

(Eingescannt und überarbeitet von Paul Lenz, Friesenstraße 22, 30161 Hannover - webmaster@raucherform.de)

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Vogt, Dr. Blüm, Breidbach, Frau Stommel, Dr. Hupka, Nordlohne, Link und Genossen
– Drucksache 7/1442 –

betr. Auswirkungen des Zigarettensrauchens

Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit hat mit Schreiben vom 9. Mai 1974 - 14 - K.A 7 - 20 - die Kleine Anfrage im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wirtschaft und dem Bundesminister der Finanzen wie folgt beantwortet:

Nach Auffassung der Bundesregierung genügt es nicht, lediglich die gezielten Einzelfragen zu beantworten. Sie hält es für erforderlich, die nur mittelbar angesprochene Grundfrage „Welche gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen sind mit dem Rauchen verbunden“ eingehender darzustellen und eine einleitende Übersicht zu geben, damit der Gesamtumfang des angesprochenen Problems erkennbar wird.

Für die Beantwortung der Einzelfragen war es erforderlich, weitgehend auf die auch von der Weltgesundheitsorganisation benutzten Ergebnisse großer Verlaufsuntersuchungen aus den USA, Kanada und Großbritannien zurückzugreifen und deren Ergebnisse auf die Verhältnisse in der Bundesrepublik umzurechnen. Da dieses Verfahren gewisse Unsicherheiten hat, wurde von den jeweils niedrigsten Werten ausgegangen. Auch diese geben insgesamt nur einen Orientierungsrahmen, mit dem die zu erwartenden Größenordnungen der Todes- und Erkrankungsfälle, der zusätzlichen Arbeitsunfähigkeitstage, des Verlustes am Bruttosozialprodukt sowie der für die gesetzlichen und privaten Versicherungen entstehenden Kosten bezeichnet werden können, die durch Rauchen verschuldet werden. Es handelt sich um eine Überschlagsrechnung im Sinne einer begründeten Schätzung, nicht aber um eine präzise Bilanz. Bei dieser Anlage ist davon auszugehen, dass eventuelle Abweichungen der tatsächlichen Gegebenheiten eher über den tatsächlichen Gegebenheiten eher über den markier-

ten Schätzwerten liegen, als darunter.

Einleitende Übersicht

Das Thema Rauchen markiert einen gesundheitspolitischen Konfliktfall. Dieser Konflikt entsteht aus der Kenntnis, dass Rauchen, und zwar nicht nur Zigarettenrauchen, sondern in abgeschwächter Form auch die anderen Arten des Rauchens gesundheitsschädlich ist, die schädlichen Tabakerzeugnisse dennoch aber nicht einfach verboten werden können. Diese Produkte stehen zudem im Widerspruch zum Grundsatz des Lebensmittelrechts, dem die Genussmittel zugeordnet sind, demzufolge ausschließlich solche Produkte in Verkehr gebracht werden dürfen, deren gesundheitliche Unbedenklichkeit nachgewiesen ist. Der gesundheitspolitische Konflikt entzündet sich daran, dass die logische Konsequenz, Tabakwaren aus dem Handel zu ziehen, nicht befolgt werden kann, weil dadurch möglicherweise eine noch größere gesundheitliche Gefährdung entstehen könnte.

In der unmittelbaren Nachkriegszeit, wie schon während des letzten Krieges, gab es Tabakwaren nur in beschränktem Umfang. Werbung war weitgehend unnötig. Trotzdem rauchten damals zunehmend mehr Menschen, und die Raucher steigerten ihren Konsum. Die Folge war, dass zu steigenden Preisen Tabakwaren „schwarz“ gekauft wurden oder man auf die sonderbarsten Pflanzen auswich, die sich in getrocknetem Zustand zum Rauchen eigneten. Das gesundheitliche Risiko des Rauchens wurde dadurch stark vergrößert. Ein Herstellungs- und Vertriebsverbot müsste sich ähnlich auswirken, keineswegs würde es die Raucher zu Nichtrauchern werden lassen. Mit ..

Sicherheit würde sich bei einer derartigen „Prohibition“ wieder ein „schwarzer Markt“ bilden, zusätzlich würde wiederum auf Tabakersatzstoffe ausgewichen werden. Das Verbot ist demnach keine Lösung.

Folglich bleibt nur ein Mittelweg, der darauf zielt, eine schrittweise Entschärfung der bestehenden Situation zu erreichen. In dieser Schwierigkeit befinden sich alle Staaten, selbst jene, die ein staatliches Tabakmonopol haben oder durch dirigistische Maßnahmen die Produktion zu bestimmen vermögen. Diese Staaten könnten theoretisch ausschließlich Filterzigaretten und zudem noch solche mit einem geringen Nikotin- und Teergehalt zulassen oder auf den Markt bringen. Wenn sie es nicht tun, so liegt dies daran, dass auch sie Kompromisse zu schließen gezwungen sind, um nicht Ausweihandlungen zu provozieren, die ihr Programm, unterlaufen.

Die gesundheitspolitische Notwendigkeit, auf diesem Gebiet tätig werden zu müssen, ergibt sich aus den folgenden Feststellungen:

1. Rauchen ist absolut gesundheitsschädlich. Es gibt keinen Toleranzbereich, denn auch für diejenigen, die täglich nur ein bis fünf Zigaretten rauchen, sind gesundheitliche Einbußen festgestellt worden. Unterschiede zwischen den einzelnen Tabakerzeugnissen sind nur gradueller Art und bestimmen Zeitpunkt und Ausmaß der Schädigung, ebenso wie der Umfang des Konsums von Zigaretten.
2. Die Gesundheitsschädigung ist zwangsläufig mit der unphysiologischen Art der Aufnahme durch Einatmung des Raubes und somit der Rauchinhaltsstoffe gegeben. Die normale Körperreaktion, die Einatmung des Raubes durch Hustenstöße zu verhindern, wird durch bewusste Gewöhnung ausgeschaltet, wobei die Art der Zubereitung des Tabaks hilfreich ist. Mit dem Tabakrauch gelangen große Mengen von Staubteilchen in die Atemwege, beim Inhalieren bis in die Lunge, die, würden sie in einer derartigen Konzentration an einem Arbeitsplatz auftreten, Vorschriften zum Anlegen von Atemschutzmasken zur Folge hätten.
3. Jede einzelne Zigarette, Zigarre oder Pfeife Tabak ist gesundheitsschädlich insofern, als die mit ihnen aufgenommenen Rauchinhaltsstoffe Körperfunktionen ausschalten, etwa beim Flimmerepithel der Atemwege oder Überschussreaktionen auslösen, so z. B. Blutdrucksteigerungen, Herzschlagerhöhung, Überaktivität der Nebennierenrinde etc. Gesundheitsschädlich meint hier nicht krank, sondern unphysiologisch. Häufigkeit, Intensität und Art des Konsums entscheiden, wann und welche unphysiologische Reaktion so verändert wird, dass sie Krankheitswert bekommt.
4. Sogenannte „entschärfte Zigaretten“ schwächen das Grundproblem nur ab, lösen es jedoch nicht. Zusätzlich birgt dieses Angebot neue Gefährdungen. Es verführt dazu, den Konsum zu erhöhen, aber da nunmehr auch inhalationsfähige Zigarren und Pfeifentabake angeboten werden, die als „leicht“ erscheinen, findet eine Übertragung der Rauchgewohnheiten auf diese Produkte statt. Dabei hilft die noch immer geäußerte Auffassung, dass Zigarren und Pfeifentabake unschädlicher seien, eine Feststellung, die nur für die völlig anders zubereiteten Produkte, die vormals auf dem Markt waren, Gültigkeit hatte. Die zu beobachtende Produktverformung bringt eine bislang zu wenig beachtete Verschärfung für das Gesamtangebot an Tabakerzeugnissen.
5. Schließlich gibt es die berechtigte Forderung nach einem umfassenden Nichtraucherschutz, weil mit hinreichender Sicherheit angenommen werden muss, dass die für den Raucher nachgewiesenen gesundheitlichen Schädigungen in abgeschwächter Form, jedoch grundsätzlich gleich, auch durch „Passivrauchen“ eintreten können.

Ist Rauchen wirklich gesundheitsschädlich? Ja, begründete Zweifel an dieser durch eine größere Zahl von Untersuchungen im In- und Ausland gesicherten Feststellung gibt es nicht. Insbesondere die über einen jeweils längeren Zeitraum geführten Verlaufsbeobachtungen in den USA, Kanada und Großbritannien, bei denen insgesamt 1.123.000 Personen mit 3.793.000 Personenjahren untersucht worden sind, lassen daran keinen Zweifel. Von besonderem Interesse sind dabei die Feststellungen an sog. statistischen Zwillingen. Dies sind Personen, die aus einer großen Zahl von Probanden ausgewählt worden sind, weil 25 Faktoren, die gesundheitliche Bedeutung haben, bei ihnen übereinstimmen. Dazu gehörten Alter, Geschlecht, Familienstand, Größe und Gewicht, Vorkrankheiten, erbliche Belastung für Krebs, aber auch Erziehung und Religion, Stadtwohnung oder Landwohnung, schließlich selbst Rasse und Nationalität. In dem zu prüfenden Faktor aber

stimmten sie nicht überein: die einen rauchten, die anderen nicht. Hammond hat 36.975 derartige statistische Zwillingspaare im Alter zwischen 40 und über 80 Jahren über einige Jahre untersucht. Am Ende der Beobachtungszeit waren 1.385 Raucher, aber nur 662 Nichtraucher gestorben, das ist ein Verhältnis von mehr als 2 : 1. Von den Nichtrauchern starben 12 an Lungenkrebs, von den Rauchern hingegen 110 (Cyran).

