



Diplomarbeit

**Beurteilung der Tabakgesetznovelle („Rauchergesetz“) durch Kunden
gastronomischer Betriebe in der Steiermark**

eingereicht von

Peter Koch

Matr.Nr.: 0433111

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor der gesamten Heilkunde
(Dr.med.univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

**Klinik für Chirurgie: Klinische Abteilung für Thoraxchirurgie und hyperbare
Chirurgie**

unter der Anleitung von

Univ. Prof. Dr. Freyja-Maria Smolle-Jüttner

Univ. Prof. Dr. Josef Egger

Graz, am 05.09.2009

Peter Koch

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzen Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 05.09.2009

Peter Koch

Danksagung

Ich möchte mich bei meiner Diplomarbeitbetreuerin, Frau **Univ. Prof. Dr. Freyja-Maria Smolle-Jüttner**, recht herzlich für ihre äußerst engagierte, hochwertige und ausgezeichnete Betreuung bedanken. Auch meinem Zweitbetreuer, Herrn **Univ. Prof. Dr. Josef Egger**, möchte ich auf diesem Weg für die Hilfe bei der Erstellung des Fragebogens danken.

Es ist mir auch ein Anliegen auf diesem Wege meinem ehemaligen Musikschullehrer und mittlerweile guten Freund und Musikerkollegen, Herrn **Mag. Franz Ebner**, für das Korrekturlesen der Arbeit ein Dankeschön zu sagen.

Weiters möchte ich mich bei meiner Familie und meiner Freundin für ihre Unterstützung auf meinem Weg durch das Studium bedanken.

Zusammenfassung

Passivrauchen stellt ein großes Risiko für die gesamte Bevölkerung dar und zwingt auch Nichtraucher Tabakrauch in großer Menge zu konsumieren. Nichtraucherschutz ist daher vorrangig anzustreben. Die derzeitige österreichische Gesetzeslage ist diesbezüglich allerdings mehr als lückenhaft und wird – entgegen der gängigen medialen Darstellung – von vielen Menschen auch so wahrgenommen.

Um objektive Daten über die Akzeptanz der Tabakgesetznovelle zu erhalten, wurde eine komplexe Umfrage bei Kunden von Gastronomiebetrieben durchgeführt. Die Akzeptanz des Gesetzes wurde im Kontext zu Raucherstatus, Alter, Geschlecht aber auch in Hinblick auf den Typ des besuchten Lokals bzw. auf Lokalpräferenz und individuelle Belästigung durch Tabakrauch an 518 Probanden zwischen 16 und 86 Jahren untersucht. Diese Befragung ist die erste, die alle genannten Aspekte in Beziehung setzt und nicht mit einem primären Bias (wie bei den von der Gastronomie in Auftrag gegebenen) ausgestattet ist.

91,3% der Befragten fühlten sich durch Tabakrauch in mindestens einer der abgefragten Qualitäten belästigt, am stärksten durch den Geruch von Tabakrauch in den Haaren und der Kleidung (85,7%). Nichtraucher gaben eine nahezu 100%-ige Rate an Belästigung an. Ältere Probanden empfanden sich stärker durch Tabakrauch belästigt als jüngere. Subjektive gesundheitliche Probleme durch Rauchexposition gaben 28,6% des Gesamtkollektivs an. Verständnis für rauchende Personen in der Gastronomie brachten dennoch 66,8% der Befragten auf, vor allem Raucher (93,5%), aber auch ein nicht unbeachtlicher Teil der am meisten unter Passivrauch leidenden Nichtraucher (54,1%) zeigte Verständnis, womit sich das Bild der „intoleranten Nichtraucher“ relativiert.

Einem großen Teil der Probanden war der besuchte Lokaltypus (Raucher-, Nichtraucher- bzw. gemischtes Lokal) egal. Insgesamt eindeutig größerer Beliebtheit als Raucherzonen (6,6%) und Raucherlokale (12,7%) erfreuten sich Nichtraucherlokale (28,0%) und Nichtraucherzonen (20,5%).

Für ein generelles Rauchverbot in der Gastronomie sprachen sich 61,6% der Teilnehmer aus, wobei vor allem die Nichtraucher (83,9%) und die Exraucher

(74,0%) dies vehement einfordern. 60,0% der Raucher halten das gegenwärtige Gesetz für ausreichend.

Auf der Basis dieser Daten ist ein generelles Rauchverbot in der Gastronomie dringend einzufordern, da das Hauptgegenargument der fehlenden Akzeptanz und des Ausbleibens potentieller Gäste größtenteils entkräftet werden kann.

Abstract

Passive smoking represents a high risk to the entire population and also forces non-smokers to inhale large amounts of tobacco smoke. Therefore, the protection of non-smokers is of paramount importance. However, the current Austrian law is full of loopholes as far as this goal is concerned and contrary to what the media wants to make us believe, the public is aware of this fact.

In order to get objective data about the acceptance of the amendment to the Austrian tobacco law a complex survey among customers of restaurants and catering businesses was carried out. For the analysis of the acceptance of this law 518 participants aged between 16 and 86 were questioned in terms of smoking habits, age and sex, favourite or visited premises and the irritation and annoyance caused by tobacco smoke. This survey has been the first to set all these aspects in relation to each other and the first that hasn't been biased like those made by the catering business.

91.3% of the people questioned claim to feel pestered by tobacco smoke in at least one of the relevant qualities. The biggest annoyance for the respondents is tobacco smoke in their hair and clothes (stated by 85.7%). Nearly 100% of the non-smokers are bothered by tobacco smoke. Older participants feel pestered more often than younger ones. 28.6% of all people questioned claim to have subjective health problems due to the exposure to tobacco smoke. However, 66.8% of them show understanding for smoking customers. 93.5% of the smokers think this way. After all, 54.1% of the non-smokers (suffering most from passive smoking) show sympathy towards smokers, which puts the common image of an "intolerant non-smoker" into perspective.

A big part of the participants does not have any preferences regarding smoker- or non-smoker- or "all in one type" restaurants, pubs etc. On the whole, smoke-free premises (28.0%) or areas (20.5%) are favoured compared to areas where smoking is permitted (6.6%) or where smoking is generally accepted (12.7%).

61.6% of all the people taking part in this survey are for a general ban of smoking in gastronomy; particularly non-smokers (83.9%) and ex-smokers (74.0%) advocate such a ban. 60.0% of the smokers are of the opinion that the current law is sufficient.

Looking at the result of this survey, a general ban for smoking in restaurants and other catering businesses seems to be indispensable since the main counter arguments of a missing acceptance and the potential loss or absence of customers clearly can be refuted.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	2
Danksagung	3
Zusammenfassung	4
Abstract	6
Inhaltsverzeichnis	8
Glossar und Abkürzungen	13
Abbildungsverzeichnis	15
Tabellenverzeichnis	16
Diagrammverzeichnis	17
1 Einleitung	20
1.1 Rauchverhalten der Österreicher	20
1.1.1 RaucherInnen	20
1.1.2 ExraucherInnen	21
1.1.3 NichtraucherInnen	22
1.1.4 Tabakkonsum	23
1.1.5 Einstiegsalter	23
1.1.6 Vergleich der Bundesländer	23
1.2 Passivrauchen	25
1.2.1 Definition Passivrauchen	25
1.2.2 Inhaltsstoffe des Zigarettenrauchs	26
1.2.3 Gesundheitliche Konsequenzen des Passivrauchens	30
1.2.3.1 Lungenkrebs	31
1.2.3.2 Koronare Herzkrankheit	32
1.2.3.3 Schlaganfall	35
1.2.3.4 COPD	36
1.2.3.5 Gesundheitliche Folgen des Passivrauchens für Kinder	36
1.3 Gesetzlicher Nichtraucherschutz in Österreich	38
1.3.1 Zum Nichtraucherschutz verpflichtete Betriebe	38
1.3.2 Ausnahmen	40
1.3.3 Konsequenzen bei Nichteinhaltung des Gesetzes	41

1.3.4	<i>Europaweiter Vergleich des Nichtraucherschutzes</i>	41
2	Methoden	43
3	Ergebnisse	45
3.1	Profil der Probanden	45
3.1.1	<i>Alter und Geschlecht</i>	45
3.1.2	<i>Raucherstatus der Befragten</i>	46
3.1.3	<i>Raucherstatus der Probanden in den verschiedenen Lokaltypen</i> ...	48
3.2	Belästigung durch Tabakrauch	48
3.2.1	<i>Belästigung in mindestens einer Qualität</i>	49
3.2.1.1	Belästigung in Relation zum Raucherstatus	49
3.2.1.2	Belästigung in Relation zum Lokaltyp	50
3.2.1.3	Belästigung in Relation zum bevorzugten Lokaltyp	50
3.2.1.4	Belästigung in Relation zum Alter	51
3.2.2	<i>Belästigung durch Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung</i> ..	
	52
3.2.2.1	Belästigung durch Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung in Bezug auf den Raucherstatus	52
3.2.2.2	Belästigung durch Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung in Bezug auf den Ort der Befragung	53
3.2.2.3	Belästigung durch Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung in Relation zum bevorzugten Lokaltyp	54
3.2.2.4	Belästigung durch Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung in Relation zum Alter der Probanden	55
3.2.3	<i>Störung durch Tabakrauch während des Essens</i>	56
3.2.3.1	Störung durch Tabakrauch während des Essens in Relation zum Raucherstatus.....	56
3.2.3.2	Störung durch Tabakrauch während des Essens in Relation zum Ort der Befragung	57
3.2.3.3	Störung durch Tabakrauch während des Essens in Relation zum bevorzugten Lokaltyp.....	57
3.2.3.4	Störung durch Tabakrauch während des Essens in Relation zum Alter	58
3.2.4	<i>Störung des gemütlichen Beisammenseins durch Tabakrauch</i>	59

3.2.4.1	Störung des gemütlichen Beisammenseins durch Tabakrauch in Relation zum Raucherstatus.....	59
3.2.4.2	Störung des gemütlichen Beisammenseins durch Tabakrauch in Relation zum Lokaltyp	60
3.2.4.3	Störung des gemütlichen Beisammenseins durch Tabakrauch in Relation zum bevorzugten Lokaltyp.....	61
3.2.4.4	Störung des gemütlichen Beisammenseins durch Tabakrauch in Relation zum Alter der Probanden.....	62
3.2.5	<i>Gesundheitliche Probleme durch Tabakrauch</i>	63
3.2.5.1	Gesundheitliche Probleme durch Tabakrauch in Relation zum Raucherstatus.....	63
3.2.5.2	Gesundheitliche Probleme durch Tabakrauch in Relation zum Lokaltyp	64
3.2.5.3	Gesundheitliche Probleme durch Tabakrauch in Relation zum Alter	65
3.2.6	<i>Verständnis für das Rauchen in der Gastronomie</i>	66
3.2.6.1	Verständnis für das Rauchen in der Gastronomie in Bezug auf den Raucherstatus.....	66
3.2.6.2	Verständnis für das Rauchen in der Gastronomie in Relation zum Lokaltyp.....	67
3.2.6.3	Verständnis für das Rauchen in der Gastronomie in Relation zum Alter.....	68
3.2.6.4	Verständnis in Relation zur subjektiven Störung.....	68
3.3	<i>Bevorzugte Lokaltypen</i>	69
3.3.1	<i>Bevorzugter Lokaltyp bezogen auf den Raucherstatus der Probanden</i>	70
3.3.1.1	Nichtraucherlokale	70
3.3.1.2	Nichtraucherzone von gemischten Lokalen	71
3.3.1.3	Raucherzone von gemischten Lokalen	72
3.3.1.4	Raucherlokale.....	73
3.3.1.5	Lokaltyp „egal“	74
3.3.2	<i>Bevorzugter Lokaltyp je nach Ort der Befragung</i>	75
3.3.2.1	Präferenz der Befragten in Raucherlokalen	75

3.3.2.2	Präferenz der Befragten in Raucherzonen von gemischten Lokalen	76
3.3.2.3	Präferenz der Befragten in Nichtraucherzonen von gemischten Lokalen	77
3.3.2.4	Präferenz der Befragten in Nichtraucherlokalen	77
3.3.3	<i>Bevorzugter Lokaltyp in Relation zum Alter der Probanden</i>	79
3.3.3.1	Nichtraucherlokale	79
3.3.3.2	Nichtraucherzone gemischter Lokale.....	79
3.3.3.3	Raucherzone gemischter Lokale	80
3.3.3.4	Raucherlokale.....	81
3.3.3.5	Lokaltyp „egal“	82
3.4	<i>Beurteilung der derzeitigen österreichischen Gesetzeslage</i>	83
3.4.1	<i>Generelles Rauchverbot in Gaststätten</i>	83
3.4.1.1	Generelles Rauchverbot bezogen auf den Raucherstatus	84
3.4.1.2	Generelles Rauchverbot bezogen auf den Ort der Befragung	85
3.4.1.3	Generelles Rauchverbot bezogen auf den bevorzugten Lokaltyp	86
3.4.1.4	Generelles Rauchverbot in Bezug auf das Alter der Probanden..	86
3.4.1.5	Generelles Rauchverbot in Relation zu subjektiv empfundenen Störungen	88
3.4.2	<i>Schutz der Gesundheit hat Vorrang vor dem Rauchen</i>	88
3.4.2.1	Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes je nach Raucherstatus der Probanden	89
3.4.2.2	Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes in Relation zum Ort der Befragung	90
3.4.2.3	Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes in Relation zum bevorzugten Lokaltyp.....	91
3.4.2.4	Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes in Relation zum Alter der Probanden	91
3.4.2.5	Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes in Relation zu subjektiv empfundenen Störungen	92
3.4.3	<i>Ist das österreichische „Rauchergesetz“ ausreichend?</i>	93

3.4.3.1	Beurteilung der Tabakgesetznovelle als „ausreichend“ in Relation zum Raucherstatus der Probanden	93
3.4.3.2	Beurteilung der Tabakgesetznovelle als „ausreichend“ in Relation zum Ort der Befragung	94
3.4.3.3	Beurteilung der Tabakgesetznovelle als „ausreichend“ in Relation zum bevorzugten Lokaltyp	95
3.4.3.4	Beurteilung der Tabakgesetznovelle als „ausreichend“ in Relation zum Alter der Probanden	96
3.4.3.5	Beurteilung der Tabakgesetznovelle als „ausreichend“ in Relation zu subjektiv empfundenen Störungen	97
4	Diskussion	99
4.1	<i>Problematik</i>	99
4.2	<i>Befragung</i>	102
4.3	<i>Wichtigste Erkenntnisse</i>	102
5	Literaturverzeichnis	111
6	Anhang	114

Glossar und Abkürzungen

EU: Europäische Union

kanzerogen: krebserzeugend

Kanzerogen: krebserzeugende Substanz

DNA: Desoxyribonukleinsäure (Träger der Erbinformation)

IARC: International Agency for Research on Cancer

DFG: Deutsche Forschungsgemeinschaft

MAK: Maximale Arbeitsplatzkonzentration

BAT: Biologischer Arbeitsstoff-Toleranzwert

in-vitro: (lat., im Glas), außerhalb des Organismus, zum Beispiel im Reagenzglas

WHO: Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)

KHK: Koronare Herzkrankheit

Koronararterien: Herzkranzgefäße

Diabetes mellitus: Zuckerkrankheit

Mukoviszidose: autosomal-rezessiv angeborene Stoffwechselerkrankung mit

Eindickung der Sekrete verschiedener Organe

PAVK: Periphere arterielle Verschlusskrankheit

LDL: low density lipoprotein

HDL: high density lipoprotein

Endothel: Innerste Gefäßauskleidung

Aggregation: Zusammenlagerung (von Blutplättchen)

Thrombozyten: Blutplättchen

Fibrinogen: Faktor I in der Blutgerinnungskaskade und Vorstufe zu Fibrin

Hämoglobin: roter Blutfarbstoff und Sauerstofftransportmolekül

Myokard: Herzmuskel

Infarkt: Gewebsuntergang durch eine Sauerstoffunterversorgung infolge unzureichenden Blutzufusses

Ischämie: Minderdurchblutung oder Durchblutungsausfall

Atherosklerose: Arterienverkalkung

Carotiden: große Halsarterien

Demenz: Verfall der geistigen Leistungsfähigkeit, v.a. des Kurzzeitgedächtnisses

COPD: chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)

mukoziliäre Clearance: Selbstreinigungsmechanismen der Bronchien

Respirationstrakt: Atmungstrakt

SIDS: Sudden infant death syndrom (plötzlicher Kindstod)

pränatal: vor der Geburt

Novelle: Änderung oder Neueinführung eines Gesetzes

BGBI.: Bundesgesetzblatt

Abs.: Absatz

Z: Ziffer

GewO: Gewerbeordnung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prinzip des Haupt- und Nebenstromrauches	26
Abbildung 2: Folgen des Passivrauchens bei Kinder.....	38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Raucherstatus in den 9 Bundesländern	24
Tabelle 2: Kanzerogene und potentiell kanzerogene Substanzen im Tabakrauch	29
Tabelle 3: Chronische Erkrankungen durch Passivrauchen.....	31
Tabelle 4: Unterschiede des Rauchverbots in den europäischen Ländern.....	42
Tabelle 5: Raucherstatus in den verschiedenen Lokaltypen	48

Diagrammverzeichnis

Diagramm 1: Raucherstatus der Österreicher	21
Diagramm 2: Raucherstatus der Österreicher nach Alter	22
Diagramm 3: Relatives Risiko für eine KHK abhängig von der ausgesetzten Zigarettenmenge	34
Diagramm 4: Alter der Probanden	46
Diagramm 5: Detailliertes Rauchverhalten der Raucher	47
Diagramm 6: Raucherstatus der Probanden	47
Diagramm 7: Belästigung in Relation zum Raucherstatus	49
Diagramm 8: Belästigung in Relation um Lokaltyp	50
Diagramm 9: Belästigung in Relation zum bevorzugten Lokaltyp	51
Diagramm 10: Belästigung in Relation zum Alter	52
Diagramm 11: Belästigung durch Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung in Bezug auf den Raucherstatus	53
Diagramm 12: Belästigung durch Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung in Bezug auf den Ort der Befragung	54
Diagramm 13: Belästigung durch Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung in Relation zum bevorzugten Lokaltyp	55
Diagramm 14: Belästigung durch Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung in Relation zum Alter	55
Diagramm 15: Störung durch Tabakrauch während des Essens in Relation zum Raucherstatus	56
Diagramm 16: Störung durch Tabakrauch während des Essens in Relation zum Ort der Befragung	57
Diagramm 17: Störung durch Tabakrauch während des Essens in Relation zum bevorzugten Lokaltyp	58
Diagramm 18: Störung durch Tabakrauch während des Essens in Relation zum Alter	59
Diagramm 19: Störung des gemütlichen Beisammenseins durch Tabakrauch in Relation zum Raucherstatus	60

Diagramm 20: Störung des gemütlichen Beisammenseins durch Tabakrauch in Relation zum Lokaltyp	61
Diagramm 21: Störung des gemütlichen Beisammenseins durch Tabakrauch in Relation zum bevorzugten Lokaltyp	62
Diagramm 22: Störung des gemütlichen Beisammenseins durch Tabakrauch in Relation zum Alter	63
Diagramm 23: Gesundheitliche Probleme durch Tabakrauch in Relation zum Raucherstatus	64
Diagramm 24: Gesundheitliche Probleme durch Tabakrauch in Relation zum Lokaltyp	65
Diagramm 25: Gesundheitliche Probleme durch Tabakrauch in Relation zum Alter	66
Diagramm 26: Verständnis für das Rauchen in der Gastronomie in Bezug auf den Raucherstatus	67
Diagramm 27: Verständnis für das Rauchen in der Gastronomie in Relation zum Lokaltyp	67
Diagramm 28: Verständnis für das Rauchen in der Gastronomie in Relation zum Alter	68
Diagramm 29: Verständnis in Relation zur subjektiven Störung	69
Diagramm 30: Bevorzugte Lokaltypen	70
Diagramm 31: Bevorzugung der Nichtraucherlokale in Relation zum Raucherstatus	71
Diagramm 32: Bevorzugung der Nichtraucherzonen in Relation zum Raucherstatus	72
Diagramm 33: Bevorzugung der Raucherzonen in Relation zum Raucherstatus	73
Diagramm 34: Bevorzugung der Raucherlokale in Relation zum Raucherstatus	73
Diagramm 35: Option „egal“ in Relation zum Raucherstatus	74
Diagramm 36: Präferenzen der Probanden bezogen auf den Raucherstatus	75
Diagramm 37: Präferenz der Befragten in Raucherlokalen	76
Diagramm 38: Präferenz der Befragten in Raucherzonen	76
Diagramm 39: Präferenz der Befragten in Nichtraucherzonen	77
Diagramm 40: Präferenz der Befragten in Nichtraucherlokalen	78
Diagramm 41: Präferenzen in den verschiedenen Lokaltypen	78
Diagramm 42: Bevorzugung von Nichtraucherlokalen in Bezug auf das Alter	79

Diagramm 43: Bevorzugung von Nichtraucherzonen in Bezug auf das Alter	80
Diagramm 44: Bevorzugung der Raucherzonen in Bezug auf das Alter.....	81
Diagramm 45: Bevorzugung der Raucherlokale in Bezug auf das Alter	82
Diagramm 46: Kein bevorzugter Lokaltyp in Bezug auf das Alter	82
Diagramm 47: Bevorzugte Lokaltypen in den verschiedenen Altersstufen	83
Diagramm 48: Meinung über generelles Rauchverbot im Gesamtkollektiv.....	84
Diagramm 49: Generelles Rauchverbot bezogen auf den Raucherstatus.....	85
Diagramm 50: Generelles Rauchverbot bezogen auf den Ort der Befragung	85
Diagramm 51: Generelles Rauchverbot bezogen auf den bevorzugten Lokaltyp	86
Diagramm 52: Generelles Rauchverbot bezogen auf das Alter der Probanden ..	87
Diagramm 53: Generelles Rauchverbot in Relation zu subjektiv empfundenen Störungen.....	88
Diagramm 54: Gesundheitsschutz Vorrang vor dem Rauchen.....	89
Diagramm 55: Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes je nach Raucherstatus	90
Diagramm 56: Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes in Relation zum Ort der Befragung.....	90
Diagramm 57: Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes in Relation zum bevorzugten Lokaltyp.....	91
Diagramm 58: Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes in Relation zum Alter	92
Diagramm 59: Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes in Relation zu subjektiv empfundenen Störungen.....	93
Diagramm 60: Tabakgesetznovelle „ausreichend“ in Relation zum Raucherstatus	94
Diagramm 61: Tabakgesetznovelle „ausreichend“ in Relation zum Ort der Befragung.....	95
Diagramm 62: Tabakgesetznovelle „ausreichend“ in Bezug auf den bevorzugten Lokaltyp.....	96
Diagramm 63: Tabakgesetznovelle „ausreichend“ in Relation zum Alter.....	97
Diagramm 64: Tabakgesetznovelle „ausreichend“ in Relation zu subjektiv empfundenen Störungen.....	98

1 Einleitung

Die Tabakgesetznovelle („Rauchergesetz“), die zur Eindämmung des Passivrauchens in gastronomischen Betrieben dienen soll, hat in Österreich eine große und teils sehr emotionell geführte Diskussion losgetreten.

Im folgenden Kapitel wird auf das Rauchverhalten der ÖsterreicherInnen, den Gefahren des Passivrauchens und die momentane gesetzliche Lage in Österreich (Tabakgesetznovelle) eingegangen.

1.1 Rauchverhalten der Österreicher

1.1.1 RaucherInnen

In Österreich rauchen von den 15-jährigen und älteren Bewohnern im Durchschnitt über alle Altersklassen 23,2 Prozent täglich (Männer: 27,3%, Frauen: 19,4%), wobei es abhängig vom Alter und Geschlecht unterschiedliche Werte gibt. Den größten Anteil an Rauchern und Raucherinnen findet man in der Altersgruppe vom 20. bis 24. Lebensjahr, hier rauchen im Durchschnitt 35% (Frauen 34%, Männer 36%). Generell kann gesagt werden, dass der Anteil der Rauchenden mit zunehmendem Alter abnimmt.

Vergleicht man die beiden Geschlechter miteinander, so sieht man, dass bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Raucherquote nahezu ident ist und im höheren Alter die Männer eine höhere Raucherquote aufweisen als Frauen, allerdings nähern sich die Raucherquoten der beiden Geschlechter in den letzten Jahren immer mehr an.

Als Gelegenheitsraucher werden solche Raucher bezeichnet, die nicht täglich rauchen, der Anteil dieser Gruppe an der Gesamtbevölkerung beträgt 5%.

Vergleicht man die Raucherraten der Österreicher und Österreicherinnen mit denen der EU, so weist die männliche Bevölkerung unseres Landes zusammen mit Schweden, Finnland, Irland und Island eine relativ niedrige Raucherrate auf. Hingegen liegen die österreichischen Frauen im EU-Vergleich mit Schweden, der Tschechischen Republik und Estland im Mittelfeld.

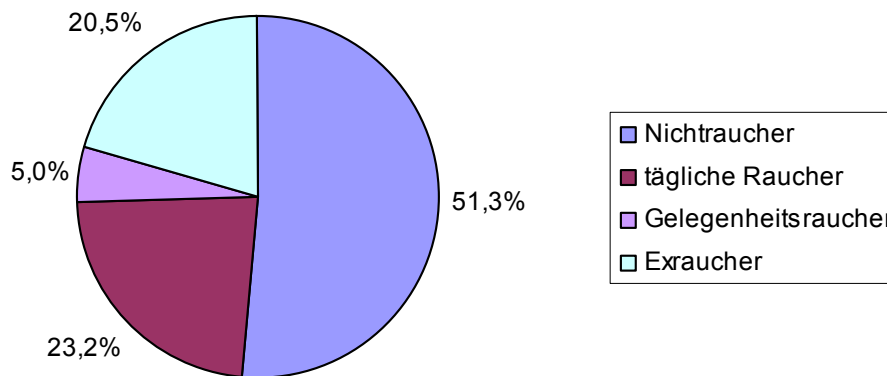


Diagramm 1: Raucherstatus der Österreicher¹

1.1.2 ExraucherInnen

In gegensätzlicher Richtung zur Raucherquote verhält sich der Anteil der Exraucher in der Bevölkerung. So steigt mit zunehmendem Alter der Anteil der Exraucher an der Gesamtbevölkerung. Bei Männern nimmt der Anteil der Exraucher insbesondere nach dem 45. Lebensjahr markant zu und erreicht bei den 60- bis 75-jährigen Männern einen Wert von 37,5%, bei den über 75-Jährigen ist bereits jeder zweite Mann ein Exraucher (50,1%).

