

Pressekonferenz 12. Jänner 2012

Dr. Außerwinkler hatte 1992 das damals modernste Tabakgesetz Europas entworfen. Zum Dank wurde er entlassen und der damalige Wirtschaftsminister und spätere Bundeskanzler strich alle Sanktionen aus dem Gesetz. Spätere Gesundheitsminister waren feig und scheinheilig. Der Gipfel an brutalem Lobbyismus wurde unter Kdolsky erreicht. Sie novellierte zwar das Tabakgesetz, erfüllte aber alle Wünsche der Wirtschaftskammer, einem Sprachrohr der Tabakindustrie.

Arbeitsmediziner, Pädiater, Pneumologen, Kardiologen, Hygieniker, Toxikologen und andere Fachgesellschaften protestierten gegen diese bis heute gültige Tabakgesetznovelle. Denn sie erkannten schon vor 4 Jahren die perfide Absicht, ein Gesetz zu schaffen, das zum Scheitern programmiert war, damit man weitermachen konnte wie bisher. Heute fragen sich Ärzte, ob Stöger hofft, die WHO und die EU mit Alibiaktionen, Pseudoevaluierungen, manipulierten Statistiken und den lediglich angedrohten Sanktionen befriedigen zu können.

Die Aufrechterhaltung der Schmutzkonzurrenz kleiner Raucherlokale hatte Kdolsky auf Rat von Waneck (FPÖ) von Spanien abgeschrieben, wo das partielle Rauchverbot gleichfalls versagte. Spanien hat jedoch aus seinem Fehler gelernt und 2010 das Rauchen in allen Lokalen verboten. Heuer trat ein ähnliches Gesetz in Ungarn in Kraft, das damit dem Beispiel von Nord- und Westeuropa folgte. Schon seit 2004 haben Irland und Norwegen positive Erfahrungen mit dem ausnahmslosen Rauchverbot in der Gastronomie gemacht, seit 2005 erlaubt Italien nur mehr Raucherräume, die wirklich lüftungstechnisch abgetrennt sind und Schweden verbietet dort das Servieren zum Schutz des Personals. Ähnliche Gesetze folgten in Großbritannien, Frankreich und bei unseren Nachbarn Slowenien, Bayern und den meisten Kantonen der Schweiz.

Nach Einführung dieser Rauchverbote wurden folgende Beobachtungen gemacht: Die Herzinfarkte in der Bevölkerung nahmen ab, besonders bei Passivrauchern. Der Gesundheitszustand des Gaststättenpersonals verbesserte sich, Husten, Auswurf und Atembeschwerden nahmen ab. Die Zufriedenheit mit dem Tabakgesetz nahm bei Nichtrauchern und Rauchern zu, die Befürwortung stieg in manchen Ländern auf 90% und heute ist der Grad der Zufriedenheit dort am höchsten, wo keine Ausnahmen zugelassen und das Gesetz konsequent umgesetzt wurde. Die Einführung genereller Rauchverbote erwies sich als die einfachste und kostengünstigste Lösung: Nur im ersten Jahr erhöhte sich der Personaleinsatz (Polizei) wie bei Einführung der Gurtenpflicht im Auto

Laut Eurobarometer ist die Raucherquote im EU-Schnitt auf 29% gefallen und in Österreich auf 34% gestiegen. Raucher in Europa konsumierten im Schnitt 14,4 und in Österreich 17,7 Zigaretten pro Tag. In Europa vertrauten nur mehr 25% in Leichtzigaretten, in Österreich noch 39%. Innerhalb eines Jahres machten 28% der Raucher in Europa, aber nur 21% der Raucher in Österreich einen Aufhörversuch (mit Hilfe 67% in Europa und 31% in Österreich). Ein rauchfreies Heim haben 30% der Raucher in Europa und erst 18% in Österreich. 55% der Bars und 70% der Esslokale in Europa wurden rauchfrei, aber bisher nur 14% der Bars und 30% der Esslokale in Österreich. Während sich im EU-Schnitt die Mehrheit für ein Tabakwerbeverbot in Trafiken (63%) und ein Tabakverkaufsverbot im Internet (60%) und über Automaten (52%) aussprach, fand sich dafür in Österreich noch keine Mehrheit. Dafür ist hierzulande die Kampagne der Tabakindustrie „Höflichkeit und Toleranz“ voll angekommen. Nichtraucher sind in Österreich besonders bemüht, ihr Verständnis für Raucher zum Ausdruck zu bringen und begleiten Raucher meist auch bedenkenlos in Raucherlokale und Raucherzimmer, weil Passivrauchen hierzulande noch immer als Belästigung und nicht als Gesundheitsgefährdung angesehen wird.