Wenn von der Zigarettenindustrie einerseits angegeben wird, dass lediglich ein statistischer, nicht jedoch ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Rauchen und Gesundheitsschädigung belegt ist, sie andererseits jedoch nicht in Abrede stellt, dass Tabakrauch krebserzeugende Stoffe enthält und sie selbst beimüht ist, „dass die möglichen Gefahren beseitigt oder doch auf ein Minimum reduziert werden“, dann wird es schwer, dieser Argumentation Ernsthaftigkeit zuzuerkennen.

Art und Umfang der gesundheitlichen Schädigung werden bestimmt durch den Zeitpunkt des Rauchbeginns, die Länge der Zeit, während der geraucht wurde, durch die Rauchgewohnheiten, das gerauchte Produkt und die Menge des täglichen Konsums. Grundsätzlich gibt es jetzt keinen Unterschied mehr zwischen den einzelnen Produkten, die durch Fermentierung und andere Formen der Zubereitung immer ähnlicher geworden sind. Zigarettenraucher haben zwar noch immer das größte gesundheitliche Risiko, gefolgt von denen, die „umgestiegen“ sind und nunmehr Zigarren oder Pfeifentabak rauchen, aber zumeist die alten Rauchgewohnheiten beibehalten haben. Die „reinen“ Zigarren- und Pfeifentabakraucher haben deutlich aufgeschlossen.

Andererseits ist nicht zu verkennen, dass der Zigarettenmarkt gewisse Entschärfungen erfahren hat. In der Bundesrepublik liegt der Marktanteil „leichter Filterzigaretten“ bei 85 v. H., während er in Italien nur 50 v. H., in den Ostblockstaaten, die keine Werbung haben, 30 v. H. ausmacht. Allerdings ist das Argument der Zigarettenindustrie, dies sei ihrer Werbung zuzuschreiben, und deshalb müsse sie erhalten werden, insofern brüchig. Dennoch sollte die leichte Entspannung nicht gering geachtet werden, zumal auch der Anteil von im Rauch nikotinarmen Zigaretten von 1,5 v. H. im Jahre 1960 auf 25,3 v. H. im Jahre 1972 angestiegen ist.

Die Grundaussage bleibt dennoch bestehen: Rauchen ist gesundheitsschädlich, das Ausmaß konnte

verringert werden, die Gefahr aber bleibt weiter bestehen, insbesondere wenn ein weiterer Anstieg des Konsums zu verzeichnen ist.

Wie kommt es zu den gesundheitlichen Schädigungen durch Rauchen? Die Wege zu derartigen Schädigungen sind verschieden. Sie alle aber beginnen mit dem Einatmen des aus einer unvollständigen Verbrennung herrührenden Tabakrauchs, in dem Gase und feste, jedoch kleinste und damit „lungengängige“ Staubteilchen enthalten sind. Die natürliche Abwehrreaktion des Körpers wird durch bewusste Überwindung ausgeschaltet, die Fermentierung des Tabaks erleichtert dies. Nicht nur das im Rauch enthaltene Nikotin ist wirksam, sondern auch die als Tabakteer bezeichneten Staubteilchen. Darüber hinaus auch begleitende Stoffe, so etwa das Kohlenmonoxid, dessen giftige Wirkung vom Leuchtgas her bekannt ist. Sie alle bewirken nicht nur in den Atemwegen, sondern auch durch die Lösung im Speichel und damit verbunden durch die Einbringung in den Stoffwechsel in anderen Organen bestimmte, zumeist ungewöhnliche Reaktionen.

Am meisten gefährdet sind die Schleimhäute der Atemwege bis in die Lungenbläschen. Sie sind bedeckt mit Flimmerhärchen, deren Aufgabe es ist, eingedrungene Staubteilchen wieder herauszubefördern. Der eingeatmete Rauch lähmt diese Funktion, so dass die Staubteilchen liegenbleiben. Diese Lähmung bildet sich zunächst zurück, wird aber mit der Dauer des Rauchens zu einem bleibenden Funktionsverlust. Die Folge ist, dass nunmehr der Tabakteer auf der Schleimhaut liegenbleibt und dadurch eine schädigende Dauerwirkung eintritt. Dieser Schaden kündigt sich zunächst als „Raucherhusten“ an, eine Zwangsreaktion des Körpers, den Funktionsverlust durch kräftige morgendliche Hustenstöße zu ersetzen. Schließlich gelingt auch dies nicht mehr, es kommt zu weiteren Veränderungen der Schleimhaut und im Endstadium, je nach Größe des täglichen Konsums nach 20 oder auch erst nach noch mehr Jahren, zur Ausbildung von bösartigen Zellveränderungen, dem Krebs.

In den Lungenbläschen kommt es durch diese Veränderungen schon weit früher zur Zerstörung der Trennwände, immer mehr Bläschen werden zu einem Hohlraum, die Gasaustauschfläche wird damit immer kleiner, es kommt zu Kurzatmigkeit mit zusätzlicher Kreislaufbelastung, zu einer verstärkten Anfälligkeit für Infektionen, kurz zum Krankheitsbild der Lungenblähung.

Das Nikotin übt seine Wirkung vornehmlich an den Blutgefäßen aus. Es verengt sie, erhöht dadurch den Blutdruck und führt über längere Zeit zu Wandveränderungen, die das Gefäß verengen, der volkstümlich so benannten Gefäßverkalkung. Dadurch kommt es zu Durchblutungsstörungen, die sich insbesondere am Herzen frühzeitig bemerkbar machen.

Es würde zu weit führen, auf diese unterschiedlichen Wirkungen noch näher einzugehen, die sich auch im Magen-Darm-System, der Bauchspeicheldrüse, den Nebennieren und anderen Organen nachweisen lassen.

Erzeugt Rauchen nur Lungenkrebs? Wie die vielfältigen Einwirkungen der Rauchinhaltsstoffe zeigen: nein. Lungenkrebs allein wäre zwar durchaus ernst zu nehmen, macht aber nur einen kleinen Teil der insgesamt verschuldeten Krankheiten aus. 1971 starben insgesamt mehr als 730.000 Menschen in der Bundesrepublik, darunter aber nur 23.706 an „Lungenkrebs“, das sind 3 v. H. der Gesamtsterblichkeit. Berücksichtigt man jedoch alle anderen Todesursachen, die zumindest teilweise mit dem Rauchen zusammenhängen, als da sind: Krebs der Mundhöhle, des Kehlkopfes, der Speiseröhre, des Magens und der Bauchspeicheldrüse, Arterienverkalkung mit der Gefahr des Herzinfarktes, des Schlaganfalls und des „Raucherbeins“, chronische Bronchitis und Lungenemphysem, Magen- und Darmgeschwüre, aber auch Totgeburt durch Störung der Schwangerschaft bei rauchenden Müttern, dann erst wird die tatsächliche Gefährdung durch Rauchen annähernd erkennbar. Wir müssen annehmen, dass Rauchen eine Übersterblichkeit von 50 v. H. verschuldet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nennt für Zigarettenraucher eine Übersterblichkeit von 30 bis 80 v. H. Derzeit rauchen in der Bundesrepublik rd. 40 v. H. der Bevölkerung. Daraus errechnet sich, dass wahrscheinlich 1972 mehr als 140.000 Menschen an den genannten Erkrankungen starben, weil sie rauchten.

Wie ist die derzeitige Situation hinsichtlich Verbreitung und Konsum? „Nach einem Bericht (1955 bis 1967) der Food and Agriculture Organization (FAO) wird der Tabakverbrauch aller Voraussicht nach in den zivilisierten und in den Entwicklungsländern weiter zunehmen. Das bemerkenswerte Charakteristikum des Tabakverbrauchs in den letzten zehn Jahren ist der Trend zu Zigaretten gewesen“, ist einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation zu entnehmen. Diese Aussage hat sich in den letzten sechs Jahren bestätigt, aber sie war nicht auf diesen Zeitraum beschränkt. 1936 betrug im damaligen Deutschen Reich der Zigarettenkonsum je Ein-

wohner und Jahr 570 Stück. 1938 waren es 692, 1972 jedoch mehr als 2000. Bezieht man solche Zahlen nur auf die Gruppe der potentiellen Raucher, ergibt sich allein für die Zeit seit 1969 ein Anstieg von 2403 auf 2656 (Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland 1954, 1968, 1973).

