

Österreichische ARGE Suchtvorbeugung

TABAK UND NIKOTIN

Positionspapier der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention

Bregenz, Eisenstadt, Graz, Innsbruck, Klagenfurt, Linz, Salzburg, St. Pölten, Wien
Februar 2022

ÖSTERREICHISCHE **ARGE**
SUCHTVORBEUGUNG



Das vorliegende Positionspapier gibt die gemeinsame fachliche Einschätzung aller neun österreichischen Fachstellen für Suchtprävention wieder. Die Veröffentlichung erfolgt über das bundesweite Netzwerk „Österreichische Arbeitsgemeinschaft Suchtvorbeugung“.
Nähere Informationen: www.suchtvorbeugung.net.

© Österreichische ARGE Suchtvorbeugung 2022

Zitierung:

Österreichische ARGE Suchtvorbeugung (2022): Tabak und Nikotin. Positionspapier der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention.

Coverfoto: © Olexandr/Adobe Stock

1. Grundsätzliches

Tabak und Nikotin sind die mit Abstand am häufigsten konsumierten suchterzeugenden Substanzen. Das Schädigungspotenzial von Tabak und Nikotin zeigt sich in zweifacher Weise: Es bezieht sich auf die beiden Aspekte „Sucht“ und „Gesundheitsrisiko“.

1.1 Risiko einer Suchtentwicklung

Bei der Frage nach dem Suchtpotenzial ist die Unterscheidung von Tabak und Nikotin nötig: Süchtig macht Nikotin. Nikotin ist Bestandteil von Tabak, kann aber in extrahierter Form auch ohne Tabak konsumiert werden.

Nikotin ist eine schnell und hochgradig abhängig machende Substanz.¹ Verantwortlich für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit ist die Wirkung von Nikotin auf das Gehirn. Nikotin stimuliert das Belohnungszentrum des Gehirns. Dadurch wird Dopamin ausgeschüttet. Der Konsum wird als angenehm empfunden, der Körper will daher mehr. Nikotin kann körperlich und psychisch abhängig machen, was weitreichende Konsequenzen für die Entwöhnung hat. Nikotin hat ein bivalentes Wirkungsspektrum. Das bedeutet, dass je nach Dosis scheinbare Entspannung (große Menge) oder Aktivierung (geringe Menge) folgt.

Unabhängig vom Risiko für sonstige Erkrankungen stellt die Suchtentwicklung durch Nikotin für sich eine Erkrankung dar.

Es ist für die Entwicklung von Abhängigkeit weitgehend irrelevant, ob das Nikotin mit oder ohne Tabak konsumiert wird. Dies bedeutet: Die herkömmliche Verbrennungszigarette kann genauso abhängig machen und die Abhängigkeit aufrechterhalten wie die E-Zigarette, der Tabakerhitzer und der Nikotinbeutel.

Denn das Risiko für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer körperlichen Abhängigkeit hängt vor allem von zwei Kriterien ab: einerseits von der Menge des Nikotins (Dosis) und andererseits von der Anflutung im Gehirn (insbesondere deren Geschwindigkeit). Bei der Anflutung im Gehirn geht es um mehrere Faktoren: Wie wird etwas konsumiert? Wie schnell binden die Substanzen an körpereigene Rezeptoren und erzeugen ihre Wirkung? Wie schnell werden die Rezeptoren wieder freigegeben? Nur bei pharmazeutischen Nikotinersatzprodukten wurden sowohl die Dosis als auch Anflutung so konstruiert, dass sie ein Ausschleichen der Abhängigkeit ermöglichen.

1.2 Gesundheitsrisiko

Zusätzlich zur Gefahr einer Suchterkrankung erhöht der Konsum von Tabak und Nikotin die Wahrscheinlichkeit für sonstige Erkrankungen. Der Zusammenhang von Tabakkonsum und damit einhergehenden Folgeerkrankungen und Todesfällen ist wissenschaftlich ohne jeden Zweifel belegt.² Tabakkonsum ist Ursache zahlreicher Erkrankungen wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Atemwegserkrankungen. Das gilt – wenn auch nach derzeitigem Wissensstand nicht im selben Ausmaß – auch für nicht auf Verbrennung basierende Tabakprodukte, also Tabakbeutel und Tabakerhitzer.³

So zeigen Daten, dass in Deutschland im Jahr 2018 knapp jeder sechste Todesfall (13,3 Prozent) tabakassoziiert war. Der Anteil an tabakassoziierten Todesfällen war besonders hoch bei Krebserkrankungen (43,3 Prozent bei Männern und 36,3 Prozent bei Frauen), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (34,1 Prozent bei Männern und 35,5 Prozent bei Frauen) und Atemwegserkrankungen (22,6 Prozent bei Männern und 28,2 Prozent bei Frauen).⁴ Auch in Österreich ist von einem ähnlichen Anteil von durch Tabakkonsum verursachten Todesfällen wie in Deutschland auszugehen.⁵

In der Europäischen Union gelten 27 Prozent aller Krebserkrankungen als durch Tabak verursacht, veröffentlichte die WHO. In einem Europa ohne Tabak wären neun von zehn Erkrankungen mit Lungenkrebs vermeidbar.⁶ Gut belegt sind auch die Folgen des Tabakkonsums auf Wundheilung und Komplikationen bei Operationen.⁷ Rauchfreier Tabak wie Snus und Kautabak gehen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit für die Entstehung von gesundheitlichen Problemen im Mund-Rachen-Bereich einher.⁸ Grundsätzlich ist kein Organ des menschlichen Körpers vor Schädigungen durch Tabakkonsum geschützt.

Je nach Art des Tabakprodukts (Zigarette, E-Zigarette, Wasserpfeife, Zigarre, rauchloses Tabakprodukt, Tabakerhitzer, ...) gibt es Unterschiede in Art und Grad der Gesundheitsgefährdung. Forschungen zeigen: Am aller schädlichsten ist die Inhalation von verbranntem Tabak. Klammert man den Aspekt der Sucht aus, ist von diesem sehr schädlichen Niveau ausgehend jede andere Konsumationsform weniger schädlich. Aber „weniger schädlich“ heißt nicht „unschädlich“. Auch weniger stark erhitzter Tabak, Tabak in nicht erhitzter Form und sogar Nikotin an sich, sind gefährlich für die Gesundheit.⁹

² Pan et al. 2019; Deutsches Krebsforschungszentrum 2019b; Deutsches Krebsforschungszentrum 2018; Konstantinou et al. 2018; Jayes et al. 2016; Li et al. 2014; Grønkjær et al. 2014; Wyss et al. 2013; Lee et al. 2012; Deutsches Krebsforschungszentrum 2009; Doll et al. 2004; Benowitz 2003

³ Vidyasagan et al. 2020; Sohal et al. 2019; Basaran et al. 2019; Moazed 2018

⁴ Deutsches Krebsforschungszentrum 2020c

⁵ Gesundheit Österreich GmbH 2020d

⁶ World Health Organization 2020b

⁷ Kokkinidis et al. 2020; Deutsches Krebsforschungszentrum 2011; Sloan et al. 2010

⁸ McKinney, Olmo 2021; Müller 2019; Rivera 2015

⁹ Neuberger 2021; World Health Organization 2020a; World Health Organization 2020c; Basaran et al. 2019; Glantz, Bareham 2018

Da immer mehr Nikotinprodukte ohne Tabak auf den Markt drängen, kommt auch das Schädigungspotenzial von Nikotin wieder mehr in den Blickwinkel. Abgesehen vom hohen Suchtpotenzial, gilt Nikotin auch ohne Tabak als Gesundheitsrisiko.¹⁰ So spielt Nikotin eine zentrale Rolle für die schlechte Wundheilung, die das Rauchen verursacht.¹¹ Nikotin steht auch ohne Kombination mit Tabak im Verdacht, Krebs zu verursachen¹², was dazu führt, dass auch das durch E-Zigaretten verursachte Krebsrisiko aus wissenschaftlicher Sicht zusehends als unterbewertet gilt.¹³ Die Hinweise auf die Rolle von Nikotin bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen mehren sich.

Unserer fachlichen Einschätzung nach soll der Vergleich mit dem Schädlichsten – verbranntem Tabak – nicht über die Schädlichkeit anderer Konsumformen von Nikotin hinwegtäuschen.

1.3 Prävalenz

Maßnahmen zur Tabak- und Nikotinprävention haben gesundheitspolitisch hohe Relevanz. Von allen Suchterkrankungen hat Nikotin die höchste Prävalenz. Das heißt, dass von keinem anderen Suchtmittel weltweit so viele Menschen abhängig sind wie von Nikotin. In Österreich rauchen 20,6 Prozent der Bevölkerung (ab 15 Jahren) täglich und weitere 5,6 Prozent gelegentlich Tabak, fand die Statistik Austria in der Gesundheitsbefragung 2019 heraus.¹⁴ In den allermeisten Fällen ist dies die herkömmliche Tabakzigarette.

Dazu kommt noch der Konsum von sonstigen Tabak- und Nikotinprodukten. Am besten in der Prävalenz erfasst ist von den weiteren Produkten die E-Zigarette. Im Jahr 2019 konsumierten 0,7 Prozent der österreichischen Bevölkerung täglich E-Zigarette, wobei der Anteil der Männer mit 1,0 Prozent der Männer deutlich höher war als jener der Frauen mit 0,4 Prozent. Am häufigsten gaben junge Männer an, derzeit täglich oder gelegentlich (5,1 Prozent) bzw. früher (11,2 Prozent) E-Zigaretten konsumiert zu haben.¹⁵ Insgesamt hatten im Jahr 2019 7,1 Prozent der Bevölkerung jemals E-Zigarette konsumiert (Lebenszeit-Prävalenz).

Suchtpräventiv interessant war ein sehr hoher Anteil an dualem Konsum: So ergab die Gesundheitsbefragung 2019, dass nur eine Minderheit ausschließlich E-Zigarette konsumiert. 68 Prozent der Konsument*innen von E-Zigaretten rauchen auch Tabakzigaretten.¹⁶

Auch Tabakerhitzer werden von der Mehrheit ihrer Konsument*innen mit herkömmlichen Tabakzigaretten kombiniert.¹⁷

Von Wasserpfeife (Shisha) und rauchlosen Tabakprodukten (Snus, Kautabak, Schnupftabak) wurden die letzten repräsentativen Daten für Österreich im Jahr 2015 erhoben. Damals zeigte sich in diesen beiden Produktgruppen, dass sowohl Wasserpfeife als auch rauchlose Tabakprodukte von je rund 1 Prozent täglich und weiteren 2 Prozent nicht täglich, aber binnen der letzten 30 Tage konsumiert wurden.

¹⁰ Center et al. 2020; Deutsches Krebsforschungszentrum 2020c; Biondi-Zocchia et al. 2019; Neal, Benowitz 2017; Mishra et al. 2015; Deutsches Krebsforschungszentrum 2015

¹¹ McDaniel, Browning 2014

¹² Sanner et al. 2015; Deutsches Krebsforschungszentrum 2015; Grando 2014; US Department of Health and Human Services 2014

¹³ Mravec et al. 2020

¹⁴ Statistik Austria 2020

¹⁵ Statistik Austria 2020

¹⁶ Statistik Austria 2020 – Zusatzauswertung (Zahl nur gerundet verfügbar); Gesundheit Österreich GmbH 2020c

¹⁷ Ryu et al. 2020; Hwang et al. 2019

Bei beiden Produktkategorien gab es eine verhältnismäßig hohe Lebenszeitprävalenz, nämlich 16 Prozent bei rauchlosen Tabakprodukte konsumiert, und 32 Prozent Wasserpfeife.¹⁸ Aufgrund der inzwischen vergangenen Jahre bei gleichzeitig rasanter Entwicklung des Nikotinmarktes hin zu neuen Produkten sowie auf Basis internationaler Daten ist hier in der Zwischenzeit von Veränderungen auszugehen. Weder der Konsum von Nikotinbeuteln noch jener von Tabakerhitzern wurde für Österreich bislang repräsentativ erhoben.

Erfreulich ist der Anteil der Ex-Rauchenden, wobei die Statistik darunter jene versteht, die früher täglich verbrannte Tabakprodukte konsumiert hatten: Fast ein Viertel der Bevölkerung (24,7 Prozent) hat früher täglich geraucht, jedoch inzwischen damit aufgehört. Damit ist die Gruppe der Ex-Rauchenden fast so groß wie die Gruppe der Rauchenden. Insgesamt konsumieren fast drei Viertel (73,8 Prozent) der Bevölkerung keine Tabak- bzw. Nikotinprodukte. Es geht nicht aus den Daten hervor, ob sich etwaige Umsteiger*innen von Tabakzigaretten auf andere Tabak- und Nikotinprodukte als Ex-Raucher*innen einstufen oder nicht.¹⁹ Über den Anteil jener, die nach dem Konsum von E-Zigaretten und Tabakerhitzern den Nikotinkonsum beendeten, liegen für Österreich keine Daten vor.

1.4 Ziel: Nikotinkonsum in der Bevölkerung reduzieren

Die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung arbeitet daran mit, dass der Konsum von Tabak und Nikotin in der Bevölkerung sinkt. Unser Fokus ist dabei das Nicht-Anfangen, also die Verhinderung des Einstiegs in den Nikotinkonsum. Wir wollen Abhängigkeit verhindern, bevor sie entsteht. Dabei haben wir sowohl die Verhaltensprävention als auch die Verhältnisprävention im Blick.

Menschen selbst beim Aufhören zu helfen, ist kein Schwerpunkt der Fachstellen für Suchtprävention. Wir unterstützen jedoch den Willen konsumierender Menschen, ihren Konsum zu reduzieren oder zu beenden, indem wir an qualifizierte Stellen weiterverweisen, welche bei Entwöhnung begleiten. Allen voran verweisen wir an das Österreichische Rauchfrei Telefon.

Von verschiedenen Seiten kommend verfolgen die beiden Ansätze „Prävention“ und „Therapie“ das gemeinsame Ziel, den Tabak- und Nikotinkonsum in der Bevölkerung zu reduzieren. Prävention hilft beim Nicht-Anfangen, Therapie beim Aufhören.

Im Zentrum der Arbeit der Suchtprävention steht die Verhinderung von Sucht. Die Fachstellen für Suchtprävention haben nicht nur Tabakprodukte, sondern alle Nikotinprodukte und verwandten Erzeugnisse im Fokus.

Aus Sicht der Suchtprävention ist ein Wechsel von einem auf das andere Nikotinprodukt kein Fortschritt. Denn es ändert nichts an der dahinterliegenden Abhängigkeit.

Nikotin macht bei ähnlicher Anflutung und ähnlicher Dosis unabhängig von der Applikationsform süchtig. Bisher sind nur pharmazeutische Nikotinersatzprodukte in geprüfter Weise darauf ausgerichtet, die Abhängigkeit zu beenden. Insofern hinterfragen wir auch die diesbezüglichen Strategien der Etablierung eines neuen Nikotinmarkts und sehen es als unsere Aufgabe, darüber zu informieren.

¹⁸ Gesundheit Österreich GmbH 2020d (Zahlen nur gerundet verfügbar)

¹⁹ Statistik Austria 2020

2. Was es braucht

Im Folgenden wird ausgeführt, was es nach fachlicher Einschätzung der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung braucht, um den Konsum von Tabak und Nikotin in Österreich zu reduzieren. Die Ausführungen sind unterteilt in Strukturen und Voraussetzungen sowie die drei Kernbereiche der Reduktion des Tabak- und Nikotinkonsums: Prävention, Entwöhnung und Tabak- und Nikotinkontrolle.

2.1 Strukturen & Voraussetzungen

2.1.1 Langfristige österreichweite Tabak- und Nikotinstrategie umsetzen

Derzeit arbeiten unterschiedliche Institutionen zu den Bereichen Prävention, Entwöhnung und zu strukturellen Maßnahmen. Eine koordinierte, aufeinander abgestimmte Vorgangsweise mit gemeinsamer Zielsetzung und Ausrichtung ist stets effizienter und effektiver als separiertes Vorgehen einzelner Akteur*innen. Daher raten wir zu einer langfristigen österreichweiten Tabak- und Nikotinstrategie. Darin sollen die Bereiche Prävention, Tabak- und Nikotinkontrolle und Entwöhnung verbunden werden. Im besten Fall erfolgt die Integration in ein ganzheitliches Konzept zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention.

Dies sollte unter Einbindung relevanter Institutionen und bereits vorhandener nationaler und internationaler Konzepte geschehen (z. B. Smokefree Finland, Züri Rauchfrei, Tabakpräventionsstrategie Steiermark).²⁰ In einer unter Einbezug von Stakeholdern erstellten und 2013 publizierten „Delphi-Studie zur Vorbereitung einer nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“²¹ wurden diesbezüglich bereits erste, wenn auch unkonkrete Vorschläge gemacht.

2021 wurde vom Gesundheitsministerium die Entwicklung einer „Tabak- und Nikotinstrategie Österreich“ in Auftrag gegeben. Dafür wurden rund 50 Institutionen einbezogen. Es ist davon auszugehen, dass damit eine gute Grundlage für eine österreichweite, langfristige Tabak- und Nikotinstrategie geschaffen werden kann. Wichtig ist aus unserer Sicht, dass diese Strategie wissenschaftsbasiert unter Bezugnahme auf erfolgreiche Strategien erstellt wird. Jedenfalls sollten Prävention, Entwöhnung und Tabak- und Nikotinkontrolle Anwendung finden. Die Umsetzenden müssten die nötigen finanziellen Mittel erhalten. Eine österreichweite Koordination ist sicherzustellen.

