

Materialien zur Diskussion um Passivrauchen und Rauchverbote

Inhalt u.a.:

Starker Tobak Prof. Dr. Ing. Günter Ropohl, Goethe-Universität, Frankfurt	<i>Seite</i> 3
Untersuchung des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages: - zu der Gefährlichkeit des Passivrauchens (WF IX G-147/06)	<i>Seite</i> 7
- zu Rauchverboten im privatwirtschaftlichen Bereich (WD 6 -3000- 175/06)	<i>Seite</i> 7
Zitate aus der Wissenschaft Prof. Alexander S. Kekulé, Halle	<i>Seite</i> 7
Neue Juristische Wochenschrift 37/2006	<i>Seite</i> 8
Prof. Andreas Auer, Genf	<i>Seite</i> 8
Raucher töten Katrin Zinkant, Die Zeit online 17.12.2005	<i>Seite</i> 9
Positionspapier: Rauchverbote Offener Brief an die MdB, Werner Paul	<i>Seite</i> 11
Risiken - Zahlen und Fakten	<i>Seite</i> 16
Argumente gegen totale Rauchverbote	<i>Seite</i> 17
Passivrauchen - Science oder Fiktion Die Wahrheit, aber nur die halbe Wahrheit Dipl. Ing. ETH Bernd Palmer	<i>Seite</i> 19
Passivrauchen - ein überschätztes Gesundheitsrisiko Prof. Dr. Ing. Ropohl Goethe-Universität, Frankfurt	<i>Seite</i> 23
Wirtschaftliche Folgen von Rauchverboten in der Gastronomie - Zahlen und Fakten	<i>Seite</i> 24
Rauchverbotsforderung aus ökonomischer Sicht Hamburgische Weltwirtschafts Institut (HWWI) 09.2006	<i>Seite</i> 26
Rauchen Sie? Verteidigung einer Leidenschaft Vorstellung durch Dirk von Kügelgen	<i>Seite</i> 27

Impressum

Hrsg.:
Netzwerk Rauchen – Forces Germany
Bundesvorstand
c/o Christoph Lövenich
Bornheimer Str. 104
53119 Bonn
Tel. 0228/68 46 96 8
Fax 030/70 01 43-15 9
E-Mail: Info@Netzwerk-Rauchen.de
Internet: www.Netzwerk-Rauchen.de
1. Auflage (B), Dezember 2006

Bankverbindung
c/o Werner Paul
Kreissparkasse Biberbach
Konto-Nr.: 460602
BLZ: 654 500 70
IBAN: DE 20 6545 00 70 0000 4602 02
BIC: SOLADES1BCR



überparteilich und unabhängig



Liebe Leserinnen und Leser,

das Netzwerk Rauchen – Forces Germany ist eine unabhängige Vereinigung, die sich zum Ziel gesetzt hat, die Debatte um „Passivrauchen“, Rauchverbote und den Kampf gegen Tabak allgemein um kritische Sachaufklärung zu bereichern.

Wir lehnen den Gesundheitswahn und die Diskriminierung von Raucherinnen und Rauchern ab.

Dieser Reader liefert umfassende Informationen und Denkanstöße, u.a. zu den Fragen:

Wie gefährlich ist „Passivrauch“?
Was spricht gegen Rauchverbote?

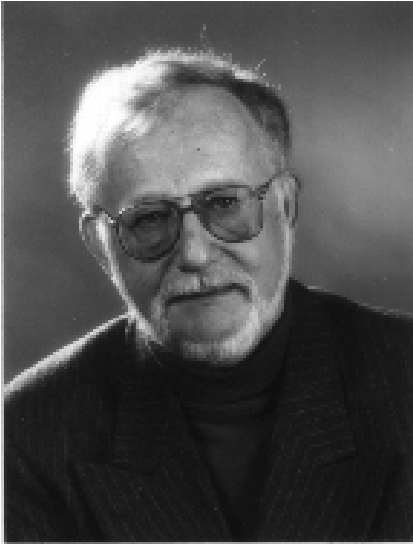
Einige Schlaglichter:

- „Passivrauchen“ ist keine offizielle Todesursache, wie kürzlich auch der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages festgestellt hat.
- Totale Rauchverbote sind verfassungsrechtlich angreifbar, wie auch der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages festgestellt hat.
- In den Medien werden überwiegend einseitige und manipulative Zahlen und Fakten über Schädlichkeit des Umgebungsrauchs, wirtschaftliche Folgen von Rauchverboten u.ä. von interessierter Seite lanciert.

Die Beiträge in diesem Band stammen überwiegend von Mitgliedern unseres Netzwerks. Er ist ohne Unterstützung der Tabakindustrie oder anderer Organisationen zustande gekommen.

Wir wünschen Ihnen viele interessante Erkenntnisse und manches Aha-Erlebnis bei der Lektüre.

Christoph Lövenich, M.A.
Bundesvorsitzender Netzwerk Rauchen – Forces Germany



Starker Tobak

Der Kreuzzug gegen die rauchenden Menschen

Von Prof. Dr. Ing. Günter Ropohl

Unlängst hat das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg eine Aufsehen erregende Schrift vorgelegt („Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko“, Heidelberg 2005). Darin wird behauptet, dass jährlich 3301 Menschen an den Folgen des „Passivrauchens“ sterben, also aufgrund der unfreiwilligen Aufnahme von Tabakrauch aus der Umgebung – nicht 3200, auch nicht 3400, nein: genau dreitausend dreihundert und einer!

Freilich beruht diese Zahl nicht auf sorgfältig erhobenen wirklichen Erfahrungsdaten. Vielmehr hat man sie aus den verschiedensten Statistiken mit kühnen Schätzwerten **spekulativ** „hoch“ gerechnet. **Trotzdem begründen die Verfasser mit diesem fragwürdigen Resultat höchst weit reichende politisch Forderungen.** In allen öffentlichen Räumen und Verkehrsmitteln, besonders auch in allen Gaststätten und Eisenbahnzügen, soll ein totales Rauchverbot verhängt werden.

Den Verfassern scheint nicht klar zu sein, dass sie mit ihrer Forderung einem Drittel ihrer Mitmenschen ein Stück Lebensgenuss wegnehmen und sie von der Teilhabe am öffentlichen Leben ausschließen, also in ihrer Persönlichkeitsentfaltung einschränken wollen.

Darin liegt die verfassungspolitische Brisanz der Untersuchung, die eine öffentliche Auseinandersetzung erforderlich macht.

Wer ist überhaupt ein „Passivraucher“?

Nach einer repräsentativen Befragung des Berliner Robert-Koch-Instituts sind das Menschen, die folgende Frage bejaht haben: „Halten Sie sich tagsüber oder abends häufiger in Räumen auf, in denen geraucht wird?“ Was hier „häufiger“ bedeutet und wie stark in solchen Räumen geraucht wird, scheint nicht geklärt worden zu sein. Da wird zwar von einer künstlichen Versuchsanordnung berichtet, bei der in einem 12 Quadratmeter großen Raum gleichzeitig 10 Zigaretten abgebrannt werden, aber diese Experimentalsituation ist natürlich völlig unrealistisch.

Toxikologie (der Wissenschaft von den Giftstoffen), die schon Paracelsus im 16. Jahrhundert auf den Begriff gebracht hat: „Jeder Stoff ist Gift, es kommt aber auf die Dosis an“.

Doch ist auch derjenige ein „Passivraucher“, der einmal die Woche in einem geräumigen, gut belüfteten Lokal ein paar Tische weiter jemanden rauchen sieht?

Ohne derartige Unterscheidungen in Betracht zu ziehen, schließt jenes Institut aus der Befragung, dass „mehr als 20 Millionen Nichtraucher den Gefahren des Passivrauchens ausgesetzt sind“. Eigentümlicher Weise macht die Heidelberger Studie, die sich zunächst auf die erwähnte Befragung bezieht, ohne Begründung wenige Seiten später daraus „35 Millionen passivrauch belasteter Erwachsener“. Welch wundersame Vermehrung!

Tatsächlich ist weder die eine noch die andere Angabe über die Anzahl mutmaßlicher „Passivraucher“ seriös, einfach darum, weil die höchst unterschiedlichen Raucheinflüsse auf Nichtraucher nicht mit der gebotenen Sorgfalt differenziert werden.

Aber auf das Ausmaß der tatsächlichen Raucheinflüsse kommt es angeblich gar nicht an. Es wird nämlich in der Untersuchung behauptet, dass es dafür keinerlei Unbedenklichkeitsgrenzen gäbe; noch die denkbar geringsten Schadstoffanteile könnten den menschlichen Organismus schädigen.

Diese Behauptung widerspricht der anerkannten Lehre der Toxikologie (der Wissenschaft von den Giftstoffen), die schon Paracelsus im 16. Jahrhundert auf den Begriff gebracht hat: „Jeder Stoff ist Gift, es kommt a-

ber auf die Dosis an“. Wenn die Heidelberger diesen Grundsatz außer Kraft setzen, versuchen sie sich unangreifbar zu machen. Sie wollen mit ihrem Horrorszenario auf jeden Fall Recht behalten, ganz gleich, wie verschwindend gering eine bestimmte Schadstoffkonzentration auch sein mag.

Im Grunde machen sie sich den Standpunkt der esoterischen Homöopathie zu eigen, die bekanntlich behauptet, ein Wirkstoff könne gerade dann den menschlichen Organismus beeinflussen, wenn er winzigste, kaum noch messbare Bruchteile des Präparates ausmache - eine Irrlehre, die von vernünftigen Medizinern zu Recht verworfen wird.

Zahlen nicht aussagekräftig

Sind schon die Voraussetzungen der Heidelberger Untersuchung höchst anfechtbar, steht es um die Aussagefähigkeit ihrer Ergebnisse kein bisschen besser. Unterstellt man die anfangs genannte Zahl von 20 Millionen „Passivrauchern“, ergeben sich für die Spanne vom 20. bis zum 80. Lebensjahr rd. 333.000 „Passivraucher“ in jedem Jahrgang. Die errechnete Anzahl von Todesfällen pro Jahr macht dann weniger als 1% der „Passivraucher“ aus, ein Anteil, der unterhalb statistischer Vertrauensgrenzen liegt. Jeder Studierende der Statistik lernt in den ersten Semestern, dass mit Fehlergrenzen von 3% nach oben oder unten zu rechnen ist. Ergebnisse, die unterhalb dieser Fehlergrenze liegen, sind nicht signifikant, d.h. nicht aussagekräftig.

Aber es kommt noch stärker:

Die Menschen, die angeblich am „Passivrauchern“ sterben,

erleidet der Tod nicht in jedem Jahr ihres Erwachsenenlebens mit derselben Häufigkeit. Bis zum 65. Lebensjahr sind es, nach Angaben der Untersuchung, gerade mal 13%. Aus den Sterbetafeln des Statistischen Bundesamtes kann man allerdings entnehmen, dass in diesem aktiven Lebensabschnitt insgesamt fast 19% der Gesamtbevölkerung sterben, also deutlich mehr als unter den „Passivrauchern“. Für die zwanzig Lebensjahre zwischen dem 65. und dem 85. Geburtstag gibt die allgemeine Sterbestatistik einen Anteil von rd. 53% der Todesfälle an. Die „Passivraucher“- Mortalität beträgt nach Heidelberger Berechnungen in diesem

Lebensabschnitt ebenfalls rd. 53%, ist also identisch mit der allgemeinen Sterbehäufigkeit. Angesichts dieses Vergleichs, den die Heidelberger Studie bezeichnender Weise unterlassen hat, von einem besonderen Todesrisiko der „Passivraucher“ zu sprechen, ist geradezu abenteuerlich.

Keine gute wissenschaftliche Praxis

Zwischen den fragwürdigen Voraussetzungen und den waghalsig gedeuteten Ergebnissen liegen zahlreiche schwer durchschaubare Rechenoperationen mit scheinbar präzisen mathematischen Formeln, die bei genauem Zusehen auch ihrerseits nur mit Vermutungen, Annahmen und Schätzungen arbeiten. Eifrig wird aus einem Literaturverzeichnis von 280 Quellen zitiert, doch teilweise werden zum „Passivrauchen“ Arbeiten genannt, die sich, nach ihren Titeln zu urteilen, gar nicht damit, sondern mit dem aktiven Rauchen befassen. So führt man beispielsweise den Befund an, dass Rauchverbote am Arbeitsplatz einen Rückgang des Zigarettenkonsums zur Folge haben. Was für eine Überraschung! Auch sonst bedürfte die wissenschaftliche Stichhaltigkeit und Aussagekraft der vielen Texte wohl noch gründlicher Prüfung.

Bekanntlich gibt es ansehnliche Untersuchungen, die im „Passivrauchen“ keinerlei besondere Gefährdung erkannt haben; die

Die errechnete Anzahl von Todesfällen pro Jahr macht dann weniger als 1% der „Passivraucher“ aus, ein Anteil, der unterhalb statistischer Vertrauensgrenzen liegt. Jeder Studierende der Statistik lernt in den ersten Semestern, dass mit Fehlergrenzen von 3% zu rechnen ist. die unterhalb dieser Fehlergrenze liegen, sind nicht signifikant, d.h. nicht aussagekräftig.

aber werden überhaupt nicht berücksichtigt. Gute wissenschaftliche Praxis würde es erfordern, dass man sich damit argumentativ auseinandergesetzt hätte. Aber nichts dergleichen ist geschehen. Der allgemeine Stand der Forschung wird nicht sachgemessen, sondern einseitig und höchst tendenziös dargestellt.

