiten der Zigarettenkonzerne, um die Glaubwürdigkeit der Gesundheitspolitik wiederherzustellen;
- eine unabhängige und ergebnisoffene Evaluation von verhaltensorientierten Programmen wie „Rauchfrei“ oder „Be smart, don't start“;

- die strengere Regulierung aller Tabakprodukte, z.B. durch ein Werbeverbot, das Tabakreklame auf Musikfestivals, Hochschulpartys und anderen jugendaffinen Veranstaltungen mit einschließt;
- die regulatorische Privilegierung der E-Zigarette gegenüber der herkömmlichen Zigarette, z.B. durch die Umwandlung der noch vorhandenen Raucherräume in „Dampferräume“.

Literatur

- Ash UK – Action on smoking and health (2016). *Electronic cigarettes*. Online verfügbar unter: http://ash.org.uk/files/documents/ASH_715.pdf; letzter Zugriff: 30.03.2016.
- Brinn, M. P., Carson, K. V., Esterman, A. J., Chang, A. B. & Smith, B. J. (2010). Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015). *Drogen- und Suchtbericht 2015*. Berlin.
- Jazbinsek, D. (2015). Totgesagte leben länger. Über die Lobbyarbeit der Tabakindustrie. In Speth, R. & Zimmer, A. (Hrsg.), *Lobby Work. Interessenvertretung als Politikgestaltung* (S. 343-356). Wiesbaden.
- Jazbinsek, D. (2016). Freihandelsabkommen und Tabakkontrolle – eine Zwischenbilanz. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2016* (S. 217-230), Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Joossens, L. & Raw, M. (2013). *The tobacco control scale 2013 in Europe*. Brüssel.
- Kuntz, B. & Lampert, T. (2016). Tabakkonsum und Passivrauchbelastung bei Jugendlichen in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt*, 113, 3, 23-30.
- Lampert, T. & Kroll, L. (2014). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. *GBE kompakt*, 5 (2).
- Orth, B. & Töppich, J. (2015). *Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Pötschke-Langer, M. (2014). The 'German Model' in tobacco prevention – made by Imperial Tobacco and Philip Morris. *Sucht*, 60, 65-68.

Dietmar Jazbinsek

Fürbringer Straße 18
D-10961 Berlin
jazbinsek@online.de

NACHRICHT

Mehr Krankenhausfälle wegen Raucherkrankheiten

In deutschen Krankenhäusern werden immer mehr lebensbedrohlich erkrankte Raucher behandelt. Wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden mitteilte, wurden 2015 rund 449.800 Patienten – 267.300 Männer und 182.500 Frauen – infolge einer raucherspezifischen Erkrankung wie einer Raucherlunge oder Lungenkrebs stationär aufgenommen. Das sind 30 Prozent mehr als zehn Jahre zuvor.

Mehr als 45.000 Menschen starben an Lungen- oder Bronchialkrebs. Damit ist diese Erkrankung inzwischen die viert häufigste Todesursache in Deutschland. An einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) starben gut 31.000 Menschen.

Zwar rauchen in Deutschland immer weniger Menschen Zigaretten, dafür aber immer mehr Pfeife und vor allem Wasserpfeife. Im Jahr 2007 wurden

noch 251 Millionen versteuerte Zigaretten verkauft, 2016 waren es nur noch 205 Millionen. Im gleichen Zeitraum stieg der Konsum von Pfeifentabak von vier auf sieben Tonnen an. Nach Angaben des Bundesamtes liegt der tatsächliche Verbrauch von Tabak deutlich höher, da nur versteuerte Tabakwaren in die Statistik einfließen.



Die Zukunft wird rauchfrei. Dank Marlboro. Über Iqos und andere Innovationen

Dietmar Jazbinsek

Der größte private Zigarettenkonzern der Welt hat Ende 2016 den Anfang vom Ende der Zigarettenproduktion verkündet. Philip Morris International verknüpft seine Vision einer rauchfreien Zukunft mit der Markteinführung einer Produktneuheit. In einem Gerät namens Iqos wird Tabak erhitzt, aber nicht verbrannt. Die Heat-not-burn-Technologie hat aus Sicht von Philip Morris zwei entscheidende Vorteile: Zum einen sei das bei der Erhitzung von Tabak entstehende Aerosol wesentlich weniger gesundheitsschädlich als der Rauch herkömmlicher Zigaretten, zum anderen verschaffe der Iqos-Dampf eingefleischten Rauchern ein weit aus befriedigenderes Geschmackserlebnis als der Dampf einer E-Zigarette. Erste Verkaufserfolge in Japan scheinen diese Einschätzung zu bestätigen. Der Marlboro-Hersteller hat deshalb damit begonnen, Iqos auch auf anderen Absatzmärkten anzubieten, unter anderem auch in mehreren deutschen Großstädten. Erste mit Daten untermauerte Zweifel an den Gesundheitsvorteilen des Tabakheizsystems kommen nicht etwa von Gesundheitsexperten, sondern von einem konkurrierenden Unternehmen der Tabakindustrie.

„Designing a smoke-free future“: Was sich anhört wie ein Motto für den Weltnichtraucher-tag, ist in Wirklichkeit der neue Firmenslogan von Philip Morris International. Man habe eine dramatische Entscheidung getroffen, heißt es dazu auf der Webseite des Marlboro-Produzenten: „Eines Tages“ werde man die konventionelle Zigarette durch ein „Portfolio revolutionärer Produkte“ mit reduziertem Gesundheitsrisiko ersetzen. Ende 2016 bekräftigte der Vorstandsvorsitzende des größten nicht-staatlichen Zigarettenkonzerns der Welt die Vision einer Welt ohne Zigaretten. „Ich hoffe, diese Zukunft kommt bald“, sagte André Calantzopoulos in einem BBC-Interview.

Firmenintern unterscheidet man bei der Entwicklung risikoreduzierter Produkte mehrere sog. Plattformen. Eine davon ist der Innovation im E-Zigaretten-Segment gewidmet. Bislang beschränkte sich Philip Morris darauf,

bestehende Marken wie Nicocigs aufzukaufen oder E-Zigaretten des früheren Mutterkonzerns Altria außerhalb der USA zu vermarkten. 2017 kommt erstmals eine eigene E-Zigarette mit einer innovativen Verdampfungstechnik in Großbritannien auf den Markt. Doch die größten Hoffnungen der Konzernleitung ruhen nicht auf der Plattform 4, der neuen E-Zigarette mit der Markenbezeichnung „Mesh“, sondern auf der Plattform 1, einem Gerät namens „Iqos“.

Noch ist nicht ganz klar, wie der Kunstname geschrieben wird: In Umlauf sind unter anderem Varianten in Versalschrift und mit kleinem „i“ analog zum iPhone.