Bei der Entwicklung und Umsetzung einer österreichweiten Gesamtstrategie ist auf die Handlungsempfehlungen der WHO (etwa die Framework Convention on Tobacco Control und das MPOWER-Modell)²² besonderes Augenmerk zu legen, aber auch auf die Balance zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention zu achten.

²⁰ www.smokefree.fi (Aufgerufen am 10.1.2022); www.zuerirauchfrei.ch (Aufgerufen am 10.1.2022); VIVID – Fachstelle für Suchtprävention 2021

²¹ Bundesministerium für Gesundheit 2013

²² World Health Organization 2013; World Health Organization 2008; World Health Organization 2005

2.1.2 Jährlich österreichweite Daten zum Nikotinkonsum erheben

Für eine realistische Einschätzung des Tabak- und Nikotinkonsums sind österreichweite, aktuelle Daten nötig. Monitoring sollte in engmaschigen, regelmäßigen Abständen Daten zu Tabak- und Nikotinkonsum von Jugendlichen und Erwachsenen erheben (Einstiegalter, Aufhörbereitschaft, Passivrauchbelastung, Einstellungen zu Nikotinprodukten usw.). Darüber hinaus sollten aktuelle Entwicklungen beobachtet und in einem Gesamtkonzept zu Gesundheitsförderung mitberücksichtigt werden.

Derzeit wird der Konsumstatus der erwachsenen Bevölkerung ab 15 Jahren in Österreich alle fünf Jahre im Rahmen der „Gesundheitsbefragung“ der Statistik Austria erhoben. Die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung empfiehlt ein deutlich engmaschigeres Monitoring der Konsumdaten. Deutschland erhebt mit der DEBRA-Studie sechs Mal jährlich repräsentative Daten des Konsums von Tabak- und Nikotinprodukten.²³ Ein ähnlich engmaschiges Modell mit mindestens jährlicher repräsentativer Erfassung der Prävalenz des Tabak- und Nikotinkonsums sollte auch in Österreich etabliert werden, wobei mindestens alle fünf Jahre eine detaillierte Erfassung auch der Einstellungen zu Maßnahmen sinnvoll ist.

Der sich ständig und in letzter Zeit stark verändernde Nikotinmarkt macht die Aufnahme und Auswertung zusätzlicher Fragen notwendig – etwa jene nach dem Mischkonsum verschiedener Nikotinprodukte.

Zusätzlich sollten Erhebungen zu weiteren relevanten Themen möglich sein und strukturiert eingesetzt werden, etwa Bevölkerungsbefragungen zum Wissensstand betreffend der einzelnen Nikotinprodukte und zu Einstellungen betreffend möglicher Maßnahmen.

2.1.3 Einfluss der Tabakindustrie verringern

Die Tabakindustrie hat weltweit weitreichenden Einfluss auf Parlamente und Regierungen. Schon lange sei bekannt, publizierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass die Tabakindustrie durch verschiedenste Strategien versucht, effektive Maßnahmen der Tabakkontrolle zu verhindern, zuletzt durch die Promotion neuer Nikotinprodukte.²⁴ Auch in Österreich gab es Verbindungen zwischen Tabakindustrie und politischen Entscheidungsprozessen.²⁵

Aus dem Tobacco Industry Interference Report²⁶ ist bekannt, dass mitunter staatlichen Organisationen aller Ebenen oder von ihnen installierten Einrichtungen (Krankenhäuser, Schulen, Universitäten, ...) von der Tabakindustrie Sponsoring angeboten wird. Hier muss eine eindeutige Abgrenzung erfolgen. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet Strategien wie diese am Beispiel der Gründung der von Philipp Morris finanzierten „Foundation for a smokefree World“ als „klaren Versuch, durch Eingriffe in die öffentliche Ordnung gegen die FCTC der WHO zu verstoßen“²⁷.

²³ <http://debra-study.info/wordpress/> (Aufgerufen am 10.1.2022)

²⁴ WHO Framework Convention on Tobacco Control 2017

²⁵ Profil 2019

²⁶ Truth Initiative 2019

²⁷ WHO Framework Convention on Tobacco Control 2017

Unserer fachlichen Einschätzung nach darf es auf keiner Ebene zu Kooperationen zwischen der Tabakindustrie (oder zu von ihr finanzierten Institutionen) und einer mit öffentlichen Mitteln finanzierten Organisation kommen. Der Staat sollte hier ein deutliches Statement abgeben und sich eindeutig von jeglichen Zuwendungen und Kooperationen mit der Tabakindustrie oder ihren verwandten Organisationen abgrenzen sowie dies auch von den von ihnen finanzierten Institutionen fordern. Dies sollte mittelfristig in den Förderbedingungen festgelegt sein.

Als Österreichische ARGE Suchtvorbeugung stellen wir klar, keinesfalls mit der Tabakindustrie, verwandten Industrien (etwa E-Zigaretten-Unternehmen) oder ihnen vorgelagerten oder von ihnen finanzierten Organisationen zu kooperieren. Wir anerkennen die Tabakindustrie und die E-Zigaretten-Industrie als legale Industrien, würden aber niemals mit ihnen kooperieren, da unsere Ziele gegensätzlich sind: Wir als Fachstellen für Suchtprävention streben eine Reduktion des Tabak- und Nikotinkonsums in der Bevölkerung an, die Tabakindustrie und ihr verwandte Industrien trachten danach, den Konsum zu steigern. Eine Zusammenarbeit ist aus Gründen dieser diametralen Zielsetzungen nicht möglich. Mit dieser klaren Abgrenzung entsprechen wir der Vorgabe der FCTC (Artikel 5.3).

2.2 Handlungsfeld Prävention

2.2.1 Fachliche Orientierung am Modell der EU-Drogenbehörde

Die österreichische Suchtprävention agiert wissenschaftsbasiert und richtet sich nach internationalen Klassifikationen aus. So wird nicht mehr die Einteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention verwendet, da sich diese ausschließlich nach dem Stadium richtet, in dem sich eine Einzelperson bezüglich ihrer Sucht befindet. Sie ermöglichte wenig zielgerichtete Prävention auf Bevölkerungsebene und inkludierte auch den Bereich der Suchttherapie. Aus diesen Gründen wurde sie durch ein anderes Modell der Suchtprävention ersetzt.

2011 führte das European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)²⁸ – kurz „EU-Drogenbehörde – eine neue Klassifikation für Suchtprävention ein.²⁹ Seither wird die Suchtprävention von verhaltenspräventiven Maßnahmen unterteilt in „universell“, „selektiv“ und „indiziert“. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) übernahm diese Klassifikation fortan für die Erstellung des jährlichen „Berichts zur Drogensituation“.³⁰

Auch die Programme der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention orientieren sich an der Unterteilung in universelle, selektive und indizierte Prävention. Universelle Prävention wendet sich an die Gesamtbevölkerung oder große Bevölkerungsgruppen, wie zum Beispiel Gemeinden oder Schulen und richtet sich an alle, ungeachtet des Risikoverhaltens oder Erkrankungsrisikos. Maßnahmen der selektiven Prävention werden für Gruppen konzipiert, die im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein deutlich höheres Risiko aufweisen, in Kürze oder irgendwann in ihrem Leben eine Suchterkrankung zu entwickeln.

²⁸ Die deutsche Bezeichnung ist „Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht“ (EBDD).

²⁹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2011

³⁰ Gesundheit Österreich GmbH 2020

Dieses erhöhte Risiko resultiert oftmals aus der soziökonomischen Situation, wie dies etwa bei Schulabbrecher*innen, delinquenten Jugendlichen, manchen Gruppen von Migrant*innen, Kindern aus suchtbelasteten Familien oder obdachlosen Menschen der Fall ist. Auch wenn sie zum Zeitpunkt der Präventionsmaßnahme meist gesund und unauffällig sind, weiß man aus wissenschaftlichen Untersuchungen, dass ihr Risiko für die Entwicklung einer Abhängigkeit erhöht ist. Bei der indizierten Prävention schließlich stehen einzelne hochgefährdete Individuen im Zentrum, die frühe Anzeichen von Substanzkonsum oder problematischen Verhaltensformen aufweisen, aber noch nicht die diagnostischen Kriterien einer Suchterkrankung erfüllen und/oder ein mit Substanzkonsum assoziiertes problematisches Verhalten aufweisen.

2.2.2 Lebenskompetenz-Programme im Kindes- und Jugendalter umsetzen

Die Mitglieder der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung setzen bereits seit Jahren standardisierte und evaluierte Lebenskompetenz-Programme um. Dies geschieht durch Weiterbildung von Multiplikator*innen im Rahmen der Lebenskompetenzförderung im Kindes- und Jugendalter. Weiterführung und Ausbau dieser Lebenskompetenz-Programme sollte im Sinne einer flächendeckenden Umsetzung sichergestellt werden.

Internationale Vergleiche zeigen, dass jene verhaltensorientierten Schulprogramme gute Ergebnisse vorzuweisen haben, die auf einem handlungsorientierten Konzept der Lebenskompetenzförderung beruhen, also nicht zwingend substanzbezogen agieren.

Lebenskompetenzprogramme sind tragende Säulen der Verhaltensprävention.³¹ Sie zielen auf die Steigerung der Resilienz von Menschen ab, um im Falle des Falles keine Abhängigkeit zu entwickeln. Menschen sollen lernen, mit Problemen, Stress und Konflikten umzugehen, ohne süchtig zu werden. Besonders das Programm „Eigenständig werden“ ist diesbezüglich umfassend evaluiert.³²

Grundsätzlich ist es notwendig, dass Prävention von unabhängigen Institutionen durchgeführt wird, die in keiner Weise vom Tabak- und Nikotinkonsum profitieren. Auch die Finanzierung der Präventionsprogramme sollte völlig unabhängig von der Tabakindustrie und nahestehenden Institutionen erfolgen.

Angesichts zunehmender Belege, wonach höherer Tabak- und Nikotinkonsum mit niedrigerem sozioökonomischem Status in Verbindung zu bringen sei, sollte auch geprüft werden, ob Lebenskompetenzprogramme sozioökonomisch Benachteiligte ausreichend erreichen und in diesen Gruppen Wirksamkeit zeigen. Sollte dies nicht der Fall sein, sollten für diese speziellen Zielgruppen eigene Angebote entwickelt bzw. bestehende Lebenskompetenzprogramme entsprechend adaptiert werden.

³¹ Bühler 2016; Werner 2014; Bühler, Heppekausen 2005

³² Maruska 2016; Hansen et al. 2015; Isensee et al. 2014; Hansen et al. 2012

2.2.3 Eltern und Erwachsene in ihrer Vorbildrolle stärken

Junge Menschen, die mit dem Rauchen beginnen, haben dies zuvor bei anderen Menschen gesehen. Denn jeder Mensch kommt als Nichtraucher*in auf die Welt. Insbesondere Eltern, aber auch all jene Personen, die mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen leben und arbeiten, können durch ihre Vorbildrolle einen wesentlichen Beitrag zu einem zukünftig verantwortungsvollen Umgang mit Tabak und Nikotin leisten.

Untersuchungen zeigen, dass zum Beispiel klare elterliche Regeln, Wissen über ihre Kinder und deren soziales Umfeld sowie ein tabak- und nikotinkritisches Elternhaus, dabei helfen, den Umgang der Kinder mit diesen Substanzen positiv zu beeinflussen.³³

Aus Sicht der Suchtprävention ist es daher wichtig, erwachsene Personen in ihrer Vorbildwirkung positiv zu bestärken, sie zur Selbstreflexion anzuregen, in der Kommunikation mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu unterstützen und ihnen die Wichtigkeit ihrer Vorbildwirkung zu vermitteln. Dies kann durch gezielte Bildungsangebote, in denen eine gegenüber Tabak und Nikotin klar ablehnende Haltung thematisiert wird, Umsetzung finden.

Darüber hinaus sind generell familienbasierte Interventionen sinnvoll. Im Vordergrund steht dabei die Förderung von positiver Bindung und familienbasierter Unterstützung bei der Bewältigung von Lebensaufgaben.

2.2.4 Kurzintervention zur Stabilisierung von Konsum-Freiheit einsetzen

Gesundheitsberufe spielen eine wichtige Rolle in der Motivation zum Konsum-Stopp. Sie können Rauchenden und sonstigen Nikotin-Konsumierenden im Rahmen der „Kurzintervention: Motivierende Ansprache zum Rauchstopp“ zum Aufhören raten und sie an professionelle, qualitativ hochwertige Entwöhnung weiterverweisen (siehe 2.3.4).

Voraussetzung dafür ist, dass Gesundheitsberufe systematisch alle Patient*innen nach ihrem Rauchstatus fragen. Im Rahmen einer systematischen Erhebung des Konsumstatus werden auch viele Menschen angesprochen, die nicht Tabak und Nikotin konsumieren – seien es lebenslange Nicht-rauchende oder seien es Ex-Rauchende. Diese Bevölkerungsgruppen gilt es in ihrem Verhalten zu bestärken.

Ex-Rauchende machen in Österreich mit 24,7 Prozent fast ein Viertel der Bevölkerung aus.³⁴ Gerade für diese große Gruppe der Ex-Nikotin-Konsumierenden kann eine Bestätigung der Konsumfreiheit enorm wichtig sein, um Rückfällen vorzubeugen.

Da Nicht-Konsumierende mit 73,8 Prozent die Mehrheit der österreichischen Bevölkerung darstellen³⁵, hat die Kurzintervention auch einen stark präventiven Charakter. Insbesondere für Ex-Rauchende kann die Kurzintervention im Sinne einer Bestätigung des nikotinfreien Lebens stark stabilisierend wirken. Bei einer systematischen Implementierung von Kurzintervention durch Gesundheitsberufe sollte daher auch mitbedacht werden, wie diese zur Aufrechterhaltung der Nikotinfreiheit eingesetzt werden kann.

³³ Bühler 2016; Bühler, Heppekausen 2005

³⁴ Statistik Austria 2020

³⁵ Statistik Austria 2020

2.2.5 Information, Sensibilisierung und Mobilisierung forcieren

Österreichweite zielgruppenspezifische Maßnahmen zu Information, Sensibilisierung und Mobilisierung sind nötig. Sie sollen die negativen Folgen des Tabak- und Nikotinkonsums und die positiven Effekte eines nikotinfreien Lebens betonen. Es ist ratsam, die Stärkung des Nichtrauchens als Norm unter Beachtung der vulnerablen Zeitfenster der einzelnen Zielgruppen umzusetzen. Kampagnen in anderen Ländern konnten damit Wirkung erzielen.³⁶

Dabei ist zu beachten, dass „Bewusstseinsbildung und Mobilisierung“ als separierte Maßnahme deutlich weniger Effektivität besitzt als im Kontext anderer Maßnahmen („policy mix“). So ist es besonders sinnvoll, strukturelle Prozesse der Tabak- und Nikotinkontrolle, Bewerbung von Entwöhnung und die Nikotinfreiheit als Norm durch Information, Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung zu begleiten. Inhaltlich sollte eine Stärkung des nikotinfreien Lebens im Zentrum stehen. Immer sollte dabei auch ein Kontakt zur Entwöhnung kommuniziert werden, um aufhörwilligen Konsumierenden Unterstützung anzubieten.

2.2.6 Settings in struktureller Tabak- und Nikotinprävention begleiten

Umfassende und integrative Suchtprävention basiert auf zwei sich ergänzenden Ansätzen: Verhältnis- und Verhaltensprävention. Die Gestaltung der Verhältnisse in den Lebens- und Arbeitsbereichen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen hat suchtpreventive Bedeutung. Dieser Gedanke findet sich im Setting-Ansatz wieder, der auf die positive Beeinflussung der Lebenszusammenhänge zielt.³⁷

Im Großen (Gesellschaft) wie im Kleinen (Betriebe, Schulen, Krankenhäuser, Gastronomie) wird Tabak- und Nikotinkonsum aufgrund seines großen Gefahrenpotenzials zusehends unter Regelungen gestellt, was zu einer langsamen Veränderung der gesellschaftlichen Norm geführt hat und weiter führt. Um bei beteiligten Personen keine Überforderung zu bewirken, empfiehlt sich professionelle Begleitung dieser Prozesse in verschiedenen Settings. Besonders Rauchverbote an Orten, an denen bisher mit Selbstverständnis geraucht werden durfte, können Widerstand hervorrufen. Ein Teil dieses Widerstands kann durch professionelle Begleitung abgefedert werden. Ein mediativer Prozess hilft, die unterschiedlichen Bedürfnisse der Beteiligten zu einer gemeinsamen Lösung hinzuführen.

