



Städtisches Klinikum, Postfach 6280, 76042 Karlsruhe
Klinik für Gefäß- und Thoraxchirurgie

Klinik für Gefäß- und Thoraxchirurgie Gefäßzentrum

Direktor

Prof. Dr. med. Martin Storck

Sekretariat

Frau Simone Niegel
Tel. 0721 974-2301 Fax -2309
gefaesschirurgie@klinikum-karlsruhe.de

Gefäßambulanz / KV-Ambulanz

Tel. 0721 974-62304 Fax-2319
Mo-Fr 9-12 Uhr

Carotissprechstunde

Do 10-12 Uhr

Wundzentrums-Ambulanz

Di 10-12 Uhr

Thoraxsprechstunde

Mi 10-12 Uhr

Aortensprechstunde

Sektion endovaskuläre Aorten Chirurgie
OA Dr. G. Rothenbacher
Mo 13-15 Uhr
Di 9-12 Uhr



Clinical Cancer Center
TUMORZENTRUM Karlsruhe

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Deutschen Bundestages zu dem Antrag der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN

**„EU-Tabaksteuerrichtlinie für Rauch- und Dampfprodukte weiterentwickeln
und an gesundheitlichen Auswirkungen ausrichten“
(BT-Drucksache 19/18978)**

**Montag, den 07. September 2020
Von 11:00 bis 12:30 Uhr
im Paul-Löbe-Haus
Konrad-Adenauer-Straße 1, 10117 Berlin
Sitzungssaal E 400**

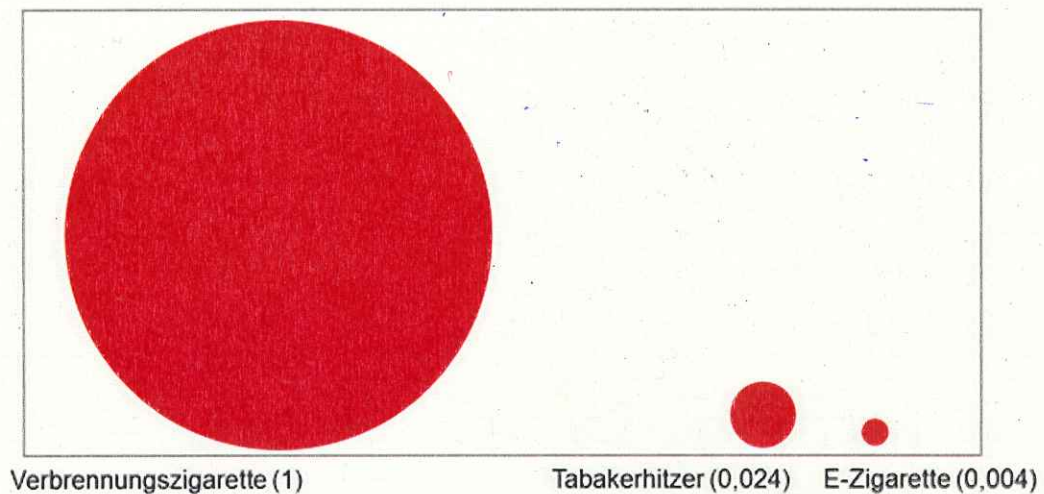
Stellungnahme Prof. Dr. M. Storck

Gemäß der Ergebnisse der seit 2016 laufenden DEBRA Umfrage raucht 27,3% der Deutschen Bevölkerung über 14 Jahre. Dies hat (lt. Schätzungen des DKfZ) etwa 120.000 Todesfälle pro Jahr (Herz-Kreislauf-/Tumorerkrankungen) zur direkten Folge. Effektive Maßnahmen zur Tabakregulierung - außer Steuerabgaben, Warnhinweisen und einem geplanten Werbeverbot - existieren nicht. Für die neuen Produkte wie E-Zigarette besteht keine Regelung der Verbrauchsbesteuerung, Tabakerhitzer sind hilfsweise als Pfeifentabak versteuert.

