



FACHHOCHSCHULE LUDWIGSBURG
HOCHSCHULE FÜR ÖFFENTLICHE VERWALTUNG UND FINANZEN

Wahlpflichtfach Nr. 7 – aktuelle polizeirechtliche Probleme

**Das Landesnichtraucherschutzgesetz –
viel Rauch um Nichts?**

DIPLOMARBEIT

zur

Erlangung des Hochschulgrades

Diplom - Verwaltungswirtin (FH)

im

Studienjahr 2007 / 2008

vorgelegt von

Verena Reichert

Erstgutachter: Prof. Rolf Buchfink

Zweitgutachter: POR Thomas Lüdecke

Übersicht

Inhaltsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	VI
Literaturverzeichnis	IX
Anlagenverzeichnis	XVIII
Erklärung	XXXIV

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	1
2	Grundlagen	3
2.1	Das Passivrauchen.....	3
2.2	Rauchexposition vor Erlass des LNRSchG	4
2.2.1	RAUCHER IN BADEN-WÜRTTEMBERG.....	4
2.2.2	PASSIVRAUCHBELASTUNG GENERELL	4
2.2.3	PASSIVRAUCHBELASTUNG IN DER GASTSTÄTTE.....	5
2.3	Folgen der Rauchexposition.....	7
2.3.1	DIE RAUCHERLUFT	7
2.3.1.1	Schadstoffe in der Raucherluft.....	7
2.3.1.2	Belastungsintensität durch Passivrauchen	8
2.3.2	GESUNDHEITLICHE FOLGEN	9
2.3.2.1	Folgekrankheiten	9
2.3.2.2	Höchste Gefährdung durch Tabakrauch	12
2.3.2.3	Folgen durch Feinstaub	13
2.3.3	WIRTSCHAFTLICHE FOLGEN.....	13
3	Analyse des LNRSchG.....	15
3.1	Inhalt.....	15
3.2	Innerstaatliche Vereinbarungen	17
3.3	Zuständigkeit beim Erlass	18
3.3.1	GESETZGEBUNGSVERFAHREN.....	19
3.3.2	ZUSTÄNDIGKEIT IM BEREICH DER KONKURRIERENDEN GESETZGEBUNG	20
3.3.3	ERGEBNIS.....	23
3.4	Varianten zur Durchführung eines Nichtraucherschutzes	24
3.4.1	ALTERNATIVE MAßNAHMEN.....	24
3.4.1.1	Raucherzonen	24
3.4.1.2	Lüftungstechnische Anlagen	25
3.4.2	RECHTLICHE MÖGLICHKEITEN.....	26
3.4.2.1	§ 5 Abs. 1 ArbStättV	26

3.4.2.2	§ 5 GastG	27
3.4.2.3	§§ 3,1 PolG.....	28
3.4.2.4	Freiwillige Selbstverpflichtung	29
3.5	Grundrechte.....	30
3.5.1	GRUNDRECHTE DER RAUCHER UND NICHTRAUCHER	30
3.5.2	GRUNDRECHTE DER GASTWIRTE.....	32
3.6	Ordnungswidrigkeiten.....	34
4	Auswirkungen des LNRSchG.....	36
4.1	Umfragen.....	36
4.1.1	DURCHFÜHRUNG DER BEFRAGUNGEN	36
4.1.2	SCHWIERIGKEITEN BEI DER AUSWERTUNG	37
4.2	Inanspruchnahme der Ausnahmeregelung	37
4.2.1	RESTAURANTS	38
4.2.2	RESTAURANTS MIT BAR ODER CAFÉ	39
4.2.3	SONSTIGE GASTRONOMIE.....	39
4.3	Reaktionen von Betroffenen	39
4.3.1	BESCHÄFTIGTE	39
4.3.2	GÄSTE.....	42
4.3.2.1	Restaurants	42
4.3.2.2	Restaurants mit Bar oder Café.....	43
4.3.2.3	Sonstige Gastronomie	43
4.3.3	WIRTE	43
4.4	Folgen des Rauchverbots	46
4.4.1	GESUNDHEITLICHE FOLGEN	46
4.4.2	WIRTSCHAFTLICHE FOLGEN	48
4.4.2.1	Allgemein.....	48
4.4.2.2	Umsatzveränderungen.....	49
4.4.2.2.1	Restaurants.....	50
4.4.2.2.2	Restaurants mit Bar oder Café	50
4.4.2.2.3	Sonstige Gastronomie	50
4.4.2.2.4	Ergebnis.....	51
4.4.2.3	Folgen im Ausland	51
4.5	Effektivität des Rauchverbots	53
4.6	Kritische Betrachtung des LNRSchG.....	55

4.6.1	KRITIK IM BEREICH DES RAUCHERRAUMES.....	55
4.6.2	ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE IM BEREICH DES RAUCHERRAUMES	56
4.6.3	KRITIK IM BEREICH DER ORDNUNGSWIDRIGKEITEN	57
4.6.4	ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE IM BEREICH DER ORDNUNGSWIDRIGKEITEN.	58
4.7	Skurriles.....	60
4.7.1	ERFINDERISCHE WIRTE	60
4.7.2	NICHTRAUCHERSCHUTZ ALS EINNAHMEQUELLE.....	61
4.7.3	LEBENSGEFAHR DURCH ZIGARETTEN.....	62
5	Fazit	63

Abkürzungsverzeichnis

a.A.	anderer Auffassung
Abs.	Absatz
AGS	Ausschuss für Gefahrstoffe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
AHGZ	Allgemeine Hotel- und Gastronomiezeitung
AProVW gD	Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den gehobenen Verwaltungsdienst
ArbStättV	Arbeitsstättenverordnung
Art.	Artikel
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BTMG	Betäubungsmittelgesetz
BVerfGE	Bundesverfassungsgerichtsentscheidung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DEHOGA	Deutscher Hotel- und Gaststättenverband
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DÖV	Die öffentliche Verwaltung
DPA	Deutsche Presse Agentur
dt.	deutsch
EU	Europäische Union
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
FCA	Framework Convention Alliance for Tobacco Control

FCTC	Framework Convention on Tobacco Control, dt.: Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs
GastG	Gaststättengesetz
GewO	Gewerbeordnung
GfK	Gesellschaft für Konsumforschung
GG	Grundgesetz
GSF	Helmholtz Zentrum München, Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt
h.M.	herrschende Meinung
Hrsg.	Herausgeber
IARC	Internationale Agentur für Krebsforschung
i.S.d.	im Sinne des
i.w.S	im weiteren Sinne
IFAV	Institut für angewandte Verbraucherforschung e.V.
LKZ	Ludwigsburger Kreiszeitung
LMBG	Lebensmittel- und Bedarfsgegenstände-gesetz
LNRSchG	Landesnichtraucherschutzgesetz
LSW	Landesdienst Südwest, eine Unterabtei-lung der Deutschen Presse-Agentur
LT	Landtag
LT-Drs.	Landtagsdrucksache
LUBW	Landesanstalt für Umwelt, Messungen und Naturschutz Baden-Württemberg
MAK	maximale Arbeitsplatzkonzentration
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
Nr.	Nummer
NRW	Nordrhein-Westfalen

NZA-RR	Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht Rechtsprechungs-Report
OÖ-Nachrichten	Oberösterreichische Nachrichten
OwiG	Ordnungswidrigkeitengesetz
PolG	Polizeigesetz
Rn.	Randnummer
s.	siehe
S.	Seite
TFI	Tobacco Free Initiative
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization, dt.: Weltgesundheitsorganisation
ZG	Zeitschrift für Gesetzgebung
Zit.	Zitat

Literaturverzeichnis

Augustin, Rita/Metz, Karin/ Heppekausen, Kathrin/Kraus, Ludwig: Tabakkonsum, Abhängigkeit und Änderungsbereitschaft. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003, Sucht 51, 40 ff., 2005, [http://www.ift.de/literaturverzeichnis/Augustin et al 2005 Tabak.pdf](http://www.ift.de/literaturverzeichnis/Augustin_et_al_2005_Tabak.pdf), 22.01.2008, Anlage 14

Baldaszi, Erika/Urbas, Elfriede: Wiener Frauengesundheitsbericht 2006, <https://www.wien.gv.at/who/pdf/frauen-gesundheitsbericht2006.pdf>, 25.01.2008, Anlage 21

Bamberger, Heinz/Roth, Herbert: Beck'scher Online-Kommentar BGB, Auflage 6, 2007

Bergwitz, Christoph: Das betriebliche Rauchverbot, NZA-RR 2004, 169 ff.

Bolte, Gabriele: Gesundheitliche Bedeutung der Tabakrauchbelastung in öffentlich zugänglichen Einrichtungen, 2007, <http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/umweltmedizin/tabakrauchbelastung.htm>, 08.01.2007, Anlage 16

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr, Rauchfrei, 2007, Anlage 9
(Zit: BZgA, Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr)

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Rauchfrei am Arbeitsplatz, Informationen für rauchende und nicht rauchende Arbeitnehmer, 2004, Anlage 25
(Zit: BZgA, Rauchfrei am Arbeitsplatz)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Deutschland benötigt ein Bundesgesetz für eine rauchfreie Gastronomie, 2006, Anlage 20

(Zit: DKFZ, Deutschland benötigt ein Bundesgesetz)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Erhöhtes Lungenkrebsrisiko für Nichtraucher durch Tabakrauchbelastung am Arbeitsplatz, 2007, Anlage 28

(Zit: DKFZ, erhöhtes Lungenkrebsrisiko)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Folgen der rauchfreien Gastronomie: Geringere Schadstoffbelastungen, geringeres Krebsrisiko und verbesserte Gesundheit der Gastronomiemitarbeiter, 2007, Anlage 64

(Zit: DKFZ, Folgen der rauchfreien Gastronomie)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Gesundheit fördern - Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Sonderband, 2. Auflage 2002, Anlage 1

(Zit: DKFZ, Gesundheit fördern)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Passivrauchen – auch ein wenig ist zuviel, Aus der Wissenschaft – für die Politik, 2006, Anlage 10

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Band 5, 2. Auflage 2006, Anlage 4

(Zit: DKFZ, Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Raucherräume und Lüftungssysteme: Keine Alternative zur rauchfreien Gastronomie, 2007, Anlage 46

(Zit: DKFZ, Raucherräume und Lüftungssysteme)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Rauchfreie Gaststätten in Deutschland: Mehr als Zwei-Drittel-Zustimmung bei der Bevölkerung, 2007,

http://www.tabakkontrolle.de/pdf/AdWfP_Zustimmung_rauchfreie_Gastronomie_neu.pdf, 03.02.2008, Anlage 72

(Zit: DKFZ, Rauchfreie Gaststätten)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Stabile Umsätze und gesicherte Arbeitsplätze nach Einführung der rauchfreien Gastronomie, 2. Auflage 2007, Anlage 24,

(Zit: DKFZ, Stabile Umsätze)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Unzureichender Gesundheitsschutz vor Tabakrauch beim Einsatz Lüftungstechnischer Anlagen, 2007, Anlage 45

(Zit: DKFZ, Unzureichender Gesundheitsschutz)

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Wirtschaftliche Lage nach Einführung der rauchfreien Gastronomie: stabile Umsätze und gesicherte Arbeitsplätze, 2. Auflage, 2007, Anlage 33

(Zit: DKFZ, Wirtschaftliche Lage)

Dreier, Horst: Grundgesetz Kommentar Band I Präambel, Artikel 1-19, 2. Auflage 2004

(Zit: *Bearbeiter* in: Dreier, Grundgesetz Band I)

Dreier, Horst: Grundgesetz Kommentar Band II (Art. 20-82), Supplementum 2007

(Zit: *Bearbeiter* in: Dreier, Grundgesetz Band II)

EU: Grünbuch, 2007

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_de.pdf, 23.01.2008, Anlage 42

Friauf, Karl-Heinrich: Kommentar zur Gewerbeordnung-GewO, Gewerberechtlicher Teil, §§ 1-34e, 2007

Glantz, Stanton A./Slade, John/Bero, Lisa A./Hanauer, Peter/Barnes, Deborah E.: The Cigarette Papers, 1996,

<http://ark.cdlib.org/ark:/13030/ft8489p25j>, 22.01.2008, Anlage 3

Graf, Carola: Zuständigkeiten der Befugnisse und Länder im Bereich der Gesetzgebung nach der Föderalismusreform, LT-NRW Information 14/523, 18.06.2007,

<http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMI14-523.pdf?von=1&bis=0>, 23.01.2008, Anlage 43

Grote, Michael/Erdil, Yüksel: Gesetzgebungskompetenz des Bundes für ein generelles Rauchverbot, Deutscher Bundestag - Wissenschaftliche Dienste, 2006,

http://www.bundestag.de/bic/analysen/2006/Gesetzgebungskompetenz_des_Bundes_fuer_ein_generelles_Rauchverbot.pdf, 23.01.2008, Anlage 44

Hoffmann, Egon/Walter, Josef: Praxis der Kommunalverwaltung, Gaststättengesetz, K2c, 2006

Hotzler, Andre: GfK-Studie 2000 zum Rauchen/Nichtraucherschutz, 2006,

http://www.nichtraucherschutz.de/publikationen/studien/gfk-studie_2000_zum_rauchen-slash-nichtraucherschutz.html, 14.11.2007,

Anlage 15

(Zit: Hotzler, GfK-Studie)

Hotzler, Andre: Nichtraucherenschutz am Arbeitsplatz, Nichtraucherinitiative Deutschland, 2006,

http://www.nichtraucherschutz.de/nichtraucher-schutz/nichtraucherschutz/nichtraucherschutz_am_arbeitsplatz.html,

23.01.2008 , Anlage 36

(Zit: Hotzler, Nichtraucherenschutz am Arbeitsplatz)

IFAV (Hrsg.): Nichtraucherenschutz in Gaststätten, Endbericht 19. Februar 2007,

[http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_604822/SharedDocs/Download/DE/T](http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_604822/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Tabak-Alkohol/Studie-Nichtraucherschutz-Gast-03-07,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Studie-Nichtraucherschutz-Gast-03-07.pdf)

[hemenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Tabak-Alkohol/Studie-Nichtraucherschutz-Gast-03-](http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_604822/SharedDocs/Download/DE/TThemenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Tabak-Alkohol/Studie-Nichtraucherschutz-Gast-03-07,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Studie-Nichtraucherschutz-Gast-03-07.pdf)

[07,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Studie-](http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_604822/SharedDocs/Download/DE/TThemenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Tabak-Alkohol/Studie-Nichtraucherschutz-Gast-03-07,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Studie-Nichtraucherschutz-Gast-03-07.pdf)

[Nichtraucherschutz-Gast-03-07.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_604822/SharedDocs/Download/DE/TThemenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Tabak-Alkohol/Studie-Nichtraucherschutz-Gast-03-07,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Studie-Nichtraucherschutz-Gast-03-07.pdf), 23.01.2008, Anlage 48

Jahn, Ralf: (Nicht-)Raucherschutz als Grundrechtsproblem, DÖV 1989, 850 ff.

Katz, Alfred: Staatsrecht, Grundkurs im öffentlichen Recht, 17. Auflage 2007

Koller, Ulrike: Fein- und Feinststäube - Partikel mit großer Wirkung, GSF, 2003,

<http://www.gesundheitsamt.de/alle/umwelt/chemie/luft/fs/gsf.html>,

23.01.2008, Anlage 32

Küttner, Wolfdieter/Roller, Jürgen: Personalbuch 2006. Arbeitsrecht – Lohnsteuerrecht – Sozialversicherungsrecht, 13. Auflage 2006

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg: Feinstaubbelastungen und deren gesundheitliche Wirkung bei Kindern, Juni 2004, http://www.gesundheitsamt-bw.de/servlet/PB/show/1159188/feinstaub%202001_2002.pdf, 22.01.2008, Anlage 17

von Mangoldt, Hermann/Klein, Friedrich/Starck, Christian: Band 1 Präambel, Artikel 1-19, 5. Auflage 2005

Maurer, Hartmut: Staatsrecht I, Grundlagen, Verfassungsorgane, Staatsfunktionen, 5. Auflage 2007

Merfert-Diete, Christa: Tabak, DHS, 2003, Anlage 7

Michel, Elmar/Pauly, Renate/Kienzle, Werner: Das Gaststättengesetz, Kommentar, 14. Auflage 2003

von Münch, Ingo/Kunig, Philip: Grundgesetzkommentar Band III, Art. 70-146, 5. Auflage 2003

Pawlitzki, Barbara: Auswirkungen von Rauchverhalten auf das Betriebsklima, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, 2007, http://www.lgl.bayern.de/Arbeitsschutz/arbeitsmedizin/nichtraucherschutz_betriebsklima.htm, 08.01.2008, Anlage 34

Pörtl, René: Gaststättenrecht, Kommentar zum Gaststättengesetz mit den Vorschriften des Bundes und der Länder, 5. Auflage 2003

Rebmann, Kurt/Roth, Werner/Hermann, Siegfried: Gesetz über Ordnungswidrigkeiten, Kommentar, 3. Auflage 2000

Rossi, Matthias/Lenski, Sophie-Charlotte: Föderale Regelungsbefugnisse für öffentliche Rauchverbote, NJW 2006, 2657 ff.

Ruder, Karl-Heinz/Schmitt, Steffen: Polizeirecht Baden-Württemberg, 6. Auflage 2005

Scherer, Gerhard/Frank, Stefanie/Riedel, Kirsten/Meger-Kossien, Irmtrud/Renner, Thomas: Biomonitoring of Exposure to Polycyclic Aromatic Hydrocarbons of Nonoccupationally Exposed Persons, Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, Vol. 9, 373 ff., 2000, <http://cebp.aacrjournals.org/cgi/reprint/9/4/373>, 23.01.2008, Anlage 22

Schmidt, Sabine: Wie gesund sind die Baden-Württemberger? – Ergebnisse des Mikrozensus 2005 zur Gesundheit, Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 10/2006, Anlage 13

Schulze, Alexander/Lampert, Thomas: Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland, 2006, http://www.rki.de/cln_048/nn_199884/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Beitrag_Rauchen,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Beitrag_Rauchen.pdf, 22.01.2008, Anlage 11

Seifer, Karl-Heinz/Hömig, Dieter: Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Taschenkommentar, 7. Auflage 2003

Siekmann, Helmut: Die Zuständigkeit des Bundes zum Erlass umfassender Rauchverbote nach In-Kraft-Treten der ersten Stufe der Föderalismusreform, NJW 2006, 3382 ff.

Stettner, Rupert: Zwischenruf: Der flächendeckende Schutz gegen Passivrauchen ist Kompetenz und Pflicht des Bundes!, ZG 2007, 156 ff.

Tobacco Free Initiative: International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health, 1999,
http://www.who.int/tobacco/research/en/ets_report.pdf, 23.01.2008, Anlage 23

WHO (Hrsg.): Elaboration of guidelines for implementation of the Convention (decision FCTC/COP1(15)), 2007,
http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_7-en.pdf, 23.01.2008, Anlage 8
(Zit: WHO, Guidelines)

WHO (Hrsg.): Epidemiology of smoking among Kuwaiti adults, 2000,
[http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2000/Number%2011/78\(11\)1306-1315.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2000/Number%2011/78(11)1306-1315.pdf), 22.01.2008, Anlage 12
(Zit: WHO, Epidemiology of smoking)

WHO (Hrsg.): Framework Convention on Tobacco Control, 2005,
http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf,
24.01.2008, Anlage 39
(Zit: WHO, FCTC)

WHO (Hrsg.): Updated status of the WHO Framework Convention on Tobacco Control,
<http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/print.html>,
15.01.2008, Anlage 40
(Zit: WHO, FCTC Members)

WHO (Hrsg.): Wie der Feinstaub in der Luft die Gesundheit schädigt, Faktenblatt EURO/04/05,

<http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0405g.pdf>, 08.01.2008,

Anlage 31

(Zit: WHO, Feinstaub in der Luft)

WHO (Hrsg.): Wohnen und Gesundheit – Ein Überblick, 2004,

<http://www.euro.who.int/document/HOH/gbackdoc01.pdf>, 08.01.2007, An-

lage 19

(Zit: WHO, Wohnen und Gesundheit)

Württemberg, Thomas/Heckmann, Dirk: Polizeirecht in Baden-Württemberg, 6. Auflage, 2005

Zuck, Holger: Bundeskompetenz für einen gesetzlichen Nichtraucher-schutz nach französischem Vorbild, DÖV 1993, 936 ff.

Anlagenverzeichnis

Anlage 1

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Gesundheit fördern - Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Sonderband, 2. Auflage 2002

(Zit: DKFZ, Gesundheit fördern)

Anlage 2:

Evers, Marco: Husten, Schwindel, Herzinfarkt, Der Spiegel 26/2006

Anlage 3

Glantz, Stanton A./ Slade, John/Bero, Lisa A./ Hanauer, Peter/Barnes, Deborah E.: The Cigarette Papers, 1996,

<http://ark.cdlib.org/ark:/13030/ft8489p25j>, 22.01.2008

Anlage 4

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Band 5, 2. Auflage 2006

(Zit: DKFZ, Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko)

Anlage 5

Pankow, James F./Mader, Brian T./Isabelle, Lorne M./Luo, Wentai/Pavlick, Andrea/Cikui Liang: Conversion of Nicotine in Tobacco Smoke to Its Volatile and Available Free-Base Form through the Action of Gaseous Ammonia, 1997,

<http://pubs.acs.org/cgi->

[bin/abstract.cgi/esthag/1997/31/i08/abs/es970402f.html](http://pubs.acs.org/cgi-bin/abstract.cgi/esthag/1997/31/i08/abs/es970402f.html), 22.01.2008

Anlage 6

Reichart, Thomas/Stoll, Ulrich/Wohsmann, Iris: Kniefall vor der Tabaklobby, Frontal, 27.03.2007,

<http://www.zdf.de/ZDFde/inhalt/16/0,1872,5257520,00.html>, 27.01.2007.

Anlage 7

Merfert-Diete, Christa: Tabak, DHS, 2003

Anlage 8

WHO (Hrsg.): Elaboration of guidelines for implementation of the Convention (decision FCTC/COP1 (15)), 2007,

http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_7-en.pdf, 23.01.2008

(Zit: WHO, Guidelines)

Anlage 9

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr, Rauchfrei, 2007

Anlage 10

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Passivrauchen – auch ein wenig ist zuviel, Aus der Wissenschaft – für die Politik, 2006

Anlage 11

Schulze, Alexander/Lampert, Thomas: Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland, 2006

http://www.rki.de/cln_048/nn_199884/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Beitrag_Rauchen.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Beitrag_Rauchen.pdf, 22.01.2008

Anlage 12

WHO (Hrsg.): Epidemiology of smoking among Kuwaiti adults: prevalence, characteristics, and attitudes, 2000,

[http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2000/Number%2011/78\(11\)1306-1315.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2000/Number%2011/78(11)1306-1315.pdf), 22.01.2008

(Zit: WHO, Epidemiology of smoking)

Anlage 13

Schmidt, Sabine: Wie gesund sind die Baden-Württemberger? – Ergebnisse des Mikrozensus 2005 zur Gesundheit, Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 10/2006

Anlage 14

Augustin, Rita/Metz, Karin/ Heppekausen, Kathrin/Kraus, Ludwig: Tabakkonsum, Abhängigkeit und Änderungsbereitschaft. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003, Sucht 51, 40 ff., 2005,

[http://www.ift.de/literaturverzeichnis/Augustin et al 2005 Tabak.pdf](http://www.ift.de/literaturverzeichnis/Augustin_et_al_2005_Tabak.pdf), 22.01.2008

Anlage 15

Hotzler, Andre: GfK-Studie 2000 zum Rauchen/Nichtraucherschutz, 2006,

http://www.nichtraucherschutz.de/publikationen/studien/gfk-studie_2000_zum_rauchen-slash-nichtraucherschutz.html, 14.11.2007

(Zit: Hotzler, GfK-Studie)

Anlage 16

Bolte, Gabriele: Gesundheitliche Bedeutung der Tabakrauchbelastung in öffentlich zugänglichen Einrichtungen, 2007,

<http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/umweltmedizin/tabakrauchbelastung.htm>, 08.01.2008

Anlage 17

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg: Feinstaubbelastungen und deren gesundheitliche Wirkung bei Kindern, Juni 2004,

<http://www.gesundheitsamt->

[bw.de/servlet/PB/show/1159188/feinstaub%202001_2002.pdf](http://www.gesundheitsamt-bw.de/servlet/PB/show/1159188/feinstaub%202001_2002.pdf), 22.01.2008

Anlage 18

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz der Nichtraucher in der Öffentlichkeit, BT-Drs. 13/6166 vom 18.11.1996,

<http://dip.bundestag.de/btd/13/061/1306166.asc>, 19.11.2007

Anlage 19

WHO (Hrsg.): Wohnen und Gesundheit – Ein Überblick, 2004,

<http://www.euro.who.int/document/HOH/gbackdoc01.pdf>, 08.01.2007

(Zit: WHO: Wohnen und Gesundheit)

Anlage 20

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Deutschland benötigt ein Bundesgesetz für eine rauchfreie Gastronomie, 2006,

(Zit: DKFZ, Deutschland benötigt ein Bundesgesetz)

Anlage 21

Baldaszi, Erika/Urbas, Elfriede: Wiener Frauengesundheitsbericht 2006,

<https://www.wien.gv.at/who/pdf/frauen-gesundheitsbericht2006.pdf>,

25.01.2008

(Zit: Urbas in Baldaszi/Urbas)

Anlage 22

Scherer, Gerhard/Frank, Stefanie/Riedel, Kirsten/Meger-Kossien, Irmtrud/Renner, Thomas: Biomonitoring of Exposure to Polycyclic Aromatic Hydrocarbons of Nonoccupationally Exposed Persons, *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, Vol. 9, 373 ff., 2000,
<http://cebp.aacrjournals.org/cgi/reprint/9/4/373>, 23.01.2008

Anlage 23

Tobacco Free Initiative: International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health, 1999,
http://www.who.int/tobacco/research/en/ets_report.pdf, 23.01.2008

Anlage 24

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Stabile Umsätze und gesicherte Arbeitsplätze nach Einführung der rauchfreien Gastronomie, 2. Auflage 2007
(Zit: DKFZ, Stabile Umsätze)

Anlage 25

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Rauchfrei am Arbeitsplatz, Informationen für rauchende und nicht rauchende Arbeitnehmer, 2004
(Zit: BZgA, Rauchfrei am Arbeitsplatz)

Anlage 26

DPA: Deutlich mehr tödliche Verkehrsunfälle, Neckar- und Enzbote, 20.11.2007

Anlage 27

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Pressemitteilung Nr. 50 – Positionspapier zur Gesundheitsgefährdung durch Passivrauchen, 22.06.2006,

<http://www.dkfz->

[heidelberg.de/de/presse/pressemitteilungen/2006/dkfz_pm_06_50.php](http://www.dkfz-heidelberg.de/de/presse/pressemitteilungen/2006/dkfz_pm_06_50.php),

11.10.2007

(Zit: DKFZ, Positionspapier)

Anlage 28

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Erhöhtes Lungenkrebsrisiko für Nichtraucher durch Tabakrauchbelastung am Arbeitsplatz, 2007

(Zit: DKFZ, erhöhtes Lungenkrebsrisiko)

Anlage 29

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Grenzwerte für Tabakrauch wissenschaftlich unhaltbar, Pressemitteilung Nr. 12, 21. Februar 2007,

<http://www.dkfz->

[heidelberg.de/de/presse/pressemitteilungen/2007/dkfz_pm_07_12.php](http://www.dkfz-heidelberg.de/de/presse/pressemitteilungen/2007/dkfz_pm_07_12.php),

23.01.2008

(Zit: DKFZ, Grenzwerte unhaltbar)

Anlage 30

LUBW (Hrsg.): Feinstaub PM10

<http://www.lubw.baden-wuerttemberg.de/servlet/is/18620/>, 23.01.2008

Anlage 31

WHO (Hrsg.): Wie der Feinstaub in der Luft die Gesundheit schädigt, Faktenblatt EURO/04/05

<http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0405g.pdf>, 08.01.2008

(Zit: WHO, Feinstaub in der Luft)

Anlage 32

Koller, Ulrike: Fein- und Feinststäube - Partikel mit großer Wirkung, GSF, 2003,

<http://www.gesundheitsamt.de/alle/umwelt/chemie/luft/fs/gsf.htm>,

23.01.2008

Anlage 33

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Wirtschaftliche Lage nach Einführung der rauchfreien Gastronomie: Stabile Umsätze und gesicherte Arbeitsplätze, 2. Auflage 2007

(Zit: DKFZ, Wirtschaftliche Lage)

Anlage 34

Pawlitzki, Barbara: Auswirkungen von Rauchverhalten auf das Betriebsklima, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, 2007,

http://www.lgl.bayern.de/Arbeitsschutz/arbeitsmedizin/nichtraucherschutz_betriebsklima.htm, 08.01.2008

Anlage 35

Niewerth, Gerd: EU setzt auf selbstlöschende Zigaretten, Westdeutsche Zeitung, 01.12.2007,

<http://www.wz-newsline.de/sro.php?redid=186677>, 23.01.2008

Anlage 36

Hotzler, Andre: Nichtraucherenschutz am Arbeitsplatz, Nichtraucherinitiative Deutschland, 2006,

http://www.nichtraucherschutz.de/nichtraucher-schutz/nichtraucherschutz/nichtraucherschutz_am_arbeitsplatz.html,

23.01.2008

(Zit: Hotzler, Nichtraucherenschutz am Arbeitsplatz)

Anlage 37

Krause, Ernst-Günther: Rauchen unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten, Nichtraucherinitiative Deutschland, 1995,

http://www.nichtraucherschutz.de/vortr-ae-ge/ernst-g-ue-nther_krause/rauchen_unter_betriebswirtschaftlichen_gesichtspunkten.html, 23.01.2008

Anlage 38

Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.): FAQ zum Nichtraucherschutzgesetz

<http://www.sozialministerium-bw.de/fm/1442/FAQ%20zum%20Nichtraucherschutzgesetz.pdf>,
23.01.2008

Anlage 39

WHO (Hrsg.): Framework Convention on Tobacco Control, 2005,

http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf,
24.01.2008

(Zit: WHO, FCTC)

Anlage 40

WHO (Hrsg.): Updated status of the WHO Framework Convention on Tobacco Control,

<http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/print.html>, 15.01.2008
(Zit: WHO, FCTC Members)

Anlage 41

Pötschke-Langer, Martina (Deutsches Krebsforschungszentrum): eMail, AW: Diplomarbeit Landesnichtraucherschutzgesetz, 12. November 2007

Anlage 42

EU: Grünbuch, 2007

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_de.pdf, 23.01.2008

Anlage 43

Graf, Carola: Zuständigkeiten der Befugnisse und Länder im Bereich der Gesetzgebung nach der Föderalismusreform, LT-NRW Information 14/523, 18.06.2007,

<http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMI14-523.pdf?von=1&bis=0>, 23.01.2008

Anlage 44

Grote, Michael/Erdil, Yüksel: Gesetzgebungskompetenz des Bundes für ein generelles Rauchverbot, Deutscher Bundestag - Wissenschaftliche Dienste, 2006,

http://www.bundestag.de/bic/analysen/2006/Gesetzgebungskompetenz_des_Bundes_fuer_ein_generelles_Rauchverbot.pdf, 23.01.2008

Anlage 45

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Unzureichender Gesundheitsschutz vor Tabakrauch beim Einsatz Lüftungstechnischer Anlagen, 2007

(Zit: DKFZ, Unzureichender Gesundheitsschutz)

Anlage 46

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Raucherräume und Lüftungssysteme: Keine Alternative zur rauchfreien Gastronomie, 2007

(Zit: DKFZ, Raucherräume und Lüftungssysteme)

Anlage 47

Heckel, Stefanie: Herausforderung und Chance: Zielvereinbarung zum Nichtraucherschutz, 02.03.2005

http://www.dehoga-bundesverband.de/home/page_sta_1305.html,
23.01.2008

Anlage 48

IFAV (Hrsg.): Nichtraucherschutz in Gaststätten, Endbericht 19. Februar 2007

http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_604822/SharedDocs/Download/DE/Temenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Tabak-Alkohol/Studie-Nichtraucherschutz-Gast-03-07.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Studie-Nichtraucherschutz-Gast-03-07.pdf, 23.01.2008

Anlage 49

LSW: Kneipenwirte gehen in Karlsruhe aufs Ganze, Neckar- und Enzbote, 20.12.2007

Anlage 50

DPA: Gastwirte klagen gegen Rauchverbot, Welt online, 21.12.2007,

http://www.welt.de/politik/article1484219/Gastwirte_klagen_gegen_Rauchverbot.html, 23.01.2008

Anlage 51

Umfrage 1, in der Ludwigsburger Gastronomie, Oktober/November 2007

Anlage 52

Umfrage 2, große Kreisstädte Großraum Stuttgart, November/Dezember 2007

Anlage 53

Bögel, Uwe: Raucher nehmen jetzt auch weite Wege auf sich, Vaihinger Kreiszeitung, 30.10.2007

Anlage 54

Raucher, aufstehen. Und draußen qualmen., Stern online, 20.12.2007, <http://www.stern.de/wissenschaft/medizin/605912.html>, 24.12.2007

Anlage 55

Für manche geht es um Existenzen und Jobs, FAZ.NET, 26.10.2007, <http://www.faz.net/s/RubFAE83B7DDEFD4F2882ED5B3C15AC43E2/Doc~E5019AD9D05E34C4F95A56F0E2BFFD300~ATpl~Ecommon~Scontent.html>, 19.11.2007

Anlage 56

Faulhaber, Thomas: Raus die Maus: Raucher müssen draußen bleiben, LKZ, 06.08.2007, <http://www.ludwigsburger-kreiszeitung.de/index/LKZPortal/Suche.html?arid=3131&lkzds=1>, 23.12.2007

Anlage 57

Schwan, Helmut: Wo Rauch ist, FAZ.NET, 15.10.2007, <http://www.faz.net/s/Rub8E1390D3396F422B869A49268EE3F15C/Doc~E5BFC640428D64EAE9F80CE920D3C764F~ATpl~Ecommon~Scontent.html>, 05.11.2007

Anlage 58

Jungholt, Thorsten: Vier Wirte wollen das Rauchverbot kippen, Welt online, 22.12.2007, http://www.welt.de/welt_print/article1486323/Vier_Kneipenwirte_wollen_das_Rauchverbot_kippen.html, 23.01.2008

Anlage 59

LSW: Wirte streiten für den blauen Dunst, LKZ, 20.08.2007,
<http://www.ludwigsburger-kreiszeitung.de/index/LKZPortal/Suche.html?arid=3401&lkzds=1>,
23.12.2007

Anlage 60

Braun, Melanie: Gastwirten rauchen die Köpfe, LKZ, 26.07.2007,
<http://www.ludwigsburger-kreiszeitung.de/index/LKZPortal/Suche.html?arid=2879&lkzds=1>,
23.12.2007

Anlage 61

Feiler, Katja: Viel Stunk um den Qualm, Heilbronner Stimme, 17.11.2007

Anlage 62

Evers, Marco: Frische Luft im Pub, Der Spiegel, 12/2007

Anlage 63

Das Wunder von Schottland, Focus online, 17.09.2007,
http://www.focus.de/gesundheit/gesundleben/nichtrauchen/news/rauchverbot_aid_133068.html, 23.01.2008

Anlage 64

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Folgen der rauchfreien Gastronomie: Geringere Schadstoffbelastungen, geringeres Krebsrisiko und verbesserte Gesundheit der Gastronomiemitarbeiter, 2007,
(Zit: DKFZ, Folgen der rauchfreien Gastronomie)

Anlage 65

Raidt, Erik/Volland, Viola: Rauchverbot - Zwischenbilanz, Ordnungsamt ermahnt 81 Wirte, Stuttgarter Zeitung online, 11.10.2007,
<http://www.stuttgarter-zeitung.de/stz/page/detail.php/1539311>, 23.01.2008

Anlage 66

Verband prüft Verfassungsbeschwerde, AHGZ.DE, 20.12.2007,
www.ahgz.de/regional-und-lokal/Verband-Verfassungsbeschwerde,352007,7089311324.html, 20.12.2007

Anlage 67

Framework Convention Alliance for Tobacco Control: FCTC, Factsheet 2, 2005,
http://www.fctc.org/docs/factsheets/fca_factsheet_002_en.pdf, 28.01.2008

Anlage 68

Hotzler, Andre: Nichtraucher-Info Nr. 68 – IV/07, Oktober 2007
http://www.nichtraucherschutz.de/zeitschrift_nichtraucher-info/nichtraucher-info_2007/nichtraucher-info_nr.68-iv-slash-07.html,
23.01.2008

Anlage 69

Jazbinsek, Dietmar: Kneipensterben? Das Rauchverbot enttäuscht seine Kritiker, Süddeutsche.de, 31.07.2006,
<http://www.sueddeutsche.de/panorama/artikel/799/81718/article.html>,
16.12.2007

Anlage 70:

LSW: Separate Raucherräume bleiben Gefahrenzonen, Neckar- und Enz-
bote, 06.12.2007

Anlage 71

Hotzler, Andre: Nichtraucherenschutz in der Gastronomie, Nichtraucherinitiative Deutschland, 2006,

http://www.nichtraucherschutz.de/nichtraucherschutz/nichtraucherschutz/nichtraucherschutz_in_der_gastronomie.html,

23.01.2008

Anlage 72

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Rauchfreie Gaststätten in Deutschland: Mehr als Zwei-Drittel-Zustimmung bei der Bevölkerung, 2007,

http://www.tabakkontrolle.de/pdf/AdWfP_Zustimmung_rauchfreie_Gastronomie_neu.pdf, 03.02.2008

(Zit: DKFZ, Rauchfreie Gaststätten)

Anlage 73

Reifenberger, Sabine: Gastwirte meist einsichtig, LKZ, 11.10.2007,

<http://www.ludwigsburger-kreiszeitung.de/index/LKZPortal/Suche.html?arid=4571&lkzds=1>,

28.01.2008

Anlage 74

Im Masche, Oliver: Böblinger Disco dicht gemacht, Stuttgarter Zeitung online, 21.12.2007,

<http://www.stuttgarter-zeitung.de/stz/page/detail.php/1595798>,

23.01.2008

Anlage 75

Wienrich, Jan: Jeckel baut Kneipen-Zelt wieder ab, Südkurier.de, 14.08.2007,

<http://www.suedkurier.de/nachrichten/onlinedossiers/nichtraucher/art124085,2750546>,

24.01.2008

Anlage 76

Andriessens, Susanne: Aschenbecher haben bei den Wirten weitgehend ausgedient, LKZ, 02.08.2007,

<http://www.lkzred.newsfactory.de/index/LKZPortal/Lokalnachrichten.html?arid=3058>, 24.12.2007

Anlage 77

Seith, Anne: Klimaschützer im Heizpilzkrieg, Spiegel online, 18.12.2007,

<http://www.spiegel.de/wirtschaft/0,1518,druck-523806,00.html>, 09.01.2008

Anlage 78

Belser, Marko: Heizpilze raus aus Stuttgarts Innenstadt, Bietigheimer Zeitung, 06.11.2007

Anlage 79

Erste Gaststätte mit Raucherloch, Bild online, 07.12.2007,

<http://www.bild.t-online.de/BTO/news/leser-reporter/2007/12/08/raucherloch/raucherloch.geo=3207112.html>,
16.01.2008

Anlage 80

Prost! Nun gibt's Nikotinbier, OÖ-Nachrichten, 07.10.2005,

<http://onleben.t-online.de/c/56/94/76/5694768.html>, 16.01.2008

Anlage 81

Raucher aus Frankfurter Lokal geprügelt, FAZ.NET, 10.10.2007,

<http://www.faz.net/s/RubFAE83B7DDEFD4F2882ED5B3C15AC43E2/Doc~EA145BA08EE3E49119A8086F3D1534D0C~ATpl~Ecommon~Scontent.html>, 24.01.2008

Anlage 82

Jüttner, Julia: Renitente Raucherin schlägt um sich, Spiegel online, 06.08.2007,

<http://www.spiegel.de/panorama/justiz/0,1518,498492,00.html>,

09.01.2008

Anlage 83

Schläge wegen Rauchverbots, Radio Bremen, 31.12.2007,

<http://www.radiobremen.de/druckversion.php3>, 17.01.2008

Anlage 84

Schneider, Stefanie: Das Rauchverbot ist schlecht für den Wirt - und gut für den Markt, Welt online, 04.01.2008,

http://www.welt.de/welt_print/article1516304/Das_Rauchverbot_ist_schlecht_fuer_den_Wirt_-_und_gut_fuer_den_Markt.html,

13.02.2008

1 Einführung

„Tabakerzeugnisse sind die einzigen frei verfügbaren Konsumgüter, die bei einem Großteil derer, die sie bestimmungsgemäß verwenden, zu [...] Gesundheitsschädigungen und vorzeitigem Tod führen.“¹ Die Tabaklobby verharmlost und bestreitet bis heute die Tatsache, dass diese Folgen nicht nur auf Aktivraucher sondern auch auf Passivraucher² zutreffen.³ Allerdings hat selbst das Bundesverfassungsgericht im Jahre 1997 die Gefahren für Leben und Gesundheit der Nichtraucher anerkannt.⁴ In der Diskussion um das Passivrauchen sieht die Tabakindustrie eine große Gefährdung ihrer Existenz.⁵

Doch die Tabakindustrie versucht, Abhilfe zu schaffen, um die Kunden nicht zu verlieren. Zusatzstoffe wie Zucker werden der Zigarette hinzugefügt, um Kindern und Jugendlichen den Einstieg zu versüßen.⁶ Ammoniak wird als Substanz beigefügt, um die Suchtwirkung des Nikotins zu verstärken.⁷ Um ihre Macht zu erhalten, versucht die Tabaklobby auch auf eine völlig andere Weise Einfluss zu nehmen. Der Flickenteppich des gesetzlichen Nichtraucherschutzes der Länder und damit das Aus für eine bundeseinheitliche Regelung wird der Tabaklobby als Sieg zugesprochen.⁸

Der Bund hat bezüglich des Nichtraucherschutzes Regelungen für alle öffentlichen Einrichtungen des Bundes und des öffentlichen Personenverkehrs erlassen, die Länder unter anderem im Bereich der Krankenhäuser, Jugendhäuser und Gaststätten.

¹ DKFZ, Gesundheit fördern, Anlage 1, S. 43.

² Zugunsten der Lesbarkeit wird nur die männliche Form verwendet, dies stellt aber keine Benachteiligung einer der beiden Geschlechtsgruppen dar.

³ Evers, Husten, Schwindel, Herzinfarkt, Anlage 2, S. 28.

⁴ DKFZ, Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Anlage 4, S. 7.

⁵ Glantz/Slade/Bero/Hanauer/Barnes, Anlage 3, S. 1.

⁶ DKFZ, Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Anlage 4, S. 11; DKFZ, Gesundheit fördern, Anlage 1, S. 44.

⁷ Pankow/Mader/Isabelle/Luo/Pavlick/Liang, Anlage 5, S. 1.

⁸ Reichart/Stoll/Wohsmann, Anlage 6, S. 1.

Diese Diplomarbeit befasst sich mit dem LNRSchG Baden-Württemberg, Rechtsstand zum 31.12.2007. Außerdem beschränkt sich diese Arbeit auf den Bereich der Gaststätten, welcher wie kein anderer das Interesse von Bevölkerung und Medien geweckt hat.

Baden-Württemberg gehört mit Niedersachsen zu den Vorreitern in Sachen Nichtrauchererschutz. Seit dem 01. August 2007 gibt es hier gesetzliche Regelungen, Hessen folgte im Oktober 2007 mit seinen Regelungen zum Nichtrauchererschutz.

Wohlgemerkt, zum Nichtrauchererschutz. Ziel der Politik ist es, mit diesem Gesetz nicht dem Rauchen Einhalt zu gebieten, sondern einen umfassenden Schutz der Bevölkerung vor den Gefahren des Passivrauchens als staatliche Fürsorge zu erreichen. Der Raucher hat weiterhin die Möglichkeit, beispielsweise im Freien oder in der eigenen Wohnung zu rauchen.

Da es sich hierbei um eine neue Regelung handelt, liegen nur wenige Studien über Auswirkungen dieses Gesetzes vor. Daher wurden zur Analyse der Folgen zwei Umfragen durchgeführt.

Im Rahmen dieser Diplomarbeit werden zuerst die Grundlagen dargestellt, die später dazu dienen, Hintergründe zu verstehen. Es folgt die Analyse des LNRSchG, um Problematiken aufzudecken und die Auswirkungen darzulegen. Mittels der Auswertung der obigen Umfragen und der Darlegung verschiedener Diskussionen in der Presse, können anhand dieser Diplomarbeit letztendlich zwei Fragen geklärt werden. Wird das Ziel eines verbesserten Nichtraucherenschutzes erreicht, oder ist das LNRSchG wirklich nur „viel Rauch um Nichts“?

2 Grundlagen

2.1 Das Passivrauchen

Das unfreiwillige und oftmals unbewusste Einatmen von Tabakrauch aus der Raumluft wird als **Passivrauchen** bezeichnet.⁹ Voraussetzung ist, dass jemand aktiv Tabak raucht, das schließt auch den Besitz oder die Handhabung eines angezündeten Tabakproduktes ein.¹⁰

Der Passivrauch setzt sich aus dem Hauptstromrauch und dem Nebenstromrauch zusammen. Durch das Ziehen an der Zigarette atmet der Raucher den Rauch ein und anschließend wieder aus. Der dabei entstandene Rauch wird als Hauptstromrauch bezeichnet. Zusätzlich entsteht zwischen den Zügen, beim Glimmen der Zigarette, der so genannte Nebenstromrauch.¹¹

Nur wer selbst nicht raucht, kann als passivrauchbelastet gewertet werden. Ein Passivraucher ist folglich grundsätzlich Nichtraucher.¹² Zu den Nichtrauchern zählen sowohl Ex-Raucher als auch Nie-Raucher.¹³ Das sind all jene, die in ihrem Leben weniger als 100 Zigaretten geraucht haben.¹⁴ In Statistiken wird normalerweise angegeben, ob diese auf Grundlage aller Passivraucher oder nur der Nie-Raucher bzw. der Ex-Raucher basiert.

⁹ DKFZ, Passivrauchen – auch ein wenig ist zuviel, Anlage 10, S. 1; Merfert-Diete, Anlage 7, S. 27; BZgA, Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr, Anlage 9, S. 4.

¹⁰ WHO, Guidelines, Anlage 8, S. 8.

¹¹ BZgA, Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr, Anlage 9, S. 2; DKFZ, Passivrauchen – auch ein wenig ist zuviel, Anlage 10, S. 1; Merfert-Diete, Anlage 7, S. 27.

¹² Schulze/Lampert, Anlage 11, S. 46.

¹³ Schulze/Lampert, Anlage 11, S. 20.

¹⁴ WHO, Epidemiology of smoking, Anlage 12, S. 1307.

2.2 Rauchexposition vor Erlass des LNRSchG

Für die Feststellung, ob durch Passivrauchen tatsächlich eine Gefährdung der Nichtraucher besteht, muss erst einmal geklärt werden, ob es genügend Raucher gibt, die zu einer Belastung der Nichtraucher beitragen können. Im Anschluss daran kann analysiert werden, wo Nichtraucher und Raucher am häufigsten zusammentreffen, dies lässt Rückschlüsse darauf zu, an welchen Stellen es demnach eine hohe Gefährdung für die Nichtraucher gibt.

2.2.1 Raucher in Baden-Württemberg

Im Jahr 2005 zählten rund ein Viertel der Baden-Württemberger im Alter von 15 und mehr Jahren zu den Rauchern. Damit hatte Baden-Württemberg im Jahr 2005 die zweitniedrigste Raucherquote in Deutschland.¹⁵ Etwa 83 Prozent der Raucher in Baden-Württemberg gehören zu den regelmäßigen Rauchern, worunter jeder zählt, der täglich raucht, dabei spielt die Tabakmenge keine Rolle. Die Mehrheit dieser regelmäßigen Raucher konsumiert zwischen 5 und 20 Zigaretten am Tag. Die restlichen 17 Prozent stellen die Gelegenheitsraucher dar.¹⁶

Wenn jeder vierte in der Bevölkerung raucht, ist davon auszugehen, dass dies genügt, um die Nichtraucher zu belästigen.

2.2.2 Passivrauchbelastung generell

Die Verbreitung der Passivrauchbelastung ist nicht nur an unterschiedlichen Stätten verschieden stark, sondern variiert auch mit dem Bildungsniveau und dem Alter der Betroffenen.¹⁷ Insgesamt lässt sich feststellen,

¹⁵ Der bundesweite Durchschnitt liegt bei rund 27 Prozent.

¹⁶ Schmidt, Anlage 13, S. 8 f.

¹⁷ Schulze/Lampert, Anlage 11, S. 47 - Stichprobe aus 7124 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren.

dass Männer jeder Altersklasse, häufiger als Frauen desselben Jahrgangs, Tabakrauchbelastungen ausgesetzt sind. Die Belastung ist außerdem in den jüngeren Generationen höher. Im Alter zwischen 18 und 19 Jahren wird bei den Männern die höchste Gesamtbelastung mit beinahe 90 Prozent erreicht, im Vergleich zu knapp über 80 Prozent bei den Frauen. Zudem sind vor allem Arbeiter, Personen mit niedriger Schulbildung sowie Menschen in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft überdurchschnittlich häufig belastet.¹⁸

Nichtraucher sind insbesondere in der außerhäuslichen Freizeit und am Arbeitsplatz durch Tabakrauch exponiert.¹⁹ Etwa 8,5 Millionen Nichtraucher sind am Arbeitsplatz Passivrauch ausgesetzt. Davon sind alleine über eine Million Beschäftigte in der Gastronomie zu finden.²⁰ Zur außerhäuslichen Freizeit zählen Gaststätten, öffentliche Einrichtungen aber auch Besuche bei Freunden oder Bekannten. Etwa ein Drittel aller Nichtraucher werden hier mit Passivrauch belastet, Männer häufiger als Frauen.²¹

Lediglich 15 Prozent der Nichtraucher fühlen sich durch Tabakrauch in ihrer Umgebung nicht gestört. Hingegen empfindet die Mehrheit von 85 Prozent eine mäßige oder gar starke Belästigung durch den Tabakrauch.²²

2.2.3 Passivrauchbelastung in der Gaststätte

Eine Legaldefinition des Gaststättenbegriffes ergibt sich aus § 1 Abs. 1 Gaststättengesetz. Demnach sind Gaststätten Betriebe, die Getränke oder

¹⁸ Schulze/Lampert, Anlage 11, S. 46 f.

¹⁹ Augustin/Metz/Heppekausen/Kraus, Anlage 14, S. 43 – Stichprobe aus 8061 Personen im Alter von 18 bis 59 Jahren; Schulze/Lampert, Anlage 11, S. 47; Hotzler, GfK-Studie, Anlage 15, S. 4 – Stichprobe aus 2193 Personen zwischen 16 und 69 Jahren.

²⁰ DKFZ, Passivrauchen – auch ein wenig ist zuviel, Anlage 10, S. 2; BZgA: Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr, Anlage 9, S. 4.

²¹ Schulze/Lampert, Anlage 11, S. 47; Augustin/Metz/Heppekausen/Kraus, Anlage 14, S. 43 f.

²² Merfert-Diete, Anlage 7, S. 28.

zubereitete Speisen zum Verzehr an Ort und Stelle verabreichen und der Betrieb jedermann oder bestimmten Personen zugänglich ist.²³

Das DKFZ stellte nach Messungen in 100 Gaststätten extreme Schadstoffbelastungen fest, sofern in den Gaststätten geraucht wurde. Bei einer vergleichbaren Belastung in Industriebetrieben würden die Mitarbeiter mindestens zum Tragen von Schutzmasken verpflichtet sein. Problematisch ist, dass im gastronomischen Bereich einige tausend Schwangere und stillende Mütter arbeiten.²⁴ Da hier nicht nur die werdenden Mütter selbst, sondern auch die Babys im Mutterleib den Schadstoffen ausgesetzt sind,²⁵ sollte man sie schützen und nicht zusätzlichen Belästigungen aussetzen.

Das Bayrische Landesamt nahm Messungen lungengängiger Partikel von Feinstaub in einem Größenbereich von bis zu $2,5 \mu\text{m}$ ²⁶ vor. Sämtliche festen oder flüssigen, in die Luft ausgestoßenen, Schadstoffe werden als Feinstaub bezeichnet. Sie werden anhand ihrer Partikelgröße unterschieden.²⁷ Die Messungen ergaben in Diskotheken Durchschnittswerte um die $800 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ²⁸. Es wurden auch Ausreißerwerte mit bis zu $6000 \mu\text{g}/\text{m}^3$ gemessen. In Kneipen lagen die Werte im Schnitt bei 200 bis $300 \mu\text{g}/\text{m}^3$, mit Extremwerten bis zu $1400 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

Restaurants und Cafés hingegen hatten einen Wert von $200 \mu\text{g}/\text{m}^3$, wobei auch die höchste gemessene Konzentration die $500 \mu\text{g}/\text{m}^3$ - Marke nicht überschritt.²⁹ Zum Vergleich eine Messung im Außenbereich von Fein-

²³ Nach dieser Definition gehören somit auch Diskotheken zu den Gaststätten, obwohl diese in der Literatur meist separat aufgeführt werden.

²⁴ DKFZ, Deutschland benötigt ein Bundesgesetz, Anlage 20, S. 1.

²⁵ BZgA, Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr, Anlage 9, S. 8.

²⁶ μm = Mikrometer, das entspricht dem Millionstel eines Meters.

²⁷ WHO, Feinstaub in der Luft, Anlage 31, S. 1.

²⁸ $\mu\text{g}/\text{m}^3$ = Mikrogramm pro Kubikmeter, Mikrogramm ist das Millionstel eines Gramms.

²⁹ Bolte, Anlage 16, S. 3.

staub der Größe 2,5 µm: Hier wurden an verschiedenen Straßenstellen³⁰ durchschnittlich Werte zwischen 18 µg/m³ und 22 µg/m³, im Höchstfall bis zu 94 µg/m³ erreicht.³¹

2.3 Folgen der Rauchexposition

2.3.1 Die Raucherluft

Der Tabakrauch besteht nicht nur aus den bekannten Substanzen wie Nikotin und Teer, sondern enthält insgesamt mehr als 4800 chemische Verbindungen. Darunter sind viele giftige sowie erbgutverändernde³² Substanzen von denen 70 nachweislich kanzerogen³³ sind oder im Verdacht stehen, Krebs zu erzeugen.³⁴

2.3.1.1 Schadstoffe in der Raucherluft

Betrachtet man die Inhaltstoffe der Raucherluft in den Formen, in denen diese Stoffe im Alltag vorkommen, gibt es wohl kaum einen Menschen, der diese freiwillig zu sich nehmen würde.

So zum Beispiel Benzol, welches im Benzin als „Antiklopfmittel“ dient und das Ausgangsprodukt vieler Kunststoffe ist. Aus Vinylchlorid entstehen Verpackungsfolien, ebenso ist es aber die Grundsubstanz zur Herstellung von Polyvinylchlorid, auch bekannt als PVC, das vor allem als Fußbodenbelag dient. Auch Arsen, das in Rattengift vorhanden ist oder Cadmium, das unter anderem ein Bestandteil von Batterien ist, befindet sich in der Raucherluft. Daneben lassen sich noch Giftgase, wie zum Beispiel Butan, das als Feuerzeuggas bekannt ist oder auch Kohlenmonoxid, das bei Au-

³⁰ Hinweis: Der uns bekannte Feinstaub-Grenzwert von 50 µg auf den Straßen bezieht sich auf die Messwerte von Feinstaub der Größe 10 µm.

³¹ Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Anlage 17, S. 22.

³² DKFZ, Deutschland benötigt ein Bundesgesetz, Anlage 20, S. 1.

³³ kanzerogen = krebserregend.

³⁴ DKFZ, Passivrauchen – auch ein wenig ist zuviel, Anlage 10, S. 1.

toabgasen entsteht sowie Ammoniak, das in Putzmitteln Verwendung findet, nachweisen.³⁵ Nicht nur die Giftstoffe selbst sind gefährlich, auch harmlose Zusatzstoffe werden beim Verbrennen zu gefährlichen Substanzen. Aus Zucker wird durch die Verbrennung Formaldehyd,³⁶ das beispielsweise zum Konservieren von Leichnamen verwendet wird.³⁷

2.3.1.2 Belastungsintensität durch Passivrauchen

Die Inhaltstoffe von Haupt- und Nebenstromrauch sind identisch, jedoch ist die Konzentration unterschiedlich, teilweise ist sie sogar im Nebenstromrauch höher.³⁸ Das liegt insbesondere daran, dass beim Glimmen der Zigarette nur eine Temperatur von 600 Grad entsteht, bei der die Schadstoffe nicht vollständig verbrannt werden und daher noch in der Raucherluft vorhanden sind. Durch das Ziehen an der Zigarette wird die Verbrennung verstärkt. Bei der entstandenen Hitze von 800 bis 900 Grad können die Schadstoffe vollständig verbrannt werden.³⁹ Man kam daher zu dem Ergebnis, dass Passivrauchern die gleichen Krankheiten und Gesundheitsschäden drohen wie den Rauchern selbst, wenn auch mit geringerer Häufigkeit.⁴⁰ Dennoch ist Aktivrauchen gefährlicher, da ein Aktivraucher die Schadstoffe tief inhaliert und zusätzlich den Belastungen des Passivrauchers ausgesetzt ist.

Nach all diesen Erkenntnissen liegt die Vermutung nahe, dass Nikotin auch Passivraucher süchtig machen kann, wenn diese doch dieselben Schadstoffe wie Aktivraucher einatmen. Die Menge an Nikotin im Tabakrauch ist dafür jedoch viel zu gering. Messwerte des Stoffes Cotinin⁴¹ im

³⁵ BZgA, Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr, Anlage 9, S. 6 f.

³⁶ DKFZ, Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Anlage 4, S. 11.

³⁷ BZgA, Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr, Anlage 9, S. 7.

³⁸ Merfert-Diete, Anlage 7, S. 26; DKFZ, Passivrauchen – auch ein wenig ist zuviel, Anlage 10, S. 1.

³⁹ Urbas in: Baldaszi/Urbas, Anlage 21, S. 250; Pötschke-Langer, Anlage 41, S. 1.

⁴⁰ BZgA, Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr, Anlage 9, S. 16; Merfert-Diete, Anlage 7, S. 26.

⁴¹ Abbauprodukt von Nikotin.

Urin zeigen dies deutlich. Bei nicht exponierten Nichtraucher war der Wert mit 2,3 ng/ml⁴² am geringsten. Eine erhöhte Dosis konnte bei exponierten Nichtrauchern, mit 12,3 ng/ml im Urin festgestellt werden, bei Rauchern waren es sogar 2060 ng/ml. Erst der Rauch von 170 Zigaretten würde für einen Passivraucher die Nikotinmenge eines Aktivrauchers ergeben.⁴³

Um zu verdeutlichen wie stark die Belastung durch das Passivrauchen ist, kann eine Faustformel herangezogen werden: Wer eine Stunde Zigarettenrauch ausgesetzt ist, konsumiert so viele Giftstoffe wie der Raucher einer Zigarette selbst.⁴⁴ Die Konsequenz für einen Menschen, der täglich 8 Stunden in einer Gaststätte arbeitet, ist folglich nicht zu unterschätzen. Diese Person würde statistisch gesehen zur stärksten Gruppe der regelmäßigen Raucher gehören, die täglich 5 bis 20 Zigaretten rauchen.⁴⁵

2.3.2 Gesundheitliche Folgen

Die **Gesundheit** des Menschen stellt einen Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen dar.⁴⁶ Im folgenden Kapitel wird ausschließlich auf das körperliche Wohlbefinden eingegangen.

2.3.2.1 Folgekrankheiten

Durch Tabakrauch können relativ harmlose Beeinträchtigungen des Allgemeinbefindens wie Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Augenbrennen oder Müdigkeit verursacht werden. Aber auch schlimme Schädigungen,

⁴² ng/ml = Nanogramm pro Milliliter; Nanogramm ist das Milliardstel eines Gramms.

⁴³ Scherer/Frank/Riedel/Meger-Kossien/Renner, Anlage 22, S. 375.

⁴⁴ BT-Drs. 13/6166, Anlage 18, S. 5.

⁴⁵ vgl. Kapitel 2.2.1.

⁴⁶ WHO, Wohnen und Gesundheit, Anlage 19, S. 1.

die zu chronischen Erkrankungen oder bis hin zum Tode führen, sind mögliche Folgen des Tabakrauches.⁴⁷

Nicht nur für Erwachsene, sondern vor allem auch für Babys und Kleinkinder ist Passivrauchen gefährlich. Passivrauchen bei Säuglingen erhöht die Gefahr des plötzlichen Kindstod.⁴⁸ Da ihr Körper noch im Wachstum ist, können die eingeatmeten Gifte schlechter abgebaut werden. Die Säuglinge haben außerdem eine höhere Atemfrequenz als ein Erwachsener und atmen dadurch mehr Schadstoffe ein.⁴⁹

Auch Gäste in Diskotheken haben durch ihre zusätzliche körperliche Aktivität eine erhöhte Atemfrequenz,⁵⁰ was ebenso bei Beschäftigten in Gaststätten festgestellt werden kann.⁵¹ Außerdem kommt in beiden Fällen noch dazu, dass die Passivrauchbelastung in Gaststätten und Diskotheken enorm hoch ist.⁵²

Es ist erwiesen, dass sich das Risiko einer Herzerkrankung aber auch die Erkrankung an Lungenkrebs bei Passivrauchern um ungefähr 25 Prozent erhöht. Am stark rauchbelasteten Arbeitsplatz kann sich das Risiko für Passivraucher sogar verdoppeln.⁵³ Zur Darstellung der Gesundheitsgefahren des Passivrauchens ist die Erkrankung an Lungenkrebs ein entscheidender Faktor, da der Lungenkrebs in fast 90 Prozent aller Fälle innerhalb weniger Jahre zum Tode führt.⁵⁴

⁴⁷ DKFZ, Passivrauchen – auch ein wenig ist zuviel, Anlage 10, S. 2; DKFZ, Deutschland benötigt ein Bundesgesetz, Anlage 20, S. 1.

⁴⁸ TFI, Anlage 23, S. 8 f.; BZgA, Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr, Anlage 9, S. 8; DKFZ, Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Anlage 4, S. 32.

⁴⁹ BZgA, Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr, Anlage 9, S. 8.

⁵⁰ LT-Drs. 14/1359, S. 16.

⁵¹ DKFZ, Stabile Umsätze, Anlage 24, S. 9.

⁵² s. Kapitel 2.2.3.

⁵³ BZgA, Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr, Anlage 9, S. 19.

⁵⁴ BZgA, Rauchfrei am Arbeitsplatz, Anlage 25, S. 26.

Bedingt durch das Passivrauchen gibt es in Deutschland jährlich mehr als 3000 Todesfälle.⁵⁵ Das bedeutet, dass pro Tag neun Menschen an den Folgen des Passivrauchens sterben. Verglichen mit den Verkehrsopfern, deren Stand im ersten Halbjahr 2007 bei 2459 Todesfällen lag,⁵⁶ ist dies eine beträchtliche Zahl.

Lungenkrebs war im Jahr 2005 die vierthäufigste Todesursache,⁵⁷ ungefähr 260 Passivraucher sterben jährlich daran.⁵⁸ Zusätzlich erkrankten jedes Jahr rund 3700 Passivraucher an Herzkrankheiten, für mehr als 2100 Menschen endet dies sogar mit dem Tod. Über 1800 Menschen erleiden jährlich infolge Passivrauchens einen Schlaganfall, an dessen Folgen 770 von ihnen sterben.⁵⁹

Bereits geringfügige Belastungen sind imstande eine exorbitante Reaktion des Körpers auszulösen.⁶⁰ Die Atemwege werden bereits bei kurzzeitigem Passivrauchen gereizt. Zudem sind die Auswirkungen auf das Blutgefäßsystem gravierend. Blutplättchen werden klebrig und können verklumpen. Dies führt zu einer geringeren Durchblutung wichtiger Organe, wodurch beispielsweise Asthma, Lungenentzündungen, Herz-Kreislaufkrankungen, ja sogar Infarkte ausgelöst werden können.⁶¹

Eine Gesundheitsverletzung ist jede Störung des körperlichen, seelischen oder sozialen Wohlbefindens, unabhängig davon, ob der Verletzte

⁵⁵ DKFZ, Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Anlage 4, S. 7.

⁵⁶ DPA, deutlich mehr Verkehrstote, Anlage 26, S. 1.

⁵⁷ BZgA, Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr, Anlage 9, S. 19.

⁵⁸ DKFZ, Passivrauchen – auch wenig ist zuviel, Anlage 10, S. 2.

⁵⁹ BZgA, Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr, Anlage 9, S. 18, DKFZ, Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Anlage 4, S. 6.

⁶⁰ Evers, Husten, Schwindel, Herzinfarkt, Anlage 2, S. 28.

⁶¹ BZgA, Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr, Anlage 9, S. 17; DKFZ, Passivrauchen – auch wenig ist zuviel, Anlage 10, S. 2; Evers, Husten, Schwindel, Herzinfarkt, Anlage 2, S. 28.

Schmerzen empfindet.⁶² Passivrauchen kann aufgrund der oben genannten Auswirkungen als Gesundheitsverletzung bezeichnet werden.⁶³

2.3.2.2 Höchste Gefährdung durch Tabakrauch

Die DFG⁶⁴ kam 1998 zu dem Ergebnis, dass selbst von geringen Schadstoffkonzentrationen im Tabakrauch ein Risiko für den Passivraucher ausgeht.⁶⁵ Damit kann kein für die Gesundheit unbedenklicher Wert festgelegt werden.⁶⁶ Zwar sinkt das Risiko auch mit abnehmender Dosis, es erreicht jedoch nie den Wert null.⁶⁷ Darum wurde der Tabakrauch auf die MAK-Liste⁶⁸ in die höchste Gefahrenklasse aller Schadstoffe, ohne unteren Grenzwert, eingeordnet.⁶⁹ Auch der AGS und der IARC klassifizierten das Passivrauchen als kanzerogen, erbgutverändernd sowie gefährdend für die Fortpflanzung und gliederten es damit in die höchste Gefahrenstufe ein.⁷⁰

Problematisch bei Tabakrauchpartikeln ist ihre Verweildauer.⁷¹ Durch ihren Feuchtigkeitsanteil bleiben sie an sämtlichen Wänden und Gegenständen haften.⁷² Von dort werden sie wieder in die Innenraumluft abgegeben. Dieser so genannte kalte Rauch entlässt nun im Laufe der Zeit seine zahlreichen Substanzen.⁷³ Demzufolge sind diese auch noch nach Been-

⁶² Spindler in: Bamberger/Roth, § 823, Rn. 30.

⁶³ Spindler in: Bamberger/Roth, § 823, Rn. 32.

⁶⁴ Deutsche Forschungsgemeinschaft, Zuständig für die Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe, auch bekannt als MAK-Kommission.

⁶⁵ Evers, Husten, Schwindel, Herzinfarkt, Anlage 2, S. 28.

⁶⁶ DKFZ, Passivrauchen – auch wenig ist zuviel, Anlage 10, S. 1; DKFZ, Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Anlage 4, S. 36.

⁶⁷ DKFZ, Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Anlage 4, S. 10.

⁶⁸ MAK = maximale Arbeitsplatzkonzentration.

⁶⁹ DKFZ, Passivrauchen – auch wenig ist zuviel, Anlage 10, S. 1; DKFZ, Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Anlage 4, S. 36.

⁷⁰ DKFZ, Passivrauchen – auch ein wenig ist zuviel, Anlage 10, S. 1, DKFZ, Positionspapier, Anlage 27, S. 1.

⁷¹ DKFZ, erhöhtes Lungenkrebsrisiko, Anlage 28, S. 2.

⁷² BZgA, Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr, Anlage 9, S. 5; DKFZ, Grenzwerte unhaltbar, Anlage 29, S. 1.

⁷³ DKFZ, Grenzwerte unhaltbar, Anlage 29, S. 1; DKFZ, Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Anlage 4, S. 14.

digung des Rauchens in Räumen nachweisbar. Da wie oben erwähnt keine gesundheitlich unbedenkliche Untergrenze festzustellen ist, bedeutet dies, dass kalter Rauch ebenfalls schädlich ist.⁷⁴

2.3.2.3 Folgen durch Feinstaub

Im Tabakrauch lässt sich unter anderem Feinstaub der Größe $PM_{2,5}$ ⁷⁵ nachweisen, welcher den für die Gesundheit relevanten Teil des Feinstaubes ausmacht.⁷⁶ Die Partikel dringen bis tief in den Atemwegstrakt zu den Lungenbläschen vor,⁷⁷ wo sie sehr lange verweilen können und daher auch lange wirken.⁷⁸ Dieser feinste Staub führt zu Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen und erhöht das Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken.⁷⁹

2.3.3 Wirtschaftliche Folgen

Auch wirtschaftliche Folgen können durch das Passivrauchen und dem zugrunde liegenden Aktivrauchen entstehen.

In Räumen, in denen geraucht wird, muss aufgrund der Verschmutzung durch den Tabakrauch mit hohen Reinigungs- und Instandhaltungskosten gerechnet werden. Teppiche, Vorhänge aber auch Fenster müssen öfters gereinigt werden, Wände bedürfen häufiger eines neuen Anstriches. Zusätzliche, geringfügige Kosten entstehen durch die tägliche Leerung und Reinigung der Aschenbecher und der Müllbeseitigung von Zigarettenkip-

⁷⁴ BZgA, Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr, Anlage 9, S. 3; DKFZ, Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Anlage 4, S. 14.

⁷⁵ $PM_{2,5}$ = Feinstaub der Größe 2,5 μm (PM = Particulate Matter – Partikelgröße).

⁷⁶ LUBW, Anlage 30, S. 1; WHO, Feinstaub in der Luft, Anlage 31, S. 2.

⁷⁷ WHO, Feinstaub in der Luft, Anlage 31, S. 1; Koller, Anlage 32, S. 2.

⁷⁸ Koller, Anlage 32, S. 2 f.

⁷⁹ WHO, Feinstaub in der Luft, Anlage 31, S. 2.

pen.⁸⁰ Um einigermaßen rauchfreie Luft zu erhalten, müssen Räume, in denen geraucht wird, häufiger gelüftet werden. Ständiges Lüften sorgt im Winter aber auch für höhere Heizkosten und ein starker Gebrauch von Ventilationssystemen im Sommer bringt hohe Energiekosten mit sich.⁸¹

Zudem wird Rauchen in der Gastronomie auch oft mit einer höheren Brandgefahr in Verbindung gebracht, denn alleine in der EU entstehen jährlich 11.000 Brände durch Zigaretten.⁸² Teilweise verlangen Versicherungen aufgrund der größeren Brandgefahr auch eine höhere Versicherungssumme.⁸³

Erwähnenswert sind natürlich die erhöhten Personalkosten. Die meisten im Gastgewerbe tätigen Mitarbeiter sind dem Passivrauchen schutzlos ausgeliefert.⁸⁴ Wobei man beachten muss, dass ein Teil der Beschäftigten selbst Raucher sind. Diese sind im Durchschnitt um 30 Prozent häufiger krank als Nie-Raucher.⁸⁵ Aber auch Nichtraucher, die dem Passivrauch ausgesetzt sind, erkranken öfter. Ungefähr 10 Prozent des Arbeitsausfalls bei Nichtrauchern wird dem Passivrauchen zugeschrieben.⁸⁶ Daraus folgt, dass nach Aushilfen gesucht werden muss, die Fluktuationsrate steigt und dem Unternehmen erhebliche Kosten durch die Entgeltfortzahlung bei Krankheit entstehen. Ungefähr ein Viertel der von Arbeitgebern geleisteten Entgeltfortzahlungen ist auf das Rauchen insgesamt zurückzuführen.⁸⁷ Das Passivrauchen am Arbeitsplatz führt nicht nur zu einem erhöhten Krankenstand, sondern mindert auch das Leistungspotenzial der Mitarbeiter.⁸⁸

⁸⁰ DKFZ, Deutschland benötigt ein Bundesgesetz, Anlage 20, S. 2; DKFZ, Stabile Umsätze, Anlage 24, S. 8; Pawlitzki, Anlage 34, S. 1; DKFZ, Wirtschaftliche Lage, Anlage 33, S. 2.

⁸¹ DKFZ, Stabile Umsätze, Anlage 24, S. 8.

⁸² Niewerth, Anlage 35, S. 1.

⁸³ DKFZ, Wirtschaftliche Lage, Anlage 33, S. 2.

⁸⁴ DKFZ, Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Anlage 4, S. 40.

⁸⁵ Hotzler, Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz, Anlage 36, S. 6.

⁸⁶ Hotzler, Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz, Anlage 36, S. 7.

⁸⁷ Krause, Anlage 37, S. 2.

⁸⁸ Hotzler, Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz, Anlage 36, S. 7.

3 Analyse des LNRSchG

3.1 Inhalt

Eine Definition der Gaststätten erfolgte bereits in Kapitel 2.2.3. Das LNRSchG gilt gemäß § 7 Abs. 1 LNRSchG für jede Art der Gastronomie, ob erlaubnispflichtig oder nicht. Zudem ist es auch für vorübergehende Gaststättenbetriebe im Zusammenhang mit Veranstaltungen anzuwenden, wie beispielsweise gastronomische Veranstaltungen in Sport- und Mehrzweckhallen.⁸⁹ Ausgeschlossen sind nach § 7 Abs. 1 LNRSchG lediglich Bier-, Wein- und Festzelte sowie die im Reisegewerbe betriebenen Gaststätten, wie Imbissbuden. Zusätzlich ist die Außengastronomie, dazu zählen unter anderem Biergärten, ausgeschlossen.

Für Gaststätten besteht gemäß § 7 Abs. 2 LNRSchG die Möglichkeit, Ausnahmen vom Rauchverbot in Form eines vollständig abgetrennten Nebenraumes zuzulassen. Diese Ausnahme gilt allerdings nicht für Diskotheken, da sich darin viele Jugendliche aufhalten.⁹⁰ Diese sollen vor den Gefahren des Passivrauchens besonders geschützt werden, was dort aufgrund der hohen Schadstoffbelastung⁹¹ auch notwendig ist.

Die Raucherräume müssen deutlich gekennzeichnet sein, das bedeutet, dass die Schrift groß, gut lesbar und zusätzlich so platziert ist, dass sie jedem Gast auffällt.⁹² Durch die bauliche Abtrennung der Raucherräume muss gewährleistet sein, dass die Luftqualität in den Nichtraucheräumen nicht beeinträchtigt wird.⁹³

Ein wichtiger und auch strittiger Punkt ist die Frage, wie ein vollständig abgetrennter Nebenraum beschaffen sein muss. Das Gesetz selbst gibt

⁸⁹ LT-Drs. 14/1359, S.15.

⁹⁰ LT-Drs. 14/1359, S.16.

⁹¹ s. Kapitel 2.2.3.

⁹² LT-Drs. 14/1359, S.15.

⁹³ LT-Drs. 14/1359, S.16.

dazu keinerlei Auskunft. Allerdings sagt der Gesetzgeber, dass der Nebenraum durch eine feste und deckenhohe Trennwand vom Hauptraum getrennt sein muss und ein Durchgang lediglich in Form einer verschließbaren Türe vorhanden sein darf. Konkrete baurechtliche Vorgaben gibt es aber nicht.⁹⁴ Es kann allerdings auf die Definitionen der §§ 7, 14 LBOAVO zurückgegriffen werden, welche die Wände und Türen baurechtlich genauer definieren. Somit ist klar, dass weder Vorhänge noch sonstige ähnliche Abtrennungen ausreichen, um dem Willen des Gesetzgebers gerecht zu werden.⁹⁵

Der Gesetzgeber setzt dem Wortlaut des Nebenraums zufolge einen Hauptraum voraus. Als Raucherraum ist lediglich ein Nebenraum möglich,⁹⁶ für den ein wichtiges Kriterium sicherlich eine angemessene Flächengröße im Verhältnis zum Hauptraum ist. Der Nebenraum sollte daher grundsätzlich kleiner sein. Allerdings ist dies nicht alleine maßgebend, denn vielmehr bedarf es einer Gesamtbetrachtung, in die auch Lage und Ausstattung der Gasträume einzubeziehen sind. Es ist daher generell eine einzelfallbezogene Bewertung vor Ort vorzunehmen.⁹⁷

Das Rauchverbot in den Gaststätten ist zeitlich nicht begrenzt und auch nicht abhängig von den Besuchern. Daher darf selbst bei einer geschlossenen Gesellschaft, mit deren Einverständnis, nicht geraucht werden. Eine Ausnahme gibt es allerdings, die dann greift, wenn die geschlossene Gesellschaft in dem vollständig abgetrennten Nebenraum feiert.⁹⁸ Diese Regelung erscheint zunächst sinnlos und überzogen. Bedenkt man aber, dass die Schadstoffe noch lange Zeit nach dem Rauchen im Raum vor-

⁹⁴ Sozialministerium Baden-Württemberg, Anlage 38, S. 3.

⁹⁵ LT-Drs. 14/1359, S. 15 f.

⁹⁶ LT-Drs. 14/1359, S. 15.

⁹⁷ Sozialministerium Baden-Württemberg, Anlage 38, S. 3.

⁹⁸ Sozialministerium Baden-Württemberg, Anlage 38, S. 2.

handen sind und auch schon kleinste Mengen schädlich sind,⁹⁹ erscheint diese Regelung verständlich.

Auch durch die Gründung eines Vereines, etwa in Form eines Raucherclubs, kann das Gesetz nicht umgangen werden. Die Zugänglichkeit gilt hier als maßgebliches Kriterium. Dies bedeutet nicht, dass der Club jedermann, sondern lediglich bestimmten Personen zugänglich sein muss. Das ist bereits bei einem Verein gegeben, bei dem ein Wechsel der Mitglieder jederzeit möglich ist.¹⁰⁰

Gemäß § 8 Abs. 2 LNRSchG ist der Gaststättenbetreiber dazu verpflichtet, die Besucher in geeigneter Weise von dem Rauchverbot zu unterrichten, z.B. mit deutlichen Hinweisschildern im Eingangsbereich. Zudem hat er bei Verstößen gegen das Rauchverbot erforderliche Maßnahmen zur Vermeidung von Wiederholungen, insbesondere in Form von Aufklärungen oder Anordnungen gegen einzelne Raucher zu ergreifen.

3.2 Innerstaatliche Vereinbarungen

Die WHO hat aufgrund der eindeutigen Tatsachen, dass Tabakrauch schädlich ist und nur eine internationale Zusammenarbeit diese Gefahr bekämpfen kann, ein „Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs“¹⁰¹ erlassen. Dadurch soll erreicht werden, dass die Menschen vor den Folgen des Tabakkonsums aber auch des Passivrauchens geschützt werden.¹⁰² Deutschland hat das Rahmenübereinkommen unterzeichnet¹⁰³ und sich somit verpflichtet, die darin enthaltenen Regelungen in nationales Recht umzuwandeln.¹⁰⁴ Diese Umsetzung wird zwar durch die Vertragsparteien überwacht, eingeklagt werden können die Regelun-

⁹⁹ s. Kapitel 2.3.2.2.

¹⁰⁰ Sozialministerium Baden-Württemberg, Anlage 38, S. 2.

¹⁰¹ im englischen Original: Framework Convention on Tobacco Control = FCTC.

¹⁰² WHO, FCTC, Anlage 39, S. 5.

¹⁰³ WHO, FCTC Members, Anlage 40, S. 2.

¹⁰⁴ WHO, FCTC, Anlage 39, S. 5.

gen jedoch nicht.¹⁰⁵ Deutlich mehr als 150 Länder weltweit haben sich zwischenzeitlich angeschlossen.¹⁰⁶

Dieses Rahmenübereinkommen enthält Regelungen zur Tabakwerbung, zum Schmuggel, zur Anbringung von Warnhinweisen auf Zigarettenschachteln und für den Nichtraucherchutz. Dieser ist in Artikel 8 des FCTC geregelt, in welchem unter anderem vorgeschlagen wird, an welchen Stellen ein Rauchverbot eingeführt werden sollte.¹⁰⁷ Im Jahr 2007 wurden von der WHO Leitlinien entwickelt, die dazu dienen, die Länder bei ihrer Umsetzung zu unterstützen.¹⁰⁸ Diese Leitlinien beinhalten wesentliche Bestandteile eines Gesetzes, wie zum Beispiel wichtige Begriffe und den Vorschlag, Bußgelder zur Durchsetzung festzulegen. Sie fordern aber auch eine Schärfung des Bewusstseins der Gefahren des Passivrauchens. Dabei sollen Regierung, Presse, Verbände und Gewerkschaften miteinander für hinreichende Informationen sorgen.¹⁰⁹ Die EU hat daraufhin ein Grünbuch¹¹⁰ veröffentlicht. Dieses hat zum Ziel, eine öffentliche Diskussion bei den Mitgliedsstaaten und den Bürgern einzuleiten.¹¹¹ Darin werden Fakten und Lösungsvorschläge für einen Nichtraucherchutz dargelegt.

3.3 Zuständigkeit beim Erlass

Diskussionen im großen Umfang gab es bezüglich der Zuständigkeitsfrage des Bundes oder der Länder zum Erlass des LNRSchG.

Grundsätzlich liegt das Recht der Gesetzgebung nach Art. 30 GG i.V.m. Art. 70 Abs. 1 GG bei den Ländern, soweit nicht das Grundgesetz dem

¹⁰⁵ FCA, Anlage 67, S. 2.; Pötschke-Langer, Anlage 41, S. 1.

¹⁰⁶ WHO, FCTC Members, Anlage 40, S. 1.

¹⁰⁷ WHO, FCTC, Anlage 39, S. 8.

¹⁰⁸ WHO, Guidelines, Anlage 8, S. 6.

¹⁰⁹ WHO, Guidelines, Anlage 8, S. 6 ff.

¹¹⁰ Ein Grünbuch ist ein Diskussionspapier.

¹¹¹ EU, Anlage 42, S. 4.

Bund ausdrücklich eine Befugnis durch die konkurrierende oder die ausschließliche Gesetzgebung verleiht.¹¹²

3.3.1 Gesetzgebungsverfahren

Nach Art. 71 GG steht dem Bund in den Sachgebieten des Art. 73 GG die **ausschließliche Gesetzgebung** zu. Das bedeutet, dass die darin enthaltenen Materien dem Bund vorbehalten sind. Hierunter fallen beispielsweise Angelegenheiten, die das Passwesen, Währungswesen oder auch den Luftverkehr betreffen. Die Länder verlieren in diesen Bereichen ihre Kompetenz.¹¹³

Im Bereich der **konkurrierenden Gesetzgebung** hat der Bund gemäß Art. 72 Abs. 1 GG zunächst die Gesetzgebungskompetenz. Die Länder verlieren ihre Befugnis jedoch nicht sofort, denn sofern der Bund von seinem Gesetzgebungsrecht keinen Gebrauch macht, dürfen die Länder gesetzgebend tätig werden.¹¹⁴ Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes beläuft sich auf die in Art. 74 GG erwähnten Aufgabengebiete.

In Art. 72 Abs. 2 GG sind einige dieser Aufgabengebiete noch einmal explizit aufgeführt, diese unterliegen zusätzlich einer speziellen Prüfung, der so genannten Erforderlichkeitsklausel. Der Bund hat in diesen Fällen nur dann das Recht zur Gesetzgebung, wenn nach Art. 72 GG „die Herstellung gleicher Lebensverhältnisse oder die Wahrung der Rechtseinheit im gesamtstaatlichen Interesse“ eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht. In allen anderen, nicht in Art. 72 Abs. 2 GG genannten Aufgabengebieten, wird diese Erforderlichkeit unterstellt.¹¹⁵ Der Bund hat dann auf jeden Fall die Kompetenz zum Erlass.

¹¹² Maurer, § 17 Rn. 24.

¹¹³ Maurer, § 17 Rn. 27.

¹¹⁴ Katz, Rn. 426.

¹¹⁵ BT-Drs. 16/813, S. 9; Katz, Rn. 427.

3.3.2 Zuständigkeit im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung

Für ein Rauchverbot kommt nur die konkurrierende Gesetzgebung in Betracht, da keine Materie der ausschließlichen Gesetzgebung einschlägig ist.¹¹⁶ Daher werden im Folgenden einzelne, für ein Rauchverbot relevanten, Ermächtigungsnormen aus dem Katalog der konkurrierenden Gesetzgebung des Artikels 74 GG genauer untersucht. Danach kann festgestellt werden, ob das Land Baden-Württemberg tatsächlich zum Erlass des Landesnichtraucherschutzgesetzes ermächtigt war.

Eine Gaststätte ist eine Arbeitsstelle, weshalb das **Arbeitsrecht** in Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG tangiert sein könnte. Hierzu zählen beispielsweise das Ladenschlussgesetz oder die ArbStättV.¹¹⁷ Durch die Regelung des Nichtraucherschutzes in der ArbStättV hat der Bund bereits von seinem Recht Gebrauch gemacht.¹¹⁸ Die Länder haben daher ihre Kompetenz verloren.

Die konkurrierende Gesetzgebung erstreckt sich nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG auf Maßnahmen gegen übertragbare oder **gemeingefährliche Krankheiten**. Diese beiden Voraussetzungen sind alternativ und nicht kumulativ zu verstehen. Führt eine Krankheit zu schweren Gesundheitsschädigungen oder zum Tod, gilt sie als gemeingefährlich. Als Voraussetzung muss diese Krankheit allerdings in gewissem Maße verbreitet sein. Sämtliche Krebserkrankungen erfüllen diese Voraussetzungen. Zu den Maßnahmen zählen auch Handlungen, die der Vorbeugung gegen solche gemeingefährlichen Krankheiten dienen, worunter Impfungen oder auch obligatorische Krebsvorsorgeuntersuchungen zu subsumieren sind.¹¹⁹ Eine Auffassung besagt, dass Passivrauchen lediglich einer von vielen Faktoren zur Erhöhung des Krebsrisikos ist, jedoch nicht im direkten Zusam-

¹¹⁶ Erdil/Grote, Anlage 44, S. 2.

¹¹⁷ Erdil/Grote, Anlage 44, S. 14.

¹¹⁸ Lenski/Rossi, NJW 2006, 2657 (2659).

¹¹⁹ Stettner in: Dreier, Grundgesetz Band II, Art. 74 Rn. 96; Kunig in: von Münch/Kunig, Art. 74 Rn. 90; Erdil/Grote, Anlage 44, S. 6 f.; Zuck, DÖV 1993, 936 (939).

menhang mit Erkrankungen steht.¹²⁰ Dem Verfassungstext ist allerdings eine solch enge Auslegung, die auf die Unmittelbarkeit abzielt, nicht zu entnehmen. Folglich ist nach h.M. auch das Rauchverbot als Krebsvorsorgemaßnahme impliziert.¹²¹ Somit hat der Bund die Möglichkeit, eine flächendeckende Regelung in diesem Bereich zu erlassen.

Betäubungsmittel nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG sind Stoffe, die Schmerzen beseitigen, reduzieren oder das Bewusstsein verändern. Dabei ist irrelevant, ob sie auch subjektiv zu diesem Zweck eingenommen werden.¹²² Als Betäubungsmittel zählen nach dem BTMG Stoffe, die in den Anlagen I-III des BTMG aufgeführt sind.¹²³ Nikotin ist dort nicht aufgeführt und hat auch keine Auswirkungen auf die Schmerzempfindlichkeit. Obwohl es eine Suchtwirkung hat, wird es nicht zu den Betäubungsmitteln gezählt,¹²⁴ daher ergibt sich keine Kompetenz für den Bund.

Außerdem umfasst Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG das **Recht der Gifte**. Stoffe, die für den Menschen zu schweren Gesundheitsschäden oder gar zum Tod führen können, werden als Gifte bezeichnet. Dabei ist es nicht entscheidend, ob sie künstlich hergestellt werden oder Naturprodukte sind.¹²⁵ Zudem zählt die reine Beschaffenheit des Stoffes und nicht die schädliche Wirkung einer Überdosis.¹²⁶ Die gesundheitlichen Auswirkungen der Substanzen im Passivrauch wurden ausführlich in Kapitel 2.3.2.1 dargestellt. Trotz dieser Kenntnis gibt es Auslegungen, welche eine schnelle Wirkung der Gifte voraussetzen. Es wird dargelegt, dass beim Tabakrauch eine gewisse Dauer der Einatmung nötig ist, um eine Wirkung hervorzurufen.¹²⁷

¹²⁰ Lenski/Rossi, NJW 2006, 2657 (2658).

¹²¹ Stettner in: Dreier, Grundgesetz Band II, Art. 74 Rn. 96; Erdil/Grote, Anlage 44, S. 7; Zuck, DÖV 1993, 936 (939).

¹²² Kunig in: Münch/Kunig, Art. 74 Rn. 95; Erdil/Grote, Anlage 44, S. 8; Zuck, DÖV 1993, 936 (939).

¹²³ Stettner in: Dreier, Grundgesetz Band II, Art. 74 Rn. 98.

¹²⁴ Erdil/Grote, Anlage 44, S. 8; a.A. Zuck, DÖV 1993, 936 (939).

¹²⁵ Kunig in: Münch/Kunig, Art. 74 Rn. 95; Zuck, DÖV 1993, 936 (939).

¹²⁶ Kunig in: Münch/Kunig, Art. 74 Rn. 95.

¹²⁷ Stettner in: Dreier, Grundgesetz Band II, Art. 74 Rn. 98; Stettner, ZG 2007, 156 (172 f.).

Da nach aktuellem Wissensstand das Passivrauchen aber bis hin zum Tode führen kann, darf der Tabakrauch als Gift bezeichnet werden.¹²⁸ Die Zuständigkeit des Bundes ist somit zu bejahen.

Der Bund hat eine Entscheidungsbefugnis nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 20 GG, sofern es sich um Rechte der Lebensmittel oder **Genussmittel** handelt. Genussmittel sind Stoffe, die zwar zum Verzehr i.w.S.¹²⁹ geeignet sind, jedoch fehlt ihnen im Vergleich zu den Lebensmitteln der Ernährungszweck.¹³⁰ Infolgedessen werden Tabakerzeugnisse im Begriff der Genussmittel eingeschlossen.¹³¹ Da sich das Sachgebiet der Genussmittel in Art. 72 Abs. 2 GG wieder findet, muss hier noch die Erforderlichkeitsklausel überprüft werden.¹³² Sobald sich die Lebensverhältnisse in den Bundesländern in erheblicher Weise auseinander zu entwickeln drohen und dabei das bundesstaatliche Sozialgefüge in starkem Ausmaß beeinträchtigen, ist die Erforderlichkeit gegeben.¹³³ Zusätzlich dient eine bundesgesetzliche Reglementierung der Wahrung der Rechtseinheit, wenn derselbe Lebenssachverhalt einer identischen rechtlichen Behandlung unterliegt.¹³⁴ Beide Anforderungen sind hier zu bejahen, weshalb dem Bund somit die Kompetenz zum Erlass eines entsprechenden Gesetzes verliehen ist.¹³⁵

Das Rauchen von Tabakprodukten führt der Luft zahlreiche gesundheits-schädigende Substanzen zu und verschlechtert damit die Qualität der Atemluft.¹³⁶ Folglich ist auch Art. 74 Abs. 1 Nr. 24 GG, **der Luftverunreinigungen** beinhaltet, einschlägig. Dieser besagt, dass Maßnahmen zum Schutz des Menschen vor Verunreinigungen der Luft, beispielsweise

¹²⁸ Erdil/Grote, Anlage 44, S. 8; Siekmann, NJW 2006, 3382 (3383); Zuck, DÖV 1993, 936 (939).

¹²⁹ in unverändertem, zubereitetem oder verarbeitetem Zustand, so das LMBG.

¹³⁰ Stettner in: Dreier, Grundgesetz Band II, Art. 74 Rn. 103; Erdil/Grote, Anlage 44, S. 10; Zuck, DÖV 1993, 936 (940).

¹³¹ Stettner in: Dreier, Grundgesetz Band II, Art. 74 Rn. 103; Zuck, DÖV 1993, 936 (940).

¹³² Katz, Rn. 427.

¹³³ Graf, Anlage 43, S. 13; Stettner, ZG 2007, 156 (174).

¹³⁴ Stettner, ZG 2007, 156 (174); Siekmann, NJW 2006, 3382 (3385).

¹³⁵ Stettner, ZG 2007, 156 (174).

¹³⁶ NJW 2006, Siekmann, 3382 (3384); Erdil/Grote, Anlage 44, S. 12.

durch Rauch oder Staub, vom Bund getroffen werden können. Durch die Zigaretten wird zwar die Zusammensetzung der Luft negativ beeinflusst, aber es herrscht teilweise die Auffassung, dass der Bund durch das BImSchG bereits von dieser Kompetenz Gebrauch gemacht hat, jedoch Raum für immissionschutzrechtliche Regelungen der Länder gelassen wurde.¹³⁷ Die h.M. hat allerdings den Standpunkt, dass für ein Rauchverbot diese Norm gar nicht angewandt werden kann, da hier nur die Außenluft, nicht aber der Schutz der Innenluft erfasst wird. Zwar lässt der Wortlaut der Norm dies nicht direkt erkennen, jedoch wird dies aus systematischen und historischen Auslegungen abgeleitet.¹³⁸ Damit ist diese Norm nicht einschlägig für ein Rauchverbot im Innenraum.

Oftmals wird auch noch eine Zuständigkeit nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG in Bezug auf die **öffentliche Fürsorge** diskutiert. Diese wird nach einhelliger Meinung aber verneint, da mit der öffentlichen Fürsorge die Hilfe bei wirtschaftlicher Notlage gemeint ist.¹³⁹ Darunter ist ein Rauchverbot als Gesundheitsvorsorge nach h.M. nicht zu subsumieren.¹⁴⁰

Das **Recht der Gaststätten** ist nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG ausdrücklich von der Zuständigkeit des Bundes ausgenommen. Somit könnte ein Gesetz im Bereich der Gaststätten von den Ländern erlassen werden.

3.3.3 Ergebnis

Als Ergebnis kann festgestellt werden, dass der Bund zwar in vielen Bereichen eine Kompetenz besitzt, jedoch nicht im Gebiet der Gaststätten. Daher hat der Bund die Befürchtung geäußert, dass er in diesem Bereich keinerlei Befugnis zum Erlass eines Nichtraucherschutzgesetzes habe.¹⁴¹

¹³⁷ Siekmann, NJW 2006, 3382 (3384); Erdil/Grote, Anlage 44, S. 12.

¹³⁸ Stettner, ZG 2007, 156 (175); Erdil/Grote, Anlage 44, S. 12 f.

¹³⁹ Kunig in: Münch/Kunig, Art. 74 Rn. 32; Siekmann, NJW 2006, 3382 (3384).

¹⁴⁰ Siekmann, NJW 2006, 3382 (3384); Erdil/Grote, Anlage 44, S. 11.

¹⁴¹ LT-Drs. 14/1359, S. 9; Graf, Anlage 43, S. 24.

Diese Behauptung wird in der Literatur allerdings als fragwürdig angesehen, da die h.M. den Schutz vor Passivrauchen nicht in einem ausschließlichen Zusammenhang mit dem Recht der Gaststätten sieht. Vielmehr wird es als ein gesundheitliches Problem dargestellt, das einer bundeseinheitlichen Regelung bedarf.¹⁴² Der Bund hat sich indes aufgrund seiner Bedenken dazu entschieden, bezüglich der im LNRSchG betroffenen Einrichtungen keinen Gebrauch von seinem Kompetenzrecht zu machen.¹⁴³ Daher liegt die Zuständigkeit nun zweifellos bei den Ländern, da sie das Recht der Gaststätten besitzen und zusätzlich durch die konkurrierende Gesetzgebung die Befugnis zum Erlass erhalten haben.

3.4 Varianten zur Durchführung eines Nichtraucher-schutzes

3.4.1 Alternative Maßnahmen

In der Literatur wird häufig über Möglichkeiten zur Durchführung des Nichtraucherschutzes diskutiert, die weniger radikal und tief greifend sind als die Regelungen im LNRSchG. Fraglich ist jedoch, ob diese Maßnahmen auch effektiv sind.

3.4.1.1 Raucherzonen

Die häufigste, einfachste und kostengünstigste Variante ist eine Ausweisung in Raucherzonen. Dabei werden Räume, ohne bauliche Abtrennung in eine Nichtraucherzone und eine Raucherzone eingeteilt. Diese werden meist durch Aufkleber, Tischaufsteller oder Schilder markiert.¹⁴⁴ In Wirklichkeit handelt es sich bei den Nichtraucherzonen aber um Passivraucherzonen, denn durch die ständig vorherrschende Luftzirkulation wird der

¹⁴² Stettner in: Dreier, Grundgesetz Band II, Art. 74 Rn. 64; Stettner, ZG, 2007, 156 (176); Siekmann, NJW 2006, 3382 (3384).

¹⁴³ LT-Drs. 14/1359, S. 9; Graf, Anlage 43, S. 24.

¹⁴⁴ DKFZ, Deutschland benötigt ein Bundesgesetz, Anlage 20, S. 1.

Tabakrauch im gesamten Gebäude verteilt. Es ist sogar möglich, dass die Raucher am Nachbartisch von Nichtrauchern sitzen. In diesem Falle ist ersichtlich, dass diese Maßnahme keinen ausreichenden Schutz vor Passivrauch gewährleistet.¹⁴⁵

3.4.1.2 Lüftungstechnische Anlagen

Vor allem von Seiten der Tabakkonzerne wird immer wieder der Einsatz von Lüftungstechnischen Anlagen sowie Filtersystemen als Möglichkeit zur Säuberung der Raumluft genannt.¹⁴⁶ Diese Anlagen schaffen es jedoch nicht, die Innenraumluft völlig frei von gefährlichen Schadstoffen zu machen. Die Konzentration nimmt zwar ab, jedoch führt dies zu keiner vollständigen Eliminierung.¹⁴⁷ Bei einer andauernden Rauchbelastung, wie dies im Gaststättenbereich der Fall ist, bewirkt nicht einmal ein Luftaustausch mit Tornado ähnlichen Windstärken eine vollständige Beseitigung der Schadstoffe.¹⁴⁸ Mit Lüftungssystemen ist es möglich, den Geruch des Tabakrauchs zu mildern oder auch zu beseitigen, die enthaltenen Giftstoffe können jedoch nicht entfernt werden.¹⁴⁹ Da es keinen für die Gesundheit unbedenklichen Wert des Tabakrauchs gibt¹⁵⁰, führt ein technischer Luftaustausch oder eine Luftreinigung folglich zu keinem ausreichenden Nichtraucherschutz.¹⁵¹

Die Lüftungssysteme, welche die Luft filtern und dann wieder in den Raum abgeben, stellen selbst sogar eine Gefahrenquelle dar. Der eingesaugte Tabakrauch enthält Giftstoffe, die sich in der Lüftung niederlassen, daran haften bleiben und anschließend nach und nach mit der gefilterten Luft

¹⁴⁵ DKFZ, Deutschland benötigt ein Bundesgesetz, Anlage 20, S. 1.

¹⁴⁶ DKFZ, Unzureichender Gesundheitsschutz, Anlage 45, S. 1.

¹⁴⁷ DKFZ, Unzureichender Gesundheitsschutz, Anlage 45, S. 2; DKFZ, Raucherräume und Lüftungssysteme, Anlage 46, S. 2.

¹⁴⁸ DKFZ, Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Anlage 4, S. 14.

¹⁴⁹ DKFZ, Deutschland benötigt ein Bundesgesetz, Anlage 20, S. 2.

¹⁵⁰ Vgl. Kapitel 2.3.2.2.

¹⁵¹ WHO, Guidelines, Anlage 8, S. 9; DKFZ, Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Anlage 4, S.14; Raucherräume und Lüftungssysteme, Anlage 46, S. 2.

wieder abgegeben werden. Darum müssen derartige Belüftungssysteme regelmäßig gewartet werden, was zu hohen Kosten für die Gaststätten führt.¹⁵² Die Luftreinigung oder ein technischer Luftaustausch können nicht verhindern, dass Nichtraucher Tabakrauch ausgesetzt sind.¹⁵³

3.4.2 Rechtliche Möglichkeiten

Aufgrund der Vielzahl der in der Bundesrepublik Deutschland existierenden gesetzlichen Regelungen, stellt sich die Frage, ob der Erlass des LNRSchG wirklich notwendig war oder ob Maßnahmen zum Nichtraucherschutz nicht bereits durch bestehende Regelungen hätten durchgeführt werden können.

3.4.2.1 § 5 Abs. 1 ArbStättV

§ 5 Abs. 1 der ArbStättV dient dem Nichtraucherschutz der Beschäftigten und schafft ihnen das Recht auf einen rauchfreien Arbeitsplatz. Diese Verordnung verlangt, dass der Arbeitgeber die erforderlichen Maßnahmen trifft, damit nicht rauchende Beschäftigte in Arbeitsstätten wirksam vor den Gesundheitsgefahren des Tabakrauches geschützt sind. Dies soll, soweit erforderlich, durch ein allgemeines oder auf einzelne Bereiche der Arbeitsstätte beschränktes Rauchverbot realisiert werden. Allerdings wird dieser Grundsatz in § 5 Abs. 2 ArbStättV wieder eingeschränkt. Bei Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr hat der Arbeitgeber Schutzmaßnahmen nur insoweit zu treffen, als die Natur des Betriebs und die Art der Beschäftigung es zulassen.

Gaststätten fallen unter den Begriff einer Arbeitsstätte, da die Beschäftigten sie im Rahmen ihrer Arbeit gemäß § 2 ArbStättV aufsuchen. Die Voraussetzung einer Gesundheitsgefahr durch Tabakrauch liegt ebenfalls

¹⁵² DKFZ – Raucherräume und Lüftungssysteme, Anlage 46, S. 2.

¹⁵³ WHO, Guidelines, Anlage 8, S. 9.

vor.¹⁵⁴ Ein rauchfreier Arbeitsplatz würde beinhalten, dass der Tabak dort nicht mehr sinnlich wahrnehmbar ist. Somit darf er weder sichtbar, noch zu riechen sein.¹⁵⁵ Diese Merkmale sind normalerweise in der Außenluft vorhanden. Als Richtlinie für die Qualität der Innenluft kann folglich die Qualität der Außenluft herangezogen werden.¹⁵⁶

Allerdings handelt es sich bei der Gaststätte auch um eine Arbeitsstätte mit Publikumsverkehr. Das Rauchen wird in der Gaststätte als eine Art Nebenleistung zum Essen und Trinken gesehen im Unterschied zu Banken oder Postämtern mit Publikumsverkehr.¹⁵⁷ Aus diesem Grund gilt die Ausnahmegesetzgebung des § 5 Abs. 2 ArbStättV insbesondere für den Gastronomiebereich.

3.4.2.2 § 5 GastG

Nach den Vorschriften der ArbStättV haben nur die Mitarbeiter, nicht aber die Gäste einen Anspruch auf den Nichtraucherschutz. Es gilt zu prüfen, ob die Gäste einen Anspruch aus § 5 GastG haben. Dieser beinhaltet, dass es jederzeit möglich ist, Auflagen zum Schutze der Gäste gegen Gefahren für Leben oder Gesundheit zu erlassen. Allerdings gilt dies nur gegenüber Gewerbetreibenden, die einer Erlaubnis bedürfen.

Als Gast gilt, wer sich innerhalb der Gaststättenräume aufhält, auch ohne Verzehrabsicht. Nicht unter den Begriff der Gäste fallen dagegen Beschäftigte der Gaststätte, selbst wenn sie dort Speisen oder Getränke konsumieren. Diese sind erst dann als Gäste zu bezeichnen, sobald sie sich unabhängig von ihrer Beschäftigung, etwa in ihrer Freizeit, in der Gaststätte

¹⁵⁴ Vgl. Kapitel 2.3.2.1.

¹⁵⁵ Reinecke in: Küttner/Roller, 324, Rn. 2.

¹⁵⁶ Bergwitz, NZA-RR 2007, 169 (171).

¹⁵⁷ Hotzler, Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz, Anlage 36, S. 9.

aufhalten.¹⁵⁸ Ebenfalls einschlägig in Bezug auf Tabakrauch ist die Gesundheitsgefahr.¹⁵⁹

Es kann festgestellt werden, dass durch Passivrauchen die Tatbestandsmerkmale alle erfüllt sind. Dennoch sagt die h.M, dass ein Rauchverbot für Gaststätten grundsätzlich nicht auf § 5 GastG gestützt werden kann, da nach momentaner Rechtslage Auflagen nur in Einzelfällen denkbar sind.¹⁶⁰ Hierzu wird ausgeführt, dass nur der Gesetzgeber selbst Regelungen zu einem allgemeinen Nichtraucherschutz schaffen kann.¹⁶¹ Aufgrund der inzwischen bekannten Gesundheitsschäden ist wohl zu verneinen, dass Passivrauchen immer noch als sozial adäquat angesehen wird.¹⁶² In Ausnahmefällen kann ein Rauchverbot zum Nichtraucherschutz auf § 5 GastG gestützt werden. Dies wäre der Fall, wenn die Gaststätte vorwiegend von Jugendlichen genutzt wird, welche eines besonderen Schutzes bedürfen.¹⁶³

Neben den Gästen sollen durch § 5 Abs. 1 Nr. 2 GastG zusätzlich die Beschäftigten geschützt werden. Allerdings wird dieser Schutz schon weitgehend durch die ArbStättV gesichert, weshalb die Bedeutung dieser Regelung eher gering ist.¹⁶⁴

3.4.2.3 §§ 3,1 PolG

Eine weitere Möglichkeit besteht in einer Maßnahme nach der Generalklausel im Polizeigesetz, §§ 3,1 PolG.

¹⁵⁸ Pörtl, § 5 Rn. 20.

¹⁵⁹ Vgl. Kapitel 2.3.2.1.

¹⁶⁰ Hoffmann/Walter, 4.2.

¹⁶¹ Pörtl, § 5 Rn. 25; Hoffmann/Walter, 4.2.

¹⁶² Kienzle in: Michel/Kienzle/Pauly, § 5 Rn. 9.

¹⁶³ Pörtl, § 5 Rn. 25.

¹⁶⁴ Pörtl, § 5 Rn. 31.

Die Generalklausel §§ 3,1 PolG fordert, dass eine Gefahr oder eine Störung für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung vorliegen muss. Eine Gefahr besteht dann, wenn eine Sachlage bei ungehindertem Geschehensablauf, in absehbarer Zeit und mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einem Schaden führt.¹⁶⁵ Eine Störung bedeutet, dass der Schaden bereits eingetreten ist.¹⁶⁶ Die öffentliche Sicherheit umfasst den Schutz der Individualrechtsgüter - worunter auch das Leben und die Gesundheit fallen - der gesamten Rechtsordnung, sowie die Unverletzlichkeit des Staates und seiner Einrichtungen.¹⁶⁷

Durch Passivrauchen besteht eindeutig eine solche Gefahr für die öffentliche Sicherheit in Form von Gesundheit und Leben, da auch schon geringe Mengen des Rauches den Nichtraucher schädigen können.¹⁶⁸

Das PolG scheidet aber aufgrund der Subsidiarität aus, da es genügend Spezialgesetze gibt.

3.4.2.4 Freiwillige Selbstverpflichtung

Der DEHOGA Bundesverband hat es mit einer freiwilligen Selbstverpflichtung rauchfreier Gaststätten versucht. Dabei hat er sich gegenüber der Bundesregierung verpflichtet, in einem dreijährigen Stufenplan von März 2005 bis März 2008 die Hälfte aller Sitzplätze im Bereich der Speisegastronomie in Nichtraucherplätze umzuwandeln. Die Vereinbarung gilt für alle Betriebe, die regelmäßig Speisen anbieten und über 75 Quadratmeter bzw. über mehr als 40 Sitzplätze verfügen.¹⁶⁹ Da der DEHOGA Bundesverband zusätzlich zu diesen Bedingungen nur etwa ein Drittel aller Gast-

¹⁶⁵ Würtensberger/Heckmann, Rn. 411.

¹⁶⁶ Würtensberger/Heckmann, Rn. 412.

¹⁶⁷ Ruder/Schmitt, Rn. 230.

¹⁶⁸ Vgl. Kapitel 2.3.2.1; vgl. Kapitel 2.3.2.2.

¹⁶⁹ Heckel, Anlage 47, S. 1.

ronomiebetriebe vertritt, ist die Mehrheit von dieser Selbstverpflichtung ausgenommen.¹⁷⁰

Diese freiwillige Selbstverpflichtung scheiterte nach einer Studie der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und dem Verbraucherzentrale Bundesverband vom 19.02.2007. In der zweiten Stufe bis zum 01.03.2007 sollten 60 Prozent der Speisegaststätten 40 Prozent ihrer Sitzplätze zu Nichtraucherplätzen gemacht werden. Laut der obigen Studie erfüllten jedoch insgesamt nur knapp 11 Prozent der Gaststätten diese Vorgaben.¹⁷¹

3.5 Grundrechte

3.5.1 Grundrechte der Raucher und Nichtraucher

Durch Erlass des LNRSchG könnte der Staat in die Grundrechte des Rauchers eingegriffen haben. Gemäß **Art. 2 Abs. 1 GG** hat jedermann das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit. Der persönliche Schutzbereich umfasst jede lebende natürliche Person. Das Rauchen wird im sachlichen Schutzbereich eingeschlossen, welcher hier jedes menschliche Verhalten schützt.¹⁷² Allerdings gilt dieses Recht nicht uneingeschränkt, denn es findet schon laut Gesetzestext seine Schranken beispielsweise in den Rechten anderer. Somit ist die Freiheit des Rauchers nicht der Einwirkung der öffentlichen Gewalt entzogen, welche das Rauchen in bestimmten Lebensbereichen einschränken oder gar völlig untersagen kann.¹⁷³ Ein Schutz zur freien Entfaltung der Persönlichkeit des Rauchers entfällt nicht schon deshalb, weil Rauchen gesundheitsschädlich ist. Denn es steht jedem mündigen Menschen frei, sich unvernünftig zu verhalten und sich selbst zu schädigen, solange er sich im Rahmen der Gesetze bewegt. Darum wäre es auch nicht verhältnismäßig ein Rauchverbot mit

¹⁷⁰ DKFZ, Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Anlage 4, S. 40.

¹⁷¹ IFAV, Anlage 48, S. 10.

¹⁷² Katz, Rn. 684; Jahn, DÖV 1989, 850.

¹⁷³ Jahn, DÖV 1989, 850 (851).

dem Ziel zu erlassen, Menschen von den gesundheitsschädlichen Gewohnheiten abzubringen.¹⁷⁴

Allerdings muss ein Grundrechtseingriff bezüglich des zu erreichenden Zieles verhältnismäßig sein. Dem Raucher wird das Rauchen nicht verboten, er wird nur dahingehend eingeschränkt, dass er nicht mehr an jedem Ort seiner Sucht frönen darf. Die Rechtfertigung der Raucher bezüglich ihrer Abhängigkeit kann hierbei nicht gewertet werden, da sie sich freiwillig dem Tabakrauch aussetzen oder einmal ausgesetzt haben und die Folgen der Abhängigkeit selbst verantworten müssen.¹⁷⁵

Zusätzlich stellt die Situation des Passivrauchens für den Nichtraucher einen Anspruch aus **Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG** nach Leben und körperlicher Unversehrtheit her. Dies setzt allerdings eine Beeinträchtigung des Schutzgutes Leben oder der körperlichen Unversehrtheit voraus, die nachweislich vom Tabakrauch herrührt.¹⁷⁶ Eine Beeinträchtigung durch Tabakrauch könnte vor allen Dingen auf gesundheitlicher Basis geschehen. Der Normbereich der körperlichen Unversehrtheit schließt die Gesundheit des Menschen ein.¹⁷⁷ Wie schon in Kapitel 2.3.2.1 abgehandelt, ist Tabakrauch für die Gesundheit schädlich.

Bei einer Grundrechtskollision hat dasjenige Recht zurückzutreten, welches die Ausübung des anderen beeinträchtigt und es hat dasjenige Recht den Vorrang, welches ohne Störung des anderen ausgeübt werden kann. Für den Nichtraucher bedeutet das Rauchverbot eine Verbesserung in Bezug auf seinen Gesundheitszustand. Da die Gesundheit ein sehr hohes Gut ist, wiegt das Recht der Nichtraucher höher als das der Raucher. Diese versuchen ihr Recht damit zu begründen, dass eine Kneipe ohne Rauchen keine Kneipe mehr sei und dass dort schon immer geraucht werden

¹⁷⁴ Jahn, DÖV 1989, 850.

¹⁷⁵ Bergwitz, NZA-RR 2004, 169 (172).

¹⁷⁶ Jahn, DÖV 1989, 850 (851).

¹⁷⁷ Katz, Rn. 700.

durfte.¹⁷⁸ Der Nichtraucher fordert zudem mit seinem Verlangen nach tabakfreier Atemluft lediglich ein menschliches Grundbedürfnis.¹⁷⁹

3.5.2 Grundrechte der Gastwirte

In den Klagen an das Bundesverfassungsgericht kritisieren die Gastwirte, dass durch das Rauchverbot ihre Grundrechte der Berufsfreiheit aus Art. 12 GG und der Eigentumsfreiheit aus Art. 14 GG verletzt werden. Gastwirte von Einraumkneipen haben nicht die Möglichkeit einen Raucherraum einzurichten. Sie bemängeln, dass die Gäste sich ein Lokal mit Raucherraum suchen und diese Abwanderung ihre Existenz bedroht.¹⁸⁰

Das Recht der oben erwähnten Berufsfreiheit des **Art. 12 GG** gilt nicht nur für alle natürlichen Personen, sondern auch für inländische juristische Personen des Privatrechts¹⁸¹ und schließt den Schutzbereich der Gewerbefreiheit des § 1 GewO mit ein.¹⁸² Durch diese wird neben dem Beginn eines Gewerbes auch seine ungestörte Fortsetzung geschützt. Allerdings lässt die Gewerbefreiheit keine Rückschlüsse auf die Art und Weise der Gewerbeausübung zu.¹⁸³ Der Schutzbereich der Gewerbefreiheit des § 1 GewO ist daher nicht berührt, sofern öffentlich rechtliche Vorschriften dem Gewerbetreibenden Pflichten zur Art und Weise der Gewerbeausübung auferlegen. Diese dürfen allerdings nicht soweit eingreifen, dass die Ausübung des Betriebes dadurch nicht mehr möglich ist.¹⁸⁴ Falls die kleinen Eckkneipen wirklich nicht mehr existieren können, weil die Gäste ausbleiben, könnte dies ein Eingriff in die Gewerbefreiheit sein.

¹⁷⁸ Stettner, ZG 2007, 156 (163).

¹⁷⁹ Bergwitz, NZA-RR 2004, 169 (172).

¹⁸⁰ LSW, Kneipenwirte gehen in Karlsruhe aufs Ganze, Anlage 49, S. 1.; DPA, Gastwirte klagen gegen Rauchverbot, Anlage 50, S. 1.

¹⁸¹ Katz, Rn. 790.

¹⁸² Katz, Rn. 788.

¹⁸³ Friauf, § 1 Rn. 205.

¹⁸⁴ Friauf, § 1 Rn. 210.

Grundrechtsträger des **Art. 14 GG** sind alle natürlichen Personen und inländische juristische Personen des Privatrechts gemäß Art. 14 i.V.m Art. 19 Abs. 3 GG.¹⁸⁵ Der Eigentumsschutz für Unternehmen ist allerdings strittig. Das BVerfG hat entschieden, dass ein Unternehmen nicht die rechtliche, sondern nur die tatsächliche Zusammenfassung der zu seinem Vermögen gehörenden Sachen und Rechte ist, die schon jedes für sich durch Art. 14 GG geschützt sind.¹⁸⁶ Die Gewinnchancen, Interessen aber auch Erwartungen und Aussichten sind aus dem Schutzbereich des Art. 14 GG ausgeschlossen.¹⁸⁷

Die h.M. vertritt allerdings die Auffassung, dass ein Eigentumsschutz für Unternehmen besteht, welcher dadurch begründet wird, dass ein Unternehmen in seiner Gesamtheit deutlich mehr wert ist als die Summe der einzelnen Gegenstände des Unternehmens an sich.¹⁸⁸ Begründet wird es unter anderem damit, dass ein Unternehmen auf seine Einheit vertraue und damit seine Existenz sichere.¹⁸⁹ Die Gegenmeinung dazu stellt klar, wer auf den Mehrwert der Einheit des Unternehmens abstellt, hat übersehen, dass Art. 14 GG ein Recht schützt und nicht die auf dem Markt realisierbaren Vermögenswerte.¹⁹⁰

Besteht ein Eigentumsschutz und soll dieser eingeschränkt werden, muss die Sozialpflichtigkeit beachtet werden. Nicht jedes öffentliche Interesse rechtfertigt eine Eigentumsbeschränkung. Nur wichtige Gründe des Allgemeinwohls haben Vorrang vor dem Individualinteresse.¹⁹¹ Bezüglich des LNRSchG muss daher geprüft werden, über welche Dauer die Einraumkneipen tatsächlich Umsatzeinbußen verzeichnen und inwiefern dadurch ihre Existenz gefährdet wird. Diesem privaten Interesse steht das

¹⁸⁵ Katz, Rn. 816.

¹⁸⁶ BVerfGE 51, 193 (221 f.).

¹⁸⁷ Wieland in: Dreier, Grundgesetz Band I, Art. 14, Rn. 52.

¹⁸⁸ Depenheuer in: von Mangoldt/Klein/Starck, Art. 14, Rn. 132; Antoni in: Seifer/Hömig, Art. 14, Rn. 3.

¹⁸⁹ Wieland in: Dreier, Grundgesetz Band I, Art. 14, Rn. 51.

¹⁹⁰ Wieland in: Dreier, Grundgesetz Band I, Art. 14, Rn. 52.

¹⁹¹ Katz, Rn. 820.

öffentliche Interesse in Form des Gesundheitsschutzes der Arbeiter und Gäste entgegen. Welchem Interesse hier Vorrang zu gewähren ist, hat das Bundesverfassungsgericht noch zu entscheiden.¹⁹²

3.6 Ordnungswidrigkeiten

Ein wirksamer Schutz für die Nichtraucher kann nicht durch freiwillige Maßnahmen erreicht werden. Auch eine gesetzliche Regelung, wie das LNRSchG, wird nicht von selbst eingehalten. Daher bedarf es gewisser Sanktionen, damit die im LNRSchG beinhaltenen Regelungen auch befolgt werden.

Ein Verstoß gegen das LNRSchG wird als Ordnungswidrigkeit nach § 9 LNRSchG geahndet. Ordnungswidrig i.S.d. § 9 LNRSchG handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig in einer Gaststätte raucht. Diese Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 40 Euro geahndet werden. Für den Wiederholungsfall innerhalb eines Jahres, ist eine Geldbuße bis zu 150 Euro möglich.¹⁹³

Im Vergleich zu den zwei anderen Bundesländern¹⁹⁴, deren Nichtraucherschutzgesetz für Gaststätten ebenfalls im Jahre 2007 in Kraft getreten ist, fällt auf, dass in Baden-Württemberg und Hessen fahrlässiges Rauchen in einer Gaststätte geahndet wird. In Niedersachsen hingegen nur der Vorsatz. Vorsatz bedeutet, dass der Handelnde die Tatbestände kannte und so handeln wollte. Er entfällt, wenn bzgl. auch nur eines Tatbestandsmerkmals das Wissen oder der Wille fehlt.¹⁹⁵ Er muss nicht wissen, dass seine Handlung auch verboten ist. Fahrlässigkeit bedeutet nach § 276 BGB das Außer-Acht-Lassen der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt.

¹⁹² DPA, Gastwirte klagen gegen Rauchverbot, Anlage 50, S. 1.

¹⁹³ LT-Drs. 14/1359, S. 17.

¹⁹⁴ Niedersachsen, Hessen.

¹⁹⁵ Dr. Förster in: Rebmann/Roth/Hermann, § 10, Rn. 5.

Besonders auffällig ist, dass Baden-Württemberg als einziges Bundesland lediglich den Raucher, jedoch nicht den Gastwirt, der seiner Hinweis- und Maßnahmenpflicht nicht nachkommt, nach § 9 Abs. 1 Nr. 6 ordnungsrechtlich verfolgt. Der Gastwirt selbst kann nur über disziplinar- oder arbeitsrechtliche Maßnahmen bestraft werden. Möglich wäre auch ein Entzug der Konzession¹⁹⁶ aus § 2 GastG.¹⁹⁷ In anderen Bundesländern kann der Gastwirt mit einem Bußgeld, in Hessen sogar mit bis zu 10.000 Euro bestraft werden.

Eine weitere Regelung, die es so nur im LNRSchG von Baden-Württemberg gibt, ist die Ahndung bei einer Wiederholungstat des Rauchers gemäß § 9 Abs. 2.

Nach § 35 OwiG ist für die Verfolgung von Ordnungswidrigkeiten grundsätzlich die Verwaltungsbehörde zuständig. Verwaltungsbehörde i.S.d § 36 Abs. 1 Nr. 1 OwiG ist die Behörde, die laut Gesetz bestimmt wird. Im Falle des LNRSchG ist dies die Ortpolizeibehörde, nach § 62 Abs. 5 PolG die Gemeinde. Der Gesetzgeber verlangt eine örtliche Nähe zu den betroffenen Einrichtungen, damit für die Aufklärung des Sachverhalts auch eine Beurteilung der örtlichen Verhältnisse eingebracht werden kann. Aus diesem Grund ist hier gemäß § 37 OwiG die Verwaltungsbehörde, in deren Bezirk die Ordnungswidrigkeit begangen worden ist, örtlich zuständig.¹⁹⁸

¹⁹⁶ Gaststättenerlaubnis.

¹⁹⁷ LT-Drs. 14/1359, S. 16.

¹⁹⁸ LT-Drs. 14/1359, S. 17.

4 Auswirkungen des LNRSchG

4.1 Umfragen

4.1.1 Durchführung der Befragungen

Das LNRSchG trat zum 01. August 2007 in Kraft. Infolgedessen mangelt es an Literatur bezüglich den tatsächlichen Auswirkungen. Um die Folgen beurteilen zu können, wurden für diese Diplomarbeit zwei Umfragen durchgeführt.

Die erste Umfrage bezieht sich auf die Grundgesamtheit der Gaststätten in der Stadt Ludwigsburg. Im Zuge einer bewussten Auswahl wurden sämtliche Gaststätten, die in den „Gelben Seiten“ und im „City Guide“ der Stadt Ludwigsburg verzeichnet sind, für die Umfrage ausgewählt. Die Befragung selbst wurde anhand eines Fragebogens durchgeführt, der ungefähr siebzig Gastwirten via E-Mail, Post oder auch telefonisch übermittelt wurde. Die vierzehn Fragen sind fast ausschließlich durch unkompliziertes Ankreuzen zu beantworten.¹⁹⁹ Aus dem Rücklauf dieser Erhebung sind lediglich 31 Fragebögen zur Auswertung geeignet.

Bei der zweiten, weniger umfangreichen stichprobenartigen Befragung wurden aus der Grundgesamtheit der 81 Großen Kreisstädte in Baden-Württemberg lediglich sechs Städte aus dem Großraum Stuttgart ausgesucht. Diese wurden via E-Mail mit einigen Fragen konfrontiert. Allerdings sind diese nicht durch Ankreuzen, sondern durch schriftliches Ausformulieren zu beantworten.²⁰⁰ Erfreulich ist, dass der Rücklauf hier bei 100 Prozent liegt und auch alle Antworten verwertbar sind.

¹⁹⁹ s. Anlage 51.

²⁰⁰ s. Anlage 52.

4.1.2 Schwierigkeiten bei der Auswertung

Probleme bei der Auswertung bestehen vor allen Dingen bei der Befragung in den Gaststätten. Einige Gastwirte haben mehrere Antwortmöglichkeiten einer Frage parallel angekreuzt. Um die Auswertung zu vereinfachen, wird die Antwort prozentual auf die verschiedenen Punkte aufgeteilt. Konnte sich ein Wirt nicht entscheiden zwischen „sehr zufrieden“ und „zufrieden“, so erhält keine Antwort 100 Prozent der Zustimmung dieses Wirtes, sondern jeweils nur 50 Prozent.

Bei der Auswertung dieser ersten Umfrage werden die Gaststätten in drei Bereiche eingeteilt, denen sich die Gastwirte selbst zugeordnet haben. Den Bereich der Restaurants, Restaurants mit Bar oder Café und aus Gründen der Repräsentativität werden verschiedene Gruppen der Gaststätten, von denen jeweils nur ein bis zwei Antworten vorliegen, in den Bereich der „sonstige Gastronomie“ zusammengefasst. Darunter fallen Kneipe, Gasthaus, Bistro, Café-Bar-Lounge, Bar sowie Espresso-Bar und Diskothek.

Schwierigkeiten bei der Auswertung der zweiten Umfrage ergeben sich durch den unterschiedlichen Umfang der Antworten. Da es sich hier um ein teilweise heikles Thema handelt, sind manche Städte mit Auskünften relativ vorsichtig.

4.2 Inanspruchnahme der Ausnahmeregelung

Das LNRSchG Baden-Württemberg ermöglicht eine Abweichung vom vollständigen Rauchverbot in den Gaststätten, mit Ausnahme der Diskotheken, in Form von vollständig abgeschlossenen Raucherräumen. Aus diesem Grund wurde die Diskothek bei dieser Auswertung außer Acht gelassen. Ebenso nicht berücksichtigt werden eine Bar mit Restaurantbetrieb, welche lediglich eine unbekannte Anzahl Stehplätze anbietet und ein Re-

staurant, welches keinerlei Angaben über Größe und Sitzplätze gemacht hat, denn hier kann keine Einteilung nach der Größe erfolgen.

Interessant ist zu ermitteln, ob von dieser Ausnahme auch Gebrauch gemacht wird, oder ob diese lediglich als theoretische Möglichkeit verbleibt. Falls die Gaststätten Raucherräume eingeführt haben, muss natürlich auch überprüft werden, ob die Größe der Raucherbereiche, als maßgebliche Einheit, in einem angemessenen Verhältnis zur Größe der Nichtraucherbereiche steht.

