

Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) im Blickpunkt: Tabak und Entwicklungspolitik

Artikel 22 und 26 des FCTC

AUSGABE FÜNF/JANUAR 2010



Das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) ist der weltweit erste zwischenstaatliche Vertrag im Bereich Gesundheit. Es gibt gesetzlich bindende Ziele und Prinzipien vor. Die Vertragsparteien (Länder oder staatsübergreifende Einheiten wie die Europäische Gemeinschaft) haben diese bestätigt und damit einer Umsetzung zugestimmt. Das Abkommen schützt heutige und künftige Generationen durch evidenz-basierte Maßnahmen vor den verheerenden gesundheitlichen, gesellschaftlichen, ökologischen und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens.

Wie schnell steigt der Tabakkonsum in Afrika, Asien und Lateinamerika?

Indien, China, Indonesien, Brasilien und Bangladesch sind unter den Ländern mit der höchsten Zahl an Tabakkonsumenten. Berichte zeigen, dass die Anzahl der Raucher auch in Afrika ansteigt. Die WHO schätzt, dass der Tabakkonsum in Afrika um 4,3% pro Jahr ansteigt¹.

WICHTIGE FAKTEN UND ZAHLEN DER BELASTUNG DURCH TABAK FÜR DIE GESELLSCHAFT IN LÄNDERN MIT NIEDRIGEN UND MITTLEREN EINKOMMEN

- Auf den Philippinen gaben die ärmsten Haushalte im Jahr 2003 mehr für Tabak aus als für Bildung, Gesundheit und Kleidung zusammen¹.
- In Nepal gaben die ärmsten Haushalte im Jahr 2000 fast 10% ihres Einkommens für Tabakprodukte aus¹.
- In Ägypten geben Haushalte mit niedrigen Einkommen mehr als 10% ihrer Haushaltsausgaben für Tabakprodukte aus².
- Die ärmsten 20% der Haushalte in Mexiko geben fast 11% ihres Einkommens für Tabak aus².
- In Uganda rauchen 50% der Männer, während 80% der Menschen von weniger als \$1 pro Tag leben¹.
- Im März 2007 berichtete die britische Zeitung The Guardian, dass die Entwicklungsländer den Ertrag pro Aktie und die Dividenden von British American Tobacco in die Höhe trieben¹². Im Februar zitierte die Financial Times Herrn Camilleri, Vorstandssprecher von Altria, mit der Aussage "die größten Chancen der Tabakindustrie liegen in Entwicklungsländern wie China oder Indien"¹³.
- Während einer von fünf jungen Nigerianern Zigaretten raucht, hat sich die Anzahl der jungen weiblichen Raucher in den 1990er Jahren verzehnfacht¹.

Was werden die Auswirkungen des steigenden Tabakkonsums sein?

Weltweit sterben bereits 5,4 Millionen Menschen pro Jahr an tabakbedingten Erkrankungen. Wenn der derzeitige Tabakkonsum anhält, wird das Rauchen bis zum Jahr 2030 für mehr als 8 Millionen Todesfälle pro Jahr verantwortlich sein, von denen mehr als 80% aus Ländern mit niedrigen oder mittleren Einkommen stammen². Tabak tötet fast jeden zweiten Langzeitkonsumenten, die Hälfte davon in mittlerem Alter. Eine in Indien durchgeführte Studie fand heraus, dass Rauchen für einen wesentlichen Anteil der Todesfälle von Männern im Alter zwischen 30 und 69, die an der Studie teilnahmen, verantwortlich war. Genauer gesagt für 38% aller Todesfälle durch Tuberkulose (TB), 31% aller Todesfälle durch Atemwegserkrankungen, 20% aller Todesfälle durch Gefäßerkrankungen und 32% aller Todesfälle durch Krebs³.

GLOSSAR

Nicht übertragbare Krankheiten: eine Gruppe von Krankheiten, die Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, psychische Gesundheitsprobleme, Diabetes mellitus, chronische Atemwegserkrankungen und muskuloskeletale Erkrankungen einschließen. Diese Krankheiten resultieren nicht aus einer akuten Infektion. Diese uneinheitliche Gruppe weist gemeinsame Risikofaktoren, z.B. Rauchen, ungesunde Ernährung und Luftqualität auf und hat gemeinsame zugrunde liegende Determinanten und Interventionsmöglichkeiten. Dieser Begriff wird von der WHO und der Europäischen Kommission auf internationaler Ebene verwendet. Auch der Begriff "chronische Krankheiten" wird verwendet, um diese Gruppe von Krankheiten zu beschreiben.

