

SUCHT

NICOTINE

TAR

CANCER

SMOKE

TOBACCO

grüner kreis magazin No 94 | Österreichische Post AG Sponsoringpost BPA 1070 Wien 04Z035724 S | DVR: 0743542

Wir danken unseren SpenderInnen

Friedrich Achitz, Linz
Elfriede Aschbeck, Wien
Dkfm. Günter Baumgartner, Wien
Breiteneder, Allhaming
Beate Cerny, Wien
Ernst Cwik, Breitenau
Leonhard Dünser, Ludesch
DI Manfred Eckharter, Wien
Dr. Günther Frohner, Lassee
Gabriele Hiba, Wien
Elfriede Jilg, Bad Vöslau
Sandra Maria Königshofer, Gföhl
Robert Kopera, Reisenberg
Christa Panny, Wien
DI Peter Podsedensek, Wien
Prim. Dr. Ferdinand Schönbauer, Tulln
Günter Stacher, Waidhofen
Verein Round Table 37, Wien
Dr. Alfons Willam, Wien

und viele anonyme SpenderInnen



Partner des **Grünen Kreises**

Die **Niederösterreichische Versicherung** unterstützt die Arbeit des **Grünen Kreises**.

»Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen. Als Partner des **Grünen Kreises** nehmen wir unsere soziale Verantwortung in der Gesellschaft wahr und leisten damit unseren Beitrag, den Betroffenen auf dem Weg aus der Sucht zu helfen.«

Niederösterreichische Versicherung AG

www.noever.at

Herzlichen Dank im Namen aller KlientInnen des **Grünen Kreises**!

Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

Mit Ihrer Unterstützung können wir gemeinsam dazu beitragen, suchtkranken Menschen einen Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Ihre Spende wird zur Weiterentwicklung von Projekten & Programmen im **Grünen Kreis** verwendet.

Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die NÖ Landesbank-Hypothekenbank AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222
BIC HYPNATWW
oder fordern Sie bei spenden@gruenerkreis.at einen Zahlschein an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf

www.gruenerkreis.at

im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

Impressum

Erklärung über die grundlegende Richtung gem.

§ 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:

Das Aufgabengebiet des **Grüner Kreis**-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtsindizierter Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins **Grüner Kreis**.

Das **Grüner Kreis**-Magazin erscheint viermal jährlich in einer Auflage von je 30.000 Exemplaren

Medieninhaber: **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Herausgeber: Verein **Grüner Kreis**

Geschäftsführer: Dir. Alfred Rohrhofer

Redaktion: Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch, Andreas Eilenstein

Eigenverlag: **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Alle: 1070 Wien, Hermannsgasse 12

Tel.: +43 (0)1 5269489 | **Fax:** +43 (0)1 5269489-4

redaktion@gruenerkreis.at | www.gruenerkreis.at

Layout: Peter Lamatsch

Anzeigen: Sirius Werbeagentur GmbH

Druck: AV+Astoria Druckzentrum GmbH

Diese Ausgabe entstand unter Mitarbeit von:

Alfred Rohrhofer, Astrid Tröstl, Ernest Groman, Manfred Neuberger, Angela Zacharasiewicz, Markus Pock, Dominik Batthyány, Reinhard Kürsten, Philippa Rudnay, Reinhold Kerbl, Heinz Kammerer, Human-Friedrich Unterrainer, Kurt Neuhod und KlientInnen im **Grünen Kreis**

Bildquellennachweis:

Cover: © Tobias Arhelger/123RF

Autorenportraits: privat

Gender-Hinweis: Die Redaktion greift grundsätzlich nicht in die Texte der GastautorInnen ein. Sofern sich ein Autor oder eine Autorin für die Verwendung des generischen Maskulinums entscheidet, soll damit keine Bevorzugung des Männlichen und insbesondere keine Diskriminierung des Weiblichen zum Ausdruck kommen. Die gewählte Form dient allein der besseren Lesbarkeit des Textes resp. einer leichteren Verständlichkeit seines Inhalts.

Der **Grüne Kreis** dankt seinen Förderern



editorial



Liebe Leserin, lieber Leser!

Nur wenige Themen werden in Österreich derart kontroversiell diskutiert, wie das Rauchen. Zwar herrscht grundsätzlich Konsens über die negativen gesundheitlichen Auswirkungen des Tabakkonsums, den Befürwortern rigider Restriktionen steht jedoch eine Phalanx derer gegenüber, die sich in ihrer wirtschaftlichen Existenz, aber mehr noch in ihrer persönlichen Freiheit bedroht sehen. Exemplarisch hierfür sei der österreichische Philosoph und Kulturwissenschaftler Robert Pfaller genannt. Er beklagt einen Mangel an Besonnenheit in der öffentlichen Diskussion und kritisiert eine Tendenz zu einer genormten Genusspraxis. Wo Prinzipien des Zwangs und der Kontrolle vorherrschen, würden Lebensqualitäten wie Bürgerrechte oder Genuss geopfert. Die Gesellschaft werde sukzessive infantilisiert, ein zivilisatorischer Rückschritt sei im Gange.

Ein Diskurs, der selbst die Philosophie bemüht, erscheint uns Grund genug, dem »Blauen Dunst« gleich zwei Ausgaben unseres Magazins zu widmen. In dieser ersten Nummer werden überwiegend gesundheitliche Aspekte, aber auch Fragen der Prävention und ökonomische Zusammenhänge beleuchtet. In der nächsten Folge sollen auch jene Stimmen zu Wort kommen, die Reglementierungen in Bezug auf das Rauchen skeptisch betrachten oder ablehnen.

Ich wünsche eine interessante Lektüre!

Alfred Rohrhofer



Helfen Sie uns helfen!

»Wir heißen Sebastian und Felix. Wir wissen wie es ist, mit Eltern aufzuwachsen, die zu Alkohol und Drogen greifen. Selten denken die Erwachsenen daran, wie sehr wir Kinder darunter leiden. Ein Glück, dass wir Hilfe vom »Grünen Kreis« bekommen. Hier arbeiten Menschen, die sich auskennen und sich um uns kümmern.«

Sucht ist eine Krankheit, unter der alle Familienmitglieder leiden. Die Suchtgefährdung der Kinder, die in ihrer eigenen Familie schon mit diesem Problem konfrontiert sind, ist um ein Vielfaches erhöht. Rechtzeitige Hilfe verhindert langfristige Probleme. Unsere Präventionsarbeit verhindert, dass die Kinder von heute nicht die Suchtkranken von morgen werden.

Geben Sie Sucht keine Chance -
unterstützen Sie unsere Ziele durch Ihre Spende!

Verein Grüner Kreis | NÖ Landesbank-Hypothekenbank AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW



30



12



14



22



24

Inhalt

- 3** Editorial
Alfred Rohrhofer

- 6** Tabakkonsum und Tabakabhängigkeit
Astrid Tröstl und Ernest Groman

- 10** Die elektronische Zigarette: Ein Trojaner der Nikotinsucht
Manfred Neuberger

- 12** Tabakrauchen und Kinder
Angela Zacharasiewicz

- 14** Ökonomische Effekte des Rauchens
Markus Pock

- 16** Unser Betreuungsangebot

- 18** (Passiv)rauchen in Österreich
Reinhard Kürsten

- 20** Für die unaufdringliche Normalität des Nichtrauchens
Dominik Batthyány

- 22** Der »Marlboro Man« als »Edler Wilder« des 20. Jahrhunderts
Philippa Rudnay

- 24** (Nicht-)Raucherschutz in Europa
Reinhold Kerbl

- 26** Spurensuche
PatientInnen berichten über ihr Leben mit der Sucht

- 28** Rauchen in der Gastronomie
Heinz Kammerer

- 29** 15. EFTC Kongress der »Therapeutischen Gemeinschaften«
Human-Friedrich Unterrainer

- 30** Kunst im Grünen Kreis
Kurt Neuhold

Tabakkonsum und Tabakabhängigkeit



von Astrid Tröstl



und Ernest Groman

Rauchen ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko und betrifft wohl alle Bereiche der Medizin

Tabakassoziierte Erkrankungen

In Summe sterben jährlich fast 700.000 Menschen infolge tabakassoziiierter Erkrankungen allein in Europa. Im Vergleich dazu sterben 43.000 Menschen infolge von Autounfällen, 38.400 durch illegalen Drogenkonsum, 9.300 versterben an Aids und 5.000 infolge von Arbeitsunfällen. (Kunze, 2013)

Zu den tabakassoziierten Erkrankungen gehören vor allem systemische Erkrankungen und verschiedenste Krebserkrankungen. Betroffen ist neben den Atemwegen vor allem das Herz-Kreislauf-System, aber auch alle anderen Organe können durch das Tabakrauchen geschädigt werden. Tabakrauchen führt bei mindestens 50 % der Raucher und Raucherinnen zu einer tabakassoziierten Organerkrankung, die in weiterer Folge zum vorzeitigen Tod führt. (Doll et al, 2004) Bis zu 50 % der älteren Raucher und Raucherinnen entwickeln eine COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung), nur 10 % der COPD-Patienten sind Nichtraucher bzw. Nichtraucherinnen. (Henschke et al, 2006) Noch deutlicher sind die Daten beim Bronchuskarzinom, das in bis zu 90 % der Fälle auf den Zigarettenkonsum zurückgeführt werden kann. In Österreich sterben jährlich zwischen 12.000 und 14.000 Menschen infolge tabakassoziiierter Erkrankungen.

Verantwortlich für die Erkrankungen sind die vielfältigen schädlichen, teilweise krebserregenden Inhaltsstoffe im Zigarettenrauch, die vor allem durch den unvollständigen Verbrennungsprozess der Zigarette entstehen. Beispielsweise sind die polyzyklischen Kohlenwasserstoffe »Teer« als hoch kanzerogen zu bezeichnen. Oder etwa das Kohlenmonoxid, das eine wesentliche Rolle bei vielen arteriosklerotischen Prozessen spielt, die etwa zu Herzinfarkt, Schlaganfall oder

zur Schaufensterkrankheit (arterielle Verschlusskrankheit) führen können. Für nahezu alle tabakassoziierten Krankheiten gilt das Dosis-Wirkungs-Prinzip. Somit ist jede nicht gerauchte Zigarette ein Gewinn. Besser wäre natürlich, wenn schon präventiv vor allem Jugendliche vom Tabakkonsum ferngehalten werden könnten.

Status Quo Rauchen in Europa und Österreich

Etwa ein Drittel der europäischen Bevölkerung raucht, die Hälfte hat noch nie geraucht und der Rest zählt sich zu den Ex-Rauchern bzw. Raucherinnen. Laut Eurobarometer 2012 rauchen 25 % der Frauen und 35 % der Männer. Die Prävalenzraten sind im Süden und Osten Europas deutlich höher, wobei der EU-Schnitt bei 28 % liegt (Special Eurobarometer, 2012). Die höchsten Prävalenzen gibt es in Griechenland (40 %), Bulgarien und Lettland (beide 36 %), die niedrigsten in Schweden (13 %), Portugal und der Slowakei (beide 23 %).

In Österreich liegt die Prävalenz laut einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage aus dem Jahr 2012 bei 33 % Aktivrauchern, davon 38 % Männer und 27 % Frauen. (Spectra, 2012, siehe Abbildung 1) Die Prävalenz zeigt eine deutliche Altersabhängigkeit: bei den 15-29-jährigen ist mit 40 % der höchste Raucheranteil zu verzeichnen, bei den 30-39-jährigen sind es 38 % und dann sinkt der Anteil auf 23 % bei den über 50-jährigen. (Spectra 2012) Ein Drittel der österreichischen Raucher und Raucherinnen ist stark nikotinabhängig (Abbildung 1).

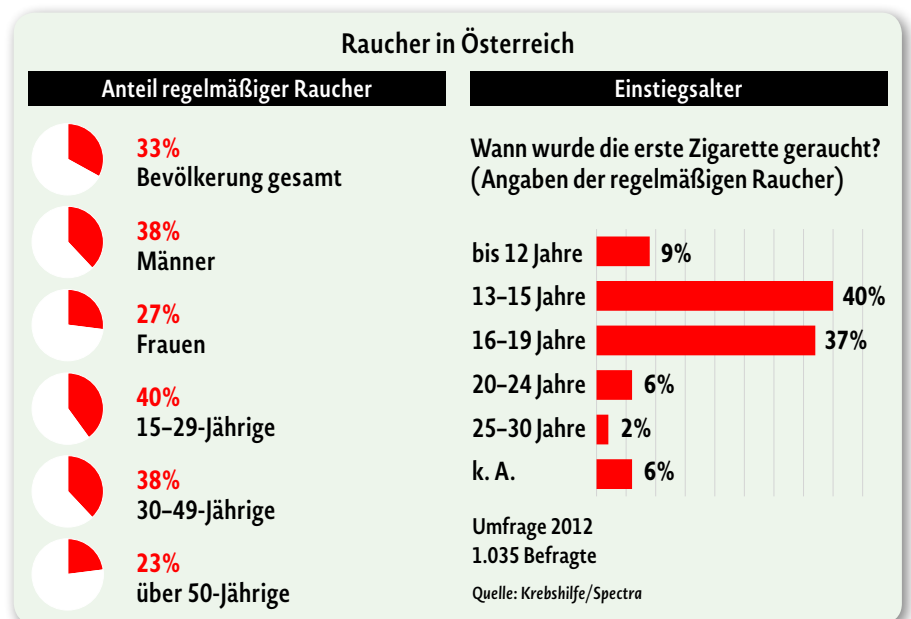


Abbildung 1

Bei Betrachtung der soziodemographischen Aspekte zeigt sich in Europa folgendes Bild: Es rauchen mehr Männer, jüngere Altersgruppen, Menschen mit geringerer Schulbildung, Arbeitslose und Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status (Special Eurobarometer, 2012). Zusätzlich anzumerken ist, dass die Raucherprävalenz in der psychiatrischen Patientengruppe besonders hoch ist und in vielen Fällen auch eine enorme finanzielle Belastung der Betroffenen darstellt, speziell wenn sie nicht arbeitsfähig sind.

In ganz Europa werden überwiegend Filterzigaretten geraucht, acht von zehn Konsumenten rauchen täglich im Durchschnitt 14,4 Zigaretten (Österreich: 18,3). Nur 1 % konsumiert ein anderes Tabakprodukt wie Wasserpfeife oder rauchfreien Tabak. Andererseits scheinen gerade die Wasserpfeife oder auch die E-Zigaretten zumindest die Neugier junger Menschen zu wecken. Bei einem Lehrlingsprojekt des Nikotin Institutes gaben ca. 80 % der Teilnehmer und Teilnehmerinnen bereits Vorerfahrungen mit dem Produkt Wasserpfeife an. (unpublizierte Daten)

Rauchen bei Jugendlichen

Im internationalen Vergleich gehören österreichische Jugendliche zu jenen, die schon sehr früh Rauchversuche unternehmen. Etwa die Hälfte der 13-jährigen Mädchen und Jungen gibt solche Probierversuche zu. Tatsächlich nimmt der Anteil der täglich Rauchenden zwischen dem 13. und 15. Lebensjahr stark zu. In Österreich raucht etwa ein Drittel der 17-Jährigen (Mädchen: 30,3 %, Burschen: 35,3 %) (Bundesministerium für Gesundheit, 2010).

Betont wird allerdings, dass bereits jugendliche Raucher und Raucherinnen Schwierigkeiten haben können, ihren Tabakkonsum wieder einzustellen. Viele der 12- bis 17-Jährigen mit einem regelmäßigen Rauchverhalten zeigen deutliche Symptome der Abhängigkeit wie »unstillbares Verlangen«. Eine Untersuchung an einer Stichprobe von 95 Jugendlichen im Alter von 12 bis 13 Jahren zeigte, dass sich bei 22 % der Betroffenen bereits 4 Wochen nach dem Beginn mit gelegentlichem Rauchen Symptome von Nikotinabhängigkeit nachweisen lassen. (Di Franza, 2007).

Jugendprävention ist deshalb unheimlich wichtig, aber weltweit gibt es bislang kaum ein funktionierendes Programm für diese spezielle Gruppe. Wissenschaftlich gesichert sind Jugendliche nur durch einen hohen Zigarettenpreis vom Rauchen abzuhalten. Dies begründet sich dadurch, dass Jugendliche in der Regel ein geringeres

Budget zur Verfügung haben und ihre Ausgaben stärker kontrollieren müssen. Außerdem ist die Ausgabe relativ »neu«, und muss erst eingeplant werden.

Abhängigkeit

Abhängigkeit ist ein oft verwendeter und doch schwierig zu fassender Begriff. Das eigene Empfinden und die objektive Betrachtung unterscheiden sich mitunter deutlich. Für die Nikotinabhängigkeit gibt es einen sehr einfachen Test, den Fagerström Test für Nikotinabhängigkeit, mit dem sich grob abschätzen lässt, wie wichtig der Nikotinkonsum für die Aufrechterhaltung des Rauchens ist. Je höher die erreichte Punktzahl auf der 10-teiligen Skala, desto eher geht es beim Rauchverhalten um die Vermeidung von Entzugserscheinungen. Diese allgemeine Einschätzung ist sowohl für den Raucher oder die Raucherin selbst interessant als auch für die betreuenden Personen, um entsprechende Hilfestellungen anbieten zu können. In der Therapie zeigt sich immer wieder, dass die Vergegenwärtigung des eigenen Rauchverhaltens ein ganz wesentlicher Schritt zur Veränderung ist. (siehe Seite 8: Fagerström-Test)

Eine Möglichkeit, die aktuelle Schadstoffbelastung des Körpers zu ermitteln, ist die Messung des Kohlenmonoxids in der Ausatemluft. Mit einem kleinen Messgerät kann diese jederzeit ohne Aufwand innerhalb weniger Sekunden getestet werden. Vor allem in der Beratungssituation ist dies eine gute Gesprächsgrundlage. Da sich der Kohlenmonoxidwert auch bei kurzer Abstinenz rasch bessert, ist es oft eine gute Motivationsmöglichkeit und macht den Therapieerfolg schnell messbar.

