

Passivrauchen – Gesundheitsgefahren und Nichtrauchererschutz

Passivrauchen stellt ein Gesundheitsrisiko dar. Schon seit den sechziger Jahren ist bekannt, dass der von Nichtrauchern unfreiwillig eingeatmete Tabakrauch die Gesundheit belastet. Seitdem haben zahlreiche toxikologische und epidemiologische Studien den Zusammenhang erforscht. Die Arbeiten belegen, dass Menschen, die Tabakrauch ausgesetzt sind, die gleichen akuten und chronischen Erkrankungen erleiden können wie Raucher.

Die Erkenntnisse der Wissenschaft haben eine öffentliche Debatte in Gang gebracht, Gesetze zum Nichtrauchererschutz wurden erlassen. Seit 1. September 2007 ist das Rauchen in öffentlichen Verkehrsmitteln, Bundesbehörden und dem Bundestag verboten. Nichtrauchererschutz in Gaststätten und Länderbehörden fällt unter die Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer. In den meisten Bundesländern darf seit 1. Januar 2008 nicht mehr in öffentlichen Einrichtungen und Gaststätten geraucht werden. Zuletzt führten am 1. Juli 2008 Nordrhein-Westfalen und Thüringen das Rauchverbot für Gaststätten ein. Allerdings gelten in vielen Bundesländern Ausnahmeregelungen, zum Beispiel für abgetrennte Raucherzimmer. Wissenschaftler fordern eine bundeseinheitliche Regelung des Rauchverbotes.

Der FLUGS-Fachinformationsdienst gibt einen Überblick über aktuelle Studien zu den Gesundheitsgefahren und Möglichkeiten zum Schutz der Bevölkerung.

1. Was ist Passivrauch?

Tabakrauch ist einer der bedeutendsten und gefährlichsten vermeidbaren Schadstoffe in Innenräumen. Wenn Tabakrauch aus der Raumluft durch einen Nichtraucher eingeatmet wird, spricht man von Passivrauchen. Die Hauptbelastung des Passivrauchens von Nichtrauchern geht von dem Rauch aus, der durch das Glimmen der Zigarette in den Rauchpausen entsteht. Er enthält prinzipiell die gleichen gefährlichen Substanzen wie der Rauch, der vom Raucher eingezogen und wieder ausgeatmet wird.

Passivrauch enthält über 4800 verschiedene Substanzen, darunter gefährliche Stoffe wie Blausäure, Ammoniak und Kohlenmonoxid und eine Vielzahl Krebs erzeugender Substanzen wie polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe, N-Nitrosamine, aromatische Amine, Benzol, Vinylchlorid, Arsen, Cadmium, Chrom und das radioaktive Isotop Polonium 210. Insgesamt enthält Tabakrauch etwa 70 Substanzen, die nachweislich Krebs erzeugend sind oder im Verdacht stehen, Krebs zu erzeugen. Die Substanzen bleiben oft lange in der Raumluft oder lagern sich an Gegenständen an und gelangen



Quelle: UFZ, Photocase

von dort wieder in die Luft. Auch „kalter“ Tabakrauch gefährdet also die Gesundheit.

2. Gesundheitliche Wirkungen

Wissenschaftler des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) in Heidelberg, des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster und des Hygiene-Instituts des Universitätsklinikums Heidelberg haben den Wissensstand zur Gefährdung durch Passivrauchen publiziert (DKFZ: „Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko“, Heidelberg 2006) und darin die Auswirkungen quantifiziert.

Die Ergebnisse der Publikation bestätigte auch ein im Juni 2006 veröffentlichter umfassender Bericht der obersten Gesundheitsbehörde der USA zum Thema Passivrauchen. Eine Arbeitsgruppe der IARC (International Agency for Research on Cancer), die zur Weltgesundheitsorganisation gehört (WHO), hatte zuvor Risiken von Rauchen und Passivrauchen bewertet (IARC Working Group: "Tobacco Smoke and Involuntary Smoking." Lyon 2004) Zudem bietet die Internetseite des Kollaborationszentrums der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Tabakkontrolle im Deutschen Krebsforschungszentrum umfangreiche Informationen (www.tabakkontrolle.de). Die folgenden Zahlen zur Mortalität und weitere Informationen über die Erkrankungen basieren im Wesentlichen auf diesen Publikationen.



DAK/Deutsche Atemwegsliga

2.1 Akute Wirkungen

Passivrauch reizt akut die Schleimhäute und Atemwege. Tränende und brennende Augen, Husten und Auswurf können die Folge sein. Zudem kann der Passivrauch zu erhöhter Infektanfälligkeit, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel und Kurzatmigkeit bei körperlicher Belastung führen. Diese Symptome können bereits bei kurzzeitigem Passivrauchen auftreten. Die akuten Wirkungen auf die Schleimhäute und Atemwege sind überwiegend auf die Reizwirkung verschiedener reaktiver Stoffe wie Ammoniak, Formaldehyd oder Stickoxid zurückzuführen.

