

# Tabaklobby und Kinderfänger – wie cool ist rauchen wirklich?<sup>1</sup>

## Teil 2: Passivrauchen und Strategien der Tabakindustrie

Jürg Barben

Pneumologie/Allergologie, Ostschweizer Kinderspital St. Gallen, Schweiz

Die Zigarettenindustrie wusste seit Jahrzehnten über die schädliche Wirkung des Tabakrauches Bescheid und hat alles daran gesetzt, dies der Öffentlichkeit gegenüber zu verheimlichen. Als Folge des *Master Settlement Agreement* im Jahre 1998 mussten bisher geheim gehaltene Tabakindustriedokumente der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden [1]. Dabei kam auch ans Tageslicht, dass die Tabakindustrie alles Mögliche unternommen hat, die Wirkungen des Passivrauchens zu verharmlosen und die Zigarette zu einem perfekten, noch süchtiger machenden Nikotindispenser zu manipulieren [2] (vgl. Teil 1, Schweiz Med Forum Nr. 21/2011). Dazu hat die Tabakindustrie versucht, systematisch Einfluss auf die Forschung und Politik zu nehmen, und dabei auch gezielt Ärzte in ihren Dienst gestellt [3–7].

### Fakten zum Passivrauchen

In den letzten zwei Dekaden haben unzählige Studien gezeigt, dass Passivrauchen zu den gleichen Erkrankungen wie Aktivrauchen führen kann [8, 9] (Abb. 1 ). Gemäss BAG sterben in der Schweiz jährlich rund 1000 Menschen an den Folgen des Passivrauchens, und die Kosten werden auf ca. 420 Mio. Franken geschätzt [10]. So stellt sich die Frage, was das Passivrauchen so gefährlich macht. Der Passivrauch besteht zu 85% aus dem Nebenstromrauch, der beim Abbrennen der Zigarette entsteht [11]. Bei dieser Glimmphase ist die Verbrennungstemperatur deutlich geringer (500–800 °C) als beim aktiven Ziehen an der Zigarette (ca. 900–950 °C). Dabei wird der Tabak unvollständig verbrannt, und die dabei entstehenden Stoffe sind um ein Vielfaches toxischer als im Hauptstromrauch [12]. Da der Passivrauch aber durch die umgebende Luft verdünnt wird, führt er in der Folge zu einer geringeren Anzahl von Erkrankungen als beim aktiven Raucher, der den Rauch hochkonzentriert einatmet.

Heute kennt man die Folgen des aktiven Rauchens und des Passivrauchens sehr genau [8]. So bewirkt zum Beispiel ein Aufenthalt in einer verrauchten Bar während einer Stunde eine Atemwegsverengung bei Männern um 10% und bei Frauen um 13%, und es braucht drei Stunden bis zur Normalisierung [13]. Auch das Risiko für eine schwere Herzerkrankung ist bei chronischem Passivrauchen, dem zum Beispiel eine Serviceangestellte in einem verrauchten Restaurant oder einer Bar täglich ausgesetzt ist, gleich hoch wie bei einem Aktivraucher, der 5–10 Zigaretten täglich raucht [14]. Man geht heute davon aus, dass eine Stunde Passivrauchen

in einer verrauchten Bar dem aktiven Rauchen einer Zigarette entspricht.

Inzwischen ist eindeutig nachgewiesen, dass mit der Einführung von konsequent rauchfreien Restaurants und Arbeitsplätzen die Anzahl der Herzinfarkte massiv reduziert werden kann. In Schottland wies man im Jahr nach der Einführung des Rauchverbots auf öffentlichem Grund eine durchschnittliche Reduktion der Herzinfarkte um 17% nach [15], im Kanton Graubünden um 22% [16]. Davon profitierten auch die Raucher selbst mit einer Reduktion um 14%, da sie neben dem aktiven Rauchen noch zusätzlich den Passivrauch inhalieren. Es gibt keine einzelne Massnahme in der Medizin, kein Medikament und keinen chirurgischen Eingriff, die die Infarkthäufigkeit so drastisch senken konnte und erst noch nichts kostet. Und wie kürzlich eine Studie aus Schottland zeigte, haben auch die Hospitalisationen für Asthma bei Kindern um 18% abgenommen, nachdem ein konsequentes Rauchverbot eingeführt wurde [17].

### Tabakindustrie und Passivrauchen

Die Tabakindustrie streitet bis heute ab, dass Passivrauchen überhaupt eine Beeinträchtigung der Gesundheit bei Nichtrauchenden zur Folge hat [18]. Interne Dokumente sprechen aber eine andere Sprache. Im Dreijahresplan von *Philip Morris Europa* (1993–1995) ist nachzulesen: «Alle diese Probleme (Tabakwerbeverbote usw.) sind kleine Ärgernisse im Vergleich zum potentiellen Schaden für die Industrie durch die Passivrauchdebatte. Wegen des Passivrauchens haben Anti-Rauch-Kräfte in den USA – aber auch in Kanada, Australien und anderen Ländern – bewirkt, dass das Rauchen eine unakzeptable Form des Genusses wurde. Sollte dies auch in Europa geschehen, hätte das ernsthafte ökonomische Konsequenzen für *Philip Morris Europa*. Erstens würden Gelegenheiten fürs Rauchen und damit der Konsum abnehmen. Zweitens, wenn Rauchen sozial inakzeptabel ist, wird das Produktimage an Wichtigkeit abnehmen, und damit verschwindet der wichtigste Grund fürs Rauchen.» [7]

Damit dies nicht geschieht, bzw. um eine konsequent rauchfreie Gesetzgebung zu verhindern, hat sich die Tabakindustrie eine clevere Strategie ausgedacht und diese konsequent umgesetzt: Einerseits wurden unliebsame Forscher, die für die Tabakindustrie negative Stu-

1 Überarbeitete Version der Antrittsvorlesung, gehalten am 30. September 2010 an der Universität Basel.

