

die der Agentur für Arbeit, keine Stellenbörse oder Therapie. Letztlich ist die Intention, die wir verfolgen, den Jugendlichen Perspektiven zu vermitteln und sie eine kurze Strecke ihres Lebens zu begleiten. Wir bieten Hilfestellungen und arbeiten daran, die Eigenverantwortlichkeit und das Selbstbewusstsein zu stärken. Wir starten das Coaching gewöhnlich mit der Erarbeitung eines Persönlichkeitsprofils durch Gespräche über die eigenen Einstellungen, Haltungen, Wünsche, Ziele, Ideen, Gefühle und Konflikte. Wir enden erfolgreich mit der Zielerreichung, im besten Fall mit einem Ausbildungs- oder Arbeitsplatz und mit der Schuldenfreiheit.

Insgesamt wurden im vergangenen Jahr 105 junge Menschen im Alter bis 25 Jahre individuell betreut, rund 55 Prozent davon waren Frauen. Bei rund der Hälfte der Betroffenen war die berufliche Integration aufgrund eigener oder familiärer finanzieller Belastungen bisher nicht möglich. Eigene Schulden hatten rund 72 Prozent der jungen Frauen und 82 Prozent der jungen Männer im Projekt. Gut 25 Prozent von ihnen waren bis 18 Jahre alt. Dabei lag die Schuldenbelastung bei rund 27 Prozent der jungen Menschen unter 500 Euro, bei 19 Prozent zwischen 500 und 1 000 Euro und bei rund 20 Prozent zwischen 1 000 und 2 500 Euro. Ebenfalls 20 Prozent hatten Schulden zwischen 2 500 und 5 000 Euro, zehn Prozent zwischen 5 000 und 10 000 und vier Prozent über 10 000 Euro.

Rund 43 Prozent der jungen Frauen und Männer, die das Projekt zu vermitteln versucht (insgesamt waren es 75 Aufnahmen im vergangenen Jahr), begannen eine Berufsausbildung auf dem ersten Arbeitsmarkt. 31 Prozent nahmen eine Beschäftigung auf und 25 Prozent konnten in eine weiterführende Schule oder in ein berufsvorbereitendes Qualifizierungsangebot eingegliedert werden. Lediglich ein Teilnehmer beendete die Betreuung ohne eine Perspektive für die berufliche Integration.

„Was hat das Projekt dir gebracht?“, fragte ich einen Klienten am Ende des Beratungsverlaufes. „Ich bin erwachsen geworden und ich weiß, was es heißt, hart zu arbeiten und durchzuhalten.“

Literatur

SCHUFA Holding AG (Hrsg.): Schuldenkompass 2005. Empirische Indikatoren der privaten Ver- und Überschuldung in Deutschland. Wiesbaden 2005

Rauchen am Arbeitsplatz

Andrea Sebald; Barbara Bojack

Zusammenfassung

Der Artikel beschreibt zunächst die Entwicklung des Rauchens von seinen Anfängen als kulthafte oder rituelle Handlung bei besonderen Gelegenheiten bis zum gegenwärtig selbstverständlichen, regelmäßigen, täglichen Genuss. Dabei wird deutlich, dass Rauchen keineswegs harmlos ist, sondern Sucht- und Krankheitspotenzial beinhaltet. Die Frage, ob Rauchende von ihrem Tun abgebracht oder „lediglich“ Nichtraucher geschützt werden sollen, wird momentan vonseiten der gesetzgebenden Politikerinnen und Politiker mit einem gewissen Schutz der Nichtraucher und der Separierung der Rauchenden beantwortet. Die Eigenverantwortlichkeit und die Verantwortung gegenüber den Mitmenschen sollten aber stärker in den Mittelpunkt gerückt werden.

Abstract

First, this article describes smoking from its beginnings when it was used as a cult or ritual act done at special occasions until today where it is regarded as a normal, regular, daily delight. Here it also becomes obvious that smoking is by no means harmless but that it involves an addiction and illness potential. The question whether smokers should be prevented from their doing or whether non-smokers should „merely“ be protected is something that, at the moment, is answered by legislative politicians by favouring a certain protection of non-smokers and by separating smokers from them, while they could more vigorously call upon them to assume self-responsibility and responsibility towards their environment.

Schlüsselwörter

Arbeitsplatz – Rauchen – Typologie – Werbung – Sucht – Krankheit – Arbeitnehmerschutz

1. Einleitung

Der Tabakkonsum ist weltweit verbreitet, doch das Image der Rauchenden verschlechtert sich seit einiger Zeit deutlich. Die wachsende Zahl der Nichtraucher übt immer stärkeren sozialen Druck aus, um das Rauchen aus vielen Bereichen des öffentlichen Lebens zu verbannen. Durch Tabaksteuererhöhung, Warnhinweise auf Zigarettenschachteln, rauchfreie Bahnhöfe, Züge und Flugzeuge wurde das Raucherleben so erschwert wie nie zuvor. Die schweren Erkrankungen, wie beispielsweise Herz-

