

An die Präsidentin
des Landtags Nordrhein-Westfalen
Referat I.1/AO1
z.Hd. Frau Hielscher
Postfach 101143
40002 Düsseldorf

Dortmund, den 27. Oktober 2007

Stellungnahme

Gesetz zur Verbesserung des Nichtraucherschutzes in Nordrhein-Westfalen Drucksache 14/4934 - Anhörung 31. Oktober 2007

Sehr geehrte Frau Präsidentin,

Wir bedanken uns für Ihre Einladung am 31. Oktober 2007 an der Anhörung zur Verbesserung des Nichtraucherschutzes in NRW teilzunehmen und möchten wie folgt zum Gesetzentwurf Stellung nehmen:

FACT – Frauen aktiv contra Tabak e.V. bedauert zutiefst, dass der Gesetzentwurf nicht den national und international anerkannten Standards und der legislativen Entwicklung auf europäischer Ebene für einen wirksamen Schutz vor Passivrauchen entspricht. Raucheräume sind in dem vorliegenden Entwurf immer noch die Norm und das Recht auf rauchfreie Luft wird Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in bestimmten Bereichen des öffentlichen Diensts und der Privatwirtschaft weiter vorenthalten.

Ausnahmen des Rauchverbots für ärztliche Praxen sind ein Skandal. Sporteinrichtungen, die doch einen gesunden Lebensstil fördern sollten, sind immer noch weitgehend von einem Rauchverbot ausgeschlossen, Kinderspielplätze werden nicht bedacht. Wirtschaftliche Interessen werden immer noch vor das Allgemeinwohl Gesundheit gestellt.

Die bayrische CSU hat unlängst seine Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung klar erkannt und hat sich am 24. Oktober 2007 für ein totales Rauchverbot ohne Ausnahme entschieden. Dies umfasst ein Rauchverbot ohne Ausnahme, also keine Raucherräume, für Gaststätten und Raucherlaubnis in Bier-, Wein- und Festzelten.

Die Europäische Kommission hat im Januar 2007 ein Grünbuch zur Bekämpfung des Passivrauchens vorgelegt ¹ Koordinierte Bemühungen in Hinblick auf ein „rauchfreies Europa“

¹ Europäische Kommission, GRÜNBUCH - Für ein rauchfreies Europa: Strategieoptionen auf EU-Ebene http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_de.pdf

gehören zu den Prioritäten der öffentlichen Gesundheits-, Umwelt-, Arbeits- und Forschungspolitik der Kommission. In ihrem Aktionsplan Umwelt- und Gesundheit 2004-2010 verpflichtet sich die Kommission dazu, „eine Verbesserung der Luftqualität in Innenräumen herbeizuführen, insbesondere durch eine Förderung der Einschränkungen des Rauchens an allen Arbeitsplätzen durch Untersuchung rechtlicher Möglichkeiten und von Initiativen zur Gesundheitsförderung auf europäischer und nationaler Ebene“. Eine europaweite Konsultation hat ergeben, dass eine europäische Gesetzgebung erwünscht ist, wenn Mitgliedstaaten diese Aufgabe nicht wahrnehmen.

Das Europäische Parlament (EP) hat am 24. Oktober 2007 gefordert, dass „innerhalb von zwei Jahren ein uneingeschränktes Rauchverbot in sämtlichen geschlossenen Arbeitstätten, einschließlich der Gastronomie“ eingeführt werden sollte. Für den Fall, dass die vom EP formulierten Ziele nicht von allen 27 Mitgliedstaaten erreicht werden, verlangt es eine Regelung auf EU Ebene. Bis 2011 soll die EU-Kommission dann einen Vorschlag für Regelungen im Bereich Arbeitsschutz vorlegen.