Hohe Unzufriedenheit

Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Rauchverhalten ist bei etwa einem Drittel der Raucher und Raucherinnen extrem hoch. Drei von zehn Rauchern haben in den letzten 12 Monaten einen Versuch gestartet, das Rauchen aufzugeben, beinahe 50 % haben dies öfter als einmal probiert. Eine weitere große Gruppe möchte das Zigarettenrauchen nicht ganz aufgeben, aber den Konsum (stark) einschränken. Das ist natürlich nicht das Optimum, aber im Hinblick auf das Dosis-Wirkungs-Prinzip bei tabakassozierten Erkrankungen, auf jeden Fall ebenfalls zu unterstützen. Nicht selten ist die Reduktion auch ein erster wesentlicher Schritt in die Abstinenz.

Im Hinblick auf die aktuelle politische Diskussion, etwa um Rauchverbote, ist vielleicht auch eine Betrachtung der

wichtigsten Motive für einen Rauchstopp interessant. Das Hauptmotiv ist nach wie vor mit Abstand die eigene Gesundheit (71 %), danach folgen Familie, Partner und Freunde (52 %), der Preis für Tabakwaren (47 %), Belastung für die Nichtraucher (35 %), der ärztliche Rat (21 %), Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden (20 %), gesellschaftliche Missbilligung (19 %), Rauchverbot am Arbeitsplatz (16 %) und Warnhinweise (14 %). (Special Eurobarometer, 2012) Diese Angaben decken sich auch weitgehend mit den Daten, die das Nikotin Institut in den eigenen Behandlungsprogrammen bei mehr als 5.000 RaucherInnen erhoben hat.

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.)** (2011) Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen – Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. BfG, Wien
- DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K et al** (2007) Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth-2 study. Arch Pediatr Adolesc Med 161:704–710
- Doll R, Peto R** (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years observation on male British doctors. BMJ 328:1519
- Groman E** (2000): Evaluation of smoking prevalence: will there be an end to self-administered questionnaires? Prev Med. Apr;30(4):346-7
- Henschke CI, et al** (2006). Women's susceptibility to tobacco car- cinogens and survival after diagnosis of lung cancer. JAMA 296:180-4
- Kunze U** (2013) Epidemiologie von Alkohol, Rauchen und illegalen Drogen in Österreich. Vortrag bei den Pädiatrischen Fortbildungstagen, Obergurgl
- Special Eurobarometer 385** (2012) Attitudes of Europeans towards smoking

Mag.^a rer. nat. Astrid Tröstl

Studium der Biologie und Umweltkunde und Geographie und Wirtschaftskunde (Universität Wien) seit 2006 Lehrerin für Biologie & Umweltkunde, Humanbiologie, Geographie und Wirtschaftskunde und Chemie am Erzbischöflichen Gymnasium Hollabrunn; seit 2003 Mitarbeiterin bei der ARGE »Nikotin Institut«; diverse wissenschaftliche Artikel zum Themenkreis Rauchen in Fachzeitschriften

Univ.-Doz. Dr. med. univ. Ernest Groman

Studium der Medizin (Universität Wien), 2001 erste Habilitation im deutschsprachigen Raum zum Thema Tabak, ab 2002 Aufbau des ambulanten Raucherentwöhnungsprogramms in NÖ in Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern, wissenschaftlicher Leiter des Projektes »Nikotin Institut«, über 120 Publikationen in Fachzeitschriften.

Rauchfrei in 5 Wochen

Fagerström-Test zur Nikotinabhängigkeit			Jeweils zutreffende Punktzahl eintragen
1	Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?	Innerhalb von 5 Min. (3) 6–30 Min. (2) 31–60 Min. (1) Nach 60 Min. (0)	
2	Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino usw.), das Rauchen zu lassen?	Ja (1) Nein (0)	
3	Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?	Die erste am Morgen (1) Andere (0)	
4	Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?	Bis zu 10 (0) 11–20 (1) 21–30 (2) 31 und mehr (3)	
5	Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als während des restlichen Tages?	Ja (1) Nein (0)	
6	Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?	Ja (1) Nein (0)	
Gesamtzahl der Punkte:			

Testauswertung:

0–2 Punkte: Nikotin spielt bei Ihrem Tabakkonsum eine sehr geringe Rolle. Es mag sein, dass Sie diese Substanz bei gewissen Gelegenheiten zur Anregung einsetzen. Wir gehen aber davon aus, dass Sie, wenn Sie dies wollen, auch tagelang problemlos rauchfrei bleiben können.

3–4 Punkte: Ihr Konsum dürfte bereits etwas ausgeprägter sein. Die Abhängigkeit von Nikotin ist, wenn überhaupt vorhanden, eher geringfügig ausgeprägt. Sie schaffen es vermutlich auch, die erste Zigarette am Morgen möglichst lange hinauszuzögern. Bei Ihnen scheint das situative Rauchen (Rauchen bei bestimmten Gelegenheiten) oder das Rauchen bei sozialen Aktivitäten im Vordergrund zu stehen.

5–8 Punkte: Bei Ihnen scheint der Konsum von Nikotin sehr wichtig zu sein. Natürlich rauchen Sie auch bei bestimmten Gelegenheiten, doch der regelmäßige und kontinuierliche Konsum dürfte bei Ihnen schon im Vordergrund stehen. Haben Sie den Eindruck, dass Sie noch Kontrolle über Ihr Rauchverhalten haben? Oder läuft der Zigarettenkonsum schon automatisiert ab? Haben Sie den Eindruck, dass Sie unnötige Zigaretten rauchen?

9–10 Punkte: Es sieht so aus, als würden Sie immer rauchen: in Gesellschaft, alleine, bei der Arbeit und in der Freizeit. Ihre Abhängigkeit ist als sehr ausgeprägt zu bezeichnen. Trotzdem können auch Sie zur zufriedenen Nichtraucherin oder zum zufriedenen Nichtraucher werden!

Wirksame Maßnahmen der Tabakprävention aus Sicht der österreichischen Suchtprävention

Unter Bezugnahme auf die „Framework Convention on Tobacco Control“ (FCTC) und auf die Richtlinie 2014/40EU 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“ (in Kraft mit 19.5.2014)

25 Schritte zur Tabakprävention

1. Eine langfristige, österreichweite Tabakstrategie entwickeln und umsetzen
2. Österreichweite Daten zu Tabakkonsum und Tabaknormen erheben
3. Strukturelle Tabakprävention begleiten (z.B. Rauchfreie Krankenhäuser)
4. Information und Sensibilisierung für das Nichtrauchen forcieren
5. (Lebenskompetenz-)Programme im Kindes- und Jugendalter umsetzen
6. Gesundheitsberufe in Rauchstopp-Beratung schulen und Beratung honorieren
7. Auf Basis von Qualitätskriterien TabakentwöhnexpertInnen ausbilden
8. Rauchfrei Telefon fortsetzen, ambulante und stationäre Tabakentwöhnung anbieten
9. E-Zigarette & E-Shisha unter Überbegriff „Electronic Nicotine Delivery Systems“ (ENDS) stellen
10. ENDS mit Tabakprodukten gleichstellen – unabhängig davon, ob sie Nikotin beinhalten oder nicht
11. ENDS eindeutig regulieren, Werbung und Konsum einschränken
12. Tabak zum oralen Gebrauch (z.B. Kautabak) eindeutig regulieren
13. Tabaksteuer für Tabakwaren drastisch anheben
14. Fünf Prozent der Steuereinnahmen aus Tabakprodukten für Tabakprävention und Tabakentwöhnung zweckwidmen
15. Zigarettenautomaten verbieten oder ihre Freigabe zeitlich klar beschränken
16. Tabakwerbung, Tabakmarketing und Tabak sponsoring verbieten
17. Jugendschutz zu Tabak auf 18 Jahre anheben
18. Illegalen Handel mit Tabakwaren verhindern
19. Nichtraucherschutz auf Indoor-Arbeitsplätzen vollständig umsetzen
20. Absolutes Rauchverbot in der Gastronomie umsetzen
21. Rauchfreie Umgebung schaffen
22. Entwöhnung auf Verpackungen von Tabakwaren kommunizieren
23. Verpackungen von Tabakwaren vereinheitlichen
24. Zusatzstoffen in Tabakwaren verbieten bzw. stark einschränken
25. Den Markt prüfen und Neuentwicklungen berücksichtigen

Die elektronische Zigarette

Ein Trojaner der Nikotinsucht



von Manfred Neuberger

Die erste elektronische Zigarette wurde auf dem österreichischen Markt von einer chinesischen Firma vertrieben, mit den Tricks, die früher von der Tabakindustrie für »Leichtzigaretten« verwendet wurden.

Schon vor acht Jahren warnte ich vor den neuen Waffen der Tabakindustrie (www.bmj.com/rapid-response/2011/11/01/recent-recommendations-endanger-progress-tobacco-control): kleine Zigarren, Wasserpfeifen, Lutschtabak und vor allem elektronische Zigaretten (eZig). Ein rauchender Pharmakologie Professor wurde engagiert, um eZig als Entwöhnungshilfe vom Tabak anzupreisen. Sein Gutachten empfahl sie als Ausstiegshilfe für Erwachsene, was in der Werbung missbraucht wurde, um eine »gesunde« Zigarette zu verkaufen. Der Direktor eines großen Krankenhauses entdeckte 2006 solche Werbungen auf den Anschlagbrettern in seinem Haus (»viral marketing«) und ließ sie nach Rücksprache mit mir entfernen. Inzwischen haben aber die internationalen Tabakkonzerne eZig übernommen und alle meine Befürchtungen sind eingetroffen:

Erfolg für die Tabakindustrie

Ich hatte vor der Diversifizierung von Nikotinprodukten auf dem freien Markt gewarnt, weil damit neue Käuferschichten gewonnen werden, die bisher nicht nikotinsüchtig waren. Heute zeigt eine repräsentative U.S. Studie des CDC (Bunel et al. 2014), dass in der 6. bis 12. Schulstufe schon 21% eZig versuchen und 43,9% davon die Absicht äußern, im nächsten Jahr auch mit dem Rauchen zu beginnen. Von 2011 bis 2013 hat sich in den U.S.A. die Verwendung von eZig unter (noch) nichtrauchenden Jugendlichen verdreifacht. In Quebec haben schon 34% der Pflichtschüler in der High School Erfahrung mit eZig und 53% davon hatten davor nie Tabak probiert (Canadian Cancer Soc. 2014). In Wales greifen 5% der Kinder schon im Alter von 10-11 Jahren zur eZig, bevor sie jemals Tabak versuchen. Eine approbierte Diplomarbeit fand in 3 österreichischen Bundesländern bei 13-Jährigen, die noch nie Tabakzigaretten probierten, Erfahrungen mit Shisha und eZig.

Der Erfolg der neuen Einstiegsdroge wird dadurch garantiert, dass für sie keine

Werbebeschränkungen gelten. Es gibt nur einen Grund, eZig einer konventionellen Zigarette täuschend ähnlich zu machen: Um Werbe- und Rauchverbote zu unterminieren. Gleichzeitig wird der Konsument in falscher Sicherheit gewiegt und ein Teil der Ärzte und Therapeuten mit dem Argument der Risikoreduktion gewonnen. Das Therapieziel ist nicht mehr Tabak- und Nikotinabstinenz, sondern Reduktion der Schadstoffbelastung (was schon mit der »Leichtzigarette« versagte). Die Industrie verspricht Ausstiegshilfen und verschweigt, dass die fortgesetzte Nikotinzufuhr mit Aufrechterhaltung des Rituals beim Hantieren mit und Saugen an einer Zigarette den Ausstieg aus der Sucht erschwert. Gleichzeitig wirbt sie dafür, »Nikotin jederzeit und überall genießen« zu können, auch dort wo das Rauchen verboten ist. So bleibt die Zigarette allgegenwärtig, jeder Raucher oder Dampfer eine lebende Reklame, prominente Dampfer ein Vorbild für die Jugend und der abwechselnde Gebrauch von eZig und Tabak lassen den armen Konsumenten nie mehr vom Nikotin loskommen.

Nikotin

Die gefährlichste Mischung ist zweifelsfrei der Rauch der konventionellen Zigarette mit dem Suchtgift Nikotin. Aber nur der Rauchstopp senkt das Gesundheitsrisiko nachhaltig, während bei einer Reduktion der Stückzahl die Gefahr des Rückfalls in alte Gewohnheiten hoch bleibt und das Gesundheitsrisiko nur wenig abnimmt. Bjarveit & Tverdal (2005) fanden bereits bei einem Zigarettenkonsum von 1 bis 4 Stück pro Tag eine Verdreifachung des Lungenkrebs- und Herzinfarkttrisikos. Der Ersatz einzelner Zigaretten durch eZig bringt also kaum etwas, zumal auch Nikotin genotoxisch ist (Bavarva et al. 2014), die Vermehrung von Krebszellen fördert, ihre Zerstörung hemmt und die Gefäßversorgung des wachsenden Tumors sowie seine Ausbreitung unterstützt (Ginzel et al. 2007, Grandio 2014). 7 von 10 als nikotinfrei deklarierte

eZig enthielten Nikotin (Hutzler et al. 2014). Auch passiv werden Personen im selben Zimmer mit einem Konsumenten von eZig durch Nikotin belastet und erreichen ähnliche Blutkonzentrationen (Flouris et al. 2013) und Harnausscheidungen der Nikotin-Abbauprodukte (Ballbè et al. 2014) wie beim Passivrauchen. Ob sich Nikotinersatz via E-Zigaretten zum Ausstieg aus der Tabaksucht eignet, sollte beforscht werden (Cobb & Abrams 2014), aber mit Produkten, deren Reinheit und Dosierung nach Arzneimittelgesetzen kontrolliert sind.

Ab 1.5.2016 dürfen Nachfüllpackungen von eZig laut EU-Direktive maximal 10 ml (Patronen 2 ml) mit einer Nikotinkonzentration von höchstens 20 mg/ml enthalten, eine für Kinder tödliche Dosis (1-10 mg/kg). Vergiftungsinformationszentralen berichten über eine Zunahme von gemeldeten Vergiftungen durch eZig. Nikotin wird auch durch die Haut resorbiert.

Feinstaub

Selbst nikotinfreie eZig geben Problemstoffe ab, von denen besonders der Feinstaub zu nennen ist. Vom Dieselruß wissen wir, dass nicht die Masse der Polyaromaten (PAH), sondern die große Oberfläche kleiner Partikel für die Krebsentstehung entscheidend ist. Zwar sind die Aerosole der eZig in der Lunge nicht so langlebig, aber sie wirken ebenfalls als Vehikel für Spuren von krebsfördernden Stoffen, die sie auf ihrer großen Oberfläche adsorbieren und in die Tiefe der Lunge transportieren. Dazu gehören PAH, Cr6+, Ni, Radontöchter (Traserras et al. 2014) und Nitrosamine wie NNN und NNK (Goniewicz et al. 2013). Die Masse genotoxischer Substanzen ist zwar deutlich geringer als beim Zigarettenrauch, doch um einen Krebs auszulösen, genügen möglicherweise Spuren, wenn diese auf Ultrafeinstaub verteilt chronisch zugeführt werden. Park et al. (2014) beschreiben an menschlichen Bronchialepithelzellen ähnliche Veränderungen durch eZig wie durch Tabakrauch. Ingebretsen et al. (2012) und Fuoco et al. (2014) fanden in Räumen mit eZig-Dämpfen Partikelzahlen und -größen, die denen beim Passivrauchen vergleichbar waren. Schripp et al. (2013) berichten geringere Partikelzahlen in der frisch vom Dampfer bei der Ausatmung kontaminierten Raumluft, aber kleinere Partikelgrößen (Modus 45 nm) als beim Passivrauchen (Modus 100 nm). Kleine Partikelgrößen bedeuten eine große Oberfläche, die nach Inhalation für Interaktionen mit Zelloberflächen im Körper zur

Vergiftungsinformationszentralen berichten über eine Zunahme von Vergiftungen durch elektronische Zigaretten.

Verfügung steht. Schober et al. (2013) und Ruprecht et al. (2014) fanden höhere Feinstaubbelastungen beim Konsum nikotinfreier eZig.

Auch für kardiovaskuläre Effekte (endotheliale Dysfunktion, Arteriensteifigkeit, Blutgerinnungsneigung, etc.) hat die Partikelzahl eine große Bedeutung (Neuberger 2008), sodass zu erwarten ist, dass eZig auf Herz und Gefäße noch stärker wirken als rauchfreier Tabak (Arefalk et al. 2014).