Gefäß-Krankheiten, Raucherbein oder Lungenkrebs, die durch das Rauchen verursacht werden, sind bekannt. Dennoch rauchten in Deutschland im Jahr 2000 rund ein Drittel der Bevölkerung im Alter von 18 bis 59 Jahren, Männer häufiger als Frauen. Den höchsten Anteil der Tabakkonsumierenden findet man in der Gruppe der 30- bis 40-Jährigen. Der überwiegende Teil der Rauchenden bleibt lebenslang tabakabhängig und beginnt bereits zwischen dem 12. und 15. Lebensjahr mit dem regelmäßigen Konsum (*Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V.* 2004, S. 1). Besonders besorgniserregend ist, dass die Raucherquote bei Kindern und Jugendlichen noch höher liegt, mit steigender Tendenz. Das Institut für Demoskopie Allensbach hat herausgefunden, dass die Zahl der rauchenden Jugendlichen zwischen 16 und 29 Jahren von 1996 bis 2003 von 40 auf 45 Prozent und bei den 14- bis 15-Jährigen von 13 auf 19 Prozent gestiegen ist (<http://www.ifd-allensbach.de/main.php3?selection=4&source=Seiten/Abericht.html>).

In Deutschland hängt das Rauchverhalten eng mit dem sozialen Status zusammen. Hohe Raucheranteile gibt es vor allem bei Personen mit geringer Bildung, geringem Einkommen und niedrigerer beruflicher Qualifikation sowie bei Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängenden. 48 Prozent der Männer und 40 Prozent der Frauen mit Hauptschulabschluss rauchen, hingegen nur 25 Prozent der Männer und 20 Prozent der Frauen mit Hochschulabschluss. Männer in einfachen manuellen Berufen und Frauen in einfachen Dienstleistungsberufen rauchen am häufigsten (bis zu 50 Prozent), Gymnasiallehrer, Hochschullehrerinnen und -lehrer sowie Ärzte und Ärztinnen am seltensten (15 Prozent). Weiter lässt sich feststellen, dass der Raucheranteil mit steigendem verfügbarem Einkommen sinkt. Insgesamt liegt der Raucheranteil in der Unterschicht bei 37 Prozent, in der Mittelschicht bei 33 Prozent und in der Oberschicht bei 28 Prozent (http://www.tabakkontrolle.de/pdf/Factsheet_Rauchen_und_soziale_Ungleichheit.pdf).

Allein in Deutschland sterben jährlich weit über 100 000 Menschen an den Folgen des Tabakkonsums. Die Hälfte von ihnen erreicht nicht einmal das 70. Lebensjahr. Das bedeutet, dass etwa 300 Todesfälle pro Tag ursächlich auf das Rauchen zurückzuführen sind (*Deutsches Krebsforschungszentrum* 2005, S. 5). Kämen täglich 300 Menschen durch Flugzeugabstürze oder Zugunglücke ums Leben, würden die Sicherheitsmaßnahmen umgehend erhöht und die Verursachenden zur Verantwortung gezogen werden. Die Zahlen verdeutlichen, dass in Deutschland mehr Menschen an den Folgen von

Tabakkonsum sterben als durch Alkohol, illegale Drogen, Verkehrsunfälle, Morde und Selbstmorde zusammen.

2. Geschichte des Rauchens

Die Ursprünge des Rauchens lassen sich nicht genau ermitteln. Wahrscheinlich stellten Menschen bereits in grauer Vorzeit fest, dass das Inhalieren von Rauch bestimmter Pflanzen anregend, narkotisierend und bewusstseinsverändernd wirkt. Rauchen diente zu Kultzwecken, um Kontakt mit Göttern, Geistern und Dämonen aufzunehmen. Gebräuchlich waren vor allem Bilsenkraut, Haschisch und Opium. Sicher ist, dass das Tabakrauchen in Nordamerika begann, wo die Tabakpflanze heimisch ist. Die Indianer rauchten die Friedenspfeife, um Freundschaften und Friedensabkommen zu bekräftigen oder Kriegszüge zu beschließen (*Leibold* 1998, S. 12 f.)

Die Verbreitung steht eng in Verbindung mit der Entdeckung des amerikanischen Kontinents. Der englische Seefahrer *Sir Walter Raleigh* (1552-1618) führte den Tabak ein, als er in seine Heimat zurückkehrte. In England fand das Rauchen rasch Anhänger, aber auch erbitterte Gegner. Der französische Diplomat *Jean Nicot* sandte Tabakpflanzen nach Frankreich, wo 1620 in der Nähe von Straßburg die erste Tabakplantage Europas entstand. *Nicot* empfahl Tabak als Medizin und machte Rauchen damit populär. Nach ihm wurde das Pflanzengift benannt, das die Wirkung der Zigarette ausmacht: Nikotin (*Carewicz* 2004, S. 12 f.). Das Vorbild für die heute verwendete Zigarette stammt vermutlich aus der Türkei und Russland. Während des Kriemkriegs (1853-1856) sahen englische und französische Soldaten, wie Türken und Russen den Tabak in Papier wickelten, da sie sich keine teuren Pfeifen leisten konnten. Nachdem die Soldaten die Zigarette in Frankreich und England eingeführt hatten, erkannte die Industrie schnell ihre Chance. Maschinen wurden hergestellt, um große Mengen dieser Rauchwaren relativ preiswert zu produzieren (*Leibold* 1998, S. 14).