2.2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

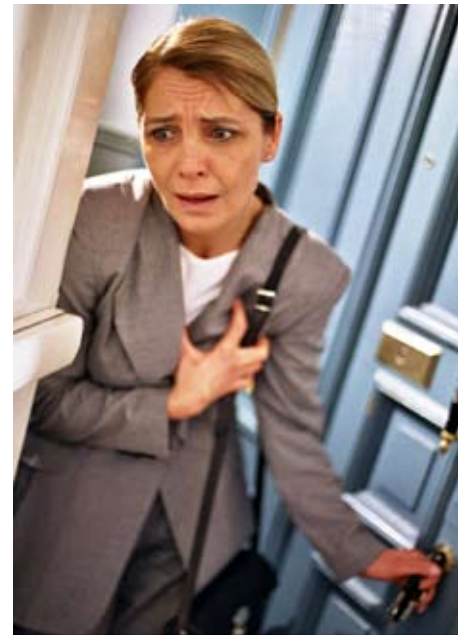
Passivrauchen ist zudem verantwortlich für die Entwicklung zahlreicher chronischer Krankheiten, darunter viele mit möglicher Todesfolge. Dazu gehört die koronare Herzkrankheit. Das ist eine Verengung der Herzkranzgefäße, die zum Herzinfarkt führt. Sie ist weltweit die häufigste Todesursache. In Deutschland ist etwa ein Fünftel aller Todesfälle darauf zurückzuführen, das sind etwa 160 000 Menschen im Jahr.

Die koronare Herzkrankheit entwickelt sich im Wesentlichen aufgrund verschiedener Risikofaktoren. Zu den wichtigsten gehören das Rauchen, erhöhte Cholesterinwerte, erhöhter Blutdruck und Diabetes mellitus. Darauf können zusammen etwa Dreiviertel aller koronaren Herzkrankheiten zurückgeführt werden. Das Erkrankungsrisiko nimmt mit dem Alter zu.

Die Wirkung des Passivrauchens auf das Risiko einer koronaren Herzkrankheit wurde in zahlreichen Studien untersucht. Demnach ist das Risiko eines Nichtrauchers, eine koronare Herzkrankheit durch Passivrauch zu erleiden, um etwa 25 Prozent erhöht. Bereits

eine geringe Aufnahme von Passivrauch kann die Gefäße schädigen, die Thromboseneigung erhöhen und die Koronardurchblutung vermindern. Die in der Studie des Krebsforschungszentrums vorgestellten Zahlen zeigen erstmalig das Ausmaß der durch Passivrauch verursachten Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit für dieses Krankheitsbild: Demnach können in Deutschland insgesamt fast 3800 tödliche und nicht tödliche neue Erkrankungen an der koronaren Herzkrankheit pro Jahr auf Passivrauchen im eigenen Haushalt zurückgeführt werden. Jedes Jahr sterben in Deutschland der Berechnung zufolge etwa 2150 Menschen an einer koronaren Herzkrankheit, die durch Passivrauch bedingt ist.

Der Schlaganfall ist in Industrieländern eine der häufigsten Ursachen für Tod und Behinderung. Unter dem Krankheitsbild Schlaganfall werden Hirninfarkte sowie Hirnblutungen zusammengefasst. Der Schweregrad eines Schlaganfalles kann zwischen leichten Funktionsstörungen mit weitgehender Erholung über schwere und andauernde Behinderung bis hin zum tödlichen Ausgang variieren. Schätzungen zufolge gibt es in Deutschland circa 160 000 erstmalige Ereignisse pro Jahr, dazu kommen noch etwa 40 000 wiederholte Schlaganfälle. Jährlich sterben etwa 75 000 Menschen in Deutschland an einem Schlaganfall.



Quelle: DAK

Die wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren für den Hirninfarkt sind Bluthochdruck, Diabetes und Rauchen, daneben spielt auch ein erhöhter Alkoholkonsum eine Rolle. Das Erkrankungsrisiko steigt ab dem vierten Lebensjahrzehnt deutlich an. Der Schlaganfall entsteht in der Regel als Folge eines akuten Verschlusses einer hirnversorgenden Arterie.

Das Rauchen begünstigt dies unter anderem durch eine Schädigung von Struktur und Funktion der Gefäßwände (Arteriosklerose). Für aktive Raucher wurde ein um 50 Prozent stärkeres Fortschreiten einer bevorstehenden Arteriosklerose der Halsschlagader gegenüber Nichtrauchern gezeigt. Auch bei Menschen, die Passivrauch ausgesetzt waren, lag die Zunahme der Gefäßerkrankung noch um 20 Prozent über der von nicht Exponierten.

