

Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz

Wie Tabakindustrie und Arbeitsmediziner über Jahrzehnte einen gesetzlichen Schutz verhinderten

Von Wolfgang Hien

Mindestens 3.000 Nichtraucher sterben jedes Jahr in Deutschland an den Folgen von Tabakrauch, den sie zwar nicht selbst erzeugt, aber eingeatmet haben. Noch wesentlich mehr Nichtraucher werden dadurch krank.¹ Erst 2002 wurde der Gesundheitsschutz für Nichtraucher am Arbeitsplatz gesetzlich verankert. Dabei gab es schon seit den 1970er Jahren ernst zu nehmende Hinweise auf schwerwiegende Gesundheitsschäden durch Passivrauchen. Doch die Tabakindustrie konnte – in Kooperation mit etlichen Arbeitsmedizinern – über Jahrzehnte einen gesetzlichen Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz verhindern, wie der folgende Artikel anhand zahlreicher interner Dokumente belegt. Einen allumfassenden Nichtraucherschutz für Arbeitnehmer gibt es auch heute noch nicht. Erst kürzlich wurde im Bundestag ein Antrag abgelehnt, der diesen Schutz auch auf Beschäftigte in Kneipen und Gaststätten ausdehnen wollte.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat in seinem Bericht »Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit«² repräsentative und aktuelle Zahlen zur Passivrauchbelastung am Arbeitsplatz veröffentlicht. Danach arbeiten trotz eines 2002 durch einen Zusatz in der Arbeitsstätten-Verordnung (ArbStättV) gesetzlich verfügten Nichtraucherschutzes immer noch 17 Prozent aller Beschäftigten – das sind etwa sieben Millionen Menschen – unter Passivrauchbelastung. Davon fühlen sich 24 Prozent (d. h. mehr als 1,6 Mio. Personen) gesundheitlich belastet.

Vielen von ihnen arbeiten in der Gastronomie oder anderen Betrieben mit Publikumsverkehr, wo – immer noch – kein umfassender gesetzlicher Nichtraucherschutz für Arbeitnehmer gilt. Das hängt mit der seit Bismarck tradierten Konstruktion des gesetzlichen Gesundheitsschutzes zusammen, die Industrieinteressen und Gesundheitsinteressen »zum Ausgleich« bringen will. In der alten Gewerbeordnung stand in § 120 a, dass die Gesundheit der Arbeitenden (nur) soweit zu schützen sei, wie »die Natur des Betriebes es gestattet«. Derartige Einschränkungen sind auch heute noch im Bürgerlichen Gesetzbuch (§ 618) und im Handelsgesetzbuch (§ 62) zu finden. Zwar hat man auf diese Formulierung im Arbeitsschutzgesetz von 1996 verzichtet, doch taucht sie ausgerechnet im Nichtraucherschutz-Paragrafen der ArbStättV 2002 im zweiten Absatz wieder auf (siehe Kasten). Rechtstheoretisch werden diese »Kompromisse« zu Lasten der Gesundheit unter »Verhältnismäßigkeit der Mittel« rubriziert. Im europäischen Recht heißt es in der Rahmenrichtlinie 89/391/EWG, dass Wirtschaftlichkeit und Gesundheit »gleichrangige« Zielgrößen sein sollen. Das kann bereits als Fortschritt interpretiert werden, weil es ein wenig über die »Natur des Betriebes« hinausgeht. Befriedigend im gesundheitspolitischen Sinne ist das aber nicht.

Schätzungen im Ausschuss für Gefahrstoffe gehen von einem Lebenszeitrisiko für Lungenkrebs bei nicht-rauchenden Personen von maximal ein Prozent aus³, so dass die –

§ 5 Nichtraucherschutz (in der Arbeitsstättenverordnung)

- (1) Der Arbeitgeber hat die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, damit die nicht rauchenden Beschäftigten in Arbeitsstätten wirksam vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch geschützt sind. Soweit erforderlich, hat der Arbeitgeber ein allgemeines oder auf einzelne Bereiche der Arbeitsstätte beschränktes Rauchverbot zu erlassen.
- (2) In Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr hat der Arbeitgeber Schutzmaßnahmen nach Absatz 1 nur insoweit zu treffen, als die Natur des Betriebes und die Art der Beschäftigung es zulassen.

als »natürlich« bezeichnete – Grundinzidenz in dem in Frage stehenden Erwerbstätigen-Segment jährlich ca. 900 Fälle beträgt. Metaanalysen zum Lungenkrebsrisiko durch Passivrauchen am Arbeitsplatz ergaben unter konservativen Annahmen ein relatives Risiko⁴ von mindestens 1,1 bis 1,3⁵, so dass in Deutschland jährlich zwischen 90 und 270 zusätzliche, dem Passivrauchen am Arbeitsplatz geschuldete Fälle von Lungenkrebs zu beklagen sind. Zu bedenken ist hier, dass dies der letale Endpunkt eines weiten Spektrums gesundheitlicher Störungen ist, die bei Prävention

1 vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr, Köln

2 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2006, Dortmund/Berlin/Dresden, 2008

3 so der Physiker und Toxikologe und DGB-Vertreter im Ausschuss für Gefahrstoffe Henning Wriedt von der Informationsstelle für Arbeit und Gesundheit (Hamburg) 2007 in einem Expertengespräch

4 Das relative Risiko (RR) sagt aus, wie viel mal höher die Krankheitshäufigkeit in der belasteten Gruppe im Vergleich zu einer unbelasteten Gruppe ist.

5 vgl. Richard Taylor/Farid Najafi/Annette Donson: Meta-analysis of studies of passive smoking and lung cancer: effects of study type and continent, in International Journal of Epidemiology, August 2007, S. 1048–59

vermeidbar wären. Von den etwa 1.300 Asbestkrebs-Fällen pro Jahr abgesehen, bewegt sich damit das Passivrauchen in einem Bereich, der mit anderen hochgefährlichen Arbeitsstoffen – wie z. B. Chrom oder Nickel – vergleichbar ist. Zu bedenken ist ferner, dass es sich bei den oben genannten Zahlen um Schätzungen der aktuellen Situation handelt. In vergangenen Jahrzehnten waren die Belastungen – und somit die Erkrankungsraten – noch weitaus höher. Während noch in den 70er Jahren – mit Ausnahme explosionsgefährlicher Arbeitsstätten – in Werkshallen, Werkstätten, Büros und vor allem in Pausenräumen und Kantinen massenhaft geraucht wurde, hat sich dies seit den 80er und 90er Jahren in den meisten Arbeitsbereichen etwas entschärft. Zu bedenken ist ferner, dass die Beschäftigten im Gaststättengewerbe vor allem in der Vergangenheit noch wesentlich länger teilweise extremen Belastungen und dadurch sehr viel höheren Risiken ausgesetzt waren als die übrige Erwerbsbevölkerung.⁶ Erst durch das Inkrafttreten von Nichtraucherschutz-Gesetzen in den Bundesländern in 2007 und 2008 ergab sich in den Gaststätten eine gewisse Verbesserung der Situation. Die Ländergesetzgebung umfasst zwar einen »grundsätzlichen« Nichtraucherschutz in der Gastronomie, jedoch mit der Möglichkeit, Raucheräume in Nebenzimmern einzurichten, in denen auch bedient werden kann. Die »Natur des Betriebes« ist also auch hier immer noch ausschlaggebend für den Gesundheitsschutz. Schließlich hat das Bundesverfassungsgericht mit seinem Aufsehen erregenden Urteil vom 30. Juli 2008 Einraumkneipen erlaubt, weiterhin als »Raucherkneipen« zu fungieren.⁷

