

# **RAUCHFREIE ARBEITSPLÄTZE: Zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden von Arbeitnehmern**

**Europäischer Statusbericht**

**2001**

European Network for Smoking Prevention (ENSP)  
(Europäisches Netzwerk für Rauchvermeidung)  
144, Chaussée d'Ixelles – B-1050 Brussels – Belgium  
Tel: + 32 2 230 65 15 Fax: + 32 2 230 75 07  
e-mail: [info@ensp.org](mailto:info@ensp.org) Internet: <http://www.enps.org>

# **RAUCHFREIE ARBEITSPLÄTZE: Zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden von Arbeitnehmern**

**Koordination:** Inge van den Borne und Tamara Raaijmakers  
Holländisches Zentrum zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz  
(*Dutch Center for Workplace Health Promotion*)

**Autoren:**

Kapitel 1: Finn Edler von Eyben  
Medizinische Forschungsstelle des Landkreises Ringkoebing,  
Dänemark

Grieto Zeeman (Herausgeber), Defacto, Niederlande

Kapitel 2: Annie J. Sasco<sup>1,2</sup>, Pascal Mélihan-Cheinin<sup>3</sup>, Delphine d'Harcourt<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *International Agency for Research on Cancer*, Lyon, Frankreich

<sup>2</sup> *Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale*, Lyon, Frankreich

<sup>3</sup> *Ligue Nationale contre le Cancer*, Paris, Frankreich

Kapitel 3: Juan Carlos Melero

EDEX Kolektiboa (Zentrum für Gemeindehilfe), Bilbao, Spanien

Kapitel 4: Tamara Raaijmakers und Inge van den Borne

Holländisches Zentrum zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz,  
Woerden, Niederlande

**Zusammenfassung:** Patti White

Health Development Agency ( Behörde für Gesundheitserziehung),  
London, England

**Projektleitung:** Sibylle Fleitmann

ENSP, Brüssel, Belgien

**Dieser Bericht wurde erstellt im Rahmen des  
ENSP-Projektes**

**“Rauchfreie Arbeitsplätze:  
Zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz”**

**Dieses Projekt erhielt finanzielle Unterstützung von der Europäischen Kommission.**

## **Europäischer Statusbericht und Europäische Konferenz für Rauch freie Arbeitsplätze.**

**“Tabakgenuss ist die bedeutendste vermeidbare Quelle von Krankheiten und vorzeitiger Sterblichkeit”.**

An den Folgen des Rauchens sterben in den 51 Ländern Europas jährlich schätzungsweise 1,2 Millionen Menschen. Das sind stolze 14% der gesamten Todesfälle. In den 15 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sterben 550.000 Bürger pro Jahr an Tabak bedingten Krankheiten. **Seit 1989 unterstützt die Europäische Kommission Projekte zur Rauchprävention, um ihre Bürger vor dieser verheerenden Epidemie zu schützen.**

Passivrauchen ist ebenfalls häufig Ursache **von Tod und Erkrankung von Nichtrauchern. Schätzungen zufolge sterben in ganz Europa durch Passivrauchen jährlich 2000 Menschen vorzeitig an Lungenkrebs und weitere 20.000 Menschen erleiden tödliche Herzkrankheiten.**

Die Weltgesundheitsorganisation WHO erklärte das Passivrauchen zum Thema des Welt-Nichtrauchertages des Jahres 2001. Sie betonte, dass Passivrauchen erwiesenermaßen für eine große Bandbreite lebensbedrohlicher Gesundheitsschädigungen verantwortlich ist. **Besonders gefährdet sind Schwangere und Kinder.**

1999 veröffentlichte die Europäische Kommission einen Bericht über die Fortschritte bei der Entwicklung von Maßnahmen für eine wirksame Tabakkontrolle in der EU. Er beleuchtete die bestehenden und die geplanten gesetzlichen Vorschriften zum Arbeitsschutz in den Mitgliedsstaaten und untersuchte, ob in den Mitgliedsstaaten Passivrauchen bzw. Tabakrauch in der Umgebungsluft (ETS) als krebserzeugender Arbeitsstoff anerkannt wurde. Er kam zu dem Ergebnis, dass die Vorschriften zum Schutz der Arbeitnehmer in den einzelnen EU-Ländern beträchtlich variierten.

Die Europäische Kommission nahm diesen Bericht zum Anlass, die Initiative des Europäischen Netzwerks zur Rauchvermeidung, eine Europäische Konferenz zu organisieren und einen Europäischen Statusbericht über rauchfreie Arbeitsplätze abzufassen, zu unterstützen. **Dieses interdisziplinäre Projekt macht an den Grenzen der Europäischen Union nicht halt, sondern schließt auch Nicht-Mitgliedsstaaten mit ein.** Das Projekt widmet sich den finanziellen und gesundheitspolitischen Aspekten des Themas und berücksichtigt wissenschaftliche Untersuchungen ebenso wie praktische Erfahrungen. Es will den Dialog zwischen Gesundheitsexperten, Arbeitgebern und Politikern fördern, damit

schließlich nachweisbare Fakten und Daten zur Verfügung stehen, die zu konkreten Maßnahmen für die Schaffung von rauchfreien Arbeitsplätzen führen.

Die Kommission, der ein Mandat bewilligt wurde, um im Namen der Gemeinschaft verhandeln zu können, misst auch im Hinblick auf die Internationale Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle der WHO dem Thema ETS-Exposition große Bedeutung zu.

In dem gemeinsamen Bestreben, durch Rauchen verursachte Todesfälle und Krankheiten zu reduzieren und die Gesundheit der europäischen Bürger zu verbessern, arbeiten die Europäische Kommission und die Weltgesundheitsorganisation Hand in Hand, um das ENSP-Projekt zu unterstützen.

Dr. Marc Danzon  
WHO-Regionaldirektor für Europa

David Byrne  
Mitglied der Europäischen Kommission

<b>INHALT</b>	<b>Seite</b>
<b>Dank</b>	<b>1</b>
<b>Vorwort</b>	<b>4</b>
<b>Kurze Zusammenfassung</b>	<b>5</b>
<b>Kapitel 1 Gesundheitsrisiken durch aktives und Passivrauchen</b>	<b>8</b>
1.1 Einleitung	
1.2 Auswirkungen aktiven Rauchens	
1.3 Nikotinabhängigkeit	
1.4 Tabakrauch in der Umgebung (ETS)	
1.5 Direkte Auswirkungen des Passivrauchens	
1.6 Langzeit-Auswirkungen des Passivrauchens	
1.7 Zusammenfassung und Schlussbetrachtung	
Anhang 1.1: Raucherstatistik	
<b>Kapitel 2 Rauchen am Arbeitsplatz und in öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten in Europa: Rechtsprechung und Rechtspraxis</b>	<b>38</b>
2.1 Einleitung	
2.2 Methodik	
2.3 Rechtsprechung	
2.4 Rechtspraxis	
2.5 Zusammenfassung und Schlussbetrachtung	
<b>Kapitel 3 Modelle für eine Nichtraucherchutzpolitik in europäischen Ländern und Unternehmen</b>	<b>113</b>
3.1 Einleitung	
3.2 Vorüberlegungen zu einer umfassenden Nichtraucherchutzpolitik	
3.3 Elemente einer erfolgreichen Nichtraucherchutzpolitik	
3.4 Beispiele für eine betriebliche Nichtraucherchutzpolitik	
3.5 Beispiele für eine nationale Nichtraucherchutzpolitik	
3.6 Zusammenfassung und Schlussbetrachtung	

<b>Kapitel 4 Kosteneinsparungen durch eine betriebliche Nichtraucherschutzpolitik</b>	<b>157</b>
4.1 Einleitung	
4.2 Gründe für die Einführung einer betrieblichen Nichtraucherschutzpolitik - Arbeitgeber	
4.3 Gründe für die Einführung einer betrieblichen Nichtraucherschutzpolitik – Gesellschaft	
4.4 Kostenstudien zur Nichtraucherschutzpolitik	
4.5 Kosten einer betrieblichen Nichtraucherschutzpolitik	
4.6 Hindernisse für die Einführung einer betrieblichen Nichtraucherschutzpolitik	
4.7 Zusammenfassung und Schlussbetrachtung Anhang 4.1: Formeln für die Kostenkalkulation	
<b>Bibliographie</b>	<b>184</b>
<b>Konferenzbericht</b>	<b>202</b>

## Dank

Wir möchten folgenden Personen für die Bereitstellung von Informationen und die Durchsicht des Manuskriptes sowie folgenden Organisationen für ihre Kooperation und Bereitschaft danken, uns über ihre Aktivitäten und Programme zum Thema Rauchen zu informieren:

### **Kapitel 1 Gesundheitsrisiken durch aktives und Passivrauchen**

Annette Bornhäuser (Stabsstelle Krebsprävention Deutsches Krebsforschungszentrum, Deutschland), Donald Dery (Kanada), Verena El Fehri (Schweiz), Sibylle Fleitmann (*European Network for Smoking Prevention*, Belgien), Margaretha Haglund (Institut für Volksgesundheit, Schweden), Mervi Hara (*Action on Smoking and Health*, ASH, Finnland), E. Ilaria Malvezzi (*Lega Italiana per la lotta contro I tumori*, Italien), Laurent Huber (*Action on Smoking and Health*, USA), Pascal Mélihan-Cheinin (*Ligue nationale contre le cancer*, Frankreich), Javier Toledo Pallarés (Programm zur Tabakkontrolle, Gesundheitsdienst von Aragon, Spanien), Maria Pilali (Griechische Krebsgesellschaft, Griechenland), Marie-Paule Prost-Heinish (*Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer*, Luxemburg), Luminita Sanda (Ministerium für Gesundheit und Familie, Rumänien), Annie J. Sasco (*International Agency for Research on Cancer*, Frankreich), Ulla Skovgaard Danielsen (Nationale Gesundheitsbehörde, Dänemark), Joan Ramon Villalbi (*Institut Municipal de Salut Pública*, Spanien).

### **Kapitel 2 Rauchen am Arbeitsplatz und in öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten in Europa: Rechtsprechung und Rechtspraxis**

Valerie Coghlan (ASH, Irland), Tibor Demjen (Nationale Entsprechung des Aktionsplans für ein Tabak freies Europa, Ungarn), Finn von Eyben (Medizinische Forschungsstelle des Landkreises Ringkøbing, Dänemark), Verena El Fehri (*Association Tabagisme*, Schweiz), Sibylle Fleitmann (ENSP, Belgien), Michaela Goecke (Deutschland), Kate Grieves (WHO-Beraterin für Europa, UK), Margaretha Haglund (Leiterin des Programmes zur Tabakkontrolle am Nationalen Institut für Volksgesundheit, Schweden), Caroline Hagnéré (IARC, Frankreich), Mervi Hara (ASH, Finnland), Patsy Harrington (WHO Europa, Dänemark), Jürgen Hasler (Deutsche Koalition gegen das Rauchen, Deutschland), Marijke Huydts (Rechte der Nichtraucher in Luxemburg, Luxemburg), Luk Joossens (CRIOC, Belgien), Britt-Marie Lindbland (Schwedische Krebsliga, Schweden), Lars Moler (Dänemark), Manfred Neuberger (Universität Wien, Österreich), Fons Nijpels (CAN, Niederlande),

Thorsteinn Njálsson (Vorsitzender der Projektgruppe Tabakkontrolle, Island), Emila Nunes (Portugal, Gesundheitsministerium, Ungarn, Nationale Entsprechung des Aktionsplans für ein Tabak freies Europa), Michel Pettiaux (*Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Sante*, Belgien), Maria Pilali (Griechische Krebsgesellschaft, Griechenland), Simona Putzu (CODACONS, Italien), Tamara Raaijmakers (Holländisches Zentrum für Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz), Cornel Radu Loghin (Rechte der Nichtraucher in Rumänien, Rumänien), Caroline Rasson (FARES, Belgien), Sylviane Ratte (Französisches Netzwerk Rauch freie Krankenhäuser, Frankreich), Dr. Luminata Sanda (Rumänisches Gesundheitsministerium, Rumänien), Amanda Sanford (ASH, UK), Tore Sanner (Vorsitzender von Tobaccofree, Norwegen), Ulla Skovgaard Danielsen (Nationale Gesundheitsbehörde, Dänemark), Joan Ramon Villalbi (*Institut Municipal de Salud Pública*, Spanien), Professor Witold Zatonski (WHO-Kollaborationszentrum für einen Aktionsplan für ein Tabak freies Europa), Maria Sklodowska (Onkologisches Institut, Polen).

### **Kapitel 3 Modelle für eine Nichtraucherschutzpolitik in europäischen Ländern und Unternehmen**

#### **Für die Ausarbeitung dieses Kapitels wurden Unterlagen von folgenden Organisationen und Institutionen verwendet:**

*Action on Smoking and Health*, *Health and Safety Executive* und *Health Education Authority* (UK); *European Foundation for the improvement of working and living conditions* und *Eastern Health Board* (Irland); Jellinek, Alcon, Defacto und Holländisches Zentrum zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz (Niederlande); WHO-Partnerschaftsprojekt Tabakabhängigkeit in Deutschland und Bundesverband der BKK (Deutschland); Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (Österreich); Fares und VIG (Belgien); die dänische Regierung (Dänemark); Nationales Institut für Volksgesundheit (Finnland), Archée und *Office Francaise de prevention du tabagisme* (Frankreich); *Fondation Luxembourgeoise contre le cancer* und Gesundheitsministerium (Luxemburg); Gesundheitsministerium (Portugal); Ayuntamiento de Murcia, Gobierno de Navarra und Gobierno de Aragon (Spanien); Zentrum für Tabakprävention (Schweden); PROGEF (Schweiz); *California department of health services* und *U.S. Department of health and human services* (USA) sowie *Health Canada* (Kanada).

### **Kapitel 4 Kosteneinsparungen durch eine betriebliche Nichtraucherschutzpolitik**

Joseph A. Adams (*Smoke Free Maryland*, USA), Robert Anderson (*European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, Irland), Kathy Barnsley (*Department of Health and Human Services*, Australien), Simon Chapman (Universität Sydney, Australien), Nadia Clarkin (*Work Research Center*, Irland), Clifford E. Douglas (*Tobacco Control Law & Policy Consulting*, USA), Sheila Duffy (*Action on Smoking and Health*, Schottland), Sybille Fleitmann (*European Network Smoking Prevention*, Belgien), Barbro Holm Ivarsson (Zentrum für Tabakprävention, Schweden), Anne Jones (*Action on Smoking and Health*, Australien), Ann Landman (*Colorado American Lung Association*, USA), Brenda Mitchell (*Brenda Mitchell Consulting*, Kanada), Teresa Renehan (*European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, Irland), James Repace (*Repace Associates*, USA), Stan Shatenstein (*Tobacco News Online*, Kanada), Donald R. Shopland (USA), Karla S. Sneegas (*Indiana Tobacco Prevention and Cessation Agency*, USA), Robert Welte (Nationales Institut für Volksgesundheit und Umwelt, Niederlande), Marc C. Willemsen (Defacto, Niederlande), Richard Wynne (*Work Research Center*, Irland).

### **Korrektoren**

Wir danken folgenden Personen für die Durchsicht des Manuskriptes:

Grieto Zeeman (Defacto, Niederlande), Friedrich J. Wiebel (GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, Deutschland), Patti White (*Health Development Agency*, England).

## Vorwort

Rauch freie Arbeitsplätze sind eine wichtige Voraussetzung, um frühzeitigem Tod und Krankheit der werktätigen Bevölkerung vorzubeugen.

Laut der neusten, von EUROSTAT veröffentlichten Zahlen, sind im Jahr 1999 162 Millionen Bürger der Europäischen Union berufstätig. In der Bevölkerungsgruppe zwischen 15 und 64 Jahren sind 72 % der Männer und 53 % der Frauen berufstätig. Ein Vollzeitbeschäftigter arbeitet in der EU 40 Stunden pro Woche. Geht man einmal von sieben Stunden Schlaf pro Nacht aus, verbringt ein Vollzeitbeschäftigter ein Drittel seines Lebens am Arbeitsplatz. Jeder Berufstätige hat ein Recht auf eine sichere und gesunde Arbeitsumgebung, und dieses Recht sollte gesetzlich verankert werden.

Vor allem Frauen sind hiervon betroffen. Während die Zahl der rauchenden Männer langsam abnimmt, rauchen immer mehr Frauen, mit verheerenden gesundheitlichen Folgen. Die Zahl der berufstätigen Frauen in Europa steigt, so dass in den letzten 5 bis 6 Jahren zunehmend mehr Arbeitsplätze von Frauen eingenommen wurden. Zudem arbeiten 80% der Frauen im Dienstleistungssektor, ein Großteil davon in Restaurants und Bars. Laut Statistiken sind 73% der nicht rauchenden Frauen Tabakrauch in der Umgebung ausgesetzt, was sich besonders bei Schwangeren schädlich auswirkt.

Rauch freie Arbeitsplätze können nur geschaffen werden, wenn es gelingt, alle Beteiligten mit einzubeziehen. So sollte mehr für die Aufklärung der Bevölkerung getan und die Gesundheitsschädlichkeit von Tabakrauch durch weitere Studien untermauert werden, und auch realistische Forderungen, die sich aus dem Arbeitsalltag ergeben, bedürfen der Berücksichtigung.

Der vorliegende Europäische Statusbericht ist aus themenbezogenen Untersuchungen und den Ergebnissen der Europäischen Konferenz für Rauch freie Arbeitsplätze, die am 10. und 11. Mai 2001 in Berlin stattfand, hervorgegangen. Er vereint die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen sowie praktische Erfahrungen, die deutlich für eine Änderung der bestehenden Situation sprechen. Der Bericht soll:

- aufgrund seiner umfassenden Dokumentation Argumente zugunsten Rauch freier Arbeitsplätze liefern.
- die Diskussion zwischen Gesundheitsschützern, Unternehmern und Politikern anregen.
- die Politik / Gesetzgebung auf nationaler und europäischer Ebene beeinflussen.

Sibylle Fleitmann  
Generalsekretärin, ENSP

Trudy Prins  
Präsidentin, ENSP

## Kurze Zusammenfassung

Seit 1986 wurden in 14 von anerkannten medizinischen und Umwelt-Institutionen sowie Regierungsbehörden in Europa, Nordamerika und Australien vorgelegten Berichten nachgewiesen, daß Passivrauchen ein Risiko für die Volksgesundheit darstellt. Einige Institutionen wie das *National Institute on Occupational Safety and Health* (NIOSH) in den USA haben Tabakrauch als krebserregenden Arbeitsstoff eingestuft.

Tabakrauch in der Umgebung (ETS) enthält unzählige chemische Substanzen, von denen mehr als vierzig bei Menschen und Tieren krebserregend sind. ETS enthält ebenfalls Stoffe, die Reizungen der Augen und der oberen Atemwege verursachen. Der 'Nebenstromrauch', der von einer brennenden Zigarette abgegeben wird, enthält höhere Konzentrationen dieser chemischen Stoffe als der "Hauptstromrauch", der vom Raucher direkt inhaliert wird.

Besonders gefährdet sind Kinder durch Passivrauchen. Sie tragen durch unfreiwilliges Mitrauchen ein höheres Risiko für Plötzlichen Kindstod (SIDS) sowie für Infektionen der oberen Atemwege, Bronchialasthma und Mittelohrentzündungen. Bei Erwachsenen erhöht das Passivrauchen bei Nichtrauchern das Risiko von Lungenkrebs, Herzgefäßerkrankungen und Schlaganfall.

Die durch langfristige ETS-Exposition am Arbeitsplatz verursachten Implikationen werden in Europa und auch weltweit immer mehr anerkannt. In allen 15 Mitgliedsstaaten der EU existieren gegenwärtig Gesetze zur Einschränkung des Rauchens in öffentlich zugänglichen und frequentierten Räumlichkeiten, aber nur wenige Vorschriften, die sich explizit auf den Arbeitsplatz beziehen. Klare Regelungen gibt es auch zu Rauchverboten in Gesundheitseinrichtungen, öffentlichen Gebäuden und in öffentlichen Verkehrsmitteln, die genau betrachtet natürlich ebenfalls Arbeitsplätze sind.

Auf europäischer Ebene existieren zwei Richtlinien, die sich zwar direkt auf das Rauchen am Arbeitsplatz beziehen, aber leider nicht umfassend genug sind. Beispielsweise besagt eine Richtlinie von 1983 (83/477), dass das Rauchen in Räumen verboten ist, in denen Arbeiter Asbeststaub ausgesetzt sind. Eine Richtlinie von 1989 (89/654) befasst sich mit der Atemluft an Arbeitsplätzen in geschlossenen Räumen. Sie ordnet insbesondere an, dass geeignete Maßnahmen zum Schutz von Nichtrauchern ergriffen werden müssen, beispielsweise in den Pausen- und Ruheräumen für Arbeitnehmer.

In acht der 15 EU-Mitgliedsstaaten wurden bereits Prozesse geführt, in denen Nichtraucher ihre Rechte einforderten: in Dänemark, Deutschland, Frankreich, Irland, Italien, den

Niederlanden, Schweden und im Vereinigten Königreich. Zu diesem Zweck wurden oft bestehende Gesetze angeführt, die Arbeitgeber verpflichten, eine sichere und gesunde Arbeitsumgebung zu schaffen, um zu unterstreichen, dass es ein Gesundheitsrisiko am Arbeitsplatz darstellt, wenn Arbeitnehmer gezwungen sind, in verrauchter Luft zu arbeiten.

In Europa, Nordamerika und anderen Ländern wurden Modelle einer Nichtraucherpolitik in Betrieben unterschiedlichster Art und Größe bereits erfolgreich umgesetzt. Durch die über zwanzigjährige Erfahrung mit der Ausarbeitung und Umsetzung solcher Modelle weiß man heute, welche Punkte für den Erfolg einer solchen Politik maßgeblich sind:

- Man muss deutlich machen, dass die Belästigung vom Rauch und nicht vom Raucher ausgeht;
- Das Recht von Einzelpersonen auf eine sichere und gesunde Umgebung muss respektiert werden;
- Wichtig ist, sich des Engagements und der Unterstützung der Geschäftsleitung zu versichern;
- Die Arbeitnehmer müssen Gelegenheit haben, sich an der Planung und Umsetzung der Politik zu beteiligen;
- Manager müssen geschult werden, damit sie die Inhalte der Politik besser kommunizieren und umsetzen können;
- Die gesamte Belegschaft muss über die Risiken von ETS-Exposition am Arbeitsplatz aufgeklärt werden;
- Wichtig ist, sicherzustellen, dass Verbote und die Einhaltung derselben ausnahmslos für alle im Unternehmen Beschäftigten gelten;
- Man sollte genug Zeit einplanen für Ankündigung, Planung und Umsetzung der Politik;
- Arbeitnehmern und deren Familien sollte vor und nach der Einführung der neuen Politik Unterstützung bei der Raucherentwöhnung angeboten werden;
- Die Politik sollte beständig überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

Eine Politik zum Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz wirkt sich gleichermaßen positiv auf die Gesundheit von Rauchern wie Nichtrauchern aus. Studien haben gezeigt, dass betriebliche Rauchverbote auch den Zigarettenkonsum von Rauchern während der Arbeit reduzieren. Desweiteren ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass Raucher, die an Rauch freien Arbeitsplätzen beschäftigt sind, eher aufhören zu rauchen als jene, an deren Arbeitsplatz keine solchen Verbote bestehen.

Raucher fehlen auch häufiger bei der Arbeit als Nichtraucher. Sie fehlen nicht nur häufiger aufgrund von ernsten Krankheiten wie Herz- oder Atemwegserkrankungen, sondern auch weil sie anfälliger sind für Husten, Erkältungen und Grippe.

Die Kosten für den Arbeitsausfall umfassen sowohl die Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall als auch die Kosten für verminderte Effizienz und eine geringere Produktion, weil Arbeitskräfte fehlen oder man vorübergehend auf nicht eingearbeitete Ersatzkräfte zurückgreifen muss.

Weitere Kosten, die durch Rauchen am Arbeitsplatz entstehen, sind höhere Versicherungsprämien sowie erhöhte Ausgaben für Einrichtung und Geräte, die durch Tabakrauch beeinträchtigt werden können. Eine betriebliche Nichtraucherschutzpolitik kann zu einer Aufwertung des Firmenimages führen und Konflikte zwischen rauchenden und nicht rauchenden Arbeitnehmern reduzieren.

Bei der Planung und Einführung einer betrieblichen Nichtraucherschutzpolitik entstehen natürlich Kosten, z.B. für den (Aus)bau und die Belüftung von Raucherräumen, für Raucherentwöhnungsprogramme usw. Allerdings zeigen Kostenanalysen die langfristigen Vorteile einer solchen Politik auf, nämlich dass es sich hierbei um äußerst lohnenswerte Investitionen handelt, die auf lange Sicht sowohl Geld sparen als auch andere, weniger sichtbare Vorteile bieten wie eine Verbesserung der Arbeitsmoral der Arbeitnehmer und eine Aufwertung des Firmenimages.

# 1. Gesundheitsrisiken durch aktives und passives Rauchen

Finn Edler von Eyben, Medizinische Forschungsstelle des Landkreises Ringkoebing (Dänemark)

## 1.1 Einleitung

Rauchen am Arbeitsplatz verursacht Krankheit und Tod, ist eine Belästigung für Nichtraucher, führt zu Produktivitätsverlust und verursacht zusätzliche Kosten. Rauchfreie Arbeitsplätze können Geld und Zeit sparen und Menschenleben retten. Diese Fakten bilden den Hintergrund für die Forderung nach einer Tabakkontrolle am Arbeitsplatz.

Tabakrauch ist die Quelle für Passivrauchen. Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass Rauchen Krankheiten verursacht, die zu Behinderungen und zum Tod führen.

Andere Studien zeigten, dass Passivrauchen das Risiko für Tabak bedingte Krankheiten erhöht. Das Nationale Institut für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz NIOSH (*National Institute for Occupational Safety and Health*) in den USA, der Chefarzt der US-Gesundheitsbehörde, der Nationale Forschungsrat (*National Research Council*) der USA, die Kalifornische Umweltschutzbehörde (*California Environmental Protection Agency*), das Amerikanische College für Arbeits- und Umweltmedizin ACOEM (*American College of Occupational and Environmental Medicine*) und das französische *Comité National Contre le Tabagisme* arbeiteten die bestehende Literatur durch und kamen zu dem Schluss, dass Passivrauchen am Arbeitsplatz ein Gesundheitsrisiko darstellt.<sup>1-5</sup> Es existiert also eine fundierte wissenschaftliche Basis für die Forderung einer Reduzierung des Tabakrauchs in der Umgebung. Von Land zu Land variieren jedoch die Vorschriften zum Teil beträchtlich, mit deren Hilfe Nichtraucher vor unfreiwilliger ETS-Exposition geschützt werden sollen. Die Tabakindustrie hat sich gesetzlichen Verboten, die dem Passivrauchen Einhalt gebieten sollen, entgegengestellt, da sie fürchtet, diese Gesetze könnten die soziale Akzeptanz des Rauchens mindern.

In diesem Kapitel wird unter Berücksichtigung der neusten Erkenntnisse auf die gesundheitlichen Risiken des Rauchens eingegangen, wobei wir uns primär auf in europäischen Ländern durchgeführten Studien, die sich auf den Arbeitsplatz beziehen, stützen. Wir beleuchten die durch Rauchen entstehenden Gesundheitsrisiken bei Frauen und Männern, den Einfluss des Rauchens auf die durchschnittliche

Lebenserwartung, die Vorteile, die ein Rauchverzicht mit sich bringt, die Rauchgewohnheiten der verschiedenen sozialen Schichten in westlichen Gesellschaften und gehen der Frage nach, ob die durch Rauchen verursachten Erkrankungen Schicht spezifisch sind. Weiter werden in diesem Kapitel verschiedene Möglichkeiten der Messung von Tabakrauch in der Umgebung (ETS) vorgestellt und die unmittelbaren sowie langfristigen Auswirkungen des Passivrauchens und die Auswirkungen des Passivrauchens am Arbeitsplatz aufgezeigt.

## **1.2 Auswirkungen des aktiven Rauchens**

### **1.2.1 Durch Tabak verursachte Erkrankungen**

Rauchen zählt zu den Hauptverursachern von Lungenkrebs, chronisch-obstruktiven Atemwegserkrankungen und der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und trägt maßgeblich zu Herz-Kreislaufkrankungen sowie zu zerebralen Durchblutungsstörungen bei. Raucher leiden ebenfalls öfter an chronischen Krankheiten und tragen ein höheres Krankheitsrisiko als Nichtraucher. Tabelle 1 veranschaulicht das relative, Rauch bedingte Krankheitsrisiko bei aktiven sowie ehemaligen Rauchern zwischen 35 und 64 Jahren im Vergleich zu Nichtrauchern.<sup>7</sup> Sie zeigt auch den Prozentsatz jener, bei denen eine Tabak bedingte Krankheit auftritt. Beispielsweise ist das Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken, bei einem aktiven Raucher 11 Mal höher als bei einem Nichtraucher. Sowohl bei Männern wie auch bei Frauen können 83% aller Lungenkrebsfälle auf Rauchen zurückgeführt werden. Corrao et al. fassen die Risikoprofile der meisten Länder zusammen<sup>1-5</sup>.

Tabelle 1. Tabak bedingtes Krankheitsrisiko

Diagnose	Relatives Risiko zwischen 35 und 64 Jahren		Auf aktives Rauchen zurückzuführendes Risiko in %	
	aktive Raucher	ehemal. Raucher	Männer	Frauen
Lippen-, Mund-, Rachenkrebs	2,9	2,0	50	48
Speiseröhrenkrebs	3,4	2,0	54	52
Kehlkopfkrebs	5,4	2,5	67	66
Lungenkrebs	11,5	5,0	83	83
Bauchspeicheldrüsenkrebs	1,6	1,0	17	17
Nierenkrebs	1,5	1,0	15	15
Blasenkrebs	2,5	1,5	41	29
COPD*, Bronchitis, Lungenemphysem**	8,7	4,0	79	78
Koronare Herzkrankheit	2,7	1,4	41	40
Andere Herzkrankheiten	1,6	1,2	21	20
Hirndurchblutungsstörungen	2,4	1,3	37	36
Bluthochdruck	1,6	1,2	21	20
Arteriosklerose	4,1	1,0	52	52
Lungenentzündung	1,8	1,3	27	26
Bronchialasthma	1,8	1,3	27	26

Quelle: Kjønstad: Liability of tobacco industry, Norwegen 2000.<sup>7</sup>

\* COPD: Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)

\*\* Bronchitis und Lungenemphysem werden separat von COPD genannt, da nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) für Bronchitis, Lungenemphysem und andere COPD verschiedene Diagnoseschlüssel vergeben wurden.

### 1.2.1.1 Lungenkrebs

Vor 1920 trat Lungenkrebs nur selten auf, während er heute die Hauptursache für den Krebstod von Männern in den westlichen Ländern darstellt. Drei zwischen 1940-1955 durchgeführte europäische Studien wiesen darauf hin, dass Rauchen Lungenkrebs verursacht,<sup>9-11</sup> und zahlreiche andere Studien bestätigten diesen Zusammenhang. In Dänemark folgte auf den Anstieg des Zigarettenkonsums zwischen 1950 und 1980 fünfzehn Jahre später ein Anstieg der Lungenkrebsfälle.<sup>12</sup> Und auch in den USA hatte eine Umstellung der Rauchgewohnheiten eine veränderte Lungenkrebshäufigkeit zur Folge.<sup>13</sup>

Tabelle 2. Prozentsatz der Raucherinnen in der Bevölkerung (1980) und Auftreten von Lungenkrebs bei Frauen (1995)

	Anteil der Raucherinnen 1980 ( %)	Lungenkrebshäufigkeit 1995*
Belgien	28	14
Dänemark	44	41
Deutschland	21	13
Finnland	18	10
Frankreich	24	8
Griechenland	25	11
Irland	32	26
Italien	17	12
Niederlande	34	19
Norwegen	25	18
Österreich	14	14
Portugal	12	7
Schweden	23	17
Spanien	17	6
Verein. Königreich	37	31

Quelle: Joossens und Sasco: *Smoking and women*; ENSP-Konferenzbericht, 1998.<sup>14</sup>

\* Lungenkrebshäufigkeit ist hier die altersbereinigte Häufigkeit bei 100.000 Frauen pro Jahr.<sup>15</sup>

Während Lungenkrebs früher vorwiegend bei Männern auftrat, sorgte eine zunehmende Zahl weiblicher Raucher für einen raschen Anstieg der Lungenkrebshäufigkeit bei Frauen. Tabelle 2 zeigt den Anteil der Raucherinnen in der Bevölkerung im Jahr 1980 und die Lungenkrebshäufigkeit im Jahr 1995 in den westlichen Ländern Europas.<sup>14;15</sup> Der Prozentsatz der Raucherinnen in diesen Ländern steht in direkter Verbindung mit der Lungenkrebshäufigkeit. Der Spearman-Rank-Korrelationskoeffizient betrug 0,78 ( $p = 0,001$ ). Der unterschiedlich hohe Prozentsatz an Raucherinnen in den einzelnen Ländern ist zu 61 % verantwortlich für die variierende Lungenkrebshäufigkeit bei Frauen.

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass 1980 dänische Frauen mehr rauchten als Frauen in anderen westlichen Ländern Europas, und dass sie 1995 häufiger an Lungenkrebs erkrankten. In Ländern hingegen, in denen der Prozentsatz der Raucherinnen niedrig war, wie Portugal und Spanien, erkrankten weniger Frauen an Lungenkrebs.

### **1.2.1.2 Chronisch Obstruktive Lungenerkrankungen**

Das Risiko für Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) ist für Raucher 8,7 Mal höher. Rauchen ist bei Männern für 79% und bei Frauen für 78% dieser Atemwegserkrankungen verantwortlich (Tabelle 1). Die Sterberate bei Chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen und Bronchialasthma ist in Dänemark höher – bei Männern wie Frauen – als in anderen westlichen Ländern Europas.<sup>16</sup> In den letzten Jahren diagnostizierten Ärzte sowohl bei älteren Patienten als auch bei Frauen in mittleren Jahren Behinderungen infolge einer schlechten Lungenfunktion. Etwa 5% der erwachsenen Dänen sind aufgrund von COPD körperlich behindert.

### **1.2.1.3 Herzgefäßkrankheiten**

Rauchen ist einer der größten Risikofaktoren für Herzgefäßkrankheiten. Die Bewertung der Risikofaktoren basiert auf Studien, die Personengruppen jahrelang begleiteten. Die Sieben-Länder-Studie begleitete in den späten 1940er Jahren mehr als 12.500 Männer zwischen 40 und 59 Jahren, um Risikofaktoren für Herzkrankheiten in Finnland, Griechenland, Italien, Japan, Jugoslawien, den Niederlanden und den USA zu ermitteln.<sup>17</sup> Rauchen und andere Risikofaktoren wie Bluthochdruck und hohe Cholesterinwerte erhöhten das Risiko einer Herzgefäßkrankung (Koronare Herzkrankheit). Andere Risikofaktoren, die auf die Lebensweise zurückzuführen sind, sind eine Fett reiche Ernährung (hoher Anteil an gesättigten Fetten) und Bewegungsmangel. Die Hälfte der Patienten mit einer Herzgefäßkrankung hatte bereits einen akuten Myokardinfarkt (Herzinfarkt) erlitten. Welchen Einfluss das Rauchen auf Herzgefäßkrankungen hat, hängt davon ab, wieviele Zigaretten der Raucher konsumiert und ob er den Rauch inhaliert.<sup>18;19</sup> Insgesamt wurden 30% aller akuten Myokardinfarkte durch Rauchen verursacht (Tabelle 1). In der Gruppe der unter 40jährigen war das Risiko eines durch Rauchen verursachten akuten Myokardinfarktes am höchsten.<sup>20-22</sup> In dieser Altersgruppe wurden mehr als 50% der Infarkte durch Rauchen ausgelöst. Starke Raucher können bereits mit 25 Jahren ihren ersten Herzinfarkt erleiden.

### **1.2.1.4 Hirndurchblutungsstörungen (Schlaganfall)**

Das Risiko eines Schlaganfalls ist bei Rauchern um 2,4 Mal größer.<sup>25;26</sup> Etwa ein Drittel der in dieser Altersgruppe auftretenden Schlaganfälle können auf Rauchen zurückgeführt werden. Das Risiko ist für Raucher unter 65 Jahren größer.

#### **1.2.1.5 Andere mit Rauchen in Verbindung gebrachte Krankheiten und Risikofaktoren**

Rauchen ist ebenfalls die Hauptursache für eine schlechte Blutzirkulation in Armen und Beinen, der sogenannten Peripheren Arteriellen Verschlusskrankheit. Diese Krankheit führt bei Patienten häufiger zu Behinderungen als zum Tode.

Rauchen gilt als ein möglicher Risikofaktor für nicht tödliche Krankheiten wie Kropf<sup>25;26</sup> und Osteoporose.<sup>27</sup>

Das Risiko für ein Magengeschwür ist bei Rauchern um ein dreifaches höher als bei Nichtrauchern.<sup>28</sup>

Raucher begehen häufiger Selbstmord als Nichtraucher.<sup>23;24</sup> Die Ursachen für diesen Zusammenhang sind noch nicht geklärt.

#### **1.2.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Tabak bedingten Krankheiten**

Rauchen beeinträchtigt die Gesundheit von Männern wie Frauen. Anfang des 20. Jahrhunderts rauchten mehr Männer als Frauen, und Lungenkrebs und Herzgefäßerkrankungen traten bei Männern häufiger auf als bei Frauen. Eine neuere wissenschaftliche Arbeit aus Dänemark jedoch zeigt, dass Rauchen bei Frauen zu einem höheren Risiko für Lungenkrebs und akutem Myokardinfarkt führt als bei Männern.<sup>29</sup>

#### **1.2.3 Durch Rauchen verursachte Todesfälle**

Die durch Rauchen verursachten Krankheiten haben großen Einfluss auf die Lebenserwartung in westlichen Gesellschaften. Die vier Krankheiten, die am häufigsten zum Tod führen, sind Krebs, Herzgefäßerkrankungen, Schlaganfälle und Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen.

Eine Studie über 35.000 britischen Ärzte (nur Männer) zeigte die Verbindung zwischen Rauchen, Krankheit und Tod auf.<sup>30</sup> Nichtraucher lebten acht Jahre länger als Raucher, und am größten war der Unterschied zwischen Nichtrauchern und starken Rauchern. Die gleichen Unterschiede fand man auch bei einer dänischen Population, die über 30

Jahre lang begleitet wurde.<sup>31</sup> Diese Ergebnisse wurden in verschiedenen Ländern und für verschiedene soziale Gruppen bestätigt.

Tabelle 3 zeigt den Zigarettenkonsum in westlichen Ländern Europas im Jahr 1995 und den Prozentsatz der durch Rauchen verursachten Todesfälle bei Männern zwischen 35 und 69 Jahren. Der Prozentsatz der Männer zwischen 35 und 69 Jahren, die an durch Rauchen verursachten Krankheiten starben, läßt nur vage eine Verbindung mit dem Zigarettenkonsum pro Person in jenem Jahr erkennen.<sup>8;32;33</sup> Dies rührt daher, dass zwischen der Sterberate in einem Jahr und der Zahl der Raucher im gleichen Jahr nur teilweise ein Zusammenhang besteht. Ob jemand früher geraucht hat, macht sich erst in späteren Jahren in der Sterbestatistik bemerkbar.

Tabelle 3. Zigarettenkonsum in den westlichen Ländern Europas im Jahr 1995 und der Prozentsatz der Todesfälle durch Tabak bedingte Krankheiten bei Männern zwischen 35 und 69 Jahren.

Land	Zigaretten pro Person pro Jahr	Anteil der durch Rauchen verursachten Todesfälle (in %)
Belgien	2428	40
Dänemark	1919	31
Deutschland	1702	31
Finnland	1351	21
Frankreich	2058	33
Griechenland	4313	31
Irland	2238	30
Italien	1813	36
Niederlande	2088	36
Norwegen	725	20
Österreich	2073	26
Portugal	2079	21
Schweden	1202	16
Schweiz	2932	31
Spanien	2364	34
Verein. Königreich	1733	30

Quelle: Referenzliteratur,<sup>8;32;33</sup>

Nachfolgestudien in den Ländern zeigen, dass ein geändertes Konsumverhalten im Laufe der Jahre die Rate der Tabak bedingten Todesfälle bei Männern in mittleren

Jahren beeinflusst. In dem Zeitraum von 1970 bis 1995 war eine Zu- oder Abnahme des Zigarettenkonsums pro Person pro Jahr in den westlichen Ländern Europas eng verknüpft mit einer Zu- oder Abnahme der mit Rauchen in Verbindung gebrachten Todesfälle bei Männern zwischen 35 und 69 Jahren (Tabelle 4).<sup>8,32,33,34</sup> Der Spearman-Rank-Korrelationskoeffizient betrug 0,79 ( $p < 0,0005$ ), war also hoch. Ein verändertes Tabakkonsum-Verhalten in einem Land war zu 62% verantwortlich für Veränderungen in der Zahl Tabak bedingter Todesfälle.

Tabelle 4. Veränderungen im Zigarettenkonsum in den westlichen Ländern Europas zwischen 1970 und 1995, und Veränderungen in der Zahl der Tabak bedingten Todesfälle bei Männern zwischen 35 und 69 Jahren

Land	Veränderungen im Zigarettenkonsum pro Person pro Jahr (%)*	Veränderungen in der Zahl Tabak bedingter Todesfälle (%)*
Belgien	78,3	77
Dänemark	101,7	100
Deutschland	72,2	90,3
Finnland	68,8	46,7
Frankreich	112,8	110,3
Griechenland	152,3	160
Irland	101,4	76,2
Italien	100,3	101,4
Niederlande	100,7	86,8
Norwegen	93,6	108,3
Österreich	88,8	66,1
Portugal	152,5	195
Schweden	68,7	81,8
Schweiz	82,3	85,7
Spanien	108,2	175
Verein. Königreich	59,0	43,1

Quellen <sup>8;32;33;34</sup>

\*Die Tabelle zeigt den Prozentsatz im Jahr 1995 auf der Basis des Jahres 1970.

Diese Tabelle verdeutlicht, dass zwischen einem abnehmenden Zigarettenkonsum pro Person und der Abnahme der Tabak bedingten Todesfälle eines Landes ein Zusammenhang besteht, wie an Österreich, Schweden und dem Vereinigten Königreich ersichtlich ist.<sup>34</sup> Wenn umgekehrt der Zigarettenkonsum zunahm, erhöhte sich die Zahl der auf Rauchen zurückzuführenden Todesfälle. Dies war in Griechenland, Portugal und Frankreich der Fall.

Tabelle 5 zeigt die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern und Frauen in Schweden. In Schweden war der Prozentsatz der Raucher EU-weit am geringsten und die durchschnittliche Lebenserwartung am höchsten.

Tabelle 5. Durchschnittliche Lebenserwartung von Männern und Frauen in Schweden und in der EU

	Durchschnittliche Lebenserwartung (in Jahren)			
	Männer		Frauen	
	Schweden	EU	Schweden	EU
1979	72,6	70,6	78,3	77,3
1983	74,6	72,9	80,6	79,6
1996	76,7	74,4	81,0	81,0

Quelle: Publikation der schwedischen Regierung <sup>139</sup>

Der Tabakkonsum wurde bei beiden Geschlechtern zu unterschiedlichen Zeitpunkten populär. Männer begannen in Westeuropa bereits Anfang des 20. Jahrhunderts Zigaretten zu rauchen, während dies bei Frauen erst in der zweiten Hälfte des 20. Jhs. in Mode kam. Die Zahl der männlichen Raucher begann etwa um 1950 herum abzunehmen, lange, bevor die Zahl der Raucherinnen zu sinken begann. Während die Zahl der auf Tabakkonsum zurückzuführenden Todesfälle bei Männern in einigen westlichen Ländern zurückgeht, steigt sie bei den Frauen immer mehr an. Die Mortalitätsrate aufgrund von Tabakkonsum bei Frauen zwischen 55 und 84 Jahren stieg von 2% im Jahr 1955 auf 30% im Jahr 1995, während der standardisierte Sterblichkeitsquotient aufgrund aller anderen Ursachen abnahm. <sup>25;26</sup> Die Gesamtsterberate bei Frauen stieg in Dänemark nach 1976 an. Diese Entwicklung wich von jener in der restlichen EU ab. <sup>25;26</sup>

In den USA stieg in den letzten Jahrzehnten die Sterberate bei Lungenkrebs, während die Sterberate bei allen anderen Krebsarten abnahm. <sup>38</sup> Infolgedessen blieb die Gesamtsterberate bei Krebs in den USA unverändert.

Die Krebsart, die in den USA bei Frauen wie Männern am häufigsten zum Tode führt, ist Lungenkrebs, der gleichzeitig auch bei Männern in den meisten westlichen Ländern für den Krebstod verantwortlich ist. In diesen Ländern steigt auch die Lungenkrebshäufigkeit bei Frauen, so dass es durchaus möglich ist, dass in den nächsten zwanzig Jahren Lungenkrebs bei Frauen häufiger zum Tod führt als – wie bisher - Brustkrebs.

Die Hälfte der aktiven Raucher stirbt an durch Rauchen verursachten Krankheiten. Ein Viertel davon im Alter zwischen 35 und 69 Jahren. Tabak bedingte Krankheiten haben also großen Einfluss auf die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern in westlichen Ländern und zunehmend mehr Einfluss auf die der Frauen.

Bei 30% aller vor dem 70. Lebensjahr Verstorbenen in Westeuropa ist der Tod auf Rauchen zurückzuführen.<sup>8</sup> Weltweit sterben jährlich 3 Millionen Menschen durch Rauchen. Diese Zahl wird in den nächsten 30 Jahren auf 10 Millionen pro Jahr anwachsen.

#### **1.2.4 Rauchverzicht bringt Vorteile**

Ehemalige Raucher haben ein geringes Erkrankungsrisiko als aktive Raucher (Tabelle 1).<sup>7</sup> Im Vergleich zu einem aktiven Raucher hat ein Raucher, der das Rauchen einstellt, ein geringeres Gesundheitsrisiko. Das Risiko von Herzgefäßerkrankungen verringert sich vom ersten Tag des Rauchverzichts an und stabilisiert sich innerhalb von zwei Jahren. Ein Rauchverzicht verringert ebenfalls das Lungenkrebsrisiko. Kohorten-Studien zeigten, dass bei ehemaligen Rauchern das Lungenkrebsrisiko niedriger war als bei weiterhin aktiven Rauchern. In der oben erwähnten Studie über britische Ärzte lebten die ehemaligen Raucher länger als die weiterhin aktiven Raucher, und jene, die vor ihrem 40. Lebensjahr aufgehört hatten, profitierten am meisten davon.

In Finnland folgte auf eine Abnahme des Zigarettenkonsum auch eine Abnahme der Patienten mit Lungenkrebs, Herzgefäßerkrankungen und Schlaganfällen.<sup>39</sup>

Schätzungen des dänischen Gesundheitsministeriums zufolge würde eine 50prozentige Senkung des Tabakkonsums in Dänemark die durchschnittliche Lebenserwartung im Land um drei Jahre anheben.<sup>12</sup> Aus anderen Ländern liegen ähnliche Schätzungen vor.

#### **1.2.5 Das Rauchverhalten in verschiedenen Ländern**

##### **Entwicklungstrends im Rauchverhalten**

Seit den 1950er Jahren, als sich Raucher in den westlichen Ländern zunehmend mehr der gesundheitlichen Risiken bewusst wurden, hat die Zahl der rauchenden Männer abgenommen, vorwiegend, weil maßvolle Raucher das Rauchen aufgaben. Im Gegenzug jedoch begannen mehr männliche Raucher immer mehr zu rauchen (20 oder mehr Zigaretten pro Tag), und zudem begannen mehr Frauen zu rauchen. So ist zu erklären, dass der Gesamt-Zigarettenkonsum eines Landes ansteigen kann, obwohl immer weniger Männer rauchen.

In Dänemark ging die Zahl der männlichen Raucher von 80% im Jahr 1950 auf 35% im Jahr 1995 zurück, während der Zigarettenkonsum von  $2 \times 10^9$  Zigaretten pro Jahr auf  $8 \times 10^9$  Zigaretten pro Jahr anstieg.<sup>12,40</sup>

In den westlichen Ländern Europas waren in den letzten Jahrzehnten im Hinblick auf den Zigarettenkonsum sehr unterschiedliche Trends zu beobachten (siehe Tabelle 3).<sup>8</sup> Der Konsum nahm in Portugal und Griechenland um 50% zu, während er im Vereinigten Königreich und in Finnland um ein Drittel abnahm.<sup>8;32;33</sup>

In Katalonien rauchten 1982 mehr erwachsene Männer als Frauen: 58% gegenüber 20%.<sup>41</sup> Der Unterschied zwischen den Geschlechtern in der jüngsten Altersgruppe hingegen war nicht so groß: hier rauchten 59% der Männer und 48% der Frauen. 1987 rauchten etwa gleich viele junge spanische Männer wie junge Frauen, und starke Raucherinnen waren unter den jungen Frauen mehr vertreten als unter den älteren Frauen.

In Italien sank die Zahl der erwachsenen männlichen Raucher zwischen 1949 und 1983 von 72% auf 46%.<sup>42</sup> Im gleichen Zeitraum stieg der Prozentsatz der erwachsenen Raucherinnen von 10% auf 18% an und nahm die Zahl der starken Raucher sowie der Gesamt-Zigarettenkonsum zu.<sup>43</sup>

In Frankreich nahm zwischen 1979 und 1991 die Zahl der Raucherinnen zu.<sup>25;26</sup> Nach in Kraft treten des Evin-Gesetzes begann sie wieder zu sinken.<sup>25;26</sup>

### **Aktuelle Raucherzahlen in westeuropäischen Ländern**

Die Tabelle in Anhang 1.1 zeigt den Prozentsatz der Raucher in den einzelnen Ländern der Europäischen Gemeinschaft nach Frauen und Männern sowie Jungen und Mädchen unterteilt. Da die Daten aus verschiedenen Berichten stammen, können Altersgruppen, Jahr und Untersuchungsmethode variieren.

### **1.2.6 Soziale Schichtzugehörigkeit und Tabakkonsum**

Soziale Schichten unterscheiden sich in ihrem Tabakkonsum. Zuerst kam der Tabakkonsum bei Männern aus der Oberschicht in Mode, später begannen auch andere gesellschaftliche Gruppen zu rauchen, während der Trend bei den Männern der Oberschicht nachließ. Ein ähnliches Muster lässt sich in den meisten westlichen Ländern erkennen.

1956 rauchten norwegische Männer mit hohem und mittlerem Einkommen zunächst häufiger als jene mit einem niedrigen Einkommen. Frauen rauchten seltener und konsumierten weniger Zigaretten als Männer.<sup>7</sup> 38% der Frauen mit hohem Einkommen, 30% der Frauen mit einem mittlerem Einkommen und 15% der Frauen mit niedrigem Einkommen rauchten. Nach 1975 änderte sich das Rauchverhalten. Norwegische Männer mit niedrigem Einkommen rauchten nun häufiger als Männer, die anderen sozialen Gruppen angehörten. In den letzten Jahrzehnten rauchten weniger

norwegische Männer mit höherer Bildung als Männer mit geringerer Schulbildung. Insgesamt nahm die Zahl der Raucher in den letzten Jahren ab.<sup>47</sup> In Dänemark war eine ähnliche Entwicklung zu beobachten.<sup>48;49</sup>

Seit den 1970er Jahren kam es auch in Großbritannien zu solchen sozialen Verschiebungen. Während sich der Tabakkonsum in den Familien mit hohem Einkommen halbierte, rauchten jene mit niedrigem Einkommen so viel wie vor dreißig Jahren. Heute rauchen ungelernte Arbeiter mehr als Facharbeiter, und unter ersteren sind mehr starke Raucher anzutreffen als in anderen sozialen Gruppen. Doch gibt es noch andere Unterschiede im Rauchverhalten. Personen mit einem niedrigem Einkommen rauchen öfter selbst gedehte Zigaretten als Personen mit einem hohem Einkommen. Die Lebensweise ungelerner Arbeiter zeichnet sich noch durch weitere Risikofaktoren aus: im Vergleich zu Facharbeitern ist bei ihnen die Wahrscheinlichkeit doppelt so hoch, dass ihre Ernährung sehr fettreich ist und sie sich in ihrer Freizeit nur wenig bewegen.

Ende des 20. Jahrhunderts ähnelte das Rauchverhalten der sozialen Schichten in Südeuropa dem früher in Nordeuropa zu beobachtenden Verhalten. In Frankreich nahm die Zahl der Raucher zwischen 1979 und 1991 in den meisten männlichen sozioökonomischen Gruppen ab, während die Zahl der Raucherinnen unter den weiblichen Arbeitern zunahm.<sup>50</sup> In Spanien rauchten 1987 Frauen mit einer Universitätsausbildung und Frauen mit einem hohen Einkommen häufiger als andere Frauen. Dieses Rauchverhalten ähnelt dem in Norwegen im Jahre 1956 beobachteten. In den meisten Ländern Südeuropas wiederholen sich die bei Frauen in Nordeuropa beobachteten Veränderungen im Rauchverhalten: ein im Hinblick auf männliche Raucher zeitlich verzögerter Anstieg der Zahl der Raucherinnen, und eine Zunahme der weiblichen Raucher mit niedrigem sozialem Status und geringer Schulbildung.

### **1.2.7 Soziales Gefälle bei Tabak bedingter Krankheit und Tod**

Die sozialen Schichten, die am meisten rauchen, sind auch jene mit dem höchsten Prozentsatz Tabak bedingter Krankheiten und Todesfälle. In Finnland variiert die Lungenkrebshäufigkeit je nach Beruf. Bei Ärzten betrug sie das 0,2-fache des nationalen Durchschnitts, während die Zahl der Lungenkrebsfälle bei Hotel- und Restaurant-Mitarbeitern doppelt so hoch war wie im nationalen Durchschnitt. In Schweden war das Krankheitsrisiko von Arbeitern höher als das von Angestellten des öffentlichen Dienstes (Tabelle 7).

---

Tabelle 7. Krankheitsrisiko von Arbeitern im Vergleich zu Angestellten des öffentlichen Dienstes in Schweden.

	Relatives Risiko	
	Männliche Arbeiter	Weibliche Arbeiter
Lungenkrebs	1,66	1,59
Herzgefäßerkrankung	1,56	1,81
Selbstmord	2,50	1,87
Gesamtbelastung durch Krankheiten und Unfälle	1,45	1,34

Quelle: Publikationen der schwedischen Regierung<sup>139</sup>

Männliche Arbeiter hatten ein um 66 % höheres Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken, als Angestellte des öffentlichen Dienstes. Für diesen hohen Prozentsatz waren vor allem durch Tabak verursachte Krankheiten wie Lungenkrebs und Herzgefäßerkrankungen verantwortlich.

Die durchschnittliche Lebenserwartung der sozialen Schichten in Westeuropa variiert primär durch die Vielfalt der Herzgefäßerkrankungen. Die höchste Gesellschaftsklasse ist die Oberschicht, hier als Soziale Schicht I bezeichnet, die niedrigste ist die Unterschicht, hier als Soziale Schicht V bezeichnet. In Dänemark haben Angehörige der Sozialen Schicht I die höchste Lebenserwartung, Angehörige der Sozialen Schicht V die niedrigste.<sup>51</sup> Für die Bevölkerung der USA gilt das Gleiche.<sup>52;53</sup> In allen sozialen Schichten Dänemarks trat bei Rauchern häufiger eine Koronare Herzkrankheit auf als bei Nichtrauchern (Tabelle 8).<sup>54</sup> In der Sozialen Schicht V leiden mehr Personen an einer Tabak bedingten Herzgefäßerkrankung als in der Sozialen Schicht I. Zahlreiche Studien weisen auf einen Zusammenhang zwischen Chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen und einem niedrigen sozioökonomischen Status hin. In den letzten Jahren traten in westlichen Ländern durch Rauchen verursachte Krankheiten und Todesfälle häufiger in niedrigen sozialen Schichten auf als in höheren sozialen Schichten.

Tabelle 8. Gesamtzahl aller Fälle von Koronarer Herzkrankheit in der Kopenhagener Studie über Männer

Soziale Schicht	Gesamtzahl aller Fälle von Koronarer Herzkrankheit	
	Nichtraucher	Raucher

I	3,8	7,3
II	3,4	12,8
III	4,9	14,7
IV	14,2	17,2
V	18,4	26,9
GEsamt	9,2	16,0

---

Quelle: Hein et al.<sup>54</sup> I = oberste soziale Schicht, V = niedrigste soziale Schicht.

### 1.2.8 Wechselwirkung von Tabakrauch und anderen Substanzen

Ein Teil des sozialen Gefälles, das bei Tabak bedingten Krankheiten und Todesfällen zu beobachten ist, lässt sich sicherlich auf die Wechselwirkung von Tabakrauch und anderen Gefahrstoffen am Arbeitsplatz zurückführen. Der Umgang mit Asbest erhöht beispielsweise das Risiko für Tabak bedingten Lungenkrebs, und Rauchen wiederum erhöht das durch Asbest-Exposition verursachte Risiko.<sup>55</sup> Asbestarbeiter haben im Vergleich zu nicht exponierten Arbeitern ein fünffach höheres Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken; das Risiko von Asbestarbeitern hingegen, die rauchen, ist fünfzig Mal so hoch. Die Kombination aus Rauchen und Asbest-Exposition erhöht also das Lungenkrebsrisiko insofern, als sich die Risiken beider Faktoren multiplizieren. Rauchen erhöht auch das mit anderen Gefahrstoffen, z.B. Äthanol, silikogenem Staub sowie Strahlung verbundene Gesundheitsrisiko.<sup>56</sup>

### 1.3 Nikotinabhängigkeit

Hauptverantwortlich dafür, dass Raucher weiter rauchen, ist ihre Abhängigkeit vom Nikotin. Ende des 20. Jahrhunderts wurde der Begriff Abhängigkeit neu definiert. Heute ist laut dieser Definition eine Sucht oder Rauschmittelabhängigkeit gegeben, wenn drei oder mehr der folgenden Faktoren im gleichen Jahr auftreten:

- Toleranzentwicklung (Anpassung des Organismus an den Stoff)
- Entzugserscheinung nach Einstellung oder vorübergehender Unterbrechung des Konsums
- Einnahme des Wirkstoffes in größerer Menge oder über einen längeren Zeitraum als beabsichtigt
- Ständiges Bestreben und gescheiterte Versuche, den Konsum zu reduzieren oder zu kontrollieren
- Zur Beschaffung des Stoffes wird relativ viel Zeit aufgewendet
- Wichtige gesellschaftliche, Arbeits- oder Freizeitaktivitäten werden durch den Konsum des Stoffes eingeschränkt oder unmöglich gemacht
- Der Stoff wird weiter konsumiert, obwohl der Nutzer weiß, dass ein anhaltendes oder immer wieder auftretendes körperliches oder psychisches Problem sehr wahrscheinlich durch den Stoff verursacht oder verschlimmert wird.

Die meisten Kriterien sind beim Rauchen erfüllt. Der Raucher gewöhnt sich an das Nikotin, und die Menge, die er braucht, um die gleiche Wirkung zu erzielen, wird stetig größer.

Wenn Raucher eine gewisse Zeit lang nicht rauchen, bekommen sie Entzugserscheinungen. Diese können bereits nach dem Aufwachen auftreten, wenn in der Nacht nicht geraucht wurde. Viele Raucher greifen morgens nach dem Aufwachen als erstes nach einer Zigarette.

Die meisten aktiven Raucher haben bereits vergeblich versucht, auf das Rauchen zu verzichten, und die meisten ehemaligen Raucher hatten mehrmals versucht, aufzuhören, bevor es ihnen schließlich gelang. Raucher, die es nicht schaffen, aufzuhören, machen meist sich selbst – ihren fehlenden Willen – statt das Nikotin für ihre Abhängigkeit verantwortlich. Jene, die am stärksten vom Nikotin abhängig sind, sind auch jene, deren Chance aufzuhören am geringsten sind.