Der Großteil der krebserregenden und gefäßschädigenden Schadstoffe beim Zigarettenrauchen entsteht durch die hochtemperaturige Tabakverbrennung. Alternative Produkte ohne Verbrennung, wie E-Zigaretten oder Tabakerhitzer, haben nachweislich (BfR) um über 90% reduzierte Schadstoffgehalte im Aerosol. Diese Produkte sind allerdings auch nicht komplett risikofrei, aber sehr deutlich risikoreduziert. Das DKfZ und das BfR haben sich schon vielfach zu E-Zigaretten und Tabakerhitzern geäußert. Beide Institutionen bestätigen die hohe Schadstoffreduktion in den Aerosolen sowie eine reduzierte Schadstoffexposition bei den Nutzern, die komplett umsteigen. Dies gilt insbesondere für krebserregende Schadstoffe wie beispielsweise Formaldehyd und Acrolein. Bekanntermaßen gehört das Nikotin nicht zu den primär für typische Rauchererkrankungen verantwortlichen Schadstoffen, sonst wäre es z.B. nicht in Apotheken frei verkäuflich.

Mittleres lebenslanges Krebsrisiko im Verhältnis zu Zigarettenrauch

Berechnung nach Stephens, 2017



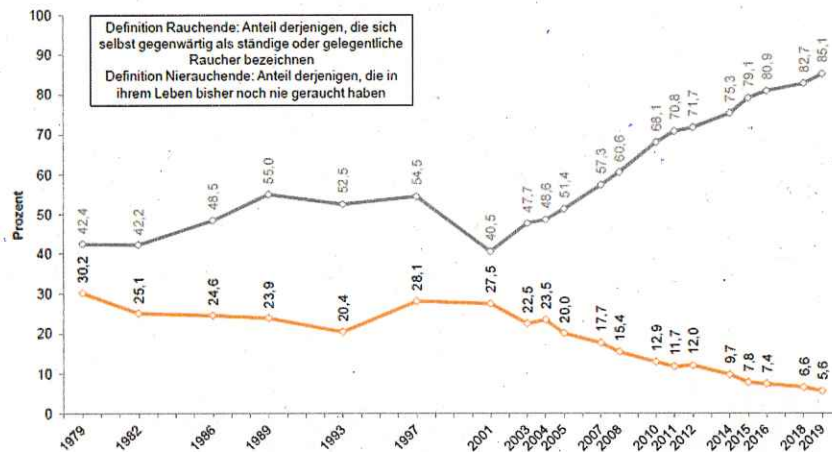
Basierend auf Stephens WE. Comparing the cancer potencies of emissions from vapourised nicotine products including e-cigarettes with those of tobacco smoke. Tobacco Control 2017;0:1-6, 2017. doi:10.1136/tobaccocontrol-2017-053806. <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/27/1/10>

Die Abbildung verdeutlicht graphisch den in mathematischen Risikomodellen errechneten Unterschied bzgl. des Krebsrisikos verschiedener Produkte.

Im vorliegenden Antrag wird in der initialen Feststellung erwähnt, dass sich die Zahl der Jugendlichen welche Wasserpfeife/Shisha, Tabakerhitzer oder E-Zigaretten benutzen für die Altersgruppe von 12-17 sowie 18-25 jährigen erhöht habe. Dem gegenüber stehen die kürzlich publizierten Zahlen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die einen stetigen Abfall der Zahl jugendlicher Raucher in beiden Altersgruppen festgestellt hat. Es ist daher nicht erkennbar, dass neuere Produkte wie E-Zigaretten zu einem Einstieg ins Rauchen von Verbrennungszigaretten geführt haben. Im Gegenteil: Auch unter Jugendlichen, die natürlich erst gar nicht in den Nikotinkonsum einsteigen sollten, scheinen neuere, ohne Verbrennung auskommende Produkte die deutlich schädlichere Verbrennungszigarette zu verdrängen. Besonders schädliche Verbrennungsprodukte wie herkömmliche Zigaretten und Wasserpfeife/Shisha sind und bleiben aber auch unter Jugendlichen die häufigste Konsumform für Nikotin und sollten daher das Hauptziel von Regulierungsmaßnahmen darstellen.

Rauchen und Nierauchen bei Jugendlichen

12- bis 17-jährige Jugendliche insgesamt von 1979 bis 2019



Der Anteil rauchender Jugendlicher ist weiter rückläufig und auf einem historischen Tiefstand: 5,6 Prozent der 12- bis 17-Jährigen geben an zu rauchen.