Risiken werden zu spät begrenzt

Nach den ersten epidemiologischen Erkenntnissen über die Gefahren des Passivrauchens vergingen mehr als 20 Jahre, bis es zu einem halbwegs wirksamen Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz kam. Dass zwischen ersten Erkenntnissen der krebserzeugenden Wirkung eines Stoffes und dessen Verwendungsbeschränkungen oder Verbot oder auch nur strikten Schutzregeln gegenüber diesem Stoff Jahrzehnte vergehen, ist also absolut nichts Ungewöhnliches. Demokratietheoretisch wäre daran auch nichts auszusetzen, wenn der gesellschaftliche Diskurs

6 Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ): Erhöhtes Gesundheitsrisiko für Beschäftigte in der Gastronomie durch Passivrauchen am Arbeitsplatz, Heidelberg 2007

7 Az.: 1 BvR 3262/07, 402/08 u. 906/08

8 Ulrich Beck: Gegengifte. Die organisierte Unverantwortlichkeit, Frankfurt 1988

9 tobaccodocuments 503247233-7236

10 Nachdem zu Beginn der 90er Jahre belegt werden konnte, dass führende US-amerikanische Tabakkonzerne über Jahrzehnte die Öffentlichkeit hinsichtlich der gesundheitlichen und Abhängigkeit erzeugenden Wirkungen des Zigarettenrauchs belogen haben, wurden die Konzerne nach mehreren Gerichtsprozessen in verschiedenen US-Bundesstaaten im Rahmen des »master settlement agreement« dazu verpflichtet, ihre internen Geschäftsunterlagen für die Öffentlichkeit im Internet zugänglich zu machen. Dieses Archiv steht seither der Weltöffentlichkeit zur Auswertung zur Verfügung; vgl. auch Stanton A. Glantz/John Slade/Lisa A. Bero: The Cigarette Papers, Berkeley 1996.

über die Gefahren der jeweiligen Stoffe »mit Waffengleichheit« ausgefochten würde, d. h. wenn die von Gesundheitsrisiken Betroffenen, ihre Initiativgruppen und Interessenorganisationen über ähnlich hohe finanzielle, personelle und sachliche Mittel zur Verteidigung ihrer Positionen verfügen könnten wie die Industrie. Weil dies aber nicht so ist, müssen hier staatliche Institutionen die Public-Health-Interessen zur Geltung bringen. Im Falle des Passivrauchens ist dies spät und immer noch nicht ganz befriedigend gelungen. Im Falle anderer krebserzeugender Einflüsse in der Arbeitswelt – hier seien als Beispiele genannt: Quarzstäube, Feinststäube und Nanopartikel – steht ein wirksamer Schutz immer noch aus.

Das allgemeine gesellschaftsethische Problem, das sich hinter den vielen Einzel-Streitpunkten verbirgt, ist vom Soziologen Ulrich Beck⁸ trefflich beschrieben worden: Unsere Gesundheitspolitik ist so ausgerichtet, dass neue Stoffe, neue Techniken, neue Verfahren, und damit neue Risiken für die Menschen erst einmal eingegangen werden, um danach dann – gleichsam im Setting eines Massensexperimentes – zu schauen, wie hoch die Risiken sind und meist mittels Grenzwerten deren Schadensfolgen versuchsweise zu begrenzen. Ein Stoff-Verbot erfolgt höchst selten. Und wenn, dann meist erst Jahrzehnte nach dem ersten Auftreten massenhafter Schäden und nur dann, wenn eine normale Schutzregulierung (etwa Absaugung) nicht mehr ausreicht, um die Risiken »im Zaum« zu halten.

In der Arbeitswelt besteht zudem eine gewisse »Risiko-Kultur«, die von »der Natur des Betriebes«, der Arbeitsstruktur des Gewerbes, der Berufstradition und der spezifischen Betriebs-Ideologie bestimmt ist. Die hohe Korrelation zwischen Akkord- und Schichtarbeit einerseits und Nikotinabusus (Missbrauch) andererseits zeugt von diesen Zusammenhängen. Nicht anders stellt sich die Situation im Gaststättengewerbe dar. Passivrauchen wurde seit eh und je als »zum Beruf gehörig« hingenommen und akzeptiert. Erst jetzt scheint auch in dieser Branche die Durchsetzung der europäischen Gesundheitsschutz-Vorgaben möglich.

Bagatellisierung der Passivrauch-Risiken durch Arbeitsmediziner

Lange Jahre wurden die Gefahren des Passivrauchens von führenden deutschen Arbeitsmedizinern bagatellisiert. Eine bedeutsame Rolle spielte dabei die »Erlanger Schule« der Arbeitsmedizin mit ihrem langjährigen Leiter Prof. Helmut Valentin (siehe Kasten »die Erlanger Schule«).

Für den damals führenden US-amerikanischen Tabak-Lobbyisten Frank Colby war Valentin für die Abwehr einer Nichtraucherschutzregelung die »wertvollste Kontaktperson, und das sowohl für die US-amerikanische Tabakindustrie als auch aus der Perspektive der RJ Reynolds Tobacco Company«⁹, heißt es in internen Unterlagen der amerikanischen Tabakkonzerne, die als »tobaccodocuments«¹⁰ veröffentlicht sind. Valentins mit der Tabakindustrie abgesprochene und von dieser hoch bezahlte Einflussnahme auf Medizin, Arbeitsmedizin und Politik

Die »Erlanger Schule« der Arbeitsmedizin

Nachdem sich die deutsche Arbeitsmedizin in der nationalsozialistischen Ära als staatstragende Leistungs- und Selektionsmedizin profiliert und damit disqualifiziert hatte, war den Alliierten an einer inhaltlichen Neubesinnung der deutschen Arbeitsmedizin gelegen. 1964 wurde der erste Nachkriegslehrstuhl für dieses Fach in Erlangen gegründet und mit Helmut Valentin besetzt. Valentin kam aus der Lungenheilkunde; er hatte den Lehrstuhl der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg bis zu seiner Emeritierung 1989 inne und war während dieser Zeit zugleich Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin und der Poliklinik für Berufskrankheiten in Erlangen. Von 1967–1973 und von 1982–1985 war er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin. Auf Bundesebene hat er insbesondere auch während seiner Tätigkeit als Vorsitzender der Sektion »Arbeitsmedizin« des Ärztlichen Sachverständigen-Beirates beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung in Bonn von 1973–1990 Einfluss ausgeübt.