Wem es gelang, aufzuhören, der zählte meist zu den Rauchern mit geringerer Nikotinabhängigkeit. Infolgedessen ist die Abhängigkeit bei den noch aktiven Rauchern ein sehr ernstes Problem.

Nikotinabhängigkeit ändert das Sozialverhalten von Rauchern und ihre Einstellung zu den durch Rauchen verursachten Gesundheitsrisiken. Die meisten Raucher wissen um

die Gesundheitsrisiken, die durch das Rauchen entstehen, können aber dennoch nicht aufhören. Manche rauchen sogar weiter, wenn sie an Lungenkrebs erkranken.

Vor kurzem wurde bei der zehnten Revision der Internationalen Klassifikation für Krankheiten (ICD-10) Nikotinabhängigkeit als Diagnose aufgenommen.

Laut einer Umfrage unter norwegischen Erwerbstätigen hatten 68% der Raucher schon einmal versucht, aufzuhören, 3% hatten vor, innerhalb einer Woche aufzuhören, 10% innerhalb eines Monats, 21% innerhalb von sechs Monaten, und 16% irgendwann.

Insgesamt 50% der Raucher wollten also aufhören zu rauchen. Über 60% der Raucher meinten, es sei schwierig, auf das Rauchen zu verzichten. 38% der Raucher würden an einem Raucherentwöhnungskurs teilnehmen, wenn ein solcher von ihrem Arbeitgeber angeboten würde. 63% der Arbeitnehmer befanden, die Gewerkschaft solle zum Erhalt Rauch freier Arbeitsplätze beitragen.<sup>58</sup>

## **1.4 Tabakrauch in der Umgebung: Passivrauchen**

### **1.4.1 Was ist ETS oder Passivrauchen?**

Wenn Nichtraucher einen Raum mit einem Raucher teilen, sind sie Tabakrauch ausgesetzt. Tabakrauch in der Umgebung (ETS), wird auch passiver Rauch oder "second-hand smoke" genannt. Das Einatmen von ETS wird unfreiwilliges oder Passivrauchen genannt.

Von einer brennenden Zigarette gehen zwei Arten von Rauch aus: der Hauptstromrauch – der Rauch, den Raucher inhalieren und ausatmen – und der Nebenstromrauch, der von der glimmenden Zigarette an die Umgebung abgegeben wird. ETS oder passiver Rauch besteht aus einer Mischung von ausgeatmetem Hauptstrom- und Nebenstromrauch. Nebenstromrauch besteht zu mehr als 75% aus ETS und enthält mehr Schadstoffe als der Hauptstromrauch (Tabelle 9).

Passiver Rauch oder ETS enthält zahlreiche chemische Substanzen, die die Augen und die oberen Atemwege reizen. Zu den reizenden Stoffen zählen Partikel, Acrolein, Formaldehyd, Ammoniak, Kohlenmonoxid, Cyanwasserstoff, Stickstoffoxide und Schwefeloxide. ETS enthält mehr als vierzig chemische Stoffe, die bei Mensch und Tier krebserregend sind. Zu diesen Verbundstoffen gehören:

- organische Chemikalien wie Polizyklische aromatische Wasserstoffe, Aromatische Amine, Nitrosamine, Hydrazine, Benzol und Vinylchlorid
- anorganische Materialien wie Arsen, Cadmium und Chrom
- Radioaktive Isotope wie Polonium 210.

In Finnland, Deutschland und vom amerikanischen *National Toxicology Program* (NTP) wurde ETS oder passiver Rauch als krebserregender Arbeitsstoff eingestuft.

Tabelle 9. Inhaltsstoffe von frischem, unverdünntem Hauptstromrauch filterloser Zigaretten und das Verhältnis der Inhaltsstoffe zueinander in Nebenstrom- und Hauptstromrauch.

	Menge im Hauptstromrauch	Verhältnis von Nebenstromrauch zu Hauptstromrauch
<u>Verbindungen in der Gasphase</u>		
Kohlenmonoxid	10 - 23 mg	2,5 - 4,7
Kohlendioxid	20 - 40 mg	8 – 11
Formaldehyd	70 – 100 µg	5,6 - 8,3
Aceton	100 - 250 µg	2 – 5
Ammoniak	50 – 130 µg	40 – 170
Cyanwasserstoff	400 - 500 µg	0,1 - 0,25
N-Nitrosodimethylamin	10 - 40 µg	20 – 100
N-Nitrosodiethylamin	ND - 25 ng	<40
Acrolein	60 – 100 µg	8 – 15
Hydrazin	32 ng	3
Benzol	12 - 48 µg	5 – 10
<u>Verbindungen in der Partikelphase</u>		
Partikel	10 - 40 mg	1,3 - 1,9
Nikotin	1 - 2,5 mg	2,6 - 3,3
2-Toluidin	160 ng	19
Phenol	60 - 140 µg	1,6 - 3,0
Anilin	360 ng	30
Benzo[a]pyren (BaP)	20 - 40 ng	2,5 - 3,5
4-Aminobiphenyl	4,6 ng	31
N-Nitrosodiethanolamin	20 - 70 ng	1,2
Cadmium	100 ng	7,2
Nickel	20 - 80 ng	13 – 30
Polonium 210	0,04 - 0,1 pCi	1,0 - 4,0

Quelle: *Committee on Passive Smoking of the National Research Council, USA, 1986.*<sup>1</sup>

#### 1.4.2 Messung des Tabakrauchs in der Umgebung

Es gibt viele Verfahren, die zur Messung von Tabakrauch in der Umgebung und dessen Auswirkungen auf Nichtraucher verwendet werden. Mit ihnen wird das Vorhandensein von Tabakrauch in der Umgebung ermittelt oder die Schadstoffe, Nichtraucher aufgenommenen haben.

Bei *Indirekten Verfahren* wird eine Exposition durch Messung der Konzentration von einem oder mehreren Schadstoffen von Tabakrauch in der Umgebung festgestellt. Die Konzentration wird oft anhand von Luftproben ermittelt, die in speziellen Räumen über Stunden oder Tage entnommenen wurden. Dadurch erhält man einen Zeit bezogenen Durchschnittwert, z.B. für Arbeitsplätze in geschlossenen Räumen. In den meisten Berichten werden Nikotingehalt und die Konzentration von einatembaren, abgegebenen Partikeln angegeben. Wie stark eine Exposition war, lässt sich auch aus der Zahl der gerauchten Zigaretten, der Größe eines Raumes, der Lüfterneuerung in dem Raum und der Dauer der Tabakrauch-Exposition ermitteln.<sup>59</sup>

Bei *Direkten Verfahren* werden die von exponierten Personen aufgenommenen Schadstoffgemische ermittelt. Die meisten Studien beschäftigten sich mit kurzzeitiger Exposition, d.h. von etwa einem Tag Dauer. Ein weiteres direktes Verfahren besteht darin, die Biomarker von Tabakrauch, also entweder die im Rauch enthaltenen Schadstoffe oder deren Abbauprodukte, in exponierten Personen zu messen.<sup>60</sup> Cotinin ist ein Hauptabbauprodukt von Nikotin und wird häufig als Biomarker für Passivrauchbelastung verwendet. Cotinin baut sich mit einer Halbwertszeit von 17 Stunden ab. So lässt sich am Cotinin-Wert erkennen, wie stark Nichtraucher maximal zwei Tage vor Entnahme der Probe Nikotin ausgesetzt waren.

Bei Nichtrauchern, die keinem Rauch ausgesetzt waren, sind die Cotinin-Werte niedrig. Eine Exposition über 8 Stunden bei einer Nikotinkonzentration in der Luft von  $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$  Nikotin führt zu einer Aufnahme von  $112 \mu\text{g}$  Nikotin über die Lungen. Dies entspricht dem Nikotingehalt von einer Zehntel-Zigarette. Diese Nikotindosis erhöht den Cotinin-Wert im Blut um  $1 \mu\text{g}/\text{L}$ .

Sind Nichtraucher sehr stark Tabakrauch in der Umgebung ausgesetzt, weisen sie hohe Werte eines Lungenkrebs-Karzinogens auf, das nur in Tabakrauch vorkommt.<sup>62:63</sup>

Bei Kindern sind die gemessenen Cotinin-Werte höher, wenn beide Elternteile rauchen.<sup>62:63</sup>

Im Passivrauch ist die Konzentration krebserregender Schadstoffe sehr hoch, die Nikotinkonzentration jedoch geringer als im Hauptstromrauch (Tabelle 9). Aus diesem Grund lässt sich durch Messungen des Nikotingehaltes in der Luft oder der Cotinin-Konzentration in exponierten Personen das Risiko des Passivrauchens vermutlich kaum richtig einschätzen. Epidemiologische Studien vermitteln ein realistischeres Bild von den Risiken, die mit Passivrauchen verbunden sind.

### 1.4.3 Exposition

Tabelle 10 zeigt den in bestimmten Räumlichkeiten gemessenen Nikotingehalt sowie, wenn möglich, den Cotinin-Wert der Personen, die in diesen Räumlichkeiten Passivrauch ausgesetzt waren. Die Nikotinwerte sind in Büros am niedrigsten (Tabelle 10). Von den Arbeitsplätzen waren Nachtclubs deutlich jene, an den die höchsten Nikotinkonzentrationen gemessen wurden: im Schnitt  $37 \mu\text{g}/\text{m}^3$ .<sup>64</sup> Bei nicht rauchenden Musikern, die in Nachtclubs arbeiteten, wurde eine durchschnittliche Cotinin-Konzentration von  $3,4 \mu\text{g}/\text{L}$  (von  $1,7 - 5,0$ ) und bei in Bars arbeitenden Nichtrauchern ein durchschnittlicher Wert von  $7,9 \mu\text{g}/\text{L}$  gemessen.<sup>65</sup>

Tabelle 10. Messungen von Tabakrauch in der Umgebung

Räumlichkeiten	Nikotingehalt in der Luft ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ )	Referenz-literatur	Cotinin-Spiegel bei exponierten Personen ( $\mu\text{g}/\text{L}$ )	Referenz-literatur
Nachtclubs	37,1 (28 - 50)	64	3,4 (1,7 – 5,0)	7
Öffentlicher Dienst	3,0	68		
Arbeitsplätze in der Industrie	2,7	68		
Büros	0,6	68		
Arbeitsplätze, an denen Rauchverbot herrscht	0 - 0,39	73		
Arbeitsplätze mit eingeschränktem Rauchverbot	1,3 - 5,9	73		
Arbeitsplätze, an denen Rauchen erlaubt ist	8,6 – 10	73		
Haushalte mit zwei nicht rauchenden Eltern	0,15	7	0,29	61
Haushalte mit einem rauchenden Vater	2,5		1,17	
Haushalte mit einer rauchenden Mutter	5,5		2,20	
Haushalte mit zwei rauchenden Eltern	12,1		4,1	

In speziellen Raucherräumen war der Nikotingehalt sehr hoch, nämlich  $77 \mu\text{g}/\text{m}^3$ , und zwar selbst in Räumen mit guter Belüftung.

Eine große Anzahl von Büros in den USA wiesen eine Nikotinkonzentration von  $4,3 \mu\text{g}/\text{m}^3$  auf.<sup>66;67</sup> In Finnland zeigten die neusten Zahlen eine durchschnittliche Nikotinkonzentration von  $2,7 \mu\text{g}/\text{m}^3$  an Arbeitsplätzen in der Industrie, von  $3,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$  im öffentlichen Dienst und von  $0,6 \mu\text{g}/\text{m}^3$  in Büros.<sup>68</sup>

Nichtraucher, die sowohl zu Hause als auch bei der Arbeit Passivrauch ausgesetzt waren, wiesen einen durchschnittlichen Cotinin-Wert von  $0,926 \mu\text{g}/\text{L}$  auf; bei jenen, die nur bei der Arbeit, aber nicht zu Hause Tabakrauch ausgesetzt waren, betrug der Cotinin-Wert  $0,318 \mu\text{g}/\text{L}$ .<sup>69</sup> Der durchschnittliche Cotinin-Wert lag bei jenen, die zu Hause, aber nicht bei der Arbeit Rauch ausgesetzt waren, bei  $0,651 \mu\text{g}/\text{L}$ , und bei jenen, die weder zu Hause, noch bei der Arbeit Rauch ausgesetzt waren, lag der Wert bei  $0,132 \mu\text{g}/\text{L}$ . In einer anderen Studie wurden Nichtraucher, die mit einem Raucher zusammenlebten und während der Arbeit keinem Tabakrauch ausgesetzt waren, und Nichtraucher, die mit Rauchern zusammenarbeiteten, aber zu Hause keinem Rauch ausgesetzt waren, miteinander verglichen. Es zeigt sich, dass die im Speichel gemessenen Cotinin-Werte ähnlich hoch waren -  $1 \mu\text{g}/\text{L}$  gegenüber  $0,8 \mu\text{g}/\text{L}$ .<sup>70</sup>

Einer neueren Studie zufolge wiesen 88% aller erwachsenen, amerikanischen Nichtraucher messbare Cotinin-Werte im Blut auf.<sup>69</sup> In der EU sind 79% der Europäer über 15 Jahren Passivrauch ausgesetzt.<sup>71;72</sup> Die Nikotinkonzentration am Arbeitsplatz entsprach dem bei Exponierten gemessenen Cotinin-Wert.

#### **1.4.4 Auswirkungen von Einschränkungen des Rauchens**

Eine Einschränkung des Rauchens am Arbeitsplatz vermindert die Passivrauch-Exposition. Die Nikotinwerte betrugen durchschnittlich  $0,10 - 10,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$  in Büros, in denen Rauchen erlaubt war,  $<0,05$  bis  $5,85 \mu\text{g}/\text{m}^3$  in Büros, in denen das Rauchen eingeschränkt erlaubt war, und  $<0,05$  bis  $0,39 \mu\text{g}/\text{m}^3$  in Büros, in denen Rauchen verboten war (siehe Tabelle 10).<sup>73;74</sup>

Im Raucherbereich einer amerikanischen Cafeteria wurden im viertägigen Durchschnitt Nikotinwerte von  $47,9 \mu\text{g}/\text{m}^3$  gemessen,  $3,4 \mu\text{g}/\text{m}^3$  im Nichtraucherbereich der Cafeteria, der 2 bis 8 m vom Raucherbereich entfernt lag, und  $0,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$  in dem Bereich, der mehr als 9 m vom Raucherbereich entfernt war.<sup>75</sup> Eine 1995 gesetzlich vorgeschriebene Einschränkung des Rauchens am Arbeitsplatz führte in Finnland für zu einer geringeren Passivrauchbelastung von Rauchern wie Nichtrauchern.

Umfragen in Deutschland ergaben, dass Rauchen an einem Drittel der Arbeitsplätze zu Konflikten zwischen Rauchern und Nichtrauchern führt.<sup>76</sup> 80% der Nichtraucher, jedoch nur 35% der Raucher befürworteten ein Rauchverbot am Arbeitsplatz. Der norwegische Rat für Rauchen und Gesundheit führte unter norwegischen Arbeitnehmern eine Umfrage durch.<sup>58</sup> In Norwegen wurde 1988 das Rauchen am Arbeitsplatz gesetzlich verboten. Nach Inkrafttreten des Verbotes berichteten die Norweger nur noch über eine geringe Belästigung durch Tabakrauch am Arbeitsplatz. Ein Sechstel der Nichtraucher meidet verrauchte Räume. Selbst viele Raucher ziehen Rauch freie Räume vor, wenn sie nicht rauchen. In den Niederlanden fühlen sich 35% der nicht rauchenden Arbeitnehmer belästigt bis stark belästigt, wenn sie gezwungen sind, Passivrauch einzusatmen.<sup>77</sup> Etwa 78% gaben an, eine verrauchte Arbeitsumgebung wirke sich nachteilig auf ihre Gesundheit aus. Die US-amerikanische Behörde für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz OSHA (*Occupational Safety and Health Administration*) schlug als Norm für saubere Luft in Innenräumen vor, dass diese für nicht mehr als 20 % der Rauch-Exponierten eine Belästigung darstellen dürfe.

### **1.5 Direkte Auswirkungen des Passivrauchens**

Die meisten Nichtraucher fühlen sich unwohl, wenn sie Rauch ausgesetzt sind. Oft leiden sie unter Augenbrennen, Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit, Halsschmerzen, Übelkeit, Husten oder Kurzatmigkeit. Während sich Raucher an den Rauch gewöhnen, fühlen sich Nichtraucher immer unwohl, wenn sie längere Zeit unfreiwillig Rauch einatmen müssen. Selbst kurzzeitiges Passivrauchen führt zu einer Einschränkung der Körperfunktionen der Betroffenen. Passivrauchen kann die Lungenfunktion von Nichtrauchern um bis zu 8% einschränken, selbst wenn sie nur wenig Rauch ausgesetzt waren.<sup>78</sup> Einer schweizer Studie zufolge verursachte Passivrauchen bei Nichtrauchern akute Lungenprobleme.<sup>79</sup> Passivrauch führte bei Erwachsenen, die unter Bronchialasthma litten, zu einer Verschlimmerung der Beschwerden und erschwerte die Behandlung.<sup>80</sup>

Durch Passivrauchen wird die Sauerstoffzufuhr vermindert und die sportliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt.<sup>81</sup> Patienten mit einer Koronaren Herzkrankheit, die Passivrauch statt sauberer Luft ausgesetzt waren, mussten bis zu 8% früher mit dem Sport aufhören und eine Leistungseinbuße von bis zu 10% hinnehmen.<sup>82-84</sup>

Passivrauchen kann bei Patienten mit einer Herzerkrankung vermehrt zu Herzrhythmusstörungen führen. Bei Gefährdeten kann Tabakrauch einen Herzinfarkt auslösen.

Passivrauch führt auch zu Schädigungen des Neuroendokrins und des Immunsystems sowie zu Störungen der biochemischen Prozesse im Körper. Durch Passivrauchen erhöht sich die Konzentration von Kohlen(mon)oxidhämoglobin und Kohlenmonoxid im Blut, was, wie man annimmt, zur Entstehung einer Koronaren Herzkrankheit beiträgt.<sup>84</sup> Kurzzeitige Inhalation von Tabakrauch macht die Thrombozyten 80% anfälliger für Prostacyclin und beschleunigt die Blutgerinnung.<sup>85</sup> Passivrauch erhöht ebenfalls den Fibrinogen-Spiegel im Blut.<sup>86</sup> Beide Faktoren erhöhen das Risiko von Blutgerinnseln in Herz- und Gehirnarterien und dadurch auch die Gefahr eines Herzinfarktes oder Schlaganfalls.

## **1.6 Langzeit-Auswirkungen des Passivrauchens**

### **1.6.1 Langzeit-Auswirkungen bei Kindern**

Sind Schwangere ETS ausgesetzt, verlangsamt dies das Wachstum des Fötus' und erhöht das Risiko von Komplikationen bei der Geburt.<sup>87-90</sup> Bei Kindern führt Passivrauchen zu einem erhöhten Risiko für Plötzlichen Kindstod, Bronchitis und Lungenentzündung, Bronchialasthma und einer Verschlimmerung der Symptome bei Asthma, Mittelohrentzündungen und dem sogenannten "Leim-Ohr" (eine chronisch muköse Mittelohrentzündung), die häufigste Ursache für Taubheit bei Kindern.<sup>91;92</sup> Das Risiko für das Kind ist größer, wenn die Mutter raucht, als wenn der Vater raucht.<sup>93</sup> Dies wird auch durch die jeweils gemessenen Nikotin- und Cotinin-Werte bestätigt. Bei Kindern mit Bronchialasthma bessern sich die Symptome etwas, wenn die Eltern ihren Rauchkonsum einschränken.<sup>94</sup> Passivrauchen beeinträchtigt die Entwicklung des Kindes.

### **1.6.2 Langzeit-Auswirkungen bei Erwachsenen**

Bei Erwachsenen verursacht Passivrauchen die gleichen chronischen Erkrankungen und Todesfälle wie sie vom Aktivrauchen bekannt sind.

#### **1.6.2.1 Lungenkrebs**

Passivrauchen am Arbeitsplatz erhöht das Lungenkrebsrisiko um 39%.<sup>95</sup> Wells wertete nur Studien über das Risiko des Passivrauchens bei Nie-Rauchern aus, ließ ehemalige Raucher unberücksichtigt und beobachtete die Gruppen über einen Zeitraum von mindestens zehn Jahren.<sup>96-100</sup> In eine weitere aktuelle Auswertung wurden eine schwedische, eine deutsche und eine europäische Multicenter-Studie mit

einbezogen.<sup>101-103</sup> Je länger die Tabakrauchexposition dauert, desto höher ist das Lungenkrebsrisiko.<sup>104</sup> Das Lungenkrebsrisiko durch Passivrauchen am Arbeitsplatz steigt, je länger die Exposition dauert und je massiver sie ist.<sup>105</sup> Das Risiko nimmt ab, sobald die Exposition endet, und das Risiko verringert sich zunehmend mehr, je länger die letzte Exposition zurückliegt. Untersuchungen über ETS-Exposition zu Hause und das dadurch bedingte Lungenkrebsrisiko erbrachten ähnliche Ergebnisse.<sup>105-108</sup>

### **1.6.2.2 Andere Lungenkrankheiten**

Langfristiges Passivrauchen vermindert die Lungenfunktion, und zwar umso mehr, je stärker die Exposition ist.<sup>79;109</sup> Erwachsene Nichtraucher, die zu Hause oder bei der Arbeit Tabakrauch ausgesetzt sind, haben ein um 40% - 60% höheres Risiko für Bronchialasthma<sup>129</sup> und eine verminderte Lungenfunktion.<sup>109;130-132</sup> Auch das Risiko einer Lungenentzündung ist größer.<sup>133</sup>

### **1.6.2.3 Herzgefäßerkrankungen**

Passivrauchen führt zu einer schnelleren Verkalkung der Arterien.<sup>124</sup> Tabakrauch bewirkt bei Nichtrauchern eine Absenkung des HDL-Cholesterin-Spiegels, des "guten" Cholesterins.<sup>125</sup> Rauchexposition beschleunigt zudem die Blutgerinnung und schädigt die Endothelzellen der Arterien.<sup>126</sup> Selbst bei jungen Menschen sind diese Veränderungen anhand der Blutfettwerte nachzuweisen.<sup>127;128</sup> Diese Veränderungen erhöhen das Risiko für die Koronare Herzkrankheit, Schlaganfälle und periphere Arteriosklerose.

Das Risiko, durch Passivrauchen eine Koronare Herzkrankheit zu bekommen, erhöht sich sowohl durch Rauchexposition zu Hause wie am Arbeitsplatz.<sup>110</sup> Bei einem Nichtraucher erhöht sich dieses Risiko durch Passivrauchen, verglichen mit einem nicht Exponierten, um 25%.<sup>111-119</sup> Durch eine Analyse von acht Studien überprüfte Steenland das Risiko für Herzerkrankungen durch Passivrauchen am Arbeitsplatz.<sup>120</sup> Passivrauchen am Arbeitsplatz erhöhte das Risiko um 21%. Daraus ergibt sich eine Sterblichkeitsziffer bei Koronarer Herzkrankheit im Alter von 65 Jahren von 0,004, und eine Sterblichkeitsziffer im Alter von 70 Jahren von 0,007. Bei einer anderen Untersuchung zum Nachweis eines Zusammenhangs zwischen Passivrauchen und Herzinfarkten wurden 19 Studien und 6.600 Fälle ausgewertet.<sup>121</sup> Passivrauchen erhöhte das Risiko eines Herzinfarktes um 32% und das Risiko eines tödlichen Herzinfarktes um 14%.<sup>111</sup> Eine großangelegte Studie über Krankenschwestern zeigte, dass gelegentliches Passivrauchen zu Hause und am Arbeitsplatz dieses Risiko um 58%, regelmäßiges Passivrauchen das Risiko sogar um 91% erhöhte.<sup>113</sup> Passivrauchen wirkt sich auf Frauen offenbar negativer aus als auf Männer.

Nichtraucher mit höheren Cotinin-Konzentrationen im Blut hatten ein erhöhtes Risiko für eine Koronare Herzkrankheit.<sup>122</sup>

#### **1.6.2.4 Schlaganfall**

Passivrauchen verursacht Schlaganfälle.<sup>123</sup> Tabakrauch in der Umgebung trägt zur Verkalkung der Halsschlagadern bei, die das Gehirn mit Blut versorgen, und führt auch zu symptomfreien Infarkten im Gehirn .

### **1.6.3 Risikobewertung der Langzeit-Auswirkungen**

Das Risiko, durch Passivrauchen krank zu werden, liegt bei 1/50 bis 1/10 des Krankheitsrisikos eines aktiven Rauchers. Da aktives Rauchen für ein Drittel der Todesfälle unter Männern zwischen 35 und 69 Jahren verantwortlich ist, ist die Zahl frühzeitiger Todesfälle durch Passivrauchen ebenfalls hoch. Passivrauchen, ob zu Hause oder am Arbeitsplatz, ist nach Aktivrauchen und Alkoholmissbrauch die drittgrößte vermeidbare Ursache für Krankheit und vorzeitigen Tod.<sup>134</sup>

Bei den meisten passiv rauchenden Nichtrauchern findet sich eine um bis zu 0,4 µg/L erhöhte Cotinin-Konzentration im Speichel. Dies bedeutet ein um 0,1 % höheres Risiko für frühzeitigen Tod durch Lungenkrebs und ein um 1 % höheres Risiko für frühzeitigen Tod durch eine Herzkrankheit.<sup>135</sup> Ein um 0,1 % höheres Risiko für frühzeitigen Tod durch Passivrauchen am Arbeitsplatz ist ein Wert, der die Gesellschaft dazu veranlassen müsste, etwas zur Reduzierung dieses Risikos zu unternehmen. Das Krankheitsrisiko von Passivrauchern reduziert sich, je weniger Tabakrauch sie ausgesetzt sind.

Durch Passivrauchen sterben in den USA jährlich 30.000 – 60.000 Menschen, und noch einmal 90.000 – 180.000 Menschen erwerben eine Herz-Kreislaufkrankung, die nicht zum Tod führt.<sup>134;136</sup> Ähnlich ist Passivrauchen in Norwegen jährlich für 500 Todesfälle verantwortlich.<sup>137;138</sup> Basierend auf diesen Schätzungen und aufgrund der Tatsache, dass die EU größer ist als die USA, kann man davon ausgehen, dass in der EU pro Jahr 50.000 – 100.000 Menschen durch Passivrauchen sterben und weitere 200.000 – 400.000 einen nicht tödlichen Herzinfarkt erleiden.

## **1.7 Zusammenfassung und Schlußbetrachtung**

Die Länder Westeuropas unterscheiden sich zum Teil deutlich im Hinblick auf die Verbreitung des Rauchens, den Zigarettenkonsum, die Veränderungen des Tabakkonsums sowie das Auftreten Tabak bedingter Krankheiten. Jedes Land könnte

aus den Erfahrungen anderer Länder hinsichtlich des Rauchverhaltens der Bevölkerung lernen. In Finnland und dem Vereinigten Königreich ging der Zigarettenkonsum zurück, die Häufigkeit von Lungenkrebs und koronarer Herzkrankheiten nahm ab. Dänemark hingegen wies die meisten weiblichen Raucher ganz Westeuropas auf und auch die höchste Rate Tabak bedingter Krankheiten und Todesfälle bei Frauen.

Heute trägt Rauchen zu der sozialen Ungleichheit im Hinblick auf die Gesundheit bei. Leider ist inzwischen auch in anderen westlichen Ländern ein Anstieg Chronisch obstruktiver Lungenerkrankungen zu beobachten, der in Dänemark bereits in den 70er und 80er Jahren des 20. Jhs. festzustellen war.

Wenn erwachsene Raucher weiter rauchen, dann nicht nur, weil sie sich dafür entschieden haben, obwohl sie sich der gesundheitlichen Risiken des Rauchens bewußt sind. Die meisten Raucher rauchen weiter, weil sie Nikotin abhängig sind. Mehr als die Hälfte der Raucher hat schon einmal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. Diese große Gruppe könnte von mehr professioneller Unterstützung bei der Raucherentwöhnung profitieren.

Die Hälfte der Raucher sterben an durch Rauchen verursachten Krankheiten. Da die Gesundungsrate bei den meisten Tabak bedingten Krankheiten niedrig ist, wäre die beste Lösung, diese bereits an der Entstehung zu hindern. Wer aufhört zu rauchen, reduziert das durch Rauchen verursachte Gesundheitsrisiko.

Tabakrauch in der Umgebung (ETS) zählt zu den verbreitetsten und schädlichsten Schadstoffen, die in Innenräumen zu finden sind. Durch Passivrauchen sterben jährlich Tausende von Europäern. Wer Passivrauchen vermeidet, reduziert das Gesundheitsrisiko. Die meisten Nichtraucher wollen nicht gegen ihren Willen Tabakrauch inhalieren. In einer angenehmen, kooperativen und produktiven Arbeitsumgebung wird das Recht von Nichtrauchern auf Selbstbestimmung hinsichtlich unfreiwilliger ETS-Exposition respektiert. Ein betriebliches Rauchverbot ist eine wirkungsvolle Maßnahme, um die ETS-Exposition am Arbeitsplatz zu reduzieren. Die meisten nicht rauchenden Arbeitnehmer und viele Raucher befürworten ein Rauchverbot.

Anhang 1.1 Raucherstatistik: Verbreitung des Rauchens in europäischen Ländern (Angaben in %)								
Land	Jahr	Erwachsene gesamt	Jugendliche gesamt	Männer	Frauen	Jungen	Mädchen	Anmerkungen
Österreich	1997 Erwachsene 1998 Jugendliche			30 (über 15 Jahre)	19 (über 15 Jahre)	8 (11-15 Jahre)	10 (11-15 Jahre)	Daten Erwachsene: rauchen regelmäßig Daten Jugendliche: rauchen jeden Tag
Belgien	1999 Erwachsene 1998 Jugendliche			31 (über 15 Jahre)	26 (über 15 Jahre)	9 (11-15 Jahre)	8 (11-15 Jahre)	Daten gelten für täglichen Tabakkonsum
Dänemark	2000 Erwachsene 1998 Jugendliche			32	29	6 (11-15 Jahre)	8 (11-15 Jahre)	Daten für Erwachsene gelten für täglichen Tabakkonsum. Gelegenheitsraucher: Männer 35%, Frauen 32%, Jugendliche 11%.
Finnland	2000 Erwachsene 1998 Jugendliche 1999 Jugendliche			27	20	9 (11-15 Jahre) 24 (14-18 Jahre)	9 (11-15 Jahre) 25 (14-18 Jahre)	Daten über täglichen Tabakkonsum
Frankreich	1997 Erwachsene 1998 Jugendliche			39 (über 18 Jahre)	27 (über 18 Jahre)	8 (11-15 Jahre)	10 (11-15 Jahre)	Daten Erwachsene: aktueller Konsum aller Tabakerzeugnisse. Daten Jugendliche: täglicher Tabakkonsum.
Deutschland	1997 Erwachsene 1998 Jugendliche			43,2 (18-59 Jahre)	30 (18-59 Jahre)	11 (11-15 Jahre)	11 (11-15 Jahre)	Daten über täglichen Tabakkonsum.
Griechenland	1998 Erwachsene 1998 Jugendliche	37,6 (12-64 Jahre)		47 (12-64 Jahre)	29 (12-64 Jahre)	5 (11-15 Jahre)	5 (11-15 Jahre)	Daten Jugendliche gelten für täglichen Tabakkonsum
Irland	1998 Erwachsene 1998 Jugendliche			32 (über 18 Jahre)	31 (über 18 Jahre)	10 (11-15 Jahre)	7 (11-15 Jahre)	Daten Jugendliche: täglicher Tabakkonsum
Italien	2001 Erwachsene 1994 Jugendliche	29,2 (über 15 Jahre)		35,0 (über 15 Jahre)	23,8 (über 15 Jahre)	6,1 (Achtklässler)	4 (Achtklässler)	Erwachsene: regelmäßiger, täglicher Zigarettenkonsum. Jugendliche: Rauchen von gegenwärtig mindestens einer Zigarette pro Woche
Luxemburg	2001 Erwachsene 2001 Jugendliche	30	35 (15-17 Jahre)	34	26			Daten Erwachsene: gelegentliches und regelmäßiges Rauchen.
Niederlande	1999	33,9 (über 15 Jahre)	19,6 (10-19 Jahre)	37,2 (über 15 Jahre)	30,6 (über 15 Jahre)	20,4 (10-19 Jahre)	18,8 (10-19 Jahre)	Daten für Jugendliche gelten für täglichen Tabakkonsum.
Polen	1998 Erwachsene 1998 Jugendliche			39	19	9 (11-15 Jahre)	5 (11-15 Jahre)	Daten Erwachsene: regelmäßiger Tabakkonsum. Daten Jugendliche: täglicher Tabakkonsum
Portugal	1995/6 Erwachsene 1998 Jugendliche			30,2 (über 15 Jahre)	7,1 (über 15 Jahre)	6 (11-15 Jahre)	5 (11-15 Jahre)	Daten Erwachsene: regelmäßiges Rauchen. Daten Jugendliche: täglicher Tabakkonsum.
Rumänien	1994 Erwachsene 1994/6 Jugendliche		2,8 (14 Jahre) 12,3 (16 Jahre)	42,7 (über 15 Jahre)	15,2 (über 15 Jahre)			Daten Erwachsene: aktueller Tabakkonsum Daten Jugendliche: täglicher Tabakkonsum in größeren Städten mit 9 Stadtbezirken
Spanien	1997 Erwachsene 1997 Jugendliche weltweit 1994 Jugendliche	35,7 (über 15 Jahre)	39,7 (16-24 Jahre)	44,8 (über 15 Jahre)	27,2 (über 15 Jahre)	5 (11-15 Jahre)	7 (11-15 Jahre)	Daten: täglicher Tabakkonsum.
Schweden	1999 Erwachsene 1997 Jugendliche  1999 Jugendliche			19 (16-84 Jahre)	19 (16-84 Jahre)	4 (11-15 Jahre) 14 (16-24 Jahre)	6 (11-15 Jahre) 18 (16-24 Jahre)	Daten gelten für täglichen Konsum aller Arten von Tabakerzeugnissen. Tendenz zu mehr Konsum bei Männern (unter 65) und bei Frauen mittleren Alters.
Vereinigtes Königreich	1996 Erwachsene 1997/8 Jugendliche			29 (über 16 Jahre)	28 (über 16 Jahre)	8 (11-15 Jahre)	11 (11-15 Jahre)	Vereinigtes Königreich von Großbritannien und Nordirland

## Quellenangabe für die Daten der einzelnen Länder

Ein Übersicht über Raucherstatistiken für alle europäischen Länder findet sich unter <http://tobacco.who.int/en/statistics/TCCP.html>. Diese Statistiken wurden für die obige Übersichtstabelle verwendet. Unten werden die direkten Quellen dieser Daten aufgeführt.

Österreich. Daten Erwachsene: Österreichisches Statistisches Zentralamt (ÖSTAT).

Österreich. Daten Jugendliche: Currie, C. et al. (2000). *Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study*. Health Policy for children and adolescents Series No 1. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa

Belgien. Daten Erwachsene: Le Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs (CRIOC-SOBEMAP).

Belgien. Daten Jugendliche: Currie, C. et al. (2000). *Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study*. Health Policy for children and adolescents Series No 1. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa

Dänemark. Daten Erwachsene: Dänischer Rat für Rauchen & Gesundheit (1998). *Smoking prevention in Denmark*. <http://www.tobaksskaderaadet.dk/englsk/tekst.html>.

Dänemark. Daten Jugendliche: Currie, C. et al. (2000). *Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study*. Health Policy for children and adolescents Series No 1. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa

Finnland. Daten Erwachsene: Finland's Action on Smoking and Health (ASH).

Finnland. Daten für Jugendliche 1998: Currie, C. et al. (2000). *Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study*. Health Policy for children and adolescents Series No 1. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa

Finnland: Daten für Jugendliche 1999: Finland's Action on Smoking and Health (ASH).

Frankreich. Daten Erwachsene: Comite Francais d'Education pour la Sante. Und: Joossens L. (1999). *Some like it 'light: women and smoking in the European Union*. Belgien: European Network for Smoking Prevention.

Frankreich. Daten Jugendliche: Currie, C. et al. (2000). *Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study*. Health Policy for children and adolescents Series No 1. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa

Deutschland. Daten Erwachsene: Gesundheitsministerium, Drogenbeauftragte der Bundesregierung (1999): *Rauschgiftjahresbericht 1998*. Deutschland, C. Nickels.

Deutschland. Daten Jugendliche: Currie, C. et al. (2000). *Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study*. Health Policy for children and adolescents Series No 1. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa

Griechenland. Daten Erwachsene: *National Status Report Greece*. EUROpean Action on Smoking cessation in pregnancy. M. Pilali / Griechische Krebsgesellschaft,

Griechenland. [www.bips.uni-bremen.de/euro-scip](http://www.bips.uni-bremen.de/euro-scip).

Griechenland. Daten Jugendliche: Currie, C. et al. (2000). *Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study*. Health Policy for children and adolescents Series No 1. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa

Irland. Daten Erwachsene: Department of Health and Children/National University of Ireland (1999). *Survey of Lifestyle, Attitudes and Nutrition*. The National Health and Lifestyle Surveys. Dublin/Galway: Friel, S. et al.

Irland. Daten Jugendliche: Currie, C. et al. (2000). *Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study*. Health Policy for Children and Adolescents Series No. 1. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa

Italien. Daten Erwachsene: Lega Italiana per la lotta contro I tumori , 2001

Italien. Daten Jugendliche: Gruppo Collaborativo SIDRIA, 1998. *Italian studies on respiratory disorders in childhood and the environment*. *Epid Prev* 1998; 23:155-64

Luxemburg. Daten Erwachsene: Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer, 2001

Luxemburg. Daten Jugendliche: Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer und ILReS. Und: Joossens L. (1999). *Some like it 'light: women and smoking in the European Union*. Belgien: European Network for Smoking Prevention.

Niederlande. Daten Erwachsene: Defacto, Niederländische Stiftung für Tabakkontrolle (ehemals Stivoro, 2000). Roken, de harde feiten: Volwassenen '99 [Rauchen, die harten Fakten, Erwachsene '99].

Niederlande. Daten Jugendliche: Defacto, Niederländische Stiftung für Tabakkontrolle (ehemals Stivoro, 2000). Roken, de harde feiten: Jeugd '99 [Rauchen, die harten Fakten, Jugendliche '99].

Polen. Daten Erwachsene: Zatonski, W.A. (1999). *Poland's comprehensive tobacco control law and its effects on public health*. Warschau: Tobacco control in central and Eastern Europe (Konferenzbericht).

Polen. Daten Jugendliche: Currie, C. et al. (2000). *Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study*. Health Policy for children and adolescents Series No 1. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa

Portugal. Daten Erwachsene: Gutachten zur Volksgesundheit, Gesundheitsministerium (1999); *Tobacco consumption, percent of population daily smokers*. Und: OECD Health Data 1999: *A comparative analysis of 29 countries*. OECD.

Portugal. Daten Jugendliche: Currie, C. et al. (2000). *Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study*. Health Policy for children and adolescents Series No 1. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa

Rumänien. Daten Erwachsene: EMASH, rumänischer Zweig

Rumänien. Daten Jugendliche: *Programme of Fight against tobacco*. Didilescu, C. et al (1996): *Estimation survey of smoking prevalence among pupils of the eight, tenth and twelfth forms*. Berichte von der Konferenz für ein Rauchfreies Europa.

Spanien. Daten Erwachsene: Ministerio de Sanidad y Consumo (1997), *Encuesta Nacional de Salud 1997*; einsehbar auf der Website des Institut Municipal de Salud Pública (IMSP) [http://www.cnpt.es/fr\\_info.html](http://www.cnpt.es/fr_info.html).

Spanien. Daten Jugendliche: King, A. et al. (1996). *The health of the Jugendliche: a cross-national survey*. WHO Regional Publications, European Series No. 69. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa

Schweden. Daten für Erwachsene und Jugendliche 1999: Nationales Institut für Volksgesundheit, Schweden, <http://www.tobaksfakta.org>.

Schweden. Daten für Jugendliche 1997: Currie, C. et al. (2000). *Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study*. Health Policy for children and adolescents Series No 1. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa

Vereinigtes Königreich. Daten Erwachsene: Office for National Statistics (1998), *General Household Survey/'Living in Britain': The world cigarette market. The 1998 survey*.

Vereinigtes Königreich. Daten Jugendliche: Currie, C. et al. (2000). *Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study*. Health Policy for children and adolescents Series No 1. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa

## **2. Rauchen am Arbeitsplatz und in öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten in Europa: Rechtsprechung und Rechtspraxis**

Annie J. Sasco, *International Agency for Research on Cancer/ Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale* (Frankreich)

Pascal Mélihan-Cheinin, *Ligue Nationale Contre le Cancer* (Frankreich)

Delphine d'Harcourt, *International Agency for Research on Cancer* (Frankreich)

### **2.1 Einleitung**

Rauchen gilt als wichtigster Risikofaktor für zahlreiche Krankheiten. Auch Tabakrauch in der Umgebung, das sogenannte Passivrauchen (Exposure to environmental tobacco smoke, kurz ETS), ist für viele Krankheiten verantwortlich, selbst in der Schwangerschaft. Bislang wurden über 14 Berichte, der erste 1986, zu diesem Thema veröffentlicht. Die meisten stammen aus den Vereinigten Staaten von Amerika (USA), dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland sowie Australien. Doch auch andere europäische Länder waren nicht tatenlos. So veröffentlichte beispielsweise das *Comité National Contre le Tabagisme* in Frankreich<sup>1</sup> ebenfalls einen Bericht. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, dass Institutionen wie das *National Institute on Occupational Safety and Health* (NIOSH) in den USA oder die Kalifornische Umweltschutzbehörde Cal-EPA (*California Environmental Protection Agency*) Tabakrauch der Kategorie "krebserzeugende Arbeitsstoffe" zuordnen. Auch auf nationaler Ebene, zum Beispiel in Finnland und Deutschland, kamen einige wissenschaftliche Komitees zu einem ähnlichen Ergebnis. Aufgrunddessen erkennt man immer mehr an, dass Nichtraucher ein Recht darauf haben, an ihrem Arbeitsplatz nicht dem Tabakrauch anderer ausgesetzt zu sein.

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Punkte der Rechtsprechung zum Thema Rauchen am Arbeitsplatz in den 15 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sowie in Ungarn, Island, Norwegen, Polen, Rumänien und der Schweiz sowie die daraus resultierenden Rechtsstreitigkeiten über das Rauchen am Arbeitsplatz vorgestellt.

### **2.2 Methodik**

Die unserer Arbeit zugrundeliegende Methodik basiert auf der von uns bereits bei dem EuroLego-Projekt angewandten, das wir auf Anfrage des “Europa gegen Krebs-Programmes” der Europäischen Union<sup>2</sup> durchführten. Im Großen und Ganzen stützten wir uns primär auf zwei Hauptinformationsquellen.

### **2.2.1 Kontakte zu den Mitgliedsstaaten**

Da die Rechtsprechung Regierungssache ist, beschlossen wir, uns - sofern möglich - an Personen in jedem Mitgliedsstaat zu wenden, die eine Schlüsselposition inne haben.

Auf Regierungsebene richteten wir unsere Anfrage primär an die Ministerien für Gesundheit und Soziales. Dies erwies sich jedoch manchmal als unzureichend, da an der Tabakgesetzgebung auch andere Ministerien wie die Ministerien für Finanzen, Landwirtschaft, Verkehr, Bildung, Sport sowie das Außenministerium maßgeblich beteiligt sind.

Aus einigen Ländern erhielten wir selten oder gar keine Antwort, trotz Einsatz aller modernen Kommunikationsmittel (Briefe, Telefon, Fax, e-mail) sowie Nutzung persönlicher Kontakte.

So versuchten wir andere Wege einzuschlagen, vorwiegend über persönliche Kontakte zu Mitarbeitern in Initiativen zur Tabakkontrolle, im öffentlichen Gesundheitswesen und in der medizinischen Forschung. Diese Aufgabe erleichterte uns die Tatsache, dass wir bereits seit über 25 Jahren in diesem Bereich arbeiten, davon bereits 22 Jahre auf internationaler Ebene. So gelang es uns, in jedem Land mehr als nur eine Person ausfindig zu machen, die uns, wenngleich manchmal lediglich mit Verzögerung, mit den Informationen versorgten, die wir benötigten. Leider können wir auf keinen einzigen Fall verweisen, in dem uns ein “Zuarbeiter” spontan über Änderungen in der Gesetzgebung informiert hätte.

Der Kontakt erfolgte primär über Briefwechsel und in dringenden Fällen per Fax, in letzter Zeit auch zunehmend per e-mail. Durch informellen Austausch auf Kongressen, Treffen von Arbeitsgruppen und Seminaren in Europa und außereuropäischen Ländern gelang es uns, zahlreiche Informationen einzuholen.

Vor allem durch die Präsentation der Ergebnisse unserer Arbeit auf europäischen und Weltkonferenzen über Tabak kam es zu einem regem Austausch.

### **2.2.2 Datenquellen**

Bis 1999 nutzen wir vor allem eine WHO-Publikation, die Zeitschrift *International Digest of Health Legislation* (IDHL), und deren französische Version, den *Recueil International de Législation Sanitaire* (RILS), die uns ausgewählte englische und französische Zusammenfassungen einiger Gesetzestexte lieferten. Auch wenn diese Datenquellen sehr nützlich waren, waren sie leider nie erschöpfend. Nur bedeutendere Texte zur Tabakgesetzgebung fanden Eingang in diese Publikation, und dies meist auch noch mit Verspätung. Dennoch waren diese Texte aufgrund ihrer Präzision und hervorragenden Übersetzung für uns sehr wertvoll. Seit April 2000 ist diese Datenquelle auch im Internet verfügbar.

Eine weitere wertvolle Informationsquelle war das UICC-Netzwerk GLOBALink (International Tobacco-Control Network), das von Ruben Israel verwaltet wird. Auch dieses Online-Forum, über das Tabak-Aktivisten Informationen austauschen können, war äußerst hilfreich für uns, um über neue Entwicklungen in der Gesetzgebung zur Tabakkontrolle – erfolgreiche wie verworfene Initiativen - auf dem Laufenden zu bleiben.

Desweiteren führten wir Recherchen in Medline und anderen zweckmäßigen Quellen durch, um relevante wissenschaftliche Artikel in Zeitschriften des öffentlichen Gesundheitswesens, medizinischen Fachzeitschriften sowie in den in jüngster Zeit hinzugekommenen Informationsblättern zur Tabakkontrolle zu finden. Als Wissenschaftler und Forscher sind wir mit Recherchen dieser Art bestens vertraut. Schwieriger für uns ist hingegen die Auswertung Grauer Literatur sowie die Überwachung weiterer Medien, die gelegentlich ebenfalls Informationen beisteuern können.

### **2.2.3 Auswertung der Daten**

Unser Ziel bestand darin, sämtliche Gesetzestexte im Original zu sammeln.

Aufgrunddessen erhielten wir Texte in allen Sprachen der Europäischen Union (dänisch, deutsch, englisch, finnisch, flämisch, französisch, gälisch, griechisch, holländisch, italienisch, portugiesisch, schwedisch und spanisch). Länder wie Belgien und Luxemburg besaßen zwei- oder sogar dreisprachige Texte. Aus Spanien erhielten wir zudem Dokumente, die in den Sprachen der autonomen Regionen abgefasst waren. Aus den Ländern, die nicht Mitglieder der Europäischen Union sind, erhielten wir Dokumente in isländisch, norwegisch, polnisch, rumänisch und ungarisch.

Wir hatten unsere nationalen Kontakte gebeten, uns wenn möglich eine in englisch und/ oder französisch geschriebene, zusammengefasste Übersetzung von Gesetzestexten und ähnlichen Schriftstücken zu liefern. Diesbezüglich waren Finnland und Island am entgegenkommendsten. Von einigen Ländern erhielten wir nie eine Übersetzung. Bei allen Gesetzestexten, und vor allem, wenn wir weder den Originaltext, noch eine Übersetzung bekommen konnten, zogen wir den *International Digest of Health Legislation*, der einen Überblick über Gesundheitsgesetze in verschiedenen Staaten liefert, zu Rate.

Alle Texte wurden durchgesehen und geprüft, und wenn nötig wurden weitere Informationen eingeholt.

Bei der Sammlung der Informationen wurde also eine genaue und systematische Vorgehensweise eingehalten.

## **2.3 Rechtsprechung**

### **2.3.1 Europäische Union**

- Die Richtlinie des Rates Nr. 83/477/EWG vom 19. September 1983 (über den Schutz von Arbeitern gegen Gefährdung durch Asbest am Arbeitsplatz) bestimmt, dass Rauchen dort verboten ist, wo Arbeitnehmer Asbeststaub ausgesetzt sind.
- Die EU-Richtlinie des Rates Nr. 89/391/EWG, die am 12. Juni 1989 in Kraft trat, legt fest, dass Arbeitgeber die Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer am Arbeitsplatz sicherzustellen haben, und bestimmt, dass in diesem Kontext der

Arbeitgeber "kollektiven Schutzmaßnahmen Vorrang vor individuellen Schutzmaßnahmen" einräumen muss.

- Die Richtlinie des Rates Nr. 89/654/EWG vom 30. November 1989 (über Mindestvorschriften für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz) enthält eine genaue Definition des Begriffes "Arbeitsstätte": "Die Orte in den Gebäuden des Unternehmens und /oder Betriebes, die zur Nutzung für Arbeitsplätze vorgesehen sind, einschließlich jedes Orts auf dem Gelände des Unternehmens/ und oder Betriebes, zu dem Arbeitnehmer im Rahmen ihrer Arbeit Zugang haben". Ein eigener Paragraph ist dem ETS-Schutz von Nichtrauchern in Einrichtungen wie Kantinen, Räumen für Kaffeepausen und Ruheräumen gewidmet, in denen Nichtraucher sich ausruhen können, ohne Passivrauch ausgesetzt zu sein.
- Die Richtlinie des Rates Nr. 92/85/EWG vom 19. Oktober 1992 (über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes von schwangeren Arbeitnehmerinnen, Wöchnerinnen und stillenden Arbeitnehmerinnen am Arbeitsplatz) befasst sich nicht primär mit Rauchen am Arbeitsplatz, sondern besagt, dass Arbeitgeber schwangere Arbeitnehmerinnen, Wöchnerinnen und stillende Arbeitnehmerinnen über die potentiellen Risiken informieren und die notwendigen Maßnahmen zu deren Schutz ergreifen müssen, wenn die Arbeitnehmerinnen gefährlichen Arbeitsstoffen (darunter auch Kohlenmonoxyd) ausgesetzt ist.
- Die Schlussfolgerungen des Rates betreffend die Umsetzung der Entschließung vom 18. Juli 1989 über ein Rauchverbot in öffentlichen zugänglichen Räumen wurden am 27. Mai 1993 angenommen. Gemäß den Schlussfolgerungen:
  - sollen die Mitgliedsstaaten aufgefordert werden, die Kommission alle zwei Jahre über die diesbezüglich eingeleiteten Maßnahmen zu informieren.
  - sollte bedacht werden, dass eine systematische Beurteilung der ergriffenen Maßnahmen auf Gemeinschaftsebene es ermöglichen würde, die gesammelten Erfahrungen zu aller Vorteil zu nutzen und geeignete Vorgehensweisen und Richtlinien für die Zukunft aufzustellen.

- sollen die Kommission sowie die Mitgliedsstaaten dazu aufgefordert werden, eine solche Beurteilung in ihrem nächsten Bericht über das Rauchverbot in öffentlich zugänglichen Räumen aufzunehmen.
- Die Stellungnahme des Verbraucherausschusses der Kommission zu einer sozialverantwortlichen Tabakpolitik vom 14. Juni 1999 fordert aus Gesundheits- und Sicherheitsgründen ein Rauchverbot in öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten wie Restaurants, Arbeitsplätzen, Schulen, Krankenhäusern, Kinos sowie in öffentlichen Verkehrsmitteln. Der Verbraucherausschuss fordert zudem, dass die Kommission mit gutem Beispiel vorangehen solle, indem sie in ihren eigenen Büros und Konferenzräumen ein Rauchverbot einführt.

### **2.3.2 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union**

In allen fünfzehn Mitgliedsstaaten existiert gegenwärtig eine Rechtsprechung, die das Rauchen in öffentlichen Räumlichkeiten regelt. Alle gesetzgebenden Maßnahmen, entweder Gesetze oder anderweitige Vorschriften, dienen dem gleichen Zweck: die ETS-Exposition und die schädlichen Auswirkungen des Passivrauchens auf die Gesundheit einzuschränken. In einigen Ländern existieren sogar Vorschriften, die sich explizit auf den Arbeitsplatz beziehen.

#### **2.3.2.1 Österreich**

- Die Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz (seit 1995 Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales) vom 15. Februar 1979 über das Rauchen in Krankenhäusern empfiehlt, das Rauchen in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen soweit wie möglich einzudämmen.
- Das Bundesgesetz Nr. 544 vom 20. Oktober 1982 ergänzt das Arbeitnehmerschutzgesetz und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz. *Paragraph 6* des Arbeitnehmerschutzgesetzes Nr. 234 von 1972 wurde durch neue Bestimmungen ergänzt, die Arbeitgeber dazu auffordern, technische oder betriebliche Maßnahmen zu ergreifen, um nicht rauchende Arbeitnehmer gegen die Auswirkungen von Tabakrauch zu schützen, wo immer die Umsetzung solcher

Maßnahmen in Anbetracht von Art und Struktur des Betriebes möglich ist. Ebenfalls neue Bestimmungen in *Paragraph 15* schreiben die Ergreifung solcher Maßnahmen in jenen Räumlichkeiten vor, die von Arbeitnehmern während der Pausen genutzt werden. Ähnliche Bestimmungen finden sich auch in *Paragraph 16*.

- Gemäß Gesetz Nr. 801 von 1993 sollen solche Bestimmungen individuell von den Leitern oder Verantwortlichen solcher Einrichtungen festgelegt werden.
- Das Arbeitnehmerschutzgesetz Nr. 450 von 1994 besagt lediglich, dass es Aufgabe der Arbeitgeber ist, sich um einen Schutz gegen ETS-Exposition am Arbeitsplatz zu kümmern, so gut dies im betrieblichen Rahmen möglich ist, bestimmt jedoch ausdrücklich, dass Rauchen in Arbeitsräumen verboten ist, in denen Raucher und Nichtraucher zusammenarbeiten, wenn Nichtraucher nicht ausreichend durch eine verbesserte Belüftungsanlage vor Tabakrauch geschützt werden können.
- Im Bundesgesetz BGBl Nr. 431 (Tabakgesetz) vom 30. Juni 1995 untersagt *Paragraph 12* zum Schutz von Nichtrauchern das Rauchen in Räumlichkeiten:
  - die zu Unterrichtszwecken dienen
  - die für Besprechungen genutzt werden
  - oder die für sportliche Aktivitäten innerhalb der Schule gedacht sind.*Paragraph 2* dehnt das Rauchverbot auch auf Gemeindezentren und – räumlichkeiten aus, die nicht ausschließlich den in *Paragraph 1* erwähnten Zwecken dienen, wenn diese Räumlichkeiten für die in *Paragraph 1* genannten Zwecke verwendet werden, und darüber hinaus für den Zeitraum, der notwendig ist, um diese Räumlichkeiten gründlich zu lüften. *Paragraph 3* besagt, dass die Bestimmungen der beiden vorangehenden Absätze nicht für Räumlichkeiten gelten, die ausschließlich für private Zwecke genutzt werden.

In *Paragraph 13* steht, dass unbeschadet der Bestimmungen im Arbeitsgesetz und der in *Paragraph 12* enthaltenen Bestimmungen das Rauchen in allen Räumen folgender Einrichtungen verboten ist, die öffentlich zugänglich sind:

- in Verwaltungsgebäuden;

- in Schulen oder anderen Gebäuden, in denen Kinder oder Jugendliche beaufsichtigt werden oder zu denen sie Zugang haben;
- in Hochschulen und Einrichtungen für die berufliche Bildung;
- in Einrichtungen, in denen Filme gezeigt werden oder Ausstellungen stattfinden.

In Ausnahmefällen ist es Einrichtungen, auf die in Paragraph 1 Bezug genommen wird, trotz des in Paragraph 1 festgelegten Rauchverbotes gestattet, Bereiche ausweisen, in denen das Rauchen erlaubt ist, solange genügend Platz vorhanden ist und garantiert werden kann, dass kein Rauch in jene Bereiche eindringt, in denen das Rauchen verboten ist, und vorausgesetzt, dass das generelle Rauchverbot dadurch nicht unterlaufen wird. Diese Ausnahmeregelung gilt nicht für die in Satz 2 von Paragraph 1 erwähnten Einrichtungen. In Einrichtungen des öffentlichen oder privaten Verkehrswesens wie z.B. in Bahnhöfen, Busbahnhöfen, Flughäfen und Häfen müssen genügend Nichtraucherbereiche ausgewiesen werden.

- Das Mutterschutzgesetz von 1995 schreibt vor, dass nicht rauchende, schwangere Frauen am Arbeitsplatz vor Tabakrauch geschützt werden müssen. Dies kann entweder durch eine räumliche Trennung oder durch die erforderlichen Anweisungen des Arbeitgebers an die Mitarbeiter erfolgen.
- Die Schulverordnung Nr. 221 von 1996 wurde erlassen, um die ursprüngliche Absicht des Tabakgesetzes von 1995 mit den Forderungen von Lehrern in Einklang zu bringen. Das Rauchverbot gilt demnach nur noch in öffentlich zugänglichen und frequentierten Bereichen von Schulgebäuden. Sie lässt individuelle Regelungen innerhalb der Grenzen des Arbeitnehmerschutzgesetzes zu und erlaubt die Einrichtung von Raucherräumen für Lehrer, selbst wenn diese von Schülern eingesehen werden können.

### **2.3.2.2 Belgien**

- Die ältesten Arbeitsplatz bezogenen Rechtsnormen finden sich in den Allgemeinen Vorschriften zum Arbeitsschutz und datieren zurück auf den 11. Februar 1946 und den 27. September 1947.
- Der Königliche Erlass vom 15. September 1976 verbietet das Rauchen in öffentlichen Verkehrsmitteln.
- Laut den Bestimmungen von *Paragraph 7* des Gesetzes vom 24. Januar 1977 über den Schutz der Gesundheit von Konsumenten hinsichtlich Nahrungsmitteln und anderen Produkten, kann der König, auf Vorschlag oder Empfehlung des *Conseil Supérieur d`Hygiène* den Tabakkonsum in öffentlichen Einrichtungen oder öffentlichen Verkehrsmitteln einschränken oder verbieten.
- Der Königliche Erlass vom 15. Mai 1980 schränkt das Tabakrauchen in bestimmten öffentlichen Einrichtungen ein und verbietet das Tabakrauchen in geschlossenen Räumlichkeiten, die öffentlich zugänglich sind.
- Der Rat der französischen Gemeinschaft (*Conseil de la Communauté française de Belgique*) erließ am 2. Dezember 1982 eine Verordnung zur Tabakkontrolle, die von der Exekutive gebilligt wurde. Laut *Abschnitt 1* ist das Rauchen verboten:
  - in öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten, wenn diese nicht den vorgeschriebenen Belüftungsstandards genügen, die von dem für die Gesundheit zuständigen Mitglied der Exekutive der französischen Gemeinde festgelegt wurden;
  - in Räumlichkeiten von Kindergärten, in denen Vorschüler oder Schüler anwesend sind, und in Einrichtungen wie Grundschulen, Kunstschulen und ähnlichen, die ganztags und zur Bildungsvermittlung genutzt werden;
  - in allen Räumlichkeiten, in denen Patienten empfangen, gepflegt und untergebracht werden, in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, Altersheimen und in allen anderen öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen;
  - in Räumlichkeiten, in denen Nahrungsmittel gelagert, bearbeitet und für den Verzehr zubereitet oder zum Verkauf angeboten werden. Dieses Verbot erstreckt sich nicht auf Räumlichkeiten, die primär zum Konsum von Nahrungsmitteln *in situ* gedacht sind;

- in regelmäßig oder zu besonderen Zwecken verkehrenden Verkehrsmitteln, die dem Transport von Schülern oder Personen unter 16 Jahren dienen, die schulische Einrichtungen besuchen, sowie in öffentlichen städtischen Verkehrsmitteln;
- in öffentlich zugänglichen Aufzügen;

Das durch diese Verordnung erlassene Rauchverbot muss in den betreffenden Räumlichkeiten und Verkehrsmitteln gut sichtbar ausgewiesen werden.

