



**Die Reduzierung von durch Tabak verursachten
Schäden und das Recht auf Gesundheit**



**GLOBAL STATE OF TOBACCO
HARM REDUCTION**



Die Reduzierung von durch Tabak verursachten Schäden und das Recht auf Gesundheit



Die Reduzierung von durch Tabak verursachten Schäden und das Recht auf Gesundheit (2020) wird von Knowledge•Action•Change veröffentlicht, einer in Großbritannien ansässigen Agentur zur Förderung der Gesundheit durch Schadensminderung (<https://kachange.eu>).

Knowledge•Action•Change
8 Northumberland Avenue,
London WC2N 5BY, Großbritannien

Verfasst von: Ruth Goldsmith
Bearbeitet von: Harry Shapiro

Publikationsmanagement von: Grzegorz Król
Design von: WEDA sc; Urszula Biskupska
Projektteam: Gerry Stimson, Paddy Costall, Grzegorz Król, Kevin Molloy, Harry Shapiro, Jess Harding and Tomasz Jerzyński
Titelbild: Patrick Hendry auf Unsplash

Das Briefing ist Teil eines umfassenderen Projekts zur Erstellung eines Zweijahresberichts zum globalen Stand der Reduzierung von durch Tabak verursachten Schäden (Global State of Tobacco Harm Reduction = GSTHR). Der GSTHR wird durch einen Zuschuss der Foundation for a Smoke-Free World (Stiftung für eine rauchfreie Welt) unterstützt. Die Stiftung spielte keine Rolle bei der Festlegung des Inhalts, der Analyse oder der Schlussfolgerungen dieses Briefings, die alleine der Herausgeber verantwortet.

Um auf dieses Briefing, den Zweijahresbericht der GSTHR und aktuelle Informationen zur weltweiten Reduzierung von durch Tabak verursachten Schäden zuzugreifen, besuchen Sie <https://gsthr.org>

Danksagung:
Herzlichen Dank an Will Godfrey (USA), Chimwemwe Ngoma (Malawi), Alex Wodak (Australien), Clive Bates (Großbritannien), Dave Cross (Großbritannien) und Marewa Glover (Neuseeland) für ihr Feedback; Fehler sind die des Autors.

Copyright © Knowledge•Action•Change 2020. Unter einer Creative Commons-Lizenz (BY+NC) können Sie das Material für nichtkommerzielle Zwecke kopieren und weitergeben. Verwenden Sie dazu das untenstehende Zitat, um Knowledge•Action•Change als Ersteller des Inhalts anzuerkennen.

Zitat:
Reduzierung von durch Tabak verursachten Schäden und Recht auf Gesundheit (2020). London: Knowledge•Action•Change.

ISBN: 978-1-9993579-4-8

Reduzierung von durch Tabak verursachten Schäden und Recht auf Gesundheit

Kernbotschaften

Schadensminderung, oder die Reduzierung von Schäden, umfasst eine Reihe pragmatischer Richtlinien, Vorschriften und Maßnahmen, die entweder Gesundheitsrisiken durch die Bereitstellung sicherer Formen von Produkten oder Substanzen verringern oder weniger riskante Verhaltensweisen fördern. Schadensminderung konzentriert sich nicht ausschließlich auf die Verbannung von Produkten oder Verhaltensweisen.

Die Reduzierung der durch Tabak verursachten Schäden mittels Verwendung sicherer Nikotinprodukte eröffnet neue Möglichkeiten für weltweit Millionen von Menschen, die mit dem Rauchen aufhören wollen, aber die bisher verfügbaren Optionen nicht nutzen konnten.

Es gibt international umfangreiche und unabhängige Evidenz dafür, dass die heute verfügbaren sichereren Nikotinprodukte – einschließlich Nikotin-Verdampfer (E-Zigaretten), Tabakerhitzer und schwedischem Snus (Lutschtabak) – nachweislich und signifikant sicherer sind als das Rauchen von Tabak.

Bis jetzt konzentrierte sich die offizielle Vorgehensweise zur Reduzierung der durch Rauchen verursachten Krankheits- und Todesfälle auf die Kontrolle und Eindämmung des Tabakkonsums. Obwohl dadurch viel erreicht wurde, wurde der Tabakkonsum dadurch nicht eliminiert. Millionen Menschen weltweit sind entweder nicht in der Lage oder nicht gewillt, den Konsum von Nikotin aufzugeben und rauchen weiterhin Tabak.

In Ländern mit höherem Einkommen ist die Raucherquote in den marginalisierten Bevölkerungsgruppen nach wie vor am höchsten. In vielen Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen hat sich die Raucherquote eingependelt, allerdings dürfte das Bevölkerungswachstum die Anzahl der Raucher erhöhen.

Millionen Menschen sollte der Zugang zu Produkten nicht verwehrt werden, die ihnen helfen können, schlechte Lebensqualität, Krankheiten und vorzeitigen Tod zu vermeiden. Die Verhinderung des Zugangs zu diesen Produkten verwehrt den Menschen gleichzeitig ihr Recht auf Gesundheit, das in vielen internationalen Gesundheitsabkommen verankert ist.

Wo sicherere Nikotinprodukte zugänglich und gut reguliert sind, ist die Faktenlage eindeutig. Eine große Anzahl von Menschen gibt brennbaren Tabak auf und wechselt zu diesen Produkten. Die Menschen entscheiden sich für eine Verbesserung ihrer eigenen Gesundheit, fast ohne Kosten für Regierungen und Steuerzahler.

Die Verbote von sichereren Nikotinprodukten nehmen jedoch zu, auch in den Ländern, in denen die Zahl der Raucher aufgrund des Bevölkerungswachstums voraussichtlich

wachsen wird. Die Richtlinien und Regulierungen der Regierung werden in unangemessener Weise durch fehlerhafte Wissenschaft und Lobbyarbeit gegen den Ansatz der Schadensminimierung beeinflusst, was wiederum häufig zu einer sensationsorientierten Berichterstattung in den Medien führt. In vielen Ländern führen fehlerhafte Informationen zur öffentlichen Gesundheit zur Verunsicherung und Irreführung der Menschen, die sich das Rauchen abgewöhnen möchten.

Ähnliche Probleme gingen auch mit der Einführung vieler früherer Strategien zur Reduzierung von durch Drogen oder Sexpaktiken verursachten Schäden einher, als diese Strategien noch neu waren. Beim Tabak ist die Zahl der Betroffenen enorm hoch. Wird das transformative Potenzial für die öffentliche Gesundheit, das der Ansatz der Verringerung der durch Tabak verursachten Schäden beinhaltet, ausgeschöpft werden? Oder wird diese Gelegenheit, Millionen von Menschenleben zu retten, verspielt, wenn aus einem jahrzehntelangen Krieg gegen Tabak ein umfassender Krieg gegen Nikotin wird?

Die globale Krise der öffentlichen Gesundheit durch das Rauchen von Tabak

Tod und Krankheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass bis Ende dieses Jahrhunderts **eine Milliarde Menschen** an durch Tabak verursachten Krankheiten gestorben sein werden.

Dies entspricht in etwa der **Gesamtbevölkerung Nord- und Südamerikas oder 13 Prozent der derzeitigen Weltbevölkerung**.¹

Jedes Jahr **sterben mehr als sieben Millionen Menschen** an Krankheiten, die mit dem Konsum von Tabak in Zusammenhang stehen – mehr als an Malaria, HIV und Tuberkulose zusammen.

Rauchen ist weltweit die **häufigste Ursache für nicht übertragbare Krankheiten** (Non Communicable Disease = NCD).

Die Hälfte aller Raucher stirbt vorzeitig und unter Schmerzen an Krankheiten, die in direktem Zusammenhang mit einer Reihe von Krankheiten wie Lungen-, Rachen-, Bauchspeicheldrüsen-, Blasen-, Magen-, Nieren- oder Gebärmutterhalskrebs sowie Herzinfarkt oder Schlaganfall stehen. Auch die den Betroffenen nahestehenden Personen erleiden einen Verlust.

Millionen Menschen weltweit leiden auch unter langjähriger Behinderung und verminderter Lebensqualität aufgrund von Krankheiten wie chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), Makuladegeneration, Katarakt, Diabetes, Fruchtbarkeitsstörungen und rheumatoider Arthritis, die alle durch oder im Zusammenhang mit Rauchen entstehen oder verschlimmert werden.

Rauchen wirkt sich auch direkt auf die nicht rauchenden Personen im Umfeld aus. Die WHO schätzt, dass weltweit ein Drittel aller Menschen regelmäßig der Wirkung von Tabakrauch ausgesetzt ist. Die WHO schätzt, dass diese Exposition für etwa 600.000 Todesfälle pro Jahr und etwa 1% der weltweiten Krankheitslast verantwortlich ist.²

Wirtschaftliche Auswirkungen

Es ist schwierig, die genauen wirtschaftlichen Auswirkungen des Rauchens auf die Weltwirtschaft zu ermitteln. 2017 veröffentlichten die WHO und das US National Cancer Institute jedoch eine Studie, in der die weltweiten Folgekosten für das Rauchen in nur einem Jahr (2012) auf 422 Milliarden US-Dollar geschätzt wurden, was 5,7 % aller weltweiten Gesundheitsausgaben entspricht. Die geschätzten indirekten Kosten beliefen sich auf

357 Mrd. USD für Morbidität und 657 Mrd. USD für Mortalität. Die jährlichen wirtschaftlichen Gesamtkosten des Rauchens wurden daher auf 1,4 Billionen USD oder 1,8 % des jährlichen BIP der Welt geschätzt.³

Wer raucht?

Schätzungen zufolge rauchen 1,1 Milliarden Menschen täglich Tabak, und es wird angenommen, dass 80 % von ihnen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen (Low-Middle Income Countries = LMIC) leben.⁴

In vielen Ländern mit höherem Einkommen ist die Anzahl der Erwachsenen, die täglich rauchen, seit Anfang der 1970er Jahre gesunken und die Raucherquote ist dort nach internationalen Standards „niedrig“, was bedeutet, dass weniger als 20 % der Bevölkerung rauchen. Dies ist hauptsächlich auf das stärkere öffentliche Bewusstsein für die Bedeutung eines gesünderen Lebensstils und die Einführung von Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums zurückzuführen (einschließlich Verbot von Werbung, rauchfreie Umgebungen, Verfügbarkeitsbeschränkungen und höhere Steuern).

1,1 Milliarden Menschen rauchen täglich Tabak; 80% leben in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen

In vielen Ländern mit höherem Einkommen hat sich die Raucherquote inzwischen allmählich eingependelt: eine beträchtliche Anzahl von Menschen raucht weiterhin. In diesen Ländern sind das Ausmaß des Rauchens und folglich die darauf zurückzuführenden Todesfälle und Erkrankungen unter schutzbedürftigen und marginalisierten Gruppen unverhältnismäßig hoch, dies schließt Menschen ein, die in Armut leben, ethnische oder indigene Minderheiten, die LGBTQ+ Community, Menschen mit psychischen Erkrankungen oder mit Suchtproblemen.

