

Ausschussvorlage AFG 18/22

eingegangene Stellungnahmen zu der Anhörung zu dem

Gesetzentwurf

**der Fraktionen der CDU und der FDP für ein Gesetz zur Änderung
des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes**

– Drucks. [18/1160](#) –

und

Gesetzentwurf

**der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ein Gesetz zur Änderung
des Gesetzes zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens**

– Drucks. [18/1401](#) –

- | | | |
|-----|---|-------|
| 1. | Prof. Dr. med. S. Andreas, Immenhausen | S. 1 |
| 2. | Hessisches Statistisches Landesamt, Wiesbaden | S. 4 |
| 3. | Prof. Dr. Nowak, München | S. 5 |
| 4. | LEB Hessen, Frankfurt | S. 26 |
| 5. | Christel Hofmann, Äpplergalerie, Frankfurt | S. 27 |
| 6. | Selbsthilfegruppe der Kehlkopflösen, Friedrich Wettlaufer, Großalmerode | S. 29 |
| 7. | Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin | S. 31 |
| 8. | Hessische Landesstelle für Suchtfragen e. V., Frankfurt | S. 33 |
| 9. | Hessischer Landkreistag, Wiesbaden | S. 39 |
| 10. | Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg | S. 41 |
| 11. | AOK Hessen, Bad Homburg | S. 45 |
| 12. | IHK Arbeitsgemeinschaft Hessen, Frankfurt | S. 47 |
| 13. | Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten Landesbezirk Hessen/
Rheinland-Pfalz/Saar, Frankfurt | S. 49 |
| 14. | Gutmann Gesundheitstechnologie, Pforzheim | S. 51 |
| 15. | Hessischer Städte- u. Gemeindebund, Mühlheim | S. 53 |
| 16. | Hessischer Städtetag, Wiesbaden | S. 59 |

unaufgefordert eingegangene Stellungnahme:

- | | | |
|-----|-----------------------------------|-------|
| 17. | Deutscher Kinderschutzbund Hessen | S. 62 |
|-----|-----------------------------------|-------|

FACHKLINIK FÜR LUNGENERKRANKUNGEN

Pneumologische Lehrklinik der Universität Göttingen

Leitender Arzt:

Prof. Dr. med. S. Andreas

Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie, Intensivmedizin
Kardiologie, medikamentöse Tumortherapie und Schlafmedizin

Lungenfachklinik · Robert-Koch-Str. 3 · 34376 Immenhausen

An den

Hessischen Landtag

Geschäftsführer Herrn Schlaf

Schlossplatz 1-3

65183 Wiesbaden

Philippstiftung e.V.

Robert-Koch-Straße 3

34376 Immenhausen

Tel. 0 56 73 / 50 10

Fax 0 56 73 / 501-101

Med. Sekretariat 0 56 73/ 501-111

email gbrinkmeier@lungenfachklinik-immenhausen.de

Intensivstation 501-232

Ambulanzen:

Pneumologie 501-155

Onkologie 501-436

Schlafmedizin 501-432

Allergologie 501-129

01.12.09

Prof. Dr. An/b

Schriftliche Anhörung zu Gesetzentwürfen, Drucksache 18/1160 und 18/1401

Sehr geehrter Herr Schlaf,

vielen Dank für Ihre Anfrage vom 17.06.2008, die ich im Folgenden beantworten möchte.

Unter Bezug auf einzelne Aspekte des vorgelegten Gesetzentwurfes (Drucksache 18/1160) ist folgendes anzumerken:

Zu 2. § 2 (1) Vollständig abgetrennte Räume.....

Es ist bekannt, dass durch Räume, die an Nichtraucheräume grenzen und mit einer Tür verbunden sind, nach kurzer Zeit hohe Konzentrationen giftiger und krebserzeugender Substanzen in den Nichtraucheräumen nachzuweisen sind (Zusammenfassung in Band 7 DKFZ, Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg: Erhöhtes Gesundheitsrisiko für Beschäftigte in der Gastronomie durch Passivrauchen am Arbeitsplatz 2007). Selbst in Raucherräumen mit einem niedrigeren Luftdruck und einer gesonderten Entlüftung nach außen kann die Gesundheitsgefährdung durch krebserzeugende Substanzen nicht eliminiert werden. Ein effektiver Schutz von Nichtrauchern durch „neue technische Möglichkeiten“ ist bisher nicht nachgewiesen und aufgrund der physikalischen, chemischen und toxischen Eigenschaften des Tabakrauches nach internationalen Stellungnahmen z.B. der amerikanischen Gesellschaft für Heizungs-, Kühlungs- und Klimatechnik auch nicht mit vertretbarem Aufwand zu realisieren.

Um hier Rechtsunsicherheiten zu vermeiden sollten entsprechend weiterführende Erklärungen wie z.B. „vollständig abgetrennte und nur über eine Außentür zu erreichende Räume....“ gegeben werden.

Zu 2. § 2 (4) (5) und (6). Hier gilt entsprechend das oben zu (1) festgestellte.

Erhebliche Rechtsunsicherheit besteht durch den Passus: „...und einfach zubereitete warme Speisen...“.

Es fehlt eine dezidierte Begründung und Güterabwägung, warum für Menschen, die eine Spielbank oder ein Festzelt betreten der Gesundheitsschutz nicht gewährleistet werden soll. Entsprechend müssen auch die weiteren Ausnahmen (6) definiert und begründet werden. Hier ist insbesondere die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes zu berücksichtigen.

Das Gesetz nimmt keine Stellung zu besonderen Auswirkungen auf Menschen mit Behinderungen oder den Beschäftigten.

Wie unten dargelegt, profitieren vom Nichtraucherschutz insbesondere Menschen mit niedrigerem sozio-ökonomischen Status. Weiter gibt es eine Vielzahl von Untersuchungen, die belegen, dass Mitarbeiter in der Gastronomie, selbst wenn sie Aktivraucher sind, hinsichtlich Atemwegsbeschwerden und der Lungenfunktion deutlich profitieren. Mithin würde bei Umsetzung des Gesetzentwurfes die Gefahr bestehen, dass einzelne Gruppen in Ihrer Gesundheit ernsthaft gefährdet wären.

Es muss sichergestellt und individuell nachvollziehbar sein, dass abhängig Beschäftigte, die in Raucherräumen bedienen, über das daraus resultierende gesundheitliche Risiko nachvollziehbar aufgeklärt worden sind. Mögliche haftungsrechtliche und berufsgenossenschaftliche Konsequenzen sind hierbei darzulegen.

Begründung:

Aufgrund von tierexperimentellen Daten, Interventionsstudien und epidemiologischen Untersuchungen besteht ein breiter wissenschaftlicher Konsens, dass von Passivrauchbelastung ein erhebliches gesundheitliches Risiko ausgeht.

Aus Ländern insbesondere der europäischen Union, in denen ein umfassendes Nichtraucherschutzgesetz eingeführt wurde, ist bekannt, dass dort die Sterblichkeit an akuten Herzerkrankungen (akuten koronaren Ereignissen) um 11 % bis etwa 30 % zurückgegangen ist (New Engl J Med 2008; 359: 482) (Circulation 2008;117:1183, Circulation 2006;114:1490). Diese positiven Auswirkungen des Nichtraucherschutzes sind besonders ausgeprägt bei Männern und bei niedrigerem sozio-ökonomischen Status (Circulation 2008;117:1183).

Hintergrund für diese ausgeprägten Effekte des Nichtraucherschutzes sind die akuten Wirkungen auch einer geringen Passivrauchexposition. Bereits eine kurze Passivrauchexposition wie sie typischerweise bei Aufenthalt in Raucherbereichen erreicht wird, führt zu einer Veränderung der Gefäßoberfläche (das sogenannte Endothel), der Blutplättchen (Thrombozyten) und des autonomen Nervensystems (Raupach / Andreas et al. European Heart Journal 2006; 27: 386). Somit führt bereits eine kurze Passivrauchexposition zu nachweisbaren Veränderungen der Herzdurchblutung und damit auch zu akuten kardialen Ereignissen wie ein akuter Herzinfarkt, der auch heute noch häufig tödlich verläuft (J. Am. Coll. Cardiol. 2008;51:1760).

Die Gesundheitskosten, die durch das Passivrauchen entstehen, sind immens. Gerade aufgrund der finanziellen Situation im Gesundheitswesen sollte eine Erhöhung der Kosten infolge eines Aufweichens der strengen Tabakkontrollpolitik unbedingt vermieden werden.

Untersuchungen in Irland, Schottland und insbesondere auch in Deutschland ergeben keinen Anhalt dafür, dass durch den Nichtraucherschutz der Umsatz im Gastgewerbe wesentlich beeinträchtigt wird (Statistisches Bundesamt und statistische Landesämter Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen; DKFZ 2008).

Die Erfahrungen aus Spanien haben hingegen gezeigt, dass Nichtraucherschutzgesetze mit in der Realität schwierig zu kontrollierenden Ausnahmen nicht erfolgreich anzuwenden sind und Rechtsunsicherheiten mit konsekutiven Konflikten zeitigen.

Der überwiegende Teil der Raucher befürwortet einen Schutz vor Passivrauchexposition. Dies auch deshalb, da Tabakraucher den Tabakkonsum häufig beenden wollen, aufgrund des Suchtpotentials des Tabakrauches dies jedoch zumeist nicht gelingt. Eine Vielzahl von aussagekräftigen Studien konnte zeigen, dass eine konsequente Nichtraucherschutzgesetzgebung hilft, den Patienten hilft, den Tabakkonsum erfolgreich zu beenden.

Insbesondere bei nicht rauchenden Bediensteten im Gaststätten-Gewerbe haben in letzter Zeit durch Passivrauch verursachte Erkrankungen zu Ansprüchen gegenüber den Berufsgenossenschaften geführt.

Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts zu den Gesundheitsgefahren des Passivrauchens:

Das Bundesverfassungsgericht hat in einer Grundsatzentscheidung am 30. Juli 2008 erklärt, dass der Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens ein „überragend wichtiges Gemeinschaftsgut“ sei. Im Einzelnen wurde folgendes festgehalten:

Absatz-Nr. 111: „Schon die Schwere der drohenden gesundheitlichen Schädigungen und das hohe Gewicht, das dem Schutz des menschlichen Lebens und der menschlichen Gesundheit in der Werteordnung des Grundgesetzes zukommt, sprechen dafür, selbst bei nicht völlig übereinstimmenden Positionen innerhalb der Wissenschaft eine ausreichende tatsächliche Grundlage für den Schutz vor Gesundheitsgefährdung durch Passivrauchen als Gemeinwohl anzuerkennen.“

Absatz-Nr. 113: „Zum Schutz vor Gefährdungen der Gesundheit durch Passivrauchen sind gesetzliche Rauchverbote in Gaststätten geeignet und erforderlich.“

Absatz-Nr. 114: „ ... weil ein Rauchverbot in Gaststätten zu einer Verminderung der Tabakrauchexposition beiträgt und damit das Ausmaß des Passivrauchens sowie die mit ihm verbundenen Gesundheitsrisiken reduziert werden.“

Zusammenfassend halte ich es für nicht nachvollziehbar, dass eine Präventivmaßnahme, die sich in Hessen, in anderen Bundesländern und in Europa hervorragend bewährt hat, vonseiten der Hessischen Landesregierung in wichtigen Teilen zurückgenommen wird.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. S. Andreas
Leitender Arzt Lungenfachklinik Immenhausen / Kr. Kassel

Von: ggruen@statistik-hessen.de
Gesendet: Dienstag, 1. Dezember 2009 13:41
An: Wiekhorst, Annette (HLT)
Cc: ukroschewski@statistik-hessen.de
Betreff: Gesetzentwürfe zur Änderung des Hessischen
Nichtraucherschutzgesetzes; Drucks. 18/1160 und 18/1401

Sehr geehrte Damen und Herren,

die beiden Gesetzentwürfe nehmen weder im Text noch in der Begründung Bezug auf die amtliche Statistik im Allgemeinen oder auf irgendwelche wirtschaftlichen Entwicklungen im Gastgewerbe. Das Hessische Statistische Landesamt kann deshalb fachliche Aspekte zu den Entwürfen weder in schriftlicher Form noch in einer mündlichen Anhörung beitragen.

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag
Günter Grün

STATISTIK HESSEN

Hessisches Statistisches Landesamt
Rheinstraße 35/37
65175 Wiesbaden
Internet: <http://www.statistik-hessen.de>

Telefon: 0611 3802-810
Telefax: 0611 3802-890
E-Mail: ggruen@statistik-hessen.de



Klinikum der Universität München · Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin
Ziemssenstraße 1, 80336 München

Hessischer Landtag
Ausschuss für Arbeit, Familie und Gesundheit
z. H. des Geschäftsführers Herrn Schlaf
PF 32 40
65022 Wiesbaden

Prof. Dr. med. Dennis Nowak
Facharzt für Arbeitsmedizin
Internist/Lungen- und Bronchialheilkunde
Allergologie, Umweltmedizin
Direktor des Instituts und der Poliklinik für
Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der LMU München
WHO Collaborating Centre for Occupational Health
Vertreter der Fächer Arbeits- u. Umweltmedizin
der Technischen Universität München
komm. Vorstand des Instituts für Gesundheits- und
Rehabilitationswissenschaften
ICF Research Branch of WHO CC FIC (DIMDI) der LMU
Marchioninistraße 15, 81377 München

Telefon +49 (0)89 5160-2301
Telefax +49 (0)89 5160-4445
dennis.nowak@med.uni-muenchen.de
arbmed.klinikum.uni-muenchen.de

Ziemssenstraße 1
D-80336 München

14. Dezember 2009 No/fo

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und der FDP für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes – ...

Sehr geehrter Herr Schlaf,

freundlich danke ich für Ihre Anfrage vom 23.11.2009.

Aus präventivmedizinisch-wissenschaftlicher Sicht gibt es keine Alternative für ein konsequent durchgezogenes Rauchverbot in öffentlichen Räumen.

Eine Vielzahl von Studien zeigt nicht nur den Rückgang von Beschwerden der exponierten Beschäftigten, sondern auch den Rückgang akuter Herzinfarkte nach Inkrafttreten eines Rauchverbots in öffentlichen Räumen. Dieser liegt bei 10 und 20% nach der Metaanalyse von Glantz (2008; s. Abb. 1 in: Bolte et al.; anbei), im Mittel bei 18%.

Bei einer Gesamtzahl von 300.000 Herzinfarkten pro Jahr (Hälfte tödlich) resultiert hieraus ein Präventionspotential von etwa 30.000 bis 60.000 verhinderbaren Herzinfarktfällen in Deutschland.

Dieser Effekt ist nun sicherlich nur zu einem geringen Teil auf die z. B. in Wirtshäusern wegfallende Exposition zurückzuführen, sondern darauf, dass mit gesetzlichen Rauchverboten in öffentlichen Räumen signalisiert wird, dass Nichtrauchen der Normalfall ist und hieraus eine wünschenswerte Verhaltensänderung bei vielen Rauchern resultiert.

Aus diesem Grunde fordern auch die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie, die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, der Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Deutsche Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie und die Deutsche Herzstiftung rauchfreie Arbeitsplätze.

Die genannten Fachgesellschaften haben am 23.9.2008 an den Herrn Präsidenten des Deutschen Bundestags, nachrichtlich an die Landtagspräsidenten, den Antrag auf Streichung von § 5 (2) der Arbeitsstättenverordnung gerichtet.

Angesichts geradezu erdrückender wissenschaftlicher Evidenz, die international unstrittig ist, kann eine evidenz- und wissenschaftsgeleitete Politik nur einem konsequenten Nichtraucherschutz ohne Durchlöcherung Priorität einräumen.

Für Rückfragen stehe ich jederzeit gerne zur Verfügung.
Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. D. Nowak

Anlage

Rauchverbote in öffentlichen Räumen: Aktuelle epidemiologische Evidenz für kardiovaskuläre Gesundheitseffekte auf Bevölkerungsebene

Smoking Bans in Public Places: Current Epidemiological Evidence of Cardiovascular Health Impacts at the Population Level

Autoren

G. Bolte¹, J. Kuhn², D. Twardella¹, H. Fromme¹

Institute

¹ Sachgebiet Umweltmedizin² Sachgebiet Gesundheitsberichterstattung, -förderung, Prävention, Sozialmedizin, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim

Schlüsselwörter

- ◊ Passivrauchen
- ◊ Nichtrauchererschutz
- ◊ Rauchverbot
- ◊ Herzinfarkt
- ◊ Prävention

Key words

- ◊ environmental tobacco smoke
- ◊ non-smoker protection
- ◊ smoking ban
- ◊ myocardial infarction
- ◊ prevention

Zusammenfassung

▼ In den letzten Jahren traten in mehreren Staaten Rauchverbote in öffentlichen Räumen einschließlich der Gastronomie in Kraft. Bisher wurden acht ökologische Studien aus den USA, Kanada und Italien publiziert, die Raten der Krankenhauseinweisungen für Herzinfarkt bzw. koronare Herzkrankheit nach Einführung eines Rauchverbots untersuchten. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über diese Studien und diskutiert aus epidemiologischer Sicht deren Aussagekraft und mögliche Fehlerquellen. Der zeitliche Zusammenhang des Rückgangs der Herzinfarktraten mit der Rauchverbotseinführung, die Konsistenz dieser Assoziation in mehreren Staaten sowie die biologische Plausibilität aufgrund der bekannten akuten kardiovaskulären Effekte des Passivrauchens sprechen für eine kausale Assoziation. Sollte sich dies bestätigen, wären Rauchverbote in öffentlichen Räumen eine sehr effektive Maßnahme zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung.

Abstract

▼ During the past years smoking bans in public places including hospitality venues have been introduced in several countries. Up to now, eight ecological studies on hospital admission rates due to acute myocardial infarction or coronary events after introduction of a smoking ban in the United States, Canada, and Italy have been published. This article reviews these studies and discusses their significance and potential sources of error from an epidemiological point of view. The chronological order of reduction in acute myocardial infarction rates following the smoking ban, the consistency of this association in several countries, and the biological plausibility because of the known acute cardiovascular effects of secondhand smoke suggest a causal association. Thus, if this turns out to be true public smoking bans will be a very effective public health measure.

Einleitung

▼ Passivrauchen hat vielfältige akute und chronische adverse Gesundheitseffekte bei Kindern und Erwachsenen und stellt ein signifikantes Gesundheitsrisiko dar [1–3]. Es gibt keine Evidenz für eine Schwellenkonzentration, unterhalb derer eine Tabakrauchexposition risikolos wäre [1,4]. Die wirksamste Prävention der durch Passivrauchen verursachten Gesundheitsschädigungen besteht darin, eine rauchfreie Umgebung zu schaffen. Daher traten in den letzten Jahren in mehreren Staaten Rauchverbote in öffentlichen Räumen wie z.B. öffentlichen Gebäuden, Schulen, Geschäften und einschließlich gastronomischer Betriebe in Kraft als Maßnahme zum Schutz der Gesundheit sowohl der Bevölkerung

im Allgemeinen als auch der Beschäftigten im Speziellen.

Die Wirksamkeit dieser Rauchverbote in Hinblick auf die Reduktion der Luftschadstoffbelastung in der Gastronomie wurde inzwischen in mehreren Ländern belegt [5–9]. Positive Wirkungen des Rauchverbots und der damit verbundenen Expositionsreduktion auf die Gesundheit von nicht rauchenden Beschäftigten in der Gastronomie wurden bereits nachgewiesen [10–13]. Darüber hinaus gibt es Hinweise auf einen Einfluss von Rauchverboten auf das Rauchverhalten im Sinne eines Rückgangs der Rauchprävalenz und der Menge gerauchter Zigaretten [14–16]. Auf Bevölkerungsebene stellten erste Studien einen zeitlichen Zusammenhang zwischen der Einführung von Rauchverboten und dem Rückgang

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0028-1124108
 Gesundheitswesen 2009;
 71: 140–151
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

PD Dr. G. Bolte, MPH
 Bayerisches Landesamt
 für Gesundheit und
 Lebensmittelsicherheit
 Sachgebiet Umweltmedizin
 Veterinärstr. 2
 85764 Oberschleißheim
 gabriele.bolte@lgl.bayern.de

von Herzinfarkttraten her. In Kommentaren wurden diese Studien als Beleg für unmittelbare gesundheitliche Effekte der Rauchverbote angeführt [17–20]. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, einen Überblick über diese Studien zu gesundheitlichen Effekten von Rauchverboten in öffentlichen Räumen zu geben und aus epidemiologischer Sicht Aussagekraft und mögliche Fehlerquellen zu diskutieren.

Literaturrecherche



In diesen Beitrag wurden Studien eingeschlossen, die bevölkerungsbezogen die Herzinfarkttraten in Zeiträumen nach Einführung eines Rauchverbots in öffentlichen Räumen untersuchten. In PubMed wurde im Juni 2008 eine Literaturrecherche mit der Suchstrategie „tobacco smoke pollution“ [Mesh] AND „prevention and control“ [Subheading] AND „myocardial infarction“ [Mesh] durchgeführt. Es wurden keine Einschränkungen in Bezug auf Studientyp, Veröffentlichungszeitpunkt und Sprache vorgegeben. Unter den 16 Treffern waren drei Originalstudien von Sargent et al. [21], Lemstra et al. [22] und Barone-Adesi et al. [23]. Mit der Funktion „related articles“ zu [22] wurden die weiteren Studien Bartecchi et al. [24], Khuder et al. [25], Juster et al. [26], Seo und Torabi [27] und Cesaroni et al. [28] identifiziert. Zusätzlich wurden die Referenzlisten dieser Studien in Hinblick auf weitere relevante Publikationen geprüft. Das Fact Sheet „Smoke-Free Policies Improve Health“ des Office on Smoking and Health, Centers for Disease Control and Prevention vom März 2008 [29] zitiert ebenfalls die oben bereits genannten acht Studien. Von fünf weiteren Studien waren nur wenige Informationen im Internet bzw. in der Presse zugänglich, zugehörige Publikationen mit Peer Review konnten nicht identifiziert werden. Dabei handelt es sich um die 2007 als Abstract publizierte Studie von Cronin et al. in Irland [30], eine Pressemitteilung der Universität Glasgow vom September 2007 zu ersten Ergebnissen in Schottland [31], eine im Februar 2008 veröffentlichte Pressemitteilung des Office Français de Prévention du Tabagisme zur Situation in Frankreich [32] sowie um Meldungen aus England [33] und Wales [34].

Charakteristika der Studien



Die Tabellen 1–3 geben einen Überblick über wesentliche Merkmale der acht identifizierten und in wissenschaftlichen Zeitschriften publizierten Studien. Bei allen Studien handelt es sich um ökologische Studien, die auf Daten zu Krankenhauseinweisungen und Krankenhausdiagnosen basieren.

Studienregion und -population

Als Studienregionen wurden fünf Städte und drei Regionen unterschiedlicher Größe in den Staaten USA, Kanada und Italien untersucht. In den meisten Studien umfasste die Studienpopulation die Wohnbevölkerung (◊ Tab. 1). In vier Studien aus den USA wurden Vergleichsregionen ohne Rauchverbot ausgewählt. Kriterien hierfür waren Lage im Einzugsgebiet des Studienkrankenhauses [21], vergleichbare geographische Isolation [24], ausreichender Abstand zur Region mit Rauchverbot (45 Meilen [24], mindestens 50 Meilen [27], 150 Meilen [25]), ähnliche soziodemografische und ökonomische Merkmale [25, 27] sowie vergleichbare Mortalitätsrate für Herzerkrankungen [27].

Rauchverbote

Die Studien beziehen sich auf die Einführung von Rauchverboten in öffentlichen Räumen und an Arbeitsplätzen (insbesondere Gastronomie) (◊ Tab. 1). Das Ausmaß der Regelungen ist unterschiedlich: Während beispielsweise in der Stadt Bowling Green in den USA Bars und Kegelbahnen von dem Rauchverbot ausgenommen wurden [25], trat in Italien ein umfassendes Rauchverbot in Kraft [23, 28]. Im Studienzeitraum kam es bei zwei Studien zu Änderungen der rechtlichen Regelungen: In Monroe County, USA, wurde erst 18 Monate nach In-Kraft-Treten das Rauchverbot in öffentlichen Räumen auch auf Bars und Clubs ausgedehnt [27]. In der Stadt Helena, USA, wurde das Rauchverbot nach sechs Monaten bereits wieder aufgehoben [21]. Eine komplexere Situation lag im Bundesstaat New York vor: Seit 1989 war hier das Rauchen bereits in öffentlichen Gebäuden, Schulen, Krankenhäusern und Geschäften verboten [26]. Größere Restaurants hatten Nichtraucherbereiche einzurichten. Auf Verlangen hatten Arbeitgeber rauchfreie Arbeitsplätze anzubieten. Ab 1995 traten in einigen der 62 Counties des Bundesstaates weitere Regelungen wie z. B. ein Rauchverbot an Arbeitsplätzen und in Restaurants in Kraft. Ein einheitliches Rauchverbot an allen Arbeitsplätzen, in Restaurants und Bars wurde schließlich 2003 für den gesamten Bundesstaat eingeführt.

Studienzeitraum

Je nach Studienregion trat das Rauchverbot zwischen 2002 und 2005 in Kraft (◊ Tab. 1). Die Studienzeiträume umfassten insgesamt drei bis zu zehn Jahre (◊ Tab. 2). Der in der statistischen Analyse für den Vergleich der Inzidenzraten berücksichtigte Zeitraum vor Rauchverbotseinführung betrug 5–60 Monate. Der Beobachtungszeitraum während des Rauchverbots betrug je nach Studie zwischen 5 und 33 Monate.

Zielgröße

Wie in ◊ Tab. 3 dargestellt war bei allen Studien akuter Herzinfarkt die Hauptzielgröße. Khuder et al. [25] und Cesaroni et al. [28] betrachteten weiter gefasst ischämische Herzkrankheiten. In der Studie von Juster et al. [26] war Schlaganfall eine weitere Zielgröße. Aufgrund der unterschiedlichen Größe der Studienregion (vgl. ◊ Tab. 1) und der unterschiedlichen Länge des Analysezeitraums (vgl. ◊ Tab. 2) unterscheidet sich die Anzahl der Fälle mit Herzinfarkt zwischen den Studien erheblich. In ◊ Tab. 3 ist die Fallzahl während des Analysezeitraums mit Rauchverbot angegeben, sie liegt je nach Studie zwischen 12 und über 45 000. In der Studie Khuder et al. [25] werden keine Absolutzahlen aufgeführt, Dinno und Glantz [20] nennen in ihrem Kommentar 1 109 als Fallzahl während des gesamten Studienzeitraums ohne und mit Rauchverbot.

Datenerhebung

Die Daten zu den Diagnosen wurden direkt Patientenakten bzw. Abrechnungsunterlagen der Krankenhäuser in der Studienregion entnommen [21, 25, 27] oder stammten aus übergreifenden Krankenhausdatenbanken bzw. bevölkerungsbezogenen regionalen Registern [22–24, 26, 28] (◊ Tab. 2).

Statistische Analysen

In den hier dargestellten Studien wurden die in der Regel altersstandardisierten Inzidenzraten seit Rauchverbotseinführung mit denen aus einem Zeitraum zuvor verglichen. In allen Studien wurde ein festgelegter Vergleichszeitraum vor Einführung des Rauchverbots betrachtet, durchschnittliche Raten aus meh-

Tab. 1 Charakteristika der Studien: Studienregion, -population und Rauchverbot.

