

# Der rauchfreie Arbeitsplatz – Situation in Europa und Österreich

M. Neuberger

Abteilung Präventivmedizin, Institut für Umwelthygiene,  
Medizinische Universität Wien

## Schlüsselwörter

Tabakkontrolle – Arbeitsplatz – Österreich – Europa – Passivrauchen

## Key words

tobacco control – work place – Austria – Europe – passive smoking

## Der rauchfreie Arbeitsplatz – Situation in Europa und Österreich

Österreich ist bei der Tabakkontrolle ein Entwicklungsland, in dem ein Viertel der erwachsenen Nichtraucher noch immer nicht ausreichend vor Tabakrauch am Arbeitsplatz geschützt sind. Im Vergleich zum EU-Schnitt rauchen Österreicher zwar nicht häufiger, machen aber weniger Aufhörversuche, wobei die häufige Einnahme von Nikotinersatz und die hohe Rückfallquote durch eine passive Erwartungshaltung erklärbar ist. Dazu kommt, dass einzelne Politiker und Medien uneinsichtige Raucher bestärken, auch in ihrer Rücksichtslosigkeit gegenüber Nichtrauchern. Trotzdem werden Rauchverbote auch in Österreich bereits von der Bevölkerungsmehrheit befürwortet. Nach Erfahrungen in Nord- und Westeuropa wäre nach Einführung ausnahmsloser Rauchverbote in der Gastronomie mit einem weiteren Anstieg der Zustimmungsraten in der Bevölkerung auf etwa 90% zu rechnen.

## The smoke-free work place – situation in Europe and Austria

In tobacco control Austria is a developing country, where a quarter of nonsmokers is still insufficiently protected from tobacco smoke at the work place. Compared to EU, average Austrians are not smoking more frequently, but they make less attempts to quit. More frequent use of nicotine replacement and a high rate of relapse into smoking may be explained by a passive attitude expecting to be cured. In addition, some politicians and media support smokers in precontemplative stages, lacking understanding, also for effects of passive smoking. Nevertheless, smoking bans reached approval already by the majority of the population. From experiences in Northern and Western Europe a further increase of the approval rate to about 90% is expected after a possible smoking ban without exceptions.

Bis 1995 gehörte die österreichische Tabakgesetzgebung zu den Schlusslichtern in Europa. Die Initiative Ärzte gegen Raucher-schäden ([www.aerzteinitiative.at](http://www.aerzteinitiative.at)) hat 1989 in einer Pressekonferenz aufgedeckt, dass Österreich nur ein Tabakmonopolgesetz, aber keinerlei gesundheitsbezogenen Rechtsvorschriften hatte. Die offiziellen Stellen verteidigten sich damit, dass es freiwillige Vereinbarungen mit der Industrie gäbe und für "Lebensmittel und Tabakerzeugnisse ausreichende spezialgesetzliche Regelungen" bestünden. Tatsächlich regelte das Lebensmittelgesetz nur den Kautabak und das Umweltministerium weigerte sich, den Rauchtobak ins Chemikaliengesetz aufzunehmen. Erst in dem Arzt Dr. Michael Außerwinkler fanden Österreicher endlich einen Gesundheitsminister, der den Mut hatte, ein richtiges Tabakgesetz in Zusammenarbeit mit der Ärzteinitiative vorzubereiten. Die Tabakindustrie setzte nochmals alle Hebel in Bewegung, um ihren finanziellen und politischen Einfluss dagegen auszuspielen: Das Tabakgesetz wurde in einen parlamentarischen Unterausschuss verbannt, in den zwar 3 Ärzte, aber 3-mal so viele "Experten" tabakgesponserter Unternehmen als Berater geladen wurden. Aber schließlich gelang es am Weltnichtrauchertag 1995 wenigstens Qualitätsstandards für Tabakerzeugnisse zum Schutz des Rauchers und gesundheitsbezogene Etikettierungsvorschriften durchzusetzen; leider nur unvollständige Werbeverbote, und die bundesweiten Rauchverbote zum Schutz von Nichtrauchern blieben nach dem Einspruch der Wirtschaft (damaliger Wirtschaftsminister Dr. Schüssel) bis heute ohne Sanktionen.

