



Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (23.) und Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (31.)

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

27. September 2018

Düsseldorf – Haus des Landtags

12:30 Uhr bis 13:50 Uhr

Vorsitz: Wolfgang Jörg (SPD) (AFKJ)

Heike Gebhard (SPD) (AGS)

Protokoll: Steffen Exner

Verhandlungspunkt:

**NRW fordert zusätzliche Maßnahmen zur Tabakprävention und den
Passivraucherschutz von minderjährigen Kindern in Autos**

3

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 17/2555

- Anhörung von Sachverständigen (*teilnehmende Sachverständige und
Stellungnahmen siehe Anlage*)

* * *

NRW fordert zusätzliche Maßnahmen zur Tabakprävention und den Passivraucherschutz von minderjährigen Kindern in Autos

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 17/2555

- Anhörung von Sachverständigen (*teilnehmende Sachverständige und Stellungnahmen siehe Anlage*)

Vorsitzender Wolfgang Jörg: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Seien Sie herzlich willkommen zu unserer heutigen Anhörung.

Mit Schreiben des Landtagspräsidenten vom 13. Juli 2018 wurden die Sachverständigen zur Anhörung geladen.

Die anwesenden Sachverständigen begrüße ich sehr herzlich – schön, dass Sie da sind, sich die Zeit für uns nehmen und heute die Fragen der Abgeordneten beantworten wollen. Hinweisen möchte ich vorab auf Ihre Stellungnahmen, für die ich mich sehr herzlich bedanken möchte.

Vorsitzende des Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales ist Frau Heike Gebhard, und wir haben verabredet, dass wir uns in der Sitzungsleitung abwechseln. Ich werde den Sitzungsvorsitz während der ersten Fragerunde innehaben, Frau Gebhard während der zweiten Runde.

Ein mündliches Statement von Ihnen ist zunächst nicht vorgesehen. Gehen Sie davon aus, dass die Abgeordneten Ihre Stellungnahmen gelesen haben.

Wir beginnen damit, dass zunächst in der ersten Runde jede Fraktion einmal die Möglichkeit hat, Fragen zu stellen, in der zweiten Fragerunde machen wir es nach der Reihenfolge der Wortmeldungen.

Wir bemühen uns, die Fragen kurz und knapp zu halten – das ist jedenfalls unsere Verabredung. Wir würden uns von Ihnen wünschen, dass Sie bei der Beantwortung ungefähr fünf Minuten einhalten. Wenn natürlich sehr viele Fragen an Sie gerichtet werden, können Sie auch zehn Minuten lang antworten – das ist gar keine Frage. Es wäre aber schön, wenn Sie darauf achten würden, sich bei der Beantwortung ebenfalls einigermaßen kurzzufassen.

Wir steigen damit in die erste Fragerunde ein und beginnen bei der CDU.

Jens Kamieth (CDU): Herzlichen Dank an die Damen und Herren Sachverständigen für die schriftlichen Ausarbeitungen und die Bereitschaft, uns Rede und Antwort zu stehen.

Ich habe zunächst Fragen an Herrn Professor Dr. Kotz. Sie führen aus, dass das Rauchen im Auto bisher noch nicht ausreichend geregelt bzw. reguliert und beschränkt ist. Des Weiteren führen Sie aus, dass es im Bereich des Nichtraucher-schutzes gerade hier in Nordrhein-Westfalen noch gewisse Defizite und Handlungsbedarf gibt.

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (23.) und
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (31.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

27.09.2018
exn

Andererseits nehme ich wahr, dass es bereits einiges gibt: Auf Spielplätzen und Schulhöfen darf nicht mehr geraucht werden – in Teilbereichen auch nicht im Außenbereich – und in Gebäuden von Landesbehörden sowieso nicht.

Bleiben Sie angesichts dessen, was ich gerade skizziert habe, bei Ihrer Einschätzung, dass Nordrhein-Westfalen bisher zu wenig getan hat? Bei den letzten Gesetzen, die 2013 in Kraft getreten sind, hat man vieles reglementiert. Wäre es da nicht zwingend und logisch gewesen, alle noch offenstehenden Bereiche zu regeln – insbesondere auch das Rauchen in Privatfahrzeugen bzw. in Autos überhaupt bei Anwesenheit Minderjähriger?

Zuletzt: Sehen Sie das Verbot des Rauchens im Auto als eine originäre Forderung der WHO an?

Gerichtet an die Ärztekammer: Welche Möglichkeiten sehen Sie, junge Menschen und vor allen Dingen die rauchenden Eltern bezüglich der Folgen des Tabakkonsums zu sensibilisieren – vielleicht auch in Abgrenzung zu anderen Risiken wie Fettleibigkeit, Zucker und Alkohol?

Herr Professor Dr. Löwer, ich finde es wichtig, dass wir uns nicht nur der allgemeinen Einigkeit hingeben, dass Rauchen gefährlich ist, sondern uns auch den Möglichkeiten, das Thema rechtlich zu greifen, widmen. Der letzte Absatz Ihrer Stellungnahme ist da sehr entscheidend; dort schreiben Sie: „Ich vermag die Verfassungsrechtsfrage nicht zu entscheiden“.

Könnten Sie uns trotzdem noch etwas mehr Informationen im Hinblick auf ein Übermaß an Verboten geben? Wie kann man die wechselstreitigen Grundrechte in den Griff bekommen – beispielsweise den Schutz des Eigentums und den Gesundheitsschutz? Vielleicht könnten Sie es für uns noch etwas griffiger machen.

Dr. Dennis Maelzer (SPD): Vielen Dank schon vorab an die Experten – sowohl für Ihr Erscheinen als auch für die schriftlichen Stellungnahmen.

Meine Fragen richten sich zunächst einmal an die im weitesten Sinne medizinisch-wissenschaftlichen Vertreter. Sie haben teils die Einschätzung geäußert, dass Deutschland die internationalen Vereinbarungen zur Tabakprävention betreffend noch hinterherhinkt. Könnten Sie näher ausführen, wo Sie da Ausbaubedarf sehen?

Der Fokus dieses Antrags liegt auf dem Schutz von Kindern, deshalb wäre es in dieser Runde wichtig, die Dimension darzustellen: Ist das ein Randphänomen, das eigentlich nur sehr wenige Kinder betrifft, die im Auto dem Passivrauchen ausgesetzt werden, oder geht es um eine relevante Größenordnung?

Dann gibt es hin und wieder den Hinweis: Wenn die Eltern wenigstens beim Autofahren das Fenster öffnen, ist es doch vielleicht schon ausreichend, um Kinder zu schützen. Würden Sie dazu bitte auch Stellung nehmen?

Wenn der Antrag auf der einen Seite ein Rauchverbot fordert, wenn Kinder mitfahren, fordert er auf der anderen Seite auch Raucherentwöhnungsprogramme und die Verstärkung der Anreize für diese Programme. Wie sehen Sie diese Forderung? Ist das

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (23.) und
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (31.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

27.09.2018
exn

etwas, was Hand in Hand gehen sollte – einerseits Repression, andererseits die Möglichkeit, präventiv tätig zu werden?

Zuletzt: Einige Staaten haben dieses Verbot bereits eingeführt. Kann jemand Erfahrungen aus dem Ausland einbringen, wie es sich in der Praxis auswirkt? In der Plenardebatte hatte die CDU die Sorge geäußert, dass es beim Versuch der Kontrolle zu Verfolgungsjagden auf der Autobahn führen würde, wenn wir das Verbot einführen. Da ist der Blick ins Ausland möglicherweise hilfreich. Vielleicht wissen Sie ja, ob es zu solchen Szenarien gekommen ist.

Marcel Hafke (FDP): Auch vonseiten der FDP-Fraktion vielen Dank. Ich freue mich, dass Sie sich die Zeit genommen haben, heute hier zu sein und uns Ihre ausführlichen Stellungnahmen zur Verfügung zu stellen.

Ich möchte zu Beginn drei Fragen stellen. Die erste Frage richtet sich an Herrn Professor Dr. Kotz und an Herrn Professor Dr. Löwer. Sie gehen beide davon aus, dass die Regelungskompetenz bei dem Thema in erster Linie bei der Bundesregierung bzw. beim Bundesministerium für Gesundheit liegt. Insbesondere Professor Dr. Löwer hat aber auch ausgeführt, dass es in Nordrhein-Westfalen Handlungsmöglichkeiten gebe, aktiv zu werden. Können Sie uns beschreiben, was genau man auf Länderebene tun kann, wenn der Bund seine Regelungskompetenz nicht voll ausgeschöpft hat?

Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Zimmer von der Ärztekammer Nordrhein und an Dr. Brockstedt vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Sie beschreiben, dass man vertreten kann, das Rauchen im Auto als Kindeswohlgefährdung zu bezeichnen. Könnten Sie uns das mit Argumenten untermauern und schildern, welche Konsequenzen das haben sollte? Wir sind uns, glaube ich, alle einig, dass es in solchen Fällen nicht darum geht, jemandem bei einer solchen Kindeswohlgefährdung das Kind zu entziehen, sondern es muss mit anderen Sanktionen belegt sein. Vielleicht könnten Sie dazu etwas im Vergleich zur klassischen Kindeswohlgefährdung ausführen.