Um festzustellen, ob die Errichtung der Raucherbereiche nur von großen Gaststätten in Anspruch genommen wird, unterscheidet diese Auswertung zusätzlich zwischen elf kleinen Gaststätten mit bis zu 99 Sitzplätzen und siebzehn großen Gaststätten zwischen 100 und 500 Sitzplätzen.

Raucherbereiche haben knapp 65 Prozent der größeren Gaststätten eingerichtet, aber nur 27 Prozent der kleinen. Kein Unterschied lässt sich allerdings in Bezug auf das Verhältnis der Sitzplätze von Nichtraucher- und Raucherraum feststellen. So befinden sich immer ungefähr 75 Prozent der Sitzplätze im Nichtraucherbereich.

4.2.1 Restaurants

Beinahe zwei Drittel der Restaurantbetriebe gehören zu den großen Gaststätten, wobei wiederum zwei Drittel davon einen Raucherraum eingerichtet haben. Von den kleinen Restaurants mit bis zu 100 Sitzplätzen sind dagegen mehr als 80 Prozent reine Nichtraucherrestaurants. Die gesamte Inanspruchnahme aller Restaurants liegt bei ungefähr 45 Prozent.

4.2.2 Restaurants mit Bar oder Café

Zwei Drittel der Restaurants mit Bar oder Café haben Raucherräume eingerichtet. Ein Grund für die hohe Inanspruchnahme in den Restaurants mit Bar oder Café ist sicherlich, dass alle in der Umfrage erfassten Gaststätten der Restaurants mit Bar oder Café unter die großen Gaststätten mit 100 und mehr Sitzplätzen fallen. Die Möglichkeit, Raucherräume zu errichten, muss demnach nicht aus Platzgründen weichen. Da gerade im Café- und Barbereich das Rauchen einen großen Stellenwert einnimmt, haben sich die Wirte für einen Raucherraum entschieden.

4.2.3 Sonstige Gastronomie

Auch hier liegt die Gesamtinanspruchnahme bei etwa 45 Prozent. Im Bereich der sonstigen Gastronomie gehören mehr als 70 Prozent zu den kleinen Gaststätten. 50 Prozent der großen Gaststätten und 40 Prozent der kleinen haben einen Raucherraum eingerichtet. Raucherräume in kleinen Gaststätten sprechen dafür, dass auch hier das Rauchen bei den Gästen einen hohen Stellenwert einnimmt.

4.3 Reaktionen von Betroffenen

4.3.1 Beschäftigte

Ein Ziel des LNRSchG ist es, die Beschäftigten der Gaststätten vor Tabakrauch zu schützen. Die Reaktion über den Nichtraucherschutz fällt bei drei Viertel der Gaststätten mit überwiegend nicht rauchenden Beschäftigten positiv aus.²⁰¹ So begrüßen es einige, dass sie beim „Schaffen nicht im Qualm stehen müssen“.²⁰² Die Begeisterung der rauchenden Mitarbeiter

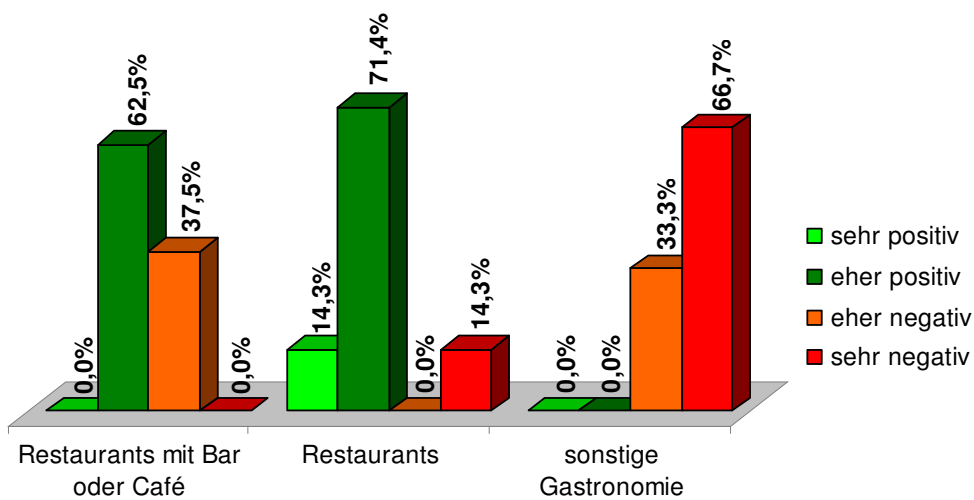
²⁰¹ Nur Gaststätten gewertet, die Angaben über den Raucherstatus ihrer Beschäftigten gemacht haben.

²⁰² Bögel, Anlage 53, S. 1.

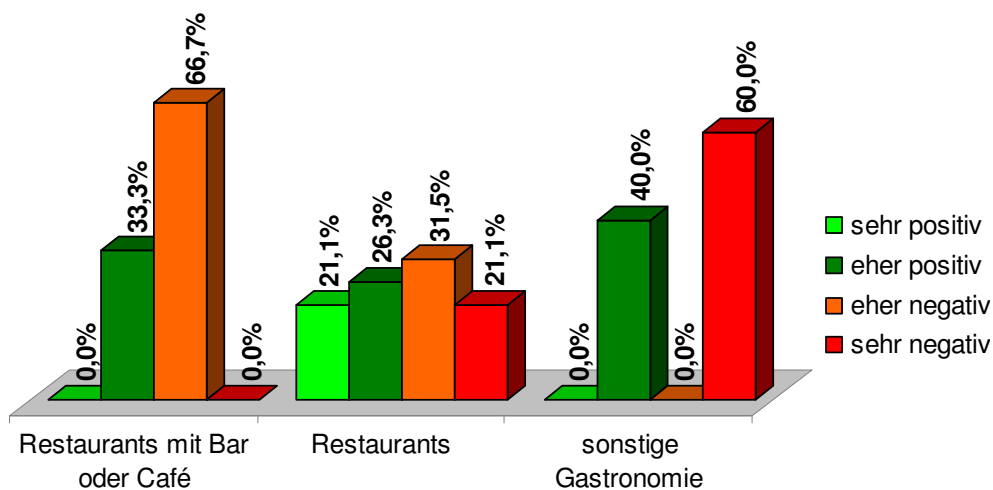
über das LNRSchG ist dagegen eher verhalten, mehr als 70 Prozent empfinden es als negativ.

Am Besten wird das Rauchverbot in Restaurants und in Restaurants mit Bar oder Café aufgenommen, sofern es dort einen Raucherraum gibt. Eine gegenteilige Reaktion weist die sonstige Gastronomie mit Raucherraum auf. Hier zeigen alle Mitarbeiter eine negative Haltung gegenüber dem LNRSchG. Relativ ausgeglichen hingegen verhalten sich die Mitarbeiter mit ihren Reaktionen in den Restaurants ohne Raucherraum.

Reaktion der Beschäftigten mit Raucherraum

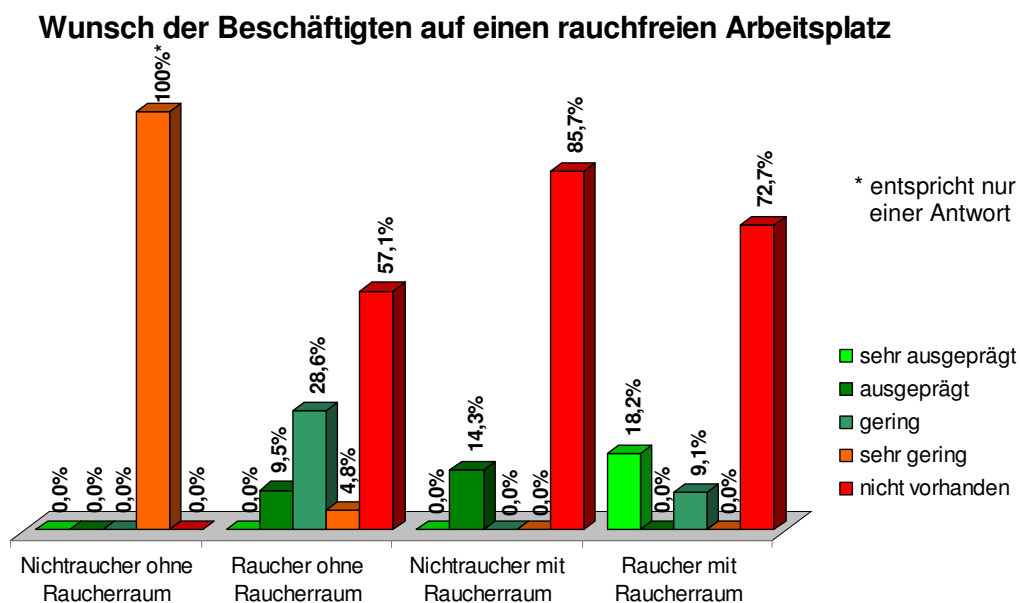


Reaktion der Beschäftigten ohne Raucherraum



Die Umfrage wurde von den Gastwirten beantwortet. Insofern stellt sich die Frage, inwiefern diese den Antworten neutral gegenüberstehen. 80 Prozent der Wirte, bei deren Mitarbeitern die Meinung gegenüber dem Rauchverbot „eher positiv“ ausfällt, empfinden das Rauchverbot ebenfalls als „positiv“ und umgekehrt.

Der Wunsch der Beschäftigten aller Bereiche nach einem rauchfreien Arbeitsplatz ist bei reinen Nichtraucher-gaststätten mit vorwiegend Rauchern bei beinahe 40 Prozent dieser Gaststätten vorhanden, wenn teilweise auch nur sehr gering. Gibt es einen Raucherraum, so sind es nur noch etwas mehr als ein Viertel dieser Gaststätten, bei denen die Mitarbeiter diesen Wunsch haben. Bei Gaststätten mit Raucherraum, die überwiegend Nichtraucher beschäftigen, ist der Wunsch auf eine rauchfreie Arbeitsstelle nur bei 14 Prozent dieser Gaststätten vorhanden, in diesen Fällen aber ausgeprägt.



Interessant ist das Ergebnis, dass der Wunsch auf einen rauchfreien Arbeitsplatz größer ist, sofern es keinen Raucherbereich gibt. Daraus könnte man schließen, dass eine reine Nichtraucher-gaststätte seine positiven Seiten hat und die Mitarbeiter diese inzwischen genießen.

4.3.2 Gäste

In den Medien wird häufig über die Reaktion der Gäste diskutiert. Glücklicherweise sind die meisten nicht, wenn sie zum Rauchen aus der Gaststätte geschickt werden,²⁰³ aber sie akzeptieren es.²⁰⁴ Beschwerden, dass ihnen das Rauchen weniger Freude bereitet, wenn sie bei klirrender Kälte auf der Straße ihrer Sucht nachgehen müssen, sind dabei kein Einzelfall.²⁰⁵ Manche sehen es locker und ziehen sich einfach einen dicken Anorak an, andere bleiben aber auch in einer Art Trotzreaktion zu Hause.²⁰⁶ Einige werfen dem Gesetzgeber vor, dass ihr Recht auf freie Entfaltung eingeschränkt wird oder argumentieren, dass ihnen ein Stück Kultur verloren geht, wenn sie am Tresen sitzen und nicht mehr in Rauch gehüllt sind.²⁰⁷ Die Nichtraucher hingegen finden die Neuregelung gut.²⁰⁸

4.3.2.1 Restaurants

Ob sich alle Gäste diesen Meinungen anschließen, ist sicherlich fraglich. Die Umfrage in der Ludwigsburger Gastronomie hat ergeben, dass die Reaktion der Gäste in 80 Prozent der Restaurants mit oder ohne Raucherraum, positiv, teilweise sogar sehr positiv ausfällt. Ohne Raucherraum hat sich die Gästezahl sogar in 10 Prozent der Restaurants erhöht. In Restaurants mit Raucherbereich zeigen sich hierzu keine Veränderungen. In 44 Prozent der Nichtraucherrestaurants hat sich die Aufenthaltsdauer verkürzt. Die restlichen 56 Prozent zeigen hierzu keine Veränderungen, ebenso wie Restaurants mit Raucherraum.

²⁰³ Raucher aufstehen. Und draußen qualmen, Anlage 54, S. 1.

²⁰⁴ Für manche geht es um Existenzen, Anlage 55, S. 2.

²⁰⁵ Raucher aufstehen. Und draußen qualmen, Anlage 54, S. 1.

²⁰⁶ Faulhaber, Anlage 56, S. 1.

²⁰⁷ Schwan, Anlage 57, S. 1.

²⁰⁸ Für manche geht es um Existenzen, Anlage 55, S. 2.

4.3.2.2 Restaurants mit Bar oder Café

Im Vergleich dazu zeigen sich 80 Prozent der Gäste in Restaurants mit Bar oder Café ohne Raucherraum nicht begeistert, weshalb auch in einem Drittel dieser Restaurants bis zu 20 Prozent der Gäste ausbleiben. Mit Raucherraum ist die Reaktion der Gäste sehr ausgeglichen, obwohl hier in drei Viertel der Restaurants die Gästezahl um ungefähr 10 Prozent gesunken ist. Die Aufenthaltsdauer der Gäste hat sich in ungefähr der Hälfte der Restaurants, mit oder ohne Raucherbereich, verringert.

4.3.2.3 Sonstige Gastronomie

Im Bereich der sonstigen Gastronomie ohne Raucherraum ist bei der Hälfte der Gaststätten eine positive Reaktion zu verzeichnen und gleichzeitig kommen auch mehr Gäste. Die andere Hälfte der Gaststätten zeigt dieselbe Entwicklung, jedoch in die negative Richtung. Die Aufenthaltsdauer hat sich zwar bei 60 Prozent der Gaststätten ohne Raucherraum verkürzt, hingegen aber auch bei 20 Prozent erhöht. Mit Raucherraum ist die Reaktion in allen Gaststätten sehr negativ und es kommen zusätzlich bis zu 60 Prozent weniger Gäste. Die Gäste halten sich hier seit Einführung des LNRSchG kürzer, teilweise sehr viel kürzer auf.

Ein Gastwirt gab bei der Umfrage an, dass die Gäste sein Restaurant schneller wieder verlassen, um eine Zigarette zu rauchen, wenn es keinen Raucherraum gibt. Interessant ist nach dieser Auswertung, dass sich dieses Phänomen hauptsächlich im Bereich der Restaurants verbreitet.

4.3.3 Wirte

Glaukt man den Pressemitteilungen der letzten Wochen, dann ist die Akzeptanz des Rauchverbotes vor allen Dingen bei den Kneipenwirten ein Fremdwort. Inzwischen wurden zwei Klagen, am 19. Dezember und am 21. Dezember 2007, beim Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe einge-

reicht.²⁰⁹ Die Gastwirte kritisieren hauptsächlich die Tatsache, dass Einraumkneipen keine Möglichkeit zur Einrichtung eines Raucherraumes haben. Darum wandern die Raucher dorthin aus, wo es einen abgetrennten Raucherbereich gibt, was für sie zu Umsatzeinbußen führt und ihre Existenz bedroht.²¹⁰ Generell lehnen die Wirte das Rauchverbot nicht ab.²¹¹ Sie hätten aber gerne selbst darüber entschieden, ob sie in ihrer Gaststätte das Rauchen erlauben, denn vor allem bei Einraumkneipen bleibt den Wirten keine Wahlmöglichkeit, ob sie einen Raucherraum einrichten möchten.²¹² So sind sich die Gastwirte einig, dass dieses Rauchverbot in ihre Grundrechte eingreift und außerdem zu Wettbewerbsverzerrungen führt.²¹³ Als Unverschämtheit betitelt ein Gastwirt die Tatsache, dass der Landtag am 25. Juli 2007 das LNRSchG beschlossen hat, welches schon einige Tage später, am 01. August 2007 in Kraft trat.²¹⁴ Rauchende Gastwirte beklagen, dass sie ihre Arbeit immer wieder unterbrechen müssen, um selbst vor die Tür zu gehen, um eine Zigarette zu rauchen.²¹⁵ Diskothekenbesitzer sehen es als ungerecht an, dass es ihnen per Gesetz verboten ist, Raucherräume einzurichten.²¹⁶ Sie gewinnen der Zeit, als das Rauchen noch erlaubt war, etwas Positives ab, denn jetzt riecht man den Schweiß der Leute.²¹⁷

Auch die Umfrage bei den sechs großen Kreisstädten im Großraum Stuttgart ergab Ähnliches. Die Gastwirte beschwerten sich demnach häufig bei den Stadtverwaltungen über das LNRSchG. Sie erwarten durch diese gesetzlichen Regelungen Umsatzeinbußen und befürchten, dass ihr Betrieb ruiniert wird.

²⁰⁹ Jungholt, Anlage 58, S. 1.

²¹⁰ LSW, Kneipenwirte gehen in Karlsruhe aufs Ganze, Anlage 49, S. 1; DPA, Gastwirte klagen gegen Rauchverbot, Anlage 50, S. 1.

²¹¹ LSW, Kneipenwirte gehen in Karlsruhe aufs Ganze, Anlage 49, S. 1.

²¹² Bögel, Anlage 53, S. 1; Verband prüft Verfassungsbeschwerde, Anlage 66, S. 1.

²¹³ LSW, Wirte streiten für den blauen Dunst, Anlage 59, S. 1.

²¹⁴ Braun, Anlage 60, S. 1.

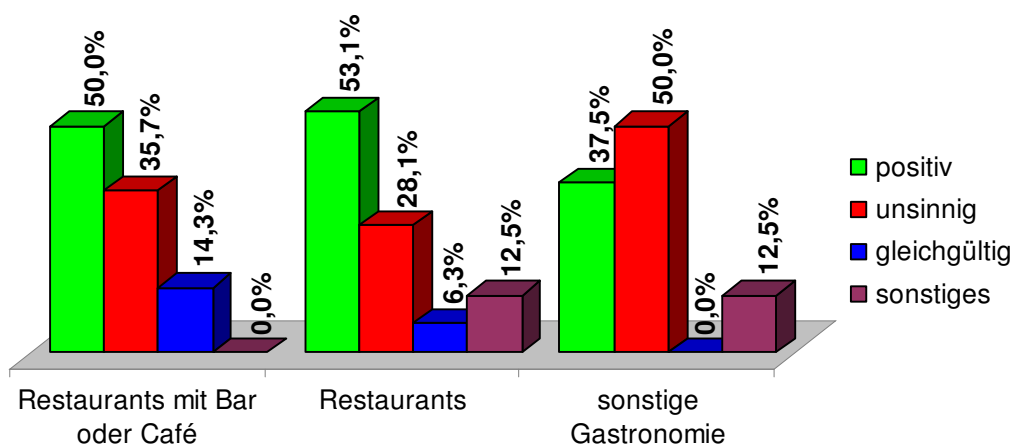
²¹⁵ Für manche geht es um Existenzen, Anlage 55, S. 1 f.

²¹⁶ Feiler, Anlage 61, S. 1.

²¹⁷ Für manche geht es um Existenzen, Anlage 55, S. 2.

Die Umfrage in der Ludwigsburger Gastronomie hat ergeben, dass sich die Mehrheit der Wirte der Restaurantbetriebe positiv über das Rauchverbot äußert. In Restaurants mit Bar oder Café zeigen 50 Prozent der Gastwirte eine positive Reaktion, die andere Hälfte sieht es dagegen als unsinnig an, bzw. hat eine gleichgültige Stellung zum Rauchverbot. Obwohl im Bereich der sonstigen Gastronomie ein Drittel der Gastwirte die Regelung positiv findet, nimmt die Mehrheit dieser Gastwirte eine abwertende Haltung gegenüber dem LNRSchG ein.

Reaktion der Wirte



Viele Gastwirte äußerten Kritik, die jedoch bei jedem anders ausfiel. Die Wirte beklagen, dass die Regelungen nicht ausgeklügelt genug sind. So darf beispielsweise beim Frisör nebenan geraucht werden. Etwa 10 Prozent der Gastwirte hätte gerne eine klare Linie, etwa in Form eines kompletten Rauchverbots. Beinahe ein Viertel der Gastwirte bedauert, wie es zum Rauchverbot kam, denn sie hätten gerne selbst entschieden. In dieser Regelung sehen sie eine Bevormundung durch den Staat. Dabei beklagen die Wirte, dass der Staat immer mehr regelt, dies aber sicherlich speziell beim Rauchverbot nicht dazu führt, dass weniger geraucht wird. Außerdem wird einem erwachsenen Menschen, wie einem Unmündigen, das Rauchen verboten. Diese Aussagen lassen erkennen, dass die Beschwerdeführer nicht erkannt haben, dass die Politik mit diesem Gesetz niemandem das Rauchen verbieten will, sondern die Nichtraucher vor dem Tabakrauch schützen möchte. Speziell hierzu sagt allerdings der Be-

sitzer einer Espressobar, dass seine Gäste vor Einführung des LNRSchG hauptsächlich Raucher waren. Somit wird er durch das Gesetz gezwungen, Leute zu schützen, die es bei ihm in der Bar bisher gar nicht gab. Aber auch positive Äußerungen von Gastwirten gibt es, da ihre Gaststätte nun auch von anderen Kunden besucht wird. Ein Problem sehen sie dennoch in der Neuregelung. Die meisten Menschen benötigen einige Wochen oder Monate Zeit, um sich an diese Neuregelung zu gewöhnen und diese zu akzeptieren. Selbst wenn sich danach wieder alles einpendelt, so ist doch der Verlust dieser Zeit schwer aufzuholen.

4.4 Folgen des Rauchverbots

4.4.1 Gesundheitliche Folgen

Folgen für die Gesundheit durch das Rauchverbot lassen sich am besten dort feststellen, wo es ein solches schon länger gibt.

In Schottland wurde nach Einführung der rauchfreien Gastronomie die Schadstoffbelastung gemessen. Dabei wurde festgestellt, dass sich die Luftqualität in den Pubs kaum mehr von der Außenluft unterscheidet, denn die Schadstoffe haben sich um fast 90 Prozent reduziert.²¹⁸

Die Zahl der Herzinfarkte sank nach Einführung des Rauchverbots in Pubs und anderen öffentlichen Räumen, bei Rauchern um knapp 17 Prozent, bei Nichtrauchern sogar um 20 Prozent. Als Verursacher für Herzinfarkte wird besonders der Feinstaub angesehen, welcher in Rauchergaststätten im Übermaß vorhanden ist.²¹⁹ Gibt es weniger Feinstaub, wie bei einem Rauchverbot der Fall, sinken somit auch die Herzinfarkte.²²⁰ Durch weitere

²¹⁸ Evers, Frische Luft im Pub, Anlage 62, S. 158.

²¹⁹ Das Wunder von Schottland, Anlage 63, S. 1; vgl. auch Kapitel 2.2.3.

²²⁰ Das Wunder von Schottland, Anlage 63, S. 1.

Versuche wurde festgestellt, dass sich bei Arbeitern die Lungenfunktion schon wenige Monate nach Einführung des Rauchverbots verbesserte.²²¹

Untersuchungen vor und nach Einführung der rauchfreien Gastronomie ergaben in Irland ähnlich positive Ergebnisse. Mehr als die Hälfte der nicht rauchenden Mitarbeiter klagten vor dem Rauchverbot über gerötete und gereizte Augen sowie über Reizungen im Rachenraum. Nach der Einführung traten die Beschwerden nur noch bei 15 Prozent der Mitarbeiter auf. Selbst bei rauchenden Beschäftigten nahmen diese Symptome ab. Ebenfalls wurden in Irland die Lungenfunktionswerte getestet. Hier konnte eine deutliche Steigerung bei den nicht rauchenden Mitarbeitern nach Einführung des Rauchverbots festgestellt werden. Bei den Rauchern gab es allerdings keine ähnlich positiven Werte, da sich deren Lungenfunktion durch ständiges Weiterräumen verschlechterte.²²²

Erfahrungen aus den USA zeigen eine deutliche Verbesserung der Gesundheit. Bei einem Versuch in Helena, der Hauptstadt des US-Bundesstaats Montana wurde das Rauchen am Arbeitsplatz und in der Gastronomie verboten. Die Zahl der Herzinfarkte sank daraufhin um 40 Prozent. Allerdings wurde das Rauchverbot ein halbes Jahr später aufgehoben und die Zahl der Herzinfarkte stieg wieder auf ihren ursprünglichen Stand an.²²³

Aber auch negative gesundheitliche Auswirkungen bringen die neuen gesetzlichen Regelungen mit sich. Ansammlungen von Rauchern auf der Straße sind keine Seltenheit, da diese vom Lokal auf die Straße ausweichen.²²⁴ Problemfälle stellen vor allen Dingen Diskotheken dar, was auch durch die Umfrage bei den sechs Städten im Großraum Stuttgart bestätigt werden kann, da die Türen häufig offen stehen. Dies hat zur Folge, dass

²²¹ Evers, Frische Luft im Pub, Anlage 62, S. 158.

²²² DKFZ, Folgen der Rauchfreien Gastronomie, Anlage 64, S. 1 f.

²²³ Evers, Husten, Schwindel, Herzinfarkt, Anlage 2, S. 28; Das Wunder von Schottland, Anlage 63, S. 1.

²²⁴ Faulhaber, Anlage 56, S. 1.

sich die Musikbeschallung verstärkt und das Lärmproblem mit Einführung des LNRSchG schlimmer wurde. Dieses stellt für die Anwohner weiterhin ein Problem dar, denn eine solche Beeinträchtigung der Nachtruhe gilt als Gesundheitsverletzung.²²⁵ In fast allen befragten Städten gingen Beschwerden über Lärmbelästigungen bei den Stadtverwaltungen kurz nach Einführung der gesetzlichen Regelungen ein. Allerdings nahmen diese mit Beginn der kälteren Jahreszeit wieder ab. Ein Grund dafür ist sicherlich, dass im Winter die Fenster zu Nachtzeiten geschlossen sind und somit der Lärm von den Anwohnern weniger wahrgenommen wird. Im Verhältnis sind es jedoch relativ wenige Beschwerden, so kommen auf die gesamten Gastronomiebetriebe der Stadt Stuttgart gerade einmal 22 Beschwerden.²²⁶

4.4.2 Wirtschaftliche Folgen

4.4.2.1 Allgemein

Kleinbetriebe und Diskotheken sind gemäß Zeitungsberichten überwiegend vom Rauchverbot betroffen und verzeichnen Umsatzrückgänge von durchschnittlich 19 Prozent.²²⁷ Hier kann das Rauchverbot Existenzen bedrohen, was nach Angaben der Gastwirte einem Berufsverbot gleicht. Diskotheken haben laut einer Umfrage des DEHOGA Bundesverbandes einen Umsatzrückgang von ungefähr 28 Prozent.²²⁸ Der Beschwerdeführer der zweiten Verfassungsbeschwerde vom 21. Dezember 2007 gibt an, von August bis November 2007, 30 Prozent weniger Umsatz gemacht zu haben.²²⁹ Restaurants hingegen scheinen mit dem Gesetz weniger Probleme zu haben, es gibt auch Lokale, bei denen sich die neuen Regelungen positiv auswirken.²³⁰ Die Umfrage in den sechs großen Kreisstädten im

²²⁵ Spindler in: Bamberger/Roth, § 823, Rn. 32.

²²⁶ Raidt/Volland, Anlage 65, S. 1.

²²⁷ Bögel, Anlage 53, S. 1; Raidt/Volland, Anlage 65, S. 1.

²²⁸ Verband prüft Verfassungsbeschwerde, Anlage 66, S. 1.

²²⁹ DPA, Gastwirte klagen gegen das Rauchverbot, Anlage 50, S. 1.

²³⁰ Raidt/Volland, Anlage 65, S. 1.

Großraum Stuttgart hat ergeben, dass viele Gaststätten, vor allem kleinere, Befürchtungen geäußert haben, dass sie ihre Gaststätte schließen müssen. Durchgezogen hat es nach ihren Aussagen bislang niemand. Bei einer Schließung im November 2007, die als Grund das LNRSchG nannten, lässt sich nur schwer beurteilen inwiefern dies der tatsächliche Auslöser war. Zum einen ist eine gewisse Fluktuation im Gaststättengewerbe nicht unüblich, zum anderen lässt sich nicht erkennen, ob noch andere Gründe mitgespielt haben.²³¹

Die Gaststätten können durch das LNRSchG aber auch Einsparungen verzeichnen. Hier haben vor allen Dingen die Einraumgaststätten große Vorteile, da bei ihnen ein komplettes Rauchverbot herrscht. Als Folge der Einführung eines Rauchverbots kann in Bezug auf Kapitel 2.3.3 gesagt werden, dass weniger Kosten für Reinigung und Renovierung anfallen und sich die Brandgefahr verringert, wodurch möglicherweise auch Versicherungsbeiträge sinken. Zusätzlich muss weniger gelüftet werden, was im Winter die Heizkosten und im Sommer die Energiekosten schmälert.²³²

Der Umsatz im Gaststättengewerbe sinkt nicht erst seit Einführung des LNRSchG, sondern verzeichnet in den letzten Jahren ein dauerhaft währendes Tief. Im Juli 2007 lag er um 6 Prozent unter dem des Vorjahresmonats.²³³ In Deutschland gibt es mehr Nichtraucher als Raucher. Darum sollte das Augenmerk auf die Nichtraucher gerichtet werden, denn vielleicht können diese dem Abwärtstrend abhelfen.

4.4.2.2 Umsatzveränderungen

Neben dem direkten Vergleich der Umsatzzahlen ist das Konsumverhalten der Gäste ein Indikator für Veränderungen beim Umsatz.

²³¹ Umfrage 2, Anlage 52, S. 5.

²³² DKFZ, Deutschland benötigt ein Bundesgesetz, Anlage 20, S. 2.

²³³ Hotzler, Nichtraucher-Info Nr. 68 – IV/07, Anlage 68, S. 33.

4.4.2.2.1 Restaurants

Sofern es in den Restaurants einen Raucherbereich gibt, haben sich seit Einführung des LNRSchG keine Veränderungen ergeben. Bei reinen Nichtraucherrestaurants hingegen ist der Konsum von Getränken bei einem Drittel der Restaurants etwas gesunken, der Konsum von Alkohol lediglich bei einem Fünftel. Beim Essenskonsum zeigt sich in den reinen Nichtraucherrestaurants keine Veränderung.

Der Umsatz in den befragten Restaurants hat sich analog zum Konsumverhalten entwickelt. In den Restaurants mit Raucherbereich gibt es ebenfalls keine Veränderungen seit Erlass des LNRSchG. Hingegen verzeichnen 11 Prozent der reinen Nichtraucherrestaurants einen Umsatzrückgang.

4.4.2.2.2 Restaurants mit Bar oder Café

In den Restaurants mit Bar oder Café und Raucherraum ist der Getränkekonsum um 75 Prozent, ohne Raucherraum um 50 Prozent gesunken. Auch Alkohol wird weniger getrunken, allerdings sind die Veränderungen nicht ganz so stark wie bei alkoholfreien Getränken. Der Verzehr von Essen hat keinerlei Veränderungen erfahren.

Wie auch beim Konsumverhalten, hat sich der Umsatz bei den Restaurants mit Bar oder Café und Raucherraum stärker verringert, als ohne.

4.4.2.2.3 Sonstige Gastronomie

Auch im Bereich der sonstigen Gastronomie zeigen sich stärkere Veränderungen bei Gaststätten mit abgetrenntem Raucherbereich. Der Getränkekonsum hat sich in allen Gaststätten mit Raucherraum verringert, bei zwei Dritteln sogar stark. Ohne Raucherraum zeichnet sich nur bei der Hälfte der Gaststätten ein geringerer Getränkekonsum ab. Keine Veränderungen zeigen sich beim Alkoholkonsum. Ein Drittel der Gaststätten, egal

ob mit oder ohne Raucherraum, verzeichnen beim Essen einen Rückgang. Allerdings macht sich bei den restlichen zwei Drittel der Gaststätten ohne Raucherraum sogar eine Zunahme beim Essen bemerkbar.

Im Bereich der sonstigen Gastronomie mit Raucherraum hat sich der Umsatz in allen Gaststätten stark verringert. Bei reinen Nichtraucher-gaststätten zeigen sich sehr unterschiedliche Auswirkungen auf den Umsatz. Etwa 25 Prozent dieser Gaststätten erfahren eine Umsatzerhöhung, wogegen sich bei 50 Prozent der Umsatz deutlich verringert. Bei den übrigen 25 Prozent machen sich keinerlei Veränderungen bemerkbar. Interessant ist dabei, dass sowohl die Gaststätten mit Umsatzerhöhung als auch diejenigen mit Rückgang zu den kleinen Gaststätten mit bis zu 100 Sitzplätzen zählen.

4.4.2.2.4 Ergebnis

Ein Wirt gab bei der Umfrage an, dass sein Restaurant anfangs keinen Raucherraum hatte und dies zu starken Umsatzeinbußen geführt habe. Nach Einführung eines solchen abgetrennten Raucherbereichs habe sich der Umsatz allerdings wieder stabilisiert. Schenkt man den Zeitungsberichten Glauben, so würde wohl jeder zu dieser Antwort tendieren. Die Umfrage zeigt allerdings dahingehend eine Tendenz, dass ein Umsatzrückgang, abgesehen von den Restaurants, hauptsächlich in Gaststätten mit Raucherraum zu verzeichnen ist.

4.4.2.3 Folgen im Ausland

Erfahrungen aus Irland zeigen, dass direkt nach Einführung der rauchfreien Gastronomie im Jahre 2004 der Umsatz etwas zurückging, zwei Jahre später allerdings Rekordhöhen erreichte. Ähnlich sieht es bei der Anzahl der Beschäftigten aus. So verringerte sich die Zahl der Beschäftigten um

rund ein Prozent, erhöhte sich jedoch innerhalb eines Jahres um drei Prozent.²³⁴

Norwegen führte ebenfalls im Jahre 2004 ein Rauchverbot in Bars und Restaurants ein. Auch hier gab es zunächst einen Umsatzrückgang vor allen Dingen beim Bier.²³⁵ Doch schon nach kurzer Zeit konnten hier wieder Absatzsteigerungen festgestellt werden.²³⁶ Diese Ergebnisse waren für viele überraschend, denn einige Gastwirte äußerten Befürchtungen, dass ihnen die Gäste ausbleiben werden. Das Rauchen im Freien bei skandinavischen Temperaturen könnte dazu führen, dass die Menschen ihr Feierabendbier mit einer Zigarette lieber zu Hause genießen. Studien zufolge stiegen aber die Verkaufszahlen von Bier in den Supermärkten nicht.²³⁷

Hinzugefügt werden muss, dass sowohl Irland als auch Norwegen mit einem weiteren Problem zu kämpfen hatten. Vor Einführung der rauchfreien Gaststätte wurden die Bierpreise erhöht, daher begann der Rückgang des Bierkonsums schon vor dem Rauchverbot. Der Umsatzrückgang an Bier ist also nicht alleine dem Rauchverbot, sondern vielmehr auch dieser Preiserhöhung zuzuschreiben.²³⁸

Im März 2006 führte Schottland ein Rauchverbot in allen Räumen ein, in denen Menschen arbeiten. Verloren haben dabei vor allen Dingen kleine Bars auf dem Land. Nach Auskunft der schottischen Regierung gibt es aber keinen Hinweis auf eine erhöhte Anzahl von Kneipenschließungen.²³⁹ Der Umsatz schwankt, wie in der Gastronomie üblich, weiter. Es ist also schwer zu sagen, dass ein leichter Umsatzrückgang direkt mit dem Rauchverbot verbunden ist. Einige Restaurantketten Schottlands ver-

²³⁴ DKFZ, Stabile Umsätze, Anlage 24, S. 2.

²³⁵ DKFZ, Wirtschaftliche Lage, Anlage 33, S. 1.

²³⁶ DKFZ, Stabile Umsätze, Anlage 24, S. 4.

²³⁷ Jazbinsek, Anlage 69, S. 1 f.

²³⁸ DKFZ, Stabile Umsätze, Anlage 24, S. 4.

²³⁹ Evers, Frische Luft im Pub, Anlage 62, S. 158.

zeichneten sogar ein Umsatzplus, was ihrer Vermutung nach daran liegt, dass die Menschen in der sauberen Luft mehr Appetit haben.²⁴⁰

4.5 Effektivität des Rauchverbots

Vor Erlass des LNRSchG wurde im Rahmen einer Umfrage der GfK festgestellt, dass sich im Frühjahr 2007 im gesamten Bundesgebiet 67 Prozent der Bevölkerung für ein gesetzliches Rauchverbot in der Gastronomie aussprachen.²⁴¹ An das Rauchverbot halten wollen sich laut Forsa Umfrage vom Juli 2007 sogar 83 Prozent, auch wenn nur ein Drittel der Nichtraucher an eine Einhaltung des Rauchverbots glaubten.²⁴²

Die Umfrage in den sechs Großstädten um Stuttgart hat ergeben, dass das Rauchverbot im Großen und Ganzen eingehalten wird. Auch in Zeitungen finden sich diese Aussagen wieder, wenn davon die Rede ist, dass von 400 Gaststätten lediglich Hinweise auf acht Kneipen eingehen, in denen das Rauchverbot nicht eingehalten wird. In der Großstadt Stuttgart wurden bis Mitte Oktober lediglich 63 Verstöße gemeldet.²⁴³

Erhalten die Stadtverwaltungen Beschwerden, dass das Rauchverbot in einer Gaststätte nicht eingehalten wird, so werden die Wirte zunächst ermahnt. Dabei werden sie darauf hingewiesen, dass sie selbst aufgrund des LNRSchG dafür Sorge tragen müssen, dass die gesetzlichen Regelungen eingehalten werden. Notfalls müssen sie sogar von ihrem Hausrecht Gebrauch machen und ihre Gäste des Lokals verweisen. Da der Gesetzgeber keine direkte Ahndungsmöglichkeit in Form von Bußgeldern für den Gastwirt vorgesehen hat, bleibt am Ende nur der Widerruf seiner Konzession.

²⁴⁰ Evers, Frische Luft im Pub, Anlage 62, S. 159.

²⁴¹ DKFZ, Rauchfreie Gaststätten, Anlage 72, S. 1.

²⁴² Hotzler, Nichtraucher-Info Nr. 68 – IV/07, Anlage 68, S. 35.

²⁴³ Reifenberger, Anlage 73, S. 1; Raidt/Volland, Anlage 65, S. 1.

Kontrollen werden in allen Städten erst dann durchgeführt, wenn Beschwerden vorliegen, oder wenn aufgrund eines anderen Verstoßes eine Kontrolle nötig ist. Auffällig ist, dass genau die Gaststätten Problemfälle darstellen, welche bereits gegen anderes Recht verstoßen haben. Umfassende Kontrollen sind nicht möglich, auch aus Personalmangel. Daher wird auf die gegenseitige Kontrolle der Gastwirte gebaut. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Konkurrenz gegenseitig anzeigt oder dass dies gesetzestreue Nichtraucher übernehmen.

Gegen Raucher ist die Festsetzung eines Bußgeldes ebenfalls nicht einfach, da dies entweder eine namentliche Anzeige voraussetzt, oder der Raucher auf frischer Tat ertappt werden muss. Dennoch wurden schon Bußgelder zwischen 20 und 40 Euro erteilt.

Es gibt auch Wirte, die als absolute Gegner des Rauchverbots das Rauchen in ihrem Lokal weiterhin gestatten, wie beispielsweise der Inhaber einer Kneipe in Ludwigsburg. Da ihm kein Bußgeld droht, dürfen seine Gäste weiterhin rauchen. Ob er sein Lokal schließen muss, weil die Gäste ausbleiben, oder weil er seine Konzession verliert, macht für ihn keinen Unterschied.²⁴⁴ Ein Sprecher des DEHOGA-Bundesverbandes sagte dazu, dass gerade solche Reaktionen der Wirte deren schwierige Lage verdeutlicht.²⁴⁵

Es gibt auch die Variante, dass das LNRSchG zwar ausgeführt wird, jedoch nicht so wie vom Gesetzgeber vorgegeben. Eine Diskothek in Böblingen hat beispielsweise einen Raucherraum eingerichtet, welcher auch intensiv genutzt wird.²⁴⁶ Dabei schließt das LNRSchG eindeutig die Diskotheken von der Inanspruchnahme dieser Möglichkeit aus.

²⁴⁴ Braun, Anlage 60 S. 1.

²⁴⁵ Raidt/Volland, Anlage 65, S. 1.

²⁴⁶ Im Masche, Anlage 74, S. 1.

Bei der Umfrage in der Ludwigsburger Gastronomie erklärte ein Gastwirt, dass es bei Ihnen teilweise der Fall ist, dass alle Räume von Nichtrauchern belegt sind und dies die Stammgäste verärgert. Durch diese Aussage liegt die Vermutung nahe, dass dieser Wirt die Raucherräume als Nichtraucherräume ausweist und evtl. auch umgekehrt, sofern Bedarf besteht. Dies allerdings ist nicht im Sinne des Gesetzgebers.

4.6 Kritische Betrachtung des LNRSchG

4.6.1 Kritik im Bereich des Raucherraumes

Das DKFZ beklagt, dass die momentane gesetzliche Regelung weiterhin keinen ausreichenden Schutz für die Nichtraucher bietet. Nach dem LNRSchG besteht zwar grundsätzlich ein Rauchverbot, jedoch können davon Ausnahmen in Form von vollständig abgetrennten Raucherräumen gemacht werden. Die Problematik dabei ist, dass eine Trennung, die verhindert, dass die Raucherluft die Nichtraucherbereiche erreicht, so gut wie unmöglich ist. Da es für die Mitarbeiter zu umständlich ist, jedes Mal die Türen zu öffnen, bleiben diese meistens offen.²⁴⁷ Somit kann sich der Rauch im gesamten Gebäude ausbreiten. Wie schon in Kapitel 2.3.2.2 erwähnt, bleibt der Rauch an allen Gegenständen, Wänden und Decken haften und stellt somit eine permanente Gefahrenquelle dar. Eine Messung des DKFZ vom September 2007 ergab, dass die Konzentration von Feinstaub PM_{2,5} direkt vor dem Raucherraum identisch ist mit der Konzentration im Raucherraum selbst.²⁴⁸ Für die Mitarbeiter in der Gastronomie, die in den Raucherräumen arbeiten müssen, ist weiterhin kein, bzw. nur ein geringfügiger Gesundheitsschutz geboten. In Diskotheken und Kneipen ohne Raucherbereich haben Messungen des DKFZ vom Sep-

²⁴⁷ DKFZ, Raucherräume und Lüftungssysteme, Anlage 46, S. 2; DKFZ, Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Anlage 4, S. 41.

²⁴⁸ DKFZ, Raucherräume und Lüftungssysteme, Anlage 46, S. 1.

tember 2007 eine Nullbelastung der Schadstoffe ergeben.²⁴⁹ Hier ist ein vollständiger Schutz der Gäste und Mitarbeiter gegeben.

Die Möglichkeit, einen Raucherraum einzurichten, birgt nicht nur für die Wirte das Problem hoher Kosten bei einer baulichen Trennung,²⁵⁰ sondern bringt auch existenzielle Schwierigkeiten für Einraumkneipen mit sich, welche diese Ausnahmeregelung nicht nutzen können.²⁵¹ Statt die rauchfreien Einraumkneipen zu besuchen, gehen die Gäste in eine größere Gaststätte mit Raucherraum. Durch diese Abwanderung in die Raucheräume kann kein verbesserter Gesundheitsschutz erreicht werden.

4.6.2 Änderungsvorschläge im Bereich des Raucherraumes

Eine Änderung des LNRSchG, welche die Möglichkeit eröffnet, für Einraumkneipen zwischen Raucher- und Nichtraucher-Kneipe zu wählen, würde dieses Problem entschärfen. Allerdings müsste hierzu eine Maximalgröße dieser Einraumkneipen festgelegt werden, denn sonst besteht die Gefahr, dass auch größere Lokale, welche die Möglichkeit hätten, einen Raucherraum einzurichten, sich für eine Nichtraucher-Kneipe entscheiden. Ein weiteres Problem besteht darin, dass die Mitarbeiter weiterhin nicht vor Passivrauch geschützt sind. Es könnte zwar eine Regelung eingeführt werden, dass sie sich in ihrem Arbeitsvertrag damit einverstanden erklären, aber gleichzeitig müsste ihnen auch die Wahlmöglichkeit geboten werden, in einer Nichtraucher-Gaststätte zu arbeiten. Dies ist in der Praxis jedoch nicht möglich. Es könnte aber auch so geregelt werden, dass in dem Raucherraum nur der Wirt bedienen darf.

Um die Gäste nicht in der Kälte stehen zu lassen, gäbe es auch noch die Möglichkeit, einen Raucherraum ohne Bedienung einzurichten. Der Vorteil

²⁴⁹ LSW, Separate Raucherräume bleiben Gefahrenzonen, Anlage 70, S. 1.

²⁵⁰ DKFZ, Raucherräume und Lüftungssysteme, Anlage 46, S. 2.

²⁵¹ DPA, Gastwirte klagen gegen Rauchverbot, Anlage 50, S. 1.; LSW, Kneipenwirte gehen in Karlsruhe aufs Ganze, Anlage 49, S. 1.

dieser Idee ist, dass die Türe nur durch die Gäste geöffnet werden muss, welche den Raum höchstwahrscheinlich nur für eine Zigarettenlänge aufsuchen, nicht jedoch um einen ganzen Abend dort zu verweilen. Dies ist für die Gesundheit natürlich wesentlich besser.

Die einzige Möglichkeit, die einen wirkungsvollen und vollständigen Nichtraucherschutz gewährleistet und zusätzlich eine Verzerrung des Wettbewerbs ausschließt, ist ein vollständiges Rauchverbot ohne Ausnahmen. Die Umsatzanalysen aus anderen Ländern ergaben zudem, dass ein Nichtraucherschutzgesetz auf Dauer keine negativen Auswirkungen hat.²⁵²

4.6.3 Kritik im Bereich der Ordnungswidrigkeiten

Nach dem LNRSchG von Baden-Württemberg werden Ordnungswidrigkeiten bei Vorsatz und Fährlässigkeit geahndet.²⁵³ Der Gesetzgeber hat sich damit gegen alle Ausnahmefälle abgesichert. Vorsatz wäre gegeben, wenn der Besucher einer Gaststätte weiß, dass er raucht und sich in einer Gaststätte befindet. Er muss nicht wissen, dass dies auch verboten ist. Allerdings ist die Möglichkeit der Fährlässigkeit im Falle des LNRSchG sehr abstrakt. Dies wäre beispielsweise gegeben, wenn jemandem nicht bewusst ist, dass er sich in einer Gaststätte befindet oder ihm das Bewusstsein fehlt, dass er raucht. Die Möglichkeit, dass das „Wollen“ des Tatbestandes entfällt, kann aus logischen Gründen ausgeschlossen werden. Hierunter würden nicht die Fälle zählen, in denen jemand überredet wird, eine Gaststätte zu betreten, sondern lediglich die Fälle, in denen jemand „versehentlich“ eine Gaststätte betritt. Noch diffuser ist die zweite Variante, bei der ein Raucher keine Zigarette rauchen möchte. Auch hier zählt nicht, dass er beispielsweise versucht aufzuhören und daher nicht rauchen will, sondern dass er die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer

²⁵² Vgl. Kapitel 4.4.2.3.

²⁵³ s. Kapitel 3.6.

Acht gelassen hat und infolgedessen eine brennende Zigarette in der Hand hält. Deutlich erkennbar ist also, dass die Fahrlässigkeit wirklich nur in äußersten Ausnahmefällen einschlägig ist.

Ein weiterer Schwachpunkt in diesem Gesetz ist die Tatsache, dass der Gastwirt selbst nicht mit einem Bußgeld belangt werden kann. Daher ist sein Eigeninteresse an der Durchsetzung des Rauchverbotes nicht besonders groß. Zudem sind weit über 60 Prozent der Gastwirte selbst Raucher,²⁵⁴ was ihr Engagement nicht verstärkt. Die Ablehnung gegenüber dem LNRSchG zeigt sich bei den Gastwirten auch darin, dass inzwischen zwei Klagen von Kneipenwirten beim Bundesverfassungsgericht eingereicht wurden.²⁵⁵ Den Gastwirten kann zwar mit Konzessionsentzug gedroht werden, aber bei jenen Gaststätten, die keiner Erlaubnis bedürfen, läuft diese Drohung ins Leere. Ein Konzessionsentzug ist zudem nur möglich, wenn der Gastwirt beispielsweise das Merkmal der Zuverlässigkeit nach § 4 Abs. 1 Nr. 1 GastG nicht mehr erfüllt. Dafür bedarf es allerdings mehr als nur eines Verstoßes. Wie auch schon in Kapitel 4.5 erwähnt, gibt es nicht genügend Mitarbeiter in der Stadtverwaltung für umfassende Kontrollen in der Gastronomie.

4.6.4 Änderungsvorschläge im Bereich der Ordnungswidrigkeiten

Um trotzdem eine Durchsetzung der gesetzlichen Regelungen zu gewährleisten, wäre es sicherlich sinnvoll, ein Bußgeld für die Gastwirte aufzuerlegen. Meines Erachtens ist das Engagement eines Gastwirtes, in seinem Restaurant dafür zu sorgen, dass die gesetzlichen Regelungen eingehalten werden, sehr viel höher, wenn ihm ein Bußgeld von beispielsweise 1000 Euro droht.

²⁵⁴ Hotzler, Nichtraucherschutz in der Gastronomie, Anlage 71, S. 1.

²⁵⁵ Jungholt, Anlage 58, S. 1.

Das Bußgeld bei einer Wiederholungstat innerhalb eines Jahres ist ebenfalls eine Schwachstelle. Eine Regelung, ob sich die Wiederholung auf das gesamte Bundesland oder lediglich auf die jeweilige Gemeinde bezieht, gibt es nicht. Zusätzlich fehlen gesetzliche Vorgaben zur Durchführung. Dies bedeutet, dass Gemeinde A nicht erfährt, ob die fragliche Person schon einmal in Gemeinde B gegen das Rauchverbot verstoßen hat. Da es auch keine Pflicht innerhalb der Gemeinde zur Speicherung der Daten gibt, ist es schwer möglich, im Dezember noch zu wissen, ob eine Person im Januar gegen das Rauchverbot verstoßen hat.

Um einen Einblick zu bekommen, wie dieses Problem gehandhabt wird, wurde es in die Umfrage der sechs großen Kreisstädte aufgenommen. Damit bei einem Verstoß in derselben Stadt ein Wiederholungstatbestand geahndet werden kann, führt eine Stadt beispielsweise eine Statistik. Andere Städte warten auf weitere Regelungen des Gesetzgebers ab, oder haben noch nicht einmal Bußgelder der ersten Kategorie verteilt.

Möglich wäre beispielsweise die Einrichtung einer zentralen Speicherstelle in Baden-Württemberg. Dabei ist allerdings problematisch, dass die Zuständigkeit zur Verfolgung der Ordnungswidrigkeiten bei den Gemeinden selbst liegt. Diese Anlaufstelle wäre somit nur als Informationsstelle nutzbar, was aber zu einem erheblichen Mehraufwand führt, wenn vor Erlass eines Bescheides diese Stelle angerufen werden muss. Dieser zentralen Stelle müsste somit auch die Zuständigkeit zum Erlass des Bußgeldbescheides übertragen werden. Allerdings scheint es etwas überzogen, für einen Ordnungswidrigkeitentatbestand eine solche Stelle einzurichten. Man könnte sich aber überlegen, ob nicht noch mehr Ordnungswidrigkeiten auf diese Art gebündelt werden könnten.

Eine weitere Idee, die Bußgeldbescheide über die Wohngemeinde laufen zu lassen, ist ebenfalls nicht durchführbar. Hier könnten aufgrund der Zuständigkeit die Wohngemeinden grundsätzlich auch nur als Auskunftsgel-

meinden dienen. Zusätzlich ist hier noch zu beachten, dass es sicherlich auch Gäste aus anderen Bundesländern gibt. In diesen Fällen müssten Gemeinden der anderen Länder Daten speichern, die für sie völlig irrelevant sind.

Im Bereich der Ordnungswidrigkeiten wäre es sinnvoll, das Gesetz dahingehend zu ändern, dass der Wirt in angemessener Höhe von mindestens 1000 Euro mit einem Bußgeld belangt werden kann. Zusätzlich ist es zweckmäßig, das Bußgeld bei Wiederholung zu streichen, jedoch sollte dann die Möglichkeit erteilt werden, das Bußgeld bis zu einer Höhe von 150 Euro, bei sehr uneinsichtigen Rauchern, zu erhöhen.

4.7 Skurriles

4.7.1 Erfinderische Wirte

Teilweise zeigen sich die Wirte sehr erfinderisch, wenn es um die Einhaltung des LNRSchG geht. Ein Wirt aus Überlingen hat die gesetzliche Ausnahmeregelung, die für Bier-, Wein- und Festzelte gilt, ausgenutzt. Er stellte mitten in seiner Kneipe ein Zelt auf, in dem laut Gesetzestext das Rauchen erlaubt ist. Ganz anders sah dies das Überlinger Ordnungsamt, welches der Meinung war, dass dies nicht dem Willen des Gesetzgebers entspricht. Daraufhin wurde der Wirt aufgefordert, sein Zelt wieder abzubauen.²⁵⁶

Aber auch einfache Ideen wie beheizte Pavillons im Hinterhof und das Aufstellen von Heizpilzen sind keine Seltenheit, um den Raucher nicht in der winterlichen Kälte stehen zu lassen.²⁵⁷ Skurril sind dabei allerdings die Diskussionen und Neuregelungen rund um die Heizpilze. Sie gelten als Giftschleudern, da sie in einer Stunde 3,5 Kilogramm CO₂ in die Luft ja-

²⁵⁶ Wienrich, Anlage 75, S. 1.

²⁵⁷ Faulhaber, Anlage 56, S. 1; Andriessen, Anlage 76, S. 1.

gen, was 25 gefahrene Kilometer eines Mittelklassewagens entsprechen.²⁵⁸ Die Stadt Stuttgart hat inzwischen die Heizpilze in der Innenstadt verboten. Allerdings nicht im Zuge ökologischer Maßnahmen, sondern aufgrund der Optik im historischen Bereich der Innenstadt. Im restlichen Stadtgebiet sind die Heizstrahler jedoch weiterhin zulässig.²⁵⁹

Eine originelle Lösung für die kalte Jahreszeit hatte ein Wirt in Niedersachsen. Damit der Körper während des Rauchens im Warmen stehen kann, ließ er drei Löcher in die Wand sägen. Raucher können somit den Kopf ins Freie strecken und rauchen. Inzwischen werden diese Löcher vielfach genutzt, obwohl es anfangs nur ein Scherz sein sollte.²⁶⁰

4.7.2 Nichtraucherschutz als Einnahmequelle

Doch nicht nur die Wirte, auch die Industrie hat das Rauchverbot als Einnahmequelle entdeckt. Das erste Nikotinbier wurde inzwischen gebraut, da für viele Raucher zu einem Bier in der Kneipe auch die Zigarette gehört. Es soll verhindern, dass die Raucher ständig die Kneipe verlassen müssen, um ihre Sucht nach Nikotin zu befriedigen. Das Nikotin wird als Tabakextrakt am Ende des Brauvorgangs hinzugefügt und enthält in einem Dreiviertelliter soviel Nikotin wie eine Schachtel Zigaretten. Der Erfolg des Nikotinbiers ist allerdings noch eher fraglich.²⁶¹

Nebenbei erlebt die Heizpilz-Branche trotz Verbot in manchen Städten einen regelrechten Boom. Da die Gastwirte beabsichtigen, die so gewonnene Wärme nicht entweichen zu lassen, dürfen sich auch Markisenfirmen über Umsatzsteigerungen freuen.²⁶²

²⁵⁸ Seith, Anlage 77, S. 1.

²⁵⁹ Belser, Anlage 78, S. 1.

²⁶⁰ Erste Gaststätte mit Raucherloch, Anlage 79, S. 1.

²⁶¹ Prost! Nun gibt's Nikotinbier, Anlage 80, S. 1.

²⁶² Schneider, Anlage 84, S. 1.

4.7.3 Lebensgefahr durch Zigaretten

Rauchen schadet der Gesundheit, so steht es zumindest auf den Zigarettenpackungen. Dramatische Szenen aus Hessen und Niedersachsen zeigen dies auf eine ganz andere Art und Weise. In Frankfurt wurde ein Mann von einem Unbekannten aus einer Kneipe geprügelt und erlitt einen Schulterbruch sowie Verletzungen am Ohr. Der Unbekannte wies den Mann zuvor auf das Rauchverbot in Gaststätten hin, als sich dieser gerade eine Zigarette anstecken wollte. In Hessen gilt seit dem 01. Oktober 2007 ein Rauchverbot für Gaststätten.²⁶³ In Niedersachsen gibt es seit dem 01. August 2007 ein Nichtraucherschutzgesetz, das manche Menschen zu Gewalt veranlasst. In Göttingen verwies ein Türsteher eine Gruppe aus dem Lokal, weil sie sich nicht an die gesetzlichen Regelungen halten wollten. Daraufhin warfen ihm die jungen Leute eine Sektflasche an den Kopf, die glücklicherweise sein Ziel verfehlte.²⁶⁴ Einem Kneipenwirt auf der Nordseeinsel Wangerooge erging es da schlechter. Nachdem er einen Gast auf das Rauchverbot hinwies und ihn bat, das Rauchen einzustellen, schlug dieser mit einer Bierflasche auf ihn ein, wodurch der Wirt Verletzungen am Kopf erlitt.²⁶⁵

²⁶³ Raucher aus Frankfurter Lokal geprügelt, Anlage 81, S. 1.

²⁶⁴ Jüttner, Anlage 82, S. 1.

²⁶⁵ Schläge wegen Rauchverbots, Anlage 83, S. 1.

5 Fazit

Die Deutschen reagieren schon immer empfindlich, wenn Gesetze erlassen werden, die ihren Glimmstängel betreffen. Das Jammern über Tabaksteuererhöhungen, das Klagen der Jugendlichen, die erst ab 18 Jahren in der Öffentlichkeit rauchen dürfen, sind nur zwei Beispiele. Doch eine Reaktion wie bei der Einführung des LNRSchG war wohl nicht zu erwarten.

Es ist wirklich erstaunlich, welche wichtige Rolle das Rauchen in unserer Gesellschaft inzwischen eingenommen hat. Gastwirte fühlen sich in ihrer Existenz bedroht, nicht weil es Einschränkungen bezüglich Essen und Trinken gibt, sondern weil das Rauchen in Gaststätten ohne abgetrennten Raucherraum verboten ist. Mehrere Gastwirte reichen deswegen sogar Klagen beim Bundesverfassungsgericht ein. Raucher bleiben aus Protest zu Hause, nur damit sie ihr Feierabendbier mit einer Zigarette genießen können.

Die Politik ist nicht in der Lage, dem mündigen Bürger das Rauchen zu verbieten. Zahlreiche Versuche, beispielsweise über Steuererhöhungen oder Warnhinweisen auf Zigarettenschachteln, verringerten zwar den Zigarettenkonsum, konnten ihn aber nicht vollständig einstellen. Das LNRSchG hat zwar offiziell das Ziel, Nichtraucher zu schützen, nebenbei wird aber meines Erachtens auch das Ziel verfolgt, Raucher von ihrer Sucht abzubringen. Die Raucher sehen in diesem Gesetz eine Bevormundung durch den Staat und fühlen sich in ihren Grundrechten eingeschränkt. Sollten sie damit also doch Recht haben? Jahrelang mussten sich die Nichtraucher überall und ständig einnebeln lassen. Diese duldeten diesen Zustand, da ihnen keine andere Wahl blieb, außer zu Hause zu bleiben. Daher ist es eigentlich die Gerechtigkeit der Zeit, dass sich nun die Raucher einschränken müssen. Selbst wenn der Staat versucht die Raucher von ihrer Sucht abzubringen, indem sie an immer weniger Orten

rauchen dürfen, so verbietet er nicht das Rauchen selbst. Daher kann man meines Erachtens nicht von einer Bevormundung durch den Staat reden.

In Gaststätten spielt sich ein großer Teil des gesellschaftlichen Lebens ab. Menschen halten sich dort auf, um zu arbeiten, andere suchen sie des Öfteren aufgrund ihrer Arbeit auf, beispielsweise um Kunden zu treffen. Aus diesem Grunde entspricht es meines Erachtens keiner Logik, warum gerade hier die Arbeitsstättenverordnung eine Ausnahme macht und das Rauchen gestattet.

Der Bund hätte ganz einfach diese Verordnung ändern können und sich damit ein Nichtraucherschutzgesetz erspart, denn dann wäre überall dort, wo Menschen arbeiten das Rauchen verboten. Dabei ist es erschreckend zu sehen, welchen großen Einfluss die Tabaklobby auf unsere Gesellschaft und vor allen Dingen auf die Politik hat. Deutschland schafft es nicht, eine bundesweite Regelung zu erlassen. Deshalb ist jedes Bundesland für sich selbst zuständig und erlässt sein eigenes Gesetz mit seinen eigenen Ausnahmeregelungen und seinen eigenen Bußgeldvorschriften.

Der Nichtraucherschutz ist meiner Meinung nach etwas sehr Positives und Angenehmes. Selbst wenn einem die Gesundheitsgefahren des Passivrauchens nicht bewusst sind, bzw. man den verbesserten Gesundheitsschutz außer Acht lässt, so ist es doch sehr angenehm, wenn die Kleider nicht mehr nach jedem Gaststättenbesuch gewechselt werden müssen.

Das Land Baden-Württemberg hat meines Erachtens hinsichtlich des Nichtraucherschutzes noch einiges nachzuholen. Statt sich so sehr in den Vordergrund zu drängen, nur um als eines der ersten Bundesländer ein Gesetz zu erlassen, hätte über einige Punkte noch genauer nachgedacht werden sollen. Zwar ist das LNRSchG ein guter Anfang für den Nichtraucherschutz, sollte aber nicht die Endlösung sein, denn momentan kann

man im Gastronomiebereich von „Beschäftigten zweiter Klasse“²⁶⁶ sprechen. Gesetzesänderungen sind meines Erachtens unentbehrlich, denn welcher Gastwirt hat schon die Motivation, seine Gäste vom Rauchen abzuhalten, wenn ihn das seine Existenz kosten könnte, falls die Raucher ausbleiben, ihm aber kein Bußgeld droht, wenn diese bei ihm rauchen? Ebenso führt die Möglichkeit der Einrichtung eines Raucherraums zu Zwietracht zwischen den Gastwirten, da nur manche einen vollständig abgetrennten Raucherraum einrichten können und eine Verlagerung der Gäste auf die Lokale mit Raucherraum nicht auszuschließen ist. Um nicht nur diese, sondern auch die gesundheitlichen Schwierigkeiten in Griff zu bekommen, verbleibt meines Erachtens als einzige Lösung ein komplettes Rauchverbot ohne Ausnahmen.

Ob die zahlreichen Diskussionen in Presse und Bevölkerung bezüglich der Existenzgefährdung von Einraumkneipen „viel Rauch um Nichts“ sind, hat das Bundesverfassungsgericht zu entscheiden. Das LNRSchG wird im Grundsatz eingehalten und führt daher vor allen Dingen im Bereich der Einraumkneipen und Diskotheken zu einem verbesserten Gesundheitsschutz. Aufgrund dessen und der Tatsache, dass die Menschen durch das LNRSchG auf die Gefahren des Passivrauchens aufmerksam gemacht werden und mehr darüber nachdenken, ist das LNRSchG nicht nur „viel Rauch um Nichts“.

²⁶⁶ LSW, Separate Raucherräume bleiben Gefahrenzonen, Anlage 70, S. 1.

Erklärung

„Ich versichere, dass ich diese Diplomarbeit selbständig und unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.“

Datum, Unterschrift



**Rote Reihe
Tabakprävention und
Tabakkontrolle**



**Gesundheit fördern –
Tabakkonsum verringern:**

**Handlungsempfehlungen
für eine wirksame
Tabakkontrollpolitik
in Deutschland**

**Sonderband
Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg**

Inhalt

Vorwort	5
A Präambel	6
B Ausmaß des Tabakkonsums, tabakbedingte gesundheitliche und ökonomische Konsequenzen	9
C Wirksamkeitsüberprüfte Maßnahmen zur Verringerung des Tabakkonsums	
1 Erhöhung der Tabaksteuern	19
2 Bekämpfung des illegalen Handels mit Tabakprodukten	26
3 Verbot von Tabakwerbung und Sponsoring	31
4 Schaffung einer rauchfreien Umwelt	37
5 Produktregulierung und Verbraucherinformation	43
6 Abgabe und Vertrieb von Tabakwaren	51
7 Schulische Tabakprävention	57
8 Massenmediale Tabakprävention	61
9 Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung	65
D Auf dem Weg zu einer wirksamen Tabakkontrollpolitik: Zusammenfassung und Ausblick	73
E Verzeichnis der beteiligten Expertinnen und Experten	76
Quellenverzeichnis Randzitate	79

5 PRODUKTREGULIERUNG UND VERBRAUCHERINFORMATION

STATUS QUO

Der Tabakkonsum unterscheidet sich in wesentlichen Aspekten von anderen freien Verbraucherentscheidungen. Tabakerzeugnisse sind die einzigen frei verfügbaren Konsumgüter, die bei einem Großteil derer, die sie bestimmungsgemäß verwenden, zu Abhängigkeit, schwerwiegenden Gesundheitsschäden und vorzeitigem Tod führen. Tabakrauch enthält genotoxische Kanzerogene, für die es keinen unteren Schwellenwert gibt, bis zu dem der Konsum als unschädlich angesehen werden kann³⁵. Zwar gibt es eine klare Dosis-Wirkungsbeziehung hinsichtlich der Krebsentwicklung, jedoch bleibt ein Krebsrisiko auch bei geringem Konsumverhalten bestehen. Dies unterscheidet Zigaretten grundsätzlich von anderen legalen psychoaktiv wirksamen Produkten wie Alkoholika.

Gesetzlich ist der Verkehr mit Tabakerzeugnissen durch das Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz (LMBG) reguliert. Tabakerzeugnisse sind allerdings von den allgemeinen Grundsätzen des LMBG, wie sie für Lebensmittel gelten, nämlich dem Schutz der Verbraucher vor Gefährdung der Gesundheit sowie vor Täuschung und Irreführung, ausgenommen. Damit sind Tabakprodukte die einzigen legalen Konsumgüter, die hinsichtlich ihres gesundheitlichen Schädigungspotenzials weitgehend ungeprüft auf den Markt gebracht werden können. Die derzeit geltenden gesetzlichen Vorschriften zur Herstellung und Kennzeichnung von Tabakprodukten entsprechen nicht dem Stand von Wissenschaft und Technologie. So ist die bisherige Produktinformation für Tabakprodukte lückenhaft, nicht aussagefähig und irreführend. Weiterführende Maßnahmen der Produktregelung für Tabakprodukte haben das Ziel, den gesundheitlichen Schaden durch den Konsum von Tabakprodukten zu minimieren.

Die Verantwortlichkeit für die Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften zur Herstellung und Kennzeichnung von Tabakpro-

dukten liegt derzeit beim Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft und dessen nachgeordneten Behörden.

Im Jahr 2001 wurde die Europäische Richtlinie zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen (Richtlinie 2001/37/EC) verabschiedet und soll bis September 2002 in nationales Recht umgesetzt sein. Sie setzt verbindliche Standards für die Grenzwerte für Nikotin, Teer und Kohlenmonoxid, für einzelne Inhaltsstoffe und die Kennzeichnung von Zigaretten sowie Warnhinweise auf Zigaretten und anderen Tabakprodukten. Die Bundesregierung hat gegen einzelne Bestimmungen dieser Richtlinie beim Europäischen Gerichtshof eine Klage eingereicht, die jedoch aus formellen Gründen abgelehnt wurde.

AKTUELLER WISSENSSTAND

Produktgestaltung

■ Die Zigarette ist eine Abgabevorrichtung für das Suchtmittel Nikotin und enthält eine Vielzahl zellgiftiger und krebserregender Stoffe, die zum Großteil erst während des Verbrennungsprozesses entstehen²⁴.

■ Für die Gesundheitsschädlichkeit von Zigaretten ist die Gesamtmenge aller toxischen Stoffe, die in Zigaretten enthalten sind oder die bei der Verbrennung frei werden, ausschlaggebend¹⁸. Für die Vielzahl im Tabakrauch enthaltener gasförmiger Substanzen, deren toxische Wirkung erheblich ist²², existieren keine gesetzlich festgelegten Grenzwerte.

■ Von den über 4000 verschiedenen Substanzen, die im Hauptstromrauch einer Zigarette enthalten sind, ist bei über 50 nachgewiesen, dass sie krebserregend sind^{19,24,50}. Hierzu zählen unter anderem die polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffe, aromatische Amine und die tabakspezifischen Nitrosamine. Als weitere wichtige Schadstoffe sind zu nennen: Ammoniak, Blausäure, Kohlenmonoxid, Formaldehyd und Polonium-210 (vgl. Abb. 14).

„Was wir betreiben, ist die Vermarktung eines gefährlichen Produktes für informierte Erwachsene.“

Hermann Waldemer, Vorsitzender der Geschäftsführung von Philip Morris Deutschland, 2001^(XIII)

„...Nikotin macht abhängig. Wir verkaufen Nikotin, eine abhängigkeits erzeugende Droge.“

Addison Yeaman, Brown & Williamson, 1963^(XIV)

„Tim Coleman: ...es gibt keine sichere Zigarette“. David Davies, Vize-Präsident von Philip Morris International: „Ja, genau.“

David Davies, Vize-Präsident von Philip Morris International, 2001^(XV)

Abbildung 14: Ausgewählte toxische und kanzerogene Substanzen im Hauptstromrauch. Quelle: Hoffmann et al., 1994²². Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2002

Ausgewählte toxische und kanzerogene Substanzen des Hauptstromrauchs	
Acetaldehyd	1,3-Butadien
Acrolein	Formaldehyd
Acrylamid	Kohlenmonoxid
Ammoniak	Methylisocyanid
Aromatische Amine	Nikotin
Benzolverbindungen	Polonium 210
Blausäure	Polycyclische aromatische Kohlenwasserstoffe
	Tabak-spezifische N-Nitrosamine

■ In Bezug auf die Minimierung der Gesundheitsschädlichkeit entsprechen Zigaretten nicht dem Stand der Technologie. Bereits seit mehreren Jahrzehnten existieren Patente für Verfahren, durch die die Gesundheitsschädlichkeit von Tabakprodukten erheblich verringert werden kann und die folglich die Anzahl tabakrauchbedingter Erkrankungen und Todesfälle reduzieren könnten. Von derartigen Patenten wird nicht durchgängig Gebrauch gemacht²⁰. Unter anderem

- können durch die geeignete Wahl der Tabaksorten sowie den Einsatz besonderer Verfahren der Tabakherstellung die krebserzeugenden tabakspezifischen Nitrosamine, die durch eine chemische Reaktion zwischen Nikotin und Nitraten entstehen und neben dem kompensatorischen Rauchen (s.u.) für den Anstieg bestimmter Formen von Lungenkrebs verantwortlich gemacht werden²¹, fast vollständig beseitigt werden³⁷.

- existieren Verfahren zur Verringerung der im Tabakrauch enthaltenen krebserzeugenden organischen Substanzen¹⁰ sowie zur Reduktion der toxischen Stoffe und der gasförmigen wie partikelgebundenen Verbrennungsprodukte des Tabaks⁵.

■ Aus internen Dokumenten der Zigarettenindustrie geht hervor, dass Herstellern das Abhängigkeitspotenzial von Nikotin und die Gesundheitsschädlichkeit von Zigaretten bereits seit Jahrzehnten bekannt ist^{11,17,41}. Gleichwohl wird das Abhängigkeitspotenzial seitens der Tabakindustrie teils noch bis heute bestrit-

ten⁸. Die Dokumente der Zigarettenhersteller machen deutlich, dass diese an der Produktgestaltung von Zigaretten eine Vielzahl von Veränderungen vorgenommen haben, die sich auf das Rauchverhalten auswirken und das Abhängigkeitspotenzial von Zigaretten weiter erhöhen^{1,14}. Unter anderem wird die ausdrückliche Zielsetzung offensichtlich, Rauchern eine quasi beliebige Nikotinzufuhr zu ermöglichen, ohne dies jedoch an den veröffentlichten Nikotinwerten ersichtlich zu machen^{23,41}.

■ Durch den Zusatz von Ammoniak kann erreicht werden, dass die Bioverfügbarkeit von Nikotin (Anteil des „freien Nikotins“) erhöht wird^{2,50}, was wiederum dazu führt, dass das Abhängigkeitspotenzial von Zigaretten verstärkt wird³⁶. Die hierbei angewandte Ammoniak-Technologie ist bei Zigarettenherstellern bereits seit den Sechzigerjahren bekannt.

■ Zusatzstoffe werden nicht nur dazu verwendet, die Haltbarkeit und die Abbrenngeschwindigkeit von Zigaretten zu beeinflussen, sondern auch, um deren Geschmack und Geruch zu verbessern³. Hierdurch wird das Rauchen für Einsteiger insbesondere im Kindes- und Jugendalter angenehmer und genießbarer.

■ In den vergangenen Jahren werden vermehrt neue Tabakprodukte („novel products“) auf den Markt gebracht, für die geringere Schadstoffwerte als für herkömmliche Zigaretten angegeben werden, für deren tatsächliche Schadensreduktion bisher jedoch keine überprüften Daten vorliegen^{24,50}.

Husten, Schwindel, Herzinfarkt

Auch wenn die Tabaklobby es bestreitet:
Passivrauchen ist lebensgefährlich.

Kein Tabakkonzern bestreitet mehr, dass Zigaretten Menschen töten. Aber fast alle Hersteller beharren darauf, dass sie nur ihren eigenen Kunden den Tod bringen, nicht aber jenen, die mit den Rauchern die Atemluft teilen.

Alle Studien, die etwas anderes behaupteten, „unterliegen methodischen Schwächen“. Das schrieb gerade Reemtsma-Chef Richard Gretler an zahlreiche Bundestagsabgeordnete. Aufgeschreckt vom SPIEGEL-Titel „Rauchen: Das Ende der Toleranz“, versuchte der Tabakmann den Parlamentariern beizubringen, dass das Risiko für Passivraucher „äußerst gering“ sei. Selbst das Mobiltelefonieren sei bedenklicher als der Qualm.

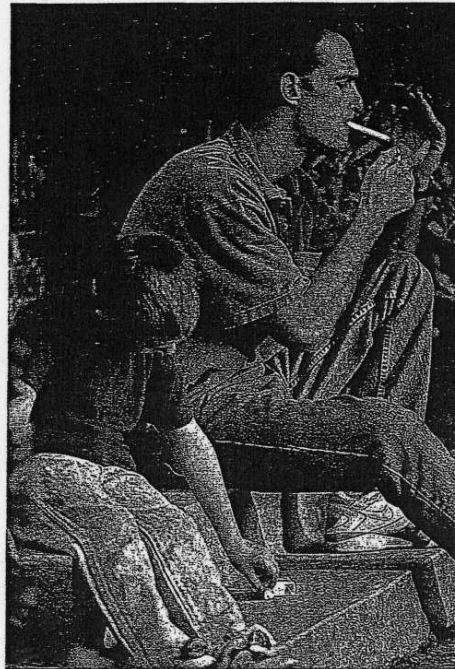
Hat der Mann recht? Gern verweist die Tabaklobby auf eine staunenswerte Studie, die vor drei Jahren im „British Medical Journal“ erschien. Der Epidemiologe James Enstrom von der University of California in Los Angeles hatte in einem gewaltigen Datenpool untersucht, was aus fast 36 000 Nichtraucherern geworden ist, die zwischen 1959 und 1998 mit einem Raucher zusammenlebten. Den Zugequalmten erging es angeblich blendend: Enstrom stellte fest, dass sie als Passivraucher kein höheres Gesundheitsrisiko trugen.

Die Aufregung unter den Gesundheitswissenschaftlern war groß – und schnell stießen sie bei Enstrom auf zahlreiche methodische Schwächen. Überdies kam heraus, dass Enstrom viel Geld bekommen hatte von der Tabakindustrie, und zwar schon seit fast 25 Jahren. „Mit großem Aufwand“, so die Heidelberger Tabakexpertin Annette Bornhäuser, „versucht die Branche, den falschen Eindruck zu erwecken, dass die Bedenklichkeit des Passivrauchens wissenschaftlich umstritten sei.“

Und selbst wenn Enstrom redlich gearbeitet hätte: Gerade im Design epidemiologischer Studien schleichen sich

leicht Fehlerquellen ein. Eine Studie allein sagt daher wenig aus. Aussagekräftig ist nur die Draufsicht auf alle existenten Untersuchungen.

Solche aufwendigen Meta-Analysen zum Passivrauchen wurden unter anderem erstellt von Institutionen wie der Weltgesundheitsorganisation WHO, der kalifornischen Umweltbehörde EPA, den Centers for Disease Control



Raucher mit Kind: Keine Dosis ist harmlos

(CDC) in Atlanta sowie von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG). Der „Surgeon General“, der oberste Gesundheitsbeamte der USA, legt diese Woche einen neuen Bericht vor – den ersten seit 1986.

Die Ergebnisse sind vollkommen eindeutig: „Passivrauchen ist erwiesenermaßen krebserregend“, sagt Corinne Husten, Direktorin an den CDC. Daran gebe es „keinen Zweifel“. Die meisten medizinischen Organisationen sind sich darin einig, dass Passiv-

rauchen das Lungenkrebsrisiko um 20 Prozent erhöht, die Wahrscheinlichkeit einer Herzkrankheit steigt sogar um bis zu 35 Prozent. Erhöht sind auch die Risiken für Schlaganfälle, Brustkrebs, Atemwegsinfektionen, Asthma und für den Plötzlichen Kindstod. Weitverbreitete Folgen des Passivrauchens sind zudem Husten, Schwindel, Schlaflosigkeit, Hals- und Kopfschmerz.

Die DFG hat Zigarettenrauch schon 1998 auf die „MAK-Liste“ gesetzt, die für Schadstoffe die „Maximale Arbeitsplatz-Konzentration“ angibt. Im Fall von Zigarettenrauch konnten die Experten keine harmlose Dosis finden. Selbst in kleinen Mengen geht von Rauch für Nichtraucher ein Risiko aus.

Einen eindrucksvollen Menschenversuch haben dazu die Bewohner von Helena geliefert, der Hauptstadt des US-Bundesstaats Montana. Im Juni 2002 hatte die Gemeinde das Rauchen am Arbeitsplatz und in der Gastronomie verboten. Daraufhin fiel die Zahl der Herzinfarkte um erstaunliche 40 Prozent.

Gegner des Rauchverbots haben nur sechs Monate später vor Gericht die Rücknahme des Rauchverbots erwirkt. Kaum wurde wieder gequalmt, stieg die Zahl der Herzinfarkte auf ihr ursprüngliches Niveau.

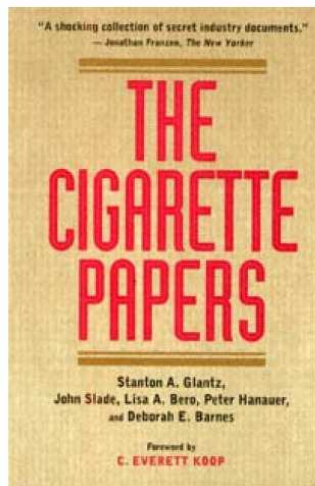
Für den Göttinger Klinikarzt Tobias Raupach ist das keineswegs überraschend. Es reiche, ein paar Stunden im Rauch zu sitzen, damit sich die Blutplättchen messbar verändern. „Sie werden klebrig“, sagt Raupach. Sie könnten in einem bereits verengten Herzkranzgefäß einen kompletten Verschluss auslösen – und so einen Infarkt.

Verhängnisvoll sei das Passivrauchen, so Raupach, wegen des „Prinzips der Sättigung bei niedrigen Dosen“: Schon eine minimale Belastung führe eine maximale Reaktion des Körpers herbei. Gerade für Herzranke und Vorgeschiedigte bedeute Passivrauchen „eine viel akutere Bedrohung, als den Leuten bewusst ist“.

Angesichts überwältigender Fakten hat ein Zigarettenhersteller jetzt allen Widerstand aufgegeben. Marktführer Philip Morris („Marlboro“) räumt offiziell ein, dass vom Passivrauchen Gefahren für Leib und Leben ausgehen.

Trotzdem ist die Firma dafür, dass Nichtraucher Passivraucher bleiben.

MARCO EVERS

[Home](#) [Search](#) [Browse](#)[About U](#) [Help](#)[BUY THIS BOOK](#)

The Cigarette Papers

Stanton A. Glantz, John Slade, Lisa A. Bero, Peter Hanauer, and Deborah E. Barnes, editors

Suggested citation:

Glantz, Stanton A., John Slade, Lisa A. Bero, Peter Hanauer, and Deborah E. Barnes, editors *The Cigarette Papers*. Berkeley: University of California Press, c1996.
<http://ark.cdlib.org/ark:/13030/ft8489p25j/>

Contents

- [Foreword](#)
- [Preface](#)
- [Chapter 1 Looking through a Keyhole at the Tobacco Industry](#)
- [Chapter 2 Smoking and Disease: The Tobacco Industry's Earliest Responses](#)
- [Chapter 3 Addiction and Cigarettes as Nicotine Delivery Devices](#)
- [Chapter 4 The Search for a "Safe" Cigarette](#)
- [Chapter 5 Public Relations in the "Safe" Cigarette Era](#)
- [Chapter 6 Agricultural Chemicals and Cigarette Additives](#)
- [Chapter 7 Legal Concerns Facing the Industry](#)
- [Chapter 8 Lawyer Management of Scientific Research](#)
- [Chapter 9 Stonewalling: Politics and Public Relations](#)
- [Chapter 10 Environmental Tobacco Smoke and the Nonsmokers' Rights Movement](#)
- [Chapter 11 Where Do We Go from Here?](#)
- [Statements by Brown and Williamson](#)
- [List of Available Documents](#)
- [About the Authors](#)

[Comments? Questions?](#)

University of California Press eScholarship Editions are published by [eScholarship](#), the [California Digital Library](#)
© 2003 The Regents of the University of California

Preferred Citation: Glantz, Stanton A., John Slade, Lisa A. Bero, Peter Hanauer, and Deborah E. Barnes, editors *The Cigarette Papers*. Berkeley: University of California Press, c1996 1996. <http://ark.cdlib.org/ark:/13030/ft8489p25j/>

Chapter 10 Environmental Tobacco Smoke and the Nonsmokers' Rights Movement

Chapter 10 Environmental Tobacco Smoke and the Nonsmokers' Rights Movement

Strategic objectives [of sidestream smoke research] remain as follows: 1. Develop cigarettes with reduced sidestream yields and/or reduced odour and irritation. 2. Conduct research to anticipate and refute claims about the health effects of passive smoking. Summary of BAT research activities, 1984 (1181.12, p. 2)

Introduction

During the 1970s, as the scientific evidence of the dangers of environmental tobacco smoke (ETS) was beginning to accumulate, a grassroots movement for nonsmokers' rights emerged (1). When it became evident that tobacco smoke can harm nonsmokers who inhale it passively, the public became less tolerant of smoking in public places and the workplace, and restrictions on smoking began to be implemented, by both government and private businesses. Although the mainstream health establishment was slow to appreciate the significance of the passive smoking issue, the tobacco industry was quick to recognize the need to counter this emerging shift in social attitudes toward smoking, particularly smoking in the workplace, and mobilized its public relations and political resources to deal with the potential threat. It used scientists, who were funded through the Council for Tobacco Research (CTR) special projects and special accounts (see chapter 8), to oppose restrictions on smoking in public places and workplaces, and it organized to fight ballot measures for clean indoor air in California and elsewhere.

The smoke that cigarette smokers draw into their lungs is "mainstream" smoke, while the smoke that comes off the burning tip of a cigarette is "sidestream" smoke. Sidestream smoke actually contains higher

— 392 —

concentrations of many toxic chemicals than mainstream smoke (2), because sidestream smoke is not filtered and because cigarettes burn at a lower temperature when they are smoldering, leading to a less complete, dirtier combustion. The air pollution resulting from sidestream and extracted mainstream smoke is called secondhand smoke or environmental tobacco smoke, and people who breathe this smoke are known as passive smokers or involuntary smokers. Research conducted in the 1970s showed that children exposed to ETS have higher rates of respiratory diseases (2). In 1981 several published studies showed that nonsmoking women married to smokers have a higher risk of dying from lung cancer than nonsmoking women married to nonsmokers (3–5). This work was widely reported in the press, and provided the first strong evidence that passive smoking causes fatal diseases such as lung cancer. Research on ETS rapidly accumulated during the 1980s, and in 1986 major consensus reports by the National Academy of Sciences' National Research Council (6) and the Surgeon General (7) confirmed the evidence that ETS endangers children and causes lung cancer in adults. In 1992 the Environmental Protection Agency listed environmental tobacco smoke as a Class A (known human) carcinogen and a major source of respiratory problems in children (2). Subsequent studies have shown that exposure to ETS also increases the risk of heart disease (8–11).

In 1978 the Roper Organization conducted a confidential study for the Tobacco Institute on the attitudes of the public toward smoking (12). This report, which was obtained by the Federal Trade Commission and subsequently made public, stated:

The original Surgeon General's report, followed by the first "hazard" warning on cigarette packages, the subsequent "danger" warning on cigarette packages, the removal of cigarette advertising from television and the inclusion of the danger warning in cigarette advertising, were all "blows" of sorts for the tobacco industry. They were, however, blows that the cigarette industry could successfully weather because they were all directed against the smoker himself.

The anti-smoking forces' latest tack, however—on the passive smoking issue—is another matter. What the smoker does to himself may be his business, but what the smoker does to the non-smoker is quite a different matter. ... six out of ten believe that smoking is hazardous to the nonsmoker's health, up sharply over the last four years. More than two-thirds of non-smokers believe it; nearly half of all smokers believe it.

This we see as the most dangerous development yet to the viability of the tobacco industry that has yet occurred [emphasis added]. (p. 6)

The Roper report recommended that the industry engage in research to discredit the evidence that passive smoking is dangerous to nonsmokers.

— 393 —

The strategic and long run antidote to the passive smoking issue is, as we see it, developing and widely publicizing clear-cut, credible, medical evidence that passive smoking is not harmful to the non-smoker's health [emphasis added]. (p. 7)

The documents indicate that the tobacco industry followed this advice.

Early Recognition Of The Passive Smoking Issue

The tobacco industry's early awareness of the importance of the passive smoking issue is reflected in a March 15, 1973, document that summarizes the results of a literature review on issues related to smoking and health (2114.02). It specifically notes that passive smoking is a growing issue of concern to the industry because of the negative impact that increased regulation will have on the social acceptability of smoking:

- | | |
|----|--|
| 4. | <i>Increasing emphasis is being given to the smoking habits of employees and the whole question of occupational exposure. One anticipated result can be the increased attention of government and organized labor to the personal smoking habits of employees.</i> |
|----|--|

5.	The popular claims that heart and lung disease are closely associated with community air pollution are being extended to include passive smoking, often to the degree that industrial smokestacks and vehicular emissions are ignored. In many instances, cigarette smoking is taking the rap for environmental pollution.
6.	<i>More and more, smoking is being pictured as socially unacceptable.</i> The goal seems to be the involvement of others—non-smokers, children, etc.—in addition to health and government organizations. The main thrust of these zealots seems to be that "smoking is not a personal right because it hurts others; that smoking harms non-smoking adults, children, and even the yet unborn" [emphasis added]. {2114.02}

This document reflects themes that the tobacco industry has used for over two decades when dealing with secondhand smoke: it has argued that cigarette smoke is "taking the rap" for environmental pollution and that people concerned about secondhand smoke are "zealots."

In contrast to the tobacco industry's claims, the scientific and medical communities are well aware that environmental toxins such as radon and asbestos are hazardous to health. However, they also are aware of the large body of scientific evidence indicating that exposure to environmental tobacco smoke can cause disease as well (2, 6, 7). Interestingly, the tobacco industry also appears to have recognized that it would have very few natural allies in its effort to alleviate concern over passive smoking:

— 394 —

Many major U.S. industries are quite willing to let cigarettes take the full rap (government control, anti-pollution forces) and the tobacco industry can expect little help or sympathy from fellow manufacturers. {2114.02, p. 2}

Tobacco industry lawyers also became interested in the passive smoking issue at an early stage. In 1978 William Shinn, an attorney at Shook, Hardy, and Bacon, wrote a memo discussing various scientific activities, particularly the activities of Dr. Gary Huber {1910.05}, then director of the Kentucky Tobacco and Health Research Institute. As discussed in chapter 8, the institute, a state program funded through cigarette taxes, claimed to be independent but actually worked closely with tobacco industry lawyers on occasion. In addition, Dr. Huber was a consultant for Shook, Hardy, and Bacon (table 8.1). Shinn's memo states that Huber will be conducting a two-hour presentation at an American Thoracic Society/American Lung Association meeting, and that he might include a section on passive smoking in his presentation {1910.05}. In addition, Shinn states:

Dr. Huber has mentioned from time to time the possibility of engaging in "passive smoking" research. ... He is also curious as to what factors may contribute to the strong feelings of certain anti-smokers with respect to the smoking of others. {1910.05}

The attorneys' interest in secondhand smoke has not waned over the years. On September 13, 1984, Donald K. Hoel, a lawyer at Shook, Hardy, and Bacon, wrote a letter to attorneys at B&W in which he discussed tentative arrangements for a meeting of the "Public Smoking Advisory Group" at the Tobacco Institute. The purpose of the meeting was to discuss possible research on "normally encountered" tobacco smoke {1832.02}. (Some of the research sponsored by tobacco industry lawyers is discussed later in this chapter.)

Research And Product Development Response To The ETS Issue

As discussed in chapters 3, 4, and 7, BAT held annual research conferences so that its subsidiaries from around the world could share their research findings and agree on the research agenda for the following year. BAT research was carried out at facilities operated by the individual companies, and also through a joint research program headquartered at the Group Research and Development Centre (GR&DC) in Southampton, England. Most of the research on environmental tobacco smoke appears to have been conducted in Southampton.

— 395 —

Duck Key Research Conference, 1974

During the early 1970s concern over ETS was focused on its irritating effects. For example, the minutes from a meeting of the Biological Testing Committee that was held in Southampton on January 27, 1970, note that research technicians have been complaining about irritation caused by sidestream smoke from one of the cigarettes under evaluation:

Dr. [S. J.] Green [of BAT R&D] drew attention to the additional point ... that the operators of the smoking machines at Battelle [which was conducting research for Project Janus at the time] have complained about the odour/irritating nature of the sidestream smoke from the cigarette containing 100% I-308. {1164.04, p. 3}

Minutes from later meetings indicate that most BAT scientists did not take these complaints seriously at first. At the 1974 research conference in Duck Key, Florida, Dr. Green proposed that irritation caused by sidestream smoke should be evaluated in all new products. His colleagues, however, reacted without enthusiasm. The conclusions and recommendations from the Duck Key conference state:

16. It was suggested by Dr. Green that now that we have an objective sensory difference test for assessing irritation of sidestream smoke, we might write in to all new product developments a constraint in the specification in this respect. *This suggestion had a cool reception and most members felt that passive smoking was relatively unimportant.* It was agreed to note disagreement on this subject [emphasis added]. {1125.01, p. 4}

Just one year later, however, BAT scientists began to pay more attention to the irritating and potentially dangerous effects of ETS.

Merano Research Conference, 1975

At the BAT research conference held in Merano, Italy, in April 1975, BAT scientists discussed passive smoking at length. Participants agreed that research into the irritating effects of sidestream smoke should be undertaken. The minutes from the meeting state:

12. Passive smoking was discussed and reviewed in detail. *It is considered that this is an important area and interest in it is unlikely to recede.* The meeting felt that the work on sidestream irritation at Southampton was a useful contribution to a part of the whole problem. R & D Southampton were asked to extent [sic] their studies to cover a wider range of cigarettes and chemical constituents in the sidestream. *It is desirable to be in a position to anticipate the identification of new sidestream constituents which may be considered harmful to non smokers* [emphasis added]. {1173.01, p. 3}

— 396 —

BAT's scientists made this statement nearly a decade before the general scientific community had recognized ETS as a serious threat to public health.

Biological Research Meeting, Southampton, 1976

By the mid-1970s the scientific community had begun to identify toxic substances such as carbon monoxide (13, 14) and N-nitrosamines (15, 16) in sidestream smoke. In addition, Carl Becker, a researcher at Cornell University, had published a series of studies on glycoproteins in tobacco smoke (17–19). Glycoproteins are a class of proteins that often induce allergic reactions. Becker's first study showed that glycoprotein isolated from tobacco could produce allergic reactions in some individuals (17). His report caught the attention of BAT researchers, who discussed his findings at a

dkfz.

**Rote Reihe
Tabakprävention und Tabakkontrolle**



**Passivrauchen –
ein unterschätztes Gesundheitsrisiko**

**Band 5
Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg**

Inhalt

Deutschland muss handeln	5
A Giftige und krebserregende Inhaltsstoffe im Passivrauch.	9
(Thielmann H.W., Schulze A., Pötschke-Langer M., Schaller K., Bertram B.)	
1. Inhaltsstoffe des Passivrauchs	10
2. Messung des Tabakrauchs in der Umgebung	12
3. Mangelnde Wirksamkeit Lüftungstechnischer Anlagen	14
B Ausmaß der Tabakrauchexposition in Deutschland	15
(Schulze A.)	
1. Tabakrauchbelastungen bei Erwachsenen.	15
2. Orte der Passivrauchexposition bei Erwachsenen.	15
3. Passivrauchen und soziale Unterschiede.	17
4. Tabakrauchbelastungen bei Kindern	17
C Passivrauchbedingte Morbidität und Mortalität in Deutschland.	20
(Keil U., Becher H., Heidrich J., Heuschmann P., Kraywinkel K., Vennemann M., Wellmann J.)	
1. Passivrauchen und Lungenkrebs	22
2. Passivrauchen und koronare Herzkrankheit.	24
3. Passivrauchen und Schlaganfall	28
4. Passivrauchen und chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen	30
5. Passivrauchen und plötzlicher Kindstod	32
6. Mortalität durch Passivrauchen in Deutschland	33
D Maßnahmen zum Nichtraucherschutz in Deutschland	35
(Schaller K., Pötschke-Langer M., Schulze A., Ehrmann K.)	
1. Rechtlicher Hintergrund	35
2. Deutschland im internationalen Vergleich.	37
3. Auswirkungen rauchfreier Arbeitsplätze	37
4. Rauchfreie Gastronomie.	40
5. Rauchfreie Züge	43
6. Rauchfreie Schulen.	44
Literaturverzeichnis	47
Methodischer Anhang	61
Autorenverzeichnis.	69

Deutschland muss handeln

Ausmaß der Tabakrauchexposition in Deutschland

- Über 170 000 Neugeborene jährlich werden bereits im Mutterleib den Schadstoffen des Tabakrauchs ausgesetzt.
- Die Hälfte aller Kinder unter sechs Jahren und etwa zwei Drittel aller Sechs- bis Dreizehnjährigen leben in einem Haushalt, in dem mindestens eine Person raucht.
- Schätzungsweise über acht Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren leben in einem Haushalt mit mindestens einem Raucher.
- In der Erwachsenenbevölkerung werden mehr als 35 Millionen Nichtraucher zu Hause, am Arbeitsplatz, in ihrer Freizeit oder gleichzeitig an mehreren dieser Orte häufig mit den Schadstoffen des Passivrauchs belastet.
- Allein am Arbeitsplatz sind noch immer etwa 8,5 Millionen nichtrauchende Erwerbstätige Passivrauch ausgesetzt.

Passivrauchbedingte Morbidität und Mortalität in Deutschland

- Passivrauch reizt akut die Atemwege und kann zu Kurzatmigkeit bei körperlicher Belastung, erhöhter Infektanfälligkeit, Kopfschmerzen und Schwindel führen. Diese Symptome können bereits bei kurzzeitigem Passivrauchen auftreten.
- Passivrauchen ist verantwortlich für die Entwicklung zahlreicher chronischer Krankheiten mit Todesfolge.
- Passivrauchen kann bei Säuglingen zum plötzlichen Kindstod (SIDS) führen. Etwa 60 Säuglinge versterben jährlich durch Passivrauch im Haushalt sowie durch vorgeburtliche Schadstoffbelastungen, weil die Mutter während der Schwangerschaft rauchte.
- Über 260 Nichtraucher sterben jährlich an passivrauchbedingtem Lungenkrebs.
- Über 2140 Nichtraucher versterben jährlich an einer koronaren Herzkrankheit, die durch Passivrauchen hervorgerufen wird.
- Über 770 Nichtraucher versterben pro Jahr an einem passivrauchbedingten Schlaganfall.
- Über 50 Nichtraucher versterben jährlich an durch Passivrauchen bedingten chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen.
- Passivrauchen ist zudem verantwortlich für die Entwicklung zahlreicher nicht tödlicher Fälle von koronarer Herzkrankheit, Schlaganfall und chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen.
- An den Folgen des Passivrauchens versterben in Deutschland jährlich mehr als 3300 Nichtraucher; das sind mehr Todesfälle als durch illegale Drogen, Asbest, BSE und SARS zusammen.

Deutschland muss handeln

Maßnahmen zum Nichtraucherchutz in Deutschland

- Die Senatskommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe stuft bereits 1998 Passivrauchen am Arbeitsplatz in die höchste Gefahrenklasse aller Schadstoffe ein und begründete die Notwendigkeit eines vollständigen Nichtraucherchutzes auch in Deutschland.
- Das Bundesverfassungsgericht stellte 1997 fest, dass Rauchen auch die Gesundheit der nichtrauchenden Mitmenschen gefährdet.
- Die Gefahren des Passivrauchens wurden wiederholt von der Bundesregierung anerkannt, jedoch regelt die gegenwärtige Arbeitsstättenverordnung nicht den öffentlichen Bereich und schließt Betriebe mit Publikumsverkehr aus.
- Rauchfreie Arbeitsplätze schützen nicht nur die Nichtraucher, sondern sie bewahren auch Ex-Raucher vor einem Rückfall und bewirken einen Konsumrückgang bei Rauchern.
- Immer mehr europäische Länder entscheiden sich für vollständig rauchfreie öffentliche Einrichtungen und eine rauchfreie Gastronomie. Dagegen besteht in der deutschen Gastronomie ein völlig unzureichender Nichtraucherchutz und die Gastronomiemitarbeiter sind einer besonders hohen Belastung durch Passivrauch ausgesetzt.
- Eine rauchfreie Gastronomie verringert die Gesundheitsbelastung durch Tabakrauch und bessert bei den Mitarbeitern tabakrauchbedingte Krankheits-symptome.
- Nichtraucherabteile in Zügen werden wegen der unzureichenden Abtrennung von Raucherbereichen auch mit Passivrauch belastet. Die Mitarbeiter der Bahn sind hohen Gesundheitsbelastungen durch Passivrauch ausgesetzt.
- Rauchfreie Schulen, Ausbildungsstätten, Kindergärten und Sportstätten sind notwendig, da in diesen Einrichtungen auch der Grundstein für gesundheits-bezogene Verhaltensweisen gelegt wird.

Die gegenwärtige Situation der Tabakrauchbelastung von Nichtrauchern in Deutschland ist inakzeptabel. Jährlich über 3300 Todesopfer und ungezählte Kranke aufgrund des Passivrauchens zu Hause, am Arbeitsplatz, in öffentlichen Einrichtungen und in der Gastronomie sind untragbar. Ein Bundesgesetz, das

den Nichtraucherchutz im öffentlichen Raum umfassend regelt und eine drastische Informationskampagne zu den Gefahren des Passivrauchens im privaten Umfeld könnten maßgeblich dazu beitragen, dass Passivrauchopfer in Deutschland der Vergangenheit angehören. Deutschland muss handeln.

A Giftige und krebserregende Inhaltsstoffe im Passivrauch

Heinz Walter Thielmann, Alexander Schulze, Martina Pötschke-Langer, Katrin Schaller, Barbara Bertram

Kernaussagen

- Tabakrauch ist der bedeutendste und gefährlichste vermeidbare Innenraumschadstoff und die führende Ursache von Luftverschmutzung in Innenräumen, in denen geraucht wird.
- Tabakrauch enthält über 4800 verschiedene Substanzen. Bei über 70 dieser Substanzen ist nachgewiesen, dass sie krebserregend sind oder im Verdacht stehen, Krebs zu erzeugen.
- Für die im Passivrauch enthaltenen Kanzerogene können keine Wirkungsschwellen als Dosismaß definiert werden, unterhalb derer keine Gesundheitsgefährdung zu erwarten wäre. Auch kleinste Belastungen mit den im Tabakrauch enthaltenen genotoxischen Kanzerogenen können zur Entwicklung von Tumoren beitragen.
- Die chemische Zusammensetzung von Passivrauch gleicht *qualitativ* der des Tabakrauchs, den Raucher inhalieren. Neben giftigen Substanzen wie Blausäure, Acetonitril, Ammoniak und Kohlenmonoxid enthält Passivrauch auch eine Vielzahl kanzerogener Stoffe wie polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe, *N*-Nitrosamine, aromatische Amine, Benzol, Vinylchlorid, Arsen, Cadmium, Chrom und das radioaktive Isotop Polonium 210.
- Die Verweildauer einzelner Komponenten des Passivrauchs in der Raumluft ist beträchtlich. Tabakfeinstaubpartikel lagern sich an Wänden, Decken, Böden und Gegenständen ab und werden von dort wieder emittiert. Innenräume, in denen Rauchen erlaubt ist, stellen somit eine kontinuierliche Expositionsquelle für die im Tabakrauch enthaltenen Schadstoffe dar, selbst wenn dort aktuell nicht geraucht wird.
- Auch „kalter“ Tabakrauch gefährdet die Gesundheit.
- Lüftungstechnische Anlagen schützen nicht wirksam vor den Schadstoffen des Tabakrauchs, da selbst die modernsten Ventilationssysteme die gefährlichen Inhaltsstoffe des Tabakrauchs nicht vollständig aus der Raumluft entfernen können.

Tabakrauch ist mit Abstand der bedeutendste und gefährlichste vermeidbare Innenraumschadstoff und er ist die führende Ursache von Luftverschmutzung in Innenräumen, in denen geraucht wird. Wird Tabakrauch über die Atemluft vom Menschen aufgenommen, spricht man von Passivrauchbelastung oder Passivrauchen¹²⁴. Passivrauch besteht aus dem Nebenstromrauch, der beim Ver-

glimmen der Zigarette zwischen den Zügen entsteht, sowie aus den vom Raucher wieder ausgeatmeten Bestandteilen des Hauptstromrauchs^{51,124,214} (Abb. 1).

Die ausgeatmeten Partikel des Hauptstromrauchs fügen dem gesamten Passivrauch – je nach gemessener Komponente – einen Anteil von 1 bis 43 Prozent der Bestandteile hinzu²¹. Der größte

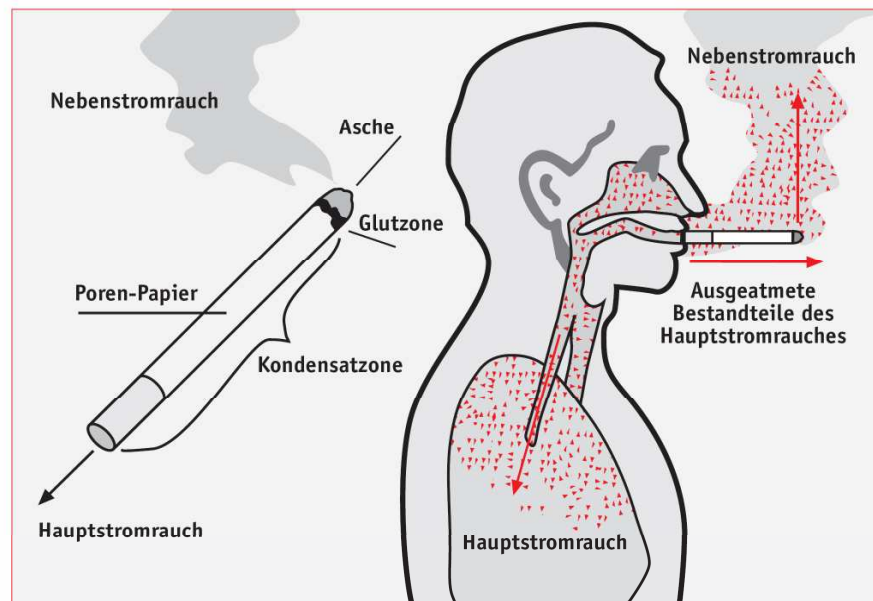


Abbildung 1:
 Schema der Tabakrauchverteilung einer Zigarette;
 Quelle: linker Teil der
 Abbildung: Lüth 2002 ¹⁶⁶,
 rechter Teil der Abbildung:
 eigene Darstellung 2005;
 Bearbeitung: Deutsches
 Krebsforschungszentrum,
 Stabsstelle Krebsprävention,
 2005.

Teil des Tabakrauchs in der Raumluft besteht jedoch aus den Substanzen des Nebenstromrauchs ²⁷¹. Der Nebenstromrauch enthält fast alle gasförmigen und über die Hälfte der partikelförmigen Komponenten des Passivrauchs ^{51,84}.

1. Inhaltsstoffe des Passivrauchs

Die Zusammensetzung des Tabakrauchs ist weitgehend bekannt. Eine Zigarette enthält eine Vielzahl zellgiftiger und krebserregender Stoffe, die zum Großteil erst während des Verbrennungsprozesses (Pyrolyse) des Tabaks entstehen ^{77,108,114,115}. Von den über 4800 bekannten Substanzen, die ein Raucher durch den Hauptstromrauch der Zigarette inhaliert ^{124,223}, ist bei über 70 nachgewiesen, dass sie krebserregend sind oder im Verdacht stehen, Krebs zu erzeugen ^{108,124}. Hierzu zählen vor allem die polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffe, die aromatischen Amine und die tabakspezifischen *N*-Nitrosamine.

Für die im Tabakrauch enthaltenen Kanzerogene können keine Wirkungsschwellen als Dosismaß definiert werden, unterhalb derer keine Gesundheits-

gefährdung zu erwarten wäre ^{170,264,268}. Zwar sinkt mit abnehmender Dosis das Risiko proportional, es wird jedoch auch unterhalb des experimentell zugänglichen Nachweisbarkeitsbereiches nicht null ^{74,268}. Denn auch geringe Mengen genotoxischer Kanzerogene können die DNA schädigen. Diese Schädigungen führen zwar noch nicht zu einem Tumor, sind aber irreversibel, da sie bereits nach der ersten Zellverdopplung als DNA-Mutation „festgeschrieben“ sind und folglich an sämtliche Tochterzellgenerationen weitergereicht werden ^{74,272}.

Im Experiment konnte nachgewiesen werden, dass sich solche irreparablen Erbgutschäden bei wiederholter Einwirkung des Kanzerogens aufaddieren. Somit können auch kleinste Belastungen mit den im Tabakrauch enthaltenen genotoxischen Kanzerogenen zur Entwicklung von Tumoren führen. In mehreren Studien wurde nachgewiesen, dass im Blut oder Urin von Nichtraucherern, die Passivrauch ausgesetzt sind, Kanzerogene wie polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe, aromatische Amine und Nitrosamine zumeist in erhöhter Konzentration vorliegen (Abb. 2).

Studie	Kanzerogen oder Kanzerogen-Addukt	Mittlere oder mediane Konzentration	Mittlere oder mediane Konzentration	Verhältnis von exponierten zu nicht exponierten Nichtrauchern
		nicht exponierte Nichtraucher	exponierte Nichtraucher	
Maclure et al. 1989 ¹⁶⁷	4-Aminobiphenyl (pg/g Hb) *	40,0	43,0	1,1
	3-Aminobiphenyl (pg/g Hb) *	1,0	1,4	1,4
Bartsch et al. 1990 ²⁶	4-Aminobiphenyl (pg/g Hb) *	16,0	34,4	2,2
Hammond et al. 1993 ¹⁰⁴	4-Aminobiphenyl (pg/g Hb) *	15,0	20,0	1,3
Crawford et al. 1994 ⁶¹	Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe-Albumin (fmol/mg) **	0,31	0,49	1,6
Scherer et al. 2000 ⁷¹⁶	Benzo[a]pyren-Hb (fmol/mg) *	0,083	0,049	0,6
	Benzo[a]pyren-Albumin (fmol/mg) *	0,019	0,021	1,1
Anderson et al. 2001 ¹⁴	4-(Methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanol + 4-(Methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanol-Glucuronid (pmol/mg) ***	0,007	0,045	6,4

*im Blut, ** im Plasma, *** im Urin; Hb: Hämoglobin

Abbildung 2:
Studien zur Bestimmung der durchschnittlichen Menge von Kanzerogenen oder Folgeprodukten im Blut oder Urin von exponierten und nicht exponierten Nichtrauchern; Quelle: Royal College of Physicians of London, 2005²¹²; Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2005.

Die chemische Zusammensetzung von Passivrauch gleicht *qualitativ* der des Tabakrauchs, den Raucher inhalieren^{84,115,125}. Neben zahlreichen toxischen Substanzen wie Ammoniak, Stickstoffoxiden und Schwefeloxid, welche die Augen und die oberen Atemwege reizen, enthält Passivrauch auch die kanzerogenen Stoffe, die im Hauptstromrauch einer Zigarette identifiziert wurden. Zu diesen kanzerogenen Substanzen gehören nicht nur organische Stoffe wie Benzol und Vinylchlorid, sondern auch anorganische Stoffe wie Arsen, Cadmium, Chrom und das radioaktive Isotop Polonium 210⁷⁴.

Quantitativ weisen Haupt- und Nebenstromrauch jedoch erhebliche Unterschiede auf (Abb. 3). In der Regel sind die Konzentrationen dieser Stoffe im

Nebenstromrauch höher als diejenigen im Hauptstromrauch^{84,115,125}. Die Unterschiede können ein Vielfaches betragen. So übersteigt zum Beispiel die Konzentration des krebserregenden Stoffes *N*-Nitrosodimethylamin im Nebenstromrauch die im Hauptstromrauch um den Faktor 20 bis 100.

Ein weiteres gravierendes Problem stellen die zahlreichen Zusatzstoffe im Tabak dar⁷³. Erst in jüngster Zeit rückten diese Stoffe, deren giftige Produkte zumeist erst beim Verbrennen des Tabaks entstehen, in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit. So entstehen beispielsweise aus dem Tabakzusatzstoff Zucker beim Verbrennen des Tabaks die krebserregenden Substanzen Acetaldehyd und Formaldehyd⁷⁴.

Abbildung 3:
Ausgewählte Inhaltsstoffe
des Hauptstromrauchs filter-
loser Zigaretten und deren
Mengenverhältnis zu durch
Tabakrauch verunreinigter
Innenraumlufte; Quelle:
IARC, 1986¹²⁵, EPA, 1993⁸⁴,
NRC, 1986¹⁸¹; Bearbeitung:
Deutsches Krebsfor-
schungszentrum, Stabsstelle
Krebsprävention, 2003⁷².

	Menge im Hauptstromrauch (Einheit je m ³)	Mengenverhältnis der Substanzen im Neben- und Hauptstromrauch ^{a)}
Verbindungen in der Gasphase		
Kohlenmonoxid	10–23 mg	2,5–4,7
Kohlendioxid	20–40 mg	8–11
<i>Formaldehyd</i>	70–100 µg	5,6–8,3
Aceton	100–250 µg	2–5
Ammoniak	50–130 µg	40–170
<i>N-Nitrosodimethylamin</i>	10–40 µg	20–100
<i>Acrolein</i>	60–100 µg	8–15
<i>Hydrazin</i>	32 ng	3
<i>Benzol</i>	12–48 µg	5–10
Verbindungen in der Partikelphase		
<i>2-Toluidin</i>	160 ng	19
<i>Phenol</i>	60–140 µg	1,6–3,0
Anilin	360 ng	30
<i>Benzo[<i>a</i>]pyren</i>	20–40 ng	2,5–3,5
<i>4-Aminobiphenyl</i>	4,6 ng	31
<i>N-Nitrosodiethanolamin</i>	20–70 ng	1,2
<i>Cadmium</i>	100 ng	7,2
<i>Nickel</i>	20–80 ng	13–30
<i>Polonium 210</i>	0,04–0,1 pCi	1,0–4,0

^{a)} Die Zahlen geben an, um welchen Faktor die Konzentrationen der Stoffe im Nebenstromrauch die im Hauptstromrauch übersteigen. Krebserrregende Stoffe sind *kursiv* gedruckt.

2. Messung des Tabakrauchs in der Umgebung

Es existieren verschiedene Messmethoden und Indikatoren, um eine Exposition von Nichtrauchern abzuschätzen oder um die Quantität der Schadstoffe zu ermitteln, die von ihnen unter bestimmten Bedingungen aufgenommen werden¹². Grundsätzlich besteht die Möglichkeit,

das Ausmaß der Passivrauchbelastung durch Personenauskünfte mittels mündlicher Interviews oder Fragebögen zu erheben (indirekte Messverfahren). Eine weitere Möglichkeit bietet die unmittelbare Ermittlung von passivrauchassoziierten Schadstoffen in der Raumluft oder im Biomaterial von Probanden (direkte Messverfahren) (Abb. 4).

Abbildung 4:
Messmethoden und
Indikatoren zur Ermittlung
des Ausmaßes von Passiv-
rauchbelastungen; Quelle:
Samet et al., 2001²¹⁴ und
Heinrich, 2003¹⁰⁹;
Bearbeitung: Deutsches
Krebsforschungszentrum,
Stabsstelle Krebsprävention,
2005.

Messmethoden	Indikatoren
Indirekte Messverfahren	<ul style="list-style-type: none"> Selbstauskünfte über das Ausmaß von Passivrauchbelastungen am Arbeitsplatz, zu Hause und in der Freizeit Angaben zum Rauchverhalten von Schwangeren, Müttern und Vätern Anzahl der Raucher, mit denen ein regelmäßiger Kontakt besteht
Direkte Messverfahren	<ul style="list-style-type: none"> Messung der Konzentration von tabakrauchspezifischen Schadstoffen oder lungengängigen Partikeln in der Atemluft („air monitoring“) Messung der Konzentrationen von Biomarkern (Schadstoffe oder deren Abbauprodukte) im Blut, Speichel oder in Haaren der exponierten Personen („biological monitoring“)

Bei allen angewendeten Verfahren ist zu berücksichtigen, dass die gesundheitlichen Auswirkungen des Passivrauchens auch von verschiedenen Umweltparametern abhängig sind, zum Beispiel der Zahl der gerauchten Zigaretten, der Beschaffenheit des Raumes (Größe, Temperatur, Belüftung etc.) und der Aufenthaltsdauer in dem Raum, in dem die Exposition erfolgt^{84,1824}. Darüber hinaus spielt die persönliche Konstitution (Lungenvolumen, Alter etc.) des Passivrauchenden und die Art des Rauchs eine Rolle.

3. Mangelnde Wirksamkeit Lüftungstechnischer Anlagen

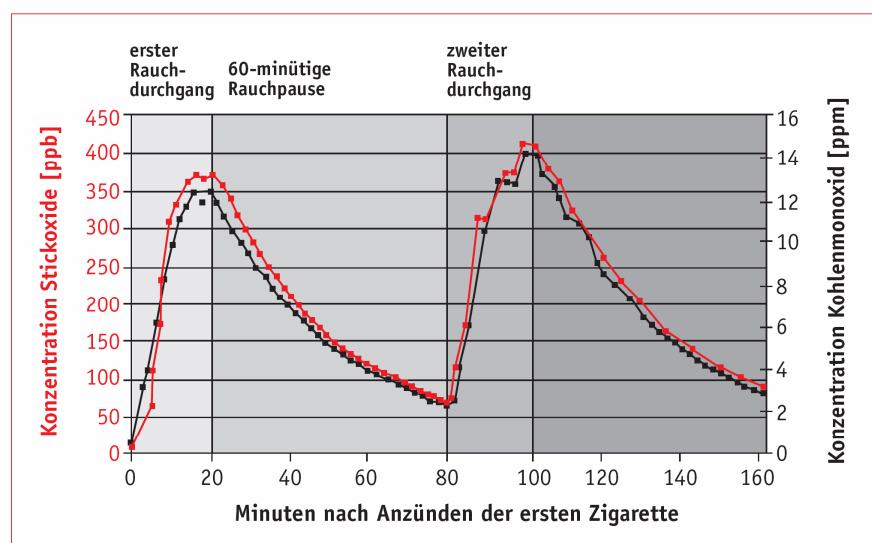
Da die Verweildauer einzelner Komponenten des Passivrauchens in der Raumluft beträchtlich ist^{153,204} und sich die Partikel des Tabakrauchs auch an Wänden, auf Böden und an Gebrauchsgegenständen ablagern und von dort wieder in die Raumluft abgegeben werden¹⁴¹, sind Innenräume, in denen Rauchen erlaubt ist, eine kontinuierliche Expositionsquelle, selbst wenn dort aktuell nicht geraucht wird¹⁴¹. Auch dieser so genannte kalte Rauch stellt eine Gesundheitsgefährdung dar.

Lüftungstechnische Anlagen schützen nicht wirksam vor den gesundheitsge-

fährlichen Schadstoffen des Tabakrauchs, da selbst die modernsten Ventilationssysteme die gefährlichen Inhaltsstoffe des Tabakrauchs nicht vollständig aus der Raumluft eliminieren können^{12,204} (Abb. 6).

Bei fortgesetzter Rauchbelastung, wie sie beispielsweise in Gaststätten und Restaurants üblich ist, führt nicht einmal ein Luftaustausch mit Windstärken eines Tornados zu einer vollständigen Elimination der Schadstoffe des Tabakrauchs^{153,206}. Da für die im Passivrauch enthaltenen krebserregenden Stoffe kein gesundheitsunbedenklicher unterer Schwellenwert angegeben werden kann, existiert auch keine Handlungsgrundlage, nach der Ventilationssysteme eingesetzt werden könnten, um die Gefahren des Passivrauchens zu vermeiden. Deshalb ist es unabdingbar, rauchfreie öffentliche Einrichtungen und eine rauchfreie Gastronomie auf gesetzlicher Grundlage festzuschreiben.

Abbildung 6:
Schadstoffbelastung durch Stickoxide (rote Linie) und Kohlenmonoxid (schwarze Linie) in einem geschlossenen Raum von 30 m³ bei einer Luftaustauschrate von 60 m³ pro Stunde nach dem Rauchen von 10 Zigaretten, einem Rauchstopp von 60 min. und dem erneuten Rauchen von 10 Zigaretten; Quelle: Kotzias et al., 2005¹⁵³; Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2005.



5. Passivrauchen und plötzlicher Kindstod

Hintergrund: Der plötzliche Kindstod (engl. Sudden Infant Death Syndrome, Abk. SIDS) ist der plötzliche und unerwartete Tod eines Kindes im ersten Lebensjahr, der auch nach einer sorgfältigen Obduktion nicht erklärt werden kann. Anfang der 1990er Jahre wurden mit Hilfe von epidemiologischen Fall-Kontroll-Studien die Risikofaktoren Bauchlage und Überwärmung sowie Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft und Rauchen in Gegenwart des Kindes identifiziert^{88,143,174,176}. Da diese Risikofaktoren reduziert werden konnten, sank zwar die Rate der an SIDS versterbenden Säuglinge von 1,5 pro 1000 Lebendgeborenen im Jahre 1990 auf 0,5 pro 1000 Lebendgeborenen im Jahr 2002, doch damit stirbt immer noch jeden Tag ein Kind am plötzlichen Kindstod²²⁵.

Aktueller Wissensstand: Bei Kindern, die am plötzlichen Kindstod verstorben sind, sind die inneren Gefäßwände der Atemwege bei starker Tabakrauchbelastung deutlich dicker als bei nicht rauchexponierten Kindern⁸². Ein weiterer Faktor, der bei SIDS vermutlich eine Rolle spielt, ist die Tatsache, dass tabakrauchbelastete Kinder eine höhere Aufwuchsschwelle aufweisen als unbelastete Kinder^{54,117}. Auch nach der Kontrolle für weitere potenzielle SIDS-Risikofaktoren (Geburtsgewicht, Schlafposition und Stillen) ist das SIDS-Risiko für Kinder mit rauchenden Eltern insgesamt fast doppelt so hoch wie in Nichtraucherhaushalten^{35,151}. Da die Auswirkungen des mütterlichen Rauchens auf die ungeborenen und die geborenen Kinder sehr ähnlich sind, lassen sich in epidemiologischen Studien die Effekte des mütterlichen Rauchens während der Schwangerschaft und der Passivrauchexposition des Säuglings nach der Geburt nur schwer voneinander trennen. In einer Metaanalyse von 39 Studien zum elterlichen Rauchen¹³ sind vier Studien enthalten, in denen die Ergebnisse für Passivrauchexposition nach der Geburt

für Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft kontrolliert werden konnten. Es ergab sich ein Odds Ratio von 1,94¹³. In Deutschland wurde ein deutlich erhöhtes Risiko nachgewiesen, wenn die Mutter in der Schwangerschaft raucht; ebenso konnte eine Dosis-Wirkungsbeziehung nachgewiesen werden. So stieg das Risiko von 1,7 bei bis zu neun Zigaretten täglich auf das über Dreifache bei 20 Zigaretten und mehr²⁴⁹.

Passivrauchbedingte Mortalität durch den plötzlichen Kindstod: Das Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft ist heute der wichtigste vermeidbare Risikofaktor des plötzlichen Kindstodes. Etwa 16 Prozent der SIDS-Fälle in Deutschland sind auf das Rauchverhalten der Eltern zurückzuführen (vgl. „Methodischer Anhang“, S. 63–64). Von den 372 Fällen an plötzlichem Kindstod im Jahr 2003 (215 Jungen, 157 Mädchen)²²⁷ hätten also 60 allein durch Rauchverzicht während und nach der Schwangerschaft verhindert werden können (35 SIDS-Fälle bei Jungen, 25 bei Mädchen).

Das relative Risiko von 2,08¹³ ist eine konservative Schätzung für das relative Risiko von Kindern rauchender Eltern, da die Passivrauchexposition (nach der Geburt) durch die Mutter oder andere Familienangehörige damit wahrscheinlich noch nicht ausreichend berücksichtigt wird. Eine neuseeländische Studie ergab, dass sich das Risiko für das Kind, am plötzlichen Kindstod zu sterben, mit drei Rauchern im Haushalt verdoppelt. Da dort über 30 Prozent der Schwangeren rauchen, schätzte sie, dass die SIDS-Zahlen in Neuseeland halbiert werden könnten, falls Eltern weder in der Schwangerschaft noch in Gegenwart des Kindes rauchen.¹⁷⁵ Väterliches Rauchen hat einen zusätzlichen, unabhängigen Effekt, auch wenn für alle anderen Faktoren kontrolliert wird. Das Risiko eines plötzlichen Kindstodes stieg mit der Rauchexposition nach der Geburt, welche das Risiko additiv zum Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft weiter erhöhte (Odds Ratio: 2.93, Konfidenzintervall: 1.56–5.48)³⁵.

sten wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den gesundheitlichen Folgewirkungen des Passivrauchens muss davon ausgegangen werden, dass der Zwang zum Mitrauchen den Strafmaßbestand der Körperverletzung sowie der Nötigung erfüllt.

Für die Beurteilung der Gefährlichkeit des Passivrauchens kommt der Bewertung durch die Senatskommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe besondere Bedeutung zu. Diese Kommission untersuchte im Jahr 1998 eingehend die Problematik und begründete detailliert die außerordentlichen Gefahren des Passivrauchens für Leib und Leben. Sie gelangte abschließend zu dem eindeutigen Ergebnis, dass Passivrauchen erwiesenermaßen „krebserzeugend für den Menschen“ sei⁶⁶. Danach sind zudem Innenräume, in denen Rauchen zugelassen wird, selbst dann eine dauernde Expositionsquelle für die im Tabakrauch enthaltenen Giftstoffe, wenn dort aktuell nicht geraucht wird. Eine Schwelle der Geringfügigkeit existiert dabei nicht. Die DFG-Kommission hat ausdrücklich und dezidiert von der Festlegung unterer Grenzwerte für eine Konzentration von Tabakrauch, die noch als tolerabel angesehen werden könnte, abgesehen. Deshalb ist das Passivrauchen am Arbeitsplatz schon seit einigen Jahren in die höchste Gefahrenklasse aller Schadstoffe eingestuft und dementsprechend in die MAK-Werte-Liste – ohne untere Grenzwerte – eingestellt worden⁶⁷.

Diese Einschätzung entspricht auch der Auffassung des Deutschen Krebsforschungszentrums, der größten öffentlich-rechtlich organisierten Gesundheitsforschungseinrichtung⁷¹. Auch die Bundesregierung hat in der Vergangenheit schon wiederholt die Gefahren des Passivrauchens anerkannt^{3,4,6} und mehrfach ausdrücklich die „gesundheitpolitische Notwendigkeit“ eines Tätigwerdens betont^{5,6}. Der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit hat in seinem Aktionsprogramm vom 31. Mai 1990 ebenfalls ausdrücklich einen Schwerpunkt seiner Begründung

auf die „Verbesserung des Nichtraucher-schutzes“ gelegt. Auch der Bundesrat forderte schon im Jahr 1992 in seiner Entschließung zur „Verbesserung des Schutzes vor Luftverunreinigungen in Innenräumen“ Maßnahmen gegen den Tabakrauch² und bekräftigte diese im Jahr 1993¹.

Dementsprechend hat das Bundesverfassungsgericht die Gefahren des Tabakrauchs für Leben und Gesundheit aller Betroffenen – Raucher und Nichtraucher – ohne jeden Vorbehalt als gegeben anerkannt. Mit ungewöhnlicher Deutlichkeit führte es aus, dass das „Rauchen mehr Menschen als Verkehrsunfälle, AIDS, Alkohol, illegale Drogen, Morde und Selbstmorde zusammen“ tötete. Im Ergebnis sei „nach heutigem medizinischen Kenntnisstand gesichert, dass Rauchen Krebs sowie Herz- und Gefäßkrankheiten verursach[e], damit zu tödlichen Krankheiten führ[e] und auch die Gesundheit der nichtrauchenden Mitmenschen gefährd[e]“⁷.

