

Stellungnahme des Einzelsachverständigen
Prof. Dr. Daniel Kotz
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf,
Institut für Allgemeinmedizin

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft Ausschussdrucksache 19(10)110-C ÖA Tabakwerbg. am 10. Dez. 2018 30. November 2018</p>

für die 18. Sitzung
des Ausschusses für Ernährung und Landwirtschaft

öffentliche Anhörung auf der Grundlage von:

- Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Ein umfassendes Tabakwerbeverbot schaffen

BT-Drucksache 19/2539

und

- Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur

Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes

BT-Drucksache 19/1878

am Montag, dem 10. Dezember 2018,

13:30 Uhr bis 15:30 Uhr

Paul-Löbe-Haus,
Konrad-Adenauer-Str. 1 , 10557 Berlin,
Sitzungssaal: E.700

Institut für Allgemeinmedizin • UKD • Postfach 10 10 07 • 40001 Düsseldorf

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft
Der Vorsitzende Alois Gerig, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Ansprechpartner:
Univ.-Prof. Dr. Daniel Kotz

Durchwahl:
0211 81-16327

E-Mail:
Daniel.Kotz@med.uni-duesseldorf.de

Datum:
27.11.2018

Stellungnahme zum

- **Antrag "Ein umfassendes Tabakwerbeverbot schaffen" der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 19/2539)**
- **"Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes" der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 19/1878)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich befürworte ausdrücklich die Forderung nach einem umfassenden Werbeverbot für Tabakprodukte in Deutschland. Ein solches Verbot sollte alle Formen von Werbung, Promotion und Sponsoring einbeziehen, sowie alle alternativen Tabakprodukte mit einschließen, wie elektrische Inhalationsgeräte (E-Zigaretten, Tabakerhitzer) und Wasserpfeifen. Ein Tabakwerbeverbot ist zum Schutz der Bevölkerung, insbesondere von Jugendlichen und junge Erwachsenen, dringend notwendig, wie ich im Folgenden erläutere.

Die individuellen und gesellschaftlichen Folgen des Tabakrauchens sind verheerend. Rauchen ist der größte vermeidbare Risikofaktor für zahlreiche Erkrankungen, wie Herz-Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen, Krebs und Diabetes.^{1,2} An den Folgen dieser tabakassoziierten Erkrankungen versterben in Deutschland jedes Jahr über 120.000 Menschen.³ Raucher/innen haben eine 50%ige Wahrscheinlichkeit, frühzeitig an den Folgen des Tabakkonsum zu versterben (um durchschnittlich 10 Jahre früher als Nichtraucher/innen) und verbringen einen großen Teil ihres Lebens in einer niedrigeren Lebensqualität und mit schlechterer Gesundheit als Nichtraucher/innen.⁴ Neben diesen individuellen Folgen des Tabakrauchens fallen jedes Jahr insgesamt 79 Milliarden Euro an volkswirtschaftlichen Kosten für die deutsche Gesellschaft an, die überwiegend von den gesetzlichen Sozialversicherungen getragen werden.⁵

In Deutschland wird immer noch viel Tabak konsumiert, auch von Jugendlichen. Derzeit rauchen 28% der deutschen Gesamtbevölkerung, sowie 12% der 14- bis 18-Jährigen.⁶ Betrachtet man den Verlauf der vergangenen Jahre ist die Zahl der Raucher/innen in Deutschland zwar rückläufig, allerdings ist dieser Trend im Vergleich zu anderen Industrienationen erheblich schwächer. Zudem ist der heutige Anteil unserer rauchenden Bevölkerung deutlich höher als im internationalen Vergleich (in England rauchen beispielsweise nur noch 17% der Bevölkerung⁷). Hinzu kommt der in Deutschland stark



Univ.-Prof. Dr. Daniel Kotz

Postanschrift:

Universitätsklinikum Düsseldorf
Institut für Allgemeinmedizin (ifam)
Postfach 10 10 07
40001 Düsseldorf

Hausanschrift:

Institut für Allgemeinmedizin (ifam)
4. Obergeschoss
Werdener Straße 4
40227 Düsseldorf