3. Typologie

▲ Die Genussrauchende

Diese Menschen haben eine positive Einstellung zum Rauchen. Für sie ist es ein Ritual, sie brauchen keine Zigarette, sie gönnen sie sich. Genussraucher und -raucherinnen brauchen das Rauchen zur Steigerung ihrer Lebensqualität. Zum Aufhören benötigen sie daher einen Genussausgleich.

▲ Die Stressrauchenden

Sie rauchen vor allem, wenn Schwierigkeiten oder Konflikte auftauchen. Ob Termindruck, Stress mit Partnern oder Prüfungsangst, mit der Zigarette hat

dieser Typ das Gefühl, Angst, Spannung und innere Unruhe abzubauen, er hält mit Zigaretten seine Gemütslage in Balance.

▲ *Die Suchtrauchenden*

Sie wissen eigentlich, dass es schädlich ist, zu rauchen, können es aber dennoch nicht lassen. Bei jeder Gelegenheit wird eine Zigarette angezündet. Die Abhängigkeit wird als schicksalhaft hingenommen. Beim Aufhören muss dieser Rauchertyp mit schweren körperlichen Entzugerscheinungen rechnen.

▲ *Die Gelegenheitsrauchenden*

Es gibt Tage, an denen sie gar keine Zigarette benötigen. Hin und wieder rauchen sie in Gesellschaft mit, verspüren allerdings keine Entzugssymptome, wenn sie nicht rauchen. Daher fehlt ihnen der Grund, völlig mit dem Rauchen aufzuhören. Der Weg vom gelegentlichen zum gewohnheitsmäßigen Rauchen ist jedoch kürzer als sie denken.

▲ *Die Figurbewussten*

Sie nutzen die Zigarette, um ihr Gewicht zu halten oder zu senken. Der Glimmstängel dient als Ersatz für Mahlzeiten. Schreckgeschichten von Ex-Rauchenden, die stark zugenommen haben, lassen diesen Rauchertyp erst gar nicht ans Aufhören denken (Carewicz 2004, S. 65 f.).

4. Passives Rauchen

Lediglich ein Viertel des „blauen Dunstes“ wird von Rauchern und Raucherinnen selbst aufgenommen (Hauptstromrauch). Der Rest, der sogenannte, die Umgebung belastende Nebenstromrauch, beinhaltet 50 Prozent mehr karzinogene und toxische Stoffe als der eingeatmete Rauch. Die akuten Auswirkungen beim Aufenthalt in einem rauchigen Raum sind Augenbrennen, rauer Hals, Kopfschmerzen oder Müdigkeit. Diese vergehen aber, sobald die Luft wieder gereinigt ist. Eine regelmäßige Aufnahme von Tabakrauch über einen längeren Zeitraum, beispielsweise durch Arbeitskollegen oder -kolleginnen, erhöht mit großer Sicherheit das Risiko für Lungenkrebs oder Herzinfarkt. Besonders für Allergiker oder Asthmatiker stellt das Passivrauchen ein erhöhtes Risiko zur Verschlimmerung ihrer Krankheit dar. Für Kinder ist das Passivrauchen mit einem erhöhten Risiko für plötzlichen Kindstod, Atemwegserkrankungen, Asthma, Mittelohrinfektionen und Allergien verbunden (Bundeszentrale 2000, S. 18).

5. Einfluss der Werbung

Ob die Werbung Einfluss auf den Tabakkonsum hat, ist ein umstrittenes Thema. Zum einen haben Umfragen ergeben, dass gerade jugendliche Rauchende der Tabakwerbung gegenüber sehr positiv eingestellt sind. Wissenschaftliche Arbeiten machten

deutlich, dass ein Verbot der Werbung für Tabakwaren in Deutschland ein Absenken der Raucherzahl um sieben Prozent ergeben würde. Manche Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sind der Meinung, dass der Einfluss der Tabakwerbung überschätzt wird und argumentieren mit der genetischen Veranlagung, dem Einfluss des gesellschaftlichen Umfeldes und wichtigen Bezugspersonen. Zum Beispiel würden 600 Millionen Chinesen und Chinesinnen rauchen, obwohl sie noch nie eine Tabakwerbung gesehen haben.