Unklar ist auch, warum ein Kolibri als Werbeträger gewählt wurde (leicht und leistungstark?) und ob Iqos tatsächlich das Akronym für „I quit ordinary smoking“ sein soll. Fest steht jedoch, dass es sich bei dem Gerät um eine eigenständige Produktkategorie handelt, um eine Hybridtechnologie, die Eigenschaften der Zigarette und der E-Zigarette in sich vereint. In E-Zigaretten werden aromatisierte Liquids verdampft, die Nikotin enthalten können, aber nicht müssen. Dagegen wird beim Gebrauch von Iqos echter Tabak verwendet. Allerdings wird der Tabak nicht mehr verbrannt, wie bei der herkömmlichen Zigarette, sondern nur erhitzt. Auf Knopfdruck erwärmt ein Heizblatt komprimiertes Tabakpulver auf etwa 350 Grad Celsius und erzeugt so ein nikotinhaltiges Aerosol, das durch einen Polymerfilter abgekühlt wird, damit es der Nutzer inhalieren kann. Zu erwerben ist der Tabak in Form von Miniaturzigaretten mit den Markennamen „Marlboro Heatsticks“ oder „Heets from Marlboro“. Wie Zigarettenkippen sind die Tabakstummel dazu bestimmt, nach Gebrauch weggeworfen zu werden. Der dafür vorgesehene Behälter heißt nicht Aschenbecher, denn Asche fällt ja nicht mehr an, sondern „Heatsticks Disposal Tray“. In Deutschland kostet ein Iqos-Einsteiger-Set derzeit 69 Euro. Es enthält einen Verdampfer (Holder), ein Ladegerät (Pocket Charger) sowie diverse Anschlusskabel und Reinigungsutensilien.

Vorteile des Tabakheizsystems aus Sicht von Philip Morris: Geringere Gesundheitsrisiken, größere Akzeptanz

Rein optisch erinnern die Verdampfer an digitale Fieberthermometer oder Insulin-Pens. Solche Assoziationen mit einem Medizinprodukt dürften durchaus gewollt sein, bestärken sie doch die Hauptbotschaft, die der Hersteller mit seinem neuen Produkt verbindet: dass nämlich die Heat-not-burn-Technologie erhebliche gesundheitliche Vorteile gegenüber der Tabakverbrennung mit sich bringen soll. Als Beleg hierfür verweist Philip Morris auf eine Serie eigener Forschungsergebnisse (Smith et al., 2017). So wurde Iqos-Dampf im Labor auf das Vorhandensein ausgewählter Schadstoffgruppen hin untersucht und eine Verringerung der HPHC-Werte (= harmful and potentially harmful constituents) um bis zu 95 Prozent im Vergleich zum Tabakrauch gemessen. In-vitro-Studien ergaben eine Reduktion der Zytotoxizität um 90 Prozent und der Mutagenität um 95 Prozent. Wenn die Ergebnisse mehrmonatiger Tierversuche auf den Menschen übertragbar sein sollten, dann lassen sich das Risiko der Entwicklung eines Lungenemphysems und die Gefahr der Arteriosklerose durch den Iqos-Konsum auf ein Level absenken, das dem der Frischluftzufuhr nahekommt.

Vielversprechend klingen auch die Resultate mehrerer klinischer Studien mit jeweils 160 Probanden. Nach einem Vierteljahr lagen die gemessenen Biomarker für Schadstoffbelastungen in der Gruppe der Iqos-Nutzer um 34 bis 94 Prozent unter den Werten der Rauchergruppe. Die Leiter des Forscherteams kommen zu dem Fazit: Das Gesundheitsrisiko beim Gebrauch des Tabakheizsystems ist geringer als beim Zigarettenrauchen, höher als bei einem kompletten Rauchstopp und in etwa vergleichbar mit dem Risiko des E-Zigaretten-Konsums (Smith et al., 2017, S. 20). Mit dieser Botschaft wendet sich der Marlboro-Hersteller derzeit an unterschiedliche Zielgruppen. Eine davon ist die Ärzteschaft, die ihre rauchenden Patienten auf das neue Produkt aufmerksam machen soll. Eine entsprechende Schulung fand im Januar 2017 in Zürich statt. Dort präsentierte man die Studien der eigenen Forschungsabteilung zur Heat-not-burn-Technologie einer Gruppe von Kardiologen, Pneumologen und anderen Fachärzten. Das Treffen wurde von einem Marktforschungsinstitut organisiert und mit einer Aufwandsentschädigung von 800 Schweizer Franken pro Teilnehmer vergütet. Ob der Tabakkonzern bei der Rekrutierung medizinischer Meinungsbildner ähnliche Erfolge erzie-

len kann wie die Firmen der Pharmaindustrie, bleibt abzuwarten.

Wenn die Repräsentanten von Philip Morris das neue Tabakheizsystem mit traditionellen Tabakprodukten vergleichen, betonen sie seine gesundheitlichen Vorteile. Im Vergleich mit der E-Zigarette sehen sie dagegen Akzeptanzvorteile auf Seiten von Iqos. Was damit konkret gemeint ist, hat André Calantzopoulos 2013 auf einer Wirtschaftskonferenz erläutert. Die E-Zigarette werde zwar oft ausprobiert, aber nur vergleichsweise selten nachgekauft, so der CEO, und das trotz ihres relativ niedrigen Preises. Die Unzufriedenheit der Raucher führte der Topmanager auf die langsamere Nikotinanflutung beim Dampfen und den schwachen Geschmack des dabei entstehenden Aerosols zurück. Erhitzter Tabak dagegen biete eingefleischten Rauchern ein sehr viel befriedigenderes Geschmackserlebnis. Andere Vorteile erwähnt Calantzopoulos nicht, sie liegen aber auf der Hand: So entspricht der Gebrauch von Iqos in manchen Punkten eher den gewohnten Rauchritualen als die Handhabung einer E-Zigarette. Man nimmt einen Filter in den Mund und kein Mundstück aus Plastik; nach etwa sechs Minuten oder 14 Zügen ist der Marlboro-Heatstick aufgebraucht, was der üblichen Länge einer Zigarettenpause entspricht; neue Tabaksticks sind – wie gewohnt – in 20er-Packungen im Einzelhandel erhältlich. Die Packungen selber sind zwar mit Warnhinweisen beschriftet, die hässlichen Schockfotos aber fehlen, denn die schreibt der Gesetzgeber nur für richtige Zigaretten vor.

Aus Sicht von Philip Morris hat Iqos genug Vorteile, um sehr viel mehr Raucher zum Umstieg auf eine weniger schädliche Alternative zu bewegen, als dies bei der E-Zigarette der Fall ist. Deshalb hat das Unternehmen eigenen Angaben zufolge bereits über drei Milliarden US-Dollar in die Heat-not-burn-Technologie und andere Plattformen investiert. Am Ufer des Neuenburgersees in der Schweiz ist ein Forschungszentrum entstanden, in dem rund 400 Wissenschaftler und Ingenieure Patente für risikoreduzierte Produkte entwickeln. Obwohl hier Betriebsgeheimnisse gehütet und vermehrt werden, signalisieren Architektur und Internetauftritt der Forschungsabteilung vollkommene Transparenz. Der „The Cube“ genannte Glaskasten würde sich als Kulisse für eine Verfilmung des Science Fiction-Romans „The Circle“ eignen. Wie in der Business-Satire von Dave Eggers tragen die drei Flügel des Konzerngebäudes identitätsstiftende Namen – Wind, Luft und Erde. Das Feuer hat man mit Bedacht weggelassen. Ähnlich futuristisch wirkt – zumindest von innen – die Großfabrik, die Philip Morris in

der Nähe von Bologna errichtet hat und in der bis zu 30 Milliarden Heatsticks pro Jahr produziert werden können. Die geplante Umrüstung einer griechischen Zigarettenfabrik auf die Produktion von Tabaksticks soll weitere 300 Mio. US-Dollar kosten.

