

**Deutschland benötigt eine gesetzliche Regelung für eine rauchfreie Gastronomie**

**Hintergrund:**

Im Mittelpunkt der aktuellen Diskussion um die Gesundheitsgefahren des Passivrauchens steht das Problem einer praktikablen Lösung für die über 250 000 Betriebe der bundesdeutschen Gastronomie. Umstritten ist, ob eine gesetzliche Regelung nötig ist, um Gäste und Beschäftigte der Branche vor den Schadstoffen im Tabakrauch zu beschützen, und wie eine gesetzliche Regelung gestaltet sein sollte. Im Folgenden wird ein Überblick gegeben über die einschlägigen Erkenntnisse der Gesundheitsforschung und die Erfahrungen anderer Länder mit bereits bestehender rauchfreier Gastronomie.

**1. Wie gefährlich sind die Schadstoffe im Tabakrauch?**

- Die führenden nationalen und internationalen Forschungseinrichtungen und Gesundheitsorganisationen stimmen darin überein, dass Passivrauchen nicht nur akute Beschwerden wie Augenbrennen oder Kopfschmerzen zur Folge hat, sondern auch schwere Erkrankungen wie Lungenkrebs, Herzinfarkt oder Schlaganfall verursachen kann.
- Tabakrauch enthält über 4800 Substanzen, darunter viele, die krebserzeugend, erbgutverändernd und fruchtschädigend sind.
- Die Senatskommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe (MAK-Kommission) stufte die Schadstoffe im Tabakrauch in die höchste Gefahrenklasse ein und legte ausdrücklich fest, dass es keinen Schwellenwert gibt, unterhalb dessen keine Gesundheitsgefährdung besteht.

Tabakrauch enthält eine Vielzahl giftiger Substanzen und ist krebserzeugend, erbgutverändernd und fruchtschädigend.

**2. Warum sind die Beschäftigten in der Gastronomie besonders gefährdet?**

- Messungen des Deutschen Krebsforschungszentrums in 100 gastronomischen Betrieben und in Fernreisezügen ergaben, dass die Raumluft in Gastronomiebetrieben, in denen geraucht werden darf, in hohem Maße mit Schadstoffen belastet ist. Industriebetriebe mit vergleichbaren Schadstoffkonzentrationen am Arbeitsplatz müssten geschlossen werden oder die Mitarbeiter müssten Schutzmasken mit Atemfilter tragen.
- Schätzungsweise 7000 nichtrauchende Schwangere und Tausende von stillenden Müttern arbeiten in der Gastronomie. Wegen der hohen Schadstoffbelastung durch Tabakrauch müssten sie aus Gründen des Mutterschutzes von der Arbeit freigestellt werden.
- Angesichts der angespannten Arbeitsmarktlage haben die rund eine Million Beschäftigten in der Gastronomie kaum die Möglichkeit, in eine andere Branche zu wechseln. Sie sind dazu gezwungen, sich an ihrem Arbeitsplatz dem Tabakrauch auszusetzen, wenn sie nicht arbeitslos werden wollen.

Die Beschäftigten in der Gastronomie sind den Schadstoffen des Tabakrauchs ungeschützt ausgesetzt.

**3. Welchen Beitrag leistet die freiwillige Selbstverpflichtung des Deutschen Hotel- und Gaststättenverbandes für den Gesundheitsschutz der Beschäftigten?**

- Im März 2005 ging der Deutsche Hotel- und Gaststättenverband eine freiwillige Selbstverpflichtung ein. Danach sollen in Speisebetrieben mit mehr als 75 m<sup>2</sup> Fläche oder mehr als 40 Sitzplätzen 50 Prozent des Platzangebots als Nichtraucherbereich eingerichtet und ausgewiesen werden. Die Beschäftigten müssen auch weiterhin in den Raucherbereichen bedienen, so dass für sie die Tabakrauchbelastung auch in Zukunft unvermindert bestehen bleibt.
- Gastronomiemitarbeiter und auch das Reinigungspersonal bleiben den Schadstoffen des Tabakrauchs ungeschützt ausgesetzt, weil sich die Partikel des Tabakrauchs an Wänden, Decken, Böden und Einrichtungsgegenständen ablagern und von dort wieder in die Raumluft gelangen.