Meine dritte Frage richtet sich ebenfalls an Herrn Dr. Brockstedt. Ich möchte an das anschließen, was Herr Dr. Maelzer eben gesagt hat, dass es in anderen Ländern bzw. Regionen auf der Welt schon ein Rauchverbot in Autos gibt und es dort entsprechende Konsequenzen und Entwicklungen in der Gesellschaft gibt. Ich würde es gut finden, wenn Sie dazu hier auch noch öffentlich eine Einschätzung abgeben könnten.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Herzlichen Dank an die Sachverständigen für die Stellungnahmen und dafür, dass Sie uns heute zur Verfügung stehen.

Ich würde gerne an das anschließen, was Herr Hafke eben gefragt hat. Bezug auf das Land hat er schon genommen, ich würde gerne noch mal präzise zum Bund nachfragen. Die Frage richtet sich im Wesentlichen an Herrn Professor Dr. Löwer und möglicherweise auch an Herrn Dr. Brockstedt. Welche rechtlichen Handlungsmöglichkeiten sehen Sie auf der Bundesebene, ein solches Rauchverbot durchsetzen zu können?

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (23.) und
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (31.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

27.09.2018
exn

Meine zweite Frage würde ich gerne ebenfalls an Herrn Dr. Brockstedt und auch an Herrn Zimmer richten. Der Kollege Kamieth hat vorhin mehrere Faktoren, die die Gesundheit möglicherweise schädigen könnten, in einen Topf geworfen. Könnten Sie konkret darstellen, welchem Risiko Kinder ausgesetzt sind, wenn sie Passivraucherinnen oder -raucher im Auto sind? Würde das Kampagnen nach sich ziehen, die zum Beispiel einer Ernährungskampagne in Bezug auf zuckerhaltige Kakaogetränke ähneln – oder etwas anderem, was dem Kollegen möglicherweise in diesem Zusammenhang vorschwebt?

Für den Abwägungsprozess auf Bundesebene ist von Belang, welche Argumente dafür sprechen, auch in die Grundrechte von Menschen – hier: rauchen zu dürfen – einzugreifen.

An Herrn Dr. Brockstedt und die Ärztekammer: Brauchen wir nicht nur ein Werbeverbot, sondern vielleicht speziell für Autofahrerinnen und Autofahrer sehr spezifische Hinweise, weil dort das Risiko durch Passivrauchen massiv erhöht wird? Sehen Sie da besonderen Handlungsbedarf?

Iris Dworeck-Danielowski (AfD): Auch seitens unserer Fraktion herzlichen Dank an alle Sachverständigen.

Ich habe lediglich eine Frage, die sich an Herrn Professor Dr. Löwer richtet. Angerissen wurde es schon von Herrn Kamieth: Sie schreiben, dass die Grundrechtseinschränkung am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gemessen werden muss. Ihr Fazit ist, dass die Verhältnismäßigkeit in diesem Fall gegeben und somit auch ein Rauchverbot grundrechtskonform wäre.

Nun gibt es natürlich auch das Rauchen in der Schwangerschaft bzw. das Rauchen in Gegenwart eines Säuglings in Korrelation mit plötzlichem Kindstod, es gibt die Alkohol-embryopathie bei Alkohol trinkenden Müttern in der Schwangerschaft. Wären Einschränkungen oder Verbotswünsche in dieser Richtung Ihrer Meinung nach gegebenenfalls auch grundrechtskonform? Kann man das vergleichen?

Vorsitzender Wolfgang Jörg: Herzlichen Dank – das war die erste Fragerunde. Wir kommen jetzt zu unseren Sachverständigen, und wir beginnen bei Herrn Professor Dr. Löwer.

Prof. Dr. Wolfgang Löwer (Universität Bonn, Institut für Öffentliches Recht): Meine Damen und Herren Abgeordnete, ich beginne mit der Frage, ob das Land Nordrhein-Westfalen in Sachen Schutz der Kinder vor rauchenden Fahrern oder Beifahrern eigene Handlungsmöglichkeiten hätte. Die Sache ist kompetenztechnisch nicht völlig unintrikat. Es geht um den Gesundheitsschutz – da würde man also daran denken, dass eine Gesundheitsschutzkompetenz aus dem Grundgesetz einschlägig wäre, mit der Folge konkurrierender Gesetzgebungskompetenzen und möglicherweise nicht ausgeschöpften Gesundheitsschutzes, sodass das Land eine eigene Handlungsmöglichkeit zur Gesetzgebung hätte.

Allerdings wird auf das Verhalten eines Fahrers oder Beifahrers im Auto abgezielt, vergleichbar dem Verbot, ein Handy während des Fahrens zu bedienen. Dann fiel es also in die Gesetzgebungskompetenz zum Straßenverkehr, und bei dieser habe ich keinen Zweifel, dass der Bund von ihr abschließend Gebrauch gemacht hat.

Nun könnte man das Ganze also auf zwei Kompetenztitel stützen. Im Zweifel würde man sich hier nach der Spezialität richten: Welche Kompetenztitel erfasst das inkriminierte Verhalten am deutlichsten? – Das wäre die Verkehrskompetenz, und dann hätte der Bund von seiner Regelung abschließend Gebrauch gemacht, und das Land Nordrhein Westfalen könnte selbst keine entsprechende Regelung erlassen.

Dafür spricht ja auch die praktische Vernunft, weil es sonst an den Grenzen Nordrhein-Westfalens gewaltige Ansammlungen von Kippen gäbe, weil jeder Autofahrer, der nach Nordrhein-Westfalen hineinfährt, erst einmal eine Zigarette aus dem Fenster werfen muss. Das klingt ja nicht nach einem effektiven und vernünftigen Regelungssystem.

Die zweite Frage, die mir gestellt wurde, bezog sich auf die Verhältnismäßigkeit und darauf, ob es nicht noch anderes übles Tun gibt, welches Kinder schädigen könnte. Der letzte Teil der Frage ist verfassungsrechtlich irrelevant. Es kommt immer wieder vor, dass gesagt wird: Gegen Alkohol geht ihr nicht vor, aber gegen das Cannabisrauchen schon. – Wenn es eine Gefährdungsquelle ist, kommt es nicht darauf an, ob es noch andere Gefährdungsquellen gibt, gegen die man auch vorgehen könnte. Das ist keine relevante Frage. Es gibt keine Gleichheitsbeziehung dahin gehend, dass gegen alles, was schädigt, auch vorgegangen werden müsste. Sonst hätten Sie in der Tat alle Hände voll zu tun, wenn jedes schädigende Verhalten zugleich auch verboten werden müsste.

Zu der Anschlussfrage, ob man denn gegen eine rauchende Mutter wegen Körperverletzung ihrer Leibesfrucht vorgehen könnte, kann ich aus der Hand wenig sagen. Das müssten wir sehr viel genauer überlegen. Grundsätzlich erwarten wir aber doch von einer Mutter, dass sie während einer Schwangerschaft nicht trinkt oder raucht – ohne dass die Wirklichkeit uns nicht widerlegen würde, dass es doch passiert. Aber mit der Wirklichkeit ist es immer so, dass sie mit der Normativität nicht vollständig zur Deckung zu bringen ist. Es gibt aber meiner Meinung nach kaum eine Verhaltensregel, die so intensiv propagiert wird wie diejenige, als Mutter bestimmtes Schädigungsverhalten zu unterlassen.

Zum Grundsatz der Verhältnismäßigkeit eines Verbots des Rauchens im Auto: Die Frage nach der Verhältnismäßigkeit stellt sich natürlich bei allen denkbaren Maßnahmen, die Sie ergreifen wollen. Vor einem Jahrzehnt hätte es vielleicht noch Gegenstand einer Kontroverse sein können, ob das Passivrauchen schädlich ist. Ich bin kein medizinischer Sachverständiger, aber mir scheint die Sachlage, nachdem wir uns alle davon überzeugt haben, dass Passivrauchen schädlich ist, in einem engen Raum wie einem Auto klar.

Früher hatten VW Käfer noch so einen Stoffhimmel – der war bei Rauchern ganz gelbbraun. Da hätte man ein Kind selbst dann, wenn der Fahrer nicht raucht, gar nicht

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (23.) und
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (31.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

27.09.2018
exn

mehr reinsetzen dürfen, weil so viele Restbestände des Rauchens im Auto waren. Es scheint mir schon keine sinnvolle Fragestellung mehr zu sein, ob wir den Kindern nicht helfen würden, wenn wir das Rauchen im Auto verbieten würden. Insofern habe ich auch hinsichtlich der Verhältnismäßigkeit keine Bedenken.

Schwieriger ist es bei der Frage danach, wie es sich mit der Verhältnismäßigkeit bei Werbeverboten darstellt. Das habe ich schon deshalb nicht abschließend entschieden, weil Sie die Landesregierung nur auffordern, tätig zu werden. Was sie tun soll oder tun wird, weiß ich ja gar nicht – wie soll ich dann die Verhältnismäßigkeit beurteilen?

Wenn man aber an ein totales Werbeverbot denkt, wie es im europäischen Ausland wohl nicht ungeläufig ist, könnte man sich natürlich die Frage stellen, ob die Grundrechte der Tabakindustrie dem entgegenstehen könnten – in dem Fall also Art. 12 Abs. 1. Auch das ist angesichts der guten Lobbyarbeit, die diese Leute betreiben, eine Frage, die vor zehn Jahren wahrscheinlich noch etwas auf der Kippe gestanden hätte. Ich persönlich glaube bzw. nehme an – „glauben“ ist für das Verfassungsrecht keine Kategorie –, dass sich heute kein Gericht mehr finden würde, das die Verwertungsinteressen der Tabakindustrie über die Interessen des Gesundheitsschutzes stellen würde.