BGBl. 431/95 verbot zwar schon das Rauchen in Räumen für Unterrichts- und Fortbildungszwecke, Verhandlungszwecke

und schulsportliche Betätigung, aber leider nur in den allgemein zugänglichen Räumen von Amtsgebäuden, schulischen oder vergleichbaren Einrichtungen mit Kinder- und Jugendlichenbetreuung, Hochschulen oder berufsbildenden Einrichtungen sowie Einrichtungen für Ausstellungen oder Vorführungen, und das alles ohne Strafen bei Missachtung der Verbote (*lex imperfecta*). Das Rauchverbot für die gesamte Schulliegerschaft, das Unterrichtsminister Dr. Busek zuerst als Konsequenz des Tabakgesetzes in die Schulordnung aufgenommen hatte, wurde nach Protesten der Lehrgewerkschaft wieder zurückgenommen. Erst 2006 gelang es, wenigstens Pflichtschulgebäude rauchfrei zu machen und Pflichtschülern das Rauchen auch auf dem Schulhof zu untersagen [1]. Die Medizinischen Universitäten Innsbruck und Wien ließen nicht nur Rauchverbotsbanner anbringen, sondern auch die Aschenbecher entfernen, und erklärten als erste Universitäten des deutschsprachigen Raumes die unabhängige Forschung zu ihrem Ziel, womit sie auf Gelder der Tabakindustrie verzichteten [2].

Im Spitalsbereich gibt es nach wie vor nur wenige zaghafte Erlässe der Länder, und in vielen Spitälern wird nur den Patienten das Rauchen verboten, während das Rauchen des Personals und der Besucher im Spitalsbereich trotz Hausordnung straffrei bleibt, ja es werden sogar die jüngsten, z.B. nichtrauchende Schwesternschülerinnen, durch den Gruppendruck im Spital zum Rauchen verführt.

Bis 2001 wurde auch das Rauchen an anderen Arbeitsplätzen meist nur geahndet, wenn es zum Schutz des Materials oder wegen Brandgefahr nötig war, weil § 30 ASchG den Nichtraucherschutz nur vorsah, wenn es "nach der Art des Betriebes möglich ist" und eine "verstärkte Be- und Entlüftung" ein Rauchverbot ersetzen konnte. Die Anträge der Ärzteinitiative, der Österreichischen Ärztekammer und vor allem des Abgeordneten Magister Posch führten aber schließlich zu einer Streichung der "Lüftungslüge" aus dem § 30 ASchG3. Seit 1.1.2002 ist das Rauchen in allen Büroräumen und vergleichbaren Arbeitsräumen verboten, die durch Raucher und Nichtraucher (als Betriebsangehörige) gemeinsam genutzt werden. Die Implementierung dieses Gesetzes lässt jedoch noch zu wünschen übrig, wie eine Repräsentativbe-

fragung von Statistik Austria 2006 – 2007 von 15.474 ÖsterreicherInnen im Alter ab 15 Jahren zeigte [4]: Von hochgerechnet 5,369.800 Nichtrauchern (inklusive Exraucher) muss ein Viertel am Arbeitsplatz noch immer unfreiwillig Tabakrauch einatmen (11,9% weniger als eine Stunde pro Tag, 7,5%, 1 – 5 Stunden und 4,9% mehr als 5 Stunden täglich). 20% der Frauen und 28% der Männer geben an, an ihrer Arbeitsstelle dem Tabakrauch ausgesetzt zu sein.

Ein Teil dieser Personen ist im Gastgewerbe tätig. Der Gesetzgeber hat diese Branche ausgenommen und damit Angestellte zweiter Klasse geschaffen, denen der Schutz vor giftigen und krebsfördernden Stoffen am Arbeitsplatz nicht zusteht. Proteste der Arbeitnehmervertretungen wurden vom Ministerium für Wirtschaft und Arbeit ignoriert und das Gesundheitsministerium legte im September 2007 einen Vorschlag für die Novellierung des Tabakgesetzes vor, der zwar Nichtraucherbereiche in Lokalen ab 75 m<sup>2</sup> vorsieht, aber keinerlei Schutz für das Servieren im Raucherbereich. Im Gegensatz zum Regierungsbündnis möchte die Gesundheitsministerin – vermutlich unter dem Einfluss der Tabak- und Lüftungsindustrie – sogar die aus dem ASchG 2001 entfernte "Lüftungslüge" im Tabakgesetz wieder einführen und schlägt als Ersatz für räumliche Trennung eine Frischluftzufuhr pro Person und Zeiteinheit vor, die um Größenordnungen unter dem Wert liegt, für den sich ein akzeptables Krebsrisiko errechnet. Lokale unter 75 m<sup>2</sup> sollen sich überhaupt als Raucherlokale deklarieren und damit alle Schutzmaßnahmen für Gäste und Personal (einschließlich der Lüftung) ersparen können. Weder für Schwangere noch für Lehrlinge ist irgendein Schutz vor den Giften und Karzinogenen des Tabakrauchs vorgesehen. Dieser Gesetzesentwurf einer Ärztin (!) ist abzulehnen und nicht (wie nach einem ersten Vorschlag der Gesundheitssprecherin des Regierungspartners) zu reparieren. Denn Raucherlokale können sich nicht durch höhere Abgaben freikaufen, und Angestellten nützen zusätzliche 5 Urlaubstage im Jahr wenig, wenn sie dafür vom Passivrauchen krank werden. Raucher sind in Österreich etwa gleich häufig wie im EU-Schnitt [5], machen aber weniger Aufhörversuche (18% in 2 Monaten im Vergleich zu 31% in der EU-25). Dabei verwenden 42%

