

Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte = Revue suisse d'histoire = Rivista storica svizzera
Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Geschichte
Band: 43 (1993)
Heft: 3

Artikel: Heilmittel, Genussmittel, Suchtmittel : Veränderungen in Konsum und Bewertung von Tabak in der Schweiz
Autor: Hengartner, Thomas / Merki, Christoph Maria
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-81103>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 10.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Heilmittel, Genussmittel, Suchtmittel: Veränderungen in Konsum und Bewertung von Tabak in der Schweiz

Thomas Hengartner und Christoph Maria Merki

Résumé

Cette étude traite des changements intervenus dans l'évaluation sociale du fait de fumer et mesure les effets de ces variations sur la consommation ainsi que sur l'attitude de l'Etat à propos du tabac. D'un point de vue historique deux moments cruciaux peuvent être retenus: le premier se situe dans la seconde moitié du XVII^e siècle où l'usage du tabac, comme remède, se transforme en moyen de plaisir et s'accompagne d'efforts de prohibition; le deuxième, en cours depuis quelques décennies, opère un renversement des valeurs qui fait passer le tabac de moyen de jouissance en manie nocive et débouche sur de nouvelles poussées d'interdictions. L'intérêt se concentre principalement sur le XX^e siècle où s'observe un changement capital dans la consommation. La critique d'ordre médical est alors relayée dans le public par un mouvement anti-tabac qui parvient à modifier aussi bien le comportement quotidien que l'attitude de l'Etat et de l'industrie du tabac.

«(...), darüber der übliche Vers des Bundesamtes für Gesundheitswesen, dass Rauchen unsere Gesundheit gefährden könne, wobei dringend der Zusatz beantragt werden müsste «... und steigert Ihre Lebensqualität», aber dafür ist die besagte Behörde nicht zuständig, (...)»

Hermann Burger, «Brenner» (Bd. 2, S. 49)

1. Einleitung

«Alle 50 Minuten stirbt in der Schweiz ein Mensch an den Folgen des Rauchens»¹. Für Bertino Somaini, Vizedirektor des Bundesamtes für Gesundheitswesen (BAG), ist dies eine wissenschaftlich erhärtete «Tatsa-

¹ Vgl. *Neue Zürcher Zeitung* (NZZ), 27. 10. 1992 («Etwa 10000 Tabaktote jährlich – eine Tatsache»).

che»². Nach Angaben des BAG sollen 1990 10 552 Menschen an tabakverursachten Krankheiten wie Lungenkrebs oder Bronchitis gestorben sein, was bedeutet, dass ziemlich genau jeder sechste Todesfall in der Schweiz dem Tabak angelastet wird³. Dass das Rauchen gesundheitsschädigend wirken kann, braucht hier nicht erörtert zu werden, wohl aber die Tatsache, dass die Präsentation exakter Zahlen zur tabakbedingten Mortalität problematisch ist, handelt es sich doch dabei um statistische Berechnungen auf der Basis epidemiologischer Untersuchungen und hochaggrierter Daten. Noch umstrittener ist der Versuch, aufgrund solcher Angaben die volkswirtschaftlichen Kosten des Rauchens, d.h. die Kosten der erhöhten Mortalität, Invalidität und Morbidität, zu berechnen⁴ und daraus die Forderung nach prohibitiven und präventiven Massnahmen abzuleiten. Die beiden Wirtschaftswissenschaftler Robert Leu und Thomas Schaub haben die sozialen Kosten des Rauchens – d.h. die von den Rauchern verursachten, aber nicht von ihnen getragenen Kosten – für das Jahr 1976 geschätzt und sind dabei auf 100 Millionen Franken gekommen⁵. Die sozialen oder externen Kosten wurden damit in der Schweiz durch den Ertrag der Tabaksteuer (1976: über 500 Millionen Franken) mehr als kompensiert – insofern schiesst die oft geäusserte Forderung, die externen Kosten des Rauchens müssten über eine Erhöhung der Steuer internalisiert werden, über das Ziel hinaus.

Kritik erwachsen ist der präventivmedizinischen Argumentation, die das Rauchen ausschliesslich als «Risikofaktor» begreift, nicht nur von volkswirtschaftlicher⁶, sondern auch von sozialwissenschaftlicher Seite. «Der Tabakkonsum gehört», wie Peter Atteslander unlängst festgestellt hat, «zu den kompliziertesten Fragestellungen, die wir uns vorstellen können»⁷. Solange sich die Präventivmedizin an einem biomedizinischen Gesundheitsbegriff orientiert und die verhaltensbezogenen Risiken analytisch und pragmatisch aus den lebensgeschichtlichen und lebensweltlichen Sinnzusammenhängen des menschlichen Handelns herauslöst, kann ihr diesbezüglich zu Recht Reduktionismus vorgeworfen werden. Peter Franzkowiak hat gezeigt, wie die medizinische Kritik die individuelle und soziokulturelle Funktionalität des Rauchens negiert, dieses als selbstverschuldet und abweichend etikettiert und die handelnden Subjekte als

2 Ebd.

3 Vgl. *Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen*, Nr. 8, 2. 3. 1992, S. 101–105.

4 Laut Somaini belaufen sie sich auf über eine Milliarde Franken pro Jahr (NZZ, 27. 10. 1992).

5 Vgl. Robert E. Leu, Thomas Schaub: *Rauchen und Gesundheit. Eine volkswirtschaftliche Analyse*, Basel 1985 (volkswirtschaftliche Kosten: S. 13/14, soziale Kosten: S. 8–12).

6 Dazu grundlegend: Robert D. Tollison, Richard E. Wagner: *Smoking and the State. Social Costs, Rent Seeking, and Public Policy*, Lexington 1988.

7 Peter Atteslander: «Viel Rauch bei der Diskussion über Tabaktote», NZZ vom 19. 10. 1992.

sogenannte Risikoträger stigmatisiert. «Das komplexe soziale Handeln Rauchen kann» – so Franzkowiak – «nicht einfach als «Rauchverhalten» abgestellt werden, weil der Zigarettenkonsum kein individuelles, schuldhaftes oder gar abweichendes Verhaltensmuster ist»⁸.

Die folgenden Ausführungen, die unter anderem auch diesem Ansatz verpflichtet sind, wollen den Veränderungen in der gesellschaftlichen Bewertung des Rauchens nachgehen und deren Einfluss auf den Konsum sowie auf den staatlichen Umgang mit Tabak thematisieren. Dabei lassen sich, historisch gesehen, zwei fundamentale Krisen in der Bewertung von Tabak ausmachen: einerseits dessen Umwertung vom Heilmittel zum Genussmittel, die sich in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts vollzogen hat und die von Prohibitionsbemühungen begleitet war (Kapitel 2), andererseits die Umwertung vom Genussmittel zum Suchtmittel, die vor einigen Jahrzehnten in Gang gekommen ist und die den prohibitiven Tendenzen neuen Auftrieb verliehen hat. Das Schwergewicht der Abhandlung liegt im 20. Jahrhundert, in dem sich der Konsum gravierend verändert (Kapitel 3) und die medizinische Kritik am Rauchen, die durch die Anti-Tabak-Bewegung in die Öffentlichkeit getragen wird, sowohl im Alltagsbewusstsein als auch für Tabakpolitik und -industrie Bedeutung erhalten hat (Kapitel 4).

Die Frage, ob die Umwertung vom Heil- zum Genuss- und schliesslich zum Suchtmittel mit Veränderungen im Pro-Kopf-Konsum und im Rauchverhalten korrespondiert oder möglicherweise nur deren Ausdruck ist, muss mangels empirischer Daten zu einem grossen Teil offenbleiben. Dies ist insofern nicht gravierend, als nicht eine wissenschaftlich bestimmbare «Schädlichkeit» bzw. «Nützlichkeit» den individuellen und gesellschaftlichen Umgang mit dem Tabak determiniert, sondern die selektive Perzeption der massgeblichen Diskurse.

Bei der Geschichte des Rauchens in der Schweiz handelt es sich über weite Strecken um *terra incognita*, und unter den wenigen, die sich bislang in dieses Gebiet vorgewagt haben, dominieren weder Historiker noch Volkskundler, sondern Angehörige anderer Disziplinen, so Juristen⁹, Experten der Finanzverwaltung¹⁰ oder PR-Leute, die ein solches Thema für die Zwecke ihrer Auftraggeber instrumentalisieren müssen¹¹. Dass der

8 Peter Franzkowiak: *Alltäglicher Genussmittelkonsum und medizinische Risikodefinition. Eine kultursoziologische Kritik an epidemiologischen und gesundheitserzieherischen Konzepten zum sozial integrierten Zigarettenrauchen und Alkoholkonsum*, Diss. Göttingen 1985, hier S. 67.

9 Z.B. Franz Kräuliger: *Die Tabakbesteuerung in der Schweiz*, Diss. Zürich 1938.

10 Z.B. E. W. Milliet, A. Frey: *Gutachten betreffend den mutmasslichen Ertrag eines eidgenössischen Tabakmonopols*, Bern/Zürich 1895.

11 Z.B. Alfred Pezolt, Max Gertsch: *Das Buch vom Tabak*, Zürich 1946.

Tabak im Gegensatz zum Alkohol oder zu den Opiaten bislang von der Historiographie ignoriert worden ist, hat verschiedene Gründe. So ist die «Tabakfrage» erst seit kurzem ein Problem von nationaler bzw. internationaler Tragweite; ausserdem besteht ein gravierender Mangel an Quellen, der daher rührt, dass der Tabak in der Schweiz wegen der jahrhundertlang praktizierten *laisser-faire*-Politik nur sporadisch ins Zentrum staatlicher Aufmerksamkeit geraten und die Industrie eher unbedeutend und kleingewerblich strukturiert geblieben ist, so dass ihr zum Beispiel bis heute ein eigenes Verbandsorgan fehlt¹².

2. Tabak vor der Zigarette: Heil- und Genussmittel

Der Tabak wurde von den ersten Entdeckungsreisenden aus der Neuen Welt nach Europa eingeführt, wo er sich zunächst als Heil- und Zierpflanze verbreitete. In dieser Eigenschaft zog auch der berühmte Luzerner Apotheker Renward Cysat (1545–1614) das «edel Wundkrut» in seinem Garten. Die wichtigsten Konsumformen von Tabak (Rauchen, Kauen, Schnupfen) waren schon den Indianern Nord- und Südamerikas bekannt, doch ihr Konsum hatte in erster Linie religiöse und rituelle Funktionen¹³. Seinen Siegeszug als Genussmittel trat der Tabak in Mitteleuropa erst zu Beginn des 17. Jahrhunderts an. Vor allem der Dreissigjährige Krieg trug zur Verbreitung der neuen Mode bei¹⁴.

Es war denn auch der immer populärer werdende Gebrauch als Genussmittel, gegen den sich die Konsumverbote des 17. Jahrhunderts richteten. Wogegen die Obrigkeit einschritt, war – wie es im Berner Tabakmandat von 1659 hiess – das «tägliche, gemeine, missbrüchliche, tolle roüken»¹⁵. Dass das «Rauchen» bereits damals zu einer recht weit verbreiteten Sitte geworden war, zeigt nicht nur der Inhalt des Mandats, sondern auch dessen Begrifflichkeit: Erstmals im gesamten deutschen Sprachraum tritt an Stelle der bisher üblichen bildhaften Behelfskonstruktion «Tabaktrinken» das als Verbalform von «Rauch» abgeleitete «roüken» auf. Solange das Rauchen und vor allem das Schnupfen «medizinmessig»¹⁶ geschah, wurde es toleriert. So führte denn auch, wer sich in den 70er und

12 Bei der *Schweizerischen Tabak-Zeitung* (STZ, 1904ff.) handelt es sich um das Periodikum der Tabakhändler. Die *Tabak-Industrie* (TI) erschien nur wenige Jahre.

13 Dazu grundlegend: Claude Lévi-Strauss: *Mythologica*, Bd. 2: Vom Honig zur Asche, Frankfurt a.M. 1976, S. 13–30, 59–70, 141–211, 430–435 und 467–491.

14 Vgl. Egon Caesar Conte Corti: *Die trockene Trunkenheit. Ursprung, Kampf und Triumph des Rauchens*, Leipzig 1930.

15 *Sammlung Schweizerischer Rechtsquellen*, Die Rechtsquellen des Kantons Bern, bearb. von H. Rennefahrt, Bd. 10, Aarau 1968, S. 437/438.

16 *Ebd.*

80er Jahren des 17. Jahrhunderts vor dem Chorgericht Saanen wegen der Missachtung des Verbotes zu verantworten hatte, als Ausrede meistens irgendein Leiden an, gegen das er den Tabak genommen habe, sei es nun «Hauptwee», «Schwachheit des Leibs» oder «Fluss der Augen»¹⁷.

Der Kampf gegen das Rauchen wurde, wie der gegen andere verpönte Lustbarkeiten, in bewährter paternalistischer Manier geführt und mit drei, immer wiederkehrenden, Argumenten begründet. So bestritt die Obrigkeit den medizinischen Nutzen des Tabaks, beklagte in merkantilistischem Eifer den Abfluss von «gar viel geld» und warnte besorgt vor «hochschädlichen Feuersbrünsten»¹⁸ – ein Argument, das heute fadenscheinig klingen mag, das aber damals nicht nur legitimatorische Funktion hatte: Zündhölzer waren noch nicht erfunden, Häuser in der Regel aus Holz, Dächer aus Stroh; zudem dienten Brände, deren vermutete oder nachgewiesene Ursache «Tabaktrinken» war, häufig als Vorwand für das Erlassen eines Mandats¹⁹.

Neben diesen eher vordergründigen Argumenten sprachen auch tieferliegende, psychosozial determinierte Bedenken gegen den «schädlichen Brauch des Tabaktrinkens». Der Kulturhistoriker Wolfgang Schivelbusch beispielsweise sieht in den Tabak- und Kaffeeverboten des 17. Jahrhunderts «Rückzugsgefechte einer mittelalterlichen Weltanschauung (...), welche zu Recht in den neuen Genussmitteln die bürgerlich-neuzeitliche Dynamik witterte (...)»²⁰. Andere Autoren vermuten hinter der Tabakgesetzgebung eine auf eine bestimmte Schicht zielende, primär sozialdisziplinierende Absicht. Paul Kölner zum Beispiel betont, dass sich die Basler Obrigkeit vor allem am Konsum der von ihr beargwöhnten «Soldateska» gestossen habe²¹. Solche und ähnliche Hypothesen sind empirisch nicht belegt und bleiben in der Regel spekulativ. Als Begründung für die Aufhebung der Verbote verweist Gregory Austin auf den Widerspruch zwischen dem bei hochgestellten Personen weit verbreiteten Konsum einerseits und der restriktiven Gesetzgebung andererseits²². Überzeugende Belege für

17 Vgl. Robert Marti-Wehren (Hrsg.): *Mitteilungen aus den Chorgerichtsverhandlungen von Saanen*, Bern/Leipzig 1930, S. 76, 83 und 95.

18 Staatsarchiv Luzern, cod 1256/4 (Mandat 1671).

19 Z.B. Luzerner Tabakmandat 1672 (Brand auf der Emmenbrücke, vgl. Niklaus Bartlome: *Obrigkeit und Untertanen. Zur Bussenpraxis in luzernischen Landvogteien*, Liz.-Arbeit Universität Bern [MS] 1991, S. 48); Verhandlungen der Tagsatzung (*Amtliche Sammlung der ältern Eidgenössischen Abschiede*, Die Eidgenössischen Abschiede aus dem Zeitraume von 1649 bis 1680, Bd. 6, Abt. 1, Frauenfeld 1867, S. 821).

20 Wolfgang Schivelbusch: *Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft. Eine Geschichte der Genussmittel*, Frankfurt a.M. usw. 1983, S. 238.

21 Paul Kölner: «Basel und der Tabak», in: *Basler Jahrbuch*, 1920, S. 253–277, bes. S. 254.

22 Gregory Austin: «Die europäische Drogenkrise des 16. und 17. Jahrhunderts», in: *Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich*, hrsg. v. G. Völger u. K. v. Welck, Reinbek b. Hamburg 1982, S. 115–132, bes. S. 126.

diese – an und für sich durch Befunde aus der Zeit zu stützende²³ – These kann auch er nicht liefern.

Für das Scheitern der Prohibition gibt es einige offensichtliche Gründe. So liess sich der Handel mit Tabakprodukten nie vollständig unterbinden. Der Obrigkeit mangelte es nicht nur am für eine solche Kontrolle notwendigen repressiven Instrumentarium, auch das Interesse der dörflichen Behörden an der Aufklärung von Tabakdelikten blieb gering; ausserdem machte die grosse Nachfrage nach Tabak selbst riskanten Schmuggel profitabel; den Apotheken schliesslich konnte der Verkauf von Tabak nie ganz untersagt werden, behielt dieser doch seine ursprüngliche Funktion als Heilmittel noch lange bei. Sowohl die Missachtung der Verbote als auch der Widerstand gegen die prohibitive Tabakpolitik²⁴ nahmen gegen Ende des 17. Jahrhunderts in allen Kantonen zu und zwangen die Obrigkeit schliesslich zum Einlenken, zum Verzicht auf die Durchsetzung der Verbote und zur Duldung der einheimischen Produktion.

Die Tabakverbote blieben in der Schweiz im Vergleich mit den Nachbarstaaten relativ lange in Kraft – in Bern beispielsweise bis zu Beginn des 18. Jahrhunderts. Das mag damit zusammenhängen, dass tabakspezifische Interessen, seien es nun solche der Landwirtschaft oder des Handels, in der Schweiz lange Zeit fehlten. Der legal oder auf dem Schwarzmarkt angebotene Tabak kam im 17. Jahrhundert praktisch ausschliesslich aus dem Ausland, aus Mittel- und Nordamerika, aus der Pfalz und aus der Gegend um Strassburg. Der erste einheimische Tabak wurde 1682 in Kleinhüningen angebaut, doch die schweizerische Produktion – die während Jahrzehnten eine rein baslerische war – genügte allenfalls für den Bedarf lokaler Märkte. Erst als der Kanton Bern 1719 endgültig von seiner Verbotspolitik abkam und zu einer gezielten Anbaupolitik überging, entstanden bedeutendere Kulturen, so im Broyetal²⁵.

Um seine Prohibitionspolitik gesamteidgenössisch abzustützen, brachte Bern den Tabak 1670 vor die Tagsatzung. Diese beschloss zwar ein

23 Dafür, dass der von Austin behauptete Widerspruch bereits den Zeitgenossen vertraut gewesen sein muss, gibt es zumindest Indizien. So beklagte sich der Untervogt von Reiden öffentlich: «Meine gnädigen Herren trinkhen ihn (d.h. den Tabak, die Verf.) auch selbst» (vgl. Staatsarchiv Luzern, Akten 12/67). Und in Bern wurde der Konsum von «ambtleüten und kirchendienern» im dritten Tabakmandat von 1675 ausdrücklich viermal so hoch bestraft wie derjenige gemeiner Leute (*Die Rechtsquellen des Kantons Bern*, S. 439).

24 Die Sprengkraft der Tabakfrage war enorm: Hin und wieder wurde sie gar zu einem Katalysator sozialer Prozesse, d.h. zum Anlass für einen fundamentalen Protest, der seine Ursachen (auch) anderswo hatte, beispielsweise im Unbehagen über die Ausdehnung der obrigkeitlichen Verwaltungstätigkeit ganz allgemein (für Luzern vgl.: Christoph Maria Merki: «Meine gnädigen Herren thrinkhen ihn auch selbst»: Tabak als Katalysator sozialer Prozesse in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts», in: *Luzerner Historische Mitteilungen*, Luzern 1993).

25 J.-P. Chuard, O. Dessemond: *Le 250^e anniversaire de la culture du tabac en pays romand, 1719–1969*, Lausanne 1972; Kölner, Basel und der Tabak, S. 259–262; Kräuliger: *Tabakbesteuerung*, S. 27ff. (für die Tabakpolitik verschiedener Orte).