Solange man aber Einzelheiten von Regelungen nicht kennt, ist es schwer, darüber zu reden. So erklärt sich die Offenheit meiner Antwort.

Prof. Dr. Daniel Kotz (Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin): Ich bedanke mich für die Einladung und werde versuchen, alle Fragen zu beantworten. Es ging los mit der Frage, ob – zusammengefasst – NRW nicht schon genug tut.

NRW hat neben nur zwei weiteren Bundesländern in Deutschland einen wirklich umfassenden Nichtraucherschutz bzw. eine Gesetzgebung dazu. Meines Wissens gab es damals Versuche, es bundesweit zu regeln, dann ist es aber, wenn ich mich richtig erinnere, am Föderalismus gescheitert. Nordrhein-Westfalen hat bereits viele gute Regelungen wie beispielsweise das Rauchverbot in Gaststätten oder am Arbeitsplatz.

Ist das ausreichend? – Wir sprechen natürlich über ein Phänomen, das keine Grenzen kennt: Die Belastung durch Tabakrauch und die dadurch entstehenden Krankheiten kennen keine geografischen Grenzen. Wir sprechen außerdem über eine Problematik, die wir aus gesamtdeutscher Perspektive betrachten müssen. Da stellt es sich so dar, dass in Deutschland im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern immer noch sehr viel geraucht wird. 28 % der über 14-jährigen Bevölkerung rauchen in Deutschland Tabak. Der Wert liegt immer noch hoch und ist relativ wenig gesunken.

Zum Vergleich: Im Vereinigten Königreich rauchen nur noch 17 % der Bevölkerung. Das liegt daran, dass die Briten schon vor vielen Jahren einen Masterplan auf den Weg gebracht haben, um den Tabakkonsum umfassend anzugehen. Als Basis dafür dient die Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle von der WHO, die Deutschland im Übrigen schon vor 14 Jahren ratifiziert hat und eigentlich nur noch umsetzen müsste.

Darin sind alle Maßnahmen beschrieben, die erwiesenermaßen effektiv sind, um Nichtraucher zu schützen und die Nachfrage von Tabak zu senken. Dazu gehört unter

anderem der Schutz von Jugendlichen in Räumen, in denen sie dem Rauchen ausgesetzt werden.

Hinsichtlich der Relevanz des Autos wurde auch nach der Dimension gefragt. Es gibt Schätzungen vom Deutschen Krebsforschungszentrum, dass das Rauchen im Auto ungefähr 1 Million Kinder in Deutschland betreffen könnte. Es betrifft also in der Quantität viele Menschen, und auch qualitativ ist das Problem nicht zu vernachlässigen, weil man sich das Rauchen in einem kleinen Auto so vorstellen muss, dass es eine fünfmal so schädigende Wirkung hat wie der Aufenthalt in einer starken Raucherkneipe, wie wir sie früher kannten – wo also fast alle in einer Hand ein Bier und in der anderen eine Zigaretten hatten und fröhlich geraucht wurde.

Im Auto tritt also eine sehr extreme Belastung auf, der Kinder und Jugendliche ausgesetzt werden und der sie sich nicht entziehen können. Sie können ja nicht auf der Autobahn aussteigen – auszusteigen ist nicht die Lösung, die sich anbietet.

Die Kolleginnen und Kollegen, die sich ärztlich damit befassen, können es noch näher ausführen: Hinzu kommt, dass das Rauchen im Auto gerade für Kinder und Jugendliche sehr schädlich ist, weil der sich entwickelnde Organismus die toxischen Stoffe, die beim Tabakrauchen entstehen, nicht so gut verarbeiten kann. Beim Rauchen werden bis zu 5.000 chemische Substanzen frei, von denen sich knapp 90 erwiesenermaßen toxisch auf das Herz-Kreislauf-System auswirken oder krebserregend sind. Speziell die Lunge ist bis zum 20. Lebensjahr noch in der Entwicklungsphase, und wenn sie einer solchen Schadstoffbelastung ausgesetzt ist, ist es extrem schädigend.

Es handelt sich um eine Beeinträchtigung, die die Kinder im Laufe des Lebens nicht mehr loswerden. Wenn die Entwicklung der Lunge geschädigt wird, führt das automatisch zu Problemen: zu Asthma, COPD – also der Raucherlunge im Alter – usw.

Um die Dimensionen noch mal deutschlandweit zu betrachten: Insgesamt führt das dazu, dass wir über 120.000 Todesfälle pro Jahr zu beklagen haben, die auf das Tabakrauchen zurückzuführen sind, und dass extreme Kosten im Gesundheitssektor sowie volkswirtschaftliche Kosten durch Krankheiten entstehen, die bei Kindern, aber auch bei Erwachsenen durch das Rauchen auftreten. Dabei handelt es sich um akute, aber auch chronische Erkrankungen, die dann auch zu Produktionsausfall usw. führen. Es gibt Schätzungen, dass damit in Deutschland pro Jahr Kosten in Höhe von etwa 80 Milliarden Euro einhergehen. Es entstehen also enorme volkswirtschaftliche Schäden.

Nennenswert ist außerdem: Es wird gerne gesagt, dass das Rauchen eine Entscheidung ist, die ein Mensch persönlich fällt: Ich rauche, oder ich rauche nicht. – Früher gab es auch mal den Slogan „Ich rauche gerne“ der Zigarettenmarke R1 oder R6 – ich weiß es nicht mehr so genau. Das ist aber nur bedingt richtig, weil wir eigentlich über ein Suchtverhalten sprechen. Dass Raucherinnen und Raucher nicht bewusst rauchen und es sich nicht um eine rein rationale Entscheidung handelt, sieht man allein daran, dass von 100 Raucherinnen und Rauchern, die sagen: „Ich möchte für immer mit dem Rauchen aufhören!“, „Ich habe genug davon!“, „Ich weiß, wie gefährlich das ist!“, „Ich möchte vor meinen Kindern nicht rauchen!“, nach einem Jahr 96 wieder rauchen.

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (23.) und
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (31.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

27.09.2018
exn

Das zeigt, wie stark der Suchtdruck ist, der hinter dem Nikotinkonsum steckt. Und dieser Suchtdruck beginnt schon im Kindesalter. Da ist zum einen die Sozialisation ein wichtiger Faktor. Wenn Kinder ihre Eltern ständig beim Rauchen sehen und diese auch im Auto rauchen, dann ist das normal. Es hat sich gezeigt, dass dadurch Jugendliche schneller mit dem Tabakrauchen beginnen.

Und wer als Jugendlicher bzw. junger Erwachsener mit dem Rauchen anfängt, ist – salopp gesagt – so angefixt, dass man eigentlich zu Lebzeiten nur noch ganz schwer davon loskommt. Deshalb ist der Schutz von Jugendlichen so besonders wichtig.

Wir sprechen hier und heute über eine konkrete Maßnahme, nämlich den Nichtraucherchutz im Auto, wenn Kinder mitfahren. Ich bin der Meinung, man muss das in einem Gesamtkontext sehen. Bei den Ländern, die in der Tabakkontrolle erfolgreich sind, ist in Europa das Vereinigte Königreich führend. Deutschland steht an vorletzter Position – nur Österreich ist schlechter als wir. Das Vereinigte Königreich hat ein umfassendes Maßnahmenpaket auf den Weg gebracht und nicht nur ganz punktuelle, kleine Gesetzgebungen.

Deshalb ist meiner Meinung nach, das hatte ich auch in meiner Stellungnahme genannt, ein vollständiges Verbot der Außenwerbung wichtig. Es sind nicht tendenziell einige Länder, in denen das schon so ist, sondern in allen anderen Ländern in Europa gibt es ein Außenwerbeverbot. Deutschland ist das einzige Land, in dem es das noch nicht gibt. Wenn ich ausländische Kollegen zu Gast habe, sind diese immer sehr überrascht, dass es diese Werbung noch gibt. Das kennen sie in ihren eigenen Ländern gar nicht mehr. Eine wichtige Maßnahme ist außerdem die Erhöhung der Tabaksteuer.

Wenn wir schon von einem Rauchverbot im Auto sprechen, muss dem aber auch ein Angebot gegenüberstehen. Auch aus medizinischer Sicht ist meiner Meinung nach ein ganz wichtiger Punkt eine Kostenerstattung für evidenzbasierte Entwöhnungsangebote, um aus der Tabaksucht auszusteigen. Es gibt bereits gute Therapien, um mit dem Rauchen aufzuhören, sie werden derzeit aber von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise erstattet. Für viele Raucherinnen und Raucher, die oft nur einen kleineren Geldbeutel haben, ist das wirklich ein Problem und ein Grund, diese Therapien nicht zu nutzen.

Bernd Zimmer (Ärztammer Nordrhein): Vielen Dank für die Einladung. – Herr Professor Dr. Löwer, der Dreck, den Sie am Beispiel des VW Käfer beschrieben haben, findet bei den heutigen, gut isolierten Fahrzeugen mit Umluftfunktion den Weg in die Lungen der Kinder. Man muss sich einfach mal vergegenwärtigen, was da passiert!

