

FRAUEN HABEN EIN RECHT AUF EINE TABAKFREIE WELT

FACTSHEET

HINTERGRUND

Tabakproduktion und -konsum sind mit zahlreichen Menschenrechtsverletzungen verknüpft und erschweren es, die nachhaltigen Entwicklungsziele (Sustainable Development Goals, SDGs) zu erreichen. Dies beginnt im Tabakanbau mit Ausbeutung, fehlendem Arbeitsschutz und Armut und endet bei der Vermarktung mit der Verletzung der Menschenrechte auf Gesundheit und Leben. Aus gutem Grund wurde daher die Umsetzung der WHO-Rahmenkonvention für Tabakkontrolle (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) in die nachhaltigen Entwicklungsziele aufgenommen (SDG 3.a).

Frauen und Mädchen sind in besonderer Weise und anders als Männer/Jungen von den Folgen der Tabakproduktion und des -konsums betroffen. Vor allem in der reproduktiven Lebensphase ist das Recht auf Gesundheit und Vorsorge wichtig, um auch

(ungeborenen) Kindern eine gesunde Lebensgrundlage zu geben. Der Staat hat die Verantwortung, die Rechte der Frauen, die in der UN-Frauenrechtskonvention (Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women, CEDAW) verankert sind, durchzusetzen und zu schützen.

Frauen und Mädchen haben ein Recht auf eine tabakfreie Welt, in der Tabakkonsum auf ein bedeutungsloses Niveau herabgesenkt wurde und die Tabakindustrie sehr stark reguliert ist. Frauen und Mädchen haben das Recht, vor der Tabakindustrie geschützt zu werden. Sie sollen nicht im Tabakanbau ausgebeutet werden. Sie sollen in einer rauchfreien Umgebung leben, die sie vor Passivrauchen und einem Rauchbeginn schützt. Sie sollen bei einer Tabakabhängigkeit Zugang zu adäquaten Entwöhnungshilfen erhalten.

Für eine Tabakkontrolle, die Frauen gerecht wird, sind diese Frauenrechte, SDGs sowie Artikel der FCTC wichtig:

WHO-RAHMENKONVENTION FÜR TABAKKONTROLLE (FCTC)

- Art. 4.2d gender-spezifische Tabakkontrollpolitik
- Art. 5.3 Schutz der Maßnahmen vor den Interessen der Tabakindustrie
- Art. 6 Erhöhung von Preisen und Steuern
- Art. 8 Schutz vor Passivrauch
- Art. 11 Verpackung und Warnhinweise
- Art. 12 Aufklärung und Information
- Art. 13 Verbot von Tabakwerbung, -promotion und -sponsoring
- Art. 14 Entwöhnung
- Art. 16 Verbot des Tabakverkaufs an und durch Minderjährige
- Art. 17 Alternativen für Tabakfarmer*innen
- Art. 18 Umwelt- und Arbeitsschutz im Tabakanbau

UN-FRAUENRECHTSKONVENTION (CEDAW)

- Art. 2 Gleichberechtigung
- Art. 10 Information und Bildung
- Art. 11 Arbeitsschutz
- Art. 12 Gesundheit und Vorsorge
- Art. 14 Förderung von Frauen auf dem Land

NACHHALTIGE ENTWICKLUNGSZIELE (SDGs)

- SDG 1 Keine Armut
- SDG 2 Kein Hunger
- SDG 3 Gesundheit für alle
- SDG 3.a WHO-Rahmenkonvention für Tabakkontrolle
- SDG 4 Bildung
- SDG 5 Geschlechtergleichheit
- SDG 8 Menschenwürdige Arbeit
- SDG 10 Weniger Ungleichheiten
- SDG 12 Nachhaltiger Konsum / Produktion
- SDG 16 Frieden, Justiz, starke Institutionen
- SDG 17 Partnerschaften zur Erreichung der Ziele

PROBLEMFELD TABAKKONSUM

Zigaretten sind das einzige frei verkäufliche Produkt, das bei bestimmungsgemäßem Gebrauch bis zur Hälfte der Konsumierenden tötet. Etwa eine Milliarde Menschen weltweit konsumieren Tabak und acht Millionen sterben jährlich daran, fast 1,2 Millionen davon durch Passivrauchen.¹ Zudem macht das in Tabak enthaltene Nikotin physisch und psychisch abhängig. Das gilt auch für Produkte wie E-Zigaretten und Tabakerhitzer, die ein ähnliches Abhängigkeitspotenzial haben wie Zigaretten.² Tabak ist die größte vermeidbare Ursache für den Tod durch nicht-übertragbare Krankheiten (unvereinbar mit SDG 3.4). Das Menschenrecht auf Gesundheit kann daher ohne Tabakkontrolle nicht verwirklicht werden.

Der weibliche Körper reagiert sensibler auf die potenziell schädigenden Wirkungen des Tabakkonsums, verglichen mit dem männlichen Körper. Während das Risiko, durch das Rauchen an Lungenkrebs zu erkranken, für Frauen und Männer ähnlich hoch ist, haben Raucherinnen bei gleicher Dosis ein höheres Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu bekommen und früher zu versterben.³ Als zusätzliches Risiko gilt für Raucherinnen die Einnahme hormoneller Empfängnisverhütungsmittel, denn die Kombination führt u.a. zu einer erhöhten Gefahr von Thromboembolien.⁴ Tabakkonsum begünstigt zudem die Entstehung von Brust- und Gebärmutterhalskrebs, eine eingeschränkte Fruchtbarkeit und Schwangerschaftskomplikationen. Außerdem schadet Passivrauchen während der Schwangerschaft dem Ungeborenen.⁵ Diese Aspekte bleiben in Präventionsprogrammen bislang weitgehend unberücksichtigt (unvereinbar mit SDGs 3.5, 5.6).⁶ So werden die Frauenrechte auf Information (CEDAW Art. 10) und Gesundheit (CEDAW Art. 12) verletzt.