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

- **Tumoren**
  - Lungenkrebs, Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs
- **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**
  - Koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, Schlaganfall
- **Atemwege**
  - COPD, Asthma, chronische Bronchitis, chronischer Husten, verringerte Lungenfunktion
  - Chronische Sinusitis und Rhinitis
- **Kopf**
  - Augenbrennen, Kopfschmerzen

**Abbildung 1**

Durch Passivrauchen verursachte Krankheiten und Beschwerden.  
 Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum 2005, WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle.

dienresultate zum Passivrauchen publizierten, direkt angegriffen und unglaubwürdig gemacht. Andererseits wurde die Debatte um das Passivrauchen kontrovers gehalten, und es wurden eigene Symposien sowie Publikationsorgane geschaffen. Ausserdem ging die Tabakindustrie direkt auf die Politiker zu und baute ein Netz von Verbündeten auf, die sich für sie einsetzten, damit sie selbst gar nicht mehr in Erscheinung treten musste [4, 7]. Das folgende Beispiel soll illustrieren, wie die Debatte um das Passivrauchen kontrovers gehalten wurde.

### Rylander-Affäre

Am 17. Februar 1988 haben sich Vertreter der Tabakindustrie in London getroffen, und *Philip Morris* hat seine globale Strategie vorgestellt. Dabei hat *Philip Morris* vorgeschlagen, «... in Schlüsselländern eine Gruppe von Wissenschaftlern aufzustellen, die daran arbeiten, dass die Debatte um das Passivrauchen weiterhin kontrovers bleibt». Dazu wurde eine Liste mit möglichen Wissenschaftlern zusammengestellt. Ein wichtiges Schlüssel-land für *Philip Morris* war die Schweiz, wo sie in der Person von Prof. Ragnar Rylander fündig wurde. Rylander war Professor für Präventivmedizin an der Universität Genf, und niemand wusste, dass er nebenbei für *Philip Morris* arbeitete und dabei jährlich rund 100000 US-Dollar erhielt [3]. Die ganze Affäre wurde erst bekannt, als Pascal Diethelm, ein ehemaliger WHO-Mitarbeiter, und Dr. Jean-Charles Rielle, Arzt und heute Nationalrat, dies in einer Pressekonferenz im Jahre 2001 publik machten ([www.prevention.ch/rylanderpm.htm](http://www.prevention.ch/rylanderpm.htm)). Daraufhin hat Rylander die beiden wegen Ehrverletzung in Genf erfolgreich eingeklagt. Erst das Bundesgericht hat die Klage abgewiesen, nachdem einwandfrei nachgewiesen werden konnte, dass Rylander für die Tabakindustrie gearbeitet und wissenschaftliche Daten manipuliert hat [19].

Rylander selbst hat sich immer als unabhängigen Wissenschaftler ausgegeben. In einem internen Fax vom 23. Juni 1997 an den Vizepräsidenten der Forschungsabteilung von *Philip Morris* in Richmond (Virginia, USA) hat Rylander selbst geschrieben: «Während all

der Jahre habe ich immer strikte nur nach Richmond berichtet und sehr genau darauf geachtet, nicht in Aktivitäten der Neuenburger Gruppe [FTR, Schweizer Tochtergesellschaft von *Philip Morris*] involviert zu sein. [...] Schliesslich bin ich nie mit irgendeinem Mitarbeiter bzw. Führungsmittglied von *Philip Morris* an Meetings involviert gewesen, um das Bild eines unabhängigen Wissenschaftlers so weit wie möglich aufrechtzuerhalten.»

Jahrelang hat Rylander als «unabhängiger» Koordinator für das Institut für biologische Forschung (INBIFO) in Köln gearbeitet, das *Philip Morris* in den 80er Jahren erworben hat, um herauszufinden, wie gefährlich Passivrauchen wirklich ist [3]. Rylander hat direkt mit der Tabakindustrie zusammengearbeitet und wurde auch von ihr bezahlt. Zwischen 1981 und 1989 wurden am INBIFO insgesamt mehr als 800 Studien zum Passivrauchen durchgeführt und auch nachgewiesen, wie gefährlich der Passivrauch wirklich ist [20]. Publiziert wurden allerdings nur ganz wenige Forschungsergebnisse, und diese waren industriefreundlich. Wären dazumal alle diese Ergebnisse publiziert worden, hätten wir schon seit 20 Jahren rauchfreie Arbeitsplätze und Restaurants. Seit Bekanntwerden dieser Affäre sind zahlreiche wissenschaftliche Artikel und Bücher darüber verfasst worden, wie die Tabakindustrie die Wissenschaft «gekauft» hat [3, 19, 21].