Risikofaktor: bezieht sich auf eine physiologische oder anatomische Eigenschaft, genetische Prädisposition oder Umweltkonstellation einer Einzelperson, die die Wahrscheinlichkeit erhöht, eine bestimmten Krankheit zu erwerben.

Artikel 22 und 26 des FCTC: Im Tabakrahmenabkommen werden technische Zusammenarbeit und finanzielle Ressourcen als Schlüssel zu einer effektiven Umsetzung des Abkommens anerkannt. Die Vertragsparteien müssen Zusammenarbeit auf wissenschaftlichem, technischem und rechtlichem Gebiet fördern und die Bedürfnisse von Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen berücksichtigen, um nationale Tabakkontrollstrategien zu schaffen und zu stärken. Des Weiteren sollen die Vertragsparteien die Nutzung von allen verfügbaren Finanzierungsmechanismen und -programmen nutzen – multilaterale, bilaterale, regionale und subregionale Programme – um die Entwicklung und Stärkung derselben Strategie zu fördern.

Wer raucht am meisten?

Die Ärmsten. Studien zeigen, dass die Armen mit höherer Wahrscheinlichkeit rauchen⁴. Rauchen verschlimmert die Armut, da Geld für Tabak ausgegeben wird und nicht mehr für Grundbedürfnisse wie Essen, Unterkunft, Bildung und Gesundheit zur Verfügung steht^{4, 5}. Eine Studie im ländlichen China zeigt, dass jede 100 Yuan, die für Tabak ausgegeben wurden, mit einem Rückgang der Ausgaben für Bildung um 30 Yuan, für medizinische Versorgung um 15 Yuan, für Landwirtschaft um 14 Yuan und für Essen um 10 Yuan einhergehen. Dank weniger strenger Rechtsvorschriften, erkundet die Tabakindustrie zudem mit aggressiven Strategien neue Märkte und versucht verstärkt, anfällige Gruppen, insbesondere Frauen und Jugendliche, zu erreichen².

Was ist die Verbindung zwischen Tabakkonsum und nicht übertragbaren Krankheiten?

Rauchen ist ein Risikofaktor für nicht übertragbare Krankheiten. Tabakkonsum verursacht Lungenkrankheiten, verschiedene Arten von Krebs, Herzkrankheiten und Schlaganfälle. Risikofaktoren von nicht übertragbaren Krankheiten sind vermeidbar und es wird geschätzt, dass ihre Beseitigung 80% aller Herzkrankheiten, 80% aller Schlaganfälle, 80% aller Typ 2 Diabetes und 40% aller Krebserkrankungen in der WHO-Afrikaregion verhindern würde⁶. Nicht übertragbare Krankheiten sind schon jetzt in allen Weltbankregionen, mit Ausnahme der afrikanischen Länder südlich der Sahara, für einen Hauptteil der Mortalität verantwortlich⁴.

Wie werden sich die nicht übertragbaren Krankheiten auf diese Länder auswirken?

Studien zeigen, dass Alterung der Bevölkerung, wirtschaftliches Wachstum und ein sich wandelnder Lebensstil in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen zu einer Veränderung der Verteilung der Todesursachen führen; von übertragbaren, mütterlich übertragenen und perinatalen hin zu nicht übertragbaren Krankheiten und von jungen zu älteren Menschen. Während eine Verbesserung der durchschnittlichen Lebenserwartung positiv ist, wird sich das Gesundheitswesen neuen Herausforderungen stellen müssen, zumal nicht übertragbare Krankheiten langwierige und oft lebenslange Behandlungen erfordern. Gesundheitswesen, die jetzt bereits überlastet sind, werden sich mit einer doppelten Belastung konfrontiert sehen, da einerseits nicht übertragbare Krankheiten auf dem Vormarsch sind, andererseits die Bedürfnisse für übertragbare Krankheiten unverändert bleiben.

Was ist der Preis des Untätigseins?