Nachfolger Valentins in Erlangen-Nürnberg und im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin war Gerhard Lehnert. Er war zwischen 1989 und 2000 Direktor des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg und Mitglied in zahlreichen Sachverständigenräten.

Das Erlanger Institut setzte über Jahrzehnte hinweg Maßstäbe in Forschung und Lehre. Die Erlanger Schule zeichnet sich durch eine enge Zusammenarbeit mit der Industrie aus.

begann 1977 im Rahmen einer Fachtagung »Passivrauchen am Arbeitsplatz: Bestandsaufnahme und Analyse aus medizinischer und juristischer Sicht«. ¹¹ Als offizieller Veranstalter fungierte die Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin; die Schirmherrschaft hatte der bayerische Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung übernommen. Valentin leitete die Tagung und dominierte mit seinen Beiträgen die Diskussionsrichtung. Doch im Hintergrund standen eindeutig die Interessen der Tabakindustrie. ¹² Es konnte schlüssig nachgewiesen werden, dass es bei dieser Veranstaltung aus der Perspektive der Tabakindustrie darum ging, dem damals angekündigten Regierungshandeln zu einem verstärkten Nichtraucherschutz entgegenzuwirken. ¹³ Die Konferenz stand ganz im Zeichen der frühestmöglichen Abwehr eines Nichtraucherschutzes. Valentin stellte seinen Vortrag unter ein grundsätzliches Motto: Man müsse sich bei der Gesundheitspolitik hüten, »den Freiheits-, Lebens- und Handlungsraum unangemessen, unnötig und überzogen einzuschränken« ¹⁴. Er stellte damit Akteure, die für einen Nichtraucherschutz eintraten, in die Ecke von Freiheitsfeinden. In der politisch angeheizten Situation 1977 – es war die Zeit, wo intensiv nach Mitgliedern der Roten Armee Fraktion (RAF) gefahndet wurde – war dies kein ungeschickter Schachzug.

Im Folgereferat auf der Konferenz bestätigte der Essener Arbeitsmediziner Werner Klosterkötter diese Linie völlig. Er ging – trotz schon 1977 toxikologisch eindeutiger Befunde – mit keinem Wort auf die krebserzeugenden Wirkstoffe im Tabakrauch ein und versuchte, das Passivrauchen als »normale« Erscheinung einer zivilisierten Gesellschaft darzustellen. Er kritisierte – der damals konservativen Medizintheorie folgend – die Formel der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wonach Gesundheit als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden definiert wird, als »utopisch« und somit völlig unerreichbar. ¹⁵ Naheliegender sollte der Umkehrschluss sein: Menschen, die sich am Passivrauchen stören, hätten eher ein psychisches Problem als solche, die dies nicht tun.

Eine weitere bedeutsame Rolle bei der arbeitsmedizinischen Bagatellisierung des Passivrauch-Risikos spielte Gerhard Lehnert, der Nachfolger Valentins in Erlangen-Nürnberg und im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin.

Lehnert war u. a. Mitglied der Arbeitsgruppe »Krebsgefährdung durch Rauchen« beim Bundesgesundheitsministerium und im Forschungsrat Rauchen und Gesundheit des Verbandes der Cigarettenindustrie (VdC). Er erhielt in mehreren Forschungsprojekten Zuwendungen der Cigarettenindustrie (so u. a. für die Bestimmung und Bewertung von »Benzol in Luft- und Blutproben in verschiedenen Belastungsstadien«), wofür über 100.000 DM gezahlt wurden. ¹⁶

Lehnert unterhielt immer sehr enge Beziehungen zur chemischen Industrie und tat sich – wie in einem Urteil des Oberlandesgerichts in Hamburg ¹⁷ bestätigt wurde – als »Experte für Unbedenklichkeiten« hervor. Im Schwerpunktheft zum Thema Passivrauchen der Zeitschrift »Das öffentliche Gesundheitswesen« gab Lehnert ein aufschlussreiches Interview. Auf die Frage, wie er als Arbeitsmediziner seine Aufgabenstellung innerhalb der Medizin versehe, antwortete er: »Ich glaube, dass man das Problem in der klassischen Weise der Prävention nicht mehr angehen kann, weil das einfach nicht mehr bezahlbar ist. Alle Maßnahmen gegen Risiken des Arbeitsplatzes oder des Lebens generell immer am schwächsten Glied ausrichten zu wollen, ist unrealistisch geworden. Ich glaube, es gibt nur noch den Weg, Risikogruppen herauszufiltern und auch

¹¹ vgl. hierzu die Auflistung der in Erlangen durchgeführten Projekte bei Helmut Helmert: Vom Teufel bezahlt – Die verhängnisvolle verdeckte Zusammenarbeit zwischen Tabakindustrie und deutschen Wissenschaftlern unter besonderer Berücksichtigung der Arbeitsmediziner, Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Unveröffentlichtes Manuskript 2009.

¹² vgl. tobaccodocuments 2501021630-1634

¹³ vgl. Annette Bornhäuser/Jennifer McCarthy/Stanton A. Glantz: Wie die Tabakindustrie in Deutschland durch die Erhaltung wissenschaftlicher sowie politischer Respektabilität Rechtsvorschriften zum Schutz des Passivrauchens verhinderte, Heidelberg 2006

¹⁴ Helmut Valentin/H. P. Bost: Passivrauchen am Arbeitsplatz – Analyse und Bestandsaufnahme, in Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin (Hrsg.): Passivrauchen am Arbeitsplatz. Bestandsaufnahme und Analyse aus medizinischer und juristischer Sicht, Stuttgart 1977, S. 13 – 24

¹⁵ vgl. Werner Klosterkötter: Stand der medizinischen Diskussion zum Thema Passivrauchen, in ebenda, S. 31–48

¹⁶ vgl. u. a. tobaccodocuments 202 837 2609 und 202 305 2386

¹⁷ Az.: 3 U 166/84 vom 20. 12. 1984

den Mut zu haben, den Leuten zu sagen, dass sie ein Risiko haben, das gegenwärtig nicht auszuräumen ist.«¹⁸

Die Haltung der Präventivmedizin, Schutzstandards aufzustellen, welche auch empfindlichere Menschen schützen sollen, wird damit ausdrücklich aufgegeben. Das war schon einmal in der deutschen Medizingeschichte der Fall – nämlich zwischen 1933 und 1945. Damals hatte die Arbeitsmedizin vor allem dem »Volksganzen« zu dienen. Nicht die Gesundheit des Einzelnen, sondern diejenige des »Ganzen« stand hier im Vordergrund. Wer bestehende Belastungen nicht auszuhalten vermochte oder daran krank wurde, der zeigte damit nur, dass er eine »schwächliche Konstitution« hat. Diese Begrifflichkeit ist auch in Lehnertschen Gutachten häufig zu finden. Den nicht so Belastbaren gelte es möglichst frühzeitig zu erkennen und ihn erst gar nicht für bestimmte Arbeitstätigkeiten zuzulassen. Hinter derartig orientierten Konzepten steckt ein sozialdarwinistisches Menschen- und Gesellschaftsbild, das einer Ethik des Schutzes menschlichen Lebens und menschlicher Gesundheit diametral entgegensteht.