Ein Beispiel für die Umsetzung struktureller Maßnahmen in Settings sind Rauchfreie Krankenhäuser. Rauchfreie Krankenhäuser können sich gemäß „Europäischem Kodex rauchfreier Krankenhäuser“ zum Rauchfreien Krankenhaus in Bronze, Silber oder Gold zertifizieren lassen.³⁸ Professionelle Begleitung durch eine österreichweite Tabak- und Nikotinstrategie würde Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen erleichtern, sich zur Zertifizierung zu entscheiden und die nötigen Maßnahmen umzusetzen. Dies kann zu einer Normveränderung des Gesundheitswesens beitragen. Aber auch in anderen Bereichen soll Tabakprävention konkrete Settings strukturell begleiten, etwa in Jugendeinrichtungen oder Schulen.

³⁶ Hersey et al. 2015

³⁷ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2014

³⁸ Global Network for Tobacco Free Healthcare Services Deutschland 2021

2.2.7 Gestaltung einer suchtpräventiven Gesamtpolitik fördern

Die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung befinden sich außerhalb des traditionellen Gesundheitssystems, wie etwa im Bereich der Sozial-, Familien-, Umwelt-, Arbeitsmarkt-, Verkehrs-, Wirtschafts- oder Bildungspolitik. Im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik ist es deshalb erforderlich, Entscheidungsträger*innen aus unterschiedlichen Politik- und Lebensbereichen bewusst zu machen, dass ihre Entscheidungen Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung haben können.³⁹

Entscheidungsträger*innen aus allen Politikbereichen sollen daher Entscheidungen danach überprüfen, ob sie der Entwicklung einer Sucht förderlich oder abträglich sind. Eine Kooperation von staatlichen Stellen mit Einrichtungen der Suchtprävention ist daher anzustreben.

Zahlreiche Studien belegen, dass infolge der psychosozialen Belastungen, die unter Arbeitslosigkeit und Armut auftreten, problematische Konsummuster bei Erwachsenen und Jugendlichen begünstigt werden. So hängt der Konsum von Tabak und Nikotin auch mit sozioökonomischen Bedingungen zusammen.⁴⁰ Daher können arbeitsmarktpolitische, armutsbezogene und wohnungspolitische Entscheidungen – wie zum Beispiel integrative Angebote am Arbeitsmarkt, die Anhebung von wohlfahrtsstaatlichen Transferleistungen und die Verstärkung des sozialen Wohnungsbaus – einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und den Konsum von Tabak und Nikotin ausüben.

Durch ihre Funktion bei der Entwicklung von Einstellungen und Verhaltensweisen stellt auch Familie einen wichtigen Bezugspunkt für die Suchtprävention dar. Familiäre Ereignisse wie Scheidung, chronische Krankheit eines Familienmitglieds, Verschuldung, Migration, etc. bilden Risikofaktoren für die Entwicklung eines Substanzkonsums. Dementsprechend ist eine Gesamtpolitik suchtpräventiv, wenn sie Familien bei der Bewältigung dieser Stressoren unterstützt.

Die Anwendung des Prinzips „Health in All Policies“ (HiAP) ist daher notwendig.⁴¹ Aus Sicht der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung und wie in der Österreichischen Suchtpräventionsstrategie⁴² gefordert, sollten politische Entscheidungen aller Lebensbereiche durchgehend auf ihre Sozial- und Gesundheitsverträglichkeit geprüft werden.

2.2.8 Finanzierung der Suchtprävention gesetzlich absichern

Sucht hat viele Ursachen. Sie liegt in der Person, im Suchtmittel, aber auch im sozialen Umfeld und der Gesellschaft begründet. Zusätzlich gibt es starke Interessensgruppen mit wirtschaftlicher Motivation, die ausgeklügelte Marketingstrategien anwenden, um Menschen zum Konsum anzuregen. Aus all diesen Gründen braucht es kontinuierliche und professionelle Prävention als ein Gegenüber.

Suchtprävention wird derzeit hauptsächlich in Form der Finanzierung von Fachstellen für Suchtprävention in jedem österreichischen Bundesland umgesetzt.

Vor dem oben genannten Hintergrund kann es nur im Sinne des Staates sein, Suchtprävention finanziell abzusichern. Ein Bekenntnis des Staates zur Suchtprävention entkoppelt deren Finanzierung von politischer Willkür und situationsbedingten Möglichkeiten und Schwerpunktsetzungen.

³⁹ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2014

⁴⁰ Deutsches Krebsforschungszentrum 2020c; Hiscock et al. 2012

⁴¹ Zukunftsforum Public Health 2019

⁴² Bundesministerium für Gesundheit 2013

Durch eine legislative Verankerung bekennt sich der Staat zur Suchtprävention. Unabhängig davon, wer es umsetzt, soll Suchtprävention als Notwendigkeit fixiert sein. Wünschenswert und von der Sache her sinnvoll wäre in diesem Zusammenhang beispielsweise eine Zweckwidmung eines Teils der Tabaksteuer bzw. die Sicherstellung von Basismitteln auf andere Weise.

Klare Qualitätskriterien und Kriterien der Nachhaltigkeit wären an eine derartige Finanzierung zu koppeln. Bereits bestehende und beauftragte Strukturen in den österreichischen Bundesländern (Fachstellen für Suchtprävention) sichern dies und ermöglichen darüber hinaus inhaltliche und organisatorische Abstimmung auf nationaler Ebene.

2.3 Handlungsfeld Entwöhnung

2.3.1 Auf Basis von Qualitätskriterien Entwöhnexpert*innen ausbilden

Entwöhnung von Tabak und Nikotin sollte öffentlich gefördert werden, um sie auch für sozioökonomisch benachteiligte Rauchende zugänglich zu machen. Voraussetzung dafür ist Qualitätssicherung, um möglichst wirksame Methoden und Programme anzuwenden. Dabei sollte Orientierung an nationalen und internationalen Guidelines⁴³ erfolgen. Die besten Abstinenzraten haben nach derzeitigem Stand der Wissenschaft eine Kombination aus Verhaltenstherapie (psychische und soziale Abhängigkeit) und medikamentöser Unterstützung (körperliche Abhängigkeit).

Um Entwöhnung umsetzen zu können, ist die Ausbildung von Expert*innen nötig. Dabei ist auf Qualitätskriterien gemäß nationalen und internationalen Standards zu achten, v.a. was die Grundausbildung der Auszubildenden betrifft. Darüber hinaus sollte bei der Auswahl auf eine adäquate regionale Verteilung geachtet werden, um Entwöhnung auch in ländlicheren Regionen sicherstellen zu können.

2.3.2 Rauchfrei Telefon ausreichend finanzieren

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hält fest, dass Entwöhnung am Telefon über spezialisierte Entwöhnungshotlines („Quitlines“) zentraler Bestandteil der Reduktion des Konsums von Tabak ist. Sie hält es für einen wesentlichen Bestandteil jeder Strategie gegen Tabak, dass die Quitline kostenlos und gut erreichbar ist und lange Öffnungszeiten hat.⁴⁴

Die österreichweite Quitline „Rauchfrei Telefon“ (0800/810 013) muss ausreichend öffentlich gefördert werden. Sie ist eine niederschwellige Einrichtung zur telefonischen Entwöhnung und stellt darüber hinaus die Nachbetreuung ambulanter Angebote der Tabakentwöhnung sicher. Die Psycholog*innen des Rauchfrei Telefons beraten basierend auf klinisch-psychologischen Konzepten unter hauptsächlichlicher Verwendung verhaltenstherapeutischer Interventionen. Es erfolgt individuelle Beratung zu Möglichkeiten medizinischer Unterstützung. Diese Methode entspricht dem höchsten Grad von Empfehlungen von internationalen Leitlinien.⁴⁵

⁴³ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2021; US Department of Health and Human Services 2020; García-Gómez et al. 2019; Lichtenschopf 2012; Lichtenschopf 2011; Fiore et al. 2008

⁴⁴ World Health Organization 2019

⁴⁵ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2021; World Health Organization 2019; García-Gómez et al. 2019

Darüber hinaus hat das Rauchfrei Telefon als Drehscheibe zum Weiterverweis an Entwöhnung in Präsenz eine wichtige Funktion.

2.3.3 Flächendeckende, geförderte, effektive ambulante und stationäre Tabakentwöhnung anbieten

Zusätzlich zur österreichweiten Quitline „Rauchfrei Telefon“ ist es erforderlich, dass individuelle Unterstützung in Form von ambulanter und stationärer Entwöhnung in Präsenz verfügbar ist.⁴⁶ Dazu haben sich mehrwöchige standardisierte Entwöhn-Programme in Gruppen oder in Form von Einzeltherapie bewährt.

Für Entwöhnung sollte ein System öffentlicher Förderungen überlegt und implementiert werden, sofern sie Qualitätskriterien und Evidenz basierten Methoden entspricht. Ziel ist, dass in Österreich flächendeckend und nicht nur in Ballungszentren qualitativ hochwertige Entwöhnung von Tabak und Nikotin angeboten wird, die für aufhörwillige Rauchende leistbar ist. Entwöhnung muss nicht kostenlos sein, aber sie sollte so finanziell gefördert werden, dass eine Teilnahme auch für Menschen mit finanziell schwachem Hintergrund leistbar ist.

Es ist davon auszugehen, dass für Jugendliche und Erwachsene getrennte Programme sinnvoll sind. Auch für andere besondere Zielgruppen empfiehlt sich die Umsetzung spezieller Entwöhn-Programme bzw. Settings, um ihrer jeweiligen Situation gut gerecht werden zu können. Dies könnte etwa für schwangere Frauen, psychisch kranke Menschen, bildungsferne Menschen oder Menschen mit unzureichenden Deutsch-Kenntnissen Sinn machen.

Methode der Wahl sollte „Psychotherapeutische Intervention (Verhaltenstherapie) und individueller Empfehlung pharmazeutischer Unterstützung“ sein, wie sie auf Basis von Leitlinien im Sinne der Effektivität empfohlen wird.⁴⁷

Für sehr stark nikotinabhängige Rauchende sollte es das Angebot stationärer Entwöhnung geben. Die Effektivität ist dabei höher, wenn der Rauchstopp im Zentrum der Reha steht und nicht nur als Zusatzangebot mitgemacht wird. So gibt es eigene stationäre Programme für die Nikotinabhängigkeit als Hauptdiagnose.⁴⁸

In Folge von Weiterführung bzw. Aufbau von Entwöhnung sollten die Hilfsangebote analog dem Suchthilfekompass kompakt zusammengefasst werden. Bei der Kommunikation ist auf einfache Sprache zu achten, um den Zugang für Menschen zu erleichtern, die Deutsch nicht als Muttersprache haben und/oder bildungsfern sind.

⁴⁶ World Health Organization 2019

⁴⁷ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2021

⁴⁸ Z. B. Programm „Rauchfrei in 20 Tagen“ in der Reha-Anstalt Josefhof, <https://www.ge-josefhof.at/cdscontent/?contentid=10007.854992> (Aufgerufen am 10.1.2022)

2.3.4 Gesundheitsberufe in Kurzintervention schulen und Beratung honorieren

Nicht alle aufhörwilligen Rauchenden suchen Hilfe bei der Entwöhnung auf, aber viele haben Kontakt zu Gesundheitsberufen wie Ärzt*innen, Pflegeberufen, Hebammen oder Physiotherapeut*innen. Als Gesundheitsautoritäten können diese Rauchende zum Nachdenken über ihr Konsumverhalten anregen und an konkrete Entwöhnungsprogramme weiterverweisen.

Umgekehrt gilt: Werden Rauchende von Gesundheitsberufen nicht auf ihr Rauchverhalten angesprochen und wird ihnen nicht zum Konsumstopp geraten, so deuten sie dies als Billigung.⁴⁹ Patient*innen sollen daher systematisch und proaktiv auf Möglichkeiten zur Veränderung ihres Konsumverhaltens angesprochen werden. In der Kurzintervention durch Gesundheitsberufe liegt ein großes Potenzial, zum Konsumstopp anzuregen und damit den Tabak- und Nikotinkonsum zu reduzieren. Publikationen und namhafte Institutionen streichen die Effektivität der Kurzintervention hervor.⁵⁰

Um diese „Motivierende Ansprache zum Rauchstopp“ (Kurzintervention) effizient und effektiv durchführen zu können, müssen Angehörige von Gesundheitsberufen systematisch dafür qualifiziert werden. Daher gilt es, diesbezüglich Ausbildungen anzubieten und Gesundheitsberufe im niedergelassenen und extramuralen Bereich dafür zu gewinnen.

Ziel ist die zeitsparende, standardisierte Implementierung in den Alltag von Gesundheitsberufen. Denn jeder Kontakt mit einem Gesundheitsberuf ist eine Chance, Nikotin konsumierende Menschen zum Konsumstopp anzuregen. Kurzintervention ist dabei nicht als Entwöhnung, sondern als Motivation dazu zu verstehen. In diesem Sinne ist sie eine intensive Vorstufe von Entwöhnung, indem die Dringlichkeit betont und die Zuversicht, es schaffen zu können, erhöht werden.

Mittelfristiges Ziel ist die verbindliche Implementierung der Kurzintervention in Ausbildungs-Curricula von Gesundheitsberufen.

Vor allem im niedergelassenen Bereich wirkt sich die fehlende Honorierung dieser Beratung jedoch demotivierend auf die Umsetzung aus. Es sollte daher sichergestellt werden, dass „Motivierende Ansprache zum Rauchstopp“ (Kurzintervention) nach zuvor definierten Ausbildungs- und Qualitätsstandards honoriert wird und abgerechnet werden kann.

2.3.5 Harm reduction auf Bevölkerungsebene nicht forcieren

Die Tabakindustrie und verwandte Industrien vermarkten ihre neuen Produkte wie E-Zigaretten und Tabakerhitzer mit dem Schlagwort der Harm reduction. Auch einzelne Wissenschaftler*innen⁵¹ setzen sich dafür ein, diese generell als schadensminimierende Produkte einzustufen und also solche in der Bevölkerung zu forcieren. Große, gewichtige Institutionen hingegen – wie Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, European Respiratory Society, WHO und Europäische Union – stellen sich eindeutig gegen dieses Konzept der E-Zigarette als Harm reduction.⁵²

⁴⁹ Rice, Stead 2008

⁵⁰ US Department of Health and Human Services 2020; US Preventive Services Task Force et al. 2020; Rice, Stead 2008; World Health Organization 2008; Hoch et al. 2004a; Hoch et al. 2004b

⁵¹ Stöver et al. 2020

⁵² Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2021; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2021; European Commission, Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks 2021; World Health Organization 2019; Nowak et al. 2015

Das Konzept der Harm reduction kommt aus dem Bereich der illegalen Suchtmittel und baut im Wesentlichen auf Substitution einer Substanz durch eine andere, weniger schädliche Substanz auf. Die zur Substitution eingesetzten Mittel und Substanzen werden nach strenger Prüfung offiziell zugelassen und ausschließlich in therapeutischer Betreuung verabreicht. Weder E-Zigaretten noch Tabakerhitzer wurden jedoch offiziell mit geprüfter Wirksamkeit als Substitution zugelassen. Es gibt keine therapeutische, kontrollierte Begleitung bei der Substitution.

Als Referenz für einen angeblichen bevölkerungsbezogenen Nutzen der E-Zigarette als Harm reduction wird häufig ein bestimmter Cochrane-Review⁵³ herangezogen. Dieser definiert jedoch bereits den Umstieg von Tabakzigarette auf E-Zigarette als „Entwöhnung“. Darüber hinaus bezieht er nur vier Studien ein. Und es fehlt die Information darüber, wie viele längerfristig beim Konsum von E-Zigaretten bleiben, also gar nicht entwöhnt werden bzw. mittelfristig wieder (parallel) mit dem Konsum von Tabakzigaretten anfangen.

Das Konzept der E-Zigarette als Harm reduction basiert laut European Respiratory Society (ERS) auf vier grundlegend falschen Annahmen.⁵⁴ Erstens, die Menschen könnten oder wollten nicht aufhören. Fast ein Viertel der österreichischen erwachsenen Bevölkerung sind jedoch Ex-Rauchende und haben damit bewiesen, dass das Aufhören schaffbar ist. Zweitens, E-Zigaretten seien hoch effektiv in der Tabakentwöhnung. Dieser Ansatz impliziert, dass es in der Entwöhnung nur um Tabak gehe, nicht um Nikotin. Aber selbst auf Tabak bezogen, ist ein Effekt äußerst fraglich. So sprechen die aktuellen S3-Leitlinien ausdrücklich „keine Empfehlung“ für E-Zigaretten in der Entwöhnung aus. Außerdem mehren sich die Hinweise darauf, dass Tabakrauchende eher am Aufhören gehindert werden, wenn sie die E-Zigarette als Zwischenschritt nutzen wollen. Die E-Zigarette scheint demnach die Motivation zur Tabak- und Nikotinfreiheit eher zu hemmen als zu fördern.⁵⁵ Drittens sei es eine Fehlannahme, Tabak-Konsumierende würden Tabakzigaretten vollständig durch E-Zigaretten ersetzen. Erhebungen zur Prävalenz zeigen, dass die Praxis eine Rückkehr zur Tabakzigarette bzw. ein paralleler Konsum ist. In Österreich rauchen mehr als 68 Prozent der E-Zigaretten-Nutzer*innen auch Tabakzigarette.⁵⁶ Viertens gehe die Theorie der Harm reduction davon aus, die E-Zigarette sei grundsätzlich als „harmlos“ und daher empfehlenswert einzustufen. Es wurde jedoch viel Schädigungspotenzial bezüglich Gesundheitsgefährdung nachgewiesen, und die Sucht ist dieselbe.⁵⁷

Nicht zu übersehen ist des Weiteren, dass es nicht nur Umsteiger*innen und Dual User*innen gibt, sondern auch Einsteiger*innen und Wieder-Einsteiger*innen. Die E-Zigarette ist ein zunehmendes Produkt für den Einstieg in den Nikotinkonsum⁵⁸ oder für den Rückfall⁵⁹ nach bereits erfolgreicher Entwöhnung. Studien zeigen auch, dass Raucher*innen, die mittels der nikotinhaltigen E-Zigarette oder des Tabakerhitzers den Rauchstopp anstrebten, mehrheitlich zu dauerhaften Konsument*innen von E-Zigaretten bzw. Tabakerhitzern wurden und somit keine Nikotinabstinenz erreichten.⁶⁰ Der Umstieg von herkömmlicher Tabakzigarette auf Tabakerhitzer als Zwischenschritt zur Abstinenz scheint demnach die Aufhör-Motivation eher zu senken als zu erhöhen. Denn er geht mit der erhöhten Wahrscheinlichkeit einher, nicht aufzuhören.