Markteinführung: Deutschland, Japan und der Rest der Welt

Die Einführung von Iqos auf dem Weltmarkt konzentrierte sich bislang auf eine Reihe ausgewählter Großstädte und erfolgte in mehreren Etappen. Den Anfang machten Italien und Japan im November 2014, es folgten Portugal, Rumänien, Russland und die Schweiz im zweiten Halbjahr 2015. Im Laufe des letzten Jahres kamen Großbritannien, Kanada, Neuseeland, Südafrika und Städte in zwölf anderen Staaten hinzu. Für 2017 ist die Ausweitung auf ein gutes Dutzend weiterer Länder geplant, darunter Frankreich, Polen und Kolumbien. Einen Sonderfall stellen die USA dar, wo Philip Morris Anfang Dezember 2016 bei der dafür zuständigen Food and Drug Administration die Anerkennung von Iqos als „Tabakprodukt mit modifiziertem Risiko“ beantragt hat. Ende März 2017 ging bei derselben Behörde eine „pre-market tobacco application“ ein. Ohne eine solche Zulassung dürfen neue Tabakprodukte und E-Zigaretten in den Vereinigten Staaten nur noch bis August 2018 verkauft werden. Bei beiden Antragsverfahren ist der Hersteller dazu verpflichtet, umfangreiche Produktbeschreibungen, chemische Analysen, klinische Studien und epidemiologische Modellrechnungen vorzulegen. Schon der erste Antrag von Philip Morris hatte ein Textvolumen von zwei bis drei Millionen Seiten. Die Fachzeitschrift „Vaping Post“ hat berechnet, dass dies einem Papierstapel in Höhe von 1.500 Metern entspricht und ein einzelner Beamter ungefähr 30 Jahre bräuchte, um ihn abzuarbeiten (Harlay, 2016). Dass kleinere, unabhängige Anbieter von E-Zigaretten oder anderen Nikotinprodukten einen ähnlichen Aufwand betreiben können, erscheint ausgeschlossen. Falls Philip Morris mit seinen Anträgen Erfolg hat, ist es deshalb gut möglich, dass der Tabakkonzern als erstes und auf absehbare Zeit einziges Unternehmen über die offizielle Genehmigung verfügt, mit den gesundheitlichen Vorteilen von Iqos zu werben. Eine solche Entscheidung der US-amerikanischen Gesundheitsbehörde hätte eine weltweite Signalwirkung.

In Deutschland gibt es seit dem Sommer 2016 die ersten vier Iqos-Stores, und zwar in

Berlin, München, Frankfurt am Main und Wiesbaden. Das Design-Konzept der Verkaufsräume orientiert sich am Vorbild der Apple-Stores: Alles soll möglichst clean und zugleich hip, möglichst einfach und zugleich exklusiv aussehen. Wer ein Gerät erwerben möchte, bekommt dies nur in einem Philip-Morris-Laden. Im normalen Tabakhandel gibt es lediglich die Tabaksticks zum Nachkaufen. Mit diesem Vertriebskonzept trägt das Unternehmen dem Umstand Rechnung, dass es sich bei Iqos um ein erklärungsbedürftiges Produkt handelt. Käufer eines Erstgerätes werden dazu animiert, sich mit ihrer E-Mail-Adresse als Neukunden zu registrieren. Sie erhalten dann in der ersten Woche täglich, danach in wechselnden Zeitabständen den Newsletter für die Iqos-Community. Zu Beginn wird man dazu beglückwünscht, einen neuen Lebensabschnitt begonnen zu haben. Es gibt Lederetuis in der persönlichen Lieblingsfarbe zu gewinnen und man kann seine Initialen in den Holder eingravieren lassen. Einladungen zu Tanzpartys und andere Geselligkeiten wechseln sich mit der Aufforderung ab, Fragen zum eigenen Heatstick-Verbrauch zu beantworten. Vom Tonfall her („Lange nichts von dir gehört, Dietmar – woran liegt’s?“) sind die Konzerntexte darum bemüht, das Gemeinschaftsgefühl der Dampferbewegung zu simulieren. Doch es ist nur schwer vorstellbar, dass diese sterile Form des digitalen Marketings beim Empfänger tatsächlich die gewünschten Gefühle erzeugt.

Zumindest in Japan scheint das Marketingkonzept von Philip Morris aufzugehen. Dort ist mittlerweile ein regelrechter Hype um die neue Form des Marlboro-Konsums entstanden. Zeitweilig war die Nachfrage so groß, dass nicht genug Geräte und Tabaksticks nachgeliefert werden konnten. Nachdem das Unternehmen die logistischen Probleme einigermaßen in den Griff bekommen hatte, wurde die Vermarktung 2015 über die ersten Teststädte hinaus ausgeweitet. Japan ist bislang das einzige Land, in dem der Iqos-Vertrieb den gesamten Binnenmarkt abdeckt. Der Anteil der Marlboro-Heatsticks am japanischen Zigarettenmarkt lag im ersten Quartal 2017 bei 7,1 Prozent, was die Philip-Morris-Manager als phänomenalen Erfolg bewerten. Sie begründen dies nicht nur mit den hohen Steigerungsraten beim Verkauf, sondern auch mit den hohen Konversionsraten. Laut Auskunft des Finanzchefs Jacek Olczak steigen 72 Prozent der japanischen Raucher, die das neue Gerät gekauft haben, danach komplett auf Iqos um (Olczak, 2017).

Die Verkaufserfolge von Philip Morris auf einem der größten Absatzmärkte der Welt haben die Konkurrenz unter Zugzwang gesetzt.

British American Tobacco (BAT), die aktuelle Nummer zwei unter den multinationalen Großunternehmen, läutete im Dezember 2016 mit einem eigenen Tabakheizsystem die Aufholjagd ein und eröffnete in der nordjapanischen Stadt Sendai einen Flagship-Store. Dort wird ein neues Gerät mit dem Markennamen „Glo“ verkauft; die dazugehörigen Mini-Zigaretten heißen „Kent Neosticks“ und sind in rund 600 Einzelhandelsgeschäften der Region erhältlich. Im Gegensatz zu Iqos ähnelt Glo eher einem iPod als einem Pen. Der Grund hierfür ist die höhere Batterieleistung des BAT-Gerätes: Während der Iqos-Holder nach jeder Benutzung neu aufgeladen werden muss, reicht die Glo-Batterie angeblich für 30 Neosticks. Das Konkurrenzprodukt von BAT ist zudem rund 20 Prozent billiger als das von Philip Morris. Der Erfolg ließ denn auch nicht lange auf sich warten. Berichten in der Wirtschaftspresse zufolge bilden sich vor dem Glo-Laden in Sendai regelmäßig lange Warteschlangen. Noch in diesem Jahr will der Konzern den Vertrieb der Produktneuheit auf ganz Japan ausweiten. Die beiden ausländischen Hersteller BAT und PMI greifen mit ihrer Produktoffensive Japan Tobacco an, jenes Unternehmen, das bislang den heimischen Tabakmarkt dominiert hat und sich noch immer zu einem Drittel in Staatsbesitz befindet. Japan Tobacco hat deshalb ein eigenes Hybridprodukt namens „Ploom Tech“ herausgebracht, das seit dem Frühjahr 2016 in einer Großstadt auf der südlichen Hauptinsel des Landes getestet wird.

