

## Stellungnahme des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) zur Position der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten (BGN) zum Passivrauchen

### Hintergrund

Zu den Aufgaben der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten gehört die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Die Arbeitsplätze in der Gastronomie, für deren Sicherheit die BGN zuständig ist, waren lange Zeit die Arbeitsplätze mit den höchsten Schadstoffbelastungen durch Tabakrauch. Obwohl es ihre Pflicht gewesen wäre, diesen Tatbestand zu dokumentieren und auf eine Veränderung hinzuwirken, blieb die BGN untätig und beteiligte sich auch nicht an der intensiven öffentlichen Debatte um den gesetzlichen Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens. Erst nachdem ein Bundesgesetz und die Mehrzahl der 16 Landesgesetze bereits verabschiedet waren, veröffentlichte die BGN am 26.10.2007 eine Pressemitteilung, in der sie die wissenschaftlichen Grundlagen der Nichtraucherchutzgesetze anzweifelte. Im Mittelpunkt der Kritik stand die zwei Jahre zuvor erschienene Publikation des DKFZ „Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko“. Die Kritik der BGN an diesem Report enthielt eine Reihe gravierender Fehlinformationen, die das DKFZ in seiner Stellungnahme vom 31.10.2007 dokumentiert hat. Am 30.11.2007 und 17.12.2007 stellte die BGN schließlich zwei weitere Verlautbarungen ins Internet, mit neuen Vorwürfen gegen das DKFZ sowie gegen das Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster, welches an der DKFZ-Publikation beteiligt war. Der gesamte Vorgang ist auf der Homepage [www.tabakkontrolle.de](http://www.tabakkontrolle.de) unter dem Menüpunkt Publikationen/Stellungnahmen nachlesbar.

### 1. Zur Auffassung der BGN, die Entscheidungsgrundlagen für Rauchverbote in deutschen Gaststätten seien „zweifelhaft“.

Die Entscheidung der Politik, auch in Deutschland Nichtraucherchutzgesetze im Bund und in den Ländern zu erlassen, basiert nicht allein auf Band 5 der Roten Reihe des DKFZ („Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko“), wie die BGN unterstellt, sondern auf einer Vielzahl wissenschaftlicher Entscheidungsgrundlagen. Für die Beurteilung der Gefährlichkeit des Passivrauchens kommt der Bewertung durch die **Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)** eine besondere Bedeutung zu. Diese Kommission hat sich im Jahre 1998 eingehend mit der Problematik befasst und detailliert die außerordentlichen Gefahren des Passivrauchens für die Gesundheit der Betroffenen dargelegt. Nach dem Urteil der Kommission kann kein Zweifel daran bestehen, dass Passivrauchen „Krebs erzeugend für den Menschen“ ist. Demzufolge sind Innenräume, in denen das Rauchen zugelassen wird, gesundheitsgefährdend. Auch der **Ausschuss für Gefahrstoffe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin** hat das Passivrauchen in das „Verzeichnis krebserzeugender, erbgutverändernder und fortpflanzungsgefährdender Stoffe“ aufgenommen. In diesem Bereich befinden sich Stoffe, „die auf den Menschen bekanntermaßen Krebs erzeugend wirken. Der Kausalzusammenhang zwischen der Exposition eines Menschen gegenüber dem Stoff und der Entstehung von Krebs ist ausreichend nachgewiesen“. Diese Bewertung wurde auch von der **International Agency for Research on Cancer**, der Krebsforschungseinrichtung der Weltgesundheitsorganisation, im Jahr 2004 in einer Monographie zur Gesundheitsgefährdung von Rauchen und Passivrauchen vorgenommen.