Schließlich leidet die Untersuchung vor Allem unter dem notorischen Fehler der herkömmlichen Schulmedizin, eine bestimmte Erkrankung allein mit einer einzigen Ursache erklären zu wollen. Da sterben ein paar Nichtraucher an Lungenkrebs,

die irgendwann in ihrem Leben einmal Rauchpartikel eingeatmet haben, und schon behaupten Mediziner, dieses „Passivrauchen“ wäre schuld am Lungenkrebs. Dabei müsste die Medizin, wenn sie ehrlich wäre, zugeben, dass eine eindeutige Wirkursache für krankhaftes Zellwachstum bis heute nicht bekannt ist; sonst hätte man doch längst entsprechende Gegenmittel entwickeln können.

Irrtümer der Schulmedizin

Zugegeben: Für den Lungenkrebs ist bekannt, dass die meisten Fälle bei Rauchern auftreten, aber umgekehrt sterben fast 90% der Raucher nicht daran; seltsamer Weise wird diese Zahl öffentlich nie genannt. **Schon daran sieht man, dass Tabakrauch, selbst wenn man ihn aktiv konsumiert, nur ein statistisches Risiko, nicht aber eine zwangsläufige Todesursache bedeutet.** Dieses Risiko müssen natürlich die Raucher mit sich selber ausmachen. Wenn hingegen nur gelegentlich winzige Tabakspuren aufgenommen werden, liegt wie gesagt das angebliche „Risiko“ unterhalb der Schwelle statistischer Aussagekraft.

Das gilt auch für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, denen die Heidelberger Studie ohne jeden empirischen Beleg den größten Teil der „passivrauchbedingten Todesfälle“ – genau 2148 pro Jahr! – zurechnet. **Fast 90% dieser Todesfälle sollen sich allerdings erst nach dem 65. Lebensjahr ereignen,** in einer Lebensphase also, in der eine eventuelle Tabakrauchbelastung selbst nach Angaben der Untersuchung drastisch abnimmt.

Außerdem wird mitgeteilt, dass Menschen, sobald sie dem Tabakrauch nicht mehr ausgesetzt sind, nach kurzer Zeit kein tabakbedingtes Zusatzrisiko mehr tragen, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu sterben. Obwohl also die Zahl der Risikopersonen nach dem 65. Lebensjahr sehr stark zurückgeht, soll die Zahl der entsprechenden Todesfälle dramatisch steigen. Das ist völlig unplausibel und spricht

umgekehrt dafür, dass die errechneten Todesfälle eben nicht dem „Passivrauchen“, sondern allen möglichen sonstigen altersbedingten Einflüssen zuzuschreiben sind.

Für den Lungenkrebs ist bekannt, dass die meisten Fälle bei Rauchern auftreten, aber umgekehrt sterben fast 90% der Raucher nicht daran.

Überhaupt müsste die Medizin, wenn sie aufgeklärt wäre, einräumen,

dass die meisten Erkrankungen Systemeffekte sind, die sich aus dem Zusammenwirken verschiedener Faktoren ergeben. Dazu gehören nicht nur die immer wieder genannten Risikofaktoren der Umgebung, sondern natürlich auch die jeweilige genetische Veranlagung eines Menschen und die psychische und soziale Lebenssituation. Einen einzelnen Faktor aus diesem Systemzusammenhang zu isolieren und allein daraus eine bestimmte Erkrankung oder gar den sicheren Tod prognostizieren zu wollen, ist nach seriösen wissenschaftlichen Maßstäben unmöglich.

Trotzdem breiten die Heidelberger auf zehn Druckseiten, das sind fast 15% des ganzen Textes, gesundheitspolitische Forderungen aus, die nicht mit Tatsachenbefunden begründet werden, sondern mit bloßen Rechenspekulationen.

Mit diesen unbegründeten Forderungen wollen sie Millionen von rauchenden Menschen die Freiheit nehmen, über ihre Lebensqualität selber zu bestimmen; und sie wollen den Rauchern die Teilnahme an öffentlicher Geselligkeit und Mobilität versagen.

Mit einem Wort: Sie wollen mit ihrer Gesundheitshysterie verfassungsmäßige Grundrechte außer Kraft setzen. Zugleich machen sie sich der Anstiftung zum Unfrieden schuldig, weil seit der Veröffentlichung viele Raucher pogromähnlichen Anfeindungen ausgesetzt sind.

Raucher aller Länder, vereinigt euch!

Wer unfreiwillig Spuren von Tabakrauch aufnehmen muss, wird daran bestimmt nicht sterben. Allerdings **haben manche Menschen ein sehr empfindsames Sensorium und fühlen sich darum vom Tabakrauch gestört. Auch auf solche Menschen, selbst wenn sie wohl nur eine Minderheit bilden, muss man Rücksicht nehmen.** Man überträgt das altbewährte Prinzip der Eisenbahnen, als diese noch Abteilwagen hatten, auf alle Bereiche der Öffentlichkeit. Man richtet abgetrennte Raucher- und Nichtraucherzonen ein.

Übrigens zeigt die Untersuchung anhand eigener Messungen, dass in Nichtraucherabteilen der Bahn die Schadstoffkonzentration genauso niedrig ist wie in einer städtischen Fußgängerzone. Damit entziehen die Verfasser ihrer Forderung nach einem allgemeinen Rauchverbot in den Eisenbahnen selber jede Grundlage. Nichtraucher haben ein Recht darauf, nicht von Tabakrauch belästigt zu werden, aber Raucher haben auch ein Recht darauf, überall humane Raucherbereiche anzutreffen.

Die verbissene Tabakbekämpfungs-Lobby, die von einer voreingenommenen Abteilung der Weltgesundheitsorganisation über zahlreiche einseitige Mediziner und Gesundheitsfunktionäre bis hin zu etlichen privaten Eiferer-Vereinen reicht, versucht **mit allen Mitteln, die Raucher zu Aussätzigen zu machen, die auszumerzen sind**; selbst die Medien lassen Raucher kaum noch zu Wort kommen. Wenn diesem undemokratischen Treiben ein Ende bereitet werden soll, müssen sich auch die Raucher organisieren. Nur mit einem mitgliederstarken Verein wird es ihnen gelingen können, ihre verfassungsmäßigen Rechte zu wahren. Ob da auch Tabakindustrie und Tabakhandel Hebammenhilfe leisten sollten, ist eine schwierige Frage, aber schließlich ginge es ja um wohlverstandenen Kundendienst, nicht in erster Linie ums Geschäft, sondern um die Freiheit der Raucher!

Das ganz große Geschäft mit den Rauchern macht vor allem der Staat. Die in Deutschland rauchenden **Menschen zahlen jährlich 14 Milliarden Euro an Tabaksteuer**, jeder Einzelne im Durchschnitt rd. 800 Euro im Jahr. Statt diese Summe im allgemeinen Haushalt untergehen zu lassen, muss der Staat ver-

pflichtet werden, daraus bauliche, lüftungstechnische und organisatorische Maßnahmen zu finanzieren, die beiden Seiten annehmbare Bedingungen gewährleisten: den Rauchern angemessene Raucherbereiche und den Nichtrauchern Schutz vor persönlich empfundenen Belästigungen. Aber die rauchenden Menschen gleich zweifach zu diskriminieren, indem man ihren Genuss einerseits hoch besteuert und andererseits allerorten verbieten will, ist eine rechtsstaatliche Perversität.

Ewig leben?

Jeder Mensch wird eines Tages sterben, auch wenn er nie mit Tabak in Berührung gekommen ist. **Dient vielleicht all diese hysterische Angst vor dem „Passivrauchen“ bloß dazu, die Einsicht in die unausweichliche Sterblichkeit der Menschen zu verdrängen?**

Die Prognosen zum vielfachen Tod von „Passivrauchern“ sind nichts anderes als rabulistische Zahlenmagie. Nur eine Prognose ist wirklich zuverlässig: Die Warnhinweise jedenfalls, die inzwischen dank der Tabakbekämpfungs-Lobby auf jeder Zigarettenschachtel zu lesen sind, können tatsächlich den Eindruck erwecken, als wenn Nichtraucher ewig leben würden; bloß vor dem „Passivrauchen“ müsste man sie noch schützen.

Prof. Dr. Günter Ropohl

ist Emeritus der Technikphilosophie an der Goethe-Universität Frankfurt.

Anmerkung: Prof. Dr. Günter Ropohl hat diesen Text aus persönlichem Engagement und ohne jeden Auftrag geschrieben. Zuerst bot er das Manuskript einer großen Zeitschrift, in deren Auftrag er schon schrieb, an und verbreitete gleichzeitig Kopien im Bekanntenkreis. Nachdem diese Zeitschrift das Manuskript nach Monate langem Zögern abgelehnt hatte, ist der Text in dem seit über 100 Jahren eingeführten Fachorgan für den Tabakhandel veröffentlicht worden, das zufällig eine Textkopie erhalten hatte; vgl. Die Tabakzeitung, 116. Jg. (2006), Nr. 24 v. 16. Juni 2006, S. 8.

www.ropohl.de

Rauchverbote und Passivrauchen

– Zitate aus der Wissenschaft –



Der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages zur Konstruktion sog. „Passivrauchopfer“ durch das DKFZ:

„Aus der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes lässt sich die Zahl von 3.300 jährlichen Todesfällen durch Passivrauchen bedingt nicht ableiten.

[...]

Festzuhalten bleibt, **dass es sich bei den Berichten um Schätzungen** und Hochrechnungen handelt. Valide statistische Daten stehen nicht zur Verfügung, da diese Todesursachen im Rahmen der amtlichen Statistik nicht erhoben werden.“

Passivrauchen - Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Dokumentation WF IX G - 147/06, Deutscher Bundestag, 2006

Der Wissenschaftliche Dienst nutzte zu seiner Untersuchung u.a. die Artikel: „Starker Tabak“ Der Kreuzzug gegen die rauchenden Menschen von Prof. Dr. Günter Rohpol (siehe Seite 3) und „Raucher töten“ von Kathrin Zinkant, Zeit online 17.12.2005 (siehe Seite 9)



Der Wissenschaftliche Dienst des Bundestags zu Rauchverboten am Arbeitsplatz:

„Die Wahrung des verfassungsrechtlichen Verhältnismäßigkeitsprinzips schließt allerdings die Anordnung eines absoluten Rauchverbotes aus. Vielmehr muss zumindest die Einrichtung von Raucherräumen gestattet sein“.

Bug, Arnold: Verbesserung des Nichtraucher-schutzes am Arbeitsplatz (Ausarbeitung WD 6 – 3000 – 175/06, Deutscher Bundestag, 2006)

(Hervorhebung durch Netzwerk Rauchen)



Der Hallenser Professor für Molekulare Mikrobiologie Alexander S. Kekulé, BEFÜRWORDER STRIKTER RAUCHVERBOTE, kommentiert unter der Überschrift „Viel Qualm um wenig. Für ein Rauchverbot spricht einiges - die Krebstoten nicht“ die DKFZ-Verlautbarungen zur Rauchbelastung in Gaststätten:

„Wissenschaftlich gesehen hat das DKFZ jedoch – leider - nichts Neues zur Debatte beigetragen. [...] Überdies war die Fehlerbreite der Messwerte sehr hoch.“

Davon abgesehen zitiert das DKFZ im Wesentlichen aus dem im Juni veröffentlichten Passivraucher-Bericht des US - Gesundheitsministeriums, freilich in verkürzter Form. So gilt das „20 bis 30 Prozent erhöhte Risiko für Lungenkrebs“ nur für Erwachsene, die über viele Jahre intensivem Passivrauchen ausgesetzt waren - etwa durch rauchende Lebenspartner oder verqualmte Arbeitsplätze. Bei den geschätzten 3.300 jährlichen Passivrauchopfern in Deutschland rechnete das DKFZ einige hundert Schlaganfallopfer mit - für die laut US-Bericht jedoch der kausale Zusammenhang mit dem Passivrauchen nicht erwiesen ist.

Im US-Bericht offen diskutierte Ungeheimheiten fehlen: So befinden sich nach gegenwärtigem Wissensstand die Hauptkrebsauslöser im Kondensat des Zigarettenrauchs, das beim Passivrauchen kaum inhaliert wird. Warum in Deutschland nach grober Schätzung jährlich etwa 260 Passivraucher an Lungenkrebs sterben, ist wissenschaftlich ungeklärt.“

Tagesspiegel vom 20.09.2006

<http://archiv.tagesspiegel.de/archiv/20.09.2006/2787550.asp>

In einem Artikel in einer führenden juristischen Fachzeitschrift wird darauf hingewiesen, dass sich der Bund bei Rauchverboten nicht auf die Gesetzgebungskompetenz durch Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG (Maßnahmen gegen gemeingefährliche Krankheiten und Verkehr mit Giften) stützen kann, denn:

"Es fehlt an einem unmittelbaren Zusammenhang zwischen der Regelung und der Verhinderung der Krankheit. **Denn das Passivrauchen stellt weder eine notwendige noch eine hinreichende Bedingung für eine Krebserkrankung dar. Es ist vielmehr lediglich als ein risikoe erhöhender Faktor neben anderen**, etwa Ernährungsgewohnheiten oder Umweltbedingungen, anzusehen, so dass ein Rauchverbot nur gesundheitsfördernd im allgemeinen Sinne wirken kann."