Tab. 1. Zustimmungsraten für Rauchverbote. Nach Eurobarometer 2006.

	Arbeitsräume	alle öffentlichen Räume	Restaurants
EU-25	88%	88%	77%
Österreich	80%	80%	63%
Irland	96%	94%	95%
Malta	96%	93%	95%
Schweden	96%	95%	93%
Italien	91%	91%	90%
United Kingdom	89%	86%	88%

Nikotinersatz (EU 26%) und auch die Verwendung alternativer Mittel zeigt, dass die passive Erwartungshaltung der Raucher in Österreich groß ist, aber durch Medikamente sichtlich nicht befriedigt wird, weil 55% ihren Rückfall auf das Verlangen nach Zigaretten zurückführen (EU 28%). 24% haben schon eingesehen, dass ihre Gewohnheit (z.B. das Bedürfnis, etwas zwischen den Fingern zu haben) den Rückfall verursachte, während nur 9% noch den Genuss am Rauchen als Rückfallgrund angeben. Allerdings spielen auch andere Gründe eine wichtige Rolle wie Stress (36%), rauchende Freunde und Kollegen (26%) und Gewichtszunahme (21%), letztgenanntes vor allem bei Frauen in Österreich, bei denen die entsprechende Tabakwerbung offensichtlich sehr erfolgreich war. Dagegen wurde die Verbreitung wirklich erfolgreicher [6] Entwöhnungsmethoden [7] verhindert [8].

Das Eurobarometer [9] zeigte zwar noch einen Rückstand Österreichs beim Wissen über Folgen des Passivrauchens und häufiger entsprechend rücksichtsloses Verhalten, die Zustimmungsraten für Rauchverbote (auch in Gaststätten) waren aber ähnlich hoch wie in den fortschrittlichen Ländern vor Einführung der Verbote. Nachdem die Rauchverbote in West- und Nordeuropa, Italien und Malta in Kraft getreten waren, stiegen die Zustimmungsraten in diesen Ländern auf 90% und darüber (Tab. 1), weil auch Raucher erkannten, dass diese Beschränkungen dem meist latent vorhandenen Wunsch zur Reduktion ihres Zigarettenkonsums entgegenkam und bei einem Teil von ihnen sogar den völligen Ausstieg aus der Nikotinsucht erleichterte. Diese Entwicklung störte selbstverständlich die Geschäftsinteressen der Tabakindustrie, um so mehr als jeder Raucher eine lebende Reklame

darstellt und das öffentlich sichtbare Rauchen den Absatz fördert, insbesondere in angenehmer Umgebung und entspannter Atmosphäre wie beim Essen und Trinken. Besonders in Jugendlokalen wie Diskotheken setzte das Tabakkartell seine Hoffnung auf die Verführung Jugendlicher, ließ dort Gratiszigaretten durch hübsche Mädchen verteilen und wehrte sich mit allen Mitteln gegen Rauchverbote. Weder die Brandgefahr noch die extremen Schadstoffkonzentrationen, die in diesen Lokalen gemessen wurden [10], konnten in Österreich bisher daran etwas ändern.