Land	Studienregion	Vergleichsregion	Studienpopulation	Rauchprävalenz vor Rauchverbot	Rauchverbot seit	Rauchverbot in Studienregion	Referenz
USA	Stadt Helena, Montana (Stadt und Region = 68 000 Einwohner)	Region um Helena	Wohnbevölkerung bzw. Aufenthalt in Studienregion bei Auftreten der Symptomatik; Ausschluss bei bestimmten vorangegangenen medizinischen Maßnahmen	k. A.	05.06.2002	Umfang alle öffentlichen Räume und Arbeitsplätze Aufhebung am 03.12.2002	21
USA	Stadt Pueblo, Colorado (= 103 000 Einwohner)	Region um Pueblo (Pueblo County) und El Paso County (insgesamt = 550 000 Einwohner), darin Stadt Colorado Springs (= 370 448 Einwohner)	Wohnbevölkerung	Stadt Pueblo: 23 % El Paso County: 18 %	01.07.2003	alle öffentlichen Räume und Arbeitsplätze	24
USA	Stadt Bowling Green, Ohio	Stadt Kent, Ohio	Wohnbevölkerung ab 18 Jahren	Ohio 26 %	03/2002	alle öffentlichen Räume Ausnahmen: Bars, Kegelhallen	25
USA	New York State (62 Landkreise)	keine	Personen ≥ 35 Jahre	k. A.	24.07.2003	alle öffentlichen Räume und Arbeitsplätze	26
USA	Monroe County, Indiana (= 121 000 Einwohner)	Delaware County, Indiana (= 119 000 Einwohner)	Aufenthalt in Studienregion bei Auftreten der Symptomatik, Ausschluss bei bestimmten vorangegangenen medizinischen Maßnahmen und Komorbidität	k. A.	01.08.2003, erweitert 01.01.2005	Arbeitsplätze, Restaurants und Geschäfte, erweitert um Bars und Clubs	27
Kanada	Stadt Saskatoon	keine	Wohnbevölkerung	Saskatoon 24 %	01.07.2004	alle öffentlichen Räume, auch Außenschankflächen	22
Italien	Piemont (= 4,3 Mio. Einwohner)	keine	Wohnbevölkerung	Männer rund 30 %, Frauen rund 23 %	10.01.2005	alle öffentlichen Räume einschli. Cafés, Bars, Restaurants, Diskotheken	23
Italien	Stadt Rom (= 2,7 Mio. Einwohner)	keine	Wohnbevölkerung (35–84 Jahre)	Männer: 34–36 %, Frauen: 20–22 %	10.01.2005	alle öffentlichen Räume einschli. Cafés, Bars, Restaurants, Diskotheken	28
k. A. keine Angabe							

Tab. 2 Charakteristika der Studien: Studienzeitraum, Datenquellen und statistische Analyse.

Studienzeitraum insgesamt	Analysezeitraum in Bezug auf Rauchverbot	Datenquelle	Anzahl der Krankenhäuser	Art des Vergleichs	Analysemethoden	Confounderkontrolle, Sensitivitätsanalysen	Referenz
12/1997 bis 11/2003	vorher 30 Monate: Jeweils Monate 06-11 der Jahre 1998 bis 2001 und 2003	Krankenhausunterlagen	1	räumlich und zeitlich	Vergleich der Fallzahlen, Poisson-Regression	Änderung Diagnosekriterien	21
01/2002 bis 12/2004	während 6 Monate: 06-11/2002	Datenbank der Colorado Hospital Association; Mortalitätsregister des Bundesstaates Colorado	Pueblo: 2 El Paso County: 2	räumlich und zeitlich	Vergleich der Inzidenzraten, Poisson-Regression	Alter, Geschlecht, Jahreszeit, zeitliche Trends z.B. bei kardialer Mortalität	24
01/1999 bis 06/2005	vorher 18 Monate: 01/2002 bis 06/2003	Krankenhausunterlagen aller Krankenhäuser im Bundesstaat Ohio	k. A. (mehrere)	räumlich und zeitlich	Vergleich der Inzidenzraten, Zeitreihenanalyse ⁽¹⁾	Alter, analoge Analyse: nicht mit Rauchen assoziierte Erkrankungen	25
01/1995 bis 12/2004	während 33 Monate: 10/2002 bis 06/2005	Datenbank des New York State Department of Health	je nach Jahr 243-261	zeitlich	Vergleich der Inzidenzraten, Zeitreihenanalyse ⁽²⁾	Alter, Jahreszeit, zeitliche Trends, Landkreis, regional bereits zwischen 1989 und 2003 erfasste (Teil-) Rauchverbote	26
08/2001 bis 05/2005	vorher 19 Monate: 01/2002 bis 07/2003 bzw. Zeitreihenanalyse ab 01/1995	Krankenhausunterlagen	Monroe County: 1 Delaware County: 1	räumlich und zeitlich	Vergleich der Fallzahlen	Rauchstatus	27
07/2000 bis 06/2005	während 22 Monate: 08/2003 bis 05/2005	Datenbank des Strategic Health Information Planning Services	k. A. (mehrere)	zeitlich	Vergleich der Inzidenzraten	Alter, Geschlecht, früherer Herzinfarkt, Wechsel von ICD-9 auf ICD-10	22
02/2001 bis 06/2005	vorher 48 Monate: 07/2000 bis 06/2004	regionale Datenbank der Krankenhäuserdiagnosen	k. A. (mehrere)	zeitlich	Vergleich der Inzidenzraten	Alter, Geschlecht, analoge Analyse: Zeitfenster 10-12/2004 versus 10-12/2003; Langzeitrend seit 2001	23
01/2000 bis 12/2005	während 5 Monate: 02/2004 bis 06/2004	regionale Datenbank der Krankenhäuserdiagnosen; regionales Mortalitätsregister	k. A. (mehrere)	zeitlich	Vergleich der Inzidenzraten, Poisson-Regression	Alter, Geschlecht, Sozialstatus, zeitlicher Trend, jährliche Hospitalisierungsraten insgesamt, Luftschadstoffbelastung (PM ₁₀), Influenza-Epidemien, Urlaubszeiten, Temperatur; Todesfälle ohne Hospitalisierung; nur Fälle mit erster Manifestation seit vier Jahren	28

k. A. keine Angabe

(1) ARIMA: Autoregressive Integrated Moving Average intervention time series analysis

(2) interrupted time-series analysis

Tab. 3 Charakteristika der Studien: Zielgröße und Ergebnisse.

Zielgröße	Anzahl der Fälle während Rauchverbot in Studienregion	Inzidenzrate während Rauchverbot in Studienregion	Berichtete Assoziationen/Effekte	Referenz
akuter Herzinfarkt (ICD-9 410) Erst- oder Zweitdiagnose	24	k.A.	Studienregion: - 16 Fälle (95 % KI - 31,7 bis - 0,3) Vergleichsregion: 5,6 Fälle (95 % KI - 5,2 bis 16,4)	21
akuter Herzinfarkt (ICD-9 410) nur Erstdiagnose	291	187/100 000	Studienregion: RR 0,73 (95 % KI 0,63 bis 0,85) Vergleichsregion: Region um Pueblo RR 0,85 (95 % KI 0,63 bis 1,16) El Paso County RR 0,97 (95 % KI 0,89 bis 1,06)	24
koronare Herzkrankheit (ICD-9 410-414, 428)	k.A.	220/100 000 (2003) 260/100 000 (2004) 190/100 000 (2005) altersstandardisiert	Studienregion Vgl. 2003 vs. 2002: - 39 % (95 % KI - 45 % bis - 33 %) Vgl. 2005 vs. 2002: - 47 % (95 % KI - 55 % bis - 41 %) Vergleichsregion: keine signifikanten Änderungen (p = 0,945) Zeitreihenanalyse (1999-2005): Studienregion: $\omega = -1,14$; p = 0,04 Vergleichsregion: $\omega = -1,14$; p = 0,18	25
akuter Herzinfarkt (ICD-9 410) nur Erstdiagnose	47 683 (2003) 45 412 (2004)	469,9/100 000 (2003) 445,4/100 000 (2004) altersstandardisiert	Rückgang der Herzinfarktrate um 8 % (Vgl. 08/2003 bis 12/2004 vs. 01/2002 bis 07/2003) bei Berücksichtigung regionaler (Teil-)Rauchverbote Rückgang um 19 % im Vergleich zu Status quo 1989 Zeitreihenanalyse (1995-2004): Interaktion Rauchverbot \times Zeit: $\beta = -0,32$ (95 % KI - 0,47 bis - 0,16; p < 0,001) Interaktion regionale (Teil-)Rauchverbote \times Zeit: $\beta = -0,15$ (95 % KI - 0,25 bis - 0,06; p < 0,01)	26
akuter Herzinfarkt (ICD-9 410) Erst- oder Zweitdiagnose	Nichtraucher: 5 Raucher: 7	k.A.	Studienregion: Nichtraucher: - 12 Fälle (95 % KI - 21,2 bis - 2,8) Raucher: - 1 Fall (- 8,6 bis 6,6) Vergleichsregion: Nichtraucher: - 1 Fall (95 % KI - 13,4 bis 9,4) Raucher: - 2 Fälle (95 % KI - 9,3 bis 5,3) RR 0,87 (95 % KI 0,84 bis 0,90)	27
akuter Herzinfarkt {ICD-10 Code nicht angegeben} akuter Herzinfarkt (ICD-9 410)	312 Männer < 60 J.: 724 Männer \geq 60 J.: 1 645 Frauen < 60 J.: 108 Frauen \geq 60 J.: 1 178 Gesamt < 60 J.: 832 Gesamt \geq 60 J.: 2 823	152,4/100 000 altersstandardisiert Männer < 60 J.: 124/100 000 Männer \geq 60 J.: 72/100 000 Frauen < 60 J.: 19/100 000 Frauen \geq 60 J.: 319/100 000 altersstandardisiert	Männer < 60 J.: RR 0,91 (95 % KI 0,82 bis 1,01) Männer \geq 60 J.: RR 1,03 (95 % KI 0,96 bis 1,11) Frauen < 60 J.: RR 0,75 (95 % KI 0,58 bis 0,96) Frauen \geq 60 J.: RR 1,05 (95 % KI 0,97 bis 1,14) Gesamt < 60 J.: RR 0,89 (95 % KI 0,81 bis 0,98) Gesamt \geq 60 J.: RR 1,05 (95 % KI 1,00-1,11)	22
akute koronare Ereignisse (ICD-9 410 und 411) und Zweitdiagnose Herzinfarkt	Männer 35-64 J.: 1 712 Männer 65-74 J.: 1 408 Männer 75-84 J.: k.A. Frauen 35-64 J.: 424 Frauen 65-74 J.: 718 Frauen 75-84 J.: k.A. Gesamt 35-64 J.: 2 136 Gesamt 65-74 J.: 2 126 Gesamt 75-84 J.: 2 477	35-64 J.: 180/100 000 65-74 J.: 695/100 000 75-84 J.: 1 259/100 000 altersstandardisiert	Männer 35 bis 64 J.: RR 0,88 (95 % KI 0,84 bis 0,93) Männer 65 bis 74 J.: RR 0,90 (95 % KI 0,85 bis 0,96) Männer 75 bis 84 J.: k.A. Frauen 35 bis 64 J.: RR 0,90 (95 % KI 0,81 bis 1,00) Frauen 65 bis 74 J.: RR 0,95 (95 % KI 0,88 bis 1,04) Frauen 75 bis 84 J.: k.A. Gesamt 35 bis 64 J.: RR 0,89 (95 % KI 0,85 bis 0,93) Gesamt 65 bis 74 J.: RR 0,92 (95 % KI 0,88 bis 0,97) Gesamt 75 bis 84 J.: RR 1,02 (95 % KI 0,98 bis 1,07)	23
akute koronare Ereignisse (ICD-9 410 und 411) und Zweitdiagnose Herzinfarkt	Männer 35-64 J.: 424 Frauen 35-64 J.: 718 Frauen 75-84 J.: k.A. Gesamt 35-64 J.: 2 136 Gesamt 65-74 J.: 2 126 Gesamt 75-84 J.: 2 477	35-64 J.: 180/100 000 65-74 J.: 695/100 000 75-84 J.: 1 259/100 000 altersstandardisiert	Männer 35 bis 64 J.: RR 0,88 (95 % KI 0,84 bis 0,93) Männer 65 bis 74 J.: RR 0,90 (95 % KI 0,85 bis 0,96) Männer 75 bis 84 J.: k.A. Frauen 35 bis 64 J.: RR 0,90 (95 % KI 0,81 bis 1,00) Frauen 65 bis 74 J.: RR 0,95 (95 % KI 0,88 bis 1,04) Frauen 75 bis 84 J.: k.A. Gesamt 35 bis 64 J.: RR 0,89 (95 % KI 0,85 bis 0,93) Gesamt 65 bis 74 J.: RR 0,92 (95 % KI 0,88 bis 0,97) Gesamt 75 bis 84 J.: RR 1,02 (95 % KI 0,98 bis 1,07)	28

k.A. keine Angabe

RR: relatives Risiko

95 % KI: 95 % Konfidenzintervall

renen Vergleichszeiträumen berechnet und/oder Regressionsanalysen durchgeführt (▷ Tab. 2).

In den vier Studien aus den USA, in denen kleinräumig eine Stadt oder ein County untersucht wurde, wurde zusätzlich zu dem zeitlichen auch ein räumlicher Vergleich mit einer ausgewählten Kontrollstadt bzw. -region angestellt [21, 24, 25, 27].

Ergebnisse der Studien



Die Ergebnisse der Studien sind in ◊ Tab. 3 zusammengefasst.

USA

Aus den USA liegen Studienergebnisse zu vier Regionen vor, in denen kleinräumig ein Rauchverbot in öffentlichen Räumen erlassen wurde [21, 24, 25, 27], sowie Ergebnisse für den Bundesstaat New York [26].

In Helena, Montana, kam es in den sechs Monaten des Rauchverbots zu einem signifikanten Rückgang der Anzahl von Krankenhauseinweisungen aufgrund Herzinfarkts im Vergleich zum Durchschnitt der entsprechenden sechsmonatigen Zeiträume vor und nach dem Rauchverbot (24 Krankenhauseinweisungen in Helena während des Rauchverbots versus durchschnittlich 40 Einweisungen in Kontrollzeiträumen, d. h. Reduktion um 16 Einweisungen (95 % KI der Fallzahl 0,3–31,7). Dies entspricht einem Rückgang um 40 % bzw. einem relativen Risiko von 0,6. Nach Aufhebung des Rauchverbots wurde wieder eine höhere Anzahl beobachtet. Außerhalb der Stadt Helena kam es zu keiner Verminderung der Krankenhauseinweisungen aufgrund Herzinfarkts in dem Beobachtungszeitraum. In einer Sensitivitätsanalyse wurde ausgeschlossen, dass veränderte Diagnosekriterien für Herzinfarkt im Beobachtungszeitraum das Ergebnis verzerrten [21].

In Pueblo, Colorado, wurde seit Rauchverbotseinführung ein statistisch signifikanter Rückgang der Krankenhauseinweisungen mit Herzinfarktdiagnose festgestellt (RR 0,73 (95 % KI 0,63–0,85)) [24]. In den Vergleichsregionen außerhalb der Stadt Pueblo (RR 0,85 (95 % KI 0,63–1,16)) und El Paso County (RR 0,97 (95 % KI 0,89–1,06)) wurde kein statistisch signifikanter Rückgang beobachtet. In einer Sensitivitätsanalyse wurden für die Stadt Pueblo zusätzlich Mortalitätsdaten der Jahre 2002 und 2004 berücksichtigt um auszuschließen, dass der beobachtete Rückgang der krankenhausbasierten Herzinfarktraten allein auf einem Anstieg der tödlichen Herzinfarktereignisse ohne Krankenhauseinweisung beruht. Für Luftschadstoffbelastung in der Außenluft konnte nicht direkt kontrolliert werden, jedoch war die Belastung und zeitliche Variation in El Paso County vergleichbar. Des Weiteren hatten nach Angabe der Autoren/Autorinnen keine tiefgreifenden ökonomische Veränderungen oder Änderungen in der Gesundheitsversorgung im Beobachtungszeitraum stattgefunden, die die Reduktion erklären könnten.

Khuder et al. [25] berichten von einer Abnahme der Krankenhauseinweisungen aufgrund koronarer Herzkrankheit in Bowling Green, Ohio, um 39 % (95 % KI 33–45 %) im Jahr 2003 und in der ersten Jahreshälfte 2005 um 47 % (95 % KI 41–55 %) jeweils im Vergleich zum Jahr 2002. In der Vergleichsstadt Kent traten keine signifikanten Änderungen auf. Die Wahl der Inzidenzrate des Jahres 2002 als Vergleichsgröße für die Berechnung ist aus zwei Gründen problematisch: Erstens waren die Inzidenzraten in den drei Jahren davor jeweils niedriger als 2002 und zeigen auch nicht einen stetig ansteigenden Trend (standardisierte Raten pro 10000: 35 in 1999, 24 jeweils in 2000 und 2001, 36 in 2002). Zweitens trat das Rauchverbot bereits im März 2002 in

Kraft. Daher sind die Ergebnisse der Zeitreihenanalyse aussagekräftiger. Bei dieser Analyse der monatlichen Raten der Krankenhauseinweisungen aufgrund koronarer Herzkrankheit wurde eine Latenzzeit für das Umsetzen des Rauchverbots und für das Auftreten von Effekten des Rauchverbots von sechs Monaten ab In-Kraft-Treten angenommen, der Beginn des Interventions- bzw. Wirkungszeitraums wurde daher mit Oktober 2002 definiert. Die Zeitreihenanalyse für den gesamten Zeitraum Januar 1999 – Juni 2005 ergab in Bowling Green ab November 2002 einen signifikanten Rückgang der monatlichen Raten (Schätzer für eine Änderung des zeitlichen Trends ab Intervention $\omega = -1,69$, $p = 0,04$) im Gegensatz zu Kent ($\omega = -1,14$, $p = 0,18$). Zur Kontrolle für versorgungsepidemiologische Effekte wurde eine Zeitreihenanalyse der monatlichen Raten der Krankenhauseinweisungen, die nicht mit Rauchen verbunden sind (in [25] nicht näher beschrieben) durchgeführt. Weder in Bowling Green noch in Kent gab es bei dieser Zielgröße statistisch signifikante Unterschiede im Beobachtungszeitraum.

In Monroe County wurde ein signifikanter Rückgang der Krankenhauseinweisungen aufgrund Herzinfarkts bei Nichtrauchern festgestellt (–12 Fälle, 95 % KI –21,2 bis –2,8), nicht jedoch bei Nichtrauchern in der Vergleichsregion Delaware County und nicht bei Rauchern in beiden Regionen [27].

In der Studie von Juster et al. [26] wurden die Herzinfarkt- und Schlaganfallraten im Bundesstaat New York im Zeitraum 1995–2004 unter Berücksichtigung geografischer Unterschiede in Hospitalisierungsraten, zeitlicher Trends (z. B. bei Risikofaktoren in der Bevölkerung, Rauchprävalenz oder bei Therapie), Jahreszeiten und der kleinräumig bereits bestehenden Raucheinschränkungen vor Einführung des Rauchverbots im Bundesstaat in 2003 untersucht. Die Zeitreihenanalyse ergab, dass sowohl Rauchbeschränkungen auf Countyebene als auch in stärkerem Maße das umfassende Rauchverbot auf Bundesstaatebene mit einem Rückgang der monatlichen Herzinfarktraten verbunden waren. Für das Jahr 2004 wurde in der Modellierung eine Verminderung der Herzinfarktrate um 8 % (3813 Fälle) durch das umfassende Rauchverbot abgeschätzt unter Berücksichtigung der zusätzlichen Effekte der kleinräumigen Rauchverbotsregelungen, die zwischen 1989 und 2003 eingeführt wurden. Wurden diese nicht einberechnet, ergab sich mit Einführung des umfassenden Rauchverbots eine Verminderung der Herzinfarktraten um 19 %. Die gesetzlichen Regelungen hatten keinen Einfluss auf die Schlaganfallraten.

Kanada

Die altersstandardisierte Inzidenz der Krankenhauseinweisungen aufgrund akuten Herzinfarkts verringerte sich in der Stadt Saskatoon von 176,1/100000 auf 152,4/100000, was einem relativen Risiko von 0,87 (95 % KI 0,84–0,90) entspricht [22]. In den vier Jahren vor Einführung des Rauchverbots gab es keinen systematischen Trend des Rückgangs der Herzinfarktraten in der Studienregion. Der Beobachtungszeitraum wurde ab Juli 2000 gewählt, da mit der Umstellung der Diagnoseverschlüsselung von ICD-9 auf ICD-10 im April 2000 ein sprunghafter Anstieg von durchschnittlich 158/100000 (Juli 1996 – Juni 2000) auf 176/100000 (Juli 2000 – Juni 2004) Fälle verzeichnet wurde.

Italien

Die Effekte des in Italien seit 10. Januar 2005 geltenden umfassenden Rauchverbots in allen öffentlichen Räumen einschließ-

lich der Gastronomie waren Gegenstand der Studien von Barone-Adesi et al. [23] und Cesaroni et al. [28].

In Piemont, Norditalien, wurde nach In-Kraft-Treten des Rauchverbots ein signifikanter Rückgang der Krankenhauseinweisungen aufgrund Herzinfarkts in der Altersgruppe unter 60 Jahren beobachtet (RR 0,89 (95% KI 0,81–0,98)). Dieser Rückgang war bei Frauen ausgeprägter. In der Altersgruppe ab 60 Jahren bestanden keine signifikanten Unterschiede. Ebenso gab es keine Unterschiede in der Kontrollzeitperiode Oktober–Dezember 2004 versus Oktober–Dezember 2003. Es gab keinen Langzeitrend einer Abnahme der Inzidenzen seit Februar 2001. Die Altersstratifizierung war a priori gewählt worden unter der Annahme, dass das dem Rauchen attributable Risiko für Herzinfarkt im jüngeren Lebensalter höher ist und dass ein größerer Einfluss des Rauchverbots auf das Rauchverhalten und die Passivrauchexposition jüngerer Personen besteht. Die Autoren/Autorinnen schätzten in einer Modellrechnung ab, dass Veränderungen des Rauchverhaltens selbst nur zu einem geringen Anteil zum Rückgang der Herzinfarkttraten beitrugen und dass auf die Reduzierung des Passivrauchens der größte Anteil des Rückgangs der Herzinfarkttraten zurückgeführt werden könne [23].

Die Datenbasis der Studie von Cesaroni et al. [28] in Rom war größer: In diese Analyse gingen sowohl Daten zu akuten Koronareignissen aus der Krankenhausdiagnosestatistik als auch aus der Todesursachenstatistik (Todesfälle ohne Krankenhauseinweisung) für die Stadt Rom ein. Mittels Poisson-Regression wurde für Luftschadstoffbelastung (PM₁₀), Grippewellen, Temperatur, Urlaubszeiten, sowie Alter und Geschlechtszusammensetzung der Studienpopulation als mögliche Einflussgrößen kontrolliert. Sensitivitätsanalysen umfassten die Adjustierung für einen linearen zeitlichen Trend bei akuten Koronareignissen und bei Krankenhauseinweisungen insgesamt sowie die Stratifizierung nach Geschlecht, Sozialstatus und Art des Ereignisses (ob Krankenhauseinweisung, ob inzidenter Fall). A priori wurde die Altersstratifizierung (35–64 Jahre, 65–74, 75–84) gewählt unter der Annahme, dass bei Berufstätigen die Passivrauchbelastung höher ist. Ein signifikanter Rückgang der akuten Koronareignisse wurde in den Altersgruppen 35–64 Jahre (RR 0,89 (95% KI 0,85–0,93)) und 65–74 Jahre (0,92 (0,88–0,97)) beobachtet. Der Unterschied blieb auch nach Adjustierung für den zeitlichen Trend 2000–2005 bei akuten Koronareignissen (35–64 J.: Abnahme, 65–74 J.: kein Trend, 75–84 J.: Zunahme) bestehen. Nach Einschätzung der Autoren/Autorinnen ist der größte Teil des beobachteten Rückgangs akuter Koronareignisse auf die Verminderung der Passivrauchexposition zurückzuführen.

Diskussion



Die bisher publizierten acht ökologischen Studien wiesen eine zeitlich plausible, konsistente Assoziation zwischen der Einführung eines Rauchverbots in öffentlichen Räumen und der Verringerung von Herzinfarkttraten in der Bevölkerung in der Größenordnung von 8% bis über 40% nach. Mögliche kausale Effekte eines Rauchverbots sind einerseits die Verringerung der Passivrauchbelastung von Nichtrauchenden und Rauchenden und andererseits die verringerte Tabakrauchbelastung bei bisher aktiv Rauchenden durch Reduzierung des Zigarettenkonsums bis hin zur Aufgabe des Rauchens.

In den hier beschriebenen Studien waren – mit Ausnahme von zwei Studien [21,27] – keine Angaben zum Rauchstatus der

Patienten/Patientinnen verfügbar. Daher konnte nicht weiter zwischen den genannten potenziellen Rauchverboteffekten unterschieden werden.

Rauchverbot als Expositionsindikator

In allen Studien wurde das In-Kraft-Treten eines Rauchverbots als Indikator für eine generelle Expositionsänderung auf Ebene der Bevölkerung gewertet. Die Wirksamkeit umfassender Rauchverbote in öffentlichen Räumen in Hinblick auf den deutlichen Rückgang der Innenraumlufschadstoffbelastung und damit die Expositionsminimierung ist hinreichend belegt [35]. Inzwischen gibt es auch Belege für die Wirksamkeit auf Bevölkerungsebene aus Studien mit Cotininmessungen als Maß der Tabakrauchbelastung von nichtrauchenden Erwachsenen aus rauchfreien Haushalten. In Schottland wurde so nach Einführung des Rauchverbots eine deutliche Verringerung der Tabakrauchbelastung nachgewiesen [36]. In den USA hatten Personen aus Counties mit umfassenden Rauchverboten in öffentlichen Räumen eine geringere Tabakrauchbelastung als Personen aus Counties ohne Rauchverbot [37].

Gleichwohl bleibt festzuhalten, dass das ökologische Studiendesign eine Erfassungsungenauigkeit bei der Exposition bedingt: Individuelle Expositionsdaten z.B. zur Dauer der Exposition in öffentlichen Räumen vor dem Rauchverbot oder zu weiteren Expositionsquellen wie das Passivrauchen in Wohnungen waren in den hier vorgestellten Studien nicht verfügbar. In zwei Studien [23,28] wurde eine altersstratifizierte Analyse durchgeführt, sodass generelle Expositionsunterschiede aufgrund Berufstätigkeit und Freizeitverhalten in Annäherung berücksichtigt werden konnten.

Für die Stärke eines möglichen Effekts von Rauchverboten in öffentlichen Räumen ist von Bedeutung, ob es zuvor bereits Regelungen für rauchfreie Arbeitsplätze gab und ob die auch die Gastronomie umfassenden Rauchverbote einheitlich umgesetzt und von der Bevölkerung akzeptiert wurden. In sechs der hier diskutierten Studien [21,23–25,27,28] gibt es keine Angaben dazu, ob es bereits in der Studienregion vor der Einführung des Rauchverbots in allen öffentlichen Räumen Regelungen für Arbeitsplätze gab. In Saskatoon gab es zuvor nur ein Rauchverbot in Regierungsgebäuden [22]. Allein im Bundesstaat New York gab es in der Zeit vor dem umfassenden Rauchverbot wie oben bereits beschrieben einzelne den Arbeitsplatz betreffende Rauchverbotsregelungen [26]. Es ist somit anzunehmen, dass in den meisten Studienregionen erst mit Einführung der in den Studien untersuchten Rauchverbote das Rauchen an Arbeitsplätzen einschließlich der Gastronomie umfassend geregelt wurde.