Viele Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen (LMIC) verfügen nicht über ausreichende Ressourcen, um Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums umzusetzen und durchzusetzen. In Ländern, in denen die Wirtschaft auf Einkommen aus dem Tabakanbau angewiesen ist, ist die Situation noch komplizierter. Die Raucherquote in vielen LMIC pendelt

¹ Roser, M., Ritchie, H. and Ortiz-Ospina, E. (2019) – *World Population Growth*. veröffentlicht online auf OurWorldInData.org. Abgerufen von: <https://ourworldindata.org/world-population-growth>

² World Health Organization (WHO), Global Health Observatory Data: Second-hand Smoke (Veröffentlichungsdatum unbekannt). Abgerufen von: [https://www.who.int/gho/phe/secondhand_smoke/en/#targetText=Second%2Dhand%20smoke%20\(SHS\),asthma%2C%20have%20long%20been%20established.](https://www.who.int/gho/phe/secondhand_smoke/en/#targetText=Second%2Dhand%20smoke%20(SHS),asthma%2C%20have%20long%20been%20established.)

³ National Cancer Institute and WHO (2017), NCI Tobacco Control Monograph Series 21 – *The Economics of Tobacco and Tobacco Control*. Abgerufen von: https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/docs/m21_complete.pdf

⁴ WHO (2019) *Tobacco: key facts*. Abgerufen von: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>



Bild: Franck V. auf Unsplash

sich auf einem Plateau ein (und wird wahrscheinlich ohnehin unterschätzt). Für zahlreiche LMIC geht man von einem erheblichen Wachstum der Bevölkerung aus, was darauf hindeutet, dass die Zahl der Raucher wahrscheinlich steigen wird.

Todesfälle und Krankheiten im Zusammenhang mit dem Rauchen sind bei schutzbedürftigen und marginalisierten Gruppen überproportional hoch

Ein Ziel der allgemeinen UN-Agenda für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Agenda = SDA) ist es, vorzeitige Todesfälle aufgrund nicht übertragbarer Krankheiten (NCD) bis 2030 um ein Drittel zu reduzieren.⁵ Die drei Hauptursachen für NCD-Mortalität sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Atemwegserkrankungen, die alle eng verbunden sind mit dem Rauchen von Zigaretten. Es ist schwer vorstellbar, wie dieses Ziel erreicht werden soll, wenn keine dramatische Reduzierung der Raucherquote gelingt.

„Die Leute rauchen wegen des Nikotins, aber sie sterben am Teer.“

Wie der wegweisende Tabakforscher Professor Mike Russell 1976 feststellte: „Raucher können nicht einfach mit dem Rauchen aufhören, weil sie nikotinsüchtig sind ... Die Leute rauchen wegen des Nikotins, aber sie sterben am Teer.“⁶

Menschen rauchen Tabak, weil sie das Gefühl haben, von den Wirkungen des Nikotins zu profitieren. Menschen berichten, dass es die Konzentration fördert und Nervosität oder Stress

abbauen kann. Umgekehrt berichten Menschen, die rauchen, dass sie sich nach Zigaretten sehnen, unruhig und gereizt werden und es schwierig finden, sich zu konzentrieren, wenn ihnen die Zigaretten ausgehen. In diesem Zusammenhang heißt es auch, dass einige Menschen von Nikotin abhängig seien. Angesichts der Tatsache, dass Nikotin als Substanz relativ harmlos ist und keine der mit dem Rauchen verbundenen Krankheiten verursacht, ist der Konsum von Nikotin wohl nicht das physische oder psychische Problem, das normalerweise durch das öffentliche Image des Wortes „Sucht“ vermittelt wird.

Es ist seit vielen Jahren klar, dass der Grund, warum Menschen vorzeitig sterben oder lebensbedrohliche Krankheiten durch das Rauchen von Zigaretten entwickeln, darin besteht, dass sie den Gasen der giftigen Chemikalien ausgesetzt sind, die beim Anzünden und Verbrennen einer Zigarette freigesetzt werden. Zu den wichtigsten Giftstoffen im Zigarettenrauch, die als potenziell schädlich identifiziert wurden, gehören Kohlenmonoxid, flüchtige organische Verbindungen, Carbonyle, Aldehyde, tabakspezifische Nitrosamine und Metallpartikel.⁷ Über 70 der 7.000 – 8.000 Chemikalien, die bei der Verbrennung von Tabak freigesetzt werden, sind krebserregend.



Bild: Obby RH auf Unsplash

⁵ UN Sustainable Development Goals (SDG) Knowledge Platform, SDG 3 Abgerufen von: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3> (wählen Sie die Registerkarte ‚Targets and indicators‘).

⁶ Russell, M. (1976) Low-tar medium-nicotine cigarettes: a new approach to safer smoking. *British Medical Journal* (BMJ) 1: 1430-1433. Abgerufen von: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1640397/pdf/brmedj00520-0014.pdf>

⁷ Knowledge-Action-Change (KAC) (2018). *No Fire, No Smoke: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2018*, p63. <https://gsth.org/report/full-report>

Nikotin als Substanz, wegen der Menschen weiterhin rauchen, ist kein Karzinogen. Es ist aber auch nicht harmlos – keine Substanz ist das. Die klinische Evidenz deutet jedoch darauf hin, dass bei „den normalerweise verwendeten Dosierungen der kurzfristige Nikotinkonsum keinen klinisch signifikanten Schaden verursacht“.⁸ Studien zu Produkten der Nikotinersatztherapie (NRT) wie Pflaster, Kaugummis, Inhalatoren, Tabletten / Lutschtabletten oder nikotinhaltige Nasensprays haben dies gezeigt. Langfristig ist dies schwieriger zu bestimmen, da sich die bisherigen Studien hauptsächlich auf Nikotin stützten, das durch das Rauchen von Tabak aufgenommen wird. Laut dem britischen Royal College of Physicians ist es jedoch „allgemein anerkannt, dass langfristige Gefahren durch Nikotin, im Vergleich zu denen des fortgesetzten Tabakkonsums, wahrscheinlich nur minimale Auswirkungen haben.“⁹

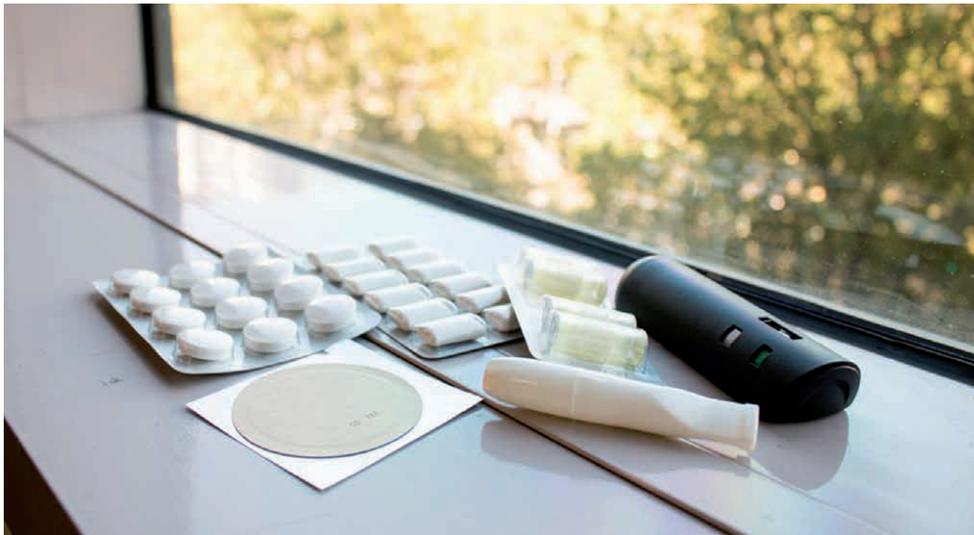


Bild: Google

Die Risiken, die Nikotin für die menschliche Gesundheit darstellt, sind gering im Vergleich zu denen, die von seinem am häufigsten verwendeten Abgabesystem, der Tabakzigarette, ausgehen.

Die Mehrheit der Raucher möchte mit dem Rauchen aufhören und viele Tausende tun dies jedes Jahr erfolgreich. Einige schaffen es, alleine mit dem Rauchen aufzuhören. In Ländern, in denen sie zugänglich und erschwinglich sind, verwenden einige Menschen NRT-Produkte (Nikotinersatz) oder Medikamente wie Vareniclin oder Bupropion. Viele Raucher machen sehr viele erfolglose Versuche, bevor sie es endlich schaffen, für immer mit dem Rauchen aufzuhören.

Für viele funktioniert die Verwendung von Ersatzprodukten oder Medikamenten nicht. Die Gründe dafür sind so individuell wie die Personen, die aufhören wollen. Zu den Gründen

können jedoch gehören, dass diese Produkte den rituellen Aspekt des Rauchens nicht nachbilden können und zudem eine ausreichende Wirkung des Nikotins fehlt.

Eindämmung des Tabakkonsums

Der wichtigste Teil der internationalen Gesetzgebung zur Eindämmung des Tabakkonsums ist das von der WHO verwaltete Rahmenübereinkommen über die Eindämmung des Tabakkonsums (Framework Convention on Tobacco Control, = FCTC), das die FCTC-Delegiertenländer ermutigt, die folgende Strategie zu verfolgen:

Monitor: Überwachung des Tabakkonsums und der Präventionsmaßnahmen

Protect: Schutz der Menschen vor Tabakrauch

Offer: Hilfe zur Raucherentwöhnung anbieten

Warn: Warnung vor den Gefahren des Tabaks

Enforce: Durchsetzung von Verboten für Tabakwerbung und -sponsoring

Raise: Erhöhung der Steuern auf Tabak

In Ländern mit höherem Einkommen ist dieses sogenannte MPOWER-Modell seit Jahren etabliert. In jüngerer Zeit gab es immer mehr Rauchverbote für öffentlich zugängliche Orte. Diese Maßnahmen haben dazu beigetragen, die Anzahl der Erwachsenen zu reduzieren, die täglich rauchen. Die Raucherquote unter Menschen, die aufgrund von Armut, sexueller Orientierung, Zugehörigkeit zu ethnischen oder indigenen Minderheiten, psychischer Erkrankung, Delinquenz oder Konsum illegaler Drogen oder Alkohol gefährdet oder ausgegrenzt sind, bleibt jedoch konstant hoch.

Die Erhöhung der Zigarettenpreise hat dazu beigetragen, die Raucherquote zu senken. Die Strategie hat jedoch einen regressiven Effekt, nämlich eine zunehmende wirtschaftliche Ungleichheit, da sowohl die Raucherquote als auch die Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten bei Menschen aus niedrigeren sozioökonomischen Gesellschaftsschichten höher sind.