Zur Frage danach, was wir in der Ärzteschaft leisten können, um Tabakkonsum zu vermeiden: Wir haben relativ gestufte Möglichkeiten. Die einfachste Möglichkeit ist, im Beratungsalltag bei akuten Atemwegsinfekten bei jungen Leuten, die vielleicht auch auf dem Weg sind, Eltern zu werden, darauf hinzuweisen, dass es da eine Korrelation gibt und es durch das Rauchen eine erhöhte Anfälligkeit gibt. Wenn sie schon als Rau-

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (23.) und
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (31.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

27.09.2018
exn

cher bekannt sind, kann man auch ansprechen, dass ihnen eventuell in einer absehbaren Zeit eine Mutter- oder Vaterrolle zukommt und im Vorfeld schon die Mühe auf sich genommen werden könnte, den Rauchkonsum zu beenden.

Auf der nächsten Stufe gibt es mit 35 Jahren diese Gesundheitsuntersuchung, die sowohl in der gesetzlichen als auch in der privaten Krankenversicherung alle zwei Jahre bezahlt wird. Da wird das Rauchverhalten thematisiert, im Grunde genommen ist das aber viel zu spät, weil die Elternschaft derzeit in der Regel noch vor dem 35. Lebensjahr eintritt.

Die nächste Stufe ist dann die Früherkennungsuntersuchung bei den Kindern selbst. Dazu kann der Kollege aus dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte sicherlich noch mehr berichten. Das kann man natürlich bei Kindern, die man in unterschiedlichen Abständen vom Neugeborenen an begleitet, mitnehmen.

Im kinderärztlichen und hausärztlichen Bereich wird außerdem noch die Jugendschutzuntersuchung angeboten, bei der Jugendliche im kritischen Alter um 14 Jahre, in welchem Erwachsenenrituale wie das Rauchen eine Rolle spielen, gezielt angesprochen werden können, um dann vielleicht auch auf die Vorgeschichte der eigenen Eltern- oder Großelternschaft zu verweisen – das ist in hausärztlichen Praxen ja möglich. So kann man das ganze Problem wirkungsvoll thematisieren.

Entscheidend ist aber, dass wir den jungen Menschen, die sich auf den Weg machen, Eltern zu werden, ihre Vorbildfunktion klarmachen. Professor Dr. Kotz hat sehr deutlich darauf hingewiesen, worum es dabei geht.

Wir hinken in Deutschland eindeutig hinterher, und zwar nicht nur bei Ländern wie dem angeführten Großbritannien, welches man in Europa als großes und mächtiges Land ansieht. Auch Länder wie Zypern, Italien, Griechenland oder Frankreich, die auch für Lebensqualität stehen, haben diese Problematik aufgegriffen.

Ich halte das Ganze für durchaus vertretbar und eine durchsetzbare Größe. Es ist nichts Irreales, was Sie fordern. Es gibt keinen großen Unterschied zwischen dem Benutzen eines Handys am Steuer oder einer Zigarette – es ist meiner Meinung nach ähnlich gut kontrollierbar.

Es ist auch nach offenen Autofenstern gefragt worden. Da kann ich nur sagen: Prima, das hilft ganz bestimmt nicht. Kinder sitzen in der Regel hinten; dann wird der ganze Kram einmal mit der Lüftung nach hinten durchgeblasen. Das löst das Problem sicherlich nicht.

Zudem werden so die entscheidenden Parameter gar nicht beeinflusst. Es geht nämlich auch um die Vorbildfunktion. Die Kinder sitzen beispielsweise auf dem Beifahrersitz und sehen die Eltern ständig rauchen – Vater wie Mutter. Das Problem ist aber auch, dass Kinder im Auto eine viel höhere Aufmerksamkeit dafür haben, was ihre Eltern tun. Zu Hause sehen sie nicht immer, was die Eltern tun, aber im Auto ist es ein permanentes Vorbild, das rituell immer wieder abgespult wird. Schon auf kleine Kinder wirkt es offenbar als ein nachahmenswertes Verhalten, sonst würden die Vorbildeltern es ja nicht tun.

Entscheidend ist, was passiert: Die Kinder werden mit Substanzen kontaminiert, die suchtfördernd sind. Den Kindern wird etwas beigebracht, was sie später, wenn sie etwas mehr Freiraum haben, selbst bedienen können.

Zuletzt bleibt noch das Aufmerksamkeitsrisiko. Wer raucht, ist mindestens genauso unaufmerksam wie jemand, der mit dem Handy telefoniert. Ich bin der Meinung, wir sollten uns auch mal von dem Gedanken leiten lassen, dass die Kindeswohlgefährdung nicht nur darin liegt, dass Sucht gefördert und ein Vorbild gelebt wird, sondern durchaus auch eine Aufmerksamkeitsminderung im Straßenverkehr vorliegt.

Herr Hafke, Sie hatten noch speziell nach der Kindeswohlgefährdung gefragt. Die Kinder können nicht entscheiden. Sie sind abhängig vom Wissen und Wollen ihrer Eltern und von deren Verständnis für Gesundheit bzw. gesundheitsbewusstes Leben. Es ist eine Unausweichlichkeit, indem die Kinder mit einer Prägung für Verhalten, einer Prägung für Sucht und einer Prägung, risikobereites Fahren auf sich zu nehmen, konfrontiert werden. Den Kindern wird eine Sucht antrainiert, ohne dass die Kinder je gefragt würden.

Herr Mostofizadeh, Sie hatten gefragt, welchen Risiken man im Auto noch ausgesetzt ist. Da geht es um eben diese starke Wahrnehmung. Kinder, die sonst gar nicht so viel sehen, nehmen dort permanent etwas wahr. Das, was sie als wichtig empfinden, sind die Eltern, und die nehmen die Kinder im Auto wahr.

Wir müssen überlegen, ob man hier nicht in der Abwägung das Unterbinden des Rauchens im Auto als vernachlässigbare Größe gegenüber dem Kindesschutz sehen muss. Der Schutz des Kindeswohls ist an dieser Stelle meiner Ansicht nach unvergleichlich höher einzuordnen als die Freiheit, in einem Auto zu rauchen – was nach meiner Einschätzung und sicherlich auch nach der Einschätzung der Ärzteschaft ohnehin nicht gesund sein kann. Dazu wird man auch einiges an Berichten finden können.

Frau Dworeck-Danielowski hatte gefragt, was mit Kindern noch geschieht. Es gab schon vor 40 Jahren die Beschreibung „small for date“. Und diese Small-for-date-Kinder waren genau die Kinder von Frauen, die während der Schwangerschaft in erheblichem Umfang geraucht haben. Auch da findet – neben der Suchtprägung, über die wir jetzt ja schon gesprochen haben – eine schon im Mutterleib stattfindende Schwächung des Kindes statt. Gegenüber anderen Kindern, die von nicht rauchenden Müttern geboren werden, haben diese Kinder einen weiteren Rückstand, der neben der sozioökonomischen Situation von Rauchern im Auto zu bedenken ist.

Dr. Matthias Brockstedt (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.): Ich gehe die Fragen einfach der Reihe nach durch. Herr Dr. Maelzer, ich kann Ihnen eine konkrete Zahl nennen: 24,9 % der Kinder leben in Deutschland in Raucherhaushalten. Die Zahl steigt in unteren sozialen Schichten auf etwa 40 %. Diese konkreten Zahlen erheben wir jährlich in unseren Einschuluntersuchungen – wir fragen gezielt nach.

Bei einer Vorsorgeuntersuchung rieche ich schon am gelben Vorsorgeheft, dass in einem Haushalt geraucht wird, und ich sehe an der Geburtskurve, dass ein Kind schon ab dem ersten Lebenstag zunimmt und nicht wie üblich in den ersten zwei Wochen

etwa 5 % des Gewichts verliert. Das liegt daran, dass das intrauterine, vorgeburtliche Schutzfett sozusagen schon verbrannt ist. Das sehe ich also anhand der simplen Geburtsdaten noch bevor ich das Kind gesehen habe.

Sie haben ganz konkret am Beispiel des Autos mit geöffnetem Seitenfenster gefragt, wie sich das Rauchen im Auto auf Kinder auswirkt. Es gibt dazu Messungen, die mit Teddybären – nicht mit Kindern – durchgeführt wurden. Eine Zigarette bei geöffnetem Seitenfenster erhöht in zwei Minuten den Anteil der Schadstoffe auf das 200-fache. Dabei handelt sich um Schadstoffe im Bereich von unter 2,5 µg, also um Feinstaub, der die unteren Lungenabschnitte erreicht. Das ist das, wie Professor Dr. Kotz schon sagte, was dauerhaft schädigt. Es wird nicht abgehustet oder abgewehrt, sondern einfach eingeatmet.

Diese Messungen sind sehr anschaulich; man kann sie sich bei der Fachstelle für Suchtprävention in Berlin auch mal auf DVD ansehen. Diese zwei Minuten überzeugen mehr als viele andere Argumente.

Herr Hafke, die Kindeswohlgefährdung ist definiert in der Jugendhilfe – nicht so sehr in der Medizin –, nämlich im SGB VIII, dem Kinder- und Jugendhilfegesetz. Von der juristischen Seite wurde es hier noch nicht so sehr beleuchtet. In der Tat gibt es unter Kinderärzten unterschiedliche Herangehensweisen. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, deren Mitglied ich auch bin, würde definitiv sagen: Jedes Rauchen, Mitrauchen oder Passivrauchen in der Wohnung und im Auto stellt eine Kindeswohlgefährdung dar. Ähnliches gilt für Alkohol in der Schwangerschaft – dazu wurde eben auch eine Frage gestellt, und ich sage gleich noch etwas dazu.

