

015072/EU XXIV.GP
Eingelangt am 30/06/09

DE

DE

DE



KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

Brüssel, den 30.6.2009
SEK(2009) 895

ARBEITSUNTERLAGE DER KOMMISSIONSDIENSTSTELLEN

Begleitdokument zum Vorschlag einer Empfehlung des Rates über rauchfreie Zonen

ZUSAMMENFASSUNG DER FOLGENABSCHÄTZUNG

{COM(2008) 328 final}
{SEC(2008) 894}
{SEC(2008) 896}

1. EINLEITUNG

In ihrem Aktionsplan Umwelt und Gesundheit 2004-2010 setzt sich die Kommission für eine Verbesserung der Luftqualität in Innenräumen ein, insbesondere durch Förderung der Einschränkung des Rauchens an allen Arbeitsplätzen. Die durch das Grünbuch der Kommission „Für ein rauchfreies Europa: Strategieoptionen auf EU-Ebene“ eingeleitete Konsultation zeigte eine deutliche Unterstützung umfassender Strategien gegen das Rauchen sowie weiterer EU-Aktionen zur Förderung rauchfreier Zonen. Im Rahmen der Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2007-2012 werden größere Anstrengungen vorgeschlagen, um den Gesundheitsschutz und die Sicherheit der Arbeitnehmer zu erhöhen. Auf internationaler Ebene verpflichtet das WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (WHO-Rahmenübereinkommen) die Vertragsparteien dazu, gegen die Belastung durch Tabakrauch an Arbeitsplätzen in geschlossenen Räumen und an öffentlichen Orten vorzugehen.

2. KONTEXT UND PROBLEMSTELLUNG

2.1. Kontext

2.1.1. Gesundheitsbelastung durch ETS-Exposition

Exposition gegenüber Tabakrauch in der Umgebungsluft (*environmental tobacco smoke*, ETS), auch als Rauch aus zweiter Hand oder Passivrauchen bezeichnet, ist eine häufige Ursache von Erkrankungen, Invalidität und Todesfällen in der EU. ETS wird bei Erwachsenen mit Lungenkrebs, koronarer Herzerkrankung, Schlaganfall, Asthma und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung in Verbindung gebracht. Auch für Kinder ist ETS schädlich: Bei ihnen kann er den plötzlichen Kindstod, akute Atemwegsinfektionen, Mittelohrentzündung und schweres Asthma auslösen.

7 300 Erwachsene, darunter 2 800 Nichtraucher, starben nach älteren Schätzungen im Jahr 2002 infolge von ETS-Exposition am Arbeitsplatz (in EU-25). Der Tod weiterer 72 000 Menschen, darunter 16 400 Nichtraucher, wurde mit einer ETS-Exposition zu Hause in Verbindung gebracht¹. In der vorliegenden Folgenabschätzung wird davon ausgegangen, dass sich die Gesamtzahl der Todesfälle, die auf Passivrauchen in Büros und Bars/Restaurants zurückzuführen ist, im Jahr 2008 auf 6 000 belief (in EU-27); diese Zahl schließt 2 500 nicht rauchende Mitarbeiter ein. Die Exposition anderer, nicht in den genannten Einrichtungen arbeitender Personen, wie z. B. Gäste der Bars und Restaurants, bedeutet für die öffentliche Gesundheit vermutlich eine bedeutende zusätzliche Belastung.

Schätzung der Todesfälle, die 2008 in der EU auf ETS-Exposition rauchenden und nicht rauchenden Personals zurückzuführen sind

	Nichtraucher			Raucher			Raucher und Nichtraucher
	Büros	Bars und Restaurants	Insgesamt	Büros	Bars und Restaurants	Insgesamt	Insgesamt

¹ The Smoke Free Partnership (2006). Schluss mit dem blauen Dunst: 10 Gründe für ein rauchfreies Europa. Brüssel, Belgien, European Respiratory Society: 146.