Auf Grund der Tatsache, dass Frauen früher seltener geraucht haben, ist auch die Exraucherquote in der weiblichen Bevölkerung im höheren Alter wesentlich niedriger als die der Männer. So sieht man den höchsten Exraucheranteil bei den 45- bis unter 60-jährigen Frauen mit 20,3%. Bei den 60- bis unter 75-Jährigen nimmt er auf 15,7% ab und bei den über 75-jährigen Frauen sind nur mehr 7,9% als Exraucherinnen zu bezeichnen.

Über die gesamte Bevölkerung gesehen, erreicht Österreich eine Exraucherquote von 20,5%.

Wichtig ist aber auch darauf zu achten, wie viele der Raucher und Raucherinnen aufhören zu rauchen. Hier sieht man, dass 48% der Raucher und 45% der Raucherinnen das Rauchen aufgeben. Das Durchschnittsalter bei Beendigung des

¹ Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Hauptergebnisse und methodische Dokumentation; Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend; S. 179

Rauchens liegt in Österreich bei 38,0 Jahren, wobei Frauen (mit 36,5 Jahren) früher als Männer (mit 39,0 Jahren) das Rauchen einstellen.

1.1.3 NichtraucherInnen

Der Anteil der Nichtraucher und Nichtraucherinnen (=Konsum von weniger als 100 Zigaretten im gesamten Leben) beträgt in Österreich 51,3% und ist am höchsten in der Altersgruppe der über 75-Jährigen (71,6%). Allerdings ist auch hier ein deutlicher Geschlechterunterschied zu erkennen. Der größte Anteil an Nichtrauchern ist in der Gruppe der 60- bis unter 75-jährigen Männer zu finden (44,0%), dieser sinkt bei den über 75-Jährigen wieder auf 40,2% ab. Bei den Frauen hingegen findet man die größte Nichtraucherinnenquote bei den über 75-Jährigen mit 87,8%.

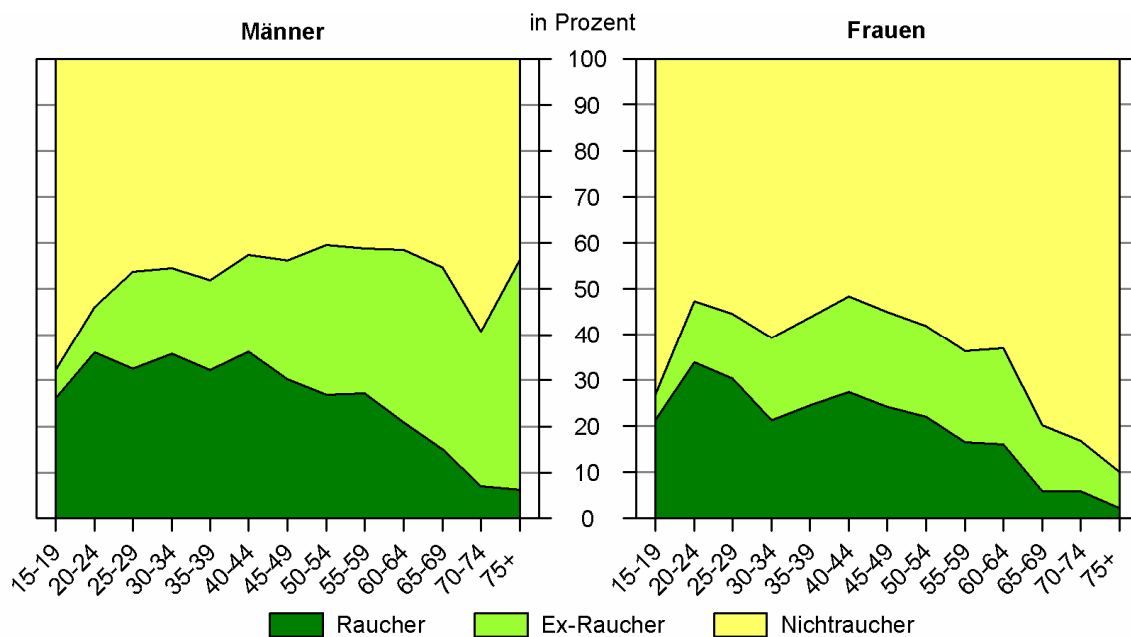


Diagramm 2: Raucherstatus der Österreicher nach Alter²

² Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Hauptergebnisse und methodische Dokumentation; Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend; S. 35

1.1.4 Tabakkonsum

Die mit Abstand häufigste Form des Tabakkonsums in Österreich ist die Zigarette aus der Schachtel (Frauen: 98,8%, Männer: 95,0%). Am zweithäufigsten werden selbst gedrehte Zigaretten geraucht (5,6%), gefolgt von Zigarren/Zigarillos (3,7%) und Pfeifen (1,7%).

Als starke Raucher bzw. Raucherinnen werden Personen bezeichnet, die mehr als 20 Zigaretten am Tag rauchen. Über alle Altersgruppen hinweg sind Frauen weniger oft starke Raucherinnen, den größten Anteil findet man beim weiblichen Geschlecht in der Altersgruppe der 60- bis unter 75-jährigen (13%), hingegen weisen Männer vom 45. bis 59. Lebensjahr den höchsten Anteil an starken Rauchern auf (30%).

Im Durchschnitt rauchen Frauen 14 und Männer 19 Zigaretten am Tag.³

1.1.5 Einstiegsalter

Je nach Definition des Einstiegsalters erhält man unterschiedliche Werte. Das gesetzlich vorgeschriebene Mindestalter für den Konsum von Tabakwaren beträgt in Österreich 16 Jahre. Wenn man den ersten Tabakkonsum als Einstiegsalter heranzieht, so findet man Werte zwischen 11 und 12 Jahren. Laut den meisten Untersuchungen findet der Einstieg in den regelmäßigen Tabakkonsum im Alter von 14 Jahren statt. Beide Altersangaben liegen aber deutlich unter dem gesetzlich vorgeschriebenen Mindestalter. Auf Grund mehrerer Faktoren sinkt das Einstiegsalter stetig. Der Start in eine Raucherkarriere geht zum Beispiel in der Steiermark bei der Mehrheit (51,7%) bis zum 17. Lebensjahr von statten.⁴

1.1.6 Vergleich der Bundesländer

Das Rauchverhalten der Österreicher ist nicht nur abhängig vom Alter und Geschlecht, sondern variiert auch von Bundesland zu Bundesland. So findet man

³ Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Hauptergebnisse und methodische Dokumentation; Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend; S. 35, 36, 38, 179, 180, 182

⁴ VIVID, Fachstelle für Suchtprävention (Hrsg.): Factsheet 1 – Rauchen. Hintergründe und steirische Fakten, Graz 2008, S. 2

den größten Anteil an Rauchern im Burgenland mit 27,5%, den niedrigsten Wert an Rauchern erreicht die Steiermark mit 20,1%. Niederösterreich (21,8%), Kärnten (22,3%) und Oberösterreich (22,7%) sind ebenfalls Bundesländer, die eher eine niedrigere Raucherquote aufweisen, hingegen sind Wien (24,6%), Salzburg (24,7%), Vorarlberg (25,5%) und Tirol (26,1%) in der vorderen Hälfte zu finden.

Bei der Extraucherquote kehrt sich das Verhältnis um: Hier weist die Steiermark mit 22,0% die höchste und das Burgenland mit 18,1% die niedrigste Quote auf.

Die größte Nichtraucherquote findet man ebenfalls in der Steiermark, sie beträgt 54,6%. Hier bildet Salzburg mit 48,9% knapp vor Oberösterreich (49,0%) und dem Burgenland (49,3%) das Schlusslicht.

Gelegenheitsraucher findet man prozentuell am häufigsten in Oberösterreich (6,7%) und in Niederösterreich (6,3%), am seltensten in Kärnten (3,4%) und in der Steiermark (3,3%).⁵

Die Steiermark bildet damit das Bundesland, in dem prozentuell gesehen am wenigsten geraucht wird.

Bundesland	Raucher	Extraucher	Gelegenheitsraucher	Nichtraucher
<i>Burgenland</i>	27,5%	18,1%	5,2%	49,3%
<i>Kärnten</i>	22,3%	21,0%	3,4%	53,3%
<i>Niederösterreich</i>	21,8%	20,5%	6,3%	51,5%
<i>Oberösterreich</i>	22,7%	21,6%	6,7%	49,0%
<i>Salzburg</i>	24,7%	21,2%	5,2%	48,9%
<i>Steiermark</i>	20,1%	22,0%	3,3%	54,6%
<i>Tirol</i>	26,1%	20,1%	3,7%	50,2%
<i>Vorarlberg</i>	25,5%	18,6%	4,8%	51,1%
<i>Wien</i>	24,6%	19,2%	4,5%	51,6%

Tabelle 1: Raucherstatus in den 9 Bundesländern⁶

Zusammenfassend kann man sagen, dass in den westlichen Bundesländern ein größerer Anteil an täglichen Rauchern zu finden ist als im Osten Österreichs, mit

⁵ Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Hauptergebnisse und methodische Dokumentation; Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend; S. 179

⁶ Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Hauptergebnisse und methodische Dokumentation; Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend; S. 179-180

Ausnahme des Burgenlandes. Andererseits ist aber im Norden (Nieder- u. Oberösterreich) die Quote der Gelegenheitsraucher am höchsten.

1.2 Passivrauchen

Nicht nur das aktive Rauchen einer Zigarette hat schwerwiegende Konsequenzen für die Gesundheit, sondern auch das passive Inhalieren der Inhaltsstoffe des Tabakrauches am Arbeitsplatz, in gastronomischen Betrieben, aber auch in den eigenen vier Wänden. Täglich sterben in Österreich 4 Menschen an den Folgen des Passivrauchens, dies ergibt hochgerechnet auf ein Jahr 1460 Tote durch Passivrauchen.⁷

Vergleicht man diese Zahl der Toten durch Passivrauchen mit der Anzahl der Verkehrstoten in Österreich im Jahre 2008, die 678 Menschen betrug, so sieht man, dass mehr als doppelt so viele Menschen in Österreich an den Folgen des Passivrauchens sterben als durch Verkehrsunfälle.⁸ Umso wichtiger scheint es, die Menschen, insbesondere Kinder, vor Passivrauch zu schützen, auch vor dem Hintergrund, dass enorm viele finanzielle Mittel in die Verhinderung und Reduzierung der Verkehrstoten investiert werden und man durch wesentlich kostengünstigere Mittel Passivrauchen und damit auch dessen Opfer reduzieren könnte. Im folgenden Abschnitt wird auf die Gefahr des Passivrauchens für die Bevölkerung eingegangen.

1.2.1 Definition Passivrauchen

Passivrauchen ist das Inhalieren von Tabakrauch, der durch eine andere rauchende Person erzeugt wird. Man unterscheidet hier den Hauptstromrauch, der vom Raucher ausgeatmet wird, vom Nebenstromrauch, der durch die glimmende Zigarette in den Rauchpausen entsteht.

Grundsätzlich unterscheiden sich Haupt- und Nebenstromrauch bezüglich ihrer Inhaltsstoffe nicht, allerdings enthält der Nebenstromrauch eine wesentlich höhere Konzentration an Schadstoffen (bis zu hundertfache Konzentration). Weiters

⁷ <http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/10644218/842125/>, 25.05.2009

⁸ <http://oesterreich.orf.at/stories/332345/>, 25.05.2009

werden 85% des Tabakrauchs in der Raumluft durch den Nebenstromrauch produziert.^{9,10}

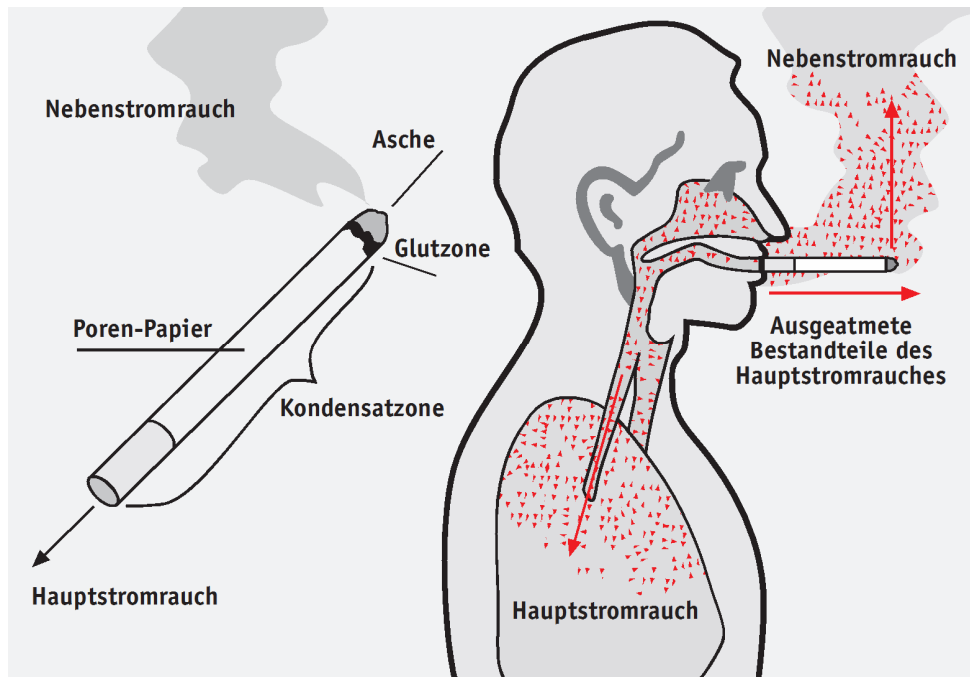


Abbildung 1: Prinzip des Haupt- und Nebenstromrauches¹¹

1.2.2 Inhaltsstoffe des Zigarettenrauchs

„Tabakrauch ist mit Abstand der bedeutendste und gefährlichste vermeidbare Innenraumschadstoff und die führende Ursache von Luftverschmutzung in Innenräumen, in denen geraucht wird.“¹²

Zigarettenrauch enthält ungefähr 4800 Substanzen, die beim Passivrauchen inhaliert werden und auf den Körper einwirken. Von diesen vielen Substanzen sind 90 Stoffe, die bereits nachgewiesenermaßen kanzerogen bzw. vermutlich kanzerogen sind. Diese Kanzerogene sind aber nicht nur für die Entstehung von Lungenkrebs verantwortlich, sondern auch für Karzinome anderer Lokalisationen. Das Gefährliche der im Tabakrauch enthaltenen Kanzerogene ist, dass sie sich in

⁹ VIVID, Fachstelle für Suchtprävention (Hrsg.): Factsheet 2 – Nichtraucherenschutz. Hintergründe und steirische Fakten, Graz 2008, S. 1

¹⁰ http://www.krebshilfe.net/pdf/news/Presstext_allgemein_PK_Passivrauch.pdf, 19.03.2009

¹¹ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Heidelberg 2005, S. 10

¹² Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Schutz der Kinder vor Passivrauchen, Heidelberg 2008, S. 1

ihrer Wirkung gegenseitig verstärken und damit eine noch größere Gefahr für den Menschen und seine Gesundheit darstellen.¹³

Zu den bedeutendsten Kanzerogenen zählen die polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffe, die aromatischen Amine und die *N*-Nitrosamine. Diese können zu Schäden der DNA führen, die irreversibel sind. Zusätzlich zu den kanzerogenen Substanzen beinhaltet Tabakrauch auch giftige Stoffe wie Blausäure, Acetonitril, Ammoniak und Kohlenmonoxid.¹⁴

Die Inhaltstoffe des Tabakrauchs lassen sich in eine Gas- und Partikelphase einteilen, wobei Versuche gezeigt haben, dass vor allem die Partikelphase für die kanzerogene Wirkung verantwortlich ist.¹⁵

In der folgenden Tabelle sind die 90 kanzerogenen und möglicherweise kanzerogenen Substanzen des Tabakrauchs aufgelistet. Die Einstufung erfolgt durch die IARC (International Agency for Research on Cancer) der WHO bzw. durch die DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft) wie folgt:

IARC 1: krebserzeugend für den Menschen

IARC 2A: wahrscheinlich krebserzeugend für den Menschen

IARC 2B: möglicherweise krebserzeugend für den Menschen

DFG 1: *„Stoffe, die beim Menschen Krebs erzeugen und bei denen davon auszugehen ist, dass sie einen nennenswerten Beitrag zum Krebsrisiko leisten.“*

DFG 2: *„Stoffe, die als krebserzeugend für den Menschen anzusehen sind [...]“*

DFG 3: *„Stoffe, die wegen erwiesener oder möglicher krebserzeugender Wirkung Anlass zur Besorgnis geben, aber aufgrund unzureichender Information nicht endgültig beurteilt werden können. Die Einstufung ist vorläufig.“*

DFG 3A: *„Stoffe bei denen die Voraussetzungen erfüllt wären, sie der Kategorie 4 oder 5 zuzuordnen. Für die Stoffe liegen jedoch keine hinreichenden Informationen vor, um einen MAK- oder BAT-Wert abzuleiten.“*

DFG 3B: *„Aus In-vitro- oder aus Tierversuchen liegen Anhaltspunkte für eine krebserzeugende Wirkung vor [...]“¹⁶*

¹³ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): *Krebserzeugende Substanzen im Tabakrauch*. Heidelberg 2009, S. 1-2

¹⁴ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): *Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko*. Heidelberg 2005, S. 9-10

¹⁵ Aktories K, Förstermann U, Hofmann F, Starke K. *Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie* 9. Auflage. Urban & Fischer Verlag. München 2005, S. 1053

¹⁶ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): *Krebserzeugende Substanzen im Tabakrauch*. Heidelberg 2009, S. 1

Nr.	Substanz	Einstufung dr. IARC/DFG	Nr.	Substanz	Einstufung dr. IARC/DFG
	Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe			Aldehyde	
1	Benz[a]anthracen	2B	50	Formaldehyd	1
2	Benzo[b]fluoranthen	2B	51	Acetaldehyd	2B
3	Benzo[j]fluoranthen	2B	52	Glyox	3B (DFG)
4	Benzo[k]fluoranthen	2B	53	Acrolein	3B (DFG)
5	Benzo[a]pyren	1	54	Crotonaldehyd	3B (DFG)
6	Dibenzo[a,h]anthracen	2A	55	Furfural	3B (DFG)
7	Dibenzo[a,i]pyren	2B			
8	Dibenzo[a,e]pyren	2(DFG)			
9	Indeno[1,2,3-cd]pyren	2B			
10	5-Methylchrysen	2B			
11	Chrysen	2B			
12	Cyclopenta[cd]pyren	2A			
13	Dibenzo[a,h]pyren	2B			
14	Dibenzo[a,l]pyren	2A			
15	Naphthalin	2B			
16	Anthanthren	2(DFG)			
17	1-Methylpyren	2(DFG)			
18	Benzo[b]naphtha[1,2-d]thiophen	2(DFG)			
	Heterozyklische Kohlenwasserstoffe			Phenole	
19	Furan	2B	56	Phenol	3B (DFG)
20	Dibenz[a,h]acridin	2B	57	Brenzcatechin	2B
21	Dibenz[a,j]acridin	2B	58	Hydrochinon	2 (DFG)
22	Dibenzo[c,g]carbazol	2B	59	o-,m-,p-Kresol	3A (DFG)
23	Benzo[b]furan	2B	60	Kaffeensäure	2B
	N-Nitrosamine			Flüchtige Kohlenwasserstoffe	
24	N-Nitrosodimethylamin	2A			
25	N-Nitrosomethylethylamin	2B	61	1,3-Butadien	1
26	N-Nitrosodiethylamin	2A	62	Isopren	2B
27	N-Nitrosodi-n-propylamin	2B	63	Benzol	1
28	N-Nitrosodi-n-butylamin	2B	64	Nitromethan	2B
29	N-Nitrosopyrrolidin	2B	65	2-Nitropropan	2B
30	N-Nitrosopiperidin	2B	66	Nitrobenzol	2B
31	N-Nitrosodiethanolamin	2B			
32	4-(Methylnitrosoamino)-1-(3-pyridil)-1-1butanon ("NNK") und	1			
33	N-Nitrosornicotin ("NNN") zusammen				
	Gas			Verschiedene organische Verbindungen	
34	Stickstoffdioxid	3B (DFG)			
			67	Acetamid	2B
			68	Acrylamid	2A
			69	Acrylnitril	2B
			70	Vinylacetat	2B
			71	Vinylchlorid	1
			72	Hydrazin	2B

			73	1,1-Dimethylhydrazin	2B
			74	Ethylenoxid	1
			75	Propylenoxid	2B
			76	Styrol	2B
			77	Safrol	2B
			78	Glycidol	2A
			79	Urethan	2B
			80	1,1,1-trichlor-2,2-bis(4-chlorphenyl)-ethan)	2B
			81	Heptachlor	2B
	Aromatische Amine			Metalle	
35	2-Toluidin	1	82	Arsen	1
36	4-Toluidin	3B (DFG)	83	Beryllium	1
37	2,6-Dimethylanilin	2B	84	Nickel	1
38	o-Anisidin	2B	85	Chrom	1
39	2-Naphthylamin	1	86	Cadmium	1
40	4-Aminobiphenyl	1	87	Cobalt	2B
			88	Selen	3B (DFG)
			89	Blei	2A
	N-Heterozyklische Amine			Radioaktive Stoffe	
41	2-Amino-9H-pyrido[2,3-b]indol	2B	90	Polonium-210	1
42	2-Amino-3-methylimidazo-[4,5-b]chinolin ("IQ")	2A			
43	2-Amino-3,4-dimethyl-3H-imidazo[4,5-f]quinoline (MeIQ)	2B			
44	3-Amino-1,4-dimethyl-5H-pyrido[4,3-b]indol ("Trp-1")	2B			
45	3-Amino-1-methyl-5H-pyrido[4,3-b]indol ("Trp-2")	2B			
46	2-Amino-6-methyl[1,2-a:3',2''-d]imidazol ("Glu-P-1")	2B			
47	2-Aminodipyridol[1,2-a:3',2''-d]imidazol ("Glu-P-2")	2B			
48	2-Amino-1-methyl-6-phenylimidazol[4,5-b]pyridine ("PhIP")	2B			
49	2-Amino-3-methyl9H-pyrido[2,3-b]indol	2B			

Tabelle 2: Kanzerogene und potentiell kanzerogene Substanzen im Tabakrauch¹⁷

Zigarettenrauch enthält allerdings nicht nur krebserzeugende und toxische Stoffe, sondern auch die durch Zigarettenrauch erzeugte Feinstaubbelastung stellt ein erhebliches Problem dar. So ergaben Messungen des Deutschen Krebsforschungszentrums eine durchschnittliche Feinstaubkonzentration von $200 \mu\text{g}/\text{m}^3$ in gastronomischen Betrieben, in denen geraucht werden durfte. In Discotheken erreichte man sogar Werte über $600 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Vergleicht man das mit

¹⁷ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Krebserzeugende Substanzen im Tabakrauch. Heidelberg 2009, S. 2

den Richtwerten hinsichtlich des Fahrverbots auf Grund der Feinstaubbelastung auf steirischen Straßen ($75 \mu\text{g}/\text{m}^3$), so sieht man, dass in gastronomischen Betrieben eine um ein Vielfaches höhere Belastung vorhanden ist. Der in der EU gültige zulässige Feinstaubjahresmittelwert beträgt $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$.¹⁸

1.2.3 Gesundheitliche Konsequenzen des Passivrauchens

Passivrauchen ist in der Lage dieselben akuten und chronischen Erkrankungen auszulösen, wie sie bei aktiven Rauchern auch vorhanden sind, jedoch treten diese Erkrankungen mit einer geringeren Häufigkeit und meist auch in geringerem Ausmaß auf. Dies ist dadurch zu erklären, dass Raucher bereits beim „Genuss“ von einer bis zwei Zigaretten die gleiche Menge an schädlichen Substanzen zu sich nehmen, wie es ein Nichtraucher im Durchschnitt über den gesamten Tag hin tut.¹⁹ Nichtsdestotrotz ist die meist unfreiwillig aufgenommene Menge an toxischen und kanzerogenen Stoffen nicht gering und aus diesem Grund auf keinen Fall zu vernachlässigen. Berechnet man den Zigarettenkonsum eines Packyears [=py =Konsum einer Schachtel Zigaretten (=20 Zigaretten) pro Tag über ein Jahr] so kommt man auf 7300 Zigaretten, die ein Raucher in einem Packyear verraucht. Bedenkt man, dass ein Nichtraucher pro Tag ebenfalls 2 Zigaretten passiv konsumiert, so erreicht ein Nichtraucher nach 10 Jahren ebenfalls ein Packyear und nach 70 Jahren immerhin 7 Packyears.

Abgesehen vom unangenehmen Geruch des Tabakrauchs in den Haaren und der Kleidung kann Passivrauchen, wie bereits oben erwähnt, akute und chronische Folgen nach sich ziehen. Akut kann es durch Reizen der Atemwege zu unangenehmem Husten und Auswurf kommen, des Weiteren kommt es zur Reizung der Nasenschleimhaut mit laufender Nase. Allerdings führt es erstaunlicherweise akut auch zur Verringerung der Lungenfunktionswerte und zur Kurzatmigkeit bei körperlicher Belastung. Überdies kann es akut zu Augenbrennen und -tränen, Schwellung und Rötung der Schleimhäute, Kopfschmerzen und

¹⁸ VIVID, Fachstelle für Suchtprävention (Hrsg.): Factsheet 2 – Nichtraucherschutz. Hintergründe und steirische Fakten, Graz 2008, S. 1

¹⁹ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Heidelberg 2005, S. 20

Schwindelanfällen kommen. Die erwähnten Reizerscheinungen werden durch toxische Inhaltsstoffe wie Ammoniak, Stickstoffoxide und Schwefeloxid ausgelöst.

Zu den chronischen Folgen des Passivrauchens zählen Erkrankungen aus den drei großen Erkrankungsgruppen der Atemwegserkrankungen, der Herz- und Gefäßerkrankungen und der Krebserkrankungen. Diese sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Atemwegserkrankungen	<i>Asthma</i> (Entstehung und Verschlechterung) <i>Lungenentzündung</i> (Entstehung und Verschlechterung) <i>Bronchitis</i> (Entstehung und Verschlechterung) <i>Verschlimmerung der Mukoviszidose</i> (=Cystische Fibrose) <i>Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung</i> (COPD)
Herz- und Gefäßerkrankungen	<i>KHK, v.a. auch Myokardinfarkt</i> <i>Schlaganfall</i> <i>PAVK</i>
Krebserkrankungen	<i>Lungenkrebs</i> <i>Gebärmutterhalskrebs</i> (mutmaßlich)

Tabelle 3: Chronische Erkrankungen durch Passivrauchen²⁰

Im folgenden Abschnitt wird auf einzelne Krankheitsentitäten, die durch Passivrauchen verursacht werden eingegangen.