Rossi, Matthias/Lenski, Sophie-Charlotte: *Föderale Regelungsbefugnisse für öffentliche Rauchverbote*, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 37/2006, S. 2657-2661, 2658

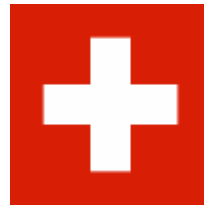
(Hervorhebung durch Netzwerk Rauchen)

Juristische Nüchternheit kann erfreulich zur Versachlichung der Debatte beitragen:

"[D]as durch Art. 2 II 2 gesicherte Interesse am Gesundheitsschutz [kann] in Konflikt treten mit der von Art. 2 I GG geschützten allgemeinen Handlungsfreiheit der Raucher und den nach Maßgabe des Art. 12 I GG geschützten Interessen der Tabakindustrie sowie der Gastwirte. **Zwischen diesen muss und kann ein verhältnismäßiger Ausgleich gefunden werden.**"

Rossi, Matthias/Lenski, Sophie-Charlotte: *Föderale Regelungsbefugnisse für öffentliche Rauchverbote*, in: *Neue Juristische Wochenschrift* 37/2006, S. 2657-2661, 2661

(Hervorhebung durch Netzwerk Rauchen)



Diese Aussage des Schweizer Verfassungsrechtlers Prof. Auer gilt auch für Deutschland:

„Verfassungsrechtlich **nicht zu rechtfertigen** ist meines Erachtens **ein totales Rauchverbot in Spitälern und Altersheimen auch für nikotinsüchtige Patienten**, in abgeschlossenen, nur individuell benützten Büros und Labors, sodann in grossräumigen und gut ventilierten Empfangshallen und **Einkaufszentren, in Langstreckenzügen**, usw.. Die Ventilationstechnik hat so bedeutende Fortschritte gemacht, dass das oft gehörte Argument, es sei fast unmöglich, rauchverseuchte Luft zu reinigen, ins Leere zielt. Eines steht fest: **Endlösungen, welcher Art auch immer, sind verfassungsrechtlich verpönt.**“

Auer, Andreas: *Grundrechtliche Grenzen des Passivrauchschutzes (Rechtsgutachten)*, Genf 2005
 (Hervorhebung durch Netzwerk Rauchen)



Das Deutsche Krebsforschungszentrum macht Politik gegen das Passivrauchen. Leider bedient sich das Institut dafür zweifelhafter Botschaften – und einer Studie, die keine ist.

Von Kathrin Zinkant

Das klang alarmierend: "An den Folgen des Passivrauchens versterben in Deutschland derzeit jährlich vermutlich 3300 Menschen. Das sind mehr Todesfälle als gegenwärtig pro Jahr in Deutschland durch illegale Drogen, Asbest, BSE und SARS zusammen." Mit dieser düsteren Verlautbarung fand das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg vergangene Woche überall Gehör. Kaum eine Zeitung, die nicht sinngemäß über eine neue "Studie" der hochangesehenen Forschungseinrichtung berichtete, häufig gleich auf der Titelseite. Widerhall fand die Schreckensnachricht auch im Fernsehen, zum Beispiel in der Tagesschau. Und selbst die Bundesregierung beeilte sich, das Thema "ernst zu nehmen", was hätte sie auch anderes tun sollen: Wenn laut DKFZ 35 Millionen erwachsene Nichtraucher durch toxische und krebserregende Stoffe im Tabakrauch einer "Gesundheitsgefährdung mit Todesfolge" ausgesetzt sind, kann die Politik nicht einfach woanders hingucken.

In die so genannte Studie hineingeguckt hat aber offenbar auch niemand - weder die Journalisten noch jene Politiker und Fachgesellschaften, die in den darauffolgenden Tagen die Botschaft des DKFZ verbreiteten. Sonst wäre ihnen eines aufgefallen: Von den "vermutlich 3300 Toten", die - wären sie ein Faktum - etwa 0,3 Prozent aller jährlichen Todesfälle in Deutschland ausmachen, entfallen 2108, also 64 Prozent, auf Menschen im Alter von 75 und mehr Jahren. Besonders ausgeprägt ist diese Verteilung unter jenen Passivrauchern, die laut DKFZ durch den unfreiwillig eingeatmeten Dunst an einem Schlaganfall sterben: 72 Prozent der mutmaßlichen Opfer wären, wie sich aus den DKFZ-Unterlagen ergibt, älter als 75 Jahre alt. Im Fall der koronaren Herzkrankheit hätten, den Schätzungen zufolge, von 2148 der Betroffenen immerhin zwei Drittel bereits dieses hohe Alter er-

reicht - bevor die Folgen des Passivrauchens sie dahinraffen.

Falls der Tod dann wirklich noch eine Folge des Passivrauchens ist. Das DKFZ legte seinen Schätzungen unter anderem die Annahme zugrunde, dass das Risiko ehemaliger Raucher für eine Koronare Herzerkrankung binnen kurzer Zeit wieder auf das Niveau sinkt, dem auch Nichtraucher ausgesetzt sind. Und deshalb haben die Verfasser des DKFZ-Papiers die Ex-Raucher einfach den Nichtrauchern zugeschlagen. Das aber verfälscht die Statistik. Eine ausgebildete Arteriosklerose beispielsweise ist, sobald

vorhanden, nicht mehr rückgängig zu machen; ein 50-Jähriger, der zwanzig Jahre lang starker Raucher war, hat mit

sehr hoher Wahrscheinlichkeit bereits geschädigte Gefäße - und wird als Passivraucher deshalb zehn Jahre später ein höheres Risiko für eine Koronare Herzerkrankung tragen als jemand, der nie eine Zigarette angerührt hat.

Doch von einer klinischen oder epidemiologischen Untersuchung, wie sie unter der Bezeichnung "Studie" zu erwarten wäre, kann im Falle dieses Papiers ohnehin nicht die Rede sein. Zwar stellten die Autoren eigene Berechnungen zu Sterblichkeit und Erkrankungen durch das Passivrauchen in Deutschland an. Das hat vor ihnen noch niemand getan. Aber es bleiben eben alles nur Schätzungen, die durchaus Schwachstellen aufweisen. Für ihre Berechnungen mussten sich die Wissenschaftler viele Daten und Resultate aus bereits veröffentlichten Studien und Metaanalysen - systematischen Übersichten - anderer Arbeitsgruppen und Länder zusammensuchen, und sie mussten sehr pauschale und teilweise wackelige Annahmen zugrundelegen. Denn wie soll man beispielsweise bestimmen, welcher Passivrauchbelastung die Betroffenen tatsächlich ausgesetzt werden? Dem Rauch von drei Zigaretten oder einer

Schachtel? Rund um die Uhr oder nur gelegentlich? Laut Methodenteil der Publikation verließ man sich hier hauptsächlich auf persönliche Aussagen der Passivraucher im Rahmen des Bundesgesundheitsurvey von 1998; wissenschaftlich fundierte Maßstäbe oder Daten gab und gibt es dazu nicht.

Wie mühselig die Ergebnisse kombiniert werden mussten, um die Zahl der Opfer des Passivrauchens zu schätzen, zeigt sich auch im Fall des plötzlichen Kindstods (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS):

Laut DKFZ fallen ihm durch Passivrauch jährlich 60 Säuglinge zum Opfer.

Von den "vermutlich 3300 Toten", die - wären sie ein Faktum - etwa 0,3 Prozent aller jährlichen Todesfälle in Deutschland ausmachen, entfallen 2108, also 64 Prozent, auf Menschen im Alter von 75 und mehr Jahren.

Grundlage der Berechnung war die Zahl der Mütter, die während der Schwangerschaft aktiv rauchen - einer zitierten Erhebung aus dem 2000 zufolge 18 Prozent. Eine acht Jahre alte Metaanalyse aus Großbritannien hatte wiederum festgestellt, dass 16 Prozent aller SIDS-Fälle auf passives Rauchen vor und nach der Geburt zurückgehen - in Großbritannien, wohlgemerkt. Daraus errechnen sich die besagten 60 Fälle. Um die Größenordnung der Opferzahl in erster Annäherung zu schätzen, mag diese Methode hervorragend geeignet sein. Aber mit solchem Zahlenwerk Genauigkeit vorzutäuschen, ist unverantwortlich, zumal: Ein Kausalzusammenhang zwischen Passivrauch und SIDS ist nicht bewiesen, er lässt sich bisher auch nicht physiologisch erklären.

Diese und weitere Unklarheiten der DKFZ-Analyse will Martina Pötschke-Langer, die Herausgeberin des 72-Seiten-Werks, aber nicht diskutieren. Die Leiterin des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle am DKFZ hält die geschätzten Zahlen sogar für ein Zugeständnis, in Wahrheit läge die Zahl der Toten durch Passivrauchen "sicher viel höher". In Großbritannien seien ähnliche Analysen zu höheren Todesziffern gelangt, und dasselbe müsse eigentlich auch für Deutschland zu berechnen sein. Man habe sich aber auf konservative Schätzungen gestützt, um verlässliche Ergebnisse zu bekommen. Die bleiben zwar immer noch Schätzungen, aber dieser Umstand spielt eh keine Rolle: "Die gesundheitsschädliche Wirkung von Passivrauch ist belegt", sagt Pötschke-Langer. Deshalb müsse der

Rauch verschwinden - aus Gaststätten, Zügen, öffentlichen Gebäuden und vom Arbeitsplatz. Und dann kommt sie zum Kern der Sache: "Eine rauchfreie Umgebung ist der beste Weg, die Zahl der Raucher zu vermindern."

Und das ist der eigentliche Zweck. Die Raucher bleiben die eigentliche Zielgruppe der Tabakkontrolleure und Präventionsexperten - auch am DKFZ. Auf sie soll Druck ausgeübt werden, und wer könnte das besser als die Menschen in ihrer nächsten Umgebung?

Die Nichtraucher, die nun Angst bekommen sollen, von Nikotinsüchtigen und Genuss-

qualmern zu Tausenden in den Tod getrieben zu werden? Dass die Grundlage für diese Vorgehensweise vage Schätzungen sind, stört Frau Pötschke-Langer nicht. Sie findet es sogar "legitim", solange das Ganze dem richtigen Zweck dient.

Nun ist es unbestreitbar vernünftig, die durch Rauchen und Passivrauchen entstehenden Gesundheitsrisiken zu bekämpfen. Fragt sich nur, ob durch Aufklärung oder durch Angstkampagnen, die ein gesellschaftliches Klima der Ausgrenzung erzeugen sollen.

Noch ist Rauchen in Deutschland erlaubt. Verboten wird es mehr und mehr an Orten, die aufzusuchen oder zu meiden nicht jedermann frei steht — öffentliche Gebäude beispielsweise, oder Büros. **Aber die Raucher per Gesetz, wie zur Zeit diskutiert und vom DKFZ gefordert, aus Bars und Restaurants auszusperrern, müsste konsequenterweise ein Alkoholverbot nach sich ziehen, denn der Alkoholmissbrauch schädigt Dritte noch weitaus mehr als das Passivrauchen.** Eine andere Sache ist es natürlich, wenn sich jemand entschließt, eine **Nichtraucherbar** oder ein rauchfreies Restaurant zu eröffnen. Auch das ist erlaubt. Dem DKFZ wäre sogar zuzubilligen, solche Orte öffentlich zu begrüßen. **Doch auf dünner Datenbasis aggressive Kampagnen zu führen, mögen sie auch noch so gut gemeint sein, das ist nicht Sache der Wissenschaft.**

(c) ZEIT online, 17.12.2005 41/2005

Positionspapier: Rauchverbote

Offener Brief an die Mitglieder des Bundestages

Von Werner Paul

Sehr geehrtes Mitglied des Bundestages;

Ich verfolge seit einiger Zeit intensiv die Diskussionen zum Thema Passivrauchen und habe mich umfassend damit auseinandergesetzt. Die Frage, inwieweit staatliche Eingriffe und Maßnahmen zum Schutz der Nichtraucher erforderlich sind, ist nur dann relevant, wenn tatsächlich eine objektive Gefährdung nachgewiesen oder mit hoher Sicherheit anzunehmen ist. In der Frage der Dringlichkeit und Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen gegen Passivrauchen ist auch zu berücksichtigen, ob in den Medien und von „wissenschaftlichen Autoritäten“ objektiv berichtet wird, oder ob es sich um einen einseitigen, dem "Trend" folgenden Versuch handelt, den Lebensstil eines Teils der Bürger durch "social engineering" zu beeinflussen.



Einleitung

Auf die Frage, ob und wie weit Passivrauchen die Gesundheit gefährdet, gibt es bis heute, nachdem man seit mehr als 25 Jahren intensiv danach sucht, keine eindeutige wissenschaftliche Antwort und insbesondere keine Beweise für einen kausalen Zusammenhang. Alle Krankheiten, die man zur Zeit dem Passivraucher zurechnet, sind multifaktoriell, d. h. sie können mehrere Ursachen haben. Das ergibt sich schon aus der Tatsache, dass auch Nichtraucher an den selben Krankheiten erkranken, selbst wenn sie nie Passivrauch ausgesetzt waren. Die Mechanismen, die zu Lungenkrebs oder Herzerkrankungen führen, sind weitgehend unbekannt.

Daran ändern auch zahlreiche Presseveröffentlichungen und politische Postulate nichts, egal, ob sie von populären Medien, der Bundesregierung oder von der EU kommen.

Wissenschaftliche Erkenntnisse

Fast alle bisher bekannten wissenschaftlichen Ergebnisse über einen möglichen Zusammenhang zwischen Passivrauchen und möglichen gesundheitlichen Auswirkungen beruhen auf epidemiologischen Studien. Epidemiologie ist in erster Linie eine mathematische, nicht eine medizinische Wissenschaft. Sie kann zwar Hinweise auf mögliche Zusammenhänge aufzeigen, aber den Beweis dafür können nur Medizin, Biochemie und Toxikologie erbringen.

Epidemiologische Studien beruhen auf der Befragung von Versuchspersonen zu den

Rauchgewohnheiten ihrer Verwandten und Bekannten in vergangenen Jahrzehnten (Anzahl Zigaretten, Lüftung der Wohnung, usw.). Bei der Auswertung der Ergebnisse sind Störfaktoren zu berücksichtigen (Ernährung, Alkohol, Stadt/Land, sozialer Status, Alter, berufliche Tätigkeit, usw.). Die tatsächliche Exposition ist quantitativ nicht erfassbar. Entsprechend ungenau sind die Resultate.