Lungenkrebs	387	156	542	600	161	761	1 303
Schlaganfall	378	160	538	601	197	798	1 336
Herzerkrankung	384	138	522	612	159	771	1 293
Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung	565	332	897	881	296	1 176	2 073
Insgesamt	1 714	786	2 500	2 694	813	3 507	6 007

Ein Vergleich mit der Zahl der Todesfälle, die auf andere Gesundheitsrisiken zurückgehen und sowohl spezifisch für den Arbeitsplatz sind als auch allgemein in der Bevölkerung vorkommen, zeigt die signifikante Gesundheitsbelastung durch die ETS-Exposition.

2.1.2. *Wirtschaftsbelastung durch ETS-Exposition*

Die ETS-Exposition birgt eine bedeutende finanzielle Belastung. So werden die makroökonomischen Kosten der ETS-Exposition am Arbeitsplatz in den 27 EU-Mitgliedstaaten auf 2,46 Mrd. EUR jährlich geschätzt. Dieser Betrag setzt sich wie folgt zusammen: Über 1,3 Mrd. EUR entfallen auf medizinische Kosten für die Behandlung tabakbedingter Krankheiten (einschließlich 560 Mio. EUR für die Behandlung nicht rauchenden Personals) und über 1,1 Mrd. EUR auf mit Produktivitätseinbußen verbundene nicht medizinische Kosten (darunter 480 Mio. EUR, die von nicht rauchendem Personal verursacht werden). Die mikroökonomischen Auswirkungen, die mit ETS-Exposition in Zusammenhang stehen, umfassen eine verringerte Produktivität der Arbeitnehmer, durch Rauchutensilien verursachte Brandschäden sowie zusätzliche Reinigungs- und Renovierungskosten.

2.2. **Problemstellung**

2.2.1. *Unvollständige Erfüllung der internationalen Verpflichtungen gemäß dem WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs*

Das WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs, das von der Gemeinschaft und 26 Mitgliedstaaten ratifiziert wurde, verpflichtet die Vertragsparteien rechtlich dazu, Menschen am Arbeitsplatz in geschlossenen Räumen, in öffentlichen Verkehrsmitteln und an geschlossenen öffentlichen Orten vor Rauch aus zweiter Hand zu schützen. Auf der zweiten Konferenz der Vertragsparteien des Übereinkommens im Juli 2007 wurden Leitlinien mit einem „Goldstandard“ angenommen, den jede Vertragspartei anstreben sollte.

Derzeit hat jedoch nur knapp über ein Drittel der Mitgliedstaaten Maßnahmen zur Einhaltung des WHO-Rahmenübereinkommens getroffen. Eine Reihe von Ländern traf bei der Einführung und/oder Durchsetzung umfassender Rechtsvorschriften für rauchfreie Zonen auf ernstzunehmende Schwierigkeiten. Mit Blick auf eine Regulierung haben sich Bars und Restaurants als besonders schwierige Bereiche erwiesen. Momentan scheint es unwahrscheinlich, dass alle Mitgliedstaaten ihren Verpflichtungen gemäß dem WHO-Rahmenabkommen nachkommen können, es sei denn, es wird die politische Motivation und ein Überwachungsmechanismus auf EU-Ebene geschaffen.

Bislang ist die Gemeinschaft hinsichtlich einer Förderung rauchfreier Zonen nur begrenzt tätig geworden. Man hat sich der Thematik in nicht bindenden Entschlüssen und Empfehlungen angenommen, die jedoch keine ausführliche Leitlinie vorgeben, wie das Ziel

gänzlich rauchfreier Zonen erreicht werden kann. Darüber hinaus beschäftigen sich einige Richtlinien zur Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz mit dem Thema – manche nur indirekt und in wieder anderen wird kein umfassendes Schutzniveau angestrebt.