Darüber hinaus haben öffentliche Anti-Raucher-Kampagnen bei Menschen, die – aus welchem Grunde auch immer – weiterhin rauchen, dauerhafte Schuld- und Schamgefühle verursacht. Untersuchungen haben gezeigt, dass das mit dem Rauchen verbundene Stigma

⁸ Royal College of Physicians (RCP) (2016). *Nicotine without smoke; tobacco harm reduction. A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians.*

<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction>

⁹ Royal College of Physicians (RCP) (2016). *Nicotine without smoke; tobacco harm reduction. A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians.*

<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction>



Bild: Patrick Hendry auf Unsplash

Menschen daran hindern kann, Hilfe zu suchen, wenn sie sich krank oder unwohl fühlen. Bei Lungenkrebspatienten kann dies beispielsweise zu einer verspäteten Diagnose und damit zu einer schlechteren Prognose, einer geringeren Lebensqualität und negativen Auswirkungen auf die Beziehungen und Interaktionen mit dem Personal im Gesundheitswesen führen.¹⁰

Öffentliche Anti-Raucher-Kampagnen, haben bei Menschen, die, aus welchem Grund auch immer, weiterhin rauchen, dauerhafte Schuld- und Schamgefühle verursacht

Stigmatisierung schafft auf individueller Ebene zusätzliches Leid. Dies kann jedoch auch die gesundheitlichen Unterschiede in der Bevölkerung vertiefen und sich am stärksten auf diejenigen auswirken, die bereits am stärksten gefährdet sind. Einige vertreten die Ansicht, dass dies grundsätzlich nicht als Strategie für die Förderung der globalen Gesundheit eingesetzt werden sollte.¹¹

„Die Leute denken, du bist schmutzig, weil du geraucht hast. Die Leute denken automatisch, dass Du selbst schuld bist.“

56-jähriger mit Lungenkrebs¹²

Der Krieg gegen den Tabak wird zum Krieg gegen Nikotin

Viele Befürworter der strikten Eindämmung des Tabakkonsums sehen in der weltweiten Abstinenz vom Tabakkonsum und der Demontage der Tabakindustrie den einzigen tragfähigen Maßstab für Erfolg. Die Eindämmung des Tabakkonsums ist zu einem Krieg gegen den Tabak geworden.

Mit der Haltung, dass Tabak komplett verboten werden muss, führen die Befürworter dieser Form der Tabakkontrolle auch Krieg gegen Nikotin. Damit verspielen sie möglicherweise die bedeutendste Chance für die öffentliche Gesundheit, die die Welt je gesehen hat.

¹⁰ Riley, K. E., Ulrich, M. R., Hamann, H. A., and Ostroff, J. S. (2017). Decreasing Smoking but Increasing Stigma? Anti-tobacco Campaigns, Public Health, and Cancer Care. *AMA journal of ethics*, 19(5), 475–485. (doi:10.1001/journalofethics.2017.19.5.msoc1-1705). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5679230/>

¹¹ Brewis A, Wutich A. (2019) Why we should never do it: stigma as a behaviour change tool in global health. *BMJ Global Health* (doi:10.1136/ bmjgh-2019-001911). <https://gh.bmj.com/content/4/5/e001911>

¹² Chapple A, Ziebland S, McPherson A. (2004) Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. *British Medical Journal* (BMJ 2004; 328 :1470). <https://www.bmj.com/content/328/7454/1470>

Schadensminderung, Gesundheit und Menschenrechte

Schadensminderung im Alltag

Schadensminderung, oder die Reduzierung von Schäden, umfasst eine Reihe pragmatischer Richtlinien, Vorschriften und Maßnahmen, die entweder Gesundheitsrisiken durch die Bereitstellung sicherer Formen von Produkten oder Substanzen verringern oder weniger riskante Verhaltensweisen fördern. Schadensminderung konzentriert sich nicht ausschließlich auf die Verbannung von Produkten oder Verhaltensweisen.

In unserem Alltag benutzen oder tun wir alle Dinge, die gefährlich sein könnten. Viele Produkte oder Aktivitäten wurden modifiziert, um dieses Risiko zu reduzieren. Änderungen können von Herstellern, Aufsichtsbehörden oder von Verbrauchern ausgehen.

Denken Sie an die Sicherheit im Straßenverkehr. In vielen Ländern gibt es inzwischen Regeln für das Anschnallen. Moderne Autos sind mit Airbags ausgestattet, die uns bei einem Unfall schützen. Viele Rad- und Motorradfahrer tragen Fahrrad- und Motorradhelme. Auf den Straßen gelten Geschwindigkeitsbegrenzungen. Wir verbieten keine Autos und Fahrräder, weil sie uns oder anderen Schaden zufügen können. Wir ergreifen diese Maßnahmen, um Schäden zu reduzieren, obwohl sie dann gewöhnlich unter dem Etikett „Gesundheit und Sicherheit“ firmieren und nicht als „Schadensminderung“ bezeichnet werden.

Schadensminderung als soziale Gerechtigkeit

Schadensminderung hat einen weiteren wichtigen Aspekt: eine Bedeutung bei der Förderung von sozialer Gerechtigkeit und Verteidigung der Menschenrechte für die Menschen, die häufig zu den am stärksten ausgegrenzten in der Gesellschaft gehören.

Befürworter der Schadensminderung argumentieren, dass Menschen wegen potenziell riskanter Aktivitäten wie Drogen- oder Alkoholkonsum, sexueller Aktivitäten oder Rauchen nicht automatisch ihr Recht auf Gesundheit verlieren dürfen.

Die politische Dimension der Schadensminderung ist aus der HIV / AIDS-Epidemie der 1980er Jahre hervorgegangen. Gefährdete und marginalisierte Schwule und Drogenabhängige in den USA und in Europa haben sich für ihr eigenes Recht auf Gesundheit eingesetzt und ihren Communities Kondome und saubere Injektionsgeräte zur Verfügung gestellt.

Schadensminderung setzt sich für soziale Gerechtigkeit und für die Menschenrechte der am stärksten ausgegrenzten Menschen ein

Im Laufe der Zeit wurden die Vorteile für die öffentliche Gesundheit deutlich, und einige Regierungen führten offiziell weitere derartige Maßnahmen ein. Schließlich wurden sie von internationalen Gesundheitsbehörden unterstützt. Und es hat funktioniert: In den Ländern, in denen die Schadensminderung als wichtige Gesundheitsstrategie umgesetzt wurde, sanken die HIV-Raten in den betroffenen Communities erheblich. Hochrisikopopulationen profitierten, aber auch die allgemeine Bevölkerung.

Bei der Anwendung auf diese Bereiche menschlicher Aktivität spielen mehrere Schlüsselprinzipien eine Rolle. Maßnahmen zur Schadensminderung sollten:

- » **Pragmatisch** sein und akzeptieren, dass Konsum von Substanzen und sexuelles Verhalten Teil unserer Welt sind, und sich dafür entscheiden, **schädliche Folgen zu minimieren**, anstatt sie einfach zu ignorieren oder zu verurteilen;
- » **Potenzielle Schäden in den Fokus nehmen**, anstatt zu versuchen, das Produkt oder das Verhalten zu eliminieren;
- » **Nicht wertend, nicht stigmatisierend sein und keine Zwangsmaßnahmen beinhalten**;
- » Anerkennen, dass einige Verhaltensweisen sicherer sind als andere und **gesündere Alternativen anbieten**;
- » **Verhaltensänderungen unterstützen** durch Bereitstellung von Informationen, Dienstleistungen und Ressourcen;
- » Sicherstellen, dass **betroffene Personen und Communities eine Stimme** bei der Erstellung von Programmen und Richtlinien haben, die ihnen dienen sollen – zusammengefasst unter dem Motto „Nichts über uns ohne uns“;
- » Anerkennen, dass die Realitäten von Armut, Klasse, Rassismus, sozialer Isolation und anderen **sozialen Ungleichheiten die Anfälligkeit der Menschen für Krankheiten und ihre Fähigkeiten bezüglich des Umgangs mit gesundheitlichen Problemen beeinflussen**.

Die Schnittstelle von Schadensminderung und Menschenrechten

Während die Schadensminderung als soziale Bewegung relativ neu ist, ist das, wofür betroffene Communities immer gekämpft haben – das Recht auf Gesundheit und niemanden zurückzulassen – seit langem in internationalen Abkommen verankert.

Die Schadensminderung befindet sich an der Schnittstelle zwischen Public Health und Menschenrechten.

Die Menschen müssen im Zentrum der Entscheidungen über ihre Gesundheit stehen. Sie brauchen Wahlmöglichkeiten und Kontrolle über ihr eigenes Wohlbefinden.



Bild: Google

Verhaltensänderungen entstehen nur dann und werden aufrechterhalten, wenn sie zu dem passen, was die Menschen wollen und können.¹³

Verfassung der Weltgesundheitsorganisation 1946:

„Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“

Europäische Sozialcharta 1965:

„Jedermann hat das Recht, alle Maßnahmen in Anspruch zu nehmen, die es ihm

ermöglichen, sich des besten Gesundheitszustands zu erfreuen, den er erreichen kann“.

Nach Artikel 11 müssen die Staaten Maßnahmen ergreifen, um Krankheiten vorzubeugen und die Eigenverantwortung in Gesundheitsfragen zu fördern.

Der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, 1966:

Artikel 12 erkennt „das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ an, und dass die Vertragsstaaten Maßnahmen in Bezug auf „Prävention, Behandlung und Bekämpfung von Epidemien, endemischen, beruflichen und anderen Krankheiten“ ergreifen müssen.

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986:

Ziel ist es, öffentliche Strategien zur Gesundheitsförderung zu entwickeln, so dass Gesundheitsförderung eine Zielstellung in allen Bereichen der Regierungs- und Organisationspolitik ist. „Alle Hindernisse für die Gesundheitsförderung sollten beseitigt werden, um die Entscheidung für ein gesünderes Leben zur einfachsten Wahl zu machen.“

Millionen Menschen rauchen jeden Tag Tabakzigaretten, um Nikotin zu konsumieren. Es gibt jetzt eine Reihe von Möglichkeiten, Nikotin zu konsumieren, die wesentlich sicherer sind.

Menschen, die Tabak rauchen, haben das gleiche Grundrecht auf den höchstmöglichen Gesundheitsstandard wie Nichtraucher. Menschen, die rauchen, haben daher das Recht, auf adäquate Informationen und auf Produkte zuzugreifen, die ihnen dabei helfen, dies zu erreichen.

¹³ Knowledge-Action-Change (KAC) (2018). *No Fire, No Smoke: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2018*, p14. <https://gsth.org/report/full-report>

Reduzierung der durch Tabak verursachten Schäden: das Potenzial

Nicht mehr nur ‚aufhören oder sterben‘, sondern ‚aufhören und versuchen‘

Ab den 1980er Jahren war das wichtigste Produkt zur Reduzierung der durch Tabak verursachten Schäden die Nikotinersatztherapie (NET, oder englisch: Nicotine Replacement Therapy = NRT) – Produkte wie Pflaster, Kaugummi und Inhalatoren. Die NET ist jetzt die medizinisch zugelassene Methode, Nikotin ohne Tabak zu konsumieren, und steht auf der Liste der essentiellen Arzneimittel der WHO. Angesichts dessen ist es einfach, Behauptungen zu widerlegen, dass die schädlichste Chemikalie in einer Zigarette das Nikotin sei. Obwohl die NET in einigen Ländern immer noch verboten oder streng reguliert ist, ist sie in anderen Ländern weit verbreitet und kann teilweise auch ohne Rezept bezogen werden, auch von jungen Menschen.