Dieser inhärenten Ungenauigkeit wird von ernsthaften Epidemiologen mit statistischen Methoden und bei der Interpretation der Ergebnisse Rechnung getragen. So gilt für epidemiologische Studien allgemein:

Das relative Risiko (RR=Risk Ratio oder OR=Odds Ratio) wird von Epidemiologen als nicht genügend für eine verbindliche Aussage erachtet, solange es unter 2 (+100%) oder sogar unter 5 (+400%) liegt. Ein RR von 1 bedeutet kein Risiko.

"Relative risks of less than 2.0 may readily reflect some unperceived bias or confounding factor, those over 5.0 are unlikely to do so. - Breslow and Day, 1980, Statistical methods in cancer research, Vol. 1, The analysis of case control studies. Published by the World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, Sci. Pub. No. 32, Lyon, p. 36"

Bei der Einstufung von Passivrauch als Karzinogen bewegt sich das Institut (IARC) weit an dieser eigenen Richtlinie vorbei. Man sollte beachten, dass das IARC finanziell am Tropf der WHO hängt.

"Sir Richard Doll – (der Papst in der Untersuchung von Gefahren des aktiven Rauchens) " ... when relative risk lies between 1 and 2 ... problems of interpretation may become acute, and it may be extremely difficult to disentangle the various contributions of biased information, confounding of two or more factors, and cause and effect." "The Causes of Cancer," by Richard Doll, F.R.S. and Richard Peto. Oxford-New York, Oxford University Press, 1981, p. 1219."

Epidemiologische Ergebnisse hätten also bestimmte Mindestanforderungen zu erfüllen:

* Das Ergebnis muss signifikant sein, d.h. es muss ein eindeutiges Risiko oder eine eindeutige Schutzfunktion bei einem Confidence Interval (CI) von 95% erkennbar sein. Das relative Risiko darf deshalb beim CI von 95% den Wert 1 nicht einschliessen.

* Das Ergebnis muss plausibel (z. B. durch toxikologische oder biochemische Prozesse erklärbar) sein.

* Das Ergebnis muss eine klare Abhängigkeit zwischen Dosis und Effekt aufzeigen.

Eine 1998 im Auftrag der WHO durchgeführte Studie erfüllt, entgegen diverser Behauptungen, diese Bedingungen nicht. Das RR für Passivrauchen von Erwachsenen lag bei 1.16 bzw. 1.17 (weit entfernt von 2 oder gar 5!) und das CI (0.93-1.44/0.94-1.45) schließt den Wert 1 ein (sowohl Risiko als auch Schutzfunktion möglich). Das Ergebnis ist statistisch nicht signifikant und erlaubt keine eindeutige Aussage. **Hingegen wird für Kinder rauchender Eltern eine Schutzfunktion, bezüglich Lungenkrebs, berechnet: RR 0.78 (CI 0.64-0.96).** Dieses Ergebnis wurde von der WHO in allen Medienmitteilungen verschwiegen.

WHO/IARC Studie:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=9776409&dopt=Abstract

Pressemitteilung der WHO vom 9.3.98: <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-29.html> Zitat (Ende 4-ter Absatz): "However, due to small sample size, neither increased risk was statistically significant. Although, the study points towards a decreasing risk after cessation of exposure."

Damit ist also letztlich nichts bewiesen, sondern nur erneut etwas vermutet. Der anscheinend schützende Effekt bei passivrauchenden Kindern wird verschwiegen. Die Studie selbst brüstet sich übrigens mit ungewöhnlich hohem "sample size".

Eine der ersten grossen Studien, eine Meta-studie, wurde 1992 von der EPA durchgeführt. Sie deklarierte, dass ETS in den USA zu 3.000 (vorzeitigen) Todesfällen infolge von Lungenkrebs führt, und stufte ETS als Karzinogen der Gruppe A ein.

1998 wurden diese Ergebnisse vom US District-Gericht annulliert, mit der Begründung, dass:

- die Zahl von 3.000 Todesfällen von der EPA schon vor Abschluss der Studie festgelegt waren und durch die Studie nicht bestätigt wurden (ein Versuch, eine vorgefasste Meinung nachträglich wissenschaftlich zu beweisen)
- die der Studie zugrunde liegenden Daten in unzulässiger Weise manipuliert worden waren
- die Einordnung von ETS als Karzinogen der Gruppe A durch die Studienergebnisse nicht unterstützt wird

Zu kaum einem Thema gibt es so viele Studien, wie zum Thema Passivrauchen. Ein Überblick über die in den letzten 25 Jahren zum Thema Passivrauchen und Lungenkrebs publizierten Studien (Arbeitsplatz und Heim) zeigt, dass über 80% dieser Studien zu statistisch nicht relevanten Ergebnissen kommen (sowohl Risiko als auch Schutzfunktion durch Passivrauch). Es genügt jedoch nicht für Risiken des Passivrauchens Studien heranzuziehen, wenn diese, wenn man alle mit einbezieht

- mehrheitlich keine statistisch signifikanten Ergebnisse hervorbringen
- untereinander widersprüchlich, also nicht verifizierbar sind
- Risiken in einer so geringen Größenordnung messen wollen, dass nichts messbar ist.
- Risiken suchen, die alleine von der gemessenen und berechenbaren Gefahrstoffkonzentration her nicht plausibel sind.

- erdachte Gefahren aufzeigen, die selbst von aktiven Rauchern, die erwiesenermaßen wenigstens 100 mal stärker exponiert sind, im allgemeinen Jahrzehnte überlebt werden.

Die aus einer Unmenge solcher "wissenschaftlicher" und dennoch widersprüchlicher, unlogischer Untersuchungen gestrickte öffentliche Meinung wird auch nicht alleine dadurch richtig, dass sie sich häufig mit akademischen Titeln schmückt und einen weitgehenden Konsens unter so genannten Experten darstellt.

Warum ausgerechnet die überwiegende Mehrzahl derjenigen Studien falsch sein soll, die keine signifikanten Risiken durch Passivrauch finden, erschließt sich vermutlich nur dem Raucher Gegner.

Angst ist zudem ein besonders gut laufendes publizistisches Mittel, insbesondere, wenn man Kinder mit einbezieht, und auch dann, wenn sie nur auf Spekulationen gründet. Angst ist allerdings ein schlechter Ratgeber. So sagt zumindest der Volksmund. Man vergleiche die Diskussion um die Vogelgrippe.

Das Pötschke-Langer-Papier

Im Jahre 2005 veröffentlichte das DKFZ unter der Federführung von Dr. Martina Pötschke-Langer ein Papier unter dem Titel „Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko“. Es glänzt mit 13 Autoren, fast alle Doktoren und Professoren, und mit der Angabe von 280 Quellen. Sicher hat das 68 Seiten umfassende Werk sehr viel Geld gekostet. Die zentrale Botschaft steht bereits im Titel. Allerdings fehlt das Fragezeichen.

Bei genauerer Betrachtung entpuppt sich das Papier als einseitige Propaganda mit unvollständiger Information und führt sich teilweise selbst ad absurdum. Dazu Beispiele. Die fünf durchschaubarsten von vielen:

1.

Abbildung 5 auf Seite 11 soll zwar etwas ganz anderes hervorheben, zeigt jedoch gleichzeitig, dass die Belastung von Passivrauchern wenigstens 100 mal geringer ist als die von aktiven Rauchern. Unsere Erfahrung lehrt aber, dass selbst aktive Raucher ihr Laster jahrzehntelang überleben.

2.

Abbildung 7 auf Seite 15 zeigt ein eindrucksvolles Diagramm.

Der zugrunde liegende Raum ist ziemlich klein, eine kleine Garage mit 5,5 x 2,5 m Grundfläche. Die Luftaustauschrate mit 2 pro Stunde ist ebenfalls sehr gering. Selbst eingefleischte Raucher würden zusätzlich lüften oder den Raum verlassen, wenn alle 10 Personen, die drin sind, eine Zigarette rauchen. Die Stickoxide erreichen bei diesem irrealen Versuch knapp 400 ppb (400 zu 1.000.000.000). Kohlenmonoxid erreicht 14 ppm (14 zu 1.000.000).

Die MAK-Grenzwerte, welche nach bürokratischer Manie sicher extrem vorsichtig ausgelegt sind, betragen für Stickoxide ca. 9 (NO₂) oder 25 (NO) ppm. Die zulässigen Grenzwerte liegen also wenigstens um das 20-fache über der gemessenen Konzentration.

Für Kohlenmonoxid ist der MAK-Grenzwert bei 33 ppm, liegt also immer noch stark um den Faktor 2 über dem maximalen Versuchswert - in einer selbst für aktive Raucher verstunkenen kleinen Garage.

3.

In Abbildung 33 wird unter COPD die Studie von Enstorm und Kabat von 2003 zitiert. Bei allen anderen Krankheiten wird diese Studie nicht erwähnt. Sie kommt nämlich zum Ergebnis, dass es kein Risiko vom Passivrauch gibt. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/abstract/326/7398/1057>

4.

Auch die oben bereits erwähnte EPA-Studie von 1992 findet sich im Literaturverzeichnis, nicht jedoch das Urteil vom US District-Gericht.

5.

Abbildung 17 Seite 27:

Der Tabelle nach zu urteilen wären von den genau berechneten 2.148 Passivrauchern, welche jährlich „vorzeitig“ an koronarer Herzkrankheit sterben, 66% älter als 75 Jahre. Bei betroffenen Frauen wären sogar 80% der Betroffenen über 75 Jahre alt. Von den insgesamt 820.000 Sterbefällen in Deutschland kann also das DKFZ genau bestimmen, dass 1.412 von den über 75-jährigen noch älter geworden wären, wenn sie sich von den Rauchern abgeschirmt hätten. Das sind 0,17% der Todesfälle insgesamt.

Sind das die „Wissenschaften“, die wir aus Steuergeldern finanzieren, um „innovativ“ zu sein?

Neuerdings (April 2006) hat das DKFZ eine Veröffentlichung mitfinanziert, welche maßgeblich von Professor Glantz an der Universi-

tät von Kalifornien geleitet wurde. Es ist un-
schwer herauszufinden, dass Professor
Glantz weltweit zu den führenden Propagan-
disten gegen das Rauchen zählt. Ziel der
Veröffentlichung ist die Diffamierung einiger
namentlich benannter wissenschaftlicher Au-
toritäten aus Deutschland und deren Einfluss
auf die hiesigen Entscheidungen. Daß sich
die Tabakindustrie genau an diejenigen Wis-
senschaftler gewandt hat, die keine Gefahr
im Passivrauch sehen konnten, ist auch ohne
dieses Papier mehr als verständlich. Das gibt
keinen Aufschluss über die Qualität der wis-
senschaftlichen Erkenntnisse.

Es stellt sich allerdings die dringende Frage,
ob die Finanzierung solcher Art Veröffentli-
chung zum aus Steuergeldern finanzierten
Zweck der Helmholtz-Gesellschaft, insbeson-
dere des DKFZ, gehört.

Restaurants

**Es gibt keinen verfassungsrechtlichen
Anspruch auf Restaurants. Restaurants
werden aus privater Initiative eröffnet und
betrieben.**

**Es gibt für die Bevölkerung keine Ver-
pflichtung, Restaurants zu besuchen. Gä-
ste haben die freie Wahl des Restaurants,
haben aber kein Recht, im besuchten Re-
staurant Forderungen in Bezug auf das
Angebot, die Ausstattung oder das Ambi-
ente zu stellen. Man darf allerdings unzu-
frieden sein und nicht mehr hin gehen.**

Dem gegenüber stehen Ansprüche auf freie
Persönlichkeitsentfaltung von Gästen und
Wirt, Eigentum und Hausrecht. Es bleibt so-
mit jedem Wirt unbenommen, Rauchen in
seinem Betrieb zu verbieten, ohne dass es
eines neuen Gesetzes bedarf, zumal
Deutschland schon mehr als genug überregu-
liert ist. Der Gastgeber kann auch durch
räumliche Abtrennung von Nichtraucherbe-
reichen und gute Lüftungsanlagen den Nicht-
rauchern und Rauchern gerecht werden.

Ventilation

Es wird propagandistisch immer wieder be-
hauptet, dass Ventilationssysteme nicht in
der Lage sind, Schadstoffe im Passivrauch
auf tolerierbare Werte zu reduzieren. Obwohl
die Luftbelastung durch Passivrauch im All-
gemeinen kaum messbar ist, ist das, als ob
für Tabakrauch spezielle physikalische Ge-

setze gelten würden. Einige Beispiele genü-
gen, um diese These ad absurdum zu führen:

- Abgase von Motorfahrzeugen enthal-
ten (wie alle Verbrennungsprodukte
von organischen Stoffen) die selben
Schadstoffe wie Zigarettenrauch, nur
in wesentlich größerer Menge. Wie ist
es also möglich, die Schadstoffkon-
zentrationen in Tunnels auf tolerierba-
re (eher: tolerierte!) Werte zu verrin-
gern. Tunnels sind in allen unseren
Städten und unter den Alpen vorhan-
den und werden täglich von Zehntau-
senden von Fahrzeugen durchquert.
- Eine Untersuchung in Schweden (kei-
ne Epidemiologie, sondern konkrete
Messungen) vergleicht die Schad-
stoffkonzentrationen in einem ver-
rauchten Kaffee mit der Konzentration
in den Straßen von Göteborg und
stellt fest, dass in den Strassen und
im Café vergleichbare Konzentratio-
nen vorherrschen (die Luft im Café
kann logischerweise kaum besser
sein als die Außenluft), in Tunnels ist
die Konzentration 5-10 mal so hoch
- Beim Kochen werden die selben
Schadstoffe und Partikel freigesetzt
wie sie im Tabakrauch zu finden sind.
Die messbaren Konzentrationen sind
im Vergleich mit Tabakrauch z.T. we-
sentlich höher.