Zur Tabakentwöhnung nehmen Frauen häufiger professionelle Hilfen in Anspruch, sie profitieren aber weniger als Männer im Hinblick auf einen erfolgreichen Rauchstopp.⁷ Frauen gelingt es deutlich seltener als Männern, langfristig rauchfrei zu bleiben.

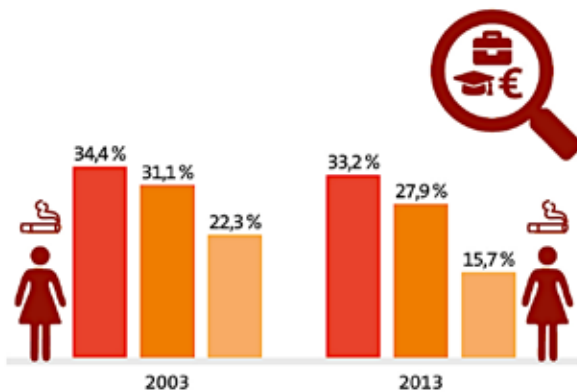
Als mögliche Ursachen werden geschlechtsspezifische Stressoren, Nebeneffekte der Tabakentwöhnung, aber auch z.B. Angst vor Gewichtszunahme diskutiert.⁸ Doch geschlechtsspezifische Wirkungen pharmakologischer Entwöhnungshilfen werden bislang zu wenig beachtet.⁹

Durch Passivrauch und dessen Folgen werden Frauen (und Kinder) außerdem stark belastet, da weltweit ungefähr 40% der Männer, aber nur ca. 12% der Frauen rauchen. Dies zeigt sich auch bei den Todesfällen in Folge von Passivrauchen: Im Jahr 2016 starben daran weltweit 573.000 Frauen im Gegensatz zu 311.000 Männern. In vielen Ländern sind Frauen und Kinder dem Tabakrauch vor allem im häuslichen Umfeld ausgesetzt.¹⁰

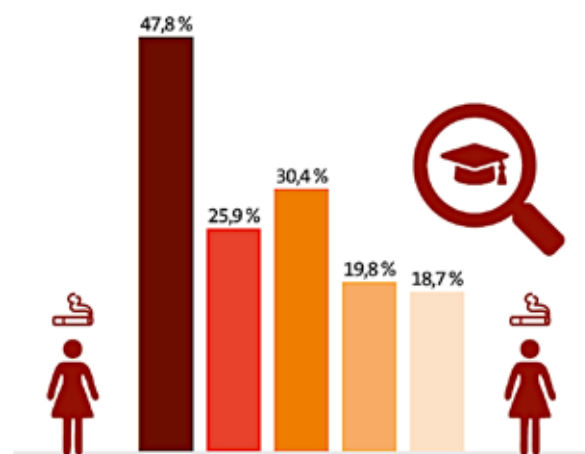
Tabakkonsum ist in Bevölkerungsgruppen mit niedrigerem Sozialstatus deutlich verbreiteter als in jenen mit hohem Sozialstatus.¹¹ Dies verschärft das Problem der gesundheitlichen Ungleichheit, weil Rauchen nahezu jedes Organ schädigt und so einen höheren Anteil an der Entstehung von Erkrankungen hat, verglichen mit anderen Verhaltensrisiken wie z.B. ungesunder Ernährungsweise.¹² Für Frauen mit niedrigerem Sozialstatus bedeutet das eine doppelte Benachteiligung (unvereinbar mit SDG 10).

Die Tabakindustrie umwirbt Frauen und Mädchen gezielt mit Attributen wie Schönheit oder Jugendlichkeit. Dabei gewinnen soziale Medien, Streamingplattformen und Influencer*innen immens an Bedeutung, denn dort können die gender-spezifischen Botschaften ihre Zielgruppen direkt und weitgehend unreguliert erreichen.¹³

Außerdem versuchen Tabakfirmen, sich als Partner von Frauengruppen darzustellen, und finanzieren z.B. Bildungsinitiativen oder Organisationen, die sich gegen häusliche Gewalt engagieren.¹⁴



Anteile von Raucherinnen nach Berufsstatus im Zeitvergleich | niedriger Berufsstatus, mittlerer Berufsstatus, hoher Berufsstatus | Daten: Mikrozensus 2003 und 2013



Anteile von Raucherinnen nach Schulabschluss | kein Schulabschluss, Haupt-/Volksschule, Realschule/Mittlere Reife, Fachhochschulreife, Abitur/Hochschulreife | Daten: DEBRA 2019 (Wellen 16–21)

MAßNAHMEN DER TABAKKONTROLLE

Frauen haben laut UN-Frauenrechtskonvention ein Recht auf Gesundheit und Vorsorge (CEDAW Art. 12) sowie auf spezifische Gesundheitsbildung (CEDAW Art. 10h). Der Gesetzgeber ist verpflichtet, diese Rechte zu schützen und auch gegenüber Dritten durchzusetzen.¹⁵ Daraus ergibt sich die Verpflichtung, die Tabakindustrie so weit zu regulieren, dass sie das Recht auf Gesundheit nicht mehr gefährdet.