Das Rahmenabkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC), wurde als erstes internationales Abkommen im Gesundheitsbereich von mehr als 160 Nationen angenommen. Am 16. Dezember 2004 wurde das FCTC durch Deutschland ratifiziert. Deutschland engagiert sich damit dafür, den Maßnahmenkatalog dieses ersten internationalen Abkommens zum Gesundheitsschutz umzusetzen. Artikel 8 betrifft den Schutz vor Passivrauchen. Die gemeinsam akzeptierten Richtlinien zur Umsetzung von Artikel 8 „Schutz vor Passivrauchen“ (COP 2, Juni 2007) präzisieren², dass der Schutz vor der Belastung von Tabakrauch nur durch eine vollständige Unterbindung des Rauchens in öffentlichen Einrichtungen und am Arbeitsplatz erreicht werden kann.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass bindende und umfassende Vorgaben des Gesetzgebers erforderlich sind, um eine rauchfreie Luft zu garantieren, da freiwillige Maßnahmen sich als unwirksam erwiesen haben. Als „rauchfreie Luft“ wird Luft bezeichnet, die zu 100% rauchfrei ist. Diese Definition umfasst die Tatsache, dass der Tabakrauch nicht gesehen, gerochen, gespürt oder gemessen werden kann³.

Der aktuelle Gesetzentwurf für NRW kommt den nationalen und internationalen Standards und Best Practice Erfahrungen nicht nach:

1. Ein Rauchverbot ausschließlich in vollständig umschlossenen Räumen ist unzureichend.

Das Gesetz muss sicher stellen, dass auch die Rauchfreiheit auf Außenanlagen gewährleistet wird.

Hier einige Beispiele :

²Report on the conference of the parties to the Framework Convention on Tobacco Control, second session, 20 September 2007- English http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_DIV9-en.pdf

³Vorläufige Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation zum Schutz der Bevölkerung vor den Gefahren durch Tabakrauch – Artikel 8 des WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Framework Convention on Tobacco Control), Deutsches Krebsforschungszentrum 2007 - Deutsch http://www.tabakkontrolle.de/pdf/AdWfP_vorlaeufige_Leitlinien_der_WHO_Artikel8.pdf

- a) **Spielplätze, die nicht einer Räumlichkeit angegliedert sind** : Schon im Kindesalter spielt die Vorbildfunktion der Erwachsenen eine große Rolle. Mädchen sind von den Rauchgewohnheiten der Mütter besonders beeinflusst. Rauchen in den ersten fünf Lebensjahren der Mutter erhöht das Einstiegsrisiko der Töchter um 5-8%⁴. Von Kippen verunreinigte Spielplätze stellen weiterhin eine Gesundheitsgefahr für Kleinkinder dar, da sie diese Kippen auch in den Mund stecken und lebensbedrohliche Vergiftungen erleiden könnten.
- b) **Sportanlagen** : Durch die enge Sitzverteilung bei Sportveranstaltungen im Außenbereich (u.a. Fußballstadien) kann der Besucher und die Besucherin nicht vor dem hoch giftigen Nebenstromrauch der Zigarette (Die Konzentration der Schadstoffe ist teilweise im Nebenstromrauch sogar höher als im Hauptstromrauch) eines Sitznachbarn geschützt werden.
- c) **Festzelte**: Die Gäste und Bedienung in Festzelten sind genauso dem Passivrauchen ausgesetzt wie in Kneipen. Festzelte werden aber auch besonders von Familien mit Kindern und von Jugendlichen besucht. Daher muss auch hier ein komplettes Rauchverbot gelten, um einen umfassenden Schutz vor Passivrauchen aller zu gewährleisten. Siehe auch die Entscheidung der bayrischen CSU vom 24. Oktober 2007 (siehe oben).

2. Einrichtung von Raucherräumen ist unnötig, kostenintensiv und diskriminierend

- a) **Universitäten und Hochschulen oder Einrichtungen der Erwachsenenbildung** dürfen Raucherräume einrichten. Es darf keine Ausnahmen für Universitäten und Hochschulen oder für Einrichtungen der Erwachsenenbildung geben. Wie in Schulen und Einrichtungen der Kinder und Jugendhilfe sollte der Schutz vor Passivrauchen auch in Hochschulen total und wegweisend sein. Die Erziehungsaufgaben der Bildungsstätten werden durch das Nichtraucherschutzgesetz unterstützt.
- b) **Raucherräume in Restaurants und Kneipen** .Die Einrichtung von Raucherräumen garantiert keinen Schutz vor Passivrauchen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die in diesen Räumen arbeiten müssen. Weiterhin werden offene Türen, Flure, Gänge und angrenzende Räume weiterhin kontaminiert. Jede Ausnahme bedeutet einen verminderten Gesundheitsschutz und ein Schlupfloch, das die Umsetzung des Nichtraucherschutzes beeinträchtigt.