Aufgrund dieser Datenbasis kommen wir zu dem Schluss, dass E-Zigarette und Tabakerhitzer nicht als Harm reduction auf einer Bevölkerungsebene empfohlen werden können. Der zu erwartende Schaden vieler Menschen (Nicht-Rauchende, Ex-Rauchende, aufhörwillige Rauchende) überwiegt

⁵³ Hartmann-Boyce 2021

⁵⁴ European Respiratory Society 2019

⁵⁵ Feliu et al. 2019; Kulik et al. 2018

⁵⁶ Statistik Austria 2020 – Zusatzauswertung (Zahlen nur gerundet verfügbar)

⁵⁷ Neuberger 2021; Meo et al. 2019; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2018; Shields et al. 2017; Martin et al. 2016; Deutsches Krebsforschungszentrum 2015; Pisinger, Dossing 2014

⁵⁸ Gesundheit Österreich GmbH 2020a; Adam et al. 2015

⁵⁹ Dai et al. 2019

⁶⁰ Pisinger, Vesbo 2020; Lee et al. 2020; Hajek et al. 2019

bei weitem den eventuellen Nutzen weniger Menschen (Rauchende, die aufhören wollen, aber alle anderen Methoden der Entwöhnung erfolglos ausgeschöpft haben). Resultierend gibt es keinen Grund, die E-Zigarette zu bewerben.

Auf individueller Ebene kann ein Umstieg ein erfolgreicher Zwischenschritt zur Nikotin-Abstinenz sein, auf Ebene der Bevölkerung jedoch fehlen für eine Empfehlung Daten zur Wirksamkeit. Wünschenswert wäre zur diesbezüglichen offiziellen Klärung, dass für neue Nikotinprodukte seitens der Hersteller*innen das Zulassungsverfahren als offiziell anerkannte Nikotinersatzprodukte angestrebt wird.

Die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung sieht von einer Empfehlung von E-Zigarette und Tabakerhitzer als potentielle Harm reduction im Sinne einer Bevölkerungsstrategie ausdrücklich ab. Eine generelle Empfehlung wäre aus Sicht der Suchtprävention für das Ziel der Verhinderung bzw. Beendigung von Sucht kontraproduktiv.

2.4 Handlungsfeld: Tabak- und Nikotinkontrolle

Förderlich gestaltete Rahmenbedingungen machen es schwer, Tabak und Nikotin zu konsumieren und machen es leicht, damit aufzuhören oder gar nicht anzufangen. Neben Settings wie Familie, Schule und Arbeitsplatz betreffen förderliche Rahmenbedingungen viele Lebensbereiche, die durch Gesetze geregelt sind. Denn Gesetze geben vor, wo die Grenze ist, was sein darf und was nicht.

Gesetzliche Regulierungen sollten sich nach dem Schädigungspotenzial eines Produkts und der Schutzwürdigkeit der Menschen richten. Die Kombination von Legalität und großem Sucht- und Schädigungspotenzial rechtfertigt bei Tabak und Nikotin besondere gesetzliche Rahmenbedingungen. Insofern tritt die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung trotz humanistischem Menschenbild für die im Folgenden beschriebenen Maßnahmen ein. Im Handlungsfeld „Tabak- und Nikotinkontrolle“ sind alle Maßnahmen der strukturellen Prävention inkludiert, welche den Rahmen vorgeben und Verkauf, Erwerb, Konsum und sonstige Aspekte regulieren.

Die nachfolgenden fachlich begründeten Forderungen stellen zuerst grundsätzliche Aspekte hinsichtlich Nikotinprodukten klar und reihen anschließend entsprechend der laut internationalen Erfahrungen und Empfehlungen höchsten Wirksamkeit. Demensprechend geht es nach „Nikotinprodukte ohne Tabak“ (2.4.1 bis 2.4.2) um Preis- und Steuerpolitik (2.4.3 bis 2.4.5), „Rauchfreies Umfeld“ (2.4.6 bis 2.4.8), „Werbung und Sponsoring“ (2.4.9 bis 2.4.11), „Jugendschutz“ (2.4.12), „Produktregulation“ (2.4.13 bis 2.4.14) und „Illegalen Handel“ (2.4.15).

Nikotinprodukte ohne Tabak

2.4.1 Neue Nikotinprodukte regulieren

Bei der letzten grundlegenden Novelle des „Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucher-schutzgesetzes“ (TNRSG) im Jahr 2016 traf der österreichische Gesetzgeber Vorkehrungen, um die Realität des Marktes widerzuspiegeln. So sind ausdrücklich „Tabakerzeugnisse“ aller Art, aber auch „Verwandte Erzeugnisse“ und E-Zigaretten unter das Regime des TNRSG gestellt. Doch die Realität hat in der Zwischenzeit den Gesetzgeber überholt.

Es gibt eine neue Produkt-Kategorie, die noch nicht vom TNRSG erfasst ist, weil es sie bei Erarbeitung dieser Novelle noch nicht gab: Dies sind Nikotinprodukte ohne Tabak, die nicht erhitzt werden. Sie sind daher weder Tabakprodukte noch E-Zigaretten noch andere Produkt-Kategorien wie Kautabak.

Am deutlichsten zeigt sich diese Veränderung des Marktes am Beispiel der Nikotinbeutel (=Nicotine pouches). Sie funktionieren über Trägersubstanzen wie Zellulose, die mit Nikotinsalzen angereichert sind. In der Mundhöhle unter der Ober- oder Unterlippe platziert, wird das Nikotin über die Mundschleimhaut aufgenommen. Auch weitere Nikotinprodukte wie nicht-pharmazeutische Pflaster und Zahnstocher sind bereits am Markt.

Die rechtliche Situation führt dazu, dass diese neuen Nikotinprodukte nicht der Regulierung und Kontrolle unterliegen, die ihrem Gefährdungspotenzial entsprechen.⁶¹ Für Konsument*innen bedeutet dies unzureichenden Schutz: Die Dosis des Nikotins in Nikotinbeuteln unterliegt keinen gesetzlichen Kontrollen, und es gibt keine gesetzliche Produktsicherheit hinsichtlich Nikotindosis, Inhaltsstoffen, Kennzeichnung und vielem mehr.

Auch der gesetzliche Jugendschutz und das Verbot von Werbung und Sponsoring greifen dadurch nicht. So dürfen diese Nikotinprodukte beworben und vermarktet werden als seien sie risikolose Konsumprodukte. Die konkrete Art der Werbung lässt mitunter darauf schließen, dass auch Jugendliche und junge Erwachsene Zielgruppe sind.⁶²

Alle großen Tabakfirmen setzen derzeit auf neue Nikotinprodukte.⁶³ Daher ist davon auszugehen, dass diese Entwicklung erst den Anfang darstellt und weitere, zum heutigen Zeitpunkt noch nicht am Markt befindliche Produkte folgen werden. Als Österreichische ARGE Suchtvorbeugung halten wir es für dringend notwendig, diese Nikotinprodukte dem TNRSG zu unterstellen, und dies in möglichst breiter Definition, um auch künftige Produkte zu umfassen.

⁶¹ Deutsches Krebsforschungszentrum 2015; DiFranza 2015

⁶² Gewinnspiele und Eventmarketing: z. B. „Skruif“ White Pearl Mountain Days (<https://www.superwhite.at/wpmdays>, Aufgerufen am: 2.3.2020); Sponsoring von Großveranstaltungen: z. B. „LYFT“ Wiener Wiesen Fest, Moto GP (<https://www.superwhite.at/wpmdays>, Aufgerufen am 2.3.2020); kostenlose Abgabe in Diskotheken: z. B. „Spirit“ am 28.2.2020 in der Diskothek PPC in Graz; Plakatwerbung: z. B. „Spirit“ am 3. und 6.5.2020 an Haltestellen der Grazer Verkehrsbetriebe.

⁶³ <https://www.pmi.com/our-transformation/delivering-a-smoke-free-future>; http://www.bat.de/group/sites/BAT_AXBF4K.nsf/vwPagesWebLive/DOAYZK3A (Aufgerufen am 22.11.2020)

2.4.2 Nikotin-Obergrenze für frei verkäufliche Nikotin-Produkte festlegen

Das Besondere an Nikotin ist, dass es in niedrigen Dosen und in bestimmten chemischen Zusammenhängen zu seiner eigenen Substitution eingesetzt wird, also zur körperlichen Entwöhnung der Abhängigkeit. Insofern ist Nikotin nicht nur legales Suchtmittel, sondern kann in geringen Mengen und streng kontrolliert auch Bestandteil von Pharmaprodukten sein. Gewisse Nikotinprodukte können also nach Zulassungsverfahren auch dem Arzneimittelgesetz unterliegen.

Pharmazeutisches Nikotin ist jedoch nicht vergleichbar mit frei verkäuflichem Nikotin. Die Zulassung erfolgt streng kontrolliert, die Anflutung im Gehirn ist deutlich langsamer: Nikotin in Zigaretten benötigt bis zur pharmakologischen Wirkung im Gehirn sieben bis zehn Sekunden, Nikotin im Nikotinersatz mindestens 30 Sekunden. So dauert es beim am schnellsten wirksamen Nikotinersatz, dem Nikotinspray, 30 bis 60 Sekunden bis zur ersten Anflutung im Gehirn. Andere Nikotinersatzprodukte wie Kaugummi und Pflaster sind entsprechend langsamer in ihrer Wirkung.⁶⁴

Jedenfalls ist Nikotinersatz nur vorübergehend gedacht, um die Nikotinabhängigkeit auszuschleichen und das Ziel der schrittweisen Entwöhnung im Sinne von Nikotin-Abstinenz zu erreichen.

Bisher geschehen Zulassungen als Pharmazeutikum einzeln für bestimmte Produkte nach eingehender Prüfung. Hier wäre es überlegenswert, eine Nikotिंगrenze als Abgrenzung zwischen Pharmazeutikum und Suchtmittel einzuführen.

Logischerweise müsste für frei verkäufliche Nikotinprodukte unserer fachlichen Einschätzung nach eine niedrigere Nikotिंगrenze gelten als für pharmazeutische Nikotinprodukte, welche erst nach eingehender Prüfung zugelassen werden.

Bei einer Novellierung des Gesetzes sollte sichergestellt sein, dass sowohl die Trägersubstanz als auch die Art der Nikotin-Aufnahme belanglos sind. Nur so können auch Produkte inkludiert sein, die noch gar nicht auf dem Markt sind. Maßstab für freie Verkäuflichkeit sollte einzig der Nikotinwert sein.

Wichtig ist dabei, nicht nur aus Tabak gewonnenes Nikotin einzubeziehen, sondern auch Nikotin, das synthetisch hergestellt wird sowie alle Substanzen, die nikotin-ähnliche Wirkung haben.⁶⁵

Das TNRSG sollte nach der Novelle alle Nikotinprodukte mit Ausnahme von Pharmazeutika regulieren. Dazu sei auch angeregt, in den Titel des TNRSG das Wort „Nikotin“ zu inkludieren.

⁶⁴ Rauchfrei Telefon 2022

⁶⁵ Jordt 2021

2.4.3 Tabaksteuer deutlich erhöhen

Tabaksteuererhöhungen werden als hoch wirksame und kosteneffiziente Maßnahme zur Senkung des Konsums angesehen, unter der Voraussetzung, dass sie ausreichend hoch sind. So wurde bereits in den 1990er Jahren festgestellt, dass in Industriestaaten eine Preiserhöhung um zehn Prozent zu einer durchschnittlichen Verringerung des Konsums um vier Prozent führt – bei Jugendlichen sogar um bis zu 13 Prozent.⁶⁶

Die Wirkung einer deutlichen Erhöhung der Tabaksteuer wurde durch weitere Studien laufend bestätigt und hat eine unbestritten hohe Evidenz.⁶⁷ Eine deutliche Erhöhung der Tabaksteuer hat nämlich eine zweifache Wirkung: Ein höherer Preis motiviert dazu, nicht mit dem Tabak- und Nikotinkonsum anzufangen, aber auch dazu, mit dem Tabak- und Nikotinkonsum aufzuhören. Darüber hinaus erhöht er die Anzahl der Rauchstopp-Versuche und erreicht insbesondere preissensible Gruppen der Bevölkerung wie junge Erwachsene und sozioökonomisch benachteiligte Menschen.

Kontinuierliche, deutliche Erhöhungen der Tabaksteuer zählen neben rauchfreien Arbeitsplätzen (inklusive rauchfreien Innenräumen in der Gastronomie) zu den effektivsten Maßnahmen überhaupt, um den Tabak- und Nikotinkonsum in der Bevölkerung zu reduzieren.

Nicht umsonst zählt auch die WHO⁶⁸ deutliche Erhöhungen der Tabaksteuer zu den Non plus Ultras der Maßnahmen gegen das Rauchen. Sie ist demnach weltweit die „effektivste Einzelmaßnahme gegen den Tabakkonsum“⁶⁹.

Geringfügige Tabaksteuererhöhungen haben jedoch keine gesundheitspolitische Wirkung. Sie werden von den Konsumierenden akzeptiert und senken dementsprechend den Konsum nicht.⁷⁰ Erfahrungen zeigen auch, dass geringe Anhebungen der Tabaksteuer häufig von den Herstellern dazu genutzt werden, um die Preise zu erhöhen und so die Profite zu steigern.⁷¹

Tabakerzeugnisse zählen zu den prozentuell am stärksten besteuerten Produkten Österreichs. Zusätzlich zur Mehrwertsteuer sind sie mit der Tabaksteuer belegt. Und das ist aus fachlicher Sicht der Suchtprävention korrekt, sinnvoll und notwendig. Denn gesetzliche Regulierungen sollten dem Gefährdungspotenzial eines Produkts entsprechen.

Dennoch ist auch diese höhere Besteuerung in Relation zu sehen und im Vergleich zu anderen Ländern niedrig: Denn gemessen an der Kaufkraft sind Tabaksteuern und damit die Preise für Tabakwaren in Österreich geringer als in Nachbarländern.⁷²

Es spricht also alles dafür, diese wirksamste Maßnahme auch für Österreich zu nutzen. Dazu ist angeraten, gesetzlich festzuhalten, dass kontinuierlich deutliche Erhöhungen der Tabaksteuer durchzuführen sind. Um diesen Effekt nicht abmindern zu können, müsste sichergestellt werden, dass

⁶⁶ Ross, Chaloupka 2003; US Department of Health and Human Services 2000; World Bank 1999; Chaloupka, Wechsler 1997

⁶⁷ World Health Organization 2021; Deutsches Krebsforschungszentrum 2019a; The Task Force on Fiscal Policy for Health 2019; Gravelly et al. 2017; Deutsches Krebsforschungszentrum 2014; International Agency for Research on Cancer 2011

⁶⁸ World Health Organization 2015a

⁶⁹ Deutsches Krebsforschungszentrum 2019a; Deutsches Krebsforschungszentrum 2014

⁷⁰ Deutsches Krebsforschungszentrum 2019a

⁷¹ Berger, Neuberger 2020

⁷² Statista 2022; Eurostat 2019

die Erhöhung der Steuer nicht durch Verringerung des Preises abgefedert werden darf. Die konkrete Höhe sollte sich dabei an der Evidenz orientieren und dementsprechend zehn Prozent betragen. Empfohlen ist auch eine Fortschreibung der Erhöhung, denn eine einmalige Aktion würde den Effekt abmildern.

Dabei ist eine gleiche Vorgangsweise bei den unterschiedlichen Produkten wichtig: Um das Ausweichen von einer Produktkategorie auf eine andere weniger attraktiv zu machen, sollten alle Tabakerzeugnisse, Verwandten Erzeugnisse und sonstigen Nikotinprodukte (außer pharmazeutische) vom selben Prozentsatz der Steuererhöhungen erfasst sein.

2.4.4 Gleiche Besteuerung für vergleichbare Produkte

Starke Unterschiede in der Steuerhöhe für verschiedene, aber vergleichbare Tabakerzeugnisse führen zu Ausweichreaktionen der Konsument*innen auf das billigere Produkt.⁷³ Insofern ist es wichtig, dass derselbe Steuersatz für vergleichbare Produkte gilt.