Additive und Lösungsmittel

Da Additive in eZig noch nicht geregelt sind, werden Aromen zur Verführung von Kindern und auch Zusatzstoffe verwendet, die in konventionellen Zigaretten bereits verboten wurden. So fanden sich z.B. allergene Geschmacksstoffe, das lungenschädigende Diacetyl, das leberschädigende Cumarin, das krebsfördernde Acetamid, das Potenzmittel Aminotadalafil und der Appetitzügler Rimonabant (Farsalinos, Hadwiger, Hutzler et al. 2014). Die Akutwirkungen der eZig auf Lungenfunktionen (Vardavas et al. 2012) dürften auf Lösungsmittelaerosole wie Propylenglykol und deren Reaktionsprodukte zurückzuführen sein. Auch der Abfall der NO-Konzentration in der Ausatemluft trat unabhängig vom Nikotingehalt der eZig auf (Marini et al. 2014) und zeigt eine akute Entzündung in den Atemwegen an.

Als Lösungsmittel für Nikotin und Aromen werden u.a. Glycerin und Propylenglykol verwendet. McCauley et al. (2012) beschrieben eine Lipidpneumonie mit Atemnot, Husten und Fieber, die 7 Monate nach Beginn der Verwendung glyzerinhaltiger eZig histologisch diagnostiziert wurde. Neben dieser seltenen Fremdkörperreaktion kann es durch Acrolein, das durch Pyrolyse am Heizdraht entsteht, zu Schleimhautreizungen kommen. Auch das meist verwendete Lösungsmittel Propylenglykol ist ein Reizstoff, was seit seiner Verwendung als Theaternebel bekannt ist (Moline et al. 2000). Besonders in Tanksystemen, die höhere Temperaturen erreichen, aber auch gegen Ende jeder Patrone pyrolysiert Propylenglykol zu Aldehyden wie Formaldehyd, der sensibilisierend wirkt und seit 2004 als beim Menschen krebsfördernd eingestuft

wird. Hutzler et al. (2014) fanden in 5 von 28 Produkten Äthylenglykol als dominantes Lösungsmittel. Es wird im Stoffwechsel zu Oxalsäure umgewandelt und ist daher für Niere und Nervensystem toxisch.

Schlussfolgerungen

Die internationale Vereinigung der Lungengesellschaften und die amerikanische Herzgesellschaft empfehlen, eZig wie Arzneimittel oder Tabakwaren zu regulieren. Ersteres wurde in Österreich 2007 für nikotinhaltige Füllungen gemacht und sollte in der EU ab 2016 für Produkte gelten, die zur Tabakentwöhnung empfohlen werden; letzteres wurde 2014 durch Änderung des Tabakmonopolgesetzes beschlossen, sollte auch für nikotinfreie eZig gelten und ein Verkaufsverbot an Minderjährige, Werbeverbote, Deklaration und Kontrolle der Inhaltsstoffe, Besteuerung und Warnhinweise beinhalten. Außerdem müsste in allen Räumen, in denen das Rauchen verboten ist, auch der Gebrauch von eZig untersagt werden. Mit Präparaten aus der Apotheke kann Nikotin zugeführt werden, ohne die Raumluft zu kontaminieren. Nach den Empfehlungen der 6. WHO-Konferenz zur Umsetzung des Rahmenübereinkommens zur Tabakkontrolle sollte jeder Zigarettenverkauf über Automaten und Internet untersagt werden, ebenso der Zusatz von Aromen für Kinder.

Kurzfassung einer Literaturübersicht*

von Manfred Neuberger

Literatur auf www.aerzteinitiative.at und in

* Neuberger M. The electronic cigarette: a wolf in sheep's clothing. Wien Klin Wschr 2015, DOI 10.1007/s00508-015-0753-3

Univ.Prof. Dr. med. Manfred Neuberger

geb. 1946, 1977 Facharzt Innere Medizin, 1980 Facharzt Hygiene und Präventivmedizin, 1997 Facharzt Arbeitsmedizin. 1980 Habilitation (Buch »Neue Wege zur Risikobewertung von Luftschadstoffen«), 1989–99 Institut für Umweltmedizin der Stadt Wien (stv. ärztlicher Leiter). Ab 1992 Leiter der Abt. für Präventivmedizin am Universitätsinstitut für Umwelthygiene und ab 1999 Ordinarius für Umwelthygiene an der Medizinischen Universität Wien bis zur Emeritierung. Konsulent WHO (IARC, IPCS, ECEH), UNDP, ILO, EU (DG 12), ENSP. Vorstandsmitglied: ASTOX, ENSP, GAMED, GHUP, IUAPPA, ÖGHMP, ÖGP. Universitätspreis, Hygienepreis, Arbeitsmedizinpreis, u.a.. 468 Fachpublikationen (Umwelt- und Präventivmedizin): <http://www.meduniwien.ac.at/user/manfred.neuberger/LIST.html>. Schriftleiter von www.aerzteinitiative.at

Tabakrauchen und Kinder



von Angela Zacharasiewicz

Tabakrauch enthält mehr als 4.800 Chemikalien, die für Menschen potentiell giftig sind. Gesichert schädlich sind 250 Substanzen, davon mindestens 50 krebserregend.

Zu den beim Tabakrauchen freigesetzten Stoffen zählen Kohlenmonoxid, Nitrogene, Formaldehyd, Hydrogenzyanid, Schwefeldioxid, Nitrosamine, polycyclische aromatische Hydrokarbone, sowie feste Stoffe wie Nikotin, Schwermetalle (Blei, Nickel, Cadmium) und Benzpyrene. Schäden werden durch direkt irritative, immunologische oder mutagene Effekte der freigesetzten Stoffe ausgelöst.

Nikotin, die suchtauslösende Substanz der Zigarette steigert die Herz- und Atemfrequenz, verengt die Gefäße, führt zu Durchblutungsstörungen, stört den Sauerstofftransport und führt rasch zu Entzugssymptomen. Die zahlreichen Zusatzstoffe in Zigaretten, wie Paraffine, Wachse, Harze, Aromen, Essenzen, Öle, die als Lebensmittel genossen als unbedenklich gelten, jedoch im Rauchtaborak den hohen Temperaturen der Glutzone (600–900 °C) ausgesetzt sind, verdampfen bzw. sublimieren und verbrennen zum Teil zu Kohlendioxid, Stickstoffoxiden, Schwefeldioxid und Wasser, werden aber auch in eine Vielzahl von Pyrolyseprodukten umgewandelt. Dutzende davon sind zusätzlich krebserzeugend, erhöhen zudem das Suchtpotential und verschleiern die Wirkung von Tabakinhaltsstoffen, da sie die stark atemwegsreizende Wirkung unterdrücken.

Passivrauch oder Second hand smoking (SHS)

Passivrauch wurde 1992 von der US Environmental Protection Agency als Kanzerogen der Klasse A bezeichnet. Bekannt sind die Schäden des Passivrauchens auf die kindliche Gesundheit aber schon seit den 1960er Jahren. Da Kinder, umso jünger sie sind, umso mehr Zeit im Beisein von potentiell rauchenden Erwachsenen verbringen, sind Kinder 1) besonders gefährdet und 2) können sie sich nicht selbst für oder gegen eine Exposition entscheiden, da sie von den Betreuungspersonen abhängig sind.

I. Auswirkungen von Tabakrauch in der Schwangerschaft – das fetale Tabaktsyndrom

Seit über 50 Jahren sind schädigende Auswirkungen des mütterlichen Tabakrauches auf den Fetus bekannt

Auswirkungen vor der Geburt

Bereits in der frühesten Phase der Schwangerschaft kann es durch eine Schädigung mit erhöhtem Risiko für Eileiterschwangerschaft kommen. Vor allem das mütterliche Rauchen im ersten Trimester der Schwangerschaft ist mit einer Erhöhung des Risikos für Spaltbildungen (Lippenspalte, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte) assoziiert.

Perinatale Auswirkungen

Frühgeburtlichkeit

Erhöhte Risikowerte für Frühgeburt sind ebenso zweifelsfrei bewiesen wie auch, dass das Risiko für eine extreme Frühgeburt (<32.SSW) noch einmal deutlicher erhöht ist.

Geburtskomplikationen

Die meisten beschriebenen Komplikationen sind auf eine direkte Schädigung der im Tabakrauch enthaltenen Substanzen zurückzuführen. Vor allem die vorzeitige Lösung der Plazenta (Mutterkuchen) ist in mehreren Studien belegt. In mehreren Studien konnte auch ein Zusammenhang zwischen mütterlichem Rauchen in der Schwangerschaft und Totgeburten (fetaler Tod >20.SSW) festgestellt werden.

Auswirkungen nach der Geburt

Plötzlicher Kindstod, sudden infant death syndrom (SIDS)

Rauchen in und nach der Schwangerschaft ist ein wesentlicher Risikofaktor für das SIDS und dürfte für bis zu 1/3 aller Fälle verantwortlich sein.

Lungenerkrankungen

Rauchen in der Schwangerschaft hat deutliche Auswirkungen auf die Lungenentwicklung des Feten. Diese schädigenden Einflüsse führen zu einer Anfälligkeit für chronischen Husten und Lungenentzündungen, später auch zu einer Risikoerhöhung für Asthma bronchiale.

Sogar Adipositas, also Übergewicht ist bei den Kindern häufiger, wenn ihre Mutter in der Schwangerschaft geraucht hat. Auch über ein gehäufte Auftreten eines Diabetes wird berichtet. Kinder von in der Schwangerschaft rauchenden Müttern zeigen in den ersten Lebensjahren einen erhöhten Blutdruck. Auch gibt es Hinweise für eine erhöhte Rate von Herzfehlern bei Kindern mit intrauteriner Tabakrauchexposition. Verhaltensauffälligkeiten und psychiatrische Erkrankungen wie z.B das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ist in einer Reihe von Arbeiten mit mütterlichen Rauchen in der Schwangerschaft assoziiert. Ebenso wurden vermehrt Lernschwierigkeiten und eine Risikoerhöhung für psychotische Erkrankungen bei Kindern von Müttern, die in der Schwangerschaft geraucht hatten, gefunden.

II. Auswirkungen Passivrauchbelastung für Kinder und Jugendliche

Atemwegserkrankungen

Die häufigste negative Folge von Passivrauchen sind Infektionen der unteren Atemwege bei Kleinkindern (weltweit jährlich 5 939 000). Schweres Asthma ist ebenso häufiger. Zudem ist belegt, dass Spitalsaufnahmen wegen Asthma Verschlechterungen bei Kindern sofort landesweit abnehmen, sobald eine rauchfreie Umgebung durch sinnvolle Tabakgesetzze greift.

Neben anderem sind auch hier neurologische und psychiatrische Erkrankungen häufiger. Kinder aus Familien, in welchen geraucht wurde, zeigten in einer großen epidemiologischen Studie häufiger Verhaltensauffälligkeiten. Auch Langzeitstudien konnten zeigen, dass selbstverursachte Verletzungen neben anderen Variablen auch dann erhöht sind, wenn die primäre Bezugsperson per Fragebogen angab, eine Raucherin bzw. ein Raucher zu sein.

Eine Beeinflussung von unterschiedlichsten Funktionen des Immunsystems führt dazu, dass Hirnhautentzündungen und andere schwere lebensbedrohliche Infektionen bei passivberauchten Kindern häufiger sind. Eine rezente Studie zeigte einen Zusammenhang

von Blutdruckerhöhung bei Vierjährigen, die passivrauchexponiert sind.

Der frühe Rauchbeginn beim noch wachsenden Organismus macht eine spätere Entwöhnung besonders schwierig.

Daher sollen die wichtigsten und effizientesten Maßnahmen sofort ergriffen werden, um unsere Kinder und Jugendlichen bestmöglich zu schützen. Rauchverbote an allen öffentlichen Plätzen, erlaubtes Verkaufsalter für Zigaretten deutlich hinaufsetzen (in Österreich derzeit 16 Jahre!), hohe Zigarettenpreise (besonders wirkungsvoll!) und totales Werbeverbot inklusive Plain Packaging.

Als Third hand smoking wird die Tatsache bezeichnet, dass Tabaktoxine an Teppichen, Vorhängen, Kleidung, Nahrung und Möbeln hängen bleiben und Wochen bis Monate später noch nachweisbar sind. Auch das betrifft Kleinkinder mehr, da sie sich eher in Bodennähe aufhalten und viele Dinge in den Mund nehmen und daher diese hier direkt in den Körper aufnehmen können.

III. Aktives Rauchen

In Österreich gibt es mehr jugendliche Raucher als in Deutschland und der Schweiz. Seit Mitte der 80er Jahre hat sich

in Österreich der Anteil täglich rauchender 15-Jähriger bei den Knaben verdoppelt, bei den Mädchen sogar verdreifacht. 3,5% der elfjährigen Österreicher geben an, eine Zigarette im letzten Monat geraucht zu haben.

Viele Jugendliche werden bereits nach wenigen Monaten von der Zigarette abhängig und entwickeln ein echtes Suchtverhalten. Die leichte Zugänglichkeit, aggressive Werbung, niedriger Zigarettenpreis und geringe Einschränkungen und Regeln im familiären, schulischen und Freizeitbereich sind besonders gefährlich, da das alles das Rauchverhalten von Jugendlichen fördert.

Angela Zacharasiewicz, M.D., Priv.Doz., MBA

Oberärztin an der Abteilung für Kinder und Jugendheilkunde (Schwerpunkt Kinderpulmologie) im Wilhelminenspital Wien geboren 1974 in Graz, Studium der Medizin in Wien, langjährige Forschungsaufenthalte in Wellington, Neu Seeland und Royal Brompton Hospital, London

Habilitation 2006, seit 2007 Additivfach Pädiatrische Pneumologie, seit 2009 Oberärztin an der Abteilung für Kinder und Jugendheilkunde, Kinderklinik Glanzing, Wilhelminenspital Wien, Leiterin der Spezialambulanz für Kinder und Jugendliche mit Cystischer Fibrose und für Kinder mit Allergien, Wissenschaftliche Betreuung von Diplomanden und PhD Studenten zum Thema Optimierung der Notfallversorgung in pädiatrischen Ambulanzen und zur Auswirkung von Passivrauchen auf Säuglinge und Kleinkinder, Referentin bei internationalen Kongressen, aktives Mitglied der AG Wissenschaft und Arbeitskreisleiterin der AK Pädiatrische Pneumologie der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie, Generalsekretärin der Initiative gegen Raucherschäden.



Ökonomische Effekte des Rauchens



von Markus Pock

Dass Rauchen gesundheitsschädlich ist, bestreitet heute niemand mehr. Der Konsum von Tabakwaren stellt heute in Industrieländern das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko für Atemwegs-, Herz-Kreislauf- sowie Krebserkrankungen dar und ist somit laut der WHO die größte vermeidbare Todesursache moderner Gesellschaften.

Wirft man einen Blick auf die »Übersterblichkeit« der Raucher bei einzelnen Erkrankungen^[1], so ist die WHO-Aussage keine hohle Phrase. Raucher weisen ein 25-fach und Ex-Raucher ein immerhin noch 8-fach erhöhtes Risiko für Lungenkrebs auf^[2]. Das bedeutet, rund 90% aller Lungenkrebstoten in Österreich wären vermeidbar.

Auch bei den Morbiditäten sprechen die Zahlen gegen Raucher. Es besteht ein 12-fach höheres für COPD und ein 3-fach höheres Risiko für ischämische Herzkrankungen^[2]. Diese Erkrankungen sind chronisch und persistieren auch nach Zigarettenabstinenz.

Man kann nicht oft genug betonen, dass diese Zahlen das zusätzliche Gesundheitsrisiko von Rauchern darstellen und nicht etwa ein Risiko, das durch andere typische Zivilisationserkrankungen von Nichtrauchern kompensiert werden würde. Mehr noch: Rauchen ist sogar eine Ursache für Diabetes^[3]. Aufgrund der »Übersterblichkeit« der Raucher sterben diese im Schnitt um 5 Jahre früher als Nichtraucher. Eine Hochrechnung für Österreich ergab, dass rund 10% der insgesamt Verstorbenen pro Jahr auf Rauchen zurückzuführen sind^[4].

Kosten des Rauchens

Wie wirken sich nun diese medizinischen Tatsachen auf die budgetären Kenngrößen im Gesundheits- und Sozialwesen in Österreich aus?

Da in Österreich keine Realdaten aus groß angelegten Kohortenstudien existieren, behilft sich die Gesundheitsökonomie mit dem Konzept der SAF (smoking-attributable fraction). Nach dieser Methode werden anhand der Raucherprävalenzraten, der Sterbeziffern und des Überschussrisikos aus epidemiologischen Studien diejenigen Kosten identifiziert, die direkt oder indirekt dem Raucher zuzuschreiben sind.

Mehrperiodige Rechenmodelle vergleichen die realen mit den hypothetischen Aufwendungen einer rauchfreien Gesellschaft über den Lebenszyklus der einzelnen Alterskohorten. Dadurch erfasst man die oft propagierten »positiven« Effekte einer frühzeitigen Sterblichkeit von Rauchern.

Die derzeit aktuellsten Schätzungen für Österreich^[4] beziehen sich auf das Jahr 2003 und beziffern die medizinischen Kosten des Rauchens auf jährlich € 54 Mio. bzw. 0,26 % der Gesundheitsausgaben im Jahr 2003 (siehe Tabelle). Zum Vergleich: ohne Berücksichtigung der höheren Lebenserwartung von Nichtrauchern wären es 3,3 % der Gesundheitsausgaben.

Die rund 1,9 Mio. Raucher verursachen weitere Mehrkosten aufgrund ihrer erhöhten Morbidität im Erkrankungs- bzw. Invaliditätsfall. Die Kosten für Pflegegeld, Krankengeld und Invaliditätspensionen belaufen sich in Summe auf jährlich € 75 Mio.