In privaten Haushalten sind weder Ventilation
noch Partikelfilter Vorschrift. Aber wie schafft
es die Ventilation einer Restaurantküche, die
Schadstoffe wirkungsvoll zu reduzieren? Wird
hier mit zwei Ellen gemessen: gesetzlicher
Schutz des Servicepersonals, aber kein
Schutz für das Küchenpersonal?

Schutz am Arbeitsplatz

Die OSHA hat sich bisher geweigert, eine
spezielle Gesetzgebung für Passivrauchen
einzuführen, mit der Begründung, dass Ta-
bakrauch nicht die einzige gesundheitliche
Bedrohung am Arbeitsplatz darstellt und dass
alle möglichen Schadstoffe mit einbezogen-
werden müssen. Die OSHA hat entsprechen-
de allgemein gültige Grenzwerte festgelegt.

Wenn man diese Grenzwerte den von der
EPA gemessenen Schadstoffkonzentrationen
im Passivrauch einer Zigarette gegenüber-
stellt, kommt man zum Schluss, dass in ei-

nem ungelüfteten Raum von 100 m³ 220'000 Zigaretten gleichzeitig geraucht werden müssten, um z.B. den Grenzwert von Benzo(a)pyren zu erreichen. Jeder Wirt wäre froh, so viele Gäste auf so kleinem Raum bewirten zu können!

<http://www.geocities.com/madmaxmcgarrity/ToxicToxicology.htm>

Das St. Louis Park Environmental Health Department überwacht die Luftqualität in Raucher-Restaurants. Aktuelle Messwerte liegen bis zu 100 mal niedriger als die Grenzwerte:

<http://cleanairquality.blogspot.com/2005/11/did-i-miss-anything.html>

Befürworter von Rauchverböten weisen häufig auf die Belastung des Service-Personals in Gaststätten hin. Das wird spätestens dann absurd, wenn dieses selbst raucht, was besonders häufig der Fall ist.

Der Gipfel der Desinformation

In einer am 1. März 2006 beim Petitionsausschuss online eingereichten Petition heißt es: „Studien haben erwiesen, dass die Wahrscheinlichkeit einer Krebserkrankung bei Nichtrauchern durch Passivrauchen doppelt- bis dreimal so hoch ist, wie bei Rauchern. Dies bedeutet, dass Nichtraucher durch Raucher mehr als doppelt so stark gefährdet werden, als die Raucher selbst.“

Das ist das beste Beispiel, dass Passivrauchen eher kein gesundheitliches sondern ein publizistisches und emotionales Problem ist.

Schlussfolgerung

Die Abschätzung der Notwendigkeit eines Gesetzes kann nicht dadurch erfolgen, dass man sich einzig auf Medienberichte und lautstarke Lobbies über die Folgen des Passivrauchens abstützt. Dazu ist das Thema zu komplex und zu emotional, die individuellen Interessen zu vielfältig. Es stehen auch bei Gesundheitsbehörden und Interessengruppen politische, weltanschauliche und finanzielle Motive im Hintergrund. Es besteht die Tendenz, gerade bei fast beliebig interpretierbaren und sich widersprechenden statistischen Publikationen, sich nur auf diejenigen Ergebnisse zu berufen, die in die Agenda passen und zudem Angst erzeugen.

Auch das letztes Jahr vom DKFZ unter der Federführung von Martina Pötschke-Langer veröffentlichte Papier „Tabakkontrolle“ ist nichts anderes als ein Abklatsch der seit Jahren von der WHO betriebenen Kampagne gegen das Rauchen und verwendet wissenschaftliche Ergebnisse publizistisch selektiv.

Die - in jeder Hinsicht - wirkungsvollste Lösung würde durch die Unterscheidung und klare Kennzeichnung von Nichtraucher-Gaststätten erreicht, wobei auch die Möglichkeit bestehen muss, in Gaststätten getrennte Raucher- und Nichtraucherzonen mit adäquater Lüftung und Separation einzurichten. **Wenn wirklich ein hoher Bedarf an absoluten Nichtraucherlokalen besteht, so kann das der freie Markt ohne Gesetz regeln. Die derzeitige Marktsituation spricht allerdings eher dafür, dass nur eine relativ kleine aber lautstarke Lobby neue Regulierung fordert.** Möglicherweise wäre es sinnvoll, das Thema in den nächsten Wahlkampf einzubringen.

Zur Zeit stellt sich allerdings die Frage, ob die Regierung nicht gravierendere Probleme zu lösen hat und wie es mit der Deregulierung weiter gehen soll.

gez. Werner Paul

Werner Paul (Friedingen) ist Bundesvorstandsmitglied des Netzwerk Rauchen.

Glossar

WHO: World Health Organisation

DKFZ: Deutsches Krebsforschungs-Zentrum

EPA: Environmental Protection Agency (staatliche Agentur für Umweltschutz, USA)

OSHA: Occupational Safety & Health Agency (staatliche Agentur für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz, USA)

ETS: Environmental Tobacco Smoke (Passivrauch)

RR: Relative Risk

OR: Odds Ratio (entspricht in den meisten Fällen dem RR)

CI: Confidence Interval. Die Wahrscheinlichkeit, dass die statistische Auswertung nicht zufällig ist

Benzo(a)pyren: Substanz, die bei der Verbrennung organischer Stoffe entsteht (in Pflanzen, Erdöl, Kerzen, Olivenöl, Fleisch, auch in Kaffee vorhanden). Als Karzinogen eingestuft.

Risiken – Zahlen und Fakten

Passivrauch

Die so genannte Tabakkontrolle postuliert Risikoerhöhungen durch Tabakrauch in der Luft um 25-30 Prozent für Lungenkrebs oder Herzinfarkte.

In der Tat haben von weit über hundert epidemiologischen Studien zu diesem Thema noch keine zwei das selbe Ergebnis gebracht. Die Behauptung ist also nicht verifizierbar, sondern beruht auf einem geschätzten Mittelwert aus vielen unterschiedlichen Ergebnissen, die dazu noch überwiegend nicht statistisch signifikant sind.

Herzinfarkt-Risiko Geschlecht

„In Deutschland weist die Mortalität der koronaren Herzkrankheit regionale Unterschiede mit einem maximalen Risikoverhältnis von 2,2 zu 1 bei Männern und 2,7 zu 1 bei Frauen auf. Bei der zerebrovaskulären Mortalität beträgt das maximale Risikoverhältnis 2,0 zu 1 bei Männern und 2,3 zu 1 bei Frauen.“

Die Ursachen hierfür sind nicht geklärt. Genetische Faktoren dürften kaum verantwortlich für kleinräumige Unterschiede innerhalb von Populationen sein. Administrative Aspekte (wie Kodierung, Altersstandardisierung) kommen als beitragende Faktoren in Betracht. Der Einfluss medizinischer Akutversorgung auf die langfristige Letalität ist nach bevölkerungsbezogenen Studien unklar.“

Allein innerhalb Deutschlands war also 1999 das Risiko für einen tödlichen Herzinfarkt zwischen verschiedenen Wohnorten um bis zu 220 Prozent bei Männern und 270 Prozent bei Frauen erhöht. Innerhalb Europas gibt es gar regionale Risikounterschiede von 500 Prozent!

*Deutsches Ärzteblatt 96, Ausgabe 8 vom 26.02.1999, Seite A-483 / B-388 / C-366
<http://www.aerzteblatt.de/V4/archiv/artikeldruck.asp?id=15776>*

Lungenkrebs-Risiko Wohnort

Das Risiko, an Lungenkrebs (ICD 10/C34) zu sterben, war 2004 z.B. im Saarland um 80 Prozent höher als in Baden-Württemberg. Das sind, so wie oben, harte Zahlen des statistischen Bundesamts und keine Fragebogen-Magie aus epidemiologischen Studien.

*Quelle: statistisches Bundesamt
Todesursachen in Deutschland –
Fachserie 12 Reihe 4 - 2004 (Ziffer 2.3.2)*

Gesamtbild

Das mittels Fragebogenaktionen und so genannten Metastudien nicht belegte Risiko des so genannten Passivrauchens steht in keinem nennenswerten Verhältnis zu alltäglichen Risiken, von denen nicht einmal jemand redet. Bewusst verzichtet wurde zunächst an dieser Stelle auf weitere Risikovergleiche wie:

- Nahrungsmittel
- Luftbelastung durch zeitgemäßes menschliches Dasein
- Body-Mass-Index
- Bewegungsmangel
- Blutdruck
- Materielle, intellektuelle oder emotionale Armut

weil bei diesen Risikofaktoren ebenfalls mit solchen so genannten Studien argumentiert wird.

Der mit Abstand bedeutendste Risikofaktor für Krankheit und Tod sollte jedoch nie außer Acht gelassen werden:

Das Lebensalter!

Argumente gegen totale Rauchverbote

Allgemein:

1. In einem freiheitlichen Rechtsstaat kann jeder Mensch über seinen Lebensstil selbst bestimmen. Daher sind nur diejenigen staatlichen Verbote erlaubt, die Nichtraucher/-innen vor übermäßiger Belästigung schützen an Orten, wo sich diese länger aufhalten müssen. Hingegen sind Verbote, deren Ziel es ist, Raucher/-innen das Rauchen möglichst unangenehm zu machen, um sie zum Aufhören zu drängen, Ausdruck obrigkeitlichen Paternalismus und somit inakzeptabel.
2. Außerdem hat der Staat den unterschiedlichen Bedürfnissen in der Gesellschaft Rechnung zu tragen. Dazu gehört, dass der Tabakkonsum von Millionen Raucherinnen und Rauchern in Deutschland als Ausdruck ihrer Lebensweise akzeptiert wird und allen Tendenzen, Raucher/-innen zu diskriminieren, unverzüglich Einhalt geboten wird.
3. Stets sind bei der Verfolgung staatlicher Ziele die Grundrechte und die Verhältnismäßigkeit zu wahren. Nichtraucher-schutz darf daher nicht als Universalkeule zur Rechtfertigung radikaler Maßnahmen mißbraucht werden. Allgemeine Handlungsfreiheit und wirtschaftliche Freiheit dürfen nicht zugunsten eines verengten Gesundheitsverständnisses ausgehebelt werden.
4. Augenmaß ist zu wahren im Umgang mit den zahlreichen Risiken und Gefahren des täglichen Lebens. Die zahlreichen Schäden etwa durch Auto- und Flugverkehr führen auch nicht zu einer staatlichen Kriegserklärung an diese Verkehrsmittel.
5. Weltweite Trends und Modeerscheinungen wie der derzeitige „Gesundheitswahn“ sollten kritisch unter die Lupe genommen werden, statt ihnen blind zu folgen.
6. Deutschland sollte keineswegs dem amerikanischen, puritanisch durchsetzten, Vorbild im Umgang mit Nahrungs- und Genussmitteln folgen. Vielmehr kann die Bundesrepublik ihr eigenes Profil als liberales Staatswesen, wahren das genügend Platz für unterschiedliche Lebensgewohnheiten und Konsumformen bereithält.

7. Zudem sollte nicht vergessen werden, dass der vermeintliche „Gesundheits-schreck“ Umgebungsrauch in seiner Bedeutung von interessierten Kreisen, die die „tabakfreie Welt“ anstreben (WHO) oder schon länger auf der Suche nach geeigneten Sündenböcken sind, extrem aufgebauscht und überzogen dargestellt wird.

Gaststätten:

1. In den Gaststätten dieses Landes, gerade den typischen Kneipen, gehören Alkohol- und eben auch Tabakkonsum seit jeher zur „deutschen Gemütlichkeit“. Viele Menschen benötigen zum Ausgleich und zur Pflege sozialer Kontakte Orte, an denen geselliges Beisammensitzen möglich ist und die Bürger/-innen nicht ständig vor die Tür geschickt werden.
2. Wirtschaftliche Freiheit der Gaststättenbetreiber/-innen ermöglicht die Trennung von Rauch- und Nichtraucherbereichen sowie reine Nichtraucher-gastronomie. Diese zunehmend erblühende Vielfalt sollte nicht durch gesetzlichen Zwang plattgewalzt werden.
3. Durch moderne, hochleistungsfähige Lüftungsanlagen, Raucherschirme u.a. lassen sich die Schadstoffe in der Luft begrenzen. Hierbei sollte Deutschland, wie bei vergleichbarer Umwelttechnologie, eine Vorreiterrolle anstreben im Sinne innovativer Arbeitsplätze und Wachstumsmöglichkeiten.
4. Erfahrungen mit absoluten Verboten in der ausländischen Gastronomie zeigen eine Vielzahl praktischer Probleme: zu hoher bürokratischer Kontrollaufwand, Lärmbelästigung für Anwohner/-innen durch rauchende Gäste vor der Tür, Zigarettenkippensammlungen auf den Bürgersteigen und hoher Energieverbrauch durch die z.B. in Irland und Schottland üblich gewordenen Heizgebläse vor den Gaststätten
5. Durch totale Rauchverbote sind Wachstum, Einnahmesituation und Arbeitsplätze in der Gastronomie akut gefährdet, wie sich anhand ausländischer Beispiele belegen lässt.
6. Der „Schutz“ von Personal und Gästen vor Schadstoffen ist verlogen: Es gibt keinen statistisch signifikanten Nachweis,

dass Rauch in Gaststätten die Gesundheit ernsthaft gefährdet. Der Raucheranteil unter den Beschäftigten in der Gastronomie liegt recht hoch, diese Personen würden durch ein Totalverbot erheblich eingeschränkt.