- Die Königliche Verordnung vom 31. März 1987, die das Rauchen in bestimmten öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten verbietet, nennt konkret jene Bereiche, in denen das Rauchen verboten ist. Dazu wird in *Paragraph 1* definiert, was unter "Räumlichkeiten", "Rauchen" und "Rauchverbotschildern" zu verstehen ist. In *Paragraph 2* werden die öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten, an denen Rauchen verboten ist, aufgelistet:
  - Eingänge, Flure, Treppen, Aufzüge, Wartezimmer, Toiletten und Konferenzräume, die der Öffentlichkeit zugänglich sind;
  - Bereiche, in denen Dienstleistungen angeboten werden oder Einrichtungen, die der Öffentlichkeit zugänglich sind, ob eintrittspflichtig oder nicht;
  - Einrichtungen, in denen Kranke oder ältere Menschen leben oder gepflegt werden;
  - Einrichtungen, in denen Kinder oder Jugendliche im Schulalter leben, untergebracht sind oder betreut werden;
  - Medizinischen Einrichtungen, die zur Durchführung präventiver oder kurativer Maßnahmen dienen;
  - Einrichtungen, in denen Vorführungen dargeboten, Ausstellungen veranstaltet und Sport betrieben werden.

Das Verbot erstreckt sich zudem auf Gebäude oder Teile von Gebäuden sowie auf Einrichtungen, auf die folgendes zutrifft:

- Gebäude, die vom Staat oder anderen öffentlichen Institutionen genutzt werden, oder in denen staatliche Dienstleistungen angeboten werden;
- Einrichtungen, in denen Kinder oder Jugendliche im Schulalter betreut werden;
- Gebäude, die als Krankenhäuser, Kliniken, Pflegeheime, Altersheime oder Altenpflegeheime genutzt werden;

- Bildungseinrichtungen, Gebäude, die als Kulturzentren, für Musical-, Tanz- oder Theateraufführungen, für Kino- oder andere Show-Vorführungen genutzt werden sowie Räume, in denen Sport getrieben wird.

*Paragraph 3* führt aus, dass bestimmte Bereiche für Raucher reserviert und extra ausgewiesen werden können, und erlaubt Restaurants die Einrichtung von Raucherbereichen, allerdings nicht in Schulen und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Laut *Paragraph 4* hat die Geschäftsführung der Einrichtungen, in denen Rauchen verboten ist, gemäß dieser Verordnung in ihren Räumlichkeiten ein oder mehrere Rauchverbotsschilder anzubringen, so dass alle Anwesenden dort sowohl im Raucher- wie auch im Nichtraucherbereich auf das Rauchverbot hingewiesen werden.

- Auch in der Königlichen Verordnung vom 15. Mai 1990, die von der Königlichen Verordnung vom 2. Januar 1991 modifiziert wurde und sich mit dem Rauchverbot in bestimmten öffentlichen Einrichtungen befasst, findet sich oben aufgeführte Liste geschlossener, öffentlich zugänglicher Räumlichkeiten, in denen das Rauchen verboten ist. In dieser Verordnung wird ebenfalls ausgeführt, dass für Nichtraucher rauchfreie Bereiche ausgewiesen werden müssen, und die Notwendigkeit des Schutzes von Nichtrauchern wird betont. Mindestens ein Drittel - am 31. Dezember 1992 sogar erweitert auf die Hälfte - des verfügbaren Raumes muss für Nichtraucher reserviert sein.

Gemäß *Paragraph 3* müssen Nichtraucherbereiche deutlich gekennzeichnet und ausgewiesen sowie so angelegt sein, dass Nichtraucher möglichst wenig beeinträchtigt werden. Zudem müssen in Einrichtungen wie Restaurants, die sowohl von Rauchern als auch Nichtrauchern frequentiert werden, Rauchabzugs- und Belüftungsanlagen installiert sein.

*Paragraph 4* verpflichtet die Geschäftsführung solcher Einrichtungen, in denen gemäß der Bestimmungen dieser Verordnung das Rauchen verboten ist, in ihren Räumlichkeiten ein oder mehrere Rauchverbotsschilder anzubringen, damit alle in diesen Räumlichkeiten Anwesenden auf das Verbot hingewiesen werden.

- Die Königliche Verordnung vom 31. März 1993 erweitert *Paragraph 148 decies (2)* der Allgemeinen Arbeitsschutzvorschriften, der sich mit der Belästigung durch

Tabakrauch befasst. Laut den Bestimmungen dieser Königlichen Verordnung ist der Arbeitgeber verpflichtet, die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, damit die sich auf das Rauchen während der Arbeit, in der Pause und während der Mahlzeiten beziehenden Vorschriften eingehalten werden, wobei sowohl Raucher als auch Nichtraucher berücksichtigt werden sollen. Die Voraussetzung, dass solche Maßnahmen greifen, sind Toleranz, das Respektieren individueller Freiheiten sowie Höflichkeit auf beiden Seiten. Desweiteren wird der Arbeitgeber dazu angehalten, nötigenfalls noch weitere Vorkehrungen zu treffen, um jegliche Belästigung durch Tabakrauch zu verhindern. Verantwortlich für die Umsetzung dieser Verordnung ist der Arbeitsminister.

### 2.3.2.3 Dänemark

- Eine erste Einschränkung des Rauchens in öffentlichen Einrichtungen wurde 1979 auf Anordnung des Ministeriums für Gesundheit und innere Angelegenheiten bezüglich des Rauchens in Krankenhäusern durchgesetzt, die die lokalen Behörden anwies, Maßnahmen zu ergreifen, um in solchen Einrichtungen das Rauchen einzudämmen.
- Die Anordnung Nr. 562 vom 16. November 1985 über Arbeitsstätten, an denen mit metallischem Blei und dessen Ionenverbindungen gearbeitet wird, wurde gemäß Gesetz Nr. 681 über die Arbeitsumgebung vom 23. Dezember 1975 erlassen. In Kapitel 7, das sich mit speziellen gesundheitlichen Vorkehrungen befasst, verbietet *Paragraph 13* das Rauchen oder das Mitbringen von Nahrungsmitteln oder Getränken in Räumlichkeiten, in denen mit metallischem Blei und dessen Ionenverbindungen gearbeitet wird.
- Das den Präventionsrat und den Rat für Tabak bedingte Gesundheitsschäden betreffende Gesetz Nr. 398 vom 10. Juni 1987 bestimmt die Einrichtung eines Sondersekretariates, dessen Rolle darin besteht, alle Bemühungen zu unterstützen, die dazu dienen, die Belästigung durch Rauchen sowie die schädlichen Auswirkungen von Tabakrauch auf die Gesundheit sowohl bei Rauchern als auch Passivrauchern einzuschränken.

- Das Regierungsrundschreiben des Gesundheitsministeriums vom 23. März 1988 über die Schaffung einer Rauch freien Umgebung in öffentlichen Räumlichkeiten, Verkehrsmitteln etc, das am 1. Juli 1988 in Kraft trat, weist die Minister auf ihre Verpflichtung hin, dafür zu sorgen, dass in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich rauchfreie Bereiche in öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten, öffentlichen Verkehrsmitteln, usw. eingerichtet werden. Das Rauchen ist an Arbeitsplätzen verboten, an denen mehrere Personen arbeiten, außer wenn dem alle Anwesenden zustimmen. Das Rauchen ist in bestimmten Räumlichkeiten, die speziell als Raucherbereiche ausgewiesen sind, erlaubt. Für den Fall, dass es unverhältnismäßig teuer wäre, spezielle Raucherräume oder zumindest ausgewiesene Raucherzonen einzurichten, müssen effiziente Maßnahmen ergriffen werden, um dafür zu sorgen, dass Nichtraucher nicht durch Tabakrauch belästigt werden. Diese Bestimmungen gelten für staatliche Gebäude ebenso wie für Besprechungen in Räumlichkeiten der öffentlichen Verwaltung.
- Das den Präventionsrat und den Rat für Tabak bedingte Gesundheitsschäden betreffende Gesetz Nr. 314 vom 16. Mai 1990 ersetzt das Gesetz Nr. 398 vom 10. Juni 1987 zum gleichen Thema, jedoch bleiben die Bestimmungen hinsichtlich des Rates für Tabak bedingte Gesundheitsschäden unverändert bestehen.
- Das Ministerium für soziale Angelegenheiten erließ die Verordnung Nr. 203 vom 26. Oktober 1990 um eine Rauch freie Umgebung in Räumlichkeiten, die von Kindern frequentiert werden, sicherzustellen.
- Das Arbeitsministerium erließ am 16. Dezember 1992 die Verordnung Nr. 1163 zur Einrichtung Rauch freier Bereiche in für Kaffee- und Mittagspausen bestimmten Räumen.
- Gesetz Nr. 436 vom 14. Juni 1995, das am 1. Juli 1995 in Kraft trat (außer in Grönland und auf den Faeroer-Inseln, die von den Bestimmungen dieses Gesetzes nicht betroffen sind), legt die Bestimmungen zur Schaffung einer

rauchfreien Umgebung in öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten, öffentlichen Verkehrsmitteln, usw. fest.

*Paragraph 1* erläutert den Zweck des Gesetzes, der darin besteht, die ETS-Exposition und die schädlichen Auswirkungen von Tabakrauch auf die Gesundheit einzuschränken.

*Paragraph 2* legt fest, dass ab Januar 1996 jeder Landkreis oder jede Region Maßnahmen zu ergreifen hat, um dafür zu sorgen, dass die Bestimmungen zur Einrichtung einer rauchfreien Umgebung in öffentlichen Gebäuden, Krankenhäusern, Bildungseinrichtungen, Kindertagesstätten, Verkehrsmitteln und Ähnlichem umgesetzt werden.

*Paragraph 3* verbietet das Rauchen in staatlichen Dienststellen, in denen mehrere Personen arbeiten, außer wenn dem alle zustimmen. Rauchen ist jedoch in speziell dafür ausgewiesenen Bereichen erlaubt.

Rauchen ist verboten:

- während dienstlicher Besprechungen, außer wenn alle Anwesenden es erlauben (*Paragraph 4*);
- in staatlichen Gebäuden, außer in extra ausgewiesenen Bereichen (*Paragraph 5*).

Gemäß *Paragraph 8* ist das Rauchen trotz der vorangehenden Bestimmungen ausnahmsweise erlaubt, wenn niemand etwas dagegen einzuwenden hat.

*Paragraph 9* verpflichtet die Behörden, die das Rauchen betreffenden Bestimmungen in den jeweiligen Räumlichkeiten und öffentlichen Verkehrsmitteln gut sichtbar auszuweisen.

Laut *Paragraph 10* verpflichten sich die Krankenhäuser der Hauptstadt, die Maßnahmen zur Schaffung einer rauchfreien Umgebung in Krankenhausräumlichkeiten ab dem 1. Januar 1996 umzusetzen.

- Durch das Gesetz Nr. 1313 vom 20. Dezember 2000, das am 1. August 2001 in Kraft trat, wurde das Gesetz von 1995 modifiziert. Insbesondere *Paragraph 2* wurde geändert. In Grundschulen und den unteren Klassen weiterführender Schulen ist das Rauchen für Schüler ebensowenig erlaubt wie für Kinder in öffentlich zugänglichen, nachschulischen Betreuungsstätten. Für das Personal ist Rauchen in separaten Räumen erlaubt, in denen niemand unfreiwillig Passivrauch ausgesetzt ist. Rauchen ist Kindern in öffentlichen Tagesstätten

ebensowenig erlaubt wie in anderen Einrichtungen, in denen die Mehrheit der Kinder 13-14 Jahre alt oder jünger ist. Das Rauchen kann von den Behörden in verschiedenen Einrichtungen für Jugendliche von 15-16 Jahren und darüber in separaten Räumen erlaubt werden, in denen niemand unfreiwillig Tabakrauch ausgesetzt ist. Auch Privatschulen müssen spätestens bis zum 1. August 2001 Regelungen über Rauch freie Bereiche festlegen.

#### **2.3.2.4 Finnland**

- Das Arbeitsschutzgesetz Nr. 299 vom 28. Juni 1958 schreibt vor, dass die notwendigen Maßnahmen ergriffen werden müssen, um nicht rauchende Arbeitnehmer vor Tabakrauch zu schützen, vor allem in Ruheräumen und Freizeiteinrichtungen.
- Gesetz Nr. 693 vom 13. August 1976 enthält Bestimmungen zur Einschränkung des Rauchens in öffentlich zugänglichen und frequentierten Räumlichkeiten und schreibt die Einrichtung separater Raucherbereiche in privaten Betrieben vor.
- Die Verordnung Nr. 225 vom 25. Februar 1977 legt in Kapitel, 4 *Paragraph 13* fest, dass die in *Paragraph 12* und *13* des Tabakgesetzes vorgeschriebenen Raucherbereiche soweit irgend möglich so eingerichtet werden, dass der Rauch nicht in andere Räume dringen kann, in denen das Rauchen verboten ist. Gemäß *Paragraph 14* müssen Rauchverbotsschilder oder Schilder, die einen Raucherbereich ausweisen, unzweideutig sein und gut sichtbar angebracht werden.
- Gesetz Nr. 765 vom 19. August 1994 ergänzt das Gesetz vom 13. August 1976 um Maßnahmen zur Einschränkung des Rauchens zum "Schutz der Bevölkerung gegen Tabak bedingte Gesundheitsgefahren". Nach Absprache mit den Arbeitnehmern oder dem Betriebsrat sind Arbeitgeber dazu verpflichtet, das Rauchen zu verbieten oder einzuschränken, damit Arbeitnehmer in Arbeitsräumen, in denen das Rauchen erlaubt ist, nicht unfreiwillig Passivrauch ausgesetzt sind.

Dies gilt nicht für Arbeitsräume in der Wohnung des Arbeitnehmers, des Unternehmers oder in denen anderer Berufstätiger oder für andere Arbeitsräume, in denen ausnahmslos Personen arbeiten, die der gleichen Familie angehören oder andere, die im gleichen Haushalt wohnen.

- Es gab zwei Reformen des vorausgegangenen Gesetzes:
  - Die erste, vom März 1995, beschränkt das Rauchen in Betrieben auf Raucherbereiche, wobei gewährleistet sein muß, dass der Rauch nicht in andere Bereiche des Betriebes eindringt.
  - Die zweite, von 1999, nimmt Restaurants in die Liste der geschlossenen Räumlichkeiten auf, in denen das Rauchen gesetzlich geregelt ist. So müssen, um Gäste und Arbeitnehmer vor Tabakrauch zu schützen, vom März 2000 an mindestens 30 % und von Juli 2001 an mindestens 50% des Gastbereiches in Restaurants Rauch frei sein. Dies gilt nicht für Restaurants, die kleiner als 50 m<sup>2</sup> sind. An der Bar und an Spieltischen ist das Rauchen verboten, damit Mitarbeiter keinem Passivrauch ausgesetzt werden. Die wichtigste Verbesserung der Reform stellte der Paragraph dar, der vom Parlament in der letzten Phase des Gesetzgebungsverfahrens hinzugefügt wurde, und nach dem ETS ab sofort als krebserzeugend beim Menschen eingestuft wird. Desweiteren darf schwangeren Angestellten in Restaurants nur noch Arbeit in Rauch freien Bereichen zugewiesen werden, damit sie nicht unfreiwillig Passivrauch ausgesetzt sind. Ist dies nicht möglich, darf die Mitarbeiterin bis zum Ende ihrer Schwangerschaft bezahlten Urlaub nehmen.
- Die Verordnung Nr. 1153 der finnischen Regierung vom 8. Dezember 1999 über Tabakrauch in der Umgebungsluft und zur Prävention dadurch bedingter Krebsrisiken am Arbeitsplatz, die in Nachfolge des Vorgängergesetzes von 1958 erlassen wurde, behandelt *inter alia* folgende Themen: welche Maßnahmen nach Messung einer ETS-Exposition zu ergreifen sind, um die Exposition zu verhindern oder zu reduzieren, ob die Maßnahmen durchgeführt werden, und wie groß die Bereitschaft ist, Änderungen vorzunehmen. Bestimmt wird auch, dass Arbeitgeber Informationen an die für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz zuständigen Behörden weiterleiten müssen; dass Arbeitnehmer informiert und beraten werden

müssen; dass festgehalten wird, ob Arbeitnehmer Tabakrauch ausgesetzt waren; und dass geprüft wird, wie hoch die jährlichen Exposition von Arbeitnehmern ist.

#### 2.3.2.5 Frankreich

- Im Gesetz Nr. 76-616 vom 9. Juli 1976, das sich mit den Maßnahmen zur Eindämmung des Rauchens befasst, besagt *Paragraph 16*, dass der Staatsrat mittels Verordnungen die Rahmenbedingungen für die Einführung von Rauchverboten in öffentlich zugänglichen und frequentierten Räumlichkeiten, in denen Rauchen zu gefährlichen gesundheitlichen Schädigungen führen kann, festlegen wird. Im gleichen Paragraph steht, dass in Verkehrsmitteln oder in Räumlichkeiten mit Raucher- und Nichtraucherbereichen für Nichtraucher mindestens 50 % der Gesamtfläche reserviert werden müssen.
- Die Verordnung Nr. 77-1042 vom 12. September 1977 wird, obwohl sie bereits durch ein neueres Gesetz abgelöst wurde, hier zitiert, da ihr Titel in etwa den ersten gesetzlichen Definitionen des Passivrauchens entspricht. Der Titel lautet: "Verordnung über das Rauchverbot in bestimmten Räumlichkeiten, die für eine Nutzung durch Gruppen vorgesehen sind, und in denen sich Rauchen schädlich auf die Gesundheit auswirken kann." Anschließend werden öffentlich zugängliche Räumlichkeiten aufgelistet, in denen das Rauchen verboten ist, insbesondere in Gegenwart von Kindern und Jugendlichen.
- Im Rundschreiben Nr. 861 vom 11. Oktober 1977, das sich mit den Maßnahmen zur Bekämpfung des Rauchens in Krankenhäusern befasst, ordnet der Minister für Gesundheit und soziale Sicherheit an, dass Nichtraucherbereiche in Krankenhäusern eingerichtet und deutlich erkennbar ausgeschildert werden müssen.
- Das Rundschreiben Nr. 519 vom 1. März 1978 über die Genehmigung von Tabakläden in Krankenhäusern unterstreicht die Notwendigkeit der bestehenden Verordnung vom 12. September 1977, die das Rauchen in bestimmten, für die Nutzung durch Gruppen vorgesehenen Räumlichkeiten verbietet, wenn das Rauchen dort schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann, und

empfiehlt die Ablehnung von Anträgen auf Genehmigung eines Tabakladens in Krankenhäusern, da dies als unvereinbar mit der Tabakpolitik der Regierung betrachtet wird.

- Die Verordnung vom 2. Oktober 1978, die sich mit den Modalitäten der Einführung eines Rauchverbotes in Flugzeugen befasst, bestimmt, dass dort, wo Raucherbereiche gemäß *Paragraph 11* der Verordnung Nr. 77-1402 vom 12. September 1977 erlaubt sind, Maßnahmen ergriffen werden, die sicherstellen, dass die Luft nur vom Nichtraucherbereich in den Raucherbereich geleitet wird, aber nicht umgekehrt, so dass kein Rauch in den Nichtraucherbereich dringen kann.
- In *Paragraph 1* der Verordnung vom 12. Mai 1980 über die Modalitäten zur Einführung eines Rauchverbotes in öffentlichen Verkehrsmitteln wird bestimmt, dass in diesen Verkehrsmitteln Sitzplätze für Raucher eingerichtet werden dürfen, wenn:
  - Das gesamte Belüftungssystem, die Heizung sowie die Klimaanlage für eine ausreichende Luftzirkulation vom Nichtraucherbereich in den Raucherbereich sorgen;
  - Sofern das Verkehrsmittel über eine Klimaanlage verfügt, die Luft pro Stunde mindestens acht Mal komplett ausgetauscht wird;
  - Sofern keine solche Einrichtung besteht, die Luft mindestens 15 Mal pro Stunde erneuert wird und die Anzahl der Sitzplätze für Raucher nicht mehr als die Hälfte der Gesamtsitzplätze ausmacht.

In *Paragraph 3* finden sich die Bestimmungen, nach denen die Lüfterneuerung im Verkehrsmittel zu erfolgen hat.

*Paragraph 4* bestimmt, dass die für Nichtraucher reservierten Plätze und die für Raucher zugänglichen Bereiche deutlich ausgeschildert sein müssen.

*Paragraph 5* verbietet Passagieren das Rauchen im Stehen.

- Die zweite Verordnung vom 12. Mai 1980 über die Modalitäten zur Einführung eines Rauchverbotes in Zügen ohne Abteile schreibt vor, dass in Zügen besondere Vorkehrungen zur Vermeidung einer ETS-Exposition von Nichtrauchern getroffen werden müssen.

- Das Rundschreiben Nr. 231 vom 13. Januar 1988 über die Kontrolle des Tabakkonsums in Krankenhäusern betont die Notwendigkeit, die Bestimmungen des Gesetzes Nr. 77-1042 vom 12. September 1977 beizubehalten, um den Konsum von Tabakerzeugnissen insbesondere in Krankenhäusern zu reduzieren. Betont wird auch, dass das medizinische Personal zur Aufklärung der Patienten beizutragen hat.
- *Paragraph 4* des Gesetzes Nr. 91-32 vom 10. Januar 1991 über die Maßnahmen zur Bekämpfung von Tabakkonsum und Alkoholismus erweitert *Paragraph 16* des Gesetzes Nr. 76-616, der ab 1. Januar 1993 als Artikel L. 355-28 bekannt wurde. Laut diesem ist das Rauchen in zur Nutzung durch Gruppen bestimmten Räumlichkeiten verboten, insbesondere in Schulen und öffentlichen Verkehrsmitteln, außer in Bereichen, die speziell für Raucher reserviert sind.
- Das Rundschreiben DH/SD 9/9 C/93 vom 10. Mai 1991 über das Rauchverbot in Krankenhäusern bestätigt die existierenden Bestimmungen zu diesem Thema und legt fest, dass das Rauchverbot (sowohl für Belegschaft wie auch Patienten und Besucher) zumindest in Wartezimmern, Behandlungsräumen, Krankenzimmern und allen Räumlichkeiten, in denen Brandgefahr oder ein Explosionsrisiko besteht, einzuhalten ist.
- Die Verordnung Nr. 92-478 vom 29. Mai 1992 legt die Bedingungen für die Einführung eines Rauchverbotes in Räumlichkeiten fest, die für die Nutzung durch Gruppen vorgesehen sind, und ergänzt das französische Volksgesundheitsgesetz. Gemäß *Paragraph 1* ist das Rauchen in Räumlichkeiten, die für die Nutzung durch Gruppen vorgesehen sind, verboten, ebenso in allen geschlossenen und überdachten Räumlichkeiten, die der Öffentlichkeit zugänglich sind oder in denen gearbeitet wird. Das Verbot erstreckt sich auch auf öffentliche Verkehrsmittel und - in öffentlichen und Privatschulen sowie Hochschulen - auch auf nicht überdachte Räumlichkeiten, die von Schülern und Studenten während ihres Aufenthaltes dort frequentiert werden.

- Die Verordnung Nr. 93-347 vom 15. März 1993 ergänzt einige Bestimmungen des Strafgesetzbuches und führt detaillierte Bestimmungen zur Einschränkung des Rauchens in Gefängnissen an.
- Das Rundschreiben DGS/DH/SP3 Nr. 99-330 vom 8. Juni 1999 über die Eindämmung des Rauchens in Gesundheitseinrichtungen führt aus, dass alle notwendigen Maßnahmen ergriffen werden müssen, um den Konsum von Tabakerzeugnissen in Gesundheitseinrichtungen drastisch einzuschränken.
- Das Rundschreiben DRT 99-18 des Arbeitsministers vom 18. Juni 1999 schreibt vor, dass Inspektoren des Arbeitsaufsichtsamtes überprüfen sollen, ob die in Betrieben von Arbeitgebern erlassenen Rauchverbote legal sind und ob vorab ein Dialog mit den Arbeitnehmervertretern stattgefunden hat.
- Das Rundschreiben DH/E02/DGS Nr. 2000-182 vom 3. April 2000 beschäftigt sich mit der Einschränkung des Rauchens in Gesundheitseinrichtungen und der Verstärkung oder Einrichtung von Beratungs- und Koordinationseinrichtungen zur Raucherentwöhnung in Krankenhäusern, damit effektive Raucherentwöhnungstherapien angeboten werden können. Betont wird auch, dass das im Evin-Gesetz vom 10. Januar 1991 vorgeschriebene Rauchverbot vor für Pflegeeinrichtungen gelte, und dass alle öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten, u.a. auch nicht geschlossene Räumlichkeiten, die der Öffentlichkeit und Patienten zugänglich sind, Rauch frei zu sein haben.
- Im Rundschreiben Nr. 2000-106 vom 21. Juni 2000 werden - in Paragraph 2.2 von Kapitel II - erneut die für Bildungseinrichtungen geltenden Regelungen betont, nämlich dass der Tabakkonsum in Bildungseinrichtungen verboten ist.
- Das Rundschreiben Nr. 2001-076 vom 25. April 2001 ergänzt, dass Schulleiter bei einer Missachtung der Vorschriften disziplinarische Strafen anordnen dürfen.

### **2.3.2.6 Deutschland**

- Eine Empfehlung des Innenministeriums von 1975 legt Richtlinien fest, die von den verschiedenen Bundesbehörden befolgt werden sollen. Sie fordert eine Trennung von Raucher- und Nichtraucherbereichen. Wo dies nicht möglich ist, sollte Rauchen nur dann erlaubt sein, wenn alle anwesenden Nichtraucher damit einverstanden sind. Ein absolutes Rauchverbot besteht in Kantinen während der Essenszeiten. Dennoch darf auch dort ein abgetrennter Raucherbereich eingerichtet werden.

Gemäß dieser Empfehlung führten einige Ämter wie auch einzelne regionale und lokale Behörden strengere Regelungen ein.

- Die Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) vom 20. März 1975 wurde vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gemäß den Vorschriften der Gewerbeordnung und unter Berücksichtigung einiger Bestimmungen des Grundgesetzes erlassen. Als "Arbeitsstätten" gelten Arbeitsräume in Gebäuden, darunter auch jene zu Ausbildungszwecken, Arbeitsplätze auf dem Betriebsgelände im Freien, Baustellen, Verkaufsstände im Freien, die im Zusammenhang mit Ladengeschäften stehen sowie Wasserfahrzeuge und schwimmende Anlagen auf Binnengewässern. Zur Arbeitsstätte gehören Verkehrswege, Lagerräume, Maschinenräume, Umkleide-, Wasch- und Toilettenräume, Sanitärräume, usw. Es werden zudem detaillierte Vorschriften zu Bau, Belüftung, Temperatur, Beleuchtung, u.a. von Arbeitsstätten gemacht, sowie zu Schutzmaßnahmen gegen Gase, Dämpfe, Stäube, Lärm, Geruch, Hitze, usw. Arbeitgeber haben dafür Sorge zu tragen, dass geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um zu verhindern, dass Nichtraucher in Pausen- und Erholungsräumen durch Tabakrauch belästigt werden.
- Im November 1988 haben die Gesundheitsminister der deutschen Bundesländer eine "Entschließung über den Nichtraucherschutz in Behörden" verfasst. Gemäß dieser Entschließung ist Rauchen in gemeinsamen Diensträumen, in Sitzungssälen, Kantinen und gemeinsamen Räumen verboten. Die Entschließung gilt ebenfalls für alle Gesundheitseinrichtungen, Ämter, Schulen und Krankenhäuser.

- Am Weltnichtrauchertag, dem 31. Mai 2001, stimmte das deutsche Parlament über eine Regelung zum Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz ab, die in die deutsche Arbeitsstättenverordnung integriert wurde. Gemäß diesem neuen Gesetz ist der Arbeitgeber verpflichtet, Nichtraucher in allen Gebäuden des Unternehmens vor Passivrauch zu schützen, ausgenommen an Arbeitsplätzen mit Publikumsverkehr. Infolgedessen handelt es sich hier nicht um ein Gesetz, dass das Rauchen am Arbeitsplatz vollständig verbietet, und auch Gastbetriebe sind von dieser Regelung ausgenommen. Das neue Gesetz wird voraussichtlich spätestens Anfang 2002 in Kraft treten.

### 2.3.2.7 Griechenland

- Im Ministerialbeschluss Nr. A2γ/Ec. 1989 vom 12. April 1979 verbietet *Paragraph 1* das Rauchen in Krankenhäusern, Privatkliniken und privaten Pflegeheimen. *Paragraph 2* schreibt für Personal und Besucher reservierte Raucherbereiche auf jedem Stockwerk der Einrichtung vor, die insgesamt eine Fläche von bis zu 200 m<sup>2</sup> einnehmen dürfen. Je größer die Gesamtfläche einer Einrichtung, desto mehr Raucherbereiche müssen eingerichtet werden.
- Der Ministerialbeschluss Nr. A2g/EC/3051 vom 25. April 1980 verbietet das Rauchen in Räumlichkeiten in staatlichen Gebäuden, in öffentlichen oder privaten Unternehmen und Organisationen sowie in anderen Einrichtungen.
- Der gemeinsame Ministerialbeschluss Nr. 4508 vom 21. Mai 1990 verbietet das Rauchen auf Flügen aller inländischen Fluglinien.
- Der Ministerialbeschluss Nr. Y3/4322 vom 16. Juni 1993 ersetzt den Ministerialbeschluss Nr. 1989 vom 12. April 1979 über das Rauchverbot in öffentlichen Krankenhäusern und Privatkliniken. Rauchen ist demnach in allen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen verboten, und zwar in öffentlichen Krankenhäusern und Privatkliniken, in Patienten befördernden Verkehrsmitteln, in medizinischen Erstversorgungsräumen, in anderen medizinischen Einrichtungen (Labors, Wachstationen) und in allen Räumlichkeiten, in denen Patienten

behandelt werden, in Räumlichkeiten von Krankenkassen und anderen privat- und staatsrechtlichen Gesundheitseinrichtungen, in staatlichen und privaten Kindertagesstätten, Unfallstationen, Apotheken, in Einrichtungen zur Behandlung chronischer Krankheiten und in allen anderen Räumlichkeiten, in denen sich Patienten aufhalten, die oben nicht genannt wurden.

- Eine weitere Verordnung über das Rauchen in Krankenhäusern wurde im Jahr 2000 vom Gesundheitsministerium erlassen.

### 2.3.2.8 Irland

- Im Tabakgesetz (Gesetz für Gesundheitsförderung und -schutz) vom 12. Juli 1988 finden sich in *Paragraph 1* mehrere Begriffserläuterungen:
  - "ausgewiesener Bereich": eine Räumlichkeit oder ein Gebäude, in der/dem der Tabakkonsum entweder eingeschränkt oder verboten ist;
  - "ausgewiesene Einrichtung": Flugzeug, Zug, öffentliches Verkehrsmittel oder andere von der Öffentlichkeit genutzte Einrichtungen, in der der Konsum von Tabakwaren entweder eingeschränkt oder verboten ist;
  - "Gesundheitseinrichtungen": sämtliche Einrichtungen, die von einer Gesundheitsbehörde zur Verfügung gestellt und unterhalten werden oder die sie qualifizierten Personen für Gesundheitsdienste zur Verfügung stellt.

*Paragraph 2* schreibt ein Verbot und eine Einschränkung des Konsums von Tabakerzeugnissen in ausgewiesenen Bereichen und Einrichtungen vor. Zuständig für ein Verbot und /oder die Regulierung des Konsums von Tabakerzeugnissen in ausgewiesenen Bereichen oder ausgewiesenen Einrichtungen ist der Minister.

Gemäß der in diesem Paragraphen enthaltenen Bestimmungen kann der Konsum von Tabakerzeugnissen eingeschränkt oder verboten werden:

  - in Flugzeugen, Zügen und öffentlichen Verkehrsmitteln sowie allen anderen Einrichtungen, die definiert werden können;
  - in einigen Bereichen von Gesundheits- und Fürsorgeeinrichtungen: Rauchen ist absolut verboten in Krankenhäusern, Pflegeheimen und anderen Gesundheitseinrichtungen, außer in extra für Mitarbeiter und Patienten ausgewiesenen Raucherzonen;

- oder in Bildungseinrichtungen: Rauchen ist absolut verboten in Schulen, Universitäten und Hochschulen, außer in extra dafür ausgewiesenen Bereichen;
- in öffentlich zugänglichen und frequentierten Gebäuden: Rauchen ist absolut verboten in öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten von Banken, Bausparkassen und Geldinstituten;
- oder in staatlichen oder vom Staat genutzten Gebäuden: dort ist Rauchen absolut verboten;
- und in Kinos, Theatern, Konzertsälen und anderen geschlossenen Räumlichkeiten, in denen Veranstaltungen abgehalten werden.

Das absolute Rauchverbot gilt nicht in Restaurants oder Bewirtschaftungsräumlichkeiten in diesen Einrichtungen und Gebäuden oder in extra für Mitarbeiter oder Patienten ausgewiesenen Raucherbereichen.

Wer gegen die in obigem Paragraphen genannten Vorschriften verstößt, macht sich eines Vergehens schuldig und kann, wie in Paragraph 3 festgehalten, mit einer Geldbuße bis maximal £ 100 (126,97 Euro) belegt werden. Paragraph 4 bestimmt, dass der Besitzer, der Geschäftsführer oder der Betreiber für einen ausgewiesenen Bereich oder eine ausgewiesene Einrichtung, der sich weigert, sich nicht darum kümmert oder dem es nicht gelingt, sicherzustellen, dass diese Verbote und Einschränkungen eingehalten werden, sich eines Vergehens schuldig macht und mit einer Geldstrafe von maximal £ 500 (634,85 Euro), oder mit einer Gefängnisstrafe von maximal sechs Monaten, oder nach Ermessen des Gerichtes sowohl mit einer Geld- als auch einer Gefängnisstrafe belegt werden kann.

- Die Tabakverordnungen (für Gesundheitsförderung und -schutz) vom 23. Februar 1990 zielen darauf ab, *Paragraph 2* des Tabakgesetzes von 1988 rechtswirksam zu machen, d.h., den Konsum von Tabakerzeugnissen in verschiedenen öffentlichen Räumlichkeiten und Einrichtungen zu verbieten. Diese Verordnungen traten am 1. Mai 1990 in Kraft.

Teil II dieser Verordnungen befasst sich mit dem Verbot des Konsums von Tabakerzeugnissen.

*Paragraph 5* verbietet den Konsum von Tabakerzeugnissen in allgemeinen Bereichen wie Treppen, Gängen, usw. sowie in Büros in sämtlichen staatlichen oder vom Staat genutzten Gebäuden, die der Öffentlichkeit zugänglich sind; in

allen Grund- und weiterführenden Schulen sowie Hochschulen, außer in separaten Einrichtungen für Lehrpersonal und Schüler; in den Küchen von Hotels, Restaurants, Cafés, Imbissen und anderen Gastbetrieben, in denen Nahrungsmittel für den Verzehr aufbewahrt oder zubereitet werden; in den Verkaufsräumen, Lagerräumen und Räumen zur Nahrungsmittelzubereitung in Supermärkten und Geschäften; in Wartesälen von Bahn- und Busbahnhöfen; in geschlossenen Räumen für Zuschauer und sportliche Betätigung in Sportzentren; im Zuschauerraum von Kinos, Theatern, in für Konzerte gebauten oder zu diesem Zweck umgebauten Sälen, in Kunstgalerien und staatlichen Museen sowie in öffentlichen Bibliotheken, außer in Personalräumen.

*Paragraph 6* verbietet den Konsum von Tabakerzeugnissen in ausgewiesenen, in Teil II der ersten Fassung dieser Verordnungen beschriebenen Einrichtungen, nämlich in sämtlichen öffentlichen oder privat betriebenen öffentlichen Verkehrsmitteln mit Sitzgelegenheiten für mindestens 8 Personen sowie in der Schnellbahn der Dubliner Region (Dublin Area Rapid Transport).

Teil III dieser Verordnungen befasst sich mit den Bestimmungen für die Einschränkung des Konsums von Tabakerzeugnissen.

*Paragraph 7* schränkt den Konsum von Tabakerzeugnissen in Räumlichkeiten eines bestimmten Bereiches oder einer Einrichtung ein, wie sie in der zweiten Fassung dieser Verordnungen näher bestimmt werden, nämlich in Gesundheitseinrichtungen, Krankenhäusern, Pflegeheimen, Entbindungshäusern, Heimen für geistig und körperlich Behinderte, Psychiatrischen Krankenhäusern, Restaurants, Kantinen, Cafés und Imbissen, im Sitzbereich von Wartesälen in Häfen und Flughäfen, in Zügen sowie in Flugzeugen. In all diesen Räumlichkeiten und Einrichtungen muss mindestens ein Drittel des Bereiches mit Sitzgelegenheiten als Nichtraucherbereich ausgewiesen werden.

*Paragraph 8* nimmt Gefängnisse von den Vorschriften dieser Verordnungen aus.

- Das Gesundheitsamt führte 1992 eine "Freiwillige Selbstkontrolle bezüglich Rauchen am Arbeitsplatz" ein, die Arbeitgeber dazu ermutigen soll, Maßnahmen zum Nichtraucherschutz im Betrieb zu ergreifen.
- Ein absolutes Rauchverbot am Arbeitsplatz wird voraussichtlich Ende 2002 eingeführt.

### 2.2.2.9 Italien

- Gesetz Nr. 584 vom 11. November 1975 verbietet das Rauchen in bestimmten Räumlichkeiten und in öffentlichen Verkehrsmitteln.

In *Paragraph 1* werden die Einrichtungen aufgelistet, in denen Rauchen verboten ist:

a)

- in Krankenzimmern;
- in Klassenzimmern in Schulen;
- in Verkehrsmitteln, die dem Staat, öffentlichen Einrichtungen oder Privatpersonen mit Beförderungsberechtigung gehören;
- in U-Bahnen;
- in Wartesälen in Bahnhöfen, Häfen und Flughäfen sowie an Bus-, Straßenbahn- und Trolley-Bus-Haltestellen;
- in für Nichtraucher reservierten Zugabteilen (solche Abteile müssen in allen staatlichen und an Privatpersonen verpachteten Zügen vorhanden sein);
- in Liegewägen und Schlafwagenabteilen in Zügen, die nachts von mehr als einer Person belegt werden;

b)

- in geschlossenen Räumen, die für öffentliche Veranstaltungen bestimmt sind;
- in geschlossenen Zuschauerräumen von Kinos oder Theatern;
- in geschlossenen Tanzsälen, Eingangsbereichen, in Versammlungsräumen in Hochschulen, Museen, öffentlichen Bibliotheken und Lesesälen sowie in der Öffentlichkeit zugänglichen Kunst- und Gemäldegalerien.

*Paragraph 2* dieses Gesetzes verpflichtet die Eisenbahnbehörden, in allen nicht für Raucher reservierten Abteilen gut sichtbar Rauchverbotsschilder anzubringen. Auf das Rauchverbot muß auch in den Informationsbroschüren für Passagiere hingewiesen werden.

Gemäß *Paragraph 3* können Geschäftsführer oder Betreiber der in *Paragraph 1* (b) erwähnten Räumlichkeiten eine Befreiung von den in diesem Paragraphen genannten Vorschriften beantragen, unter der Voraussetzung, dass sie eine den

Vorschriften entsprechende Belüftungsanlage zur Verbesserung der Luftzirkulation installieren. Über eine solche Befreiung entscheidet der zuständige Bürgermeister in Absprache mit dem Amtsarzt. Allerdings kann eine Befreiung gemäß *Paragraph 5* auch wieder aufgehoben oder entzogen werden, wenn die Anlage nicht oder nur unzureichend funktioniert.

*Paragraph 7* befasst sich mit den strafrechtlichen Bestimmungen bei einer Übertretung der in *Paragraph 1* genannten Vorschriften, die mit einer Geldbuße von 10.000 Lira (5.164 Euro) geahndet werden kann.

- Der Ministerialbeschluss vom 18. Mai 1976, in dem die für Klimaanlage oder Belüftungssysteme geltenden Vorschriften festgelegt sind, wurde vom Gesundheitsminister gemäß *Paragraph 3* des Gesetzes Nr. 584 vom 11. November 1975, in dem das Rauchen in bestimmten Räumlichkeiten und in öffentlichen Verkehrsmitteln verboten wird, ausgearbeitet. Dieser Beschluss bestimmt die technischen Voraussetzungen, die Klimaanlage oder Belüftungssysteme erfüllen müssen, wie sie in Absatz (b) von *Paragraph 1* dieses Gesetzes für Räumlichkeiten vorgeschrieben sind. Es muss Vorsorge getroffen werden, dass bei einem Ausfall dieser Systeme, oder wenn diese die Lufttemperatur und –feuchtigkeit nicht innerhalb der vorgeschriebenen Grenzen halten können, automatisch Rauchverbotschilder an gut sichtbaren Stellen aufleuchten.
- Im Rundschreiben Nr. 69 vom 5. Oktober 1976, das sich auf das Gesetz Nr. 584 vom 1. November 1975, in dem das Rauchen in ausgewiesenen Räumlichkeiten, öffentlichen Verkehrsmitteln und anderen Einrichtungen verboten wird, bezieht, nutzt der Gesundheitsminister die Gelegenheit, folgende Begriffe genauer zu definieren:
  - “Krankenzimmer”: Räume, in denen Patienten untergebracht sind, d.h. keine Wartezimmer, Flure, usw.;
  - “Klassenzimmer in Schulen”: Räumlichkeiten, die für Unterrichtszwecke dienen, also keine Flure, Toiletten, Treppen, Eingangshallen, usw.
- Die Verordnung Nr. 753 des Präsidenten der Republik vom 11. Juli 1980, die neue Vorschriften für Züge und andere Verkehrsmittel festlegt, verbietet das

Rauchen in Zugabteilen, Straßenbahnen und Trolley-Bussen sowie in geschlossenen Wartesälen von Bahnhöfen. Eine Verletzung der Vorschriften kann mit einer Geldbuße von 5.000 bis 15.000 Lira (2,58 bis 7,74 Euro) geahndet werden.

- Die Direktive des Präsidenten des Ministerrates vom 14. Dezember 1995 bezieht sich auf das Rauchverbot in bestimmten Räumlichkeiten der staatlichen Verwaltung und des öffentlichen Dienstes.

Gemäß *Paragraph 3* gelten die Bestimmungen dieser Direktive für alle Räumlichkeiten in staatlichen Verwaltungsbehörden, ebenso für jene, die von Privatpersonen, die öffentliche Dienste anbieten, genutzt werden, wenn in beiden Fällen die Räumlichkeiten ihrer Funktion gemäß der Öffentlichkeit zugänglich sind. Das Verbot schließt auch die Räumlichkeiten mit ein, die in *Paragraph 1* des Gesetzes Nr. 584 vom 11. November 1975 zum gleichen Thema aufgelistet sind, selbst wenn die entsprechenden Räumlichkeiten nicht, wie im gegenwärtigen Gesetz gefordert, "Öffentlichkeit zugänglich sind" (d.h., Räumlichkeiten, zu denen Bürger und Benutzer ohne Formalitäten oder spezielle Genehmigung während festgelegter Zeiten Zugang haben).

*Paragraph 4* führt aus, dass zum Zwecke der Umsetzung dieser Direktive in Räumlichkeiten, in denen ein Rauchverbot besteht, dies deutlich ausgewiesen werden muss, d.h. die Vorschriften sowie die Sanktionen bei Missachtung der Vorschriften müssen ebenso angezeigt werden wie die Behörden, die ermächtigt sind, die Einhaltung des Verbotes sicherzustellen und Verstöße aktenkundig zu machen.

- Am 21. Dezember 1995 wurde von der Regierung und den autonomen Provinzen Trient und Bozen das Abkommen über ein Rauchverbot in geschlossenen Räumen nicht staatlicher Behörden geschlossen.
- Der Nationale Gesundheitsplan, der 1998-2000 vom Gesundheitsministerium erstellt wurde, sieht als sein primäres Ziel die Förderung einer gesunden Lebensweise, u.a. die Reduzierung des Tabakkonsums oder völliger Rauchverzicht sowie eine drastische Reduzierung der ETS-Exposition.

- Das italienische Kabinett stimmte am 1. September 2000 für ein Rauchverbot an allen öffentlichen und privaten Arbeitsplätzen in Gebäuden. Dieses Ziel wird auch bei der Abstimmung des italienischen Parlamentes angestrebt.

### 2.3.2.10 Luxemburg

- Das Gesetz vom 24. März 1989 das die Werbung für Tabak- und Tabakerzeugnisse einschränkt und das Rauchen in bestimmten Räumlichkeiten verbietet, enthält die Vorschriften für ein Rauchverbot.

In *Paragraph 9* werden die Räumlichkeiten und Einrichtungen aufgelistet, für die diese Bestimmungen gelten:

- in den Räumlichkeiten von Krankenhäusern (in Gemeinschaftsbereichen und Krankenzimmern);
- in den Wartezimmern von Ärzten und Zahnärzten;
- in Apotheken;
- in Schulen;
- in Räumlichkeiten, in denen Jugendliche unter 16 Jahren betreut oder untergebracht werden;
- in Sporthallen und überdachten Bereichen bei Sportveranstaltungen;
- in Kinos und Theatern;
- in öffentlichen Museen, Kunstgalerien, Bibliotheken und Lesesälen;
- in Eingangshallen und öffentlichen Gebäuden, in denen Rauchverbotsschilder angebracht sind;
- in Bussen oder regelmäßig verkehrenden öffentlichen Verkehrsmitteln, auch während des Haltens oder Parkens;
- in Zugabteilen oder auf Schiffen in den Bereichen, in denen Rauchverbotsschilder angebracht sind.

Kapitel 3 befasst sich mit den Sanktionen, und in *Paragraph 10* heißt es, dass jeder, der die oben genannten Vorschriften missachtet, mit Geldbußen von 250 bis 2.500 Francs (6,19 bis 61,97 Euro) belegt werden kann. Im Falle einer wiederholten Zuwiderhandlung innerhalb von zwei Jahren können die Geldbußen verdoppelt werden.

- Das Gesetz vom 6. Januar 1995 modifiziert das oben genannte Gesetz, das die Werbung für Tabak und Tabakerzeugnisse einschränkt und das Rauchen in bestimmten Räumlichkeiten und Einrichtungen verbietet. Der erste Teil von *Paragraph 9* wird durch folgenden Text ersetzt:
  - a) in den Räumlichkeiten von Krankenhäusern oder Altenheimen: in den Zimmern der Patienten und Bewohner wie auch in allen anderen Bereichen gemeinschaftlicher Nutzung wie Empfangsräumen, Behandlungszimmern und Wohnräumen der Bewohner oder Patienten sowie in Aufzügen, Fluren und Wartezimmern;
  - b) *Paragraph 9* wird um einen Absatz erweitert, in dem es heißt:
 

"Das Rauchverbot, auf das in diesem Paragraph Bezug genommen wird, gilt nicht für Räumlichkeiten (Rauchsalons), die vom Besitzer der Einrichtung extra für diese Verwendung vorgesehen sind."

#### **2.3.2.11 Niederlande**

- Im Gesetz vom 10. März 1988, in dem Maßnahmen vorgeschrieben werden, um den Tabakkonsum einzuschränken und insbesondere Nichtraucher zu schützen (Tabakgesetz), werden in Teil 4 und 5 die Vorschriften genannt, die sich auf den Verkauf an und Konsum von Tabakerzeugnissen durch Privatpersonen beziehen. *Paragraph 9* in Teil 4 verbietet den Verkauf von Tabakerzeugnissen an Privatpersonen in Gesundheits- und Fürsorgeeinrichtungen, Sport- und kulturellen Einrichtungen sowie in Bildungseinrichtungen, wenn diese Einrichtungen in die in den allgemeinen Verwaltungsvorschriften genannten Kategorien fallen. *Paragraph 10* in Teil 5 bestimmt, dass für Einrichtungen, Dienstleistungsbetriebe und Unternehmen, die vom Staat und staatlichen Organen geführt werden, die zuständige Behörde Maßnahmen zu ergreifen hat, die sicherstellen, dass die von oben genannten zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten so genutzt bzw. Aktivitäten dort ausgeführt werden können, dass niemand durch den Konsum von Tabakerzeugnissen belästigt wird. Zu diesen Maßnahmen sollten in jedem Fall ein Rauchverbot in allen Räumlichkeiten gehören, die in die Kategorien fallen, die in den allgemeinen Verwaltungsvorschriften in Absprache mit dem Nationalen Gesundheitsrat festgelegt wurden.

Im Tabakgesetz von 1988 finden sich ebenfalls Bestimmungen zu Produktvorschriften (*Paragraphen 2 und 3; Teil 2*) sowie einschränkende Bestimmungen hinsichtlich der Werbung (*Paragraphen 4-8; Teil 3*).

- Die Verordnung Nr. 612 vom 28. Dezember 1989 verbietet das Rauchen in bestimmten Räumlichkeiten staatlicher Gebäude (in Wartezimmern, Eingangsbereichen, Fluren, Treppenaufgängen, Aufzügen, Sitzungssälen, Klassenzimmern, Toiletten). In *Paragraph 9* werden die einzelnen Kategorien von Gesundheits- und anderen Einrichtungen näher erläutert, in denen der Verkauf von Tabakerzeugnissen verboten ist.
- Durch eine weitere Verordnung von 1998 wurde Verordnung Nr. 612 leicht abgeändert, um einen besseren Schutz für Nichtraucher zu gewährleisten.
- 1999 machte die holländische Regierung eine neue Gesetzeseingabe beim Parlament, die eine grundlegende Änderung des Tabakgesetzes zur Folge haben würde. Am 31. Mai 1999 beriet das Unterhaus über diese Gesetzesvorlage, die am 6. Juni vom Unterhaus schließlich verabschiedet wurde. Erwartet wird, dass das Oberhaus noch vor Ende 2001 über die Gesetzesvorlage abstimmt. Diese Gesetzesvorlage ist von größter Wichtigkeit für die Schaffung Rauch freier Arbeitsplätze, da *Paragraph 11a* Arbeitgeber dazu verpflichtet, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, die es Arbeitnehmern gestatten, ihrer Arbeit nachzugehen, ohne durch Tabakrauch belästigt zu werden.

#### **2.3.2.12 Portugal**

- Die Verordnung von 1959 verbietet das Rauchen in geschlossenen Räumen bei öffentlichen Veranstaltungen.
- Die Verordnung von 1968 bestimmt, dass das Tabakrauchen in öffentlichen, innerstädtischen Verkehrsmitteln nur eingeschränkt erlaubt ist.

- Die Verordnung Nr. 212 vom 18. April 1978 verbietet das Rauchen in öffentlichen, innerstädtischen Verkehrsmitteln ebenso wie in öffentlichen Überland-Verkehrsmitteln, wenn die Fahrdauer eine Stunde nicht überschreitet, wie in *Paragraph 1* festgelegt ist.

Gemäß *Paragraph 2* ist das Rauchen in ausgewiesenen Bereichen erlaubt, wenn die Fahrt länger als eine Stunde dauert.

*Paragraph 3* verbietet das Rauchen in Zugabteilen, außer in ausgewiesenen Abteilen und deutlich gekennzeichneten Bereichen der Waggonen, auf Plattformen am Waggonende und in den Gängen.

In *Paragraph 4* wird dieses Verbot auf die Innenräume von Passagierschiffen auf Flüssen ausgedehnt.

*Paragraph 5* legt fest, dass Rauchverbotsschilder in Verkehrsmitteln oder in einzelnen Bereichen von Verkehrsmitteln angebracht werden müssen, wo dies zweckdienlich ist.

*Paragraph 6* befasst sich mit Strafbestimmungen bei Zuwiderhandlungen. Demgemäß kann eine Missachtung der in dieser Verordnung enthaltenen Bestimmungen mit einer Geldbuße von 100 Escudos geahndet werden, die bei wiederholter Zuwiderhandlung erhöht werden kann.

Gemäß den Bestimmungen von *Paragraph 7* gilt diese Verordnung nicht für Flugzeuge und hochseetaugliche Passagierschiffe.
- In der Verordnung Nr. 375/78 vom 11. Juli 1978 werden die Bestimmungen für die Umsetzung der oben erwähnten Verordnung Nr. 212/78 bezüglich des Rauchverbotes in öffentlichen Verkehrsmitteln festgelegt, vor allem, wie das Verbot und, in bestimmten Fällen, die Raucherlaubnis auszuweisen sind; festgelegt wird auch das Recht, Inspektionen durchzuführen, Bußgelder einzusammeln sowie die Art und Weise, wie dies vonstatten gehen soll.
- Im Gesetz Nr. 22/82 vom 17. August 1982 über die Eindämmung des Tabakkonsums, befasst sich *Paragraph 3* mit dem Rauchverbot in bestimmten Einrichtungen. Rauchen ist verboten in Einrichtungen von Gesundheitsdiensten, in Einrichtungen, die für Minderjährige vorgesehen sind, in schulischen Einrichtungen, in Sporthallen, Kinos und Theatern.

*Paragraph 8* befasst sich mit den Strafbestimmungen und legt fest, dass bei jeder Zuwiderhandlung gegen die in *Paragraph 3* aufgeführten Bestimmungen ein Bußgeld von 100 Escudos auferlegt werden kann.

- Die Verordnung mit Gesetzeskraft Nr. 226/83 vom 27. Mai 1983 wurde verabschiedet, um die Bestimmungen des Gesetzes Nr. 22/82 vom 17. August 1982 über die Eindämmung des Rauchens und Einrichtungen eines Rates für Tabakprävention (*CPT*) in die Tat umzusetzen.

*Paragraph 2* (Rauchverbot in bestimmten Einrichtungen) verbietet das Rauchen in allen Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäusern, Kliniken, Gesundheitszentren, Untersuchungszimmern, Wartezimmern, Unfallstationen und ähnlichen Räumlichkeiten), in schulischen Einrichtungen und anderen Einrichtungen für Jugendliche unter 16 Jahren, in Kinos, Theatern und anderen geschlossenen Versammlungsräumen sowie in geschlossenen Räumlichkeiten, in denen Sport getrieben wird. Gemäß Absatz 2 hingegen ist das Rauchen in ausdrücklich für Raucher reservierten Bereichen in den oben erwähnten Einrichtungen erlaubt, sofern sie von den Fluren, Gängen, usw., die von Patienten, Jugendliche und Kinder unter 16 Jahren, Schwangeren oder stillenden Frauen sowie Sportteilnehmern genutzt werden, abgetrennt sind.

*Paragraph 3* (Rauchverbot in öffentlichen Verkehrsmitteln) verbietet das Rauchen in Verkehrsmitteln, die dem öffentlichen Transport in Städten, Vorstädten oder über Land dienen sowie in Miet- bzw. Touristenfahrzeugen während Auto-, Schiffs- oder Zugreisen von maximal einer Stunde Dauer. Auf Überlandreisen und in Miet- bzw. Touristenfahrzeugen dürfen die Passagiere in den letzten drei Sitzreihen des Fahrzeuges rauchen, wenn die Fahrdauer mehr als eine Stunde beträgt. Der für Raucher reservierte Bereich kann auf bis zu einem Drittel der gesamten Sitzkapazität ausgedehnt werden, wenn das Fahrzeug über eine entsprechende Einrichtung zum Absaugen des Rauches verfügt. Auf Zugreisen, die länger als eine Stunde dauern, können Abteile oder Waggons für Raucher reserviert werden, doch darf der Raucherbereich unter keinen Umständen mehr als die Hälfte der verfügbaren Gesamtsitzfläche in jeder Klasse einnehmen. Auf Flußschiffen darf Rauchen nur in nicht überdachten Bereichen gestattet werden, wenn die Fahrdauer eine Stunde überschreitet. Die Vorschriften für Hochseeschiffe und Flugzeuge bleiben weiter bestehen.

- Gemäß *Paragraph 2* der Verordnung mit Gesetzeskraft Nr. 283 vom 17. September ist das Rauchen in U-Bahn-Stationen, in deren Zugangsbereichen und in Räumlichkeiten in diesen Bereichen verboten.
- Gemäß *Paragraph 3* des Gesetzes Nr. 3/83/M vom 11. Juni 1983 (Macao) über Rauchprävention ist das Rauchen insbesondere in Gesundheits- und Fürsorgeeinrichtungen sowie in Einrichtungen für Minderjährige verboten. Laut Absatz 2 müssen Rauchverbote klar und deutlich ausgewiesen werden. Absatz 4 bestimmt, dass in öffentlichen Verkehrsmitteln mit zwei Decks das obere Deck für Raucher reserviert werden kann.
- In der Verordnung Nr. 750 vom 24. September 1984 überträgt *Paragraph 1* den Polizeibehörden die Verantwortung, die Einhaltung der Bestimmungen zu überwachen, die in den *Paragraphen 3* und *4* der Verordnung mit Gesetzeskraft Nr. 226/83 vom 27. Mai über Rauchverbotsschilder in Verkehrsmitteln festgelegt wurden, und überträgt die Verantwortung für die Umsetzung der bestehenden Vorschriften der Generaldirektion für das Transportwesen.
- In der Verordnung Nr. 5/88 vom 11. Februar 1988 verbietet *Paragraph 1* das Rauchen in Abteilungen und Dienststellen des Staatssekretariates, d.h. in Räumlichkeiten mit Publikumsverkehr, in Bibliotheken, Sitzungssälen und Aufzügen. *Paragraph 2* weist die Verantwortung für die Umsetzung dieser Maßnahmen zur Wahrung der Rechte von Nichtrauchern in Büros und anderen Arbeitsräumen durch Einführung von Verhaltensregelungen den Leitern solcher Abteilungen und Dienststellen zu. Laut *Paragraph 3* können die Leiter der entsprechenden Abteilungen und Dienststellen beim Rat für Rauchprävention (CPT) Rauchverbotsschilder anfordern, die an geeigneten Orten angebracht werden sollten.
- In der Gemeinschaftsverordnung vom 5. April 1988 heißt es in *Paragraph 1*, dass innerhalb von zwei Monaten nach der Veröffentlichung dieser Verordnung das Institut für gesellschaftliche und bildungspolitische Aktivitäten (IASE) in allen Bildungseinrichtungen Aufkleber verteilen soll, auf denen die Bereiche

ausgewiesen sind, in denen das Rauchen verboten und wo es ausnahmsweise erlaubt ist.

*Paragraph 2* überträgt den Leitern von Grund- und weiterführenden Schulen sowie ähnlichen Einrichtungen ebenso wie der IASE die Verantwortung, parallel dazu Richtlinien herauszugeben, die es den Leitern von Bildungseinrichtungen erlauben: überall dort deutlich sichtbar Aufkleber anzubringen, wo Rauchen verboten ist (in Klassenzimmern, Studierzimmern, Konferenzräumen, Lehrerzimmern, Bibliotheken, Turnhallen, Pausenräumen und Speisesälen sowie in anderen geschlossenen Räumen); Bereiche auszuweisen, die nur für Lehrer und andere Beamte des öffentlichen Dienstes, die rauchen, bestimmt sind; die Einhaltung der Bestimmungen bezüglich des Rauchverbots in schulischen Einrichtungen zu überwachen.