### Rylanders Genfer Kinderstudie

Anhand der Rylander-Kinderstudie wird im Folgenden beispielhaft aufgezeigt, wie Rylander für die Tabakindustrie gearbeitet und Daten manipuliert hat, was erst die geheimen Industriedokumente und der Bericht von Diethelm ans Tageslicht brachten [22]. Als die Debatte um den Passivrauch für die Tabakindustrie immer bedrohlicher wurde, hat *Philip Morris* der PR-Firma *Newman Partnership* 1,4 Mio. Dollar bezahlt, «um die Wissenschaftler zu überzeugen, dass Passivrauchen nicht wirklich ein Gesundheitsproblem ist». Darauf hat diese Firma einen 20-seitigen Report für eine Kinderstudie mit einer *Laundry list of confounders* produziert. Diese Liste beinhaltete zahlreiche Faktoren, die auf die Gesundheit der Kinder auch einen Einfluss haben können und die vom Faktor «Passivrauch» ablenken sollten. Dazu gehören z.B. Feuchtigkeit im Haus, Gasofen, Ernährungsfaktoren, Anzahl Geschwister, Schimmelpilze, Milben usw.

Wie Rylander in einem Fax an *Philip Morris USA* am 6. September 1990 schreibt, hat er «in Genf eine Pilotstudie über die Atemwegsinfektionen und Ernährungsgewohnheiten bei Kindern initiiert». Im Februar schreibt er an *Philip Morris*: «Die Studie sollte mindestens ein Jahr lang dauern, aber irgendwo zwischendrin wird es wahrscheinlich notwendig sein, die Methode und die Kriterien für die Symptome zu diskutieren, am besten mit jemandem, der viel von Atemwegserkrankungen versteht.» Im April berichtet er: «Wenn die Daten gut aussehen, werde ich für weiteres Geld ersuchen, um eine ausführliche Studie zu machen.» Und Anfang August faxt er erneut: «Die Daten der Genfer

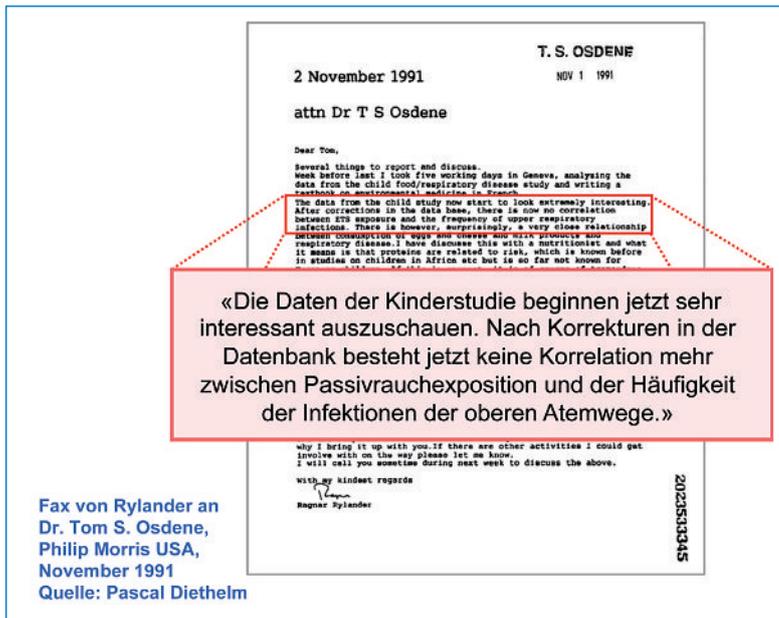


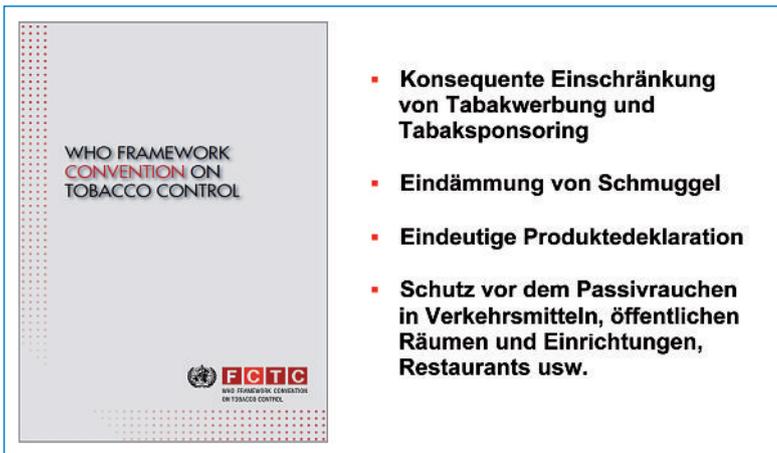
Abbildung 2  
Rylanders Genfer Kinderstudie.

