

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg, Michael Theurer, Jens Beeck, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/19949 –**

Tabakkonsum und COVID-19

Vorbemerkung der Fragesteller

Nach Angabe des Robert Koch-Instituts (RKI) scheint Rauchen bei COVID-19 „das Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf zu erhöhen“ (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogruppen.html). Diese Auffassung deckt sich mit Medienberichten, die ebenfalls Raucher als Risikogruppe einstufen, mit Verweis auf China, wo deutlich mehr Männer als Frauen an COVID-19 verstorben sind, wird sogar die These aufgestellt, dass nicht das Geschlecht, sondern das Rauchverhalten dafür verantwortlich sein könnte, weil in China deutlich mehr Männer als Frauen Tabakprodukte konsumieren (<https://www.ndr.de/ratgeber/gesundheit/Coronavirus-Raucher-haben-erhoehtes-Infektionsrisiko,coronavirus1354.html>).

Eine französische Studie wiederum zeigt genau das Gegenteil. Dort wird beobachtet, dass sich besonders wenige Raucher unter den COVID-19-Patienten befinden. Die Hypothese aus den Ergebnissen lautet, dass Nikotin möglicherweise vor COVID-19 schützen könnte (<https://www.mdr.de/brisant/corona-nikotin-positive-wirkung-100.html>).

Unabhängig von diesen konträren Beobachtungen gefährdet Rauchen eindeutig die Gesundheit, weshalb die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu einem Verzicht rät (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/disease-prevention/tobacco/news/news/2011/01/smoking-cessation>).

Durch die Schutzmaßnahmen während der COVID-19-Pandemie mussten viele Menschen ihre Lebensgewohnheiten ändern und beispielsweise mehr zuhause bleiben und sich weniger mit anderen Menschen treffen. Nach Auffassung der Fragesteller ist es daher von besonderem Interesse, ob sich dabei auch das Konsumverhalten bei Tabakprodukten verändert hat. Da Tabakerzeugnisse stark reguliert und besteuert sind, sollte die Bundesregierung die Verkäufe von Tabakerzeugnissen darstellen können.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf den Tabakkonsum der Bevölkerung sind derzeit noch nicht abschätzbar. Die aktuell zur Verfügung stehende Datengrundlage ist zu begrenzt, um eine verlässliche Aussage zum Zusammen-

hang zwischen Rauchen und COVID-19 zuzulassen. Ein solcher Zusammenhang ist aber aus mehreren Gründen plausibel.

Raucherinnen und Raucher haben ein erhöhtes Risiko für Lungenentzündungen und virale und bakterielle Infektionen.

- Raucherinnen und Raucher haben häufig durch das Rauchen bedingte Vorerkrankungen wie Lungenerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes und andere, die auch Risikofaktoren für einen schweren Verlauf einer COVID-19-Erkrankung sind.
- Raucherinnen und Raucher zeigen eine erhöhte Genexpression für ACE2, den Rezeptor, an dem das Virus SARS-CoV-2 bindet. Dies könnte Einfluss haben auf die Empfindlichkeit gegenüber einer Infektion mit SARS-CoV-2, den Krankheitsverlauf und den Behandlungserfolg.
- Beim Rauchen wird die Hand wiederholt zum Mund geführt; es gilt aber als eine Präventionsmaßnahme gegen eine Infektion mit SARS-CoV-2, die Hände vom Gesicht fernzuhalten.

Um die Datenlage zu verbessern, erhebt das Robert Koch-Institut (RKI) in seinen aktuellen Corona Monitoring-Studien auch den Rauchstatus. Erste Ergebnisse werden nach Abschluss der Studien veröffentlicht. Die vorliegenden Angaben der Tabaksteuerstatistik, die im Folgenden näher erläutert werden, beziehen sich auf den Zeitpunkt des Bezugs von Steuerzeichen und nicht auf den Verkaufszeitpunkt im Handel beziehungsweise an Endverbraucherinnen und Endverbraucher. Deshalb sind diese Daten zur Einschätzung des aktuellen Konsumverhaltens nur beschränkt geeignet. Daten zum Konsumverhalten erhebt die DEBRA-Studie (Deutsche Befragung zum Rauchverhalten: debra-study.info/wordpress/).