Im Sinne der Umsetzung dieser elementaren

Rechte brauchen Frauen eine möglichst tabakfreie Umgebung. Die WHO-Rahmenkonvention für Tabakkontrolle, deren Präambel sich auf die UN-Frauenrechtskonvention bezieht, muss dazu in ihrer Gesamtheit umgesetzt werden (SDG 3.a).

Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass alle Maßnahmen der Tabakkontrolle besonders betroffene und benachteiligte Gruppen, z.B. Frauen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status, erreichen.

DIESE MAßNAHMEN WIRKEN SICH POSITIV AUF DIE GESUNDHEIT VON FRAUEN AUS:

- ▶ **Jährliche Tabaksteuererhöhungen, die zu einer Verringerung des Tabakkonsums führen (FCTC Art. 6)**
- ▶ **Ein umfassendes Verbot von Tabakwerbung, Promotion und Sponsoring (FCTC Art. 13)**
- ▶ **Eine Anhebung der Altersfreigabe für Filme, in denen geraucht wird, analog zu den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation**
- ▶ **Ein Verbot des Verkaufs von Tabakprodukten an und für Minderjährige (FCTC Art. 16)**
- ▶ **Die Einführung von standardisierten Verpackungen für Tabakprodukte (FCTC Art. 11)**
- ▶ **Umfassender Schutz vor Tabakrauch und Aerosol von E-Zigaretten an öffentlichen Orten, inkl. Rauchverbot in Innenräumen der Gastronomie (FCTC Art. 8) und Rauch- und Gebrauchsverbot in Kraftfahrzeugen, die Schwangere und Minderjährige mit sich führen**
- ▶ **Programme zum Schutz vor Tabakrauch und Aerosol von E-Zigaretten zu Hause, z.B. Förderung von rauchfreiem Wohnraum, Aufklärungskampagnen (FCTC Art. 12)**
- ▶ **Zielgruppen- bzw. gender-spezifische Präventionsprogramme (FCTC Art. 12, 4.2d)**
- ▶ **Kostenfreie Entwöhnungsangebote (FCTC Art. 14, 4.2d) für Jugendliche, schwangere Frauen und werdende Eltern sowie evidenzbasierte Entwöhnung für alle Rauchenden**
- ▶ **Strenge Regulierung von neuen Tabak- und Nikotinprodukten über Steuern, Werbeverbote, Verpackungsregeln und Verkaufsverbote an Minderjährige**

RAUCHEN IN DEUTSCHLAND

In Deutschland sterben jährlich 43.800 Frauen an den Folgen des Tabakkonsums,¹⁶ unter Frauen im gebärfähigen Alter ist Rauchen mit 17 bis 23 % weit verbreitet.¹⁷ Obwohl der Anteil jugendlicher Raucherinnen in den letzten Jahren stark zurückgegangen ist, ist dieser Trend bei Erwachsenen kaum zu sehen.¹⁸

Im Rauchverhalten zeigen sich enorme sozioökonomische Unterschiede: Der Anteil der Raucherinnen unter Frauen ohne formale Schulbildung liegt bei fast 48%. Das ist mehr als doppelt so hoch wie bei jenen mit Abitur / Fachhochschulreife (ca. 19%).¹⁹ Alleinerziehende Mütter rauchen fast doppelt so häufig wie nicht alleinerziehende Mütter (49% bzw. 28%). Hier gibt es kumulative Effekte: Bei alleinerziehenden Müttern mit niedrigem sozioökonomischen Status ist die Wahrscheinlichkeit zu rauchen mit knapp 60% am höchsten.²⁰ Bei der Passivrauch-Exposition sind die Unterschiede noch gravierender: Frauen mit niedrigem Sozialstatus sind dreimal so oft regelmäßig Passivrauch ausgesetzt wie Frauen aus höheren Statusgruppen.²¹

Mädchen und Frauen mit niedrigerem Sozialstatus beginnen zudem häufiger das Rauchen, sind aber weniger erfolgreich beim Rauchstopp. Dies zeigen populationsbasierte Daten von mehr als 2.000 Frauen

[weiter nächste Seite ▶](#)

PROBLEMFELD TABAKANBAU

Weltweit arbeiten mehr als 17 Millionen Menschen im Tabakanbau, vor allem in Niedrig- und Mitteleinkommensländern mit niedrigen Arbeitsstandards (betrifft SDG 8.8).²⁴

Kleinbauern und -bäuerinnen können mit Tabakanbau nur schwer ihren Lebensunterhalt verdienen (unvereinbar mit SDGs 1, 2). Farmer*innen in Brasilien, Kenia, Bangladesch, Vietnam und anderen Ländern beklagen, dass die Preise für ihre Ernte von den Unternehmen gedrückt werden. In Malawi, Spanien und Italien wurden der Tabakindustrie Preisabsprachen nachgewiesen. Viele Bauernfamilien sind vertraglich an Tabakfirmen gebunden und verschulden sich bei ihnen. Oft sind ihre Einnahmen so gering, dass sie keine Arbeiter*innen bezahlen und ihre Lebensbedingungen nicht nachhaltig verbessern können. Deshalb müssen häufig alle Familienmitglieder, also auch Frauen und Kinder, durch Feldarbeit zum Lebensunterhalt beitragen (unvereinbar mit SDGs 5.2, 8.7).²⁵

Für Frauen bedeutet dies eine Mehrfachbelastung. Zur Haushaltsführung, der Produktion von Nahrungsmitteln und der Kindererziehung kommt der zeitintensive Tabakanbau (unvereinbar mit SDG 5.4). Und trotz ihrer starken Einbindung in die Tabakproduktion haben Frauen in Ländern wie beispielsweise Bangladesch oder Tansania oft keine Kontrolle über Finanzen und Entscheidungsfindung (unvereinbar mit SDG 5.5).²⁶ Dies verletzt das Recht auf Gleichberechtigung (CEDAW Art. 2).