Der Anteil Jugendlicher, die noch nie geraucht haben, steigt stetig und ist im Jahr 2019 mit 85,1 Prozent so hoch wie nie zuvor.

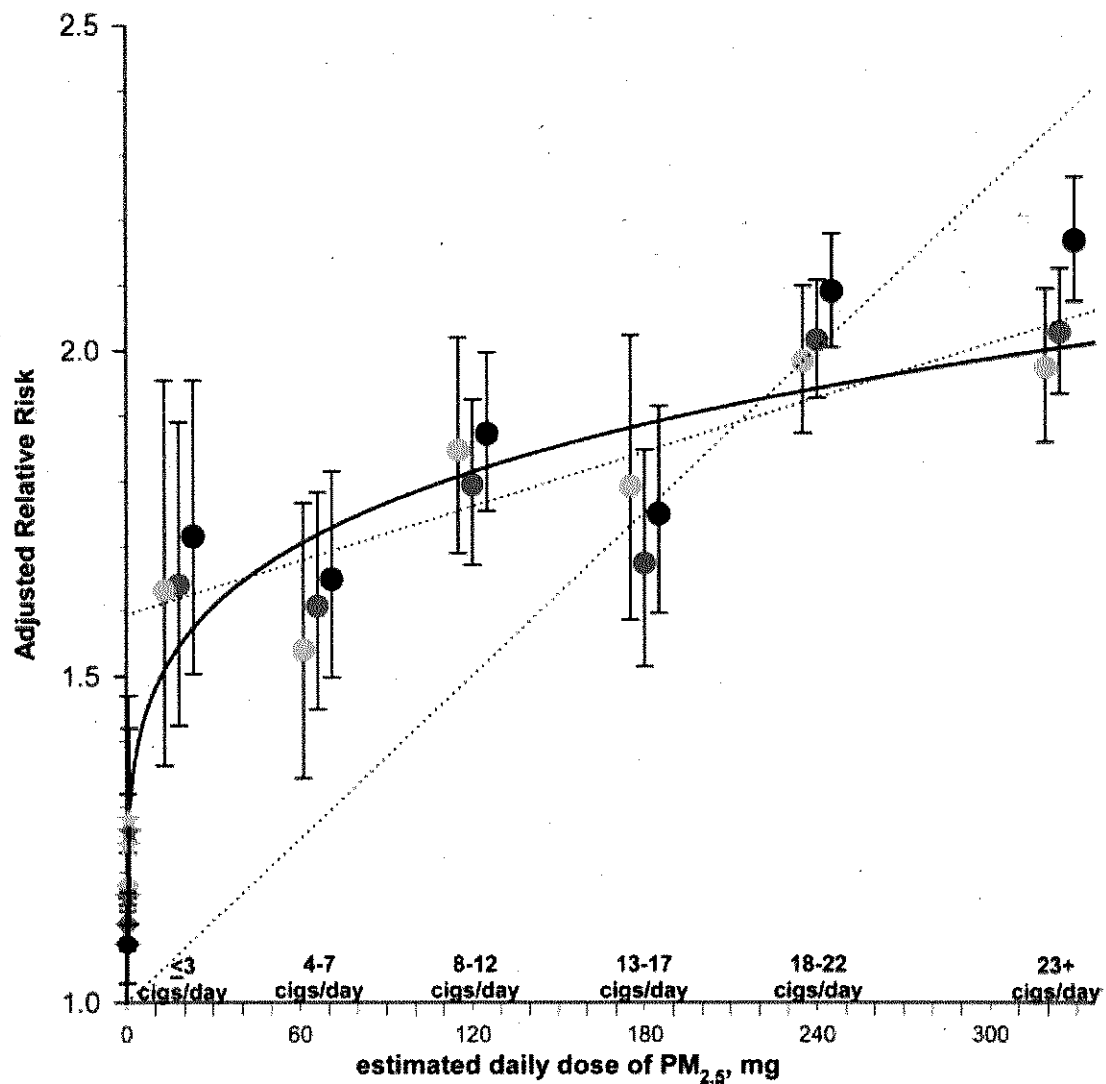
Quelle: BzGA Info Blatt 1.Juli 2020, der vollständige Bericht findet sich unter:

www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention

Diese vorliegenden Zahlen widersprechen also teilweise der Aussage im Antragstext und sollten bei einer Besteuerungsmanahme unbedingt mit in die Überlegungen der Besteuerung von Alternativprodukten berücksichtigt werden, insbesondere gerade dann, wenn es um die Schaffung einer „Konsumschwelle“ für Jugendliche gehen soll.