In Ländern, in denen Raucherräume in der Gastronomie zugelassen wurden, wie Italien, Schweden, Frankreich oder Slowenien, ist dies nur unter klaren Vorgaben gemacht worden. Zu den Vorgaben gehören; 1) Luftunterdruck im Raucherraum, 2) Abfuhr der Luft aus dem Raucherraum nach draußen, 3) selbst schließende Türen und 4) keine Bedienung in den Raucherräumen. Andernfalls ist der Schutz vor dem Passivrauchen der nicht rauchenden Gäste und der Beschäftigten in der Gastronomie nicht gewährleistet – siehe dazu § 4 und den Verweis dort auf § 3 Abs. 6).

3. Ausnahmen vom Rauchverbot im Gesundheitswesen sind kontraproduktiv

- a) **Arztpraxen oder Praxen für ambulantes Operieren** sind vom allgemeinen Rauchverbot, die sonst für Gesundheitseinrichtungen gelten, ausgenommen. Diese Regelung ist skandalös und wendet sich gegen jegliches ethische Prinzip der Heilkunde.

⁴ The Determinants of Smoking Initiation – Silja Göhlmann, Empirical Evidence from Germany, Ruhr Economic Paper #27, RWI Essen

Ärztinnen und Ärzte sowie Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind, haben eine vorrangige Vorbildfunktion. Dass die meisten Praxen schon ein freiwilliges Rauchverbot eingeführt haben, ist kein Argument. Es setzt einfach das falsche Signal auch für die Ärzteschaft. Internationale Studien haben gezeigt, dass Ärztinnen und Ärzte, die selber rauchen, ihre Patienten weniger auf die Gesundheitsschäden des Rauchens ansprechen und Hilfe anbieten.⁵ In keinem der bis jetzt verabschiedeten Landesgesetze zum Nichtraucherschutz gibt es eine derartig absurde Ausnahme.

- b) **In den palliativmedizinischen Einrichtungen und in den geschlossenen Abteilungen eines Krankenhauses** dürfen Ärztinnen und Ärzte, pflegende und betreuende Personen oder andere Personen nicht dem Tabakrauch ausgesetzt werden, wie es bei den vorgesehenen Ausnahmen möglich ist. Aus ärztlicher Sicht ist dabei vor allem der Absatz 4 c) nicht zu akzeptieren, in dem Ausnahmen für solche Personen zugelassen werden, „bei denen die Untersagung des Rauchens dem Therapieziel entgegensteht“.

Diese Vorschrift suggeriert, dass das Therapieziel – dies soll sich auf depressive und suizidgefährdete Personen beziehen – gefährdet sei, wenn ein konsequentes Rauchverbot zum Schutze von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in der jeweiligen Einrichtung/ Krankenhaus ausgesprochen würde. Diese Formulierung lässt sogar den Rückschluss zu, dass das Rauchen selbst einen therapeutischen Nutzen hat.

Wir möchten darauf hinweisen, dass die Erfahrung in Deutschland und auf europäischer Ebene gezeigt hat, dass rauchfreie psychiatrische Einrichtungen durchaus dem Therapieziel entsprechen und möglich sind. In Frankreich sind alle Einrichtungen im Gesundheitswesen seit 1. Januar 2007 rauchfrei, einschließlich psychiatrische Einrichtungen. Irland⁶, Dänemark⁷ und Schweden haben Leitlinien für psychiatrische Einrichtungen entwickelt. In Deutschland hat die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie das Rauchfreikonzept umgesetzt.

Das Europäische Netzwerk Rauchfreier Gesundheitseinrichtungen bietet Leitlinien auf europäischer Ebene an⁸ und das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser unterstützt Kliniken in der praktischen Umsetzung dieser Richtlinien. Schwierigkeiten in der Umsetzung müssen somit nicht zu einer gesetzlichen Ausnahme und zu einer Gesundheitsgefährdung in einem besonders sensiblen Bereich führen. Es wäre fatal, wenn ein Gesetzentwurf sich neuesten Erkenntnissen entgegensehrt und Fortschritt beeinträchtigt.