In einigen Studien gibt es Hinweise zur Umsetzung der Rauchverbote und deren Akzeptanz in der Bevölkerung. Aus der Stadt Helena, USA, wurde von einer nahezu vollständigen Umsetzung berichtet [21]. In der Stadt Pueblo, USA, stimmten die Bürgerinnen und Bürger mehrheitlich für die Einführung des Rauchverbots, dessen Einhaltung dann von den zuständigen Stellen überwacht wurde [24]. Ein Jahr nach Erlass des Rauchverbots im Bundesstaat New York zeigte eine Studie, dass 93% der Restaurants, Bars und Kegelbahnen das Rauchverbot einhielten. Die Cotininmessung bei einer repräsentativen Stichprobe von Erwachsenen im Bundesstaat New York ergab eine rund 50%-ige Verringerung der Passivrauchexposition in der Bevölkerung [26]. Eine Befragung von Erwachsenen in der Stadt Saskatoon, Kanada, sowie die Überprüfung der öffentlichen Einrichtungen ergaben eine hohe Zustimmung zu dem Rauchverbot sowie eine unproblematische Umsetzung [22]. Für Italien berichten sowohl

Barone-Adesi et al. [23] als auch Cesaroni et al. [28] von einem Rückgang der Tabakrauchbelastung und einer deutlichen Verbesserung der Innenraumluftqualität in öffentlichen Räumen. Aufgrund dieser Hinweise kann angenommen werden, dass mit Einführung eines Rauchverbots in den Studienregionen tatsächlich eine Expositionsänderung auf Bevölkerungsebene eintrat.

Zielgröße und Datenqualität

Die Studien weisen eine Heterogenität bei der Definition und Erfassung der Zielgröße auf. In sechs Studien war die Zielgröße allein akuter Herzinfarkt [21–24, 26, 27], in zwei Studien koronare Herzkrankheit bzw. akute koronare Ereignisse [25, 28]. In drei Studien wurden explizit auch Zweitdiagnosen eines Herzinfarkts berücksichtigt [21, 27, 28]. Nach Einschätzung von Dinno und Glantz [20] sind die Studien vergleichbar, da Passivrauchen ein Risikofaktor für koronare Herzkrankheit und nicht nur für akuten Herzinfarkt ist und der Anteil der akuten Herzinfarkte an allen Fällen koronarer Herzkrankheit relativ konstant ist.

Darüber hinaus gab es Unterschiede bei den Einschlusskriterien. Alle Studien beziehen sich im Wesentlichen auf die Wohnbevölkerung der jeweils untersuchten Region. Teilweise war auch der Aufenthalt in der Studienregion bei Auftreten der Symptomatik und Krankenhauseinweisung zulässig. In zwei Studien zählten vorangegangene Maßnahmen, die einen Herzinfarkt auslösen könnten, zu den Ausschlusskriterien [21, 27]. Bis auf eine kleine Studie [27] waren Risikofaktoren wie Bluthochdruck und erhöhte Cholesterinwerte bzw. Vorerkrankungen kein Ausschlusskriterium. Unter der Annahme, dass sich kardiovaskuläre Passivraucheffekte gerade bei Personen mit einer Vorbelastung manifestieren, wurde daher in fast allen Studien ein Selektionsfehler vermieden.

Alle Studien basierten auf Krankenhausdiagnosen, die den Unterlagen der einzelnen Krankenhäuser selbst oder bevölkerungsbezogenen regionalen Registern entnommen wurden. Im Rahmen der Studien wurden die Diagnosen nicht validiert. Lediglich Lemstra et al. [22] verweisen auf die anderweitig belegte hohe Datenqualität. Selbst wenn es eine Fehlklassifikation der Zielgröße geben sollte, so ist es unwahrscheinlich, dass die Fehlklassifikation differentiell in Bezug auf den Zeitpunkt der Rauchverboteinführung ist.

Für die Abschätzung von Expositionseffekten auf Bevölkerungsebene ist es essentiell, alle Erkrankungsfälle zu erfassen. Bei den meisten Studien gibt es keine Information zu dem Anteil der Herzinfarktfälle, die kein Krankenhaus erreichten. Ein Bias im Sinne einer Überschätzung der wahren Assoziation wäre nur dann gegeben, wenn sich der Anteil der Personen mit Herzinfarkt, die vor Erreichen des Krankenhauses versterben, mit Rauchverboteinführung vergrößert hätte. In zwei Studien wurden Mortalitätsdaten herangezogen, um diese Fehlerquelle abzuschätzen. Sowohl in der Studie in Pueblo [24] als auch in Rom [28] wurde in den Sensitivitätsanalysen keine Verzerrung beobachtet.

Statistische Analyse

In bivariablen Analysen wurde zumeist ein Vergleich altersstandardisierter Inzidenzraten vor und nach Rauchverboteinführung bzw. zwischen Interventions- und Kontrollregion durchgeführt. In mehreren Studien wurde der Vergleichszeitraum so gewählt, dass die Monatsverteilung dem Beobachtungszeitraum entsprach und somit Jahreszeiteffekte ausgeschlossen werden konnten.

Aufgrund der multifaktoriellen Ätiologie von koronarer Herzkrankheit wird die Kontrolle für Confounder in Studien zu gesundheitlichen Effekten des Passivrauchens als wesentlich eingeschätzt [38]. In ökologischen Studien ist auf individueller Ebene aber keine Adjustierung für Confounder bzw. weitere Risikofaktoren für koronare Herzkrankheit möglich. In fünf Studien wurden multivariable Regressionsanalysen durchgeführt, in denen zumindest auf aggregierter Ebene für weitere mögliche Einflussfaktoren wie Jahreszeit oder Luftschadstoffbelastung kontrolliert wurde. Darüber hinaus wurde in den Studien der Einfluss von Faktoren wie z. B. die Änderung der Diagnosekriterien in Sensitivitätsanalysen abgeschätzt.

In dem WHO-MONICA-Projekt wurde zwischen Mitte der 80er und Mitte der 90er Jahre ein Rückgang bei einigen der klassischen Risikofaktoren für koronare Herzkrankheit beobachtet. Rückläufige Trends bei Risikofaktoren erklärten teilweise den Rückgang der Herzinfarktraten, vor allem wenn eine Latenzperiode angenommen wurde [39, 40]. Daten zu Bewegung, Ernährung und beruflichen Stress als wichtige Einflussfaktoren auf koronare Ereignisse lagen in den ökologischen Studien nicht vor. Es erscheint jedoch unwahrscheinlich, dass es in allen Studienregionen genau zum Zeitpunkt der Rauchverboteinführung eine davon unabhängige kurzfristige Änderung der Trends bei diesen Einflussfaktoren in der Bevölkerung gab.

Für die Aussagekraft der Studien von entscheidender Bedeutung ist, ob von einem Rauchverbot unabhängige zeitliche Trends in Morbiditätsraten adäquat berücksichtigt wurden. Beispielsweise belegten Daten des WHO-MONICA-Projekts in Industrienationen zwischen Mitte der 80er bis Mitte der 90er Jahre einen Rückgang der Mortalitätsrate für koronare Herzkrankheit, der in erster Linie auf eine Verminderung der Inzidenz zurückgeführt wurde [40, 41]. Seit Mitte der 90er Jahre zeigen Daten zu der Rate der Krankenhausfälle aufgrund akuten Myokardinfarkts je nach Land einen unterschiedlichen Verlauf: Während in Deutschland und Italien bis 2005 ein zunehmender Trend zu verzeichnen ist, nahm die Rate in Großbritannien eher ab. In Frankreich und den Vereinigten Staaten gab es erst einen Anstieg, dann einen Abfall der Raten. In Kanada war kein eindeutiger Trend zu beobachten [42].

Ein ebenso heterogenes Bild wurde in den acht Studien für die jeweiligen Studienregionen beschrieben. Eine Abnahme der Rate von koronarer Herzkrankheit bzw. Herzinfarkt im Zeitraum vor Rauchverboteinführung wurde in drei Studien beobachtet [25, 26, 28]. In allen drei Studien wurde dieser Trend in den statistischen Analysen berücksichtigt. Dagegen wurde in zwei Studien [22, 24] in der Zeit vor dem Rauchverbot kein kontinuierlicher Trend der Abnahme der Herzinfarktraten beobachtet, in zwei weiteren Studien ein Anstieg der Herzinfarktraten [21, 23]. In der Studie von Sargent et al. [21] wurde in der Analyse die durchschnittliche Rate des Vergleichszeitraums (jeweils 6 Monate der vier Jahre vor Rauchverbot) betrachtet, der zeitliche Trend dadurch nicht beachtet und somit der Effekt des Rauchverbots nach Einschätzung der Autoren eher unterschätzt. Ebenso haben Barone-Adesi et al. [43] in einer Antwort auf Kritik an ihren Analysen und der Wahl des Vergleichszeitraums darauf hingewiesen, dass eine Modellierung des zeitlichen Trends ansteigender Raten in der Altersgruppe unter 60 Jahren zu einem noch ausgeprägteren protektiven Effektschätzer führen würde. Eine weitere Möglichkeit, die Verzerrung durch einen zugrunde liegenden zeitlichen Trend abzuschätzen, ist der räumliche Vergleich von Regionen mit und ohne Rauchverbot. Dieser Vergleich wurde in vier Studien angestellt [21, 24, 25, 27]. Fehlerquellen

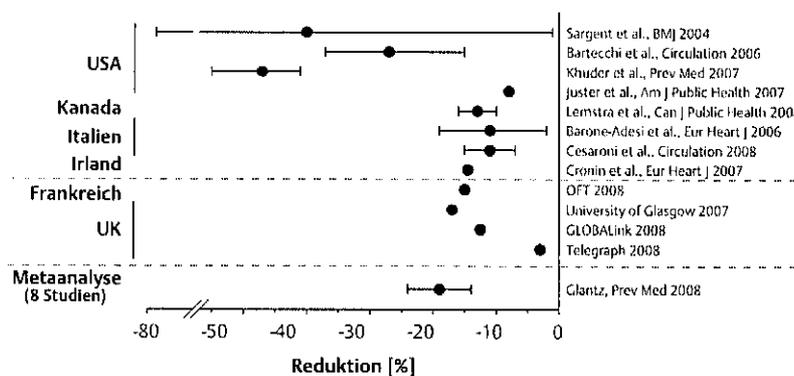


Abb. 1 Prozentuale Verringerung (mit 95% Konfidenzintervall) der Raten von Herzinfarkt bzw. koronarer Herzkrankheit nach In-Kraft-Treten eines Rauchverbots in öffentlichen Räumen. Kuder et al. [25]: Vergleich 2005 versus 2002; Juster et al. [26]: Wert mit Berücksichtigung der Effekte der regionalen (Teil-)Rauchverbote; Barone-Adesi et al. [23]: Altersgruppe < 60 Jahre; Cesaroni et al. [28]: Altersgruppe 35–64 Jahre; Glantz [55]: Metaanalyse (random effects) der Studien [21–26, 28, 30] mit dem Schätzer aus [26] ohne Berücksichtigung der regionalen (Teil-)Rauchverbote.

hierbei können sein, dass die Trennung zwischen Beobachtungsregion mit Rauchverbot und Vergleichsregion ohne Rauchverbot nicht den tatsächlichen Expositionsgegebenheiten (z. B. Besuch gastronomischer Betriebe nicht nur in der Wohnregion) entspricht oder dass sich die Populationen in soziodemografischen Merkmalen und bei potenziellen Confoundern wesentlich unterscheiden. In drei Studien wurde durch Auswahl einer mindestens 45 Meilen entfernten Vergleichsregion vergleichbarer Lage und Soziodemografie versucht, diese Fehlerquellen zu begrenzen [24, 25, 27]. Die Studie von Sargent et al. [21] hingegen umfasste das Einzugsgebiet nur eines Krankenhauses, die Patienten/Patientinnen wurden nach ihrer Wohnadresse als zur Beobachtungsregion (Stadt Helena und Vorort mit vielen Berufspendlern) bzw. Vergleichsregion (Region um Helena) zugehörig eingeteilt. In der Studie finden sich keine Angaben zur soziodemografischen Vergleichbarkeit der beiden Regionen und zur Mobilität der Bevölkerung in Bezug auf mögliche Expositionsorte.

Schließlich wurde in einer Studie die Spezifität der Assoziation belegt, da der zeitliche Verlauf der Krankenhauseinweisungsraten für nicht mit Rauchen verbundene Erkrankungen keinen Zusammenhang mit der Rauchverbotseinführung aufwies [25].

Publikationsbias

Das Argument der Verzerrung durch Publikationsbias, d. h. der Überschätzung von Assoziationen aufgrund der Veröffentlichung von Studien mit nachgewiesenen Effekten und Nichtveröffentlichung von Studien ohne nachweisbare Effekte, konnte für die Thematik Passivrauchen und Gesundheitseffekte entkräftet werden [38, 44]. Aufgrund der Vielzahl der Studien, die eine Assoziation zwischen Passivrauchen und ischämischer Herzkrankheiten nachwies, wurde der Einfluss einzelner, nicht veröffentlichter Studien auf den Gesamtschätzer als minimal eingeschätzt [44].

Neben den bisher nach Peer Review publizierten acht Studien zur Thematik Herzinfarktraten nach Einführung eines Rauchverbots in öffentlichen Räumen wurden fünf weitere Studien über Pressemeldungen oder Abstractpublikation bekannt, die alle fünf ebenfalls einen Rückgang der Herzinfarktraten nach Einführung eines Rauchverbots beschrieben [30–34] (○ Abb. 1).

Irland war der erste europäische Staat, der im März 2004 ein umfassendes Rauchverbot für Arbeitsplätze, Restaurants und Pubs erließ. Dieses Rauchverbot findet große Zustimmung in der Bevölkerung und wird ohne Probleme umgesetzt [45]. Als Abstract für den Kongress der European Society of Cardiology 2007 veröffentlichten Cronin et al. [30] Daten aus Irland: Innerhalb

von 12 Monaten seit Einführung des Rauchverbots (29.03.2004–28.03.2005) wurden im Südwesten Irlands 1092 Personen mit akutem Koronarsyndrom in ein Krankenhaus eingewiesen. Dies entspricht einem Rückgang um 14,5% bzw. absolut 185 Fällen im Vergleich zu dem Vorjahr (29.03.2003–28.03.2004).

In einer Pressemitteilung des Office Français de Prévention du Tabagisme wurde aus Frankreich von einem Rückgang der Herzinfarkttrate um rund 15% seit Einführung eines Rauchverbots in der Gastronomie Anfang 2008 berichtet [32]. Ebenfalls in einer Pressemitteilung wurde von der University of Glasgow ein Rückgang der Herzinfarkttraten um 17% im ersten Jahr nach Einführung eines Rauchverbots (in Kraft seit 26. März 2006) gemeldet [31]. Im Juni 2008 erschien eine Pressemeldung mit Kommentierung seitens der British Cardiovascular Society und der British Heart Foundation über einen Rückgang der Herzinfarkttrate in England um 3% innerhalb von neun Monaten seit In-Kraft-Treten des Rauchverbots zum 01.07.2007 [33]. Anfang Juli 2008 wurden Ergebnisse aus Wales berichtet, wo ein Rauchverbot im April 2007 in Kraft trat. Im Vergleich zum Zeitraum Oktober–Dezember 2006 ging im Zeitraum Oktober–Dezember 2007 die Zahl der mit Herzinfarkt in ein Krankenhaus eingewiesenen Patienten/Patientinnen um 12,5% zurück [34].

Demgegenüber berichteten der Tabakindustrie nahestehende Autoren, z. B. Kuneman und McFadden [46], dass in einigen Staaten der USA nach Einführung eines Rauchverbots kein Rückgang oder zum Teil sogar ein Anstieg der Herzinfarktfälle zu beobachten sei. In Bezug auf die Studien Sargent et al. [21] und Bartecchi et al. [24] in jeweils kleinen Studienregionen und damit geringen Fallzahlen stellten Kuneman und McFadden [46] die Hypothese auf, dass sich bei Durchführung vieler kleinräumiger Analysen von lokal begrenzt gültigen Rauchverboten einige Regionen mit einer zufälligen zeitlichen Übereinstimmung einer starken Abnahme der Krankenhauseinweisungen für Herzinfarkt zum Zeitpunkt der Rauchverbotseinführung finden ließen und dass nur diese Ergebnisse dann publiziert würden.

Ob ein Publikationsbias im Sinne einer selektiven Publikation nur positiver bzw. signifikanter Ergebnisse bei der hier dargestellten Studienlage eine Rolle spielt, kann mit den derzeit zur Verfügung stehenden Informationen nicht beurteilt werden. Es ist durchaus plausibel, dass primär Ergebnisse von solchen Auswertungen publiziert werden, die einen positiven Effekt von Rauchverboten zeigen, während andere Auswertungen, die diesen Effekt nicht zeigen, erst gar nicht zur Publikation eingereicht werden. Dies betrifft insbesondere Auswertungen, die sich auf kleine Regionen und damit kleine Fallzahlen beziehen. Die bisher publizierten und hier beschriebenen Studien geben insofern

einen Hinweis auf Publikationsbias, da vier der fünf kleineren Studien [21, 24, 25, 27; nicht aber 22] höhere Effekte zeigten als die größeren Studien [23, 26, 28, 30].

Um die Fehlerquelle Publikationsbias auszuschließen sind systematische Analysen in Staaten bzw. Regionen mit Rauchverboten und die Veröffentlichung aller Ergebnisse notwendig.

Biologische Plausibilität

Die Frage der biologischen Plausibilität der Ergebnisse ist unter verschiedenen Aspekten zu stellen: Gibt es Evidenz für Herz-Kreislauf-Effekte durch die im Vergleich zu Aktivrauchen geringere Exposition bei Passivrauchen? Ist eine Änderung von kardiovaskulären Erkrankungsrate in einer Bevölkerung nach relativ kurzer Zeitdauer der veränderten Exposition, z.T. bereits nach fünf oder sechs Monaten des In-Kraft-Tretens eines Rauchverbots, plausibel?

Die Evidenz für kardiovaskuläre Effekte des Passivrauchens ist eindeutig: Metaanalysen epidemiologischer Studien ergaben ein um 25–30% erhöhtes Risiko für koronare Herzkrankheit (KHK) durch Passivrauchen [1, 47, 48]. Auf Basis dieser Daten wurde für Deutschland geschätzt, dass jährlich rund 3800 inzidente KHK-Fälle und rund 2100 KHK-Todesfälle unter Nichtrauchenden dem Passivrauchen zuzuschreiben sind [49]. Je nach Ausmaß der Passivrauchexposition kann das Risiko noch größer sein: Bei Messung der Passivrauchexposition durch Biomarker und damit Berücksichtigung der verschiedenen Expositionsorte wie eigene Wohnung, Arbeitsplatz und öffentliche Räume wurde in einer Kohortenstudie bei Männern ein um 50–60% erhöhtes Risiko beobachtet [50]. Die INTERHEART-Studie ergab ein um bis zu 62% erhöhtes Risiko für akuten Herzinfarkt bei einer hohen Passivrauchexposition von mindestens 22 Stunden pro Woche [4].

Als pathophysiologische Mechanismen des akuten und chronischen Einflusses von Passivrauchen auf das kardiovaskuläre System wurden endotheliale Dysfunktion, Thrombozyten-Aktivierung, Dyslipidämie, oxidativer Stress, systemische und lokale Inflammation sowie vegetative Dysfunktion beschrieben [1, 3, 51, 52]. Akute kardiovaskuläre Effekte des Passivrauchens sind nach experimentellen Studien Thrombozyten-Aktivierung, endotheliale Dysfunktion und Störung der Sauerstoffbalance des Myokards [44, 52, 53]. Die chronische Passivrauchexposition trägt zur Entwicklung einer Atherosklerose bei.

Für die Beurteilung der hier beschriebenen Studien zu Rauchverboten sind nicht nur die akuten kardiovaskulären Effekte des Passivrauchens als Erklärung für schon bei kurzzeitiger Exposition auftretende Gesundheitseffekte von Bedeutung, sondern auch die Beobachtung, dass die Dosis-Wirkungs-Beziehung nicht linear ist. Das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse steigt im Niedrigdosisbereich einer Passivrauchexposition überproportional an [1, 47, 51, 54]. Die kardiovaskulären Effekte einer kurzzeitigen Passivrauchexposition über Minuten bis Stunden erreichen 80–90% der Effekte des Aktivrauchens [51]. Dies ist plausibel aufgrund der verschiedenen pathophysiologischen Mechanismen, die die Effekte von Passivrauchen vermitteln, und deren Interaktion [44, 51, 55].

Die Ergebnisse der INTERHEART-Studie [4] zu einem graduell mit zunehmender Passivrauchexposition ansteigenden Herzinfarktrisiko sprechen dafür, dass ein vermindertes Risiko bereits bei Reduzierung der Passivrauchexposition zu erwarten ist. Ein solches Expositionsszenario könnte auf die Situation nach Einführung eines Rauchverbots zutreffen, wenn keine Exposition

mehr bei Aufenthalt in öffentlichen Räumen besteht, jedoch u.U. noch an anderen Orten wie z.B. in Wohnungen.

Schlussfolgerung

Bisher beschreiben acht mit Peer Review publizierte Studien sowie fünf weitere Studien eine Assoziation zwischen der Einführung eines Rauchverbots in öffentlichen Räumen und dem Rückgang der Herzinfarktrate in der Bevölkerung. Die Qualität der hier diskutierten acht publizierten Studien ist heterogen hinsichtlich der Größe der Studienregion und -population, der Reichweite des Rauchverbots sowie der statistischen Analyse. Vor allem die Studien im Bundesstaat New York, USA [26], und in Italien [23, 28] können als aussagekräftig eingeschätzt werden und weisen – je nach Berechnungsmethode – eine Verringerung der Herzinfarktrate zwischen 8% und 19% nach. Für sieben der hier diskutierten acht Studien und den Kongressbeitrag von Cronin et al. [30] berechnete Glantz [56] einen gepoolten Schätzer einer Reduktion der Krankenhauseinweisungsraten für Herzinfarkt von 19% (95% KI 14–24%). Im Auftrag der IARC (International Agency for Research on Cancer) bewertete eine Arbeitsgruppe im April 2008 die verfügbare Evidenz zur Wirksamkeit von Maßnahmen im Rahmen einer Tabakkontrollpolitik. Die Evidenz eines Rückgangs der Herzinfarktrate nach Einführung von Rauchverboten wurde als „strong“ bewertet, d.h. konsistente Assoziation bei begrenzter Evidenz der Kausalität [35]. Auch wenn es sich um ökologische Studien mit der Studiendesign-bedingten begrenzten Aussagekraft handelt, sprechen die zeitliche Abfolge, die Konsistenz der Assoziation bzw. Replizierbarkeit in verschiedenen Studienpopulationen sowie die biologische Plausibilität für eine kausale Assoziation. Sollte sich dies weiter bestätigen, wären Rauchverbote in öffentlichen Räumen eine sehr effektive Public Health-Intervention.

Nachtrag

In unserem Übersichtsbeitrag zitierten wir eine Studie aus Schottland in Form der Pressemitteilung der University Glasgow. Nach Einreichen unseres Publikationsmanuskripts wurde diese Studie im Sommer 2008 publiziert [1].

In dieser Studie von Pell et al. wurde ein Zeitraum von 10 Monaten seit Einführung eines Rauchverbots in allen öffentlichen Räumen im März 2006 mit dem Zeitraum von 10 Monaten vor Rauchverbotseinführung verglichen. Im Gegensatz zu den oben beschriebenen ökologischen Studien wurden in dieser Studie die in 9 Krankenhäusern neu aufgenommenen Patienten/Patientinnen mit akutem Koronarsyndrom befragt und wurde die Cotininserumkonzentration zur Validierung der Eigenangaben zum Rauchstatus gemessen. In die Analysen gingen 2684 Fälle seit Rauchverbotseinführung ein.

Die Studie ergab einen Rückgang der Krankenhauseinweisungen um 17% (95% KI 16–18%) seit Rauchverbotseinführung. Dieser Rückgang war ausgeprägter bei Nichtrauchenden (21% (95% KI 18–24%)) im Vergleich zu aktiv Rauchenden (14% (16–18%)).

