

DGEpi · Geschäftsstelle · Bünteweg 2 · D-30559 Hannover

Bundesministerium für Gesundheit
Bundesministerin Ulla Schmidt

11055 Berlin

Cc: s. Empfängerliste

Deutsche Gesellschaft für
Epidemiologie (DGEpi e.V.)
Geschäftsstelle - Heike Bark
c/o IBEI - Stiftung Tierärztliche
Hochschule Hannover
Bünteweg 2
D-30559 Hannover

Telefon: +49 (0) 5 11 / 9 53 - 79 51
Telefax: +49 (0) 5 11 / 9 53 - 79 74
E-Mail: geschaeftsstelle@dgepi.de
Homepage: www.dgepi.de

15. Januar 2009

Statement zum Nichtraucherschutz

Sehr geehrte Frau Bundesgesundheitsministerin,

die Epidemiologie hat wesentlich dazu beigetragen, die negativen gesundheitlichen Folgen des Aktiv- und des Passivrauchens zu erforschen. Diese epidemiologischen Erkenntnisse fordern aus unserer Sicht zu eindeutigem politischem Handeln auf.

Bereits im Dezember 2006 haben sich die Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) e.V. und die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) e.V., zusammen mit anderen Fachgesellschaften, für einen umfassenden Gesundheitsschutz für Nichtraucher ausgesprochen. In Anbetracht des Bundesverfassungsgerichtsurteils vom 30. Juli 2008 sehen wir uns aber nun erneut aufgerufen, in der Diskussion hinsichtlich des Rauchverbots in öffentlichen Räumen und am Arbeitsplatz Stellung zu beziehen.

Die Gesundheitsgefahren durch Passivrauchen sind wissenschaftlich eindeutig belegt:

1. Eine Vielzahl von Studien und Meta-Analysen zeigt, dass Passivrauchen das Risiko für Lungenkrebs und Herzinfarkt bzw. koronare Herzerkrankung um 25-30% erhöht und zu chronischen Atemwegserkrankungen führen kann. Darüber hinaus wurden Zusammenhänge bei Neugeborenen zum plötzlichen Kindstod gefunden. Das Deutsche Krebsforschungszentrum hat eine umfassende Darstellung der Passivrauch bedingten Gesundheitsrisiken vorgelegt [1].

Vorstand DGEpi

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Greifswald, Vorsitzender

Prof. Dr. Heiko Becher
Heidelberg, 1. Stellvertreter

Prof. Dr. Torsten Schäfer
Prof. Dr. Andreas Stang
PD Dr. Karen Steindorf

Deutsche Gesellschaft für
Medizinische Informatik, Biometrie
und Epidemiologie (GMDS e.V.)

Geschäftsführerin Beatrix Behrendt
Geschäftsstelle GMDS
Bonner Str. 178
D-50968 Köln

Telefon: +49 (0) 221 /37 99 47 55
Telefax: +49 (0) 221 /37 99 47 56
E-Mail: info@gmds.de
Internet: www.gmds.de

Präsidium GMDS

Prof. Dr. Klaus A. Kuhn
München, Präsident

Prof. Dr. Johannes Haerting
Halle, 1. Vizepräsident

Dr. Iris Zöllner
Stuttgart, 2. Vizepräsidentin

Prof. Dr. Harald G. Schweim
Prof. Dr. Hans-Ulrich Prokosch
Prof. Dr. Maria Blettner
Prof. Dr. Paul Schmücker
Prof. Dr. Ralf-Dieter Hilgers
Gregor Lamla
Claudia Ose
Hildegard Lax