6. Rauchen als Sucht

Bei einer Nikotinabhängigkeit besteht einerseits eine psychische Abhängigkeit, die sich darin zeigt, dass das Rauchen zu einer schwer verzichtbaren Gewohnheit geworden ist. Andererseits gibt es eine körperliche Abhängigkeit, die sich bei Entwöhnungsversuchen in Form von Entzugerscheinungen zeigt. Die psychische Abhängigkeit lässt sich in drei Sachverhalten charakterisieren:

- ▲ die an bestimmte Auslöserereize gebundene Verhaltensgewohnheit zu rauchen (zum Beispiel zum Kaffee trinken);
- ▲ das durch direkte, angenehme Folgen verstärkte Rauchverhalten (zum Beispiel Entspannung);
- ▲ eine mit dem Rauchen verknüpfte gedankliche Erwartungshaltung („Wenn ich jetzt rauche, geht es mir besser“).

Das Zigarettenrauchen ist, wie die meisten unserer Lebensgewohnheiten, ein erlerntes Verhalten. Der Griff zur Zigarette erfolgt meist in ganz bestimmten Situationen, zum Beispiel nach dem Essen, beim Telefonieren, zu einem Glas Wein oder Bier. So sind körperliche Befindlichkeiten und seelische Stimmungen zu einem Signal geworden, um eine Zigarette anzuzünden. Dabei stellen sich kurzfristige, positive Konsequenzen wie Entspannung, gesteigerte Konzentrationsfähigkeit oder Stressreduktion ein. Diese real spürbaren Phänomene beeinflussen das Rauchverhalten stärker als die möglichen negativen Langzeitschäden wie beispielsweise Lungenkrebs oder Raucherbein.

Der Körper hat sich im Laufe einer Raucherkarriere an das Nikotin gewöhnt. Wenn dann weniger konsumiert oder ganz mit dem Rauchen aufgehört und dem Körper kein Nikotin mehr zugeführt wird, kommt es häufig zu Entzugerscheinungen. Ihre Stärke ist individuell verschieden und klingt nach einigen Tagen bis wenigen Wochen ab. Solche Entzugssymptome können unter anderem sein:

- ▲ Missstimmungen oder depressive Verstimmungen;

- ▲ Frustration, Aggressivität oder vermehrte Störbarkeit;
- ▲ Angst, Nervosität;
- ▲ Konzentrationsstörungen, Unruhe, Schlaflosigkeit;
- ▲ reduzierte Herzfrequenz;
- ▲ gesteigerter Appetit, Gewichtszunahme, Verdauungsstörungen;
- ▲ starkes Verlangen nach einer Zigarette (*Bundeszentrale* S. 10 f.).

Zur Erleichterung des Entwöhnungsprozesses wurden Hilfen entwickelt, die dem Körper Nikotin zuführen. Um die beschriebenen Entzugerscheinungen entscheidend zu mildern, soll das Nikotin einer Zigarette ersetzt werden. Entwöhnungsmittel gibt es derzeit in Form von Nikotin-Kaugummi, Nikotin-Pflaster sowie Nikotin-Nasalspray. Nikotinersatztherapeutika sollen den Entwöhnungsprozess erheblich erleichtern und die Rückfallquote senken. Sie alle enthalten das Nikotin, das man sonst einrauchen würde, nicht aber die gesundheitsgefährdenden Schadstoffe des Tabakrauchs (*Arbeitskreis Raucherentwöhnung* 1997, S. 10 f.).

Einer der wichtigsten Signalüberträger im Nerven-geflecht ist das Hormon Acetylcholin. Diesem Botenstoff ist Nikotin sehr ähnlich. An allen Empfangsstationen, an denen Acetylcholin wirkt, greift auch Nikotin. So beeinflusst es das gesamte Nervensystem des Körpers, vom Gehirn bis zum Rückenmark, aus dem sich die Nervenbahnen immer feiner in alle Organe und Glieder verzweigen. Nikotin kann auf diese Weise alle wichtigen Funktionen der Organe steuern. In der Nebenniere sorgt es dafür, dass das Hormon Adrenalin ausgeschüttet wird, welches in Stresssituationen den Körper in Alarm versetzt. Bei einer gewissen Dosis, das heißt zwischen fünf und 20 Zigaretten am Tag, wirkt Nikotin stimulierend. Die meisten Organe reagieren sofort darauf, Blutdruck und Herzfrequenz steigen, Blutgefäße verengen sich. Dadurch vermindern sich die Durchblutung und die Temperatur der Haut. Die Darmtätigkeit wird ange- regt und der Energieverbrauch gesteigert.

Eine hohe Nikotindosis (über 20 Zigaretten pro Tag) blockiert eigentlich die Schaltung der Nervenbahnen im Körper. Diese bleiben auf Dauerbetrieb eingestellt und sind nicht mehr für neue Signale empfänglich. Es können Erbrechen, Kopfschmerzen, Herzrasen, Zittern, Blutdruckabfall und Durchfall auftreten. Der menschliche Organismus ist allerdings lern- und anpassungsfähig, so entwickeln Rauchende eine Toleranz gegenüber Nikotin. Die genannten Nebenwirkungen treten nur in geringem Maße auf, denn durch die Gewöhnung an das Gift wird dessen Wirkung ab-

geschwächt. Der Stoffwechsel lernt, mit der Droge umzugehen.

