

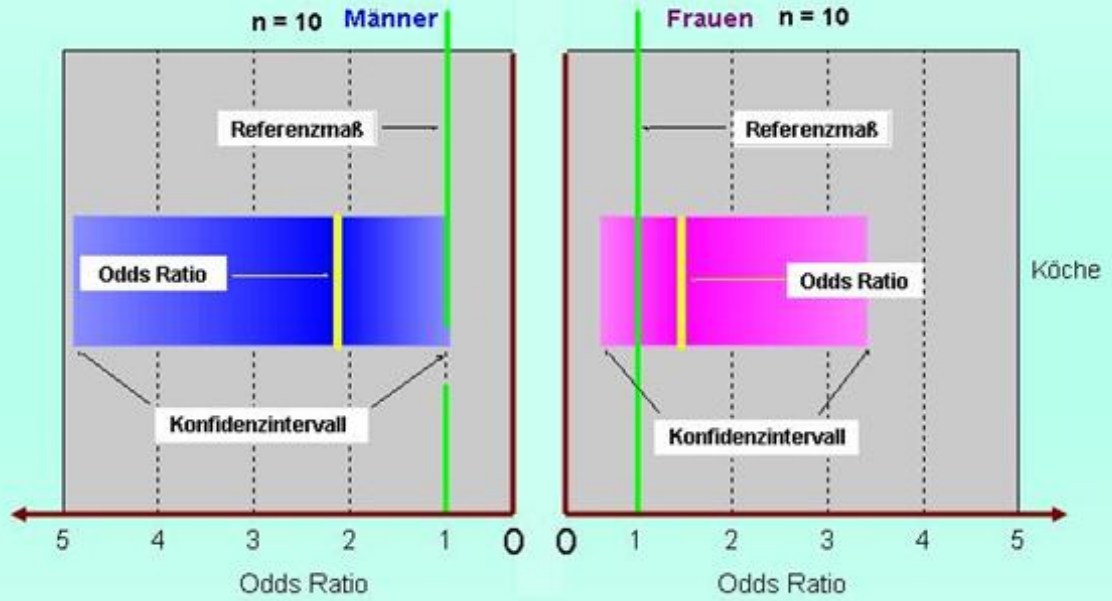
## **Bewertung arbeitsbedingter Erkrankungen mittels Kennziffern und Expertisen**

Die Ergebnisse einer kleinen Auswahl dieser Studie mit den berufsgruppenspezifischen Daten beruhen auf Versichertengruppen

- der arbeitenden Bevölkerung in Höhe von rund 6.500.000,
- einer BGN-spezifischen Gruppe von ca. 650.000 Erkrankten,
- einer Expositionsgruppe „Kellner“ von rund 62.000 Erkrankten, einer Expositionsgruppe „Köche“ von rund 174.000 Erkrankten.

Die vorliegende Studie, die im Rahmen des § 14 des SGB VII in Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und BGN von Dr. Mey und dessen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entwickelt und durchgeführt wurde, macht weltweit erstmals an großen **gewerbespezifischen** Datenmengen und deren Auswertungen deutlich, dass sich die bisherigen Bewertungen auf korrelative Beziehungen stützen. Diese sind zwar Voraussetzung für Kausalbetrachtungen, aber sie sind kein Maß für Kausalität.