Zweifel an den Akzeptanz-Vorteilen von Iqos

Den Iqos-Hype in Japan deutete das Management von Philip Morris auf der Aktionärsversammlung Anfang Mai 2017 als gutes Vorzeichen im Hinblick auf die weltweiten Marktchancen der Heat-not-burn-Technologie. Das sieht die Unternehmensführung von British American Tobacco offenbar anders. Zwar hat auch BAT den Erfolg von Glo auf dem japanischen Testmarkt zum Anlass genommen, um das Gerät ab April 2017 in der Schweiz anzubieten. Außerdem testet man seit geraumer Zeit ein zweites Tabakheizsystem namens „Glo iFuse“ in Rumänien. Doch was die Wiederholung der japanischen Verkaufserfolge in anderen Weltregionen angeht, gibt man sich skeptisch. Kingsley Wheaton, der für „next generation products“ zuständige BAT-Manager, ist davon überzeugt, dass Japan einen Sonderfall darstellt. Japanische Konsumenten hätten schon

immer ein außergewöhnlich großes Interesse an technischen Neuheiten und elektronischen Gimmicks gehabt, so Wheaton gegenüber der Branchenzeitschrift „Tobacco Reporter“ (Rossel, 2017). Der japanische Markt ist aber auch noch aus einem anderen Grund ein Sonderfall: Der Pharmaceutical Affairs Act aus dem Jahr 2010 untersagt den Handel mit nikotinhaltingen Liquids für E-Zigaretten. Offiziell erlaubt ist nur der Konsum nikotinfreier Sorten. Kein Wunder also, wenn Heat-not-burn-Geräte in Japan Akzeptanz-Vorteile gegenüber E-Zigaretten haben.

Wie waghalsig es ist, den Erfolg in Japan auf den Rest der Welt zu übertragen, zeigt der Vergleich mit Italien, wo Iqos zeitgleich auf den Markt gekommen ist. Im japanischen Sendai lag der Marktanteil der Heatsticks zwei Jahre nach Einführung der Produktneuheit bei 11,5 Prozent, in den italienischen Test-Städten dagegen nur bei 0,4 Prozent. Und was aus Sicht des Herstellers noch alarmierender ist: Ende 2016 kannten 75 Prozent aller japanischen Raucher die Marke Iqos, in Italien traf dies nur auf acht Prozent der Raucher zu. Für diese Diskrepanz gibt es eine naheliegende Erklärung: In Japan ist Tabakwerbung weitgehend erlaubt, in Italien ist sie fast vollkommen verboten. Philip Morris hat sich zwar redlich darum bemüht, das Werbeverbot in Italien zu umgehen: In Rom und Mailand hat man pompöse Iqos-Botschaften eröffnet, wo regelmäßig Konzerte und andere schlagzeilenträchtige Events stattfinden; auf Instagram finden sich zahllose Fotos von italienischen Schönheiten beiderlei Geschlechts, die mit dem neuen Philip-Morris-Accessoire posieren; für Ferrari-Fans gibt es ein Iqos-Etui mit dem Logo des italienischen Rennwagen-Herstellers. Doch allem Anschein nach konnten diese und andere Marketingmaßnahmen nicht den erhofften Werbeeffect erzielen. In Deutschland hat sich Philip Morris den Umstand zunutze gemacht, dass hier bislang alle Bemühungen um ein Verbot der Außenwerbung für Zigaretten gescheitert sind. 2016 wurden die Innenstädte der ausgewählten Testmärkte mit Iqos-Reklame ausplakatiert. Hinzu kam eine aufwändige Werbekampagne am Verkaufsort (point of sale), die bis heute andauert. Darin eingebunden sind rund 250 Verkaufsstellen im Raum Frankfurt sowie 350 in München und 400 in Berlin. Obwohl der Name „Heets from Marlboro“ vielen Stammkäufern der Marke aufgefallen sein dürfte, lag der Marktanteil der Heatsticks in diesen drei Metropolen im ersten Quartal 2017 nur bei 0,6 Prozent.

Zweifel an den Gesundheitsvorteilen von Iqos

Der Ländervergleich legt die Schlussfolgerung nahe, dass Heat-not-burn-Geräte überall dort Akzeptanz-Nachteile haben, wo sich E-Zigaretten bereits auf dem Nikotinmarkt etabliert haben. Auch die zweite Prämisse der Iqos-Kampagne – das Risikoprofil der Heat-not-burn-Geräte sei mit dem der E-Zigarette vergleichbar – erscheint bei genauerer Betrachtung fragwürdig. Und wieder ist es ein Konkurrent aus der Tabakbranche – und nicht etwa eine Gesundheitsinstitution –, der die Darstellung von Philip Morris öffentlich in Zweifel gezogen hat. Im März 2015 stellte Stephen Stotesbury, der Chefwissenschaftler von Imperial Tobacco, auf einem Workshop der Food and Drug Administration Vergleichsmessungen seiner Forschungsabteilung vor. Demnach lagen die HPHC-Werte beim Iqos-Dampf tatsächlich weit unter denen des Tabakrauchs, sie waren zugleich aber immer noch deutlich höher als beim E-Zigaretten-Dampf (Stotesbury, 2015; Stotesbury et al., 2015). Analysen des Exhalats ergaben, dass der Iqos-Dampf von seiner Zusammensetzung her eher dem Tabakrauch ähnelte, während der E-Zigaretten-Dampf mit dem des „Nicorette Inhalers“ – einem Entwöhnungsprodukt der Pharmaindustrie – vergleichbar war. „E-Zigaretten-Dampf birgt das größte Potenzial zur Schadensreduzierung“, so die Quintessenz von Stotesbury. Diese Einschätzung wird von einer der wenigen unabhängigen Studien bestätigt, die bislang das Risikoprofil von E-Zigaretten und Iqos-Geräten miteinander verglichen haben (Ruprecht et al., 2017).

Im Herbst 2015 publizierte Stephen Stotesbury als Koautor einen Artikel in einer Chemie-Zeitschrift, demzufolge Iqos-Geräte schon in der Phase des Aufheizens Schadstoffe in die Atemluft abgeben, also noch bevor der Nutzer daran zieht (O’Connell et al., 2015). Das dazugehörige Experiment scheint die Aussage von Philip Morris zu widerlegen, beim Gebrauch von Tabakheizsystemen gebe es keinen Nebenschmoke wie bei herkömmlichen Zigaretten. Auf einer Industriemesse in Italien legte der Imperial-Manager noch einmal nach. O-Ton Stotesbury 2015: „Da hängt jede Menge schwarzes Gekröse (black crud) in dem Iqos-Gerät, wenn man es benutzt hat. Das stinkt wie ein Aschenbecher“. Allem Anschein nach neigt der Tabakstick bei Gebrauch zum Krümeln. Nur so erklärt sich der Aufwand, den der Hersteller im Hinblick auf die Gerätereinigung selber betreibt und vom Nutzer verlangt. Jedes Mal, wenn 20 Tabaksticks verbraucht sind, erfolgt eine automatische Selbstreinigung des Heiz-