Werden die Verbrauchsziffern zu den tatsächlichen Verbrauchern in Beziehung gesetzt, ergibt sich ein Durchschnittstageskonsum von derzeit etwa zehn Zigaretten. Da man aus epidemiologischen Untersuchungen über das Genussmittel „Alkohol“ weiß, dass die Konsumverteilung nicht der sog. Normalverteilung entspricht, sondern einer logarithmischen, ist damit zu rechnen, dass ein großer Teil der Raucher weniger als die Durchschnittsmenge, ein bei der Gesamtgröße der Raucherpopulation aber immer noch beträchtlicher Teil der Bevölkerung - etwa 10 v. H. - das Doppelte, Dreifache oder noch mehr des Durchschnittskonsums verbraucht.

In der Bundesrepublik rauchen derzeit 43 v. H. der Erwachsenenbevölkerung im Alter zwischen 20 und 65 Jahren. 39 v. H. von ihnen ausschließlich Zigaretten: 34 v. H. mit und 5 v. H. ohne Filter. Von den Männern dieser Altersgruppe rauchen 60 v. H., 54 v. H. ausschließlich Zigaretten. Bei den Frauen sind es 27 v. H. und 26 v. H.

Unter Berücksichtigung dieser Zahlen ergibt sich bei einer Grundgesamtheit von 35,7 Millionen Menschen in der Altersgruppe 20 bis 65 Jahre eine „Risikogruppe der Vielraucher“ von rd. 4 Millionen Personen, die nach vorsichtiger Einschätzung durch das Rauchen einen Verlust von mindestens 20 Millionen Lebens-, vielleicht ebenso vielen produktiven Lebensjahren hinzunehmen haben. Damit ist die Größenordnung des Problems nur skizzenhaft umrissen.

Die Entwicklung zeigt insofern Besonderheiten, als eine Vorverlegung des Rauchbeginns und eine langsame Zunahme des Anteils rauchender Frauen zu verzeichnen ist. Eine im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführte repräsentative Erhebung hat ergeben, dass in der Altersgruppe acht bis zwölf Jahre 69,4 v. H. schon einmal geraucht haben und immerhin 36 v. H. aller Schüler angaben, gelegentlich oder regelmäßig zu rauchen. Es wird später darzulegen sein, welche besonderen Gefährdungen sich gerade aus dieser Entwicklung ergeben müssen.

Leider fehlen entsprechende Erhebungen für

die weibliche Bevölkerung, so dass hier nur eine Verteilung der männlichen Raucher zur Kennzeichnung der Gesamtsituation vorgelegt werden kann. Nach einer Spiegel-Dokumentation ergibt sich folgendes Bild:

Lebensalter und Rauchen:	
20 bis 29 Jahre	65 v. H. Raucher
30 bis 49 Jahre	64 v. H. Raucher
50 bis 65 Jahre	57 v. H. Raucher

Berufsverteilung und Rauchen:	
Freie Berufe	60 v. H. Raucher
Leitende Angestellte	52 v. H. Raucher
Sonstige Angestellte	61 v. H. Raucher
Arbeiter	67 v. H. Raucher
Selbständige Landwirte	54 v. H. Raucher
Auszubildende	61 v. H. Raucher

Besonders auffallend hierbei ist, dass die jüngste Altersgruppe die höchste Raucherfrequenz hat.

Schulbildung und Rauchen:	
Volksschulabschluss	65 v. H. Raucher
Mittelschulabschluss	60 v. H. Raucher
Abitur, Hochschule	55 v. H. Raucher

Einkommen und Rauchen:	
bis 1000 DM	65 v. H. Raucher
1000 bis 1500 DM	63 v. H. Raucher
2000 DM und mehr	57 v. H. Raucher

Für die Beurteilung der Gesamtsituation stellt sich die Frage, was ist der Grund dafür, dass die jüngeren Männer mit Volksschulabschluss und geringerem Einkommen als Arbeiter die größte Häufigkeit an Rauchern stellen?

Sind die immer wieder von den Gegnern des Rauchens heraufbeschworenen Folgekrankheiten tatsächlich wirtschaftlich eine so große finanzielle Belastung für die Gesellschaft? Man muss mit ziemlicher Gewissheit davon ausgehen, dass die durch Krankheit, vorzeitige Erwerbsunfähigkeit und frühen Tod als Folgeschäden des Rauchens eintretenden finanziellen Belastungen so hoch sind, dass sie die aus der Tabaksteuer erzielten Einnahmen von 1972 rd. 7,8 Milliarden Mark jährlich weit übersteigen.

Dazu tragen bei

- die Übersterblichkeit der Raucher, die mit mindestens 50 v. H. anzusetzen ist, nach den großen Untersuchungen sogar bei 68 v. H. liegen soll;
- die sog. Überschussmorbidity (-krankheitshäufigkeit), die zwischen 15 und 18 v. H. anzusetzen ist;

- der Verlust am Bruttosozialprodukt, bedingt durch eine Erhöhung der krankheitsbedingten Ausfalltage und eine Verringerung der produktiven Lebensjahre bei Rauchern;
- die höhere Frequenz der Raucher an der „Frühinvalidität“.

Die Überschussmorbidity von mindestens 15 v. H. verursacht allein bei den gesetzlichen Krankenversicherungen einen Mehraufwand von wenigstens 3,0 Milliarden DM jährlich. Der damit zugleich verbundene Ausfall beim Bruttosozialprodukt muss mit 8,0 Milliarden DM pro Jahr beziffert werden, d. s. 1 v. H. des Gesamtaufkommens.

Die durch Frühinvalidisierung verursachten Kosten kommen noch hinzu. Nach vorsichtiger Schätzung muss damit gerechnet werden, dass jährlich 100.000 „Raucher-Renten“ anfallen. Ein besonderes Kapitel bilden die durch Rauchen verschuldeten Frühsterbefälle. Der auf sie entfallende Anteil der Hinterbliebenenrenten lässt sich nicht einmal grob schätzen, ebenso der Verlust an Sozialversicherungsleistungen, der von diesen hätte aufgebracht werden können. Welche Verhältnisse anzunehmen sind, zeigt folgende Berechnung. Aufgrund der Ergebnisse der genannten Verlaufsuntersuchungen kann man davon ausgehen, dass von 100.000 Personen im Alter von 30 Jahren 66.000 Nichtraucher, aber nur 46.000 Raucher das 60. Lebensjahr erreichen (Cyrán). In der Altersgruppe 30 bis unter 31 Jahren befanden sich 1971 in der Bundesrepublik 546.000 Männer. Von ihnen rauchten mehr als 60 v. H., d. s. im Minimum 300.000, von denen wahrscheinlich 60.000 vor dem 60. Lebensjahr sterben. In jedem einzelnen Falle entsteht ein Verlust von mindestens fünf produktiven Lebensjahren, wenn davon ausgegangen wird, dass Männer überwiegend bis zum 65. Lebensjahr im Erwerbsleben bleiben. Daraus errechnet sich ein Verlust von mindestens 300.000 produktiven Lebensjahren. Jeder Arbeitnehmer ist rein rechnerisch am jährlichen Bruttosozialprodukt mit mehr als 30.000 DM beteiligt. Bei der hier angegebenen Mindestausfallzeit ergibt sich für diese Gruppe ein Verlust am Bruttosozialprodukt von jährlich 1,8 Milliarden, für die gesamte Ausfallzeit von fünf Jahren 9 Milliarden DM. Die tatsächlichen Werte werden jedoch weit über der hier angenommenen Mindestausfallzeit liegen.

Aus alledem ergibt sich, dass durch Folgeschäden des Rauchens Mehrkosten bei der Kranken- und Rentenversicherung in einer Höhe entstehen, die mit großer Wahrscheinlichkeit über derjenigen der

Einnahmen aus Tabaksteuern liegt.

Gesundheitspolitik richtet sich nicht nur auf die Sicherstellung einer möglichst optimalen Versorgung der Kranken, auf die Früherkennung von Krankheiten, auf einen sicheren Arzneimittelmarkt, sie ist zugleich angewandte Wissenschaft von den gesellschaftlichen Bedingungen der Gesundheit, die sie normativ umzusetzen versucht. Dabei ist sie im wesentlichen präventiv angelegt, und sie misst die soziale Bedeutung einer Krankheit daran, ob sie in großer Zahl auftritt und bei ihr die nur angedeuteten Fälle häufiger sind als die bereits eingetretenen. Wenn durch Rauchen jährlich mehr als 100.000 Todesfälle verschuldet werden, wenn jährlich rd. 1 Million Krankheitsfälle mit Arbeitsunfähigkeit zu Lasten des Rauchens gehen, wie groß muss dann die Anzahl derjenigen sein, die durch Rauchen bereits Funktionsverlust erlitten haben ohne schon im engeren Sinne krank zu sein? Die Legitimation des gesundheitspolitischen Auftrages, die Gefahren des Rauchens abzufangen, sollte damit erbracht sein.

Beantwortung der Einzelfragen

Die Einzelfragen werden wie folgt beantwortet:

1. Trifft es zu, dass in der Bundesrepublik jährlich etwa 50.000 Menschen an direkten oder indirekten Folgen des Zigarettenrauchens sterben? Trifft es zu, dass es sich hierbei um etwa 20.000 Todesfälle infolge Lungenkrebses und etwa 30.000 Todesfälle infolge raucherbedingter Herz- und Kreislaufkrankungen handelt?