Wenn keine dringenden Maßnahmen unternommen werden, werden mehr als eine Milliarde Menschen in diesem Jahrhundert an den Folgen des Tabakkonsums sterben². Es kann Jahre oder Jahrzehnte dauern, bis die Auswirkungen des Tabakkonsums sich entwickeln. Aus diesem Grund werden die kompletten Auswirkungen des Tabakkonsums erst sichtbar sein, wenn die Tabakepidemie ihren Höhepunkt erreicht. Schon jetzt sind die ersten Auswirkungen deutlich sichtbar. Im Jahr 2000 kosteten die drei maßgeblichen Erkrankungen, die mit Tabakkonsum in Verbindung stehen - Herzerkrankungen, Schlaganfall und Krebs - die indische Regierung \$5,8 Milliarden. Der Produktivitätsverlust durch tabakbedingte vorzeitige Todesfälle liegt in China bereits bei \$2,4 Milliarden. Durch medizinische Kosten infolge von Rauchen verarmen derzeit mehr als 50 Millionen Menschen in China^{4, 2, 5}. In Nigeria verursacht der Tabakkonsum bereits \$590,63 Millionen an direkten Kosten⁸.

PRÄVENTION VON TUBERKULOSE (TB) UND TABAKKONTROLLE IN SÜDOSTASIEN (WHO-SEARO-BÜRO)

Der Zusammenhang von Tabakkonsum und einer Reihe an TB-Auswirkungen, einschließlich Infektion, Erkrankung, Behandlungsergebnis, Rückfall sowie Sterblichkeit wird oft übersehen. Neueste Studien zeigen jedoch, dass Tabakkonsum und Tuberkulose deutlich zusammenhängen. Die neue „Stop TB“ Strategie der WHO erkennt, dass die Prävention der häufigsten Risikofaktoren, z.B. Rauchen und Armut, einen wichtigen Beitrag zur TB-Kontrolle leistet. Eine Unterseinheit des Stop-TB, der „Praktische Ansatz zur Lungengesundheit“ (*Practical Approach to Lung Health (PAL)*), ist ein ganzheitlicher Ansatz, zum Management von Patienten mit Symptomen von Atemwegserkrankungen in der ambulanten Patientenversorgung. Der Ansatz berücksichtigt die Tatsache, dass Patienten, die Zugang zu Gesundheitseinrichtungen haben, eher ihr Verhalten ändern. Aus diesem Grund können gezielte Entwöhnungshilfen für Raucher sehr effektiv sein und langfristig Auswirkungen sowohl auf TB als auch auf den Tabakkonsum haben. Zwei Pilotprojekte werden zurzeit in Nepal und Indonesien umgesetzt.

Quelle: WHO South East Office, <http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section2469/Section2475.htm> besucht am 12. Juli 2009

(WHO Büro Südost, <http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section2469/Section2475.htm> aufgerufen am 12. Juli 2009)

Was ist die Lösung?

Die Tabakepidemie wurde von Menschen verursacht und ist vollständig vermeidbar. Dennoch sind nur 5% der Weltbevölkerung umfassend durch politische Maßnahmen geschützt, die in den Ländern, die sie realisiert haben, den Tabakkonsum deutlich reduziert haben. Es gibt ausreichend Belege dafür, dass kostengünstige Interventionen, die keine großen Investitionen oder Kapital benötigen und in existierende Strukturen integriert werden könnten, nicht übertragbare Krankheiten in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen bekämpfen könnten. FCTC empfiehlt evidenzbasierte soziale, wirtschaftliche und rechtliche Maßnahmen, die maßgeblich zur Vermeidung von Tabakkonsum und der daraus resultierenden Morbidität und Mortalität beitragen können. Diese Maßnahmen sind sowohl im Tabakrahenabkommen FCTC, als auch in der MPOWER-Strategie² der WHO beschrieben.

Wer hat das Tabakrahenabkommen ratifiziert?

Es haben bereits 166 Länder das Abkommen ratifiziert, mehrheitlich Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Länder, die das Abkommen ratifiziert haben, sind gesetzlich an dessen Verpflichtungen gebunden. Die schnelle Ratifizierung zeigt, dass sich Regierungen des Problems bewusst sind und sich bereiterklären, Probleme, die mit Tabakkonsum in Verbindung stehen, anzugehen.

Wie wird die Umsetzung des Abkommens finanziert werden?

Finanzielle Ressourcen spielen eine wichtige Rolle bei der Erreichung der Ziele des Abkommens, obwohl große Investitionen nicht zwingend notwendig sind. Aus diesem Grund enthält das Abkommen Bestimmungen, um sicherzustellen, dass notwendige Fördermittel zur Umsetzung zur Verfügung stehen. „Jede Vertragspartei stellt finanzielle Unterstützung im Hinblick auf ihre innerstaatlichen Tätigkeiten [...] bereit“ (Art.26 FCTC). Unter diesem Artikel verpflichten sich die Parteien auch dazu, die Nutzung von entsprechenden multilateralen und bilateralen Kanälen zu fördern, um die Umsetzung von FCTC in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen zu fördern.