Telefon 02 11 81-16327
Fax 02 11 81-08622

Sekretariat

Petra Kronenberg
Kronenberg@med.uni-duesseldorf.de

Petra Honerkamp
Petra.Honerkamp@med.uni-duesseldorf.de

<http://www.uniklinik-duesseldorf.de/allgemeinmedizin>

ausgeprägte soziale Gradient beim Rauchen: je niedriger Bildungs- und Einkommensstatus, desto höher ist der Anteil an Raucher/innen.⁶ Bei Jugendlichen in Deutschland nehmen Bildungsunterschiede im Rauchverhalten sogar zu.⁸ Hierdurch entstehen und verstärken sich gravierende soziale Ungleichheiten bezüglich der Gesundheit in unserer Gesellschaft.

Ein weiteres Problem ist die Belastung durch Passiv-Rauchen. Passiv-Rauchen ist das unfreiwillige Einatmen von Tabakrauch, der durch das Wiederausatmen von Rauch und durch den Nebenstromrauch der glühenden Zigarette zwischen den Zügen entsteht.⁹ Passiv-Rauch enthält die gleichen giftigen und krebserregenden Substanzen wie aktiver Rauch und kann zahlreiche, zum Teil schwere Erkrankungen zur Folge haben.⁹ Kinder und Jugendliche sind wegen ihrer höheren Atemfrequenz und ihrem noch nicht ausgereiften Entgiftungssystem besonders gefährdet und können unter anderem Entzündungen der Mittelohren und Lungen erleiden, sowie Bronchitis und Asthma.⁹ In Deutschland sind 11% der nicht-rauchenden Erwachsenen einer regelmäßigen Passiv-Rauchbelastung in geschlossenen Räumen ausgesetzt.¹⁰ Auch 19% der nicht-rauchenden Jugendlichen sind regelmäßig oder täglich Passiv-Rauch ausgesetzt.¹¹ In Deutschland werden schätzungsweise über 3.000 Todesfälle jährlich mit dem Passiv-Rauchen in Verbindung gebracht.¹²

Es ist wichtig, zu betonen, dass anhaltendes Tabakrauchen keine überlegte Entscheidung der Menschen ist, sondern ein Suchtverhalten, das durch das Nikotin im Tabak (bzw. in Liquids von E-Zigaretten) erzeugt und aufrecht erhalten wird. Dies zeigt sich unter anderem daran, dass viele junge Menschen, die das Tabakrauchen ausprobieren, zu regelmäßigen Konsumenten/innen werden. Neueste Daten belegen, dass 69% der Personen, die Rauchen ausprobieren, zu täglichen Raucher/innen werden.¹³ Zudem sind nur 4 von 100 Raucher/innen, die ernsthaft versuchen mit dem Rauchen aufzuhören, langfristig erfolgreich.¹⁴ Nikotin wirkt sehr schnell und intensiv auf tiefe Gehirnstrukturen ein und aktiviert das dortige Belohnungssystem.¹⁵ Dies hat zur Folge, dass sich Menschen wiederholt und in höheren Dosen Nikotin zufügen, um einerseits das Belohnungsgefühl aufrecht zu halten und andererseits Entzugssymptome zu lindern. Junge Menschen sind besonders gefährdet, nikotinsüchtig zu werden.^{16,17} Vor allem auf diese Gruppe richtet sich die Werbung der Tabakindustrie.

Die Tabakwerbung ist ein wichtiger Grund für den anhaltend hohen Tabakkonsum in Deutschland. Der Zusammenhang zwischen Tabakwerbung und Rauchverhalten ist wissenschaftlich belegt.¹⁸ Laut einer umfassenden Untersuchung des US-amerikanischen National Cancer Institutes spielt Werbung eine Schlüsselrolle darin, Wissen, Meinungen und Verhalten bezüglich der Nutzung von Tabak zu formen.¹⁹ Tabakwerbung hat zum Ziel, neue Raucher/innen zu gewinnen – vor allem junge Menschen – sowie den Markt für Tabakprodukte zu erweitern, indem das Rauchen gefördert, das Aufhören mit dem Rauchen entmutigt, und Gesundheitsgefahren in Zweifel gezogen werden.¹⁹ Ein großer Teil der Tabakwerbung adressiert dabei bewusst psychologische Bedürfnisse von Jugendlichen, wie Popularität, Gruppenzugehörigkeit und positive Selbstwahrnehmung. In der Tat zeigt eine systematische Übersichtsarbeit der renommierten Cochrane Collaboration, dass Tabakwerbung die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Jugendliche das Rauchen ausprobieren und zum regelmäßigen Konsum verführt werden.²⁰ Ein Expertenkomitee der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht es als wissenschaftlich erwiesen an, dass Jugendliche und junge Erwachsene besonders empfänglich für Tabakwerbung sind.¹⁸ Laut WHO belegen interne Dokumente der Tabakindustrie, dass mit der Werbung insbesondere junge Menschen angesprochen werden sollen.

