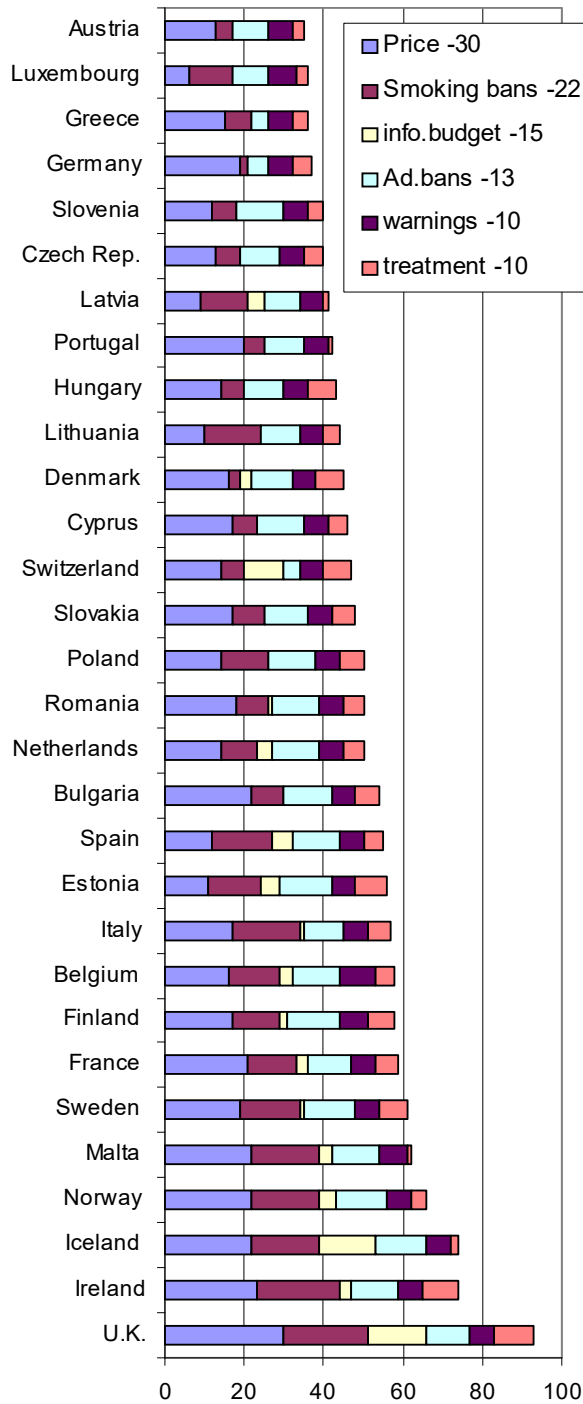


(Nicht)Raucherschutz in Österreich

1992 präsentierte Gesundheitsminister **Außerwinkler** (gemeinsam mit der Initiative Ärzte gegen Raucherschäden) seine Pläne für den Nichtraucherchutz, wurde 1993 auf einer WHO-Konferenz für das fortschrittlichste Tabakgesetz in Europa gelobt, dafür aber 1994 abgesetzt. Das Gesetz trat erst am Weltnichtrauchertag 1995 in Kraft, nachdem ihm Wirtschaftsminister Dr. Schüssel die Zähne gezogen hatte: Das Gastgewerbe wurde ausgenommen und beim übrigen Nichtraucherchutz wurden die Sanktionen gestrichen. Die Tabakgesetzgebung kam zum Stillstand und erlebte unter Hostasch (1997-2000) sogar einen Rückschritt. Die österreichische Politik folgte auch unter Sickl & Haupt (2000-3), Rauch-Kallat (2003-7) und Kdolsky (2007-8) nur widerwillig den Direktiven der EU, die sie (z.T. in Kooperation mit Deutschland und den Tabakkonzernen) nicht verhindern konnte. Zwar wurde die Ratifikation der **WHO-Rahmenkonvention** zur Tabakkontrolle am 15.9.05 in Österreich rechtskräftig aber bisher nicht umgesetzt. Als Vertragspartei hat Österreich anerkannt, „dass wissenschaftliche Untersuchungen eindeutig bewiesen, dass Passivrauchen Krankheit, Invalidität und Tod verursacht“ (Art. 8) und sich verpflichtet, binnen 5 Jahren wirksame gesetzgeberische und sonstige Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen am Arbeitsplatz in geschlossenen Räumen zu treffen, doch scheinen maßgebliche Politiker noch immer zu hoffen, Art. 5.3 ignorieren und die Kooperation mit der Tabakindustrie einfach fortsetzen zu können. Österreichische Finanzminister haben bisher keinen einzigen Cent aus Mitteln der Tabaksteuer für die **Tabakprävention** bereitgestellt; die Raucherraten bei Kindern und Jugendlichen stiegen dramatisch, bis Österreich die höchste Rate bei den 15-jährigen in Europa erreichte. Bei der Tabakkontrolle fiel Österreich immer weiter zurück und wurde zuletzt auch von seinen Nachbarländern überholt (Abb.1).

