



---

## **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz-Kreislaufforschung e.V. und der Deutschen Herzstiftung e.V. zur schriftlichen Anhörung zu dem**

### **Entwurf eines Gesetzes zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens**

#### **Ausmaß der Schäden durch Aktiv-Rauchen:**

Es ist heute unbestritten, dass Rauchen einer der bedeutendsten Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen und Krebs ist. Rauchen vermindert die Lebenserwartung beträchtlich (2,10,13,18). Dennoch sind sich die meisten Menschen und auch speziell die Raucher nicht über das Ausmaß der lebensverkürzenden und krankheitsbegünstigenden Wirkung im Klaren; neuere Beobachtungsstudien haben hier unsere Erkenntnisse in den letzten zwei Jahren erheblich erweitert: In der MONICA-Studie/KORA-Studie (Augsburg) wurde die Infarktrate bei Rauchern im Vergleich zu Menschen, die noch nie geraucht hatten, erhoben. Durch Nichtrauchen könnten bei Männern 60 %, bei Frauen sogar 75 % der Herzinfarkte verhindert werden (15,16).

Obwohl bereits seit längerem allgemein anerkannt ist, dass Rauchen die Lebenserwartung vermindert, war bisher die Dauer der verlorenen Lebenszeit nicht genau bekannt. Die kürzlich publizierte Nachbeobachtung der „British doctors study“ über 50 Jahre füllte hier eine wichtige Lücke (8). Beobachtet wurde eine Gruppe von britischen Ärzten, die zwischen 1920 und 1929 geboren waren. Die berufliche Homogenität ermöglichte einerseits eine zuverlässige Nachbeobachtung über das britische Ärzteregister, andererseits eliminierte die sozial gleichmäßige Struktur der Gruppe die Problematik des Einflusses des sozialen Status auf die Lebenserwartung. Die Rauchgewohnheiten ähnelten den heutigen mit im Mittel 18 Zigaretten pro Tag. Mit 60 Jahren hatten die beobachteten rauchenden Ärzte bereits ein dreifach höheres Todesrisiko im Vergleich zu den Nie-Rauchern und eine ähnliche Überlebensrate wie die 15 Jahre älteren Ärzte, die nie geraucht hatten. Somit hatte diese Gruppe bereits im Mittel 15 Lebensjahre oder ein Viertel der Lebenszeit verloren! Diese Größenordnung von Lebens- und Produktivitätsverlust bis zum 60. Lebensjahr ist schockierend – und dies in einer Bevölkerungsgruppe, die optimalen Zugang zu medizinischer Versorgung hatte. Es ist also keineswegs so, dass nur die letzten Jahre einer „normalen“ Lebenserwartung durch das Rauchen „abgeschnitten“ werden. Ein erheblicher Teil der Lebenszeit geht früh in den „besten“ Jahren verloren, verbunden mit einem erheblichen Produktivitätsverlust.

Um die Bedeutung des Rauchens für die Bevölkerung in Perspektive zu setzen, ist erwähnenswert, dass in Deutschland täglich 308 Todesfälle durch das Rauchen verursacht werden, im Vergleich zu 21 Todesfällen durch Verkehrsunfälle (17).

## **Gesundheitliche Folgen des Passiv-Rauchens**

Die negativen Folgen des Passivrauchens sind ebenfalls unstrittig (20) und werden in der Problemdarstellung der Gesetzesvorlage sachgerecht wiedergegeben.

Es ist allgemein bekannt, dass Raucher nicht nur ihre eigene Gesundheit in Gefahr bringen, sondern auch ihre Mitmenschen erheblich gefährden. Passivrauchen führt jedes Jahr zu mehreren tausend Todesopfern. Dennoch war es im Rahmen der Deutschen Gesetzgebung bisher noch nicht möglich, ein umfassendes Gesetz zum Schutz der Nichtraucher, die immerhin mehr als 70 % der Bevölkerung repräsentieren, zu verabschieden(22). Die häufigste Todesursache aufgrund von Passivrauchen sind Herz- und Gefäßerkrankungen wie etwa Herzinfarkte und Schlaganfälle, gefolgt von Lungenkrebs. Passivrauchen zählt wie aktives Rauchen zu den gefährlichsten Risikofaktoren für den plötzlichen Verschluss der Blutgefäße durch Blutgerinnsel, in dessen Folge der Herzmuskel nicht mehr ausreichend mit sauerstoffreichem Blut versorgt wird und massive Schäden davonträgt (20).