Weil die Verweildauer einzelner Komponenten des Passivrauchens in der Raumluft beträchtlich ist^{153,204} und in Raucherräumen gesundheitsgefährdende Partikel permanent von Wänden, Böden und Gebrauchsgegenständen in die Raumluft abgegeben werden¹⁴¹, stellt auch dieser so genannte kalte Rauch in Raucherräumen eine Gesundheitsgefährdung dar. Daher ist ein Urteil des Landgerichts Berlin vom 11.07.2005, das lediglich von einer „Belästigung“ durch kalten Rauch ausgeht, nicht nachvollziehbar. Ein Arbeitnehmer hatte wegen kalten Rauchs Klage eingereicht, weil seine Kollegen an seinem Arbeitsplatz zeitweise rauchten, wenn er selbst nicht anwesend war. Das Landgericht Berlin entschied, dass der Arbeitnehmer keinen Anspruch darauf hat, dass sein Arbeitsplatz zu jeder Zeit frei von Tabakrauch ist⁸.

Diese gegenwärtige Situation in Deutschland ist weder im Interesse des Gesetzgebers noch im Sinne der nichtrauchenden Mehrheit der bundesdeutschen Bevölkerung. In Deutschland befürwortet die Mehrheit der Bevölkerung saubere Innenraumluft: Acht von zehn



Copyright: Til Mette/Stern/
Picture Press, 2005
Mit freundlicher Genehmigung
von Picture Press,
Hamburg

Abteilungen vollständig rauchfrei sind. So konsumierten Raucher in einem Telekommunikationsunternehmen in Süddeutschland, bei dem innerhalb des Betriebes das Rauchen unterschiedlich geregelt ist, durchschnittlich 20,5 Zigaretten pro Tag, wenn das Rauchen am Arbeitsplatz keinerlei Beschränkung unterlag. Bestanden unter den Kollegen individuelle Absprachen bezüglich des Rauchens, reduzierte sich der Zigarettenkonsum der Raucher auf 14,1 Zigaretten pro Tag. In Abteilungen mit einem generellen Rauchverbot war der Konsum am niedrigsten: Er lag bei 13,2 Zigaretten pro Tag⁴³. Die Einschränkungen wurden gut akzeptiert: 94,9 Prozent der Nichtraucher und 79,2 Prozent der Raucher begrüßten die Regelungen⁴⁴.

4. Rauchfreie Gastronomie

In Deutschland scheiterte bis heute die gesetzliche Regelung einer rauchfreien Gastronomie an einer massiven Lobbyarbeit der Tabakindustrie und des Deutschen Hotel- und Gaststättenverbandes (DEHOGA). Diese veranlassten das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, im März 2005 einer Vereinbarung über eine freiwillige Selbstverpflichtung des DEHOGA zum Nichtraucherschutz zuzustimmen. Danach sollen in drei Stufen bis zum 1. März 2008 mindestens 90 Prozent aller Mitgliedsbetriebe des DEHOGA die Hälfte ihres Platzangebotes für Nichtraucher freihalten. Von der Vereinbarung ausgenommen sind Gastronomiebetriebe, die über weniger als 75 Quadratmeter Restaurantfläche oder 40 Sitzplätze verfügen⁷⁰. Zudem vertritt der DEHOGA nur etwa ein Drittel aller Gastronomiebetriebe – demnach ist die überwältigende Mehrheit der Gaststätten von dieser freiwilligen Selbstverpflichtung ausgenommen. Daher sind die meisten der über eine Million zählenden Mitarbeiter in der Gastronomie dem Passivrauch an diesen am meisten belasteten Arbeitsplätzen schutzlos ausgesetzt.

Die Luftverschmutzung in der deutschen Gastronomie lässt sich anhand von Messungen der Konzentration lungengängiger Partikel belegen. Eine Stichprobe aus einer eigenen Messreihe, die im September und Oktober 2005 in ganz Deutschland durchgeführt wurde, zeigt, dass dringender Handlungsbedarf besteht: Jeweils einstündige Messungen von Partikeln einer Größe von bis zu 2,5 Mikrometern im Oktober 2005 in Kölner Cafés, Restaurants und Kneipen, in denen Rauchen erlaubt ist, ergaben, dass dort die Belastung an lungengängigen Partikeln gegenüber der Außenluft um ein Vielfaches erhöht ist (Abb. 24).

Diese deutschen Messungen sind nicht überraschend. Vielmehr bestätigen sie Ergebnisse anderer Studien, aus denen bereits Vergleiche vorliegen: Die Passivrauchbelastung in Restaurants, Bars und Kneipen ist nahezu doppelt so hoch wie in Wohnungen mit mindestens einem Raucher oder an anderen Arbeitsplät-

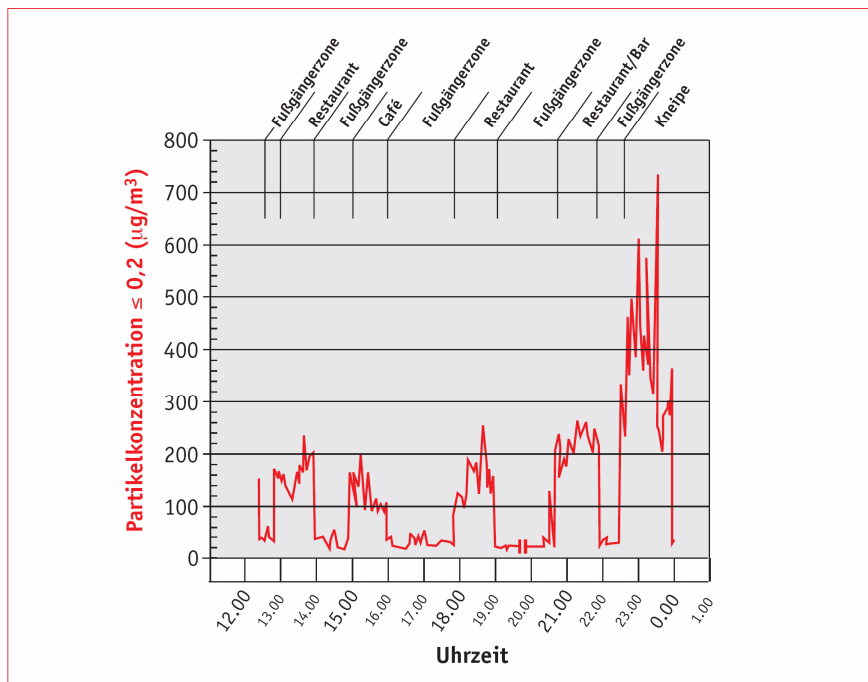


Abbildung 24:
Lungengängige Partikel
einer Größe bis zu 2,5 µm in
der Raumluft verschiedener
Gastronomiebetriebe in
Köln am 15.10.2005, gemessen
mit einem Side Pak
Personal Aerosol Monitor
Model AM 510; Quelle:
Deutsches Krebsforschungszentrum,
Stabsstelle Krebsprävention, 2005.

zen, an denen geraucht werden darf²²¹. Die Nikotinkonzentration in der Raumluft gastronomischer Einrichtungen ist sogar bis zu 18-mal höher als in Büroräumen oder Wohnungen, in denen geraucht wird²²². In Einrichtungen, in denen das Rauchen gar nicht geregelt ist, ist die Passivrauchbelastung am höchsten^{27,50}. Ausgewiesene Nichtraucherzonen bieten lediglich einen minimalen Gesundheitsschutz, insbesondere für das Personal, das sich zwischen den Zonen bewegen muss^{27,50}. Damit sind Beschäftigte im Gastronomiebereich einer höheren Belastung durch Passivrauch und damit einem höheren Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko ausgesetzt als viele andere Berufsgruppen^{132,135,278}. Mitarbeiter von Restaurants, Bars oder Kneipen, in denen das Rauchen erlaubt ist, haben ein um 50 Prozent erhöhtes Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken, was zum Teil auf die Passivrauchbelastung an ihrem Arbeitsplatz zurückzuführen ist²²¹. Schätzungen ergeben, dass bis zu vier von 1000 Servicekräften, die langfristig in der Gastronomie beschäftigt sind, an durch Passivrauchbelastung verursachtem Lungen-

krebs sterben werden²²². Einer anderen Untersuchung zufolge starben im Jahr 2003 in Großbritannien 54 Gastronomiebeschäftigte an den Folgen von Passivrauchbelastung – das bedeutet ein Beschäftigter oder eine Beschäftigte pro Woche¹³². Hinzu kommt, dass nichtrauchende Gäste entsprechend hoch belastet werden.

Eine umfassend rauchfreie Gastronomie, wie sie in Irland seit März 2004 besteht, verringert die Schadstoffbelastung der Raumluft. So sank die Konzentration von Nikotin in irischen Bars um durchschnittlich 83 Prozent von 35,52 Mikrogramm pro Kubikmeter auf 5,95 Mikrogramm pro Kubikmeter¹⁷⁸. Auch die Belastung an lungengängigen Partikeln durch Tabakrauch reduzierte sich in neun irischen Pubs deutlich: Die Konzentration kleiner Partikel (PM_{2,5}) sank um 75 bis 96 Prozent, diejenige größerer Partikel (PM₁₀) um 47 bis 74 Prozent¹⁷⁷ (Abb. 25).

Dank der geringeren Passivrauchbelastung infolge von Rauchverböten^{10,50,205,241} reduziert sich auch das Risiko für Beschäftigte und Gäste, an den Folgen der Tabakrauchexposition zu er-

Conversion of Nicotine in Tobacco Smoke to Its Volatile and Avail... <http://pubs.acs.org/cgi-bin/abstract.cgi/esthag/1997/31/i08/abs/es97...>



[Table of Contents](#) | [Journal Home Page](#) | [Search the Journals](#)

Environ. Sci. Technol., 31 (8), 2428-2433 es970402f
Copyright © 1997 by the American Chemical Society

Conversion of Nicotine in Tobacco Smoke to Its Volatile and Available Free-Base Form through the Action of Gaseous Ammonia

James F. Pankow,* Brian T. Mader, Lorne M. Isabelle, Wentai Luo, Andrea Pavlick, and Cikui Liang

Department of Environmental Science and Engineering, Oregon Graduate Institute, P.O. Box 91000, Portland, Oregon 97291-1000

Received: May 7, 1997

Revised June 13, 1997

Accepted June 19, 1997

Abstract:

Ammonia-forming compounds are routinely added to cigarette tobacco. The U.S. Food and Drug Administration (FDA) has argued that this is done to promote the formation of the volatile free-base form of nicotine in mainstream smoke (MSS) particles, thus increasing its availability to the smoker. The presence of ammonia in tobacco smoke may also be expected to promote the volatilization of nicotine from environmental tobacco smoke (ETS) particles in indoor air. The gas/particle partitioning of nicotine can be parameterized in terms of the gas/particle partitioning constant $K_p = c_p/c_g$, where c_p (ng/ μ g) is the concentration in the particle phase and c_g (ng/ m^3) is the concentration in the gas phase. The ability of ammonia to increase the amount of nicotine in the gas phase, as compared to the particle phase, was measured and confirmed. A gas-phase ammonia pressure of p_{NH_3} of $\sim 100 \times 10^{-6}$ atm (100 ppmV) was found to reduce the K_p value for the partitioning of nicotine to tobacco smoke particulate matter by more than 100-fold. The agreement between ETS and MSS at $p_{NH_3} \approx 100$ ppmV was excellent, suggesting that the overall physical properties (e.g., polarity and number-average molecular weight) of ETS and MSS particulate material are very similar. Because gas-phase nicotine deposits more readily in the respiratory tract than does particle-phase nicotine and because free-base nicotine is more lipid soluble than is protonated nicotine, such a reduction in K_p will increase the availability of nicotine from MSS as well as from freshly formed ETS particles. At 20 °C and a relative humidity of 60%, the partitioning constant for the free-base form of nicotine is estimated to be $K_{p,fb} = c_{p,fb}/c_g = 10^{-4.94}$. Correction to a body temperature of 37 °C yields $K_{p,fb} = 10^{-5.97}$. Calculations using this $K_{p,fb}$ value indicate that about 25% of the nicotine will be in the gas phase at a temperature of 37 °C for inhaled MSS under the full ammonia effect at a total suspended smoke particulate matter level of $3 \times 10^6 \mu\text{g}/m^3$.

Download the full text: [PDF](#) | [HTML](#)

Full Text HTML
Download Citation
Purchase Article



27.03.2007

<http://frontal21.zdf.de/ZDFde/inhalt/16/0,1872,5257520,00.html>

Frontal21 am 27. März 2007

Kniefall vor der Tabaklobby

Wie das Rauchverbot scheiterte

von **Thomas Reichart, Ulrich Stoll und Iris Wohsmann**

Sie können stolz auf sich sein, die Lobbyisten der Tabakindustrie. Das aus ihrer Sicht Schlimmste konnte verhindert werden, denn ein generelles Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen und

Gaststätten wird es in Deutschland nicht geben. Stattdessen einigten sich die Ministerpräsidenten der 16 Bundesländer am vergangenen Donnerstag darauf, Ausnahmeregelungen in der Gastronomie zuzulassen.



Nicht überall in Deutschland ist das Rauchen künftig erlaubt.

Damit erteilten sie dem umfassenden, bundeseinheitlichen Nichtraucherschutz eine Absage - ganz im Sinne der Tabakindustrie. Ein föderaler Flickenteppich, eine Art kleinstaatliche Qualmerei sei die Folge, so Kritiker und werten die Entscheidung als Sieg der Tabak-Lobby.

"Ein Journalist lässt sich nicht kaufen"

Noch am Tag der Ministerpräsidentenkonferenz und nur ein paar Straßen weiter bittet der Zigarettenhersteller Reemtsma Prominente aus Politik, Medien, Show und Kultur zur ersten Preisverleihung des "Liberty-Award" ins Berliner Nobelhotel Hotel de Rome. In der Jury sitzen namhafte Medienvertreter, zum Beispiel Hartmann von der Tann (ARD), Helmut Markwort, Chefredakteur und Herausgeber des Focus, oder Dr. Hajo Schumacher, freier Journalist und Autor. Nur wenige schlugen die Einladung aus.



Wolfgang Bosbach (CDU) auf dem Weg zur Preisverleihung.

Die mit 15.000 Euro dotierte Auszeichnung soll Journalisten würdigen, die Außergewöhnliches für die Freiheit leisten. "Freiheit" führt auch die deutsche Tabaklobby seit Jahren immer dann ins Feld, wenn mal wieder ein Rauchverbot diskutiert wurde. "Als die Offerte kam, war mir klar: Ich lasse mich da nicht nominieren", sagt Hans Leyendecker von der Süddeutschen Zeitung. "Überhaupt muss ein Journalist wissen, wohin er geht, von wem er sich einladen lässt, von wem er sich auch bezahlen lässt. Das ist egal, ob es ein Preis ist, eine Rede ist, eine Moderation ist. Ein Journalist lässt sich nicht kaufen, ein Journalist geht nicht zu solchen Veranstaltungen."



Hans Leyendecker

Tabakindustrie schafft sich Verbündete

Denn solche Treffen sind Tummelplatz für Lobbyisten. Regelmäßig bittet der Verband der Cigarettenindustrie (VDC) Politiker und Mitarbeiter aus den Ministerien zum "gepflegten" Meinungsaustausch: Etwa zur "Blauen Stunde" oder zu den "Spreegesprächen", Philip Morris lädt zum "Parlamentarischen Abend" ein oder British American Tobacco zu einer "Dialogveranstaltung". Erst kürzlich wurde der Bundestagsabgeordnete Joachim Poß vom Tabakforum zum "Pfeifenraucher des Jahres" gekürt. Die Laudatio hielt der SPD-Politiker Peter Struck, selbst Pfeifenraucher. Die Tabakindustrie schafft sich Verbündete für ihre Ziele. Mit Erfolg.



Peter Struck (SPD) ist leidenschaftlicher Pfeifenraucher.

Über Monate kämpfte der SPD-Abgeordnete Lothar Binding für eine einheitliche Regelung, so wie es sie in den meisten europäischen Ländern bereits gibt. Er brachte das Gesetz zum Schutz der Nichtraucher auf den Weg. Doch sein Entwurf wurde in eine Arbeitsgruppe verwiesen und zerredet, worüber Frontal21 schon berichtete. Schließlich verschoben das Innen- und Justizministerium die Sache auf die Länderebene.



Lothar Binding (SPD)

Bund ist nicht für Rauchverbot zuständig

Mit dem jetzigen Kompromiss, einem Rauchverbot mit Ausnahmen, will er sich nicht zufrieden geben: "Wir haben ja gemerkt, dass 130.000 Tote durch Rauchen, dass 3000 Tote sogar durch Passivrauchen im Jahr zu verzeichnen sind. Und das macht natürlich deutlich, dass man im Gesundheitsschutz und im Arbeitsschutz unbedingt etwas tun muss. Es macht aber auch deutlich, dass man eine bundeseinheitliche Regelung braucht, denn der Gesundheitsschutz oder Arbeitsschutz kann ja nicht an der Ländergrenze plötzlich wechseln", so Binding.

Dagegen stellte ein vom BMI in Auftrag gegebenes Gutachten der Forschungsgesellschaft Gesundheit und Rauchen fest: In Bezug auf ein Rauchverbot in Gaststätten habe der Bund die Zuständigkeit verloren, als er mit der Föderalismusreform das Gaststättenrecht auf die Länder übertrug. Aber auch hinter solchen Formulierungen steckt offenbar ein Stück Lobbyarbeit, denn: "Der Vermerk des BMI stützt sich im wesentlichen auf Argumentationsfiguren, die aus einem Gutachten stammen, das im Auftrag der Tabakindustrie mittelbar erstellt worden ist", erklärt der Staatsrechtler Helmut Siekmann im Frontal21-Interview.



Helmut Siekmann

Umfassendes Rauchverbot ausgehebelt

ZDF.de - Artikelseite

<http://frontal21.zdf.de/ZDFde/druckansicht/16/0,6911,5257520,00.html>

So konnte ein umfassendes Rauchverbot ausgehebelt werden. Dass Deutschland sich dabei wieder einmal als föderaler Flickenteppich erweist, wird billigend in Kauf genommen. Die Streiter für den Nichtrauchererschutz sind enttäuscht. "Es ist natürlich sehr schlimm, wenn Ministerpräsidenten keine Rücksicht nehmen auf etwa drei Viertel der Bevölkerung, die meint, ein Rauchverbot in Gaststätten sei sinnvoll. Die keine Rücksicht nehmen auf wissenschaftliche Erkenntnisse und somit eigentlich an der Bevölkerung vorbeiregieren", beklagt Binding.

Bis zum Herbst muss nun jedes Bundesland ein eigenes Gesetz beschließen. Bei den Ausnahmen und ihrer Ausgestaltung wird die Tabaklobby wohl schon das eine oder andere Wörtchen mitreden.

© ZDF 2008

Tabak

HS Info

Basisinformationen



2	Geschichte
4	Aktueller Konsum
6	Anbau und Verarbeitung
8	Rauchinhaltsstoffe
10	Wirkung
12	Unmittelbare Folgen
14	Langzeitfolgen
16	Tabakabhängigkeit
	• Rauchstopp in Eigenregie
	• Raucherentwöhnung
	• Vorbeugung (Prävention)
	• Harm reduction (Risikominderung)
26	Passivrauchen
28	Nichtraucherschutz
30	Schwangerschaft
32	Kinder
34	Jugendliche
36	Ältere Erwachsene
38	Wirtschaft und Politik
40	Informationen, Rat und Hilfe
46	Die DHS



Vor rund 500 Jahren brachten von Reisen in die neue Welt heimkehrende Seefahrer die Tabakpflanze mit nach Europa. Von Portugal und Spanien ausgehend verbreiteten sich innerhalb weniger Jahrzehnte die Tabakpflanze und die Sitte des Rauchens über ganz Europa und durch Entdeckungsreisende in außereuropäische Länder weiter. Der Konsum von Tabak stieß von Beginn an auch auf Widerstand. Geistliche warnten vor dem verderblichen Teufelskraut, Adel und Obrigkeit sahen ihn als ihr Privileg, vor allem aber wurde die Belästigung durch Tabakrauch beklagt.

Geraucht wurde zunächst vor allem Pfeife, im 18. Jahrhundert erlebte das Tabakschnupfen insbesondere bei den sozialen Oberschichten eine Mode. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts kam die Zigarre auf den Markt, weitere 50 Jahre später die Zigarette. Sie bot erstmals die Möglichkeit, innerhalb weniger Minuten eine wirksame, relativ gut verträgliche Dosis Nikotin bzw. Tabakrauch aufzunehmen.

Bis in die 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts nahm die Verbreitung des Rauchens in den westlichen Industriestaaten stetig zu. Die Zigarette wurde zur alltäglichen Begleiterin, Rauchen ein allgemein akzeptiertes Verhalten. Rauchende Frauen galten zu Beginn des vorigen Jahrhunderts noch als unweiblich, wenn nicht gar lasterhaft, doch spätestens in den 50er-Jahren verband sich für viele das Bild der erwerbstätigen, emanzipierten Frau mit dem der Raucherin.

Seit 1964 der »Terry-Report« die gesundheitlichen Folgen des Rauchens erstmals einer breiten Öffentlichkeit bekannt machte, hat sich das Image des Rauchens in den westlichen Industrieländern gewandelt. Die Raucherquoten sind in vielen Ländern, zuerst bei den Männern, dann auch bei den Frauen, deutlich gesunken. Nichtraucherinnen und Nichtraucher treten zunehmend selbstbewusst für eine rauchfreie Umgebung ein. An vielen Orten und bei vielen Gelegenheiten ist das Rauchen (wieder) untersagt. Zu vermuten ist, dass das Rauchen zukünftig stärker auf ausgewiesene Raucherzonen bzw. den privaten Bereich beschränkt sein wird.

Geschichte

Die Tabakpflanze und die Sitte des Rauchens stammen aus Mittel- und Südamerika und sind in Europa seit rund 500 Jahren bekannt.

Das Image des Rauchens hat sich in den zurückliegenden Jahren gewandelt; an vielen Orten und bei vielen Gelegenheiten ist das Rauchen heute (wieder) untersagt.

		1946/ 1948	1958	1980	1996/ 1997
Schweden	Männer	50		36	17
	Frauen	9		33	22
Großbrit.	Männer	65		42	29
	Frauen	41		37	28
Italien	Männer			54	35
	Frauen			35	18
Niederlande	Männer		90	52	37
	Frauen		29	34	30

Quelle: WHO, Manche mögen's light

zum Weiterlesen

Hengartner, Thomas; Christoph Maria Merki (Hg.):

Genussmittel. Ein kulturgeschichtliches Handbuch.

Insel Verlag, Frankfurt M. und Leipzig, 2001

Schivelbusch, Wolfgang:

Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft.

Eine Geschichte der Genussmittel.

z. Zt. nicht lieferbar

In Deutschland rauchen rund 28 % der Bevölkerung über 15 Jahre. Dabei liegt der Raucheranteil bei den Männern mit rund 36 % deutlich höher als bei den Frauen mit rund 22 %. Knapp 4 % der Raucherinnen und Raucher rauchen gelegentlich, d. h. nicht täglich, rund 18 % rauchen mit mehr als 20 Zigaretten täglich stark. Die überwiegende Mehrheit, fast 75 %, raucht zwischen 5 und 20 Zigaretten am Tag.

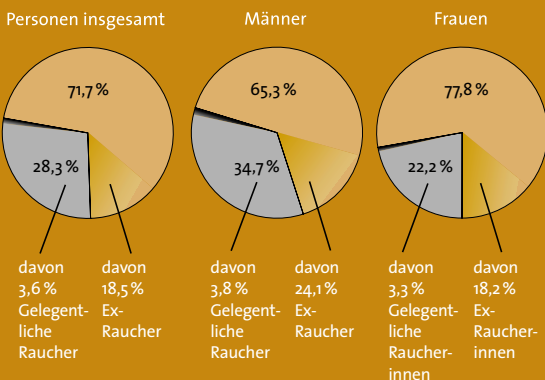
Geraucht werden vor allem Zigaretten, nur etwas mehr als 3 % rauchen vorrangig Zigarren, Zigarillos oder Pfeife. Schnupf- und Kautabak spielen bezogen auf den Gesamtverbrauch praktisch keine Rolle.

Der Beginn des Rauchens liegt fast immer vor dem 20. Lebensjahr (→ S. 34). Im Alter zwischen 20 und 44 Jahren erreicht der Raucheranteil seinen Höhepunkt und bleibt annähernd stabil, danach nimmt er deutlich ab. In den alten Bundesländern wurden seit Ende der 1970er Jahre regelmäßig die Rauchgewohnheiten erfragt, so dass sich längerfristige Trends beschreiben lassen. Danach hat der Raucheranteil bei den Männern in allen Altersklassen abgenommen, insgesamt um 9 %. Bei den Frauen ist insgesamt ein Anstieg um 3 % zu verzeichnen, in den 1990-er Jahren sind zu dem die Raucheranteile bei den 12- bis 17-Jährigen um 8 % wieder deutlich gestiegen.

Einen Einfluss auf das Rauchen haben auch Schulabschluss, Familienstand und berufliche Situation: Verheiratete rauchen seltener als Ledige und Geschiedene, Personen mit einem höheren Schulabschluss (Abitur und Fachabitur) seltener als die Absolventen von Hauptschulen und der allgemeinen polytechnischen Oberschulen in der ehemaligen DDR. Ganz besonders häufig rauchen junge Erwerbslose. Unter den Berufstätigen rauchen z. B. Ärzte, Apotheker und Lehrerinnen vergleichsweise selten (15 - 20 %). Dagegen raucht unter den Berufskraftfahrer/-innen sowie unter den in Hotels und Gaststätten Beschäftigten etwa jede/r Zweite.

Aktueller Konsum

Verbreitung des Rauchens in der Bevölkerung im Alter von 15 und mehr Jahren.



Verteilung der regelmäßigen Zigarettenraucher (%) nach der Anzahl der täglichen gerauchten Zigaretten, 1999

Zigaretten pro Tag	unter 5	5 - 20	21 - 40	über 40
Männer	5,3	72,2	20,7	1,7
Frauen	9,4	78,0	11,8	0,8

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 1999

zum Weiterlesen

Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e. V. (Hg.):
Jahrbuch Sucht.

Neuland-Verlag, Geesthacht, erscheint jährlich

*Die Tabakpflanze ist heute die am weitesten verbreitete nicht essbare Feldfrucht der Erde und wird in über 80 Ländern angebaut. Von den mehr als 60 verschiedenen Arten werden ausschließlich die Arten *Nicotiana rustica* (in geringem Umfang) und *Nicotiana tabacum* genutzt. Die Namensgebung ehrt – ebenso wie die Bezeichnung Nikotin für den Hauptwirkstoff der Tabakpflanze – den Diplomaten Jean Nicot, der die Tabakpflanze im 16. Jahrhundert am französischen Hof einführte. Der mit Abstand größte Tabakproduzent ist heute China, gefolgt von den USA. Tabakanbau wird von Großfarmern in hochtechnisierten Betrieben, aber auch von zahlreichen Kleinbauern der Dritten Welt betrieben. Tabakgegner kritisieren, dass durch den aufwändigen Tabakanbau gerade in den ärmeren Ländern landwirtschaftliche Nutzfläche blockiert und die Nahrungsmittelproduktion vernachlässigt wird.*

Zur Herstellung von – Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Feinschnitt, Pfeifen, Schnupf- oder Kautabak – werden die Blätter der Tabakpflanze nach der Ernte zunächst getrocknet. Je nach Blattpfand und angewandter Trockenmethode werden verschiedene Tabaksorten, z. B. Virginia, Burley oder Maryland unterschieden. Am verbreitetsten ist der durch heiße Luft getrocknete Virginia Tabak für Zigaretten amerikanischer Art. Die getrockneten Tabakblätter werden 18-36 Monate in Holzfässern gelagert und anschließend zerkleinert. Danach werden verschiedene Tabaksorten gemischt und verschiedene Zusatzstoffe beigemischt, z. B. zur Aromatisierung, zur Stabilisierung des Feuchtigkeitsgrades oder zur Verstärkung der Nikotinwirkung. Für die Produktion von Zigaretten wird der Tabak zu einem fortlaufenden Stab gepresst, mit Zigarettenpapier umwickelt und auf Zigarettenlänge geschnitten. Dann wird der Filter eingesetzt. Moderne Maschinen produzieren rund 3 000 Zigaretten pro Minute.

Anbau und Verarbeitung

Zur Herstellung von Tabakwaren werden die Blätter der Tabakpflanze verwendet. Sie ist die am weitesten verbreitete nicht essbare Feldfrucht der Erde.

In der Glutzone von Zigaretten verglühen Tabak, Zusatzstoffe und Zigarettenpapier bei Temperaturen von 500 bis 900 Grad Celsius. Der Rauch, der durch das Ziehen an der Zigarette entsteht, wird dabei als Hauptstromrauch, der zwischen den Zügen entstehende Rauch als Nebstromrauch bezeichnet. Hauptstromrauch und Nebstromrauch enthalten grundsätzlich die gleichen Inhaltsstoffe, wenn auch in sehr unterschiedlichen Konzentrationen.

Chemisch betrachtet ist Tabakrauch ein Aerosol, ein Gemisch aus verschiedenen Gasen (Gasphase) in dem 0,1 bis 1 mm große Teilchen (Partikelphase) gelöst sind.

Die Partikelphase (ihr Anteil am Gesamtgewicht beträgt ca. 5 %) enthält mehr als 3500 chemische Stoffe. Neben Nikotin sind Kohlenwasserstoffe, Phenole, Benzole, Sterine, Nitrosamine und verschiedene Schwermetalle (Cadmium, Blei, Nickel) als wichtige Bestandteile zu nennen. Die Gesamtmenge, die in einer Zigarette enthaltenen Partikel (ohne deren Wasseranteil und ohne Nikotin) wird als Kondensat oder Teer bezeichnet und ist auf jeder Zigarettenschachtel angegeben. Ermittelt werden die angegebenen Werte durch Rauchautomaten. Je nach persönlichem Rauchverhalten können die in die Lunge aufgenommenen Mengen ein Mehrfaches oder nur einen Teil der angegebenen Menge betragen.

Die Gasphase besteht größtenteils aus Stickstoff, Sauerstoff und Kohlendioxid (zu 95 %), die gesundheitlich nicht bedenklich sind, aber auch aus Giften wie Kohlenmonoxid, Blausäure, Stickoxid, Ammoniak und Formaldehyd.

Nicht das Nikotin, sondern die zahlreichen anderen Rauchinhaltsstoffe werden für die äußerst schweren Schädigungen durch das Rauchen verantwortlich gemacht (→ S. 14). Die genauen Zusammenhänge sind noch nicht geklärt. Als erwiesen gilt, dass die krebsauslösende und -fördernde Wirkung vor allem von den Inhaltsstoffen des Kondensats ausgeht, während das Kohlenmonoxid vorrangig die Gefäßschäden hervorruft.

Rauchinhaltsstoffe

Chemisch betrachtet ist Tabakrauch ein Aerosol, ein Gemisch aus verschiedenen Gasen (Gasphase) in dem 0,1 bis 1 µm große Teilchen (Partikelphase) gelöst sind. Insgesamt wurden bislang mehr als 4000 verschiedene Stoffe nachgewiesen.

Nicht das Nikotin, sondern die zahlreichen anderen Rauchinhaltsstoffe werden für die äußerst schweren Schädigungen durch das Rauchen verantwortlich gemacht (-> Seite 14).

zum Weiterlesen

Knut-Olaf Haustein:
Tabakabhängigkeit. Gesundheitliche Schäden durch das Rauchen.
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2001
(Fachbuch)

Der für die psychische bzw. psychotrope Wirkung entscheidende Inhaltsstoff des Tabakrauchs ist das Nikotin, das Hauptalkaloid der Tabakpflanze. Es wird beim Zigarettenrauchen über die Lunge in den Blutkreislauf aufgenommen und erreicht nach etwa zehn Sekunden das Gehirn. Das Nikotin im Rauch von Pfeifen und Zigaretten wird über die Mundschleimhaut aufgenommen. Der Nikotingehalt handelsüblicher Zigaretten liegt zwischen 0,1 und 1,5 und ist wie der Kondensat-(»Teer«)gehalt (→ S. 8) auf der Packung angegeben. Die beim Rauchen aufgenommene Menge variiert auch hier mit Inhalationstiefe und -geschwindigkeit.

Im Gehirn lagert sich Nikotin an verschiedenen Nervenzellen an und setzt eine Vielzahl von Neurotransmittern (Botenstoffe zum Austausch von Nervenimpulsen zwischen den Zellen) mit unterschiedlichen Wirkungen frei. Dazu gehören z. B. das anregende und appetithemmende Noradrenalin sowie das Angst-, stress- und schmerzmindernde β -Endorphin. In höherer Dosierung blockiert Nikotin dagegen die Weiterleitung von Nervenimpulsen und wirkt beruhigend und entspannend. Zu den Wirkungen des Nikotins gehören:

- Steigerung der Aufmerksamkeit und Konzentration sowie des Kurzzeitgedächtnisses
- leichter Umgang mit Gefühlen, insbesondere Dämpfung von Angst, Wut und Aggressionen
- Entspannung bei Stress und Nervosität
- Minderung der Schmerzempfindlichkeit
- Dämpfung von Hungergefühlen
- Entspannung der Muskulatur
- Abbau von Müdigkeit

Welche Wirkungen eine Raucherin bzw. ein Raucher jeweils erlebt, ist nicht nur von der Menge des aufgenommenen Nikotins abhängig, sondern ebenso von Erwartungen, Ausgangsstimmung und -situation.

Nikotin wird größtenteils in der Leber abgebaut und mit dem Urin ausgeschieden. Nach zwei Stunden ist der Nikotinspiegel etwa auf die Hälfte des Wertes unmittelbar nach dem Rauchen gesunken, bei Gewöhnung bereits nach 30-60 Minuten.

Wirkung

Der für die psychotrope Wirkung entscheidende Stoff ist das Nikotin, Hauptalkaloid der Tabakpflanze.

Die Wirkung des Nikotin ist uneinheitlich. In kleinen Dosen überwiegt die Anregung, in höherer Dosierung die Dämpfung.

zum Weiterlesen

DHS (Hg.): *Die Luft anhalten oder: Warum rauchen Frauen?*

Die Broschüre ist kostenlos erhältlich bei der DHS (→ Seite 41).

Nikotin ist ein starkes Gift, auf das der nikotinungewohnte Körper mit Abwehr bzw. Anzeichen einer Nikotinvergiftung wie Übelkeit, Brechreiz, Kopfschmerzen, Hitzegefühl, Schweißausbruch, Schwindel und Durchfall reagiert. Gegen das Einatmen des schadstoffhaltigen Tabakrauchs wehrt sich der Körper zunächst durch Husten.

Wird trotzdem weitergeraucht, kommt es rasch zu einer Toleranzbildung gegenüber den Wirkungen des Nikotins, umgekehrt reagiert der Körper nach einer längeren Rauchpause erneut empfindlich. So wird die 1. Zigarette eines Tages von vielen als »Verdauungszigarette« geraucht. Würde Nikotin in reiner Form gegessen, läge die tödliche Dosis für Erwachsene bei ungefähr 60 mg, für Kinder (→ S. 32) deutlich niedriger.

Nikotin belastet unmittelbar das Herz-Kreislaufsystem: Pulsfrequenz und Blutdruck steigen und die Tätigkeit des Herzmuskels wird verstärkt. Auf die Hautgefäße wirkt Nikotin verengend, weshalb die Haut schlecht durchblutet wird und die Hauttemperatur sinkt.

Ebenfalls unmittelbar wirksam wird das Kohlenmonoxid im Tabakrauch. Es verbindet sich mit den für den Sauerstofftransport zuständigen roten Blutkörperchen, wodurch es zu einem Sauerstoffmangel im Körper kommt. Die körperliche Leistungsfähigkeit wird dadurch unmittelbar gemindert. Bei aktiven Sportlern nimmt zehn Minuten nach dem Rauchen einer Zigarette die Muskelkraft um rund 10 % ab und auch die Reaktionsfähigkeit verschlechtert sich merklich.

Wie oft Rauchen die Ursache von Bränden oder für Unfälle (mit-)verantwortlich ist, z. B. (nächtliche) Zimmerbrände, Autounfälle durch Zigarettenglut, ist statistisch nicht erfasst.

Unmittelbare Folgen

Nikotin ist ein starkes pflanzliches Gift. Für einen Erwachsenen sind etwa 60 mg oral eingenommen tödlich.

Nikotin belastet unmittelbar das Herz-Kreislaufsystem.

Das im Tabakrauch enthaltene Kohlenmonoxid verdrängt den Sauerstoff aus dem Blut, die körperliche Leistungsfähigkeit sinkt unmittelbar.

Rauchen ist eine anhaltende Schadstoffbelastung und Ursache eines permanenten Sauerstoffmangels. Dadurch kann – neben der körperlichen Fitness – zunächst das allgemeine Wohlbefinden beeinträchtigt werden, u. a. durch:

- *unspezifische Herz- und Kreislauffunktionsstörungen*
- *erhöhte Infektanfälligkeit*
- *beeinträchtiger Geschmacks- und Geruchssinn*
- *Wundheilungsstörungen*
- *vorzeitige Hautalterung und Faltenbildung*

Aber auch Rückenschmerzen sowie Potenzprobleme bei Männern, bei Frauen verminderte Fruchtbarkeit, vorgezogener Eintritt der Wechseljahre und erhöhtes Osteoporoserisiko können gesundheitliche Folgeprobleme des Rauchens sein.

Das Krebsrisiko von Raucherinnen und Rauchern ist insgesamt etwa verdoppelt, durch starkes Rauchens steigt es bis auf das Vierfache. Besonders eng ist der Zusammenhang zwischen Rauchen und Tumoren der Bronchien bzw. Lunge, des Kehlkopfes, der Mundhöhle sowie der Speiseröhre. Zirka 80-90 % aller an diesen Krebsarten Gestorbenen rauchten.

Rauchen ist einer der Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung einer Arteriosklerose (Verengung der Blutgefäße durch Ablagerungen). Das Risiko einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden sowie für Durchblutungsstörungen an Armen und Beinen ist stark erhöht. Besonders gefährdet sind Frauen, die zugleich »die Pille« einnehmen.

Fast immer durch langjähriges Rauchen verursacht sind chronische Bronchitis (zum Teil mit bleibender Verhärtung der Bronchien und Atemnot) und Lungenemphysem (viele Lungenbläschen sind geplatzt, andere übermäßig erweitert, so dass die Lunge nicht mehr genug Sauerstoff aufnehmen kann).

Kommen weitere Risikofaktoren wie Übergewicht, Bewegungsmangel, hoher Alkoholkonsum u. a. mit hinzu, wächst die Gefahr für die Gesundheit weiter. In Deutschland sterben jährlich etwa 140 000 Menschen an den Folgen des Rauchens, weltweit sind es etwa 3,5 Millionen.

Langzeitfolgen

In Deutschland sterben jährlich etwa 140 000 Menschen an den Folgen des Rauchens, weltweit sind es etwa 3,5 Millionen. Rauchen ist damit in den Industrieländern die wichtigste vermeidbare Ursache für Invalidität und vorzeitigen Tod.

Rauchen ist ein Hauptrisikofaktor für:

1. Zahlreiche Krebserkrankungen
2. Herzinfarkt und Schlaganfall
3. Chronische Bronchitis und Lungenemphysem

zum Weiterlesen

DHS (Hg.): *Jahrbuch Sucht*
Neuland-Verlag, Geesthacht,
erscheint jährlich

Knut-Olaf Haustein:
*Tabakabhängigkeit. Gesundheitliche
Schäden durch das Rauchen.*
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2001
(Fachbuch)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Tabakabhängigkeit als Krankheit in die 10. Ausgabe der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD 10) aufgenommen. Sind drei der folgenden Merkmale erfüllt, besteht eine Abhängigkeit:

- Zwanghaftes Rauchverlangen
- Verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. Beginn, Beendigung und Menge des Tabakkonsums
- Entzugserscheinungen bei Wegfall bzw. Einschränkung des Konsums
- Toleranzentwicklung (Erhöhung der Zahl der täglich gerauchten Zigaretten)
- Vernachlässigung anderer Tätigkeiten zugunsten des Rauchens
- Fortgesetztes Rauchen trotz des Wissens um seine gesundheitsschädigenden Wirkungen

Die Tabakabhängigkeit ist durch einen Doppelcharakter gekennzeichnet:

1. Abhängigkeit von Nikotin
2. Gewöhnung an das Rauchen

Nikotin (→ S. 10) gilt als die abhängigmachende Substanz im Tabak. Sein Suchtpotenzial wurde lange unterschätzt. Entzugserscheinungen des Nikotins sind z. B. Schlafstörungen, Nervosität, Hunger, Angst, Konzentrationsstörungen. Schätzungen gehen davon aus, dass 70-80 % der Raucherinnen und Raucher nikotinabhängig sind. Die Sucht zu Rauchen ist aber mehr als der Wunsch, Nikotin zu konsumieren. Kennzeichnend für das Rauchen ist seine Alltäglichkeit und eine sehr hohe Zahl von Wiederholungen. Dadurch werden immer wiederkehrende Situationen, Gefühle und Bedürfnisse zu Schlüsselreizen. Solange die Rauchgewohnheit besteht, ist der Griff zur Zigarette oft kaum bewusst. Soll das Rauchen aufgegeben werden, lösen diese Reize (das Warten auf den Bus, das Starten des Computers, die Tasse Kaffee ...) das starke, für die psychische Abhängigkeit typische Rauchverlangen («craving») aus, das noch Monate nach einem Rauchstopp auftreten und zum Rückfall führen kann. Die psychische Abhängigkeit vom Rauchen und die Abhängigkeit vom Nikotin können verschieden stark ausgeprägt sein. Eine starke Nikotinabhängigkeit erweist sich dabei als Hindernis auf dem Weg zur Rauchfreiheit.

Tabakabhängigkeit

Die Tabakabhängigkeit ist durch einen Doppelcharakter gekennzeichnet:

1. Nikotinabhängigkeit
2. Gewöhnung an das Rauchen

Schätzungen gehen davon aus, dass 70-80 % der Raucherinnen und Raucher nikotinabhängig sind.

zum Weiterlesen

DHS (Hg.): *Tabakabhängigkeit. Eine Information für Ärzte.*

Die Broschüre ist kostenlos erhältlich bei der DHS (→ S. 41).

Tabakabhängigkeit: Biologische und psychosoziale Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten.

Steinkopff Verlag, Darmstadt, 2000
(Fachbuch)

Gastpar, Markus; Karl Mann;
Hans Rommelspacher (Hg.):

Lehrbuch der Suchterkrankungen.

Thieme Verlag, Stuttgart-New York, 1999
(Fachbuch)

Rund elf Millionen Menschen in Deutschland sind Ex-Raucher. Die meisten haben es nach eigenen Angaben ohne fachliche Hilfe und »von heute auf morgen« geschafft. Der schließlich erfolgreiche Versuch war aber nur selten der erste, fast immer gehen eine lange Zeit der Unzufriedenheit und mehrere Aufhörversuche dem endgültigen Rauchstopp voraus.

Die folgenden zehn Tipps zur Raucherentwöhnung haben sich für viele Aufhörwillige als hilfreich erwiesen:

- Legen Sie ein Datum für Ihren Rauchstopp fest. Ab jetzt keine Zigaretten mehr. Entsorgen Sie Ihre Zigaretten, Aschenbecher, Feuerzeuge.
- Sagen Sie Ihrer Familie, Ihren Freunden und Bekannten, dass Sie aufhören wollen – und bitten Sie sie um Unterstützung.
- Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker nach medikamentösen Hilfen, wie Nikotin-Pflaster und -Kaugummi. Sie können sich damit die erste Zeit erleichtern.
- Denken Sie positiv: Jeder Tag ohne Zigarette zählt und ist Ihr Erfolg.
- Keine Angst vor Gewichtszunahme: Wer bewusst isst und auf fettreiche Kalorienbomben verzichtet, hat wenig zu befürchten. Trinken Sie viel: am besten Wasser oder verdünnte Säfte. Essen Sie zwischendurch Obst und Gemüse.
- Bewegen Sie sich. Sport hält fit und ist gut für die Linie. Außerdem macht's wieder Spaß – mit längerem Atem.
- Meiden Sie zunächst Orte, die Sie mit Rauchen verbinden. Finden Sie Alternativen zu Ihren Rauchritualen.
- Verzichten Sie unbedingt auf »die eine Zigarette ausnahmsweise«: Rückfallgefahr!
- Belohnen Sie sich für Ihren Erfolg: Wer nicht raucht, spart Geld! Erfüllen Sie sich damit kleine Extrawünsche oder freuen Sie sich auf eine volle Sparbüchse.
- Und: nicht aufgeben – ein Rückfall heißt nicht, dass Sie es nicht doch schaffen können. Geben Sie sich eine neue Chance!

(zitiert nach WHO-Partnerschaftsprojekt Tabakabhängigkeit)

Rauchstopp in Eigenregie

Rund 11 Millionen Menschen (18,5 % der Bevölkerung über 15 Jahren) in Deutschland sind Ex-Raucher.

Ein Rauchstopp ist auch für starke Raucherinnen und Raucher in Eigenregie möglich.

zum Weiterlesen

»Ja – ich werde rauchfrei«

Bestellnr. 60 642 000

Kostenlos erhältlich bei der BZgA (→ S. 41)

Nichtraucher in 6 Wochen. Ein Selbsthilfeprogramm für alle, die das Rauchen aufgeben wollen.
Zu beziehen über den Buchhandel oder beim Arbeitskreis Raucherentwöhnung am Universitätsklinikum Tübingen, Osianderstraße 24, 72076 Tübingen, (0 70 71) 2 98 73 46

Aufatmen. Erfolgreich zum Nichtraucher.
Erhältlich bei der Deutschen Krebshilfe,
Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn, 02 28/72 99 00

Allen Carr:

Endlich Nichtraucher! Der einfachste Weg, mit dem Rauchen Schluss zu machen.
Goldmann Verlag, 1992, München

Viele Raucherinnen und Raucher machen die Erfahrung, dass es ihnen trotz bester Vorsätze nicht gelingt, vom Rauchen loszukommen. Eine stark ausgeprägte (Nikotin-) Abhängigkeit, fehlende soziale Unterstützung, psychische und soziale Probleme wie Depressivität oder ständiger Stress können Gründe hierfür sein. Fehlendes Selbstvertrauen oder Angst vor dem Leben ohne Zigarette können Aufhörversuche ganz verhindern. Tabakabhängigkeit wird jedoch – von Laien ebenso wie von Fachleuten – noch zu selten als eine (chronische) Krankheit gesehen, für deren Überwindung es bei Bedarf wirksame Hilfe gibt.

Bewährt hat sich in der Raucherentwöhnungsbehandlung eine Kombination aus Verhaltens- und Nikotinersatztherapie. Die Verhaltenstherapie zielt auf die Überwindung der Rauchgewohnheit und beinhaltet Elemente wie:

- Selbstbeobachtung (Protokollierung der Rauchgewohnheiten)
- Einüben von Verhaltensalternativen
- Suche nach Unterstützung in Familie und Freundkreis
- Selbstbelohnung

Die Nikotinsubstitution erspart Entwöhnungswilligen in der ersten Zeit die Entzugerscheinungen des Nikotins. Es wird als Kaugummi oder Pflaster bei leichter bis mittelschwerer Nikotinabhängigkeit und als Spray oder Inhalat bei schwerer Nikotinabhängigkeit angeboten. Gelingt es, die Gewohnheit des Rauchens zu überwinden, fällt es in der Regel nicht schwer, auch auf den Nikotinersatz zu verzichten. Raucherentwöhnungsbehandlungen werden idealerweise in Gruppen durchgeführt. Über konkrete Behandlungsangebote informieren u. a. das Raucher-telefon und die Nichtraucher-Hotline (→ S. 40).

Die Beratung durch Ärzte und andere in Gesundheitsberufen Tätige hat sich ebenfalls als hilfreich erwiesen. Bereits der einfache ärztliche Rat, mit dem Rauchen aufzuhören, veranlasst zwei von 100 Angesprochenen dies tatsächlich zu tun. Weit höher sind die Chancen nach einer persönlichen Beratung, bei der u. a. über Nikotinersatzpräparate aufgeklärt und weitere Unterstützung angeboten wird.

Raucherentwöhnung

In der Raucherentwöhnungsbehandlung hat sich eine Kombination aus Verhaltens- und Nikotin-ersatztherapie bewährt.

zum Weiterlesen

BZgA: *Raucherentwöhnung in Deutschland: Grundlagen und kommentierte Übersicht.*
Bestellnr. 31 350 000

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hg.):
Die Rauchersprechstunde – Beratungskonzept für Gesundheitsberufe.
Bestellnr. 31 810 000

WHO Koalition gegen das Rauchen:
Raucherentwöhnung leichter gemacht. Empfehlungen für Gesundheitsberufe.
Bestellnr. 31 800 000

Die genannten Broschüren sind kostenlos erhältlich bei der BZgA (→ S. 41).

Der Beginn regelmäßigen Rauchen liegt fast immer im Alter zwischen 14 und 20 Jahren, und wer bis zu seinem 20. Lebensjahr nicht raucht, fängt damit in der Regel auch nicht mehr an. Hauptzielgruppe der Raucherprävention sind deshalb Kinder und Jugendliche.

Vorbeugung hat nach heutigem Wissen dann eine Chance, wirksam zu werden, wenn sie ein breites Spektrum von Maßnahmen umfasst. Diese Maßnahmen wenden sich zum einen an die Kinder und Jugendlichen selbst. Ihre vorrangige Zielsetzung ist es, die Wertschätzung der Gesundheit, ein gutes Körpergefühl und die Fähigkeiten im Umgang mit anderen zu fördern sowie den Erstkonsum von Zigaretten auf ein möglichst hohes Alter zu schieben bzw. zu verhindern. Abschreckung und Verbote allein haben sich als unwirksam erwiesen, jedoch gehört auch die Aufklärung über die Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens zu den vorbeugenden Maßnahmen. Kinder und Jugendliche sind dabei eher über die unmittelbaren Nachteile des Rauchens – sportliche Minderleistung, schlechter Geruch, unnötige Geldausgabe – zu erreichen als über den Hinweis auf die Langzeitfolgen.

Neben der Stärkung der Persönlichkeit, bedeutet Prävention die Schaffung von Rahmenbedingungen, die das Rauchen eindämmen helfen. Über einen hohen Preis, die Einschränkung von Verfügbarkeit und Werbung etc. kann ein Teil der Jugendlichen, wie internationale Studien zeigen, vom Rauchen abgehalten werden. Die deutschen Bestimmungen zählen hier zu den freizügigsten in Europa, was von vielen im Gesundheitsbereich Engagierten kritisiert wird. Bestehende Bestimmungen werden darüber hinaus nicht mit Nachdruck umgesetzt. Ein Beispiel: Das Jugendschutzgesetz verbietet Jugendlichen unter 16 Jahren das Rauchen in der Öffentlichkeit und den Verkauf von Tabakwaren an diese Gruppe. Zugleich stehen rund 420 000 Zigarettenautomaten (von insgesamt mehr als 800 000) auf öffentlichem Straßenland und sind jederzeit frei zugänglich.

Vorbeugung (Prävention)

Wer bis zu seinem 20. Lebensjahr mit dem Rauchen nicht begonnen hat, wird dies wahrscheinlich auch später nicht mehr tun.

Prävention (Suchtvorbeugung) wendet sich vor allem an Kinder und Jugendliche und umfasst sowohl suchtmittelunspezifische Maßnahmen zur Förderung und Stärkung der Persönlichkeit als auch suchtmittelspezifische Aufklärung.

Persönliche Fragen zum Thema Suchtvorbeugung beantwortet das Info-Telefon der BZgA:

02 21/89 20 31

Mo. - Do. 10 - 22 Uhr

Fr. - So. 10 - 18 Uhr

zum Weiterlesen

Kinder stark machen – zu stark für Drogen

Eine dreiteilige Informationsreihe für Eltern und Erzieher zu den Themen Suchtvorbeugung, Suchtursachen und Suchtbekämpfung.

Bestellnr. 33 710 000

Über Drogen reden.

Eine Broschüre, die Eltern hilft, mit ihren Kindern im Gespräch zu bleiben und konstruktive Lösungen für Probleme im Zusammenhang mit Suchtmitteln zu finden.

Bestellnr. 33 713 100

Kostenlos erhältlich bei der BZgA

(→ S. 41)

»Harm reduction« bezeichnet einen Ansatz bei dem nicht Abstinenz von den verschiedenen Drogen das alleinige Ziel ist, sondern bei dem zusätzlich über andere Wege der Risikominderung nachgedacht wird. Ob dieser Ansatz beim Thema Tabakkonsum sinnvoll ist, wird widersprüchlich diskutiert. Vorab bleibt festzuhalten, dass es keine Grenze gibt, unterhalb der z. B. die krebserregenden Stoffe im Tabakrauch unschädlich sind.

Die sog. »Light-Zigaretten« sind dabei umstritten. Sie vermitteln, so die Kritiker, eine trügerische Beruhigung und verhindern ernsthafte Aufhörversuche. Außerdem würden durch intensiveres Rauchen die niedrigeren Nikotin- und Kondensatwerte wieder weitgehend ausgeglichen. Unter Light-Konsumentinnen und -Konsumenten tritt gehäuft eine Krebsart in den feinen und tieferen Lungenschichten auf, die besonders schlecht behandelbar ist.

Unbestritten ist, dass eine geringere Zahl gerauchter Zigaretten ein geringeres Risiko darstellt. Die Deutsche Krebshilfe gibt das Lungenkrebsrisiko bei 5-10 Zigaretten/täglich mit 4,6(bis 11)-fach erhöht an, bei 11-20 Zigaretten/täglich soll es 18,6-fach erhöht sein. Die Risiken für das Herz-Kreislaufsystem sind aber weniger dosisabhängig. Zudem wird von vielen bezweifelt, ob es Tabakabhängigen gelingen kann, ihren Zigarettenkonsum wirklich dauerhaft deutlich zu senken.

Eine weitere Möglichkeit der harm reduction wird in der verstärkten Verwendung von Nikotinkaugummis, -pflastern etc. gesehen. Diese Produkte sind mit Ausnahme des hochwirksamen Sprays in Apotheken frei verkäuflich. Neben ihrer Verwendung als Ausstiegshilfe wird über eine langfristige Anwendung diskutiert. Ob dies tatsächlich gesundheitlich unbedenklich ist, darüber liegen keine Studien vor. Schwangere Frauen und Herz-Kreislaufkranke sollten sie in jedem Fall nur nach ärztlicher Rücksprache verwenden.

Harm reduction (Risikominderung)

Harm reduction (Risikominderung) ist ein Ansatz, der nach Wegen sucht, das gesundheitliche Risiko für die Konsumentinnen und Konsumenten von Tabak (oder anderen Drogen, zu vermindern. Hinsichtlich des Rauchens werden verschiedene Strategien diskutiert:

- Herstellung weniger schädlicher Rauchwaren
- Reduzierung des Zigarettenkonsums
- Einsatz von Nikotinersatzpräparaten

Drei Viertel des beim Abbrennen einer Zigarette entstehenden Rauches ziehen von der Spitze der Zigarette in die Umgebung. In diesem »Nebenstromrauch« sind alle Bestandteile des Tabakrauchs (→ S. 8) teils stark verdünnt, teils in wesentlich höherer Konzentration als im Hauptstromrauch (dem Rauch, der durch das Ziehen an der Zigarette erzeugt wird) enthalten.

Besonders in geschlossenen Räumen wird so das Einatmen von Tabakrauch (Passivrauchen) unausweichlich. Im Blut von Passivraucherinnen und -rauchern wurden Nikotin, Cotin und erhöhte Kohlenmonoxidwerte nachgewiesen.

Unmittelbare Folgen eines Aufenthalts in verrauchten Räumen können sein: Reizungen der Schleimhäute, z. B. Brennen in Augen und Nase, Kratzen im Hals, Heiserkeit, Kopfschmerzen, Atembeschwerden, Husten, Schwindelgefühle.

Darüber hinaus kann ständiges, langanhaltendes Passivrauchen, wie es z. B. am Arbeitsplatz oder im Zusammenleben vorkommen kann, die Gesundheit dauerhaft schädigen und schwerste Krankheiten wie chronische Bronchitis und Lungenemphysem auslösen. Passivrauchen fördert wie das Aktivrauchen, wenn auch in geringerem Maße, die Verengung der Arterien und erhöht damit z. B. das Risiko einen Herzinfarkt zu erleiden deutlich. Auch das Lungenkrebsrisiko steigt. Das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg schätzt, dass in Deutschland jährlich etwa 400 Menschen durch das Passivrauchen an Lungenkrebs sterben.

Besonders empfindlich gegenüber Tabakrauch sind schwangere Frauen und Personen mit chronischer Bronchitis, Asthma, Herz- und Kreislauferkrankungen und einer Tabakrauchallergie. Auch Kinder (→ S. 32) sind besonders gefährdet.

Passivrauchen

Auch das Einatmen tabakrauchbelasteter Luft (»Passivrauchen«) gefährdet die Gesundheit und kann für die Entwicklung ernster und lebensbedrohender Krankheiten verantwortlich sein.

Rauchen ist heute bei vielen Gelegenheiten und an vielen Orten nicht mehr selbstverständlich:

- *Besprechungen, Seminare etc. werden heute fast immer rauchfrei durchgeführt*
- *In den Fahrzeugen des öffentlichen Nahverkehrs, auf Bahnsteigen bzw. in den Bahnhöfen ist das Rauchen untersagt*
- *Auf den Flügen zahlreicher Fluggesellschaften darf nicht mehr geraucht werden*

Dennoch bleibt die Zahl derjenigen groß, die gegen ihren Willen Tabakrauch einatmen müssen. Mehr als die Hälfte derjenigen, die selbst nicht bzw. nicht mehr rauchen, gibt an, unfreiwillig Tabakrauch einatmen zu müssen. Die große Mehrzahl fühlt sich dadurch stark oder mäßig gestört (85 %), nur 15 von 100 stört das Rauchen in ihrer Gegenwart nicht.

Daraus und aus den Erkenntnissen zur Gesundheitsschädlichkeit des Passivrauchens (→ S. 26) leitet sich die Forderung nach einem umfassenden (gesetzlichen) Nichtraucherschutz ab. In Deutschland wurde Mitte der 1970er-Jahre der erste Nichtraucherbund gegründet, um dieses Ziel gemeinsam zu verfolgen. Ein besserer Nichtraucherschutz ist auch ein Ziel der 1992 gegründeten Koalition gegen das Rauchen, in der sich alle namhaften Gesundheitsverbände Deutschlands zusammengeschlossen haben. (→ S. 42).

Rechtlich verankert ist der Nichtraucherschutz mittlerweile am Arbeitsplatz. Der Arbeitgeber hat lt. Arbeitsstättenverordnung dafür zu sorgen, dass »nichtrauchende Beschäftigte wirksam vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch geschützt sind.« An Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr, z. B. Gaststätten, besteht dieser Anspruch nur, wenn »die Natur des Betriebes und die Art der Beschäftigung es zulassen«.

Viel diskutiert wird die Frage der Rauchfreiheit in öffentlichen Gebäuden. Bislang hängt der Nichtraucherschutz in Krankenhäusern und Behörden, Schulen, Ausbildungsstätten und dergleichen mehr von Engagement und Einstellung der jeweils Verantwortlichen ab.

Nichtraucherschutz

Eine umfassende gesetzliche Regelung zum Nichtraucherschutz in Deutschland besteht nicht.

Die Nichtraucherbünde und -initiativen in vielen Regionen halten Informationsmaterial bereit und geben konkrete Tipps, wie das Recht auf rauchfreie Atemluft durchgesetzt werden kann. Kontakt über: Nichtraucher-Initiative-Deutschland e.V. (NID), Carl-von-Linde-Str. 11, 85716 Unterschleißheim, o 89/3 17 12 12, Internet: www.nichtraucherschutz.de.

zum Weiterlesen

WHO Partnerschaftsprojekt Tabakabhängigkeit (Hg.): *Rauchfrei am Arbeitsplatz. Ein Leitfaden für Betriebe.*

Einzelexemplare sind kostenlos erhältlich bei der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Heilsbachstraße 30, 53123 Bonn, Tel. 02 28/9 87 27 17, Internet: www.bvgesundheits.de

Die DHS (→ S. 41) stellt unter www.dhs.de/Info-Reihe kostenfrei das Muster einer »Betriebsvereinbarung zum Nichtraucherschutz in sozialen Einrichtungen« zur Verfügung.

Die BZgA (→ S. 41) bietet verschiedene Materialien zum *Nichtraucherschutz* im Krankenhaus an.

Rauchen in der Schwangerschaft schadet dem ungeborenen Kind. Die Gefahr einer Fehlgeburt, einer Früh- oder gar Todgeburt wird durch Rauchen in der Schwangerschaft erhöht. In jedem Fall behindern Nikotin und Kohlenmonoxid im Körper der werdenden Mutter die Nährstoff- und Sauerstoffversorgung des Kindes. Untergewicht, eine nicht vollständig entwickelte Lunge, eine erhöhte Anfälligkeit für asthmatische Erkrankungen und allergische Reaktionen sind mögliche Folgen für das Kind. Auch das Risiko des plötzlichen Kindstods ist erhöht. Nikotin geht auch in die Muttermilch über; neben den Belastungen durch Passivrauchen (→ S. 26) entsteht daraus eine weitere gesundheitliche Belastung für das Kind. Überdies kann Rauchen die Milchbildung ungünstig beeinflussen.

Unmittelbarer als mit der Sorge um die eigene Gesundheit sind schwangere Frauen (und werdende Väter) mit der Sorge um die Gesundheit ihres Kindes konfrontiert. Eine Schwangerschaft ist deshalb für viele Raucherinnen Anlass, ihr Rauchverhalten zu verändern: Etwa jede zweite Schwangere raucht deutlich weniger, etwa 35 bis 40 % hören ganz auf, nur weniger als jede 10. Frau verändert ihr Rauchverhalten während einer Schwangerschaft nicht. Nach der Entbindung erhöht jedoch die Mehrzahl der Frauen ihren Tabakkonsum wieder.

Jede Schwangerschaft verlangt vom Körper Höchstleistung. In den ersten Monaten stellt sich der gesamte Organismus um und erhöht bspw. die Leistungsfähigkeit der inneren Organe, Müdigkeit, Übelkeit und Erbrechen sind mögliche Folgen. In der Endphase stellt dann z. B. das wachsende Gewicht erhöhte Anforderungen an das Herz-Kreislaufsystem. Schwangere sind daher gegen Tabakrauch besonders empfindlich und Nichtraucher sollte in Gegenwart Schwangerer selbstverständlich sein. Am Arbeitsplatz gelten nach dem Mutterschutzgesetz verstärkte Schutzbestimmungen.

Schwangerschaft

Rauchen in der Schwangerschaft schadet dem ungeborenen Kind. Nikotin und Kohlenmonoxid im Körper der werdenden Mutter behindern seine Nährstoff- und Sauerstoffversorgung.

zum Weiterlesen

Ich bekomme ein Baby.

Ratgeber für Schwangere und ihre Partner.

Bestellnr. 31 500 000

Das Baby ist da.

Ratgeber für Mütter und Väter.

Bestellnr. 31 510 000

Beide Broschüren sind kostenlos erhältlich bei der BZgA(→ Seite 41).

Zigaretten sollten immer außerhalb der Reichweite von Kindern aufbewahrt werden, auch da beim Verschlucken von Tabakwaren Vergiftungsgefahr (ab ca. einer Zigarette oder zwei bis drei Kippen) besteht. Bis es zu den ersten Anzeichen einer Vergiftung (heftiges Erbrechen) kommt, können zwei und mehr Stunden vergehen. Im Verdachtsfall ist das nächstgelegene Giftinformationszentrum der richtige Ansprechpartner.

Der kindliche Körper reagiert auch auf das Einatmen von Tabakrauch und Nikotin sehr empfindlich. Regelmäßiges Rauchen kommt bei Kindern daher kaum vor, obwohl viele im Alter zwischen sieben und zwölf Jahren zum ersten Mal das Rauchen probieren. Im Alter von 11 Jahren rauchen lediglich ein Prozent der Jungen und 0,1 Prozent der Mädchen täglich.

Ungeachtet dessen sind viele Kinder der Gefährdung und Schädigung des Passivrauchens ausgesetzt. Kinder rauchender Eltern leiden häufiger an akuten und chronischen Atemwegserkrankungen sowie (chronischen) Mittelohrentzündungen, ebenso kommen allergische Reaktionen und asthmatische Erkrankungen bei ihnen häufiger vor. Bei Säuglingen ist die Gefahr des plötzlichen Kindstodes erhöht. Viele Schadstoffe aus dem Tabakrauch halten sich noch lange in der Raumluft, selbst wenn nach dem Rauchen gründlich gelüftet wurde. In Wohnungen, in denen Kinder leben, sollte deshalb idealerweise überhaupt nicht geraucht werden.

Das Vorbild der Eltern prägt zudem die Einstellung der Kinder zum Rauchen nachhaltig. Eltern, die selbst nicht rauchen oder mit dem Rauchen aufhören, erhöhen die Chancen, dass ihre Kinder nicht zu rauchen anfangen. Umgekehrt kann bei Kindern lange bevor sie selbst mit Zigaretten experimentieren, durch Beobachtung die Überzeugung entstehen, Rauchen helfe bei Stress, stille Hunger, verschaffe eine kurze Pause u. a. m.

Kinder

Kinder, die Tabakrauch ausgesetzt sind, leiden u. a. häufiger an Atemwegserkrankungen, Mittelohrentzündungen, allergischen Reaktionen und asthmatischen Erkrankungen.

Eltern, die selbst nicht rauchen oder mit dem Rauchen aufhören, erhöhen die Chancen, dass ihre Kinder nicht zu rauchen anfangen.

Persönliche Fragen zum Thema Suchtvorbeugung beantwortet das Info-Telefon der BZgA (→ S. 41):

02 21/89 20 31

Mo. - Do. 10 - 22 Uhr

Fr. - So. 10 - 18 Uhr

zum Weiterlesen

Kinder stark machen – zu stark für Drogen.
Eine dreiteilige Informationsreihe für Eltern und Erzieher zu den Themen Suchtvorbeugung, Suchtursachen und Suchtbekämpfung.

Bestellnr. 33 710 000

Kostenlos erhältlich bei der BZgA (→ S. 41)

69 % der 12- bis 25-Jährigen in Deutschland haben Erfahrungen mit dem Rauchen. Etwa die Hälfte probiert jedoch nur wenige Zigaretten (Ø im Alter von 13,6 Jahren) und entscheidet sich dann gegen das Rauchen, die andere Hälfte raucht weiter: 22 % täglich, 15 % gelegentlich.

Trends: In den vergangenen Jahrzehnten sind die Raucheranteile bei Jugendlichen teilweise deutlich gesunken. Dabei hat sich das Rauchverhalten der weiblichen Jugendlichen dem der männlichen angeglichen. In Ostdeutschland stieg der Tabakkonsum in den 1990er-Jahren stark an – vor allem bei den weiblichen Jugendlichen und in den unteren Altersklassen. Die Entwicklung der letzten Jahre schließlich ist dadurch gekennzeichnet, dass die Raucherquote annähernd gleich bleibt und die Zahl derjenigen steigt, die gar nicht erst mit dem Rauchen beginnen.

Dass Jugendliche eine legale und weit verbreitete Substanz probieren möchten, kann als »normal« gelten. Der Körper reagiert jedoch auf »die Erste« mit Abwehr. Ob Jugendliche trotzdem weiterräumen, hängt dann von einer ganzen Reihe von Faktoren ab:

- die Einstellung der gleichaltrigen Freunde zum Rauchen (zu diesem Zeitpunkt der wichtigste Einfluss)
- genetische Veranlagung
- Voreinstellung zum Rauchen, u. a. geprägt durch das Beispiel der Eltern und die Werbung
- Wertschätzung der eigenen Gesundheit und des Körpers
- Kontrollüberzeugung (»Ich kann mein Leben gestalten«)

Kommt es zur Entwicklung einer festen Rauchgewohnheit, besteht diese meist über Jahrzehnte. Zudem neigen rauchende Jugendliche eher dazu, auch andere Drogen auszuprobieren und sich zusätzlich an ihren Konsum zu gewöhnen. Fachleute fordern deshalb den Ausbau zielgruppenspezifischer Präventionsangebote. Durch Projektstage, Wettbewerbe für Schulklassen, Gruppengespräche u. a. m. sollen rauchende Jugendliche noch in der Experimentierphase erreicht und die Ausbildung einer festen Rauchgewohnheit oder gar Tabakabhängigkeit verhindert werden.

Jugendliche

In Deutschland rauchen 38 Prozent der 12- bis 25-jährigen Jugendlichen. 22 Prozent sind ständige Raucher und 15 Prozent Gelegenheitsraucher. (Quelle: BZgA, Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik, 2001)

zum Weiterlesen

Bei der BZgA (→ S. 41) sind kostenlos eine Vielzahl von Materialien sowohl für Jugendliche selbst als auch für Eltern und pädagogisch Tätige erhältlich.

Über den europaweiten Wettbewerb »*Be smart, don't start*« zum Nichtrauchen für Schulkassen informiert das Institut für Therapieforschung (IFT) Nord in Kiel. »*Just be Smokefree*« ist ein vom IFT Nord durchgeführtes Raucherentwöhnungsprogramm für Jugendliche und junge Erwachsene. Informationen im Internet unter www.besmart.info bzw. www.justbesmokefree.de.

Spiele, Informationen und Tests für Jugendliche gibt es im Internet unter www.feelok.ch.

Vom mittleren Erwachsenenalter an, beginnen die Raucheranteile zurückzugehen und nehmen in den höheren Altersgruppen stark ab. Gründe hierfür sind einerseits sicherlich der steigende Stellenwert körperlicher Gesundheit bzw. das Fühlbarwerden der gesundheitlichen Nachteile des Rauchens. Bei den Frauen kommt hinzu, dass sie in einer Zeit aufwuchsen, in der rauchende Frauen als unweiblich oder gar als lasterhaft und schlampig galten. Andererseits führt das jahrzehntelange Rauchen in diesen Altersgruppen zu einer deutlich erhöhten Sterblichkeit unter den Raucherinnen und Rauchern.

Falsch ist die manchmal gehörte Ansicht, zum Aufhören sei es nun zu spät. Ein Rauchstopp nützt der Gesundheit und dem persönlichen Wohlergehen in jedem Fall. Zum einen verbessern sich Blutzirkulation und Sauerstoffversorgung und damit das körperliche Befinden und die Leistungsfähigkeit bereits nach wenigen Stunden oder Tagen. Auch das Herzinfarkttrisiko beginnt praktisch sofort zu sinken und ist zwei Jahre nach dem Rauchstopp auf fast normale Werte abgesunken. Hat das Rauchen bereits Krankheitsprozesse ausgelöst, werden diese verlangsamt. Umgekehrt kann das Rauchen gesundheitliche Probleme, die mit dem höheren Lebensalter verbunden sind, beschleunigen und verstärken. Als Beispiele seien die erhöhte Infektanfälligkeit sowie der Abbau von Knochenmasse (Osteoporose) mit der Gefahr von Knochenbrüchen genannt.

Dass viele ältere Raucherinnen und Raucher die Chance eines Rauchstopp nutzen wollen, belegen Zahlen: Nach dem 60. Lebensjahr haben über 70 % der ehemaligen Raucher aufgehört zu rauchen, bei den Raucherinnen ist es jede Zweite, die mittlerweile Nichtraucherin ist. (Quelle: Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98)

Ältere Erwachsene

Die Raucherquoten im höheren Erwachsenenalter liegen sehr deutlich unter denen jüngerer und mittlerer Altersklassen.

Ein Rauchstopp dient in jedem Alter der Gesundheit.

Raucheranteile nach Altersgruppen und Geschlecht

	Männer	Frauen
45 - 55	38,5	26,8
55 - 65	27,0	13,9
65 - 75	18,7	8,5
75 und mehr	11,4	4,1

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 1999

Tabak ist neben Alkohol die zweite legale Droge in Deutschland und vielen anderen Staaten. Der Umsatz an Tabakwaren liegt in Deutschland bei mehr als 20 Mrd. € jährlich. Der Staat hat Tabakwaren mit einer Steuer belegt. Sie bringt jährlich rund 12 Mrd. € in die Staatskasse und ist damit vierthöchste Einnahmequelle. Für Zigaretten liegt der Steuersatz bei etwa 70 %. In der tabakverarbeitenden Industrie in Deutschland arbeiten in 22 Betrieben insgesamt 12 000 Beschäftigte, das sind 0,2 % der Beschäftigten des verarbeitenden Gewerbes in Deutschland.

Angesichts der enormen gesundheitlichen Schäden und der damit verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten - Schätzungen gehen von 17 Milliarden Euro/Jahr aus herrscht ein breiter, gesundheitspolitischer Konsens, dass das Rauchen eingedämmt werden muss. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) legt in ihrer Rahmenkonvention zur weltweiten Tabakkontrolle Maßnahmen fest, mit denen die Raucherquote dauerhaft gesenkt werden kann.

Eine effektive Tabakkontrollpolitik erfordert die ausgewogene Kombination von Verhaltens-Prävention und Verhältnis-Prävention. Unter Verhaltensprävention versteht man die Veränderung gesundheitsriskanten Verhaltens: die Förderung des Nicht-Rauchens, die Reduzierung des Tabakkonsums und die Aufgabe des Rauchens durch verschiedene Methoden wie Informationsvermittlung oder Verhaltenstherapie. Die gesundheitsgerechte Gestaltung des Lebensumfeldes ist Ziel der Verhältnisprävention. Dazu gehören alle Maßnahmen zum Schutz der nichtrauchenden Bevölkerung und ein ausreichendes Beratungs- und Behandlungsangebot für die rauchende Bevölkerung.

Expertinnen und Experten sind sich seit Jahren einig: Ein umfassendes Tabakwerbeverbot, Verkaufsbeschränkungen, hohe Preise, ein gesetzlich verankerter Nichtraucherschutz und die Bekämpfung des Tabakschmuggels senken die Raucherquote. In Deutschland konnte im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern bisher nur ein geringer Teil dieser Maßnahmen umgesetzt werden. Insbesondere in der Verhältnisprävention erweist sich die deutsche Tabakkontrollpolitik als uneffektiv.

Politik und Wirtschaft

Der Umsatz der Tabakindustrie in Deutschland beträgt jährlich rund 20 Mrd. €.

Die Einnahmen aus der Tabaksteuer belaufen sich auf rund 12 Mrd. € und sind die vierhöchste Einnahmequelle des Staates.

Nahezu alle gesundheitspolitischen Organisationen kritisieren die deutsche Tabakpolitik als zu liberal und fordern von den politisch Verantwortlichen mehr Nachdruck bei der Eindämmung des Rauchens.

zum Weiterlesen

DHS (Hg.): *Jahrbuch Sucht*.
Neuland Verlag, Geesthacht,
erscheint jährlich

Die Koalition gegen das Rauchen
(→ S.42) veröffentlicht aktuelle Dokumentationen zur Tabakpolitik, z. B.
unter www.weltnichtrauchertag.de.

Die Standpunkte von Tabak- und Werbewirtschaft sind nachzulesen bspw.
unter: www.zaw.de, www.bat.de und
www.reemtsma.de.

Das Rauchertelefon des Deutschen Krebsforschungszentrums

0 62 21/42 42 00

Mo.-Fr. 15.00 - 19.00 Uhr

Das Rauchertelefon bietet telefonische Beratung zur Raucherentwöhnung und Informationen über Behandlungsangebote für entwöhnungswillige Raucherinnen und Raucher.

Nichtraucher-Hotline der BZgA

0 18 05-31 31 31

(bundesweit 12 Cent/Minute)

Mo. - Do.: 10.00 - 22.00 Uhr

Fr. - So.: 10.00 - 18.00 Uhr

Bei der Nichtraucher-Hotline der BZgA können sich Raucherinnen und Raucher, die mit dem Rauchen aufhören möchten, persönlich beraten lassen.

Die Nichtraucher-Hotline vermittelt auch die Adressen von Beratungsstellen vor Ort und beantwortet weitere Fragen zum Thema Rauchen bzw. Nichtrauchen.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) bietet ebenfalls weitere Informationen und Materialien an und vermittelt die Adressen von Hilfsangeboten in Ihrer Nähe:

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)

Postfach 1369

59003 Hamm

Tel.: 0 23 81/90 15-0

Fax: 0 23 81/90 15-30

E-Mail: info@dhs.de

Internet: www.dhs.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die Förderung des Nichtrauchens sowie Raucherentwöhnung sind seit vielen Jahren ein Schwerpunkt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA),

Internet: www.bzga.de.

Kostenfrei sind bei der BZgA eine Vielzahl von Materialien erhältlich. Über das Angebot informiert neben den Internetseiten der BZgA die Broschüre Materialien zur Suchtprävention, Bestellnr. 33 110 100.

Bestelladresse:

BZgA, 51101 Köln

Fax 02 21/89 92 257

eMail: order@bzga.de

Beratung in psychosozialen Notlagen

Die Abhängigkeit vom Rauchen kann Ausdruck tiefreichender persönlicher Probleme wie Ängste, Depressivität oder Einsamkeit sein. Oder Rauchen kann der hilflose Versuch sein, schwierige Lebenslagen wie Arbeitslosigkeit, ständige Überforderung, familiäre Probleme u. a. m. besser zu ertragen. Persönlichen Rat und Hilfe bieten dann verschiedene Beratungsstellen vor Ort. Sie sind im Telefonbuch unter Suchtberatungsstelle, Psychosoziale Beratungsstelle oder Jugend- und Drogenberatungsstellen zu finden. Für weitere Auskünfte stehen ebenso die örtlichen Gesundheitsämter oder die Telefonseelsorge bereit. Die Telefonseelsorge ist rund um die Uhr kostenlos unter den Rufnummern 0800 111 0111 oder 0800 111 0 222 zu erreichen.

Koalition gegen das Rauchen

Die Koalition gegen das Rauchen wurde 1992 gegründet. Sie ist ein Aktionsbündnis aller namhaften Verbände des Gesundheitswesens in Deutschland, die sich gesundheitspolitisch gegen das Rauchen, für den Nichtraucherschutz und den Ausbau der Hilfen für Entwöhnungswillige engagieren. Zum Steuerungsgremium gehören:

- Bundesärztekammer
- Bundesvereinigung für Gesundheit e. V.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
- Deutsches Krebsforschungszentrum
- Deutsche Krebshilfe e. V.
- Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
- Deutsche Lungenstiftung e. V.
- Deutsche Herzstiftung e. V.
- Ärztlicher Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit e. V.

Unter www.weltnichtrauchertag.de dokumentiert die Koalition aktuelle Entwicklungen in der Tabakpolitik.

Landesstellen

Über Beratungsangebote und Selbsthilfegruppen sowie aktuelle Angebote, z. B. Wettbewerbe für Schulklassen, Raucherentwöhnungskurse etc., in den einzelnen Bundesländern informieren:

Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg der Liga der freien Wohlfahrtsverbände
 Augustenstr. 63
 70178 Stuttgart
 Tel.: 07 11/6 19 67-0
 eMail: info@lssuchtgefahrenbawue.de
 Internet: www.lssuchtgefahrenbawue.de

Badischer Landesverband gegen die Suchtgefahren e. V.
 Renchtalstr. 14
 77871 Renchen
 Tel.: 0 78 43/7 03 41
 eMail: heise.blv@t-online.de
 Internet: www.blv-suchthilfe.de

Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe
 Lessingstraße 3
 80336 München
 Tel.: 0 89/53 65 15
 eMail: kbs-bayern-suchthilfe@t-online.de
 Internet: suchtberatung.net/KBS

Landesstelle Berlin gegen die Suchtgefahren e. V.
 Gierkezeile 39
 10585 Berlin
 Tel.: 0 30/34 80 09-10
 eMail: buero@landesstelle-berlin.de
 Internet: www.landesstelle-berlin.de

Brandenburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.
 Carl-von-Ossietzky-Str. 29
 14471 Potsdam
 Tel.: 03 31/96 37 50
 eMail: BLSeV@t-online.de
 Internet: www.blsev.de

Bremische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.
c/o Caritasverband Bremen e. V.
Kolpingstr. 3
28195 Bremen
Tel.: 04 21 / 3 35 73-0
Internet: www.sucht.org/landesstelle-bremen

Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.
Repsoldstraße 4
20097 Hamburg
Tel.: 0 40/2 84 99 18-0
eMail: bfs@suchthh.de
Internet: www.suchthh.de

Hessische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.
Auf der Körnerwiese 5
60322 Frankfurt/Main
Tel.: 0 69/5 96 96 21
eMail: hls@hls-online.de
Internet: www.hls-online.de

Landesstelle gegen die Suchtgefahren Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Voßstr. 15 a
19053 Schwerin
Tel.: 03 85/71 29 53
eMail: info@lsmv.de
Internet: www.lsmv.de

Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.
Podbielskistr. 162
30175 Hannover
Tel.: 05 11/85 20 68
eMail: info@nls-suchtgefahren.de
Internet: www.nls-suchtgefahren.de

Arbeitsausschuss Drogen und Sucht, zugleich Landesstelle gegen die Suchtgefahren für NRW
Friesenring 32 - 34
48147 Münster
Tel.: 02 51/27 09-2 50
eMail: seiler@dw-westfalen.de

Landesstelle Suchtkrankenhilfe Rheinland-Pfalz
c/o Diak. Werk Pfalz
Karmeliterstr. 20
67322 Speyer
Tel.: 0 62 32/6 64- 2 54
eMail: hoffmann@diakonie.pfalz.de

Saarländische Landesstelle gegen
die Suchtgefahren
Rembrandtstr. 17 - 19
66540 Neunkirchen
Tel.: 0 68 21/95 6-2 04
eMail: osa@dwsaar.de

Sächsische Landesstelle gegen
die Suchtgefahren e. V.
Schönbrunnstr. 5
01097 Dresden
Tel.: 03 51/8 04 55 06
eMail: slsev@t-online.de

Landesstelle gegen die Suchtgefahren
im Land Sachsen-Anhalt
Walter-Rathenau-Str. 38
39106 Magdeburg
Tel.: 03 91/5 68 07 11
eMail: ls-sa@t-online.de

Landesstelle gegen die Suchtgefahren für
Schleswig-Holstein e. V.
Schauenburger Str. 36
24105 Kiel
Tel.: 04 31/56 47 70
eMail: mail@lssh.de
Internet: www.lssh.de

Thüringer Landesstelle
gegen die Suchtgefahren e. V.
Dubliner Str. 12
99091 Erfurt
Tel.: 03 61/7 46 45 62-64
eMail: tks.thueringen@t-online.de
Internet: www.tks-tkg.de

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. mit Sitz in Hamm ist der Zusammenschluss der in der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe bundesweit tätigen Verbände. Dazu gehören die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, öffentlich-rechtliche Träger der Suchtkrankenhilfe und Selbsthilfe- und Abstinenzverbände.

Die DHS koordiniert und unterstützt die Arbeit der Mitgliedsverbände und fördert den Austausch mit der Wissenschaft.

Die Geschäftsstelle der DHS in Hamm gibt Auskunft und vermittelt Informationen an Hilfesuchende, Experten, Medien- und Pressefachleute sowie andere Interessierte.

Mitglieder der DHS

Verbände der freien Wohlfahrtspflege:

- *Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)*
- *Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser*
- *Deutscher Caritasverband e. V.*
- *Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK)*
- *Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (GVV)*
- *Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.*

Abstinenz- und Selbsthilfeverbände:

- *Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe*
- *Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche e. V. – Bundesverband*
- *Blaues Kreuz in Deutschland e. V.*
- *Bundesverband der Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher e. V. (BVEK)*
- *Guttempler in Deutschland*
- *Kreuzbund e. V. – Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft für Suchtkranke und deren Angehörige*

Fachverbände:

- *Arbeitsgemeinschaft Katholischer Fachkrankenhäuser für Suchtkranke e. V.*
- *Bahn-Zentralstelle gegen die Alkoholgefahren (BZAL)*
- *Bundesfachverband Ess-Störungen e. V.*
- *Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. »buss«*
- *Bund für drogenfreie Erziehung e. V. (BdE)*
- *Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V.*
- *Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur e. V.*
- *Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V. (FDR)*
- *Fachverband Glücksspielsucht e. V.*
- *Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren e. V. (GAD)*
- *Katholische Sozialethische Arbeitsstelle e. V. (KSA)*
- *Verband ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke/Drogenabhängige e. V. (VABS)*

Gaststatus:

- *Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände*
- *Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesstellen gegen die Suchtgefahren*

A series of 15 vertical lines spaced evenly across the page, intended for taking notes.

Impressum

HERAUSGEBER



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e. V.

Postfach 13 69

59003 Hamm

Tel. 0 23 81/90 15-0

Fax 0 23 81/90 15-30

eMail: info@dhs.de

Internet: www.dhs.de

REDAKTION

Christa Merfert-Diete

KONZEPTION UND TEXT

Petra Mader, Winsen/Luhe

GESTALTUNG

[designbüro], Münster

DRUCK

Lensing Druck, Ahaus

AUFLAGE

1.20.03.03

Gefördert von der Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im
Rahmen ihrer Kampagne

rauchfrei!





World Health
Organization

CONFERENCE OF THE PARTIES TO THE
WHO FRAMEWORK CONVENTION
ON TOBACCO CONTROL
Second session
Provisional agenda item 5.3.1

A/FCTC/COP/2/7
26 April 2007

Elaboration of guidelines for implementation of the Convention (decision FCTC/COP1(15))

Article 8: Protection from exposure to tobacco smoke

1. At its first session in February 2006 in Geneva, the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control decided (decision FCTC/COP1(15)):

(1) to adopt the templates for the elaboration of guidelines on Articles 8 and 9, as they appear in Annexes 1 and 2 to this Decision;

(3) to accord the highest priority to guidelines on Article 8 and the first phase of Article 9, and to request the Convention Secretariat to initiate work on these guidelines, on the basis of the templates, and to present draft guidelines to the second Conference of the Parties, if possible, or progress reports;

(5) to request the Convention Secretariat to utilize these criteria in preparing a workplan for the elaboration of guidelines on the relevant articles, for consideration by the COP at its second session;

(6) to invite the relevant intergovernmental and nongovernmental organizations with specific expertise in the guideline matters to actively participate and contribute to the further elaboration and development of the guidelines, as per request from the Convention Secretariat.

Articles 7 and 8 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control

2. Article 7 of the WHO Framework Convention (*Non-price measures to reduce the demand for tobacco*) states, inter alia:

Each Party shall adopt and implement effective legislative, executive, administrative or other measures necessary to implement its obligations pursuant to Articles 8 to 13 and shall cooperate, as appropriate, with each other directly or through competent international bodies with a view to their implementation. The Conference of the Parties shall propose appropriate guidelines for the implementation of the provisions of these Articles.

3. More specifically, Article 8 of the WHO Framework Convention (*Protection from exposure to tobacco smoke*) obligates Parties to take effective steps to provide protection from exposure to tobacco smoke. Article 8.1 acknowledges the overwhelming scientific consensus that second-hand tobacco smoke kills:

(b) The duty to protect individuals from tobacco smoke corresponds to an obligation by governments to enact legislation to protect individuals against threats to their fundamental rights and freedoms. This obligation extends to all persons, and not merely to certain populations.

(c) Several authoritative scientific bodies have determined that second-hand tobacco smoke is a carcinogen. Some Parties to the WHO Framework Convention (for example, Finland and Germany) have classified second-hand tobacco smoke as a carcinogen and included the prevention of exposure to it at work in their health and safety legislation. In addition to the requirements of Article 8, therefore, Parties may be obligated to address the hazard of exposure to tobacco smoke in accordance with their existing workplace laws or other laws governing exposure to harmful substances, including carcinogens.

STATEMENT OF PRINCIPLES AND RELEVANT DEFINITIONS UNDERLYING PROTECTION FROM EXPOSURE TO TOBACCO SMOKE

Principles

5. As noted in Article 4 of the WHO Framework Convention, strong political commitment is necessary to take measures to protect all persons from exposure to tobacco smoke. The following agreed upon principles should guide the implementation of Article 8 of the Convention.

Principle 1

6. Effective measures to provide protection from exposure to tobacco smoke, as envisioned by Article 8 of the WHO Framework Convention, require the total elimination of smoking and tobacco smoke in a particular space or environment in order to create a 100% smoke free lawsenvironment. There is no safe level of exposure to tobacco smoke, and notions such as a threshold value for toxicity from second-hand smoke should be rejected, as they are contradicted by scientific evidence. Approaches other than 100% smoke free lawsenvironments, including ventilation, air filtration and the use of designated smoking areas (whether with separate ventilation systems or not), have repeatedly been shown to be ineffective and there is conclusive evidence, scientific and otherwise, that engineering approaches do not protect against exposure to tobacco smoke.

Principle 2

7. All people should be protected from exposure to tobacco smoke. All indoor workplaces and indoor public places should be smoke-free.

Principle 3

8. Legislation is necessary to protect people from exposure to tobacco smoke. Voluntary smoke free policies have repeatedly been shown to be ineffective and do not provide adequate protection. In order to be effective, legislation should be simple, clear and enforceable.

Principle 4

9. Good planning and adequate resources are essential for successful implementation and enforcement of smoke free legislation.

Principle 5

10. Civil society has a central role in building support for and ensuring compliance with smoke free measures, and should be included as an active partner in the process of developing, implementing and enforcing legislation.

Principle 6

11. The implementation of smoke free legislation, its enforcement and its impact should all be monitored and evaluated. This should include monitoring and responding to tobacco industry activities that undermine the implementation and enforcement of the legislation, as specified in Article 20.4 of the WHO Framework Convention.

Principle 7

12. The protection of people from exposure to tobacco smoke should be strengthened and expanded, if necessary; such action may include new or amended legislation, improved enforcement and other measures to reflect new scientific evidence and case-study experiences.

Definitions

13. In developing legislation, it is important to use care in defining key terms. Several recommendations as to appropriate definitions, based on experiences in many countries, are set out here. The definitions in this section supplement those already included in the WHO Framework Convention.

“Second-hand tobacco smoke” or “environmental tobacco smoke”

14. Several alternative terms are commonly used to describe the type of smoke addressed by Article 8 of the WHO Framework Convention. These include “second-hand smoke”, “environmental tobacco smoke”, and “other peoples’ smoke”. Terms such as “passive smoking” and “involuntary exposure to tobacco smoke” should be avoided, as experience in France and elsewhere suggests that the tobacco industry may use these terms to support a position that “voluntary” exposure is acceptable. “Second-hand tobacco smoke”, sometimes abbreviated as “SHS”, and “environmental tobacco smoke”, sometimes abbreviated “ETS”, are the preferable terms; these guidelines use “second-hand tobacco smoke”.

15. Second-hand tobacco smoke can be defined as “the smoke emitted from the burning end of a cigarette or from other tobacco products usually in combination with the smoke exhaled by the smoker”.

16. “Smoke-free air” is air that is 100% smoke-free. This definition includes, but is not limited to, air in which tobacco smoke cannot be seen, smelled, sensed or measured.¹

¹ It is possible that constituent elements of tobacco smoke may exist in air in amounts too small to be measured. Attention should be given to the possibility that the tobacco industry or the hospitality sector may attempt to exploit the limitations of this definition.

“Smoking”

17. This term should be defined to include being in possession or control of a lit tobacco product regardless of whether the smoke is being actively inhaled or exhaled.

“Public places”

18. While the precise definition of “public places” will vary between jurisdictions, it is important that legislation define this term as broadly as possible. The definition used should cover all places accessible to the general public or places for collective use, regardless of ownership or right to access.

“Indoor” or “enclosed”

19. Article 8 requires protection from tobacco smoke in “indoor” workplaces and public places. Because there are potential pitfalls in defining “indoor” areas, the experiences of various countries in defining this term should be specifically examined. The definition should be as inclusive and as clear as possible, and care should be taken in the definition to avoid creating lists that may be interpreted as excluding potentially relevant “indoor” areas. It is recommended that “indoor” (or “enclosed”) areas be defined to include any space covered by a roof or enclosed by one or more walls or sides, regardless of the type of material used for the roof, wall or sides, and regardless of whether the structure is permanent or temporary.

“Workplace”

20. A “workplace” should be defined broadly as “any place used by people during their employment or work”. This should include not only work done for compensation, but also voluntary work, if it is of the type for which compensation is normally paid. In addition, “workplaces” include not only those places at which work is performed, but also all attached or associated places commonly used by the workers in the course of their employment, including, for example, corridors, lifts, stairwells, lobbies, joint facilities, cafeterias, toilets, lounges, lunchrooms and also outbuildings such as sheds and huts. Vehicles used in the course of work are workplaces and should be specifically identified as such.

21. Careful consideration should be given to workplaces that are also individuals’ homes or dwelling places, for example, prisons, mental health institutions or nursing homes. These places also constitute workplaces for others, who should be protected from exposure to tobacco smoke.

“Public transport”

22. Public transport should be defined to include any vehicle used for the carriage of members of the public, usually for reward or commercial gain. This would include taxis.

THE SCOPE OF EFFECTIVE LEGISLATION

23. Article 8 requires the adoption of effective measures to protect people from exposure to tobacco smoke in (1) indoor workplaces, (2) indoor public places, (3) public transport, and (4) “as appropriate” in “other public places”.

24. This creates an *obligation to provide universal protection* by ensuring that all indoor public places, all indoor workplaces, all public transport and possibly other (outdoor or quasi-outdoor) public places are free from exposure to second-hand tobacco smoke. No exemptions are justified on the basis of health or law arguments. If exemptions must be considered on the basis of other arguments, these should be minimal. In addition, if a Party is unable to achieve universal coverage immediately, Article 8 creates a continuing obligation to move as quickly as possible to remove any exemptions and make the protection universal. Each Party should strive to provide universal protection within five years of the WHO Framework Convention's entry into force for that Party.

25. No safe levels of exposure to second-hand smoke exist, and, as previously acknowledged by the Conference of the Parties in decision FCTC/COP1(15), engineering approaches, such as ventilation, air exchange and the use of designated smoking areas, do not protect against exposure to tobacco smoke.

26. Protection should be provided in all indoor or enclosed workplaces, including motor vehicles used as places of work (for example, taxis, ambulances or delivery vehicles).

27. The language of the treaty requires protective measures not only in all "indoor" public places, but also in those "other" (that is, outdoor or quasi-outdoor) public places where "appropriate". In identifying those outdoor and quasi-outdoor public places where legislation is appropriate, Parties should consider the evidence as to the possible health hazards in various settings and should act to adopt the most effective protection against exposure wherever the evidence shows that a hazard exists.

INFORM, CONSULT AND INVOLVE THE PUBLIC TO ENSURE SUPPORT AND SMOOTH IMPLEMENTATION

28. Raising awareness among the public and opinion leaders about the risks of second-hand tobacco smoke exposure through ongoing information campaigns is an important role for government agencies, in partnership with civil society, to ensure that the public understands and supports legislative action. Key stakeholders include businesses, restaurant and hospitality associations, employer groups, trade unions, the media, health professionals, organizations representing children and young people, institutions of learning or faith, the research community and the general public. Awareness-raising efforts should include consultation with affected businesses and other organizations and institutions in the course of developing the legislation.

29. Key messages should focus on the harm caused by second-hand tobacco smoke exposure, the fact that elimination of smoke indoors is the only science-based solution to ensure complete protection from exposure, the right of all workers to be equally protected by law and the fact that there is no trade-off between health and economics because experience in an increasing number of jurisdictions shows that smoke-free environments benefit both. Public education campaigns should also target settings for which legislation may not be feasible or appropriate, such as private homes.

30. Broad consultation with stakeholders is also essential to educate and mobilize the community and to facilitate support for legislation after its enactment. Once legislation is adopted, there should be an education campaign leading up to implementation of the law, the provision of information for business owners and building managers outlining the law and their responsibilities and the production of resources, such as signage. These measures will increase the likelihood of smooth implementation and high levels of voluntary compliance. Messages to empower nonsmokers and to thank smokers for complying with the law will promote public involvement in enforcement and smooth implementation.

Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr

Es schadet jedem.

Es schadet schnell.

Es schadet in geringen Mengen.

~~rauch~~ frei!



BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Inhalt

2 Was ist Passivrauchen?

4 Sind Sie Tabakrauch ausgesetzt?

6 Tabakrauch ist giftig

8 Passivrauchen bringt Heranwachsenden Krankheit und Tod

8 Passivrauchen schädigt Babys und Kleinkinder

10 Passivrauchen schädigt Kinder

14 Passivrauchen schädigt Jugendliche

16 Passivrauchen bringt Erwachsenen Krankheit und Tod

17 Passivrauchen schädigt das Herz

19 Passivrauchen schädigt die Lunge

20 Weitere Schädigungen durch Passivrauchen

21 Passivrauchen am Arbeitsplatz

21 Was können Sie als Arbeitnehmer für einen rauchfreien Arbeitsplatz tun?

22 Was können Sie als Arbeitgeber für einen rauchfreien Arbeitsplatz tun?

23 Wenn Sie Rat brauchen – hier bekommen Sie ihn

24 Impressum

Was ist Passivrauchen?



Wenn jemand in Ihrer Nähe raucht, atmen Sie Tabakrauch ein: Eine Mischung aus dem Rauch der glühenden Zigarette und dem Rauch, der von dem oder der Rauchenden ein- und wieder ausgeatmet wird. Atmen Sie nun diese Mischung ein, ist es fast so, als würden Sie selbst rauchen.

Passivrauchen ist für jeden gefährlich – egal ob jung oder alt, gesund oder krank.

Tabakrauch enthält über 4800 einzelne Stoffe, darunter zahllose Gifte wie Kohlenmonoxid, Formaldehyd und Blausäure und mehr als 70 Substanzen, die selbst in geringsten Mengen Krebs erzeugen können. Schon kurzzeitiges Passivrauchen reizt die Atemwege und schädigt das Blutgefäßsystem: Das Blut verklumpt, die Blutgefäßwände werden geschädigt und alle Organe, vor allem der Herzmuskel, werden weniger durchblutet. Langfristig drohen Asthma, Lungenentzündung, chronische Lungenerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs. Manche der durch Passivrauchen verursachten Gesundheitsschäden verschwinden wieder – einige Schäden bleiben aber dauerhaft bestehen.



Die Fakten:

- *Es gibt keine Grenze, unterhalb derer Passivrauchen unbedenklich wäre. Selbst geringfügiges Passivrauchen ist schädlich.*
- *In Deutschland sind mehr als 35 Millionen Menschen zu Hause, am Arbeitsplatz und in der Freizeit häufig dem Tabakrauch ausgesetzt.*
- *Vor allem junge Menschen sind Passivraucher, da sie sich in ihrer Freizeit häufig an stark verrauchten Orten wie Discos und Kneipen aufhalten.*
- *Passivrauchen ist eine Ursache für den plötzlichen Kindstod. Außerdem leiden passivrauchende Kinder häufiger an Lungenproblemen, Mittelohrentzündungen und schwerem Asthma.*
- *Passivrauchen verursacht Lungenkrebs, chronische Lungenerkrankungen und Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems.*
- *Nichtraucherzonen, Lüftungsanlagen und offene Fenster bieten keinen Gesundheitsschutz, wenn in dem Raum vorher geraucht wurde.*
- *Auch kalter Rauch ist gefährlich.*

Sind Sie Tabakrauch ausgesetzt?

Viele Menschen sind in Alltagssituationen dem Tabakrauch ausgesetzt, beispielsweise in Gaststätten, am Arbeitsplatz oder im Eingangsbereich von Gebäuden. Wer gerne in Kneipen geht, muss dort besonders viel Tabakrauch einatmen.

Raucht auch nur eine einzige Person im Haus, müssen alle anderen dort lebenden Personen mit Tabakrauch belastete Luft einatmen. Selbst Kinder leben oftmals nicht rauchfrei.

Sie müssen zu Hause, an öffentlichen Plätzen wie Bushaltestellen und manchmal sogar bei der Kinderbetreuung Tabakrauch einatmen.

Situationen im Alltag, bei denen Sie unbewusst mitrauchen:

- Sie sind in einem Nichtraucherbereich, in den Rauch aus der Umgebung eindringt.
- Sie sitzen in einem Auto, in dem jemand raucht. Sie rauchen mit, selbst wenn ein Fenster offen ist.
- Sie halten sich in einem Haus auf, in dem Rauchen erlaubt ist. Selbst in Räumen, in denen gerade nicht geraucht wird, sind noch Giftstoffe aus dem Tabakrauch vorhanden.
- Sie arbeiten in einem Restaurant, einem Betrieb oder Gebäude, in dem Rauchen erlaubt ist. Selbst Filter- oder Belüftungsanlagen können die Schadstoffe des Tabakrauchs nicht wirkungsvoll beseitigen.

In Deutschland rauchen passiv mit:

- etwa 8,5 Millionen Nichtraucher am Arbeitsplatz,
- die meisten der über eine Million Beschäftigten in der Gastronomie,
- rund 28,5 Millionen Erwachsene in der Freizeit.

Gehen Sie dem Tabakrauch aus dem Weg!

Tabakrauch schadet jedem, selbst gesunden Menschen. Besonders vorsichtig sollten aber Kinder, schwangere Frauen, ältere Menschen und Menschen mit Herz- oder Atemwegsbeschwerden sein.

Einen echten Schutz vor Tabakrauch bieten nur vollständig rauchfreie Räume.

Da sich Tabakrauch – physikalischen Gesetzen folgend – immer im ganzen Raum ausbreitet, kann die Aufteilung eines Raumes in Raucher- und Nichtraucherzonen nicht vor den Giften des Tabakrauchs schützen. Es hilft auch kein offenes Fenster. Nicht einmal moderne Lüftungsanlagen können die Raumluft ausreichend reinigen.

Räume, in denen Rauchen erlaubt ist, sind selbst dann noch gesundheitsgefährdend, wenn dort gerade nicht geraucht wird, weil die Giftstoffe des Tabakrauchs an Wänden, Böden und Gegenständen haften bleiben.

Saubere Luft zum Atmen garantieren nur komplett rauchfreie Innenräume.



Was können Sie tun?

Machen Sie Ihre Umgebung rauchfrei!

- Entscheiden Sie sich für ein rauchfreies Zuhause und ein rauchfreies Auto.
- Besuchen Sie nur rauchfreie Gaststätten und rauchfreie öffentliche Orte.
- Bitten Sie darum, dass in Ihrer Nähe und in der Nähe Ihrer Kinder niemand raucht.

Tabakrauch ist giftig

Tabakrauch enthält mehr als 4800 chemische Verbindungen.
Viele dieser Substanzen sind giftig und krebserzeugend.



Bestandteile im Tabakrauch und wo sonst diese gefährlichen Stoffe zu finden sind:

Ammoniak: in Putzmitteln

Anilin: Bestandteil von Farbstoffen

Aromatische Amine: in der Farbstoffproduktion

Arsen, Blausäure: in Rattengift

Benzol: bei der Verdampfung von Benzin

Benzo[a]pyren: im Rauch von Öfen

Blei, Cadmium, Nickel: in Batterien

Formaldehyd: Desinfektionsmittel

Hydrazin: Raketentreibstoff

Kohlenmonoxid und -dioxid: im Rauch von Verbrennungsanlagen

Naphthalin: im Mottengift

Nitrobenzol, Nitropyren: Abgase von Dieselmotoren

Nitromethan: Motortreibstoff

N-Nitrosamine: in Kühlschmierstoffen, Ölen, Gummi

Phenol, Methylphenol (Teersäuren): im Teer

Polonium 210: radioaktives Element, α -Strahlen

Teer: in Straßenbelägen

1,3-Butadien: Grundstoff für Autoreifen



**Sie atmen diese chemischen Verbindungen ein,
wenn jemand in Ihrer Nähe raucht:**

Krebserregende Substanzen

Vinylchlorid (wird zur Herstellung von Rohren verwendet)

Polonium-210 (radioaktiv und hochgiftig)

Benzol (in Benzin)

Formaldehyd (wird zum Konservieren von Leichnamen verwendet)

Diese Substanzen sind extrem giftig:

Giftige Metalle

Chrom (wird zur Stahlherstellung verwendet)

Arsen (wird in Pestiziden eingesetzt)

Blei (früher in Farben)

Cadmium (Bestandteil von Batterien)

Diese Substanzen können

- Krebs auslösen
- tödlich sein
- Gehirn und Nieren schädigen

Giftgase

Toluol (Farbverdünner)

Ammoniak (in Putzmitteln)

Butan (Feuerzeuggas)

Wasserstoffcyanid (in chemischen Waffen)

Kohlenmonoxid (in Autoabgasen)

Diese Substanzen können

- tödlich sein
- Herz- und Atemfunktionen schädigen
- im Hals, in der Lunge und in den Augen brennen
- bewusstlos machen

Passivrauchen bringt Heranwachsenden Krankheit und Tod

Kinder sind gegenüber Tabakrauch besonders empfindlich, da sie im Verhältnis zu den Erwachsenen häufiger einatmen und ihr noch nicht vollständig entwickelter Körper die eingeatmeten Giftstoffe schlechter beseitigen kann.

Passivrauchen schädigt Babys und Kleinkinder

Zu klein, zu leicht

Schon vor der Geburt leiden Kinder unter Tabakrauch, wenn Schwangere rauchen oder wenn jemand in deren Nähe raucht. Diese Kinder sind bei der Geburt oftmals zu klein, zu leicht und haben einen ungewöhnlich kleinen Kopf.

Plötzlicher Kindstod

Den plötzlichen, unerklärlichen und unerwarteten Tod von Säuglingen im ersten Lebensjahr bezeichnet man als plötzlichen Kindstod. Warum diese Kinder sterben, ist nicht genau bekannt – vermutlich haben sie Schäden im Gehirn oder in der Lunge, die die Atmung beeinträchtigen. Viele der Bestandteile des Tabakrauchs stören während der Schwangerschaft die normale Entwicklung des kindlichen Gehirns. Raucht die Schwangere, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind später durch plötzlichen Kindstod stirbt.

Auch Babys, die nach der Geburt Tabakrauch einatmen müssen – von der Mutter, dem Vater oder jemand anderem –, haben ein höheres Risiko, durch plötzlichen Kindstod zu sterben, als Kinder aus einer rauchfreien Umgebung.

Schwache Lunge

Babys passivrauchender Mütter wiegen bei der Geburt oftmals sehr wenig. Auch ihre Lunge entwickelt sich häufig nicht normal. Säuglinge, die nach der Geburt Tabakrauch einatmen müssen, haben eine sehr schwache Lunge. Kinder, die dem Tabakrauch ausgesetzt sind, sind anfälliger für Infektionen als Kinder aus einer rauchfreien Umgebung. Diese Probleme können später bestehen bleiben und sich bis ins Erwachsenenalter fortsetzen.

Schäden durch Passivrauchen bei Schwangeren und Neugeborenen

Neugeborene

Erhöhtes Risiko für:

- > plötzlichen Kindstod
- > geringes Geburtsgewicht
- > geringe Größe
- > kleinen Kopfumfang
- > vermindertes Längenwachstum
- > Geburtsdefekte
- > höhere Anzahl von Nikotinrezeptoren
im Gehirn
- > höhere Wahrscheinlichkeit
für Tabakkonsum im
Teenageralter
- > mögliche physische und psychische
Langzeitwirkungen

Schwangere

Erhöhtes Risiko für:

- > Fehlgeburt
- > Extrauterinschwangerschaft
- > Plazentaablösung
- > Frühgeburt
- > vorliegende Plazenta
- > vorzeitigen Blasensprung



In Deutschland ...

- ... sind über 170 000 Neugeborene jährlich bereits im Mutterleib den Schadstoffen des Tabakrauchs ausgesetzt.
- ... sterben jedes Jahr 60 Babys am plötzlichen Kindstod, weil die Mutter während der Schwangerschaft rauchte oder weil die Kinder nach der Geburt den Tabakrauch der Eltern einatmen mussten. In Deutschland stirbt also jede Woche ein Baby, weil seine Eltern rauchen.

Passivrauchen schädigt Kinder

Kinder rauchender Eltern werden häufiger krank als Kinder aus nicht rauchenden Familien.

In Deutschland ...

- ... ist die Hälfte aller Kinder zwischen vier und vierzehn Jahren Tabakrauch ausgesetzt.

Atemwegsprobleme

Auch bei älteren Kindern rauchender Eltern ist – wie bei Babys – das Lungenwachstum beeinträchtigt. Sie bekommen häufiger Bronchitis und Lungenentzündung als Kinder, die keinen Tabakrauch einatmen. Passivrauchende Kinder leiden außerdem vermehrt unter Husten und einer Einengung der oberen Luftwege.

Asthma

Passivrauchen kann bei Kindern einen Asthmaanfall auslösen. Passivrauchende Kinder mit Asthma erleiden schlimmere und häufigere Asthmaanfälle als Kinder, die in einer rauchfreien Umgebung leben. Über 40 % der Kinder, die mit akutem Asthma in die Notaufnahme kommen, leben in Raucherhaushalten. Ein schwerer Asthmaanfall kann für ein Kind lebensgefährlich sein.

Mittelohrentzündung

Infektionen der Ohren sind schmerzhaft. Kinder rauchender Eltern erkranken häufiger an Mittelohrentzündungen als Kinder von Nichtrauchern. Sie haben auch häufiger Flüssigkeit im Ohr und bekommen häufiger operativ Drainageröhrchen ins Ohr eingesetzt.

Störungen des Allgemeinbefindens

Kinder aus Raucherhaushalten klagen häufiger über Bauchschmerzen, Schwindel, Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen.

Eingeschränkter Geruchssinn

Kinder rauchender Eltern haben größere Schwierigkeiten, verschiedene Gerüche zu unterscheiden.

Hirnhautentzündung

Kinder aus einem Raucherhaushalt erkranken bis zu viermal häufiger an einer Hirnhautentzündung als Kinder aus rauchfreien Haushalten.

Karies

Einer Studie zufolge haben passivrauchende Kinder ein erhöhtes Risiko für Karies.

Krebs

Es gibt Hinweise darauf, dass Kinder rauchender Eltern ein erhöhtes Risiko für Gehirntumore und Lymphome haben.

Narkosekomplikationen

Bei einer Vollnarkose haben Kinder aus Raucherhaushalten fast doppelt so häufig Atemwegskomplikationen wie nicht passivrauchende Kinder.

Schäden durch Passivrauchen bei Kindern

Atemwege

- > beeinträchtigte Lungenfunktion in der gesamten Kindheit
- > Bronchitis
- > Lungenentzündung
- > chronische Atemwegssymptome
- > veränderte Lungenstruktur

Asthma

- > Entstehung oder Verschlechterung

Augen

- > Reizung und Tränen

Haare

- > Geruch

Ohren

- > Mittelohrentzündungen

Gehirn und Kopf

- > Kopfschmerzen
- > möglicherweise Verhaltensstörungen
- > Gehirntumore

Blut

- > möglicher Zusammenhang mit Lymphomen

Herz-Kreislauf

- > Sauerstoffmangel und Schädigung der Arterien
- > verminderte körperliche Leistungsfähigkeit



Was können Eltern tun?

Schützen Sie die Gesundheit Ihrer Kinder.

- Erlauben Sie niemandem, in der Nähe Ihres Kindes zu rauchen.
- Rauchen Sie weder zu Hause noch im Auto und erlauben Sie dies auch anderen nicht. Das Öffnen eines Fensters schützt Ihr Kind nicht vor dem Rauch.
- Achten Sie darauf, dass bei der Kinderbetreuung nicht geraucht wird.
- Gehen Sie mit Ihrem Kind nicht in Restaurants oder in andere geschlossene Räume, in denen geraucht wird.
- Erklären Sie Ihren Kindern, warum sie Tabakrauch meiden sollen.

Passivrauchen schädigt Jugendliche

Jugendliche, die Tabakrauch einatmen, leiden vermehrt unter Atemwegsproblemen. Sie haben ein erhöhtes Risiko für Asthma und möglicherweise auch für eine Vorstufe von Diabetes.

Besonders gefährdet sind nicht nur Jugendliche, deren Eltern rauchen, sondern auch diejenigen, die häufig in Kneipen und Discos gehen: Dort atmen sie in ihrer Freizeit sehr stark verrauchte Luft ein.

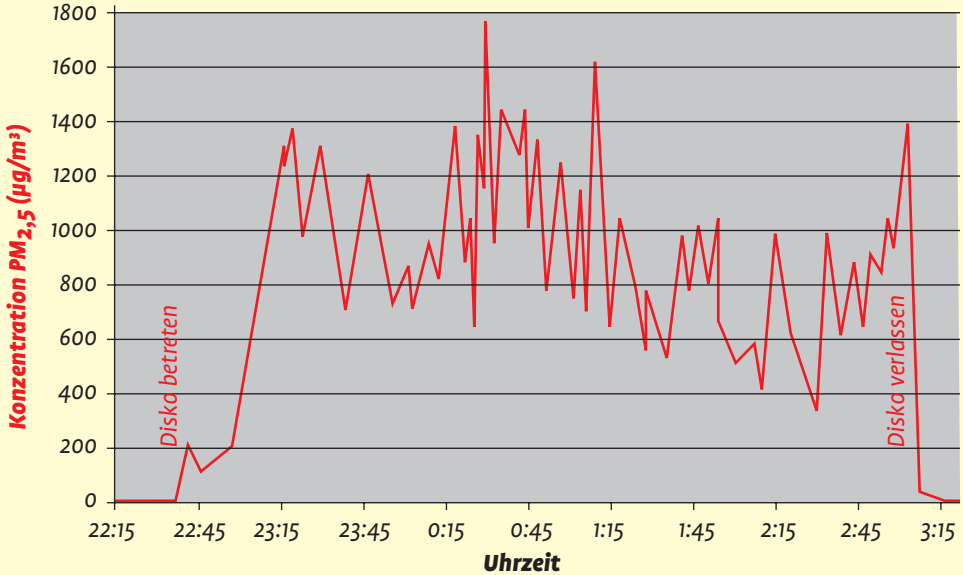
Gesundheitsgefahren durch Passivrauchen in deutschen Discotheken

Das Deutsche Krebsforschungszentrum führte in 100 deutschen Gastronomiebetrieben Messungen auf lungengängige Partikel durch. Diese Partikel sind besonders gefährlich, da sie wegen ihrer geringen Größe tief in die Atemwege eindringen und dort lange verbleiben.

Die höchste Schadstoffbelastung fand sich in Kneipen und Discos. Die Abbildung auf Seite 15 zeigt eine Messkurve, die die hohen Schadstoffwerte in einer Discothek zeigt: Je mehr Menschen im Laufe des Abends in der Disco rauchen, umso höher ist die Belastung. Die giftigen Partikel können aber schon in geringsten Mengen Lungenkrebs verursachen.

Beim Tanzen in der Disco atmen die Jugendlichen außerdem sehr tief ein und nehmen dadurch besonders viel von den Giften des Tabakrauchs auf.

Lungengängige Partikel in einer deutschen Discothek



Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum

Setzen Sie sich dafür ein, dass in Deutschland alle gastronomischen Betriebe und Discotheken rauchfrei werden – Ihrer Gesundheit zuliebe.

Passivrauchen bringt Erwachsenen Krankheit und Tod

Nichtraucherinnen und Nichtraucher, die den Tabakrauch anderer einatmen müssen, können die gleichen Krankheiten bekommen wie die Raucher selbst, vor allem Herz-Kreislaufkrankungen, Lungenkrebs und chronische Lungenerkrankungen.

Schäden durch Passivrauchen bei Erwachsenen

Gehirn

- > Schlaganfall

Atemwege

- > Atemwegsirritationen
- > Verschlechterung Asthma
- > chronische Lungenerkrankungen

Herz-Kreislaufsystem

- > verstopfte Blutgefäße
- > Herzinfarkt

Sinnesorgane

- > gereizte Augen
- > gereizte Nase und Hals
- > gereizte Haut

Allergien

- > Verschlimmerung bestehender Allergien

Allgemeinbefinden

- > Kopfschmerzen
- > Schwindel
- > Übelkeit
- > Augenbrennen und -tränen
- > Müdigkeit
- > Schlafstörungen
- > Erschöpfungssyndrom

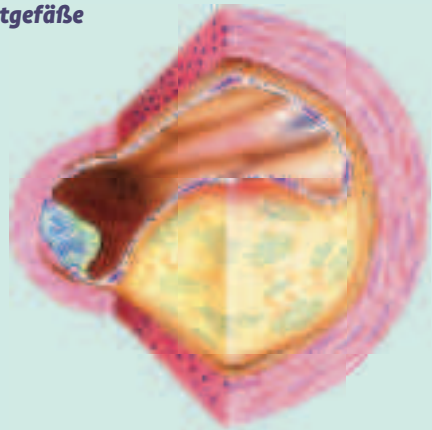
Krebs

- > Lungenkrebs
möglicherweise:
- > Brustkrebs
- > Nasennebenhöhlenkrebs

Schon wenig Rauch bringt großen Schaden

Je länger man sich in einer verrauchten Umgebung aufhält, desto wahrscheinlicher ist es, dass man Schaden nimmt.

Verstopfte Blutgefäße



Herzinfarkt

Passivrauchen schädigt das Herz

Passivrauchen lässt bereits nach kurzer Zeit die Blutplättchen verklumpen und schädigt die Wände der Blutgefäße. Diese gefährlichen Veränderungen können schließlich zu einem Herzinfarkt führen, unter Umständen mit tödlichem Ausgang. Passivrauchen beeinträchtigt die Funktion von Herz, Blut und Blutgefäßen und erhöht den Cholesterinwert.

Früher Tod

Passivrauchen erhöht das Risiko, Herzerkrankungen zu bekommen, einen Herzinfarkt zu erleiden und früh zu sterben.

Vor allem Menschen mit Herzkrankheiten sollten daher verrauchte Räume unbedingt meiden.

Herz-Kreislaufferkrankungen und Todesfälle in Deutschland durch Passivrauchen

- *Jedes Jahr erkranken rund 3700 passivrauchende Menschen an koronarer Herzkrankheit und mehr als 2100 Menschen sterben daran.*
- *Jedes Jahr erleiden mehr als 1800 Menschen infolge von Passivrauchen einen Schlaganfall und über 770 Nichtraucherinnen und Nichtraucher sterben an den Folgen eines Schlaganfalls.*
- *Nichtrauchende, die dem Tabakrauch ausgesetzt sind, haben ein um 25 % erhöhtes Risiko, an einem Herzinfarkt zu sterben.*



Lungenkrebs

Passivrauchen schädigt die Lunge

Passivrauchen erhöht das Risiko für Lungenkrebs um 20 bis 30 %; an stark belasteten Arbeitsplätzen verdoppelt es sich sogar. Lungenkrebs hat immer noch geringe Heilungschancen und war in Deutschland im Jahr 2005 die vierthäufigste Todesursache.

Chronische Lungenerkrankungen

Als chronische Lungenerkrankungen bezeichnet man Krankheiten mit Folgen wie Husten, vermehrter Auswurf und Atemnot bei Belastung. Die Hauptursache des Krankheitsbildes ist Rauchen – aber auch Passivrauchen erhöht das Risiko, chronische Lungenerkrankungen zu entwickeln. Die Patienten leiden unter zunehmend schwerer Atemnot und einem enormen Leistungsabfall, bis sie schließlich dauerhaft beatmet werden müssen.

Lungenerkrankungen und Todesfälle in Deutschland durch Passivrauchen

- Nichtrauchende, die dem Passivrauchen ausgesetzt sind, haben ein um 20 bis 30 % erhöhtes Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken.
- Nichtraucherinnen und Nichtraucher, die mit einer rauchenden Person zusammenleben, haben ein um rund 25 % erhöhtes Risiko, an chronischen Lungenerkrankungen zu sterben.

Atemwege

Passivrauchen beeinträchtigt die Lungenfunktion, insbesondere wenn bereits Asthma oder andere Atemwegsprobleme bestehen. In einer verrauchten Umgebung verschlimmern sich Husten und Verschleimung.

Sinnesorgane

Tabakrauch reizt die Haut, die Augen, die Nase und den Hals. Das Allgemeinbefinden wird deutlich gestört.



Weitere Schädigungen durch Passivrauchen

Allergien

Bestehende Allergien können durch Passivrauchen noch verschlimmert werden.

Weitere Krebsarten

Möglicherweise verursacht Passivrauchen auch Brustkrebs und Krebs der Nasennebenhöhlen.

Schützen Sie Ihre Gesundheit.

Was können Sie tun?

- Meiden Sie verrauchte Räume.
- Wählen Sie nach Möglichkeit rauchfreie Restaurants. Sagen Sie den Inhabern, dass Sie besonders gerne kommen, weil ihr Betrieb rauchfrei ist.
- Sagen Sie den Wirtsleuten nicht rauchfreier Lokale, dass Sie Tabakrauch nicht ertragen können. Sagen Sie ihnen, dass ein Nichtraucherbereich nicht ausreichend ist.
- Setzen Sie sich dafür ein, dass in Deutschland alle gastronomischen Betriebe rauchfrei werden – Ihrer Gesundheit zuliebe.

Passivrauchen am Arbeitsplatz

In Deutschland muss ein Arbeitgeber per Gesetz seine nichtrauchenden Angestellten vor dem Tabakrauch schützen. Aber in Wirklichkeit müssen in Deutschland rund 8,5 Millionen Nichtraucherinnen und Nichtraucher am Arbeitsplatz passiv mitrauchen.

Was können Sie als Arbeitnehmer für einen rauchfreien Arbeitsplatz tun?

- Fragen Sie Ihre Kolleginnen und Kollegen, wer sich vom Tabakrauch gestört fühlt.
- Bestellen Sie Informationsmaterial zum Thema „rauchfrei“ und verteilen Sie es an Ihre weiblichen und männlichen Kollegen, Vorgesetzte, Betriebsräte, Betriebsärzte, Personalleiter und Geschäftsführer.
- Erklären Sie dem Arbeitgeber, dass der Nichtraucherschutz kein privates Anliegen ist, sondern eine gesetzliche Vorschrift, um Nichtraucher wirksam vor Tabakrauch zu schützen.
- Überzeugen Sie den Betriebsrat, dass in Ihrem Betrieb ein besserer Nichtraucherschutz notwendig ist. Es gehört zu den Aufgaben des Betriebsrates, sich für die Umsetzung gesetzlicher Vorschriften – dazu gehört auch der Nichtraucherschutz – einzusetzen.
- Wenden Sie sich an die Betriebsärztin oder den Betriebsarzt. Er kennt die Gesundheitsgefahren des Passivrauchens und wird sich aus medizinischer Sicht für einen optimalen Nichtraucherschutz in Ihrem Betrieb einsetzen.
- Wenn alles nichts hilft, schalten Sie die für die Region zuständige Arbeitsschutzbehörde oder das Gewerbeaufsichtsamt ein.



Was können Sie als Arbeitgeber für einen rauchfreien Arbeitsplatz tun?

- *Machen Sie alle geschlossenen Räume rauchfrei.*
- *Untersagen Sie das Rauchen auch in Eingangsbereichen.*
- *Stimmen Sie das Rauchverbot mit dem Betriebsrat ab.*
- *Bieten Sie Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Anreize für einen Rauchstopp und unterstützen Sie deren Teilnahme an Rauchstopp-Programmen.*

Wenn Sie Rat brauchen – hier bekommen Sie ihn

Persönliche Beratung erhalten Sie bei:

Wenn Sie noch weitere Fragen haben oder eine individuelle Beratung wünschen, rufen Sie bitte unter folgenden Telefonnummern an:

Beratungstelefon zum Nichtrauchen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

➤ **0 18 05/31 31 31** (14 Cent/Min.)

Mo. – Do.: 10 – 22 Uhr, Fr. – So.: 10 – 18 Uhr

Rauchertelefon des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ), Heidelberg

➤ **0 62 21/42 42 00**

Mo. – Fr.: 15 – 19 Uhr

Weitere Informationen über Passivrauchen finden Sie unter:

www.rauchfrei-info.de

Internetangebot der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

www.tabakkontrolle.de

Internetangebot des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg

Impressum

Herausgeber Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Diese Publikation wurde auf Grundlage der Broschüre „Secondhand Smoke – What it means to you“ des Surgeon General, des obersten Gesundheitsbeauftragten der USA (www.surgeongeneral.gov) und Publikationen des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg erstellt.

Texterstellung Dr. Katrin Schaller, Susanne Schunk, Dr. Martina Pötschke-Langer, Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg

**Verantwortlich für den Inhalt
und Projektleitung** Peter Lang, BZgA

Gestaltung www.bild-werk.de

Bildnachweis bild-werk / G. P. Müller
Illustration Seite 17, medicalpicture GmbH, Geisler

Druck K + W, Bad Oeynhausen

Auflage 1.100.5.07

Bestell-Nr. 31550000

Bestellung Diese Schrift ist kostenlos erhältlich bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 51101 Köln, oder per E-Mail unter: order@bzga.de

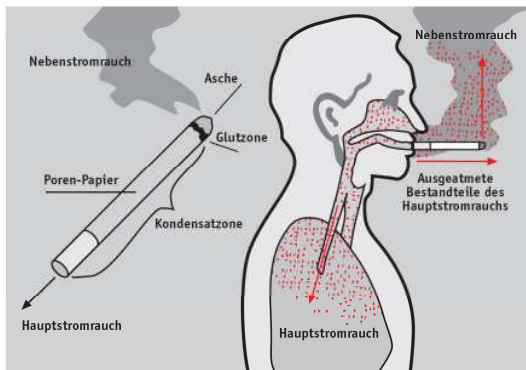
Die Broschüre ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/ den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Internet www.bzga.de

Passivrauchen – auch wenig ist zu viel

Was ist Passivrauchen?