Im letzten Jahrzehnt gab es in Österreich nur drei Maßnahmen, die über EU-Direktiven hinausgingen: 2001 die Streichung der „Lüftungslüge“ aus §30 AschG und 2006 die Einrichtung eines Rauchertelefons und die Einführung eines Rauchverbotes in Pflichtschulen (<http://www.aerzteinitiative.at/Schul-Rundschr06.pdf>). Während Außerwinkler für seine Pionierleistung bei der Tabakgesetzgebung am Deutschen Internistenkongress 2008 geehrt wurde, verhinderte **Kdolsky** eine Anpassung des Gesetzes an den Stand der Wissenschaft und verweigerte den Angestellten in Gaststätten unter 50-80m² einen Schutz vor giftigen und krebsfördernden Stoffen. Statt - wie in Italien - in der Einführungsphase der Rauchverbote die Polizei mit der **Kontrolle** zu beauftragen (was nach Studien in Schottland keinen größeren Personaleinsatz erforderte als bei Einführung der Gurtenpflicht im Auto) oder wenigstens die Arbeits- oder Lebensmittelinspektoren, verlangt das österreichische Gesetz vom Gast den Gang zur Verwaltungsbehörde und sieht behördliche Kontrollen erst dann vor, wenn sich der Gast durch die bürokratischen Hürden nicht abschrecken lässt. In Lokalen bis 50m² (mit Segen der Baupolizei sogar bis 80m²) ist es überhaupt dem Wirt überlassen, ob er Gäste und Personal freiwillig schützt. Bevor er seine rauchenden Gäste an die nächste Raucherkeipe verliert, wird er sich für ein Raucherlokal entscheiden, auch wenn er das mit seiner eigenen Gesundheit bezahlt. In Innenräumen und Gastronomiebetrieben von 7 EU-Ländern wurden in Österreich die höchsten **Nikotin**belastungen der Raumluft gemessen, besonders in Bars, Diskotheken und Jugendlokalen. Während in Italien beim Großteil der beprobten Gaststätten die Nikotinkonzentration 2 Jahre nach Inkrafttreten des Rauchverbots unter der Nachweisgrenze lag, war in Österreich im selben Zeitraum und mit gleicher Methodik keinerlei Verbesserung nachweisbar. Auch 2009 (nach Inkrafttreten der Tabakgesetznovelle 2008) haben wir in Wiener Lokalen noch immer gefährliche **Feinstaub**konzentrationen gemessen, die Alarmwerte der Außenluft weit übertrafen und für Risikopersonen (Asthmatiker, Koronarpatienten) schon während einer einzigen Mahlzeit lebensgefährlich werden können.

Abb. 1: Tabakkontrolle 2007 in 30 europäischen Ländern, bewertet nach Joossens & Raw 2006, Tobacco Control 15:247-253. Von maximal 100 Punkten wurden 30 für den Preis, 22 für den Nichtrauchererschutz (Rauchverbote an öffentlichen und Arbeitsplätzen), 15 für die Finanzierung von Aufklärungskampagnen, 13 für Werbeverbote und je 10 für Warnungen und Therapieangebote für Raucher vergeben.