Seine stärkste Wirkung hat Nikotin im Gehirn, denn dort greift es in Milliarden von Hirnzellen ein. Kontakt halten diese durch tausende kleine Verästelungen, in denen blitzschnelle elektrische Ströme fließen. Am Ende jeder Verästelung gibt es einen kleinen Spalt. Dieser wird durch Botenstoffe wie Acetylcholin überbrückt. Die Nervenästchen produzieren die rasenden Boten und schütten sie in den Nervenspalt aus. Nach Gebrauch strömen sie wieder an ihren Platz zurück und warten auf neue Impulse. Auf diese Weise werden Informationen von Hirnzelle zu Hirnzelle weitergegeben. Es entstehen Denken, Handeln, Emotionen und Wissen.

Bereits sieben Sekunden nach einem Zug aus einer Zigarette durchfluten die Nikotinmoleküle das Gehirn und docken an den Nervenzellen an. Dort, wo eigentlich Acetylcholin aktiv ist, wirkt jetzt das Nikotin. In zahlreichen Regionen werden nun die Botenstoffe Noradrenalin, Dopamin, Serotonin sowie Endorphine ausgeschüttet. Sie lösen dieses Gefühl aus, das Raucherinnen und Raucher so sehr schätzen. Zwei Hirnarenale stehen dabei im Mittelpunkt des Geschehens: das Aktivierungs- und das Belohnungs- zentrum. So können Rauchende ihre Stimmlage durch eine Zigarette im Gleichgewicht halten. Dabei hilft ihnen das Aktivierungszentrum zusammen mit anderen Hirnregionen. Im Wechselspiel mit den ge- fühlsgeladenen Hirnregionen kann das „vernünftige“ Aktivierungszentrum kurzfristige Stimmungsschwankungen ausgleichen.

Das Belohnungszentrum ist ein Netz aus Nerven- zellen, das den Menschen mit angenehmen Emotio- nen verwöhnt. Von hier aus reichen die Belohnungs- zellen mit ihren langen Fortsätzen in andere Hirnre- gionen. Ein tiefer Zug aus der Zigarette öffnet in diesem Zentrum die Schleusen für den Botenstoff Dopamin. Dieses Hormon löst daraufhin das Gefühl eines beglückenden Momentes aus (*Carewicz* 2004, S. 15 f.).

7. Inhaltsstoffe des Tabakrauches

Tabakrauch enthält 4 800 Chemikalien, darunter rund 70 krebserzeugende (kanzerogene) Stoffe und eine Vielzahl giftiger Substanzen. Die Hauptbe- standteile des Tabakrauches sind: Kohlenmonoxid, Kohlendioxid, Stickoxide, Schwefeldioxide, polyzy- klische aromatische Kohlenwasserstoffe, Phenole, Formaldehyd, Nikotin, Ammoniak, Akrolein sowie Spurenelemente wie Nickel und Cadmium. Aus die- sen Hauptbestandteilen lassen sich drei Gruppen

von Giftstoffen ableiten: Nikotin, Kondensate und Kohlenmonoxid (*Bundeszentrale* 2000, S. 11).

Nikotin, der Hauptwirkstoff des Zigarettenrauchs, wirkt aufgrund seiner molekularen Struktur wie ein natürlicher Botenstoff. Er löst Gefühle von Glück und Entspannung aus, weshalb ihm ein hohes Suchtpotenzial zuzuschreiben ist. Bei längerem Konsum wird die körperliche Toleranz gegenüber Nikotin gesteigert und das Rauchverhalten stabilisiert.

Teer (Kondensat) ist ein zähflüssiges, schwarzbraunes Kohlenwasserstoffgemisch, das als Rückstand bei der vollständigen Verbrennung von Tabak entsteht. Teer verklebt die reinigenden Flimmerhärchen in den Atemwegen und der Lunge, wodurch zunächst der Raucherhusten als Abwehrreaktion ausgelöst wird. Sind diese einmal irreversibel zerstört, können Schmutz- und Staubpartikel nicht mehr nach außen abgehustet werden. Bei dem Verbrauch einer Schachtel Zigaretten am Tag nimmt die Lunge im Jahr etwa eine Tasse Teer auf.

Kohlenmonoxid ist ein sehr giftiges Gas, das beim Verbrennen von Tabak entsteht. Im Körper verhindert es, dass genügend Sauerstoff zu den inneren Organen transportiert wird. Die Blutkörperchen nehmen statt Sauerstoff Kohlenmonoxid auf, weil es sich viel besser bindet. Beim Rauchen wird ein großer Anteil der roten Blutkörperchen durch Kohlenmonoxid blockiert, so dass der lebenswichtige Sauerstoff nicht mehr transportiert werden kann. Blutdruck und Pulsfrequenz müssen ansteigen, um dies zu kompensieren. Zigarettenrauch besteht zu vier Prozent aus Kohlenmonoxid. Diese Kohlenmonoxidkonzentration liegt etwa tausendfach über dem maximal zulässigen Grenzwert am Arbeitsplatz (*Bundeszentrale* 2003, S. 79).