*Paragraph 3* überträgt den Leitern von Bildungseinrichtungen die Verantwortung für die Umsetzung der oben erwähnten Maßnahmen innerhalb von 3 Monaten nach Inkrafttreten dieser Verordnung.

*Paragraph 4* überträgt dem Generalinspektor der Schulbehörde die Verantwortung zur Überwachung der Einführung dieser Maßnahmen und legt fest, dass er nach spätestens sechs Monaten einen Bericht über die effektive Umsetzung dieser Verordnung vorlegen muss.

*Paragraph 5* bestimmt, dass innerhalb von 2 Monaten nach Veröffentlichung dieser Verordnung die regionalen Gesundheitsbehörden dafür Sorge zu tragen haben, dass die in *Paragraph 2* und *4* der Verordnung mit Gesetzeskraft Nr. 226 vom 27. Mai 1983 niedergelegten Bestimmungen umgesetzt und die Rauchverbote eingehalten werden.

*Paragraph 6* weist den CPT an, den oben erwähnten Behörden und Personen alle notwendigen Mittel zur Verfügung zu stellen, die gewährleisten können, dass diese Vorschriften eingehalten werden.

- Gemäß der Beschlussnote Nr. 16/V vom 14. April 1988 ist das Rauchen in den Tagungsräumen parlamentarischer Ausschüsse verboten.
- Die Verordnung mit Gesetzeskraft Nr. 393/88 vom 8. November 1988 ergänzt die Verordnung mit Gesetzeskraft Nr. 226/88 vom 27. Mai 1983 und erweitert die Zahl der Einrichtungen, in denen das Rauchen verboten ist. *Paragraph 2* dehnt

das Rauchverbot auf geschlossene Räumlichkeiten mit Publikumsverkehr, Aufzüge, Museen und Bibliotheken aus. Der dritte Paragraph bestimmt, dass Restaurants Nichtraucherbereiche einrichten dürfen. Ein betriebliches Rauchverbot zum Schutz der Nichtraucher ist gestattet, wenn die Einrichtung separater Raucherbereiche möglich ist.

- Die Verordnung Nr. 19/88 vom 28. Dezember 1988, die auf die Verordnung mit Gesetzeskraft Nr. 226/83 folgte und von der Verordnung mit Gesetzeskraft Nr. 393/88 erweitert wurde, befasst sich mit dem Rauchverbot in den Dienststellen des Ministeriums für territoriale Planung und Verwaltung, des Bildungsministeriums sowie des Gesundheitsministeriums.  
*Paragraph 2* verbietet das Rauchen in Räumlichkeiten der Ministerien mit Publikumsverkehr und in Räumlichkeiten, in denen sich Nichtraucher aufhalten.  
*Paragraph 3* erlaubt das Rauchen in den Büros von Rauchern oder in Räumen, in denen alle rauchen, und in Bereichen, in denen das Rauchen ausdrücklich erlaubt ist.  
*Paragraph 4* bezieht sich auf die oben erwähnten Paragraphen und ordnet an, dass die Behörden aller Dienststellen oder Abteilungen die Bereiche festlegen sollen, in denen das Rauchen in jedem einzelnen Fall erlaubt ist.  
*Paragraph 5* ordnet an, dass deutlich und gut sichtbar ausgewiesen werden muß, wo das Rauchen erlaubt bzw. verboten ist.
- Gemäß der Entschließung 8/ME/88 vom 8. Februar 1989 müssen die Leiter von Grund- und weiterführenden Schulen sowie ihre Berater dafür Sorge tragen, dass die in der Verordnung vom 25. Mai 1983 festgelegten Bestimmungen in folgenden Räumlichkeiten umgesetzt werden:
  - in Bildungseinrichtungen, Klassenzimmern, Studierzimmern, Lesesälen und Versammlungsräumen, Bibliotheken, Turnhallen und Speiseräumen sowie in öffentlich zugänglichen und frequentierten Räumlichkeiten, z.B. in den Büros des Schulsekretariates;
  - in Pausenräumen und Aufenthaltsräumen für Schüler;
  - in Aufzügen.*Paragraph 2* schreibt vor, dass Rauchverbotsschilder in allen oben genannten Räumlichkeiten sowie in den von Schulleitern und deren Beratern speziell

ausgewählten Räumlichkeiten gemäß den Bestimmungen von *Paragraph 4* der Verordnung mit Gesetzeskraft Nr. 226/83 gut sichtbar angebracht werden müssen.

*Paragraph 3* verpflichtet die Schulleiter oder deren Berater, einen Raucherbereich im Lehrerzimmer auszuweisen.

Gemäß *Paragraph 4* ist ungeachtet der in obigen Paragraphen festgelegten Bestimmungen das Rauchen in Schulen ausnahmsweise in folgenden Räumlichkeiten erlaubt: in Einzelbüros, in nicht für Schüler bestimmten Studierzimmern, in denen alle Anwesenden rauchen, oder in einem zu diesem Zweck bestimmten Bereich innerhalb dieses Raumes.

*Paragraph 5* weist die Schulleiter und deren Berater an, deutlich sichtbare Schilder anzubringen, denen zu entnehmen ist, wo Rauchen erlaubt ist, vor allem im Lehrerzimmer und in anderen, speziell zu diesem Zweck ausgewiesenen Räumen.

Laut *Paragraph 6* müssen Universitäten und Einrichtungen für höhere Bildung mittels von ihren eigenen Verwaltungsbehörden vorgeschlagenen Maßnahmen dafür sorgen, dass die Bestimmungen der oben genannten gesetzlichen Verordnungen eingehalten werden.

- In der Gemeinschaftsverordnung vom 15. März 1989 werden in *Paragraph 2* die Ziele des *CPT* aufgeführt, darunter auch der Schutz von Nichtrauchern vor Passivrauch. Erreicht werden sollen diese, indem in immer mehr öffentlichen Einrichtungen das Rauchen verboten wird. Angestrebt war bis Ende 1989 ein absolutes Rauchverbot in allen Räumlichkeiten des öffentlichen Dienstes, in dortigen Wartesälen sowie bis Ende 1992 in Arbeitsräumen, in denen kein ordnungsgemäßes Belüftungssystem installiert ist sowie in Speisesälen und Kantinen.

In *Paragraph 5.2* wird neben den gesetzlich angeordneten Maßnahmen eine Ausdehnung des Rauchverbotes auf weitere öffentliche Einrichtung und Räumlichkeiten erwogen, (Speisesäle, auch auf Arbeitsplätze mit ausreichender Belüftung, und auf öffentliche und private Einrichtungen, in denen Dienstleistungen erbracht werden, wenn Nichtraucher dort Einwand gegen das Rauchen erheben).

- Die Verordnung mit Gesetzeskraft Nr. 287/89 vom 30. August 1989, die Absatz 3 von *Paragraph 2* der Verordnung mit Gesetzeskraft 393/88 ergänzt, erweitert die Definition von "Restaurant", um auch Einrichtungen wie Cafeterien, Kaffeehäuser, usw. mit einzuschließen, und erlaubt Geschäftsführern, gemäß der in *Paragraph 4* genannten Bestimmungen, Bereiche innerhalb ihrer Einrichtung als Nichtraucherzonen auszuweisen.

- Die Regionale Gesetzesverordnung Nr. 11/94/A vom 30. März 1994 erfüllt die Verordnung mit Gesetzeskraft Nr. 226/83 vom 27. Mai 1983 und setzt die Regionale Gesetzesverordnung Nr. 5/86/A vom 18. Januar 1986 zur Tabakprävention außer Kraft.

*Paragraph 1* befasst sich mit der Autonomen Region der Azoren und der dortigen Umsetzung der Bestimmungen der Verordnung mit Gesetzeskraft Nr. 226 vom 27. Mai 1983, wie ergänzt durch die Verordnungen mit Gesetzeskraft Nr. 393/88, Nr. 287/89, Nr. 253/90, Nr. 200/91 und Nr. 276/92.

*Paragraph 2* erweitert *Paragraph 3* (Rauchen in öffentlichen Verkehrsmitteln), 9, 14 und 17.

Der neue *Paragraph 3* verbietet das Rauchen in öffentlichen Verkehrsmitteln in inner- wie außerstädtischen Verkehrsmitteln, wenn die Fahrtdauer weniger als eine Stunde beträgt, auf Inlandsflügen und auf Schiffen, außer in Einzelkabinen.

### **2.3.2.13 Spanien**

- Im Königlichen Erlass vom 5. März 1982 über Tabakwerbung und -konsum befasst sich *Paragraph 5* mit der Einschränkung des Rauchens in verschiedenen öffentlichen Verkehrsmitteln. So müssen beispielsweise in öffentlichen Straßenverkehrsmitteln mindestens 25% der Sitzplätze für Nichtraucher reserviert werden. In Zügen und auf Schiffen sollten Raucher- und Nichtraucherbereiche deutlich ausgewiesen sein.

*Paragraph 6* gestattet die Einrichtung von Raucherbereichen in geschlossenen Räumlichkeiten von öffentlichen und großen kommerziellen Einrichtungen, vorausgesetzt, dies ist mit ihrer Größe, ihren Charakteristika und ihrer Bestimmung vereinbar, und das Rauchen dort ist nicht verboten.

Zu diesem Zweck wird eine Kommission gebildet, die sich aus Vertretern des Ministeriums für Finanzen, des Ministeriums für Gesundheit und

Verbraucherschutz und des Ministeriums für Wirtschaft und Handel zusammensetzt.

*Paragraph 7* legt das Recht fest, in öffentlichen Einrichtungen sowie Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen Raucherbereiche einzurichten. Solche Bereiche müssen deutlich ausgewiesen sein und in jedem Einzelfall von der Geschäftsleitung oder dem Betreiber der betreffenden Einrichtung festgelegt werden.

*Paragraph 8* legt die Strafbestimmungen fest, mit denen ein Verstoß gegen die in dieser Verordnung enthaltenen Vorschriften geahndet wird.

- Im Königlichen Erlass Nr. 192 vom 4. März 1988, in dem die Einschränkungen für den Verkauf von Tabak zum Schutz der Volksgesundheit festgelegt sind, wird in *Paragraph 1* Tabak als gesundheitsschädlich definiert. Infolgedessen ist bei Rechtsstreitigkeiten das Recht von Nichtrauchern auf Gesundheit immer höher zu bewerten als das Recht der Raucher auf Tabakkonsum, und zwar überall und unter allen Umständen, wo die Gesundheit von Nichtrauchern Schaden nehmen könnte.

*Paragraph 7* legt die Bestimmungen für Rauchverbote in verschiedenen Räumlichkeiten fest. Im ersten Paragraphen, der sich mit Arbeitsstätten befasst, wird das Rauchen verboten:

- in Räumlichkeiten, in denen ein erhöhtes Gesundheitsrisiko für Arbeitnehmer durch die Kombination von schädlichem Tabakrauch und einem gesundheitsschädlichen Arbeitsstoff besteht;
- an allen Arbeitsstätten, in den Schwangere arbeiten.

*Paragraph 9* überträgt die Verantwortung zur strikten Einhaltung dieser Bestimmungen der Geschäftsleitung oder den Betreibern der genannten Verkehrsmittel, Räumlichkeiten und Einrichtungen.

*Paragraph 10* autorisiert das Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz, ein Logo sowie Standardmodelle von Rauchverbotsschildern und Schildern mit Warnhinweisen vorzuschlagen, um Aufklärungskampagnen zu unterstützen.

- Im Beschluss vom 8. Juni 1988 über die Umsetzung des Königlichen Erlasses Nr. 192 vom 4. März 1988, der die Einschränkungen hinsichtlich des Verkaufs von Tabakerzeugnissen festlegt, wird in *Paragraph 1* angeordnet, dass alle Symbole,

Schilder und ähnliche Warnhinweise zum Ausweisen von Raucherbereichen oder spezieller Rauchverbote sowohl in Gestaltung wie auch im Format unmissverständlich, gut sichtbar und unverwechselbar sein müssen.

- Der Beschluss vom 7. November 1989 verbietet den Verkauf und Vertrieb von Tabakerzeugnissen in den dem Ministerium für Bildung und Wissenschaft unterstehenden öffentlichen Schulen.
- Der Königliche Erlass Nr. 510 vom 14. Mai 1992 verbietet das Rauchen auf Inlandsflügen von einer Dauer von mehr als 90 Minuten.
- Das Gesetz Nr. 31 von 1995 über Risikovorbeugung am Arbeitsplatz soll für bessere Gesundheitsschutzmaßnahmen für Arbeitnehmer sorgen und verpflichtet Betriebe, wirksame Maßnahmen zum Schutz von Nichtrauchern zu ergreifen.

Mehrere Erlasse folgten, um gezielter gegen durch Passivrauchen am Arbeitsplatz entstehende Gesundheitsrisiken vorgehen zu können.

- Der Königliche Erlass Nr. 150 von 1996, in der die Mindestvorschriften bezüglich Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz für die Industrie zur Gewinnung von Naturprodukten und den Bergbau festgelegt sind, besagt, dass sooft wie möglich Maßnahmen ergriffen werden müssen, um Nichtraucher vor einer Belästigung durch Passivrauch zu schützen.
- Der Königliche Erlass Nr. 486 von 1997, in der die Mindestvorschriften bezüglich Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz festgelegt sind, schreibt vor, dass in geschlossenen, durch Tabakrauch kontaminierten Arbeitsräumen pro Person und pro Stunde mindestens 50m<sup>3</sup> Luft erneuert werden müssen. Zudem müssen Maßnahmen ergriffen werden, um Nichtraucher in Ruheräumen vor einer Belästigung durch Passivrauch zu schützen. Dieser Erlass gilt für alle Arbeitsstätten, ausgenommen Arbeitsplätze in Verkehrsmitteln, auf Baustellen, in der Industrie zur Gewinnung von Naturprodukten, auf Fischfangschiffen und für Felder und Wälder und sonstige Flächen, die zu einem land- oder forstwirtschaftlichen Betrieb gehören.

- Der Königliche Erlass Nr. 665 von 1997 zum Schutz von Arbeitnehmern, die während ihrer Arbeit Umgang mit krebserregenden Stoffen haben, erkennt bis zu einem gewissen Grad an, dass Tabakrauch krebserregend ist. Gemäß *Paragraph 11.1.a* haben "Arbeitgeber Vorkehrungen zu treffen, um ihre Arbeitnehmer über die potentiellen Gesundheitsrisiken, inklusive des zusätzlichen Risikos durch Tabakkonsum, ausreichend zu informieren und aufzuklären."
- In Zusatz 1:13 des Königlichen Erlasses Nr. 1216 von 1997, in dem die Mindestvorschriften bezüglich Gesundheitsschutz und Sicherheit für die Arbeit an Bord von Fischfangschiffen genannt werden, wird vorgeschrieben, dass, wo immer möglich, Maßnahmen ergriffen werden müssen, um in den Quartieren der Schiffsbesatzung Nichtraucher vor einer Belästigung durch Tabakrauch zu schützen.
- Die gleichen Vorschriften wurden im Königlichen Erlass Nr. 1627 von 1997 für die Festlegung der Mindestvorschriften bezüglich Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz in der Bauindustrie aufgenommen.
- Der Königliche Erlass Nr. 1293 von 1999 dehnt das auf Inlandsflügen bestehende, durch den Königlichen Erlass vom 14. Mai 1992 vorgeschriebene Rauchverbot auf alle kommerziellen Flüge aus, die auf spanischem Staatsgebiet beginnen oder enden. Das Verbot wird ebenfalls auf die innerstädtischen öffentlichen Verkehrsmittel ausgedehnt. In Zügen ist das Rauchen in bestimmten Waggons verboten, und maximal 36% der verfügbaren Sitzplätze dürfen für Raucher reserviert werden. Auf Schiffen ist Rauchen nur auf offenen Decks erlaubt.

#### **2.3.2.14 Schweden**

Schweden kann bereits auf eine lange Tradition gesetzlicher Tabakkontrolle zurückblicken. Warnhinweise über die Gesundheitsschädlichkeit sowie genaue Angaben zu den Inhaltsstoffen auf Zigarettenschachteln wurden 1977 vorgeschrieben (Gesetz Nr. 1154 vom 11. Dezember 1975). Beträchtliche

Einschränkungen der Tabakwerbung, die 1979 gesetzlich verankert wurden (Gesetz Nr. 764 vom 30. November 1978), bestätigten frühere, seit 1975 bestehende Vorschriften.

- Die von der Nationalen Behörde für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz und der Nationalen Gesundheitsbehörde ausgegebenen Allgemeinen Empfehlungen vom 25. April 1983, die für eine Einschränkung des Rauchens in öffentlichen Räumlichkeiten sorgen wollen, beziehen sich ebenso auf Arbeitsstätten und Personalräume wie auf öffentliche Einrichtungen und andere geschlossene Räume, zu denen die Öffentlichkeit Zugang hat.
- Die Empfehlungen, die 1990 von dem vom Minister für Gesundheit und Soziales zusammengestellten ämterübergreifenden Ausschusses für Tabakkontrolle ausgegeben wurden, führten aus, dass alle öffentlichen Einrichtungen, öffentliche Verkehrsmittel und Arbeitsstätten mit inbegriffen, nach Möglichkeit Rauch frei sein sollten.
- Das Tabakgesetz Nr. 581 vom 3. Juni 1993, das immer noch in Kraft ist, ersetzt frühere Gesetze zu diesem Thema.
- Dieses Gesetz wurde bereits zweimal novelliert: 1994 (durch Gesetz Nr. 98 vom 29. März 1994) und 1997 (durch Gesetz Nr. 941 vom 22. Oktober 1996). Es enthält Bestimmungen zur Einschränkung des Rauchens in Räumlichkeiten (*Paragraph 2-8*), Vorschriften zur Beschriftung von Zigarettschachteln (*Paragraph 9-11*), das Verbot des Verkaufs von Tabakerzeugnissen an Jugendliche unter 18 (*Paragraph 12-13*), ein Werbeverbot (*Paragraph 14-15*) sowie Regelungen zu Produktvorschriften (*Paragraph 16-18*).

Die gegenwärtige Rechtsprechung über das Rauchen am Arbeitsplatz und in öffentlichen Räumlichkeiten regelt folgendes:

*Paragraph 1* definiert den Anwendungsbereich des Gesetzes und erläutert, dass sich die Vorschriften auf die Belästigung durch Tabakrauch und die mit dem Konsum verbundenen Gesundheitsrisiken beziehen.

Die das Rauchverbot in bestimmten Einrichtungen und Räumlichkeiten

betreffenden Bestimmungen sind in den *Paragraphen 2-7* festgehalten. Unter anderem wird angeordnet, dass das Rauchen in zur Kinderbetreuung, zum Unterricht und für andere Aktivitäten für Kinder und Jugendliche bestimmten Räumlichkeiten und auf Schulhöfen ebenso verboten ist wie in Pflege- und Krankeneinrichtungen sowie anderen öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten. Gemäß *Paragraph 4* ist das Rauchen in einer bestimmten Anzahl von Zimmern in Hotels und anderen Einrichtungen, die zu kommerziellen Zwecken Übernachtungsmöglichkeiten anbieten, verboten. Restaurants oder andere Gastbetriebe, die über mehr als 50 Sitzplätze verfügen, müssen einen oder mehrere Sitzbereiche ausweisen, in denen das Rauchen verboten ist.

In *Paragraph 6* heißt es, dass ungeachtet der Bestimmungen in *Paragraph 2 (2-6)* das Rauchen in bestimmten Bereichen von Einrichtungen erlaubt ist, die speziell für Raucher reserviert sind. Das Gleiche gilt für die in *Paragraph 2 (1)* aufgeführten Räumlichkeiten, die nur Mitarbeitern zugänglich sind. Abweichungen von den in *Paragraph 2* und *4* aufgeführten Bestimmungen können zulässig sein, wenn dies begründet ist, z.B. aufgrund des verfügbaren Raumes, der Art der Nutzung oder anderer Umstände.

Laut *Paragraph 7* ist jeder Betreiber, jeder Besitzer sowie jede andere Person, die über solche Räumlichkeiten, andere Einrichtungen oder einen Raum im Freien verfügt, die unter die Bestimmungen von *Paragraph 2* und *4* fallen, für die Einhaltung dieser Bestimmungen verantwortlich. Eine Person kann dazu angehalten werden, die Räumlichkeiten zu verlassen, in denen Rauchen verboten ist, wenn sie darauf besteht, zu rauchen, obwohl sie gebeten wurde, dies zu unterlassen.

*Paragraph 8* führt die Bestimmungen zur Einschränkung des Rauchens am Arbeitsplatz auf. Dieser durch Gesetz Nr. 98 vom März 1994 ergänzte *Paragraph 8* (Rauch freie Arbeitsumgebung) verpflichtet Arbeitgeber, dafür zu sorgen, dass Arbeitnehmer nicht gegen ihren Willen an dem Platz oder in den Räumlichkeiten zum Passivrauchen genötigt werden, an dem oder in denen sie arbeiten.

- 2000 schlug ein Regierungskomitee eine Änderung des Gesetzes vor, und zwar, dass das Rauchverbot auch auf Restaurants und ähnlichen Einrichtungen ausgedehnt werden sollte. Über diesen Änderungsvorschlag wird gegenwärtig im Ministerium für Gesundheit und Soziales beraten.

### 2.3.2.15 Vereinigtes Königreich von Großbritannien und Nordirland

- Das Beförderungsgesetz von 1962 enthält Vorschriften hinsichtlich des Rauchens in öffentlichen Verkehrsmitteln, die allerdings mehr aus Sicherheits- als aus gesundheitlichen Gründen erlassen wurden.

Das Gesetz für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz von 1972, das die strafrechtliche Verantwortlichkeit eingeführt hat, ist seit 1974 ein wichtiger Bestandteil der die Sicherheit und Gesundheit betreffenden Gesetzgebung. Seit 1. Januar 1993 wurden einige Teile davon geändert und ergänzt durch Vorschriften, die sich an den Richtlinien der Europäischen Union orientieren, wobei die bereits im Gesetz enthaltenen Vorschriften als Mindeststandard für neue Verordnungen gelten. *Paragraph 2 (2)(e)* bestimmt, dass Arbeitgeber ihren Arbeitnehmern gegenüber eine Pflicht zu erfüllen haben, nämlich "eine sichere Arbeitsumgebung für diese zu schaffen und zu erhalten, die, soweit möglich, sicher, nicht mit Gesundheitsrisiken behaftet und hinsichtlich Einrichtung und Umgebung auf deren Wohlbefinden am Arbeitsplatz ausgerichtet ist." Desweiteren werden Arbeitnehmer in *Paragraph 7* dazu angehalten, ihre Kollegen nicht unnötigen Risiken auszusetzen. Im Hinblick auf Gesundheitsrisiken ist das entscheidende Kriterium nicht, ob sich der Arbeitgeber zu einem bestimmten Zeitpunkt über irgendwelche Gefahren bewußt war, sondern ob er nach dem zu diesem Zeitpunkt üblichen Wissenstandard von Gefahren gewußt haben könnte. Man könnte also behaupten, dass nach diesem Gesetz Arbeitgeber bereits seit dem 1988 veröffentlichten Vierten Bericht des Unabhängigen Wissenschaftlichen Komitees für Rauchen und Gesundheit, wenn nicht sogar früher, dazu verpflichtet sind, das Passivrauchen am Arbeitsplatz zu unterbinden. Bis heute wurde allerdings noch kein Arbeitgeber durch ein gesetzliches Vorgehen, d.h. von Seiten der dazu ermächtigten Gesundheits- und Sicherheitsinspektoren, zu einer Umsetzung der Vorschriften gezwungen. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass viele Arbeitgeber handeln, bevor Missstände eintreten, um dem zuvorzukommen. Oder auch darauf, dass die Durchführung gesetzlicher Maßnahmen primär in der Verantwortung einer per Gesetz ermächtigten behördlichen Stelle zur Arbeitsschutzkontrolle, der HSE

(*Health and Safety Executive*) oder bei den lokalen Behörden, im Falle vieler Unternehmen im Dienstleistungssektor, liegt, und diese Behörden erst noch das notwendige Material für einen Präzedenzfall vor den Gerichten im Vereinigten Königreich zusammentragen müssen (siehe Paragraph 2 von Kapitel 2).

- Seit 30. Oktober 1988 ist das Rauchen auf allen Inlandsflügen britischer Fluglinien verboten.
- Im Dezember 1991 veröffentlichte das Umweltamt einen "*Code of Practice*" (Richtlinien zur Umsetzung von Rechtsgrundlagen) über das Rauchen in öffentlichen Einrichtungen, der die Empfehlung beinhaltet, das Rauchen in allen öffentlich zugänglichen Einrichtungen, die die Öffentlichkeit gezwungen ist, aufzusuchen, verboten werden sollte, während es in öffentlichen Einrichtungen und an Arbeitsstätten, die freiwillig aufgesucht würden, den Geschäftsführern überlassen bleiben sollte, welche Politik zum Nichtraucherschutz sie verfolgen wollen.
- Wie im Informationsbericht der Regierung über Tabak von 1998 versprochen, berät die HSE über einen „*Verbesserten Code of Practice*“ (ACoP) der, wenn er genehmigt würde, den Schutz von Arbeitnehmern gegen Passivrauch verbessern würde. Der ACoP würde Richtlinien vorgeben, wie sich die Umsetzung der bestehenden Gesetze über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz sicherstellen ließe und Arbeitgeber dazu verpflichten, alle angemessenen und durchführbaren Maßnahmen zu ergreifen, um eine ETS-Exposition zu verhindern. An vielen Arbeitsplätzen, z.B. in Büros, würde dies *de facto* ein Rauchverbot bedeuten. Der ACoP muss noch von den Ministern gebilligt werden.
- Zusätzlich zu den nationalen Rechtsvorschriften im Vereinigten Königreich wurden Gesundheits- und Sicherheitsvorschriften der Europäischen Union übernommen, die vorhandene Vorschriften ersetzten. Mehrere EU-Richtlinien über Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz traten seit dem 1. Januar 1993 zu verschiedenen Zeitpunkten in Form von Verordnungen in Kraft. Die Rahmenrichtlinie 92/58/EWG trat als "Verordnung über die Mindestvorschriften für Sicherheits- und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 1992" in Kraft. Sie enthält

weitreichende Bestimmungen und legt Mindestvorschriften für eine wirksame Kontrolle der Gesundheits- und Sicherheitsvorschriften am Arbeitsplatz durch die Geschäftsleitung fest. Die Arbeitsplatz-Richtlinie, die als "Arbeitsplatzverordnung (zu Gesundheit, Sicherheit und Wohlergehen) 1992" in Kraft trat, befasst sich mit Arbeitsplatzumgebung, Sicherheit, Ausstattung und Haushalt. Diese Richtlinie verbietet zwar nicht das Rauchen am Arbeitsplatz, verlangt jedoch, dass in eventuell vorhandenen Ruhe- und Pausenräumen Rauchverbot herrscht. Infolgedessen hat ein Arbeitnehmer während der Pausen Anrecht auf Rauch freie Luft, nicht jedoch während der Arbeit selbst.<sup>4</sup>

### **2.3.3. Andere europäische Länder**

#### **2.3.3.1 Ungarn**

- Das Gesetz Nr. XLII von 1999 regelt den Schutz von Nichtrauchern.

*Paragraph 1* definiert eine öffentliche Institution als: "Jede Einrichtung, die einer natürlichen oder juristischen Person oder einem Wirtschaftsverband ohne Rechtspersönlichkeit gehört, der öffentliche Funktionen übernimmt oder im öffentlichen Interesse liegende Dienstleistungen (im folgenden: Dienstleistungen) erbringt, wenn in dieser Einrichtung Dienstleistungen erbracht werden oder darin im öffentlichen Interesse liegende Aktivitäten stattfinden" und sie "für organisierte Versammlungen oder Veranstaltungen, an denen mindestens drei Personen beteiligt sind zu Zwecken, wie sie in Absatz (1), *Paragraph 2* von Gesetz III von 1989 über das Versammlungsrecht definiert sind, ebenso wie zu kommerziellen, kulturellen, sportlichen Veranstaltungen und anderen Aktivitäten, die keine Freizeitaktivitäten sind, z.B. zu religiösen oder Demonstrationzwecken" dient. Ein Innenraum ist eine "Örtlichkeit oder Räumlichkeit, die von der Umgebung physikalisch abgetrennt ist durch jegliche Art von Vorrichtung, und deren ständige Belüftung nicht durch die Außenumgebung oder nur mittels Türen, Fenstern oder technischen Anlagen gesichert werden kann".

*Paragraph 2* schreibt vor, dass Rauchen in allen Innenräumen von öffentlichen Institutionen, die dem Publikum für Dienstleistungen zur Verfügung stehen, in öffentlichen Verkehrsmitteln, während Veranstaltungen, die in Innenräumen stattfinden sowie am Arbeitsplatz verboten ist, wie dies durch separate Rechtsvorschriften und durch die vom Arbeitgeber verfolgte Politik

vorgeschrieben ist. Ausgewiesene Raucherbereiche oder –räume sind nicht erlaubt in jenen Bereichen von Gesundheitseinrichtungen, die der medizinischen Erstversorgung und der Behandlung von ambulanten Patienten dienen, oder in Gesundheitseinrichtungen, die solche Dienstleistungen anbieten, ebenso in Krankenhausapotheken, zu denen Patienten Zugang haben; in den Räumlichkeiten öffentlicher Bildungseinrichtungen, die von Schülern genutzt werden; in Gemeinschaftsräumen von Einrichtungen, in denen Kinder tagsüber betreut werden oder untergebracht sind sowie in Fürsorgeeinrichtungen; in öffentlichen innerstädtischen Verkehrsmitteln, in Nahverkehrszügen sowie in regelmäßig verkehrenden, öffentlichen Überlandbussen; in den Innenräumen von Sporteinrichtungen, die für sportliche Aktivitäten gedacht sind. Minderjährigen “ist es nicht gestattet, in öffentlich zugänglichen Gebäuden während Veranstaltungen, die in geschlossenen Innenräumen abgehalten werden sowie in öffentlichen Verkehrsmitteln zu rauchen, auch nicht in Bereichen oder Räumen, in denen Rauchen erlaubt ist”. Die Eignung von Raucherzimmern und -bereichen sollte regelmäßig von dem im verantwortlichen städtischen oder hauptstädtischen Verwaltungsbezirk (im folgenden: städtischen) liegenden Institut für Volkssicherheit und dem Amtsärztlichen Dienst (im folgenden: SPHMOS) sowie der verantwortlichen Feuerschutz-Behörde überprüft werden.

*Paragraph 3* besagt, dass “eine Person bei der Ausübung ihrer Tätigkeit in einer für die Öffentlichkeit zugänglichen Institution ebenso wie eine Person, die sich arbeitsbedingt in einem öffentlichen Verkehrsmittel aufhält (im folgenden: Handlungsbevollmächtigter) jede Person, die das Rauchverbot nicht einhält, auffordern kann, augenblicklich diese Gesetzesübertretung zu unterlassen. Kommt die betreffende Person dieser Aufforderung nicht nach, kann der Handlungsbevollmächtigte die betreffende Person anweisen, das der Öffentlichkeit zugängliche Gebäude oder das öffentliche Verkehrsmittel zu verlassen, oder er kann Anzeige erstatten”.

In *Paragraph 4* wird festgelegt, dass in Passagierzügen Raucherbereiche ausgewiesen sein müssen, und dass Anbieter öffentlicher Dienstleistungen berechtigt sind, in ihren Räumlichkeiten das Rauchen zu verbieten oder eine Nichtraucherpolitik einzuführen.

- Hinsichtlich der Umsetzung der Rechtsvorschriften besagt *Paragraph 7*, dass “alle natürlichen oder juristischen Personen oder Wirtschaftsverbände ohne Rechtspersönlichkeit, die die im vorliegenden Gesetz festgelegten Rauchverbote und Vorschriften bezüglich der Einrichtung von Raucherbereichen missachten, mit einer Strafe wegen Verstoßes gegen den Gesundheitsschutz belegt werden können.” Die Sanktionen und rechtlichen Konsequenzen, die drohen, wenn Arbeitgeber oder Arbeitnehmer Rauchverbote am Arbeitsplatz mißachten, oder erstere der Vorschrift, einen Raucherbereich für Arbeitnehmer einzurichten, nicht Folge leisten, werden durch eigene Rechtsvorschriften geregelt. Die Höhe der Strafe wegen eines Verstoßes gegen den Gesundheitsschutz variiert je nach Art des Verstoßes: maximal 122 Euro für die Mißachtung eines Rauchverbotes, zwischen 203 Euro und 405 Euro, wenn der Verpflichtung zur Einrichtung eines Raucherbereiches nicht oder nicht angemessen nachgekommen wurde. Für die Verhängung der Strafen ist das jeweils Institut des SPHMOS verantwortlich. *Paragraph 8* besagt, dass Rauchverbote und die Verpflichtung, Raucherbereiche auszuweisen, ab dem 1. Januar 2001 auch für öffentliche Einrichtungen, in denen Vorführungen dargeboten werden sowie für Gastbetriebe gelten, die an dem Tag, an dem das Gesetz in Kraft tritt, über eine gültige Lizenz verfügen oder die den Betrieb erst nach Inkrafttreten des Gesetzes aufnehmen, jedoch bereits eine Lizenz beantragt haben, die noch nicht erteilt wurde.

### **2.3.3.2 Island**

- Das Gesetz zur Prävention des Tabakkonsums Nr. 74/1984, novelliert durch das Gesetz Nr. 101/1996, verfolgt das Ziel, den Tabakkonsum wie auch die daraus resultierenden gesundheitlichen Schäden zu reduzieren und Personen vor den Auswirkungen von Tabakrauch zu schützen. *Artikel 3* befasst sich mit der Einschränkung des Rauchens. *Artikel 9* bestimmt näher, dass der Tabakkonsum in den Räumlichkeiten von Institutionen, Firmen und anderen Einrichtungen verboten ist, die aufgrund ihrer Dienstleistungen von der Öffentlichkeit frequentiert werden. Ausgenommen sind allerdings Restaurants und Einrichtungen, in denen Vorführungen angeboten werden. *Artikel 10* jedoch besagt ausdrücklich, dass das Tabakrauchen absolut verboten ist in Grundschulen, Vorschulen, allen Arten von Kindertagesstätten und in Gebäuden, die vorwiegend für soziale, sportliche und Freizeitaktivitäten von Kindern und Jugendlichen gedacht sind, in geschlossenen Aufenthaltsräumen, die primär für Kinder und Jugendliche gedacht sind, in

weiterführenden sowie anderen Zwecken dienenden Schulen. Ähnlich besteht auch in allen medizinischen und verwandten Einrichtungen ein absolutes Rauchverbot, wenngleich für Privaträume besondere Vereinbarungen getroffen werden können. Für andere als in *Artikel 9* erwähnte Arbeitsstätten wird das Tabakrauchen mittels weiterer Vorschriften geregelt, die gemeinsam mit der Behörde für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz ausgearbeitet werden sollen. *Artikel 12* führt aus, dass besonders darauf geachtet werden soll, dass Nichtraucher nicht belästigt werden. Ähnliche Bestimmungen werden in *Artikel 13* für öffentliche Verkehrsmittel festgelegt.

- Die Vorschriften zur Rauchprävention am Arbeitsplatz vom 2. Februar 1999 sind konkreter. *Artikel 1* bestimmt, "dass nicht rauchende Arbeitnehmer an ihrem Arbeitsplatz nicht durch Tabakrauch beeinträchtigt oder belästigt werden dürfen, und dass auch Personen, die an dieser Arbeitsstätte Dienstleistungen erbringen oder Geschäfte tätigen, vor Tabakrauch geschützt werden müssen."  
*Artikel 2* befasst sich mit dem Rauchverbot an Schulen und in Gesundheitseinrichtungen, wobei deutlich herausgestellt wird, dass "kein wie auch immer gearteter Raucherbereich in diesen Einrichtungen erlaubt ist ". Als einzige Ausnahme ist Bewohnern von Pflegeheimen und Privatkliniken sowie Patienten unter bestimmten Umständen das Rauchen erlaubt. Arbeitnehmern ist jedoch in jedem Fall das Rauchen untersagt.  
*Artikel 3* befasst sich mit öffentlich zugänglichen Empfangs- und Kundenbereichen, wo es niemandem gestattet ist, zu rauchen, außer in ausschließlich Arbeitnehmern vorbehaltenen Räumen, wobei darauf geachtet werden muß, dass die Luft von dort nicht in die für Kunden oder Dienstleistungsempfängern gedachten Bereiche eindringt.  
*Artikel 4* besagt ganz allgemein, dass "Tabakrauchen am Arbeitsplatz verboten ist ". Allerdings sind Ausnahmen in privaten Büros möglich, vorausgesetzt, der Rauch kann nicht von dort entweichen und die Büros werden nicht zu einer inoffiziellen "Raucherzuflucht" umfunktioniert.  
Wo das Rauchen erlaubt ist, muß für eine von der Inspektionsbehörde als ausreichend deklarierte Lüftung gesorgt sein. Ist ein offiziell anerkannter, am Arbeitsplatz gestatteter Raucherbereich vorhanden, muß dieser über eine ausreichende Lüftung verfügen und dafür gesorgt werden, dass kein Tabakrauch

in andere Bereiche der Arbeitsstätte dringt. Auch sollte Vorsorge getroffen werden, dass kein Tabakrauch über die Entlüftungsanlage in die Wohnungen von Nachbargebäuden gelangt.

*Artikel 6.2* legt fest, dass, “wenn ein Arbeitnehmer glaubt, diese Vorschriften seien verletzt worden und er den daraus entstehenden Konflikt nicht lösen kann, (...) der betroffene Arbeitnehmer eine Beschwerde beim betrieblichen Sicherheitsbeauftragten oder Sicherheitsausschuss vorbringen kann. Ist ein Arbeitnehmer nicht zufrieden mit den Maßnahmen, die Abhilfe schaffen sollen, kann er die Angelegenheit auch bei der Behörde für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz oder bei einer öffentlichen Gesundheitsbehörde - je nachdem, was in dem Fall angemessener ist - vortragen.”

### **2.3.3.3 Norwegen**

- Das norwegische Gesetz zur Prävention der gesundheitsschädlichen Auswirkungen des Tabakkonsums (Tabakgesetz) von 1973 enthält keine Bestimmungen in Bezug auf Passivrauch.
- Das Gesetz über die Arbeitsumgebung von 1977 schreibt vor, dass Luftverunreinigungen durch Staub und Rauch in der Arbeitsumgebung zu vermeiden sind, außer wenn diese Luftverunreinigungen für den Arbeitnehmer unschädlich sind.
- 1988 entschied das norwegische Parlament, der Nichtraucherschutz sei im Tabakgesetz aufzunehmen. Dieser Entscheidung folgten konkrete Maßnahmen, vor allem von Seiten des norwegischen Rates für Rauchen und Gesundheit, der Anfang der 80er Jahre seine Arbeit aufnahm, um den Schutz von Nichtrauchern zu verbessern. Ziel war, diesen Schutz ebenso für die Allgemeinheit als auch an Arbeitsplätzen zu gewährleisten. Dies wurde von Nicht-Regierungsorganisation, die sich ebenfalls für den Nichtraucherschutz engagierten, unterstützt, während der norwegische Wirtschaftsverband es für unnötig hielt, im Tabakgesetz extra auf die Arbeitsumgebung einzugehen, da diese bereits vom Gesetz über die Arbeitsumgebung abgedeckt war. Seit 1988 ist, wie nun *Paragraph 6* des Gesetzes besagt, vorgeschrieben, dass die Luft in öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten und öffentlichen Verkehrsmitteln Rauch frei sein muss. Das

Gleiche gilt für Besprechungsräume, Arbeitsstätten und Einrichtungen, in denen sich zwei oder mehr Personen aufhalten. Dies gilt nicht für Wohnräume in den Einrichtungen, jedoch müssen dort für jene, die darum bitten, Rauch freie Räume zur Verfügung gestellt werden.

Werden in einer bestimmten Einrichtung mehrere Räumlichkeiten für den gleichen Zweck genutzt, kann das Rauchen in der Hälfte dieser Räumlichkeiten erlaubt werden. Die Unterteilung einer Räumlichkeit oder eines Verkehrsmittels in einen Nichtraucher- und einen Raucherbereich ist nur dann erlaubt, wenn der Rauch nicht in den rauchfreien Bereich dringen kann. Die Nichtraucherräume und –bereiche dürfen nicht kleiner sein oder einen niedrigeren Standard aufweisen als die Räume, in denen das Rauchen erlaubt ist. In Restaurants und anderen Gastbetrieben, die Essen und Getränke anbieten und sich zu anderen Räumlichkeiten hin öffnen, die für andere Zwecke genutzt werden, gilt ein absolutes Rauchverbot.

Der Besitzer oder der jeweilige Betreiber einer Einrichtung oder eines Verkehrsmittels ist verpflichtet, dafür zu sorgen, dass diese oder gemäß diesem Paragraphen angeordnete Vorschriften eingehalten werden. Wo Zweifel bestehen können, sollen Schilder deutlich darauf hinweisen, dass Rauchen verboten ist. Jeder, der trotz einer Verwarnung durch den Besitzer oder Betreiber einer Einrichtung oder eines Verkehrsmittels oder dessen Vertreters die in diesem oder gemäß diesem Paragraph angeordnete Vorschriften missachtet, kann der Einrichtung oder des Verkehrsmittels verwiesen werden.

In bestimmten Fällen kann der Stadtrat eine Befreiung von den oder gemäß diesem Paragraphen festgelegten Vorschriften erteilen und die Bedingungen für solch eine Befreiung festlegen. Betrifft eine solche Befreiung Arbeitsstätten, wird darüber von der örtlichen Gewerbeaufsicht entschieden. Der Stadtrat kann Inspektionen und Kontrollen durchführen, um sicherzustellen, dass die in und gemäß diesem Absatzes angeordneten Vorschriften eingehalten werden. Im Falle von Arbeitsstätten werden Kontrollen und Inspektionen von der örtlichen Gewerbeaufsicht durchgeführt.

Der König kann präzisere Bestimmungen zur Umsetzung und Ergänzung dieser Vorschriften festlegen und auch Ausnahmen genehmigen. Der König kann weiter präzisere Vorschriften zur Gewährleistung von Rauch freier Luft in Restaurants,

Hotels und anderen Gastbetrieben, in denen Essen und Getränke serviert werden und / oder die Übernachtungsmöglichkeiten anbieten, festlegen.

In und an den meisten öffentlichen Einrichtungen und Arbeitsplätzen werden diese Verordnungen eingehalten. Allerdings gibt es Fälle, bei denen das "Tabakgesetz" nicht greift, nämlich vor allem in kleineren Firmen mit vielen Rauchern. Die örtliche Gewerbeaufsicht scheint generell durch Passivrauchen hervorgerufenen Problemen nur eine geringe Priorität einzuräumen.

Ein wichtiger Bereich, der von den Vorschriften ausgenommen ist, sind Restaurants und andere Einrichtungen, in denen Essen und Getränke serviert werden. Dies ist vor allem für an solchen Arbeitsstätten Beschäftigte ein Problem. Gemäß der in Norwegen geltenden gesetzlichen Bestimmungen sollte der Nikotingehalt in der Luft im Nichtraucherbereich unter  $1 \mu\text{g}/\text{m}^3$  liegen. Da es jedoch schwierig ist, eine solch niedrige Konzentration zu messen, hat das Ministerium für Gesundheit und Soziales vorübergehend einen Grenzwert von  $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$  festgelegt. Allerdings liegt, wie sich feststellen läßt, der Nikotingehalt in der Luft im Nichtraucherbereich in den meisten Restaurants deutlich über  $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ .

Kürzlich wurde eine Gesetzesvorlage eingereicht mit dem Ziel, Restaurants Rauch frei zu machen.

### 2.3.3.3 Polen

- Die Verordnung des Ministers für Gesundheit und Soziales vom 4. Juni 1974 über die Eindämmung des Rauchens in Gesundheitseinrichtungen, ordnet ein Rauchverbot an:

- bei Besprechungen, Beratungen und Konferenzen;
- in Cafeterias und Kantinen (für Mitarbeiter und Schüler).

Dieses Verbot gilt für Arbeitnehmer im Gesundheits- und Sozialwesen, wenn sie direkten Kontakt zu Personen haben, die ihre Dienste in Anspruch nehmen.

Es wird empfohlen, dass auch andere Minister, Leiter zentraler Behörden, Verwaltungsbeamte von *Woivodschaften* sowie die Bürgermeister von Städten,

die nicht zu einer *Woiwodschafft* gehören, diese Vorschriften einhalten. Das Gleiche gilt für die Leiter untergeordneter Abteilungen.

- Das Gesetz zum Schutz der Volksgesundheit gegen die Auswirkungen des Tabakkonsums vom 9. November 1995 wurde aufgrund von Verbesserungsvorschlägen, die am 10. September 1999 genehmigt worden waren, erlassen. Gemäß *Artikel 5* ist das Rauchen in folgenden Einrichtungen verboten, außer in ausdrücklich für Raucher ausgewiesenen Bereichen:
  - in Gesundheitseinrichtungen;
  - in Schulen und anderen Bildungseinrichtungen;
  - in geschlossenen Räumen von Arbeitsämtern und anderen Gebäuden des öffentlichen Dienstes.

In bestimmten Fällen kann ein anwesender Arzt einen Patienten in einer medizinischen Einrichtung vom Rauchverbot befreien. Der Minister für Nationale Sicherheit, der Innenminister und der Justizminister werden angehalten, Verordnungen zu erlassen, in denen die Richtlinien für den Tabakkonsum in den Räumlichkeiten von Gebäuden in ihrem Verantwortungsbereich festgelegt werden. Der Rat einer Gemeinde (*gmina*) kann mittels einer Beschließung anordnen, dass im Gemeindegebiet auch andere als oben genannte Einrichtungen für Rauch frei erklärt werden.

#### **2.3.3.4 Rumänien**

- Die Verordnung Nr. 92 des Gesundheitsministers von 1988 verbietet das Rauchen in allen Arten von Gesundheitseinrichtungen.
- Der Ministerialbeschluss des Ministeriums für Bildung und Forschung vom September 2001 schreibt ein Rauchverbot in Schulen aller Art vor.

Daneben existieren keine weiteren spezifischen Gesetze zum Thema Rauchen am Arbeitsplatz. Jedoch wurde eine Regierungsverordnung zur Prävention und Kontrolle von Tabakerzeugnissen vorbereitet. Neben anderen Bestimmungen zielt diese Verordnung auf ein Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen in Übereinstimmung mit den Richtlinien der Europäischen Union ab. Um eine bessere Abstimmung mit der europäischen Gesetzgebung zu gewährleisten, wurde beschlossen, eine Gesetzesvorlage für ein rumänisches Tabakgesetz für das rumänische Parlament

vorzubereiten. Der Gesetzestext ist fast fertig, wobei zahlreiche Vorschriften der europäischen Rechtsprechung zur Tabakprävention und –kontrolle übernommen wurden.

Aufgrund lokaler und nationaler Kampagnen zur Rauchprävention, die vom Gesundheitsministerium oder von verschiedenen Nicht-Regierungsorganisationen zur Rauchprävention initiiert wurden, haben einige lokale Behörden örtliche Vorschriften für ein Rauchverbot erlassen. So koordinierte beispielsweise das Gesundheitsministerium eine nationale Kampagne anlässlich des Welt-Nichtrauchertages. Am 31. Mai 2001 wurde die "Erklärung nicht rauchender Jugendlicher in Rumänien", die auf das Rauchen in Schulen, Diskotheken, am Arbeitsplatz, usw. Bezug nahm, den lokalen Behörden übergeben. Infolge dieses Gesuches haben einige lokale Behörden bereits örtliche Vorschriften für ein Rauchverbot in bestimmten öffentlichen Einrichtungen erlassen, u.a. auch an Arbeitsplätzen in Rathäusern und Präfekturen (lokale Vertretungen der Regierung). In anderen Verwaltungsbezirken erklärten sich einige Diskotheken und Bars als Rauch frei.

#### **2.3.3.5 Schweiz**

- Das Arbeitsgesetz von 1993 verpflichtet Arbeitgeber dazu, sicherzustellen, dass Nichtraucher "innerhalb des Unternehmens, soweit dies möglich ist" keinem Passivrauch ausgesetzt werden, der sich schädlich auf ihre Gesundheit auswirken kann. Die das Gesetz begleitenden Richtlinien schreiben vor, dass Raucher und Nichtraucher gemeinsam nach einer Lösung suchen sollen, und dass, solange kein Kompromiss geschlossen werden kann, das Rauchen verboten ist.

Ein weiteres eidgenössisches Gesetz existiert zu diesem Thema nicht. Allerdings haben einige Kantone Vorschriften erlassen, insbesondere zum Schutz von Nichtrauchern.

In den öffentlichen Verwaltungen und Einrichtungen existieren, laut einer Umfrage unter den Personalleitern der kantonalen Verwaltung, nur in zwei von 26 Kantonen gesetzliche Vorschriften. In vier Kantonen regelt der kantonale oder der Städtische Rat durch Rauchen entstandene Konflikte. Sechs haben Richtlinien definiert, sechs

weitere haben eine Einschränkungen des Rauchens in der Verwaltung angeordnet. Öffentliche Verwaltungen und Einrichtungen erhalten bei der Einrichtung Rauch freier Räumlichkeiten von der gleichen Kampagne Hilfe und Unterstützung wie private Unternehmen. Von der eidgenössischen Verwaltungsbehörde werden die das Rauchen betreffenden Richtlinien regelmäßig auf ihre Aktualität hin überprüft und angepasst (1989, 1997). Neuerungen, die am Welt-Nichtrauchertag in Kraft traten, wurden von öffentlichkeitswirksamen Aktionen begleitet.

1997 wurden in 11 Kantinen der eidgenössischen Verwaltungsbehörde Informationsstände aufgestellt und Rosen, zusammen mit einem kurzen Informationstext, verteilt. Mit dieser Aktion beabsichtigte man, die Verwaltungsbeamten dazu zu motivieren, mit dem Rauchen aufzuhören.

1998 führte das BAG (Bundesamt für Gesundheit) in privaten Unternehmen eine qualitative Umfrage über Betriebe mit Erfahrungen in der Tabakprävention durch. Ziel war, den Bedarf für geplante, lösungsorientierte Maßnahmen zu ermitteln. Eine groß angelegte Kampagne zur Durchsetzung von Rauchverboten in Firmenräumen wurde in Angriff genommen. Sie wird vom BAG, dem seco (Staatsekretariat für Wirtschaft, Direktion für Arbeitsbedingungen, Arbeit und Gesundheit) und der AT (Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention, eine nicht staatlichen Organisation) unterstützt. Ihr Ziel ist es, auf die Rechte nicht rauchender Arbeitnehmer aufmerksam zu machen. Ein speziell entworfenes Handbuch enthält Anweisungen zur Ausarbeitung von für alle Parteien akzeptablen Regelungen hinsichtlich eines Rauchverbotes in Firmenräumen.

Das Schulsystem ist auf kantonaler Ebene organisiert. In vielen Kantonen bestimmen die lokalen Behörden oder Schulen über die in schulischen Einrichtungen geltenden Regelungen. In sechs von 26 Kantonen ist das Rauchen in Schulen verboten – was sich in der Praxis jedoch nur auf Schüler beschränkt.

Für Kliniken und Krankenhäuser existieren keine gesetzlichen Bestimmungen. In der Praxis verfügen mehr als 80% der Krankenhäuser über interne Regelungen (wobei diese nur selten ein absolutes Rauchverbot enthalten).

Hinsichtlich Gastbetrieben haben sechs Kantone einen entsprechenden Artikel in ihr Gesetz aufgenommen, der besagt, dass "Nichtrauchertische ausgewiesen werden müssen, soweit dies in den betreffenden Einrichtungen möglich ist." Die fortschrittlichsten Bestimmungen besitzt der Kanton Tessin: in Räumlichkeiten, in

denen Nahrungsmittel konsumiert werden, muss mindestens ein Drittel der Bodenfläche für Nichtraucher reserviert werden.

Hinsichtlich öffentlichen Gebäuden mit Publikumsverkehr übernahm die Post eine Vorreiterrolle: Bereits Anfang der 80er Jahre führte sie ein Rauchverbot an ihren Schaltern ein. Schalterbereiche in Bahnhöfen, auf Flughäfen und in Banken sind weitgehend Nichtraucherzonen mit Raucherinseln. In öffentlichen Verkehrsmitteln haben die Bahnbehörden unter dem Druck von Gesundheitsschützern konstant die Zahl der Nichtraucherabteile in Zügen erhöht. Gegenwärtig sind bereits 60 bis 70% aller Abteile Nichtraucherabteile. Die städtischen Verkehrsbehörden haben bereits vor Jahrzehnten ein Rauchverbot in ihren Verkehrsmitteln erlassen. Die schweizer Fluglinien praktizieren bereits seit vielen Jahren ein Rauchverbot auf Kurzstreckenflügen; inzwischen gilt das Rauchverbot auch auf Langstreckenflügen, wobei man kontrollierte Versuche mit Nikotinpräparaten durchführt.

Das schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat kürzlich eine Aktion zur Förderung des Schutzes gegen Passivrauchen gestartet, wobei der Schutz vor Passivrauch einer der wichtigsten Punkte im ersten Maßnahmenpaket darstellt, das die Bundesbehörden zur Tabakkontrolle für 1996-1999 zusammengestellt haben. Der Schutz vor Passivrauch ist ebenfalls einer der drei Hauptpunkte der BAG-Strategien zur Tabakprävention zwischen 2001 und 2005. Um gegen das Rauchen am Arbeitsplatz aktiv vorzugehen, wird nun auch das früher kaum bekannte Arbeitsschutzgesetz zunehmend mehr publik gemacht, um sicherzustellen, dass Nichtraucher ihre Rechte kennen und sie, falls nötig, auch einfordern können.

#### **2.3.4 Diskussion**

In den letzten Jahren wurde zunehmend mehr anerkannt, dass jeder ein Recht darauf hat, in öffentlichen Einrichtungen sowie am Arbeitsplatz keinem Tabakrauch ausgesetzt zu sein.

Was "öffentliche Einrichtungen" sind, muss zu Gesetzgebungszwecken noch definiert werden, jedoch können je nach Land hier die Definitionen unterschiedlich ausfallen. Als öffentliche Einrichtungen gelten meist staatliche Gebäude, Bildungseinrichtungen, Gesundheits- und Fürsorgeeinrichtungen, Zuschauerräume, Einkaufszentren, Museen und Sportarenen - Privatwohnungen und Betriebe jedoch nicht. Öffentliche Verkehrsmittel zu Wasser, Land oder in der Luft werden ebenfalls

zu den öffentlichen Einrichtungen gezählt und sind als solche den Vorschriften zur Tabakkontrolle unterworfen.

Einschränkungen des Rauchens können absolute Rauchverbote sein, aber auch nur die Einrichtung von getrennten Bereichen für Raucher und Nichtraucher in bestimmten Räumlichkeiten.

Auch wenn Arbeitsplätze vom Gesetz nicht als öffentliche Einrichtungen eingestuft werden, muss ihnen besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

In den letzten Jahren hat sich ein deutlicher Trend herauskristallisiert. Viele Länder gingen von einer rein formalen Trennung von Rauchern und Nichtrauchern zunehmend dazu über, reine Nichtraucherräume einzurichten, mit dem Ziel, schließlich in allen Einrichtungen das Rauchen zu verbieten, außer es wird deutlich anderweitig ausgewiesen. Solch ein Trend war zum Beispiel in Frankreich zu beobachten. In technischen Hinsicht, z.B. hinsichtlich der Belüftungsnormen,<sup>6</sup> unterscheiden sich das 1976 erlassene Veil-Gesetz und seine Verordnung von 1977 und das Evin-Gesetz von 1991 und dessen Verordnung von 1992 nicht sonderlich. Dennoch unterscheiden sich beide Gesetze gravierend, da im zweiten ausdrücklich festgehalten ist, dass als oberstes Ziel der Schutz der Nichtraucher angestrebt wird.

Auf europäischer Ebene gab es zu diesem Thema in der Regel eher Entschlüsse denn Richtlinien. Das heißt, dass Mitgliedstaaten zwar aufgefordert, aber nicht gezwungen wurden, entsprechende Änderungen der nationalen Gesetze vorzunehmen. Solche Entschlüsse wurden 1982 und 1989 gefasst. Die Richtlinien befassen sich mit detaillierteren Fragen. So legt beispielsweise eine Richtlinie von 1983 (83/477) fest, dass das Rauchen in Räumlichkeiten verboten ist, in denen Arbeitnehmer Asbeststaub ausgesetzt sind. Eine Richtlinie von 1989 (89/654) fordert die Arbeitgeber auf, Maßnahmen zu ergreifen, um eine ausreichende Frischluftzufuhr an Arbeitsplätzen in geschlossenen Räumen sicherzustellen. Insbesondere sollen die notwendigen Maßnahmen zum Schutz von Nichtrauchern ergreifen werden, beispielsweise in Pausen- und Ruheräumen von Arbeitnehmern. Hier sollte noch Erwähnung finden, dass eine Richtlinie zu diesem Thema von der Tabakindustrie am meisten gefürchtet wird.

## **Einschränkung des Rauchens in Gesundheitseinrichtungen**

Rauchverbote in Gesundheitseinrichtungen existieren fast in allen Mitgliedsstaaten. Meist sind sie Bestandteil allgemeiner Regelungen zum Schutz vor Tabakrauch in der Umgebung in öffentlichen Einrichtungen oder öffentlich zugänglichen und frequentierten Räumlichkeiten. Der Verbotscharakter dieser Regelungen variiert stark – so gibt es reine Entschließungen und freiwillige Verpflichtungserklärungen, aber auch strenge Gesetze, deren Nichteinhaltung mit Strafen belegt wird.

Die Regel scheinen weniger strikte Rauchverbote zu sein als die Einrichtung von Raucherbereichen für Raucher, vor allem für Patienten. Mehrere Länder schreiben vor, dass Arbeitnehmer in Pausen- und Ruheräumen ein Anrecht auf saubere Luft haben. Tatsächlich werden solche Regelungen häufig nicht aus gesundheitlichen Gründen eingeführt, sondern weil sie Teil arbeitsrechtlicher Bestimmungen sind.

Weitere Rechtsvorschriften zum Thema Tabak beziehen sich auf den Verkauf von Tabakerzeugnissen in Gesundheitseinrichtungen. Früher war der Verkauf dort in vielen Ländern erlaubt, ist heute aber stark zurückgegangen. Verboten ist er heute beispielsweise in Frankreich und Spanien, aber auch in den Niederlanden.

## **Rauchverbote in öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten**

Am häufigsten werden Rauchverbote für öffentliche Verwaltungsgebäude sowie Schulen und Gesundheitseinrichtungen erlassen. Im Laufe der Jahre wurden zunehmend mehr geschlossene Räumlichkeiten mit einbezogen. In einigen Ländern wurden einige Räumlichkeiten bereits klar definiert, wie rauchfreie Zonen, Gemeinschaftsbereiche, öffentlich zugängliche Bereiche an Arbeitsstätten, von Kunden frequentierte Bereiche an Arbeitsstätten, öffentliche Verkehrsmittel oder Räume für öffentliche Veranstaltungen. Das beste Beispiel liefert die Verordnung von 1995 in Finnland. Andere Länder hingegen wie das Vereinigte Königreich verlassen sich auf einen „*Code of practice*“. In diesem sind lediglich Empfehlungen für Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen, die die Bevölkerung gezwungen ist aufzusuchen, aufgeführt. Im Gegensatz dazu ist es in öffentlichen Einrichtungen, die freiwillig aufgesucht werden, den Geschäftsführern, Leitern oder Betreibern überlassen, welche Politik sie hinsichtlich des Rauchens verfolgen wollen. Neben

diesen beiden Extremen gibt es auch Länder, die ihre Regelungen gezielt auf einzelne Personengruppen (Schwangere, ältere Menschen und Kinder) oder auf die Nutzung der Räumlichkeiten (Zubereitung von Nahrungsmitteln, Umgang mit Giftstoffen) abstimmen, wie z.B. Frankreich und Spanien. Anfangs wurden Vorschriften eher aus Sicherheitsgründen erlassen - z.B. Rauchverbote in Kinos, um eine bessere Sicht zu gewährleisten und Brandflecken auf den Sitzen zu verhindern - , doch nach und nach traten die gesundheitlichen Aspekte mehr in den Vordergrund, bis schließlich auch das Recht von Nichtrauchern auf rauchfreie Atemluft anerkannt wurde.