- a) Diese Zahlen treffen mit hinlänglicher Sicherheit zu. Sie liegen, wie die nachfolgende Berechnung zeigt, eher an der Unter- denn an der Obergrenze der zu erwartenden tatsächlichen Verhältnisse. Der „Ärztliche Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit e. V.“ hat diese Zahlen für die Bundesrepublik aus den Ergebnissen der genannten großen Verlaufsuntersuchungen in den USA, Kanada und Großbritannien bereits vor einiger Zeit errechnet. Diese Angaben werden durch Ergebnisse aus Untersuchungen in der Bundesrepublik gestützt.

Die Weltgesundheitsorganisation hat sich auf dieselben Untersuchungen bezogen und festgestellt, dass die Übersterblichkeit der Zigarettenraucher 30 bis 80 v. H. gegenüber den Nichtrauchern beträgt. Die Verlaufsuntersuchung an 448.000 Männern aus 25 Staaten der USA ergab eine Übersterblichkeit der Raucher von 83 v. H. bei einem Beobachtungszeitraum von 22 Mona-

ten. Die zweitgrößte Verlaufsstudie an 248.000 „US-Veteranen“ mit einer Beobachtungsdauer von 78 Monaten ergab eine Übersterblichkeit der Raucher von 70 v. H. Man kann davon ausgehen, dass dieser Wert verallgemeinert werden darf, da er auch von der drittgrößten Verlaufsstudie an 188.000 weißen Männern aus neun Staaten der USA bestätigt wird.

Geht man von diesem Wert aus, muss die Gesamtsterblichkeit als mittelbare Folge des Rauchens sehr viel höher angesetzt werden, als es die in der Frage enthaltene Zahl von 50.000 andeutet. Die derzeitige Sterblichkeit der Raucher ist, soweit es sich um die bösartigen Neubildungen handelt, eine Spätfolge früherer Rauchgewohnheiten mit einer Latenzzeit von mindestens 20 Jahren. Die Sterblichkeit an anderen Todesursachen, für die das Rauchen eine Bedeutung hat, kennt derartig lange Latenzzeiten nicht. Selbst wenn man aber die derzeitige Sterblichkeit auf die Situation der Raucher vor 20 Jahren bezieht und dabei die damals geringere Verbreitung des Rauchens sowie den insgesamt niedrigeren Tageskonsum berücksichtigt, ergeben sich sehr hohe Werte. Wenn nur ein Drittel aller Männer rauchte und für sie die Übersterblichkeit mit 60 v. H. angesetzt wird, weil das Zigarettenangebot damals gegenüber heute sehr viel „schwerer“ war, so ergibt sich, dass 20 v. H. der 1972 verstorbenen 366.859 Männer, also mehr als 70.000 starben, nur weil sie rauchten. Werden die aus demselben Grunde vorzeitig verstorbenen Frauen hinzugerechnet und für diese eine um die Hälfte geringere Frequenz angenommen, dann steigt die Gesamtzahl der mittelbar durch Rauchen verschuldete Todesfälle auf über 100.000 an. Selbst wenn Unglücksfälle, Infektionskrankheiten und andere Todesursachen, die mit Rauchen keinerlei Zusammenhang haben, unberücksichtigt bleiben, liegt die Übersterblichkeit durch Rauchen noch immer weit über dem Wert von 50.000.

Wie schon erwähnt, rauchen heute 60 v. H. der Männer und 27 v. H. der Frauen, insgesamt 43 v. H. der Erwachsenenbevölkerung. Zwar ist der Markt an Tabakerzeugnisseii sehr viel „leichter“ geworden, gleichzeitig aber ist der Konsum gestiegen, wie die Durchschnittszahlen pro Einwohner belegen. Trotz einer gewissen Entschärfung des Marktes muss deshalb damit gerechnet werden, dass die Übersterblichkeit weiter zunehmen wird, allerdings kommt dabei

nicht den bösartigen Neubildungen das Hauptgewicht zu, sondern den zahlenmäßig sehr viel häufiger auftretenden Herz- und Kreislaufkrankheiten, für die das Rauchen besondere Bedeutung besitzt.

Die Bewertung der Gesamtsituation allein aufgrund der Übersterblichkeit ist zu einseitig, um einen Überblick über die gesundheitlichen Gesamtschäden durch das Rauchen zu gewinnen.

Jedem einzelnen Todesfall geht eine mehr oder minder lang andauernde Erkrankung voraus. Diese Folgekrankheiten haben nicht die langen Latenzzeiten wie die als Spätschäden einzuordnenden bösartigen Neubildungen, sie beginnen sehr viel früher, und ergospirographisch messbare Funktionsverluste lassen sich bereits nach wenigen Raucherjahren feststellen. Die Summe der durch das Rauchen verschuldeten Krankheitstage muss ebenso wie die darauf zurückzuführende Frühinvalidität im Gesamtbild mit berücksichtigt werden.

- b) Nach der aufgrund statistischer Untersuchungen vorherrschenden Meinung kann mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Rauchen und Lungenkrebs besteht. Dabei hat sich gezeigt, dass eine direkte Beziehung zwischen der Zeitdauer des Rauchens, des Alters, in dem das Rauchen begonnen wurde, den Rauchgewohnheiten, der Höhe des täglichen Konsums und der Art des Tabakerzeugnisses, welches geraucht wird, nachzuweisen ist. Die Veränderungen im Angebot der Tabakerzeugnisse, insbesondere an inhalationsfähigen „kleinen Zigarren“, aber auch Pfeifentabaken hat die vormals einseitig auf den Konsum von Zigaretten beschränkte Kausalbeziehung auch auf diese Produkte erweitert, wengleich bei ihnen das Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken, noch immer niedriger liegt als beim Zigarettenrauchen. Die Sterblichkeit der Raucher an Lungenkrebs wird mit 13,5 v. H. bis 24 v. H. angegeben. Im allgemeinen geht man davon aus, dass ein Sechstel der Sterblichkeit von Rauchern durch Lungenkrebs verschuldet wird.

Von den insgesamt an Lungenkrebs verstorbenen Personen sind mindestens 90 v. H., nach den Ergebnissen von Untersuchungen in der Bundesrepublik sogar bis zu 98 v. H. Raucher. Geht man von den tatsächlichen Sterbe-

ziffern aus, zeigt sich auf dieser Grundlage, dass von den 21.531 Fällen im Jahre 1971 im Minimum 19.378, wahrscheinlich jedoch 21.101 „Lungenkrebstodesfälle“ von Rauchern waren.

Das Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken, wird von der Weltgesundheitsorganisation für starke Raucher mit 15- bis 30mal so groß wie für Nichtraucher angegeben. Selbst 15 Jahre nach Aufgabe des Rauchens ist dieses Risiko noch dreimal größer als bei Personen, die überhaupt nicht geraucht haben.

Der Einwand der Zigarettenindustrie: „Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich in der Lunge besonders häufig Metastasen bilden, wobei dann in der Regel als Todesursache nicht der ursprüngliche Krebs, sondern Lungenkrebs diagnostiziert wird“ ist richtig, deshalb wurden hier nur bereinigte Zahlen zugrunde gelegt, bei denen lediglich die bösartigen Neubildungen der Atemwege erfasst sind.

Ein Zusammenhang zwischen Lungenkrebs und Rauchen ergibt sich aus dem Vergleich der Statistiken über den pro-Kopf-Verbrauch an Zigaretten und der Häufigkeit des Auftretens von Lungenkrebs. Dabei ist die Latenzzeit von wenigstens 20 Jahren zu berücksichtigen. Legt man die von der Zigarettenindustrie genannten Zahlen der Sterbefälle an bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane einer solchen Statistik zugrunde und stellt die aus dem Statistischen Jahrbuch der Bundesrepublik zu ermittelnde Höhe des Zigarettenkonsums pro Einwohner und Jahr diesen gegenüber, ergibt sich für die letzten Jahre folgendes Bild:

Krebssterbefälle		Zigaretten pro Einwohner	
1969	22.397	1949	470
1970	22.769	1920	498
1971	23.706	1951	586
1972	23.745	1952	632

Was werden wir für 1992 zu erwarten haben bei einem derzeitigen pro-Kopf-Verbrauch von mehr als 2000 Zigaretten pro Einwohner?

Diese Frage stellt sich vor allem deswegen, weil Rauchen auch das Risiko für bösartige Neubildungen anderer Organe, so der Speiseröhre, der Bauchspeicheldrüse, der Blase etc. erhöht.

In dem Bericht der Weltgesundheitsorganisation

wird gesagt: „Koronare Durchblutungsstörungen sind auch bei Nichtrauchern häufig, und das Letalitätsrisiko (die Wahrscheinlichkeit an einer bestimmten Erkrankung zu sterben) ist bei Zigarettenrauchern nur wenig größer als bei Nichtrauchern. Die Korrelation zum Zigarettenkonsum ist weniger straff, die Risikosteigerung bei jüngeren Rauchern stärker ausgeprägt als bei älteren; bei jenen ist sie zwei- bis dreimal so hoch, bei diesen etwa nur etwa 50 v. H. höher als bei Nichtrauchern. Da die Krankheit aber stark verbreitet ist, ergibt sich aus der verhältnismäßig geringen „Übersterblichkeit“ bei Zigarettenrauchern ein stärkerer Einfluss auf die Gesamtsterblichkeit an dieser Krankheit als beim Lungenkrebs. Da Rauchen nach demselben Bericht die Entstehung einer generalisierten Atherosklerose nachweislich fördert, ist die Gesamtzahl der im wesentlichen durch das Rauchen verschuldeten Herz- und Kreislaufkrankungen deutlich erhöht. In einer der großen Verlaufsuntersuchungen wurde festgestellt, „dass zu plötzlichem Tod führende koronare Durchblutungsstörungen bei Zigarettenrauchern viermal so häufig waren wie bei Nichtrauchern“. Derartige Todesfälle werden zumeist als akuter Herzinfarkt diagnostiziert. Nach Untersuchungen in der Bundesrepublik wurde festgestellt, dass gerade bei jüngeren Rauchern das Infarktrisiko bis zum Siebenfachen erhöht sein kann.