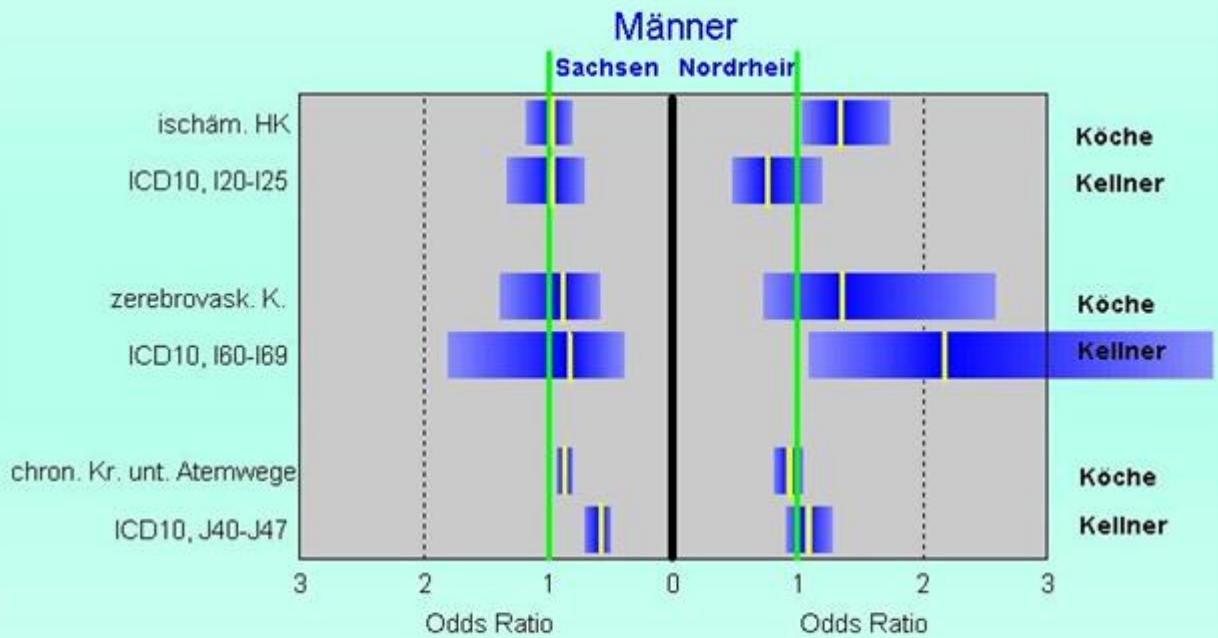
Mit den vorliegenden Ergebnissen wird der Nachweis geführt, inwieweit diese Gewerbegruppen den behaupteten Erkrankungen durch Passivrauch überhaupt folgen oder ob die Risiken bei der Betrachtung mit geeigneten Methoden zur Kausalität völlig anders geartet sind, als im Moment aus politisch-öffentlichkeitswirksamen Beweggründen heraus dargestellt wird.