So ist in Österreich Feinschnitt geringer besteuert als Fabrikszigaretten. Dies gilt ebenso für Tabakerhitzer („Heated Tobacco Products“, HTPs), welche so niedrig wie Feinschnitt besteuert werden. Trotz der günstigeren Besteuerung werden HTPs an Verbraucher*innen teurer abgegeben, stellte ein Vergleich zwischen Tabakzigaretten aus der Schachtel und Tabakzigaretten für Tabakerhitzer in 34 Ländern der Welt fest.⁷⁴ Der höhere Preis geht dementsprechend nicht an die Staaten, welche größtenteils die Kosten für gesundheitliche Folgen tragen, sondern an die Hersteller. Zigaretten von HTPs werden von der Tabakindustrie zwar anders genannt (etwa „Heat Sticks“ oder „Neo Sticks“), aber es handelt sich dabei um speziell designte Tabak-Fabrikszigaretten. Die Einstufung wie Feinschnitt statt wie Fabrikszigaretten ist aus suchtpreventiver Sicht daher nicht nachvollziehbar.

Studien haben ergeben, dass auch von jenen Produkten eine deutliche Gesundheitsgefährdung ausgeht, die nicht bis zum Brennpunkt erhitzt werden. So stellt eine industrieunabhängige Studie⁷⁵ fest: Auch weniger stark erhitzte Produkte erzeugen Kanzerogene. Bei den Verbrennungsprodukten handle es sich eindeutig um Rauch und Passivrauch. Das Rauchen von Tabakerhitzern ist für die Organe gleich schädlich wie das Rauchen von Tabakzigaretten.⁷⁶ Geringere Erhitzung ist kein Schutz vor negativen Folgen. Auch die Suchtgefahr ist dieselbe: Denn Nikotin ist potenziell suchterzeugend, unabhängig vom Grad der Erhitzung.⁷⁷

Im Juli 2020 stellte die Food and Drug Administration (FDA) fest, dass Tabakerhitzer im Vergleich zu verbranntem Tabak möglicherweise die Exposition mancher schädlichen Substanzen verringert, nicht jedoch das Risiko für tabakassoziierte Erkrankungen und Todesfälle. Die FDA verweigerte daher die Einstufung von Tabakerhitzern als „Reduced Risk Products“.⁷⁸

Grundsätzlich wird die unterschiedliche Besteuerung von Tabakerzeugnissen einerseits mit dem Gefährdungspotenzial und andererseits mit den hauptsächlich konsumierenden Altersgruppen argumentiert.

⁷³ Shang et al. 2019; Chaloupka et al. 2012; Chaloupka et al. 2011

⁷⁴ Liber 2018

⁷⁵ Auer et al. 2017

⁷⁶ Glantz 2018a; Glantz 2018b; Moazed et al. 2018; Chun et al. 2018; Bialous et al. 2018; Popova et al. 2018

⁷⁷ Prochaska, Benowitz 2019

⁷⁸ Expose Tobacco 2020

Zum Gefährdungspotenzial sind zwei Anpassungen anzuregen. Einerseits sollte immer auch der Aspekt des Suchtpotenzials mitbeachtet werden, nicht nur das Potenzial für sonstige Erkrankungen. Andererseits sollte der Gesetzgeber die steuerliche Einstufung laufend evaluieren und damit überprüfen, ob die Einstufung in eine geringere Steuerklasse einzelner Tabak- und Nikotinprodukte noch gerechtfertigt ist. Hier können neue Evidenzbasierte Erkenntnisse Aufschluss geben.

Zur Argumentation der Altersgruppen weist die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung darauf hin, dass dieser Aspekt keine große Relevanz hat, und zwar aus drei Gründen. Erstens verschiebt sich der Beginn des Nikotinkonsums zusehends nach hinten, auch ins junge Erwachsenenalter. (Nur) Jugendliche zu schützen, greift dementsprechend zu kurz. Zweitens scheint Mischkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Regel, nicht die Ausnahme zu sein.⁷⁹ Es entspricht demnach nicht mehr der Realität, bestimmte Produkte als „nicht jugendrelevant“ einzustufen. Drittens verdeutlicht jede*r Konsumierende jeder Altersstufe die soziale Normalität von Tabak- und Nikotinkonsum. Je normaler der Konsum für Erwachsene ist, desto eher beginnen junge Menschen damit.

2.4.5 Auch Verwandte Erzeugnisse mit Tabaksteuer versehen

Verwandte Erzeugnisse wie E-Zigaretten sind bislang nicht von der Tabaksteuer erfasst und daher nur mit Mehrwertsteuer besteuert. Dieses gänzliche Ausgenommen-Sein ist jedoch nicht zu argumentieren. Aus gesundheitlicher und suchtpreventiver Sicht sollten sie in die Tabaksteuer einbezogen werden. Dazu ist auch eine Umbenennung in „Tabak- und Nikotinststeuer“ anzuraten.

E-Zigaretten sind nach derzeitigem Erkenntnisstand weniger schädlich als herkömmliche Tabakzigaretten. Aber „weniger schädlich“ ist nicht gleich „unschädlich“: Sie sind um vieles schädlicher als das Nichtrauchen bzw. die Abstinenz, welche das übergeordnete Ziel darstellt. Wenngleich also die Schadstoffe für die einzelnen Konsumierenden als geringer einzuschätzen sein dürften, ist eine mehrfache potenzielle Schädigung nicht zu leugnen.

Die potenzielle Schädigung bezieht sich einerseits auf eine Suchterkrankung und andererseits auf weitere Erkrankungen. Bezüglich Letzterem zeigen Befunde, dass Nikotin auch ohne Tabak der Gesundheit schadet und dass E-Zigaretten negative Auswirkungen insbesondere auf Lunge, Herz-Kreislauf-System und Immunsystem haben können.⁸⁰ Besondere öffentliche Aufmerksamkeit erlangte diesbezüglich der Anstieg an Lungenerkrankungen durch E-Zigaretten in den USA im Jahr 2019.⁸¹ Zu potenziellen Langzeit-Schäden können noch keine Aussagen gemacht werden, eine Langzeitgefährdung kann nicht ausgeschlossen werden und gilt als wahrscheinlich.⁸²

E-Zigaretten mit Nikotin können eine Suchterkrankung auslösen und verlängern. Denn die Aufnahme und Anflutung von Nikotin entspricht bei den Geräten neueren Typs bei entsprechender Inhalation der von herkömmlichen Tabakzigaretten.

⁷⁹ Hajek et al. 2019

⁸⁰ Neuberger 2021; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2021; European Commission, Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks 2021; Deutsches Krebsforschungszentrum 2020b

⁸¹ Centers for Disease Control and Prevention 2019

⁸² Deutsches Krebsforschungszentrum 2020b; World Health Organization 2020a; Grana et al. 2014; World Health Organization 2014

E-Zigaretten bewerben indirekt die Handlung des Rauchens und re-normalisieren diese damit. Dies zeigt sich bereits in Befragungen. Insbesondere bei jungen Menschen zeichnet sich ein hoher Konsum von E-Zigaretten ab, und hier insbesondere bei jungen Männern: Laut Statistik Austria ist von allen Bevölkerungsgruppen der Konsum von E-Zigaretten bei 19- bis 29-jährigen Männern am höchsten.⁸³ Die HBSC-Studie untersuchte den Konsum bei Schüler*innen und zeigte im Vergleich zur Vorherhebung einen enormen Anstieg des Konsums von E-Zigaretten unter Jugendlichen. Demnach haben in Österreich 19,9 Prozent der 15-jährigen Schüler und 10,9 Prozent der 15-jährigen Schülerinnen in den letzten 30 Tagen E-Zigaretten konsumiert. Buben konsumieren in diesem Alter sogar deutlich häufiger E-Zigarette als Tabakzigarette.⁸⁴ Dabei scheinen insbesondere die verschiedenen Aromen attraktiv für junge Menschen zu sein. Besonders häufig werden Menthol, Minze und der Geschmack von Vanille zugesetzt.⁸⁵

Studien zeigen darüber hinaus, dass Raucher*innen, die mittels der nikotinhaltigen E-Zigarette den Rauchstopp anstrebten, mehrheitlich zu dauerhaften E-Zigaretten-Konsument*innen wurden und somit keine Nikotinabstinenz erreichten.⁸⁶

Es gibt also aus gesundheitspolitischer Sicht keine triftigen Gründe, Verwandte Erzeugnisse gänzlich aus der Tabaksteuer auszunehmen. Der Steuersatz sollte entsprechend der vorherigen Ausführungen jedoch niedriger sein als für Tabak-Verbrennungszigaretten.

Rauchfreies Umfeld

2.4.6 Rauchfreie Innenräume durchsetzen und stärken

Die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung befürwortet rauchfreie Innenräume. In Innenräumen sollte generell kein Tabak und Nikotin konsumiert werden. Im öffentlichen Raum soll dies vom Gesetzgeber geregelt sein. Für den Privatbereich raten wir dazu, zumindest die Innenräume bewusst konsumfrei zu halten.

Für alle Tabak- und Nikotinprodukte mit Passivrauch und sonstigen Emissionen ist dies aufgrund der Gesundheitsgefährdung Dritter in besonderem Maße angezeigt. Die Schädlichkeit von Passivrauch durch Tabakprodukte ist gut belegt.⁸⁷ Die Gefährdung Dritter durch passive Emissionen kann aber auch bei E-Zigaretten nicht ausgeschlossen werden.⁸⁸ Generell gilt: Ein Schutz vor Passivrauch und sonstigen Emissionen erhitzter Tabak- und Nikotinprodukte kann in geschlossenen Räumen nicht gewährleistet werden.

In Österreich war das Inkraft-Treten rauchfreier Innenräume in der Gastronomie mit November 2019 ein wirklicher Meilenstein. Dies gilt es weiterhin zu unterstützen. Denn durch die Reduktion der Indoor-Konsumgelegenheiten im öffentlichen Raum verbessert sich die Gesundheit der Bevölkerung.⁸⁹ Es reduzieren sich einerseits die gesundheitsgefährdenden Situationen für Rauchende und andererseits die Gelegenheiten, mit dem Konsum zu beginnen.

⁸³ Statistik Austria 2020

⁸⁴ Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2019

⁸⁵ Omaiye et al. 2021; Tierney et al. 2016

⁸⁶ Pisinger, Vesbo 2020; Hajek et al. 2019

⁸⁷ World Health Organization 2010

⁸⁸ Deutsches Krebsforschungszentrum 2020c; Williams et al. 2013

⁸⁹ VIVID – Fachstelle für Suchtprävention & GFA-Netzwerk Steiermark 2018; Yang et al. 2017; Hurt et al. 2012; Rajkumar et al. 2014; Cox et al. 2013; Schoj et al. 2010

Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden tragen generell dazu bei, das Rauchen weniger attraktiv und weniger sozial akzeptiert zu machen.⁹⁰ Insofern verändern sie die Wahrnehmung des Tabak- und Nikotinkonsums als etwas Normales oder etwas Abnormales. Insofern verändern rauchfreie Innenräume in der Gastronomie mittelfristig die soziale Norm, weil Menschen auch zuhause und in sonstigen Lebensbereichen tendenziell weniger Tabak und Nikotin konsumieren und eher bereit sind, ganz mit dem Konsum aufzuhören.⁹¹

Die Einhaltung des Rauchverbots in Innenräumen der Gastronomie sollte in Österreich auch proaktiv kontrolliert werden, und zwar auch abends und am Wochenende. Denn Gastronomie findet nicht nur zu Bürozeiten statt. Derzeit ist dies im Gesetz nicht explizit vorgesehen. Besondere Kontrolle ist auch bei Shisha-Lokalen notwendig, bei denen der Konsum von Tabak und Nikotin zweckimmanent ist.

Rauchfreie Gastronomie ist ein wichtiges Vorbild generell für alle Arbeitsplätze. Auch für alle Indoor-Arbeitsplätze sollte angestrebt werden, sie ausnahmslos zu nikotin- und tabakfreien Zonen zu machen.

2.4.7 Inklusion aller erhitzten Tabak- und Nikotinprodukte in Rauchverbote am Arbeitsplatz beibehalten

Österreich ging im Zuge der Novelle betreffend absolutes Rauchverbot in der Gastronomie den Weg, alle erhitzten Tabak- und Nikotinprodukte zu inkludieren. Es gibt keine Ausnahmen. Bei verwandten Erzeugnissen wie E-Zigaretten sind ausdrücklich auch jene ohne Nikotin von der Regelung rauchfreier Räume umfasst.

Diese Inklusion aller Tabak- und Nikotinprodukte sollte unbedingt beibehalten werden. Studien zeigen, dass Sonderregelungen zu Verwirrung und einer schlechteren Einhaltung der Regeln führen. Am Beispiel von Indoor-Arbeitsplätzen zeigt sich: Wenn das Rauchverbot Ausnahmen für bestimmte Produkte – etwa E-Zigaretten und Tabakerhitzer – vorsieht, verschiebt sich der Konsum. Laut einer Studie⁹² würde durch solche Regelungen der Konsum von Tabakerhitzern mehr als verdoppelt, jener von E-Zigaretten fast vervierfacht. Ausnahmen würde daher auch in Österreich mit großer Wahrscheinlichkeit mit einer unerwünschten Konsumverschiebung einhergehen.

2.4.8 Regulierung des Konsums in ausgewählten Freiflächen

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt setzt sich die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung nicht für ein Konsumverbot im öffentlichen Freibereich ein (etwa „Rauchfreie Innenstadt“, „Rauchfreie Gemeinde“). Ausnahme sind begründete Fälle in klar definierten Lebensbereichen. In manchen Settings ist eine Regulierung von Freiflächen im Sinne der Schaffung von Rauchzonen sinnvoll. Dies hat sich in anderen Ländern etwa für Spielplätze, Haltestellen, Freibäder und Parks bewährt. In diesem Sinne unterstützen wir klar definierte konsumfreie Freiflächen im öffentlichen Raum ausschließlich in konkreten, begründeten Settings, nicht jedoch generell. Aus unserer Sicht sind zum gegebenen Zeitpunkt andere Maßnahmen wichtiger als konsumfreie Freiflächen.

⁹⁰ Deutsches Krebsforschungszentrum 2014; Rennen et al. 2014

⁹¹ Lidón-Moyano et al. 2017; Hahn 2010; Albers et al. 2007; Fong et al. 2006

⁹² Yanakawee et al. 2021

2.4.9 Werbemöglichkeit auf Außenflächen von Tabakverkaufsstellen einschränken

Es gibt eine starke Evidenz für den Erfolg von Tabakwerbung, speziell für jene Kampagnen, die das Rauchen mit positiven Bildern verknüpfen. Sie können die Erinnerung an bestimmte Marken erhöhen, die Einstellung zum Tabak- und Nikotinkonsum und das tatsächliche Konsumverhalten beeinflussen. Werbung für das Rauchen wirkt.⁹³ Werbeverbote gelten daher international als sehr effektiv.⁹⁴

In Österreich ist die Werbung für Tabakprodukte und Verwandte Erzeugnisse grundsätzlich verboten. In Tabakfachgeschäften darf jedoch geworben werden, auch auf deren Außenflächen. Diese Ausnahme gilt unabhängig von der Größe der Außenfläche. Das führt dazu, dass manche Trafiken großflächige Tabakwerbung anbringen.

Es ist ein guter erster Schritt, dass die Ausnahmen vom Werbeverbot für jene Trafiken nicht gilt, welche Postpartner sind. Die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung empfiehlt, dass die Ausnahmen vom Werbeverbot auf Außenflächen von Trafiken und sonstigen Tabakverkaufsstellen aufgehoben werden. Dies müsste auch Automaten umfassen, denn die meisten Tabakautomaten sind in einer Größe, die Werbefläche enthält. Selbst Automaten, die von einer Trafik geführt werden, aber anderswo angebracht sind, gelten als Teil der Trafik und ermöglichen somit de facto dislozierte Werbung.

Als erster Schritt wäre aus unserer Sicht auch eine Reduktion der Werbefläche durch eine einheitliche flächenmäßige Beschränkung denkbar – mit dem klaren nächsten Schritt, die Außenflächen werbefrei zu bekommen.

Bei einer diesbezüglichen Änderung muss sichergestellt werden, dass alle Tabak- und Nikotinprodukte inkludiert sind.

2.4.10 Werbung und Sponsoring auch für übergeordnetes Thema verbieten

Das österreichische Gesetz verbietet Werbung und Sponsoring für ein konkretes Produkt, nicht jedoch für das übergeordnete Thema. So darf das Rauchen an sich beworben werden. Und dies wird auch gemacht, insbesondere für die Bewerbung der Produktkategorien E-Zigarette und Tabakerhitzer. So werden Anzeigen in Printmedien geschaltet, die den Konsum von E-Zigaretten bewerben.⁹⁵ Nennen sie keine konkrete Marke, sondern bewerben nur den Tabak- und Nikotinkonsum an sich, ist dies legal.