blatts. Darüber hinaus soll der Nutzer den Holder regelmäßig mit einer mitgelieferten Bürste säubern. Hartnäckige Tabakreste sollen durch einen „Reinigungshaken“ gelockert und durch Klopfen auf das Gehäuse hinausbefördert werden. Für die Endreinigung gibt es Cleaning Sticks, um den Innenraum des Holders saubertzutupfen. Per E-Mail erinnert Philip Morris die Iqos-Käufer daran, wie wichtig eine gründliche Putzprozedur ist. Man kann davon ausgehen, dass solche Ermahnungen in ähnlicher Weise befolgt werden wie die Aufforderungen zum gründlichen Zähneputzen. Wer die Reinlichkeitsgebote des Herstellers missachtet, läuft Gefahr, dass Tabakreste weiterkoken, wenn man den nächsten Stick erhitzt. Der dabei entstehende Rauch dürfte weitaus mehr Schadstoffe enthalten, als dies bei den von Philip Morris kontrollierten Versuchsreihen der Fall war. Soll heißen: Die Gesundheitsvorteile von Iqos könnten sich in blauen Dunst auflösen, wenn sie unter Alltagsbedingungen gemessen werden. Es wäre nicht das erste Mal in der Geschichte der Tabakindustrie, dass sich ein Tabakheizsystem als kostspieliger Flop erweist. Die Ploom-Geräte kamen ursprünglich nicht in Japan auf den Markt, sondern im Mai 2013 in Österreich und im April 2014 in Frankreich. Weil sich die Anwender über den schlechten Geschmack beschwerten, stellte Japan Tobacco International den Vertrieb wieder ein. Die US-Firma RJ Reynolds hat gleich drei Generationen von Heat-not-burn-Produkten bis zur Marktreife entwickelt: „Premier“ (1988), „Eclipse“ (1994) und „Revo“ (2014). Doch alle drei sind nie über den Einsatz auf Testmärkten hinausgekommen. Im Fall von Eclipse ließ sich nachweisen, dass die vom Hersteller gemessenen und von Gutachtern beglaubigten Schadstoffreduktionen unter Alltagsbedingungen keine Gesundheitsvorteile mit sich brachten: Um den gewohnten Nikotinkick zu bekommen, inhalierten die Käufer häufiger und tiefer als die Probanden der Testreihen (Slade et al., 2002). Und auch Iqos ist keineswegs so neu und revolutionär, wie die Philip-Morris-Werbung suggeriert, sondern hat zwei Vorläufer mit den Markennamen „Accord“ (1999) und „Heatbar“ (2006). Warum der Marlboro-Produzent die älteren Heat-not-burn-Geräte nach Testläufen in den USA, Europa und Australien wieder vom Markt genommen hat, ist nicht eindeutig nachvollziehbar. Wahrscheinlich war nicht nur ihr kommerzieller Ertrag geringer als erwartet, sondern auch ihr gesundheitlicher Nutzen. Darauf deutet die Aussage von einem an der Produktentwicklung beteiligten Philip-Morris-Experten hin, der 2003 vor Gericht zu Protokoll gab: „Accord ist immer noch eine Zigarette. Du erhitzt immer noch Tabak. Du er-

zeugt immer noch Rauch aus Tabak. Der hat immer noch einige derselben schädlichen Bestandteile wie der Rauch normaler Zigaretten. (Accord) erzeugt Rauch, aber weniger davon“ (zitiert und übersetzt nach Wayne, 2006).

„This changes everything“. Really?

„This changes everything“. Das ansonsten eher schmucklose Deckblatt des Geschäftsberichts von Philip Morris zielt in diesem Jahr eine pathetische Parole. Darunter prangt ein Hochglanzfoto, das aus einem Pharmakatalog stammen könnte und das neue Vorzeigeprodukt des Konzerns in sanftes Licht taucht. Vielleicht bringt Iqos insofern eine Änderung, als es die Serie kommerzieller Fehlschläge mit Tabakheizsystemen beendet. Woran Iqos mit Sicherheit kaum etwas ändert, ist das Geschäftsmodell, dem der Zigarettenhersteller Nettoumsätze von über 25 Milliarden US-Dollar im Jahr verdankt und das im Wesentlichen auf dem Verkauf von Zigaretten beruht. Und weil das so ist, investiert Philip Morris sehr viel mehr Geld in den Vertrieb hochriskanter Marlboro-Zigaretten als in die Vermarktung risikoreduzierter Produkte. Zu den Vertriebskosten im engeren Sinne zählen die Ausgaben für die „Be Marlboro“-Kampagne, die mittlerweile in mehr als 60 Ländern der Welt den Verkauf der Zigarettenmarke ankurbelt. Als die Kampagne 2012 in Deutschland auf Hochtouren lief, erbrachte eine Studie der Dieter-Mennekes-Umweltstiftung den Nachweis, dass sich Jugendliche von den Werbemotiven besonders angesprochen fühlten (Jazbinsek, 2014). Zu den Vertriebskosten im weiteren Sinne zählen die Anwaltshonorare, die Philip Morris auszahlt, um Regierungen einschüchtern und von Gesundheitsgesetzen abhalten zu können. Schwammige Formulierungen in internationalen Handelsverträgen haben sich als besonders wirkungsvolles Rechtsmittel erwiesen, um Gesundheitspolitiker in die Schranken zu weisen und den Tabakkonsum in die Höhe zu treiben (Jazbinsek, 2016).

Doch es gibt noch ein anderes untrügliches Zeichen dafür, dass eine sehr ferne Zukunft gemeint sein muss, wenn Philip Morris-Manager von einer rauchfreien Zukunft sprechen – und das ist die Preispolitik des Konzerns. Eine Packung mit 20 Marlboro-Heatsticks kostet in Deutschland sechs Euro, also genauso viel wie eine Packung mit 20 Marlboro-Zigaretten. Dabei könnte sie deutlich billiger sein, denn der Iqos-Tabak wird steuerlich wie Pfeifentabak eingestuft. Während der Anteil von Tabak- und Mehrwertsteuer bei einer Packung Marlboro-Zigaretten rund 65 Prozent des Verkaufspreises

ausmacht, liegt er bei einer Packung Marlboro-Heatsticks lediglich bei 17,5 Prozent. Umgerechnet bedeutet dies, dass Philip Morris an einer Packung Heatsticks fast dreimal soviel verdient wie an einer Packung Zigaretten. Wollte man tatsächlich so viele Raucher wie möglich zum Umstieg motivieren, wie André Calantzopoulos behauptet, müsste man dafür sorgen, dass sich solch ein Umstieg auch finanziell rentiert. Schließlich stammt die Mehrzahl der Raucher heute aus den einkommensschwachen Schichten der Bevölkerung. Doch für die Anteilseigner des Großkonzerns ist eine möglichst hohe Gewinnspanne zweifellos wichtiger als eine möglichst hohe Konversionsrate. Darum streicht Philip Morris das durch Steuervorteile gewonnene Geld lieber selber ein.

„Einem US-Tabakkonzern werden Vorteile gewährt, während deutsche Familienunternehmen einer überbordenden Regulierung unterworfen werden“, ärgert sich der Verband der Rauchtabakindustrie über die Steuergeschenke des deutschen Fiskus an den Iqos-Hersteller. Der Deutsche Zigarettenverband geht in seiner Kritik noch weiter. In einem Beitrag für das Branchenblatt „Tabak-Zeitung“ wertete der Geschäftsführer des Verbandes die Aussagen von Philip Morris zum Ausstieg aus der Zigarettenproduktion als reine Marketingaktion, und fügte spöttisch hinzu: „Falls sich Philip Morris International aber tatsächlich vom klassischen Tabak verabschieden möchte, stehen die Mitgliedsunternehmen des DZV bereit, diese Marktanteile zu übernehmen“ (Mücke, 2017). Philip Morris ist selber kein Mitglied des Branchenverbandes.