7. Umfragen zeigen: Nur eine kleine Minderheit der Befürworter eines totalen Rauchverbots will bei Inkrafttreten eines solchen häufiger Gaststätten besuchen. Die meisten haben offenbar kein Problem mit der derzeit geltenden Rechtslage.

Öffentlicher Fernverkehr:

1. Nichtraucherenschutz in DB-Zügen ist ohne Totalverbot machbar, wie alle Erfahrungen gezeigt haben. Die Trennung von Rauch- und Nichtraucherabteilen ist vor allem in ICEs überzeugend gelöst.
2. Die Schadstoffbelastung des DB-Personals durch kurze Aufenthalte in den wenigen Rauchabteilen hält sich in engen Grenzen. Sie liegt in vielen Berufen höher, etwa bei Postzusteller/-innen an Hauptverkehrsstraßen oder bei Köch/-innen, die stundenlang mit dem Feinstaub zu tun haben, der durch Braten und Grillen entsteht.
3. Der Öffentliche Personenverkehr würde durch ein totales Rauchverbot in Zügen der Deutschen Bahn an Attraktivität einbüßen. Dies gefährdet ökologische und verkehrspolitische Zielstellungen.

Altersgrenze:

1. Die Heraufsetzung der Altersgrenze für Tabakkonsum von 16 auf 18 Jahre bedeutet einen nicht unerheblichen Eingriff in jahrzehntelang abgestammte Freiheiten Jugendlicher. Der jungen Generation, die in den letzten Jahren ohnehin durch Entwicklungen auf dem Arbeits- und Lehrstellenmarkt, bei der Altersvorsorge und Studienfinanzierung sowie des PISA Bildungsproblem schlechtere Perspektiven vorfindet, wird nicht einmal die freie Entscheidung über ein bisschen Tabakrauch gegönnt.
2. Eine solche Heraufsetzung ist in der Praxis nicht durchsetzbar. Statt dessen werden junge Leute unnötig kriminalisiert, was ihrem weiteren Werdegang nicht dienlich ist. Kapazitäten bei Polizei und Ordnungsämtern werden unnötig gebunden.

3. Zudem ist dieses Vorgehen nicht zweckdienlich, eine geringere Rauchquote läßt sich so nicht erreichen, wie Erfahrungen im Ausland und wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen. Selbst der New Yorker Bürgermeister Bloomberg, durch das weltweit mit extremste Rauchverbot in der Gastronomie und drastische Tabaksteuererhöhungen bekannt geworden, blockiert die Heraufsetzung der Altersgrenze in seiner Stadt, weil er sie für völlig ineffizient hält.

Öffentliche Gebäude:

1. Totale Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden sind unverhältnismäßig, zumindest abgetrennte Rauchräume lassen sich in aller Regel einrichten. Dies gebietet auch das Verfassungsrecht, wie z.B. der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages festgestellt hat.
2. Öffentliche Gebäude dienen allen Bürger/-innen und sind von diesen finanziert. Eine wesentliche Gruppe von Steuerzahler/-innen sollte nicht das Gefühl vermittelt bekommen, dass der Staat ihr Geld zwar gerne nimmt, sie aber ansonsten eigentlich unerwünscht ist.
3. Beim Schutz des Personals vor Rauchbelastung sollte auf das tatsächliche Vorhandensein und das Ausmaß dieser Belästigung abgestellt werden. Pauschale Radikallösungen für vielerorts konkret gar nicht bestehende Probleme sind abzulehnen.

Krankenhäuser und Altenheime:

1. Die Bekämpfung des Rauchens sollte erst recht nicht auf dem Rücken alter, kranker und schwacher Menschen ausgetragen werden, die sich nicht wehren können. Es ist unmenschlich, alle rauchenden Patient/-innen oder Heimbewohner/-innen immer vor das Gebäude schicken zu wollen (und trägt wohl kaum zu ihrer Gesundheit bei). Auch hier ergeben sich verfassungsrechtliche Probleme mit der Verhältnismäßigkeit.
2. Bei den Alten- und Krankenpfleger/-innen liegt der Anteil der Raucher/-innen hoch. Auch sie sollten die Möglichkeit haben, eigene Rauchräume aufzusuchen. Alles andere schadet ihrer Arbeitssituation und damit auch der Versorgung ihrer Betreuten.

Passivrauchen - Science oder Fiction?

Die Wahrheit, aber nur die halbe Wahrheit

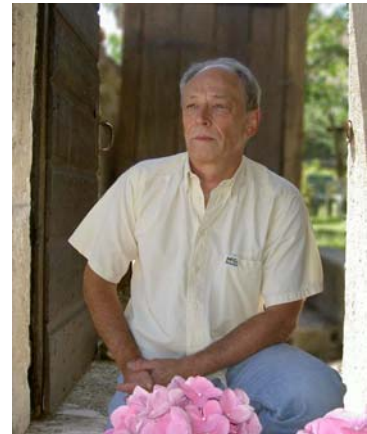
Von Bernd Palmer

Einleitung

Die Medien werden buchstäblich überschwemmt mit Meldungen über die Gefährlichkeit des Passivrauchens. Politiker nehmen diese Meldungen als Anlass (und als ausreichenden Beweis) für den Erlass von Rauchverböten in Gastbetrieben.

Nun ist es aber so, dass Medien und Agenturen Beiträge nach eigenen Kriterien aussuchen und publizieren. Selbst alle Medienpublikationen zusammen genommen (mit Ausnahme der Publikationen in wissenschaftlichen Medien) widerspiegeln nicht den Stand der Wissenschaften. Was nicht dem "Trend" entspricht fällt unter den Redaktionstisch.

Nachfolgend soll an einigen Beispielen gezeigt werden, dass es durchaus auch Studien gibt, die viele der gängigen Behauptungen widerlegen.



Arbeitsplatz und soziale Aktivitäten

Verschiedene Studien belegen, dass Passivrauchen unter normalen Umständen **nicht** gesundheitsschädlich ist, weder am Arbeitsplatz und noch viel weniger für Restaurantbesucher:

- Wu-Williams, et al., Grosse Fall-Kontrollstudie aus China kommt zu einem **statistisch signifikanten negativen Risiko** (Schutzfunktion!) im Zusammenhang mit Passivrauch.
- Enstrom, Kabat, Die Ergebnisse zeigen **keinen ursächlichen Zusammenhang** zwischen Passivrauch und der Sterblichkeit, auch wenn eine unbedeutender Effekt nicht ausgeschlossen werden kann.
- Brownson 1992...es wurde **kein erhöhtes Lungenkrebsrisiko** im Zusammenhang mit Passivrauchen am Arbeitsplatz festgestellt.
- Janerich 1990 ...ein OR (Odds Ratio) von 0.91, was bedeutet, dass Passivrauch am Arbeitsplatz **keinen schädlichen Einfluss** hat.
- Kalandidi ...der Zusammenhang mit Passivrauch am Arbeitsplatz war **klein und statistisch nicht signifikant**.
- Shimuzu, 1988 ...es wurde **kein Zusammenhang** zwischen Lungenkrebsrisiko und Rauchen des Lebenspartners oder am Arbeitsplatz beobachtet.
- Stockwell, 1992 ...**keine statistisch signifikante Erhöhung** des Risikos im Zusammenhang mit Passivrauchen am Arbeitsplatz oder in sozialen Aktivitäten-

- Zaridze, 1998 Es gab **keinen Zusammenhang** zwischen Passivrauchbelastung am Arbeitsplatz und Lungenkrebs
- WHO/IARC **Kein Zusammenhang** zwischen Passivrauchexposition aus anderen Quellen (soziale Aktivitäten) und Lungenkrebs.
- James E. Enstrom, Geoffrey C. Kabat, Wenn alle relevanten Studien in der Meta-Analyse einbezogen werden und die Ergebnisse angemessen ausgewertet werden, ergeben aktuelle und frühere Passivrauchexposition durch den Lebenspartner ein **um etwa 5% erhöhtes** Sterblichkeitsrisiko gegenüber lebenslangen Nichtraucherern. Eine objektive Beurteilung der epidemiologischen Evidenz ergibt, dass der Zusammenhang zwischen Passivrauch und Tod durch Herzkrankheiten sehr schwach ist. Frühere Beurteilungen scheinen die Stärke der Assoziation überschätzt zu haben.

Rauchverbot in Gastbetrieben?

Die Saga von den 30 Minuten

Von Anti-Tabak-Organisationen wird häufig die Behauptung kolportiert:

Forschungen haben gezeigt, dass bereits eine einzige halbstündige Passivrauchexposition das Herz schwächt.

Diese Aussage bezieht sich auf eine Studie von Otsuka, die aber mit Absicht falsch interpretiert wird und mitnichten zu diesem Schluss kommt.

Die Behauptung, dass selbst kurze Passivrauchexposition zu Arteriosklerose und Herzerkrankungen führt ist ganz einfach

falsch. Ein solcher Effekt ist klinisch unmöglich, denn Arteriosklerose und Herzerkrankungen entwickeln sich über Jahre hinweg. Arteriosklerose kann nicht durch eine akute Passivrauchexposition entstehen. Tobacco Analysis:

<http://tobaccoanalysis.blogspot.com/2006/05/tthree-major-anti-smoking-organizations.html>

Eine andere Studie zeigt, dass es sich bei dem von Otsuka beobachteten Effekt um eine normale, reversible Reaktion des Organismus handelt, die auch nach der Einnahme einer Mahlzeit auftritt:

Plotnick et al.: "Ein einzige fettreiche Mahlzeit reduziert vorübergehend die endotheliale Funktion für bis zu 4 Stunden in gesunden Subjekten mit normalem Cholesterinspiegel,"

Staatlich reglementierte Mahlzeiten in Restaurants?

Freiheit der Wahl

Passivraucherinnen und -raucher haben jedoch ohne öffentliche Schutzmassnahmen keine Freiheit der Wahl. Es gibt rauchfreie Restaurants, und es steht jeder Person frei, sich das Lokal auszusuchen, das ihr zusagt. Man singt das hohe Lied der Wahlfreiheit und will den Rauchern (Konsumenten eines legalen Produktes) die Freiheit der Wahl entziehen. Wenn wirklich alle Nichtraucher (nicht nur die militanten) rauchfreie Gaststätten aufsuchen würden, gäbe es wesentlich mehr davon – die Nachfrage regelt das Angebot, gilt auch für Gastbetriebe.

Es gibt keine einzige Studie, die den Nachweis erbringt, dass die gelegentliche Exposition von Passivrauch gesundheitliche Schäden verursacht.

Nichtraucher haben die freie Wahl der Gastbetriebe, die sie besuchen wollen. Raucher und Gastwirte haben auch Anspruch auf freie Wahl.

Geburtsgewicht

Raucht die Mutter, so wird das Wachstum des ungeborenen Kindes verlangsamt und das Risiko, dass es mit einem ungenügenden Geburtsgewicht zur Welt kommt, steigt um 150%. Ist eine nichtrauchende Mutter dem Passivrauchen ausgesetzt, so nimmt dieses Risiko um 20% zu. Richtig müsste es heißen "geringeres Geburtsgewicht". Es handelt sich um einen Unterschied von wenigen Gramm,

was über die Gesundheit der Kinder nichts aussagt:

"Dr. Allen Wilcox, "Die Kinder rauchender Mütter hatten eine höhere Überlebensrate." ("High Infant Mortality in U.S. Is Linked to Premature Births," Jane E. Brody, New York Times, Mar 1, 1995)..

Einen ähnlichen Effekt hat man im Zusammenhang mit Kaffee konsum gefunden:

"Eine signifikante Reduktion des Geburtsgewichts wurde im Zusammenhang mit der mittleren Koffeineinnahme von mehr als 70 mg pro Tag festgestellt, nach Korrektur für Alter der Mutter, Geschlecht des Kindes, Parität, Grösse und Gewicht der Mutter, aber nur bei Kindern nichtrauchender Mütter." Vlainac HD, Petrovic RR, Marinkovic JM, Sipetic SB, and Adanja BJ, "Effect of Caffeine Intake During Pregnancy on Birth Weight," American Journal of Epidemiology, 1997; 145:335-8.

Das niedrigere Geburtsgewicht wird in den ersten 6 Monaten ausgeglichen:

"Das Untergewicht bei der Geburt der Kinder von Müttern, die während der Schwangerschaft geraucht hatten, wurde innerhalb der ersten 6 Monaten wieder ausgeglichen." Conter V, Cortinovis I, Rogari P, Riva L, "Weight growth in infants born to mothers who smoked during pregnancy," British Medical Journal, Mar 25 1995; 310(6982):768-771.

Ein Rauchverbot in Restaurants hat auf das Gewicht von Neugeborenen keinen Einfluss.

Plötzlicher Kindstod

Raucht der Vater zu Hause und ist die Mutter Nichtraucherin, so nimmt beim Säugling das Risiko für den plötzlichen Kindstod um 140 % zu.

Die Ursachen des plötzlichen Kindstodes sind bisher unbekannt, der direkte ursächliche Zusammenhang mit Passivrauchen wird von namhaften Wissenschaftlern in Frage gestellt.

