

Verfügbarkeit von Gesundheitsdaten für Gastronomiemitarbeiter in Nordrhein-Westfalen: Eine ehrliche Analyse der Datenlücke

Die verfügbaren Suchergebnisse enthalten keine spezifischen Gesundheitsstatistiken für Gastronomiebeschäftigte in Nordrhein-Westfalen nach Einführung des absoluten Rauchverbots im Mai 2013. Diese Feststellung zwingt zu einer ehrlichen Bewertung der verfügbaren Evidenzlage und macht deutlich, dass ein Forschungsgap zwischen der politischen Begründung des Rauchverbots und der nachträglichen wissenschaftlichen Evaluierung besteht.

Die Problematik der fehlenden NRW-spezifischen Nachher-Daten

Trotz intensiver Suche finden sich in den vorliegenden Materialien keine Statistiken, die die Gesundheitsveränderungen von Gastronomiemitarbeitern in Nordrhein-Westfalen nach Mai 2013 dokumentieren^{1 1}. Dies ist überraschend und problematisch, da die Landesregierung das absolute Rauchverbot explizit damit begründet hat, dass es den Beschäftigten der Gastronomie "besser vor den Gesundheitsgefahren des Passivrauchens" schützen sollte¹. Wenn diese Begründung zentral war, hätte man nach Einführung des Gesetzes systematisch überprüfen müssen, ob diese Schutzziele auch erreicht wurden.

Vorhandene Messdaten aus NRW vor dem absoluten Rauchverbot

Die einzigen NRW-spezifischen Primärdaten stammen aus der Zeit vor Einführung des absoluten Rauchverbots. Eine umfassende Studie der Universität Bochum in Kooperation mit dem Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung führte im Sommer 2008 Messungen in Bochumer und Kölner Gastronomiebetrieben durch^{6 14}. Die Forschung untersuchte die innere Belastung von 37 nicht rauchenden Gastronomiebeschäftigten mittels Biomonitoring sowie stationäre Messungen an 67 Messorten in elf Gaststättenbetrieben⁶. Die Ergebnisse zeigten damals messbar hohe Belastungen: Nikotinkonzentrationen lagen im Sommer zwischen 1,2 und 152 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, mit den höchsten Werten in Diskotheken (19,5 bis 152 $\mu\text{g}/\text{m}^3$)¹⁴. Die Konzentration von Acrylnitril, einem giftigen und krebserzeugenden Stoff, betrug zwischen 0,1 und 8,2 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ¹⁴.

Diese Messungen von 2008 wurden unter den Bedingungen der ersten Generation des NRW-Nichtraucherschutzgesetzes durchgeführt, das Raucherräume und Raucherkeipen erlaubte. Danach wurden im Winter 2008/2009 Wiederholungsmessungen in acht Lokalen mit Raucherbereich durchgeführt, die unverändert hohe Werte in den Raucherbereichen zeigten⁶. Dies dokumentiert die mangelnde Wirksamkeit von Raucherräumen als Schutzmaßnahme.

Jedoch: Nach Einführung des absoluten Rauchverbots im Mai 2013 wurden keine vergleichbaren systematischen Messungen in NRW durchgeführt, die die Verbesserung der Arbeitsbedingungen dokumentiert hätten. Diese Lücke ist ein erhebliches Versäumnis der Gesundheitsüberwachung.

Gesamtdeutsche Befunde zur Passivrauchreduktion

Auf nationaler Ebene zeigen sich deutlichere Verbesserungen, wenn auch nicht spezifisch für NRW. Zwischen 2006 und 2009 reduzierte sich der Anteil nicht rauchender Erwerbstätiger und Auszubildender, die Passivrauch am Arbeitsplatz ausgesetzt waren, von 31 auf 15 Prozent¹⁰. Dies stellt eine Halbierung dar, die auf die zwischen 2007 und 2008 eingeführten Nichtraucherschutzgesetze zurückzuführen ist. Für Kinder war die Reduktion noch dramatischer: Der Anteil der 0- bis 6-Jährigen mit Passivrauchbelastung zuhause sank von 23,9 Prozent (2003–2006) auf 6,6 Prozent (2009–2012)¹⁰.

Spezifisch für die Gastronomie zeigte sich auch eine Reduktion akuter Symptome. Nach der Einführung rauchfreier Arbeitsplätze in der irischen Gastronomie sanken die akuten Atemwegssymptome bei nicht rauchenden Gastronomiebeschäftigten um 59 Prozent und Hals-, Nasen- und Augenbeschwerden um 78 Prozent¹⁵. Eine schottische Studie mit 77 Gastronomiemitarbeitern dokumentierte, dass bereits nach vier Wochen nach Einführung eines absoluten Rauchverbots der Anteil derer mit Atemwegsproblemen, brennenden Augen und Kratzen in Hals und Nase von 79,2 auf 53,2 Prozent sank^{5 7 5 5}.

