

Hintergrundinformation zu Artikel 8 der Tabakrahmenkonvention

Artikel 8: *Schutz vor Passivrauchen*

- (1) Die Vertragsparteien erkennen an, dass wissenschaftliche Untersuchungen eindeutig bewiesen haben, dass Passivrauchen Tod, Krankheit und Invalidität verursacht.
- (2) Jede Vertragspartei beschließt in Bereichen bestehender innerstaatlicher Zuständigkeit nach innerstaatlichem Recht wirksame gesetzgeberische, vollziehende, administrative und/oder sonstige Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen am Arbeitsplatz in geschlossenen Räumen, in öffentlichen Verkehrsmitteln, an geschlossenen öffentlichen Orten und gegebenenfalls an sonstigen öffentlichen Orten, führt solche Maßnahmen durch und setzt sich auf anderen Zuständigkeitsebenen aktiv für die Annahme und Durchführung solcher Maßnahmen ein.
-

Schutz vor Passivrauchen

Passivrauch ist ein komplexes Gemisch aus über 4800 verschiedenen Substanzen, von denen über 70 nachweislich Krebs erregend sind. Laut Artikel 8.1 der Tabakrahmenkonvention FCTC haben „wissenschaftliche Untersuchungen eindeutig bewiesen, dass Passivrauchen Tod, Krankheit und Invalidität verursacht.“ Die Weltgesundheitsorganisation bewertet Passivrauch als ein menschliches Karzinogen, für das es keine „sichere“ Expositionsgrenze gibt (1).

Passivrauch schadet Kindern und anderen Nichtrauchern

Fast 700 Millionen Kinder – fast die Hälfte der Kinder auf der Welt – atmen Schätzungen der WHO zufolge mit Tabakrauch belastete Luft ein. Säuglinge und Kleinkinder, die von Passivrauch ausgesetzt sind, erleiden:

- eine erhöhte Häufigkeit von Infektionen der unteren Atemwege (wie Bronchitis und Lungenentzündung) und Mittelohrentzündungen,
- eine Verschlimmerung von chronischen Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma),
- ein geringeres Lungenwachstum und
- ein erhöhtes Risiko des plötzlichen Kindstods (sudden infant death, SIDS).

Passivrauchen im Kindesalter kann darüber hinaus zu Verhaltensstörungen sowie zu Herz-Kreislaufkrankungen im Erwachsenenalter führen. Sind nicht rauchende Schwangere Tabakrauch ausgesetzt, kann dies das fötale Wachstums verzögern (2).

Passivrauch ist eine bedeutende Ursache für Herzkrankheiten. 35 000 bis 62 000 Nichtraucher sterben jährlich allein in den Vereinigten Staaten infolge durch Passivrauch verursachter Herzkrankheiten, wie die kalifornische Umweltschutzbehörde 1997 feststellte (3).

Wissenschaftliche Studien belegen einen Zusammenhang zwischen Passivrauchen und koronarer Herzkrankheit (4). Nichtraucher, die mit Rauchern zusammenleben, haben demnach ein um 30 Prozent erhöhtes Risiko für einen Herzanfall oder für den Tod durch eine Herzkrankheit. Zahlreiche Studien dokumentieren darüber hinaus die Schädlichkeit des Passivrauchens für Nichtraucher:

- Eine Studie der International Agency for Research on Cancer (IARC) gelangt zu dem Schluss, dass Passivrauchen Lungenkrebs und andere Gesundheitsprobleme verursacht (5).
- Eine Studie der Universität von Minnesota von 2003 stellte fest, dass Nichtraucher bereits nach vier Stunden Aufenthalt in einem Kasino, in dem Rauchen erlaubt ist, dramatisch erhöhte Werte an Karzinogenen im Blut aufwiesen (6).
- Eine gemeinsame Auswertung zweier großer europäischer und amerikanischer Studien ergab, dass Passivrauchen im heimischen Umfeld (Ehepartner), am Arbeitsplatz und bei gesellschaftlichen Gelegenheiten das Lungenkrebsrisiko von Menschen, die selbst niemals geraucht haben, um 22 Prozent erhöht. Die Personen mit der längsten Belastung haben ein um 32 Prozent erhöhtes Risiko (7).
- Eine norwegische Studie gelangte 1998 zu dem Schluss, dass Passivrauchen in der Schwangerschaft das Risiko für ein niedrigeres Geburtsgewicht des Babys erhöht (8).
- Eine Studie im „British Medical Journal“ dokumentiert einen 40-prozentigen Rückgang der Krankenhauseinlieferungen aufgrund von Herzinfarkt in der US-amerikanischen Stadt Helena, nachdem dort ein umfassendes Gesetz zum Nichtraucherschutz eingeführt worden war. (Dieser Effekt kehrte sich um, als es der Tabaklobby gelang, ein Gericht davon zu überzeugen, das Gesetz auszusetzen) (9).