Studie sind jetzt im Computer und werden nächste Woche analysiert. Es wird sehr interessant werden zu sehen, ob dieser Ansatz funktioniert.» Ende August schreibt er eine Zusammenfassung an Philip Morris: «Es fand sich eine Korrelation zwischen der Anzahl der gerauchten Zigaretten der Mutter und der Häufigkeit von Bronchitis, aber eine viel grössere Beziehung wurde zu gewissen Gemüsen [!] gefunden.» Im September besucht Rylander das Hauptzentrum von Philip Morris in Virginia und faxt nach seiner Rückkehr: «Danke für den wunderbaren Besuch letzte Woche. [...] Ich bin sehr dankbar für die Erhöhung, die wir am Telefon diskutiert haben – der grösste Teil des Geldes wird wie früher in die Genfer Passivrauch-Aktivitäten einfließen ...» Anfang November 1991 schreibt er an Philip Morris: «Die Daten der Kinderstudie beginnen jetzt sehr interessant auszuschauen. Nach Korrekturen in der Datenbank besteht jetzt keine Korrelation mehr zwischen Passivrauchexposition und der Häufigkeit der Infektionen der oberen Atemwege.» (Abb. 2) Interessanterweise hat aber seine Mitarbeiterin für den Jahreskongress der Vereinigung der französischsprachigen Epidemiologen (ADELF) im März 1992 ein Abstract eingegeben, das noch die Resultate vor dem Eingriff in die Datenbank zum Inhalt hatte: «Erste Resultate haben eine Korrelation zwischen Passivrauchexposition der Kinder und der Häufigkeit von Bronchitis gezeigt; gewisse andere Korrelationen fanden sich auch zum Konsum von grünen Gemüsen.» Rylander selbst hat am amerikanischen Lungenkongress im Mai 1992 ganz andere Resultate und Schlussfolgerungen präsentiert: «Es waren keine signifikanten Beziehungen zwischen Passivrauchexposition und irgendeiner Atemwegserkrankung vorhanden. [...] Die Daten lassen vermuten, dass eine Beziehung zwischen dem Essen von Eiern und Pouletfleisch und dem Risiko von Atemwegserkrankungen bei Kindern besteht. Diätfaktoren müssen in weiteren Studien in Betracht gezogen werden ...»

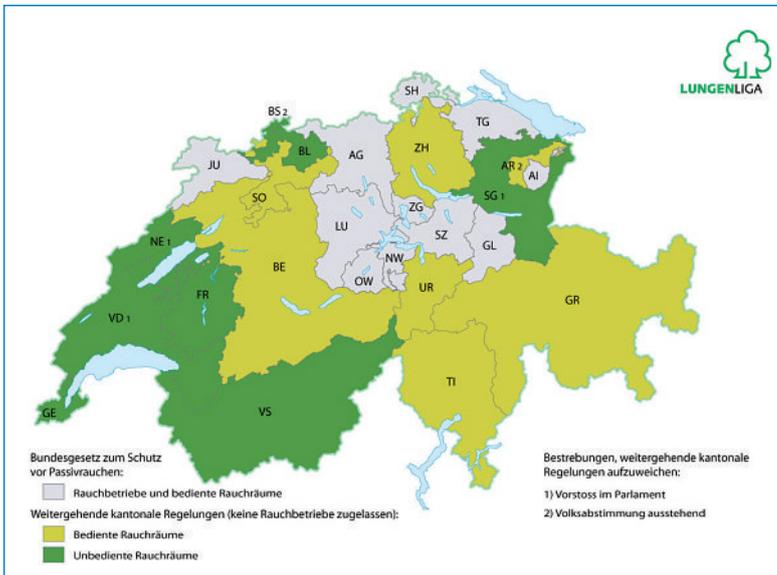
[23]. In der Folge hat Rylander versucht, diese Studie zu publizieren, ist aber bei renommierten Journals abgeblitzt. Erst im Jahre 2000 konnte er seine Studie unterbringen, wo noch eine andere Schlussfolgerung publiziert wurde: «Weder Ernährungsfaktoren noch das Passivrauchen oder die Wohnungsumgebung waren generell mit einem erhöhten Risiko verbunden.» [24] Keine Bemerkung, dass die Studie zu 100% von Philip Morris finanziert wurde, keine Anmerkung eines conflict of interest und keine Bemerkung, dass der Autor der Studie ein bezahlter Berater von Philip Morris war. Erst nach dem Bundesgerichtsurteil im Jahre 2003 hat sich die Universität Genf von Rylander distanziert und alle bekannten Wissenschaftszeitschriften ersucht, folgendes Statement abdruckten: «Basierend auf umfangreichen Beweisen, die im Rahmen von Gerichtsverfahren gegen die Tabakindustrie in den USA ans Tageslicht gekommen sind, kann Prof. Rylander wegen seiner langjährigen geheim gehaltenen Beziehungen zur Tabakindustrie nicht als unabhängiger Forscher im Zusammenhang mit Tabakfragen betrachtet werden.» [25] Seither hat sich einiges geändert, und viele Fachzeitschriften wie auch Kongressveranstalter verlangen eine schriftliche Bestätigung, dass keine Zusammenarbeit mit der Tabakindustrie besteht bzw. von ihr Gelder bezogen wurden.