Beobachtungsdaten zur Rauchbelastung in NRW-Gaststätten

Eine indirekte Evidenzquelle für die Verbesserung durch das Rauchverbot in NRW sind Beobachtungsdaten zur tatsächlichen Einhaltung des Verbots. Der Evaluationsbericht des Deutschen Krebsforschungszentrums zur Umsetzung des NRW-Rauchverbots nach 2013 dokumentiert, dass die Tabakrauchbelastung in Gastronomiebetrieben "erheblich zurückgegangen" ist^{1 1}. Vergleiche zwischen Befragungsdaten von Gästen vor und nach dem Rauchverbot zeigen einen deutlichen Rückgang der wahrgenommenen Rauchbelastung¹. In Speisegaststätten werden die Bestimmungen zum Nichtraucherschutz weitgehend eingehalten, während in reinen Trinkkneipen noch häufiger Verstöße dokumentiert wurden¹.

Dennoch ist wichtig zu beachten: Beobachtungen zu Rauchbelastungen sind nicht identisch mit Gesundheitsmessungen bei Gastronomiemitarbeitern. Eine reduzierte Rauchbelastung in den Räumlichkeiten bedeutet zwar, dass die Exposition verringert wurde, sagt aber nichts über die quantitative Verbesserung bei den individuellen Beschäftigten aus.

Die internationale Evidenz als Proxy für NRW-Effekte

Mangels NRW-spezifischer Daten müssen die Auswirkungen anhand internationaler Vergleichsstudien erschlossen werden. Die schottische Studie mit 77 Gastronomiemitarbeitern zeigte nach zwölf Monaten Rauchverbot: Atembeschwerden bei Rauchern sanken von 69 auf 57 Prozent, rote Augen und Halsschmerzen von 75 auf 64 Prozent^{5 7 5 5}. Bei nicht rauchenden Gastronomiemitarbeitern waren die Verbesserungen noch größer, mit einem Rückgang von Schleimerzeugung, roten Augen und Halsschmerzen von 44 auf 18 Prozent^{5 7 5 5}. Diese Effekte traten schnell auf—bereits nach vier Wochen waren signifikante Verbesserungen messbar⁷.

In Italien sank nach Einführung eines Rauchverbots die Zahl der Krankenhauseinweisungen wegen Herzinfarkten bei Patienten unter 60 Jahren in der Region Piemont um 11 Prozent⁷. Dies deutet auf

kardiovaskuläre Schutzeffekte hin. Eine amerikanische Metaanalyse zeigte, dass umfassende Rauchverbote zu durchschnittlich 15 Prozent weniger Herzinfarkt-Hospitalisierungen führten²¹. Während diese Daten nicht spezifisch für Gastronomiemitarbeiter in NRW gelten, sind sie für ähnliche Populationen unter ähnlichen Bedingungen auf ein absolutes Rauchverbot übertragbar.

Das Evidenz-Vakuum und seine Implikationen

Die Tatsache, dass keine spezifischen Gesundheitsmessungen für Gastronomiemitarbeiter in NRW nach Einführung des Rauchverbots verfügbar sind, ist ein erhebliches Problem für die evidenzbasierte Gesundheitspolitik. Sie deutet darauf hin, dass:

Erstens wurde trotz substantieller Begründung des Verbots mit Gesundheitsschutzziele keine systematische Evaluierung durchgeführt, um zu überprüfen, ob diese Ziele erreicht wurden. Das ist ein klassisches Problem in der Gesundheitspolitik: Gesetze werden verabschiedet, aber die Ergebnisevaluierung unterbleibt.

Zweitens fehlte offenbar die institutionelle Verantwortung für solche Evaluationen. Weder die Landesregierung noch das Gesundheitsministerium, noch externe Forschungsgruppen scheinen eine systematische Nachher-Untersuchung durchgeführt zu haben, obwohl die Mittel dafür vorhanden gewesen wären.

Drittens ist es möglich, dass regionale Effekte heterogen sind, das heißt, dass das Rauchverbot in NRW andere Effekte hatte als in anderen Bundesländern oder international. Nur regional spezifische Daten könnten dies zeigen.

Schlussfolgerung zur Datenlage

Es gibt keine publizierten Statistiken, die spezifisch dokumentieren, wie sich die Gesundheit von Gastronomiemitarbeitern in Nordrhein-Westfalen nach Einführung des absoluten Rauchverbots im Mai 2013 verändert hat. Die einzigen NRW-spezifischen Daten sind die Messungen von 2008, die vor dem absoluten Rauchverbot durchgeführt wurden und hohe Belastungen zeigten. Nach 2013 fehlen vergleichbare systematische Erhebungen.

Dies bedeutet, dass die Begründung für das Rauchverbot—der Schutz der Gesundheit von Gastronomiebeschäftigten—zwar plausibel und durch internationale Evidenz gestützt ist, aber nicht durch NRW-spezifische Nachher-Daten validiert wurde. Für eine vollständige Evaluierung einer so bedeutsamen Maßnahme wäre eine Replikation der 2008-Messungen 2014 oder später notwendig gewesen. Diese Studie scheint nicht durchgeführt worden zu sein—oder falls doch, nicht veröffentlicht zu sein. Dies ist eine wichtige wissenschaftliche Lücke, die bei zukünftigen Forschungsplanungen geschlossen werden sollte.