Die Hirayama-Studie

Die im Januar 1981 veröffentlichte japanische epidemiologische Studie von Takeshi Hirayama¹⁹ sorgte auch in der gesundheitspolitischen Landschaft in Deutschland für großes Aufsehen. Obwohl schon einige Jahre zuvor Fragen hinsichtlich der Schadenswirkung von Passivrauchen aufgeworfen worden waren und auch die Idee eines Nichtraucherchutzgesetzes im Raume stand, lag nunmehr der erste epidemiologisch sichere Nachweis eines relevanten Krebsrisikos durch Passivrauchen vor. Die Untersuchung basierte auf einer Kohorte von 91.540 nicht-rauchenden Frauen, die mit nicht rauchenden, nicht-mehr rauchenden oder rauchenden Ehemännern verheiratet waren. Gefunden wurde ein etwa zweifaches relatives Risiko, durch Passivrauch-Exposition an Lungenkrebs zu erkranken. Trotz gewisser methodischer Mängel dieser Studie war der deutschen Zigarettenindustrie sofort klar, dass nunmehr eine neue Qualität der Auseinandersetzung eingeläutet wurde. Der Verband der Zigarettenindustrie (VdC) diskutierte auf seiner Jahresversammlung am 15. Juni 1982 ausführlich darüber. Zugleich – und hier sei aus den internen Tabakdokumenten zitiert – »überredete die Zigarettenindustrie

die Münchner Medizinische Wochenschrift, eine der renommiertesten deutschen medizinischen Fachzeitschriften, diese Kontroverse aufzugreifen. Nachdem jede Seite die Chance hatte, ihren Standpunkt darzustellen, beendete Prof. Lehnert, damals Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, die Debatte mit der autoritativen Schlussbemerkung, dass es keinen Beweis dafür gebe, dass Passivrauchen das Risiko für Lungenkrebs erhöhe. Mit dieser Aussage wurden die Befunde der Hirayama-Studie neutralisiert.²⁰

Prof. Franz Adlkofer, bis 1995 Leiter der wissenschaftlichen Abteilung des Verbandes der VdC, schlug vor, eine enge Zusammenarbeit mit einer Bundesbehörde anzustreben. Gemeint war das Bundesgesundheitsamt, dessen damaliger Präsident Prof. Karl Überla aus seiner Sympathie für Industrieinteressen keinen Hehl machte. Kurz- und mittelfristiges Ziel dieser Zusammenarbeit sollte sein, Hirayamas Arbeit wie auch weitere positive Studien zu diesem Thema methodisch so zu kritisieren, dass sie völlig entwertet würden, sowie eigene Studien zu entwickeln, die im Sinne einer Entwarnung genutzt werden könnten. Wörtlich heißt es in einem Protokoll: Die Aktivitäten »im Umfeld« sollten dazu dienen, »das Problem Rauchen und Gesundheit im Interesse der Industrie zu bearbeiten«.²¹ Eine weitere, nunmehr die Passivrauchproblematik weiter differenzierende Studie, die Hirayama²² 1984 veröffentlichte, verschärfte das Problem für die Zigarettenindustrie. Hirayama fand in seiner Kohorte eine klare Dosis-Wirkungs-Beziehung, d. h. er fand heraus: Je stärker die Ehegatten von nicht-rauchenden Frauen rauchten, desto höher war für die Frauen das Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken. So fand er relative Risiken (RR), die von RR = 1,36 bei Exposition gegenüber Ex-Rauchern auf 1,91²³ bei Exposition gegenüber Rauchern von mehr als 20 Zigaretten pro Tag anstiegen. Dies war Nahrung für die zunächst vor allem in den USA anschwellende Bewegung gegen das Rauchen. Diese Bewegung begann sich in den Folgejahren allmählich auf europäischem Terrain auszubreiten. Aus den Dokumenten des VdC lässt sich die zunehmende Nervosität der Zigarettenindustrie deutlich ablesen. Von »Sorge«, »Besorgnis«, »Klima« und Ähnlichem ist dort die Rede.²⁴

Ein weiteres Originalzitat aus den Tabakdokumenten: »Um diese Sichtweise der deutschen Zigarettenindustrie weiter zu stärken, hat es die Zigarettenindustrie erfolgreich geschafft, angesehene medizinische Organisationen aus dem Bereich der Arbeits- und Sozialmedizin aus Deutschland und Österreich zu überreden, einen gemeinsamen Workshop zum Passivrauchen im nächsten April in Wien durchzuführen.«²⁵

Diese Konferenz fand 1984 auch statt, Veranstalter waren die Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin, die American Health Foundation und die Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin in Zusammenarbeit mit der WHO und dem Internationalen Grünen Kreuz. Der österreichische Bundesminister für Gesundheit und Umwelt und der bayerische Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung hielten Grußworte. Den Eröffnungsvortrag hielt der dama-

18 Gerhard Lehnert: Es spricht mehr gegen als für einen Kausalzusammenhang zwischen Passivrauchen und Lungenkrebs, in Das öffentliche Gesundheitswesen, Sonderheft 2/1991, S. 147

19 Takeshi Hirayama: Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan, in British Medical Journal, Band 282, 1981, S. 183–185

20 vgl. tobaccodocuments 2501021630-1634

21 tobaccodocuments 10000117999-8014

22 Takeshi Hirayama: Cancer mortality in nonsmoking women with smoking husbands based on a large-scale cohort study in Japan, in Preventive Medicine, 1984, S. 680–690

23 Bei RR = 1,91 liegt also ein knapp zweifaches Erkrankungsrisiko im Vergleich zu Personen vor, die keinem Passivrauch ausgesetzt sind.