Durch die Selbstverpflichtung des Deutschen Hotel- und Gaststättenverbandes werden die Gastronomiemitarbeiter nicht vor den Gefahren des Tabakrauchs geschützt.

**4. Kann man das Problem des Passivrauchens durch die Abtrennung von Raucherzonen lösen?**

- Viele der heute bereits bestehenden Nichtraucherzonen sind lediglich durch Aufkleber oder Tischaufsteller als solche markiert. Bei ihnen handelt es sich in Wirklichkeit um Passivraucherzonen.
- Die bauliche Trennung von Raucher- und Nichtraucherzonen ist für viele Gastronomiebetriebe mit erheblichen Kosten verbunden.
- Auch wo Raucher- und Nichtraucherzonen baulich getrennt sind, führt die Luftzirkulation zu einer Verteilung des Tabakrauchs im gesamten Gebäude. Dies belegen unter anderem Messungen des Deutschen Krebsforschungszentrums in direkt an Raucherabteile angrenzenden Nichtraucherabteilen der Deutschen Bahn.
- Außerdem müssen Gastronomiemitarbeiter und Zugpersonal nach wie vor in Raucherzonen arbeiten.

Die Abtrennung von Raucherzonen ist teuer und führt zu keinem umfassenden Gesundheitsschutz der Mitarbeiter und Gäste.

**5. Kann man das Problem des Passivrauchens durch den Einbau von Belüftungsanlagen lösen?**

- Der Einbau moderner Belüftungsanlagen bringt für die Gastronomie erhebliche Kosten mit sich. Die international anerkannte Fachgesellschaft auf dem Gebiet der Luftreinhaltung in Innenräumen, die American Society of Heating, Refrigerating and Air Conditioning, stellte 2005 offiziell fest, dass „Ventilations- und andere Luftfiltertechniken die Gesundheitsrisiken des Passivrauchens nicht beseitigen können.“

- Lüftungssysteme können zwar den Geruch des Tabakrauchs beseitigen, nicht jedoch vollständig die darin enthaltenen Giftstoffe. Das geht auch aus internen Studien von British American Tobacco hervor.

Der Einbau von Belüftungsanlagen in Gaststätten ist teuer und löst nicht das Problem der Gesundheitsgefährdung.

## **6. Führt eine gesetzliche Regelung nicht zu einem Verlust von Freiheit?**

- Jedem steht es frei, sich selbst zu schädigen, nicht jedoch andere Menschen. Die Freiheit der Raucher darf nicht zu Lasten anderer Gäste und der Gastronomiemitarbeiter gehen.
- Die unternehmerische Freiheit der Gastronomen endet dort, wo sie die Gesundheit der Beschäftigten gefährdet.
- In Deutschland sind Millionen chronisch Kranker derzeit dazu gezwungen, auf einen Restaurantbesuch zu verzichten, weil sie ihren Gesundheitszustand durch das Einatmen von Tabakrauch nicht noch weiter verschlechtern wollen. Auch Familien mit Kindern müssen auf einen Restaurantbesuch verzichten, wollen sie ihre Kinder, die gegenüber Tabakrauch besonders empfindlich sind, nicht einer deutlichen Gesundheitsgefahr aussetzen. Für sie alle bedeutet eine gesetzliche Regelung einen erheblichen Freiheitsgewinn.

Freiheit ist ein hohes Gut und schließt die Verantwortung mit ein, anderen Menschen nicht zu schaden.

## **7. Führt ein Rauchverbot nicht zwangsläufig zu einem Ausufern der Bürokratie?**

- Unklare Regelungen mit Ausnahmen und Einschränkungen verstärken die Bürokratie. Nur eine bundeseinheitliche Regelung ohne jegliche Ausnahme reduziert die Bürokratie.
- Ein Rauchverbot ohne die Androhung von Bußgeldern ist wirkungslos.

Nur eine komplett rauchfreie Gastronomie führt zu weniger Bürokratie.

## **8. Wenn es ein Rauchverbot in der Gastronomie gibt, wird dann nicht zu Hause mehr geraucht?**

- Es gibt keine Belege dafür, dass Rauchverbote in der Gastronomie durch privaten Mehrkonsum kompensiert werden. Vielmehr zeigen Erfahrungen aus anderen Ländern, dass die Raucher ihren Tabakkonsum reduzieren, wenn ein

Rauchverbot in Kraft tritt. Dadurch verringert sich auch das Ausmaß der Passivrauchbelastung zu Hause.