2.2.2. Hohe und ungleichmäßige ETS-Prävalenz in EU-27

In Ländern ohne umfassende Rechtsvorschriften für rauchfreie Zonen wird an den meisten öffentlichen Orten geraucht; zumeist sind diese Orte für manche Leute auch Arbeitsplatz. Auf der Grundlage von Eurobarometer-Daten von Ende 2006 wird geschätzt, dass 28 % der Arbeitnehmer in der EU täglich am Arbeitsplatz in geschlossenen Räumen bzw. in Büros gegenüber ETS exponiert sind – die entsprechende Zahl für Bars und Restaurants beträgt 39 % (Ende 2008). Darüber hinaus sind Gäste von Bars und Restaurants dem Risiko einer besonders hohen ETS-Exposition mit den einhergehenden Gesundheitsrisiken ausgesetzt.

In den Mitgliedstaaten bestehen große Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz von ETS-Exposition: Sie bewegt sich zwischen 3 % in Irland und 85 % in Griechenland. Geltungsbereich und Wirkungskraft einzelstaatlicher Rechtsvorschriften für rauchfreie Zonen sind ein entscheidender Faktor und ausschlaggebend für die Unterschiede in der ETS-Exposition auf EU-Ebene.

Zudem ist das Risiko der ETS-Exposition bei den unteren sozioökonomischen Gruppen signifikant höher, wodurch die bestehenden Ungleichheiten im Bereich Gesundheit weiter verschärft werden.

2.2.3. Unzureichender Schutz von Kindern und jungen Menschen vor Tabakrauch

Die Exposition von Kindern und Jugendlichen gegenüber Tabakrauch ist besonders bedenklich. Kinder haben auf ihre Exposition gegenüber Tabakrauch erwachsener Raucher wenig oder keinen Einfluss und sind zudem besonders anfällig für die von ETS ausgehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Neben den Gesundheitsrisiken, die ETS birgt, erhöht sich durch die Exposition gegenüber Tabakrauch die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder Rauchen als normales Verhalten Erwachsener wahrnehmen und somit im Jugendalter selbst anfangen zu rauchen.

Die ETS-Exposition von Kindern geht zu einem großen Teil auf das Rauchen der Eltern zurück und erfolgt somit hauptsächlich zu Hause. Bei der letzten Eurobarometer-Umfrage gab über ein Drittel der Raucher an, zu Hause in Anwesenheit von Kindern zu rauchen. Die „WHO Global Youth Tobacco Study“ kam zu dem Ergebnis, dass in zwölf EU-Mitgliedstaaten 40-90 % der Jugendlichen zu Hause Tabakrauch ausgesetzt sind. Neben dem Rauchen der Eltern zu Hause ist das Rauchen im Auto eine Ursache besonders starker ETS-Exposition.

Ferner sehen sich Kinder regelmäßig erwachsenen Vorbildern gegenüber, die an öffentlichen Orten im Freien rauchen, wie z. B. auf öffentlichen Spielplätzen, vor Schulen, Krankenhäusern und anderen Einrichtungen, die Dienstleistungen für Kinder anbieten, sowie bei Sport- oder Kulturveranstaltungen im Freien.