Alle diese Einschätzungen und Publikationen lagen bereits vor, als das Deutsche Krebsforschungszentrum seinen Report „Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko“ im Jahr 2005 herausgab. **Das DKFZ befindet sich also in guter Gesellschaft und in Übereinstimmung mit nationalen und internationalen wissenschaftlichen Autoritäten.** Der Report stellt eine Zusammenfassung des bestehenden Wissens zum Passivrauchen dar und enthält drei Schwerpunkte: eine Darstellung des toxikologischen Wissens zu den Gefahren des Tabakrauchs, eine Übersicht über das Ausmaß der Passivrauchbelastung in der deutschen Bevölkerung und schließlich eine Berechnung der Todesfälle durch Passivrauchen, in welcher eine international anerkannte epidemiologische Methodik auf Deutschland angewandt wurde.

Wenn die BGN die Entscheidungsgrundlagen der Politik für einen Schutz der Bevölkerung vor Passivrauchen bezweifelt, so negiert sie nicht nur die wissenschaftlichen Ergebnisse der führenden nationalen und internationalen toxikologischen Experten. Sie negierte im Dezember 2007 auch die Tatsache, dass bereits ein halbes Jahr zuvor – im Juli 2007 – **internationale Leitlinien zum Schutz der Bevölkerung vor Passivrauchen** von über 150 Mitgliedsstaaten und der WHO einstimmig verabschiedet wurden. Diese Leitlinien, die vom DKFZ ins Deutsche übersetzt wurden und unter dem Menüpunkt Publikationen auf der Webseite [www.tabakkontrolle.de](http://www.tabakkontrolle.de) einzusehen sind, stellen die Zusammenfassung des internationalen Wissens unabhängiger Experten dar, die in jahrelanger Arbeit die Daten und Fakten zum Passivrauchen zusammengetragen haben.

**2. Zu den Mutmaßungen der BGN hinsichtlich der Berechnung von Passivrauchtodestfällen in Deutschland.**

Die BGN hat Zweifel an der Berechnung der Passivrauchtodestfälle in Deutschland geäußert, die von dem international renommierten Epidemiologen Prof. Dr. Ulrich Keil (Lehrstuhl für Epidemiologie und Sozialmedizin am Universitätsklinikum Münster) und seinen Mitarbeitern erstellt wurde. Die Einzelheiten der Berechnung sind in einem acht Seiten langen Anhang im DKFZ-Report „Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko“ nachzulesen. Darüber hinaus wurde die Methodik in zwei international führenden Fachzeitschriften transparent gemacht, und zwar im *European Heart Journal* (2007, 28, S. 2498-2502) und im *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* (2007, 14, S. 793-795). Die BGN hat diese Publikationen jedoch offenkundig nicht zur Kenntnis genommen. Statt ihre gegenteilige Position in einem internationalen Journal wie dem *European Heart Journal* darzulegen, wie es gute wissenschaftliche Praxis wäre, hat die BGN ihre Mutmaßungen und Unterstellungen auf der eigenen Internetseite in Umlauf gebracht.

**3. Zur Position der BGN, Risikominimierung statt Risikoeliminierung zu verfolgen.**

Alle führenden, von der Tabakindustrie unabhängigen Expertengremien gehen davon aus, dass es beim Schutz vor Passivrauchen nicht um eine Risikominimierung gehen kann, wie dies von der BGN gesehen wird, sondern eine Risikoeliminierung erforderlich ist. Denn Tabakrauch ist kein Gefahrstoff im Sinne der Gefahrstoffverordnung. Jedwede Gleichsetzung von Tabakrauch mit einem Gefahrstoff ist verfehlt, denn die Gefahrstoffverordnung ist nicht für Tabakrauch konzipiert worden, sondern für gefährliche (meist krebserzeugende oder erbgutverändernde) Stoffe, die bei wirtschaftlich unverzichtbaren Prozessen entstehen. So ist es technisch unvermeidbar, dass z. B. Benzol (erzeugt Leukämie) bei der Verkokung von Kohle entsteht oder Butadien (Autoreifen-Grundstoff, verursacht u. a. Lungenkrebs) bei sog. Crack-Prozessen. Entsprechend ihrer Gefährlichkeit unterliegen solche Stoffe strengen Auflagen, z. B. der, dass sie, wo immer möglich, durch weniger gefährliche Alternativen zu ersetzen sind, oder ihre Arbeitsplatzkonzentration konsequent zu minimieren ist.