Die in der Studie des Krebsforschungszentrums vorgenommene Berechnung zeigt erstmalig das Ausmaß der durch Passivrauch verursachten Erkrankungshäufigkeit und Mortalität für den Schlaganfall. Pro Jahr werden demnach etwa 770 Schlaganfall-Todesfälle durch Passivrauchen im eigenen Haushalt verursacht. Die Zahlen stellen eine konservative Schätzung dar. Unter anderem wurde die Passivrauchbelastung am Arbeitsplatz nicht berücksichtigt.

2.3 Atemwegserkrankungen

Der Passivrauch besteht aus gasförmigen und partikelförmigen Substanzen. Die partikelförmigen Substanzen werden auch als Tabakfeinstaub bezeichnet. Tabakfeinstaub kommt im Wesentlichen in den Partikelgrößen von 1 bis 10 Mikrometern vor. Diese kleinen Partikel können bis in die Lungenbläschen vordringen und dort lange Zeit verbleiben. Diese Feinstaubpartikel können Allergien und Asthma auslösen und bereits bestehende chronische Atemwegserkrankungen verstärken, etwa Lungenentzündung, Bronchitis und Mukoviszidose.

Belegt ist auch der Zusammenhang zwischen Tabakrauch und chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen. Dies bezeichnet ein Krank-

heitsbild, das durch Husten, vermehrten Auswurf und Atemnot bei Belastung gekennzeichnet ist. Die Beschwerden nehmen im Laufe der Erkrankung an Häufigkeit und Stärke zu. Ab einem bestimmten Stadium der Erkrankung sind die krankhaften Veränderungen im Lungengewebe nicht mehr umkehrbar.

Die Erkrankungszahlen und die entsprechenden Ausgaben für Diagnostik und Behandlung steigen seit Jahren an. In Deutschland sind etwa acht Prozent der erwachsenen Bevölkerung (circa fünf Millionen Menschen) betroffen. An den Folgen der Erkrankung sterben in Deutschland jährlich etwa 20 000 bis 30 000 Menschen.

Rauchen ist der wesentliche Risikofaktor für die Entwicklung dieser Lungenerkrankung. Etwa 80 bis 90 Prozent der Krankheitsfälle werden durch das Rauchen verursacht, Tabakrauch schädigt die Lunge vor allem durch seinen hohen Anteil an Oxidantien, die auch freie Radikale genannt werden.

Sie rufen zum Beispiel Entzündungsreaktionen und Gewebsschädigungen hervor. Weiterhin werden die Selbstreinigungsmechanismen der Atemwege durch Tabakrauch gestört und die Immunabwehr herabgesetzt.

Die durch Passivrauch in Gang gesetzten Wirkmechanismen zur Entwicklung der Lungenerkrankung entsprechen im Wesentlichen denen des Aktivrauchens. Experimentell ist der Zusammenhang zwischen Passivrauchen und akuten Irritationen der unteren Atemwege belegt. Die Mehrzahl der bisher veröffentlichten epidemiologischen Studien ermittelte einen Zusammenhang zwischen Passivrauchexposition und Entwicklung beziehungsweise Verschlechterung der Krankheit bei Nichtrauchern.

Das Deutsche Krebsforschungszentrum geht davon aus, dass rund 1,9 Prozent aller Todesfälle als Folge der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung bei lebenslangen Nichtrauchern in Deutschland auf Passivrauchen im eigenen Haushalt zurückzuführen sind; dies entspricht jährlich fast 60 Todesfällen.

Die angegebenen Zahlen sind konservativ geschätzt: So wurde zum Beispiel die Exposition durch Passivrauchen am Arbeitsplatz nicht berücksichtigt und das Risiko durch Passivrauchen nur bei lebenslangen Nichtrauchern betrachtet. Informationen zum Lungenkrebs im Folgenden.

2.4 Krebs

Tabakrauch enthält wie beschrieben eine Vielzahl Krebs erzeugender Substanzen. Der Zusammenhang zwischen aktivem Rauchen und zahlreichen Krebserkrankungen ist belegt. Da Passivrauch dieselben Krebs erzeugenden Substanzen enthält, sind auch durch Passivrauch Zusammenhänge mit Krebserkrankungen zu erwarten. Der Studie des amerikanischen Gesundheitsministeriums zufolge sind Zusammenhänge mit Brustkrebs, Zervixkarzinom und Nasennebenhöhlenkarzinom berichtet worden. Die besten Daten liegen über die Zusammenhänge mit Lungenkrebs vor.