Während die akute Gefährdung, in dieser Atmosphäre einen **Asthmaanfall**, **Herzinfarkt** oder **Insult** zu erleiden, nur für vorgeschädigte Personen besteht, sind über Jahre auch beim gesunden, nichtrauchenden Gaststättenpersonal, das im Raucherbereich servieren muss, die Entwicklung von ischämischen Herzerkrankungen und **COPD** zu erwarten. Im Blut nichtrauchender Kellner nimmt das potenteste Lungenkarzinogen des Tabakrauches um 6% pro Stunde zu, während sie ihren Dienst versehen. Aufgrund der hohen Belastungen in Raucherlokalen ist bereits nach 8 Jahren Tätigkeit mit einer Verdoppelung des **Lungenkrebsrisikos** bei Nichtrauchern zu rechnen.

Nur ein generelles Rauchverbot in der Gastronomie ist gerecht, kostengünstig, leicht kontrollierbar und als einziges medizinisch zu verantworten, doch der Gesetzgeber scheint am kostenlosen Rat unabhängiger Wissenschaftler nicht interessiert und anstelle eines Expertenhearings investieren Minister lieber in teure Beraterfirmen und PR-Agenturen, um die von Lobbyisten vorgegebenen Meinungen schönzufärben. Während Präsident Obama nur wenige Tage brauchte, um die ersten Fehlentscheidungen seines Vorgängers Bush rückgängig zu machen, verlangt Minister Stöger eine einjährige Evaluation des verunglückten Tabakgesetzes und macht sich so mitschuldig, dass Passivrauchen in der Gastronomie weitere Opfer fordert und ein Teil der Wirte in Umbauten investiert, die ein (kostenloses) Rauchverbot nie ersetzen können. Schreiben der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (Clean Air Commission), des Rektors der Medizinischen Universität Wien und medizinischer Fachgesellschaften (Arbeitsmedizin, Hygiene, Mikrobiologie & Präventivmedizin, Kardiologie, Kinder- und Jugendheilkunde, Pneumologie, Toxikologie) wurden bisher ignoriert. Die Verpflichtung, die Österreich mit der Ratifizierung des Rahmenübereinkommens der WHO übernahm wurde ebenso missachtet wie das **Grünbuch der EU**. Gesundheitskommissarin Vassiliou hat Österreich deshalb bereits ermahnt. Es ist zu hoffen, dass der EU-Kommissar für Arbeit und Soziales sich nicht damit abfindet, dass der österreichische Gesetzgeber den Gesundheitsschutz von Angestellten den Geschäftsinteressen der Tabakindustrie geopfert hat und seine Möglichkeit nützt, ein **europaweites Rauchverbot** an allen Arbeitsplätzen vorzuschreiben. Damit müsste sich auch im rückständigen Österreich etwas ändern, wo 2006-2007 noch ein Viertel der Nichtraucher angaben, am Arbeitsplatz gelegentlich Tabakrauch ausgesetzt zu sein. Besser wäre allerdings, unsere Politiker würden aus dem Scheitern "freiwilliger Vereinbarungen" in der Vergangenheit lernen, ebenso aus den positiven Erfahrungen in Nordamerika, Australien, Nord- und Westeuropa, Italien, etc., wo Rauchverbote zu einer raschen Abnahme der Herzinfarkte führten. Der einzige Verlierer dieser Gesetzgebung ist die Tabakindustrie (die in Österreich einem japanischen Konzern gehört). Denn für manchen Raucher sind Rauchverbote ein Motiv zum Aufhören und der Tabakkonsum der verbleibenden Raucher sinkt. Vor allem aber sinkt mit der geringeren Sichtbarkeit des Rauchens in der Öffentlichkeit (Denormalisierung) auch seine soziale Akzeptanz und die Verführung Jugendlicher wird erschwert.