Es ist aber eben nicht so, dass man im Berufsverband der Kinderärzte für 10.000 niedergelassene Kinderärzte, den ich berate, grundsätzlich sagt, dass es denselben Tatbestand erfüllt wie das Schütteln, Schlagen oder Anschreien von Säuglingen, sondern es handelt sich um eine Gesundheitsgefährdung, auf die wir hinweisen möchten.

Zum Hinweis des Kollegen Herrn Zimmer auf die Vorsorgeuntersuchungen: Die gibt es nach § 26 SGB V seit 1972. In der neuen Version von 2016/2017 steht nun dezidiert und viel mehr als früher, dass bei allen Vorsorgeuntersuchungen bis zum fünften Lebensjahr – und dann bei den Jugenduntersuchungen an die Jugendlichen selbst gerichtet – gezielt der Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum angesprochen werden soll – auch derjenige der Eltern.

Es ist aber so, dass das in der Praxis genauso wenig wie die regelmäßige Abfrage des Alkoholkonsums Schwangerer wirklich funktioniert. Es ist im Heft enthalten, das neue Heft ist aber dermaßen unübersichtlich, dass man riesige Schwierigkeiten damit hat, in der vorgegebenen Zeit zu Ergebnissen zu kommen. Daher würde ich auf diese Maßnahmen der Aufklärung und Verhaltensprävention nicht extrem viel Wert legen.

Wir machen das immer: Ich spreche die Mutter an, dass das Heft riecht, und ich spreche, wenn ich regelmäßigen Kontakt habe, auch an, dass mir auffällt, dass die Mutter aus dem Mund oder bei sehr starkem Konsum auch durch die Haut nach Alkohol riecht. Das mache ich vielleicht nicht direkt beim ersten Mal – Sie sagen auch nicht gleich jedem, dass er stinkt –, aber wenn ein Kontakt hergestellt ist, bleibt man in Kontakt

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (23.) und
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (31.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

27.09.2018
exn

und problematisiert solche Dinge auch. In der Regel ist dann der Elternteil, den es betrifft – meistens sind es beide – durchaus bereit, mitzugehen. Dafür muss es aber erst eine Beziehung geben. Das sind wirklich schwierige Maßnahmen, die jenseits des Gesetzes in der Praxis erfolgen müssen.

Herr Mostofizadeh, Sie hatten auch noch die Frage nach den rechtlichen Möglichkeiten auf Bundes- und Landesebene gestellt. Konkrete Risiken möglichst gezielt für die Gruppe der Autofahrerinnen und Autofahrer würde ich mir wünschen. Wir haben in den letzten Jahrzehnten gelernt, dass alle Präventionsmaßnahmen umso wirksamer sind, je gezielter sie sind.

Ich setze da aber noch etwas anders an. Beim Rauchen gibt es sehr gute Belege, dass eine gezielte Bildungsförderung der Mütter sehr wirkungsvoll ist. Jedes zusätzliche Schulbildungsjahr einer nicht gut ausgebildeten Mutter erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass ihre Töchter nicht rauchen um das Zehnfache – das gilt aber nur für die Töchter.

Das ist alles ganz kompliziert. Fragen Sie mal Frau Dr. Thaiss von der BZgA; sie versucht das Ganze jetzt mit sozialen Medien und nicht nur mit schönen Foldern. Es ist wahnsinnig schwierig, und es funktioniert immer bei denen, die es am wenigsten brauchen – beim Mittelstand, bei Töchtern und bei gut gebildeten Eltern. Da bleibt also noch ganz viel Raum, tätig zu werden.

Deshalb setze ich nach mittlerweile 40 Jahren Arbeit in diesem Bereich mehr auf die Verhältnisprävention, also auf die gesetzlichen und ökonomischen Regelungsmaßnahmen. Sie funktionieren unabhängig davon, ob jemand bereit ist, Informationen überhaupt aufzunehmen.

Aus der Suchttherapie wissen wir, dass es da eine Motivationsspirale gibt. Es kann sein, dass ich heute eine Mutter auf das Rauchen in der Schwangerschaft anspreche und sie das Ganze negiert, es kann aber auch sein, dass sie eine Woche später in einer anderen Phase ist, weil sie zum Beispiel mit einer Freundin gesprochen hat – oder mit ihrer besten Freundin: ihrer Hebamme –, und es dann plötzlich funktioniert. Da müssen wir also permanent am Ball bleiben.

Aus der Unfallprävention habe ich aber gelernt, dass diese aufklärenden Maßnahmen nach ein paar Monaten auch wieder vergessen werden. Eine gesetzliche Änderung hat Auswirkungen, und da danke ich Herrn Professor Dr. Kotz, der Ihnen gesagt hat, wie es in anderen Ländern funktioniert. Ich selbst kenne nur Berichte aus Kanada. Dort wird nicht von Verfolgungsjagden auf Autobahnen berichtet – im Gegenteil wurde bei gelegentlichen Kontrollen eine Verhaltensänderung festgestellt.

Insofern muss man es wahrscheinlich nicht so sehr dramatisieren, sondern es handelt sich um einen Baustein unter vielen. In meiner Stellungnahme habe ich geschrieben, dass es vier Ebenen der Verhaltens- und Verhältnisprävention gibt: Hier geht es um eine dieser Ebenen, aber um eine wirksame.

Zuletzt hatte Frau Dworeck-Danielowski gefragt, ob man Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, Rauchen in der Schwangerschaft usw. nicht alles in einen Topf werfen könnte. Ich bin dafür, es sauber zu trennen. Sie können es definitiv nicht in einen

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (23.) und
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (31.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

27.09.2018
exn

Topf werfen. Nicht alle, die in der Schwangerschaft rauchen, trinken auch Alkohol oder umgekehrt, und die Erkrankungen sind völlig andere.

Die fetale Alkoholspektrumstörung – so heißt das Alkoholtrinken in der Schwangerschaft – betrifft in ihrer Breite über 4.000 Kinder. Es ist die häufigste zu Missbildungen und zu dauerhaften Schädigungen führende Erkrankung exogener Art bei ungeborenen Kindern in Deutschland. Die fetale Alkoholspektrumstörung – dazu gibt es Lehrbücher, und ich habe an den Leitlinien mitgearbeitet – ist wirklich etwas anderes als das Rauchen in der Schwangerschaft.

Das Rauchen in der Schwangerschaft führt zu IUGR – intrauterine growth retardation. Wir sagen heute nicht mehr „small for date“. Da spielt Alkohol keine so große Rolle, sondern da spielt Nikotin die Hauptrolle. Wir können das sehr gut belegen – nicht nur anhand von Tierversuchen, sondern auch durch viele epidemiologische Untersuchungen. Auch die Langzeitfolgen des Rauchens in der Schwangerschaft – zum Beispiel Aufmerksamkeitsstörungen – sowie die erhöhten Risiken für Adipositas, Diabetes II usw. sind gut belegt. Ebenso ist das erhöhte Risiko von Früh- und Totgeburten belegt. Darüber gibt es meines Erachtens gar keine Diskussion mehr.

Vorsitzende Heike Gebhard: Herzlichen Dank. – Wir können damit zur zweiten Fragerunde kommen, und ich darf die Kolleginnen und Kollegen Abgeordneten um Wortmeldungen bitten.

Serdar Yüksel (SPD): Ich habe noch eine Frage an Herrn Professor Dr. Löwer. Vieles ist bereits gesagt worden, aber vielleicht könnten Sie aus rechtlicher Sicht noch mal einordnen, wo im Verfassungsrang das Kindeswohl und die körperliche Unversehrtheit des Kindes zu den anderen Rechtsgütern stehen, die Sie in Ihrer Stellungnahme beschrieben haben – in der ersten Fragerunde wurde ja auch schon diskutiert, ob die Verhältnismäßigkeit gewahrt ist.

Britta Oellers (CDU): Ich darf mich herzlich für die Inhalte, die Sie uns nähergebracht haben, bedanken. Es ist wohl unstrittig, dass das Rauchen im Auto gesundheitsgefährdend ist. Meiner Ansicht nach geht es auch darum, wie man gesetzlich damit umgehen soll.

Eine weitere Frage ist für mich, wie sich die gesundheitliche Situation beim Thema der E-Zigaretten darstellt – auch wenn darin kein Nikotin enthalten ist. Gibt es dazu Ergebnisse und Erkenntnisse?

Dann sagten Sie, Herr Dr. Brockstedt, Ihnen wäre eine gesetzliche Regelung lieber, als wenn man gezielt Kampagnen fährt. Allerdings wären Kampagnen doch sicherlich auch ein Weg, um gezielt Möglichkeiten zu bieten und gegebenenfalls schnell Abhilfe zu schaffen. Eingangs wurde gesagt, dass die Problematik im Straßenverkehr eher auf Bundesebene geregelt wird und weniger hier in NRW. Was könnten wir hier in NRW dann tun, um Abhilfe zu schaffen?

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (23.) und
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (31.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

27.09.2018
exn

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Ich würde gerne Herrn Professor Dr. Löwer noch einmal etwas fragen. Sie sagten, wenn ich es richtig verstanden habe, der Bundesgesetzgeber könne über das Straßenverkehrsrecht eingreifen, und das sei die wirksamste und klarste Lösung, um tätig werden zu können. Könnten Sie das noch mal ausführen?