- Rauchverbote führen dazu, dass die Zahl der Aufhörtversuche zunimmt und die der Rückfälle abnimmt. In Irland ging in den ersten zwölf Monaten nach der Einführung der rauchfreien Gastronomie die Raucherquote um zwei Prozent zurück. Bei den 15- bis 18-Jährigen betrug der Rückgang sogar zehn Prozent.
- Wenn es zu Rauchverboten in der Öffentlichkeit kommt, wird auch zu Hause häufiger über die Gefahren des Passivrauchens gesprochen. In Australien ist der Anteil der Privathaushalte, in denen nur noch eingeschränkt geraucht wird, nach Inkrafttreten des Rauchverbots am Arbeitsplatz von 25 Prozent auf 59 Prozent angestiegen.

Die rauchfreie Gastronomie führt zu einem Rückgang der Tabakrauchbelastung auch zu Hause.

## **9. Welche betriebswirtschaftlichen Folgen hat ein Rauchverbot in der Gastronomie?**

- In einer Gaststätte, in der nicht mehr geraucht wird, sinken die Reinigungs- und die Renovierungskosten. Die Produktivität der Mitarbeiter steigt, die Zahl der Krankmeldungen geht zurück. Zudem verringert sich die Brandgefahr.
- In den amerikanischen Bundesstaaten und den Ländern Europas, in denen das Rauchen in der Gastronomie untersagt wurde, gab es offiziellen nationalen Statistiken zufolge in der Gastronomie keine nennenswerten Umsatzeinbußen oder Arbeitsplatzverluste. Langfristig wurden in den USA seit der Einführung der rauchfreien Gastronomie sogar zahlreiche neue Arbeitsplätze in der Gastronomie geschaffen.

Die rauchfreie Gastronomie gewährleistet stabile Umsätze und gesicherte Arbeitsplätze.

## **10. Wie beurteilt die Bevölkerung Rauchverbote in der Gastronomie?**

- In Deutschland wünschen sich zwei Drittel der Bevölkerung rauchfreie Gaststätten, Tendenz steigend: Nach einer Umfrage im Auftrag des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg lag die Zustimmung im Februar 2005 bereits bei 53 Prozent, stieg bis zum Februar 2006 auf 59 Prozent und erreichte im September 2006 64 Prozent.
- Insbesondere unter Rauchern stieg die Zustimmung zu rauchfreien Gaststätten an.

Keine andere Maßnahme der aktuellen Gesundheitspolitik ist so populär wie die Einführung der rauchfreien Gastronomie.

### **Impressum**

© 2007 Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg  
2. Auflage, 2007: 5000  
Autoren: Dietmar Jazbinsek, Berlin, Dr. Martina Pötschke-Langer, Heidelberg

Verantwortlich für den Inhalt:  
Dr. Martina Pötschke-Langer  
Stabsstelle Krebsprävention und  
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle  
Deutsches Krebsforschungszentrum

Im Neuenheimer Feld 280  
69210 Heidelberg  
Fax: 0 62 21 - 42 30 20, E-mail: who-cc@dkfz.de

Zitierweise:  
Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.):  
Deutschland benötigt eine gesetzliche Regelung für eine rauchfreie  
Gastronomie  
Heidelberg, 2007