24 vgl. tobaccodocuments 2023538784

25 tobaccodocuments 2501021630-1634

lige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, Prof. Helmut Valentin. Takeshi Hirayama war ebenfalls eingeladen worden, konnte sich aber gegen die Übermacht der industriefreundlichen Wissenschaftler nicht durchsetzen. Gerhard Lehnert fasste das Konferenzergebnis – sehr einseitig und verkürzt – folgendermaßen zusammen: »Summarising all the results presented here, I come to the conclusion that up to now there is no scientific evidence of a causal relationship between passive smoking and lung cancer«. ²⁶ Auf Basis der Roundtable-Diskussion verfassten Helmut Valentin und Ernest Wynder dann eine breit gestreute Presseerklärung mit dem Titel »Health Hazard from Passive Smoking not proven«. ²⁷

Aktivitäten der MAK-Kommission

Inzwischen wurde diese Problematik auch in der Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe zur Aufstellung maximaler Arbeitsplatzkonzentrationen der Deutschen Forschungsgemeinschaft, der so genannten MAK-Kommission, diskutiert. Schon 1980 hatte Prof. Herbert Remmer, ein Toxikologe der Universität Tübingen, Passivrauchen auf die Tagesordnung der MAK-Kommission gesetzt. Dass zunächst die Frage einer möglichen Kanzerogenität (siehe Kasten) kommissionsintern kontrovers diskutiert wurde, ist nicht ungewöhnlich. Diese Übung gehört – schon fast ritualisiert – in derartigen Gremien zum Setting.

1983 hatte die MAK-Kommission drei Epidemiologen gebeten, eine Ausarbeitung zu dem in Frage stehenden Thema zu erstellen. Zusammen mit den chemisch-toxikologischen Daten ergaben diese Expertisen ein durchaus rundes Bild. Auf dem Tisch lag der wissenschaftlich begründete Vorschlag, Passivrauchen auf die Liste der begründet krebverdächtigen Stoffe (damals: IIB, nach heutiger Nomenklatur: K3) zu setzen. Der Verband der Cigarettenindustrie versuchte, in diese Diskussion einzugreifen, indem Gespräche mit den Industrievertretern in der MAK-Kommission gesucht wurden. Auch der Vorsitzende der MAK-Kommission, Prof. Dietrich Henschler, wurde angeschrieben und gebeten, sich für ein persönliches Gespräch mit Prof. Adlkofer bereitzufinden. ²⁸ Dieses Ansinnen wurde erreicht und insofern sogar übertroffen, als Prof. Adlkofer 1985 einen Gastvortrag in der MAK-Kommission halten durfte. ²⁹ Noch im gleichen Jahr erschien die neue MAK-Liste und ein 34 Seiten starker Sonderdruck der MAK-Kommission zum Thema »Passivrauchen am Arbeitsplatz«. Alle bis dahin bekannten Daten und Fakten waren darin zusammengetragen:

»Am Arbeitsplatz passiv inhalierter Tabakrauch ist als gesundheitsschädliches Arbeitsstoffgemisch zu werten. [...] Zehn bisher publizierte Studien zur Krebsgefährdung durch passiv inhalierten Tabakrauch haben ein im Trend deutliches Ergebnis erbracht. Die durch passive Inhalation exponierten Nichtraucher weisen gegenüber Nichtexponierten erhöhte Tumorraten an den Schleimhäuten des Atemtrakts auf, im Wesentlichen Bronchialkarzinome. [...]

Kategorien für Karzinogene

Ein **Karzinogen** ist eine Substanz, ein Organismus oder eine Strahlung, die Krebs erzeugt oder Krebs fördert. Karzinogen heißt *Krebserzeuger* oder *Krebserreger* und setzt sich aus Karzinom und Genese zusammen. Man unterscheidet zwischen biologischen (z. B. Viren, Bakterien), physikalischen (z. B. Röntgenstrahlung) und chemischen Karzinogenen. Nach der Gefahrstoffverordnung (GefStoffV) werden chemische Karzinogene in drei Gefahrenkategorien eingeteilt. Diese Einstufung entspricht der Richtlinie 67/548/EWG und ist damit eine europäische Festlegung. Die Kategorien bedeuten:

Kategorie 1: Substanzen der Kategorie 1 wirken beim Menschen krebserzeugend. Es sind hinreichende Anhaltspunkte für einen Kausalzusammenhang zwischen der Exposition eines Menschen gegenüber dem Stoff und der Entstehung von Krebs vorhanden (Beispiele: Asbest, Benzol).

Kategorie 2: Substanzen der Kategorie 2 sollten für den Menschen als krebserzeugend angesehen werden. Es bestehen hinreichende Anhaltspunkte zu der begründeten Annahme, dass die Exposition eines Menschen gegenüber der Substanz Krebs erzeugen kann (Beispiele: Acrylamid, Ottokraftstoff, Rohöl).

Kategorie 3: Substanzen der Kategorie 3 geben wegen möglicher krebserzeugender Wirkung beim Menschen Anlass zur Besorgnis. Genügend Informationen für eine befriedigende Beurteilung liegen jedoch nicht vor. Aus geeigneten Tierversuchen liegen einige Anhaltspunkte vor, die jedoch nicht ausreichen, um die Substanz in Kategorie 2 einzustufen (Beispiele: Dieselkraftstoff/Heizöl, Ozon, Formaldehyd).

Dies ergibt eine ernstzunehmende Hypothese. [...] Über das Ausmaß der Gefährdung ist derzeit keine verlässliche Aussage möglich. Dies trifft jedoch auch für die meisten anderen am Arbeitsplatz vorkommenden krebserzeugenden Stoffe zu. [...] Die Kommission rät bei diesem Sachstand zu geeigneten Präventivmaßnahmen an stark durch Tabakrauch kontaminierten Arbeitsplätzen. ³⁰

An der krebserzeugenden Wirkung des Passivrauchens konnte fortan kein Zweifel mehr bestehen. Prof. Lehnert, der bis zu seiner Emeritierung im Jahr 2000 ebenfalls Mitglied der MAK-Kommission war, hatte sich hier also mit seiner verharmlosenden Auffassung zum Passivrauchen nicht durchsetzen können. Allerdings drückte sich die Kommission sehr vorsichtig aus und wollte auch keine Aussage hinsichtlich der Höhe des Risikos treffen. Passivrauchen

26 Gerhard Lehnert: Roundtable discussion from the Symposium »Medical Perspectives on Passive Smoking«, Vienna, April 9-12, in Preventive Medicine, 1984, S. 746

27 tobaccodocuments 503111744-1746

28 vgl. tobaccodocuments 2023538786

29 vgl. tobaccodocuments 2023539123-9141

30 Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG): Passivrauchen am Arbeitsplatz. Wissenschaftliches Arbeitspapier der Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe, Weinheim 1985, S. 32 f.

wurde nicht in die Stufe K3 eingruppiert. Auf eine Klassifizierung als Arbeitsstoff wurde überhaupt verzichtet. Stattdessen wurde die Frage eines Nichtraucherschutzes am Arbeitsplatz an die Entscheidungskompetenz des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung zurückverwiesen.