1 Pell JP, Haw S, Cobbe S, Newby DE, Pell AC, Fischbacher C, MacConnachie A, Pringle S, Murdoch D, Dunn F, Oldroyd K, Macintyre P, O'Rourke B, Borland W. Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. *N Engl J Med* 2008; 359 (5): 482–491

Literatur

- 1 U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health 2006
- 2 IARC (International Agency for Research on Cancer). IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. Volume 83 2004
- 3 Raupach T, Radon K, Nowak D et al. Passivrauchen: Gesundheitliche Folgen, Effekte einer Expositions-karenz und Präventionsaspekte. Pneumologie 2008; 62 (1): 44–50
- 4 Teo KK, Ounpuu S, Hawken S et al., INTERHEART Study Investigators. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. Lancet 2006; 368 (9536): 647–658
- 5 Repace J. Respirable particles and carcinogens in the air of Delaware hospitality venues before and after a smoking ban. J Occup Environ Med 2004; 46 (9): 887–905
- 6 Gorini G, Gasparrini A, Fondelli MC et al. Environmental tobacco smoke (ETS) exposure in Florence hospitality venues before and after the smoking ban in Italy. J Occup Environ Med 2005; 47 (12): 1208–1210
- 7 Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK et al. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. Tob Control 2005; 14 (6): 384–388
- 8 Ellingsen DG, Fladseth G, Daae HL et al. Airborne exposure and biological monitoring of bar and restaurant workers before and after the introduction of a smoking ban. J Environ Monit 2006; 8 (3): 362–368
- 9 Valente P, Forastiere F, Bacosi A et al. Exposure to fine and ultrafine particles from secondhand smoke in public places before and after the smoking ban, Italy 2005. Tob Control 2007; 16 (5): 312–317
- 10 Eisner MD, Smith AK, Blanc PD. Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. JAMA 1998; 280 (22): 1909–1914
- 11 Menzies D, Nair A, Williamson PA et al. Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. JAMA 2006; 296 (14): 1742–1748
- 12 Eagan TML, Hetland J, Aarø LE. Decline in respiratory symptoms in service workers five months after a public smoking ban. Tob Control 2006; 15 (3): 242–246
- 13 Goodman P, Agnew M, McCaffrey M et al. Effects of the Irish smoking ban on respiratory health of bar workers and air quality in Dublin pubs. Am J Respir Crit Care Med 2007; 175 (8): 840–845
- 14 Frieden TR, Mostashari F, Kerker BD et al. Adult tobacco use levels after intensive tobacco control measures: New York City, 2002–2003. Am J Public Health 2005; 95 (6): 1016–1023
- 15 Fong GT, Hyland A, Borland R et al. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Survey. Tob Control 2006; 15 (Suppl 3): iii51–58
- 16 Gallus S, Zuccaro P, Colombo P et al. Smoking in Italy 2005–2006: effects of a comprehensive National Tobacco Regulation. Prev Med 2007; 45 (2–3): 198–201
- 17 Burton A. Bans, bans, good for the heart! Environ Health Perspect 2006; 114: A154
- 18 Radke PW, Schunkert H. Public smoking ban: Europe on the move. Eur Heart J 2006; 27 (20): 2385–2386
- 19 Samet JM. Smoking bans prevent heart attacks. Circulation 2006; 114 (14): 1450–1451
- 20 Dinno A, Glantz S. Clean indoor air laws immediately reduce heart attacks. Prev Med 2007; 45 (1): 9–11
- 21 Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. BMJ 2004; 328 (7446): 977–980
- 22 Lemstra M, Neudorff C, Opondo J. Implications of a public smoking ban. Can J Public Health 2008; 99 (1): 62–65
- 23 Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F et al. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. Eur Heart J 2006; 27 (20): 2468–2472
- 24 Bartecchi C, Alsever RN, Nevin-Woods C et al. Reduction in the incidence of acute myocardial infarction associated with a citywide smoking ordinance. Circulation 2006; 114 (14): 1490–1496
- 25 Khuder SA, Milz S, Jordan T et al. The impact of a smoking ban on hospital admissions for coronary heart disease. Prev Med 2007; 45 (1): 3–8
- 26 Juster HR, Loomis BR, Hinman TM et al. Declines in hospital admissions for acute myocardial infarction in New York state after implementation of a comprehensive smoking ban. Am J Public Health 2007; 97 (11): 2035–2039
- 27 Seo DC, Torabi MR. Reduced admissions for acute myocardial infarction associated with a public smoking ban: matched controlled study. J Drug Educ 2007; 37 (3): 217–226
- 28 Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N et al. Effect of the Italian smoking ban on population rates of acute coronary events. Circulation 2008; 117 (9): 1183–1188
- 29 Office on Smoking and Health, Centers for Disease Control and Prevention. Fact Sheet "Smoke-Free Policies Improve Health", 2008. http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/factsheets/policies_improve_health.htm (letzter Zugriff 05.06.08)
- 30 Cronin E, Kearney P, Sullivan P. Impact of a national smoking ban on the rate of admissions to hospital with acute coronary syndromes. Eur Heart J 2007; 28 (Abstract Suppl): 585
- 31 University of Glasgow. University study shows fall in heart attacks 10.09.2007 http://www.gla.ac.uk/news/headline_42797_en.html (letzter Zugriff 16.06.2008)
- 32 L'Office Français de Prévention du Tabagisme (OFT). Communiqué de presse. Evaluation des bénéfices de l'interdiction de fumer suite au décret du 15 novembre 2006 Paris 23 février 2008 <http://www.ofstas.fr/pdf/CP220208%20Evaluation%20des%20b%20E9n%E9fices%20de%20l%27interdiction%20de%20fumer.pdf> (letzter Zugriff 23.06.2008)
- 33 Sawyer P. Fall in heart attack numbers after smoking ban. Telegraph 14.06.2008 <http://www.telegraph.co.uk/news/uknews/2127897/Fall-in-heart-attack-numbers-after-smoking-ban.html> (letzter Zugriff 09.07.2008)
- 34 GLOBALink. Heart attacks down in wake of smoking ban – Western Mail July 2, 2008. <http://www.globalink.org/news> (letzter Zugriff 02.7.2008)
- 35 Pierce JP, Léon ME on behalf of the IARC Handbook Volume 13 Working Group and IARC Secretariat. Effectiveness of smoke-free policies. Lancet Oncology 2008; 9 (7): 614–615
- 36 Haw SJ, Gruer L. Changes in exposure of adult non-smokers to secondhand smoke after implementation of smoke-free legislation in Scotland: national cross sectional survey. BMJ 2007; 335 (7619): 549–552
- 37 Pickett MS, Schober SE, Brody DJ et al. Smoke-free laws and secondhand smoke exposure in US non-smoking adults, 1999–2002. Tob Control 2006; 15 (4): 302–307
- 38 Kawachi I, Colditz GA. Invited commentary: confounding, measurement error, and publication bias in studies of passive smoking. Am J Epidemiol 1996; 144 (10): 909–915
- 39 Kuulasmaa K, Tunstall-Pedoe H, Dobson A, et al, for the WHO MONICA Project. Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. Lancet 2000; 355 (9205): 675–687
- 40 Keil U. Das weltweite WHO-MONICA-Projekt: Ergebnisse und Ausblick. Gesundheitswesen 2005; 67 (Sonderheft 1): S38–S45
- 41 Boersma E, Mercado N, Poldermans D et al. Acute myocardial infarction. Lancet 2003; 361 (9360): 847–858
- 42 OECD Gesundheitsdaten 2007. www.gbe-bund.de (letzter Zugriff 10.07.2008)
- 43 Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F et al. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction: reply. Eur Heart J 2007; 28 (18): 2296–2297
- 44 Howard G, Thun MJ. Why is environmental tobacco smoke more strongly associated with coronary heart disease than expected? A review of potential biases and experimental data. Environ Health Perspect 1999; 107 (Suppl 6): 853–858
- 45 Glantz FK, Glantz SA. Protecting Europeans from secondhand smoke: time to act. Eur Heart J 2006; 27 (4): 382–383
- 46 Kuneman DW, MacFadden MJ. Do smoking bans cause a 27 to 40% drop in admissions for myocardial infarction in hospitals? A preliminary study. 2005. <http://kuneman.smokersclub.com/hospitaladmissions.html> (letzter Zugriff 28.11.2008)
- 47 Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. BMJ 1997; 315 (7114): 973–980
- 48 He J, Vupputuri S, Allen K et al. Passive smoking and the risk of coronary heart disease – a meta-analysis of epidemiologic studies. N Engl J Med 1999; 340 (12): 920–926

- 49 *Heidrich J, Wellmann J, Heuschmann PU et al.* Mortality and morbidity from coronary heart disease attributable to passive smoking. *Eur Heart J* 2007; 28 (20): 2498–2502
- 50 *Whincup PH, Gilg JA, Emberson JR et al.* Passive smoking and risk of coronary heart disease and stroke: prospective study with cotinine measurement. *BMJ* 2004; 329 (7459): 200–205
- 51 *Barnoya J, Glantz SA.* Cardiovascular effects of secondhand smoke: nearly as large as smoking. *Circulation* 2005; 111 (20): 2684–2698
- 52 *Raupach T, Schäfer K, Konstantinides S et al.* Secondhand smoke as an acute threat for the cardiovascular system: a change in paradigm. *Eur Heart J* 2006; 27 (4): 386–392
- 53 *Otsuka R, Watanabe H, Hirota K et al.* Acute effects of passive smoking on the coronary circulation in healthy young adults. *JAMA* 2001; 286 (4): 436–441
- 54 *Pechacek TF, Babb S.* How acute and reversible are the cardiovascular risks of secondhand smoke? *BMJ* 2004; 328 (7446): 980–983
- 55 *Venn A, Britton J.* Exposure to secondhand smoke and biomarkers of cardiovascular disease risk in never-smoking adults. *Circulation* 2007; 115 (8): 990–995
- 56 *Glantz SA.* Meta-analysis of the effects of smokefree laws on acute myocardial infarction: An update. *Preventive Medicine* 2008; 47: 452–453

Passivrauchen: Gesundheitliche Folgen, Effekte einer Expositionskarenz und Präventionsaspekte

Passive Smoking – Health Consequences and Effects of Exposure Prevention

Autoren

T. Raupach¹, K. Radon², D. Nowak², S. Andreas³

Institute

¹ Abteilung Kardiologie und Pneumologie, Universitätsmedizin Göttingen

² Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Klinikum der Universität München

³ Lungenfachklinik Immenhausen

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-980154
 Online-Publikation: 28.11.2007
 Pneumologie 2008; 62; 44–50
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0934-8387

Korrespondenzadresse

Dr. med. Tobias Raupach
 Abteilung Kardiologie und
 Pneumologie, Universitäts-
 medizin Göttingen
 Robert Koch-Straße 40
 37075 Göttingen
 raupach@med.uni-goettingen.de

Zusammenfassung



Passivrauchen stellt weltweit die drittwichtigste vermeidbare Todesursache dar. Eine Exposition gegenüber Passivrauch ist unter anderem mit einem erhöhten Risiko für die Entstehung akuter respiratorischer Erkrankungen, obstruktiver Atemwegserkrankungen, eines Lungenkarzinoms und kardiovaskulärer Erkrankungen assoziiert. Während die Dosis-Wirkungs-Beziehung hinsichtlich pulmonaler Erkrankungen vermutlich linear verläuft, besteht zwischen dem Ausmaß einer Passivrauch-Exposition und dem Risiko für akute Manifestationen der Atherosklerose ein nicht-linearer Zusammenhang. Auf diesem beruht die Beobachtung eines überproportional hohen Herzinfarkt-Risikos für Passivraucher im Vergleich zu nicht-exponierten Individuen. Die Passivrauch-Belastung in Deutschland ist zwar rückläufig, aber nach wie vor erheblich. Während die häusliche Exposition schwer beeinflussbar ist, zeigen aktuelle Studien, dass sich die Passivrauch-bedingte Morbidität und Mortalität durch öffentliche Rauchverbote deutlich reduzieren lassen. Entsprechende Maßnahmen sind auch präventiv zur Vermeidung von Expositionen am Arbeitsplatz notwendig und werden gut toleriert. In dieser Übersichtsarbeit wird die aktuelle Datenlage zu den Gefahren des Passivrauchens und den Auswirkungen öffentlicher Rauchverbote dargestellt.

Abstract



Passive smoking is the third leading but preventable cause of death worldwide. It is associated with an elevated risk of developing acute respiratory diseases, obstructive lung disorders, lung cancer, and cardiovascular disease. Whereas the dose-response relationship between second-hand smoke exposure and respiratory diseases is likely to be linear, a non-linear dose-response curve has been observed with respect to acute cardiovascular events. This explains the disproportionately high risk of myocardial infarction among passive smokers as compared to unexposed individuals. Over the last ten years, exposure to second-hand smoke has declined in Germany, but it is still substantial. With passive smoking in the home being a difficult target for preventive measures, public smoking bans have recently been shown to greatly reduce second-hand smoke-related morbidity and mortality. In addition, such measures are usually well tolerated and highly relevant regarding legal aspects related to workplace issues. This article summarises the current evidence on the health consequences of passive smoking and on the favourable effects of public smoking bans.

Einleitung



Passivrauchen ist die Inhalation von Tabakrauch, der entweder von einem Raucher exhaliiert wurde (Hauptstromrauch) oder am glimmenden Ende einer Zigarette (Nebenstromrauch) entstanden ist. Noch vor einigen Jahren wurde die Kontamination der Atemluft mit Tabakrauch lediglich als Belästigung angesehen; die For-

schungsergebnisse der vergangenen 20 Jahre offenbaren jedoch deletäre Effekte des Passivrauchens auf verschiedene Organsysteme. So wird Passivrauchen heute – unter anderem aufgrund seiner Auswirkungen auf das respiratorische und das kardiovaskuläre System – weltweit als drittwichtigste vermeidbare Todesursache angesehen [1]. Eine ausführliche Darstellung der aktuellen Datenlage zum Zusammenhang zwischen Passiv-

Tab. 1 Erkrankungen mit gesichertem oder vermutetem ursächlichem Zusammenhang zur Passivrauch-Belastung (adaptiert nach Report des Surgeon General [2])

Zusammenhang mit Passivrauch gesichert	Zusammenhang mit Passivrauch vermutet
Reizung der oberen Atemwege	
COPD (nach aktuellen Daten gesicherter Zusammenhang)	eingeschränkte Lungenfunktion bei Gesunden
Lungenkarzinom	Karzinome der Nasennebenhöhlen
Mammakarzinom	
koronare Herzkrankheit (akute und chronische Morbidität)	Schlaganfall
reduziertes Geburtsgewicht	
tiefe Atemwegsinfekte bei Kindern	
Otitis media bei Kindern	
plötzlicher Kindstod	
Asthma bronchiale bei Schulkindern	Asthma bronchiale im Erwachsenenalter
eingeschränkte Lungenfunktion in der Kindheit	maligne Erkrankungen in der Kindheit (Leukämien, Lymphome, Hirntumore)

rauchen und verschiedenen Erkrankungen findet sich in einem Report des Surgeon General (US Department of Health und Human Services) aus dem vergangenen Jahr [2]. Hier wird zwischen Erkrankungen unterschieden, für die ein ätiologischer Zusammenhang mit dem Passivrauchen entweder bewiesen wurde („sufficient evidence“) oder vermutet wird („suggestive evidence“). Eine entsprechende Zusammenstellung findet sich in **Tab. 1**.

Einer Studie in der Europäischen Union aus dem Jahr 2006 zufolge [3] sterben in Deutschland jährlich 2450 Nichtraucher (Nie- und Ex-Raucher) an den Folgen einer Passivrauch-bedingten koronaren Herzkrankheit. Eine aktuelle Arbeit [4] kam mit 2150 KHK-bedingten Todesfällen zu einem ähnlichen Ergebnis. Im vorliegenden Übersichtsartikel sollen zunächst die Zusammensetzung des Passivrauchs sowie Methoden zur Quantifizierung der Exposition dargestellt werden. Danach wird auf aktuelle Daten zur Passivrauch-Exposition in Deutschland eingegangen. Der größte Teil der Arbeit ist den Auswirkungen einer Passivrauch-Belastung auf das respiratorische und das kardiovaskuläre System gewidmet; zudem werden kurz einige weitere relevante Passivrauch-bedingte Erkrankungen diskutiert. Der letzte Teil der Arbeit befasst sich mit präventiven Aspekten und hier insbesondere den Auswirkungen öffentlicher Rauchverbote auf die Gesundheit der Bevölkerung.

Zusammensetzung des Passivrauchs

Passivrauch setzt sich aus einer Gasphase und einer partikulären Phase zusammen. Er besteht zu 85% aus Nebenstromrauch und zu 15% aus Hauptstromrauch. Bislang wurden 4000 Inhaltsstoffe von Nebenstromrauch bestimmt, von denen viele toxisch und etwa 50 krebserzeugend sind [5]. Da durch die beim Ziehen an einer Zigarette entstehende sehr hohe Verbrennungstemperatur einige Substanzen inaktiviert werden, die bei der zwischen 2 Zügen herrschenden niedrigeren Temperatur an der Zigaretten spitze noch stabil bleiben [6], ist die Konzentration einiger Schadstoffe (z. B. Ammoniak, Anilin und Benzol) im Nebenstromrauch deutlich, bis zu 100fach, höher als im Hauptstromrauch [7,8].

Die Partikel im Nebenstromrauch sind typischerweise kleiner (aerodynamischer Durchmesser 0,01 – 0,1 μm) als die des Hauptstromrauchs (0,1 – 1,0 μm) (zitiert nach [9]).

Quantifizierung einer Passivrauch-Exposition

Zur Bestimmung des Ausmaßes einer Exposition gegenüber Passivrauch stehen indirekte und direkte Verfahren zur Verfügung. Zu ersteren zählen Fragebögen, Luftmessungen sowie Rechenmodelle. Zur retrospektiven Erfassung der Exposition haben sich insbesondere Fragebögen sowie Modellberechnungen als nützlich erwiesen. So lässt sich die häusliche Belastung mit Passivrauch am ehesten aus dem Produkt der Anzahl der vom Partner pro Tag gerauchten Zigaretten und der Anzahl der Jahre, in denen diese geraucht wurden, abschätzen [10]. Da Passivrauch eine partikuläre Phase enthält, lässt sich die Passivrauch-Exposition in Innenräumen anhand der Feinstaub-Belastung approximieren [11]. Wenngleich bezüglich der Inhaltsstoffe sowie der durch Feinstaub und Passivrauch ausgelösten pathophysiologischen Prozesse und epidemiologischen Effekte gewisse Parallelen bestehen, sind diese beiden Umwelttoxene aufgrund deutlicher Unterschiede in der Größenverteilung, der Verbreitung über die Blutbahn, des intrapulmonalen Depositionsmusters und der spezifischen Toxizität nicht direkt miteinander vergleichbar.

Als direktes Verfahren zur Abschätzung einer Passivrauch-Exposition hat sich der Biomarker Cotinin durchgesetzt. Dieses Abbauprodukt des Nikotins besitzt eine mit 17 Stunden deutlich längere Halbwertszeit im Blut als das Nikotin selbst (2 Stunden); zu seiner Bestimmung in Plasma, Speichel, Haaren [12] und Urin stehen sensitive Methoden zur Verfügung [13]. Eine Cotinin-Plasmakonzentration von > 2,5 ng/ml weist auf eine signifikante Passivrauch-Belastung hin [7]. Zur Unterscheidung zwischen Nichtrauchern (inklusive Passivrauchern) und Aktivrauchern hat sich ein Cut-off von 15 ng/ml bewährt [14]. Dieser Wert kann bei nichtrauchenden Beschäftigten im Gaststättengewerbe, insbesondere in Bars und Diskotheken, jedoch deutlich überschritten werden [15]. Kürzlich erbrachten Messungen im Freien, dass auch hier die Belastung durch Passivrauch kurzfristig erheblich sein kann [16].

Passivrauch-Exposition in Deutschland

Laut den Ergebnissen des European Community Respiratory Health Survey II [17] hat die Passivrauch-Exposition für Erwachsene in Europa innerhalb der letzten 10 Jahre um 18% abgenommen. In Deutschland ist nach aktuellen Ergebnissen heute durchschnittlich jeder 3. erwachsene Nichtraucher regelmäßig zu Hause, am Arbeitsplatz und/oder in der Freizeit gegenüber Passivrauch exponiert [18]. Bei Jugendlichen im Alter von 16 – 18 Jahren berichtete sogar jeder zweite von einer Passivrauch-Exposition [19]. Ähnliche Prävalenzen zeigten sich im Rahmen des Kinder-Umwelt-Surveys (Mai 2003–Mai 2006), bei dem 771 von 1656 Kindern im Alter von 3 – 14 Jahren erhöhte Cotinin-Werte im Urin aufwiesen, die auf eine Passivrauch-Belastung hindeuteten [20].

Gesundheitliche Folgen einer Exposition gegenüber Passivrauch

Respiratorisches System

Passivrauchen irritiert die Nasenschleimhaut [21], reizt die Konjunktiven und kann akut zu Husten und Dyspnoe führen [22]. In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, dass Passivrauchen eine vorbestehende bronchiale Hyperreagibilität verstärken kann [23]. Kinder rauchender Mütter weisen eine eingeschränkte Lungenfunktion auf, was zumindest teilweise auf eine intrauterine Exposition zurückzuführen ist [24]. In einer prospektiven Kohortenstudie [25] mit über 8700 Teilnehmern im Alter von 6–18 Jahren ergab sich für Kinder, die entweder vor ihrer Einschulung oder während des Beobachtungszeitraums zu Hause passiv rauchten, eine signifikante Reduktion der FEV₁. Retrospektive Daten aus dem European Community Respiratory Health Survey [26] geben Hinweise darauf, dass Passivrauch-Exposition im Kleinkindesalter auch im Erwachsenenalter noch zu einer signifikanten Einschränkung der FEV₁ um im Mittel 31 ml (95%-Konfidenzintervall: 8–53 ml) führt.

Akut erhöht eine Passivrauch-Exposition im Kindesalter das Risiko für Infekte der unteren Atemwege: Die diesbezügliche Hospitalisierungsrates von Kindern rauchender Eltern ist fast doppelt so hoch wie diejenige nicht-exponierter Kinder [27]. Zwischen der Menge der täglich von einer Mutter gerauchten Zigaretten und der Häufigkeit respiratorischer Symptome bei ihrem Kind besteht eine direkte Dosis-Wirkungs-Beziehung [28,29]. In **Tab. 2** sind die Ergebnisse einer Metaanalyse von Studien zu den Effekten des Passivrauchens [30] auf das Bronchialsystem von Kindern zusammengestellt. Durch Induktion einer Funktionsstörung der Tuba Eustachii erhöht Passivrauchen bei Kindern zudem das Risiko für eine rezidivierende Otitis media um 50% [31].

Eine Metaanalyse der Daten aus 25 Studien ergab, dass Passivrauchen das Risiko eines Asthma bronchiale von Kindern um ca. 20% erhöht [32]. Allerdings ist noch nicht endgültig geklärt, inwieweit dieser Effekt durch eine Exposition in utero (d. h. Aktivrauchen der Mutter während der Schwangerschaft) hervorgerufen wird. Es wird vermutet, dass die postnatale Exposition gegenüber Passivrauch in erster Linie Exazerbationen eines bestehenden Asthma bronchiale auslösen kann [33]. In einer retrospektiven Kohortenstudie (n=300) erwies sich eine Passivrauch-Exposition als Risikofaktor für eine Intubation asthmatischer Kinder auf der Notaufnahme (Odds Ratio 22,4) [34]. Die Ergebnisse einer Querschnittsstudie, nach denen Passivrauchen in der Kindheit ein unabhängiger Risikofaktor für die Diagnose

Tab. 2 Erhöhtes Risiko (Odds Ratio) respiratorischer Morbidität bei Kindern mit häuslicher Passivrauch-Exposition im Vergleich zu Kindern ohne Passivrauch-Exposition (adaptiert nach [30])

Altersgruppe/Beschwerden	Odds Ratio (95%-Konfidenzintervall)
Kinder im Alter von 0–2 Jahren	
▶ Giemen	1,6 (1,42–1,74)
▶ tiefe Atemwegsinfekte	1,5 (1,16–2,08)
Kinder im Alter von 5–16 Jahren	
▶ Giemen	1,2 (1,17–1,31)
▶ Husten	1,4 (1,27–1,53)
▶ Dyspnoe	1,3 (1,08–1,59)
▶ Asthma bronchiale	1,2 (1,10–1,34)

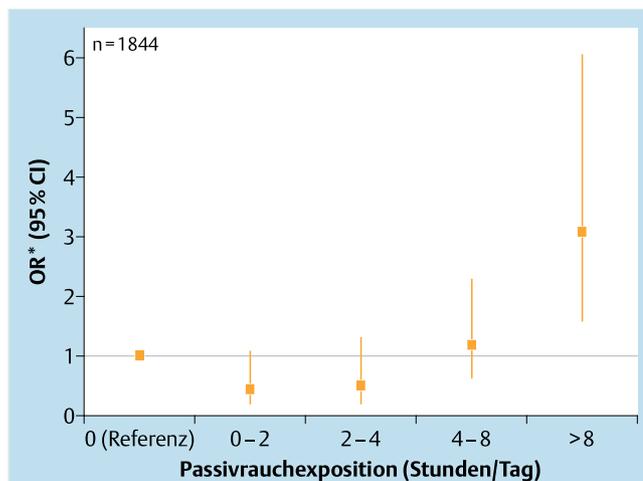


Abb. 1 Odds Ratio für chronische Bronchitis in Abhängigkeit von der täglichen Dauer der Exposition gegenüber Passivrauch. Daten adjustiert für Stadt, Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischen Status, Aktivrauchen, berufliche Exposition gegenüber Stäuben und Gasen (aus [75]).

„Asthma bronchiale“ im späteren Leben sei [35], decken sich mit den Befunden einer prospektiven Studie mit 10-jährigem Follow-up. Hier betrug das Relative Risiko, an Asthma bronchiale zu erkranken, für Passivraucher 1,45 (95%-Konfidenzintervall: 1,21–1,75) [36].

Auch wenn die Bedeutung der Passivrauch-Exposition bei Erwachsenen nicht so gut belegt ist wie bei Kindern, zeigen eine Reihe von aktuellen Studien einen signifikanten Zusammenhang mit dem Auftreten und dem Schweregrad des Asthma bronchiale [37]. In einer aktuellen Studie war z. B. die mittels Cotinin-Konzentrationsbestimmung im Haar objektivierte Passivrauch-Exposition ein unabhängiger Prädiktor für Krankenhausaufnahmen wegen Asthma (RR 3,73; 95%-Konfidenzintervall: 1,04–13,30) [12].

Der Report des Surgeon General aus dem vergangenen Jahr kam zu dem Schluss, dass ein Zusammenhang zwischen Passivrauch-Exposition und der Entwicklung einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) lediglich „vermutet“ werden könne. Allerdings weisen aktuelle Arbeiten [38,39], die bei der Erstellung dieses Reports noch nicht berücksichtigt wurden, auf eine enge Assoziation zwischen Passivrauchen und COPD hin. So besteht bereits bei Erwachsenen im Alter von 22–40 Jahren eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen einer Passivrauch-Exposition und dem Auftreten einer chronischen Bronchitis (siehe **Abb. 1**). Einer aktuellen Studie [38] zufolge geht eine starke häusliche Exposition gegenüber Tabakrauch mit einer signifikanten 55%igen Steigerung des COPD-Risikos einher. Für die Exposition am Arbeitsplatz ergab sich in dieser Studie ein schwächerer, aber dennoch signifikanter Zusammenhang (Odds Ratio 1,36; Konfidenzintervall 1,002–1,84). In einer 10-jährigen Follow-up-Studie fand sich für Ehepartner von Rauchern im Vergleich zu Individuen ohne häusliche Passivrauch-Exposition sogar eine erhöhte COPD-Mortalität [39]. Verschiedene Autoren [24,40] berichten über eine Passivrauch-bedingte Abnahme der FEV₁. In retrospektiven Studien zu dieser Fragestellung wurde eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen Passivrauch-Exposition und Einschränkung der Lungenfunktion belegt [41]. Bei bestehender COPD erhöht Passivrauchen die Wahrscheinlichkeit für eine Hospitalisierung [42]. Unabhängig vom Bestehen einer bronchialen Obstruktion fand sich in einer Fall-Kontroll-Studie

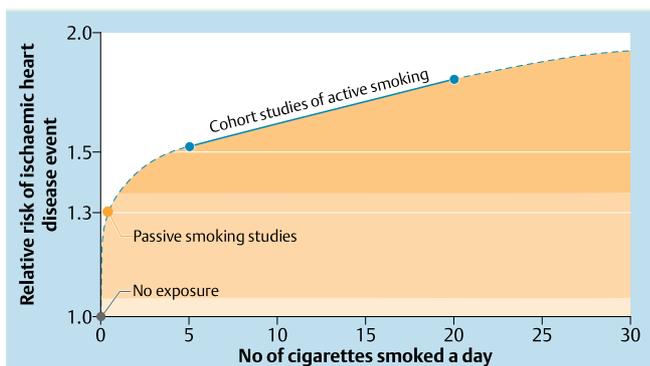


Abb. 2 Nicht-lineare Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen Ausmaß einer Passivrauch-Exposition und dem Risiko eines kardiovaskulären Ereignisses (nach [76]). Regelmäßiges Passivrauchen wird hinsichtlich der Toxinbelastung dem aktiven Rauchen von täglich 0,2 Zigaretten gleichgesetzt.

unter Berücksichtigung einer Vielzahl möglicher Confounder (u. a. Alter, Geschlecht, Hautfarbe, chronische Erkrankungen und Bildungsgrad) für Passivraucher ein 2,5faches Risiko für die Entwicklung einer Pneumokokken-Infektion [43]. Kürzlich zeigte sich auch ein Zusammenhang zwischen Passivrauchen und Tuberkulose-Infektion bei Kindern, die in einem Haushalt mit einem Tuberkulosepatienten leben [44]. Sowohl passive als auch aktive Exposition gegenüber Tabakrauch haben einen Einfluss auf eine Tuberkulose-Infektion und auf den Übergang zu einer Tuberkulose-Erkrankung [45].

Die starke Assoziation zwischen Aktivrauchen und der Entwicklung eines Lungenkarzinoms macht es pathophysiologisch prinzipiell plausibel, dass auch Passivrauchen einen Risikofaktor für respiratorische Malignome darstellt. Tatsächlich fand sich in einer aktuellen prospektiven Studie eine Risiko-Erhöhung durch Passivrauchen am Arbeitsplatz um 20–30% [46]. Diese Schätzung deckt sich weitgehend mit den Ergebnissen einer Metaanalyse von Hackshaw und Koautoren [47], in der sich – unabhängig vom Expositionsort – eine Odds Ratio von 1,24 (1,13–1,36) fand. Die Risikoerhöhung durch häusliche Exposition gegenüber Passivrauch wurde in einer kürzlich erschienenen Metaanalyse von Taylor und Kollegen [48] zu 27% berechnet. Unter der Annahme einer Risikozunahme durch Aktivrauchen um den Faktor 20 beträgt das Lungenkrebs-Risiko von Passivrauchern somit im Gruppenmittel etwa 6% des Risikos von Aktivrauchern. Für die höchstexponierte Gruppe der Nie-Raucher im Gaststättengewerbe (insbesondere Bars und Diskotheken) kann das Risiko unter Annahme eines linearen Zusammenhangs nach 40-jähriger Tätigkeit im Vergleich zu Arbeitnehmern an gering exponierten Büroarbeitsplätzen um bis zu 10fach erhöht sein [49].