24.10.2007

1

Mey/Rehm - Symposium „Tabakrauch am Arbeitsplatz“ Okt. 2007 in Mannheim

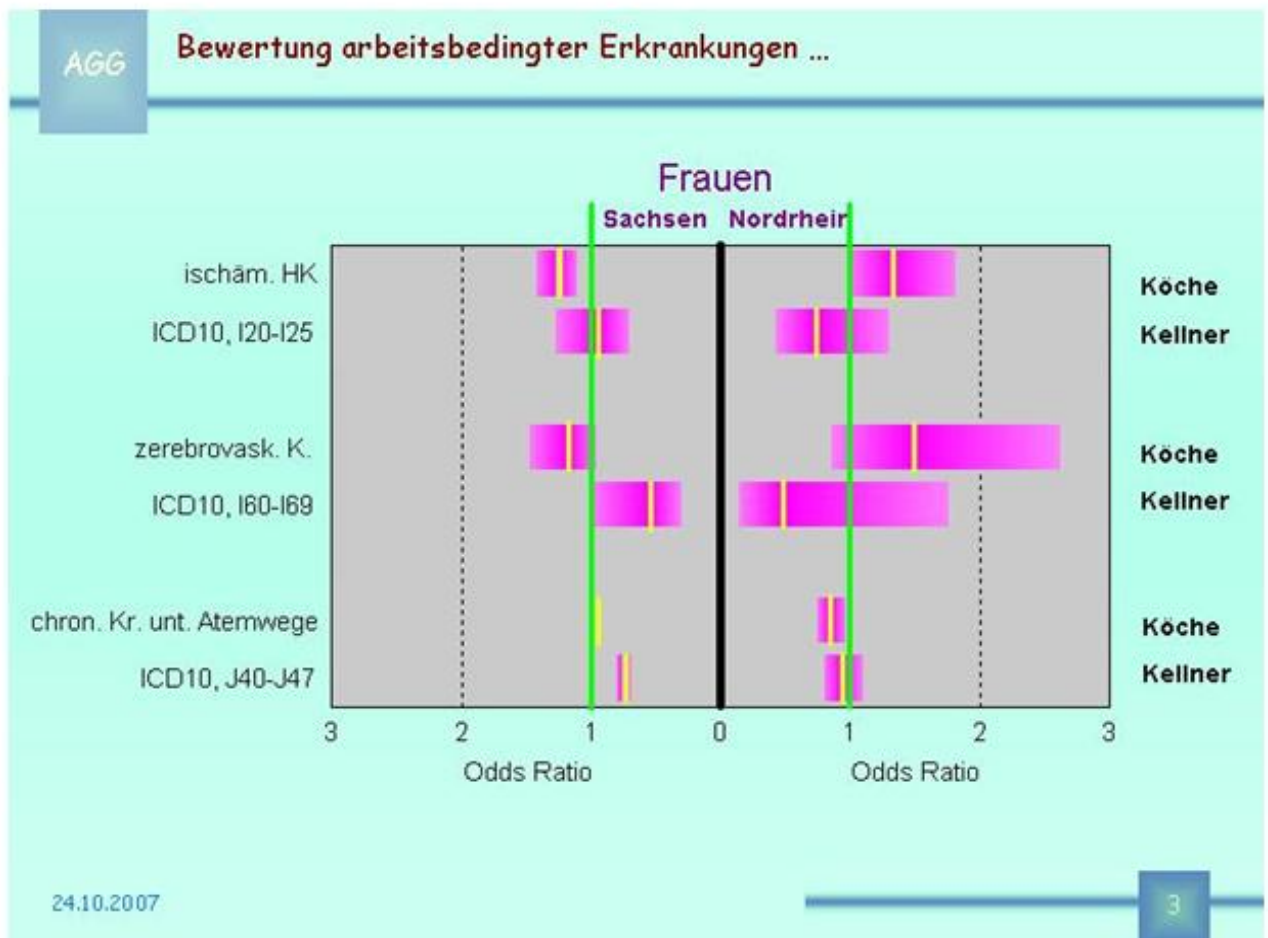


24.10.2007

2

Mey/Rehm - Symposium „Tabakrauch am Arbeitsplatz“ Okt. 2007 in Mannheim

Symp. Passivrauchen 2007



Mey/Rehm - Symposium „Tabakrauch am Arbeitsplatz“ Okt. 2007 in Mannheim

Symp. Passivraucher Okt. 2007

Diese Erhebungen zu den Erkrankungen

- *ischämische Herzkrankheiten,*
- *chron. Krankheiten der unteren Atemwege*

zeigen gerade bei den ETS-exponierten Berufsgruppen **nicht** die Erkrankungsdramatik, wie sie in Studien zur Korrelation mit unbrauchbarer Methodik ermittelt wurden.

Eine Studie wie diese, die Kausalbetrachtungen zulässt, mit tatsächlich vorliegenden Symptomen und Diagnosen, die berufs- und tätigkeits-spezifisch zuordenbar sind, genügt erheblich stärker Kausalkriterien als alle bisher vorliegenden Studien.

Alle bisherigen Bewertungen zum Thema geben keine Antworten auf unsere Kausalfragen als Berufsgenossenschaft. Würde die BGN dem Ruf der WHO und des DKFZ folgen, würden völlig falsche Präventionsmaßnahmen in einem völlig falschen Feld der Gastronomie bei der Bekämpfung der angeschuldigten arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren eingesetzt werden.