Das Lungenkarzinom ist in Deutschland eine der häufigsten Krebstodesursachen: Jährlich sterben daran etwa 40 000 Menschen. Lungenkrebs entsteht meist im mittleren bis hohen Lebensalter, also etwa ab dem 50sten Lebensjahr, Menschen unter 35 Jahren sind selten betroffen.



Raucherlunge: Das Pathologiepräparat eines Lungenemphysems zeigt die typischen schwarzen Ablagerungen. Foto: CDC

Nach gegenwärtigem Kenntnisstand können bis zu 85 Prozent der Todesfälle infolge von Lungenkrebs durch das aktive Rauchen erklärt werden. Bei keiner anderen Tumorart könnte eine wirksame Tabakprävention so viele Todesfälle vermeiden.

Ein kausaler Zusammenhang zwischen Passivrauchen und Lungenkrebs gilt ebenfalls als nachgewiesen. Deshalb stufte eine Reihe nationaler und internationaler Gremien und Organisationen das Passivrauchen als beim Menschen Krebs erzeugend ein. An der Entstehung von Lungenkrebs durch Passivrauchen sind verschiedene Substanzen des Tabakrauchs beteiligt. Der Veröffentlichung des Deutschen Krebsforschungszentrums zufolge ergibt sich für passivrauchbelastete Personen in Abhängigkeit vom Geschlecht und von der Quelle der Tabakrauchexposition ein relatives Risiko von 1,2 und höher an Lungenkrebs zu erkranken, das heißt ein um 20 Prozent höheres Risiko im Vergleich zu unbelasteten Nichtrauchern. Wie beim Aktivrauchen steigt auch beim Passivrauchen das Lungenkrebsrisiko mit der Dauer und Menge an. Das Risiko nimmt ab, sobald die Exposition beendet ist und es verringert sich, je länger die letzte Exposition zurückliegt.



Quelle: Photocase

Nach den Berechnungen in der Studie des Deutschen Krebsforschungszentrums sind in Deutschland etwa 7,5 Prozent aller Lungenkrebstodesfälle bei Nie-Rauchern auf das Passivrauchen im eigenen Haushalt oder bei der Arbeit zurückzuführen. Dies entspricht etwa 260 Lungenkrebstodesfällen pro Jahr. Die Zahlen basieren auf einer konservativen Schätzung.

2.5 Risiken für ungeborenes Leben

Es liegen hinreichende Nachweise dafür vor, dass Rauchen und Passivrauchen in der Schwangerschaft zu gesundheitlichen Konsequenzen für das Ungeborene führen können. Das Deutsche Krebsforschungszentrum hat in einer umfangreichen Publikation die Wirkungen auf ungeborenes Leben sowie auf Säuglinge und Kleinkinder zusammengestellt (DKFZ: „Passivrauchende Kinder in Deutschland – frühe Schädigungen für ein ganzes Leben“, Heidelberg, 2003).

Aktives Rauchen während der Schwangerschaft ist ein bedeutender und zugleich ein vermeidbarer Risikofaktor. Rauchen ist verantwortlich für etwa 15 Prozent aller Frühgeburten sowie 20 bis 30 Prozent aller Fälle von geringerem Geburtsgewicht, und erhöht die gesamte perinatale Sterblichkeit um 150 Prozent. Das Risiko ist zudem erhöht für Spontanaborte, Eileiterschwangerschaft, Plazentaablösung, vorliegende Plazenta, vorzeitigen Blasensprung, kleineren Kopfumfang und vermindertes Wachstum sowie für Totgeburten und Geburtsdefekte. Außerdem verringert sich das Geburtsgewicht durchschnittlich um etwa 200 Gramm.

In der Studie sind vorwiegend die Gefahren des aktiven Rauchens für das Ungeborene aufgeführt. Die Autoren führen aber aus, dass auch Passivrauch bei Nichtraucherinnen Konsequenzen für das Ungeborene haben kann. So gibt es einen Zusammenhang mit einem geringeren Geburtsgewicht.



Quelle: MAPA

2.6 Risiken für Säuglinge und Kleinkinder

Der Studie des Deutschen Krebsforschungszentrums zufolge gibt es Belege, dass Passivrauchen in der Stillzeit, im Säuglings- und Kindesalter das Risiko für folgende Krankheitsbilder erhöht: Störungen des Allgemeinbefindens wie Bauchweh, Schwindel, Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, plötzlichen Säuglingstod, akute und chronische Mittelohrentzündungen, Erkrankungen der unteren Atemwege wie Lungenentzündungen und Bronchitis, akute und chronische Atemwegssymptome einschließlich Atemnot, Auswurf, chronischer Husten, pfeifende Atemgeräusche und vermehrte Asthmaanfälle, Entwicklung von Asthma sowie Verschlimmerung bereits bestehender Krankheitssymptome, verzögertes Wachstum der Lungen, verminderte Lungenfunktion, verzögerte Lautentwicklung, eingeschränkter Geruchssinn, Übergewicht beziehungsweise Adipositas, sogar Entstehung von Karies bei den kindlichen Milchzähnen, Verhaltensauffälligkeiten, Erbgutschädigungen und mutmaßlich für Krebserkrankungen, Hirnhautentzündung und Narkosekomplikationen.