FINANZIERUNG VON GESUNDHEITSSYSTEMEN

Rumänien hat im Jahr 2007 eine „Gesundheitssteuer“ eingeführt, die das Gesundheitsbudget erhöhen soll. Diese Steuer, die auch „Sündensteuer“ genannt wird, addiert jeweils 20 Eurocent zum Gesamtpreis einer Packung Zigaretten hinzu. Die Verwendung einer festen Steuer pro Packung erlaubt es, Einnahmen aus Verbrauchssteuern, die an das Finanzministerium gehen, zu erhalten, und gleichzeitig eine neue Einnahmequelle für den Gesundheitssektor zu schaffen. In administrativer Hinsicht ist der wichtigste Aspekt, dass die „Gesundheitssteuer“ direkt vom Gesundheitsministerium eingezogen wird. Rumänien hat 20 Millionen Einwohner, von denen mindestens fünf Millionen Raucher sind. In den Jahren 2007 und 2008 konnten durch die Gesundheitssteuer ungefähr EUR 300 Millionen pro Jahr eingenommen werden. Die Einnahmen flossen in eine Anzahl von Maßnahmen, insbesondere zur Stärkung des Gesundheitssystems und zur Finanzierung von nationalen Gesundheitsprogrammen, einschließlich der Anschaffung neuer leistungsfähiger Ausrüstung für Krankenhäuser und Krankenwagen, sowie für ein nationales TB-Programm. Die Tabakkontrolle profitierte auch von der Gesundheitssteuer, durch die landesweite Programme für Raucherentwöhnung und Tabakprävention finanziert wurden. Bemerkenswerterweise führte die Einführung der Gesundheitssteuer nicht zu einer Reduzierung der herkömmlichen Tabaksteuereinnahmen. Im Gegenteil, die Verbrauchsteuern sind in den Jahren 2007 und 2008 sogar gestiegen.

Source: Ministry of Health, Romania

Kann offizielle Entwicklungshilfe die Umsetzung des FCTC unterstützen?

Ja. Während es wichtig ist, dass Empfängerländer Tabakkontrolle in ihrer eigenen Entwicklungsstrategie vorantreiben, können sowohl die Europäische Union als auch ihre Mitgliedsstaaten durch verschiedene multilaterale und bilaterale Programme eine Führungsrolle durch die Bereitstellung von technischer und finanzieller Hilfe für Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen einnehmen.

Welche Art von Hilfe wird von den Ländern benötigt?

FCTC bietet ein Rahmenprogramm gegen den Tabakkonsum, aber es bleibt den nationalen Regierungen und den nationalen zivilgesellschaftlichen Organisationen überlassen sicherzustellen, dass die Bestimmungen des Abkommens effektiv umgesetzt und durchgesetzt werden. Technische Programme werden eingesetzt werden müssen, um das Abkommen in nationale Gesetze zu übersetzen und Kapazitäten auf nationaler Ebene aufzubauen. Daher werden technische Hilfe und Unterstützung für Training und Kooperation in wissenschaftlichen, technischen und rechtlichen Belangen sowohl auf Regierungsniveau als auch auf gesellschaftlicher Ebene benötigt.

Kann Tabakkontrolle zur Reduzierung von Armut und den Millenniums-Entwicklungszielen (Millennium Development Goals – MDGs) beitragen?

Ja. Tabakkonsum entzieht Familien Ressourcen für Grundbedürfnisse und fördert Krankheiten. In den meisten afrikanischen Ländern, für die Daten erhältlich sind, kosten 20 Marlboro-Zigaretten oder Zigaretten einer vergleichbaren Marke mehr als die Hälfte eines Tageslohns⁸; und in Indien, Vietnam und Indonesien kostet eine Packung mit 20 Marlboro-Zigaretten oder Zigaretten einer vergleichbaren Marke mehr als 1kg Reis⁸. In Bangladesch kostet sie mehr als das Doppelte. Des Weiteren schadet Tabakanbau der Umwelt und führt regelmäßig zur Verschuldung von Tabakanbauern¹. Neueste Untersuchungen von Plan International zur Kinderarbeit auf Tabakplantagen in Malawi, zeigen die emotionalen und physischen Auswirkungen dieser Arbeit auf die betroffenen Kinder, von denen manche nur fünf Jahre alt sind, und deren Familien¹⁴. Rauchen entzieht Familien einen wichtigen Teil ihres Einkommens, das ansonsten für Essen, Bildung oder medizinische Versorgung genutzt werden könnte.