All diese Regularien treffen für Tabakrauch nicht zu: Seine Entstehung ist wirtschaftlich keineswegs unverzichtbar und er kann auf höchst einfache Weise, durch ein Rauchverbot, vom Arbeitsplatz verbannt werden. Mit der Expositionsvermeidung werden alle Notlösungen technischer „Nichtraucherschutzsysteme“ überflüssig, zumal diese in Anschaffung und Unterhalt teuer sind und die anzustrebende Nullexposition verfehlen.

Insbesondere die deutlich höhere Gesundheitsbelastung von Gastronomiemitarbeitern – das DKFZ hat hierzu einen neuen Report im Dezember 2007 vorgelegt – ist nur durch eine rauchfreie Gastronomie vermeidbar. **Diese Position wird nicht nur von der WHO, sondern von über 150 Mitgliedstaaten weltweit vertreten und viele Staaten haben bereits entsprechende Gesetzgebungen geschaffen beziehungsweise werden dies in naher Zukunft tun.**

Die Mitgliedsstaaten haben auch festgehalten, dass es keinen weiteren Forschungsbedarf mehr gibt, denn es wurde in ausreichenden Studien der Beleg für die Gesundheitsgefährdung durch Passivrauchen erbracht. Selbst der amerikanische Gesundheitsminister stellte im Juni 2006 fest „[...] the debate is over. The science is clear: secondhand smoke is not a mere annoyance, but a serious health hazard that causes premature death and disease in children and non-smoking adults“. **Wenn die BGN im Jahr 2007/2008 noch einen weiteren Forschungsbedarf zum Passivrauchen sieht, hat sie ganz offensichtlich nicht die Fachliteratur gelesen oder will die Ergebnisse der unabhängigen Wissenschaft beharrlich nicht zur Kenntnis nehmen.**

**4. Zur Position der BGN zur Anerkennung von passivrauchbedingten Erkrankungen wie Lungenkrebs, Herzerkrankungen und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen als Berufskrankheiten bei Gastronomiemitarbeitern.**

Die von der BGN im Dezember 2007 vorgelegte „Bewertung arbeitsbedingter Erkrankungen mittels Kennziffern und Expertisen“ ist hinsichtlich der Datengrundlage, der Auswahlkriterien und der methodischen Vorgehensweise nicht nachvollziehbar. Hier erfüllt die BGN selbst nicht die Ansprüche an die Wissenschaftlichkeit und die Transparenz der Methodik, die sie vom DKFZ erwartet.

Weiterhin ist festzuhalten, dass die Behauptung der BGN, 60-80 % der in der Gastronomie Tätigen seien Aktivraucher, den neuesten Daten des Mikrozensus des Statistischen Bundesamts widerspricht. Der Mikrozensus ist die einzige deutsche Repräsentativbefragung, die auf Grund der hohen Fallzahl eine Differenzierung nach Berufsgruppen zulässt. Diesen Daten zufolge sind 48 % der Beschäftigten in Gaststätten und 52 % der Beschäftigten in Kneipen selbst Raucher. **Das heißt, die Hälfte der Beschäftigten im Gastronomiebereich sind Nichtraucher.**

**5. Zum Vergleich der Partikelkonzentrationen in einer Garage, verursacht durch Zigarettenrauch und Dieselruß (dem sogenannten „Garagenversuch“).**