Quelle: DAK

Zum plötzlichen Kindstod hat das Deutsche Krebsforschungszentrum in seiner neueren Veröffentlichung Zahlen zur Mortalität bedingt durch Passivrauch vorgelegt. Der plötzliche Kindstod ist der plötzliche und unerwartete Tod eines Kindes im ersten Lebensjahr, der auch nach einer sorgfältigen Obduktion nicht erklärt werden kann. Anfang der neunziger Jahre wurden mit Hilfe von epidemiologischen Studien die Risikofaktoren Bauchlage und Überwärmung sowie Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft und Rauchen in Gegenwart des Kindes identifiziert. Das Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft ist der wichtigste vermeidbare Risikofaktor des plötzlichen Kindstodes. Im Jahr 2005 gab es nach Angaben des statistischen Bundesamtes 298 Fälle an plötzlichem Kindstod. Der Veröffentlichung des Deutschen Krebsforschungszentrums zufolge sind etwa 60 Fälle von plötzlichem Kindstod im Jahr auf Passivrauch im Haushalt sowie auf vorgeburtliche Schadstoffbelastungen, weil die Mutter während der Schwangerschaft rauchte, zurückzuführen.

3. Entwicklung der Rauchgewohnheiten

Laut Statistischem Bundesamt wurden in Deutschland im Jahr 2006 Tabakwaren mit einem Verkaufswert im Handel von 23 Milliarden Euro versteuert. Im Jahr 2005 gaben laut Mikrozensus des statistischen Bundesamtes 27 Prozent der Bevölkerung über 15 Jahren an zu rauchen. Das waren etwa genau so viele wie 2003 und nur geringfügig weniger als 1995 und 1999. Besonders problematisch ist, dass schon viele Jugendliche rauchen: Im Alter von 15 bis 20 etwa 20 Prozent. Auf diese Bevölkerungsgruppe wirkt sich der Qualm besonders schädlich aus. Frauen rauchen insgesamt seltener. Es zeigt sich aber, dass junge Frauen immer früher mit dem Rauchen beginnen. Auch KORA, die „Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg“ des Helmholtz Zentrums München, zeigt über seine Studien, dass junge Frauen häufiger zur Zigarette greifen.

Eine europäische Studie zum Rauchverhalten in Europa stellt fest, dass die Anzahl der Nichtraucher, die Passivrauch ausgesetzt sind, in Kohorten von ursprünglich 20-44-Jährigen in 20 verschiedenen Europäischen Zentren im Verlaufe von etwa 8 Jahren zurückgeht.



Quelle: Pixelquelle

Dieser Rückgang des Passivrauchens steht auch im Zusammenhang mit dem weitgehenden Rauchverbot am Arbeitsplatz, das in vielen Europäischen Ländern während der neunziger Jahre eingeführt wurde. Der Qualm in Büro und Werkstatt hatte zuvor 75 Prozent zur Gesamtexposition betragen. Deutschland ist aber, was den Schutz der Nichtraucher angeht, noch europäisches Schlusslicht. Die Arbeitsstättenverordnung, die den Schutz der Nichtraucher regelt, greift bisher in vielen Bereichen nicht.

4. Forderungen aus der Wissenschaft

Die zahlreichen gesundheitlichen Risiken des Rauchens machen deutlich, wie wichtig es ist, das Rauchen einzudämmen und Nichtraucher vor schädlichem Tabakrauch zu schützen. Deshalb fordern führende wissenschaftliche Institutionen seit langem weit gehende Rauchverbote.

Im Juni 2006 haben vier wichtige Forschungsinstitute in einem Positionspapier für wirksame Gesetze plädiert, darunter das Deutsche Krebsforschungszentrum und das Helmholtz Zentrum München. Die Verfasser des Positionspapiers kommen zu dem Schluss, dass Deutschland endlich handeln und auf gesetzlicher Basis für einen ausreichenden Schutz seiner Bevölkerung vor den Gefahren des Passivrauchens sorgen muss. Dies begründen sie nicht nur mit der Sterblichkeitsproblematik, sondern auch mit der erhöhten Erkrankungsrate durch Passivrauchen sowie der Ausgrenzung von Millionen chronisch Kranker, deren Gesundheitszustand sich deutlich verschlechtert, wenn sie sich in durch Tabakrauch noch verunreinigten öffentlichen Einrichtungen, Verkehrsbetrieben (Bundesbahn) oder gastronomischen Betrieben aufhalten. Laut Auffassung der Wissenschaftler obliegen der Schutz der Bevölkerung und die Reinhaltung der Luft dem Bund, sodass eine Bundesgesetzgebung für komplett rauchfreie Arbeitsplätze unter Einbeziehung der Gastronomie und aller öffentlichen Einrichtungen sowie der Verkehrsbetriebe in Deutschland erforderlich ist. Viele andere Länder haben derartige Maßnahmen bereits erfolgreich und ohne wirtschaftliche Einbußen für die Gewerbetreibenden ergriffen.

