

Bei der Novellierung des ASchG 2001 wurde folgendem Initiativantrag des Abgeordneten Pösch stattgegeben:

Antrag: In § 30 soll in Absatz 2 der Nebensatz "sofern die Nichtraucher nicht durch eine verstärkte Be- und Entlüftung des Raumes vor der Einwirkung von Tabakrauch ausreichend geschützt werden können" gestrichen werden.

Begründung: "sofern die Nichtraucher nicht durch eine verstärkte Be- und Entlüftung des Raumes vor der Einwirkung von Tabakrauch ausreichend geschützt werden können" entspricht nicht mehr dem Stand wissenschaftlicher Forschung. Nur Rauchverbote am Arbeitsplatz führen zu einer wesentlichen Verminderung des Gesundheitsrisikos von Rauchern (1,2) und Nichtrauchern (3), liegen auch dort im wirtschaftlichen Interesse der Unternehmen, wo sie nicht durch den Schutz des Materials sondern ausschließlich durch den Gesundheitsschutz begründet sind (4,5) und sind besonders in Hinblick auf tabakrauchempfindliche und vorgeschädigte Arbeitnehmer unersetzlich (6). Die krebsfördernde Wirkung von Passivrauchen am Arbeitsplatz ist seit gut 10 Jahren gesichert (7), weshalb der Wert der allgemeinen Ventilation für seine Kontrolle in Frage zu stellen war (8). Seit 1998 wird "Passivrauchen am Arbeitsplatz" in der Kategorie 1 der Liste "Krebserzeugende Arbeitsstoffe" der Deutschen Forschungsgemeinschaft genannt, die beim Menschen Krebs erzeugen und bei denen davon auszugehen ist, daß sie einen nennenswerten Beitrag zum Krebsrisiko leisten. Alle in dieser Kategorie genannten Stoffe sind am Arbeitsplatz zu vermeiden und nicht nur durch Lüftung zu reduzieren, weil keine sichere Schwelle angegeben werden kann, unterhalb der kein erhöhtes Krebsrisiko besteht. Zur Reduktion des Lungenkrebsrisikos auf "akzeptable" Werte von 1×10^{-6} , wie sie die U.S. Umweltschutzbehörde nennt, wären 50.000 l/sec/Arbeitnehmer bzw. technisch unerreichbar hohe Luftwechselzahlen erforderlich (9,10). Außerdem würden zu hohe Windgeschwindigkeiten selbst wieder zu Gesundheitsgefährdungen führen und sind daher nach der österreichischen Arbeitsstättenverordnung gar nicht zulässig. Neben dem Krebsrisiko kann auch für das Lungen- und Herzrisiko durch Passivrauchen kein Grenzwert angegeben werden, weil für die Feinstaubbelastung kein Schwellwert existiert, unter dem dieses Risiko ausgeschlossen werden könnte (11). Auch für die Reduktion des Herzinfarkttrisikos (12) und Schlaganfalltrisikos (13) auf akzeptable Werte errechnen sich unerreichbar hohe Luftwechselzahlen (9), die mit der in § 30 (Abs. 2) ASchG genannten "verstärkten Be- und Entlüftung keinesfalls erreichbar wären, sondern nur durch Rauchverbote in Räumen, die von Rauchern und Nichtrauchern gemeinsam benützt werden (14).

Literatur:

1. National Cancer Institute: Smoking & Tobacco Control Monograph 12, Bethesda 2000.
2. Moskowitz JM, Lin Z, Hudes E: The impact of workplace smoking ordinances in California on smoking cessation. Am J Public Health 2000, 90, 757-761.
3. Centers for Disease Control & Prevention: A Report of the Surgeon General, Atlanta 2000.
4. wie oben, Chapter 2: Benefits of a smokefree workplace.
5. Workers Compensation Board: The economic impacts of the proposed amendment to the ETS regulation, British Columbia 2001.
6. Smoke-Free Environments Law Project: The Americans with Disabilities Act and smoking in the workplace, <http://www.tcsg.org/sfelp/home.htm>.
7. U.S. Environmental Protection Agency, Office of Health and Environmental Assessment, Office of Research and Development. Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders. Report No. EPA/600/6-90/006F. Washington, DC, 1992.
8. U.S. Dept. of Labor, Occupational Safety & Health Administration. 29 CFR Parts 1910, 1915, 1926, and 1928 Indoor air quality, proposed rule Fed Reg 59 # 65, Tues April 5, 1994, 15968-16039.
9. Repace JL, Jinot J, Bayard S, Emmons K, and Hammond SK: Air nicotine and saliva cotinine as indicators of passive smoking exposure and risk. Risk Analysis 18: 71-83 (1998).
10. Panzhauser E: Luftqualität in verrauchten Innenräumen. AtemwLungenkrkh 1990, 16, S1, 1-4.
11. World Health Organisation, Regional Office for Europe: Air Quality Guidelines for Europe, 2nd edition, p. 186-193, WHO Copenhagen 2000.
12. Kawachi I, Colditz GA, Speizer FE, Manson JE, Stamfer MJ, Willett WC, Hennekens CH: A prospective study of passive smoking and coronary heart disease. Circulation 95: 2374-2379 (1997).
13. Bonita R, Duncan J, Truelson T, Jackson RT, Beaglehole R: Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. Tobacco Control 8:156-160 (1999).
14. World Health Organisation, Regional Office for Europe: Policies to reduce exposure to environmental tobacco smoke.