

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

Landtag Nordrhein-Westfalen  
Referat I.1/A 04  
z.Hd. Jan Jäger  
Postfach 10 11 43  
40002 Düsseldorf

LANDTAG  
NORDRHEIN-WESTFALEN  
17. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME  
17/815**

A04, A01



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](mailto:Kronenberg@med.uni-duesseldorf.de)

Petra Honerkamp

[Petra.Honerkamp@med.uni-duesseldorf.de](mailto:Petra.Honerkamp@med.uni-duesseldorf.de)

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

Ansprechpartner:  
Univ.-Prof. Dr. Daniel Kotz

Durchwahl:  
0211 81-16327

E-Mail:  
[Daniel.Kotz@med.uni-duesseldorf.de](mailto:Daniel.Kotz@med.uni-duesseldorf.de)

Datum:  
19.09.2018

**Stellungnahme zum Antrag 17/2555 "NRW fordert zusätzliche Maßnahmen zur Tabakprävention und den Passivraucherschutz von minderjährigen Kindern in Autos"**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich befürworte ausdrücklich die in dem Antrag der SPD-Fraktion genannten Forderungen.

Das Rauchen von Tabak ist der größte vermeidbare Risikofaktor für zahlreiche Erkrankungen wie Herz-Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen, Krebs und Diabetes.<sup>1,2</sup> An den Folgen dieser tabakassoziierten Erkrankungen versterben in Deutschland jedes Jahr ungefähr 125.000 Menschen.<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup>

Es ist wichtig, zu verstehen, dass Tabakrauchen keine überlegte Entscheidung ist sondern ein Suchtverhalten, dass durch das Nikotin im Tabak erzeugt und aufrecht gehalten wird. Dies zeigt sich vor allem daran, dass Raucher/innen vielfach ernsthaft versuchen, mit dem Rauchen aufzuhören, aber dass es nur etwa 4 von 100 Raucher/innen schaffen, aus eigener Kraft langfristig abstinent zu werden.<sup>6</sup> Nikotin wirkt sehr schnell und sehr intensiv auf tiefe Gehirnstrukturen ein und aktiviert einen Belohnungsmechanismus, der dafür sorgt, dass Menschen bereits als Jugendliche und junge Erwachsene mit dem Rauchen anfangen, und später nicht mehr damit aufhören können. Demzufolge raucht derzeit immer noch 28% der deutschen Gesamtbevölkerung und 12% der 14- bis 18-Jährigen.<sup>7</sup> Hinzu kommt, dass es einen starken sozialen Gradient beim Rauchen gibt: je niedriger Bildung und Einkommen, desto höher die Konsumrate.<sup>7</sup> Hierdurch entstehen gravierende sozial Ungleichheiten in der Gesundheit.

**Aus den oben genannten Gründen sind Tabakkontrollmaßnahmen essentiell, die dafür sorgen, dass zukünftig so wenig Menschen wie möglich in Deutschland mit dem Rauchen beginnen, und dass so viele aktuelle Raucher/innen wie möglich schnellstmöglich erfolgreich mit dem Rauchen aufhören.**

In der Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle der Weltgesundheitsorganisation (WHO-FCTC) werden wissenschaftlich bewiesene Tabakkontrollmaßnahmen beschrieben, die Länder umsetzen sollen. Deutschland hat dieses völkerrechtliche Abkommen bereits 2004 ratifiziert und sich verpflichtet, Tabakkontrollmaßnahmen in nationales Recht umzusetzen. Die wichtigsten Maßnahmen, die bislang noch nicht umgesetzt wurden, sind:

- **Vollständiges Verbot der Außenwerbung für Tabakprodukte und elektronische Inhalationsprodukte (E-Zigaretten und Tabakerhitzer).**
- **Jährliche Erhöhung der Tabaksteuer um mindestens 10% pro Zigarette.<sup>8</sup>**
- **Weitreichende Maßnahmen zum Nichtrauchererschutz, wie das Verbot des Rauchens im Auto wenn Minderjährige mitfahren.**
- **Vollständige Kostenerstattung von evidenz-basierten Tabakentwöhnungsangeboten (insbesondere Entwöhnungskurse und Unterstützung durch Nikotinersatztherapie und Medikamenten laut klinischer Leitlinien<sup>9</sup>).**

Die Bundesregierung hat in der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie das Ziel formuliert, "ein gesundes Leben für alle Menschen [zu] gewährleisten und ihr Wohlergehen zu fördern".<sup>10</sup> "Von hervorgehobener Bedeutung" sind für die Bundesregierung dabei "Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums".<sup>10</sup> Des Weiteren hat das Bundesministerium für Gesundheit "Tabakkonsum reduzieren" als Nationales Gesundheitsziel formuliert.<sup>11</sup> Durch eine rasche Umsetzung der oben genannten Maßnahmen würde ein wichtiger Beitrag zum Erreichen dieser Ziele geleistet werden.

Mit freundlichem Gruß



Univ.-Prof. Dr. Daniel Kotz

Leiter, Forschungsschwerpunkt Suchtforschung und klinische Epidemiologie

#### 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. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004;99(1):29-38.
7. Kotz D, Böckmann M, Kastaun S. Nutzung von Tabak und E-Zigaretten sowie Methoden zur Tabakentwöhnung in Deutschland. Eine repräsentative Befragung in 6 Wellen über 12 Monate (die DEBRA-Studie). *Dtsch Arztebl Int*. 2018;115:235-242.
8. Deutsches Krebsforschungszentrum. Tabaksteuererhöhungen und Rauchverhalten in Deutschland. Aus der Wissenschaft – für die Politik [Zugriff 19.09.2018]: [https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP\\_Tabaksteuererhoehungen\\_und\\_Rauchverhalten\\_in\\_Deutschland.pdf](https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Tabaksteuererhoehungen_und_Rauchverhalten_in_Deutschland.pdf). 2014.
9. Batra A, Mann K. S3-Leitlinie "Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums". AWMF-Register Nr. 076-006. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) 2015.
10. 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](https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Infodienst/2017/01/2017-01-11-Nachhaltigkeitsstrategie/2017-01-10-Nachhaltigkeitsstrategie_2016.html).
11. Bundesministerium für Gesundheit. Nationales Gesundheitsziel Tabakkonsum reduzieren [Zugriff 24.08.2018]: <http://gesundheitsziele.de/>. 2015.