1. Welche Mengen welcher Tabakprodukte wurden nach Kenntnis der Bundesregierung jeweils in den Monaten Januar bis Mai 2020 im Vergleich zu den Monaten des Vorjahres 2019 in Deutschland verkauft und konsumiert?

Tabaksteuerstatistik / Netto-Bezug von Steuerzeichen								
Mengen								
Monat	Zigaretten		Zigarren / Zigarillos		Feinschnitt 1		Pfeifentabak	
	St.		St.		kg		kg	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Januar	5 819 459 651	4 859 525 662	252 128 844	248 117 718	2 294 117	2 262 581	322 164	616 985
Februar	5 988 219 798	4 949 032 692	198 992 580	217 366 384	1 572 737	1 696 250	310 407	367 212
März	6 813 208 994	8 174 948 907	201 543 863	272 287 881	2 489 787	2 796 173	273 197	269 329
April	6 652 614 690	5 854 335 087	168 639 014	266 206 937	2 251 622	2 265 474	316 656	373 595
Mai	6 748 211 965	6 185 873 419	271 098 616	197 382 932	2 427 601	2 030 844	374 393	519 769

Abkürzungen:

St. = Stück

kg = Kilogramm

Quelle: Statistisches Bundesamt

Zudem wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

2. Welche Mengen welcher Tabakprodukte wurden nach Kenntnis der Bundesregierung im Jahr 2019 im Vergleich zu den drei Vorjahren in Deutschland verkauft und konsumiert?

Die Angaben können der Tabelle entnommen werden.

Tabaksteuerstatistik				
Nettobezug von Steuerzeichen				
Jahr	Mengen			
	Zigaretten	Zigarren / Zigarillos	Feinschnitt ¹	Pfeifentabak
	Millionen Stück		Tonnen	
2016	75 015,9	3 049,2	25 187,8	2 520,8
2017	75 837,8	2 822,7	24 257,9	3 245,1
2018	74 360,2	3 007,3	24 298,0	3 333,2
2019	74 595,5	2 644,8	23 813,4	4 150,4
Veränderung gegenüber dem Vorjahr				
Jahr	Mengen			
	Zigaretten	Zigarren / Zigarillos	Feinschnitt ¹	Pfeifentabak
	%			
2016	-7,7	3,2	-1,1	45,6
2017	1,1	-7,4	-3,7	28,7
2018	-1,9	6,5	0,2	2,7
2019	0,3	-12,1	-2,0	24,5

¹ Zum Feinschnitt zählt neben der klassischen losen Variante auch vorportionierter Tabak, sogenannte Stix.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 14, Reihe 9.1.1, Absatz von Tabakwaren

3. Welche Anzahl an Personen ist nach Kenntnis der Bundesregierung bislang im Jahr 2020 an den Folgen des Tabakkonsums verstorben, und wie hat sich diese Anzahl im Vergleich zu den drei Vorjahren entwickelt?

Die Berechnung der Zahl der Personen, die an den Folgen des Tabakkonsums verstorben sind, beruht auf der Todesursachenstatistik. Diese weist als aktuellste Daten die Todesfälle für das Jahr 2018 aus. Anhand der Todesursachenstatistik kann dann unter Rückgriff auf Daten zum Rauchverhalten und auf relative Risiken für ausgewählte tabakbedingte Krankheiten die Anzahl der tabakbedingten Todesfälle geschätzt werden. Die Auswirkungen aktueller Ereignisse lassen sich mit diesem Indikator nicht abbilden, da die durch das Rauchen verursachten Erkrankungen größtenteils Erkrankungen mit langen Latenzzeiten sind.

4. Welche Anzahl welcher Personen aus welchen Altersgruppen konsumiert nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell in Deutschland in welcher Regelmäßigkeit welche Tabakprodukte, und wie hat sich die Anzahl der Konsumenten in den Jahren seit 2017 verändert?