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Passivrauchen nicht nur zu vermehrten Atemwegserkrankungen in der Kindheit führt, sondern auch die Entstehung der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung und des Asthma bronchiale begünstigt. Der Zusammenhang zwischen einer Passivrauch-Exposition und der Entstehung eines Lungenkarzinoms wurde in einer Vielzahl von Studien gesichert.

Kardiovaskuläres System

Am kardiovaskulären System löst Passivrauchen im Prinzip die gleichen pathophysiologischen Prozesse aus wie Aktivrauchen. Einige dieser Mechanismen zeigen bereits bei geringer Rauchexposition eine maximale Aktivität. Dies erklärt einerseits den nicht-linearen Verlauf der Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen

Rauchexposition und KHK-Risiko im Bereich geringer Dosen (siehe **Abb. 2**) [50] und andererseits die Beobachtung, dass Passivrauchen nicht nur zu chronischen, sondern auch zu akuten kardiovaskulären Krankheitsmanifestationen führen kann [51]. Zu den pathophysiologischen Mechanismen, durch die Passivrauchen mit chronischen und akuten Manifestationen am kardiovaskulären System verbunden ist, gehören die Endothel-Dysfunktion, die Thrombozyten-Aktivierung, die Dyslipidämie, oxidativer Stress, eine systemische und lokale Inflammation sowie eine sympathovagale Imbalance. Konservativen Schätzungen zufolge erhöht Passivrauchen das Risiko für das Eintreten eines akuten kardiovaskulären Ereignisses um 25–35% [13]. Auf dieser Basis wurde errechnet, dass Passivrauchen in Deutschland pro Jahr für 2150 Todesfälle durch eine koronare Herzerkrankung verantwortlich ist [4]. Umgekehrt lässt sich die Inzidenz des akuten Myokardinfarkts durch öffentliche Rauchverbote in kurzer Zeit senken [52–54].

Weitere Passivrauch-assoziierte Erkrankungen

An dieser Stelle sollen einige weitere der in **Tab. 1** genannten Erkrankungen diskutiert werden. Das Risiko für eine Frühgeburt ist für schwangere Frauen mit Passivrauch-Exposition zwar nicht eindeutig erhöht; das Geburtsgewicht von Kindern passivrauchender Mütter ist aber signifikant erniedrigt [55]. Passivrauchen verdoppelt das Risiko für den plötzlichen Kindstod [56]. Von den jährlich 372 in Deutschland auftretenden Fällen werden etwa 60 (16%) auf eine häusliche Passivrauch-Exposition zurückgeführt [57]. Hinweise auf eine Dosis-Wirkungs-Beziehung liefern Fall-Kontroll-Studien aus den 90er Jahren; in einer Arbeit mit allerdings kleiner Fallzahl fand sich für eine mindestens achtstündige Exposition pro Tag eine Odds Ratio von 8,3 (Konfidenzintervall 4,28–16,05) [58].

Für den Zusammenhang zwischen Passivrauchen und der Entstehung eines Mammakarzinoms liegen mittlerweile ebenfalls verlässliche Daten vor. So fand sich in einer aktuellen Metaanalyse von 19 Fall-Kontroll- und Kohorten-Studien [59] für passivrauchende Frauen im Vergleich zu nie-rauchenden Frauen eine Odds Ratio von 1,27 (1,11–1,45). Für prämenopausale Frauen scheint das Passivrauch-bedingte Brustkrebsrisiko besonders hoch zu sein; die Betrachtung derjenigen Studien mit der besten Methodik (umfassendste Expositionsanalyse) ergab eine Odds Ratio von 2,19 (1,68–2,84) – folglich verdoppelt Passivrauchen das Brustkrebsrisiko prämenopausaler Frauen.

Mögliche Verzerrungen in epidemiologischen Studien zu den gesundheitlichen Effekten einer Passivrauch-Exposition

Eine umfassende Diskussion der Fehlerquellen in epidemiologischen Studien zu dem hier zusammengefassten Themenkomplex findet sich in einer Veröffentlichung in der DMW [60]. Als wichtigste Fehlerquelle ist eine mögliche Fehlklassifikation von ehemaligen Rauchern als Nie-Raucher zu nennen. Dieser „reporting bias“ würde zu einer Überschätzung des tatsächlichen Risikos führen. Allerdings konnte gezeigt werden, dass nur ca. 1–3% der Raucher sich in epidemiologischen Studien als Nichtraucher einstufen [61]. Eine Verzerrung durch unterschiedliches Antwortverhalten von Erkrankten und Gesunden konnte durch die zu den meisten Krankheitsbildern vorliegenden Kohortenstudien weitgehend ausgeschlossen werden. In den neueren Studien wurden darüber hinaus die denkbaren Störgrößen adäquat berücksichtigt. Ein weiterer wichtiger Kritikpunkt ist die häufig fehlende Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Höhe der Ex-

position und der Risikoabschätzung. Ein möglicher Grund hierfür ist, dass die quantitative Bestimmung der Exposition gegenüber Passivrauch nur eingeschränkt möglich ist und zumeist nur retrospektiv mittels Fragebogen erfolgt. Wichtig ist auch, dass fast jeder Nichtraucher zumindest in geringem Maße gegenüber Passivrauch exponiert ist. Entsprechende Simulationen haben gezeigt, dass die hieraus resultierende Fehlklassifikation von Passivrauch-Exponierten in die Gruppe der Nicht-Exponierten zu einer Unterschätzung des tatsächlichen Relativen Risikos von 2 auf 1,2 führen könnte [62].

Berufskrankheit durch Passivrauch?

Bei der Gruppe der extrem hoch und langjährig gegenüber Passivrauch-Exponierten ist das „Verdoppelungsrisiko“ für die Entwicklung eines Lungenkarzinoms überschritten. Es ist anzunehmen, dass erst eine langjährige regelmäßige, die Arbeitsschicht über andauernde Exposition, wie in Diskotheken, Bierlokalen u. ä. üblich, das Erkrankungsrisiko verdoppeln kann. Handelt es sich um lebenslange Nie-Raucher mit fehlender (oder unwesentlicher) außerberuflicher Passivrauch-Exposition, wäre eine Anerkennung über §9 (2) SGB VII im Einzelfall zu prüfen. Hinsichtlich obstruktiver Atemwegserkrankungen kann – sofern außerberufliche Ursachen in den Hintergrund treten – im Einzelfall die rechtliche Wesentlichkeit einer beruflichen Passivrauch-Exposition für eine BK 4302 durchaus gegeben sein.

Prävention Passivrauch-bedingter Erkrankungen

Die aktuell vorrangige präventive Aufgabe hinsichtlich Morbidität und Mortalität in der deutschen Bevölkerung ist die Implementierung von Maßnahmen zur Entwöhnung der Aktivraucher sowie zur Verhinderung eines Rauchbeginns bei Jugendlichen. Allerdings machen oben angeführte Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen Passivrauch-Exposition und einer Vielzahl akuter und chronischer Erkrankungen auch eine Expositionsprophylaxe erforderlich. Diese kann unter anderem durch öffentliche Rauchverbote wesentlich unterstützt werden. Die Auswirkungen des Wegfalls der Exposition gegenüber Tabakrauch sind gut belegt. So nimmt der Schweregrad eines Asthma bronchiale bei Kindern ab, wenn die Eltern das Rauchen aufgeben [63]. Ein Jahr nachdem in New York das Rauchen in der Gastronomie untersagt worden war, war der Anteil der dort Angestellten, die über Schleimhautirritationen klagten, von 88% auf 38% gesunken [64]. In San Francisco war im Zuge einer ähnlichen Maßnahme bereits nach 1–2 Monaten ein 59%iger Rückgang der Prävalenz respiratorischer Symptome bei Mitarbeitern im gastronomischen Gewerbe zu verzeichnen [65]. Diese Zahlen wurden durch aktuelle Untersuchungen in Schottland bestätigt [66]; hier war 2 Monate nach Inkrafttreten des Rauchverbots in Gaststätten bei den Mitarbeitern sogar eine signifikante Zunahme der FEV₁ um 5% nachweisbar. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich in Irland nach Einführung des Rauchverbots an den Arbeitsplätzen, einschließlich Bars und Restaurants. Hier kam es zu statistisch signifikanten Verbesserungen der Lungenfunktion und der respiratorischen Symptome bei nichtrauchendem Barpersonal [67].

Die Ergebnisse der INTERHEART-Studie [68] geben Hinweise darauf, dass das populationsattributable Risiko für Myokardinfarkte, das auf eine mindestens einstündige wöchentliche Pas-

sivrauch-Exposition zurückzuführen ist, bei ca. 15% liegt. Dies belegen auch Studien aus den USA [53,54] und Italien [52], die einen deutlichen Rückgang der Myokardinfarktinzidenz nach Einführung eines öffentlichen Rauchverbots verzeichneten. Aktuelle, ebenfalls ökologische Daten aus Schottland weisen in die gleiche Richtung [69]. Entsprechend der auf Deutschland bezogenen Zahlen aus dem Jahr 2006 [37] wird geschätzt, dass sich durch die effektive Umsetzung eines umfassenden Rauchverbots am Arbeitsplatz 13–16% der Fälle von Asthma bronchiale, 7–8% der Erkrankungen an COPD, 15–18% der Pneumonien, 4% der Lungenkarzinome und 11–13% der Schlaganfälle vermeiden ließen.

Als erwünschter Nebeneffekt öffentlicher Rauchverbote ist zudem zu erwarten, dass die Raucherquote nach Inkrafttreten einer entsprechenden Gesetzgebung sinkt. In Finnland wurde innerhalb eines Jahres nach dem Verbot eine Abnahme um knapp 4% beobachtet; bei denjenigen Rauchern, die nicht komplett abstinent waren, fand sich zumindest eine Reduktion des Tabakkonsums [70].

Eine Übersichtsarbeit aus dem Jahre 2003 [71] kam zu dem Schluss, dass bei Einführung eines Rauchverbots in der Gastronomie keine finanziellen Einbußen für das Gewerbe zu erwarten seien. Tatsächlich war nach der Implementierung öffentlicher Rauchverbote in Kalifornien [72], Kanada [73] und einer Vielzahl weiterer Länder [3] kein Rückgang der Umsätze zu verzeichnen. Zugleich wurden die bisher eingeführten Rauchverbote von der Öffentlichkeit gut aufgenommen. In Finnland lehnten 3 Jahre nach ihrer Umsetzung nur noch 4% der Nichtraucher und 11% der Raucher die Gesetze zum Nichtraucherschutz ab [70]. Eine ähnliche Zunahme der Akzeptanz des Rauchverbots an allen Arbeitsplätzen im Jahr 2004 wurde in Irland gefunden [74].

Schlussfolgerung

Passivrauchen stellt ein signifikantes Gesundheitsrisiko dar. Es führt nicht nur zur Atherosklerose (sowie ihrer akuten Manifestationen Myokardinfarkt und Schlaganfall), zum Lungenkarzinom und zum plötzlichen Kindstod, sondern verursacht oder verschlimmert auch akute und chronische obstruktive Lungenerkrankungen sowie eine Reihe weiterer Krankheiten.

Eine Reduktion der Passivrauch-Exposition würde zu einem erheblichen Rückgang Passivrauch-assoziiierter Erkrankungen bei Kindern und Erwachsenen führen.

Literatur

- 1 *European Network for Smoking Prevention*. Smoke free workplaces: improving the health and wellbeing of people at work. Brussels: European Network for Smoking Prevention, 2001
- 2 *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006
- 3 *Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke free Europe*. ERSP, 2006
- 4 *Heidrich J, Wellmann J, Heuschmann PU et al*. Mortality and morbidity from coronary heart disease attributable to passive smoking. *Eur Heart J* 2007; 28: 2498–2502
- 5 *European Commission*. Tobacco or health in the European Union – Past, present and future. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004
- 6 *Puranik R, Celermajer DS*. Smoking and endothelial function. *Prog Cardiovasc Dis* 2003; 45: 443–458

- 7 Kritz H, Schmid P, Sinzinger H. Passive smoking and cardiovascular risk. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1942 – 1948
- 8 Guerin MR, Jenkins RA, Tomkins BA. The chemistry of environmental tobacco smoke: Composition and measurement. Chelsea, MI: Center for Indoor Air Research, 1992
- 9 Hoffmann B, Joeckel KH, Straif K et al. Staub und Staubinhaltsstoffe. Passivrauchen. *Handbuch Umweltmedizin* 03/06, 2006
- 10 Pirkle JL, Flegal KM, Bernert JT et al. Exposure of the US population to environmental tobacco smoke: the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 to 1991. *Jama* 1996; 275: 1233 – 1240
- 11 Travers MJ, Cummings K, Hyland A et al. Indoor air quality in hospitality venues before and after implementation of a clean indoor air law – Western New York, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004; 53: 1038 – 1041
- 12 Eisner MD, Klein J, Hammond SK et al. Directly measured second hand smoke exposure and asthma health outcomes. *Thorax* 2005; 60: 814 – 821
- 13 WHO International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans: tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon, France: Vol 38, 2004
- 14 Seccareccia F, Zuccaro P, Pacifici R et al. Serum cotinine as a marker of environmental tobacco smoke exposure in epidemiological studies: the experience of the MATISS project. *Eur J Epidemiol* 2003; 18: 487 – 492
- 15 Repace JL, Jinot J, Bayard S et al. Air nicotine and saliva cotinine as indicators of workplace passive smoking exposure and risk. *Risk Anal* 1998; 18: 71 – 83
- 16 Klepeis NE, Ott WR, Switzer P. Real-time measurement of outdoor tobacco smoke particles. *J Air Waste Manag Assoc* 2007; 57: 522 – 534
- 17 Janson C, Kunzli N, de Marco R et al. Changes in active and passive smoking in the European Community Respiratory Health Survey. *Eur Respir J* 2006; 27: 517 – 524
- 18 Radon K, Schulze A, Ehrenstein V et al. Environmental exposure to confined animal feeding operations and respiratory health of neighboring residents. *Epidemiology* 2007; 18: 300 – 308
- 19 Genuneit J, Weinmayr G, Radon K et al. Smoking and the incidence of asthma during adolescence: results of a large cohort study in Germany. *Thorax* 2006; 61: 572 – 578
- 20 Schulz C, Wolf U, Becker K et al. German Environmental Survey for Children (GerES IV) in the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). First results. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2007; 50: 889 – 894
- 21 Jinot J, Bayard S. Respiratory health effects of passive smoking: EPA's weight-of-evidence analysis. *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 339 – 349; discussion 351 – 353
- 22 Jaakkola MS, Jaakkola JJ, Becklake MR et al. Effect of passive smoking on the development of respiratory symptoms in young adults: an 8-year longitudinal study. *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 581 – 586
- 23 Nowak D, Jorres R, Schmidt A et al. Effect of 3 hours' passive smoke exposure in the evening on airway tone and responsiveness until next morning. *Int Arch Occup Environ Health* 1997; 69: 125 – 133
- 24 Janson C. The effect of passive smoking on respiratory health in children and adults. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004; 8: 510 – 516
- 25 Wang X, Wypij D, Gold DR et al. A longitudinal study of the effects of parental smoking on pulmonary function in children 6 – 18 years. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149: 1420 – 1425
- 26 Svanes C, Omenaas E, Jarvis D et al. Parental smoking in childhood and adult obstructive lung disease: results from the European Community Respiratory Health Survey. *Thorax* 2004; 59: 295 – 302
- 27 Li JS, Peat JK, Xuan W et al. Meta-analysis on the association between environmental tobacco smoke (ETS) exposure and the prevalence of lower respiratory tract infection in early childhood. *Pediatr Pulmonol* 1999; 27: 5 – 413
- 28 Chen Y, Li WX, Yu SZ et al. Chang-Ning epidemiological study of children's health: I. Passive smoking and children's respiratory diseases. *Int J Epidemiol* 1988; 17: 348 – 355
- 29 Ware JH, Dockery DW, Spiro 3rd A et al. Passive smoking, gas cooking, and respiratory health of children living in six cities. *Am Rev Respir Dis* 1984; 129: 366 – 374
- 30 Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking-10: Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. *Thorax* 1999; 54: 357 – 366
- 31 Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 4. Parental smoking, middle ear disease and adenotonsillectomy in children. *Thorax* 1998; 53: 50 – 56
- 32 Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking. 3. Parental smoking and prevalence of respiratory symptoms and asthma in school age children. *Thorax* 1997; 52: 1081 – 1094
- 33 Gilliland FD, Li YF, Peters JM. Effects of maternal smoking during pregnancy and environmental tobacco smoke on asthma and wheezing in children. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 429 – 436
- 34 LeSon S, Gershwin ME. Risk factors for asthmatic patients requiring intubation. I. Observations in children. *J Asthma* 1995; 32: 2852 – 2894
- 35 Larsson ML, Frisk M, Hallstrom J et al. Environmental tobacco smoke exposure during childhood is associated with increased prevalence of asthma in adults. *Chest* 2001; 120: 711 – 717
- 36 Greer JR, Abbey DE, Burchette RJ. Asthma related to occupational and ambient air pollutants in nonsmokers. *J Occup Med* 1993; 35: 909 – 915
- 37 Jaakkola MS, Jaakkola JJ. Impact of smoke-free workplace legislation on exposures and health: possibilities for prevention. *Eur Respir J* 2006; 28: 397 – 408
- 38 Eisner MD, Balmes J, Katz PP et al. Lifetime environmental tobacco smoke exposure and the risk of chronic obstructive pulmonary disease. *Environ Health* 2005; 4: 7
- 39 Davey Smith G. Effect of passive smoking on health. *Bmj* 2003; 326: 1048 – 1049
- 40 Carey IM, Cook DG, Strachan DP. The effects of environmental tobacco smoke exposure on lung function in a longitudinal study of British adults. *Epidemiology* 1999; 10: 319 – 326
- 41 Xu X, Li B. Exposure-response relationship between passive smoking and adult pulmonary function. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 151: 41 – 46
- 42 Garcia-Aymerich J, Farrero E, Felez MA et al. Risk factors of readmission to hospital for a COPD exacerbation: a prospective study. *Thorax* 2003; 58: 100 – 105
- 43 Nuorti JP, Butler JC, Farley MM et al. Cigarette smoking and invasive pneumococcal disease. Active Bacterial Core Surveillance Team. *N Engl J Med* 2000; 342: 681 – 689
- 44 den Boon S, Verver S, Marais BJ et al. Association between passive smoking and infection with *Mycobacterium tuberculosis* in children. *Pediatrics* 2007; 119: 734 – 739
- 45 Slama K, Chiang CY, Enarson DA et al. Tobacco and tuberculosis: a qualitative systematic review and metaanalysis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007; 11: 1049 – 1061
- 46 Vineis P, Hoek G, Krzyzanowski M et al. Lung cancers attributable to environmental tobacco smoke and air pollution in non-smokers in different European countries: a prospective study. *Environ Health* 2007; 6: 7
- 47 Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *Bmj* 1997; 315: 980 – 988
- 48 Taylor R, Najafi F, Dobson A. Meta-analysis of studies of passive smoking and lung cancer: effects of study type and continent. *Int J Epidemiol* 2007; 36: 1048 – 1059
- 49 Repace JL, Lowrey AH. An enforceable indoor air quality standard for environmental tobacco smoke in the workplace. *Risk Anal* 1993; 13: 463 – 475
- 50 Law MR, Wald NJ. Environmental tobacco smoke and ischemic heart disease. *Prog Cardiovasc Dis* 2003; 46: 31 – 38
- 51 Raupach T, Schaffer K, Konstantinides S et al. Secondhand smoke as an acute threat for the cardiovascular system: a change in paradigm. *Eur Heart J* 2006; 27: 386 – 392
- 52 Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F et al. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 2006; 27: 2468 – 2472
- 53 Bartecchi C, Alsever RN, Nevin-Woods C et al. Reduction in the incidence of acute myocardial infarction associated with a citywide smoking ordinance. *Circulation* 2006; 114: 1490 – 1496
- 54 Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *Bmj* 2004; 328: 977 – 980
- 55 Windham GC, Eaton A, Hopkins B. Evidence for an association between environmental tobacco smoke exposure and birthweight: a meta-analysis and new data. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1999; 13: 35 – 57
- 56 Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997; 52: 1003 – 1009

- 57 *Keil U, Becher H, Heidrich J et al.* Passivrauchbedingte Morbidität und Mortalität in Deutschland, in *Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungsinstitut, 2005: 19–33
- 58 *Blair PS, Fleming PJ, Bensley D et al.* Smoking and the sudden infant death syndrome: results from 1993–5 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths Regional Coordinators and Researchers. *Bmj* 1996; 313: 195–198
- 59 *Johnson KC.* Accumulating evidence on passive and active smoking and breast cancer risk. *Int J Cancer* 2005; 117: 619–628
- 60 *Radon K, Nowak D.* Passive smoking – current position of science. *Dtsch Med Wochenschr* 2004; 129: 157–162
- 61 *Wells AJ, English PB, Posner SF et al.* Misclassification rates for current smokers misclassified as nonsmokers. *Am J Public Health* 1998; 88: 1503–1509
- 62 *Nyberg F, Pershagen G.* Passive smoking and lung cancer. Accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *Bmj* 1998; 317: 347–348; author reply 348
- 63 *O'Connell EJ, Logan GB.* Parental smoking in childhood asthma. *Ann Allergy* 1974; 32: 142–145
- 64 *Farrelly MC, Nonnemaker JM, Chou R et al.* Changes in hospitality workers' exposure to secondhand smoke following the implementation of New York's smoke-free law. *Tob Control* 2005; 14: 236–241
- 65 *Eisner MD, Smith AK, Blanc PD.* Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. *Jama* 1998; 280: 1909–1914
- 66 *Menzies D, Nair A, Williamson PA et al.* Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *Jama* 2006; 296: 1742–1748
- 67 *Goodman P, Agnew M, McCaffrey M et al.* Effects of the Irish smoking ban on respiratory health of bar workers and air quality in Dublin pubs. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175: 840–845
- 68 *Teo KK, Ounpuu S, Hawken S et al.* Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet* 2006; 368: 647–658
- 69 *Evers M.* Lawine in der Lunge. *Der Spiegel* Nr. 38, 2007: 179
- 70 *Heloma A, Jaakkola MS.* Four-year follow-up of smoke exposure, attitudes and smoking behaviour following enactment of Finland's national smoke-free work-place law. *Addiction* 2003; 98: 1111–1117
- 71 *Scollo M, Lal A, Hyland A et al.* Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tob Control* 2003; 12: 13–20
- 72 *Glantz SA.* Effect of smokefree bar law on bar revenues in California. *Tob Control* 2000; 9: 111–112
- 73 *Luk R, Ferrence R, Gmel G.* The economic impact of a smoke-free bylaw on restaurant and bar sales in Ottawa, Canada. *Addiction* 2006; 101: 738–745
- 74 *Fong GT, Hyland A, Borland R et al.* Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Survey. *Tob Control* 2006; 15 Suppl 3: iii51–58
- 75 *Radon K, Busching K, Heinrich J et al.* Passive smoking exposure: a risk factor for chronic bronchitis and asthma in adults? *Chest* 2002; 122: 1086–1090
- 76 *Pechacek TF, Babb S.* How acute and reversible are the cardiovascular risks of secondhand smoke? *Bmj* 2004; 328: 980–983



Stellungnahme des Landeselternbeirats von Hessen zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes (HessNRSG)

Der Landeselternbeirat von Hessen lehnt grundsätzlich eine Änderung des HessNRSG ab. Mit den vorgesehenen Änderungen wird das HessNRSG „aufgeweicht“ und Kinder und Jugendliche wieder stärker den Gefahren des Passivrauchens ausgesetzt.

Die Bevölkerung hat das HessNRSG in seiner geltenden Form akzeptiert. Eine Aufweichung wäre ein absolut falsches Signal. Das HessNRSG bedarf einer Änderung, die unsere Kinder und Jugendliche weitergehend schützt.

Der Landeselternbeirat fordert daher das Rauchverbot auch auf Kinderspielplätzen, Sportveranstaltungen und Stadien. Zudem fordern wir ein Rauchverbot in geschlossenen Gesellschaften, wenn Kinder und / oder Jugendliche anwesend sind.

Weiterhin muss das HessNRSG um die Außenbereiche vor Gaststätten, Jugendclubs, Wohnheimen, etc. ergänzt werden. Besucher von Gaststätten verlagern ihre Rauchbereiche in die unmittelbare Öffentlichkeit wie Straßen und Wege. Die Folge sind nicht nur Beschwerden von Anwohnern über Lärm und zunehmende Verunreinigungen. Auch unsere Kinder sind hier den Gefahren des Passivrauchens ausgesetzt. Daher fordern wir die Einrichtung von Rauchinseln ab 18 Jahren in öffentlichen Außenbereichen wie Stadtzentren, Jugendclubs, Wohnheimen, etc.

Unsere Kinder haben ein Recht auf ein gesundes Aufwachsen! Der Landeselternbeirat von fordert daher eine strikte Umsetzung und Ausdehnung des HessNRSG und eine flächendeckende Kontrolle durch die Ordnungskräfte, die für eine Einhaltung sorgen.

K. Geis

Kerstin Geis
Vorsitzende des Landeselternbeirats von Hessen

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Christel Hofmann [mailto:aeplergalerie@t-online.de]
 Gesendet: Donnerstag, 10. Dezember 2009 19:53
 An: Schlaf, Jürgen (HLT)
 Betreff: Stellungnahme Drucksache 18/1160 sowie 18/1401

Interessengemeinschaft der Einraumlokale Frankfurts

c/o Äpplergalerie Sachsenhausen
 Klappergasse 9
 60594 Frankfurt
 Telefon 069/61 99 53 93
 Fax 069/61 99 56 72
 aeplergalerie@t-online.de
 www.aeplergalerie.com

Interessengemeinschaft der Einraumlokale Frankfurts
 c/o Äpplergalerie Sachsenhausen - Klappergasse 9 - 60594 Frankfurt

Hessischer Landtag
 Herrn Schlaf
 Geschäftsführung des Sozialpolitischen Ausschusses
 Schlossplatz 1 - 3
 65183 Wiesbaden

Frankfurt, den 10. Dezember 2009

Schriftliche Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und der FDP für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Nichtraucher-schutzgesetzes, Drucksache 18/1160, sowie Gesetzentwurf der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen für ein Gesetz zur Änderung des Gesetzes zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens, Drucksache 18/1401

Guten Tag, sehr geehrter Herr Schlaf,

anbei unsere Stellungnahme für die Gesetzentwürfe der Fraktionen der CDU und der FDP sowie der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.

Mit der Veröffentlichung - auch im Internet - erklären wir uns ausdrücklich einverstanden.

Mit freundlichen Grüßen

Interessengemeinschaft der Einraumlokale Frankfurts

i. A. Christel Hofmann

NS: Abschließend bitten wir bei der Liste der Anzuhörenden folgende Änderung vorzunehmen: statt der Äpplergalerie sollte dort unsere Interessen-gemeinschaft eingetragen werden. Dies auch im Hinblick darauf, dass bei einer eventuellen mündlichen Anhörung dann nicht nur Frau Hofmann sondern auch andere Mitglieder die entsprechenden Stellungnahmen abgeben können.

Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und der FDP

für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes,
Drucksache 18/1160

sowie Gesetzentwurf der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen für ein Gesetz zur
Änderung des Gesetzes zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens, Drucksache
18/1401

Wie Ihnen bekannt ist, haben wir uns als Interessengemeinschaft nach Einführung
des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes vehement für eine Veränderung
desselben zugunsten von Einraumlokalen eingesetzt, da dieses massiv unsere
wirtschaftliche Existenz gefährdet hat.

Dieser Einschätzung ist auch das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil
gefolgt und hat deshalb Neuregelungen für so genannte Eckkneipen (unter
75 qm) gefordert - und die Länder aufgefordert die entsprechende Gesetze bis zum
Ende dieses Jahres zu ändern.