Pressekonferenz 12. Jänner 2012

Die beiden österreichweiten Eurobarometer-Umfragen¹ stimmen mit Umfragen in Graz und Wien überein und haben die Umfrageergebnisse von IFES (Auftrag von Minister Stöger) und von MARKET (Auftrag der Wirtschaftskammer) falsifiziert. Die folgende Tabelle zeigt Ergebnisse von drei Studien, die unabhängig voneinander an drei Universitäten durchgeführt wurden (nur der Wissenschaftsethik verpflichtet):

	Gäste (%R)	% Belästigung		gesundheitl. Probleme	mit Gesetz unzufrieden	für Rauch- verbot
		Geruch	Essen			
² Gasser, Schwarz, Wien	1590 (38)	82	76	21	58	51
³ Koch, Hutgrabner, Stmk.	518 (36)	86	85	29	77	62
⁴ Reichmann, Graz	342 (45)				50	

Diese drei Studien haben Gäste mit einem höheren Raucheranteil als in der Allgemeinbevölkerung befragt. Trotzdem wurde in der Steiermark und in Wien ein hoher Belästigungsgrad durch Tabakrauch (Geruch in Haaren und Kleidern, Störung beim Essen) und eine mehrheitliche Befürwortung eines generellen Rauchverbotes in der Gastronomie festgestellt. Die höhere Zustimmungsrate in der Steiermark hängt mit der (im Vergleich zu Wien) geringeren Raucherquote und dem höheren Prozentsatz von Personen zusammen, denen bewusst ist, dass ihnen Tabakrauch gesundheitliche Probleme macht.

In der Studie von Reichmann äußerten nur 50% Unzufriedenheit mit dem Tabakgesetz, was mit dem höheren Raucheranteil (45%) dieser 342 Grazer Gäste zusammenhängt. Die gleichfalls befragten 29 Wirte waren mit dem Tabakgesetz mehrheitlich unzufrieden, allerdings verweigerten 21 Wirte eine Antwort. In 87% der 136 Grazer Lokale fand Reichmann Verletzungen des Tabakgesetzes (meist fehlende oder falsche Kennzeichnung) und in 57% Verstöße gegen zwei oder mehr Bestimmungen. 13 von 62 Mehrraumlokalen waren noch als reine Raucherlokale geführt. Reichmann fand keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Gästezahl pro Lokal während seines Besuches und dem Raucherstatus der Gäste, woraus er schließt, dass Nichtraucher ebenso häufig Lokale frequentieren wie Raucher. Das Tabakgesetz führte zu Wettbewerbsverzerrungen, vor allem zum Nachteil großer Einraumlokale.⁴

Die größte unabhängige Befragung von Gaststättenpersonal in Österreich wurde von Kirnbauer und Wagner in Wien an 201 Personen (56% Raucher) durchgeführt. Dabei sprachen sich 41% (46% der Angestellten und 32% der Inhaber) für ein generelles Rauchverbot in der Gastronomie aus, was nach dem Lobbying der Landesvertretung (für Interessen der Tabakindustrie) bemerkenswert hoch ist. Den Gastronomen scheint also die Ungerechtigkeit und Insuffizienz des dzt. Nichtraucherschutzes

¹ Special Eurobarometer 332, Welle 72.3, Europäische Kommission, Mai 2010; Survey on Tobacco, Flash Eurobarometer 253, Gallup / Europäische Kommission, März 2009.