Im Tabakanbau werden Pestizide und andere Chemikalien intensiv eingesetzt. Daher sind Arbeitsunfälle wie Vergiftungen weit verbreitet (unvereinbar mit SDGs 3.9, 8.8). Kleinbauern und -bäuerinnen mangelt es häufig an angemessener Schutzkleidung und an Schulung im Umgang mit den Chemikalien. Vergiftungen mit Organophosphaten und anderen Agrochemikalien verursachen u.a. Kopfschmerzen und Übelkeit bis hin zu Depressionen und Suizidtendenzen.²⁷

Außerdem enthält die Tabakpflanze das wasser- und fettlösliche Nervengift Nikotin, das bei Feuchtigkeit über die Haut aufgenommen wird. Dadurch kann eine akute Nikotinvergiftung hervorgerufen werden, die Grüne Tabakkrankheit (unvereinbar mit SDG 8.8). Sie führt u.a. zu Schwindel, Übelkeit und Erbrechen sowie zu starker Dehydratation.²⁸

Trotz dieser Gesundheitsgefahren müssen Frauen häufig auch während einer Schwangerschaft weiter arbeiten, da ihre Familien von den Einnahmen aus dem Tabak wirtschaftlich stark abhängig sind. Neben der Grünen Tabakkrankheit und Vergiftungen mit Chemikalien beeinträchtigt die schwere physische Arbeit die Gesundheit der werdenden Mütter und ihrer ungeborenen Kinder. Dies kann sogar zu Fehlgeburten führen.²⁹

Die im Tabakanbau vorherrschenden Arbeitsbedingungen verstoßen gegen das Frauenrecht auf Sicherheit am Arbeitsplatz (CEDAW Art. 11) und das Recht auf Gesundheit und Vorsorge (CEDAW Art. 12).

Deutschland ist ein wichtiger Akteur im weltweiten Rohtabak- und Zigarettenhandel und profitiert direkt von diesen Arbeitsbedingungen. Die vier größten multinationalen Zigarettenkonzerne – Philip Morris International (PMI), Japan Tobacco International (JTI), British American Tobacco (BAT), Imperial Brands – haben hier Tochterfirmen. Im Jahr 2018 exportierte Deutschland fast 111 Mrd. Zigaretten und importierte mehr als 160.000 Tonnen Rohtabak, unter anderem aus Brasilien, Malawi, den USA, Simbabwe und Bangladesch.³⁰ Die Liefer- und Verantwortungsketten sind allerdings schwer nachvollziehbar, da es keine öffentlich einsehbaren Import-Verzeichnisse und Firmen-Organigramme gibt. So können sich die Unternehmen der menschenrechtlichen Sorgfaltspflicht, die in den UN-Leitprinzipien für Wirtschaft und Menschenrechte verankert ist, entziehen. Für die Konsument*innen ist es nicht ersichtlich, woher genau der Tabak in ihren Zigaretten kommt oder unter welchen Bedingungen er produziert wurde.

aus Mecklenburg-Vorpommern, dem Bundesland mit der zweithöchsten Rauchprävalenz unter Frauen (22,4%). Ein Viertel der Frauen, die vor der Schwangerschaft geraucht hatten, rauchten noch im vierten Schwangerschaftsmonat und ein Fünftel noch vier Wochen vor der Geburt. Der Rauchstopp vor der Geburt gelang 84% der Frauen mit Abitur, aber nur 30% der Frauen mit Hauptschulabschluss / ohne Schulabschluss.²² Für gleiche Gesundheitschancen muss Prävention unabhängig vom Sozialstatus effektiv sein. Aktuell wird ein Viertel der Frauen zwischen 18 und 29 Jahren, jene mit niedrigem Sozialstatus, nicht durch Angebote der Tabakprävention erreicht.

Neben Präventionsmaßnahmen, die auf eine Verhaltensänderung zielen, werden bislang insbesondere solche Maßnahmen der Tabakkontrolle nicht hinreichend genutzt, für die eine hohe Wirksamkeit bei sozial niedrigeren Statusgruppen belegt ist, z.B. die deutliche Erhöhung von Tabaksteuern.²³ Dies ist einer der Gründe dafür, weshalb Deutschland mit einer Fortführung der aktuellen Politik in der Tabakkontrolle das SDG 3 nicht erreichen kann.

TABAKFELDER IN BANGLADESCH

In Bangladesch, dem weltweit achtgrößten Rohtabak-Produzenten, hat sich der Tabakanbau im letzten Jahrzehnt etwa verdoppelt.³⁴ Deutschland ist mit einem Volumen von 7,21 Mio. US-Dollar fünftgrößter Importeur von Rohtabak aus Bangladesch.³⁵ Im Tabaksektor sind Verträge zwischen Kleinbauernfamilien und Tabakfirmen wie z.B. British American Tobacco häufig. Bei internationalen Unternehmen sollen freiwillige Selbstverpflichtungen in ihren Arbeitsstandards die Verletzung von Menschenrechten in ihrer Lieferkette verhindern. Dennoch werden die Frauenrechte auf Arbeitsschutz, Gesundheit und Vorsorge im Tabakanbau oft verletzt.³⁶