Interessant ist folgender Hinweis im Vorwort des Sonderdrucks der MAK-Kommission: »Die Kommission bedauert, dass ihr von den Industrieverbänden für diese vorliegende Begründung keine wissenschaftlichen Daten zur Verfügung gestellt worden sind.«³¹ Die Zigarettenindustrie konnte zwar nicht verhindern, dass nun Passivrauchen auf der Agenda der Arbeitsschutzpolitik stand, doch sie konnte zunächst einmal damit zufrieden sein, dass es vorerst keine Regulierung gab. Denn die Bundesregierung ließ sich von einer »Arbeitsgruppe Krebsgefährdung durch Rauchen« beraten, in der neben Franz Adlkofer eine Reihe weiterer Wissenschaftler vertreten waren, die der Zigarettenindustrie nahe standen und teilweise größere Geldsummen von dieser erhielten. Die Arbeitsmedizin wurde in diesem Gremium u. a. von Prof. Lehnert repräsentiert, ferner auch von der bergmännischen Arbeitsmedizin und zwei Medizinprofessoren, die – wie es damals hieß – der »Staubbekämpfung« verpflichtet waren. So gesehen hatte der VdC zunächst nichts substantiell Nachteiliges zu befürchten.

Versuch eines Roll-Back

Unter der Ägide von Prof. Karl Überla wurde von Heinz Letzel, wissenschaftlicher Angestellter bei STATICON (Medizinische Forschungsgesellschaft mbH in Planegg bei München), eine Habilitationsarbeit zum Thema »Passivrauchen und Lungenkrebs« erstellt.³² Der Anspruch dieser Studie war, die bis 1985 erschienenen epidemiologischen Arbeiten zu diesem Thema kritisch zu durchleuchten und die darin berichteten, aus den Studien ableitbaren und auch vom Autor hypothetisch unterstellten methodischen Mängel aufzulisten. Letzel kommt zum Schluss, alle positiven Studien wiesen methodisch derart schwerwiegende Mängel auf, dass der Wissenstand zum Thema Passivrauchen und Lungenkrebs als »unbefriedigend« zu werten sei und über einen möglichen Kausalzusammenhang zwischen Exposition und Krankheit nichts ausgesagt werden könne. In höchstem Maße erstaunlich ist die Tatsache, dass Letzel

die richtungsweisende Arbeit von Hirayama aus dem Jahr 1984 nicht einmal erwähnt. Er hat sie schlicht unberücksichtigt gelassen.

Letzel und mit ihm zehn weitere Wissenschaftler vertreten die Auffassung, dass ein Kausalzusammenhang zwischen Passivrauchen und Lungenkrebs nicht nachgewiesen werden könne, auch noch Jahre später in einer Sonderausgabe der Zeitschrift für das öffentliche Gesundheitswesen.³³ Interessant ist, dass sich in dieser Gruppe der Verharmloser auch vier Arbeitsmediziner finden, freilich mit teilweise ganz unterschiedlichen Argumenten. Prof. Lehnert und Prof. Michael Kentner argumentieren in der gleichen Ausgabe, dass die negativen Effekte des Passivrauchens gleichsam im »Grundrauschen der Gesundheitsstörungen« untergingen. Gefragt seien keine dirigistischen Lösungen, sondern betrieblicher Pragmatismus. Und: »Die moderne Industriegesellschaft hat wichtigere Probleme als Passivrauchen zu lösen.«³⁴ Ganz eigenartig ist schließlich die Argumentation von Prof. Klaus Norpoth. Er behauptet: Arbeitsmedizinisch interessant seien eigentlich nur relative Risiken ab einem $RR = 2,0$.³⁵

Aus einer ganz anderen Sicht heraus argumentiert Prof. Alfred Manz: Seine Erfahrung als langjähriger Betriebsarzt bei den Gaswerken der Stadt Hamburg hätten ihm deutlich gemacht, dass viele Arbeitsplatz-Expositionen – auch und gerade hinsichtlich krebserzeugenden Stoffen – um den Faktor 1.000 und mehr höher seien als eine Passivrauch-Exposition. Manz insistiert darauf, sein Augenmerk auf diese hohen Expositionen zu legen und alle Energie darauf zu verwenden, diese durch geeignete Präventivmaßnahmen zu minimieren.³⁶ Manz hatte bereits einige Jahre zuvor eine große Studie veröffentlicht, aus der ersichtlich war, dass nichtrauchende Ofenblockarbeiter in der Kokerei im Vergleich zu Bürobeschäftigten ein etwa vierfaches Lungenkrebsrisiko tragen und dass das Tabakrauchen bei diesen Verhältnissen »kaum noch eine zusätzliche Rolle spielt«.³⁷

Jahrelange Debatten, neue MAK-Einstufung

1992 erschien eine sorgfältige Übersichtsarbeit von Ulrich Bolm-Audorff. Der Autor, Landesgewerbearzt in Hessen, zeigt die eindeutig kanzerogene Wirkung von Passivrauchen auf und gelangt zu der Aussage, »dass stark Passivrauchexponierte einer gleich hohen Exposition ausgesetzt sind wie Raucher von einigen Zigaretten am Tag«³⁸. Im gleichen Jahr begannen im politischen Raum Bestrebungen für eine interfraktionelle Gesetzesinitiative, die einen umfassenden Nichtraucherschutz zum Ziel hatte. 1993 lag ein erster Entwurf eines solchen Gesetzes vor.³⁹ Dieser Entwurf wurde nach der ersten Lesung 1994 an die parlamentarischen Ausschüsse überwiesen. 1995 und 1996 gab es erneut Diskussionen im Bundestag. Ein neuer Entwurf enthielt freilich schon die merkwürdige Formulierung, dass es beim Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz »Ausnahmen gemäß der Natur des Betriebs« geben müsse. Ein weitergehender Entwurf wurde auch von der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen eingebracht. Beide Entwürfe wurden 1997 beraten und erneut an die Ausschüsse verwiesen, wo es

31 ebenda, S. 6

32 Heinz Letzel: Passivrauchen und Lungenkrebs. Methoden zum Kausalitätsnachweis sowie zur Bestimmung und Validierung der Exposition, Berlin 1987

33 vgl. ders.: Ob Passivrauchen schädlich ist, weiß man noch nicht, in Das öffentliche Gesundheitswesen, Sonderheft 2/1991, S. 119–121

34 Gerhard Lehnert (1991), a. a. O., in ebenda, S. 147

35 Klaus Norpoth: Passivrauchen stellt kein persönliches, sondern ein statistisches Krebsrisiko dar, in ebenda, S. 142–144

36 vgl. Alfred Manz: Arbeitsplätze können viel gefährlicher sein als Rauchen oder Passivrauchen, in ebenda, S. 134–137

37 Alfred Manz/Jürgen Berger/Hiltraud Walsgott/N. Glaser: Rauchgewohnheiten und Berufskrebs. Forschungsbericht der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Fb 470, Bremerhaven 1986

38 Ulrich Bolm-Audorff: Lungenkrebs durch Passivrauchen – die Evidenz wächst, in Zentralblatt für Arbeitsmedizin, 1992, S. 54

39 vgl. Annette Bornhäuser et al. (2006), a. a. O., S. 85 ff.

wiederum verschiedene Anhörungen gab. Außer Adlkofer und Letzel waren alle medizinischen Experten der Auffassung, dass ein Kausalzusammenhang sicher gegeben und daher Präventionsmaßnahmen dringend erforderlich seien. Die Gewerkschaftsvertreter sprachen sich gegen ein Gesetz aus, weil sie sich nicht sicher waren, ob ihnen die Beschäftigten im Gaststättengewerbe folgen würden. Erneut scheiterte die Gesetzesinitiative.