1.2.3.1 Lungenkrebs

Maligne Tumore der Lunge sind bei Männern die häufigste Krebstodesursache in unseren Breiten, allerdings nimmt die Inzidenz bei Männern seit den 1980er Jahren ab. Bei Frauen zeigt sich eine steigende Tendenz, was auch auf das

²⁰ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Heidelberg 2005, S. 21

veränderte Rauchverhalten der Frauen zurückzuführen ist. Das Lungenkarzinom entsteht vorwiegend bei Personen im mittleren und höheren Alter (50 aufwärts) und kommt unter 35 Jahren sehr selten vor.²¹

Hauptrisikofaktor des Lungenkarzinoms ist mit Abstand das Rauchen, mehr als 90% dieser Krankheit entstehen bei Rauchern²² und bis zu 85% der Todesfälle durch das Lungenkarzinom sind Folge des aktiven Rauchens. Man konnte aber auch einen kausalen Zusammenhang zwischen Passivrauchen und Lungenkrebs nachweisen. Die in dem passiv aufgenommenen Rauch vorhandenen kanzerogenen Substanzen werden in der Lunge durch zwei Enzymsysteme, die durch den Haupt- und Nebenstromrauch selbst aktiviert werden, verstoffwechselt, wobei die dabei entstehenden Produkte kanzerogen wirken.

Passivraucher und –raucherinnen haben ein relatives Risiko für Lungenkrebs von 1,2 oder höher, das entspricht einem um mindestens 20% erhöhten Risiko gegenüber von nicht passivrauchbelasteten Personen. Zwei weitere wichtige Faktoren für das Lungenkarzinomrisiko stellen die Dauer und die Quantität der Rauchexposition dar.

1.2.3.2 Koronare Herzkrankheit

Hierbei kommt es auf Grund einer Verengung einer oder mehrerer Koronararterien durch meist atherosklerotische Veränderungen zu einer verminderten Sauerstoffversorgung des Herzmuskels. Zum Krankheitsbild der KHK zählt unter anderem auch der akute Myokardinfarkt, der unter Umständen lebensbedrohlich sein kann. Die KHK stellt vor allem in den Industrieländern die häufigste Todesursache dar.

Wie für viele Erkrankungen gibt es auch für die KHK Risikofaktoren, die durch Passivrauchen beeinflusst werden können. Dazu gehören erhöhte Cholesterinwerte, erhöhter Blutdruck, Diabetes mellitus und aktives Rauchen.

²¹ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Heidelberg 2005, S. 11, 20-22

²² Böcker W, Denk H, Heitz PH. Pathologie 3. Auflage. Elsevier, Urban & Fischer Verlag. München, Jena 2004, S.619

Im Tabakrauch vorhandene Substanzen, die die Entstehung einer Koronaren Herzkrankheit begünstigen, sind:

- Kohlenmonoxid
- Stickstoffoxide
- Wasserstoffcyanide
- Kohlenstoffdisulfide
- Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe
- Kadmium

Pathophysiologisch liegen auch hier dem Passivrauchen dieselben Mechanismen zu Grunde wie dem aktiven Rauchen.

Wenn man das auf die Risikofaktoren bezieht, sieht es wie folgt aus: Durch die Inhalation von Rauch werden das LDL-Cholesterin und die Triglyceride erhöht, während das protektiv wirkende HDL-Cholesterin gesenkt wird. Weiters kommt es zu einer leichten Erhöhung der Herzfrequenz in Ruhe und des Blutdrucks (5-10 mmHg).

Passivrauchen führt aber auch zu einer chronischen Entzündungsreaktion des Endothels der Gefäße, wobei die ersten Veränderungen laut experimentellen Studien bereits nach 30 Minuten Exposition den Veränderungen von aktiven Rauchern entsprechen. Dies beeinflusst natürlich auch die verschiedenen Funktionen der Gefäßwand. Verursacht werden diese Gefäßwandschädigungen vor allem durch die polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffe.

Es wird durch Passivrauchen aber nicht nur eine Gefäßwandschädigung induziert, sondern auch die Aggregation von Thrombozyten und damit die Bildung von Thromben. Thrombotische Verschlüsse werden aber auch durch eine vermehrte Freisetzung von Fibrinogen begünstigt, da dies eine Erhöhung der Blutviskosität und eine verlangsamte Auflösung der Thromben bewirkt. Die hier beschriebenen Auswirkungen des Passivrauchens auf die Koronararterien haben natürlich auch Gültigkeit für das gesamte arterielle Gefäßsystem im menschlichen Körper.^{23,24}

Über den Rauch wird auch Kohlenmonoxid (CO) aufgenommen, das eine um 200- bis 300fach höhere Affinität zu Hämoglobin aufweist als Sauerstoff (O₂) und führt

²³ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Heidelberg 2005, S. 23-25

²⁴ Glantz SA, Parmley WW. Passive Smoking and heart disease. Epidemiology, physiology, and biochemistry. Circulation 1991;83:1-2

dadurch zu einem verminderten Sauerstofftransport und erschwert damit die Abgabe des an die 3 anderen Häm-Gruppen des jeweiligen Hämoglobins gebundenen Sauerstoffs. Es kommt so zur Bildung des Carboxyhämoglobins (HbCO).^{25,26} Dadurch kommt es zusätzlich zur Verengung durch eine atherosklerotisch bedingte Stenose zu einer Sauerstoffminderversorgung des Myokards durch eine verminderte Sauerstofftransportkapazität des Blutes, also einem Missverhältnis zwischen Sauerstoffangebot und -nachfrage.²⁷

Das relative Risiko für eine Koronare Herzkrankheit bei Personen, die Passivrauch ausgesetzt sind, beträgt 1,25, das heißt, es kommt zu einer Erhöhung des Risikos um 25%. Das relative Risiko variiert aber je nach Dauer und Menge der Rauchexposition, so nimmt es bei Personen, die dem Rauch von 1 bis 19 Zigaretten pro Tag ausgesetzt sind, einen Wert von 1,23 an und bei Personen, die dem Rauch von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag ausgesetzt sind, einen Wert von 1,31.

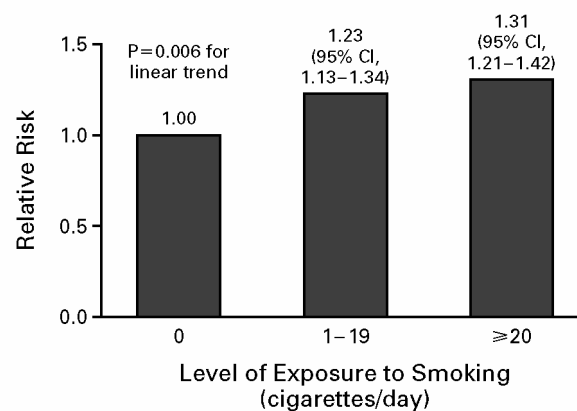


Diagramm 3: Relatives Risiko für eine KHK abhängig von der ausgesetzten Zigarettenmenge²⁸

²⁵ Silbernagl S, Lang F. Taschenatlas der Pathophysiologie 2. Auflage. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York 2005, S. 84

²⁶ Klinker R, Silbernagl S. Lehrbuch der Physiologie 4. Auflage. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York 2003, S. 247-248

²⁷ Glantz SA, Parmley WW. Passive Smoking and heart disease. Epidemiology, physiology, and biochemistry. Circulation 1991;83:4

²⁸ He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease – a meta-analysis of epidemiologic studies. N Engl J Med 1999;340:924

Ein aktiver Raucher hat ein relatives Risiko für eine KHK von 1,7. Dies zeigt den relativ geringen Unterschied zwischen aktivem und passivem Rauchen für die Wichtigkeit der Entstehung einer KHK, zumal in den meisten Studien nur die passive Rauchbelastung zuhause und teils am Arbeitsplatz berücksichtigt wurde und nie zusätzlich jene in der Freizeit. Da auch nicht alle Studien die passive Rauchbelastung am Arbeitsplatz berücksichtigt haben, die in den meisten Fällen wesentlich höher ist als zuhause, ist anzunehmen, dass die tatsächlichen Werte für das relative Risiko die oben genannten übersteigen.²⁹

Das relative Risiko für eine KHK und für das Lungenkarzinom (1,2) durch Passivrauchen sind etwa gleich groß, allerdings die zuschreibbaren Todesfälle machen bei der KHK eine wesentlich größere Anzahl an Menschen aus, da die KHK wesentlich häufiger auftritt.³⁰

1.2.3.3 Schlaganfall

Unter dem Begriff Schlaganfall werden sowohl Hirninfarkte (80%) als auch Hirnblutungen (20%) subsumiert. Wie auch bei der Koronaren Herzkrankheit spielen beim Hirninfarkt vor allem Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Tabakrauch als Risikofaktoren eine entscheidende Rolle.

Beim ischämischen Schlaganfall kommen die gleichen Mechanismen bezüglich Beeinflussung der Blutgerinnung und der Gefäßwandschädigung zu tragen, wie sie oben im Kapitel der Koronaren Herzkrankheit erklärt wurden. Diese führen bei passivrauchexponierten Personen zu einer um 20% schnelleren Progredienz einer bereits bestehenden Atherosklerose der Carotiden.

Hirnblutungen können durch die verursachte Blutdruckerhöhung und die Gefäßwandschädigung mitbedingt sein.

Das relative Risiko liegt bei Passivrauchexposition bei 1,18.³¹

Über die genannten Mechanismen wird auch die Entstehung einer vaskulären Demenz gefördert.³²

²⁹ He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease – a meta-analysis of epidemiologic studies. N Engl J Med 1999;340:923-4

³⁰ Glantz SA, Parmley WW. Passive Smoking and heart disease. Epidemiology, physiology, and biochemistry. Circulation 1991;83:4

³¹ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Heidelberg 2005, S. 28-30

1.2.3.4 COPD

Die COPD wird ca. in 80-90% der Fälle durch das aktive Rauchen hervorgerufen. Eine entscheidende Rolle bei der Entstehung einer COPD spielen die im Tabakrauch zahlreich vorhandenen Oxidantien (freie Radikale), die zu Gewebeschädigungen, Entzündungsreaktionen und einer erhöhten Bronchialschleimproduktion führen. Weiters nimmt Tabakrauch negativen Einfluss auf die mukoziliäre Clearance und das Immunsystem, was die Entstehung von viralen und bakteriellen Infektionen begünstigt, die ihrerseits wiederum die Entwicklung einer COPD unterstützen. Diese Prinzipien sind sowohl für aktive Raucher als auch für passiv exponierte Personen in gleicher Weise gültig.

Ebenfalls gibt es Hinweise, dass Passivrauchen im Kindesalter einen nachteiligen Einfluss auf die Entstehung einer COPD im Erwachsenenalter hat.

Das relative Risiko schwankt hier geschlechtsabhängig unter den Passivrauchausgesetzten zwischen 1,24 bei den Männern und 1,26 bei den Frauen.³³

1.2.3.5 Gesundheitliche Folgen des Passivrauchens für Kinder

Kinder sind sehr häufig zuhause dem Rauch ausgesetzt, der durch ihre Eltern produziert wird, aber auch in diversen Lokalen sind Kinder davor nicht geschützt. In der Steiermark sind 36,8% der Kinder zwischen zehn und 15 Jahren dem Rauch von Eltern und anderen Personen ausgesetzt.³⁴ Kinder sind besonders gefährdet durch Passivrauchen, da sie wesentlich häufiger atmen als ein Erwachsener, sprich eine höhere Atemfrequenz haben und damit im Verhältnis auch mehr schädliche Substanzen zu sich nehmen.

Kinder, die häufig Tabakrauch ausgesetzt sind, weisen eine deutlich erhöhte Erkrankungsrate gegenüber nicht belasteten Kindern auf. So kommt es bei solchen Kindern überdurchschnittlich oft zu Mittelohrentzündungen und akuten bzw. chronischen Atemwegserkrankungen, die sich mit Husten, Auswurf, pfeifenden Atemgeräuschen und Atemnot manifestieren. Wie bereits oben erwähnt, be-

³² Rothenhäusler HB, Täschner KL. Kompendium praktische Psychiatrie. Springer Verlag. Wien, New York 2007, S. 188

³³ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Heidelberg 2005, S. 30-31

³⁴ <http://steiermark.orf.at/stories/361680/>, 29.05.2009

günstigt eine Belastung mit Rauch in der Kindheit die Entstehung einer COPD im Erwachsenenalter. Bereits in der Kindheit kann es aber zur Entstehung bzw. Verschlimmerung eines Asthma bronchiale beitragen.

Zusätzlich zu den Folgen im Respirationstrakt kommt es bei exponierten Kindern zu Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Konzentrationsstörungen mit eventuell schulischen Problemen und Schlafstörungen, die die drei zuvor genannten Symptome verstärken können. Weitere Konsequenzen sind wie beim Erwachsenen die Schädigung der arteriellen Gefäßwand, eine verminderte Sauerstofftransportkapazität des Blutes und eine Reduktion der physischen Leistungsfähigkeit.³⁵

Säuglinge, die Tabakrauch ausgeliefert sind, sind besonders gefährdet an plötzlichem Kindstod (SIDS) zu versterben. Als plötzlicher Kindstod wird der Tod eines Säuglings (1. Lebensjahr) bezeichnet, der durch sonst keine Ursache, auch nicht nach Obduktion, erklärt werden kann. Das Risiko von Säuglingen in Raucherhaushalten ist doppelt so hoch wie für solche, deren Eltern nicht rauchen, ebenfalls besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Menge der im Haushalt gerauchten Zigaretten und dem Risiko. Pathophysiologisch dürfte eine erhöhte Aufwachselle und eine Verdickung der Gefäßwände der Atemwege eine Rolle spielen.³⁶

Kinder werden aber nicht nur nach ihrer Geburt Zigarettenrauch ausgesetzt, sondern bereits als Ungeborene durch die rauchende Mutter, was zusätzlich einen wichtigen Risikofaktor für den plötzlichen Kindstod darstellt. In diesem Zusammenhang ist zusätzlich vermindertes Geburtsgewicht und eine mögliche Störung der Gehirnentwicklung bei pränataler Rauchexposition nachgewiesen.³⁷

Rauchende Mütter haben überdies eine doppelt so hohe Frühgeburtenrate im Vergleich zu nicht rauchenden Müttern.³⁸

³⁵ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Schutz der Kinder vor Passivrauchen, Heidelberg 2008, S. 1,3

³⁶ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Heidelberg 2005, S. 32

³⁷ Sadler TW. Medizinische Embryologie – Die normale menschliche Entwicklung und ihre Fehlbildungen 10. Auflage. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York 2003, S. 133

³⁸ Aktories K, Förstermann U, Hofmann F, Starke K. Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie 9. Auflage. Urban & Fischer Verlag. München 2005, S. 1055

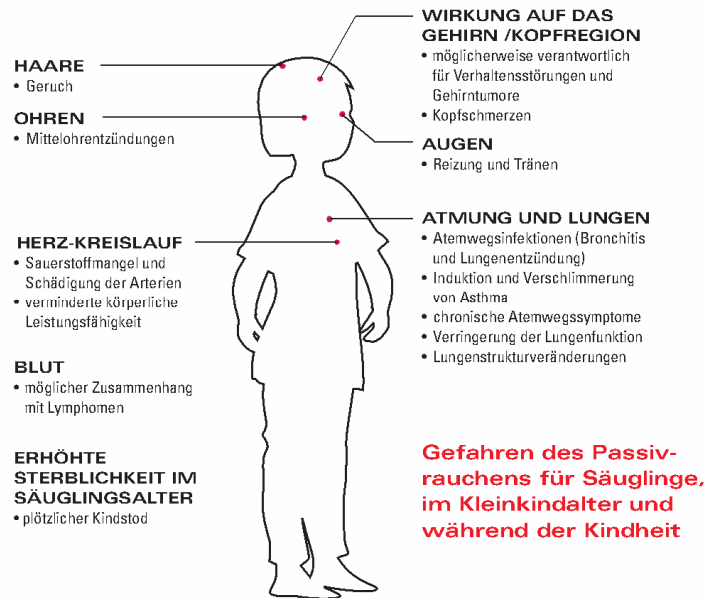


Abbildung 2: Folgen des Passivrauchens bei Kinder³⁹

1.3 Gesetzlicher Nichtrauchererschutz in Österreich

Um den Schutz der Nichtraucher zu verbessern, kam es zur Tabakgesetz-Novelle 2008, ausgegeben am 11. August 2008 im Bundesgesetzblatt 120/2008 (BGBl. I Nr. 120/2008). Die Änderungen des Tabakgesetzes sind Gegenstand des ersten Artikels dieses Bundesgesetzblattes. Der „*Nichtraucherschutz in Räumen öffentlicher Orte*“ ist in den Paragraphen 13 bis 19 geregelt, wobei der „*Nichtraucherschutz in Räumen der Gastronomie*“ in den Paragraphen 13a und 14 festgehalten ist. Der Inhalt dieser Novelle bezüglich des Nichtraucherenschutzes in der Gastronomie trat mit erstem Jänner 2009 in Kraft.

1.3.1 Zum Nichtrauchererschutz verpflichtete Betriebe

Im § 13a Abs. 1 steht geschrieben:

„Unbeschadet arbeitsrechtlicher Bestimmungen und der §§ 12 und 13 gilt Rauchverbot in den der Verabreichung von Speisen oder Getränken an Gäste dienenden Räumen

³⁹ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Schutz der Kinder vor Passivrauchen, Heidelberg 2008, S. 3

1. der Betriebe des Gastgewerbes gemäß § 111 Abs. 1 Z 2 der Gewerbeordnung 1994 (GewO), BGBl. Nr. 194/1994, in der geltenden Fassung,...

Dazu zählen jene Betriebe, die Getränke ausschenken und Speisen zum Verzehr anbieten, wie zum Beispiel Restaurants, Cafés, aber auch Werks- und Betriebskantinen.

„... 2. der Betriebe des Gastgewerbes mit einer Berechtigung zur Beherbergung von Gästen gemäß § 111 Abs. 1 Z 1 oder Abs. 2 Z 2 oder 4 der GewO,...

Hierzu können alle Betriebe gezählt werden, die Gäste unterbringen und eine Gewerbeberechtigung benötigen, sowie auch Schutzhütten und Privatzimmervermietungen.

„... 3. der Betriebe gemäß § 2 Abs. 9 oder § 111 Abs. 2 Z 3 oder 5 der GewO.“

Unter diese Definition fallen Imbisse, Stehbuffets, Würstelstände, Heurige, Buschenschänke, Pizza- und Dönerstände.^{40,41}

Die Inhaber der Betriebe sind laut § 13b Abs. 1 bis 5 für eine deutliche und ausreichende Kennzeichnung des Rauchverbots verpflichtet. Diese hat entweder mit dem Hinweis *„Rauchen verboten“* oder mittels Rauchverbotssymbolen zu erfolgen. Die Kennzeichnung von Räumen, in denen geraucht werden darf, muss den Warnhinweis *„Rauchen gefährdet Ihre Gesundheit und die Gesundheit Ihrer Mitmenschen“* enthalten.⁴²

Überdies hat der Inhaber für die Einhaltung des Rauchverbots Sorge zu tragen.⁴³

⁴⁰ BGBl. I Nr. 120/2008, § 13a Abs. 1

⁴¹ http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/9/9/8/CH0756/CMS1157723700705/informationsblatt__nichtraucherschutz_in_der_gastronomie_gz_22180_0086-iii_b_6_2008.pdf, 18.03.2009

⁴² BGBl. I Nr. 120/2008, § 13b Abs. 1-5

⁴³ BGBl. I Nr. 120/2008, § 13c Abs. 2

1.3.2 Ausnahmen

Im Absatz 2 des § 13a ist geregelt, dass Betriebe, die mehr als einen Raum für die Verabreichung von Speisen und Getränken zur Verfügung haben, einen Raum bestimmen dürfen, in dem geraucht werden darf. Voraussetzung ist erstens, dass der entstehende Rauch nicht in Räume eindringen kann, in welchen Rauchverbot herrscht und zweitens muss der Hauptraum, in dem gespeist wird, ein Nicht-raucherraum sein. Des Weiteren darf der Raucherraum nicht mehr als 50% der Fläche einnehmen, die zur Verabreichung von Speisen und Getränken vorgesehen ist.

Weiters gilt das Rauchverbot laut § 13a Abs. 3 nicht, wenn...

- „...1. der Raum eine Grundfläche von weniger als 50 m² aufweist, oder,*
- 2. sofern der Raum eine Grundfläche zwischen 50 m² und 80 m² aufweist, die für eine Teilung des Raumes zur Schaffung eines gesonderten Raumes für den in Abs. 2 genannten Zweck erforderlichen baulichen Maßnahmen aufgrund einer rechtskräftigen Entscheidung der nach den bau-, feuer- oder denkmalschutzrechtlichen Vorschriften zuständigen Behörde nicht zulässig sind.“⁴⁴*

Das bedeutet, dass relativ kleine Betriebe, die oben genannt werden, nicht vom Rauchverbot betroffen sind, also sich aussuchen können, ob sie ein Raucher- oder Nichtraucherlokal sind bzw., wenn es für diese aus bau-, feuer- oder denkmalschutzrechtlichen Gründen nicht möglich ist einen separaten Raum für Raucher zu schaffen, entfällt das Rauchverbot ebenfalls. In dieser Kategorie der Lokale ist in Österreich eine große Anzahl zu finden, was weiterhin zu einer großen Anzahl an Raucherlokalen führt.

Außerdem ist es wichtig zu erwähnen, dass bei der Ausbildung von Jugendlichen in gastronomischen Betrieben darauf zu achten ist, dass diese vorwiegend in den Nichtraucherräumen arbeiten. Schwangere Frauen dürfen in Räumen, in denen das Rauchverbot keine Gültigkeit hat, nicht eingesetzt werden.⁴⁵

⁴⁴ BGBl. I Nr. 120/2008, § 13a Abs. 2 und 3

⁴⁵ BGBl. I Nr. 120/2008, § 13a Abs 4 und 5

1.3.3 Konsequenzen bei Nichteinhaltung des Gesetzes

Ein Inhaber, der sich nicht an die vorgegebene Regelung hält, begeht laut § 14 Abs. 4 des Tabakgesetzes *„eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geldstrafe bis zu 2000 Euro, im Wiederholungsfall bis zu 10 000 Euro zu bestrafen.“*

Im Abs. 5 desselben Paragraphen ist die Bestrafung von Personen, die in Räumen mit Rauchverbot rauchen, geregelt. Soweit eine adäquate Kennzeichnung des Rauchverbots vorhanden ist, begeht eine rauchende Person im Rauchverbot *„eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geldstrafe bis zu 100 Euro, im Wiederholungsfall bis zu 1000 Euro zu bestrafen.“*⁴⁶

1.3.4 Europaweiter Vergleich des Nichtraucherschutzes

Die meisten Länder Europas, vor allem jene der EU besitzen bereits eine Gesetzgebung, die Rauchen in öffentlichen Orten und auch Restaurants, Bars etc. vollständig verbietet. Unter diesen Ländern findet man aber nicht nur hoch entwickelte Länder wie Irland, Schweiz, Norwegen, England, Schottland und Wales, sondern auch Länder wie Bulgarien und Rumänien.

In der folgenden Tabelle sind Länder mit vollständigem Rauchverbot in der Gastronomie jenen Ländern mit eingeschränktem Rauchverbot gegenübergestellt.

Vollständiges Rauchverbot	Eingeschränktes Rauchverbot
Irland, Norwegen	Österreich
Italien, Estland	Armenien
Schottland, Wales	Tschechische Republik
Nordirland, England	Luxemburg
Frankreich, Dänemark	Monaco
Schweden, Niederlande	Portugal
Rumänien, Ungarn	Serbien
Spanien, Schweiz	Lettland
Bulgarien, Griechenland	
Malta, Mazedonien	

⁴⁶ BGBl. I Nr. 120/2008, § 14 Abs. 4 und 5

Belgien, Bosnien und Herzegowina Kroatien, Färöer Inseln Finnland, Deutschland Island, Litauen Montenegro, Slowenien, Türkei, Vatikan	
--	--

Tabelle 4: Unterschiede des Rauchverbots in den europäischen Ländern⁴⁷

Aus der Tabelle kann man entnehmen, dass ein Großteil der europäischen Staaten bereits über ein vollständiges Rauchverbot in gastronomischen Betrieben verfügt. In der kleinen Minderheit der Staaten ohne vollständiges Rauchverbot befindet sich Österreich. Nur in den Ländern Monaco, Portugal, Tschechische Republik und Serbien findet man weniger Restriktionen als in Österreich, was sehr verwunderlich ist, wenn man den Entwicklungsstand Österreichs mit den anderen Ländern vergleicht.⁴⁸

⁴⁷ http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_smoking_bans, 02.06.2009

⁴⁸ http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_smoking_bans, 02.06.2009

2 Methoden

Zur Erhebung der Daten wurde die Methode des Fragebogens gewählt. Um für die gewählten Zielgrößen eine statistisch auswertbare, repräsentative Aussage treffen zu können, mussten mindestens 500 Probanden befragt werden.

Der Fragebogen (siehe Anhang) umfasst eine DIN A4 Seite und wurde an Kunden und Kundinnen gastronomischer Betriebe ausgegeben, die sich zur Teilnahme bereit erklärt hatten. Als untere Altersgrenze wurde das vollendete 16. Lebensjahr gesetzt (ab diesem Alter ist in Österreich das Rauchen erlaubt).

Es wurde dabei versucht, eine annähernd gleiche Anzahl an Probanden und Probandinnen in Raucher-, Nichtraucher- bzw. gemischten Lokalen zu befragen, wobei jeweils definiert wurde, ob diese sich zum Befragungszeitpunkt in der Nichtraucher- bzw. Raucherzone aufhielten. Vor Beginn der Befragung wurde außerdem vom Inhaber oder Geschäftsführer des jeweiligen Betriebes eine Genehmigung eingeholt.

Der Fragebogen wurde nach Einweisung durch den Diplomanden von den Probanden und Probandinnen ausgefüllt. Es wurde darauf geachtet, dass einzelne Personen jeweils nur einen Fragebogen ausfüllen, um eine Verfälschung der Resultate zu verhindern.

Erhoben wurden:

Angaben zur Person

- Geschlecht
- Alter
- individueller Raucherstatus [Raucher (starker, weniger starker, Zigarren- oder Pfeifenraucher), Nichtraucher, Exraucher]

Angaben zur subjektiven Einschätzung der Belästigung durch Rauch in Lokalen, sowie subjektiver Umgang mit und subjektive Beurteilung der österreichischen Tabakgesetznovelle.

