

Direktor

Prof. Dr. med. Peter Falkai

Ihr AnsprechpartnerPD Dr. Tobias Rüther
Oberarzt der Klinik
Privatstationen – Privatambulanz
Spezialambulanz für Tabakabhängigkeit / Forschungsgruppe Tabakabhängigkeit
Tel. +49 89 4400-55545
Fax +49 89 4400-55770
tobias.ruether@
med.uni-muenchen.de
www.lmu-klinikum.de**Stellungnahme als Sachverständiger im Rahmen der Öffentlichen Anhörung im Finanzausschuss des Deutschen Bundestages zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Tabaksteuerrechts (Tabaksteuermodernisierungsgesetz – TabStMoG)“ (BT-Drucksache 19/28655) 14.05.2021**

In meiner Eigenschaft als Suchtmediziner und Forscher auf dem Gebiet der Tabakabhängigkeit und E Zigarette / neuerer Konsumformen von Nikotin [1] wurde ich als Sachverständiger in oben genannter öffentlicher Anhörung gebeten.

Die Ausgangslage ist in wenigen Sätzen beschrieben:

- Tabakkonsum stellt die bedeutendste vermeidbare gesundheitliche Gefährdung des Menschen dar. Weltweit sterben jährlich etwa sechs Millionen Menschen vorzeitig an den Folgen [2]. Raucher verlieren durch ihre Erkrankung durchschnittlich zehn Lebensjahre [3]. In Deutschland sterben pro Jahr etwa 127.000 Menschen an Tabakkonsum. 13 % aller Todesfälle in einem Jahr sind auf das Tabakrauchen zurückzuführen, wobei 28 % der Todesfälle bereits während des erwerbsfähigen Alters eintreten [4].
- Die meisten Tabakkonsumenten (70 %) sind abhängige Raucher [5]. Tabakabhängigkeit, WHO-Klassifikation ICD-10: F17.2 [6], ist eine psycho-neurobiologische Erkrankung, in den allermeisten Fällen mit Beginn im Jugend- bzw. Adoleszentenalter.
- Die körperliche Abhängigkeitskomponente des Tabakrauches wird zum allergrößten Teil durch den Suchtstoff Nikotin bedingt.
- Das enorme Schadenspotenzial des Tabakrauches und die verheerenden Folgen des Rauchens werden durch die Verbrennungsprodukte des Tabaks und nicht durch das im Tabakrauch enthaltene Nikotin hervorgerufen [7, 8]. Nikotin weist im Vergleich zu den anderen Inhaltsstoffen des Tabakrauchs nur moderate Wirkungen auf das kardiovaskuläre System auf [9] und steht nicht auf der Liste karzinogener Substanzen der Weltgesundheitsorganisation WHO [10].

VorstandÄrztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. Karl-Walter Jauch
(Vorsitz)Kaufmännischer Direktor:
Markus ZendlerPflegedirektor:
Marcus HuppertzVertreter der Medizinischen Fakultät:
Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel (Dekan)Institutionskennzeichen:
260 914 050Umsatzsteuer-ID:
DE813536017

Das Klinikum der Universität München ist eine Anstalt des Öffentlichen Rechts

Raucher rauchen wegen des Nikotins und sterben an den Verbrennungsprodukten!

- Abhängige Raucher haben ohne eine professionelle Behandlung eine sehr geringe Chance auf Heilung, d.h. Beendigung des Konsums [11].
- Es existieren sehr gute, evidenzbasierte Möglichkeiten (Verhaltensinterventionen, medikamentöse Behandlungen) den Tabakkonsum zu beenden, sie werden jedoch leider zu wenig in Anspruch genommen [11].
- Tabakabhängigkeit zeichnet sich durch enorme Rückfallquoten aus. Sechs bis acht Aufhörversuche benötigt ein Raucher rechnerisch zur Erhaltung der lebenslangen Abstinenz [12]. Viele Raucher geben Aufhörversuche frustriert auf.
- E-Zigaretten-Konsum weist im Vergleich zum Tabak-Konsum eine erheblich geringere Schadstoffbelastung für den Konsumenten auf [13-15]. Ähnliches gilt, wenn auch in geringerem Maße, für Tabakerhitzer [13, 16].
- E-Zigaretten, nicht jedoch Tabakerhitzer, zeigen in aktuellen Metaanalysen starke Hinweise auf ein Potential zur Entwöhnung von der Tabakzigarette [17].
- E-Zigaretten weisen im Vergleich zur Tabakzigarette zumindest bei den meisten Modellen ein langsames Anfluten des Nikotins nach Inhalation auf [18, 19]. Dies weist auf ein geringeres Suchtpotenzial dieser Produkte hin, da davon ausgegangen wird, dass das Suchtpotenzial einer Substanz in hohem Maße von der Geschwindigkeit ihrer Verfügbarkeit im Gehirn abhängt [20].