Kann Tabakkontrolle dazu beitragen, Gesundheitssysteme zu finanzieren?

Ja. Es hat sich herausgestellt, dass Tabaksteuern eine sehr wirksame Intervention sind, um das Rauchen einzudämmen⁹. Historisch betrachtet, waren Tabaksteuern immer eine stabile Einnahmequelle für Regierungen. Tabaksteuern, die um 10% steigen

FALLSTUDIE: FÖRDERUNG VON ALTERNATIVEN ZUM TABAKANBAU IN KENIA

Tabakanbau erfordert intensive Anbautechniken und einen hohen Einsatz von Chemikalien, der den Boden auslaugt und Wasserläufe kontaminiert. Tabakanbau ist keine profitable Aktivität für Bauern und führt oftmals zur Verschuldung dieser⁷.

Kenia ist ein Tabakanbauland in dem die Fläche, die dem Tabakanbau geopfert wird, sich weiterhin zu Lasten der traditionellen Nahrungsmittelkulturen und Viehzucht ausdehnt. Ein großer Anteil der Tabakproduktion aus Kenia befindet im südlichen Teil der Provinz Nyanza. Ein Projekt der "Forschungsgruppe Tabakkontrolle" testet derzeit die Bereitschaft der dortigen Bauern, auf Bambus umzusteigen und bewertet dabei die Marktdynamik auf dem Bambussektor. Die Bauern werden hierfür im Bambusanbau und landwirtschaftlichem Management geschult. Das Projekt, dass derzeit noch nicht abgeschlossen ist, hat bereits zu einer Reduzierung des Tabakanbaus in der Region geführt.

Die Förderung von wirtschaftlich nachhaltigen Alternativen zu Tabakanbau trägt dazu bei, die Landwirtschaft wettbewerbsfähiger und produktiver zu machen und gleichzeitig kann sie die nachhaltige Verwendung von natürlichen Ressourcen ermöglichen.

Quelle: Kenya Tobacco Control Research Group, www.tobaccotobamboo.com besucht am 12. Juli 2009 (Forschungsgruppe Tabakkontrolle Kenia, www.tobaccotobamboo.com aufgerufen am 12. Juli 2009)

verursachen normalerweise einen um 4% geringeren Tabakkonsum in Ländern mit höherem Einkommen und einen um 8% geringeren Tabakkonsum in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, bei jährlich um fast 7% steigenden Einnahmen durch Tabaksteuern². In Zeiten in denen die Finanzierung innovativer Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung und verschiedener Gesundheitsinitiativen gewährleistet werden muss, kann die Tabaksteuer als potenzielle Einnahmequelle für Gesundheitsförderung und Gesundheitssysteme dienen¹⁵. Weltweit beinhalten bereits die meisten nationalen Gesetzgebungen Bestimmungen für Tabaksteuern. Es gibt zudem bereits Strukturen, um die Steuer umzusetzen und diese einzutreiben. Zudem es gibt eine breite politische Unterstützung für Rahmenabkommen, das klare Bestimmungen für Tabaksteuern beinhaltet.

Kann das FCTC zu ländlicher Entwicklung, wirtschaftlichem Wachstum und nachhaltiger Entwicklung beitragen?

Artikel 17 des Rahmenabkommens erklärt, dass die Vertragsparteien, soweit angebracht, wirtschaftlich realisierbare Alternativen für Tabakarbeiter, Tabakanbauer und gegebenenfalls Einzelverkäufer fördern sollen. Die Umsetzungsleitlinien zu diesem Artikel werden den Vertragsparteien im Jahr 2010 präsentiert. Derzeitige Erfahrungen aus Ländern wie Brasilien und Kenia zeigen, dass eine Vielzahl von profitablen und nachhaltigen Alternativen zum Tabakanbau existiert. Diese können die Landwirtschaft wettbewerbsfähiger und produktiver machen und gleichzeitig eine nachhaltige Verwendung von natürlichen Ressourcen fördern.