Konsumverbot, doch wurde dieses von den anderen Orten nur «ad referendum» akzeptiert; auch behielt sich Basel, das vom lukrativen Tabakhandel profitierte, ausdrücklich den Transit und die Fabrikation von Tabak vor. Ebenfalls wenig Erfolg hatte der Versuch, wenigstens die Politik der repressionswilligen Orte aufeinander abzustimmen. Immerhin kam 1671 zwischen Zürich, Luzern, Unterwalden, Freiburg, Solothurn und Bern ein entsprechendes Konkordat zustande²⁶.

Neben den offensichtlichen gab es auch weniger offensichtliche Gründe für das Scheitern der Prohibition. Hier ist in erster Linie auf die Macht der Nachfrage hinzuweisen. Wolfgang Schivelbusch definiert das Rauchen als Ersatzhandlung, welche die zunehmende zivilisationsbedingte Nervosität des Menschen pharmakologisch und motorisch binde: «Im Rauchen reagiert der geistig arbeitende Mensch die funktionslos, ja dysfunktional gewordenen körperlichen Energien ab (...)»²⁷. Ob für die rasche Übernahme des Rauchens auch durch die Unterschichten wirklich eine «zivilisationsbedingte Nervosität» geltend gemacht werden kann, bleibe dahingestellt. Eine nach soziodemographischen Kriterien aufgeschlüsselte Analyse des damaligen Konsums steht auf jeden Fall noch aus²⁸. Für die schnelle Verbreitung des Rauchens in den Unterschichten bietet der Kulturhistoriker Piero Camporesi eine u. E. einleuchtendere Erklärung. Er hat in seiner anregenden Studie *Il pane selvaggio* auf die sozialpsychologische Funktion der frühneuzeitlichen Armenkost aufmerksam gemacht: Mit Bohnen, Mohn oder Mutterkorn versetzt, war das Brot der Armen ein Brot der Träume – Halluzinationen und Phantasmagorien prägten die Vorstellungswelt der ausgehungerten Massen und machten deren Los erträglicher²⁹. Auch die schnelle Verbreitung des Tabaks liesse sich auf diesem Hintergrund interpretieren, zumal der Tabak sowohl eine sedative – hungerdämpfende – als auch eine stimulierende Funktion haben kann. So verdrängte das Tabakkauen im 17. Jahrhundert andere, unter den alpenländischen Unterschichten verbreitete Formen des Drogenkonsums, namentlich das Kauen von Arsen und Pech³⁰.

26 E. W. Milliet: «Die Beschaffung der Hilfsmittel zur Durchführung der Unfall- und Krankenversicherung, insbesondere durch Besteuerung des Tabaks», in: *Schweizerische Zeitschrift für Gemeinnützigkeit*, 1899, S. 26ff.

27 Schivelbusch: *Das Paradies*, S. 122.

28 Eine solche Analyse bekäme es mit grossen methodischen und interpretatorischen Problemen zu tun. Eine gute Basis für diese Analyse wären die Protokolle der Berner Tabakkammer, einer speziellen Behörde, die mit der Überwachung der Prohibition betraut war. Deren Protokolle sind leider unauffindbar. Vielleicht hatten auch andere Kantone ein ähnliches Organ.

29 Piero Camporesi: *Das Brot der Träume. Hunger und Halluzinationen im vorindustriellen Europa*, Frankfurt a.M./New York 1990 (ital. 1980).

30 Dazu: Roman Sandgruber: *Bittersüsse Genüsse. Kulturgeschichte der Genussmittel*, Wien/Köln/Graz 1986, S. 99ff.

Nachdem ihre Prohibitionsbemühungen gescheitert waren, gingen die meisten europäischen Staaten dazu über, den Tabak zu besteuern, sei es durch besondere Zölle und Abgaben oder durch ausgefeilte Regie- und Monopolsysteme. In der Schweiz begnügte man sich überall mit relativ geringen Zöllen. Projekte, die aus diesem «verderblichen Laster» mehr fiskalischen Nutzen ziehen wollten, scheiterten am Steuerwiderstand der Untertanen. Als der Kanton Bern 1710 eine Konsumabgabe einführen wollte, musste er die Ausführung des bereits verkündeten Mandats nach nur einem Monat sistieren. Besonders schroff war die Ablehnung der neuen Steuer unter den Ehrengesellschaften der Stadt, die ihre Raucher in besonderen Listen hätten erfassen sollen. Die Regierung gab klein bei, denn ihr war daran gelegen, «dass diese böse Zundel bey Zeiten gelöscht werde, damit nicht ein gefährlich Feüwer aufbreche»³¹.

3. Zur Entwicklung des Konsums im 20. Jahrhundert

Wurde der Tabak anfänglich vor allem als Heilmittel benutzt, so setzte er sich bis zu Beginn des 18. Jahrhunderts gegen den Widerstand der politischen Herrschaftsträger als Genussmittel durch. Danach kümmerte sich der Staat kaum mehr um den Konsum, und die grundsätzliche Kritik am Rauchen verstummte fast ganz. Zu einem politisch brisanten Thema wurde der Konsum erst wieder in jüngster Zeit im Gefolge der Umwertung des Tabaks vom Genussmittel zum Suchtmittel. Da in der Schweiz auch der Fiskus den Tabak bis in die Zwischenkriegszeit hinein mehr oder weniger unbehelligt liess, haben Angaben über seinen Verbrauch im 18. und 19. Jahrhundert Seltenheitswert – vermutlich wird dieser wegen insgesamt sinkender Preise, wachsender Kaufkraft und einer Ausdehnung des einheimischen Angebots deutlich gestiegen sein³². Erste umfassende Versuche, den Konsum statistisch zu erfassen, wurden in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts angestellt, als die Einführung eines Tabakmonopols zur Diskussion stand³³. Damals berechnete man den Verbrauch auf 2,35 kg Rohtabak pro Kopf und Jahr der gesamten Bevölkerung – ein im internationalen Vergleich hoher Wert. Dass dann der Verbrauch von Rohtabak bis um 1930 wieder auf 1,9 kg fiel, wird wohl in erster Linie dem verstärkten Zugriff des Fiskus zuzuschreiben sein³⁴. Der Rückgang des Rohtabakverbrauchs spiegelt allerdings nur bedingt einen Rückgang des tatsächlichen Konsums: Bei der Herstellung der Zigarette, die am Ende

31 Zit. in: Milliet: *Die Beschaffung der Hilfsmittel*, S. 30.

32 Analog zu Österreich, für das Angaben existieren (vgl. Sandgruber: *Bittersüsse Genüsse*, S. 93).

33 Milliet, Frey: *Gutachten*.

34 Das vermutet Robert Kropf: *Die schweizerische Zigarettenindustrie*, Diss. Zürich 1938, S. 135.

des 19. Jahrhunderts aufkam, fällt nämlich weniger Abfall an als bei der Herstellung der Zigarre, entspricht der Rohtabakverbrauch also eher dem tatsächlichen Konsum³⁵ – nur ein Beispiel für die Fallstricke der Tabakstatistik, die auch mit anderen Unwägbarkeiten wie dem Schmuggel³⁶ oder mit dem in der Schweiz bedeutenden Konsum durch Fremde und Grenzgänger³⁷ zu rechnen hat.

Für den Wechsel von einer Form des Tabakkonsums zu einer anderen können ganz verschiedene Faktoren ausschlaggebend sein: wirtschaftliche wie der Preis und die Verfügbarkeit, politische wie die Steuer und der Zoll, soziokulturelle wie der gesellschaftliche Stellenwert und der herrschende Geschmack oder ideologisch-ethische wie das Körperbewusstsein und die religiöse Einstellung. Ähnlich der Zigarre, die durch die Napoleonischen Kriege von Spanien nach Mitteleuropa gelangte, war auch die Zigarette zuerst ein Produkt für die Stadt und für die Oberschicht. An der Landesausstellung von 1883 wurde sie «als zum Spielzeug geschaffener Artikel» charakterisiert, der unter einem krankhaften Zuge übertriebener Ausstattung leide³⁸. Doch aus dem modischen Accessoire wurde sehr schnell ein standardisiertes Massenkonsumgut – maschinell hergestellt, praktisch im Gebrauch und dem ökonomisierten Zeitbewusstsein des modern-fordistischen Alltags adäquat. Belief sich der Jahresverbrauch um 1890 noch auf 90 Millionen Stück, waren es um 1910 bereits 545 Millionen Stück. In der Mitte der 20er Jahre kletterte der Zigarettenkonsum zum erstenmal auf über eine Milliarde Stück³⁹. Mit der Zigarette änderte sich nicht nur die Rauchform, sondern auch die Rauchtechnik: Der Tabakrauch konnte nun inhaliert werden (s. u.). Inhalieren – eine Form der Nikotinaufnahme, die in ihrer Effizienz mit dem Injizieren von Opiaten verglichen worden ist – lässt sich, wenigstens gewohnheitsmässig, fast nur der Rauch der Zigarette: Er ist, im Gegensatz zum alkalischen Rauch von Zigarre und Pfeife, sauer und damit milder⁴⁰.

Das Wachstum der Zigarette ging zu Lasten der älteren Konsumformen von Tabak, ausser wo sie – wie bei den Frauen – bislang nicht konsumierende Gruppen für den Tabak gewann. Noch um 1890 wurden 10,3 Pro-

35 Ebd.

36 Dazu: Marco Polli: *Zollpolitik und illegaler Handel. Schmuggel im Tessin 1868–1894*, Zürich 1989, S. 184–204.

37 Vgl. dazu: Robert Leu: «Der Verbrauch von Tabakwaren in der Schweiz 1950–1978», in: *Sozial- und Präventivmedizin (SPM)*, 1979, S. 321–323. Die (teuren) Kopfzigarren hatten um 1910 mit 13 Prozent einen vergleichsweise hohen Anteil am Rohtabakverbrauch der Schweiz (Werner Kradolfer: *Das schweiz. Tabakgewerbe vor, während und nach dem Weltkriege*, Diss. Bern 1927, S. 28) – der Tourismus der Belle Epoque könnte eine Erklärung dafür sein.

38 Kyburz, Der Tabak und seine Vertretung an der schweizerischen Landesausstellung 1883 (zit. in: Kropf: *Zigarettenindustrie*, S. 6/7).

39 Kropf: *Zigarettenindustrie*, S. 136.

40 Henner Hess: *Rauchen. Geschichte, Geschäfte, Gefahren*, Frankfurt/New York 1987, S. 49.

zent des Rohtabaks geschnupft⁴¹; zwei Jahrzehnte später waren es nur noch 2,3 Prozent⁴². Neben der Zigarette, deren Anteil zwischen 1890 und 1910 von 1,5 auf 6,5 Prozent wuchs, sind vor allem die Positionsgewinne ihrer Vorläuferin, der Zigarre, bemerkenswert. Schon vor 1890 hatte die Zigarre die Pfeife als wichtigste Konsumform abgelöst. Vor dem Ersten Weltkrieg erreichte ihr Anteil am Verbrauch von Rohtabak mit 65 Prozent sein historisches Maximum. Alleine die Herstellung der schweizerischen Tabakeigenart *par excellence*, des Stumpens, benötigte damals 39 Prozent allen Rohtabaks (wobei – was Rückschlüsse auf den Konsum anbelangt – die bei der Zigarrenproduktion anfallenden umfangreichen Rohtabakabfälle in Rechnung zu stellen wären)⁴³. Die Bezeichnung «Stumpen» für eine kurze Zigarre mit stumpfem Ende (frz. bout) wurde genau zu jener Zeit volkstümlich und drang später als «Schweizer» bzw. «Villiger Stumpen» auch im Süddeutschen in die Hochsprache ein⁴⁴.

Dass die Zigarre in der Schweiz im Unterschied zu den anderen Industriestaaten auch in der Zwischenkriegszeit die dominierende Konsumform blieb (vgl. Graphik 1), war eine direkte Folge der Steuerpolitik, die 1920 mit einem massiven Ausbau des Zollsystems einsetzte. Der Fiskus bevorzugte aus arbeitsmarktpolitischen Motiven die Zigarre, deren Fertigung im Gegensatz zur Zigarette ausschliesslich in Handarbeit geschah. Obwohl die Zigarettenindustrie nur etwa halb soviel Importtabak benötigte wie die Zigarrenindustrie, brachte sie dem Fiskus fast doppelt soviel ein. Auch nach der Einführung einer Fabrikationsabgabe (1933) hielt der Fiskus an dieser ungleichen Behandlung fest. Mit der Steuererhöhung von 1936, die praktisch ausschliesslich zu Lasten der Zigarette ging, wurde sogar die Grenze der Besteuerungsfähigkeit erreicht: Die Zigarettenraucher verringerten ihren Konsum oder wichen auf andere Produkte aus, und statt des erwarteten Mehrertrages von 5 Millionen Franken resultierte ein Mehrertrag von 59 Franken und 98 Rappen⁴⁵.

Einen illustrativen Überblick über die Rauchgewohnheiten und Konsumarten vor dem endgültigen Siegeszug der Zigarette sowie einen teilweisen Ersatz für fehlendes Zahlenmaterial liefert der *Atlas der schweizerischen Volkskunde* (ASV)⁴⁶. Die Relevanzprobleme, d. h. die Frage der

41 Milliet, Frey: *Gutachten*, S. 31.

42 Kropf: *Zigarettenindustrie*, S. 137.

43 *Ebd.* (für die bei der Produktion anfallenden Abfälle: S. 134; in den 30er Jahren: 30% für Zigarren, 3–5% für Zigaretten und Rauchtabak) sowie Eduard Naef: *Tabakmonopol und Biersteuer*, Zürich 1903, S. 78.

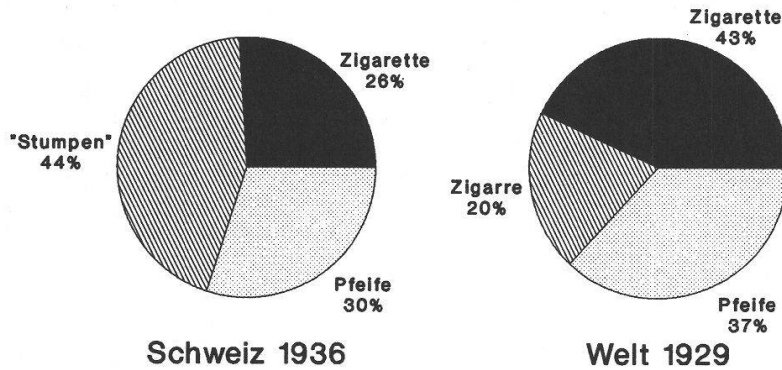
44 Vgl. Jacob und Wilhelm Grimm, *Deutsches Wörterbuch*, Bd. 10/4, Sp. 436; *Schweizerisches Idiotikon* (Id.), Wörterbuch der schweizerdeutschen Sprache, Bd. 11, Sp. 458.

45 Vgl. u.a. Kropf: *Zigarettenindustrie*, S. 180ff.

46 *Atlas der schweizerischen Volkskunde*, hrsg. von Paul Geiger und Richard Weiss, Basel 1950–1988, Karten I, 40–I, 48 sowie Kommentar Bd. I, S. 251ff.

Zigarette - Zigarre - Pfeife

In Prozent des konsumierten Tabaks



Quelle: Kropf, Zigarettenindustrie

Graphik 1

Gewichtung des zwischen 1937 und 1942 erhobenen Materials, sind bekannt⁴⁷. Dennoch bietet der ASV eine eindruckliche Momentaufnahme, die nicht nur für kulturmorphologische Sachverhalte, sondern auch für Fragen nach der Entwicklung und sozialen Zuordnung der einzelnen Konsumarten fruchtbar gemacht werden kann.

Global spiegelt die Verteilung der Konsumarten kurz vor der Mitte unseres Jahrhunderts ein Bild des «Ungleichzeitigen im Gleichzeitigen»⁴⁸: Schnupfen, Kauen und besonders Pfeifenrauchen stellen, mit je etwas unterschiedlicher geographischer und sozialer Verbreitung, die dominierenden Konsumformen älterer Prägung dar; mit ihnen konkurrieren die beiden neueren Konsumformen Zigarre und Zigarette⁴⁹.

47 Konnte Richard Weiss in seinen konzeptuellen Überlegungen zum ASV noch unproblematisch feststellen, dass «die Wo-Frage in der Volkskunde den Vorrang vor der Wann-Frage» habe (Richard Weiss: *Einführung in den Atlas der schweizerischen Volkskunde*, Basel 1950, S. 1), so hat vor allem Günter Wiegmann verschiedentlich auf die in der Zwischenzeit veränderten Bedingungen hingewiesen, welche eine Verklammerung des kartographischen Materials mit regional-statistischen, seriellen usw. Analysen erheischen. Vgl. hierzu u.a.: G. Wiegmann: «Ertrag und Aufgaben volkskundlicher Kulturraumforschung», in: H. L. Cox, G. Wiegmann (Hrsg.): *Volkskundliche Kulturraumforschung heute*, Münster 1984, S. 1–12.

48 Zu dieser im volkskundlichen Diskurs wieder eingebrachten Optik: Hermann Bausinger: «Volkskunde als Agentur des Ungleichzeitigen», in: *Der Deutschunterricht*, 1988, S. 1ff.

49 Vgl. ASV, Karten I,40 (Häufigkeit des Pfeifenrauchens); I,44 (Tabakkauen, Häufigkeit); I,46 (Schnupfen).

Die seit dem 17. Jahrhundert bekannte, einst auch in der Schweiz eher überschichtliche Sitte, Tabak zu Genuss-, aber ebenso zu Heilzwecken zu schnupfen⁵⁰, war um 1940 – nachdem sie zwischenzeitlich allgemeinere Verbreitung gefunden hatte⁵¹ – noch fast ausschliesslich in der Deutschschweiz und im Tessin anzutreffen. Von der äussersten Ostschweiz bis in den mittleren Aargau sowie entlang der Saane gerade noch durchgängig praktiziert, wurde das Schnupfen in der französischsprachigen Schweiz sowie in weiten Teilen der Kantone Bern, Solothurn und Basel als unlängst aufgegebene Gewohnheit apostrophiert⁵². Gründe für dieses Verschwinden liegen wohl: erstens in der Umwertung des Schnupfens hin zu unfein, verbunden mit – zweitens – dem Verlust seiner volksmedizinischen Bedeutung⁵³ sowie besonders – drittens – dem allmählichen Vordringen der Zigarette.

In den Gebieten, in denen zu Beginn des Zweiten Weltkrieges noch aktiv geschnupft wird, ergibt die Aufschlüsselung nach Geschlecht eine interessante Konstellation: Während das Schnupfen nur an wenigen Orten als reine Männerdomäne bezeichnet wird, halten sich Nennungen, wonach beide Geschlechter oder aber vor allem Frauen der Angewohnheit frönen, die Waage. Hohe Frauenanteile weisen besonders das Tessin und Graubünden aus⁵⁴. Dort, wo Frauen schnupfen, sind häufig auch pfeifenrauchende Frauen anzutreffen, das Zigarettenrauchen von Frauen wird hingegen kaum akzeptiert.

Auch das Kauen von Tabak lässt sich – in unterschiedlicher Häufigkeit – noch in der Mitte unseres Jahrhunderts beobachten. Es deutet sich hier das Ende einer Sitte an, die (häufig volksmedizinisch⁵⁵ motiviert) in der Schweiz seit dem 17. Jahrhundert heimisch⁵⁶ und, anders als das Schnupfen, eher von den Unterschichten praktiziert worden ist. Indikatoren für die Rückzugsbewegung dieser Sitte bilden einerseits ihr nur noch punktuelles Auftreten, andererseits ihre Massierung in den Gebieten, welche – wie grosse Teile Graubündens – am hartnäckigsten an den traditionellen

50 Vgl. zur sozialen Zuordnung: K. Bühler-Oppenheim: «Zur Geschichte des Tabaks», in: *Ciba-Zeitschrift*, 1949, S. 4278–4284, hier S. 4283f. Zur Frage nach der Genuss- und/oder Heilmittekomponente vgl. die illustrative Zusammenstellung im *Id.*, Bd. 12, Sp. 43 sowie vor allem Sp. 55f.