Eine weitere Frage möchte ich an Herrn Dr. Brockstedt richten, weil nun zum zweiten Mal von den Kollegen der CDU versucht wird, zu relativieren und einen Zusammenhang mit anderen Sachverhalten herzustellen. Würde es sich hinsichtlich der Schädigung durch Passivrauchen ihm Auto ihrer Meinung nach lohnen, mit entsprechenden Präventionsmaßnahmen allein dafür tätig zu werden – gesetzlich auf Bundesebene und auch auf Landesebene?

Dr. Dennis Maelzer (SPD): Ich will mein Glück jetzt nicht überstrapazieren, aber ich glaube, wir brauchen – auch angesichts der Nachfragen, die ich gehört habe – noch mal eine ganz klare Aussage von Ihnen als Experten.

Der Antrag beinhaltet insbesondere drei Maßnahmenkomplexe. Es geht um Prävention, um Rauchstoppprogramme und um gesetzliche Verbote. Bisher habe ich die Anhörung als sehr eindeutig aufgefasst, vielleicht habe ich mich aber auch geirrt. Ist irgendjemand von den Experten der Meinung, dass die Politik diesen Weg, so, wie er hier vorgeschlagen wird, nicht gehen sollte?

Vorsitzende Heike Gebhard: Mir liegen keine weiteren Wortmeldungen vor, und wir gehen in derselben Weise vor wie in der ersten Runde. – Wir beginnen bei Herrn Professor Dr. Heller – haben Sie sich durch eine der Fragen angesprochen gefühlt?

Prof. Dr. Wolf-Dieter Heller (Karlsruher Institut für Technologie): Ja, durch die letzte Frage. Ich bin Statistiker und komme aus der Mathematik – im Gegensatz zu den Kollegen an meiner Seite, die aus dem medizinischen Bereich kommen.

Ich habe in meinem gesamten Berufsleben sehr viel zum Tabakkonsum gearbeitet und habe Erfahrungen dazu gemacht, was präventive Maßnahmen bewirken und was sie nicht bewirken. Ich bin in meinen Analysen und Arbeiten immer nur von belastbaren Zahlen ausgegangen. Ich habe heute viele belastbare Zahlen und Fakten gehört, aber eine Zahl – dass 1 Million Kinder betroffen seien – ist absolut unbelastbar. Da werden zwei Querschnittsstudien miteinander vermengt. In dieser Untersuchung des Deutschen Krebsforschungszentrums wurde nicht angegangen, ob der Raucher auch wirklich raucht, wenn Kinder im Auto sitzen.

Meine Grundeinstellung ist völlig klar: Der Raucher hat nicht zu rauchen, wenn Nichtraucher oder Kinder im Auto sitzen. Darum müssen wir gar nicht herumreden. Mir liegt bei solchen gesetzgeberischen Aktivitäten aber an belastbaren Daten, und das ist in diesem Fall nicht gegeben.

Der Vergleich zu England ist interessant, und vielleicht ist da auch die Werbung im weitesten Sinne mitzudenken. Die Quote von 17 % hat mich vor einigen Jahren, als

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (23.) und
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (31.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

27.09.2018
exn

ich den Trend nach unten sah, fasziniert. Ich habe mich dann mit England befasst und festgestellt, dass es auf die E-Zigaretten-Konsumenten zurückzuführen ist. In England gibt es den größten Anteil ehemaliger Tabakraucher, die auf die E-Zigarette umgestiegen sind. Das heißt: Die Gesamtprävalenz ist, wenn man Tabakzigarette und E-Zigarette zusammennimmt, mehr oder weniger konstant geblieben.

Und wenn wir schon von Prävalenz reden – ich setze prinzipiell in meinem gesamten beruflichen Leben viel mehr auf Erziehung und Hinführung des Individuums –: Wir können doch große Erfolge bei den Jugendlichen vorweisen. Erziehung und Maßnahmen, die gar nicht stark gesetzlich unterstützt wurden, haben doch bei Jugendlichen zu einer fantastischen Reduktion der Prävalenz des Tabakrauchens geführt. Das sehe ich als äußerst positive Entwicklung in den letzten 10 bis 15 Jahren an.

Prof. Dr. Wolfgang Löwer (Universität Bonn, Institut für Öffentliches Recht): Die erste an mich gerichtete Frage hat verfassungsrechtlich gewissermaßen etwas beinahe Ridiküles an sich. – Was sollen das wohl für Werte sein? Wenn ich die persönliche Handlungsfreiheit, zu rauchen, der Gesundheit eines Kindes gegenüberstelle, ist das doch keine Gewichtigkeit, die einer intensiven Abwägung bedürfte. Es ist doch klar, dass die Gesundheitsinteressen Vorrang haben.

Schon bei den alten Römern haben wir gelernt: Das erste Gebot ist das „Neminem laedere“ – niemanden schädigen. Insofern haben auch Eltern nicht das Recht, Ihre Kinder zu schädigen – wobei es gar nicht nur um die Eltern geht, sondern um jedes Taxi, um jeden, der ein anderes Kind mitnimmt, um das eigene zum Fußball zu fahren oder was auch immer. Das Gebot richtet sich ja nicht nur spezifisch an Eltern. Deshalb halte ich das elterliche Erziehungsrecht bei dem Tatbestand nicht für einschlägig, sondern aufseiten der Raucher nur Art. 2 Abs. 1 des Grundgesetzes.

Insgesamt würde man hier in der Runde doch im Rheinland langsam sagen: „Ich bin schon katholisch“, wenn jemand versucht, zu überzeugen. Es ist ja keine vernünftige Frage, ob man das verbieten darf – bei aller Problematik, die Verbote immer mit sich bringen. Verbote sind aber immerhin wirksam. Sie sind nicht immer der beste Rat, aber in dieser Situation geht es schon.

Ich wurde noch einmal nach der Kompetenzrechtslage gefragt. Im Kompetenzrecht ist es natürlich nicht ganz selten, dass ein bestimmtes Verhalten – in diesem Fall ein gesetzgeberisch verbotenes Verhalten – unter mehrere Kompetenztitel subsumiert werden kann. Das ist nicht ungewöhnlich, und im Jargon heißt das „Kompetenzkonkurrenz“. Wenn eine Kompetenzkonkurrenz vorliegt wie hier zwischen Gesundheit und Straßenverkehr, dann stellt sich die Anschlussfrage, wie es sich mit Art. 72 Abs. 1 des Grundgesetzes verhält, nach welchem der Landesgesetzgeber so lang Regelungsbefugnis hat, wie der Bund nicht abschließend von seiner Gesetzgebungskompetenz Gebrauch gemacht hat.

Meiner Ansicht nach kann man das nur auflösen, indem man danach fragt, welche Kompetenzgrundlage dichter am untersagten Verhalten liegt, welche das Verhalten also am ehesten vollständig erfasst – unbeschadet der Frage, dass auch eine andere

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (23.) und
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (31.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

27.09.2018
exn

Kompetenz es erfasst. Von daher muss ich dann die Frage der abschließenden Regelung nach der Kompetenz stellen, die am intensivsten zugreift.

Das ist hier das Straßenverkehrsrecht, und deshalb ist – ich glaube, von den Grünen – zu Recht schon im Bundestag ein Antrag gestellt worden, das Rauchen im Auto zu verbieten. Dann würde von der Straßenverkehrsrechtskompetenz Gebrauch gemacht, und das Land wäre ausgeschlossen, weil auch im Moment das Straßenverkehrsrecht abschließend vom Bund geregelt ist. Es führt kein Weg in eine Landesgesetzgebungskompetenz hinein. Deshalb fordern Sie ja auch nur dazu auf, dass der Bundestag tätig wird – das ist dann auch in Ordnung.

Sie hatten außerdem danach gefragt, ob irgendein Sachverständiger diese Maßnahmen nicht empfehlen würde. Die Formulierung „diese Maßnahmen“ ist etwas schwierig, weil richtig konkret nur die Maßnahme des Rauchverbots in Autos bei anwesenden Kindern formuliert ist. Alles andere ist relativ offen formuliert.

Beim Raucherpräventionsprogramm, diesem Ausstiegsprogramm, würde man allenfalls die Frage stellen können, ob die Raucher es nicht selbst bezahlen sollten; denn es ist ihre eigene Sucht, die bekämpft werden soll. Dann werden natürlich Argumente wie die soziale Bedürftigkeit angeführt, aber da ist die einzige Frage, die man stellen könnte, ob nicht für eine solche, selbstverursachte Situation die Belastung des eigenen Geldbeutels angemessen sein könnte.

Angesichts der Globalität der Fragestellung bringt mich das aber auch nicht dazu, zu sagen, dass ich es der Entschließung entgegenstehend behandeln wollte.

Prof. Dr. Daniel Kotz (Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin): Ich habe mir einige Punkte notiert und beginne mit dem, was Herr Professor Dr. Heller sagte. Bei den Zahlen vom DKFZ würde ich Ihnen Recht geben, dass sie nicht belastbar sind. Bei diesen 1 Million Kindern handelt es sich um eine grobe Schätzung. Das belastbar zu untersuchen, wäre extrem schwierig – man kann nicht einfach so die Eltern fragen, ob sie im Auto rauchen, wenn die Kinder dabei sind. Dann wird man wahrscheinlich nicht immer eine ehrliche Antwort bekommen. Es wäre eine interessante Frage, wie man das belastbar untersuchen sollte – zum Beispiel mit Videokameras und Hitzesensoren in Autos oder auf Autobahnen.

(Mehrdad Mostofizadeh [GRÜNE]: Da machen wir noch andere Fässer auf!)

– Das stimmt!