Trotz einfacher Möglichkeiten, diese eklatante Gefahr auszuschalten, werden Nichtraucher in Deutschland immer noch nicht ausreichend geschützt. Es ist nicht gerechtfertigt dass sich 70 % der Bevölkerung einer Körperverletzung durch Passivrauchen aussetzen müssen, damit einige abhängige Raucher jederzeit ihre Nikotinabhängigkeit befriedigen können! Natürlich ist es jeder volljährigen Person freigestellt, beliebig viel zu Rauchen, sofern er/sie damit nicht anderen Personen Schäden zufügt. Auf diese einschränkende Bedingung muss jedoch stärker als bisher geachtet werden.

In unserem Nachbarland Frankreich wird seit 1. Februar 2007 ein striktes Nicht-raucherschutzgesetz wirksam. In öffentlich zugänglichen Gebäuden und am Arbeitsplatz und damit auch in Schulen, Krankenhäusern und öffentlichen Verkehrsmitteln darf künftig nicht mehr geraucht werden. Das in Frankreich verhängte Rauchverbot ist eines der strengsten in Europa. Bei Verstößen werden hohe Strafen fällig. In einigen Bereichen sind bis zum Jahresende Übergangsphasen vorgesehen. Da nach einer Umfrage bis zu 50 % der Raucher das Rauchen ohnehin aufgeben wollen, dürfte auch dieses Gesetz in der Umsetzung eine breite Zustimmung finden.

## **Auswirkungen des Nichtraucherschutzes**

Die Einschränkung des Rauchens in allen öffentlich zugänglichen Gebäuden einschließlich Gaststätten führt nach den Erfahrungen in Italien neben einer unmittelbaren Verminderung der Passiv-Rauchexposition auch zu einer Verminderung des gesamten Zigarettenkonsums, was sich auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirkt. Das strikte Rauchverbot im Gastronomiebereich stellt einen der wichtigsten Punkte des Nichtraucherschutzes, für die nicht rauchenden Gäste aber besonders auch für die Angestellten in den Gaststätten dar. Die irische Gewerkschaft MANDATE, die Tausende von Gastronomiemitarbeitern vertritt, hatte mehrfach öffentlich auf die Verpflichtung hingewiesen, die Gesundheit der Gastronomiemitarbeiter zu schützen.

Wie sinnvoll ein umfassendes Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen ist, zeigt der Blick in andere europäische Länder, und nach USA, in denen verantwortungsvolle Gesetze zum Schutz von Nichtrauchern existieren: Irland war hier der Vorreiter in Europa.

In Übereinstimmung mit ähnlichen Ergebnissen, die aus Kalifornien und New York berichtet wurden, fiel der Speichelgehalt von cotinine - einem Biomarker für die Rauchexposition - bei Angestellten in Irlands Pubs und Bars um 80 %. Die Angestellten berichteten, dass Sie deutlich weniger Atemwegsprobleme hatten und sich um 40 % gesünder fühlten (1). Ähnliche Beobachtungen waren bereits 7 Jahre früher in Californien/USA gemacht worden (9). Die Irische Regierung berichtete, dass die gesetzlichen Bestimmungen in Übereinstimmung mit Erfahrungen in anderen Ländern zu 97 % eingehalten werden. Aufgrund der eindeutigen Gesetzgebung und eingehender Aufklärung der Bevölkerung über die Schäden des Passivrauchens erfreut sich die Gesetzgebung über rauchfreie Arbeitsplätze einer 93%igen Zustimmung in der Bevölkerung, einschließlich einer 80%igen Zustimmung bei Rauchern (11).

Weder in Irland noch in Norwegen, Schweden, New York, Kalifornien oder Südaustralien hat es nach Einführen einer rauchfreien Gastronomie einen Umsatzrückgang oder einen Abbau von Arbeitsplätzen in der Gastronomie gegeben (5).

Das Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden und Restaurants leistet neben der Verhütung persönlichen Leidens auch einen eigenen Beitrag zur Verminderung der Gesundheitskosten: In Italien haben vor eineinhalb Jahren die Krankenhauseinweisungen aufgrund von Herzinfarkten unmittelbar nach Einführung eines weitgreifenden Rauchverbots in Gaststätten, Diskotheken und öffentlichen Gebäuden um etwa 12 % abgenommen (3).