Zusätzlich verursacht der typische erwerbstätige Raucher ökonomische Mehrkosten bedingt durch häufigere Krankenstände, Invalidität und vorzeitige Sterblichkeit. Diese Arbeitsausfälle wurden für das Jahr 2003 auf 17.600 Vollzeitäquivalente geschätzt^[4]. Dadurch gehen der österreichischen Volkswirtschaft jährlich rund € 1.430 Mio. oder 0,63 % des Bruttoinlandsprodukts verloren (siehe Tabelle).

Passivrauchen

Die wissenschaftliche Evidenz zu den gesundheitlichen Folgen von Passivrauchen nimmt stetig zu^[3]. Zwar ist die gesundheitliche Beeinträchtigung im Vergleich zu Aktivrauchern weitaus geringer. Jedoch wiegt diese gesellschaftspolitisch besonders schwer, da unfreiwillig. Das oft propagierte Recht auf Selbstbestimmung und Freiheit des Rauchers geht somit zulasten des Passivrauchers. Maßnahmen zur Raucherentwöhnung und zum Nichtraucherschutz sind deshalb ein wichtiger Bestandteil nationaler Gesundheitspolitik.



Volkswirtschaftliche Bilanz des Tabakrauchens in Österreich		Beträge pro Jahr *) in Mio. Euro
Fiskalischer Nutzen	Tabaksteuer	1.087,3
	Alters- abzgl. Witwenpensionen	45,1
		1.132,4
Kosten	Arbeitsausfall	1.433,9
	Gesundheitsausgaben	53,7
	Invaliditätspensionen	39,9
	Krankengeld	9,0
	Pflegegeld	26,2
	Hypothetische Kompensationszahlung an Passivraucher	81,0
	1.643,7	
Kosten pro Jahr		511,4
davon aufgrund von Passivrauchen		118,6

*) annuierte Ergebnisse des Lebenszyklus-Modells, Basis 2003

Quelle:^[4]

Nutzen des Rauchens

Andererseits profitiert der Staat durch die fiskalischen Einnahmen aus der Tabaksteuer; in Zeiten der Budgetnot eine willkommene Quelle. Im Jahr 2013 waren es immerhin € 1,66 Mrd.

Diese Quelle findet ihren Ursprung brisanterweise im Tabakkonsum der Jugendlichen. Einer Hochrechnung zufolge rauchten im Jahr 2006 ca. 20% der 11- bis 17-Jährigen mindestens eine Zigarette täglich^[5]. Die daraus lukrierte Tabaksteuer betrug € 60 Mio. Somit stammten rund 4% des gesamten Tabaksteueraufkommens im Jahr 2006 aus dem Zigarettkonsum von Minderjährigen. Überspitzt formuliert: Der Staat verdient Millionen an jugendlichen Rauchern, ohne entsprechende Präventions- und Entwöhnungsmaßnahmen zu finanzieren... ein gesundheitspolitischer Tsunami.

Ein oft vorgebrachtes Argument zielt auf die finanzielle Belastung der gesetzlichen Pensionskassen durch eine höhere Lebenserwartung ab. Obwohl diese realpolitische Argumentation auf eine unethische Befürwortung eines vorzeitigen Todes der Raucher hinausläuft, ist dieser Aspekt des erhöhten Alterspensionsaufwandes in einer rigorosen Kosten-Nutzen-Rechnung zu berücksichtigen.

Dazu gegenläufig verhält sich in einer rauchfreien Gesellschaft die potenzielle Abnahme der Witwen/er-Pensionszu-erkenntnisse bedingt durch eine niedrigere Sterblichkeit der Nichtraucher. Vor allem der »Witwen-Effekt« ist aufgrund des im Schnitt niedrigeren Alters und der höheren Lebenserwartung der Ehefrau sowie der (derzeit noch) niedrigeren Raucherprävalenz bei Frauen eine nicht zu

vernachlässigende Größe, welche den potenziellen Mehrkosten im Bereich der Alterspensionen weitgehend kompensiert. Den Berechnungen zufolge belaufen sich die zusätzlichen Aufwendungen der öffentlichen Hand in einer rauchfreien Gesellschaft im Bereich der Alters- und Hinterbliebenenpensionen jährlich auf nur € 45 Mio. od. 0,2 % des Pensionsaufwands für Alters- und Witwen-/Witwer-Pensionen im Jahr 2003^[4].

Volkswirtschaftliche Bilanz

Eine Aufrechnung von Kosten und Nutzen ergibt, dass die gesellschaftlichen Kosten des Rauchtobakkonsums dessen Nutzen jährlich um rund € 510 Mio. übersteigen (siehe Tabelle). Diese Differenz entspricht 0,23 % des Bruttoinlandsprodukts für das Jahr 2003^[4]. Auf das Jahr 2014 umgelegt belaufen sich die Nettokosten auf rund € 750 Mio.

Laut IHS-Studie stellen die Ergebnisse jedoch eine Unterschätzung der wahren Kosten des Rauchens dar, da schwer quantifizierbare Kostenaspekte wie bspw. durch brennende Zigaretten verursachte Arbeits- und Verkehrsunfälle sowie Sachbrände nicht erfasst wurden.

Schlussfolgerung

Nationale und internationale Studien belegen, dass Raucher volkswirtschaftliche Kosten verursachen. Diese Kosten können durch Tabaksteuer und voraussichtliche Einsparung der gesetzlichen Pensionsversicherungen bei weitem nicht gedeckt werden. Aus ökonomischer Sicht ist daher die fiskalische Nutznießung des Konsums von Rauchtobakwaren nicht gerechtfertigt.

Österreich ist in Europa Schlusslicht bei der Umsetzung des Nichtraucherschutzes; dafür Spitzenreiter bei der Raucherprävalenz. Der sich daraus ableitenden politischen Verantwortung wird in Österreich bis dato nur halbherzig Rechnung getragen. Verstärkte Maßnahmen zur Raucherentwöhnung und zum Nichtraucherschutz wären deshalb ein wichtiger Bestandteil zukünftiger Gesundheitspolitik. Das kommende »Rauchfrei« in der Gastronomie ist ein Schritt in die richtige Richtung.

Literatur

^[1] Für Hartgesottene: WHO, The smokers's body: www.who.int/tobacco/research/smokers_body/en/index.html

^[2] CDC (2004): The health consequences of smoking. A report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention. US Department of Health and Human Services

^[3] CDC (2014): The health consequences of smoking: 50 years of progress. A report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention. US Department of Health and Human Services

^[4] Pock M, Czypionka T, Müllbacher S, Schnabl A (2008): Volkswirtschaftliche. Effekte des Rauchens. Eine ökonomische Analyse für Österreich. IHS, https://www.ihs.ac.at/publications/eco/recent_publ/rauchen_final_22-04-2008.pdf

^[5] Neuberger, Pock (2009), Einnahmen des Staates aus dem Zigarettkonsum Minderjähriger in Österreich. Wiener Klinische Wochenschrift, 121 (15-16): 510-514

Mag. Dr. Markus Pock

Institut für Höhere Studien, Wien,
HealthEcon – Gesundheit & Pflege

Unser Betreu

Prävention

Suchtprävention ist dem Grünen Kreis ein besonderes Anliegen. Die Abteilung für Suchtprävention entwickelt individuell zugeschnittene, präventive Konzepte für öffentliche und private Unternehmen sowie Schulen, um dort zu helfen, wo im Vorfeld der Weg in die Sucht verhindert werden kann. Wir bieten: Vorträge, geleitete Diskussionen, Seminare, Outdoor-Workshops/-Veranstaltungen, sowie spezielle Angebote im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung, im Umgang mit Stress, Kommunikation und Konfliktstrategien.

In Betrieben

Unsere betriebliche Suchtprävention hilft, Lernprozesse in Gang zu bringen. Sie will den Blick schärfen, um Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen, und mithelfen, sinnvolle innerbetriebliche Lösungsansätze zu erarbeiten. Der Erwerb von Wissen und Handlungskompetenz, die Schulung von Lehrlingen, MitarbeiterInnen und Führungskräften sind vor diesem Hintergrund entscheidende Maßnahmen.

In Schulen

Während der Schulzeit durchlaufen Kinder und Jugendliche häufig krisenhafte Entwicklungsphasen. Schulische Suchtprävention kann dazu beitragen, Jugendliche zu stützen, Entlastung zu schaffen, sie in die Lage zu versetzen, auf Krisensituationen kompetent zu reagieren und ein suchtförderndes Verhalten zu vermeiden.

Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie (Dauer bis zu 6 Monaten) ist gedacht für erwachsene Suchtkranke, die einer kurzfristigen stationären Intervention bedürfen, die rasch stabilisiert werden können und in einer weiterführenden ambulanten Therapie behandelt werden können. Idealerweise sind diese KlientInnen in ihrem persönlichen Umfeld noch sozial integriert. Eine abgeschlossene Ausbildung oder eine Arbeitsstelle ist vorhanden bzw. es kann wieder rasch ein Arbeitsplatz gefunden werden.

Aufnahme finden auch KlientInnen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (»Therapie statt Strafe« nach § 35 und § 39 SMG, § 50 STGB, § 173 STPO). Kostenübernahme durch den Bund maximal 6 Monate.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener KlientInnen (Dauer 1 bis 2 Monate) statt.

Die Betroffenen nehmen, wie alle anderen KlientInnen der Therapeutischen Gemeinschaft, am gesamten Therapieprogramm teil und werden vom jeweiligen multiprofessionellen Team begleitet. Ziele sind ein abstinentes oder ein substituiertes Leben ohne Beikonsum zu ermöglichen sowie die Stabilisierung und rasche Reintegration in ein soziales Umfeld.

Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene je nach Bedarf individuelle Unterstützung und Begleitung. Sie erfolgt durch die MitarbeiterInnen des Beratungsteams (Vorbetreuung) bzw. die MitarbeiterInnen in den ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren. Das Beratungsteam ist in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche finden in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins Grüner Kreis und überall dort statt, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legale und illegale Substanzen)
- Menschen mit nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen (z.B. pathologisches Glücksspiel)
- suchtkranke Erwachsene und Jugendliche
- ältere Suchtkranke
- suchtkranke Eltern und Mütter mit ihren Kindern
- Menschen mit komorbiden Erkrankungen
- KlientInnen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- KlientInnen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren
- Menschen mit einer richterlichen Weisung (§ 35 und § 39 SMG, § 50 StGB, § 173 StPO)
- Angehörige

Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie (Dauer 6 bis 18 Monate) ist gedacht für jugendliche, erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, MultimorbiditätsklientInnen, ältere Suchtkranke und Menschen, die ihr Leben und sich selbst neu organisieren und neu orientieren müssen. Sie ist für Menschen geeignet, die über einen sehr langen Zeitraum eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchen (Polytoxikomanie), bei Abhängigen mit psychiatrischen Diagnosen, Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen, psychischen oder physischen Folgeerkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten.

Therapieziel ist das Erleben von stützenden, zwischenmenschlichen Beziehungen und das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen zwischen Suchterkrankung und eigener Lebensgeschichte. Die nachhaltige Rehabilitation und Integration der KlientInnen, ein geregeltes Arbeitsleben, gesicherte Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Finden und Förderung von Ressourcen, Berufsfindung und -ausbildung stehen im Vordergrund.



Leistungsangebot

Ambulante Behandlung/Rehabilitation

Ambulante Betreuung und Behandlung/Rehabilitation bedeutet die Begleitung von Betroffenen unter Beibehaltung ihrer aktuellen Lebensumstände. Das heißt, die Behandlung wird in den persönlichen Alltag der/des Betroffenen integriert. In unseren fünf ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

Für Wiener KlientInnen wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte KlientInnen als auch für substituierte KlientInnen, für KlientInnen mit einer substanzgebundenen sowie mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung, sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene geeignet.

Für KlientInnen aller übrigen Bundesländer beträgt die ambulante Behandlung/Rehabilitation 6 bis 18 Monate.

Am Ende dieser Behandlung/Rehabilitation sollten KlientInnen in der Lage sein, ihr Leben selbstbestimmt führen zu können, die nötigen Hilfskontakte und -ressourcen zur Hand zu haben, sozial integriert und finanziell abgesichert zu sein, sich in einer zufriedenstellenden Wohnsituation und im Idealfall in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu befinden.

Stationäre Dauerbetreuung

Die stationäre Dauerbetreuung mit und ohne dislozierter Wohnform bietet Betroffenen nach Abschluss der stationären Behandlungsphase ein Folgebetreuungs- und Behandlungsmodell, um den Betroffenen beistehen und die gewonnene psychische und physische Stabilität aufrechterhalten zu können. Auf diese Weise können Schritte zur größtmöglichen Selbständigkeit erprobt und umgesetzt werden. Zudem können die Strukturen der Therapeutischen Gemeinschaft weiterhin genutzt werden. Die langjährigen Erfahrungen des Vereins Grüner Kreis mit Menschen mit vorliegender Komorbidität zeigen die dringende Notwendigkeit einer möglichen Weiterbetreuung und -behandlung/Rehabilitation nach abgeschlossener stationärer Therapie (über 18 Monate hinaus).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, entweder in einer integrierten Wohneinheit der Therapeutischen Gemeinschaft oder in einer nahe gelegenen, vom Grünen Kreis angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

Stationärer Vollentzug & Teilentzug

KlientInnen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof.

Die Dauer der Behandlung hängt von der jeweiligen Substanz ab: Teil- oder Vollentzug Alkohol - Zeitraum ca. 14 Tage; Teil- oder Vollentzug illegale Substanzen - bis zu 8 Wochen.

Beim Vollentzug ist das Ziel naturgemäß der vollständige körperliche Entzug von legalen und/oder illegalen Substanzen.

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation kann im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug vor Ort geplant werden, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul oder ein längeres stationäres bzw. ambulantes Modul anschließt.

Beim Teilentzug werden alle legalen/illegalen Substanzen unter Beibehaltung eines Substitutionsmittels entzogen. Der Teil- oder Vollentzug wird immer mit besonderem Augenmerk auf die Bedürfnisse der einzelnen KlientInnen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird KlientInnen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit zu erhalten. Die TransitmitarbeiterInnen sind in den verschiedensten Arbeitsbereichen (Landwirtschaft, Bau und Renovierung, Tischlerei, Fuhrpark, Seminarhotel, Kreativwerkstätten, Schlosserei, Büro, Catering, Lager etc.) eingesetzt und werden von qualifiziertem Fachpersonal angeleitet. Zusätzlich zu den geförderten Arbeitsplätzen auf Zeit werden KlientInnen und ExklientInnen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen FacharbeiterInnenausbildungen entsprechend ihrer individuellen Interessen unterstützt. Durch dieses Programm konnte die Therapieerfolgsquote deutlich gesteigert und die anschließende Reintegration in den freien Arbeitsmarkt entscheidend verbessert werden. Bei entsprechender Weiterentwicklung und Berufsausbildung der KlientInnen ist nach Beendigung der TransitmitarbeiterInnenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein Grüner Kreis möglich.

(Passiv)rauchen in Österreich

Eine Erfolgsgeschichte für die Tabakindustrie, eine Schande für die Gesundheitspolitik



von Reinhard Kürsten

Als man einen Manager von JP Reynolds einmal fragte, warum die Führungs-Riege nicht rauche, antwortete er: »We don't smoke this shit. We only sell it. We reserve the right to smoke for the young, the poor, the black, and the stupid.«

Wir rauchen diesen Scheiß nicht. Wir überlassen das den Jungen, den Armen, den Schwarzen und den Dummen.

Haben wir in Österreich mehr Dumme als andere Länder?

2,8 Millionen ÖsterreicherInnen rauchen – das sind ca. 33% der Bevölkerung. Während der Anteil rauchender Männer in den letzten Jahren kontinuierlich gefallen ist, haben die Frauen »aufgeholt«. Jedes Jahr sterben 10.000 Raucher in Österreich vorzeitig (14 Jahre zu früh) an den Folgen des Tabakkonsums. Österreich nimmt laut Europäischer Krebsliga in der Tabakkontrolle unter 34 Ländern im europäischen Raum den beschämenden letzten Platz ein. Besorgniserregend ist der hohe Anteil von Rauchern in der jugendlichen Bevölkerung. 56% der Burschen und 51% der Mädchen unter 19 Jahre rauchen. Mehr als ein Viertel aller Jugendlichen in Österreich ist nikotinsüchtig. Damit hat die Tabakindustrie in Österreich eines ihrer wichtigsten Ziele erreicht: jüngere Menschen zum Rauchen zu bringen. »We need to hook them young and hook 'em for life«, hat ein Manager der Tabakindustrie dazu gesagt. Eine Nikotinabhängigkeit entwickelt sich besonders bei Jugendlichen sehr schnell. Durchschnittlich sind jugendliche Raucherinnen und Raucher nach eineinhalb Jahren regelmäßigem Tabakkonsum krankhaft nikotinsüchtig.

Eine Zigarette enthält bis zu 13 mg Nikotin, wovon beim Rauchen rund ein bis zwei Milligramm aufgenommen werden. Gerne wird von Rauchbefürwortern darauf hingewiesen, dass Tabak ein Naturprodukt und Kulturgut ist. Übersehen wird dabei, dass das, was die Tabakindustrie heute als Zigarette verkauft, eine Art Designer-Droge darstellt, die jeden zweiten Konsumenten tötet. Durch Zugabe zahlreicher Zusatzstoffe wird erreicht, dass die erste Zigarette nicht zu unangenehm schmeckt und möglichst rasch eine Abhängigkeit erzeugt wird. Nikotin wird beim Rauchen

über die Lunge ins Blut aufgenommen und erreicht innerhalb weniger Sekunden das Gehirn, schneller als das bei einer Injektion in die Vene möglich wäre.