⁵ Review of the Literature on Factors that Facilitate and Hinder Use of Smoking Cessation Interventions by GP'S and of Interventions to Change GP Behaviour, PESCE Project, University of Stirling, The Centre for Tobacco Control Research , 2007 (in press)

⁶ BEST PRACTICE GUIDELINES TO SUPPORT COMPLIANCE WITH NATIONAL POLICY IN RELATION TO TOBACCO MANAGEMENT IN THE MENTAL HEALTH SETTING , Irish HPH Network, 2007
http://ensh.aphp.fr/IMG/pdf/Practical_Guidelines_for_Tobacco_Management_in_the_Mental_HealthSetting-2.pdf
Deutsche Übersetzung unter <http://www.dnrfk.de/?page=307-0-0-1-1-8>

⁷ Smoking cessation in psychiatry - Is there sufficient evidence to recommend smoking cessation activities?, Danish Network of health promoting hospitals , 2007 http://ensh.aphp.fr/IMG/pdf/DK-Mental_health_workshop_report.pdf

⁸ ENSH guidelines for Psychiatric services, ENSH Newsletter 12, 2007
http://ensh.aphp.fr/IMG/pdf/12th_ENSHnewsletterLight.pdf

4. Technische Entlüftungsvorkehrungen sind unwirksam

Ausnahmen für technische Entlüftungsapparate müssen gestrichen werden. Diese Systeme sind teuer und unwirksam. In der Begründung des Gesetzentwurfs (A Allgemeines Absatz 3) wird die Einrichtung solcher Apparate widerlegt.

5. Ordnungswidrigkeiten

Die Höhe der Bußgelder muss im Gesetz klar fest geschrieben werden, damit kein Zweifel an dem Willen des Gesetzgebers besteht, die Regelung durchzusetzen. Das Bußgeld sollte so hoch sein, dass eine wiederholte Übertretung des Gesetzes vermieden wird. (Gastwirte z.B. Entzug der Lizenz, für Raucherinnen und Raucher ein Bußgeld von 100 €.)

6. Wirtschaftlichkeit

Ein gesundheitsgefährdender Stoff kann nicht unter wettbewerblichen Gesichtspunkten diskutiert werden. Es geht darum, Schutzmaßnahmen gegen das Passivrauchen zu ergreifen. Wirtschaftliche Interessen sind dem Gesundheitsschutz der Bevölkerung nachgeordnet. Dies gilt auch auf internationaler Ebene. Das Welthandelsabkommen ist dem Rahmenabkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) nachgeordnet.

Wenn die Einnahmen der Restaurant- und Kneipenbesitzer trotzdem zur Sprache gebracht werden sollen, so hat jedes Land, das einen umfassenden Nichtraucherschutz für öffentlich zugängliche Einrichtungen und am Arbeitsplätzen eingerichtet hat, diesbezüglich positive Erfahrungen gemacht, darunter auch die Gastwirte:

- a) In Schottland besteht ein totales Rauchverbot (ohne Raucherräume) seit März 2006. Man hatte der Regierung einen totalen Einbruch des Gastwirtschaftsgeschäfts vorausgesagt. Nichts ist eingetroffen wie angekündigt. Zwei große Gasthausketten beschäftigten kürzlich einen Anstieg des Umsatzes in Pubs, seit dem in Kraft treten des Gesetzes.
- b) In Schweden ist die Gastronomie seit Juli 2005 rauchfrei. Eine Umfrage des schwedischen Hotel und Restaurantverbandes zeigte, dass nach 6 Monaten im allgemeinen kein nennenswerter Rückgang des Umsatzes zu verzeichnen war. Sechzehn Prozent der befragten Betriebe berichteten über einen erhöhten Umsatz, 6 % hatten einen niedrigeren Umsatz und die Mehrheit der Gastbetriebe konnten keinen Unterschied im Umsatz feststellen.
- c) Nach der Einführung einer rauchfreien Gastronomie im März 2004 in Irland blieben die Umsätze in Restaurants, Bars und Pub's stabil. Eine ähnliche Entwicklung ließ sich auch für Norwegen feststellen.

Die Wirtschaftlichkeit eines totalen Rauchverbots ohne Ausnahmen sollte aber weniger an den künstlich geschürten Ängsten von Gastwirtinnen und Gastwirten gemessen werden, als an den eingesparten Kosten für Krankheits- und Pflegekosten und vor allem an dem durch Krankheit und Tod vermiedenen Schmerz und Leid an Körper und Seele der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen.