51 Etliche Gewährspersonen des ASV verweisen darauf, dass das Schnupfen teilweise noch immer einen überschichtlichen Charakter habe (*ASV-Kommentarbd.* I, S. 272).

52 Die Gewährspersonen des ASV sprechen von einem allgemeinen Rückgang des Schnupfens in den beiden ersten Dezennien unseres Jahrhunderts (vgl. *ASV-Kommentarbd.* I, S. 271f.).

53 Für Augen, Ohren und Nase, gegen Kopfweh, Zahnweh, Schwindel, Katarrh u.ä. (vgl. *ASV-Kommentarbd.* I, S. 274).

54 Vgl. *ASV* I, 46.

55 Belege hierfür listet P. Haas: *Die tessinische Tabakindustrie und die Verhältnisse ihres Standortes*, Bern 1930 auf, bes. S. 26.

56 Belege: *Id.*, Bd. 12, Sp. 43.

Konsumformen festhalten. Als eindeutig erweist sich die soziale Zuordnung: Kautabak oder auch «die in der Pfeife zurückgebliebenen Tabakreste»⁵⁷ werden vor allem von Arbeitern, teilweise auch von Handwerkern konsumiert, in Graubünden besonders von Knechten, Karrern und Waldarbeitern⁵⁸.

Die Pfeife, bis ins zweite Drittel des 19. Jahrhunderts die dominierende Art des Konsums von Rauchtabak, wird zuerst durch den Stumpfen und dann durch die Zigarette verdrängt. Erwartungsgemäss zeigt denn auch der ASV eine Dominanz des Pfeifenrauchens in den Gebieten, die auch bei den übrigen Konsumarten die älteren Varianten bevorzugen: Ungeachtet sozialer Grenzen, ist ihre Vorherrschaft vor allem in den Alpentälern⁵⁹ nach wie vor unbestritten.

Der Rückgang des Pfeifenrauchens geht, namentlich im Mittelland und im Jura, Hand in Hand mit einer tieferen sozialen Bewertung⁶⁰. Im Gegensatz zu den beiden anderen älteren Konsumformen lässt sich aber auch eine Gegenbewegung feststellen. Einerseits wird das Pfeifenrauchen durch den Detailhandel gefördert⁶¹, andererseits kann es eine neue, zahlenmässig allerdings eher kleine Schicht von Konsumenten für sich gewinnen – junge, bildungsbürgerliche Kreise eignen sich diese Gewohnheit an und prägen damit das bis heute gültige Image des Pfeifenrauchens mit.

Das Pfeifenrauchen wurde bereits früh nicht nur von den Männern, sondern auch von den Frauen gepflegt – erste Belege stammen aus dem 17. und 18. Jahrhundert⁶². Noch in der Mitte unseres Jahrhunderts ist diese Sitte in alpinen Gebieten, punktuell auch in der voralpinen Hügelzone der Ostschweiz nachgewiesen; für eine wesentlich grössere Verbreitung noch im 19. Jahrhundert sprechen nicht nur die Memorare der Gewährspersonen, sondern auch die positive Beurteilung der Pfeifenraucherinnen⁶³.

Der Stumpfen stellt die seit dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts in der Schweiz dominierende Rauchform dar. Am beliebtesten erscheint er zu Beginn des Zweiten Weltkrieges im Mittelland, aber auch hier primär nur noch als Rauchgut einer älteren Generation – jüngere Raucher bevorzugten bereits damals die Zigarette⁶⁴. Eine sekundäre Stellung nimmt der

57 *ASV Kommentarbd. I*, S. 207.

58 Vgl. *ASV I*, 45 (Tabakkauen).

59 Einzelne Ausläufer finden sich in die Innerschweiz, ins st. gallische Rheintal, ins Engadin sowie den französischsprachigen Teil des Wallis.

60 Die Gewährspersonen des ASV nennen, was eine weitere Differenzierung verunmöglicht, durchgehend «Bauern und Arbeiter», die noch Pfeife rauchten (vgl. *Kommentarbd. I*, S. 253).

61 *STZ* 15. 11. 1958 («Pfeifenraucher werden nicht managerkrank»).

62 Vgl. die Zusammenstellung im *Id.*, Bd. 5, Sp. 1072, Bd. 7, Sp. 628 und Bd. 12, Sp. 45 und 50. Ob von einer geschlossenen Pfeifenrauchkultur der Frauen gesprochen werden kann, bleibt fraglich.

63 *ASV Kommentarbd. I*, S. 278.

64 *ASV Karten I*, 42 und I, 43.

Stumpfen in der Westschweiz (hier wird er als etwas Deutschschweizerisches charakterisiert)⁶⁵, im Jura und in den Städten ein. Während dort die Zigarette den Stumpfen schon damals als hauptsächliches Rauchgut abzulösen beginnt, gilt dieser im alpinen Raum noch immer als Neuerung: Der Stumpfen findet als «Sonntagsstumpfen», aus dem Alltag hervorgehoben, allmählich Eingang in die Rauchkultur⁶⁶; eine Entwicklung, die mit der im Kartenbild zu greifenden sukzessiven Verdrängung des alltäglichen Pfeifenrauchens zu Gunsten des Stumpfen- oder Brissago-Konsums korreliert. Der Stumpfen erscheint demnach um die Mitte unseres Jahrhunderts sowohl als Neuerung gegenüber der Pfeife, als auch als ältere Rauchform gegenüber der Zigarette.

Stumpfen- und Pfeifenrauchen verhalten sich zu Beginn der 40er Jahre in der Schweiz sowohl geographisch als auch bezüglich der altersmässigen Verteilung gegenüber dem Zigarettenrauchen komplementär. Die Anfänge eines allgemeinen Zigarettenkonsums lassen sich im ASV auf eindrückliche Art mitverfolgen. So bemerkt der Kommentarband einleitend: «Die Zigarette wird von der jüngeren Generation geraucht (...). Es gilt als modern und breitet sich stark aus.»⁶⁷

Die Distributionswege der Neuerung «Zigarette» sind problemlos aus dem ASV herauszulesen: Ausserhalb der Städte, der Westschweiz und des Juras sind es vor allem Jüngere, die sich der Zigarette zuwenden. Dies mit unterschiedlicher Akzeptanz: Im alpinen Raum, aber auch in agrarisch geprägten Gebieten lässt sich eine deutliche Ablehnung der neuen Konsumart feststellen⁶⁸. Bei den Frauen hat das Zigarettenrauchen unlängst Eingang gefunden – selbst in den Städten wird die zigarettenrauchende Frau als neue Erscheinung charakterisiert⁶⁹. Im Mittelland, in den Fabrikorten und im Strahlbereich der Städte sind es entweder Arbeiterinnen in den Fabriken oder zugezogene Frauen mit Stadterfahrung, die den Zigarettenkonsum bekannt machen – zuerst ohne grossen Widerhall bei der ortsansässigen weiblichen Bevölkerung. In der Westschweiz stellt das Zigarettenrauchen bereits damals die dominierende Rauchform dar, doch wird der Zigarettenkonsum von Frauen nur in bestimmten Gegenden toleriert, so in den Uhrmacherzentren und in städtischen Kontexten; heftig abgelehnt wird er hingegen in bäuerlichen Gebieten.

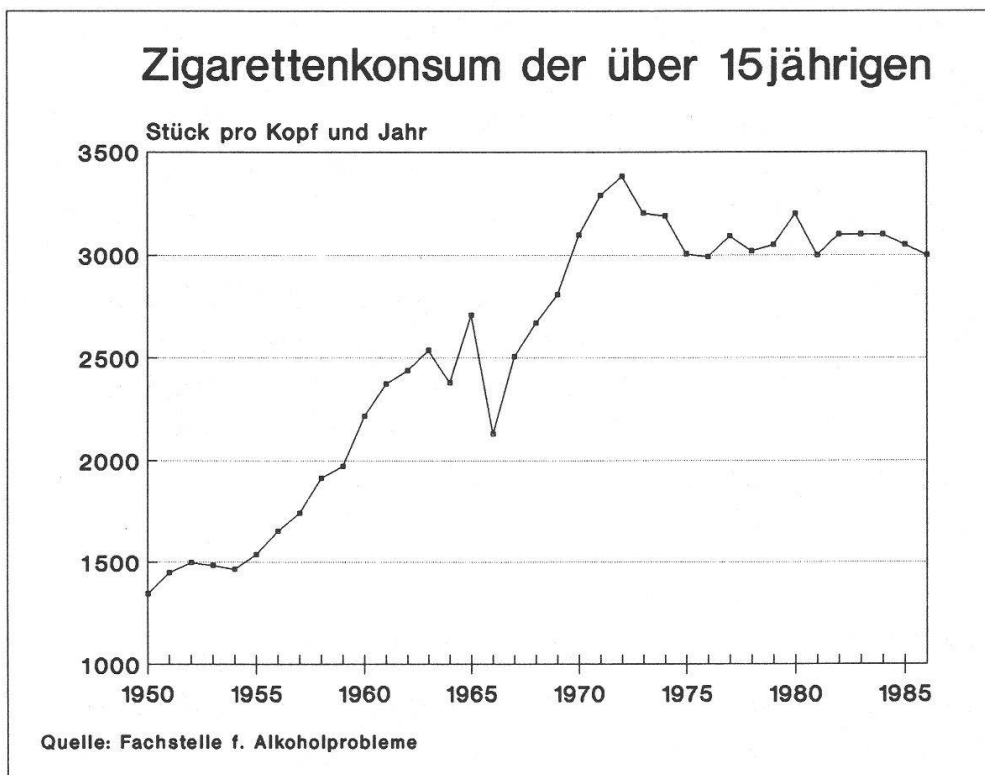
65 *ASV Kommentarbd.* I, S. 264.

66 *ASV*, Karte I, 42.

67 *ASV Kommentarbd.* I, S. 265.

68 Vgl. die Spontanabgaben *ebd.*, S. 265f. Interessant auch der Hinweis auf die Übernahmeorte und -wege des Zigarettenrauchens. Genannt werden: Militär (besonders die Zeit des 1. Weltkriegs); Fremdenverkehr, Uhrmacherei, aber auch das Kennenlernen im städtischen Kontext mit anschliessendem Weitertragen des modischen Elements auf das Land.

69 Vgl. *ASV*, Karte I, 42; *Kommentarbd.* I, S. 256.



Graphik 2

Grundsätzlich ist die Einstellung zum Rauchen der Frauen ambivalent: Das Spektrum der Äusserungen reicht von der Apostrophierung als Sitte von «Herrentöchtern», «emanzipierten, jungen Frauenzimmern», «Fremden» und «Zugewanderten» über die Kennzeichnung von Zigarettenraucherinnen als «Zigarettenliiiber», «Dämlis aus der Fabrik» und «städtisch angehauchte Mädchen» bis hin zur selbstverständlichen Akzeptanz in den grösseren Städten⁷⁰.

Anders als in den meisten anderen Industriestaaten konnte sich demnach die Zigarette in der Schweiz erst nach dem Zweiten Weltkrieg als dominierende Rauchform durchsetzen. Das mag eine Erklärung dafür sein, weshalb die Institutionalisierung der Anti-Tabak-Bewegung in der Schweiz relativ spät gelang. Zwischen 1950 und 1972 erhöhte sich der Zigarettenkonsum der rauchfähigen Bevölkerung⁷¹ von 1345 auf 3378 Stück pro Kopf und Jahr; seither stagniert er auf hohem Niveau, bei etwa dreitausend Stück (vgl. Graphik 2).

Der Abwärtstrend der älteren Rauchformen hat sich nach dem Zweiten Weltkrieg fortgesetzt, wobei zuerst vor allem die Pfeife und erst seit den

⁷⁰ Aussagen der Gewährspersonen des ASV (*ebd.*, S. 279–281).

⁷¹ Zur rauchfähigen Bevölkerung werden, so fragwürdig die Grenze scheinen mag, alle über 15jährigen gerechnet.

frühen 70er Jahren auch die Zigarre an Terrain verlor. Während der Zigarettenkonsum seit zwanzig Jahren stagniert und allenfalls leicht rückläufig ist, nimmt die Zahl der Rauchenden schon seit längerem kontinuierlich ab⁷². Das heisst, dass unter denen, die noch rauchen, immer mehr Vielraucher anzutreffen sind. Waren in der Mitte der 50er Jahre noch 70 Prozent aller Schweizer Männer Raucher, so sind es heute nur noch 36 Prozent. Hingegen nahm die Zahl der rauchenden Frauen noch in den 70er Jahren zu; inzwischen ist auch hier ein Abwärtstrend festzustellen⁷³. Diese Veränderungen in der Prävalenz von Tabak stehen ohne Zweifel in einer starken Wechselwirkung mit seiner Umwertung vom Genussmittel zum Suchtmittel – einer Umwertung, die in den 50er und 60er Jahren in Gang gekommen ist.

4. Die Umwertung vom Genuss- zum Suchtmittel

Seit 1979 müssen in der Schweiz alle Tabakprodukte mit einem Warndruck des Bundesamtes für Gesundheitswesen versehen sein («Rauchen kann ihre Gesundheit gefährden»). Angeben muss der Hersteller auch den Gehalt zweier Inhaltsstoffe: Teer und Nikotin⁷⁴. Damit angesprochen sind die beiden Stoffe, die nacheinander den medizinischen Diskurs über das Rauchen prägten: Dominierte zuerst das Nervengift Nikotin, steht seit den 50er Jahren der Teer im Zentrum der Aufmerksamkeit. Seit in verschiedenen Disziplinen der Medizin postuliert wird, der Tabak bzw. einzelne seiner Bestandteile wirkten krebserregend, findet eine Umwertung des Rauchens statt: Aus dem gesellschaftlich weitherum akzeptierten und allenfalls als «Laster» kritisierten Genussmittel Tabak wurde – so die These für die folgenden Ausführungen – ein krankmachendes Suchtmittel und aus der kleinen Gruppe ideologisch-ethisch motivierter Tabakgegner eine politikrelevante Pressure group.

72 Hier stellt sich einschränkend die Frage nach der Relevanz und Aussagekraft solcher bei den direkt Betroffenen erhobener Daten.

73 Vgl. Theodor Abelin: «Aktuelles aus der Epidemiologie von Rauchen, Passivrauchen und Lungenkrebs», in: *Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis)*, 1989, S. 87–92. Anteilsmässig hat die Zigarette in den 80er Jahren nach Peter Rieder, Urs Egger, Stefan Flückiger: *Schweizerische Agrarmärkte*, Zürich 1992, S. 410, einen «steten Anteil von 90% und mehr am Gesamtvolumen des Tabakkonsums».

74 Vgl. Art. 420c der Lebensmittelverordnung.

4.1. Rauchen kann gefährlich sein:

das Genussgift Nikotin im Brennpunkt tabakfeindlicher Bestrebungen

Bereits kurz nach seinem gültigen chemischen Nachweis wird das *Nikotin*⁷⁵ als gefährlichster Bestandteil des Tabaks bzw. des Tabakrauchs bezeichnet⁷⁶. Reagiert wird besonders auf die stark toxische Wirkung des Nikotins, welche allerdings beim Rauchen nicht im erwarteten Mass zum Durchbruch gelangt: «Die Gewöhnung an den Tabakgenuss, diese merkwürdige und bisher unerkannte Thatsache der Giftlehre, um so merkwürdiger als es sich beim Nicotin um eines der stärksten Gifte handelt, ist in weitestem Umfang möglich, wie die täglich zu machende Erfahrung beweist.»⁷⁷

Der *medizinische Diskurs* dreht sich mehrheitlich um die Problematik der Auswirkungen des Tabak-, d. h. aus medizinischer Sicht vornehmlich des Nikotingenusses auf diejenigen Organe, welche direkt mit dem Rauch in Verbindung treten. So stellt sich vor allem die Frage nach der «mechanischen Reizung»⁷⁸ durch das Rauchgut oder die Rauchmittel⁷⁹. Insgesamt wird die Schädlichkeit des Tabaks zurückhaltend bewertet – er sei «unschädlicher als Kaffee, Thee oder Alkoholika»⁸⁰. Geradezu paradigmatisch für die Zeit bis zum Ersten Weltkrieg ist die Aussage Hermann Sahlis, des damaligen Direktors der medizinischen Universitätsklinik Bern: «Wenn man die Bilanz zwischen Nutzen und Schaden des Tabakrauchens zieht, so kann man wohl die Meinung vertreten, dass bei diesem Genussmittel im Ganzen – Ausnahmen vorbehalten – das Gute das Schlimme überwiegt.»⁸¹

In sämtlichen Untersuchungen bis in die Zeit des Zweiten Weltkrieges ist die Frage nach allfälliger Schädigung der Lunge durch Tabakkonsum

75 Entscheidend für den gültigen Nachweis des Nikotins ist u.a. die Arbeit von J. Nessler: *Der Tabak, seine Bestandteile und seine Behandlung*, Mannheim 1867²; die abweichende, in der zeitgenössischen Diskussion vielbeachtete Meinung, dass «das Nikotin beim Rauchen nicht als solches in den Organismus gelangt und nur seine Verbrennungsprodukte, besonders die Pyridinbasen Schädigungen bewirken können» (zit. in: *Blätter für Gesundheitspflege* [BfG] 1909, S. 117), vertreten Eulenburg und Vohl: «Über Tabakrauch in toxikologischer Beziehung», in: *Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin*, 1871, S. 249ff.

76 BfG 1886, S. 236: Nikotin wird als der «Hauptgiftstoff im Tabak» bezeichnet.

77 Friedrich Karl Johann Dornblüth: «Die chronische Tabakvergiftung», in: *Klinische Vorträge* 122. *Innere Medizin* 44, 1877, S. 1001.

78 BfG 1886, S. 173.

79 Dornblüth: *Tabakvergiftung*, S. 1003, fragt sich, «ob Lippen- und Zungenkrebs durch Tabakrauchen, sei es durch die reizende, drückende, reibende Einwirkung der Pfeifenspitze erzeugt werde». Analog 41 Jahre später in einem Kalenderbeitrag: Hermann Sahli: «Für und wider das Rauchen», in: *Oh mein Heimatland*, Bern/Zürich/Genf 1918, S. 164. In beiden Fällen wird vor einem Kausalkonnex gewarnt, aber die Möglichkeit eines «begünstigenden Einflusses» (Dornblüth, S. 1003) bzw. einer «Beförderung von Krebsentstehung im Bereich der Mund- und Halsschleimhaut» (Sahli, S. 167) eingeräumt.

80 BfG 1888, S. 324; die zitierte Passage bezieht sich auf die Schädlichkeit der genannten Genussmittel auf das Nervensystem.

81 Sahli: *Für und wider*, S. 163.

praktisch ausgenommen. Selbst im Organ der 1910 gegründeten *Schweizerischen Nationalliga zur Krebsbekämpfung* fehlen entsprechende Hinweise. In einer ausführlichen Darstellung klinischer Versuche zur Krebserzeugung durch Tabak bei Versuchstieren wird 1935 nicht nur der Zusammenhang zwischen Tabak und Krebserzeugung als gering bezeichnet⁸², es tauchen auch keine Hinweise auf mögliche Lungenschädigungen auf. Ein ähnliches Darstellungsmuster tritt noch 1947 zutage: In der Jahresversammlung der Krebsliga wird zwar das geringfügig erhöhte, durch «chemische Reizung»⁸³ hervorgerufene Risiko von Lippen- und Zungenkrebs genannt, es fehlt aber ein Hinweis auf die mögliche Schädigung der Lunge, ja das Pfeifenrauchen findet eine durchaus positive Bewertung⁸⁴.