Seit dem Außerwinklerschen Tabakgesetz hatten Novellierungen immer nur EU-Direktiven erfüllt, und das zum spätestmöglichen Zeitpunkt. Auch der letzte Novellierungsvorschlag von Ministerin Kdolsky ist ein voller Erfolg für die Tabaklobby: keinerlei gesetzlichen Beschränkungen im Großteil der Lokale, möglichst späte und insuffiziente Vorschriften für die übrigen, keine erkennbare Absicht zur Durchsetzung von Rauchverbote im Gastronomiebereich (die möglichen Strafen für Wirte beziehen sich nur auf die Ausschilderung) und keine Bildwarnungen wie von der EU empfohlen.

Auch dem Marketing der Tabakkonzerne wird nur soweit Einhalt geboten, als von der EU vorgeschrieben. Die NGOs und ihre unersetzliche Arbeit für die Tabakprävention werden in Österreich nicht unterstützt. Daher stieg der Anteil der RaucherInnen unter den 15-Jährigen in kurzer Zeit auf den höchsten Wert aller europäischen Länder, wobei die Mädchen die Buben schon 1998 überholt hatten [11]. Das ist ein sicheres Geschäft für die Tabakindustrie, weil vor allem Mütter ihre Rauchgewohnheiten an die nächste Generation weitergeben. Außerdem werden so auch frühzeitig Gesundheitsschäden durch Passivrauchen gesetzt [12]. Erfreulicherweise zeigten Studien in Irland und Schottland, dass Rauchverbote am Arbeitsplatz (inklusive Gastronomie) zu keiner Verlagerung des Rauchens in den häuslichen Bereich führen. Im Gegenteil scheint das Bewusstsein, dass Tabakrauch eine gefährliche Luftverunreinigung ist, auch zu einer Abnahme des Rauchens in der Wohnung zu führen. In Kalifornien, wo schon 1995 das Rauchen an Arbeitsplätzen inklusive Restaurants verboten wurde, beobachtete man in der Folge einen starken Rückgang der Raucherprävalenz,

Tab. 2. Prozentanteil der Passivraucher von 6.545 interviewten Nichtraucher (2006).

	A	E	SK	I	PL	IRL
Gesamt	66,2	71,9	41,0	36,8	35,9	23,4
Heim	18,1	28,7	11,0	13,3	22,1	11,5
Arbeit	19,2	35,2	25,0	34,2	40,2	1,3
Freizeit	47,8	56,1	37,0	7,8	21,5	8,5
Transport	23,2	40,5	9,0	13,5	n.a.	6,2

wobei das National Institute of Health die Wirkung des Rauchverbots am Arbeitsplatz deutlich höher einschätzte als die aller medikamentösen Hilfsmittel der Rauchertherapie [13]. Nach Einführung der Rauchverbote wurde sowohl in amerikanischen Städten als auch in Italien und Schottland ein unerwartet rascher Rückgang der Herzinfarktrate beobachtet. Absolut war die Abnahme bei Rauchern und relativ bei Nichtrauchern größer. An erstgenanntem dürfte die gestiegene Aufhorräte beteiligt gewesen sein; letztgenanntes ist nur durch den Wegfall akuter Wirkungen des Passivrauchens erklärbar. Dazu gehören Wirkungen von oxidativem Stress auf Endothel- und Thrombozytenfunktionen, Entzündungsvorgänge (Zytokine, CRP), Fibrinogenzunahme, Abnahme der physiologischen Arrhythmie und Zunahme von Rhythmusstörungen. Da nach experimentellen Studien die tabakrauchinduzierte endotheliale Dysfunktion bei Vorgeschiedigten schon nach einer halben Stunde Passivrauchen kritische Ausmaße erreichen kann, hat das U.S. Center of Disease Control Koronarpatienten vor dem Betreten verrauchter Räume gewarnt.

In Fortsetzung einer EU-Studie [14] wurden je Mitgliedsland ca. 1.000 erwachsene Nichtraucher nach dem Passivrauchen befragt. Tabelle 2 zeigt das Ergebnis dieser EU-Studie (reference number 2004323). Nur in Spanien wurde Passivrauchen noch häufiger angegeben als in Österreich, wobei das Passivrauchen in der Freizeit (z.B. in Gaststätten) in beiden Ländern dominierte.