- subjektive Belästigung durch Tabakrauch in gastronomischen Betrieben und anderen Bereichen des Lebens
- bevorzugter Lokaltyp
- subjektive Einschätzung der österreichischen Tabakgesetznovelle („Rauchergesetz“)

Die Befragung wurde anonym durchgeführt.

Bei der Formulierung der Items, die mit Unterstützung des Instituts für Medizinische Psychologie und Psychotherapie erstellt wurden, wurde auf eine klare und leicht verständliche Formulierung geachtet. Dabei wurden suggestive Fragen vermieden und sowohl positive als auch negative Items erstellt, um Antworttendenzen zu verhindern.

Der Fragebogen besteht aus 9 binären Items, entsprechend Ja-Nein-Fragen bzw. weiblich oder männlich und einem Freitext-Item (Alter), wobei auf Antwortmöglichkeiten wie „weiß nicht“ oder Ähnliches verzichtet wurde, um das Ausweichen vor einem klaren Statement zu verhindern. Das Item über den bevorzugten Lokaltyp wurde so gestaltet, dass die Probanden und Probandinnen nur eine der fünf Antwortmöglichkeit auswählen konnten, also im Sinne einer Single-Choice-Frage.

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit Hilfe des Computerprogramms „SPSS“.

3 Ergebnisse

Bei der durchgeführten Befragung nahmen 518 Probanden und Probandinnen teil, wobei 179 der Fragebögen in reinen Raucherlokalen, 165 in reinen Nichtraucherlokalen, 96 in der Raucherzone und 78 in der Nichtraucherzone von gemischten Lokalen (gesamt 174) ausgehändigt wurden.

Im folgenden Teil meiner Diplomarbeit werde ich, ohne das weibliche Geschlecht diskriminieren zu wollen und zugunsten der besseren Lesbarkeit, auf das Erwähnen beider Geschlechter verzichten.

3.1 Profil der Probanden

3.1.1 Alter und Geschlecht

Das durchschnittliche Alter der 518 Probanden betrug $34,37 \pm 14,65$ Jahre; (16-86 Jahre). 16 Teilnehmer machten keine Angabe über ihr Alter. Die größte Altersgruppe bildeten die 21- bis 25-Jährigen mit 113 Teilnehmern (22,5%). Ein Alter von unter 25 Jahren wiesen 171 (33,0%) und über 50 Jahren 77 (14,9%) der Probanden auf.

Die Altersstufe der 81- bis 85-Jährigen besteht lediglich aus einer Person, daher wird im Weiteren diese Altersgruppe auf Grund der mangelnden Repräsentativität nicht zum Vergleich mit anderen Altersgruppen herangezogen.

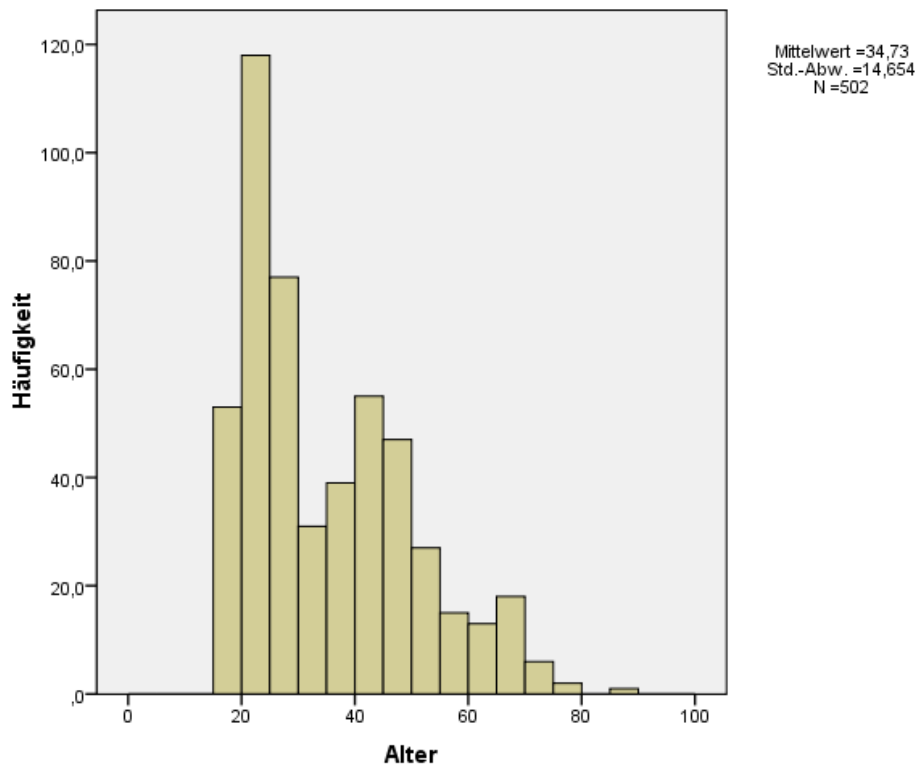


Diagramm 4: Alter der Probanden

Die Aufteilung der Geschlechter zeigte ein geringfügiges Überwiegen der Frauen mit 56,6% (293 Probandinnen) gegenüber 43,4% Männern (225 Probanden).

3.1.2 Raucherstatus der Befragten

An der Umfrage nahmen 329 Nichtraucher (63,5%) und 185 Raucher (35,7%) teil, 4 Befragte machten keine Angabe zu ihrem Raucherstatus.

In der Gruppe der Raucher fanden sich 25 starke Raucher (4,8%) mit einem Zigarettenkonsum von mehr als 20 Zigaretten pro Tag, 160 gaben einen Konsum von weniger als 20 Zigaretten am Tag an (30,9%). 26 Teilnehmer waren Zigarren- (5,0%) und 5 Pfeifenraucher (1,0%).

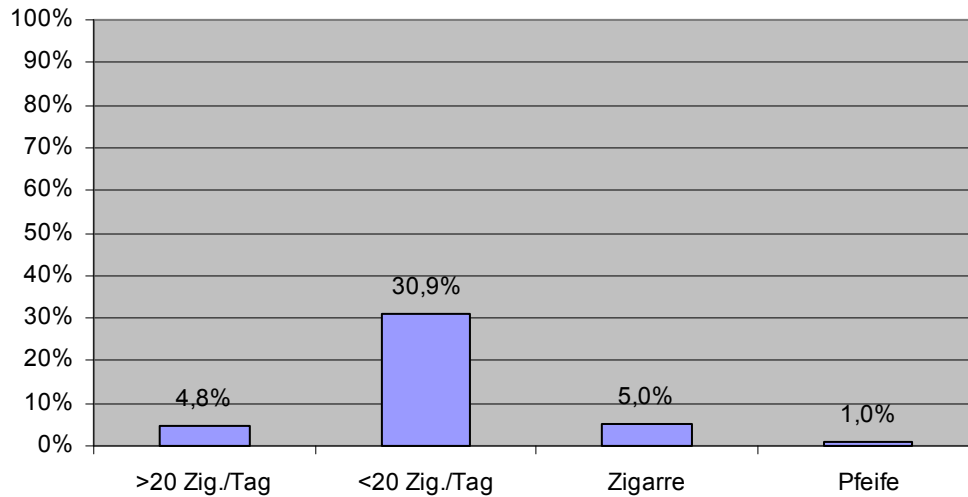


Diagramm 5: Detailliertes Rauchverhalten der Raucher (Anteil am Gesamtkollektiv)

Als Exraucher bezeichneten sich genau 100 Teilnehmer (19,3%). 22 davon gaben gleichzeitig einen Raucherstatus an (hatten also offenbar wieder mit dem Rauchen begonnen), 78 Probanden kreuzten gleichzeitig den Nichtraucherstatus an (das entspricht 23,8% aller Nichtraucher). Das bedeutet, dass 251 der 329 Nichtraucher (76,2%) niemals geraucht hatten.

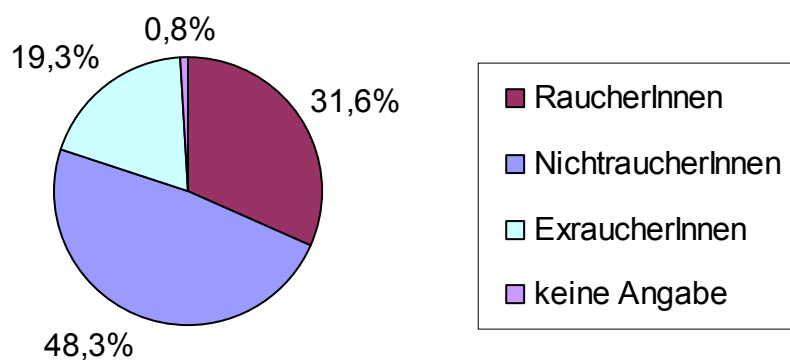


Diagramm 6: Raucherstatus der Probanden

Fünf der 26 Zigarrenkonsumenten und zwei der 5 Pfeifenraucher nahmen für sich ebenfalls den Nichtraucherstatus in Anspruch.

3.1.3 Raucherstatus der Probanden in den verschiedenen Lokaltypen

Entsprechend den unterschiedlichen Lokaltypen war die Verteilung der Raucher und Nichtraucher deutlich differenziert. Auffallend war, dass starke Raucher praktisch nicht in Nichtraucherlokalen bzw. in Nichtraucherzonen gemischter Lokale anzutreffen waren, aber auch die Raucherzonen von gemischten Lokalen kaum zu frequentieren scheinen. Demgegenüber waren Nichtraucher, trotz einer deutlichen Präferenz der Nichtraucherlokale und Nichtraucherzonen, in Raucherzonen und Raucherlokalen mit einer Häufigkeit von fast 50% vertreten.

Im folgenden Diagramm ergeben die Zeilen und Spalten nie 100%, da unter den Nichtrauchern z.B. auch Exraucher sind, und weil in den Spalten die Prozentsätze in den jeweiligen Lokaltypen und nicht an der Gesamtmenge angegeben sind.

Lokaltyp	Raucher	Nicht-raucher	Ex-raucher	>20 Zig/Tag	Zigarren-raucher	Pfeifen-raucher
Raucherlokal	53,1%	46,9%	14,0%	11,2%	8,9%	2,2%
Raucherzone	49,0%	51,0%	25,0%	2,1%	2,1%	0%
Nichtraucherzone	23,7%*	76,3%*	15,8%	0%	2,6%	0%
Nichtraucherlokal	15,3%	84,7%	23,9%	1,9%	3,7%	0,6%

Tabelle 5: Raucherstatus in den verschiedenen Lokaltypen (*p<0,05, ansonsten p<0,01)

3.2 Belästigung durch Tabakrauch

Im zweiten Abschnitt des Fragebogens wurden die Teilnehmer nach den unterschiedlichen Typen subjektiver Störung durch Tabakrauch gefragt.

3.2.1 Belästigung in mindestens einer Qualität

91,3% der Probanden fühlten sich zumindest in einer der abgefragten Qualitäten durch Tabakrauch gestört.

3.2.1.1 Belästigung in Relation zum Raucherstatus

Interessanterweise gaben unter den bekennenden Rauchern 86,3% an, sich durch Tabakrauch belästigt zu fühlen. Unter den Nichtrauchern war die Rate mit 98,1% erwartungsgemäß noch höher ($p < 0,01$). Exraucher stellen mit 99,0% den größten Prozentsatz derjenigen, die sich vom Tabakrauch in irgendeiner Weise gestört fühlten.

Betrachtet man die Gruppe der Raucher im Detail, so zeigt sich, dass sich Personen, die mehr als 20 Zigaretten am Tag rauchen, zu 64,0%, Zigarrenraucher zu 80,8% und Pfeifenkonsumenten zu 80,0% durch Tabakrauch gestört fühlen.

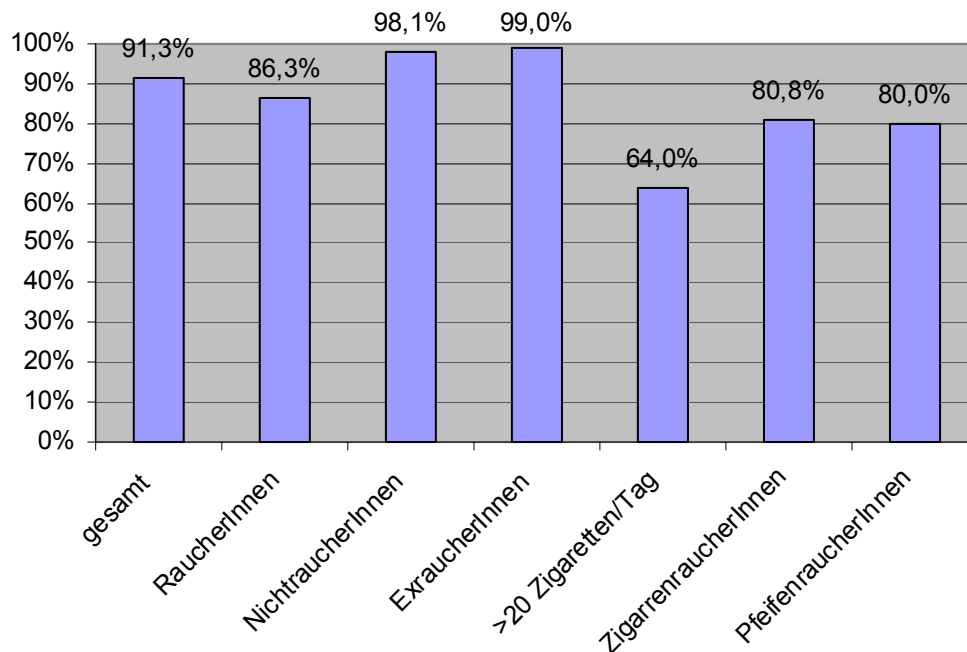


Diagramm 7: Belästigung in Relation zum Raucherstatus

3.2.1.2 Belästigung in Relation zum Lokaltyp

In Raucherlokalen fühlten sich 88,7% der Gäste durch Tabakrauch in einer der abgefragten Qualitäten gestört. Noch deutlicher war es in Raucherzonen, wo sich 92,6% gestört fühlten und in Nichtraucherzonen gemischter Lokale, wo 96,1% der Probanden angaben, sich durch Tabakrauch belästigt zu fühlen. Am beeindruckendsten war aber das Ergebnis in Nichtraucherlokalen, in denen sich 99,4% in einer der angeführten Qualitäten beeinträchtigt fühlten.

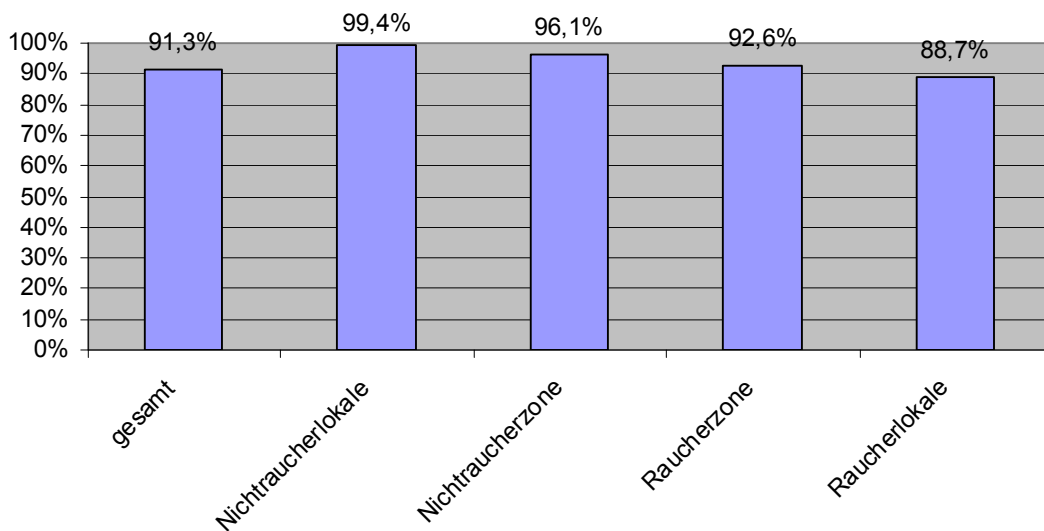


Diagramm 8: Belästigung in Relation um Lokaltyp

3.2.1.3 Belästigung in Relation zum bevorzugten Lokaltyp

100% der Teilnehmer, die Nichtraucherlokale bevorzugen, gaben an sich zumindest in einer Weise durch Tabakrauch belästigt zu fühlen. Gleicher Meinung waren 99,0% der Personen, die Nichtraucherzonen favorisieren und 93,9% derer, die Raucherzonen präferieren. Den geringsten Anteil stellten die ein Raucherlokal bevorzugenden Umfrageteilnehmer mit 76,9%. Unter den Befragten, die keinen Lokaltyp präferierten, gaben 93,4% eine subjektive Störung durch Tabakrauch an.

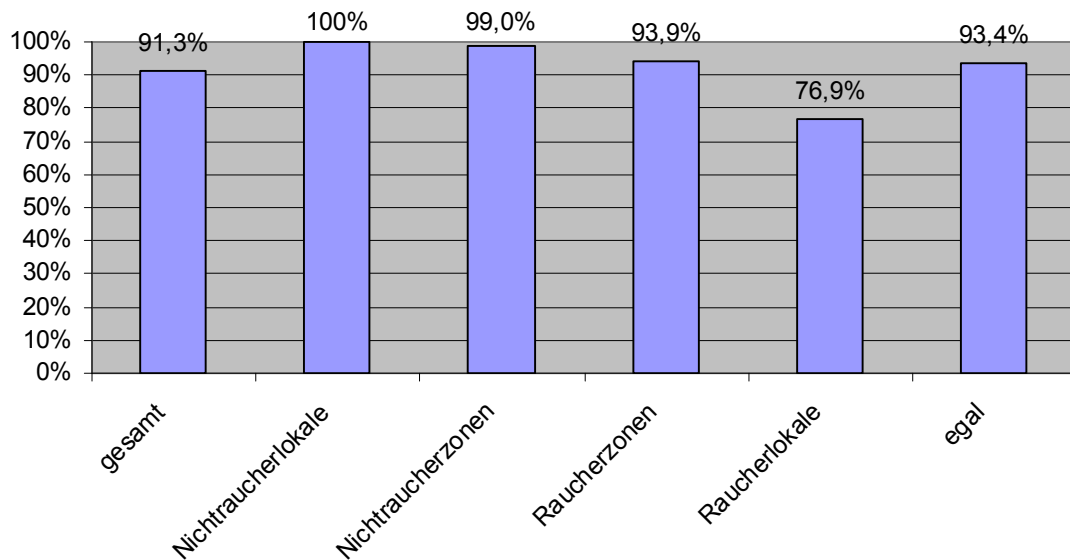


Diagramm 9: Belästigung in Relation zum bevorzugten Lokaltyp

3.2.1.4 *Belästigung in Relation zum Alter*

Den geringsten Anteil an Probanden, die sich zumindest in einer Qualität gestört fühlten, zeigten die 21- bis 25-Jährigen (90,0%), die 26- bis 30-Jährigen (90,5%) und die 66- bis 70-Jährigen (90,9%). In einem Großteil der übrigen befragten Altersstufen gaben alle (100%) eine Belästigung durch Tabakrauch in zumindest einer Weise an.

Das Diagramm zeigt die subjektive Belästigung in Relation zu den einzelnen Altersstufen.

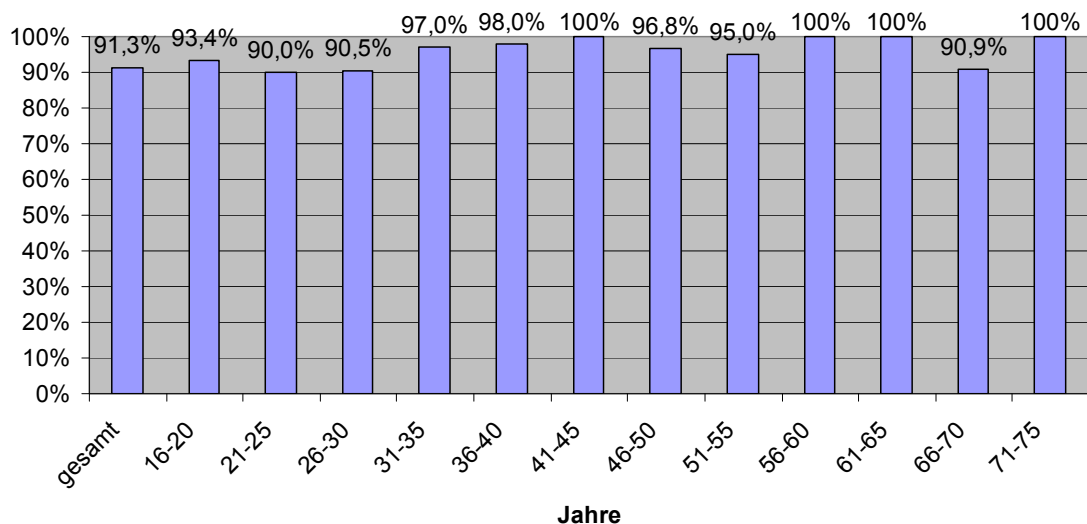


Diagramm 10: Belästigung in Relation zum Alter

Betrachtet man die verschiedenen Arten der Belästigung durch Tabakrauch, ergibt sich die im folgenden Abschnitt dargestellte Differenzierung.

3.2.2 Belästigung durch Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung

Tabakrauch setzt sich in Haaren und Kleidern sehr rasch fest und es dauert lange, bis der Geruch wieder verschwindet. Die Belästigung wird entsprechend nachhaltig wahrgenommen.

In der Gesamtpopulation der Befragten fühlten sich 444 Personen (85,7%) durch Tabakrauch in Kleidung und Haaren gestört.

3.2.2.1 *Belästigung durch Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung in Bezug auf den Raucherstatus*

Es bestand ein Unterschied zwischen Nichtrauchern, von denen sich 93,9% belästigt fühlten und Rauchern (70,8%) ($p < 0,01$).

In der Gruppe der Raucher fühlten sich die starken Raucher (>20 Zig./Tag) mit 40,0% am wenigsten durch die Geruchsbelastung der Kleidung und der Haare gestört, gefolgt von den Zigarrenrauchern mit 57,7% und den Pfeifenrauchern mit 80,0%.

Unter den Exrauchern fühlten sich 90,0% vom anhaftenden Rauchgeruch in der Kleidung und den Haaren belästigt.

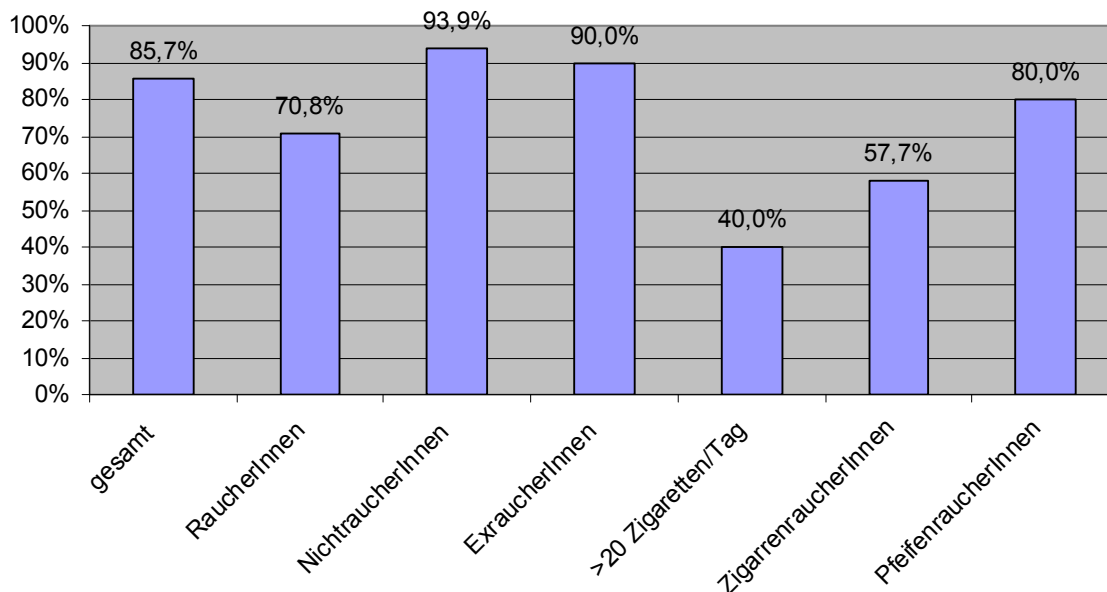


Diagramm 11: Belästigung durch Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung in Bezug auf den Raucherstatus

3.2.2.2 *Belästigung durch Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung in Bezug auf den Ort der Befragung*

Setzt man den Prozentsatz subjektiver Belästigung in Relation zum Lokaltyp, so zeigt sich, dass sich 88,7% der Gäste in Raucherlokalen, 86,5% in Raucherzonen, 91,0% in Nichtraucherzonen gemischter Lokale und 96,4% in Nichtraucherlokalen durch Tabakgeruch in Haaren und Kleidern gestört fühlen.