Seitenzahl 5

2. Im Passivrauch sind über 50 karzinogene Substanzen enthalten. Es gibt keinen Schwellenwert, bis zu dem Passivrauchexposition gesundheitlich ungefährlich ist. Die Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe („MAK-Kommission“) der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) stuft Passivrauch als eindeutig krebserregende Substanz ein und hat ausdrücklich auf die Festlegung eines Grenzwertes, unterhalb dessen Passivrauchexposition gesundheitlich unbedenklich ist, verzichtet [2].
3. Die International Agency for Research on Cancer (IARC) der Weltgesundheitsorganisation klassifiziert Passivrauch als humanes Karzinogen der Gruppe 1 (für den Menschen Krebs erregender Stoff/ Stoffgemisch), da hinreichend wissenschaftliche Evidenz für den kausalen Zusammenhang zwischen Passivrauchen und Lungenkrebs vorhanden ist [3].
4. Das amerikanische Gesundheitsministerium (US Department of Health and Human Services, Surgeon General) kommt in einer umfassenden Analyse der Passivrauch bedingten Gesundheitsrisiken zu dem Ergebnis, dass Passivrauchen ursächlich zu Lungenkrebs, koronarer Herzerkrankung, plötzlichem Kindstod, Atemwegs- und Mittelohrerkrankungen sowie verminderter Lungenfunktion im Kindesalter beiträgt (höchstes Evidenz Level 1) . Zudem sei es wahrscheinlich, dass Passivrauchexposition ein kausaler Risikofaktor für Schlaganfall, chronische Lungeerkrankungen, Neuauftreten von Asthma im Erwachsenenalter und Verstärkung von Symptomen bei bestehendem Asthma ist (Evidenz Level 2) [4].

Vor dem Hintergrund dieser Evidenz lässt sich über die Gesundheitsgefahren durch Passivrauchen aus der Sicht der epidemiologischen Wissenschaft deshalb nicht mehr sinnvoll streiten.

Wir müssen an dieser Stelle vielmehr daran erinnern, dass Deutschland sich mit der Ratifizierung des weltweiten Rahmenabkommens zur Tabakkontrolle explizit dem Schutz der Bevölkerung vor Passivrauch verpflichtet hat.

Andere europäische Länder wie England, Irland, Schottland oder Schweden haben weit reichende Gesetze zum konsequenten Nichtraucherchutz eingeführt.

Es gibt bereits erste wissenschaftliche Ergebnisse, die darauf hindeuten, dass die Maßnahmen in diesen Ländern nicht nur die Luftqualität in Innenräumen nachweisbar verbessern, sondern auch positive gesundheitliche Effekte haben [5-13].

Die Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie und die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie fordern deshalb die politischen Entscheidungsträger erneut auf, in dem durch das Bundesverfassungsgericht vorgegebenen Rahmen eine umfassende und einheitliche gesetzliche Regelung des Nichtraucherschutzes in Deutschland einzuführen.

Mit freundlichen Grüßen

- Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann -
Vorsitzender DGEpi

- Prof. Dr. Klaus A. Kuhn -
Präsident GMDS

Quellen:

- [1] Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.). Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Band 5, Heidelberg 2005
http://www.tabakkontrolle.de/pdf/Passivrauchen_Band_5_2Auflage.pdf
- [2] Passivrauchen am Arbeitsplatz. Deutsche Forschungsgemeinschaft, Senatskommission zur Prüfung Gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe. Hrsg. von Helmut Greim. Wiley-VCH, 1999.
- [3] 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
- [4] 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
- [5] Alpert HR, Carpenter CM, Travers MJ, Connolly GN. Environmental and economic evaluation of the Massachusetts Smoke-Free Workplace Law. *J Community Health* 2007; 32(4):269-281.
- [6] Goodman P, Agnew M, McCaffrey M, Paul G, Clancy L. 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.
- [7] Juster HR, Loomis BR, Hinman TM, Farrelly MC, Hyland A, Bauer UE *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.
- [8] Vasselli S *et al.* Reduction incidence of myocardial infarction associated with a national legislative ban on smoking. *Minerva Cardioangiol* 2008;56:197-203.
- [9] Menzies D *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;296:1742-8.
- [10] Skogstad M *et al.* Cross shift changes in lung function among bar and restaurant workers before and after implementation of a smoking ban. *Occup Environ Med* 2006;63:482-7.
- [11] Eagan T M L *et al.* Decline in respiratory symptoms in service workers five months after a public smoking ban. *Tob Control* 2006;15:242-6.
- [12] Pierce JP *et al.* Special report: policy. Effectiveness of smoke-free policies. *Lancet Oncology* 2008;9:614-5.
- [13] Vellinga A *et al.* The impact of the smoking ban in Ireland: modelling hospital admissions for acute myocardial infarction. *J Epidemiol Community Health* 2007;61(Suppl 1):A6.