### **Rauchverbote in öffentlichen Verkehrsmitteln**

Diese Entwicklung fand parallel zu jener der öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten statt, setzte jedoch meist etwas früher ein und ging zügiger vonstatten. Gab es zunächst überhaupt keine Regelungen, wurden nach und nach separate Raucherbereiche eingerichtet, bis schließlich ein absolutes Rauchverbot erfolgte. Als erstes betroffen waren in der Regel Verkehrsmittel zu Lande wie Züge und Busse, dann die öffentlichen Verkehrsmittel zu Wasser und in der Luft. Aus Gesundheits-, Sicherheits- und Wartungsgründen wurde das Rauchen auf Passagierflügen verboten. Diese Vorschriften wurden in der Regel in mehreren Schritten eingeführt und galten erst auf kürzeren, später auch auf längeren Flügen. Infolgedessen setzte sich ein Rauchverbot sukzessive erst auf lokalen, dann auf nationalen, internationalen und schließlich auf transkontinentalen Flügen durch. Aus Marketinggründen waren einige Routen früher davon betroffen als andere. Ähnlich reduzierte sich auch in Verkehrsmitteln zu Lande kontinuierlich der Anteil der Sitzplätze für Raucher, und Raucher- wurden von Nichtraucherbereichen räumlich getrennt.

So bietet beispielsweise Air France, bei der seit November 2000 auf allen Flügen das Rauchen verboten ist, Rauchern auf Flügen Nikotinersatzprodukte und in Paris sogar eine Beratung zur Raucherentwöhnung an.

### **Rauchverbote am Arbeitsplatz**

Diese Entwicklung ist die jüngste und deutlich jene, die die Tabakindustrie am meisten fürchtet.

Wenn auch zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur in wenigen Ländern eine konkrete Rechtsprechung zum Thema Tabakkonsum am Arbeitsplatz existiert, geht doch die generelle Richtung in der Gesetzgebung hin zu einer Anerkennung des Rechtes auf saubere Atemluft. Da nur wenige konkrete Vorschriften existieren und bestehende Vorschriften häufig missachtet werden, ist damit zu rechnen, dass es künftig vermehrt zu Rechtsstreitigkeiten kommt. Den Rechten der Nichtraucher muss Vorrang vor den Rechten der Raucher gewährt werden, und der Gesundheitsschutz von Arbeitnehmern gegen die schädlichen Auswirkungen von gesundheitsgefährdenden Arbeitsstoffen schließt auch Tabakrauch ein.

## **2.4 Rechtspraxis**

### **2.4.1 Einleitung**

Auch wenn noch keine europäische Rechtsprechung zur Einschränkung des Rauchens in öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten existiert, fordert die Europäische Union doch die Mitgliedsstaaten auf, das Rauchen in öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten zu verbieten.

In acht von 15 EU-Mitgliedsstaaten - Dänemark, Deutschland, Frankreich, Irland, Italien, den Niederlanden, Schweden und dem Vereinigten Königreich - wurden bereits Prozesse geführt, in denen es um den Schutz von Nichtrauchern ging.

Unseres Wissens ist Norwegen das einzige europäische Land außerhalb der EU, in dem bereits solche Prozesse geführt wurden.

### **2.4.2 Gerichtsverfahren in den Mitgliedsstaaten**

#### **2.4.2.1 Dänemark**

Drei Gewerkschaften strengten einen Prozess gegen ein Unternehmen, Avery Etiketsystemer A/S, an, da dort 1995 ein Rauchverbot am Arbeitsplatz eingeführt wurde, ohne dass vorher, wie vorgeschrieben, die Arbeitnehmer Gelegenheit hatten, dazu Stellung zu nehmen. Das Gericht bestätigte jedoch das Recht des Arbeitgebers, eine neue betriebliche Politik einzuführen, so dass das Rauchverbot bestehen blieb.

### **2.4.2.2 Frankreich**

Seit 1978 nichtstaatlichen Organisationen (NGOs), die sich für eine Tabakkontrolle einsetzen, das Recht zugesprochen wurde, Schadensersatzklagen anzustrengen, wurden in Frankreich zahlreiche Prozesse, z.B. wegen illegaler Tabakwerbung oder zum Einklagen der Rechte von Nichtrauchern, geführt, die auch zu zahlreichen Verurteilungen geführt haben.

Die Fälle, in denen es um unfreiwillig ETS-Exposition geht, kann man in verschiedene Kategorien einteilen. Entsprechend dem Zweck dieses Berichtes werden hier nur Fälle beschrieben, die Arbeitsplätze oder öffentlich zugängliche Räumlichkeiten (die auch Arbeitsstätten sind) betreffen:

- Fälle, die Arbeitnehmer betreffen, die am Arbeitsplatz Passivrauch ausgesetzt sind;
- Fälle, in denen es um Rauchverbote in Verkehrsmitteln oder in Freizeiteinrichtungen bzw. Gastbetrieben geht;
- Klagen, die von Familien von Opfern, die durch die Auswirkungen des Passivrauchens gestorben sind, angestrengt wurden.

In Frankreich haben zwei Organisationen solche Prozesse angestrengt: die Initiative "Rechte der Nichtraucher" *DNF (Droits des Non-Fumeurs)* und das Nationale Komitee gegen den Tabakkonsum *CNCT (Comité National Contre le Tabagisme)*. Die *DNF* ist eine aus Ehrenamtlichen bestehende NGO, die Anfang der 70er Jahre von Leuten gegründet wurde, die es nicht mehr hinnehmen wollten, weiterhin Passivrauch (ETS) ausgesetzt zu sein. Sie besitzt örtliche Vertretungen außerhalb von Paris. *CNCT* ist eine wohltätige Einrichtung, die 1868 von Ärzten und Wissenschaftlern gegründet wurde, darunter auch Pasteur. Das Komitee setzt sich gegenwärtig primär für die Einführung einer Rechtsprechung zur Tabakkontrolle, vor allem am Arbeitsplatz, ein. Beide Organisationen werden gegenwärtig von der Regierung unterstützt.

#### **Der Fall Ozeir**

Eine 44-jährige Nichtraucherin namens Ozeir starb an Lungenkrebs, nachdem sie trotz des im Evin-Gesetz verankerten Rauchverbotes an ihrem Arbeitsplatz Passivrauch ausgesetzt war. Ihre Schwester strengte eine Schadensersatzklage

gegen den früheren Arbeitgeber an. Die Familie Ozeir wurde von der *DNF* und vom *CNCT* unterstützt. Das Zivilgericht in Paris wies die Klage der Familie Ozeir ab, bestätigte aber, dass Passivrauchen gesundheitsschädlich ist. Dieses Zugeständnis verwandelte die Niederlage also letztendlich doch noch in einen Sieg, da zu diesem Zeitpunkt die Tabakindustrie besonders bestrebt war, die medizinischen Tatsachen in der Öffentlichkeit zu vernebeln. Der Arbeitgeber berief sich auf einen Zeugen, der Mitglied der sogenannten "Europäischen Arbeitsgruppe über ETS und Lungenkrebs" war, und wurde von drei Zigarettenherstellern unterstützt. Die Familie hatte Dr. Jean Tredaniel, einen Arzt, der seine Doktorarbeit über ETS geschrieben hatte, um ein Sachverständigengutachten gebeten.

### **Der SNCF-Fall**

Aufgrund der unermüdlichen Bemühungen eines Mannes, der am Stadtrand von Lyon lebte, der Basisbewegung *DNF* vorstand und zu den Leitern des *CNCT* zählte, ordnete das Berufungsgericht von Lyon am 27. Januar 1999 an, dass die nationale Eisenbahngesellschaft *Société Nationale des Chemins de Fer (SNCF)* an zwei Nichtraucherorganisation eine Entschädigung zu zahlen habe, da ein Bahnhof in Lyon Reisende nicht deutlich genug darauf hingewiesen hatte, dass sie dort nicht rauchen dürften. Bei den Organisationen handelte es sich um die *DNF* und das *CNCT*. Das Gericht ordnete an, dass die *SNCF* knapp 1.800 Euro an jede Organisation zu zahlen habe. Das Gerichtshof stellte zudem fest, dass das Vorhandensein von Aschern im Bahnhof und das Fehlen von Rauchverbotsschildern Rauchern zu dem Glauben veranlasste, sie hätten das Recht, sich eine Zigarette anzuzünden.

### **Fälle, die Restaurants betreffen**

Ein großes, am Rand von Paris gelegenes Restaurant wurde 1999 von der örtlichen Abteilung des Gesundheitsamtes überprüft. Wie die Inspektoren ermittelten, wurde in dem Restaurant das Rauchverbot nicht eingehalten. Ein Jahr später entschloß sich die *DNF*, da dort der Verordnung von 1992 immer noch zuwidergehandelt wurde, bei einem Zivilgericht eine Klage gegen das Restaurant anzustrengen. Das Restaurant wurde am 30. März 2001 dazu verurteilt, zwei Geldstrafen von je knapp 229 Euro plus 762 Euro als Schadensersatz an die *DNF* zu zahlen.

1994 entschied das Berufungsgericht von Bordeaux aus ähnlichen Gründen gegen ein Restaurant. 1993 war einer Familie, die um einen Nichtraucherplatz gebeten hatte, von einem Kellner ein unangenehmer Sitzplatz zugewiesen worden.

### **Der Fall der Pariser Hochschule für Architektur**

In diesem Fall besaß das *CNCT* eindeutige Beweise dafür, dass die Hochschule die Vorschriften nicht einhielt. Das *CNCT* strengte eine Zivilklage gegen die Hochschule an, die am 12. Oktober 1998 von einem Zivilgericht in Paris dazu verurteilt wurde, eine Geldstrafe von knapp 229 Euro und eine Entschädigung von annähernd 1.524 Euro an den Kläger (einen Studenten) sowie etwa 762 Euro an das *CNCT* zu zahlen.

### **Fälle, die die Einhaltung der Bestimmungen am Arbeitsplatz betreffen**

An Arbeitsstätten ist der Arbeitsgeber nicht eindeutig verpflichtet, einen extra Raum für Raucher einzurichten: er muß lediglich einen Grund für seine Weigerung benennen (kein Platz, zu teuer, usw.). Dies bedeutet dann automatisch, dass im Betrieb oder Büro nicht geraucht werden darf. Meistens jedoch sieht es in der Praxis anders aus. Arbeitgeber unternehmen nichts gegen das Rauchen und Nichtraucher sind Tabakrauch ausgesetzt. Ist dies der Fall, kann jeder betroffene Arbeitnehmer sich auf die Bestimmungen der Arbeitsstättenverordnung berufen.

Wird ein/e Nichtraucher/in, der/die darum gebeten hat, dass die Bestimmungen in seinem/ihrem Betrieb eingehalten wird, von seinem/ihrem Arbeitgeber dafür "bestraft", kann er /sie den Arbeitgeber vor einem besonderen Gericht, dem *Conseil des prud'hommes* (der zur Hälfte aus Vertretern der Gewerkschaften, zur Hälfte aus Betriebsvertretern besteht) verklagen. Er oder sie kann sich auch an ein Zivilgericht wenden. Wir werden im Folgenden einige Beispiele aus Frankreich anführen.

Im ersten Fall handelte es sich um eine Frau, die für eine örtliche Filiale der staatlichen Versicherungsgesellschaft arbeitete. Ihr Vorgesetzter gestattete ihr nicht, in einem Rauch freien Büro zu arbeiten. Sie reichte 1995 Klage vor dem *prud'hommes* von Versailles ein, die sie auch gewann. Das Gericht befand, dass dem Evin-Gesetz Folge zu leisten sei. Ihr Ehemann, der sie bei dem Prozess unterstützt hatte, begann 1997 eine Abteilung zur Verbesserung der Rechte von

Nichtrauchern am Arbeitsplatz innerhalb des *CNCT* aufzubauen und wurde Ende 1998 dessen Generalsekretär.

Im zweiten Fall handelte es sich um eine Frau, die für eine Versicherungsgesellschaft arbeitete. Ihr Vorgesetzter zeigte sich, als sie um saubere Atemluft bat, nicht sehr entgegenkommend. Als sie eines Tages ihm gegenüber ausfallend wurde, wurde sie entlassen. Auf Anraten der *DNF* strengte sie eine Klage an, die sie am 16. Juni 1997 auch gewann. Der Arbeitnehmer lud die Gewerbeaufsicht (*Inspection du travail*) ein, ihr Büro zu überprüfen. Diese Überprüfung ergab, dass das Unternehmen die gesetzlichen Bestimmungen nicht einhielt, was ihr eine große Hilfe war. Auch Arbeitgeber können sich an die örtliche Vertretung des Gewerbeaufsichtsamtes wenden. Bis dato wurde vom französischen Gewerbeaufsichtsamt noch keine offizielle Vorschrift erlassen, dass geprüft werden muss, ob Arbeitgeber die Einhaltung des Rauchverbotes in ihrem Unternehmen sicherstellen. Das *prud'hommes* von Paris sprach ihr fast 6.512 Euro Schadensersatz zu.

Ein Strafgericht in einem Pariser Vorort (*Tribunal de Police de Puteaux*), in dem sich ein großes Geschäftszentrum (*La Défense*) befindet, verurteilte am 24. Februar 2000 einen Arbeitgeber zu einer Geldstrafe von knapp 762 Euro und fast 1.524 Euro Schadensersatz sowohl an den Kläger (ein Arbeitnehmer) als auch an das *CNCT*. Am 31. Mai 2000 wurde ein ähnlicher Prozess, der gegen die spanische Fluggesellschaft *IBERIA* vor dem Strafgericht eines anderen Pariser Vorortes (*Tribunal de Police d'Ivry-sur-Seine*) angestrengt worden war, gewonnen. Am 8. März 2001 verpflichtete ein Pariser Zivilgericht den staatlichen Fernsehsender France 2, auf Einhaltung des allgemeinen Rauchverbotes zu achten, und insbesondere seine Angestellten darüber zu informieren. In diesem Zusammenhang erwähnenswert ist, dass sich zahlreiche Journalisten für ein Rauchverbot ausgesprochen hatten. Am 12. April 2001 verlor eine Postangestellte, die sich geweigert hatte, bei der Arbeit Tabakrauch ausgesetzt zu sein und daraufhin entlassen worden war, den von ihr angestregten Prozess vor dem Strafgericht in Rouen trotz der Unterstützung des *CNCT*, da sie nicht beweisen konnte, dass ihre Kollegen auch rauchten, nachdem sie sie gebeten hatte, dies zu unterlassen.

Das CNCT hat in mehreren Fällen erfolgreich geklagt. Dieser NGO wurde sogar das Recht zugesprochen, einen Nichtraucher vor Gericht zu vertreten, ohne die Identität des Klägers preisgeben zu müssen (*Tribunal de Grande Instance (TGI)* von Paris, 19. Juli 1999). Die Organisation stützt sich hierbei auf Beweise für Zuwiderhandlungen (wenn jemand außerhalb der Rauchern zugewiesenen Bereiche raucht, fehlende Rauchverbotsschilder), die von Gerichtsvollziehern (*huissiers de justice*) gesammelt werden, die mit einem Gerichtsbeschluss Privatunternehmen aufsuchen und beglaubigte Gutachten erstellen dürfen. In den letzten fünf Jahren erreichten das CNCT über 750 Klagen von Nichtrauchern, die sich durch Tabakrauch belästigt fühlten. Besonders hervorheben sollte man jedoch, dass viele, selbst Krebskranke, zögern, den Arbeitgeber zu verklagen, da sie befürchten, entlassen zu werden.

In Ländern wie Deutschland und Frankreich gibt es Betriebsärzte, d.h., Ärzte, die sich vor allem mit dem Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz befassen. Ihre Aufgabe ist es, dem Arbeitgeber bei der Umsetzung arbeitsschutzrechtlicher Normen zu helfen. Das Problem dabei jedoch ist, dass Betriebsärzte in vielen Fällen selbst bei dem jeweiligen Unternehmen angestellt sind und deshalb manchmal fürchten, ihren Arbeitsplatz zu verlieren, wenn sie Maßnahmen zum Schutz von Nichtrauchern durchsetzen wollen.

Im Evin-Gesetz ist festgehalten, dass ein Evaluierungsbericht prüfen soll, ob das Gesetz umgesetzt und eingehalten wird. Ein solcher Bericht wurde im Oktober 1999 veröffentlicht.<sup>5</sup> Die Evaluierungskommission stellte fest, dass für einen Großteil der Bevölkerung das Passivrauchen mittlerweile intolerabel ist. Diese Änderung der öffentlichen Meinung war mit Sicherheit die wichtigste Entwicklung und Verbesserung, die mittels der Gesetzgebung erreicht wurde.

Welche Auswirkungen dieses Gesetz konkret hatte, ist extrem schwierig festzustellen. Die Beurteilung wird erschwert durch die mangelhafte Einhaltung der Vorschriften sowie Arbeitgeber, die nachvollziehbare Ausreden vorbringen, warum sie nichts unternehmen können.

Aus den verfügbaren Informationen lässt sich dennoch einiges schließen:

- in öffentlichen Verkehrsmitteln gibt es nur wenig Probleme mit der Einhaltung der Vorschriften. 1996 beschloss die größte private Fluglinie, das Rauchen auf all ihren Flügen, selbst jenen, die länger als 20 Stunden dauern, zu verbieten. Im November 2000 entschied die staatliche Fluglinie *Air France*, diesem Beispiel zu folgen und das Rauchen auf all ihren Flügen zu verbieten. Laut der nationalen Eisenbahngesellschaft (*SNCF*) bitten die meisten Raucher um Nichtraucherplätze;
- im Hinblick auf Gesundheitseinrichtungen und Krankenhäuser ist noch einiges verbesserungswürdig. Dennoch ist Frankreich in dieser Hinsicht mit seinem "Netzwerk Rauch freie Krankenhäuser" führend; hier kann man sich informieren, wie sich die 1992 erlassene Verordnung umsetzen lässt;
- in Restaurants und Cafés dürfte die Situation am schlimmsten sein; Schätzungen zufolge werden die Vorschriften hier nur in einem Drittel der Einrichtungen eingehalten. Dies erklärt möglicherweise, warum so viele ausländische Besucher den Eindruck haben, in Frankreich sei man extrem stark Passivrauch ausgesetzt;
- an Arbeitsstätten hängt die Umsetzung der Vorschriften weitgehend von der Gutwilligkeit der Entscheidungsträger im jeweiligen Betrieb ab. Natürlich können sie verklagt und verurteilt werden, wenn sie der Verordnung nicht Folge leisten. Leider jedoch erhalten Nichtraucher, die am Arbeitsplatz durch Tabakrauch belästigt werden, ohne die Hilfe engagierter gemeinnütziger Organisationen wie der *DNF* und dem *CNCT* kaum Unterstützung von den Gewerkschaften und dem Gewerbeaufsichtsamt. Gewerkschaften scheinen besonders zögerlich zu sein, etwas zu unternehmen, wenngleich hier Führung und Mitglieder nicht immer einer Meinung sind;
- für Schulen hat das Bildungsministerium bisher noch keine Vorschriften erlassen, die die Umsetzung der Verordnung fordern und deren Zweck erklären, trotz des bereits existierenden Rauchverbots in öffentlichen Räumlichkeiten (Verordnung vom 12. September 1977). Dies dürfte primär auf die Lehrgewerkschaft zurückzuführen sein, die sich dem Evin-Gesetz offenbar entgegenstellt. Gegenwärtig gibt es sowohl absolut Rauch freie Hochschulen als auch welche, in denen das Gesetz nicht eingehalten wird.

Für die mangelnde Umsetzung der Verordnungen ist sicherlich das Fehlen einer Richtlinie, die die Regierung an die staatlichen Organe ausgeben müsste, die für die

Umsetzung der Bestimmungen zuständig sind, verantwortlich. So sollte beispielsweise das Gesundheitsministerium seine Vertreter vor Ort anweisen, Inspektionen durchzuführen, um die Einhaltung der Vorschriften in Cafés und Restaurants zu überwachen. Eine Arbeitsgruppe unter dem Vorsitz von Prof. Bertrand Dautzenberg, die von der Generaldirektion für Gesundheit eingerichtet wurde, veröffentlichte im Mai 2001<sup>3</sup> einen Bericht über Passivrauchen, in dem auch Empfehlungen ausgesprochen wurden.

### **2.4.2.3 Deutschland**

Seit den 70er Jahren wurden 80 Prozesse wegen unfreiwilligen Passivrauchens angestrengt. Im Folgenden werden vier neuere, wichtige Fälle angeführt:

- Am 19. Januar 1999 entschied das Bundesarbeitsgericht, dass ein Hersteller von Microchips das Rauchen in all seinen Gebäuden rechtmäßig verboten hat, da das Unternehmen hiermit seine nicht rauchenden Arbeitnehmer gegen die gesundheitlichen Risiken des Passivrauchens schützen wollte. Ein Raucher, der für das Unternehmen arbeitete, hatte sein Recht auf Tabakonsum eingeklagt, doch gemäß den gesetzlichen Bestimmungen haben Arbeitnehmer kein Anrecht auf eine Raucherzone in geschlossenen Arbeitsräumen;
- Zwei Fälle betrafen Arbeitnehmer, die in Großraumbüros mit mehreren Mitarbeitern arbeiteten, einer in Bonn und einer in Frankfurt. In letzterem Fall hatte eine Angestellte, die an einer chronischen Atemwegserkrankung litt, ihren Arbeitgeber verklagt. Am 17. Februar 1998 wurde ihrer Klage vom *Bundesarbeitsgericht* stattgegeben. Das Gericht wies darauf hin, dass laut *Bundesgesetzbuch* der Arbeitgeber die Verantwortung für die Gesundheit seiner Arbeitnehmer trägt und unter den gegebenen Umständen der Arbeitgeber Maßnahmen zu einem verbesserten Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, d.h. hier im Großraumbüro, zu ergreifen hätte;
- Am 8. Mai 1996 entschied das *Bundesarbeitsgericht* (BAG 5 AZR 971/94) im Fall einer Stewardess, die ihren Arbeitgeber *Lufthansa* verklagte, dass ein Unternehmen zwar Nichtraucher vor Passivrauchen schützen muss, solange es jedoch noch Flüge gebe, auf denen geraucht werden dürfe, müssten einige Arbeitnehmer auch auf diesen arbeiten, und ein einzelner Arbeitnehmer könne nicht verlangen, dass auf allen Flügen das Rauchen verboten wird.

#### **2.4.2.4 Irland**

Gegenwärtig ist das Rauchen in verschiedenen Arten von Einrichtungen verboten, u.a. in Frisiersalons, Bingospielhallen, Arzt- und Zahnarztpraxen sowie in Apotheken. In Restaurants sollte die Hälfte der Sitzplätze für Nichtraucher reserviert sein. Pubs und Wettbüros allerdings sind von diesem Verbot ausgenommen.

Im Mai 2000 erhoben fünfzig Pub-Angestellte in Dublin, alle Mitglieder einer Gewerkschaft, Klage wegen Gesundheitsschädigung aufgrund der verrauchten Umgebung, in der sie arbeiten mussten. Der Erste dieser Präzedenzfälle kommt vermutlich 2001 zur Anhörung. Umweltschutzbeauftragte versuchen strengere Gesetze durchzusetzen, die das Rauchen in Pubs nur erlauben, wenn eine angemessene Lüftung vorhanden ist.

#### **2.4.2.5 Italien**

Einem Zusammenschluss von Organisationen zum Schutz der Umwelt und dem Schutz der Rechte von Bürgern und Konsumenten, *CODACONS*, gelang es bemerkenswerterweise, die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf das Problem des Passivrauchens zu lenken und vor Gericht<sup>7</sup> bessere Bedingungen für Nichtraucher durchzusetzen.

Um den bestehenden Rechtsvorschriften Geltung zu verschaffen, trat die Organisation vor Gericht als Zeuge auf, nahm an Medienveranstaltungen teil und startete Kampagnen, um die Öffentlichkeit wachzurütteln. Ihre Mitglieder führen ebenfalls unangekündigte Inspektionen in wichtigen öffentlichen Einrichtungen durch.

#### **Verfassungsrecht**

*CODACONS* beruft sich bei seinen Klagen auf *Paragraph 32* der italienischen Verfassung, in dem es heißt, dass "die Republik die Gesundheit als Grundrecht jedes Individuums und im Interesse der Gemeinschaft anerkennt sowie den Armen kostenlose Unterstützung zusichert."

Zwei wichtige Entscheidungen des italienischen Verfassungsgerichtes (Urteile Nr. 202/91 und 399/96) etablierten das Prinzip der Unterordnung, d.h., das Recht auf Tabakkonsum wird dem Recht auf Gesundheit einer dritten Partei untergeordnet, wie

es im Verfassungsrecht (*Paragraph 32*) und im Zivilrecht (*Paragraph 2043*) definiert wird.

Am 7. Mai 1999 befand das Verfassungsgericht in seinem Urteil, dass: "Ein Schadensersatz für durch Passivrauchen verursachte Gesundheitsschäden, die als Schädigung des Rechtes auf Gesundheit betrachtet werden, aufgrund *Paragraph 32* des Verfassungsrechtes und *Paragraph 2043* des Zivilrechtes geltend gemacht werden kann".

Am 11. Dezember 1996 wurde in einem Urteil entschieden: "Der präventive Schutz von Nichtrauchern am Arbeitsplatz kann als ausreichend betrachtet werden, wenn, durch eine Ergreifung von in verschiedenen Fällen erforderlichen Maßnahmen, das Risiko des Passivrauchens wenn nicht beseitigt, so doch so niedrig ist, dass es ausgeschlossen werden kann". Dieses Urteil erging in einem Prozess von 300 Angestellten der Turiner Bankgesellschaft, die vor einem Gericht Klage eingereicht hatten, um Schutzmaßnahmen gegen das Passivrauchen durchzusetzen. Das Verfassungsgericht betonte, dass das verfassungsmäßige Recht auf Schutz der Gesundheit höher zu bewerten sei als das Recht auf Tabakkonsum. Es betonte ebenfalls, dass der Arbeitgeber die Verantwortung dafür trage, die Gesundheitsrisiken für seine Angestellten möglichst niedrig zu halten.

### **Der Fall Sposetti**

Bei Frau Sposetti, Angestellte im Bildungsministerium, wurde Lungenkrebs festgestellt, den man auf ihr unfreiwilliges Passivrauchen am Arbeitsplatz zurückführte. Fast sieben Jahre lang war sie gezwungen, den Rauch ihrer Kollegen einzuatmen. Ihre Klage, ihre Krankheit als Berufskrankheit anzuerkennen, wurde abgelehnt. Das Urteil wurde von *CODACONS* - Anwälten vor dem regionalen Verwaltungsgericht von Lazio angefochten, das am 3. Juni 1996 entschied: "Es ist allgemein bekannt (...), dass Passivrauchen eine mögliche Ursache von Lungenkrebs darstellt". Aufgrunddessen wurde die Krankheit der Klägerin als "Berufskrankheit" anerkannt.

### **2.4.2.6 Die Niederlande**

In den Niederlanden existieren keine Vorschriften, die das Rauchen in Betrieben verbieten.

1991 verklagte eine Arbeitnehmerin die Stadtverwaltung von Amsterdam. Ein Richter des Zivilgerichtes entschied zugunsten der Arbeitnehmerin. Der Richter entschied ebenfalls in anderen Fällen zugunsten der Kläger, z.B. im Fall eines inhaftierten Angestellten, im Fall von Eltern, die gegen eine Grundschule klagten, usw.

Am 25. April 2000 gab ein Richter der Klage einer Angestellten der Post nach einem Rauch freien Arbeitsplatz statt. Ihre Arbeitgeber wurden angewiesen, innerhalb von 14 Tagen ein im gesamten Betrieb geltendes Rauchverbot zu erlassen und das Rauchen nur in abgetrennten und gut isolierten Raucherbereichen zu gestatten.

#### **2.4.2.7 Norwegen**

In Norwegen gab es kürzlich einen Fall, der durch alle Instanzen ging, vom Landgericht und Obersten Zivilgericht bis zum Obersten Gerichtshof. Geklagt hatte eine Frau, die mit 42 Jahren an Lungenkrebs erkrankte. Sie hatte selbst geraucht, war aber zudem bei ihrer Arbeit in einem Nachtclub einer sehr hohen Konzentration von Tabakrauch ausgesetzt. In Norwegen kann man die Regierung auf Schadensersatz verklagen, wenn nachgewiesen werden kann, dass die Bedingungen am Arbeitsplatz zu mehr als 50 % für eine Krankheit verantwortlich zu machen sind. Alle Arbeitgeber müssen eine Versicherung abschließen, die Entschädigungen abdecken für den Fall, dass die Arbeitsumgebung zur Ausbildung einer Krankheit beigetragen hat. Professor Tore Sanner vom Krebsforschungszentrum des norwegischen Radium-Krankenhauses (Oslo) und Präsident von Tobaccofree, wurde vom Gericht als Experte hinzugezogen. Aufgrund seiner Aussage wurde anerkannt, dass Passivrauch 30-40% der gesamten ETS-Exposition, die für Lungenkrebs verantwortlich ist, ausmacht. Im Sommer 2000 entschied der Oberste Gerichtshof gegen die Versicherungsgesellschaft und zugunsten der Klägerin und entschied, dass sie nach dem Gesetz Anspruch auf vollen Schadenersatz habe. Die Begründung für Anspruch auf vollen Schadenersatz ähnelt der Urteilsbegründung bei jener Klage, bei der es um eine Kombination aus Rauchen und Asbest-Exposition ging.

#### **2.4.2.7 Schweden**

Eine Nichtraucherin, die gezwungen gewesen war, zusammen mit starken Rauchern in einem Büro zu arbeiten, erkrankte anschließend an Lungenkrebs. 1985 verklagte

sie ihren Arbeitgeber und erhielt in Abstimmung mit der betrieblichen Krankenversicherung eine Entschädigung.

#### **2.4.2.8 Vereinigtes Königreich von Großbritannien und Nordirland**

Im Vereinigten Königreich gibt es zwei Arten von Klagen, die das Passivrauchen am Arbeitsplatz betreffen:

- Fälle, in denen grundlegende Urteile des Arbeitsgerichtes ergingen;
- Schadensersatzklagen.

Zunächst einmal muss darauf hingewiesen werden, dass es im Vereinigten Königreich keine einheitliche Rechtsprechung zu diesem Thema gibt. Gegenwärtig ist die rechtliche Situation in Schottland (Dryden-Fall), wo ein Gesetz existiert, anders als in England (Dorrigton-Fall), wo kein solches Gesetz zum Schutz der Rechte von Nichtrauchern existiert.

#### **Zwei grundlegende Urteile des Arbeitsgerichtes**

Im Vereinigten Königreich gab es eine Reihe von Klagen vor dem Arbeitsgericht, die direkt mit Rauchen am Arbeitsplatz zusammenhingen. Meist handelte es sich um Raucher, die gegen eine vom Arbeitgeber eingeführte Nichtraucherpolitik klagten. Die erste Klage wurde 1984 angestrengt.

##### **- Der Dryden-Fall**

Der Dryden-Fall kam 1992 vor das Arbeitsberufungsgericht (*Employment Appeal Tribunal*, EAT) von Schottland: Dryden gegen das *Greater Glasgow Health Board* (Glasgower Gesundheitsbehörde). Der EAT entschied, dass der Arbeitgeber durch Einführung einer Nichtraucherschutzpolitik keinen Vertragsbruch begangen habe, da er vorher ordnungsgemäß die Belegschaft befragt und rechtzeitig eine Warnung ausgesprochen hatte.

Dieses Urteil macht deutlich, dass ein rauchender Arbeitnehmer nicht auf ein ihm angeblich vertraglich zugesichertes Recht pochen kann, das ihn zum Rauchen oder zum Zugang zu Raucherräumen berechtigt. Die Tatsache, dass ein Rauchverbot einem rauchenden Arbeitnehmer das Leben am Arbeitsplatz schwermachen kann, hat wenig Gewicht, wenn aus legitimen Gründen eine Nichtraucherschutzpolitik eingeführt wird. Legitime Gründe heißt hier, dass der Arbeitgeber Rücksicht nimmt

auf die Sicherheit und das Wohlbefinden der Arbeitnehmer, die in der Mehrzahl Nichtraucher sind.

### **- Der Dorrington-Fall**

Dieser Fall kam 1997 vor das EAT von England: Dorrington *gegen* Waltons & Morse. Jill Dorrington war bei Waltons & Morse, einer Rechtsanwaltskanzlei in der Innenstadt von London, angestellt. Sie klagte, dass sie und andere nicht rauchende Kollegen gezwungen waren, in einer verrauchten Umgebung zu arbeiten, selbst nachdem eine Nichtraucherschutzpolitik eingeführt worden war. Sie verklagte die Kanzlei wegen einer vom Arbeitgeber erzwungenen Kündigung und gewann den Prozess vor einem Arbeitsgericht, das entschied, dass "... es Bestandteil jedes Arbeitsvertrages ist, dass der Arbeitgeber eine Arbeitsumgebung schafft und erhält, die für alle Arbeitnehmer akzeptabel ist ... Dies schließt Lärm, Gerüche und die Qualität der Atemluft für Arbeitnehmer mit ein." Ihre früheren Arbeitgeber legten gegen dieses Urteil beim EAT Berufung ein, doch wurde diese abgelehnt.

Dieser Fall erhöht die Erfolgsaussichten von Klagen wegen vom Arbeitnehmer erzwungener Kündigung, die von einem Arbeitnehmer angestrengt werden, der Tabakrauch am Arbeitsplatz als Belästigung empfindet, und dessen Arbeitgeber nichts dagegen unternimmt. Aufgrund dieser richterlichen Entscheidung besteht für einen Arbeitnehmer keine Notwendigkeit mehr, nachzuweisen, dass seine Gesundheit angegriffen wurde.

### **Schadensersatzklagen**

Im Vereinigten Königreich ermöglicht das *Law of negligence* (Fahrlässigkeitsgesetz) Opfern von Passivrauchen, Schadensersatzklagen anzustrengen. Bisher wurde jedoch noch keine solche Klage wegen Körperverletzung zugunsten des Klägers entschieden. Laut *Action on Smoking and Health UK*<sup>4</sup> jedoch "ist die Sorge, unfreiwillig passivrauchende Arbeitnehmer könnten ihren Arbeitgeber verklagen, eine der treibenden Kräfte, die Arbeitgeber dazu motivierte, eine Nichtraucherschutzpolitik einzuführen".

Neben vier Fällen von außergerichtlichen Vergleichen wurde auch eine erfolgreiche Klage auf Arbeitsunfallentschädigung angestrengt. Bis November 1998 wurden im

Vereinigten Königreich zwei Klagen im Zusammenhang mit Passivrauchen angestrengt, die aber beide abgewiesen wurden.

#### **- Der Joan Clay-Fall**

In einem im August 1990 vor den *Social Security Commissioner* (Leiter der Behörde für soziale Sicherheit) gebrachten Fall gelang es Joan Clay, eine Beamtin im öffentlichen Dienst, die an Bronchialasthma litt, das sich durch Tabakrauch verschlimmert hatte, glaubhaft zu versichern, dass das Passivrauchen am Arbeitsplatz ihre Lungen geschädigt hatte, und dass dies infolgedessen als Arbeitsunfall eingestuft werden müsse. Das Urteil, das auf die Bestimmungen des Sozialversicherungsgesetzes von 1975 Bezug nahm, war das erste, in dem eine Körperschaft des öffentlichen Rechts anerkannte, dass Passivrauchen gesundheitsschädlich sein kann.

#### **- Der Veronica Bland-Fall**

Im Januar 1993 wurden einer lokalen Regierungsangestellten, Veronica Bland, bei einem außergerichtlichen Vergleich mit der Versicherungsgesellschaft ihres Arbeitgebers £ 15.000 Schadensersatz zugesprochen, weil sie aufgrund des Passivrauchens am Arbeitsplatz eine Gesundheitsschädigung erlitten hatte. Unterstützt wurde sie von der Gewerkschaft NALGO (heute Teil von UNISON). Dies war der erste außergerichtliche Vergleich dieser Art in diesem Land. Er dient als Warnung für Arbeitgeber und Arbeitnehmer vor potentiellen Rechtsstreitigkeiten, auch wenn dies nicht als Präzedenzfall eingestuft werden kann, da der Fall nie vor Gericht kam. Veronica Bland klagte auf Schadensersatz für erlittene Schmerzen, für Verlust von Annehmlichkeiten, für eine gewisse Benachteiligung auf dem Arbeitsmarkt, da sie woanders in einer rauchfreien Umgebung hätte arbeiten können, und für die Kosten des Vergleichs. Ihr Arbeitgeber, der *Stockport Metropolitan Borough Council* (Stadtrat von Stockport) hatte zwar 1990, bevor er verklagt wurde, eine Nichtraucherpolitik eingeführt, aber dies war erst mehrere Jahre, nachdem Veronica Bland sich zum ersten Mal über ihre durch Passivrauchen am Arbeitsplatz hervorgerufenen Beschwerden beklagt hatte, geschehen.

#### **- Der Elizabeth Ashby-Fall**

Im Februar 1995 wurde Elizabeth Ashby in einem außergerichtlichen Vergleich ein Schadensersatz von £ 2.500 zugesprochen, die ihr früherer Arbeitgeber, Chartered West LB Ltd. ihr für ihre auf das Passivrauchen zurückzuführenden Gesundheitsschäden zahlen musste. 1988 hatte das Arbeitsamt angeordnet, dass Elizabeth Ashby, die aufgrund ihrer schweren Lungenprobleme als behindert registriert war, Anrecht auf einen Rauch freien Arbeitsplatz habe. Zwischen 1988 und 1991 waren nach und nach Raucher in den Bereich, in dem Elizabeth Ashby arbeitete, versetzt worden, und im Februar 1991 war sie so schwer erkrankt, dass sie ins Krankenhaus eingeliefert werden musste.

#### **- Der Beryl Roe-Fall**

Im Juli 1995 wurden Beryl Roe vom *Stockport Metropolitan Borough Council* (in einem außergerichtlichen Vergleich) £ 25.000 Schadensersatz für auf Passivrauchen am Arbeitsplatz zurückzuführende Gesundheitsschäden zugesprochen. Beryl Roe war 1987 mit 51 Jahren in Frührente gegangen, und erst 1990 hatte der *Stockport Council* 1990 eine Nichtraucherpolitik eingeführt. Roe hatte geklagt, dass sie aufgrund des Passivrauchens Probleme mit Augen, Nase und Hals sowie Bronchitis bekommen habe und seit 1987 nicht mehr in der Lage gewesen sei, zu arbeiten.

#### **- Der Agnes Rae-Fall**

Im April 1997 verklagte Agnes Rae, eine Nichtraucherin, an deren Arbeitsplatz das Rauchen erlaubt war, ihren Arbeitgeber, den Glasgower Stadtrat, weil an ihrem Arbeitsplatz keine ausreichende Lüftung vorhanden gewesen sei, um die Luft vom Tabakrauch zu reinigen. Sie klagte weiterhin, dass sie nicht vor den mit Passivrauchen verbundenen Gesundheitsrisiken gewarnt worden sei. Das Gericht wies ihre Klage aufgrund eines Formfehlers ab, also kann dies nicht als eindeutige Niederlage gewertet werden. In der Klage wurde teilweise auf *Paragraph 7* (Gesetz über Räumlichkeiten in Betrieben, Geschäften und Eisenbahnen von 1963) des schottischen Gesetzes Bezug genommen. In diesem werden wirksame und angemessene Maßnahmen zur Sicherung und Erhaltung der Belüftung von Arbeitsräumen durch Zufuhr von ausreichend Frischluft oder künstlich gereinigter Luft vorgeschrieben. Auf diesen Paragraphen beziehend befand das Gericht, dass dieser "...unmissverständlich deutlich macht, dass schlechte Luft am

Arbeitsplatz verhindert werden muss; und Zigarettenrauch, der die Luft verpestet, trägt eindeutig zu einer Verschlechterung der Luft bei.”

#### **- Der Sylvia Sparrow-Fall**

Im Mai 1998 unterlag Sylvia Sparrow, eine Krankenschwester, die vom *Royal College of Nursing* unterstützt wurde, in einem Verfahren, das sie gegen ihre früheren Arbeitgeber wegen Einkommensverlust aufgrund ihrer Erkrankung, die auf Passivrauchen am Arbeitsplatz zurückzuführen war, angestrengt hatte. Der Richter entschied, ihr Arbeitgeber hätte ausreichende Maßnahmen ergriffen, um seine Arbeitnehmer vor den gesundheitlichen Risiken von Tabakrauch zu schützen und insofern anerkannt, dass Arbeitgeber verpflichtet sind, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um eine übermäßige Gefährdung durch Tabakrauch in der Umgebungsluft zu verhindern. Man muss wohl kaum darauf hinweisen, dass das, was für eine Krankenschwester auf Abruf in einem Pflegeheim als “ausreichende Maßnahmen zum Schutz gegen Tabakrauch” gilt, sich vermutlich deutlich von dem unterscheidet, was für - beispielsweise - einen Büroangestellten in einer Bank gilt.

#### **- Der Colette Comstive-Fall**

2000 wurden Colette Comstive, die klagte, dass durch Passivrauchen die Gesundheit ihres ungeborenen Kindes beeinträchtigt worden sei, in einem außergerichtlichen Vergleich £ 5.000 Schadensersatz zugesprochen, den ihr früherer Arbeitgeber, *Great Universal Stores*, an sie zahlen mußte. Das Geld, das von ihren Anwälten angelegt wurde, erhält ihr Sohn, wenn er 18 wird.

### **2.5 Zusammenfassung und Schlussbetrachtung**

Die Rechtsprechung spielt eine wichtige Rolle bei der Eindämmung des Tabakkonsums und der Schaffung einer Rauch freien Gesellschaft.<sup>8</sup> Ohne gesetzliche Rückendeckung werden alle Maßnahmen zur Bekämpfung des Passivrauchens nur wenig Wirkung zeigen. Ein Gesetz alleine jedoch bewirkt noch nicht viel: es kann nur wirksam werden, wenn es durch die öffentliche Meinung unterstützt wird.<sup>9</sup>

### **3. Modelle für eine Nichtraucherpolitik in europäischen Ländern und Unternehmen**

Juan Carlos Melero, EDEX Kolektiboa (Zentrum für Gemeindehilfe, Spanien)

#### **3.1 Einleitung**

Die Beweise mehren sich, dass für Menschen durch regelmäßige ETS-Exposition ein erhöhtes Gesundheitsrisiko besteht. Dies führte zu zunehmend mehr Forderungen nach Tabak freien Umgebungen.

Rauchverbote oder -einschränkungen findet man in öffentlichen Verkehrsmitteln, Gesundheits- sowie Bildungseinrichtungen bereits relativ häufig. Um auch in anderen Einrichtungen und Räumlichkeiten, die von Rauchern wie Nichtrauchern frequentiert werden, einen Nichtraucherschutz zu etablieren, wurden weltweit bereits zahllose Initiativen gegründet. Die Tabakpolitik variiert von Land zu Land zum Teil beträchtlich. Die Initiativen konzentrieren sich auf eine Reduzierung des Tabakrauches in Gastronomiebetrieben (Bars, Kneipen, Restaurants, etc.), Hotels, auf Flughäfen und am Arbeitsplatz. Dass man sich zunehmend mehr auf einen Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz konzentriert, dafür gibt es verschiedene Gründe:

- Die Mehrheit der erwachsenen Bevölkerung verbringt während der meisten Zeit ihres Arbeitslebens (etwa 40 Jahre lang) rund 1/3 des Tages und fünf Tage die Woche am Arbeitsplatz. Tabakrauch in der Arbeitsumgebung stellt daher eine hochgradige gesundheitliche Belastung dar.
- Die Tatsache, dass Raucher und Nichtraucher gezwungen sind, während der Arbeit so viel Zeit zusammen zu verbringen, bedeutet, dass Rauchen eine potentielle Konfliktquelle darstellt. Dieses Risiko lässt sich verringern, indem das Unternehmen eine geeignete innerbetriebliche Tabakpolitik einführt.
- Auch wenn sich die Tabakpolitik in einzelnen Ländern zum Teil stark voneinander unterscheidet, rücken doch Gesundheitsförderung und Risikovorbeugung am Arbeitsplatz in Europa zunehmend in den Vordergrund. Dies schafft günstige Voraussetzungen, um die schädlichen Auswirkungen des Passivrauchens auf die Gesundheit besser im Bewusstsein der Öffentlichkeit zu verankern.

Dieser Situation wohl gewahr, schrieb die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrem *Dritten Aktionsplan für ein Tabak freies Europa 1997-2001*: "Angestrebt wird, dass bis zum Jahr 2001 in allen Ländern der europäischen Region Gesetze erlassen werden, die sicherstellen, dass unfreiwillige Exposition gegenüber Tabakrauch an allen Arbeitsplätzen, in allen öffentlichen Gebäuden und in sämtlichen Arten von öffentlichen Verkehrsmitteln verhindert wird."<sup>1</sup>

Viele Unternehmen haben Maßnahmen angedacht oder ergriffen, um das Problem Passivrauchen anzugehen, sei es aus Gründen der Sicherheit oder aus Gründen der Gesundheitsförderung, aufgrund gesetzlicher Bestimmungen, um Konflikte vorzubeugen oder aus anderen Gründen. Verschiedene Maßnahmen wurden durchgeführt: von einem generellen Rauchverbot in allen betrieblichen Einrichtungen/ Räumlichkeiten (auf Anweisung der Geschäftsleitung) bis hin zur Ausweisung von Bereichen, in denen das Rauchen nicht erlaubt ist (oft ohne effektive Kontrolle der Einhaltung des Verbotes) oder eine umfassende Tabakpolitik, die von allen Beteiligten getragen wird (betriebliche Entscheidungsträger, Gewerkschaftsvertreter, Gesundheitsexperten, usw.). Eine umfassende Tabakpolitik zielt auf einen generellen Nichtraucherschutz ab, wozu z.B. die Information von Arbeitnehmern, Festlegung und Auszeichnung von Raucherzonen, Unterstützung bei der Raucherentwöhnung, usw. gehören.

Desweiteren gibt es zahlreiche europäische Institutionen, sowohl öffentliche als auch private, die Initiativen zum innerbetrieblichen Nichtraucherschutz ins Leben gerufen haben. Solche Initiativen konzentrieren sich oft auf einzelne Aspekte einer Anti-Tabak-Strategie, je nach bestehender Firmenethik, volksgesundheitlichen Traditionen, nationaler Rechtsprechung, usw.

Dieses Kapitel soll einen Überblick über bestehende Modelle und die Elemente einer Politik zur Rauchprävention am Arbeitsplatz vermitteln, und zwar anhand der Beschreibung verschiedener Strategien in einzelnen Ländern. Dazu werden Dokumente herangezogen, in denen die Konzepte oder Programme beschrieben wurden sowie Materialien, die für die in europäischen Unternehmen eingeführten Modelle und Programme extra erstellt wurden. Diese Informationen können für den Entwurf eines europäischen Modells für eine betriebliche Nichtraucherschutzpolitik verwendet werden, indem man die fortschrittlichsten Elemente der hier beschriebenen Konzepte und Programme übernimmt.

### **3.2 Vorüberlegungen zu einer umfassenden Nichtrauchererschutzpolitik**

Anhand international gesammelter Erfahrungen und den in diesem Bericht vorgestellten Strategien und Programmen lässt sich erkennen, dass es einige Elemente gibt, die beim Entwurf einer umfassenden betrieblichen Nichtrauchererschutzpolitik besonders berücksichtigt und in Einklang miteinander gebracht werden sollten. Bei der Ausarbeitung des Entwurfes einer betrieblichen Nichtrauchererschutzpolitik sollten die folgenden Punkte berücksichtigt werden:

#### **Integration verschiedener Elemente**

Es besteht die Notwendigkeit, verschiedene Elemente in den Planungsprozess zu integrieren, damit die verschiedenen Aspekte des Rauchens am Arbeitsplatz berücksichtigt werden. Zum Beispiel ist wichtig:

- die Meinung der Arbeitnehmer zum Thema Rauchen am Arbeitsplatz zu erfahren;
- dass alle über die Gesundheitsrisiken durch Passivrauchen aufgeklärt werden;
- die räumliche Trennung von Bereichen, in denen Rauchen erlaubt ist und in andere, in denen es verboten ist, voranzutreiben;
- Rauchern, die mit dem Rauchen aufhören wollen, gezielt Unterstützung anzubieten.

#### **Die Notwendigkeit, flexibel zu sein**

Wichtig ist auch, bei der Umsetzung einer Nichtrauchererschutzpolitik flexibel zu sein, d.h., die unterschiedlichen Standpunkte aller davon betroffenen Personen zu berücksichtigen. So macht es beispielsweise wenig Sinn, ein allgemeingültiges Modell auszuarbeiten und ein gemeinsames Ziel anzustreben, wenn bei der Umsetzung der Politik etwas so Elementares wie die betrieblichen Besonderheiten des jeweiligen Unternehmens unberücksichtigt bleiben.

#### **Bestehende Vorschriften und Regelungen**

Die gegenwärtige Rechtsprechung, die von Land zu Land verschieden ist, legt die Mindeststandards fest, die ein Unternehmen hinsichtlich eines betrieblichen Nichtrauchererschutzes erfüllen muss, und weist zudem auf die Notwendigkeit einer solchen Tabakpolitik im Rahmen einer ganzen Reihe anderer gesundheitsfördernder Maßnahmen hin.

### **Die Situation des Unternehmens**

Wichtig ist auch, den gegenwärtigen Status des Tabakkonsums im Unternehmen in Erfahrung zu bringen, um Pläne für die Zukunft ausarbeiten zu können. Wichtige Elemente, die berücksichtigt werden müssen, sind beispielsweise:

- wieviel geraucht wird;
- Beschwerden von Seiten der Arbeitnehmer;
- ob bestehende Rauchverbote eingehalten werden;
- bereits vorhandene Pläne zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, in die Rauchpräventionsmaßnahmen integriert werden können.

### **Die verschiedenen Beteiligten am Arbeitsplatz**

Damit eine systematische und rigorose Nichtrauchererschutzpolitik erfolgreich umgesetzt werden kann, müssen alle beteiligten Parteien mit einbezogen werden. Eine Politik, die von der Geschäftsleitung einfach eingeführt wird, ohne vorher den Betroffenen eine Stellungnahme zu ermöglichen, dürfte wohl als auferzungen empfunden werden und kaum Akzeptanz finden. Darauf zu achten, dass Personen aus allen Verantwortungsbereichen in den Planungsprozess mit einbezogen werden, ist die beste Lösung, um zu gewährleisten, dass die Politik wirkungsvoll und konfliktfrei umgesetzt wird.

### **Verfügbare Ressourcen**

Wichtig ist, dass ein Unternehmen weiss, auf welche Unterstützung und Kräfte es zurückgreifen kann, wenn es eine sinnvolle und systematische Nichtrauchererschutzpolitik einführen will, wie beispielsweise medizinische Dienste und Experten für Gesundheitsförderung. So gilt es auch die existierenden Hilfsangebote in der Gemeinde zu berücksichtigen, die bei der Durchführung eines Programmes unterstützend hinzugezogen werden können. Dies können sowohl spezielle Raucherentwöhnungsangebote sein als auch Organisationen, die Prospekte, Poster oder andere Materialien zur Verfügung stellen.

### **Akzeptanz im Unternehmen**

Die Suche nach europäischen Modellen und Programmen für eine betriebliche Nichtrauchererschutzpolitik machte deutlich, dass sowohl von Seiten der Arbeitgeber als auch von Seiten der Arbeitnehmer eine große Akzeptanz einer betrieblichen Nichtrauchererschutzpolitik besteht, und dass Raucher wie Nichtraucher der Meinung sind, es sei von Vorteil, wenn eine explizite Politik zum Thema Tabakprävention existiert.<sup>2</sup>

### **Das Rauchen, nicht die Raucher anprangern**

Es geht prinzipiell nicht um die Frage, ob Arbeitnehmer rauchen, sondern wo und wann sie rauchen. Die WHO<sup>3</sup> äußert sich hierzu folgendermaßen: "Um eine Nichtrauchererschutzpolitik erfolgreich umsetzen zu können, muss gezielt die Botschaft vermittelt werden, dass der Rauch, nicht der Raucher der Feind ist". So begreift sich auch der europäische Ansatz, der nicht die "Schikanie von Rauchern" zum Ziel hat, sondern eine gesunde Umgebung schaffen will, in der Gesundheit und Sicherheit der Arbeitnehmer Vorrang haben, egal ob diese Nichtraucher oder Raucher sind.

### **Schutz der Gesundheit von Nichtrauchern**

Auch wenn eine Umfrage unter Arbeitnehmern vor Einführung einer betrieblichen Nichtrauchererschutzpolitik unverzichtbar ist, muss im Konfliktfall dem Schutz der Gesundheit von Nichtrauchern Priorität eingeräumt werden.<sup>4</sup>

### **Ein positiver Ansatz**

Um Konflikten zwischen Arbeitnehmern vorzubeugen, muss bei allen notwendigen Maßnahmen ein positiver Ansatz verfolgt werden.<sup>5</sup> Diese positive Haltung muss auch in der Sprache zum Ausdruck kommen, z.B. indem man eher von "Förderung der Gesundheit" als von "Risiken vorbeugen" spricht, oder in Gesprächen Gesundheit und Sicherheit in den Vordergrund stellt, statt moralisierend zu werden.

### **Verschiedene Gründe**

Es gibt eine Vielzahl von Gründen, die die Einführung einer Nichtrauchererschutzpolitik rechtfertigen und unterstützen<sup>6</sup> (siehe auch Kapitel 4):

- Gründe, die sich auf die Gesundheit von Arbeitnehmern, Rauchern wie Nichtrauchern, beziehen;
- Gründe, die sich auf die Sicherheit beziehen;
- Gründe, die mit einer Reduzierung der durch Rauchen verursachten Kosten für ein Unternehmen zusammenhängen.

### **Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz**

Werden solche Maßnahmen ergriffen, dann primär, weil man sich um Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz sorgt. Gesundheitsfördernde Maßnahmen im Rahmen einer Nichtrauchererschutzpolitik zielen vorwiegend auf eine Reduzierung der schädlichen Auswirkungen des Tabakrauchs auf die Gesundheit der Arbeitnehmer ab, egal ob diese rauchen oder nicht.<sup>7</sup>

### **Konfliktvorbeugung**

Die Wahrscheinlichkeit, dass sich am Rauchen Konflikte entzünden, ist größer, wenn das Unternehmen keine eindeutige Politik in dieser Hinsicht verfolgt. Notwendig ist, Raucher und Nichtraucher dazu anzuhalten, sich bei der Ausarbeitung und Planung einer Nichtraucherschutzpolitik gegenseitig zu respektieren, zu kooperieren und zusammen zu arbeiten<sup>8</sup>. Kurz gesagt, geht es nicht darum, ob Arbeitnehmer nun Raucher oder Nichtraucher sind, sondern darum, wo und wann geraucht werden darf.

### **Unterstützung für Raucher**

Ziel ist nicht, Raucher dafür zu bestrafen, dass sie rauchen, sondern Rauchern mittels einer umfassenden Politik zu helfen und ihnen Unterstützung anzubieten, um sicherzustellen, dass sie eine Nichtraucherschutzpolitik akzeptieren und akzeptieren können.

### **Unterschiedliche Zielsetzungen**

Eine systematische Nichtraucherschutzpolitik kann ganz unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen:

- dass Arbeitnehmer, rauchende wie nicht rauchende, weniger Tabakrauch ausgesetzt werden, dessen schädliche Auswirkungen inzwischen bewiesen sind;
- ehemaligen Rauchern dabei zu helfen, nicht rückfällig zu werden;
- Raucher dazu zu motivieren, mit dem Rauchen aufzuhören;
- den Tabakkonsum von Rauchern einzuschränken, die nicht beabsichtigen oder es nicht geschafft haben, aufzuhören. Geht man einmal davon aus, dass Raucher nach Feierabend nicht dazu neigen, die ihnen während der Arbeitszeit "entgangenen" Zigaretten zu rauchen, kann eine solche Politik auch als Politik zur Risikoreduzierung betrachtet werden. Die WHO stellt in ihrem oben zitierten Dokument<sup>3</sup> fest, dass "Maßnahmen zur Einschränkung des Passivrauchens auch die beste Methode zur Reduzierung aktiven Rauchens sein dürfte";
- Vorbeugung von Konflikten zwischen Rauchern und Nichtrauchern.

Es ist an der Zeit, eine gezielte betriebliche Nichtraucherschutzpolitik in Angriff zu nehmen, wenn

- die Möglichkeiten und Vorgaben, die die bestehende Gesetzgebung an die Hand gibt, geprüft worden sind;
- die individuelle Situation des Unternehmens im Hinblick auf den Tabakkonsum analysiert worden ist;

- der Notwendigkeit der Einbeziehung aller betroffenen Personen Rechnung getragen wurde;
- und die internen und externen Ressourcen, auf die zurückgegriffen werden kann, geprüft wurden.

### **3.3 Elemente einer erfolgreichen betrieblichen Nichtraucherschutzpolitik**

In Europa gibt es bereits verschiedene Initiativen zur Etablierung einer betrieblichen Nichtraucherschutzpolitik. Alle europäischen Agenturen und Institutionen, die eine Politik zum Schutz der Nichtraucher in Unternehmen formuliert haben und Unternehmen bei deren Umsetzung beraten, sind sich darüber einig, dass ganz bestimmte Punkte wichtig sind. Hier werden jene Elemente der in Europa bestehenden Modelle und Programme zum Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz vorgestellt, bei denen am meisten Übereinstimmung herrscht.

#### **3.3.1 Das Engagement des Unternehmens**

Um die erfolgreiche Umsetzung einer Nichtraucherschutzpolitik zu gewährleisten, müssen alle im Unternehmen hinter der Politik stehen, auch die Geschäftsleitung. Dieses Engagement muss sich folgendermaßen manifestieren:

- Die Geschäftsleitung muss die Nichtraucherschutzpolitik explizit unterstützen und keinen Zweifel an der Einstellung des Arbeitgebers lassen. Nur mit der Unterstützung der Geschäftsleitung lässt sich ein solches Programm erfolgreich durchführen. Weiter muss die Geschäftsleitung allen Arbeitnehmern kommunizieren und deutlich machen, dass die Einführung einer Nichtraucherschutzpolitik keine isolierte Aktion darstellt, sondern Bestandteil einer umfassenden Strategie des Unternehmens zur Förderung der Gesundheit und der Risikoprävention am Arbeitsplatz ist. Spezifische Maßnahmen zum Nichtraucherschutz müssen Teil des betrieblichen Gesamtplans zur Erhaltung der Gesundheit am Arbeitsplatz sein.

Checkliste für die Geschäftsleitung:

- aktuelle Situation prüfen
- mit den Arbeitnehmern kommunizieren
- alle informieren
- um Feedback, nicht um "Erlaubnis" bitten
- über Details der Politik entscheiden
- entscheiden, ob ein absolutes oder eingeschränktes Rauchverbot eingeführt werden soll
- entscheiden, welche Einschränkungen möglich sind, falls ein absolutes Rauchverbot nicht durchsetzbar ist
- Raucher- und Nichtraucherbereiche kennzeichnen
- Politik überwachen und prüfen
- Rauchern Unterstützung zur Raucherentwöhnung anbieten.