Zu den durch Rauchen bedingten Herz- und Kreislaufkrankungen zählen neben dem akuten Herzinfarkt insbesondere die durch Atherosklerose bedingten Folgekrankheiten, z. B. hoher Blutdruck und die Durchblutungsstörungen der Gliedmaßen, schließlich aber auch der Schlaganfall. 1971 starben an Bluthochdruck, ischämischen Herzkrankheiten und Hirngefäßkrankheiten 234.362 Personen. Legt man für diese Gruppe ebenfalls nur eine Übersterblichkeit von 50 v. H. zugrunde, errechnet sich für die Männer ein Wert von rund 28.800, für die Frauen bei einer halb so hohen „Raucherfrequenz“ ein solcher von 14.400, da beide Geschlechter jeweils 50 v. H. der Gesamttodesfälle in dieser Gruppe stellen. Selbst diese sehr grobe, mit einem unteren Wert operierende Rückrechnung erbringt demnach eine Gesamtzahl von mehr als 40.000 mittelbar durch das Rauchen verschuldeter Todesfälle an Herz- und Kreislaufkrankungen.

Auch in diesem Zusammenhang sollte der Hin-

weis nicht fehlen, dass die Todesfälle nur die Endstadien der Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufes darstellen, die in besonderem Maße durch Rauchen verursacht und verschlimmert werden. Da bislang eine genügend differenzierte Krankheitsstatistik fehlt, lassen sich dazu aber keine genaueren Angaben machen.

2. Wie hoch ist die Zahl von Amputationen, die auf Zigarettenkonsum zurückzuführen sind (sogenanntes Raucherbein)?

Die Zahl der Gliedmaßenamputationen, welche mittelbar auf Rauchen, insbesondere Zigarettenrauchen zurückzuführen sind, ist nicht bekannt. Bekannt ist, dass Nikotin ein Gefäßgift ist und zu atherosklerotischen Veränderungen führt, die häufig gerade die großen Gliedmaßenarterien befallen. Es handelt sich um entzündliche Prozesse, die als Endangiitis obliterans bezeichnet werden. Mit ihnen ist zunächst eine teilweise, später vollständige Verlegung der Arterien verbunden. Zunächst kommt es zu einer „stillen“ Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit. Die Gliedmaßen ermüden schneller, weil die mit dem Blutdurchfluss verbundene Sauerstoffversorgung der Muskeln eingengt ist. Später stellen sich zunehmende Beschwerden etwa beim Gehen ein, die schließlich dazu führen, dass man in immer kürzer werdenden Abständen stehen bleiben muss, damit sich das Sauerstoffdefizit der Muskeln auffüllt und die liegengebliebenen Stoffwechselschlacken abgebaut werden können. Hier spricht man vom „intermittierenden Hinken“. Erst das Endstadium bringt mit dem völligen Verschluss die Gefahr des Absterbens großer Gewebeteile und damit die Notwendigkeit zur Operation. Gerade diese „Raucherkrankheit“ zeigt, dass es nicht genügt, lediglich die Endstadien in die Überlegungen einzubeziehen, denn die Vorlaufstadien sind bereits mit Arbeitsunfähigkeit bei Berufen, die vorwiegend im Gehen und Stehen ausgeübt werden, eventuell schon mit Frühinvalidisierung verbunden. Mehr als 90 v. H. der Patienten mit arteriellen Verschlusskrankheiten sind Raucher. Hess, auf den die immer wieder zitierten Zahlen zurückgehen, hat auf der Basis des Jahres 1961 die wahrscheinliche Erkrankungshäufigkeit in den einzelnen Altersgruppen errechnet. Er kam auf eine Gesamtzahl von 528.800 Erkrankten, von denen nur 15.870 auch ohne Rauchen aufgetreten wären. Die wahrscheinliche Amputationsfrequenz gab er für die nächsten zehn Jahre mit 105.800 an, also jährlich etwa 10.000. Diese Zahlen geben höchstens einen Orientierungsrahmen dafür ab, wie hoch die Zahl der

Erkrankten anzusetzen ist; die Amputationsfrequenz besagt bei der zwischenzeitlich wesentlich verbesserten Operationstechnik nichts. Heute gelingt es in der Mehrzahl der Fälle, bei denen vormals amputiert werden musste, durch die Gefäßchirurgie die Funktionstüchtigkeit zumindest teilweise wieder herzustellen. Die verschlossenen Gliedmaßenarterien werden dabei durch Kunststoffgefäße ersetzt. Die früheren Endstadien, in denen das Gewebe abstarb, können damit heute weitgehend vermieden werden.

3. Welche Statistiken werden in der Bundesrepublik über die gesundheitlichen Auswirkungen des Zigarettenrauchens geführt?

Amtliche Statistiken über die gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens werden weder in der Bundesrepublik noch in anderen Ländern geführt. Nach dem Vorhergesagten ergibt sich, dass derartige Statistiken nur bedingt aussagekräftig wären, da sich der Ursache-Wirkungs-Zusammenhang in den meisten Fällen nicht eindeutig nachweisen lässt. Für diesen Zusammenhang spricht stets nur eine mehr oder minder große Wahrscheinlichkeit.

Versteht man die Frage jedoch sinngemäß und nicht eingeeengt auf die üblichen amtlichen Statistiken, lässt sich sagen, dass Bestandsaufnahmen und Situationsanalysen sowohl im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit als auch durch interessierte Wissenschaftler wiederholt durchgeführt worden sind und weiter durchgeführt werden. Sie sind für die Arbeiten im Bereich der gesundheitlichen Aufklärung unerlässlich und werden deshalb insbesondere von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung veranlasst. Derartige Querschnittsuntersuchungen lassen bestimmte Rückschlüsse auf die zu erwartenden gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens zu.

Verwertbare Aufschlüsse lassen sich insbesondere durch Verlaufsbeobachtungen sogenannter prospektiver Studien gewinnen. In einem gewissen Umfang sind derartige Erkenntnisse auch durch statistische Untersuchungen zu bekommen, bei denen aus bereits eingetretenen Schädigungen (retrospektiv) auf den Einfluss des Rauchens geschlossen werden kann. Diese beiden statistischen Verfahren werden in der Bundesrepublik künftig mit gezielten Fragestellungen eingesetzt werden müssen, um genauere Angaben über die zu erwartende Entwicklung zu erlangen.

4. Trifft es zu, dass das Durchschnittsalter der jugendlichen Raucher immer niedriger geworden ist?

Diese Annahme trifft zu. Die Herabsetzung des Durchschnittsalters jugendlicher Raucher hängt damit zusammen, dass ein Viertel der „jungen Jugendlichen“ bereits gelegentlich, häufig oder ständig raucht.

Mehrere Studien zum Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik weisen nicht nur auf eine Vorverlegung des „Probieralters“ hin, sie deuten zugleich an, dass auch mit dem regelmäßigen Rauchen früher begonnen wird. Es fehlen leider Vergleichsuntersuchungen über einen länger zurückliegenden Zeitraum. Heute haben immerhin 69 v. H. der 8- bis 12jährigen bereits einmal geraucht, und 36 v. H. aller Schüler rauchen gelegentlich oder regelmäßig. 4 v. H. der 12- bis 13jährigen und 25 v. H. der 14- bis 17jährigen bezeichnen sich selbst als ständige Raucher, wie eine von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung veranlasste Repräsentativerhebung ergab.

Die sich andeutende Entwicklung scheint aus zwei Gründen besorgniserregend.

Erstens, weil mit der Vorverlegung des Rauchbeginns die Gesundheitsschäden durch Rauchen um so stärker auftreten werden. Wenn man dazu berücksichtigt, dass jugendliche Raucherinnen einen täglichen Konsum von sieben, jugendliche Raucher einen solchen von zwölf Zigaretten haben und bei dieser Rauchfrequenz für die Altersgruppe unter 20 Jahren aus den großen Verlaufsuntersuchungen eine Übersterblichkeit von 60 v. H. bis 79 v. H. ermittelt wurde und nach Mitteilungen der Gesundheitsbehörde in den USA bei diesem Konsumumfang für die Altersgruppe bis 25 Jahre eine Verringerung der Lebenserwartung um 4,6 Jahre zu erwarten ist, dann wird erkennbar, welche Verschärfung der Gesamtsituation mit der Vorverlegung des Rauchbeginns verbunden sein muss.