Im Antrag wird darüberhinaus explizit gefordert, dass eine unabhängige Stelle Langzeitstudien durchführen soll. Hierzu ist folgendes aus medizinischer Sicht anzumerken:

Langzeitstudien zur Schädlichkeit des Tabak-Rauchens sind in ausreichender Zahl verfügbar, und die gesundheitlichen Vorteile eines Rauchstopps sind für jedes Lebensalter belegt. Schon eine geringe Zahl von Zigaretten ist mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko verbunden, das Risiko steigt exponentiell an mit der Zahl gerauchter Zigaretten pro Tag.



Die Kurve zeigt das exponentiell ansteigende relative Risiko für die kardiopulmonale Sterblichkeit in Abhängigkeit von der Zahl der Zigaretten, als Bezugsgröße gelten die Werte für Nichtraucher. (Die rechteckigen Symbole zeigen das Risiko durch Luftverschmutzung.) Quelle: Pope 2009, Circulation 120;941-948

Direkte randomisierte Vergleichsstudien: Zigaretten vs. E-Zigaretten/Tabakerhitzer u.a. sind aus ethischen Gründen problematisch und nicht realisierbar. Somit bleibt methodisch nur eine Langzeitbeobachtung in Form kontrollierter Register (nach den Kriterien des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung DNV).

Erschwert wird die wissenschaftliche Auswertung klinischer Endpunkte wie Tod oder Krebserkrankungen durch die zum Zeitpunkt des Wechsels bereits bestehenden Risiken, welche durch jahrzehntelanges Rauchen entstanden sind und erst nach 10 - 20 Jahren als überlagernde Einflussgrößen wieder abklingen. Diejenigen Studien, welche diese Korrekturen nicht vorgenommen haben, mussten nach Publikation in z.T. renommierten Fachzeitschriften wieder zurückgezogen werden (z. B. Bhatta et al, JAMA 2019).

Die einzige existierenden randomisierte Vergleichsstudie von Hajek in England verglich E-Zigaretten mit pharmakologischen Produkten in Bezug auf eine dauerhafte Entwöhnung vom Rauchen, mit einer Nachbeobachtungszeit von 2 Jahren. Diese Studie zeigte einen signifikanten Vorteil für E-Zigaretten in Bezug auf eine Raucherentwöhnung gegenüber herkömmlichen Nikotinersatztherapien. Außerdem gingen mit dem Wechsel auf E-Zigaretten Verbesserungen von Atemwegssymptomen einher.

Epidemiologische Studien sind also sehr zu begrüßen und sollten unbedingt medizinisch begleitet werden. Eine solche Studie muss langfristig angelegt werden, darf aber nicht die jetzt schon vorhandenen Erkenntnisse zur Risikoreduktion außer Acht lassen (ähnlich übrigens wie im Falle der Einführung z. B. von E-Mobilität oder neuen Pharmaprodukten, wo aus plausiblen, wissenschaftlich fundierten Gründen keine Langzeitstudien abgewartet wurden).

Fazit:

Die Höhe einer Besteuerung sollte sich also nach dem Risikopotential richten und zugleich eine Schwelle für einen Ersteinstieg schaffen.

Eine Quasi-Gleichbehandlung der Besteuerung von Verbrennungszigaretten und über 90%ig risikoreduzierten Alternativen wäre ein falsches Signal an die Raucher, die zum Umstieg oder Ausstieg bereit wären.

Bei allen Maßnahmen gilt es die jeweils berechtigten Interessen von **Prävention** (Jugendliche/Nichtraucher: Verhinderung des Einstiegs) und **Risikominimierung** (erwachsene Raucher: Umstieg) zu berücksichtigen.

Prof. Dr. Martin Storck

Direktor der Klinik für Gefäß- und Thoraxchirurgie

Städt. Klinikum Karlsruhe gGmbH