- Eine Arbeitsgruppe muss zusammengestellt werden, die für die Koordination der einzelnen Phasen des Programmes zuständig ist, dafür sorgt, dass die Wünsche aller Beteiligten berücksichtigt werden, und in der vertreten sind:
  - Raucher und Nichtraucher;
  - Arbeitnehmer aus allen Verantwortungsbereichen;
  - Vertreter aller Unternehmensbereiche: betriebliche Gesundheits- und Sicherheitsbeauftragte, Mitarbeiter der Personalabteilung, Gewerkschaftsvertreter, Mitarbeiter aus der Managementebene, usw.

Kurz, am Planungsprozess sollten alle beteiligt werden, um zu verhindern, dass sich jemand ausgeschlossen fühlt und infolgedessen die Politik nicht rückhaltlos unterstützt. Wer sich ausgeschlossen fühlt, wird eher mit anderen in Konflikt geraten und der Politik zuwiderhandeln.

### **3.3.2 Analyse der Situation**

Der erste Schritt bei der systematischen Umsetzung einer betrieblichen Nichtraucherpolitik besteht darin, die Ausgangssituation des Unternehmens zu analysieren. Dabei sollte folgendermaßen vorgegangen werden:

- Die bestehende Rechtsprechung prüfen, um die gesetzlichen Mindestvorschriften zum Nichtraucherschutz zu kennen, die das Unternehmen einhalten muss.
- Vorhandene Daten über die Auswirkungen des Rauchens im Unternehmen sammeln und zusammenstellen. Dies können Daten von den

Gesundheitsbeauftragten stammen, aber auch Studien über das Rauchverhalten und über die Erkrankungs- sowie Sterberate, die mit Rauchen in Verbindung gebracht werden, Daten über Konflikte zwischen Rauchern und Nichtrauchern, u.a.m. sein.

- Vorhandene Dokumentationen über früher durchgeführte Maßnahmen zum Nichtraucherschutz darauf zu prüfen, ob sie auch heute noch geeignet sind, ob die angestrebten Ziele realistisch und bis zu welchem Grad die Maßnahmen erfolgreich waren, welche Probleme es bei ihrer Umsetzung gab, ob sie dem Stand der gegenwärtigen Rechtsprechung noch entsprechen, usw.
- Analysieren, wie bekannt und akzeptiert die gegenwärtige Politik bei den Arbeitnehmern ist. Existiert keine gezielte Nichtraucherschutzpolitik, sollten die Beschwerden, die die Einführung einer solchen Politik notwendig machen, gründlich analysiert werden.
- Die Stärken und Schwachpunkte der bestehenden Politik identifizieren und analysieren, um angemessenere Maßnahmen ergreifen zu können.

### **3.3.3 Planungsphase**

Nach der oben beschriebenen Analyse der Unternehmenssituation beginnt die mit der Umsetzung betraute Arbeitsgruppe mit der Planung der Nichtraucherschutzpolitik.

Dabei sollte sie zumindest folgende Punkte berücksichtigen:

#### **3.3.3.1 Angestellte befragen**

Es ist wichtig, Arbeitnehmer über die Risiken des Rauchens und insbesondere des Passivrauchens aufzuklären; ebenfalls wichtig ist jedoch auch, zu erfahren, was sie von den bisherigen innerbetrieblichen Maßnahmen zum Nichtraucherschutz halten. Ein zu diesem Zweck entwickelter Fragebogen (siehe auch Anlage 3.1) kann helfen, den Status Quo im Unternehmen zu definieren. Mit Hilfe des Fragenkataloges sollten folgende Fragen geklärt werden:

- wie viele Raucher und ehemalige Raucher es gibt;
- der Prozentsatz der Raucher, die aufhören möchten zu rauchen;
- wie die Arbeitnehmer zum Rauchen stehen;
- wie stark die aktuelle Belastung durch Passivrauchen ist;
- ob nicht Mitarbeiter Ideen haben, wie sich das Problem Tabakkonsum angehen ließe, die übernommen werden könnten.

Die beantworteten Fragebögen können als Entscheidungshilfe bei der Ausarbeitung einer Nichtraucherschutzpolitik dienen, da mit ihrer Hilfe die Wünsche der Arbeitnehmer mehr berücksichtigt und die Politik besser legitimiert werden kann. Damit diese Umfrage repräsentativ und die Ergebnisse verwertbar sind, sollten die Fragebögen möglichst an Arbeitnehmer aus allen Abteilungen und Verantwortungsbereichen verteilt werden, um die Interessen aller Beteiligten berücksichtigen zu können.

### **3.3.3.2 Übergeordnete Ziele festlegen**

Die verschiedenen Ziele, die das Unternehmen durch Einführung einer Nichtraucherchutzpolitik erreichen möchte, formulieren. Diese Ziele müssen nachvollziehbar, präzise, messbar und für die Arbeitnehmer verständlich sein und klar und deutlich kommuniziert werden.

### **3.3.3.3 Einschränkung des Rauchens**

In Europa gibt es Unternehmen, die überhaupt noch keine Maßnahmen zur Tabakkontrolle eingeführt haben, weiter Unternehmen, bei denen in allen firmeninternen Einrichtungen Rauchverbot herrscht, und schließlich Unternehmen, die lediglich über ausgewiesene Raucher- und Nichtraucherbereiche verfügen. Obgleich eine Einschränkung des Rauchens an Arbeitsstätten auch für Raucher von Vorteil ist, ist und bleibt doch grundlegendes Ziel, die Gesundheit von Nichtrauchern zu schützen. Eine systematische Nichtraucherchutzpolitik erfordert, zu entscheiden, wo und wann Rauchen erlaubt ist, oder ob man ein generelles Rauchverbot erlässt. Jedes Unternehmen muss diese Entscheidungen seinen besonderen Gegebenheiten und seinem soziokulturellen und gesetzlichen Kontext entsprechend treffen.

- Das Ideal wäre natürlich, im Hinblick auf die betriebliche Gesundheitsförderung, alle Räumlichkeiten des Unternehmens Rauch frei zu gestalten, doch ist dies natürlich nicht immer möglich. So werden in vielen Fällen lediglich Bereiche ausgewiesen, in denen Rauchen erlaubt ist, und die von jenen Bereichen getrennt sind, in denen Rauchen verboten ist.
- Entscheidet sich ein Unternehmen für ein eingeschränktes Rauchverbot (Einrichtung von Raucherzonen), muss es auch Sorge tragen für die Reinigung und ausreichende Belüftung dieser Zonen, damit sich die rauchgeschwängerte Luft nicht mit der sauberen Luft im Nichtraucherbereich mischen kann. Bereiche, in denen Rauchen erlaubt ist, müssen:
  - speziell ausgewiesen werden;
  - eine entsprechende Beschilderung aufweisen;
  - von anderen Bereichen des Unternehmens getrennt und mit einer ausreichenden Belüftung sowie einem Rauchfilter ausgestattet sein;
  - Räumlichkeiten sein, die nicht von Rauchern und Nichtrauchern gleichermaßen frequentiert werden müssen.

Rauchverbote erleichtern es Rauchern, mit dem Rauchen aufzuhören oder zumindest ihren Konsum einzuschränken. Je mehr das Rauchen eingeschränkt wird, desto positiver wirkt sich dies auf das Rauchverhalten aus<sup>2</sup>. So erzielen komplett Rauch freie Unternehmen die besten Ergebnisse im Hinblick auf die Raucherentwöhnungsquote und den größten Rückgang des Tabakkonsums (siehe auch Kapitel 4).

Damit Maßnahmen zur Rauchprävention effizient sind, muss sichergestellt werden, dass Regelungen und Einschränkungen ohne Ausnahme für alle Mitarbeiter des Unternehmens gelten. Auch die Geschäftsleitung darf davon nicht ausgenommen werden. Denn werden individuelle Ausnahmen gestattet, dürften die von dem Rauchverbot Betroffenen einer Nichtraucherchutzpolitik eher negativ gegenüberstehen.

Die - zeitlichen wie räumlichen – Einschränkungen des Rauchens können in verschiedenen Abstufungen erfolgen:

### **Räumliche Einschränkungen**

- Alle Arbeitnehmer, ob Raucher oder Nichtraucher, sind vertraglich verpflichtet, während der Arbeit nicht zu rauchen. Dies sollte auch in Stellenausschreibungen erwähnt werden.
- Absolutes Rauchverbot während der Arbeitszeit.
- Absolutes Rauchverbot am Arbeitsplatz.
- Einrichtung spezieller Raucherzonen.
- Je nach Art des Unternehmens kann es sinnvoll sein, Bereiche auszuweisen, in denen Besucher oder Kunden rauchen dürfen.
- Lüftung (es muss speziell darauf geachtet werden, dass über die Belüftungsanlage keine Luft aus Raucherzonen in Nichtraucherzonen dringen kann. Tatsächlich geschieht es in Gebäuden mit zentraler Klimaanlage oft, dass der Rauch aus einzelnen Büros über das Lüftungssystem im ganzen Gebäude verteilt wird. Infolgedessen ist es notwendig, in Raucherräumen eine separate Lüftung zu installieren).

### **Zeitliche Einschränkungen**

- Genehmigung von Rauchpausen während der Arbeitszeit. Die Dauer dieser Pausen liegt in der Regel bei etwa zehn Minuten, und die Pausen werden alle 1 oder 2 Stunden genehmigt.

- Arbeitnehmer müssen ausstempeln, wenn sie eine Pause machten, um sich in Bereiche zu begeben, in denen das Rauchen erlaubt ist, und diese Zeit später nacharbeiten.

Es folgen einige der wichtigsten Kriterien für eine wirkungsvolle Kontrolle der Rauchverbote:

- Sind tatsächlich Repräsentanten aus allen Abteilungen und Ebenen in der Arbeitsgruppe vertreten, ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass man sich auf eine allseits akzeptable Politik einigt, d.h., eine, die zwischen Rauchern und Nichtrauchern am wenigsten Konflikte und Feindseligkeiten heraufbeschwört sowie Konfrontationen vorbeugt.
- Die Erfahrung zeigt, dass Vorschriften am ehesten nicht eingehalten werden, wenn eine Einschränkung des Rauchens auf freiwilliger Basis erfolgen soll. Aus diesem Grund müssen bei der Planung einer Nichtraucherschutzpolitik die disziplinarischen Maßnahmen bei einer Übertretung der Vorschriften ausdrücklich formuliert werden. Es sollten die gleichen disziplinarischen Maßnahmen gelten wie für andere Übertretungen. Deshalb ist eine rigorose Überwachung und Überprüfung dieser und anderer Punkte der Politik notwendig. Der offenkundig effektivste Weg, eine Einhaltung der Verbote zu erreichen, ist, dafür zu sorgen, dass die Politik von allen akzeptiert und getragen wird. Mittleres und gehobenes Management sollten darüber informiert werden, wie die Einhaltung der Verbote sicherzustellen ist, und wie mit Mitarbeitern verfahren werden sollte, die nicht bereit sind, sich an diese Verbote zu halten.

### **3.3.3.4 Unterstützung für Raucher, die aufhören wollen zu rauchen**

Eine systematische Politik zur Tabakprävention darf natürlich nicht die Bedürfnisse jener Arbeitnehmer ignorieren, die rauchen. Folglich betonen alle Nichtraucherinitiativen Europas, dass es notwendig ist, jene Arbeitnehmer, die das Rauchen aufgeben wollen, bei der Raucherentwöhnung zu unterstützen. Hierzu eignen sich verschiedene Maßnahmen, von denen folgende erwähnenswert sind<sup>2</sup>:

- Verteilen von Selbsthilfebroschüren zum Thema freiwillige Raucherentwöhnung. Dies ist eine kosten günstige Maßnahme, mit der sich ein großer Personenkreis abdecken lässt; sie ist zwar nicht sonderlich effektiv, kann jedoch die Motivation erhöhen, mit dem Rauchen aufzuhören<sup>9</sup>.

- Beratung durch den Betriebsarzt; Beratungen zur Raucherentwöhnung an Arbeitsstätten sind eine neue Komponente der medizinischen Betreuung, die von Ärzten und anderen Gesundheitsexperten übernommen werden kann.
- Damit sich der Betriebsarzt und andere Gesundheitsbeauftragte des Unternehmens an einer solchen Maßnahme beteiligen können, benötigen sie zuerst eine Schulung<sup>6</sup> hinsichtlich:
  - der Beurteilung, ob ihre Patienten Raucher oder Nichtraucher sind;
  - wie individuelle Empfehlungen, mit dem Rauchen aufzuhören, aussehen können;
  - wie professionelle Hilfe für jene, die aufhören wollen zu rauchen, aussehen muss;
  - der Richtlinien, die eingehalten werden müssen;
  - welche spezielle Einrichtungen in Anspruch genommen werden können, wenn dies als notwendig erachtet wird;
  - verwendbarer Nikotinersatzstoffe.
- Die Entwicklung von verschiedenen Raucherentwöhnungsprogrammen, die sich auch verschiedener Methoden bedienen, bei der jedoch folgendes beachtet werden muss:
  - es muss ein Rückhalt durch eine Gruppe bestehen;
  - das Programm muss von (internen oder externen) Experten geleitet werden;
  - notwendig sind 5 und 10 Sitzungen von 1 der 1½ Stunden Dauer;
  - das Programm muss der Kognitiven Verhaltens-Therapie entsprechen;
  - Angebot einer Nikotinersatztherapie (falls notwendig);
  - (falls notwendig) eine Pharmakotherapie (Bupropion und andere Arzneimittel zur Raucherentwöhnung);
  - Teilung der Kosten, wobei angestrebt wird, dass beide Seiten etwas dazu beitragen, d.h., das Unternehmen den Arbeitnehmer die Hälfte der Zeit freistellt und dieser die andere Hälfte der Zeit auf eigene Kosten freinimmt.
- Programme, die mehrere der oben genannten Komponenten verbinden, so dass jeder rauchende Arbeitnehmer das Angebot wählen kann, das in seiner Situation (im Hinblick auf Motivation, Abhängigkeit, usw.) am angemessensten ist.
- Gegenwärtig wird erwogen, spezielle Maßnahmen zur Gewichtskontrolle in Raucherentwöhnungsprogramme zu integrieren, da sich gezeigt hat, dass die Gewichtszunahme nach einem Rauchverzicht oft zu einer Wiederaufnahme des Rauchens führt.

### **3.3.3.5 Evaluierung und Überwachung der Politik**

Sobald die Arbeitsgruppe mit der Ausarbeitung der Nichtraucherchutzpolitik beginnt, sollte sie kontinuierlich die verschiedenen Maßnahmen und die erzielten Ergebnisse einer Bewertung unterziehen, um herauszufinden, welche Auswirkungen die Politik tatsächlich hat und, falls notwendig, diese entsprechend anzupassen. Die Phase der Evaluierung und Überwachung der Politik ist zweifellos die wichtigste. Die Arbeitsgruppe kann Evaluierungskriterien aufstellen wie beispielsweise:

- In welchem Rahmen die Vorschriften in den als Rauch frei ausgewiesenen Bereichen eingehalten werden;
- Weisen Schilder deutlich darauf hin, wo Rauchen verboten und wo es erlaubt ist?
- Entsprechen Raucherzonen den Sicherheitsvorschriften?
- Wurde die betriebliche Nichtraucherchutzpolitik in Stellenangeboten erwähnt?
- Wird die betriebliche Nichtraucherchutzpolitik neuen Mitarbeitern beim Vorstellungsgespräch und der Einweisung in den Arbeitsplatz immer mitgeteilt?
- Wird die Belegschaft daran erinnert und wird neuen Mitarbeitern mitgeteilt, dass Mitarbeiter bei der Raucherentwöhnung unterstützt werden?
- Gibt es separate Pausenräume für Nichtraucher?
- Entweicht Rauch aus den Raucherzonen? Wenn ja, verursacht dies Probleme?
- Sind Raucherzonen für die Belegschaft leicht zugänglich?
- Werden immer noch irgendwo im Unternehmen Tabakerzeugnisse verkauft?
- Wurden die Arbeitnehmer vorab über die geplante Einführung der Politik informiert?
- Sind alle öffentlich zugänglichen bzw. Gemeinschaftsräume wie Restaurant und Kantine deutlich als Nichtraucherbereiche gekennzeichnet?

### 3.3.3.6 Kommunikationsstrategie

Von Anfang an müssen sämtliche von der Arbeitsgruppe getroffenen Entscheidungen allen Arbeitnehmern unverzüglich mitgeteilt werden. Stößt eine solche Politik auf wenig Akzeptanz, dann ist dies meist darauf zurückzuführen, dass die Betroffenen nur mangelhaft informiert wurden und sich nicht einbringen konnten. Für die Informationsvermittlung können die üblichen betrieblichen Kommunikationswege wie Mitarbeiterzeitschrift, Intranet, schwarzes Brett, usw. genutzt werden.

Rauchverbote sowie alle anderen Maßnahmen sollten klar und präzise formuliert und vermittelt werden. Die Arbeitnehmer müssen genaue Kenntnis davon haben, wo und wann Mitarbeitern das Rauchen erlaubt ist, und sie sollten ebenfalls in die Umsetzungs politik des Unternehmens mit einbezogen werden. Es dauert seine Zeit, bis alle über die zeitlichen und räumlichen Einschränkungen des Rauchens Bescheid wissen, also müssen Hinweisschilder angebracht werden, die darauf hinweisen. Die Arbeitnehmer sollten bereits vorab informiert werden, und je nach Art des Unternehmens kann es sinnvoll sein, einen Zeitplan zu erarbeiten, um die Umstellung von den alten auf die neuen Regelungen zu erleichtern.

Es ist äußerst wichtig, den Arbeitnehmern die einzelnen Punkte der vom Unternehmen angestrebten Politik zum Nichtraucherschutz im Detail vorzustellen, um die Akzeptanz zu erhöhen und Konflikte zu vermeiden. Zu diesem Zweck kann ein schriftliches Dokument erstellt werden, in dem folgende Punkte enthalten sollten:

#### **Gründe**

Klar und präzise die wichtigsten Gründe auflisten, die das Unternehmen dazu veranlasst haben, eine Nichtraucherschutzpolitik einzuführen:

- die gesetzliche Verpflichtung des Arbeitgebers, die Gesundheit am Arbeitsplatz zu fördern;
- die Gesundheitsrisiken, die mit Passivrauchen verbunden sind;
- dass das Recht von Nichtrauchern auf Rauch freie Atemluft Priorität hat;
- um Konflikten zwischen Rauchern und Nichtrauchern vorzubeugen bzw. diese zu lösen;
- deutlich machen, dass die Nichtraucherschutzpolitik sich gegen das Passivrauchen und nicht gegen Raucher richtet;
- betonen, dass aus Arbeitstechnischer Sicht das Problem nicht darin besteht, ob Arbeitnehmer rauchen oder nicht, sondern darin, wo und wann sie rauchen.

## **Maßnahmen**

Eine Zusammenfassung aller Maßnahmen, die ergriffen werden:

- Aufklärung der Arbeitnehmer;
- räumliche und zeitliche Einschränkungen des Rauchens:
  - wo Arbeitnehmer rauchen dürfen und wo nicht;
  - wann Arbeitnehmer rauchen dürfen, und, wenn nötig, wie dies überwacht wird;
  - wo Kunden, Besucher und sonstige rauchen dürfen, wenn sie vom Rauchverbot nicht betroffen sind;
  - ob die Einschränkungen auch für Firmenwagen gelten.
- zusätzliche Angebote, z.B. Unterstützung von Rauchern, die aufhören wollen zu rauchen.

## **Umsetzung**

Ein detaillierter Zeitplan über die Umsetzung aller Maßnahmen, mit besonderer Betonung des Zeitpunktes, ab dem die neuen Regelungen gelten.

## **Überwachung der Einhaltung der Verbote**

Damit die eingeführte Politik glaubwürdig ist und fester Bestandteil des täglichen Arbeitslebens werden kann, muss deutlich gemacht werden, welche Konsequenzen eine Nichteinhaltung der Verbote hat.

## **Information**

Die Arbeitnehmer müssen ebenfalls über die im Rahmen der Rauchpräventionspolitik geplanten Aktivitäten informiert werden. Zu diesem Zweck kann, mit Hilfe interner wie externer Ressourcen und mittels verschiedener Medien wie Broschüren, Informationsweitergabe via Intranet, Poster sowie über Gespräche eine auf alle Arbeitnehmer abzielende Informationskampagne gestartet werden. Inhaltlich dürfen grundlegende Informationen wie folgende nicht fehlen:

- Wie sich das Rauchen auf die Gesundheit des Einzelnen sowie auf die Arbeitsplatzumgebung auswirkt.
- Welche nachgewiesenen schädlichen Auswirkungen das Passivrauchen auf die Gesundheit hat.
- Falls notwendig, muss auf besondere Risiken hingewiesen werden, die je nach Art der Arbeit auftreten können.
- Es sollte über künftige Aktivitäten informiert werden.

### **3.4 Beispiele für eine betriebliche Nichtraucherpolitik**

---

#### **GÖTEBORGS HAMN AB, GÖTEBORG, SCHWEDEN**

---

##### **Informationen über das Unternehmen**

Es handelt sich um einen Hafen, in dem Frachtschiffe be- und entladen werden.

##### **Integration der Nichtraucherpolitik in Struktur und Arbeitsprozesse des Unternehmens**

- Es gibt einen Steuerungsausschuss zur Planung, Überwachung und Evaluierung der Nichtraucherpolitik, in dem alle Mitarbeiter vertreten sind.
- Diese Projektgruppe besteht aus dem Personalleiter und Mitgliedern des Komitees für Arbeitsumgebung; vertreten sind auch Repräsentanten der Geschäftsleitung und der Gewerkschaften.
- Es gibt eine öffentliche und schriftliche Politik, die von der Unternehmensleitung gebilligt wurde.
- Die Nichtraucherpolitik ist Teil eines Gesundheitsprogrammes, in dem Schulungen für Stress-Verhalten, Weight-Watching-Gruppen und ähnliches enthalten sind.

##### **Aktivitäten zum Nichtraucherschutz**

- 1997 wurden Unterstützungs-Gruppen zur Raucherentwöhnung gebildet, an denen 150 Raucher teilnahmen (Rauchstopp-Beratungen, Nikotintherapie und Betreuung durch Mitarbeiter eines Krankenhauses).
- Die Politik wurde allen im Hafen von Göteborg Beschäftigten vorgestellt.
- In allen Restaurants des Hafens wurden Raucherräume eingerichtet.
- Rauchen ist beim Mittagessen und in Pausenräumen untersagt.
- In oder an keinem gemeinschaftlich genutzten Raum, Bereich oder Platz ist das Rauchen erlaubt.
- Wo sich welche einrichten lassen, sind Raucherräume geplant.

##### **Evaluierung**

- Die Nichtraucherpolitik wurde eingeführt.
- Nichtraucherbereiche werden sehr gut respektiert.

- Nach 12 Monaten sind 26% der 150 Raucher aus den Raucherentwöhnungs-Gruppen immer noch Nichtraucher.

### **Ausblick**

Die Nichtraucherschutzpolitik wird weiter verfolgt.

**Informationen über das Unternehmen**

Es handelt sich um ein Telekommunikationsunternehmen.

**Integration der Nichtraucherpolitik in Struktur und Arbeitsprozesse des Unternehmens**

- Es gibt einen Steuerungsausschuss zur Planung, Überwachung und Evaluierung der Nichtraucherpolitik, dem Arbeitnehmer, Mitarbeiter der Personalabteilung, der Hauptgeschäftsführer, Gewerkschaftsführer, Vertreter der Presseabteilung, Raucher sowie Mitarbeiter der Werbe- und Public Relations-Abteilung angehören.
- Es gibt eine öffentliche und schriftliche Politik, die von der Unternehmensleitung gebilligt wurde.
- Im Vorfeld ließ man allen Managern, Gewerkschaften, usw. Informationen zukommen. Der Hauptgeschäftsführer des Unternehmens verfasste einen persönlich unterschriebenen Brief an alle Angestellten, inklusive den Direktor.

**Aktivitäten zum Nichtraucherschutz**

- Die Ausgangslage wurde mittels eines Fragebogens, in dem die Arbeitnehmer nach ihrer Einstellung zum Rauchen und zu einer Rauch freien Umgebung gefragt wurden, ermittelt. Die Auswertung ergab, dass eine große Mehrheit, sowohl Raucher wie Nichtraucher, für eine Rauch freie Umgebung am Arbeitsplatz waren. Der Anteil der Raucher lag bei den Fabrikarbeitern bei 40%, bei den technischen Angestellten bei 30-35%.
- Eine Wettbewerbskampagne wurde entwickelt.
- Raucherentwöhnungsgruppen wurde Unterstützung vom Gesundheitsministerium angeboten.
- Artikel über Tabakkonsum wurden in den Unternehmenszeitungen veröffentlicht.
- Für Manager gibt es eine Richtlinie, in der auch Informationen über das Passivrauchen vermittelt und die Gründe für die Einführung einer Nichtraucherpolitik aufgeführt werden.
- Einige Räume (Pausenräume) wurden für Raucher reserviert; Rauchen ist nur noch dort erlaubt, nicht mehr in den Büros.

**Evaluierung**

- Viele Mitarbeiter haben aufgehört zu rauchen.

- Die Politik wurde äußerst positiv aufgenommen.
- Wider Erwarten (viele glaubten, dass es zahlreiche Beschwerden und zudem von Seiten der Manager und Gewerkschafter doch erheblichen Widerstand geben würde) sind viele Arbeitnehmer nun äußerst zufrieden.

#### **Ausblick**

- Es wird ein Computer unterstütztes Raucherentwöhnungsprogramm angeboten
- Gegenwärtig liegt der Anteil der Raucher unter 20 %.

---

## **PROJEKT RAUCHSIGNAL: VERHÄLTNIS RAUCHER/ NICHTRAUCHER UNTER DEN MITARBEITERN DER OBERÖSTERREICHISCHEN GEBIETSKRANKENKASSE, ÖSTERREICH**

---

### **Informationen über das Unternehmen**

Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK) ist eine juristische Person, ein Sozialversicherungsträger mit etwa 1900 Mitarbeitern, 61% davon weiblich und 39% männlich. Etwa 550 dieser Mitarbeiter sind Ärzte, Krankenschwestern und Zahntechniker in medizinischen Einrichtungen wie ambulanten Stationen und Kur- und Erholungsheimen. Eine Umfrage ergab, dass 36% dieser Mitarbeiter rauchten.

### **Nichtraucherschutzpolitik**

Bevor das Projekt gestartet wurde, hatte es mehrere Anläufe gegeben, das Problem der Zusammenarbeit von Rauchern und Nichtrauchern anzugehen. In bestimmten Bereichen war das Rauchen verboten (z.B. in Räumlichkeiten mit Publikumsverkehr), einige Büros wurden zu "Raucherbüros" oder "Nichtraucherbüros" erklärt, vom Betriebsrat wurden Raucherentwöhnungskurse oder Nikotinpflaster angeboten. Ziel des Projektes war, eine für alle akzeptable Lösung auszuarbeiten.

Bei der Zusammenstellung des Projektteams wurde darauf geachtet, dass das verfügbare Know-how genutzt und alle Betroffenen mit einbezogen wurden. Vertreter des medizinischen Bereiches, der Betriebsrat, die Verwaltungsbüros sowie Raucher und Nichtraucher wurden mit einbezogen.

### **Situationsanalyse**

- Sammlung von Daten

Eine von den einzelnen Abteilungsleitern durchgeführte telefonische Umfrage zeigte auf, dass das Problem auf unterschiedliche Weise angegangen wurde. Für einige, vor allem die medizinischen Bereiche und jene mit Publikumsverkehr, existierten Vorschriften, aber für den Bürobereich gab es nur einige wenige individuellen Lösungen. An der Umfrage beteiligten sich mehr Mitarbeiter aus der Verwaltung (67,4%) als aus dem medizinischen Bereich (32,6%).

- Die wichtigsten Resultate

- 64,2% bezeichneten sich als Nichtraucher, 35,8% als Raucher – auf 1 Raucher kamen also 1,8 Nichtraucher.

- 46% hatten keine Probleme damit, dass ihre Kollegen rauchten.
- 20% fühlten sich dadurch gestört.
- 31% meinten, ihre Gesundheit würde durch Zigarettenrauch gefährdet.

### **Ausarbeitung verschiedener Lösungen**

Mehrere Alternativen wurden ausgearbeitet und deren jeweilige Vor- und Nachteile gegeneinander abgewogen (Akzeptanz, Kosten). Sie reichten von einer Beibehaltung der gegenwärtigen Situation mit zusätzlichen Maßnahmen wie Informationen über oder Angebote zur Unterstützung bei der Raucherentwöhnung bis hin zu einem generellen Rauchverbot für Mitarbeiter wie Kunden.

Die Empfehlung des Projektteams an das Management war folgende:

- Ein generelles Rauchverbot in der gesamten OÖGKK einzuführen.
- Ausnahmen nur in deutlich ausgewiesenen Bereichen zu gestatten.

Es würde dann nur dort möglich sein, zu rauchen, wo es ausdrücklich erlaubt ist, z.B. in Büros, in denen nur Raucher arbeiten oder in Raucherzonen, die noch geschaffen werden müssten.

Das Management beschloss, den empfohlenen Ansatz zu übernehmen. Eingerichtet wurde eine ausreichende Zahl von Raucherzonen, die für Kunden nicht einsehbar waren. Zusätzlich wurden Rauchpausen geregelt und eine Rauch freie Arbeitszeit von 1,5 Stunden bestimmt. Rauchpausen zählen als Arbeitszeit.

Kosten entstanden lediglich für die Einrichtung von Raucherzonen, und selbst diese waren niedrig, da die Raucherzonen absichtlich "ungemütlich" gestaltet wurden.

### **Evaluierung**

Dem Projektteam wurde nach zwei Jahren aufgetragen, die Ergebnisse der Maßnahmen zu beurteilen. Dies hieß, alle Abteilungsleiter und den Betriebsrat telefonisch zu befragen. Wie sich herausstellte, wurden die neuen Regelungen praktisch ohne Ausnahme akzeptiert. Obgleich die Raucher mehrmals am Tag das Büro zum Rauchen verlassen, stellt dies für Nichtraucher kein Problem dar, da sie sich nun nicht mehr durch Rauch gestört fühlen.

### **Schlussbemerkung**

1995 trat in Österreich ein neues Gesundheits- und Sicherheitsschutzgesetz in Kraft, das sich, neben anderem, auch des Schutzes der Nichtraucher annimmt. Das

Nichtraucherschutz-Projekt erfüllte also bereits vorab die später per Gesetz verordneten Nichtraucherschutzbestimmungen.

---

## EASTERN HEALTH BOARD (REGIONALE GESUNDHEITSBEHÖRDE VON DUBLIN): MODELL FÜR EINE “POLITIK RAUCH FREIER ARBEITSPLÄTZE”, IRLAND

---

### Informationen über das Unternehmen

Gesundheitsbehörde.

### Allgemeine Ziele

Allgemeines Ziel dieser Nichtraucherchutzpolitik ist es, eine gesunde Umgebung für alle Arbeitnehmer, Kunden und Besucher der Einrichtungen der *Eastern Health Board* zu schaffen. In der *Eastern Health Board* und auf Kommitteesitzungen ist das Rauchen bereits seit einigen Jahren verboten, in seinen Hauptquartieren im Dr. Steeven's Hospital und im James Connolly Memorial Hospital sowie in zahlreichen anderen Einrichtungen nur eingeschränkt erlaubt. In Befolgung der gesetzlichen Vorschriften, aufgrund der Gesundheitsstrategie, die er verfolgt und seiner Rolle, die er bei der Gesundheitsförderung spielt, ist die *Eastern Health Board* naturgemäß sehr in der die Einführung einer formalen, umfassenden Nichtraucherchutzpolitik engagiert.

Ziel dieser Politik ist es:

- Die ETS-Exposition von Arbeitnehmern, Kunden und Besuchern zu minimieren und, wo möglich, ganz zu eliminieren.
- Durch Unterstützung und Aktionen Arbeitnehmer, die rauchen, zum Aufhören oder einer Einschränkung ihres Konsums zu ermutigen.
- Sicherzustellen, dass die gesetzlichen Bestimmungen eingehalten werden, vor allem die der Tabakverordnung (*Tobacco Regulations*) von 1995, des Gesetzes für Sicherheit, Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz (*Safety, Health and Welfare at Work Act*) von 1989 und die Rechtsvorschriften zu Sicherheit, Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz (von allgemeiner Gültigkeit) von 1993.
- Allgemein die Einschränkung des Tabakkonsums in der Bevölkerung zu fördern, indem man der Öffentlichkeit eine gesunde, saubere Umgebung präsentiert.

Die *Eastern Health Board* versucht auch, auf Raucher wie Nichtraucher gleichermaßen Rücksicht zu nehmen, doch wenn sich Konflikte einstellen, haben die Rechte der Nichtraucher Vorrang.

Um die oben angeführten Ziele zu erreichen, werden alle Gebäude "Rauch frei" gestaltet, und das Rauchen ist nur noch in bestimmten Räumen, die Mitarbeitern und Patienten zugänglich sind (falls welche eingerichtet wurden) erlaubt.

### **Umsetzung**

Jeder Abteilungsleiter ist dafür verantwortlich, dass die Politik in den ihm unterstehenden Bereichen und von seinen Untergebenen umgesetzt wird. Die Gesamtverantwortung für die Umsetzung der Politik liegt beim jeweiligen Leiter der örtlichen Behörde, der die Gesamtaufsicht über alle Gebäude hat.

Damit für Beratung, Beschilderung, usw. auf lokaler Ebene Zeit genug bleibt, wird ein Zeitraum von drei Monaten nach Veröffentlichung dieses Dokumentes (also bis 15. Mai 1999) für die Einführung der Politik zugestanden.

### **Spezielle Raucherzonen**

Das generelle Rauchverbot erstreckt sich auf alle Räumlichkeiten der Behörde. Wo dies gemäß der Tabakverordnung von 1995 erlaubt ist, können vom Leiter der Behörde spezielle Räume zur Verfügung gestellt werden, in denen Mitarbeitern und Patienten das Rauchen gestattet ist. Bei der Einrichtung von Raucherzonen ist zu beachten, dass diese Bereiche von Nichtrauchern eventuell ebenfalls genutzt werden, z.B.

Tagesräume in Krankenhäusern und Heimen. In diesen Bereichen muss für eine ausreichende und angemessene Belüftung gesorgt werden, damit die Luft sauber bleibt. Wo möglich ist die Einrichtung separater Raucherräume vorzuziehen. In Kantinen und anderen zur Einnahme von Mahlzeiten bestimmten Räumlichkeiten ist das Rauchen nur erlaubt, wenn dort aufgrund der Größe, der gegebenen Möglichkeiten zur Abtrennung und der Belüftung des Raumes oder aus anderen Gründen Nichtraucher nicht durch Tabakrauch belästigt werden und die Bestimmungen der Tabakverordnung von 1995 erfüllt sind. Als Alternative kann auch eine getrennte Nutzung der Räumlichkeiten durch Raucher und Nichtraucher erwogen werden. Rauchen ist in allen der *Eastern Health Board* gehörenden oder von ihm betriebenen Verkehrsmitteln verboten.

### **Beschilderung und Ausstattung**

Es liegt in der Verantwortung des Leiters der örtlichen Behörde, der die Gesamtaufsicht über das Gebäude hat, sicherzustellen, dass ausgewiesene Nichtraucherzonen deutlich an adäquater Beschilderung erkennbar sind.

In allen Gebäuden der *Eastern Health Board* sollen bereits am Eingang Schilder deutlich darauf hinweisen, dass es sich um ein "Rauch freies" Gebäude handelt. In der

unmittelbaren Umgebung des Gebäudes sollten Ascher aufgestellt sein. Weitere Schilder im ganzen Gebäude sollen darauf hinweisen, dass es sich um eine Einrichtung handelt, in der das Rauchen absolut verboten ist.

Es sollten jedoch nicht nur Verbotsschilder und Poster aufgehängt werden, sondern zusätzlich noch Faltblätter und Broschüren, die sich mit Gesundheitsthemen befassen sowie Zettel mit Kontaktadressen und Telefonnummern von Einrichtungen ausliegen, die Rauchern, die aufhören wollen, Unterstützung anbieten.

Ascher sollten aus allen Bereichen außer jenen, in denen Rauchen erlaubt ist, entfernt werden.

### **Beratung**

Vor Einführung dieser Nichtraucherpolitik sollte sich die Leitung der örtlichen Behörde mit ihren Sicherheitsbeauftragten sowie mit Gewerkschaftsvertretern und anderen Arbeitnehmervertretern beraten. In diesen Beratungen müssen die Bedürfnisse von Nichtrauchern wie Rauchern erörtert werden. Von Management wie Arbeitnehmern wird Flexibilität hinsichtlich der Nutzung von Raucherräumen während der Arbeitszeit erwartet.

Die Nichtraucherpolitik wird allen Arbeitnehmern zur Kenntnis gebracht, desgleichen von Anfang an auch allen neuen Mitarbeitern, die in die Behörde eintreten. Über den Inhalt der neuen Politik sollten alle Arbeitnehmer informiert werden. Auch sollten sämtliche Mitglieder der Belegschaft wissen, dass es Unterstützungsangebote für Raucher zur Raucherentwöhnung gibt.

### **Raucherentwöhnung**

Eine ganze Reihe von in Krankenhäusern, öffentlichen Gesundheitsdiensten und anderen Einrichtungen beschäftigten Mitarbeitern des *Eastern Health Board* sind ausgebildete Raucherentwöhnungsexperten und -berater. In jedem Programm sind Möglichkeiten zur Schulung solcher Kräfte enthalten. Die Leitung der Behörde sollte die Telefonnummern von Kontaktpersonen, die Arbeitnehmer bei der Raucherentwöhnung beraten oder ihnen behilflich sein können, jedermann zugänglich machen. Zusätzliche Hilfe bei der Raucherentwöhnung bietet die Arbeitsmedizinische Abteilung des Steevens Hospital an. Veranstaltungen an besonderen Tagen wie dem Aschermittwoch oder am Nationalen Nichtrauchertag sollten von der Leitung der örtlichen Behörde organisiert werden.

## **Umsetzung**

Zum Großteil muss eine Nichtraucherchutzpolitik von den Arbeitnehmern selbst getragen werden. Eine fortgesetzte oder wiederholte Missachtung der betrieblichen Nichtraucherchutzpolitik durch einen Angestellten muss dem örtlichen Behördenleiter zur Kenntnis gebracht werden, der dann entsprechende Maßnahmen einzuleiten hat. Beschwerden über Probleme, die sowohl Raucher wie auch Nichtraucher mit dieser Politik haben, sollten zunächst dem Leiter der örtlichen oder der Kreisbehörde zur Kenntnis gebracht werden. Lassen sie sich auf dieser Ebene nicht zur Zufriedenheit lösen, können sie beim Kontrollausschuss vorgebracht werden.

Die Umsetzung der Politik liegt in der Verantwortung des für den jeweiligen Bereich Zuständigen, z.B. dem Leiter des Pflegedienstes, dem Kantinenleiter, usw. Wenn ein Besucher oder Kunde den Vorschriften zuwiderhandelt, sollte er darauf aufmerksam gemacht und auf die Beschilderung hingewiesen werden. Raucht er dennoch weiter, sollte man ihn bitten, aufzuhören oder ihm Gelegenheit geben, in einen Raucherbereich zu gehen. Zudem sollte man ihm erläutern, welche Strafen und Konsequenzen eine wiederholte Zuwiderhandlung nach sich zieht.

Handelt es sich um einen Besucher, sollte dieser gebeten werden, die Einrichtung zu verlassen, wenn er die Vorschriften weiter missachtet.

## **Kontrollausschuss**

Der Behördenleiter hat einen Kontrollausschuss eingerichtet, der die Aufgabe hat, eine Aufklärungskampagne zu starten, Unterstützung für Nichtraucher anzubieten und die Einhaltung der Politik sowie die Wirksamkeit der Sanktionen zu überwachen und zu kontrollieren. Der Ausschuss überprüft im Oktober 1999 oder bei Änderung der Gesetzeslage die Nichtraucherchutzpolitik und passt sie gegebenenfalls an.

---

## **STADTRAT VON MURCIA, INTERVENTIONSPROGRAMM ZUR ÄNDERUNG DER RAUCHGEWOHNHEITEN AM ARBEITSPLATZ, SPANIEN**

---

### **Informationen zum Unternehmen**

Der Stadtrat von Murcia hat dieses Programm zur Bekämpfung der Suchtmittelabhängigkeit in Zusammenarbeit mit dem städtischen Gesundheitsdienst ins Leben gerufen und bei seinen Arbeitnehmern eingeführt.

### **Integration der Nichtraucherpolitik in die Struktur und Arbeitsprozesse des Unternehmens**

- Das Programm wurde von den für Sozialfürsorge, Gesundheit und Familie zuständigen Ratsmitgliedern zusammen mit den für Personal, Interne Vorschriften und Bürgerangelegenheiten zuständigen Ratsmitgliedern entwickelt.
- Der Vorschlag wurde vom Komitee für Gesundheit am Arbeitsplatz, in dem alle Beteiligten vertreten sind (Rat, Gewerkschaften, Arbeitnehmer, Techniker, usw.), analysiert und geprüft.

### **Nichtraucherschutzpolitik**

- In Verfolgung der Strategie, Konflikten zwischen Rauchern und Nichtrauchern vorzubeugen, wurde zunächst Rauchern, die aufhören wollten zu rauchen, Unterstützung angeboten.
- Diese Unterstützung sah folgendermaßen aus:
  - Individuelle medizinische Beratung durch die Abteilung für Gesundheit am Arbeitsplatz.
  - Verweis an die Abteilung für Raucherentwöhnungsunterstützung, die ein vielfältiges Programm, u.a. auch Einzel- und Gruppenarbeit, Behandlung mit Pharmazeutika und Rückfallprävention anbietet.
- Eine Aufklärungskampagne wurde gestartet. Mittels verschiedener Medien sollte über die negativen Auswirkungen des Rauchens und die positiven Auswirkungen des Nichtrauchens aufgeklärt werden.
- Bestimmte Bereiche wurden als Raucherzonen ausgewiesen und durch Schilder gekennzeichnet.

### **Evaluierung**

- Im ersten Jahr des Programmes waren 223 Personen für eine Raucherentwöhnung angemeldet, von denen 190 die Therapie begannen. Von diesen waren 34,2% immer noch Nichtraucher.

- Der Status Quo wurde anhand eines Fragebogens ermittelt, der an alle Arbeitnehmer (2189) verschickt worden war; der Rücklauf betrug 31,7%, d.h., 692 Fragebögen wurden ausgefüllt und zurück geschickt. 45,4% waren Raucher, der durchschnittliche Tabakkonsum lag bei 17,9 Zigaretten pro Tag, und 60,8% wollten aufhören zu rauchen. Der Fragebogen wurde von der Personalabteilung ausgegeben, die ausgefüllten Fragebögen wurden an den Städtischen Gesundheitsdienst weiter geleitet.

### **Information über das Unternehmen**

Bauträger mit öffentlichen und privaten Investoren.

### **Integration der Nichtraucherpolitik in die Struktur und Arbeitsprozesse des Unternehmens**

- Für das Projekt wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, der der Geschäftsführer, der Leiter des Gesundheits- und Sicherheitsdienstes, der Vorsitzende der Angestelltenvertretung und der Vorsitzende der Arbeitervertretung angehören.
- Es gibt eine schriftlich festgehaltene Politik, die von den Geschäftsführern des Unternehmens gebilligt wurde und über die alle Arbeitnehmer mittels innerbetrieblicher Mitteilungen und Rundschreiben informiert wurden.
- Die Nichtraucherpolitik ist in die allgemein verfolgte Unternehmenspolitik zur Förderung der Gesundheit integriert.

### **Nichtraucherpolitik**

- Für alle interessierten Arbeitnehmer wurde ein Raucherzimmer eingerichtet.
- Im Rahmen einer Aufklärungskampagne für alle Arbeitnehmer wurden Aufklärungs- und Informationsbroschüren sowie Flugblätter verteilt und Poster aufgehängt. Unterstützt wurde die Kampagne durch eine Informationsveranstaltung der Stiftung gegen Krebs.
- Die Unterstützung zur Raucherentwöhnung bestand in folgenden Maßnahmen:
  - Die Stiftung gegen Krebs führte einige Raucherentwöhnungskurse durch.
  - Ausgabe von Nikotinplastern mit anschließender ärztlicher Betreuung.

### **Evaluierung**

Die Nichtraucherräume werden respektiert.

### 3.5 Beispiele für eine nationale Nichtraucherchutzpolitik

---

#### **NACH DEM HOLLÄNDISCHEN «POLDERMODEL» : EIN LANDESWEITES PROGRAMM ZUR ETABLIERUNG EINER NICHTRAUCHERSCHUTZPOLITIK AN ALLEN ARBEITSSTÄTTEN, NIEDERLANDE**

---

Der holländische Arbeitsplatz ist traditionell durch eine weit verbreitete Rauchkultur gekennzeichnet. In einer nationalen Umfrage im ersten Viertel des Jahres 2000, gaben zwei Drittel der Beschäftigten an, am Arbeitsplatz zu rauchen. Ein Drittel der befragten Gruppe hatte durch Tabakrauch ernsthafte Gesundheitsschäden erlitten. Die erste Fassung des Tabakgesetzes trat am 1. Januar 1990 in Kraft. Dieses Gesetz sollte Besucher und Beschäftigte in öffentlichen Gebäuden/ Unternehmen vor Passivrauchen schützen. Jedoch wurden im öffentlichen Sektor hinsichtlich einer Nichtraucherchutzpolitik nur wenig Fortschritte gemacht. Dafür war primär das holländische Konsensmodell, das sogenannte "Poldermodell" verantwortlich (benannt nach den Landrückgewinnungsmaßnahmen, für die die Niederlande ebenfalls bekannt sind).

#### **Rauchen und Arbeitsstätten: Das nationale Programm**

2000 entwickelte die holländische Stiftung für Tabakkontrolle (heute Defacto) zusammen mit dem holländischen Zentrum zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz, der holländischen Asthmastiftung und Cicon (eine Firma, die sich auf die Einführung von Nichtraucherchutzpolitik-Modellen in großen Unternehmen spezialisiert hat), ein nationales Programm zur Einführung eines generellen Rauchverbotes an allen Arbeitsstätten. Dieses nationale Programm "Rauchen und Arbeitsstätten" wurde als Antwort auf das Konsensmodell entwickelt.

#### **Ziele**

- Bis 2004 haben alle holländischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber davon Kenntnis, dass ein generelles Rauchverbot im eigenen Unternehmen oder der eigenen Organisation durch Einführung einer Nichtraucherchutzpolitik durchsetzbar ist.
- Gesundheits- und Sicherheitsbeauftragte werden mit dem 'Stappenplan' (in 7 Schritten zu einer Rauch freien Arbeitsumgebung) vertraut gemacht.
- Nichtraucher am Arbeitsplatz sind vor Passivrauch geschützt.
- In Unternehmen werden die Voraussetzungen geschaffen, um Raucher, die aufhören wollen, zu unterstützen.

## **Der ‘Stappenplan’**

Der ‘Stappenplan’ ist ein Modell zur Schaffung einer Rauch freien Arbeitsumgebung und gilt in den Niederlanden als Maßstab dafür, wie eine betriebliche Nichtraucherpolitik umzusetzen ist. Es handelt sich dabei nicht exakt um den Prototyp eines ‘Poldermodell’, da von der Geschäftsleitung des Unternehmens eine wesentlich größere Führungs- und Steuerungsverantwortung erwartet wird. Das Modell umfasst folgende Schritte:

1. Ausarbeitung eines Plans für eine Nichtraucherpolitik: *Auf das Thema aufmerksam machen.*
2. Die für eine Nichtraucherpolitik notwendigen Personalstrukturen festlegen: *Eine Arbeitsgruppe wird gebildet, die aus Vertretern der Geschäftsleitung, des Betriebsrates, der Gesundheitsabteilung und der Kommunikationsabteilung besteht.*
3. Bestandaufnahme der aktuellen Situation: *Analysieren, wie viele Arbeitnehmer rauchen, welche Lösungen Arbeitnehmer vorschlagen, usw.*
4. Einen Plan ausarbeiten: *Formulieren, was durch die Nichtraucherpolitik erreicht werden soll, in welchem Zeitraum der Plan umgesetzt werden soll, usw.*
5. Maßnahmen ergreifen: *Der tatsächliche Beginn der Umsetzung der neuen Politik im Unternehmen.*
6. Evaluierung der Politik: *Die Nichtraucherpolitik kontinuierlich überprüfen. Eine Liste der Probleme erstellen und Lösungen suchen.*
7. Anpassung und Änderung des Plans: *Die Umsetzung einer Nichtraucherpolitik ist ein dynamischer Prozess. Sollten Änderungen nötig sein, kann man sich an den Punkten 4, 5 und 6 orientieren.*

## **Kooperation**

Bei der Durchführung dieses Programms wurde Stivoro vom Gesundheitsministerium unterstützt. Unterstützung durch die Regierung ist für dieses nationale Programm, das auf eine komplette Änderung des Rauchverhaltens am Arbeitsplatz abzielt, unabdingbar.

## **Schlussbemerkung**

Der Arbeitsplatz ist im Hinblick auf den Schutz von Nichtrauchern von größter Bedeutung. Dieses nationale Programm trägt infolgedessen beträchtlich zur Verbesserung der Volksgesundheit bei. Das Programm “Rauchen und Arbeitsstätten” profitiert von der bereits bestehenden Infrastruktur innerbetrieblicher Sicherheits- und

Gesundheitsprogramme. Es braucht wohl kaum darauf hingewiesen werden, dass dieses Programm der Unterstützung und Förderung durch die Behörden bedarf.

### **Informationen**

Defacto

Peter van Soelen, Projektmanager Passivrauchen

E-mail [pvansoelen@defacto-rookvrij.nl](mailto:pvansoelen@defacto-rookvrij.nl), Telefon +31703120423

Websites [www.rokenendewerkplek.nl](http://www.rokenendewerkplek.nl) ; [www.defacto-rookvrij.nl](http://www.defacto-rookvrij.nl) .

---

## **NEUER LEITFADEN FÜR ARBEITSPLÄTZE – RAUCH FREIE ARBEITSPLÄTZE : PROBLEME ? LÖSUNGEN ! SCHWEIZ**

---

Dieser Leitfaden wurde gemeinsam vom schweizer Bundesamt für Gesundheit, dem Staatssekretariat für Wirtschaft und der AT (Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention) herausgegeben, mit dem Ziel, der Unsicherheit über den Umgang mit Rauchen am Arbeitsplatz ein Ende zu setzen. Obwohl 1993 Vorschriften zum Schutz von Nichtrauchern gegen die Auswirkungen von Tabakrauch in der Umgebung eingeführt wurden, ist offensichtlich, dass diese Vorschriften nicht ausreichend bekannt sind.

### **Ziele**

- Alle Berufstätigen in der Schweiz auf den Artikel des schweizer Arbeitsgesetzes zum Schutz der Nichtraucher am Arbeitsplatz aufmerksam zu machen.
- Dass Nichtraucher (67% der Bevölkerung) ihre Rechte kennen und besser durchsetzen können.
- Raucher sollen eine Nichtraucherschutzpolitik als eine Maßnahme zur Verbesserung der Volksgesundheit begreifen und nicht als gegen sie gerichtete Schikane. Sie sollten daher zur Ausarbeitung von Lösungen beitragen, die für alle Parteien akzeptabel sind.
- Förderung von Raucherentwöhnungsprogrammen.

### **Maßnahmen**

- Die Verteilung eines Leitfadens mit Fakten über die Auswirkungen des Passivrauchens auf die Gesundheit, allgemeine Modelle zur Durchsetzung Rauch freier Arbeitsplätze, Hinweise für einzelne Berufsgruppen darüber, welche Maßnahmen sie ergreifen können, sowie konkrete Anweisungen zu deren Umsetzung.
- Vertreter verschiedener Berufsgruppen innerhalb eines Unternehmens / einer Organisation, auch Raucher, werden in die Planung integriert, um gemeinsam nach optimalen Lösungen zu suchen. Dies garantiert, dass die eingeführten Vorschriften eine breite Unterstützung und Akzeptanz bei allen Parteien erfahren.
- Da die Zielgruppe alle Personen in arbeitsfähigem Alter umfasst, werden von Arbeitgebern und Arbeitnehmerverbänden Auszüge aus dem Leitfaden in Inseraten in Zeitungen und Zeitschriften publik gemacht.

- Erstellung einer Liste regionaler Nichtraucherenschutz-Organisationen. Diese Organisationen bieten an, Unternehmen / Organisationen bei ihren Projekten zu beraten, zu unterstützen und anzuleiten.
- Wenn Unternehmen und Organisationen dies wünschen, sollen sie Unterstützung und Anleitung bei Kampagnen und Projekten erhalten, die darauf abzielen, ihre Arbeitnehmer zu einem Rauchverzicht zu ermutigen. Als effektiv eingestufte Raucherentwöhnungsprogramme werden von darauf spezialisierten Organisationen durchgeführt.
- Einzelne Exemplare des Leitfadens werden kostenlos abgegeben.
- Das schweizer Bundesamt für Gesundheit, das Staatssekretariat für Wirtschaft und die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention (als nicht staatliche Organisation) werden gemeinsam als Herausgeber für den Leitfaden verantwortlich zeichnen. Dadurch wird sichergestellt, dass den behandelten Themen größere Bedeutung beigemessen und eine größtmögliche Akzeptanz erreicht wird.

### **Umsetzung**

Der Leitfaden, der in Form einer Broschüre veröffentlicht wird, zeigt Lösungswege für die Schaffung "Rauch freier" Arbeitsplätze auf – falls notwendig durch Einrichtung von "Raucherinseln" -, die für alle Mitarbeiter des Betriebes akzeptabel sind. Er zeigt zudem auf, welche Vorteile es sowohl für das Unternehmen als auch für die Belegschaft hat, wenn die Richtlinien befolgt werden.

Der Leitfaden ist in vier verschiedenen Ausgaben erhältlich:

- für kleine Betriebe
- für mittlere und Grossbetriebe
- für Hotels und Restaurants
- für Betriebe der öffentlichen Verwaltung

Der Leitfaden gibt einen Überblick über die gegenwärtige Gesetzeslage und vermittelt Informationen über die Auswirkungen des Passivrauchens und über die notwendigen Voraussetzungen zur Schaffung Rauch freier Arbeitsplätze. Ebenfalls enthalten sind 14 entnehmbare Blätter für Verwaltungsräte und Mitarbeiter der Verwaltung, Direktoren, Personalleiter, Betriebsmediziner, Abteilungsleiter, Hausmeister, Kunden sowie Mitarbeiter. Eine Dokumentation sowohl für rauchende als auch nicht rauchende Arbeitnehmer wurde zusammengestellt. Sogar ein Comic für Arbeitnehmer, die ihr Büro mit Rauchern teilen, ist darin zu finden.

Der Leitfaden kann im Internet unter [www.at-schweiz.ch](http://www.at-schweiz.ch) (auf deutsch) und unter [www.at-suisse.ch](http://www.at-suisse.ch) (auf französisch und italienisch) unter der Überschrift “Rauchfreie Arbeitsplätze” oder “Lieux de travail sans fumée” heruntergeladen werden.

### **Informationen**

Christine Gafner, PROGEF, Neufeldstrasse 134, CH-3012 Bern

Tel: 41 / 31 / 302 98 43, Fax: 41 / 31 / 302 98 41, E-mail: [progef@milprog.ch](mailto:progef@milprog.ch).

---

**RAUCH FREI AM ARBEITSPLATZ – EIN LANDESWEITES PROGRAMM, DAS ARBEITGEBERN, DIE EINE RAUCH FREIE ARBEITSUMGEBUNG SCHAFFEN UND IHREN ANGESTELLTEN BEI DER RAUCHERENTWÖHNUNG HELFEN WOLLEN, EIN « MASSNAHMENPAKET » ANBIETET, SCHWEDEN**

---

Das Maßnahmenpaket "Rauch frei am Arbeitsplatz" für Arbeitgeber wurde 1999 vom Zentrum für Tabakprävention, dem Zentrum für Volksgesundheit in Stockholm und dem schwedischen nationalen Institut für Volksgesundheit in Zusammenarbeit mit der Herz-Lungen-Stiftung, der schwedischen Gesellschaft für Arbeitsumgebung, den 22 schwedischen Kreisverwaltungsräten und den Arbeitgeberverbänden sowie Gewerkschaften zusammengestellt. Ziel des Programmpaketes ist es, Arbeitgebern wirksame Hilfen zu vermitteln, die ihnen die Schaffung Rauch freier Arbeitsplätze zu erleichtern. Das Maßnahmenpaket wird primär mit Hilfe einer von den beteiligten Organisationen verteilten Broschüre sowie über das Internet vermarktet. Es wird zu einem günstigen Preis angeboten, lediglich 20 US-Dollar, und jedes Unternehmen benötigt nur ein Paket.

**Inhalt des Maßnahmenpaketes "Rauch frei am Arbeitsplatz" für Arbeitgeber**

**Erstens** – ein umfassender *Leitfaden*, der die vielen Aspekte des Problems Rauchen am Arbeitsplatz abdeckt sowie Empfehlungen für die Planung einer Nichtraucherchutzpolitik und für den Umgang mit Problemen im Unternehmen, Auszüge aus dem Tabakgesetz, Fakten über Passivrauchen, Informationen über erhältliche Materialien sowie Rauchentwöhnungsmethoden, usw. enthält.

**Zweitens** – das Angebot für Arbeitgeber, landesweit *Berater* hinzuziehen und um Rat sowie zusätzliche Unterstützung bitten zu können.

**Drittens** – auf Anfrage wird zudem eine *Schätzung der Kosten, die dem Unternehmen durch Rauchen entstehen* erstellt. Für die Kostenschätzung werden wissenschaftliche Publikation herangezogen sowie das schwedische Durchschnittsgehalt, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und das Krankenversicherungssystem berücksichtigt. Eine solche Kostenschätzung soll Arbeitgeber dazu *motivieren*, ein Raucherentwöhnungsprogramm anzubieten. Schätzungen zufolge kosten zusätzlich eingelegte Rauchpausen – insgesamt etwa ½ Stunde pro Tag – ein Unternehmen je nach Gehaltsstufe des Arbeitnehmers pro Raucher und Jahr 1.760 bis 2.345 US-Dollar. Der zusätzliche Arbeitsausfall, bis zu 30% oder 2,5 Tage pro Jahr, verursacht Kosten in Höhe von 176 – 234 US-Dollar pro Raucher pro Jahr. In einer der

Broschüren des Paketes sind die Zahlen ausführlich erläutert (für detaillierte Informationen siehe Kapitel 4.4: Schweden).

**Viertens** – Angebot eines leicht durchzuführenden, standardisierten, professionellen *Rauchentwöhnungsprogrammes*, das Arbeitgeber ihren Arbeitnehmern anbieten können, ohne extra Experten engagieren zu müssen. Dies ist vor allem für kleine Firmen, die nicht über einen Betriebsarzt bzw. Gesundheitsbeauftragte verfügen, wertvoll. Die Kosten für den Arbeitgeber sind niedrig – sie belaufen sich auf etwa 62 US-Dollar pro Arbeitnehmer. Der zukünftige Nichtraucher erhält:

- a) "Gib's auf, werd' frei" (*Quit to be free*), ein professionelles Selbsthilfeprogramm zur Raucherentwöhnung (3 US-Dollar).
- b) Kostenlose Beratung über eine Raucherentwöhnungs-Hotline, ein telefonischer Beratungsdienst, der werktags von 9 bis 20 Uhr (Freitags bis 16 Uhr) mit professionellen Beratern besetzt ist, sowie über einen telefonischen Gesundheitsdienst, der rund um die Uhr besetzt ist.
- c) Eine Monatspackung NRT (Nikotinersatzstoffe) für 59 US-Dollar. Es wird empfohlen, sich dazu in Apotheken beraten zu lassen, um sicherzugehen, dass die NRT richtig dosiert werden. Auch das Entwöhnungsmittel Bupropion kann bestellt werden.