Sollte Tabakkontrolle zu einer Priorität der internationalen Gesundheitspolitik werden?

Ja. Studien zeigen, dass in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen nicht übertragbare Krankheiten schon jetzt eine starke Belastung für die Regierungen und die Gesellschaft darstellen. Dennoch werden nicht übertragbare Krankheiten und deren Risikofaktoren vielerorts noch nicht als eine Priorität der internationalen Gesundheitspolitik betrachtet. Aus diesem Grund sind heute nur begrenzt Finanzierungsmittel und politische Unterstützung zur Bekämpfung dieser Krankheiten und ihrer Risikofaktoren vorhanden.

Gibt es irgendwelche politischen Initiativen?

Verschiedene politische Initiativen erkennen bereits die wachsende Belastung von nicht übertragbaren Krankheiten für Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen an:

- das Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs der WHO
- der im Jahr 2008 von der WHO beschlossene "Action Plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases", in dem sich mehrere Indikatoren auf effektive Tabakkontrollmaßnahmen beziehen¹⁰
- das Programm der Europäischen Kommission "Investing in people", in dem diese anmerkt, dass "die Belastung von nicht übertragbaren Krankheiten

in Entwicklungsländern vorherrschender wird, und es erwartet [wird], dass Krankheiten, die mit Rauchen in Verbindung stehen, in den nächsten Jahren deutlich ansteigen werden"

• die Mitteilung der EU-Kommissionen zur Gesundheit und Armutsbekämpfung in Entwicklungsländern, 2002

Gibt es eine Rolle für die EU und ihre Mitgliedstaaten?

Die EU und ihre Mitgliedstaaten spielen eine wichtige Rolle bei der Verhandlung von FCTC. Als wichtigste Geldgeber, die weltweit mehr als 50% der offiziellen Entwicklungshilfe bereitstellen, können die EU und ihre Mitgliedstaaten weiterhin eine führende Rolle einnehmen und, aufgrund ihrer umfangreichen Erfahrung mit der Bekämpfung des Tabakkonsums, die Zusammenarbeit in wissenschaftlichen, technischen und rechtlichen Bereichen unterstützen und fördern. Durch ihre multilateralen und bilateralen Programme können die EU und ihre Mitgliedstaaten die erforderliche technische Hilfe leisten und dazu beitragen, die Belastung durch nicht übertragbare Krankheiten in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen und deren Gesundheitssystemen zu reduzieren.

Die bevorstehende Überprüfung der MDGs bietet eine Chance, die Beziehung zwischen Armut und dem Anstieg von nicht übertragbaren Krankheiten hervorzuheben und anzuerkennen, wie effektive Aktionen zur Bekämpfung letzterer dazu beitragen können, die Ziele und Vorstellungen der MDGs zu erreichen. In einer Zeit der wirtschaftlichen Krise und auf halber Strecke zur Erreichung der Ziele, die im Jahr 2000 vereinbart wurden, sollte eine wahre und ganzheitliche Gesundheitspartnerschaft gebildet werden, um sicherzustellen, dass die Ziele der MDGs erreicht werden und um dazu beizutragen, dass in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen Armut reduziert und Gesundheit verbessert wird.

Gibt es eine Rolle für das Europäische Parlament?

Das Europäische Parlament kann eine Schlüsselrolle bei der Förderung eines ganzheitlichen Gesundheitsansatzes spielen. Durch seine verschiedenen Foren kann das Europäische Parlament seine Sichtweisen durch Entschlüsse ausdrücken, schriftliche Fragen an die Europäische Kommission einreichen und sicherstellen, dass das EU-Budget die EU-Prinzipien reflektiert und dazu beiträgt, dass weltweit Armut reduziert und Gesundheit verbessert wird.

Die **Smoke Free Partnership** <Rauchfrei-Partnerschaft> (SFP) ist eine strategische, unabhängige und flexible Partnerschaft zwischen der European Respiratory Society, dem Cancer Research UK, dem Institut National du Cancer und dem European Heart Network. Sie hat das Ziel, in Zusammenarbeit mit anderen EU Gesundheitsorganisationen und Netzwerken zur Bekämpfung des Rauchens in der EU, Forschungen zu Kampagnen und politischen Maßnahmen zur Eindämmung des Rauchens auf EU- und nationaler Ebene zu fördern.