Unter Passivrauchen versteht man das Einatmen von Tabakrauch aus der Raumluft. Dieser Rauch setzt sich zusammen aus dem vom Raucher eingeatmeten und wieder ausgeatmeten Hauptstromrauch und dem Nebenstromrauch, der durch das Glimmen der Zigaretten in den Rauchpausen entsteht. Der Nebenstromrauch enthält die gleichen giftigen und krebs-erregenden Substanzen wie der Hauptstromrauch, allerdings in der Regel in deutlich höherer Konzentration. Da einzelne Komponenten des Passivrauchs lange in der Raumluft verweilen und sich die Partikel an Wänden, Gebrauchsgegenständen und auf Böden ablagern und von dort wieder in die Raumluft gelangen, sind Räume, in denen das Rauchen erlaubt ist, eine kontinuierliche Expositionsquelle für die Giftstoffe des Tabakrauchs, auch wenn dort aktuell nicht geraucht wird.



Passivrauchen ist gesundheitsgefährdend

Tabakrauch ist ein komplexes Gemisch aus über 4800 Substanzen, darunter Gifte wie Blausäure, Ammoniak und Kohlenmonoxid. Mehr als 70 der Substanzen im Tabakrauch sind nachweislich krebserregend. Bereits kleinste Belastungen mit diesen krebserregenden Stoffen können zur Entstehung von Tumoren beitragen. Dementsprechend stuften nationale und internationale Forschungszentren und Gremien das Passivrauchen beim Menschen als krebserregend ein.

Wichtige krebserzeugende Substanzen in tabakrauchverunreinigter Innenluft

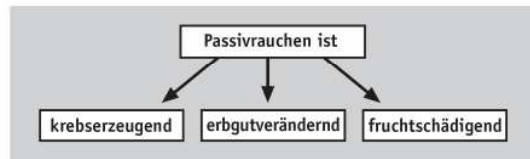
Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe
 Heterozyklische Kohlenwasserstoffe
 N-Nitrosamine
 Aromatische Amine, flüchtige Amine
 N-Heterozyklische Amine
 Aldehyde
 Phenole
 Flüchtige Kohlenwasserstoffe
 Verschiedene organische Verbindungen
 Metalle (Arsen, Nickel, Cadmium, Blei)

Einschätzung der Senatskommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)

Die Kommission untersuchte im Jahre 1998 die Problematik eingehend und kam zu dem Ergebnis, dass Passivrauchen erwiesenermaßen „krebserzeugend für den Menschen“ ist. Es gibt keine Menge Tabakrauch, die ungefährlich wäre. Die DFG-Kommission sah ausdrücklich und dezidiert von der Festlegung eines unteren Grenzwertes für eine Konzentration von Tabakrauch ab, die noch als akzeptabel angesehen werden kann und stufte das Passivrauchen am Arbeitsplatz – ohne unteren Grenzwert – in die höchste Gefahrenklasse aller Schadstoffe ein.

Einschätzung des Ausschusses für Gefahrstoffe (AGS)

Auch der AGS der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, der nach § 52 der Gefahrenverordnung als Beratungsgremium in Fragen des Arbeitsschutzes gebildet wird, stufte das Passivrauchen als krebserzeugend, erbgutverändernd und fruchtschädigend ein.



Einschätzung des internationalen Krebsforschungszentrums der Weltgesundheitsorganisation

Die International Agency for Research on Cancer (IARC) der Weltgesundheitsorganisation kam im Jahr 2004 in einem umfassenden Bericht über die krebserzeugenden Risiken des Rauchens und des Passivrauchens zu dem Schluss, dass ausreichende Belege für den kausalen Zusammenhang zwischen Passivrauchen und Lungenkrebs vorliegen und stufte Passivrauchen als humanes Kanzerogen der Gruppe 1 (das heißt Stoff oder Stoffgemisch ist krebserregend beim Menschen) ein.

Einschätzung des amerikanischen Gesundheitsministeriums

Das amerikanische Gesundheitsministerium fasste im Jahr 2006 in einem 700-seitigen Report die Gesundheitsgefahren des Passivrauchens zusammen und hielt darin fest, dass Passivrauchen Lungenkrebs, Herz-Kreislaufkrankungen sowie zahlreiche weitere Krankheiten verursacht.

Die Datenlage zur Gesundheitsgefährdung durch Passivrauchen ist durch eine Vielzahl toxikologischer und klinischer Nachweise wissenschaftlich fundiert.



Passivrauchen – auch wenig ist zuviel

Passivrauchen ist verantwortlich für die Entwicklung chronischer Krankheiten mit möglicher Todesfolge

Schon kurzzeitiges Passivrauchen reizt die Atemwege und schädigt das Blutgefäßsystem: Das Blut verklumpt, die Blutgefäßwände werden geschädigt und alle Organe, insbesondere der Herzmuskel, werden geringer durchblutet. Langfristig drohen Asthma, Lungenentzündung, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs.

Akute Beschwerdebilder bei Erwachsenen durch Passivrauchen

Schädigung der Atemwege

(durch Formaldehyd, Acrolein, Phenol, Stickstoffoxide u.a.)

Folgen:

- Reizung der Atemwege, dadurch Husten, pfeifende Atemgeräusche und Auswurf
- Reizung der Nase
- Kurzatmigkeit bei körperlicher Belastung
- verringerte Lungenfunktionswerte

Beeinflussung des Allgemeinbefindens

(durch alle Substanzen im Tabakrauch)

Folgen:

- Kopfschmerzen
- Schwindelanfälle
- Übelkeit
- Augenbrennen und -tränen
- Müdigkeit
- Schlafstörungen
- Erschöpfungssyndrom

Chronische Erkrankungen und Todesursachen bei Erwachsenen durch Passivrauchen

Schädigung der Atemwege

(durch Formaldehyd, Acrolein, Phenol, Stickstoffoxide u.a.)

Folgen:

- Asthma (Entstehung und Verschlimmerung)
- Lungenentzündung (Entstehung und Verschlimmerung)
- Bronchitis (Entstehung und Verschlimmerung)
- Verschlimmerung der Mukoviszidose
- Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen

Schädigung der Blutgefäße

(durch Kohlenmonoxid, Stickstoffoxide, Wasserstoffcyanide, Cadmium, Kohlenwasserstoffe)

Folgen:

- Herzerkrankungen
- Herzinfarkt
- Schlaganfall

Krebsentwicklung

(durch über 70 Kanzerogene)

Lungenkrebs

Wer mit einem Raucher zusammenlebt oder bei der Arbeit Tabakrauch ausgesetzt ist, hat ein um 20 bis 30 Prozent erhöhtes Risiko für Lungenkrebs. Lungenkrebs ist die häufigste Krebstodesursache bei Männern. In Deutschland sterben jedes Jahr rund 260 Menschen an durch Passivrauchen bedingtem Lungenkrebs.

Koronare Herzkrankheit (KHK)

Wer mit einem Raucher zusammenlebt oder bei der Arbeit Tabakrauch ausgesetzt ist, hat ein um 25 bis 30 Prozent erhöhtes Risiko, an KHK zu erkranken. KHK ist die weltweit häufigste Todesursache. In Deutschland sterben jedes Jahr rund 2150 Menschen an durch Passivrauchen bedingter KHK.

Kinder sind besonders empfindlich gegenüber Passivrauchbelastung

Bereits das Ungeborene kann durch Passivrauchen der Mutter geschädigt werden.

Tabakrauchbelastung während der Schwangerschaft führt zu einem erhöhten Risiko für

- Fehlbildungen
- Fehl-, Tot- und Frühgeburten
- vermindertes Längenwachstum des Fetus
- kleineren Kopfumfang des Fetus
- geringeres Geburtsgewicht

Bei Kindern besteht ein Zusammenhang zwischen Passivrauchen und Mittelohrentzündungen, einer beeinträchtigten Lungenfunktion, Asthma und plötzlichem Kindstod.

In Deutschland leiden Millionen von Menschen unter den Giften des Tabakrauchs

- Etwa 8,5 Millionen nichtrauchende Erwerbstätige am Arbeitsplatz
- Die meisten der über eine Million Mitarbeiter im Gaststättengewerbe, darunter über 7000 nichtrauchende Schwangere
- Über acht Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, die in einem Haushalt mit mindestens einem Raucher leben
- Über 170 000 Neugeborene, die jährlich bereits im Mutterleib den Schadstoffen des Tabakrauchs ausgesetzt sind
- Etwa 28,5 Millionen erwachsene Nichtraucher in ihrer Freizeit

Fazit:

Es besteht dringender Handlungsbedarf, die Bevölkerung vor dem Passivrauchen zu schützen.

Impressum

© 2006 Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
4. Auflage 2007: 5000
Autoren: Dr. Svenja Pust, Dr. Katrin Schaller, Wolfgang Blank,
Dr. Martina Pötschke-Langer

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. Martina Pötschke-Langer
Stabsstelle Krebsprävention und

WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle
Im Neuenheimer Feld 280
69210 Heidelberg
Fax: 0 62 21 – 42 30 20, E-mail: who-cc@dkfz.de

Zitierweise:
Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.):
Passivrauchen – auch wenig ist zu viel
Heidelberg, 2006

Diese Publikation sowie Literaturbelege sind abrufbar im Internet unter: www.tabakkontrolle.de

ROBERT KOCH INSTITUT



Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

**Bundes-Gesundheitssurvey:
Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und
in der Passivrauchbelastung in Deutschland**



Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

**Bundes-Gesundheitssurvey:
Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und
in der Passivrauchbelastung in Deutschland**

Alexander Schulze, Thomas Lampert

Inhaltsverzeichnis

1	Gesundheitspolitische Relevanz	5
2	Sozialhistorische Entwicklung des Tabakkonsums	6
2.1	Entwicklung des Tabakverbrauchs in Deutschland	6
2.2	Sozialer Wandel des Tabakkonsums	8
3	Individuelle und gesellschaftliche Konsequenzen des Tabakkonsums ..	10
3.1	Tabakassoziierte Krankheits- und Beschwerdebilder	10
3.2	Tabakkonsum und vorzeitige Sterblichkeit	13
3.3	Ökonomische Konsequenzen des Tabakkonsums in Deutschland	13
4	Aktueller Forschungsstand	15
5	Datenbasis und Methodik	19
5.1	Erhebung des Rauchverhaltens und der Passivrauchexposition	19
5.2	Messung der Sozialindikatoren	21
6	Soziale Unterschiede im Rauchverhalten	23
6.1	Prävalenz des Rauchens	23
6.2	Zigarettenverbrauch	27
6.3	Einstiegsverhalten	31
6.4	Ausstiegsverhalten	38
6.5	Spezifizierung sozialer Risikogruppen	44
7	Soziale Unterschiede in der Passivrauchbelastung	46
7.1	Verbreitung von Passivrauchbelastungen	46
7.2	Spezifizierung sozialer Risikogruppen	52
8	Ausblick	54
	Literatur	56
	Tabellenverzeichnis	60
	Abbildungsverzeichnis	60

5 Datenbasis und Methodik

Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) wurde vom Robert Koch-Institut mit dem Ziel konzipiert, eine breite und verlässliche Datengrundlage für epidemiologische Forschungen und die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu schaffen. Für den Survey wurde eine mehrfach geschichtete 2-stufige Zufallsstichprobe gezogen, die zum Zeitpunkt der Stichprobengenerierung für die 18- bis 79-jährige Wohnbevölkerung Deutschlands repräsentativ war. Zur Grundgesamtheit gehörten alle in Deutschland in Privathaushalten lebenden und in den Einwohnermelderegistern mit Hauptwohnsitz eingetragenen Erwachsenen im entsprechenden Altersbereich. Ausgehend von der um die qualitätsneutralen Ausfälle bereinigten Bruttostichprobe entsprach die Teilnehmerzahl von 7.124 Personen einer Responserate von 62%. Wie systematische Non-Responderanalysen belegen, wird die Repräsentativität der Erhebungen, insbesondere im Bereich des Rauchverhaltens, durch den Stichprobenausfall nicht entscheidend beeinträchtigt [Stolzenberg 2000; Thefeld et al. 1999].

Die Feldarbeit wurde zwischen Oktober 1997 und März 1999 von der I+G Gesundheitsforschung GmbH durchgeführt und erstreckte sich auf 120 Studienzentren in ganz Deutschland. Das Erhebungsprogramm war thematisch breit angelegt und umfasste sowohl einen Befragungsteil als auch einen Untersuchungsteil. Die Befragung basierte auf einem Selbstausfüllfragebogen und enthielt Fragen zu Krankheiten, Beschwerden, gesundheitsbezogener Lebensqualität, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung. Der Untersuchungsteil umfasste ein ärztliches Interview zur Krankengeschichte und eine medizinische Untersuchung, die u.a. die Messung von Blutdruck und Pulsfrequenz sowie die Feststellung von Körpergröße und -gewicht vorsah. Außerdem wurden Blut- und Urinproben genommen, anhand derer später bis zu 40 Laborwerte, darunter Cholesterin, Gesamteiweiß, Hämoglobin und Eisen, bestimmt wurden. An Substichproben wurden zusätzliche Erhebungen realisiert, die vertiefende Betrachtungen zu ausgewählten Themen wie Ernährung, Umweltbelastungen, Folsäu-

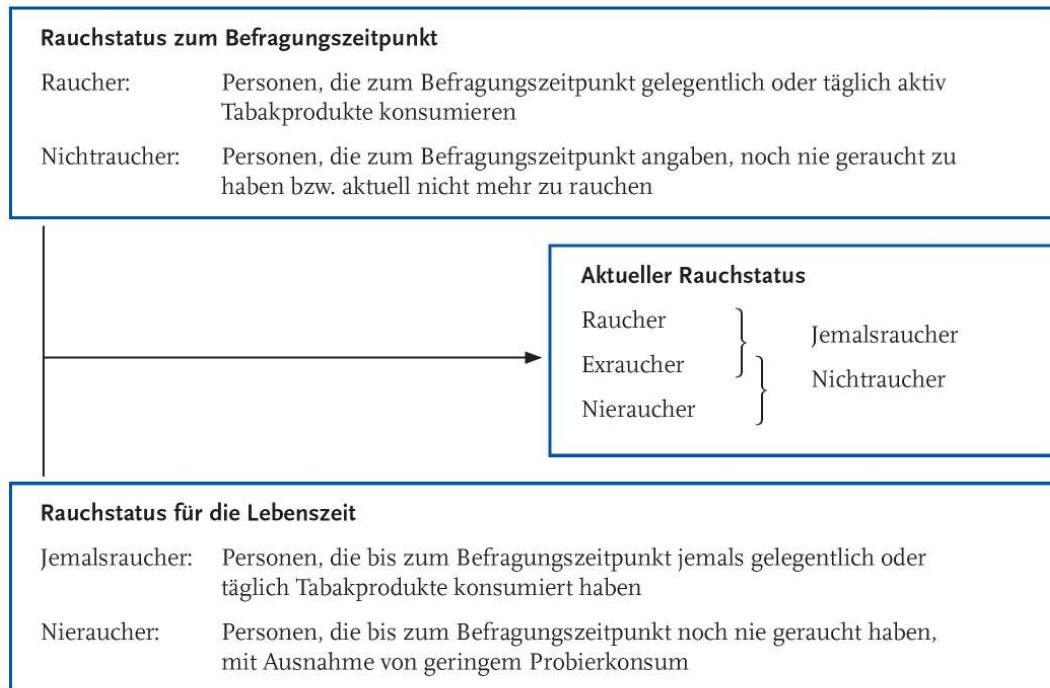
reversorgung und psychische Störungen erlauben [Bellach et al. 1998].

Der aufbereitete Datensatz steht als Public Use-File für wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung. Die Analysen für den vorliegenden Beitrag wurden mit der Statistiksoftware SAS V.8 durchgeführt. Um repräsentative Aussagen für die Grundgesamtheit treffen zu können, wurden die Auswertungsergebnisse mittels des eigens für den Survey entwickelten Gewichtungsfaktor (w98), der die Merkmale Alter, Geschlecht und Bundesland berücksichtigt, an die Bevölkerungsstruktur Deutschlands im Jahr 1998 angepasst.

5.1 Erhebung des Rauchverhaltens und der Passivrauchexposition

Die Erhebung des Rauchverhaltens war Bestandteil der schriftlichen Befragung und erstreckte sich auf fünf Fragen zum aktiven Rauchen und zwei Fragen zur Passivrauchexposition. Für die Analysen wird ausgehend von der Frage »Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zurzeit« zwischen aktuellen Rauchern, Exrauchern und Nierauchern unterschieden, wobei neben Zigaretten auch andere Tabakwaren wie Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen berücksichtigt werden. Als *aktuelle Raucher* gelten Personen, die angaben, gegenwärtig täglich oder gelegentlich zu rauchen. *Exraucher* haben früher täglich oder gelegentlich geraucht, sich inzwischen aber das Rauchen abgewöhnt. *Nieraucher* haben in ihrem bisherigen Leben zu keinem Zeitpunkt geraucht, allenfalls haben sie wenige Male probiert. Bisweilen wird zudem von *Jemalsrauchern* und *Nichtrauchern* gesprochen. Unter *Jemalsrauchern* werden alle aktuellen Raucher und Exraucher verstanden. Wenn von *Nichtrauchern* die Rede ist, sind Exraucher und Nieraucher gemeint, also alle Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung nicht rauchten (Abb. 5.1).

Abbildung 5.1
Erhebung des Rauchverhaltens und Definitionen der einzelnen Zustände des Rauchverhaltens



Der BGS98 erlaubt darüber hinaus Aussagen über die Rauchbiographie der einzelnen Befragten zu treffen, da die Zahl der täglich gerauchten Zigaretten, das Alter bei Rauchbeginn und das Alter bei Beendigung des Rauchens erhoben wurde. Anhand der Antworten auf die Frage »Wie viel rauchen Sie zurzeit durchschnittlich am Tag« wird gemäß einer Einteilung der WHO zwischen *Wenigrauchern* (1–4 Zigaretten am Tag), *normalen Rauchern* (5–20 Zigaretten am Tag) und *starken Rauchern* (mehr als 20 Zigaretten am Tag) differenziert. Um das *Alter bei Rauchbeginn* zu ermitteln wurde gefragt: *Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben zu rauchen, wenn auch nur in kleineren Mengen?* Die Frage zum *Alter bei Beendigung des Rauchens* lautete: *»Habe im Alter von ... Jahren aufgehört [zu rauchen]«*. Für Analysen des Aufhörverhaltens wird zudem die *Ausstiegsquote* als Anteil der Exraucher an den Jemalsrauchern ermittelt.

Die *Passivrauchexposition* wird im BGS98 über die Frage »Halten Sie sich tagsüber oder abends häufiger in Räumen auf, in denen geraucht wird?« erhoben. Möglich waren Angaben zu Passivrauchbelastungen am Arbeitsplatz, Zuhause oder an anderen Orten. Als passivrauchbelastet werden im Folgenden diejenigen Nichtraucher betrachtet, die an mindestens einem der genannten Orte einer Tabakrauchbelastung ausgesetzt sind. Aussagen über das Ausmaß der Passivrauchbelastung lassen sich mit Daten des BGS98 nicht treffen.

Bei der Erhebung von Informationen zum Rauchverhalten und der Passivrauchexposition ist zu berücksichtigen, dass die Angaben der Befragten von der gesellschaftlichen Akzeptanz des Rauchens beeinflusst sind. Bei retrospektiv erfassten Angaben muss zudem mit zunehmender Zeit der Rückerinnerung von Fehleinschätzungen ausgegangen werden. Prävalenzen des Rauchens, die aus Querschnittsstudien gewonnen werden,

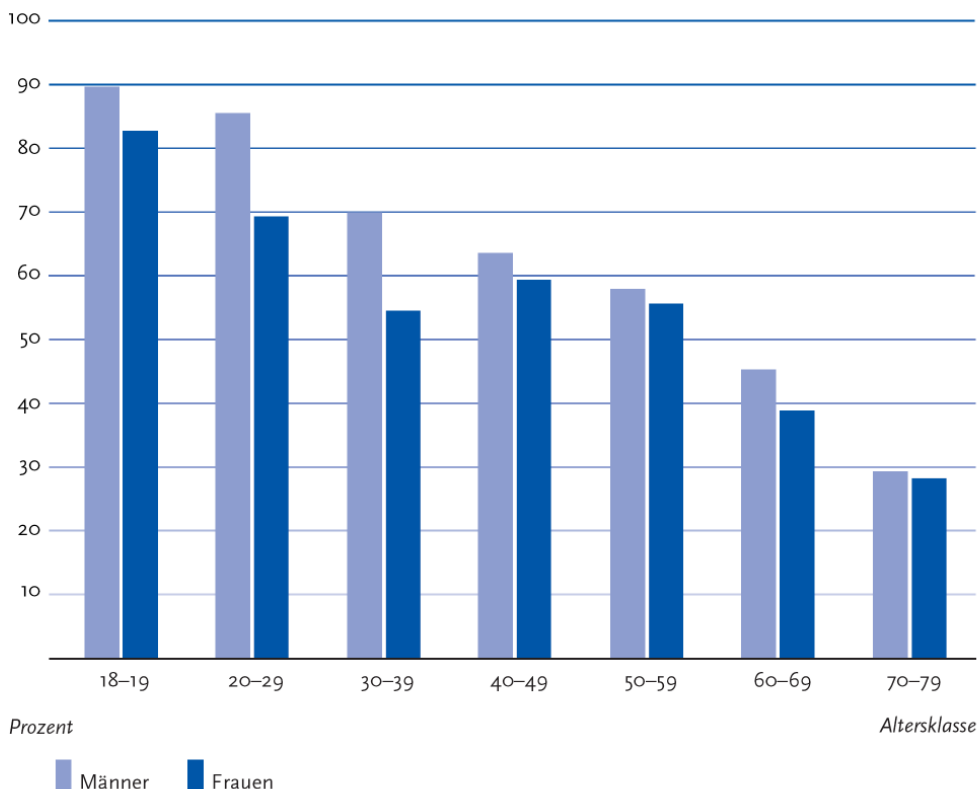
7 Soziale Unterschiede in der Passivrauchbelastung

Soziale Unterschiede in der Passivrauchbelastung werden zunächst entlang der einzelnen sozialen Merkmale beschrieben und dabei zwischen dem Arbeitsplatz, der eigenen Wohnung und anderen Orten differenziert. Als passivrauchbelastet wird nur gewertet, wer selbst nicht raucht, d.h. Passivraucheranteile beziehen sich immer auf alle Nichtraucher. Wie beim aktiven Tabakkonsum werden im Anschluss über Merkmalskombinationen spezifische Risikokonstellationen aufgezeigt. Für die Analysen der Passivrauchbelastung konnte auf Informationen von 6.945 Personen zurückgegriffen werden.

7.1 Verbreitung von Passivrauchbelastungen

Von allen Nichtrauchern zwischen 18 und 79 Jahren sind nach eigener Auskunft 55% häufig Tabakrauch ausgesetzt (Tab. 7.1). Im jungen Erwachsenenalter sind die Belastungen mit bis zu 90% bei den 18- bis 19-jährigen nichtrauchenden Männern am höchsten. Im mittleren Lebensalter (30–59 Jahre) sind die Tabakrauchbelastungen zwar geringer, mit 55–70% aber auf weiterhin hohem Niveau. Am niedrigsten ist die Tabakrauchexposition mit weniger als 30% bei den 70- bis 79-jährigen (Abb. 7.1).

Abbildung 7.1
Anteile tabakrauchexponierter Personen nach Alter und Geschlecht

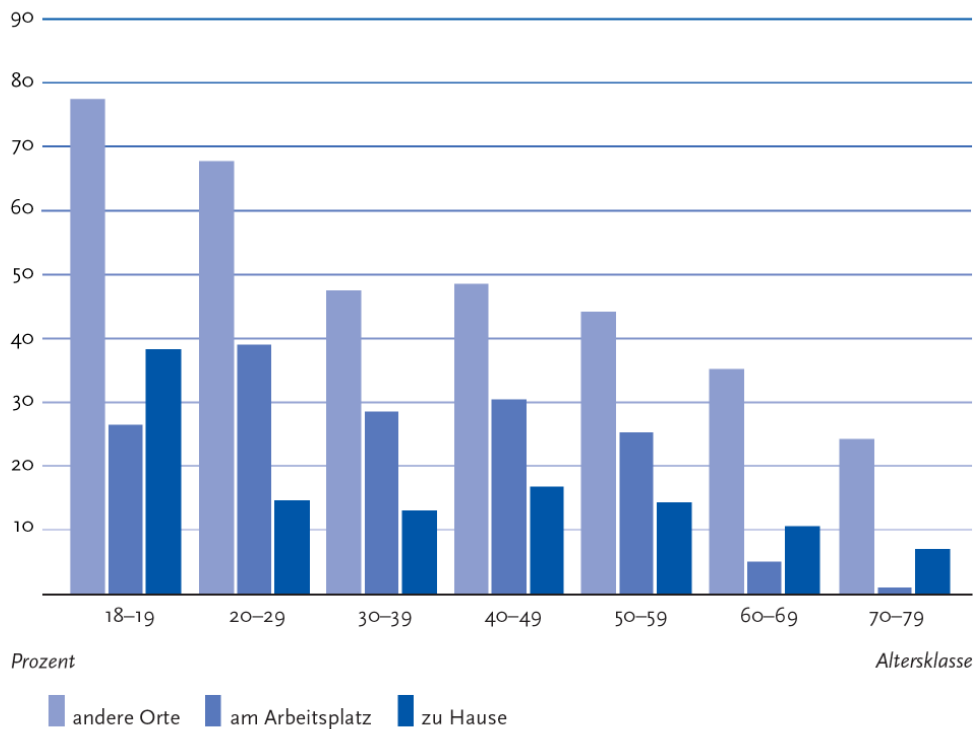


Die Passivrauchbelastung ist an verschiedenen Orten unterschiedlich stark (Tabelle 7.1): Am Arbeitsplatz sehen sich 22% der erwachsenen Bevölkerung Passivrauchbelastungen gegenüber, Männer mit 30% häufiger als Frauen mit 16%. In der eigenen Wohnung sind 14% mit Tabakrauch konfrontiert (Männer: 12%; Frauen: 15%). Die stärkste Passivrauchbelastung erfahren Nichtraucher allerdings außerhalb der Arbeitswelt und der eigenen Wohnung, z.B. in Cafés, Restaurants, öffentlichen Einrichtungen, bei Freunden oder Bekannten (Männer: 50%; Frauen: 41%). Abbildung 7.2 deutet darauf hin, dass ein Grund für die geringere Passivrauchexposition im höheren Lebensalter das Ausscheiden aus dem Erwerbs-

leben sein könnte. Daneben dürften aber auch mit dem Alter einhergehende Änderungen der Lebensweise und die niedrigeren Raucheranteile in den höheren Altersgruppen eine Rolle spielen.

Die Passivrauchbelastung variiert außerdem mit dem Bildungsniveau (Abb. 7.3). Vor allem im mittleren Lebensalter zeigen sich Unterschiede zu Ungunsten von Personen mit niedriger Schulbildung. So sind in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen fast 70% der Haupt- und Volksschulabsolventen häufig Tabakrauch ausgesetzt, im Vergleich zu 60% derjenigen mit mittlerer Reife und 50% derjenigen mit Abitur. Diese Unterschiede sind erst bei den 70- bis 79-Jährigen nicht mehr zu beobachten.

Abbildung 7.2
Passivrauchbelastung nach Alter und Ort der Exposition



Research

Epidemiology of smoking among Kuwaiti adults: prevalence, characteristics, and attitudes

Anjum Memon,¹ Philip M. Moody,² Thattaruparambil N. Sugathan,³ Najwa el-Gerges,⁴ Mahmoud al-Bustan,⁵ Ahmed al-Shatti,⁶ & Hussain al-Jazzaf⁷

Introduction In 1996 we conducted a cross-sectional survey to study the epidemiology of smoking among Kuwaiti adults.

Methods The 4000 participants were selected using a three-stage stratified cluster sampling design. Altogether 3859 participants (1798 males, 2061 females) returned a completed self-administered questionnaire.

Results The prevalence of smoking was 34.4% (95% confidence interval (CI) = 32.2–36.6) among men and 1.9% (95% CI = 1.3–2.5) among women. Among men, the highest prevalence (56.5%; 95% CI = 36.2–76.8) was observed in the youngest age group (≤ 20 years). Among women the highest prevalence was observed in one of the older age groups (46–50 years) (7.1%; 95% CI = 3.1–11.1). Multiple logistic regression analysis showed that the following factors were independently associated with smoking: lower levels of education (odds ratio (OR) 3.5; 95% CI = 1.5–8.4), lower employment grade (OR = 4.1; 2.5–6.7), and being a separated, divorced, or widowed woman (OR = 4.9; 95% CI = 2.0–11.8). The majority of smokers (68%) began smoking when younger than 20 years; significantly more men (70%) than women (33%) began smoking at these ages ($P < 0.0001$). On average, men began smoking at an earlier age (18 years vs 21 years; $P < 0.001$) and therefore had smoked for a longer period (15 years vs 12 years; $P < 0.05$); men also consumed a higher number of cigarettes each day (26 vs 17; $P < 0.05$). A large proportion of smokers were ignorant about the health consequences of passive smoking: about 77% of those with children reported that they smoked in the presence of their children. Almost half (47%) of all smokers stated that they wanted to stop smoking, and about 56% had attempted to quit. The biggest perceived barrier to quitting was uncertainty about “how to quit”. A total of 338 respondents (8.8%; 95% CI = 5.8–11.9) were classified as former smokers. About half of the former smokers had quit between the ages of 20 and 29 years; the average age of quitting was 28 years. Former smokers were more likely to have smoked fewer cigarettes per day and to have smoked for significantly less time than current smokers.

Discussion Given the fact that free education is provided at all levels by the government, anti-tobacco education and awareness should be included as an integral part of the curriculum in schools and colleges.

Keywords: smoking, epidemiology; smoking cessation; adult; age factors; sex factors; socioeconomic factors; Kuwait.

Bulletin of the World Health Organization, 2000, **78**: 1306–1315.

Voir page 1312 le résumé en français. En la página 1313 figura un resumen en español.

Introduction

It is 50 years since the first clear evidence linking cigarette smoking to cancer was published (1, 2). Smoking is now well established as a recognized

cause of cancer, lung disease, coronary heart disease, and stroke (3–6); it is considered to be the single most important avoidable cause of premature morbidity and mortality in the world. WHO has estimated that there are about 1100 million smokers worldwide; this represents about one-third of the global population aged over 15 years (7). About 73% of these smokers (700 million males, 100 million females) are in developing countries; in industrialized countries there are 200 million male smokers and 100 million female smokers. In the over 15-year-old population of developing countries, it is estimated that about 48% of males and 7% of females are smokers. The corresponding figures for industrialized countries are 42% for males and 24% for females (7).

Worldwide, tobacco use accounts for around 3 million deaths each year, and two-thirds of these deaths occur in industrialized countries (8–10). In recent years, the prevalence of smoking has been declining in many industrialized countries (11); however, in developing countries there has been a

¹ Assistant Professor of Epidemiology, Department of Community Medicine and Behavioural Sciences, Faculty of Medicine, Kuwait University, PO Box 24923, Safat 13110, Kuwait (email: anjum@hsc.kuniv.edu.kw). Correspondence should be addressed to this author.

² Professor, Department of Community Medicine and Behavioural Sciences, Faculty of Medicine, Kuwait University.

³ Assistant Professor, Department of Community Medicine and Behavioural Sciences, Faculty of Medicine, Kuwait University.

⁴ Scientific Assistant, Department of Community Medicine and Behavioural Sciences, Faculty of Medicine, Kuwait University.

⁵ Associate Professor, Department of Community Medicine and Behavioural Sciences, Faculty of Medicine, Kuwait University.

⁶ Chairman, Occupational Health Department, Ministry of Public Health, Kuwait.

⁷ Deputy Director, Kuwait Cancer Control Centre.

Ref. No. 99-0203

large increase in the number of young adults starting to smoke and in per capita cigarette consumption (12). Between 1986 and 1991, per capita consumption increased by 2% in Eastern Europe and by 13.5% in Asia. Tobacco companies have projected that the demand for cigarettes in Asia would grow by 33% between 1991 and 2000. The prevention and treatment of tobacco addiction have been targeted by WHO as priorities for intervention in developing countries. It has been estimated that, unless immediate steps are taken to reduce smoking rates, the number of deaths due to tobacco use will rise to 10 million per year over the next 30–40 years, and 70% of these deaths will occur in developing countries (8–10). Several reasons have been suggested for this recent and continuing epidemic rise in smoking in the developing countries of Asia and the Middle East (12). However, little is known about the smoking behaviour, patterns of smoking, and attitudes towards smoking in these populations.

Kuwait and other oil-producing countries in the Middle East have experienced rapid economic, sociodemographic, and epidemiological transitions during the past three decades. Data on smoking behaviour in these countries, which share similar religious, cultural, economic, and ethnic backgrounds, are interesting because the sociocultural and economic patterns in these populations do not typically apply to either Western countries or to the situation in developing countries in Asia. To our knowledge, no prior work has comprehensively studied this issue in these populations. We therefore conducted a cross-sectional survey among Kuwaiti adults to study the epidemiology of tobacco smoking. The objectives of the study were: to assess the prevalence and correlates of smoking and its distribution by sociodemographic characteristics; to determine the pattern and types of tobacco smoking practised; to study characteristics of smokers and their attitudes; and to identify factors associated with continuing smoking and quitting.

Methods

Study population

According to the constitution of Kuwait, the government guarantees all Kuwaiti adults employment in the public sector. In 1995, about 94% of the employed Kuwaiti men and women worked in the public sector (13). In this study, the target population comprised Kuwaitis employed in all government ministries except Foreign Affairs and Defence. The rationale for studying this population was that since almost all Kuwaitis prefer to work for the government (because of guaranteed employment, attractive salary scales and allowances, and opportunities for early retirement with a good pension) our sample would provide a fair representation of Kuwaiti adults. A sample of 4000 people was thus drawn from this population.

Sampling procedure

A three-stage stratified cluster sampling design was used to select participants: the ministry was the first-stage unit, departments of the ministry were the second-stage units, and clusters of employees in each department were the final sampling units. At the first stage, the number of male and female employees working in each ministry was determined (14), and six ministries were systematically selected using a probability proportional to the number of employees in each ministry. The total sample size proposed for the study was distributed equally among the selected ministries and was stratified by sex to represent the proportion of men and women in the target population. In the second stage, three departments were selected from each ministry using a probability proportional to the number of employees in each department. In the final stage, employees in each department were grouped into clusters of a manageable size and a simple random sample of eight clusters was chosen.

Data collection and analysis

Data were collected using an anonymous self-administered questionnaire. The survey used a modified version of the standard WHO questionnaire for surveying smoking prevalence and behaviour (15). The survey collected information on sociodemographic characteristics (age, sex, marital status, level of education, income, and grade of employment), smoking behaviour (smoking status, age at which smoking started, number of cigarettes smoked per day, reasons for smoking, and perceived functions of smoking), quitting behaviour and attitudes towards quitting, and characteristics of smokers and their attitudes towards smoking. Respondents were defined as current smokers if they were smoking at the time of the survey and had smoked more than 100 cigarettes in their lifetime; they were defined as former smokers if they had smoked more than 100 cigarettes in their lifetime but no longer smoked; and they were defined as never-smokers if they had never smoked or had smoked fewer than 100 cigarettes in their lifetime.

Data were collected from April to December 1996. An Arabic language version of the questionnaire was pilot tested on a random sample of 243 individuals, and the wording of some of the questions was modified before it was formally administered. To minimize non-response and under-reporting, respondents were assured that the information obtained would be confidential and used only for statistical purposes. A team of trained researchers visited the ministries and systematically distributed and collected the completed questionnaires on the same day or the next day.

All data management and analyses were done using the SPSS statistical program. The χ^2 test was used to assess the significance of differences in the distribution of selected sociodemographic characteristics and smoking prevalence among the participants.



Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 10/2006

Wie gesund sind die Baden-Württemberger?

– Ergebnisse des Mikrozensus zur Gesundheit

Sabine Schmidt



Dipl.-Ökonomin Sabine Schmidt ist Referentin im Referat „Volkszählung, Mikrozensus, Erwerbstätigkeit, Wohnungswesen, Wahlen“ des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg.

Im Rahmen des Mikrozensus 2005 (i-Punkt) wurden bundesweit bei 1 % der Bevölkerung auch Fragen zur Gesundheit gestellt. Gefragt wurde hierbei nach Unfallverletzungen, Behandlungsdauer bei Krankheiten oder Unfällen, Rauchgewohnheiten sowie Körpergröße und Gewicht. Die Beantwortung der Gesundheitsfragen war freiwillig. Über diese Angaben besteht die Möglichkeit, Erkenntnisse über den Gesundheitszustand bzw. über das gesundheitsrelevante Verhalten der Bevölkerung zu gewinnen. So gaben annähernd 13 % der Baden-Württemberger an, im Jahr 2005 krank oder unfallverletzt gewesen zu sein. Dieser Wert entsprach dem Bundesdurchschnitt. Die Ergebnisse der Zusatzerhebung zum Thema Gesundheit zeigen zudem, dass annähernd die Hälfte der Baden-Württemberger Übergewicht hat und jeder vierte Baden-Württemberger raucht. Beide Faktoren lassen das Risiko beispielsweise von Herz-Kreislauf-Erkrankungen erheblich ansteigen.

Unter 15-Jährige:	10 %
15- bis unter 40-Jährige:	9 %
40- bis unter 65-Jährige:	12 %
65- bis unter 70-Jährige:	16 %
70- bis unter 75-Jährige:	22 %
75-Jährige und Ältere:	28 %

Mit dem Eintritt ins Seniorenalter nehmen sowohl die gesundheitlichen Beeinträchtigungen als auch die Krankheitsdauer zu. Bei fast sieben von zehn der 15- bis unter 40-Jährigen Kranken war die Krankheitsdauer mit bis zu 14 Tagen noch relativ kurz, nur jeder Zehnte zählte zu den „Langzeitkranken“, die ein Jahr oder länger krank waren. In der Altersgruppe der 40- bis unter 65-Jährigen lag deren Anteil schon bei fast einem Drittel und bei den 65-Jährigen und Älteren überwog der Anteil der „Langzeitkranken“ mit 59 %. Insgesamt machten die „Langzeitkranken“ in Baden-Württemberg 2005 gut 32 % aller Kranken aus, wobei nahezu zwei Drittel (knapp 60 %) 65 Jahre und älter waren.

Jeder Achte war im Jahr 2005 krank oder unfallverletzt

Nach den Ergebnissen des Mikrozensus (i-Punkt) bezeichneten sich im Jahr 2005 annähernd 12 % der Baden-Württemberger als krank und 1 % litt an einer Unfallverletzung.¹ Frauen (gut 13 %) waren von gesundheitlichen Beeinträchtigungen nur geringfügig stärker betroffen als Männer (rund 12 %). Ungeachtet der regionalen Unterschiede entsprach der Anteil der Kranken und Unfallverletzten in Baden-Württemberg im Jahr 2005 dem Bundesdurchschnitt. Der Bundesländervergleich zeigt, dass im Jahr 2005 in Hamburg mit 10 und Sachsen-Anhalt mit 11 % die Krankenquote am niedrigsten ausfiel, während die Berliner mit 15 % besonders häufig von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen waren.

Der Krankenstand in der Bevölkerung Baden-Württembergs ist erwartungsgemäß stark altersabhängig. In den einzelnen Altersgruppen ergaben sich im Jahr 2005 folgende Anteile für Kranke bzw. durch einen Unfall Verletzte:



Bis einschließlich 2004 fand der Mikrozensus nach dem so genannten Berichtswochenkonzept statt.

Die meisten Fragen bezogen sich hierbei auf eine feste Berichtswoche im April bzw. Mai. Im Jahr 2005 wurde der Mikrozensus erstmals als unterjährige Erhebung mit einer gleitenden Berichtswoche durchgeführt. Hierbei wird das Befragungsvolumen über das ganze Jahr verteilt. Über das neue Erhebungskonzept ergibt sich nun auch für das Erkrankungsgeschehen ein vollständigeres Abbild, da nun auch saisonale Veränderungen, wie beispielsweise Erkältungswellen in den Wintermonaten, in den Ergebnissen beinhaltet sind. Daher wird hier aus methodischen Gründen, soweit die Ergebnisse durch saisonale Veränderungen beeinflusst werden können, auf Vergleiche mit den Ergebnissen der letzten Zusatzerhebung zur Gesundheit aus dem Jahr 2003 verzichtet.

¹ In den folgenden Ausführungen werden überwiegend Anteilswerte ausgewiesen. Die Anteilswerte beziehen sich auf die Bevölkerung mit Angaben zu den entsprechenden Fragen. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass es sich um eine Selbsteinstufung der Befragten handelt.

Titelthema

Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 10/2006

Altersklassen der Anteil der Übergewichtigen zu. Während von den 18- bis unter 40-jährigen Baden-Württembergern knapp 32 % als Übergewichtig gelten, waren es bei den 40- bis unter 65-jährigen bereits beinahe 54 %, bei den 65-jährigen und älteren Männern und Frauen sogar annähernd 61 %.

Untergewicht vor allem bei jungen Frauen unter 25 Jahren

Untergewicht, das heißt ein Body-Mass-Index von weniger als 18,5, ist in Baden-Württemberg wie auch in Deutschland insgesamt weitaus seltener verbreitet als Übergewicht. Untergewichtig waren 2005 vier von 100 Frauen und einer von 100 Männern. Am häufigsten ist Untergewicht bei jungen Frauen festzustellen: Von den 18- und 19-jährigen Frauen in Baden-Württemberg war jede Siebte untergewichtig. Im Alter von 20 bis unter 25 Jahren galt noch rund jede achte baden-württembergische Frau als untergewichtig. Gegenüber 2003 ist damit der Anteil der jungen Frauen, die gemäß WHO zu wenig Gewicht auf die Waage bringen, in diesen beiden Altersgruppen um jeweils 1 Prozentpunkt gestiegen.

Nahezu jeder vierte Baden-Württemberger raucht

Trotz zahlreicher Anti-Raucher-Kampagnen sowie eines teilweisen Werbeverbots rauchen nach wie vor viele der Baden-Württemberger.

Im Alter von 15 und mehr Jahren zählten sich im Jahr 2005 1,88 Mill. zu den Rauchern und rund 5,77 Mill. zu den Nichtraucherern. Das heißt, nahezu jeder Vierte im Land greift zum „Glimmstängel“ (Schaubild 2). Im Vergleich zu 1995 ist der Raucheranteil konstant geblieben. Ein Vergleich mit dem Jahr 2003 zeigt, dass die Raucherquote – wohl durch die Steuererhöhungen⁷ – leicht von 25,5 auf 24,5 % zurückgegangen ist. Weiterhin zeigt sich, dass in Baden-Württemberg bei den Männern der Anteil derer, die rauchen, im längerfristigen Vergleich rückläufig ist (von 31 auf 29 % gesunken), während der Raucheranteil bei den Frauen zunimmt (von 18 auf 20 %). Damit liegt der Frauenanteil unter den Rauchern mittlerweile bei rund 42 % gegenüber gut 38 % im Jahr 1995.

Der Vergleich mit den Bundesländern und mit Deutschland zeigt, dass in Baden-Württemberg mit einer aktuellen Raucherquote von 24,5 % – nach Bayern (24 %) die zweitniedrigste – noch relativ wenig geraucht wird. Die höchste Raucherquote wird mit rund 33 % in Mecklenburg-Vorpommern, noch vor Berlin (knapp 33 %) und Bremen (annähernd 31 %) erreicht. Der Bundesdurchschnitt lag im Jahr 2005 bei rund 27 % und somit über der Raucherquote Baden-Württembergs (Schaubild 3).

Männer greifen durchschnittlich mit 16,6 und Frauen mit 17,5 Jahren zur ersten Zigarette

Der Zeitpunkt, an dem mit dem Rauchen begonnen wurde, beeinflusst auch das individuelle Gesundheitsrisiko. Die baden-württembergischen Männer beginnen im Durchschnitt mit 16,6 Jahren mit dem Rauchen, Frauen im Schnitt mit 17,5 Jahren. Der Griff zur ersten Zigarette erfolgt immer früher: Während bei den heute 65-jährigen und älteren Rauchern das Einstiegsalter noch bei 18,9 Jahren lag und bei den 40- bis unter 65-jährigen bei 17,2 Jahren, lag es bei den heute 15- bis unter 40-jährigen Rauchern bereits bei 15,9 Jahren. Die 15- bis unter 20-jährigen Raucher begannen ihren Tabakkonsum sogar schon mit durchschnittlich 14,4 Jahren, also in einem Alter, in dem sie nach geltendem Jugendschutzgesetz Tabakwaren weder kaufen noch in der Öffentlichkeit konsumieren dürfen.

Knapp 83 % der Raucher konsumieren regelmäßig Nikotin

Die meisten baden-württembergischen Raucher (knapp 83 %) frönen regelmäßig dem Nikotingenuss in Form von Zigaretten, Zigarren, Ziga-

⁷ Zum 1. März 2004 und zum 1. Dezember 2004 wurde die Tabaksteuer erhöht.



rillos oder Pfeifentabak. Unter regelmäßigem Rauchen wird hierbei tägliches Rauchen verstanden, auch wenn es sich nur um geringe Tabakmengen handelt. Zu den „gelegentlichen“ Rauchern zählen nur 17 %. Von denjenigen, die regelmäßig Zigaretten rauchen, kommen nur knapp 8 % mit weniger als 5 „Glimmstängeln“ pro Tag aus. Der größte Anteil (annähernd 78 %) zündet sich täglich 5 bis 20 Zigaretten an und etwa 15 % zählen – gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation – zu den starken Rauchern, das heißt, sie rauchen mehr als 20 Zigaretten pro Tag. 1 % aller regelmäßiger Raucher kommen dabei pro Tag sogar auf über 40 Zigaretten, also rund 2 Schachteln. Geht man von einem 16-Stunden-Tag aus, ist dies mindestens 1 Zigarette alle 24 Minuten.

Ehemalige Raucher häufiger übergewichtig

Zwischen Übergewicht und dem Rauchverhalten der Baden-Württemberger zeichnet sich ein Zusammenhang ab: Ehemalige Raucher waren deutlich häufiger übergewichtig als noch aktive Raucher bzw. Personen, die nie geraucht haben. So hatten knapp 59 % der früheren Raucher einen BMI von 25 oder mehr, bei aktiven Rauchern ist das nur bei rund 42 % der Fall. Unter den Baden-Württembergern, die noch nie geraucht haben, war die Hälfte übergewichtig. ■

S3 Raucherquoten 2005 nach Bundesländern*) in %



*) Mit Angaben zur Gesundheit. Ergebnisse des Mikrozensus.

Weitere Auskünfte erteilt
Sabine Schmidt, Telefon 0711/641-2971
E-Mail: Sabine.Schmidt@stala.bwl.de

kurz notiert ...

Innerhalb eines Jahres weitere 1 000 Krankenhausbetten abgebaut

In den 305 Krankenhäusern des Landes wurden im Jahre 2005 noch rund 61 370 Betten vorgehalten. Damit ging gegenüber dem Vorjahr nicht nur die Zahl der Betten zur vollstationären Versorgung um gut 1 000 Einheiten zurück, auch die Zahl der eigenständigen Krankenhäuser sank um insgesamt 11 Einrichtungen. Die Zahl der Patienten nahm um gut 14 000 auf knapp 1,93 Mill. zu. Gleichzeitig verringerte sich die Zahl der Krankenhaustage um 144 600 auf nun 16,5 Mill. Dieser Umstand sorgte dafür, dass die Verweildauer je Patient mit 8,6 Tagen knapp unter dem Vorjahresniveau blieb. Die Bettenauslastung stieg dagegen wieder leicht von 73,1 auf 73,8 % an.

Obleich seit 1990 von den damals landesweit knapp 69 330 aufgestellten Krankenhausbetten

inzwischen nahezu 8 000 abgebaut wurden, ließ die durchschnittliche Bettenauslastung, auf den gesamten Zeitraum bezogen, deutlich nach. Im Jahr 1990 betrug sie noch 85,3 %. Die Verringerung des Nutzungsgrades ist darauf zurückzuführen, dass der Abbau aufgestellter Betten in diesem Zeitraum nicht mit dem Rückgang der Krankenhaustage Schritt hielt. So wurden inzwischen zwar 11,5 % der im Jahr 1990 vorhandenen Betten abgebaut, demgegenüber nahm die Zahl der Pflgetage jedoch mit 23,3 % um mehr als das Doppelte ab. Diese rückläufige Entwicklung der Pflgetage steht damit im Zusammenhang, dass sich die insgesamt um über 300 000 gestiegene Zahl der Patienten durch die sehr stark gesunkene Verweildauer, also die für die vollstationäre Krankenhausbehandlung anfallenden Krankenhaustage, nicht mehr in zusätzlichen Pflgetagen niederschlug, sondern einen Rückgang der Krankenhaustage zur Folge hatte. ■

*Tobacco use,
dependency and
readiness to change.
Results of the 2003
Epidemiological
Survey of Substance
Abuse*

Key words

Population survey, tobacco use, passive smoking, nicotine dependence, stages of change, trends

Abstract

Aim: With the 2003 Epidemiological Survey on Substance Abuse (ESA), monitoring of tobacco use in the German adult population was continued. **Method:** The sample consisted of 8,061 18 to 59 year olds. The survey used self-administered questionnaires; the response rate was 55 %. **Results:** 37% of the men and 31% of the women who responded were current smokers. Since 1995, there has been an increase in smoking among young women. In the workplace, 27% of nonsmoking employees and apprentices were exposed daily to passive smoking. **Conclusions:** In view of the high prevalence of smoking in Germany compared to other countries, more effective preventative measures are needed, especially for females. Regulations for the protection of nonsmokers at the workplace need to be enforced more strictly.

► Rita Augustin¹, Karin Metz¹, Kathrin Heppekausen¹ & Ludwig Kraus¹

Tabakkonsum, Abhängigkeit und Änderungsbereitschaft. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003

Schlüsselwörter

Bevölkerungsbefragung, Tabakkonsum, Passivrauchen, Nikotinabhängigkeit, Änderungsbereitschaft, Trends

Zusammenfassung

Ziel: Mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2003 werden die Beobachtungen des Tabakkonsums bei Erwachsenen in Deutschland fortgesetzt. **Methode:** Die Stichprobe umfasst 8.061 Personen im Alter von 18 bis 59 Jahren. Die Datenerhebung erfolgte schriftlich, die Antwortrate betrug 55 %. **Ergebnisse:** 37% der befragten Männer und 31% der Frauen sind aktuelle Raucher. Seit 1995 ist bei jungen Frauen wieder ein Anstieg der Konsumprävalenz festzustellen. Am Arbeitsplatz waren 27% der erwerbstätigen und auszubildenden Nicht- und Exraucher täglich Passivrauchen ausgesetzt. **Schlussfolgerungen:** Die im internationalen Vergleich hohe Konsumprävalenz in Deutschland erfordert verstärkte Präventionsmaßnahmen, insbesondere für Frauen. Die Arbeitsstättenverordnung zum Schutz der Nichtraucher am Arbeitsplatz bedarf weiterer Maßnahmen zur Durchsetzung.

Einleitung

Tabakkonsum ist nach Bluthochdruck weltweit die zweithäufigste Ursache für Todesfälle und in den industrialisierten Ländern für den höchsten Anteil der durch Krankheiten verlorenen Lebensjahre (DALY) verantwortlich (Ezzati et al., 2002). Zu den am häufigsten zum Tode führenden tabakbedingten Krankheiten gehört Lungenkrebs, der in Staaten mit jahrzehntelang verbreitetem Tabakkonsum zu 90% auf das Rauchen zurückzuführen ist (International Agency for Research on Cancer, 2004; Doll & Peto, 1981). Rauchen ist weiterhin verantwortlich für die meisten Krebserkrankungen in Mund-, Nasen- und Rachenraum, zu einem geringeren Anteil für Krebserkrankungen von Magen, Bauchspeicheldrüse, Leber, Niere, Harnblase und Gebärmutterhals (Becker, 2001; Boyle, 1997) und steht in Zusammenhang mit Herz-Kreislauferkrankungen, zerebrovaskulären Erkrankungen, Hypertonie, Arteriosklerose, Lungenentzündung und chronischer Bronchitis (Doll,

1 IFT Institut für Therapieforschung, München

Tabelle 1: Verteilung der Raucher, Exraucher und Nichtraucher

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen					
		Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
	7975	3582	4393	822	1052	1193	1594	1676	1638
Nichtraucher ¹	42,0 (3504)	36,3	48,0	52,0	47,3	44,8	45,0	37,7	38,5
Exraucher ²	24,2 (1736)	26,7	21,5	6,7	12,0	16,8	20,4	28,9	34,1
Raucher ³	33,9 (2735)	37,1	30,5	41,3	40,7	38,4	34,6	33,4	27,4

¹ Insgesamt höchstens 100-mal geraucht

² Mehr als 100-mal geraucht, nicht in den letzten 30 Tagen

³ In den letzten 30 Tagen geraucht

Tabelle 2: Umfang des Zigarettenkonsums der Zigarettenraucher (letzte 30 Tage)

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen					
		Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
	2468	1165	1303	311	393	415	495	493	361
Nicht täglich	26,1 (713)	23,9	28,6	44,6	33,0	33,3	24,4	23,2	18,4
Täglich bis 10	17,8 (467)	13,7	22,5	21,6	19,3	18,0	15,6	17,1	20,5
Täglich 11–19	20,6 (522)	20,8	20,3	23,3	27,9	20,8	24,6	15,5	16,4
Täglich 20 oder mehr	35,6 (766)	41,6	28,6	10,5	19,8	28,0	35,4	44,3	44,7

Tabelle 3: Anteil der Personen mit einem positiven Screeningbefund im Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTND) (Gesamtstichprobe und Raucher der letzten 30 Tage)

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppen					
		Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
Gesamtstichprobe	7766	3471	4295	794	1020	1164	1560	1640	1588
FTND (≥ 4)	11,4 (835)	13,5	9,2	8,8	10,1	12,1	12,3	12,5	9,4
Raucher	2419	1138	1281	296	386	410	487	485	355
FTND (≥ 4)	36,3 (813)	40,0	31,9	22,4	26,5	33,1	37,8	40,5	39,3

(Tabelle 3). Von den 18- bis 20-jährigen Rauchern zeigen 22,4%, von den 40- bis 59-jährigen dagegen etwa 40% ein abhängiges Verhalten. Bezogen auf die Gesamtstichprobe wurden 11,4% (Männer: 13,5%, Frauen: 9,2%) als nikotinabhängig eingestuft. Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind gering.

Passivrauchen

Etwa ein Viertel der aktuell nicht rauchenden Erwerbstätigen und Auszubildenden ist täglich am Arbeitsplatz dem Passivrauchen ausgesetzt, weitere 15,2% ein- bis dreimal pro Woche (Tabelle 4). Von täglichem Passivrauchen zu Hause berichteten 9,3%. Tägliches Passivrauchen tritt in der Freizeit mit 3,1% deutlich seltener auf. Knapp 30% berichteten eine Häufigkeit von ein- bis dreimal pro Woche. Etwa 40% der Befragten stört es stark, wenn an-

dere in ihrer Gegenwart rauchen. Erwartungsgemäß gaben dies Nichtraucher mit 64,7% deutlich häufiger an als Exraucher (41,5%) oder Raucher (5,6%). Mehr als die Hälfte der Befragten versucht Orte zu vermeiden, an denen viel geraucht wird, wie z. B. Kneipen, Bars, Diskos oder Raucherabteile im Zug. Dies wurde von 77% der Nichtraucher und 65,8% der Exraucher berichtet, aber auch von jedem vierten Raucher.

Änderungsbereitschaft

Etwa 45% der täglichen Raucher mit Aufhörversuchen haben nicht vor, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören (Tabelle 5). Sie sind nach dem Modell von Prochaska und DiClemente (1983) dem Stadium der Absichtslosigkeit zuzuordnen. Knapp 50% befinden sich im Stadium der Absichtsbildung. Weitere

5,4% der befragten Raucher wollen ihren Tabakkonsum innerhalb der nächsten 30 Tage aufgeben und haben in den vergangenen 12 Monaten mindestens einen ernsthaften Aufhörversuch unternommen (Vorbereitung). In der Änderungsbereitschaft zeigen sich so gut wie keine Geschlechts- und Altersunterschiede.

Trends

Prävalenz des Rauchens. Der erste Suchtsurvey im Jahr 1980 ermittelte in Westdeutschland in der Altersgruppe der 18- bis 24-jährigen eine Prävalenz des Rauchens von 60,5% bei den Männern und von 54,2% bei den Frauen (Tabelle 6). Die Raucherrate fiel insgesamt im Zeitraum zwischen 1980 und 2003 signifikant von 57,4% auf 40,2%. Während aber die Prävalenz bei den 18- bis 24-jährigen Frauen u-förmig bis Mitte der 1990 Jahre fiel und dann wie-

Tabelle 4: Häufigkeit des Passivrauchens, Vermeidung von Passivrauchen und Einstellung zum Rauchen

		Gesamt	Männer	Frauen	Nichtraucher	Exraucher	Raucher
Zu Hause	(fast) täglich	9,3	8,4	10,2	7,8	12,0	
	1–3 x pro Woche	4,1	3,9	4,2	3,8	4,6	
Am Arbeitsplatz ¹	(fast) täglich	26,8	32,6	20,0	23,6	32,1	
	1–3 x pro Woche	15,2	16,9	13,4	13,5	18,1	
In der Freizeit	(fast) täglich	3,1	4,1	2,2	2,6	4,0	
	1–3 x pro Woche	29,5	36,2	23,1	28,9	30,6	
Raucher stören	Stark ²	39,3	35,6	43,2	64,7	41,5	5,7
	weniger stark ³	33,6	34,0	33,1	30,3	42,8	31,3
	gar nicht	27,1	30,5	23,7	5,0	15,7	63,0
Meidung von Orten, an denen viel geraucht wird		57,1	52,2	62,2	77,0	65,8	26,0

¹ bezogen auf Erwerbstätige und Auszubildende² Kategorien 1 und 2 einer Skala von 1 bis 5³ Kategorien 3 und 4 einer Skala von 1 bis 5

Tabelle 5: Stadien der Änderungsbereitschaft (tägliche Raucher mit Aufhörversuchen)

	Geschlecht			Altersgruppen					
	Gesamt	Männer	Frauen	18–20	21–24	25–29	30–39	40–49	50–59
	1255	644	611	124	188	198	273	271	201
Absichtslosigkeit	45,4 (578)	45,6	45,0	53,3	43,8	49,7	44,3	44,9	44,2
Absichtsbildung	49,2 (611)	48,5	50,3	41,8	50,3	46,6	49,7	49,8	50,1
Vorbereitung	5,4 (66)	5,9	4,7	4,9	5,9	3,7	6,0	5,3	5,7

Tabelle 6: Trends der 30-Tage-Prävalenz des Rauchens

	Alter	Erhebungsjahr													
		1980		1986		1990		1995		1997		2000		2003	
		%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Gesamt	18–24 ¹⁾	57,4	55,9–58,9	45,8	43,7–47,9	42,2	40,8–43,6	41,9	37,2–46,6	40,2	35,8–44,7	42,7	39,1–46,2	40,2	37,5–42,9
	18–24					43,0	41,6–44,3	42,5	38,2–46,8	41,4	37,4–45,4	42,5	39,5–45,4	40,9	38,5–43,3
	25–39					45,5	44,4–46,6	42,4	40,4–44,4	42,3	39,8–44,7	37,8	35,9–39,8	35,6	33,5–37,7
	40–59							28,8	27,1–30,5	31,2	29,0–33,3	30,0	28,1–31,8	30,8	29,0–32,6
Männer	18–24 ¹⁾	60,5	58,4–62,5	50,0	47,1–53,0	42,5	40,6–44,5	49,6	43,3–55,8	46,0	39,9–52,1	45,0	39,8–50,3	40,7	36,5–44,8
	18–24					43,8	41,9–45,8	50,1	44,4–55,9	45,7	40,1–51,2	45,3	40,7–49,9	42,0	38,4–45,7
	25–39					50,3	48,8–51,9	47,6	44,5–50,7	47,9	44,4–51,5	41,5	38,8–44,2	38,9	35,9–42,0
	40–59							36,3	33,8–38,9	39,2	35,9–42,4	34,7	32,3–37,1	34,4	31,7–37,2
Frauen	18–24 ¹⁾	54,2	52,0–56,4	41,4	38,4–44,3	41,9	40,0–43,8	33,5	27,3–39,6	33,8	27,4–40,1	40,2	35,3–45,1	39,7	36,4–43,0
	18–24					42,0	40,2–43,9	33,8	28,3–39,3	36,6	31,0–42,3	39,5	35,3–43,7	39,7	36,8–42,7
	25–39					40,5	39,0–42,0	37,2	34,7–39,8	36,7	33,5–39,9	33,9	31,7–36,0	32,1	29,7–34,6
	40–59							21,5	19,5–23,4	23,2	20,7–25,7	25,1	22,8–27,4	27,0	24,9–29,1

¹ Westdeutschland

der anstieg (2003: 39,7%), zeigt die Prävalenz bei den 18- bis 24-jährigen Männern einen wellenförmigen Verlauf (2003: 42,0%). Die Anteile junger männlicher und weiblicher Raucher haben sich demnach im Verlauf von über 20 Jahren angeglichen. Vergleicht man die Prävalenzen für Gesamtdeutschland zeigt sich, dass sich die Werte zwischen 1990 bzw. 1995 und 2003 bei den 18- bis 24-jährigen und den 40- bis 59-jährigen kaum verän-

dert haben, während der Anteil der Raucher bei den 25- bis 39-jährigen insgesamt von 45,5% auf 35,6% zurückgegangen ist. Bei gleichbleibender Gesamtprävalenz ist auch bei den älteren Erwachsenen eine Annäherung der geschlechtsspezifischen Prävalenzwerte zu beobachten. Dennoch rauchten von den 40- bis 59-jährigen auch in der letzten Erhebung mehr Männer als Frauen (34,4% vs. 27,0%; OR: 1,42; KI: 1,22–1,66), obwohl auch

in der ältesten Gruppe der Anteil der Raucherinnen seit 1995 zugenommen und der Anteil der Raucher leicht abgenommen hat.

Prävalenz starken Rauchens. Die Prävalenz starken Rauchens fiel bei den 18- bis 24-jährigen Westdeutschen zwischen 1980 und 2003 von 27,1% bei den Männern und 16,1% bei den Frauen auf 6,6% bei beiden Geschlechtern (Tabelle 7). Die Anteile sind bei den

GfK-Studie 2000 zum Rauchen/Nichtraucherschutz

Veröffentlicht von Andre Hotzler

Donnerstag, 5. Oktober 2006

Im Rahmen einer Mehrthemenbefragung der GfK Marktforschung, Nürnberg, wurden den 2.193 repräsentativ ausgewählten Personen zwischen 16 und 69 Jahren im Oktober 2000 im Auftrag der Nichtraucher-Initiative Deutschland e.V. auch zwei Fragen zum Thema Rauchen/Nichtraucherschutz gestellt:

1 Frage 1:

Sprechen wir nun kurz über das Rauchen von Zigaretten. Welche der Aussagen auf dieser Vorlage beschreibt Ihr persönliches Verhalten in Bezug auf das Zigarettenrauchen?

- a) Ich habe noch nie eine Zigarette geraucht, auch nicht zum Probieren.
- b) Ich habe lediglich einmal zum Probieren geraucht, dann aber nie mehr.
- c) Ich habe früher gelegentlich geraucht, dann aber nie mehr.
- d) Ich habe früher regelmäßig ca. 1 bis 5 Zigaretten am Tag geraucht, heute aber nicht mehr.
- e) Ich habe früher regelmäßig ca. 6 bis 15 Zigaretten am Tag geraucht, heute aber nicht mehr.
- f) Ich rauche zur Zeit gelegentlich Zigaretten.
- g) Ich rauche zur Zeit regelmäßig ca. 1 bis 5 Zigaretten am Tag.
- h) Ich rauche zur Zeit regelmäßig ca. 6 bis 15 Zigaretten am Tag.
- i) Ich rauche zur Zeit regelmäßig mehr als 15 Zigaretten am Tag.

1 Frage 2:

Es gibt gegenwärtig Bestrebungen, den Nichtraucherschutz gesetzlich zu regeln. Hier stehen einige gegensätzliche Aussagen. Bitte sagen Sie mir jeweils, ob Sie der linken oder der rechten Aussage zustimmen.

a) Ich bin an meinem Arbeitsplatz häufig oder ständig Tabakrauch ausgesetzt.	a) Ich bin an meinem Arbeitsplatz keinem oder nur gelegentlich Tabakrauch ausgesetzt.
b) Ich bin für eine gesetzliche Regelung des Nichtraucherschutzes am Arbeitsplatz.	b) Ich bin gegen eine gesetzliche Regelung des Nichtraucherschutzes am Arbeitsplatz
c) Ich möchte in der Gaststätte lieber rauchfrei essen und trinken.	c) Mir liegt nichts daran, in der Gaststätte rauchfrei zu essen und zu trinken.
d) Ich möchte bei Post, Bank, Behörden usw. lieber rauchfrei bedient werden.	d) Mir liegt nichts daran, bei Post, Bank, Behörden usw. rauchfrei bedient zu werden
e) Ich bin dafür, dass Kinder auch im Elternhaus keinem Tabakrauch ausgesetzt werden dürfen.	e) Ich bin dagegen, dass Eltern wegen ihrer Kinder das Rauchen im Haus verboten wird.
f) Das Gesundheitsministerium sollte sich stärker für Nichtraucherschutz einsetzen	f) Das Gesundheitsministerium sollte sich um andere Dinge als den Nichtraucherschutz kümmern.

Schlagwortartige Zusammenfassung der GfK-Umfrage-Ergebnisse

Vorbemerkung: Haben zwei Bevölkerungsgruppen völlig entgegengesetzte Interessen, verzeichnen Durchschnittswerte die Wirklichkeit, vor allem dann, wenn, wie beim Rauchen, die eine Gruppe (Passivraucher) einseitig unter dem Verhalten der anderen Gruppe (Raucher) leidet und die Einsichtsfähigkeit in das Geschehen durch Drogenkonsum (Nikotin) beeinträchtigt wird.

1. Die Nichtraucher sind eindeutig in der Mehrheit: 62 Prozent der Bundesbürger zwischen 16 und 69 Jahren rauchen nicht, nur 38 Prozent rauchen.
2. Drei Viertel aller Raucher sind nikotinabhängig, die Hälfte aller Raucher sogar sehr stark (35 Prozent haben einen Tageskonsum von 6 bis 15 und 47 Prozent einen von mehr als 15 Zigaretten).
3. 4 Millionen Nichtraucher sind am Arbeitsplatz häufig oder ständig Tabakrauch ausgesetzt, d.h. jeder fünfte nichtrauchende Erwerbstätige wird durch Passivrauchen gesundheitlich geschädigt.
4. Drei Viertel aller Nichtraucher sind für einen gesetzlichen Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz.
5. Drei Viertel aller Nichtraucher wollen in Gaststätten lieber rauchfrei essen und trinken.
6. Über 80 Prozent aller Nichtraucher wollen bei Post, Bank, Behörden usw. lieber rauchfrei bedient werden.

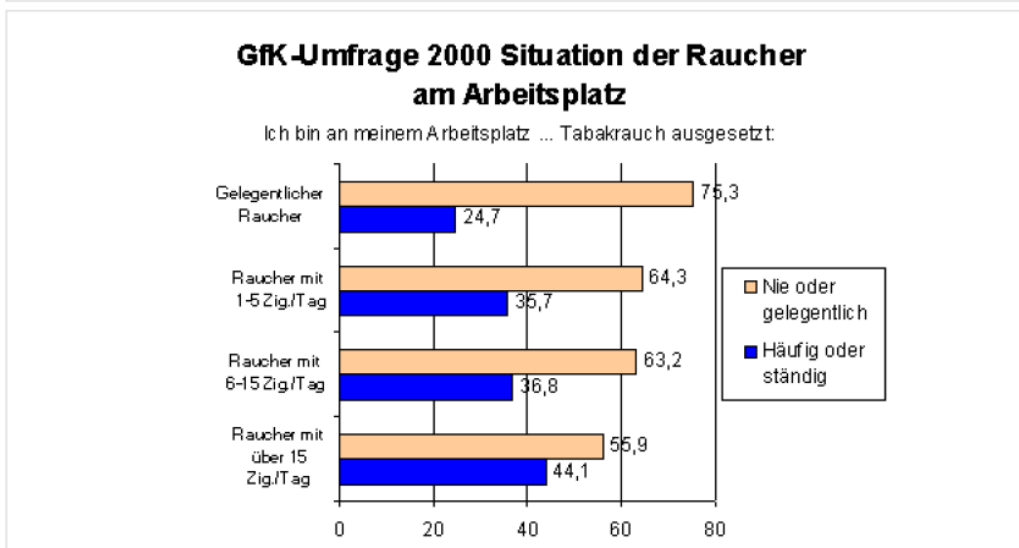
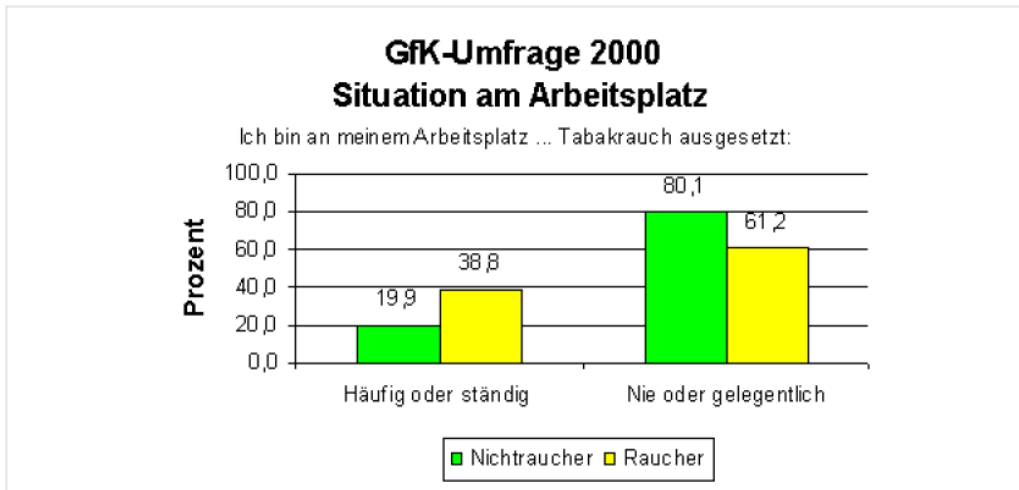
Nichtraucherinitiative Deutschland - GfK-Studie 2000 zum Rauchen/Nichtrauchersc... Seite 4 von 9

des Statistischen Bundesamtes. Ein wichtiger Beleg dafür ist, dass in der Altersgruppe der 40- bis 65-Jährigen 81,1 Prozent der Nichtraucher, jedoch nur 71,5 Prozent der Raucher verheiratet sind und bei Verheirateten häufiger nur ein Ehepartner erwerbstätig ist.

Von den Nichtrauchern geben 19,9 Prozent an, am Arbeitsplatz häufig oder ständig Tabakrauch ausgesetzt zu sein, bei den Rauchern sind es 38,8 Prozent. Nie oder nur gelegentlich dem Tabakrauch am Arbeitsplatz ausgesetzt sind 80,1 Prozent der Nichtraucher und 61,2 Prozent der Raucher. Während sich die prozentualen Werte bei den Nichtrauchern zwischen den Nie-Rauchern und den verschiedenen Gruppen von Ex-Rauchern nur geringfügig unterscheiden (sie liegen zwischen 13,8 und 21,8 Prozent), nimmt bei den Rauchern die Zahl derjenigen, die am Arbeitsplatz häufig oder ständig Tabakrauch ausgesetzt sind, mit der Zahl der selbst gerauchten Zigaretten zu. Bei den gelegentlichen Rauchern sind es 24,7 Prozent, bei denen mit 1 bis 5 Zig./Tag schon 35,7 Prozent, bei denen mit 6 bis 15 Zig./Tag 36,8 Prozent und bei den Rauchern mit einem Tageskonsum von über 15 Zigaretten sind es 44,1 Prozent. Noch augenfälliger, jedoch absteigend, verläuft die Kurve bei den Rauchern, die am Arbeitsplatz keinem oder nur gelegentlichem Tabakrauch ausgesetzt sind: 75,3 - 64,3 - 63,2 - 55,9 Prozent. Bei den Nichtrauchern hingegen sind die Unterschiede nur gering. Sie liegen zwischen 78,2 und 86,2 Prozent.

Schlussfolgerung: **4 Millionen Nichtraucher sind am Arbeitsplatz häufig oder ständig Tabakrauch ausgesetzt.**

Berechnung: Von den 36,411 Millionen Erwerbstätigen (1999) sind 20,717 Millionen Nichtraucher. 19,9 Prozent von ihnen, also 4,12 Millionen, sind am Arbeitsplatz häufig oder ständig Tabakrauch ausgesetzt.



Wie viel Bundesbürger sind für einen gesetzlichen Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz?

**Bayerisches Landesamt
für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit**

Gesundheitliche Bedeutung der Tabakrauchbelastung in öffentlich zugänglichen Einrichtungen

[Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse](#)

[Gemessene Substanzen im Tabakrauch](#)

[Ergebnisse](#)

[Fazit](#)

[Literatur](#)

Das Forschungsprojekt wurde gemeinsam von dem Sachgebiet Umweltmedizin, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim, der Abteilung Zentrale Analytik und Stoffbewertung, Bayerisches Landesamt für Umwelt, Augsburg, und dem Institut und Poliklinik für Arbeits- und Umweltmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München durchgeführt.

Das Forschungsprojekt wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz gefördert.

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

Hintergrund und Ziel der Studie

Im Gegensatz zu anderen Staaten gibt es bisher in Deutschland keine umfassenden rechtlichen Regelungen zum Schutz Nichtrauchender in öffentlichen Einrichtungen insbesondere der Gastronomie. Aktuelle Befragungen in Deutschland ergaben, dass Nichtrauchende vor allem in öffentlichen Räumen wie z.B. Gastronomiebetrieben Tabakrauch ausgesetzt sind. Obwohl die Thematik in den letzten Jahren und Monaten zunehmend diskutiert wurde, fehlten bislang in Deutschland aussagekräftige Daten zur Expositionssituation in Bezug auf Tabakrauchsubstanzen in der Raumluft von Gastronomiebetrieben.

Vor diesem Hintergrund war das Ziel der Studie, das Ausmaß und die Bandbreite der Exposition gegenüber toxischen und insbesondere kanzerogenen Substanzen des Tabakrauchs in verschiedenen Gastronomiebetrieben wie Restaurants, Kneipen und Diskotheken als öffentlich zugänglichen Einrichtungen Bayerns zu ermitteln.

Methodik

Die Messungen erfolgten über vier Stunden während der Hauptbetriebszeit in 28 Gastronomiebetrieben (11 Cafés/Bistros/Restaurants, 7 Kneipen/Pubs und 10

Diskotheiken/Clubs) im Großraum München/Augsburg, jeweils in Bereichen ohne Einschränkungen des Rauchens. Alle untersuchten Gastronomiebetriebe verfügten über eine Lüftungsanlage. Durch eine Probenahmezeit von vier Stunden während der Hauptbesuchszeiten des jeweiligen Gastronomiebetriebs wurde sichergestellt, die Belastung mit Schadstoffen aus dem Tabakrauch in der Gas- und in der Partikelphase unter realen Bedingungen zu erfassen.

Es wurden leicht flüchtige organische Substanzen (VOC), Aldehyde/Ketone, polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK), Schwermetalle und Feinstaub bestimmt. Die gemessenen Tabakrauchbestandteile sind im Detail nachfolgend aufgeführt.

Als analytische Verfahren kamen Hochdruckflüssigkeitschromatographie, Gaschromatographie-Massenspektrometrie, Gravimetrie und Aerosolspektrometrie zum Einsatz.

Gemessene Substanzen im Tabakrauch

1. Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK)

- Naphthalin
- Acenaphthylen
- Acenaphthen
- Fluoren
- Phenanthren
- Anthracen
- Fluoranthren
- Pyren
- Benz(a)anthracen
- Chrysen
- Benzo(b)+Benzo(k)fluoranthren
- Benzo(a)pyren
- Dibenzo(a,h)anthracen
- Indeno(1,2,3-cd)pyren
- Benzo(g,h,i)perylen

2. Leicht flüchtige organische Substanzen (VOC) und Aldehyde/Ketone

- Nikotin
- 3-Ethenylpyridin
- Acetonitril
- Acrylnitril
- Benzol
- 2,5-Dimethylfuran
- 1,3-Butadien
- Formaldehyd
- Acetaldehyd
- 2-Butanon

Feinstaub (Partikelanzahl, Partikelmasse)

Für Tabakrauch ist die hohe Anzahl kleiner Partikel typisch. Daher dienen zur Charakterisierung sowohl die Partikelanzahlkonzentration als auch die Partikelmassenkonzentration. In einem Partikelgrößenbereich zwischen 10 und 500 nm Durchmesser wurden je nach Gastronomiebetrieb zwischen 29.000 und 290.000 Partikel pro cm^3 gemessen.

Die mediane Partikelmassenkonzentration PM2.5 betrug bei gravimetrischer Bestimmung $178 \mu\text{g}/\text{m}^3$ in Restaurants/Cafés, $192 \mu\text{g}/\text{m}^3$ in Kneipen und $808 \mu\text{g}/\text{m}^3$ in Diskotheken (Abb. 3). Typische PM2.5-Konzentrationen in Wohnungen liegen bei 20 bis $30 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

In der Abbildung 4 ist der zeitliche Verlauf der PM2.5-Konzentration in drei ausgewählten Gastronomiebetrieben dargestellt.

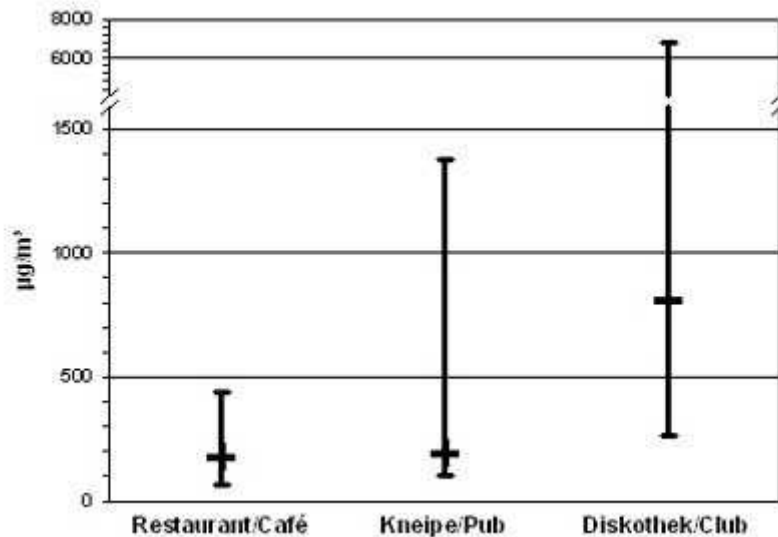


Abbildung 3. Minimum, Median und Maximum der Partikelmassenkonzentration (PM2.5).

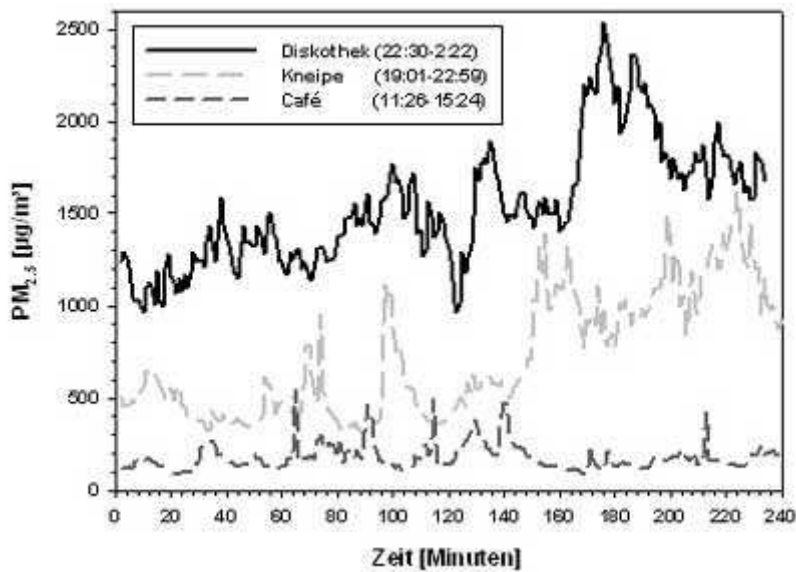


Abbildung 4. Zeitlicher Verlauf der kontinuierlich gemessenen Partikelmassenkonzentration (PM_{2.5}) über vier Stunden in einer Diskothek, einer Kneipe und einem Café.

Tabakrauch als Hauptquelle der gemessenen toxischen und Krebs erzeugenden Substanzen

Die Konzentrationen der Tabakrauch-spezifischen Substanzen Nikotin und 3-Ethenylpyridin korrelierten sehr stark mit den Konzentrationen der Tabakrauchbestandteile PAK, VOC, Aldehyde/Ketone, Schwermetalle und Feinstaub. Dies spricht dafür, dass die in der Raumluft von Gastronomiebetrieben nachgewiesenen toxischen bzw. Krebs erzeugenden Substanzen hauptsächlich aus Tabakrauch stammen.

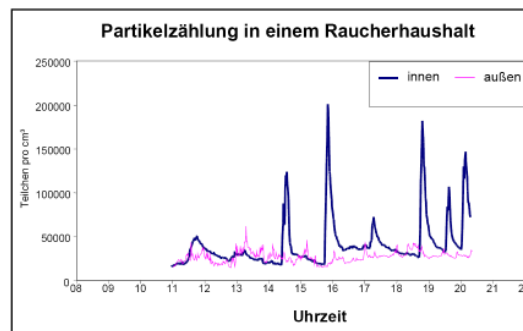
Fazit

- Die Belastung der Raumluft von Gastronomiebetrieben mit toxischen und Krebs erzeugenden Substanzen aus dem Tabakrauch ist erheblich und stellt eine Gesundheitsgefährdung für Gäste und Beschäftigte dar.
- In allen Gastronomiebetrieben gleich welcher Kategorie - ob Restaurant, Kneipe oder Diskothek - wurden hohe Konzentrationen nachgewiesen.
- Die höchsten Belastungen wurden in Diskotheken festgestellt.
- Ein Handeln im Sinne eines umfassenden und konsequenten Schutzes nicht rauchender Gäste und des Personals ist auf Grundlage dieser Daten dringend geboten.



Feinstaubbelastungen und deren gesundheitliche Wirkungen bei Kindern

Untersuchung 2001/02
- Berichtsband -



im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg
gefördert vom Programm Lebensgrundlage Umwelt und ihre Sicherung (BWPLUS)



Baden-Württemberg

in Zusammenarbeit mit der UMEG Karlsruhe, dem Deutschen
Wetterdienst Freiburg und dem Institut für Umweltmedizinische
Forschung (IUF) Düsseldorf

**Programm Lebensgrundlage Umwelt und ihre Sicherung (BWPLUS)
Forschungsbericht FZKA-BWPLUS**

**Feinstaubbelastungen und deren gesundheitliche Wirkungen
bei Kindern**

von

Bernhard Link¹, Thomas Gabrio¹, Iris Zöllner¹, Michael Schwenk^{1*}
Dieter Siegel², Eckart Schultz³, Stefan Scharring³, Paul Borm⁴

¹Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Stuttgart
(* seit Febr. 2004 im Ruhestand)

²UMEG Karlsruhe

³Deutscher Wetterdienst, Freiburg

⁴Institut für Umweltmedizinische Forschung gGmbH (IUF), Düsseldorf

Die Arbeiten des Programms Lebensgrundlage Umwelt und ihre Sicherung (BWPLUS)
wurden mit Mitteln des Landes Baden-Württemberg gefördert

Förderkennzeichen: BWB 21007

Juni 2004

Seite I

Inhaltsverzeichnis

0	Vorbemerkung	1
1	Einleitung (Hintergrund, Fragestellung).....	1
2	Ziele des Forschungsvorhabens	4
2.1	Charakterisierung der Exposition:	4
2.2	Zusammenhänge zwischen der Exposition und gesundheitlichen Wirkungen:	5
3	Material und Methoden	6
3.1	Studiendesign	6
3.1.1	Kollektivauswahl.....	6
3.1.2	Studiendurchführung.....	7
3.2	Ermittlung der Exposition	8
3.2.1	Bestimmung von PM _{2,5} , PM ₁₀ und TSP an den stationären Messstellen der UMEG	8
3.2.2	Bestimmung der Schwermetalle in PM ₁₀ und TSP durch die UMEG.....	9
3.2.3	Bestimmung von BaP in PM _{2,5} , PM ₁₀ und TSP	9
3.2.4	Bestimmung von Ruß in PM _{2,5} und PM ₁₀	9
3.2.5	Probenahme von PM _{2,5} mit Pikofiltergeräten des Landesgesundheitsamts	10
3.2.6	Bestimmung des Rußanteils in PM _{2,5} bei Sammlung auf Pikofiltergeräten	11
3.2.7	Bestimmung der Partikelzahl.....	11
3.2.8	Bestimmung von Grobstaub (gesamt) und schwarzem Grobstaub	12
3.2.9	Bestimmung von Pollen und Epithelien im Grobstaub	13
3.2.10	Bestimmung von Schimmelpilzen in der Luft	14
3.2.11	Ermittlung der oxidativen Stärke (oxidant generating capacity).....	15
3.2.12	Bestimmung der Freisetzung von Interleukin-8	15
3.2.13	NO-Freisetzung von Alveolarmakrophagen	16
3.2.14	Lärmbelastung durch Verkehr	16
3.2.15	Protokoll der Wohnungsbegehung	16
3.2.16	Erfassung der Aktivitäten der Kinder	17
3.3	Gesundheitliche Wirkungen.....	17
3.3.1	Fragebogen zu Atemwegserkrankungen	17
3.3.2	Lungenfunktion.....	17
3.3.3	Bestimmung der NO-Konzentration in der Ausatemluft.....	18
3.3.4	Bestimmung von Komplement C3c im Blut	19

5.3.2	Zusammenhang der Feinstaubbelastung mit Atemwegsbeschwerden	74
5.3.3	Exhalation von NO	74
5.3.4	Immunologische Wirkungen	76
5.3.5	Gesundheitliche Einflüsse durch Passivrauchen.....	76
6	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	77
6.1	Partikelbelastung in der Außenluft.....	77
6.2	Vergleich zwischen der Staubbelastung in der Außenluft und in Innenräumen.....	78
6.3	Gesundheitliche Wirkungen.....	79
6.4	Ausblick	79
7	Literatur	81
8	Dokumenten-Anhänge:.....	90
8.1	Verkehrsfragebogen	90
8.2	Elternbrief	90
8.3	Kinderinformation	90
8.4	Einverständniserklärung	90
8.5	Protokoll Partikelzahl.....	90
8.6	Wohnungsbegehungsprotokoll	90
8.7	Aktivitätsprotokoll Kinder	90
8.8	Elternfragebogen Atemwegserkrankungen.....	90

4 Ergebnisse

4.1 Charakterisierung der Partikelbelastung der Außenluft durch Messungen an fest installierten Messstellen der UMEG

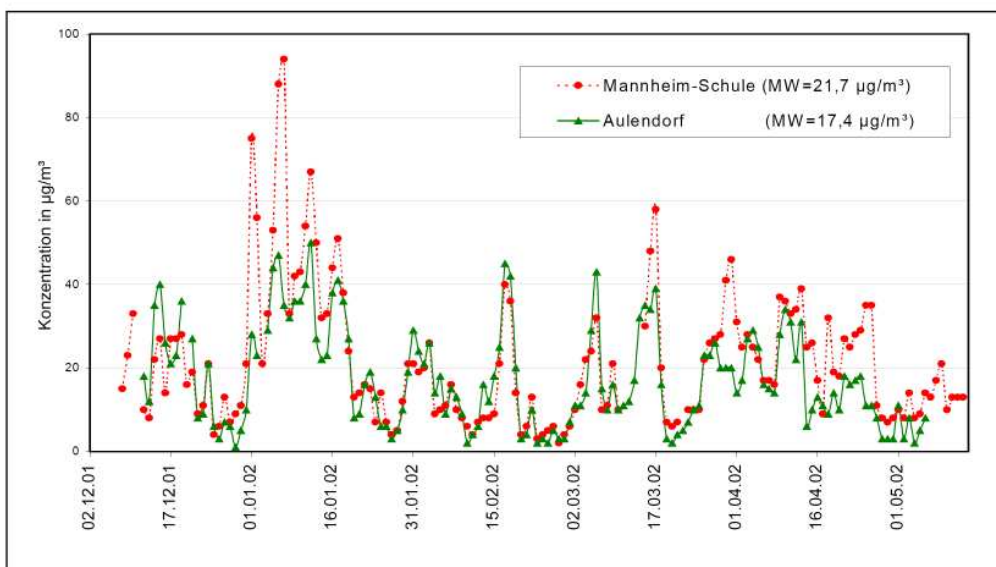
4.1.1 Messung von $PM_{2,5}$

$PM_{2,5}$ wurde an 5 Messstationen über High-Volume-Sampler der UMEG gesammelt und gravimetrisch der $PM_{2,5}$ -Gehalt bestimmt:

- Mannheim-Schule vom 08.12.2001 bis zum 13.05.2002
- Mannheim-Straße vom 24.02.2002 bis zum 05.06.2002
- Mannheim-Nord vom 27.04.2002 bis zum 09.06.2002
- Aulendorf Einzelhof vom 12.12.2001 bis zum 06.05.2002
- Bad Waldsee Schulzentrum vom 13.02.2002 bis zum 17.06.2002

Die Zeitverläufe der Messungen von den Standorten Mannheim-Schule und Aulendorf sind in Abbildung 4.1 dargestellt (übrige Standorte: Anhang Abb. A 1-3). Insgesamt ergab sich an allen Stationen ein ähnliches Verlaufsmuster der $PM_{2,5}$ -Konzentrationen, wobei Minima und Maxima nahezu zeitgleich auftraten.

Abb. 4.1 Zeitverlauf von $PM_{2,5}$ an den Standorten Ma-Schule und Aulendorf



Nach höheren Belastungen Mitte Dezember fielen die Konzentrationen Ende Dezember zunächst auf ein geringes Niveau ab. Anfang Januar bildete sich eine ausgedehnte Inversionswetterlage über Süddeutschland mit vier deutlichen Maxima aus (UMEG 2002):

1. Maximum am 1./2. Januar 2002,
2. Maximum am 6./7. Januar 2002 (Abb. 4.2)
3. Maximum am 12. Januar 2002
4. Maximum am 17. Januar 2002

Das zweite Maximum war am stärksten ausgeprägt, wobei laut Bericht der UMEG in Baden-Württemberg ein deutliches Nord-Süd-Gefälle der Feinstaubkonzentration vorlag. Dem entsprechen die niedrigeren Konzentrationen in Aulendorf im Vergleich zu Mannheim.

Abb. 4.2 Inversionswetterlage in Stuttgart am 7. Januar 2002



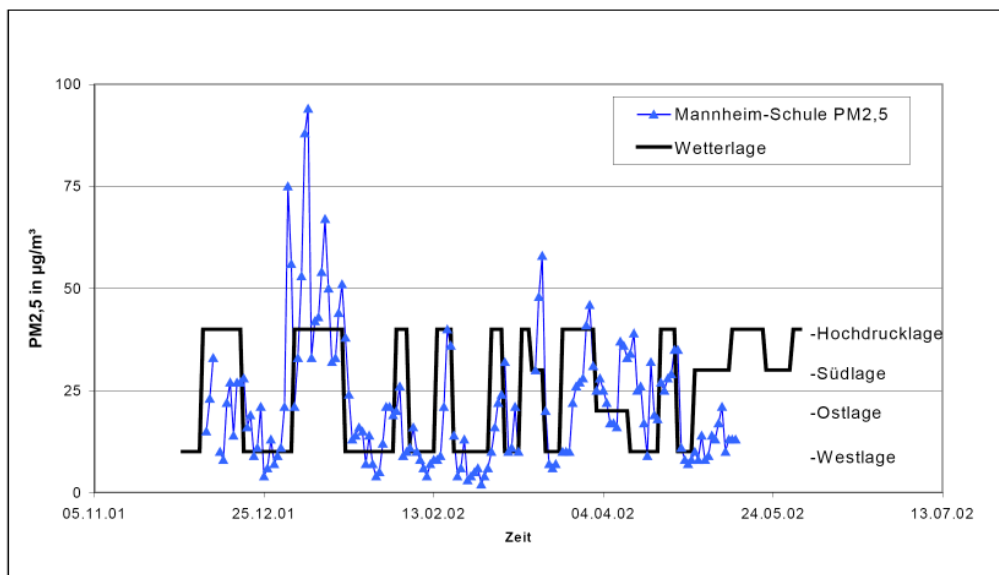
Weitere deutliche Belastungsspitzen waren Anfang Februar, um den 17. Februar, den 6. März und den 17. März zu erkennen. Im April schwankten die Konzentrationen in einem mittleren Bereich und fielen dann Anfang Mai auf ein relativ niedriges Niveau ab.

Ein Wochengang war nicht erkennbar, die Konzentrationen folgten vielmehr den Witterungseinflüssen. Die Konzentrationsspitzen bauten sich in den austauscharmen Hochdruckwetterlagen im Winter auf, fielen dann aber im Zusammenhang mit Westwetterlagen schnell wieder ab (Abb. 4.3). In der wärmeren Jahreszeit (ab April) war der Einfluss der Wetterlagen weniger deutlich zu erkennen. Die meteorologischen Verhältnisse unterschieden sich dort auch weniger stark im Hinblick auf die Stabilität der Luftschichtung.

Ortsunterschiede waren bei $PM_{2,5}$ meist relativ gering ausgeprägt. Das Verhältnis der $PM_{2,5}$ -Konzentrationen an den Messstationen zueinander ist im Anhang in Abb. A 5 aufgetragen. Im Dezember 2001 lagen die in Mannheim gemessenen Werte zunächst

etwas unterhalb der Werte von Aulendorf. Dagegen waren während der Inversionswetterlage Anfang Januar 2002 die $PM_{2,5}$ -Konzentrationen in Mannheim deutlich höher. Ab Ende Januar bis Mitte März traten in Mannheim häufig niedrigere Werte als in Aulendorf auf, während sich die Verhältnisse danach wieder umkehrten. An der Messstation in Bad Waldsee lagen generell etwas höhere $PM_{2,5}$ -Konzentrationen vor als in Aulendorf. Ebenso wurden an der Messstation Mannheim-Straße höhere Werte als an der Humboldt-Schule bzw. in Mannheim-Nord gemessen (Abb. A 2 u. A 3).

Abb. 4. 3 Einfluss der Wetterlage auf die $PM_{2,5}$ -Konzentration in Mannheim



Tab. 4.1 Messung von $PM_{2,5}$ an ausgewählten Stationen (in $\mu\text{g}/\text{m}^3$)

Ort	Auswertzeitraum	n	Min	Max	25%til	Median	75%til	MW	SD
Mannheim Schule	12.12.01- 06.05.02	141	2	94	9	17	28	22	17
Aulendorf	12.12.01- 06.05.02	144	1	50	8	15	26	17	12
Mannheim Schule	12.12.01-23.02.02	74	3	94	9	16	32	23	20
Aulendorf	12.12.01- 23.02.02	72	1	50	9	19	29	20	13
Mannheim Schule	24.02.02- 06.05.02	67	2	58	10	19	28	20	12
Mannheim Straße	24.02.02- 06.05.02	62	6	62	14	27	33	26	12
Aulendorf	24.02.02- 06.05.02	72	2	43	8	13	20	15	10
Bad Waldsee	24.02.02- 06.05.02	72	3	49	8	17	25	18	12

Insgesamt war während des gesamten Messzeitraums die zeitliche Variation an den Standorten stärker ausgeprägt als die Variation zwischen den Standorten. Zwischen

Deutscher Bundestag: Drucksache 13/6166 vom 18.11.1996
Eine Garantie für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Texte von Bundestagsdrucksachen kann nicht übernommen werden. Maßgebend ist die Papierform der Drucksachen. Aus technischen Gründen sind Tabellen nicht formatgerecht und Grafiken gar nicht in den Texten enthalten. Teile der Drucksachen (Anlagen), die z. B. im Kopierverfahren hergestellt wurden, fehlen ebenfalls.

Gesetzentwurf
der Abgeordneten Gerald Häfner, Volker Beck (Köln), Cem Özdemir,
Dr. Jürgen Rochlitz, Halo Saibold, Marina Steindor und
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Entwurf eines Gesetzes zum Schutz der Nichtraucher in der
Öffentlichkeit
(Nichtraucherschutzgesetz)

A. Problem

Nicht nur das Rauchen ist gesundheitsschädlich, auch das sogenannte Passivrauchen gefährdet die Gesundheit der Betroffenen. Diese können sich der Belästigung in Arbeits- und Geschäftsräumen, Gaststätten oder öffentlichen Räumen in der Regel nicht entziehen, außer um den Preis des teilweisen Ausschlusses von der Teilnahme am öffentlichen Leben. Nach einer Studie des Bundesumweltamtes sterben jährlich ca. 400 Menschen durch Passivrauchen. Angesichts dieser eminenten gesundheitlichen Risiken und der außerordentlich unangenehmen Belästigung sind die gesetzlichen Vorschriften zum Schutz gegen das Passivrauchen zu schwach. Der Gesetzgeber hat es bisher den Betroffenen alleine überlassen, mit Hilfe oft jahrelanger gerichtlicher Auseinandersetzungen ihre legitimen Rechte in Einzelbereichen durchzusetzen. Der Gesetzgeber ist nun gefordert, endlich klare gesetzliche Regelungen zu erlassen, die einen ausreichenden Schutz der Nichtraucherinnen und Nichtraucher gewährleisten, ohne dabei zu sehr in die Privatsphäre bzw. das Recht auf freie Persönlichkeitsentfaltung der Raucherinnen und Raucher einzudringen.

B. Lösung

Es wird ein Gesetzentwurf vorgelegt, der dem Anspruch der Nichtraucher auf Schutz ihrer Gesundheit einen höheren Rang einräumt, als dem Recht der Raucher, überall und jederzeit ihren Neigungen nachzugehen. Das Gesetz stellt klar, daß Rauchen in öffentlichen Räumen und am Arbeitsplatz nur gestattet werden kann, wenn und soweit davon keine Beeinträchtigungen für Nichtraucherinnen und Nichtraucher ausgehen. Es wird aber darauf verzichtet, Beschränkungen über den unmittelbaren Schutz der Nichtraucher hinaus festzulegen. Ziel des Gesetzes ist weder die Schaffung einer raucherfreien Gesellschaft, noch der Versuch, mittels staatlicher Vorschriften ein bestimmtes, gesünderes Verhalten zu erzwingen. Der Gesetzentwurf respektiert das Rauchen als Teil der freien Entfaltung der Persönlichkeit. Diese findet aber da ihre Schranken, wo andere belästigt oder sogar massiven gesundheitlichen Gefährdungen ausgesetzt werden. Der Gesetzentwurf geht deshalb von einem Anspruch der Nichtraucherinnen und Nichtraucher auf eine rauchfreie Umwelt aus und stärkt ihren Schutz gegen ungewollte Beeinträchtigungen der Gesundheit und des Wohlbefindens durch sogenanntes Passivrauchen.

Der Gesetzentwurf ist als Artikelgesetz gefaßt. Er enthält neben dem eigentlichen Nichtraucherschutzgesetz auch eine Änderung der für den Schutz der Gesundheit im Bürgerlichen Gesetzbuch und im Handelsgesetzbuch einschlägigen Vorschriften.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Im Bereich der Einrichtung und Ausschilderung von Raucher- und Nichtraucherbereichen werden geringfügige Kosten anfallen. Diese Kosten sind aber gering anzusetzen gegenüber den Einsparungen durch einen

werben."

Artikel 3

Änderung des Jugendschutzgesetzes -- JÖSchG

Das Gesetz zum Schutze der Jugend in der Öffentlichkeit (Jugendschutzgesetz -- JÖSchG) vom 25. Februar 1985 (BGBl. I S. 425), zuletzt geändert durch Gesetz vom 28. Oktober 1994 (BGBl. I S. 3168), wird wie folgt geändert:

§ 4 Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

"In der Öffentlichkeit dürfen alkoholische Getränke und Tabakwaren nicht in Automaten angeboten werden."

Artikel 4

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tage nach seiner Verkündung in Kraft.

Bonn, 15. November 1996

Gerald Häfner

Volker Beck (Köln)

Cem Özdemir

Dr. Jürgen Rochlitz

Halo Saibold

Marina Steindor

Joseph Fischer (Frankfurt), Kerstin Müller (Köln) und Fraktion

Begründung

Allgemeiner Teil

Lange Zeit wurde das Passivrauchen verharmlost und als reine Belästigung heruntergespielt. Inzwischen ist aber wissenschaftlich eindeutig belegt, daß beispielsweise das Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken, durch Passivrauchbelastung erheblich ansteigt. Seit Anfang der 80er Jahre ist der Zusammenhang zwischen dem Passivrauchen und Lungenkrebs wissenschaftlich belegt (Prof. Dr. Drings, Deutsche Krebsgesellschaft, Tumorerkrankungen als Folge des Rauchens, S. 10). Seitdem ist klar, daß Tabakrauch in der Umgebungsluft nicht nur eine Geruchsbelästigung und eine Beeinträchtigung wegen der schleimhautreizenden Wirkung darstellt, sondern eine echte Gefährdung für den Menschen ist. Warendorf errechnete für die Bundesrepublik Deutschland ungefähr 400 Lungenkrebstodesfälle pro Jahr (Prof. Dr. Drings, a. a. O.). Eine US-Studie aus den Jahren 1982 bis 1985 in dem Staate New York ermittelte sogar, daß etwa 17 % aller Lungenkrebs bei Nichtrauchern auf das Einatmen von Zigarettenrauch während der frühen Kindheit und Jugend zurückzuführen ist (Prof. Dr. Drings, a. a. O.). Es ist bis heute weitgehend unbekannt, daß Raucher nur etwa 20% der giftigen und krebserregenden Schadstoffe selbst einatmen, während 80 v. H. dieser Stoffe an die Umwelt abgegeben werden. Das führt in bestimmten Fällen dazu, daß die Konzentration bestimmter Schadstoffe wie Formaldehyd im Nebenstromrauch höher liegt als im Hauptstromrauch. Wer eine Stunde passiv dem Rauch einer Zigarette ausgesetzt ist, konsumiert so viele Giftstoffe wie der Raucher dieser Zigarette. Die gesundheitlichen Folgen des Passivrauchens sind über den Konsum krebserregender Stoffe auch die Akutbelästigung durch den Rauch selbst, der Augenschleimhäute und Atemwege reizt. Bei empfindlichen Menschen können diese Reizungen zu schwerwiegenden Irritationen, Kopfschmerzen, Müdigkeit und Atemnot führen. Diese Beschwerden verstärken dann bereits bestehende Grunderkrankungen wie obstruktive Lungenerkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die chronischen Gesundheitsstörungen durch Passivrauchen können zu denselben Erscheinungen führen, wie die Erkrankungen der Rauchenden selbst. Das Ausmaß der Schädigung hängt von der Häufigkeit und der Konzentration des Passivrauchens ab. Gerade Kinder sind diesen chronischen Gesundheitsstörungen besonders schutzlos ausgeliefert. Der kindliche Organismus reagiert sehr empfindlich und äußerst sensibel auf chronische Tabakrauchbelastung. Bei besonders empfindlichen und vorgeschädigten Kindern gibt es häufiger Neuerkrankungen von Asthma und eine höhere Häufigkeit von stärkeren Asthmaanfällen. In einigen Untersuchungen wird sogar ein Zusammenhang von Passivrauchen und dem



Vierte Ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit

Budapest, Ungarn, 23.–25. Juni 2004



Wohnen und Gesundheit – ein Überblick

Hintergrunddokument

EUR/04/5046267/BD/1

28. April 2004

ORIGINAL: Englisch

G

Einführung

Es besteht bereits eine beträchtliche Menge an Beweismaterial dafür, dass die Wohnbedingungen einen Einfluss auf den individuellen Gesundheitsstatus haben. Dennoch bleibt die Kernfrage bestehen – „Was ist gesundes Wohnen?“

Dieses Dokument gibt einen vorläufigen Überblick über die Arbeit eines Konsortiums von Forschungsinstituten, welches von der WHO im Rahmen der Arbeit mit Wohnen und Gesundheit ins Leben gerufen wurde. Es präsentiert eine kurze Zusammenfassung des derzeit als Konsens zu bezeichnenden Wissensstandes und der weithin akzeptierten Evidenz zu den Beziehungen zwischen Wohnen und Gesundheit. Desweiteren fasst das Dokument die ersten Ergebnisse einer pan-europäischen Wohngesundheits-Studie zusammen. Ziel dieses Arbeitsdokuments ist es, die wissenschaftlichen und evidenzbasierten Fakten herauszuarbeiten, die für die Bestimmung von lokalen und nationalen Prioritäten, zur Identifikation von Risikogruppen, und zur sinnvollen Verbesserung von Gebäudevorgaben und Planungsrichtlinien nützlich sind. Diese Fakten sollen die Vorschläge zu Wohnen und Gesundheit, die in der Budapest Deklaration als mögliche Arbeitsbereiche für Umwelt- und Gesundheitsministerien beschrieben sind, inhaltlich unterstützen.

Was ist “Gesundes Wohnen”?

Gesundheit ist ein Zustand vollständigen physischen, seelischen und sozialen Wohlbefindens, und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechlichkeiten.

Wohnen beinhaltet die Zusammenführung von Wohnung, Heim, Wohnumfeld und Nachbarschaft.

Die Aufgabe von Public Health ist die Gewährleistung von Lebensbedingungen, unter denen Menschen gesund sein können.

“Gesundes Wohnen” umfasst funktionierende und adäquate physische, soziale und mentale Bedingungen für Gesundheit, Sicherheit, Hygiene, Komfort und Privatsphäre. Eine gesunde Wohnung ist keine speziell gefertigte Wohnung, sondern eine Wohnumgebung, die einem Haushalt alle Standards und Qualitätsmerkmale bietet, die über jahrelange Traditionen von Wohnungsbau und Stadtplanung erkannt und bestätigt worden sind. Die Deklaration der UN Habitat Konferenz (Istanbul 1996) definiert folgende Charakteristika für “adäquate Unterkunft”; welche einer Definition von gesundem Wohnen sehr nahe kommen:

“Eine adäquate Unterkunft besteht aus mehr als nur einem Dach über dem Kopf. Sie bedeutet ebenso adäquate Privatsphäre, ausreichenden Wohnraum, physische Zugänglichkeit, angemessene Sicherheit, Sicherheit von Besitzstrukturen, bauliche Stabilität und Dauerhaftigkeit, adäquate Beleuchtung, Heizung und Lüftung, angemessene Hygieneinstallationen (wie z.B. Wasserversorgung, Sanitär- und Abfallentsorgungseinrichtungen); angemessene Umweltqualität und Gesundheitsbedingungen, und adäquate und zugängliche Lage in Bezug zu Arbeit und öffentlichen Einrichtungen: Diese Merkmale müssen zu erschwinglichen Kosten erhältlich sein. Adäquate Standards sollten mit den betroffenen Bewohnern bestimmt werden, und Raum lassen für graduelle Verbesserungen. Adäquate Standards können von Land zu Land variieren, da sie von spezifischen kulturellen, sozialen, umweltbezogenen und wirtschaftlichen Faktoren abhängig sind. Geschlechts- und altersspezifische Faktoren, wie z.B. die Exposition von Kindern oder Frauen gegenüber toxischen Substanzen, sollten in diesem Kontext ebenfalls berücksichtigt werden...”
(Zweite UN HABITAT Konferenz, Istanbul, 1996)

Deutschland benötigt ein Bundesgesetz für eine rauchfreie Gastronomie

Hintergrund:

Im Mittelpunkt der aktuellen Diskussion um die Gesundheitsgefahren des Passivrauchens steht das Problem einer praktikablen Lösung für die über 250 000 Betriebe der bundesdeutschen Gastronomie. Umstritten ist, ob eine gesetzliche Regelung nötig ist, um Gäste und Beschäftigte der Branche vor den Schadstoffen im Tabakrauch zu beschützen, und wie eine gesetzliche Regelung gestaltet sein sollte. Im Folgenden wird ein Überblick gegeben über die einschlägigen Erkenntnisse der Gesundheitsforschung und die Erfahrungen anderer Länder mit bereits bestehender rauchfreier Gastronomie.

1. Wie gefährlich sind die Schadstoffe im Tabakrauch?

- Die führenden nationalen und internationalen Forschungseinrichtungen und Gesundheitsorganisationen stimmen darin überein, dass Passivrauchen nicht nur akute Beschwerden wie Augenbrennen oder Kopfschmerzen zur Folge hat, sondern auch schwere Erkrankungen wie Lungenkrebs, Herzinfarkt oder Schlaganfall verursachen kann.
- Tabakrauch enthält über 4800 Substanzen, darunter viele, die krebserzeugend, erbgutverändernd und fruchtschädigend sind.
- Die Senatskommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe (MAK-Kommission) stufte die Schadstoffe im Tabakrauch in die höchste Gefahrenklasse ein und legte ausdrücklich fest, dass es keinen Schwellenwert gibt, unterhalb dessen keine Gesundheitsgefährdung besteht.

Tabakrauch enthält eine Vielzahl giftiger Substanzen und ist krebserzeugend, erbgutverändernd und fruchtschädigend.

2. Warum sind die Beschäftigten in der Gastronomie besonders gefährdet?

- Messungen des Deutschen Krebsforschungszentrums in 100 gastronomischen Betrieben und in Fernreisezügen ergaben, dass die Raumluft in Gastronomiebetrieben, in denen geraucht werden darf, in hohem Maße mit Schadstoffen belastet ist. Industriebetriebe mit vergleichbaren Schadstoffkonzentrationen am Arbeitsplatz müssten geschlossen werden oder die Mitarbeiter müssten Schutzmasken mit Atemfilter tragen.
- Schätzungsweise 7000 nichtrauchende Schwangere und Tausende von stillenden Müttern arbeiten in der Gastronomie. Wegen der hohen Schadstoffbelastung durch Tabakrauch müssten sie aus Gründen des Mutterschutzes von der Arbeit freigestellt werden.
- Angesichts der angespannten Arbeitsmarktlage haben die rund eine Million Beschäftigten in der Gastronomie kaum die Möglichkeit, in eine andere Branche zu wechseln. Sie sind dazu gezwungen, sich an ihrem Arbeitsplatz dem Tabakrauch auszusetzen, wenn sie nicht arbeitslos werden wollen.

Die Beschäftigten in der Gastronomie sind den Schadstoffen des Tabakrauchs ungeschützt ausgesetzt.

3. Welchen Beitrag leistet die freiwillige Selbstverpflichtung des Deutschen Hotel- und Gaststättenverbandes für den Gesundheitsschutz der Beschäftigten?

- Im März 2005 ging der Deutsche Hotel- und Gaststättenverband eine freiwillige Selbstverpflichtung ein. Danach sollen in Speisebetrieben mit mehr als 75 m² Fläche oder mehr als 40 Sitzplätzen 50 Prozent des Platzangebots als Nichtraucherbereich eingerichtet und ausgewiesen werden. Die Beschäftigten müssen auch weiterhin in den Raucherbereichen bedienen, so dass für sie die Tabakrauchbelastung auch in Zukunft unvermindert bestehen bleibt.
- Gastronomiemitarbeiter und auch das Reinigungspersonal bleiben den Schadstoffen des Tabakrauchs ungeschützt ausgesetzt, weil sich die Partikel des Tabakrauchs an Wänden, Decken, Böden und Einrichtungsgegenständen ablagern und von dort wieder in die Raumluft gelangen.

Durch die Selbstverpflichtung des Deutschen Hotel- und Gaststättenverbandes werden die Gastronomiemitarbeiter nicht vor den Gefahren des Tabakrauchs geschützt.

4. Kann man das Problem des Passivrauchens durch die Abtrennung von Raucherzonen lösen?

- Viele der heute bereits bestehenden Nichtraucherzonen sind lediglich durch Aufkleber oder Tischaufsteller als solche markiert. Bei ihnen handelt es sich in Wirklichkeit um Passivraucherzonen.
- Die bauliche Trennung von Raucher- und Nichtraucherzonen ist für viele Gastronomiebetriebe mit erheblichen Kosten verbunden.
- Auch wo Raucher- und Nichtraucherzonen baulich getrennt sind, führt die Luftzirkulation zu einer Verteilung des Tabakrauchs im gesamten Gebäude. Dies belegen unter anderem Messungen des Deutschen Krebsforschungszentrums in direkt an Raucherabteile angrenzenden Nichtraucherabteilen der Deutschen Bahn.
- Außerdem müssen Gastronomiemitarbeiter und Zugpersonal nach wie vor in Raucherzonen arbeiten.

Die Abtrennung von Raucherzonen ist teuer und führt zu keinem umfassenden Gesundheitsschutz der Mitarbeiter und Gäste.

5. Kann man das Problem des Passivrauchens durch den Einbau von Belüftungsanlagen lösen?

- Der Einbau moderner Belüftungsanlagen bringt für die Gastronomie erhebliche Kosten mit sich. Die international anerkannte Fachgesellschaft auf dem Gebiet der Luftreinhaltung in Innenräumen, die American Society of Heating, Refrigerating and Air Conditioning, stellte 2005 offiziell fest, dass „Ventilations- und andere Luftfiltertechniken die Gesundheitsrisiken des Passivrauchens nicht beseitigen können.“



Deutschland benötigt ein Bundesgesetz für eine rauchfreie Gastronomie

- Lüftungssysteme können zwar den Geruch des Tabakrauchs beseitigen, nicht jedoch vollständig die darin enthaltenen Giftstoffe. Das geht auch aus internen Studien von British American Tobacco hervor.

Der Einbau von Belüftungsanlagen in Gaststätten ist teuer und löst nicht das Problem der Gesundheitsgefährdung.

6. Führt eine gesetzliche Regelung nicht zu einem Verlust von Freiheit?

- Jedem steht es frei, sich selbst zu schädigen, nicht jedoch andere Menschen. Die Freiheit der Raucher darf nicht zu Lasten anderer Gäste und der Gastronomiemitarbeiter gehen.
- Die unternehmerische Freiheit der Gastronomen endet dort, wo sie die Gesundheit der Beschäftigten gefährdet.
- In Deutschland sind Millionen chronisch Kranker derzeit dazu gezwungen, auf einen Restaurantbesuch zu verzichten, weil sie ihren Gesundheitszustand durch das Einatmen von Tabakrauch nicht noch weiter verschlechtern wollen. Auch Familien mit Kindern müssen auf einen Restaurantbesuch verzichten, wollen sie ihre Kinder, die gegenüber Tabakrauch besonders empfindlich sind, nicht einer deutlichen Gesundheitsgefahr aussetzen. Für sie alle bedeutet eine gesetzliche Regelung einen erheblichen Freiheitsgewinn.

Freiheit ist ein hohes Gut und schließt die Verantwortung mit ein, anderen Menschen nicht zu schaden.

7. Führt ein Rauchverbot nicht zwangsläufig zu einem Ausufern der Bürokratie?

- Unklare Regelungen mit Ausnahmen und Einschränkungen verstärken die Bürokratie. Nur eine bundeseinheitliche Regelung ohne jegliche Ausnahme reduziert die Bürokratie.
- Ein Rauchverbot ohne die Androhung von Bußgeldern ist wirkungslos.

Nur eine komplett rauchfreie Gastronomie führt zu weniger Bürokratie.

8. Wenn es ein Rauchverbot in der Gastronomie gibt, wird dann nicht zu Hause mehr geraucht?

- Es gibt keine Belege dafür, dass Rauchverbote in der Gastronomie durch privaten Mehrkonsum kompensiert werden. Vielmehr zeigen Erfahrungen aus anderen Ländern, dass die Raucher ihren Tabakkonsum reduzieren, wenn ein

Rauchverbot in Kraft tritt. Dadurch verringert sich auch das Ausmaß der Passivrauchbelastung zu Hause.

- Rauchverbote führen dazu, dass die Zahl der Aufhörversuche zunimmt und die der Rückfälle abnimmt. In Irland ging in den ersten zwölf Monaten nach der Einführung der rauchfreien Gastronomie die Raucherquote um zwei Prozent zurück. Bei den 15- bis 18-Jährigen betrug der Rückgang sogar zehn Prozent.
- Wenn es zu Rauchverboten in der Öffentlichkeit kommt, wird auch zu Hause häufiger über die Gefahren des Passivrauchens gesprochen. In Australien ist der Anteil der Privathaushalte, in denen nur noch eingeschränkt geraucht wird, nach Inkrafttreten des Rauchverbots am Arbeitsplatz von 25 Prozent auf 59 Prozent angestiegen.

Die rauchfreie Gastronomie führt zu einem Rückgang der Tabakrauchbelastung auch zu Hause.

9. Welche betriebswirtschaftlichen Folgen hat ein Rauchverbot in der Gastronomie?

- In einer Gaststätte, in der nicht mehr geraucht wird, sinken die Reinigungs- und die Renovierungskosten. Die Produktivität der Mitarbeiter steigt, die Zahl der Krankmeldungen geht zurück. Zudem verringert sich die Brandgefahr.
- In den amerikanischen Bundesstaaten und den Ländern Europas, in denen das Rauchen in der Gastronomie untersagt wurde, gab es offiziellen nationalen Statistiken zufolge in der Gastronomie keine nennenswerten Umsatzeinbußen oder Arbeitsplatzverluste. Langfristig wurden in den USA seit der Einführung der rauchfreien Gastronomie sogar zahlreiche neue Arbeitsplätze in der Gastronomie geschaffen.

Die rauchfreie Gastronomie gewährleistet stabile Umsätze und gesicherte Arbeitsplätze.

10. Wie beurteilt die Bevölkerung Rauchverbote in der Gastronomie?

- In Deutschland wünschen sich zwei Drittel der Bevölkerung rauchfreie Gaststätten, Tendenz steigend: Nach einer Umfrage im Auftrag des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg lag die Zustimmungquote im Februar 2005 bereits bei 53 Prozent, stieg bis zum Februar 2006 auf 59 Prozent und erreichte im September 2006 64 Prozent.
- Insbesondere unter Rauchern stieg die Zustimmung zu rauchfreien Gaststätten an.

Keine andere Maßnahme der aktuellen Gesundheitspolitik ist so populär wie die Einführung der rauchfreien Gastronomie.

Impressum

© 2006 Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
1. Auflage 2006: 2000
Autoren: Dietmar Jazbinsek, Berlin, Dr. Martina Pötschke-Langer, Heidelberg

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. Martina Pötschke-Langer
Stabsstelle Krebsprävention und
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle

Deutsches Krebsforschungszentrum
Im Neuenheimer Feld 280
69210 Heidelberg
Fax: 0 62 21 – 42 30 20, E-mail: who-cc@dkfz.de

Zitierweise:
Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.):
Deutschland benötigt ein Bundesgesetz für eine rauchfreie Gastronomie
Heidelberg, 2006



Wiener Frauen- gesundheitsbericht 2006

Vienna Women's Health Report 2006

IMPRESSUM

IMPRESSUM

KONZEPT, PROJEKTLEITUNG UND BERICHTERSTELLUNG	Dr. ⁱⁿ Erika BALDASZTI, Dr. ⁱⁿ Elfriede URBAS
AUTORINNEN	Dr. ⁱⁿ Erika BALDASZTI Kapitel 1, 2, 4.10, 5.1, 5.2, 5.5, 5.6, 6, 7, 8, 9, 10, 11 Dr. ⁱⁿ Elfriede URBAS Kapitel 3, 4, 5.3, 5.4, 8.5.3, 11
EXPERTINNENBEIRAT	DDr. ⁱⁿ Eleonore BACHINGER ¹⁾ Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Karin GUTIERREZ-LOBOS ²⁾ Mag. ^a Jeannette KLIMONT ³⁾ Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Anita RIEDER ⁴⁾ Generaloberin Charlotte STAUDINGER ⁵⁾ tit.a.o. Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Beate WIMMER-PUCHINGER ⁶⁾ Mag. ^a Hilde WOLF ⁷⁾
HERZLICHEN DANK AN DIE MITARBEITER/INNEN VON	Wiener Programm für Frauengesundheit Fonds Soziales Wien Statistik Austria
KORREKTORAT	Mag. ^a Linda STIFT
ENDREDAKTION	Dr. ⁱⁿ Erika BALDASZTI
GRAFISCHE PRODUKTION	Bernhard AMANSHAUSER
UMSCHLAGGESTALTUNG	Mag. Robert SABOLOVIC
MEDIENINHABER, HERAUSGEBER UND VERLEGER	Magistrat Wien, Bereichleitung für Strukturentwicklung, Schottenring 24, A-1010 Wien, Tel. +43-1-53114-76177, E-Mail: Post@bst.magwien.gv.at Hersteller: Friedrich VDV, Linz

Vorgeschlagene Zitierweise: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Frauengesundheitsbericht 2006. Autorinnen: BALDASZTI, E.; URBAS, E. – Wien, 2006.

1) Stadt Wien, Bereichsleitung für Strukturentwicklung, Abteilung Gesundheitsberichterstattung; 2) Universitätsklinik für Psychiatrie, AKH Wien; 3) Statistik Austria, Direktion Bevölkerung, Abteilung Gesundheit; 4) Institut für Sozialmedizin, Medizinische Universität Wien; 5) Generaldirektion der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund, Geschäftsbereich Qualitätsarbeit; 6) Wiener Frauengesundheitsbeauftragte, Wiener Programm für Frauengesundheit, Fonds Soziales Wien; 7) Frauengesundheitszentrum FEM Süd im Kaiser-Franz-Josef-Spital.