Seit Mitte der 2000er Jahre hat sich jedoch eine völlig neue Front zur Minderung von durch Tabak verursachten Schäden aufgetan. In vielen Ländern ist die Akzeptanz von Nikotin-Verdampfern (E-Zigaretten) bei den Verbrauchern hoch, zusammen mit der Realisierung erheblicher Vorteile für die öffentliche Gesundheit durch die Umstellung von brennbarem Tabak auf rauchlosen Tabak (Snus) in Schweden und einer Zunahme der Palette neuerer Produkte, wie z. B. Tabakerhitzer und orale Nikotinbeutel (ohne Tabak).¹⁴



Bild: Wikimedia Commons

Im Vergleich zu herkömmlichen Initiativen zur Eindämmung des Tabakkonsums erfolgte die Inanspruchnahme sicherer Nikotinprodukte weitgehend ohne Public Health-Input – also ohne Förderung oder Investition durch Regierungen, Experten oder NGOs zur Tabakkontrolle. Nach der Aufnahme durch die Verbraucher haben Großbritannien und Neuseeland diese Entwicklung jedoch nachdrücklich politisch unterstützt. Einige andere Regierungen beginnen mit der Unterstützung, aber dies wiederum erst, nachdem das Interesse der Verbraucher aufkam.

Sicherere Nikotinprodukte

Es gibt international substanzielle und unabhängige Evidenz dafür, dass die neuen Produkte nachweislich und wesentlich sicherer sind als herkömmliche Zigaretten.

Es gibt keinen gefährlicheren Weg, Nikotin zu konsumieren, als eine Tabakzigarette zu rauchen.

Nikotin-Verdampfer (auch als E-Zigaretten bekannt)

Diese Produkte ermöglichen es dem Benutzer, Nikotin in verdampfter Form einzuzatmen, dieser Dampf enthält keinen Teer und kein Kohlenmonoxid. Alle E-Zigaretten haben drei Grundelemente: die Batterie, die den Heizdraht des Verdampfers erwärmt und die aromatisierte Flüssigkeit in einen zu inhalierenden Dampf verwandelt.

Die meisten E-Liquids (zu verdampfende Flüssigkeiten für E-Zigaretten) enthalten vier Inhaltsstoffe: pflanzliches Glycerin (VG), das den Dampf liefert, Propylenglycol (PG) als Geschmacksträger (obwohl PG-freie Flüssigkeiten erhältlich sind, da einige Menschen gegen diesen Inhaltsstoff allergisch sind), Nikotin und Aroma.

„Beim Dampfen hat man [...] die Aktivität des Rauchens, man hat das Inhalieren, das Ausatmen, man kann wählen, welche Nikotinstärke man will, man kann wählen, welche Aromen man will.“

Catherine¹⁵

¹⁴ Foulds J. et al. (2003). Effect of smokeless tobacco (snus) on smoking and public health in Sweden. *Tobacco Control*, 12:349-359

¹⁵ Catherine ist eine britische Vaperin (Nutzerin von E-Zigaretten) die für The Switch interviewt wurde, ein Video der New Nicotine Alliance (NNA) und des National Centre for Smoking Cessation Training (NCSCT). Alle Videos sind auf der NNA-Website verfügbar: <https://nnalliance.org/nnaresources/switch-videos>

Die erste moderne E-Zigarette kam 2003 auf den Markt. Seitdem gab es zahlreiche Produktentwicklungen. Bei Verdampfern reicht die Produktpalette von sehr einfachen Einweggeräten oder Geräten zur teilweisen Einwegnutzung bis hin zu komplizierteren Geräten, die Verbraucher mithilfe verschiedener Komponenten oder Einstellungen selbst für sich anpassen können.

Die Verwendung von Verdampferprodukten anstelle von brennbaren Tabakzigaretten verringert die Exposition der Benutzer gegenüber zahlreichen im Tabakrauch enthaltenen Giftstoffen und Karzinogenen. Dies bedeutet, dass Dampfererzeugnisse mindestens zu 95 Prozent sicherer sind als Zigaretten.¹⁶ Bisher gibt es keine Hinweise darauf, dass diese Dämpfe umstehenden Personen Schaden zufügen.¹⁷

Fallstudie: E-Zigaretten in Großbritannien – offizielle Unterstützung, rasche Akzeptanz bei den Verbrauchern, Raucherquoten sinken weiter

Großbritannien hat viele Schritte unternommen, um die Reduzierung von durch Tabak verursachten Schäden zu unterstützen. Bereits 2007 wurde die Verwendung sicherer Formen des Nikotinkonsums vom Royal College of Physicians¹⁸ unterstützt, eine Bestätigung, die 2016 wiederholt wurde.¹⁹ Die Evidenzprüfungen von Public Health England, die zu dem Schluss kommen, dass E-Zigaretten 95% weniger gesundheitsschädlich sind als normale Zigaretten, waren sehr einflussreich.^{20,21}

In Großbritannien sind E-Zigaretten zur Gewährleistung von Qualität und Sicherheit streng reguliert. Die meisten Anti-Raucher- und Gesundheits-NGOs sowie viele vertrauenswürdige medizinische Einrichtungen befürworten die Verwendung von E-Zigaretten, um Menschen dabei zu helfen, mit dem Rauchen von Tabak aufzuhören. Dazu gehören ASH (Aktion gegen Rauchen und für Gesundheit),²² Cancer Research UK²³, die British Heart Foundation,²⁴ das Royal College of General Practitioners²⁵ und das Royal College of Psychiatrists.²⁶ Die Bedeutung von Innovation und weniger schädlichen Alternativen wurde innerhalb der Regierung anerkannt.²⁷ Das Gesundheitsministerium (in England) hat sich zum Ziel gesetzt, bis 2030 „Rauchfreiheit“ zu erreichen, „dass Raucher entweder aufhören oder auf Produkte mit reduziertem Risiko wie E-Zigaretten umsteigen.“²⁸ **Eine kürzlich durchgeführte randomisierte kontrollierte Studie in einem britischen NHS-Raucherentwöhnungsdienst zeigte, dass das Dampfen fast doppelt so effektiv bei der Raucherentwöhnung war wie NET.**²⁹

Mit Stand 2019 verwenden schätzungsweise 7,1 % der gesamten erwachsenen Bevölkerung im Vereinigten Königreich – 3,6 Millionen Menschen – E-Zigaretten. Über die Hälfte (54,1 %) der derzeitigen E-Zigaretten-Benutzer sind Ex-Raucher, ein Anteil, der von Jahr zu Jahr gestiegen ist, während der Anteil der Doppelbenutzer (Menschen, die dämpfen und auch rauchen) auf 39,8 % zurückgegangen ist.³⁰

Ex-Raucher berichten, dass sie E-Zigaretten verwenden, um mit dem Rauchen aufzuhören (31 %), um Rückfälle zu vermeiden (20 %), weil sie es genießen (14 %) und um Geld zu sparen (13 %). Doppelbenutzer geben an, E-Zigaretten zu verwenden, um den Tabakkonsum zu reduzieren (21 %), Geld im Vergleich zum Rauchen zu sparen (16 %) und als Hilfe, um mit dem Rauchen aufzuhören (14 %).³¹

¹⁶ McNeill, A. et al. *Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018. A report commissioned by Public Health England*. PHE, 2018 <https://www.gov.uk/government/publications/e-cigarettes-and-heated-tobacco-products-evidence-review>

¹⁷ McNeill, A. et al. *Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018. A report commissioned by Public Health England*. PHE, 2018 <https://www.gov.uk/government/publications/e-cigarettes-and-heated-tobacco-products-evidence-review>

¹⁸ Royal College of Physicians, Tobacco Advisory Group. *Harm reduction in nicotine addiction: helping people who can't quit*. RCP, 2007

¹⁹ Royal College of Physicians, Tobacco Advisory Group. *Nicotine without smoke; tobacco harm reduction*. RCP, 2016

²⁰ McNeill, A. et al. *E-cigarettes: an evidence update: a report commissioned by Public Health England*. PHE, 2015. <https://www.gov.uk/government/publications/e-cigarettes-an-evidence-update>

²¹ McNeill A. et al (2018). *Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018. A report commissioned by Public Health England*. PHE, 2018

²² Action on Smoking and Health (ASH) Website (abgerufen Dezember 2019) *Harm reduction* <https://ash.org.uk/category/information-and-resources/product-regulation/harm-reduction/>

²³ Cancer Research UK website. *Our policy on e-cigarettes* (2019) <https://www.cancerresearchuk.org/about-us/we-develop-policy/our-policy-on-preventing-cancer/our-policy-on-tobacco-control-and-cancer/our-policy-on-e-cigarettes>

²⁴ British Heart Foundation *Smokers who switch to vaping see improvements in their blood vessel health* – a press release about the VESUVIUS study, funded by the British Heart Foundation (November 2019) <https://www.bhf.org.uk/what-we-do/news-from-the-bhf/news-archive/2019/november/smokers-who-switch-to-vaping-see-improvements-in-their-blood-vessel-health>

²⁵ Royal College of General Practitioners (RCGP) Website (abgerufen Dezember 2019): <https://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/e-cigarettes-non-combustible-inhaled-tobacco-products.aspx>

²⁶ Royal College of Psychiatrists Position statement: *The prescribing of varenicline and vaping (electronic cigarettes) to patients with severe mental illness* (2018) https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/position-statements/ps05_18.pdf?sfvrsn=2bb7fdfe_4

²⁷ UK Department of Health (2019) *Towards a smoke-free generation: the tobacco control plan for England* p. 15, p. 27. <https://www.gov.uk/government/publications/towards-a-smoke-free-generation-tobacco-control-plan-for-england>

²⁸ UK Department of Health (2019), *Advancing our health: prevention in the 2020s – consultation document*. <https://www.gov.uk/government/publications/advancing-our-health-prevention-in-the-2020s/advancing-our-health-prevention-in-the-2020s-consultation-document>

²⁹ Hajek, P., Phillips Waller A., Przulj, D. et al. (2019) A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy *New England Journal of Medicine* (DOI: 10.1056/NEJMoa1808779). <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1808779?articleTools=true>

³⁰ Action on Smoking and Health (ASH) (2019) *Use of e-cigarettes among adults in Great Britain* <https://ash.org.uk/wp-content/uploads/2019/09/Use-of-e-cigarettes-among-adults-2019.pdf>

³¹ Action on Smoking and Health (ASH) (2019) *Use of e-cigarettes among adults in Great Britain*. <https://ash.org.uk/wp-content/uploads/2019/09/Use-of-e-cigarettes-among-adults-2019.pdf>