Diesem Auftrag folgt die Gesetzesvorlage von CDU und FDP und wird von uns
begrüßt, da es die Benachteiligung der Einraumgastronomie berücksichtigt und
eben auch rund 25 % der erwachsenen Bevölkerung die aus freier Entscheidung
rauchen, die Möglichkeit gibt sich in unseren Häusern zu treffen.

Dabei möchten wir auch betonen, dass seit dem Aussetzen des NRSRG durch das
Bundesverfassungsgericht wie vor dem Inkrafttreten des NRSRG keine Probleme
zwischen ohnehin ausschließlich erwachsenen Gästen gibt oder gegeben hat, da
jedem klar ist, dass dort geraucht wird und somit nur Gäste die Räumlichkeiten
betreten, die entweder selbst rauchen oder die das Rauchen nicht stört - ein
auch nicht unwesentlicher Teil unserer Gäste!

Bei der Freigabe des Rauchens in geschlossenen Gesellschaften bitten wir
allerdings dringend um Änderung oder Klarstellung was unter dem Begriff der
„nicht gewerblichen Nutzung“ gemeint ist, da alle Wirte/innen ihre Betriebe
gewerblich betreiben müssen und das gilt natürlich auch, wenn es sich bei der
geschlossenen Gesellschaft z.B. um eine Familienfeier handelt!

Diese schriftliche Stellungnahme erfolgte von der Interessengemeinschaft der
Einraumlokale Frankfurts, c/o Äppelergalerie Sachsenhausen in 60594 Frankfurt,
Klappergasse 9 aufgrund der Benennung in der Liste der Anzuhörenden.

Landesverband der Kehlkopfflosen HESSEN e.V.

Mitglied im Bundesverband der Kehlkopffoperierten e.V.
Gemeinnütziger Verein



Geschäftsstelle : Großalmeroder Str.3 – 37247 Großalmerode – Tel. & Fax : 05604 / 7134 – Email : fr.wettlaufer@t-online.de

LV der Kehlkopfflosen – Großalmeroder Str.3 – 37247 Großalmerode

An den Hessischen Landtag
Geschäftsführung des Ausschusses für
Arbeit, Familie & Gesundheit
Schlossplatz 1 – 3

65183 Wiesbaden



Ihr Zeichen
1A 2.1

Ihre Nachricht vom
23.11.09

Mein Zeichen

Datum
3.Dezember 2009

Stellungnahme für ein Gesetz zur Änderung des Gesetzes zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum ersten möchte ich Sie davon in Kenntnis setzen, dass ich damit einverstanden bin meine Ausführungen zu veröffentlichen , z. B , im Internetportal des Hessischen Landtags.

Zum Ersten möchte ich anmerken, dass ein solches Nichtraucherchutzgesetz Bundesangelegenheit sein müsste , es kann nicht angehen, dass jedes Bundesland sein eigenes Schutzgesetz nach Belieben erlassen kann. Unsere sonst so kompetente Kanzlerin wollte diese Angelegenheit zur Chefsache deklarieren, es ist mir unverständlich, dass ein Rückzug erfolgte.

Es muss ein generelles Rauchverbot in allen Gaststätten geben, dann sind auch die sogenannten kleinen Eckkneipen nicht vom Wettbewerb benachteiligt, auch von einem Nebenraum in Gaststätten dringt schädlicher Rauch in die anderen Räumlichkeiten, die Giftstoffe, welche sich in der Garderobe der Raucher ansammeln und wieder freigegeben werden haben erhebliche Folgen, es ist nicht nur der unangenehme Gestank.

Es kann ferner nicht erlaubt werden, dass bei geschlossenen Gesellschaften und Familienfeiern in Gaststätten und Bürgerräumen geraucht wird , da auch bei privaten Feiern Kinder, Jugendliche, Kranke und schwangere Personen anwesend sind. Da es sich bei Rauchern um einen uneinsichtigen und rücksichtslosen Personenkreis handelt ist nicht anzunehmen dass auf die Belange der vorgenannten Personen geachtet wird.

Schon gar nicht darf das Rauchverbot in Festzelten gelockert werden, da es sich meist um kulturelle Veranstaltungen handelt, oder solchen Veranstaltungen die der sozialen Gemeinschaft der Bürger dienen, auch bei diesen Veranstaltungen sind junge Menschen , Kranke, Behinderte Senioren, kurz alle Bürger willkommen, da kann keiner sagen, wer an einer Atemwegserkrankung leidet oder keinen Rauch verträgt muss draußen bleiben, diese Aussagen sind nicht mit dem Antidiskriminierungsgesetz zu vereinbaren.

Ferner dürfen in Festzelten und Gaststätten keine Automaten für Rauchwaren aufgestellt werden.

Was den Verkauf von Rauchwaren betrifft, sollte dieser ohnehin erschwert werden, es genügt wenn diese Artikel in speziellen Geschäften vertrieben werden, welche eine Lizenz dafür erhalten. Zigarettenverkauf an SB – Marktkassen, Tankstellen und sonstigen Lebensmittelgeschäften muss verboten werden, damit der Zugriff auf solche Artikel erschwert wird und viele der Kinder und Jugendlichen erst gar nicht zum Rauchen verführt werden. Was das Arbeitsschutzgesetz betrifft , dort fehlt es noch an Aufklärung, längst ist es wissenschaftlich erwiesen, dass durch eine Verbindung mit anderen Schadstoffen und Tabakrauch sich die Gefahr nicht nur verdoppelt, sondern sich um ein Vielfaches erhöht und sogar potenziert, z.B. Farben und

Lackdämpfe, Schweißrauchgase, Feinstäube und vieles mehr. Ein Rauchverbot sollte daher zum Schutz aller Nichtraucher für alle Betriebsbereiche gelten, auch für Werkstätten kleinerer Unternehmen.

Die Betriebe müssen ebenfalls darauf hingewiesen werden, dass in Kantinen und Pausenräumen wo Speisen eingenommen werden, Rauchverbot besteht, vielen Unternehmensleitungen ist bis dato diese Verordnung unbekannt.

Das Rauchen in öffentlichen Einrichtungen wie Krankenhäusern, Reha – Einrichtungen , Kultur und Freizeiteinrichtungen Sportanlagen, Schulen u.s.w. verboten bleiben muss ist klar. Auch in Einrichtungen , welche dem Maßregelvollzug dienen, ist keine Lockerung nötig, da auch dort Bedienstete und Mitinsassen den Gefahren des Passivrauchens ausgesetzt sind, außerdem würde der Schwarzhandel mit Zigaretten unterbunden, was auch als positive Maßnahme zu sehen ist.

Als Fazit ist deshalb aus meiner Sicht zu sehen, dass das Rauchen generell erschwert wird, da ein wirtschaftlicher Gesamtschaden von 43 Milliarden Euro einer Tabaksteuereinnahme von 12 Milliarden Euro in keinem gesunden Verhältnis steht und den 67 % der nichtrauchenden Bevölkerung diese Belastung nicht zuzumuten ist. Schon heute ist abzusehen, dass in 2010 die Krankenkassen einen Zusatzbeitrag einziehen und über eine s.g. Kopfpauschale wird ebenfalls nachgedacht, da ist es nur gerecht wenn Raucher für ihre vorsätzliche Herbeiführung einer Erkrankung einen Aufschlag von ca. 1,50 €pro Packung zahlen, dieser Aufschlag muss allerdings den KV`s ohne Abzüge zufallen und darf nicht als zusätzliche Steuer von der Regierung einbehalten werden.

Mit freundlichen Grüßen



Friedrich Wettlaufer

1. Vorsitzender

b a u a :

Bundesanstalt für Arbeitsschutz
und Arbeitsmedizin
Federal Institute for Occupational
Safety and Health

Ihr Ansprechpartner

PD Dr. Seidler

Nöldnerstr. 40/42
10317 Berlin
Tel.: +49 30 51548 - 4100
Fax: +49 30 51548 - 4170
seidler.andreas@baua.bund.de
www.baua.de

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Nöldnerstr. 40/42, D-10317 Berlin

HESSISCHER LANDTAG

Geschäftsführung des Ausschusses für
Arbeit, Familie und Gesundheit
Herrn Schlaf
Schlossplatz 1-3

65183 Wiesbaden

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom
I A 2.1; 23.11.2009

Mein Zeichen, meine Nachricht vom
Sei/Ma

Datum
10.12.2009

**Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und der FDP für ein
Gesetz zur Änderung des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes – Drucks.
18/1160 – sowie Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ein
Gesetz zur Änderung des Gesetzes zum Schutz vor den Gefahren des
Passivrauchens – Drucks. 18/1401 -**

Sehr geehrter Herr Schlaf,

die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) wird um eine
Stellungnahme 1. zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/FDP und 2. zu dem
Gesetzentwurf der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur Änderung des hessischen
Nichtraucherschutzgesetzes gebeten.

Grundsätzlich möchten wir diesbezüglich auf unsere Stellungnahme vom 10.07.2008
verweisen. Wie bereits in der genannten Stellungnahme ausgeführt, ist eine
Gesundheitsschädigung durch Passivrauch-Exposition wissenschaftlich unstrittig.
Beispielhaft sei verwiesen auf eine ausführliche Bewertung des wissenschaftlichen
Erkenntnisstandes durch die Internationale Krebsforschungsagentur (International
Agency for Research on Cancer IARC) in Lyon. Der im Jahre 2004 veröffentlichten
Monographie der Internationalen Krebsforschungsagentur zufolge muss bei
Passivrauch-Exposition am Arbeitsplatz von einem um 12 bis 19% erhöhten
Lungenkrebs-Risiko ausgegangen werden. Das Risiko einer koronaren
Herzkrankheit bei Passivrauch-Exposition steige um 25 bis 35%. Daneben steigert
Passivrauch-Exposition das Risiko für eine Vielzahl weiterer Erkrankungen.

1. Der Gesetzentwurf der Fraktionen CDU und FDP würde zu einer verstärkten
Passivrauch-Exposition von Beschäftigten und Betreibern von Gaststätten mit
weniger als 75 Quadratmetern Gastfläche, von Gaststätten mit vollständig
abgetrennten Nebenräumen, von Gaststätten mit Ausrichtung geschlossener
Gesellschaften sowie von Festzelten und Spielbanken führen. Darüber hinaus
hätte die vorgeschlagene Änderung des Hessischen
Nichtraucherschutzgesetzes auch eine verstärkte Passivrauch-Exposition von

Sitz Dortmund
Friedrich-Henkel-Weg 1-25
44149 Dortmund
Telefon (02 31) 90 71-0
Telefax (02 31) 90 71-2454

Standort Berlin
Nöldnerstr. 40/42
10317 Berlin
Telefon (0 30) 5 15 48-0
Telefax (0 30) 5 15 48-4170

Standort Dresden
Proschhübelstr. 8
01099 Dresden
Telefon (03 51) 563 9-5
Telefax (03 51) 56 39-5210

Außenstelle Chemnitz
Jagdschänkenstr. 33
09117 Chemnitz
Telefon (03 71) 3 35 18-0
Telefax (03 71) 3 35 18-6222

Bankverbindung - Bundeskasse Trier
Deutsche Bundesbank - Filiale Saarbrücken
BLZ: 590 000 00 - Konto-Nr.: 590 010 20
BIC: MARKDEF1590 (für Auslandszahlungen)
IBAN: DE8159000000059001020

Gaststätten- bzw. Festzelten- und Spielbanken-Besuchern zur Folge. Mit dieser Änderung des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes wäre eine Verschlechterung des Schutzes vor den gesundheitlichen Folgen des Passivrauchens verbunden.

2. Der Gesetzentwurf der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen enthält ein vollständiges Rauchverbot in der Gastronomie. Mit dieser Änderung des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes wäre eine Verbesserung des Schutzes vor den gesundheitlichen Folgen des Passivrauchens verbunden.

Literatur:

IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Tobacco Smoke and Involuntary Smoking (=IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Band 83). Lyon 2004.

Mit freundlichen Grüßen



Rothe
Präsidentin

Stellungnahme der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V.

zum Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU und der FDP für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes – Drucks. 18/1160 – sowie zum Gesetzesentwurf der Fraktion Bündnis90/DIE GRÜNEN für ein Gesetz zur Änderung des Gesetzes zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens – Drucks. 18/1401 –

1. Vorbemerkung

Aufgrund der Länderzuständigkeit war es nicht möglich, das bundesweit eingeführte Rauchverbot auch auf die entsprechenden Bereiche in den Ländern und Kommunen, vor allem auf den Gastronomiebereich zu übertragen und damit bundesweit einheitlich zu regeln.

Die HLS hat die Einführung des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes im Jahre 2007 deshalb außerordentlich begrüßt. Kommt darin doch zum Ausdruck, dass in Hessen der politische Wille vorhanden ist, die gesundheitlichen, gesellschaftlichen, umweltrelevanten und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens spürbar zu vermindern.

Die im Hessischen Nichtraucherschutzgesetz aufgeführten Ausnahmen im Bereich der Gastronomie forderten allerdings aufgrund der unterschiedlichen Betreiberlandschaft geradezu dazu heraus, dass einzelne Gastronometypen (und zwar vorrangig die, deren Größe es nicht zuließ, einen separaten Raucherbereich vorzuhalten) sich wg. Ungleichbehandlung und Gewinneinbußen an die entsprechenden Gerichte wandten. Dieser von der HLS schon 2007 aufgezeigte Umstand ist schließlich auch eingetreten. Das daraufhin erfolgte Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 30. Juli 2008 zu den Nichtraucherschutzgesetzen aus Bayern und Baden-Württemberg veranlasst die Fraktionen der CDU und FDP sowie von BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN nun jeweils Gesetzesentwürfe zu Änderungen des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes vorzulegen.

Der Öffentlichkeit ist der derzeitige Sachstand inzwischen immer schwerer zu vermitteln. Die große Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger haben sich mit den bestehenden Regelungen nicht nur arrangiert, sondern tragen den Gedanken eines umfassenden Nichtraucherschutzes auch mit. Eine konsequente Umsetzung des Nichtraucherschutzgedankens in allen Bereichen der Gastronomie wie sie das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes ausdrücklich zulässt, würde der Haltung des großen Teils der Bevölkerung mehr entsprechen als eine Aufweichung der bestehenden Regelungen.

Derzeitiger juristischer Sachstand

- Das Hessische Nichtraucherschutzgesetz von 2007 ist immer noch in Kraft.
- Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) urteilte auf Verfassungsbeschwerden nur gegen die Landesgesetze von Berlin und Baden-Württemberg. Über die anhängige Klage gegen das Hessische Nichtraucherschutzgesetz hat das BVerfG noch nicht entschieden. Somit besteht für Hessen bisher kein juristisch begründbarer Handlungsdruck.
- Das BVerfG hat in seinem Urteil bestätigt, dass ein generelles Rauchverbot in Gaststätten zulässig sei, lediglich Gesetze mit Ausnahmen für Gaststätten mit abgetrennten Raucherräumen verfassungswidrig seien, da diese Einraumwirte unzulässig beeinträchtigen.¹

Derzeitiger fachlicher Sachstand

- Nach wie vor sterben jährlich etwa 140.000 Menschen an den Folgen des Tabakkonsums. Davon 3.000 Menschen, die gar nicht selbst rauchen, sondern durch die Auswirkungen des Passivrauchens zu Tode kommen.
- Rauchen ist damit das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko überhaupt.
- Durch umfassende strukturelle (gesetzliche) und personelle Präventionsmaßnahmen konnte in den letzten Jahren das Rauchen bei Jugendlichen im Alter von 12-17 Jahren von 27% im Jahre 2001 auf 15,4% im Jahre 2008 gesenkt werden².
- Es ist weder fachlich geboten noch der Öffentlichkeit zu vermitteln, wenn vor diesem Hintergrund aufgrund von Partikularinteressen der Gesundheitsschutz der Bevölkerung durch erneute Gesetzesänderungen aufgeweicht werden soll.
- Es wäre allerdings fachlich geboten und der großen Mehrheit unserer Bevölkerung auch zu vermitteln, wenn das Land Hessen dem Gesundheitsschutz oberste Priorität einräumen und ein generelles Rauchverbot in der Gastronomie erlassen würde.

¹ Urteile vom 30. Juli 2008 - 1 BvR 3262/07, 1 BvR 402/08 und 1 BvR 906/08

² Bilanz der Drogenbeauftragten der Bundesregierung Oktober 2009, lt. Untersuchungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Einzelne Anmerkungen zu den vorgelegten Gesetzentwürfen

1. Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU und FDP

Anmerkung zu §1 Abs.1 Neu Satz 4

Einrichtungen des Maßregelvollzuges sind Krankenhäuser. Die Zimmer, der sich dort aufhaltenden Personen sind Krankenzimmer und dienen nicht Wohnzwecken (wie es z.B. in Altersheimen der Fall ist). Insofern sind Ausnahmen eines Rauchverbotes analog den Vorgaben für Krankenhäuser zu formulieren, eine generelle Ausnahme vom Rauchverbot ist nicht schlüssig.

Anmerkung zu §2 Abs.5 Satz 2

Die Raucherlaubnis in Gaststätten mit weniger als 75 Quadratmetern Gastfläche und ohne vollständig abgetrennten Nebenraum ist nicht auf Inhabergeführte „Eckkneipen“ beschränkt. Das Recht der Angestellten in diesen Gaststätten auf einen Arbeitsplatz mit einem minimierten Gesundheitsgefährdungspotential (siehe auch Arbeitsstättenverordnung) wird damit unterlaufen.

Die Angestellten in Gaststätten haben ein Recht auf einen Arbeitsplatz mit einem minimierten Gesundheitsgefährdungspotential (siehe auch Arbeitsstättenverordnung). Beschäftigte der Gastronomie leiden aufgrund der Tabakrauchbelastung in besonderem Maße an Gesundheitsschäden³:

- *Beschäftigte der Gastronomie haben ein deutlich erhöhtes Lungenkrebsrisiko, wenn sie dauerhaft Tabakrauch am Arbeitsplatz ausgesetzt sind.*
- *Sie haben ein besonders hohes Risiko, an Herz-Kreislauferkrankungen zu sterben.*
- *Die hohe Tabakrauchbelastung in der Gastronomie beeinträchtigt ihre Lungenfunktion.*
- *Sie leiden häufiger als Beschäftigte anderer Berufsgruppen unter gesundheitlichen Störungen, die durch eine Tabakrauchbelastung bedingt sind.*
- *Innerhalb der Gastronomie sind Beschäftigte von Betrieben mit Raucherlaubnis deutlich häufiger von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen als Beschäftigte rauchfreier Betriebe.*

„Nichtraucher, die in verqualmten Kneipen und Restaurants arbeiten, haben schon nach acht Arbeitsjahren ein doppelt so hohes Risiko für Lungenkrebs. Das berichten Katja Radon und Dennis Nowak vom Universitätsklinikum in München. Nach 40 Jahren sei das Lungenkrebsrisiko sogar mehr als zehn Mal so hoch wie bei anderen Nichtrauchern.“⁴

In dem gleichen Artikel der Frankfurter Rundschau wurden Untersuchungen zitiert, die belegen, dass eine rauchfreie Gastronomie sofortige positive Wirkungen auf den Gesundheitszustand der Beschäftigten bewirkt:

„Mehrere Kohortenstudien zeigen danach, dass eine rauchfreie Gastronomie die akuten tabakrauchbedingten Gesundheitsbeschwerden bei Gaststätten-Angestellten reduzieren können. So ging in Norwegen bei nichtrauchenden Beschäftigten in der Gastronomie nach fünf Monaten der Husten deutlich zurück. Bei kalifornischen Beschäftigten verringerten sich pfeifende Atemgeräusche um fast 53 Prozent, Husten am Morgen um 57 Prozent, Husten während des Tages um fast 77 Prozent und übermäßige Schleimproduktion um 78 Prozent. Auch Irritationen der Augen, der Nase und des Halses gingen um rund 75 Prozent zurück.“

³ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Erhöhtes Gesundheitsrisiko für Beschäftigte in der Gastronomie durch Passivrauchen am Arbeitsplatz Heidelberg, 2007

⁴ Frankfurter Rundschau vom 11. Januar 2008

Anmerkung zu §2 Abs.5 Satz 3:

Die Raucherlaubnis in vollständig abgetrennten Räumen anlässlich Familienfeiern etc. wirft die Frage auf, ob diese abgetrennten Räume aufgrund ihrer Größe nicht „normalerweise“ die Nichtraucher Räume der Restaurants sind.

In diesem Falle setzt die Möglichkeit der Umdefinierung des gleichen Raumes je nach Anlass Menschen, die sich bei einem Restaurantbesuch ganz gezielt eine rauchfreie Gastronomie ausgesucht haben, erheblichen Risiken aus: die Expositionen des Tabakrauchs (mindestens 250 dieser Substanzen sind giftig oder krebserzeugend) werden nämlich in Räumen, in denen geraucht wird, in den Wänden, Decken und Vorhängen „gespeichert“ und an die Raumluft auch dann wieder abgegeben, wenn nicht geraucht wird. Deshalb ist es unverantwortlich und gegenüber den Besuchern/-innen irreführend, zu bestimmten Zeitkorridoren eigentliche Nichtraucher Räume für „rauchende geschlossene Gesellschaften“ zur Verfügung zu stellen.

Erschwerend kommt hinzu, dass es nach Auskunft des Deutschen Krebsforschungszentrums derzeit keine technischen Vorrichtungen gibt, die hinreichenden Schutz vor dem Passivrauchen bieten können.⁵

Anmerkung zu §2 Abs.5 Satz 4:

Die Raucherlaubnis in Festzelten untergräbt den Kinder- und Jugendschutz, der vom Urteil des Bundesverfassungsgerichtes explizit betont wird, weil sich gerade in Festzelten Kinder und Jugendliche z.T. in erheblicher Zahl aufhalten. Auch vor dem Hintergrund, dass der Gesundheitsschutz vor Passivrauch bei Kindern und Jugendlichen eine so hohe Bedeutung besitzt, dass dieser Gruppe der Zutritt zu Raucherräumen und Rauchergaststätten nicht gestattet wird, ist die Abweichung von diesem Grundsatz bei den Festzelten unter gesundheitspolitischen Aspekten nicht nachzuvollziehen.

Anmerkung zu §2 Abs.5 Satz 5:

Die Ausnahmeregelungen für die staatlich lizenzierten Spielcasinos sind nicht nachzuvollziehen. Sie schaffen einen neuen Tatbestand der Ungleichbehandlung gegenüber Mehrraumgaststätten mit Spielautomaten und gewerblichen Spielhallen, wenn diese dem Gastronomiebereich zu zuordnen sind (dies ist der Fall, wenn sie z.B. gewerbliche Speisen und/oder Getränke zur Verfügung stellen).

⁵ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Raucherräume und Lüftungssysteme: Keine Alternative zur rauchfreien Gastronomie Heidelberg, 2007

2. Gesetzesentwurf der Fraktion BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN

Anmerkung zu §1 Abs.1 Neu Satz 4

Einrichtungen des Maßregelvollzuges sind Krankenhäuser. Die Zimmer, der sich dort aufhaltenden Personen sind Krankenzimmer und dienen nicht Wohnzwecken (wie es z.B. in Altersheimen der Fall ist). Insofern sind Ausnahmen eines Rauchverbotes analog den Vorgaben für Krankenhäuser zu formulieren.

Die völlige Herausnahme des Maßregelvollzugs aus dem Einrichtungskatalog, für die das Rauchverbot gilt wie in §2 Abs. 3 vorgeschlagen, ist somit nicht angezeigt.

Anmerkung zu §1 Abs.1 Neu Satz 12 und 13

Die Ausnahmeregelungen für Diskotheken und Tanzlokale sind nicht nachzuvollziehen. Zumal ein Zutrittsverbot für Kinder und Jugendliche für diese Lokalitäten in dem Entwurf nicht vorgesehen ist. Gerade die körperlichen Anstrengungen beim Tanzen führen zu einer verstärkten Aufnahme der im Raum befindlichen toxischen Tabakerfallsprodukte wie sie beim Rauchen entstehen.

Anmerkung zu §2 Abs.5 Satz 5:

Die Ausnahmeregelungen für die staatlich lizenzierten Spielcasinos sind nicht nachzuvollziehen. Sie schaffen einen neuen Tatbestand der Ungleichbehandlung gegenüber Mehrraumgaststätten mit Spielautomaten und gewerblichen Spielhallen, wenn diese dem Gastronomiebereich zu zuordnen sind (dies ist der Fall, wenn sie z.B. gewerbliche Speisen und/oder Getränke zur Verfügung stellen).

Folgen der Gesetzesänderungen:

- *Gesetze müssen eindeutig sein. Ausnahmeregelungen öffnen die Tür für Klagen, Verunsicherungen und Missachtung (bewusst oder unbewusst). Die Einführung eines unbestimmten Rechtsbegriffs wie „Kalte und einfache warme Speisen“ wird deshalb zu Schwierigkeiten beim Vollzug des hessischen Nichtraucherschutzgesetzes. Auch der beliebige Wechsel von einer Nichtrauchergaststätte in eine Rauchergaststätte, nämlich dann wenn es sich um eine geschlossene Gesellschaft handelt, wird zu Irritationen bei Gästen führen.*
- *Für Familien könnte die Aufweichung des Nichtraucherschutzes bedeuten, dass ihnen weniger Gaststätten zur Auswahl stehen, dass sie die Rauchercafes, Rauchereisdielen oder Raucherbistros ihren Kindern nicht zumuten möchten und diese außerdem ein Zutrittsverbot für Personen unter 18 Jahren haben.*
- *Verstärkt werden angestellte Beschäftigte in der Gastronomie wieder enormen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt.*

Angesichts des durch Passivrauch gefährdeten Rechtsgutes der Gesundheit gibt die Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) dem Recht von Nichtraucher/-innen auf körperliche Unversehrtheit eindeutig den Vorrang vor dem Recht von Raucher/-innen auf Tabakkonsum außerhalb festgelegter Raucherzonen sowie dem Recht auf die unternehmerische Freiheit z.B. von Gastronomiebetreibern.

Im Sinne des Gesundheitsschutzes, der Rechtssicherheit und -gleichheit spricht sich die HLS deshalb für ein generelles Rauchverbot in allen Bereichen der Gastronomie aus.

Frankfurt am Main, 15.12.2009



Wolfgang Schmidt
- Geschäftsführer -



Hessischer
Landkreistag

Hessischer Landkreistag · Frankfurter Str. 2 · 65189 Wiesbaden

Ausschuss für Arbeit, Familie und Gesundheit
Hessischer Landtag
Schlossplatz 1 – 3
65183 Wiesbaden

Frankfurter Str. 2
65189 Wiesbaden

Telefon (0611) 17 06 - 0
Durchwahl (0611) 17 06- 14

Telefax-Zentrale (0611) 17 06- 27
PC-Fax-Zentrale (0611) 900 297-70
PC-Fax-direkt (0611) 900 297-80

e-mail-Zentrale: info@hlt.de
e-mail-direkt: sperzel@hlt.de

www.HLT.de

Datum: 16.12.2009

Az. : Sp/Ke/504.35

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und der FPD für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes - Drs. 18/1160 - sowie Gesetzentwurf der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen für ein Gesetz zur Änderung des Gesetzes zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens - Drs. 18/1401 - Ihr Schreiben vom 23.11.2009, Az.: I A 2.1

Sehr geehrter Herr Schlaf,

wir bedanken uns für die Einladung zur mündlichen Anhörung zu den beiden o. g. Gesetzentwürfen und nehmen zu diesen vorab wie folgt Stellung:

Schon in unserer Stellungnahme vom 9.8.2007 hatten wir den Regelungen zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens in dem zum 1.10.2007 in Kraft getretenen Hessischen Nichtraucherschutzgesetz zugestimmt.