Dass Lungenschädigungen erst sehr spät ins Blickfeld medizinischer Betrachtungen rücken, hängt wohl wesentlich damit zusammen, dass das Inhalieren, zumindest im deutschsprachigen Raum, bis in unser Jahrhundert hinein kaum Verbreitung gefunden hat⁸⁵. In der Schweiz erfährt diese Konstellation durch das verspätete Auftreten der Zigarette eine zusätzliche Phasenverschiebung. Aussagen zu Rauchgewohnheiten betreffen bis zur Jahrhundertmitte meist das Stumpen- und Pfeifenrauchen, so auch die folgende: «Da beim gewöhnlichen Rauchen kein oder doch äusserst wenig Tabaksrauch in die Lunge eindringt, so wird seine Wirkung theils durch Resorption seitens der Mundschleimhaut, theils durch Verschlucken des mit seinen Bestandteilen beladenen Speichels und Resorption vom Magen vor sich gehen.»⁸⁶ Warnungen vor dem «Verschlucken des Rauches»⁸⁷ durch die «Zigarrettisten»⁸⁸, d. h. vor dem systematischen Einatmen des Rauchs in die Lunge⁸⁹, gehen einher mit Warnungen vor der Zigarette, ja solche Warnungen werden selbst durch die Industrie verbreitet⁹⁰.

82 «In Übereinstimmung mit den klinischen Beobachtungen und den verschiedenen Experimenten glauben wir aber, dass die krebserzeugende Wirkung des Tabaks allein auch beim Menschen eine geringe ist.» (Otto Schürch, «Tabak und Krebs», in: *Bulletin der Schweiz. Vereinigung für Krebsbekämpfung*, 1935, S. 233–243, hier S. 243).

83 V. Müller-Türcke: *Krebsbekämpfung*, Öffentlicher Vortrag, gehalten im Auftrage der Schweizerischen Nationalliga für Krebsbekämpfung anlässlich ihrer Jahresversammlung vom 8./9. November 1947 in Luzern, S. 9.

84 Vgl. *ebd.*, S. 2: «Wenn wir aber das Heer der gemüthlichen Pfeifenraucher aufmarschieren sehen und ihre Lippen auf das Vorhandensein einer Krebsgeschwulst untersuchen würden, müssten wir doch zum Schluss kommen, dass das Pfeifenrauchen als Krebserreger nicht in Acht und Bann erklärt werden dürfte.»

85 Vgl. Dornblüth: *Tabakvergiftung*, S.1002/1003: Inhalieren bzw. das «Verschlucken» des Rauches werden als französische Besonderheit apostrophiert.

86 *Ebd.*, S. 1005.

87 *BfG* 1886, S. 238; et passim.

88 *BfG* 1907, S. 69.

89 Sahli: *Für und wider*, S. 161.

90 Vgl. *Memphis-Post* (Anzeigenreihe), Nr. 5, Dübendorf 1944 (Landesbibliothek Bern): «Es kann darüber kein Zweifel bestehen, dass das Inhalieren von Cigarettenrauch besonders für Jugendliche, nicht vollkommen Gesunde und vor allen Dingen für nikotinempfindliche Personen bedenklich ist.»

Im medizinischen Diskurs dominieren Fragen der kardiologischen Folgen des Tabakkonsums deutlich gegenüber solchen der Bildung von Lippen- und Kehlkopfkrebs. So erscheinen bis in die 1920er Jahre hinein regelmässig Hinweise darauf, dass «die Herzthätigkeit in besonders merkwürdiger Weise unter dem Einfluss der Nicotinvergiftung (steht)»⁹¹. Als Folgen des Tabakkonsums, vor allem des «Nicotinismus chronicus», werden praktisch übereinstimmend diagnostiziert: eine «höhere Pulsfrequenz», «Herzklopfen», «Herzschwäche» und «Athemnoth»⁹², daneben aber auch «Herzmuskel-Insuffizienz»⁹³ sowie «Zusammenziehung des Herzmuskels» (namentlich bei «unreifen und unerwachsenen Individuen», welche dem «Rauchersport» huldigen)⁹⁴. Besonders mit dem Inhalieren wachse die Gefahr einer tabakbedingten «Aderwandstarre»⁹⁵ oder gar die eines «Tabakherzens»⁹⁶.

Der Kausalnexus zwischen Rauchen und Störungen der Herztätigkeit wird zu Beginn unseres Jahrhunderts relativiert⁹⁷, der Tabakkonsum globaler mit einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit parallel gesetzt⁹⁸, was auch in den Klagen über die hohe Zahl dienstuntauglicher Zigarettenraucher bei der militärischen Aushebung zum Ausdruck kommt⁹⁹. Übermässigem Tabakgenuss wird in der Folge eine ganze Palette gesundheitlicher Beeinträchtigungen zugeschrieben: Abnahme des Appetits, «chronischer Hals- und Rachenkatarrh», «hypochondrische Verstimmung, Gliederzittern, Migräne, Einengung des Gesichtsfeldes, freiwilliges Hinken, Schwindelanfälle, leichte Erregbarkeit» und «Brustbeklemmungen»¹⁰⁰. Daraus resultiert die oft gestellte Forderung nach einer Diätetik des Rauchens, denn mässiger Tabakkonsum wird auch in gesundheitspflegerischen Kreisen durchaus toleriert und propagiert, ja, «allzu eifrigen» Tabakgegnern wird entgegnet, «bei gehörigem Masshalten» sei «die Sache nicht so schlimm»¹⁰¹. Einzelne Ärzte negieren gesundheitliche Fol-

91 Dornblüth: *Tabakvergiftung*, S. 1111 sowie Otto Dammer: «Tabak», in: *Handwörterbuch der öffentlichen und privaten Gesundheitspflege*, hrsg. von dems., Stuttgart 1891, S. 781.

92 *Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Ärzte*, hrsg. von Albert Eulenburg, 2. umgearb. Aufl., Wien/Leipzig 1889, Bd. 19, S. 416f. (Tabak).

93 *BfG* 1888, S. 324.

94 *BfG* 1889, S. 290.

95 *BfG* 1905, S. 44 (i.e. Arteriosklerose).

96 *BfG* 1901, S. 181.

97 Z.B. *BfG* 1908, S. 176: «Der Einfluss des Tabaks auf das Herz wird zwar häufig erwähnt, steht aber nach Grassmann noch nicht annähernd so fest, wie gewöhnlich angenommen wird.»

98 Interessant erscheint in diesem Zusammenhang, dass mit der etwas grösseren Zurückhaltung gegenüber der Verbindung kardiologischer Störungen mit dem Tabakkonsum die Zurückhaltung gegenüber dem Tabak teilweise aufgegeben wird – er werde «als Gefässgift neben Alkohol, Tee und Kaffee viel zu wenig eingeschätzt» (*ebd.*, S. 177).

99 *BfG* 1913, S. 160.

100 *Ebd.*, S. 250.

101 *BfG* 1912, S. 313.

gen bei zurückhaltendem Rauchen sogar ganz: «Mässiges Rauchen ist für gesunde Menschen niemals schädlich.»¹⁰² Die postulierte mögliche irreversible Beeinträchtigung der Herztätigkeit, aber auch die Störungen des Nervensystems durch Tabakkonsum dienen als Standardargumente im Kampf gegen übermässiges Rauchen bei Erwachsenen, besonders allerdings gegen das Rauchen von «Kindern und jugendlichen Individuen»¹⁰³, den «rauchsüchtigen Jungen»¹⁰⁴, die schon früh als besonders anfällig für die Konsumform Zigarette betrachtet werden. Der Genussaspekt des Rauchens wird denn auch über Jahrzehnte hinweg selbst im medizinischen Diskurs, namentlich im Vergleich mit andern Genussmitteln, anerkannt. Die Forderung von 1882, «alle diese üblen Folgen seien indess nur dem übertriebenen Genusse des Tabaks zuzuschreiben, während mässiger Genuss erfahrungsgemäss mit vollster Gesundheitserhaltung verträglich sei»¹⁰⁵, korrespondiert mit Aufrufen zur «Verhütung aller Exzesse in Alkohol und Tabak»¹⁰⁶ aus dem Lager der Krebsforscher Ende der 20er Jahre ebenso wie mit Feststellungen aus der Zeit kurz nach dem Zweiten Weltkrieg, welche vor «Alkohol und Nicotin im Übermass»¹⁰⁷ warnen.

Wird aktives Rauchen eher ambivalent beurteilt, widerfährt dem Passivrauchen – vor dem Hintergrund der damals ablaufenden «Hygiene-Revolution»¹⁰⁸ verständlich – eine deutlich negative Bewertung. Bereits Friedrich Dornblüth hat 1877 in seinem wegweisenden Aufsatz auf die «noch nicht hinlänglich bekannten Folgen des Aufenthalts in den mit Tabaksdunst erfüllten Räumen»¹⁰⁹ hingewiesen. In der Folge entspinnt sich im medizinischen Kontext eine Diskussion über «das Geräuchertwerden»¹¹⁰, die auch von den Tabakgegnern aufgegriffen wird. Medizinischerseits werden vor allem die «schädlichen Einwirkungen auf den menschlichen Körper» durch das «gewöhnheitsmässige Einatmen von Tabakrauch (...) in schlecht gelüfteten Restaurationen und Raucherabteilungen der Eisenbahnen»¹¹¹ beanstandet.

Dem Rauchen werden aber von schul- und paramedizinischer Seite auch positive Funktionen attestiert: als Indikator bei Besserungen im

102 Dammer: *Tabak*, S. 780.

103 Sahli: *Für und wider*, S. 163.

104 BfG 1906, S. 179.

105 BfG 1882, S. 173.

106 H. R. Schinz: «Thesen zur Organisation der Krebsbekämpfung in der Schweiz», in: *Beilage zum Bulletin des eidgenössischen Gesundheitsamtes*, Nr. 9, 1930, S. 50; ähnlich auch: P. Pfahler: «Der Kampf gegen den Krebs», in: *ebd.*, Nr. 24, 1927, S. 17.

107 Hans Guggisberg: «Wesen und Behandlung des Krebses», in: *ebd.*, Nr. 22, 1946, S. 5.

108 Beatrix Mesmer: «Reinheit und Reinlichkeit. Bemerkungen zur Durchsetzung der häuslichen Hygiene in der Schweiz», in: *Gesellschaft und Gesellschaften*, FS für U. Im Hof, Bern 1982, S. 470–494.

109 Dornblüth: *Tabakvergiftung*, S. 1116.

110 Sahli: *Für und wider*, S. 163.

111 BfG 1913, S. 250.

Krankheitsverlauf¹¹² und als positiver Wirkfaktor alltagsphysiologischer Tätigkeiten¹¹³, zur «Anregung des Gehirns» (für «den Flug der Gedanken»)¹¹⁴ sowie zur Beruhigung¹¹⁵, überdies als keimtötende Substanz sowohl im Falle von Cholera- und Typhusepidemien als auch bei der «Gesundheitspflege der Mundhöhle»¹¹⁶. Die «keimtötende» Eigenschaft, «krankheitserregende Urtierchen»¹¹⁷ absterben zu lassen, wird nicht nur von der Tabakindustrie hervorgestrichen, sondern auch von der Schulmedizin¹¹⁸ und – wie seit dem 17. Jahrhundert schon – von der Volksmedizin¹¹⁹. Diese empfiehlt Tabak zudem gegen Zahnschmerzen¹²⁰, Keuchhusten, Starrkrampf, zur Anregung der Darmtätigkeit, schliesslich auch als willkommenes Antaphrodisiacum¹²¹.

Erste Vorläufer einer *Anti-Tabak-Bewegung* lassen sich in der Schweiz bis ins 19. Jahrhundert zurückverfolgen. 1898 entstand in der Calvinstadt Genf (wo sich zwei Jahrzehnte zuvor die Alkoholabstinenten erstmals im *Blauen Kreuz* zusammengefunden hatten) das *Grüne Kreuz*, ein erster organisatorischer Zusammenschluss der Tabakgegner. Über das Wirken dieser Pionierorganisation, die sich vor allem gegen den Tabakkonsum Jugendlicher gerichtet haben soll, ist – soweit wir sehen – praktisch nichts bekannt¹²². In der Deutschschweiz, wo die Zigarette wesentlich später Einzug hielt, liess die Gründung einer ersten dauerhaften Vereinigung der

112 BfG 1894, S. 284: «Das neu erwachte Verlangen nach Rauchen» dient «oft als ein für den Verlauf und die Wiedergenesung günstiges Zeichen».

113 Dammer: *Tabak*, S. 780: «Nikotin ist eines der heftigsten Gifte, in den ganz kleinen Dosen aber, in welchen es beim Tabakrauchen in Betracht kommt, scheint es die geistigen und körperlichen Kräfte und die Reflexerregbarkeit zu steigern, den Appetit herabzusetzen, die Darmbewegung anzuregen.»

114 BfG 1913, S. 249.

115 Eulenburg: *Tabak*, S. 416 (mit Hinweis auf die Friedenspfeife).

116 BfG 1893, S. 166.

117 STZ 26. 9. 1914, S. 4; ähnlich auch STZ 1. 5. 1906, wo auch auf die antiseptischen Wirkungen des im Tabakrauch vorkommenden Kohlenoxyds und des Formaldehyds hingewiesen wird.

118 Eulenburg: *Tabak*, S. 416.

119 Vgl. *Id.*, Bd. 12, Sp. 48.

120 Oskar von Hovorka, Adolf Kronfeld: *Vergleichende Volksmedizin*, Bd. 11, Stuttgart 1908, S. 406; vgl. auch: *Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens*, Bd. 8, Berlin/Leipzig 1936/37, Sp. 629f.

121 Georg Friedrich Most: *Encyclopädie der Volksmedizin*, Graz 1984 (Originalausgabe 1843), S. 584f.

122 Das Croix-Verte («Société suisse contre l'usage du tabac», Präsident: M. A. Eichenberger) wird erwähnt in: BfG (1899) (S. 159) sowie Jules Denis: *Le tabac. Moyens de combattre le tabagisme*, Genf/Paris 1902 (S. 104/105). Denis gehörte sowohl der französischen (s. u.) wie der schweizerischen Vereinigung der Tabakgegner an, überdies war er Vizepräsident der «Ligue patriotique suisse contre l'alcoolisme». Er widmete seine Schrift den «jeunes gens» – sie seien durch die Zigarette («la petite sœur du cigare») besonders stark gefährdet; bei der Zigarette handle es sich um «la manière la plus pernicieuse de fumer le tabac» (Vorwort, S. 6). Das Grüne Kreuz hatte auch eine Sektion speziell für Junge («L'Aurore»). Zum Blauen Kreuz vgl.: Rolf Trechsel: *Die Geschichte der Abstinenzbewegung in der Schweiz im 19. und frühen 20. Jahrhundert*, Liz.-Arbeit Universität Bern, Bern 1989, S. 31–45.

Tabakgegner bis nach dem Zweiten Weltkrieg auf sich warten. Bestrebungen in dieser Richtung können allerdings bereits für die Zeit vor dem Ersten Weltkrieg nachgewiesen werden. So rief im Oktober 1900 ein Artikel im *Emmenthaler-Blatt* zur Gründung von Vereinen auf, die mit «Ermahnung und Belehrung» gegen dieses «Gift» vorgehen sollten¹²³, und im *Tagblatt der Stadt Zürich* wandte sich im Sommer 1913 ein Inserat an «Alle Nichtraucher und solche, die es werden wollen» – «betr. Organisation»¹²⁴. Anders als in Frankreich, England oder Deutschland¹²⁵, wo die Institutionalisierung der Anti-Tabak-Bewegung bereits damals gelang, blieb es jedoch bei vagen Absichtserklärungen und folgenlosen Aufrufen. Die sozialhygienischen Kreise, die sich für ein solches Anliegen hätten mobilisieren lassen, übten sich in vornehmer Zurückhaltung. Die *Blätter für Gesundheitspflege* warnten zwar, wie oben dargestellt, vor dem Tabakgenuss Jugendlicher, sie betrachteten den Kampf gegen eine «derartig verbreitete Sitte» aber als einen «Kampf gegen Windmühlen»¹²⁶. Resignierend sprach denn auch der Schweizer Kulturhistoriker Otto Henne-am Rhyn, der das Rauchen als «abscheulichen Genuss» und «systematische Vergiftung» empfand, 1897 von einem «Schreckensregiment der Raucher», gegen das aufzutreten geradezu «gefährlich» sei¹²⁷. Tatsächlich wurden Nicht-Raucher-Zonen damals nicht ohne weiteres respektiert. Die Eisenbahnen, die ihre Wagen seit 1881 auf Anweisung des Bundesrates auch mit Nicht-Raucher-Coupés ausstatten mussten, ermahnten ihre Schaffner wiederholt dazu, der Einhaltung des Rauchverbotes «mit Nachdruck» Geltung zu verschaffen¹²⁸.

Noch bevor sich der medizinische Diskurs über das Rauchen auf den Krebs zu konzentrieren begann, entstand 1947 auf Anregung des ehemaligen Leiters der *Schweizerischen Zentralstelle zur Bekämpfung des Alkoholismus*, Max Oettli (1878–1965), eine *Vereinigung zur Aufklärung über die Tabakgefahren*. Oettli reagierte damit auf das «Kettenrauchen» und auf das «vorher eher seltene» Rauchen von Frauen, das im Zweiten Weltkrieg «ein erschreckendes Ausmass» angenommen habe¹²⁹. Sukkurs erhielt die Vereinigung in den zwei Jahrzehnten ihres Bestehens nicht nur von der Temperenz-, sondern auch von der Lebensreformbewegung, so von der

123 Zit. in: *TI* 7. 11. 1900.

124 Zit. in: *STZ* 12. 7. 1913.

125 An der Weltausstellung von 1889 in Paris organisierte die «Société contre l'abus du tabac» einen internationalen Kongress zu diesem Thema (vgl. Bundesarchiv, Bestand 14/Schachtel 25). Zur deutschen Anti-Tabak-Bewegung: Geoffrey J. Giles: *The Ruinous Weed: Smoking and its Opponents in Germany*, Referat, gehalten an d. Jahresvers. d. Association of German Studies, Minneapolis 1992 (MS).

126 *BfG* 1907, S. 14.

127 Otto Henne-am Rhyn: *Kulturgeschichte der jüngsten Zeit*, Leipzig 1897, S. 217.

128 Vgl. *Eisenbahn-Amtsblatt*, Bern 1910, S. 69 und Bern 1915, S. 589/590.

129 Vgl. *Rauchen?*, Nr. 50 vom April 1961.

Schweizerischen Gesellschaft für Vegetarismus, sowie von den Adventisten, die den Tabakverbrauch – wie die meisten anderen religiösen Sondergruppen¹³⁰ – seit jeher ablehnen. Gönner aus dem sozialmedizinischen Bereich sowie rund 3000 Abonnenten machten die Herausgabe eines Periodikums möglich, das vierteljährlich die Deutschschweizer Medien mit «Stoff zur Tabakfrage» belieferte¹³¹.

Das Blatt ging auch an einige hundert Schulen, die der ehemalige Lehrer Oettli zusammen mit mehreren Schulärzten ausserdem mit Flugblättern bediente. Um die Schülerinnen und Schüler von der Schädlichkeit des Tabaks zu überzeugen, schlug er Musterlektionen vor: etwa Kressepflänzlein mit Rauch zu traktieren oder den medizinischen Blutegel, den es damals noch in jeder Apotheke für 80 Rappen zu kaufen gab, auf Raucher anzusetzen, deren Blut er in neun von zehn Fällen meide. Den Schülern bleibe nach diesem eindrucksvollen Versuch – so Oettli – die Vorstellung, «dass der Raucher in der Auffassung des Wurmes ein Bürger zweiter Klasse ist»¹³².