Das Deutsche Krebsforschungszentrum führt in einer Informationsschrift (Deutschland benötigt ein Gesetz für eine rauchfreie Gastronomie, Heidelberg 2006) aus, warum Deutschland ein Bundesgesetz für eine rauchfreie Gastronomie benötigt: Messungen der Wissenschaftler in 100 gastronomischen Betrieben und in Fernreisezügen ergaben, dass die Raumluft in Gastronomiebetrieben, in denen geraucht werden darf, in hohem Maße mit Schadstoffen belastet ist. Industriebetriebe mit vergleichbaren Schadstoffkonzentrationen am Arbeitsplatz müssten geschlossen werden oder die Mitarbeiter müssten Schutzmasken mit Atemfilter tragen. Schätzungsweise 7000 nichtrauchende Schwangere und Tausende von stillenden Frauen arbeiten in der Gastronomie. Wegen der hohen Schadstoffbelastung durch Tabakrauch müssten sie aus Gründen des Mutter-schutzes von der Arbeit freigestellt werden.

Auch wo Raucher- und Nichtraucherzonen baulich getrennt sind, führt die Luftzirkulation zu einer Verteilung des Tabakrauchs im gesamten Gebäude. Dies belegen unter anderem Messungen des Deutschen Krebsforschungszentrums in direkt an Raucherabteile angrenzenden Nichtraucherabteilen der Deutschen Bahn. Außerdem müssen Gastronomiemitarbeiter und Zugpersonal nach wie vor in



Foto: DAK

Raucherzonen arbeiten.

Lüftungstechnische Anlagen schützen nicht wirksam vor den Schadstoffen des Tabakrauchs, da selbst die modernsten Ventilationssysteme die gefährlichen Inhaltsstoffe des Tabakrauchs nicht vollständig aus der Raumluft entfernen.

5. Rechtliche Lage

Im November 2006 setzte der Deutsche Bundestag ein Tabakwerbverbot und damit eine entsprechende Richtlinie der Europäischen Union in nationales Recht um. In der Presse und im Internet darf seit 1. Januar 2007 nicht mehr für Tabakerzeugnisse geworben werden. Auch darf die Tabakindustrie Veranstaltungen wie Bundesligafußballspiele nicht mehr mit Werbung sponsern.

Rauchverbote:

> Seit 1. September 2007 ist das Rauchen in öffentlichen Verkehrsmitteln, Bundesbehörden und dem Bundestag verboten.

> Nichtraucherchutz in Gaststätten und Länderbehörden fällt unter die Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer. Baden-Württemberg war das erste Bundesland, das Mitte 2007 ein Rauchverbot in Gaststätten und öffentlichen Gebäuden einführte. In den meisten anderen Bundesländern darf seit 1. Januar 2008 in öffentlichen Einrichtungen und Gaststätten nicht mehr geraucht werden. Als letzte Bundesländer führten Nordrhein-Westfalen und Thüringen Anfang Juli 2008 das Rauchverbot ein. Während in Nordrhein-Westfalen Rauchen vorher bereits in Behörden und Kliniken verboten war, trat in Thüringen das komplette Nichtrauchergesetz erst in Kraft. In vielen Bundesländern darf in Nebenräumen von Gaststätten allerdings weiterhin geraucht werden. In Sachsen und Rheinland-Pfalz setzten die Verfassungsgerichte das Rauchverbot für inhabergeführte Gaststätten mit nur einem Raum wieder aus, im Saarland war Rauchen in inhabergeführten Lokalen von vorneherein erlaubt. Das schärfste Nichtrauchergesetz gilt in Bayern. Ausnahmen gibt es dort nur für Biergärten, Außenbereiche der Gastronomie, geschlossene Gesellschaften und Festzelte auf dem Oktoberfest. Jedoch hat die Ausnahmeregelung für geschlossene Gesellschaften dazu geführt, dass viele Lokale in so genannte Raucherclubs umfunktioniert wurden, in denen Rauchen erlaubt ist. Wer sich nicht an das Rauchverbot hält, dem drohen in vielen Bundesländern Geldstrafen bis zu 5.000 Euro.