Bild: Sven Kucinic auf Unsplash

Bedenken, dass junge Menschen in großer Zahl mit dem Dampfen beginnen könnten, wurden in Großbritannien nicht bestätigt. Die von der wohltätigen Anti-Rauchen-Organisation ASH durchgeführte Studie „Smokefree Great Britain Youth Survey“ ergab, dass unter den 11 – 18-jährigen, die noch nie geraucht hatten, 5,5 % irgendwann einmal E-Zigaretten probiert haben, 0,8 % sind derzeit Dampfer und nur 0,1 % dampfen mehr als einmal pro Woche. Kein einziger „Noch nie-Raucher“ berichtete, dass er täglich dampft.³²

„Ich hatte eine E-Zigarette, die mir die Krankenschwester im Rahmen der Raucherentwöhnung gegeben hat. Ich habe es ein paar Mal versucht und dachte, ja, das ist in Ordnung – weil ich denke, es war eher die Angewohnheit des Rauches, die ich brauchte – also dachte ich, ich werde es wirklich mal versuchen. E-Cigs sind das Beste, was ich je entdeckt habe. Sie haben mein Leben verändert.“

Glen³³

Bild: Antonin FELS auf Unsplash

Tabakerhitzer

In jüngster Zeit ist in vielen Ländern eine neue Generation von Geräten mit der Bezeichnung Tabakerhitzer auf den Markt gekommen. Diese Geräte erhitzen Tabak unterhalb der Verbrennungstemperaturen auf eine Temperatur von nicht mehr als 350°C, was ausreicht, um Nikotin in einem Dampf freizusetzen, der im Vergleich zu brennbaren Zigaretten signifikant weniger Toxine enthält.³⁴ Tabak zur Verwendung in Tabakerhitzen wird pulverisiert und mit Glycerin, Guarkernmehl und anderen Inhaltsstoffen gemischt.

Tabakerhitzer erzeugen im Vergleich zu Zigaretten signifikant weniger schädliche Stoffe. In Bezug auf das karzinogene Potential ergab eine Überprüfung der vorhandenen Studien zum toxikologischen Risiko und zur wahrscheinlichen täglichen Exposition, dass das Krebsrisiko durch Tabakerhitzer zwischen einem und 10 Prozent des Risikos von Zigaretten beträgt.³⁵

³² Action on Smoking and Health (ASH) (2019) *Use of e-cigarettes among young people in Great Britain*. <https://ash.org.uk/wp-content/uploads/2019/06/ASH-Factsheet-Youth-E-cigarette-Use-2019.pdf>

³³ Glen ist ein britischer Vaper (Nutzer von E-Zigaretten) der für The Switch interviewt wurde, ein Video der New Nicotine Alliance (NNA) und des National Centre for Smoking Cessation Training (NCSCT). Alle Videos sind auf der NNA-Website verfügbar: <https://nnaalliance.org/nnaresources/switch-videos>

³⁴ Committee on Toxicity (2017). *COT Meeting: 4 July 2017*. <https://cot.food.gov.uk/cot-meetings/cotmeets/cot-meeting-4-july-2017>

³⁵ Stephens E (2018) *The role of emissions in the debate on health effects across the spectrum of nicotine delivery*. Global Forum on Nicotine, June 2018, Warschau. <https://gfn.net.co/downloads/2018/PRESENTATIONS/SATURDAY/Plenary%202/EdStephens.pdf>

Fallstudie: Japan – rascher Umsatzanstieg bei Tabakerhitzern, rascher Rückgang der Umsätze bei Zigaretten

Nach Angaben der WHO rauchten 2015 19 % der erwachsenen Bevölkerung Japans täglich, wobei der Raucheranteil bei Männern (30 %) höher war als bei Frauen (9 %). Diese Werte sind viel niedriger als der außerordentlich hohe Anteil männlicher Raucher in Japan im Jahr 1968, damals lag dieser bei 78 %. Aber der Rückgang flaute bis vor Kurzem ab.

Japan hat keine übermäßig feindliche Haltung gegenüber Tabak. Bis 1985 war die Tabakindustrie ein staatliches Monopol und noch immer besitzt der Staat ein Drittel der Anteile an Japan Tobacco, Inc. (JTI), und ist damit weiterhin der größte Anteilseigner. Kürzlich haben einige Unternehmen freiwillig Verbote und einige Städte ein Rauchverbot auf den Straßen eingeführt.³⁶ Für die Olympischen Spiele 2020 in Tokio wird es Rauchverbote in allen Innen- und Außenbereichen sowie in der direkten Umgebung der Veranstaltungsorte geben.³⁷

Seit die Tabakindustrie in Pilotgebieten ab 2014 Tabakerhitzer auf den japanischen Markt gebracht hat, bevor sie 2016 landesweit eingeführt wurden, sind die Zigarettenverkäufe um erstaunliche 33 % gesunken.³⁸ Solche spektakulären Ergebnisse wurden weltweit bisher noch nie als Ergebnis der Umsetzung einer Tabakkontrollmaßnahme beobachtet.

Diese dramatische Reduzierung der Verkaufszahlen für Zigaretten wurde einfach durch den Verkauf einer sichereren Alternative, den Einsatz von intelligentem Marketing und die Entscheidung der Verbraucher, von Zigaretten auf Tabakerhitzer umzusteigen, bewirkt. Seitens des öffentlichen Gesundheitsmanagements und der Tabakkontrolle waren keine Maßnahmen erforderlich, außer vielleicht, dass ein Klima geschaffen wurde, in dem Raucher aufhören möchten. Das Ganze verursachte keine direkten Kosten für den japanischen Steuerzahler.

Snus

Im Gegensatz zu den neuen sichereren Nikotinprodukten wird Snus seit über 200 Jahren verwendet, aber erst kürzlich wurde seine relative Sicherheit im Vergleich zu Zigaretten durch unabhängige klinische und epidemiologische Untersuchungen bestätigt. Snus ist ein feuchtes bis halbfeuchtes rauchfreies Tabakprodukt, das aus gemahlenden Tabakblättern und Zusatzstoffen in geprüfter Lebensmittelqualität hergestellt wird. Das Endprodukt wird in den Mund genommen (nicht gekaut). Loser Snus wird in Form gedrückt, bevor er in den Mund eingeführt wird, oft unter der Oberlippe. ‚Portions-Snus‘ wird in kleinen Teebeuteln verkauft.

Der Nikotingehalt von Snus variiert je nach Marke, wobei die häufigste Stärke 8 mg Nikotin



Bild: Match-File-Foto, Schweden

pro Gramm Tabak beträgt. Stärkere Sorten können bis zu 22 mg Nikotin pro Gramm Tabak enthalten.

„Ich habe mit Snus seit fünf Jahren nicht mehr geraucht. Sobald ich die rituelle Gewohnheit des Rauchens überwunden hatte, habe ich festgestellt, dass Snus Zigaretten in jeder Hinsicht überlegen ist.“

Snus-Nutzer³⁹

Tabakfreier Snus wurde kürzlich in das Sortiment aufgenommen. Diese Produkte verwenden anstelle von Tabak andere mit Nikotin imprägnierte Pflanzenfasern.

Schwedischer Snus ist die dominierende Art von rauchlosem Tabak in den nordischen Ländern. Außer in Schweden ist der Verkauf von Snus in allen Ländern der Europäischen

³⁶ Mark A Levin (2013) Tobacco control lessons from the Higgs Boson: Observing a hidden field behind changing tobacco control norms in Japan. *American Journal of Law Medicine*. 39 p.471–489

³⁷ Paralympic Games website (2019): *Tokyo 2020 venues will be smoke-free* <https://www.paralympic.org/news/tokyo-2020-venues-will-be-smoke-free>

³⁸ The decline in sales has been calculated from Japan Tobacco Inc monthly sales and share of market.

³⁹ Reddit-Benutzer Gunter73 (Dezember 2019) beantwortet einen Thread, in dem Snus- und Zigarettengebrauch verglichen wird. https://www.reddit.com/r/Snus/comments/ef3ssr/does_snus_help_relieve_stress_like_cigarettes_do/

Union illegal. In Kanada und mehreren Regionen der USA wird schwedischer Snus neben in Amerika hergestellten Snus-Formen verkauft. Im Oktober 2019 erteilte die US-amerikanische Arzneimittelbehörde Federal Drug Administration (FDA) acht schwedischen Snus-Produkten die ersten modifizierten Risikobewertungen, was bedeutet, dass es nun erlaubt ist, mit spezifischen Informationen über die geringeren Risiken bestimmter gesundheitlicher Auswirkungen im Vergleich zum Rauchen von Zigaretten zu werben.⁴⁰

Eine Überprüfung durch die Europäische Kommission kam zu dem Schluss, dass eine vollständige Substitution des Tabakrauchens durch rauchfreie Tabakerzeugnisse letztendlich fast alle Todesfälle aufgrund von Atemwegserkrankungen verhindern würde, die derzeit durch Rauchen verursacht werden, und die kardiovaskuläre Mortalität, die derzeit durch Rauchen entsteht, um mindestens 50% senken würde.⁴¹ Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Snus und vorzeitigem Tod, Diabetes, Bauchspeicheldrüsen- und Mundkrebs, Herzerkrankungen oder Schlaganfällen.

die Substitution des Rauchens durch rauchfreie Tabakerzeugnisse würde fast alle Todesfälle durch Atemwegserkrankungen verhindern, die durch das Rauchen verursacht werden

Die Substitution von rauchlosen Hochrisiko-Tabakprodukten (oral oder zum Kauen) (smokeless tobacco = SLT) durch schwedischen Snus könnte bei vielen Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen (LMIC) die Gesundheitslage verändern. In Indien beispielsweise ist die Verwendung von Hochrisiko-SLT-Produkten sehr verbreitet, insbesondere bei Frauen, für die das Rauchen sozial weniger akzeptabel ist. Es wird angenommen, dass rund 70 Millionen Mädchen und Frauen in der Altersgruppe ab 15 Jahren in Indien regelmäßig SLT verwenden. Indien hat aufgrund der hohen Prävalenz des SLT-Konsums die weltweit höchste Quote an Mundkrebs, wodurch jährlich rund 400.000 Todesfälle verursacht werden.⁴²

Fallstudie: Schweden und Snus – niedrige Raucherquoten und niedrigste tabakbedingte Sterblichkeit in Europa

Schweden ermöglicht eine einzigartige Fallstudie über die Auswirkungen von Snus auf das Rauchen. Es ist das einzige Land in der EU, in dem der Verkauf von Snus erlaubt ist. Snus dominierte den Tabakkonsum im Land bis in die frühen 1900er Jahre, als die Erfindung der Zigarettenrollmaschine die Zigarette populär machte. Ab den 1960er Jahren kehrte sich der Trend jedoch um und die Verwendung von Snus nahm zu. Im Jahr 1996 wurde Snus beliebter als Zigaretten. Der Rückgang der Raucherquote verlief bei Männern schneller als bei Frauen.