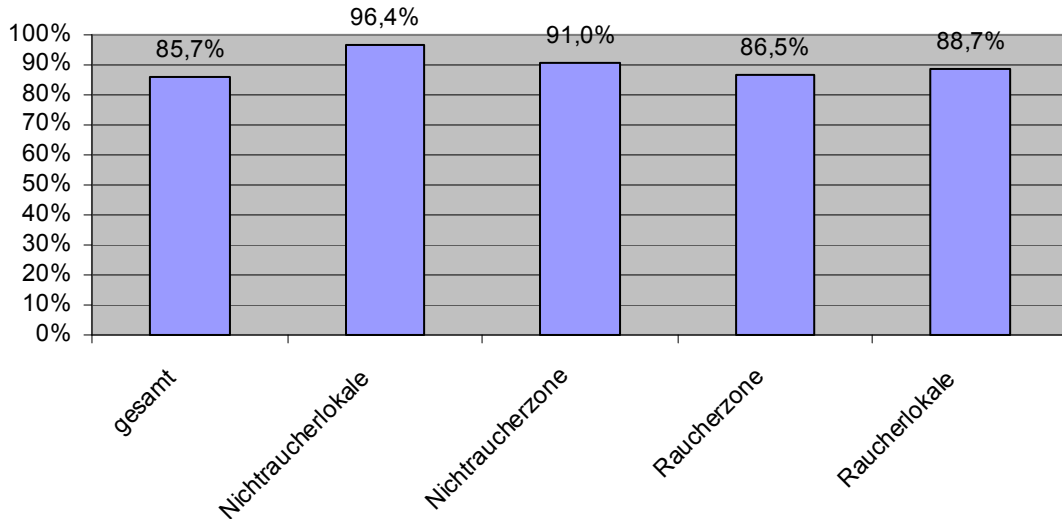


Diagramm 12: Belästigung durch Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung in Bezug auf den Ort der Befragung

3.2.2.3 Belästigung durch Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung in Relation zum bevorzugten Lokaltyp

In der Gruppe der Probanden, die vorzugsweise Nichtraucherlokale besuchen, gaben 97,9% an, sich durch den Geruch von Tabakrauch in den Haaren und Kleidern belästigt zu fühlen. Dieser Meinung waren auch 94,3% der Teilnehmer, die Nichtraucherzonen den Vorzug geben, 73,5% derer mit Präferenz für Raucherzonen und 63,6% derjenigen mit einer Vorliebe für Raucherlokale. Unter jenen Studienteilnehmern, denen der Lokaltyp egal ist, waren 83,2% in dieser Qualität durch Rauch gestört

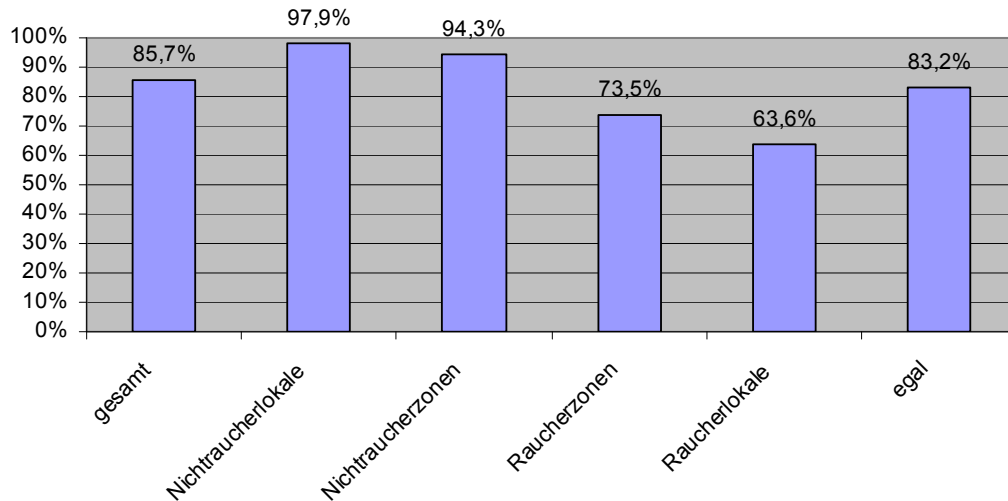


Diagramm 13: Belästigung durch Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung in Relation zum bevorzugten Lokaltyp

3.2.2.4 Belästigung durch Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung in Relation zum Alter der Probanden

Subjektiv belästigt durch den Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung fühlten sich am stärksten die Altersstufen der 56- bis 60-Jährigen, der 61- bis 65-Jährigen und der 71- bis 75-Jährigen mit jeweils 100%. Am geringsten gestört fühlten sich die 21- bis 25-Jährigen (79,6%) und die 16- bis 20-Jährigen (82,4%). Die übrigen Altersgruppen sind im Diagramm dargestellt.

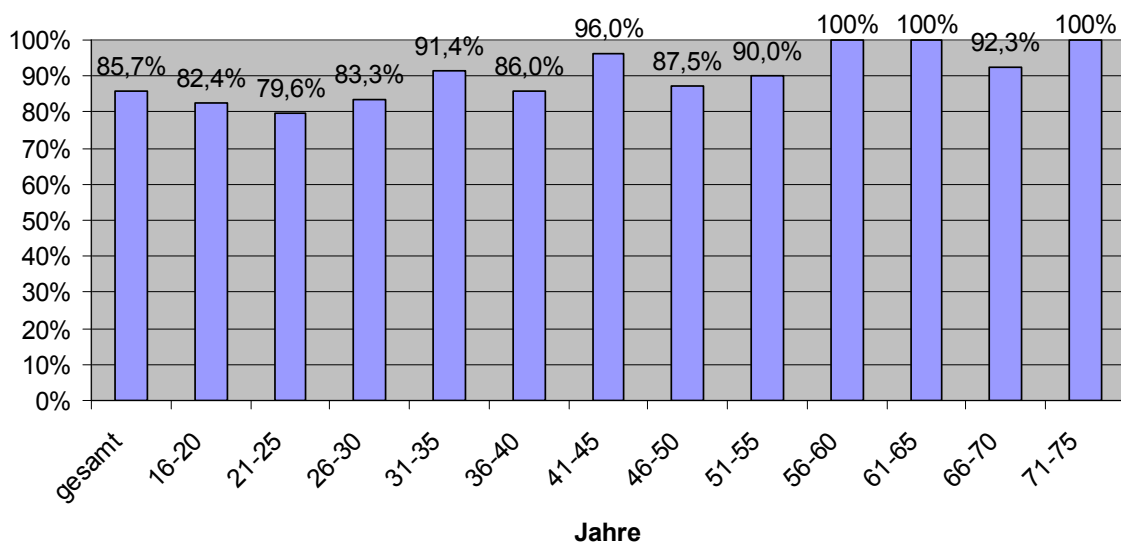


Diagramm 14: Belästigung durch Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung in Relation zum Alter

3.2.3 Störung durch Tabakrauch während des Essens

Häufig kommt es in Restaurants aber auch in Cafés oder anderen Gastronomiebetrieben vor, dass Personen rauchen, während andere ihr Essen zu sich nehmen. Dies kann von den Betroffenen als subjektiv störend empfunden werden.

In der gesamten Befragungsgruppe fühlten sich 84,6% durch Tabakrauch während des Essens gestört.

3.2.3.1 Störung durch Tabakrauch während des Essens in Relation zum Raucherstatus

Unter den Nichtrauchern empfanden 93,9% und unter den Rauchern 67,9% ($p < 0,01$) das Passivrauchen während des Essens als Belästigung.

Unter den Exrauchern betrug die Rate des Gefühls subjektiver Belästigung 90,0%.

Auch hier lässt sich beobachten, dass die starken Raucher sich mit 48,0% weniger belästigt fühlten. Von den Zigarrenrauchern fühlten sich 73,1%, von den Pfeifenrauchern 60,0% von Tabakrauch während des Essens gestört.

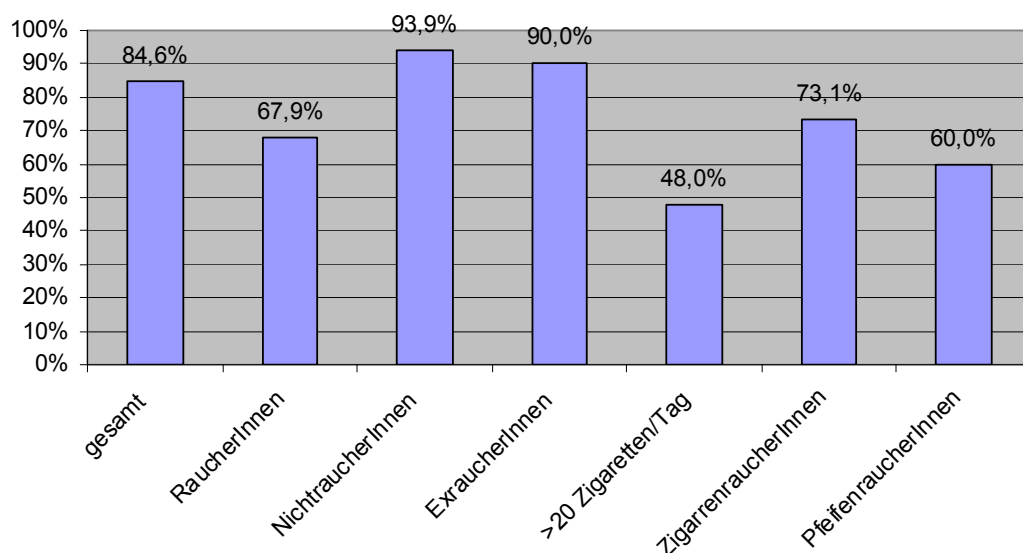


Diagramm 15: Störung durch Tabakrauch während des Essens in Relation zum Raucherstatus

3.2.3.2 Störung durch Tabakrauch während des Essens in Relation zum Ort der Befragung

Setzt man auch hier den Prozentsatz subjektiver Belästigung in Relation zum Lokaltyp, so zeigt sich, dass 76,0% der Gäste in Raucherlokalen, 74,7% in Raucherzonen, 89,7% in Nichtraucherzonen und 97,6% der Kunden in Nichtraucherlokalen durch Tabakrauch während des Essens eine subjektive Störung empfinden.

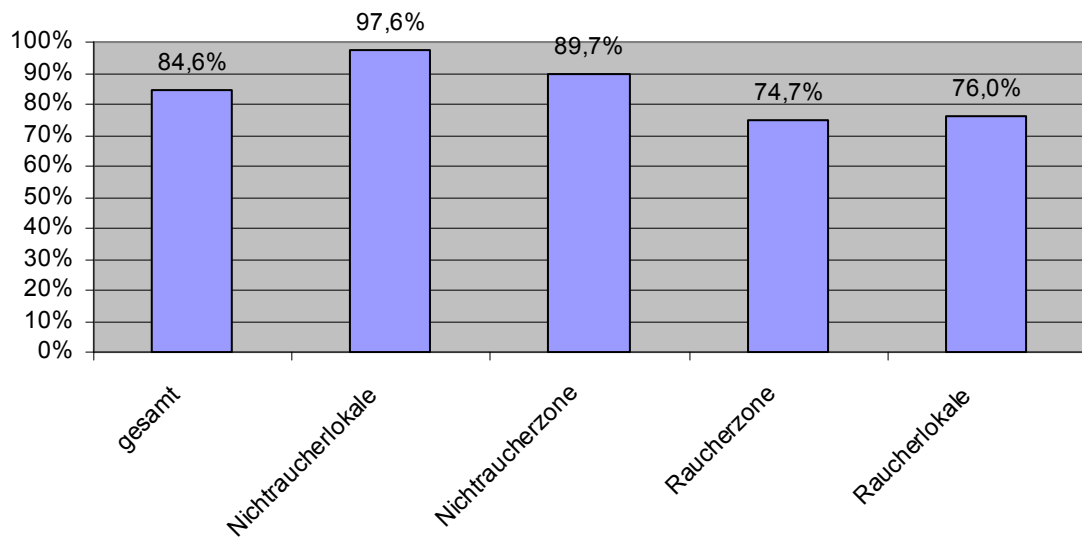


Diagramm 16: Störung durch Tabakrauch während des Essens in Relation zum Ort der Befragung

3.2.3.3 Störung durch Tabakrauch während des Essens in Relation zum bevorzugten Lokaltyp

Das folgende Diagramm zeigt, dass sich Personen, die Nichtraucherlokale bevorzugen, mit 98,6% am stärksten durch Rauch während des Essens gestört fühlten. Befragte, die am liebsten in Raucherlokale gehen, fühlten sich zu 61,5% in dieser Qualität belästigt.

Die anderen bevorzugten Lokaltypen in Beziehung zur Störung beim Essen sind im nachstehenden Diagramm angeführt.

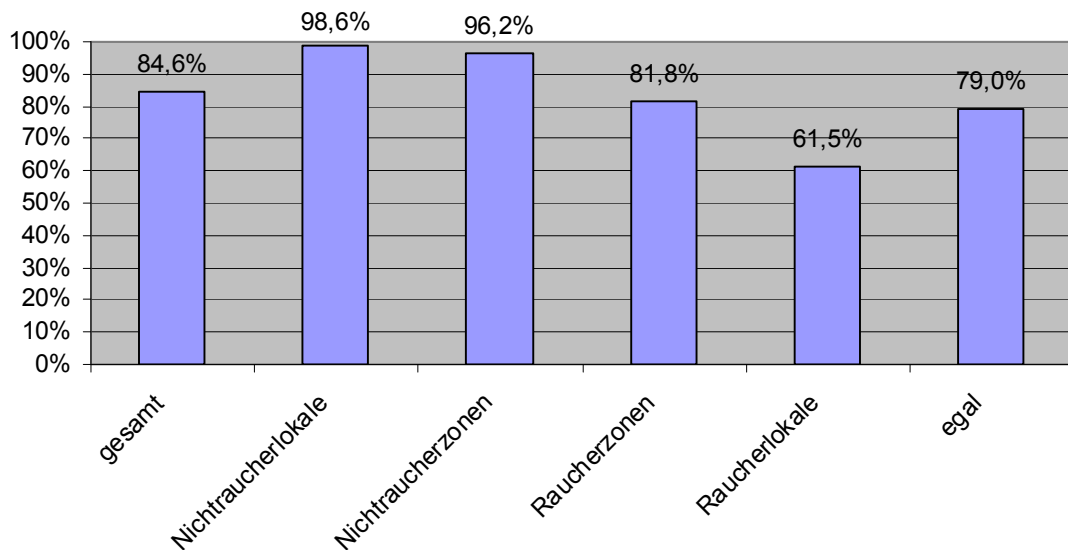


Diagramm 17: Störung durch Tabakrauch während des Essens in Relation zum bevorzugten Lokaltyp

3.2.3.4 Störung durch Tabakrauch während des Essens in Relation zum Alter

In Relation zum Alter erleben die Altersgruppen der 56- bis 60-Jährigen, der 61- bis 65-Jährigen und der 71- bis 75-Jährigen mit 100% der Probanden Tabakrauch während des Essens am unangenehmsten. Den geringsten Prozentsatz erreichen die 21- bis 25-Jährigen (70,5%) und die 26- bis 30-Jährigen (78,6%). Die Probanden anderer Altersgruppen befinden sich zwischen den angegebenen oberen und unteren Extremwerten.

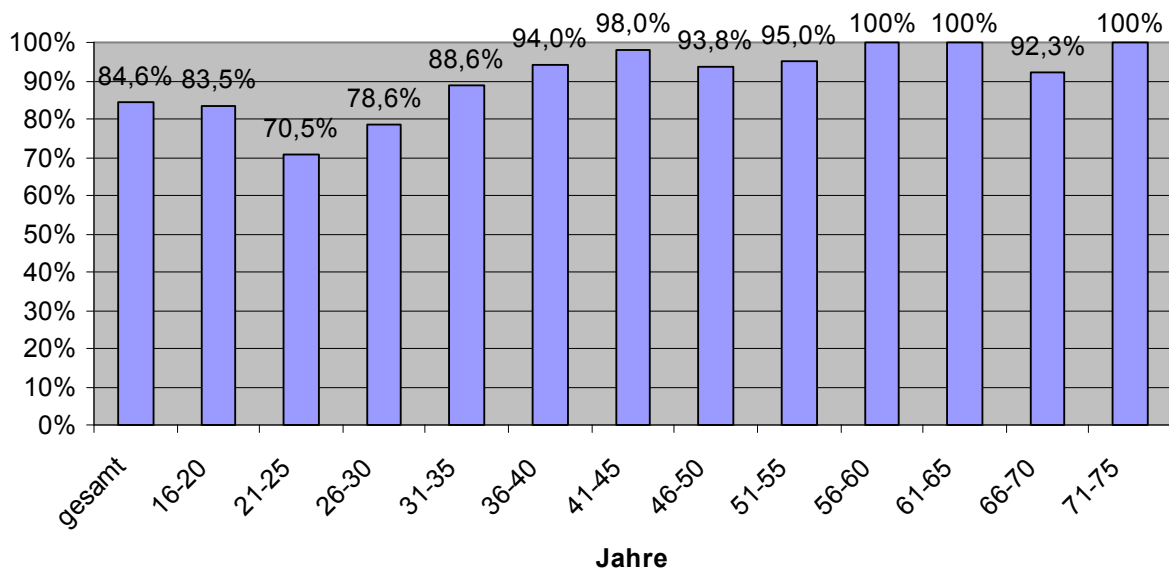


Diagramm 18: Störung durch Tabakrauch während des Essens in Relation zum Alter

3.2.4 Störung des gemütlichen Beisammenseins durch Tabakrauch

Mit der nächsten Frage sollte eruiert werden, ob Personen sich durch Tabakrauch belästigt fühlen, während sie mit Freunden, Bekannten oder Partnern in einem gastronomischen Betrieb längere Zeit bleiben möchten.

Im Gesamtkollektiv gaben 280 Probanden an sich subjektiv in solchen Situationen durch Tabakrauch belästigt zu fühlen. Das entspricht etwas mehr als der Hälfte der Teilnehmer (54,1%).

3.2.4.1 Störung des gemütlichen Beisammenseins durch Tabakrauch in Relation zum Raucherstatus

Hier kann ein deutlicher Unterschied zwischen Rauchern und Nichtrauchern festgestellt werden. Bei ersteren haben 14,1% ein Gefühl der Belästigung durch Tabakrauch während des gemütlichen Beisammenseins, gleichzeitig empfinden aber 76,5% der Nichtraucher eine solche Belästigung ($p < 0,01$).

Unter den Exrauchern sind es ziemlich genau zwei Drittel (66,7%), die sich in dieser Qualität gestört fühlen.

Betrachtet man die Raucher differenziert, so zeigt sich, dass Pfeifenraucher in dieser Qualität überhaupt keine Belästigung angaben (0%), auch starke Raucher (4,0%) fühlten sich praktisch nicht gestört. Die stärkste Einengung des gemütlichen Beisammenseins empfanden unter den Rauchern die Zigarrenraucher (19,2%).

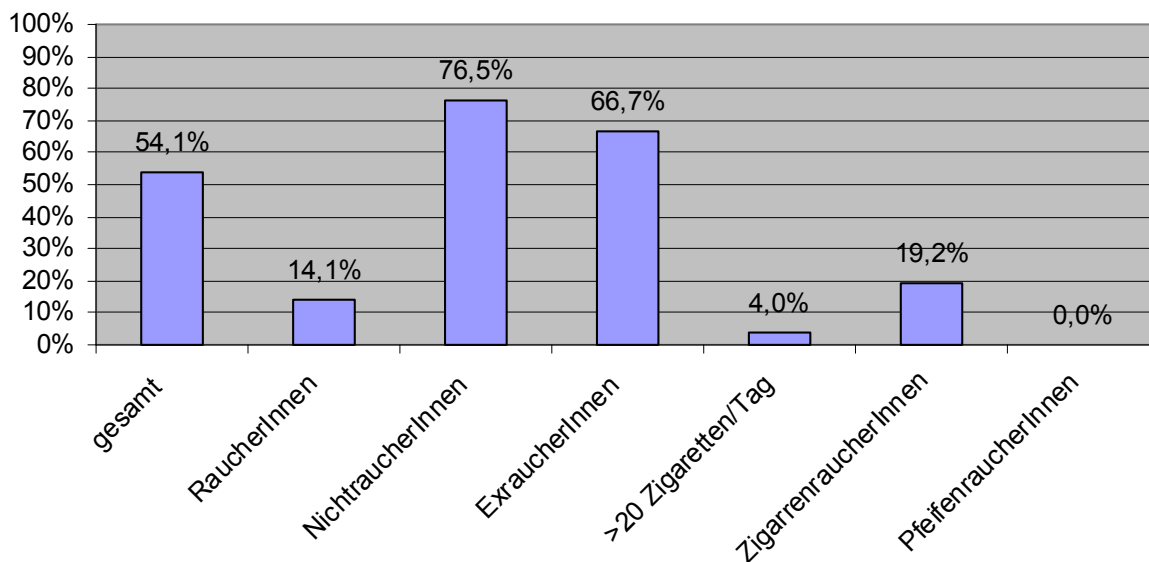


Diagramm 19: Störung des gemütlichen Beisammenseins durch Tabakrauch in Relation zum Raucherstatus

3.2.4.2 Störung des gemütlichen Beisammenseins durch Tabakrauch in Relation zum Lokaltyp

In Bezug auf den Lokaltyp, in dem die Befragung durchgeführt wurde, zeigt sich, dass die Probanden in Nichtraucherlokalen (76,2%) und in Nichtraucherzonen (60,3%) wesentlich stärkere subjektive Belästigungsquoten durch Tabakrauch während gemütlichen Beisammenseins angaben als solche in Raucherzonen (51,0%) oder in Raucherlokalen (33,0%).

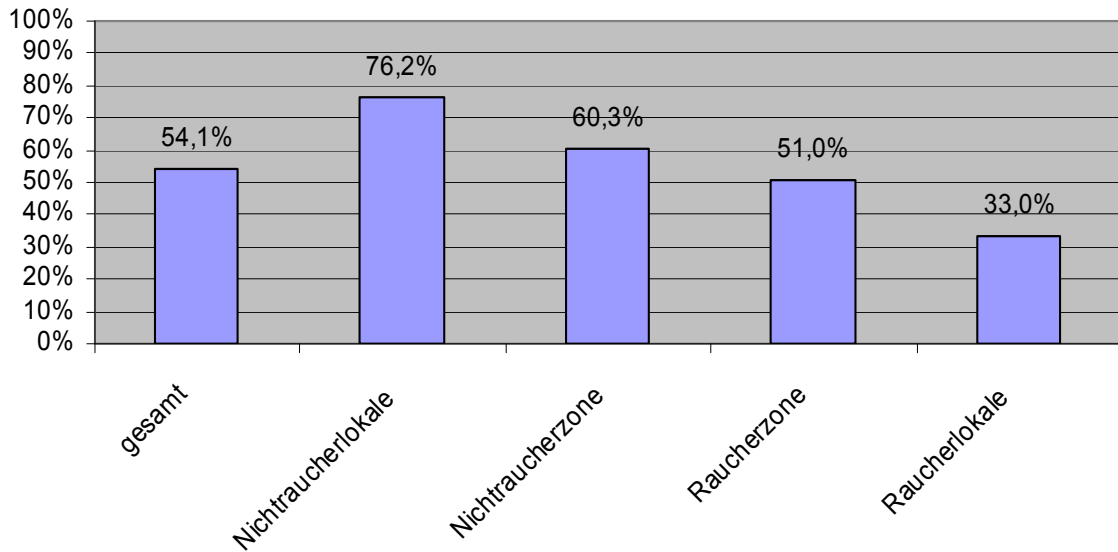


Diagramm 20: Störung des gemütlichen Beisammenseins durch Tabakrauch in Relation zum Lokaltyp

3.2.4.3 Störung des gemütlichen Beisammenseins durch Tabakrauch in Relation zum bevorzugten Lokaltyp

Beim gemütlichen Beisammensein durch Rauch belästigt zu werden, gaben vor allem Personen mit Bevorzugung der Nichtraucherlokale (95,9%) an. Ganz anderer Meinung waren Probanden, welche Raucherlokale als ihre Favoriten ansehen. Hier beschwerten sich nur 4,5% über eine Rauchbelästigung bezüglich des gemütlichen Beisammenseins, und unter den Teilnehmern mit einer Vorliebe für Raucherzonen waren es 14,7%.

Die ausstehenden Daten, Nichtraucherzonen und „egal“ betreffend, sind im nachstehenden Diagramm dargestellt.

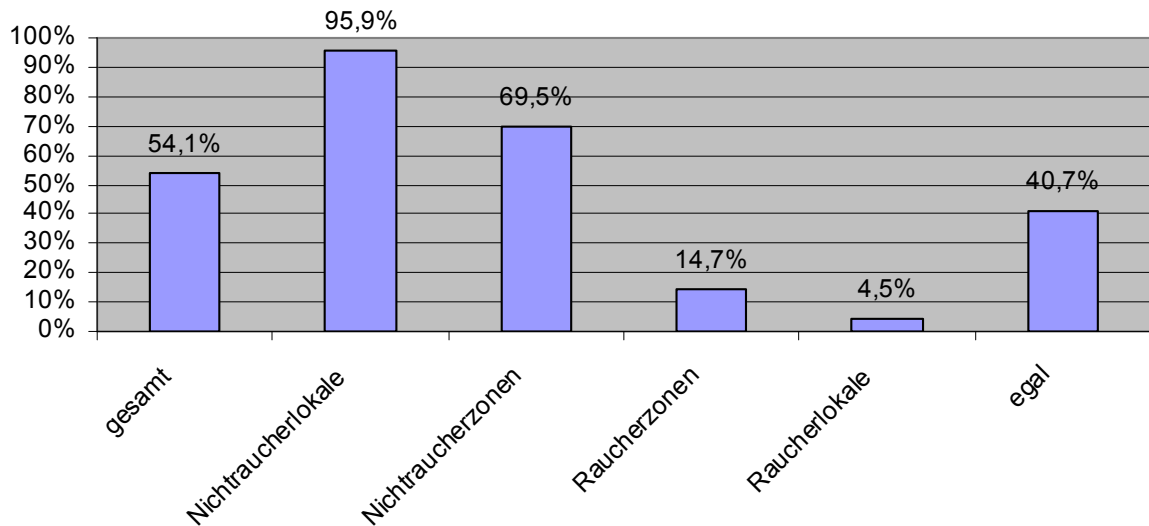


Diagramm 21: Störung des gemütlichen Beisammenseins durch Tabakrauch in Relation zum bevorzugten Lokaltyp

3.2.4.4 Störung des gemütlichen Beisammenseins durch Tabakrauch in Relation zum Alter der Probanden

Hier zeichnet sich ein deutlicher Trend ab. Jüngere Altersgruppen fühlen sich in dieser Qualität wesentlich weniger gestört als ältere. So gaben 38,5% der 16- bis 20-Jährigen und 31,9% der 21- bis 25-Jährigen an, Tabakrauch beim gemütlichen Zusammensitzen in gastronomischen Betrieben als unangenehm zu empfinden, hingegen aber 100% der 61- bis 65-Jährigen und der 71- bis 75-Jährigen bzw. 92,3% in der Altersstufe der 66- bis 70-Jährigen.

Das hier angeführte Diagramm soll diesen Trend darstellen.