Zweitens aber hat sich aus verschiedenen Untersuchungen ergeben, dass ein enger Zusammenhang zwischen Rauchen und dem Missbrauch von Rauschdrogen besteht. Die Vorverlegung des „Rauchalters“ ist offensichtlich mit einem Abbau der natürlichen Hemmungen gegenüber Drogen und Rauschmitteln verbunden. Es kommt hinzu, dass der „Rauchbeginn“ damit in eine Entwicklungszeit fällt, in der die Kritikfähigkeit weitgehend unentwickelt ist, in der Nachahmungsgebe, entwicklungsbedingte Risikobereitschaft und Impulsgebe dem Missbrauch ohnehin Vorschub

leisten. Der relativ hohe Durchschnittskonsum lässt erwarten, dass ein großer Teil der rauchenden Jugendlichen bereits jetzt einen Tageskonsum haben muss, der hart an der Grenze des Missbrauchs liegt. So gesehen ist die Zigarette tatsächlich die wiederholt behauptete „Einstiegsdroge“.

Diese Veränderungen bekommen ein besonderes Gewicht durch die Motivation, mit der das Rauchen begonnen und zu rechtfertigen versucht wird. Diese Motive sind auffällig, weil Rauchen nicht als Genuss ausgewiesen wird, sondern ähnlich einem Medikament, welches man um seiner Wirkung willen nimmt. Diese Einstellung bringt Rauchen in die gefährliche Nähe einer „chemischen Manipulation“ von Stimmungen. Die Motive, weshalb Jugendliche zu Rauschdrogen greifen, sind diesen Rauchmotiven so ähnlich, dass man an eine innere Übereinstimmung denken muss.

Die Stärke des Zigaretterrauchens ist abhängig

- vom Verhalten der Bezugspersonen (Vater, Mutter, Geschwister, vor allem Freund(e);
- vom Erziehungsstil der Eltern (väterliche Strenge, fehlendes mütterliches Verständnis);
- von einem insgesamt gesundheitsriskanten Verhalten der sozialen Umwelt.

Auch diese Beweggründe zeigen ein hohes Maß an Übereinstimmung mit den Auslösefaktoren für den Missbrauch von Rauschdrogen.

Selbst wenn es gelingen sollte, das Angebot an Tabakerzeugnissen weiter zu „entschärfen“, muss aus den genannten Gründen mit einer Zunahme der gesundheitlichen Folgen des Rauchens gerechnet werden. Die volle Ausschöpfung der für die einzelnen durch Rauchen mitverschuldeten Erkrankungen unterschiedlich langen Latenzzeiten, selbst der jahrzehntelangen Latenzzeiten für bösartige Neubildungen durch den frühen Rauchbeginn müssen zwangsläufig auf die gesundheitliche Gesamtsituation durchschlagen. Der Rauchbeginn in dem unkritischen Entwicklungsalter wird durch Gewöhnung, vielleicht verstärkt durch die verführerischen Auswirkungen eines vermeintlich „leichten Angebotes“ zu einer Erhöhung des Durchschnittskonsums führen und für einen erheblichen Teil der Raucher zu einem Tageskonsum von 40 und mehr Zigaretten oder analogen Mengen anderer Tabakwaren führen. Bei einem Rauchbeginn vor dem 20. Lebensjahr und einer solchen Konsummenge wird die höchste in den großen Verlaufsstudien gemessene Übersterblichkeitsquote eintreten, nämlich 245 v. H. (Dorn und Cutler). Damit wäre eine Verdoppelung der Rauchfolge-

schäden zu erwarten, gemessen an der derzeitigen Situation.

Gerade für den unkritischen jugendlichen Raucher wird die verführerische Kraft der Zigarette nicht nur zur Gewöhnung und Konsumsteigerung, sondern in vielen Fällen tatsächlich zu einer Abhängigkeit im Sinne von Sucht führen.

5. Welche finanziellen Auswirkungen haben raucherbedingte Gesundheitsstörungen und Todesfälle
- a) für die gesetzliche Krankenversicherung,
 - b) für die private Krankenversicherung,
 - c) für die gesetzliche Rentenversicherung,
 - d) für die private Lebensversicherung,
 - e) für das Brutto sozialprodukt?

Eine genaue Beantwortung der auf fünf Teilbereiche abgestellten Frage ist derzeit noch nicht möglich. Dennoch lässt sich, ohne spekulativ zu werden, aus den wahrscheinlich übertragbaren Ergebnissen der großen Verlaufsstudien zu den Kosten etwas sagen, die von den durch das Rauchen ausgelösten Gesundheitseinbußen verursacht werden.

Kosten für die Krankenversicherungen: Hier kann auf die von der Weltgesundheitsorganisation genannten Werte zur Überschussmorbidity (Krankheitshäufigkeit) zurückgegriffen werden. Für die Altersgruppe der 45 bis 65 Jahre alten Männer wurde ein Plus von 28 v. H. angegeben. Aus dem Bericht „The Health Consequences of Smoking 1967“ ergeben sich genauere Daten. Danach ist im einzelnen mit folgenden Werten zu rechnen:

Verlorene Arbeitstage pro Person und Jahr				
	Männer		Frauen	
	17 - 44	45 - 64	17 - 44	45 - 64
Nichtraucher	3,4	5,6	4,5	5,3
Raucher	4,4	8,5	6,5	6,9

Eine Übertragung dieser Verhältnisse auf die mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheitsfälle des Jahres 1971 würde folgende Überschuss-Ausfalltage für die Raucher ergeben:

	15 bis 44 Jahre	45 bis 65 Jahre
Männer	7,2 Mio	8,7 Mio
Frauen	3,7 Mio	1,2 Mio

Das sind zusammen 20,8 Mio durch Rauchen verschuldete zusätzliche Ausfalltage mit Arbeitsunfähigkeit.

higkeit. Für diese Berechnung wurde als Basis benutzt: 64 v. H. Raucher für Männer zwischen 15 und 44 Jahren; 57 v. H. Raucher für Männer zwischen 45 und 65 Jahren; 30 v. H. Raucher für Frauen der jüngeren und 25 v. H. für die der älteren Altersgruppe. Die Zahlen der erwerbstätigen Personen ist dem Statistischen Jahrbuch der Bundesrepublik für 1973 entnommen. Die Quotierung der Raucher liegt an der Obergrenze.

Bei Männern, die mehr als 40 Zigaretten täglich rauchen, beträgt die Überschussmorbidity 85 v. H., bei den Frauen 14 v. H. Aufgrund dieser Unterlagen wurde für die Raucher in den USA ein krankheitsbedingtes Plus an verlorenen Arbeitstagen von 19 v. H. der insgesamt verzeichneten Ausfalltage errechnet. Würde man von diesen Werten ausgehend analog verfahren wie bei der Berechnung der Übersterblichkeit, ergäbe sich für die Bundesrepublik ein Anteil von wahrscheinlich 15 v. H. der gesamten Arbeitsunfähigkeitstage für die Überschussmorbidity. Bei 117 Mio. Ausfalltagen im Jahr 1971 wären dies etwa 17,5 Mio durch Rauchen verschuldete Arbeitsunfähigkeitstage. Lässt man unberücksichtigt, dass solche Krankheiten zu einem chronischen Verlauf neigen, die Raucher insgesamt krankheitsanfällig auch für banale Erkrankungen sind und es deshalb wahrscheinlich ist, dass sie nicht nur häufiger, sondern auch länger krank sind, ergibt sich ein Kostenanteil, der zwischen 15 v. H. und 19 v. H. der Gesamtausgaben für die Krankheitskosten anzusetzen ist. Für 1971 ergibt das Kosten in einer Größenordnung von 3,0 Milliarden bis fast 4,0 Milliarden allein in der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die privaten Versicherungen muss dieser Kostenanteil analog veranschlagt werden.

Kosten für die Rentenversicherung: Für die Arbeiter und Angestellten entfallen von den 1971 neu bewilligten Renten etwa mehr als 50 v. H. in den Bereich der reinen Altersrenten, rd. 48 v. H. auf „Frührenten“. Für die „Frühinvalidität“ waren die Krankheiten des Kreislaufsystems, die chronische Bronchitis und Emphysem mit mehr als 60 v. H. aller Rentenfälle bestimmend. Für diese Erkrankungsgruppen hat Rauchen ein besonderes Gewicht. Werden hier die Proportionen der Überschusssterblichkeit durch Rauchen eingebracht, ergibt sich, dass wahrscheinlich bis zu 50 v. H. der aus diesen Krankheitsgruppen stammenden „Frühinvaliditätsfälle“ auf Rauchen entfallen. Real waren es mehr als 143.000 Rentenfälle in dieser Gruppe, d. h. bis zu 70.000 müssen dem Rauchen angelastet werden. 1971 wurden in der Bundesrepublik mehr als 53 Milliarden DM an Renten ausgezahlt. Da Raucher früher sterben als Nichtraucher, dann aber noch

immer die Hinterbliebenenrenten anfallen, lässt sich nur sehr grob abschätzen, wie hoch die Kosten für „Raucher-Renten“ anzusetzen sind. Geht man von abgerundeten Werten aus und nimmt an, dass für alle Rentenversicherungsträger zusammen jährlich 100.000 „Raucher-Renten“ anfallen, dann wären dies 1,5 v. H. des Bestandes an Versichertenrenten. Da diese Renten vorzeitig anfallen, ist mit ihnen auch ein Leistungsausfall verbunden, der bei 400.000 „Raucher-Frührenten“ bei einem Gesamtbestand von über 6 Millionen Versicherten jährlich 1,0 Milliarde ausmacht.