Im Tabakanbau verrichten Frauen viele Arbeitsschritte, u.a. das Aufbringen von Pestiziden, die Ernte und das Aufhängen der grünen Tabakblätter für den Trockenofen. Jede Familie trocknet mehrere Ofenladungen pro Saison, jede Ladung benötigt 72 bis 96 Stunden ununterbrochenes Feuer. Dafür verbrennen die Frauen meist Holz und Reisstroh. Wenn diese jedoch knapp werden, verwenden sie Stoffreste aus Kleiderfabriken, die oft chemisch behandelt sind und beim Verbrennen giftige Dämpfe abgeben. In Interviews mit UBINIG berichteten Frauen von Symptomen, wie sie bei Nikotinvergiftung oder Pestizidkontakt, aber auch beim Einatmen von giftigen Dämpfen auftreten. Atemwegsprobleme sind weit verbreitet.³⁷

weiter nächste Seite ►

MAßNAHMEN ZUM ARBEITSSCHUTZ IM TABAKANBAU

Die UN-Frauenrechtskonvention sichert Frauen ein Recht auf angemessenen Arbeitsschutz (CEDAW Art. 11), auf Gesundheit und Vorsorge (CEDAW Art. 12) sowie auf Förderung im ländlichen Raum (CEDAW Art. 14) zu. Deshalb haben Staaten, die Internationale Arbeitsorganisation (IAO) und Unternehmen die Verpflichtung, den Arbeits- und Gesundheitsschutz auch im Tabakanbau konsequent umzusetzen und Frauen auf dem Land durch spezifische Programme zu unterstützen. Primär sind dafür die Behörden in Tabakanbauländern verantwortlich.

Deutschland wiederum hat die Verantwortung, Tabakanbauländer bei der Umsetzung der FCTC durch Forschung, wissenschaftliche Zusammenarbeit und Finanzen (FCTC Art. 20, 22, 26.3) zu unterstützen (SDGs 10.b, 17). Dafür eignet sich besonders eine langfristig angelegte Strategie zum Ausstieg aus dem Tabakanbau.

Außerdem stellen die UN-Leitprinzipien für Wirtschaft und Menschenrechte klar, dass Staaten dafür Sorge tragen müssen, wirtschaftsbezogene Menschenrechtsverletzungen durch entsprechende Regulierung

DIESE MAßNAHMEN WIRKEN SICH POSITIV AUF DIE LEBENSBEDINGUNGEN VON FRAUEN IN TABAKANBAUREGIONEN AUS:

- **Schulungen zu Chemikalien und Nikotin für Tabakbäuerinnen und -bauern sowie Inspektionen von Tabakfarmen zur Gewährleistung von Gesundheits- und Umweltschutz (FCTC Art. 18)**
- **Einführung einer staatlichen, von der Tabakindustrie unabhängigen Qualitätsprüfung des Rohtabaks als Maßnahme gegen Preismanipulationen**
- **Unterstützung von alternativen Einkommensmöglichkeiten zum Tabakanbau für Erwachsene (FCTC Art. 17)³³**
- **Sicherung des Zugangs zu kostenloser, qualitativ hochwertiger, flexibler und relevanter Bildung für Mädchen und junge Frauen**
- **Förderung von kontext-spezifischer Berufsbildung für junge Frauen**

Da ein großer Teil der kleinbäuerlichen Betriebe vertraglich an (Roh)Tabakunternehmen gebunden sind, muss sich die IAO stärker für die Einhaltung der Konvention 155 zu Arbeits- und Gesundheitsschutz in Tabakanbauländern wie z.B. Brasilien, Malawi, Sambia oder Simbabwe einsetzen, die diese Konvention ratifiziert haben.³¹

zu verhindern.³² Deshalb muss Deutschland hier ansässige Tochterfirmen der multinationalen Unternehmen z.B. mit einem Lieferkettengesetz verpflichten, Verantwortung für die Auswirkungen ihrer Geschäfte in der Tabak-Wertschöpfungskette zu übernehmen und die Einhaltung von verbindlichen Sozial- und Umweltstandards sicherzustellen (SDG 17).

Der Mangel an Schutzkleidung, aber vor allem die Armut der Tabak anbauenden Familien belasten ganz besonders schwangere Frauen. Beim Auffädeln grüner Tabakblätter schilderte eine 18-Jährige: „In der Schwangerschaft darf ich nicht mit Tabak arbeiten. Mir wird schlecht und ich werde müde. Aber ich bin gezwungen zu arbeiten. Wenn ich zum Arzt gehe, sagt er mir auch, ich soll nicht mit Tabak arbeiten. Aber ich muss arbeiten, das ist eine Familienarbeit.“ Der Kontakt mit Nikotin und Chemikalien beeinträchtigt auch die Gesundheit der ungeborenen Kinder.³⁸

Frauen haben außerdem kaum Einfluss auf die Entscheidung, Tabak anzubauen. In den Interviews äußerten die Frauen den Wunsch, lieber Nahrungsmittel anzubauen, und berichteten über ihre Machtlosigkeit: „Ich habe meinem Mann gesagt, er soll mit dem Tabakanbau aufhören. Mein Mann baut weiter Tabak an, obwohl ich das nicht will.“³⁹ Die nationale Tabakkontrollbehörde versucht seit 2017, eine Strategie zu entwickeln, um in Bangladesch gesetzliche Regelungen zur Reduktion des Tabakanbaus durchzusetzen, doch Tabak gilt offiziell noch immer als wichtige landwirtschaftliche Nutzpflanze wie Reis oder Jute.⁴⁰



© UBINIG und Unfairtobacco

Quellenangaben online abrufbar: unfairtobacco.org/factsheet-frauenrechte



IMPRESSUM

Herausgegeben von: **Unfairtobacco**


c/o BLUE 21 | Gneisenaustr. 2a | 10961 Berlin
 Telefon: +49 - (0)30 - 694 6101 | Email: info@unfairtobacco.org
 Webseite: www.unfairtobacco.org