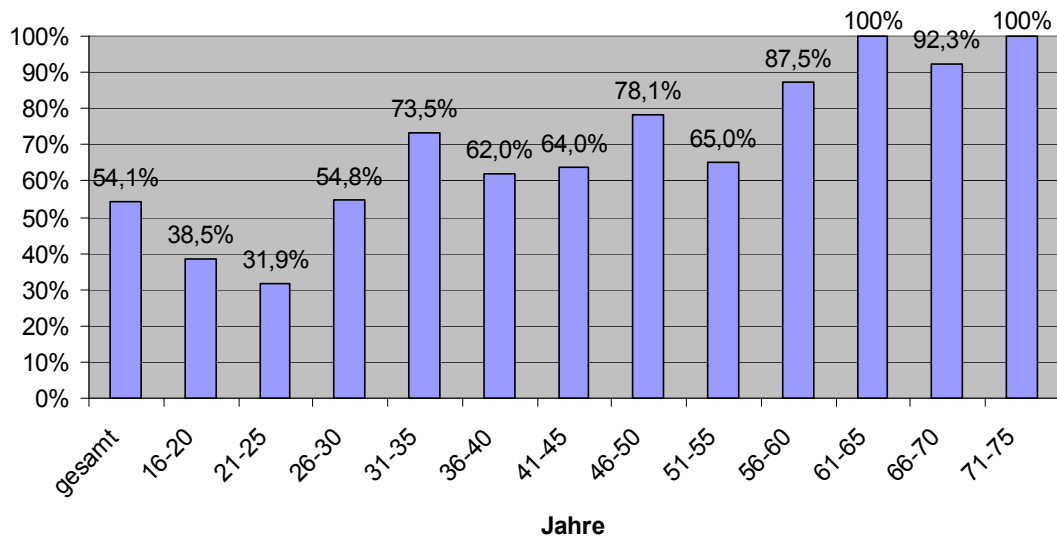


Diagramm 22: Störung des gemütlichen Beisammenseins durch Tabakrauch in Relation zum Alter

3.2.5 Gesundheitliche Probleme durch Tabakrauch

Objektiv führt Tabakrauch sowohl bei aktivem als auch bei passivem Konsum zu gesundheitlichen Schäden. Subjektiv können unterschiedliche Grade gesundheitlicher Beeinträchtigung wahrgenommen werden.

Subjektiv empfundene, auf Tabakrauch zurückgeführte Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes gaben 28,6% aller Probanden an.

3.2.5.1 Gesundheitliche Probleme durch Tabakrauch in Relation zum Raucherstatus

Wie bei den anderen Qualitäten zeigt sich auch hier ein deutlicher Unterschied zwischen den Rauchern, bei denen 10,3% angaben gesundheitliche Probleme durch Tabakrauch wahrzunehmen und den Nichtrauchern, bei denen bereits 39,7% derartige Probleme angaben ($p < 0,01$).

Unter den ehemaligen Rauchern gaben 32,3% eine Störung ihrer Gesundheit durch Passivrauchen an.

Keine subjektiv empfundene Beeinträchtigung der Gesundheit gaben die Pfeifenraucher an (0%). Zigarrenkonsumenten (3,8%) und starke Raucher (8,0%) lagen ebenfalls in ihrer Wahrnehmung der Gesundheitsbeeinträchtigung unter dem Durchschnittswert der Raucher.

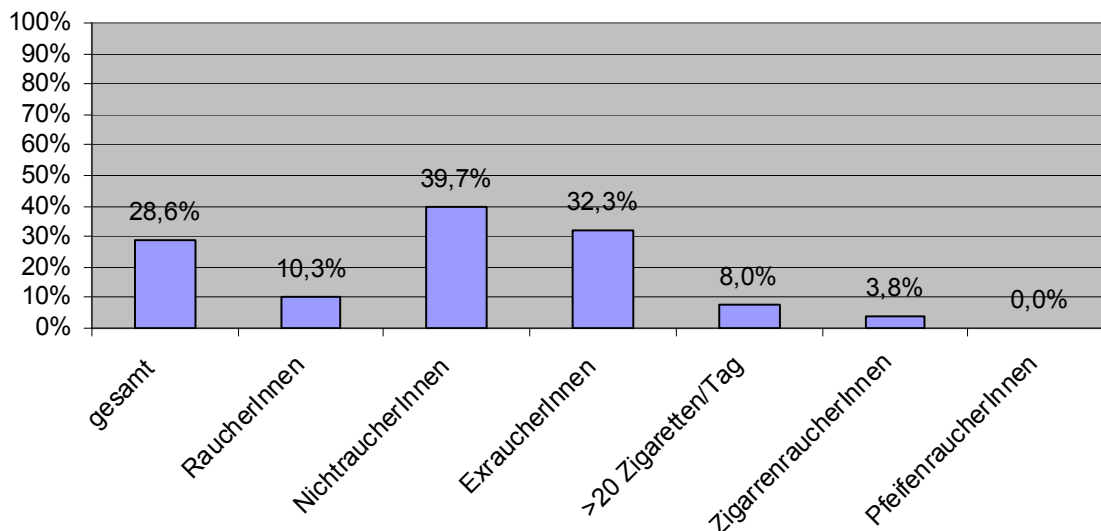


Diagramm 23: Gesundheitliche Probleme durch Tabakrauch in Relation zum Raucherstatus

3.2.5.2 Gesundheitliche Probleme durch Tabakrauch in Relation zum Lokaltyp

Den größten Prozentsatz an subjektiv empfundenen Gesundheitsproblemen durch Tabakrauch berichteten die Probanden in Nichtraucherlokalen mit 44,9% und in Nichtraucherzonen gemischter Lokale (33,8%). Deutlich weniger Teilnehmer, die in Raucherzonen (21,1%) oder in Raucherlokalen (18,1%) befragt wurden, gaben subjektiv empfundene gesundheitliche Störungen an.

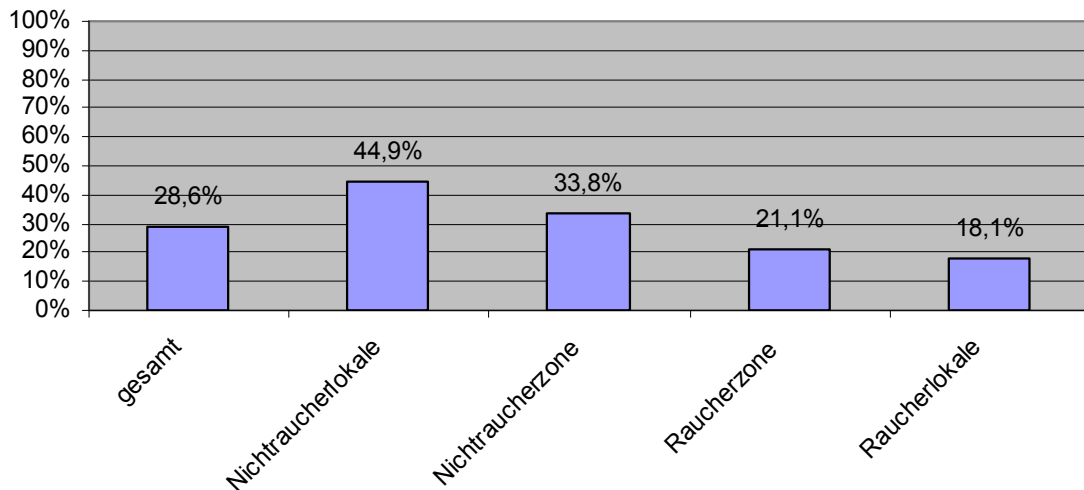


Diagramm 24: Gesundheitliche Probleme durch Tabakrauch in Relation zum Lokaltyp

3.2.5.3 Gesundheitliche Probleme durch Tabakrauch in Relation zum Alter

Bezogen auf das Alter der Probanden wurden in jüngeren Altersgruppen wesentlich seltener gesundheitliche Probleme im Konnex mit Tabakrauch angegeben als in älteren. So berichteten 16,7% der 26- bis 30-Jährigen, 17,1% der 21- bis 25-Jährigen und 18,7% der 16- bis 20-Jährigen über derartige Probleme.

In der Altersgruppe der 61- bis 65-Jährigen gaben 70,0% und der 66- bis 70-Jährigen 54,5% der Probanden subjektive Störungen der Gesundheit durch Tabakrauch an, knapp gefolgt von den 56- bis 60-Jährigen und den 71- bis 75-Jährigen mit jeweils 50,0%.

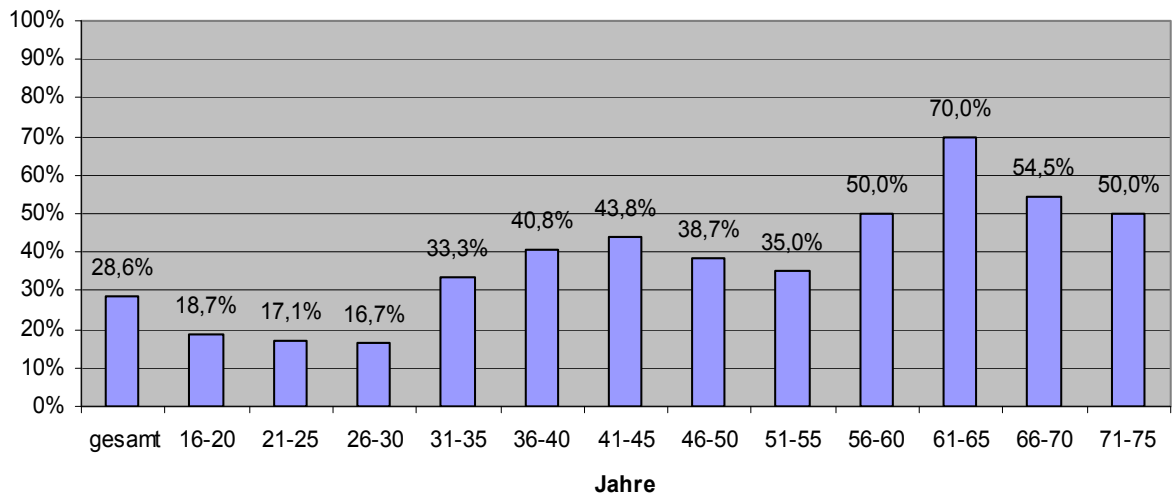


Diagramm 25: Gesundheitliche Probleme durch Tabakrauch in Relation zum Alter

3.2.6 Verständnis für das Rauchen in der Gastronomie

Mit der letzten Frage dieses Abschnitts des Fragebogens sollte geklärt werden inwieweit Personen Raucher in Gaststätten tolerieren bzw. für deren Verhalten Verständnis zeigen.

Von allen Probanden hatten 66,8% Verständnis für Menschen, die in gastronomischen Betrieben rauchen.

3.2.6.1 Verständnis für das Rauchen in der Gastronomie in Bezug auf den Raucherstatus

Wie erwartet weisen Raucher mit 93,5% das größte Verständnis und Nichtraucher mit 54,1% das geringste Verständnis für rauchende Personen in Gastronomiebetrieben auf ($p < 0,01$).

Exraucher liegen mit 67,0% etwa im Durchschnitt des Gesamtkollektivs.

Unter den Rauchern zeigen die Zigarrenraucher (88,5%) etwas mehr Verständnis für andere Raucher in Lokalen als starke Raucher (84,0%) und Pfeifenkonsumenten (60,0%).

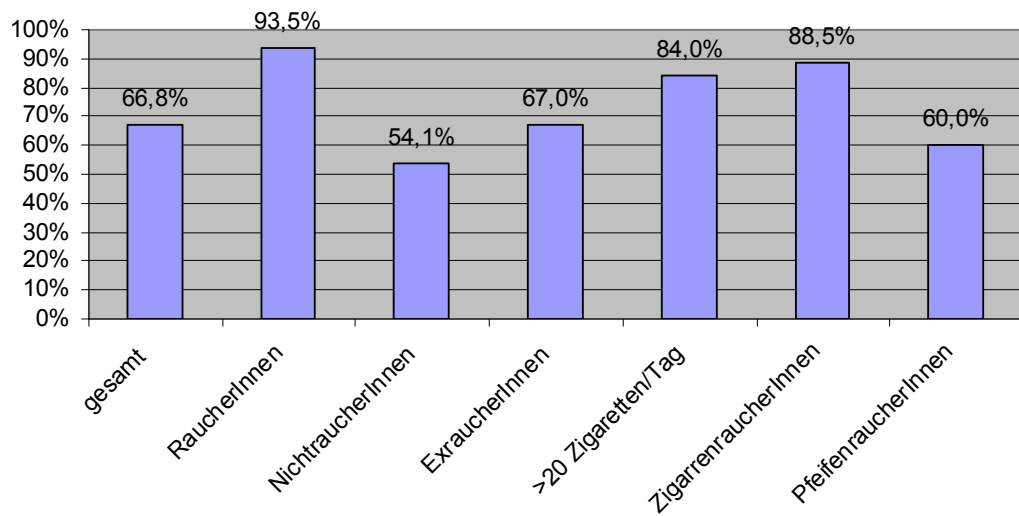


Diagramm 26: Verständnis für das Rauchen in der Gastronomie in Bezug auf den Raucherstatus

3.2.6.2 Verständnis für das Rauchen in der Gastronomie in Relation zum Lokaltyp

76,8% der Probanden in Raucherlokalen und 73,7% der Befragten in Raucherzonen hatten Verständnis für Raucher in Gastronomiebetrieben.

Ein geringeres Verständnis hatten Gäste in Nichtraucherzonen (67,1%) und in Nichtraucherlokalen (56,3%).

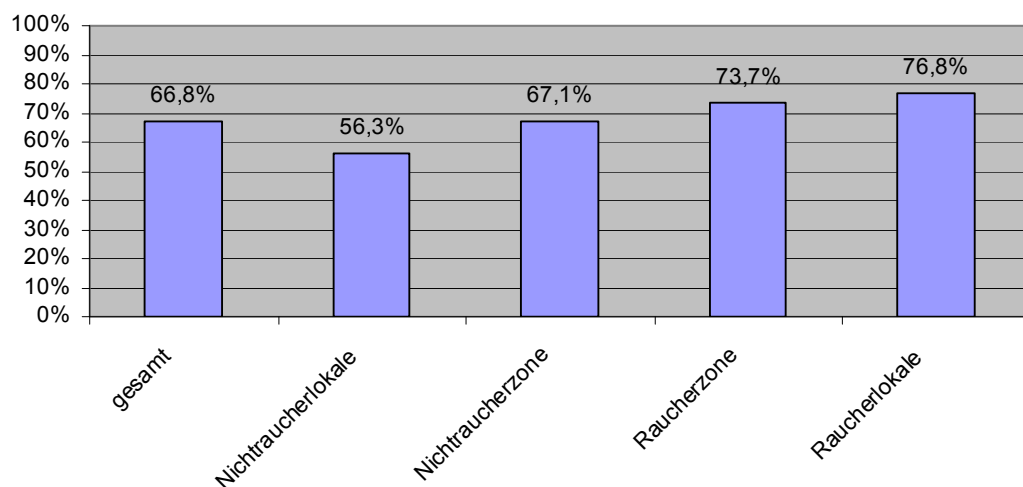


Diagramm 27: Verständnis für das Rauchen in der Gastronomie in Relation zum Lokaltyp

3.2.6.3 Verständnis für das Rauchen in der Gastronomie in Relation zum Alter

Bezogen auf die Altersstufen bringen die 26- bis 30-Jährigen mit 80,5% knapp vor den 21- bis 25-Jährigen (79,3%) das größte Verständnis für Raucher in Lokalen auf. Mit Abstand das geringste Verständnis legte die Altersgruppe der 61- bis 65-Jährigen (18,2%) und der 66- bis 70-Jährigen mit 41,7% offen. In den meisten Altersgruppen zeigten zwischen 46,7% und 63,8% der Probanden Verständnis.

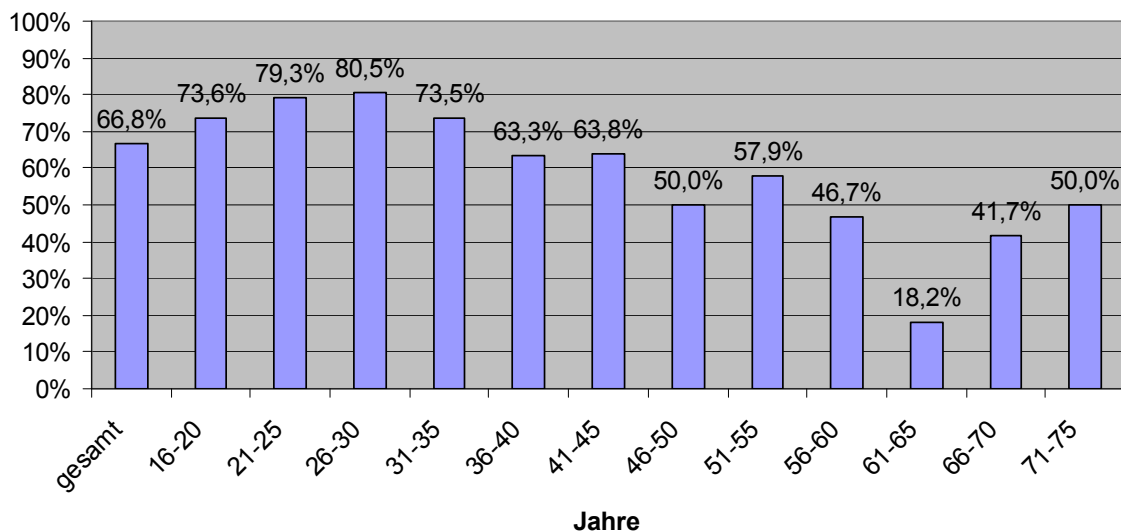


Diagramm 28: Verständnis für das Rauchen in der Gastronomie in Relation zum Alter

3.2.6.4 Verständnis in Relation zur subjektiven Störung

Hier soll ermittelt werden, inwiefern Personen, die sich durch Tabakrauch belästigt fühlen, trotzdem Verständnis für Raucher in Gastronomiebetrieben aufbringen.

Unter den Personen, die sich zumindest in einer der abgefragten Qualitäten gestört fühlen, zeigten trotzdem 67,2% Verständnis für das Rauchen in Lokalen. 64,1% der Probanden, die der Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidern stört und 64,6% der Teilnehmer, die sich durch den Qualm während des Essens belästigt fühlen, zeigten Verständnis. Geringeres Verständnis hatten jene Befragten, die der Rauch beim gemütlichen Beisammensein (45,6%) stört und jene,

bei denen durch das Passivrauchen subjektiv empfundene gesundheitliche Probleme hervorgerufen werden (36,8%).

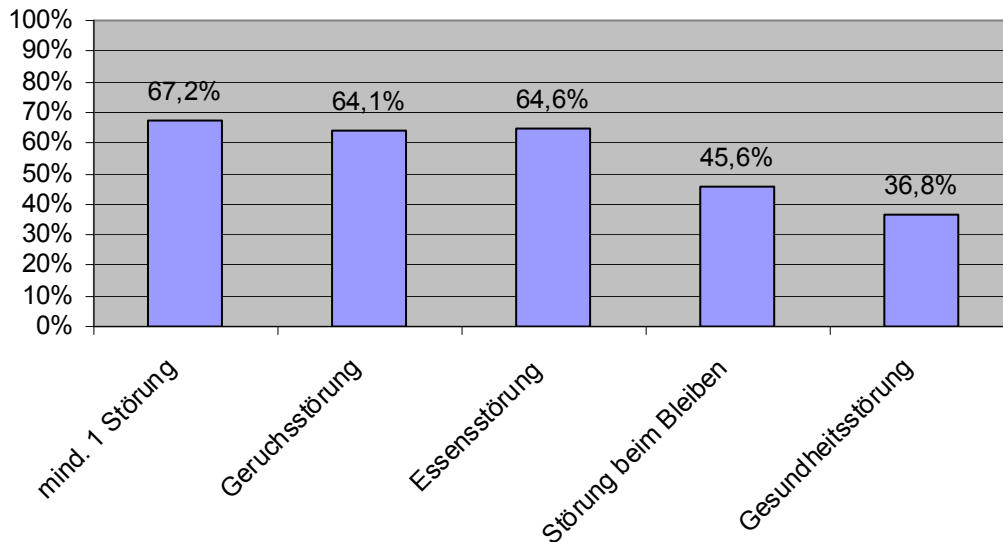


Diagramm 29: Verständnis in Relation zur subjektiven Störung

3.3 Bevorzugte Lokaltypen

Im dritten Abschnitt des Fragebogens wurde der bevorzugte Lokaltyp ermittelt. Zur Auswahl standen: Nichtraucherlokale, Nichtraucherzone von gemischten Lokalen, Raucherzone von gemischten Lokalen, und Raucherlokale. Als fünfte Option gab es die Möglichkeit „egal“ zu wählen, wenn keiner der genannten Typen bevorzugt wurde.

Die Teilnehmer wurden darauf aufmerksam gemacht, nur eine der fünf Möglichkeiten zu wählen, wurde trotz Anweisung mehr als eine Möglichkeit gewählt, so wurde „egal“ sekundär als Ergebnis eingetragen.

Von den 518 befragten Personen machten 2 keine Angabe zu ihrem bevorzugten Lokaltyp (0,4%).

145 Probanden (28,0%) bevorzugten Nichtraucherlokale, 106 (20,5%) die Nichtraucherzone von gemischten Lokalen, 34 (6,6%) die Raucherzone von

gemischten Lokalen, 66 (12,7%) Raucherlokale und 214 gaben an, dass ihnen der Lokaltyp, in dem sie verkehren, „egal“ sei (41,3%).

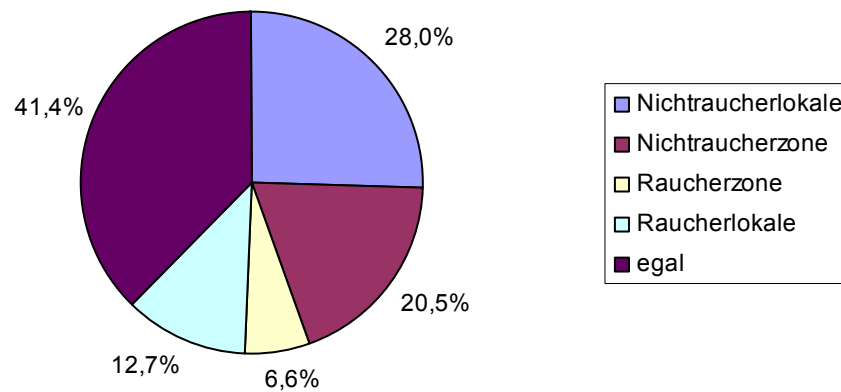


Diagramm 30: Bevorzugte Lokaltypen

3.3.1 Bevorzugter Lokaltyp bezogen auf den Raucherstatus der Probanden

3.3.1.1 Nichtraucherlokale

Nichtraucherlokale wurden von 41,3% der Nichtraucher gegenüber anderen Alternativen vorgezogen. Dagegen besuchen nur 4,3% aller Raucher lieber ein Nichtraucherlokal als andere Lokalitäten ($p < 0,01$). Unter den Exrauchern bevorzugten 34,0% Nichtraucherlokale.

4,0% der starken Raucher, 7,7% der Zigarrenraucher und keiner der Pfeiferaucher favorisierten Nichtraucherlokale.

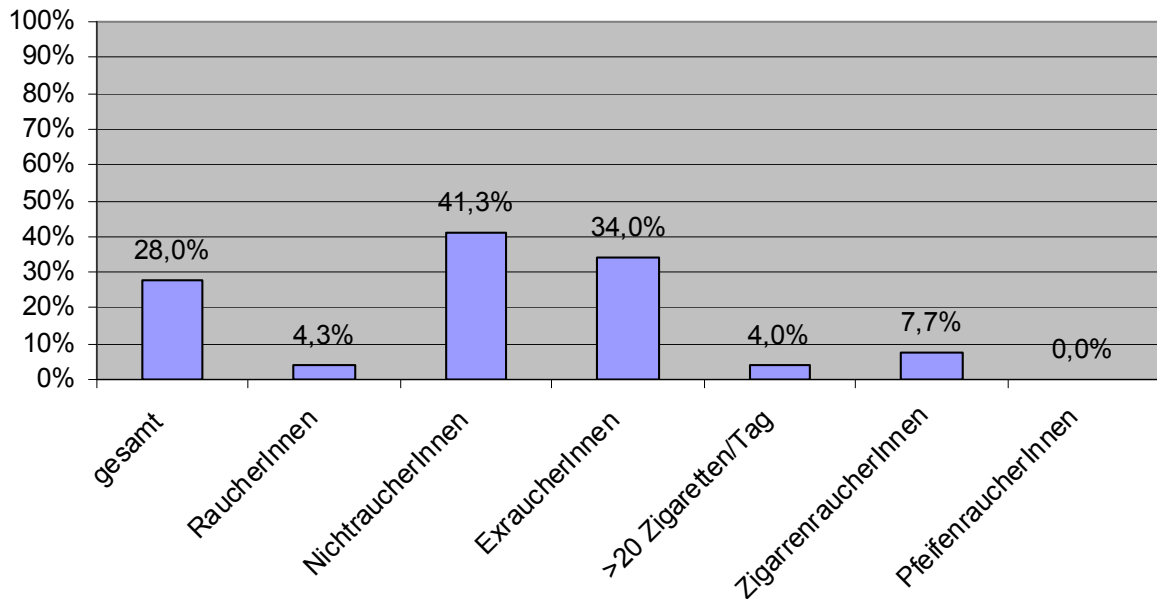


Diagramm 31: Bevorzugung der Nichtraucherlokale in Relation zum Raucherstatus

3.3.1.2 Nichtraucherzone von gemischten Lokalen

Dem Bereich in gemischten Lokalen, in dem nicht geraucht werden darf, gaben 25,7% der Nichtraucher den Vorrang ($p < 0,01$). Die Umfrage stellte des Weiteren fest, dass 10,3% der Raucher ($p < 0,01$) und 26,0% der Exraucher diesen Bereich als für sie am angenehmsten empfinden.

Differenziert man nach Rauchertypen zeigt sich, dass 8,0% der starken Raucher, 7,7% der Zigarrenraucher und wiederum keiner der Pfeifenraucher der Nichtraucherzone den Vorzug gaben.