In unserer Stellungnahme vom 25.7.2009 zum Gesetzentwurf der Fraktion der FDP für ein Gesetz zur Änderung des Gesetzes zum Schutze vor den Gefahren des Passivrauchens (Hessisches Nichtraucherschutzgesetz) vom 6.9.2007, hatten wir lediglich die beantragte Lockerung des Rauchverbots in den vom Inhaber selbst geführten Ein-Raum-Gaststätten ohne Restaurantbetrieb toleriert. Alle weiteren Änderungen die darauf zielten, Gaststätten von dem Rauchverbot auszunehmen, haben wir dagegen im Interesse des Schutzes der Nichtraucher vor den Gesundheitsgefahren des Passivrauchens abgelehnt.

Seit In-Kraft-Treten des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes ist in der Bevölkerung die Akzeptanz zum Nichtraucherschutz deutlich gestiegen. Auch belegen wissenschaftliche Studien aus jüngster Zeit, dass das Risiko für bestimmte Krankheiten durch den Nichtraucherschutz auffallend sinkt.

Vor diesem Hintergrund sehen wir uns in unserer bisher vertretenen Position gestärkt, wonach an den im Hessischen Nichtraucherschutzgesetz getroffenen Regelungen zum Nichtraucherschutz festgehalten werden soll und grundsätzlich keine weiteren Ausnahmen vom Rauchverbot zugelassen werden sollen.

Damit die kleineren, getränkegeprägten Gaststätten ohne abtrennbaren Nebenraum nicht benachteiligt und in ihrer Existenz gefährdet werden, können wir jedoch – abweichend von dieser grundsätzlichen Position – die dafür vorgesehenen Änderungen im Gesetzentwurf der Fraktionen von CDU und FDP akzeptieren. Diese Zustimmung schließt auch die beabsichtigten weiteren Ausnahmen vom Rauchverbot für die Einrichtungen des Maßregelvollzugs sowie für die Vernehmungsräume der Strafverfolgungsbehörden mit ein.

Alle weiteren darüber hinausgehenden Ausnahmen lehnen wir jedoch ab und unterstützen insoweit den Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, das Rauchverbot auch auf die Tanzflächen in Discotheken und Tanzlokalen sowie auf Spielkasinos auszudehnen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Hilligardt
Direktor



WHO
KOLLABORATIONSZENTRUM
FÜR TABAKKONTROLLE

dkfz.

DEUTSCHES
KREBSFORSCHUNGSZENTRUM
IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT

Deutsches Krebsforschungszentrum | M050 | PF 101949 | D-69009 Heidelberg

Hessischer Landtag
Ausschuss für Arbeit, Familie und Gesundheit
Herr J. Schlaf, Geschäftsführer
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

WHO-Kollaborationszentrum für
Tabakkontrolle
Stabsstelle Krebsprävention
M050
Leiterin:
Dr. Martina Pötschke-Langer

Im Neuenheimer Feld 280
D-69120 Heidelberg
Telefon +49.62 21.42-30 08
Telefax +49.62 21.42-30 20
www.dkfz.de
www.tabakkontrolle.de
M.Poetschke-Langer@dkfz.de

Heidelberg, den 18.12.2009

Stellungnahme des Deutschen Krebsforschungszentrums vom 18. Dezember 2009

zum Gesetzentwurf der Fraktionen der DCU und der FDP für ein
Gesetz zur Änderung des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes –
Drucks. 18/1160 – sowie Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE
GRÜNEN für ein Gesetz zur Änderung des Gesetzes zum Schutz vor
den Gefahren des Passivrauchens – Drucks. 18/1401

Vorbemerkung:

Dies ist nunmehr die 5. Stellungnahme des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) zu einem Hessischen Nichtraucherschutzgesetz seit Februar 2007. Sie wäre nicht notwendig, wenn die hessischen Gesetzgeber von Anbeginn an den Empfehlungen nationaler und internationaler Gesundheitsorganisationen gefolgt wären und einen umfassenden Nichtraucherschutz ohne Ausnahmen gesetzlich verankert hätten.

Stattdessen bleibt der Nichtraucherschutz in Hessen vor allem für gastronomische Betriebe unvollständig und mit großen Mängeln behaftet. Auch der vorliegende Gesetzentwurf entspricht nicht den internationalen Standards und den gesetzgeberischen Möglichkeiten, die das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in seiner Grundsatzentscheidung vom 30. Juli 2008 als verfassungskonform ansieht, nämlich ein "striktes, ausnahmsloses Rauchverbot in Gaststätten".

An dieser Stelle sei nochmals daran erinnert, dass das BVerfG betonte: "Zum Schutz vor Gefährdungen der Gesundheit durch Passivrauchen sind gesetzliche Rauchverbote in Gaststätten geeignet und erforderlich" (BVerfG, 1 BvR 3262/07, Urteil 30.07.2008, Rdr.113) und: "Da die Gesundheit und erst recht das menschliche Leben zu den besonders hohen Gütern zählen, darf ihr Schutz auch mit Mitteln angestrebt werden, die in das Grundrecht der Berufsfreiheit empfindlich eingreifen" (BVerfG, 1 BvR 3262/07, Urteil 30.07.2008, Rdr.122).

Stiftung des öffentlichen Rechts

Stiftungsvorstand
Prof. Dr. med. Otmar D. Wiestler
Dr. rer. pol. Josef Puchta

Deutsche Bank Heidelberg
(67270003) Konto 0157008
Deutsche Bundesbank
Karlsruhe
(66000000) Konto 67001902

Im Folgenden wird die aktuelle Problematik zusammengefasst, die sich vor allem aus dem vorgelegten, neuen Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und der FDP für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes (Drucksache 18/1160) ergibt.

1. Der kardinale Konstruktionsfehler des alten Nichtraucherschutzgesetzes und des neuen Entwurfs ist die Zulassung von Raucherräumen.

Raucherräume sind eine ernstzunehmende Gesundheitsgefahr aufgrund der außerordentlich hohen Belastung der Atemluft mit den krebserzeugenden und erbgutverändernden Substanzen des Tabakrauchs. Messungen des Deutschen Krebsforschungszentrums belegen, dass sich der Tabakrauch aus den Raucherräumen in die angrenzenden Nichtraucherräume ausbreitet. Entsprechende Belege wurden bereits mehrfach publiziert. Somit besteht nachweislich kein wirksamer Schutz vor Passivrauchen in Gebäuden mit Raucherräumen.

2. Die Raucherlaubnis in der getränkegeprägten Kleingastronomie, in Festzelten und in Spielbanken missachtet den Anspruch der dort Beschäftigten auf den Schutz ihrer Gesundheit.

Neben den bereits bestehenden Raucherräumen sollen durch den neuen Gesetzentwurf noch weitere Ausnahmen zugelassen werden – ein Nichtraucherschutz soll danach nicht mehr bestehen in Gaststätten mit weniger als 75 m² Gastfläche, in Spielbanken und in Festzelten.

Für den Betrieb einer Einraumkneipe sind neben dem Gastwirt noch mindestens eine Vollzeit-Arbeitskraft oder mehrere Aushilfskräfte erforderlich. Das geht aus Stellungnahmen des Deutschen Hotel- und Gaststättenverbands DEHOGA und der Klageschrift eines Beschwerdeführers vor dem Bundesverfassungsgericht hervor.

Es ist aus Sicht des Deutschen Krebsforschungszentrums nicht hinnehmbar, wenn die Beschäftigten in der getränkegeprägten Kleingastronomie, in Spielbanken und in Festzelten weiterhin schutzlos den Gefahren des Passivrauchens ausgesetzt bleiben.

3. Die Raucherlaubnis in der getränkegeprägten Kleingastronomie schafft keinen Rechtsfrieden, sondern führt aller Voraussicht nach zu einer Kaskade weiterer Rechtsstreitigkeiten.

Jede Ausnahmeregelung für eine bestimmte Betriebsart des Gastgewerbes führt zwangsläufig zur Benachteiligung anderer Betriebsarten. So werden unter anderem die Schankwirtschaften mit einer Gastfläche über 75 m² sowie die speisegeprägte Kleingastronomie benachteiligt.

Ein Ende der Rechtsstreitigkeiten ist nur dann absehbar, wenn für alle gastronomischen Betriebe dieselben Wettbewerbsbedingungen gelten. Dies wäre bei einem generellen Rauchverbot der Fall.

4. Die Einhaltung der Raucherlaubnis in Kleingaststätten ist in der Praxis kaum zu kontrollieren.

Es ist den zuständigen Behörden nicht zuzumuten, in jedem Einzelfall zu definieren und dann auszumessen, was zur Gastfläche einer Kneipe gehört, oder einzuschätzen, ob die zum Verkauf angebotenen Speisen als „einfach zubereitete warme Speisen“ zu werten sind. Es ist auch Gastwirten kaum zuzumuten, alle jugendlichen Gäste vor dem Betreten der Kleingaststätte bzw. vor dem Betreten eines Raucherraums daraufhin zu kontrollieren, ob sie über 18 Jahre alt sind.

Der Gesetzentwurf entspricht daher nicht der Lebenswirklichkeit und ist nicht praktikabel. Er schafft eine Rechtsunsicherheit und provoziert geradezu neue Klagen.

5. Die Installation „technischer Vorkehrungen“ ist keine Alternative zur rauchfreien Gastronomie

Technische Vorkehrungen wie Lüftungssysteme, Filteranlagen oder Raucherkabinen gewährleisten keinen hinreichenden Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens, da sie die Giftstoffe im Tabakrauch nicht vollständig aus der Atemluft entfernen. Selbst kleinste Mengen dieser Substanzen können zu Veränderungen des Erbgutes und damit zu einer potenziellen Tumorentwicklung beitragen. Es gibt deshalb keine gesundheitlich unbedenkliche Wirkgrenze. Die bislang vorgelegten Zertifizierungen von Lüftungsanlagen haben nicht die tatsächliche Gefährdung durch die über 90 krebserzeugenden und erbgutverändernden Substanzen im Tabakrauch berücksichtigt. Die führende Fachgesellschaft zu Belüftungsfragen in den USA – die American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers – hält aus diesem Grund ein Rauchverbot für das derzeit einzige Mittel, das mit Tabakrauch verbundene Gesundheitsrisiko effektiv zu eliminieren. Und schließlich wurde diese Empfehlung als Leitlinie durch die Weltgesundheitsorganisation WHO und ihre Mitgliedsstaaten bestätigt.

6. Die Ausnahmen für „Geschlossene Gesellschaften“ konterkarieren den Anspruch der Politik, insbesondere Kinder und Jugendliche vor den Gefahren des Tabakkonsums zu schützen.

Als „echte“ geschlossene Gesellschaft mit Raucherlaubnis werden ausdrücklich „Familienfeiern“ in Gaststätten bezeichnet, welche „ohne kommerzielle Zwecke zu verfolgen“ durchzuführen sind. Der Widerspruch zur Gesundheitspolitik des Landes Hessen ist eklatant: Einerseits werden zu Recht Aufklärungskampagnen gegen das Rauchen durchgeführt. Andererseits soll die Raucherlaubnis während Familienfeiern gesetzlich verankert werden. Zudem ist ein Gesundheitsschutz von Kindern und Jugendlichen durch diese Regelung nicht gewährleistet.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich der vorliegende, durch die Fraktionen der CDU und FDP eingebrachte Gesetzentwurf zum Nichtraucherschutz in Hessen als eine weitere Verschlechterung des Nichtraucherschutzes für die Beschäftigten in der Gastronomie und für die Gäste charakterisieren. Zudem schaffen die Ausnahmen eine weitere Ungleichbehandlung der Regelungsadressaten. Und letztlich entspricht der Gesetzentwurf weder der Lebenswirklichkeit noch ist er praktikabel. Er provoziert geradezu fortlaufende Streitigkeiten zwischen Rauchern und Nichtrauchern sowie Loyalitätskonflikte von Gastwirten gegenüber ihren rauchenden oder nichtrauchenden Gästen, je nachdem, welche Gastwirtschaft sie betreiben mögen.



AOK Hessen • 61352 Bad Homburg

Hessischer Landtag
Sozialpolitischer Ausschuss
z.Hd. Herrn Schlaf
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

Hauptabteilung Unternehmenspolitik/Marketing

Basler Str. 2, 61352 Bad Homburg

Ansprechpartner:	Ralf Metzger
Tel.-Nr.:	(06172) 272-161
Fax-Nr.:	(06172) 272-139
E-Mail:	Ralf.Metzger@he.aok.de
Internet:	www.aok.de/hes
Unser Zeichen:	07921

Datum:	18. Dezember 2009
--------	-------------------

Stellungnahme der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und der FDP für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes – sowie Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hierzu

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

zu den o.g. Gesetzesvorhaben möchten wir Ihnen unsere Stellungnahme übermitteln.

Vorbemerkung:

Dem Hessischen Landtag liegen zwei Gesetzentwürfe für Modifikationen des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes vor. Während der Gesetzentwurf von CDU und FDP als wesentlichen Inhalt begrenzte Ausnahmeregelungen in der Gastronomie vom generellen Rauchverbot vorsieht, sieht der Gesetzentwurf von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ein umfassenderes Rauchverbot vor.

Stellungnahme:

Die gesundheitlichen Risiken und Folgen des Passivrauchens sind inzwischen durch eine Vielzahl wissenschaftlicher Studien belegt und in der Fachöffentlichkeit unstrittig.

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

Hauptabteilung Unternehmenspolitik/Marketing

Datum: 18. Dezember 2009
Seite: 2

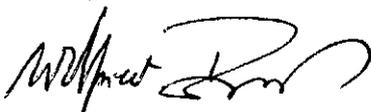
Ein umfassender Schutz vor Passivrauch ist somit ein unstrittiges Ziel zur Vorbeugung schwerwiegender Erkrankungen und deren Folgekosten. Die Frage, auf welchem Wege dieser Schutz am umfassendsten erreicht werden kann, muss letztlich politisch entschieden werden.

Hinsichtlich der Möglichkeiten, durch Verbotsregelungen auch in der Gastronomie den Nicht-raucherschutz zu verbessern, hat das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 30. Juli 2008 eine Ungleichbehandlung der Gastronomiebetriebe untersagt, grundsätzlich aber die Möglichkeit vollständiger Rauchverbote auch in der Gastronomie bestätigt. Insofern bleibt der Gesetzgeber aufgefordert, diese Option eines vollständigen Rauchverbots hinsichtlich ihrer Eignung für einen besseren Gesundheitsschutz zu prüfen und das Hessische Nichtraucherschutzgesetz ggf. entsprechend zu modifizieren.

Die AOK Hessen ist als größte Krankenversicherung im Land in besonderem Maße von den gesundheitlichen Folgen und Folgekosten des Tabakkonsums und des Passivrauchens betroffen. Bekanntlich sterben in Deutschland jährlich ca. 110.000 Menschen an den Folgen des Rauchens. Raucher büßen durchschnittlich 10 Jahre Lebenserwartung ein. Trotz aller Erfolge in der Präventionsarbeit in den vergangenen Jahren ist bei einzelnen Bevölkerungsgruppen ein Anstieg des Tabakkonsums festzustellen. Insofern plädiert die AOK Hessen für die Umsetzung geeigneter Schutzmaßnahmen vor den Folgen von Tabakkonsum und Passivrauchen. Da die AOK Hessen durch die angestrebten Gesetzesänderungen nicht unmittelbar betroffen ist, verzichten wir auf differenzierte Stellungnahmen zu Einzelfragen.

Für weitere Fragen und Ergänzungen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Wilfried Boroch
Hauptabteilungsleiter Unternehmenspolitik



Arbeitsgemeinschaft
Hessen

Arbeitsgemeinschaft hessischer Industrie- und Handelskammern, 60284 Frankfurt

Hessischer Landtag
Geschäftsführung des Ausschusses
für Arbeit, Familie und Gesundheit
Schlossplatz 1 - 3
65183 Wiesbaden

21. Dezember 2009

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und der FDP für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes – Drucks. 18/1160 – sowie Gesetzentwurf der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN für ein Gesetz zur Änderung des Gesetzes zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens – Drucks. 18/1401 –

Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlichen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme zu den Gesetzentwürfen der Fraktionen der CDU und der FDP sowie der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.

Das seit dem 1. Oktober 2007 in Hessen geltende Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens hat zu massiven Umsatzeinbußen bis hin zur Existenzgefährdung bei den Gaststätten geführt. Aufgrund der Bundesverfassungsgerichtsentscheidung vom 30.07.2008 wird in Hessen bereits in Ein-Raum-Schankwirtschaften mit weniger als 75 Quadratmeter Gastraumfläche das Rauchen wieder geduldet. Diese Entscheidung haben die hessischen Industrie- und Handelskammern begrüßt, da aus Sicht der Wirtschaft ein generelles Rauchverbot eine Einschränkung der Berufs- und Wahlfreiheit darstellt. Die Gastronomen sollten vielmehr selber bestimmen können, ob in ihrer Gaststätte geraucht werden darf oder nicht.

Vor diesem Hintergrund begrüßen wir die Ausnahmen vom Rauchverbot in § 2 Abs. 5 im Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und der FDP. Durch die deutlich begrenzten Tatbestandsmerkmale wird Rechtssicherheit für die betroffenen Betriebe geschaffen und die Maßgaben des Bundesverfassungsgerichtsurteils werden konsequent umgesetzt. Der Vorschlag von Bündnis 90/Die Grünen, jetzt ein generelles Rauchverbot für alle Gaststätten einzuführen, wäre das falsche Signal. Außerdem sind die allgemeinen Tatbestandsmerkmale „Gesundheitsgefährdung“ und „Gefährdung der Beschäftigten“ in § 2 Abs. 1 des Gesetzentwurfes der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen unseres Erachtens zu allgemein gefasst. Mögliche Rechtsauseinandersetzungen sind hier vorprogrammiert.

Hausanschrift:
IHK Frankfurt am Main
Börsenplatz 4
60313 Frankfurt

Postanschrift:
IHK Frankfurt am Main
60284 Frankfurt

Telefon:069 2197-1283
Telefax:069 2197-1490
m.graessle@frankfurt-main.ihk.de
www.frankfurt-main.ihk.de

Die Gastwirte in Hessen brauchen unbürokratische und schnelle Lösungen. Die im Gesetz geregelten Ausnahmen vom Rauchverbot müssen übersichtlich, verständlich und klar umsetzbar sein. Durch den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und der FDP erhalten Ein-Raum-Schankwirtschaften ein Wahlrecht und können selbst entscheiden, ob sie ein Raucher- oder Nichtraucherlokal sein möchten. Allerdings eröffnet die Ausnahmenvorschrift für das Rauchverbot nach § 2 Abs. 5 Nr. 2 im Gesetzentwurf Vollzugsprobleme, und die Ausnahmeregelung sollte hinsichtlich der Begrifflichkeit „einfach zubereitete warme Speisen“ konkretisiert werden. Hier könnten sich Auslegungsschwierigkeiten ergeben. Deshalb regen wir an, den Gesetzentwurf zu präzisieren, um die Umsetzung zu vereinfachen. Dies betrifft auch die Definition der „vollständig abgetrennten Räume“ in § 2 Abs.1.

Auch die freie Entscheidungsmöglichkeit bei geschlossenen Gesellschaften ist eine zu begrüßende Ausnahme. Es handelt sich dabei um rein private Veranstaltungen mit einem individuell abgegrenzten Personenkreis, und die Entscheidung sollte beim Veranstalter liegen, ob er das Rauchen zulassen möchte oder nicht. Allerdings ist nicht ausgeschlossen, dass dieses Wahlrecht zu einem hohen Konkurrenzdruck führen könnte.

In § 2 Abs. 3 des Entwurfes der Fraktionen CDU und FDP empfehlen wir folgenden Satz aufzunehmen: „Dies gilt auch für Einrichtungen nach § 1 Abs. 1 Nr. 4“. Dieser Hinweis im Gesetzentwurf der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen ist sinnvoll, da Rechtsstreitigkeiten vermieden werden, ob Räume in Einrichtungen des Maßregelvollzugs „Wohnzwecken dienen“.

Zusätzlich vermeidet der Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und der FDP einen bundesweiten Flickenteppich, da die bereits abgeänderten Länderregelungen sich ebenfalls für eine Wahlmöglichkeit der Ein-Raum-Schankwirtschaften ausgesprochen haben.

Mit freundlichen Grüßen

Arbeitsgemeinschaft hessischer
Industrie- und Handelskammern



Matthias Gräßle
Geschäftsführer

GEWERKSCHAFT **N**AHRUNG-**G**ENUSS-**G**ASTSTÄTTEN

LANDESBEZIRK HESSEN/RHEINLAND-PFALZ/SAAR



NGG Landesbezirk Hessen/Rheinland-Pfalz/Saar
60329 Frankfurt/Main, Wilhelm-Leuschner-Str. 69-77

Hessischer Landtag
Ausschuss für Arbeit,
Familie und Gesundheit
Postfach 3240
65022 Wiesbaden

Ihr Zeichen	
Ihre Nachricht	
Unser Zeichen	Hi/mw
Telefon	069/25 35 84
Durchwahl	
Telefax	069/23 78 83
Datum	22. Dezember 2009

Stellungnahme zum Gesetzesentwurf „Nichtraucherschutz“

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten als Landesbezirk Hessen/Rheinland-Pfalz/Saar der Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten (NGG) zum oben genannten Gesetzesentwurf Stellung nehmen.

Die Gewerkschaft NGG vertritt sowohl die Interessen für die Beschäftigten der Genuss- und Nahrungsmittelindustrie, als auch die Interessen der Beschäftigten des Hotel- und Gaststättengewerbes.

Wir begrüßen Gesetzesinitiativen, die dem Ziel dienen, den Nichtraucherschutz zu verbessern und somit gesundheitliche Risiken durch die Folgen des Passivrauchens zu minimieren bzw. zu verhindern. In jedem Gesetzgebungsverfahren sind jedoch die Interessen möglichst aller Betroffenen zu berücksichtigen, da nur so die notwendige Akzeptanz sichergestellt werden kann, die bei der Berücksichtigung der Einhaltung dieser gesetzlichen Vorschriften hilfreich wäre.

Alle Beschäftigten in Deutschland haben nach Paragraph 5 der Arbeitsstättenverordnung einen Anspruch auf den durch den Arbeitgeber sicherzustellenden Schutz vor Gesundheitsgefahren, wie etwa dem Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens. Dies gilt für uns insbesondere für die Beschäftigten im Gastgewerbe

Umstritten ist, ob dies für Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr, also auch im Hotel- und Gaststättengewerbe gilt. Hier gilt es, gleiches Recht für die betroffenen Beschäftigten zu erreichen. NGG plädiert daher für eine Klarstellung in der Arbeitsstättenverordnung.

Die Gewerkschaft NGG will kein allgemeines Rauchverbot, sondern unser Ziel ist es, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Hotel- und Gaststättengewerbe nicht von den Maßnahmen des Gesundheitsschutzes dauerhaft auszuschließen!

Insbesondere können weder Kinder noch Jugendliche, noch die Beschäftigten im Gastgewerbe tolerant sein, was ihre Gesundheit angeht.

Gewerkschaft NGG
e-mail: lbz.hessen-rheinland-pfalz-saar@ngg.net
Internet: www.ngg.net

Mitgliedschaften
DGB Deutscher Gewerkschaftsbund
IUL Internationale Union der Lebensmittel-, Landwirtschafts-, Hotel-,
Restaurant-, Café- und Genußmittelarbeiter-Gewerkschaften

Bankverbindung
SEB-Bank AG
BLZ 500 101 11
Konto 10 002501 00

Hier sind wir auf Seiten derjenigen, die es sich, anders als die Gäste, nicht aussuchen können, ob sie einen rauchfreien Arbeitsplatz wollen oder ggf. gar keinen mehr haben!

Aus diesen Gründen plädieren wir jedoch für mögliche Ausnahmeregelungen, die ein tolerantes Miteinander, gerade auch unter der Berücksichtigung eines umfassenden Gesundheitsschutzes für die Beschäftigten des Gastgewerbes ermöglichen.

- vollständig abgetrennten und belüfteten Raucherbereichen, in denen die RaucherInnen von den Beschäftigten nicht bedient werden sowie
- inhabergeführten Gastronomiebetriebe ohne weiteres Personal. Diese Rauchergaststätten sind besonders zu kennzeichnen.

Der Zugang zu den Raucherräumen und inhabergeführten Rauchergaststätten ist Kindern und Jugendlichen zu verwehren.

Weiter sind wir der Überzeugung, dass unterschiedliche Regelungen zwischen den Ländern nicht sinnvoll sind. Es führt zu einem Flickenteppich von Regelungen innerhalb Deutschlands und vermindert somit auch die notwendige Überzeugung der Menschen in unserem Land.

Unserer Meinung nach wäre eine bundesweit einheitliche Regelung der jeweiligen Ländergesetze zum Nichtraucherschutz der sichere Weg, um eine solche sachgerechte und dem Gesundheitsschutz dienliche Regelung für die Menschen und der Beschäftigten zu erzielen.

Mit freundlichen Grüßen



Uwe Hildebrandt
Landesbezirksvorsitzender

NGG-Landesbezirk Hessen/Rheinland-Pfalz/Saar

Gutmann Gesundheitstechnologie, Stuttgarter Str. 25, D-75179 Pforzheim

Hessischer Landtag
Herrn Schlaf
Postfach 3240

D- 65022 Wiesbaden

Pforzheim, 27. November 2009

**Gesetzentwurf der Fraktionen CDU und der FDP für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes – Drucks. 16/1160
Ihr Schreiben vom 23.11.2009 Az.: I A 2.1**

Sehr geehrter Herr Schlaf,

vielen Dank für die Zusendung der Unterlagen. Bitte nehmen Sie folgendes zur Kenntnis:

- 1. LUFTQUALITÄT:** Von unserer Seite ist seit Jahren mit hieb- und stichhaltigen Argumenten und unterlegt mit Zertifikaten nach Langzeitmessungen namhafter Institute wie des TÜV – Rheinland, Fresenius, etc. die Ihnen allesamt vorliegen, immer wieder auf die Unsinnigkeit dieses Gesetzes hingewiesen worden. Die Atemluft (unabhängig ob drinnen oder draußen) beinhaltet ohne Rauchen rund 4.800 Schadstoffe. Bereits seit Jahrzehnten gibt es sowohl bundesweit als auch europaweit die Arbeitsstätten-Richtlinien. Dieses Gesetz welches in allen privaten und öffentlichen Gebäuden gilt, gilt auch für die Gastronomie, wird aber dort aus unverständlichen Gründen nicht umgesetzt und kontrolliert. Die dort festgesetzten, klar definierten Schadstoffgrenzen unterschreiten wir um bis zu 80% und erzeugen damit eine Luftqualität, die es in der Natur nirgendwo, insbesondere auch in ausgewiesenen NICHTRAUCHER-Räumen nirgends gibt. Wir brauchen also kein neues „Wischiwaschi“-Gesetz das ohnehin keine Schadstoff- und Grenzwertdefinition beinhaltet, wir müssen nur vorhandene Gesetze umsetzen und deren Einhaltung kontrollieren. Die beigegefügte Grafik zeigt, dass wir mit Rauchen und mit Filter die Schadstoffgrenzen deutlich (bis ca. 80%) unterschreiten. Diese Grafik zeigt auch, dass im gleichen Raum OHNE unsere Luftreinigungssysteme und OHNE Rauchen die Schadstoffkonzentration um rund 1.500% angestiegen ist!!!
Wann begreift man diese simple Tatsache endlich auch im hessischen Landtag??
- 2. KREBSFORSCHUNG:** Zu den vom Krebsforschungszentrum Heidelberg vorgelegten Bedenken wegen krebserzeugender Stoffe, die beim Rauchen verstärkt werden sei nur soviel angemerkt: Diese sind anteilig ohnehin in der Atemluft enthalten, diese entstehen nicht nur beim Rauchen, sondern auch beim Abbrennen der unzähligen Kerzen in den Lokalen wie auch in der Fritteuse und beim Kochen. Warum kommt also der mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit von der Pharmaindustrie weltweit gesponserte „militante“ Kreis der Nichtraucher auf die Idee immer nur das Rauchverbot zu fordern??? Wer dieser Panikmache konsequent folgt ist nach hiesiger Auffassung stark suizidgefährdet. In der Medizin bezeichnet man das als „induzierte Paranoia“ !!