8. Die häufigsten Raucherkrankheiten

▲ *Erkrankung der Atmungsorgane*

Das gesamte Atmungssystem kommt beim Inhalieren mit dem Tabakrauch in Kontakt. Am Anfang stehen meist leichtere Reizungen der Atemwege mit Husten, später entwickeln sich chronische Raucherbronchitis, Atemstörungen, Lungenemphysem, Bronchial- und Kehlkopfkrebs.

▲ *Herz-Gefäß-Krankheiten*

Verschiedene Bestandteile des Tabakrauchs, vor allem Kohlenmonoxid und Nikotin, wirken als Herz-Gefäß-Gift. Sie können ernste Schäden hervorrufen. Kommen noch weitere Faktoren wie Übergewicht, hohe Blutfettwerte und Bluthochdruck hinzu, ist das Erkrankungsrisiko besonders hoch und fördert die

verschiedenen Herz-Gefäß-Krankheiten wie Arteriosklerose, Raucherbein, Herzbeschwerden und Herzrhythmusstörungen, höheres Infarktrisiko und Anstieg des Blutdrucks.

▲ *Krankheiten der Verdauungsorgane*

Der obere Teil des Verdauungssystems kommt unmittelbar mit dem Zigarettenrauch in Verbindung. Hier entstehen als direkte Folge oft krebsartige Erkrankungen. Darüber hinaus kann Rauchen aber auch die Funktion von Magen und Zwölffingerdarm beeinträchtigen, so dass hier chronische Entzündungen und hartnäckige Geschwüre entstehen können. Außerdem kann es zu Lippen-, Zungen- und Mundkrebs und Krebs der Speiseröhre kommen.

▲ *Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane*

Im Ausscheidungssystem können die Schadstoffe des Tabakrauchs vor allem die Harnblase schädigen. Rauchen fördert somit Impotenz und Zeugungsunfähigkeit (*Leibold* 1998, S. 52 f.).

9. Rauchen am Arbeitsplatz

Es gibt kaum ein Gesundheitsthema, das am Arbeitsplatz unter Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen mehr diskutiert wird als das Rauchen. Häufig berufen sich die Rauchenden und die Nichtraucherenden dabei auf ihre Grundrechte, letztere auf ihr Recht auf körperliche Unversehrtheit und die Rauchenden auf ihr Recht der freien Persönlichkeitsentfaltung. Aktuell wurde sogar in der Presse diskutiert, ob Arbeitgeber Nichtraucher bevorzugen dürfen. Nach derzeitiger Rechtslage dürfen Arbeitgeber bei der Jobvergabe Raucher und Raucherinnen ablehnen. Dies widerspricht laut Bundesregierung weder dem Antidiskriminierungsgesetz noch dem deutschen Arbeitsrecht.

Im Deutschen Bundestag wollen Abgeordnete mehrerer Parteien den Druck auf die Regierung zur Erarbeitung eines Nichtraucherschutzgesetzes erhöhen. Wenn der Antrag im Bundestag eine Mehrheit findet, wird die Regierung einen Gesetzentwurf erarbeiten. Aber es gibt bereits ein Gesetz, das die Beschäftigten vor den gesundheitlichen Gefahren des Passivrauchens schützen soll.

Im Oktober ist mit der neuen Betriebssicherheitsverordnung eine neue Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) in Kraft getreten. Diese ist um den Nichtraucherschutzparagrafen, den § 3a ArbStättV, erweitert worden. Er lautet:

„(1) Der Arbeitgeber hat die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, damit die nicht rauchenden Beschäftigten in Arbeitsstätten wirksam vor den Gesund-

heitsgefahren durch Tabakrauch geschützt sind.
(2) In Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr hat der Arbeitgeber Schutzmaßnahmen nur insoweit zu treffen, als die Natur des Betriebes und die Art der Beschäftigung es zulassen.“

Die wichtigsten arbeitsrechtlichen Vorschriften zum Gesundheits- beziehungsweise Nichtraucherchutz sind weiter:

▲ Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)

§ 1 Abs. 1 Zielsetzung

„Dieses Gesetz dient dazu, Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit ... zu sichern und zu verbessern. Es gilt in allen Tätigkeitsbereichen.“

§ 4 Allgemeine Grundsätze

„Der Arbeitgeber hat ... von folgenden allgemeinen Grundsätzen auszugehen: 1. Die Arbeit ist so zu gestalten, dass eine Gefährdung für Leben und Gesundheit möglichst vermieden ... wird. 2. Gefahren sind an ihrer Quelle zu bekämpfen ... 3. individuelle Schutzmaßnahmen sind nachrangig zu anderen Maßnahmen. 4. spezielle Gefahren für besonders schutzbedürftige Beschäftigungsgruppen sind zu berücksichtigen ...“

Des Weiteren gelten:

▲ Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) § 618 Abs. 1
Pflicht zu Schutzmaßnahmen,

▷ Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) § 5 Lüften
(WHO 2003, S. 14 f.).