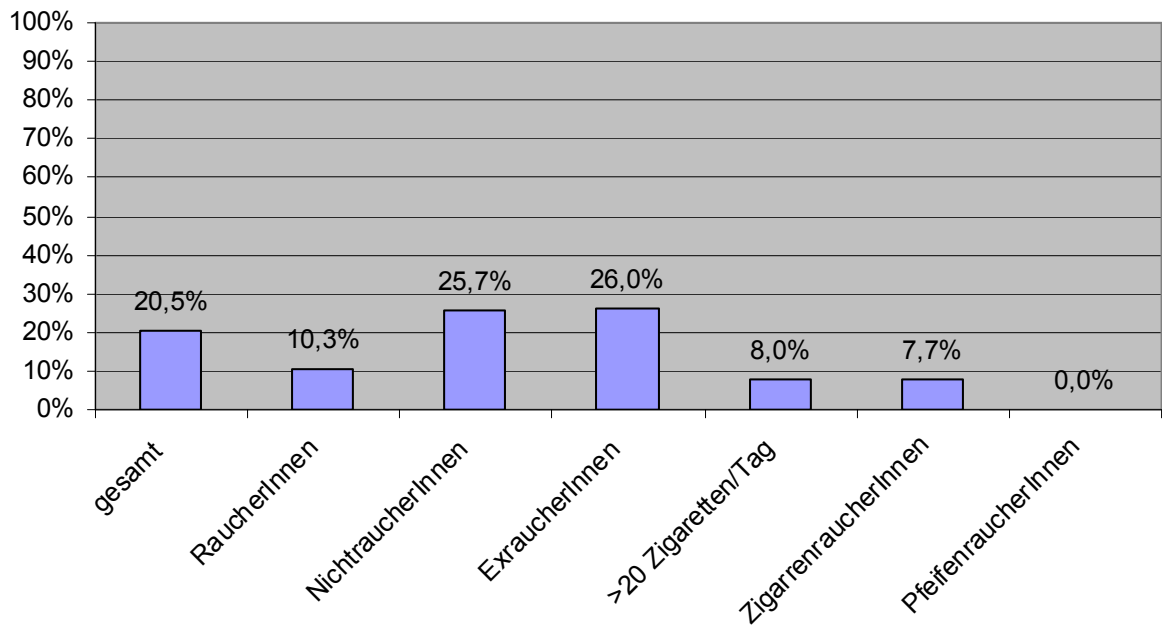


Diagramm 32: Bevorzugung der Nichtraucherzonen in Relation zum Raucherstatus

3.3.1.3 Raucherzone von gemischten Lokalen

1,5% der Nichtraucher und 15,7% der Raucher bevorzugen diesen Bereich von gastronomischen Betrieben ($p < 0,01$). 2,0% der Exraucher frequentieren bevorzugt die Raucherzone.

Die Raucherzone ist bei 8,0% der starken Raucher, 11,5% der Zigarrenraucher, aber bei keinem der teilnehmenden Pfeifenraucher der bevorzugte Aufenthaltsort in gastronomischen Betrieben.

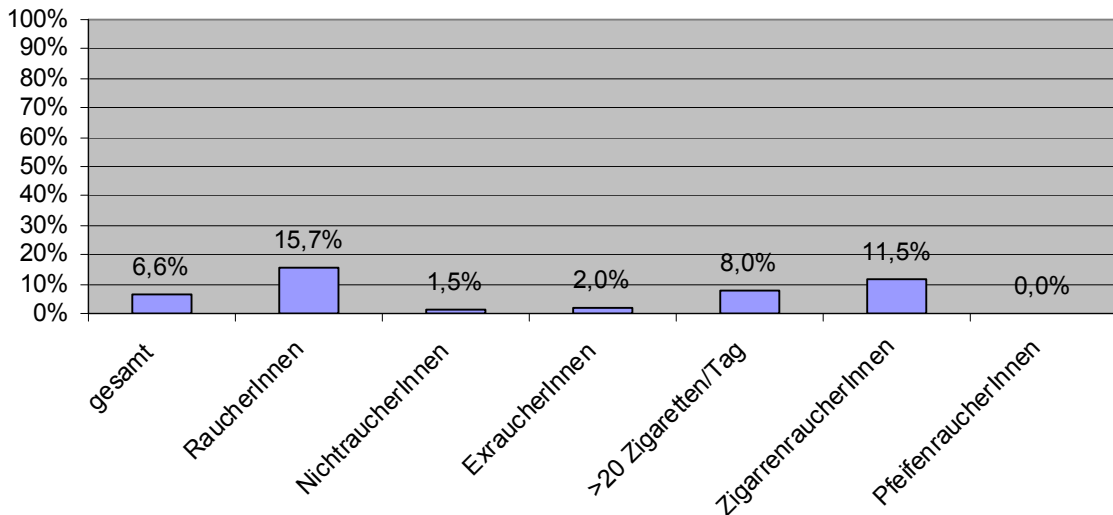


Diagramm 33: Bevorzugung der Raucherzonen in Relation zum Raucherstatus

3.3.1.4 Raucherlokale

Nur 0,9% der Nichtraucher und 2,0% der Exraucher, aber 34,1% der Raucher bevorzugten Raucherlokale ($p < 0,01$).

Die größte Präferenz zu Raucherlokalen hatten starke Raucher mit 60,0% und Pfeifenraucher mit ebenfalls 60,0%. Die Zigarrenraucher liegen mit 34,6% im Durchschnittswert für alle Raucher.

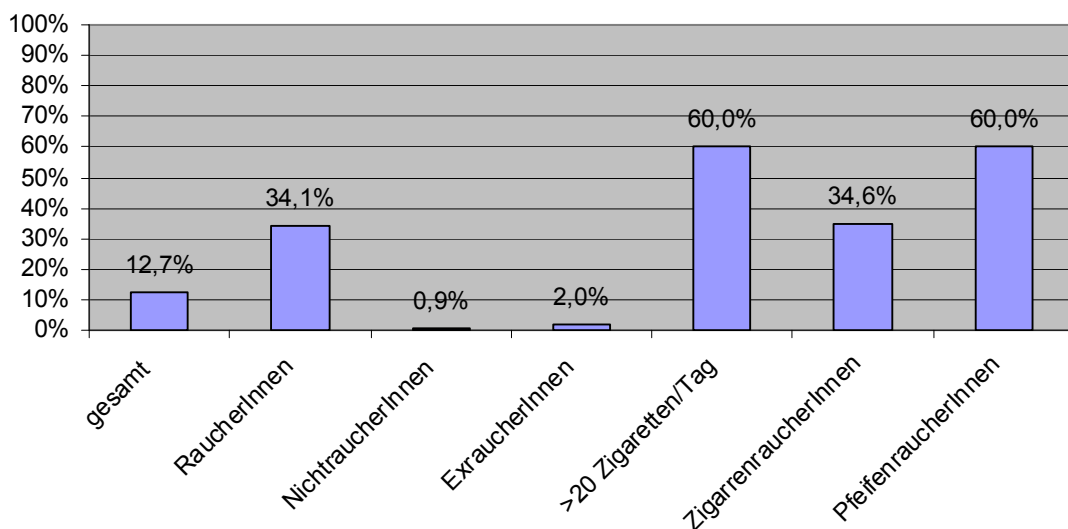


Diagramm 34: Bevorzugung der Raucherlokale in Relation zum Raucherstatus

3.3.1.5 Lokaltyp „egal“

Die fünfte Antwortmöglichkeit war „egal“. Diese war dann anzukreuzen, wenn ein Proband subjektiv keinem der verschiedenen Lokaltypen eine Präferenz geben wollte bzw. in dieser Beziehung gleichgültig war.

Diese Kategorie wählten 39,1% der Nichtraucher, 46,5% der Raucher, 48,0% der Exraucher, 36,0% der starken Raucher, 50,0% der Zigarrenraucher und 40,0% der Pfeifenraucher.

Auf die Wahlmöglichkeit „egal“ fiel somit der größte Anteil aller fünf möglichen Antworten.

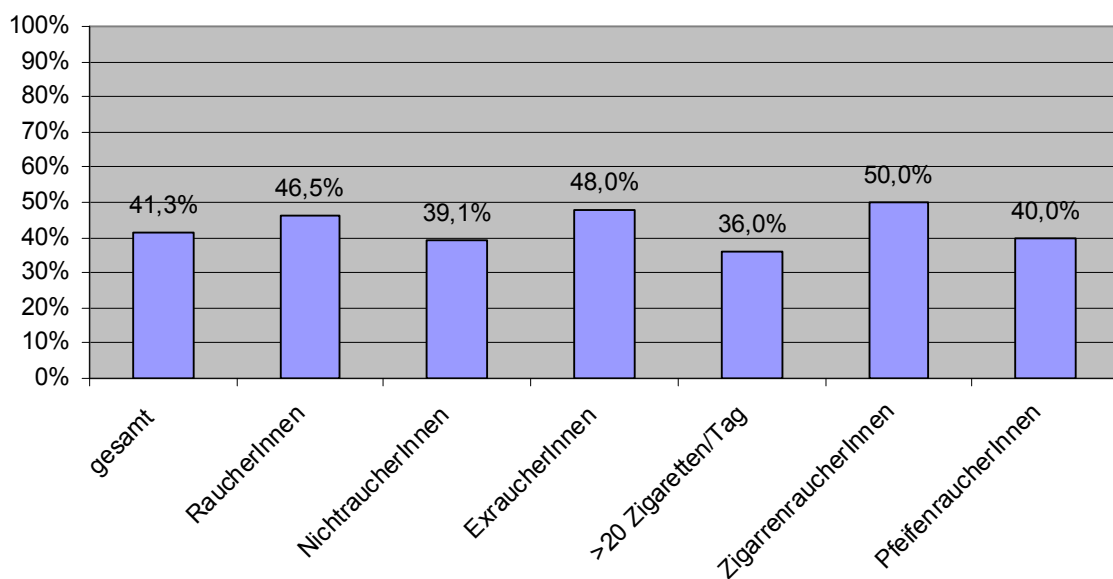


Diagramm 35: Option „egal“ in Relation zum Raucherstatus

Im folgenden Diagramm sind die Präferenzen der verschiedenen Probanden bezogen auf ihren Raucherstatus zusammengefasst.

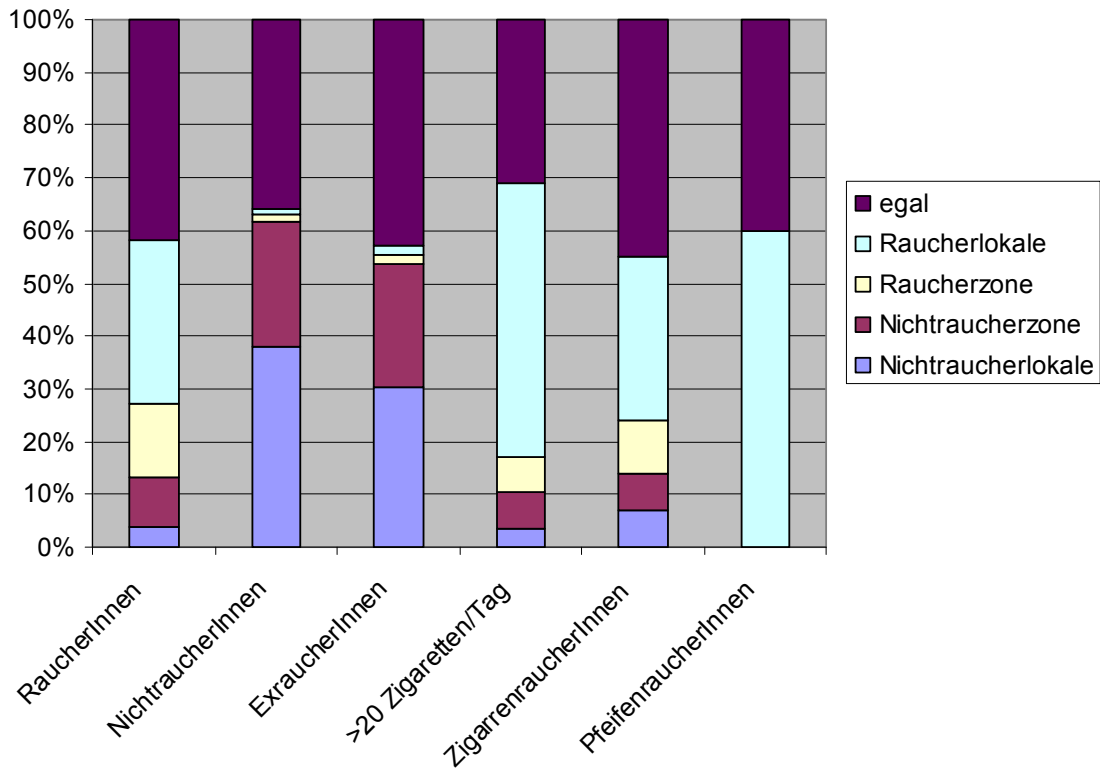


Diagramm 36: Präferenzen der Probanden bezogen auf den Raucherstatus

3.3.2 Bevorzugter Lokaltyp je nach Ort der Befragung

Im folgenden Abschnitt wird der Ort, an dem die Befragung stattgefunden hat mit dem bevorzugten Lokaltyp in Verbindung gebracht, um festzustellen, ob die Probanden sich tatsächlich in dem von ihnen als Präferenz angegebenen Lokaltyp aufhalten.

3.3.2.1 Präferenz der Befragten in Raucherlokalen

Der Mehrheit (54,7%) der Befragten in Raucherlokalen ist der Lokaltyp, in den sie gehen, egal.

Die zweithäufigste Präferenz stellen die Raucherlokale mit 19,6% dar, gefolgt von der Nichtraucherzone gemischter Lokale (13,4%) und Nichtraucherlokalen (9,5%). Als unbeliebtester Bereich werden von Kunden in Raucherlokalen die Raucherzonen von gemischten Lokalen (7,8%) angesehen.

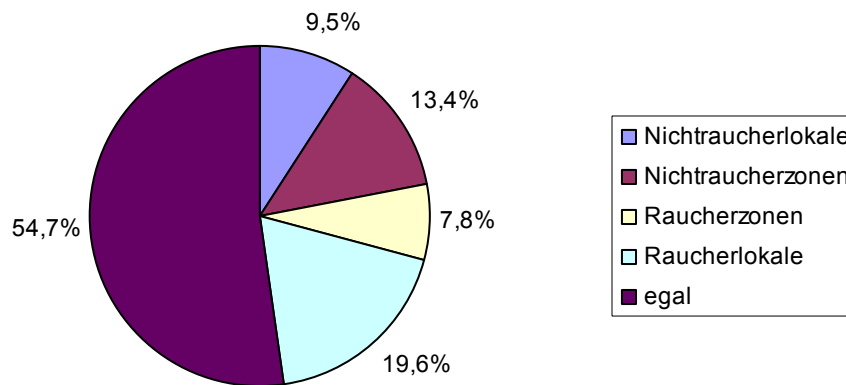


Diagramm 37: Präferenz der Befragten in Raucherlokalen

3.3.2.2 Präferenz der Befragten in Raucherzonen von gemischten Lokalen

39,6% der Probanden ist der Lokaltyp, den sie besuchen, egal.

29,2% präferieren Nichtraucherlokale, fast gleich hoch ist die Präferenz für Nichtraucherzonen (27,1%). Am wenigsten beliebt sind bei den Kunden dieser Lokaltypen Raucherlokale (20,8%) und Raucherzonen (12,5%).

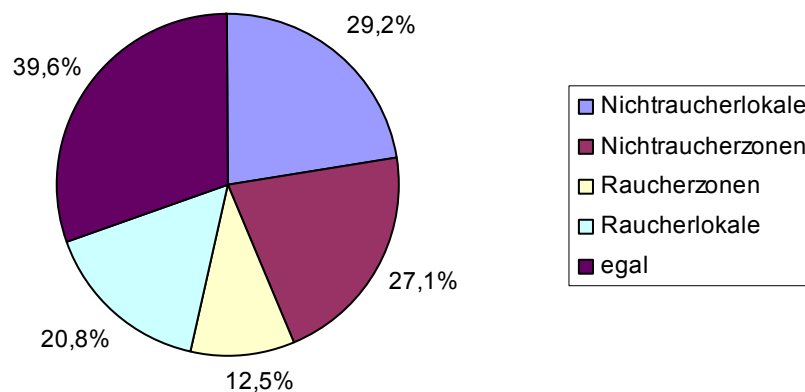


Diagramm 38: Präferenz der Befragten in Raucherzonen

3.3.2.3 Präferenz der Befragten in Nichtraucherzonen von gemischten Lokalen

Ein anderes Bild zeigt sich in der Nichtraucherzone von gemischten Lokalen:

Der bevorzugte Lokaltyp war das Nichtraucherlokal mit 39,5%.

34,2% kreuzten die Option „egal“ an, gefolgt von der Nichtraucherzone (28,9%). Mit deutlichem Abstand wurden Raucherlokale (7,9%) und die Raucherzonen (3,9%) angegeben.

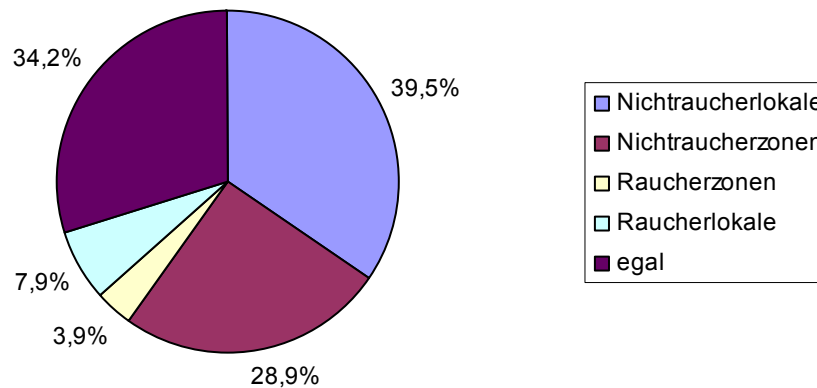


Diagramm 39: Präferenz der Befragten in Nichtraucherzonen

3.3.2.4 Präferenz der Befragten in Nichtraucherlokalen

Ähnlich wie in Nichtraucherzonen verhält sich die Präferenz in Nichtraucherlokalen.

42,4% der Besucher von Nichtraucherlokalen favorisieren Nichtraucherlokale, 31,5% ist der besuchte Lokaltyp egal. Nichtraucherzonen ziehen 20,6% der Probanden in Nichtraucherlokalen vor, während Raucherzonen und Raucherlokale mit jeweils 3,0% offenbar kaum eine Alternative darstellen.

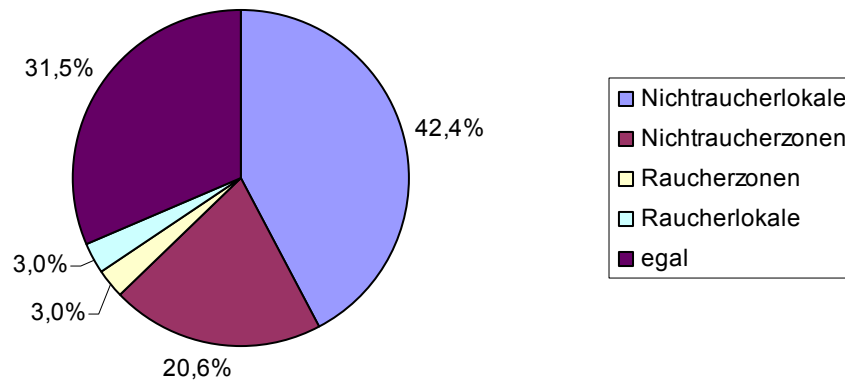


Diagramm 40: Präferenz der Befragten in Nichtraucherlokalen

Im folgenden Diagramm ist zusammengefasst, zu welchen Anteilen in den verschiedenen Lokaltypen die unterschiedlichen Lokaltypen bevorzugt werden.

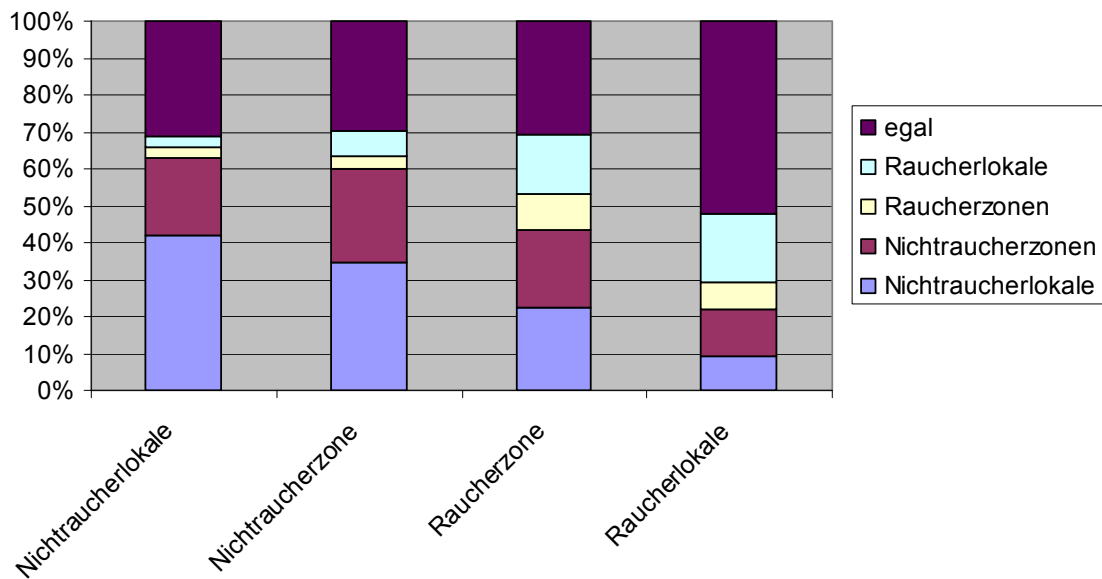


Diagramm 41: Präferenzen in den verschiedenen Lokaltypen

3.3.3 Bevorzugter Lokaltyp in Relation zum Alter der Probanden

3.3.3.1 Nichtraucherlokale

Nichtraucherlokale werden vor allem in der Altersgruppe der 66- bis 70-Jährigen (76,9%) favorisiert. Bei den 61- bis 65-Jährigen bevorzugen 54,5% Nichtraucherlokale, jeweils 50,0% der 71- bis 75-Jährigen, der 51- bis 55-Jährigen und der 56- bis 60-Jährigen bevorzugen diesen Lokaltyp ebenfalls. Der geringste Anklang lässt sich bei den 16- bis 20-Jährigen (14,3%) beobachten.

Das folgende Diagramm fasst alle Altersstufen hinsichtlich ihrer Bevorzugung für Nichtraucherlokale zusammen.

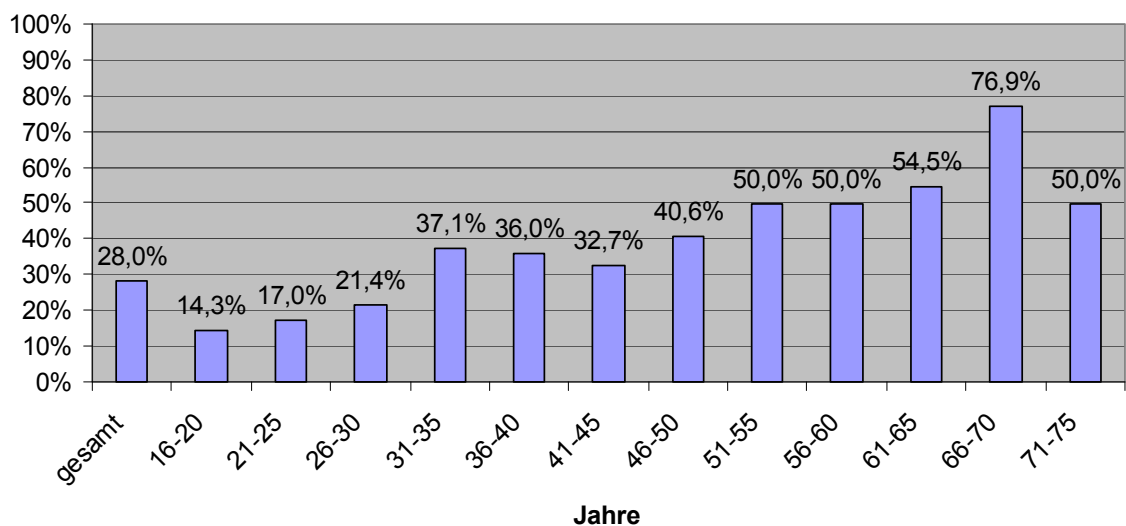


Diagramm 42: Bevorzugung von Nichtraucherlokalen in Bezug auf das Alter

3.3.3.2 Nichtraucherzone gemischter Lokale

Nichtraucherzonen werden in der Alterstufe der 66- bis 70-Jährigen und der 71- bis 75-Jährigen mit 0% am geringsten geschätzt. Größerer Beliebtheit erfreut sich dieser Lokaltyp bei den 41- bis 45-Jährigen (22,4%) und den 46- bis 50-Jährigen (25,0%). Die größte Zustimmung liegt bei den 36- bis 40-Jährigen mit 34,0% und den 31- bis 35-Jährigen (37,1%) vor.

Der Beliebtheitsgipfel für diesen Lokaltyp liegt zwischen dem 31. und dem 55. Lebensjahr, davor und danach ist die Zustimmung wesentlich geringer.

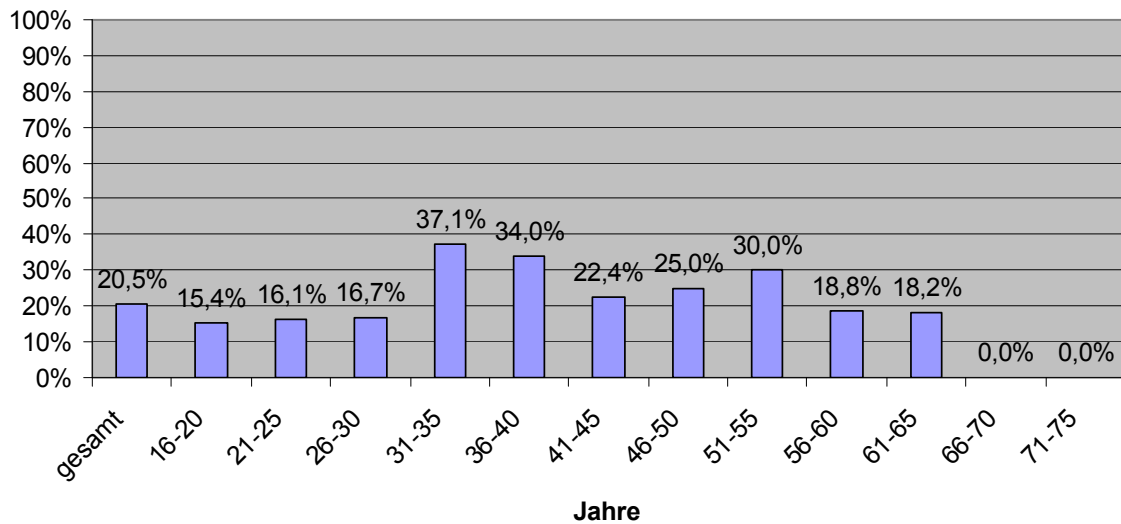


Diagramm 43: Bevorzugung von Nichtraucherzonen in Bezug auf das Alter

3.3.3.3 Raucherzone gemischter Lokale

Von der Altersgruppe der 61- bis 65-Jährigen aufwärts gab keiner der Probanden diesem Lokaltyp die Präferenz. Bei den 16- bis 20-Jährigen (7,7%) und den 21- bis 25-Jährigen (8,9%) war der Zuspruch größer.

Am beliebtesten waren die Raucherzonen bei den 41- bis 45-Jährigen (14,3%), wobei diese Quote aber auch nicht sehr hoch ist.