Das DKFZ hatte in der 1. Auflage des Reports „Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko“ als ein Beispiel für die Partikelkonzentration in Innenräumen durch Tabakrauch im Vergleich zu Dieselruß eine Studie zitiert, die von italienischen Wissenschaftlern in der Fachzeitschrift "Tobacco Control" (Invernizzi et al. 2004, 13, 219-221) veröffentlicht wurde, nachdem sie durch ein Gutachterverfahren zur Veröffentlichung frei gegeben worden war. Die Studie wurde weder vom DKFZ durchgeführt, noch vom DKFZ publiziert, wie die BGN suggeriert, sondern lediglich zitiert. Ein Abgleich mit Literaturdaten zeigte indes später, dass der gemessene Unterschied in der Partikelhäufigkeit nur für das angegebene Größenfenster (1-10µm), nicht jedoch für die Gesamtheit aller Partikel galt (in der Partikelhäufigkeit Diesel gegen Tabakrauchpartikel). **Deshalb hatte das DKFZ bereits in der 2. Auflage seines Reports im Jahr 2006 bewusst auf eine erneute Zitierung verzichtet.**

**6. Zu den Mutmaßungen der BGN, dass die bestehenden Verbote das Rauchen aus dem beruflichen Umfeld in das Private verlagern und dadurch Kinder stärker belastet würden.**

Die von der BGN zitierte Untersuchung des Umweltbundesamtes und des Robert-Koch-Instituts konstatiert einen Anstieg der Passivrauchbelastung von Kindern in Deutschland zwischen 1990/1992 und 2003/2006. Dieser Anstieg hat vielfältige Ursachen und ist unter anderem der Tatsache geschuldet, dass in den 1990er Jahren der Zigarettenkonsum insbesondere bei den jüngeren Altersgruppen zugenommen hat. Die Behauptung der BGN, in Deutschland seien „durch die Ächtung des Rauchens in der Öffentlichkeit und am Arbeitsplatz Verlagerungen vom Arbeitsplatz in die Wohnungen nachweisbar“, ist unbegründet. **Es gibt keine Untersuchung, die diese Spekulation der BGN rechtfertigt.**

Tatsächlich deuten Erfahrungen im Ausland darauf hin, dass durch Rauchverbote in der Öffentlichkeit und am Arbeitsplatz auch das Rauchen zu Hause stärker thematisiert und reglementiert wird. Der letzte Artikel zu dieser Thematik ist im angesehenen Wissenschaftsjournal British Medical Journal erschienen und zeigt am Beispiel von Schottland, dass die Einführung eines Rauchverbots in der Gastronomie keineswegs zu einem Anstieg der Passivrauchbelastung von Kindern führt. Vielmehr gab es sogar in einigen Untergruppen deutliche Rückgänge der Passivrauchbelastung.

**7. Zu den Mutmaßungen der BGN über den Status und die Finanzierung des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle im DKFZ.**

Das WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle ist integraler Bestandteil des Deutschen Krebsforschungszentrums. Im Jahr 2002 wurde die Stabsstelle Krebsprävention, die unmittelbar dem Vorstandsvorsitzenden des Deutschen Krebsforschungszentrums unterstellt ist, von der Weltgesundheitsorganisation als „WHO Collaborating Centre for Tobacco Control“ anerkannt. Die Stabsstelle Krebsprävention bzw. das WHO-Kollaborationszentrum finanzieren sich aus Haushaltsmitteln des DKFZ, welche eine Stiftung öffentlichen Rechts ist. Es erfolgt keine finanzielle Förderung durch die WHO. Auch wird die Arbeit nicht „über die Pharmazie finanziert“, wie von der BGN suggeriert wird. Das WHO-Kollaborationszentrum lehnt darüber hinaus ebenso wie alle anderen Abteilungen des DKFZ Mittel der Tabakindustrie ab. Hierzu besteht ein ethischer Kodex. Die rund 30 Publikationen zum Rauchen und Passivrauchen der letzten Jahre wurden erst nach internen als auch externen Begutachtungen freigegeben. Auch sind viele Publikationen in der Zusammenarbeit mit renommierten nationalen und internationalen Wissenschaftlern entstanden oder von diesen verfasst worden.

**Fazit: Die BGN kennt entweder die wesentlichen Fakten nicht oder bewertet diese falsch. Diese Ignoranz schadet vor allem den Beschäftigten ihrer Mitgliedsbetriebe. Die BGN verstößt damit gegen den eigenen Auftrag, eine wissenschaftlich fundierte Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsstörungen zu leisten.**