Weit davon entfernt, sich zu einer Massenorganisation mit politischem Gewicht auszuwachsen, beschränkte sich die Vereinigung darauf, das Rauchen zu problematisieren und die schnell zunehmende medizinische Literatur darüber zu popularisieren. Die wissenschaftlich-geistigen Voraussetzungen für den Kampf gegen das Rauchen seien nun bereitgestellt, schrieb die Vereinigung 1967 in der letzten Ausgabe ihrer Zeitschrift¹³³.

Auch wenn die Anti-Tabak-Bewegung in der ersten Phase ihres Bestehens auch, ja in erster Linie mit medizinischen Argumenten focht, fällt doch die ideologisch-ethische Grundierung ihrer Traktate, deren moralischer Impetus auf¹³⁴. Im Organ der *Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspflege* erschien 1945 ein längerer Artikel der Basler Frauenärztin Rose Reimann-Hunziker, der späteren Präsidentin der Vereinigung, welcher sozialhygienischen Ideen, stellenweise aber auch erbbiologischem und eugenischem Gedankengut verpflichtet war. Im Zentrum ihrer Argumentation stand das «Genussgift» Nikotin, das besonders für Frauen (also für die, die damals Zigaretten zu rauchen begannen) sowie für «hochkulti-

130 Dazu: Thomas Hengartner: *Gott und die Welt im Emmental. Eine volkskundliche Untersuchung zur Entstehung, Ausbreitung und Gestaltung religiösen Lebens im Rahmen religiöser Sondergruppen*, Bern 1990, S. 238ff.

131 Vgl. *Vom Rauchen* (1948–1954) und *Rauchen?* (1954–1967).

132 M. Oettli: «Kann die Schule den Rauchgewohnheiten Abbruch tun?», in: *Schweizerische Zeitschrift für Gemeinnützigkeit*, 1958, S. 42–49.

133 Vgl. *Rauchen?* (Nr. 73 vom Juni 1967).

134 Vgl. dazu für Deutschland den «rückhaltlos ehrlichen Tatsachenbericht» von Richard Willberg: ... *für mich war es die Zigarette*, Wuppertal 1965, z.B. S. 111 (Schlusswort): «Gott hat es gewirkt nach seinem Wohlgefallen: die Lust ist von mir genommen, die Wurzel des Ungehorsams entfernt. Die Zigarette hat aufgehört, mir eine Versuchung zu sein.»

vierte Völker» schädlich sei. Es mache süchtig und führe deshalb solange zu einer «Schädigung des Volksganzen», als das «antisoziale Narkotikum» Tabak frei erhältlich sei. Rose Reimann-Hunziker stellte in ihrem programmatischen Artikel auch die Verbindung zu den bereits etablierten Alkohol- und Betäubungsmittelgegnern her: Dadurch, dass sie das Nikotin in einer Art Lockvogeltheorie zum «Bahnungsmittel» und «Zuhälter des Alkohols» emporstilisierte, konnte sie auf das begriffliche Instrumentarium zurückgreifen, das seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts von den beiden Bewegungen bereitgestellt worden war. Zum Feindbild wurde nicht etwa der von ihr als «harmlos» taxierte, masshaltende «Gelegenheitsraucher», sondern der dem Tabak verfallene Süchtige, ein genetisch vorbelasteter, «bestimmter Menschentyp», der nun – in einer klassischen *Blaming-the-Victim-Strategie* – ausgegrenzt und (in Anlehnung an den Morphinisten) zum «Nikotinisten» gestempelt werden konnte¹³⁵. Den Tabak als «Rauschgift des Nervösen» zu denunzieren, bildete also den Kern der sozialhygienischen Argumentation, die dann beliebig mit ideologisch-ethischen Werturteilen über Lust, Genuss oder «wirkliche» Lebensfreude angereichert werden konnte¹³⁶. Dieses argumentative Vorgehen erlaubte es der Bewegung nicht nur, ihre Zielsetzung mit Hilfe einer wissenschaftlich abgesicherten Begründung gegen Kritik zu immunisieren, sie konnte damit ausserdem an einen Diskurs anknüpfen, der schon vorher von religiös-weltanschaulichen Gruppierungen geführt worden war. Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang namentlich an die Heilsarmee. «Das Rauchen stumpft das moralische Empfindungsvermögen ab und macht es uns leichter, Böses zu tun», warnte der *Junge Soldat* 1910 die Nachwuchs-Salutisten Deutschlands¹³⁷.

Die Frage der Auswirkungen des Nikotins auf die Gesundheit evozierte eine Vielfalt von *Reaktionen der Tabakindustrie*. Dominierend erscheinen Erörterungen des physiologischen Schadens oder Nutzens des Rauchens, Auseinandersetzungen mit dem Rauchverhalten, daneben besonders Bemühungen um eine Reduktion des Nikotingehalts, d. h. produktbezogene Reaktionen auf die vorzugsweise medizinische Schadstoffdiskussion.

135 Alle Zitate aus: Rose Reimann-Hunziker: «Die Tabakfrage», in: *Gesundheit und Wohlfahrt* (GuW), 1945, S. 492–511. Zum Diskurs über den Drogenkonsum der 20er Jahre vgl.: Jakob Tanner: «Rauschgiftgefahr und Revolutionstrauma», in: *Schweiz im Wandel*, FS für R. Braun, Basel/Frankfurt a.M. 1990, S. 397–416. Bereits der berühmte Basler Physiologe und Alkoholgegner Gustav von Bunge hatte in seinem Traktat: *Die Tabak-Vergiftung*, Basel 1920 (6. Aufl., 18.–20. Tausend [!]) zwischen der «chronischen Alkoholvergiftung» und der «chronischen Nicotin-Vergiftung» einen Zusammenhang hergestellt (S. 4ff.).

136 Vgl. dazu die Sondernummer der *Schweizerischen Zeitschrift für Gemeinnützigkeit* vom März 1958 (Heft 3, S. 33–50) «Zur Frage des Rauchens».

137 Zit. in: *STZ* 29. 10. 1910.

Verhaltensbezogene Strategien stehen in ihrem Gewicht deutlich hinter produktbezogenen Reaktionsweisen zurück. Dies ist denn auch im Lichte der – im Vergleich zu anderen Genussmitteln – recht hohen Akzeptanz des Tabakkonsums nicht weiter erstaunlich. Inhaltlich gesehen lassen sich zwei, wiederum ungleichgewichtig verteilte, Hauptlinien verhaltensbezogener Argumentation eruieren: Zu einem kleineren Teil werden die Gefahren des Tabakkonsums zurückgewiesen oder zumindest als harmlos dargestellt. Meldet die *Schweizerische Tabak-Zeitung* als offizielles Organ der schweizerischen Tabakhändler mit Berufung auf eine medizinische Untersuchung noch 1908, massvoll genossener Tabak zeitige «keine unheilvollen Folgen»¹³⁸, so konstatiert sie im folgenden Jahr apodiktisch: «Eins steht aber fest, die Wirkung des Tabaks wird im allgemeinen eine wohltätige auf den Menschen sein, wie ja auch von rauchenden Ärzten – und die meisten rauchen – bestätigt wird.»¹³⁹ Verbunden mit Hinweisen auf positive, z. B. stimulierende¹⁴⁰ oder beruhigende¹⁴¹, antiseptische¹⁴², hunger- und durstgefühlunterdrückende¹⁴³ Funktionen werden besonders während und nach dem Ersten Weltkrieg in gesteigertem Mass die möglichen Gefahren des Tabaks negiert oder als potentielle Fehlinterpretation von Medizin und Chemie zurückgewiesen¹⁴⁴.

Obwohl da und dort bis in die 1950er Jahre hinein aufscheinend¹⁴⁵, werden diese «hygienischen» Strategien in der Folge deutlich durch «zivilisatorische»¹⁴⁶ Bemühungen abgelöst, eine Art Verhaltenskanon für Rauchende zu formulieren und zu propagieren. Ein erster wesentlicher Punkt hiefür ist, gleichsam als positive Strategie, das Eintreten für das bewusste Genussrauchen, gegen die «Nikotinsucht»¹⁴⁷. Am Anfang dieser Entwicklung stehen zu Jahrhundertbeginn Empfehlungen über die ideale Konsummenge für «Gewohnheitsraucher»¹⁴⁸. In der Folge gehen dann, nachdem diese gut zwei Jahrzehnte dominiert hatten, die Zurückweisungen

138 STZ 15. 6. 1908, S. 6.

139 STZ 18. 9. 1909, S. 6.

140 STZ 7. 6. 1913, S. 10.

141 STZ 2. 11. 1912, S. 2.

142 Z.B.: STZ 6. 8. 1910, S. 7; 26. 9. 1914, S. 4.

143 STZ 2. 11. 1912, S. 2.

144 Vgl. z.B. STZ 7. 6. 1913, S. 9f. Die Mentholzigarette wird gar als eigentliches Heilmittel lanciert: ihr werden positive Wirkungen «bei Schnupfen, Kopfweh und anderen katarrhischen Erscheinungen» zugeschrieben (STZ 17. 1. 1914, S. 5).

145 Vgl. z.B. STZ 22. 8. 1931, S. 7f. (namentlich auch als Stimulans für Ärzte angepriesen) oder besonders: *Memphis-Post* 8, 1944, hier bereits mit Übertragung der argumentativen Muster auf den Teer.

146 *Memphis-Post* 1, 1944: Das «Tabakproblem» bestehe in der Hauptsache aus einer «zivilisatorischen und (...) hygienischen Seite».

147 *Memphis-Post* 8, 1944 geißelt die Gewohnheiten der «Nikotinsüchtigen».

148 STZ 15. 6. 1908, S. 7: «Drei Cigarren oder höchstens vier an einem Tage oder die gleiche Menge Tabak in der Pfeife sind das Äusserste, was sich der Gewohnheitsraucher erlauben darf.»

gesundheitlicher Schädigungen beinahe bruchlos über in Warnungen vor dem «stark übertriebenen Genuss»¹⁴⁹. Am Ende resultiert eine klare Abgrenzung gegenüber den «Tabaksüchtigen»: «Alle Tabaksüchtigen müssen als Kranke angesehen und dementsprechend behandelt werden»¹⁵⁰ – dies nur sechs Jahre, nachdem in einer Anzeige noch bedenkenlos eine Zigarette für Kettenraucher propagiert worden war¹⁵¹.

Die Bestrebungen, die Genusskomponente des Rauchens hervorstreichend, werden begleitet von der Propagierung eigentlicher Rauchknigges. Lehnen sich die ersten Empfehlungen noch an Benimmbücher an und erteilen vor allem situationsabhängige Ratschläge¹⁵², so zielen in einer mittleren Phase die Ratschläge auf die persönliche Motivation: individuelles Bedürfnis und «das Empfinden, dass der Tabakgenuss das Wohlbefinden oder die Leistungsfähigkeit im betreffenden Fall zu steigern vermag», nicht aber «Langeweile», «Nachahmungstrieb» und «genussloses Vielrauchen»¹⁵³ werden als Rauchmotive hervorgehoben. Schliesslich beziehen sich die Verhaltensratschläge an Raucher in einer letzten Stufe direkt auf die Art des Rauchens: «Langsam rauchen, nicht kettenrauchen, Rauchpausen einschalten», rät die *Memphis-Post*¹⁵⁴ den Zigarettenrauchern, den Zigarrenrauchern legt sie die Beachtung der Stummellänge nahe, und die Pfeifenraucher schliesslich werden zur Hygiene des Rauchwerkzeugs angehalten¹⁵⁵.

Den Ermahnungen zum bewusst-geniessenden Rauchen stehen indes auch eher defensive Strategien gegenüber: Einerseits richten sich diese in der bis in die 1950er Jahre hinein stumpfenlastigen Schweizer Tabakbranche deutlich gegen das Inhalieren: «Die neue Gewohnheit, Cigarettenrauch einzuatmen»¹⁵⁶, wird immer wieder, und zwar mit steigendem Nachdruck, angeprangert¹⁵⁷; ja, in diesem Punkt übernimmt die Tabakindustrie Argumentation und Ergebnisse medizinischer wie chemischer Forschung¹⁵⁸. Mit zunehmender Akzeptanz und Verbreitung der Zigarette sowie mit dem Aufkommen wirksamer Filter rückt die Abwehr des Inhalierens allerdings in den Hintergrund: Inhalieren wird als Normalform des

149 STZ 1. 2. 1930, S. 5.

150 STZ 26. 3. 1952, S. 160.

151 Anzeige in der STZ vom 5. 3. 1946, S. 2.

152 Z.B. STZ 14. 1. 1911, S. 7f.

153 STZ 22. 8. 1931, S. 7.

154 *Memphis-Post* 7, 1944.

155 *Ebd.*

156 TI 21. 1. 1903, S. 2. Dass es sich um eine – zumindest für die Schweiz – neue Gewohnheit handelt, zeigt sich darin, dass im Fachorgan der Schweizerischen Tabakindustrie der Vorgang des Inhalierens erklärt werden muss: «Das Einatmen besteht einfach darin, einen Teil des Cigarettenrauches in den Mund zu ziehen und dann tief zu atmen, wodurch der Rauch in die Lungen geführt wird.»

157 Vgl. u.a. TI 21. 6. 1903, S. 3; STZ 8. 7. 1911, S. 10; STZ 20. 1. 1912, S. 8; et passim.

158 Vgl. u.a. STZ 27. 6. 1925, S. 11; STZ 30. 8. 1930, S. 11f.

Zigarettenrauchens hingestellt¹⁵⁹, und es wird nur noch ausnahmsweise explizit auf die Gefährdung hingewiesen¹⁶⁰. Zweiter Bestandteil der Abgrenzungsstrategien bildet die Missbilligung des Tabakkonsums bei Kindern und Jugendlichen¹⁶¹, vorerst aber auch bei Frauen¹⁶²: «Der gute Ton verbietet einem wohlgezogenen jungen Mädchen und ebenso einer Frau, die auf ihre Würde hält, das Rauchen; setzen wir hinzu: das gewohnheitsmässige Rauchen. Eine ausnahmsweise mit Grazie gerauchte Cigarette wird man nicht streng verurteilen (...)»¹⁶³. Die Ablehnung des Rauchkonsums von Frauen durch die Tabakindustrie geht allerdings mit dem stärkeren Aufkommen der Zigarette zurück, «die Cigarette der Dame – einst ein Symbol mutiger, aber nicht eben anmutiger Emanzipation – (wird) salonfähig»¹⁶⁴.

Deutlich grössere Bedeutung als verhaltensbezogene Strategien erhalten Bemühungen der Tabakindustrie zur Verbesserung des Produktes. Während längerer Zeit richteten sich die Anstrengungen mit ähnlicher Intensität sowohl auf die Beeinflussung des Rohstoffs – etwa durch die (erfolglose) Züchtung nikotinfreier Tabake – als auch auf die Behandlung des Rauchs, d. h. auf dessen Filtrierung¹⁶⁵. Vor den systematischen, in den 30er Jahren gehäuften Versuchen, speziell nikotinfreie Tabake zu züchten¹⁶⁶, standen Anstrengungen, mittels Behandlung des Tabaks beziehungsweise des Rauchguts das darin enthaltene Nikotin zu binden¹⁶⁷, den Tabak zu «entgiften»¹⁶⁸ oder gar in Tablettenform zu neutralisieren¹⁶⁹. Parallel dazu lassen sich Bestrebungen dokumentieren, leichte Tabake zu

159 Vgl. STZ 9. 1. 1932, S. 10; STZ 13. 2. 1932, S. 11.

160 Eindrückliche Belege für die Warnungen vor dem Inhalieren bietet die *Memphis-Post*, 1944 u. a. in den Nrn. 5, 7, 8 u. 12.

161 Vgl. TI 7. 11. 1900, S. 2; TI 7. 3. 1901, S. 2; TI 21. 10. 1902, S. 3; STZ 15. 11. 1904, S. 6; et passim; *Memphis-Post* 12, 1944.

162 Vgl. STZ 15. 2. 1906, S. 12; STZ 15. 11. 1906, S. 15; STZ 28. 8. 1909, S. 7f.; et passim.

163 STZ 14. 1. 1911, S. 7.

164 STZ 27. 1. 1912, S. 10. Auffälligerweise bleibt nach diesem Zeitpunkt die explizite Ablehnung des Tabakkonsums von Frauen durch die Industrie und den Handel fast gänzlich aus – implizit allerdings werden die Frauen als Konsumentinnen bis in die fünfziger Jahre hinein ausgegrenzt.

165 Hauptverfahren hiezu bildeten «die Extraktion des Nikotins aus dem Tabak», die «Verflüchtigung des Nikotins im Tabak» – durch Behandlung mit Wasserdampf –, die «Bindung des Nikotins im Tabak», die «Verbrennung des Nikotins während des Verglimmungsvorgangs» – durch Imprägnierung mit einem katalytisch wirkenden Stoff –, sowie die Behandlung des Rauchs durch «Abscheidung des Nikotins aus dem Tabakrauch» mittels «Nikotinfängern» (aus einer Abhandlung von Richard Kissling, einem führenden Vertreter in der Herabsetzung des Nikotingehalts des Rauchguts, in: STZ 13. 7. 1929, S. 13f.).

166 STZ 14. 2. 1931, S. 7f., 8. 8. 1931, S. 7f., 13. 2. 1932, S. 5ff.; et passim.

167 Beispielsweise durch Petroleumäther, Apfelsäure, Weinstein, Zitronensäure (STZ 18. 9. 1909, S. 6).

168 Vgl. die Artikelserie: Die «Entgiftung» des Tabaks in der STZ 28. 8. 1916, S. 1ff.; 2. 9. 1916, S. 6ff.; 9. 9. 1916, S. 7ff.; 16. 9. 1916, S. 6ff.

169 Vgl. etwa die Anpreisungen für «Lex-Tabletten» mit der «unschätzbaren Eigenschaft, dem Nikotin seine wohltuende Eigenschaft zu belassen, dagegen seine verderbliche Wirkung aufzuheben.» (STZ 15. 2. 1907, S. 18).

züchten, um damit «nikotinschwache Fabrikate»¹⁷⁰, d. h. «leichte Zigaretten»¹⁷¹ mit den sprechenden Namen «Atox» oder «Nicotin Sana» herzustellen. Diese Entwicklungen blieben nicht nur auf die Zigarette beschränkt – mit «Dr. Kisslings Sanitätscigarre»¹⁷² ist ein entsprechendes Produkt bereits kurz nach der Jahrhundertwende auf dem Markt eingeführt (Abbildung 1). Mit den Versuchen, die Züchtung nikotinfreier oder -armer Tabake zu perfektionieren, konkurrieren verschiedene weitere Entwicklungen: Hervorzuheben ist beispielsweise eine kurz nach deren Lancierung auf dem Markt in 2000 Exemplaren verkaufte Einrichtung zur Nikotinabsorption, der «Nikoton-Apparat»¹⁷³.

Der Tabakhandel stellte sich zu diesen Bemühungen durchaus ambivalent: einerseits wurden sie als willkommene Mittel zur Absatzsteigerung begrüßt, andererseits – als möglicher Einstieg ins Nichtrauchen – skeptisch begutachtet. Ähnliches gilt auch für die Filtervorrichtungen gegen Nikotin. Bereits Anfangs des Jahrhunderts waren zur «Entgiftung des Tabaks»¹⁷⁴ mit säuregetränkten Pflanzenfasern, vor allem «mit Baumwolle gefütterte Zigarren- oder Zigarettenspitzen»¹⁷⁵ propagiert worden¹⁷⁶, der eigentliche Durchbruch erfolgte aber erst 1932 mit der Entwicklung des Cellulose-Filters, welcher «den Tabak intakt lässt (...) und das Nikotin vom eingezogenen Rauch ausscheidet»¹⁷⁷. In der Folge häuften sich die Einführungen neuer Marken mit Filter¹⁷⁸ oder von speziellen Filterstücken¹⁷⁹, unter anderem mit dem Argument, die Zigarette damit auch für Frauen verträglich gestalten zu können¹⁸⁰. Weiterentwicklungen des Filters wurden darauf in schneller Folge vorangetrieben¹⁸¹; aber erst im Zusammenhang mit der Wahrnehmung des Krebsrisikos begann die Tabakindustrie, den Filter als Mittel gegen die medizinische Kritik zu operationalisieren. Als dritter und unbedeutendster Punkt produktebezogener Strategien bleibt schliesslich die Behandlung des Produktes selbst.