Man kann sich bei den Millionen von Rauchern, die es in Deutschland gibt – 28 % der Bevölkerung rauchen, von denen viele süchtig sind und stark rauchen –, gut vorstellen, dass nicht alle das Rauchen vollständig einstellen, sobald sie ins Auto steigen. Wenn man sieht, wie viele Menschen rauchen, wenn man selbst auf der Straße fährt, wird das sicherlich einige Kinder betreffen.

Eine sehr belastbare Zahl habe ich dennoch für Sie, und zwar liegt die Zustimmung für ein solches Verbot in der Bevölkerung in Deutschland bei über 70 % – und bei über

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (23.) und
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (31.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

27.09.2018
exn

65 % bei Raucherinnen und Rauchern. Auch in der Bevölkerung gibt es also eine sehr große Zustimmung, eine solche Gesetzgebung auf den Weg zu bringen.

Frau Oellers hat eine Frage zur E-Zigarette gestellt. Vorab: Eine E-Zigarette ist ein Gerät, das elektronisch durch eine Batterie betrieben wird und in dem so etwas wie Disconebel verdampft wird, also Propylenglykol und Glycerin. Sie enthält keinen Tabak.

E-Zigaretten werden allerdings verwechselt mit den sogenannten Tabakerhitzern, die nun überall auf den Straßen massiv beworben werden und – im Falle des Modells IQOS von Philip Morris – in ganz tollen, Apple-ähnlichen Shops in bester Einkaufslage in Düsseldorf und Köln verkauft werden. Dieses Gerät enthält sehr wohl Tabak. Es erhitzt Tabak, anstatt ihn komplett zu verbrennen.

Insgesamt gibt es also drei unterschiedliche Produkte; die herkömmliche Tabakzigarette, den Tabakerhitzer und die E-Zigarette muss man voneinander trennen. Auch die E-Zigarette enthält meistens Nikotin, das ist aber nicht immer der Fall. Man kann auch Liquids kaufen, die kein Nikotin enthalten. Sie enthalten dann allerdings Geschmacksstoffe – wenn man will, kann man da Ananas, Schokolade oder was auch immer einem lieb ist dampfen.

Ich sehe es immer aus der Perspektive von rauchenden Menschen. Für diese ist ein Umstieg auf die E-Zigarette sicherlich die gesündere Alternative. Es gibt Schätzungen, dass das Rauchen von E-Zigaretten – das Dampfen – bis zu 90 % weniger schädlich ist als das Rauchen einer Tabakzigaretten. Der Umstieg ist also sicherlich wünschenswert.

Dennoch wäre ich dafür, auch die E-Zigarette im Auto zu verbieten, und zwar aus zwei Gründen. Zum einen hat Herr Zimmer sehr gut ausgeführt, dass wir eine Vorbildfunktion haben. Wenn jemand an etwas saugt, dampft usw., kann das von Kindern sehr schnell mit Rauchen verwechselt werden. Es ist meiner Meinung nach nicht gut, wenn das weiterhin im Auto praktiziert und vorbildhaft gezeigt wird – mal abgesehen von der Gefährdung im Straßenverkehr, wenn man mit einem solchen Gerät herumhantiert.

Zum anderen wird in Deutschland sehr heftig der sogenannte Gateway-Effekt diskutiert. Es wird die Gefahr gesehen, dass Jugendliche, die sonst nicht zum Rauchen von Tabak übergegangen wären, durch die E-Zigarette dazu angeleitet werden. Sie hantieren vielleicht erst mit einer E-Zigarette herum, weil die so schön nach Kirsche oder Gummibärchen schmeckt, und dann werden sie möglicherweise peu à peu zum Tabakrauchen hingeleitet.

Ich würde daher sagen, dass ein Verbot, das auch diese Inhalationsprodukte mit einschließt, sinnvoll wäre.

Hinsichtlich des Vergleichs mit dem Vereinigten Königreich würde ich nicht sagen, dass die Reduzierung der Tabakrauchprävalenz im Vereinigten Königreich einzig und allein damit zu erklären ist, dass sie durch den Konsum von E-Zigaretten substituiert wurde. Ich glaube nicht, dass das eine belastbare Aussage ist. Es ist aber definitiv der Fall, dass die E-Zigarette in Großbritannien – ganz anders als in anderen Teilen Europas – auch

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (23.) und
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (31.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

27.09.2018
exn

von der dortigen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Public Health England, unter erwachsenen Rauchern als Ausstiegsmethode beworben wird. Viele Raucherinnen und Raucher nutzen die E-Zigarette dort tatsächlich als Mittel, um aus dem Tabakkonsum auszusteigen. Das erklärt sicherlich, warum die Tabakrauchprävalenz zurückgegangen ist.

Man darf aber nicht vergessen – das habe ich vorhin schon einmal erwähnt –, dass das Vereinigte Königreich schon vor Jahrzehnten ein ganz umfassendes Maßnahmenpaket auf den Weg gebracht hat, um etwas gegen den Tabakkonsum zu unternehmen. Das schließt zum Beispiel ein, dass es im Vereinigten Königreich ein umfassendes Netzwerk von Stop Smoking Services gibt. Im ganzen Land verteilt gibt es Tabakentwöhnungsambulanzen, wohin ein Hausarzt einen rauchenden Patienten oder eine rauchende Patientin jederzeit schicken kann. Dort erhält die Person unmittelbar evidenzbasierte Verhaltenstherapie, auf Wunsch auch mit medikamentöser Unterstützung – und das vollkommen kostenfrei.

Eine solche Situation würde ich mir in Deutschland auch wünschen, dass also ein Angebot entsteht, bei dem Raucherinnen und Raucher evidenzbasierte Therapien – wir haben ja klinische Leitlinien dazu, was evidenzbasiert ist – erhalten und jederzeit nutzen können, ohne dafür bezahlen zu müssen.

Abschließend möchte ich aufgreifen, was Herr Professor Dr. Löwer zu der Frage danach, wer für die Kosten aufkommen sollte, gesagt hat. Die Raucherinnen und Raucher spülen auch einiges in die Kassen – jährlich sind es ungefähr 14 Milliarden Euro durch die Tabaksteuer. Es wäre schon vertretbar, zu sagen, dass die Entwöhnung dann auch von den Sozialversicherungen übernommen wird.

Bernd Zimmer (Ärzttekammer Nordrhein): Noch einmal: Die Fragestellung zur Anhörung ist der Passivraucherschutz von minderjährigen Kindern im Auto. Diese Kindeswohlfragestellung sollte man auf keinen Fall aus dem Auge verlieren. Die Unversehrtheit von Kindern und Säuglingen, die selbst nicht bestimmen können, wo sie sich aufhalten, die dem Problem also nicht ausweichen können, muss man im Fokus haben, wenn es darum geht, die Freiheit, rauchen zu können, einzuschränken. Das ist meiner Meinung nach letztlich der entscheidende Passus.

Wenn jemand in vollem Wissen um sein eigenes Risiko raucht, ist das eine Sache, aber was wir durch das Rauchen im Auto erreichen, ist, dass wir Sucht heranzüchten – bei Kindern, die noch nicht einmal ein Portemonnaie haben, deren Suchtrezeptoren aber schon bedient werden. Wenn die Kinder dann über das erste Taschengeld verfügen, müssen wir uns fragen, was sie damit machen.

Zur E-Zigarette: Ja, die E-Zigarette ist ganz gut, weil sie zumindest keinen Feinstaub absondert, der – wie schon ausgeführt – in den Lungen der Kinder bleibt, wenn sie ihn inhalieren. Ein Problem sehe ich bei den applizierten Duftstoffen. Da muss man mal schauen, was dabei herauskommt.

Ich bin der Meinung, dass es keine Alternative ist, zwischen Kampagne und gesetzlicher Regelung zu wählen, sondern die Lösung kann nur eine gesetzliche Regelung

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (23.) und
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (31.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

27.09.2018
exn

mit einer begleitenden Kampagne sein. Damit hatten wir schon beste Ergebnisse. Als ich jünger war, gab es beispielsweise die Einführung der Gurtpflicht. Über vieles, was damals angeführt wurde, kann man sich heute mit einem Schmunzeln erinnern, beispielsweise über die Freiheit der Leute, ohne Gurt am Lenkrad zu sitzen. Das möchte heute ja auch niemand mehr ernsthaft vertreten.

Ich meine also, wir sollten Kampagne und gesetzliche Regelung auf jeden Fall parallel schalten. Wir müssen aber – und das ist der ganz wesentliche Ansatz – genau die Leute schulen, deren Wissen um gesundheitliche Zusammenhänge besonders schlecht ist, weil diese erstaunlicherweise relativ viele Kinder bekommen. Dann entfalten wir eine sehr effiziente Wirkung auf dieses Problem des Rauchens.

Ich fasse zusammen: Die Schädigung durch das Rauchen im Auto umfasst Feinstaub, Suchtprovokation bei Minderjährigen, Verkehrsrisiko und vor allen Dingen die Vorbildfunktion. Herr Professor Dr. Kotz, ich danke Ihnen für die Aussage, dass auch das Saugen an der E-Zigarette sicherlich ein schlechtes Signal ist, weil es dann sehr schnell auch andere Dimensionen annehmen kann.

Man sollte diesen Weg also gehen. Wir können es uns gar nicht mehr leisten, länger stillzuhalten; denn jeden Tag werden neue Kinder mit Sucht- bzw. Nikotinrezeptoren, die allen angeboren sind, bedient und unter Umständen für Jahre später zum Raucher vorprogrammiert. So schlimm wollen wir es nicht haben.