## **Evaluierung**

Die Evaluierung zeigt, dass das Maßnahmenpaket von Arbeitgebern sehr geschätzt wird. Raucher, die aufhören wollen, sind sowohl mit der Selbsthilfebroschüre als auch mit der Raucherentwöhnungs-Hotline zufrieden. Die Ergebnisse zeigen, dass neue Mitstreiter bei der Tabakprävention hinzugewonnen wurden: die Arbeitgeber. Arbeitgeber, die sich noch nie mit den durch Rauchen am Arbeitsplatz entstandenen Problemen auseinandergesetzt haben, erwarben das Paket und konnten mit eigenen Augen die positiven Auswirkungen der Maßnahmen sehen: immer mehr Rauch freie Bereiche im Betrieb und eine zunehmende Zahl von Arbeitnehmern, die aufhören zu rauchen. Die vorläufigen Resultate der Raucherentwöhnungs-Hotline sind sehr zufriedenstellend: so war es nach eigenen Angaben etwa 30 % der Raucher gelungen, innerhalb von 12 Monaten aufhören zu rauchen.

## **Ergebnisse**

Über 1.500 Pakete wurden bereits von Arbeitgebern und Zentren für Arbeitsmedizin erworben. Durch Miteinbeziehung und Mitbeteiligung der Unternehmen sowie die Kalkulation der Kosten, die Unternehmen durch Rauchen entstehen, wurde das "Rauch

frei am Arbeitsplatz“-Paket zu einem interessanten Thema für innerbetriebliche Publikationen. An die 100 Artikel in verschiedenen Medien haben die Aufmerksamkeit auf die Tatsache gelenkt, dass Rauchen Unternehmen teuer zu stehen kommt. Betont wurde auch, dass Arbeitgeber ihre Arbeitnehmer unterstützen sollten, wenn diese das Rauchen aufgeben wollen.

### **Kosten**

Die Kosten für das Programm bestanden hauptsächlich in dem Gehalt für einen über zwei Jahre hinweg halbtags arbeitenden Projektmanager, da die Einnahmen aus dem Verkauf des Maßnahmenpaketes die Ausgaben deckten. Aufgrund der Berichterstattung in den Medien und durch die Unterstützung verschiedener Organisationen musste kein Geld in Werbung investiert werden.

### **Informationen**

Barbro Holm Ivarsson, Tabakpräventions-Zentrum (*Center of Tobacco Prevention*)

Box 17 533, S-118 91 Stockholm, Schweden

Tel: +46 8 517 780 58, E-mail: [barbro.holm-ivarsson@smd.sll.se](mailto:barbro.holm-ivarsson@smd.sll.se)

Internet: [www.tobaksfakta.org](http://www.tobaksfakta.org)

### 3.6 Zusammenfassung und Schlussbetrachtung

Die wichtigsten Punkte für die erfolgreiche Einführung und Umsetzung einer Nichtraucherpolitik sind in Kürze:

- Das Rauchen, nicht die Raucher anprangern.
- Den Schutz der Gesundheit und Sicherheit gegen Passivrauchen höher zu bewerten als die Rechte einzelner.
- Wichtig ist, sich des Engagements und der Unterstützung der Geschäftsleitung zu versichern. Dass die Politik von der Geschäftsleitung unterstützt wird, kann Arbeitnehmern angezeigt werden durch Informationsbeilagen beim Gehaltsscheck, mittels Postern, Newsletter und über andere Kommunikationswege im Unternehmen.
- Mitarbeiter aus dem mittleren Management und Abteilungsleiter sollten darin geschult werden, wie sich die Politik am besten kommunizieren und umsetzen lässt.
- Den Arbeitnehmern eine echte Chance geben, sich an der Planung und Umsetzung der Politik zu beteiligen.
- Alle Arbeitnehmer über die gesundheitlichen Risiken aufklären, die aus einer Kombination von Tabakrauch in der Umgebung und Arbeitsstoffen entstehen können.
- Je nach Größe des Unternehmens und den zu erwartenden Problemen bei der Umstellung von der alten auf die neue Politik sollten vier bis sechs Monate zwischen Ankündigung und Umsetzung der Politik eingeplant werden.
- Zur besseren Motivation aller Beteiligten sollte man für die Einführung der neuen Politik einen günstigen Augenblick wählen, z.B. den Neujahrstag (an dem viele Menschen gute Vorsätze für das kommende Jahr treffen).
- Sicherstellen, dass Verbote und Vorschriften auf allen Hierarchieebenen eingehalten werden.
- Vor und nach Einführung der neuen Politik allen Arbeitnehmern und deren Familien Raucherentwöhnungsprogramme anbieten.
- Dem Nichtraucherschutz den gleichen Stellenwert einräumen wie jeder anderen vom Unternehmen verfolgten Politik. Verantwortliche mit den für die Politik wichtigen Umsetzungsmaßnahmen vertraut machen. Keine Unterscheidung machen zwischen Rauchpausen und anderen Arten von Pausen.

- Rechtzeitig an zusätzlich entstehende Probleme denken (z.B. die hohe Konzentration von Tabakrauch in den Raucherzonen).
- Auch nach Einführung einer Nichtraucherchutzpolitik Schulungsmöglichkeiten und –programme zur Raucherentwöhnung anbieten, um Arbeitnehmer in ihren Bemühungen zu unterstützen, das Rauchen aufzugeben und nicht wieder rückfällig zu werden.

### Anhang 3.1 Muster für einen Fragebogen zur Befragung von Arbeitnehmern<sup>10</sup>

Dieser Fragebogen dient dazu, Informationen über das Rauchverhalten am Arbeitsplatz zu sammeln. Diese sowie weitere Informationen werden dazu verwendet, eine für unser Unternehmen geeignete Nichtraucherschutzpolitik auszuarbeiten. Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Für weitere Informationen nehmen Sie Kontakt auf zu ..... (Kordinator).

- 1 Sie sind:  männlich  weiblich
- 2 Zu welcher Altersgruppe gehören Sie?  19 – 29 J.  30 – 39 J.  
 40 – 49 J.  50 – 65 J.
- 3 Zu welchen Zeiten arbeiten Sie?  9 – 17 Uhr (normaler Arbeitstag)  
 Frühschicht  
 Spätschicht  
 anderes
- 4 Welche der folgenden Antworten trifft auf Sie am ehesten zu?
- Ich rauche nicht (weiter mit Frage 7)  Ich rauche, will aber weniger rauchen
- Ich rauche, will aber aufhören  Ich rauche, will aber weder aufhören, noch den Konsum einschränken
- 5 Wenn Sie Zigaretten rauchen, wie viele rauchen Sie dann am Tag?
- 1-10  11-20  21-30  30+
- 6 Wenn Sie rauchen, wären Sie dann interessiert an:
- einem Raucherentwöhnungskurs  Selbsthilfebroschüren
- Individueller Beratung  Informationen über andere Hilfsangebote?
- 7 Wo arbeiten Sie?



## **4. Kosteneinsparungen durch eine betriebliche Nichtraucherschutzpolitik**

Tamara Raaijmakers, Holländisches Zentrum zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz (Niederlande)

Inge van den Borne, Holländisches Zentrum zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz (Niederlande)

### **4.1 Einleitung**

Dieses Kapitel befasst sich mit den durch Einführung einer betrieblichen Nichtraucherschutzpolitik entstehenden Kostenvorteilen, wobei das Hauptaugenmerk auf Kosten und Nutzen des Arbeitgebers liegt. Die Auswirkungen Rauch freier Arbeitsplätze im Hinblick auf Kosten und Nutzen für die Gesellschaft werden nur kurz umrissen.

Es gibt primär drei Arten einer betrieblichen Nichtraucherschutzpolitik: 1) ein Rauchverbot in allen Einrichtungen des Unternehmens (auf Anordnung des Managements), 2) die Ausweisung von Bereichen, in denen Rauchen nicht erlaubt ist, mit entsprechender Beschilderung (oft ohne effektive Kontrolle, ob das Rauchverbot dort auch eingehalten wird) und 3) eine umfassende Politik, die den Einsatz aller Beteiligten fordert (Geschäftsführer, Gewerkschaftsvertreter, Gesundheitsexperten, usw.) und mit der möglichst viele Aspekte abgedeckt werden (Information der Arbeitnehmer, Ausweisen bestimmter Bereiche, Raucherentwöhnung, usw.). Kosten und Nutzen können je nach Politik variieren. Jedoch gibt es zu diesem Thema bisher nur wenig (aktuelle) Veröffentlichungen. Infolgedessen wird in diesem Kapitel lediglich ein globaler Überblick über Kosten und Nutzen einer betrieblichen Nichtraucherschutzpolitik, egal welcher Art, gegeben.

Das Kapitel ist folgendermaßen aufgebaut: zunächst werden die wirtschaftlichen Vorteile, die für die Einführung einer betrieblichen Nichtraucherschutzpolitik in einem Unternehmen sprechen, erörtert, anschließend die wirtschaftlichen Vorteile für die Gesellschaft. Der dritte Teil des Kapitels stellt Untersuchungen über die Kosten einer betrieblichen Nichtraucherschutzpolitik in verschiedenen Ländern vor. Dann folgt eine kurze Zusammenfassung der bei der Umsetzung einer solchen Politik entstehenden Kosten sowie der ihrer Umsetzung im Weg stehenden Hindernisse. Das Kapitel endet

mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und einigen abschließenden Bemerkungen.

Als Quellen wurden für dieses Kapitel Artikel über Kosten und Nutzen einer betrieblichen Nichtraucherpolitik verwendet, die nach 1990 veröffentlicht wurden. Da dieser Bereich bisher nur wenig erforscht ist, wurden nicht nur europäische Studien mit einbezogen, sondern auch Untersuchungen aus Kanada und den USA. Verwendet wurden ebenfalls Kommentare und persönliche Mitteilungen von Experten auf diesem Gebiet.

## **4.2 Gründe für die Einführung einer betrieblichen Nichtraucherpolitik - Arbeitnehmer**

Arbeitgeber können aus verschiedenen Gründen erwägen, eine Nichtraucherpolitik einzuführen, und nicht alle sind finanzieller Natur. In diesem Kapitel werden als Gründe für die Einführung einer betrieblichen Nichtraucherpolitik die Gesundheit der Arbeitnehmer, Ausfallzeiten durch Krankheit, Arbeitsunfälle, Konflikte, das Unternehmensimage, potentielle Rechtsstreitigkeiten und durch Rauchen entstehende Zusatzkosten aufgeführt.

### **4.2.1 Gesundheit**

#### **Gesundheit von Arbeitnehmern**

Meist wird eine betriebliche Nichtraucherpolitik zum Schutz der Gesundheit der Arbeitnehmer eingeführt. Die schädlichen Auswirkungen von aktivem und Passivrauchen sind inzwischen zweifelsfrei erwiesen und entsprechende Untersuchungen veröffentlicht worden (siehe auch Kapitel 1). Studien belegen, dass Passivrauchen Herzkrankheiten und Lungenkrebs verursacht und Atemwegserkrankungen wie Asthma und Bronchitis auslöst oder verschlimmert. Bei den meisten Menschen ruft Passivrauchen Reizungen hervor und wird als Belästigung empfunden. Desweiteren ist Tabakrauch ein Faktor, der zum *Sick building syndrome*<sup>\* 1</sup>

---

\* Gesundheitsschäden, die meist aufgrund schlechter Innenraumluft auftreten, wurden als *Sick building syndrome* (SBS) zusammengefasst. Einige der für SBS typischen Symptome sind: Reizungen von Augen, Nase und Hals, trockene Haut, Husten, Heiserkeit sowie pfeifender Atem, Übelkeit und Schwindel.

beiträgt.

Gesetze zum Schutz der Sicherheit und Gesundheit von Arbeitnehmern schreiben vor, dass Arbeitgeber ihre Beschäftigten vor Schadstoffen - wie in diesem Fall Tabakrauch - am Arbeitsplatz zu schützen und entsprechende Maßnahmen zum Erhalt von Gesundheit, Sicherheit und Wohlergehen ihrer Arbeitnehmer zu ergreifen haben (siehe ebenfalls Kapitel 2). Die Arbeitgeber haben darauf mit innerbetrieblichen Rauchverboten reagiert. In einigen Wirtschaftszweigen, z.B. in Fabriken, in denen Nahrungsmittel verarbeitet, oder in Firmen, in denen Chemikalien verwendet werden, ist ein Rauchverbot zum Schutz der Gesundheit und Sicherheit der Arbeitnehmer gesetzlich vorgeschrieben.

Tabak bedingte Krankheiten und Tod von Arbeitnehmern verursachen Kosten für den Arbeitgeber. Diese Kosten sind abhängig von verschiedenen Faktoren, z.B. davon, wie leicht ein Arbeitnehmer ersetzbar ist, aber auch von der gegenwärtigen Arbeitslosenrate. In einer Branche mit hoher Arbeitslosenrate sind die Kosten meist niedriger, da ein Pool neuer Arbeitskräfte verfügbar ist. Muss jedoch ein hochqualifizierter Arbeitnehmer kurzfristig ersetzt werden, können für den Arbeitgeber beträchtliche Kosten entstehen.<sup>2</sup>

Das wichtigste Ziel einer betrieblichen Nichtraucherpolitik ist der Schutz von Arbeitnehmern gegen Tabakrauch. Eine gut durchdachte Nichtraucherpolitik führt zu einer geringeren Tabakrauch-Exposition, für allem für Nichtraucher, und fördert infolgedessen Gesundheit und Wohlbefinden der Arbeitnehmer.

### **Zigarettenkonsum**

Ein Rauchverbot am Arbeitsplatz macht aus Rauchern nicht unbedingt Nichtraucher. Allerdings kann eine Rauch freie Arbeitsumgebung Rauchern dabei helfen, ihren Konsum zu verringern oder sogar ganz mit dem Rauchen aufzuhören. Dies könnte eine willkommene Nebenwirkung eines Rauchverbotes sein, die verschiedene Studien tatsächlich auch bestätigen. Die Auswertung von Evaluierungsstudien aus den letzten drei Jahrzehnten über die gesundheitlichen Auswirkungen einer Tabakkontrolle am Arbeitsplatz zeigt, dass Rauchverbote eindeutig den Zigarettenkonsum von Rauchern während der Arbeitszeit senken und auch die ETS-Exposition am Arbeitsplatz reduzieren.<sup>3</sup>

Die Ergebnisse einer Studie des US-amerikanischen Nationalen Krebsinstitutes

(*National Cancer Institute*) belegen deutlich, dass Raucher, die an einem Rauch freien Arbeitsplatz arbeiten, 1,34 Mal (das entspricht 34 %) öfter aufhören zu rauchen als Raucher, an deren Arbeitsplatz das Rauchen erlaubt ist.<sup>4</sup> Tatsächlich führt ein Rauch freier Arbeitsplatz bei Rauchern häufiger zum Rauchverzicht als ärztlicher Rat oder die Verwendung von Nikotinersatzstoffen.<sup>4</sup>

Diese Ergebnisse stimmen mit denen einer Studie überein, die Philip Morris Ende der 1980er und Anfang der 90er Jahre durchführen ließ. Die Studie zeigte, dass Raucher, die an einem mit Rauchverbot belegten Arbeitsplatz arbeiteten, zu 84 % eher aufhörten zu rauchen als Raucher, die nicht in einer solchen Umgebung arbeiteten.<sup>4,5</sup>

In dieser etwa 25.000 Raucher umfassenden Gruppe konsumierten jene an Rauch freien Arbeitsplätzen im Schnitt 11 bis 15 % weniger Zigaretten.

Vergleichbare Resultate zeigte eine landesweit durchgeführte Studie in den USA, bei der 97.882 Arbeitnehmer (über 18 Jahren) aus verschiedenen Bevölkerungsgruppen und Wirtschaftszweigen, die in Innenräumen arbeiteten, über ihre Erfahrungen mit Rauchen und Rauchverboten am Arbeitsplatz befragt wurden.<sup>6</sup> Die Umfrage ergab, dass ein zu 100% Rauch freier Arbeitsplatz den Anteil der Raucher um 5,7% reduzierte. Der tägliche Zigarettenkonsum von Rauchern pro Tag reduzierte sich im Schnitt um 14%. Wie es scheint, haben Rauchverbote am Arbeitsplatz den größten Einfluss auf jene Gruppe von Rauchern, die sehr stark rauchen. Rauchverbote am Arbeitsplatz haben einen geringeren Einfluss, wenn Rauchen in einigen gemeinschaftlich genutzten Räumen erlaubt wird. Die Autoren schätzen, dass sich der Tabakkonsum um 10% senken ließe, wenn alle Arbeitsplätze Rauch frei wären.<sup>6</sup>

Evans et al. untersuchten, ob eine betriebliche Nichtraucherpolitik den Anteil der Raucher und den Tabakkonsum unter Arbeitern reduzieren kann. Sie werteten Daten aus landesweiten Gesundheitsstudien in den USA (1991, 1993) aus. Ihren Schätzungen zufolge könnten Rauchverbote am Arbeitsplatz das Rauchen um 5% und den durchschnittlichen täglichen Zigarettenkonsum von Rauchern um 10% reduzieren.<sup>7</sup> Rauchverbote wirken sich am nachhaltigsten auf jene mit einer langen Wochenarbeitszeit aus.

Zu vergleichbaren Ergebnissen kam eine Studie in Großbritannien, die allerdings nur mit einer relativ kleinen Gruppe von 239 Rauchern an unterschiedlichen Arbeitsplätzen durchgeführt wurde.<sup>8</sup> Sie zeigte auf, dass der durchschnittliche Zigarettenkonsum pro Arbeitstag bei Rauchern, an deren Arbeitsplatz ein absolutes Rauchverbot herrschte, deutlich niedriger war als bei jenen mit einem eingeschränkten Rauchverbot am Arbeitsplatz: 10 Zigaretten im ersten, 15 im zweiten Fall. Raucher an absolut Rauch

freien Arbeitsplätzen berichteten zudem von einer größeren Selbsteffizienz (d.h., der Selbsteinschätzung einer Person, wie leicht sie glaubt mit dem Rauchen aufhören zu können) und waren eher bereit, aufzuhören, als Raucher an Arbeitsplätzen mit nur eingeschränktem Rauchverbot. Generell rauchten beide Gruppen 3 bis 4 Zigaretten weniger an Arbeitstagen als an freien Tagen.<sup>8</sup> Nach Einführung eines Rauchverbotes rauchte mehr als die Hälfte der Raucher (57%) nach eigenen Angaben während der Arbeitszeit weniger Zigaretten. Für die meisten Raucher (67%) führten die betrieblichen Rauchverbote nicht zu einer Veränderung ihres Zigarettenkonsums in der Freizeit. Eine kleine Minderheit rauchte zur "Kompensation" außerhalb der Arbeitszeit mehr: nur 24% (von denen 76% berichteten, sie hätten ihren Konsum während der Arbeit eingeschränkt) rauchten mehr. Dieses letzte Ergebnis war unabhängig von der Art des Rauchverbotes. Ein Drittel der Raucher in dieser Studie, die versuchten aufzuhören, wurden dazu von den betrieblichen Rauchverboten ermutigt<sup>8</sup>.

Die Ergebnisse einer Studie über 11.704 kalifornische Arbeitnehmer zeigten, dass es an Rauch freien Arbeitsplätzen deutlich weniger regelmäßige Raucher gibt als an Arbeitsplätzen ohne Rauchverbote (13,6% im Vergleich zu 20,6%).<sup>9</sup> Die Autoren der Studie kamen zu dem Schluss, dass an Rauch freien Arbeitsplätzen arbeitende regelmäßige Raucher deutlich weniger Zigaretten rauchen als jene, an deren Arbeitsplatz kein Rauchverbot herrscht (296 im Vergleich zu 341 Packungen pro Jahr). Und weiter: angenommen, an allen Arbeitsplätzen in Kalifornien dürfte nicht geraucht werden, dann würde der Zigarettenkonsum der Arbeitnehmer 41% unter dem in Betrieben ohne Rauchverbot liegen, was für die Tabakindustrie einen jährlichen Verlust von annähernd 406 Millionen US-Dollar bedeuten würde<sup>9</sup>.

Obgleich es nicht das primäre Ziel einer betrieblichen Nichtraucherpolitik ist, Raucher zum Aufhören zu bewegen, so kann es doch im Rahmen dieser Politik sinnvoll sein, Raucherentwöhnungsprogramme anzubieten. Im amerikanischen *Healthy Worker*-Projekt, einer Studie über 32 Betriebe, die nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurden, untersuchte man den Einfluss von Raucherentwöhnungsprogrammen auf den Tabakkonsum am Arbeitsplatz.<sup>10</sup> 2 Jahre lang nahmen etwa 12% der Raucher an einem Raucherentwöhnungsprogramm mit Kursen und Motivationsmaßnahmen zum Rauchverzicht teil, was zu einer Netto-Reduzierung des innerbetrieblichen Tabakkonsums um 4% führte.

In den Niederlanden schätzt man, dass sich die nationale Raucherquote in der erwachsenen Bevölkerung alle zwei Jahre um mindestens 2% bis 3% senken ließe,

wenn in allen holländischen Betrieben Raucherentwöhnungsprogramme angeboten würden.<sup>11</sup>

Aus den oben angeführten Studien lässt sich schließen, dass eine Nichtraucherchutzpolitik und Raucherentwöhnungsprogramme wirkungsvolle Maßnahmen zur Reduzierung der Raucher und des Zigarettenkonsums in Betrieben ebenso wie im ganzen Land sein können.

Das primäre Ziel einer betrieblichen Nichtraucherchutzpolitik ist es jedoch, Arbeitnehmer gegen Tabakrauch in der Umgebung zu schützen.

#### **4.2.2 Ausfallzeiten durch Krankheit**

##### **Ausfallzeiten und Krankenstand**

Raucher sind anfälliger für eine größere Zahl von Krankheiten und häufiger krank als Nichtraucher, weshalb auch die Wahrscheinlichkeit größer ist, dass sie häufiger fehlen. Bei Rauchern treten nicht nur häufiger schwerwiegende Krankheiten wie Krebs, Bronchitis, Lungenemphysem, Schlaganfälle und Herzerkrankungen auf, sie sind auch anfälliger für Husten, Erkältungen und Grippe (siehe auch Kapitel 1). Robbins et al. fanden heraus, dass das Zigarettenrauchen für einen großen Teil der Krankenhausaufenthalte und des Arbeitsausfalls durch Krankheit verantwortlich ist, vor allem bei Männern.<sup>12</sup> Aufgrund der Ergebnisse dieser Studie, in der zwischen 1987 und 1998 die Gesundheitsdaten von annähernd 88.000 jungen Männern und Frauen in der amerikanischen Armee ausgewertet wurden, schätzt man, dass Rauchen das Risiko des krankheitsbedingten Arbeitsausfalls bei Männern um 60 %, bei Frauen um 15 % erhöht. Infolgedessen liegt die durch aktives Rauchen verursachte Arbeitsausfallquote (d.h., der ätiologische Anteil in der allgemeinen Bevölkerung) bei Männern bei 14,1% und bei Frauen bei 3 %.<sup>12</sup>

Daten aus Schottland, die aus einer telefonischen Umfrage in Kombination mit einer Auswertung der Fachliteratur gewonnen wurden, zeigen ebenfalls, dass Raucher im Vergleich zu Nichtrauchern häufiger krankheitsbedingt fehlen.<sup>2</sup>

In Übereinstimmung mit der Fachliteratur informiert das Zentrum für Tabakprävention in Stockholm schwedische Arbeitgeber, dass bei Rauchern 2,5 Krankheitstage (30%) mehr anfallen als bei Nichtrauchern<sup>13</sup>.

Die Ergebnisse einer groß angelegten Studie über annähernd 80.000 Arbeitnehmer bei der Telecom Australia in den Jahren 1991-1992 deuten darauf hin, dass auf Rauchen

und Alkoholkonsum zurückzuführende Erkrankungen für 25% des krankheitsbedingten Arbeitsausfalls verantwortlich sind.<sup>14</sup> Die geschätzten, durch Rauchen verursachten Kosten liegen bei 16.500.000 australischen Dollar (das entsprach 1994 mehr als 12 Millionen US-Dollar).

Die Ergebnisse einer australischen Studie, in der die Daten einer großen Gruppe von ehemaligen Rauchern (n=4812, die vor 1 bis 20 Jahren oder noch früher aufgehört hatten zu rauchen) ausgewertet wurden, um den Zusammenhang zwischen Rauchverzicht und Arbeitsausfall zu untersuchen, unterstützen die Annahme, dass sich die Ausfallzeiten immer mehr reduzieren, je länger ein Rauchstopp bereits zurückliegt.<sup>15</sup> Der Studie zufolge ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Arbeitnehmer, der vor 20 Jahren oder noch länger mit dem Rauchen aufgehört hat, krankheitsbedingt fehlt, um 4,5 Mal geringer ist als bei einem, der erst im vorangegangenen Jahr mit Rauchen aufgehört hat. Solche Verbesserungen sind jedoch nur über einen vergleichsweise langen Zeitraum zu beobachten, vermutlich weil es relativ lange dauert, bis die schädlichen Auswirkungen des Rauchens auf die Gesundheit völlig überwunden sind.

Berücksichtigt werden sollte auch, dass bei Nichtrauchern ein Arbeitsausfall häufig auf Passivrauchen zurückzuführen ist. Wie bereits erwähnt, kann Passivrauchen bei Nichtrauchern Krankheiten verursachen. Auch Konflikte zwischen Rauchern und Nichtrauchern können Nichtraucher dazu veranlassen, der Arbeit fern zu bleiben. Eine von McGhee et al. durchgeführte Umfrage unter 4819 in verschiedenen Bereichen arbeitenden Polizeibeamten in Hongkong, die noch nie geraucht hatten, ergab, dass Passivrauchen bei der Arbeit mit einer zunehmenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und zusätzlichem Arbeitsausfall in Verbindung gebracht werden kann.<sup>16</sup> Männliche Beamte, die mehr als ein Jahr lang passiv rauchten, hatten in den vorangegangenen 6 Monaten 2,04 Mal häufiger krankheitsbedingt bei der Arbeit gefehlt als jene, die keinem Tabakrauch ausgesetzt gewesen waren. Bei Frauen war diese Zahl nicht statistisch signifikant: Passivraucherinnen hatten 1,58 Mal häufiger bei der Arbeit gefehlt als jene, die keinem Tabakrauch ausgesetzt waren.<sup>16</sup>

### **Produktionsverluste**

Die für den Unternehmer aus dem Arbeitsausfall eines Arbeitnehmers entstehenden Kosten beinhalten nicht nur jene für die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, sondern ebenfalls die Kosten für Ersatzkräfte und Produktionsverluste.<sup>13,17,18</sup> Auch wenn

Ersatzkräfte eingestellt werden, kommt es doch häufig zu Produktionsstörungen, wenn der jeweilige Arbeitnehmer krank geschrieben ist, und dies kann zu einer beträchtlichen Steigerung der betrieblichen Produktionskosten führen. Solche Produktionsstörungen können beispielsweise ein vermindertes Fertigungsvolumen aufgrund von Wartezeiten oder Arbeitskräftemangel sein, desweiteren eine geringere Produktionsqualität und höhere Ausschusskosten sowie höhere Betriebs- und Servicekosten aufgrund unzulänglicher Schulung oder Erfahrung der Ersatzkraft. Ein weiterer wichtiger Faktor ist die größere Arbeitsbelastung für die nicht rauchenden Kollegen, wenn rauchende Arbeitnehmer infolge von Tabak bedingten Krankheiten ausfallen.

Nicht nur Krankheit führt zu Arbeitsausfall und infolgedessen zu Produktivitätsverlust, sondern auch das Rauchen während der Arbeitszeit kann die Produktivität einschränken. Wie groß diese Produktivitätsverluste sind, hängt weitgehend von der Art der Rauchverbote ab, die der Arbeitgeber vorschreibt.<sup>2</sup> Eine Politik, die es Rauchern erlaubt, jederzeit in einem bestimmten Bereich zu rauchen, hat vermutlich den größten Produktivitätsverlust zur Folge, da Rauchpausen zusätzlich zu den auch anderen Arbeitnehmern zugestandenen Pausen genommen werden können. Veranschlagt man 5 Zigaretten pro Tag und im Schnitt 6 Minuten pro Zigarette, sind dies 30 Minuten pro Tag, die ein Raucher seiner Arbeit fern bleibt (siehe auch Abschnitt 4.4).

Allerdings sollte hier nicht vergessen werden, dass auch nicht rauchende Arbeitnehmer lange Pausen machen. Und es ist durchaus möglich, obgleich hierfür keine eindeutigen Beweise vorliegen, dass mit Zigarettenrauchen auch positive Auswirkungen auf die Arbeitsleistung in Verbindung gebracht werden können. Einige Wissenschaftler fanden heraus, dass sich nach Nikotingenuss die kognitive Leistungsfähigkeit verbesserte (bessere Konzentration und eine geringere Stressanfälligkeit), doch werden diese Ergebnisse von anderen Studien nicht bestätigt.<sup>2,11</sup>

### **4.2.3 Arbeitsunfälle**

Wie bereits erwähnt, sind in einigen Unternehmen, z.B. in der chemischen Industrie, im Rahmen der Sicherheitsbestimmungen Rauchverbote am Arbeitsplatz gesetzlichen vorgeschrieben. Auch an anderen Arbeitsstätten wird Rauchen mit einem erhöhten Risiko für Arbeitsunfälle in Verbindung gebracht. Einer prospektiven Studie über

Postangestellte, die bei der Arbeit rauchen durften, zufolge, kann Rauchen am Arbeitsplatz mit einer höheren Rate an Betriebsunfällen und Arbeitsunfällen sowie Disziplinarmaßnahmen in Verbindung gebracht werden, lässt man einmal Alter, Geschlecht, Rasse, Drogenkonsum, sportliche Betätigung und Art der Arbeit unberücksichtigt.<sup>19</sup>

#### **4.2.4 Konflikte**

Da viele Nichtraucher Passivrauchen als Belästigung empfinden, kann dies am Arbeitsplatz zu Konflikten zwischen Rauchern und Nichtrauchern führen, und sogar, wie bereits erwähnt, zu einem Fernbleiben von der Arbeit. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn Raucher und Nichtraucher den gleichen Arbeitsraum oder Arbeitsplatz teilen. Psychologische Studien über die Interaktion zwischen Rauchern und Nichtrauchern weisen darauf hin, dass jede Gruppe von der anderen ein negatives Bild hat, und dass sich dies auf die Arbeitsleistungen auswirkt.<sup>20</sup>

Einer anonymen Umfrage unter 15.000 Arbeitnehmern in den Niederlanden zufolge reden 42% der Nichtraucher, die sich von Tabakrauch am Arbeitsplatz belästigt fühlen, nicht mit ihren rauchenden Kollegen darüber, um Konflikte zu vermeiden.<sup>21</sup> Im Jahr 2000 waren etwa 76% der nicht rauchenden Arbeitnehmer in den Niederlanden Tabakrauch am Arbeitsplatz ausgesetzt.

Für Nichtraucher stellen rauchende Kollegen ein Gesundheitsrisiko dar. Raucher wiederum fühlen sich durch Rauchverbote persönlich angegriffen. Dies kann zu Konflikten führen.

Konflikte können auch dadurch entstehen, dass jemand sich ungerecht behandelt fühlt. Nehmen Raucher beispielsweise zusätzliche Pausen, um zu rauchen, kann dies den Betriebsfrieden stören, wenn Nichtraucher dadurch das Gefühl haben, sie müssten für die gleiche Bezahlung länger arbeiten.

Die Einrichtung eines Raucherraumes im Rahmen einer betrieblichen Nichtraucherschutzpolitik kann ebenfalls solche Gefühle heraufbeschwören. Jedoch wird in keiner der Veröffentlichungen über die Auswirkungen betrieblicher Rauchverbote erwähnt, dass solche Maßnahmen die Konflikte zwischen Rauchern und Nichtrauchern schüren oder die Arbeitsatmosphäre sowie die Arbeitsmoral negativ beeinflussen. Sollte es zu Konflikten wegen zusätzlicher Rauchpausen kommen, lassen sich diese dadurch lösen, dass Raucher dazu angehalten werden, sich für Rauchpausen auszustempeln oder die versäumte Zeit nachzuarbeiten.<sup>2,18</sup>

#### **4.2.5 Unternehmensimage**

Ein weiterer Grund zur Einführung einer betrieblichen Nichtraucherpolitik kann eine daraus resultierende Aufpolierung des Unternehmensimages sowie eine gewandelte öffentliche Meinung sein, denn das Rauchen wird in der Gesellschaft zunehmend mehr als abweichendes und nicht als normales Verhalten betrachtet. Es kann für Unternehmen durchaus attraktiv sein, Nichtrauchern eine Rauch freie Umgebung zu garantieren und Rauchern Raucherentwöhnungsprogramme anzubieten. Rauch freie Arbeitsplätze können von Arbeitnehmern als zusätzliches Plus gewertet werden und dem Unternehmen insofern nützen, als sie die Loyalität der Beschäftigten noch erhöhen und neue Mitarbeiter anziehen, die dies schätzen. Dies dürfte vor allem auf Arbeitsstätten mit einem hohen Prozentsatz an Büroangestellten zutreffen.<sup>11</sup>

#### **4.2.6 Rechtsstreitigkeiten**

Die Angst, zum Passivrauchen gezwungene Arbeitnehmer könnten sie verklagen, war einer der Gründe, die Arbeitgeber dazu veranlassten, eine betriebliche Nichtraucherpolitik einzuführen.<sup>18</sup> Arbeitgeber können wegen Fahrlässigkeit verklagt werden, wenn Passivrauchen die Gesundheit von Arbeitnehmern gefährdet (siehe Kapitel 2).

#### **4.2.7. Weitere Kosten, die durch Rauchen entstehen**

Rauchen kann zudem noch eine Reihe von zusätzlichen Kosten für den Arbeitgeber verursachen, z.B. weil aufgrund des Tabakrauches eine aufwändigere Reinigung der Innenräume und der Einrichtung notwendig ist oder Geräte früher ausgetauscht werden müssen.<sup>18,22</sup> Tabakrauch kann die Lebensdauer von elektronischen Geräten wie Computern und elektronischen Messinstrumenten verkürzen. Desweiteren können, wenn Rauchen in Gebäuden erlaubt ist, Versicherungsunternehmen aufgrund eines erhöhten Brandrisikos höhere Versicherungsprämien veranschlagen. Schätzungen zufolge wurden 1996 in England 8,9% aller größeren Brände durch Raucherutensilien verursacht.<sup>23</sup> Der Gesamtverlust der dadurch verursachten Brände wird auf etwa 14 Millionen Pfund (1996 fast 22 Millionen US-Dollar) geschätzt.

Weiter wurden von Arbeitgebern die hohen Quadratmeterpreise für Büroflächen erwähnt, so dass durch die Anmietung von Raucherräumen, die besser für andere Zwecke genutzt werden könnten, zusätzliche Kosten entstehen, ebenso die Kosten für

in solchen Räumen notwendige zusätzliche Reinigung und Instandhaltung.

#### **4.3 Gründe für die Einführung einer betrieblichen Nichtraucherpolitik – Gesellschaft**

Wie oben bereits kurz erwähnt, verursacht Rauchen schwere Gesundheitsschädigungen (siehe auch Kapitel 1) und kann zu einer beträchtlichen finanziellen Belastung der Gesellschaft führen. Bislang gibt es nur wenige Untersuchungen über die finanziellen Belastungen, die der Gesellschaft durch Rauchen entstehen.<sup>24</sup>

Welte et al. untersuchten die in Deutschland durch Zigarettenrauch verursachte potentielle Lebenszeitverkürzung sowie die direkten medizinischen Kosten sowie die indirekten Kosten.<sup>25</sup> Die direkten Kosten umfassen auch die Behandlungskosten für durch Rauchen verursachte Erkrankungen. Indirekte Kosten sind die Kosten für den Produktionsverlust, der aufgrund von Tabak bedingten Erkrankungen oder Todesfällen entsteht.

Um die Tabak bedingte Sterberate und Erkrankungsrate für das Jahr 1993 zu berechnen, wurden der ätiologische Anteil in der allgemeinen Bevölkerung und die Häufigkeit des Auftretens zur Grundlage genommen. Berücksichtigt wurden Neoplasmen (Geschwüre), Herzgefäßerkrankungen, Atemwegserkrankungen, Geburtskomplikationen und tödliche Brandverletzungen. Attributable Risiken wurden der Literatur entnommen und in ein epidemiologisches Modell umgesetzt. Die Ergebnisse sahen wie folgt aus: 1993 konnten in Deutschland 22% aller Todesfälle bei Männern und 5% der Todesfälle bei Frauen sowie 1,5 Millionen Jahre potentieller Lebenszeitverkürzung auf das Rauchen zurückgeführt werden. Die aufgrund von Rauchen entstandenen Kosten für Krankenhauspflege, stationäre Rehabilitation, ambulante Pflege und verschriebene Medikamente betragen 9,3 Milliarden DM (1993 etwa 4,4 Milliarden US-Dollar). Die Kosten für vorzeitige Sterblichkeit, die auf Rauchen zurückzuführen war, betragen 8,2 Milliarden DM. Die Kosten für Arbeitsausfall und frühzeitige Berentung betragen 16,4 Milliarden DM (1993 fast 8 Milliarden US-Dollar). Die Gesamtkosten summierten sich auf 33,8 Milliarden DM - das waren 415 DM pro Einwohner oder 1.599 DM pro aktivem Raucher (1993 also etwa 16 Milliarden, 198 und 760 US-Dollar).<sup>25</sup>

Nach einer anderen Studie beliefen sich die durch Rauchen entstandenen Kosten für Gesundheitspflege 1996 in Deutschland auf 16,6 Milliarden Euro, d.h. auf über 6% der gesamten deutschen Gesundheitspflegekosten.<sup>26</sup> Dies entspricht den Schätzungen der

Weltbank, dass die durch Rauchen verursachten Gesundheitspflegekosten in Ländern mit hohem Einkommensniveau 6-15% der gesamten Gesundheitspflegekosten darstellen.<sup>24</sup>

Schätzungen des *Berkeley Economic Research Associates* (BERA) zufolge, die auf ökonomischen Modellen basieren, beliefen sich die durch Zigarettenrauchen entstandenen Behandlungskosten 1993 in den USA auf jährlich 56,3 Milliarden US-Dollar.<sup>27</sup> Diese Schätzung berücksichtigt nicht die indirekten Kosten des Rauchens wie z.B. jene für den Arbeitsausfall aufgrund von Tabak bedingten Erkrankungen oder jene, die infolge einer durch Rauchen verursachten Lebenszeitverkürzung entstehen. Ebenfalls nicht berücksichtigt sind die durch Passivrauchen entstandenen Behandlungskosten oder jene für die Behandlung von Kindern, die vor der Geburt Tabakrauch exponiert waren.

Die US-amerikanische Umweltschutzagentur EPA (*Environmental Protection Agency*) versuchte die Auswirkungen, die ein Gesetz für eine Rauch freie Umgebung (*Smoke Free Environment Act*) haben könnte, abzuschätzen<sup>28</sup>. Der Gesetzesentwurf sah vor, das Rauchen in allen Innenräumen außer in Privatwohnungen zu verbieten oder einzuschränken. Die wichtigste Schlussfolgerung war, dass sich durch ein solches Gesetz ein Netto-Gewinn zwischen 39 und 72 Milliarden US-Dollar (1994) erwirtschaften ließe. Schätzungen zufolge würden nur 10-20% der Gebäude mit separaten Raucherräumen ausgestattet werden, entweder aus Platzgründen oder weil die Kosten zu hoch wären. Die Einrichtung dieser Raucherräume würde zwischen 0,3 und 0,7 Milliarden US-Dollar kosten (1994).

Schätzungen von *Health Canada* zufolge entstehen jährlich 15 Milliarden Kanadische Dollar (1995 annähernd 13 Milliarden US-Dollar) an direkten Gesundheitspflegekosten infolge Tabakkonsums.<sup>29</sup> Diese Kosten setzen sich zusammen aus: 2,5 Milliarden Kanadische Dollar für Krankenhausaufenthalte und medizinische Behandlung, 1,5 Milliarden für stationäre Pflege, 2 Milliarden aufgrund des Arbeitsausfalls von Arbeitnehmern und 9 Milliarden aufgrund zukünftiger Einkommensverluste. Tabelle 1 liefert einen Überblick über die oben aufgeführten, durch Rauchen verursachten Kosten für die Gesellschaft, basierend auf Schätzungen für die einzelnen Länder.

Tabelle 1. Durch Rauchen verursachte, geschätzte Kosten **für die Gesellschaft**

Land	Geschätzte Kosten für die Gesellschaft (US-Dollar)	Jahr
Kanada <sup>a</sup>	13 Milliarden	1995
Deutschland <sup>b</sup>	16 Milliarden	1993
USA <sup>c</sup>	39 -72 Milliarden	1994
USA <sup>d</sup>	56,3 Milliarden	1993

<sup>a</sup> Direkte Gesundheitspflegekosten: Kosten für Krankenhausaufenthalte, medizinische Versorgung, stationäre Pflege und Tabak bedingten Arbeitsausfall.

<sup>b</sup> Basierend auf Tabak bedingte Kosten für Krankenhausbehandlung, stationäre Rehabilitation, ambulante Pflege und verschriebene Medikamente, Sterberate, Arbeitsausfall, frühzeitige Pensionierung.

<sup>c</sup> Basierend auf Kosten für Produktionsverluste aufgrund von Konflikten zwischen Rauchern und Nichtrauchern und Arbeitsausfall.

<sup>d</sup> Mit Hilfe ökonomischer Modelle ermittelte Behandlungskosten ohne indirekte Kosten, die durch Arbeitsausfall aufgrund Tabak bedingter Krankheiten entstehen.

Wenn auch das vorangige Ziel einer betrieblichen Nichtraucherschutzpolitik der Schutz von Arbeitnehmern, vor allem Nichtrauchern, gegen Passivrauchen ist, lässt sich aus den obigen Daten ableiten, dass die enorme, durch Rauchen am Arbeitsplatz entstehende finanzielle Belastung der Gesellschaft und die positiven Auswirkungen von Rauchverboten Grund genug sein dürften, um mehr Unterstützung, vor allem von der Regierung, für die Schaffung Rauch freier Arbeitsplätze zu fordern.

Diese Forderung findet jedoch nicht uneingeschränkte Zustimmung, vor allem nicht von Seiten der Tabakindustrie. Diese argumentiert, Raucher würden das Gesundheitswesen weniger belasten als andere, da sie früher sterben, wodurch die Regierung Kosten einsparen könne, weil für Raucher keine Renten- und Sozialversicherungskosten mehr anfallen.

In der Gesundheitsökonomik werden jedoch in der Regel nur die geschätzten Kosten für einzelne Krankheiten berücksichtigt, nicht die durch eine längere Lebensdauer entstehenden Kosten. Um beispielsweise die Kosteneffizienz eines Impfprogrammes zu ermitteln, werden sowohl die Kosten des Programms als auch die Einsparungen durch die Vorbeugung einer Erkrankung (sowie deren Behandlung) mit eingerechnet. Nicht inbegriffen sind hingegen die so genannten indirekten Kosten innerhalb des

Gesundheitswesens, d.h., die Pflegekosten, die aufgrund anderer Krankheiten entstehen, an der eine geimpfte Person später erkrankt, und die nicht mit der durch eine Impfung verhinderten Krankheit zusammenhängen (persönliche Mitteilung des *National Institute of Public Health and Environment*, Niederlande).

Dies impliziert, dass sich die Schätzung der Auswirkungen einer Nichtraucherchutzpolitik auf jene Rauch freien Jahre beziehen muss, in der keine Krankheiten mehr auf das Rauchen zurückgeführt werden können. Eine gemeinsam vom holländischen Gesundheitsministerium und dem Institut für Sozialmedizin durchgeführte Studie zeigt, dass Maßnahmen zur Raucherentwöhnung die Lebensdauer verlängern und die Zahl der Jahre verringern, in der mit einer Behinderung gelebt werden muss.<sup>30</sup>

Generell geht man davon aus, dass der potentielle Nutzen von Präventionsmaßnahmen für die Volksgesundheit bei weiteren höher ist als deren Kosten.<sup>z.B.24</sup> Angesichts der hohen, durch Rauchen verursachten Kosten, sollten primäre, sekundäre und tertiäre Präventionsmaßnahmen erweitert werden.<sup>26</sup> Der Arbeitsplatz kann als wichtiges Medium betrachtet werden, um jemanden davon abzuhalten, überhaupt erst mit dem Rauchen anzufangen sowie Rauchern dabei zu helfen, aufzuhören.

#### **4.4 Kostenstudien über eine betrieblichen Nichtraucherchutzpolitik**

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, existieren nur wenige Veröffentlichungen über den Kostennutzen von Rauchen am Arbeitsplatz. Ein weiteres Problem ist, dass es sich aus Sicht der Gesundheitsökonomik bei den vorhandenen Studien nicht um echte Kosten-Nutzen-Analysen handelt, sondern um reine Kostenstudien.

Die bisher veröffentlichten Studien stammen größtenteils aus den USA und sind bereits älteren Datums. Die folgenden Seiten vermitteln einen Überblick über die in jüngeren Publikationen entdeckten Kostenstudien (nach 1990) sowie über die aus persönlichen Gesprächen mit Experten, die auf diesem Gebiet arbeiten, gewonnenen Informationen.

Anmerkung: Viele der angeführten Zahlen sind Unternehmensstudien entnommen und wurden nicht im Detail nachgeprüft.

## **Niederlande**

1993 führte Shell Pernis eine Untersuchung über die Kosten, die durch rauchende Arbeitnehmer entstehen, durch. Die Ergebnisse dieser Studie wurden nicht veröffentlicht. Persönlichen Aufzeichnungen von (ehemaligen) Angestellten bei Shell, die an dieser Untersuchung teilgenommen hatten, entnahmen wir, dass ein rauchender Arbeitnehmer das Unternehmen jährlich 2000 holländische Gulden (dies entsprach 1993 etwa 940 US-Dollar) mehr kostete als ein nicht rauchender Arbeitnehmer. Diese Kostenkalkulationen basierten hauptsächlich auf den Arbeitsausfall von Mitarbeitern. Die Arbeitnehmer wurden in Gruppen - Nichtraucher, leichte Raucher (< 10 Zigaretten pro Tag) und starke Raucher (> 10 Zigaretten pro Tag) - eingeteilt. Die starken Raucher fehlten im Schnitt 7,5 Tage mehr als Nichtraucher, leichte Raucher 5,5 Tage mehr als Nichtraucher.

## **Schottland**

In einer schottischen Studie wurden die Kosten für einen Arbeitnehmer, der am Arbeitsplatz raucht, mit Hilfe der Ergebnisse einer telefonischen Umfrage in 167 Unternehmen sowie mittels Angaben aus wissenschaftlichen Publikationen ermittelt.<sup>2</sup> Befragt wurden die für eine Tabakpolitik Verantwortlichen, meist Mitarbeiter der Personalabteilung und Sicherheitsbeauftragte.

In 156 (93%) dieser 167 Unternehmen existierte eine restriktive Politik zur Eindämmung des Tabakkonsums. In 57 % dieser 156 Firmen war Rauchen nur in "Raucherzimmern" erlaubt. Von den Arbeitgebern, die eine Nichtraucherschutzpolitik eingeführt hatten, wurde von 37% eine "Politik absolut Rauch freier Gebäude" verfolgt. Drei Arbeitgeber (2%) schränkten die Zeit ein, in der Arbeitnehmer rauchen durften. Sieben Arbeitgeber (4%) gaben an, dass die Entscheidung, ob das Rauchen in einem Büro erlaubt werden sollte, von den Präferenzen der einzelnen Mitarbeiter abhing. Gesundheitsschutz war der am häufigsten angeführte Grund für eine restriktive Rauchpolitik (n=130). Weiter wurden als Gründe genannt: Sicherheit (n=40), verbesserte Hygiene (n=30), größere Kosteneinsparungen (n=19), gesetzliche Vorgaben (n=9), positive Auswirkung auf die Moral der Belegschaft (n=9) und weniger Arbeitsausfall (n=2).

Siebzehn Arbeitgeber führten eine verminderte Produktivität als größeren Kostenpunkt bei Einführung von Rauchverboten am Arbeitsplatz an, da Raucher ihren Arbeitsplatz verließen, um in den ausgewiesenen Raucherzonen eine Zigarettenpause zu machen.

Die Mehrheit der Arbeitgeber war sich der aus der Einführung einer restriktiven Rauchpolitik resultierenden positiven gesundheitlichen Auswirkungen durchaus bewusst. Jedoch schien sich kaum jemand zu vergegenwärtigen, welche Möglichkeiten zur Kosteneinsparung eine Politik bietet, die darauf abzielt, Arbeitnehmern bei der Raucherentwöhnung zu helfen. Dass die Firma Kosten einsparen kann, wenn Arbeitnehmer aufhören zu rauchen, wurde als unwichtig erachtet oder nicht bedacht.<sup>2</sup>

Die für Schottland geschätzten Gesamtkosten, die durch den Arbeitsausfall rauchender Arbeitnehmer entstanden, wurden auf Basis einer 1991 durchgeführten US-amerikanischen Studie, der DuPont-Studie, ermittelt.<sup>2</sup> Diese Studie wurde aufgrund der großen Teilnehmerzahl (n=45.976) und der großen Bandbreite unterschiedlicher Berufe ausgewählt. Die Zahlen sollten aufgrund der Unterschiede in der Unternehmensstruktur in den USA und Schottland sowie der unterschiedlichen Sanktionen für Fernbleiben vom Arbeitsplatz in beiden Ländern eher mit Vorsicht genossen werden. Die Gesamtkosten für rauchende Arbeitnehmer aufgrund übermäßig häufigem Fernbleiben vom Arbeitsplatz beliefen sich nach diesen Schätzungen auf jährlich fast 40 Millionen englische Pfund (dies entsprach 1997 etwa 20 Millionen US-Dollar). Diese Schätzungen könnten zu niedrig angesetzt sein, da mit zunehmendem Alter auch mit zunehmendem, durch Rauchen bedingtem Arbeitsausfall gerechnet werden muss und das Alter bei dieser Kalkulation nicht berücksichtigt wurde. Auch dass in der Regel das Gehalt mit zunehmendem Alter steigt, blieb unberücksichtigt und könnte ein Grund dafür sein, dass die geschätzten Kosten unter den realen Kosten liegen.

Als Basis für die Kalkulation des durch Rauchen verursachten Produktivitätsverlustes wurden die für Zigarettenpausen aufgewendete Zeit und das durchschnittliche Gehalt herangezogen. Der durch Rauchen verursachte Produktivitätsverlust schottischer Arbeitnehmer wurde (1997) auf jährlich 450 Millionen englische Pfund geschätzt, ausgehend von 46 Arbeitswochen pro Jahr und 5 Arbeitstagen die Woche.<sup>2</sup> Natürlich ist es möglich, dass ein Produktivitätsverlust auch an Rauch freien Arbeitsplätzen auftritt. Dies ist der Fall, wenn Arbeitnehmer zusätzlich zu normalen Pausen Zigarettenpausen einlegen und das Gebäude zum Rauchen verlassen dürfen. Nach den Schätzungen dieser Studie variierten die Gesamtkosten je nach der für Rauchpausen aufgewendeten Zeit zwischen 372 Millionen englischen Pfund (Kein Produktivitätsverlust durch Rauch freie Gebäude) und 605 Millionen englischen Pfund (Raucher wendeten 30 Minuten für Rauchpausen auf) pro Jahr (die entsprach 1997

jeweils etwa 180 und 300 Millionen US-Dollar).

Aus den aufgeführten Schätzungen wird ersichtlich, dass rauchende Arbeitnehmer ihren Arbeitgebern beträchtliche Kosten verursachen, und dass Raucherentwöhnungsprogramme, die Raucher dabei unterstützen sollen, aufzuhören, ein beträchtliches Potential für betriebliche Kosteneinsparungen bieten und die Gesundheit von Rauchern verbessern helfen.<sup>2</sup>

## **Schweden**

Das schwedische Zentrum für Tabakprävention hat die betriebliche Situation in Schweden untersucht. Es kam zu dem Ergebnis, dass viele Arbeitgeber ihre Arbeitnehmer gerne bei der Raucherentwöhnung unterstützen würden.<sup>31</sup> 78 % halten es für wichtig, dass Arbeitnehmer nicht rauchen, während 95 % es für wichtig erachten, dass die Umgebung Rauch frei ist. Als Gründe wurden angeführt: laut dem schwedischen Tabakgesetz ist der Arbeitgeber für unfreiwilliges Passivrauchen und Beeinträchtigung von Gesundheit und Wohlbefinden der Arbeitnehmer sowie für finanzielle Einbußen durch Rauchpausen und krankheitsbedingten Arbeitsausfall von Rauchern selbst verantwortlich. Als weiterer Grund wurde genannt, dass eine nicht rauchende Belegschaft und Rauch freie Räumlichkeiten das Unternehmensimage verbessern.

Das schwedische Zentrum für Tabakprävention kalkulierte auch die Kosten, die einem Arbeitgeber durch rauchende Arbeitnehmer entstehen.<sup>13</sup> Diese Kostenkalkulation wurde auf der Basis wissenschaftlicher Publikationen erstellt und bezieht das schwedische Durchschnittsgehalt, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und das Krankenversicherungssystem mit ein. Die Mindestkosten für einen Arbeitnehmer, der raucht, 17.160 schwedische Kronen im Monat verdient (1999 etwa 1.700 US-Dollar) und 2,5 Tage pro Jahr zusätzlich fehlt, belaufen sich jährlich auf schätzungsweise 1.800 schwedische Kronen (1999 etwa 180 US-Dollar). Und dies sind nur die durch Krankheitsausfall entstehenden Kosten. Die Kosten für vorübergehend eingestellte Ersatzkräfte und Produktionsverluste müssen für jeden Fall individuell kalkuliert werden.

Das schwedische Zentrum für Tabakprävention kalkulierte ebenfalls die Kosten für Produktionsverluste, die aufgrund von Rauchpausen entstehen. Es wird geschätzt, dass mindestens 30 Minuten pro Arbeitstag für Rauchen aufgewendet werden. Diese

Schätzung basiert auf folgenden Annahmen<sup>13</sup>:

- Die meisten Raucher rauchen pro Tag 15-20 Zigaretten
- Vorsichtig geschätzt werden fünf von diesen Zigaretten am Tag während der Arbeit geraucht
- Drei dieser Zigaretten werden während "normaler" Pausen am Morgen, am Nachmittag und in der Mittagspause geraucht
- Zwei Zigaretten werden während des Arbeitstages zu anderen Zeiten geraucht
- Es dauert schätzungsweise zehn Minuten, um eine Zigarette zu rauchen
- Es dauert schätzungsweise fünf Minuten, um zum Raucherbereich und wieder zurück zum Arbeitsplatz zu gehen

Der finanzielle Verlust für ein Unternehmen aufgrund zusätzlicher Rauchpausen wird in Schweden auf 18.000 –24.000 schwedische Kronen (1999 entsprach dies 1.760 – 2.345 US-Dollar) pro Raucher im Jahr geschätzt.

Schätzungen zufolge stellen durch Rauchen verursachter Arbeitsausfall infolge von Krankheit und Rauchpausen eine zusätzliche finanzielle Belastung für den Arbeitnehmer in Höhe von 1.936 – 2.579 US-Dollar (1999 prices) jährlich pro Arbeitnehmer dar.

### **Deutschland**

Die Nichtraucher-Initiative Deutschland (NID) erstellte eine Kostenkalkulation für rauchende Arbeitnehmer.<sup>17</sup> Diese Kalkulation bezieht folgende Kosten mit ein: Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, den Produktionsverlust aufgrund aktiven Rauchens als auch aufgrund der gesundheitlichen Auswirkungen auf nicht rauchende Arbeitnehmer (Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen und Ähnliches), Ausfall von rauchenden Arbeitnehmern und Wissensverlust, Einarbeitung neuer Mitarbeiter und Bezahlung von Überstunden, zusätzliche Belüftung und Reinigung, die Einrichtung eines Raucherzimmers und die erhöhte Brandgefahr aufgrund des Rauchens. Nach Krauses Schätzung kostet ein rauchender Arbeitnehmer jährlich mindestens 2.460 DM (1995 etwa 1200 US-Dollar) mehr als ein nicht rauchender Arbeitnehmer.<sup>17</sup>

### **Kanada**

In einer vom *Conference Board of Canada* durchgeführten Studie wurden die

zusätzlichen Kosten, die für einen rauchenden Arbeitnehmer im Vergleich zu einem vergleichbaren Nichtraucher entstehen, berechnet.<sup>32</sup> Die Kalkulation dieser Kosten erfolgt aus Arbeitgebersicht und basiert auf vier Faktoren: häufigere Fehlzeiten, verminderte Produktivität, höhere Lebensversicherungsprämien und die Kosten für Raucherbereiche. Die Kosten wurden anhand von Formeln errechnet (siehe Formeln in Anhang 4.1). Die geschätzten Gesamtkosten belaufen sich auf über 2000 kanadische Dollar jährlich (1995 etwa 1700 US-Dollar) pro Raucher.

Tabelle 2. Jährlich pro rauchendem Arbeitnehmer anfallende Kosten in Kanada für das Jahr 1995

Kostenfaktor	Kosten (in kanadischen Dollar/ CAD*)
häufigere Fehlzeiten	230
verminderte Produktivität	2.175
höhere Lebensversicherungsprämien	75
Kosten für Raucherbereiche	85
Gesamtkosten	2.565

\* 1995 entsprachen 1,18 kanadische Dollar 1 US-Dollar.

Aufschlüsselung dieser Kosten:

- Häufigere Fehlzeiten: 230 CAD. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass Raucher häufiger krankheitsbedingt fehlen als Nichtraucher. Wenn Arbeitnehmern das Gehalt im Krankheitsfall weiter bezahlt wird, entstehen für Arbeitgeber reale Kosten. In seiner Kalkulation geht das *Conference Board* davon aus, dass Raucher jährlich 1,8 Tage mehr wegen Krankheit fehlen als Nichtraucher.
- Verminderte Produktivität: 2.175 CAD. Rauchende Arbeitnehmer genehmigen sich eventuell Rauchpausen ausserhalb der festgelegten Pausenzeiten, wenn sie an ihrem Arbeitsplatz nicht rauchen dürfen. In seiner Kalkulation geht das *Conference Board* davon aus, dass Raucher täglich 30 Minuten außerhalb der festgelegten Pausenzeiten Pause machen, um zwei Zigaretten zu rauchen.
- höhere Lebensversicherungsprämien: 75 CAD. Arbeitgeber, die rauchende Arbeitnehmer beschäftigen, müssen aufgrund vermehrt auftretender gerichtlicher

Klagen von Seiten nicht rauchender Arbeitnehmer im Laufe der Zeit mit höheren Lebensversicherungsprämien rechnen. Auch wenn kanadische Versicherungsgesellschaften nicht direkt einen Rabatt für nicht rauchende Arbeitnehmer gewähren (dieser Rabatt wird nur nicht rauchenden privaten Versicherungsnehmern gewährt), werden doch weniger Klagen von Seiten nicht rauchender Arbeitnehmer mit der Zeit zu einer Reduzierung der Versicherungsprämien des Unternehmens führen. Die Kalkulationen des *Conference Board* basieren auf dem durchschnittlich gewährten Rabatt für private Versicherungsnehmer, die durch Stichproben bei kanadischen Lebensversicherungsgesellschaften ermittelt wurden. In diesen Berechnungen sind Erwerbsunfähigkeit sowie Krankenversicherung und zahnärztliche Versicherung nicht enthalten.

- Kosten für Raucherbereiche: 85 CAD. Für Betriebe mit einem separat belüfteten Raucherbereich in ihren Räumlichkeiten entstehen Kosten für den Bau/ Ausbau, den Unterhalt und die Reinigung dieses Raucherbereiches. In seinen Kalkulation geht das *Conference Board* von Einrichtungskosten in Höhe von 11.000 CAD aus, die sich innerhalb von 10 Jahren amortisieren, plus jährlichen Unterhaltskosten in Höhe von 5% der Ausgangskosten.