### Gründung von Gesellschaften, Fachzeitschriften und Stiftungen

Die Tabakindustrie hat aber nicht nur Wissenschaftler gekauft, sie hat auch selbst Gesellschaften und dazugehörige Journals gegründet. So hatten 7 von 8 Mitgliedern der International Society of the Built Environment Kontakte zur Tabakindustrie, und zwei Drittel des Editorial Boards der mit ihr verbundenen Zeitschrift Indoor and Built Environment (IBE) hatten Kontakte zur Tabakindustrie. Bei 60% der darin publizierten Artikel hatte mindestens ein Autor Kontakte mit der Tabakindustrie bzw. wurde von ihr bezahlt [26]. Seit Ende der neunziger Jahre wurden viele wissenschaftliche Artikel, die keinen Zusammenhang zwischen Passivrauchen und Gesundheitsproblemen gefunden hatten, nochmals einer erneuten Review unterzogen. Man fand bei den meisten eine Verbindung zur Tabakindustrie [27, 28]. Entweder wurden sie direkt oder indirekt gesponsert, wie zum Beispiel eine Studie von Enstrom et al. [29], der keine erhöhte Gesundheitsgefährdung von nichtrauchenden Partnern von Rauchern fand – seine Studie war gesponsert vom Center for Indoor Air Research, einer Einrichtung, die die Tabakindustrie ins Leben gerufen hat [30]. Oder ein anderes Beispiel: Eine kürzlich im New England Journal of Medicine veröffentlichte Studie zeigte an über 30 000 Rauchern, dass mit einer jährlichen CT-Untersuchung Frühformen des Lungenkrebses zuverlässig erfasst und in 92% geheilt werden konnten [31]. Erst zwei Jahre später wurde in der gleichen Zeitschrift informiert, dass (auch) diese Studie indirekt von der Tabakindustrie bezahlt worden war, was anfangs nicht angegeben wurde [32]. Die Tabakindustrie hat viele



**Abbildung 3**  
Hauptforderungen der WHO-Rahmenkonvention zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC). Quelle: www.fctc.org.



**Abbildung 4**  
Schutz vor Passivrauchen in Restaurants der Schweiz. Quelle: Lungenliga Schweiz, Mai 2011.

Stiftungen und Einrichtungen gegründet, die wissenschaftliche Studien sponsern, und bei denen auf den ersten Blick nicht mehr erkenntlich ist, woher das Geld eigentlich kommt [33]. Aus diesem Grunde ist es ratsam, als Forscher heute sehr wachsam zu sein und seine Geldquellen gründlich unter die Lupe zu nehmen.

### WHO-Rahmenkonvention zur Eindämmung des Tabakgebrauchs

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat inzwischen auf die Tabakepidemie reagiert und es geschafft, fast alle Länder an einen Tisch zu bringen – ein einmaliges Ereignis in ihrer Geschichte. Diese Rahmenkonvention zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (*Framework Convention on Tobacco Control*, www.fctc.org) wurde inzwischen von 171 Ländern unterzeichnet, darunter auch der Schweiz (im Jahr 2004) [34]. 159 Länder haben diese Rahmenkonvention inzwi-

schen ratifiziert. Bisher nicht ratifiziert haben Kuba, Äthiopien, Haiti, Mozambique, Marokko ... sowie die USA und die Schweiz.

Die WHO-Rahmenkonvention beinhaltet unter anderem eine konsequente Einschränkung der Tabakwerbung und des Sponsorings, eine Eindämmung des Schmuggels, eine eindeutige Produktedeklaration sowie einen konsequenten Schutz vor dem Passivrauchen in Verkehrsmitteln, öffentlich zugänglichen Räumen sowie Restaurants (Abb. 3 [6]). Viele Länder haben dies bereits umgesetzt, wobei in Europa diesbezüglich die Schweiz – trotz einiger Verbesserungen – neben Österreich und Deutschland das Schlusslicht bildet [35, 36]. In der Schweiz gibt es zwar seit Mai 2010 eine Bundeslösung betreffend rauchfreie Räume und Restaurants, wobei das Parlament die ursprüngliche parlamentarische Initiative von Prof. Felix Gutzwiller deutlich abgeschwächt und mit zahlreichen Ausnahmen versehen hat. Wie weit hier die Tabakindustrie Nationalräte und Wirtschaftsverbände beeinflusst hat, ist bisher nicht untersucht; Aktivitäten der Tabakindustrie im Rahmen der Zwillinginitiative lassen dies aber vermuten [7]. So wurde eine Gelegenheit verpasst, die Schweizer Bevölkerung konsequent vor Passivrauch zu schützen. Da es den Kantonen erlaubt ist, weitergehende Bestimmungen einzuführen, haben bereits 15 Kantone einen Schutz, der weiter geht als das Bundesgesetz (Abb. 4 [6]). Dieser Flickenteppich in der Schweiz ist kein Zufall, sondern das Resultat einer geschickten Strategie der Tabakindustrie.

### Einfluss der Tabakindustrie in der Schweiz

Wie einem internen Tabakdokument mit dem bezeichnenden Namen *Whitecoat-Project* von *Philip Morris* aus den 90er Jahren zu entnehmen ist, hat *Philip Morris* folgende Ziele gehabt: «Widerstand gegen bzw. die Aufhebung von Raucherrestriktionen», das «Selbstvertrauen der Raucher wieder herzustellen», die «wissenschaftliche und populäre Irrmeinungen, dass Passivrauchen schädlich ist, rückgängig zu machen» sowie die «soziale Akzeptanz des Rauchens wieder herzustellen» [7].