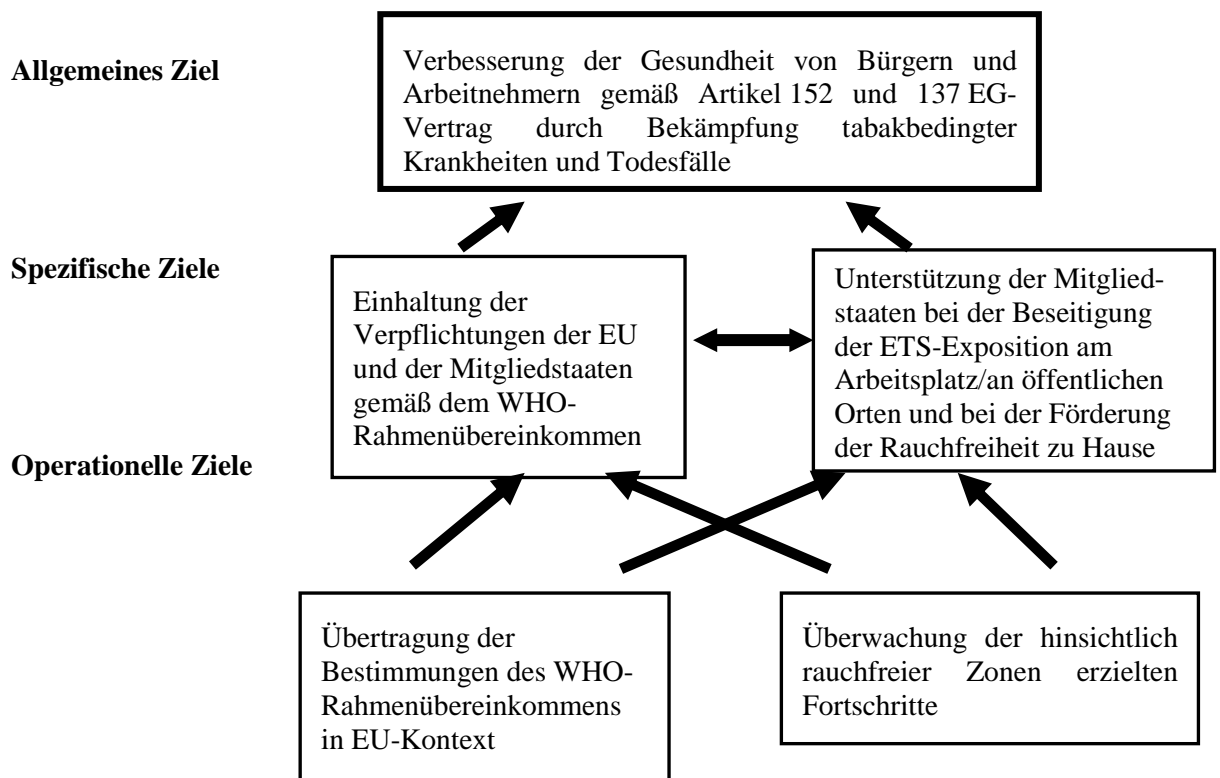
3. GRÜNDE FÜR EU-MAßNAHMEN

Artikel 137 und 152 EG-Vertrag bilden eine klare Rechtsgrundlage für eine EU-Maßnahme zum Schutz vor Tabakrauch. Eine solche Unterstützung auf EU-Ebene würde zur

rechtzeitigen und kohärenten Umsetzung der Bestimmungen des WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs gemäß den internationalen Verpflichtungen der Mitgliedstaaten und der EU beitragen. Weiterhin würde sie zum Abbau der Unterschiede im Schutz vor ETS-Exposition zwischen den und innerhalb der Mitgliedstaaten beitragen sowie den damit verbundenen Ungleichheiten im Bereich Gesundheit und den negativen grenzüberschreitenden Auswirkungen entgegenwirken. Eine Gemeinschaftsmaßnahme würde für die einzelstaatlichen Anstrengungen einen deutlichen Mehrwert bedeuten und könnte Folgendes leisten: Feststellung der faktengesicherten Grundlagen, Erleichterung des Austausch von Erfahrungen und bewährten Verfahren zwischen den Mitgliedstaaten, einschlägige Hilfestellung für Mitgliedstaaten, die bislang noch keine umfassenden Rechtsvorschriften für rauchfreie Zonen angenommen haben (möglicherweise in Verbindung mit EU-Mindeststandards für den Arbeitnehmerschutz) und EU-weite Überwachung der Fortschritte.

4.

ZIELE



5. STRATEGIEOPTIONEN

1) Beibehaltung des Status quo

Diese Option würde keine neuen Initiativen vonseiten der EU beinhalten; das bedeutet Weiterführung der momentan laufenden Arbeiten zum Thema ETS im Rahmen der verschiedenen Gemeinschaftsprogramme sowie Informations-, Erziehungs- und Vernetzungsinitiativen.