Die Tabaksteuererhöhung allein ist kein Weg. Wir wissen, dass selbst extrem hohe Kosten für die Gruppen, die Rauchen wollen, offenbar überhaupt keine Wirkung zeigen, sodass sie ihren Konsum reduzieren.

Dr. Matthias Brockstedt (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.): Der letzten Aussage möchte ich direkt widersprechen – Sie sehen: Die Experten haben sich nicht vorher abgestimmt. Ich möchte auch hinsichtlich der belastbaren Daten von Entwöhnungsprogrammen widersprechen – Professor Dr. Heller hat großen Wert darauf gelegt. Die Zahlen, die ich Ihnen genannt habe, stammen aus Messungen und Studien, die wir selbst durchgeführt haben. Die Zahlen sind belastbar.

Das Entscheidende, was – zum Glück – den massiven Rückgang bei den Zahlen rauchender Jugendlicher im letzten Jahrzehnt bewirkt hat, war tatsächlich die Erhöhung der Tabaksteuer im Jahr 2005. Schon vorher gab es Schulprogramme wie „Klasse2000“, jetzt gibt es „Be Smart – Don't Start“ von der BZgA. Das alles hat einen zusätzlichen Effekt, und deswegen stimme ich Herrn Zimmer zu: Es gibt nur ein Sowohl-als-auch und nicht ein Entweder-oder. Das ist ganz klar. Aber gesetzliche Maßnahmen wie die Tabaksteuererhöhung haben eine unmittelbare Wirkung gehabt; denn für die Jugendlichen ist das Kaufen von Zigaretten sehr teuer.

Professor Dr. Löwer hat in seinem Gutachten dargestellt, dass man den Suchtcharakter als Erkrankung begreifen muss. Die Sucht ist durch die WHO als Erkrankung definiert worden. Das ist wichtig, und deshalb muss ich den vorherigen Expertenäußerungen widersprechen.

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (23.) und
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (31.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

27.09.2018
exn

Gerade der Verlust an selbstständiger Entscheidungsfindung ist Teil der Suchtkrankheit. Deshalb kann man nicht sagen: Du bist doch selbst schuld, mach gefälligst etwas. – Es ist Teil der Erkrankung, dass man nicht mehr entscheiden kann, weil diese Wirkstoffe – das Nikotin im Wesentlichen – im Nucleus accumbens des Zwischenhirns Dopamin ausschütten und sozusagen chemische Wirkung erzeugen.

Man ist nicht mehr frei in den eigenen Entscheidungen, sonst gäbe es auch keine Entzugssymptome. Diese Begrifflichkeit muss man wirklich verstehen, dann kann man auch nicht sagen: „Sollen die doch selbst zusehen, sie sind doch krankenversichert“, oder dass sie es selbst bezahlen sollen, weil es dann besser wirkt. So simpel ist es bei Suchtkrankheiten nicht.

Die Frage der E-Zigaretten ist schon ausführlich besprochen worden. Vor drei Jahren war ich im Bundesrat, als es um die Erweiterung des Verkaufsverbots für E-Zigaretten und E-Shishas im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes ging. Da waren sich alle Experten einig, dass wir über viele Risiken der Inhaltsstoffe nicht gut Bescheid wissen. Außerdem gibt es E-Zigaretten mit und ohne Nikotin.

Die Einstiegssituation ist für Kinder und Jugendliche tatsächlich gegeben. In der letzten Woche war man – das kam in den Nachrichten – bei der FDA in den USA plötzlich erschrocken, dass so viele Jugendliche die E-Zigarette für sich entdeckt haben. Dort gibt es kein Kinderschutzgesetz, wie wir es seit 2016 haben. In Deutschland ist das Verkaufsverbot schon beschlossen worden, in den USA gibt es das nicht. Dort wird jetzt darum gerungen, erst einmal eine fachliche Stellungnahme zu erarbeiten.

Da sind wir einen Schritt weiter. Bei uns gibt es außerdem Fach Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, die dezidiert sagt, dass wir diesen alternativen Weg, den England beschritten hat, nicht propagieren wollen, weil wir uns damit andere Risiken einhandeln. Wir wollen ein vollständiges Angebot der Raucherentwöhnung und nicht den Weg über Ersatzprodukte gehen.

Gerade hier in Nordrhein-Westfalen gibt es in Fortbildungsakademien die besten Entwöhnungskurse, die ich in Deutschland kenne. Die Vorbilder für das Curriculum der Bundesärztekammer stammen aus Nordrhein-Westfalen; dafür müssen Sie Frau Elisabeth Borg danken.

Diese Maßnahmen sollten sich ergänzen. Ich habe im letzten Jahr zweimal mit Frau Mortler von der CSU, der Bundesdrogenbeauftragten, und mit dem Berufsverband zusammengesessen. Wir haben die Pressekonferenz zum Thema „Rauchfrei im Auto“ 2017 mitgestaltet. Der Berufsverband hat über die Kinderarztpraxen 10.000 Poster verteilt – vor den Sommerferien, weil dann ja alle mit dem Auto fahren. – Es hat aus meiner Sicht nicht viel gebracht.

Immerhin hat die Bundesregierung zur Pressekonferenz eingeladen, die Teilnahme war aber relativ mau. Aber man muss es vielleicht intensivieren. Vielleicht hat es auch deshalb nicht viel gebracht, weil es eben nicht ein Maßnahmenpaket war. Wenn man das mit einer gezielten Maßnahme zum Thema „Passivrauchen im Auto“ verknüpft und dann diese Kampagne „Rauchfrei im Auto“ macht, dann, so meine ich, funktioniert es auch.

Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend (23.) und
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (31.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

27.09.2018
exn

Prof. Dr. Wolf-Dieter Heller (Karlsruher Institut für Technologie): Ich möchte noch etwas zum Beispiel der USA sagen. In der vergangenen Woche war ich auf einer Tagung und habe lange mit dem für den Tabakkonsum zuständigen Direktor der FDA diskutiert, weil es in den USA einen phänomenalen Anstieg bei der Anzahl jugendlicher Konsumenten gibt.

Es gibt eine Firma, JUUL, die sich in den USA gezielt an Jugendliche wendet. Sie setzt Nikotinsalze und kein freies Nikotin ein; die Höchstmenge liegt bei 50 mg. Durch die TPD2 liegt die Grenze in Europa – Gott sei Dank – bei 20 mg. Diese 50 mg, kombiniert mit dieser massiven Werbung von JUUL, haben zu einem phänomenalen Anstieg geführt. Die FDA kann sich das erklären und versucht jetzt, gegenzusteuern.

Vorsitzender Wolfgang Jörg: Herzlichen Dank für die weiteren Erklärungen.

Weitere Wortmeldungen liegen mir nicht vor; wir sind also am Schluss der heutigen Anhörung angelangt. Obwohl es so offensichtlich ist, dass Rauchen nicht gut für Kinder ist, habe ich heute noch einiges gelernt. Ich hoffe, meinen Kolleginnen und Kollegen geht es genauso.

Ich danke herzlich für Ihre Ausführungen. Eine solche Eindeutigkeit und Einigkeit unter allen Sachverständigen ist bei Anhörungen selten. Herzlichen Dank, und kommen Sie gut nach Hause.

Wir, liebe Kolleginnen und Kollegen, werten die Anhörung am 8. November in unserem Ausschuss aus und wollen am 22. November abschließend abstimmen. Der Ausschuss für Arbeit Gesundheit und Soziales wird dies für die eigene Befassung mit dem Thema berücksichtigen.

gez. Wolfgang Jörg
Vorsitzender

(Ausschuss für Familie,
Kinder und Jugend)

gez. Heike Gebhard
Vorsitzende

(Ausschuss für Arbeit,
Gesundheit und Soziales)

Anlage

11.10.2018/16.10.2018

90

Stand: 11.10.2018

Anhörung von Sachverständigen

Anhörung des Ausschusses für Familie, Kinder und Jugend und des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

"NRW fordert zusätzliche Maßnahmen zur Tabakprävention und den Passivraucherschutz von minderjährigen Kindern in Autos"

Antrag der Fraktion der SPD, Drucksache 17/2555

Donnerstag, dem 27. September 2018
12.30 bis max. 14.30 Uhr, Raum E 3 D 01**Tableau**

eingeladen	Redner/in Weitere Teilnehmer/-innen	Stellungnahme
Karlsruher Institut für Technologie Professor Dr. Wolf-Dieter Heller Karlsruhe	Prof. Dr. Wolf-Dieter Heller	-
Institut für Öffentliches Recht - Abt. Wissenschaftsrecht Fachbereich Rechtswissenschaft Professor Dr. Wolfgang Löwer Bonn	Prof. Dr. Wolfgang Löwer	17/823
Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW e.V. Birgit Knauer Wuppertal	<i>Keine Teilnahme</i>	----
Universitätsklinikum Düsseldorf (HHU) Institut für Allgemeinmedizin Professor Dr. Daniel Kotz Düsseldorf	Prof. Dr. Daniel Kotz	17/815
Präsident der Ärztekammer Nordrhein Rudolf Henke Düsseldorf	Bernd Zimmer Sabine Schindler-Marlow	17/819
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) Dr. Thomas Fischbach Köln	Dr. Matthias Brockstedt	17/745
Deutsches Kinderhilfswerk e.V. Nina Ohlmeier Berlin	<i>keine Teilnahme</i>	-