Berlin, Mai 2021

Gefördert von ENGAGEMENT GLOBAL im Auftrag des  Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Mit freundlicher Unterstützung von   Berlin

Gefördert durch:

Gefördert von der Stiftung Oskar-Helene-Heim 

 mit Mitteln des Kirchlichen Entwicklungsdienstes

Für den Inhalt dieser Publikation ist allein die Berliner Landesarbeitsgemeinschaft Umwelt und Entwicklung „BLUE 21“ e.V. verantwortlich; die hier dargestellten Positionen geben weder den Standpunkt von Engagement Global gGmbH, vom Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, des Berliner Senats, der Stiftung Oskar-Helene-Heim noch von Brot für die Welt wieder.

Mitzeichnende Organisationen:



QUELLEN

- 1 World Health Organization (WHO) 2020: Tobacco. Key facts. 27. Mai 2020. Online: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>, abgerufen am 12.04.2021.
- 2 Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) 2015: Gesundheitsrisiko Nikotin. Fakten zum Rauchen. Heidelberg: DKFZ. Online: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_Gesundheitsrisiko_Nikotin_web.pdf, abgerufen am 12.04.2021.
- DKFZ 2020: E-Zigaretten und Tabakerhitzer – ein Überblick. Heidelberg: DKFZ. Online: www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/E-Zigaretten-und-Tabakerhitzer-Ueberblick_Oktober_2020.pdf, abgerufen am 12.04.2021.
- Pieper E, Mallock N, Henkler-Stephani F u.a. 2018: Tabakerhitzer als neues Produkt der Tabakindustrie: Gesundheitliche Risiken. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 61(11): 1422–28. DOI: 10.1007/s00103-018-2823-y.
- 3 Haghani A, Arpawong TE, Kim JK u.a. 2020: Female vulnerability to the effects of smoking on health outcomes in older people. PLOS ONE 15(6): e0234015. DOI: 10.1371/journal.pone.0234015.
- Huxley RR, Woodward M 2011: Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Lancet 378(9799): 1297–1305. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60781-2.
- O’Keeffe LM, Taylor G, Huxley RR u.a. 2018: Smoking as a risk factor for lung cancer in women and men: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 8: e021611. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-021611.
- 4 Roy S 1999: Effects of smoking on prostacyclin formation and platelet aggregation in users of oral contraceptives. Am J Obstet Gynecol 180(6 Pt 2):S364–368. DOI: 10.1016/s0002-9378(99)70697-6.
- Römer T 2019: Kontrazeption bei Patientinnen mit Risikokonstellation. Dtsch Arztebl Int 116: 764–74. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0764.
- 5 Robert Koch-Institut (Hrsg) 2020: Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI. Online: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Gesundheitliche_Lage_der_Frauen_2020.html, abgerufen am 12.04.2021.
- DKFZ 2020: Tabakatlas Deutschland 2020. Heidelberg: DKFZ. Online: www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Tabakatlas-Deutschland-2020.pdf, abgerufen am 12.04.2021.
- 6 WHO Regional Office for Europe 2021: Through a Gender Lens: Women and Tobacco in the WHO European Region. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe. Online: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339328/WHO-EURO-2021-1847-41598-56811-eng.pdf>, abgerufen am 12.04.2021.
- 7 Smith PH, Bessette AJ, Weinberger AH u.a. 2016: Sex/gender differences in smoking cessation: A review. Prev Med. 92:135–140. DOI: 10.1016/j.ypmed.2016.07.013.
- 8 McVay MA, Copeland AL 2011: Smoking cessation in peri- and postmenopausal women: a review. Exp Clin Psychopharmacol. 19(3):192–202. DOI: 10.1037/a0023119.
- Torchalla I, Okoli CTC, Bottorff JL u.a. 2012: Smoking cessation programs targeted to women: a systematic review. Womens Health 52(1):32–54. DOI: 10.1080/03630242.2011.637611.
- 9 McKee SA, Smith PH, Kaufman M u.a. 2016: Sex Differences in Varenicline Efficacy for Smoking Cessation: A Meta-Analysis. Nicotine Tob Res. 18(5):1002–11. DOI: 10.1093/ntr/ntv207.
- 10 Wipfli H, Avila-Tang E, Navas-Ancien A u.a. 2008: Secondhand Smoke Exposure Among Women and Children: Evidence From 31 Countries. Am J Public Health 98(4): 672–679. DOI: 10.2105/AJPH.2007.126631.
- Drope J, Schluger N, Cahn Z u.a. 2018: The Tobacco Atlas. Issue Secondhand. Online: <https://tobaccoatlas.org/topic/secondhand>, abgerufen am 12.04.2021.
- 11 Hiscock R, Bauld L, Amos A u.a. 2012: Socioeconomic status and smoking: a review. Ann N Y Acad Sci 1248:107–23. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x.
- 12 Lim SS, Vos T, Flaxman AD u.a. 2012: A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 380(9859): 2224–2260. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8.