Betriebsvereinbarungen zum Schutz für nicht rauchende Beschäftigte können nur unter Mitwirkung des Betriebsrates getroffen werden. Arbeitgeber und Betriebsrat sind allerdings nicht befugt, ein Rauchverbot mit der Zielsetzung einzuführen, die Beschäftigten von der gesundheitsgefährdenden Gewohnheit abzubringen. Dies würde die Regelungskompetenz weit überschreiten. Der Zuständigkeitsbereich des Betriebsrates bezieht sich nicht auf eine Umerziehung, sondern soll den Nichtrauchenden Schutz vor gesundheitlichen Gefährdungen und der Belästigung durch Passivrauchen bieten.

Ein generelles Rauchverbot mit dem Gesundheitsschutz zu begründen, ist nicht möglich, eine solche Betriebsvereinbarung wäre unwirksam. Bei der Vereinbarung eines Rauchverbots müssen Arbeitgeber und Betriebsrat die gemäß § 75 Abs. 2 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) in Verbindung mit Art. 2 Grundgesetz (GG) garantierte freie Entfaltung der Persönlichkeit aller im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer beachten. Das Bundesarbeitsgericht hat ein Recht des Rauchenden, im Betrieb dem Tabakkonsum nachgehen zu können, anerkannt.

Ein Rauchverbot auf dem gesamten Firmengelände kann demnach nicht vereinbart werden. Eine solche Vereinbarung würde die freie Entfaltung der Persönlichkeit verletzen und wäre demnach unwirksam. Im Zweifelsfall sollte der Arbeitgeber eine Rauchgelegenheit, zum Beispiel in Form eines Raucherraums, zur Verfügung stellen, damit Belästigungen der Nichtrauchenden vermieden werden. In kleinen Betrieben ohne Betriebsrat liegt die Vereinbarung zum Schutz für Nichtraucher in der Hand des Arbeitgebers (www.ra-kotz.de).

10. Die Kosten des Rauchens

Zum einen gibt es die Kosten, die durch die Folgen des Rauchens erkrankter Personen entstehen. Dabei handelt es sich zunächst um die medizinischen Versorgungskosten. Zum anderen resultieren finanzielle Schäden aus Arbeitsausfällen durch Krankheit, vorzeitigem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben, die dem Rauchen zugeschrieben werden können.

Da die Studie der Weltgesundheitsorganisation WHO, aus der die folgenden Ergebnisse entnommen wurden, im Jahr 1993 durchgeführt wurde, sind die Zahlen noch in Deutscher Mark (DM) angegeben. Dem Rauchen sind im Jahr 1993 insgesamt 33,8 Milliarden DM zuzurechnen. Dies entspricht 415 DM je Einwohner oder Einwohnerin. 9,3 Milliarden DM wurden für medizinische Versorgung für Krankheiten, die aufgrund des Rauchens entstanden waren, verwendet. Kosten in Höhe von 24,5 Milliarden DM entstanden durch Arbeitsausfall oder vorzeitige Todesfälle.

Den größten Teil der medizinischen Kosten (46 Prozent) verursachte die stationäre Behandlung, 24 Prozent die ambulante Versorgung, 23 Prozent entstanden durch Arzneimittel und sieben Prozent durch medizinische Rehabilitationsmaßnahmen. Die häufigsten Krankheiten, die dem Rauchen zugeschrieben wurden, waren Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit einem Kostenanteil von 65 Prozent, gefolgt von Atemwegserkrankungen (26 Prozent) und bösartigen Neubildungen (neun Prozent).

Von den 24,5 Milliarden DM der Kosten durch Arbeitsausfall, der durch Rauchen entstand, entfielen 47 Prozent auf Kreislauferkrankungen. Bösartige Neubildungen und Atemwegserkrankungen spielten beim Arbeitsausfall eine gleich bedeutende Rolle von je 26 Prozent. Differenziert man die Kosten für Arbeitsausfall nach Krankheit und durch Todesfälle entstandene, kommt man zu folgendem Ergebnis: 33 Prozent der Kosten wurden aufgrund von vorzeitigen Todesfällen, die dem Rauchen zuzuschreiben

sind, verursacht, 39 Prozent entfielen auf Erwerbs- und Berufsunfähigkeitszeiten und 28 Prozent auf Arbeitsunfähigkeitszeiten. Nicht berücksichtigt sind dabei unbezahlte Arbeit (Haushalt, Betreuung von Angehörigen), Kosten für Prävention und jene, die durch Folgen des Passivrauchens entstehen (WHO 2003, S. 5).