Dies sollte sich mit einer neuen Entscheidung der MAK-Kommission ändern. Diese hatte 1997 erneut den Faden aufgegriffen und kam 1998 zum Schluss, dass Passivrauchen als Kanzerogen der Gruppe K1, also eindeutig beim Menschen nachgewiesen und entsprechend präventiv zu behandeln und zu klassifizieren sei. Weitere umfassende Studien waren zu diesem Thema erschienen, auch solche, die in Europa durchgeführt wurden. Noch im gleichen Jahr wurde eine ausführliche Begründung der MAK-Kommission nachgereicht:

»Auch in Metaanalysen dieser Studien (zum Zusammenhang zwischen Passivrauchen und Lungenkrebs) werden signifikant erhöhte relative Risiken und eine signifikante Expositions-Wirkungs-Beziehung errechnet. Selbst nach Adjustierung für eine Fehlklassifikation von Rauchern als Nichtraucher bleiben die relativen Risiken statistisch signifikant erhöht. [...] Passivrauchen wird der Kategorie 1 des Abschnitts III der MAK- und BAT-Liste zugeordnet.«⁴⁰

Diesmal wurde Passivrauch auch im Sinne eines Arbeitsstoffs entsprechend in die MAK-Liste eingetragen und diese Liste wurde an den Ausschuss für Gefahrstoffe (AGS) überwiesen. Der AGS ist dem Bundesarbeitsministerium zugeordnet. Dieses gibt auf der Basis von Rechtsverordnungen eine eigene »amtliche« Grenzwertliste heraus. Parallel hierzu unternahm die interfraktionelle Nichtraucher-schutz-Initiative einen weiteren Vorstoß, der offensichtlich mit dem Bundesarbeitsministerium abgesprochen war. Im April 2000 wurde ein Antrag in den Bundestag eingebracht, der sich für eine Verankerung des Nichtraucherschutzes in der Arbeitsstätten-Verordnung stark machte, allerdings mit einer weitgehenden Maßnahmesouveränität des Arbeitgebers. Dieser Antrag wurde wiederum an sechs verschiedene Ausschüsse verwiesen.

Mühsamer Weg bis zum Nichtraucherschutz-Paragrafen

Die wissenschaftliche Debatte – und in deren Gefolge die politische Auseinandersetzung – wurde weitergeführt. Im Deutschen Ärzteblatt wurde ein weiterer Übersichtsartikel veröffentlicht, der nunmehr auch eigene, in Deutschland gewonnene Studienergebnisse präsentieren konnte.⁴¹ Eine Arbeitsgruppe am Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, geleitet von Karl-Heinz Jöckel, hatte in der bisher größten Fall-Kontroll-Studie zum Lungenkrebs in Deutschland auch explizit nach Passivrauchexposition gefragt. Es zeigte sich »ein mit der Dauer der Exposition am Arbeitsplatz signifikant zunehmendes Risiko, das für mehr als eine 30-jährige Exposition den Wert

1,96 (95 %-KI: 1,24-2,78) erreicht.«⁴² Interessant ist auch hier wieder eine Bemerkung am Rande: »Die Zigarettenindustrie hat bisher keinen Versuch unternommen, dem vermeintlichen oder realen Gesundheitsrisiko durch Passivrauchen tatsächlich durch eigene fundierte Studien auf den Grund zu gehen.«⁴³ Der Autor vermutet, dass angesichts der erdrückenden Befunde, die für einen Kausalzusammenhang zwischen Passivrauchen und Gesundheitsschäden sprechen, die Industrie es aufgegeben habe, an die Widerlegung dieser Befunde noch zu glauben. Jöckel schlägt vor, Bronchialkarzinome, für die das Passivrauchen bei der Arbeit als Ursache nachzuweisen sei, als Berufskrankheit zu entschädigen und er fordert eine schnelle politische Regelung.

Diese kam im Mai 2001. Der Bundestag stimmte für einen verordnungsrechtlichen Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz. Erstaunlich und nicht nachzuvollziehen ist der Umstand, dass es mehr als ein Jahr brauchte, alle Vorbereitungen für eine Novellierung der Arbeitsstättenverordnung zu treffen. Am 3. Oktober 2002 trat schließlich der Nichtraucherschutz-Paragraf in der Arbeitsstättenverordnung in Kraft (S. S. 185).

Der Ausschuss für Gefahrstoffe hatte zwar schon 1999 dem Ministerium empfohlen, einen Paragrafen zum Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz in die Arbeitsstättenverordnung hinein zu nehmen. Doch erst 2002 konnte sich der AGS dazu entschließen, der schärferen Einstufung der MAK-Kommission zu folgen.⁴⁴ Durch die Debatten im politischen Raum war jedoch der Weg vorgezeichnet, dass ein Passivrauchverbot nicht in die Gefahrstoffverordnung, sondern in die Arbeitsstättenverordnung aufgenommen werden sollte. Dazu bleibt festzuhalten, dass die epidemiologischen Befunde – trotz mancher methodischer Mängel, die fast jeder epidemiologischen Studie anhaften – eindeutig sind und die K1-Einstufung damit voll gerechtfertigt ist. Erklärungsbedürftig ist der lange Zeitraum zwischen der MAK- und AGS-Einstufung. Dies ist auch nicht damit zu entschuldigen, dass man erst eine Entscheidung des Bundestages hinsichtlich der Nichtraucherschutz-Initiativen abwarten wollte. Der Ordnungsgeber kann auf der Basis des Arbeitsschutzgesetzes selbsttätig agieren, wenn dies die Erkenntnisse erfordern – und die Erkenntnisse waren vorhanden. Zu vermuten bleibt daher, dass die Lobbyarbeit der Tabakindustrie für die ministeriellen Verzögerungen – und in deren Gefolge auch für die Entscheidung im AGS – verantwortlich war. Darauf weisen auch die weiteren industriefreundlichen Interventionen hin.

40 Deutsche Forschungsgemeinschaft: Passivrauchen. Begründung der Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe, 1998, S. 28

41 vgl. Karl-Heinz Jöckel: Gesundheitsrisiken durch Passivrauchen, in Deutsches Ärzteblatt, 2000, S. A 2852–A 2857.

