

**Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten (BGN)  
bestätigt ihre Aussagen zur Passivrauchproblematik  
Erläuterungen zur  
Stellungnahme des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle zur  
Pressemitteilung der BGN vom 26.10.2007**

Am 23. und 24. Oktober dieses Jahres veranstaltete die BGN gemeinsam mit der Universität Mannheim das internationale Symposium "Tabakrauch am Arbeitsplatz – Gesundheitsrisiken und Kausalität".

Die BGN hat in ihrer Funktion als gesetzlicher Unfallversicherungsträger differenzierte Fragestellungen zum Themengebiet Passivrauch: Welche wirksamen Maßnahmen der Prävention gibt es und wie können Betriebe diese umsetzen? und: Können Erkrankungen durch Passivrauchexposition als Berufskrankheit anerkannt werden? Wie bei allen Stoffen am Arbeitsplatz, geht es um den Nachweis der Kausalität und die Beziehung zwischen Dosis und Wirkung.

Analysen der vorgelegten Veröffentlichungen zum Passivrauch, die das Ziel hatten Informationen über die Erwerbstätigen im Gastgewerbe zu erhalten, ergaben ein, für die BGN, erstaunliches Bild. Einige Studien wiesen erhebliche methodische Verfahrensfehler auf und führten in der Öffentlichkeit zu völlig falscher Darstellung der wahren Verhältnisse. Exemplarisch genannt seien hier der „Garagenversuch“, veröffentlicht in der roten Reihe Band 5, 1. Auflage, dargestellt in mehreren Sendungen der ARD Sendeanstalten sowie die nicht nachvollziehbare Zuordnung von 3.300 Todesfällen zur Ursache Passivrauch.

Das Symposium bot die Möglichkeit in einem wissenschaftlichen Rahmen die unterschiedlichen Ansätze darzustellen, offene Fragen zu diskutieren und wissenschaftlich zu argumentieren. Nach den vielerorts emotional geführten Diskussionen und dem Inkrafttreten von Gesetzen zum Nichtrauchererschutz, erhoffte sich die BGN im Rahmen des veranstalteten Symposiums eine sachliche und wissenschaftliche Bestandsaufnahme.

Auf der Grundlage der vom WHO-Kollaborationszentrum veröffentlichten Stellungnahme zur BGN-Pressemitteilung bekräftigen wir unsere Aussagen:

**1. Wir stehen zu der Aussage, dass die Entscheidungsgrundlagen für Rauchverbote in deutschen Gaststätten zweifelhaft sind.**

Die bisher vom Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle vorgelegten wissenschaftlichen Methoden sind für Kausalbetrachtungen nicht geeignet. Die beiden propagierten Thesen „ein Molekül genügt für die Erkrankung“ und „ein Luftaustausch mit Windstärken eines Tornados genügt nicht zur Elimination der Schadstoffe“ sind inhaltlich unzutreffend. Eine wirksame Prävention durch Risikominimierung baut zu Recht auf der Dosis-Wirkungsbeziehung auf.

Dass Passivrauchen ein Gesundheitsrisiko darstellt, ist unbestritten (s.a. "Schutz vor Passivrauchen am Arbeitsplatz – Thesen für eine gemeinsame Präventionsstrategie der gesetzlichen Unfallversicherung" [www.hvbg.de](http://www.hvbg.de)). In welcher Art, Schwere und Häufigkeit dies bei welchen Personengruppen auftritt und wie es diagnostiziert werden kann, dafür erwarteten wir speziell von diesem Kreis kompetente Antworten. Diese wurden nicht gegeben.

Der vom „Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle“ als international anerkannter „Meilenstein“ zum Thema „Passivrauchen“ bezeichnete, über 700 Seiten umfassende, „Report of the Surgeon General“ zum Thema „The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke“ des U.S. Departement of Health and Human Services aus dem Jahre 2006 sieht für die koronare Herzkrankheit und das Lungenkarzinom (bei lebenslangen Nichtrauchern) eine leichte Risikoerhöhung (ca.20-30%) als gesichert an (<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/>). Zu einer ähnlichen Risikoerhöhung kommt auch die International Agency for the Research on Cancer (IARC).

Für die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und für „stroke“ (Schlaganfall) hat der „Report of the Surgeon General“ jedoch keine gesicherten Risikoerhöhung durch Passivrauchen („the evidence ist suggestive but not sufficient“) festgestellt. Eine Einbeziehung der beiden letztgenannten Erkrankungen in eine Berechnung von „Passivrauch-Toten“ muss aus wissenschaftlicher Sicht derzeit als nicht fundiert und somit als fragwürdig bezeichnet werden.

Es ist bezeichnend für die Vorgehensweise des Kollaborationszentrums, dass zunächst die 3.300 Passivrauch-Toten von dieser Seite benannt und in die politische Willensbildung eingebracht werden, nun aber eine Diskussion über diese Berechnung „aus ethischen Gründen“ abgelehnt wird.