## Deutschland benötigt ein Bundesgesetz für eine rauchfreie Gastronomie

---

### Literatur

- (1) American Society of Heating RaA-CE (2005) Environmental tobacco smoke. American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers, Atlanta, Georgia
- (2) Bauer JE, Hyland A, Li Q et al. (2005) A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. American Journal of Public Health, 95, 1024-1029
- (3) Biener L, Nyman AL (1999) Effect of workplace smoking policies on smoking cessation: results of a longitudinal study. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 41, 1121-1127
- (4) Borland R, Mullins R, Trotter L (1999) Trends in environmental smoke restrictions in the home in Victoria, Australia. Tobacco Control 8:266-271
- (5) Deutsche Forschungsgemeinschaft (1998) MAK- und BAT-Werte-Liste 1998; Maximale Arbeitsplatzkonzentrationen und Biologische Arbeitstoleranzwerte; Mitteilung 34. Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe, Wiley-VCH, Weinheim
- (6) Deutscher Hotel und Gaststättenverband, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2005) Nichtrauchererschutz in Hotellerie und Gastronomie. Vereinbarung zwischen dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband und dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 1. März 2005.
- (7) Deutsches Krebsforschungszentrum (2003) Passivrauchende Kinder in Deutschland - frühe Schädigungen für ein ganzes Leben. Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
- (8) Deutsches Krebsforschungszentrum (2006) Rauchfreie Gaststätten in Deutschland: Zwei-Drittel-Zustimmung bei der Bevölkerung. Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
- (9) Deutsches Krebsforschungszentrum (2006) Rauchfreie Gaststätten - mehrheitliche Zustimmung der deutschen Bevölkerung. Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
- (10) Employment Development Department (2006) Industry Employment (CES). <http://www.labormarketinfo.edd.ca.gov/> (abgerufen am 01.09.2006)
- (11) Fichtenberg CM, Glantz S (2000) Association of the Californian tobacco control program with declines in cigarette consumption and mortality from heart disease. New England Journal of Medicine, 343, 1772-1777
- (12) Glantz SA (2000) Effect of smokefree bar law on bar revenues in California. Tobacco Control, 9, 111-112
- (13) Halpern MT, Shikiar R, Rentz AM et al. (2001) Impact of smoking status on workplace absenteeism and productivity. Tobacco Control, 10, 233-238
- (14) International Agency for Research on Cancer (IARC) (2004) Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization, Lyon

## Deutschland benötigt ein Bundesgesetz für eine rauchfreie Gastronomie

---

- (15) Jinot J, Bayard S (1994) Respiratory health effects of passive smoking: EPA's weight-of-evidence analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 47, 339-349
- (16) Johansson J, Olander L, Johansson R (1993) Long-term test of the effect of room air cleaners on tobacco smoke. *Proceedings of Indoor Air*, 6, 92
- (17) Leavell N R, Muggli M E, Hurt, R D, Repace, J (2006) Blowing smoke: British American Tobacco's air filtration scheme. *British Medical Journal* 332: 227-229
- (18) McGhee SM, Adab P, Hedley AJ et al. (2000) Passive smoking at work: the short-term cost. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 673-676
- (19) Nelson E (2001) The miseries of passive smoking. *Human and Experimental Toxicology*, 20, 61-83
- (20) New York State Department of Health (2006) The health and economic impact of New York's Clean Indoor Air Act. New York State Department of Health, [http://www.health.state.ny.us/prevention/tobacco\\_control/docs/ciaa\\_impact\\_report.pdf](http://www.health.state.ny.us/prevention/tobacco_control/docs/ciaa_impact_report.pdf) (abgerufen am 22.08.2006)
- (21) New York State Department of Labor (2006) Current Employment by Industry (CES). <http://www.labor.state.ny.us/workforceindustrydata/apps.asp?reg=nys&app=emp> (abgerufen am 07.09.2006)
- (22) Parrott S, Godfrey C, Raw M (2000) Costs of employee smoking in the workplace in Scotland. *Tobacco Control*, 9, 187-192
- (23) Ross H (2006) Economics of smoke free policies. In: *Smoke Free Partnership, Lifting the smokescreen*. Brussels
- (24) Smith CJ, Perfetti TA, Garg R et al. (2004) Percutaneous penetration enhancers in cigarette mainstream smoke. *Food and Chemical Toxicology*, 42, 9-15
- (25) Wooden M, Bush R (1995) Smoking cessation and absence from work. *Preventive Medicine*, 24, 535-540
- (26) Wright JL, Hobson JE, Wiggs B et al. (1998) Airway inflammation and peribronchiolar attachments in the lungs of non-smokers, current and ex-smokers. *Lung*, 166, 277-286

### Weiterführende Links:

Office of Tobacco Control: <http://www.otc.ie/>

New York State Department of Health: <http://www.health.state.ny.us>

New York State Department of Labor: <http://www.labor.state.ny.us>

Centers for Disease Control and Prevention, Surgeon's General Reports:  
<http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/index.htm>