Anstatt Eltern in ihrem Leid auch noch Schuldgefühle einzureden, wäre es nützlicher, nach den wirklichen Ursachen zu forschen, wie in Neuseeland:

*Eine 100% erfolgreiche Kampagne zur Verhütung des plötzlichen Kindstods wurde in den letzten 8 Jahren in Neuseeland durchgeführt. [...] In dieser Zeit wurde **kein einziger Fall von plötzlichem Kindstod** bei über 100'000 Kleinkindern gemeldet. Die Kinder*

schlafen auf einem speziell konzipierten Matratzenüberzug aus Polyethylen

www.healthychild.com/cribdeathcause.htm

Ein Rauchverbot in Restaurants

veranlasst Eltern, mehr zu Hause zu rauchen und erhöht somit das Risiko, sofern ein solches überhaupt besteht.

Kosten

Einige Studien aus dem Ausland beziffern die wirtschaftlichen Kosten, die durch Passivrauchen generiert werden mit 10 % der Kosten des aktiven Rauchens. Die Kosten setzen sich zusammen aus Gesundheitskosten und Einkommensverlusten bei Nichtraucherinnen und Nichtrauchern, die dem Passivrauchen ausgesetzt sind.

Eine Studie aus der Schweiz kommt zum Schluss, dass die Gesundheitskosten für Raucher geringer sind als für Nichtraucher.

Die Studienergebnisse zeigen, dass Rauchen die Gesundheitsausgaben nicht erhöhen und dass es demzufolge unwahrscheinlich ist, dass eine Reduktion des Rauchens die Kosten vermindert. - Leu RE, Schaub T,

Ein Rauchverbot in Restaurants hat auf die Gesundheitskosten von Rauchern und Nichtrauchern keinen Einfluss.

Rahmenübereinkommen der WHO

Artikel 8 des Rahmeneinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs stipuliert:

Die Vertragsparteien erkennen an, dass wissenschaftliche Untersuchungen eindeutig bewiesen haben, dass Passivrauchen Tod, Krankheit und Invalidität verursacht.

Wie kann man sich vertraglich verpflichten, die Schlussfolgerungen aus wissenschaftlichen Untersuchungen anzuerkennen? Sind Fakten nicht Fakten? Die WHO will offensichtlich jegliche Diskussion und Dissidenz zum vornherein unterbinden und erhebt das Thema zum Dogma. Hat die WHO selbst Zweifel an ihrer Aussage und befürchtet, weitere wissenschaftliche Erkenntnisse könnten sie Lügen strafen.

Im Jahre 1633 wurde Galilei zu lebenslanger Kerkerhaft verurteilt, weil er ein Dogma mit wissenschaftlicher Argumentation umstoßen wollte. Kehren wir zur Inquisition zurück?

Artikel 8 ist juristisch unhaltbar und widerspricht den guten Sitten. Die WHO verwechselt Epidemiologie mit Ätiologie, Ursache mit

Risiko. Die WHO missbraucht die Wissenschaft für ihre Zwecke.

Die Ziele ... und was davon übrig bleibt

Erfahrungen aus der Tabakkontrolle

Über die letzten Jahrzehnte wurden in den westlichen Ländern Hunderte von Milliarden in die Bekämpfung des Tabakkonsums investiert und unzählige Maßnahmen getroffen:

- Strafsteuern und indirekte Preiserhöhungen (MSA) auf Tabakprodukten
- erhöhte Altersgrenzen
- Verbot der Werbung und des Sponsoring
- massive Anti-Tabak-Werbung
- gezielte "Erziehungsprogramme" für Jugendliche
- unsinnige Rauchverbote, selbst im Freien, im Auto, in der Wohnung
- Verbot der Darstellung des Rauchens in Filmen, Retuschieren von historischen Fotos und Bildbänden

Die Ergebnisse sind nicht überzeugend:

- In Irland, Schottland und Italien ist nach Einführung des Rauchverbots hat der Zigarettenverkauf zugenommen, über die Schwarzmarktzahlen ist nichts bekannt.
- In den USA ist der Raucheranteil seit 1990 praktisch unverändert.

Bei diesen Maßnahmen geht es nicht um den Nichtraucherschutz. Ziel ist die raucherfreie Gesellschaft.

Mögliche Auswirkungen in Zahlen

Die Publikationen des DKFZ suggerieren, dass mit einem Rauchverbot in allen Gaststätten die Zahl von 3301 Todesfällen durch Passivrauchen massiv reduziert werden kann, immer vorausgesetzt, dass überhaupt jemand am Passivrauchen stirbt.

Eine einfache Rechnung zeigt die Absurdität dieser Annahme:

Ausgehend von den folgenden Zahlen (gerundet):

- Gesamtbevölkerung Deutschland: 80 Mio.
- Beschäftigte im Gastgewerbe (ohne Hotelpersonal und Köche): 750'000
- Tote durch Passivrauch: Gesamtbevölkerung 3'300 (DKFZ)

ergeben sich theoretisch 32 von 3'301 Sterbefällen durch Passivrauch, die auf die Be-

schäftigten im Gastgewerbe entfallen (einfacher Dreisatz).

Davon abzuziehen wären: Raucher (30%), Nichtraucher, die mit Rauchern zusammenleben, Beschäftigte in rauchfreien Betrieben und Unternehmenskantinen. Es verblieben damit weit weniger als 20 fiktive Sterbefälle bei den Beschäftigten in Gastbetrieben. Aber eine Garantie kann auch das DKFZ dafür nicht geben.

In Deutschland gibt es jährlich insgesamt etwa 820'000 Sterbefälle. Die "geretteten" Beschäftigten im Gastgewerbe würden damit 0.004% aller Sterbefälle ausmachen.

Quellen:

http://www.dehoga-berlin.de/home/daten_und_fakten_921_0.html

http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoe_pmtab.php

Rauchverbote in Restaurants sind nicht geeignet, die Sterbestatistiken zu beeinflussen!

Reduktion der schädlichen Auswirkungen

Neueste statistische Erhebungen (harte Zahlen, keine epidemiologischen Wahrscheinlichkeitsberechnungen) zeigen einen klaren Widerspruch zwischen den vorgeschlagenen Maßnahmen und den vermeintlichen Auswirkungen:

Kürzlich von der *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* veröffentlichte Daten über die Krankenhausadmissionen für Herzinfarkte zeigen in den USA zwischen 2002 und 2004 national einen Rückgang von 11%.

In New York und NY City wurden im Juli, resp März 2003 strikte Rauchverbote im Gastgewerbe erlassen. Zwischen 2002 und 2004 sanken die Admissionsraten für NY und NY City um je 3%, also weit unter dem nationalen Durchschnitt von 11%.

In Florida wurde das Rauchverbot im Gastgewerbe im Juli 2003 eingeführt. Von 2002 bis 2004 hinkte die Reduktion der Herzinfarkte mit knapp 3% ebenfalls weit hinter dem nationalen Durchschnitt her. Quellen: <http://tobaccoanalysis.blogspot.com/2006/08/new-data-show-decline-in-mi-admissions.html> und <http://hcup.ahrq.gov/HCUPnet.asp>

Erhöhen Rauchverbote die Herzinfarktraten?

Flugpersonal:

Passivrauchen ist gesund

Die Publikation ***Einblick*** der DKFZ von 2003 berichtet über eine Studie zu den Gesundheitsauswirkungen der kosmischen Strahlung auf das Flugpersonal. Indirekt scheint die Studie auch zu bestätigen, dass Passivrauch keine gesundheitlichen Auswirkungen auf das Begleitpersonal hatte.

Die Ergebnisse der Studie wurden wie folgt zusammengefasst:

Für die deutsche Teilstudie standen den Bielefelder Wissenschaftlern um Professor Maria Blettner die Daten von mehr als 6000 Piloten und 20 000 Flugbegleitern zur Verfügung, die zwischen 1953 und 1997 bei den beiden deutschen Fluglinien Lufthansa und LTU beschäftigt waren. Bei der Auswertung stellten sie fest, dass in Deutschland Krebs als Todesursache unter dem fliegenden Personal nicht weiter verbreitet ist als im Bevölkerungsdurchschnitt.

Bei den Piloten und Stewardessen ist sogar ein „healthy worker“- Effekt zu beobachten: Sie sind im Durchschnitt gesünder als altersgleiche Gruppen in der Bevölkerung. Vergleichsweise wenige Personen starben an Herz- Kreislauf-Erkrankungen.

Im Beobachtungszeitraum von 1953 bis 1997 war das Kabinenpersonal extrem Passivrauch und Feinstaub ausgesetzt, denn Raucher saßen eng gepfercht in der Raucherzone beieinander und das Personal hielt sich während des Flugs in dieser Zone auf.

Das Ergebnis der Studie ist umso erstaunlicher: Flugpersonal weist **keine höhere Krebsrate** und eine **niedrigere Herz- Kreislauf-Erkrankungsrate** auf als die Bevölkerung. Inwieweit Strahlenbelastung überhaupt einen Einfluss auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben kann, ist nicht klar. Gemäß DKFZ gibt es keinen Schwellenwert für krebserregende Einflüsse, selbst kleinste Belastungen führen zur Gesundheitsschädigung, das würde also auch für Strahlungsbelastung gelten. Die Studie scheint das nicht zu bestätigen.

Fazit:

Macht Passivrauchen gesund?

Bernd Palmer ist Diplom-Ingenieur ETH und im Netzwerk Rauchen aktiv

Passivrauchen – ein überschätztes Gesundheitsrisiko

Ein Gespenst geht um in der Welt, das Gespenst des „Passivrauchens“. Die Erfindung dieses Gespenstes ist „das mit Abstand ärgerlichste und unseriöseste Kapitel der jüngeren Anti-Raucher-Geschichte“ (von der Heydt: Rauchen Sie? Verteidigung einer Leidenschaft, Köln 2005, S. 103).

Niemand hat bislang empirisch belegen können, dass ein Nichtraucher an Umgebungsrauch gestorben wäre. Fast alle Aussagen zur angeblichen Gefahr des „Passivrauchens“ stützen sich auf spekulative Zahlenspielereien, die irgendwelche statistischen Daten in einen fragwürdigen Zusammenhang bringen. Die Ergebnisse, die auf diese Weise errechnet werden, sind nach den seriösen Standards der statistischen Medizin, der Epidemiologie, *in keiner Weise aussagekräftig*.

Sogar die Weltgesundheitsorganisation räumt in einer Pressemitteilung über eine Untersuchung aus dem Jahr 1998 ein, dass „ein erhöhtes Risiko statistisch *nicht signifikant*“ sei. In krassem Widerspruch zu diesem Befund behaupten die WHO und das DKFZ das Gegenteil und betreiben eine ständig zunehmende Polemik gegen die angeblichen Gefahren des Umgebungsrauchs. Auch das „WHO-Kollaborationszentrum“ beim Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg verbreitet pseudowissenschaftliche Behauptungen, die massiv gegen wissenschaftliche Standards verstoßen (Pötschke-Langer, Hg., Passivrauchen, Heidelberg 2005).

Eine Vielzahl epidemiologischer Untersuchungen haben gezeigt, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Umgebungsrauch und dem Lungenkrebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus den statistischen Daten *nicht* gefolgert werden kann (z.B. zusammenfassend Enstrom und Kabat, in: Inhalation Toxicology 18, 2006, S. 199-210).

Die Tabakgegner versuchen, ihnen widersprechende Untersuchungen mit der Behauptung in Verruf zu bringen, diese würden von der Tabakindustrie bezahlt. In der Wissenschaft aber haben allein die veröffentlichten Ergebnisse Gewicht, weder die Finanzierungsquellen noch die persönlichen Motive der Forscher. Wer das bestreitet, stellt die Wissenschaft unter Generalverdacht, auch die Untersuchungen, auf die er sich selber beruft; denn auch dahinter könnten sachfremde Motive stehen. Übrigens werden die tabakkritischen Einrichtungen mit mindestens 100 Millionen Euro pro Jahr aus Steuermitteln finanziert. Das sind zehn Prozent der Gewinne, die von der Tabakindustrie erzielt werden, und so viel gibt die Industrie bestimmt nicht für die Tabakforschung aus. Die Raucher aber unterstützen das Gemeinwesen mit jährlich 14 Milliarden Euro Tabaksteuer und tragen damit 3,3% des Bundeshaushaltes!

Die genannten Untersuchungen haben vor allem häusliche Lebensgemeinschaften in den Blick genommen, in denen der eine Partner nicht raucht, während der andere regelmäßig raucht. In solchen Fällen ist der Nichtraucher fortgesetzt starkem Umgebungsrauch ausgesetzt. Wenn schon unter diesen Bedingungen keine negativen Effekte des Umgebungsrauchs nachgewiesen werden können, gilt das natürlich erst recht für öffentliche Gebäude, Verkehrsmittel und Gaststätten, in denen Nichtraucher bloß ganz gelegentlich winzige Spuren von Tabakrauch aufnehmen.

Die Behauptung, „Passivrauchen“ gefährde die Gesundheit der Nichtraucher, ist eine grobe Irreführung. Es ist geradezu abenteuerlich – und rechtsstaatlich unverantwortbar! –, mit einer solchen pseudowissenschaftlichen Erfindung gesetzliche Rauchverbote begründen zu wollen. Es ist höchste Zeit, dass hier ein wirklich unabhängiges, fachübergreifendes Forschergremium Klarheit schafft, indem es eine seriöse Technikfolgenabschätzung vornimmt!

Es wird eingeräumt, dass sich manche Nichtraucher von Umgebungsrauch subjektiv belästigt fühlen. Darum ist es sinnvoll, Schutzzonen einzurichten, in denen Nichtraucher nicht von Umgebungsrauch behelligt werden; das hat sich seit Jahrzehnten bei den Eisenbahnen bewährt. Gleichzeitig aber sind nach wie vor in öffentlichen Gebäuden, Verkehrsmitteln und Gaststätten menschenwürdige Raucherbereiche vorzuhalten. Wenn schon alles gesetzlich geregelt werden muss, dann brauchen wir ein Nichtraucher- und Raucherschutzgesetz.