Die Nikotinabhängigkeit entsteht durch das Zusammenspiel mehrerer Faktoren und beinhaltet eine physische (körperliche) und eine psychische Komponente. Entscheidend für die physische Abhängigkeit ist die Wirkung des Nikotins im Gehirn: Es bindet an Nikotinrezeptoren und stimuliert dadurch das Belohnungszentrum des Gehirns, der erste Schritt in die Abhängigkeit (physische Abhängigkeit) ist damit getan.

Der Körper gewöhnt sich an das Nikotin und bildet immer mehr Nikotinrezeptoren, die gesättigt werden wollen. Schon nach wenigen Zügen an einer Zigarette sind alle Nikotinrezeptoren besetzt. Gleichzeitig zu der durch Nikotin verursachten Dopaminausschüttung im Belohnungszentrum stimulieren andere Dopaminbahnen einen Bereich im Gehirn, der an Lernvorgängen beteiligt ist. So wird Rauchen mit bestimmten Situationen (beispielsweise der Tasse Kaffee am Morgen, der Zigarette nach dem Essen) in Verbindung gebracht, sodass eine Konditionierung entsteht. Dieser Prozess macht den Ausstieg so schwer, weil allein bestimmte Situationen schon das Verlangen nach einer Zigarette hervorrufen können. Die psychische Abhängigkeit ist erreicht.

Eine Dauerabhängigkeit von Nikotin tritt viel leichter auf als für das verbotene Haschisch und die schwere Nikotinabhängigkeit dürfte wohl mit der von harten Drogen, wie Opiaten, vergleichbar sein.

Passivrauchen – unterschätzte Gefahr

Dass Rauchen abhängig macht und der Gesundheit schadet, wird heute nicht einmal mehr von der Tabakindustrie bestritten. Man kann aber wohl zu Recht argumentieren, dass es jedem Menschen frei steht, sich ungesund zu verhalten. Ganz anders sieht es aus, wenn ein Verhalten dazu führt,

anderen Menschen Schaden zuzufügen. Daher war es für die Tabakindustrie und all jene, die sich gegen Einschränkungen des Tabakkonsums wehren, eine schlechte Nachricht, als erste wissenschaftliche Studien eine Gesundheitsgefährdung durch Passivrauchen nachweisen konnten.

Bereits 1978 war in einer für die amerikanische Tabakindustrie angefertigten geheimen Studie zu lesen: »was der Raucher sich selbst antut, ist seine Sache, aber was er dem Passivraucher antut, ist eine andere Sache... das sehen wir als die größte Gefahr für die Tabakindustrie.«

Passivrauch – die Fakten

Tabakrauch besteht zu 85% aus dem Nebenstromrauch, der von der glimmenden Zigarette in den Rauchpausen ausströmt und zu 15% aus dem Hauptstromrauch, der vom Raucher inhaliert und wieder ausgeatmet wird. Aufgrund unterschiedlicher Verbrennungstemperaturen sind die Schadstoffe im Nebenstromrauch zum Teil in vielfach erhöhter Konzentration enthalten.

Der Passivraucher atmet mehr als 7000 verschiedene zum Teil geruchlose und unsichtbare Substanzen ein. Über 100 davon sind giftig (darunter z.B. Blausäure,

Ammoniak, Formaldehyd, Kohlenmonoxid) und ca.70 davon können Krebserkrankungen verursachen (z.B. polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe, N-Nitrosamine, Benzol, Arsen, Cadmium und das radioaktive Isotop Polonium 210).

Für diese Kanzerogene kann kein unbedenklicher Grenzwert definiert werden. Zwar sinkt mit abnehmender Dosis das Risiko proportional, es wird jedoch auch unterhalb des zugänglichen Nachweisbereiches nicht null. Denn auch geringe Mengen genotoxischer Kanzerogene können die DNA schädigen.

Tabelle 1

Passivrauchbedingte Beschwerden bei Erwachsenen	
Atemwegserkrankungen	Chronische Krankheiten und Todesursachen
<p>Atemwegsbeschwerden</p> <p>Verringerte Lungenfunktionswerte</p> <p>Reizung der Atemwege (Folge Husten und Auswurf)</p> <p>Kurzatmigkeit bei körperlicher Belastung</p> <p>Reizung der Nase</p> <p>Sonstige Beschwerdebilder</p> <p>Augenbrennen und Tränen</p> <p>Schwellung und Rötung der Schleimhäute</p> <p>Erhöhte Infektanfälligkeit</p> <p>Kopfschmerzen</p> <p>Schwindelanfälle</p>	<p>Atemwegserkrankungen</p> <p>Asthma (Entstehung und Verschlimmerung)</p> <p>Lungenentzündung (Entstehung und Verschlimmerung)</p> <p>Bronchitis (Entstehung und Verschlimmerung)</p> <p>Verschlimmerung von Mukoviszidose</p> <p>Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen</p> <p>Herz- und Gefäßerkrankungen</p> <p>Koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt</p> <p>Schlaganfall</p> <p>Periphere arterielle Verschlusskrankheit</p> <p>Krebserkrankungen</p> <p>Lungenkrebs</p> <p>Brustkrebs (bei prämenopausalen Frauen)</p>

Tabelle 2

Passivrauchen in der Stillzeit, im Säuglings- und Kindesalter erhöht das Risiko für:	
<p>Störungen des Allgemeinbefindens wie Bauchweh, Schwindel, Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen</p> <p>Plötzlicher Kindstod</p> <p>Mittelohrentzündungen</p> <p>Erkrankungen der unteren Atemwege wie Lungenentzündungen, Bronchitis</p> <p>Akute und chronische Atemwegssymptome wie Atemnot, chronischer Husten, vermehrt Asthmaanfälle</p> <p>Entwicklung von Asthma</p>	<p>Verzögertes Wachstum der Lungen, verminderte Lungenfunktion</p> <p>Verzögerte Lautentwicklung</p> <p>Eingeschränkter Geruchssinn</p> <p>Übergewicht</p> <p>Entstehung von Karies bei kindlichen Milchzähnen</p> <p>Verhaltensauffälligkeiten</p> <p>Erbgutschädigungen und mutmaßlich Krebserkrankungen</p> <p>Hirnhautentzündungen</p> <p>Narkosekomplikationen</p>

In Österreich sterben jährlich ca. 1.000 Nichtraucher an den Folgen von Passivrauch. Die überwiegende Zahl davon an Schlaganfall und Herzinfarkt, aber auch an Lungenkrebs (leider kann auch schon zeitlich sehr begrenztes Einatmen von Pas-

sivrauch Krebs auslösen) sowie an chronischen Lungenkrankheiten und Asthma. In Ländern, in denen strikte Rauchverbote in der Gastronomie eingeführt wurden, hat sich die Zahl der Herzinfarkte bereits im ersten Jahr um durchschnittlich 17% ver-

ringert. Das liegt daran, dass das Einatmen von Rauch unmittelbar zur Verstopfung von Herzkranzgefäße führen kann.

Der kindliche Organismus reagiert viel empfindlicher auf die Einwirkungen des Tabakrauches als der → Seite 21

Für die unaufdringliche Normalität des Nichtrauchens



von Dominik Batthyány

Prävention als Selbstheilung:
»Wenn du nicht für dich aufhören kannst... tue es für sie, tue es für die Kinder. Denn indem was du tust, zeigst du ihnen, was normal und erwachsen ist. Tue es für sie, wenn du es nicht für dich tun kannst.
– Und tue es dadurch für dich.«

Nikotin ist ein »niederschwelliges« Suchtmittel. Als Tabak ist es relativ leicht erhältlich, immer dabei und kann sehr unkompliziert konsumiert werden. Rauchen ist - immer noch - nichts Ungewöhnliches. Tatsächlich rauchen 38 % der Menschen in Österreich, 33 % davon regelmäßig; davon 15 % mindestens 20 Zigaretten und 11 % 10 bis 19 Zigaretten pro Tag. Gleichzeitig wissen wir, dass Nikotin eine der stärksten suchterzeugenden und -erhaltenden Substanzen ist. Wir wissen auch, tabakassoziierte Erkrankungen sind in Österreich die häufigste Todesursache. Jährlich sterben in Österreich 14.000 Menschen an den Spätfolgen des Rauchens. In einem Zeitraum von 10 Jahren entspricht dies der dreifachen Einwohnerzahl von St. Pölten. Hier wird deutlich: Tabakprävention ist eine absolute Notwendigkeit und sollte aus der gesellschaftlichen und individuellen Gesundheitsvorsorge nicht wegzudenken sein. – Wo aber muss Prävention ansetzen?

Jugendliche Einsteiger

Die große Mehrheit beginnt mit dem Rauchen schon im Jugendalter. Das ist alarmierend. Etwa 90% aller Raucherinnen und Raucher beginnen vor ihrem 19. Lebensjahr damit. Und in der Altersklasse von 15 bis 29 Jahren greifen 40 Prozent der Menschen regelmäßig zur Zigarette. Gleichzeitig möchten viele damit aufhören. Bei den 13- bis 16-jährigen Raucherinnen und Rauchern haben dies bereits 29% erfolglos versucht, bei den 17- bis 19-jährigen bereits 49%. Hier greift Sucht bereits zu. Vor diesem Hintergrund muss Prävention vor allem auch bei den Ursachen und Motiven dieses frühen Konsums ansetzen.

Motivation

Die Jugend ist eine Zeit der Identitätssuche. Es geht ums »Coolsein« und um Anerkennung. Im Akt des Rauchens fallen verschiedene Sehnsüchte raffiniert zusammen: das Erwachsen-Sein-Wollen einerseits und die Rebellion (gegen die Verbote der Erwachsenen) andererseits. Das Rauchen vereint diese beiden scheinbar widersprüchlichen Aspekte in sich.

Auch neugierig zu sein gehört zur

normalen Entwicklung der Jugendlichen. Sie möchten Zigaretten ausprobieren, um zu erfahren, wie es ist – und warum jene Erwachsenen oder älteren Jugendlichen, die rauchen, ein Vergnügen daran haben. Die Gründe für den regelmäßigen Griff zur Zigarette haben bei Jugendlichen oft auch mit dem Freundeskreis und dem Weggehen zu tun. Schließlich werden von den Jugendlichen Begründungen wie »weil meine Freunde rauchen« und »weil es zum Weggehen dazugehört« als Rauchmotive genannt. Die Zigarette ist also auch ein Medium der Geselligkeit und Zugehörigkeit. Rauchen schafft eine Atmosphäre der Verbundenheit, begleitet und fördert scheinbar die Kontaktaufnahme und erhöht das Gemeinschaftsgefühl. Und natürlich kann Rauchen auch ein Mittel sein, um Stress, Einsamkeit, Traurigkeit, Frust und Langeweile scheinbar zu bewältigen.

Und was hält Kinder und Jugendliche vom Rauchen ab? Welche Faktoren motivieren Kinder und Jugendliche, gar nicht erst nicht mit dem Rauchen zu beginnen? Im Rahmen einer Studie der Medizinischen Fakultät Mannheim und der Universität Heidelberg wurden insgesamt 811 Schülerinnen und Schüler anonym befragt. Nach eigenen Angaben stellten Gesundheitliche Gründe bei der Entscheidung, nicht zu rauchen, die mit Abstand wichtigsten Motive dar. Darunter werden vor allem die Vermeidung von Krebserkrankungen und der Erhalt der eigenen körperlichen Kondition genannt. Während Schülerinnen häufiger als Schüler gesundheitliche und ästhetische Gründe (wie Ekel, Geruch- und Geschmacksaversion, Vermeidung von Zahnverfärbungen) angeben, führen Schüler häufiger als Schülerinnen ökonomische Motive an (Zigarettenpreis).

Prävention und rauchfreie Normalität

Die »österreichische ARGE Suchtvorbeugung« hat 2014 ein Positionspapier »Wirksame Maßnahmen der Tabakprävention aus Sicht der österreichischen Suchtprävention« erarbeitet. Die Vision lautet »Nichtrauchen als Normalität«. Ziel der Prävention müsse es sein, (1) den Einstieg

in den Tabakkonsum zu verhindern oder so lange wie möglich hinausschieben, (2) Rauchende zum Ausstieg motivieren, (3) Kindern und Jugendlichen das Aufwachsen in einem rauchfreien Umfeld zu ermöglichen und (4) Nichtraucher vor dem Passivrauchen zu schützen.

In der Prävention ist die vielleicht effektivste Strategie, Kinder und Jugendliche vor Erstkonsum und Raucheinstieg zu bewahren. Im Alltag das Nichtrauchen als Normalität zu etablieren und zu kommunizieren ist dabei ein wichtiger Aspekt. Damit könnte die Assoziation von »Rauchen« mit »Erwachsenen« oder »Coolsein« aufgelöst werden. Jugendliche sollen wahrnehmen können: Rauchen ist nicht

→ Seite 19 erwachsene Organismus. Erstens entwickeln sich die kindlichen Organe noch. Die Möglichkeit zur Entgiftung von Schadstoffen ist noch nicht voll entwickelt. Außerdem macht die höhere Stoffwechselrate den kindlichen Organismus anfälliger für Schadstoffe. Kinder machen pro Zeiteinheit mehr Atemzüge und haben relativ gesehen ein höheres Atemminutenvolumen. Daher atmen sie im Verhältnis zu ihrem Körpergewicht mehr giftige Substanzen ein.

Infekte der Atemwege, Asthma, Ohrenentzündungen mit Hörverschlechterung und in weiterer Folge Sprachentwicklungsverzögerungen gehören zu den häufigen durch Passivrauch mitverursachten Erkrankungen im Kindesalter.

Für die Suchtprävention ist es wichtig, den öffentlichen Raum rauchfrei zu machen: Eine rauchfreie Umgebung hilft, mit dem Rauchen aufzuhören. Daran kann die Tabakindustrie kein Interesse haben und daher schrillten dort alle Alarmglocken, als in den späten 70er Jahren Hinweise auftauchten, dass der Raucher nicht nur sich selber schädigt, sondern auch den Nichtraucher, der neben ihm arbeitet oder im Restaurant gemütlich isst und trinkt.

In Aufsehen erregenden Prozessen wurde die Tabakindustrie in den USA vor vielen Jahren dazu verurteilt, geheime Dokumente öffentlich zu machen. Diese sollten uns eigentlich eindrucksvoller als alle »Gesundheits-Argumente« vor Augen führen, mit welcher Skrupellosigkeit die dort tätigen Manager seit Jahrzehnten die Öffentlichkeit belügen. Wissenschaftler wurden bezahlt, um genehme Studienergebnisse zur Unschädlichkeit von Passivrauch zu fälschen, Politiker und Journalisten wurden durch Aufträge,

identitätsstiftend für das Erwachsensein. Absolute Rauchverbote – auch in der Gastronomie – unterstützten die »Normalität des Nichtrauchens«, macht Rauchen weniger gesellschaftsfähig. Kinder und Jugendliche werden durch eine rauchfreie Umgebung nicht nur vor Passivrauch geschützt, sondern können abgehalten werden, mit dem Rauchen zu beginnen oder dazu anregen, den Tabakkonsum zu reduzieren. Süchtige Raucherinnen und Raucher dürfen nicht diskriminiert werden, sollen aber jede Unterstützung für Konsumreduktion oder Rauchausstieg bekommen.

Wichtige Maßnahmen der Prävention sind darüber hinaus die Weiterbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Beraterverträge, Einladungen zu Konferenzen und Sponsoring von Anlässen dafür belohnt, dass sie sich für die Anliegen der Tabakindustrie instrumentalisieren ließen.

Im Mai 1988 hat das österreichische Gesundheitsministerium eine Veranstaltung zum Thema Passivrauchen veranstaltet. In Wahrheit war es damals die Austria Tabak, die federführend (allerdings verborgen) die Themen und Referenten bestimmt hat. Kein Wunder, dass zum damaligen Zeitpunkt das Ausmaß der Gefährdung die Öffentlichkeit nicht erreichte. Hier ist der Einfluss der Tabakindustrie auf die Politik in Österreich erstmals dokumentiert. Aufgeregt hat sich darüber bis heute niemand. Weil es niemanden wundert?

Besonders wichtig für die Tabakindustrie war es, Gastronomie-Verbände für ihre Anliegen zu gewinnen, Rauchverbote zu verhindern, abzuschwächen oder zu verzögern.

In Österreich ist das der Tabakindustrie besonders gut gelungen und das sogar ohne dafür – wie mir von der Wirtschaftskammer versichert wurde – Funktionäre »kaufen« zu müssen. Respekt!

Weniger Respekt verdienen jene, die Argumente der Tabakindustrie ungeprüft übernommen haben, die in anderen Ländern schon lange widerlegt wurden.

Während Herr Hinterleitner, Obmann des Fachverbandes Gastronomie in der Wirtschaftskammer, immer wieder angebliche Umsatzverluste in Irland als abschreckendes Beispiel für Rauchverbote in Österreich zitiert, sagt der Präsident der irischen Wirtevereinigung VFI, Gerry Rafter »Wir wollen die Raucher nicht im Pub zurückhaben«.