Laut dem Eurobarometer-Bericht der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2017

rauchen durchschnittlich nur 5 % der schwedischen Erwachsenen täglich – ein Wert, der knapp ein Fünftel des EU-Durchschnitts von 24% beträgt.⁴³

Schweden hat bei Männern mit 152 pro 100.000 die niedrigste tabakbedingte Sterblichkeitsrate in Europa. Die Quote beträgt weniger als ein Drittel des europäischen Durchschnitts von 467 pro 100.000.⁴⁴

Die epidemiologische Langzeitevidenz dieses natürlichen Experiments gibt Aufschluss über die Akzeptanz und den plausiblen Einfluss von Snus auf das Rauchen und tabakbedingte Krankheiten. Es dient auch, wie vom britischen Royal College of Physicians festgestellt, als Proof of Concept für die potenzielle Wirksamkeit der Reduzierung von Tabakschäden:

„Die Verfügbarkeit und Nutzung von [...] Snus in Schweden [...] zeigt [...], dass ein erheblicher Teil der Raucher angesichts der Verfügbarkeit einer sozial akzeptablen und erschwinglichen Alternative mit geringerer Gesundheitsgefährdung von gerauchtem Tabak auf das alternative Produkt umsteigen wird.“⁴⁵

Snus ist in Norwegen, das nicht Mitglied der EU ist, legal. In Norwegen gibt es weniger Raucher (11 %) als Snus-Konsumenten (12 %). Unter jungen Frauen im Alter von 16 bis 24 Jahren gibt es so gut wie keine Raucherinnen mehr (1 %).⁴⁶

⁴⁰ Federal Drug Administration (FDA) (2019). *FDA authorizes modified risk tobacco products*. https://www.fda.gov/tobacco-products/advertising-and-promotion/fda-authorizes-modified-risk-tobacco-products?utm_source=CTPTwitter&utm_medium=social&utm_campaign=ctp-webfeature

⁴¹ Europäische Kommission (2008). Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks. *Health effects of smokeless tobacco products*. Health and Consumer Protection Directorate. https://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_scenihr/docs/scenihr_o_013.pdf

⁴² Gupta PC, Arora M, Sinha DN, Asma S, Parascandola M (eds.); *Smokeless Tobacco and Public Health in India*. Ministry of Health & Family Welfare, Government of India; New Delhi; 2016. <https://www.mohfw.gov.in/sites/default/files/Final%20Version%20of%20SLT%20Monograph.pdf>

⁴³ Europäische Kommission (2017) Special Eurobarometer 458: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S2146_87_1_458_ENG

⁴⁴ WHO (2012) WHO Global Report: mortality attributable to tobacco https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44815/9789241564434_eng.pdf?sequence=1

⁴⁵ Royal College of Physicians (RCP) (2016). *Nicotine without smoke; tobacco harm reduction. A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*. abgerufen von: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction>

⁴⁶ The Norwegian Directorate of Health (2017) Statistics Norway: 2017 data <https://www.ssb.no/en/helse/artikler-og-publikasjoner/snus-more-used-than-cigarettes>

Eine Milliarde Menschenleben stehen auf dem Spiel

Die Reduzierung von durch Tabak verursachten Schäden ist eine pragmatische und von Mitgefühl getragene Reaktion auf eine der größten Gesundheitskrisen unserer Welt. Es bietet zig Millionen Rauchern, die entweder nicht auf andere Weise aufhören können oder weiterhin Nikotin konsumieren möchten, die Möglichkeit, einen vorzeitigen Tod und gesundheitliche Einschränkungen zu vermeiden.

Viele Millionen Nikotinkonsumenten sind bereits auf sicherere Nikotinprodukte umgestiegen, wodurch der Verbrauch von brennbaren Tabakprodukten reduziert wird, während gleichzeitig die Kosten für Regierungen und Steuerzahler vernachlässigbar sind. Wenn die Reduzierung von durch Tabak verursachten Schäden als Teil der Reaktion auf den Tabakkonsum etabliert wird, könnte dies einen wesentlichen Beitrag zur Beendigung des Rauchens leisten.

Warum also stößt die Reduzierung der durch Tabak verursachten Schäden von vielen Seiten auf Widerstand, anstatt eine breitere Akzeptanz und Umsetzung zu erfahren?

Der Widerstand der WHO gegen die Reduzierung von durch Tabak verursachten Schäden

Führende Politiker und politische Entscheidungsträger der Welt wenden sich an die WHO, um Leitlinien für die Gesundheit ihrer Bevölkerung zu erhalten. Die Rolle der WHO ist definiert als „die leitende und koordinierende Behörde für internationale Gesundheitsarbeit“.⁴⁷ Insbesondere in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, in denen sich die Gesundheitssysteme möglicherweise noch entwickeln, ist die WHO eine wesentliche Quelle für technische und politische Unterstützung sowie für einen praktischen und finanziellen Beitrag – und ihre Maßnahmen und ihre Führungsrolle in vielen Bereichen des Gesundheitswesens haben hunderttausende Menschenleben gerettet.

Die Beziehung der WHO zu Strategien der Schadensminderung ist jedoch komplex. Die Organisation und die UN-Drogenbehörden widersetzten sich der Schadensminderung durch ihre Reaktion auf die Ausbreitung von HIV / AIDS und auf durch Blut übertragene Viren unter Menschen, die Drogen injizieren. Sie zitierten unbewiesene (und jetzt als falsch entlarvte) Behauptungen, dass beispielsweise die Bereitstellung sauberer Injektionsnadeln lediglich den Drogenkonsum dulden würde oder dass die Schadensminderung tatsächlich ein trojanisches Pferd für die Legalisierung von Drogen sei.

Die Reduzierung von durch Tabak verursachten Schäden ist eine pragmatische und von Mitgefühl getragene Reaktion auf eine der größten Gesundheitskrisen unserer Welt.

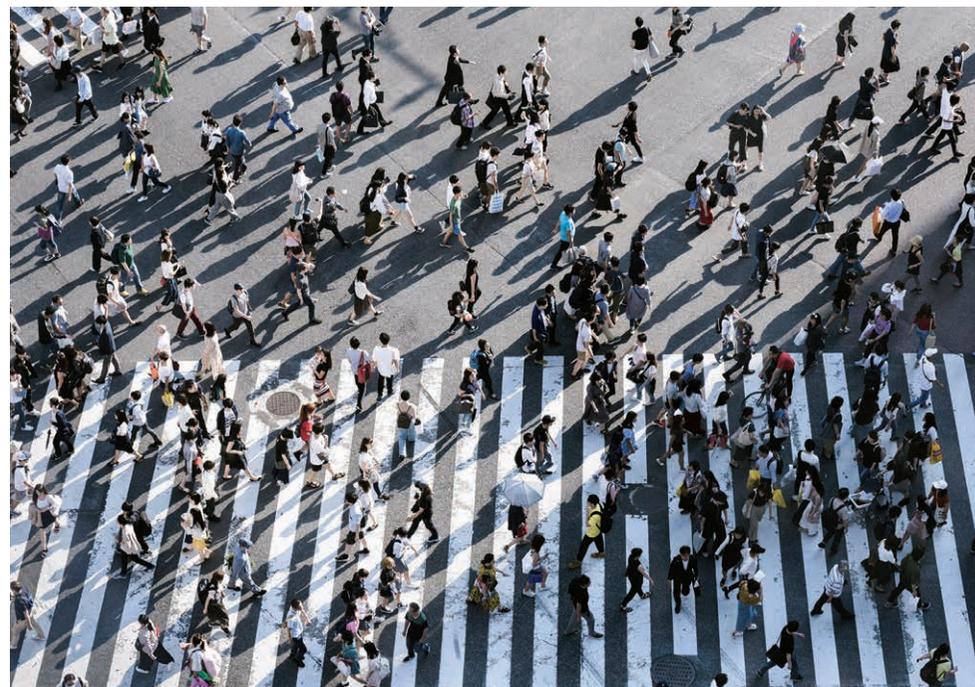


Bild: Ryoji Iwata auf Unsplash

Bisher hat sich die WHO unerbittlich gegen die Reduzierung von durch Tabak verursachten Schäden durch die Verwendung sicherer Nikotinprodukte ausgesprochen. Die Organisation fordert die Unterzeichner der internationalen Gesetzgebung zur Eindämmung des Tabakkonsums, des Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), weiterhin nachdrücklich auf, vollständige Produktverbote zu verhängen. Das angebliche trojanische Pferd in diesem Zusammenhang ist, dass die Reduzierung des durch Tabak verursachten Schadens ein Trick der Tabakunternehmen ist, um ehemalige Raucher und junge Nichtraucher durch eine neue Produktlinie zu ermutigen, entweder zum Rauchen zurückzukehren oder zum Rauchen von Tabak überzugehen.

Im siebten WHO-Bericht über die globale Tabakepidemie (2019) wird die Reduzierung des durch Tabak verursachten Schadens als „manipulative Strategie der Tabakindustrie“ definiert, mit dem Potenzial, „Verbraucher falsch zu informieren und irrezuführen und Regierungen zu verwirren“ sowie „echte Initiativen zur Unterstützung der Tabakentwöhnung zu unterminieren“.⁴⁸

⁴⁷ WHO Constitution (1946).
https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

⁴⁸ WHO (2019) *Seventh WHO report on the global tobacco epidemic*, p. 33.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?ua=1>

Leider spiegelt sich dieser Ansatz auch in den Bemühungen der WHO wider, nicht übertragbare Krankheiten zu bekämpfen. Im Dezember 2019 veröffentlichte die WHO den Abschlussbericht der unabhängigen Kommission für nichtübertragbare Krankheiten (Independent High Level Commission on NCDs).⁴⁹ Der Bericht verweist auf das auf der Generalversammlung der Vereinten Nationen im Jahr 2018 erzielte „gemeinsame Verständnis“, dass „bisherige Fortschritte und Investitionen nicht ausreichen“, um vorzeitigen Tod und Behinderung durch nichtübertragbare Krankheiten bis 2030 zu reduzieren (SDG 3.4).⁵⁰

In Bezug auf Tabak – eine der Hauptursachen nichtübertragbarer Krankheiten – bietet der Abschlussbericht der Kommission lediglich die Forderung nach Reduzierung der Nachfrage. Um das Ziel zu erreichen, die Zahl der Todesfälle durch nichtübertragbare Krankheiten in der Altersgruppe der 30 bis 69-Jährigen bis 2030 um ein Drittel zu senken (SDG 3.4.1), prognostiziert die Kommission die Notwendigkeit einer weltweiten massiven Reduzierung des Tabakrauchens um 50 %.