170 STZ 1. 7. 1905, S. 13.

171 STZ 24. 8. 1929, S. 8.

172 Vgl. TI 21. 8. 1902, S. 2 sowie die zahlreichen Annoncen für Dr. Kisslings Sanitäts-Cigarren, u.a. bereits auf der Frontseite der Nr. 1 der STZ (1904).

173 Diese Angabe macht, wenige Monate nach der Lancierung (STZ 13. 7. 1929, S. 9), die Vertreiber-Firma in einer Mitteilung, in der sie sich von Imitaten distanziert (STZ 28. 9. 1929, S. 3).

174 TI 21. 8. 1902, S. 4.

175 TI 21. 1. 1904, S. 3.

176 So z.B. auch noch in STZ 16. 9. 1916, S. 6.

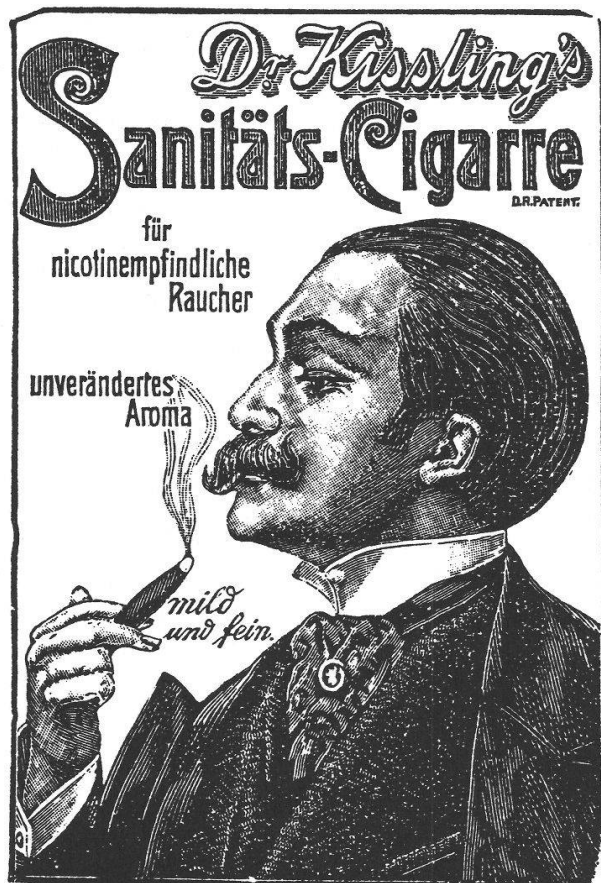
177 Erstmals in STZ 17. 9. 1932, S. 6.

178 Vgl. u.a. STZ 1. 10. 1932, S. 7 (Filträ); STZ 17. 8. 1938, S. 8 (Memphis); STZ 4. 2. 1942, S. 7 (Maryland-Caroline, erste Mundstück-Marylandzigarette).

179 Vgl. u.a. STZ 28. 1. 1933, S. 6 (anti-nikotinischer Filter der Firma Hediger); STZ 4. 7. 1937 (Denicotea Cigaretten- und Cigarren-Spitze).

180 STZ 31. 8. 1948, S. 7.

181 Vgl. u.a. STZ 27. 9. 1949, S. 7 (Turmac Superfilter) oder besonders den Hinweis auf den in den «Atomwerken während des Weltkriegs eingesetzten» Micronite Filter (STZ 28. 2. 1952, S. 47).



Detail 20 - 60 Cts. per Stück

Alleiniges Fabrikationsrecht für die Schweiz:
 AKTIENGESELLSCHAFT
LIEWEN & Co., RHEINFELDEN
 CIGARREN-FABRIKEN

Abbildung 1. Werbung für *Dr. Kissling's Sanitäts-Cigarre*, aus: «Schweizerische Tabak-Zeitung», 26. 1. 1935, S. 11.

Untersucht wurden in diesem Zusammenhang besonders Fragen der Glimmintensität und des verwendeten Zigarettenpapiers¹⁸².

Ob die forcierte Wahrnehmung des Rauchens als Problem bereits in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts Veränderungen im *Verhalten der Rauchenden* nach sich zog bzw. solche spiegelte, lässt sich im nachhinein kaum

¹⁸² Vgl. STZ 8. 7. 1911, S. 11; *Memphis-Post* 3, 1944.

mehr eruieren. Da der Schweizer Tabakmarkt jener Zeit privatwirtschaftlich organisiert und durch kleine, aktenmässig schlecht dotierte Unternehmen dominiert war, müssen Fragen wie die nach dem Erfolg nikotin- armer Tabake oder nach der Problemperzeption der Konsumentinnen und Konsumenten offenbleiben – ganz abgesehen davon, dass die «Tabakfrage» als «kulturelles Konstrukt» sowieso gewissen «Thematisierungskonjunkturen»¹⁸³ unterliegt, die nicht immer leicht mit der tatsächlichen Entwicklung des Konsums in Einklang zu bringen sind. Es ist allerdings nicht anzunehmen, dass die sozialmedizinischen Bedenken schon damals für den Markt relevant gewesen sind. So verlor der Berner Vertreter der Zürcher Zigarettenfabrik *Sullana* in seinem ausführlichen Rapport über die Geschäftslage des Jahres 1933 kein Wort über ein in hygienischer Hinsicht geschärftes Sensorium seiner Abnehmer¹⁸⁴. Das heisst nicht, dass die möglichen Folgen übermässigen Konsums nicht schon damals bekannt gewesen wären: Bezeichnungen wie «Friedhofsspargel» oder «Sargnagel» für besonders starke Zigarren waren schon zu Beginn unseres Jahrhunderts volkstümlich¹⁸⁵.

Mit Sicherheit ausschliessen lassen sich Rückwirkungen der «Tabakfrage» auf die *Tabakpolitik*, die bis in die 60er Jahre hinein ihr angestammtes Gebiet, das der Fiskal- und Wirtschaftspolitik, nicht verliess. Im Gegensatz zu Japan oder zu den nordeuropäischen Staaten, die schon zu Beginn unseres Jahrhunderts mit speziellen Verordnungen gegen den Tabakkonsum Jugendlicher einschritten¹⁸⁶, blieb es in der Schweiz bis vor kurzem bei den liberalen Bestimmungen des Lebensmittelgesetzes. Als es 1927 um die Revision der Tabakzölle ging, wurde in einer grossen Kommission aus Industriellen, Parlamentariern, Beamten und aussenstehenden Spezialisten auch die Frage nach der Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens aufgeworfen. Während Nationalrat Peter aus Zürich die Zigarette wegen ihres «minimen Nikotingehaltes» für «gesünder» hielt als die Zigarre, meinte der Sekretär der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz und bekannte Alkoholexperte August Huggler, dass man zwar von einer Schnaps-, nicht aber von einer Nikotin- oder Rauchergefahr sprechen könne, und der Aargauer Regierungsrat Emil Keller verkündete – ohne dass ihm widersprochen worden wäre: «Im Interesse des Fiskus, der Indu-

183 Vgl. Jakob Tanner: «Die «Alkoholfrage» in der Schweiz im 19. und 20. Jahrhundert», in: *Drogalkohol*, 1986, S. 147–168, hier S. 151; sowie ders.: *Rauschgiftgefahr*, S. 398 (zum «kulturellen Konstrukt»).

184 Vgl. Hs. Dürrmüller: Rapport über die Geschäftslage im Jahre 1933 (9 Seiten), Bern 1933 (Kopien aus dem Archiv der Sullana AG [Wetzikon]).

185 *Id.*, Bd. 10, Sp. 490; *BfG* 1916, S. 202.

186 Vgl. *BfG* 1917, S. 142.

strie und damit der Volkswirtschaft soll möglichst viel geraucht werden.»¹⁸⁷

4.2. Rauchen ist gefährlich:

der Krebs im Brennpunkt tabakfeindlicher Bestrebungen

Obwohl die Entdeckung des Lungenkrebses an sich recht früh erfolgte, tauchen im *medizinischen Diskurs* erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts ausführlichere Untersuchungen zu diesem Problem auf¹⁸⁸. Bereits in den 1930er Jahren¹⁸⁹ widmeten sich verschiedene Forscher dem Problem der Verbindung zwischen Teer und Krebs bzw. zwischen Tabakrauch und Krebs¹⁹⁰. So entwickelte sich allmählich die dominierende Fragestellung, «ob der Tabakrauch bzw. der Tabakteer krebserzeugend wirkt oder nicht»¹⁹¹. Allerdings verblieb der Konnex zwischen Rauchen und Lungenkrebs während der 40er Jahre weitgehend im Stadium klinischer Vermutungen und Hypothesen – erst nach dem Zweiten Weltkrieg wurde er als Forschungspostulat relevant und ab den 50er Jahren in grösseren *controlled studies*¹⁹² genauer untersucht. Damit erfuhr die Krebsfrage in der medizinischen Fachöffentlichkeit zum erstenmal eine grössere Resonanz¹⁹³.

Die Frage nach der Karzinogenität von Teer gelangte grösserenteils über die Arbeits- und Berufsmedizin in den weiteren medizinischen Diskurs:

187 Alle Zitate aus: Protokoll der Sitzung der Grossen Expertenkonferenz zur Begutachtung des (...) Entwurfes zu einem Bundesgesetz betreffend die Tabakbesteuerung, 18./20. Mai 1927 (Bundesarchiv, 6350B/6, Schachtel 89).

188 Ronald G. Vincent, «Lung Cancer – an Overview», in: T. E. Williams, H. E. Wilson, D. S. Yohn: *Perspectives in Lung Cancer*, 1977, nennt als erste systematische Studien diejenigen von Sehrt (1902) und I. A. M. Adler (1912) (nach: James S. Olson: *The History of Cancer. An Annotated Bibliography*, New York/Westport/London 1989, S. 237).

189 Erste Vermutungen eines Kausalkonnexes hatte bereits B. W. Richardson: *For and against Tobacco*, London 1865, S. 75, geäussert (nach: A. Borbély: «Die neuen Ergebnisse über die gesundheitsschädigende Wirkung des Zigarettenrauchens [...]», in: *Zeitschrift für Präventivmedizin* [ZfP], 1965, S. 114–139, hier S. 114 und 139).

190 Die medizinhistorischen Abhandlungen und die medizinischen Quellen nennen verschiedene bahnbrechende Arbeiten; im deutschen Sprachraum wegweisend waren namentlich diejenigen von Angel H. Roffo 1930, 1931, 1932 und 1936 sowie v.a. 1937 (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, S. 1267ff.) und F. H. Müller (*Zeitschrift für Krebsforschung*, 1939, S. 57ff.).

191 H. R. Schinz, J. Wellauer: «Vom Rauchen und vom Krebs», in: *GuW*, 1955, S. 521.

192 Klassisch zu nennen ist hier die Studie von Ernst L. Wynder und Evarts Graham von 1950 («Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchogenic carcinoma. A study of 684 proved cases», in: *Journal of the American Medical Association*, 1950, S. 329ff.), welche wohl erstmals, gestützt auf breitere Untersuchungen, eine direkte Korrelation zwischen Rauchen und Lungenkrebs postulierte.

193 Mit einiger Bitternis stellte Fritz Lickint: *Ätiologie und Prophylaxe des Lungenkrebses als ein Problem der Gewerbehygiene und des Tabakrauches*, Dresden 1953, fest: «Nachdem ich bereits im Jahre 1929 in der Zeitschrift für Krebsforschung in einer grösseren Arbeit über «Tabak und Tabakrauch als ätiologischer Faktor des Karzinoms» auch näher auf die entsprechenden Beziehungen des Tabakgebrauchs auf den Lungenkrebs eingegangen war, erschienen wohl einige zustimmende Arbeiten und Notizen im deutschen Schrifttum (...); die Mehrzahl der Ärzte blieb jedoch desinteressiert oder sogar ausdrücklich ablehnend.» (S. VII).

Vor allem der Schornsteinfeger-Krebs¹⁹⁴ hatte die Forschung seit dem letzten Viertel des 19. Jahrhunderts intensiv beschäftigt. Tierversuche mit Russ und Steinkohlenteer führten in direkter Folge zu solchen mit Tabakteer, wie sie beispielsweise vom argentinischen Mediziner Angel H. Roffo in den 30er Jahren angestellt worden sind¹⁹⁵. Deren Rezeption war in der Ärzteschaft wie in krebsforschenden Kreisen mit wenigen Ausnahmen eher schleppend – ganz im Gegensatz zur Tabakindustrie¹⁹⁶. Noch am Ende der 40er Jahre¹⁹⁷ wurden medizinischerseits mögliche Zusammenhänge zwischen Rauchen und Krebs weitgehend ausgeschlossen. Dies, obwohl eine von der Nationalliga für Krebsbekämpfung veranlasste «Schweizerische Erhebung über maligne Tumoren 1933–1935» bereits ein Überwiegen des Lungenkrebses bei Männern, und zwar vor allem bei «starken Rauchern (66,7%)»¹⁹⁸ festgestellt hatte. Erst anfangs der 50er Jahre widmete sich die Krebsforschung dem Problem auf einer breiteren Basis¹⁹⁹. Nach den richtungsweisenden²⁰⁰ Arbeiten von Wynder und seinen Mitautoren²⁰¹ stieg nicht nur die Zahl der Untersuchungen zum Thema weltweit sprunghaft an, auch ältere Forschungen, wie etwa diejenigen Fritz Lickints zu tabakrauchbedingtem Krebsvorkommen beim Menschen im Bereich der von ihm so genannten «Rauchstrasse» wurden nun angemessen rezipiert. Auch in der Schweiz widmeten sich in diesem Jahrzehnt zahlreiche namhafte Mediziner den Auswirkungen der im Tabakrauch enthaltenen Stoffe, besonders der Teerstoffe²⁰², auf den men-

194 Der früheste, 1775 durch Percival Pott entdeckte Krebs.

195 Die Wirkungen des Tabakteers auf Versuchstiere reflektieren Schinz, Wellauer (*GuW*, 1955, S. 521–524) eingehend und kritisch: «Der Tabakteer ist allerdings nach unseren heutigen Erfahrungen ein nur schwacher kanzerogener Stoff im Vergleich mit dem Steinkohlenteer, mit geringer Ausbeute und langer Latenzzeit im biologischen Versuch.» (S. 523).

196 So bereits 1944 in der *Memphis-Post* 8; diese reagierte darauf, dass «aus der Feder eines argentinischen Professors (?)» (mit grösster Wahrscheinlichkeit handelt sich dabei um Roffo) «der Tabakteer (sic!) (...) eindeutig als die Ursache des Krebses des Mundes und der Atmungsorgane hingestellt worden» ist. Noch deutlicher Ernst Hanhart in seinem Beitrag «Tabak und Nikotin» (in: *Das Buch vom Tabak*, S. 114–129, welches von Alfred Pezolt, dem Präsidenten des Schweizerischen Tabakverbandes herausgegeben wurde). Hanhart nimmt nicht nur explizit Bezug auf Lickint (S. 121), sondern verweist ebenso bereits auf die erhöhte Anfälligkeit für «Bronchialkrebs» bei inhalierenden «unmässigen Rauchern» (S. 127).

197 Vgl. die Ausführungen von V. Müller-Türcke: *Krebsbekämpfung*.

198 Über die von Rudolf von Fellenberg erstellte Studie vgl.: Carl Wegelin: *Geschichte der Schweizerischen Nationalliga für Krebsbekämpfung und Krebsforschung*, Basel/New York 1959, S. 31.

199 Namentlich in England, den USA, Frankreich, Deutschland und der Schweiz (vgl. die Angaben bei Lickint: *Lungenkrebs*, S. VIIIff.).

200 Olson: *History of Cancer*, S. 122, spricht mit Bezug auf die Arbeit von 1950 (vgl. Anm. 192) von einem «landmark article».

201 So z.B.: E. L. Wynder, E. A. Graham, A. B. Croninger: «Experimental production of carcinoma with cigarette tar», in: *Cancer Research*, 1953, S. 855ff. oder E. L. Wynder, G. Wright: «Studies on the identification of carcinogens in cigarette tar», in: *Proceedings of the American Association for Cancer Research*, 1956, S. 159ff.

202 Tabak-, namentlich Zigarettenrauch wird in der Forschung in zwei Phasen unterteilt: Eine Gasphase, die u.a. Stickstoffoxyd, Ammoniak, gasförmige Nitrosamine, Blausäure, Methanol, verschiedene Aldehyde und v.a. Kohlenmonoxyd enthält (Hess: *Rauchen*, S. 58) – letzterem

schlichen Organismus. Als erste veröffentlichten 1950 Edgar Schorer²⁰³, 1951 Kurt Schärer und Otto Gsell (Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Basel)²⁰⁴ sowie etwas später Hans Rudolf Schinz (Direktor der Radiologischen Klinik der Universität Zürich)²⁰⁵ einschlägige Untersuchungen. Alle Autoren stellten eine Beziehung zwischen Rauchen und Lungenkrebs oder genauer: dem Bronchialkarzinom her, wenngleich in unterschiedlicher Konsequenz: Während Schorer nicht nur auf die Unterschiede zwischen Laborbedingungen und Realität hinwies, sondern auch darauf, dass «das Rauchen unmöglich zum einzigen Faktor, zum Generalschuldigen für die Krebsentstehung gemacht werden kann»²⁰⁶, sprach Gsell von einer «Begünstigung für die Krebsentstehung» bei der Inhalation von täglich 20 Zigaretten (bzw. «deren Äquivalenten an Zigaretten oder Pfeifentabak») «über manche Jahre»²⁰⁷; Schinz und Wellauer schliesslich konstatierten «eine eindeutige Korrelation zwischen Tabakrauchen und Krebs, speziell zwischen Intensität und Dauer des Zigarettenrauchens und der Entwicklung des Bronchialkarzinoms»²⁰⁸. Ein weiterer Untersuchungsfaktor war die durch Tabakrauch, aber auch andere Stoffe «verschmutzte Luft». Schon bei Gsell²⁰⁹ kurz angesprochen, wurde diese «Luftverseuchung» ausführlich von S. Neukomm, dem Direktor des Service de Recherches des Centre anticancéreux romand, dargestellt²¹⁰. Sehr früh beschäftigte schliesslich auch das Kohlenmonoxyd die medizinische Raucherforschung. So verwiesen bereits J. Im Obersteg und M. Schoch-Kanter²¹¹ auf diesen Risikofaktor.

werden v.a. Beeinträchtigungen der Kreislauf- und Herztätigkeit zugeschrieben –, sowie eine Teilchenphase. Diese enthält Wasserdampf, Nikotin und Teer. Als Teer oder Kondensat bezeichnet man den gesamten Restbestand der Teilchenphase nach Abzug von Wasser und Nikotin. Der Restbestand besteht u.a. aus Amininen, Phenolen und teilchenförmigen Nitrosaminen sowie polyzyklischen Kohlenwasserstoffen, darunter der klassische Krebserzeuger 3,4-Benzpyren (*ebd.*, S. 59).

203 Edgar Schorer: «Krebs und Tabak», in: *GuW*, 1950, S. 41ff.

204 Otto Gsell: «Bronchialkarzinom und Tabak», in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1951, S. 662ff., sowie zahlreiche weitere Veröffentlichungen, u.a.: «Tabak und Krebs», in: *Oncologia*, 1957, S. 157ff.