Da Raucher früher sterben, muss der durch Rauchen verursachte Anteil an den Hinterbliebenenrenten weit höher angesetzt werden, als der von „Raucher-Frührenten“. Dasselbe gilt für die von den Rentenversicherungsträgern bezahlten Gesundheitsmaßnahmen, insbesondere für Kuren. Man wird damit rechnen können, dass einschließlich des Einnahmeverlustes durch vorzeitige Rentengewährung und frühen Tod sowie die dadurch ausgelösten Hinterbliebenenrenten jährlich ein Gesamtbetrag von den Rentenversicherungsträgern aufgebracht werden muss, der 10 v. H. der Gesamtaufwendungen beträgt. Die Wahrscheinlichkeit, dass er in Wirklichkeit noch höher liegt, ist groß.

Für die privaten Lebensversicherungen kann angenommen werden, dass deren Versicherte ein niedrigeres „Raucherpotential“ haben, wie sich aus der eingangs gebrachten Aufschlüsselung ergibt. Dennoch wird man auch hier eine Übersterblichkeit annehmen müssen, die etwa 15 v. H. der Gesamtsterbefälle ausmacht. Da Raucher früher sterben als Nichtraucher, werden sie überproportional in der Gruppe zu finden sein, dje frühzeitig während der „Ansparzeit“ der Lebensversicherung sterben. Gerade diese Früh Todesfälle werden sich deshalb belastend für die Versicherer bemerkbar machen. Da der Versichertenbestand und seine Alters- und Geschlechtsgliederung nicht bekannt ist, kann eine Kostenschätzung nicht vorgenommen werden.

Für das Bruttosozialprodukt ergibt sich aus alledem ein jährlicher Verlust in der Größenordnung von 15 bis 20 Milliarden DM. Die zusätzlichen Ausfalltage durch raucherbedingte Krankheiten machen etwa ein Sechstel des gesamten Krankenstandes aus, das sind 1 v. H. des Bruttosozialprodukts, also rd. 8,3 Milliarden DM. Durch Übersterblichkeit und Frühinvalidität ergeben sich weitere Milliardenbeträge. Wie bereits erwähnt, sterben von 100.000 30jährigen Männern bis zum 60. Lebensjahr 20.000

Raucher mehr als Nichtraucher. Allein diese Übersterblichkeit der Raucher bringt einen so hohen Verlust an produktiven Lebensjahren mit sich, dass die Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Einbußen am Bruttosozialprodukt noch weit größer sind, sehr hoch anzusetzen ist. Im Durchschnitt errechnet sich ein pro-Kopf-Anteil am Bruttosozialprodukt für 1971 von mehr als 30.000 DM pro Jahr. Je 100.000 Frühsterbefälle oder Frührenten ist ein jährlicher Verlust von 3 Milliarden DM zu veranschlagen. Bei mindestens 140.000 Frühsterbefällen und wahrscheinlich 100.000 Frührenten jährlich, die auf das Konto Rauchen gehen, liegt die Gesamtausfallsumme möglicherweise um ein Mehrfaches höher, als hier angenommen worden ist.

6. Wie weit sind die Versuche beispielsweise des Forschungsinstituts der Zigarettenindustrie (Professor Döntenwill) gediehen, eine „entgiftete Zigarette“ zu entwickeln? Wie beurteilt die Bundesregierung die Versuche britischer und amerikanischer Firmen mit künstlichem Tabak? Ist die Bundesregierung bereit, derartige Versuche zu fördern?

- a) Aufgabe des in der Fragestellung angesprochenen Institutes der Zigarettenindustrie ist es, die Zusammenhänge zwischen Rauchen und Gesundheit zu erforschen mit dem Ziel, die wissenschaftlichen Grundlagen für Zigaretten zu schaffen, die gesundheitlich unbedenklicher sind. Die Untersuchungen erfolgen in eigenen Laboratorien und im Rahmen von Forschungsaufträgen, die an andere wissenschaftliche Institute vergeben werden. Ein umfangreicher Austausch der gewonnenen Erkenntnisse mit denen der Forschungseinrichtungen der tabak-verarbeitenden Industrien anderer Länder und die Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation sowie zahlreichen auf ähnlichen Gebieten arbeitenden ausländischen Gremien und Instituten werden der vorgenannten Zielsetzung dienstbar gemacht.

Die bisherigen Untersuchungen haben bewiesen, dass die biologische Wirkung des Tabakrauches durch Änderung des Produktes beeinflussbar ist und sich Wege einer weiteren Risikominderung des Zigarettenrauchens sowohl durch eine mengenmäßige Reduzierung als auch durch qualitative Veränderungen der Rauchbestandteile abzeichnen. Diese Erkenntnis haben die deutschen Hersteller in der Produktion verwertet mit der Folge, dass das deutsche Zigarettenangebot zu den „leichtesten“ in der Welt gehört. So entfallen über 26 v. H. auf „im Rauch nikotinarme“ Zigaretten (Nikotingehalt unter 0,6 v. H.). In-

samt können 70 v. H. des Angebots als „leicht“ in Bezug auf die Menge der Rauchinhaltsstoffe bezeichnet werden. Der Anteil der Filterzigaretten beträgt 85 v. H.

Der ohne Zweifel erreichte Fortschritt auf dem Gebiet, die gesundheitsschädliche Wirkung des Zigarettenrauchens zu verringern, darf nicht zu der Auffassung verleiten, es könne künftig auch möglich sein, eine gesundheitlich unbedenkliche Zigarette auf den Markt zu bringen.

- b) Die Versuche britischer und amerikanischer Firmen mit „künstlichen“ Tabaken sind bekannt. Auch im Forschungsinstitut der deutschen Zigarettenindustrie werden solche Versuche, die durchaus einen weiteren Fortschritt bringen können, durchgeführt. Ein abschließendes Urteil ist jedoch erst möglich, wenn die Versuche wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse gebracht haben. Dies ist im gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht der Fall.

Eine in England herausgebrachte Zigarette mit 50 v.H. künstlichem Tabak konnte wegen ihres unbefriedigenden Geschmacks im Markt nicht bestehen.

- c) Das starke Eigeninteresse der Zigarettenindustrie an der ständigen Verbesserung ihrer Erzeugnisse wird durch ihre eigene Forschungsstelle sowie durch Vergabe von Forschungsaufträgen dokumentiert. Die jährlichen Aufwendungen hierfür gehen in die Millionen. Aus fachlicher Sicht sind die Aufwendungen der Wirtschaft positiv zu würdigen; sie erscheinen der Problemstellung durchaus angemessen, so dass eine Bereitstellung öffentlicher Mittel nicht in Betracht gezogen zu werden braucht.

7. Beabsichtigt die Bundesregierung die steuerliche Abzugsfähigkeit von Werbungskosten für Zigaretten aufzuheben oder einzuschränken? Welche Gründe sprechen dafür oder dagegen? Welchen Effekt haben Beschränkungen der Zigarettenwerbung im Ausland auf den Zigarettenkonsum gehabt?

- a) Es ist schon wiederholt angeregt worden, den steuerlichen Abzug von Werbeaufwendungen ganz allgemein oder zumindest für Zigaretten zu beschränken. Diese Anregungen sind jedoch nicht zu verwirklichen.

Bei der steuerlichen Gewinnermittlung können nach § 4 Abs. 4 des Einkommensteuergesetzes

(ESTG) grundsätzlich alle Aufwendungen, die durch den Betrieb veranlasst sind, als Betriebsausgaben abgesetzt werden. Dabei ist es unerheblich, ob die Aufwendungen notwendig, typisch oder unwirtschaftlich sind (Gutachten des Bundesfinanzhofs vom 5. Mai 1953 - Bundessteuerblatt 1953 III S. 224). Sie müssen nur ernstlich zur Förderung des Betriebes gemacht worden sein und mit ihm in einem sachlichen (unmittelbaren oder mittelbaren) Zusammenhang stehen.

Betrieblich veranlasste Aufwendungen können nur insoweit nicht als Betriebsausgaben abgezogen werden, als ihr Abzug nach § 4 Abs. 5 ESTG eingeschränkt oder unzulässig ist. Nach dieser Vorschrift scheiden bei der steuerlichen Gewinnermittlung bestimmte durch den Betrieb veranlasste Aufwendungen aus, die die Lebensführung des Steuerpflichtigen oder anderer Personen berühren, und zwar auch insoweit, als es sich dabei um Werbeaufwendungen handelt.

- b) Gegen eine weitere Einschränkung des Abzugs von Werbeaufwendungen bestehen Bedenken, weil sie dazu führen würde, dass betrieblich veranlasste Aufwendungen, die nichts mit der Lebensführung des Steuerpflichtigen oder anderer Personen zu tun haben, bei der steuerlichen Gewinnermittlung unterschiedlich behandelt würden. Eine solche Regelung würde außerdem nicht nur zu schwierigen Abgrenzungsfragen und damit zu einer weiteren Komplizierung des Steuerrechts führen, sie könnte auch verfassungsrechtlich bedenklich sein.