In der amerikanischen Stadt Pueblo/Colorado, USA wurde nach Einführung eines solchen Rauchverbots innerhalb von 1\_ Jahren eine Reduktion der akuten Herzinfarkte um 27 Prozent im Vergleich zu einer Kontrollstadt beobachtet. Eine enorme Verminderung in so kurzer Zeit, die wohl durch keine andere Maßnahme zu erzielen ist (4,21). Auf Deutschland hochgerechnet wären dies etwa 78.000 Herzinfarkte pro Jahr weniger: Die hohen Behandlungskosten allein von Herzinfarkten dürften zu einer Kostenersparnis in Milliardenhöhe für unser derzeit viel diskutiertes Gesundheitssystem führen.

### **Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.**

Der kindliche Organismus spricht auf das Nikotin besonders stark an. Deswegen ist es für Kinder ganz besonders wichtig, im täglichen Leben zu erfahren, dass Rauchen im Erwachsenenalter nicht die Normalität ist. Gerade Kinder und Jugendliche stellen jedoch traditionell eine besonders wichtige Zielgruppe der Zigarettenwerbung dar. Kinder sind aufgrund ihrer begrenzten Lebenserfahrung der Werbung weitgehend schutzlos ausgesetzt. Die Hälfte der Gewinne der Tabakindustrie resultiert aus Verkäufen an Personen, die bereits als Kinder nikotinabhängig geworden sind (6).

Je früher die Kinder mit dem Rauchen beginnen, umso langfristiger werden die Rauchgewohnheiten beibehalten und umso schwerwiegender sind die Folgen. Unter diesen Gesichtspunkten ist bereits eine Verzögerung des Rauchbeginns im Schulalter um 1 - 2 Jahre für die Entstehung einer Nikotinabhängigkeit von großer Bedeutung (12).

Kinder sind auch besonders empfindlich gegenüber Passivrauchbelastung!

Bereits das Ungeborene kann durch Passivrauchen der Mutter geschädigt werden.

Tabakrauchbelastung während der Schwangerschaft führt zu einem erhöhten Risiko für

- Fehlbildungen
- Fehl-, Tot- und Frühgeburten
- vermindertes Längenwachstum des Fetus
- kleineren Kopfumfang des Fetus
- geringeres Geburtsgewicht

Bei Kindern besteht ein Zusammenhang zwischen Passivrauchen und Mittelohrentzündungen, einer beeinträchtigten Lungenfunktion, Asthma und plötzlichem Kindstod.

Etwa 3 % der Tabak-Steuereinnahmen resultiert aus dem ungesetzlichen Verkauf von Zigaretten an Jugendliche. Dies entspricht in Deutschland etwa 330 Mio. €. Diese unter moralisch fragwürdigen Umständen zu Stande gekommene Steuereinnahme könnte z. B. für die Suchtprävention bei Jugendlichen eingesetzt werden (6,7)!

### **Zusammenfassung und Empfehlung:**

An den schädlichen gesundheitlichen Auswirkungen des Passivrauchens bestehen bei Fachgesellschaften für Herz- und Gefäßerkrankungen, Tumorerkrankungen und Kinderheilkunde national und international keine Zweifel. Die überwiegende Mehrheit der deutschen Bevölkerung wünscht rauchfreie Gaststätten(23). Die Umsetzung dieser Maßnahmen führte in europäischen Ländern zu einer über 90%igen Zustimmung in der Bevölkerung. Die Erfahrungen im europäischen Ausland haben gezeigt, dass eine konsequente Umsetzung der Nichtraucher-Schutzgesetze weder im Bereich der Gastronomie noch in anderen Bereichen zu einem Umsatzrückgang führt. Einsparungen im Gesundheitssystem sind bereits kurzfristig durch einen Rückgang der Infarktquote in mehreren europäischen Ländern und auch in USA dokumentiert worden.

Der Nutzen dieses Gesetzesvorhabens für die Bevölkerung, für die Gesellschaft als Ganzes und besonders für die Kinder und Jugendlichen, einen rauchfreien Arbeitsplatz für alle zu gewährleisten, ist durch eine starke wissenschaftliche Grundlage abgesichert. Das Gesetzesvorhaben wird aus der Sicht der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie und der Deutschen Herzstiftung ohne Einschränkung unterstützt.