3. **RAUCHGERUCH** oder die Forderung „nach einer Luftqualität als würde nicht geraucht“! Hierzu ist anzumerken, dass dort wo Menschen sich aufhalten, jede Menge unangenehmer menschlicher Gerüche in der Luft wahrzunehmen sind. In der Gastronomie kommt noch verstärkt dazu, dass es nach allen möglichen Speisen riecht und vermischt mit menschlichen Ausdünstungen teilweise regelrecht stinkt. Dieser Geruch haftet beim Verlassen der Lokalität als unangenehmer Nebeneffekt an der Kleidung, dies auch beim Einsatz von energiefressenden, teuren Lüftungsanlagen und einem konsequenten Luftaustausch, der logischerweise keine Luftreinigung bringt, dafür aber jede Menge Kosten für unsinnige Energieverschwendung!
Beim Einsatz unserer Luftreinigungssysteme haben wir diese Symptome stinkender Kleidung nicht, eine kostenlose und angenehme, leicht erklärbare Nebenerscheinung reiner Luft!
4. **ENERGIE- und CO₂- BILANZ:** Unser Luftreinigungssystem hat in der besten Reinigungsstufe eine Energieaufnahme von lediglich 15W, maximal 36W in der höchsten Stufe. Bei angenommener Installation von 10 Systemen liegen wir also bei 150W im Dauerbetrieb. Wir sparen mit der Reinigung der Innenraumluft bis zu 60% Heizenergie (!), bis zu 100% Renovierungskosten und bis zu 50% Reinigungskosten. Bei Einsatz einer Lüftungsanlage ist der Energiekonsum um mindestens 200% höher, ohne die oben angeführten kostenlosen Nebeneffekte zu erreichen!

Mit einem Wort, von unserer Seite ist längstens alles gesagt! Dieses gebetsmühlenartige Gelaber seniler und Karriere geiler Profilineurotiker in den Landesregierungen und in der Bundesregierung ist unerträglich geworden. Unter dem Strich betrachtet ist davon auszugehen, dass die politische Führung unsere Heimat absichtlich ins Chaos führt. Dies beweist die täglich erfolgreich praktizierte Geld- und Arbeitsplatzvernichtung nicht nur in der Gastronomie.

Abschließend möchte ich noch die Generalsekretärin der SPD, Frau Andrea Nahles zitieren, die in Ihrem Buch „Frau, gläubig, links – Was mir wichtig ist“ Pattoch Verlag, München schreibt:

Der Nichtrauchererschutz ist in meinen Augen Ausdruck eines Trends: immer mehr Details des täglichen Lebens werden staatlich reglementiert. Das geschieht schleichend. Wir müssten eigentlich eine Grundsatzdiskussion über die Frage führen, wo der Aufgabenbereich des Staates endet und der Verantwortungsbereich des Einzelnen beziehungsweise der Zivilgesellschaft beginnt.

Paradox ist diese Entwicklung vor allem deshalb, weil die Regulierungswut des Staates in Kleinigkeiten einem ungeheuren Machtverlust des Nationalstaates in den großen Fragen gegenübersteht: Je weniger Einfluss der Staat etwa auf die Gestaltung globaler Wirtschaftsprozesse hat, desto emsiger regelt er das Privatleben seiner Bürgerinnen und Bürger. Insofern scheint zwischen der Deregulierung der Märkte und der Regulierung privater Lebensverhältnisse ein Zusammenhang zu bestehen.

Wir hoffen diese Durchsage ist nicht nur in Hessen angekommen. Dem ist nichts hinzuzufügen!

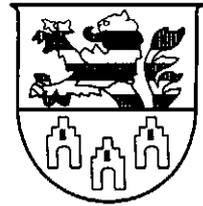
Mit freundlichen Grüßen aus Pforzheim
ppa. Peter Weik



Gutmann

Hessischer Städte- und Gemeindebund e.V.

Verband der kreisangehörigen Städte und Gemeinden



Hessischer Städte- und Gemeindebund · Postfach 1351 · 63153 Mühlheim/Main

An den Ausschuss
für Arbeit, Familie und Gesundheit **EINGEGANGEN**
des Hessischen Landtages
Postfach 32 40
65022 Wiesbaden

23. Dez. 2009

6.12.12

Dezernat 2

Referent(in) Herr Heger, Frau Siedenschnur
Unser Zeichen Hg/Sie/aj

Telefon 06108/6001-0

Telefax 06108/600157

E-Mail: hsgb@hsgb.de

Durchwahl 6001- 38, 48

Ihr Zeichen Hr. Schlaf, I A 2.1

Ihre Nachricht vom 23.11.2009

Datum 17.12.2009

— **Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und der FDP für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes – Drucks. 18/1160 – sowie Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ein Gesetz zur Änderung des Gesetzes zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens – Drucks. 18/1401**

— Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst bedanken wir uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme zu den beiden zuvor bezeichneten Gesetzentwürfen der CDU- und FDP-Landtagsfraktion sowie der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Änderung des Gesetzes zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens (Hessisches Nichtraucherschutzgesetz – HessNRSG).

Aus Sicht der Hessischen Städte und Gemeinden ist zu den Gesetzentwürfen folgendes auszuführen:

— I. Allgemeines

Bereits im Rahmen der Regierungsanhörung (unsere Stellungnahme vom 05.06.2007) als auch der Landtagsanhörung im Herbst 2007 haben wir deutlich gemacht, dass im Rahmen des beabsichtigten Nichtraucherschutzes es am stringentesten wäre, das Rauchen uneingeschränkt und ohne Ausnahme z. B. für abgetrennte Nebenräume und Festzelte zu verbieten. Dieses würde den Schutz der Besucherinnen und Besucher sowie der in der Gastronomie beschäftigten Arbeitnehmer gewährleisten. Des



Weiteren würde auch der Ungleichbehandlung zwischen den Gaststätten selbst und den öffentlichen Einrichtungen (z. B. Bürgerhäuser, Dorfgemeinschaftshäuser) entgegengewirkt. Auch die zu befürchtenden finanziellen Einbußen bei den Betreibern von öffentlichen Einrichtungen würden hiermit ausbleiben, da die Voraussetzungen für alle die gleichen wären.

Dieses voranstellend ist der Ansatz der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucks. 18/1401) für einen konsequenten Nichtrauchererschutz zu begrüßen, der ohne vielfältige Ausnahmeregelungen eine stringente Durchsetzung des Schutzes vorm Passivrauchen gewährleistet und auch in der Umsetzung vor Ort zu keinen Auslegungs- und Interpretationsschwierigkeiten führt. Zumal das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 06.08.2008 (Az.: 1 BvR 3198/07; 1 BvR 1431/08) zum Bayerischen Gesundheitsschutzgesetz ein striktes Rauchverbot in Gaststätten für verfassungskonform erklärt hat. Die damit einhergehenden Beeinträchtigungen der Freiheitsrechte, insbesondere der Berufsfreiheit der Gastwirte und der Verhaltensfreiheit der Raucher ist mit dem höherrangigen Ziel des Gesundheitsschutzes zu rechtfertigen.

Vor diesem Hintergrund ist das verfolgte Ziel im Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – ein striktes Rauchverbot in allen Gaststätten unter Verzicht auf mögliche Ausnahmetatbestände – ausdrücklich zu begrüßen, um die effektive Gewährleistung des Nichtraucher-schutzes insbesondere in Gaststätten zu ermöglichen.

II. Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucks. 18/1401)

1. Wie bereits zuvor dargestellt, ist der Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN aus den oben näher dargelegten Gründen grundsätzlich zu befürworten. Insbesondere aus Vollzugsgesichtspunkten ist die Reduzierung der Ausnahmetatbestände begrüßenswert, da nicht nur eine Gleichbehandlung der Gebäude und sonstigen umschlossenen Räume im Sinne von § 1 Abs. 1 HessNRSG zu verzeichnen ist, sondern auch die potenzielle Anzahl von Streitensfällen hierdurch reduziert wird, da es bei einem grundsätzlich geltenden konsequenten Nichtraucher-schutz verbleibt. Der Schutz der Bevölkerung vor den Gesundheitsverfahren durch das Passivrauchen stellt ein überragend wichtiges Gemeinwohlziel dar, das die allgemeine Erstreckung des Nichtraucher-schutzes auch auf die Gaststätten rechtfertigt.



2. Zu Art. 1 Ziff. 1 c

Wenn im Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN der Anwendungsbereich des Nichtraucherschutzes auf Diskotheken und Tanzlokale sowie Spielcasinos (Ziff. 12 und 13) erstreckt werden soll und hierfür Aspekte der Rechtsklarstellung angeführt werden, so regen wir an u. a. auch ausdrücklich die Erstreckung auf Straußwirtschaft, Spielhallen und Vereinsräume vorzusehen, in denen ebenfalls gastronomische Tätigkeiten ausgeübt werden können. Wie die Beratungspraxis im Zusammenhang mit der Einführung des Nichtraucherschutzes zum 01.10.2007 deutlich gemacht hat, ist eine Information seitens des Sozialministeriums zwar hilfreich, jedoch eine entsprechende Formulierung direkt im Gesetzestext zu bevorzugen.

Auch der Begründungstext im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens ist ohne eine entsprechende unmittelbare Aufnahme in den Gesetzeswortlaut allenfalls Richtschnur für eine spätere gerichtliche Überprüfung. Um hier Rechtssicherheit hinsichtlich des Anwendungsbereiches des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes zu erlangen, wird um eine Präzisierung im obigen Sinne gebeten.

3. Zu Art. 1 Ziff. 6

Die seitens der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN geforderte Streichung der Befristung wird ausdrücklich befürwortet. Der Schutz der Bevölkerung vor Gesundheitsgefahren rechtfertigt es auf eine Befristung an dieser Stelle zu verzichten, um den zentralen Charakter des Nichtraucherschutzes zu unterstreichen.

III. Gesetzentwurf der Fraktion der CDU und FDP (Drucks. 18/1160)

1. Zu Art. 1 Ziff. 1.

Hier kann auf die obigen Ausführungen zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (II. Ziff. 2) verwiesen werden.

2. Zu Art. 1 Ziff. 2

Wenn in § 2 des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes die Ausnahmetatbestände ausgeweitet werden sollen, so verbleibt es bei unserer grundsätzlichen Kritik (Ziff. I der Stellungnahme).

Die Ergänzungen im Zusammenhang mit § 2 Abs. 2 und Abs. 4 des Hessischen Nichtraucherschutzes werden als punktuelle Durchbrechung des generellen



Rauchverbotes in den entsprechenden Gebäuden für akzeptabel gehalten, da es sich hierbei jeweils um eine Einzelfallentscheidung handelt, die aus vernehmungstaktischen bzw. medizinischen oder sonstigen gewichtigen Gründen geboten erscheint.

Welche rechtlichen Schwierigkeiten und damit einhergehenden Vollzugsdefizite die Ausgestaltung der Ausnahmen für Gaststätten in § 2 Abs. 5 HessNRSG hat, wird im Zusammenhang mit der fehlenden Begriffsdefinition der „Nebenräume“ in Ziff. 1 und 3 des § 2 Abs. 5 deutlich. Unklar und mithin streitträchtig sind nicht nur die Frage der Größe bzw. Abmaße der Nebenräume sondern insbesondere auch die Frage einer Positionierung von Thekeneinrichtungen in diesen Räumen und Durchgangsmöglichkeiten zu den Toiletten. Die umfangreiche Beratungspraxis im Zusammenhang mit der aktuellen Rechtslage macht deutlich, dass hier gesetzgeberischerseits Klarheit geschaffen werden muss, um den Gesetzesvollzug zu erleichtern und vor dem Hintergrund der Ordnungswidrigkeitentatbestände (§ 5 HessNRSG) hier Rechtsverbindlichkeit zu gewährleisten.

Signifikant wird die entsprechende Problematik insbesondere vor dem Hintergrund der Personalsituation in Gaststätten. Soweit in den Nebenräumen ein Alkoholausschank möglich sein soll, so stellt sich die Frage, wie hier der Schutz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Ausübung der Tätigkeit zu gewährleisten sein soll. Eine Problematik die sich bei der Vorhaltung eines Ausschanks in den Nebenraum um ein Vielfaches potenziert. Hier ist der Gesetzgeber gefordert durch klare Formulierungen den Nebenraum im Sinne von § 2 Abs. 5 Ziff. 1 und Ziff. 3 HessNRSG eindeutig zu bestimmen. Wir sehen es nicht als akzeptabel an, dass im Rahmen von unzähligen und langwierigen Gerichtsverfahren vor dem Hintergrund der ordnungsrechtlichen Zuständigkeit der Kommunen (§ 5 Abs. 3 HessNRSG) die Begriffsbestimmung des Nebenraums ausgeurteilt wird.

Rechtliche Bedenken bestehen diesseits hinsichtlich der Ausgestaltung von § 2 Abs. 5 Ziff. 2 HessNRSG (n. F.) soweit in den sog. „Eckkneipen“ künftig auch einfach zubereitete warme Speisen verabreicht werden dürfen. So ist die Frage der näheren Ausgestaltung dieser Voraussetzung als sehr vage zu bezeichnen und mithin als interpretations- und auslegungsbedürftig anzusehen, was die Rechtsanwendung unsicher macht. Zudem ist mehr als fraglich, inwieweit die Vorgabe des Sortiments in § 2 Abs. 5 Ziff. 2 Hess.NRSG (n.F.) durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 30.07.2008 (Az.: 1 BvR 3262/07; 1 BvR 402/08 und 1 BvR 906/08) gedeckt ist. Voraussetzung für eine Ausnahme vom Rauchgebot ist da-



nach, dass die betroffene Gaststätte „keine zubereiteten Speisen“ anbietet. Wenn nunmehr in Erweiterung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes hier auch einfache zubereitete warme Speisen verabreicht werden können, so ist hier bereits sehr fraglich inwieweit es sich um eine „getränkegeprägte Kleingastronomie“ handeln soll. Die Abgrenzung zu einer Speisegastronomie ist mehr als vage und die praktikable Handhabung der Bestimmung in Zweifel zu ziehen.

Gänzlich abzulehnen ist die Aufnahme der **geschlossenen Gesellschaften** in § 2 Abs. 5 Ziff. 3 HessNRSG (n. F.). Neben den bereits mehrfach erwähnten Vollzugsdefiziten sehen wir seitens der Verfolgungsbehörden erhebliche Kontrollschwierigkeiten angesichts der einfachen Umgehungsmöglichkeiten. So ist sehr fraglich inwieweit seitens der Verfolgungsbehörden „eine nicht personengebundene Einladung“ als auch ein „gewerblicher Zweck“ positiv nachgewiesen werden können, um bei einem entsprechenden Verstoß ein Bußgeldverfahren einleiten zu können. Hier sind vielfältige und kreative Aufmachungen entsprechender Einladungen gleichermaßen denkbar wie Pauschalangebote, die der Verschleierung der eigentlich gewerblichen Zwecke dienen.

Wie die Vielzahl der Ausnahmen vom Rauchverbot im Zusammenhang mit § 1 Abs. 1 Nr. 11 HessNRSG (Gaststätten) deutlich macht, bleibt insgesamt der Eindruck haften, dass bezüglich der Gaststätten der „Einstieg in den Ausstieg“ aus dem Nichtraucherschutz zu konstatieren ist. Von den fehlenden personellen Ressourcen im Zusammenhang mit einer effektiven Durchsetzung des Hessischen Nichtraucherschutzes vor allem in den Nachtstunden ganz zu schweigen.

Auch vor dem Hintergrund der Begründung zu § 2 Abs. 5 Ziff. 5 HessNRSG (n. F.) ist unklar welchen Kontext die Erfassung von Besucherdaten in öffentlichen Spielbanken mit dem Nichtraucherschutz haben soll. Angesichts möglicher Erfassungen von Besucherdaten wären eine Vielzahl weiterer Ausnahmen vom Rauchverbot darstellbar, ohne dass es hierfür eine sachliche Rechtfertigung gibt. Hier steht insoweit zu vermuten, dass ureigenste Landesinteressen im Zusammenhang mit den staatlich konzessionierten Spielbanken Hintergrund für diese Ausnahmeregelung sind.

3. Zu Art. 1 Ziff. 2 (§§ 3 und 4 HessNRSG)

Die hierin vorgesehenen Anpassungen hinsichtlich der Hinweis- und Kennzeichnungspflichten sowie der Verantwortlichkeiten sind im Gesamtkontext des Gesetzesentwurfes der Fraktion für CDU und FDP als stringent zu werten.



Wir bitten um Berücksichtigung unserer Anregungen im anstehenden Gesetzgebungsverfahren.

An der mündlichen Anhörung am 14. Januar 2010 werden wir seitens des Hessischen Städte- und Gemeindebundes teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Karl-Christian Schelzke'.

Karl-Christian Schelzke

Geschäftsführender Direktor



Hessischer Städtetag · Frankfurter Straße 2 · 65189 Wiesbaden

Hessischer Landtag
Ausschuss für Arbeit, Familie und Gesundheit
z. H. Herrn Vorsitzenden Dr. jur. Andreas Jürgens
Schlossplatz 1

65183 Wiesbaden

Ihre Nachricht vom: 23.11.2009
Ihr Zeichen: I A 2.1

Unser Zeichen: 500.0 Di/Ri/In
Durchwahl: (0611) 1702-21
E-Mail: risch@hess-staedtetag.de

Datum: 23.12.2009

- **Gesetzentwurf der Fraktion der CDU und der FDP für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Nichtraucherschutzgesetzes – Drucks 18/1160**
- **Gesetzentwurf der Fraktion Bündnis 90/ DIE GRÜNEN für ein Gesetz zur Änderung des Gesetzes zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens – Drucksache 18/1401**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die nachfolgende Stellungnahme basiert auf schriftlichen Rückmeldungen unserer Praktiker aus den Mitgliedstädten. Während sie für den Gesetzentwurf 18/1401 keine besonderen Probleme vermelden, weisen sie darauf hin, dass der Gesetzentwurf 18/1160 Schwierigkeiten für die rechtssichere Gaststättensachbearbeitung schafft.

Schon die bisherige gesetzliche Regelung, die weniger ausnahmeträftig war als dieser Gesetzentwurf, hat in unseren Mitgliedsverwaltungen erhebliche Abgrenzungsschwierigkeiten im Verwaltungsvollzug und bei Einleitung und Durchführung von Ordnungswidrigkeiten-Verfahren ausgelöst.

Die drei wichtigsten dieser Probleme im Gesetzentwurf 18/1160 sind aufgezeigt mit dem Ziel, den Gesetzentwurf entsprechend klarzustellen.

§ 2 Abs. 5 Nr. 1 – vollständig abgetrennte Nebenräume

Wir bitten den Gesetzgeber um eine genauere Definition des Begriffes „abgetrennte Nebenräume“ im Gesetz oder in einer Durchführungsverordnung.

Andernfalls sind die Anforderungen an die Abtrennung der Nebenräume, die Anzahl der zugelassenen Nebenräume und deren Nutzung, insbesondere durch Schankanlage oder Tanzfläche, nicht klar einzuordnen und zu subsumieren.

§ 2 Abs. 5 Nr. 2 – Kleingaststätten

Wir bitten den Gesetzgeber, den Begriff „Gastfläche“ näher zu definieren oder die Raumgröße als Maßstab heranzuziehen.

Die Berechnung der „Gastfläche“ entspricht zwar wohl der mit dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband (DEHOGA) getroffenen Vereinbarung, ist allerdings kaum rechtssicher zu vollziehen.

Zumindest bei der erstmaligen Kontrolle ist es unumgänglich, die Fläche nachzumessen oder zumindest zu schätzen. Hinzu kommt, dass die Berechnung der Gastfläche praktisch kaum zu überprüfen ist. Bewegliches Mobiliar und kleinere Einbauten schaffen eine enorme Flexibilität, der nur durch sehr häufige Kontrollen begegnet werden kann. Es ist daher vorzugswürdig, die Raumgröße zum Maßstab zu nehmen.

Als kritisch erweist sich, dass der Gesetzentwurf über das Urteil des Bundesverfassungsgerichts hinausgeht und auch die Verabreichung von „einfach“ zubereiteten warmen Speisen zulässt. Das Urteil selbst verlangt eine Ausnahme nur für die getränkegeprägte Gastronomie.

Es stellt sich die Frage, wie „einfach“ zubereitete warme Speisen zu definieren sind.

Verwendet der Gastwirt etwa vorgefertigte Produkte, kann er ganze Menüfolgen „einfach“ zubereiten.

§ 2 Abs. 5 Nr. 3 – Geschlossene Gesellschaften

Wir regen an, diese Regelung zu streichen. Zumindest muss Sie im Hinblick auf den Jugendschutz überarbeitet werden.

Unsere Praktiker sehen mit dieser Regelung Schwierigkeiten sowohl in gesundheitlicher als auch in praktischer Hinsicht:

- Gesundheitsschutz: Tabakrauch setzt sich in Möbel, Textilien etc. fest und gefährdet gesundheitlich nachfolgende Besucher. Eine Ausnahme für geschlossene Gesellschaften ist nicht notwendig, da diese auf die bestehenden Raucherräume verwiesen werden können.
- Praktische Umsetzung: Die private, „geschlossene“ Gesellschaft lässt sich in einer öffentlichen Gaststätte nur schwer vom üblichen Gaststättenbetrieb unterscheiden. Auch sehen unsere Praktiker aus den Mitgliedsverwaltungen die Gefahr, dass „geschlossene Gesellschaften“ behauptet werden, um das Rauchverbot zu umgehen.

In einem der Antwortschreiben aus den Reihen unserer Mitglieder findet sich ein Appell, den wir uns gerne zu eigen machen: „Geben Sie vor Ort der praktischen Umsetzung eine Chance – ohne zusätzlichen Personalmehraufwand, den die Kommune wieder selber tragen muss.“

Für Rückfragen zu diesem Schreiben stehen wir allen Mitgliedern des Ausschusses gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Jürgen Dieter
Geschäftsführender Direktor



die lobby für kinder

Stellungnahme zur Änderung des Gesetzes zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens Drucksache 17/127 und Drucksache 18/1401

Sehr geehrte Damen und Herren,

aus Sicht der gesundheitlichen Verantwortung gegenüber Kindern und Jugendlichen lehnt der Deutsche Kinderschutzbund Landesverband Hessen e.V. die Lockerung des Gesetzes zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens ausdrücklich ab.

Intensiv hat sich der Kinderschutzbund mit seinen Partnern im Bündnis Rauchfreies Hessen der Hessischen Krebsgesellschaft mit dem Thema auseinander gesetzt und wurde in seiner strikten Ablehnung der Lockerung des Rauchverbotes bestätigt. Die gesundheitlichen Folgen für Kinder sind so dramatisch, dass wir es für eine unbedingte Verpflichtung der Politik ansehen, dem Kindesrecht auf Gesundheit den absoluten Vorrang vor den geschäftlichen Interessen der Betreiber von Lokalen, Festzelten und der Bewirtung bei geschlossenen Gesellschaften zu geben. Unseres Erachtens müsste im Gegenteil das Verbot unbedingt auf andere Bereiche ausgedehnt werden z.B. das Rauchen in Sportstätten, insbesondere im Bereich der Fußballstadien, da diese Sportart viele Zuschauer der betreffenden Altersgruppen hat.

Die Verpflichtung, das Gesundheitsbewusstsein zu stärken, hat erste Erfolge gezeigt. Die Zustimmungquote für das Rauchverbot ist bei allen Menschen gestiegen, am meisten bei den Gelegenheitsrauchern. Die Zahl muss weiter steigen und Gelegenheitsraucher zu Nichtrauchern werden. Eine neue Debatte könnte zur Steigerung des Tabakkonsums führen. Das wäre aus Sicht unseres Verbandes katastrophal. 73,4 % der deutschen Bevölkerung befürworten ein Rauchverbot in Gaststätten. Eine Lockerung ist nicht im Interesse der Bevölkerung und insbesondere nicht der Kinder und Jugendlichen.

Das Passivrauchen ist für alle Altersgruppen sehr schädlich. Es führt jedoch besonders bei Menschen, die sich noch in der Wachstumsphase befinden, zu massiven Schäden durch die Aufnahme der Giftstoffe, die Herz- und Atemfunktionen schädigen, zu Bewusstlosigkeit führen und tödlich sein können. Die Studien zum plötzlichen Säuglingstod (fast jeder 2. Fall der jährlichen 500 – 600 Todesfälle laut dem Artikel „Die Risiken von Passivrauchen werden weiter unterschätzt, Kinder sind die Leidtragenden“ in der Ärztezeitung) sind ein Beispiel dafür. Der Anstieg der Atemwegserkrankungen bei Kindern spricht ebenfalls eine deutliche Sprache. Kinder atmen häufiger

Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Hessen e. V.

ein als Erwachsene. Der Rauch schädigt sie mehr als andere. Die Giftstoffe, laut BZgA mehr als 4.800 chemische Verbindungen wie z.B. Benzol, Formaldehyd, Chrom Arsen, Ammoniak, Butan, Kohlenmonoxyde, können schlechter abgebaut werden. Die Folgen haben alle zu verantworten, die dem Passivrauchen nicht entschieden entgegentreten.

Bedenkt man zusätzlich, dass die Wahrscheinlichkeit späteren eigenen Tabakkonsums steigt, wenn Kinder dem Passivrauchen ausgesetzt waren, ist der Gesetzgeber verpflichtet im Rahmen der Prävention des Rauchverhaltens der späteren Erwachsenen hier deutliche Zeichen zu setzen. Nur durch die strikten gesetzlichen Vorgaben, die entsprechenden Kontrollen mit strafrechtlichen Konsequenzen bei Verstößen und gute Arbeit im Rahmen der Prävention können wir gemeinsam das Rauchverhalten in der Gesellschaft verändern.

Einerseits Prävention für Kinder und Jugendliche gegen Suchtverhalten zu fördern und andererseits gesetzliche Grundlagen, die die Prävention deutlich unterstützen zu unterlassen bzw. zu lockern, kann nicht Ziel einer aktiven Kinder- und Jugendpolitik in der gesundheitlichen Vorsorge sein.

Wir brauchen mehr Initiativen gegen das Rauchen und gegen den Verkauf von Tabakwaren und keine Lockerung der endlich erfolgten gesetzlichen Schutzregelungen. Alle medizinischen Forschungsergebnisse zum Passivrauchen verpflichten zu mehr Schutz, die nur durch gesetzliche Vorgaben gestützt, zur Verbesserung der Kindergesundheit führen können. Elternverantwortung ist ein hohes Gut und eine Vielzahl von Eltern handeln entsprechend, aber die staatliche Gemeinschaft hat die Verantwortung alle Kinder zu schützen. Aus diesem Grund muss sie ihre Verantwortung wahrnehmen für die Gesundheit aller Kinder.

Das in der UN Konvention über die Rechte der Kinder verankerte Recht auf Gesundheit darf nicht untergraben werden.

Mit freundlichen Grüßen

Gez.
Verone Schöninger
Landesvorsitzende

Friedberg, den 21.12.2009

Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Hessen e. V.
Gebrüder-Lang-Straße 7, 61169 Friedberg
Tel.: 06031/18733
Fax: 06031/722649
Email: Kinderschutzbund.LV-Hessen@t-online.de
www.kinderschutzbund-hessen.de