Widerstand der Tabakindustrie gegen Einschränkungen des Passivrauchens

Allen wissenschaftlichen Belegen zum Trotz behaupten vier der fünf weltweit führenden Tabakkonzerne öffentlich immer noch, Passivrauchen stelle keine Gefahr für Nichtraucher dar. Intern hingegen bewerten die Tabakkonzerne die wachsende Sorge der Öffentlichkeit und deren Bewusstsein für das Problem des Passivrauchens als eine ernste Bedrohung für ihr Geschäft. Die Tabakfirmen setzen im Kampf gegen Regelungen für eine rauchfreie Umwelt auf verschiedene Taktiken:

Die Tabakindustrie stellt die Wissenschaft in Frage

- Einem internen Dokument der Tabakindustrie zufolge entwickelten die Tabakkonzerne die Strategie, „in jedem internationalen Bereich (USA, Europa, Australien, Fernost, Südamerika, Mittelamerika und Spanien) ... ein Team von Wissenschaftlern zu etablieren, das von einem nationalen wissenschaftlichen Koordinator und von amerikanischen Anwälten organisiert wird, um wissenschaftliche Literatur zu überprüfen und Arbeiten zum Passivrauchen durchzuführen mit dem Ziel, die Kontroverse am Leben zu erhalten“ (Hervorhebung hinzugefügt) (10).
- Die Tabakkonzerne investierten Millionen von Dollar in den Versuch, die Erkenntnisse einer Zehnjahresstudie des Forschungsarms der WHO (IARC) über das Passivrauchen zu untergraben (11).
- Die Tabakkonzerne förderten heimlich Unternehmen und Forschungsinstitute wie die Healthy Buildings International Inc., damit diese die Gefahren des Passivrauchens durch zweifelhafte Forschungsmethoden und Verfechtungstaktiken herunterspielten (12).

Die Tabakindustrie übertreibt die wirtschaftlichen Auswirkungen

- Die Tabakindustrie versuchte sich mit der Gastronomiebranche zu verbünden und bildete und finanzierte so genannte „Frontgruppen“, die sich als Interessensvertreter

der Hotel-, Restaurant- und Barbesitzer ausgaben. Diese Gruppen waren führend im Kampf gegen Gesetze für Rauchfreiheit. Sie argumentierten, Gastronomiebetriebe und andere Einrichtungen, an denen Menschen zusammenkommen, würden durch Rauchverbote enorme finanzielle Einbußen erleiden – dabei ist wissenschaftlich erwiesen, dass diese Behauptungen unbegründet sind. (13)

Die Tabakindustrie fördert „Gastronomie-“ und „Courtesy of Choice-“ Programme

- Die Tabakindustrie propagierte weltweit in aggressiver Art Lüftungstechnische Maßnahmen als Alternative zu rauchfreier Raumluft. Dabei ist es erwiesen, dass Lüftungsanlagen nicht in der Lage sind, alle schädlichen Bestandteile des Tabakrauchs aus der Raumluft zu eliminieren (14). Einer aktuellen amerikanischen Studie zufolge baute die Tabakindustrie ein Netzwerk von Beratern auf, welche die Lüftungstechnik als „Lösung“ gegen Passivrauch anpreisen. Diese Berater geben sich als unabhängig aus, arbeiten jedoch meist unter strenger - aber geheim gehaltener - Aufsicht der Industrie (15).
- Von der Tabakindustrie finanzierte „Courtesy of Choice“-Programme versuchen - oft in Zusammenarbeit mit dem Hotel- und Gastronomiegewerbe - das „Recht auf Rauchen“ mit dem Recht auf saubere Atemluft gleichzusetzen und setzen sich dabei für separate Raucherbereiche ein oder für Lüftungstechnische Lösungen (16). So überrascht es kaum, dass eine im „Journal of the American Medical Association“ erschienene Analyse von wissenschaftlicher Studien zum Thema Passivrauchen feststellte, dass „der einzige Faktor, der mit der Schlussfolgerung korrelierte, Passivrauchen sei nicht schädlich, die Verbindung des Autors zur Tabakindustrie war“ (17).