Die entsprechenden Daten sind der nachfolgenden Übersicht zu entnehmen

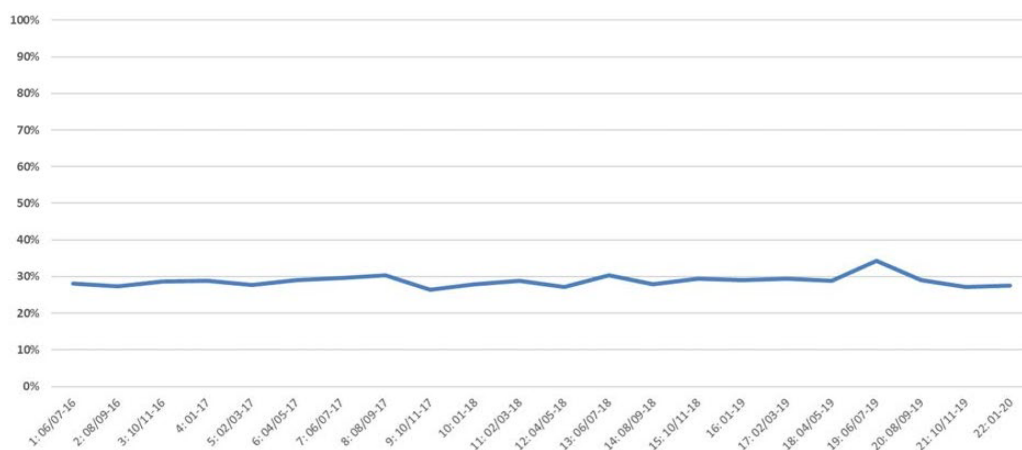
(Daten der DEBRA-Studie (Deutsche Befragung zum Rauchverhalten: debrastudy.info/wordpress/).

Tabelle 1: Aktueller Konsum von Tabak in verschiedenen Altersgruppen (1-Jahresprävalenz: Februar/März 2019 bis Januar 2020)

Tabakform	14-17	18-24	25-39	40-64	65+	Gesamt
Zigaretten, täglich	5,9 %	26,5 %	34,4 %	30,2 %	12,3 %	25,2 %
Zigaretten, nicht täglich	4,5 %	6,0 %	4,7 %	2,8 %	2,0 %	3,4 %
Tabak in anderer Form (z. B. Pfeife oder Zigarre)	0,3 %	0,9 %	1,3 %	0,4 %	0,3 %	0,6 %
Gesamt	10,7 %	33,4 %	40,4 %	33,4 %	14,6 %	29,2 %

An 100 % fehlender Werte = keine Angabe.

Abbildung 1: Veränderung des Tabakkonsums* über den Zeitraum Juni/Juli 2016 (1. Welle) bis Januar 2020 (22. Welle)



Tabakkonsum = Täglicher oder nicht-täglicher Konsum von Tabak in anderer Form.

5. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Anzahl der Entwöhnbehandlungen und die Anzahl der verkauften Raucherentwöhnungsprodukte wie Nikotinpflaster im Jahr 2020 im Vergleich zu den drei Vorjahren entwickelt?

Der Bundesregierung liegen zur Anzahl der verkauften Raucherentwöhnungsprodukte keine Erkenntnisse vor. Zu den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung zum Abruf von Entwöhnungsleistungen liegen für das Jahr 2020 noch keine Daten vor. Für die stationäre Krankenhausversorgung können derzeit Aussagen auf der Grundlage der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes bis zum Jahr 2018 getroffen werden. Der Operationen- und Prozedurenschlüssel 9-501 „Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung“ wurde danach im Jahr 2017 in 95 Fällen und im Jahr 2018 in 151 Fällen angegeben.

6. Besteht nach Kenntnis der Bundesregierung ein Zusammenhang zwischen dem Konsum von Tabakprodukten und den schweren Verläufen bei COVID-19?

Die aktuell zur Verfügung stehende Datengrundlage ist zu begrenzt, um eine verlässliche Aussage zum Zusammenhang zwischen Rauchen und COVID-19 zuzulassen. Ein solcher Zusammenhang ist aber aus verschiedenen Gründen plausibel. Auf die Vorbemerkung der Bundesregierung wird verwiesen.

7. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der Raucher unter den jeweils stationär und intensivmedizinisch behandelten COVID-19-Patienten, und welche internationalen Vergleichszahlen existieren hier?

Für Deutschland liegen derzeit keine Zahlen vor. International variiert der Anteil der Raucherinnen und Raucher unter den Patienten und Patientinnen stark. Eine auf einem Preprint-Server veröffentlichte systematische Übersichtsarbeit fasst die Ergebnisse von 102 Studien (darunter 81 klinische Studien) mit Stand zum 3. Juni 2020 zusammen [1]. Grundsätzlich zeigt sich, dass die beobachtete Rauchprävalenz unter Covid-19-Patienten häufig niedriger als in der jeweiligen Allgemeinbevölkerung ausfällt. Diese Beobachtung wird kritisch diskutiert; als wahrscheinliche Ursachen werden vor allem methodische Aspekte angenommen. Dazu zählen ein hoher Selektionsbias (Verzerrung aufgrund unterschiedlicher Zusammensetzung der Vergleichsgruppen) bei den eingeschlossenen Studienpopulationen, die unterschiedliche Altersstruktur zwischen COVID-19-Patientinnen und COVID-19-Patienten und der Allgemeinbevölkerung, mangelnde Datenqualität hinsichtlich der Anamnese des Rauchstatus (häufig wird nicht zwischen Nichtrauchenden und Personen ohne Angaben unterschieden) und soziale Erwünschtheit im Antwortverhalten [2, 3].

[1] Simons D, Shahab L, Brown J et al. (2020) The association of smoking status with SARS-CoV-2 infection, hospitalisation and mortality from COVID-19: A living rapid evidence review. Qeios. <https://doi.org/10.32388/UJR2AW.3>

[2] World Health Organization (WHO) (2020) Smoking and COVID-19. Scientific brief. 26 May 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332182/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Smoking-2020.1-eng.pdf (Stand: 17.06.2020)

[3] Miyara M, Tubach F, Amoura Z (2020) Low incidence of daily active tobacco smoking in patients with symptomatic COVID-19. Qeios. <https://doi.org/10.32388/WPP19W>

8. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der Raucher unter den COVID-19-Todesfällen, und welche internationalen Vergleichszahlen existieren hier?

Für Deutschland liegen derzeit keine Zahlen aus klinischen oder populationsbezogenen Studien vor. Der Rauchstatus von Verstorbenen wird auf Todesbescheinigungen nicht dokumentiert und ist auch nicht Gegenstand der gemäß Infektionsschutzgesetz zu erfassenden Daten. Internationale Studien legen nahe, dass das Rauchen mit einem schwereren Verlauf einer Covid-19-Erkrankung einhergeht [1, 4]. Eine Übersichtsarbeit mit zwei eingeschlossenen Studien zeigt, dass es derzeit keine statistisch abgesicherten Hinweise für eine höhere Mortalität aufgrund einer Covid-19-Erkrankung unter Raucherinnen und Rauchern gibt [1]. Alters- und geschlechtsspezifische Auswertungen von über

5.000 Sterbefällen aus England zeigen hingegen eine deutlich höhere Sterblichkeit für ehemalige Raucherinnen und Raucher [5].

- [1] Simons D, Shahab L, Brown J et al. (2020) The association of smoking status with SARS-CoV-2 infection, hospitalisation and mortality from COVID-19: A living rapid evidence review. Qeios. <https://doi.org/10.32388/UJR2AW.3>
- [4] Patanavanich R, Glantz SA (2020) Smoking is Associated with COVID-19 Progression: A Meta-Analysis. *Nicotine & Tobacco Research*. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa082>
- [5] Williamson E, Walker AJ, Bhaskaran KJ et al. (2020) OpenSAFELY: factors associated with COVID-19-related hospital death in the linked electronic health records of 17 million adult NHS patients. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.05.06.20092999>

9. Wie bewertet die Bundesregierung die eingangs genannte Berichterstattung zu einer möglichen vor COVID-19 schützenden Wirkung von Nikotin?