Aber kein Land hat jemals einen Rückgang der Raucherquote um 50 % durch die gängigen Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums erreicht. Dies ist nicht möglich, zumal die Kommission auch feststellt, dass MPOWER derzeit für weniger als 0,5 % der Weltbevölkerung vollständig umgesetzt ist.⁵¹ Die einzige andere Erwähnung von Tabak bezieht sich auf den fortgesetzten „Ausschluss der Tabakindustrie und nichtstaatlicher Akteure, die daran arbeiten, das Interesse der Tabakindustrie, wie dargelegt im WHO-Rahmenübereinkommen über die Eindämmung des Tabakkonsums (FCTC), zu unterstützen“^{52,53} Die WHO versucht



Bild: Ray Reyes auf Unsplash

nicht, Länder von der Teilnahme an FCTC-Sitzungen auszuschließen, selbst wenn ihre Regierungen erhebliche Anteile an der Tabakindustrie besitzen.

Das Ausmaß des Problems und die Grenzen der derzeitigen Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums weisen auf die dringende Notwendigkeit hin, die Verringerung der durch Tabak verursachten Schäden als wichtigen Teil der Lösung zu betrachten.

Angesichts ihrer Führungsrolle und ihres Einflusses auf die globale Gesundheitspolitik kann der volle Nutzen der Reduzierung des durch Tabak verursachten Schadens bei der Bekämpfung nicht übertragbarer Krankheiten – insbesondere für 80 % der Raucher, die in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen leben – nur realisiert werden, wenn die WHO ihre Abneigung gegen dieses Konzept überwindet.

Schadensminderung und das WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakkonsums

Ein genauer Blick auf die FCTC der WHO zeigt, dass es tatsächlich drei Strategien gibt, die das Übereinkommen als Bestandteil der Tabakkontrolle definiert:

„Für die Zwecke dieses Übereinkommens bedeutet ‚Tabakkontrolle‘ eine Reihe von Strategien zur Reduzierung von Angebot, Nachfrage und Schäden, die darauf abzielen, die Gesundheit einer Population zu verbessern, indem der Konsum von Tabakerzeugnissen und die Exposition gegenüber Tabakrauch beseitigt oder verringert werden.“ (Hervorhebung hinzugefügt)

Rahmenübereinkommen über die Eindämmung des Tabakkonsums (FCTC) 2005, Artikel 1d.⁵⁴

⁴⁹ Die Unabhängige Kommission (Oktober 2017 - Oktober 2019) wurde einberufen, um „[den Generaldirektor] zu mutigen und gleichzeitig praktischen Empfehlungen zu beraten, wie neue Möglichkeiten umgesetzt werden können, damit die Länder die Fortschritte bei der Erreichung des SDG-Ziels 3.4 für nichtübertragbare Krankheiten beschleunigen können“.

WHO Independent High Level Commission on Non-Communicable Diseases, Terms of Reference (Veröffentlichungsdatum unbekannt).

<https://www.who.int/ncds/governance/high-level-commission/NCDs-High-level-Commission-TORs.pdf?ua=1>

⁵⁰ WHO, *Independent High Level Commission on Non-Communicable Diseases Final Report* (Dezember 2019) <https://who.canto.global/b/JG898> (Passwort 689764)

⁵¹ WHO, *Independent High Level Commission on Non-Communicable Diseases Final Report* (Dezember 2019) <https://who.canto.global/b/JG898> (Passwort 689764)

⁵² WHO, *Independent High Level Commission on Non-Communicable Diseases Final Report* (Dezember 2019) <https://who.canto.global/b/JG898> (Passwort 689764)

⁵³ Artikel 5.3 des FCTC der WHO: *Bei der Festlegung und Umsetzung ihrer Richtlinien im Bereich Public Health bezüglich der Tabakkontrolle handeln die Parteien mit der Intention, diese Richtlinien gemäß den nationalen Gesetzen vor kommerziellen und anderen Interessen der Tabakindustrie zu schützen.* WHO (2005) Framework Convention on Tobacco Control. https://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf

⁵⁴ WHO (2005) Framework Convention on Tobacco Control. https://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf

Im FCTC – dem wesentlichen Dokument der WHO zur Bewältigung der Tabakkrise – wurde von Anfang an anerkannt, dass die „Tabakkontrolle“ Strategien zur Schadensminderung umfassen sollte.

Die WHO muss den Schwerpunkt verlagern, um eine Strategie zu integrieren, die sie – so scheint es – bereits befürwortet.

Wenn „besser Vorsicht als Nachsicht“ nicht besser ist

Das „Vorsorgeprinzip“ kodifiziert das Sprichwort „besser Vorsicht als Nachsicht“ für politische Entscheidungsträger aller Art: Es empfiehlt die Umsetzung von Vorsichtsmaßnahmen, wenn die Evidenz unsicher ist und viel auf dem Spiel steht.

Die globale Public Health-Welt ist in Bezug auf die Reduzierung von Tabakschäden gespalten, und viele setzen auf das „Vorsorgeprinzip“. Unter Berufung auf die Unsicherheit in Bezug auf eine Reihe von Themen, wie kurz- und langfristige Gesundheitsschäden durch sicherere Nikotinprodukte, das Risiko eines erleichterten Zugangs zum Rauchen oder der Nikotinabhängigkeit bei jungen Menschen oder das fortgesetzte Rauchen durch duale Nutzung beider Produktformen, würden viele Gesundheitspolitiker lieber das Vorsorgeprinzip anwenden, als Maßnahmen zur Schadensminderung zu ergreifen.

Die rationale Anwendung des Vorsorgeprinzips ist in vielen Bereichen menschlicher Aktivitäten richtig und angemessen. Bei der Reduzierung der durch Tabak verursachten Schäden ist die Anwendung des Vorsorgeprinzips jedoch nicht rational. Sie ignoriert die außerordentlich hohen und gut dokumentierten Risiken des Status quo – sieben Millionen Menschenleben, die jedes Jahr durch tabakbedingte Krankheiten verloren gehen. Sie ignoriert auch eine bedeutende und stetig wachsende internationale Evidenzbasis, die sich mit vielen dieser Einwände auseinandersetzt. In Bezug auf potenzielle Risiken äußerst vorsichtig zu sein und dabei große und wahrscheinliche potenzielle Vorteile zu ignorieren, ist kein geeigneter Weg für die Umsetzung des Vorsorgeprinzips.

Bei der Reduzierung der durch Tabak verursachten Schäden ist die Anwendung des Vorsorgeprinzips nicht rational.

Nur weil wir nicht alles wissen, heißt das nicht, dass wir nichts über sicherere Nikotinprodukte wissen.

Ein rationaler Ansatz gegenüber ‚Big Tobacco‘

Aufgrund des durchaus begründeten Verdachts gegenüber der Tabakindustrie und ihren Motiven fällt es vielen verständlicherweise schwer, zu akzeptieren, dass der Markt – und die Branche, die so viele Probleme verursacht hat – ein Teil der Lösung sein könnte.

Aber da der Markt für ihre Produkte in Ländern mit höherem Einkommen kleiner wird, was nicht zuletzt auf die Umsetzung von Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums zurückzuführen ist, hat die Branche die disruptive Macht innovativer Produkte zur Reduzierung ihrer Gewinne erkannt. Sie produzieren und verkaufen immer noch Zigaretten, aber viele investieren auch in neue Produkte mit geringerem Gesundheitsrisiko.

Produktforschung und -entwicklung zur Unterstützung derartiger Innovationen erfordern nachhaltige, erhebliche Investitionen. Diese Investition kann derzeit nicht durch Philanthropie oder aus dem Public Health-Budget finanziert werden.

Vielleicht akzeptiert ein rationalerer Ansatz, dass „Unternehmen Geschäftspraktiken anwenden und Produkte vermarkten können, die entweder gesundheitsschädlich sind, oder innovative Produkte, die die Gesundheit verbessern oder die gesundheitsschädigenden Produkte verdrängen. Manchmal können dieselben Unternehmen beides.“⁵⁵

Ein rationaler Zugang zu Nikotin

Das Denken im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens wird seit Jahrzehnten von der Geschichte über Tabakkontrolle dominiert, so dass jeglicher Tabakkonsum als Problem angesehen wird. Die Linse, durch die Fachleute das Thema betrachtet haben, war so lange „Anti-Tabak“, dass es verständlicherweise schwierig ist, diese Ansicht aufzugeben, um zu einer „neutralen“ Haltung gegenüber dem Nikotinkonsum ohne Tabakverbrennung zu gelangen.

Aber wurzelt der Einwand gegen die Verwendung von Nikotin vielleicht eher in moralischen oder ideologischen Konstrukten als in klinisch begründeten gesundheitlichen Bedenken?⁵⁶

Global Public Health hat enorme Fortschritte bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten gemacht. Zwei davon wurden ausgerottet: Pocken und Rinderpest. Aktuelle Programme bekämpfen Polio, Frambösie und Malaria.

Fünf weitere Infektionskrankheiten wurden als potenziell ausrottbar identifiziert. Eine von ihnen sind die Masern. Die Verbreitung von Fake News, die von Laiengruppen mit Anti-Impfstoff-Haltung in die Welt gesetzt wurden, hat jedoch sehr reale Auswirkungen auf viele tausend Menschenleben gehabt. Mythen und Fehlinformationen über den Masernimpfstoff haben sowohl in Ländern mit hohem als auch mit niedrigem Einkommen zu vermehrten

⁵⁵ Joint consultation submission to the WHO High Level Commission on NCDs by David Abrams, Clive Bates, Ray Niaura and David Sweanor (2018)
<https://www.who.int/ncds/governance/high-level-commission/Ottawa-University.pdf?ua=1>

⁵⁶ Knowledge-Action-Change (KAC) (2018). *No Fire, No Smoke: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2018*, p.70. <https://gsth.org/report/full-report>.

Ausbrüchen der Erkrankung geführt, was den Trend in Richtung Ausrottung in Ländern mit höherem Einkommen umkehrt.

Informationen zur Reduzierung von durch Tabak verursachten Schäden stammen hingegen in vielen Ländern aus offiziellen Quellen in der Regierung, der Medizin und der Public Health-Experten und von der WHO selbst.

Hier liegt ein philosophisches Problem zugrunde. Abgesehen von fehlgeleiteten Aktivisten würden nur wenige bestreiten, dass alles getan werden sollte, um eine übertragbare und ansteckende tödliche Krankheit auszurotten.

Aber wenn es um nicht übertragbare Krankheiten geht, die häufig als Ergebnis von Entscheidungen für einen Lebensstil gesehen werden, kann der Kampf eher moralisch, anstatt gesundheitlich pragmatisch, gestaltet werden. Für einige im Bereich Public Health kann es schwierig sein, die angenehmen Aspekte des Nikotinkonsums für die Verbraucher zu erfassen und zu akzeptieren.

Menschen, die Nikotin über angemessen regulierte, sicherere Nikotinprodukte konsumieren, tun dies, ohne sich selbst oder der Gesellschaft erheblichen Schaden zuzufügen.

Die Reaktion auf die globale Gesundheitskrise im Zusammenhang mit tabakbedingten Krankheiten könnte sich ändern, wenn die politischen Entscheidungsträger den „Nikotinkonsum“ vom „Tabakkonsum“ trennen und unterscheiden würden.