Reduktion der Belastung durch Passivrauch

Der Nichtrauchererschutz an öffentlichen Orten und Arbeitsstätten kann dazu beitragen, Kinder und andere Nichtraucher vor Tabakrauch zu schützen und das öffentliche Bewusstsein für die Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens zu stärken. Er reduziert die gesellschaftliche Akzeptanz des Rauchens und kann die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Raucher aller Altersklassen weniger rauchen oder sogar ganz damit aufhören. Wie das amerikanische National Cancer Institute herausfand, reduzieren rauchfreie Arbeitsplätze die Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten und erhöhen im Gegenzug die Erfolgsquote von Ausstiegsversuchen (18).

Zahlreiche Länder führten in den letzten Jahren rauchfreie öffentliche Einrichtungen und Arbeitsplätze ein. Allein im ersten Halbjahr 2004 erließen Indien, Irland, Norwegen, Neuseeland, Bhutan und Uganda Gesetze zum Nichtrauchererschutz, die für öffentliche Einrichtungen und Arbeitsplätze bis hin zu Bars und Restaurants gelten. Nun gilt es dafür zu sorgen, dass diese neuen Gesetze auch angemessen umgesetzt werden.

Umsetzung der FCTC

Die Leitlinie 4.1 der Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle (FCTC) ruft die Vertragsstaaten dazu auf, „alle Menschen vor Passivrauch zu schützen“ - nicht nur bestimmte Bevölkerungsgruppen wie Kinder oder schwangere Frauen. Dieser Schutz soll nach Artikel 8.2 ausdehnt werden auf „Arbeitsplätze in geschlossenen Räumen, öffentliche Verkehrsmittel, geschlossene öffentliche Räume und (...) sonstige öffentliche Orte.“ Vor diesem Hintergrund empfiehlt die Framework Convention Alliance Rauchverbote für folgende Bereiche:

- Krankenhäuser, Kinderbetreuungsstätten, Schulen und Universitäten,
- öffentliche Kultur- und Freizeittätten wie Theater, Kinos, Konzertsäle und Museen,
- öffentliche Verkehrsmittel wie Busse, Taxis, Eisenbahnen, Flugzeuge und Schiffe,
- Bars, Restaurants, Geschäfte und Einkaufszentren,
- alle öffentlichen Verwaltungsgebäude,
- alle Arbeitsplätze in geschlossenen Räumen.

Die WHO empfiehlt weiterhin:

- das Anbringen von Gesundheitshinweisen auf Zigarettenpackungen, die den Rauchern klarmachen, dass ihr Tabakrauch für Kinder und andere Mitmenschen schädlich ist,
- die Schulung von Ärzten und anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe über die gesundheitlichen Auswirkungen des Passivrauchens und
- Programme , die schwangere Frauen bei einem Rauchstopp unterstützen.

Die Privatsphäre des häuslichen Umfelds, wo der Großteil junger Menschen Passivrauch ausgesetzt ist, ist jedoch gesetzlich schwierig zu reglementieren. Die WHO empfiehlt daher, den Privatpersonen mit gezielten Aufklärungskampagnen die schädlichen Auswirkungen des Passivrauchens für Kinder und andere Nichtraucher zu klar zu machen (18).

Links beim Deutschen Krebsforschungszentrum:

Passivrauchen

http://www.tabakkontrolle.de/pdf/passivrauchen_Band_5.pdf

Passivrauchende Kinder - Frühe Schädigungen für ein ganzes Leben

http://www.tabakkontrolle.de/pdf/Passivrauchende_Kinder_4_Auflage.pdf

Englischsprachige Links im Internet:

CalEPA, "Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke" (1997)

www.oehha.org/air/environmental_tobacco/finalets.html#download

TobaccoScam aims to curtail the tobacco industry's manipulation of the hospitality industry.

www.tobaccoscam.ucsf.edu

U.S. National Toxicology Program — 10th Report on Carcinogens

<http://ehp.niehs.nih.gov/roc/tenth/profiles/s176toba.pdf>

Literatur:

(1) World Health Organization. International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health. January 11–14, 1999 (WHO/NCD/TFI/99.10).

(2) Ibid.

(3) California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment. "Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke." Tobacco Control Vol. 6, No. 4, 1997.