² Schwarz Karoline 2011, Gasser Maria-Anna 2012: Diplomarbeiten der Med. Univ. Wien

³ Koch Peter 2009, Hutgrabner Christoph-Silvester 2010: Diplomarbeiten der Med. Univ. Graz

⁴ Reichmann Gerhard & Margit: Soziale Sicherheit 2011; 3:140. Arbeits-u. Sozialrechtskartei 2012 (im Druck)

Pressekonferenz 12. Jänner 2012

eher bewusst zu sein, als ihrer Standesvertretung, von der sie mit Horrormeldungen über angebliche Geschäftsverluste durch Rauchverbote überschwemmt werden. Schon die IARC⁵ hat nachgewiesen, dass keine Geschäftseinbußen infolge von Rauchverboten auftreten und seither alle Studien, die nicht von der Tabakindustrie finanziert wurden. Die Wirtschaftsprofessoren Gerhard und Margit Reichmann kommen zu dem Schluss, dass nur partielle Rauchverbote zu wirtschaftlichen Nachteilen für einen Teil der Lokale führen, die durch ein generelles Rauchverbot vermieden werden können.

Pletz & Neuberger⁶ fanden in 112 gut besuchten Lokalen der Wiener Bezirke 1-9 zwischen Februar und Oktober 2010, dass 62% zumindest gegen eine Bestimmung des Tabakgesetzes verstießen. Schietz & Slavik fanden in denselben Bezirken zwischen November 2010 (4 Monate nach Ende der Übergangsbestimmungen des Tabakgesetzes) und Mai 2011, dass 61% von 88 Lokalen gegen das Tabakgesetz verstießen (in 27% wurde die Verbindungstür zum Raucherraum offen gehalten, 16% fehlte eine Trennung vom Nichtraucherzimmer, in 15% wurde im Nichtraucherzimmer geraucht, 14% hatten keine gesetzeskonforme Kennzeichnung und in 7% diente der Hauptraum als Raucherraum).

Eine geringfügige Verbesserung war bei der PM_{2,5}-Belastung der Raumluft feststellbar: Pletz & Neuberger hatten Mediane von 282 µg/m³ in Raucherlokalen, 241 µg/m³ in Raucherzimmern, 68 µg/m³ in Nichtraucherzimmern gemischter Lokale und 7 µg/m³ in Nichtraucherlokalen gefunden. Schietz & Slavik fanden 172 µg/m³ in Raucherlokalen und Raucherzimmern, 34 µg/m³ in Nichtraucherzimmern gemischter Lokale und 7 µg/m³ in Nichtraucherlokalen (bei einer medianen Außenkonzentration von 15 µg/m³ durch den KFZ-Verkehr). Aber auch die jüngste Studie stellte fest, dass der WHO-Grenzwert von 25 µg/m³ (für das Tagesmittel der Außenkonzentration), bei ihren zufälligen Stichproben in Nichtraucherzimmern in 64% der gemischten Lokale überschritten wurde. Dazu kam eine beträchtliche Belastung mit unsichtbaren Ultrafeinstäuben, die auch bei vorschriftsmäßiger Tür vom Raucherraum in den Nichtraucherzimmer gelangen und ein Gesundheitsrisiko darstellen.

Das Sterberisiko an Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist an einer verkehrsreichen Straße wie dem Währinger Gürtel in Wien um ca. 7% höher als in sauberer Luft. Verbringt dieser Anrainer täglich eine Stunde in einem durchschnittlich verrauchten Wiener Lokal, verdoppelt sich sein Sterberisiko auf ca. 14%. Ist er aber in diesem Lokal 8 Stunden pro Tag beschäftigt, muss er insgesamt mit 26% Risikoerhöhung rechnen, vorzeitig an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (Herzinfarkt, Schlaganfall) zu sterben.⁷ Dazu kommen ein Lungenkrebsrisiko, das sich nach 8-jähriger Beschäftigung in einem Raucherlokal verdoppelt und ein Risiko für eine COPD (chronisch-obstruktive Lungenerkrankung) mit entsprechend langem Leiden. Schon bei Kindern errechnen sich untragbar hohe Risiken für Atemwegserkrankungen durch unfreiwilliges Mitrauchen. Dabei geht die Sorglosigkeit der Erwachsenen in Lokalen und zu Hause parallel. Nur die Tabakindustrie profitiert davon, dass schon Kinder in Lokalen Anschauungsunterricht erhalten, Jugendliche zum Rauchen verführt werden und dem Raucher der Ausstieg schwer gemacht wird.

⁵ <http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2008/pr189.html>

⁶ Pletz H, Neuberger M 2011. Atmosphere 2, 171-181. <http://www.mdpi.com/2073-4433/2/2/171/>

⁷ Neuberger M, Moshhammer H 2012. Atemw Lungenkrht. <http://www.gesundheits-blog.org/?p=236>