2) Offene Koordinierungsmethode (OKM)

Bei dieser Option wären die Mitgliedstaaten angehalten, zur Schaffung rauchfreier Zonen zusammenzuarbeiten, Informationen auszutauschen und sich auf gemeinsame Ziele und Indikatoren sowie eine regelmäßige Überprüfung zu verständigen. Es müsste eine Koordinierungsstelle eingerichtet werden, in der die Mitgliedstaaten und die Europäische Kommission zusammenkommen. Der Inhalt dieser Option hinge von Vereinbarungen zwischen den Mitgliedstaaten ab, könnte theoretisch jedoch einen breiten Geltungsbereich abdecken und über die Leitlinien des WHO-Rahmenübereinkommens (Schwerpunkt auf dem Schutz vor ETS an geschlossenen öffentlichen Orten und am Arbeitsplatz in geschlossenen Räumen) hinausgehen.

3) / 4) Empfehlung der Kommission oder des Rates

Eine Empfehlung der Kommission oder des Rates gemäß Artikel 152 würde die Mitgliedstaaten zum Erlass umfassender Rechtsvorschriften für rauchfreie Zonen gemäß ihren Verpflichtungen aufgrund des WHO-Rahmenübereinkommens ermuntern und sie dabei unterstützen, und zwar durch Einführung einer EU-weit einheitlichen Frist für die Umsetzung sowie eines klaren Melde- und Überwachungsmechanismus. Neben den Bestimmungen gemäß den Leitlinien des WHO-Rahmenübereinkommens sollte eine solche Empfehlung Maßnahmen zur Bekämpfung der ETS-Exposition von Kindern und Jugendlichen sowie flankierende Maßnahmen wie z. B. Sensibilisierung und Unterstützung bei der Entwöhnung enthalten.

3+ / 4+ Kombination aus einer Empfehlung der Kommission oder des Rates und der Offenen Koordinierungsmethode

Eine Empfehlung der Kommission oder des Rates könnte eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten anregen. Bei dieser Option würde die Empfehlung als Grundlage und Referenzpunkt dienen, wobei die Mitgliedstaaten Informationen und bewährte Verfahren zur Umsetzung austauschen und gemeinsame Ziele und Benchmarks annehmen würden, um die Anforderungen zu erfüllen bzw. möglicherweise darüber hinauszugehen; außerdem würden sie gemeinsame Indikatoren zur Überwachung der Fortschritte entwickeln.

5) Bindende Rechtsvorschriften

Die Annahme bindender Legislativmaßnahmen könnte im Zuge einer Überarbeitung der geltenden Richtlinien zu Gesundheit und Sicherheit (insbesondere Richtlinie 89/654/EWG über Mindestvorschriften für Sicherheit und Gesundheitsschutz in Arbeitsstätten und/oder Richtlinie 2004/37/EG über Gefährdung durch Karzinogene oder Mutagene) oder des Erlasses einer separaten Richtlinie über Rauchen am Arbeitsplatz nach Artikel 137 erfolgen. Der Geltungsbereich dieser Option wäre auf das Arbeitsumfeld beschränkt und würde weder öffentliche Orte abdecken, die keine Arbeitsplätze sind, noch auf Selbständige Anwendung finden.

6. BEWERTUNG DER OPTIONEN

Die ermittelten Strategieoptionen wurden anhand fünf wesentlicher Parameter analysiert: Mehrwert einer EU-Beteiligung, voraussichtliche Dauer der Annahme des betreffenden politischen Instruments, wahrscheinlicher Inhalt der Strategieoption, Grad der politischen oder rechtlichen Verpflichtung der Mitgliedstaaten zur Einhaltung der Maßnahme und

mögliche unbeabsichtigte Auswirkungen. Auf der Grundlage dieser qualitativen Analyse und der angenommenen Entwicklung in den Mitgliedstaaten wurden die nachstehenden Thesen zur relativen Wirksamkeit der einzelnen Strategieoptionen hinsichtlich einer Verringerung der ETS-Prävalenz bis 2013 (d. h. dem letzten Jahr der aktuellen Gesundheitsstrategie) aufgestellt:

Strategieoption 1 (Status quo) würde die geringste Reduzierung der ETS-Prävalenz herbeiführen. Das Ergebnis würde größtenteils dem entsprechen, das sich einstellt, wenn die Länder mit ausgereiften bzw. relativ ausgereiften Vorschlägen für Rechtsvorschriften für rauchfreie Zonen diese bis 2013 umsetzen. Der bestehende Trend zu rauchfreien Zonen würde sich wahrscheinlich fortsetzen, jedoch mit geringer Geschwindigkeit.

Die Auswirkungen der fünf nicht regulatorischen Optionen würden sich wahrscheinlich insofern ähneln, dass im Rahmen der Optionen eine Unterstützung für die Entwicklung von Strategien angeboten würde, die Mitgliedstaaten aber nicht verpflichtet werden könnten, Rechtsvorschriften für rauchfreie Zonen anzunehmen und durchzusetzen. Es wird davon ausgegangen, dass durch sie die ETS-Prävalenz im Vergleich zum Status quo um das Zweifache bis Vierfache verringert werden könnte. Strategieoption 2 (OKM) und Strategieoption 3 (Empfehlung der Kommission) hätten von den nicht regulatorischen Optionen wahrscheinlich die geringsten Auswirkungen. Die OKM würde verhältnismäßig viel Zeit in Anspruch nehmen und erscheint nicht sehr geeignet, um gegen ein „großes“ Problem wie ETS vorzugehen. Die Wirkung einer Kommissionsempfehlung wäre hingegen durch die Tatsache eingeschränkt, dass sie kein Gefühl der Verpflichtung seitens der Mitgliedstaaten generieren würde. Strategieoption 4 (Empfehlung des Rates) wäre möglicherweise effektiver, in erster Linie aufgrund des höheren Maßes an Eigenverantwortung. Eine ähnliche Wirkung kann für Strategieoption 3+ (Empfehlung der Kommission und OKM) angenommen werden. Strategieoption 4+ (Empfehlung des Rates und OKM) wird als effektivste Option unter den nicht regulatorischen Optionen angesehen. Sie würde das höchste Verantwortungsbewusstsein seitens der Mitgliedstaaten generieren: Diese wären sowohl an der Annahme des Textes der Empfehlung als auch an der Ausarbeitung von Benchmarks und Indikatoren für die Umsetzung beteiligt.

Strategieoption 5 (bindende Rechtsvorschriften) würde wahrscheinlich zur stärksten Verringerung der ETS-Prävalenz führen. Im günstigsten Falle könnte man sogar davon ausgehen, dass die ETS-Exposition am Arbeitsplatz in der EU vollständig beseitigt wird. Jedoch hätte diese Option einen enger gefassten Geltungsbereich als die nicht regulatorischen Optionen, da durch die Rechtsvorschriften weder Selbständige noch flankierende Maßnahmen berücksichtigt wären. Zudem wäre voraussichtlich die Zeitspanne relativ lang, bis sich der Nutzen der neuen Rechtsvorschriften einstellt.

6.1. Vergleich der Optionen

Die Abschätzung der Folgen der einzelnen Strategieoptionen für Gesellschaft, Wirtschaft und Umwelt gründet auf das jeweils angenommene Potenzial zur Verringerung der Prävalenz der ETS-Exposition. Folglich wird davon ausgegangen, dass sich Strategieoption 5 (bindende Rechtsvorschriften) am stärksten auswirkt, gefolgt von Option 4+ (Empfehlung des Rates und OKM), 4/3+ (Empfehlung des Rates / Empfehlung der Kommission und OKM) und 2/3 (OKM / Empfehlung der Kommission); die Option „Status quo“ würde die geringsten Änderungen mit sich bringen.