(4) J. He, et al. "Passive Smoking and the Risk of Coronary Heart Disease—A Meta-Analysis of Epidemiologic Studies," New England Journal of Medicine, Vol. 340, (1999), pp.920-6 and

M.W. Law et al. "Environmental Tobacco Smoke Exposure and Ischaemic Heart Disease: An Evaluation of the Evidence." *British Medical Journal*, Vol. 315, (1997) pp. 973-980.

(5) World Health Organization. *Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*. International Agency for Research on Cancer, Monograph Series, Vol.83.

(6) K. Anderson, et al. "Metabolites of a Tobacco-Specific Lung Carcinogen in Nonsmoking Casino Patrons." *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*. Vol. 12, December 2003, pp. 1544-1546. <http://cebp.aacrjournals.org/cgi/content/abstract/12/12/1544>

(7) P. Brennan, et al. "Secondhand smoke exposure in adulthood and risk of lung cancer among never smokers: A pooled analysis of two large studies." *International Journal of Cancer*. Vol. 109, No. 1, December 2003, pp. 125- 131.
<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/106570877/ABSTRACT>

(8) P. Nafstad and D. Fugelseth. "Nicotine Concentration in the Hair of Nonsmoking Mothers and Size of Offspring." *American Journal of Public Health*, Vol. 88, January 1998.

(9) R. P. Sargent, R. M. Shepard, and S. A. Glantz. "Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study." *British Medical Journal*. Vol. 328 April 2004, p. 977 - 980.

(10) Note on special meeting of the UK [Tobacco] Industry on Environmental Tobacco Smoke. London: February 17, 1988. Bates #701247331-336;
http://www.pmdocs.com/PDF/2060563936_3941.PDF

(11) S. Boseley. "\$2m Plot to Discredit Smoking Study Exposed," *The Guardian*, April 7, 2000; E. Ong and S. Glantz. "Tobacco Industry Efforts Subverting International Agency for Research on Cancer's Second-Hand Smoke Study." *The Lancet*. Vol. 355, April 8, 2000.
<http://www.thelancet.com/newlancet/sub/issues/vol355no9211/publichealth1253.html>

(12) M. Mintz. "The Building Doctor." *Washington Post Magazine*. March 24, 1996; Minutes of meeting of the Executive Committee. The Tobacco Institute, Inc. (December 10, 1987) <http://www.tobaccoinstitute.com/getallimg.asp?DOCID=TIMN0014390/4393>

(13) M. Scollo, A. Lal, A. Hyland and S. Glantz. "Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry." *Tobacco Control*. Vol. 12, No. 1 March 2003; .W. J. Bartosch and G. C. Pope. "Economic effect of restaurant smoking restrictions on restaurant business in Massachusetts, 1992 to 1998." *Tobacco Control*. Vol. 11, Suppl. 2 June 2002 p. ii38-ii42.

(14) American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers, Inc. ASHRAE 62-1999: Ventilation for Acceptable Indoor Air Quality. See Addendum 62e.
www.ashrae.org

(15) IJ. Drope, S. A. Bialous, S. A. Glantz. "Tobacco industry efforts to present ventilation as an alternative to smoke-free environments in North America." *Tobacco Control*. Vol. 13, Suppl. 1 March 2004, p. 41-47.

(16) J. Dearlove, S. Bialous, and S. Glantz. "Tobacco industry manipulation of the hospitality industry to maintain smoking in public places." *Tobacco Control*. Vol. 11, No. 2 June 2002, p. 94-105.

(17) D.F. Barnes, et al. "Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions," *Journal of the American Medical Association*. Vol. 279 No. 19, May 20, 1998.

(18) National Cancer Institute. Population Based Smoking Cessation: Proceedings of a Conference on What Works to Influence Cessation in the General Population, Smoking and Tobacco Control Monograph No. 12. NIH Pub. No. 00-4892, November 2000.

(19) Op cit

Framework Convention Alliance on Tobacco Control

Rue Henri-Christiné 5, Case Postale 567, CH-1211 Genève, Switzerland

tel. 41-22-321-0011; 1-202-352-3284 **fax.** 41-22-329-1127 **e-mail:** fca@globalink.org

Adapted and updated with permission from the 2000 World Conference on Tobacco OR Health fact sheets. June 2005.

www.fctc.org

Die Ausführungen der Framework Convention Alliance on Tobacco Control wurden im Auftrag des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg von Stefanie von Kalckreuth aus dem Englischen übersetzt.