Folgende suchtmmedizinische und organmedizinische Aspekte möchte ich als Sachverständiger bei oben genannter Veranstaltung ansprechen:

In einigen Ländern (z. B. Australien) konnte durch eine gute Tabakkontrollpolitik, die eine Kombination an Interventionen beinhaltete, die Raucherquote bis auf 9 % [21] gesenkt werden. Auch in Deutschland ist die Raucherquote rückläufig, jedoch mit ca. 29 % [22] deutlich höher als der europäische Durchschnitt [23]. Steuererhöhungen waren dabei ein wichtiges Instrument [24]. Der Effekt von Steuererhöhungen auf eine Reduktion des Tabakkonsums ist bewiesen. Deutliche Steuererhöhungen für Tabakzigaretten sind also aus wissenschaftlicher Sicht wichtig und zu fordern. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass um die Raucherquote deutlich zu senken eine wirklich wirksame Steuererhöhung stärker als im Gesetzentwurf vorgesehen ausfallen muss (mindestens 10 %)[24].

In der Suchtmedizin hat sich in den letzten Jahren eine pragmatische, patientenorientierte, realistische und undogmatische Sicht wissenschaftlich durchgesetzt. Beispielsweise zeigen sich bei der Behandlung der Opiatabhängigkeit seit der Einführung der Substitution im Sinne einer Risiko-Reduktion (harm reduction) erstmals große Erfolge. Viel Leid für Patienten aber auch für die Gesellschaft konnte verringert werden, nachdem anerkannt wurde, dass es Patientengruppen gibt, die lebenslang an dieser Suchterkrankung leiden und deshalb nicht vollständig auf den Suchtstoff, sehr wohl aber auf die schädigenden Begleitumstände verzichten können.

Zweifelloos ist ein vollständiger Umstieg eines Rauchers auf eine E Zigarette oder einen Tabakerhitzer mit einer deutlich geringeren Schadstoffaufnahme verbunden. Wie oben erwähnt, hat der Suchtstoff Nikotin ein eher geringes Schadenspotenzial im Vergleich mit den anderen Schadstoffen, die im Tabakrauch aber auch bei den neueren Produkten inhaliert werden. Eine Besteuerung von E Zigaretten nach ihrem Nikotingehalt ist aus suchtmmedizinischer aber auch aus organmedizinischer Sicht nicht zielführend.

Auch eine Verteuerung von E Zigaretten auf das Niveau von konventionellen Zigaretten halte ich für problematisch.

Folgende Argumente sprechen gegen diese Art der geplanten Besteuerung:

- Raucher, aber auch Konsumenten von E-Zigaretten und Tabakerhitzern konsumieren hauptsächlich wegen ihrer Abhängigkeit von Nikotin und nehmen den Konsum von Schadstoffen im Tabakrauch bzw. im Aerosol billigend in Kauf. Mehrere Studien zeigen, dass bei reduziertem Nikotingehalt von E Zigaretten aber auch von Tabakzigaretten ein kompensatorisches Mehr-Konsumieren mit konsekutiver erhöhter Schadstoffaufnahme stattfindet [25-27]. Insofern wäre die Verteuerung von Produkten mit höheren Nikotingehalt sogar eher kontraproduktiv für Gesundheitsaspekte. Nikotinpräparate sind seit Jahrzehnten over the counter (OTC) in der Apotheke erhältlich und zeigen die Sicherheit der Substanz. Analog dazu wäre der Konsum von weniger Zigaretten bzw. anderer Inhalationsformen d.h. wenig Aerosol mit höherem Nikotingehalt aus medizinischer Sicht sogar wünschenswerter. Auch Tabakzigaretten werden ja nicht nach Nikotingehalt besteuert, dies aus gutem Grund: Die Einführung der Light-Zigarette hatte gezeigt, dass diese durch häufiges und tieferes Inhalieren sogar ein höheres Schadenspotenzial aufweist [27].
- Die im Gesetzentwurf angeführte Analogie von Nikotingehalt in Zigaretten mit dem Nikotingehalt in Liquids kann meines Erachtens nicht aufrechterhalten werden. Zum einen ist das Rauchverhalten von Rauchern bzw. das Konsumverhalten von E-Zigaretten-Verwendern und damit die Nikotinaufnahme beim Verwenden der Produkte interindividuell sehr unterschiedlich. Zudem wird der Nikotingehalt von Tabakzigaretten nach dem sogenannten ISO-Verfahren festgestellt [28]. Dieses Verfahren berücksichtigt leider viele Faktoren wie zum Beispiel Inhalationsart und -tiefe, sowie die von der Tabakindustrie im Zigarettenfilter angebrachten „Luftlöcher“ etc. nicht [29]. So kann auch bei Zigaretten letztlich keine genaue Aussage darüber getroffen werden, wie viel Nikotin sich ein Raucher mit einer Zigarette zuführt.
- In zunehmendem Maße ist Tabakrauchen bzw. Tabakabhängigkeit ein Phänomen von Menschen mit geringerem Einkommen sowie niedrigem Bildungsniveau bzw. Bildungschancen. Aus Studien, aber auch aus meiner persönlichen Erfahrung als Leiter einer großen Spezialambulanz für Tabakabhängigkeit mit über ca. 600 Raucher*innen im Jahr ist mir bekannt, wie wichtig der Preis für die Auswahl des Produktes ist: Zum Beispiel geben Tabakabhängige, die von sozialer Unterstützung leben ca. ein Viertel ihres monatlichen Einkommens für Tabakprodukte aus. Hier wäre es ein völlig falsches Signal, risikoärmere Produkte analog zu Tabakprodukten stark zu verteuern.
- Aufgrund des Jugendschutzes und des -zwar im Vergleich zur Tabakzigarette geringeren, jedoch vorhandenen- Schädigungspotenzials von E-Zigaretten und Tabakerhitzern sollten diese Produkte natürlich auch spürbar teurer werden, aber eben im Vergleich zur deutlich schädlicheren Tabakzigarette günstiger. Hier sollte meines Erachtens auch darauf geachtet werden, dass eine Steuererhöhung dann auch an den Verbraucher weitergegeben wird.

München, den 13.05.2021

Priv.-Doz. Dr. med. Tobias Rütger
Oberarzt der Klinik / Leiter der Forschungsgruppe Tabakabhängigkeit
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Suchtmedizin
Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS)

Literatur:

- 1. Rütger, T., *Präventions-und Therapieansätze bei Tabakabhängigkeit*. 2020, Ludwig Maximilians Universität München: München.
- 2. World Health Organization, *WHO report on the global tobacco epidemic. Warning about the dangers of tobacco*. 2017, World Health Organization Geneva
- 3. Doll, R., et al., *Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors*. *BMJ*, 2004. **328**(7455): p. 1519.
- 4. Schaller K.; Kahnert S.; Graen M.A, M.U.Q.N., *Tabakatlas Deutschland 2020*, ed. D. Krebsforschungszentrum. 2020, Heidelberg.
- 5. Hughes, J.R., J.E. Helzer, and S.A. Lindberg, *Prevalence of DSM/ICD-defined nicotine dependence*. *Drug Alcohol Depend*, 2006. **85**(2): p. 91-102.
- 6. Dilling, H., W. Mombour, and M.H. Schmidt, *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) - Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Vol. 10. überarbeitete Auflage. 2015, Berlin: Hogrefe.
- 7. Mayer, B., *How much nicotine kills a human? Tracing back the generally accepted lethal dose to dubious self-experiments in the nineteenth century*. *Arch Toxicol*, 2014. **88**(1): p. 5-7.
- 8. Benowitz, N.L., *Clinical pharmacology of nicotine: implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction*. *Clin Pharmacol Ther*, 2008. **83**(4): p. 531-41.
- 9. Benowitz, N.L. and A.D. Burbank, *Cardiovascular toxicity of nicotine: Implications for electronic cigarette use*. *Trends Cardiovasc Med*, 2016. **26**(6): p. 515-23.
- 10. World Health Organization. *IARC Monographs on the Identification of Carcinogenic Hazards to Humans*. 2020 11.02.2020; Available from: <https://monographs.iarc.fr/>.
- 11. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. . S3-Leitlinie "Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung" AWMF-Register Nr. 076-006. 2021.
- 12. Gradl, S., et al., *Evaluation eines modernen Tabakentwöhnungsprogramms*. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 2009(2): p. 169-185.
- 13. Stephens, W.E., *Comparing the cancer potencies of emissions from vapourised nicotine products including e-cigarettes with those of tobacco smoke*. *Tob Control*, 2017.
- 14. Nowak, D., R.A. Jorres, and T. Rütger, *E-cigarettes--prevention, pulmonary health, and addiction*. *Dtsch Arztebl Int*, 2014. **111**(20): p. 349-55.