Die **zerebro-vaskulären Krankheiten** bedürfen nicht zuletzt wegen der erheblichen regionalen Unterschiede bei ähnlicher Exposition einer weiteren multifaktoriellen Analyse. Es darf nicht vergessen werden, dass wir es im Kellnerbereich mit überwiegend passivrauchenden Rauchern zu tun haben. Bei den zerebro-vaskulären Ereignissen, die bei Kellnern gehäuft auftreten, hat der US Surgeon General's Report (v. 2006) aufgezeigt, dass keine ETS-bezogene Erhöhung bei zerebralen Ereignissen nachweisbar ist, sodass hier nach den wirklichen Ursachen gesucht werden muss. Die Breite des Konfidenz-Intervalls erklärt sich durch die sehr geringe Anzahl an Erkrankungen.

Anhand der Daten kann der Nachweis geführt werden, dass andere Berufsgruppen der Gastronomie außerhalb der Servicearbeitsplätze arbeitsbedingt an diesen genannten Erkrankungen leiden und dass bei der **ischämischen Herzerkrankung** regionale gravierende Unterschiede zu beobachten sind. Aufgrund der ähnlichen ETS-Expositionsbedingungen in den Regionen besteht auch hier weiterer Forschungsbedarf. Die Ursachen hierzu kennen wir noch nicht, arbeiten aber mit Nachdruck daran. Hier ist ein Ursachenbündel von ca. 200 Risikofaktoren möglich, bei dem die wesentlichen ermittelt werden müssten.

## Abschließende Bemerkungen zur Kausalitätsbetrachtung

Zunächst wurde die Passivrauchhysterie in den dargestellten Erscheinungsformen von der BGN widerspruchslos hingenommen, bis dem DKFZ-WHO-Kollaborationszentrum ein Kardinalfehler unterlief, indem es Dieselruß gesünder erschienen ließ als Passivrauch.

Dies führte zu unseren Eigenuntersuchungen und Überprüfungen der Methoden, die hier angewandt wurden. Das Ergebnis war schon überraschend ([www.bgn.de](http://www.bgn.de)) und führte zu aufklärungswürdigen deutlichen Ungereimtheiten sowohl

- *im epidemiologisch-statistischen Bereich,*

als auch im

- *messtechnisch-analytischen,*

ebenso im

- *medizinisch-diagnostischen,*

sowie im

- *metaanalytischen Bereich,*

wie auch bei der

- *wissenschaftlichen Modellbewertung*

und bei der

- *Cofaktorenberücksichtigung.*

Es ist der BGN gelungen die Methoden zu analysieren mit denen ein Wissenschaftsharaki begangen wurde. Wir verfügen über Daten, welche die Wirklichkeit beschreiben, und können den Nachweis führen, dass die relevanten Risiken in der Gastronomie nicht in der Passivrauchexposition und auch nicht im Kellnerbereich liegen, sondern in völlig anderen nicht mit Passivrauch belasteten Untergruppen des Gewerbebezweiges.

Regionale Unterschiede sind hierbei deutlich zu erkennen und müssen weitergehend untersucht werden. Das dargestellte Verfahren ermöglicht es - soweit wir weltweit erkennen erstmals - eine echte Zuordnung von Erkrankungsgruppen und statistisch-epidemiologisch Häufungen herauszuarbeiten.

Auf dieser Grundlage kann gezielte Ursachenforschung betrieben und geeignete Prävention für diese arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren entwickelt werden.

Dass im Vergleich mit Versicherten anderer Gewerbe die Erkrankungsursache Passivrauch bei den Exponierten der Gastronomie gegenüber Nichtexponierten keine Rolle spielt, wird politisch einen Erdbeben auslösen oder einfach ignoriert werden. Der Nachweis, dass es sich anders verhält als bisher angenommen kann jedoch geführt werden.

Wir haben das WHO-Kollaborationszentrum gebeten, sich in der Diskussion an nachvollziehbaren **wissenschaftlichen Erkenntnissen** zu orientieren und nicht an der Politik.

Prof. Dr. med. R. Grieshaber

Mannheim, 14.12.2007