INHALT

4	GESUNDHEITSSITUATION VON FRAUEN IN WIEN	127
4.1	LEBENSERWARTUNG UND STERBLICHKEIT	127
4.1.1	Lebenserwartung	128
4.1.2	Sterblichkeit	129
4.2	TODESURSACHEN	131
4.2.1	Häufigste Todesursachen von Frauen und Männern	131
4.2.2	Todesursachen im Geschlechtervergleich	133
4.2.3	Krankheitsursachen der vorzeitigen Sterblichkeit	133
4.3	HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN	135
4.4	KREBSERKRANKUNGEN	144
4.4.1	Brustkrebs (Mammakarzinom)	148
4.4.2	Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom)	156
4.4.3	Krebs des Gebärmutterkörpers (Korpuskarzinom)	161
4.4.4	Lungenkrebs	164
4.5	ERNÄHRUNGS- UND STOFFWECHSELERKRANKUNGEN – DIABETES MELLITUS	168
4.6	PSYCHISCHE UND VERHALTENSSTÖRUNGEN, SUIZID	179
4.6.1	Epidemiologie	180
4.6.2	Selbstmord und Selbstmordversuche	183
4.6.3	Aspekte der Förderung der psychischen Gesundheit	187
4.7	KRANKHEITEN DER ATMUNGSORGANE	188
4.7.1	Epidemiologie	188
4.7.2	Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	191
4.8	GYNÄKOLOGISCHE ERKRANKUNGEN	193
4.8.1	Epidemiologie	193
4.8.2	Gynäkologische Beschwerden	196
4.8.3	Menstruationsstörungen	196
4.8.4	Endometriose	198
4.8.5	Gynäkologische Operationen	199
4.9	KRANKHEITEN DES BEWEGUNGSAPPARATES	202
4.9.1	Epidemiologie	202
4.9.2	Schmerzen am Bewegungsapparat	205
4.10	HIV/AIDS UND ANDERE SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN (STIS)	206
4.10.1	HIV/AIDS	207
4.10.2	Ausgewählte sexuell übertragbare Infektionen (STIs)	212
5	GESUNDHEIT IN UNTERSCHIEDLICHEN LEBENSPHASEN	219
5.1	GESUNDHEITSBEZOGENER LEBENSSTIL VON MÄDCHEN UND JUNGEN FRAUEN	219
5.1.1	Ernährung, Körpergewicht und Adipositas	220
5.1.2	Essstörungen	222
5.1.3	Bewegung, Sport und Gender Mainstreaming	227
5.1.4	Rauchen bei Jugendlichen	229
5.1.5	Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen	230
5.1.6	Drogenkonsum	231
5.2	SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT VON MÄDCHEN UND JUNGEN FRAUEN	233
5.2.1	Erste Regelblutung (Menarche)	233
5.2.2	Alter und Verhütung beim ersten Geschlechtsverkehr	234
5.2.3	Teenagerschwangerschaften, Teenagermütter	236
5.3	GESUNDHEITSBEZOGENER LEBENSSTIL VON FRAUEN IN DER REPRODUKTIVEN PHASE	238
5.3.1	Ernährung	240
5.3.2	Körpergewicht und Adipositas	242
5.3.3	Bewegung und Sport	244
5.3.4	Rauchen und Passivrauchen	245

INHALT

5.3.5	Alkoholkonsum bei Frauen, Alkohol in der Schwangerschaft	251
5.3.6	Konsum illegaler Drogen	254
5.4	SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT	255
5.4.1	Sexualität, Kontrazeption und Pille danach	257
5.4.2	Schwangerschaftsabbruch	258
5.4.3	Ungewollte Kinderlosigkeit, In-vitro-Fertilisation (IVF)	261
5.4.4	Präimplantationsdiagnostik (PID)	266
5.4.5	Biomedizin und Bioethik	266
5.5	GESUNDHEIT RUND UM DIE GEBURT	268
5.5.1	Kaiserschnitt auf Wunsch	271
5.5.2	Stillen	273
5.5.3	Frühgeburten	277
5.5.4	Säuglingssterblichkeit	278
5.6	WECHSELJAHRE UND SEXUELLE GESUNDHEIT IM ALTER	281
5.7	FRAUEN IN DER ERWERBSPHASE: ARBEIT UND GESUNDHEIT	285
5.7.1	Rahmenbedingungen der Frauenerwerbstätigkeit	288
5.7.2	Frauenspezifische Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz	291
5.7.3	Arbeitslosigkeit und Gesundheit	296
5.7.4	Frauen in Pflegeberufen	301
5.7.5	Frauen als pflegende Angehörige	308
5.8	GESUNDHEITZUSTAND UND GESUNDHEITSRISIKEN ÄLTERER FRAUEN	315
5.8.1	Demografische Gegebenheiten	316
5.8.2	Gesundes Älterwerden	317
5.8.3	Körperliche Gesundheitsrisiken	321
5.8.4	Psychische und Verhaltensstörungen	329
5.8.5	Multimorbidität	332
5.8.6	Bedarf an Hilfe und Pflege	332
5.8.7	Mortalität und Todesursachen	334
5.8.8	Osteoporose	336
5.8.9	Harninkontinenz	340
5.8.10	Demenz	343
5.8.11	Depression	347
5.8.12	Aspekte der Betreuung und Pflege in Heimen	348
5.9	GESUNDHEITSGEFÄHRDUNG VON FRAUEN DURCH UMWELTRISIKEN	358
5.9.1	Umweltbezogene Gesundheitsrisiken und Frauengesundheit	359
5.9.2	Gesundheitsbelastung durch Feinstaub	360
5.9.3	Luftqualität und Klimaschutz	362
5.9.4	Wasserversorgung und Wasserqualität	363
5.9.5	Lärm und Gesundheit	364
5.9.6	Gesundheit, Umwelt und Nachhaltigkeit aus der Gender-Perspektive	365
5.10	FRAUEN MIT BEHINDERUNG	368
5.10.1	Begriffsdefinition, Zahl der Betroffenen	369
5.10.2	Sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen mit Behinderung	371
5.10.3	Mobilitätsbarrieren und Zugang zum Gesundheitssystem	373
5.10.4	Lösungsansatz Persönliche Assistenz	374
5.10.5	Forschung, Qualifizierung und Empowerment für Frauen mit Behinderung	375

Rauchen in der Schwangerschaft – Passivrauchen bei Kindern

Untersuchungen in Deutschland zeigen, dass etwa die Hälfte aller Kinder unter sechs Jahren und zwei Drittel der 6- bis 13-Jährigen in einem Raucherhaushalt leben, das heißt, sie wachsen als PassivraucherInnen auf. Für viele dieser Kinder beginnt das Passivrauchen schon vor der Geburt: Rund 20 Prozent aller Schwangeren rauchen während der gesamten Schwangerschaft.³⁶⁷

Insgesamt enthält Tabakrauch etwa 4.000 Chemikalien, darunter auch krebserregende Substanzen (Benzol, Formaldehyd, Cadmium). Diese Stoffe können durch den Mutterkuchen in den Blutkreislauf des Fötus gelangen und diesen schädigen. Nikotin verringert auch den Blutfluss durch den Mutterkuchen, was eine schlechtere Durchblutung des Gewebes des Ungeborenen zur Folge haben kann. Kinder von rauchenden Müttern haben ein geringeres Geburtsgewicht, einen kleineren Kopfumfang und ein vermindertes Längenwachstum. Bestimmte Fehlbildungen sind häufiger (z. B. Lippen-Gaumen-Spalten) und sowohl die Frühgeburtenrate als auch die Säuglingssterblichkeit ist höher. Nach der Geburt sind bei Kindern rauchender Mütter das Risiko für plötzlichen Kindstod, für Atemwegserkrankungen, Asthma, Mittelohrinfektionen und Allergien erhöht.³⁶⁸ Gibt eine werdende Mutter während der ersten drei Monate ihrer Schwangerschaft das Rauchen auf, ist das Risiko einer Totgeburt oder einer Säuglingssterblichkeit nicht erhöht.³⁶⁹

Gesundheitsrisiken durch Passivrauchen

RaucherInnen atmen rund ein Viertel des gesamten Rauches einer Zigarette selbst ein und wieder aus (Hauptstromrauch). Drei Viertel des Rauchs verglimmen jedoch und gehen sofort in die Raumluft (Nebenstromrauch). Nebenstromrauch enthält mindestens genauso viele Schadstoffe wie der Hauptstromrauch. Manche Gifte (z. B. Nitrosamine, Stickoxide und Formaldehyd) entstehen im Nebenstromrauch durch das langsamere Verglimmen sogar in höherer Dosierung. Die Gefährdung für PassivraucherInnen steigt mit zu-

nehmender Aufenthaltsdauer, steigender Zahl der RaucherInnen und abnehmender Lüftung der Räume, in denen geraucht wird. Besonders gefährdet sind heranwachsende, körperlich schwache oder allgemein geschwächte Menschen (ungeborene Kinder, schwangere Frauen, Säuglinge, chronisch Kranke). Das Lungenkrebsrisiko ist durch Passivrauchen im Vergleich zu Menschen ohne Rauchexposition um etwa 30 Prozent erhöht.

Belegte Gesundheitsrisiken für PassivraucherInnen sind die Entstehung und Verschlimmerung von Asthma, Lungenentzündung und Bronchitis, des Weiteren Atembeschwerden, akute oder chronische Koronarerkrankungen, Mittelohrentzündungen bei Kindern, eine Erhöhung des Risikos für Lungenkrebs, Herzinfarkt und Schlaganfall. Dazu kommen Beschwerden wie Geruchsbelästigung, Augenbrennen, Stimmbandreizungen, Halsschmerzen, Übelkeit, Kopfschmerzen, etc.³⁷⁰

Passivrauchen am Arbeitsplatz

Zur epidemiologischen Verbreitung des Passivrauchens liegen Daten des Mikrozensus Dezember 1997 vor.³⁷¹ Demnach sind in Österreich 18,3 Prozent der weiblichen und 17,7 Prozent der männlichen Beschäftigten „echte“ PassivraucherInnen, d. h. am Arbeitsplatz dem Tabakrauch von KollegInnen ausgesetzt, ohne selbst zu rauchen. In Wien liegt der Anteil der PassivraucherInnen über dem Österreich-Durchschnitt (20,7 Prozent der weiblichen und 21,8 der männlichen ArbeitnehmerInnen in Wien sind PassivraucherInnen).

In Österreich ist der **Schutz von NichtraucherInnen** noch immer nur unzureichend im **Arbeitnehmer-schutzgesetz** verankert: Das Gesetz stellt es dem/der ArbeitgeberIn frei, durch welche technischen und organisatorischen Maßnahmen NichtraucherInnen vor den Einwirkungen des Tabakrauchs geschützt werden. Auch die Novelle zum Tabakgesetz, die im Jänner 2005 in Kraft getreten ist, sieht keinen Schutz für Angestellte der Gastronomie oder anderer Berufsgruppen mit KundInnenverkehr vor, wie z. B. FriseurInnen, wo der

³⁶⁷ DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM (2003); S. 18.

³⁶⁸ KRÖGER (2000), S. 19.

³⁶⁹ PÖTSCHKE-LANGER, BERNHÄUSER (2003, a, b).

³⁷⁰ DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM (2003).

³⁷¹ STATISTIK AUSTRIA (2002), S. 111.

Biomonitoring of Exposure to Polycyclic Aromatic Hydrocarbons of Nonoccupationally Exposed Persons¹

Gerhard Scherer,² Stefanie Frank, Kirsten Riedel, Irmtrud Meger-Kossien, and Thomas Renner

Analytisch-biologisches Forschungslabor, D-80336 München, Germany

Abstract

In a field study with 69 subjects, we investigated the influence of smoking, exposure to environmental tobacco smoke (ETS), diet, and location of residence on biomarkers for polycyclic aromatic hydrocarbons (PAH), including urinary excretion of 1-hydroxypyrene and benzo[a]pyrene (BaP) adducts of hemoglobin and albumin. The self-reported smoking status and the extent of ETS exposure were verified by urinary cotinine measurements. ETS exposure was quantified by nicotine and 3-ethenylpyridine measurements on personal samplers worn by the nonsmokers over 5 or 7 days before blood and urine samples were collected. Smokers ($n = 27$), on average, excreted 0.346 $\mu\text{g}/24 \text{ h}$ 1-hydroxypyrene, whereas the corresponding value for nonsmokers ($n = 42$) was 0.157 $\mu\text{g}/24 \text{ h}$. Average BaP adduct levels with hemoglobin and albumin were 0.105 fmol/mg and 0.042 fmol/mg, respectively, for smokers, and 0.068 fmol/mg and 0.020 fmol/mg, respectively, for nonsmokers. The differences, except for the hemoglobin adducts, were statistically significant. Of the 42 nonsmokers, 19 were classified as passive smokers. There was no significant difference in the PAH biomarkers between nonsmokers exposed to ETS and those not or rarely exposed to ETS.

Total dietary BaP intake, as calculated from questionnaire data, did not correlate with any of the PAH biomarkers ($r < 0.1$). Subjects living in the suburbs tended to have higher BaP-protein adduct levels than subjects living in the city.

Our findings suggest that diet and smoking are major sources for PAH exposure of persons not occupationally exposed to PAH, whereas the influence of ETS exposure is negligible. The lack of correlation between the dietary PAH intake and the PAH biomarkers may be due to the inaccuracy of the estimate for the dietary PAH intake.

Introduction

PAHs³ are formed during incomplete combustions and occur ubiquitously in the environment and at various workplaces (1). Eleven members of the class of PAH (e.g., BaP) are carcinogenic (1). For nonoccupationally exposed persons, diet, ambient air, tobacco smoke, and coal-tar-containing medications are the main sources of PAH exposure (2). The daily intake of BaP with the diet is estimated to range from 120-2800 ng/day (2). Mainstream smoke yields of BaP for filter cigarettes amount to about 10 ng/cigarette (3, 4), leading to an intake of about 200 ng/day for a pack-a-day cigarette smoker. BaP intake from ambient air by inhalation and from water is predicted to contribute about 2% and 1%, respectively, to the total daily intake of BaP in nonsmokers (2). The contribution of ETS exposure is estimated to be <1% (5).

Biomonitoring is an especially valuable method to provide exposure data on multimedia environmental contaminants such as PAH (6, 7). Various urinary PAH metabolites such as 1-OHP, 1-OHP-glucuronide, monohydroxy-phenanthrenes, and BaP (after chemical reduction of the BaP metabolites in urine) have been used as PAH biomarkers in nonoccupationally exposed subjects. The effective dose can be determined by measuring the adducts formed by the ultimate carcinogen of BaP (r-7,t-8-dihydroxy-t-9,t-10-epoxy-7,8,9,10-tetrahydrobenzo[a]pyrene, BPDE) with cellular macromolecules such as DNA and proteins. In addition to numerous biomonitoring studies with workers exposed to PAH (for review see Refs. 7 and 8), the effect of smoking, diet, automobile traffic, and ETS on the PAH adduct levels has been investigated using DNA of WBCs. BPDE also forms covalent adducts with albumin (9) and hemoglobin (10), both of which can be used as surrogate biomarkers for the internal exposure dose to the ultimate carcinogen BPDE (11). BaP-albumin adduct studies with nonoccupationally exposed subjects have been performed using ELISA (12-15), GC-MS (16), and HPLC with fluorescence detection (17). Similarly, BaP hemoglobin adducts have been investigated with GC-MS (16, 18-20). Smoking was found to increase the BaP protein adduct levels in most of the studies (12, 13, 15, 17, 19). ETS exposure was reported to significantly increase BaP albumin adduct levels in one study (12), but not in other studies (13, 21). Exposure to PAH from ambient air (traffic exhaust) had no, or only a marginal, effect on the BaP adduct levels (18, 21). Elevated BaP-hemoglobin adduct levels were found in winter compared with summer (22).

The purpose of our investigation was to elucidate the influence of smoking, exposure to ETS, and diet on the exposure to PAH in healthy, nonoccupationally exposed subjects.

Received 9/23/99; revised 12/31/99; accepted 1/17/00.

The costs of publication of this article were defrayed in part by the payment of page charges. This article must therefore be hereby marked *advertisement* in accordance with 18 U.S.C. Section 1734 solely to indicate this fact.

¹ We thank the Forschungsgesellschaft Rauchen und Gesundheit, Hamburg for funding this work.

² To whom requests for reprints should be addressed, at Analytisch-biologisches Forschungslabor, Goethestrasse 20, 80336 München, Germany. Fax: 49-89-5328039; E-mail: abfi@compuserve.com.

³ The abbreviations used are: PAH, polycyclic aromatic hydrocarbon; BaP, benzo[a]pyrene; 1-OHP, 1-hydroxypyrene; BPDE, benzo[a]pyrene diol-epoxide; ETS, environmental tobacco smoke; LOD, limit of detection; GC-MS, gas chromatography-mass spectroscopy; HPLC, high-performance liquid chromatography; NICI, negative ion chemical ionization.

The extent of exposure to PAH was determined by measuring the PAH biomarkers urinary 1-OHP six times per subject and the BaP adducts with albumin and hemoglobin once during the 8-month study period.

Materials and Methods

Subjects and Study Design. Sixty-nine subjects (41 men and 28 women), 18–70 years of age (mean \pm SD, 35.4 \pm 10.5 years), took part in the study, which lasted from March to October 1996. The subjects were selected so that the subgroups of “smokers,” “ETS-exposed nonsmokers” (nonsmokers who have a smoking spouse or reported frequent ETS exposure), and “nonsmokers” (subjects who have a nonsmoking spouse and reported to be rarely exposed to ETS) were of about equal size. Ex-smokers who had quit smoking for >1 year were classified as nonsmokers. All subjects were healthy and lived in the city or suburbs of Munich, Germany. Written informed consent was obtained from all subjects before taking part in the study. The subjects visited the laboratory six times at intervals of 4–8 weeks. At each visit, a blood sample was taken and a 24 h-urine sample was returned. The urine was collected from the day before the visit until the morning of the visit. The subjects completed a protocol on their daily eating, drinking, and tobacco smoke exposure. The smokers recorded the number of cigarettes smoked during each hour. The nonsmokers indicated the times when they were exposed to ETS and were asked to rate the intensity in three grades (1 = low, 2 = medium, and 3 = strong exposure to ETS). This protocol covered the 7 days before each visit and was structured on an hourly basis. The nonsmokers were asked to wear a personal sampler for nicotine and 3-ethenylpyridine during the 7 days before the first three visits and during 5 days before the following three visits. All variables, except for the BaP protein adducts, were measured at each visit (six times), and the means were used for evaluation. The BaP adducts were only measured in the samples from the second visit.

Dietary BaP Intake. On the basis of published data (2, 23–29), the following BaP concentrations of food products were used for estimating the BaP intake from the reported food consumption data ($\mu\text{g}/\text{kg}$): cereals and bread, 0.2; leafy vegetables, 5.0; root vegetables and fruits, 0.2; meat and sausages, 3.0; fish, 1.0; and dairy products, 0.5.

Biological Samples. Twenty-four-h urine samples were collected after voiding the first morning urine until the following morning (including the first morning urine). The sample was stored in a cooling box until it was returned to the laboratory. In the laboratory, pH and volume were determined within 2 h, before the sample was divided into several fractions and frozen at -20°C .

Blood samples were drawn into EDTA-tubes and separated by centrifugation ($500 \times g$, 10 min, 10°C) into plasma and erythrocytes. The blood fractions were stored until analysis at -20°C .

Analytical Methods

Albumin adducts of BaP. The method has been described elsewhere (30). Briefly, an equivalent of 100–200 mg of albumin (corresponding to 2–5 ml of plasma), together with 330 μg of (\pm)-BaP-r-7,t-8,c-9,c-10-tetrahydroretrol (BT II-2; NCI Carcinogen Standard Repository, Midwest Research Institute, Kansas City, MO) as internal standard, was digested overnight with 20 mg of Pronase E (*Streptomyces griseus*, 7000 units/g; Boehringer Mannheim, Mannheim, Germany) to destroy the tertiary

structure of the protein. The BaP-related esters were cleaved under vacuum conditions at pH 11 and 80°C for 2 h. After solid phase extraction with C18-cartridges, the sample was applied to an RP18-Alkyl-Diol-Silica enrichment column (RP18-ADS; Merck, Darmstadt, Germany) connected to a HPLC system (Model 1050; Hewlett Packard, Waldbronn, Germany). The fraction of the eluate containing the analyte (\pm)-BaP-r-7,t-8,t-9,c-10-tetrahydroretrol (BT I-1) and the internal standard BT II-2 was collected, and the methanol was evaporated, diluted with 4 ml of water, and extracted twice with 4 ml of ethyl acetate. (\pm)-BaP-r-7,t-8,t-9,t-10-tetrahydroretrol (BT I-2, 220 μg ; NCI Carcinogen Standard Repository, Midwest Research Institute) was added as a second internal standard. After silylation, 10 μl were injected into the GC-MS system (GC 8000 Top and MD 800 from ThermoQuest, Egelsbach, Germany). NICI was applied using methane as a reactant gas. For quantitation of the results, the ion m/z 284 (relative abundance, 46%) was used while the fragment ions at m/z 446.1 and m/z 447.1 (relative abundances, 19% and 18%, respectively) served for confirmation. Adduct concentrations were calculated by a five-point calibration curve in the range of 0.04–4.0 μg of BT I-1/injection. BT I-1 for calibration was obtained from the NCI Carcinogen Standard Repository (Midwest Research Institute). The LOD for the albumin adducts of BaP was 0.011 fmol/mg, and the recovery rate was $51 \pm 26\%$ ($n = 69$). All 69 samples from the second visit were run in duplicate, with a coefficient of variation of 22%.

Hemoglobin Adducts of BaP. Washed erythrocytes from 10 ml of blood were lysed with 20 ml of bidistilled water and centrifuged ($13,000 \times g$, 45 min, 4°C). The hemoglobin concentration in the supernatant was determined spectrophotometrically (31). After adding the internal standard (BT II-2) to 200 mg of hemoglobin, the protein was digested with Pronase (16 h, 37°C) to destroy the tertiary structure and the adducts were hydrolyzed (pH 11, 2 h, 80°C). The aqueous hydrolysate was applied to an Extrelut 20-column (1.5×23 cm, 80 μm ; Merck) and eluted with 40 ml of ethyl acetate. The solvent was removed with a rotary evaporator and finally in a nitrogen stream. The dry residue was dissolved in 1 ml of water/methanol (80:20, v/v) and injected into the HPLC. The further steps were performed as described for the albumin adducts of BaP (see above and Ref. 30). The LOD for the hemoglobin adducts of BaP was 0.007 fmol/mg, and the recovery rate was $55 \pm 17\%$ ($n = 69$). All 69 samples from the second visit were run in duplicate, with a coefficient of variation of 30%.

Urinary 1-OHP. 1-OHP was determined according to a published method (32). Briefly, to 10 ml of urine, 20 ml of 0.1 M acetate buffer (pH 5.0) and 13 μl of β -glucuronidase/arylsulfatase (Boehringer Mannheim) were added and incubated for 5 h at 37°C in the dark. The solution was applied to a Sepak C18 cartridge (Varian GmbH, Darmstadt, Germany) and eluted with 2 ml of methanol. After the addition of 2 ml of 20 mM potassium dihydrogenphosphate, 20 μl were injected into the HPLC system (Model 2510 pump system, Model 9090 autosampler, and Model 4270 integrator; Varian GmbH), equipped with a column oven and a fluorescence detector (Model FP-920; Jasco, GroB-Umstadt, Germany). A C18-guard column and a C18-analytical column (4.6×250 mm; Symmetry, Waters, Milford, MA) were used. The retention time for 1-OHP was 19.5 min. The calibration curve (10 points) was constructed with spiked urine samples (0.05–0.5 $\mu\text{g}/\text{l}$). The recovery rate was 94%, and the LOD was 0.01 $\mu\text{g}/\text{l}$. All urine samples (69 subjects \times 6 time points – 5 missing samples =

Table 1 Some characteristics and self-reported, as well as objectively, measured exposure data of the study groups

	Means (SE)			
	All nonsmokers	Nonsmokers	Passive smokers	Smokers
Number	42	23	19	27
Sex (% female)	50	48	53	26 ^{a,b}
Age (yr)	37.6 (1.7)	40.8 (2.3)	33.8 (2.3) ^{a,c}	32.0 (1.7) ^{a,b}
Cigarette consumption (cig/d) ^d	0	0	0	17.7 (2.1)
ETS exposure duration (h/day) ^d	1.37 (0.29)	0.52 (0.10)	2.43 (0.56) ^{c,e}	
ETS exposure intensity ^{d,f}	1.86 (0.36)	0.67 (0.11)	3.31 (0.67) ^{c,g}	
Dietary BaP intake ($\mu\text{g}/\text{day}$) ^h	0.56 (0.03)	0.60 (0.05)	0.50 (0.04)	0.55 (0.04)
Nicotine on personal samplers ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) ^d	0.431 (0.086)	0.185 (0.041)	0.730 (0.161) ^{c,e}	
3-Ethenylpyridine on personal samplers ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) ^d	0.077 (0.011)	0.041 (0.005)	0.121 (0.020) ^{c,g}	
Thiocyanate in plasma ($\mu\text{mol}/\text{l}$) ^d	20.9 (2.0)	22.0 (2.8)	19.6 (3.1)	86.7 (8.4) ^{b,g}
Cotinine in plasma (ng/ml) ^d	0.98 (0.12)	0.71 (0.07)	1.32 (0.24) ^{a,c}	298 (39) ^{b,g}
Cotinine in urine ($\mu\text{g}/24\text{ h}$) ^d	6.8 (2.5)	2.3 (0.5)	12.3 (5.4) ^{a,c}	2060 (300) ^{b,g}

^a $P < 0.05$. Statistical significance was determined with the *t* test for independent samples.

^b Comparison between smokers and all nonsmokers.

^c Comparison between passive smokers and nonsmokers not or rarely exposed to ETS.

^d For each subject (except for one smoker; see text), the mean of six investigations was used to calculate the overall mean.

^e $P < 0.01$. Statistical significance was determined with the *t* test for independent samples.

^f The ETS exposure intensity was calculated by multiplying the exposure duration with the reported strength of the exposure: 1, low; 2, medium; 3, strong.

^g $P < 0.001$. Statistical significance was determined with the *t* test for independent samples.

^h The dietary protocols for the 7 days before the second visit to the laboratory were evaluated as described in "Materials and Methods."

409) were run in duplicate, with a coefficient of variation of 8%.

Cotinine in Plasma. Cotinine in plasma was determined by a RIA (33, 34). The LOD was 1 $\mu\text{g}/\text{l}$. All 409 plasma samples were run in duplicate, with a coefficient of variation of 10%.

Cotinine in Urine. Cotinine in urine was determined by GC with a nitrogen-selective detector according to a published method (35). The LOD was 1 $\mu\text{g}/\text{l}$. About 40% of the 409 urine samples were run in duplicate, with a coefficient of variation of 5%.

Thiocyanate in Plasma. Thiocyanate in plasma was determined photometrically according to a published method (36). The method was adapted to microtiter plate scale. The difference of the absorbance after adding iron(III)nitrate (formation of a red-colored complex) and after the addition of mercury(II)nitrate (formation of a colorless complex) was measured at a wavelength of 492 nm.

Nicotine and 3-Ethenylpyridine on Personal Samplers. Nicotine and 3-ethenylpyridine were sampled on passive diffusion samplers (37) worn by the nonsmoking subjects over 5 or 7 days and analyzed as reported (37). The LOD was 0.01 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ for both compounds using GC with nitrogen-selective detection.

Statistical Methods. Differences between the three groups according to smoking status (nonsmokers, passive smokers, smokers) were tested with the Students *t* test. The associations between the PAH biomarkers (dependent variables) and urinary cotinine or BaP intake with the diet (independent variables) were analyzed by linear regression. All calculations and tests were performed with the SPSS 8.0 software package (SPSS ASC GmbH, Erkrath, Germany).

Results

Characteristics of the Subgroups According to Smoking Status. Some characteristics of the three subgroups, including demographic data, self-reported duration and extent of exposure to ETS, cigarette consumption, reported dietary intake of BaP, and objective measurements on tobacco smoke exposure are presented in Table 1. Three of the 45 self-reported non-

smokers had consistently (at least at five of the six visits to the laboratory) elevated cotinine levels in plasma ($>10\text{ ng}/\text{ml}$) and in urine ($>100\text{ }\mu\text{g}/24\text{ h}$). These subjects were all male and reported to be exposed to ETS at home and/or at the workplace. The cotinine levels (mean \pm SD, range for the six visits) were: subject 36, 67.5 \pm 37.7, 20–120 ng/ml (plasma), 602 \pm 367, 50–1073 $\mu\text{g}/24\text{ h}$ (urine); subject 62, 63.2 \pm 33.5, 1–110 ng/ml (plasma), 252 \pm 143, 1–384 $\mu\text{g}/24\text{ h}$ (urine); and subject 69, 124.5 \pm 119.5, 15–374 ng/ml (plasma), 246 \pm 175, 43–594 $\mu\text{g}/24\text{ h}$ (urine). Because these cotinine concentrations were compatible with occasional or regular smoking (38–40), these subjects were reclassified as smokers. One subject (no. 26) was admitted to the study as a smoker but stopped smoking after the second visit to the laboratory. The subject was classified as smoker, but only the data of the first two visits were included in the evaluation.

The estimated average BaP intake with the diet ranged from 0.50–0.60 $\mu\text{g}/\text{day}$ and was not significantly different between the various study groups.

Exposure to Tobacco Smoke. As expected, the biomarkers of tobacco smoke exposure (thiocyanate in plasma, cotinine in plasma and urine) are significantly elevated in smokers compared with nonsmokers. The ratio (smokers:all nonsmokers) is about 300 for cotinine in plasma or urine and about 4 for thiocyanate in plasma.

Nonsmokers classified as ETS exposed (passive smokers) reported significantly longer ETS exposure durations (2.43 versus 0.52 h/day) and significantly higher ETS exposure intensities (3.31 versus 0.67) compared with the nonexposed or only marginally ETS-exposed nonsmokers. The personal samplers of the passive smokers showed higher exposure to nicotine (0.730 versus 0.184 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) and 3-ethenylpyridine (0.121 versus 0.041 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) than those of the unexposed nonsmokers. Cotinine levels in plasma (1.32 versus 0.71 ng/ml) and urine (12.3 versus 2.3 $\mu\text{g}/24\text{ h}$) were also significantly higher in passive smokers than in unexposed nonsmokers. There was no significant difference in the plasma thiocyanate levels between these two groups (19.6 versus 22.0 $\mu\text{mol}/\text{l}$).

PAH Biomarkers in Relation to Tobacco Smoke Exposure. In Table 2, the means, SEs, and the ranges of the PAH biomar-

WHO/NCD/TFI/99.10
DISTR.: GENERAL
ORIGINAL: ENGLISH

Tobacco Free Initiative

International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health

**11-14 January 1999
Geneva, Switzerland**

Consultation Report

Table of Contents	Page
I. Executive Summary.....	4
II. Introduction	5
III. Health effects of children’s exposure to tobacco smoke	6
A. Respiratory health and middle ear disease.....	6
B. Foetal growth	8
C. Sudden infant death syndrome (SIDS)	8
D. Neurodevelopmental effects.....	9
E. Cardiovascular effects.....	10
F. Childhood cancers	10
G. Summary.....	11
IV. Measurement: health impact, exposure and economic impact	11
A. Measuring health impact	12
B. Measuring exposure.....	12
C. Measuring economic impact.....	13
D. Extrapolating to developing countries	14
E. Summary	14
V. Interventions to eliminate children’s exposure to environmental tobacco smoke.....	14
A. The need for action	14
B. Strategies for reducing children’s exposure to tobacco smoke.....	15
VI. Conclusions and recommendations.....	16
VII. Background Reading	18
VIII. Annex 1.....	20
IX. List of Participants.....	21

Research directions

Further studies might be helpful to distinguish between the effects of *in utero* exposure to tobacco smoke and postnatal exposure. Studies in settings where women rarely smoke but tobacco smoke exposure from paternal and other sources is high would be particularly valuable. Where longitudinal studies are underway, analyses to investigate how changes in exposure are related to changes in outcome would be a valuable contribution. In addition, studies demonstrating the reversibility of adverse effects with reduced exposure to tobacco smoke, particularly in high-risk groups such as children with asthma and other health conditions exacerbated by tobacco exposure, would be useful.

B. Foetal Growth

The adverse effects of maternal smoking during pregnancy on foetal growth have been known for some time. Low birth weight (LBW, defined generally as less than 2500 grams) and intrauterine growth retardation (IUGR) are important risk factors for childhood morbidity and mortality. Over 30 studies have examined the effects of nonsmoking mothers' exposure to ETS during pregnancy on foetal growth (e.g. by studying mean birth weight or LBW/IUGR) or preterm birth. Using mean birth weight as the outcome, studies from different countries and with different study designs have consistently found birth weights reduced among the offspring of nonsmoking women exposed to tobacco smoke during pregnancy. Many of the studies attempted to control for potential confounding factors. Pooling the results in a meta-analysis yields a mean reduction in birth weight ranging from 25 to 40 grams, depending on the subset of studies included. In addition, pooling estimates for LBW or IUGR yields a relative risk ranging from 1.2 to 1.4. Furthermore, relative risks and mean birth weight reductions were generally higher in higher exposure groups and in studies using a biomarker to measure exposure, and thus likely increasing the accuracy of exposure measurement. These results are supported by animal studies of sidestream smoke exposure. Thus, the weight of evidence indicates that ETS exposure in pregnant nonsmokers causes a small reduction in foetal growth.

At the population level, a small change in average birth weight could affect large numbers of infants because of the frequency of exposure. Furthermore, a shift in the birth weight distribution could have profound impacts on infants already at risk, moving them to a critically low birth weight.

Research directions

Additional studies of mean birth weight are unlikely to change the pooled measure of effect to any extent, but studies using a biomarker of exposure to increase the accuracy of exposure measurement and examine dose levels may still be warranted. Only a small number of studies have examined the role of ETS in increasing the risk of preterm birth, and additional studies would be valuable. In addition, research is needed to examine potentially more susceptible groups, such as those defined by maternal age or ethnicity.

C. Sudden infant death syndrome (SIDS)

There is sufficient evidence to conclude that maternal smoking causes a marked increase in SIDS. Almost 50 studies have examined this relationship and all indicate an increased risk. Since reductions in the prevalence of prone sleeping position, eight studies have examined maternal smoking and SIDS. The pooled unadjusted relative risk from these studies is approximately 5, indicating that infants of mothers who smoke have almost five times the risk of SIDS compared with infants of mothers who do not smoke. Adjustment for potential confounders lowers the risk

estimate; however, many studies over-adjust, e.g. by controlling for birth weight, resulting in an inappropriately low estimate of the risk. Pooling the adjusted results still yields a significantly increased risk of SIDS from maternal smoking.

With the available data, it is difficult to distinguish the effect of active maternal smoking during pregnancy from that of postnatal ETS exposure of the infant from smoking by the mother. While the mechanism for SIDS is unknown, the predominant effect from maternal smoking is generally attributed to *in utero* exposure of the foetus.

However, clear evidence for an ETS effect arises from six studies examining SIDS and paternal smoking where the mother is a nonsmoker. The pooled unadjusted relative risk from these studies is 1.4 which, though smaller than the effect seen for maternal smoking (RR = 4.7), still indicates a significant risk.

Research directions

Additional studies are unlikely to influence the pooled estimate of risk from maternal smoking substantially. Studies of nonsmoking mothers may clarify to what extent postnatal tobacco smoke exposure contributes to the risk of SIDS. Given the overwhelming evidence of maternal smoking's effects in increasing the risk of SIDS, interventions to assist pregnant women to stop smoking should be given high priority.

D. Neurodevelopmental effects

When compared to children of nonsmokers, children of smokers perform more poorly in school. They also have lower scores in cognitive functioning tests - in particular, language and auditory processing - and have more behavioural problems, including conduct disorders, hyperactivity, and decreased attention spans. Cognitive and behavioural deficits in children have lifelong consequences and result in increased costs for education and social services.

Seventeen studies have addressed the effects of ETS exposure on child development and behaviour. Most have controlled for sociodemographic characteristics and some have demonstrated dose-response relationships, with greater deficits among children with higher exposures. In some studies, children's postnatal ETS exposure and ETS exposure of nonsmoking mothers during pregnancy have been independently associated with subtle changes, albeit statistically significant, in child development and behaviour. Adverse effects resulting from children's postnatal exposure to tobacco smoke are biologically plausible in light of evidence of altered brain development in animal models. Taken as a whole, however, these studies are difficult to interpret, in part due to the possible influence of uncontrolled confounding factors. Thus, the effects of prenatal and postnatal ETS exposure on cognition and behaviour remain unclear.

Research directions

Future studies need to focus on specific effects or outcomes associated with different periods of exposure. Particular attention should be given to controlling for essential explanatory variables such as parental intelligence, social class, and home environment.



Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg

Stabile Umsätze und gesicherte Arbeitsplätze nach Einführung der rauchfreien Gastronomie



Hintergrund

In zahlreichen Ländern wurde die Gesundheitsgefährdung durch Passivrauchen in Gaststätten erkannt und gesetzliche Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten und der Gäste vor Tabakrauch ergriffen. Bereits elf Mitgliedsstaaten der europäischen Union, aber auch Neuseeland, Uruguay, die Bermudas, Bhutan, Kuba sowie nicht zuletzt zahlreiche Bundesstaaten der USA, Kanadas und Australiens haben sowohl rauchfreie öffentliche Ein-

richtungen als auch eine rauchfreie Gastronomie eingeführt. Dagegen besteht bislang in Deutschland keine gesetzliche Regelung für eine rauchfreie Gastronomie. Die Kritiker einer rauchfreien Gastronomie behaupten immer wieder, dass massive Umsatzeinbußen drohen würden und damit zahlreiche Arbeitsplätze abgebaut werden müssten. Diese Behauptungen werden im Folgenden durch objektive Daten widerlegt.

Kernaussagen

- Nach der Einführung einer rauchfreien Gastronomie in Irland blieben die Umsätze in Restaurants, Bars und Pubs stabil. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich auch für Norwegen feststellen.
- Mit Nachdruck erklärte der irische Ministerpräsident Bertie Ahern am 12. Juli 2006: „Ich kann Ihnen versichern, dass in Irland kein einziges Pub wegen finanzieller Verluste durch das Rauchverbot schließen musste.“
- In Irland konnten nach Einführung einer rauchfreien Gastronomie zusätzliche Arbeitsplätze in Hotels und Restaurants gewonnen werden.
- 98 Prozent der irischen Bevölkerung (darunter 94 Prozent der Raucher) bezeichneten die Gesetzesinitiative als eine positive Maßnahme zur Förderung der öffentlichen Gesundheit.
- Beobachtungen aus den USA belegen auch langfristig positive ökonomische Auswirkungen durch eine rauchfreie Gastronomie.
- In Kalifornien konnten nach der Einführung rauchfreier Restaurants (1995) und rauchfreier Bars (1998) bis zum Jahr 2005 rund 245.000 neue Arbeitsplätze in der Gastronomie geschaffen werden.
- In New York wurden seit der Einführung des „New York State’s Clean Indoor Air Act“ (Juli 2003) bis Juli 2005 über 36.000 neue Arbeitsplätze in der Gastronomie geschaffen.
- Die vorliegenden internationalen Erfahrungen zeigen, dass nach der Einführung einer rauchfreien Gastronomie stabile Umsätze und gesicherte Arbeitsplätze die Folge sind. Darüber hinaus findet sich auch in der Bevölkerung eine mehrheitliche Zustimmung für eine rauchfreie Gastronomie. Umfragen aus Ländern mit rauchfreien Bars und Restaurants belegen sogar eine steigende Zustimmung nach der Umstellung.

STABILE UMSÄTZE UND GESICHERTE ARBEITSPLÄTZE NACH EINFÜHRUNG DER RAUCHFREIEN GASTRONOMIE

1. Stabile Umsätze und gesicherte Arbeitsplätze nach Einführung der rauchfreien Gastronomie

Im Jahr 2004 fand ein fundamentaler Wandel im Hinblick auf den Gesundheitsschutz in der europäischen Gastronomie statt. Gleich drei Länder, nämlich Irland (März), Norwegen (Juni) und Malta (Oktober) führten eine rauchfreie Gastronomie auf gesetzlicher Grundlage ein. Diesen positiven Beispielen folgten im Jahr 2005 Italien (Januar) und Schweden (Juni) und im Januar 2006 Schottland und Lettland. Weitere Länder werden in Kürze folgen und haben bereits ihre Gesetzgebung geändert. So werden Großbritannien, Finnland, Belgien und Island 2007 eine rauchfreie Gastronomie einführen und Litauen im Jahr 2008. Frankreich erwägt ebenso eine vollständige rauchfreie Gastronomie. Spanien, Dänemark und Portugal haben bereits oder planen rauchfreie Gaststätten, sofern diese über mehr als 100 Quadratmeter verfügen.

Trotz der kurzen Zeitspanne seit der Einführung rauchfreier Gaststätten, Restaurants und Bars liegen bereits erste Erfahrungsberichte aus Irland und Norwegen vor, die fundierte Aussagen über die ökonomischen Auswirkungen dieser bedeutsamen Gesundheitsmaßnahme ermöglichen. Hinzu kommen weitere Studien, u. a. aus den US-Bundesstaaten Kalifornien und New York, die auf einen längeren Zeitraum seit der Einführung der rauchfreien Gastronomie zurückblicken können. Aus Italien, wo vor noch nicht einmal zwei Jahren eine umfassende rauchfreie Gastronomie eingeführt wurde, liegen noch keine repräsentativen Daten vor.

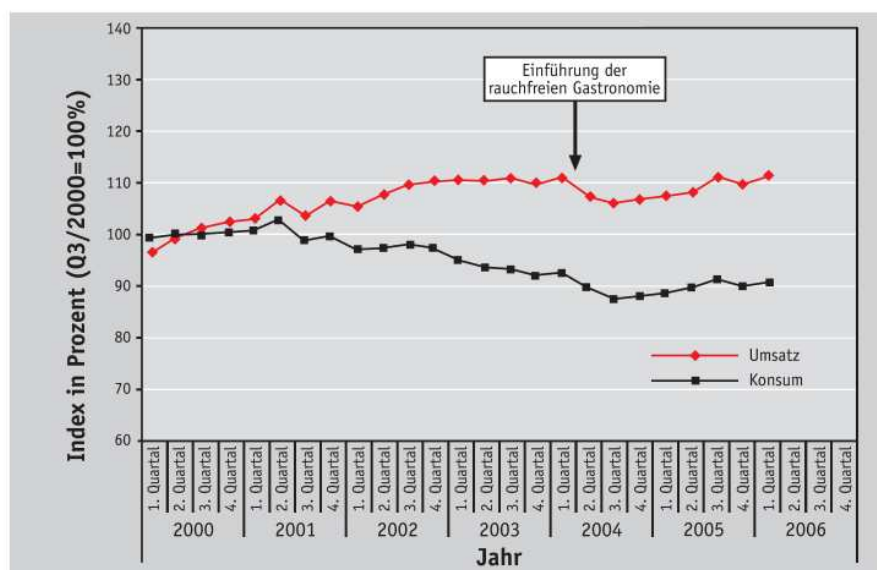
Erfahrungen aus Irland

Die irische Politik zeichnet sich durch einen beispielhaften Mut aus, denn in Irland fiel die Einführung der rauchfreien Gastronomie in einen ungünstigen Zeitraum: Bereits vor der Gesetzesinitiative wurden die Bierpreise – insbesondere in den Jahren 2000 bis 2003 – erheblich erhöht, was zu einem deutlichen Rückgang des Bierkonsums in Pubs und Bars führte. Dieser Rückgang hielt auch während und nach der Umsetzung des Gesetzes im März 2004 an. Dennoch konnten die Betriebe gleich bleibende Umsätze erzielen (Abb. 1), weil die Verbraucher statt Bier andere Getränke konsumierten und mehr Speisen verzehrten.

Zudem besteht in Irland, ebenso wie in ganz Europa, ein zunehmender Trend, Alkohol eher zu Hause als in Kneipen zu konsumieren¹⁵. Dieser Trend ist in Irland vor allem vor dem Hintergrund verschärfter Gesetze zur Verkehrssicherheit zu sehen. Die rauchfreie Gastronomie hat aber den hierdurch bedingten Rückgang des Bierkonsums nicht weiter verstärkt und auch die Umsatzentwicklung in Restaurants, Bars und Pubs wurde nicht beeinflusst. Mittlerweile übersteigen die Umsätze der irischen Gastronomie sogar den Höchststand vor der Einführung der rauchfreien Gastronomie.

Die Einführung der rauchfreien Gastronomie beeinträchtigte auch nicht die Arbeitsplatzsituation der in der Gastronomie beschäftigten Mitarbeiter. Nach Angaben des „Central Statistics Office of Ireland“ (CSO) verringerte sich zwar kurzfristig die Anzahl der Beschäftigten nach Einführung der rauchfreien Gastronomie um rund 1 Prozent, jedoch erhöhte sich diese Zahl dann innerhalb eines Jahres um insgesamt 3,0 Prozent (Abb. 2).

Abbildung 1:
Saisonal bereinigte Umsätze und Konsum (quartalsweise) in Pubs und Bars in Irland vor und nach der Einführung der rauchfreien Gastronomie im März 2004;
Quelle: Central Statistics Office, Ireland, 2006⁴;
Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2006.



STABILE UMSÄTZE UND GESICHERTE ARBEITSPLÄTZE NACH EINFÜHRUNG DER RAUCHFREIEN GASTRONOMIE

Erfahrungen aus Norwegen

Eine ähnliche Entwicklung lässt sich in Norwegen feststellen, wo im Juni 2004 eine rauchfreie Gastronomie eingeführt wurde. In Norwegen besteht hinsichtlich des Bierkonsums eine vergleichbare Situation wie in Irland. Auch hier sank der Bierkonsum bereits vor der Gesetzesinitiative. Dies zeigen die vom „Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research“ im Jahr 2006 veröffentlichten Ergebnisse über die Absatzfluktuation norwegischer Bierbrauereien vor und nach der Einführung der rauchfreien Gastronomie (Abb. 3)¹⁶. Demnach sank zunächst der Absatz von Bier im ersten Halbjahr nach Einführung der rauchfreien Gastronomie (im Vergleich zu der entsprechenden Periode vor der Einführung). Allerdings konnten innerhalb weniger Monate bereits wieder Absatz-

steigerungen festgestellt werden. Auch sind die zunächst beobachteten Absatzschwankungen nicht allein auf die Einführung der rauchfreien Gastronomie zurückzuführen, sondern ebenso das Ergebnis von Bierpreiserhöhungen und einer ungünstigen Wetterlage im Sommer 2004¹⁶.

Darüber hinaus verringerten sich die Umsätze in der Gastronomie in Norwegen nicht, was durch die abgeführte Mehrwertsteuer deutlich wird. Die Mehrwertseuereinnahmen des Staates, die von der norwegischen Gastronomie erbracht wurden, sind weitgehend stabil geblieben. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die Umsätze in der gesamten Gastronomie relativ konstant geblieben sind (Abb.4).

Abbildung 3:

Bierabsatz (in tausend Litern) der Brauereien an das Gastgewerbe in Norwegen vor und nach der Einführung der rauchfreien Gastronomie im Juni 2004; Quelle: Lund et al., 2006¹⁶; Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2006.

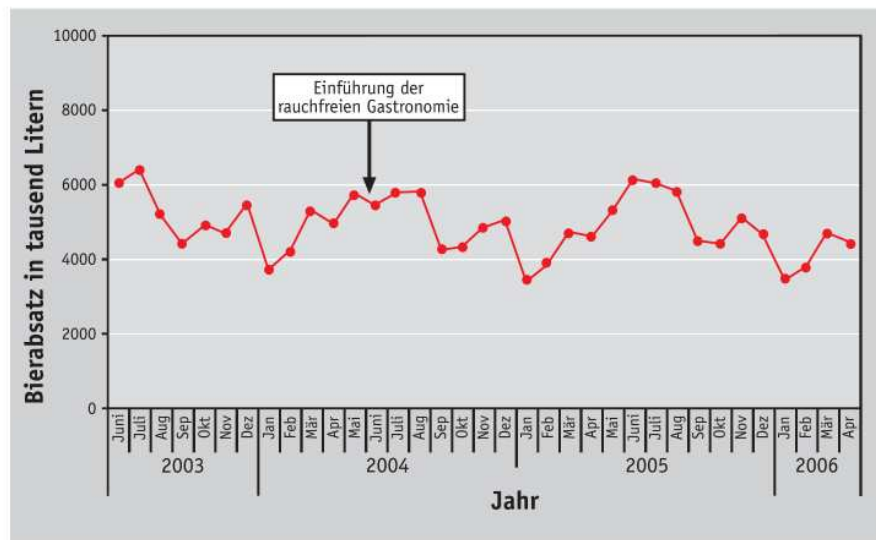
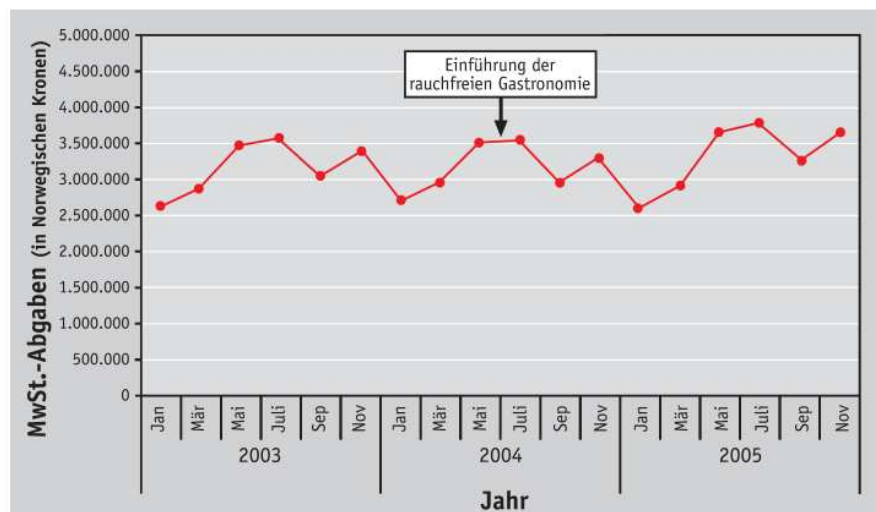


Abbildung 4:

MwSt-Abgaben der Restaurants, Bars und Pubs an das Finanzamt in Norwegen vor und nach der Einführung der rauchfreien Gastronomie im Juni 2004; Quelle: Lund et al., 2006¹⁷; Erklärung: Das statistische Amt in Norwegen „Statistics Norway“ (<http://www.ssb.no/english/>) beschaffte und erstellte diese Daten für die Evaluationsgruppe des Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research (<http://www.sirus.no/>); Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2006.



STABILE UMSÄTZE UND GESICHERTE ARBEITSPLÄTZE NACH EINFÜHRUNG DER RAUCHFREIEN GASTRONOMIE

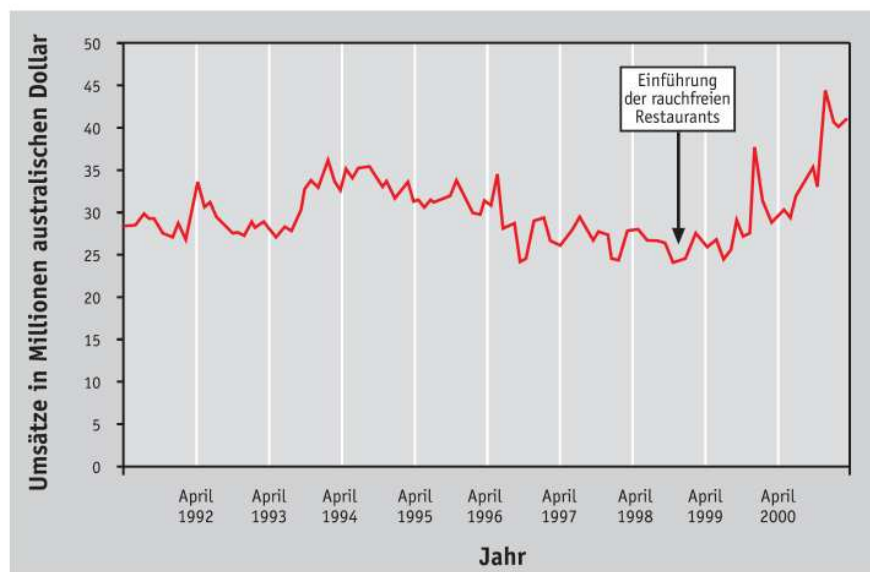
Erfahrungen aus Australien

Auch in Australien wurden seit dem Jahr 1995 rauchfreie öffentliche Einrichtungen und rauchfreie Arbeitsplätze eingeführt. Diese in den verschiedenen Bundesstaaten zu unterschiedlichen Zeitpunkten eingeführte Gesetzgebung wurde dann in Südaustralien am 04.01.1999 durch die Einführung rauchfreier Restaurants erweitert. Die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Studie zeigen, dass trotz der Einführung rauchfreier Restaurants in Südaustralien keine negative Auswirkung auf die monatlichen Umsätze

der Restaurants und Cafés festzustellen war (Abb. 11)^{27,32}. Es wird deutlich, dass der seit Januar 1994 anhaltende Trend sinkender Umsätze mit der Einführung der Gesetzesinitiative gestoppt wurde und sogar eine Umsatzsteigerung einsetzte. Folglich hat die Einführung rauchfreier Restaurants und Cafés in Südaustralien – wie auch in allen anderen Ländern mit einer rauchfreien Gastronomie – die Befürchtungen ihrer Gegner nicht bestätigt.

Abbildung 11:

Inflationsbereinigte monatliche Umsätze (in australischen Dollar) der Restaurants und Cafés in Südaustralien vor und nach der Einführung der rauchfreien Restaurants im Januar 1999; Quelle: Wakefield et al., 2002³²; Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2006.



2. Erhöhte Sach- und Personalkosten durch Tabakrauch in Gastronomiebetrieben

Unabhängig von der Umsatzentwicklung und der Arbeitsplatzsituation in der Gastronomie, entstehen den Gastronomiebetrieben beträchtliche vermeidbare Betriebskosten durch das Rauchen²⁶. In der Betriebswirtschaft unterscheidet man zur differenzierten Betrachtung der auftretenden Kosten vor allem zwischen Sach- und Personalkosten.

Sachkosten

Erhöhte Sachkosten entstehen den Gastronomiebetrieben insbesondere durch einen deutlich höheren Aufwand bei der Instandhaltung. So ist die Instandhaltung und Belüftung geschlossener Räume, in denen geraucht wird, erheblich wartungsintensiver als die Instandhaltung für rauchfreie Räume^{11,19,26}. Es ist ein häufigeres Anstreichen der Decken- und Wandbereiche, der Heizkörper, Türen und Fensterrahmen sowie der Austausch von Teppichböden und Sitzkissen bzw. Textilbespannungen und Gardinen

notwendig. Tischdecken und Mobiliar müssen aufgrund von Brandlöchern durch Zigaretten häufiger ersetzt werden, um das repräsentative Bild der Einrichtung zu erhalten. Auch der tägliche Aufwand für Aschenbecherreinigung, Müllbeseitigung von Zigarettenkippen und sonstigen damit verbundenen Reinigungsmaßnahmen erhöht die Betriebskosten teilweise erheblich²⁶. Rauchen in der Gastronomie wird darüber hinaus mit einem erhöhten Risiko für Brandentwicklung in Verbindung gebracht^{8,10}. Ferner entstehen durch das Rauchen in Gaststätten, Restaurants und Bars zusätzliche Kosten durch einen erhöhten Energieverbrauch, da häufigeres Lüften und damit verbundene erhöhte Heizkosten im Winter und erhöhter Gebrauch von Ventilationssystemen zur Lüftung im Sommer notwendig sind, um ein einigermaßen erträgliches Raumklima zu schaffen.

Personalkosten

In Deutschland sind rund 1.200.000 Personen im Gastgewerbe und davon rund 740.000 in Gaststätten beschäf-

STABILE UMSÄTZE UND GESICHERTE ARBEITSPLÄTZE NACH EINFÜHRUNG DER RAUCHFREIEN GASTRONOMIE

tigt²⁹. Die meisten dieser Mitarbeiter sind Tabakrauch schutzlos ausgesetzt. Daher sind die Mitarbeiter in Gastronomiebetrieben einem höheren Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko ausgesetzt als Mitarbeiter anderer Berufsgruppen^{12,13,34}. Ferner führt die körperliche Belastung der meisten Gastronomiemitarbeiter zu einer erhöhten Atemfrequenz mit der Folge der vermehrten Einatmung von Schadstoffen des Tabakrauches. Die häufigsten Folgeerscheinungen durch Passivrauchen sind Atemwegserkrankungen, Asthma sowie Kurzatmigkeit. Diese individuellen Gesundheitsbelastungen und -schäden finden ihren unmittelbaren Ausdruck auch in erhöhten Personalkosten. Eine rauchfreie Gastronomie verringert das gesundheitliche Gefährdungspotenzial der Mitarbeiter erheblich^{2,6,11,26,33}.

In Irland sank die Belastung an lungengängigen Partikeln durch Tabakrauch: Die Konzentration kleiner Partikel (PM 2,5) sank um 75 bis 96 Prozent, diejenige größerer Partikel (PM 10) um 47 bis 74 Prozent²². Auch in Kalifornien reduzierten sich infolge der gesetzlichen Regelung sowohl unter den Rauchenden als auch den nicht Rauchenden Gastronomiebeschäftigten verschiedene akute Atemwegssymptome um rund 60 Prozent und Hals-, Nasen- und Augenbeschwerden um rund 80 Prozent⁶. In Norwegen konnte eine deutlich verbesserte Lungenfunktion für Gastronomiemitarbeiter festgestellt werden; insbesondere bereits an Asthma erkrankte Mitarbeiter profitieren ganz besonders von der verbesserten Raumluft²⁸.

Abschließend kann festgehalten werden, dass eine rauchfreie Gastronomie die betriebswirtschaftlichen Kosten senkt und zu einer erheblich verbesserten Gesundheit der Mitarbeiter beiträgt.

3. Zustimmung der Bevölkerung in Ländern mit rauchfreier Gastronomie

Irland

Vor der Einführung der rauchfreien Gastronomie befürworteten 67 Prozent der irischen Bevölkerung (Raucher und Nichtraucher) diese Gesetzesinitiative und 81 Prozent gaben an, lieber in einer rauchfreien Umwelt zu leben. Ein Jahr nach der Einführung der rauchfreien Gastronomie wurde eine Wiederholungsbefragung durchgeführt mit einer überwältigenden Zustimmung: 96 Prozent (darunter 89 Prozent der Raucher) der Befragten antworteten, dass die Einführung erfolgreich sei und weitere 98 Prozent (darunter 94 Prozent der Raucher) sahen die Maßnahme als eine positive Förderung der öffentlichen Gesundheit an. Außerdem hielten 93 Prozent (darunter 80 Prozent der Raucher) die Gesetzesinitiative für eine gute Idee (Abb. 12)²⁵.

Über diese allgemein gehaltenen Fragen hinaus, wurden auch erwachsene Raucher in Irland zu ihrer Zustimmung vor und nach der Einführung rauchfreier Bars und Pubs sowie rauchfreier Restaurants befragt. Dabei stieg die Zustimmung zu rauchfreien Restaurants von 45 Prozent auf 77 Prozent. Bei der Frage nach der Akzeptanz zur Einführung rauchfreier Bars und Pubs erfolgte sogar eine Steigerung von 33 Prozentpunkten (von 13 Prozent auf 46 Prozent)³⁶.

In Irland wurde der Umsetzung des Gesetzes eine große Bedeutung zuerkannt und eigens hierfür ausgebildete „Inspektoren“ beauftragt. Der Erfolg war überwältigend: Betriebe mit Alkoholausschank waren zu 90 Prozent rauchfrei und Restaurants erreichten fast 100 Prozent (Abb. 13)²⁵. Diese weitreichende Zustimmung der Arbeitgeber,

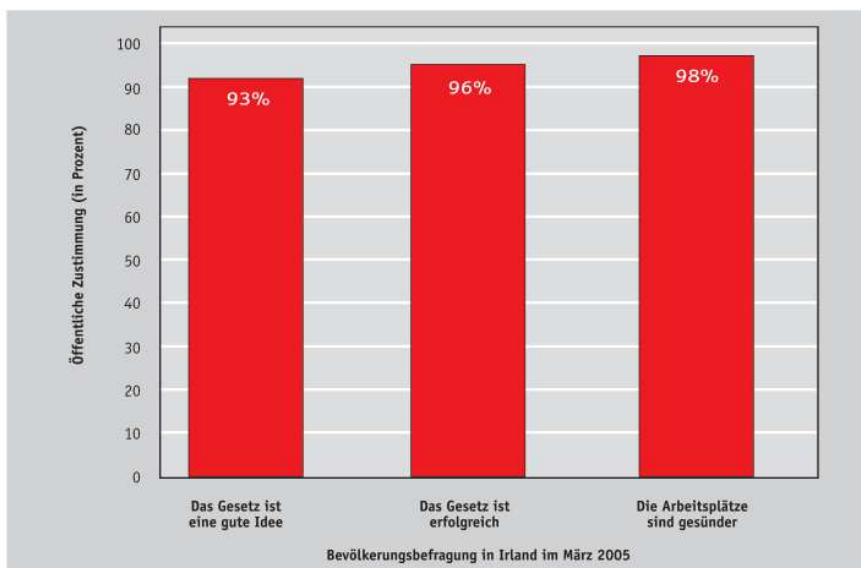


Abbildung 12:

Befragung der irischen Bevölkerung (ab 15 Jahren; n = 1000) zur Zustimmung zum Gesetz für vollständig rauchfreie Arbeitsplätze ein Jahr nach der Umsetzung (März 2005); Quelle: Office of Tobacco Control, 2005²⁵; Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2006.

Informationen für rauchende und nichtrauchende Arbeitnehmer

~~rauch~~ frei!

am Arbeitsplatz



BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

**Informationen
für rauchende und
nichtrauchende
Arbeitnehmer**

~~rauch~~frei!
am Arbeitsplatz

Beratungstelefon der BZgA zum Nichtrauchen:

0 18 05/31 31 31 (12 Cent/Min.)

Bestelladresse:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
51101 Köln

Fax-Bestellung:

02 21/89 92-257

Weitere Informationen im Internet unter:

www.bzga.de

Inhalt

Rauchen

- 2** Rauchen geht alle an
- 4** Alle rauchen mit
- 6** Die Folgen des Passivrauchens
- 8** Rauchen ist nicht angeboren
- 10** Macht abhängig
- 12** Sie auch ...?
- 14** Rauchertypen
- 16** Typische Situationen
- 22** Rauchen: Wie schädlich ist es wirklich?

Nichtraucherschutz

- 30** Nichtraucherschutz: Gesetzliche Grundlagen
- 32** Die Arbeitsstättenverordnung
- 34** Wichtig für die Beschäftigten
- 36** Muster einer Betriebsvereinbarung
- 42** Rechtsprechung
- 44** Grundsatzurteile

Kommunikation

- 46** Über das Rauchen reden
- 48** Gespräch und Brief
- 50** Musterbrief
- 52** Initiativen
- 54** Musterfragebogen
- 56** Informationstag
- 58** Ihr gutes Recht

Nicht rauchen

- 60** Rauchstopp
- 62** Kleine Hilfen
- 64** Verschiedene Methoden
- 66** Beratung
- 68** Unterstützung geben

Anhang

- 70** Adressen und Kontakte

Rauchen geht alle an

Beschäftigte verbringen in der Regel viel Zeit am Arbeitsplatz. Die Bedingungen dort können sie nur begrenzt beeinflussen. Darum sind gesetzliche Regelungen zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz so wichtig und schon lange selbstverständlicher Teil des Rechtssystems.





Die Gefahren des Rauchens sind in den letzten Jahren stärker in den Blick der Öffentlichkeit gerückt. Wissenschaftlich eindeutig belegt ist: **Rauchen und Passivrauchen schaden der Gesundheit!** Raucher können also auch die Gesundheit anderer beeinträchtigen. Obwohl es doch weitgehend eine persönliche Entscheidung ist, ob ein Mensch raucht oder nicht.

Gerade am Arbeitsplatz ist es von großer Bedeutung für viele Nichtraucher, wo und wann geraucht wird. Zwischen drei und vier Millionen Nichtraucher sind in Deutschland an ihrem Arbeitsplatz zum Mitrauchen gezwungen. Damit wird ihre Gesundheit erheblich beeinträchtigt.

Die Mehrzahl der Nichtraucher und auch viele Raucher begrüßen einen rauchfreien Arbeitsplatz. Das geht aus zahlreichen Umfragen hervor.

Der Gesetzgeber hat dem Trend zu mehr Gesundheit am Arbeitsplatz entsprochen. Im Oktober 2002 ist die geänderte Arbeitsstättenverordnung in Kraft getreten. Sie schreibt den Rechtsanspruch auf rauchfreie Luft am Arbeitsplatz fest.

Die Arbeitgeber – zusammen mit den Personal- und Betriebsräten – sind seitdem aufgefordert, geeignete Regeln zum Nichtraucherschutz umzusetzen.

Rauchen oder Nichtrauchen am Arbeitsplatz: Auch mit dem neuen Paragraphen zum Nichtraucherschutz wird das kein konfliktfreies Thema sein. Die vorliegende Broschüre bietet Informationen zu allen praktischen Fragen, die das Rauchen, den Nichtraucherschutz und den Rauchstopp betreffen. Sie richtet sich an nichtrauchende ebenso wie an rauchende Beschäftigte.

Alle rauchen mit

Ist Tabakqualm in der Luft nur lästig, weil er stinkt oder die Augen davon brennen? Nein, an dieses Märchen glauben mittlerweile nur noch wenige Menschen. Passivrauchen ist eine nicht zu unterschätzende Gesundheitsgefahr, das belegen wissenschaftliche Studien eindeutig.

Passivrauchen ist das unfreiwillige Einatmen von Tabakrauch. Eine brennende Zigarette produziert giftige und Krebs erregende Stoffe. Sie sind enthalten

- im Hauptstromrauch, den der Raucher einatmet,
- und im Nebstromrauch, der vom Glutkegel der Zigarette in die Luft entweicht.

Die Konzentration von Schadstoffen ist im Nebstromrauch teilweise sogar noch höher als im Hauptstromrauch.





Hochgiftige Stoffe gelangen also auch über den Glutkegel der Zigarette in die Raumlufte. Nichtraucher werden so gezwungenermaßen zu Mitrauchern, insbesondere in kleinen Arbeitsräumen oder im Auto. Sie nehmen diese Substanzen in teilweise hohen Konzentrationen auf. In verräuchten Räumen atmen sie an einem Tag Mengen an Krebs erregenden Stoffen ein, die denen mehrerer selbst gerauchter Zigaretten entsprechen.

Nichtraucher, die regelmäßig mitrauchen müssen, riskieren grundsätzlich die gleichen akuten und chronischen Gesundheitsschäden wie Raucher. Geringer sind nur Ausmaß und Häufigkeit der Schäden. Zu den unmittelbaren Folgen zählen Augenreizungen, Husten, Heiserkeit und Halsschmerzen, Schwindel und Übelkeit. Passivrauchen kann Lungenkrebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen oder begünstigen.

Die Folgen des Passivrauchens



- Als Folge des Passivrauchens erkranken in Deutschland jährlich etwa 400 Nichtraucher an Lungenkrebs. (Schätzung des Deutschen Krebsforschungszentrums [DKFZ] aus dem Jahre 1992.)

Die Experten sind sich über die gesundheitsschädliche und Krebs erregende Wirkung des Passivrauchens einig.

- Deshalb wurde Tabakrauch in der Raumluft als Stoff eingeordnet, der beim Menschen eindeutig Krebs erzeugt.
- Er wurde sogar in die oberste der fünf Gefährdungsstufen gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe eingestuft.
- Für Krebs erregende Substanzen existieren keine Schwellenwerte, unterhalb derer sie als nicht gesundheitsschädigend betrachtet werden können.
(MAK-Kommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft)¹
- **Tabakrauch gilt als der mit Abstand gefährlichste und am weitesten verbreitete Innenraumschadstoff. In Deutschland sind vermutlich zwischen drei und vier Millionen Nichtraucher an ihrem Arbeitsplatz unfreiwillig dem Tabakrauch ausgesetzt.**

Wege zu rauchfreier Luft am Arbeitsplatz werden daher zu Recht vom Staat gefördert und mit rechtlicher Regelung eingefordert. Hierbei geht es um den Schutz der Gesundheit. Mit der neuen Arbeitsstättenverordnung wird durch den Gesetzgeber Passivrauchen als grundsätzlich gesundheitsschädlich eingestuft.



¹ Maximale Arbeitsplatz-Konzentrationen (MAK)- und Biologische Arbeitsstoff-Toleranzwerte-Liste 1998 der Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Mitteilung 34, S. 114 f.

Rauchen ist nicht angeboren

***Warum schaden Menschen
gegen besseres Wissen ihrer
Gesundheit?***

***Warum bezahlen sie viel Geld
für das Inhalieren von Qualm,
für den schlechten Geschmack
im Mund?***

***Warum rauchen
Menschen überhaupt?***





Das könnten sich Außerirdische fragen, die auf der Erde landen und Raucher bei ihrem Tun beobachten. Klar ist auf jeden Fall:

Menschen werden als Nichtraucher geboren.

Die Gründe und Motive für das Rauchen sind unterschiedlich. Jugendliche greifen aus anderen Gründen zur Zigarette als gewohnheitsmäßig rauchende Erwachsene. Während für sie die empfundene angenehme Wirkung des Rauchens im Vordergrund steht, zählen für Jugendliche Gründe, die mit dem Image des Rauchens zusammenhängen.

Die meisten Raucher gewöhnen sich das Rauchen bereits in der Jugend an. Häufig spielt der Wunsch nach Zugehörigkeit und Anerkennung eine große Rolle. Rauchen Eltern, Geschwister und Gleichaltrige in der Gruppe? Dann ist die Gefahr groß, dass ihr Verhalten nachgeahmt wird.

Der Wunsch, sich erwachsen und sicher zu fühlen, ist im Jugendalter sehr stark. Das macht sich manche Zigarettenwerbung zunutze: Sie transportiert das Image der „coolen“ und „attraktiven“ Raucher.

Es wird eine Menge in Kauf genommen, um sich das Rauchen regelrecht anzugewöhnen, es zu „erlernen“: Übelkeit, Husten, Benommenheit, unangenehmer Geschmack im Mund und natürlich ein erheblicher finanzieller Aufwand. Aus der einmal angenommenen Rauchgewohnheit entwickelt sich dann bei etwa einem Drittel der Raucher eine Nikotinabhängigkeit.

Macht abhängig

Nur wenigen Rauchern ist bewusst: Das im Tabak enthaltene Nikotin ist eine hochwirksame Droge. Eine Droge, die so stark ist, dass sie eine Abhängigkeit erzeugt.





Mit der Zeit wird die Wirkung der Droge Nikotin nämlich zunehmend als angenehm empfunden. Immer tiefer wird inhaliert. Der tägliche Konsum an Zigaretten steigt. So entsteht fast unmerklich eine Abhängigkeit vom Nikotin.

Es hängt von vielen Faktoren ab, ob Raucher abhängig werden oder nicht. So genannte Genussraucher oder langjährige Gelegenheitsraucher zeigen, ein kontrollierter Umgang mit der Droge ist einigen Menschen durchaus möglich.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Kriterien für Tabakabhängigkeit entwickelt. Danach sind vermutlich 60 bis 80 Prozent aller gewohnheitsmäßigen Raucher nikotinabhängig. Kinder und Jugendliche werden besonders schnell abhängig. Oft genügen dafür wenige Wochen, manchmal auch nur wenige Tage.

Erhält der Körper kein Nikotin mehr, stellt sich bald ein unangenehmer körperlicher Zustand ein: die Entzugssymptome. Typische Beschwerden können dabei Reizbarkeit, depressive Stimmung, Herzklopfen, niedriger Blutdruck, Müdigkeit, Schlaf- und Verdauungsstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, vermehrter Appetit, Unruhe, Ärger, Angst und Nervosität sein.

Rauchen dient dann nur noch dem Vermeiden der körperlichen Entzugssymptome. Der automatische Griff zur Zigarette ist damit zu einer festen Gewohnheit geworden. Auch wer es eigentlich will und versucht, kann nicht mehr spontan von der Zigarette lassen.

Sie auch ...?

Fagerström-Fragebogen zur Nikotinabhängigkeit



- > Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?
- > Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino usw.), das Rauchen zu unterlassen?
- > Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?
- > Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?
- > Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?
- > Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

- Innerhalb von 5 min 3
 Nach 6 bis 30 min 2
 Nach 31 bis 60 min 1
 Nach 60 min 0

- Ja 1
 Nein 0

- Die erste am Morgen 1
 Andere 0

- Bis 10 0
 11 bis 20 1
 21 bis 30 2
 31 und mehr 3

- Ja 1
 Nein 0

- Ja 1
 Nein 0

Gesamtpunktzahl:



Auswertung

- 0 bis 4 Punkte:** geringe Tabakabhängigkeit
5 bis 6 Punkte: mittlere Tabakabhängigkeit
7 bis 10 Punkte: starke Tabakabhängigkeit

Rauchertypen

Es gibt verschiedene Typen von Rauchern mit unterschiedlichen Gründen für das Rauchen.

15 Millionen Deutsche im Alter von 15 bis 59 Jahren bezeichnen sich als regelmäßige oder starke Raucher. Dabei rauchen mit 9 Millionen noch immer mehr Männer als Frauen (5,9 Millionen). Hinzu kommen noch die vielen Gelegenheitsraucher. (Angaben der letzten großen Befragung im Jahr 1999 durch das Statistische Bundesamt.)





Identitätsraucher

Sie rauchen, um sich sicher zu fühlen und Selbstbewusstsein auszustrahlen. Vor allem Jugendliche und Frauen gehören zu diesem Typ.

Genussraucher

Sie rauchen nur zu besonderen Gelegenheiten, z.B. bei Festen oder Erfolgserlebnissen. Sie rauchen, weil es ihnen Spaß macht und genießen es.

Gewohnheitsraucher

Sie greifen bei vielen Gelegenheiten automatisch zur Zigarette: beim Fernsehen, nach dem Essen, zur Tasse Kaffee, beim Warten. Das Rauchen ist mit vielen täglichen Gewohnheiten verknüpft. Gewohnheitsraucher rauchen häufig viel. Meist sind sie körperlich und psychisch abhängig.

Entlastungs- oder Stressraucher

Sie rauchen, um mit ihren Gefühlen in unangenehmen Situationen besser fertig zu werden. Sie rauchen vor allem dann, wenn Schwierigkeiten oder Konflikte auftauchen. Sie halten das Rauchen für hilfreich, um kurzfristig besser mit Stress, Angst oder Anspannung umgehen zu können. Das führt häufig zu einer starken Abhängigkeit.

Typische Situationen



Wenn sich Raucher bewusst sind, was den Griff zur Zigarette auslöst, in welchen Situationen das Rauchverlangen besonders groß ist und zu welchem Typ sie gehören, ist bereits ein wichtiger Schritt auf dem Weg zum Rauchstopp getan. Sie können dann lernen, das Rauchverlangen in den Griff zu bekommen, Alternativen zum Rauchen zu finden und letztlich ganz auf Zigaretten zu verzichten.

Folgende Situationen sind typisch für großes Rauchverlangen – Alternativen zum Rauchen gibt es immer.

Überforderung

Bei Stress steigt für viele Raucher das Bedürfnis zu rauchen. Doch hilft das Rauchen wirklich bei Belastung oder Überforderung? Macht es nicht vielmehr noch nervöser? Ein Teufelskreis beginnt: Mehr Stress führt zu mehr Zigaretten, mehr Zigaretten führen zu mehr Stress. Das ist also keine Lösung. Und eins ist auch klar, Rauchen beseitigt die Schwierigkeiten nicht. Sinnvoller ist es, Spannungen und Konflikte rechtzeitig zu erkennen, sie direkt und konstruktiv anzugehen. Bitten Sie zum Beispiel Vorgesetzte um ein Gespräch, wenn die Arbeitsbelastung zu hoch wird oder machen Sie in regelmäßigen kurzen Abständen kleine Erholungspausen. Aktiv nach konkreten Lösungen suchen und eigene Stärken entwickeln – das ist in jedem Fall besser als pausenlos zu rauchen.

Unzufriedenheit und Ärger

Viele Raucher hoffen, mit dem Rauchen die eigenen Gefühle in den Griff zu bekommen. Streit und Konflikt, Enttäuschung, Depressionen, Stress oder eine emotionale Krise aufgrund eines Schicksalsschlages – solche Situationen verleiten zum starken Rauchen. Aber auch hier hilft Rauchen nur vordergründig. Es löst die Konflikte ja nicht und beseitigt auch keine Probleme. Mut und Offenheit bei der Ansprache von Problemen helfen da in der Regel nachhaltiger.



Geselligkeit

Gesellige Situationen, in denen geraucht wird – das sind für viele Raucher Anlässe, mehr zu rauchen als üblich. Rauchen ist dabei häufig ein soziales Ritual. Es erleichtert den Kontakt. Sich da abzugrenzen, fällt vielen schwer. Doch Rauchen verliert auch hier die gesellschaftliche Funktion mehr und mehr. Wer nicht mehr mit- raucht, kann für andere Vorbildfunktion haben und sie ermutigen, es ebenso zu tun. Wer es schafft, ganz aufzuhören, wird vielleicht sogar bewundert: Es beweist Willensstärke und Selbstvertrauen. Beobachten Sie Ihr Verhalten und suchen Sie nach Alternativen zum Rauchen. Einfach einmal anders reagieren als üblich – das kann der erste Schritt zum Rauchstopp sein.



Routine und Gewohnheit

Die Macht der Gewohnheit kennen viele Raucher. Bestimmte Situationen sind fast automatisch mit dem Rauchen verbunden. Nach dem Aufwachen, dem Frühstück oder Mittagessen, zur Tasse Kaffee oder zum Bier – der Griff zur Zigarette ist reflexartig. Was können Sie tun, wenn Sie daran etwas ändern wollen? Ändern Sie zum Beispiel den gewohnten Tagesablauf, bis sich ein neues Verhalten ohne Zigarette stabilisiert hat. Sie selbst wissen am besten, welche Verhaltensalternativen Ihnen am meisten liegen.



Anregung und Entspannung

Raucher empfinden sowohl eine anregende als auch eine entspannende Wirkung, je nachdem wann sie rauchen. Einige sind der Meinung, dass sie durch das Rauchen ihre Konzentrationsleistung steigern können. Tatsächlich ist dies nicht zwangsläufig so. Legt man Rauchern und Nichtrauchern in einem Test dieselben Konzentrationsaufgaben vor, schneiden Nichtraucher eher besser ab. Was könnten also die Alternativen sein, um sich besser zu entspannen, zu konzentrieren oder neue Energie aufzutanken? Bewegung und kleine Entspannungsübungen zum Beispiel sind immer eine gute Möglichkeit, auf kritische Situationen zu reagieren, in denen der Griff zur Zigarette nahe liegt.



Die „schlanke Linie“

Dem Idealbild der Frau aus den Medien – schön, schlank und erfolgreich – wollen viele gern entsprechen. Gerade jene, denen eine schlanke Figur besonders wichtig ist, rauchen häufig. Sie glauben, damit könnten sie ihr Gewicht kontrollieren – eine denkbar ungesunde Art der Gewichtskontrolle.

Es gibt viele gesunde Alternativen, das Gewicht zu kontrollieren – auch bei einem Rauchstopp. Ausreichende Bewegung und eine Ernährung mit viel Obst und Gemüse sind die besten Garanten für Normalgewicht. Regelmäßige Spaziergänge in der Natur als körperliches Training können bereits ausreichend sein; sie tun zudem der Seele gut. Gegen auftauchende Hungergefühle helfen kalorienarme Snacks und viel trinken (Wasser, verdünnte Säfte). Essen Sie bewusst und mit Genuss, statt sich mit Diäten zu quälen, die zu Heißhunger führen. Das eine oder andere Kilo Gewichtszunahme ist nicht gleich eine Katastrophe. Zwei bis vier Monate nach dem Rauchstopp hat sich das Gewicht in der Regel wieder eingependelt.



Rauchen: Wie schädlich ist es wirklich?

„Rauchen schadet der Gesundheit.“ Diesen Satz kennen alle Raucher. Das tatsächliche Ausmaß der Gesundheitsgefahren und die vielfältigen Zusammenhänge zwischen Rauchen und Krankheiten kennen aber nur die wenigsten. Wie schädlich ist Rauchen denn nun wirklich?





Tabakrauch: Ein gefährliches Schadstoffgemisch

Tabakrauch enthält neben Nikotin

- mehr als viertausend chemische Einzelsubstanzen.
- Mehr als vierzig davon sind Krebs erregend – dazu gehören polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe, verschiedene Schwermetallverbindungen und Benzol.
- Auch zahlreiche giftige Substanzen wie Kohlenmonoxid, Stickoxid, Blausäure und schleimhautreizende Stoffe wie Phenole, Säuren und Ammoniak sind dabei.
- Nikotin selbst ist ein hochwirksames Gefäß- und Nervengift.

Die massive Konzentration von Schadstoffen, die Raucher inhalieren, mindert die Reinigungsfähigkeit der Flimmerhärchen in den Bronchien. Gleichzeitig wird dort immer mehr Schleim gebildet, den die geschädigten Flimmerhärchen nicht mehr abtransportieren können. Schleim ist ein Nährboden für Bakterien. Auch das Abwehrsystem in den Bronchien wird durch den Tabakrauch geschädigt. Ist es da ein Wunder, dass Raucher häufig an Atemwegsinfekten leiden – besonders im Herbst und in den Wintermonaten? Das Kohlenmonoxid im Tabakrauch führt zu einer Verringerung des Sauerstoffgehaltes im Blut. Sämtliche Organe werden schlechter durchblutet und leiden an Sauerstoffmangel.

Die unmittelbaren Folgen des Rauchens können sein:

Kopfschmerzen, Schwindel, Atemnot und Atemwegsinfekte, erhöhte Herzfrequenz und erhöhter Blutdruck, Nervosität, Zittern, Schlaflosigkeit, Verdauungsbeschwerden, Gelenk- und Muskelschmerzen und andere Unwohlgefühle. Die langfristigen und chronischen Beschwerden und Krankheiten, die durch das Rauchen verursacht werden, sind aber noch schlimmer als die direkten Folgen:

Täglich sterben in Deutschland mehr als 350 Menschen an den Folgen des Rauchens. In den Industrieländern ist Rauchen die häufigste und am besten belegte Einzelursache für frühzeitigen Tod. Weltweit sterben täglich 10.000 Menschen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs als Folge des Rauchens.





Allein in Deutschland sterben jährlich ungefähr 140.000 Menschen an tabakbedingten Erkrankungen. Das sind mehr Menschen als durch Verkehrsunfälle, Aids, Alkohol, illegale Drogen, Morde und Selbstmorde umkommen.



Rauchen verursacht Lungenkrebs

Rauchen ist die wichtigste Ursache von Lungenkrebs. Neun von zehn Lungenkrebstoten haben stark geraucht. Lungenkrebs wird meist erst im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert. Die Heilungschancen sind dann ausgesprochen schlecht. Fünf Jahre nach der Diagnose leben nur noch 10% der Erkrankten. Frauen sind dabei aufgrund ihrer Konstitution möglicherweise anfälliger. Da immer mehr Frauen rauchen, zeichnet sich ab, dass die Häufigkeit von Lungenkrebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder anderen tabakbedingten Krankheiten bei ihnen steigen wird. Das Robert-Koch-Institut (RKI) in Berlin bestätigt diesen Trend für Lungenkrebs: Die Sterblichkeitsrate sank bei Männern – auf insgesamt hohem Level – dagegen stieg sie bei Frauen weiter an.





Neben Lungenkrebs verursacht Rauchen zahlreiche weitere Krebserkrankungen. Dies sind vor allem Krebserkrankungen des Kehlkopfes, der Mundhöhle und der Speiseröhre, der Verdauungsorgane (Magen, Darm, Bauchspeicheldrüse), der ableitenden Harnwege (Nieren, Blase) und der Prostata und des Gebärmutterhalses sowie Leukämien. Zusammenhänge mit anderen Krebserkrankungen, zum Beispiel mit Brustkrebs, werden noch diskutiert.

Rauchen führt zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Häufigste Folge des Tabakkonsums sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Raucher leiden häufiger an Bluthochdruck, koronaren Herzkrankheiten und Arteriosklerose. Ihr relatives Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall ist gegenüber Nichtrauchern deutlich erhöht. Das so genannte Raucherbein oder auch Impotenz sind Beispiele für die Folgen von Durchblutungsstörungen, verursacht durch Rauchen. Da Rauchen die Gefäße schädigt, müssen rauchende Diabetesranke schneller mit dem Auftreten von Diabetesfolgeschäden rechnen, wie Nieren- oder Augenerkrankungen oder diabetischer Fuß.

Rauchen ist besonders gefährlich für Menschen, die bereits ein erhöhtes Risiko für eine Herzerkrankung haben und zum Beispiel an Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörungen leiden. Wer nach einer Bypassoperation oder einem Herzinfarkt weiterrauht, verringert seine Überlebenschancen drastisch.

Rauchen verursacht chronische Erkrankungen

Raucher leiden deutlich häufiger als Nichtraucher an Atemwegserkrankungen wie Atemwegsinfekten, Atemnot, Raucherhusten, chronischer Bronchitis und Lungenemphysem. Asthma wird durch Rauchen nicht nur verschlimmert, sondern unter Umständen sogar verursacht. Rauchen stört die Wundheilung und fördert die Entstehung von Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren. Es fördert die Entwicklung von Knochenschäden und Knochenschwund, der Osteoporose.





Während der Schwangerschaft

Rauchen während der Schwangerschaft ist ein besonderes Risiko. Es führt zu häufigeren Fehlgeburten. Die Babys haben ein geringeres Geburtsgewicht. Kinder, deren Mütter rauchen oder durch Passivrauchen gefährdet sind, haben eine schlechtere gesundheitliche Ausgangsbasis als Kinder von nicht rauchenden Müttern. Sie sind auch später anfälliger für Krankheiten. Der plötzliche Kindstod tritt bei Babys rauchender Eltern relativ häufiger auf.

**Das Risiko für all diese Gesundheitsschäden durch Rauchen hängt auch von der Zahl der täglich gerauchten Zigaretten ab.
Dennoch gilt: Jede einzelne Zigarette schadet.**

Nichtraucherschutz: Gesetzliche Grundlagen

Beschäftigte haben einen Rechtsanspruch auf Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz.

Der Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz beschäftigt schon seit langem Gesetzgeber und Gerichte. Den gesetzlichen Rahmen lieferten bei Urteilen in der Vergangenheit meist das Arbeitsschutzgesetz, das Bürgerliche Gesetzbuch und die Arbeitsstättenverordnung. Der Anspruch auf Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz – und dazu gehört auch der Nichtraucherschutz – findet sich zum Beispiel in folgenden Vorschriften:

§ 1 Abs. 1 Zielsetzung ...

§ 4 Allgemeine Grundsätze

Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246)

Dieses Gesetz dient dazu, Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit ... zu sichern und zu verbessern.

Der Arbeitgeber hat ... von folgenden allgemeinen Grundsätzen auszugehen:

- 1.** Die Arbeit ist so zu gestalten, dass eine Gefährdung für Leben und Gesundheit möglichst vermieden ... wird;
- 2.** Gefahren sind an ihrer Quelle zu bekämpfen; ...
- 3.** individuelle Schutzmaßnahmen sind nachrangig zu anderen Maßnahmen;
- 4.** spezielle Gefahren für besonders schutzbedürftige Beschäftigengruppen sind zu berücksichtigen; ...

§ 618 Abs. 1: Pflicht zu Schutzmaßnahmen

**Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)
zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz**

Der Dienstberechtigte (Arbeitgeber, die Red.) hat Räume, Vorrichtungen oder ... so einzurichten und zu unterhalten und Dienstleistungen ... so zu regeln, dass der Verpflichtete (Arbeitnehmer, die Red.) gegen Gefahr für Leben und Gesundheit soweit geschützt ist, als die Natur der Dienstleistung (Arbeit, die Red.) es gestattet.



Die Arbeitsstättenverordnung



§ 3a Nichtraucherchutz

Im Oktober 2002 ist mit § 3a folgende Änderung der Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) in Kraft getreten:

„(1) Der Arbeitgeber hat die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, damit die nichtrauchenden Beschäftigten in Arbeitsstätten wirksam vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch geschützt sind.

(2) In Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr hat der Arbeitgeber Schutzmaßnahmen nur insoweit zu treffen, als die Natur des Betriebes und die Art der Beschäftigung es zulassen.“

Für den Nichtraucherchutz ist in der Vergangenheit vor allem § 5 der Arbeitsstättenverordnung, der auch weiterhin gilt, von Interesse gewesen:

§ 5 Lüftung

„In Arbeitsräumen muss unter Berücksichtigung der angewandten Arbeitsverfahren und der körperlichen Beanspruchung der Arbeitnehmer während der Arbeitszeit ausreichend gesundheitlich zuträgliche Atemluft vorhanden sein. Wird für die nach Satz 1 erforderliche Atemluft durch eine Lüftungstechnische Anlage ... gesorgt, muss diese jederzeit funktionsfähig sein.“



Ausdrücklich wurde der Nichtraucherschutz bis zur Änderung der Arbeitsstättenverordnung nur in Pausen-, Bereitschafts- und Liegeräumen eingefordert. Der alte § 32 mit dieser Regelung entfällt mit der Einführung von § 3a.

Der neue § 3a der Arbeitsstättenverordnung schreibt nun den Nichtraucherschutz für die gesamte Arbeitsstätte fest. Dazu gehören die Arbeitsräume, aber auch Treppen und Aufzüge, Umkleide-, Wasch- und Toilettenräume, Pausen-, Bereitschafts- und Liegeräume, Sanitätsräume und Ähnliches.

In Absatz 2 (Publikumsverkehr) hat der Gesetzgeber insbesondere an das Gastronomie- und Hotelgewerbe gedacht, aus dessen „Natur“ sich ergibt, dass dort geraucht wird.

Die Neuregelung der Arbeitsstättenverordnung trägt den wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Krebs erzeugende Wirkung des Passivrauchens Rechnung und schreibt fest, dass grundsätzlich von der Gesundheitsschädlichkeit des Passivrauchens auszugehen ist. Sie ist zudem eine Konsequenz der neueren Einzelfallrechtsprechung, in der das Recht auf Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz immer wieder bestätigt und ihm Vorrang vor dem Recht der Raucher auf freie Entfaltung eingeräumt wird.

Wichtig für die Beschäftigten



Die Arbeitsstättenverordnung bedeutet ohne Zweifel eine Stärkung der Situation von Nichtrauchern, denn deren Schutz hat mit der neuen Regelung eine sichere Rechtsgrundlage erhalten.

Jeder Beschäftigte und jede Beschäftigte hat nun einen arbeitsvertraglichen Rechtsanspruch gegen den Arbeitgeber, ihn wirksam vor den Gesundheitsgefahren des Tabakrauchs zu schützen. Ein solch genereller Anspruch – ausdrücklich auf Tabakrauch bezogen – bestand bisher nicht. Auch der Betriebsrat hat nun eine eindeutige Rechtsgrundlage für sein Mitbestimmungs- und Initiativrecht, um den Nichtraucherschutz beispielsweise in einer Betriebsvereinbarung zu regeln.

Zwar haben Raucher nach wie vor das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, wozu auch das Rauchen gehört. Aber an der Arbeitsstätte ist die Verpflichtung des Arbeitgebers nun rechtlich festgeschrieben und daher vorrangig: Der Nichtraucherschutz ist zu gewährleisten. Welche Maßnahmen ein Betrieb umsetzt, um einen wirksamen Nichtraucherschutz im Betrieb zu garantieren, liegt dabei in den Händen der Sozialpartner. In kleinen Betrieben ohne Mitbestimmung liegt er in der Hand des Arbeitgebers.

Betriebsvereinbarung

Empfehlenswert ist eine Betriebsvereinbarung, in Behörden eine Dienstvereinbarung.

Der Vorteil einer Betriebsvereinbarung: Zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmervertretung werden allgemein gültige Regelungen zum Nichtraucherschutz rechtsgültig verankert.



Muster einer Betriebsvereinbarung

Bei den vielen verschiedenen Formen einer Betriebsvereinbarung ist zunächst wichtig:

- *Die Zielsetzung klar darlegen: Die einzelnen Regelungen müssen möglichst konkret und praktisch umsetzbar sein.*
- *Die Inhalte einer Betriebsvereinbarung festlegen: Geltungsbe- reich – Geltungsumfang, Zielsetzung, Regelungen, Hilfsangebote, Angebote zur Personalentwicklung, Fortbildungen für bestimmte Zielgruppen wie Führungskräfte, Betriebs-/Personalräte, Personal- sachbearbeitende, arbeitsmedizinische Dienste.*
- *Für die betriebliche Praxis: Die Führungskräfte und die Betriebsräte müssen mit der Anwendung und Durchführung der Vereinbarung vertraut gemacht werden.*

Wenn Betriebsvereinbarungen von allen Beteiligten und Betroffenen gemeinsam entwickelt werden, ist ihre erfolgreiche Umsetzung meist garantiert. Der hierzu notwendige Entwicklungsprozess ist wichtig. Er wird geschwächt oder sogar unterbunden, wenn die Betriebsvereinbarung eines anderen Unternehmens einfach übernommen wird. Prüfen Sie deshalb genau die hier als Muster aufgeführte Vereinbarung. Ist sie für die eigenen betrieblichen Gegebenheiten geeignet? Welche Schritte sind nötig, um sie den konkreten betrieblichen Gegebenheiten anzupassen?

Präambel

Muster einer Betriebsvereinbarung zum Nichtraucherschutz

Rauchen stellt eine der größten Gesundheitsgefährdungen dar: Jährlich sterben ungefähr 140.000 Personen in Deutschland an tabakbedingten Krankheiten, vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch Lungenkrebs und anderen Krebsarten, die durch Rauchen begünstigt werden.

Wissenschaftlich eindeutig bewiesen ist auch die Gesundheits-schädlichkeit des Passivrauchens.

Der Gesetzgeber hat dieser Erkenntnis Rechnung getragen und verpflichtet den Arbeitgeber, nichtrauchende Beschäftigte vor den Gefahren des Passivrauchens wirksam zu schützen

(§ 3a ArbStättV).

Gemeinsames Verständnis der Unternehmensleitung und der Arbeitnehmervertretung ist es, alle Beschäftigten vor gesundheitlichen Gefährdungen und vermeidbaren Belastungen durch das Rauchen konsequent zu schützen. Die Einschränkung des Rauchens dient dem Wohle und dem Schutz der Gesundheit aller Beschäftigten und wird nicht zu einer Diskriminierung der Raucher führen. Gleichzeitig mit der weitestgehenden Einschränkung des Rauchens werden die Aufklärung über die Gefahren des Rauchens und das Angebot der Beratung und Tabakentwöhnung für Raucher verstärkt.



Um Beschäftigte vor den Gesundheitsgefahren des Passivrauchens wirksam zu schützen, wird folgende Vereinbarung geschlossen:

§ 1 Grundsatz

Das generelle Rauchverbot dient dem allgemeinen Nichtraucher-schutz vor gesundheitlicher Gefährdung und Belastung durch Passivrauchen.

§ 2 Rauchverbot

Es gilt ein uneingeschränktes Rauchverbot

- > an allen Arbeitsplätzen
- > auf allen Gängen
- > in Kantine, Kasino und Cafeteria
- > auf allen Toiletten
- > in allen Fahrstühlen
- > in Lehr- und Unterrichtsräumen
- > in Sanitätsräumen
- > in Aufenthalts- und Pausenräumen
- > in Dienstfahrzeugen





Rauchen ist nur im Außenbereich in dem hierfür vorgesehenen Unterstand gestattet (alternativ mit Zonen für Raucher siehe § 3).

Bei Besprechungen, Konferenzen und ähnlichen dienstlichen Veranstaltungen gilt ebenfalls ein uneingeschränktes Rauchverbot. Die Sitzungsleitung kann Rauchpausen anbieten, sollte dies von der Mehrheit der Raucher erwünscht sein.

Vorhandene Aschenbecher werden entfernt bzw. außer Funktion gesetzt.

§ 3 Zonen für Raucher/Alternativ: Raucherräume (s. Seite 40)

Den Beschäftigten, die sich das Rauchen nicht abgewöhnen wollen, wird in speziellen Zonen Gelegenheit gegeben, zu rauchen. Die Einrichtung von Raucherzonen wird bei der Kostenbudgetierung berücksichtigt und geschieht nach den jeweils örtlich möglichen Gegebenheiten. Ist aus baulichen und/oder organisatorischen Gründen die Einrichtung einer Raucherzone nicht möglich, so gilt in der betreffenden Organisationseinheit aufgrund des Vorranges des Gesundheitsschutzes (§ 3a ArbStättV) das Rauchverbot gemäß § 2 uneingeschränkt.

§ 3 Raucherräume

Alternativ:

Es wird ein Raucherraum pro Etage zur Verfügung gestellt. Die Raucherräume werden an eine separate Belüftung angeschlossen, sodass der Rauch nicht durch die Klimaanlage in die Büro- und Arbeitsräume gelangen kann. Lage, Größe und Ausstattung der Raucherräume werden einvernehmlich von Unternehmensleitung und Betriebsrat festgelegt.

§ 4 Aufklärung und Tabakentwöhnung

Die Bemühungen, über die Gefahren des Rauchens und Passivrauchens aufzuklären, werden verstärkt. Maßnahmen sind z.B. Artikel in der Mitarbeiterzeitung, Auslage von Informationsmaterial, Vorträge auf der Betriebsversammlung. Außerdem werden Raucherberater ausgebildet, die aufhörwillige Raucher bei der Tabakentwöhnung unterstützen. Betriebsinterne Tabakentwöhnungskurse werden ab dem [Datum] regelmäßig angeboten werden. Die Betriebsärztin oder der Betriebsarzt wird Aufklärungs- und Entwöhnungsmaßnahmen betreuen und als Ansprechperson aus medizinischer Sicht zur Verfügung stehen.





§ 5 Verantwortlichkeit

Alle Vorgesetzten tragen in ihrem Verantwortungsbereich dafür Sorge, dass die Regelungen dieser Vereinbarung bekannt gemacht werden und die Umsetzung sichergestellt wird.

§ 6 Sonstige Regelungen

Der gewerbsmäßige Verkauf von Tabakerzeugnissen im Betrieb und auf dem zugehörigen Gelände ist nicht gestattet. Zigarettenautomaten werden bis zum [Datum] abgebaut.

§ 7 Schlussbestimmung

Diese Vereinbarung tritt zum [Datum] in Kraft.

Rechtsprechung

Für Sie wichtig zu wissen:

Der Nichtraucherschutz greift unabhängig davon, ob sich nicht-rauchende Beschäftigte durch das Passivrauchen belästigt oder gesundheitlich beeinträchtigt fühlen oder nicht.

Es kommt also nicht mehr auf die Durchsetzungsfähigkeit einzelner Nichtraucher an, wenn es um den Gesundheitsschutz geht. Gerichte müssen im Regelfall nicht mehr bemüht werden, da die Gewerbeaufsicht oder die Ämter für Arbeits- und Emissionsschutz eine Kontrollfunktion übernehmen und bei Verstößen gegen § 3a ArbStättV hinzugezogen werden sollten.

Empfehlungen zur praktischen Umsetzung der neuen Arbeitsstättenverordnung in Betrieben finden Sie auch auf der Internetseite **www.rauchfrei-am-arbeitsplatz.de** und in der Broschüre „**Rauchfrei am Arbeitsplatz – Ein Leitfaden für Betriebe**“ (zu bestellen über BZgA, 51101 Köln, oder über das Internet www.bzga.de; Bestellnummer 31 040 000).





Rechtsprechung der Vergangenheit

Wenn Nichtraucher in der Vergangenheit ihr Recht auf einen rauchfreien Arbeitsplatz auf der Basis der oben genannten Gesetze einforderten, so geschah dies oft auf dem Klageweg. Bereits vor Änderung der Arbeitsstättenverordnung ist dem Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz dabei immer wieder deutlich Vorrang gegenüber dem Recht von Rauchern auf freie Entfaltung eingeräumt worden. Der verstärkte Trend zu mehr Gesundheitsbewusstsein hat sich in verschiedenen höchstrichterlichen Urteilen niedergeschlagen.

Grundsatzurteile

Grundsatzurteil des Bundesarbeitsgerichts:

Die Neuregelung der Arbeitsstättenverordnung in § 3a stabilisiert und bestätigt diese bisherige Rechtsprechung.

Das Bundesarbeitsgericht sprach am 17.2.1998 einer asthmapatientin im Großraumbüro einer Autovermietungsfirma das Recht auf einen rauchfreien Arbeitsplatz zu. (Az. 9 AZR 84/97)

Aus einem Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 19. Januar 1999:

Das Bundesarbeitsgericht entschied in seinem Urteil vom 19.1.1999, dass Betriebsrat und Arbeitgeber in einer Betriebsvereinbarung ein generelles Rauchverbot für alle geschlossenen Räume im Betrieb anordnen dürfen. Eine solche Anordnung ist auch dann verbindlich, wenn sie „nur“ dem Gesundheitsschutz der Nichtraucher dient. Der Arbeitgeber ist nicht verpflichtet, separate Räume einzurichten, in denen geraucht werden darf. Es reicht aus, wenn rauchende Arbeitnehmer hin und wieder Gelegenheit haben, ohne Beeinträchtigung von Nichtrauchern, etwa in den Arbeitspausen an der freien Luft, dem Rauchgenuss nachzugehen. (Az. 1 AZR 499/98)

Das Bundesverfassungsgericht

konstatierte aufgrund von Verfassungsbeschwerden mehrerer Zigarettenhersteller, die den Aufdruck „Rauchen gefährdet die Gesundheit“ als gegen das Grundrecht der Meinungsfreiheit verstößend verbieten lassen wollten, am 22.1.1997:

Rauchen tötet mehr Menschen als „Verkehrsunfälle, Aids, Alkohol, illegale Drogen, Morde und Selbstmorde zusammen. Im Ergebnis ist nach heutigem medizinischen Kenntnisstand gesichert, dass Rauchen auch die Gesundheit der nicht rauchenden Menschen gefährdet.“ (Az. 2 BvR 1915/91)



Hinweis: Der neue § 3a ArbStättV schränkt zwar den Nichtraucherschutz in Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr ein, entbindet den Arbeitgeber aber nicht von seiner Verpflichtung, den bestmöglichen Nichtraucherschutz zu gewährleisten. Hier hat der Gesetzgeber in erster Linie Lüftungstechnische Maßnahmen im Blick.

Über das Rauchen reden

Einen großen Teil unseres Lebens verbringen wir am Arbeitsplatz. Klar, dass Gesundheitsgefährdungen am Arbeitsplatz uns nicht gleichgültig lassen.



Aufeinander zugehen

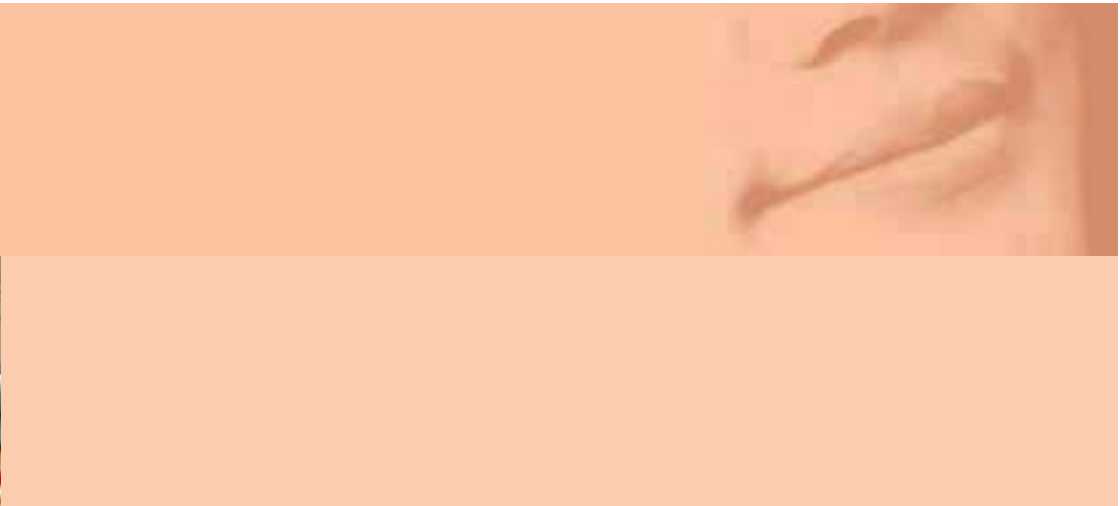
Wer eine rauchfreie Umgebung einfordert, wird gerne einmal als Störenfried bezeichnet oder der Intoleranz bezichtigt. Das ist die Erfahrung vieler Beschäftigter.

Konfrontation ist eher kein wirksames Mittel zur Lösung von Interessenkonflikten. Zwar ist es nicht immer leicht, Verständnis und Einfühlungsvermögen in die Sichtweise des anderen aufzubringen. Trotzdem werden aber so Lösungen gefunden, die für alle tragbar sind.

Der Schlüssel heißt: Kommunikation – miteinander reden.

Wenn es eine breite betriebliche Diskussion zum Schutz von Nichtrauchern gibt, wenn Raucher und Nichtraucher gemeinsam ein Ziel definiert haben und sich auf Maßnahmen einigen, ist der wichtigste Schritt getan. Prinzipiell gilt: Nur wenn Regeln im breiten Konsens entwickelt werden, ist ihre langfristige Einhaltung auch garantiert.

Nichtraucher können das Thema auf verschiedene Weise ansprechen und dazu beitragen, dass es eine verbindliche betriebliche Vereinbarung zu ihrem Schutz gibt.



Gespräch und Brief



Das Gespräch

Suchen Sie zunächst das Gespräch mit der oder dem für Sie zuständigen Vorgesetzten, dem Betriebsrat bzw. Personalrat. Sollten diese Gespräche zu keinem Ergebnis führen, können Sie auch direkt zur Unternehmensleitung gehen. Wichtig ist in jedem Fall, dass Sie sich auf ein solches Gespräch gut vorbereiten und eine klare Zielvorstellung und Erwartung an den Verlauf des Gespräches haben (siehe hierzu auch „Initiativen für rauchfreie Arbeitsplätze“).

Argumente für rauchfreie Arbeitsplätze gibt es ohne Frage viele. In Ihrer Situation aber ist entscheidend, Ihrem Gegenüber klar zu machen, dass der betriebliche Nichtraucherchutz nicht Ihr individuelles, persönliches Problem ist, sondern dass es eine Aufgabe des Betriebes ist, für den Gesundheitsschutz der Nichtraucher zu sorgen:

Der Gesetzgeber verpflichtet den Arbeitgeber dazu, den Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz zu gewährleisten.

Bieten Sie gegebenenfalls an, eine verbindliche Lösung im Betrieb mitzuentwickeln. Es wäre ein wesentliches Ergebnis eines solchen Gespräches, wenn Sie sich darauf einigen könnten, eine Betriebsvereinbarung zum Nichtraucherchutz zu erarbeiten.



Der Brief

Viele Menschen tun sich schwer im Umgang mit Konflikten. Der schriftliche Kontakt wird dem persönlichen Gespräch dann vorgezogen. Ein Brief bietet die Möglichkeit, in aller Ruhe zu überlegen: Was will ich den Adressaten mitteilen? Welche guten Argumente habe ich? Die Adressaten wiederum können sich ausreichend Zeit nehmen und über das Anliegen nachdenken. Das macht eine umsichtige Reaktion möglich. Der Nichtraucherschutz ist nicht mehr als ein Problem in der Kollegenschaft zu betrachten. Es müssen generelle Lösungen für den gesamten Betrieb angestrebt werden. Wählen Sie die Schriftform auch, wenn Ihre Vorgesetzten, der Betriebsrat und die Unternehmensleitung keine Anstalten machen, den betrieblichen Nichtraucherschutz umzusetzen. Sie können damit Ihre Initiative später im Konfliktfall auch dokumentieren.

Musterbrief

Betreff:

Nichtraucherschutz gemäß § 3a Arbeitsstättenverordnung

An die Geschäftsführung

Sehr geehrte/r Frau/Herr ..., wie Ihnen sicher bekannt ist, hat gemäß § 3a Arbeitsstättenverordnung der Arbeitgeber „die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, damit die nichtrauchenden Beschäftigten in Arbeitsstätten wirksam vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch geschützt sind“. Seit Oktober 2002 ist also wirksamer Nichtraucherschutz an jedem Arbeitsplatz Pflicht. Beschäftigte haben Anspruch auf einen rauchfreien Arbeitsplatz. Leider hat sich bislang nichts an meiner Situation geändert. Mehrere Beschäftigte an meinem Arbeitsplatz rauchen. Ich mache mir ernste Sorgen um meine Gesundheit, wenn ich weiterhin am Arbeitsplatz dem Zigarettenrauch anderer ausgesetzt sein muss. Die Krebs erzeugende und gesundheitsschädliche Wirkung des Passivrauchens steht außer Frage und ist Grundlage für die Einführung des Schutz-Paragrafen für Nichtraucher gewesen. Alle Bemühungen, meine Kolleginnen und Kollegen dazu zu





bewegen, außerhalb des Raums zu rauchen, sind bisher erfolglos geblieben. Als Geschäftsführer/Betriebsleiter sind Sie verpflichtet, den Nichtraucherschutz zu gewährleisten. Ich bitte Sie deshalb, für den gesamten Betrieb verbindliche und geeignete Maßnahmen für einen wirksamen Schutz vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch zu treffen. Bitte teilen Sie mir bis zum mit, ob und wie Sie die Arbeitsstättenverordnung umsetzen wollen. Ich versichere Ihnen, dass ich sehr daran interessiert bin, das Problem zu lösen. Gerne bin ich auch zu einem persönlichen Gespräch bereit, um mit Ihnen die konkreten Möglichkeiten zu besprechen. Vielen Dank im Voraus. Mit freundlichen Grüßen

Tipp: Erwähnen Sie auch, dass ein rauchfreier Arbeitsplatz für Raucher, die das Rauchen aufgeben oder reduzieren wollen, eine wichtige Unterstützung sein kann.

Initiativen

Initiativen für einen rauchfreien Arbeitsplatz

Um das Thema in einem Betrieb zu platzieren, bietet sich eine Reihe betrieblicher Aktionen an, die helfen können, Bewusstsein und Verständnis für die Fragen des Nichtraucher-schutzes zu wecken. Diese Initiativen sollen unter anderem rauchende Beschäftigte unterstützen, mit betrieblichen Rauchbeschränkungen besser zurechtzukommen. Sie können gegebenenfalls auch die Motivation für den Rauchstopp fördern.

Manchmal ist es nicht gleich möglich, durch ein konsequentes Rauchverbot den optimalen Schutz im Betrieb zu gewährleisten. Für viele Unternehmen bietet sich eine Politik der kleinen Schritte an. Auch hierfür eignen sich die Initiativen.





Mitarbeiterbefragung

Die Diskussion über einvernehmliche und gute Regelungen wird durch einen Fragebogen erleichtert. Vielleicht ist die Befragung für manche Nichtraucher Anlass, zum ersten Mal deutlich zu sagen, dass sie sich schon lange einen rauchfreien Arbeitsplatz wünschen. Aus verschiedenen Untersuchungen weiß man, dass auch Raucher einem rauchfreien Arbeitsplatz nicht zwangsläufig negativ begegnen und zum Teil sogar Rauchverbote befürworten. Als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer können Sie eine solche Befragung beim Betriebsrat/Personalrat oder bei der Betriebsleitung anregen. Der nachfolgende beispielhafte Kurzfragebogen sollte an die jeweiligen betrieblichen Gegebenheiten angepasst und um Fragen ergänzt werden, die für den einzelnen Betrieb wichtig sind.

Bitte beachten: Die Durchführung und Auswertung einer Mitarbeiterbefragung ist – je nach Betriebsgröße – recht aufwändig. In der Regel beteiligen sich etwa 30% aller Beschäftigten. Bei guter Vorbereitung ist ein höheres Antwortverhalten möglich. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind rechtzeitig und ausführlich über das Vorhaben zu informieren. Die Befragung muss die Anonymität des Befragten gewährleisten und auf freiwilliger Basis erfolgen. Sie ist immer von der Zustimmung des Betriebsrates und der Betriebsleitung abhängig.

Über die Ergebnisse einer Befragung sollten alle Beschäftigten – unabhängig vom Ergebnis – informiert werden.

Musterfragebogen



Musterfragebogen für eine Mitarbeiterbefragung zur Situation von Rauchern und Nichtrauchern im Betrieb

1. Ist in Ihrem Arbeitsbereich Rauchen gestattet?

- Ja
- Eingeschränkt
- Nein



2. Wie sollte der Nichtraucherenschutz während der Arbeitszeit geregelt sein?

- Generelles Rauchverbot (Rauchen nur im Freien erlaubt, ausgewiesener Ort)
- Rauchverbot am Arbeitsplatz, aber Raucherräume in der Nähe
- Rauchverbot am Arbeitsplatz, aber ausgewiesene Rauchbereiche in der Nähe (Flurbereiche, Kantine, Cafeteria)



3. Was würden Sie für die folgenden Bereiche vorschlagen?

Kantine:

- Verbot
- Rauchbereiche abtrennen
- Rauchen zu bestimmten Zeiten erlauben

Pausen-/Aufenthaltsraum:

- Generelles Rauchverbot
- Getrennte Pausenräume für Raucher und Nichtraucher
- Rauchen zu bestimmten Zeiten erlauben

Flure/Korridore:

- Verbote
- Regelung nicht notwendig



4. Einige Angaben zur Person

- Nichtraucher/in
- Ex-Raucher/in
- Raucher/in, ich möchte mit dem Rauchen aufhören
- Raucher/in, möchte vorläufig nicht mit dem Rauchen aufhören

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum
 an..... zurück.
 Über die Ergebnisse werden wir Sie informieren.



Informationstag



Informationstag

Informationstage in einem Betrieb zum Thema Rauchen haben einen großen Mobilisierungseffekt. Durch den Einsatz von Medien (Poster, Broschüren, Ausstellung) und externen Fachleuten (Krankenkassen, Unternehmen etc.) können sie zu einer wirksamen Aktion werden. Manche Raucher erhalten dadurch den „entscheidenden Kick“ für eine Teilnahme an einem Entwöhnungskurs. Ein Informationstag macht deutlich, dass das Thema Rauchen im Betrieb eine Angelegenheit ist, die alle Betriebsangehörigen angeht. Mit Sicherheit regen solche Aktionstage Gespräche und Diskussionen unter den Beschäftigten an.

Hinweis: Die Durchführung eines Informationstages bedarf einer sorgfältigen Planung im Vorfeld und ist in der Regel auch mit Kosten verbunden. (Informations-)Materialien sind zum Beispiel über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Köln oder Krankenkassen zu beziehen.



Raucherberatung und Tabakentwöhnungskurse

Durch Raucherberatung oder Tabakentwöhnungskurse können rauchende Kolleginnen und Kollegen Hilfe beim Rauchstopp erhalten. Solche Angebote haben in Betrieben teilweise sehr guten Zulauf. Zuständig für die Organisation ist in großen Betrieben in der Regel die Betriebsärztin oder der Betriebsarzt, die auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle spielen. Aber auch andere Personen können die betriebliche Raucherberatung übernehmen. Besonders geeignet sind Vertrauenspersonen – z.B. ehrenamtliche Suchthelfende, Mitarbeitende des Sozialdienstes, des betriebsärztlichen Dienstes oder Betriebsräte.

Betriebliche Raucherberater stehen für Gespräche zu allen Fragen des Rauchens und der Tabakentwöhnung zur Verfügung. Sie können auch bei der Vermittlung, Organisation oder Durchführung von betrieblichen Tabakentwöhnungskursen helfen.

Hinweis: Die Schulung zum Raucherberater kann beispielsweise im Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg erfolgen (siehe Seite 70). Sie ist kostenpflichtig. Die Durchführung von Tabakentwöhnungskursen ist mit relativ hohem organisatorischem Aufwand verbunden.

Ihr gutes Recht



Ihr gutes Recht

64% aller Beschäftigten sprechen sich für ein generelles Rauchverbot am Arbeitsplatz aus (Emnid-Befragung aus dem Jahr 2001). Der schon vor Jahren eingesetzte Bewusstseinswandel und die geänderte gesetzliche Rahmenbedingung sind gute Voraussetzungen, diesen Wunsch nach einem rauchfreien Arbeitsplatz Wirklichkeit werden zu lassen.

Schöpfen Sie die Ihnen zur Verfügung stehenden rechtlichen Mittel aus, wenn Ihr Anliegen nicht ernst genommen wird und eine verbindliche Regelung zum betrieblichen Nichtraucherchutz auf sich warten lässt.

Zunächst können Sie die Unternehmensleitung darauf hinweisen, dass der Nichtraucherchutz im Betrieb nicht umgesetzt ist und dies gegen geltendes Recht verstößt. Eine dreimalige Wiederholung des Vorganges mit einer Fristsetzung ist der nächste Schritt. Sollte dies nicht zum gewünschten Erfolg führen, haben Sie noch die Möglichkeit, bei der Gewerbeaufsicht vorstellig zu werden.

Ihr Recht ist klar: Wird gegen § 3a ArbStättV verstoßen, müssen Arbeitgeber, Arbeitssicherheitsfachkräfte und Betriebsräte tätig werden. Kommen sie der Aufforderung einzuschreiten nicht nach, genügt es, das zuständige Gewerbeaufsichtsamt zu informieren. Dieses wird dann die Unternehmensleitung zu entsprechenden Schutzregelungen veranlassen.



Rauchstopp

Wieso fällt das so schwer?

Mehr als 15 Millionen Menschen in Deutschland bezeichnen sich als regelmäßige beziehungsweise starke Raucher. Etwa fünf Millionen von ihnen haben den Vorsatz, rauchfrei zu werden.

Warum fällt es ihnen so schwer, dieses Vorhaben zu verwirklichen?

Die Haupthürden auf dem Weg in ein rauchfreies Leben sind:

- die psychische und körperliche Abhängigkeit vom Nikotin, die konkrete Erfahrung von Entzugssymptomen bei Aufhörversuchen und die vielen Funktionen des Rauchens in verschiedenen Situationen.
- Große Sorge bereitet vielen Rauchern auch die Möglichkeit der Gewichtszunahme nach dem Aufhören.

Nicht wenige schätzen die Gefahren des Rauchens falsch ein und denken: „Mich trifft es schon nicht.“ Einige trauen sich auch nicht zu, mit dem Rauchen dauerhaft aufzuhören, weil sie meinen: „Ich schaffe es ja doch nicht.“ Solche Einschätzungen beeinflussen die Motivation negativ und machen das Durchhalten in der ersten Entwöhnungsphase schwer.

Ein weiterer Faktor spielt eine Rolle: Viele Raucher kennen die verschiedenen möglichen Hilfen zur Tabakentwöhnung nicht. Sie versuchen es immer wieder ganz ohne Hilfe und werden dann oftmals schnell wieder rückfällig.





Der Ausstieg aus dem Rauchen ist tatsächlich nicht immer einfach. Doch mit entsprechender Hilfe schaffen Sie es leichter: Etwa ein Drittel der Menschen, die einmal regelmäßig geraucht haben, sind mit 40 Jahren wieder Nichtraucher.

Kleine Hilfen

Das sollten Sie wissen:

Die Beschwerden sind nicht von langer Dauer!

Oft verschwinden sie nach einigen Tagen bis Wochen.



Was hilft dabei?

Was beim Rauchstopp hilft, ist individuell verschieden. Manche schaffen es ganz allein – meist nach mehreren Anläufen. Andere wiederum setzen auf gezielte professionelle Unterstützung, wodurch sie die Chancen einer erfolgreichen Entwöhnung erhöhen. Beim Rauchstopp sind Entzugssymptome oft ein großes Problem. Nervosität, Gereiztheit, Unruhe, Schlafstörungen, Kopfschmerzen und starkes Rauchverlangen (*craving*) treten bereits wenige Stunden nach der letzten Zigarette auf. Nach 24 bis 48 Stunden erreichen sie meist ihren Höhepunkt. Zum Glück treten sie in der Regel nur tagsüber und abends auf, rauben also nicht den Schlaf.

Nur wenige schaffen den Weg in ein rauchfreies Leben in einem einzigen Schritt. Rückfälle sollten als Etappen auf dem Weg ins rauchfreie Dasein verstanden werden. Auch nach mehreren Aufhörversuchen sollte man daher die Flinte nicht ins Korn werfen. Tabakentwöhnung ist ein Lernprozess, der Zeit beansprucht. Rückfälle sind keine Katastrophe, müssen aber sofort gestoppt werden und dürfen nicht dazu verleiten, wieder in die alten Rauchgewohnheiten zurückzufallen. Jeder gescheiterte Aufhörversuch gibt wichtige Hinweise auf zukünftige Rückfallrisiken.

Wussten Sie schon?

- *Raucher erzielen zu jeder Zeit und in jedem Alter einen deutlichen Gewinn für ihre Gesundheit, wenn sie mit dem Rauchen aufhören: Zwanzig Minuten nach der letzten Zigarette gleichen sich Herzschlagfrequenz und Körpertemperatur der von Nichtrauchern an.*
- *Nach acht Stunden hat sich der Kohlenmonoxidgehalt des Blutes drastisch verringert.*
- *Das Herzinfarktrisiko wird bereits nach einem rauchfreien Tag geringer, nach zwei Jahren hat es sich fast normalisiert.*
- *Zehn Jahre nach dem Rauchstopp ist das Lungenkrebsrisiko kaum größer als das der Nie-Raucher.*



Verschiedene Methoden

Tipps und Tricks

Die Schluss-Punkt-Methode – Rauchstopp von einem auf den anderen Tag – wird von den meisten Expertinnen und Experten der Tabakentwöhnung empfohlen, denn sie fällt leichter als das allmähliche Reduzieren. Viele entwöhnungswillige Raucher schaffen es aber auch, im Vorfeld zu reduzieren und erleichtern sich somit den entscheidenden Tag X, den Rauchstopp-Tag.

In der Entwöhnungsphase sollten Sie Verhaltensalternativen zum Rauchen finden. Gegen das Rauchverlangen hilft zum Beispiel

- *viel trinken, Wasser, verdünnte Obstsafts.*
- *Auf Alkohol in der Entwöhnungsphase verzichten.*
- *Expertinnen und Experten empfehlen auch die Methode des „Vertragsmanagements“: möglichst vielen Menschen vom eigenen Rauchstopp erzählen und Vereinbarungen, „Verträge“ oder Wetten zu den Abstinenzzielen abschließen.*
- *Hilfreich ist auch, sich für das Nichtrauchen bzw. das Erreichen selbst gesteckter Ziele, zum Beispiel eine bestimmte Zahl rauchfreier Tage, Belohnungen auszudenken.*





Auf eine geringfügige Gewichtszunahme in der Anfangszeit sollten Sie gelassen reagieren und stattdessen lieber auf jeden rauchfreien Tag stolz sein. Die eigene Ausstiegsmotivation wird durch das schriftliche Abfassen einer persönlichen Motivationsliste gefördert. Denken Sie dabei auch an die positiven Konsequenzen des Rauchstopps für die Gesundheit, die finanziellen Vorteile oder auch das gute Vorbild für die Familie.

Beratung



Professionelle Unterstützung

Beratungstelefone sind beliebte Anlaufstellen. Im persönlichen Gespräch, bei dem die Anonymität gewahrt bleiben kann, können Sie Informationen, Tipps und Empfehlungen erhalten:

Telefonische Beratung zur Tabakentwöhnung

0 18 05/31 31 31
(12 Cent/Min.)

Beratungstelefon zum Nichtrauchen
der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA), Köln

0 62 21/42 42 00

Rauchertelefon des Deutschen
Krebsforschungszentrums (DKFZ),
Heidelberg

Aber auch eine individuelle Raucherberatung durch die Ärztin oder den Arzt erhöht die Chancen einer erfolgreichen Tabakentwöhnung. Der kompetente ärztliche Rat kann auch Informationen über die medikamentösen Unterstützungsmöglichkeiten des Rauchstopps umfassen.



Von einer Nikotinersatztherapie profitieren zum Beispiel gerade Raucher mit starker Nikotinabhängigkeit. Nikotinersatzpräparate, zum Beispiel Pflaster oder Kaugummi, führen dem Körper während einer Tabakentwöhnung zwar das Nikotin, nicht aber die im Tabakqualm enthaltenen anderen Schadstoffe zu. So wird der Nikotinpegel zunächst gehalten und das Rauchverlangen sowie andere Entzugssymptome gemildert. Durch ein langsames Ausschleichen des Nikotins kann nach einer gewissen Zeit ganz auf das Zuführen von Nikotin verzichtet werden. Eine eventuelle Gewichtszunahme kann auf diese Weise verzögert werden. Nikotinersatzpräparate geben Nikotin langsamer und in kleineren Mengen ab als die Zigarette. Wie bei allen anderen Hilfen gilt aber auch hier: Die Raucher selbst müssen den Rauchstopp wirklich wollen und ernsthaft daran arbeiten. Nur dann können Nikotinersatzpräparate helfen. Informationen zu Nikotinersatzpräparaten erhalten Sie bei Ihrem Hausarzt oder in Ihrer Apotheke.

Wollen Sie mit dem Rauchen aufhören, so können Sie auch an einem Tabakentwöhnungskurs, zum Beispiel „Rauchfrei in 10 Schritten“ oder „Nichtraucher in sechs Wochen“ teilnehmen. Solche verhaltenstherapeutisch basierten Gruppenprogramme haben gute Erfolgsquoten und umfassen in der Regel mehrere Phasen. Die Vermeidung von Rückfällen darf dabei nicht zu kurz kommen. Informationen zu Tabakentwöhnungskursen erhalten Sie über das Raucherberatungstelefon der BZgA 0 18 05/31 31 31 (12 Cent/Min.) und des DKFZ 0 62 21/42 42 00 oder bei Ihrer Krankenkasse.

Unterstützung geben





Aufhörwillige unterstützen

Der Rauchstopp ist oft ein schwieriger Schritt. Für Raucher in der Entwöhnungsphase ist es daher gut, wenn möglichst viele Personen in ihrem Umfeld von ihrem Entschluss erfahren – und sie bei der Verwirklichung unterstützen. Fragen Sie ruhig nach und informieren Sie über Ihnen bekannte Hilfen beim Rauchstopp, wie Broschüren, Beratungstelefone, Kurse etc. Zeigen Sie Ihr Interesse und Ihre Anerkennung für den Vorsatz, rauchfrei zu werden. Wenn es beim ersten Aufhörversuch nicht klappt, ist Kritik oder Geringschätzung sicherlich die falsche Reaktion. Sie bestärken beim Betroffenen das Gefühl, versagt zu haben. Ein zweiter Versuch wird damit erschwert.

Richtig ist es, Verständnis zu zeigen – denn viele Raucher müssen den endgültigen Ausstieg erst regelrecht lernen und benötigen dazu mehrere Aufhörversuche. Ermutigen Sie also zu einem weiteren Versuch – erklären Sie, dass ein einmaliger Rückfall nicht das Ende, sondern nur eine Zwischenstation bis zur erfolgreichen Tabakentwöhnung ist. Vermitteln Sie also Zuversicht, dass es beim nächsten Mal klappt.

Manche Menschen sind während der Tabakentwöhnung gereizter oder unausgeglichener als gewöhnlich. Auch hier sollten Sie weitgehend Verständnis zeigen und wenn möglich sogar die eine oder andere Arbeitsbelastung abnehmen.

Seien Sie erfinderisch. Es gibt viele Möglichkeiten, mit Kleinigkeiten Ihrer Kollegin oder Ihrem Kollegen zur Seite zu stehen und sie zum Durchhalten anzuspornen. Das kollegiale Miteinander können Sie dadurch verbessern – und das Klima am Arbeitsplatz sicher auch.

Adressen und Kontakte

> **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**

Postfach 91 01 52
51071 Köln
Telefon: 0 18 05/31 31 31 (12 Cent/Min.)
Beratungstelefon zum Nichtrauchen
www.bzga.de

> **Bundesvereinigung für Gesundheit e. V.**

Heilsbachstr. 30
53123 Bonn
Telefon: 02 28/98 72 7 – 0
www.bvgesundheit.de
www.rauchfrei-am-arbeitsplatz.de

> **Deutsches Krebsforschungszentrum**

Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg
Telefon: 0 62 21/42-0
www.dkfz.de



Impressum

Herausgeber:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln,
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale
Sicherheit

Projektleitung:

Peter Lang, BZgA, Köln

Konzeption und Text:

Michaela Goecke, Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Bonn

Gestaltung und Textbearbeitung:

bild-werk, Dortmund

Fotonachweis:

bild-werk/G. P. Müller, Dortmund

Druck:

Grütter, Ronnenberg

Auflage:

1.250.5.04

Alle Rechte vorbehalten. Diese Schrift ist kostenlos erhältlich bei der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 51101 Köln

Bestellnummer:

31 041 000

rauchfrei!
am Arbeitsplatz



BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

~~rauch~~ frei!

**Beratungstelefon der BZgA
zum Nichtrauchen:
0 18 05/31 31 31 (12 Cent/Min.)**



BZgA

**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

Deutlich mehr tödliche Verkehrsunfälle

Erstmals seit 15 Jahren steigen die Opferzahlen – Fachleute rätsehn über die Ursachen

Frankfurt/Main – (dpa) 15 Jahre lang gab es in der Verkehrsunfallbilanz nur eine Richtung: Von Jahr zu Jahr wurden auf den Straßen in Deutschland immer weniger Tote gezählt. Erstmals seit 1991 steigen jetzt die Opferzahlen wieder – und zwar so stark, dass sich selbst Fachleute wundern.

Im ersten Halbjahr 2007 hat das Statistische Bundesamt 2459 Tote registriert, 6,9 Prozent mehr als im Vorjahr. „Nach einer weiteren schlechten Monatsbilanz im August glaube ich nicht, dass wir das Ergebnis von 2006 noch unterbieten können“, prognostiziert ADAC-Statistiker Wolfgang Steichele. 2006

zählte das Amt 5091 Verkehrstote. Berücksichtigt man nicht nur die Toten, sondern auch die Verletzten, sieht die Entwicklung bei den Unfallzahlen noch düsterer aus: Die Gesamtzahl stieg in den ersten sechs Monaten um elf Prozent auf 163 603.