„Ich war überrascht, dass der Wunsch nach Dampf oder Rauch vollständig verschwand, sobald ich zu Snus wechselte. Er ist viel angenehmer und das Nikotin wirkt viel länger. Ich kann jetzt einen Geländelauf machen, ohne außer Atem zu geraten, und Zigaretten riechen für mich jetzt einfach abscheulich.“

Snus-Benutzer⁵⁷

Medizinischer Mythos, Fehlinformationen und Mediendurcheinander

Die Tabakindustrie hat eine lange Geschichte ungeheurer Doppelzüngigkeit bezüglich der Folgen des Rauchens. Diese Geschichte, kombiniert mit einer zugrunde liegenden Abneigung gegen den nichtmedizinischen Gebrauch von Nikotin, hat zur Bildung einer breiten Koalition von Akademikern, Klinikern, Anti-Tabak-Aktivistinnen sowie Regierungs- und medizinischen Einrichtungen geführt, die vereint die Strategie der Reduzierung von Tabakschäden verurteilen. Ihre Kampagnen werden oft von philanthropischen und internationalen Organisationen großzügig finanziert.

Unabhängige Evidenz zum Ansatz der Schadensminderung und deren Autoren wurden verunglimpft, beispielsweise durch falsche Darstellung der Evidenz über die Gefahren

des Dampfens im Vergleich zum Rauchen und durch einen Streit über die Rolle sicherer Nikotinprodukte bei der Unterstützung von Rauchern, wenn sie vom Rauchen auf diese Produkte umsteigen oder ganz aufhören wollen. Ein Großteil der Medien, die nur an „schlechten Nachrichten“ interessiert sind, konzentriert sich häufig hierauf. Dies führt zu Verwirrung und Misstrauen sowohl bei Rauchern als auch bei Angehörigen der Gesundheitsberufe.

Ein typisches Beispiel sind Todesfälle und Krankheiten im Zusammenhang mit dem Dampfen in den USA im Jahr 2019, die fälschlicherweise und konsequent ausschließlich dem Dampfen von Nikotin-Liquid zugeschrieben werden. Die Ermittlungsbehörden, und damit die Mainstream-Medien, brauchten Monate, um zu identifizieren und klar zu kommunizieren, dass die Mehrheit der betroffenen Benutzer THC-Flüssigkeiten verdampfte, die beim Einatmen gesundheitsschädliche Zusatzstoffe wie das Verdickungsmittel Vitamin E-Acetat enthielten.^{58,59} Einige Umfragen haben ergeben, dass derzeit mehr Raucher glauben, dass Dampfen genauso gefährlich ist wie Rauchen – mit dem unvermeidlichen Ergebnis, dass sie weiterhin Tabak rauchen.⁶⁰

Die unbequeme Wahrheit ist, dass Befürworter der Tabakkontrolle, die sich gegen den Zugang zu sichereren Nikotinprodukten aussprechen, paradoxerweise den Verkauf und den Konsum genau des Produkts vorantreiben, das sie auszurotten versuchen: der Tabakzigarette. Sie unterstützen die Industrie, auf deren Zerstörung sie sich konzentrieren, zum Nachteil der Gesundheit der Bevölkerung. Die unausweichliche Erkenntnis ist, dass Antipathie gegen die Strategie der Schadensminderung im Ergebnis die Zigaretten, die ein viel höheres Risiko darstellen, schützt und weiter unterstützt.

⁵⁷ Reddit-Benutzer BeatDukeAutomaton (Dezember 2019) beantwortet einen Thread, in dem Snus- und Zigarettengebrauch verglichen wird. https://www.reddit.com/r/Snus/comments/ef3ssr/does_snus_help_relieve_stress_like_cigarettes_do/

⁵⁸ Blount, B., Karwowski, M., Shields, P. et al (2019) Vitamin E Acetate in Bronchoalveolar-Lavage Fluid Associated with EVALI New England Journal of Medicine (DOI: 10.1056/NEJMoa1916433) https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1916433#article_Abstract

⁵⁹ Boyd, C. (2019) Vaping and lung disease: the CDC's lesson in how not to handle an illness outbreak. *Filter magazine*. <https://filtermag.org/vapes-and-lung-disease-the-cdcs-lesson-in-how-not-to-handle-an-illness-outbreak/>

⁶⁰ Action on Smoking and Health (ASH) (2019) *Use of e-cigarettes among adults in Great Britain*. <https://ash.org.uk/wp-content/uploads/2019/09/Use-of-e-cigarettes-among-adults-2019.pdf>

Reduzierung von Schäden durch Tabak: Schutz der Gesundheit und Wahrung der Menschenrechte

Schadensminderung ist eine evidenzbasierte Public Health-Strategie, die auf den Menschenrechten aufsetzt. Es ermöglicht Menschen, bessere Entscheidungen zu treffen und ein gesünderes Leben zu führen.

Den 1,1 Milliarden Menschen, die täglich Tabak rauchen, um Nikotin zu konsumieren, darf der Zugang zu Produkten nicht verweigert werden, die ihnen helfen können, schlechte Lebensqualität, Krankheiten und vorzeitigen Tod zu vermeiden.

Egal wo sie leben, überall auf der Welt sollten Menschen, die Nikotin konsumieren, das Recht haben, Zugang zu Informationen, Dienstleistungen und Produkten zu erhalten, die die Risiken, denen sie ausgesetzt sind, verringern und die es ihnen ermöglichen, eine bessere Gesundheit und Lebensqualität zu erreichen, wenn sie dies wünschen. Genau wie alle anderen verdienen es die Menschen, die Nikotin konsumieren, ihren bestmöglichen Gesundheitszustand zu erreichen.

Regierungen sollten ihren Verpflichtungen aus den internationalen Vereinbarungen, die sie unterzeichnet haben, nachkommen, und Richtlinien, Vorschriften und Gesetze schaffen, die es rauchenden Menschen ermöglichen, für ihre Gesundheit bessere Entscheidungen zu treffen. Gegenwärtig erlauben und unterstützen nur wenige Regierungen uneingeschränkt diese Rechte.

„Bei der Nutzung von E-Zigaretten stellte ich fest, dass die Nikotinstärke [die ich benutze] allmählich abnahm. Ich bin jetzt Nichtraucher und werde niemals wieder anfangen.“

Paul ⁶¹

Verbraucher wollen sicherere Nikotinprodukte. Viele Millionen haben sich bereits entschieden, sich von brennbarem Tabak abzuwenden – dies führt zu erheblichen Vorteilen für Regierungen und Steuerzahler, und die dabei entstehenden Kosten sind vernachlässigbar.

Das Potenzial der Reduzierung von durch Tabak verursachten Schäden für die öffentliche Gesundheit kann jedoch nicht ausgeschöpft werden, wenn Regulierungen und Kontrollentscheidungen weiterhin auf sensationeller Medienberichterstattung, fehlerhafter Wissenschaft und irreführenden Informationen der Öffentlichkeit beruhen.

Wenn die WHO ihre ehrgeizigen Ziele zur Bekämpfung nicht übertragbarer Krankheiten erreichen will, muss sie die Vorteile der Strategie der Schadensminderung anerkennen, übernehmen und sie an Regierungen, politische Entscheidungsträger und die Öffentlichkeit kommunizieren.

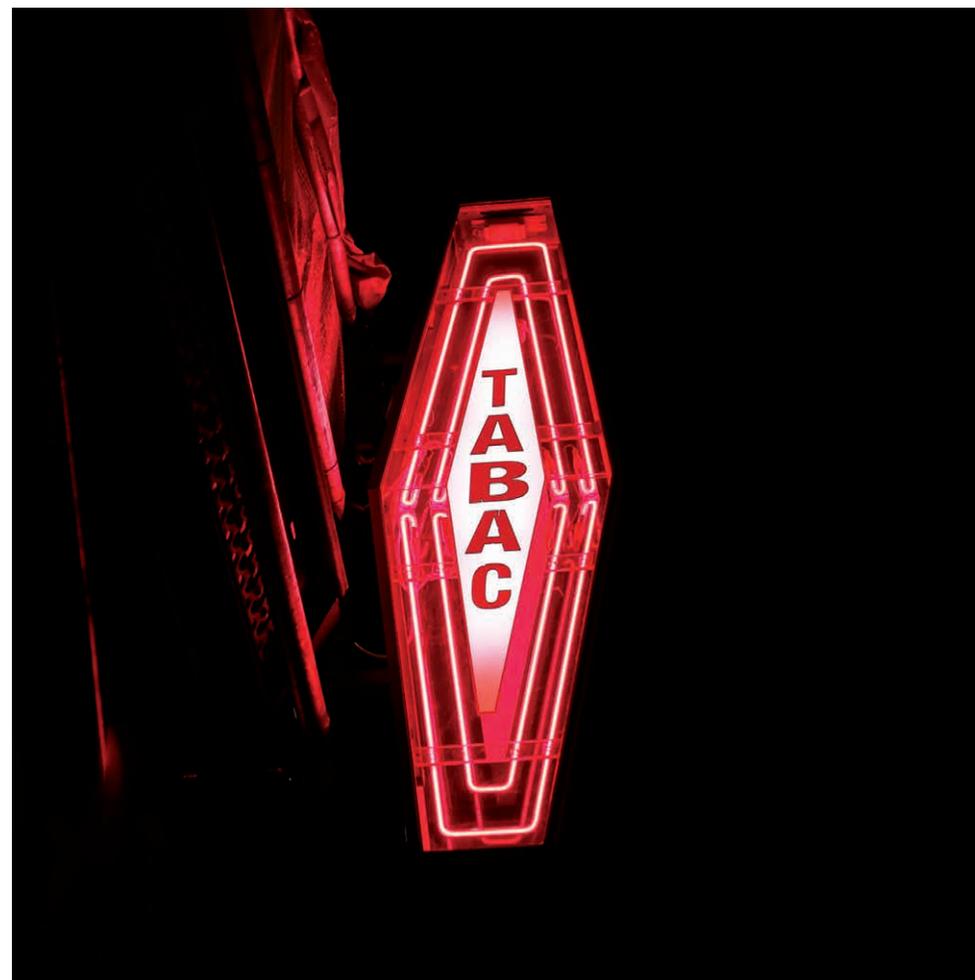


Bild: Ray Reyes auf Unsplash

Wenn die Strategie der Schadensminderung angemessen in die Reaktion auf die durch das Rauchen von Tabak verursachte Gesundheitskrise integriert wird, werden Todesfälle und Krankheiten abnehmen – und zwar schneller als jemals zuvor durch die Fokussierung auf Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums.

Die Reduzierung von durch Tabak verursachten Schäden schützt die Gesundheit und verteidigt die Menschenrechte. Eine Milliarde Menschenleben stehen auf dem Spiel.

⁶¹ Paul ist ein britischer Vaper (Nutzer von E-Zigaretten) der für The Switch interviewt wurde, ein Video der New Nicotine Alliance (NNA) und des National Centre for Smoking Cessation Training (NCSCT). Alle Videos sind auf der NNA-Website verfügbar: <https://nnalliance.org/nnaresources/switch-videos>



www.gsthr.org