> Auf Flughäfen gibt es bereits seit längerem Regelungen zu Rauchverboten. In Zügen und auf Bahnhöfen ist das Rauchen seit September 2007 ebenfalls verboten. Ausnahmen gelten nur für gekennzeichnete Bereiche und gastronomische Einrichtungen von Bahnhöfen.

> Kinder oder Jugendliche unter 18 Jahren dürfen in der Öffentlichkeit nicht rauchen; Zigaretten dürfen in Gaststätten, Verkaufsstellen oder sonst in der Öffentlichkeit nicht an sie abgegeben werden.

> Nachdem Wissenschaftler der Harvard University im November 2006 im American Journal of Preventive Medicine festgestellt hatten, dass die Schadstoffkonzentration in Autos, in denen geraucht

wird, sehr hoch ist und die Gesundheit von Kindern dadurch gefährdet wird, ist eine Diskussion zu Rauchverboten in Autos, insbesondere wenn Kinder mitfahren, in Gang gekommen.

> In Deutschland besteht seit 2002 ein Nichtrauchererschutz am Arbeitsplatz. Nach der Arbeitsstättenverordnung haben Mitarbeiter in Büroräumen das Anrecht auf einen rauchfreien Arbeitsplatz. Nichtraucher können daher ein Rauchverbot für ihr Büro fordern. Seit 1. September 2007 gilt noch folgender Zusatz: „Soweit erforderlich, hat der Arbeitgeber ein allgemeines oder auf einzelne Bereiche der Arbeitstätte beschränktes Rauchverbot zu erlassen.“ Dennoch gibt es eine Einschränkung der Verordnung, nach der Arbeitgeber die Schutzmaßnahmen in Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr nur in soweit treffen müssen, „als es die Natur des Betriebs und die Art der Beschäftigung“ zulassen. Seit dem 1. Januar 2008 gelten jedoch, wie oben beschrieben, in den meisten Bundesländern Nichtrauchererschutzgesetze, die das Rauchen in öffentlichen Einrichtungen und Gaststätten - teilweise mit Ausnahme von Nebenräumen - untersagen.

> Die meisten europäischen Länder haben in Gaststätten schon erfolgreich Rauchverbote umgesetzt; in Skandinavien etwa hat eine strenge Regierungspolitik das Rauchen erheblich eindämmen können. Auch in Italien wurde Rauchen in öffentlichen Räumen in 2005 verboten. Ein Jahr nach Einführung der neuen Rauchverbotsregelungen gingen die Zigarettenverkäufe zurück und mit steigender Akzeptanz in der Bevölkerung, auch unter den Gaststättenbetreibern, gilt das verschärfte Rauchverbot als eines der erfolgreichsten Gesetze. Ende Januar 2007 hat die EU-Kommission ein so genanntes Grünbuch zum Tabakkonsum verabschiedet. Ziel des Grünbuchs ist es, eine breit angelegte Debatte über Wege, das Passivrauchen in der EU einzudämmen, einzuleiten.

> Die Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) hat Anfang 2008 im Auftrag des Deutschen Krebsforschungszentrums eine repräsentative Umfrage zur Akzeptanz von Rauchverboten in Gaststätten durchgeführt. Demnach wünscht sich die Mehrheit der Deutschen, nämlich 65 Prozent rauchfreie Gaststätten. Gegenüber den Befragungen in den Jahren 2005 und 2006 bedeutet das eine deutliche Zunahme. Rund 70 Prozent der Deutschen sprechen sich darüber hinaus für eine bundeseinheitliche Regelung aus.

Aktuelle Entwicklung zum Nichtrauchererschutz:

Seit September 2007 dürfen Tabakwaren an Jugendliche erst ab 18 Jahren abgegeben werden. Für die dadurch erforderliche Umstellung des Chipkartensystems für Zigarettenautomaten gibt es allerdings eine Übergangsfrist bis zum 1. Januar 2009. Dadurch können Jugendliche unter 18 Jahren bis zum Jahresende weiterhin Zigaretten aus Automaten kaufen.

Die derzeitige deutschlandweit unheitliche Situation zum Nichtrauchererschutz ist aus Sicht der Wissenschaft unzureichend. Wichtig ist, dass der Nichtrauchererschutz möglichst bald umfassend und wirksam umgesetzt wird – möglichst ohne Ausnahmen.

6. Weitere Handlungsmöglichkeiten

Der Nichtrauchererschutz ist auch nach Einführung vieler Länderge-



In Restaurants ist Rauchen seit Juli 2008 in allen Bundesländern tabu.

Quelle: BLE, Foto: Dominic Menzler

setzgebungen mangelhaft. Nach wie vor arbeiten viele Beschäftigte in der Gastronomie in Raucherräumen oder in Raucherclubs. Diese Ausnahmen stellen nach Ansicht des Deutschen Krebsforschungszentrums eine „eklatante Missachtung des Gesundheitsschutzes“ dar. Wissenschaftler und Politiker plädieren für einen bundeseinheitlichen Nichtraucherchutz ohne Ausnahmen.

Neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen sind aber selbstverständlich alle Formen der Aufklärung sehr wichtig. Diese müssen sich an politische Entscheidungsträger, aber auch an Medien und die Bevölkerung richten. Besonders wichtig ist die Information und wirksame Aufklärung von Jugendlichen, etwa in Schulen und Jugendgruppen. Wertvolle Arbeit leisten hier zum Beispiel die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle sowie zahlreiche Gesundheitsorganisationen sowie Nichtraucher-Verbände und -Initiativen. Einige wichtige sind in der Liste der Internetlinks, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, angegeben.

Literatur

Deutsches Krebsforschungszentrum, Helmholtz Zentrum München, Universitätsklinikum Münster, Universitätsklinikum Heidelberg: Positionspapier zur Gesundheitsgefährdung durch Passivrauchen, Heidelberg, Münster, Neuherberg Juni 2006
<http://www.helmholtz-muenchen.de/fileadmin/GSF/pdf/presse/2006/Passivrauchen.pdf>

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Passivrauchen – auch wenig ist zu viel, Heidelberg, 2006
http://www.tabakkontrolle.de/pdf/AdWfP_Passivrauchen.pdf

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Heidelberg, 2006
http://www.tabakkontrolle.de/pdf/Passivrauchen_Band_5_2Auflage.pdf

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Passivrauchende Kinder in Deutschland – frühe Schädigungen für ein ganzes Leben, Heidelberg, 2003
http://www.tabakkontrolle.de/pdf/Passivrauchen_Band2_4_Auflage.pdf

EU-Kommission: Grünbuch für ein rauchfreies Europa: Strategieoptionen auf EU-Ebene, Brüssel Januar 2007

Helmholtz Zentrum München (Hrsg.): „Rauchzeichen“. Mensch und Umwelt, Heft 2 (2006)
http://www.helmholtz-muenchen.de/fileadmin/GSF/pdf/publikationen/mensch_und_umwelt/mensch_und_umwelt_2006-heft2_web.pdf

Janson, C. et al.: Changes in active and passive smoking in the European Community Respiratory Health Survey. Eur Respir J 27 (2006) 517–524.
<http://erj.ersjournals.com/cgi/content/full/27/3/517?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=Janson&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>

Hackshaw, A. et al.: Passive smoking. Brit. Med. J. 327, 501-502 (2003)

Heinrich, J. et al.: Nicotine and cotinine in adults' urine: The German Environmental Survey 1998. Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology 15 (2005) 74–80.

Hoffmann, B. et al.: „Gesundheitliche Folgen des Passivrauchens“ in: Umweltmedizin in Forschung und Praxis 11 (6), 369-385. Landsberg (2006)

Hoffmann, B. et al.: Passivrauchen. In: Handbuch der Umweltmedizin, (Hrsg.: Wichmann, Schlipkötter, Fülgraff). Landsberg: ecomed Verlag, 33. Erg.-Lfg, Kap. VI-2, 1-27 (2006)

IARC Working Group, on the evaluation of carcinogenic, Risks to Humans: IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 83, Volume 83. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Lyon: IARC Press, 1-1419 (2004)

Rees, VW. & Connolly, GN. (2006). Secondhand smoke in cars: measuring air quality to protect children's health. American Journal of Preventive Medicine, 31, 363-368.
<http://www.ajpm-online.net/article/PIIS0749379706002777/abstract>

United States Department of Health and Human Services (Hrsg.): „The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke“, Washington, 2006
<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/>

Welte, R. et al: Die Kosten des Zigarettenrauchens, in: Helmholtz Zentrum München (Hrsg.): Jahresbericht 2004, Neuherberg 2004
<http://www.helmholtz-muenchen.de/publikationen/jahresberichte/jahresberichte-der-gsf-2004/index.html>

Internet

<http://www.tabakkontrolle.de>
WHO Kollaborationszentrum

<http://www.nichtraucherschutz.de>
Dachorganisation von Nichtraucherinitiativen

<http://www.who-nichtrauchertag.de/html/ziele.html>
Infos zum Weltnichtrauchertag, Bundesvereinigung für Gesundheit

<http://www.krebshilfe.de>
Deutsche Krebshilfe

<http://www.bzga.de>
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Stand:
30. Mai 2007, aktualisiert
im Juli 2008

Redaktion:
Britta Barlage, Claudia Bär, FLUGS-
Fachinformationsdienst, Helmholtz
Zentrum München

Wissenschaftliche Beratung:
Prof. Dr. Dr. H.-Erich Wichmann,
Dr. Joachim Heinrich, Helmholtz
Zentrum München, Institut für Epide-
miologie