Raucher kennen die Risiken, die sie mit ihrem Verhalten für sich selbst eingehen, und die Gesundheitspolitik muss dieses Risikobewusstsein fördern. Doch Rauchen ist auch ein Genuss, der das psychische Wohlbefinden steigert. Wer Raucher mit sachlich-wissenschaftlich unbegründeten Verboten zu zeitweiligem Rauchverzicht zwingt, vergeht sich gegen ihr psychisches Wohlbefinden und schadet insoweit, gemäss der berühmten Definition der WHO, der Gesundheit der Raucher.

Prof. Dr. Günter Ropohl ist Emeritus der Technikphilosophie an der Goethe-Universität Frankfurt.

Wirtschaftliche Folgen von Rauchverboten in der Gastronomie – Zahlen und Fakten –

New York:

Das 2003 in Kraft getretene totale Rauchverbot für Gaststätten hat nach Angaben einer Studie im Auftrag von Gastronomieverbänden aus dem Jahr 2004 zu einem Verlust von 2.000 Arbeitsplätzen direkt in der Branche und weiteren 650 Jobs indirekt geführt. 50 Mio. \$ an Arbeitseinkünften gingen verloren.

(Ridgewood Economic Associates: The Economic Impact of the New York Smoking Ban on New York's Bars, Mai 2004)

USA/Kanada generell:

Totale Rauchverbote auf lokaler und bundesstaatlicher Ebene in den USA und Kanada haben diverse Gaststätten stark negativ getroffen und einige Existenzen ruiniert.

Außer Utah hat jeder , raucherunfreundliche' Bundesstaat ca. 25 % unterdurchschnittliches Wachstum in den Wirtschaftsbereichen Bars und Restaurants zu verzeichnen.

Totale Rauchverbote in der Gastronomie haben die kalifornische Wirtschaft von 1990 bis 2004 ca. 75-100 Mrd. \$ gekostet.

*(<http://www.davehitt.com/facts/banlinks.html>,
<http://www.davehitt.com/facts/badforbiz.html>,
<http://www.davehitt.com/facts/banstudies.html>)*

David W. Kuneman/Michael J. McFadden: Economic Losses Due to Smoking Bans in California and Other States, März 2005)

Tasmanien:

Seit Einführung des totalen Rauchverbots Anfang 2006 verzeichnen die Pubs Einnahmeverluste in Höhe von 13 %, gemäß einer Studie des Australischen Hotelverbandes gingen die Einnahmen der Hotels im ersten Quartal zurück, teilweise bis zu 4 (<http://www.abc.net.au/news/newsitems/200606/s1656541.htm>)

Irland:

Vor Einführung des totalen Rauchverbotes 2004 gab es kaum Pub - Schließungen, seither schließt im Schnitt ungefähr täglich ein irischer Pub, fast 10 % der Pubs außerhalb des Großbereichs Dublin sind mittlerweile geschlossen.

2004 gingen 7.600 Arbeitsplätze in der Gastronomie verloren, die Umsätze sanken um 10-15 %, teilweise um bis zu 25 %. Im gleichen Zeitraum ist die gesamte irische Wirtschaft um 10 % gewachsen.

In den ersten sieben Monaten nach Inkrafttreten des Totalverbots gingen irische Kneipen gemäß einer Studie des Centre for Economics and Business Research (London) 7,3 % ihrer Einnahmen (80 Mio. Pfund) und 5,9 % ihrer Arbeitsplätze verlustig.

*(http://www.sadireland.com/over_600_pub_closures.htm, <http://www.sadireland.com/200pub.htm>
<http://www.businessworld.ie/livenews.htm?a=1168153;s=rollingnews.htm>)*

http://www.cebr.com/_documents/Eye%202005/Apr%20-%20Jun/Eye%2017%20May%2005%20Smoking%20Ban%20Queen's%20speech.pdf)

England/Wales:

Das für 2007 beschlossene Totalverbot in der Gastronomie wird nach Studien des Center for Economics and Business Research sowie von BDO Stoy Hayward die Betriebe des Gastgewerbes 7,6 % ihrer Kundschaft und mindestens 32.000 Arbeitsplätze kosten.

*(<http://www.bdo.co.uk/bdosh/website/bdouk/websiteContent.nsf/0/8EE5EE06E3DAB4E680256F4E0-0529885?OpenDocument>
http://www.cebr.com/_documents/Eye%202005/Apr%20-%20Jun/Eye%2017%20May%202005%20Smoking%20Ban%20Queen's%20speech.pdf
<http://www.bdo.co.uk/bdosh/website/bdouk/websiteContent.nsf/0/8EE5EE06E3DAB4E680256F4E0-0529885?OpenDocument>)*



Schottland:

Nach Inkrafttreten des Totalverbots sanken die Umsätze der schottischen Pubs gemäß einer Studie von ACNielsen im Mai 2006 um 6 % gegenüber dem gleichen Monat des Vorjahres.

Im August 2006 meldete der Wirteverband einen Umsatzrückgang von 11 %, trotz Fußball-Weltmeisterschaft.

(<http://www.telegraph.co.uk/news/main.jhtml?xml=/news/2006/08/23/usmoke.xml>
http://www.morningadvertiser.co.uk/news_detail.aspx?articleid=18008&categoryid=36)

Irreführung der Öffentlichkeit

Zahlreiche Studien finden keine negativen Auswirkungen von Rauchverböten auf die Geschäfts- und Arbeitsplatzentwicklung im Gastgewerbe.

Dies liegt vor allem daran, dass die meisten Untersuchungen zu dieser Fragen aus dem Bereich Public Health / "Tabakkontrolle" und von Anti-Tabak-Organisationen stammen und somit einseitig der Rechtfertigung von Verböten dienen sollen.

Das gewünschte Ergebnis wird durch methodische Tricks herbeigeföhrt:

- In den Stichproben der Gastronomiebetriebe sind solche überrepräsentiert, die von Totalverböten kaum betroffen sind, während jene Untergruppen der Branche, die besonders unter Verböten zu leiden haben, meist ignoriert werden.
- Den Messungen liegen oft ungeeignete, meist zu kurze Zeitspannen zugrunde.
- Aufgrund allgemeiner Einnahmesteigerungen des Wirtschaftszweiges werden negative Effekte der Verböte oft unterschätzt.
- Ergebnisse für Restaurants werden oft unverändert auf Kneipen übertragen, Ergebnisse aus anderen Ländern werden einfach umgerechnet.
- Die Nichtinhaltung von Rauchverböten wird unzureichend berücksichtigt.
-

(Douglas McWilliams :Tobacco control lobby is blowing smoke,
http://business.timesonline.co.uk/article/0,,8210-1634687_1,00.html

<http://www.davehitt.com/facts/banstudies.html>
<http://www.forces-nl.org/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=342>

David W. Kuneman/Michael J. McFadden: Economic Losses Due to Smoking Bans in California and Other States, März 2005)

Gesamtbild:

Totale Rauchverböte gefährden Einnahmesituation und Arbeitsplätze in der Gastronomie. Nicht nur weniger RaucherInnen besuchen die Gaststätten bzw. geben dort weniger aus, dies gilt auch für ihre nicht-rauchenden FreundInnen und Begleitungen.

Hierbei ist nach Art und Lage des Gastronomiebetriebes zu differenzieren: Kneipen sind stärker betroffen als Restaurants, manche Regionen mehr als andere.

Ein totales Rauchverbot in deutschen Gaststätten bedroht nicht nur die Freiheit von Millionen rauchender KundInnen, sondern auch die wirtschaftliche Entwicklung der gesamten Branche.



Protest gegen Rauchverböte in der Gegenwart: Französische Tabakladen-Besitzer und Gastronomen gingen am Montag in Lille auf die Straße – sie fürchten Umsatzeinbußen durch das für Anfang 2008 geplante Rauchverbot im Land der schwarzen Filterlosen.
FOTO: AFP

Wissenschaftler des Hamburgischen Welt Wirtschafts Instituts analysieren und kommentieren die derzeitigen Rauchverbotsforderungen aus ökonomischer Sicht:

„...Andererseits ist aber auch vielen Gästen daran gelegen, in Gaststätten rauchen zu dürfen, so dass nicht einzusehen ist, warum es Gastwirten gesetzlich untersagt werden sollte, Gaststätten zu betreiben, in denen dies möglich ist. Für die Nichtraucher besteht kein Zwang, sich dort aufzuhalten. Hierin liegt ein wesentlicher Unterschied zu öffentlichen Gebäuden.

Gastwirte maximieren ihren Gewinn, indem sie den Präferenzen ihrer Gäste Rechnung tragen. Sie haben folglich ein Interesse daran, Maßnahmen zu ergreifen, die eine räumliche Trennung von Rauchern und Nichtrauchern möglich machen. Deshalb sind die Forderungen nach Einführung eines gesetzlichen Rauchverbotes in Gaststätten weit überzogen.

[...] Es dürfte daher nur eine Frage der Zeit sein, bis sich Nichtrauchergaststätten auch ohne gesetzliche Verbotregelungen ausbreiten, sofern die Konsumenten darauf Wert legen. In vielen anderen Bereichen erfolgt ein wirksamer Schutz der Nichtraucher schon heute auf freiwilliger Basis.

[...] **Denn denkt man über eine Verschärfung der arbeitschutzrechtlichen Bestimmungen länger nach, so drängt sich nämlich die Frage auf, ob die Arbeitnehmer nicht auch vor den gesundheitlichen Gefahren anderer Umweltbelastungen besser geschützt werden sollten.**

Beispielsweise wären dann auch Arbeitsplätze im Freien so einzurichten, dass die Beschäftigten keinen schädlichen Auswirkungen von außen (zum Beispiel Ga-

sen, Dämpfen, Staub) ausgesetzt sind. **Dies würde ein Fahrverbot in der Umgebung von Biergärten erfordern.** Auch der Schutz vor Tätigkeiten, die mit einem hohen Unfallrisiko verbunden sind, müsste dann rigoroser gehandhabt werden. Ein gut gemeinter Vorschlag mutiert dann zu einer neuen Regulierungswelle.

Ein maximaler Schutz der Nichtraucher vor den gesundheitlichen Gefahren des Passivrauchens ließe sich nur durch ein generelles Rauchverbot erreichen. Damit würden die Interessen der Raucher allerdings vollkommen unberücksichtigt bleiben. Dies hätte schwerwiegende gesellschaftliche Folgen. Man denke nur an die Prohibitionszeit in den USA.

Ein generelles Rauchverbot ist daher aus übergeordneter Sicht wenig erstrebenswert.“

Bräuninger, Michael/Großmann, Harald: Rauchverbote (Standpunkt September 2006, HWWI)(Hervorhebungen durch Netzwerk Rauchen))





Rauchen Sie? Verteidigung einer Leidenschaft Imre von der Heydt Vorstellung von Dirk von Kügelen

Ich möchte auf ein Buch aufmerksam machen, das im vergangenen Jahr erschienen ist und viele qualifizierte Argumente gegen die aktuellen Anti-Raucher-Kampagnen liefert:

Etwa 17 Millionen Menschen in Deutschland und schätzungsweise 1,1 Milliarden Menschen weltweit teilen eine große gemeinsame Leidenschaft: Sie alle rauchen. Voller Lust, mit Liebe zum oder im blauen Dunst – werden sie wegen ihres Lasters beschimpft. Der moralische Druck auf die Raucher wächst. Sind Zigaretten, die noch bei den Stars aus Hollywood zum schönen Leben gehörten, tatsächlich so gefährlich?

Die Warn- und Verbotspolitik nimmt zunehmend absurde Züge an, die im krassen Widerspruch stehen zu einer Gesellschaft, die sich als modern, aufgeklärt und demokratisch versteht. Mit puritanischem Eifer wird überwacht und bestraft, als seien wir im vorbürgerlichen Zeitalter. Hat der rastlose Eifer gegen das Rauchen ganz andere Gründe? Viel Rauch um nichts?

Rauchen Sie? Verteidigung einer Leidenschaft lädt ein zu einem »Tanz mit dem statistischen Teufel«, ins »Horrorkabinett der Inhaltsstoffe« und wirft einen kritischen Blick auf die vermeintlich erdrückende Beweislast der Mediziner.

Rauchen Sie? Verteidigung einer Leidenschaft fragt nach den moralischen Wurzeln der modernen Anti-Raucher-Bewegung, beleuchtet die moderne Medizin und ihren Gesundheitswahn und berichtet vom amerikanischen Kreuzung der alt-neuen Puritaner gegen das Rauchen.

Rauchen Sie? Verteidigung einer Leidenschaft blickt zurück auf die Historie des Rauchens, als der medizinische Triumphzug des Tabaks und die Verbreitung des Rauchens in Kriegs- und Pestzeiten neben grausamer politischer Verfolgung stand, bis zur Rücknahme der Rauchverbote im Zuge der demokratischen Revolution von 1848.



*DuMont Literatur- und
Kunstverlag 2005, 255 Seiten
ISBN 3832179313*

Imre von der Heydt, geboren 1964 in Köln, hat in München Neuere Deutsche Literaturgeschichte, Philosophie und Theaterwissenschaft studiert. Er arbeitet in Köln als Produzent für eine Fernseh-Produktionsfirma im Bereich Fernsehkomödie, u. a. für die Serien "Ritas Welt" und "Alles Atze", für die er mit dem Deutschen Fernsehpreis ausgezeichnet wurde, sowie "Nicola" (1998 mit dem Adolf-Grimme-Preis ausgezeichnet). Im Oktober 2004 wurde sein Theatermonolog „Und morgen scheint wieder die Sonne“ am Staatstheater Kassel uraufgeführt.