Rauchverbote helfen Nichtrauchern und Rauchern gleichermaßen. Es gibt

im Rahmen der Lebenskompetenzförderung im Kindes- und Jugendalter sowie Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen: zu den negativen Folgen des Rauchens, zu den positiven Effekten eines rauchfreien Lebens und die Stärkung des Nichtrauchens als Norm.

Für Fragen und Auskünfte über Hilfsangebote und Suchtprävention wenden Sie sich bitte gerne an:

Dr. Dominik Batthyány

Leitung Prävention im Verein »Grüner Kreis«

POOL7, Rudolfsplatz 9, 1010 Wien

T: +43/1/5238654-15

M: +43/664/8111660

E: dominik.batthyany@gruenerkreis.at

Web: <http://www.gruenerkreis.at>

keine billigere und erfolgreichere Maßnahme zum Schutz der Gesundheit. Auch Angestellte in der Gastronomie müssen an ihrem Arbeitsplatz vor Tabakrauch geschützt werden. Spitäler müssen – wie es Schulen schon sind – absolut rauchfrei werden.

Nikotin darf nicht länger als Genussmittel begriffen und bezeichnet werden. Raucher müssen als Suchtkranke betrachtet werden, die Hilfe benötigen. Dafür sind ausreichend Mittel bereitzustellen und gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen.

»We are killing people by not acting« sagte der australische Gesundheitsminister. Die Verschiebung des absoluten Rauchverbotes in der Gastronomie in Österreich auf 2018 verursacht in den nächsten drei Jahren hunderte vermeidbare Todesopfer. Sie sterben nicht spektakulär bei einem Flugzeugabsturz sondern in einem Spitalzimmer oder zu Hause. Kein Politiker fühlt sich dafür verantwortlich. Kein Journalist wird darüber berichten. Eine große Schande!

Quellen

Dkfz Heidelberg, Ärzteinitiative, Robert Koch Institut, Centers for Disease Control and Prevention, Unabhängige Pharmainformation Innsbruck

Dr. Reinhard Kürsten

Facharzt für HNO

Autor der ersten Aufklärungs-Broschüre der Krebshilfe zum Thema Passivrauchen (2006) *Ich möchte diesen Artikel dem Journalisten Kurt Kuch widmen, der seinen Kampf gegen den durch Rauchen verursachten Krebs verloren hat, aber wesentlich dazu beigetragen hat, dass Österreich – wenn auch verspätet – 2018 ein Gesetz erhält, das Nichtraucher und Raucher schützen wird.*

Der »Marlboro Man« als »Edler Wilder« des 20. Jahrhunderts



von Philippa Rudnay

Den »Edlen Wilden« gibt es bereits mehrere Jahrhunderte, wobei die Vorstellung von ihm auf unterschiedliche Bereiche angewendet werden kann

Der »Edle Wilde« existiert, seitdem die Europäer die überseeische Welt zu entdecken begannen. Im 15. Jahrhundert war dies der Fall, als Kolumbus Amerika entdeckte und die wohlgeformten Körper der Bewohner beschrieb, die in einer mit dem Paradies vergleichbaren Welt lebten. Eine Wiederbelebung und stärkere Aufmerksamkeit erhielt der »Edle Wilde« im 18. Jahrhundert durch die Entdeckung der Südsee. Die europäischen Entdeckungsfahrer waren begeistert von der Natur und den schönen Körpern der Inselbewohner. Durch ihre Reisebeschreibungen verbreitete sich in Europa die Vorstellung einer glückseligen, im Einklang mit der Natur lebenden Bevölkerung (Kohl 1981: 31). Das Leben der »Edlen Wilden«, welches frei von Neid und Eifersucht ist, wird unter anderem auf die Unkenntnis des Privateigentums zurückgeführt. Die Entdeckungsfahrer konnten keine Besitzunterschiede feststellen und nahmen an, dass es somit auch nicht zu einer Herausbildung von hierarchischen Herrschaftsstrukturen kommen kann. In der europäischen Welt wurden Besitzunterschiede hingegen als Ursprung aller Missstände gesehen (Kohl 1981: 69).

Die westliche Bevölkerung schuf den »Edlen Wilden«, der das repräsentiert, was man gerne wäre und das, was man vielleicht einmal war, aber wahrscheinlich nie wieder werden kann. Auch wenn sich die Bevölkerung der westlichen Welt darüber bewusst ist, nie mehr ein Leben wie jenes der »Edlen Wilden« führen zu können, wird er aufgrund seiner Exotisierung zur Projektionsfläche von Wunschträumen.

Beispiele für den »Edlen Wilden« lassen sich in den verschiedensten Bereichen wiederfinden.

Paul Gauguin

Der französische Maler Paul Gauguin träumte stets von einem Leben ohne Sorgen um Geld und fern von der Zivilisation. 1891 entschied er sich, nach Tahiti auszuwandern, welches er mehrmals als Paradies für jeden Europäer bezeichnete. Als er ankam, war er schockiert von der bereits durchgeführten Europäisierung, klammerte sich jedoch umso fester an die Illusion des paradiesischen Urzustandes. Er begann das, was nicht in seine Paradiesvorstellungen

hineinpasste, in seinen Erzählungen und Bildern auszublenden (Zacharias 1998: 232 ff.).

Die wichtigste Figur in den Bildern von Gauguin war Eva, da eine Welt ohne Eva für ihn alles andere als ein Paradies war. Die idealisierte Eva wurde für ihn eine einheimische Südseesulanerin. Er schuf die Vorstellung, dass nur Menschen, die von der Zivilisation unberührt geblieben sind, im Einklang mit der Natur leben können (Kostenewitsch 1998: 70).

Die Bilder von Paul Gauguin stießen in Europa auf großes Interesse und seine Ansichten der SüdseebewohnerInnen wurden in Europa übernommen.

Die Nuba

Ein weiteres Beispiel für eine Projektion des »Edlen Wilden« stammt von Leni Riefenstahl. Ihre Freundschaft mit Adolf Hitler, ihre Filme über das nationalsozialistische Regime sowie die Vorwürfe gegen sie nach dem zweiten Weltkrieg verhalfen Riefenstahl zu einem hohen Bekanntheitsgrad (Strohmeyr 2012: 261 ff.). 1962 reiste Riefenstahl in den Sudan, um dort die Ethnie der Nuba fotografisch zu dokumentieren, von deren Aussehen sie von Beginn an begeistert war (Riefenstahl 1990: 7). »Der Umstand, dass noch keine größere Straße durch ihr Gebiet führte, hat zweifellos dazu beigetragen, dass sie fast ohne Kontakt mit der Außenwelt ihr naturverbundenes Leben ungestört führen konnten.« (Riefenstahl 1990: 19)

Als Riefenstahl 1968 erneut zu den Nuba reiste, hatte sich einiges verändert. »Die nicht aufzuhaltende Zivilisation wird in naher Zukunft auch die Nuba erfassen und sie umformen. Ich hatte das Glück, sie noch in ihrer ursprünglichen Lebensweise kennenzulernen und diese in Bildern, Film- und Tonaufnahmen festzuhalten. Es war ein Einblick in ein bald verlorenes Paradies.« (Riefenstahl 1990: 31) Durch Riefenstahl's Bildbände bekamen die Nuba internationale Aufmerksamkeit und wurden in der westlichen Welt als ästhetisches Naturvolk, ohne jegliche Missstände und Verpflichtungen angesehen (Strohmeyr 2012: 266 ff.).

Die Massai

Auch die Ethnie der Massai ist ein Beispiel für den »Edlen Wilden«. Die

Bevölkerungsgruppe aus Ostafrika wird weltweit als eine durchhaltstarke, mutige und stolze Gesellschaft angesehen (Olson 1996: 374).

Bereits Ernest Hemingway schrieb 1964 (138 f.): »Dies waren die größten, bestgewachsenen, prächtigsten Menschen, die ich je gesehen hatte und die ersten wirklich fröhlichen, glücklichen Menschen, die ich in Afrika gesehen hatte [...]«.

Die Biographie »Die weiße Massai« von Corinne Hofmann greift solche Beschreibungen auf und es entsteht ein Mythos, der sich immer wieder erneuert. Als sie bei ihrer ersten Keniareise 1986 den Massai Lketinga traf, verliebte sie sich augenblicklich. Sie zog in ein Massai-Dorf, heiratete ihn und bekam eine Tochter von ihm. Ende 1990 ging sie nach dem Scheitern der Ehe zurück in die Schweiz und begann, ihre Erfahrungen in Kenia niederzuschreiben (Maurer 2010: 77 ff.).

Als sie von ihrem damaligen Freund auf einen Massai aufmerksam gemacht wird, beschreibt sie ihre Erfahrungen folgendermaßen: »Es trifft mich wie ein Blitzschlag. Da sitzt ein langer, tiefbrauner, sehr schöner, exotischer Mann [...] und schaut uns, die einzigen Weißen in diesem Gewühl, mit dunklen Augen an. Mein Gott, denke ich, ist der schön, so etwas habe ich noch nie gesehen. Er ist nur mit einem kurzen, roten Hüfttuch bekleidet, dafür aber reich geschmückt. [...] Sein Gesicht ist so ebenmäßig schön, dass man fast meinen könnte, es sei das einer Frau. Aber die Haltung, der stolze Blick und der sehnige Muskelbau verraten, dass er ein Mann ist. Ich kann den Blick nicht mehr abwenden. So, wie er dasitzt in der untergehenden Sonne, sieht er wie ein junger Gott aus.« (Hofmann 2000: 8 f.)

Der »Marlboro Man« als »Edler Wilder« des 20. Jahrhunderts?

Der »Marlboro Man« gilt als eine der am längsten eingesetzten Werbeikonen der Welt. Es ist nicht lange her, dass der Cowboy in lässiger Kleidung, mit dem tief ins Gesicht gezogenen Hut und mit Zigarette im Mund auf Plakaten und in Werbespots zu sehen war.

Auf der Suche nach dem maskulinsten Symbol wurde 1954 durch Leo Burnett und sein Team der weltweit bekannte Cowboy geschaffen, welcher bis 1999 als Markenzeichen für die Zigaretten vom Hersteller Philip Morris fungierte (vgl. Farin: URL).

Auf den Werbeplakaten und in den Werbespots wurden viele einschlägige Symbole verwendet. Mit der Figur des Cowboys wird Stärke, Freiheit und Unabhängigkeit, gleichzeitig aber auch Naturverbundenheit assoziiert. Er ist keinerlei Verpflichtungen



ausgesetzt und reitet, natürlich stets mit einer Zigarette im Mund, durch die naturbelassenen Wälder und Berge von »Marlboro Country« dem idealtypischen Amerika. Umgeben von der wilden, unberührten Natur war er an keine Regeln gebunden oder durch sonstige Missstände der industrialisierten Welt beeinflusst (vgl. Farin: URL). Er verkörpert den Archetypus des Naturburschen, indem er unabhängig, frei und naturverbunden sein Land und seine Herde pflegt, jedoch gleichzeitig unnahbar, wildromantisch und unverstellt ist. Ein Mann, der diese Eigenschaften vereinen kann, stellt wahrscheinlich in den Augen vieler Frauen ein Idealbild dar (vgl. Krause 2013: 85).

Die Symbole, die die Marke Marlboro in ihrer Werbekampagne anwendete, erinnern stark an die Vision des »Edlen Wilden«. Der »Marlboro Man« wurde als mutig und naturverbunden empfunden und viele beneideten ihn um seine individuelle und freie Position. Ein wichtiger Faktor ist der Mythos, der ihn umgibt. Er ist ungreifbar, eine Phantasievorstellung und die Werte, die er verkörpert, haben eine große Bedeutung für die Menschheit. Durch die Schaffung von »Marlboro Country« wurde das Paradies für den darin lebenden »Edlen Wilden« geschaffen.

Ob die westliche Bevölkerung jedoch wirklich so sein will wie der »Marlboro Man«, ist fraglich. Schließlich verstarben viele der Darsteller an Lungenkrankheiten, die auf ihren starken Tabakkonsum zurückgeführt werden können (vgl. Dyer 2014: URL).

Literatur

Dyer, John (30.01.2014): Dem Marlboro-Mann ging die Luft aus. In: Neues Deutschland. URL: <http://www.neues-deutschland.de/artikel/922520.dem-marlboro-mann-ging-die-luft-aus.html?sstr=marlboro|man> [Zugriff am 31.03.2015]

Farin, Tim (o.J.): Marlboro-Mann: Werbeikonen müssen nicht leben. URL: <http://www.stern.de/wirtschaft/news/marlboro-mann-werbe-ikonen-muessen-nicht-leben-598243.html> [Zugriff am 31.03.2015]

Hemingway, Ernest (1964): Die grünen Hügel Afrikas. Reinbek bei Hamburg.

Hofmann, Corinne (2000): Die weiße Massai. München: Knauer Taschenbuch Verlag.

Kohl, Karl-Heinz (1981): Entzauberter Blick. Das Bild vom Guten Wilden und die Erfahrung der Zivilisation. Berlin: Medusa.

Kostenewitsch, Albert (1998): Eva im tahitianischen Paradies. In: Költzsch, Georg-W. (1998): Paul Gauguin, das verlorene Paradies., Köln: Dumont. 70- 85.

Krause, Isabel (2013): Mythen in der Markenführung: Entwicklung eines semiotischen Analysemodells für Markenmythen am Beispiel des Marlboro-Cowboys. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.

Maurer, Elke Regina (2010): Fremdes im Blick, am Ort des Eigenen. Eine Rezeptionsanalyse von »Die weiße Massai«. Freiburg: Centaurus-Verlag.

Olson, James S. (1996): The Peoples of Africa. An Ethnohistorical Dictionary. Westport, Connecticut; London: Greenwood Press.

Riefenstahl, Leni (1990): Die Nuba – Menschen wie von einem anderen Stern. Frankfurt; Berlin: Ullstein.

Strohmeier, Armin (2012): Abenteuer reisender Frauen. 15 Porträts. München: Piper.

Zacharias, Kyllikki (1998): Paul Gauguin. Biographie. In: Költzsch, Georg-W. (1998): Paul Gauguin, das verlorene Paradies., Köln: Dumont. 216-239.

Mag.^a Philippa Rudnay

Leitung POOL7- Genuss-Shop und Galerie des Vereins Grüner Kreis
Diplomstudium der Internationalen Entwicklung, Hauptuniversität Wien
Diplomarbeit: Das europäische Bild vom »Edlen Wilden« im 18. und 20. Jh.
Bachelorstudium Kultur- und Sozialanthropologie, Hauptuniversität Wien

(Nicht-)Raucherschutz in Europa

Empfehlungen, Möglichkeiten und Realität



von Reinhold Kerbl

2004 untersagte Irland als erstes Land das Rauchen in geschlossenen Arbeitsräumen. Europaweit bestehen jedoch große Unterschiede in den Bemühungen, vor der sog. »Passiven Nikotinbelastung« zu schützen, obwohl deren schädigende Auswirkungen u. a. auf Schwangere und Kinder vielfach dokumentiert sind.

Beitrag aus der Monatsschrift Kinderheilkunde
2013 · 161:782–785

DOI 10.1007/s00112-013-2987-3

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Britton J, Bogdanovica I (2013) Tobacco control efforts in Europe. *Lancet* 381:1588–1595

Redaktion:

O. Bodamer (Miami), J. Freihorst (Aalen),

R. Kerbl (Leoben), G. Krandick (Oberhaching)

Die Geschichte des Tabakkonsums in Europa beginnt mit Christopher Columbus, der bei einer Ankunft in der sog. Neuen Welt Tabakblätter als Geschenk erhielt. Zigaretten wurden in Europa ab etwa 1840 verkauft, als erstes von Philip Morris in London. England war auch das Land, in dem der Zigarettenkonsum zwischen 1940 und 1960 als erstes seinen Höhepunkt erreichte. Im Gegensatz dazu war dies z.B. in Russland erst in den 1990er Jahren der Fall. Für Griechenland, Österreich, Spanien, Bulgarien und Litauen wird der Höhepunkt erst im letzten Jahrzehnt angenommen. Man rechnet in der Europäischen Union (EU) mit 120 Mio. Rauchern, was 28 % der Erwachsenenpopulation entspricht. Jahr für Jahr sterben 650.000 Menschen an den Folgen des Rauchens.

Als Gegenmaßnahme erließ die World Health Organization (WHO) im Jahr 2003 die »Framework Convention on Tobacco Control« (FCTC). Diese wurde von vielen Staaten unterzeichnet, Realität aber großteils nicht oder nur unvollständig umgesetzt.

Studie: Schutz vor Rauchbelastung

2004 untersagte Irland als erstes Land das Rauchen in geschlossenen Arbeitsräumen. Europaweit bestehen jedoch große Unterschiede in den Bemühungen, vor der sog. Passiven Nikotinbelastung zu schützen, obwohl deren schädigende Auswirkungen u. a. auf Schwangere und Kinder vielfach dokumentiert sind.

Als Hauptgrund für die mangelnde Umsetzung wird einerseits der fehlende politische Wille angesehen (Beispiel Luxemburg), teilweise auch die fehlende Compliance der Bevölkerung (Beispiel Griechenland).