- 15. Goniewicz, M.L., et al., *Comparison of Nicotine and Toxicant Exposure in Users of Electronic Cigarettes and Combustible Cigarettes*. JAMA Netw Open, 2018. **1**(8): p. e185937.
- 16. Simonavicius, E., et al., *Heat-not-burn tobacco products: a systematic literature review*. Tob Control, 2019. **28**(5): p. 582-594.
- 17. Hartmann-Boyce, J., et al., *Electronic cigarettes for smoking cessation*. Cochrane Database Syst Rev, 2020. **10**: p. Cd010216.
- 18. Rüther, T., et al., *Nicotine delivery efficiency of first- and second-generation e-cigarettes and its impact on relief of craving during the acute phase of use*. Int J Hyg Environ Health, 2018. **221**(2): p. 191-198.
- 19. Hajek, P., et al., *Nicotine delivery and users' reactions to Juul compared with cigarettes and other e-cigarette products*. Addiction, 2020. **115**(6): p. 1141-1148.
- 20. de Wit, H., B. Bodker, and J. Ambre, *Rate of increase of plasma drug level influences subjective response in humans*. Psychopharmacology (Berl), 1992. **107**(2-3): p. 352-8.
- 21. World Health Organization, *The Tobacco Atlas, 3rd Edition* ed. W.H. Organization. 2010, Geneva, Honkong: World Health Organization.
- 22. Piontek, D., et al., *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Tabakkonsum und Hinweise auf klinisch relevanten Tabakkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015*. 2016, München: IFT Institut für Therapieforschung. .
- 23. Mons, U. and H. Brenner, *Demographic ageing and the evolution of smoking-attributable mortality: the example of Germany*. Tob Control, 2017. **26**(4): p. 455-457.
- 24. Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ): *Deutliche Tabaksteuererhöhungen sind die wirksamste Maßnahme, um zum Nichtrauchen zu motivieren. Aus der Wissenschaft – für die Politik*,. 2019, Heidelberg.
- 25. Kosmider, L., et al., *Compensatory Puffing With Lower Nicotine Concentration E-liquids Increases Carbonyl Exposure in E-cigarette Aerosols*. Nicotine Tob Res, 2018. **20**(8): p. 998-1003.
- 26. Dawkins, L.E., et al., *Self-titration by experienced e-cigarette users: blood nicotine delivery and subjective effects*. Psychopharmacology (Berl), 2016. **233**(15-16): p. 2933-41.
- 27. *US Department of Health Human Services: National Cancer Institute: Risks associated with smoking cigarettes with low machine-measured yields of tar and nicotine*. 2001, Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- 28. Fowles, J. and E. Dybing, *Application of toxicological risk assessment principles to the chemical constituents of cigarette smoke*. Tob Control, 2003. **12**(4): p. 424-30.
- 29. Hammond, D., et al., *Cigarette yields and human exposure: a comparison of alternative testing regimens*. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 2006. **15**(8): p. 1495-501.