205 H. R. Schinz, J. Wellauer: «Vom Rauchen und vom Krebs», in: *GuW*, 1955, S. 515ff.

206 Schorer: *Krebs und Tabak*, S. 43. Schorer empfiehlt gegen die «Unsitte» des Zigarettenrauchens von Frauen Ersatz mit gleicher Wirkung: «ein Glas kühle Ovomaltine, ein Gläschen unvergorener Traubensaft, ein paar herrlich reife Pfirsiche» (S. 48).

207 Gsell: *Tabak und Krebs*, S. 177. Für ihn sind 18–22% der Männer und 1–4,5% der Frauen krebsanfällig. Er warnt indessen angesichts einer Graphik, welche zwei praktisch verlaufsidentische Kurven über Sterbefälle an Karzinom der Bronchien und Lungen und Zigarettenproduktion zeigt, «vorerst vor irgendwelchen Schlüssen auf kausale Verkettung» (S. 174).

208 Schinz, Wellauer: *Vom Rauchen*, S. 535.

209 Gsell: *Tabak und Krebs*, S. 178.

210 U.a. S. Neukomm: «Recherches expérimentales sur le pouvoir cancérogène de la fumée du tabac et d'autres polluants de l'atmosphère», in: *Oncologia*, 1957, S. 137ff.; ders.: «Untersuchungen über die Rolle der Luftverseuchung und besonders des Tabakrauches in der Ätiologie des Lungenkrebses», in: *Oncologia*, 1960, S. 252ff.

211 J. Im Obersteg, M. Schoch-Kanter: «Die Kohlenoxydaufnahme bei Rauchern und Nichtraucher», in: *GuW*, 1951, S. 89ff.

Der Diskurs über die mögliche Beförderung des Lungenkrebses durch Tabakrauch blieb in der Folge nicht nur auf die Medizin beschränkt, sondern drang da und dort auch an die Öffentlichkeit durch. Breitenwirkung erfuhr diese Frage in der Schweiz wohl erstmals durch einen Vortrag von Fritz Lickint, der am 16. Januar 1957 zur besten Sendezeit von Radio Beromünster ausgestrahlt wurde und einige Unruhe in die Tabakindustrie brachte²¹². Entscheidend intensiviert wurde die Krebsdiskussion durch den sogenannten Terry-Report, den vom US-amerikanischen *Surgeon General's Advisory Committee* 1964 publizierten «Report on Smoking and Health», der weltweit Aufmerksamkeit und eine nicht geringe Irritation der Zigarettenindustrie hervorrief²¹³.

Die zunehmende Problematisierung des Tabakkonsums durch die Medizin ging einher mit dessen endgültiger Umwertung von der Lust zur Sucht: «Im Gespräch über Süchtigkeit denken wir im allgemeinen an Toxikomanien, insbesondere Rauschgiftsüchte, wozu wir etwas vorschnell auch die sogenannte Nikotinomanie zu rechnen pflegen.»²¹⁴ In diesem tiefenpsychologisch fundierten Ansatz unterschied Aloys Orelli 1955 zwischen Nikotinsucht und Rauchsucht. Während erstere eine Abhängigkeit von den Inhaltsstoffen des Rauchgutes bezeichne, diene letztere der oralen Lustbefriedigung²¹⁵. Sie stelle eine «gutartige Pyromanie»²¹⁶ dar, eine «symbolische Handlung», «einen Ritus, in welchem sich der Raucher seine Autonomie, seine Freiheit und Selbstherrlichkeit bestätigt»²¹⁷. Rauchen, so die Quintessenz, bereite Lust und werde damit zum geeigneten Suchtobjekt. Neben solchen Ansätzen wurden schon damals auch differenziertere Zugänge erarbeitet: «Der Nikotingenuss ist bei vielen chronischen Rauchern der Ausdruck einer polyätiologisch determinierten, der Schwere nach unterschiedlichen Nikotingewöhnung und -sucht, bei welcher eine grosse Zahl von Faktoren und Motiven eine Rolle spielt.»²¹⁸ Rauchen stehe demnach in einem Spannungsfeld von «Genuss», «Gewöhnung» und «Sucht», woraus eine eigentliche Rauchertypologie resultiere, deren Skalenschritte «Genussraucher», «Gewohnheitsraucher», «Gewöhnungsraucher», «Suchtraucher» und «neurotische Raucher» sowie

212 Bundesarchiv, 6350B/1976/14, Schachtel 29.

213 Vgl. Hess: *Rauchen*, S. 55 (in den USA müssen die Zigarettenpackungen seither einen Warnaufdruck tragen).

214 Aloys von Orelli: «Vom Rauchen und anderen Süchten», in: *GuW*, 1955, S. 536–551, hier S. 536.

215 «(...) in reiner Form beim Kauen von Kaugummi und Streichhölzern (zu finden)» (*ebd.*, S. 537).

216 *Ebd.* S. 538.

217 *Ebd.* S. 539.

218 K. Jochum, F. Jost: «Nikotinsucht und ihre Behandlung», in: *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1961, S. 618–622, hier S. 618.

als gesonderte Kategorie – «Nichtraucher» umfassten²¹⁹. Mit der Umwertung des Rauchens zur Sucht stellte sich auch die Frage der Entwöhnung. So wurden seit den 60er Jahren einerseits therapeutische Angebote bereitgestellt, andererseits Nikotinentwöhnungsmittel lanciert, zu Beginn der 60er Jahre namentlich *Lobelin*²²⁰.

Am Anfang der 70er Jahre formierte sich die *Anti-Tabak-Bewegung* neu, wobei sie zur Legitimierung ihrer Bestrebungen einerseits – und in erster Linie – auf die medizinischen Erkenntnisse zurückgriff, die in den 50er und 60er Jahren gewonnen worden waren, andererseits aber auch – mindestens teilweise und implizit – die Anstösse aufnahm, die die stark ideologisch-ethisch geprägte Pionierorganisation Oettlis gegeben hatte. Auf Anregung der beiden grossen präventivmedizinischen Organisationen der Schweiz, nämlich der Krebsliga und der Vereinigung gegen die Tuberkulose, kam es am 8. Februar 1973 zum Schulterschluss der tabakfeindlichen Organisationen der Schweiz, zur Gründung der *Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft zur Koordination der Bekämpfung des Tabakmissbrauchs* (heute kurz: Arbeitsgemeinschaft Tabakmissbrauch AT)²²¹. Erster Präsident der AT wurde (bis 1991) der Berner Mediziner Theodor Abelin: Nachdem er sich schon 1961 als 26jähriger mit dem «Tabakproblem» beschäftigt hatte²²², ging er für mehrere Jahre in die USA, wo er die ersten Erfolge der dort bereits mächtigen Anti-Tabak-Bewegung mitverfolgen konnte; 1971 als Direktor des neu geschaffenen Instituts für Sozial- und Präventivmedizin nach Bern zurückgekehrt, versuchte er in einer Art horizontalem Kulturtransfer, in der Schweiz das zu verwirklichen, was er als die «grösste Chance der Präventivmedizin»²²³ ansah – die «Eindämmung der Rauchepidemie»²²⁴.

Als *spiritus rector* der AT wirkte 1971 der Direktor des Bundesamtes für Gesundheitswesen, Arnold Sauter: Er legte dem Präsidenten der Vereinigung gegen die Tuberkulose nahe, bei Antitabak-Aktionen künftig mit der

219 F. Jost, K. Jochum, J. Tuba: «Rauchergewohnheiten und Nikotinentwöhnung. Praktische nervenärztliche Grundlagen und Erfahrungen», in: *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1961, S. 727–735.

220 Vgl. u.a.: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1959, S. 1121; H. Schievelbein: «Zur Wirkung von Lobelin bei der Nikotinentwöhnung», in: *Medizinische Klinik*, 1963, S. 880–882.

221 Weitere Gründungsmitglieder waren: die Schweizerische Kardiologische Gesellschaft, die Stiftung für Konsumentenschutz, die Schweizerische Zentralstelle gegen den Alkoholismus sowie das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen.

222 Vgl. Theodor Abelin: «Rauchen als Ursache von Lungenkrebs», in: *ZfP*, 1961, S. 349–366.

223 Ders.: «Die Organisation des Kampfes gegen das Rauchen in den USA», in: *Tuberkulose und Lungenkrankheiten. Beilage C zum Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes*, Nr. 1/1973, S. 1–6, hier S. 6.

224 Ders.: «Rauchen oder Gesundheit – Rückblick und Ausblick», in: *Sozial- und Präventivmedizin (SPM)*, 1980, S. 98/99.

Krebsliga zu kooperieren²²⁵. Die Infektionskrankheit Tuberkulose, deren Ausbreitung durch die soziale Verelendung am Ende des 19. Jahrhunderts gefördert worden war, hatte sich mit dem Übergang zur Wohlstandsgesellschaft mehr oder weniger überlebt²²⁶. Als sich in den 50er Jahren die Betten der Tbc-Kliniken zu leeren begannen, mussten sich die Funktionäre der gut ausgebauten und seit 1929 gesetzlich verankerten Tbc-Fürsorge auf die Suche nach neuen Aufgaben machen²²⁷. Ende der 50er Jahre fingen die Tbc-Sanatorien an, auch nicht-tuberkulöse Chronischkranke aufzunehmen, und 1963 verordneten sich die auf Tbc spezialisierten Ärzte eine «Erweiterung (ihres) Problemkreises auf andere Lungenkrankheiten»²²⁸. Ins Blickfeld der Vereinigung gegen die Tuberkulose geriet nun die Tabakfrage²²⁹, und als die Vereinigung 1971 die Ausweitung ihrer Tätigkeit auf nicht-tuberkulöse Lungenkrankheiten beschloss, erhielt der Kampf gegen den «Tabakabusus», diese «wohl bedeutendste Ursache von Erkrankungen auf dem Gebiet der nicht-tuberkulösen Lungenkrankheiten»²³⁰, höchste Priorität. Anfänglich führte denn auch die – wie sie sich nun nannte – Vereinigung gegen die Tuberkulose *und* Lungenkrankheiten das Sekretariat der AT.

Ihr zweites wichtiges Standbein erhielt die AT in der Schweizerischen Krebsliga (SKL), die zwar schon 1956 einen wissenschaftlichen Kongress zum Thema Rauchen organisiert hatte, deren präventivmedizinisches Engagement in diesem Bereich jedoch bis in die Mitte der 70er Jahre bescheiden blieb und sich auf den Vertrieb von Merkblättern, Tonbildschauen und Filmen («Der Tod gibt eine Party», 1965) beschränkte. Vor einer allzu publicityträchtigen Unterstützung der AT schreckte der Vorstand der Krebsliga zurück, fürchtete er doch angesichts einer noch weitgehend tabakfreundlichen Öffentlichkeit den Verlust eigener Mitglieder und Einbussen bei den Spenden²³¹.

Die finanzielle Situation der AT war anfänglich äusserst prekär, da

225 Vgl. Archiv der Schweizerischen Krebsliga (Ordner A 3.3; die Präsidentin der aargauischen Frauenliga zur Bekämpfung der Tuberkulose an den Präsidenten der Tuberkulose-Vereinigung). Bundesamt für Gesundheitswesen: damals noch «Eidgenössisches Gesundheitsamt».

226 Vgl. Rodolphe de Haller: «La tuberculose hier et aujourd'hui», in: *Air pur, eau claire, préservatif. Tuberculose, alcoolisme, sida: une histoire comparée de la prévention*, hrsg. von Elena Gottraux-Biancardi, Lausanne 1992, S. 15–31.

227 «Ja, manche Heilstättenbehörde hat sich in den letzten Jahren mit der Knacknuss der leeren Betten wesentlich mehr beschäftigt als mit den Problemen, die sich jeweils mit den besetzten Betten ergaben» (aus: Die Zukunft der schweizerischen Tuberkuloseheilstätten, Einleitung, in: *Blätter gegen die Tuberkulose. Beilage C zum Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes*, Nr. 12/1962, S. 261).

228 Vgl. *Blätter gegen die Tuberkulose*, Nr. 6/1964, S. 121.

229 *Ebd.*, Nr. 2/1966, S. 37ff. sowie Nr. 9/1967, S. 213ff.

230 Vgl. *Tuberkulose und Lungenkrankheiten*, Nr. 3/1972, S. 40.

231 Brigitte Bleiber, Antonio Di Nicola: *Die Öffentlichkeitsarbeit der Schweizerischen Krebsliga von 1910 bis 1985*, Diss. Bern 1991 (MS), S. 127; et passim.

Bundesrat Tschudi 1973 ein Subventionsgesuch abschlägig beschieden hatte²³² und sich die Krebsliga bis 1976/77 finanziell zurückhielt. Die AT zählt mittlerweile 75 Organisationen und Institutionen, doch ihre Koordinationsfunktion kann sie bei einem Budget von bloss 350 000 Franken nur mit viel Mühe wahrnehmen. Das könnte sich bei einer Annahme der «Volksinitiative zur Verminderung der Tabakprobleme» (der einen der beiden sogenannten Zwillingsinitiativen) schlagartig ändern, verlangt diese doch neben einem Werbeverbot «mindestens ein Prozent» der Tabaksteuer (das wären momentan rund zehn Millionen Franken) «zur Verhütung tabakbedingter Krankheiten». Vorderhand bleibt das Verhältnis der AT zum Staat ungeklärt, unter anderem deshalb, weil ein Präventivgesetz fehlt (die entsprechenden Vorarbeiten wurden 1983 eingestellt): Zwar arbeitet die AT mit dem Bundesamt für Gesundheitswesen zusammen – so beim Tag des Nichtrauchens –, Bundesgeld erhält sie jedoch nicht; einzelne Kantone wiederum überlassen der AT einen Teil ihres «Alkoholzehntels»; ausserdem sind die meisten Organisationen aus dem Gesundheitswesen, die der AT angehören, ihrerseits auf die Unterstützung der öffentlichen Hand angewiesen²³³.

Während die AT in erster Linie als Koordinations- und Dokumentationsstelle fungiert sowie tabakpolitisches *lobbying* betreibt, widmet sich die *Schweizerische Arbeitsgemeinschaft Nichtrauchen (SAN)* der öffentlichkeitsorientierten Basisarbeit. Die SAN, Ende 1976 zur Entlastung der AT gegründet, zählt heute 4000 Mitglieder²³⁴ und vertritt unter anderem die Rechte der Nicht-Raucher, indem sie sich zum Beispiel um die Schaffung rauchfreier Zonen bemüht. In ihr sowie in anderen tabakabstinenten Organisationen²³⁵ ist das ideologisch-ethische Gedankengut, das für die frühe Anti-Tabak-Bewegung charakteristisch war, teilweise noch lebendig. Grundsätzlich jedoch versucht sich die Anti-Tabak-Bewegung der Gegenwart von diesem Erbe loszusagen. Hatten die Tabakgegner das Rauchen einst als «moralisch verwerflich» attackiert, geben sie sich heute hedonistisch und verkünden im Bewusstsein um die alltagskulturellen Funktionen des von ihnen angefeindeten Verhaltens und in einem taktischen Salto die «Neue Lust am Nicht-Rauchen» (so das Motto der Nichtrauchertage 1992 und 1993). Noch am Ende der 70er Jahre stiessen Plakate mit rauchenden Skeletten oder zigarettenbestückten Revolvern die Raucher vor

232 Vgl. *AT-Jahresbericht*, 1973, Blatt 2.

233 Vgl. dazu die Jahresberichte und Tätigkeitsprogramme der AT (Bern 1972–1992).

234 Auskunft von Reto Lötscher, Präsident SAN-Zürich, 4. 5. 1993. Die AT hat im Gegensatz zur SAN nur Kollektivmitglieder.

235 Zu den Gruppierungen, die sich der AT angeschlossen haben, gehören u.a. auch die «Liga Leben und Gesundheit» (ein Ableger der Adventmission), die «organisation naturiste suisse» und der «Basler Lichtkreis».

den Kopf²³⁶; heute wirbt ein roter Mund auf englisch dafür, eine Nicht-raucherin zu küssen – und den Unterschied zu geniessen. Schon 1979, im Abstimmungskampf um die «Volksinitiative gegen die Suchtmittelreklame», die von der Guttempler-Jugend, also vom ideologisch-ethischen Lager der Tabakgegner, lanciert worden war, hielt sich die vorwiegend medizinisch argumentierende AT eher zurück²³⁷. Die Krebsliga unterstützte die Initianten zwar mit einem namhaften Betrag, weigerte sich aber, eine offizielle Stimmempfehlung abzugeben²³⁸.

Darüber, welche sozialen Gruppen hinter der Anti-Tabak-Bewegung stehen, lassen sich vorläufig nur einige Hypothesen formulieren. Zu den treibenden Kräften gehören wohl in erster Linie die direkt Interessierten, beispielsweise die Anbieter von therapeutischen Entwöhnungskuren, dann ein beachtlicher Teil der Ärzteschaft sowie jene Gruppen, die am Aus- und Umbau des Sozialstaates zu einem präventiv agierenden Gesundheitsstaat²³⁹ interessiert sind. Für eine Erhöhung der Tabaksteuer werden sich wohl vor allem Angehörige der nicht oder wenig rauchenden Mittelschichten stark machen, können sie doch so ihre Steuerlast auf Kosten der Raucher reduzieren²⁴⁰.

Zwar war die schweizerische *Tabakindustrie* Mitte der 1940er Jahre noch vor der Medizin auf die Verbindung von Rauchen und Krebs eingegangen²⁴¹, sie setzte sich in der Folge allerdings recht grosszügig über die ersten umfangreichen medizinischen Arbeiten zum Zusammenhang zwischen Rauchen und Krebs hinweg²⁴² und verwies zur Erklärung der erhöhten Lungenkrebsmortalität auf die «Auspuffgase», «die man entlang einer belebten Grossstadtstrasse einatmen muss»²⁴³. Erst durch den Ter-

236 Vgl. Bleiber, Di Nicola: *Öffentlichkeitsarbeit*, S. 131.

237 Der Vater der Initiative, Fritz Ganser, war – laut Auskunft vom 5. 5. 1993 – über das Engagement des medizinisch argumentierenden Lagers «schon ein wenig enttäuscht».

238 Bleiber, Di Nicola: *Öffentlichkeitsarbeit*, S. 141.

239 Vgl. Alfons Labisch: «Der präventive Staat oder Kraft durch Freude – eine kritische Bestandsaufnahme (zur Funktion der Gesundheit in Industriegesellschaften)», in: *Drogalkohol*, 1986, S. 71–89.

240 Vgl. für die USA: Peter L. Berger: «A Sociological View of the Antismoking Phenomenon», in: *Smoking and Society*, hrsg. von Robert D. Tollison, Lexington 1986, S. 225–240. Zum Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Rauchverhalten in der Schweiz vgl. u.a.: Jann Cloetta: «Rauchgewohnheiten nach sozio-ökonomischen Faktoren», in: *SPM*, 1987, S. 243–245.

241 Vgl. Anm. 196.

242 Vgl.: Léon Burrus: *Le rôle du tabac en Suisse au XX^e siècle*, Lausanne [1971 o. 1972]. Burrus meint, dass im Gegensatz zu den heftigen Reaktionen von Presse und Öffentlichkeit in den USA in der Schweiz in den 50er Jahren nur eine flüchtige Neugier vorgeherrscht habe (S. 64).