- 13 WHO Regional Office for Europe 2021: Through a Gender Lens: Women and Tobacco in the WHO European Region.
- 14 WHO Regional Office for Europe 2021: Through a Gender Lens: Women and Tobacco in the WHO European Region.
- Philip Morris International 2020: Social contributions 2019. Online: www.pmi.com/resources/docs/default-source/our_company/transparency/social-contributions-2019.pdf?sfvrsn=76203cb4_2, abgerufen am 12.02.2021.
- 15 CEDAW Committee 1999: General Recommendation No 24, Article 12 of the Convention (Women and Health), Para. 15 und 28, A/54/38/Rev.1, chap.I (20th session period, 1999). Online: www.refworld.org/docid/453882a73.html, abgerufen am 12.04.2021.
- 16 DKFZ 2020: Tabakatlas Deutschland 2020.
- 17 17,4% (18-20 J.), 21,9% (21-24 J.), 23,1% (25-29 J.), 21,2% (30-39 J.).
- Seitz N-N, John L, Atzendorf J u.a. 2019: Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Tabakkonsum und Hinweise auf Konsumabhängigkeit nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018. München: IFT Institut für Therapieforchung. Online: www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2018_Tabellen_Tabak.pdf, abgerufen am 13.04.2021.
- 18 DKFZ 2020: Tabakatlas Deutschland 2020.
- 19 Ebd.
- 20 Rattay P, von der Lippe E, Borgmann LS u.a. 2017: Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):24–44. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-112.
- 21 2020: Tabakatlas Deutschland 2020.
- 22 Hannover W, Thyrian JR, Ebner A u.a. 2008: Smoking during pregnancy and postpartum: smoking rates and intention to quit smoking or resume after pregnancy. J Womens Health (Larchmt) 17(4):631-40. DOI: 10.1089/jwh.2007.0419.
- 23 Joossens L, Feliu A, Fernandez E 2020: The Tobacco Control Scale 2019 in Europe. Brüssel: Association of European Cancer Leagues, Catalan Institute of Oncology. Online: www.tobaccocontrolscale.org/TCS2019.pdf, abgerufen am 13.04.2021.
- 24 Graen L 2014: Doppelte Last: Tabak im Globalen Süden. Berlin: Unfairtobacco.org / Berliner Landesarbeitsgemeinschaft Umwelt und Entwicklung (Blue 21). Online: www.unfairtobacco.org/doppeltelast, abgerufen am 13.04.2021.
- 25 Lecours N 2014: The harsh realities of tobacco farming: A review of socioeconomic, health and environmental impacts. In: Leppan W, Lecours N, Buckles D (Hrsg.). Tobacco control and tobacco farming: separating myth from reality. London, New York, Ottawa: Anthem Press; International Development Research Centre. S. 99–137. Online: <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/53191/IDL-53191.pdf>, abgerufen am 15.01.2021.
- Graen L 2014: Doppelte Last: Tabak im Globalen Süden.
- Graen L 2014: Tabakproduktion in Afrika: Knebelverträge im Trend. Berlin: Unfairtobacco.org / Berliner Landesarbeitsgemeinschaft Umwelt und Entwicklung (Blue 21). Online: www.unfairtobacco.org/afrikastudie, abgerufen am 13.04.2021.
- Otañez M, Mamudu H, Glantz S 2007: Global leaf companies control the tobacco market in Malawi. Tobacco Control 16: 261–69. DOI:10.1136/tc.2006.019273
- 26 Lecours N 2014: The harsh realities of tobacco farming: A review of socioeconomic, health and environmental impacts.
- Hu TW, Lee AH 2016: Women in Tobacco Farming: Health, Equality, and Empowerment. A study conducted in China, Tanzania and Kenya. Center for International Tobacco Control. Oakland, CA: Public Health Institute. Online: www.phi.org/thought-leadership/women-in-tobacco-farming-health-equality-and-empowerment, abgerufen am 13.04.2021.
- Kidane A, Dungumaru EW, Lee A u.a. 2017: Women Tobacco Farmers in Tanzania: Comparing actual and potential Earnings. UTAFITI 12(1/2): 91-108. Online: <https://journals.udsm.ac.tz/index.php/uj/article/view/2263>, abgerufen am 13.04.2021.

Makoka D, Appau A, Lencucha R u.a. 2016: Farm-Level Economics of Tobacco Production in Malawi. Lilongwe: Centre for Agricultural Research and Development; Atlanta: American Cancer Society. Online: www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/economic-and-healthy-policy/farm-level-economics-of-tobacco-production-in-malawi-full-report.pdf, abgerufen am 13.04.2021.

Peter Magati, Qing Li, Jeffrey Drope u.a. 2016: The Economics of Tobacco Farming in Kenya. Nairobi: International Institute for Legislative Affairs; Atlanta: American Cancer Society. Online: www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/economic-and-healthy-policy/economics-of-tobacco-farming-in-kenya-full-report.pdf, abgerufen am 13.04.2021.

UBINIG, Unfairtobacco 2020: Tabakanbau – die Machtlosigkeit der Frauen. Online: www.youtube.com/watch?v=XLm4NcCde10, abgerufen am 13.04.2021.

27 DKFZ 2009: Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle. Band 11: Umweltrisiko Tabak - von der Pflanze zur Kippe. Heidelberg: DKFZ. Online: www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Umweltrisiko_Tabak_Band11.pdf, abgerufen am 13.04.2021.

Lecours N 2014: The harsh realities of tobacco farming: A review of socioeconomic, health and environmental impacts.

Faria NMX, Fassa A, Meucci Ru. a. 2014: Occupational exposure to pesticides, nicotine and minor psychiatric disorders among tobacco farmers in southern Brazil. *NeuroToxicology* 45 (Supplement C): 347–54. DOI:10.1016/j.neuro.2014.05.002, abgerufen am 13.04.2021.

28 DKFZ 2009: Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle. Band 11: Umweltrisiko Tabak - von der Pflanze zur Kippe.

Lecours N 2014: The harsh realities of tobacco farming: A review of socioeconomic, health and environmental impacts.