Verfasser: Margarida Silva
Herausgeber: Nick Schneider

Smokefree Partnership
49-51 rue du Treves, 1040 Brussels, Tel: +32 2 238 53 63
www.smokefreepartnership.eu

Quellen:

- 1 Action on Smoking and Health, BAT's footprint in Africa (Africa Maßnahmen zum Rauchen und zur Gesundheit, BAT's Fußabdruck in Afrika), London, 2008
- 2 WHO, Report on the global tobacco epidemic, (WHO Bericht zur globalen Tabakepidemie), Genf, 2008
- 3 Jha P et al A nationally representative case-control study of smoking and death in India, New England Journal of Medicine (Jha P und andere: Eine national repräsentative Fall-Kontroll-Studie zu Rauchen und Todesfällen in Indien, Neuenland Medizinjournal), 358: 1137-1147, 2008
- 4 The Oxford Health Alliance (Das Oxford Gesundheitsbündnis, Chronische Krankheit: eine wirtschaftliche Perspektive), Chronic disease: an economic perspective, London, 2006
- 5 WHO, The Millennium Development Goals and tobacco control (WHO, Die Millennium-Entwicklungsziele und Tabakkontrolle), Genf, 2005
- 6 WHO Regional office for Africa, African Health Monitor "Fighting non-communicable diseases: Africa's new silent killers", Bd. 8, Nummer 1, Januar-Juni 2008 (WHO Regionalbüro für Afrika, Afrikanischer Gesundheitsmonitor "Bekämpfen von nicht übertragbaren Krankheiten: Afrika's neue schleichende Killer", Band 8, Nummer 1, Januar-Juni 2008)
- 7 European Commission, Thematic Programme "Investing in People" (Europäische Kommission, Thematisches Programm "In Menschen investieren"), Brüssel, 2008
- 8 American Cancer Society & World Lung Foundation, The tobacco Atlas, 3rd edition (Amerikanische Krebsgesellschaft & Weltlungenfoundation, Der Tabakatlas, 3. Ausgabe), Atlanta, 2009
- 9 Jha P, Chaloupka FJ, Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control, Washington DC, World Bank, 1999 (Jha P, Chaloupka FJ, Eindämmen der Epidemie: Regierungen und die Wirtschaftlichkeit von Tabakkontrolle, Washington DC, Weltbank, 1999)
- 10 WHO, "2008-2013 Action Plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases", Genf, 2008 <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf> besucht am 22. Juni 2009 (WHO, "2008-2013 Aktionsplan für die globale Strategie für die Prävention und Kontrolle von nicht übertragbaren Krankheiten", Genf, 2008, <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf> aufgerufen am 22. Juni 2009)
- 11 ECOSOC/UNESWA/WHO Western Asia Ministerial Meeting "Addressing non-communicable diseases and injuries: major challenges to sustainable development in the 21st century", discussion paper "Noncommunicable diseases, poverty and development agenda", 5. Mai 2009 <http://www.un.org/ecosoc/newfunc/pdf/Discussion%20Paper%20on%20NCDs%20-%202005%20May%202009.pdf> besucht am 22. Juni 2009 (ECOSOC/UNESWA/WHO Westasien Ministerstreffen "Adressierung von nicht übertragbaren Krankheiten und Verletzungen, Hauptausforderungen für eine nachhaltige Entwicklung im 21. Jahrhundert", Diskussionsarbeit "Nicht übertragbare Krankheiten, Armut und Entwicklungsagenda", 5. Mai 2009 <http://www.un.org/ecosoc/newfunc/pdf/Discussion%20Paper%20on%20NCDs%20-%202005%20May%202009.pdf> aufgerufen am 22. Juni 2009)
- 12 <http://business.guardian.co.uk/story/0,2023953,00.html?gusrc=rss&feed=24>, besucht am 22. Juni 2009
- 13 <http://search.ft.com/ftArticle?queryText=Altria&aje=true&id=070201001072>, besucht am 22. Juni 2009
- 14 <http://plan-international.org/files/global/publications/protection/Plan%20Malawi%20child%20labour%20and%20tobacco%202009.pdf>
- 15 The International Health Partnership report on Innovative International Financing for Health systems found that tobacco taxation is the most cost effective measure to raise fund for health systems. (Der Bericht der Internationalen Gesundheitspartnerschaft über Innovative Internationale Finanzierung von Gesundheitssystemen fand heraus, dass Tabakbesteuerung die kostengünstigste effektivste Maßnahme zur Beschaffung von Geldern für Gesundheitssysteme ist.)