Derzeit gibt es Studienergebnisse, die zeigen, dass COVID-19-Erkrankte niedrigere Rauchprävalenzen aufweisen als die jeweilige nationale Referenzbevölkerung [1, 3]. Daher wird teilweise die These vertreten, dass möglicherweise Nikotin eine schützende Wirkung bei einer SARS-CoV-2-Infektion bzw. COVID-19-Erkrankung haben könnte (z. B. [6]). Diese Schlussfolgerung ist mit größter Vorsicht zu interpretieren. Wie in verschiedenen Gutachten zu diesen Arbeiten angemerkt wurde (z. B. [7, 8]), gibt es dafür zahlreiche alternative, überwiegend methodische Erklärungen, beispielsweise die mangelnde Differenzierung zwischen Nichtrauchenden und Nichtantwortenden. Weiterhin zu nennen sind Personen mit fehlenden Angaben zum Rauchstatus sowie die hohe Wahrscheinlichkeit von sozialer Erwünschtheit bei der Erfassung des Rauchverhaltens.

- [1] Simons D, Shahab L, Brown J et al. (2020) The association of smoking status with SARS-CoV-2 infection, hospitalisation and mortality from COVID-19: A living rapid evidence review. Qeios. <https://doi.org/10.32388/UJR2AW.3>
- [3] Miyara M, Tubach F, Amoura Z (2020) Low incidence of daily active tobacco smoking in patients with symptomatic COVID-19. Qeios. <https://doi.org/10.32388/WPP19W>
- [6] Changeux J-P, Amoura Z, Rey F et al. (2020) A nicotinic hypothesis for Covid-19 with preventive and therapeutic implications. Qeios. <https://doi.org/10.32388/FXGQSB.2>
- [7] Gilmore A (2020) Review of: „Low incidence of daily active tobacco smoking in patients with symptomatic COVID-19“. Qeios. <https://doi.org/10.32388/37F3UD>
- [8] Stapleton J (2020) Review of: „Smoking, vaping and hospitalization for COVID-19“. Qeios. <https://doi.org/10.32388/GU9F0W>

10. Welchen Einfluss hat die COVID-19-Pandemie auf die von der Bundesregierung jeweils vollständig oder anteilig finanzierten Programme zur Prävention und Suchthilfe im Bereich des Tabakkonsums?

Die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) finanzierten Programme zur Prävention des Tabakkonsums im Kontext der BZgA-„rauchfrei“-Kampagnen konnten auch vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie ohne Einschränkungen durchgeführt werden. Die Online-Angebote wurden parallel um das Thema COVID-19 und Rauchen als Risikofaktor für schwere Verläufe kontinuierlich und stets aktuell erweitert. Die Zugriffe auf das Online-Verhaltensänderungsprogramm der BZgA „rauchfrei“ sind in den vergangenen Monaten angestiegen. Gleiches gilt für die kostenfreie bundesweite Telefonberatung der BZgA zum Rauchstopp. Die BZgA hat seit Beginn der Pandemie auf www.rauchfrei-info.de und www.rauch-frei.info neue adressatengerechte Themenunterseiten mit Informationen zum Zusammenhang von Rauchen und COVID-19 eingestellt. Die BZgA verlinkt dabei u. a. auf www.infektionsschutz.de (BZgA), auf www.zusammengegencorona.de (BMG) und die Informationsseiten des RKI. Ein neuer Blog informiert außerdem mehrmals wöchentlich zu aktuellen Entwicklungen im Zusammenhang mit der aktuellen Pandemie.

11. Plant die Bundesregierung Maßnahmen zur Rauchentwöhnung und Tabakkonsumprävention, die im Zusammenhang mit COVID-19 stehen, wenn ja, welche, und wann?

Die Bundesregierung hat die BZgA bereits gebeten, ihre Maßnahmen zur Rauchentwöhnung auszuweiten, siehe Antwort zu Frage 10.