Fassa AG, Faria NMX, Meucci R u.a. 2014: Green tobacco sickness among tobacco farmers in southern Brazil. *American Journal of Industrial Medicine* 57 (6): 726–35. DOI:10.1002/ajim.22307.

Arcury TA, Quandt SA, Preisser JS 2001: Predictors of Incidence and Prevalence of Green Tobacco Sickness among Latino Farmworkers in North Carolina, USA. *Journal of Epidemiology & Community Health* 55 (11): 818–24. DOI:10.1136/jech.55.11.818.

29 Hu TW, Lee AH 2016: Women in Tobacco Farming: Health, Equality, and Empowerment.

Wurth M, Buchanan J 2018: A bitter harvest: child labor and human rights abuses on tobacco farms in Zimbabwe. New York: Human Rights Watch. Online: www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/zimbabwe0418_web_2.pdf, abgerufen am 15.01.2021.

30 DKFZ 2020: Tabakatlas Deutschland 2020.

UN Data 2021: Trade of goods. HS1992. Period: 2018. Reporter: Germany. Partners: World/All. Trade flows: Import. Commodity code: 2401 Tobacco unmanufactured; tobacco refuse. Online: <https://comtrade.un.org/data>, abgerufen am 13.04.2021.

31 International Labor Organisation (ILO) 1981: C155 - Occupational Safety and Health Convention (No. 155). Article 16. Geneva: ILO. Online: www.ilo.org/dyn/normlex/de/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312300, abgerufen am 13.04.2021.

ILO 2020: Ratification of C155. Online: www.ilo.org/dyn/normlex/de/f?p=1000:11300:0::NO:11300:P11300_INSTRUMENT_ID:312300, abgerufen am 13.04.2021.

32 United Nations Human Rights Office of the High Commissioner 2011: Guiding Principles on Business and Human Rights. Implementing the United Nations 'Protect, Respect and Remedy' Framework. New York and Geneva. Online: www.ohchr.org/Documents/Publications/GuidingPrinciplesBusinessHR_EN.pdf, abgerufen am 15.01.2021.

33 Positive Beispiele gibt es u.a. in Brasilien, Malawi, Malaysia oder China.

Unfairtobacco 2019: Alternativen zum Tabakanbau. Online: <https://unfairtobacco.org/tabakatlas/#alternativen>, abgerufen am 15.01.2021.

34 FAO STAT 2021: Crops. Tobacco unmanufactured, years 2009-2019, area harvested, production quantity, Bangladesh, world. Online: www.fao.org/faostat/en/#data/QC, abgerufen 14.01.2021.

35 Observatory of Economic Complexity 2021: Raw tobacco in Bangladesh. Online: <https://oec.world/en/profile/bilateral-product/raw-tobacco/reporter/bgd>, abgerufen am 14.01.2021.

36 Swedwatch 2016: Smokescreens in the Supply Chain. The impacts of the tobacco industry on human rights and the environment in Bangladesh. Report #84. Online: https://swedwatch.org/wp-content/uploads/2016/12/bat_81_15aug_ensida_uppdaterad_version_160816.pdf, abgerufen 15.01.2021.

UBINIG, Unfairtobacco 2020: Tabakanbau – die Machtlosigkeit der Frauen.

British American Tobacco 2018: Group Supplier Code of Conduct. Online: [www.bat.com/group/sites/uk_9d9kcy.nsf/vwPagesWebLive/DO9EAMHQ/\\$FILE/medMDB4GDSF.pdf?openelement](http://www.bat.com/group/sites/uk_9d9kcy.nsf/vwPagesWebLive/DO9EAMHQ/$FILE/medMDB4GDSF.pdf?openelement), abgerufen am 16.01.2021.

37 UBINIG, Unfairtobacco 2020: Tabakanbau – die Machtlosigkeit der Frauen.

Unfairtobacco 2020: Of Clothes and Cigarettes. Online Talk with Farida Akhter, Gisela Burckhardt and Sonja von Eichborn. Online: www.youtube.com/watch?v=nljM4CWs1vU, abgerufen 16.01.2021.

Paul A, Sultana NN, Nazir N u.a. 2019: Self-reported health problems of tobacco farmers in south-eastern Bangladesh. Journal of Public Health (Berl.) 2019. DOI: 10.1007/s10389-019-01159-0.

38 UBINIG, Unfairtobacco 2020: Tabakanbau – die Machtlosigkeit der Frauen

Unfairtobacco 2020: Of Clothes and Cigarettes.

39 UBINIG, Unfairtobacco 2020: Tabakanbau – die Machtlosigkeit der Frauen.

Unfairtobacco 2020: Of Clothes and Cigarettes.

40 Palma P 2017: New policy to cut tobacco farming. The Daily Star, 11.03.2017. Online: www.thedailystar.net/frontpage/new-policy-cut-tobacco-farming-1374133, abgerufen am 13.04.2021.

Parvez S 2017: Policy drafted to discourage tobacco farming. The Daily Star, 09.07.2017. Online: www.thedailystar.net/business/policy-drafted-discourage-tobacco-farming-1430332, abgerufen am 13.04.2021.

Ministry of Planning, Bangladesh Bureau of Statistics 2020: Statistical Yearbook Bangladesh 2019 Online: http://bbs.portal.gov.bd/sites/default/files/files/bbs.portal.gov.bd/page/b2db8758_8497_412c_a9ec_6bb299f8b3ab/2020-09-17-15-30-d0e641b2e659019f2aa44cbaf628caa8.pdf, abgerufen am 13.04.2021.