Die Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle der Weltgesundheitsorganisation (WHO-FCTC) nennt umfassende Werbeverbote als eine der wichtigsten Maßnahmen, die Länder umsetzen sollen. Über 180 Länder sind diesem völkerrechtlichen Abkommen beigetreten. Deutschland hat das Abkommen bereits 2004 ratifiziert und sich damit verpflichtet, die Tabakkontrollmaßnahmen der WHO in nationales Recht umzusetzen. Hierzu gehört laut Artikel 13 der FCTC ein umfassendes Werbeverbot.²¹ Die WHO empfiehlt dabei ausdrücklich ein umfassendes Verbot, das alle Formen von Werbung, Promotion und Sponsoring einbeziehen sollte, die direkt oder indirekt den Tabakkonsum fördern könnten.²² Partielle Werbeverbote, wie wir sie derzeit noch in Deutschland haben, sind nicht ausreichend wirksam.¹⁹ Meiner Ansicht nach sollte ein Werbeverbot unbedingt auch alternative Tabakprodukte mit einschließen, wie elektrische Inhalationsgeräte (E-Zigaretten, Tabakerhitzer) und Wasserpeifen. Diese Produkte enthalten üblicherweise Nikotin und haben damit ein hohes Suchtpotential, vor allem für Jugendliche und jungen Menschen, die besonders häufig diese Produkte nutzen, und dies vor allem wegen der modernen Technik und den verschiedenen Geschmacksrichtungen tun.^{6,23} Zudem können sie für junge Nicht-Raucher/innen einen Einstieg („Gateway“) in das Rauchen von herkömmlichem Tabak darstellen.²⁴ Außerdem ließe sich Werbung für herkömmliche und alternative Tabakprodukte nur schwer trennen, und die Tabakindustrie könnte diesen Spielraum nutzen, um neue Produkte zu bewerben und dabei bestehende gesetzliche Regulierungen zu umgehen. Dies zeigt sich derzeit auf deutschen Straßen an der massiven Werbung

für neuartige Tabak-Cigarillos mit Menthol- und Fruchtaromen; solche Geschmackszusätze sind laut Tabakprodukt Richtlinien für Zigaretten verboten.²⁵

Die Bundesregierung hat in der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie das Ziel formuliert, "ein gesundes Leben für alle Menschen [zu] gewährleisten und ihr Wohlergehen zu fördern".²⁶ "Von hervorgehobener Bedeutung" sind für die Bundesregierung dabei "Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums".²⁶ Des Weiteren hat das Bundesministerium für Gesundheit "Tabakkonsum reduzieren" als Nationales Gesundheitsziel formuliert.²⁷ Durch eine rasche Umsetzung eines umfassenden Tabakwerbeverbots würde ein wichtiger Beitrag zum Erreichen dieser Ziele geleistet werden.

Mit freundlichem Gruß



Univ.-Prof. Dr. Daniel Kotz

Leiter, Forschungsschwerpunkt Suchtforschung und klinische Epidemiologie, Institut für Allgemeinmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Literatur

1. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, et al. 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. *New Engl J Med*. 2013;368(4):341-350.
2. Mons U. Tobacco-Attributable Mortality in Germany and in the German Federal States – Calculations with Data from a Microcensus and Mortality Statistics. *Gesundheitswesen*. 2011;73(04):238-246.
3. Mons U, Brenner H. Demographic ageing and the evolution of smoking-attributable mortality: the example of Germany. *Tobacco Control*. 2017;26(4):455-457.
4. McNeill A, Brose LS, Calder R, Hitchman S. E-cigarettes: an evidence update A report commissioned by Public Health England 2015.
5. Effertz T. Kosten des Rauchens in Deutschland. *Public Health Forum*. 2016;24(2):80-83.
6. Kotz D, Böckmann M, Kastaun S. The use of tobacco, e-cigarettes, and methods to quit smoking in Germany—a representative study using 6 waves of data over 12 months (the DEBRA study). *Dtsch Arztebl Int*. 2018;115:235-242.
7. <http://www.smokinginengland.info> [accessed 23 November 2018].
8. Kuntz B, Waldhauer J, Moor I, et al. Zeitliche Entwicklung von Bildungsunterschieden im Rauchverhalten von Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2018;61(1):7-19.
9. Pötschke-Langer M, Kahmert S, Schaller K, Viariso V. *Tobacco atlas 2015 [Tabakatlas 2015]*. German Cancer Research Institute (DKFZ);2015.
10. Zeiher J, Starker A, Lampert T, Kuntz B. Passivrauchbelastung bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*. 2018;3(2):72-80.
11. Kuntz B, Lampert T. Smoking and Passive Smoke Exposure Among Adolescents in Germany. *Dtsch Arztebl International*. 2016;113(3):23-30.
12. Keil U, Pflugger C, Heidrich J. Passivrauchen. *Public Health Forum*. 2016;24(2).
13. Birge M, Duffy S, Miler JA, Hajek P. What Proportion of People Who Try One Cigarette Become Daily Smokers? A Meta-Analysis of Representative Surveys. *Nicotine & Tobacco Research*. 2017;ntx243-ntx243.
14. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004;99(1):29-38.
15. Benowitz NL. Nicotine Addiction. *The New England Journal of Medicine*. 2010;362:2295-2303.
16. Elders MJ, Pery CL, Eriksen MP, Giovino GA. The report of the Surgeon General: preventing tobacco use among young people. *American Journal of Public Health*. 1994;84(4):543-547.
17. Kandel DB, Chen K. Extent of smoking and nicotine dependence in the United States: 1991-1993. *Nicotine Tob Res*. 2000;2(3):263-274.
18. Freeman B, Cranwell J, Drame S, Carvalho Figueiredo V, Osman A, Anurag Srivastava A. *Expert group report on tobacco advertising, promotion and sponsorship: depiction of tobacco in entertainment media* [accessed 23 November 2018 at <http://www.who.int/fctc/cop/Document-TAPS-1.pdf>]. Geneva: World Health Organisation Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC); 2018.
19. National Cancer Institute. *The Role of the Media in Promoting and Reducing Tobacco Use. Tobacco Control Monograph No. 19. NIH Pub. No. 07-6242*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute;2008.
20. Lovato C, Watts A, Stead LF. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(10):CD003439.
21. https://www.who.int/tobacco/control/measures_art_13/en/ [accessed 23 November 2018].
22. (WHO) WHO. Guidelines for implementation of Article 13 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Tobacco advertising, promotion and sponsorship) [accessed 23 November 2018 at http://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/article_13/en/]. 2008.
23. Kotz D, Kastaun S. E-Zigaretten und Tabakerhitzer: repräsentative Daten zu Konsumverhalten und assoziierten Faktoren in der deutschen Bevölkerung (die DEBRA-Studie). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2018;61(11):1407-1414.
24. Soneji S, Barrington-Trimis JL, Wills TA, et al. Association Between Initial Use of e-Cigarettes and Subsequent Cigarette Smoking Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*. 2017;171(8):788-797.
25. Official Journal of the European Union. Directive 2014/40/EU of the European Parliament and the Council of 3 April 2014 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco and related products and repealing Directive 2001/37/EC [Accessed 13 February 2018 at http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ%3AJOL_2014_127_R_0001]. 2014.
26. Die Bundesregierung. Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie. Neuauflage 2016 [Zugriff 24.08.2018: https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Infodienst/2017/01/2017-01-11-Nachhaltigkeitsstrategie/2017-01-10-Nachhaltigkeitsstrategie_2016.html].
27. Bundesministerium für Gesundheit. Nationales Gesundheitsziel Tabakkonsum reduzieren [Zugriff 24.08.2018: <http://gesundheitsziele.de/>]. 2015.