Das GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit errechnete für das Jahr 2002 die durch das Rauchen verursachten Kosten. Das Institut ermittelte dabei volkswirtschaftliche Kosten von rund 20 Milliarden Euro. Fast ein Drittel der Gesamtausgaben, rund sieben Milliarden Euro, wurden dabei für die medizinische Versorgung verwendet. Eine Schadenssumme von 12,4 Milliarden Euro entstand durch Arbeitsausfälle. Da Rauchende in der Regel eher sterben, gehen 1,6 Millionen Lebensjahre verloren. Die Hälfte dieser Lebensjahre liegen noch im erwerbsfähigen Alter. Das wirkt sich demzufolge auf das Potenzial der Arbeitskraft und somit auf die Beiträge für Rentenkassen aus. Herz-Kreislauf-Erkrankungen machten rund die Hälfte der medizinischen Versorgungskosten aus. Die andere Hälfte wurde durch Atemwegs- und Krebserkrankungen verursacht.

Gesundheits- und Wirtschaftsfachleute der Regierungsparteien haben beschlossen, künftig in öffentlichen Einrichtungen, Krankenhäusern und Schulen das Rauchen völlig zu untersagen. Für die Gastronomie wurde eine geteilte Lösung vorgeschlagen. Sie sieht vor, dass in Restaurants nur noch in eigens abgetrennten Nebenräumen geraucht werden kann. In Bars, Kneipen und Bierzelten gilt dieses Rauchverbot nicht. Aus Gründen des Jugendschutzes gilt das Rauchverbot aber in Diskotheken. Außerdem soll der Kauf von Tabakwaren erst nach Vollendung des 18. Lebensjahrs möglich werden.

Diese Regelung bietet reichlich Zündstoff. Wer entscheidet, was eine Diskothek und was eine Bar ist? Häufig kann in einer Bar auch getanzt werden. Wie steht es nun mit dem Rauchverbot? Raumteiler oder Rauchabzugseinrichtungen werden für Räume angeboten, in denen das Rauchen erlaubt sein soll. Bei Zuwiderhandlungen gegen das Rauchverbot sollen Strafen gegen Restaurantbesitzende und Gäste verhängt werden.

Arbeitslosigkeit und ein Rückgang der Besucherzahlen in Restaurants ohne Raucherzone werden befürchtet. In Ländern, in denen bereits ein striktes Rauchverbot besteht (Spanien, Italien, Norwegen), lässt sich dies nicht beobachten. In Anbetracht all

dieser Probleme und den bekannten Nebenwirkungen des Rauchens könnte eine Frage zum Thema Rauchen lauten: Wie kann der Einzelne zur Übernahme von mehr Verantwortung für sich und andere angeregt und zu einem verantwortlichen Umgang mit Tabakwaren veranlasst werden, über Gesetzgebung und Ordnungsstrafen hinaus?

11. Schlussbemerkung

Das Rauchen ist zwar nicht mehr so gesellschaftsfähig, wie es einmal war, und seine Gefahren sind in den letzten Jahren stärker in den Blick der Öffentlichkeit geraten. Die Werbung trägt sicherlich einen Teil dazu bei, das Rauchen zu etablieren, denn sie suggeriert Freiheit, Lebensgefühl und Selbstwert durch Tabakkonsum und will dessen Schädlichkeit vergessen lassen.

Der Gruppenzwang spielt bei jungen Menschen eine wesentliche Rolle, deshalb sollte gerade für sie viel Präventionsarbeit geleistet werden. Sekundäre Suchtprävention, die über die Folgen des Rauchens aufzuklärt, sollte fester Bestandteil des Schulunterrichts werden. Die Recherche zu diesem Beitrag zeigte, dass bereits viel an Aufklärungs- und Präventionsarbeit geleistet wird. Es gibt darüber hinaus Raucherentwöhnungsprogramme und es finden Anti-Raucher-Kampagnen statt. Letztlich liegt es in der Verantwortung des Einzelnen, sich für oder gegen das Rauchen zu entscheiden. Sozialarbeit sollte auch hier einen Einflussbereich und ein Aufgabengebiet sehen und versuchen, auf die Gefährdungen durch das Rauchen aufmerksam zu machen und in interdisziplinärer Zusammenarbeit Möglichkeiten ausloten, um der rauchenden und nicht rauchenden Bevölkerung gerecht zu werden.

Literatur

- Arbeitskreis Raucherentwöhnung:** Nichtraucher in 6 Wochen. Ratingen 1997
- Bundeszentrale** für gesundheitliche Aufklärung: Auf dem Weg zur rauchfreien Schule. St. Augustin 2003
- Bundeszentrale** für gesundheitliche Aufklärung: Ja, ich werde rauchfrei. Braunschweig ohne Jahr
- Bundeszentrale** für gesundheitliche Aufklärung: Raucherentwöhnung in Deutschland. Meckenheim 2000
- Carewicz, D.;** Carewicz, O.: Nie wieder rauchen. München 2004
- Deutsches Krebsforschungszentrum:** Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten – Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit. Heidelberg 2005
- Leibold, G.:** So werde ich Nichtraucher. Augsburg 1998
- Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.:** Fünftes Bayerisches Forum Suchtprävention, Schwerpunkt Tabakprävention für Jugendliche. München 2004
- WHO:** Rauchfrei am Arbeitsplatz. Köln 2003