6.1.1. Soziale Folgen

Es wird erwartet, dass die EU-Initiative eine Verringerung ETS-assoziierter Krankheiten (Lungenkrebs, Schlaganfall, Herzerkrankung, chronisch obstruktive Atemwegserkrankung) sowie der damit verbundenen Todesfälle herbeiführt, und zwar indem die Prävalenz der ETS-Exposition verringert wird. Zudem geht man davon aus, dass sich die Initiative – durch Verringerung des Tabakkonsums und Anregung zu Entwöhnungsmaßnahmen – indirekt auf mit aktivem Rauchen in Verbindung gebrachte Erkrankungen und Todesfälle auswirkt. Eine EU-Initiative wäre voraussichtlich für die am stärksten benachteiligten Gesellschaftsgruppen von besonderem Nutzen. Sie könnte weiterhin zu einer verstärkten Unterstützung von Strategien für rauchfreie Zonen, auch zu Hause, beitragen. Eine mögliche unbeabsichtigte Folge für Raucher könnte ein Gefühl der Stigmatisierung und Entfremdung sein.

	Ausgangswert	Strategieoption 1	Strategieoption 2/ Strategieoption 3	Strategieoption 3+ /Strategieoption 4	Strategieoption 4+	Strategieoption 5
Soziale Folgen						
Verringerung der Todesfälle, die pro Jahr auf ETS-Exposition von Arbeitnehmern zurückzuführen sind	6 007	-386	-774	-774 bis -1 550	-1 550	-4 884
Verringerung der Erkrankungen aufgrund von ETS-Exposition		+	++	+++	++++	+++++
Verringerung der Todesfälle durch Einschränkung des aktiven Rauchens		+	++	+++	++++	+++++
Verringerung der Erkrankungen durch Einschränkung des aktiven Rauchens		+	++	+++	++++	+++++
Verringerung von ETS zu Hause		+	++	++	++	+++
Verringerung der sozioökonomischen Ungleichheiten		+	++	++	++	++++
Verstärkte Unterstützung von Strategien für rauchfreie Zonen		+	++	++	++	++++

6.1.2. Wirtschaftliche Folgen

Es wird davon ausgegangen, dass durch die Gesundheitsförderung im Zuge der EU-Initiative – auf Makroebene – die medizinischen und nicht medizinischen Kosten im Zusammenhang mit bedeutenden ETS-assozierten Krankheiten merklich reduziert werden. Die erwartete Einschränkung des aktiven Rauchens wird sich voraussichtlich nicht signifikant auf die mitgliedstaatlichen Einnahmen aus der Tabakbesteuerung auswirken. Zu den wirtschaftlichen Folgen auf der Mikroebene gehören geringere Reinigungs-, Pflege- und Renovierungskosten sowie Kosteneinsparungen aufgrund weniger Brandschäden.

Die hauptsächlich betroffenen Sektoren sind das Gastgewerbe sowie die Tabakindustrie. Ausgehend von der in der Literatur dargestellten Faktenlage könnten die Folgen für Beschäftigung und Einnahmen im Gastgewerbe sowohl negativ als auch positiv sein. Insgesamt werden keine größeren Auswirkungen auf die Wirtschaft erwartet. In der Tabakindustrie können sich Gewinneinbußen und, damit verbunden, ein Rückgang der Beschäftigung einstellen.