Für die Schweiz hatte man einen speziellen Plan: «Unser Aktionsplan beinhaltet die Verzögerung von strikter Gesetzgebung und die Beeinflussung des Resultats der Gesetzgebung von Fall zu Fall.» Dies bezog sich auf die Tabaksteuer, die Produkthaftung, die Verpackung und die Tabakwerbung [7]. Dazu hat *Philip Morris* sehr viele Allianzen geschaffen, namentlich mit der Werbeindustrie und dem Gastgewerbeverband *Gastro Suisse* [7]. So hat die Tabakindustrie *Gastro Suisse* die Kampagne «Toleranz und Lebensfreude» vorgeschlagen und den Verband dadurch für ihr Anliegen instrumentalisiert [37]. In dieser Kampagne sollen Raucher und Nichtraucher gegenseitig aufeinander Rücksicht nehmen und in Harmonie gemeinsam im gleichen Raum essen und trinken. Dabei hat man dem Nichtraucher weisgemacht, dass er den Passivrauch überall und jederzeit zu akzeptieren hat, ansonsten wäre er nicht tolerant [8]. An der Delegiertenversammlung von *Gastro Suisse* am 4. Juni 1996 wurde diese Kampagne für «Lebensfreude und Konsumenten-Freiheit» angenom-

men, wobei den meisten wahrscheinlich nicht bekannt war, dass dies «das Resultat der direkten Zusammenarbeit zwischen *Philip Morris* und *Gastro Suisse*» war, wie ein Mitarbeiter von *Philip Morris* berichtet hat. Wie viel Geld dabei geflossen ist, hat *Gastro Suisse* bis heute nicht bekanntgegeben (Kassensturz, 8. März 2005). Auf ihrer Website hatte *Gastro Suisse* bis Anfang März 2005 noch geschrieben, dass diese Kampagne zur Förderung des harmonischen Zusammenlebens zwischen Rauchern und Nichtrauchern in Gastbetrieben «mit Unterstützung der schweizerischen Zigarettenindustrie» erfolgte. Ausserdem meinte sie dazumal noch ganz offen: «Mit der Kampagne «Toleranz und Lebensfreude» wurde die Grundlage geschaffen, um ein erkanntes Problem eigenverantwortlich und ohne gesetzgeberische Einflüsse zu lösen.» Eine bekannte Strategie der Tabakindustrie, mit «Selbstcodes» und «freiwilligen Massnahmen» eine klare Gesetzgebung und damit einen massiven Einnahmeverlust zu verhindern. Unter zunehmendem Druck der Bevölkerung hat der Gastgewerbeverband «Nichtrauchertischchen» eingeführt und daran geglaubt, dass der Tabakrauch sich von diesen Tischchen fernhält. Dies ist etwa so naiv, wie wenn man bei einem Swimmingpool erlauben würde, auf der einen Seite hineinzupinkeln und auf der anderen Seite nicht. Diese Art von «Toleranz» wird inzwischen von der Bevölkerung nicht mehr akzeptiert [38]. In einem Artikel in der «NZZ am Sonntag» hat Paul Bilton treffend geschrieben: «Tabakrauch zu tolerieren ist so absurd, wie von Fussgängern zu verlangen, ihren Unfalltod zu akzeptieren».

### Erfolgreiche Strategien gegen die Tabakepidemie

Vor kurzem hat das renommierte *New England Journal of Medicine* in einem Leitartikel festgehalten: «In einer Zeit, wo alle Augen auf die Gesundheitsreform, die explodierenden Gesundheitskosten und das Übergewicht von Kindern ausgerichtet sind, bleibt das Zigarettenrauchen bei weitem die häufigste Ursache von vermeidbaren Todesfällen und Behinderungen in den USA.» [39] Dabei wurden auch die nachgewiesenermassen erfolgreichen Strategien erwähnt: das konsequente Verbot von Tabakwerbung und Sponsoring, der Passivrauchschutz, Kampagnen für rauchfreies Leben (Rauchstopp-Programme) sowie die Erhöhung der Tabaksteuer. Gerade Letzteres ist bei den Jugendlichen besonders wirksam. So hat die Weltbank bereits 1999 festgehalten, dass eine 10%ige Erhöhung des Tabakpreises eine generelle Reduktion des Zigarettenkonsums um 4% bewirkt, bei Jugendlichen sogar um bis zu 13%. Um der Tabakepidemie effektiv entgegenzutreten, ist es deshalb an der Zeit, dass auch die Schweiz die WHO-Rahmenkonvention endlich ratifiziert und die wirk-

samen Massnahmen zur Eindämmung der Tabakepidemie konsequent umsetzt [40].