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die oben aufgeführten jährlichen Kosten eines rauchenden Arbeitnehmers pro Land. Zum besseren Vergleich wurden die jährlichen Kosten in die aktuellen Kosten des Jahres 1999 umgerechnet. \*

---

\* Für die Kalkulation der jährlichen Kosten pro rauchendem Arbeitnehmer pro Land im Jahr 1999, wurden Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) verwendet. Quelle: OECD *Health data for windows*, Version 2000 (Computerprogramm). Paris: OECD, 2000.

Tabelle 3. Überblick über die jährlichen Kosten *pro rauchendem Arbeitnehmer* pro Land im Jahr 1999

Land	Jährliche Kosten (US-Dollar)
Niederlande <sup>a</sup>	1025
Deutschland <sup>a, b</sup>	1226
Kanada <sup>a, c</sup>	1794
Schweden <sup>d</sup>	2258

<sup>a</sup> Basierend auf durch Rauchen bedingte häufigere Fehlzeiten und Lohnfortzahlung im Krankheitsfall

<sup>b</sup> Basierend auf Kosten für Überstunden, die durch Rauchen bedingte Abwesenheit des Kollegen, zusätzliche Belüftung, Einrichtung eines Raucherraumes sowie erhöhte Brandgefahr entstehen

<sup>c</sup> Basierend auf höheren Lebensversicherungsprämien und Kosten für den Raucherbereich

<sup>d</sup> Basierend auf den Kosten für durch Rauchen verursachten, krankheitsbedingtem Arbeitsausfall und zusätzliche Pausen

#### 4.5 Kosten einer betrieblichen Nichtraucherchutzpolitik

Wie oben bereits erwähnt, kann die Einführung einer betrieblichen Nichtraucherchutzpolitik auch Kosten verursachen. So können Kosten für Planung und Beratung entstehen, für Aufklärungsmaßnahmen über die Vorteile des Nichtrauchens, aus dem Einbau spezieller Belüftungsanlagen, durch die Einrichtung separater Raucherbereiche, aus Entwöhnungsprogrammen für einzelne Arbeitnehmer, aus Bereitstellung von Nikotinersatzstoffen wie Nikotinkaugummis, usw. Allgemein herrscht jedoch die Meinung vor, dass der Nutzen einer betrieblichen Nichtraucherchutzpolitik deutlich größer ist als die daraus entstehenden Kosten. Anhand einer Simulationsanalyse konnte aufgezeigt werden, dass das Angebot betrieblicher Raucherentwöhnungsprogramme eine lohnenswerte Investition für ein Unternehmen ist, und zwar besonders dann, wenn der Langzeit-Nutzen mitberücksichtigt wird.<sup>33</sup> Die Analyse ergab eine potentielle Kosten-Nutzen-Kennziffer von 8,75, wobei man von geschätzten 150 US-Dollar pro Teilnehmer eines

Raucherentwöhnungsprogrammes ausging.

Das erfolgreiche *Quit 4 Good*-Programm der *Lung Association* von Nova Scotia kostet 150 CAD pro Arbeitnehmer. Diese Investition zahlt sich aus, wie die Studie des *Conference Board of Canada* belegt. Tatsächlich wies die *Cancer Care Nova Scotia* in einem kürzlich veröffentlichten Bericht nach, dass ein Arbeitgeber für jeden Dollar, den er für ein Entwöhnungsprogramm ausgibt, 4 CAD zurückbekommt.<sup>34</sup>

In den Niederlanden werden in der Regel 50 holländische Gulden pro Arbeitnehmer veranschlagt. Diese Kosten entstehen primär durch das Angebot eines Entwöhnungsprogramms für rauchende Arbeitnehmer in großen Unternehmen.

#### **4.6 Hindernisse für die Einführung einer betrieblichen Nichtraucherschutzpolitik**

Auch wenn die in den oben angeführten Studien erwähnten, aus der Einführung einer Nichtraucherschutzpolitik resultierenden Vorteile vielen Arbeitgebern bewusst sind, können doch bestimmte betriebliche Charakteristika einer Einschränkung des Rauchens im Wege stehen. So gibt es kaum Untersuchungen über die Tabakexposition von Arbeitnehmern in den Wohnungen von Kunden oder anderen privaten Räumlichkeiten. Dieses Problem ist nicht leicht zu lösen, denn einerseits hat jeder ein Recht darauf, in seinen Privaträumen Geschäfte zu tätigen, andererseits auch jeder ein Recht darauf, während der Arbeit nicht unfreiwillig Passivrauchen zu müssen.

Ein weiterer problematischer Bereich sind Bewirtungsbetriebe, z.B. Restaurants und Bars. Diese Einrichtungen machen sich Sorgen über die Auswirkungen von Rauchverboten auf ihren Umsatz. Studien aus den USA zeigen jedoch, dass die Umsätze von Bewirtungsbetrieben aufgrund gesetzlicher Rauchverbote und Vorschriften nicht sinken, sondern in den meisten Fällen durch die Einhaltung solcher Gesetze sogar eher steigen.<sup>34, 35</sup> Eine kanadische Umfrage unter 401 Restaurants und 600 Firmen in Québec beispielsweise erbrachte das Ergebnis, dass, obwohl man mit hohen Kosten für die Einführung von Rauchverboten - Änderungen der Infrastruktur, verminderte Produktivität und weniger Kundschaft – gerechnet hatte, keiner dieser erwarteten Nachteile tatsächlich eintrat.<sup>36</sup> Auf das Jahr umgerechnet beliefen sich die Kosten für infrastrukturelle Änderungen auf weniger als 0,0002% des Firmenumsatzes und auf weniger als 0,15% der Restaurantumsätze. Die Zahl Rauch freier Restaurants und ähnlicher Einrichtungen nimmt zu, während sich gleichzeitig die Besitzer immer noch gegen Vorschriften zur Reinhaltung der Luft sträuben.

#### **4.7 Zusammenfassung und Schlussbetrachtung**

Das primäre Ziel einer betrieblichen Nichtraucherpolitik ist es, Arbeitnehmer, vor allem Nichtraucher, gegen Tabakrauch in der Umgebung (ETS) zu schützen. Weitere Gründe für die Einführung einer betrieblichen Nichtraucherpolitik sind Kostensenkungen, eine Verbesserung des Unternehmensimages sowie eine Reduzierung von Fehlzeiten, Arbeitsunfällen, Konflikten und zusätzlich durch Rauchen entstehende Kosten.

Dieses Kapitel verdeutlicht, dass Arbeitgeber durch die Einführung einer Nichtraucherpolitik zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Angestellten beitragen können. Der Schutz von Nichtrauchern gegen Passivrauchen verursacht für Arbeitnehmer keine größeren Kosten. Obgleich viele der in diesem Kapitel zitierten Zahlen aus Unternehmensstudien stammen und keiner genaueren Prüfung unterzogen wurden, lässt sich aus ihnen schließen, dass sich für Arbeitnehmer die Investitionen für eine Nichtraucherpolitik auszahlen. Die sich aus einer betrieblichen Nichtraucherpolitik ergebenden Vorteile sind bei weitem größer als die Kosten, vor allem auf lange Sicht. Maximieren lässt sich der finanzielle Nutzen durch die Schaffung Rauch freier Arbeitsplätze, d.h. durch ein absolutes Rauchverbot im ganzen Betrieb, ohne Bereitstellung von Raucherräumen.

Die große Belastung für die Gesellschaft und die positiven Auswirkungen von Rauchverboten am Arbeitsplatz werden als ausreichende Gründe betrachtet, um von der Regierung und den Arbeitgebern mehr Unterstützung bei der Schaffung Rauch freier Arbeitsplätze zu fordern. Der Arbeitsplatz kann als wichtiges Medium betrachtet werden, um jemanden davon abzuhalten, überhaupt erst mit dem Rauchen anzufangen sowie Rauchern dabei zu helfen, aufzuhören.

## Anhang 4.1 Formeln für die Kostenkalkulation

Quelle: *Conference Board of Canada* 1997<sup>31</sup>

### 1. Häufigere Fehlzeiten

Die Kalkulation der aufgrund von höheren Fehlzeiten entstehenden jährlichen Kosten pro Arbeitnehmer wurde mit folgenden Formeln erstellt:

$$COST_{ABSENT} = (DAYS_{EVER} - DAYS_{NEVER}) \times DAILYWAGE \times (1 + BENEFITS)$$

Erläuterung:

$COST_{ABSENT}$  (KOSTEN<sub>ABWESEND</sub>) = jährliche Kosten aufgrund häufigerer Fehlzeiten (in Dollar pro Arbeitnehmer)

$DAYS_{EVER}$  (TAGE<sub>IMMER</sub>) = durchschnittliche Zahl von Krankheitstagen, die jährlich bei "immer" Rauchenden anfallen

$DAYS_{NEVER}$  (TAGE<sub>NIE</sub>) = durchschnittliche Zahl von Krankheitstagen, die jährlich bei "nie" Rauchenden anfallen

$DAILYWAGE$  (TAGESEINKOMMEN) = durchschnittliches Einkommen pro Tag (alle Wirtschaftssektoren berücksichtigt)

$BENEFITS$  (AUFWENDUNGEN) = Krankenversicherungsbeitrag des Arbeitgebers für einen Arbeitnehmer (Anteil)

### 2. Verminderte Produktivität

Der jährliche Produktivitätsverlust, der entsteht, wenn Arbeitnehmer ihren Arbeitsplatz für Zigarettenpausen verlassen, wird wie folgt berechnet:

$$COST_{PROD} = CIGS \times \frac{TIME}{MINUTES} \times WAGE_{AVERAGE} \times (1 + BENEFITS) \times DAYSWORKED$$

Erläuterung:

$COST_{PROD}$  (KOSTEN<sub>PROD</sub>) = jährlicher Produktivitätsverlust (in Dollar pro Arbeitnehmer)

CIGS = durchschnittliche Zahl an Zigaretten, die bei der Arbeit pro Tag während zusätzlicher Rauchpausen geraucht werden

TIME (ZEIT) = Zeit, die für das Rauchen einer Zigarette veranschlagt wird, in Minuten

MINUTES (MINUTEN) = Minuten pro Stunde (60 Minuten)

$WAGE_{AVERAGE}$  (LOHN<sub>DURCHSCHNITT</sub>) = durchschnittliche Entlohnung in allen Wirtschaftssektoren pro Stunde (in Dollar)

BENEFITS (AUFWENDUNGEN) = Krankenversicherungsbeitrag des Arbeitgebers für einen Arbeitnehmer (Anteil)

DAYSWORKED (ARBEITSTAGE) = Zahl der Tage, die pro Jahr gearbeitet wurden (Tage)

### 3. Höhere Lebensversicherungsprämien

Die Formel zur Berechnung der höheren jährlichen Lebensversicherungsprämie von rauchenden Arbeitnehmern im Gegensatz zu nicht rauchenden Arbeitnehmern, lautet:

$$COST_{LIFE} = \frac{PREMIUM_{AVERAGE} \times EMPLOYER \times DISCOUNT}{1 - DISCOUNT + \%SMOKE \times DISCOUNT}$$

Erläuterung:

$COST_{LIFE}$  (KOSTEN<sub>LEBEN</sub>) = jährliche Kosten für höhere Lebensversicherungsprämien (Dollar pro Arbeitnehmer)

$PREMIUM_{AVERAGE}$  (PRÄMIE<sub>DURCHSCHNITT</sub>) = durchschnittliche Gruppen-Lebensversicherungsprämie pro Arbeitnehmer – Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge (Dollar pro Arbeitnehmer)

EMPLOYER (ARBEITGEBER) = Prozentsatz der Gruppen-Lebensversicherungsprämie, der vom Arbeitgeber bezahlt wird (Anteil)

DISCOUNT (RABATT) = durchschnittlicher, Nichtrauchern gewährter Rabatt bei einer privaten Lebensversicherung (Anteil)

$\%SMOKE$  ( $\%RAUCH$ ) = Prozentsatz der rauchenden Bevölkerung (Anteil)

#### 4. Kosten für Raucherbereiche

Die höheren Kosten für einen Raucherbereich werden unterteilt in die Kosten für Bau/Ausbau und Betrieb eines separat belüfteten Raucherbereiches und in die Kosten für Reinigung und Unterhalt des Raucherbereiches.

##### a) Bau- und Betriebskosten für einen separat belüfteten Raucherbereich

Die Formel zur Berechnung der jährlichen Kosten für Bau und Betrieb eines separat belüfteten Raucherbereiches lautet:

$$COST_{ROOM} = \frac{CAPITAL \times \left( \frac{1}{AMORTIZATION} + OPERATING \right)}{SMOKERS}$$

Erläuterung:

$COST_{ROOM}$  (KOSTEN<sub>RAUM</sub>) = jährliche Kosten für Bau und Betrieb eines separat belüfteten Raucherbereiches (Dollar pro Arbeitnehmer)

$CAPITAL$  (INVEST) = Investitionskosten für den Bau eines separat belüfteten Raucherbereiches (in Dollar)

$SMOKERS$  (RAUCHER) = maximale Zahl rauchender Arbeitnehmer, die den Raucherbereich nutzen (Zahl der Arbeitnehmer)

$AMORTIZATION$  (AMORTISIERUNG) = der Amortisierungszeitraum für einen Raucherbereich (Jahre)

$OPERATING$  (BETRIEB) = die jährlichen Kosten für den Betrieb des Raucherbereiches als Prozentsatz der ursprünglichen Investitionskosten (Anteil)

##### b) Kosten für Reinigung und Unterhalt des Raucherbereiches

Die Formel zur Berechnung der jährlichen Kosten für Reinigung und Unterhalt des separat belüfteten Raucherbereiches lautet:

$$COST_{CLEANING} = \frac{\left( \frac{DAILY + WEEKLY/5}{MINUTES} \right) \times WORKDAYS}{SMOKERS} \times WAGE_{JANITOR} \times (1 + BENEFITS)$$

Erläuterungen:

$COST_{CLEANING}$  (KOSTEN<sub>REINIGUNG</sub>) = jährliche Kosten für Reinigung und Unterhalt eines Raucherbereiches (Dollar pro Arbeitnehmer)

DAILY (TÄGLICH) = für die Reinigung von Aschern im Raucherbereich täglich aufgewendete Zeit (Minuten)

WEEKLY (WÖCHENTLICH) = für die Reinigung des Raucherbereichs wöchentlich aufgewendete Zeit (Minuten)

MINUTES (MINUTEN) = Zahl der Minuten pro Stunde (60 Minuten)

WORKDAYS (ARBEITSTAGE) = Zahl der Arbeitstage por Jahr (Tage)

$WAGE_{JANITOR}$  (LOHN<sub>HAUSMEISTER</sub>) = der durchschnittliche Lohn für einen Hausmeister (Dollar pro Stunde)

SMOKERS (RAUCHER) = Zahl der rauchenden Arbeitnehmer, die den Raucherbereich nutzen (Zahl der Arbeitnehmer)

BENEFITS (AUFWENDUNGEN) = Krankenversicherungsbeitrag des Arbeitgebers für einen Arbeitnehmer (Anteil)

## Referenzliteratur

### *Bibliographie Kapitel 1*

1. National Research Council. Environmental Tobacco Smoke. Measuring Exposures and Assessing Health Effects. Washington, District of Columbia, USA: National Academy Press, 1986; 1-337.
2. US Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary smoking: A report from the Surgeon General. Rockville, Maryland, USA, Office on Smoking and Health. Centers of Disease Control, Public Health Service, 1986.
3. National Institute for Occupational Safety and Health. Environmental tobacco smoke in the workplace: Lung cancer and other health effects. Washington, District of Columbia, USA: Department of Health and Human Services. National Institute of Occupational Safety and Health, 1991.
4. California Environmental Protection Agency. Health effects of exposure to Environmental Tobacco Smoke. Los Angeles, California: California Environmental Protection Agency, 1997.
5. Ducatman, Alan M. and McLellan, Robert K. Epidemiological basis for an occupational and environmental policy on environmental tobacco smoke. The American College of Occupational and Environmental Medicine, 2000; 1-11.
6. Sasco, AJ., Dubois, G, Ah-Song, R, Whidden, M. Passive smoking. The health impact. Paris, France, Comité National Contre le Tabagisme, 1999; 3-63.
7. Kjøenstad A, Birkeland V, Dybing E, Lund KE, Sanner T, Skjerdal NV. Product liability of the tobacco industry. Review by a group of experts with mandate from the Ministry of Health and Social Affairs January 23, 1998 (Tobakksindustriens erstatningsansvar. Utredning fra en faggruppe med mandat fra Social- og helsedepartementet 23. januar 1998. Avgitt 28. juni 2000.). Oslo, Norway: 2000; 17-661.
8. Corrao MA, Guindon GE, Sharma N, Shokoohi DF. Tobacco Control Country Profiles. Atlanta, Georgia, USA: The American Cancer Society, 2000; 1-512.

9. Müller. Krebsforschung 1940; 49: 57
10. Shairer DE, Schoninger E. Zeitschrift für Krebsforschung 1941; 34: 261-269.
11. Hill A, Doll R. BMJ 1950;
12. Commission of median life expectancy - Ministry of Health, Danish Institute of Clinical Epidemiology. Mortality of the Danes in the 1990s. 1. report of the Commission of median life expectancy (Danskernes dødelighed i 1990erne. 1. delrapport fra Middellevetidsudvalget). Copenhagen: Ministry of Health, 1998; 1-96.
13. Devesa SS, Grauman DJ, Blot WJ, Fraumeni JF, Jr. Cancer surveillance series: Changing geographic patterns of lung cancer mortality in the United States, 1950 through 1994. J Natl Can Inst 1999; 91: 1040-9.
14. Joossens, L Sasco, A. Some like it light. Women and smoking in the European Union. Brussels, Belgium, European Network on Smoking Prevention, 1999: 5-65..
15. Council on Tobacco or Health. Lung cancer mortality in women in European countries. 1999. Copenhagen, Council on Smoking or Health.
16. Vestbo J, Juel K, Døssing M, Prescott EIB. The epidemic noone will acknowledge (Epidemien ingen tør se i øjnene). Ugeskr Laeg 2001; 163: 1870-2.
17. Kroumhout D, Menotti A, Blackburn H. The Seven Countries Study. Bilthoven, The Netherlands: RIVM, 1993; 7-219.
18. Jensen G, Nybroe J, Appleyard M, Schnohr P. Risk factors for acute myocardial infarction in Copenhagen II: smoking, alcohol intake, physical activity, obesity, oral contraception, diabetes, lipids, and blood pressure. Eur Heart J 1991; 12: 298-308.
19. Nyboe J, Jensen G, Appleyard M, Schnohr P. Smoking and the risk of first acute myocardial infarction. Am Heart J 1991; 112: 438-47.
20. Hansen EF, Andersen LT, von Eyben FE. Cigarette smoking and age at first acute myocardial infarction, and influence of gender and extent of smoking. Am J Cardiol 1993; 71: 1439-42.
21. von Eyben FE, Bech J, Madsen JK. High prevalence of smoking in young patients with acute myocardial infarction. J Roy Soc Health 1996; 116: 153-6.

22. von Eyben FE, von Eyben R. Smoking and other major coronary risk factors and acute myocardial infarction before 41 years of age: Two Danish case-control studies. *Scand Cardiovascular J* 2000; 35: 25-9.
23. Smith GD, Phillips AN, Neaton JD. Smoking as "independent" risk factor for suicide: illustration of an artifact from observational epidemiology? *Lancet* 1992; 340: 709-12.
24. Tverdal A, Thelle D, Stensvold I, Leren P, Bartveit K. Mortality in relation to smoking history: 13 years' follow-up of 68,000 Norwegian men and women. *J Clin Epidemiol* 1993; 46: 475
25. Knudsen NJ. Regional variations in goitre prevalence in Denmark - and the impact of tobacco smoking. *Ugeskr Laeg* 2001; 163: 1577-8.
26. Winsa B, Karlsson A. Rökning och giftstruma. *Läkartidningen* 1993; 90: 3051-2.
27. Hopper JL, Seeman E. The bone density of female twins discordant for tobacco use. *N Eng J Med* 1994; 330: 387-92.
28. Kato I, Nomura A, Stemmermann GN, Chyou P-H. A prospective study of gastric and duodenal ulcer and its relation to soking, alcohol, an diet. *Am J Epidemiol* 1992; 135: 521-30.
29. Prescott, E. Tobacco-related diseases: the role of gender. An epidemiologic study based on data from the Copenhagen Center for Prospective Population Studies. Copenhagen, Lægeforeningens Forlag 2000;1-63.
30. Doll R, Peto R, Wheatley KGR, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994; 309: 901-11.
31. Prescott E, Olser M, Hein HO, Borch-johnsen K, Schnohr P, Vestbo J. Life expectancy in Danish women and men related to smoking habits: smoking may effect women more. *J Epidemiol Commun Health* 1998; 52: 131-2.
32. Peto R, Lopez AD, Borelam J, Thun M, Heath C, Jr. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339: 1268-78.
33. Peto R, Lopez AD, Borelam J, Thun M, Heath C, Jr. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Indirect estimates from National Vital statistics. Oxford: Oxford University Press, 1994.

34. von Eyben FE. Redefining goals for tobacco control. *Lancet* 2001;357:889.
35. Juel K. Increased mortality among Danish women: population based registry study. *BMJ* 2000; 321: 349-50.
36. Kesteloot H. Queen Margrethe II and mortality in Danish women. *Lancet* 2001; 357: 871-2.
37. Commission of median life expectancy - Ministry of Health. Life expectancy in Denmark. 2. report (Middellevetidsudvalget: Levetid i Danmark. 2 delrapport). Copenhagen: Ministry of Health, 1994; 1-115.
38. SEER. SEER Cancer Statistics Review, 1973-1996 (NCI 1999). <http://seer.ims.nci.nih.gov>. 1999.
39. Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. The North Karelia project. 20 year results and experiences. Helsinki, Finland, The National Public Health Institute (KTL) 1995; 5-363.
40. Osler M. Smoking habits in Denmark (Danskerne rygevaner). Copenhagen: Danish Council on Smoking and Health, 1992; 1-55.
41. Onis Md, Villar J. La consommation de tabac chez la femme espagnole. *Wld Hlth Stat Quart* 1991; 44: 80-8.
42. La Vecchia C. Smoking in Italy, 1949-1983. *Prev Med* 1986; 15: 274-81.
43. La Vecchia C. Patterns of cigarette smoking and trends in lung cancer mortality in Italy. *J Epidemiol Commun Health* 1985; 39: 157-64.
44. Sasco AJ, Grizeau D, Danzon M. Is tobacco use finally decreasing in France? *Cancer Detect Prev* 1995; 19: 210-8.
45. Sasco AJ, Mélihan-Cheinin P, Ah-Song R, Hirsch A. Evaluation et comparaison de la législation de contrôle du tabagisme dans les Etats membres de l'Union Européenne. *Rev Epidém et Santé Publ* 1998; 46: 523-41.
46. Gong YL, Koplan JP, Feng W, Chen CC, Zheng P, Harris JR. Cigarette smoking in China. *JAMA* 1995; 274: 1232-4.
47. Rønneberg A, Lund KE, Hafstad A. Lifetime smoking habits among Norwegian men and women born between 1890 and 1974. *Int J Epidemiol* 1994; 23: 267-76.

48. Kjølner M, Rasmussen NK, Keiding L, Petersen HC, Nielsen GA. Health and morbidity in Denmark 1994 and development since 1987 (Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 og udviklingen siden 1987). Copenhagen: Danish Institute for Clinical Epidemiology, 1995; 9-395.
49. Hansen NS. Sociology of smoking (Rygningens sociologi). Copenhagen: Danish Council of Smoking or Health, 1995; 4-71.
50. Sasco AJ, Grizeau D, Pobel D, Chatard O, Danzon M. Tabagisme et classe sociale en France de 1974 à 1991. Bull Cancer 1994; 81: 355-9.
51. Commission of median life expectancy - Ministry of Health. Social inequality in health. Differences in health, lifestyle, and use of health service. 2nd report from the Commission of median life expectancy (Social ulighed i sundhed. Forskelle i helbred, livstil og brug af sundhedsvæsenet. 2. delrapport fra Middellevetidsudvalget). Copenhagen: Ministry of health, 2000; 1-88.
52. Schenberg J, Stemhagen A, Mason T, et al. Occupation and lung cancer risk among New Jersey white males. J Natl Cancer Inst 1987; 79: 13-21.
53. Singleton J, Beaumont J. COMS II. California Occupational Mortality 1979-1981. Adjusted for smoking, alcohol, and socio-economic status. Sacramento: California Department of Health Services, 1989.
54. Hein HO, Suadicani P, Gyntelberg F. Ischemic heart disease incidence by social class and form of smoking: the Copenhagen Male Study -17 years' follow-up. J Intern Med 1992; 231: 477-83.
55. US Department of Health and Human Services. Cancer and chronic lung disease in the workplace. A report of the Surgeon General. Rockville, Maryland, USA: Office on Smoking and Health. Public Health Service. U.S. Department of Health and Human Services, 1985; 1-542.
56. World Health Organization. Health effects of interactions between tobacco use and exposure to other agents. Geneva, World Health Organisation: 1999; 1-149.
57. Parrot S, Godfrey C, Raw M. Costs of employee smoking in the workplace in Scotland. Tob Control 2000; 9: 187-92.

58. Markeds- og Medieinstituttet as. Report on smoking in working individuals 15 years of age or more (Rapport om røyking blant yrkesaktive personer 15 år+). 4889. Oslo, Norway, Norwegian Council on Smoking and Health (Statens Tobakksskaderåd) 1999: 1-29.
59. Ott WR. Mathematical models for predicting indoor air quality from smoking activity. *Environ Health Perspect* 1999; 107, Suppl 2: 375-81.
60. Benowitz NK. Biomarkers of environmental tobacco smoke exposure. *Environ Health Perspect* 1999; 107, Suppl 2: 349-55.
61. Cook DG, Whincup PH, Jarvis MJ, Strachan D, Papacosta O, Bryant A. Passive exposure to tobacco smoke in children aged 5-7 years: individual, family, and community factors. *BMJ* 1994; 308: 384-9.
62. Hecht SS, Carmella SG, Murphy SE, Akerkar S, Brunneman KD, Hoffmann D. A tobacco-specific lung carcinogen in the urine of men exposed to cigarette smoke. *N Eng J Med* 1993; 329: 1543-6.
63. Maclure M, Katz RB, Bryant MS, Skipper PL, Tannenbaum SR. Elevated blood levels of carcinogens in passive smokers. *Am J Pub Health* 1989; 79: 1381-4.
64. Bergman TA, Johnson DL, Boatright DT, Smallwood KG, Rando RJ. Occupational exposure of non-smoking nightclub musicians to environmental tobacco smoke. *Am Ind Hyg Assos* 1996; 57: 746-52.
65. Jarvis M, Foulds J, Feyerabend C. Exposure to passive smoking among bar staff. *Brit J Addict* 1992; 87: 111-3.
66. U.S.Environmental Protection Agency.Office on Research and Development. Respiratory effects of passive smoking: lung cancer and other diseases. Washington, District of Columbia, USA: U.S. Environmental Protection Agency, 1992; 1-200.
67. Siegel M. Involuntary tobacco smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects. *JAMA* 1995; 270: 3490-3.
68. Heloma A, Kähkönen E, Kaleva S, Reijula K. Smoking and exposure to tobacco smoke at medium-sized and large-scale workplaces. *Am J Ind Med* 2000; 37: 214-20.

69. Pirkle JL, Flegal KM, Bernert JT, Brody DJ, Etzel RA, Maurer KR. Exposure of the US population to environmental tobacco smoke. The third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 to 1991. *JAMA* 1996; 275: 1233-40.
70. Emmons KM, Abrams DB, Marshall R, et al. An evaluation of the relationship between self-report and biochemical measures of environmental tobacco smoke exposure. *Prev Med* 1994; 23: 35-9.
71. Becher H, Zatonski W, Joeckel KH. Passive smoking in Germany and Poland: Comparison of exposure levels, sources of exposure, validity and perception. *Epidemiology* 1992; 3: 509-14.
72. INRA. Les Européens et la santé publique. Eurobaromètre 43.0. DG V/F/2. 1995. La Commission Européenne.
73. Hammond SK, Sorensen G, Youngstrom R, Ockene JK. Occupational exposure to environmental tobacco smoke. *JAMA* 1995; 274: 956-60.
74. Hammond S, Katharine A. Exposure of U.S. workers to environmental tobacco smoke. *Environ Health Perspect* 1999; 107, Suppl 2: 329-40.
75. Hepworth S. Senior Honors thesis. Worcester, MA: Worcester Polytechnical Institute, 1987.
76. Wiebel, Friedrich J. Nichtraucherchutz am Arbeitsplatz. Bonn, Germany, Koalition gegen das Rauchen, 2001.
77. Willemsen MC, de Vries H, Genders R. Annoyance from environmental tobacco smoke and support for no-smoking policies at eight large Dutch workplaces. *Tob Control* 1996; 5: 132-8.
78. Danuser M, Weber A, Hartman AL, Krueger H. Effects of a bronchoprovocation challenge test with cigarette sidestream smoke on sensitive and healthy adults. *Chest* 1993; 103: 353-8.
79. Leuenberger P, Ackermann-Liebrich, Künzli N, Schindler C, Perruchoud AP, and SAPALDIA. SAPALDIA, past, present, and future (SAPALDIA: passé, présent, et avenir). *Schweiz Med Wochenschr* 2000; 130: 2921-7.

80. Jindal SK, Gupta D, Singh A. Indices of morbidity in adult patients exposed to environmental tobacco smoke. *Chest* 1994; 106: 746-9.
81. McMurray RG, Hicks LL, Thompson DL. The effects of passive inhalation of cigarette smoke on exercise performance. *Eur J Appl Physiol* 1985; 54: 196-200.
82. Aranow W. Effect of passive smoking on angina pectoris. *N Eng J Med* 1978; 59: 21-4.
83. Leone A, Mori L, Bertanelli F, Fabiano P, Filippelli M. Indoor passive smoking: its effects on cardiac performance. *Int J Cardiol* 1991; 33: 247-52.
84. Howard G, Thun MJ. Why is environmental tobacco smoke more strongly associated with coronary heart disease than expected? A review of potential biases and experimental data. *Environ Health Perspect* 1999; 107, Suppl. 6: 853-8.
85. Burghuber OC, Punzengruber C, Sinzinger H, Haber P, Silberbauer K. Platelet sensitivity to prostacyclin in smokers and non-smokers. *Chest* 1986; 90: 34-8.
86. Iso H, Shimamoto T, Sato S, Koike K, Lida M, Komachi Y. Passive smoking and plasma fibrinogen concentrations. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 1151-4.
87. Misra DP, Nguyen RHN. Environmental tobacco smoke and low birth weight: A hazard in the workplace? *Environ Health Perspect* 1999; 107, Suppl 6: 897-904.
88. Council on Tobacco and health. Women and smoking (Kvinder og rygning). Copenhagen: Council on Smoking or Health, 1999; 7-128.
89. Martinez FD, Wright AL, Taussig LM, and the Group Health Associates. The effect of paternal smoking on the birthweight of newborns whose mothers did not smoke. *Am J Pub Health* 1994; 84: 1489-91.
90. Dejin-Karlsson E, Hanson BS, Ostergren PE, Sjoberg NO, Marsal K. Does passive smoking in early pregnancy increase the risk of small-for-gestational-age infants? *Am J Pub Health* 1998; 88: 1523-7.
91. Chilmonczyk BA, Salmun LM, Magathlin KN, Neveux LM. Association between exposure to environmental tobacco smoke and exacerbations of asthma in children. *N Eng J Med* 1993; 328: 1665-9.

92. Bakoula CG, Kafritsa YJ, Kavadias GD, Lazapoulou DD, et al. Objective passive smoking indicators and respiratory morbidity in young children. *Lancet* 1995; 346: 280-1.
93. Tobacco Free Initiative. International consultation on environmental tobacco smoke (ETS) and child health 11 - 14 January 1999, Geneva, Switzerland. WHO/NCD/TFI/99.10, 4-28. 1999. Geneva, Switzerland, World Health Organization, Division of noncommunicable diseases, Tobacco Free Initiative.
94. Murray AB, Morrison BJ. The decrease in severity in children of parents who smoke since parents have been exposing them to less smoke. *J Allergy Clin Immunol* 1993; 91: 102-10.
95. Wells AJ. Lung cancer from passive smoking at work. *Am J Pub Health* 1998; 88: 1025-9.
96. Wu AH, Henderson BE, Pike MC, Yu MSC. Smoking and other risk factors for lung cancer in women. *J Natl Cancer Inst* 1985; 74: 747-51.
97. Shimizu H, Morishita M, Mizuno K, et al. A case-control study of lung cancer in non-smoking women. *Tohoku J Exp Med* 1988; 154: 389-97.
98. Kalandidi A, Katsouyanni K, Voropoulou N, Basta G, Saracci R. Passive smoking and diet in the etiology of lung cancer. *Cancer Causes Control* 1990; 1: 15-21.
99. Reynolds P, von Behren J, Fontham ETH, et al. Occupational exposure to environmental tobacco smoke. *JAMA* 1996; 275: 441-2.
100. Kabat GC, Stellman SD, Wynder EL. Relations between exposure to environmental tobacco smoke and lung cancer in lifetime non-smokers. *Am J Epidemiol* 1995; 142: 141-8.
101. Nyberg F, Agrenius V, Svartengren K, Svensson C, Pershagen G. Environmental tobacco smoke and lung cancer in non-smokers: does time since exposure play a role? *Epidemiology* 1998; 9: 300-8.
102. Bofetta P, Agudo A, Ahrens A, et al. Multicenter case-control study of exposure to environmental tobacco smoke and lung cancer in Europe. *J Natl Cancer Inst* 1998; 90: 1440-50.
103. Jöckel K-H, Pohlabeln H, Ahrens W, Krauss M. Environmental tobacco smoke and lung cancer. *Epidemiology* 1998; 9: 672-5.

104. Reynolds P. Epidemiologic evidence for workplace ETS as a risk factor for lung cancer among non-smokers: specific risk estimates. *Environ Health Perspect* 1999; 107, Suppl 6: 865-72.
105. Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997; 315: 980-5.
106. Cardenas VM, Thun MJ, Austin H, et al. Environmental tobacco smoke and lung cancer mortality in the American Cancer society's cancer prevention study II. *Cancer Causes Control* 1997; 8: 57-64.
107. Wichmann, H. E., Brüske-Hohlfeld, I., Möhner, M., Kreienbrock, L., Kreuzer, M., Jöckel, K. H., Ahrens, W., and Pohlabein, H. Abschlussericht. Zum Forschungsvorhaben: Lungenkrebsrisiko durch berufliche Exposition. GSF Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit. 1997.
108. Kreuzer M, Krauss M, Kreienbrock L, Jockel KH, Wichmann HE. Environmental tobacco smoke and lung cancer: a case-control study in Germany. *Am J Epidemiol.* 2000; 151: 241-50.
109. White JR, Froeb HF. Small-airways dysfunction in non-smokers chronically exposed to tobacco smoke. *N Eng J Med.* 1980; 302: 720-3.
110. He VS, Allen K, Prerost M, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease - a metaanalysis of epidemiologic studies. *N Eng J Med* 1999; 340: 920-6.
111. Wells AJ. Heart disease from passive smoking in the workplace. *J Am Coll Card* 1998; 31: 1-9.
112. He Y, Lam TH, Li LS, et al. Passive smoking at work as a risk factor for coronary heart disease in Chinese women who have never smoked. *BMJ* 1994; 308: 380-4.
113. Kawachi I, Colditz GA, Speizer FE, et al. A prospective study of passive smoking and coronary heart disease. *Circulation* 1997; 95: 2374-9.
114. Butler, T. L. The relationship of passive smoking to various health outcomes among Seventh Day Adventists in California. 1988. University of California, Los Angeles (Thesis).

115. Svendsen KH, Kuller LH, Martin MJ, Ockene JK. Effects of passive smoking in the Multiple Risk Factor Intervention trial. *Am J Epidemiol* 1987; 126: 783-95.
116. Jackson, R. T. The Auckland heart study, 1989. University of Auckland, New Zealand. (Thesis)
117. Muscat JE, Wynder EL. Exposure to environmental tobacco smoke and the risk of heart attack. *Int J Epidemiol* 1995; 715-9.
118. Dobson AJ, Alexander HM, Heller RF, Lloyd DM. Passive smoking and the risk of heart attack or coronary death. *Med J Aust* 1991; 154: 793-7.
119. Steenland K, Thun M, Lally C, Heath C, Jr. Environmental tobacco smoke and coronary heart disease in the American Cancer Society CPS-II cohort. *Circulation* 1996; 94: 622-8.
120. Steenland K. Risk assessment for heart disease and workplace ETS exposure among non-smokers. *Environ Health Perspect* 1999; 107, Suppl 6: 859-63.
121. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischemic heart disease: an evaluation of evidence. *BMJ* 1997; 315: 973-80.
122. Tunstall-Pedoe H, Brown CA, Woodward M, Tavendale R. Passive smoking by self report and serum cotinine and the prevalence of respiratory and coronary heart disease in the Scottish heart health study. *J Epidemiol Commun Health* 1995; 49: 139-43.
123. Howard G, Wagenknecht LE. Environmental tobacco smoke and measures of subclinical vascular disease. *Environ Health Perspect* 1999; 107, Suppl 7: 837-40.
124. Roberts KA, Rezai AA, Pinkerton KE, Rutledge JC. Effect of environmental tobacco smoke on LDL accumulation in the artery wall. *Circulation* 1996; 94: 2248-53.
125. Mitzoue T, Ueda R, Hino Y, Yoshimura T. Workplace exposure to environmental tobacco smoking and high density lipoprotein cholesterol among non-smokers. *Am J Epidemiol* 1999; 150: 1068-72.
126. Davis J, Shelton L, Watanabe I, Arnold J. Passive smoking affects endothelium and platelets. *Arch Int Med* 1989; 149: 386-9.
127. Feldman J, Shenker I, Etzel R, et al. Passive smoking alters lipids profiles in adolescents. *Pediatrics* 1991; 2: 259-64.

128. Moskowitz WB, Mosteller M, Schieken RM, et al. Lipoprotein and oxygen transport alterations in passive smoking pre adolescent children: the MCV Twin Study. *Circulation* 1990; 81: 586-92.
129. Coultas DB. Health effects of passive smoking. 8. Passive smoking and risk of adult asthma and COPD: An update. *Thorax* 1998; 53: 381-7.
130. Xu X, Li B. Exposure-response relationship between passive smoking and adult pulmonary function. *Am J Resp Crit Care Med* 1995; 151: 41-6.
131. Brunekreef B, Fischer P, Remijn B, van der Lende R, Schouten J, Quanjer P. Indoor air pollution and its effect on pulmonary function in adult non-smoking women. III. Passive smoking and pulmonary function. *Int J Epidemiol* 1985; 14: 227-30.
132. Leuenberger P, Schwartz J, Ackermann-Librich U, et al. Passive smoking exposure in adults and chronic respiratory symptoms (SAPALDIA study). *Am J Resp Crit Care Med* 1994; 150: 1222-8.
133. Nuorti JP, Butler JC, Fairly MM, Harrison LH, et al. Cigarette smoking and invasive pneumococcal pneumonia. *N Eng J Med* 2000; 342: 681-9.
134. Glantz S, Parmley WW. Passive smoking and heart disease: epidemiology, physiology, and biochemistry. *Circulation* 1991; 31: 1-12.
135. Repace JL, Jinot J, Bayard S, Emmons K, Hammond SK. Air nicotine and saliva cotinine as indicators of workplace passive smoking exposure and risk. *Risk Anal* 1998; 18: 71-84.
136. Glantz SA, Parmley WW. Passive smoking and heart disease. *JAMA* 1995; 273: 1047-53.
137. Dybing E, Sanner T. Passive smoking and risk of heart disease (Passiv røyking og risiko for hjerteinfarkt). *Nor J Epidemiol* 1995; 5: 135-40.
138. Sanner T, Dybing E. Health injury from passive smoking (Helseskader ved passiv røyking). *Tidsskr Norsk Lægeforen* 1996; 116: 617-20.
139. Public reviews by the Swedish state (Statens offentliga utredningar (SOU). Health on equal terms. National goals for public health. Final review by the National Committee for Public Health (Hälsa på lika villkor - nationella mål for folkhälsan. Slutbetänkande av Nationella folkhälsokommittén). Stockholm: Ministry of Social Affairs (Socialdepartementet), 2000; 3-251.

140. Puska P, Korhonen HJ, Uutela A, Helakorpi S, Piha T. Anti-smoking policy in Finland. In: Puska P, Elovainio L, Vertio H, eds. Smokefree Europe. A forum for networks, Helsinki: Finnish Center for Health Promotion, 1997: 26-42.
141. World Health Organization. Health for all year 2000. Copenhagen: World Health Organization, 1985.

### ***Bibliographie Kapitel 2***

1. Mélihan-Cheinin P, Sasco AJ, Dubois G, Ah-Song R, Whidden M (eds). Passive smoking: the health impact. A European report. Europe against cancer programme, 1999.
2. Sasco AJ, d'Harcourt D. EuroLego project. Comparative study of anti-smoking legislation in countries of the European Union. Revised final report. IARC, Lyon, 2001.
3. Dautzenberg B. La lutte contre le tabagisme en entreprise: le guide. Editions Margaux-Orange, Paris, 2000.
4. ASH. Smoking in the Workplace. UK Edition. 6<sup>th</sup> September 1999, London.
5. Mauffret M, Rousseau-Giral AM, Zaidman C. La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Rapport d'évaluation. Instance présidée par Guy Berger. Comité interministériel de l'évaluation des politiques publiques. Premier Ministre. Commissariat Général du Plan, octobre 1999.
6. Protection contre le tabagisme et ventilation dans les bars et restaurants. Etude sur le respect du décret n° 92-478 du 29 mai 1992. DDASS des Hauts-de-Seine. Service Santé Environnement, Septembre 1999.
7. Putzu S, Luise R, Masullo V. Italia: Fumo no. Informazioni generali sull'attuale situazione normativa e giurisprudenziale italiana sul 'problema fumo'. CODACONS, Roma, 2000.

8. Sasco AJ, Mélihan-Cheinin P, Ah-Song R, Hirsch A. Evaluation et comparaison de la législation de contrôle du tabagisme dans les Etats membres de l'Union européenne. *Rev. Epidém. et Santé Publ.*, 1998, 46, 523-531.
9. Tubiana M. Smoking and the Fight Against Cancer. In Khayat D, Hortobagyi GN (ed.). *Progress in anti-cancer chemotherapy*. Springer-Verlag, Paris-Berlin, 2000: 23-50.

### ***Bibliographie Kapitel 3***

1. World Health Organization. Third action plan for a smoke-free Europe. Geneva, 1993.
2. Parry, O, Platt, S, Thompson, C. Out of sight, out of mind: workplace smoking bans and the relocation of smoking at work. *Health Promotion International*, vol. 15, No. 2. Oxford University Press, 2000.
3. World Health Organization. Policies to reduce exposure to environmental tobacco smoke. WHO Meeting, Lisbon, Portugal, 29-30 May 2000. WHO Regional Office for Europe.
4. Puska, P. Stage development of tobacco legislation for a smoke-free environment with continuous information support. Helsinki, 2000.
5. Irish cancer society & Irish heart foundation. Going smoke-free. How to introduce a smoking control policy in the workplace. Coordinator's guide. Dublin, 1993.
6. Health Education Authority. Healthier Nation. London, 1999.
7. Secretary of state for health and the secretaries of state for Scotland, Wales and Northern Ireland. Smoking kills. A White Paper on tobacco. London, 1998.
8. Cipret & Service de Santé du personnel de l'Etat. *Entreprise sans fumée, mais pas sans fumeurs*. Geneva, 1999.
9. Raw, M. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax*; 53 (suppl. 5, Pt1), 1998.

10. Irish cancer society & Irish heart foundation. Going smoke-free. Employee survey. Dublin, 1993.
- Action on Smoking and Health. Smoking in the workplace. Action on Smoking and Health, National Asthma Campaign, Trades Union Congress and WHO-Europe Partnership Project. London, 1999.
- Fondation Luxembourgeoise contre le cancer. Gestion du tabagisme en entreprise. Luxembourg, 1998.
- Health Education Authority. Smoking policy for the workplace. An update. London, 1999.
- World Health Organization. Evaluating tobacco control activities. Geneva, 1998.

#### ***Bibliographie Kapitel 4***

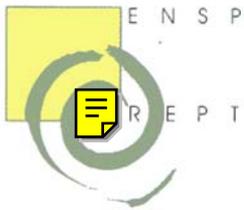
1. US OSHA Occupational Safety and Health Administration. Indoor Air Quality. Department of Labor, may 1994. [www.ash.org.uk/html/workplace.html](http://www.ash.org.uk/html/workplace.html)
2. Parrott S, Godfrey C, Raw M. Costs of employee smoking in the workplace in Scotland. Tobacco Control 2000;9:187-92
3. Eriksen MP, Gottlieb NH. A review of the health impact of smoking control at the workplace. American Journal of health promotion 1998;13(2):83-104
4. National Cancer Institute. Population Based Smoking Cessation. Proceedings of a conference on what works to influence cessation in the general population. Smoking and Tobacco Control Monograph no. 12. Bethesda, MD. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub. No. 00-4892, 2000
5. Hieronimus, J. Impact of Workplace Restrictions on Consumption and Incidence. Philip Morris interoffice correspondence. 1992. <http://www.pmdocs.com/cgi-bin/rsasearch.exe>
6. Farrelly MC, Evans WN, Sfekas AE. The impact of workplace smoking bans: results from

a national survey. *Tobacco Control* 1999;8(3):272-7

7. Evans WN, Farrelly MC, Montgomery E. Do workplace smoking bans reduce smoking? *American Economic Review* 1999;9(5):729-47 <http://papers.nber.org/papers/W5567>
8. Styles G, Capewell S. No smoking at work: the effect of different types of workplace smoking restrictions on smokers' attitudes, behaviour and cessation intentions. *Health Education Journal* 1998;57(4):385-95
9. Woodruff TJ, Rosbrook B, Pierce J, Glantz SA. Lower levels of cigarette consumption found in smoke free workplaces in California. *Arch Intern Med* 1993;153(12):1485-93
10. Jeffery RW, Kelder SH, Forster JL, French AS, Lando HA, Baxter JE. Restrictive smoking policies in the workplace: effects on smoking prevalence and cigarette consumption. *Preventive Medicine* 1994;23:78-82
11. Willemsen MC. Kicking the habit. The effectiveness of smoking cessation programs in Dutch worksites. Thesis; Universiteit Maastricht, 1997
12. Robbins AS, Fonseca VP, Chao SY, Coil GA, Bell NS, Amoroso PJ. Short term effects of cigarette smoking on hospitalisation and associated lost workdays in a young healthy population. *Tobacco Control* 2000;9:389-96  
[www.tcsq.org/sfelp/economic.html](http://www.tcsq.org/sfelp/economic.html)
13. Centrum för Tobaksprevention and Folkhälsoinstitutet. Smokefree at Work-toolbox for employers. Factsheet: Costs for the employer. Stockholm, Sweden, 1999
14. Hocking B, Grain H, Gordon I. Cost to industry of illnesses related to alcohol and smoking. A study of Telecom Australia employees. *Med J Aust* 1994;161(7):407-12
15. Wooden M, Bush R. Smoking cessation and absence from work. *Preventive Medicine* 1995;24:535-40
16. MGhee SM, Adab P, Hedley A, Hing Lam T, Ming Ho L, Fielding R, Wong CM. Passive smoking at work: the short-term cost. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:673-6

17. Krause EG. Rauchen unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten. Nichtraucher-Initiative Deutschland. Sonderdruck aus: Nichtraucher-Info 1995;20(4):17-29
18. ASH Action on Smoking and Health. Smoking in the Workplace, UK edition. Action on Smoking and Health/National Asthma Campaign/Trades Union Congress/WHO-Europe Partnership Project, London/Copenhagen, 6th September 1999. [www.ash.org.uk/html/workplace/html/workplace.html](http://www.ash.org.uk/html/workplace/html/workplace.html) 28-11-00
19. Ryan J, Zwerling G, Orvav EJ. Occupational risks associated with cigarette smoking: A prospective study. American Journal of Public Health 1992;82:29-32
20. Gibson B. 1994. Psychological aspects of smoker-non-smoker interaction: implications for public policy. Am Psychol 1994;49:1081-3
21. Stoop J. Roken op het werk? Alleen anoniem onderzoek toont de hinder van tabaksrook. Gids voor personeelsmanagement 2000;79(9):73
22. WCB Workers Compensation Board of British Columbia. WCB to introduce amendments to environmental tobacco smoke regulations. Press release. Richmond, British Columbia, March 8, 2001. [www.worksafefbc.com](http://www.worksafefbc.com)
23. Fire Prevention 310. Serious fires caused by the careless use of smoking materials during 1996. Fire Prevention 310 June 1998;38-9
24. Loddenkemper R, Sybrecht GW. Health care costs of smoking. Editorial. Eur Respir J 2000;16:377-8
25. Welte R, König HH, Leidl R. The costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. European Journal of Public Health 2000;10:31-38
26. Ruff LK, Volmer T, Nowak D, Meyer A. The economic impact of smoking in Germany. Eur Respir J 2000;16:385-90

27. Miller VP, James CR, Ernst C, Collin F. Smoking-Attributable Medical Care Costs: Models and Results. Berkeley Economic Research Associates, September 1997. [www.bera.com](http://www.bera.com) 08-03-2001
28. US EPA Environmental Protection Agency. The costs and benefits of smoking restrictions. An assessment of the smoke free environment act of 1993. Office of radiation and indoor air, Washington DC, April 1994
29. Employee Health + Productivity. Special report: Smoking in the workplace. Winter 1999;7(1):8
30. Nusselder WJ, Looman CWN, Marang-van de Mheen PJ, Mheen H van de, Mackenbach JP. Smoking and the compression of morbidity. Journal of Epidemiology and Community Health 2000;54:566-74
31. Centrum för Tobaksprevention. Swedish employers attitudes 1999 towards environmental smoke and smoking among employees. Report 1. Stockholm, Sweden, 1999
32. Conference Board of Canada. Smoking ant the bottom line: the costs of smoking in the workplace. Health Canada, Ottawa 1997. [www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduc-tion/publications/workplace/bottom\\_line/report.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduc-tion/publications/workplace/bottom_line/report.html) 28-11-00
33. Warner KE, Smith FJ, Smith DG, Fries BE. Health and economic implications of a work - site smoking-cessation program: a simulation analysis. Journal of Occupational and Environmental Medicine 1996;38(10):981-92
34. [www.tcsg.org/sfelp/economic.htm](http://www.tcsg.org/sfelp/economic.htm)
35. WCB Workers Compensation Board of British Columbia. The economic impacts of the proposed amendment to the ETS regulation. Victoria, British Columbia, february 2001. [www.worksafebc.com](http://www.worksafebc.com)
36. Crémieux PY, Ouellette P. Actual and perceived impacts of tobacco regulation on restaurants and firms. Tob Control 2001;10:33-7



## **Rauch freie Arbeitsplätze:**

### **Zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden von Arbeitnehmern**

**10. - 11. Mai 2001 in Berlin**

## **Konferenzempfehlungen**

Die Konferenz «Rauch freie Arbeitsplätze: Zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden von Arbeitnehmern» fand am 10. und 11. Mai 2001 in Berlin statt. Über 200 Vertreter aus 26 Ländern, darunter Politiker, Gesundheitsexperten, Vertreter von Unternehmen und Gewerkschaften sowie Mitglieder von nicht staatlichen Organisationen und nationalen wie internationalen Institutionen, nahmen daran teil.

Die Konferenzteilnehmer fassten folgenden Beschluss:

Rauch freie Arbeitsplätze sind notwendig, um Krankheiten und vorzeitige Sterblichkeit zu verhindern.

Im Hinblick auf Rauch freie Arbeitplätze sind vor allem vier Punkte von Interesse:

- Gesundheitsgefährdung durch aktives und Passivrauchen
- Rechtsprechung und Rechtspraxis zum Thema Rauchen am Arbeitsplatz
- Die beste Umsetzung einer Nichtraucherpolitik und von Nichtraucherprogrammen
- Kosteneinsparungen durch Einführung einer betrieblichen Nichtraucherpolitik: die durch Einführung einer Nichtraucherpolitik entstehenden Kosten werden von den aus ihr resultierenden Vorteilen aufgewogen.

Es ist bereits hinreichend durch Untersuchungen belegt, dass eine ETS-Exposition die Gesundheit gefährdet. ETS (Tabakrauch in der Umgebung) enthält unzählige chemische Stoffe, die Reizungen der Augen und der oberen Atemwege sowie Entzündungen verursachen. Eine langfristige ETS-Exposition kann zu tödlichen Krankheiten wie Lungenkrebs und Herzerkrankungen führen. ETS fördert zudem die Entstehung von Bronchialasthma und

Lungenentzündungen. Schätzungen zufolge sterben in europäischen Ländern jährlich 22.000 Menschen durch Passivrauchen. Weiter erhöht Tabakrauch-Exposition das Risiko anderer arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken (z.B. durch Asbest, Erschütterungen) und kann das Ergebnis von Untersuchungen über die Auswirkungen gesundheitsgefährdender Stoffe am Arbeitsplatz (z.B. bei Rauchern, die Umgang mit Cadmium, Benzol, usw. haben) beeinflussen. Eine betriebliche Nichtraucherpolitik reduziert den Zigarettenkonsum und motiviert mehr Raucher dazu, mit dem Rauchen aufzuhören. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, zu handeln. Die Mehrheit der erwachsenen Bevölkerung verbringt während ihres Arbeitslebens (rund vierzig Jahre) etwa ein Drittel des Tages, fünf Tage die Woche, an ihrem Arbeitsplatz. Für diese Menschen kann Tabakrauch in der Arbeitsumgebung zu drastischen Konsequenzen führen. An ihrem Arbeitsplatz sind mehr Arbeitnehmer, auch in Gastbetrieben, den krebserregenden Inhaltsstoffen von Tabakrauch ausgesetzt als jedem anderen krebserregenden Arbeitsstoff. Die Konferenzteilnehmer erkennen an, dass Tabakrauch am Arbeitsplatz eine hochgradige Gesundheitsgefährdung darstellt.

Die Konferenz bot Gelegenheit, über die Stärken und Schwächen der in Europa gegenwärtig bestehenden Modelle einer betrieblichen Nichtraucherpolitik zu diskutieren. Die besten betrieblichen Modelle einer Nichtraucherpolitik wurden herausgefiltert und sollten, nach dem Willen der Konferenzteilnehmer, zur Norm erklärt werden. Eine betriebliche Nichtraucherpolitik lässt sich jedoch nur erfolgreich umsetzen, wenn sie von staatlicher Seite durch entsprechende Vorschriften und Gesetze unterstützt wird.

### **Empfehlungen für eine betriebliche Nichtraucherpolitik**

Um der Schaffung Rauch freier Arbeitsplätze einen neuen Impuls zu geben, fordern die Konferenzteilnehmer, dass Regierungen ETS (Passivrauchen) als hochgradige Gesundheitsgefährdung europäischer Arbeitnehmer anerkennen und folgende Maßnahmen einleiten sollen:

#### **Gesundheitsgefährdung durch aktives und Passivrauchen**

- Tabakrauch am Arbeitsplatz ist gesundheitsschädlich. Infolgedessen sollte er von den entsprechenden nationalen und / oder europäischen Behörden als hochgradig gesundheitsgefährdender Stoff anerkannt werden.
- Arbeitnehmer sollen durch die Schaffung Rauch freier Arbeitsplätze gegen Passivrauchen geschützt werden.

- Es gibt keinen sicheren Grenzwert für eine ETS-Exposition. Belüftung alleine sorgt noch nicht für Rauch freie Arbeitsplätze und ist deshalb keine Alternative zu einer Nichtraucherpolitik.
- Betriebsärzte sollten sich aktiv an den Maßnahmen zur Eindämmung des Rauchens am Arbeitsplatz beteiligen.

### **Rechtsprechung und Rechtspraxis zum Thema Rauchen am Arbeitsplatz**

- Eine umfassende Rechtsprechung auf europäischer und / oder nationaler Ebene sollte zur Schaffung Rauch freier Arbeitsplätze beitragen. Diese Rechtsprechung sollte:
- Die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Arbeitnehmer anonym Klagen wegen Gefährdung durch gesundheitsschädliche Arbeitsstoffe, inklusive Tabakrauch, anstrengen können.
- Die Voraussetzungen dafür schaffen, dass nicht staatliche Organisationen Prozesse gegen Unternehmen anstrengen können, die im Verdacht stehen, Gesetze missachtet haben, und dass sie Anrecht auf Erstattung der Kosten und Schadenersatz haben, falls die Klage zu ihren Gunsten entschieden wird.
- Die Schaffung Rauch freier Arbeitsplätze sollte gesetzlich (im Arbeitsschutzgesetz) vorgeschrieben werden.
- Teilnehmende Staaten bei der Jahreskonferenz der WHO (*World Health Assembly*) sollten sicherstellen, dass in die gegenwärtigen Verhandlungen über die Rahmenkonvention für Tabakkontrolle auch Maßnahmen zum Schutz von Arbeitnehmern gegen Passivrauchen integriert werden.

### **Die beste Umsetzung einer Nichtraucherpolitik und von Nichtraucherchutzprogrammen**

- Unternehmen und Gewerkschaften sollten die Einführung einer betrieblichen Nichtraucherpolitik anregen und unterstützen.
- Das Ziel einer betrieblichen Nichtraucherpolitik sollte ein absolutes Rauchverbot am Arbeitsplatz sein, wenn auch zunächst noch Übergangsregelungen wie z.B. die Einrichtung von Raucherräumen notwendig sein mögen.
- Informationen über Maßnahmen, die die besten Resultate zeitigten, sollten allen Ländern zur Verfügung gestellt werden.

- Effektive Strategien zum Nichtraucherschutz sollten entwickelt werden, wobei die Kriterien für Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz des Europäischen Netzwerks für Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz übernommen werden sollten:
- Eine Nichtraucherschutzpolitik sollte in die Unternehmenskultur integriert und aktiv gefördert werden.
- Arbeitnehmervertreter sollten eine wichtige Rolle spielen bei der Entwicklung und Umsetzung einer betrieblichen Nichtraucherschutzpolitik.
- Rauchern sollte die Teilnahme an einem Raucherentwöhnungsprogramm angeboten werden, das nachweislich mit erfolgreichen Verhaltenstherapien und pharmakologischen Behandlungsmethoden arbeitet.
- Der Verkauf von Tabakerzeugnissen im Betrieb sollte verboten werden.
- ETS (Passivrauchen) sollte bei der Beurteilung von Arbeitsplatzrisiken ebenfalls als Risikofaktor eingestuft werden.
- An allen Arbeitsstätten sollte eine Nichtraucherschutzpolitik eingeführt werden, die die Bedürfnisse und Rechte der Nichtraucher über jene von Rauchern stellt. Die Einhaltung dieser Politik sollte überwacht und jede Missachtung der Vorschriften mit den üblichen disziplinarischen Strafen belegt werden.
- Alle Arbeitnehmer müssen über die schädlichen Auswirkungen des Rauchens auf die Gesundheit informiert werden.
- Es sollten genügend Mittel zur Finanzierung der Umsetzung einer solchen Politik und für Aufklärungskampagnen zur Verfügung gestellt werden, damit deren Einhaltung gewährleistet ist.

Die Konferenzteilnehmer fordern die nationalen Regierungen sowie die Europäische Union auf, entsprechende Gesetze zu erlassen. Wir fordern auch die Unternehmen, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände und zwischenstaatlichen Agenturen auf, wirkungsvolle Strategien und Programme zum Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz zu entwickeln. Diese Verantwortung muss übernommen werden, um das Recht auf saubere Atemluft für jeden Arbeitnehmer zu gewährleisten.

**Berlin, 11. Mai 2001**