Warnung vor Tabakgenuss

In Artikel 11 der FCTC wird die Kombination von Text- und Bildwarnungen auf Zigarettenpackungen gefordert, diese sollten zumindest 30 %, bevorzugt 50 % der Packungsoberfläche einnehmen. Im Jahr 2012 wurde dieser Flächenanteil durch eine EU-Direktive auf 75% angehoben. Des Weiteren wird empfohlen, den Andruck der Zigarettenmarke (z.B. Marlboro) auf der Packung stark zu beschränken und stattdessen (wie in Australien) sog. Standardpackungen zu verwenden. Daneben wird angeregt, Massenmedien (insbesondere das Fernsehen) für Warnungen zu nutzen. Auch in diesem Punkt folgen viele Länder den Empfehlungen nur in bescheidenem Umfang, bezüglich des Medieneinsatzes setzen diesen nur 9 europäische Länder um.

Werbeverbot und Erhöhung der Steuern

1989 wurde EU-weit Fernsehwerbung für Zigaretten verboten, 2003 durch eine EU-Direktive auch Werbung in Printmedien, im Radio und im Internet untersagt. 2005 wurde zudem die Werbung bei Sportveranstaltungen und Sponsorship (z. B. Formel-1-Autorennen) eingeschränkt. Trotzdem ist z. B. Philip Morris als Hersteller von Marlboro weiterhin Hauptsponsor bei Ferrari. Preiserhöhungen bzw. hohe Abgaben werden als sehr wirksame Maßnahme zur Einschränkung des Nikotingenusses angesehen. Man rechnet, dass eine Preiserhöhung um 10 % den Konsum um 4 % reduziert, den Raucheranteil um 2 %. Die Wirkung auf Jugendliche wird besonders hoch eingeschätzt. Dabei wird allerdings gewarnt, dass im Fall von massiven

Preiserhöhungen viele Raucher auf billigere Marken und selbst gedrehte Zigaretten ausweichen könnten.

Ersatzmaßnahmen

Sie zielen darauf ab, Nikotin in quasi harmloserer Form anzubieten. Paradebeispiel dafür ist die in Schweden gängige Methode von »Snus«, welches als oral appliziertes und über die Schleimhaut resorbiertes Nikotinpräparat Verwendung findet. Es trägt wesentlich dazu bei, dass Schweden EU-weit die niedrigste Raucherprävalenz hat. In anderen EU-Ländern ist »Snus« allerdings verboten.

Eine andere Möglichkeit sind elektronische Zigaretten. Durch ein inhalationsabhängiges LED-Licht (LED: »light-emitting diode«) an der Zigaretzenspitze wird das Glimmen einer echten Zigarette simuliert, mundnah wird flüssiges Nikotin durch ein Thermoelement zu Dampf umgewandelt und bei jedem Zug eingeatmet. Die Akzeptanz dieser Alternative ist allerdings bisher eher gering, EU-weit testeten nur etwa 7 % aller Raucher diesen Zigarettenersatz.

Schutz für Jugendliche

Die Autoren weisen darauf hin dass die Prävalenz des Rauchens unter Jugendlichen stark vom Vorbild der Erwachsenen und der Darstellung in den Medien abhängt. Maßnahmen zur Reduktion des allgemeinen Rauchkonsums und strenge Bestimmungen zur Darstellung in den

»Smoking kills more Europeans than any other avoidable factor, and prevention is achievable. All that is needed is political will«

Medien würden sich daher v. a. auch auf Jugendliche positiv auswirken. Sinnvoll wären auch Rauchverbote an öffentlichen Plätzen, in Lokalen und ein Heraufsetzen des Mindestalters. Leider irren die Autoren mit ihrer Einschätzung »All European countries now prohibit sale or distribution of tobacco to people younger than 18 years«.

Schlechte Bewertung für Deutschland und Österreich

Die Autoren präsentieren in ihrer Publikation auch eine Bewertung 31 europäischer Länder, die von der »Association of European Cancer Leagues« vorgenommen wurde. In dieser Tabelle werden in 6 Kategorien (Preis, Rauchverbot im öffentlichen Bereich, Informationskampagnen, Werbeverbote, Gesundheitswarnungen, Behandlung) Punkte vergeben, ein höherer Gesamtscore bedeutet besseren Nichtraucherschutz. In dieser Liste führt Großbritannien vor Irland und Norwegen, die Schweiz liegt auf Platz 11. Deutschland findet sich auf Platz 26 und somit im hinteren Drittel. Österreich teilt sich mit Griechenland den 30. und letzten Platz!

Kommentar

Die Autoren belegen den EU-weit größtenteils unbefriedigenden Nichtraucherschutz, der insbesondere für Kinder und Jugendliche negative Auswirkungen auf deren Gesundheitsentwicklung hat und darüber hinaus einen enormen ökonomischen Schaden bedingt. Neben den Interessen der Tabakindustrie, fehlender Compliance und Korruption (die Raucherprävalenz korreliert direkt mit der Korruption im öffentlichen Sektor!) scheinen v. a. das mangelnde Interesse oder die individuelle Schwäche der politischen hierfür verantwortlichen hierfür verantwortlich zu sein. Die Autoren beschließen ihren Beitrag mit folgendem Statement:

»Smoking kills more Europeans than any other avoidable factor, and prevention is achievable. All that is needed is political will«.

Prim. Univ.Prof. Dr. Reinhold Kerbl

ist Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde und Vorstand der Abteilung für Kinder und Jugendliche am LKH Hochsteiermark in Leoben. Er ist Autor zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen und mehrerer Fachbücher sowie Herausgeber zweier pädiatrischer Zeitschriften. Von 2012 bis 2014 war er Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGJK), weiters ist er Stv. Obmann des Vereins »Politische Kindermedizin«. Neben anderen Bereichen der Kindermedizin arbeitet er insbesondere auch im Bereich der Prävention für Kinder und Jugendliche. reinhold.kerbl@lkh-leoben.at



Spurensuche

Frei durchatmen

Ich habe mit dem Rauchen in der Hauptschule angefangen. So mit etwa 13 oder 14 Jahren habe ich ab und zu mal gepafft. Mein damals bester Freund hatte eine schwere Abneigung gegen das Rauchen. Ich glaube, das hat ihm sein Vater eingetrichtert, der beim Bundesheer war. Lange hat es mich auch nicht interessiert. Einmal hörte ich, dass zwei andere Klassenkameraden heimlich im Park rauchten. Da ich nicht wusste, ob das stimmte, wurde ich neugierig. Also schaute ich eines Tages nach dem Unterricht zu dem Park, der nicht weit von der Schule entfernt war. Da waren die beiden und pafften ganz auf cool. Also doch! Sie sind auf der Parkbank gesessen und qualmten Memphis. Ich war schon etwas überrascht, aber auch neugierig, wie wohl eine Zigarette schmeckt. Meine beiden Freunde hatten schon mehrere Zigaretten gepafft. Ich wollte es auch unbedingt rausfinden, vielleicht auch so cool und lässig wie die beiden und die Erwachsenen sein. Der Geschmack der ersten Zigarette war zwar nicht so, wie ich es mir vorstellte, doch das Gefühl danach war angenehm. Ich fühlte mich erwachsen - aber noch ohne »Brustzug«. Noch nicht! Schwindlig war mir schon, doch es fühlte sich gut an. Danach habe ich öfter mit einem Freund, der in meiner Siedlung wohnte, gepafft. Er klaute seiner Mutter öfters ein paar Zigarettten. Wir gingen zu einer Brücke, wo ein kleiner Bach war. Genau dort machte ich meinen ersten richtigen »Brustzug«. Ich musste husten, doch das war nun echtes Rauchen. Als ich eines Tages am Abend fortgehen wollte, legte ich eine Schachtel Zigarettten auf den Küchentisch. Während ich im Badezimmer war, hörte ich meine Eltern die Wohnungstür aufsperrten. Es ließ sich nicht mehr verhindern, dass meine Eltern die Zigarettten am Tisch liegen sahen. Oh Mann, auch das noch! Ich glaube, damals wie heute finden es junge Leute cool, zu rauchen, egal wie alt sie sind. Verboten kann man es ja sowieso nicht, sonst wird eben heimlich geraucht. Ich wurde schon oft angeschnorrt, aber von mir bekommt jedenfalls kein Kind eine Zigarette. Schon ein paarmal habe ich versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. Ich bin sogar zu einem »Nichtraucher-Seminar« gegangen. Das hat aber nichts gebracht. Mir ist klar, dass man eigentlich viel Geld für ein stinkendes unnötiges Laster bezahlt. Doch die Sucht ist eben viel stärker. Aber ich weiß, ich will und werde einmal NICHTRAUCHER sein. Doch eines nach dem anderen. Vor allem der Zeitpunkt zum Aufhören muss stimmen. Es hat so viele positive Aspekte, mit dem Rauchen aufzuhören.

Ich will frei sein - frei durchatmen!

Markus M., Johnsdorf

Rauchen kann tödlich sein

... es verengt die Gefäße, ist krebsfördernd und belastet vor allem Lunge und Herz. Abgesehen davon ist es noch teuer. Ich möchte gar nicht hochrechnen, wie viel Geld ich schon für Tabak ausgegeben habe. Obwohl dies allgemein bekannt ist, wird in allen gesellschaftlichen Schichten stark geraucht. Da fragt man sich dann doch, ob es möglicherweise Vorteile gibt, die diese Nachteile ausgleichen. Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass Rauchen einen positiven, kommunikativen Effekt hat. In der Rauchpause am Arbeitsplatz lernt man seine Kollegen besser kennen und bespricht auch oft wichtige arbeitsbezogene Themen. Auch Nichtraucher zieht es daher oft zum Raucherplatz. Die Zigarette dient auch als Lückenfüller gegen Langeweile, mildert oft Stress und wirkt bei Müdigkeit aufputschend. Diese positiven Aspekte sind in Hinsicht auf die Negativen kaum erwähnenswert. Ganz schlimm und kaum erträglich finde ich es, Eltern mit Babys oder Kleinkindern bei meiner Tochter immer strikt vermieden. Im Haus oder in der Wohnung muss wirklich nicht geraucht werden. Anders sehe ich das in Cafés oder Lokalen. Ein generelles Rauchverbot an solchen Orten finde ich nicht gerechtfertigt, es sollte vielmehr dem/der WirtIn oder BetreiberIn vorbehalten sein, selbst zu entscheiden, ob und wo in einem Lokal geraucht werden darf.

Mein Vater hat im Urlaub ab und zu einen Zigarillo geraucht und ich wollte unbedingt immer kosten. Eines Tages gab er mir eine dicke Zigarre, in der Hoffnung, dass mir nach den ersten Zügen gleich schlecht wird und ich damit in Zukunft die Finger davon lasse. Das hat dann vorerst auch tatsächlich geklappt. Im Alter von 12 Jahren wollte ich dann auch so cool sein wie meine Freunde, was mich zur ersten Zigarette führte. Ich denke, dass Gruppenzwang der wohl häufigste Grund ist, mit dem Rauchen zu beginnen.

Ich habe beobachtet, dass Leute die nach anderen legalen oder illegalen Substanzen süchtig sind, auch in den meisten Fällen Zigaretten rauchen. Vielleicht schaffe auch ich es einmal, dieser Sucht zu entsagen. Derzeit bin ich noch zu beschäftigt damit, anderen Süchten beizukommen. Wenigstens kommt durch viel Sport langsam meine Kondition wieder auf Vordermann. In diesem Sinne wünsche ich mir und allen jenen, die irgendwann beschließen, mit dem Rauchen aufzuhören, alles Gute und das wir es auch schaffen mögen.

Christopher D., Johnsdorf

Rauchen in der Gastronomie



von Heinz Kammerer

Es ist eigentlich alles verboten, aber dann doch wieder irgendwie erlaubt.

Seit 2009 gilt in das folgende Gesetz zum Schutz vor Schäden durch Rauchen. Raten Sie um welches Land es sich handelt!

- komplettes Verbot jeglicher Art von Tabakwerbung und -sponsoring
- Gefahrenhinweise auf Tabak- bzw. Zigarettenpackungen
- Dreifache Gefahren- und Rauchverbots-hinweise vor allen öffentlich zugänglichen Einrichtungen (Restaurants, Bars, Geschäfte, Einkaufszentren etc.)
- Verkauf an und Konsum durch unter 18-jährige verboten
- Verbot von Zigarettenautomaten
- Tabakkonsum ist an allen öffentlichen Plätzen sowie im Umkreis von drei Metern vor Fenstern, Türen und Ventilationseinlässen strengstens verboten
- Verbot von Tabakkonsum auch an öffentlichen Außenplätzen, sofern der Minister dieses anordnet

Strafen: Je nach Verstoß können diese mit Geldstrafen bis zu 4.000 oder 200.000 und Gefängnisstrafen von bis zu einem beziehungsweise zehn Jahren geahndet werden.

Falsch geraten, denn ich nehme nicht an, dass irgendjemand Namibia auf der Rechnung hatte. Dieses Gesetz geht vielleicht etwas zu weit, insbesondere bei den Strafen, aber über einen Mangel an Klarheit kann man sich nicht beschweren.

Im Gegensatz dazu, als anderes Extrem sozusagen, das verantwortungslose, weil schwammige österreichische »Gesetz«, das alles Mögliche vermittelt nur keine Klarheit: Es ist eigentlich alles verboten, aber dann doch wieder irgendwie erlaubt, die Kontrolle beschränkt sich auf die Anzeigen (= Vernaderung) privater Rauchersheriffs, denen man aber als Wirt Lokalverbot erteilen kann und so weiter und so fort.

Jetzt kündigt der Vizekanzler vollmundig ein absolutes Rauchverbot in der

Gastronomie noch vor dem Sommer an, aus Kammerkreisen kann man aber schon hören, wie relativ laut über die Liste der Ausnahmen nachgedacht wird. Den Ersatz der angeblich in Rauchbereichsabtrennungen investierten +/- 100 Mio. Euro will man sich naturgemäß sparen, sie würden in Form von vorzeitigen Abschreibungen kompensiert werden, so Mitterlehner, was natürlich kein Kostenersatz, sondern lediglich ein Aufschub für die Ertragsteuern wäre – alles in allem schwammig wie gehabt.

Wie es aussieht, wird es also ein totales Rauchverbot in der Gastronomie geben, jedoch mit der Ausnahme, dass alles so bleibt, wie es ist – zumindest bis 1.1.2018. Man hofft offenbar, dass bis dahin alle Investitionen abgeschrieben sind und die Registrierkassenpflicht die Steuerleistung der Wirte derartig erhöht, dass man sich die Ablöse für die neuen Umbauer – es eröffnen ja ständig neue Lokale, die wieder Raucherbereiche einrichten müssen, wenn sie überleben wollen – jedenfalls leisten kann.

Der Gesundheitsaspekt bleibt da – wie schon seit der Einführung des unseligen Tabakgesetzes – vollständig auf der Strecke: Nach wie vor und dann insgesamt für 10 Jahre, werden sich die Raucher inklusive Ihrer nichtrauchenden Entourage in schlecht entlüfteten, kleinen Raucherhöhlen drängen, wo jeder Anwesende, insbesondere aber das bedauernde Personal, außer der eigenen »Rauchleistung« pro Stunde noch eine Zigarette passiv mitrauchen muss.

Über die Anzahl der solcherart produzierten Lungenkrebstoten streiten sich die Experten noch, es werden aber sicher unendlich viele mehr sein als in Namibia im Süden Afrikas.

Heinz Kammerer

ist Gründer und Eigentümer der Fachhandelskette Wein & Co und Betreiber von sieben Bars und Restaurants

15. EFTC Kongress der »Therapeutischen Gemeinschaften«

Der Kongress der European Federation of Therapeutic Communities (EFTC) fand dieses Mal im malerischen Malaga statt. Der Verein *Grüner Kreis* ist seit vielen Jahren Mitglied der EFTC. Somit ergab sich auch dieses Jahr wieder reichlich Gelegenheit, alte Bekannte zu treffen bzw. neue Kontakte zu knüpfen. Insgesamt fanden sich TeilnehmerInnen aus der ganzen Welt beim Kongress ein, die sich in irgendeiner Weise dem Anliegen der *Therapeutischen Gemeinschaft* verbunden fühlen. Die *Therapeutische Gemeinschaft* zeichnet sich in ihren Grundkonzepten vor allem dadurch aus, dass es zu einem Miteinander von KlientInnen und TherapeutInnen kommt und versteht sich somit als alternatives Behandlungsmodell zum klassischen Psychiatriebetrieb. Das theoretische Grundkonzept wurzelt dabei in der Psychoanalyse, als auch in frühen Konzepten der Sozialpsychologie. Klassischer Weise bietet die *Therapeutische Gemeinschaft* Hilfe bei allen möglichen Suchterkrankungen, allerdings finden sich auf internationaler Ebene auch immer wieder Behandlungsmodelle für andere psychiatrische Erkrankungen (bekannt sind zum Beispiel *Therapeutische Gemeinschaften* für psychotische PatientInnen in England).

Des Weiteren bedeutet *Therapeutische Gemeinschaft* auch die Überzeugung zu haben, dass Veränderung Zeit braucht. Diese Überzeugung stellt ein klares Bekenntnis zur Drogenlangzeittherapie und zur möglichen Nachreifung der Persönlichkeit im familiären Umfeld dar. Dem »In Beziehung gehen« kommt dabei ein ganz besonders hoher Stellenwert zu. Suchterkrankungen gehen ja oft mit zunehmender Vereinsamung und Isolation einher. Im familiären Miteinander der *Therapeutischen Gemeinschaft* soll Beziehungsfähigkeit geübt bzw. in manchen Fällen womöglich neu erlernt werden. Auch darf fest gehalten werden: die *Therapeutische Gemeinschaft* versteht sich als möglicher und nicht als der einzige Weg aus der Abhängigkeit. Viele KlientInnen haben

durch das Leben in der *Therapeutischen Gemeinschaft* den Weg in ein abstinentes Leben geschafft und begegnen einem auf internationalen Zusammenkünften oft in einer neuen Funktion als BetreuerIn für aktuelle KlientInnen wieder. Charakteristisch bleibt neben dem betont herzlichen Umgang miteinander auch das völlige Fehlen von alkoholischen Getränken – denn die *Therapeutische Gemeinschaft* bekennt sich nach wie vor zur völligen Abstinenz (im Unterschied zum kontrollierten Konsum) von Substanzen.