Neueste wissenschaftliche Untersuchungen in Schottland zeigen, dass durch ein vollständiges Nichtraucherchutzgesetzes diese Ziele erreicht werden können⁹:

- a) Eine Abnahme von 17 % der Herzinfarktaufnahmen in 9 schottischen Krankenhäusern ein Jahr nach dem Rauchverbots. Im Vergleich nahmen die Krankenhausaufnahmen wegen Herzinfarkt im Jahrzehnt vor dem Rauchverbot nur um 3% pro Jahr ab.
- b) Eine 39% Reduktion des Passivrauchens von 11-jährigen und Erwachsenen Nichtrauchern
- c) Eine 86% Reduktion von Tabakrauch in Bars.
- d) Kein Anstieg des Rauchverhaltens in Wohnungen als Konsequenz des Rauchverbots in Gaststätten, im Gegenteil ein Anstieg der Rauchverbote in Haushalten
- e) Eine hohe Akzeptanz der Öffentlichkeit für das Nichtraucherchutzgesetz, sogar bei Rauchern. Die Akzeptanz stieg stark an, sobald das Gesetz in Kraft getreten war.

Vergleichbare Ergebnisse wurden auch in Italien und Irland erzielt.

7. Umsetzbarkeit

Ein umfassendes Rauchverbot ohne Ausnahmen garantiert Chancengleichheit und Gleichbehandlung aller Betriebe, erleichtert die Umsetzung und vermeidet Wettbewerbsverzerrungen.

Ein Phänomen, das in allen Ländern mit einem totalen Rauchverbot festgestellt wurde, ist, dass vor dem Rauchverbot nur 67% der Bevölkerung die neuen Regelungen befürworteten, dass die Akzeptanz **nach** der Einführung aber auf über 90% anstieg.

Die internationale Erfahrung hat gezeigt, dass die Umsetzung des Rauchverbots in Gaststätten (ohne Raucherräume) ein Selbstläufer ist.

- a) In Irland verzeichnete die Umwelt und Arbeitsschutzagentur eine 97% Einhaltung der Nichtraucherchutzregelung. Das Rauchen am Arbeitsplatz reduzierte sich von 62% auf 14%, in Restaurants von 85% auf 3% und in Bars/Pubs von 98% auf 5%
- b) In Schottland wurden massive Proteste vorausgesagt, doch das Gesetz hat sich sozusagen von selbst durchgesetzt. Im ersten Monat nach dem in Kraft treten, wurde die Regelung zu 99% eingehalten. Auf nationaler Ebene erhielten nur 3 Betriebe und 3 Raucher einen Bußgeldbescheid. Der Grund dafür waren im Allgemeinen fehlende Nichtraucherhinweise.
- c) In Italien wurden zwischen Januar und November 2005 tausende von Gastronomiebetrieben kontrolliert. Nur 112 Betriebe (1,8%) verstießen gegen das Nichtraucherchutzgesetz. 92% der Restaurant-, Bar- und Kneipenbesitzer sagten, dass das Gesetz in ihren Betrieben eingehalten wurde.

Das Nichtraucherchutzgesetz in NRW sollte den neuesten Entwicklungen im Bereich Passivrauchen und Gesundheitsförderung entsprechen. Frauen und Mädchen sind von Passiv-

⁹ Smoking ban brings positive results, Press release the Scottish Government , 10.9.2007
<http://www.scotland.gov.uk/News/Releases/2007/09/10081400>

rauchen besonders betroffen, denn 70% der Todesfälle durch Passivrauchen zu Hause, im Beruf und in der Freizeit betreffen Frauen¹⁰.

Um die Umsetzung des Nichtraucherschutzgesetzes zu optimieren, schlagen wir vor, eine Koordinationsstelle für Tabakkontrolle für NRW zu schaffen, die u.a. die Aufgabe hat:

- a) die Umsetzung des Gesetzes zu beobachten und zu dokumentieren
- b) Akteure im Bereich Tabakkontrolle zu vernetzen
- c) neue Initiativen und Strategien im Bereich Tabakkontrolle und Tabakentwöhnung zu entwickeln und zu unterstützen

Wir bitten Sie um eine Überarbeitung des Gesetzentwurfs im Sinne unserer Forderungen und verbleiben,

Hochachtungsvoll,



Sibylle Fleitmann

Vorsitzende FACT e.V.

¹⁰ Passivrauchen ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Band 5, Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg, 2005 http://www.tabakkontrolle.de/pdf/Passivrauchen_Band_5_2Auflage.pdf