Ein praktischer Vorschlag zum Schluss

„Aussagen über das Erhitzen von Tabak sollten kritisch evaluiert werden“, hatte der Imperial-Manager Stephen Stotesbury bei seiner Anhörung vor der US-amerikanischen Gesundheitsbehörde im März 2015 gefordert. Als glaubwürdige Gutachter kommen in erster Linie die Experten der internationalen Tabakkontroll-Community in Betracht. Doch die haben in den mehr als zwei Jahren seit der Einführung von Iqos eine bemerkenswerte Einseitigkeit an den Tag gelegt: Während sich wöchentlich, ja beinahe täglich kritische Stimmen zu Wort melden, die über die Langzeitfolgen des E-Zigaretten-Konsums spekulieren und davor warnen, dass Kinder und Jugendliche massenhaft zum Dampfen verführt werden könnten (was durch die vorliegenden Prävalenzraten längst als widerlegt angesehen werden kann), herrscht hinsichtlich der Risiken des Konkurrenzpro-

dukts Iqos dröhnendes Schweigen. Eine mögliche Erklärung hierfür lautet, dass selbst große Universitäten und Forschungseinrichtungen kaum mit den Tabakkonzernen mithalten können, was ihre personelle und labortechnische Ausstattung betrifft. Allein auf den Webseiten „bat-science“ und „pmi-science“ sind Dutzende von Artikeln aus Fachzeitschriften mit Peer Review nachlesbar, in denen die Zigarettenhersteller ihre Begleitforschung zu den risikoreduzierten Produkten dokumentieren. Eine auch nur ansatzweise Evaluation dieser Studien aus den Reihen der Tabakkontroll-Gemeinde liegt bislang nicht vor. Philip Morris hat deshalb ein Programm namens „Improver“ aufgesetzt, das unabhängigen Wissenschaftlern den Zugriff auf Rohdaten und Details des Forschungsdesigns gewähren soll, damit sie die Aussagen des Herstellers über Iqos und andere risikoreduzierte Produkte überprüfen können (vgl. Smith et al., 2017, S. 1). Soweit erkennbar, stößt dieses Angebot auf große Zurückhaltung, und das ist auch durchaus verständlich, sind doch im Internet Hunderttausende interner Dokumente nachlesbar, die belegen, wie ursprünglich unabhängige Wissenschaftler dank großzügiger Fördergelder zu akademischen Kronzeugen von Big Tobacco umgedreht werden konnten. Die Gefahr der Vereinnahmung ließe sich bannen, wenn nicht einzelne Forscher oder Forscherteams am Improver-Programm teilnehmen, sondern Vertreter unterschiedlicher Institutionen und Fachdisziplinen zusammenkommen, um in einem öffentlichen Verfahren einen gemeinsamen Antrag auf Einsichtnahme in die Studienprotokolle auf den Weg zu bringen. Ein solches Gutachter-Gremium könnte etwas mehr Licht in den Nebel aus Dampf und Rauch bringen, den die Tabakindustrie gerade über dem globalen Nikotinmarkt ausbreitet.

Die brancheninterne Kritik an der Iqos-Kampagne von Philip Morris belegt, dass in der sonst so fest geschlossenen Front des Tabak-Oligopols Risse entstanden sind.

Für die Präventionspolitik ist das eine gute Nachricht, weil sich dadurch die Chance eröffnet, den Wettbewerb der Unternehmen um möglichst risikoarme Produkte gezielt zu fördern. Dafür muss sich die Präventionspolitik von dem Dogma der Tabakkontrolle verabschieden, dass als einzige Alternative zum Zigarettenkonsum nur der völlige Verzicht auf Nikotinprodukte in Frage kommt. Die gezielte Förderung risikoarmer Produkte könnte weltweit sehr viel mehr Menschenleben retten als das Festhalten an der Verbotspolitik. Das Produkt mit dem aktuell größten Potenzial zur Schadensreduzierung ist nach Lage der Dinge die E-Zigarette.

Literatur

- Harley, J. (2016). A relentless work for the FDA with PMI's iQOS MRTP application. *Vaping Post*, 7.12.2016. www.vapingpost.com
- Jazbinsek, D. (2014). Die Be-Marlboro-Kampagne von Philip Morris und ihre Wirkung auf Jugendliche. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2014*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Jazbinsek, D. (2016). Freihandelsabkommen und Tabakkontrolle – eine Zwischenbilanz. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2016* (S. 217-230). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Mücke, J. (2017). Kein Ersatz in Sicht. *Tabak-Zeitung*, 13.1.2017.
- O'Connell, G., Wilkinson, W., Burseg, K., Stotesbury, S. & Pritchard, J. D. (2015). Heated tobacco products create side-stream emissions: Implications for regulation. *Environmental Analytical Chemistry*, 2, 5.
- Olczak, J. (2017). *Philip Morris international presentation*. Consumer Analyst Group of New York Conference, 22.2.2017; www.pmi.com
- Rossel, S. (2017). Golden nugget. *Tobacco Reporter*, 1.1.2017.
- Ruprecht, A. A. et al. (2017). Environmental pollution and emission factors of electronic cigarettes, hot-not-burn tobacco products and conventional cigarettes. *Aerosol Science and Technology*, 51, 6, 674-684.
- Slade, J., Connolly, G. N. & Lymperis, D. (2002). Eclipse: does it live up to its health claims? *Tobacco Control*, 11 (Suppl II), ii64-ii70.
- Smith, M., Haziza, C., Hoeng, J., Lüdicke, F. et al. (2017). *The science behind the tobacco heating system. A summary of published scientific articles*. Electronic Version; www.pmisience.com
- Stotesbury, S. (2015). *Heated tobacco: opportunity or distraction?* www.imperialtobaccoscience.com
- Stotesbury, S., Baars, I., Mendler, W., Pienemann, T. et al. (2015). *Investigating the claims made for heated tobacco and e-vapour products: Implications for regulation*. Global Forum on Nicotine, Warsaw, Poland. gfn.net.co
- Wayne, G. F. (2006). Potentially reduced exposure products (PREPs) in industry trial testimony. *Tobacco Control*, 15 (Suppl IV), iv90-iv97.

Weitere Quellenangaben und Literaturhinweise auf Nachfrage beim Verfasser.

Dietmar Jazbinsek
Fürbringer Straße 18
D-10961 Berlin
jazbinsek@online.de

Der Raucherwitz und seine Beziehung zum Unbewussten*

August Ruhs

Sigmund Freud war in beiden Disziplinen versiert: Einerseits war er ein großer Raucher, dessen Nikotinsucht nach eigenen Angaben seiner bis zur Obsession reichenden Sammeltätigkeit durchaus entsprach, andererseits war er von Witzen so fasziniert, dass er sie nicht nur zu Objekten einer kleinen Sammlung machte, sondern auch zu einem privilegierten Forschungsgegenstand am Beginn seiner wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Unbewussten.

Schon 1897 bekennt er in einem Brief, eine Kollektion tiefsinniger jüdischer Geschichten angelegt zu haben. Davon arbeitete er auch einen Teil in seine „Traumdeutung“ ein. Des Weiteren war er von psychologischen und ästhetischen Schriften eines Münchner Wissenschaftlers namens Theodor Lipps beeinflusst, insbesondere von dessen 1898 erschienenen Abhandlung über Komik und Humor. Zu einer separaten Auseinandersetzung mit dem Phänomen des Witzes dürfte ihn schließlich sein anfänglicher wissenschaftlicher Begleiter und Freund Wilhelm Fließ angeregt haben, der zur „Traumdeutung“ kritisch bemerkt hatte, dass die illustrierenden Träume zu viele Witze enthielten.

Was allerdings Witze mit einem Bezug zum Rauchen betrifft, erweist sich die Suche bei Freud als wenig ergiebig. Nur ein eher dem Scherz zugehöriges Beispiel mit leichter Berührung des Themas findet sich in seinem Buch über den Witz aus dem Jahr 1905, wenn er hinsichtlich der Witztechnik der „mehrfachen Verwendung des nämlichen Materials“ aus einem Bericht über den Prozess der Tabakfabrikation ein Zitat folgenden Inhalts führt: *„Die hellgelben Blätter wurden da in eine Beize getunkt und in dieser Tünke gebeizt“*.