Das Konzept *Therapeutische Gemeinschaft* hat sich mittlerweile seit über 50 Jahren etabliert (erste Vorläufer gab es allerdings schon im 19. Jahrhundert), wobei bei solchen Zusammenkünften auch noch einige wenige Pioniere der ersten Stunde anzutreffen sind. Erfreulicher Weise waren auf diesem Kongress aber auch sehr viele junge Menschen vertreten, was als Indiz dafür gelten darf, dass das Konzept *Therapeutische Gemeinschaft* nicht aus der Mode gekommen ist. Auch scheint man wirklich bemüht, die Entwicklung innerhalb des eigenen Systems voran zu treiben – somit hat die forschungsbasierte Behandlung auch in der therapeutischen Gemeinschaft mittlerweile einen fixen Stellenwert. Dementsprechend wurde eine Vielzahl von spannenden Forschungsergebnissen präsentiert, wobei qualitativ (z. B. freie Interviews) als auch quantitativ orientierter (z. B. Fragebögen) Forschung ein gleich hoher Stellenwert zukommt. Auch in der Forschung zeigt sich die therapeutische Gemeinschaft einer ganzheitlichen (holistischen) Sichtweise des Menschen verpflichtet – damit wird versucht, Veränderung auf allen Ebenen der menschlichen Existenz abzubilden. Insgesamt stellen die Zusammenkünfte des EFTC eine wichtige Konstante dar, um die internationale Vernetzung weiter voranzutreiben. Gemeinsame internationale Projekte können auf einer solchen Basis einmal angedacht und später realisiert werden.



von Human-Friedrich Unterrainer

Viele KlientInnen haben durch das Leben in der *Therapeutischen Gemeinschaft* den Weg in ein abstinentes Leben geschafft und begegnen einem auf internationalen Zusammenkünften oft in einer neuen Funktion als BetreuerIn für aktuelle KlientInnen wieder.

PD Dr. Human-Friedrich Unterrainer
Klinischer- und Gesundheitspsychologe und Psychotherapeut, Leiter des Zentrums für Integrative Suchtforschung im Verein *Grüner Kreis*, Priv.-Dozent an der Karl-Franzens-Universität Graz

Hunger auf Kunst und Kultur



von Kurt Neuhold

Hunger ist nicht nur ein unangenehmer körperlicher Reiz, sondern beinhaltet auch das Verlangen nach geistiger Nahrung, nach einer aktiven Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben.

Hungrig zu sein heißt, körperlich zu fühlen, dass etwas fehlt. Man muss etwas unternehmen, um diesen Mangel zu beheben, um das Verlangen nach Nahrung zu stillen. Das gelingt nicht überall und immer. In Österreich sind rund 1 Million Menschen arm oder armutsgefährdet. Armut bedeutet immer einen Mangel an Möglichkeiten. Wer von Armut betroffen ist, hat ein geringes Einkommen, schlechte Bildungschancen, ist häufiger krank und kann am gesellschaftlichen Leben nur eingeschränkt teilnehmen. Armut macht einsam. Sie grenzt aus, entwürdigt den Menschen und beinhaltet erhebliche Gefahren für das gesellschaftliche Zusammenleben.

Hunger ist nicht nur ein unangenehmer körperlicher Reiz, sondern beinhaltet auch das Verlangen nach geistiger Nahrung, nach einer aktiven Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben. Manchen mag der passive Konsum der elektronischen Medien genügen, viele jedoch, die in prekären finanziellen Verhältnissen leben, sind an Kunst und Kultur interessiert. »Der Mensch lebt nicht vom Brot allein. Er lebt auch von guten Beziehungen, tiefen Erfahrungen, Auseinandersetzung und Freundschaften. Kunst und Kultur können Überlebensmittel sein, die dazu helfen, den Atem nicht zu verlieren«, so Martin Schenk von der Armutskonferenz.

Der Ansatz, dass Kunst und Kultur grundlegende menschliche Ausdrucksmittel sind und die Teilhabe am kulturellen Leben ein Grundrecht sein sollte, verbindet die Initiative »Hunger auf Kunst und Kultur« mit den Intentionen von *Kunst im Grünen Kreis*. Deshalb war es mir von Anfang an wichtig, an der 2003 vom Schauspielhaus Wien (Airan Berg) in Kooperation mit der Armutskonferenz initiierten Aktion teilzunehmen und in POOL7 für die KlientInnen des *Grünen Kreises* Kulturpässe auszustellen.

Der KULTURPASS ermöglicht Personen, die nachweislich in prekären Einkommensverhältnissen leben, den freien Zugang zu Kunst und Kultureinrichtungen. In Wien beteiligen sich mittlerweile mehr als 200 Kulturinstitutionen, 600 in ganz Österreich; seit 2007 wird die Aktion von der Stadt Wien unterstützt.

50 Kultis am Karlsplatz

Vom 7. Mai bis 9. Juni präsentierte »Hunger auf Kunst und Kultur« 50 lebensgroße Kunstfiguren am Karlsplatz vor dem Wien Museum. Die Figuren, die von den LeserInnen der bz-Wiener Bezirkszeitung den Namen »Kultis« bekommen haben, wurden von sozialen und kulturellen Einrichtungen, KulturpassbesitzerInnen und KünstlerInnen gestaltet – unter anderem vom Künstlerhaus Wien, Schauspielhaus Wien, WUK, ZOOM Kindermuseum, von Angelika Kirchschrager, Cornelius Obonya, Doron Rabinovici und Karl Markovics.

POOL7 – *Kunst im Grünen Kreis* beteiligte sich an der Aktion mit 2 Figuren:

Beim Kulti-Gestaltungsprojekt in der Jugend- und Sozialhilfeeinrichtung »Waldheimat« formulierten die jungen Männer in der Planungsphase ihre Gedanken zur Aktion, darauf aufbauend gestalteten sie gemeinsam eine eindrucksvolle Figur zu den Themen Armut, Leid und Verteilungsgerechtigkeit. Sie verfassten dazu folgendes Statement, »das Mag.«³ Monika Wagner, Geschäftsführerin der Aktion »Hunger auf Kunst und Kultur« bei ihrer Eröffnungssprache am Karlsplatz zitierte: »Die Figur haben wir mit etlichen Bissen versehen, um Armut und Leid darzustellen. Die Dollarscheine zeigen, dass sehr viele Menschen hungern müssen, obwohl es so viel Geld gibt. Herz und Hirn haben wir hervorgehoben, um zu zeigen, dass Armut, Leid und Hunger nicht so schlimm sein müssten und nicht notwendig wären, wenn man Herz und Hirn einsetzt.«

Die zweite Kulti-Figur wurde von der Bildhauerin Astrid Steinbrecher und dem Künstler Cosmos gestaltet. Beide leiteten bereits mehrere Kunstworkshops im Verein und in ähnlichen Einrichtungen; beide unterstützen und schätzen die Idee des Kulturpasses. Ihre beidseitig gestaltete Figur mit dem Titel: »The other side of this« und dem Statement »Hunger auf...« verstehen sie als Aufforderung an die BetrachterInnen, über »Hunger - wonach und worauf?« nachzudenken. Ihre auf der Vorder- und Rückseite unterschiedlich gestaltete Figur reflektiert den Dualitäts- und Einheitsgedanken auf mehreren Ebenen – bei der Darstellung von männlichen und weiblichen Symbolen, bei der Wahl

der Farben grün und rot, bei der Bedeutung der Kreise und Löcher, die Durchlässigkeit, Öffnung, aber auch Zerstörung symbolisieren.

Am 9. Juni wurden die 1.80 m großen Kunstfiguren im Wien Museum von Otto Hans Ressler zu Gunsten der Aktion »Hunger auf Kunst und Kultur« versteigert.

Kunst im Grünen Kreis – Workshops

»Cleanrider«

Radioworkshop in der »Villa« mit Anna Michalski und Simon Olipitz vom Campus & City Radio 94.4.

Die Klienten der Sozialhilfeeinrichtung »Villa« in Krumbach gestalteten in einem dreitägigen Radioworkshop eine knapp einstündige Sendung, die im Campus & City Radio 94.4 ausgestrahlt und über Livestream im Internet zu hören war. Aus Interviews über die Vergangenheit der Klienten, ihre Ziele und Vorstellungen für eine drogenfreie Zukunft, aus komödiantischen Beiträgen und einem selbstgetexteten Rap produzierte das gesamte Team der »Villa« eine abwechslungsreiche Radiosendung.

Texte und inhaltliche Aufbereitung, sowie die Aufnahmen mit digitalen Audiogeräten führten die Klienten zur Gänze selbst durch; beim Audioschnitt war die Unterstützung der Workshopleiter Anna Michalski und Simon Olipitz vom Campus & City Radio 94.4 notwendig. Die Sendung wurde für den CIVILMEDIA Award 2015

der österreichischen Community Medien eingereicht.

Die Kooperation von Kunst im Grünen Kreis mit dem Campus & City Radio 94.4 besteht seit 2012. Eine frühere Sendung, »Drogenfrei, sei live dabei« aus der Jugend- und Sozialhilfeeinrichtung »Waldheimat« wurde 2014 zum Radiopreis der Erwachsenenbildung nominiert. Eine aus 15 Mitgliedern bestehende Jury nominierte aus 89 eingereichten Produktionen 23 Sendungen. Für das Team der »Waldheimat« war es ein Riesenerfolg, dass ihre Produktion für den Preis in der Sparte Information ausgewählt wurde. Spannend war die Preisverleihung im Radiokulturhaus in Wien; leider hat die Waldheimat-Sendung nicht gewonnen.

»Babypanne« und »Glück im Leben«

Schon in den Titeln der Animationsfilme, die das Team der Jugend- und Sozialhilfeeinrichtung »Binder« in Mönichkirchen unter der Leitung des Filmemachers Ernst Spiessberger produzierten, wird deutlich, welche Ängste und Hoffnungen im Leben der jungen Frauen von Bedeutung sind. Mit schrägen Plastilinfliguren, bunten Papierkulissen und originellem Sound erzählen die Workshopteilnehmerinnen ironisch, witzig und originell von tragischen Beziehungen und Katastrophen, jedoch auch von Liebe, Glück und happy end. Eine Auswahl der Filme ist auf der Website des Grünen Kreises zu sehen.

»K'uychipacha – Malerei aus der Welt des

Regenbogens« nennen die KünstlerInnen aus Peru ihre Ausstellung, die wir im Sommer in der POOL7-Galerie präsentieren. Vom 25. Juni bis 4. September 2015 zeigen wir Bilder von Berónica Delgado Sánchez, Leonarda Ayarza Romero de Brozovic und Marcial Quispe-Quispe. Kuratorin der Ausstellung ist die in Cusco geborene und in Österreich lebende Malerin CAROP - Carmen Rocio Pena de Klein.

Die drei KünstlerInnen aus dem peruanischen Hochland fühlen sich eng mit den künstlerischen Traditionen ihres Landes verbunden. In ihren Arbeiten reflektieren sie die vielfältige kulturelle Vergangenheit, die geprägt ist von zahlreichen Mythen, Kämpfen, Phantasien und einer tiefen Verbundenheit mit der Natur. Stilistisch unterschiedlich arbeitend, möchten alle drei ihre Kunst als Botschaft für ein freundschaftliches Miteinander, für Kooperation und Solidarität verstanden wissen.

Gefühle, Gedanken, Hoffnungen in Bildern auszudrücken und zu verstehen, ist trotz kultureller Unterschiede und Sprachbarrieren möglich. Die KünstlerInnen, die zur Vernissage der Ausstellung anreisen werden, sind an Kontakten und künstlerischen Kooperationen interessiert. Workshops, die sie für Kindern und Erwachsene anbieten, wären eine gute Gelegenheit, tiefere Einblicke in die »Welt des Regenbogens« zu gewinnen.

Kurt Neuhold

Leiter Kunst im Grünen Kreis



Mag.^a Monika Wagner, Geschäftsführerin der Aktion »Hunger auf Kunst und Kultur«, bei ihrer Eröffnungsansprache am Karlsplatz in Wien

Gastvortrag

Univ. Prof. Dr. Manfred Neuberger

Der Wolf im Schafspelz: Nikotin als Einstiegsdroge?

Der Missbrauch und die Abhängigkeit vom Nikotin gehören weltweit nach wie vor zu den größten Gesundheitsrisiken. Dabei bleibt der gesellschaftliche Umgang mit dem Tabakkonsum ein beharrlich inkonsequenter. So werden Präventivmaßnahmen immer auch von wirtschaftlichen Interessen mit beeinflusst. Basierend auf diesem Hintergrund können neuere Entwicklungen wie die elektronische Zigarette kritisch hinterfragt werden.

Was ist wirksamer NichtraucherInnenchutz? Darf Nikotin als Einstiegsdroge zum Konsum »härterer«, illegaler Substanzen gelten? Welche therapeutischen Perspektiven ergeben sich für die Nikotinbehandlung?



18. Juni 2015, 19.30 Uhr

POOL7 1010 Wien, Rudolfsplatz 9

Eintritt frei

Um Anmeldung wird gebeten

Beratung & Hilfe

Zentralbüro

2872 Mönchkirchen 25
Tel.: +43 (0)2649 8306
Fax: +43 (0) 2649 8307
mail: office@gruenerkreis.at

Ambulantes Betreuungszentrum Wien

1070 Wien, Hermannngasse 12
Tel.: +43 (0)1 5269489
Fax: +43 (0)1 5269489-4
mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

Ambulantes Betreuungszentrum Graz

8020 Graz, Sterngasse 12
Tel.: +43 (0)316 760196
Fax: +43 (0)316 760196-40
mail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

Ambulantes Betreuungszentrum Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Feldmarschall Konrad-Platz 3
Tel.: +43 (0)463 590126
Fax: +43 (0)463 590127
mail: ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

Ambulantes Betreuungszentrum Linz

4020 Linz, Sandgasse 11
Tel.: +43 (0)664 8111024
Fax: +43 (0)732 650275-40
mail: ambulanz.linz@gruenerkreis.at

Ambulantes Betreuungszentrum Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14
Tel.: +43 (0)664 8111676 | Fax: +43 (0)2622 61721
ambulanz.wienerneustadt@gruenerkreis.at

Vorbereitungsteam

Veronika Kuran

Gesamtleitung Vorbereitung »Grüner Kreis«
Tel.: +43 (0)664 9100005
mail: veronika.kuran@gruenerkreis.at

Mag.^a Katrin Kamleitner MSc

Vorbereitung Landesgericht Wien, Leitung »Alkohol 2020«
Tel.: +43 (0)664 1809709
mail: katrin.kamleitner@gruenerkreis.at

Gabriele Wurstbauer

Projektleitung AMS-Suchtberatung, Vorbereitung NÖ/Bgld.
Tel.: +43 (0)664 8111676
gabriele.wurstbauer@gruenerkreis.at

Harald Berger

AMS-Suchtberatung, Vorbereitung NÖ
Tel.: +43 (0)664 8111671
mail: harald.berger@gruenerkreis.at

Walter Clementi

Vorbereitung Wien, Niederösterreich & Burgenland
Tel.: +43 (0)664 3840827
mail: walter.clementi@gruenerkreis.at

Mag.^a (FH) Birgit Freischlager

Vorbereitung Wien
Tel.: +43 (0)664 8111029
mail: birgit.freischlager@gruenerkreis.at

Ronald Paur MSc

Vorbereitung Niederösterreich
Tel.: +43 (0)664 2305312
mail: ronald.paur@gruenerkreis.at

DSA Jürgen Pils

Vorbereitung Salzburg
Tel.: +43 (0)664 8111665
mail: juergen.pils@gruenerkreis.at

Alexandra Baier, BA MA

Vorbereitung Steiermark
Tel.: +43 (0)664 8111041
alexandra.baier@gruenerkreis.at

Jasmin Kupfer, BA MA

Vorbereitung Steiermark
Tel.: +43 (0)664 8111023
jasmin.kupfer@gruenerkreis.at

Claudia Neuhold

Vorbereitung Oberösterreich
Leitung ambulantes Betreuungszentrum Linz
Tel.: +43 (0)664 8111024
mail: claudia.neuhold@gruenerkreis.at

MMag.^a Magdalena Zuber

Vorbereitung Kärnten & Osttirol
Leitung ambulantes Betreuungszentrum Klagenfurt
Tel.: +43 (0)664 3840280
ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

Christian Rath

Vorbereitung Vorarlberg
Tel.: +43 (0)664 3109437 | christian.rath@gruenerkreis.at

DSA Susanne Fessler-Rojkowski

Vorbereitung Tirol
Tel.: +43 (0)664 8111675
susanne.fessler-rojkowski@gruenerkreis.at

Presseanfragen Tel.: +43 (0)2649 8306-11
redaktion@gruenerkreis.at

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen | www.gruenerkreis.at



grüner kreis