Politiker, Wissenschaftler und Automobilverbände rätsehn nun über die entscheidenden Ursachen. „Der wirtschaftliche Aufschwung in Deutschland hat zu mehr Verkehr auf den Straßen geführt“, meint Eckehard Schmieder vom Institut für Verkehrssicherheit in Braunschweig. Der Anstieg sei allein damit aber nicht zu erklären. Um den Gründen auf die Spur zu kommen, hat

Bundesverkehrsminister Wolfgang Tiefensee bereits im April eine Ursachenanalyse bei der Bundesanstalt für Straßenwesen bestellt. Sie ist aber noch nicht abgeschlossen.

Eine Ursache für die hohen Unfallzahlen vermutet Johannes Hübner (Automobilclub von Deutschland) in gesunkenem Gefahrenbewusstsein des Autofahrers. „Durch das Einlullen im Komfort hat er nicht mehr das Gefühl, in Gefahr zu schweben.“ Durch die bessere Geräuschdämmung im Wageninneren lasse sich das Fahrtempo nicht mehr so gut einschätzen wie bisher.

Nach Meinung des ADAC hat die milde Witterung ungewöhnlich viele Mo-

torradfahrer dazu verleitet, auch den letzten Winter über zu fahren. Dabei hätten vor allem ältere Fahrer viele Unfälle verschuldet. Die Statistik bestätigt: Motorradfahrer über 35 waren besonders oft betroffen. Der Anteil der tödlich verletzten Fahrer zwischen 45 und 55 erhöhte sich um 58,5 Prozent, bei den 35- bis 45-jährigen immerhin noch um 26,5 Prozent.

Aber auch Radler waren im ersten Halbjahr öfter in Unfälle verwickelt: Es gab 7500 mehr Radunfälle. Das entspricht einem Anstieg um 24,2 Prozent. „Eine der Ursachen ist die Rücksichtslosigkeit im Zweiradverkehr“, sagt Experte Schmieder.

Nr. 50

22. Juni 2006

Positionspapier zur Gesundheitsgefährdung durch Passivrauchen

- Der Zusammenhang zwischen Passivrauchen und negativen gesundheitlichen Konsequenzen wurde bereits Ende der 1960er Jahre nachgewiesen.
- Seitdem wurde durch zahlreiche toxikologische und epidemiologische Studien ein Zusammenhang zwischen Passivrauchen und verschiedenen Erkrankungen deutlich gemacht. Diese Arbeiten belegen, dass Personen, die Tabak ausgesetzt sind, die gleichen akuten und chronischen Erkrankungen wie Raucher erleiden können – wenn auch in geringerem Ausmaß und mit geringerer Häufigkeit. Dazu gehören Augenbrennen mit Tränenentwicklung, Schwellungen und Rötungen der Schleimhäute, Reizungen des Atemtraktes und akute Atemwegssymptome wie Auswurf, Husten, Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit bei körperlicher Belastung, Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Müdigkeit und Schlafstörungen.
- Neben diesen akut auftretenden Beschwerden erhöht Passivrauchen auch das Risiko für chronische Krankheiten mit Todesfolgen. Hierzu gehören in erster Linie Lungenkrebs, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen sowie der plötzliche Tod bei Säuglingen.
- In den führenden nationalen und internationalen Forschungszentren besteht der wissenschaftliche Konsens, dass Passivrauchen erwiesenermaßen krebserzeugend für den Menschen ist. Die Senatskommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe stufte bereits 1998 das Passivrauchen am Arbeitsplatz in die höchste Gefahrenklasse aller Schadstoffe ein und sah ausdrücklich und dezidiert von der Festlegung unterer Grenzwerte für eine Konzentration von Tabakrauch ab, die noch als tolerabel angesehen werden könnte. Der Ausschuss für Gefahrstoffe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin nahm das Passivrauchen in das von ihm aufgestellte „Verzeichnis krebserzeugender, erbgutverändernder oder fortpflanzungsgefährdender Stoffe“ auf und ordnete es ebenfalls der höchsten Gefahrenstufe zu. In diese Kategorie sind Stoffe einzustufen, „die auf den Menschen bekanntermaßen krebserzeugend wirken. Der Kausalzusammenhang zwischen der Exposition eines Menschen gegenüber dem Stoff und der Entstehung von Krebs ist ausreichend nachgewiesen“. Die International Agency for Research on Cancer der Weltgesundheitsorganisation kam in einem umfassenden Bericht über die krebserzeugenden Risiken des Rauchens und des Passivrauchens zu dem Schluss, dass ausreichende Belege für den kausalen Zusammenhang zwischen Passivrauchen und Lungenkrebs vorliegen und stufte gleichfalls Passivrauchen als humanes Kanzerogen der Gruppe 1 (d.h. Stoff oder Stoffgemisch ist krebserregend beim Menschen) ein.
- Auf der Grundlage dieses wissenschaftlichen Konsenses und unter Beachtung des höchsten wissenschaftlichen Standards veröffentlichte das Deutsche Krebsforschungszentrum Heidelberg in Zusammenarbeit mit dem Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster und dem Hygiene-Institut des Universitätsklinikums Heidelberg erstmals Zahlen für die durch Passivrauchen erhöhte Sterblichkeit für Lungenkrebs, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen und den plötzlichen Kindstod für die nichtrauchende deutsche

Bevölkerung. Nach dieser äußerst konservativen Berechnung sterben in Deutschland jedes Jahr über 3300 Nichtraucher an den Folgen des Passivrauchens.

- Vergleichbare Abschätzungen aus anderen Ländern liegen vor und bestätigen, dass eine beträchtliche Anzahl von Todesfällen auf Passivrauchen zurückzuführen ist.
- Die Schlussfolgerung, dass Deutschland endlich handeln und auf gesetzlicher Basis für einen ausreichenden Schutz seiner Bevölkerung vor den Gefahren des Passivrauchens sorgen muss, reflektiert nicht nur die Sterblichkeitsproblematik, sondern auch die erhöhte Erkrankungsrate durch Passivrauchen sowie die Ausgrenzung von Millionen chronisch Kranker, deren Gesundheitszustand sich deutlich verschlechtert, wenn sie sich in durch Tabakrauch verunreinigten öffentlichen Einrichtungen, Verkehrsbetrieben (Bundesbahn) oder gastronomischen Betrieben aufhalten. Der Schutz der Bevölkerung und die Reinhaltung der Luft obliegen dem Bund, sodass eine Bundesgesetzgebung für komplett rauchfreie Arbeitsplätze unter Einbeziehung der Gastronomie und aller öffentlichen Einrichtungen sowie der Verkehrsbetriebe in Deutschland erforderlich ist. Viele andere Länder haben derartige Maßnahmen bereits erfolgreich und ohne wirtschaftliche Einbußen für die Gewerbetreibenden ergriffen.



Dr. Martina Pötschke-Langer
Deutsches Krebsforschungszentrum
Heidelberg



Prof. Dr. Ulrich Keil
Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin
Universität Münster



Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. Heiko Becher
Hygiene - Institut
Universitätsklinikum Heidelberg



Prof. Dr. Dr. Heinz-Erich Wichmann
GSF - Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit
Neuherberg

Erhöhtes Lungenkrebsrisiko für Nichtraucher durch Tabakrauchbelastung am Arbeitsplatz

Hintergrund

Passivrauchen verursacht eine Vielzahl von akuten und chronischen Erkrankungen der Atemwege sowie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, was in Hunderten von Studien belegt wurde. Keine Erkrankung ist jedoch so gefürchtet wie der Lungenkrebs. Denn dieser lässt sich therapeutisch nur schlecht beeinflussen – rund 90% der Patienten versterben innerhalb von wenigen Jahren nach Diagnosestellung. Deshalb ist die Bewertung des Risikos, an Lungenkrebs aufgrund von Passivrauchen zu erkranken, im Hinblick auf eine Belastung durch Tabakrauch am Arbeitsplatz von ganz besonders großer Bedeutung.

Metaanalyse zum Lungenkrebsrisiko durch Passivrauchen am Arbeitsplatz

Eine Metaanalyse ermöglicht die zusammenfassende Bewertung von Ergebnissen mehrerer wissenschaftlicher Studien. Ein Ziel ist die Einschätzung der Größenordnung eines Effektes, z.B. dem Risiko für die Entstehung von Lungenkrebs durch eine Passivrauchbelastung am Arbeitsplatz.

In einem international renommierten Fachjournal wurde 2007 eine Metaanalyse publiziert, die erstmals auch den Grad der Passivrauchexposition berücksichtigt (Stayner L, Bena J, Sasco AJ, Smith R, Steenland K, Kreuzer M, Straif K (2007) Lung Cancer Risk and Workplace Exposure to Environmental Tobacco Smoke. *American Journal of Public Health*, 97, 545–551). Die Untersuchung wurde 2003 mit vorliegenden Daten wissenschaftlich peer reviewter Studien zu dieser Thematik durchgeführt. Die Metaanalyse umfasste insgesamt 4305 Fälle mit Lungenkrebs und wurde von einem Forscherteam publiziert, dem Kurt Straif vom internationalen Krebsforschungszentrum der Weltgesundheitsorganisation in Lyon angehörte. Dabei wurde aus allen berücksichtigten Studien das durchschnittliche Risiko für Lungenkrebs durch eine Tabakrauchbelastung am Arbeitsplatz berechnet. Darüber hinaus wurde das Lungenkrebsrisiko für Arbeitnehmer berechnet, die einer sehr starken Belastung durch Tabakrauch am Arbeitsplatz ausgesetzt sind und die Beziehung zwischen der zeitlichen Dauer der Tabakrauchexposition und dem Auftreten von Lungenkrebs untersucht.

ERGEBNISSE

1. Das Risiko für die Entwicklung von Lungenkrebs ist bei Exposition von Tabakrauch am Arbeitsplatz deutlich erhöht

Bei 20 der insgesamt 25 aus wissenschaftlichen Studien vorliegenden relativen Risiken für die Entstehung von Lungenkrebs durch Tabakrauchexposition am Arbeitsplatz ist das relative Risiko größer als eins (Abbildung 1). Dabei bedeutet ein relatives Risiko größer als eins eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Lungenkrebs bei Nichtrauchern, die am Arbeitsplatz Tabakrauch ausgesetzt sind, gegenüber Nichtrauchern, die am Arbeitsplatz nicht durch Tabakrauch gefährdet sind.

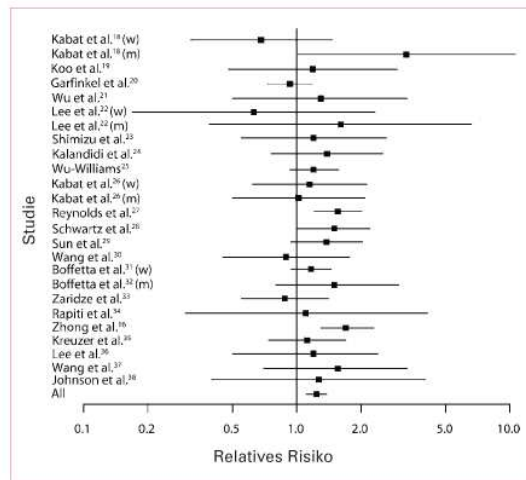


Abbildung 1. Risiko für die Entwicklung von Lungenkrebs bei Nichtrauchern, die am Arbeitsplatz Tabakrauch ausgesetzt sind.

Eine Tabakrauchbelastung am Arbeitsplatz erhöht das Risiko für die Entstehung von Lungenkrebs bei nichtrauchenden Beschäftigten um 24%. Dieses Risiko steigt bei starker Belastung sogar auf das Doppelte an.

2. Es besteht eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Dauer der Tabakrauchexposition und der Entstehung von Lungenkrebs

Das Risiko für Lungenkrebs steigt bei Mitarbeitern, die am Arbeitsplatz einer sehr hohen Tabakrauchbelastung ausgesetzt sind, auf das Doppelte an, verglichen mit Mitarbeitern, die am Arbeitsplatz keiner Schadstoffbelastung durch Tabakrauch ausgesetzt sind. Auch besteht eine eindeutige Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Dauer der Tabakrauchbelastung und der Entwicklung von Lungenkrebs (Abbildung 2).

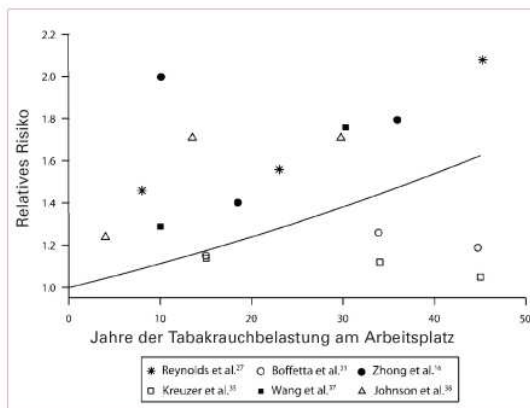


Abbildung 2. Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Dauer der Schadstoffbelastung durch Tabakrauch am Arbeitsplatz und dem Auftreten von Lungenkrebs.

Das Risiko für die Entstehung von Lungenkrebs ist um ca. 60% erhöht, wenn Mitarbeiter am Arbeitsplatz über einen Zeitraum von 45 Jahren Tabakrauch exponiert sind.

Exkurs: Krebsentstehung durch Tabakrauch in Innenräumen

Innenräume, in denen geraucht wird, stellen eine fortwährende Expositionsquelle für die im Tabakrauch enthaltenen Schadstoffe dar – auch wenn dort aktuell

nicht geraucht wird. Die Partikel des Tabakrauchs lagern sich an Wänden, Böden und dem Mobiliar ab und werden von dort wieder in die Innenraumluft abgegeben. Somit ist die Verweildauer der im Tabakrauch enthaltenen Schadstoffe beträchtlich. Dies gilt auch für die im Tabakrauch enthaltenen krebserzeugenden und erbgutverändernden Substanzen. Nach toxikologischem Grundwissen können für Kanzerogene des Tabakrauchs, die das Erbgut angreifen, keine gesundheitsbasierten Grenzwerte angegeben werden. Dies bedeutet, dass selbst geringste Mengen genotoxischer Substanzen die Erbsubstanz schädigen können. Zwar führen diese Schädigungen noch nicht zu einem Tumor, sie sind aber irreversibel, da sie bereits nach der ersten Zellverdopplung als DNA-Mutation „festgeschrieben“ sind und somit an sämtliche Tochterzellgenerationen weitergereicht werden. Experimentell konnte nachgewiesen werden, dass sich diese irreparablen Erbgutschäden bei wiederholter Einwirkung des Kanzerogens aufaddieren. Selbst kleinste Belastungen der im Tabakrauch enthaltenen genotoxischen Substanzen können somit zur Entwicklung von Tumoren führen.

Fazit

Es besteht ein deutlich erhöhtes Lungenkrebsrisiko für Nichtraucher, die am Arbeitsplatz einer Tabakrauchexposition ausgesetzt sind – das Risiko ist um durchschnittlich über 20 Prozent erhöht. Auch besteht eine klare Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Dauer der Exposition und der Entwicklung von Lungenkrebs: Je länger an einem Arbeitsplatz mit Tabakrauchverunreinigung gearbeitet wird, desto höher ist das Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken.

Da insbesondere Gastronomiemitarbeiter die höchste Tabakrauchbelastung an ihrem Arbeitsplatz vorfinden, sind sie besonders gefährdet. Der Gesetzgeber hat daher die Verpflichtung, zu handeln und auch in der Gastronomie für rauchfreie Arbeitsplätze zu sorgen.

Impressum

© 2007 Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
1. Auflage: 5000
Autorinnen: Dr. Svenja Pust, Dr. Martina Pötschke-Langer

Das Deutsche Krebsforschungszentrum dankt PD Dr. Kurt Straif für die Erlaubnis, seine Forschungsergebnisse in deutscher Sprache publizieren zu können

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. Martina Pötschke-Langer

Deutsches Krebsforschungszentrum
Stabsstelle Krebsprävention und
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle
Im Neuenheimer Feld 280
69210 Heidelberg
Fax: 0 62 21 – 42 30 20, E-mail: who-cc@dkfz.de

Zitierweise:
Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg): Erhöhtes Lungenkrebsrisiko für Nichtraucher durch Tabakrauchbelastung am Arbeitsplatz
Heidelberg 2007



Nr. 12

21. Februar 2007 (Koh/MPL)

Grenzwerte für Tabakrauch wissenschaftlich unhaltbar –**Appell des Deutschen Krebsforschungszentrums für hundert Prozent rauchfreie öffentlich zugängliche Innenräume**

Tabakrauch ist ein komplexes Giftgemisch aus über 4800 Stoffen, von denen mehr als 70 Einzelsubstanzen Krebs erzeugen und das Erbgut schädigen können. In der neuesten Veröffentlichung des Deutschen Krebsforschungszentrums über die Unzulänglichkeit von Lüftungsanlagen wird der wissenschaftliche Konsens nationaler und internationaler Sachverständigengremien zusammengefasst. Danach besteht Einigkeit, dass Tabakrauch wegen seiner Vielzahl von Giften nicht wie andere Schadstoffe bewertet werden kann, die beispielsweise bei industriellen Prozessen entstehen.

Das Deutsche Krebsforschungszentrum stützt sich auf das toxikologische Grundwissen, dass für Kanzerogene des Tabakrauchs, die das Erbgut angreifen, keine gesundheitsbasierten Grenzwerte angegeben werden können. Hinzu kommt, dass Tabakrauchpartikel nicht mit herkömmlichem Feinstaub verwechselt werden dürfen: Im Gegensatz zu diesem enthalten sie einen gewissen Anteil an Feuchtigkeit, benetzen dadurch Oberflächen und entlassen mit der Zeit ihre zahlreichen krebserzeugenden Komponenten. Folglich verbleiben selbst bei sehr guter Entlüftung immer noch genügend Substanzen im Raum, von denen ein Krebsrisiko ausgeht. Ein „technischer Nichtrauchererschutz“, wie er von der Tabakindustrie und einigen Herstellern von Lüftungsanlagen für öffentliche Räume angeboten wird, ist wissenschaftlich nicht vertretbar.

Das Deutsche Krebsforschungszentrum appelliert daher an die politischen Entscheidungsträger, nur zu hundert Prozent rauchfreie öffentlich zugängliche Innenräume, darunter selbstverständlich auch die der Gastronomie, zuzulassen.

Die Publikation des Deutschen Krebsforschungszentrums „Unzureichender Gesundheitsschutz vor Tabakrauch beim Einsatz von Lüftungstechnischen Anlagen“ ist abrufbar unter www.tabakkontrolle.de/

Das Deutsche Krebsforschungszentrum hat die Aufgabe, die Mechanismen der Krebsentstehung systematisch zu untersuchen und Krebsrisikofaktoren zu erfassen. Die Ergebnisse dieser Grundlagenforschung sollen zu neuen Ansätzen in Vorbeugung, Diagnose und Therapie von Krebserkrankungen führen. Das Zentrum wird zu 90 Prozent vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und zu 10 Prozent vom Land Baden-Württemberg finanziert und ist Mitglied in der Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren e.V.

Diese Pressemitteilung ist abrufbar unter www.dkfz.de/pressemitteilungen

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Deutsches Krebsforschungszentrum
Im Neuenheimer Feld 280
D-69120 Heidelberg
T: +49 6221 42 2854
F: +49 6221 42 2968



Feinstaub PM10

Viele Begriffe für ein Phänomen: Schwebstaub – Feinstaub – Partikel – PM

Unter Schwebstaub versteht man luftgetragene feste oder flüssige Partikel, die nicht sofort zu Boden sinken, sondern eine gewisse Zeit in der Atmosphäre verweilen. Nebel oder Eiskristalle zählen nicht dazu. In der Wissenschaft ist Schwebstaub unabhängig von seiner chemischen Zusammensetzung als Particulate Matter (PM) geläufig. In amtlichen Texten wird anstelle von Schwebstaub meist der Begriff Partikel verwendet.

Schwebstaub besteht aus unterschiedlich großen Partikeln. Die großen Partikel setzen sich aufgrund ihres Gewichtes rascher ab, das heißt sie werden in der Luft nur über kurze Strecken transportiert. Hingegen können die kleineren Partikel über größere Entfernungen verfrachtet werden. Partikel, die kleiner sind als 10 Mikrometer (μm), bezeichnet man auch als Feinstaub PM10. Die exakten Definitionen sind weiter unten aufgeführt.

Die Zusammensetzung der Stäube verändert sich während ihrer Verweilzeit in der Atmosphäre ständig. So vermischen sich Stäube aus anthropogenen Quellen wie dem Verkehr, industriellen Prozessen, Kraft- und Fernheizwerken oder Heizungen der privaten Haushalte mit natürlichen Stäuben wie Pflanzenpollen, Sand oder Sporen. Sie werden vom Wind aufgewirbelt und fortgetragen. Gasförmige Luftverunreinigungen wie zum Beispiel organische Verbindungen können an Staubkörnern adsorbiert oder in feste oder flüssige Reaktionsprodukte umgewandelt werden. Auf diese Weise tragen sie als Partikel bzw. flüssige Aerosole zum Feinstaub bei. Darüber hinaus können auf dem Staubkorn chemische Reaktionen stattfinden.

Für die gesundheitliche Bewertung von Schwebstaub ist vor allem die Größe bedeutsam. Man unterteilt diese Partikel anhand ihres Durchmessers in drei Kategorien:

Inhalierbarer Feinstaub PM10: Durchmesser kleiner als 10 μm (messtechnisch sind das Partikel, die einen nach Größen selektierenden Lufteinlass passieren, der für einen aerodynamischen Durchmesser von 10 μm einen Abscheidegrad von 50 Prozent aufweist)

Lungengängiger Feinstaub PM2,5: Durchmesser kleiner als 2,5 μm (messtechnisch sind das Partikel, die einen nach Größen selektierenden Lufteinlass passieren, der für einen aerodynamischen Durchmesser von 2,5 μm einen Abscheidegrad von 50 Prozent aufweist)

Ultrafeine Partikel UP: Durchmesser kleiner als 0,1 μm

Feine Teilchen von weniger als 2,5 μm Durchmesser und ultrafeine Teilchen kleiner als 0,1 μm Durchmesser, die für das menschliche Auge gar nicht wahrzunehmen sind, machen den gesundheitlich relevanten Teil des Schwebstaubs aus. Deshalb wird neben einer weiteren Grenzwertfestlegung für PM10 die Festlegung eines Grenzwertes für die kleineren Partikel mit einem Durchmesser kleiner 2,5 μm geprüft. In den USA gilt dieser seit 2002 neben dem Grenzwert für PM10. Auch der Grenzwert für PM2,5 wird voraussichtlich auf die Masse der Partikel bezogen sein.

Die 1. EU-Tochterrichtlinie 1999/30/EG vom 22. April 1999 über Grenzwerte für Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid und Stickstoffoxide, Partikel und Blei in der Luft wurde am 11. September 2002 durch die 22. Verordnung zum Bundes-Immissionsschutzgesetz (22. BImSchV) in nationales Recht umgesetzt. Die 22. BImSchV gibt für PM10 folgende Grenzwerte vor:

Grenzwerte für Feinstaub PM10				
Schutzgut	Mittelungszeitraum	Grenzwert [$\mu\text{g}/\text{m}^3$]	Bemerkungen	Der Grenzwert gilt seit
Menschliche Gesundheit	24 Stunden	50	Bei 35 zugelassenen Überschreitungen pro Kalenderjahr	1. Januar 2005
	Kalenderjahr	40		1. Januar 2005
* Im allgemeinen Sprachgebrauch werden Partikel meist als Schwebstaub bzw. Feinstaub bezeichnet. Solche Partikel können Feststoffe oder Tröpfchen sein. Da vor allem die feinen, lungengängigen Partikel wirkungsrelevant sind, wurde in der Richtlinie 1999/30/EG ein aerodynamischer Durchmesser der Partikel von weniger als 10 μm als Messkriterium festgelegt. Daher die Bezeichnung "PM10". PM bedeutet "Particulate Matter".				

Die EU-Richtlinie 1999/30/EG vom 22. April 1999 über Grenzwerte für Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid und Stickstoffoxide, Partikel und Blei in der Luft gibt in einer zweiten Stufe für das Jahr 2010 niedrigere Werte für PM10 an, jedoch mit dem ausdrücklichen Vorbehalt, dass diese im Lichte weiterer Erkenntnisse und Erfahrungen zu überprüfen

Feinstaub PM10 (Landesanstalt für Umwelt, Messungen und Naturschutz > Theme... Seite 2 von 2

sind. Derzeit ist diese zweite Stufe sowohl auf der fachlichen wie der politischen Ebene in der Diskussion.

Die in den Vorjahren an den Messstationen in Baden-Württemberg gemessenen Jahresmittelwerte und Überschreitungshäufigkeiten für Feinstaub PM10 finden Sie auf [dieser Seite](#).



Faktenblatt EURO/04/05
Berlin, Kopenhagen, Rom, 14. April 2005

Wie der Feinstaub in der Luft die Gesundheit schädigt

Begriffsbestimmung

Feinstpartikel (PM)¹ sind eine komplexe Mischung aus festen und/oder flüssigen in die Luft ausgestoßenen organischen und anorganischen Schadstoffen. Sie variieren nach Größe, Zusammensetzung und Herkunft und werden anhand der Partikelgröße bzw. des aerodynamischen Durchmessers beschrieben.

- Die grobkörnigeren Partikel (PM₁₀ – aerodynamischer Durchmesser unter 10 µm) können bis in die oberen Atemwege und zur Lunge gelangen.
- Die feineren und feinsten Partikel (PM_{2,5} – aerodynamischer Durchmesser unter 2,5 µm) sind gefährlicher, denn sie können bis tief in die Lunge eindringen und die Lungenbläschen erreichen.

Die Partikelgröße bestimmt auch ihre Verweildauer in der Atmosphäre. Während PM₁₀ binnen Stunden durch Ablagerung und Niederschlag aus der Atmosphäre verschwinden, können PM_{2,5} Tage und Wochen in ihr schweben. Folglich können diese Partikel über weite Strecken transportiert werden.

Hauptquellen

Die wichtigsten Bestandteile des Feinstaubes sind Sulfat, Nitrate, Ammoniak, Natriumchlorid, Kohlenstoff, Mineralstaub und Wasser. Je nach Entstehung lassen sich die Partikel in primäre und sekundäre Partikel unterteilen.

Die Primärpartikel werden von der menschlichen Zivilisation (anthropogene Prozesse) oder der Natur direkt an die Atmosphäre abgegeben. Anthropogene Quellen sind z. B. Verbrennungsmotoren (Diesel und Benzin), die Verfeuerung von Festbrennstoffen (Kohle, Braunkohle, Biomasse), die Industrie (Baugewerbe, Bergbau, Zement-, Keramik-, Ziegelindustrie, Schmelzöfen), die Abnutzung der Straßenbeläge, der Abrieb von Bremsen und Reifen sowie Tunnel- und Grubenarbeiten. Sekundärpartikel bilden sich in der Atmosphäre i. d. R. durch chemische Reaktionen gasförmiger Schadstoffe. Sie sind Transformationsprodukte der hauptsächlich durch Verkehr und Industrie ausgestoßenen Stickstoffoxide sowie des aus der Verbrennung schwefelhaltiger Brennstoffe stammenden Schwefeldioxids. Sekundärpartikel zählen überwiegend zu den feinsten Partikeln.

¹ PM für den englischen Terminus: particulate matter.

Faktenblatt EURO/04/05
Seite 2

Gesundheitsgefahren

Aus der 2004 abgeschlossenen Datenauswertung des Europäischen WHO-Zentrums für Umwelt und Gesundheit, Büro Bonn, geht hervor,

- dass Feinstaub generell für Kleinkinder von unter einem Jahr das Atemtodrisiko erhöht, sich auf die Entwicklung der Lunge auswirkt, Asthma verschlimmert und bei Kindern insgesamt Husten und Bronchitis verursacht,
- dass feinsten Staub (PM_{2,5}) die Gesundheit ernsthaft beeinträchtigt und bei Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen sowie Lungenkrebs die Todesraten ansteigen lässt und dass mit erhöhten Konzentrationen das Risiko für Akuteinweisungen aufgrund von Herz-Kreislauf- und Atemwegsbeschwerden zunimmt,
- dass der grobkörnigere Feinstaub (PM₁₀) die Morbidität in Bezug auf Atemwegserkrankungen beeinflusst, wie die Krankenhausstatistik zeigt.

Gesundheitliche Folgen der Feinstaubkonzentration

Im zurückliegenden Jahrzehnt wurde in vielen Städten der Europäischen Region der WHO (in Deutschland in Erfurt und Köln) auf Grundlage täglich schwankender PM₁₀-Konzentrationen untersucht, wie Feinstaub sich kurzfristig auf die Gesundheit auswirkt. Generell zeigen die Befunde, dass Schwankungen der PM₁₀-Konzentration sich in allen Bereichen unmittelbar auf die Gesundheit auswirken (Tabelle 1). Mit einer kurzzeitigen Belastung verbunden sind u. a.: Entzündungsreaktionen der Lunge, Atemwegsbeschwerden, negative Auswirkungen auf Herz und Kreislauf und ein Anstieg bei Medikamentenverbrauch, Krankenhausaufnahmen und Sterblichkeit.

Tabelle 1: Kurzfristige Gesundheitsfolgen bei Anstieg der PM₁₀-Konzentration um 10-µg/m³

Gesundheitliche Folge	Geschätzte Risikozunahme in % je 10 µg/m ³ PM10 (Vertrauensintervall 95%)	Für Metaanalyse verfügbare Schätzungen
Mortalität allgemein	0,6 (0,4–0,8)	33
Mortalität durch Atemwegserkrankungen	1,3 (0,5–2,0)	18
Mortalität durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen	0,9 (0,5–1,3)	17
Krankenhausaufnahmen aufgrund von Atemwegserkrankungen bei Menschen im Alter von und über 65 Jahren	0,7 (0,2–1,3)	8

Quelle: Anderson HR et al. *Meta-analysis of time series studies and panel studies of particulate matter (PM) and ozone (O₃). Report of a WHO task group.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/e82792.pdf>, Zugriff: 8. April 2005).

Weil eine lang anhaltende Feinstaubbelastung zu einer wesentlich verkürzten Lebenserwartung führt, sind ihre Folgen eindeutig wichtiger für die Gesundheit der Bevölkerung als die der kurzfristigen Belastung. Der Zusammenhang mit der Mortalität zeigt sich bei einem Anstieg der langfristigen PM_{2,5}-Konzentrationen um jeweils 10-µg/m³ am deutlichsten. Für die allgemeine



1. Begriffe und Verbreitung

Sämtliche in der Luft verteilten Feststoffe werden - unabhängig von ihrer chemischen Zusammensetzung - unter den Begriffen „Staub“ oder „Partikel“ zusammengefasst. Für den Menschen bedeutsam sind vor allem die Feinstäube. Man unterteilt diese anhand ihres Durchmessers in drei Kategorien:

Inhalierbarer Feinstaub PM 10*	< 10 µm
Lungengängiger Feinstaub PM 2,5*	< 2,5 µm
Ultrafeine Partikel UP	< 0,1 µm

*PM: Particulate Matter

Feine Teilchen (von weniger als 2,5 µm Durchmesser) und ultrafeine Teilchen (bis unter 0,1 µm Durchmesser), die für das menschliche Auge gar nicht wahrzunehmen sind, machen dabei den gesundheitlich relevanten Teil des Schwebstaubs aus. Die Teilchen stammen im Wesentlichen aus dem Verkehr, industriellen Prozessen, Kraft- und Fernheizwerken sowie aus Haushalten. Die Konzentration von Feinstaub wird in mg, µg oder ng pro m³ Luft angegeben.

Bisher kennt man im Schwebstaub hunderte verschiedener chemischer Substanzen, darunter Schwermetalle, Ruß, Kohlenwasserstoffe sowie auch biogene Teilchen wie Viren, Sporen, Pollen, Bakterien und Pilze.

Seit den 60er-Jahren sind die Staubemissionen in Deutschland um mehr als die Hälfte zurückgegangen. Aus Sicht der Luftreinhaltung ist dies ein sehr positiver Effekt. Die gesundheitliche Relevanz ist aber, wie neuere Untersuchungen zeigen, nur eingeschränkt positiv zu sehen, da hauptsächlich der Anteil an Grobstäuben, weniger der an Feinstäuben, reduziert wurde.

Stationskategorie	ländlich	städt. Hintergrund	verkehrsnahe	Nähe Schwerindustrie
Jahresmittel (µg/m ³)	10-18	20-30	30-45	30-40
Anzahl der Tage mit Tagesmittel >50µg/m ³	0-5	5-20	15-100	50-90
Spitzenwerte, Tagesmittel (µg/m ³)	50-70	60-100	70-150	100-200

Tab. Typische Konzentrationsbereiche von PM10 im Jahr 2001 an deutschen Messstationen (Aus: UmweltmedForschPrax 8 (5) 2003)

Die ab 2005 geltenden EU-Grenzwerte für Tages- und Jahresmittelwerte (s. 4.) für PM10 werden an Messstellen mit städtischem Hintergrund in der Regel eingehalten. Um Aussagen über zeitliche Trends in der Partikelbelastung für PM10 und PM 2,5 machen zu können, sind die Zeitreihen an den meisten Messstationen noch zu kurz. Es deuten sich in den letzten Jahren allerdings mehr oder weniger deutliche Abnahmen der Belastung an. Etwas anders ist dies bei den ultrafeinen Partikeln, hier werden in Erfurt, der einzigen Station, an welcher diese seit mehr als zehn Jahren dokumentiert werden, schwankende Verläufe sowie bei der kleinsten Fraktion von 10-30 Nanometern eine deutliche Zunahme des prozentualen Anteils festgestellt.

2. Gesundheitliche Bedeutung von feinen und ultrafeinen Partikeln

Gesundheitliche Wirkungen von Feinstaub auf den Menschen sind durch Untersuchungen an staubbelasteten Arbeitsplätzen vielfältig belegt. Allerdings lassen sich diese aufgrund anderer Expositionsbedingungen und der Voraussetzung „gesunder Arbeitnehmer“ nicht ohne weiteres auf die allgemeine Umwelt übertragen. Kontrollierte Expositionsexperimente liegen bisher nur in geringer Anzahl vor, dafür gibt es eine große Zahl von tierexperimentellen und in vitro-Untersuchungen, in welchen Belege für die Toxizität von Partikeln erbracht wurden. Insbesondere aber liefern neuere umweltepidemiologische Studien Hinweise auf gesundheitliche Wirkungen von feinen und ultrafeinen Partikeln in der Umwelt.

Ob und wie sehr Stäube eine Gefahr für unsere Gesundheit darstellen, hängt, wie man heute weiß, von verschiedenen Faktoren ab: So spielt neben der Konzentration des Staubes und seiner chemischen Zusammensetzung vor allem die Größe der Partikel eine ganz wesentliche Rolle. Diskutiert wird auch, welche Bedeutung die Beladung der Staubpartikel mit anderen Substanzen hat. In der Stadtluft können zum Beispiel Schwermetalle, krebserregende polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe oder Säuren an den Staubeilchen hängen und zusätzlich auf die Atemwege wirken. Neueren Untersuchungen zufolge ist keine Schwelle für Stäube erkennbar, unterhalb der keine gesundheitlichen Wirkungen auftreten.

2.1 Kurzfristige Wirkungen

Inhalierte Partikel werden in verschiedenen Teilen des Atemtrakts deponiert. Je kleiner die Teilchen sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese in der besonders sensiblen alveolaren Region deponiert werden. Die deponierten Partikel teilen sich in eine lösliche und eine unlösliche Fraktion: Die lösliche Fraktion kann in ausreichendem Umfang toxische Substanzen freisetzen und damit entzündliche Prozesse einleiten. Die Oberfläche der unlöslichen Fraktion bildet die Schnittstelle zu Zellen, Geweben und Lungenflüssigkeit.

Die gesundheitliche Wirkung hängt vor allem mit dem lungengängigen Feinstaub zusammen. Ferner zeigen einige Studien, dass die sehr feinen Teilchen, die ultrafeinen Partikel, ebenfalls eine Rolle spielen. Partikel mit einem Durchmesser von weniger als 2,5 µm können in die Lungenbläschen vordringen, wo sie länger verbleiben und damit

auch länger wirken als in den oberen Atemwegen.

Tierexperimentelle Untersuchungen zeigen, dass vornehmlich bei älteren und vorgeschädigten Tieren Wirkungen nach akuter Exposition festzustellen sind. Dies steht in Einklang mit Ergebnissen epidemiologischer Studien.

Neuere umweltepidemiologische Studien zeigen Wirkungen bereits bei einem Anstieg der Feinstaubkonzentrationen im Bereich von weniger als 30 bis 100 $\mu\text{g}/\text{m}^3$: Eine Zunahme der Partikelmasse mit einem Durchmesser von unter 10 μm (PM10) in der Außenluft um 10 μg pro Kubikmeter als Tagesmittelwert führt demnach zu einem Anstieg der Mortalität um 0,7%, von Krankenhauseinweisungen wegen Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen um 0,8% und einer Erhöhung des Medikamentenverbrauchs bei Asthmatikern um 3,4%. Für ultrafeine Partikel scheint es vergleichbare Zusammenhänge zu geben, wie deutsche und finnische Studien zeigen. So häufen sich bei erhöhten Konzentrationen ultrafeiner Partikel deutlich die Atemwegssymptome bei Asthmatikern.

Deutsche und amerikanische Untersuchungen deuten darauf hin, dass sich bei Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie empfindlichen älteren Menschen erhöhte Konzentrationen feiner und ultrafeiner Partikel in der Außenluft negativ auf ihren Gesundheitszustand auswirken. Festgestellt wurden erhöhte Herzraten und eine erhöhte Plasmaviskosität, beides Risikofaktoren für die Entstehung von kardiovaskulären Erkrankungen.

Neueste Untersuchungen der Epidemiologen des GSF-Forschungszentrums für Umwelt und Gesundheit haben ergeben, dass gerade winzige Metallpartikel im Feinstaub die Lunge reizen und den Schweregrad allergisch bedingter Atemwegserkrankungen wie Asthma verschlimmern können. Die in Zusammenarbeit mit der amerikanischen Umweltbehörde EPA (Environmental Protection Agency) entstandene Studie unterstützt bekannte epidemiologische Befunde zur Wirkung von Luftschadstoffen bei Kindern durch Experimente am Tiermodell.

2.2 Langfristige Wirkungen

Mittlerweile gibt es zu den Wirkungen einer langfristigen Exposition gegenüber Schwebstaub mehrere aussagekräftige Untersuchungen. Diese Langzeitstudien zeigen, dass eine zusätzliche Feinstaubkonzentration (PM 2,5) von 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ im Jahresmittel mit einem Anstieg der Sterblichkeit verbunden sind, und zwar um 6 Prozent für die Gesamtsterblichkeit, um 9 Prozent für die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen und um 14 Prozent für die Sterblichkeit an Lungenkrebs. Männer sind einem größeren Risiko ausgesetzt als Frauen und Raucher gefährdeter als Nichtraucher. Letzterer Zusammenhang ließe sich damit begründen, dass Rauchen eine effektverstärkende Funktion hat und Raucher zu einer vorgeschädigten Risikogruppe zählen.

Basierend auf Abschätzungen aus diesen epidemiologischen Kohortenstudien liegen rechnerische Aussagen vor, dass sich die Lebenserwartung durch langfristige Schwebstaubbelastung um etwa ein bis zwei Jahre verkürzen könnte.

Wirtschaftliche Lage nach Einführung der rauchfreien Gastronomie: Stabile Umsätze und gesicherte Arbeitsplätze

Hintergrund:

Neben vielen US-Bundesstaaten, Kanada, Australien und Neuseeland haben auch zahlreiche europäische Länder die Gesundheitsgefährdung durch Passivrauchen in Gaststätten erkannt und gesetzliche Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten und der Gäste ergriffen. Im Jahr 2004 führten Irland (März), Norwegen (Juni) und Malta (Oktober) auf gesetzlicher Grundlage eine rauchfreie Gastronomie ein. Im Jahr 2005 folgten Italien (Januar) und Schweden (Juni) und im Januar 2006 Schottland und Lettland. Großbritannien, Finnland, Belgien und Island führen 2007 eine rauchfreie Gastronomie ein, Litauen im Jahr 2008. Auch Frankreich erwägt eine vollständig rauchfreie Gastronomie. Spanien, Dänemark und Portugal haben bereits oder planen rauchfreie Gaststätten, sofern diese über mehr als 100 Quadratmeter verfügen.

I. Stabile Umsätze und gesicherte Arbeitsplätze nach Einführung der rauchfreien Gastronomie

Ein durchaus schwerwiegendes Argument gegen die Einführung einer rauchfreien Gastronomie ist die Befürchtung, die Gäste blieben aus, sodass die Gastronomen mit Umsatzeinbußen rechnen und Personal entlassen müssten. Die Erfahrungen aus Ländern, die bereits eine rauchfreie Gastronomie haben, zeigen jedoch, dass die Umsätze stabil bleiben und die Arbeitsplätze sicher sind.

1. Erfahrungen aus Europa

Irland

In Irland war die Einführung der rauchfreien Gastronomie ein besonders mutiger Schritt, denn sie fiel dort in einen ungünstigen Zeitraum: Bereits in den Jahren 2000 bis 2003 wurden die Bierpreise erheblich erhöht, was zu einem deutlichen Rückgang des Bierkonsums in Pubs und Bars führte. Dieser Rückgang hielt auch während und nach der Umsetzung des Gesetzes im März 2004 an. Dennoch blieben die Umsätze insgesamt unverändert, weil die Verbraucher statt Bier andere Getränke konsumierten und mehr Speisen verzehrten. Inzwischen liegen die Umsätze der irischen Gastronomie höher als vor der Einführung der rauchfreien Gastronomie. Auch die Arbeitsplatzsituation der Gastronomiemitarbeiter blieb unbeeinträchtigt. Zwar verringerte sich nach Einführung der rauchfreien Gastronomie kurzfristig die Anzahl der Beschäftigten um rund 1 Prozent, innerhalb eines Jahres stieg sie aber wieder um insgesamt 3 Prozent an.

Norwegen

In Norwegen besteht hinsichtlich des Bierkonsums eine vergleichbare Situation wie in Irland. Auch hier sank aufgrund von Preiserhöhungen der Konsum von Bier bereits vor der Gesetzesinitiative, doch schon innerhalb weniger Monate stieg der Absatz wieder an. Die Anzahl der Arbeitsplätze ist in

der norwegischen Gastronomie seit Jahren aufgrund des durch massive Preiserhöhungen auf alkoholische Getränke nachlassenden Konsums rückläufig. Die Einführung der rauchfreien Gastronomie führte jedoch zu keinen zusätzlichen Arbeitsplatzverlusten. Ähnlich positive Ergebnisse zeigen gleichbleibende Mehrwertsteuereinnahmen des Staates aus der Gastronomie.

2. Erfahrungen aus den USA

Längerfristige Beobachtungen aus den USA machen deutlich, dass auch in den US-Bundesstaaten mit rauchfreier Gastronomie keine negativen wirtschaftlichen Auswirkungen zu verzeichnen sind.

Kalifornien

In Kalifornien sind die Restaurants seit Januar 1995 und die Bars seit Januar 1998 rauchfrei. Dort stieg zwischen 1997 und 2002 der Umsatz in Gastronomiebetrieben mit Bier- und Weinausschank von insgesamt 7,2 Milliarden US-Dollar auf 9,6 Milliarden US-Dollar an. Parallel erhöhte sich die Anzahl der Gastronomiemitarbeiter kontinuierlich (Abb. 1).

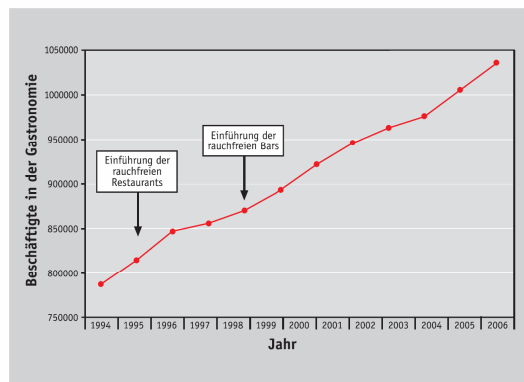


Abb. 1: Beschäftigte in der Gastronomie in Kalifornien.

So entstanden von 1994 bis 2005 in der Gastronomie über 245 000 neue Arbeitsplätze. Dies entspricht einer relativen Zunahme von rund 30 Prozent.

New York

In New York wurde die Gastronomie im Juli 2003 rauchfrei. Die Umsatzentwicklung verlief positiv, was durch steigende Umsatzsteuereinnahmen im Gastronomiebereich deutlich wird. Darüber hinaus blieb die Anzahl der New Yorker Bars und Restaurants zwischen dem dritten Quartal 2002 und dem dritten Quartal 2003 unverändert. Dies stellt im Vergleich zu dem Zeitraum zwischen dem dritten Quartal



Wirtschaftliche Lage nach Einführung der rauchfreien Gastronomie: Stabile Umsätze und gesicherte Arbeitsplätze

2001 und dem dritten Quartal 2002 eine Verbesserung dar, in dem 280 Bars und Restaurants mehr geschlossen als eröffnet wurden.

Des Weiteren konnten über 36 000 Arbeitsplätze seit der Einführung der rauchfreien Gastronomie neu geschaffen werden. Dies entspricht einer Steigerung um rund 4,7 Prozent für den Zeitraum von Juli 2003 bis Juli 2006 (Abb. 2).

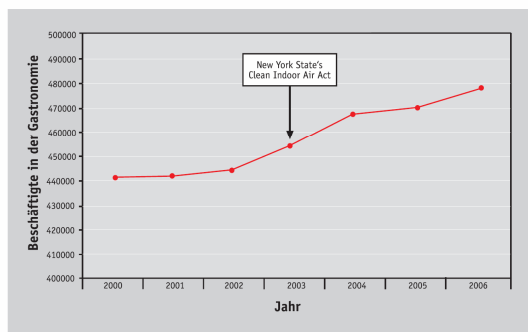


Abb. 2: Beschäftigte in der Gastronomie in New York.

3. Erfahrungen aus Australien

In Südastralien wurde am 04.01.1999 eine rauchfreie Gastronomie eingeführt. Dadurch ergaben sich keine negativen Auswirkungen auf die monatlichen Umsätze der Restaurants und Cafés (Abb. 3). Es wird deutlich, dass der seit Januar 1994 anhaltende Trend sinkender Umsätze mit der Einführung dieser Gesetzesinitiative gestoppt wurde und sogar eine Umsatzsteigerung einsetzte.

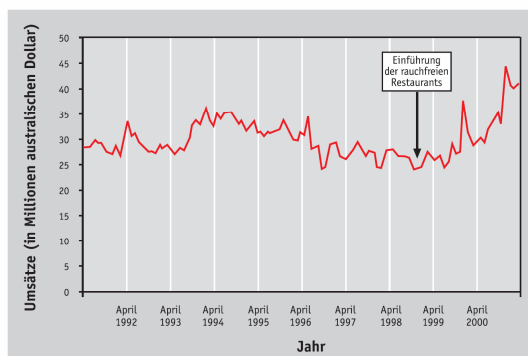


Abb. 3: Inflationbereinigte monatliche Umsätze der Restaurants und Cafés in Südastralien vor und nach der Einführung rauchfreier Restaurants.

II. Geringere Sach- und Personalkosten durch eine rauchfreie Gastronomie

Das Rauchen verursacht den Gastronomiebetrieben beträchtliche vermeidbare Betriebskosten. So fallen zum Einen erhöhte Sachkosten an.

Erhöhte Sachkosten entstehen durch:

- eine wartungsintensivere Instandhaltung (z.B. durch ein häufigeres Anstreichen der Decken- und Wandbereiche sowie den Austausch von Teppichböden, Sitzkissen und Gardinen)
- einen erhöhten Energieverbrauch bei häufigerem Lüften im Winter
- einen erhöhten Energieverbrauch durch Lüftungsanlagen im Sommer
- erhöhte Kosten für Reinigungsmaßnahmen (tägliche Aschenbecherreinigung, Müllbeseitigung von Zigarettenkippen)
- steigende Versicherungsbeiträge aufgrund von erhöhtem Brandrisiko

Zum Anderen entstehen den Gastronomiebetrieben, in denen geraucht wird, erhöhte Personalkosten, da die meisten der rund 1200000 im Gastgewerbe beschäftigten Mitarbeiter den giftigen Substanzen des Tabakrauchs schutzlos ausgesetzt sind. Die häufigsten Folgeerscheinungen durch Passivrauchen sind Atemwegs- und Lungenerkrankungen sowie Störungen des Allgemeinbefindens mit Kopfschmerzen, Augenbrennen, Schwindel, Übelkeit, Müdigkeit, Erschöpfung. Eine rauchfreie Gastronomie verringert das Gefährdungspotential für die Mitarbeiter erheblich.

III. Große Zustimmung der Bevölkerung zu einer rauchfreien Gastronomie

Die europäische Bevölkerung wünscht sich mehrheitlich eine rauchfreie Gastronomie. So liegt in allen EU-Mitgliedstaaten – mit Ausnahme der tschechischen Republik – die Zustimmung zu rauchfreien Restaurants bei 60 bis 95 Prozent. Am höchsten ist sie in den Ländern, die bereits rauchfreie Restaurants haben oder diese in Kürze einführen.

In Irland sahen sogar einer Umfrage im März 2005 zufolge 98 Prozent der Befragten (darunter 94 Prozent der Raucher) die Einführung einer rauchfreien Gastronomie als eine positive Förderung der öffentlichen Gesundheit an und 96 Prozent (darunter 89 Prozent der Raucher) bewerteten das Gesetz als erfolgreich.

IV. Fazit

Gesetzliche Maßnahmen zum Schutz der Mitarbeiter und Gäste vor Passivrauchen haben keine nachteiligen wirtschaftlichen Konsequenzen zur Folge. Das Gegenteil ist der Fall: Stabile Umsätze und gesicherte Arbeitsplätze entstehen.

Impressum

© 2006 Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
2. Auflage 2007: 4000

Autoren: Dipl. Soz. Alexander Schulze, Wolfgang Blank Dr. Svenja Pust, Sigrid M. Mohren, Saskia Tönges, Dr. Sven Schneider, Dr. Katrin Schaller, Susanne Schunk, Dr. Martina Pötschke-Langer

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. Martina Pötschke-Langer
Stabsstelle Krebsprävention und

WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle
Im Neuenheimer Feld 280
69210 Heidelberg
Fax: 0 62 21 – 42 30 20, E-mail: who-cc@dkfz.de

Zitierweise:
Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.):
Wirtschaftliche Lage nach Einführung der rauchfreien Gastronomie: Stabile Umsätze und gesicherte Arbeitsplätze
Heidelberg, 2006

Diese Publikation sowie Literaturbelege sind abrufbar im Internet unter: www.tabakkontrolle.de



[Startseite >>](#)
[Arbeitsschutz >>](#)
[Arbeitsmedizin](#)



Auswirkungen von Rauchverhalten auf das Betriebsklima

Passivrauch

Passivrauch ist mehr als subjektive Belästigung. Das gesellschaftliche Bewusstsein über die gesundheitlichen Risiken des Rauchens ist deutlich gewachsen. Die MAK-Kommission ordnete 1998 den Tabakrauch am Arbeitsplatz der höchsten Gefahrenstufe Krebs erzeugender Arbeitsstoffe zu. Darüber hinaus belegen Studien das erhöhte Erkrankungsrisiko von Menschen, die als Nichtraucher dem Passivrauchen ausgesetzt waren.

Tabakrauch enthält zahlreiche giftige oder krebserregende Substanzen wie Kohlenmonoxid, Blausäure, Stickoxid, Benzol. Etwa drei Viertel der Zigarette verbrennt als Nebenstrom durch das Glimmen der Zigarette. Die Konzentration der Schadstoffe im Nebenstrom der Zigarette ist bis um das 30- bis 100-fache höher als im Hauptstrom. Damit ist die Raumluft für die dort Anwesenden, unabhängig davon ob sie selbst rauchen oder nicht, mit einem deutlichen gesundheitlichen Risiko verbunden. Die Bestandteile des Passivrauchs verbleiben lange in der Raumluft. Zwei Stunden nach dem Rauchen sind noch 50 Prozent der anfänglichen Konzentrationen von Stickoxiden in der Raumluft enthalten.

Wird am Arbeitsplatz geraucht, müssen demnach besondere Belüftungen vorgesehen werden. Wirkungsvolle Anlagen, die nicht nur die Luft umwälzen, sondern die Raumluft von den Rauchpartikeln befreien, sind sehr kostspielig. Die Renovierung von durch Tabakrauch belasteten Räumen ist aufwändig und mit höheren Kosten für Spezialbehandlungen verbunden. Das Wissen um die Schädigung durch Passivrauchen führt dazu, dass Arbeitnehmer selbstbewusster ihren Anspruch auf tabakfreie Raumluft auch rechtlich einklagen. Dies ist nicht nur ein Kostenfaktor und Mehraufwand, sondern beeinträchtigt insbesondere das Betriebsklima und die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten.

Nichtraucherschutz im Betrieb wird zu einem **konkreten Beitrag zum Arbeitsschutz** und trägt damit zur **betrieblichen Gesundheitsförderung** bei.

Regelungen beseitigen Konflikte

Das Engagement für den **betrieblichen Nichtraucherschutz** rechnet sich für ein Unternehmen. Die Befürchtungen, durch eine aktive Auseinandersetzung mit dem Thema Rauchen Konflikte und Unruhe zu provozieren, zeigt sich bei einer längerfristig und bedacht angelegten Strategie als unbegründet. Verrauchte Räumlichkeiten, insbesondere bei Publikumsverkehr, belasten das Image und Unternehmensbild in der Öffentlichkeit. Dieser Effekt - in anderen europäischen Ländern sowie in den USA deutlicher ausgeprägt - gewinnt auch in Deutschland zunehmend an Bedeutung. Durch klare Regelungen entfallen Konflikte zwischen Rauchern und nichtrauchenden Mitarbeitern wegen Belastungen und Belästigungen durch das Rauchen.

Gesundheitlichen Schädigungen durch Passivrauchen

Kurzfristig können Augenbrennen, Kopfschmerzen, Husten und Atembeklemmungen auftreten. Längerfristig steigt - ebenso wie bei aktiven Rauchern - das Risiko für Erkrankungen

der Atemwege, für Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. Damit steigt auch die Anzahl der Arbeitsunfähigkeiten. Umgekehrt verringert ein effektiver Schutz vor Passivrauch das Erkrankungsrisiko und erhöht damit die betriebliche Leistungsfähigkeit.

Erfahrungsgemäß sinkt durch einschränkende Regelungen bei einem Teil der Mitarbeiter der durchschnittliche tägliche Tabakkonsum.

Gerade Gelegenheitsraucher sind oft erleichtert darüber, nicht mehr unbewusst zur Zigarette zu greifen. Andere Mitarbeiter nehmen dies zum Anlass, mit dem Rauchen ganz aufzuhören. In jedem Fall ist damit auch für Raucher mittel- und langfristig ein Zugewinn an Gesundheit und Wohlbefinden verbunden. **Nach Angaben des WHO-Partnerschaftsprojektes Tabakabhängigkeit stehen etwa 25-35 % der Arbeitsunfähigkeiten mit dem Tabakkonsum in Verbindung.**

Auswirkungen von Rauchverhalten auf das Betriebsklima

Nachteile für Mitarbeiter

- Schlechtes Betriebsklima - "Dicke Luft" zwischen Rauchern und Nichtrauchern
- Sinkende Arbeitsmotivation
- Gesundheitsschäden durch langjährige Exposition
- Arbeitsplatzgefährdung bei häufiger Erkrankung
- Vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben durch Krankheit

Nachteile für Unternehmen

- Sinkende Produktivität (Zeitverlust durch Rauchpausen, Motivationsmangel,...)
- Höhere Personalkosten (Mehr Fehltage, höhere Fluktuation)
- Höherer Krankenstand: Im Durchschnitt sind Raucher 30 - 40% häufiger krank als Nichtraucher
- Geringere Motivation durch gestörten "Betriebsfrieden"
- Erhöhte Reinigungskosten
- Erhöhte Gefahr von Brandschäden etc.

Dokument aktualisiert am: 26.04.2007

Autor: Dr. Barbara Pawlitzki - Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

[Seite über e-mail versenden](#)

[Kommentar zur Seite an Autor senden](#)

[Seite drucken](#)

Westdeutsche Zeitung - Ratgeber - Verbraucher - EU setzt auf selbstlöschende Zigar... Seite 1 von 1

23. Januar 2008 | Home / Ratgeber / Verbraucher / EU setzt auf selbstlöschende Zigaretten

VERBRAUCHER

EU setzt auf selbstlöschende Zigaretten

Schutz: Durch die Neuerung sollen vor allem Hausbrände verhindert werden.



Zigaretten sollen bald frühzeitig verglühen. Foto: dpa

Brüssel. EU-Verbraucherschutzkommissarin Meglena Kuneva geht davon aus, dass Raucher in der EU in spätestens zwei Jahren nur noch „feuersichere“ Zigaretten paffen werden.

In 22 US-Bundesstaaten – sowie demnächst in Kanada und Australien – sind so genannte RIP-Zigaretten handelsüblich. RIP steht für „Reduced Ignition Propensity“ – verminderte Brandgefährlichkeit. Dank eines speziellen Streifenpapiers werden Glimmstängel, die achtlos beiseite gelegt werden, in „selbstlöschende“ Zigaretten verwandelt. Während herkömmliche Zigaretten länger abbrennen und rasch Betten, Teppiche, Möbel und Häuser in Brand setzen können, gehen RIP-Zigaretten frühzeitig aus.

Die EU-Kommissarin, unterstützt von Feuerwehrleuten und Brandsachverständigen, geht davon aus, dass sich nicht nur die Zahl der Waldbrände verringern lässt. Laut US-Studien sind Zigaretten die Hauptursache für Brände in Häusern. Auch in der EU werden jährlich 11000 Brände durch Zigaretten ausgelöst: 520 Menschen kamen dabei zu Tode, 1600 wurden verletzt.

Zuerst gab es die Glimmstengel im Bundesstaat New York

Aus dem US-Bundesstaat New York, der die „Lösch-Boro“ zuerst einführte, wird berichtet, dass durch die neue Zigarettenteknik Hunderte Menschenleben gerettet würden. Mannigfache Bedenken von Tabak-Lobby und Rauchern weist die EU-Kommissarin zurück. Die „Selbstlöschende“ sei nur geringfügig teurer, weshalb eine US-Studie zum Ergebnis kam, dass der Zigarettenverkauf im Staat New York nicht zurückging.

Die Zustimmung innerhalb der EU zur „feuersicheren“ Zigarette ist groß. Im EU-Komitee für Produktsicherheit sprachen sich jetzt nur zwei kleine EU-Staaten gegen die kommende Neuregelung aus. Alle anderen, darunter auch Deutschland, sind dafür.

Geschichte

Herkunft Zigaretten wurden um 1850 zum ersten Mal in den Zigarrenfabriken in Frankreich und Südspanien aus Tabakresten hergestellt. Diese wurden gesammelt und in Papier gewickelt und zunächst von den Arbeiterinnen der Fabriken geraucht, da sie sehr viel preiswerter waren als Zigarren.

Fabrik Die erste Zigarettenfabrik wurde in Deutschland 1862 in Dresden eröffnet,

01.12.2007
Von Gerd Niewerth

Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz



Veröffentlicht von Andre Hotzler

Sonntag, 9. April 2006

Online-Ausgabe der Nichtraucherenschutz-Broschüre

Nichtraucher-Initiative Deutschland e.V. Am 31. Mai 2001 hat der Deutsche Bundestag mit großer Mehrheit die Bundesregierung aufgefordert, die Arbeitsstättenverordnung um einen Nichtraucherenschutz-Paragrafen zu ergänzen. Dies ist nach mehr als einem Jahr geschehen. Seit 3. Oktober 2002 ist die geänderte Arbeitsstättenverordnung in Kraft. Vom Nichtraucherenschutz am Arbeitsplatz versprechen sich viele Menschen eine Transformationswirkung auf den Nichtraucherenschutz an vielen anderen Orten. Dazu will auch diese Internet-Ausgabe der Broschüre www.nichtraucherschutz.de einen Beitrag leisten.

Inhaltsverzeichnis Durch Änderung der Arbeitsstättenverordnung im Rahmen der **Verordnung zur Rechtsvereinfachung im Bereich der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes** ..., veröffentlicht am 2. Oktober 2002 im Bundesgesetzblatt Jahrgang 2002 Teil 1 Nr. 70 Seite 3777-3816 hat der Nichtraucherenschutz am Arbeitsplatz Gesetzeskraft erlangt.

Vorwort

- 1. **Wie gesundheitsschädlich ist das Passivrauchen?**
- 2. **Was heißt wirksamer Nichtraucherenschutz?**
- 3. **Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz**
- 3.1 **Rauchen als Kostenfaktor**
- 3.2 **Nichtraucherschutz durchsetzen**
- 3.2.1 **Beispiele aus der Praxis**
- 3.2.2 **Nichtraucherschutz für Arbeitnehmer**
- 3.2.3 **Nichtraucherschutz für Arbeitgeber**
- Anhang
- Nachwort
- Impressum



Vorwort

Wer ist imstande, in das Zimmer eines Rauchers zu treten, ohne Übelkeit zu empfinden?

Johann Wolfgang von Goethe

Was den großen deutschen Dichter vor über 200 Jahren zu dieser Äußerung veranlasste, trifft die Nichtraucher heute noch viel ärger: Sie sind an weitaus mehr Orten als Goethe dem Tabakgestank ausgesetzt und ihr Risiko, an den Folgen des Passivrauchens zu erkranken und zu sterben, ist um ein Vielfaches höher als damals. Mehr als vier Millionen Nichtraucher - so das Ergebnis einer Repräsentativbefragung der GfK Marktforschung vom September 2000 - sind in Deutschland am Arbeitsplatz dem hochgiftigen Schadstoffgemisch Tabakrauch - oft verharmlosend als blauer Dunst bezeichnet - ausgesetzt.

Erschreckend vor allem ist, dass selbst im Beisein von Kindern rücksichtslos gequalmt wird. Mehr als die Hälfte aller Kinder leben in Raucherhaushalten. Entweder raucht der Vater oder die Mutter oder es rauchen beide. Das hat zur Folge, dass Millionen Menschen schon im Kindesalter für ihr späteres Leben geschädigt werden.

Wenn sich volljährige Menschen dazu entschließen, ihr Leben durch den Konsum der Droge Nikotin zu zerstören, ist das bedauerlich. Wer sein Leben jedoch frei von Tabakrauch leben will, dem muss es nicht nur in den eigenen vier Wänden, sondern sowohl am Arbeitsplatz als auch an allen frei zugänglichen Orten möglich sein. Dazu will diese Broschüre beitragen. Sie finden auf den folgenden Seiten insbesondere Informationen zum Nichtraucherenschutz

1 am Arbeitsplatz

[zurück zum Seitenanfang](#)

1. Wie gesundheitsschädlich ist das Passivrauchen?

Tabakrauch ist die größte Umweltverschmutzung in Innenräumen. Dies hat Auswirkungen, die sich beim Passivraucher sowohl in Form akuter als auch chronischer Symptome zeigen und die in stärkster Ausprägung zum vorzeitigen Tod führen. Tabakrauch enthält mehr als 4.000 identifizierte Substanzen, darunter fast 50 Krebs fördernde oder Krebs

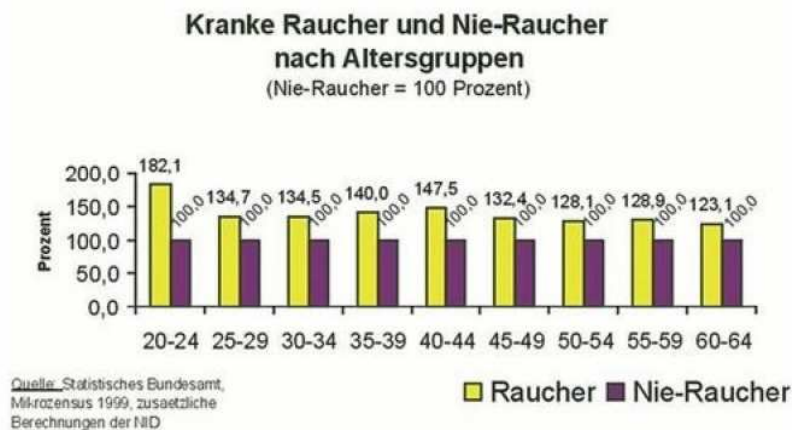
Das Entgeltfortzahlungsgesetz sieht vor, dass das Arbeitsentgelt bei unverschuldeter Arbeitsunfähigkeit bis zu sechs Wochen weitergezahlt wird.

Seit Jahrzehnten müssen Tabakerzeugnisse gemäß § 3 Abs. 1 der Verordnung über die Kennzeichnung von Tabakerzeugnissen und über Höchstmengen von Teer im Zigarettenrauch (TabKTHmV) Warnungen vor den Gesundheitsgefahren des Rauchens enthalten (bestätigt vom Bundesverfassungsgericht im Beschluss vom 22. Januar 1997 unter Aktenzeichen 2 BvR 1915/91).

Es stellt sich daher die Frage, ob bei rauchertypischen Erkrankungen noch von unverschuldeter Arbeitsunfähigkeit, die einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung begründet, gesprochen werden kann.

Häufiger krank durch Rauchen

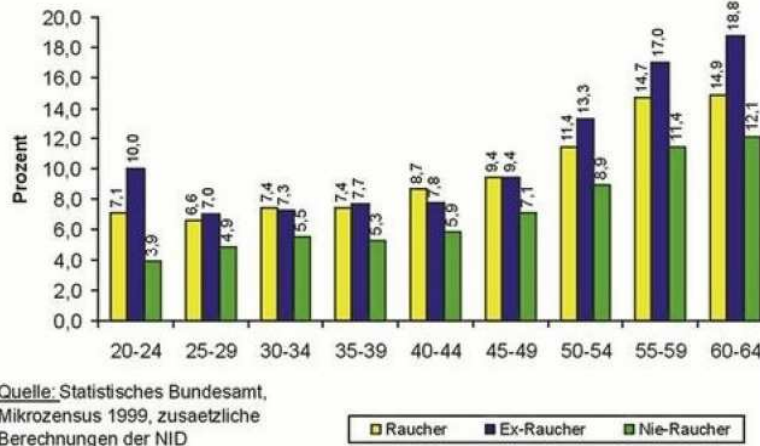
Schon vor Änderung der Arbeitsstättenverordnung, die einen wirksamen Schutz der Nichtraucher vor den Gesundheitsgefahren durch Passivrauchen fordert, belastete das Rauchen die Kostensituation des Betriebes. Das zeigen die 1999 vom Statistischen Bundesamt ermittelten Daten über die Krankheitshäufigkeit bei Rauchern und Nichtrauchern:



Arbeitsunfähigkeit belastet die Betriebe doppelt: Die Entgeltfortzahlung erfolgt ohne Gegenleistung.

Wie die Grafik offenbart, sind Raucher im erwerbsfähigen Alter im Durchschnitt um rund 30 Prozent häufiger krank als Nie-Raucher.

Kranke Raucher, Ex-Raucher und Nie-Raucher nach Altersgruppen



Ein Vergleich der Krankheitshäufigkeit bei Rauchern und Ex-Rauchern zeigt, dass beide Gruppen zwischen dem 26. und 50. Lebensjahr in annähernd gleichem Ausmaß krank sind. Aus der höheren Krankheitshäufigkeit der Ex-Raucher in den anderen Altersgruppen lässt sich - in Verbindung mit Erkenntnissen aus der Raucherentwöhnung - ableiten, dass Raucher in der Regel erst dann ihr Verhalten abstellen, wenn irreversible gesundheitliche Schäden eingetreten sind.

In vielen Statistiken werden **Ex-Raucher und Nie-Raucher unterschiedslos als Nichtraucher ausgewiesen**. Dies führt bei gesundheitsrelevanten Aussagen zu falschen Schlussfolgerungen über die tatsächlichen Auswirkungen des Rauchens. Rauchen erscheint weniger schädlich, als es tatsächlich ist.

Im Angelsächsischen gibt es den Begriff "**healthy smoker**". Damit ist nicht gemeint, dass Raucher gesund sind, sondern dass Menschen mit guter gesundheitlicher Konstitution eher mit dem Rauchen anfangen als solche mit schlechter.

Da das Ausmaß der Gesundheitsschädigung - so das Ergebnis zahlreicher Studien - stark vom Rauchbeginn, der Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten und der Anzahl der Raucherjahre abhängt - ergeben sich u.a. folgende Schlussfolgerungen:

1. **Nichtraucher verursachen die geringsten krankheitsbedingten Kosten.**
2. **Raucher und Ex-Raucher verursachen die höchsten krankheitsbedingten Kosten.**
3. **Ex-Raucher verursachen um so weniger Kosten, je früher sie mit dem Rauchen aufhören.**

Kranke Mitarbeiter sind die teuersten Mitarbeiter

Passivrauchen mindert Leistungsfähigkeit

Dass Passivrauchen dem Wohlbefinden und der Gesundheit abträglich ist, wird von vernünftigen Menschen nicht mehr abgestritten. Manchen ist aber noch nicht voll bewusst, dass Passivrauchen am Arbeitsplatz nicht nur zu einem erhöhten Krankenstand führt, sondern auch das Leistungspotenzial der nichtrauchenden Mitarbeiter mindert. Schon allein aus diesen Gründen ist ein wirksamer Nichtraucherchutz ökonomisch sinnvoll.

Nach fundierten Schätzungen sind bis zu zehn Prozent des Arbeitsausfalls von Nichtrauchern eine Folge des Passivrauchens.

Viele Betriebe berichteten nach Ausweitung des Nichtraucherchutzes über verbessertes Betriebsklima, verringerte Krankheitsquote und Leistungssteigerungen.

500 Euro Prämie für Nichtraucher bringt Kostenersparnis

Die **Strunk + Partner Ingenieurgesellschaft mbH** setzte für jeden Mitarbeiter, der während der Arbeitszeit nicht raucht, eine Prämie von rund 500 € (1.000 DM) im Jahr aus. Daraufhin stellten die acht Raucher unter den 25 Mitarbeitern das Rauchen ein. Obwohl das auf dem Gebiet der technischen Gebäudeausrüstung (Klima- und Lüftungstechnik, Heizung, Sanitär, Elektro) tätige Unternehmen nun 12.500 € Prämie zu zahlen hatte, führte diese Regelung trotzdem zu einer Kostenersparnis in Höhe von rund 40.000 €.

Strunk + Partner Ingenieurgesellschaft mbH Dammstr. 70-80, 53721 Siegburg, Tel: 02241 9678-0, Fax: 02241 9678-90

Warum? Strunk + Partner machten folgende Rechnung auf: Acht Mitarbeiter rauchen täglich zehn Zigaretten. Dazu suchen sie einen Raucherraum auf, in dem sie durchschnittlich sechs Minuten pro Zigarette verbringen. Dies macht insgesamt jeden Tag acht Stunden aus. Bei 200 Arbeitstagen im Jahr kommen so 1.600 Stunden zusammen. Setzt man den durchschnittlichen Stundensatz von rund 33 € an, errechnet sich eine jährliche Kostenbelastung für das Unternehmen von rund 53.000 €.

Außerdem: **verringerte Kosten** bei Reinigung (Teppiche, Gardinen, Vorhänge, Polstermöbel, Tische), Instandhaltung (vergilbte Wände und Decken), Belüftung, Heizung usw.

Prämie für Azubis, wenn sie nicht rauchen

Seit mehr als zwanzig Jahren übernimmt der Senf- und Soßenhersteller Develey die Sozialabgaben der Auszubildenden, die vertraglich zustimmen, während der dreijährigen Lehre die Finger konsequent von der Zigarette zu lassen. Wer nicht durchhält, muss die bis dahin gesparten Sozialabgaben zurückzahlen. Es kam bisher kein einziges Mal vor, dass ein Auszubildender das Geld zurückgeben musste. Gerade bei jungen Menschen zählen finanzielle Argumente sehr stark. Darüber hinaus erhöht sich die Chance, lebenslang Nichtraucher zu bleiben, denn nach dem zwanzigsten Geburtstag fangen nur noch wenige zu rauchen an.

Develey Senf & Feinkost GmbH

Oberweg 6, 82008 Unterhaching Tel: 089 61102-0, Fax: 089 61102-127

Mit der Prämie für Azubis nimmt der Betrieb zugleich Einfluss auf seine künftige Kostensituation

[zurück zum Seitenanfang](#)

3.2 Nichtrauchererschutz durchsetzen

1974 fällte das Verwaltungsgericht Schleswig das erste Urteil zugunsten eines Nichtrauchers. Weitere Urteile folgten. Inzwischen haben sowohl das Bundesverwaltungsgericht für Beschäftigte im öffentlichen Dienst als auch das Bundesarbeitsgericht für alle anderen Arbeitnehmer das Recht des Nichtrauchers auf Schutz vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch anerkannt. Gesetz- und Verordnungsgeber sind der Rechtsprechung durch Einfügen eines speziellen Nichtrauchererschutzparagrafen in die Arbeitsstättenverordnung gefolgt.

**Entscheidungen des
Bundesverwaltungsgerichts
vom 13.09.84 unter Aktenzeichen 2 C 33.82 und des
Bundesarbeitsgerichts
vom 17.02.98 unter Aktenzeichen 9 AZR 84/97**

[zurück zum Seitenanfang](#)

3.2.1 Beispiele aus der Praxis

Viele Betriebe haben schon lange vor Änderung der Arbeitsstättenverordnung den Nichtrauchererschutz am Arbeitsplatz zufriedenstellend geregelt. Hier zwei Beispiele: Bei der Siemens AG in Hamburg ist durch eine Betriebsvereinbarung das Rauchen in allen allgemein zugänglichen Räumen, Treppenhäusern, Aufzügen usw. verboten. Auf jeder Etage wurden jedoch spezielle Raucherzonen eingerichtet. Die tabakrauchhaltige Luft wird durch Ventilatoren, die in die Fensterscheiben eingebaut wurden, ins Freie abgeführt.

Siemens AG Hamburg

Lindenplatz 2, 20099 Hamburg, Tel: 040 2889-3026

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) entschied am 19. Januar 1999 unter Aktenzeichen 1 AZR 499/98, dass

Geschäftsleitung und Betriebsrat berechtigt sind, in einer Betriebsvereinbarung ein Rauchverbot für sämtliche Betriebsräume festzulegen. Ein Chemielaborant hatte sich dagegen gewandt, dass er nur noch im Freien rauchen dürfe (in einem auf drei Seiten verglasten Unterstand). Das BAG hielt nicht nur ein weit reichendes Rauchverbot zum Schutz der Nichtraucher für rechens, sondern auch die Beschränkung des Rauchens auf den Unterstand im Freien. Raucher hätten kein Recht auf einen Raucherraum im Gebäude.

Philips Semiconductors, UB der Philips GmbH,
Stresemannallee 101, 22529 Hamburg, Tel: 040 56130

Weitere Betriebe mit zum Teil langjährigen Rauchverboten am Arbeitsplatz:
Klicken Sie hier: [Betriebe mit Rauchverbot](#)

[zurück zum Seitenanfang](#)

3.2.2 Nichtrauchererschutz für Arbeitnehmer

Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) § 5 (früher 3a) Nichtrauchererschutz

(1) Der Arbeitgeber hat die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, damit die nichtrauchenden Beschäftigten in Arbeitsstätten wirksam vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch geschützt sind. (2) In Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr hat der Arbeitgeber Schutzmaßnahmen nach Absatz 1 nur insoweit zu treffen, als die Natur des Betriebes und die Art der Beschäftigung es zulassen.

Mit der Änderung der Arbeitsstättenverordnung vom 12. August 2004 wurde der Paragraph 3a wortgleich in Paragraph 5 umgewandelt.

Absichtlich allgemein gehalten ist die Formulierung der **Ausnahmen**. Diese umfassen im Wesentlichen die **Gastronomiebetriebe** (Gaststätten, Restaurants, Cafés, Weinstuben u.ä.), **bei denen das Rauchen als eng mit der Hauptleistung verknüpfte Nebenleistung angesehen wird**.

Diese Bedingung trifft nicht auf den Publikumsverkehr an den meisten anderen Orten zu. Bei Banken und Postämtern zum Beispiel spielt das Rauchen von Kunden im Vergleich zur Hauptleistung eine stark untergeordnete Rolle. Hinzu kommt, dass ein wirksamer Nichtrauchererschutz an diesen Orten durch geeignete Maßnahmen (Raucherzonen) relativ leicht gewährleistet werden kann.

Was hat sich durch den Nichtrauchererschutz-Paragraphen in der Arbeitsstättenverordnung geändert?

Bisher mussten sich die nichtrauchenden Arbeitnehmer ihr Recht noch durch eine Klage vor dem Arbeitsgericht (im öffentlichen Dienst Verwaltungsgericht) erkämpfen, wenn der Arbeitgeber den Fürsorgepflicht-Paragraphen 618 BGB bezüglich des Passivrauchens anders interpretierte. Das war für den Kläger u.a. mit zum Teil erheblichen Kosten verbunden (beim Arbeitsgerichtsprozess trägt in der ersten Instanz jede Partei die eigenen Kosten, unabhängig davon, wer verliert oder gewinnt). Künftig ist nicht das Gericht, sondern das Gewerbeaufsichtsamt der Ansprechpartner des Arbeitnehmers. Das Gewerbeaufsichtsamt führt dann in der Regel eine Besichtigung durch und fordert den Arbeitgeber dazu auf, die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, z.B. ein Rauchverbot zu verhängen oder Raucher und Nichtraucher in getrennten Räumen unterzubringen. Geschieht dies nicht, wird das Gewerbeaufsichtsamt in der Regel ein Bußgeld verhängen. Lässt der Arbeitgeber die danach gesetzte Frist verstreichen, wird die Behörde den Betrieb vor das Gericht zitieren.

Wie gehen Arbeitnehmer konkret vor?

Zunächst sollte man versuchen, in Gesprächen mit Kollegen und Vorgesetzten, evtl. auch mit dem Betriebsrat, betriebsintern Nichtrauchererschutz-Regelungen zu vereinbaren. Führen diese Gespräche zu keinem befriedigenden Ergebnis, ist die Geschäftsleitung schriftlich über den Sachverhalt zu informieren und mit Fristsetzung aufzufordern, die Bestimmungen über einen wirksamen Nichtrauchererschutz laut ArbStättV umzusetzen. Textbausteine für ein solches Schreiben befinden sich im Anhang. **Die Bestimmungen der ArbStättV sind zwingend**, das heißt, dass es nicht darauf ankommt, ob sich ein nichtrauchender Arbeitnehmer vom Tabakrauch belästigt fühlt oder nicht. Der Arbeitgeber muss geeignete Schutzmaßnahmen ergreifen.

Erst wenn auch dies nichts fruchtet, ist der Zeitpunkt gekommen, das Gewerbeaufsichtsamt einzuschalten. Das hat für den Arbeitnehmer den Vorteil, dass er nachweisen kann, alles versucht zu haben, intern eine Lösung zu erreichen. Um zu einem raschen Ergebnis zu kommen, ist das Gewerbeaufsichtsamt nun schriftlich und detailliert über den unzureichenden Zustand des Nichtraucherenschutzes zu informieren.

Ein Verzeichnis der **Gewerbeaufsichtsämter (Ämter für Arbeitsschutz)** jedes Bundeslandes erhalten Sie bei der

Rauchen unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten



Veröffentlicht von Ernst-Günther Krause

Samstag, 5. August 1995

Rauchen unter betriebswirtschaftlichen
Gesichtspunkten

(Vortrag in Wiesbaden auf einem Kongress der Arbeitsmediziner 1995)

1 Einleitung

1.1 Betriebliche Produktionsfaktoren

Zu optimalen Leistungen gehören optimale Bedingungen (Abb. 1). Ein Betrieb, der diesen Grundsatz verletzt, wird im harten marktwirtschaftlichen Wettbewerb nur dann bestehen können, wenn es seine Konkurrenten ebenfalls daran fehlen lassen, die Voraussetzungen für einen optimalen Output zu schaffen. Zum Input gehören in unterschiedlicher Gewichtung die menschliche Arbeitskraft, die Betriebsmittel und die Werkstoffe. Da sich Betriebsmittel und Werkstoffe nicht von allein kombinieren können, kommt der menschlichen Arbeitskraft die entscheidende Bedeutung bei, sowohl als exekutiver als auch als dispositiver Faktor.

Die als Folge des technischen Fortschritts - und auch zur Herstellung optimaler Bedingungen - zunehmende Substitution der menschlichen Arbeitsleistung durch Maschinen, führt zwar kostenmäßig zu einer anderen Gewichtung der betrieblichen Produktionsfaktoren, erhöht jedoch gleichzeitig auch die Bedeutung des dispositiven Arbeitsfaktors. Eine Fehlentscheidung oder ein Ausfall durch Krankheit oder gar Tod kann die Kostensituation und damit den Input auf einen Schlag gravierend ändern.

1.2 Untersuchungen über die ökonomischen Folgen des Rauchens

Tabakrauchen ist zum einen weit verbreitet und zum anderen verantwortlich für Arbeitsunfähigkeit, Frühinvalidität und Übersterblichkeit. Es bildet damit einen wesentlichen Kostenfaktor. Überraschend ist jedoch, dass das Rauchen in der Bundesrepublik Deutschland als Kostenfaktor kaum Anerkennung und auch nicht die zu erwartende Aufmerksamkeit von wissenschaftlicher Seite findet. Während zahlreiche Untersuchungen über das Rauchen aus medizinischer, psychologischer und auch soziologischer Sicht vorliegen, fehlen wissenschaftliche Untersuchungen über die ökonomischen Folgen des Rauchens völlig.

Dies hat meines Erachtens zwei wesentliche Gründe (Abb. 2). Zum einen verhindert die betriebliche Mitbestimmung in Kombination mit dem Datenschutz Untersuchungen über den Kostenfaktor Rauchen. Alle von mir befragten Betriebsräte mittlerer und großer Unternehmen konnten sich nicht vorstellen, ihre Zustimmung zu einer Studie zu geben, in der das Rauch- bzw. Nichtraucherverhalten und seine Auswirkung auf betriebliche Kosten untersucht werden sollte. Sie begründeten dies meist mit der Notwendigkeit zur Solidarität gegenüber rauchenden Kolleginnen und Kollegen und pochten dabei allesamt auf ihr Recht auf Mitbestimmung in sozialen und personellen Angelegenheiten.

Aber auch die Geschäftsleitungen deutscher Unternehmen sahen derartige Untersuchungen in der Vergangenheit eher als eine Angelegenheit an, die den Betriebsfrieden stören könnte. Man stöhnte zwar über die ständig steigenden Kosten auf dem Personalsektor, sah aber keine Möglichkeit, auf sie durch grundlegende Änderungen beim Faktor Rauchen Einfluss zu nehmen. Die Tarifpolitik der Sozialpartner zeigte darüber hinaus wenig Flexibilität. Den Verlautbarungen der für die Öffentlichkeitsarbeit zuständigen Mitarbeiter nach gab es keine Probleme mit dem Rauchen bzw. Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz.

Daß dies jedoch keine zutreffenden Zustandsbeschreibungen waren, zeigen nicht nur Repräsentativbefragungen, sondern auch Ergebnisse von Betriebsratswahlen (Abb. 3). In München errang z.B. die Liste Nichtraucherschutz 1987 in einem Zweigbetrieb von Siemens auf Anhieb 12,2 Prozent von 8.383 Stimmen und wiederholte ihren Wahlerfolg 1990 und 1993 mit jeweils über 11 Prozent.

Das Verhalten der Unternehmen ist zwar in gewisser Weise verständlich, jedoch eher als eine Art management by waiting zur Erhaltung des Status quo, anstatt management by forming zu bezeichnen. Einem kostenbewussten Unternehmer hätten eigentlich schon die Erkenntnisse der Bundesregierung aus dem Jahr 1974 Grund zum Nachdenken geben müssen (Abb. 4). Denn bereits zu diesem Zeitpunkt gab die damalige Bundesgesundheitsministerin Katharina Focke den Verlust für das Bruttosozialprodukt durch die Folgen des Rauchens (häufigere Krankheitsfälle, Frühinvalidität, Übersterblichkeit) mit 15 bis 20 Milliarden Mark für 1971 an. Heute liegt der Schaden für das Bruttosozialprodukt sowohl hochgerechnet als auch auf der Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes für 1991 gerechnet bei mehr als 80 Milliarden Mark allein für die alten Bundesländer.

Da das Bruttosozialprodukt den Gesamtwert der in einem Jahr produzierten Sachgüter und Dienstleistungen darstellt, müssen die Kosten des Rauchens auch in erheblichem Umfang die Unternehmen treffen. Bei der ungeheuren Vielfalt

Nichtraucherinitiative Deutschland - Rauchen unter betriebswirtschaftlichen Gesicht... Seite 2 von 5

der Produzenten von Sachgütern und Dienstleistungen fällt es jedoch schwer, genauere Zahlen zu errechnen, vor allem angesichts der Tatsache, dass deutsche Studien völlig fehlen und ausländische Studien, das sind vor allem US-Studien, sich nur bedingt dazu eignen, Rückschlüsse auf die finanzielle Belastung deutscher Unternehmen bzw. Betriebe durch das Rauchen zu ziehen.

2 Welche betriebswirtschaftlichen Kosten verursacht Rauchen?

Obwohl für den Produktionsprozess weder erforderlich noch ihm förderlich, beeinflusst das Rauchen eine ganze Reihe von Kostenarten, vorrangig jedoch die Personalkosten.

2.1 Personalkosten

Auch wenn die Zahl der kapitalintensiven Betriebe bedingt durch den technischen Fortschritt zunimmt, spielt der Faktor Arbeit mit Abstand die größte Rolle beim Kalkulieren der Preise in den drei Wirtschaftsbereichen Produktion, Verteilung und Dienstleistung.

2.1.1 Kosten durch Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit

In den ersten sechs Wochen einer Arbeitsunfähigkeit sind die Arbeitgeber verpflichtet, das Entgelt weiter zu bezahlen (Abb. 5). Da Raucher und auch Ex-Raucher häufiger und auch länger krank sind als Nie-Raucher sind mindestens ein Viertel und damit mindestens 12 Milliarden Mark der 1993 von Arbeitgebern geleisteten Entgeltfortzahlungen von rund 49 Milliarden Mark (StJB 1994, S. 482) dem Rauchen zuzurechnen. Setzt man diese Summe in Beziehung zur gesamten Bruttolohn- und -gehaltssumme von 1,2 Billionen Mark, so ergibt sich ein Anteil von rund einem Prozent. In reinen Dienstleistungsunternehmen wirkt sich dies besonders stark aus. Ein Arbeitsausfall kann bei ihnen pro Acht-Stunden-Tag einen Einnahmeausfall von 400 bis weit über 1.000 Mark verursachen.

2.1.2 Kosten durch Entgeltfortzahlung während des Rauchvorgangs

Die Computerfirma Atari gewährt ihren nichtrauchenden Angestellten einen Sonderurlaub von 6 Tagen im Jahr (Abb. 6). Sie hatte nämlich herausgefunden, dass die rauchenden Mitarbeiter aufgrund des Rauchverbots in den Produktionsräumen täglich eine gewisse Zeit lang zum Rauchen einen Ortswechsel vornehmen müssen und deshalb nicht produktiv tätig sein können. Die 6 Tage Mehrurlaub stellen jedoch nicht das genaue Äquivalent zur Ausfallzeit dar, die sich durch das Verlassen des Arbeitsplatzes zum Rauchen ergibt. Vielmehr verkörpern Sie einen Kompromiss zwischen den tatsächlichen Ausfallzeiten und der Tatsache, dass der zusätzliche Urlaub einseitig die Kosten erhöht. Dabei ging die Unternehmensleitung nicht unbegründet davon aus, dass die 6 Urlaubstage Anreiz geben, das Rauchen einzustellen.

In der Tat verbringt ein rauchender Arbeitnehmer, der am Arbeitsplatz täglich 20 Zigaretten raucht, insgesamt mindestens 20 Minuten mit dem Handhaben der Zigarette. Das Hervorholen, das Anzünden, das Einatmen des Tabakrauchs, das Ablegen der Zigarette in den Aschenbecher, das Wieder-in-die-Hand-nehmen und das Ausdrücken der Zigarette braucht Zeit, in der der Arbeitnehmer seine Arbeitsleistung nicht erbringen kann. Dies spielt besonders bei Tätigkeiten eine Rolle, die den Gebrauch einer oder beider Hände benötigen. Rechnet man die 20 Minuten pro Tag auf die durchschnittliche jährliche Arbeitszeit abzüglich Urlaubszeit von 220 Tagen um, entsteht bei einem rauchenden Arbeitnehmer mit einem täglichen Zigarettenkonsum von 20 Stück während der Arbeitszeit ein Arbeitsausfall von mindestens 10 Tagen allein durch das Hantieren mit der Zigarette. Dies entspricht z.B. im Verarbeitenden Gewerbe bei Lohnkosten von ca. 30 Mark pro Arbeitsstunde (1993) einem Betrag von rund 2.400 Mark im Jahr. Wenn man davon ausgeht, dass von 25,6 Millionen beschäftigten inländischen Arbeitnehmern - die Zahl bezieht sich auf 1993 und das frühere Bundesgebiet - etwa 35 Prozent rauchen, wenn man ferner zugrundelegt, dass etwa ein Drittel dieser Raucher zu denjenigen gehört, die mindestens 20 Zigaretten pro Tag am Arbeitsplatz rauchen, entstehen den Unternehmen allein für diese rund 3 Millionen stärkeren Raucher Kosten in Höhe von 7,2 Milliarden Mark jährlich. Doch auch die restlichen 6 Millionen schwächer rauchenden Arbeitnehmer erhöhen die Arbeitsausfallzeit. Sie mit einem Viertel der Kosten anzusetzen, die der Arbeitsausfall bei den stärkeren Rauchern verursacht, dürfte nicht zu hoch sein, so dass sich insgesamt 9 Milliarden Mark Belastung ergeben. Ihnen stehen keine Arbeitsleistungen gegenüber.

Wohlgemerkt, dieser Betrag bezieht sich ausschließlich auf rauchende Arbeitnehmer mit einem täglichen Tabakkonsum am Arbeitsplatz von 20 Zigaretten und nur durch die Handhabung. Nimmt man jene Arbeitnehmer hinzu, die während des Rauchens überhaupt nicht arbeiten, sondern ausschließlich "genießen", dann liegen die Arbeitsausfallzeiten erheblich höher. Das kann im Einzelfall auch über eine Stunde pro Tag sein. Zigarettenautomaten in den Betrieben fördern zusätzlich den Arbeitsausfall.

2.1.3 Kosten durch Verlust des Produktionsfaktors "Know-how"

Raucher sterben früher als Nichtraucher. Peto, Lopez und Mitarbeiter zeigten, daß Raucher im Alter von 35 bis 69 Jahren durchschnittlich 21 Lebensjahre infolge des Rauchens verlieren. Raucher werden aber auch eher zu Frühinvaliden als Nichtraucher. In beiden Fällen fallen sie für den Betrieb häufig von heute auf morgen aus. Das stellt dann kein größeres Problem dar, wenn sie umgehend durch eine gleichwertige Arbeitskraft ersetzt werden können.

FAQ zum Nichtraucherschutzgesetz

Frage	Antwort
Seit wann gilt das Rauchverbot?	Seit dem 1. August 2007
Warum tritt das Gesetz so kurzfristig nach der Verkündung in Kraft?	Bereits im Frühjahr dieses Jahres hat sich die Landesregierung auf das jetzige gesetzliche Rauchverbot geeinigt, worüber in den Medien auch breit berichtet wurde. Mit dem frühen Inkrafttreten soll ein Signal für einen effektiven Gesundheitsschutz gesetzt werden.
Wo ist überall das Rauchen verboten?	In <ul style="list-style-type: none"> – Schulen, auch solche in privater Trägerschaft, – Jugendhäusern, – Kindertageseinrichtungen, – Behörden, Dienststellen und sonstige Einrichtungen des Landes und der Kommunen (bspw.: Hochschulen, Gerichte, Theater, Museen, Sport- und Mehrzweckhallen), – Krankenhäuser, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen, – Gaststätten und Diskotheken.
Gibt es Ausnahmen vom Rauchverbot?	Ja. <p>In einer Gaststätte darf in einem abgetrennten Nebenraum das Rauchen erlaubt werden. Diese Ausnahmeregelung gilt nicht für Diskotheken.</p> <p>Vom Rauchverbot ausgenommen sind Festzelte, die Außengastronomie sowie das gastronomische Reisegewerbe.</p> <p>In Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sind für einzelne Stationen wie bspw. die Palliativstationen Ausnahmen möglich. Darüber hinaus ist im eigenen Zimmer in einem Pflegeheim das Rauchen unter bestimmten Voraussetzungen weiterhin erlaubt.</p>
Warum gilt die Ausnahmeregelung nicht für Diskotheken?	Weil sich in Diskotheken viele Jugendliche aufhalten. Sie sollen vor den Gefahren des Passivrauchens besonders geschützt werden. Hinzu kommt, dass die Tabakrauchbelastung in Diskotheken besonders hoch ist bei gleichzeitiger körperlicher Aktivität der Gäste.

Muss in einer Gaststätte ein Nebenraum für Raucher eingerichtet werden?	Nein. Es ist die freie Entscheidung des Wirtes, ob er einen Nebenraum einrichtet und in diesem das Rauchen erlaubt.
Darf in Vereinsgaststätten weiter geraucht werden?	Nein. Auch durch die Schaffung eines Vereines (z.B. Raucherclub) ist es grundsätzlich nicht möglich, sich dem Anwendungsbereich des Gesetzes zu entziehen. Maßgebliches Kriterium ist die Zugänglichkeit. Diese ist bereits dann gegeben, wenn es sich um einen sog. offenen Verein handelt, d.h. ein Wechsel der Mitglieder jederzeit möglich ist.
Warum gibt es überhaupt ein Nichtrauchererschutzgesetz?	Nach einer aktuellen Studie des Deutschen Krebsforschungszentrums ist Tabakrauch die gefährlichste vermeidbare Innenraumverschmutzung. Er enthält über 70 Substanzen, die krebserregend sind oder in diesem Verdacht stehen. Nach dieser Studie sterben in Deutschland jedes Jahr über 260 Nichtraucher an passivrauchbedingtem Lungenkrebs und circa 3000 Nichtraucher an passivrauchbedingten Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder chronischen Lungenerkrankungen. Es ist daher ein gesundheitspolitisch wichtiges Anliegen, den Schutz der Nichtraucher vor den Gefahren des Passivrauchens weiter zu verbessern.
Wozu brauchen wir ein Gesetz, wenn freiwillige Regelungen doch auch möglich sind?	Die Erfahrungen haben gezeigt, dass freiwillige Regelungen nicht ausreichen. Daher sind gesetzliche Regelungen insbesondere für öffentliche und öffentlich zugängliche Räume notwendig.
Gibt es in den anderen Bundesländern auch ein Rauchverbot?	In den meisten Bundesländern tritt ebenfalls in Kürze ein Nichtrauchererschutzgesetz in Kraft. Insbesondere in öffentliche Gebäuden und Gaststätten wird das Rauchen untersagt.
Kann ich den Leiter der Einrichtung bzw. den Wirt anzeigen, wenn er trotz des Gesetzes Rauchen in seiner Einrichtung / Gaststätte weiter zulässt bzw. erlaubt?	Ja. Sollte der Wirt es dauerhaft unterlassen, das Gesetz umzusetzen, so kann ihm in der Letztfolge die gaststättenrechtliche Erlaubnis entzogen werden.
Werde ich bestraft wenn ich mich nicht an das Rauchverbot halte?	Ja. Es handelt sich hierbei um eine Ordnungswidrigkeit, die mit 40 bis 150 Euro (im Wiederholungsfall) geahndet werden kann.
Darf in der Gaststätte geraucht werden, wenn sie zu ist oder bei einer geschlossenen Gesellschaft (bspw. einer Hochzeit), wenn diese damit einverstanden sind?	Nein. Das Rauchverbot ist zeitlich nicht begrenzt und auch nicht abhängig von den Besuchern. Ausnahme: Wenn die geschlossene Gesellschaft in dem vollständig abgetrennten Rauchernebenraum feiert.

<p>Was ist ein vollständig abgetrennter Nebenraum?</p>	<p>Der Nebenraum muss zumindest durch eine feste und deckenhohe Trennwand vom Hauptgasträum getrennt und mit einer verschließbaren Türe versehen sein. Konkrete baurechtliche Vorgaben sind zur Vermeidung von Bürokratie nicht vorgesehen. Wesentlich ist, dass die Belange des Nichtraucher-schutzes durch die Rauchernebenräume nicht beeinträchtigt werden.</p>
<p>Was unterscheidet den (rauchfreien) Hauptgasträum vom (Raucher-)Nebenraum?</p>	<p>Maßgeblich sind hier die konkreten Verhältnisse im Einzelfall. Ein wichtiges Kriterium ist die Flächengröße. Aber auch die Lage und Ausstattung des Gasträum sind in die Gesamtbetrachtung einzubeziehen.</p>
<p>Gibt es auch künftig „Raucherecken“ an Schulen?</p>	<p>Grundsätzlich gilt an allen Schulen ein Rauchverbot. Es besteht jedoch an beruflichen Schulen oder Schulen mit einer 11. Klasse die Möglichkeit, für volljährige Schüler eine Raucherecke einzurichten. Die Entscheidung, ob eine Raucherecke auf dem Schulhof eingerichtet wird, ist von den Schulgremien vor Ort zu treffen und gilt jeweils für ein Jahr.</p>
<p>Darf in einer Mehrzweckhalle bei einer Festveranstaltung oder besonderen Anlässen wie bei der Fasnet geraucht werden?</p>	<p>Wenn es sich um eine die Mehrzweckhalle in kommunalern Trägerschaft handelt, dann darf grundsätzlich nicht geraucht werden.</p>
<p>Ist das Rauchen künftig auch bei Sportveranstaltungen verboten?</p>	<p>Das Rauchverbot gilt nur für geschlossene kommunale Sportstätten. Das Rauchen im Freien, zum Beispiel auf kommunalen Sportplätzen, ist weiterhin erlaubt.</p>
<p>Haben auch andere Länder ein Rauchverbot erlassen?</p>	<p>Auch viele europäische und außereuropäische Länder haben Rauchverbote für die Gastronomie erlassen. Der allgemeine Trend zur Rauchfreiheit in öffentlich zugänglichen Räumen ist nicht mehr aufzuhalten. Der Europäischen Union ist an der Schaffung von verbindlichen EU-Rechtsvorschriften gelegen. Hierzu zählt beispielsweise auch der Gesundheitsschutz von Arbeitnehmern. Sofern die Mitgliedsstaaten keine Rauchverbote (in Kneipen und Restaurants) einführen, wird die EU aller Voraussicht nach entsprechend tätig werden.</p>

World Health Organization
Geneva, Switzerland

**WHO FRAMEWORK CONVENTION
ON TOBACCO CONTROL**



World Health Organization

WHO Framework Convention on Tobacco Control

Table of Contents

Foreword	v
WHO FCTC text	1
Preamble.....	1
Part I: Introduction	4
Article 1 Use of terms.....	4
Article 2 Relationship between this Convention and other agreements and legal instruments.....	5
Part II: Objective, guiding principles and general obligations	5
Article 3 Objective.....	5
Article 4 Guiding Principles.....	5
Article 5 General Obligations.....	7
Part III: Measures relating to the reduction of demand for tobacco	7
Article 6 Price and tax measures to reduce the demand for tobacco.....	7
Article 7 Non-price measures to reduce the demand for tobacco.....	8
Article 8 Protection from exposure to tobacco smoke.....	8
Article 9 Regulation of the contents of tobacco products.....	9
Article 10 Regulation of tobacco product disclosures.....	9
Article 11 Packaging and labelling of tobacco products.....	9
Article 12 Education, communication, training and public awareness.....	10
Article 13 Tobacco advertising, promotion and sponsorship.....	11
Article 14 Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation.....	13
Part IV: Measures relating to the reduction of the supply of tobacco	13
Article 15 Illicit trade in tobacco products.....	13
Article 16 Sales to and by minors.....	15
Article 17 Provision of support for economically viable alternative activities.....	16
Part V: Protection of the environment	16
Article 18 Protection of the environment and the health of persons.....	16
Part VI: Questions related to liability	17
Article 19 Liability.....	17
Part VII: Scientific and technical cooperation and communication of information	17
Article 20 Research, surveillance and exchange of information.....	17
Article 21 Reporting and exchange of information.....	19
Article 22 Cooperation in the scientific, technical and legal fields and provision of related expertise.....	20
Part VIII: Institutional arrangements and financial resources	21
Article 23 Conference of the Parties.....	21
Article 24 Secretariat.....	22

WHO Framework Convention on Tobacco Control

Article 25	Relations between the Conference of the Parties and intergovernmental organizations.....	23
Article 26	Financial resources.....	23
Part IX:	Settlement of disputes	24
Article 27	Settlement of disputes	24
Part X:	Development of the convention	25
Article 28	Amendments to this Convention.....	25
Article 29	Adoption and amendment of annexes to this Convention.....	26
Part XI:	Final Provisions	26
Article 30	Reservations	26
Article 31	Withdrawal	26
Article 32	Right to vote	27
Article 33	Protocols	27
Article 34	Signature.....	27
Article 35	Ratification, acceptance, approval, formal confirmation or accession	28
Article 36	Entry into force.....	28
Article 37	Depositary.....	29
Article 38	Authentic texts.....	29
Annex 1:	WHA Resolution 56.1 – WHO Framework Convention on Tobacco Control	30
Annex 2:	History of the WHO FCTC process	33

WHO Framework Convention on Tobacco Control

Article 2

Relationship between this Convention and other agreements and legal instruments

1. In order to better protect human health, Parties are encouraged to implement measures beyond those required by this Convention and its protocols, and nothing in these instruments shall prevent a Party from imposing stricter requirements that are consistent with their provisions and are in accordance with international law.
2. The provisions of the Convention and its protocols shall in no way affect the right of Parties to enter into bilateral or multilateral agreements, including regional or subregional agreements, on issues relevant or additional to the Convention and its protocols, provided that such agreements are compatible with their obligations under the Convention and its protocols. The Parties concerned shall communicate such agreements to the Conference of the Parties through the Secretariat.

PART II: OBJECTIVE, GUIDING PRINCIPLES AND GENERAL OBLIGATIONS

Article 3

Objective

The objective of this Convention and its protocols is to protect present and future generations from the devastating health, social, environmental and economic consequences of tobacco consumption and exposure to tobacco smoke by providing a framework for tobacco control measures to be implemented by the Parties at the national, regional and international levels in order to reduce continually and substantially the prevalence of tobacco use and exposure to tobacco smoke.

Article 4

Guiding principles

To achieve the objective of this Convention and its protocols and to implement its provisions, the Parties shall be guided, *inter alia*, by the principles set out below:

1. Every person should be informed of the health consequences, addictive nature and mortal threat posed by tobacco consumption and exposure to tobacco smoke and effective legislative, executive, administrative or other measures should be contemplated at the appropriate governmental level to protect all persons from exposure to tobacco smoke.

WHO Framework Convention on Tobacco Control

2. Without prejudice to the sovereign right of the Parties to determine and establish their taxation policies, each Party should take account of its national health objectives concerning tobacco control and adopt or maintain, as appropriate, measures which may include:

(a) implementing tax policies and, where appropriate, price policies, on tobacco products so as to contribute to the health objectives aimed at reducing tobacco consumption; and

(b) prohibiting or restricting, as appropriate, sales to and/or importations by international travellers of tax- and duty-free tobacco products.

3. The Parties shall provide rates of taxation for tobacco products and trends in tobacco consumption in their periodic reports to the Conference of the Parties, in accordance with Article 21.

Article 7

Non-price measures to reduce the demand for tobacco

The Parties recognize that comprehensive non-price measures are an effective and important means of reducing tobacco consumption. Each Party shall adopt and implement effective legislative, executive, administrative or other measures necessary to implement its obligations pursuant to Articles 8 to 13 and shall cooperate, as appropriate, with each other directly or through competent international bodies with a view to their implementation. The Conference of the Parties shall propose appropriate guidelines for the implementation of the provisions of these Articles.

Article 8

Protection from exposure to tobacco smoke

1. Parties recognize that scientific evidence has unequivocally established that exposure to tobacco smoke causes death, disease and disability.

2. Each Party shall adopt and implement in areas of existing national jurisdiction as determined by national law and actively promote at other jurisdictional levels the adoption and implementation of effective legislative, executive, administrative and/or other measures, providing for protection from exposure to tobacco smoke in indoor workplaces, public transport, indoor public places and, as appropriate, other public places.



Updated status of the WHO Framework Convention on Tobacco Control
NOTE: The WHO FCTC is currently deposited at the United Nations Headquarters in New York. The Treaty remains open for ratification, acceptance, approval, formal confirmation and accession indefinitely for States wishing to become parties to it.

Entry into force:

27 February 2005, in accordance with article 36 which reads as follows: "1. This Convention shall enter into force on the ninetieth day following the date of deposit of the fortieth instrument of ratification, acceptance, approval, formal confirmation or accession with the Depositary. 2. For each State that ratifies, accepts or approves the Convention or accedes thereto after the conditions set out in paragraph 1 of this Article for entry into force have been fulfilled, the Convention shall enter into force on the ninetieth day following the date of deposit of its instrument of ratification, acceptance, approval or accession. 3. For each regional economic integration organization depositing an instrument of formal confirmation or an instrument of accession after the conditions set out in paragraph 1 of this Article for entry into force have been fulfilled, the Convention shall enter into force on the ninetieth day following the date of its depositing of the instrument of formal confirmation or of accession. 4. For the purposes of this Article, any instrument deposited by a regional economic integration organization shall not be counted as additional to those deposited by States Members of the organization."

Status:

[See map](#) | [Non-parties](#)

Signatories to the WHO FCTC: **168**

Parties to the WHO FCTC: **152**

Participant	Signature date	Ratification, Acceptance (A), Approval (AA), Formal confirmation (c), Accession (a), Succession (d)
Afghanistan	29 June 2004	
Albania	29 June 2004	26 April 2006
Algeria	20 June 2003	30 June 2006
Angola	29 June 2004	20 September 2007
Antigua and Barbuda	28 June 2004	5 June 2006
Argentina	25 September 2003	
Armenia		29 November 2004 a
Australia	5 December 2003	27 October 2004
Austria	28 August 2003	15 September 2005
Azerbaijan		1 November 2005 a
Bahamas	29 June 2004	
Bahrain		20 March 2007 a
Bangladesh	16 June 2003	14 June 2004
Barbados	28 June 2004	3 November 2005
Belarus	17 June 2004	8 September 2005
Belgium	22 January 2004	1 November 2005

WHO | Updated status of the WHO Framework Convention on Tob...

<http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/print.html>

Equatorial Guinea		17 September 2005 a
Estonia	8 June 2004	27 July 2005
Ethiopia	25 February 2004	
European Community	16 June 2003	30 June 2005 c
Fiji	3 October 2003	3 October 2003
Finland	16 June 2003	24 January 2005
France	16 June 2003	19 October 2004 AA
Gabon	22 August 2003	
Gambia	16 June 2003	18 September 2007
Georgia	20 February 2004	14 February 2006
Germany	24 October 2003	16 December 2004
Ghana	20 June 2003	29 November 2004
Greece	16 June 2003	27 January 2006
Grenada	29 June 2004	14 August 2007
Guatemala	25 September 2003	16 November 2005
Guinea	1 April 2004	7 November 2007
Guyana		15 September 2005 a
Haiti	23 July 2003	
Honduras	18 June 2004	16 February 2005
Hungary	16 June 2003	7 April 2004
Iceland	16 June 2003	14 June 2004
India	10 September 2003	5 February 2004
Iran (Islamic Republic of)	16 June 2003	6 November 2005
Iraq	29 June 2004	
Ireland	16 September 2003	7 November 2005
Israel	20 June 2003	24 August 2005
Italy	16 June 2003	
Jamaica	24 September 2003	7 July 2005
Japan	9 March 2004	8 June 2004 A
Jordan	28 May 2004	19 August 2004
Kazakhstan	21 June 2004	22 January 2007
Kenya	25 June 2004	25 June 2004
Kiribati	27 April 2004	15 September 2005
Kuwait	16 June 2003	12 May 2006
Kyrgyzstan	18 February 2004	25 May 2006
Lao People's Democratic Republic	29 June 2004	6 September 2006
Latvia	10 May 2004	10 February 2005

Verena Reichert

Von: m.poetschke-langer@dkfz-heidelberg.de im Auftrag von Pötschke-Langer Martina
[m.poetschke-langer@dkfz-heidelberg.de]
Gesendet: Montag, 12. November 2007 22:00
An: Verena Reichert
Betreff: AW: Diplomarbeit Landesnichtraucherschutzgesetz

Liebe Frau Reichert,
ich antworte direkt unten in der Mail

Von: Verena Reichert [<mailto:venirei@web.de>]
Gesendet: Mo 12.11.2007 20:14
An: Pötschke-Langer Martina
Betreff: Diplomarbeit Landesnichtraucherschutzgesetz

Hallo Frau Pötschke-Langer,

nun wende ich mich noch einmal an Sie, bezüglich meiner
Diplomarbeit. Ich hoffe, sie
können mir weiterhelfen.

1. Manche Schadstoffe sind im Nebenstromrauch höher als im
Hauptstromrauch. Liegt das daran, dass im Hauptstromrauch durch den
Körper des Rauchers die Schadstoffe gefiltert werden? Und/Oder
daran, dass manche Schadstoffe sich erst durch die Hitze, die im
Glutkegel vorzufinden ist, ausbreiten, bzw. entstehen?

Nein, die Schadstoffverbrennung ist vollständiger bei der Hitze von
800 oder 900 Grad beim Ziehen der Zigarette als bei nur 600 Grad
beim Glimmen, also dem Nebenstromrauch. Jedoch ist die
Gesundheitsgefährdung durch Aktivrauchen natürlich höher, weil der
Rauch tief bis ins Lungengewebe inhaliert wird im Gegensatz zum
Passivrauchen, bei dem die Schadstoffe "nur" eingeatmet werden,

2. Gibt es eine Verpflichtung für die Regierung durch das FCTC bzw.
die darauffolgenden Leitlinien der WHO?

Ja, es gibt eine durch die Unterschrift der Bundesregierung erfolgte
Verpflichtung, diese kann jedoch nicht eingeklagt werden, weil
Regierungen Ermessensspielräume haben. Das sehen wir auch beim
Kyoto-Protokoll. Dort ist es das Gleiche.

3. Nie-Raucher und Ex-Raucher sind Nichtraucher. Als Passivraucher
zählen nur die Nichtraucher. Nie-Raucher und Ex-Raucher haben jedoch
eine unterschiedliche Basis, da bei dem Ex-Raucher durch sein
Rauchen in der Vergangenheit schon ein höheres Risiko besteht,
Lungenkrebs zu bekommen, als bei dem Nie-Raucher. Beide werden jetzt
Passivrauch ausgesetzt. Nun heißt es, dass jährlich über 200
Lungenkrebstodesfälle auf das Passivrauchen zurückzuführen sind,
(das Passivrauchen erhöht das Risiko für Lungenkrebs).

Wird bei dieser Aussage beachtet, dass ein Ex-Raucher eigentlich schon eine andere Basis durch seine Vergangenheit hat?

Wegen der Vorbelastung werden Exraucher beim Lungenkrebs nicht mitgezählt, denn sie haben keine Nullbelastung mehr, sondern tragen ihr Risiko mit sich herum. Das gilt jedoch nicht für Herz-Kreislaufkrankungen, denn hier ist innerhalb weniger Jahre eine Reversibilität der Schädigung erkennbar

Gruss
M.Pötschke-Langer

Leiterin der Stabsstelle Krebsprävention und
des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle
Deutsches Krebsforschungszentrum

Im Neuenheimer Feld 280
D-69120 Heidelberg
Tel.: 06221 42 30 07
Fax: 06221 42 30 20
e-mail: M.Poetschke-Langer@dkfz.de



KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

Brüssel, den 30. Januar 2007
KOM(2007) 27 endgültig

GRÜNBUCH

Für ein rauchfreies Europa: Strategieoptionen auf EU-Ebene

(von der Kommission vorgelegt)

DE

DE

INHALT

I.	EINLEITUNG.....	4
II.	BEGRÜNDUNG DER AKTION	5
1.	Gesundheitliche Aspekte.....	5
1.1.	Gesundheitsbelastung bei ETS-Exposition.....	5
1.2.	Expositionsgrad.....	6
1.3.	Auswirkungen der Rauchfrei-Initiative.....	7
2.	Wirtschaftliche Aspekte.....	8
2.1.	Wirtschaftliche Belastung	8
2.2.	Auswirkungen der Rauchfrei-Initiative.....	8
2.3.	Unbeabsichtigte Folgen.....	8
3.	Soziale Aspekte.....	9
3.1.	Öffentliche Akzeptanz der Rechtsvorschriften für rauchfreie Zonen.....	9
3.2.	Auswirkungen auf den Tabakkonsum.....	9
3.3.	Auswirkungen auf die soziale Gerechtigkeit	10
4.	Aktionsimpulse	10
III.	DIE AKTUELLEN GESETZLICHEN BESTIMMUNGEN.....	11
1.	Rechtsvorschriften auf nationaler Ebene	11
2.	RECHTSVORSCHRIFTEN AUF EU-EBENE.....	12
IV.	ANWENDUNGSBEREICHE DER RAUCHFREI-INITIATIVE	13
1.	Rechtsvorschriften für rauchfreie Zonen	14
2.	Rechtsvorschriften für rauchfreie Zonen – mit Ausnahmeregelungen	16
2.1.	Ausnahmeregelungen für Lizenzbetriebe des Gastgewerbes.....	16
2.2.	Ausnahmeregelungen für Pubs und Bars/Kneipen ohne Restauration	17
2.3.	Geschlossene, separat belüftete Raucherräume	17
V.	STRATEGIEOPTIONEN	18
1.	Beibehalten des Status quo	19
2.	Freiwillige Massnahmen	20
3.	Methode der offenen Koordinierung.....	21
4.	Empfehlungen der Kommission oder des Rates	22

5.	Verpflichtende Rechtsvorschriften.....	22
VI.	SCHLUSSBEMERKUNGEN	23
VII.	ANNEXES.....	25
	Annex II: Global burden of ill-health.....	26
	Annex IV: References	28

I. EINLEITUNG

Die Exposition gegenüber Tabakrauch in der Umwelt (ETS) – auch „Passivrauchen“ genannt – ist immer noch eine weit verbreitete Krankheits- und Todesursache in der Europäischen Gemeinschaft und belastet die gesamte Gesellschaft mit hohen Kosten.

Koordinierte Bemühungen in Hinblick auf ein „rauchfreies Europa“ gehören zu den Prioritäten der öffentlichen Gesundheits-, Umwelt-, Arbeits- und Forschungspolitik der Kommission. In ihrem Aktionsplan Umwelt- und Gesundheit 2004-2010 verpflichtet sich die Kommission dazu, „eine Verbesserung der Luftqualität in Innenräumen herbeizuführen, insbesondere durch eine Förderung der Einschränkungen des Rauchens an allen Arbeitsplätzen durch Untersuchung rechtlicher Möglichkeiten und von Initiativen zur Gesundheitsförderung auf europäischer und nationaler Ebene“.

Wesentliche Schritte sind bereits eingeleitet worden, um in der EU die Einrichtung von rauchfreien Zonen zu fördern. Zu Beginn der neunziger Jahre wurden durch diesbezügliche Gesundheits- und Sicherheitsrichtlinien bestimmte Einschränkungen des Tabakkonsums am Arbeitsplatz festgelegt. Diese sind durch die Entschließung des Rates von 1989¹ und die Empfehlung zur Prävention des Rauchens von 2002² ergänzt worden, in denen die Mitgliedstaaten dazu aufgefordert wurden, Schutzmaßnahmen gegen die Exposition gegenüber Tabakrauch an Arbeitsplätzen in geschlossenen Räumen, öffentlichen Verkehrsmitteln und geschlossenen öffentlichen Bereichen zu ergreifen. Parallel zu den Rechtsmaßnahmen haben in den Medien vor allem zwei Anti-Tabak-Kampagnen – „Fühl Dich frei, Nein zu sagen“ (2001-2004) und „HELP: Für ein rauchfreies Leben“ (2005-2008) – auf die Risiken des Passivrauchens hingewiesen, um den „tabakfreien Lifestyle“ vor allem unter jungen Leuten zu fördern.

Hinsichtlich der nationalen Rechtsvorschriften lassen sich zwischen den einzelnen Mitgliedsstaaten deutliche Unterschiede feststellen. Die Kommission begrüßt das beispielhafte Vorgehen von Irland, Italien, Malta, Schweden und Teilen des VK und legt allen Mitgliedstaaten nahe, ohne Aufschub wirkungsvolle Maßnahmen zu ergreifen, um ihre Bürger vor den gesundheitsschädlichen Auswirkungen des Passivrauchens zu schützen.

Auf internationaler Ebene erkennt das von 168 Vertragsparteien unterzeichnete und von 141 Partnern³ – einschließlich EU – verabschiedete WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakkonsums (WHO FCTC) „die wissenschaftlich fundierten Beweise an, die eindeutig belegen, dass die Exposition gegenüber Tabakrauch Tod, Krankheit und Invalidität verursacht“. Die Konvention verpflichtet die Gemeinschaft und ihre Mitgliedstaaten, die Exposition gegenüber Tabakrauch an Arbeitsplätzen in geschlossenen Räumen, öffentlichen Verkehrsmitteln oder an geschlossenen öffentlichen Orten einzuschränken.

Ziel des vorliegenden Grünbuchs ist es, einen umfassenden Konsultationsprozess und eine breit angelegte öffentliche Debatte über den besten Weg, das Passivrauchen in der EU einzudämmen, in den EU-Institutionen, in den Mitgliedstaaten und in der Zivilgesellschaft einzuleiten.

Die Kommission wird die zu diesem Grünbuch eingehenden Kommentare gründlich analysieren und auf dieser Grundlage möglicherweise weitere Aktionen beschließen. Der zusammenfassende Bericht über die Untersuchungsergebnisse wird voraussichtlich im ersten Halbjahr 2007 erscheinen. Parallel dazu werden im Rahmen des Aktionsplans Gesundheit und Umwelt breit angelegte Aktionen für eine bessere Luftqualität in geschlossenen Räumen fortgesetzt.

II. BEGRÜNDUNG DER AKTION

1. GESUNDHEITLICHE ASPEKTE

1.1. Gesundheitsbelastung bei ETS-Exposition

ETS enthält über 4 000 Chemikalien, darunter über 50 bekannte krebserregende Wirkstoffe und viele giftige Agenzien. Für die ETS-Exposition ist bisher kein für die Gesundheit unschädlicher Wert erstellt worden, und es ist nicht zu erwarten, dass die Forschung in Zukunft einen Grenzwert ermitteln wird.

ETS ist 1993 von der US-Umweltschutzbehörde, 2000 von dem US-Ministerium für Gesundheit und Sozialdienste und 2002 von dem Internationalen Krebsforschungszentrum der Weltgesundheitsorganisation (WHO-IARC) als **für den Menschen krebserregend** eingestuft worden. Weiterhin ist ETS von der finnischen (2000) und von der deutschen Regierung (2001) als **Krebserreger am Arbeitsplatz** eingestuft worden. Kürzlich erklärte die kalifornische Umweltschutzagentur den Tabakrauch als „**giftig und Luft kontaminierend**“.

Zahlreiche, kürzlich erstellte Studien haben bestätigt, dass Passivrauchen eine ernsthafte Bedrohung für die Gesundheit und das Leben darstellt.⁴ Chronisches Passivrauchen ist als eine Ursache vieler Krankheiten erkannt worden, die auch durch aktives Rauchen verursacht werden; dazu gehören Lungenkrebs, Herz-Kreislaufkrankungen und eine Reihe von Erkrankungen bei Kindern.

Eine Untersuchung der WHO-IARC hat nachgewiesen, dass bei den mit Rauchern zusammenlebenden Nichtraucherern das Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken, 20-30 % höher ist. Die zusätzliche Gefährdung durch Passivrauchen am Arbeitsplatz wurde auf 12-19 % geschätzt.⁵ Der Bezug zwischen ETS-Exposition und anderen Krebsarten ist nicht so eindeutig.

Es ist nachgewiesen worden, dass bei mit Rauchern zusammenlebenden Nichtrauchern das Risiko einer koronaren Herzerkrankung um **25-30 %**⁶ erhöht ist (in einer kürzlich durchgeführten Studie wird darauf hingewiesen, dass dieser Wert tatsächlich noch höher sein könnte)⁷. Außerdem gibt es immer mehr Beweise dafür, dass Passivrauchen bei Nichtrauchern das Risiko eines Schlaganfalls erhöht, obwohl die Forschung dieses Risiko erst noch genau abschätzen muss.⁸

Passivrauchen ist eng mit **Atemwegserkrankungen**⁹ verbunden und gilt als Hauptursache für gravierende Fälle von Asthma, Allergie und chronisch obstruktiver Bronchopneumopathie. Für den Patienten kann das soziale Ausgrenzung und Arbeitsplatzverlust bedeuten. Eine kürzlich unter Personen mit starken

**Parlamentarischer Beratungs- und Gutachterdienst
des Landtags Nordrhein-Westfalen**



Landtag
Nordrhein-Westfalen
14. Wahlperiode

Information 14/523

alle Abg.

**Zuständigkeiten und Befugnisse der Länder im
Bereich der Gesetzgebung nach der
Föderalismusreform**

Bearbeitung: Dr. Carola Graf

Datum 18.06.2007

Mit dieser Ausarbeitung wurde der Parlamentarische Beratungs- und Gutachterdienst durch die SPD-Fraktion beauftragt.

Die Gutachten des Parlamentarischen Beratungs- und Gutachterdienstes des Landtags Nordrhein-Westfalen sind urheberrechtlich geschützt. Die weitere Verarbeitung, Verbreitung oder Veröffentlichung - auch auszugsweise - ist nur unter Angabe der Quelle zulässig. Jede Form der kommerziellen Nutzung ist untersagt.

Inhaltsverzeichnis

LITERATURVERZEICHNIS	1
A. GUTACHTENAUFTRAG	4
B. EINFÜHRUNG	4
C. GESETZGEBUNGSZUSTÄNDIGKEITEN	5
I. DIE AUSSCHLIEßLICHE GESETZGEBUNG DES BUNDES	6
1. <i>Begriff</i>	6
2. <i>Materien</i>	6
II. DIE KONKURRIERENDE GESETZGEBUNG	8
1. <i>Begriff</i>	8
2. <i>Materien</i>	8
3. <i>Typen der konkurrierenden Gesetzgebung</i>	12
3.1 Konkurrerende Gesetzgebung mit Erforderlichkeitsprüfung	12
3.2 Konkurrerende Gesetzgebung ohne Erforderlichkeitsprüfung	14
3.3 Konkurrerende Gesetzgebung mit Abweichungsbefugnis der Länder	14
III. GESETZGEBUNGSZUSTÄNDIGKEITEN UND -BEFUGNISSE DER LÄNDER	16
1. <i>Ausschließliche Gesetzgebungszuständigkeiten der Länder</i>	17
1.1. Neue Zuständigkeiten	17
1.2. Abgrenzungen und weitere Erläuterungen	18
1.2.1. Das Recht des Strafvollzugs und das Recht des Untersuchungshaftvollzugs	19
1.2.2. Das Heimrecht	20
1.2.3. Das Recht der Gaststätten	23
1.2.4. Schutz vor verhaltensbezogenem Lärm	25
1.2.5. Das öffentliche Dienstrecht in den Ländern	26
1.2.6. Das Hochschulwesen mit Ausnahme der Hochschulzulassung und der Hochschulabschlüsse	27
1.2.7. Die Rechtsverhältnisse der Presse	28
2. <i>Abweichungsgesetzgebung</i>	29
2.1. Das Jagdwesen (ohne das Recht der Jagdscheine)	29
2.2. Der Naturschutz und die Landschaftspflege (ohne die allgemeinen Grundsätze des Naturschutzes, das Recht des Artenschutzes oder des Meeresnaturschutzes)	30
2.3. Die Bodenverteilung	32
2.4. Die Raumordnung	32
2.5. Der Wasserhaushalt (ohne stoff- oder anlagenbezogene Regelungen)	34
2.6. Die Hochschulzulassung und die Hochschulabschlüsse	36
3. <i>Die Ausführung der Bundesgesetze</i>	36
IV. ÜBERGANGSREGELUNGEN	37
1. <i>Art. 125a Abs. 1 GG</i>	37
2. <i>Art. 125a Abs. 2 GG</i>	38
3. <i>Art. 125b Abs. 1 GG</i>	40
4. <i>Art. 125b Abs. 2 GG</i>	42
5. <i>Art. 125c GG</i>	42

D. FOLGEN FÜR DAS LANDESRECHT	43
I. UNMITTELBARE FOLGEN DURCH DIE FÖDERALISMUSREFORM	43
II. NORMSETZUNGSaufträge	44
1. <i>Jugendstrafvollzug</i>	44
2. <i>Besoldung kinderreicher Beamter</i>	44
III. AUSBLICK AUF ZUKÜNFTIGEN REGULINGSBEDARF	46
1. <i>Beamtenrecht</i>	47
1.1. Beamtenstatusgesetz	47
1.2. Dienstrechtsneuordnungsgesetz	50
2. <i>Hochschulrecht</i>	54
E. FAZIT	57
ANLAGE 1 - VORSCHRIFTEN DES GRUNDGESETZES	59
ANLAGE 2 - INBEZUGNAHMEN DES BEAMTENRECHTSRAHMENGESETZES	66
ANLAGE 3 - INBEZUGNAHMEN DES BUNDESBESOLDUNGSGESETZES	70
ANLAGE 4 - INBEZUGNAHMEN DES BEAMTENVERSORGUNGSGESETZES	76
ANLAGE 5 - INBEZUGNAHMEN DES HOCHSCHULRAHMENGESETZES	79

Gesetzgebungszuständigkeiten

Folgende Materien sind aus der konkurrierenden Gesetzgebung ausgenommen worden und in die ausschließliche Zuständigkeit der Länder übergegangen:

- das Recht des Strafvollzugs und das Recht des Untersuchungshaftvollzugs,
- das Versammlungsrecht,
- das Heimrecht,
- das Recht des Ladenschlusses, der Gaststätten, der Spielhallen, der Schaustellung von Personen, der Messen, der Ausstellungen und der Märkte,
- das Recht der Flurbereinigung,
- der landwirtschaftliche Grundstücksverkehr, das landwirtschaftliche Pachtwesen, Teile aus dem Wohnungswesen, das Siedlungs- und Heimstättenwesen und
- der Schutz vor verhaltensbezogenem Lärm.