Wir stellen nicht die Frage: „Sind es wirklich 3.300 Tote?“, sondern:

- Wie ordnen Sie die benannten Todesfälle der Ursache Passivrauch zu?
- Wurden Kofaktoren (z.B. weitere Erkrankungen) berücksichtigt und methodisch kontrolliert, wenn ja, auf der Grundlage welcher Daten?
- Die passivrauchbedingte Sterblichkeit in der Altersgruppe 85 und älter soll laut dieser Studie bei Frauen um den Faktor 2,6 (bei Schlaganfall) und 2,2 (bei Koronarer Herzkrankheit) höher liegen als bei den Männern. Bezieht man nun die Sterbefälle auf die Bevölkerung und errechnet damit eine altersgruppenspezifische Sterberate, so ergibt sich eine völlig andere Relation, nämlich nahezu 1:1. Das heißt, dass die Sterblichkeit bei beiden Diagnosegruppen zwischen den Geschlechtern nur einen geringen bzw. keinen Unterschied aufweist. Wie sind solche Artefakte und deren falsche Interpretationen in den öffentlichen Diskussionen zu erklären?
- Im Band 5 der „Roten Reihe“ wird bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine relativ schnelle Herstellung des alten Gefäßzustandes beschrieben. Wie passen diese Ergebnisse zu den größtenteils über 75 Jahre alten (zumeist weiblichen?) Passivrauch-Toten, deren Tod durch Passivrauch mit Latenzzeiten der Erkrankungen begründet wird?

Zusammenfassend bitten wir Herrn Prof. Keil, den Verfasser der Studie, noch einmal, Transparenz in seine Berechnungen durch Offenlegung der Basis-Daten und der Rechenvorgänge herzustellen. Dies ist umso bedeutsamer, da diese Zahl für die politischen Entscheidungen massive Wirkung hatte. Wir müssen in diesem Zusammenhang wissen, ob diese Zahlen begründet sind oder ob es sich hier um einen mathematisch-statistischen Irrtum handelt, der letztendlich mit Passivrauch-Toten überhaupt nicht in Verbindung gebracht werden kann. Wenn wir hierfür keine befriedigende Antworten bekommen können, wirft sich die Frage auf, inwieweit das zugrundeliegende Modell überhaupt eine nachvollziehbare Beziehung zu Passivrauch-Toten herstellen lässt.

Die detaillierten Fragen an Prof. Keil werden in Kürze auf unserer Internetseite ([www.bgn.de](http://www.bgn.de)) der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Auch die Diskussion um methodisch korrekte Vorgehensweisen bei Metaanalysen steht noch aus.

**2. Wir stehen zu der Aussage, dass ein erhöhtes, im Rahmen der Anerkennung als Berufskrankheiten relevantes, Gesundheitsrisiko im Gastronomiebereich bei Lungenkarzinomen, bei ischämischen Herzkrankheiten und bei chronisch-obstruktiven Lungenkrankheiten nicht belegt ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass 60 – 80 % der dort Tätigen Aktivraucher sind.**

Auch der vom Bundessozialgericht geforderte Nachweis erhöhter Erkrankungszahlen für bestimmte Personengruppen im Verhältnis zur übrigen Bevölkerung als Gradmesser für eine erheblich höhere Gesundheitsgefahr durch die Exposition am Arbeitsplatz ist nicht dokumentiert. Berechnungsmodelle allein genügen nicht. Inwieweit die Ergebnisse einer aktuellen "Literatúrauswertung zur Quantifizierung der Passivrauchexposition bei nie rauchenden Beschäftigten in der Gastronomie" neue Erkenntnisse bringen, muss analysiert werden.

Den Ansatz, Krankenkassendaten alters- und berufsgruppenspezifisch großepidemiologisch zu betrachten, verfolgt die BGN seit dem Jahr 2000. Dieses Vorgehen wird letztendlich Kausalitätsbetrachtungen zulassen. Aus dem verfügbaren Zahlenmaterial, lassen sich Aussagen über Zehntausende von Versicherten im Gaststättenbereich, bezogen auf ihre Erkrankungen, treffen. Vergleichsgruppen mit Millionen von Versichertenjahren, die außerhalb der Gastronomie arbeiten, sind zum Beleg des relativen Risikos herangezogen.

(Symposiums-Beitrag von Herrn Dr. Mey auf [www.bgn.de](http://www.bgn.de))

### **3. Sterberaten beim Krankheitsbild Depression**

Neben den vom WHO-Kollaborationszentrum aufgeführten Todesfällen durch Suizid gilt die Depression als unabhängiger, kardialer Faktor. In der Statistik der Erkrankungsdaten und Sterbefälle erscheint die koronare Herzerkrankung als Ursache.