Aus Sicht der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung besteht hier Handlungsbedarf. Im TNRSG sind als Werbung/Sponsoring Aktivitäten definiert, die das Ziel oder die direkte oder indirekte Wirkung haben, den Verkauf eines Tabakerzeugnisses zu fördern.⁹⁶ Dieser Passus wurde bisher immer

⁹³ Kass Lempert, Glantz 2021; Deutsches Krebsforschungszentrum 2020a; Collins et al. 2019; Astuti et al. 2018; TNS Opinion & Social 2017; Gravely et al. 2017; Bauld et al. 2016; Brown-Johnson et al. 2014; Hen-riksen 2012; US Department of Health and Human Services 2012; Lovato et al. 2011; Hendlin et al. 2010; Freeman, Chapman 2009; Harper 2010; Carter 2003

⁹⁴ Gravely et al. 2017

⁹⁵ Z. B. in „Der Grazer“ am 20.10.2020; GEO 8/2021

⁹⁶ TNRSG § 1 Z 7 und 7a (Fassung vom 20.10.2020)

in Beziehung zu einem konkreten Produkt, das beworben und dessen Absatz gefördert werden soll, gesehen. Veröffentlichungen oder werbende Handlungen, die sich mit dem „übergeordneten Thema“ Rauchen beschäftigen, ohne auf ein konkretes Produkt einzugehen, werden nicht als Werbung/Sponsoring gesehen. Das Verbot von Werbung und Sponsoring sollte dementsprechend aus unserer Sicht auch auf das übergeordnete Thema ausgeweitet werden.

Wichtig ist, auch Sponsoring einzubeziehen und so etwa sicherzustellen, dass Veranstaltungen nicht von der Tabak- und Nikotinindustrie gesponsert werden. So kommt es vor, dass insbesondere bei Veranstaltungen mit der Hauptzielgruppe der jungen Menschen die einzige Sitzmöglichkeit (häufig) nur im Rauch-Bereich besteht.⁹⁷ Dies macht das Aufsuchen der Rauchzone attraktiver, auch wenn dort keine expliziten Marken beworben werden. Hier sollten gesetzliche Vorkehrungen getroffen werden, die künftig eine regelrechte Anziehung verhindern. Laut Judikatur gelten auch , „imagefördernde Maßnahmen“ als (verbotenes) Sponsoring, wodurch der Name eines Unternehmens bekannt gemacht bzw. diesem gegenüber „positiv Stimmung gemacht“ wird.⁹⁸

Bei allen diesbezüglichen Änderungen muss sichergestellt werden, dass alle Tabak- und Nikotinprodukte ausdrücklich inkludiert sind.

2.4.11 Werbung über soziale Medien nach Möglichkeit unterbinden

Ein großes Schlupfloch aus dem nationalen Werbeverbot bietet zusehends die Werbung im Internet. Die Präsentationen von Tabakprodukten und Verwandten Erzeugnissen wie E-Zigaretten sind häufig, nehmen zu und werden genutzt, um nationale Werbeverbote zu umgehen.⁹⁹ Sie richten sich besonders an Jugendliche und junge Erwachsene, die diese Medien eher nutzen. Die britische Zeitung „The Guardian“ deckte auf, dass und wie Tabakkonzerne vermehrt auf Influencer setzen, die gegen Bezahlung ihre Produkte nutzen und diese damit indirekt bewerben.¹⁰⁰ Durch den Konsum von E-Zigaretten und Tabakerhitzern bewerben Influencer aber auch das Rauchen an sich. Diese Werbeschiene nutzen Tabakkonzerne vor allem für „jüngere“ Produkte wie E-Zigaretten, Tabakerhitzer und Nikotinbeutel.

Wir regen an, hier umfassende nationale Maßnahmen zu erarbeiten bzw. umzusetzen sowie internationale Möglichkeiten für Regulierungen auszuloten und anzuregen. Derart sollte aus unserer Sicht die Entwicklung hintangehalten werden, wodurch Werbung über soziale Medien das nationale Werbeverbot aushöhlt. Auch bei einer diesbezüglichen Änderung muss sichergestellt werden, dass alle Tabak- und Nikotinprodukte ausdrücklich inkludiert sind.

⁹⁷ Z. B. „Electric Nations Festival“ in Graz, 13.7.2019

⁹⁸ https://www.ris.bka.gv.at/JudikaturEntscheidung.wxe?Abfrage=Vwgh&Dokumentnummer=JWR_2016110130_20171215L02 (Aufgerufen am 22.11.2021)

⁹⁹ Czaplicki et al. 2020; Navarro et al. 2019; Burton et al. 2015; Wang et al. 2015; Freeman 2012

¹⁰⁰ Marsh 2020

2.4.12 Jugendschutz aktuellen Erfordernissen anpassen

Jugendschutz ist der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung ein zentrales Anliegen. Ausdrücklich begrüßen wir die Anhebung des Jugendschutzes vor Tabak und Nikotin von 16 auf 18 Jahre im Jahr 2018 (Verkaufsverbot laut TNRS) bzw. 2019 (Konsumverbot laut Jugendgesetz). Dies war ein sehr wichtiger Schritt, mit dem Österreich an internationale Standards angeschlossen.

In Österreich ist Jugendschutz je nach Bundesland autonom geregelt. Dies ist fachlich nicht nachvollziehbar. Die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung setzt sich dementsprechend für ein gemeinsames österreichisches Jugendgesetz ein. Strategische Ausrichtung sollte ein Fokus auf Abgabe/Handel/Weitergabe inklusive entsprechender Strafbestimmungen sein. Sollte ein gemeinsames österreichisches Jugendgesetz politisch nicht erwünscht sein, so erscheint es jedenfalls sinnvoll, dass die österreichischen Bundesländer in ihren Jugendgesetzen einheitliche Formulierungen finden und umsetzen.

Geschuldet den rasanten Entwicklungen am Tabak- und Nikotinmarkt ist darüber hinaus festzustellen, dass die österreichischen Jugendgesetze nicht mehr am Stand der aktuellen Entwicklungen des Nikotinmarktes sind. Dazu seien zwei Beispiele angeführt, die dies verdeutlichen: Nikotinbeutel und neuere Formen von Wasserpfeifen.

Nikotinbeutel gab es zur Zeit der letzten Überarbeitung der Jugendgesetze noch gar nicht am Markt. Sie dürfen theoretisch an jedes Kind verkauft werden. Die Verkaufsstellen machen zwar freiwillige Selbstverpflichtungen, aber es gibt dazu keine gesetzliche Verpflichtung und keine Kontrollen.

Auch Wasserpfeifen gibt es bereits ohne Tabak, nämlich mit Dampfsteinen, auf die flüssiges Nikotin geträufelt wird. Diese Form der Wasserpfeifenfüllung – Nikotin mit einer anderen Trägersubstanz als Tabak, jedoch ohne Definition als elektronische Zigarette – ist nicht durchgängig in den derzeitigen Jugendgesetzen erfasst. In Erprobung sind auch Wasserpfeifenfüllungen auf Basis von Tees und Gels. Es ist aktuell auch die Rede von einem ersten Patent einer E-Wasserpfeife, für die vermutlich dasselbe gelten würde. Durch die neuen Trägersubstanzen kann der Jugendschutz umgangen werden.

Ein Teil der Jugendgesetze referiert aus gutem Grund auf das TNRS, und zwar in den meisten Fällen auf „Tabakerzeugnisse“ und „Verwandte Erzeugnisse“. Dies war zum Zeitpunkt ihrer letzten Überarbeitung sinnvoll. Sobald jedoch ein neues Produkt auf den Markt kommt, das noch nicht im TNRS erfasst ist, ist es auch in den Jugendschutz nicht inkludiert.

Wir schlagen vor, vorausschauend und entsprechend der Entwicklungen den Jugendgesetzen alle Produkte automatisch zu unterstellen, welche zur Nikotinaufnahme bestimmt sind, aber nicht als pharmakologisches Produkt definiert sind. Wichtig ist dabei, auch synthetisch hergestelltes Nikotin einzubeziehen.

Angeregt werden soll an dieser Stelle auch eine einheitliche Verankerung des Mystery Shopping inklusive Konsequenzen.

2.4.13 Lizenzierung von Verkaufsstellen beibehalten bzw. ausweiten

Österreich hat mit dem Tabakmonopol eine nahezu einzigartige Regelung für den Verkauf von Tabakprodukten. Immer mehr Länder ringen um eine gute Möglichkeit, den Verkauf zu regeln. Die verschiedenen Arten der Lizenzierung haben sich dabei als am besten geeigneter Ansatz herausgestellt. Denn sie haben drei Wirkungen: erstens die verbesserte Durchsetzung und Einhaltung bestehender Richtlinien zur Kontrolle des Tabakkonsums an Verkaufsstellen (z. B. Mindestalter für den Verkauf), zweitens die Reduzierung von Anzahl und / oder Dichte der Tabakeinzelhandelsgeschäfte und drittens die De-Normalisierung des Konsums.¹⁰¹ Im Sinne der Suchtprävention ist daher herauszustreichen, dass das Tabakmonopol eine wichtige Rahmenbedingung bzw. Grundlage darstellt.

Auch bisher noch nicht erfasst nicht-pharmazeutische Nikotinprodukte wie Nikotinbeutel sowie Gerätschaften, deren immanenter Zweck der Konsum von Tabak bzw. Nikotin ist (etwa die Geräte von Tabakerhitzern) sollten dem Regime des Tabakmonopols unterstellt werden. Alternativ sollte ein System der Lizenzierung angedacht werden – etwa indem einzelne Produkte frei verkäuflich bleiben, aber der Verkauf einem System der Lizenzierung unterstellt wird.

2.4.14 Standardisierte Verpackungen einführen

Die im Jahr 2014 verabschiedete EU-Tabakprodukte Richtlinie¹⁰² regelt einerseits Bild-Text-Warnhinweise auf Verpackungen von Filterzigaretten und Tabak zum Selbstdrehen, die seit 20.5.2016 umgesetzt sein müssen. Andererseits ermöglicht sie ausdrücklich das Einführen standardisierter Verpackungen, von dem mittlerweile auch einige europäische Staaten Gebrauch gemacht haben: Mit Stand Dezember 2021 gab es in Frankreich, Großbritannien, Norwegen, Irland, Slowenien und Belgien „werbefreie“ Verpackungen. Ungarn wird 2022 folgen.¹⁰³ In weiteren nationalen Strategien sind standardisierte Verpackungen vorgesehen, allerdings noch nicht umgesetzt – etwa im „National Prevention Agreement“ der Niederlande.¹⁰⁴

Der internationale Trend geht in Richtung standardisierter Verpackungen, und wir empfehlen dies aus fachlicher Sicht mittelfristig auch für Österreich. Verpackungen für Tabakwaren und andere Nikotinprodukte sind auch eine Werbefläche. Dokumente der Tabakindustrie zeigen, dass diese bewusst genutzt werden, um ein Image zu transportieren.¹⁰⁵ Über die Verpackung wird das Image des Produkts kommuniziert. Standardisierte Verpackungen könnten zu einer weiteren Ent-Attraktivierung beitragen.

¹⁰¹ Kuipers et al. 2021; Baker et al. 2021

¹⁰² Europäisches Parlament & Rat der Europäischen Union 2014

¹⁰³ https://en.wikipedia.org/wiki/Plain_tobacco_packaging

¹⁰⁴ Ministry of Health, Welfare and Sports 2019

¹⁰⁵ Apollonio, Glantz 2019

2.4.15 Illegalen Handel unterbinden

Der illegale Handel mit Tabak- und Nikotinprodukten ist weltweit verbreitet. Vor allem trifft dies auf herkömmliche Tabakzigaretten zu. Zigarettschmuggel bewirkt, dass die Ware billiger ist. Dieses verbilligte Angebot führt zu einer Steigerung von Nachfrage und Konsum und trägt deshalb zu einer Erhöhung der Anzahl tabakbedingter Erkrankungen sowie von Suchterkrankungen bei. In der EU wurden diesbezüglich Ende der 2010er Jahre wichtige Schritte gesetzt. So wurde mit Mai 2019 ein verpflichtendes Verfolgungs- und Rückverfolgungssystem eingeführt. Dies gilt vorerst nur für Zigaretten und Feinschnitt und ab Mai 2024 für alle anderen Tabakprodukte. Nikotinprodukte ohne Tabak sind noch nicht erfasst.¹⁰⁶

Die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung fordert den Einbezug auch von Nikotinprodukten wie E-Zigaretten in die bestehenden Strukturen zur Bekämpfung des illegalen Handels. Darüber hinaus tritt sie aus fachlichen Gründen für eine Kontrolle der Lieferketten und gegen Abkommen zur Pauschal-Abgeltung von dem illegalen Handel geschuldeten finanziellen Nachteilen von Staaten ein. Transparente, klare, für alle Beteiligten gleichermaßen gültige Nachvollziehbarkeit zur Kontrolle der Lieferketten scheint hier ein zentrales Werkzeug zu sein, um den illegalen Handel mit Tabak- und Nikotinprodukten zu reduzieren bzw. zu unterbinden.

Resümée und Ausblick

Die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung ist stolz darauf, in den letzten Jahren eine wichtige Veränderung in Österreich fachlich begleitet zu haben: den Wandel, dass Rauchen und generell der Konsum von Tabak und Nikotin vom allseits sozial akzeptierten Verhalten hin zu einem zumindest in manchen Bevölkerungsgruppen weniger normalen und weniger gesellschaftsfähigen Verhalten wurde. Das war ein großer Schritt, der sich vor allem im großen Widerstand der Bevölkerung gegen das Kippen des Rauchverbots in Innenräumen der Gastronomie äußerte. Die Zivilgesellschaft zeigte, dass sie das Rauchen nicht mehr überall will und braucht und dass es mehr konsumfreie öffentliche Räume braucht. Jenseits der Grenzen brachte die rauchfreie Gastronomie Österreich Ansehen und in Rankings wie der Tobacco Control Scale¹⁰⁷ den Anschluss an internationale Standards. Auch diese Anerkennung war schön mitzuerleben.

Das Thema „Tabak und Nikotin“ ist nach wie vor eine große Herausforderung für die Suchtvorbeugung. Als Expert*innen für Sucht ist unser Ziel eine nachhaltige Senkung des Tabak- und Nikotinkonsums in Österreich. Österreich ist diesbezüglich gut aufgestellt: Es gibt Prävention, es gibt Therapie, es gibt weitgehend gute gesetzliche Rahmenbedingungen. Trotzdem geht mehr und ist auch mehr notwendig. Allein Marktveränderungen machen ständige Anpassungen erforderlich. Auch die Tatsache, dass der Konsum nur langsam sinkt und manche Bevölkerungsgruppen wie junge Erwachsene und sozioökonomisch benachteiligte Personen enorm hohe Prävalenzen aufweisen, macht weitere Aktivitäten und vermehrte Anstrengungen notwendig.

Wie bereits in vorangegangenen Jahren – etwa im Positionspapier „Tabak“ aus dem Jahr 2014 – dargestellt, sind wir nach wie vor der Einschätzung, eine österreichische Tabak- und Nikotinstrategie ist notwendig, um Einzelaktivitäten einzelner Institutionen zu koordinieren und zu bündeln.

Um den Konsum von Tabak und Nikotin in der Bevölkerung zu reduzieren, braucht es Rahmenbedingungen wie österreichweite Koordination und Forschung. Darüber hinaus ist ein dreifacher Ansatz notwendig und sinnvoll, um den Konsum von Tabak und Nikotin in der Bevölkerung zu reduzieren: bei der Prävention, bei der Entwöhnung und bei der Tabak- und Nikotinkontrolle. Die aufgezeigten und geforderten Maßnahmen stellen die Position und fachliche Einschätzung der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung dar, wie diese Senkung gelingen kann. Als Ausgangsbasis der Betrachtungen diente die Situation im Jahr 2021 und dahingehende erwünschte Verbesserungen für die Zukunft. Zentral war dabei auch der Bezug zu den von der WHO und anderen renommierten und wissenschaftlich fundierten Institutionen als notwendig erachteten Schritte zur Reduktion des Konsums.

LITERATUR

Adam M, Leventhal AM, Strong DR, Kirkpatrick MG, Unger JB, Sussman S, Riggs NR, Stone MD, Khoddam R, Same JM, MD, Audrain-McGovern J (2015): Association of Electronic Cigarette Use With Initiation of Combustible Tobacco Product Smoking in Early Adolescence. *JAMA* 314(7):700-707.

Albers AB, Siegel M, Cheng DM, Biener L, Rigotti NA (2007): Effect of smoking regulations in local restaurants on smokers' anti-smoking attitudes and quitting behaviours. *Tobacco Control* 16(2):101-106.

Apollonio DE, Glantz SA (2019): Marketing with tobacco pack inserts: a qualitative analysis of tobacco industry documents. *Tobacco Control* 28(3):274-281.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2021): S3 Leitlinie "Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung," AWMF-Register Nr. 076-006. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Rauchen-_Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).

Astuti PA, Assunta M, Freeman B (2018): Raising generation 'A': a case study of millennial tobacco company marketing in Indonesia. *Tobacco Control* 27 (e1) e41-e49.

Auer R, Concha-Lozano N, Jacot-Sadowski I (2017): Heat-Not-Burn Tobacco Cigarettes: Smoke by any other name. *JAMA Intern Med.*177(7):1050-1052.

Baker J, Masood M, Rahman MA, Thornton L, Begg S (2021): Identifying tobacco retailers in the absence of a licensing system: lessons from Australia. *Tobacco Control*: first published as 10.1136/tobaccocontrol-2020-055977 on 1 February 2021.