3. Typen der konkurrierenden Gesetzgebung

Die im Zuge der Föderalismusreform erfolgte Neuregelung des Art. 72 GG hat die konkurrierende Gesetzgebung in drei Typen aufgespalten: In die konkurrierende Gesetzgebung mit Erforderlichkeitsprüfung, die konkurrierende Gesetzgebung ohne Erforderlichkeitsprüfung und die konkurrierende Gesetzgebung mit Abweichungsbezug der Länder¹⁵.

3.1 Konkurrierende Gesetzgebung mit Erforderlichkeitsprüfung

Gemäß Art. 72 Abs. 2 GG steht dem Bund das Gesetzgebungsrecht auf den Gebieten des Art. 74 Abs. 1 Nrn. 4, 7, 11, 13, 15, 19a, 20, 22, 25 und 26 GG nur dann zu, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts unterscheidet die Erforderlichkeitsklausel des Art. 72 Abs. 2 GG alternativ drei mögliche Ziele als Voraussetzung zulässiger Bundesgesetzgebung. Deren Konkretisierung muss sich am Sinn der besonderen bundesstaatlichen Integrationsinteressen orientieren. Das Erfordernis der "Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse" ist nicht schon dann erfüllt, wenn es nur um das In-Kraft-Setzen bundeseinheitlicher Regelungen geht. Das bundesstaatliche

¹⁵ Häde, JZ 2006, S. 930, 932

Gesetzgebungszuständigkeiten

Rechtsgut gleichwertiger Lebensverhältnisse ist vielmehr erst dann bedroht und der Bund erst dann zum Eingreifen ermächtigt, wenn sich die Lebensverhältnisse in den Ländern der Bundesrepublik in erheblicher, das bundesstaatliche Sozialgefüge beeinträchtigender Weise auseinander entwickelt haben oder sich eine derartige Entwicklung konkret abzeichnet. Die "Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit" betrifft unmittelbar institutionelle Voraussetzungen des Bundesstaats und erst mittelbar die Lebensverhältnisse der Bürger. Eine Gesetzesvielfalt auf Länderebene erfüllt die Voraussetzung des Art. 72 Abs. 2 GG erst dann, wenn sie eine Rechtszersplitterung mit problematischen Folgen darstellt, die im Interesse sowohl des Bundes als auch der Länder nicht hingenommen werden kann. Die "Wahrung der Wirtschaftseinheit" liegt im gesamtstaatlichen Interesse, wenn es um die Erhaltung der Fähigkeit des Wirtschaftsraums der Bundesrepublik durch bundeseinheitliche Rechtssetzung geht. Der Erlass von Bundesgesetzen zur Wahrung der Wirtschaftseinheit steht dann im gesamtstaatlichen, also im gemeinsamen Interesse von Bund und Ländern, wenn die Landesregelungen oder das Untätigbleiben der Länder erhebliche Nachteile für die Gesamtwirtschaft mit sich bringen¹⁶.

Dass das Bundesverfassungsgericht an diesen im Jahr 2002 aufgestellten Grundsätzen nach der Föderalismusreform nicht mehr festhalten wird, steht nicht zu erwarten¹⁷; denn die in Art. 72 Abs. 2 GG normierten Voraussetzungen für die Annahme der Erforderlichkeit einer bundesgesetzlichen Regelung haben sich nicht geändert. Ist die Erforderlichkeit für eine derartige Regelung nicht gegeben, steht die Gesetzgebungskompetenz für die in Art. 72 Abs. 2 GG aufgeführten Materien den Ländern zu.

Soweit eine Erforderlichkeit für eine bundesgesetzliche Regelung nicht mehr besteht, kann durch Bundesgesetz bestimmt werden, dass diese Regelung durch Landesrecht ersetzt werden kann (Art. 72 Abs. 4 GG). Diese Rückübertragungsmöglichkeit trägt dem Umstand Rechnung, dass aufgrund gewandelter Verhältnisse die Voraussetzungen des Art. 72 Abs. 2 GG entfallen können. Für diesen Fall soll verhindert werden, dass eine einmal gegebene Bundeskompetenz auf Dauer erhalten bleibt¹⁸. Von der Rückübertragungsmöglichkeit, die bereits 1994 ins Grundgesetz aufgenommen worden ist und vor dem 01.09.2006 in Art. 72 Abs. 3 GG geregelt war, ist bisher allerdings kein Gebrauch gemacht worden.

¹⁶ BVerfGE 106, S. 62, 143 ff.

¹⁷ Ipsen, NJW 2006, S. 2801, 2803

¹⁸ Ipsen, NJW 2006, S. 2801, 2803

Gesetzgebungszuständigkeiten

Durch die Föderalismusreform ist den Ländern die Möglichkeit eröffnet worden, um eine entsprechende Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts nachzusuchen. Gemäß Art. 93 Abs. 2 Satz 1 GG entscheidet das Bundesverfassungsgericht auf Antrag des Bundesrates, einer Landesregierung oder der Volksvertretung eines Landes, ob im Falle des Art. 72 Abs. 4 GG die Erforderlichkeit für eine bundesgesetzliche Regelung nach Art. 72 Absatz 2 GG nicht mehr besteht oder das Recht in den Fällen des Art. 125a Abs. 2 Satz 1 GG nicht mehr erlassen werden könnte. Ein solcher Antrag ist allerdings nur zulässig, wenn eine Gesetzesvorlage nach Art. 72 Abs. 4 GG oder nach Art. 125a Abs. 2 Satz 2 GG im Bundestag abgelehnt oder über sie nicht innerhalb eines Jahres beraten und Beschluss gefasst oder wenn eine entsprechende Gesetzesvorlage im Bundesrat abgelehnt worden ist (Art. 93 Abs. 2 Satz 3 GG). Eine vom Bundesverfassungsgericht getroffene Feststellung, dass die Erforderlichkeit entfallen ist oder Bundesrecht nicht mehr erlassen werden könnte, ersetzt ein Bundesgesetz nach Art. 72 Abs. 4 GG oder nach Art. 125a Abs. 2 Satz 2 GG (Art. 93 Abs. 2 Satz 2 GG).

Einer Erforderlichkeitsprüfung im Sinne von Art. 72 Abs. 2 unterliegt auch die konkurrierende Gesetzgebung im Bereich der Steuern nach Art. 105 Abs. 2, 2. Alt. GG.

3.2. Konkurrierende Gesetzgebung ohne Erforderlichkeitsprüfung

Für alle in Art. 74 Abs. 1 GG aufgeführten Materien, die nicht in Art. 72 Abs. 2 GG genannt werden, bedarf es keiner Prüfung mehr, ob eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich im zuvor dargestellten Sinne ist. Eine derartige Erforderlichkeit wird hier unwiderleglich vermutet¹⁹. Aus diesem Grund findet auf diese Materien die Rückübertragungsmöglichkeit an den Landesgesetzgeber durch Bundesgesetz nach Art. 72 Abs. 4 GG keine Anwendung.

3.3. Konkurrierende Gesetzgebung mit Abweichungsbefugnis der Länder

Für einige der Erforderlichkeitsprüfung nach Art. 72 Abs. 2 GG nicht unterliegende Materien der konkurrierenden Gesetzgebung wird den Ländern durch Art. 72 Abs. 3 Satz 1 GG die Möglichkeit eröffnet, durch Gesetz vom Bundesrecht abweichende Regelungen zu treffen. Hierbei handelt es sich

¹⁹ Degenhardt, NVwZ 2006, S. 1209, 1210

Gesetzgebungszuständigkeiten

den allgemeinen Kompetenztitel eingeordnet werden kann, nur dem speziellen Titel zu unterstellen⁵⁷.

Schließlich wird in Bezug auf eine etwaige Neuregelung des Heimrechts durch die Länder die Frage aufgeworfen, inwieweit ein Land Tatbestände für Ordnungswidrigkeiten in einem Landesheimrecht regeln könne, da auch das Recht der Ordnungswidrigkeiten kompetenzrechtlich in der konkurrierenden Gesetzgebung für das Strafrecht nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG verortet werden könne⁵⁸. Zwar ist insoweit zutreffend, dass -nach allgemeiner Ansicht- zum Strafrecht im Sinne von Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG auch das Recht der Ordnungswidrigkeiten gehört⁵⁹. Allerdings dürfte für die Länder hier ein verhältnismäßig großer Freiraum zur Regelung von Ordnungswidrigkeitstatbeständen gegeben sein⁶⁰. Dass auf dem Gebiet des Heimrechts etwas anderes gelten sollte, weil § 21 HeimG - Ordnungswidrigkeiten - insoweit als abschließende Regelung des Bundes angesehen werden müsste, erscheint fraglich. Denn es ist zumindest zweifelhaft, dass einerseits das Heimrecht durch die Neuregelung des Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG ohne ersichtliche Einschränkung in die ausschließliche Gesetzgebungszuständigkeit der Länder überführt worden ist und dabei gleichzeitig ein Teil des noch als Bundesrecht erlassenen Heimgesetzes, nämlich die in § 21 HeimG normierten Ordnungswidrigkeitstatbestände, als diesen Teilbereich abschließende Regelung des Bundes gelten soll.

Auch die zuletzt dargestellten kompetenziellen Fragen können letztlich nur durch das Bundesverfassungsgericht entschieden werden.

1.2.3. Das Recht der Gaststätten

Im Zusammenhang mit dieser Rechtsmaterie wurde kontrovers diskutiert, inwieweit der Bund zur Realisierung eines umfassenden gesetzlichen Rauchverbots zum Schutz von Nichtrauchern ein Rauchverbot auch für Gaststätten erlassen kann⁶¹.

⁵⁷ BVerfGE 7, S. 29, 44

⁵⁸ Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Stellungnahme Nr. 14/0725 vom 06.12.2006, S. 2

⁵⁹ BVerfGE 31, S. 141, 144; Pieroth in: Jarass/Pieroth, Art. 74 GG, Rdnr. 4; Maunz in: Maunz/Dürig, Art. 74 GG, Rdnr. 65; Kunig in: v. Münch/Kunig, Art. 74 GG, Rdnr. 12; Oeter in: v. Mangold/Klein/Starck, Art. 74 GG, Rdnr. 16; Degenhardt in: Sachs, Art. 74 GG, Rdnr. 10; Stettner in: Dreier, Art. 74 GG, Rdnr. 21

⁶⁰ Maunz in: Maunz/Dürig, Art. 74 GG, Rdnr. 68; Kunig in: v. Münch/Kunig, Art. 74 GG, Rdnr. 14; Oeter in: v. Mangold/Klein/Starck, Art. 74 GG, Rdnr. 20

⁶¹ vgl. hierzu auch die Darstellung bei Försterling, Zeitschrift für Gesetzgebung (ZG) 2007, S. 36, 45 ff.

Gesetzgebungszuständigkeiten

Innerhalb der Bundesregierung hat sich hierzu die Auffassung durchgesetzt, dass sich mit der nach der Föderalismusreform geltenden Kompetenzverteilung die für den Gaststättenbereich geplante Regelung, wonach ein grundsätzliches Rauchverbot in Restaurants, nicht aber in "Kneipen" und "Bars" vorgesehen war, nicht durchsetzen lasse⁶². Die hiernach erforderliche Unterscheidung zwischen Restaurants einerseits und "Kneipen" und "Bars" andererseits lässt sich nach der Auffassung der Bundesregierung nur über das Gaststättenrecht regeln, das in die ausschließliche Gesetzgebungszuständigkeit der Länder übergegangen ist⁶³. Eine Kompetenz für den Bund aus dem Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung, z. B. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG (Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren) sah die Bundesregierung als nicht gegeben an⁶⁴.

In der Literatur wird hingegen die Auffassung vertreten, dass dem Bund die Kompetenz zum Erlass eines umfassenden Rauchverbots, also auch im Gaststättenbereich, zustehe⁶⁵. Eine entsprechende Befugnis ergebe sich insbesondere aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG unter den Gesichtspunkten Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren sowie Verkehr mit Giften. Daneben werden als mögliche Kompetenztitel Art. 74 Abs. 1 Nr. 20 GG (Recht der Genussmittel), Art. 74 Abs. 1 Nr. 24 GG (Luftreinhaltung), und Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG (Arbeitsschutz, soweit der räumliche Geltungsbereich eines allgemeinen Rauchverbots Arbeitsstätten erfasst, wozu auch Hotels und Gaststätten mit Arbeitsplätzen für Personal gehören) genannt⁶⁶.

Welche Auffassung zutreffend ist, kann vorliegend dahingestellt bleiben. Denn der Bund hat wegen seiner verfassungsrechtlichen Bedenken von einer umfassenden Regelung zum Nichtraucherschutz abgesehen. Damit kommt den Ländern in jedem Fall eine Kompetenz zur Regelung des Nichtraucherschutzes im Gaststättenbereich zu und zwar bei Annahme einer ausschließlichen Gesetzgebungszuständigkeit der Länder nach Art. 70 Abs. 1 GG und bei Annahme einer konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit nach Art. 72 Abs. 1 GG.

⁶² Süddeutsche Zeitung, Artikel vom 05.12.2006

⁶³ Krägenow, Financial Times Deutschland vom 11.12.2006; vgl. hierzu auch Woratschka, Der Tagesspiegel vom 03.12.2006; Süddeutsche Zeitung, Artikel vom 05.12.2006; Klein, Neue Ruhr Zeitung/Neue Rhein Zeitung vom 09.12.2006

⁶⁴ Woratschka, Der Tagesspiegel vom 03.12.2006; Süddeutsche Zeitung vom 05.12.2006; Klein, Neue Ruhr Zeitung/Neue Rhein Zeitung vom 09.12.2006

⁶⁵ Siekmann, NJW 2006, S. 3382, 3382

⁶⁶ Siekmann, NJW 2006, S. 3382, 3383 f.



Deutscher Bundestag ■ Wissenschaftliche Dienste

**Gesetzgebungskompetenz des Bundes für ein generelles
Rauchverbot**

- Ausarbeitung -

(Aktualisierte Fassung)

Michael Grote/Yüksel Erdil

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages

Verfasser/in: Michael Grote/ Yüksel Erdil

Gesetzgebungskompetenz des Bundes für ein generelles Rauchverbot

Ausarbeitung WD 3 - 288/06

Abschluss der Arbeit: 07.09.2006

Fachbereich WD 3: Verfassung und Verwaltung

Ausarbeitungen und andere Informationsangebote der Wissenschaftlichen Dienste geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Die Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste sind dazu bestimmt, Mitglieder des Deutschen Bundestages bei der Wahrnehmung des Mandats zu unterstützen. Der Deutsche Bundestag behält sich die Rechte der Veröffentlichung und Verbreitung vor. Diese bedürfen der Zustimmung des Direktors beim Deutschen Bundestag.

- Zusammenfassung -

Eine Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für ein generelles Rauchverbot ergibt sich im Wege der konkurrierenden Gesetzgebung aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG (Maßnahmen gegen gemeingefährliche Krankheiten und Verkehr mit Giften). Der Bundesgesetzgeber hat zudem die Befugnis, für alle Arbeitnehmer, die nicht Angehörige des öffentlichen Dienstes sind, ein Rauchverbot am Arbeitsplatz in Innenräumen nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GGG zu erlassen. Ferner besteht eine ausschließliche Zuständigkeit des Bundes zum Erlass eines Rauchverbots für öffentliche Bedienstete des Bundes gemäß Art. 73 Nr. 8 GG.

Nach dem derzeit noch geltendem Recht erscheint es verfassungsrechtlich zweifelhaft, ob eine Rahmenkompetenz des Bundes gemäß Art. 75 Abs. 1 Nr. 1 GG zu bejahen wäre, da es sich um eine Einzelfallregelung handeln würde, die gemäß Art. 75 Abs. 2 GG nur in besonderen Ausnahmefällen möglich ist. Nach der Grundgesetzänderung im Rahmen der Föderalismusreform wird die Rahmengesetzgebung aus Art. 75 Abs. 1 Nr. 1 GG abgeschafft; zum Teil geht die bisherige Regelungsmaterie in die konkurrierende Gesetzgebung über, Art. 74 Abs. 1 Nr. 27 GG (neu). Da sich die neue Vorschrift auf Statusrechte und -pflichten von Beamten beschränkt, erscheint eine Bundeskompetenz für den Nichtraucherschutz insoweit zweifelhaft.

Sind mehrere Ermächtigungsnormen im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung vorhanden, steht es dem Bundesgesetzgeber grundsätzlich frei, auf welche dieser Zuständigkeitsnormen er ein mögliches Gesetz stützen will.

- 3 -

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Einleitung	5
2. Gesetzgebungskompetenz des Bundes zum Erlass eines generellen Rauchverbots in öffentlichen Gebäuden, Einrichtungen und Behörden	5
2.1. Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 GG	5
2.1.1. Zuständigkeit aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG: Maßnahmen gegen gemeingefährliche Krankheiten bei Menschen und Tieren	6
2.1.1.1. Gemeingefährliche Krankheit	6
2.1.1.2. Maßnahme im Sinne der Vorschrift	6
2.1.1.3. Zwischenergebnis	7
2.1.2. Zuständigkeit aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG: Verkehr mit Betäubungsmitteln und Giften	7
2.1.2.1. Verkehr	7
2.1.2.2. Betäubungsmittel	8
2.1.2.3. Gift	8
2.1.2.4. Maßnahme im Sinne der Vorschrift	9
2.1.2.5. Zwischenergebnis	9
2.1.3. Zuständigkeit aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 20 GG: Schutz beim Verkehr von Genussmitteln	9
2.1.3.1. Schutz beim Verkehr	9
2.1.3.2. Lebensmittel/Genussmittel	10
2.1.3.3. Schutzbereich	10
2.1.3.4. Zwischenergebnis	11
2.1.4. Zuständigkeit aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG: öffentliche Fürsorge	11
2.1.4.1. Öffentliche Fürsorge	11
2.1.4.2. Zwischenergebnis	12
2.1.5. Zuständigkeit aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 24 GG: Luftreinhaltung	12
2.1.5.1. Luftreinhaltung	12
2.1.5.2. Zwischenergebnis	13
2.1.6. Zuständigkeit aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG: Arbeitsrecht einschließlich des Arbeitsschutzes	13
2.1.6.1. Arbeitsrecht	13
2.1.6.2. Arbeitsschutz	14
2.1.6.3. Zwischenergebnis	14



- 4 -

2.1.7.	Erforderlichkeit einer bundeseinheitlichen Regelung gemäß Art. 72 Abs. 2 GG	14
2.2.	Kompetenz aus Art. 73 Nr. 8 GG	15
2.2.1.	Rechtsverhältnisse im Sinne des Art. 73 Nr. 8 GG	15
2.2.2.	Im Dienste des Bundes und der bundesunmittelbaren Körperschaften des öffentlichen Rechts	16
2.2.3.	Zwischenergebnis	16
2.3.	Kompetenz aus Art. 75 Abs. 1 Nr. 1 GG	16
2.4.	Kompetenz aus Art. 98 Abs. 1 GG – Rechtsstellung der Bundesrichter – und Art. 98 Abs. 3 S. 2 GG – Rechtsstellung des Landesrichter	18
3.	Einrichtung räumlich strikt getrennter Raucherinnenbereiche in allen öffentlichen Gebäuden, Einrichtungen und Behörden	18
4.	Möglichkeit der Wahl der Zuständigkeitsregel	18

W

- 6 -

2.1.1. Zuständigkeit aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG: Maßnahmen gegen gemeingefährliche Krankheiten bei Menschen und Tieren

A blue square logo containing the white letter 'W'.

Die Kompetenz des Bundes, ein generelles Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden, Einrichtungen und Behörden zu erlassen, könnte sich aus der Zuständigkeit für die Maßnahmen gegen gemeingefährliche Krankheiten bei Menschen und Tieren aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG ergeben².

2.1.1.1. Gemeingefährliche Krankheit

Unter gemeingefährlichen Krankheiten i.S.v. Art. 74 Nr. 19 GG werden solche verstanden, die zu schweren Gesundheitsschäden oder zum Tod führen können, ohne ansteckend zu sein. Sie müssen aber eine gewisse Verbreitung aufweisen oder aufweisen können³. Zu den gemeingefährlichen Krankheiten gehört auch Krebs⁴. In den führenden nationalen und internationalen Forschungszentren besteht der wissenschaftliche Konsens, dass auch das von Nichtrauchern eingeatmete Tabakrauchgemisch krebserzeugend ist⁵.

2.1.1.2. Maßnahme im Sinne der Vorschrift

Vereinzelt wird bestritten, dass Gesetze zum Schutz der Nichtraucher und insbesondere Rauchverbote „Maßnahmen“ gegen die „gemeingefährliche Krankheit“ Krebs seien. Als Maßnahmen im Sinne der Kompetenzvorschrift kämen nur solche in Betracht, die „gezielt und unmittelbar dem Ausbruch und der schädigenden Wirkung konkreter gemeingefährlicher Krankheiten“ entgegenwirkten⁶. Für eine derartige einengende Auslegung bietet die Vorschrift aber keine Anhaltspunkte. Dementsprechend erkennen unabhängige wissenschaftliche Studien auch Akte der „gesetzgeberischen Vorsorge“ als von

2 Krankheiten müssen nicht kumulativ gemeingefährlich und übertragbar sein, um von Art. 74 Nr. 19 GG erfasst zu werden, siehe dazu Degenhart, in: Sachs (Hrsg.), Art. 74 Rdnr. 71.

3 Degenhart, in: Sachs (Hrsg.), Art. 74 Nr. 19 GG Rdnr. 71; Kunig, in: v. Münch/Kunig (Hrsg.), Art. 74 Rdnr. 90.

4 Rüdiger Sannwald, in: Bruno Schmidt-Bleibtreu/Franz Klein (Hrsg.), Kommentar zum Grundgesetz, 10. Aufl., München 2004, Art. 74 Rdnr. 179; Kunig, in: v. Münch/Kunig (Hrsg.), Art. 74 Rdnr. 90; Gerhard Leibholz und Hermann v. Mangoldt, Jahrbuch des öffentlichen Rechts der Gegenwart, Neue Folge/ Band 1 (JöR N.F.I), 1951, Abschnitt VII, Gesetzgebung des Bundes, S. 539.

5 Deutsches Krebsforschungszentrum/WHO Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle, Positionspapier zur Gesundheitsgefährdung durch Passivrauchen, 22. Juni 2006.

6 Fritz Ossenbühl/Matthias Cornils, Hat der Bund die Gesetzgebungskompetenz zum Erlass eines Nichtraucherschutzgesetzes?, 1. Aufl., Baden-Baden 1994, S. 21.

- 7 -

der Kompetenz erfasste Maßnahmen an⁷. Unter Maßnahme i.S. dieser Norm fällt nicht nur die Bekämpfung einer akuten Krankheit, sondern auch die Vorbeugung. Eine obligatorische Krebsvorsorgeuntersuchung wäre beispielsweise als Maßnahme gegen eine gemeingefährliche Krankheit durch Art. 74 Nr. 19 GG gedeckt⁸. Auch ein Rauchverbot ist eine solche Krebsvorsorgemaßnahme und daher von der Kompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG gedeckt.

A blue square logo containing the white letter 'W'.

2.1.1.3. Zwischenergebnis

Eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes zum Erlass eines generellen Rauchverbots in öffentlichen Gebäuden, Einrichtungen und Behörden ergibt sich aus Art. 74 Nr. 19 GG hinsichtlich der Maßnahmen gegen gemeingefährliche Krankheiten bei Menschen und Tieren.

2.1.2. Zuständigkeit aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG: Verkehr mit Betäubungsmitteln und Giften

Eine weitere Gesetzgebungskompetenz des Bundes könnte sich aus Art. 74 Nr. 19 GG hinsichtlich der Zuständigkeit für den Verkehr mit Betäubungsmitteln und Giften aus ergeben. Es müsste sich beim nichtgewollten Einatmen von Tabakrauch um einen solchen Verkehr handeln, und das vom Nichtraucher eingeatmete Rauchgemisch müsste ein „Betäubungsmittel“ oder „Gift“ im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG sein.

2.1.2.1. Verkehr

Der Begriff „Verkehr“ umfasst den gesamten Umgang mit den genannten Stoffen, der von der Herstellung über den Handel, die Lagerung bis hin zum Verbrauch reicht⁹. Ein Rauchverbotsgesetz regelt den Tabakwarenverbrauch und damit den Konsum als letzte Stufe des Warenverkehrs.

7 Oeter, in: Mangoldt/Klein, Art. 74 Rdnr. 148; vgl. Kunig, in: v. Münch/Kunig (Hrsg.), Art. 74 Rdnr. 90, der ausdrücklich die Geltung eines „Nebeneinander von Gefahrenabwehr und Risikovor-sorge“ anerkennt.

8 Oeter, in: Mangoldt/Klein, Art. 74 Rdnr. 148.

9 Stefan Oeter, in: Hermann von. Mangoldt/Friedrich Klein (Hrsg.), Kommentar zum Grundgesetz (GG Kommentar) Bd 2, 5. Aufl., München 2005, Art. 74 Nr. 19 GG Rdnr. 150.

2.1.2.2. Betäubungsmittel

Betäubungsmittel sind Stoffe, die der Verhinderung bzw. Verringerung von Schmerzen dienen bzw. das Bewusstsein verändern, unabhängig davon, ob sie subjektiv zur Erzielung dieses Ergebnisses eingesetzt werden¹⁰. Das in Tabakerzeugnissen enthaltene Nikotin müsste schmerzlindernd sein oder das Bewusstsein verändern. Nikotin ist zwar ein Suchtmittel, sein Konsum hat jedoch auf die Schmerzempfindlichkeit keinen Einfluss¹¹. Damit ist das Tabakrauchgemisch kein Betäubungsmittel im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG.



2.1.2.3. Gift

Bei dem Tabakrauchgemisch könnte es sich um Gift i.S.v. Art. 74 Nr. 19 GG handeln. Unter Gift versteht man Stoffe, die für den Menschen und Tiere schwere gesundheitliche Schäden oder den Tod herbeiführen, gleichgültig ob sie künstlich hergestellt oder Naturprodukte sind¹². Fraglich ist, ob das Tabakrauchgemisch ein „Gift“ im Sinne dieser Vorschrift ist. Nach einer Ansicht¹³ meint der Gesetzgeber mit dem Begriff „Gift“ nur solche Stoffe, die unmittelbar gesundheitszerstörende Wirkung haben¹⁴. Danach würde das Tabakrauchgemisch nicht unter dem Begriff „Gift“ fallen.

Demgegenüber sind viele wissenschaftliche Studien zu dem Ergebnis gekommen, dass neben dem aktiven Rauchen auch Passivrauchen erwiesenermaßen krebserzeugend¹⁵ für den Menschen ist. Ferner besteht durch Passivrauchen eine erhöhte Sterblichkeit für chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen und den plötzlichen Kindstod. Nach zutreffender Ansicht ist daher das Passivrauchen krebserregend und kann zum Tod führen, sodass das vom Nichtraucher eingeatmete Rauchgemisch als Gift i.S.v. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG bezeichnet werden kann¹⁶.

10 Philip Kunig, in: Ingo von Münch/Philip Kunig (Hrsg.), Grundgesetz-Kommentar, Bd 3, 5. Aufl., München 2003, Art 74 Nr. 19 Rdnr. 95.

11 Fritz Ossenbühl/Matthias Cornils, Hat der Bund die Gesetzgebungskompetenz zum Erlass eines Nichtraucherschutzgesetzes?, 1. Aufl., Baden-Baden 1994, S.16.

12 Christoph Degenhart, in: Michael Sachs (Hrsg.), Grundgesetzkommentar, 3. Aufl., München 2003, Art. 74 Nr. 19 GG Rdnr. 76.

13 Hans-Peter Schneider/Detlev Wulfes, Nichtraucherschutz durch staatlichen Eingriff oder individuelle Konfliktlösung? Zur Verfassungsmäßigkeit des Entwurfes eines Nichtraucherschutzgesetzes (NRSG-E), 1. Aufl., Baden-Baden 1998, S. 56.

14 Dies gilt für Substanzen wie Zyankali, Blausäure, Arsen usw.

15 Deutsches Krebsforschungszentrum/WHO Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle, Positionspapier zur Gesundheitsgefährdung durch Passivrauchen, 22. Juni 2006.

16 So auch Holger Zuck, Bundeskompetenz für einen gesetzlichen Nichtraucherschutz nach französischem Vorbild, Die Öffentliche Verwaltung (DÖV) 1993, S. 936 ff., 939.

- 10 -

2.1.3.2. Lebensmittel/Genussmittel

Die rauchbaren Tabakwaren müssten Lebensmittel oder Genussmittel i.S.v. Art. 74 Abs. 1 Nr. 20 GG sind.

Der Begriff „Genussmittel“ ergibt sich aus § 1 Abs. 1 Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz (LMBG)¹⁹. Nach § 1 dieses Gesetzes sind Lebensmittel „Stoffe, die dazu bestimmt sind, in unverändertem, zubereitetem oder verarbeitetem Zustand von Menschen verzehrt zu werden.“ Darunter fallen auch „Genussmittel“, die zwar zum Verzehr bestimmt, bei denen aber der Aspekt des Genusses den Ernährungszweck in den Hintergrund drängt (z.B. Spirituosen) oder sogar gänzlich fehlt. Bei Tabakerzeugnissen fehlt der Ernährungszweck gänzlich, sodass es sich um Genussmittel handelt²⁰.

2.1.3.3. Schutzbereich

Bei Art. 74 Abs. 1 GG Nr. 20 geht es um den Schutz vor Gesundheitsschäden und vor Übervorteilung beim Verkehr mit Genussmitteln²¹. Da der Nichtraucherchutz beabsichtigt, die Nichtraucher vor den gesundheitlichen Folgen unfreiwillig eingeatmeten Tabakrauchgemischs zu schützen, bestehen sachlich keine Bedenken gegen die Kompetenz des Bundes. Fraglich ist jedoch, welcher Personenkreis durch ein gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 20 GG erlassenes Gesetz vor diesen Gefahren geschützt werden soll.

Dem Wortlaut nach fällt der Nichtraucher nicht in den zu schützenden Personenkreis, weil er nicht mit dem Genussmittel Tabak selbst verkehrt. Der Nichtraucher inhaliert das Tabakrauchgemisch unfreiwillig und will sich dadurch keinen Genuss verschaffen. Der Passivraucher kann deswegen nicht als Verbraucher des Genussmittels Tabak angesehen werden.

Historisch ist mit dem zu schützenden Personenkreis „der letzte Verbraucher und mittelbar auch der Verteiler“ gemeint²². Der Nichtraucher ist weder Verteiler des Tabaks noch - wie bereits ausgeführt - dessen letzter Verbraucher. Demnach genießt nur der Aktivraucher Schutz vor Übervorteilung und Gesundheitsschäden, etwa vor falschen Zigarettenpreisen oder mangelhaftem Tabak. Nichtraucher gehören nicht zum geschützten Personenkreis von Art. 74 Abs. 1 Nr. 20 GG.

19 Gesetz über den Verkehr mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und sonstigen Bedarfsgegenständen, in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. September 1997, zuletzt geändert durch Art. 5 G zur Neuordnung d. Lebensmittel-u. FuttermittelR vom 1.9.2005 (BGBl. I. S. 2618).

20 Oeter, in: Mangoldt/Klein (Hrsg.), Art. 74 Rdnr. 157.

21 Kunig, in: v. Münch/Kunig (Hrsg.), Art. 74 Rdnr. 97.

22 So wurde der Begriff „Schutz“ in der 18. Sitzung des Ausschusses des Parlamentarischen Rats vom 24.11.1948 beschrieben, vgl. JöR N.F.I, 1951, S. 545.

2.1.3.4. Zwischenergebnis

Eine Zuständigkeit des Bundes zum Erlass eines generellen Rauchverbotes in öffentlichen Einrichtungen, Gebäuden und Behörden ergibt sich nicht aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 20 GG, da Nichtraucher nicht unter dem von Art. 74 Abs. 1 Nr. 20 GG geschützten Personenkreis fallen.

2.1.4. Zuständigkeit aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG: öffentliche Fürsorge

Eine Kompetenz zum Erlass eines generellen Rauchverbots in den oben genannten Räumen könnte sich für den Bund aus dem Tatbestand der „öffentlichen Fürsorge“ des Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG ergeben. Dann müsste der Schutz von Nichtrauchern gegen Tabakrauch – wie durch ein Rauchverbot intendiert wird – Gegenstand der öffentlichen Fürsorge sein.

2.1.4.1. Öffentliche Fürsorge

Die Kompetenzvorschrift für die öffentliche Fürsorge bezieht sich auf öffentliche Hilfeleistungen in wirtschaftlicher Notlage²³. Der Begriff öffentliche Fürsorge ist unter Berücksichtigung der Tradition dieses Begriffs in der deutschen Rechtsprechung nicht eng auszulegen²⁴. So soll dieser Begriff auch Vorbeugungsmaßnahmen und Hilfeleistungen, die anders als aus wirtschaftlichen Gründen veranlasst sind, umfassen, ebenso Zwangsmaßnahmen, die Hilfsbedürftigen gegenüber ergriffen werden²⁵. Aus der Kompetenz nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG scheiden aber vor allem Gesetze aus, die der Krankenversorgung, der Seuchenbekämpfung oder in sonstiger Weise in erster Linie dem Gesundheitswesen dienen²⁶. Die Entscheidung der Verfassung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 und 19a GG), dem Bund für das Gesundheitswesen nur in eingeschränktem Maß Gesetzgebungskompetenz zuzuweisen, darf nicht durch erweiternde Auslegung der Gesetzgebungskompetenz für die öffentliche Fürsorge unterlaufen werden²⁷. Ein Rauchverbot dient der Gesundheit der Nichtraucher und damit vor allem dem Gesundheitswesen. Ein Rauchverbot kann somit nicht auf die Kompetenzvorschrift für die öffentliche Fürsorge gestützt werden.

23 Kunig, in: v. Münch/Kunig (Hrsg.), Art. 74 Rdnr. 32.

24 BVerfGE 22, 212f; 30, 42; 53, 281 f.; BVerfG, NJW 1993, 1751.

25 BVerfGE 30, 47f., 53.

26 Sannwald, in: Schmidt-Bleibtreu/Klein (Hrsg.), Art 74 Rdnr. 62.

27 So BVerfGE 88, 203 f., 329.

2.1.4.2. Zwischenergebnis

Eine Zuständigkeit des Bundes zum Erlass eines generellen Rauchverbotes in öffentlichen Einrichtungen, Gebäuden und Behörden ergibt sich nicht aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG.

2.1.5. Zuständigkeit aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 24 GG: Luftreinhaltung

Ein generelles Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen, Gebäuden und Behörden könnte durch die Bundesgesetzgebungskompetenz auf dem Gebiet der Luftreinhaltung aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 24 GG gedeckt sein.

2.1.5.1. Luftreinhaltung

Luftreinhaltung i.S.v. Art. 74 Abs. 1 Nr. 24 GG bezweckt den Schutz des Menschen und der Umwelt vor Verunreinigungen der Luft. Nach § 3 Abs. 4 Bundesimmissionsschutzgesetz²⁸ (BImSchG) sind Luftverunreinigungen Veränderungen der natürlichen Zusammensetzung der Luft, insbesondere durch Rauch, Ruß, Staub, Gase, Aerosole, Dämpfe oder Geruchstoffe²⁹.

Der Wortlaut der einschlägigen Vorschrift (Art. 74 Abs. 1 Nr. 24 GG) erfasst die Anordnung eines Rauchverbots, da der Haupt- und Nebenstromrauch der Zigaretten die Zusammensetzung der Luft in den betroffenen Gebäuden negativ beeinflusst.

Nach der allgemeinen Meinung im Schrifttum ist jedoch der Regelungsgegenstand des Art. 74 Abs. 1 Nr. 24 GG in Bezug auf die Luftreinhaltung durch den Erlass des Bundesimmissionsschutzgesetzes ausgeschöpft³⁰.

§ 2 Abs. 1 BImSchG beschränkt ausdrücklich den Geltungsbereich des Gesetzes auf Anlagen, Kraftfahrzeuge und Verkehrseinrichtungen³¹. Aus systematischen und histori-

28 Gesetz zum Schutz vor schädlichen Umwelteinwirkungen durch Luftverunreinigungen, Geräusche, Erschütterungen und ähnliche Vorgänge, in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 2002, zuletzt geändert durch Art. 1 G zur Umsetzung der RL 2003/105/EG zur Änd. der RL 96/82/EG zur Beherrschung der Gefahren bei schweren Unfällen mit gefährl. Stoffen vom 25. 6. 2005 (BGBl. I S. 1865).

29 Maunz, in: Maunz/Dürig (Hrsg.), Art. 74 Rdnr. 251.

30 Sannwald, in: Schmidt-Bleibtreu/Klein (Hrsg.), Art. 74 Rdnr. 239.

31 Hans D. Jarass, in: Hans D. Jarass (Hrsg.), Bundesimmissionsschutzgesetz- Kommentar, 6. Aufl., München 2005, § 2 BImSchG Rdnr.1.

- 13 -

schen Erwägungen wird abgeleitet, dass nur die Außenluft und anlagenbezogene Verunreinigungen erfasst werden sollten. Dies entspricht auch der Staatspraxis mit der Abgrenzung der Regelungsbereiche im Bundesimmissionsschutzgesetz und den Immissionsschutzgesetzen der Länder. Im Mittelpunkt des öffentlich-rechtlichen Immissionsschutzes stehen die Lärmbekämpfung und die Luftreinhaltung. Der Anlagenbezug ergibt sich auch aus § 3 Abs. 5 BImSchG³². Eine Anlage ist aufgrund ihrer Art und Konstruktion an einen Standort gebunden. Eine Zigarette steht jedoch nicht im inneren Zusammenhang mit dem Betrieb einer Anlage.

W

2.1.5.2. Zwischenergebnis

Eine Zuständigkeit des Bundes zum Erlass eines generellen Rauchverbotes in öffentlichen Einrichtungen, Gebäuden und Behörden ergibt sich nicht aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 24 GG.

2.1.6. Zuständigkeit aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG: Arbeitsrecht einschließlich des Arbeitsschutzes

2.1.6.1. Arbeitsrecht

Arbeitsrecht i.S.v. Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG ist das Recht, das für Arbeitsverhältnisse maßgeblich ist. Die Regelungskompetenz erstreckt sich grundsätzlich auf alle privatrechtlichen und öffentlich-rechtlichen Bestimmungen über abhängige Arbeitsverhältnisse³³. Nicht vom Arbeitsrecht nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG gedeckt ist dagegen das Arbeitsrecht des öffentlichen Dienstes³⁴. Der Bundesgesetzgeber hat daher aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG keine Kompetenz für den Erlass eines Rauchverbots in als Arbeitsplatz genutzten Innenräumen, soweit die Arbeitsplätze mit Angehörigen des öffentlichen Dienstes besetzt sind.

32 Jarass, in: Jarass (Hrsg.), § 3 BImSchG Rdnr. 66.

33 BVerfGE 7, 342, 351.; Hans-Werner Rengeling, in: Handbuch des Staatsrechts (HdBStR), Bd. IV, § 100 Rdnr. 184.

34 BVerfGE 55, 372, 385; Kunig, in: v. Münch/Kunig, Art. 73 Rdnr. 34.

- 14 -

2.1.6.2. Arbeitsschutz

„Arbeitsschutz“ bedeutet die öffentlich-rechtliche Regelung des den Arbeitnehmern gewährten Schutzes vor Gefahren der Arbeit. Hierunter fallen nicht nur der Schutz vor arbeitspezifischen Gefahren, sondern z.B. auch gesetzliche Regelungen über die Arbeitszeit, wie sie sich etwa aus dem Ladenschlussgesetz und dem Jugendarbeitsschutzgesetz ergeben³⁵.

Aus der Staatspraxis zu Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG sind die Verordnung über Arbeitsstätten das Gesetz über den Ladenschluss und das Jugendarbeitsschutzgesetz³⁶ zu nennen. Auch der Schutz von nichtrauchenden Arbeitnehmern vor gesundheitsschädlichem Tabakrauch kann zum Bereich des Arbeitsschutzes gezählt werden. Der Bundesgesetzgeber hat daher für alle Arbeitnehmer, die nicht Angehörige des öffentlichen Dienstes sind, die Befugnis, ein Rauchverbot am Arbeitsplatz in Innenräumen nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG zu erlassen.

2.1.6.3. Zwischenergebnis

Der Bundesgesetzgeber hat die Befugnis, für alle Arbeitnehmer, die nicht Angehörige des öffentlichen Dienstes sind, ein Rauchverbot am Arbeitsplatz in Innenräumen nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GGG zu erlassen.

2.1.7. Erforderlichkeit einer bundeseinheitlichen Regelung gemäß Art. 72 Abs. 2 GG

Gemäß Art. 72 Abs. 2 GG verfügt der Bund im Bereich der konkurrierenden Zuständigkeit im Sinne von Art. 74 GG nach dem bis zum Inkrafttreten der Föderalismusreform geltenden Recht nur dann über das Gesetzgebungsrecht, wenn die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse oder die Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit eine bundesgesetzliche Regelung erfordern.

Das Vorliegen der Voraussetzungen ist gerichtlich vollständig überprüfbar³⁷. Lediglich für die prognostischen Einschätzungen über die künftige Entwicklung der tatsächlichen Verhältnisse verbleibt dem Gesetzgeber ein besonderer Spielraum³⁸.

35 Rengeling, in: HdBStR, § 100 Rdnr. 188.

36 Gesetz zum Schutze der arbeitenden Jugend, vom 12. April. 1976 (BGBl. I S. 965), zuletzt geändert durch Art. 7d Bürokratieabbau- und DeregulierungsG vom 21.6.2005 (BGBl. I S. 1666).

37 Kunig, in: v. Münch/Kunig, Art. 72 Rdnr. 24.

38 BVerfGE 106, 62 f., 150.

Unzureichender Gesundheitsschutz vor Tabakrauch beim Einsatz von Lüftungstechnischen Anlagen

Tabakrauch enthält über 4800 Substanzen, von denen über 70 nachgewiesenermaßen krebserregend sind. Da nicht nur aktive Raucher durch die Schadstoffe des Tabakrauchs belastet werden, sondern gleichfalls tabakrauch-exponierte Nichtraucher erheblich gefährdet sind, haben zahlreiche nationale und internationale Expertengremien und Organisationen auch Tabakrauch in Innenräumen als krebserregend eingestuft. In Deutschland hat beispielsweise die MAK-Kommission (Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe Der deutschen Forschungsgemeinschaft) bereits 1998 Tabakrauch am Arbeitsplatz in die höchste Gefahrenstufe der Kategorie krebserzeugender Arbeitsstoffe eingruppiert³.

I. Gibt es Tabakrauchkonzentrationen, die gesundheitlich unbedenklich sind?

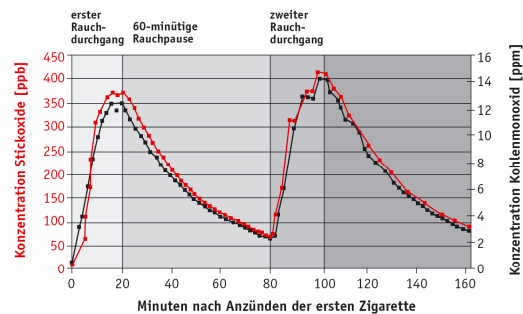
Die Verweildauer zahlreicher Komponenten des Tabakrauchs in der Raumluft ist beträchtlich^{6,8}. Die Partikel des Tabakrauchs lagern sich an Wänden, Böden und Mobiliar ab und werden von dort wieder in die Raumluft abgegeben⁴. Innenräume, in denen Rauchen erlaubt ist, stellen eine kontinuierliche Expositionsquelle für die im Tabakrauch enthaltenen Schadstoffe dar – selbst wenn dort aktuell nicht geraucht wird⁴.

Dies gilt insbesondere für die im Tabakrauch enthaltenen Kanzerogene, für die **keine** Wirkgrenzen definiert werden können, unterhalb derer eine Gesundheitsunbedenklichkeit feststellbar wäre^{7,13}. Zwar sinkt mit abnehmender Belastung das Risiko; es wird jedoch unterhalb des experimentell zugänglichen Nachweisbarkeitsbereiches nicht null¹³. Das heißt: Auch geringste Mengen genotoxischer Kanzerogene können die Erbsubstanz schädigen. Diese Schädigungen führen zwar noch nicht zu einem Tumor, sind aber irreversibel, da sie bereits nach der ersten Zellverdopplung als DNA-Mutation „festgeschrieben“ sind und folglich an sämtliche Tochterzellgenerationen weitergereicht werden¹⁴. Im Experiment konnte nachgewiesen werden, dass sich solche irreparablen Erbgutschäden bei wiederholter Einwirkung des Kanzerogens aufaddieren. Somit können auch kleinste Belastungen mit den im Tabakrauch enthaltenen genotoxischen Kanzerogenen zur Entwicklung von Tumoren führen.

Für die im Tabakrauch enthaltenen erbgutverändernden Verbindungen existiert keine Wirkgrenze, die gesundheitlich unbedenklich ist. Auch das Einatmen kleinster Konzentrationen geht mit einem erheblichen Gesundheitsrisiko einher.

II. Sind Lüftungstechnische Anlagen wirksam zur Vermeidung tabakrauchbedingter Schadstoffe?

Trotz der zahlreichen Belege zur Gesundheitsschädlichkeit des Tabakrauchs in der Raumluft wird von Seiten der Tabakindustrie nach wie vor versucht, das Thema kontrovers darzustellen. Neben dem Mythos der Wirksamkeit getrennter Raucher- und Nichtraucherbereiche werden insbesondere der Einsatz Lüftungstechnischer Anlagen sowie von Filtersystemen als eine Möglichkeit zur Beseitigung der gesundheitsgefährdenden Verbindungen des Tabakrauchs aus der Raumluft genannt. Jedoch können derartige Anlagen nicht wirksam vor den gesundheitsgefährlichen Schadstoffen des Tabakrauchs schützen^{8,9,10,11}. Selbst die modernsten Ventilationssysteme können die gefährlichen Inhaltsstoffe des Tabakrauchs nicht vollständig aus der Raumluft eliminieren¹¹. Bei fortgesetzter Rauchbelastung, wie sie beispielsweise in Gaststätten und Restaurants üblich ist, führt nicht einmal ein unzumutbar starker Luftaustausch zu einer vollständigen Eliminierung der Schadstoffe des Tabakrauchs^{5,6,8,11}. Selbst eine intensive Belüftung kann die Schadstoffbelastung nach dem Rauchen von beispielsweise zehn Zigaretten innerhalb einer Stunde nicht vollständig beseitigen, wie unten stehende Abbildung deutlich macht:



Schadstoffbelastung durch Stickoxide (rote Linie) und Kohlenmonoxid (schwarze Linie) in einem geschlossenen Raum von 30 m² bei einer Luftaustauschrate von 2 (60 m³/Stunde) nach dem Rauchen von 10 Zigaretten, einem Rauchstopp von 60 Minuten und dem erneuten Rauchen von 10 Zigaretten. Quelle: Kotzias D et al 2005⁸.

III. Giftige und krebserzeugende Substanzen trotz Einsatz von Lüftungsanlagen nachweisbar

In Gastronomiebetrieben, in denen geraucht werden darf, ist die Luft stark mit lungengängigen Partikeln und mit krebserregenden polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen (PAK) aus Tabakrauch belastet, selbst wenn diese Betriebe über moderne Lüftungsanlagen verfügen. So zeigten neue deutsche Messungen, dass trotz bestehender



Unzureichender Gesundheitsschutz vor Tabakrauch beim Einsatz von Lüftungstechnischen Anlagen

Lüftungsanlagen in gastronomischen Betrieben die Belastung durch krebserregende Substanzen wie den PAK oder gasförmigen krebserregenden Substanzen ebenso wie das Schwermetall Cadmium teilweise um 400 bis 800 Mal höher lag als in rauchfreien Räumen². Die Verwendung des Begriffes „technischer Nichtraucherchutz“ für Lüftungsanlagen ist daher wissenschaftlich unhaltbar und stellt eine Irreführung der Öffentlichkeit und Politik dar. Eine weitere Gefahr besteht in der falschen Installation von Lüftungsanlagen¹¹.

Genauso wie Ventilationssysteme sind auch moderne zentrale oder lokale Filtrationssysteme nachgewiesenermaßen nicht im Stande, die Giftstoffe des Tabakrauchs aus der Innenluft vollständig zu entfernen. Zudem sinkt die Leistung solcher Vorrichtungen ohne Wartungsmaßnahmen mit der Zeit erheblich. In diesem Fall besteht sogar die Möglichkeit, dass Filtersysteme selbst zur Quelle einer Luftverschmutzung werden.

Ventilations- und Filtrationssysteme, deren Einrichtung, Betrieb und Wartung dem Betreiber beträchtliche Kosten verursachen, sind nicht in der Lage, eine schadstofffreie und damit gesundheitlich unbedenkliche Innenraumluft zu garantieren. Die Verwendung des Begriffes „technischer Nichtraucherchutz“ für Lüftungsanlagen ist wissenschaftlich unhaltbar und stellt eine Irreführung der Öffentlichkeit und der Politik dar

IV. Gibt es eine wissenschaftlich nachvollziehbare Handlungsgrundlage zum Einsatz von Lüftungstechnischen Anlagen, insbesondere in gastronomischen Betrieben?

Da Lüftungsanlagen die im Tabakrauch enthaltenen krebserregenden Stoffe nicht vollständig entfernen können, was die Voraussetzung für ihren Einsatz wäre, haben führende nationale und internationale Expertengremien entschieden, keine unteren Schwellenwerte festzulegen. So gibt die American Society of Heating, Refrigerating and Air Conditioning Engineers, die führende Fachgesellschaft zu Ventilationsfragen in den USA, mittlerweile keine Empfehlung mehr zu Standards für Ventilation in Räumen, in denen geraucht werden darf, sondern empfiehlt ein Rauchverbot als derzeit einzig wirksame Maßnahme zum Schutz vor den Gesundheitsgefahren durch Passivrauchen¹.

Auch die MAK-Kommission stellt (von zwei Sonderfällen abgesehen) keine gesundheitsbasierten Grenzwerte für krebserzeugenden Stoffe auf, sofern diese die DNA des Erbguts schädigen („gentoxische Kanzerogene“). Auf den Tabakrauch angewandt, hat dies zur Konsequenz, dass praktisch für keines der bislang identifizierten Tabakrauch-Kanzerogene ein gesundheitlich unbedenklicher Grenzwert angegeben werden kann. **Folglich sind die Kanzerogene des Tabakrauchs insgesamt zu vermeiden.**

Der Nachteil der Ventilationssysteme ist, dass sie die Schad-

stoffkonzentrationen nur **absenken** können, eine hundertprozentige Eliminierung, wie sie ein Rauchverbot erzielen würde, ist technisch nicht möglich. Absenkung bedeutet aber, dass die noch immer vorhandenen Kanzerogene mit einem Krebsrisiko verbunden sind.

Die Leistungsfähigkeit der Ventilationssysteme wird meist an willkürlich gesetzten Werten der Schadstoffreduktion ausgerichtet. Geprüft wird mittels eines Kunstrauchs oder eines Edelgases. **Dieses Verfahren ist jedoch auf das äußerst komplexe Gemisch des Tabakrauchs nicht anwendbar.** Denn Tabakrauch enthält mehr als 70 krebserzeugende Stoffe, die teils gasförmig sind, teils mehr oder weniger dauerhaft an Partikeln haften und sowohl in der Gasphase als auch in der Partikelphase zu neuen Schadstoffen (u. a. Kanzerogenen) weiter reagieren. Hinzu kommt das Problem, dass ein Ventilationssystem bezüglich seiner Funktionsfähigkeit streng überwacht werden müsste – ähnlich vergleichbaren Geräten in Bereichen der Medizin und Chemie. Die Überwachung müsste von Experten vorgenommen und zertifiziert werden, und nur zu leicht könnten Prüftermine vom verantwortlichen Betreiber hinausgezögert oder überhaupt ignoriert werden. Es ist auch zu befürchten, dass sich die erreichbare Schadstoffreduktion vorwiegend an den – limitierenden – lüftungstechnischen Möglichkeiten orientiert, nicht am strikten Gebot der Erhaltung der Gesundheit.

Aus Sicht des Gesundheitsschutzes ist daher eine Null-Exposition anzustreben, die mittels eines Rauchverbots erreicht werden kann. Nur die Null-Exposition gewährleistet Gesundheitsschutz. Diese sollte verwirklicht werden. Kein noch so ausgetüfteltes Ventilationssystem kommt ihr an Wirkung gleich.

V. Position der Weltgesundheitsorganisation: 100 Prozent rauchfrei gefordert

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO), betont in ihren Empfehlungen für die Umsetzung der WHO-Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle, dass Lüftungsanlagen nachgewiesenermaßen nicht wirksam sind und technische Maßnahmen nicht vor Tabakrauch schützen können. Daher fordert die WHO die Nationalstaaten auf, **alle** öffentlich zugänglichen Einrichtungen, darunter die gastronomischen Betriebe, rauchfrei werden zu lassen. Nur hundertprozentig rauchfreie Innenräume können den Schutz der Bevölkerung vor den Gesundheitsrisiken durch Tabakrauch gewährleisten¹².

Fazit

Da Lüftungstechnische Anlagen keinen ausreichenden Schutz vor den Schadstoffen des Tabakrauchs bieten, sind sie keine Alternative zu 100 Prozent rauchfreien öffentlich zugänglichen Einrichtungen und einer rauchfreien Gastronomie.

Impressum

© 2007 Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
1. Auflage: 5000
Autoren: Dr. Martina Pötschke-Langer, Dipl. Soz. Alexander Schulze,
Prof. Dr. Heinz Walter Thielmann

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. Martina Pötschke-Langer
Deutsches Krebsforschungszentrum
Stabsstelle Krebsprävention und

WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle
Im Neuenheimer Feld 280
69210 Heidelberg
Fax: 0 62 21 – 42 30 20, E-mail: who-cc@dkfz.de

Zitierweise:
Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.):
Unzureichender Gesundheitsschutz vor Tabakrauch beim Einsatz von Lüftungstechnischen Anlagen

Diese Publikation sowie Literaturbelege sind abrufbar im Internet unter: www.tabakkontrolle.de

**Unzureichender Gesundheitsschutz vor Tabakrauch
beim Einsatz von Lüftungstechnischen Anlagen****Literaturverzeichnis**

- (1) ASHRAE (2005) Environmental tobacco smoke. Position Document, Approved by ASHRAE Board of Directors, June 30, 2005, American Society of Heating, Refrigerating and Air Conditioning Engineers
- (2) Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2007) Gesundheitliche Bedeutung der Tabakrauchbelastung in öffentlich zugänglichen Einrichtungen. <http://www.lgl.bayern.de/gesundheits/umweltmedizin/rauchen.htm> abgerufen am 16.02.07
- (3) Deutsche Forschungsgemeinschaft (2006) MAK- und BAT-Werte-Liste 2006; Maximale Arbeitsplatzkonzentrationen und Biologische Arbeitsstofftoleranzwerte; Mitteilung 42. Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe
- (4) Johansson J, Olander L, Johansson R (1993) Long-term test of the effect of room air cleaners on tobacco smoke. *Proceedings of Indoor Air*, 6, 92
- (5) Kotzias D et al (2003) Report on preliminary results on the impact of various air exchange rates on the levels of environmental tobacco smoke (ETS) components. ISPRA – IHCP Physical and Chemical Exposure Unit, 2003. www.jrc.cec.eu.int/pce/documentation/eur_reports/tobacco_draft_report.pdf (abgerufen am 20.02.2007)
- (6) Kotzias D, Greiss O, Leva A et al. (2005) Ventilation as a means of controlling exposure of workers to environmental tobacco smoke (ETS). European Commission Joint Research Centre, Italy, Smoke Free Europe 2005 Conference, <http://smokefree.ash.positive-dedicated.net/worddocs/ventilationkotzias.doc> (abgerufen am 20.02.2007)
- (7) Marquardt H, Schäfer SG (2004) Lehrbuch der Toxikologie. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart, Wiebel F (1999) Chemische Kanzerogene. In: Estler A: Pharmakologie und Toxikologie. Lehrbuch für Studierende der Medizin, Pharmazie und Naturwissenschaften. Schattauer Verlag, Stuttgart, 805-812
- (8) Repace JL (2000) Can ventilation control secondhand smoke in the hospitality industry? OSHA Ventilation Workshop Analysis. <http://www.dhs.ca.gov/tobacco/documents/pubs/FedOSHSAets.pdf> (abgerufen am 14.11.2005)
- (9) Repace JL (2003), An air quality survey of respirable particles and particulate carcinogens in Delaware hospitality venues before and after a smoking ban. February 7, 2003, Repace Associates, Inc.; <http://www.repace.com/reports.html> (abgerufen am 20.02.2007)
- (10) Repace JL, Hyde JN, Brugge D (2006), Air pollution in Boston bars before and after a smoking ban. *BMC Public Health*, 6:266
- (11) Repace JL, Johnson K.C. (2006), Can displacement ventilation control secondhand ETS? *IAQ Applications/Vol 7 No. 4*
- (12) Weltgesundheitsorganisation (2007) Policy recommendations on protection from exposure to second-hand tobacco smoke. (in press)
- (13) Wigle DT, Lanphear BP (2005) Human health risks from low-level environmental exposures: no apparent safety thresholds. *Public Library of Science - Medicine*, 2, doi: 10.1371/journal.pmed.0020350
- (14) Woitowitz J-J, Thielmann HW, Norpoth K et al. (2003) Benzol als Ausnahmekanzerogen in der Prävention und seine gentoxischen Folgen: Toxikologische, arbeitsmedizinische und sozialmedizinische Aspekte. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin*, 53, 126-150

Raucherräume und Lüftungssysteme: Keine Alternative zur rauchfreien Gastronomie

Hintergrund

Eine der wirksamsten Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung vor den Gefahren des Passivrauchens ist die Einführung der rauchfreien Gastronomie. Das belegen Studien zu den gesundheitlichen Effekten von Rauchverboten in Irland¹, Schottland¹², den USA^{5,6,8} und anderen Staaten. Auf der Grundlage der vorliegenden Forschungsergebnisse hat der Gesetzgeber in Bayern ein umfassendes Rauchverbot in der Gastronomie erlassen. In allen anderen Bundesländern sollen größere Gastronomiebetriebe die Möglichkeit bekommen, Raucherräume einzurichten. Darüber hinaus gibt es von Land zu Land unterschiedliche Ausnahmeregelungen für Raucher-gaststätten (Saarland) und „Brauchtumsveranstaltungen“ (NRW), Festzelte und Vereinsheime. Einige Bundesländer haben zudem „Innovationsklauseln“ verabschiedet, die das Rauchen in Gaststätten erlauben, sofern „durch Lüftungssysteme ein dem Rauchverbot gleichwertiger Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens gewährleistet werden kann“ (Gesetzesentwurf NRW Art. I § 3 Abs.8). Im Folgenden werden die Bedenken des Deutschen Krebsforschungszentrums gegenüber Raucherräumen, Lüftungssystemen und anderen Ausnahmeregelungen zusammengefasst.

1. Aus Raucherräumen gelangen giftige, krebs- erzeugende und erbgutverändernde Schadstoffe in das gesamte Gebäude

■ Die in Raucherräumen entstehenden Giftstoffe des Tabakrauchs können nicht zuverlässig von den sie umgebenden rauchfreien Räumlichkeiten ferngehalten werden. Messungen des Deutschen Krebsforschungszentrums vom September 2007 machen deutlich, wie sich der Tabakrauch vom Raucherraum ausgehend in der Gaststätte ausbreitet: Die Werte für lungengängige Partikel sind im Nichtraucherbereich vor dem Raucherraum gleich hoch wie im Raucherraum selbst (Abbildung). Für dieses Ergebnis gibt es eine einfache Erklärung: Wenn in einem Raucherraum bedient werden darf, steht die Tür für die Bedienung meistens offen oder sie muss immer wieder geöffnet werden.

■ Es ist wissenschaftlich belegt, dass sich die Substanzen des Tabakrauchs im gesamten Gebäude ausbreiten, sich an Wänden, Decken, Böden und Gegenständen festsetzen und von dort wieder abgegeben werden¹¹. Raucherzimmer stellen demnach eine permanente Quelle von Schadstoffen in einem Gebäude dar.

2. Raucherräume gefährden die Gesundheit der Beschäftigten in der Gastronomie

■ Für das Service- und Reinigungspersonal in der Gastronomie stellen Raucherräume die am stärksten kontaminierten Arbeitsplätze dar. Schwangere und stillende

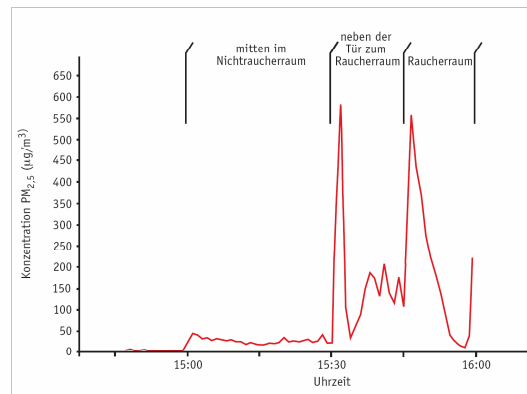


Abbildung: Konzentration von PM_{2,5} in einem Café mit einem Raucherraum in Hannover, gemessen am 19.09.2007. Quelle: Eigene Messungen. Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2007.

Mütter dürften grundsätzlich keinen Zugang zu diesen Räumlichkeiten erhalten. Die anderen Beschäftigten müssten aus Arbeitsschutzgründen Schutzmasken mit Atemfilter tragen. Es gibt allerdings keine Atemfilter, die sämtliche gefährlichen Bestandteile des Tabakrauchs auffangen können.

■ Angesichts der immer noch angespannten Arbeitsmarktlage ist es für die Beschäftigten in Gastronomiebetrieben und Reinigungsfirmen schwierig, woanders ihren Lebensunterhalt zu verdienen. Die Verpflichtung zur Arbeit in den Raucherräumen macht sie zu Arbeitnehmern zweiter Klasse.

■ Eine vollständig rauchfreie Gastronomie wirkt sich nachweislich positiv auf die Gesundheit der Mitarbeiter aus. So gingen beispielsweise in Irland bei Gastronomiemitarbeitern nach der Einführung des Rauchverbots Krankheits-symptome wie gerötete Augen und Reizungen im Raucherzimmer deutlich zurück¹ und die Lungenfunktion der nicht rauchenden Beschäftigten verbesserte sich⁷.

3. Raucherräume erhöhen die Gesundheitsrisiken der Raucher zusätzlich

■ Der Nebenstromrauch, der beim Glimmen einer Zigarette entsteht, enthält die gleichen giftigen und krebs-erzeugenden Substanzen wie der vom Raucher inhalierte Hauptstromrauch, zum Teil sogar in deutlich höheren Konzentrationen^{3,9,10}. Durch die hohe Konzentration der Schadstoffe in Raucherräumen besteht auch für Raucher eine zusätzliche Gesundheitsbelastung. Denn Raucher belasten sich gegenseitig: Sie atmen sowohl den Hauptstromrauch ihrer eigenen Zigarette als auch den Nebenstromrauch der Zigaretten anderer ein.

4. Lüftungssysteme bieten keinen hinreichenden Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens

■ Lüftungssysteme und Filteranlagen entfernen die krebs-erzeugenden und erbgutverändernden Substanzen des Tabakrauchs nur zum Teil. Da selbst kleinste Mengen dieser Substanzen zu Veränderungen des Erbgutes und damit zu einer möglichen Tumorentwicklung beitragen können, gibt es keine wissenschaftlich gesicherten Grenzwerte, unterhalb derer die Gesundheit nicht gefährdet wäre. Daher gilt der Grundsatz: Für krebs-erzeugende Stoffe finden Richtwerte für Innenraumluft keine Anwendung. Nur eine Nullbelastung schützt vor den Giften und krebs-erzeugenden Substanzen des Tabakrauchs.

■ Dieses Grundproblem betrifft auch so genannte „zertifizierte“ Lüftungssysteme. Bislang vorgelegte Zertifizierungen haben nicht die tatsächliche Gesundheitsgefährdung durch die über 70 bekannten krebs-erzeugenden und erbgutverändernden Substanzen sowie durch weitere Giftstoffe des Tabakrauchs berücksichtigt. Diese wurden erst gar nicht als Einzelsubstanzen gemessen. Stattdessen wurden willkürlich ausgewählte Komponenten des Tabakrauchs zu „Indikatoren“ für die Gesamtheit der krebs-erzeugenden, erbgutverändernden und sonstigen toxischen Substanzen erklärt und eine (mehr oder weniger ausgeprägte) Reduktion dieser Indikatoren aufgezeigt. Ein solches Prüfverfahren ist in hohem Maße unvollständig, denn es müsste die Reduktion auf Null für alle krebs-erzeugenden und erbgutverändernden Substanzen des Tabakrauchs nachgewiesen werden. Die bloße Verringerung der Belastungswerte mittels Filtersystemen genügt nicht, da die Wissenschaft, von wenigen Ausnahmen abgesehen, für keine der krebs-erzeugenden oder erbgutverändernden Substanzen einen unschädlichen Wert angeben kann.

■ Ein weiteres Problem von Lüftungssystemen auf Filterbasis – mit Rückführung der gefilterten Luft in den Raum – ergibt sich aus der Tatsache, dass die Filter, die mit Giften beladen sind und „ausgasen“, selbst eine Gefahrenquelle darstellen. Lüftungssysteme oder Filteranlagen sowie Raucherkabinen müssen sorgfältig überwacht und regelmäßig gewartet werden. Wenn eine Überwachung nicht stattfindet, stellen sie selbst eine Quelle von Schadstoffen in Innenräumen dar.

Die führende Fachgesellschaft zu Belüftungsfragen in den USA (American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers) hält derzeit ein Rauchverbot für das einzige Mittel, das mit Tabakrauch verbundene Gesundheitsrisiko effektiv zu eliminieren². Die Weltgesundheitsorganisation kommt in ihren Leitlinien zum Schutz vor Tabakrauch am Arbeitsplatz und in der Öffentlichkeit zu

folgender Schlussfolgerung: „Mit Ausnahme einer zu 100 Prozent rauchfreien Umgebung haben sich alle Ansätze, z. B. Lüftungsanlagen, Filteranlagen für die Luft und die Einrichtung von ausgewiesenen Raucherbereichen (ob mit getrennten Lüftungssystemen oder nicht), wiederholt als unwirksam erwiesen, und es gibt schlüssige wissenschaftliche und anderweitige Erkenntnisse, dass technische Ansätze nicht vor der Belastung durch Tabakrauch schützen.“⁴

5. Raucherräume, Lüftungssysteme und andere Ausnahmeregelungen führen zu Wettbewerbsverzerrungen

■ Wenn das Rauchen in Nebenräumen erlaubt wird, werden alle Einraumbetriebe benachteiligt, die keine Möglichkeit haben, eine räumliche Abtrennung vorzunehmen. Eine bautechnische Umrüstung von bisherigen Einraumbetrieben in solche mit einem neu gebauten Nebenraum, in dem geraucht werden darf, ist kostentreibend und unwirtschaftlich. Dazu kommen noch die laufenden Kosten durch die ständige Reinigung und Renovierung der Raucherräume.

■ Wenn das Rauchen in technisch belüfteten Räumen erlaubt wird, wird nicht nur die Gesundheit der Beschäftigten und Gäste gefährdet, es werden auch diejenigen Inhaber benachteiligt, die die hohen Kosten für die Anschaffung, den Betrieb und die Wartung von Lüftungssystemen nicht aufbringen können.

■ Wenn das Rauchen temporär in Festzelten erlaubt wird, werden alle anderen gastronomischen Betriebe benachteiligt und die lokale Gastronomie muss in dieser Zeit mit erheblichen Umsatzeinbußen rechnen.

■ Wenn das Rauchen in Raucherclubs erlaubt wird, werden alle anderen gastronomischen Betriebe, die ihre rauchenden Gäste vor die Tür oder in den Raucherraum schicken müssen, benachteiligt.

■ Wenn das Rauchen in Vereinsheimen und anderen Freizeiteinrichtungen (so genannte Paragastronomie) erlaubt wird, entsteht der professionellen Gastronomie ein Schaden.

Raucherräume und Lüftungssysteme bieten keinen hinreichenden Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens und gefährden die wirtschaftliche Existenz vieler Gastronomiebetriebe. Die Einführung einer vollständig rauchfreien Gastronomie ist ein Gebot gesundheitspolitischer und wirtschaftlicher Vernunft.

Impressum

© 2007 Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
1. Auflage: 5000
Autoren: Prof. Dr. Dr. Heinz W. Thielmann, Dr. Martina Pötschke-Langer

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. Martina Pötschke-Langer
Deutsches Krebsforschungszentrum
Stabsstelle Krebsprävention und

WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle
Im Neuenheimer Feld 280
69210 Heidelberg
Fax: 0 62 21 – 42 30 20, E-mail: who-cc@dkfz.de

Zitierweise:
Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.):
Raucherräume und Lüftungssysteme: Keine Alternative zur rauchfreien
Gastronomie
Heidelberg, 2007

DEHOGA - Herausforderung und Chance: Zielvereinbarung zum Ni... http://www.dehoga-bundesverband.de/home/page_sta_1305_druck.html



Deutscher Hotel- und Gaststättenverband e.V.
(DEHOGA Bundesverband)

Am Weidendamm 1 A, 10117 Berlin
Fon 030/72 62 52-0, Fax 030/72 62 52-42
info@dehoga.de, www.dehoga.de

Bereich: | Presse | Pressemitteilungen |

[Fensterinhalt drucken](#)

02.03.2005

Herausforderung und Chance: Zielvereinbarung zum Nichtraucherschutz von DEHOGA und BMGS

Deutliche Ausweitung der Nichtraucherangebote in der Gastronomie

(Berlin, 2. März 2005) Nach wochenlangen, intensiven und konstruktiven Verhandlungen haben sich der Deutsche Hotel- und Gaststättenverband (DEHOGA Bundesverband) und das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) auf einen mehrjährigen Stufenplan zum Ausbau von Nichtraucherbereichen in der Gastronomie geeinigt.

"Damit sind wir einem drohenden gesetzlichen Rauchverbot mit erheblichen Umsatzausfällen für unsere Branche zuvorgekommen", erklärt Ernst Fischer, Präsident des DEHOGA Bundesverbandes. Die Zielvereinbarung sei "eine Lösung mit Augenmaß, die sowohl den unterschiedlichen Gästewünschen als auch den differenzierten Angeboten der Branche gerecht wird", macht Fischer deutlich.

Die Vereinbarung gilt für alle Betriebe, die regelmäßig Speisen anbieten und über 75 Quadratmeter bzw. über mehr als 40 Sitzplätze verfügen. Danach sollen 30 Prozent aller Speiselokale bis zum 1. März 2006 mindestens 30 Prozent des Platzangebotes für Nichtraucher bereithalten, ein Jahr später sollen mindestens 60 Prozent aller Speisebetriebe mindestens 40 Prozent ihres Platzangebotes für Nichtraucher reservieren und bis 1. März 2008 sollen dann mindestens 90 Prozent der Speisebetriebe mindestens 50 Prozent ihres Platzangebotes für Nichtraucher ausweisen.

"Keine Frage - die Umsetzung der Vereinbarung stellt für uns Gastronomen und Hoteliers eine große Herausforderung dar", kommentiert der DEHOGA-Präsident die ehrgeizigen Ziele. "Es wird wohl einige Überzeugungsarbeit notwendig sein - in der Branche und auch bei unseren Gästen." Aber nur so ließen sich verschärfte generelle Regelungen verhindern.

Fischer ist dennoch zuversichtlich, dass der Stufenplan eingehalten werden kann. Der Trend hin zu mehr Nichtraucherangeboten in der Gastronomie sei schon seit geraumer Zeit erkennbar. Viele Betriebe hätten bereits auf den Markt reagiert. "Mit der Vereinbarung zur Selbstverpflichtung wird es uns nun gelingen, die Bedürfnisse der Nichtraucher noch deutlich stärker zu berücksichtigen. Wir werden deshalb alles dafür tun, unseren Mitgliedsunternehmen vor allem auch die Chancen von Nichtraucherräumen und -zonen aufzuzeigen."

Der DEHOGA Bundesverband werde den betroffenen Betrieben bei der Umsetzung von Nichtraucherschutzmaßnahmen bestmögliche Hilfestellung in Form von Beschilderungsmaterial, Marketingmaßnahmen, Beratungsaktionen etc. bieten.

"Ich rufe alle Gastronomen auf, mitzumachen und unsere Zielvereinbarung als positives Signal zu werten. Als positives Signal dafür, auch in Zukunft in freier unternehmerischer Entscheidung den unterschiedlichen Wünschen unserer Gäste nachzukommen", appelliert der Hotelier und Gastronom aus Baden-Württemberg an seine Kollegen in ganz Deutschland. Auch die Betriebe, die nicht in den Anwendungsbereich der Vereinbarung fallen, sollten Maßnahmen zum Schutz der Nichtraucher treffen bzw. verbessern.

Von den Gästen wünscht sich Fischer Verständnis und Unterstützung für das Projekt: "Denn nur, wenn unsere Gäste mitziehen, werden wir Erfolg haben".



DEHOGA - Herausforderung und Chance: Zielvereinbarung zum Ni... http://www.dehoga-bundesverband.de/home/page_sta_1305_druck.html



Bildunterschrift: Eine deutliche Ausweitung der Nichtraucherangebote in der Gastronomie beschlossen Marion Caspers-Merk (SPD), Drogenbeauftragte der Bundesregierung und Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, und Ernst Fischer, Präsident des DEHOGA Bundesverbandes, mit der Unterzeichnung der Zielvereinbarung, die am 2. März 2005 in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt wurde.

Foto: axentis.de

Ihr Ansprechpartner:

Stefanie Heckel, Pressereferentin
DEHOGA Bundesverband
Verbändehaus Handel-Dienstleistung-Tourismus
Am Weidendamm 1A
10117 Berlin
Fon 030/72 62 52-32
Fax 030/72 62 52-42
heckel@dehoga.de
www.dehoga.de

http://www.dehoga-bundesverband.de/home/page_sta_1305.html

[Fensterinhalt drucken](#)



IFAV – Institut für angewandte Verbraucherforschung e.V.
Wilhelm-Schlombs-Allee 1, 50858 Köln, Tel.: 0221-788728-0, Fax: 0221-788728-22, E-Mail: ifav.mall@ifav.de, www.ifav.de

Nichtraucherschutz in Gaststätten

Eine Untersuchung im Auftrag des
Verbraucherzentrale
Bundesverband (vzbv), Berlin
Gefördert durch das
Bundesministerium
für Gesundheit

Endbericht
19. Februar 2007

INSTITUT FÜR ANGEWANDTE
VERBRAUCHERFORSCHUNG e.V.
Wilhelm-Schlombs-Allee 1
50858 Köln (Junkersdorf)
www.ifav.de
Telefon: (0221) 788728-0
Telefax: (0221) 788728-22
E-Mail: ifav.mall@ifav.de

	Inhalt
Zusammenfassung	3
Hintergrund	4
1. Untersuchungsdesign	5
2. Stichprobenauswahl	5
3. Durchführung der Beobachtung	7
4. Datenlage	8
Ergebnisse	9
1. Umsetzung der Zielvereinbarung (2. Zielmarke 01.03.2007)	9
2. Umsetzung der Zielvereinbarung (1. Zielmarke 01.03.2006)	14
3. Umsetzung der Zielvereinbarung bei DEHOGA Mitgliedern	15
4. Umsetzung der Zielvereinbarung in der systemorientierten Gastronomie	16
5. Umsetzung der Zielvereinbarung in unterschiedlichen Orten und Regionen	17
6. Abschließende Bemerkungen	19
Anhang	20
1. Verteilung der Sample-Points auf Gemeindegrößenklassen und Bundesländer	20
2. Verteilung der Zielgesamtheit auf Gemeindegrößenklassen	20
3. Verteilung der Zielgesamtheit auf Bundesländer	21
4. Größe der Gaststätten	21
5. Sample Points der Untersuchung	22
6. Erhebungsbogen	26

Zusammenfassung

Die von der Bundesregierung und dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband (DEHOGA) geschlossene Vereinbarung zum Nichtraucherschutz fordert bis zum Stichtag 01.03.2007, dass mindestens 60% der Speisegaststätten ab einer Größe von 40 Sitzplätzen und 75qm Gastfläche ihren Gästen mindestens 40% der Sitzmöglichkeiten als reine Nichtraucherplätze anbieten.

Zur Überprüfung der Umsetzung dieser Vereinbarung wurde im Januar und Februar 2007 eine entsprechende repräsentative Marktbeobachtung durchgeführt.

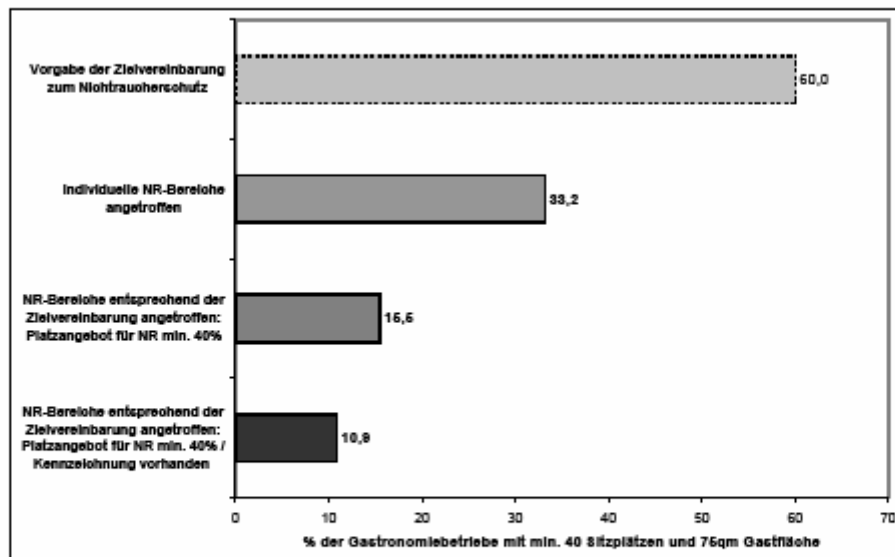
Die Untersuchung wurde in einer für das Bundesgebiet repräsentativen Stichprobe von Gastronomiebetrieben durchgeführt. Alle Daten wurden im Rahmen einer persönlichen Begehung und Beobachtung von geschulten Marktbeobachtern des IFAV ermittelt.

Die Bestandsaufnahme zeigt, dass in der überwiegenden Mehrzahl der aufgesuchten Gastronomiebetriebe die Zielvereinbarung bislang nicht umgesetzt wurde. So können in 66,8% aller Betriebe Gäste nach wie vor uneingeschränkt zur Zigarette greifen.

In den verbleibenden 33,2% aller untersuchten Gastronomiebetriebe wurden sehr individuelle Nichtraucherregelungen ermittelt, die teilweise keinesfalls mit der Intention der Zielvereinbarung im Einklang stehen.

Insgesamt erfüllen lediglich 15,5% aller aufgesuchten Betriebe bislang die Vorgaben hinsichtlich des Platzangebotes und nur 10,9% hinsichtlich des Platzangebotes und der deutlichen Kennzeichnung.

Grafik 1: Umsetzung der Zielvereinbarung zum Nichtraucherschutz (n=1927)



Ergebnisse

Die nachfolgende Ergebnisdarstellung wurde auf der Basis von Beobachtungen in n=1927 bundesweit verteilten Gastronomiebetrieben ermittelt. Bei der Betrachtung einzelner Teilssegmente, wie zum Beispiel von Betrieben mit DEHOGA-Mitgliedschaft oder von Betrieben auf regionaler Ebene wird die jeweilige Teilgesamtheit entsprechend in den Tabellen und Grafiken angezeigt.

1. Umsetzung der Zielvereinbarung in der Gesamtstichprobe (2. Zielmarke 01.03.2007)

Mehr als zwei Drittel aller aufgesuchten Gastronomiebetriebe, die von der Zielvereinbarung eingeschlossen sind, bieten keine Nichtraucherareale an und so können Gäste nach wie vor in 66,8% aller Betriebe uneingeschränkt zur Zigarette greifen.

In den verbleibenden 33,2% der Betriebe wurden zwar glaubhafte Nichtraucherregelungen angetroffen, zum Teil allerdings in einer sehr individuellen Gestaltung, die keinesfalls mit der strikten Intention der Zielvereinbarung vereinbar ist. So wurden zum Teil keine oder nur unzureichende Kennzeichnungen dieser Gaststättenteile vorgefunden. Hinweise darauf erfolgten mündlich und zum Teil auf Anfrage.

3,2% aller aufgesuchten Gastronomien sind reine Nichtraucherbetriebe, in denen ein generelles Rauchverbot gilt, während 30% sowohl Raucher- als auch Nichtraucherareale anbieten.

Tabelle 1: Verteilung der Raucher und Nichtrauchersegmente auf die Gesamtstichprobe

Gesamtstichprobe	N	%
Es darf überall geraucht werden	1268	66,8
Es gibt ein generelles Rauchverbot	61	3,2
Es gibt sowohl Raucher als auch Nichtraucherbereiche	578	30,0
Summe	1927	100

In der überwiegenden Mehrheit haben sich dabei offensichtlich separate Räumlichkeiten zur Trennung der unterschiedlichen Bereiche bewährt. Sie werden zumindest von 61,9% der beobachteten Betriebe angeboten, in denen es sowohl Raucher- als auch Nichtraucherbereiche gibt (n=578). Die verbleibenden Gaststätten praktizieren nicht zuletzt aufgrund der individuellen räumlichen Situation gesonderte Bereiche innerhalb des Gastraums – zum Teil mit einer klaren Trennung zum Raucherbereich der Gastronomie (24%) zum Teil jedoch mit offenen und unklaren Bereichen (14%).

Tabelle 2: Trennung der Raucher- und Nichtraucherbereiche

Gesamtstichprobe	N	%
Separate NR-Räume	358	61,9
Getrennter Bereich innerhalb des Gastraums mit klarer Trennung	139	24,0
Getrennter Bereich innerhalb des Gastraums ohne klare Trennung	81	14,0
Summe	578	100

Folgt man den klaren Vorgaben der Zielvereinbarung (40% Nichtraucherplätze in 60% aller Betriebe bis zum 01.03.2007), dann belegen die ermittelten Daten, dass die Zielvereinbarung bislang auf dem Gastronomiemarkt nicht umgesetzt und dass in der überwiegenden Mehrzahl der aufgesuchten Gastronomiebetriebe die Beschlüsse der Vereinbarung bislang nicht erfüllt wurden.

Laut Zielvereinbarung sollen bis zum 01.03.2007 „mindestens 60% aller Speisebetriebe mindestens 40% Ihres Platzangebotes für Nichtraucher bereithalten“. Dieser Nichtraucherbereich ist „am Eingangsbereich des Betriebes wie auch im Gastraum deutlich kenntlich zu machen“.

Lediglich 15,5% aller aufgesuchten Betriebe erfüllen bislang die Vorgaben zum 01.03.2007 hinsichtlich des Platzangebotes und 10,9% hinsichtlich des Platzangebotes und der deutlichen Kennzeichnung.



Ums Rauchverbot in Gaststätten wird weiterhin gestritten. Bild: dpa

Kneipenwirte gehen in Karlsruhe aufs Ganze

Bundesverfassungsgericht soll Rauchverbot kippen

Karlsruhe – (Isw) Drei Kneipenwirte haben in Karlsruhe Klage gegen das Rauchverbot in baden-württembergischen Gaststätten eingereicht.

Das Bundesverfassungsgericht bestätigte gestern den Eingang einer Verfassungsbeschwerde.

Nach Angaben ihres Frankfurter Anwalts Christoph Kremer machen die Beschwerdeführer – ein einzelner Wirt aus Mannheim und ein Paar aus Schwetzingen – eine Gefährdung ihrer wirtschaftlichen Existenz geltend: „Viele Gastwirte werden ruiniert, und das sind die Kleinen, nicht die Großen.“

Die Kläger berufen sich auf ihre Berufsfreiheit und auf die Eigentumsgarantie. Ob sie auch einen Eilantrag stellen werden,

ist noch offen. Nach Kremers Worten lehnen die Wirte das Rauchverbot nicht generell ab. Sie hätten jedoch als Besitzer von Eckkneipen mit nur einem einzigen Raum keine Möglichkeit, ihren Gästen einen Platz zum Rauchen zu bieten. Deshalb wanderten die Gäste in größere Gaststätten mit separatem Raucherbereich ab. Dem Gesundheitsschutz sei damit nicht geholfen.

Dagegen führe das Verbot für die Kleinkneipiers zu einem „enteignungsgleichen Eingriff“, weil sie noch über Jahre an ihre Pachtverträge gebunden seien. „Der Landtag hat sich nicht genug Gedanken darüber gemacht, ob das Gesetz zu einer solchen Verlagerung führt“, sagte Kremer.

21. Dezember 2007, 13:32 Uhr

BUNDESVERFASSUNGSGERICHT

Gastwirte klagen gegen Rauchverbot

Mehrere Kneipenbetreiber wenden sich ans Bundesverfassungsgericht, um sich gegen Rauchverbote in Gaststätten zu wehren. Hinter einen von ihnen stellt sich jetzt der Hotel- und Gaststättenverband. Er sieht in den Rauchverboten, die in vielen Bundesländern bereits gelten, "staatliche Bevormundung".

Die Verfassungsklagen gegen das Rauchverbot häufen sich: Nach drei Kneipenwirten aus Baden-Württemberg wollte am Freitag auch der Deutsche Hotel- und Gaststättenverband (Dehoga) eine Klage beim Bundesverfassungsgericht einreichen. Man werde in Karlsruhe einen Tübinger Wirt unterstützen, da die Dehoga nicht von sich aus klagen könne, hieß es in Berlin.

Das Rauchverbot verletze die im Grundgesetz geschützten Rechte auf Berufsfreiheit und Eigentumsfreiheit, es vertreibe die Gäste aus der Gaststätte und bedrohe damit die Existenzgrundlage des Wirts, kritisierte der Verband. Zuvor hatten bereits Kneipenwirte aus Mannheim und Schwetzingen eine Klage eingereicht.

„Als Unternehmerverband ist es unsere Aufgabe, die Verfassungsmäßigkeit eines solchen Gesetzes überprüfen zu lassen und für Rechtsklarheit zu sorgen“, sagte die Hauptgeschäftsführerin des Dehoga Bundesverbandes, Ingrid Hartges. Eine Verfassungsbeschwerde sei aber kein „Nein“ zum Nichtraucherschutz. Dennoch seien vor allem Wirte kleinerer Kneipen über diese „staatliche Bevormundung“ verärgert und fürchteten um ihre Existenz.

In der kleinen Kneipe des klagenden Tübinger Wirtes rauchen nach Angaben des Verbandes 70 Prozent der Stammgäste. Der Mann habe von August bis November 2007 über 30 Prozent weniger umgesetzt als im Vorjahreszeitraum. Seine Klage wurde nach Angaben der Dehoga von namhaften Verfassungsrechtlern vorbereitet, darunter der ehemalige Bundesverteidigungsminister Rupert Scholz (CDU).

Rauchen ist seit dem 1. August 2007 in Gaststätten in Baden-Württemberg und Niedersachsen nur noch in abgetrennten Räumen erlaubt. Seit 1. Oktober 2007 gilt ein Rauchverbot für die Gastronomie auch in Hessen. Im kommenden Jahr wollen acht weitere Bundesländer den Griff zur Zigarette in den Lokalen verbieten. Im Februar folgen Sachsen, Rheinland-Pfalz und das Saarland. Eine Schonfrist für die Wirte gibt es dagegen in Nordrhein-Westfalen und Thüringen. Dort beginnt das Rauchverbot erst zum 1. Juli 2008.

Auch die Wirte aus Mannheim und Schwetzingen, die ihre Klage bereits eingereicht hatten, sehen nach Angaben des Frankfurter Anwalts Christoph Kremer ihre wirtschaftliche Existenz in Gefahr. Sie hätten als Besitzer von Eckkneipen mit nur einem einzigen Raum keine Möglichkeit, ihren Gästen einen Platz zum Rauchen zu bieten. Deshalb wanderten die Gäste in größere Gaststätten mit separatem Raucherbereich ab. Dem Gesundheitsschutz sei damit nicht geholfen.

DPA/CN

Anzeige

**ÖKOLOGISCHES INVESTMENT!**

Windkraft und biogene Kraftstoffe: 8% Zinsen p.a. mit den Energiequellen unserer Zukunft.

[Mehr Informationen»](#)

Anzeige

**Ökologisches Investment!**

Windkraft und biogene Kraftstoffe: 8% Zinsen p.a. mit den Energiequellen unserer Zukunft.

**Gesund für weniger Geld**

Ab 60 €* pro Monat privat krankenversichert – mit 2.700 € Lohnfortzahlung.

**Top Steuersparmodell**

Steuern sparen mit Denkmal-Immobilien und bis zu 8% Rendite p.a.! Weitere Infos.

Nur noch selten durchzieht Zigarettenqualm die Räume von Gaststätten.

Fotos: Bögel

Raucher nehmen jetzt auch weite Wege auf sich

Von den Gästen werden die separaten Räume honoriert

Vaihingen - Auch bei kühlen Temperaturen kommt das kommunikative Element nicht zu kurz. Rund um den Aschenbecher tauschen die Qualmer Tipps aus. In welcher Lokalität kann der Sucht nach dem Glimmstängel noch gefrönt werden? Wo sind ansprechende Raucher- und Nichtraucheräume? Seit dem Rauchverbot in öffentlichen Gaststätten ab dem 1. August hat ein regelrechter „Raucher-Tourismus“ eingesetzt.

VON UWE BÖGEL

Beim Gespräch mit Thilo und Rob Karst, Betreiber der Seemühle 11 zwischen Vaihingen und Roßwag, kommt prompt die Anfrage: Eine Dame möchte eine Weihnachtsfeier ausrichten - aber nur in einem Nichtraucherraum. In der Kneipe, „in der man auch gut essen kann“, so die Eigenwerbung, gibt es einen separaten Nebenraum mit 40 Sitzplätzen für die Raucher. Daneben ist noch eine sogenannte Zigarrenlounge. „Es kann gut an einem Abend passieren, dass der Nichtraucher gut gefüllt ist und kein Mensch im rauchfreien Bereich sitzt“, wissen die Karst-Zwillinge um die Bedürfnisse ihrer Kundschaft.

An einem anderen Tag geschehe genau das Gegenteil der Raucherbereich ist

verwaist, das gesellschaftliche Leben spielt sich in der nikotinfreien Zone ab. Als wichtig sehen es die Seemühle-Gastronomen aber an, dass es in ihrer Lokalität einen abgetrennten Bereich für die Qualmer gibt. „Während des Umbaus ist die Diskussion über das Rauchverbot in den Gaststätten hochgekommen und da haben wir uns entschieden, unsere Kneipe zu vergrößern und einen extra Raum für Raucher zu schaffen.“

Das wird vom Publikum honoriert. „Es gibt ganz klar Gäste, die sind explizit auf der Suche nach Gaststätten, wo das Rauchen noch möglich ist“, sagen die Karsts. „Eine Frau aus Leonberg ist zufällig einmal hier vorbeigekommen; jetzt ist sie regelmäßig zu Gast und bringt immer wieder Freunde mit.“ Auch ein Stammgast zur Mittagszeit genießt in der Seemühle die Zigarre zum Kaffee. Karst: „Er sagte, dass wir die letzte Rettung seien.“

Thilo und Rob Karst begrüßen trotzdem das Rauchverbot in den Gaststätten. „Wir sind froh, dass wir beim Schaffen nicht im Qualm stehen müssen.“

Die Zigarette zum Feierabendbier ist auch im Landgasthof Rebstock in Hortheim möglich. „Wir haben bereits bei unserem Antritt vor zweieinhalb Jahren den Raucher- und Nichtraucherbereich eingeführt“, erzählen Jeanette und Matthias Koch. Die Räumlichkeiten der Gaststätte in der Klosterbergstraße bieten sich für diese Symbiose an. Es sind völlig getrennte

Räume, verschiedene Eingänge, das Essen muss nicht durch den Rauch getragen werden. „Wir hören sehr viel Positives“, zieht Inhaber Matthias Koch eine Bilanz. „Viele Gäste kommen hierher, weil sie noch rauchen können.“

Allerdings durchzieht der Qualm das dafür vorgesehene „Jägerzimmer“ meist nur zur Abendzeit. Aschenbecher werden nur auf Anfrage gereicht. Beim Mittagessen würden die rauchenden Gäste den Weg vor die Tür suchen. Bei kalten Temperaturen erwärmt hier noch ein Heizstrahler das rauchende Klientel. „Schließlich sollen sich meine Gäste draußen nicht erkälten.“

Am Samstag sei ein Ehepaar zum Essen da gewesen; er Raucher, sie Nichtraucher. Der freudige Kommentar des Rauchers: „Prima, dass ich hier noch rauchen darf und nicht alles verboten ist.“ Das ist auch die Meinung von Matthias Koch: „Die Wirte sollten selbst entscheiden dürfen, ob sie ihr Lokal zum Rauchen freigeben oder nicht.“

Lokale, die aber keinen extra Raum für die Raucher ausweisen können, verlieren im Zweifelsfall das qualmende Publikum. Nach Angaben des Deutschen Hotel- und Gaststättenverbandes Baden-Württemberg befürchten vor allem kleine Lokale und Diskotheken um ihre Existenz. Im Schnitt melden die Kleinbetriebe und Discos nach dem Rauchverbot einen Umsatzrückgang von 19,3 Prozent.

Kommentar: Raucher, aufstehen. Und draußen qualmen. - Wissensc... <http://www.stern.de/wissenschaft/medizin/605912.html?q=Rauchve...>

stern.de - 21.12.2007 - 14:26
URL: <http://www.stern.de/wissenschaft/medizin/605912.html>

Kommentar

Raucher, aufstehen. Und draußen qualmen.



© Nigel Treblin/DDP

Ab dem 1.1. gilt das **Rauchverbot** in elf Bundesländern.

Raucher frierend auf der Straße stehen. Also klagen sie, dass ihr Recht auf freie Entfaltung gekappt wird. Aber, so ärgerlich es den Rauchern erscheinen mag: Es geht eben nicht anders. Die Entscheidung für das **Rauchverbot** war eine klare Güterabwägung. Das Recht aller Anwesenden auf unbelastete Luft in Gaststätten zählt mehr als das Recht des Rauchers, in diesen Räumen zu qualmen. Es geht nicht nur um Gestank und Brandflecken. Denn dass nicht nur Rauchen, sondern auch Passivrauchen schädlich ist, wurde längst **wissenschaftlich belegt**. Es gibt keinen Grund, Rauchen in der Gastronomie noch länger zu tolerieren. Und da die Mehrheit der Raucher nicht freiwillig auf die Zigarette im Restaurant verzichtet, musste ein Verbot her.

Gestern kritisierte *stern*-Redakteur Hans-Ulrich Jörges die neuen Gesetze zum Rauchverbot. Sie würden Freiheitsrechte und Menschenwürde verletzen. *stern.de*-Redakteurin Nina Bublitz sieht das komplett anders: Das Rauchverbot war überfällig, findet sie.

Klar, viele Raucher sind sauer. Der Zug an der Zigarette wird künftig weniger Vergnügen bereiten, wenn

☒ **Protestqualmen in deutschen Kneipen**



Nichtraucher wurden eingeschränkt

Bislang mussten die Nichtraucher aus der Kneipe raus auf die Straße, wenn sie einmal frische Luft schnappen wollten. Bislang mussten alle, die den Qualm kaum ertragen, abwägen, ob sie in eine Kneipe gehen oder lieber zu Hause bleiben - so viel zur freien Entfaltung. Raucher dagegen hatten die freie Wahl. Es gibt genug Raucher, in deren Wohnung Zigaretten tabu sind, damit die Luft gut und die Tapete weiß bleibt - als Alternative konnten sie in der Gastronomie so viel qualmen, wie sie wollten, auf Kosten der Nichtraucher. Jetzt werden eben die Raucher etwas eingeschränkt.

Mehr zum Thema

Zwischenruf: **Raucher, aufstehen!**

Ja, beim **Rauchverbot** handelt sich um einen Eingriff des Staates, eine weitere Reglementierung, und das darf, das sollte man sogar kritisieren.

Kommentar: Raucher, aufstehen. Und draußen qualmen. - Wissensc... <http://www.stern.de/wissenschaft/medizin/605912.html?q=Rauchve...>

Rauchverbote retten Leben: "**Die Beweise sind überwältigend**"

Rauchverbote in Deutschland: **2008 droht Rauchern Platznot**

Zigaretten akzeptieren, weil sie für das Wohlbefinden des Rauchers wichtig sind, und sich ätzende Kommentar und Nichtraucher-Kreuzzüge sparen. Doch so gut dieses System im privaten Umfeld funktionieren mag, es wäre garantiert in jedem Restaurant, in jeder Kneipe gescheitert. Die Selbstverpflichtung des Gaststättenverbandes, in 30 Prozent aller Speisebetriebe 30 Prozent Nichtraucherplätze einzurichten, war alles andere als überzeugend: Ohne räumliche Trennung verteilt sich der Rauch und wabert auch zu Nichtraucherplätzen. Zudem wurde nie kontrolliert, welche Gaststätten tatsächlich über Nichtraucherplätze verfügten. Im Prinzip wurde gequalmt wie immer - ein Verbot war also unumgänglich.

Es wäre sicherlich schöner, wenn wir das ohne ein Gesetz hätten klären können: Wenn Raucher aus gutem Willen nicht zwischen Vorspeise und Hauptgang zur Schachtel greifen, sondern erst nach dem Dessert - und nach der zweiten oder dritten Zigarette ganz selbstverständlich draußen rauchen. Und wenn die anderen Anwesenden die drinnen gerauchten

Zigaretten stehen nicht für Freiheit

Und alle, die jetzt raunen, wo der Staat noch die Bürger einschränken und kontrollieren will, schalten bitte einen Gang runter. Hier geht es ums **Rauchverbot**. Punkt. Es geht nicht ums Tempolimit, es geht nicht um ein Verbot von fettem Essen oder Zucker, es wird nur ein einziges Recht beschnitten: in Gaststätten zu rauchen. Wegen dieses Beschlusses steigt sicher auch nicht die Wahrscheinlichkeit, das Herr Schäuble seine Online-Durchsuchungen im Gesetz verankern darf.

Abgesehen davon taugen Zigaretten sowieso nur bedingt als Freiheitssymbol. Den Eindruck, dass Rauchen cool und verwegen ist, haben Tabak- und Filmindustrie leider Jahrzehnte lang erfolgreich vermittelt. Nach einer Analyse kalifornischer Wissenschaftler wird pro Stunde Hollywoodfilm durchschnittlich elfmal auf der Leinwand geraucht. Und: Seit den 50ern wurden die Rauchszenen nicht seltener, sondern häufiger. Aus diesem Grund fällt es jetzt leicht, alle, die sich für ein **Rauchverbot** aussprechen, als genussfeindlich und freudlos abzustempeln. Die Raucher werden dagegen als unerschrockene Freiheitskämpfer in Szene zu gesetzt. Blödsinn! Die Tatsache, dass jemand raucht, lässt keine Rückschlüsse auf seine Persönlichkeit zu. Die Vorstellung, dass Raucher per se mehr Spaß am Leben haben als Nichtraucher, ist ebenso unsinnig wie das Vorurteil, dass Raucher dümmer sind, weil sie einer Sucht frönen. Diese Dinge sind nicht verknüpft.

Aber: Am Ende des Tages bleibt Rauchen, auch wenn Zigaretten legal sind, eine Sucht. Für fast jeden Raucher gilt: Er ist nicht so frei, eine Zigarette zu genießen. Sondern sein Körper verlangt nach Nikotin weshalb er sich früher oder später eine anzünden muss, damit die Entzugserscheinungen wieder abklingen. Manchem mag dies in Zukunft bewusster werden, wenn er zum Rauchen hinaus in die Kält muss. Das wäre nicht der schlechteste Effekt des Rauchverbots.

Artikel vom 20. Dezember 2007

Diesen Artikel bookmarken bei...



Leser-Kommentare (113) zu diesem Artikel

Alltag (23.12.2007, 11:03 Uhr)

@catme...weltoffen (22.12.2007, 23:42 Uhr)

@Schrammel (22.12.2007, 17:41 Uhr)

Vielen Dank! (21.12.2007, 17:21 Uhr)

Rauchverbot

Für manche geht es um Existenzen und Jobs



Harte Zeiten: Raucher und Kneipiers leiden

26. Oktober 2007 Jeden Tag rufen verzweifelte Raucher bei Kerstin Junghans an. Sie sind auf der Suche nach einer Kneipe, in der sie ihre Männerabende veranstalten und beim Bier mal wieder in Ruhe eine rauchen können. Aber die Geschäftsführerin der Hotel- und Gaststättenvereinigung Frankfurt kann ihnen auch nicht helfen. Das Rauchverbot gilt. Und es trifft vor allem Wirte in der sogenannten Einraumgastronomie, also Bars, Kneipen oder Apfelweinstuben. „95 Prozent der Gäste sind dort Raucher“, schätzt Junghans. Wie sich das auf die Umsätze auswirkt, kann sie aber noch nicht sagen. Dafür

sei es noch zu früh, meint sie.

Bis zu 40 Prozent weniger Gäste in Kneipen

Fest steht, dass die Gastronomen gespalten sind: Während manche das Rauchverbot befürworten, wollen andere es möglichst schnell wieder loswerden. Das liegt nicht zuletzt an den erheblichen Unterschieden zwischen Kneipen und Bars auf der einen und Gaststätten und Hotels im höheren Preissegment auf der anderen Seite. „Bei uns hat sich nicht viel verändert“, sagt zum Beispiel Sabine Kraiger, Sprecherin des Westin Grand Hotels in Frankfurt. Dort gibt es weiterhin zwanzig Raucherzimmer, und seit in der Bar und anderen offenen Räumen des Hauses Rauchverbot herrscht, gehen einige Gäste zum Qualmen vor die Tür. „Aber Probleme haben wir keine ausgemacht, und es ist kein Aufstand zu erwarten“, sagt Kraiger. Die Nachfrage nach Raucherzimmern sei in den vergangenen Wochen nicht gestiegen.

Rascha Marinkovic – selbst Nichtraucher – kann sich mit der Anti-Nikotin-Politik dagegen nicht anfreunden. „Es geht um Existenzen und Arbeitsplätze“, sagt der Inhaber des „Café im Hof“ unweit der Fressgass'. Seit Einführung des Rauchverbots kämen 30 bis 40 Prozent weniger Gäste, meint er. Und viele würden nur noch schnell essen und dann verschwinden. Zwar hat Marinkovic vor seinem Lokal Heizpilze aufgestellt, aber auch das sei keine Lösung, meint der Wirt.

Zum Thema

Ausgepafft, ausgequalmt, pleite

Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Rauchverbot gemacht?

Kneipiers scheitern mit Klage gegen Rauchverbot

Für Ivo Komljenovic könne eine Lösung ohnehin nur die sofortige Abschaffung des Rauchverbots sein. Der Wirt der „Guten Stute“ hat Angst vor der Zukunft. 20 Prozent seiner Gäste würden einfach nicht mehr kommen. „Mir geht dieses Gesetz gehörig auf die Nerven“, sagt er. Auch, weil er seine Arbeit hinter dem Tresen immer wieder unterbrechen muss, um vor seiner eigenen Kneipe eine

Frankfurt - Rhein-Main-Zeitung - FAZ.NET - Rauchverbot: Für manche geht es um ... Seite 2 von 2

Zigarette zu rauchen. „So was ist doch unvorstellbar, oder?“

Diskotheken und Clubs weniger betroffen

In den Diskotheken und Clubs in Frankfurt ist die Lage hingegen deutlich entspannter. Seine Gäste kämen gezielt wegen der Konzerte und nicht, um wie in einer Kneipe zusammensitzen, berichtet zum Beispiel Frank Diedrich, Besitzer des Musikclubs „Das Bett“ in Sachsenhausen. „Manche finden das Verbot sogar ganz gut“, ein Raum, wo gequalmt werden dürfe, sei in seinem Lokal deshalb auch gar nicht nötig.

Probleme mit Unverbesserlichen habe es bisher noch nicht gegeben, sagt Diedrich, „aber es kann sein, dass sich mal einer aus Gewohnheit eine ansteckt. Ist mir auch schon passiert.“ Die Raucher würden in solchen Fällen an das Verbot erinnert – und vor der Tür weiterrauchen. „Das könnte das einzige Problem werden: dass sich unter der Woche dann die Anwohner beschweren, wenn sich die Leute auf der Straße treffen.“

Neues Problem: Die Zigarette vor der Tür

Ähnliche Erfahrungen machen die Betreiber des „Mousonturm“. Die einzige Sorge gilt nach den Worten von Kassierer Tobias Steiner den Nachbarn. Noch habe es keine Beschwerden gegeben, „aber ich weiß nicht, wie die reagieren, wenn plötzlich 500 Leute nach draußen rennen, um zu rauchen“. Bisher aber akzeptierten die Raucher unter den Gästen das Verbot, „und die Nichtraucher finden es gut“. Weniger Zulauf habe das Künstlerhaus wegen des Verbots nicht zu beklagen.

Auch in der „Batschkapp“ in Eschersheim ist von einem Gästeschwund bisher nichts zu spüren. Die Besucher würden jetzt eben vor der Tür unter den Heizpilzen rauchen, sagt Sprecher Matze Brunner. Allerdings habe er persönlich der Zeit, als in den Clubs noch geraucht werden durfte, durchaus Positives abgewinnen können: „Jetzt riecht man halt den Schweiß der Leute.“

Text: mwit./witt./F.A.Z.
Bildmaterial: ddp

Lesermeinungen zum Beitrag [6]

Unterschiede 29. Oktober 2007, 13:11 

Fazit 27. Oktober 2007, 16:20 

Nur wenige Unverbesserliche? 26. Oktober 2007, 16:18 

Verlagsinformation

Möchten Sie mehr erfahren? Dann testen Sie 2 Wochen lang die F.A.Z. kostenlos!

F.A.Z. Electronic Media GmbH 2001 - 2007
Dies ist ein Ausdruck aus www.faz.net.

6. August 2007 | Drucken | Schliessen



Mit der Wasserpfeife ist das so eine Sache, meint Wirt Kadir Tekin. Die nehme man nicht so einfach mit nach draußen.

Bild: Michael Fuchs

LUDWIGSBURG

Raus die Maus: Raucher müssen draußen bleiben

Sie halten sich dran: Raucher und Wirte lassen die Zigaretten in den Cocktailbars, Szene-Kneipen und Diskotheken kalt. Das Rauchverbot dort hält aber keinen „Dampfer“ vom Qualmen ab. Ein echter Raucher findet immer eine Lösung, doch zum Glimmstängel zu greifen.

Der Freitagabend ist lau und trocken. Wo es geht, sitzen die Leute draußen. Dort darf gepafft werden, was auch ausgenutzt wird. Wie das wohl im Winter oder bei Schmuddelwetter wird: „Es gibt zwei Möglichkeiten“, meint eine junge Frau grinsend: „Dicker Anorak oder hinter dem heimischen Ofen hocken bleiben.“ Von Nikotinplastern beim Kneipenbummel hält sie nichts.

Vor dem Gaston diskutiert eine gemischte Gruppe. Es geht darum, welcher Tisch genommen werden soll. Einer in der gut besuchten „Räucherammer“ im Wintergarten oder einer im Raum vor der Theke, der nur „übersichtlich“ besetzt ist.

„So geht das jetzt öfter“ beobachtet Mitinhaber Karsten Büchner. Das ende manchmal in Streit und Trennung oder aber, dass die Nichtraucher nachgeben und sich zu den Rauchern setzen. „Die Aufregung wird sich legen“, glaubt er. Es sei wie damals, als die Anschnallpflicht in Autos eingeführt wurde – heute sei das eine Selbstverständlichkeit.

Kollege Gene Tolias von der Cocktailbar Tatort, sieht das ähnlich. In einer Art „Trotzreaktion“ würden etwa zehn Prozent seiner Gäste jetzt wegbleiben. Aber auch das werde sich wieder einrenken. Für den Winter will er einen beheizten Pavillon im Innenhof aufstellen, schließlich muss er als Inhaber selbst zum Rauchen vor die Tür. In der Fußgängerunterführung unter der Sternkreuzung herrscht dichter Nebel. Auch die Besucher des Pflaumenbaums gehen raus. „Wir mussten noch niemanden ermahnen, obwohl es alle Sch... finden“, meint einer der Türsteher. Läge nicht billiges Parfum und Rasierwasser in der Luft, man könnte richtig durchatmen in der Disko. Am Boden liegt vereinsamt eine einzige ausgetretene Kippe

In der Luft hängt dagegen Kadir Tekin vom Nargile am Karlsplatz. Es ist das einzige orientalische Café in der Stadt. Dort wird kein Alkohol verkauft oder Speisen. Dafür aber gehört die Shisha, die Wasserpfeife, zu einem Backgammon oder einer Schachpartie dazu. Bei einem Tee oder einem Energy-Drink aus der Dose wird auf Sofas abgehangen. Süßlich-fruchtig hängt der Duft in der Luft. Am heutigen Montag soll Tekin erfahren, ob auch das Shisha-Rauchen verboten ist. „Wenn das so kommt, kann ich zusperrn“, klagt er. Seine Existenz hängt am seidenen Faden. 70 Prozent der Kunden, die eine Wasserpfeife schätzen, würden sich nie eine Zigarette anstecken.

Im Flint gab es bislang noch keine Probleme. „Klar sind die Leute nicht glücklich, wenn wir sie nach draußen schicken“, sagt eine Bedienung. Die meisten würden es aber akzeptieren und die Ascher draußen benutzen. Dicke graue Wolken hängen über dem Eingang der Rockfabrik. Dort ist Rudel-Rauchen angesagt. Ganze Cliques dampfen ab, trinken in Horden mitgebrachtes Szene-Bier aus Six-Packs und härtere Sachen. So bekommen selbst blasse Typen aus der Gothic-Szene mal wieder etwas Frischluft ab.

Hessen

Wo Rauch ist

Von Helmut Schwan



Rauchen in der Kneipe ist jetzt in Hessen tabu - es sei denn, es gibt einen abgetrennten Raucherraum

15. Oktober 2007

Nach zwei Wochen Rauchverbot in Hessen fällt eine erste Bilanz schwer. Zahlen vorher/nachher stehen nicht zur Verfügung, nur Eindrücke, alles sehr subjektiv. Einige meinen, es sei ihnen ein Stück Kultur verlorengegangen, wenn sie sich am Tresen nicht mehr mysteriös in Schwaden hüllen können, um die Welt zu erklären. Wie so oft im Leben merken wohl die meisten - die schweigende Nichtrauchermehrheit - kaum, was sich geändert hat. Oder sie registrieren erst am nächsten Morgen, dass sie den Pullover nun noch einmal anziehen können, obwohl er am

Vorabend mit in der Kneipe war.

Wenn Wirte gegen das Rauchverbot klagen wollen, mag das ihr Recht sein - ob es gut und erfolgversprechend ist, sei dahingestellt. Von einem dramatischen Schwund der Gäste zu sprechen, wie es manch ein Verbandsvertreter tut, muss man aber wohl eher zur Kategorie bewusste Übertreibung zählen. Vermutlich werden die Deutschen mit dem Rauchverbot typisch mitteleuropäisch umgehen: Nicht ganz so lässig wie die Spanier und Italiener und nicht ganz so vergrätzt wie die Pub-Puristen von der Insel. Dort ist angeblich der Guinness-Umsatz rapide zurückgegangen, seitdem es rauchfrei getrunken werden muss.

„Du, das finde ich jetzt aber nicht so gut“

Ohnehin taugt der Alkoholumsatz wenig als Gradmesser für ein Verbot, das die Gesundheit schützen soll. Dass sich der ein oder andere erkälten wird, wenn er in den schon sehr frischen Herbstnächten zum Paffen vor die Tür muss, ist ein Risiko, das man durch Verzicht vermeiden kann.

Wo Rauch ist, ist auch Feuer: Man hört von hitzigen Wortgefechten, wenn einer sich partout nicht das Qualmen in seiner Stammkneipe verbieten lassen will. Die rüde Attacke auf einen Raucher in Frankfurt, dem die Schulter gebrochen wurde, bleibt hoffentlich ein Einzelfall. Meist reicht ein Verweis, je sanfter, desto wirkungsvoller. Wer mag sich noch eine anstecken, wenn er hört: „Du, das finde ich jetzt aber nicht so gut.“

Text: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 14.10.2007, Nr. 41 / Seite R1
Bildmaterial: ddp

Zum Thema

- [Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Rauchverbot gemacht?](#)
- [Raucher aus Frankfurter Lokal geprügelt](#)
- [Tabakverbot: Die Revolution der Raucher bleibt aus](#)

Lesermeinungen zum Beitrag

- [rauchverbot=quatsch](#)

Vier Kneipenwirte wollen das Rauchverbot kippen - Nachrichten we... http://www.welt.de/welt_print/article1486323/Vier_Kneipenwirte_w...

WELT ONLINE

URL: http://www.welt.de/welt_print/article1486323/Vier_Kneipenwirte_wollen_das_Rauchverbot_kippen.html

[Bilder ein-/ausblenden](#)

[Artikel drucken](#)

22. Dezember 2007, 04:00 Uhr

VON THORSTEN JUNGHOLT

Vier Kneipenwirte wollen das Rauchverbot kippen

Verfassungsbeschwerde eingelegt: Existenzgrundlage sei bedroht - Verband unterstützt die Klage

Berlin - Der Hotel- und Gaststättenverband (Dehoga) hat Verfassungsbeschwerde gegen das Rauchverbot in Eckkneipen eingereicht. Der Verband habe die 40-seitige Klageschrift am Freitag zum Bundesverfassungsgericht nach Karlsruhe geschickt, sagte Hauptgeschäftsführerin Ingrid Hartges der WELT.

Die Beschwerde sei kein Nein zum Nichtraucherschutz, sagte Hartges. Deshalb werde auch nicht das Rauchverbot in Gaststätten mit mehreren Räumen angegriffen. "In den meisten Hotels und vielen Restaurants hat die Umsetzung des Verbots bisher problemlos funktioniert", sagte Hartges. Im Gegensatz dazu gebe es aber erhebliche Probleme in Einraumbetrieben wie Kneipen oder Bars, in denen die Mehrzahl der Stammgäste Raucher seien. Viele dieser Gastronomen fürchteten um ihre Existenz und seien über die "staatliche Bevormundung" verärgert.

Die Klage wurde von den Verfassungsrechtlern Rupert Scholz und Christoph Moench von der Berliner Anwaltssozietät Gleiss Lutz erstellt. "Wir legen dar, dass ein unzumutbarer, unverhältnismäßiger Eingriff in das Grundrecht der Berufs- und Gewerbefreiheit des Gastwirts erfolgt", sagte Moench der WELT. Das Rauchverbot vertreibe die Gäste aus den Lokalen und gefährde damit die wirtschaftlichen Grundlagen des Wirts. "Schon ein Umsatzrückgang von 20 Prozent kann für die typische Eckkneipe mit nur einem Gastraum existenzbedrohend sein", sagte Moench. Der Schutz des Passivrauchers vor einer Gesundheitsgefährdung sei aber weitaus grundrechtsschonender möglich, zum Beispiel durch eine Kennzeichnungspflicht am Eingang des Lokals. Scholz sagte, das generelle Rauchverbot stehe deshalb verfassungsrechtlich auf wackligen Füßen.

Da eine Verfassungsbeschwerde der Dehoga mangels eigener Betroffenheit nicht zulässig ist, unterstützt der Verband die Klage eines Unternehmers aus Baden-Württemberg. Der Beschwerdeführer ist nach Auskunft der Dehoga der Inhaber eines Einraumbetriebs in Tübingen, dessen Stammgäste zu 70 Prozent Raucher sind. Von August bis November 2007 habe er im Vergleich zum Vorjahr Umsatzverluste von mehr als 30 Prozent erlitten.

Rauchen ist seit dem 1. August 2007 in Gaststätten in Baden-Württemberg und Niedersachsen nur noch in abgetrennten Räumen erlaubt. Seit dem 1. Oktober 2007 gilt ein Rauchverbot für die Gastronomie auch in Hessen. Im kommenden Jahr wollen acht weitere Bundesländer den Griff zur Zigarette in den Lokalen verbieten. Im Februar folgen Sachsen, Rheinland-Pfalz und das Saarland. Eine Schonfrist für die Wirte gibt es dagegen in Nordrhein-Westfalen und Thüringen. Dort beginnt das Rauchverbot erst am 1. Juli 2008.

"Als Unternehmerverband ist es unsere Aufgabe, die Verfassungsmäßigkeit eines solchen Gesetzes überprüfen zu lassen und für Rechtsklarheit zu sorgen", sagte Hartges. Die bundesweit rund 50 000 Besitzer der wirtschaftlich stark betroffenen Einraumlokale erwarteten zu Recht Hilfe.

Bereits am 19. Dezember ging in Karlsruhe eine Verfassungsbeschwerde von drei weiteren Wirten aus Mannheim und Schwetzingen ein. Auch sie sehen ihre wirtschaftliche Existenz in Gefahr. Die Dehoga prüft noch, ob im Januar weitere Klagen betroffener Kneipiers nachgereicht werden, um die Eilbedürftigkeit des Anliegens deutlich zu machen.

LUDWIGSBURG**Wirte streiten für blauen Dunst in Kneipen**

(Isw) – Mit einer Sammelklage wollen mehr als 50 Gastwirte in Baden-Württemberg gegen das Rauchverbot in Lokalen vorgehen. Zahlreiche Kneipenbesitzer aus dem Landkreis Ludwigsburg unterstützen die Aktion.

Die Wirte rufen zu Spenden auf, um einen Rechtsanwalt engagieren zu können, der sie notfalls vor dem Bundesverfassungsgericht vertritt. Beteiligt haben sich zwölf Kneipenbesitzer aus Ludwigsburg, Bietigheim-Bissingen, Kornwestheim, Gemmingen und Bönnigheim. „Es machen auch Wirte aus Mannheim und Stuttgart mit“, bestätigte eine Mitarbeiterin einer Ludwigsburger Gaststätte einen Rundfunkbericht. Auch viele Besucher hätten unterschrieben und Geld für die geplante Klage gespendet.

Rolf Metzger unterstützt laut Internetseite der Initiative ebenfalls die Aktion. Er ist Inhaber der Pilsstube im Marstallcenter und hat dort mit Plakaten seinem Ärger über das Rauchverbot Luft gemacht. Bereits kurz vor Einführung des Nichtrauchergesetzes am 1. August hatte er gegenüber der LKZ betont, in seinem Lokal Kippen weiterhin zu erlauben.

Das Rauchverbot greife in die unternehmerische Entscheidungsfreiheit ein, verzerre den Wettbewerb und bedrohe viele Existenzen, argumentieren die Wirte.

Mit einer Zeitungsanzeige hat zudem der baden-württembergische Hotel- und Gaststättenverband (Dehoga) gegen das Rauchverbot protestiert. „Besonders die kleinen Einraumlokale, die keinen Rauchraum zur Verfügung stellen können, haben Umsatzeinbußen bis zu 90 Prozent und müssen den Ruin befürchten“, heißt es in der Anzeige, die am Samstag erschien. „Die Kollegen sollen sehen, dass wir sie unterstützen“, sagte der Kreisvorsitzende der Dehoga in Karlsruhe, Waldemar Fretz.

In der Anzeige wird an die Besucher appelliert, „diesen Gaststätten nicht den Rücken zu kehren und unsere 'Kneipenkultur' zu erhalten“. „Der Gastwirt kann nichts dafür. Entschieden haben dies die Politiker.“ Wer zum Rauchen vor die Tür gehe, solle aus Rücksicht auf die Anwohner die Nachtruhe einhalten, bittet der Verband.

In Baden-Württemberg, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern ist seit dem 1. August das Rauchen unter anderem in Gaststätten und öffentlichen Einrichtungen verboten.

26. Juli 2007 | Drucken | Schliessen

KREIS LUDWIGSBURG**Gastwirten rauchen die Köpfe**

Den Qualm völlig verbannen oder den Rauchern doch noch ein Fleckchen für den Tabakgenuss bereithalten? Noch nicht alle Gastwirte im Kreis wissen, wie sie mit dem Nichtrauchergesetz umgehen werden, das am 1. August in Kraft tritt.

Rauchfrei ja oder nein? Viele Gastwirte im Kreis haben sich noch nicht endgültig entschieden, ob sie die Raucher von nächster Woche an in ein separates Zimmer oder direkt vor die Tür schicken. Bei einigen Kneipiers stößt das Gesetz, das Rauchen in Restaurants und Kneipen nur noch in separaten Räumen gestattet und gestern vom Landtag abgesegnet wurde, auf strikte Ablehnung.

„Wir sind noch total unschlüssig“, gibt Klaus Albrecht, Inhaber des Restaurants Fino in Kornwestheim, zu. Er tendiere dazu, das Rauchen ganz zu verbieten. Eine Option sei jedoch, den Saal im Obergeschoss zum Nichtraucher- und den Raum im Erdgeschoss zum Raucherzimmer zu erklären. Das werde sein Team am Sonntag entscheiden.

Ebenfalls unsicher ist Same Akkaya, Geschäftsführer des Gasthofs Oase in Kornwestheim: „Ich weiß ja noch gar nicht, wie das Gesetz konkret aussieht“, meint er und verweist auf eventuelle Ausnahmeregelungen. Einen separaten Raum, der als Raucherzimmer genutzt werden könnte, hat er nicht. Das Schlimmste sei, „dass die Gäste drohen, bei einem Rauchverbot nicht mehr zu kommen“, sagt er.

Das findet auch Christian Ottenbacher, der Inhaber des Hotels Adler in Asperg. „Außerdem ist es eine Unverschämtheit, etwas am 25. Juli zu beschließen, das am 1. August in Kraft tritt“, macht er seiner Wut über die Politik Luft. Er habe zwei Speiseräume, die von nächster Woche an dann beide rauchfrei werden. Auch Roland Klaus vom Goldenen Hahnen in Markgröningen überlegt, den größeren seiner beiden Räume zum Nichtrauchersaal zu deklarieren.

Vehement gegen das Verbot ist Rolf Metzger, Inhaber der Pilsstube im Marstallcenter in Ludwigsburg. In seinem Lokal seien Kippen weiterhin erlaubt, betont er, „bis ich meine Konzession verliere“. Schließlich mache es keinen Unterschied, ob er Pleite gehe, weil keine Kunden mehr kommen, oder ihm die Lizenz entzogen werde. Als „Doppelmoral“ und „Wettbewerbsverzerrung“ verurteilt auch Johannes Grossbacher, Geschäftsführer der Diskothek Rockfabrik in Ludwigsburg, die neue Regelung. Denn in Diskotheken dürfe in Zukunft noch nicht einmal in abgetrennten Räumen geraucht werden, in Festzelten ohne Lüftung und Altersbegrenzung dagegen schon. Grossbacher rechnet mit massivem Kundenverlust auf der einen und Sammelklagen der Gastwirte gegen das Gesetz auf der anderen Seite.

Diskutiert wurde das Rauchverbot auch bei der Vorbereitung des Besigheimer Winzerfestes. Hier gilt es auch für die von Vereinen bewirtschafteten Keller. Sie fürchten die aufwendige Kontrolle. „Bis September hat sich die Regelung aber sicher herumgesprochen“, sagt Bürgermeister Steffen Bühler.

MELANIE BRAUN

HEILBRONN & Region

Viel Stunk um den Qualm

HEILBRONN Disco-Branche leidet besonders unter dem Nichtraucherschutzgesetz – Konzessionsbezeichnungen verwirren

Von Katja Feiler

Der Spaß ist ihnen vergangen: Viele Discotheken- und Clubbetreiber in Heilbronn sehen seit dem 1. August schwarz. „Das Nichtraucherschutzgesetz macht die Clublandschaft kaputt.“ Die Gäste – Raucher wie nichtrauchende Freunde – stehen lieber vor der Türe, als sich drinnen auf der Tanzfläche zu amüsieren. Die DJs sind frustriert, weil sie es kaum mehr schaffen, Stimmung aufkommen zu lassen, klagen manche. Diese neue Situation schafft einen bisher nicht dagewesenen Konkurrenzkampf unter den Clubbetreibern der Stadt. Wer nachschreibt, bekommt von vielen zu hören: „Ich sage dazu offiziell nichts.“ Sie fürchten, das Ordnungsamt könnte eine Aussage in der Presse vielleicht zum Anlass für eine Kontrolle nehmen. Sie haben Angst vor den Wettbewerbern, die sie anschwärzen könnten. Auch sonst auskunftsfreudige Gastronomien werden beim Thema Auswirkungen des Nichtraucherschutzgesetzes schweigsam.