Inzwischen hat die Tabakindustrie realisiert, dass der Wind in der westlichen Welt immer stärker bläst. Seit Inkrafttreten des *Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act* im Juni 2009 hat die amerikanische *Food and Drug Administration (FDA)* neu die Autorität, Tabakprodukte zu regulieren [41]. Inzwischen wurde in den USA die Beimengung von Früchten und Kandiszucker in den Tabak verboten, das Mindestalter für Tabakkonsum auf 18 Jahre angehoben und das Tabak sponsoring von Konzerten und Sportveranstaltungen untersagt; weitergehende Massnahmen sind in den nächsten Jahren zu erwarten. Trotzdem versucht die Tabakindustrie mit allen möglichen Mitteln, die Umsetzung der WHO-Rahmenkonvention zu bekämpfen. So hat vor kurzem *Philip Morris International* von der Schweiz aus gegen Uruguay gegen die weltweit strengsten Werbevorschriften für Zigarettenpackungen geklagt [42]. Um weiterhin ihren immensen Profit zu wahren, haben die Tabakkonzerne ihre Hauptaktivitäten inzwischen in die Drittweltländer nach Südamerika, Afrika und in den asiatischen Raum verlagert, wo viele Menschen nicht wissen, dass Rauchen Lungenkrebs verursacht, und die Mehrheit weder lesen noch schreiben kann und damit einer Aufklärung kaum zugänglich ist.

---

#### Korrespondenz:

PD Dr. med. Jürg Barben  
 Leitender Arzt Pneumologie / Allergologie  
 Ostschweizer Kinderspital  
 CH-9006 St. Gallen  
[juerg.barben@kispig.ch](mailto:juerg.barben@kispig.ch)

---

#### Empfohlene Literatur

- Diethelm PA, Rielle JC, McKee M. The whole truth and nothing but the truth? The research that Philip Morris did not want you to see. *Lancet*. 2005;366:86-92.
- Diethelm PA, McKee M. Lifting the smokescreen - Tobacco industry strategy to defeat smoke free policies and legislation. *European Respiratory Society, Institut National du Cancer (France) 2006: 1-28*. [www.teespublichealth.nhs.uk/document.aspx?id=3965&siteID=1012](http://www.teespublichealth.nhs.uk/document.aspx?id=3965&siteID=1012).
- Grüning T, Schönfeld N. Tabakindustrie und Ärzte: «Vom Teufel bezahlt ...» *Deutsches Ärzteblatt*. 2007;104(12):A770-4.
- Lee CY, Glantz SA. The Tobacco Industry's Successful Efforts to Control Tobacco Policy making in Switzerland. San Francisco: University of California, 2001:1-126. <http://repositories.cdlib.org/ctcre/tcpmi/Swiss2001>.
- Malka S, Gregori M. Vernebelung - wie die Tabakindustrie die Wissenschaft kauft. Orell Füssli-Verlag, 2008.

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter [www.medicalforum.ch](http://www.medicalforum.ch).

---

Der 1. Teil dieses Artikels ist in Heft 21/2011 erschienen. Sehen Sie auch unter [www.medicalforum.ch/d/set\\_archiv.html](http://www.medicalforum.ch/d/set_archiv.html) nach.

# Tabaklobby und Kinderfänger – wie cool ist rauchen wirklich?

Teil 2.

## / Le lobby du tabac qui piège les enfants – la cigarette est-elle si cool que ça?

2<sup>e</sup> partie.

### Literatur (Online-Version) / Références (online version)

- (1) Schroeder SA. Tobacco Control in the Wake of the 1998 Master Settlement Agreement. *N Engl J Med* 2004; 350:293-301.
- (2) Deutsches Krebsforschungszentrum. Die Tabakindustriedokumente I. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle[Band 3], 1-78. 2005. Heidelberg.  
Ref Type: Serial (Book,Monograph)
- (3) Diethelm PA, Rielle JC, McKee M. The whole truth and nothing but the truth? The research that Philip Morris did not want you to see. *Lancet* 2005; 366:86-92.
- (4) Diethelm PA, McKee M. Lifting the smokescreen - Tobacco industry strategy to defeat smoke free policies and legislation. European Respiratory Society, Institut National du Cancer (INCa F, editors. 1-28. 2006.  
Ref Type: Report
- (5) Grüning T, Gilmore AB, McKee M. Tobacco Industry Influence on Science and Scientists in Germany. *Am J Public Health* 2006; 96:20-32.
- (6) Grüning T, Schönfeld N. Tabakindustrie und Aerzte: "Vom Teufel bezahlt ...". *Deutsches Ärzteblatt* 2007; 104(12):A 770-A 774.
- (7) Lee CY, Glantz SA. The Tobacco Industry's Successful Efforts to Control Tobacco Policy making in Switzerland. University of California 2001; <http://repositories.cdlib.org/ctcre/tcpmi/Swiss2001>.
- (8) Deutsches Krebsforschungszentrum. Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle[Band 5], 1-69. 2005. Heidelberg.  
Ref Type: Serial (Book,Monograph)
- (9) Deutsches Krebsforschungszentrum. Fakten zum Rauchen - Gesundheitsschäden durch Rauchen und Passivrauchen. 2008. Heidelberg.  
Ref Type: Pamphlet
- (10) Eidgenössische Kommission für Tabakprävention. Konsequenzen der Inkraftsetzung von Bundesgesetz und Verordnung Schutz vor Passivrauchen vom 1. Mai 2010. Schweizerische Eidgenossenschaft 2010; 23. August(<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00612/00768/06267/index.html?lang=de>).
- (11) Deutsches Krebsforschungszentrum. Schutz der Familie vor Tabakrauch. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle[Band 14], 1-90. 2010. Heidelberg.  
Ref Type: Serial (Book,Monograph)
- (12) Brändli O, Adam M, Mazzeletti P, Künzli N. Passivrauch im Restaurant. *Schweiz Med Forum* 2003; 44:1057-1062.
- (13) Flouris AD, Metsios GS, Carrillo AE, Jamurtas AZ, Gourgoulis K, Kiropoulos T et al. Acute and short-term effects of secondhand smoke on lung function and cytokine production. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 179:1029-1033.
- (14) Whincup PH, Gilg JA, Emberson JR, Jarvis MJ, Feyerabend C, Bryant A et al. Passive smoking and risk of coronary heart disease and stroke: prospective study with cotinine measurement. *BMJ* 2004; 329:200-205.