Schließlich wird es aus wirtschaftspolitischen Gründen auch nicht für angebracht gehalten, durch steuerliche Maßnahmen - mit Ausnahme der in § 4 Abs. 5 ESTG geregelten Tatbestände - reglementierend in die Werbung einzugreifen.

- c) Um den ursächlichen Zusammenhang zwischen Tabakwerbung, Konsumverhalten und Entwicklung des Absatzes von Tabakwaren prüfen zu können, müsste eine Ausgangssituation bestehen, in der diese Faktoren in ihrem direkten Zusammenhang gemessen werden können. Das ist praktisch nirgendwo der Fall. Deshalb stehen widersprüchliche Aussagen gegeneinander.

Jedenfalls lassen sich aus dem für andere Länder vorliegenden Zahlenmaterial keine zuverlässigen und eindeutigen Aussagen derart machen, dass ein direkter Zusammenhang zwischen dem Um-

fang der Werbung und der Höhe des Zigarettenkonsums besteht.

Schlussbemerkung

Rauchen ist ein ernstzunehmender gesundheitspolitischer Konfliktfall. Zu seiner Lösung bedarf es der unvoreingenommenen Mitarbeit aller, die Verantwortung tragen, der Politiker, der Industriellen und der Verbraucher, die nicht nur für ihre eigene Gesundheit verantwortlich sind, sondern auch für das Wohlergehen ihrer Familie und schließlich für die soziale Funktion der Gesellschaft. Dies lässt sich am leichtesten erkennen, wenn man die durch Rauchen verschuldeten Folgeschäden, insbesondere den Verlust am Bruttosozialprodukt und die Kosten für Krankheit sowie vorzeitige Erwerbsunfähigkeit bedenkt. Dennoch sind diese ökonomischen Gesichtspunkte nicht einmal vorrangig. Vorrangig ist, dass der momentane und flüchtige Genuss beim Rauchen von sehr vielen Menschen einen hohen Preis fordert. Der rüstige hundertjährige Raucher, der es in seinem Leben zu Ansehen und Wohlstand gebracht hat, ist die seltene Ausnahme. Viel häufiger ist der in relativ jungen Jahren an einem Herzinfarkt verstorbene, an einer Lungenblähung, Bluthochdruck, an Magengeschwüren oder an Durchblutungsstörungen erkrankte und vorzeitig erwerbsunfähig gewordene Raucher.

Keiner beabsichtigt, mündige Bürger zu gängeln und gesundheitsgerechtes Verhalten durch Gesetze oder Auflagen zu erzwingen. Es muss das Ziel sein, Einsicht und Kritik zu wecken.

Die Bundesregierung sieht vorrangig drei konkrete Aufgaben:

1. eine wesentlich verstärkte gesundheitliche Aufklärung mit dem Ziel, zunehmend mehr Menschen vom Rauchen abzuhalten;
2. eine gezielte Ansprache der Raucher, insbesondere der Risikogruppe Vielraucher, mit dem Ziel, deren Rauchgewohnheiten zu ändern, um ihr gesundheitliches Risiko zu verringern;
3. eine weitere Entschärfung des Angebots an Tabakerzeugnissen zu erreichen, mit dem Ziel, nur solche Produkte auf dem Markt zu haben, die das geringstmögliche gesundheitliche Risiko bedeuten, wenn das Rauchen im bisherigen Umfang beibehalten wird.

Die Bundesregierung weiß sich in diesen Zielvorstellungen einig mit den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation und des Europarates, die gleichfalls vom Nordischen Rat und verschiedenen nationalen Regierungen übernommen worden sind. Der Europarat empfahl dem Ministerkomitee der Mitgliederregierungen u. a. die Werbung für Tabak und Alkohol im Fernsehen und Rundfunk streng zu regeln oder zu verbieten und die Werbung für diese Produkte im allgemeinen, besonders in der Presse, im Theater, auf Straßen, öffentlichen Plätzen und in Sportstätten einzuschränken; Aufklärungsmaßnahmen durchzuführen, die sich an Eltern richten und in die Lehrpläne der Schulen Eingang finden; Rauchen in allen öffentlichen Verkehrsmitteln zu verbieten; die Herstellung weniger schädlicher Zigaretten zu fördern; Warnhinweise und Inhaltsangaben auf den Zigarettenpackungen vorzuschreiben und ein Verzeichnis der auf dem Markt befindlichen Zigaretten mit Angabe der jeweiligen Mengen von Rauchinhaltsstoffen zu veröffentlichen [Empfehlung 716 (1973)].

Zur Durchsetzung dieser Ziele bedarf es der konsequenten Erweiterung des „Aktionsprogramms zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmissbrauchs“ vom November 1970. Es ist wegen der sich entspannenden Situation auf dem Gebiet des Missbrauchs von Rauschdrogen nunmehr unter Berücksichtigung der Genussmittel Alkohol und Nikotin stärker auf diese Alltagsgefährdungen abgestellt und auf die Vorbeugung abweichenden Verhaltens erweitert worden. Diese Eingliederung ist sinnvoll, da auch starkes Rauchen zur Abhängigkeit führen kann. Es wird ergänzender Maßnahmen bedürfen. Die Maßnahmen werden ausgewogen sein müssen. Sie sollen auf dirigistische Eingriffe verzichten und das eigenverantwortliche Handeln stärken. Sie sollen überzeugen, nicht Zwang ausüben. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat bereits vor Jahren mit einem derartigen Programm begonnen. Es erstreckt sich auf wissenschaftliche Untersuchungen über die Motive des Rauchens, auf die Entwicklung geeigneter „Entwöhnungstherapien“, auf die Entwicklung von Unterrichtsprogrammen für die Schulen, auf gezielte Maßnahmen bei der Bundeswehr und über die Wartezimmer der Ärzte, auf allgemein aufklärende Aktionen in Presse, Funk und Fernsehen sowie Ausstellungen, die Schulung von Multiplikatoren, die Entwicklung von Dia-Reihen, Merkblätter usw. Sie alle müssen zielgenau und intensiv weiterentwickelt und fortgeführt werden. Es wird dazu größerer Mittel bedürfen, die aber bei der Größe der gesundheitlichen und sozialen Schädigung durch Rauchen vertretbar sind.

Wenn man bereits heute durch die weite Verbreitung des Rauchens und die sich abzeichnenden Verschärfungen etwa durch die Vorverlegung des Rauchbeginns, durch Steigerung des Konsums, weitere Zunahme der Konsumenten und gewissen Veränderungen im Angebot von Tabakerzeugnissen davon sprechen kann, dass mit dem Rauchen gesundheitliche und materielle Belastungen verbunden sind, die mit einer Gefahr für das gemeine Wohl gleichgestellt werden können, müssen langfristige Programme geplant werden.

Gelingt es nicht, die derzeitige Entwicklung aufzuhalten, werden alle betroffenen Staaten gezwungen sein einzugreifen. Das Ministerium für Gesundheit und Sozialwesen in Schweden sieht dies mit einer Kampagne gegen den Zigarettenverbrauch bereits vor. Seine Kommission über Tabakrauchen schlägt ein 25-Jahres-Programm vor, mit dem ein Verbot der Tabakwerbung, eine jährliche Verteuerung der Zigaretten um 10 v. H., die Abschaffung aller Zigarettenautomaten bis 1979, die stufenweise Einstellung des Zigarettenverkaufs, daneben Warnaufdrucke, Abgabeverbote an Jugendliche unter 16 Jahren angestrebt wird.

Obwohl bislang nur höchst ungenügende Daten über die tatsächliche Gefährdung des Nichtrauchers durch „Passivrauchen“ vorliegen, muss als Analogieschluss zugelassen werden, dass es diese Gefährdung tatsächlich gibt. Die Bundesregierung braucht hier nicht von einem abstrakten Gefährdungsbegriff auszugehen, die konkrete Gefährdung kann als gegeben angenommen werden. Es wäre unverantwortlich, wenn solange gewartet würde, bis tatsächlich eine „Strecke“ an Kranken, Erwerbsunfähigen und Toten vorgewiesen werden kann, die dem „Passivrauchen“ zum Opfer gefallen sind.

Es ist eine Frage der Glaubwürdigkeit unserer Gesundheitspolitik, wie das Problem Rauchen behandelt wird. Die Bundesregierung darf in Kenntnis der Zusammenhänge nicht zögern, ihre bereits begonnenen Maßnahmen unter Berücksichtigung berechtigter Interessen anderer auszubauen. Sie wird deshalb auch die mit der Gesamtreform des Lebensmittelrechts gegebenen Möglichkeiten voll ausschöpfen müssen, um ihrer Gesamtkonzeption mit den genannten drei Zielrichtungen zum Durchbruch zu verhelfen. Die Bundesregierung kann es sich nicht leisten, hinter den Bemühungen anderer Staaten und den Empfehlungen des Europarates zurückzubleiben. Die Eindämmung der gesundheitlichen Gefährdung eines großen Teiles unserer Bevölkerung durch das Rauchen ist eine bedeutende gesellschaftspolitische Aufgabe.