Ungenau Das Problem dieser Branche: Das Gesetz erlaubt es Discotheken im Gegensatz zu Restaurants und Kneipen nicht, einen Nebenraum zum Raucherraum umzufunktionieren. Viele Clubbesitzer versuchen die Ungenauigkeit des Gesetzes positiv für sich auszuliegen: Sie haben in ihren Konzessionsnachgeschaut und festgestellt: Wir sind

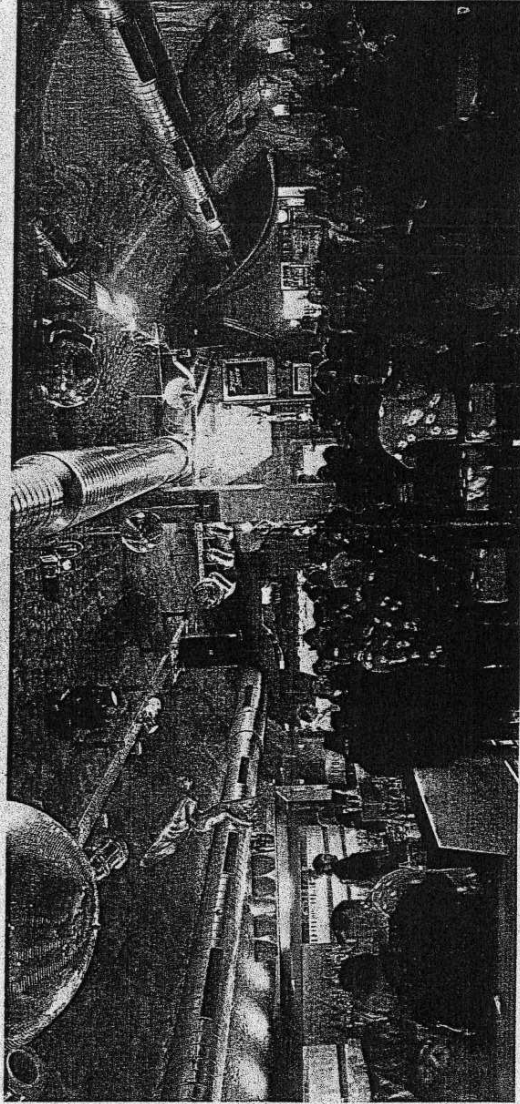


Foto: Guido Sawatzki

Disco, Tanzlokal oder Schankbetrieb? Clubbetreiber in Heilbronn klagen darüber, dass sie keinen Raucherraum einrichten dürfen.

keine Disco, sondern ein Musikclub oder Tanzlokal. Doch der Leiter des Heilbronner Ordnungsamts, Bernd Werner, winkt ab: „Diese Konzepte fallen unter den Bereich discothekenhafliche Betriebe, und sind so mit wie Discos zu behandeln.“

Das wollen einige der Betreiber der neuen Heilbronner Clubs, die offiziell nicht als Discothek eingetragen sind, nicht wahr haben. Vor allem nicht derjenige, der aufgrund der Lage seines Clubs benachteiligt ist. Im Barocco

kein Schankbetrieb, sondern eine Art Disco. Nicht alle Gastronomen wollen sich damit abfinden und haben Anträge für Raucherräume gestellt. So wartet etwa das Mobiliar noch auf eine Antwort, sagt Geschäftsführer Michael Wolf. Gelsen ist dagegen Sascha Felten vom Green Door. „Wir haben im Außenbereich zwei riesige Schirme aufgestellt und Heizstrahler angeschafft. Das klappt bisher sehr gut.“

Kommentar „Keine Lösung“

Hintergrund

Rauchverbot in Discos

Die Begründung im Gesetz lautet: Dies „... trägt dem Umstand Rechnung, dass die Schadstoffkonzentration in Discotheken besonders hoch ist bei gleichzeitig körperlicher Aktivität der Gäste, was zu stärkerer Inhalation der schadstoffhaltigen Innenraumluft führt.“ *Kaf*

Kommentar

Discos sind beim Rauchverbot im Nachteil. Dennoch kann jeder dazu beitragen, die Lage zu entschärfen.

Von Katja Feiler

Keine Lösung

Zugegeben: Das Nichtraucherschutzgesetz ist in Bezug auf Discotheken nicht schlüssig und zu unkonkret formuliert. Hier hätte der Gesetzgeber genauer arbeiten müssen. Warum zum Beispiel führt die Regelung nicht alle Konzessionsbezeichnungen detailliert auf, für die das ausnahmslose Rauchverbot zutrifft? So ist es den Ordnungsämtern überlassen, den Gastronomen die Details zu erklären und sich den Ärger der Betroffenen anzuhören.

Doch sind wir ehrlich: Selbst wenn der Gesetzgeber hier nachbessern würde und auch in Clubs Raucherräume erlaubt wären: Würde das etwas an der jetzigen Situation ändern? Der Neid und Konkurrenzkampf unter den Clubbetreibern ist entstanden, weil die Locations leerer wirken als früher. Auch wenn faktisch gleich viele Gäste da sind. Nein. An diesem Problem verändern die von vielen geforderten Raucherräume nichts. Dann stillen für sie reservierten vernebelten Nebenzimmer statt draußen in der klirrenden Kälte.

Deshalb müssen auch die Nichtraucher mithelfen und ihren Teil tun, um die vertrackte Lage zu entschärfen und den Spaß am Ausgehen wieder zurückzuholen: Lasst die Raucher alleine im Freien ihrer Sucht fröhnen. Dann kommen sie gerantelt schneller wieder auf die Tanzfläche oder an die Bar zurück.



„Café Royal“ in Edinburgh
Weitverbreitete Erleichterung

staurantketten wie „Frankie & Benny's“ und „Garfunkel's“: Weil ihren Kunden das Essen jetzt offenbar besser schmeckt, können sie ein Umsatzwachstum im zweistelligen Prozentbereich verbuchen.

Verloren hat die Zigarettenindustrie – aber nur ein bisschen. Sie hat das weitreichende Rauchverbot erstaunlich gut verkraftet, obwohl sie außerhalb der Verkaufsstellen nirgendwo mehr werben darf. Der schottische Markt, so hat gerade der Tabakkonzern Gallaher („Benson & Hedges“, „Dunhill“) berichtet, habe um drei bis vier Prozent nachgegeben. Auch der britische Marktführer Imperial Tobacco („Davidoff“, „West“) fürchtet sich nicht länger vor einem Rauchverbot, weil dessen Ef-

fekt auf den Umsatz klein sei: Nach einem kurzfristigen Einbruch habe der schottische Markt rasch nahezu wieder das Ausgangsniveau erreicht.

Stark verloren haben die Bingo-Spielhallen, wo häufig alleinstehende Damen kettenrauchend ihr Glück auf die Probe stellten. Elf dieser Salons haben in Schottland geschlossen in den vergangenen Monaten; weitere werden folgen, wenn das Rauchverbot bis Juli auch den Rest des Vereinten Königreichs ergreift. Allerdings steckte in diesem Wirtschaftszweig ohnehin nicht mehr viel Leben.

In den Pubs von Schottland ist das Bild ein anderes. Einige der kleinsten Bars, vor allem auf dem Land, haben offenbar verloren. Viele ihrer Kunden trinken und rauchen nun lieber daheim. Dennoch: „Wir haben keine Kenntnis von einer erhöhten Rate von Kneipenschließungen“, sagt eine Sprecherin der schottischen Regierung.

Und wer jetzt durch die Bars von Edinburgh streift und die Wirte spricht, der spürt vor allem eines: weitverbreitete Erleichterung. Viele finden Gefallen an der Atemluft – und die Geschäftsflaute, wie von der Tabakindustrie prophezeit, ist ausgeblieben.

In der Innenstadt liegt das berühmte „Café Royal“, ein Gastro-Pub mit erlesener Küche. Die Stammkundschaft hier rekrutiert sich aus den Angestellten der umliegenden Banken und Kanzleien, die sich nach der Arbeit zum Bier oder Imbiss treffen. Managerin Valerie Graham, eine Nichtraucherin, hat keinen Umsatzeinbruch zu beklagen. Ein paar Raucher kämen nicht mehr so oft, dafür aber aßen hier jetzt ganze Familien, die vorher den Laden nie betreten hätten. „Wer ein gutes Ambiente hat, gute Getränke,

GESUNDHEIT

Frische Luft im Pub

Bei der Entscheidung über den Nichtraucherschutz in Deutschland empfiehlt sich ein Blick nach Schottland: Seit genau einem Jahr gilt dort eines der schärfsten Rauchverbote Europas.

Ohne Maureen Moore röche – und röchelte – Schottland anders. Zwölf Jahre lang hat die Chefin von „Ash Scotland“ („Action on Smoking and Health“) für ein Rauchverbot in der Öffentlichkeit gekämpft. Mit kaum zwei Dutzend Mitarbeitern hat sie eine mächtige Koalition geschmiedet aus Medizinern und Prominenten, sie hat Abgeordneten und Ministern ins Gewissen geredet, sie hat brutal auf die Tabaklobby eingeschlagen.

Sie hat Morddrohungen bekommen – aber am Ende auch genau das Gesetz, das sie sich gewünscht hat. Aufgrund ihrer Initiative hat das schottische Parlament ein ausgesprochen scharfes Gesetz zum Schutz der Nichtraucher in der Öffentlichkeit beschlossen. In allen Räumen, in denen Menschen arbeiten, darf nicht geraucht werden. Seit dem 26. März 2006 sind die Zigaretten erloschen in Restaurants und Kneipen, in Schulen und Krankenhäusern, sie dürfen nicht einmal mehr glimmen auf den Bühnen des Landes und in den Fahrerkabinen der Lkw.

Schottland ist Nichtraucherzone – und gleichsam eine Art Laboratorium, in dem sich studieren lässt, wie ein radikales Rauchverbot Gesellschaft und Kneipenlandschaft verändert. Bleiben Raucher zu

Hause? Machen die Wirte pleite? Rauchen die Kneipengäste heimlich auf dem Klo?

Nach fast genau einem Jahr ohne Rauch stehen in Schottland die Gewinner und die Verlierer der Regelung fest. Die deutschen Ministerpräsidenten täten gut daran, sich mit dem schottischen Modell zu befassen – ehe sie am Donnerstag dieser Woche in Berlin über den Nichtraucherschutz in Deutschland entscheiden. Niedersachsen, Thüringen und Nordrhein-Westfalen möchten sich generellen Rauchverboten nicht anschließen und die Entscheidung stattdessen den Wirten überlassen.

Gewonnen hat in Schottland jene Zweidrittelmehrheit, die nicht raucht und trotzdem allenthalben dem Qualm ausgesetzt war. Die Schadstoffbelastung in den Pubs ist um 86 Prozent gesunken, die Luftqualität entspricht fast der von draußen. Maureen Moore hat viel Post bekommen von Asthmatikern, Menschen mit verschiedenen Leiden und von Ex-Rauchern, die jetzt erstmals seit Jahren Gaststätten betreten und das zurückeroberte Terrain genossen.

Gewonnen haben auch die Kellner und Barkeeper, deren Lungenfunktion sich in Tests schon nach wenigen Monaten merklich verbesserte, während Abbauprodukte von Nikotin langsam aus ihrem Blut verschwanden. Gewonnen haben überdies Re-

Wissenschaft

gutes Essen und guten Service, der hat vom Rauchverbot nichts zu befürchten“, resümiert sie.

Doch was ist mit denen, die eben keine Küche haben und kein teures Ambiente? Das „Blind Beggar“ ist eine Biker-Bar in einem wüsteren Viertel der Hauptstadt. An den Wänden hängen Motorradteile, auf zerschlissenen Bänken sitzen wilde Kerle und gepiercte Frauen; der Barmann trägt einen Irokesenschnitt in Pink. Die klassische Nichtraucherklintel lässt sich hier nicht blicken.

Trotzdem ist, wie fast überall in Schottland, auch im „Blind Beggar“ die Disziplin der Raucher vorbildlich: Sie drehen ihre Kippen selbst und verschwinden einer nach dem anderen zur Nikotinaufnahme vor die Tür, wenn auch mitunter maulend über den Bevormundungsstaat. Lieber würden sie drinnen rauchen, doch sie haben sich damit abgefunden, das nicht zu tun, denn wenn sie erwischt würden, müssten sie 50 Pfund (75 Euro) Strafe zahlen und der Wirt sogar 1000.

Forsyth ist sogar, was nicht zu erwarten war, heilfroh über die neuen Regeln. „Früher musste ich hier jeden Morgen Hunderte Kippen auflesen und die Aschenbecher auswischen. Und dauernd musste der Klempner kommen und das Klorohr von Kippen befreien.“ Jetzt weiß Forsyth: „Die Raucherei war einfach dreckig.“

Am anderen Ende der Stadt liegt „Kay's Bar“, klein, aber fein, rote Plüschsofas und alte Fässer zur Zierde, ein Etablissement für die solide Mittelklasse. Dave MacKenzie, der Besitzer, hat das Rauchverbot gehasst und so leidenschaftlich dagegen gestritten, „als ginge es um die Menschenrechte“. Aber das Verbot kam, und es dauerte nicht lange, bis er seine Meinung änderte: „Glauben Sie mir, es ist das Beste, was mir als Wirt je passiert ist.“ Wenn er nachts nach Hause kommt, beklagt sich seine Frau nicht mehr über den Gestank in seinen Kleidern und Haaren, und er hat keine Halsschmerzen mehr. „Ohne Rauch“, sagt MacKenzie, „ist der Arbeitsplatz sehr viel besser geworden.“

nun den Gehweg als Aschenbecher, obwohl die Stadtverwaltung auch dafür schon 50 Pfund Strafe angedroht hat.

Der Umsatz sei gesunken in den vergangenen zwölf Monaten – nicht dramatisch, aber um „ein paar Prozent“. Doch MacKenzie sorgt sich deswegen nicht: „Mal geht's rauf, mal runter; ich kann nicht sagen, dass das Rauchverbot daran schuld ist.“

Wenn es die Schotten den Wirten freigestellt hätten, ob bei ihnen geraucht werden darf, so hätten sich Forsyth, MacKenzie und wohl auch Managerin Graham auf die Seite der Raucher gestellt. Ansonsten hätten sie fürchten müssen, Kundschaft an Konkurrenten zu verlieren. Ein allgemeines Rauchverbot hingegen schafft für Wirte, Raucher wie Nichtraucher, klare Regeln, mit denen offenbar alle gut zurechtkommen.

Das hat auch die börsennotierte Bar-Kette „Wetherspoon“ gelernt. Sie betreibt 650 Pubs in Großbritannien. Vor einiger Zeit hatte sie dem drohenden Rauchverbot mit Furcht entgegengesehen, doch das ist



Kneipenwirt Forsyth im „Blind Beggar“, Aschenbecher vor „Kay's Bar“: „Man muss den Leuten was Neues zu tun geben“

Mark Forsyth, Miteigentümer des „Blind Beggar“, raucht selbst zwei Päckchen am Tag an der frischen Luft, und seit dem Rauchverbot raucht er nicht weniger, dafür „dreimal schneller“, vor allem im Winter. Das Rauchverbot, sagt auch er, habe kein Loch gerissen in seinen Umsatz, eher im Gegenteil: Es war für ihn Anlass, sein Angebot zu verbessern. Er hat ein Dartboard aufgehängt, einen Fernseher („für die Rugby-Fans“), er veranstaltet Live-Musik und Bar-Quiz-Wettbewerbe und verkauft Snacks als orale Ersatzbefriedigung. „Man muss den Leuten was Neues zu tun geben.“ Auf diese Weise sei es ihm gelungen, dass seine Stammgäste weiterhin nahezu vollzählig erscheinen.

Die neue Ära hielt Überraschungen parat. Als der Qualm abgezogen war, wurde MacKenzie plötzlich gewahr, dass jetzt andere Gerüche den Gastraum prägten, billige Parfums, Körperausdünstungen und leider auch das Männerklo.

Umgehend führte MacKenzie den lange eher vernachlässigten Ort intensiver Pflege zu: „Ich habe eine Spezialfirma mit einer Totalreinigung beauftragt“, sagt er. Außerdem hat er der Kneipe einen neuen Teppich und neue Polster spendiert. Jetzt sind sie fast ein Jahr alt und immer noch ohne Brandlöcher, vor dem Rauchverbot war so etwas schlicht undenkbar.

Nur, dass er jetzt dauernd die Straße fegen muss, das nervt MacKenzie, denn die Raucher unter seinen Gästen benutzen

vorbei. 40 Gaststätten hat die Firma in Schottland, und seit dem Rauchverbot ist deren Umsatz gleich um fünf Prozent gestiegen. Verantwortlich dafür war mehr Durst nach Bier – und vor allem mehr Appetit: In der sauberen Luft wollten mehr Leute als zuvor essen.

Maureen Moore unterdes, die Initiatorin des Rauchverbots, gehört paradoxerweise eher zu dessen Verlierern: Sie hat die Schlacht ihres Lebens lustvoll geschlagen, mehr gibt es nicht zu tun, und nun wird sie sich in Kürze ausgekämpft ins Privatleben zurückziehen. Doch sie geht hochdekoriert vom Feld: Prinz Charles hat sie kurz vor Weihnachten im Buckingham Palace mit einem Orden ausgezeichnet.

MARCO EVERS

Druckversion

Url: http://www.focus.de/gesundheit/gesundleben/nichtrauchen/news/rauchverbot_aid_133068.html

17.09.07, 16:14

Drucken

Rauchverbot**Das Wunder von Schottland**

Nach dem Rauchverbot in Schottland ist die Zahl der Herzinfarkte spektakulär gesunken. Hinter dem wundersamen Effekt könnten niedrigere Feinstaubwerte in Pubs & Co. stecken.

In schottischen Pubs und andere öffentlichen Räumen herrscht seit Januar 2006 totales Rauchverbot. Der gesundheitliche Effekt versetzt sogar Experten ins Staunen: Seitdem der Qualm verbannt ist, sank die Zahl der Herzinfarkte unter den Rauchern um 17 Prozent – unter den Nichtraucherern sogar um 20 Prozent.



Rauchen im Pub – ein Bild aus der Vergangenheit

Das ermittelten Forscher der Universität Glasgow, als sie die Zahl der Herzinfarkte in den neun Monaten vor und nach dem Rauchverbot verglichen. Waren in den sechs großen schottischen Herzkliniken neun Monate vor Startschuss der Verordnung 3235 Menschen aufgrund eines Infarkts behandelt worden, wurden von Januar bis September 2006 nur noch 2684 Patienten mit dieser Diagnose eingeliefert. „Nach einem Rauchstopp sinkt das Risiko für Herzinfarkt innerhalb eines Jahres“, bestätigt Annette Peters vom Institut für Epidemiologie des Forschungszentrums für Umwelt und Gesundheit im Gespräch mit FOCUS Online.

Auch Untersuchungen aus anderen Teilen der qualmbefreiten Welt lassen aufhorchen: Am eindrucksvollsten waren Beobachtungen, die Forscher der University of California in der US-amerikanischen Stadt Helena machten: Nach einem strikten Rauchverbot in der Öffentlichkeit verzeichneten die Wissenschaftler 40 Prozent weniger Herzinfarkte.

Infarktauslöser im Qualm

Schon seit Langem ist bekannt, dass inhalierter Rauch bei Rauchern und Passivrauchern die Gefahr von Arteriosklerose fördert. Doch die Ablagerungen an den Innenwänden der Blutgefäße bauen sich nur langsam auf. Für die durchschlagende Wirkung in kürzester Zeit müssen also andere Faktoren entscheidend sein. Eine mögliche Erklärung könnte der Feinstaub sein, der nicht nur in Auspuffgasen, sondern auch im Zigarettenqualm wabert.

„Tatsächlich haben unsere Studien ergeben, dass die Zahl der Herzinfarkte steigt, wenn besonders viel Feinstaub in der Luft ist“, erklärt Annette Peters. Offenbar erhöht sich durch die eingeatmeten Partikel unmittelbar die Blutgerinnungsneigung des Blutes. Damit wächst die Wahrscheinlichkeit, dass sich Blutgerinnsel bilden, die letztendlich den Infarkt auslösen. Eine Schlüsselrolle spielt dabei das Interleukin-6, ein körpereigener Botenstoff.

„Vor allem die Verwundbarkeit von Menschen mit einer bestehenden Arteriosklerose nimmt zu“, sagt die Wissenschaftlerin. In mehr oder weniger starkem Umfang sind von den Plaques an den Innenwänden der Gefäße die meisten Menschen. „Das Risiko, dass eine solche Verkalkung aufbricht, wird durch den Feinstaubanteil in der Luft verändert“, sagt Annette Peters. Und zwar unabhängig davon, oder er aus Auspuffrohren oder Zigaretten quillt.

Inhalierter Feinstaub

Eine Untersuchung der Universität Edinburgh weist in dieselbe Richtung: Sie zeigt, dass zumindest eingeatmete Abgase einen direkten Einfluss auf die Herzfunktion haben. In einem Test mit Dieselabgasen in der Atemluft wurden die Herzen der Teilnehmer nur noch unzureichend durchblutet und so mit weniger Sauerstoff versorgt. Vorangegangene Untersuchungen hatten ähnliche Resultate auch für das Einatmen Zigarettenqualm-geschwängelter Luft ergeben.

In Deutschland müssen viele Bürger auf einen umfassenden Rauchschutz noch warten – in vielen Ländern gilt das Qualmverbot in Gaststätten erst ab Januar 2008. Abhängig vom Bundesland wird es überdies verschiedene Sonderregelungen geben, vom fröhlichen Paffen im Bierzelt bis zu speziellen Raucherkeipen.

Drucken

Foto: dpa

Copyright © 2008 by FOCUS Online GmbH

Folgen der rauchfreien Gastronomie: Geringere Schadstoffbelastungen, geringeres Krebsrisiko und verbesserte Gesundheit der Gastronomiemitarbeiter

Prof. Dr. Luke Clancy, Director General, Research Institute for a Tobacco Free Society, Dublin

Hintergrund

Als erstes Land in Europa führte Irland am 29. März 2004 eine vollständig rauchfreie Gastronomie ein. Das Gesetz und seine Umsetzung wurden sorgfältig vorbereitet und eine Begleitforschung wurde parallel aufgebaut, um die Folgen der rauchfreien Gastronomie für die Gesundheit der Bevölkerung und die Ökonomie des Landes zu evaluieren. Erstmals wurde in einem international renommierten Fachjournal eine Studie vorgelegt, die deutlich messbare Verbesserungen des Gesundheitszustandes von Mitarbeitern in irischen Bars durch die Rauchverbote aufzeigen konnte (Goodman P, Agnew M, McCaffrey M et al. (2007) *Effects of the Irish Smoking Ban on Respiratory Health of Bar Workers and Air Quality in Dublin Pubs. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, in Press*). Der Autor der Studie und führende irische Wissenschaftler Luke Clancy hat die hier vorgelegte Zusammenfassung seiner Forschungsarbeiten dankenswerterweise autorisiert. Im Zeitraum von September 2003 bis März 2004, das heißt vor Einführung einer rauchfreien Gastronomie in Irland, wurden die Schadstoffbelastungen in irischen Gastronomiebetrieben sowie die Gesundheit der Gastronomiemitarbeiter (ausschließlich bei Männern) untersucht. Die Wiederholungsmessungen ein Jahr später, nach Einführung einer rauchfreien Gastronomie, wurden am selben Wochentag, in derselben Kalenderwoche und demselben Monat durchgeführt wie die ersten Messungen. Sie erfolgten auch in denselben Bars und mit denselben Mitarbeitern. Der Messzeitraum zur Erfassung der Schadstoffkonzentration in den Gastronomiebetrieben betrug jeweils drei Stunden.

ERGEBNISSE

1. Deutliche Senkung lungengängiger Partikel in irischen Pubs ein Jahr nach Einführung der rauchfreien Gastronomie

In insgesamt 42 Pubs in Dublin wurden die Konzentrationen lungengängiger Partikel der Größe PM_{2,5} und PM₁₀ gemessen. Diese Partikel haben erwiesenermaßen negative Auswirkungen auf die Atemwege und das Herz-Kreislauf-System.

Die Einführung einer rauchfreien Gastronomie hat zu einer drastischen Senkung dieser Schadstoffkonzentra-

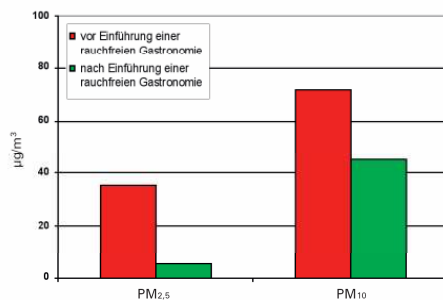


Abbildung 1. Durchschnittlicher Rückgang lungengängiger Partikel in irischen Pubs vor und nach der Einführung einer rauchfreien Gastronomie

tion geführt. Insbesondere die Konzentration der lungengängigen Partikel PM_{2,5} ist von 35,5 µg/m³ auf 5,8 µg/m³ gesunken. In der Abbildung 2 ist die Konzentration der lungengängigen Partikel PM_{2,5} über den gesamten Messzeitraum von drei Stunden dargestellt. Es ist eine deutlich verminderte Konzentration der PM_{2,5}-Partikel nach Einführung der rauchfreien Gastronomie zu erkennen.

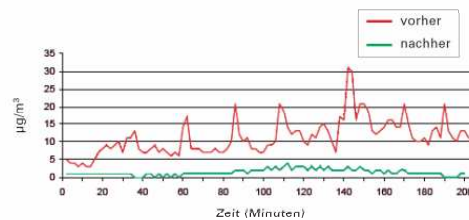


Abbildung 2. Konzentration der lungengängigen Partikel PM_{2,5} vor und nach Einführung einer rauchfreien Gastronomie. Die Messungen erfolgten über einen Zeitraum von drei Stunden

2. Deutliche Senkung des Benzolgehaltes in irischen Pubs

Die Einführung einer rauchfreien Gastronomie in Irland hat auch zu einem beträchtlichen Rückgang des Benzolgehaltes in der Innenraumluft geführt. Benzol ist eine krebserzeugende und das Erbgut schädigende Substanz. Sie wurde als Leitsubstanz für die Vielzahl der krebserregenden Stoffe im Tabakrauch ausgewählt. Der in Abbildung 3 ersichtliche starke Rückgang der Benzolkonzentration bedeutet somit auch eine deutliche Verminderung der Krebsgefährdung.

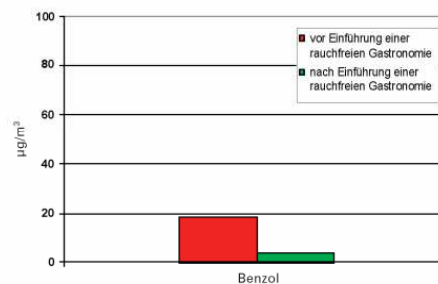


Abbildung 3. Durchschnittlicher Rückgang der Benzolkonzentration in irischen Pubs vor und nach der Einführung einer rauchfreien Gastronomie

3. Rückgang gesundheitlicher Symptome von Gastronomiemitarbeitern

Anhand eines den Gastronomiemitarbeitern ausgehändigten Fragebogens wurde das Auftreten von gesundheitlichen Symptomen vor und nach der Einführung einer rauchfreien Gastronomie erfasst. Die Antworten wurden für Raucher und Nichtraucher getrennt ausgewertet.

Die gesundheitlichen Symptome wie Husten am Morgen, gerötete oder gereizte Augen und Reizungen im Rachenraum haben nach der Einführung einer rauchfreien Gastronomie deutlich abgenommen. Klagen vor der Gesetzesinitiative fast 60 Prozent der nichtrauchenden Gastronomiemitarbeiter über gerötete oder gereizte Augen, waren es danach nur noch 15 Prozent. Ebenso gaben bei einer rauchfreien Gastronomie nur noch ein Fünftel der Befragten an, Reizungen im Rachenraum zu haben, zuvor war es jedoch knapp die Hälfte der Angestellten. Selbst bei den rauchenden Gastronomiemitarbeitern hat die Häufigkeit der genannten Symptome abgenommen. Obgleich es keine Veränderung in der Hustenhäufigkeit gab, zeigten sich bei den Symptomen gerötete oder gereizte Augen sowie Reizungen im Rachenraum deutliche Verbesserungen.

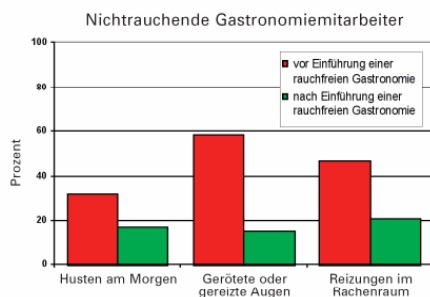


Abbildung 4. Das Auftreten gesundheitlicher Symptome bei nichtrauchenden Gastronomiemitarbeitern in Dublin vor und nach der Einführung einer rauchfreien Gastronomie

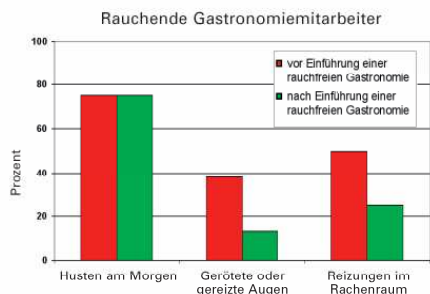


Abbildung 5. Das Auftreten gesundheitlicher Symptome bei rauchenden Gastronomiemitarbeitern in Dublin vor und nach der Einführung einer rauchfreien Gastronomie

4. Verbesserte Gesundheit der Gastronomiemitarbeiter

Bei insgesamt 73 Gastronomiemitarbeitern wurden verschiedene Lungenfunktionsparameter gemessen (Abbildung 6). Bei Nichtrauchern konnte eine bedeutsame Zunahme der Vitalkapazität (maximal mobilisierbares Lungenvolumen gemessen während einer schnellen Einatmung, FVC), eine Zunahme der maximalen Atemstrom-

stärke während der Ausatmung (PEF) sowie ein verbesserter Gasaustausch der Lunge (DLCO) festgestellt werden. Diese deutliche Verbesserung der Lungengesundheit traf jedoch nicht auf die Raucher zu. Denn diese hatten fortgesetzt ein Jahr weitergeraucht, was sich durch verschlechterte Lungenfunktionswerte zeigte.

	Nichtraucher		Raucher	
	vor der Einführung	nach der Einführung	vor der Einführung	nach der Einführung
FVC (l)	4,17	4,36	4,45	4,31
%Norm	91,0	96,0	91,0	88,0
PEF (l/min)	506,6	530,0	489,1	481,3
%Norm	94,0	99,5	86,4	85,0
DLCO (ml/min/mmHg)	27,9	29,5	29,2	27,2

Abbildung 6. Lungenfunktionsparameter von Rauchern und Nichtrauchern vor und nach der Einführung einer rauchfreien Gastronomie

Der dramatische Abfall des ausgeatmeten Kohlenmonoxids (Abbildung 7) ist eine gute Erklärung für die Abnahme akuter Herzinfarkte, die in anderen Studien bereits nach kurzer Zeit beobachtet worden ist. Die erhebliche Reduktion des Cotininspiegels im Speichel (Abbildung 7) wurde als Ausdruck der deutlich geringeren Nikotinbelastung nur bei Nichtrauchern gemessen, nicht aber bei Rauchern.

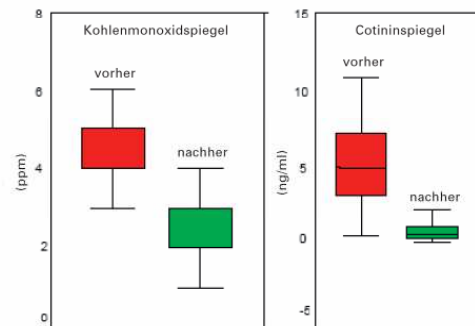


Abbildung 7. Minimum, Durchschnittswert (Median) und Maximum der Kohlenmonoxid- und Cotininspiegel von Gastronomiemitarbeitern vor und nach Einführung einer rauchfreien Gastronomie

Fazit

Die Einführung einer rauchfreien Gastronomie führt

- zu einer drastischen Senkung von lungengängigen Partikeln sowie von Substanzen, die Krebs erzeugen und das Erbgut schädigen
- zu einer Verbesserung der Lungenfunktion von nichtrauchenden Mitarbeitern
- zu einer Verbesserung der Gesundheit von nichtrauchenden wie auch rauchenden Gastronomiemitarbeitern, die deutlich weniger Atemwegsprobleme, Reizungen der Schleimhaut, Rötungen der Augen und Husten am Morgen haben.

Impressum

© 2007 Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
1. Auflage: 5000
Autoren: Prof. Dr. Luke Clancy, Dr. Svenja Pust, Prof. Dr. Robert Loddenkemper, Dr. Martina Pötschke-Langer

Das Deutsche Krebsforschungszentrum dankt Prof. Dr. Luke Clancy für die Erlaubnis, seine Forschungsergebnisse in deutscher Sprache publizieren zu dürfen

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. Martina Pötschke-Langer

Deutsches Krebsforschungszentrum
Stabsstelle Krebsprävention und
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle
Im Neuenheimer Feld 280 · 69210 Heidelberg
Fax: 0 6221 – 42 3020, E-mail: who-cc@dkfz.de

Zitierweise:
Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Folgen der rauchfreien Gastronomie: Geringere Schadstoffbelastungen, geringeres Krebsrisiko und verbesserte Gesundheit der Gastronomiemitarbeiter
Heidelberg, 2007

http://www.stuttgarter-zeitung.de/stz/page/detail.php/1539311/r_arti...

Rauchverbot-Zwischenbilanz

Ordnungsamt ermahnt 81 Wirte

11.10.2007 - aktualisiert: 11.10.2007 21:06 Uhr



Foto: dpa

Gastronomen sollen das Rauchverbot einhalten

Stuttgart - Wie schädlich ist das Rauchverbot für die Wirte? Der Gaststättenverband schlägt Alarm, das Ordnungsamt zeichnet ein anderes Bild. Einige Kneipiers fühlen sich als Verlierer, andere profitieren von dem Gesetz.

Dimitra Stafila muss nicht aufs Thermometer gucken, um zu wissen, wie das Wetter ist. Die Kellnerin schaut sich einfach im Treff bei Anna am Marienplatz um. Ist es draußen warm, sitzen ihre Kunden auf der Terrasse, rauchen und trinken. "Wenn es regnet und kalt ist, ist es hier leer", erzählt Dimitra Stafila. Seit das Rauchverbot gilt, sei in der kleinen Kneipe viel weniger los. "Wir merken das am Umsatz", sagt die Kellnerin.

Nicht nur im Treff bei Anna wird über Umsatzeinbrüche geklagt. Teile der Branche hätten "existenzbedrohliche Probleme", so Daniel Ohl vom Hotel- und Gaststättenverband Baden-Württemberg (Dehoga). Negativ betroffen durch das Rauchverbot seien vor allem Gaststätten mit lediglich einem Raum. "Für diese Wirte kann das Rauchverbot zu einem Berufsverbot werden", sagt Ohl. Zudem würden die Discotheken leiden, weil sie die Raucher vor die Tür schicken müssten. In beiden Fällen lägen die Umsatzeinbrüche landesweit bei 20 bis 30 Prozent. Die Restaurants hätten dagegen keine Probleme, für sie wirke sich das Gesetz zum Teil positiv aus.

Bereits im September hatte der Verband angekündigt, Klagen gegen das Rauchverbot zu unterstützen. Wie es aussieht, werden in rund zwei Wochen ausgewählte Wirte vors Bundesverfassungsgericht ziehen. Ob auch Stuttgarter Wirte dabei sein werden, will der Sprecher zurzeit nicht sagen. Man befinde sich noch in der Sondierungsphase, so Ohl. "Wir müssen beweisen, dass das Rauchverbot die Existenz vernichtet", erklärt er.

In Stuttgart gibt es allerdings auch einige Gastronomen, die bis heute das Nichtraucherschutzgesetz ignorieren. So wunderten sich einige Fußballfans kürzlich, als sie zum Champions-League-Heimspiel des VfB gegen Barcelona in eine Vaihinger Kneipe strömten und dort kaum den Bildschirm hinter den Rauchschwaden erkennen konnten. Das Rauchverbot? Der Wirt zuckte nur mit den Schultern, die Aschenbecher waren den ganzen Abend über mit Kippen gefüllt. "Wenn es zu solchen Verstößen kommt, zeigt das die schwierige Lage der Wirte", sagt der Dehoga-Sprecher Ohl. Ohne Not würde kein Wirt das Risiko eingehen, belangt zu werden. Bisher sind dem Ordnungsamt von Bürgern 63 Verstöße gegen das Rauchverbot gemeldet worden. Die Gewerbe- und Gaststättenbehörde im Amt für öffentliche Ordnung hat 81 Schreiben an Wirte verschickt. Darin seien diese ermahnt worden, für die Einhaltung des Gesetzes zu sorgen, sagt der stellvertretende Leiter Wolfgang Rupp.

Im Amt hat man nicht den Eindruck, dass die Stuttgarter Gastronomen herbe Umsatzeinbußen wegen des Rauchverbots verzeichnen. "Ich habe mit Wirten gesprochen, die berichten, sie hätten Zulauf", sagt Rupp. Auch für die Eckkneipen sieht es seiner Ansicht nach nicht so düster aus, wie es der Verband schildert: "Die Resonanz ist, dass es gar nicht so tragisch ist." Regelrecht "überrascht" ist man beim Ordnungsamt über die Toleranz der Anwohner. 22 Beschwerden über Lärm seien eine erstaunlich niedrige Zahl, so Rupp.

http://www.stuttgarter-zeitung.de/stz/page/detail.php/1539311/r_arti...

Er geht davon aus, dass sich die Lage im Winter noch entschärft: "Dann sind die Fenster meistens zu."

Weitgehend problemlos läuft die "Aktion saubere Luft" offensichtlich auch auf den Stuttgarter Bahnhöfen. Dort gilt die gesetzliche Regelung seit Anfang September. Die Zahl der Beschwerden durch die Fahrgäste halte sich bis jetzt in Grenzen, sagt ein Sprecher. Während die S-Bahnhöfe komplett rauchfrei sind, hat die Bahn am Hauptbahnhof auf jedem Bahnsteig ein kleines Reservat für die Raucher geschaffen: Mit gelber Farbe sind die Raucherinseln markiert. Hier treffen sich auch jene Fahrgäste, die darüber klagen, dass die Bahn in den Fernverkehrszügen die Raucherabteile abgeschafft hat.

Die große Empörung über das Rauchverbot ist vielerorts ausgeblieben - und dennoch liefert das Gesetz immer noch Gesprächsstoff. Im Club Barcode an der Theodor-Heuss Straße hat die Betreiberin gestern mit ihren Gäste über den bevorstehenden Winter diskutiert: "Wir haben uns gefragt, ob wir für die starken Raucher in unserem Außenbereich Heizstrahler aufstellen sollen", erzählt Yvette Braun. Das Barcode hat sich gegen die Stromfresser entschieden. Die Erfahrungen der vergangenen Woche hätten gezeigt: geraucht wird deutlich weniger, getrunken wird genauso viel wie zuvor.

Von Erik Raidt und Viola Volland, aus der StZ vom 12.10.2007



Allgemeine Hotel- und
Gastronomie-Zeitung

ahgz.de – 20.12.2007 – 12:23 Uhr

www.ahgz.de/regional-und-lokal/Verband-Verfassungsbeschwerde,352007,7089311324.html

DEHOGA

Verband prüft Verfassungsbeschwerde

STUTTGART. Kleine Gaststätten und Discotheken im Land leiden massiv unter dem Rauchverbot in der Gastronomie. Dies ist das Ergebnis einer Umfrage, die der Hotel- und Gaststättenverband DEHOGA Baden-Württemberg bei mehr als 300 gastgewerblichen Kleinbetrieben und Discotheken durchgeführt hat. Ein Monat nach dem Inkrafttreten des Landesnichtraucherschutzgesetzes fürchtet nach Angaben des Verbands jeder zweite der befragten Betriebe um die Existenz. Mehr als zwei Drittel der Betriebe rechnen damit, dass Arbeitsplätze durch das Rauchverbot verloren gehen. „Wir haben gezielt Kleinbetriebe und Discotheken angeschrieben, weil wir hier besonders massive Auswirkungen durch das Rauchverbot erwarten“, so DEHOGA-Präsident Peter Schmid.

Gleichzeitig betont Schmid, dass vor allem die größeren Betriebe der Speisegastronomie offenbar weniger Probleme mit dem „Landesnichtraucherschutzgesetz“ haben. „Es gibt durchaus Betriebe, die mit dem Gesetz klarkommen oder sogar davon profitieren – das bestreitet im DEHOGA niemand. Uns ging es mit der Umfrage aber darum, auf die Probleme der Kleinbetriebe und der Discotheken hinzuweisen.“ Die Prognosen des Verbandes werden durch das Umfrageergebnis bestätigt: 63 Prozent der befragten Kleinbetriebs- und Discothekeninhaber geben an, dass sie bereits in den ersten Wochen nach Inkrafttreten des Verbots Umsatzverluste hinnehmen mussten – lediglich 3,3 Prozent der befragten Betriebe meldeten ein Umsatzplus.

Besonders betroffen vom Rauchverbot sind laut DEHOGA die Einraum-Gaststätten, die keine Raucher-Nebenräume ausweisen können sowie Discotheken, denen der Gesetzgeber in Baden-Württemberg ausdrücklich verboten hat, Nebenräume für Raucher anzubieten.

83,7 Prozent der vom DEHOGA befragten Discotheken melden Umsatzrückgänge – die angegebenen Umsatzverluste liegen im Mittel bei knapp 28 Prozent. 61 Prozent – also fast zwei Drittel der Discothekenbetreiber, sehen ihr Unternehmen durch das Rauchverbot in der Existenz bedroht. „Etlliche Unternehmer berichten von Gästeabwanderungen in andere Betriebsarten oder in Discos anderer Bundesländer, wo noch kein Rauchverbot gilt“, so Peter Schmid. Über 80 Prozent der befragten Disco-Betreiber befürchten laut DEHOGA Probleme durch Anwohnerbeschwerden, wenn Gäste vor dem Betrieb rauchen.

FCA

Framework Convention Alliance
for Tobacco Control

FCTC

The past twenty years has witnessed the passage of a number of historic international agreements, including the UN Convention on the Rights of the Child and the Landmine Treaty. Now, the international community has taken action on the number one cause of preventable death in the world today – tobacco.

Tobacco is truly a global problem. Nearly 5 million people die from tobacco-related illness each year. If current trends continue, this figure will rise to 10 million per year by the year 2030, with 70% of those deaths occurring in developing countries. Just as infectious diseases know no political boundaries, leaving individual countries incapable of effectively containing them, the tobacco epidemic also requires international cooperation if it is to be controlled.

In order to fashion a global approach to the tobacco epidemic, the member countries of the World Health Organization (WHO) in 2003 unanimously endorsed the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). The product of four years of difficult negotiations, the FCTC has the potential to have an historic impact on public health. As of 31 May 2005, 168 countries had signed the FCTC and 66 had ratified. The treaty became international law on 27 February 2005.

As stated in the treaty's Preamble, the objective of the FCTC is "to protect present and future generations from the devastating health, social, environmental and economic consequences of tobacco consumption and exposure to tobacco smoke." The Preamble also recognizes the need for countries to give priority to their right to protect public health, the unique nature of tobacco products and the harm that companies that produce them cause.

Provisions of the FCTC:

The FCTC provides Parties with a considerable degree of flexibility in implementing measures beyond those described in the treaty. Significantly, Article 2.1 of the FCTC states that all Parties are encouraged to implement measures that are stronger than the minimum standards required by the treaty. Significant treaty provisions include:

Advertising, Promotion and Sponsorship (Article 13)

The FCTC requires all Parties to undertake a comprehensive ban on tobacco advertising, promotion and sponsorship within five years of ratifying the treaty. The ban must include cross-border advertising originating within a Party's territory. The definitions of advertising, promotion and sponsorship are broad and include indirect as well as direct forms. Countries with constitutional constraints are required to restrict advertising, promotion and sponsorship, including cross-border advertising, in a manner consistent with their constitutional principles. The Parties also agree to consider a protocol to elaborate on cross-border provisions, for example the technical and legal aspects of preventing or blocking advertising on the internet and satellite television.

Secondhand Smoke (Article 8)

The treaty recognizes that exposure to tobacco smoke has been scientifically proven to cause death, disease and disability. It requires all Parties to implement effective measures to protect non-smokers from tobacco smoke in public places, including workplaces, public transport and indoor public places — evidence indicates that only a total smoking ban is effective in protecting non-smokers.

Packaging and Labeling (Article 11)

Large health warning labels are required. Parties to the treaty agree that health warning labels ideally should cover 50% or more of the principle display areas of each packet, which for a standard cigarette package means both the front and back. Parties are required to implement health warning labels that cover, at a minimum, 30% of the principle display areas within three years of ratifying the treaty. Health warning labels must include rotating messages in the principle languages of the Party, and may include pictures or pictograms.

Deceptive labels are prohibited. Countries agree to prohibit misleading or deceptive terms on tobacco product packages within three years of becoming a Party. Research has proved that cigarettes that are labeled “light”, “low tar”, and “mild” (among other terms) are as dangerous as those denoted as regular and thus these terms mislead and deceive consumers about the risks involved in the use of these products.

Smuggling (Article 15)

Action is required to eliminate tobacco smuggling. Measures required include marking all tobacco packages in a way that signifies the origin and final destination or the legal status of the product, and cooperating with one another in anti-smuggling, law enforcement and litigation efforts. This may well be the subject of one of the first protocols to be negotiated.

Taxation & Duty Free Sales (Article 6)

Tobacco tax increases are encouraged. The treaty states that “each Party should take account of its national health objectives concerning tobacco control” in its tobacco tax and price policies. The treaty recognizes that raising prices through tax increases and other means “is an effective and important means of reducing tobacco consumption by various segments of the population, in particular young persons.” Duty-free sales are discouraged. Parties may prohibit or restrict duty-free sales of tobacco products.

Product Regulation & Ingredient Disclosure (Articles 9 & 10)

Tobacco products are to be regulated. The Parties agree to establish guidelines that all nations may use in regulating the content of tobacco products.

Parties shall also require that manufacturers disclose to the government the contents of their tobacco products.

Liability (Articles 4.5 and 19)

Legal action is encouraged as a tobacco control strategy. The treaty recognizes that liability issues are an important part of a comprehensive tobacco control program and the Parties agree to consider legislative and litigation approaches to advance tobacco control objectives. Parties also agree to cooperate with one another in tobacco-related legal proceedings.

Treaty Oversight (Article 23)



A strong Conference of the Parties will oversee the treaty. The FCTC established a Conference of the Parties (COP) which will convene in 2006. The COP is empowered to monitor the implementation of the treaty, adopt protocols, annexes and amendments to the FCTC, and to create appropriate subsidiary bodies to carry out specialized tasks.

Financing (Article 26)

Parties have committed themselves to promote funding for global tobacco control. The Parties agree to mobilize financial assistance from all available sources for tobacco control initiatives for developing country Parties and for Parties with economies in transition, including from regional and international intergovernmental organizations and other public and private sources.

Other Important Commitments:



- Each Party shall establish or reinforce and finance a national coordinating mechanism or focal point for tobacco control. (Article 5)
- Parties shall endeavor to include tobacco cessation services in their national health programmes. (Article 14)
- Parties shall prohibit or promote the prohibition of the distribution of free tobacco products. (Article 16)
- Parties shall promote the participation of NGOs in the development of national tobacco control programmes. (Article 12)
- Parties shall prohibit the sale of tobacco products to persons under the age set by national law, or eighteen. (Article 16)
- Countries which ratify the treaty may not take a reservation (i.e. opt out) to any of the treaty’s obligations (Article 30).



Nichtraucher-Initiative Experte für
Deutschland e.V. Nichtraucherenschutz

Home ▶ Zeitschrift Nichtraucher-Info ▶ Nichtraucher-Info 2007 ▶ Nichtraucher-Info Nr. 68 - IV/07

SCHRIFTGRÖSSE WÄHLEN

Nichtraucher-Info Nr. 68 - IV/07  

Veröffentlicht von Andre Hotzler
Donnerstag, 4. Oktober 2007
Seite 1 von 48

Online-Ausgabe des Nichtraucher-Info Nr. 68 - IV/07

Herzlich Willkommen zur Online-Ausgabe des Nichtraucher-Info Nr. 68 - IV/07. Bitte benutzen Sie das **Inhaltsverzeichnis** oder die **Symbole am unteren Seitenrand** zur Navigation durch die Artikel. **Ausdrucken** können Sie den gesamten Artikel mit Hilfe des Drucker-Symbols rechts oben.

Sie finden in dieser Ausgabe die folgenden Inhalte:

Politik

- [Rauchverbote allein reichen nicht aus](#)
- [Rauchen verlagern - doch wohin?](#)
- [Bündel von Maßnahmen erforderlich](#)
- [Wir stehen erst am Anfang](#)
- [Ausnahmen vom Schutz verfassungswidrig](#)
- [Rauchende Nachbarn, Rauchen im Freien](#)

Gesundheitswesen

- [Rauchverbote erfolgreichste Gesundheitsmaßnahme](#)

Verkehr

- [Rauchverbot mit Ausnahmen bei der Bahn](#)

Wohnen

- [Das Recht Nichtraucher zu sein oder wie ich zur alleinigen Hauseigentümerin wurde](#)
- [Nichtraucherbaustelle](#)

Nichtraucher-Initiativen

- [Nichtraucher Bremen e.V. spendet Plakatwand](#)

Gedanken

- [Ein Dopingfall](#)

Gegenwerbung

- [Auszeichnung für BZgA-Spot "Kinder rauchen mit](#)
- [EU-Spot für rauchfreies Leben](#)
- [Bald Schockbilder auf Zigarettenpackungen?](#)

International

- [Schweizer Bundesgericht: Rauchverbote verstoßen nicht gegen Verfassung, aber es muss Ausnahmen geben](#)
- [USA: Nur zigarettenfreie Filme bei Disney](#)
- [Slowenien: Strenges Rauchverbot](#)
- [Großbritannien: Nach Rauchverbot noch Rest-Gestank](#)
- [Schweden: Rauchverbot im eigenen Garten](#)

Nichtraucherinitiative Deutschland - Nichtraucher-Info Nr. 68 - IV/07 http://www.nichtraucherschutz.de/zeitschrift_nichtraucher-info/nich...

- USA: Tabakkonzerne nutzen jedes Schlupfloch
- China: Tabakwerbeverbot ab 2011
- Estland: Rauchverbot auch an Bushaltestellen
- USA: Kandidat Barack Obama will nicht mehr rauchen
- Saudi-Arabien: Klage gegen internationale Tabakkonzerne
- Hongkong: Rauchfrei gilt auch für Tabak-Fachmesse

Medien

- "Danke, Tabak: Du hast meine Mutter getötet."

Statistik

- Tabakverkauf im 2. Quartal 2007
- 2008 größere Absatzrückgänge zu erwarten

Tabakentwöhnung

- 51,6 Prozent Ex-Raucher nach drei Jahren

Tabakwerbung

- Schoko- und Kaugummi-Zigaretten als Einstiegsdroge

Gastronomie

- Gaststättengewerbe im Monat vor den Rauchverboten: 6,4 Prozent Umsatzrückgang gegenüber Vorjahr

Regelungen

- Stadt Duisburg: Raucher müssen Arbeitsplatz zum Rauchen verlassen
- 83 Prozent der Raucher wollen sich an Rauchverbote halten
- Unterstützung vom dkfz

Jugendschutz

- Wer schützt Julia, Daniel und Francesco?

Poesie/Witziges

- Zahnärzte
- Witze
- Das Raucherlied

Vermischtes


- Armina Bielefeld: Familienblock rauchfrei
- Ex-Schalke-Manager nun Botschafter für Gestank-Genießer
- Kinder lehnen rauchende Eltern ab
- T-Shirt
- Terminkalender
- Frankfurter Buchmesse: Rauchen unerwünscht
- Rauchverbotsklausel spart Vermietern Geld

Impressum

- Impressum

[<< Anfang](#) [< Vorherige](#) [1](#) [2](#) [3](#) [4](#) [5](#) [6](#) [7](#) [8](#) [9](#) [10](#) [Nächste](#) [> Ende](#) >>

Letzte Aktualisierung (Donnerstag, 4. Oktober 2007)




Nichtraucher-Initiative

Deutschland e.V.

Experte für



Nichtraucherschutz



Home ▶ Zeitschrift Nichtraucher-Info ▶ Nichtraucher-Info 2007 ▶ Nichtraucher-Info Nr. 68 - IV/07

SCHRIFTGRÖSSE WÄHLEN

Nichtraucher-Info Nr. 68 - IV/07

Veröffentlicht von Andre Hotzler
Donnerstag, 4. Oktober 2007
Seite 33 von 48

**Gaststättengewerbe im Monat vor den Rauchverboten:
6,4 Prozent Umsatzrückgang gegenüber Vorjahr**

Gastgewerbeumsatz				
Veränderung gegenüber dem jeweiligen Vorjahreszeitraum in Prozent ¹⁾				
Wirtschaftsbereich	Juli 2007 gegenüber Juli 2006		Januar bis Juli 2007 gegenüber Januar bis Juli 2006	
	nominal	real	nominal	real
Gastgewerbe insgesamt	- 2,9	- 5,1	+ 0,1	- 2,4
Davon				
Beherbergungsgewerbe	- 2,7	- 4,1	+ 1,2	- 1,4
Gaststättengewerbe	- 3,7	- 6,4	- 1,2	- 3,8
Kantinen und Caterer	1,1	- 1,6	+ 2,4	- 0,2

1) Berechnet aus den Ursprungswerten (ohne Kalender- und Saisonbereinigung)

Der Umsatz des Gaststättengewerbes lag im Juli 2007 um real 6,4 Prozent (nominal 3,7 Prozent) unter dem des Vorjahresmonats. Der starke Umsatzrückgang ist zum großen Teil auf die die höheren Umsätze im Jahr der Fußballweltmeisterschaft in Deutschland zurückzuführen. Doch entscheidend für die Beurteilung der Lage des Gaststättengewerbes ist der Vergleich mit den anderen Bereichen des Gastgewerbes. Dabei ergibt sich, dass der Umsatz im Gaststättengewerbe nicht nur kontinuierlich abnimmt, sondern dies immer in einem Abstand von mindestens zwei Prozent zum Beherbergungsgewerbe. Während letzteres aber schon seit mehreren Jahren wieder Umsatzzuwächse verzeichnet, schwächelt das Gaststättengewerbe seit einem Jahrzehnt anhaltend.

Angesichts dieses Negativtrends wirken die Versuche einiger Gastronomen, mit Unterschriftensammlungen und Verfassungsbeschwerden die schon verabschiedeten oder 2008 in Kraft tretenden Gesetze zum Schutz vor den Gesundheitsgefahren des Passivrauchens zu kippen, sehr kopflös. Wer außer den Nichtrauchern verfügt über die Kaufkraft, die dem Gaststättengewerbe die Existenz sichern kann?


Seit 1997 erstmals ein chancenreicher Gesetzentwurf für ein Rauchverbot in Gaststätten in den Bundestag eingebracht wurde, hat sich die Einstellung des nichtrauchenden Teils der Bevölkerung grundlegend geändert. Statt auf die Bedürfnisse der Nichtraucher einzugehen, bevorzugte das Gaststättengewerbe weiterhin die Raucher und erntete deshalb, was es verdiente: einen bis heute fortwährenden Umsatzrückgang.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

<< Anfang < Vorherige 31 32 **33** 34 35 36 37 38 39 40 Nächste > Ende >>


Letzte Aktualisierung (Donnerstag, 4. Oktober 2007)

Nichtraucherinitiative Deutschland - Nichtraucher-Info Nr. 68 - IV/07 http://www.nichtraucherschutz.de/zeitschrift_nichtraucher-info/nich...





Nichtraucher-Initiative
Deutschland e.V.

Experte für
Nichtraucherschutz



[Home](#) ▶ [Zeitschrift Nichtraucher-Info](#) ▶ [Nichtraucher-Info 2007](#) ▶ [Nichtraucher-Info Nr. 68 - IV/07](#)

SCHRIFTGRÖSSE WÄHLEN

Nichtraucher-Info Nr. 68 - IV/07  

Veröffentlicht von Andre Hotzler
Donnerstag, 4. Oktober 2007
Seite 35 von 48

83 Prozent der Raucher wollen sich an Rauchverbote halten

Während nur 33 Prozent der Nichtraucher meinen, dass sich die Raucher an die Rauchverbote halten, sind 83 Prozent der Raucher dazu bereit, ihre Zigarette nur dort zu rauchen, wo es nicht verboten ist. Diese Zahlen stammen aus einer Forsa-Umfrage vom Juli 2007 im Auftrag des Fernsehsenders RTL. Erstaunlich ist, dass mehr männliche (86 Prozent) als weibliche (80 Prozent) Raucher die gesetzlichen Bestimmungen einhalten wollen. 55 Prozent aller Befragten sind der Meinung, dass die Länder, Städte und Gemeinden das Rauchverbot von Anfang an konsequent durchsetzen sollten. Da-nach sieht es leider nicht aus. Die zuständigen Behörden setzen darauf, dass es sich von allein einspielen wird. Hoffentlich täuschen sie sich darin nicht.

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

<< [Anfang](#) < [Vorherige](#) [31](#) [32](#) [33](#) [34](#) [35](#) [36](#) [37](#) [38](#) [39](#) [40](#) [Nächste](#) > [Ende](#) >>

Letzte Aktualisierung (Donnerstag, 4. Oktober 2007)

sueddeutsche.de

Ressort: Panorama
URL: /panorama/artikel/799/81718/article.html
Datum und Zeit: 16.12.2007 - 13:35

31.07.2006 19:25 Uhr

[Drucken](#) | [Versenden](#) | [Kontakt](#)**Kneipensterben?****Das Rauchverbot enttäuscht seine Kritiker**

Einnahmerrückgang, Jobverluste, Pleitewelle: Die Gastronomie warnt die Politik vor einem Gesetz. Doch in Ländern mit Rauchverbot steigen die Umsätze der Gaststätten.

Von *Dietmar Jazbinsek*

Falls das Rauchen in Deutschlands Kneipen gesetzlich verboten wird, wie es eine wachsende Zahl von Parlamentariern fordert, stehe die Gastronomie vor "erheblichen Umsatzeinbußen". Das sagte unlängst Ingrid Hartges, die Hauptgeschäftsführerin des Deutschen Hotel- und Gaststättenverbandes (Dehoga). "Gaststätten befürchten Jobverluste und Pleitewelle", lautete denn auch der Tenor vieler Schlagzeilen in der vergangenen Woche. Die ökonomischen Realitäten sehen jedoch laut Experten anders aus, als es die Warnungen vor einem bevorstehenden Kneipensterben erwarten lassen.

Die präzisesten Zahlen über die Umsatzentwicklung in der rauchfreien Gastronomie gibt es in den USA. Kalifornien war der erste Bundesstaat, der die Zigaretten 1995 aus den Restaurants und 1998 aus den Bars verbannte. Legt man die Daten der Finanzämter zugrunde, dann sind die Umsätze in beiden Branchensegmenten nach Inkrafttreten des Rauchverbots gestiegen und nicht gesunken. Das weist eine Langzeitstudie nach, die 2005 in der Fachzeitschrift *Health Economics* publiziert worden ist. Die Autoren der Studie, David Cowling und Philip Bond, führen die steigenden Umsätze darauf zurück, dass sich mehr Gäste länger als zuvor in den rauchfreien Kneipen aufhalten.

Vorreiter Irland

Denselben Trend dokumentiert eine Untersuchung des New York City Department of Finance. Im April 2003 hatte Bürgermeister Michael Bloomberg den Zigarettenkonsum in den Bars und Restaurants der Millionenmetropole untersagt. In den folgenden zwölf Monaten erhöhten sich die Steuereinnahmen aus dem New Yorker Gaststättenbereich im Vergleich zum Vorjahr um 8,7 Prozent. Auch bei der Zahl der gastronomischen Betriebe und der Beschäftigten gab es saisonbereinigt einen deutlichen Anstieg.

In Europa war Irland der erste Staat, der dem amerikanischen Beispiel folgte und den blauen Dunst aus den Kneipen verbannt hat. Nach Inkrafttreten des Gesetzes im März 2004 hatten Vertreter der irischen Gastronomiebranche über Einnahmeverluste von bis zu 25 Prozent geklagt. Tatsächlich waren die Umsätze im Gastgewerbe schon in den Jahren zuvor aufgrund steigender Bierpreise leicht zurückgegangen. Im Jahr 2005 haben sie sich laut Angaben des nationalen Statistikamtes wieder stabilisiert. "Ich kann Ihnen versichern, dass in Irland kein einziger Pub wegen finanzieller Verluste durch das Rauchverbot schließen musste", sagte der irische Premierminister Bertie Ahern vor zwei Wochen zum Auftakt der 13. Weltkonferenz für Tabakkontrolle in Washington.

Kein Trend zum "Homing"

Was den weltweiten Trend zur rauchfreien Gastronomie betrifft, stellen die skandinavischen Länder einen klimatischen Härtestest dar. Hier ist es im Jahresdurchschnitt sehr viel kälter und regnerischer als beispielsweise in Italien, wo die Raucher seit Einführung des Rauchverbots im Januar 2005 ohne Murren vor die Tür gehen. In Norwegen hatten viele Gastwirte befürchtet, die Raucher könnten ihr Bier zu Hause trinken, wenn sie in der Kneipe nicht mehr rauchen dürften. Das hätte

Kneipensterben? Das Rauchverbot enttäuscht seine Kritiker - Pano...

<http://www.sueddeutsche.de/panorama/artikel/799/81718/print.html>

dann zu einer Verlagerung des Bierverkaufs in die Supermärkte geführt.

Tatsächlich hat es nach Einführung des Rauchverbots im Juni 2004 keinen verstärkten Trend zum so genannten "Homing" gegeben, wie eine aktuelle Studie des Osloer Instituts für Alkohol- und Drogenforschung (Sirus) nachweist. Zwar sind die Umsätze in der norwegischen Gastronomie in den folgenden zwölf Monaten um 0,8 Prozent zurückgegangen. Dieser minimale Rückgang sei aber eher darauf zurückzuführen, dass es im Sommer zuvor wesentlich weniger geregnet habe, so Sirius-Forscher Karl Erik Lund.

[mehr zum Thema](#)

Ankündigung

Rauchverbot kommt:

Rauchverbot

Merkel will kein Qualm:

Rauchverbot

Die diskrete Lobby der Raucher:

Qualm-Verbot

Klare Sicht im blauen Dunst:

Bislang deuten ausschließlich Studien, die von der Tabakindustrie finanziert wurden, auf massive Umsatzeinbußen infolge von Rauchverboten hin. Diese Erhebungen stützen sich allerdings nicht auf harte Daten wie die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen oder die der Schanklizenzen, sondern auf Meinungsumfragen.

Positive Auswirkungen vor allem im Tourismus

Über die neueste Studie dieser Art berichtete jüngst die *Bild*-Zeitung. Das Bielefelder Emnid-Institut hatte im Auftrag des Tabakunternehmens Reemtsma 300 Gastwirte danach befragt, wie sich ein Rauchverbot auf ihr Geschäft auswirken könnte. 60 Prozent der Befragten gaben an, dass sie mit sinkenden Umsätzen rechnen. Ein Drittel rechnete sogar mit Personalabbau. Wenn man bedenkt, wie hartnäckig Vertreter der Tabakindustrie und Funktionäre des Dehoga seit langem behaupten, ein Rauchverbot käme einem "Dolchstoß" für die Gastronomie gleich, ist es erstaunlich, dass 40 Prozent der Gastwirte offenbar keine Angst vor Einnahmeverlusten haben.

Zu den Politikern, die derartige Meinungsumfragen ernster nehmen als Wirtschaftsdaten, gehört der FDP-Bundestagabgeordnete Ernst Burgbacher. Als er von den Ergebnissen der Emnid-Studie hörte, ging Burgbacher mit einer Pressemitteilung zu den Folgen von Rauchverboten an die Öffentlichkeit. Darin interpretiert er das Ergebnis der Meinungsforscher - 60 Prozent der heimischen Gastwirte rechnen mit Umsatzeinbußen - auf recht eigenwillige Weise: "Mit einem gesetzlichen Rauchverbot in Gaststätten drohen Umsatzeinbußen von bis zu 60 Prozent für die heimischen Gastwirte."

Es ist bemerkenswert, dass diese Zahl ausgerechnet vom tourismuspolitischen Sprecher der FDP-Fraktion in die Welt gesetzt wird. Denn der Tourismus gehört zu den Sektoren, in denen sich eine rauchfreie Gastronomie nachweislich positiv auswirkt. Die neuesten Studien hierzu wurden jüngst im Bericht des Surgeon General - des obersten US-Gesundheitsschützers - veröffentlicht.

(SZ vom 1.8.2006)

[Artikel drucken](#) :-

[Fenster schließen](#) :-



Reine Giftkammern: Abgetrennte Räume für Raucher weisen weiter hohe Schadstoffwerte auf.

Bild: dpa

Separate Raucherräume bleiben Gefahrenzonen

Forscher fordern Abschaffung – Hohe Belastung mit krebserregenden Stoffen

Heidelberg – (lsw) Zum Schutz vor dem gefährlichen Passivrauchen in Gaststätten fordert das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) auch die Abschaffung der abgetrennten Raucherräume.

„Raucherräume sind gesundheitsgefährdend und stellen eine permanente Gefahrenquelle für die Innenraumluft dar“, sagte der DKFZ-Vorstandschef Otmar Wiestler in Heidelberg. Nach der Einführung der Landesgesetze zum Nichtraucher-schutz habe eine Vergleichsmessung von Schadstoffen gezeigt, dass Gastronomie-Beschäftigte weiter durch Passivrauchen bedroht seien.

Im Südwesten ist das Rauchen in öffentlichen Einrichtungen und Kneipen seit 1. August verboten. Ausnahmen wie abgetrennte Raucherräume sind erlaubt. Insgesamt hätten die Nichtraucher-schutzgesetz-

ze eine „große Wende“ gebracht, sagte die Krebsforscherin Martina Pötschke-Langer. „Die Bahn etwa ist schadstofffrei, was Partikel von Tabakrauch angeht.“ Auch in Cafés, Restaurants oder Diskotheken mit Rauchverbot habe die Studie eine „Nullbelastung“ ergeben.

Die Forscher verglichen die Schadstoffbelastung in der Gastronomie in den Jahren 2005 und 2007. Mit einer Studie zu den Gefahren des Passivrauchens hatte Pötschke-Langer 2005 die Diskussion um einen besseren Nichtraucher-schutz in Gang gebracht. Separate Raucherräume seien nach wie vor „Gefahrenzonen“, betonte sie. Die Beschäftigten seien nicht nur in den Raucherräumen, sondern auch im angrenzenden Nichtraucherbereich einer hohen Belastung mit den krebserzeugenden und erbgutverändernden Substanzen des Rauchs ausge-

setzt: „Wir können von Beschäftigten zweiter Klasse sprechen.“

Auch Lüftungssysteme und Filteranlagen bieten keinen ausreichenden Schutz vor Schadstoffen. Sie entfernten die gefährlichen Substanzen des Tabakrauchs nur zum Teil, sagte Pötschke-Langer. „Es gibt keine gesunde Alternative zur rauchfreien Gastronomie.“ Ausnahmeregelungen verzerrten den Wettbewerb. „Ein Raucherraum ist eine Giftkammer, die auch ständig gereinigt und renoviert werden muss.“

Der Gaststättenverband kündigte gestern an, gegen das Rauchverbot in kleinen Kneipen noch bis zum Jahresende vorzugehen. Ein absolutes Rauchverbot in Kneipen mit nur einem Raum sei nicht mit dem Grundgesetz vereinbar. Der Verband will voraussichtlich die Verfassungsklage eines Kneipiers aus Baden-Württemberg unterstützen.

Nichtraucherinitiative Deutschland - Nichtrauchererschutz in der Gast... http://www.nichtraucherschutz.de/index2.php?option=com_content...

Nichtraucherschutz in der Gastronomie



Veröffentlicht von Andre Hotzler

Sonntag, 9. April 2006

Nichtraucherschutz in der Gastronomie

Gaststätten sind öffentlichkeitsorientiert und von daher Einrichtungen, in denen sich ein Teil des sozialen Lebens abspielt. Schon allein aus diesem Grund müssen Gaststätten mit ihrem Angebot allen Gästen gerecht werden. Hinzu kommt, dass viele Menschen in Ausübung ihres Berufes Gaststätten aufsuchen müssen, weil es für sie sonst keine gleichwertige Möglichkeit gibt, Kunden zu treffen oder ihr Bedürfnis nach warmem Essen zu befriedigen.

Insofern ist die Gaststätte auch ein Arbeitsplatz - nicht nur für das Personal, sondern auch für einen großen Teil sowohl der abhängig Beschäftigten als auch der Selbstständigen. Dass sich im Deutschen Bundestag keine Mehrheit für einen gesetzlichen Nichtrauchererschutz in der Gastronomie gefunden hat, ist sehr bedauerlich. Denn von den Gastwirten selbst ist nicht zu erwarten, dass sie den Bedürfnissen ihrer bisherigen und potenziellen nichtrauchenden Gäste in großem Umfang nachkommen.

So liegt der Anteil der Raucher unter den Gastwirten bei über 60 Prozent. Die Folge ist mangelndes Eigeninteresse an der freiwilligen Einrichtung von rauchfreien Räumlichkeiten. Bei den meisten Gaststätten, die bereits Nichtrauchererschutz praktizieren, war nach einer Umfrage der NID die Gesundheit der Gastwirte die treibende Kraft. Die Mehrheit der Bundesbürger will rauchfrei speisen

Das zeigt eine Repräsentativbefragung der renommierten GfK Marktforschung, Nürnberg, vom September 2000 im Auftrag der Nichtraucher-Initiative Deutschland. Bei den 16- bis 69-Jährigen sind es 56,8 Prozent. Von den Nichtrauchern wünschen sich 77,4 Prozent eine qualmfreie Luft beim Essen und Trinken, von den Rauchern 23,2 Prozent. Wenn es zutrifft, dass - nach Angaben des Deutschen Hotel- und Gaststättenverbandes (Dehoga) - der Anteil der Raucher in den Gaststätten bei über 50 Prozent liegt, dann führt ein gesetzlicher Nichtrauchererschutz aufgrund des großen Nichtraucheranteils (weit über 60 Prozent der erwachsenen Bundesbürger sind Nichtraucher) zu einer erheblichen Umsatzsteigerung; denn viele Nichtraucher verzichten derzeit wegen verqualmter Luft auf einen Gaststättenbesuch.

Eine gesetzliche Regelung würde alle Gaststätten betreffen und deshalb die derzeitige Wettbewerbssituation nicht verändern. Zudem würde ein vorgeschriebener Nichtrauchererschutz die Personalprobleme der Gastwirte verringern, weil dann mehr Nichtraucher bereit wären, in den dann rauchfreien Räumen zu arbeiten.

Dieser Tischaufsteller in den Farben grün-orange auf helgelbem Karton im Format 10 x 5 cm und 17 x 7 cm ist bei der NID kostenlos erhältlich.



Stellen Sie diesen Tischaufsteller in Gaststätten ohne Nichtrauchererschutz auf Ihren Tisch!

Seit vielen Jahren gibt die NID einen Gastronomieführer für Nichtraucher heraus. In die Ausgabe 2001 wurden nichtraucherfreundliche Bewirtungsbetriebe, (Gaststätten, Restaurants, Cafés, Weinstuben und Teestuben) aufgenommen, die folgende Voraussetzungen erfüllen: Sie sind entweder ganz rauchfrei oder sie bieten rauchfreie Räume an. Darüber hinaus sind auch die Bewirtungsbetriebe aufgeführt, die rauchfreie Bereiche mit mehr als 50 Plätzen anbieten oder mindestens die Hälfte ihrer Sitzplätze für Nichtraucher reserviert haben. Außerdem enthält der Gastronomieführer Beherbergungsbetriebe (Hotels, Pensionen, Gästehäuser), die entweder ganz rauchfrei sind oder rauchfreie Zimmer zur Übernachtung in Kombination mit rauchfreier Bewirtung nach obigen Kriterien anbieten. Die einzelnen Gastronomiebetriebe sind nach Postleitzahlen geordnet.

Eine Gesamtübersicht der Postleitzonen für ganz Deutschland befindet sich am Beginn des Anschriftenteils. Innerhalb einer Postleitzahl bestimmen der genaue Ortsname und die Straße die Reihenfolge. Auf den Seiten 66 bis 68 befinden sich insgesamt 31 nichtraucherfreundliche Gastronomiebetriebe des deutschsprachigen Auslands: Österreich (24) Schweiz (6) und Italien (1). Bei fast allen Betrieben sind E-Mail- und Internetadresse angegeben.

Zur Suche nach rauchfreien Gastronomiebetrieben. <http://www.nichtraucher.org/>

Letzte Aktualisierung (Mittwoch, 18. Oktober 2006)

Fenster schließen

Rauchfreie Gaststätten in Deutschland: Mehr als Zwei-Drittel-Zustimmung bei der Bevölkerung

Wie ist die Einstellung zu rauchfreien Gaststätten in der deutschen Bevölkerung?

Nach einer aktuellen Befragung vom Februar 2007 wünscht sich die Mehrheit der Deutschen, nämlich 67 Prozent, rauchfreie Gaststätten.

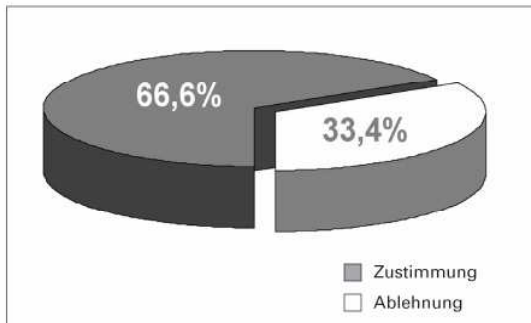


Abbildung 1: Zustimmungsquote zu rauchfreien Gaststätten im Februar 2007

Bereits im Frühjahr 2005 sowie im Frühjahr 2006 wurden Befragungen zur Einstellung der Bevölkerung bezüglich rauchfreier Gaststätten durchgeführt. Während die Zustimmungsquote im Februar 2005 bereits bei 53 Prozent lag, erhöhte sie sich bis zum Februar 2006 weiter auf 59 Prozent und nun zuletzt auf 67 Prozent (Abb. 2).

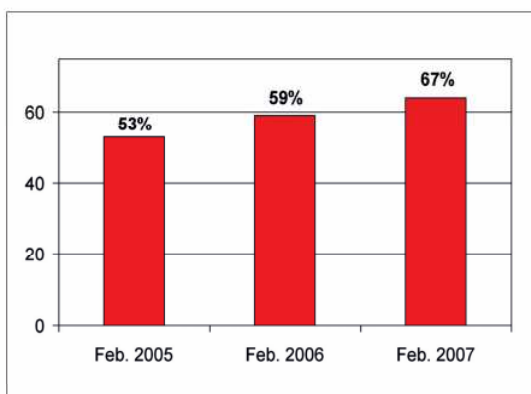


Abbildung 2: Zustimmungsquote zu rauchfreien Gaststätten im Zeitvergleich

Wer befürwortet rauchfreie Gaststätten besonders?

Besonders hoch ist die Befürwortung rauchfreier Gaststätten in denjenigen Bevölkerungsgruppen, die tatsächlich auch häufiger zum Essen ausgehen, nämlich der finanzkräftigen oberen und mittleren Sozialschicht. Neben Akademikern, Beamten und Selbstständigen begrüßen darüber hinaus vor allem Studenten, Auszubildende und junge Mütter ein solches Rauchverbot. Abbildung 3 verdeutlicht, dass 3 von 4 Deutschen mit Abitur und / oder Hochschulabschluss lieber in rauchfreien Gaststätten speisen würden, aber auch Befragte mit Hauptschulabschluss stimmen mehrheitlich mit 64 Prozent zu.

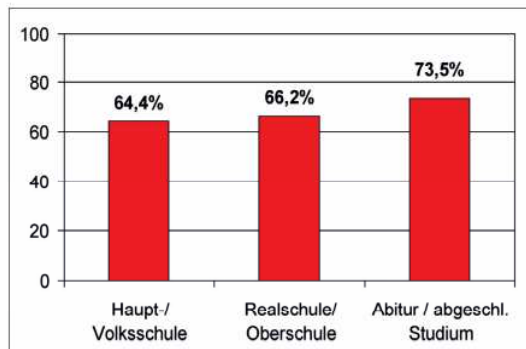


Abbildung 3: Zustimmungsquote zu rauchfreien Gaststätten im Februar 2007 nach Bildungsstand

Weiterführende Berechnungen zeigen außerdem, dass insbesondere Personen mit vergleichsweise hohem Einkommen eine rauchfreie Gastronomie befürworten: Beispielsweise liegt die Zustimmungsquote bei Befragten mit einem monatlichen Netto-Einkommen von 3000 EURO und mehr bei 72 Prozent.

Wie hängen Zustimmung zu einem Rauchverbot und Parteipräferenz zusammen?

Zuletzt wurden im September 2006 die Befragten zusätzlich nach ihrem politischen Wahlverhalten gefragt: Unter den Wählern der Koalitionsparteien sprachen sich der Umfrage zufolge 67 Prozent der CDU/CSU-Wähler und 63 Prozent der SPD-Wähler für rauchfreie Gaststätten aus. Noch höher war die Zustimmung mit jeweils 70 Prozent bei den Wählern von Bündnis 90/Die Grünen und den Linken. Auch 65 Prozent der FDP-Wähler sprachen sich für rauchfreie Gaststätten aus.

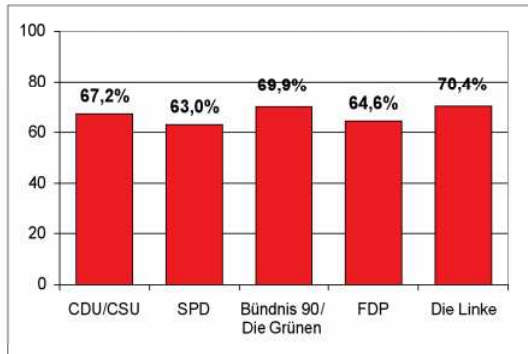


Abbildung 4: Zustimmungsquote zu rauchfreien Gaststätten im September 2006 nach Parteipräferenz

Wie sicher sind diese Umfragedaten?

Diese Analysen basieren jeweils auf einer repräsentativen, persönlichen Befragung von rund 2000 Deutschen, welche von der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) im Auftrag des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) nach wissenschaftlichen Standards durchgeführt wurde.

In enger Zusammenarbeit mit der GfK erfolgte die Datenauswertung im DKFZ durch erfahrene, unabhängige Wissenschaftler. Im Rahmen einer Veröffentlichung der Ergebnisse in der Zeitschrift „Deutsche Medizinische Wochenschrift“ wurden Studiendurchführung und -auswertung von mehreren anonymen und neutralen Experten begutachtet. Damit unterscheidet sich diese Studie von parallel veröffentlichten Umfragedaten aus TED-Befragungen oder aus nichtrepräsentativen Umfragen mit meist deutlich kleineren Stichproben.

Nach den vorgelegten Daten lässt sich mit einer statistischen Sicherheit von über 95 Prozent sagen, dass die tatsächliche Zustimmung in der deutschen Bevölkerung zwischen 65 Prozent und 69 Prozent liegt.

Wie wird sich diese Zustimmung nach einer möglichen Einführung rauchfreier Gaststätten verändern?

Aus anderen Nationen ist das Phänomen bekannt, dass die Zustimmung zu einer rauchfreien Gastronomie unmittelbar nach deren Einführung noch einmal deutlich zunimmt: So wurden in Irland Raucher vor und nach der Einführung rauchfreier Restaurants befragt. Deren Zustimmung stieg von 46 Prozent auf 77 Prozent. Nach der Einführung eines Rauchverbotes in Cafés und Restaurants stiegen auch in Italien, Norwegen, Australien und in den USA Zustimmung und Akzeptanz für eine solche Regelung sprunghaft an.

Wie werden sich die Gäste – Raucher und Nicht-raucher – nach einer Einführung verhalten?

Weltweit gelang die Einführung einer rauchfreien Gastronomie stets problemlos, die Umsatzzahlen wurden nicht tangiert und die Gäste blieben durchschnittlich länger: So wurde in New York ein Rauchverbot in Gaststätten gut eingehalten. Lediglich vier Prozent der Bevölkerung verletzte zeitweilig die Regelung. Anders als vereinzelt befürchtet, verlassen rauchende Gäste das Lokal zudem nicht früher als bisher, weil sie unter Nikotinentzug leiden. Eine Befragung von Restaurantgästen nach der Einführung rauchfreier Bars in Kalifornien ergab, dass die Aufenthaltsdauer der Gäste sogar signifikant zunahm. Angesichts der typischen kurzfristigen Folgen einer Passivrauchexposition – diese reichen von Augenbrennen und -tränen über Kopfschmerz und Schwindel bis hin zu Kurzatmigkeit – erscheint dies nicht verwunderlich. Entgegen vielen Befürchtungen wirkten sich Rauchverbote zudem nicht negativ auf den Umsatz der betroffenen Gastronomiebetriebe aus. Zu diesem Ergebnis kommen übereinstimmend sämtliche als valide und qualitativ hochwertig eingestufte Studien, die unabhängig von der Tabakindustrie durchgeführt wurden und auf objektiven Daten basieren. Aus den vorliegenden Befragungsdaten geht hervor, dass die weit überwiegende Mehrheit der Gäste (69 Prozent) ihr Besuchsverhalten nach Einführung rauchfreier Gaststätten nicht ändern würde.

Warum ist eine freiwillige Regelung zwischen Gästen und Gastronomen nicht der bessere Weg?

Wo Rechtsnormen fehlen, äußern Gäste nur selten ihren Wunsch nach einem rauchfreien Restaurantbesuch: Eine Studie aus Australien belegt, dass zwar mehr als zwei Drittel aller Gäste – einschließlich der Raucher – lieber in einem rauchfreien Bereich speisen möchten, die Mehrheit sich aber nicht immer traut, dies zu äußern.

Fazit:

- Die Mehrheit der Deutschen, nämlich 67 Prozent, befürwortet ein Rauchverbot in Gaststätten. Gegenüber dem Frühjahr 2005 bedeutet dies eine Zunahme von 14 Prozentpunkten.
- Besonders hoch ist die Befürwortung rauchfreier Gaststätten in denjenigen Bevölkerungsgruppen, die tatsächlich auch häufiger zum Essen ausgehen, nämlich der finanzkräftigen oberen und mittleren Sozialschicht.
- Die weit überwiegende Mehrheit der Gäste würde nach Einführung rauchfreier Gaststätten unverändert häufig zum Essen gehen.

Impressum

© 2007 Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
2. Auflage: 2000
Autor: Dr. Sven Schneider

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. Martina Pötschke-Langer
Stabsstelle Krebsprävention und
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle
Im Neuenheimer Feld 280
69210 Heidelberg
Fax: 0 62 21 – 42 30 20, E-mail: who-cc@dkfz.de

Anmerkung:

Das Deutsche Krebsforschungszentrum dankt der Dieter-Mennekes-Umweltstiftung für die finanzielle Unterstützung der Repräsentativbefragungen im Februar 2006 und Februar 2007 und der Nichtraucherinitiative Deutschlands e.V. für die Bereitstellung der Daten von 2005.

Zitierweise:

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.):
Rauchfreie Gaststätten in Deutschland: Mehr als Zwei-Drittel-Zustimmung bei der Bevölkerung
Heidelberg, 2007

11. Oktober 2007 | Drucken | Schliessen

KREIS LUDWIGSBURG

Gastwirte meist einsichtig

Die Ordnungsämter im Kreis beschäftigt das Rauchverbot bisher nur im Einzelfall. Allerdings gibt es bislang keine umfassenden Kontrollen. Das Rauchverbot in Gaststätten ist seit dem 1. August landesweit in Kraft.

Von vielen Behörden wird das Rauchverbot nicht speziell kontrolliert:

„Wir warten erst einmal ab, wie sich die Sache entwickelt“, sagt

Thomas Höfel, Leiter des Ordnungsamts in Bietigheim-Bissingen.

„Vorerst haben wir nicht vor, in den Kneipen zu kontrollieren.“

Sanktionen wegen Verstößen gegen das Rauchverbot in Gaststätten hat das Ordnungsamt bisher noch nicht verhängen müssen. „Es ist aber vereinzelt schon vorgekommen, dass sich Nichtraucher bei uns beschwert haben“, sagt Höfel. Das Ordnungsamt setzt zunächst auf Information der Wirte.

Ähnlich sieht es auch in Vaihingen aus: „Bisher sind keine Beschwerden von Bürgern eingegangen, wir mussten noch keine Verwarnungen erteilen“, sagt Wilfried Gutjahr, Abteilungsleiter für den Bereich öffentliche Ordnung im Ordnungs- und Sozialamt der Stadt. Dagegen hätten die Vaihinger Gastwirte nach wie vor ihre Probleme mit dem Gesetz: „Die jammern schon, gerade Wirte, deren Gaststätte nur einen Raum hat“, sagt Gutjahr. „Zudem beobachten die Betreiber sehr genau, ob sich ihre Konkurrenten auch an das Rauchverbot halten.“ Vonseiten der Verwaltung gibt es auch in Vaihingen bisher keine spezifische Überwachung des Rauchverbots: „Die Stadt kontrolliert bisher nicht in den Gaststätten“, so Gutjahr. „Wir haben die Polizei formell mit Kontrollen beauftragt, uns wurde jedoch mitgeteilt, dass die Polizei dafür nicht zuständig sei.“

Die Beamten überwachen das Rauchverbot im Rahmen der normalen Kontrollen: „Das Rauchverbot ist eine gesetzliche Regelung, und wenn der Polizei bei einer Kontrolle wegen Sperrzeiten oder Lärmbelästigung ein Verstoß auffällt, wird sie aktiv“, sagt Rainer Daffner, Sprecher der Polizeidirektion Ludwigsburg. „Wir machen jedoch keine speziellen Kontrollen, bei der wir durch alle Kneipen gehen, um das Rauchverbot zu überwachen.“ Bisher hat es laut Daffner nur vereinzelte Anzeigen von Nichtrauchern wegen Verstößen gegeben.

Auch im Kornwestheimer Amt für öffentliche Ordnung ist man zufrieden: „Im Großen und Ganzen funktioniert es sehr gut“, sagt Leiterin Susanne Nemetz. In einem Fall hatte das Ordnungsamt bei einer Kontrolle einen Verstoß festgestellt: „Wir hatten einen Hinweis bekommen, dass in der Gaststätte geraucht wird, haben dann mit dem Wirt und den Gästen gesprochen und sie waren einsichtig“, so Nemetz. Schriftliche Verwarnungen seien bisher nicht nötig gewesen. In Marbach setzt man ebenfalls auf Gespräche: „Wir beraten Betreiber auch, wenn sie einen Nichtraucherraum einrichten wollen“, sagt Andreas Seiberling, Leiter des Marbacher Bürger- und Ordnungsamts. „Bisher wird das Rauchverbot im Rahmen bestehender Kontrollen überwacht, über kurz oder lang werden wir aber mal die Gaststätten gezielt durchschauen.“

Die Ludwigsburger Kollegen planen ähnlich: „Wir haben zunächst mit Betreibern gesprochen, von denen wir wussten, dass sie das Verbot ablehnen“, sagt Gerald Winkler, Leiter des Fachbereichs Sicherheit und Ordnung. Bis auf wenige Ausnahmen wird das Rauchverbot eingehalten: „Wir haben in Ludwigsburg 400 Gaststätten und es gab Hinweise auf acht Kneipen, in denen noch geraucht wird“, so Winkler. Noch in diesem Jahr soll es zusammen mit der Polizei eine Jugendschutzkontrolle geben, bei der auch das Rauchverbot gezielt überwacht wird.

SABINE REIFENBERGER

Böblinger Disco dichtgemacht



Das Ordnungsamt entzieht Lizenz: Verstöße gegen Jugendschutz?

Böblingen. Der Böblinger Discothek B 30 in der Bahnhofstraße droht das Aus. Die Stadt hat die Erlaubnis zum Betrieb der Einrichtung widerrufen. Die Veranstalter haben einen Rechtsanwalt eingeschaltet.

Von Oliver im Masche

Das Ordnungsamt hat den Betreibern die Lizenz für die Discothek B 30 in der Bahnhofstraße entzogen. Die Stadtverwaltung bestätigte gestern diese Entscheidung. Demnach soll der Betrieb am 28. Dezember geschlossen werden. Zudem hat das Ordnungsamt wegen Verstößen gegen den Jugendschutz, gegen das Nichtrauchergesetz und gegen das Gaststättengesetz einen Bußgeldbescheid ausgestellt. Die Höhe ist nicht bekannt. "Rechtlich sind bis zu 50 000 Euro möglich", sagt der Pressesprecher Wolfgang Pfeiffer. Den nun festgelegten Betrag wolle man jedoch nicht nennen, weil die betroffenen Betreiber der Discothek Rechtsmittel gegen den Bescheid einlegen können.

Der Auslöser des Lizenzentzugs war, wie berichtet, eine Razzia der Polizei und des Ordnungsamts in der Nacht zum 28. Oktober gewesen. Bei einer Halloweenparty in der Discothek hatten die Betreiber mit einem "Zauberbecher" geworben, der bis um 1 Uhr kostenlos mit alkoholischen Getränken nachgefüllt werden konnte.

Insgesamt trafen die staatlichen Kontrolleure bei der Razzia 28 Jugendliche an, die stark angetrunken waren, elf von ihnen wiesen eine Atemalkoholkonzentration von mehr als einem Promille auf, bei einem Jugendlichen wurde sogar ein Wert von 2,5 Promille festgestellt. Nach Mitternacht waren 71 junge Leute überprüft worden. Von diesen waren 55 minderjährig. Nach der Feststellung der Personalien mussten die Eltern ihre Kinder vom Polizeirevier abholen.

Neben den Verstößen gegen den Jugendschutz stellten die Beamten auch fest, dass das Landesnichtrauchergesetz nicht eingehalten worden war. Es war zwar ein Raucherraum eingerichtet, der laut der Stadtverwaltung auch intensiv genutzt wurde, das Gesetz sehe aber ein generelles Rauchverbot in Discotheken vor. Wie sich nun herausstellte, war der Laden bereits im August ins Visier der Ermittler geraten. Bei einer Kontrolle wurden dabei laut der Stadtverwaltung bereits erste Jugendschutzverstöße festgestellt. Auch dabei waren in der Discothek nach Mitternacht Minderjährige angetroffen worden. An sie sei dabei ebenfalls Alkohol ausgeschenkt worden. "Die Vorgaben des Jugendschutzes sind nicht eingehalten worden", erklärt Pressesprecher Pfeiffer.

Der Geschäftsführer der Discothek ist gestern telefonisch nicht zu erreichen gewesen. Wie zu hören ist, weist er die Vorwürfe des Ordnungsamts aber strikt von sich. Auf der Homepage der Discothek ist derzeit kein Hinweis zu finden, dass die Einrichtung Ende Dezember geschlossen werden soll. Dort wird, wie bisher auch, für Mottopartys geworben, bei denen die alkoholischen Getränke die ganze Nacht lang 1,49 Euro kosten, oder für Abende, an denen alle Besucherinnen eine große Flasche Sekt gratis bekommen.

Offensichtlich haben die Betreiber mittlerweile die Kontrollen am Eingang verschärft. Was zur Folge hat, dass zu den Zeiten, an denen es in der Discothek hoch herging, bisweilen gähnende Leere herrscht. Die Stadtverwaltung betont, dass Böblingen eine Discothek brauche. "Die Betreiber müssen aber auch verantwortlich handeln", so Pfeiffer.

21.12.2007 - aktualisiert: 21.12.2007 06:16 Uhr

Jeckel baut Kneipen-Zelt wieder ab

http://www.suedkurier.de/_tools/vorschau.html?id=2750546

suedkurier.de - 14.08.2007

Jeckel baut Kneipen-Zelt wieder ab

Gastwirt beendet Protest-Aktion gegen Rauchverbot in Gaststätten

Überlingen

Michael Jeckel beendet seine ungewöhnliche Protest-Aktion gegen das Rauchverbot in Gaststätten und baut das Zelt in seiner Kneipe "Galgenhölzle" wieder ab. "Ich mache das, weil mir das Zelt im Weg steht, nicht, weil es rechtswidrig ist", sagt er. Mit seiner Aktion hatte Jeckel bundesweit für Aufsehen gesorgt. Er hatte mitten in seiner Kneipe ein Zelt aufgestellt, in dem seine Gäste rauchen dürfen.

VON JAN WIENRICH

<%IMG ID="1587033" align="left"%>

Überlingen - Am heutigen Dienstag oder am morgigen Mittwoch werde er das Zelt wieder abbauen, kündigt Jeckel an. Er tue dies aber lediglich aus Platzgründen, nicht, weil es eine Rechtsgrundlage gebe, die es ihm verbiete. Jeckel, der auch Kreisvorsitzender des Hotel- und Gaststättenverbandes (Dehoga) sowie Überlinger CDU-Stadtrat ist, hatte mit seiner Aktion eine vermeintliche Lücke im Landesnichtraucherschutzgesetz genutzt. Denn dort sind Bier-, Wein- und Festzelte vom Rauchverbot ausgenommen. Daraufhin hatte Jeckel sein Zelt mitten in seiner Kneipe "Galgenhölzle" aufgestellt. Das Überlinger Ordnungsamt vertritt dagegen die Auffassung, dass "dies so im Gesetz nicht vorgesehen ist" und forderte den Wirt dazu auf, das Zelt wieder abzubauen.

Auf einen Rechtsstreit lässt es Jeckel nicht ankommen. Darin sehe er keinen Sinn. Er habe mit seiner Aktion, mit der er auf Ungereimtheiten und Ungerechtigkeiten im Landesnichtraucherschutzgesetz aufmerksam machen wollte, auch so schon viel erreicht. "Mit dieser Aktion habe ich Leute in entscheidenden Stellen zum Nachdenken bewogen", sagt Jeckel. So wolle das Sozialministerium noch einmal über das Gesetz diskutieren. "Ein Mini-Erfolg", nennt Jeckel das. Ein kleines Hintertürchen hält er sich aber noch offen: "Es könnte sein, dass ich wieder ein Zelt aufstelle, wenn nichts passiert".

<%LBX ID="20"%>

Zufrieden ist Jeckel auch darüber, dass er bundesweit für Aufsehen gesorgt hat. Nach dem exklusiven Bericht des SÜDKURIER hatten Medien in ganz Deutschland das Thema aufgegriffen. So befassten sich am Wochenende unter anderem Zeitungen in Hamburg und Berlin mit Jeckels Raucherzelt. Auch der Fernsehsender RTL widmete dem streitbaren Wirt einen Beitrag. Er habe durch seine Aktion einen gewissen Effekt erzielt. Etwas anderes, als Aufmerksamkeit zu erregen, habe er mit seiner Aktion gar nicht erreichen wollen, sagt Jeckel.

<%IMG ID="1581970" %>

Erregt hat er die Gemüter auch in Überlingen. In Leserbriefen und Weblog-Beiträgen im Internet-Auftritt dieser Zeitung melden sich Leser zu Wort. Unmut, aber auch Zustimmung für Jeckel, bringen sie dort zum Ausdruck. "Ich finde die Aktion super. Wer wehrt sich denn heute noch groß bei Gesetzesbeschlüssen, die zwar alle etwas angehen, aber keiner so richtig gut findet?", schreibt etwa Anna Isele im Internet. Ganz

Jeckel baut Kneipen-Zelt wieder ab

http://www.suedkurier.de/_/tools/vorschau.html?id=2750546

anderer Meinung ist da Rudolf Kreuz. Er meint, dass Jeckel sich als "ernstzunehmender Stadtrat selbst disqualifiziert" hat. Nach Meinung von "UH" hat Jeckel vor allem in seiner Funktion als Vertreter der Dehoga gehandelt: "Als Interessenvertreter des Gaststättenverbandes hat Michael Jeckel einen gelungenen PR-Beitrag für eine ausgewogene Regelung geschaffen." Versöhnlich schließt Rosemarie Roth-Händle: "Es geht letztendlich um Toleranz."

Diskutieren Sie mit über das Überlinger Raucher-Zelt im Weblog im Internet:

<http://ueberlingen.suedblog.de>

Diesen Artikel finden Sie im Online-Angebot unter

<http://www.suedkurier.de/nachrichten/onlinedossiers/nichtraucher/art124085,2750546>

© SÜDKURIER

Alle Rechte vorbehalten

Vervielfältigung nur mit Genehmigung der SÜDKURIER GmbH

Drucken: LUDWIGSBURG - Nachrichten - Aschenbecher haben be... <http://www.lkzred.newsfactory.de/index/LKZPortal/Lokalnachrichte...>

2. August 2007 | Drucken | Schliessen



Die kleinen Schälchen haben einige Lokalbetreiber einfach entsorgt. Auch das Ennui an der Seestraße ist seit gestern glimmstängelfreie Zone.

Bild: Michael Fuchs

LUDWIGSBURG

Aschenbecher haben bei den Wirten weitgehend ausgedient

Der blaue Dunst verzieht sich: Seit gestern verbietet das Landesnichtrauchergesetz das Qualmen in öffentlichen Einrichtungen, Gaststätten und Diskotheken. Die Ludwigsburger Gastronomen scheinen gut darauf vorbereitet zu sein – die meisten haben sich bereits etwas für ihre

rauchenden Gäste einfallen lassen.

Im Towers Irish Pub auf dem Marktplatz wird geklopft und gehämmert. „Wir bauen unsere Raucherzone für den Winter, gerade wird das Hinweisschild angebracht“, erklärt Bedienung Michaela. Ein Hinterausgang führt zu dem kleinen Innenhof, in dem überdachte Tische und Heizstrahler stehen werden.

Aber auch jetzt schon finden Raucher vor dem Pub Stehtische, an denen sie sich bei Regen für eine Zigarettenlänge mit ihrem Getränk aufhalten können. Die meisten Aschenbecher aber werden wohl nicht mehr benötigt: „Was wir mit denen machen, wissen wir noch nicht“, sagt die Mitarbeiterin.

Im gegenüberliegenden BarOn hat man die Mehrzahl der kleinen Schälchen kurzerhand entsorgt. „Was sollen wir noch damit?“, meint der leitende Mitarbeiter Fabian Giereth. Die restlichen Aschenbecher stehen draußen auf den Tischen. Asche wird sie jedoch auch im Winter füllen, denn dann können sich rauchende BarOn-Gäste in einem abgetrennten und gewärmten Bereich unter den Arkaden aufhalten. Giereth findet das neue Gesetz gut: „So höre ich jetzt endlich mit dem Rauchen auf.“

Das Lavazza am Holzmarkt ist ebenfalls seit gestern rauchfreie Zone. „Wir wollen aber im Winter einen kleinen beheizten Pavillon nach draußen stellen“, berichtet Adi Karim von der Geschäftsführung. Er sieht das neue Gesetz mit Nostalgie: „Damit geht ein wichtiges Stück Gastro-Geschichte zu Ende.“

Im Blauen Engel bei der Filmakademie ist man noch am Tüfteln: „Entweder wir bauen draußen ein Vordach oder wir ziehen im Innenbereich eine Glaswand ein – damit können wir dann einen Raucherraum abtrennen“, sagt Abendschichtleiter Günther Aue. Auch er hat nichts gegen die neue Regelung: „Wenn sie überall gilt, müssen die Gaststätten auch nicht fürchten, dass die Gäste wegbleiben.“ Einigen von denen scheint das Gesetz weniger auszumachen als zunächst angenommen. „Ich find's gut“, sagt Gabi Bötze, die im Ennui an der Seestraße zu Mittag isst. Obwohl sie Raucherin ist, hat sie sich nach drinnen gesetzt. „Mich stört der Qualm selbst – jetzt rauche ich eben nur noch zu Hause“, meint die junge Frau.

„Ich finde es prinzipiell sinnvoll“, sagt auch Philipp Mönch, der mit einer Zigarette in der Hand vor dem Blauen Engel Kaffee trinkt. „Man hätte nur den Wirten die Freiheit lassen können, es selbst zu entscheiden“, findet der 23-Jährige.

Dicke Luft herrscht hingegen in der Pilsstube im Marstallcenter. „Wir haben die Aschenbecher stehen gelassen, weil unsere Kunden zu 90 Prozent Raucher sind“, erklärt Aushilfe Bettina Grausam. Existenzschädigend nennt sie die neue Regelung: „Wir können keinen Bereich abtrennen.“ Ihre Gäste jedenfalls stehen voll dahinter: „Für uns ist das Gesetz eine Beschneidung unserer Grundrechte“, finden sie.

SPIEGEL ONLINE

18. Dezember 2007, 13:18 Uhr

KAMPF GEGEN PROPANGASSTRAHLER

Klimaschützer im Heizpilzkrieg

Von **Anne Seith**

"Klimakiller", "Giftschleudern": Umweltschützer kämpfen mit drastischem Vokabular gegen propangasbetriebene Heizpilze. Wer trotzdem einen Outside-Ofen betreiben will, kann jetzt bei Umweltschützern gut Wetter machen: Mit dem Programm "Ein Pilz – ein Baum".

Hamburg – Der Kampf gegen den Klimawandel wird gern mit großen Worten geführt: "Segen oder Fluch - brauchen wir in Berlin Heizpilze?", so der Titel eines "öffentlichen Podiumsgesprächs", zu dem die Initiative "Prost Klima" gerade geladen hat. Auf der Gästeliste: "Die wichtigen Wortführer der Berliner und bundesdeutschen Heizpilzdebatte."



DPA

Heizpilze in der Stuttgarter Innenstadt: In der baden-württembergischen Landeshauptstadt wurde das Verbot wieder außer Kraft gesetzt

"Das ist schon alles ein bisschen absurd", sagt Michael Näckel, der zu dem illustren Kreis gehört. Der Bezirksleiter des Deutschen Hotel- und Gaststättenverbands (Dehoga) für den Stadtteil Friedrichshain/Kreuzberg kam an der Teilnahme kaum vorbei, denn die Antiheizpilzbewegung in der Hauptstadt wird zum Entsetzen des Restaurantbetreibers größer und größer.

Und auch in anderen Orten Deutschlands ist in diesem Winter ein erbitterter Streit um die großen, propangasbetriebenen Wärmestrahler entbrannt, die seit einigen Jahren auf Kneipenterrassen und an Weihnachtsmarktständen für kuschelige Wärme sorgen. Von "CO2-Schleudern", "Giftpilzen" und "Klimakillern" ist die Rede. In Mühlheim, Landsberg und Karlsruhe fordern die Grünen vom Stadtrat Aufklärungskampagnen und wenn es sein muss, ein Verbot. In Wiesbaden appellierte die Umweltdezernentin Rita Thies öffentlich, auf die "unerfreuliche Modeerscheinung" zu verzichten; in Marburg kündigte der Grüne Bürgermeister Franz Kahle an, die Energie fressenden Außenheizer notfalls über das Denkmalrecht verbieten zu lassen. In Hamburg hat das Eimsbüttler Bezirksamt bereits beschlossen, keine Genehmigungen für die Wärmestrahler mehr auszustellen.

In Berlin scheiterte der Versuch, den Umweltsenat zu einem Verbotsantrag zu bewegen - aus Mangel an juristischem Instrumentarium. Das Energiespargesetz entsprechend zu ändern, "wäre ein Riesenaufwand", erklärte Umweltsenatorin Katrin Lompscher: "Diese Heizpilze sind zwar vollständig idiotisch, aber nicht alles, was vollständig idiotisch ist, kann man auch verbieten", beschied ihre Sprecherin den Klimaschützern. Seitdem versuchen die Heizpilzgegner es mit Überzeugungsarbeit - und wie immer in solchen Debatten wird dabei viel mit Zahlen hantiert.

Ein Heizpilz, so rechnen die Umweltschützer eifrig vor, pumpe pro Stunde 3,5 Kilogramm CO₂ in die Luft - und damit so viel wie ein Mittelklassewagen auf einer Strecke von 25 Kilometern. Vorausgesetzt der Pilz werde 36 Stunden in der Woche betrieben und das vier Monate lang, produziere er im Jahr über zwei Tonnen Kohlendioxid. Allein in Berlin gebe es 5000 Heizpilze - macht etwa 10.000 Tonnen Heizpilz-CO₂ im Jahr allein für die Hauptstadt. Ab und an ist in der Debatte auch mal von vier Tonnen CO₂-Ausstoß pro Pilz pro Jahr die Rede, vermutlich auf Basis anderer Benutzungszeiten. Was für Berlin im Jahr sogar 20.000 Tonnen Heizpilz-CO₂ bedeuten würde.

"Haben die nichts Besseres zu tun?"

Eine beeindruckende, wenn auch "total reißerische" Rechnung, findet Gastronom Näckel. Die Heizpilzgegner legten eine Hysterie an den Tag, "die der Sache nicht angemessen ist", findet er. "Kein vernünftiger Gastwirt lässt die Pilze durchgehend mit voller Leistung laufen, das wäre doch viel zu teuer", gibt er zu bedenken. "Jeder, der einigermaßen denken kann, schaltet die Strahler nur bei Bedarf an und danach auch wieder aus."

Auch Michael Schulz ist entsetzt über die ausufernde Debatte. Der Berliner Unternehmer verkauft und vermietet Heizpilze gemeinsam mit einem Partner. "Jahrelang haben sich alle über die Heizpilze gefreut", klagt er. Sogar die Grünen hätten für eine Weihnachtsfeier schon bei ihm gemietet. "Und dann wird plötzlich diese Sau durchs Dorf getrieben", schimpft Schulz. Sein Partner sei kürzlich bei den Vorbereitungen für eine Filmpremierfeier sogar schon von Passanten angepöbelt worden. "Haben die Leute nichts Besseres zu tun?"

Nein, findet der Karlsruher Grünen-Stadtrat Tim Wirth. Man könne nicht ein Gesetz nach dem anderen zur Wärmedämmung von Gebäuden und zum CO₂-Ausstoß von Fabriken erlassen, "und gleichzeitig beheizt man den Gehweg". Seine Kölner Kollegin Sabine Müller findet, der Klimawandel sei "ein Sammelsurium von vielen kleinen Problemen". Und sich im Winter im Freien eine Heizung aufzubauen, sei eben ein typisches Beispiel klimafeindlicher Bequemlichkeit.

Ein Pilz - ein Baum

Dass die eisernen Pilze in der Innenstadt Kölns aus ästhetischen Gründen bereits verboten sind, reicht Müller nicht. Denn statt der propangasbetriebenen Heizer könnten die Wirte einfach auf gut versteckte Elektromodelle ausweichen, deren Klimabilanz nicht weniger verheerend sei. Und außerhalb des Stadtkerns "sprießen die Heizpilze weiter aus dem Boden".

Auch die Kölner Grünen haben deshalb in der Umweltverwaltung um Aufklärung gebeten, wie man der Verpilzung der Karnevalshochburg entgegenwirken könne. Die Zeit drängt, findet Müller: Im nächsten Jahre gelten vielerorts neue Raucherschutzgesetze. Ein Heizpilz, unter dem sich die verbannten Süchtigen dann im Freien zusammenfinden können, könnte da eine reizvolle Neuanschaffung für viele Kneipiers sein, die auf die Energiefresser bisher noch verzichtet haben. "Deshalb wollen wir das jetzt schon eindämmen", sagt Müller. "Wenn sich erst einmal jeder Wirt einen Pilz zugelegt hat, wird es schwieriger."

Dass das neue Rauchverbot dem Heizpilzkampf tatsächlich nicht zuträglich ist, zeigt sich am Beispiel Stuttgarts. Dort waren die Heizer über den Umweg der gestalterischen Richtlinien für die Innenstadt schon verboten – doch dann kam das neue Nichtraucherschutzgesetz und die Gastwirte liefen so lange Sturm, bis das Heizpilzverbot ausgesetzt wurde. Man baue nun auf die Verantwortung der Gastwirte und wolle "auf Basis der Erfahrungen, die man macht, gucken, wie sich das im Winter entwickelt", druckst eine Sprecherin der Stadt herum. Im Frühjahr werde dann eine korrigierte Fassung der Gestaltungsrichtlinien vorgelegt.

Heizpilzvermieter Schulz versucht derweil die Heizpilzgegner mit ihren eigenen Waffen zu schlagen und startete eine Art Imagekampagne. Er rief das Projekt: "Ein Pilz – ein Baum" ins Leben.

Heizpilzkäufer und -mieter, die das schlechte Gewissen plagt, können nun für 2,50 Euro einen Baum in Brandenburg pflanzen lassen. Gegen einen Euro Aufgebühr bekommen sie dafür sogar einen Sticker, mit dem sie sich als Betreiber eines klimaneutralen Heizpilzes ausweisen können.

URL:

<http://www.spiegel.de/wirtschaft/0,1518,523806,00.html>

FORUM:

[Harmlose Heizer oder Klimakiller?](http://forum.spiegel.de/showthread.php?t=2838&goto=newpost)

[http://forum.spiegel.de/showthread.php?
t=2838&goto=newpost](http://forum.spiegel.de/showthread.php?t=2838&goto=newpost)

ZUM THEMA AUF SPIEGEL ONLINE:

[Klima-Kompromiss: Stimmt US-Delegation auf Bali ohne Bushs Genehmigung zu? \(18.12.2007\)](http://www.spiegel.de/politik/ausland/0,1518,523945,00.html)

<http://www.spiegel.de/politik/ausland/0,1518,523945,00.html>

© SPIEGEL ONLINE 2007
Alle Rechte vorbehalten

Vervielfältigung nur mit Genehmigung der SPIEGELnet GmbH

Heizpilze raus aus Stuttgarts Innenstadt

Strahler in „schützenswerten“ Bereichen verboten

Die Innenstadt soll attraktiv bleiben. Deshalb hat der Gemeinderat im April Gestaltungsrichtlinien beschlossen. Demnach sind seit 1. November Heizstrahler in bestimmten Innenstadtbereichen verboten. Das ärgert die Wirte und die rauchenden Gäste.

VON MARKO BELSER

Raucher haben es nicht leicht in Badens-Württembergs Landeshauptstadt. Zuerst hat sie das Nichtraucherschutzgesetz vom Tresen vertrieben, jetzt sind auch noch die Heizstrahler tabu, unter denen sie bislang ihre Zigarette im Freien genießen konnten. Grund für dieses Verbot sind nicht etwa ökologische Gesichtspunkte. Nein, es geht um die Gestaltung des öffentlichen Raums. Dieser soll „nicht durch ein Zuviel an Installationen verstellt werden“, heißt es in den Gestaltungsrichtlinien.

Deshalb sind künftig in der Wintersaison vom 1. November bis 31. März die optisch offenkundig störenden Heizstrahler verboten. Dies betrifft „historisch und stadtgestalterisch besonders schützenswerte Bereiche der Innenstadt“, sagt Stefan Braun, Leiter der Gaststättenbehörde beim Ordnungsamt. Soweit keine verkehrlichen Gründe dagegensprechen, bleiben die Heizpilze hingegen außerhalb des City-Rings im Stadtgebiet weiterhin zulässig.

Erwartungsgemäß stößt dieses Verbot bei den Gastwirten auf Unverständnis. „Für mich ist es schleierhaft, warum die Strahler hier verboten, in den Außenbezirken aber erlaubt sind“, sagt Cafébesitzer Lorenz Saucke. Er sieht die Bestrahlung des Außen-

bereichs als Dienstleistung für seine Gäste. Seiner Einschätzung nach hätte das Verbot von den Heizstrahlern Umsatzeinbußen von bis zu 20 Prozent zur Folge. Drum hält sich der Gastwirt auch noch nicht an die neue Vorschrift. „Die bleiben so lange draußen, bis jemand von der Stadt kommt.“

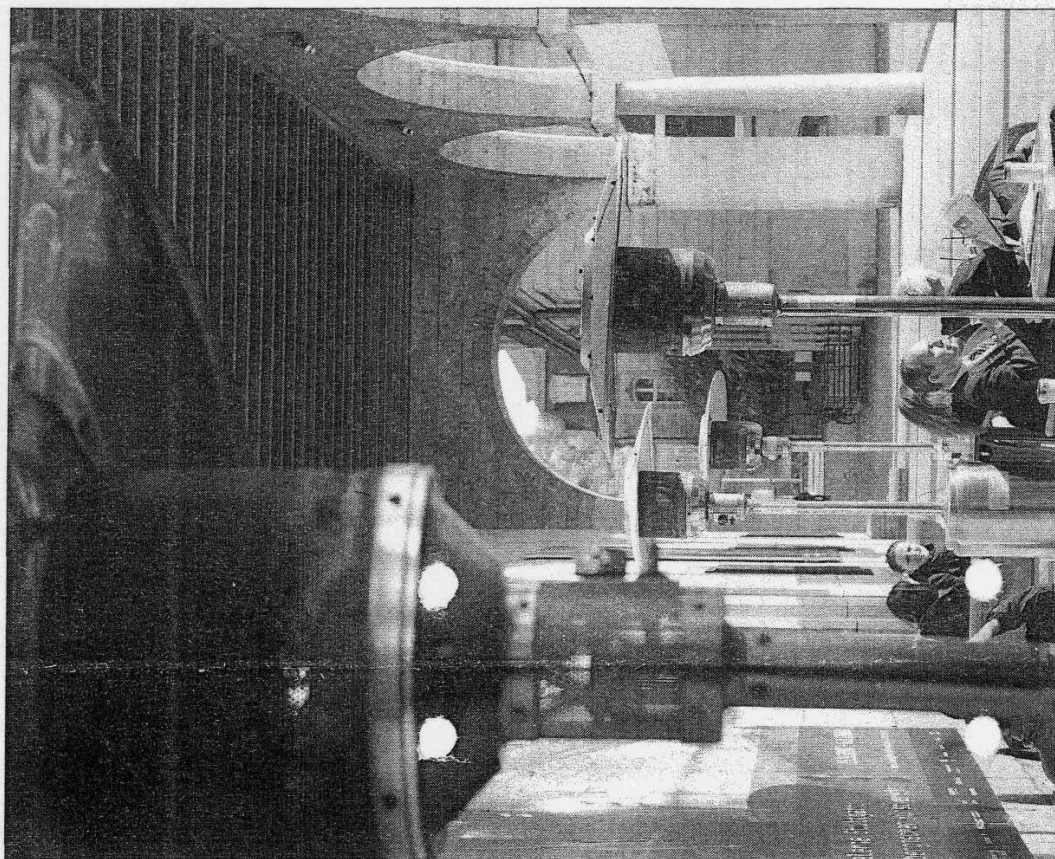
Doch die neue Regelung sorgt bei den Gastronomen nicht nur für Ärger, sondern auch für Verwirrung. Viele wissen offenbar nicht genau, was in den Richtlinien steht. So hat sich unter den Wirten hartnäckig die Annahme verbreitet, nur gasbetriebene Heizpilze seien verboten, elektrische hingegen

Für Unverdrossene bleibt nur die Wolldecke

nicht. Pietro Marion hat für seine Eiscafés solche Elektro-Heizpilze extra aus Italien importiert. Wohl eine Fehlinvestition. Denn der Stadtverwaltung ist es egal, ob sie mit Strom oder Gas betrieben werden. Die Heizpilze an sich sind unerwünscht.

Unklar ist hingegen, ob elektrische Strahler, die an der Hauswand oder am Sonnenschirm angebracht sind, auch unter die Bestimmungen der Richtlinie fallen. „An solchen Konstruktionen wurde nicht gedacht“, gesteht Braun. Detailfragen müssten noch geklärt werden.

Raucher dürfen also hoffen, auch in Zukunft im Außenbereich warm zu sitzen. Falls auch diese Installationen verboten werden, bleibt für Unverdrossene nur eine Lösung: die Wolldecke. Gut, dass so viele davon ausliegen. Doch womöglich empfindet der Gemeinderat die farblich sehr unterschiedlichen Decken ebenfalls als optische Störung im Stadtbild.



Noch stehen die Heizpilze in der City wie hier vor dem Kunstgebäude Hörner

Weltspiegel



Prost! Nun gibt's Nikotinbier

STUTT GART. Deutsche Forscher entwickelten jetzt das weltweit erste Bier mit Nikotingehalt.

Laut der deutschen "Bild" sagt ein Sprecher der Herstellerfirma "Nautilus": "In vielen Ländern gibt es schon ein Rauchverbot in Bars und Kneipen. Mit unserem Bier muss man nicht auf die Straße, um schnell eine zu qualmen."

"NicoShot", so lautet der Markenname, wird nach dem deutschen Reinheitsgebot gebraut und enthält drei Milligramm Nikotin. Am Ende des Brauvorganges wird dem Bier ein Tabakblatt-Extrakt beigefügt. Drei Dosen Bier zu je 0,25 Liter entsprechen dem Nikotingehalt einer Packung Zigaretten. Das Bier befindet sich derzeit in einer Testphase, sein Preis steht noch nicht fest.

Ob es tatsächlich auch getrunken wird, muss sich zeigen. Tatsache ist jedenfalls, dass der "Lebensraum" für Raucher immer enger wird. So verschärft etwa Spanien mit einem neuen Gesetz den Kampf gegen den Tabakkonsum. Künftig wird an allen Arbeitsplätzen das Rauchen untersagt, auch Raucherzimmer sind verboten.

OÖNachrichten vom 07.10.2005



© Wimmer Medien / **OÖNachrichten**

Alle Rechte vorbehalten.
Nutzung ausschließlich für den privaten Eigenbedarf.

[zurück](#)

Frankfurt - Rhein-Main-Zeitung - FAZ.NET - Kriminalität: Raucher... <http://www.faz.net/s/RubFAE83B7DDEFD4F2882ED5B3C15AC...>



 Schließen  Drucken

Aktuell [Rhein-Main-Zeitung](#) **Frankfurt**

Kriminalität

Raucher aus Frankfurter Lokal geprügelt

10. Oktober 2007 Mit brutaler Gewalt ist ein Raucher aus einer Frankfurter Kneipe geprügelt und erheblich verletzt worden. Der Mann gab bei der Polizei an, ein Unbekannter habe ihn mit dem Hinweis auf das Rauchverbot in Gaststätten attackiert, als er sich eine Zigarette anstecken wollte.

Der Raucher sei mit einem Schulterbruch und einem verletzten Ohr auf dem Bürgersteig gefunden worden, berichtete die Polizei am Mittwoch. Er wurde in ein Krankenhaus gebracht.

Der Vorfall ereignete sich bereits vor einer Woche, wie weiter bekannt wurde. Von dem Täter fehlt jede Spur. Seit dem 1. Oktober gilt in Hessen ein Rauchverbot in Gaststätten.

Zum Thema


Tabakverbot: Die Revolution der Raucher bleibt aus

Sozialministerium steht Rauchern und Gastwirten bei


Rauchverbot: Es gibt nur noch Nichtraucherzonen

Text: FAZ.NET mit lhe

Lesermeinungen zum Beitrag [8]

warum deckt man den Taeter 11. Oktober 2007, 05:35 

'Wer nicht hoeren, will muss fuehlen' 10. Oktober 2007, 21:23 

Ausgleichende Ungerechtigkeit 10. Oktober 2007, 20:54 

Verlagsinformation

Möchten Sie mehr erfahren? Dann testen Sie 2 Wochen lang die F.A.Z. kostenlos!

F.A.Z. Electronic Media GmbH 2001 - 2008
Dies ist ein Ausdruck aus www.faz.net.

SPIEGEL ONLINE

06. August 2007, 16:52 Uhr

NEUES RAUCHVERBOT

Renitente Raucherin schlägt um sich

Keine Woche gilt in Niedersachsen das Rauchverbot in Gaststätten, schon wurde die Polizei zu einem handfesten Streit gerufen: Aus Wut hatte eine junge Frau den Türsteher einer Göttinger Musikkneipe mit einer fast vollen Sektflasche attackiert.

Göttingen - Ein Trio aus zwei Frauen und einem Mann habe in dem Lokal geraucht und sei von dem 37-Jährigen gebeten worden, dies zu unterlassen, berichtete die Polizei. Unter lautstarkem Protest und mit der noch fast vollen Flasche Sekt habe die Gruppe daraufhin das Lokal verlassen, den Türsteher vor der Tür jedoch weiter beschimpft. Als dieser sich abwenden wollte, flog demnach die Sektflasche knapp an seinem Kopf vorbei.

Eine anschließende Rangelie hätten Polizeibeamte beendet, erklärte eine Sprecherin. Demnach blieb zunächst unklar, welche der beiden 24 und 26 Jahre alten Frauen die Flasche geworfen hatte. Die Polizei ermittelt wegen versuchter gefährlicher Körperverletzung.


*jjc/AFP***URL:**<http://www.spiegel.de/panorama/justiz/0,1518,498492,00.html>

© SPIEGEL ONLINE 2007
Alle Rechte vorbehalten

Vervielfältigung nur mit Genehmigung der SPIEGELnet GmbH



■ <http://www.radiobremen.de/nachrichten/meldung.php3?id=44614>

 ■ Drucken

.. ■ [aktuelle Regional-Meldungen](#)

| | | | | | | | **Schläge wegen Rauchverbots**
Montag, 31. Dezember 2007, 10.44 Uhr

Ein Wirt einer Kneipe auf der Nordseeinsel Wangerooge ist wegen des Rauchverbots zusammengeschlagen worden. Der Wirt hatte einen Gast aufgefordert, das Rauchen zu unterlassen. Daraufhin schlug der 20-jährige mit einer Bierflasche auf den Wirt ein. Der 52-jährige Gaststättenbetreiber wurde dabei am Kopf verletzt. Die Polizei ermittelt jetzt wegen gefährlicher Körperverletzung. In Niedersachsen gilt seit 1. August Rauchverbot in Gaststätten, es sei denn, sie verfügen über abgetrennte Raucherräume

 ■ Druckversion

© Radio Bremen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Das Rauchverbot ist schlecht für den Wirt - und gut für den Markt -... http://www.welt.de/welt_print/article1516304/Das_Rauchverbot_ist...

WELT ONLINE

URL: http://www.welt.de/welt_print/article1516304/Das_Rauchverbot_ist_schlecht_fuer_den_Wirt_-_und_gut_fuer_den_Markt.html

[Bilder ein-/ausblenden](#)

[Artikel drucken](#)

4. Januar 2008, 04:00 Uhr

VON STEFANIE SCHNEIDER

Das Rauchverbot ist schlecht für den Wirt - und gut für den Markt

Heizpilze und Markisen sind so gefragt wie selten

Lustlose Gäste, genervte Wirte, überforderte Inspektoren. Das Rauchverbot, seit Anfang des Jahres in Kraft, wird für viele ein einziges Ärgernis. Und dennoch freut es außer Nichtraucher und Gesundheitsaposteln auch manchen Raucher - besonders wenn er Handwerker oder Gastro-Lieferant ist. Mit dem Verbot entsteht für sie ein florierender Markt; zum Beispiel für Christian Schulz.

Es war vor acht Jahren, als der Berliner Taxifahrer eine stählerne, blitzende Apparatur in einer schwedischen Fußgängerzone stehen sah. Er kaufte sie und brachte den ersten Heizpilz nach Berlin. Er kaufte mehr, ließ sich den Namen "Heizpilz" schützen - und profitiert jetzt mit seinem Heizpilz-Handel vom Rauchverbot. Allein für die ersten Tage des neuen Jahrs hatte er bereits drei Anfragen, in Erwartung eines Kundenansturms hat er seine Einkaufsmenge nun auf 250 Heizpilze verdoppelt. Vom handlichen kleinen "Burny" bis zum großen "Illumax" hält er nun alles bereit. "Der Markt zieht langsam an", sagt er, "die alte Diskussion über ein Verbot der Heizpilze ist nun vom Tisch". Trotz ihres hohen Kohlendioxidausstoßes sollen Heizpilze erlaubt bleiben und nun werden auch wieder mehr Wirte die Wärmestrahler kaufen. "Das große Geschäft erwarten wir ab Juli, wenn die ersten Bußgelder fürs Rauchen verhängt werden."

Doch was tun, damit die Wärme nicht entweicht? Hier helfen Wintergärten und Markisen. "Unsere Anfragen sind enorm", sagt der Geschäftsführer von Markisen am Mehringdamm, Hans-Jürgen Klingbeil. Um die 60 000 Euro schätzt Klingbeil, hat der Betrieb schon im vergangenen Halbjahr allein aufgrund des Rauchverbots umgesetzt. Cafés und Restaurants bauen regelrechte "Vorzelte", nach den Markisendächern sind nun Abdichtungen für Seiten und Längsfronten der Außenflächen begehrt. In manchen Straßen gleicht die Stadt einem einzigen Campingplatz, "Ich denke mal, wir werden in Berlin noch regelrechte Après-Ski-Verhältnisse bekommen", sagt der Fachmann.

Nur bei Wintergärten verläuft das Geschäft schleppender. Hier streiten die Wirte oft mit ihren Vermietern um die Kosten: Schon ein Wintergarten von 15 Quadratmetern Grundfläche kostet ab 12 000 Euro. Dennoch profitiert auch diese Branche vom Rauchverbot, genau wie Hersteller von Terrassenmöbeln, Heißgetränken, die Anwälte streitender Wirte etc.

Allein an der kommerziellen Gegenfront des Rauchens gehen die finanziellen Segnungen des Verbotes offenbar vorbei: Entwöhnungskaugummis und Nikotin-Pflasterchen verkaufen sich nicht besser als bisher: "Wir haben keine gesteigerte Nachfrage bemerkt", heißt es etwa aus der City-Apotheke in Mitte; eine Mitarbeiterin der Schöneberger Kaiser-Wilhelm-Apotheke stellt sogar einen sinkenden Absatz von Entwöhnungsmitteln fest: "In den vergangenen Jahren kamen pünktlich im Januar die Raucher mit ihren guten Vorsätzen - dieses Jahr tut sich gar nichts". Ähnliches beobachtet der Kleinmachnower Hypnose-Therapeut Jens Zimmermann. "Das Verbot hat bisher nicht mehr Raucher in meine Sprechstunde gebracht."

Berliner lassen sich eben nicht zwingen. Für Leute wie Heizpilz-Händler Schulz ist das gut, wäre da nicht ein Wermutstropfen: Er muss nun auch selbst unter seinen Pilzen stehen - denn Schulz ist Raucher.