An dieser Erkrankung sind u.a. Risikofaktoren wie Aktivrauchen, Blutfette, Hochdruck etc. beteiligt. Seit 2005 wird durch wissenschaftliche Arbeiten sehr gut untermauert, dass die Depression bei der Auslösung dieser Herzerkrankungen genauso eine Wirkung hat wie das Aktivrauchen. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie konstatiert für die koronare Herzkrankheit ein doppelt so hohes Risiko bei an Depression erkrankten Menschen gegenüber Gesunden. Studien, welche die klassischen Risikofaktoren wie beispielsweise Rauchen oder falsche Ernährung kontrollieren, bestätigen, dass die Depression als unabhängiger kardialer Risikofaktor gelten kann. Die Studie wurde auf dem Symposium vorgetragen.

### **4. Die BGN steht zu der Aussage, dass die bestehenden Verbote des Rauchen aus dem beruflichen Umfeld auch in das private verlagert und dadurch eine Höherbelastung der Kinder durch Passivrauchen erreicht werden könnte.**

Das Umweltbundesamt hat zusammen mit dem Robert-Koch-Institut in Deutschland ermittelt, dass soziale Schichtungen und auch die sozio-psychologische Situation bestimmter Bevölkerungsgruppen, zu denen unsere Angehörigen des Gastronomiegewerbes zählen, praktisch hohe Raucheranteile haben und durch gesundheitliche Aufklärung nicht zu erreichen sind (Aussage von Frau Dr. Pötschke-Langer im Stern, Heft 34, 2007, S.40).

Hier sind auch durch die Ächtung des Rauchens in der Öffentlichkeit und am Arbeitsplatz Verlagerungen vom Arbeitsplatz in die Wohnungen nachweisbar. Nachweisbar dahingehend, dass Kinder, gemessen anhand des Cotinin-Spiegels, in den letzten Jahren wesentlich höher belastet sind, als dies früher der Fall war. Studien, die in anderen Ländern andere Ergebnisse zeigen, sollten genauer betrachtet und auf ihre Übertragbarkeit auf die deutschen Verhältnisse und die Gastronomiebranche beurteilt werden.

Tatsache ist, dass die Passivrauchbelastung der Kinder über die Wohnräume in den letzten Jahren in Deutschland nachweisbar erheblich zugenommen hat (Quelle: Umweltbundesamt, Kinder-Umwelt-Survey 2003/06; Robert-Koch-Institut, KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland).

## **Zusammenfassung**

Die BGN steht für eine sachliche und wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik Passivrauch.

Auf Seiten des WHO-Kollaborationszentrums sind hingegen bekannte Abwehr-Mechanismen der Diffamierung, der Emotionalisierung und der Unterstellung von Abhängigkeiten zu beobachten.

Ein gern angeführtes Argument, das eine wissenschaftliche Diskussion vermeiden soll, ist die postulierte Abhängigkeit von der Zigarettenindustrie. Die seit Bismarck gesetzlich vorgeschriebene Ablösung der Unternehmerhaftpflicht führt dazu, dass jedes Unternehmen, das über Beschäftigte verfügt, an eine Berufsgenossenschaft angeschlossen wird. Neben 40 anderen Branchen sind auch die Mitarbeiter/innen der Zigarettenindustrie demnach gesetzlich bei der BGN versichert. Diese repräsentiert 0,03% unserer Betriebe. In absoluten Zahlen ausgedrückt handelt es sich hierbei um 101 von 373.806 versicherten Betrieben der BGN (2006). Zu ungefähr 95% handelt es sich bei den Unternehmen der Zigarettenindustrie um kleine und mittelständische Betriebe.

Die Forschung der BGN wurde und wird immer von der Solidargemeinschaft getragen. Die Berufsgenossenschaften sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und paritätisch, durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer, selbstverwaltet. Die Annahme, dass eine der kleinsten Branchen die Geschicke der Solidargemeinschaft alleine lenkt und beeinflusst, spricht von völliger Unkenntnis der berufsgenossenschaftlichen Strukturen.

Dass wir gemeinsam mit den Sozialpartnern die Fürsorgepflicht für Hunderttausende von Beschäftigten in der Gastronomie nicht wahrnehmen, weisen wir entschieden zurück und

betonen ausdrücklich, dass es keine Organisation und keine umfassendere Beschäftigung mit diesem Gewerbezug weltweit gibt, die aus einer Solidargemeinschaft heraus getragen wird und nicht über staatliche, private, institutionelle, WHO-gebundene Förderung oder über die Pharmazie finanziert wird. Wir beziehen auch keine Gelder vom Staat. Von den über 14 Milliarden Euro Steuereinnahmen, die mit dem Zigarettenkonsum verbunden sind, bezieht die BGN keine Forschungsgelder.

Wir kennen das DKFZ als eine hervorragende wissenschaftliche Einrichtung, die an vorderster Front der Medizin kämpft. Wir würden es begrüßen, wenn das Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle, das am DKFZ angesiedelt ist, das Denken und wissenschaftliche Handeln des Hauses übernimmt, so dass eine objektive Ebene für die Zukunft geschaffen werden kann.

**Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten**  
**30. November 2007**



Klaus Marsch  
**Stv. Hauptgeschäftsführer**



Prof. Dr. med. Romano Grieshaber  
**Leiter des Geschäftsbereichs  
Prävention**