Ort bzw. Zeit der Tabakrauchbelastung war (bei Möglichkeit von Mehrfachangaben) in Österreich am häufigsten in der Freizeit, z.B. beim Besuch von Gaststätten, und dabei 6-mal häufiger als in Italien. In Irland, wo seit 2004 das Rauchen an allen Arbeitsplätzen verboten ist, gaben nur noch 1% der Befragten an, an ihrem Arbeitsplatz tabakrauchex-

poniert zu sein. Das Passivrauchen zu Hause nahm dabei nur relativ zu und absolut leicht ab. Mit dem Rauchverbot am Arbeitsplatz verschwanden auch die tabakspezifischen Karzinogene aus dem Harn von Nichtrauchern, Atemwegsbeschwerden des Barpersonals nahmen ab und die Lungenfunktion verbesserte sich. Die EU-Kommission hat mit dem Grünbuch [15] zu erkennen gegeben, dass sie von ihren Mitgliedern Gesetze erwartet, die Artikel 8 des WHO-Rahmenabkommens entsprechen oder die EC wird solche als übernationale Direktiven vorgeben. Österreich hat das WHO-Rahmenabkommen ratifiziert, ist aber mit Gesetzen, Verordnungen und Durchführungsbestimmungen derart säumig, dass es in der EU schon in den beiden vergangenen Jahren auf den dritt schlechtesten [16] bzw. viert schlechtesten [17] Platz gereiht wurde und schließlich 2007 sogar die schlechteste Note von 30 europäischen Ländern erhielt [18]. Das ist auf die Tabakpolitik der beiden letzten Gesundheitsministerinnen zurückzuführen.

Bisher waren fast alle Fortschritte auf dem mühsamen Weg Österreichs zu rauchfreien Arbeitsplätzen den Initiativen einzelner Betriebe und vorausschauender Menschen zu verdanken [19]. Es wäre hoch an der Zeit, dass sich auch die Bundesregierung ernsthaft mit den entsprechenden Empfehlungen der WHO, Weltbank, wissenschaftlicher Gesellschaften und Kongresse [20] und österreichischer Ärzte [21] befasst.

## Literatur

- [1] [www.aerzteinitiative.at/Schul-Rundschr06.pdf](http://www.aerzteinitiative.at/Schul-Rundschr06.pdf)
- [2] [www.meduniwien.ac.at/files/18/8/120607\\_frischer\\_wind.pdf](http://www.meduniwien.ac.at/files/18/8/120607_frischer_wind.pdf)
- [3] [www.aerzteinitiative.at/ASchG%A730final.pdf](http://www.aerzteinitiative.at/ASchG%A730final.pdf)
- [4] [www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/0/1/3/CH0118/CMS1187686585694/gesundheitsbefragung\\_2006\\_2007\\_bmgfj.pdf](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/0/1/3/CH0118/CMS1187686585694/gesundheitsbefragung_2006_2007_bmgfj.pdf)

- [5] [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_272c\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272c_en.pdf)
- [6] <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.10.002>
- [7] [www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list\\_uids=16133522&query\\_hl=5](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=16133522&query_hl=5)
- [8] <http://hpq.sagepub.com/cgi/content/abstract/12/2/215>
- [9] [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_272c\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272c_en.pdf)
- [10] <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=16095943>
- [11] [www.euro.who.int/Document/e82923.pdf](http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf)
- [12] [www.novapublishers.com/catalog/product\\_info.php?products\\_id=4729](http://www.novapublishers.com/catalog/product_info.php?products_id=4729)
- [13] National Cancer Institute: Smoking & Tobacco Control Monograph 12, Bethesda 2000
- [14] <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/full/14/1/60>
- [15] [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/gp\\_smoke\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_de.pdf)
- [16] [www.ensp.org/files/effectivefinal2.pdf](http://www.ensp.org/files/effectivefinal2.pdf)
- [17] <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/content/full/15/3/247>
- [18] [www.ensp.org/files/30\\_european\\_countries\\_text\\_final.pdf](http://www.ensp.org/files/30_european_countries_text_final.pdf)
- [19] [www.sicherearbeit.at/downloads/download\\_1107.pdf](http://www.sicherearbeit.at/downloads/download_1107.pdf)
- [20] [www.aerzteinitiative.at/Edinburgh070911.pdf](http://www.aerzteinitiative.at/Edinburgh070911.pdf)
- [21] [www.aerzteinitiative.at/\\_Beirat\\_1.htm](http://www.aerzteinitiative.at/_Beirat_1.htm)

Univ. Prof. Dr. med. M. Neuberger  
Abteilung Präventivmedizin  
Institut für Umwelthygiene  
Medizinische Universität Wien  
Kinderspitalgasse 15  
A-1095 Wien  
e-mail: [manfred.neuberger@meduniwien.ac.at](mailto:manfred.neuberger@meduniwien.ac.at)