Allenfalls könnte man hier noch auf eine tragikomische Bemerkung Freuds aus viel späterer Zeit und in Zusammenhang mit seinem eigenen Nikotingenuss hinweisen. Als seine

Kieferkrebserkrankung ein bestimmtes Stadium erreicht hatte, soll er resignativ festgestellt haben: *„Seit ich nicht mehr rauchen darf, mag ich nicht mehr schreiben.“*

Wie man weiß, hat das Erklären von Witzen eine ebenso ernüchternde und entzaubernde Wirkung wie die Deutung einer Übertragungsbeziehung in der psychoanalytischen Kur. Offenbar wirken beide Phänomene nur, wenn man sich ihrer bedient, ohne sie einer tiefergehenden Reflexion zu unterwerfen. Schließlich ist uns aus Partnerbeziehungen die Erfahrung vertraut, dass sich in so genannten Beziehungsklärungen und ernsthaften Aussprachen oft das Ende der Liebe ankündigt, sofern es sich darin nicht überhaupt schon manifestiert hat.

Nun ist aber Freud in seiner Abhandlung *„Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten“* das Kunststück gelungen, über das Erklären hinauszugehen und zu einer Analyse zu gelangen, welche einerseits die ästhetischen Prinzipien des Witzes und ihre semiotischen bzw. rhetorischen Strukturen und andererseits die latente soziale Funktion des Witzes auf einem Abstraktionsniveau freilegt, ohne dass dem genuinen Reiz des Witzes in den zahllosen und zum Teil wahrhaft exquisiten Witzbeispielen ein Lustschaden zufügt würde. Die Frage, wie eine Aussage, ob sie nun gedacht, ausgesprochen, ausgeschrieben oder gezeichnet sei, als Witz wirkt, wird in Freuds Analyse mit der Frage nach der Funktion des Witzes kurzgeschlossen, welche in erster Annäherung natürlich darin besteht, Lust zu erzeugen. Abgesehen davon, dass der psychische Apparat in Pausen der Alltagsbewältigung lustvoll mit sich selber spielt, lässt sich nach Freud der *harmlose* Witz vom *tendenziösen* Witz unterscheiden, wobei bei letzterem, der im gelungenen Fall mit ausbruchsartigem Gelächter einhergeht, der Andere als Adressat und Lustort ein wesentliches Element der Witzproduktion darstellt. Auf Grund dieser Neigung, in der Kommunikation

* Ruhs, A. (2012). Der Raucherwitz und seine Beziehung zum Unbewussten. In: Hofstadler, B. & Pfaller, R. (Hrsg.), *Hätten Sie mal Feuer? Intellektualismus, Begehren und Tabakkultur* (S. 97-105). Wien: Löcker.

eines Witzes in erster Linie für die Lust eines Anderen zu arbeiten, was nach Lacan zu den Wesensmerkmalen der perversen Struktur gehört, darf meines Erachtens der Witz durchaus zu den sublimen Formen der Perversion gezählt werden, weshalb, wie uns die alltägliche Erfahrung lehrt, das Genießen von Witzen hauptsächlich bei Männern verbreitet ist. Im Gegensatz dazu ist das Rauchen (wie andere ähnliche Genussformen) als erhabene Weise der sexuellen *Ersatzbefriedigung* zu werten.

Da der tendenziöse Witz mit einer besonderen Lustentfaltung einhergeht, muss er über Quellen der Lust verfügen, zu welchen der harmlose Witz keinen Zugang hat. In der Tat und unter Vorwegnahme der Pointe der freudischen Argumentationskette handelt es sich hier um Möglichkeiten der Rückkehr verdrängter Triebregungen, wodurch in der Witzarbeit der durch die Erfordernisse der Kulturschaffung auferlegte Triebverzicht teilweise wieder kompensiert werden kann.

Unter diesem Aspekt können zur Differenzierung des tendenziösen Witzes verschiedene Triebmodalitäten herangezogen werden, wobei die Unterscheidung des *feindseligen* Witzes vom *obszönen* Witz die nächstliegende ist.

Was nun den obszönen Witz betrifft, so ist seine Vorlage im Sinne eines Ur-Witzes die Zote, also eine vom Mann an das Weib gerichtete obszöne Rede als Verführungsversuch bzw. als Surrogat einer sexuellen Handlung. Dem obszönen Witz geht damit wie schon angedeutet die Situation voraus, in welcher der Erzähler eines Witzes von der Person, an die er den Witz richtet, erregt ist, diese Erregung durch den Witzinhalt stillschweigend mitteilt und gleichzeitig den Adressaten seinerseits erregen möchte.

Da die Realisierung dieses Vorhabens in der Regel auf zivilisatorische Hindernisse bzw. auf eine mangelnde Bereitschaft des Adressaten stößt, beinhaltet die Zote feindselige und grausame Elemente, da sich aus Frustrationsgründen die aggressive Komponente des Geschlechtstriebes zu sadistischen Regungen verschärft. In höheren Gesellschaftsschichten wird die Frau im Allgemeinen von derartigen Annäherungen verschont, so dass die Zote mehr und mehr in Situationen genossen wird, in welchen, wie Freud treffend formuliert, Männer „unter sich“ sind und in welchen die sich schämende Frau nur noch in der Vorstellung existiert. Damit und durch Witztechniken, welche die nackte Obszönität herabzumildern imstande sind, nimmt die Zote schließlich den Charakter eines tendenziösen Witzes an, der zur Entfaltung letztlich dreier Personen bedarf: außer dem Witzproduzenten eine Person, die zum Objekt

der feindseligen oder sexuellen Aggression gemacht wird, und eine dritte Person als Adressat des Witzes, an der sich nun stellvertretend die Lusterfüllungsabsicht vollzieht.

Durchaus Analoges gilt nun auch für den feindseligen Witz, wobei darauf hinzuweisen ist, dass unter der Ägide des Lustbegriffs ganz allgemein die Grenze zwischen Sexualität und Aggressivität nicht streng gezogen werden kann. Auch hier, wo es gilt, einen Feind auf sozial verträgliche Art in Form eines Witzes zu schmähen, stellt sich eine Drei-Personen-Situation her, wobei der Genuss der Überwindung des Widersachers durch Lächerlichmachen und Erniedrigung durch den lachenden Dritten bezeugt wird. Dabei wird die Aggression gegen Autoritäten oft dadurch verschleiert, dass man bereits erniedrigte, minderwertige oder ohnmächtige Personen zu Opfern des Witzes macht, welche dann die Stelle des entwürdigten wahren Gegners einnehmen, in Freuds Formulierung ganz nach dem Prinzip: Man schlägt den Sack und meint den Esel.