Basaran R, Güven NM, Eke BC (2019): An Overview of iQOS® as a New Heat-Not-Burn Tobacco Product and Its Potential Effects on Human Health and the Environment. *Turkish Journal Of Pharmaceutical Sciences* 16(3): 371-374.

Bauld L, Angus K, de Andrade M, Ford A (2016): Electronic cigarette marketing: current research and policy. Commissioned by Cancer Research UK. https://www.stir.ac.uk/media/stirling/services/faculties/sport-and-health-sciences/research/documents/Electronic-Cigarette-Marketing-Report-Final_MASTER_Branded.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).

Benowitz NL (2010): Nicotine addiction. *The New England Journal of Medicine* 362: 2295-2303.

Berger J, Neuberger M (2020): Wer schützt Österreichs Kinder und Jugendliche vor Tabakindustrie und -handel? Pädiatrie und Pädologie. *Paediatr. Paedolog. Austria* 55:248-251. https://link.springer.com/article/10.1007/s00608-020-00813-1?wt_mc=Internal.Event.1.SEM.ArticleAuthorOnlineFirst#citeas (Aufgerufen am 20.1.2022).

Bialous SA, Glantz SA (2018): Heated tobacco products: another tobacco industry global strategy to slow progress in tobacco control. *Tobacco Control* 27(1S):s111-s117.

Biondi-Zoccai G, Sciarretta S, Bullen C, Nocella C, Violi F, Loffredo L, Pignatelli P, Perri L, Peruzzi M, Marullo AGM, De Falco E, Chimenti I, Cammisotto V, Valenti V, Coluzzi F, Cavarretta E, Carrizzo A, Prati F, Carnevale R, Frati G (2019): Acute Effects of Heat-Not-Burn, Electronic Vaping, and Traditional Tobacco Combustion Cigarettes: The Sapienza University of Rome-Vascular Assessment of Proatherosclerotic Effects of Smoking (SUR-VAPES) 2 Randomized Trial. *Journal of the American Heart Association* 19;8(6):e010455.

Brown-Johnson CG, England LJ, Glantz SA, Ling PM (2014): Tobacco industry marketing to low socio-economic status women in the USA. *Tobacco Control* 23(e2)e139-e146.

Bundesministeriums für Gesundheit (2013): Delphi-Studie zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen.“ https://www.emcdda.europa.eu/system/files/att_229569_EN_AT_delphistudie_20130628.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2019): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. <http://www.hbcs.org/membership/countries/austria.html> (Aufgerufen am 20.1.2022).

Burton S, Soboleva A, Khan A (2015): Smoke spots: Promoting smoking with social media. *Tobacco Control* 24(3):313-314.

Bühler A (2016): Meta-Analyse zur Wirksamkeit deutscher suchtpreventiver Lebenskompetenzprogramme. *Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie* 2016;25(3): 175-188.

Bühler A, Heppekausen K (2005): Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland: Grundlagen und kommentierte Übersicht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Gesundheitsförderung konkret (6). <https://repositorio.publisso.de/resource/fri:2822891-1/data> (Aufgerufen am 20.1.2022).

Carter SM (2003): Going below the line: creating transportable brands for Australia's dark market. *Tobacco Control* 12 (S3) iii87-iii94

Center AM, Bhide PG, Salazar G (2020): Nicotine in Senescence and Atherosclerosis. *Cells* 9(4):1035.

Centers for Disease Control and Prevention (2019): Outbreak of Lung Injury Associated with the Use of E-Cigarette, or Vaping, Products. 1st published 2019. https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html (Aufgerufen am 20.1.2022).

- Chaloupka FJ, Yurekli A, Fong GT (2012):** Tobacco taxes as a tobacco control strategy. *Tobacco Control* 21(2):172–180;
- Chaloupka FJ, Straif K, Leon ME (2011):** Effectiveness of tax and price policies in tobacco control. *Tobacco Control* 20(3):235–2384.
- Chaloupka FJ & Wechsler H (1997):** Price, tobacco control policies and smoking among young adults. *Journal of Health Economics* 16:359–3738.
- Chun L, Moazed F, Matthay M, Calfee C, Gotts J. (2018):** Possible hepatotoxicity of IQOS. *Tobacco Control* 27(1S):s39.
- Collins L, Glasser AM, Abudayyeh H, Pearson JL, Villanti AC (2019):** E-cigarette marketing and communication: how e-ci-garette companies market e-cigarettes and the public enga-ges with e-cigarette information. *Nicotine & Tobacco Research* 21:14–24.
- Cox B, Martens E, Nemery B, Vangronsveld J, Nawrot TS (2013):** Impact of a stepwise introduction of smoke-free legislation on the rate of preterm births: Analysis of routinely collected birth data. *British Medical Journal* 346:f441.
- Czaplicki L, Kostygina G, Kim Y, Perks SN, Szczypka G, Emery SL, Vallone D, Hair EC (2020):** Characterising JUUL-related posts on Instagram. *Tobacco* 29(4):480.
- Dai H, Leventhal AM (2019):** Association of electronic cigarette vaping and subsequent smoking relapse among former smokers. *Drug and Alcohol Dependence* 199:10-17.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2021):** Stellungnahme der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) zu E-Zigaretten. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/DHS_Stellungnahme_E-Zigarette.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2014):** Suchtprävention in Deutschland. Stark für die Zukunft. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Suchtpraevention_in_Deutschland.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2020a):** Werbung verführt zum Rauchen – umfassendes Tabakwerbeverbot ist überfällig. Aus der Wissenschaft für die Politik. https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfdP_2020_Werbung-verfuehrt-zum-Rauchen.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2020b):** E-Zigaretten und Tabakerhitzer – ein Überblick. https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/E-Zigaretten-und-Tabakerhitzer-Ueberblick_Oktober_2020.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2020c):** Tabakatlas Deutschland 2020. <https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Tabakatlas-Deutschland-2020.pdf> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2019a):** Deutliche Tabaksteuererhöhungen sind die wirksamste Maßnahme, um zum Nichtrauchen zu motivieren. Aus der Wissenschaft für die Politik. https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfdP_2019_Tabaksteuererhoeungen_final.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2019b):** Rauchen und Lungenerkrankungen. Fakten zum Rauchen. https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_2019_Rauchen-und-Lungenerkrankungen.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2018):** Rauchen und Herz-Kreislaufsystem. Fakten zum Rauchen. https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_2018_Rauchen-und-Herz-Kreislaufsystem.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2015):** Gesundheitsrisiko Nikotin. Fakten zum Rauchen, https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_Gesundheitsrisiko_Nikotin_web.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2014):** Tabakprävention in Deutschland – Was wirkt wirklich? Aus der Wissenschaft, für die Politik. https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfdP_2014_Tabakpraevention-in-Deutschland_bearbeitet-2018.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2010):** Operationsrisiko Rauchen. Fakten zum Rauchen. https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_Operationsrisiko_Rauchen.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2009):** Krebserzeugende Substanzen im Tabakrauch. Fakten zum Rauchen. https://www.dkfz.de/de/rauchertelefon/download/FzR_Kanzerogene_im_Tabakrauch.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- DiFranza JR (2015):** A 2015 Update on the Natural History and Diagnosis of Nicotine Addiction. *Current Pediatric Reviews* 11(1):43-55.
- 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; Benowitz NL (2003): Cigarette smoking and cardiovascular disease: pathophysiology and implications for treatment. *Progress in Cardiovascular Diseases* 46, 91-111.
- European Commission, Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks (SCHEER) (2021):** Opinion on Electronic Cigarettes. https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/scientific_committees/scheer/docs/scheer_o_017.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2019):** European prevention curriculum: A handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11733/20192546_TDMA19001ENN_PDF.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2011):** European drug prevention quality standards. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/646/TD3111250ENC_318193.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- European Respiratory Society (ERS) (2019):** ERS Position Paper on Tobacco Harm Reduction. May 2019. <https://www.ersnet.org/news-and-features/news/ers-position-paper-on-tobacco-harm-reduction-2/>(Aufgerufen am 20.1.2022).
- Europäisches Parlament & Rat der Europäischen Union (2014):** Richtlinie 2014/40/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 3. April 2014 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/37/EG. Amtsblatt der Europäischen Union L 127: 1–38.
- Eurostat (2019):** Consumer price levels in the EU 2018. <https://ec.europa.eu/eurostat/news/themes-in-the-spotlight/price-levels-2018> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- ExposeTobacco (2020):** FDA does not rule that IQOS reduces tobacco-related harm, yet PMI still claims victory. https://exposetobacco.org/wp-content/uploads/STP054_FDA_IQOS_Brief_v3.pdf (Aufgerufen am 10.1.2022).
- Feliu A, Fernandez E, Martinez C, Filippidis F (2019):** Are smokers ‘hardening’ or rather ‘softening’? An ecological and multilevel analysis across 28 European Union countries. *European Respiratory Journal* 54(3):1900596.
- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. (2008):** Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. Clinical practice guideline. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Fong GT, Hyland A, Borland R, Hammond D, Hastings G, McNeill A, Anderson S, Cummings KM, Allwright S, Mulcahy M, Howell F, Clancy L, Thompson ME, Connolly G, Driezen P (2006):** Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK survey. *Tobacco Control* 15(3S):iii51–iii58.
- Freeman B (2012):** New Media and Tobacco Control. *Tobacco Control* 21(2):139-144.
- Freeman B, Chapman S (2009):** Open source marketing: Camel cigarette brand marketing in the “Web 2.0” world. *Tobacco Control* 18(3):212–217.
- García-Gómez L, Hernández-Pérez A, Noé-Díaz V, Riesco-Miranda JA, Jiménez-Ruiz C (2019):** Smoking cessation treatments: current psychological and pharmacological options. *Revista Investigacion Clinica*. 71(1):7-16.
- Gesundheit Österreich GmbH (2020a):** ESPAD Österreich 2019. Ergebnisbericht. https://jasmin.goeg.at/1138/1/ESPAD%202019_Forschungsbericht.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Gesundheit Österreich GmbH (2020b):** Tabak und verwandte Erzeugnisse. Zahlen und Fakten 2020. https://jasmin.goeg.at/1552/1/Tabak-%20und%20verwandte%20Erzeugnisse.%20Zahlen%20und%20Fakten%202020_bf.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Gesundheit Österreich GmbH (2020c):** Bericht zur Drogensituation 2020. Bericht zur Drogensituation 2020 (goeg.at) (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Gesundheit Österreich GmbH (2020d):** Epidemiologiebericht Sucht 2020. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. https://jasmin.goeg.at/1557/1/Epidemiologiebericht%20Sucht%202020_bf.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Glantz SA (2018a):** PMI’s own in vivo clinical data on biomarkers of potential harm in Americans show that IQOS is not detectably different from conventional cigarettes. *Tobacco Control* 27(S1):s9-s12.7.
- Glantz SA (2018b):** Heated Tobacco Products. The example of IQOS. *Tobacco Control* 27(S1):s1-s6.
- Glantz SA, Bareham DW (2018):** E-Cigarettes: Use, Effects on Smoking, Risks, and Policy Implications. *Annual Review of Public Health*, 39(1):215–235.
- Global Network for Tobacco Free Healthcare Services Deutschland (2021):** Global Network Standards. <https://www.dnrfk.de/standards-implementierung/> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Grana R, Benowitz N, Glantz SA (2014):** E-Cigarettes. A Scientific Review. *Circulation* 29(19):1972–1986.
- Grando SA (2014):** Connections of nicotine to cancer. *Nature Reviews Cancer* 14(6):419–429.
- Gravely S, Giovino GA, Craig L, Commar A, D’Espaignet ET, Schotte K, Fong GT (2017):** Implementation of key demand-reduction measures of the WHO Framework Convention on Tobacco Control and change in smoking prevalence in 126 countries: An association study. *Lancet Public Health* 2(4): e166–e174.
- GrønkJær M, Eliassen M, Skov-Ettrup LS, Tolstrup JS, Christiansen AH, Mikkelsen SS, Becker U, Flensburg-Madsen T (2014):** Preoperative smoking status and postoperative complications: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Surgery* 259(1):52-71.
- Hahn EJ (2010):** Smokefree Legislation. A Review of Health and Economic Outcomes Research. *American Journal of Preventive Medicine* 39(6S1):S66-76.
- Hajek F, Phillips-Waller A, Przulj D, Pesola F, Myers Smith K, Bisal N, Li J, Jinshuo L, Parrott S, Sasieni P, Dawkins L, Ross L, Goniewicz M, Wu Q, McRobbie HJ (2019):** A randomized trial of e-cigarettes versus nicotine-replacement therapy. *New England Journal of Medicine* 2019; 380:629-637.

- Hansen J, Hanewinkel R, Maruska K, Isensee B (2012): The "Eigenständig werden" prevention trial: a cluster randomised controlled study on a school-based life skills Programme to prevent substance use onset. *BMJ Open* 1(2):e000352.
- Hansen J, Isensee B, Maruska K, Hanewinkel R (2015): „Eigenständig werden 5 + 6“ Praktikabilität eines Schulprogramms zur Suchtprävention und Förderung von Lebenskompetenzen für 5. und 6. Klassen aus der Sicht von Lehrkräften. *Prävention und Gesundheitsförderung* 10: 335-342.
- Harper T (2010): Marketing life after advertising bans. *Tobacco Control* 10(2):196-198.
- Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Butler AR, Lindson N, Bullen C, Begh R, Theodoulou A, Notley C, Rigotti NA, Turner T, Fanshawe TR, Hajek P (2021): Electronic cigarettes for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021 (9):CD010216. 1st published 2014.
- Henriksen L (2012): Comprehensive tobacco marketing restrictions: promotion, packaging, price and place. *Tobacco Control* 21(2):147-153.
- Hendlin Y, Anderson SJ, Glantz SA (2010): Acceptable rebellion: marketing hipster aesthetics to sell Camel cigarettes in the U.S. *Tobacco Control* 19(3):213-22.
- Hersey JC, Niederdeppe J, Ng SW, Mowery P, Farrelly M, Messeri P (2005): How state counter-industry campaigns help prime perceptions of tobacco industry practices to promote reductions in youth smoking. *Tobacco Control*, 14(5):377-383.
- Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafò M (2012): Socioeconomic status and smoking: A review. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1248(1): 107-123.
- Hoch E, Mühlig S, Höfler M, Pittrow D, Wittchen HU (2004a): Raucherentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung: Ziele, Design und Methoden der "Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening (SNICAS)"-Studie. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 6(1):32-46.
- Hoch E, Franke A, Sonntag H, Jahn B, Mühlig S, Wittchen HU (2004b): Raucherentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung – Chance oder Fiktion? Ergebnisse der "Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening (SNICAS)"-Studie. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 6(1):47-51.
- Hurt RD, Weston SA, Ebbert JO, McNallan SM, Croghan IT, Schroeder DR, Roger VL (2012): Myocardial infarction and sudden cardiac death in Olmsted County, Minnesota, before and after smoke-free workplace laws. *Archives of Internal Medicine* 172(21):1635-41.
- Hwang JH, Ryu DH, Park S-W (2019): Heated tobacco products: Cigarette complements, not substitutes. *Drug and Alcohol Dependence* 204:107576.
- International Agency for Research on Cancer (2011): Effectiveness of tax and price policies in tobacco control. *IARC Handbooks of Cancer Prevention* Vol. 14.
- Isensee B, Hansen J, Maruska K, Hanewinkel R (2014): Effects of a school-based prevention programme on smoking in early adolescence: A 6-month follow-up of the "Eigenständig werden" cluster randomized trial. *BMJ Open* 21;4(1):e004422.
- Jayes L, Haslam PL, Gratzou CG, Powell P, Britton J, Vardavas C, Jimenez-Rui C, Leonardi-Bee J & Tobacco Control Committee of the European Respiratory S (2016): SmokeHaz: Systematic reviews and meta-analyses of the effects of smoking on respiratory health. *Chest* 150:164-179.
- Joossens L, Raw M (2019): The Tobacco Control Scale 2019 in Europe. A report of the Association of the European Cancer Leagues. <https://www.tobaccocontrolscale.org/TCS2019.pdf> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Jordt S-E (2021): Synthetic nicotine has arrived. *Tobacco Control*. Published Online First: 07 September 2021.
- Kahr C (2020): Trends und Entwicklungen in der Suchtprävention. In: Gesundheitsfonds Steiermark (Hg.) Leitfaden Sucht: Daten, Fakten, Fachbeiträge, Statements, Hilfsangebote: 16-17. <https://www.gesundheitsfonds-steiermark.at/wp-content/uploads/2021/02/Leitfaden-Sucht.pdf> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Kass Lempert L, Glantz SA (2021): Analysis of FDA's IQOS marketing authorisation and its policy impacts. *Tobacco Control* 30 (4) 413-421.
- Kokkinidis DG, Giannopoulos S, Haider M, Jordan T, Sarkar A, Singh GD, Secemsky EA, Giri J, Beckman JA, Armstrong EJ (2020): Active smoking is associated with higher rates of incomplete wound healing after endovascular treatment of critical limb ischemia. *Vascular Medicine* 25(5):427-435.
- Konstantinou E, Fotopoulou F, Drosos A, Dimakopoulou N, Zagoriti Z, Niarchos A, Makrynioti D, Kouretas D, Farsalinos K, Lagoumintzis G, Poulas K (2018): Tobacco-specific nitrosamines: A literature review. *Food and Chemical Toxicology* 118:198-203.
- Kulik MC, Lisha NE, Glantz SA (2018): E-cigarettes Associated With Depressed Smoking Cessation: A Cross-sectional Study of 28 European Union Countries. *American Journal of Preventive Medicine* 54(4):603-609.
- Kuipers MAG, Nuyts PAW, Willemsen MC (2021): Tobacco retail licencing systems in Europe. *Tobacco Control*: first published as 10.1136/tobaccocontrol-2020-055910 on 12 February 2021.