	Ausgangswert	Strategieoption 1	Strategieoption 2/ Strategieoption 3	Strategieoption 3+ /Strategieoption 4	Strategieoption 4+	Strategieoption 5
Wirtschaftliche Folgen						

Verringerung der jährlichen medizinischen Kosten aufgrund verringerter ETS-Exposition von Arbeitnehmern	1 336 Mio. EUR	-85 Mio. EUR	-172 Mio. EUR	-172 Mio. EUR bis -344 Mio. EUR	-344 Mio. EUR	-1 073 Mio. EUR
Verringerung der jährlichen nicht medizinischen Kosten aufgrund verringerter ETS-Exposition von Arbeitnehmern	1 124 Mio. EUR	-73 Mio. EUR	-144 Mio. EUR	-144 Mio. EUR bis -290 Mio. EUR	-290 Mio. EUR	-893 Mio. EUR
Verringerte Einnahmen aus Tabakbesteuerung		-	--	---	----	-----
Auswirkung eingeschränkter Raucherpausen auf die Produktivität der Arbeitnehmer		+/-	++/--	+++/--	++++/----	++++/-----
Verringerung der Kosten, die mit Brandschäden, Reinigung und Renovierung im Zusammenhang stehen		+	++	+++	++++	+++++ 965 Mio. EUR
Entwicklung der Jahreseinkommen im Gastgewerbe	114 Mrd. EUR	+/-	++/--	+++/--	++++/----	+++++/----- -11 Mrd. EUR bis +10 Mrd. EUR
Entwicklung der Beschäftigung im Gastgewerbe	6 887 912	+/-	++/--	+++/--	++++/----	+++++/----- -265 000 bis +271 000
Jährliche Einkommens-einbußen der Tabakindustrie	67 Mrd. EUR	-	--	---	----	----- - 3,3 Mrd. EUR
Stellenabbau in der Tabakindustrie	53 521	-	--	---	----	----- -2 609
Durchführungs- und Durchsetzungskosten		-	---	--	---	---

6.1.3. Folgen für die Umwelt

Die vorrangige Auswirkung auf die Umwelt wäre eine deutliche Verbesserung der Luftqualität in Innenräumen. Zu möglichen negativen Auswirkungen gehören ein verstärkter Einsatz von Terrassenheizstrahlern und ein größeres Müllaufkommen in den Straßen durch Zigarettenstummel. Jedoch sind diese Auswirkungen wahrscheinlich relativ gering.

	Ausgangswert	Strategieoption 1	Strategieoption 2/ Strategieoption 3	Strategieoption 3+/ Strategieoption 4	Strategieoption 4+	Strategieoption 5
Folgen für die Umwelt						
Verringerung der Luftverschmutzung in Innenräumen		+	++	++	+++	++++
Größeres Müllaufkommen in den Straßen und verstärkter Einsatz von Terrassenheizstrahlern		-	-	-	--	---

6.2. Bevorzugte Option

Zwar würden bindende Rechtsvorschriften die stärkste Verringerung der ETS-Prävalenz und somit den größten Nutzen für die Gesundheit und die Wirtschaft herbeiführen, im Vergleich zu einer Empfehlung würde die Durchführung jedoch mehr Zeit in Anspruch nehmen und der

Geltungsbereich wäre enger gefasst. Eine Empfehlung des Rates mit Elementen einer OKM wurde als die bevorzugte kurzfristige Option ausgemacht, da sie das am schnellsten einzusetzende und umfassendste Instrument ist, den Mitgliedstaaten bei der Umsetzung strenger Rechtsvorschriften für rauchfreie Zonen gemäß ihren Verpflichtungen aus dem WHO-Rahmenübereinkommen zu helfen, und einen dem Problem angemessenen Ansatz darstellt.

7. ÜBERWACHUNG UND BEWERTUNG

Die Indikatoren, die zur Überwachung der Auswirkungen der gewählten Strategieoption verwendet werden, müssen Folgendes berücksichtigen: Prävalenz und Qualität der einschlägigen nationalen Strategien, Exposition gegenüber Tabakrauch an unterschiedlichen Orten, Tabakgebrauch, Wissen und Einstellung hinsichtlich Tabak bzw. Tabakrauch sowie Inzidenz tabakbedingter Krankheiten und damit in Zusammenhang stehende Todesfälle. Die globale Wirkung der Initiative soll in einer für 2010 bzw. 2011 vorgesehenen Mitteilung über die Strategie zur Eindämmung des Tabakgebrauchs bewertet werden.