Prof. Dr. Helmut Gohlke  
- Sprecher der Projektgruppe Prävention  
der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie  
- Mitglied des Vorstandes der Deutschen Herzstiftung  
Chefarzt Klinische Kardiologie II  
Herz-Zentrum  
79189 Bad Krozingen

Düsseldorf/Frankfurt am Main, 19. Februar 2007

## Quellen:

1. Allwright S, Paul G, Greiner B, Mullally BJ, Pursell L, Kelly A, Bonner B, D'Eath M, McConnell B, McLaughlin JP, O'Donovan D, O'Kane E, Perry IJ. Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before and after study. *BMJ* 331:1117-1122;2005
2. Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, Manfreda J, Kanner RE, Connett JE for the Lung Health Study Research Group. The Effects of a Smoking Cessation Intervention on 14.5-Year Mortality. A Randomized Clinical Trial. *Ann Intern Med* 142:233–239;2005
3. Barone-Adesi F\*, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 27:2468–2472;2006
4. Bartecchi C, Alsever RN, Nevin-Woods C, Thomas WM, Estacio RO, Bartelson BB, Krantz MJ. Reduction in the Incidence of Acute Myocardial Infarction Associated With a Citywide Smoking Ordinance; *Circulation* 114:1490-1496; 2006
5. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Wirtschaftliche Lage nach Einführung der rauchfreien Gastronomie: Stabile Umsätze und gesicherte Arbeitsplätze Heidelberg, 2006 ([www.tabakkontrolle.de](http://www.tabakkontrolle.de))
6. DiFranza JR, Norwood BD, Garner DW, Tye JP. Legislative efforts to protect children from Tobacco. *JAMA* 257:3387-3389;1987
7. DiFranza JR, Tye JB. Who profits from tobacco sales to children? *JAMA* 263:2784;1990
8. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 328:1519–1527;2004
9. Eisner MD, Smith AK, Blanc PD. Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. *JAMA* 280:1909-1914;1998
10. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Hoorn SV, Murray CJL. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 360:1347–1360;2002
11. Glantz FK, Glantz SA. Protecting Europeans from second hand smoke: time to act. *Eur Heart J* 27:382–383;2006
12. Gohlke H, Gohlke-Bärwolf C, Peters K, Schmitt M, Katzenstein M, Gaida C, Schneider E, Roskamm H. Prävention des Zigarettenrauchens in der Schule - Eine prospektive kontrollierte Studie. *DMW* 114:1780-1784;1989
13. Iestra JA et al. Effect Size Estimates of Lifestyle and Dietary Changes on All-Cause Mortality in Coronary Artery Disease Patients – A Systematic Review. *Circulation* 112: 924–934;2005
14. Kawachi I, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Manson JE, Rosner B, Speizer FE, Hennekens CH. Smoking cessation and decreased risk of stroke in women. *JAMA* 269:232-236;1993
15. Löwel H, Meisinger C, Heier M, Hörmann A. The population-based Acute Myocardial Infarction (AMI) Registry of the MONICA/KORA study region of Augsburg. *Gesundheitswesen* 67:31–378;2005

16. Löwel H, Meisinger C, Heier M, Hörmann A, von Scheidt W. Herzinfarkt und koronare Sterblichkeit in Süddeutschland. Ergebnisse des bevölkerungsbasierten MONICA/KORA-Herzinfarktregisters 1991-1993 und 2001-2003. Dtsch Arztebl 103:A616-622;2006
17. Meinertz T, Heitzer T. Primäre und sekundäre Prävention der koronaren Herzkrankheit: Rauchen. Z Kardiol 91(Suppl.2) 3-11;2002
18. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA 291:1238-1245;2004, Erratum; in: JAMA 293:293-294;2005
19. Neuman M, Bitton A, Glantz S. Tobacco industry strategies for influencing European Community tobacco advertising legislation. Lancet 359:1323-1330;2002
20. Raupach T, Schäfer K, Konstantinides S, Andreas S. Secondhand smoke as an acute threat for the cardiovascular system: a change in paradigm. Eur Heart J 27:386-392;2006
21. Samet JM. Smoking Bans Prevent Heart Attacks. Circulation 114:1450-1451;2006
22. Schaller K, Poetschke-Langer M, Schultze A, Ehrmann K. Maßnahmen zum Nicht-raucherschutz in Deutschland [Measures of nonsmokers' protection in Germany]. Heidelberg, DKFZ, 2005
23. Schneider S, Tönges S, Mohnen S et al. Rauchfreie Gaststätten - Repräsentativdaten zu Einstellungen und Akzeptanz in der deutschen Bevölkerung. DMW 131:2067-2072;2006
24. U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS]. Surgeon General Report 2004