42 ebenda, S. A 2854

43 ebenda, S. A 2857

44 vgl. Ausschuss für Gefahrstoffe (AGS): Begründungen zur Bewertung von Stoffen, Tätigkeiten und Verfahren als krebserzeugend, erbgutverändernd oder fortpflanzungsschädigend. Passivrauchen, Dortmund 2002

Die Auseinandersetzungen gehen weiter

2002 kam auch die International Agency for Research on Cancer (IARC) ebenfalls zu dem Ergebnis, dass Passivrauchen eindeutig krebserzeugend ist.⁴⁵ 29 Experten aus fünf Kontinenten hatten im Juni 2002 die wissenschaftliche Evidenz zu den Gesundheitsrisiken von Aktiv- und Passivrauchen neu bewertet. Kurz zusammengefasst wurde festgestellt, dass das Ausmaß der mit Rauchen verbundenen Krebsrisiken weit größer ist, als bisher angenommen wurde, und dass für weitere Krebserkrankungen nun hinreichende Evidenz für einen kausalen Zusammenhang mit Zigarettenrauchen vorliegt. Passivrauchen wurde als gesichertes Humankanzerogen (IARC Kanzerogen-Klasse 1) eingestuft. Es ist nun von besonderem Interesse, dass sich im gleichen Jahr erneut eine Diskussion im Kreise von deutschen Arbeitsmedizinern entwickelte oder auch lanciert wurde, welche offensichtlich die Legitimität dieser Einstufung in Frage stellen wollte.

Prof. Gustav Schäcke, Direktor des Instituts für Arbeitsmedizin der Freien Universität Berlin, lud am 10. April 2002 zu einer Sitzung der nationalen Gruppe der International Commission on Occupational Health (ICOH) ein. Diese Sitzung fand – unter hochkarätiger Beteiligung – am Rande der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM) in München statt. Den Hauptvortrag hielt Prof. Adlkofer. Versuche dagegen Einspruch zu erheben, einem Interessenvertreter der Zigarettenindustrie ein solches Forum zu bieten, blieben erfolglos.

Adlkofer, mittlerweile Geschäftsführer der VdC-nahen Stiftung VERUM, setzte seine Versuche fort, die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema Passivrauchen und Krebs zu relativieren und zu unterminieren. Pauschal unterstellt er den Studien massive Misklassifikationen.⁴⁶

Des Weiteren führt er ins Feld, dass das Lungenkrebsrisiko mit fallender sozialer Schicht steigt. Nicht also das Passivrauchen, sondern die soziale Deprivation sei der entscheidende Risikofaktor. Dieses »Argument« macht sprachlos, gehört es doch zum gesicherten Wissen von Epidemiologie und Sozialmedizin, dass in unteren sozialen Schichten sehr viel mehr geraucht wird.

Adlkofer konnte sich zwar nicht durchsetzen. Doch das Bedenkliche hierbei ist der Umstand, dass einige führende Arbeitsmediziner in Deutschland – ganz unabhängig davon, ob sie Beziehungen zur Zigarettenindustrie haben oder nicht – nach wie vor der Passivraucheinstufung ungläubig bis ablehnend gegenüberstehen. Das zeigt sich erneut im Engagement des leitenden Arbeitsmediziners

der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten (BGN), Prof. Dr. Romano Grieshaber, der im Passivrauchen keinerlei Gesundheitsrisiko sehen kann und diese wissenschaftliche Falschinformation noch 2007 über einen breiten Verteiler an Presse und Medien weitergab.⁴⁷ Zu Recht fragt Dennis Nowak, Ordinarius für Arbeitsmedizin in München: »Warum stellt sich die BGN nicht schützend vor ihre Versicherten? Ich bin betroffen und bestürzt, dass so etwas hierzulande noch geschehen kann.«⁴⁸

Offenes Problem: Nichtraucherchutz in Gaststätten

Im Juni 2006 forderte der Vorsitzende der Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten (NGG), Franz-Josef Möllenberg, einen besseren Gesundheitsschutz der im Hotel- und Gaststättengewerbe Beschäftigten vor den schädlichen Einflüssen des Passivrauchens. Anders als die Gäste hätten die Beschäftigten der Branche nicht die Möglichkeit, einfach das Lokal zu wechseln, weil sie durch Passivrauchen geschädigt würden. Besondere Gefahr bestehe vor allem in den kleineren Gaststätten und Kneipen, die von der Zielvereinbarung Nichtraucherchutz zwischen dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband und dem Gesundheitsministerium ausgenommen seien. Möllenberg: »Auch in Betrieben mit weniger als 75 Quadratmeter Gastfläche und weniger als 40 Sitzplätzen muss der Gesundheitsschutz der Beschäftigten einen höheren Stellenwert haben.«⁴⁹

Eine bundeseinheitliche Lösung des Nichtraucher-schutzes in Gastronomiebetrieben steht immer noch aus. Durch das Bundesgesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens vom 20. Juli 2007 wurde zwar in § 5 Abs. 1 der Arbeitsstättenverordnung folgender Satz angefügt: »Soweit erforderlich, hat der Arbeitgeber ein allgemeines oder auf einzelne Bereiche der Arbeitsstätte beschränktes Rauchverbot zu erlassen.« Konkrete Regelungen können – so empfiehlt das Bundesarbeitsministerium – zwischen Arbeitgeber und Betriebsrat (bzw. Personalrat) durch Betriebsvereinbarung getroffen werden, z. B. die Einrichtung von Raucherräumen bei sonst allgemeinem Rauchverbot. Doch nach wie vor sind immer noch viele in der Gastronomie Beschäftigten krebserzeugenden Stoffen ausgesetzt. Die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen wollte jüngst mit einem Antrag ein umfassendes bundeseinheitliches Rauchverbot »in umschlossenen Räumen von Arbeitsstätten« durchsetzen.⁵⁰ Doch dieser Antrag wurde am 26. März 2009 im Bundestag abgelehnt, u. a. mit der Begründung, dass ein solches Vorhaben der derzeitigen Gesetzeslage widerspreche, nach der das Kneipen-Rauchverbot über das Gaststättenrecht geregelt werde. Und darüber hätten die Länder und nicht der Bund zu entscheiden. ■

Der Autor:

Dr. Wolfgang Hien leitet das Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit und Biographie in Bremen und ist Lehrbeauftragter an der Universität Bremen im Studiengang Public Health

45 International Agency for Research on Cancer: Tobacco smoke and involuntary smoking. in World Health Organisation, IARC-Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Human, Volume 83, Lyon 2002

46 vgl. Franz Adlkofer: Lungenkrebs durch Passivrauchen am Arbeitsplatz: Stand der epidemiologischen Forschung. Manuskriptfassung 2002, verteilt vom deutschen Sekretariat der International Commission on Occupational Health

47 vgl. Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten (BGN): Erklärung zur Passivrauchproblematik, Mannheim am 30. November 2007

48 Dennis Nowak: Tabakrauch in Gaststätten, in Zeitschrift Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin, 2008, S. 5

49 Pressemitteilung der NGG vom 28. 6. 2006

50 vgl. BT-Drs. 16/10337