- (15) Pell JP, Haw S, Cobbe S, Newby DE, Pell AC, Fischbacher C et al. Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. *N Engl J Med* 2008; 359:482-491.
- (16) Trachsel L, Kuhn MU, Reinhart WH, Schultzi T, Bonetti PO. Reduced incidence of acute myocardial infarction in the first year after implementation of a public smoking ban in Graubünden, Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2010; 140:133-138.
- (17) Mackay D, Haw S, Ayres JG, Fischbacher C, Pell JP. Smoke-free legislation and hospitalizations for childhood asthma. *N Engl J Med* 2010; 363:1139-1145.
- (18) Villiger H. Ich bin wie ein Dichter, der sein Werk frei gestalten kann. *St Galler Tagblatt* 2010; 25. September.
- (19) Malka S, Gregori M. Vernebelung - wie die Tabakindustrie die Wissenschaft kauft. Orell Füssli-Verlag; 2008.
- (20) Philip Morris verheimlichte Studien. *Sonntags-Zeitung* 2004; 14. November.
- (21) Bornhäuser A, McCarthy J, Glantz SA. German tobacco industry's successful efforts to maintain scientific and political respectability to prevent regulation of secondhand smoke. *Tob Control* 2006; 15:e1.
- (22) Diethelm PA. Rylander's Kinderstudie. 11.  
Ref Type: Unpublished Work
- (23) Rylander R. Respiratory infection in children, ETS exposure, social factors and diet (abstract ATS). American Thoracic Society Conference [May]. 1992.  
Ref Type: Abstract
- (24) Rylander R, Mégevand Y. Environmental risk factors for respiratory infections. *Arch Environ Health* 2000; 55:300-303.
- (25) Editorial Note. *Eur J Public Health* 2006; 16:233.
- (26) Garne D, Watson M, Chapman S, Byrne F. Environmental tobacco smoke research published in the journal *Indoor and Built Environment* and associations with the tobacco industry. *Lancet* 2005; 365:804-809.
- (27) Barnes DE, Bero LA. Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions. *JAMA* 1998; 279:1566-1570.
- (28) Tong EK, England L, Glantz SA. Changing conclusions on secondhand smoke in a sudden infant death syndrome review funded by the tobacco industry. *Pediatrics* 2005; 115:e356-e366.
- (29) Enstrom JE, Kabat GC. Environmental tobacco smoke and tobacco related mortality in a prospective study of Californians, 1960-98. *BMJ* 2003; 326:1057.
- (30) Dalton R. Passiv-smoking study faces review. *Nature* 2007; 446:242.
- (31) The International Early Lung Cancer Action Program Investigators. Survival of patients with stage I lung cancer detected on CT screening. *N Engl J Med* 2006; 355:1763-1771.
- (32) Henschke C. Clarification of funding of early lung cancer study. *N Engl J Med* 2008; 358:1862.
- (33) Schwartz RS, Curfmann GD, Morrissey S, Drazen JM. Full Disclosure and the Funding of Biomedical Research. *N Engl J Med* 2008; 358:1850-1851.
- (34) Eidgenössisches Departement des Innern. Medienmitteilung: Bundesrat unterzeichnet WHO Rahmenkonvention zur Eindämmung des Tabakgebrauches. *BAG-Bulletin* 2004; 29:506.
- (35) Smoke Free Partnership. Lifting the smokescreen - 10 reasons for a smoke free Europe. 2006. European Respiratory Society.  
Ref Type: Report
- (36) Bundesamt für Gesundheit (BAG). Dossier über die Tabakpolitik in den Kantonen und in Europa. 1-28. 2009.  
Ref Type: Report

- (37) Büttner JM. Der Gastgewerbeverband als Gehilfe der Tabakindustrie. Tages Anzeiger 2005;(14. April).
- (38) Das Ende der Toleranz. Spiegel 2006; 4. Juni.
- (39) Schroeder SA, Warner KE. Don't Forget Tobacco. N Engl J Med 2010; 363:201-204.
- (40) Frieden TR, Bloomberg MR. How to prevent 100 million deaths from tobacco. Lancet 2007; 369:1758-1761.
- (41) Deyton L, Sharfstein J, Hamburg M. Tobacco product regulation - a public health approach. N Engl J Med 2010; 362:1753-1756.
- (42) Lencucha R. Philip Morris versus Uruguay: health governance challenged. Lancet 2010; 376:852-853.