- Lee CM, Kim C-Y, Lee K, Kim S (2020):** Are Heated Tobacco Product Users Less Likely to Quit than Cigarette Smokers? Findings from THINK (Tobacco and Health IN Korea) Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(22): 8622.
- Lee PN, Forey BA, Coombs KJ (2012):** Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence in the 1900s relating smoking to lung cancer. *BMC Cancer* 12:385.
- Li K., Hüsing A, Kaaks R (2014):** Lifestyle risk factors and residual life expectancy at age 40: A German cohort study. *BMC Medicine* 2014, 12:59.
- Lichtenschopf A (2012):** Standards der Tabakentwöhnung. Konsensus der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie Update 2010. Wien, New York 2012.
- Lichtenschopf A (2011):** Richtlinien der Tabakentwöhnung: Stand 2010. *Wiener Klinische Wochenschrift* 9-10:299-315.
- Liber AC (2018):** Heated tobacco products and combusted cigarettes: comparing global prices and taxes. *Tob Control* 28(6):689–691.
- Lidón-Moyano C, Martínez-Sánchez JM, Fu M, et al (2017):** Impact of the Spanish smoking legislations in the adoption of smoke-free rules at home: a longitudinal study in Barcelona (Spain). *Tobacco Control* 26:557-562.
- Lovato C, Watts A & Stead LF (2011):** Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011(10):CD003439.
- Marsh S (2020):** British American Tobacco circumventing ad ban, experts say. In: *The Guardian*, 17.3.2020, <https://www.theguardian.com/business/2020/mar/17/british-american-tobacco-circumventing-ad-ban-experts-say> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Martin EM, Clapp PW, Rebuli ME, Pawlak EA, Glista-Baker E, Benowitz NL, Fry RC, Jaspers I (2016):** E-cigarette use results in suppression of immune and inflammatory- response genes in nasal epithelial cells similar to cigarette smoke. *American Journal of Physiology, Lung Cellular and Molecular Physiology* 311(1):135-144.
- Maruska K, Hansen J, Hanewinkel R, Isensee B (2016):** The Role of Substance-Specific Skills and Cognitions in the Effectiveness of a School-Based Prevention Program on Smoking Incidence. *Evaluation & The Health Professions* 39(3):336-355.
- McDaniel JD, Browning KK (2014):** Smoking, Chronic Wound Healing, and Implications for Evidence-Based Practice. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 41(5):415-423.
- McKinney R, Olmo H (2021):** Pathologic Manifestations Of Smokeless Tobacco. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing [Internet]. PMID: 34424631.
- Meo SA, Ansary MA, Barayan FR, Almusallam AS, Almehaid AM, Alarifi NS, Alsohaibani TA, Zia I (2019):** Electronic Cigarettes: Impact on Lung Function and Fractional Exhaled Nitric Oxide Among Healthy Adults. *American Journal of Men's Health* 13(1):1557988318806073.
- Ministry of Health, Welfare and Sports (2019):** National Prevention Agreement: A healthier Netherlands. <https://www.government.nl/topics/smoking/documents/reports/2019/06/30/the-national-prevention-agreement> (Aufgerufen am 20.1.2022)
- Mishra A, Chaturvedi P, Datta S, Sinukumar S, Joshi P, Garg A (2015):** Harmful effects of nicotine. *Indian J Med Paediatr Oncol.* 36(1):24–31.
- Moazed F, Chun L, Matthay MA, Calfee C.S., Gotts J (2018):** Assessment of industry data on pulmonary and immunosuppressive effects of IQOS. *Tobacco Control* 27(1):20-25.
- Mravec B, Tibensky M, Horvathova L, Babal P (2020):** E-Cigarettes and Cancer Risk. *Cancer Prevention Research (Philadelphia)*. 13(2):137-144.
- Müller S (2019):** Frictional Keratosis, Contact Keratosis and Smokeless Tobacco Keratosis: Features of Reactive White Lesions of the Oral Mucosa. *Head & Neck Pathology* 13(1):16-24.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEEM) (2018):** Public Health Consequences of E-Cigarettes. Washington, DC: The National Academies Press. <https://www.nap.edu/catalog/24952/public-health-consequences-of-e-cigarettes> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Navarro MA, Keely O'Brien E, Hoffman L (2019):** Cigarette and smokeless tobacco company smartphone applications. *Tobacco Control* 28(4):462-465.
- Neal L Benowitz NL, Fraiman JB (2017):** Cardiovascular effects of electronic cigarettes. *Nature Reviews Cardiology* 14(8):447-456.
- Neuberger M (2021):** Tobacco and Alternative Nicotine Products and Their Regulation. In: Reichl FX, Schwenk M (Hg.): *Regulatory Toxicology*.
- Nowak D, Hering T, Herth FJF, Jany P, Raupach T, Welte T, Loddenkemper R (2015):** Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) zur elektronischen Zigarette (E-Zigarette). *Pneumologie* (69):1-4.
- Omaiye EE, Luo W, McWhirter KJ, Pankow JF, Talbot P (2021):** Flavour chemicals, synthetic coolants and pulegone in popular mint-flavoured and menthol-flavoured e-cigarettes. *Tobacco Control* tobaccocontrol-2021-056582.

- Pan B, Jin X, Jun L, Qiu S, Zheng Q, Pan M (2019):** The relationship between smoking and stroke. A meta-analysis. *Medicin (Balitmore)* 98(12):e14872.
- Pisinger C, Vesbo JA (2020):** A new Cochrane review on electronic cigarettes for smoking cessation: should we change our practice? *European Respiratory Journal*, 56(6):2004083.
- Popova L, Lempert LK, Glantz SA (2018):** Light and mild redux: heated tobacco products' reduced exposure claims are likely to be misunderstood as reduced risk claims. *Tobacco Control* 27(S1):s87-s95.
- Prochaska JJ, Benowitz NL (2019):** Current advances in research in treatment and recovery: Nicotine addiction. *Science Advances* 5(10):eaay9763.
- Profil (2019):** Barbara Kolms Austrian Economics Center erhielt „fünfstelligen Betrag“ von Tabakkonzernen. OTS, 6.4.2019, https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20190406_OTS0005/profil-barbara-kolms-austrian-economics-center-erhielt-fuenfstelligen-betrag-von-tabakkonzernen (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Rajkumar S, Schmidt-Trucksäss A, Wellenius GA, Bauer GF, Khanh Huynh C, Moeller A, Rössli M (2014):** The effect of workplace smoking bans on heart rate variability and pulse wave velocity of non-smoking hospitality workers. *International Journal of Public Health* 59(4):577–85.
- Rauchfrei Telefon (2022):** Nikotinersatzprodukte. <https://rauchfrei.at/nikotinersatzprodukte/> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Rennen E, Nagelhout GE, van den Putte B, Janssen E, Mons U, Guignard R, Beck F, de Vries H, Thrasher JF, Willemssen MC (2014):** Associations between tobacco control policy awareness, social acceptability of smoking and smoking cessation. Findings from the International Tobacco Control (ITC) Europe Surveys. *Health Education Research* 29:72–82.
- Rice VH, Stead LF (2008):** Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1):CD001188.
- Rivera C (2015):** Essentials of oral cancer. *International Journal of Clinical and Experimental Pathology* 8(9):11884-94.
- Ross H, Chaloupka FJ (2003):** The effect of cigarette prices on youth smoking. *Health Economics* 12:217–230.
- Ryu D-H, Park S-W, Hwang JH (2020):** Association between Intention to Quit Cigarette Smoking and Use of Heated Tobacco Products: Application of Smoking Intensity Perspective on Heated Tobacco Product Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(22):8471.
- Sanner T & Grimsrud TK (2015):** Nicotine: Carcinogenicity and effects on response to cancer treatment – a review. *Frontiers in Oncology* 5:196.
- Schoj V, Alderete M, Ruiz E, Hasdeu S (2010):** The impact of a 100% smoke-free law on the health of hospitality workers from the city of Neuquen, Argentina. April 2010, *Tobacco Control* 19(2):134-137.
- Shang C, Lee HM, Chaloupka FJ, Fong GT, Thompson M, O'Connor RJ (2019):** Association between tax structure and cigarette consumption: Findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation (ITC) Project. *Tobacco Control* 28(1):s31-s36.
- Shields PG, Berman M, Brasky TM, Freudenheim JL, Mathe E, McElroy JP, Song MA, Wewers MD (2017):** A Review of Pulmonary Toxicity of Electronic Cigarettes in the Context of Smoking: A Focus on Inflammation. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 26(8):1175-1191.
- Sloan A, Hussain I, Maqsood M, Eremin O, El-Sheemy M (2010):** The effects of smoking on fracture healing. *Surgeon* 8(2):111-116.
- Sohal SS, Eapen MS, Naidu VGM, Sharma P (2019):** IQOS exposure impairs human airway cell homeostasis: Direct comparison with traditional cigarette and e-cigarette. *European Respiratory Journal Open Research* 5:00159-02018.
- Statista (2022):** Preis einer Schachtel Zigaretten in Europa nach Ländern in den Jahren 2010 bis 2020. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/177515/umfrage/zigarettenpreise-in-europa-nach-laendern/> (Aufgerufen am 20.1.2022)
- Statistik Austria (2021):** Sterbefälle nach den häufigsten Todesursachengruppen, Alter und Geschlecht 2020. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/index.html (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Statistik Austria (2020):** Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView§ionName=Gesundheit&pubId=794 (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Stöver H, Hering T, Jamin T, Storck M (2020):** Neue Wege zur Eindämmung des Rauchens: Tabakkonsum & Schadensminimierung ("Tobacco Harm Reduction"). Positionspapier. https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Hochschule/Fachbereich_4/Forschung/ISFF/Veranstaltungen/Webinar_E-Zigaretten_2020/Positionspapier_E-Zigarette_final_28102020.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- The Task Force on Fiscal Policy for Health (2019):** Health taxes to save lives. Employing effective excise taxes on tobacco, alcohol, and sugary beverages. <https://www.bbhub.io/dotorg/sites/2/2019/04/Health-Taxes-to-Save-Lives.pdf> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Tierney PA, Karpinski CD, Brown JE, Luo W, Pankow JF (2016):** Flavour chemicals in electronic cigarette fluids. *Tobacco Control* 2016;25:e10-e15.

- TNS Opinion & Social (2017):** Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Special Eurobarometer 458 – Wave EB87.1, European Commission, <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SPECIAL/surveyKy/2146> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Truth Initiative (2019):** Spinning a new Tobacco Industry. How Big Tobacco is trying to sell a do-gooder image and what Americans think about it. https://truthinitiative.org/sites/default/files/media/files/2019/11/Tobacco%20Industry%20Interference%20Report_final111919.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Uhl A (2005):** Präventionsansätze und -theorien. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 28(3/4): 39-45.
- US Department of Health and Human Services (2020):** Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/2020-cessation-sgr-full-report.pdf> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- U.S. Department of Health and Human Services (2014):** The health consequences of smoking – 50 years of progress: A report of the Surgeon General. U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion and Office on Smoking and Health. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/consequences-smoking-exec-summary.pdf> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- US Department of Health and Human Services (2012):** Preventing tobacco use among youth and young adults. A report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92338/#ch5.s108> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- US Department of Health and Human Services (2000):** Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2000/complete_report/pdfs/fullreport.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- US Preventive Services Task Force, Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, Curry SJ, Donahue K, Doubeni CA, Epling JW Jr, Kubik M, Ogedegbe G, Pbert L, Silverstein M, Simon MA, Tseng C.W., Wong JB (2020):** Primary Care Interventions for Prevention and Cessation of Tobacco Use in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 323(16):1590-1598.
- Vidyasagar AL, Siddiqi K, Kanaan M (2020):** Use of smokeless tobacco and risk of cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. European Journal of Preventive Cardiology. 23(18):1970-1981.
- VIVID – Fachstelle für Suchtprävention (2021):** Tabakpräventionsstrategie Steiermark: Ergebnisse, Erfolge, Entwicklungen 2011 bis 2020. https://www.vivid.at/wp-content/uploads/2021/03/Tabakpraeventionsstrategie_2011_2020.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- VIVID – Fachstelle für Suchtprävention & GFA-Netzwerk Steiermark (2018):** Gesundheitsfolgenabschätzung zur Änderung des NichtraucherInnenschutzes in der Gastronomie mit erweitertem Jugendschutz: Ergebnisbericht. <https://www.vivid.at/thema/tabak/rauchen-und-gesundheit/gesundheitsfolgenabschaetzung-rauchfreie-gastronomie/> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Wang F, Zheng P, Freeman B, Chapman S (2015):** Chinese tobacco companies' social media marketing strategies. Tobacco Control 24(4):408-409.
- Werner A (2014):** Suchtprävention in der Schule: zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention. Lebenskompetenzprogramme als verhältnisverändernde Elemente. Masterstudienlehrgang Sucht- und Gewaltprävention in pädagogischen Handlungsfeldern, Jahrgang 2011-2014. https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/project-attachments/Werner_Masterthesis.pdf
- WHO Framework Convention on Tobacco Control (2017):** Secretariat's statement on the launch of the Foundation for a Smoke-Free World. WHO FCTC statement, 19 September 2017, <https://www.who.int/fctc/mediacentre/statement/secretariat-statement-launch-foundation-for-a-smoke-free-world/en/> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Williams M, Villarreal A, Bozhilov K, Lin S, Talbot P (2013):** Metal and silicate particles including nanoparticles are present in electronic cigarette cartomizer fluid and aerosol. PLoS One 8:e57987.
- World Bank (1999):** Curbing the epidemic. Governments and the economics of tobacco control. <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/0-8213-4519-2> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- World Health Organization (2021):** WHO technical manual on tobacco tax policy and administration. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019188> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- World Health Organization (2020a):** E-Cigarettes are harmful to health. 5 February 2020, Departmental news. <https://www.who.int/news-room/detail/05-02-2020-e-cigarettes-are-harmful-to-health> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- World Health Organization (2020b):** Tobacco use causes almost one third of cancer deaths in the WHO European Region, 18.02.2020, <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/news/news/2020/2/tobacco-use-causes-almost-one-third-of-cancer-deaths-in-the-who-european-region> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- World Health Organization (2020c):** Heated Tobacco Products. A Brief. WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/443663/Heated-tobacco-products-brief-eng.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- World Health Organization (2019)** WHO Report on the global Tobacco Epidemic. Offer help to quit tobacco use. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- World Health Organization (2016):** Earmarked tobacco taxes: lessons learnt from nine countries. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515825> (Aufgerufen am 20.1.2022).

- World Health Organization (2015a):** WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: Raising taxes on tobacco. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178574/9789240694606_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Aufgerufen am 20.1.2022).
- World Health Organization (WHO) (2015b):** The Economic and Health Benefits of Tobacco Taxation. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179423/WHO_NMH_PND_15.6_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Aufgerufen am 20.1.2022).
- World Health Organization (2014):** Electronic Nicotine Delivery Systems. Report by WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/147110/FCTC_COP6_10Rev1-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Aufgerufen am 20.1.2022).
- World Health Organization (2013):** WHO report on the global tobacco epidemic 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85380/9789241505871_eng.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- World Health Organization (2010):** Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44426/9789241564076_eng.pdf (Aufgerufen am 20.1.2022).
- World Health Organization (2008):** mpower. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43818/9789241596282_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Aufgerufen am 20.1.2022).
- World Health Organization (2005):** WHO framework convention on tobacco control. 1st published 2003. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf;jsessionid=0AC079A91075EEE70867495B77D1A57E?sequence=1> (Aufgerufen am 20.1.2022).
- Wyss A et al. (2013):** Cigarette, Cigar, and Pipe Smoking and the Risk of Head and Neck Cancers: Pooled Analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *American Journal of Epidemiology* 178(5): 679–690.
- Yanakawee Siripongvutikorn Y, Tabuchi T, Okawa S (2021):** Workplace smoke-free policies that allow heated tobacco products and electronic cigarettes use are associated with use of both these products and conventional tobacco smoking: The 2018 JASTIS study. *Tobacco Control* 30(2):147-154.
- Yang Y-N, Huang Y-T, Yang C-Y (2017):** Effects of a national smoking ban on hospital admissions for cardiovascular diseases: a time-series analysis in Taiwan. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part A* 80(10-12):562-568.
- Zukunftsforum Public Health (2019):** Health in all policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. <https://zukunftsforum-public-health.de/download/health-in-all-policies-entwicklungen-schwerpunkte-und-umsetzungsstrategien-fuer-deutschland/?wpdmdl=2770&refresh=61d59b8262cc51641388930> (Aufgerufen am 20.1.2022)