243 Vgl. den Brief der Fabriques de tabac réunies S.A. an die Oberzolldirektion (24. 1. 1957) (Bundesarchiv, 6350B/1976/14, Schachtel 29): «Die These, dass das Rauchen Lungenkrebs verursachen kann, (scheint) sich absolut nicht zu bewahrheiten.»

ry-Report sah sie sich unter Handlungsdruck gesetzt²⁴⁴. In der Folge finanzierte die *Vereinigung der Zigarettenfabrikanten* verschiedene Forschungsvorhaben zum Krebs an namhaften Universitätsinstituten der Schweiz, so ab 1965 am Institut für Hygiene und Arbeitsphysiologie der ETH Zürich, ab 1967 am Schweizerischen Institut für Krebsforschung in Lausanne und 1970 am Anatomischen Institut der Universität Zürich²⁴⁵. Ausserdem wurde 1961 – analog zum American Tobacco Institute und zum Forschungsinstitut der Zigarettenindustrie in Hamburg²⁴⁶ – eine medizinisch-naturwissenschaftliche Kommission aus Vertretern der Tabakindustrie²⁴⁷ gegründet, deren Vorsitz Mitte der 60er Jahre Professor Karl Bättig vom Hygieneinstitut der ETH übernahm. Ziel der Bestrebungen dieser Institution war die Entschärfung der medizinischen Kritik am Rauchen etwa durch Arbeiten zur Wirksamkeit des Tabakfilters²⁴⁸ oder aber auch durch das Hervorheben positiver Eigenschaften des Tabaks. So untersuchte Bättig 1968 in einer Wassertonne die – wie er annahm – leistungssteigernde «Wirkung von Nikotin auf die Schwimmausdauer testgewöhnter Ratten»²⁴⁹. Die Kritik am medizinischen Diskurs durch die Tabakindustrie hält bis heute an. In der Festschrift der *Firma Villiger Söhne AG* zum Beispiel werden 1988 sowohl der Kausalkonnex zwischen Rauchen und Krebs als auch Arbeiten zum Passivrauchen kritisch betrachtet²⁵⁰.

Entgegen der ursprünglichen Annahme, die medizinische Kritik am Rauchen habe kaum Auswirkungen auf das *Verhalten der Rauchenden*²⁵¹, sind mittlerweile doch einige gravierende Veränderungen festzustellen, wobei grundsätzlich zwischen drei möglichen Reaktionen unterschieden werden kann: Aufhören, Substituieren und Weiterräumen.

244 Burrus: *Le rôle du tabac*, S. 65, schreibt von der «attitude de l'industrie face à la polémique «Fumée et Santé»».

245 *Ebd.*, S. 66.

246 Welches im übrigen wegen seiner teilweise den Interessen der finanzierenden Tabakindustrie zuwiderlaufenden Forschungsergebnisse geschlossen wurde (vgl. E. Voges: *Tobacco Encyclopedia*, Mainz 1984, S. 459–463).

247 Vertreten waren in den ersten zehn Jahren die Firmen Burrus, Rinsoz & Ormond, Ed. Laurens, Vereinigte Tabakfabriken, British American Tobacco (vgl. Burrus: *Le rôle du tabac*, S. 66).

248 P. Waltz, M. Häusermann: «Neuzeitliche Filterzigaretten und ihre Auswirkungen auf die Rauchgewohnheiten und Rauchinhaltsstoffe», in: *ZfP*, 1963, S. 73–98 (Häusermann ist Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission).

249 Vgl. u.a. die Arbeiten von K. Bättig: «Die Wirkung von Nikotin auf die Schwimmausdauer testgewöhnter Ratten», in: *ZfP*, 1968, S. 111–121; ders.: «Die Wirkung von Nikotin auf die Schwimmgeschwindigkeit trainierter Ratten», in: *ZfP*, 1968, S. 193–194.

250 Heinrich Villiger: «Rauchen, Gesundheit und Toleranz», in: «*Rauchzeichen*», FS Villiger 1888–1988, o.O. und o.J., unpag.

251 Abelin, «Aktuelles aus...», in: *Schweizerische Rundschau für Medizin*, 1989, S. 89.

Ein Trend zum Aufhören besteht, wie oben dargestellt, tatsächlich. Schon in der Mitte der 70er Jahre wurde die Zahl der ehemaligen Raucherinnen und Raucher auf Grund einer repräsentativen Umfrage auf mindestens 700 000 geschätzt²⁵². Robert Leu konnte zu Beginn der 80er Jahre zeigen, dass sowohl Anti-Tabak-Kampagnen als auch Steuererhöhungen den Tabakkonsum dauerhaft zu reduzieren vermögen²⁵³. AT-Präsident Abelin sprach 1980 im Zusammenhang mit dem Weltgesundheitstag zum Thema «Rauchen oder Gesundheit» von einem «Stimmungswandel» – der Kreis der interessierten Organisationen sei grösser geworden und wichtige Geldgeber würden nun nicht mehr, wie noch 1973 bei einer Tagung über den Tabakmissbrauch, darauf bestehen, anonym zu bleiben²⁵⁴. Detaillierte Untersuchungen über die sozialgruppen- und milieuspezifische Zusammensetzung der Aufhörwilligen sowie über deren Motive fehlen, und die Industrie, die solche Studien im Rahmen ihrer üblichen Marktforschung durchgeführt haben dürfte, hält diese unter Verschluss – uns bleibt an dieser Stelle lediglich die Möglichkeit, als Forschungsdesiderat auf das Erinnerungspotential der Ex-Raucher hinzuweisen, das mit den Methoden der *oral history* erschlossen werden könnte²⁵⁵.

Neben dem Aufhören ist auch das Ausweichen auf andere, weniger diskreditierte Genussmittel denkbar. Die Präventivmedizin empfahl schon früh «Ersatzschablonen» zur Substitution der Rauchermotorik und des Rauchzeremoniells – zu diesen zählte sie den klassischen, mit dem Kautabak verwandten Kaugummi ebenso wie Hobbys und das Umstellen auf «konstruktive Süchtigkeiten (Markensammeln u. ä.)»²⁵⁶.

Ein möglicher Zusammenhang zwischen dem Konsum von Tabak und dem Konsum anderer Genussmittel (Kaffee, Tee, Zucker, Haschisch usw.) kann vorläufig bloss vermutet werden²⁵⁷. Substitutionsprodukte spielen schliesslich auch in der Entwöhnung eine wichtige Rolle. Hier hat die pharmazeutische Industrie ein lukratives Feld entdeckt, das sie zum Verbündeten der Anti-Tabak-Bewegung werden lassen könnte²⁵⁸.

252 Th. Abelin, P. Wüthrich: «Repräsentativerhebung über die Rauchgewohnheiten in der deutsch-, französisch- und romanischsprachigen Schweiz 1975», in: *SPM*, 1976, S. 17–23.

253 Vgl. Robert E. Leu: «Effektivität und Effizienz präventiver Programme gegen das Rauchen», in: *Drogalkohol*, 1982, S. 19–30.

254 Vgl. Theodor Abelin: «Rauchen oder Gesundheit – Rückblick und Ausblick», in: *SPM*, 1980, S. 98/99.

255 Hingewiesen sei auch auf einen weiteren Quellenbestand: auf die Unterlagen von Entwöhnungskursen, die zum Beispiel bei der Bernischen Arbeitsgemeinschaft Nichtraucher BAN archiviert werden.

256 Jost, Jochum, Tuba: *Rauchergewohnheiten*, S. 25.

257 Eine integrale Betrachtung des Komplexes «Genussmittel» steht – abgesehen von einzelnen, eher fragmentarischen Ansätzen (z.B. Schivelbusch: *Das Paradies*) – noch aus.

258 Das erste schweizerische Symposium zur Raucherentwöhnung, zu dem u.a. der Apothekerverein und die Verbindung der Schweizer Ärzte eingeladen hatten, wurde von der Firma

Selbst jene Raucher, die – und damit wären wir bei der dritten Möglichkeit – dem Tabak bislang die Treue halten, haben sich von den Bemühungen der Anti-Tabak-Bewegung beeinflussen lassen. Zu ihren Reaktionen gehört die des bewussten, mitunter auch passionierten Geniessens, die seit den 60er Jahren in den sogenannten Rauchbrevieren verkündet wird und die damit den Puritanismus und Rigorismus der Anti-Tabak-Bewegung konterkariert²⁵⁹. Sie geht Hand in Hand mit einer anderen, ebenfalls verbreiteten Reaktion: mit der des trotzigsten Jetzt-erst-recht, die zum Beispiel zur Gründung einer – allerdings nur kurzlebigen – Raucherpartei geführt hat²⁶⁰.

Beobachten lässt sich schliesslich auch das Ausweichen vor einer möglichen Schädigung durch den Griff zur «leichten» und mit einem Filter ausgestatteten Zigarette, mit der die inkriminierte Gewohnheit unter nunmehr vermindertem Risiko sorglos weiterbestehen kann. Da der Anteil der Viel-Raucher zugenommen hat (s.o.), stellt sich allerdings die Frage, ob die Rauchenden den verminderten Schadstoffkonsum nicht kompensieren bzw. durch die Veränderung ihrer Rauchtechnik (tiefer inhalieren) sogar überkompensieren, ihre Gesundheit also mindestens ebenso stark gefährden wie vor der Einführung der Leicht- und Filter-Zigarette²⁶¹.

Der Anteil der Filterzigarette an der gesamten inländischen Produktion erhöhte sich von 5% (1942) auf 24% (1950), 75% (1960), 93% (1970) und 97% (1980)²⁶². Nirgendwo sonst in Europa erfolgte der Durchbruch zur Filterzigarette so früh wie in der Schweiz²⁶³, was, angesichts der hierzulande vergleichsweise späten Durchsetzung der Zigarette, auf den ersten Blick paradox erscheint. Unsere These geht dahin, dass die Zigarette ihren Siegeszug in der Schweiz nur deshalb so spät so erfolgreich gestalten konnte, weil ihr mit dem Filter sozusagen von Anfang an ein Mittel zur Beruhigung der durch die Nikotinfrage verunsicherten potentiellen Konsumenten und, vermutlich vor allem, Konsumentinnen zur Verfügung stand.

Ciba-Geigy (der Produzentin des Nikotinpflasters Nicorette) finanziert und organisiert (vgl. *AT-Jahresbericht*, 1991, S. 12).

259 Vgl. u.a. Gerd Schmitt-Hausser: *Das Zigaretten-Brevier für alle Freunde der «weissen Geliebten»*, München 1976, und Zino Davidoff: *Zigarren-Brevier. Von der Kunst, Zigarre zu rauchen*, München 1975 (franz. 1967).

260 Diese beteiligte sich 1988 unter dem Motto «Raucher mit Herz und Verstand» an den Berner Kommunalwahlen (vgl. *Der Bund*, 5. 10. 1988). Ebenfalls 1988 sammelte ein «Raucherclub Schweiz» 18000 Unterschriften für eine Petition, in der der Bundesrat aufgefordert wurde, «die landesweite Millionen-Kampagne gegen das Rauchen einzustellen» (vgl. *TR* 7, 5. 12. 1988). Partei und Club wurden vom Berner PR-Berater Peter Jaeggi initiiert, der sich mittlerweile auch im Abstimmungskampf um die Werbeverbots-Initiative engagiert.

261 Dazu: Hess: *Rauchen*, S. 66ff.

262 Mitgeteilt von der Eidg. Oberzolldirektion.

263 Vgl. Emil Jaeggi: *Die schweizerische Zigarettenindustrie*, Diss. Zürich 1968, S. 148.

Die Verbindung zwischen Tabak und Krebs, die infolge der Anstrengungen der Anti-Tabak-Bewegung seit gut zehn Jahren fest im öffentlichen Bewusstsein verankert ist, beeinflusst mittlerweile auch die *Tabakpolitik*, in der nach und nach gesundheitspolitische Erwägungen zum Zuge kommen. Damit setzen sich allmählich und vermehrt verwaltungsinterne und -externe Gruppen wie die AT und das Bundesamt für Gesundheitswesen gegen den Widerstand anderer Gruppen durch, namentlich gegen den Widerstand des Fiskus, der Industrie und der Pflanze, die die Tabakpolitik für sich, d. h. als Domäne der Wirtschafts- und Finanzpolitik monopolisieren wollen. Schon 1964 wurde der Bundesrat in einem Postulat aufgefordert, die «verfängliche Zigarettenreklame auf ein vernünftiges Mass zu beschränken»²⁶⁴. Es folgten zahlreiche weitere Vorstösse in dieser Richtung sowie die Volksinitiative der Guttempler-Jugend, bis sich der Bundesrat im Oktober 1978 entschloss, wenigstens jene Werbung zu verbieten, «die sich in deutlicher Weise an Minderjährige richtet»²⁶⁵. Gleichzeitig wurde der erwähnte Warnhinweis auf den Packungen obligatorisch. Um ihren guten Willen zu demonstrieren und den später dann gleichwohl realisierten gesetzlichen Bestimmungen vorzubeugen, hatte die Industrie ihre Werbung schon in der Mitte der 50er Jahre auf freiwilliger Basis reguliert. Auf Betreiben des Gesundheitsamtes der Stadt Zürich untersagte das Bundesgericht der Firma *S.A. Vautier Frères & Cie.* im Juni 1955, ihre «Marocaine Filter» mit dem Spruch «Rauchen Sie gesünder» anzupreisen. Daraufhin verpflichtete sich der Verband der Zigarettenfabrikanten in einem sogenannten *Code éthique* unter anderem darauf, in der Werbung auf Begriffe wie «Teer» und «Gesundheit» zu verzichten und die Effektivität der Filter nicht mehr miteinander zu vergleichen²⁶⁶.

Die Tabakgegner sehen in den Reklamebeschränkungen «ein Mittel zur Verringerung des Konsums»²⁶⁷, mithin einen Hebel, welcher der Zigarette einen Teil jener identitätsstiftenden Wirkung entziehen soll, die die Rau-

264 Vgl. Postulat Welter vom 30. September 1964 betr. «Eindämmung des Zigarettenrauchens». Die Krebsfrage beschäftigte die eidgenössischen Räte schon Mitte der 50er Jahre. In einem Postulat vom 11. 6. 1954 und in einer Kleinen Anfrage vom 2. 7. 1957 wollte Nationalrat Grendelmeier vom Bundesrat Auskunft über den Zusammenhang zwischen Rauchen und Lungenkrebs. Seit diesem Zeitpunkt befassen sich das Eidgenössische Statistische Amt und das Eidgenössische Gesundheitsamt mit diesem Problem. Im Entwurf zu einer Antwort auf die letztlich zurückgezogenen Vorstösse stellte das Eidgenössische Departement des Innern 1957/58 fest, «dass an einem direkten Zusammenhang zwischen Zigarettenkonsum und Lungenkrebs auch nach diesen schweizerischen Untersuchungen kein Zweifel mehr besteht». (Vgl. Bundesarchiv Bestand E 3300 [C] 1988/40.)

265 Art. 420d der Lebensmittelverordnung. Die Fabrikanten hatten sich schon vorher eine entsprechende Selbstbeschränkung auferlegt (vgl. Branchenkonvention der Zigarrenindustrie vom 1. 1. 1974, S. 61/62, Landesbibliothek Bern, V 1329).

266 Vgl. dazu: Bundesarchiv, 6350B/1976/14, Schachtel 29.

267 So Kommissionspräsident Zwygart in der Debatte über die Guttempler-Initiative (*Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, Nationalrat*, Bern 1978, S. 925).

cher an sie bindet. 1988 wurden in der Schweiz 86 Millionen Franken für Tabakwerbung im engeren Sinne ausgegeben – eine Zahl, die deshalb nicht besonders aussagekräftig ist, weil immer mehr Mittel für PR, Sponsoring, Imagepflege²⁶⁸ und verkaufsfördernde Aktionen aufgewendet werden. Über die allfälligen Rückwirkungen eines Werbeverbotes auf den Konsum kann selbst die Volkswirtschaft, die ja mit *ceteris paribus*-Bedingungen arbeiten muss, nicht viel Konkretes sagen²⁶⁹.

Ebenfalls zu den prohibitiven Bemühungen in der Tabakpolitik gehört der symbolträchtige Kampf um rauchfreie Zonen, der unter der Affiche «Schutz der Nichtraucher» und auf verschiedenen Ebenen ausgetragen wird, sei es im Betrieb, in der Gemeinde oder im Kanton. 1957 wurde im Zürcher Vegetarier-Restaurant «Fit» ein erster Nicht-Raucher-Saal eingerichtet²⁷⁰; seit 1986 schreibt das Zürcher Gastgewerbegesetz getrennte Plätze für Raucher und Nicht-Raucher vor. Zu Beginn der 60er Jahre wurde das Rauchen in den meisten Nahverkehrsmitteln der Schweiz verboten²⁷¹. In Bern sprachen sich Ende 1963 bei einer Umfrage der Städtischen Verkehrsbetriebe SVB von 80 000 angefragten Haushalten 32 000 für ein allgemeines Rauchverbot aus, 7000 dagegen – man bat sie um «Verständnis und Disziplin»²⁷². Die Anti-Tabak-Bewegung hat es bei ihren Segregationsbestrebungen vor allem auf öffentliche und halböffentliche Räume abgesehen: Rauchfrei werden sollen Schulen, Verwaltungsgebäude, Spitäler, Restaurants und der Arbeitsplatz²⁷³.

Weitere prohibitive und vor allem präventive Massnahmen werden seit 1988 in der *Eidgenössischen Kommission für Tabakfragen*, einem Konsultativorgan der Regierung, diskutiert. Zwar verfügt die Tabakindustrie in dieser Kommission über eine Sperrminorität, weshalb die Arbeit – wie die AT klagt – «wenig erfolgversprechend»²⁷⁴ sei, gleichwohl hat die Einsetzung der Kommission den Charakter einer wichtigen Zäsur: Sie markiert die Anerkennung der Anti-Tabak-Bewegung als politikrelevante Pressure group und zugleich den Beginn ihrer Inkorporierung in den Staat.

268 Eine solche Aufgabe hat z.B. die *Fondation Brunette pour la protection de la nature* (vgl. *La Tabatière. Journal des Fabriques de Tabac Réunies S.A.*, Nr. 84, 1977, S. 3).

269 Vgl. dazu die umfassende, vor allem ökonomisch arbeitende Studie von Robert Leu und Danilo Bernasconi: *Werbung und Tabakkonsum*, hrsg. vom Bundesamt für Gesundheitswesen, Bern 1991 (dort auch Zahlen zum Werbevolumen).

270 *Rauchen?* vom Januar 1957.

271 *Rauchen?* (diverse Jahrgänge).

272 Einführung des Allg. Rauchverbotes (SVB-Archiv Bern).

273 Vgl. z.B. die Jahresberichte der BAN Fachstelle Nichtraucher.

274 *Jahresbericht*, 1991, S. 11.

5. Zusammenfassung

Tabak hat im Verlauf seiner Geschichte zwei markante Umwertungen erfahren: Ursprünglich vor allem als Heilmittel eingesetzt, wandelte er sich im Laufe des 17. Jahrhunderts zum Genussmittel, welches trotz obrigkeitlicher Prohibitionsbemühungen in weiten Bevölkerungskreisen Verbreitung fand. Diese Konnotation dominierte bis ins 20. Jahrhundert hinein. In dessen Verlauf vollzog sich – medizinisch legitimiert und anfänglich vor allem ideologisch-ethisch motiviert – eine erneute Umwertung des Tabaks vom Genussmittel zum Suchtmittel, wobei erst der von der Medizin seit den 50er Jahren postulierte Konnex von Rauchen und Krebs der Atemwege der neuen Ansicht zum Durchbruch verhalf und eine Änderung der Tabakpolitik einleitete. Anders als in den Nachbarländern konnte sich in der Schweiz die Zigarette erst nach dem Zweiten Weltkrieg gegen die deutschschweizerische Tabakeigenart *par excellence*, den Stumpen, durchsetzen. Die Zigarette wurde damit zu dem Zeitpunkt populär, zu dem die Tabakindustrie mit dem – ursprünglich zur Nikotinabsorption entwickelten, aber auch für die Reduktion des Teergehalts operationalisierbaren – Filter über eine Antwort auf die gesundheitlichen Bedenken verfügte und dadurch selbst verunsicherten Konsumenten und vor allem Konsumentinnen den Einstieg ins Rauchen ermöglichte.