Richtet sich die Aggression hauptsächlich gegen Institutionen, insbesondere solche moralischer, religiöser oder lebensanschaulicher Art, so lässt sich eine Untergruppe von Witzen bilden, welche Freud unter dem Begriff des zynischen Witzes zusammenfasst. Paradigmatisch sind in dieser Hinsicht Witze, die das Thema der Askese und des verpönten Genusses zum Inhalt haben, wobei Freud unter anderen folgendes „epikureisches“ Beispiel anführt:

„Ein Mann, der dem Trunk ergeben ist, ernährt sich in einer kleinen Stadt durch Lektionegeben. Sein Laster wird aber allmählich bekannt, und er verliert infolgedessen die meisten seiner Schüler. Ein Freund wird beauftragt, ihn zur Besserung zu mahnen. ‚Sehen Sie, Sie könnten die schönsten Lektionen in der Stadt haben, wenn Sie das Trinken aufgeben wollten. Also tun Sie's doch.‘ – ‚Wie kommen Sie mir vor?‘ ist die entrüstete Antwort. ‚Ich geb' Lektionen, damit ich trinken kann; soll ich das Trinken aufgeben, damit ich Lektionen bekomme?‘“

Mit dieser Geschichte sind wir nach einem beträchtlichen Umweg beim Thema des Raucherwitzes angelangt, wobei auch hier die enge Verflechtung von Verbot, Lust zu dessen Überschreitung und einem daraus resultierenden Mehrgenuss als Faktoren der Witzmächtigkeit deutlich zum Vorschein kommen. Damit ergibt sich auch ein Verständnis dafür, dass zu Freuds Zeiten und auch noch bis vor relativ kurzer Zeit Tabak und Nikotin sich nur bedingt für einen Gegenstandsbereich von Witzen eigneten, da das Rauchen, eingebunden in eine traditionelle Rauchkultur, als ein nicht weiter hinterfragtes Element des Alltagslebens fungierte. Erst mit

dem Auftreten seiner Verpönung vor einigen Jahrzehnten bis hin zur gegenwärtigen Quasi-prohibition hat es eine emotionale Aufladung mit einem Gemenge von Genuss, Frustration und Angst erfahren, resultierend aus moralischer Entrüstung und medizinisch gestützter Einschüchterung einerseits und Jetzt-erst-recht-Haltung andererseits im Rahmen einer gesellschaftlichen Polarisierung mit Feindbildproduktionen, so dass das Potenzial für ein aufkeimendes Witzgenre gegeben ist.

Dabei wird im Allgemeinen davon ausgegangen, dass die Raucher sich selbst als Hedonisten, Epikureer oder Libertins betrachten und die militanten Nichtraucher als dysphorische Asketen oder Neurotiker mit tabakhysterischen Anfällen erleben, während sich umgekehrt die Anti-Raucher als verantwortungs- und gesundheitsbewusste Vernunftmenschen sehen und die rauchenden Feinde als verantwortungslose Psychopathen und degoutante Triebtäter schmähen. In einem Wechselspiel von Tätern und Opfern bzw. von Verfolgern und Verfolgten entstehen auf diese Weise sowohl Raucher- als auch Nichtraucherwitze, welche aber zu meist harmloser Natur sind. Sofern sie aber der tendenziösen Witzgattung zuzuordnen sind, entspringen sie eher feindseligen als sexuellen Motiven.

Eine entsprechende Aggressivität auf dem Weg zu einer offenen Auseinandersetzung spiegelt sich in folgendem Witz:

Zwei Männer sitzen in einem Zugabteil einander gegenüber. Plötzlich zieht der eine eine Zigarette aus seiner Tasche und steckt sie in den Mund. Daraufhin fährt der andere in die Höhe, sagt: „Hier wird nicht geraucht!“ und reißt ihm die Zigarette aus dem Gesicht, um sie kurzerhand aus dem Fenster zu werfen. „Aber ich habe doch gar nicht geraucht!“ meint der Betroffene. „Hier werden auch keine Vorkehrungen getroffen“, entgegnet ihm der Nichtraucher. Kurze Zeit später holt dieser seine Zeitung aus der Jacke und beginnt zu lesen. Daraufhin stürzt sich der verhinderte Raucher auf ihn, entreißt ihm die Zeitung und wirft sie mit der Bemerkung aus dem Fenster: „Hier wird nicht geschissen!“ „Was reden Sie da, ich habe doch nicht geschissen“, wehrt sich der Verdutzte vehement, woraufhin der Raucher belehrend feststellt: „Hier werden aber auch keine Vorkehrungen getroffen!“

Manchmal allerdings scheint die witzhafte Auseinandersetzung aus der Perspektive einer unparteiischen Meta-Ebene mit ironischem Blick auf beide Parteien geführt zu werden, wie etwa folgendes Beispiel zeigt:

„Passivrauchen tötet – oder hat einer schon mal Mrs. Columbo gesehen?“

Harmlos ist auch der Witz vom Soldaten, der mitten im Krieg im Schützengraben liegt und – weit-

hin sichtbar für den Feind – eine Zigarette raucht. Ein anderer Soldat warnt ihn: „Tu das bloß nicht, das ist gefährlich.“ Der Raucher lächelt milde und antwortet: „Keine Sorge, ich inhaliere ja nicht.“

Zum Tendenziösen neigt hingegen jenes Beispiel, in welchem Männer- und Raucherfeindlichkeit kombiniert und durch den Vorwurf der Charakterschwäche verbunden sind:

Die Tochter ruft aus dem Bad: „Mama, wo ist denn der Waschlappen?“ – „Der holt gerade Zigaretten vom Automaten.“

Ähnlich auch dieser:

„Darf ich bei Ihnen hier rauchen?“ – „Fühlen Sie sich wie zu Hause!“ – „Na gut, dann eben nicht...“

Als Ausdruck eines eher internen Konflikts unter Hedonisten mit Herabwürdigung eines Rauchers zu einem bemitleidenswerten und nur bedingt genussfähigen Geschöpf darf die Geschichte gelten, in der ein Schotte, ein Franzose und ein Raucher ihre zwanzigjährige Haftstrafe angetreten haben. Plötzlich steht eine Fee vor ihnen und sagt: „Ich habe festgestellt, dass ihr unschuldig seid. Allerdings habe ich nicht so viel Macht, um euch zu befreien. Dafür kann ich jedem von euch einen Wunsch erfüllen, damit euch das Gefängnis erträglicher ist.“

Da meint der Schotte: „Wenn ich jeden Tag eine Flasche echten schottischen Whisky bekomme, werde ich es schon aushalten.“ Der Franzose wünscht sich hingegen für jeden Tag eine schöne Frau. Schließlich äußert sich der Raucher: „Und ich brauche unbedingt ein Päckchen Zigaretten pro Tag.“

„Gut“, sagt die Fee, „eure Wünsche seien erfüllt.“

Nach 20 Jahren werden sie entlassen und treffen einander wieder. „So schlimm ist das Gefängnis gar nicht, wenn man genug Gutes zu trinken hat“, meint der Schotte. Darauf der Franzose: „Was will man mehr als jeden Tag eine hübsche Frau?“ Da fragt der Raucher: „Hat hier endlich einmal jemand Feuer?“

Dem gegenüber verteidigt sich in einem anderen Witz ein Raucher gegen dieses Vorurteil und erweist sich als konsequenter Universalhedonist:

„Ein Mann kommt in eine Trafik und möchte zwei Schachteln Zigaretten kaufen. Der Trafikant legt zwei Päckchen auf den Ladentisch, eines mit der Aufschrift ‚Rauchen gefährdet Ihr Leben‘ und ein zweites mit der Warnung: ‚Rauchen führt zu Impotenz‘. Der Kunde blickt auf die Ware, nimmt die zweite Schachtel und gibt sie dem Trafikanten mit der Bemerkung zurück: ‚Könnte ich bitte zwei von den tödlichen haben?‘“

Von diesem Witz kursiert übrigens auch eine seltener erzählte weibliche Variante, die mit dem Aufdruck „Rauchen lässt Ihre Haut altern“ spielt.

Als weiteres Beispiel für einen tendenziösen Raucherwitz mit noch stärkerem obszömem Ge-