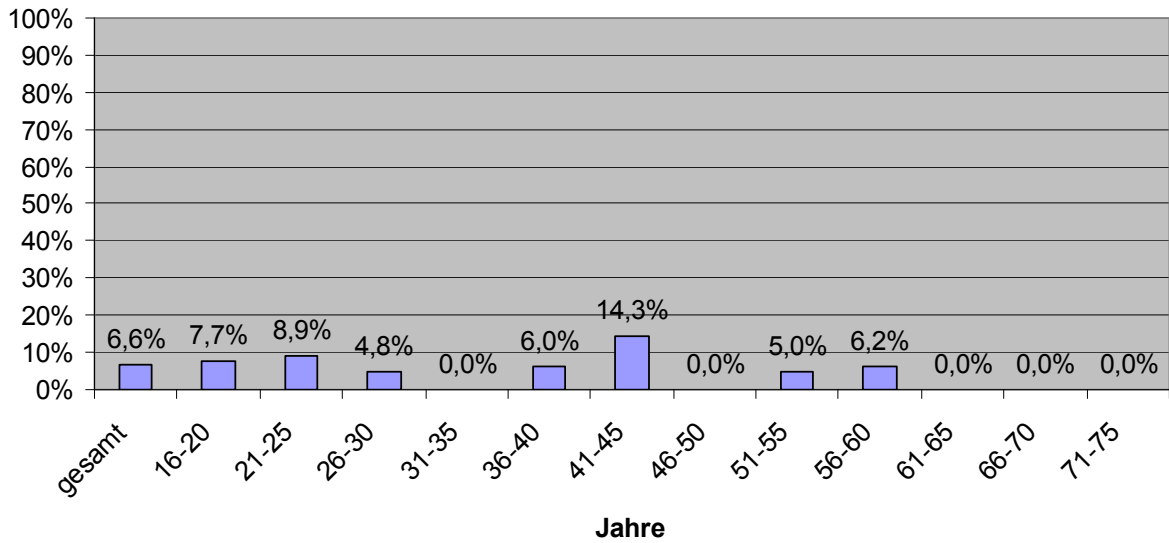


Diagramm 44: Bevorzugung der Raucherzonen in Bezug auf das Alter

3.3.3.4 Raucherlokale

Jüngere Probanden bevorzugten diesen Lokaltyp mit 19,8% in der Altersstufe der 16- bis 20-Jährigen, 19,6% der 21- bis 25-Jährigen und 16,7% der 26- bis 30-Jährigen. Probanden der verschiedenen Altersstufen zwischen dem 31. und 55. Lebensjahr gaben Werte zwischen 4,0% und 10,0% an.

Ab der Altersgruppe der 56- bis 60-Jährigen konnte keiner der Probanden einem Raucherlokal etwas abgewinnen.

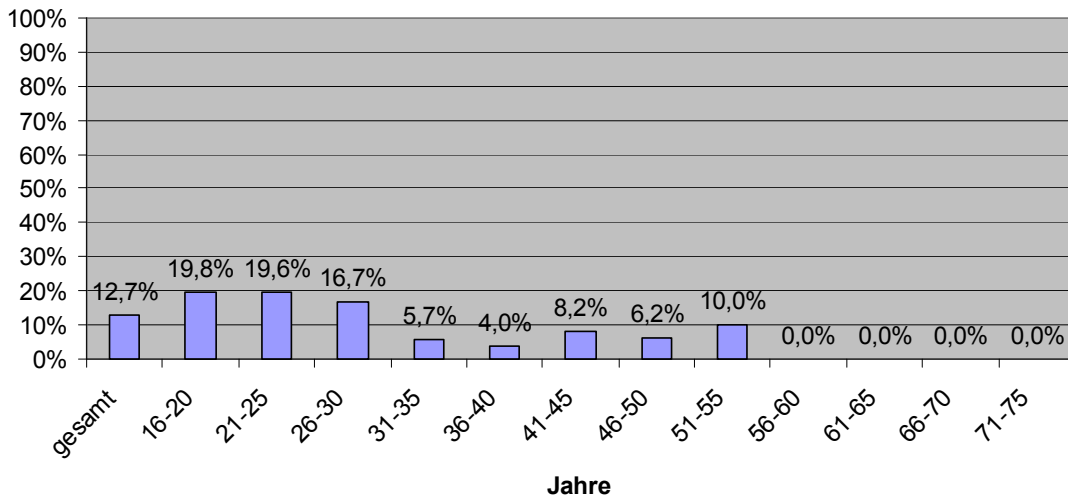


Diagramm 45: Bevorzugung der Raucherlokale in Bezug auf das Alter

3.3.3.5 Lokaltyp „egal“

In der Gesamtpopulation bekam diese Option den größten Zuspruch.

In der Altersgruppe der 26- bis 30-Jährigen gaben in der Umfrage 52,4% an, dass ihnen der besuchte Lokaltyp egal sei. Einen ähnlich hohen Anteil erreichten die 71- bis 75-Jährigen mit 50,0%.

Die 66- bis 70-Jährigen mit 23,1% und die 56- bis 60-Jährigen (31,2%) waren in der Lokalwahl am entschiedensten und wiesen damit auch den geringsten Prozentsatz unter der Option „egal“ auf.

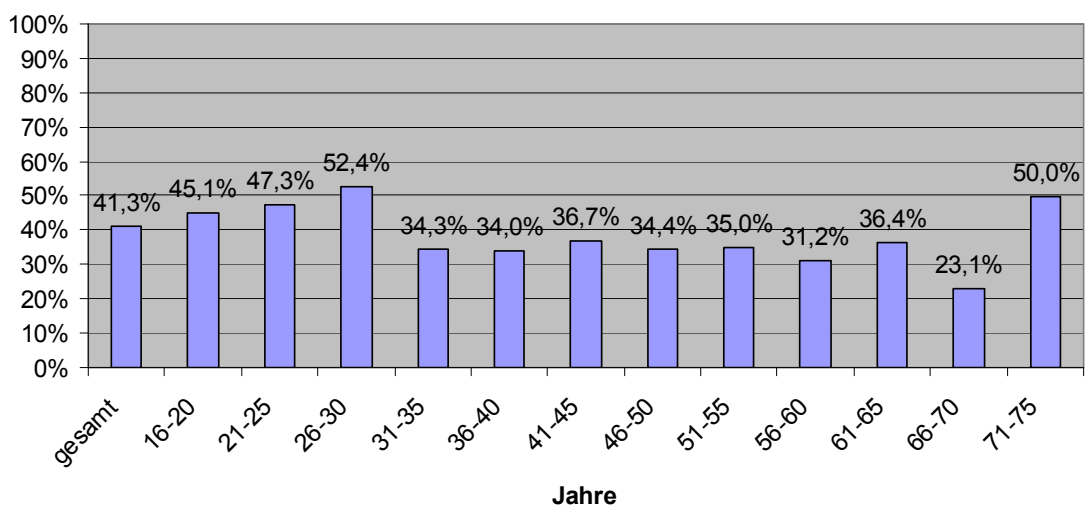


Diagramm 46: Kein bevorzugter Lokaltyp in Bezug auf das Alter

Das Diagramm stellt die Verteilung der Lokalpräferenzen in Bezug auf die verschiedenen Altersstufen dar.

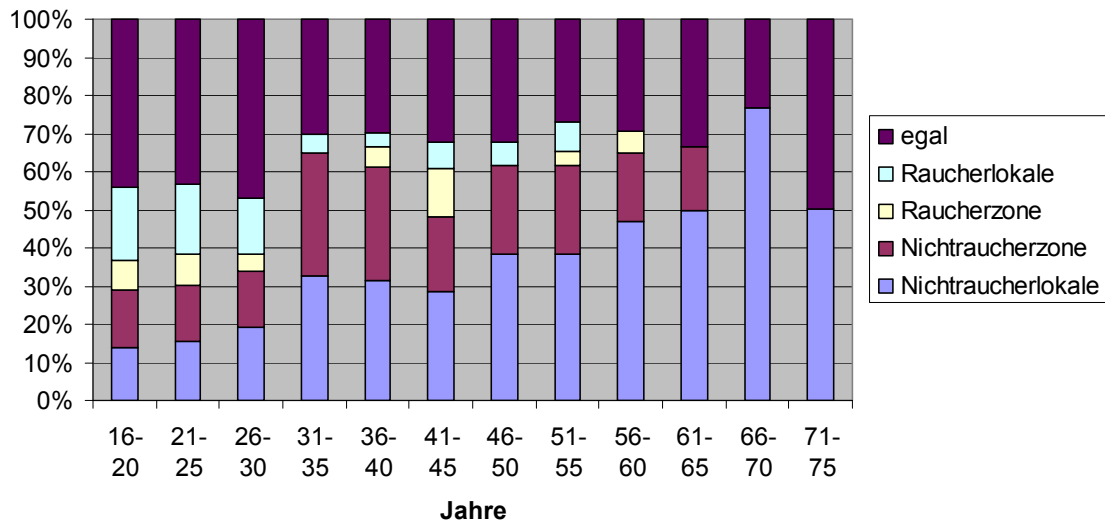


Diagramm 47: Bevorzugte Lokaltypen in den verschiedenen Altersstufen

3.4 Beurteilung der derzeitigen österreichischen Gesetzeslage

Im vierten und letzten Abschnitt des Fragebogens wurde die subjektive Einschätzung der österreichischen Gesetzeslage auch im Hinblick auf den Gesundheitsschutz erhoben.

3.4.1 Generelles Rauchverbot in Gaststätten

Zur Frage, ob die Probanden ein generelles Rauchverbot in Gaststätten befürworten würden, gaben 34 Personen (6,6%) keine Meinung ab.

319 Teilnehmer (61,6%) sprachen sich für ein generelles Rauchverbot in gastronomischen Betrieben aus. Die restlichen 165 Befragten (31,9%) konnten sich ein generelles Rauchverbot nicht vorstellen.

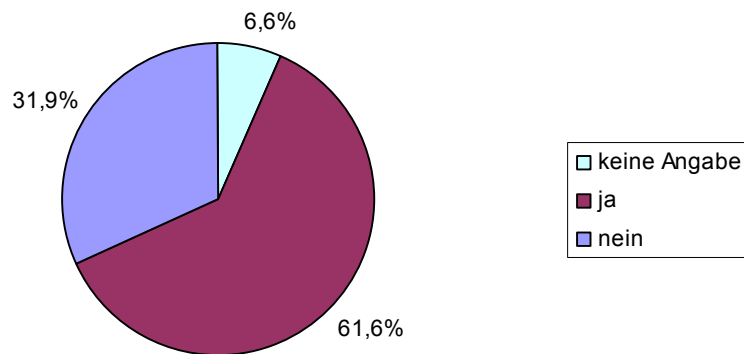


Diagramm 48: Meinung über generelles Rauchverbot im Gesamtkollektiv

3.4.1.1 Generelles Rauchverbot bezogen auf den Raucherstatus

In der Annahme, dass Personen mit unterschiedlichem Rauchverhalten auch eine unterschiedliche Meinung zu einem generellen Rauchverbot haben könnten, wurde in diesem Hinblick differenziert.

Ein generelles Rauchverbot in gastronomischen Betrieben wird von 83,9% der Nichtraucher und von 33,3% der Raucher befürwortet ($p < 0,01$).

74,0% der Exraucher würden einem generellen Rauchverbot zustimmen.

Unter starken Rauchern finden sich 24,0%, unter den Zigarrenkonsumenten 33,3% und unter den Pfeifenrauchern 40,0%, die einer völligen Verbannung des Tabakrauchs zustimmen würden.

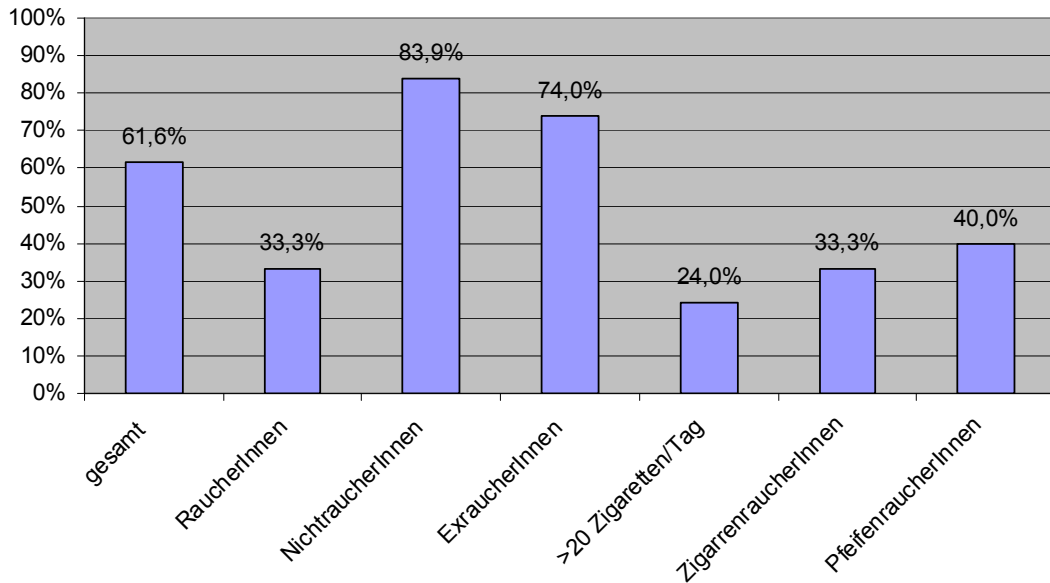


Diagramm 49: Generelles Rauchverbot bezogen auf den Raucherstatus

3.4.1.2 Generelles Rauchverbot bezogen auf den Ort der Befragung

Ein generelles Verbot hätte die größte Zustimmung bei den Befragten in Nicht-raucherlokalen (82,5%). Probanden in Raucherzonen (65,2%) und in Nicht-raucherzonen (63,4%) gaben dem generellen Rauchverbot annähernd gleich viel Zustimmung.

Die geringste Befürwortung gab es in Raucherlokalen mit 52,4% der Befragten.

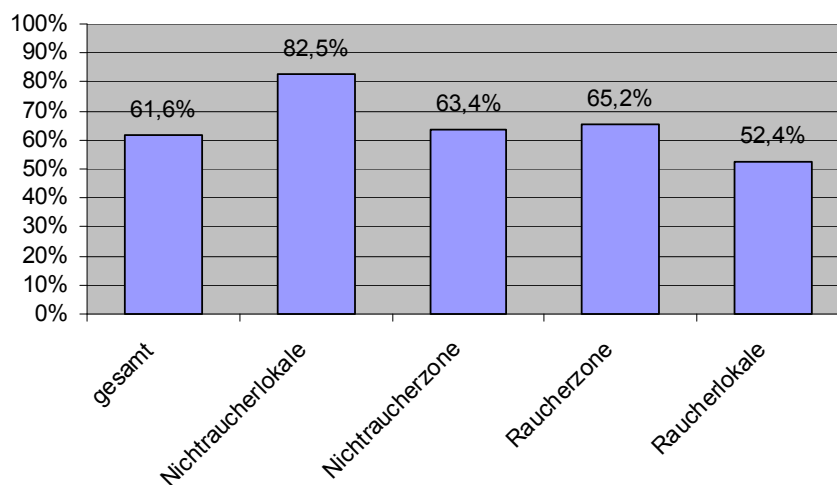


Diagramm 50: Generelles Rauchverbot bezogen auf den Ort der Befragung

3.4.1.3 Generelles Rauchverbot bezogen auf den bevorzugten Lokaltyp

Die Umfrage sollte auch herausfinden, inwiefern der Wunsch nach einem generellen Rauchverbot in der Gastronomie mit dem von den Probanden bevorzugten Lokaltyp zusammenhängt.

Personen, die Nichtraucherlokale bevorzugen, würden ein generelles Rauchverbot am meisten begrüßen (96,4%). Demgegenüber würden nur 22,6% der Befragten, die Raucherlokale präferieren, einem generellen Rauchverbot zustimmen.

Das Diagramm zeigt die Relation von Lokaltyppräferenz und Rate an Zustimmung zu einem hypothetischen generellen Rauchverbot.

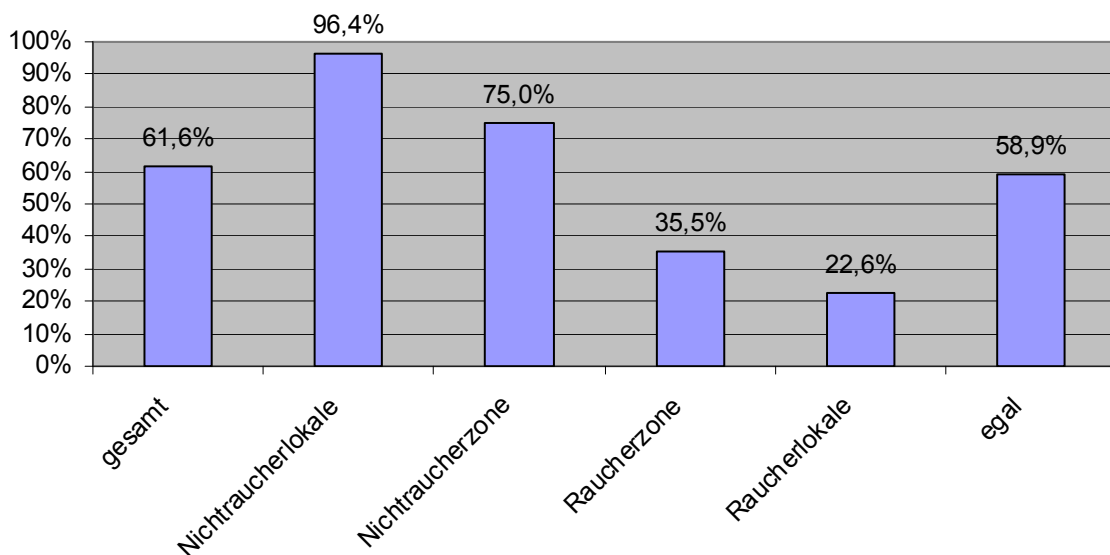


Diagramm 51: Generelles Rauchverbot bezogen auf den bevorzugten Lokaltyp

3.4.1.4 Generelles Rauchverbot in Bezug auf das Alter der Probanden

Auf Grund der Unterschiede hinsichtlich Interessen, Sichtweisen zu Lebensumständen, Risikoverhalten und eigener Gesundheit sollte die Studie auch eventuelle altersspezifische Differenzen im Hinblick auf ein hypothetisches generelles Verbot aufzeigen.

In der Altersstufe der 61- bis 65-Jährigen würden alle Befragten (100%) einem generellen Rauchverbot in der Gastronomie zustimmen. Der zweithöchste Grad an Befürwortung fand sich in der Altersgruppe der 66- bis 70-Jährigen (90,9%), gefolgt von den 56- bis 60-Jährigen (80,0%).

In jüngeren Altersgruppen würde ein generelles Rauchverbot am wenigsten begrüßt: Bei den 21- bis 25-Jährigen wären 56,2%, bei den 16- bis 20-Jährigen 58,8% und bei den 26- bis 30-Jährigen 59,0% mit einer Verbannung von Tabakrauch aus der Gastronomie einverstanden.

Danach war ein deutlicher Anstieg der Befürwortungsrate zu verzeichnen: Ab einem Alter von 31 Jahren stimmten zwischen 70,0% und 77,4% einem generellen Rauchverbot zu.

Im folgenden Diagramm sind alle teilnehmenden Altersgruppen mit dem Prozentsatz der Befürwortung angeführt.

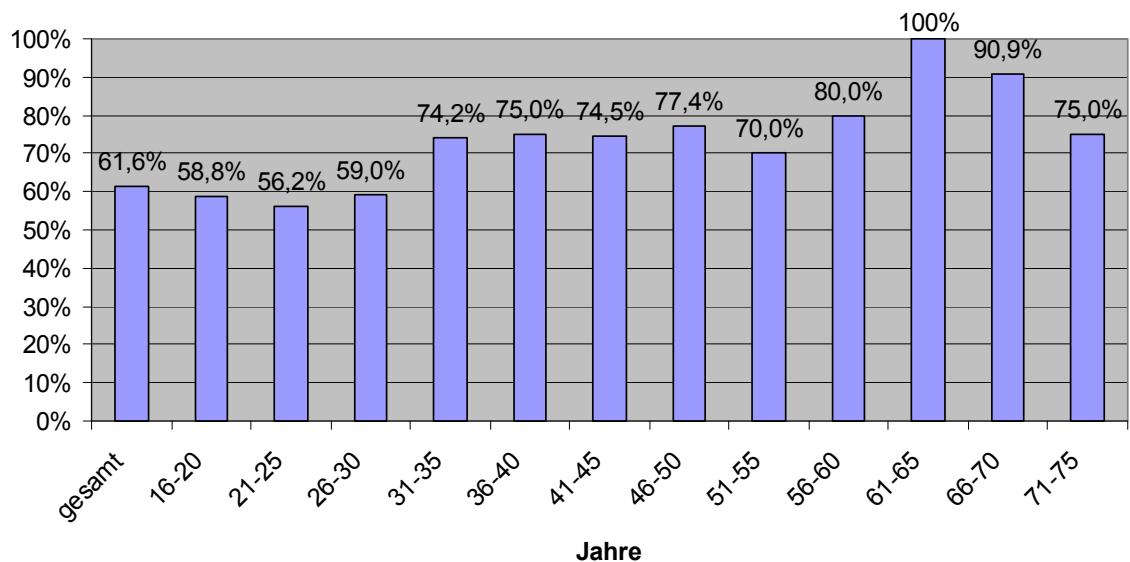


Diagramm 52: Generelles Rauchverbot bezogen auf das Alter der Probanden

3.4.1.5 Generelles Rauchverbot in Relation zu subjektiv empfundenen Störungen

Unter jenen Befragten, die sich mindestens in einer der abgefragten Qualitäten gestört fühlten, gaben 69,1% eine Zustimmung zu einem generellen Rauchverbot in Gastronomiebetrieben.

Den größten Wunsch nach einem generellen Rauchverbot äußerten Probanden mit subjektiv wahrgenommenen gesundheitlichen Problemen durch Tabakrauch (91,4%), gefolgt von jenen, die sich durch Qualm beim gemütlichen Zusammensein belästigt fühlen (89,0%). Weniger stark forderten Teilnehmer, die der Geruch in Haaren und Kleidung stört (73,3%) und jene, die sich beim Essen belästigt fühlen, eine ausnahmslose Verbannung von Rauch aus der Gastronomie.

Aus der Gruppe der Personen mit Verständnis für Raucher in Lokalen befürworteten 50,6% ein Tabakverbotsgesetz.

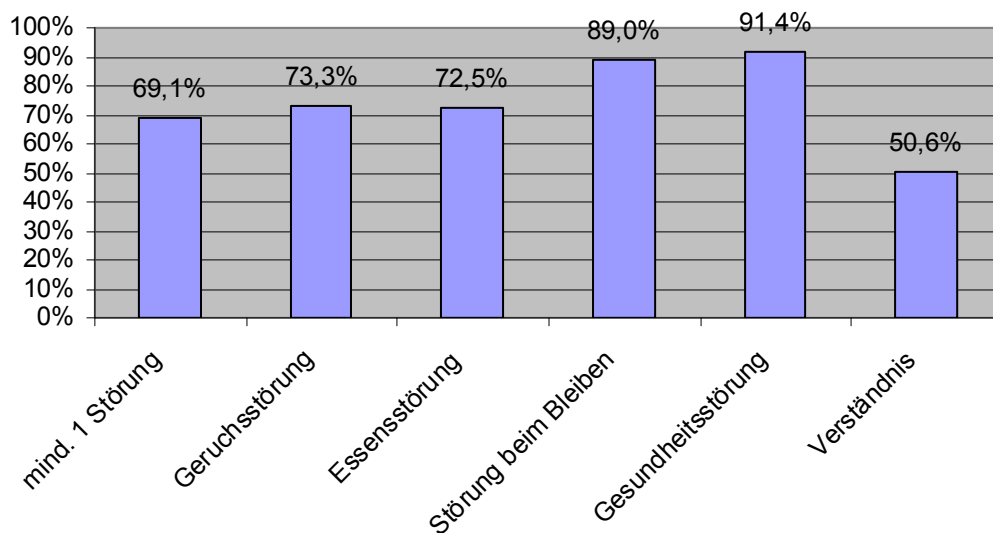


Diagramm 53: Generelles Rauchverbot in Relation zu subjektiv empfundenen Störungen

3.4.2 Schutz der Gesundheit hat Vorrang vor dem Rauchen

Die Gesundheit wird als größtes Gut des Menschen bezeichnet. Deshalb war ein Ziel der Fragebogenstudie auch herauszufinden, für wie viele Probanden der

Schutz der Gesundheit, der durch ein generelles Rauchverbot in gastronomischen Betrieben verbessert werden könnte, Vorrang vor dem „Genuss“ Rauchen hat.

In der Gesamtpopulation der Probanden gaben dem Schutz der Gesundheit 428 Teilnehmer (82,6%) Vorrang gegenüber dem Rauchen. 56 (10,8%) konnten sich dieser Meinung nicht anschließen. 34 Befragte (6,6%) machten keine Angabe.

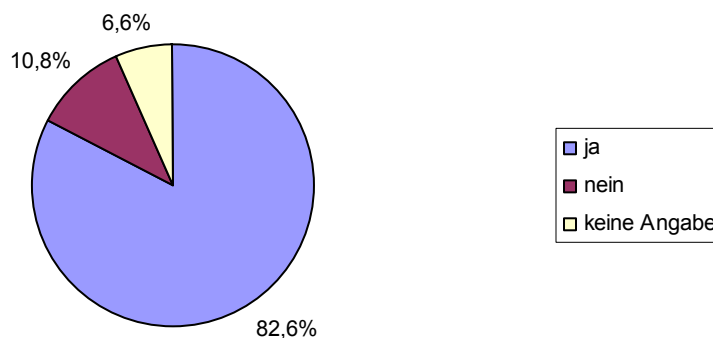


Diagramm 54: Gesundheitsschutz Vorrang vor dem Rauchen

3.4.2.1 Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes je nach Raucherstatus der Probanden

96,9% der Exraucher gaben der Gesundheit Vorrang gegenüber dem Rauchen und wiesen damit den größten Prozentsatz auf. 95,8% der Nichtraucher und 74,7% der Raucher stellten ebenfalls die Gesundheit vor das Rauchen ($p < 0,01$).

Die geringste Zustimmung fand diese Aussage bei den Zigarrenrauchern, wo lediglich 52,2% dem Gesundheitsschutz Vorrang gaben, fast gleich war der Prozentsatz bei den starken Rauchern mit 54,2%.

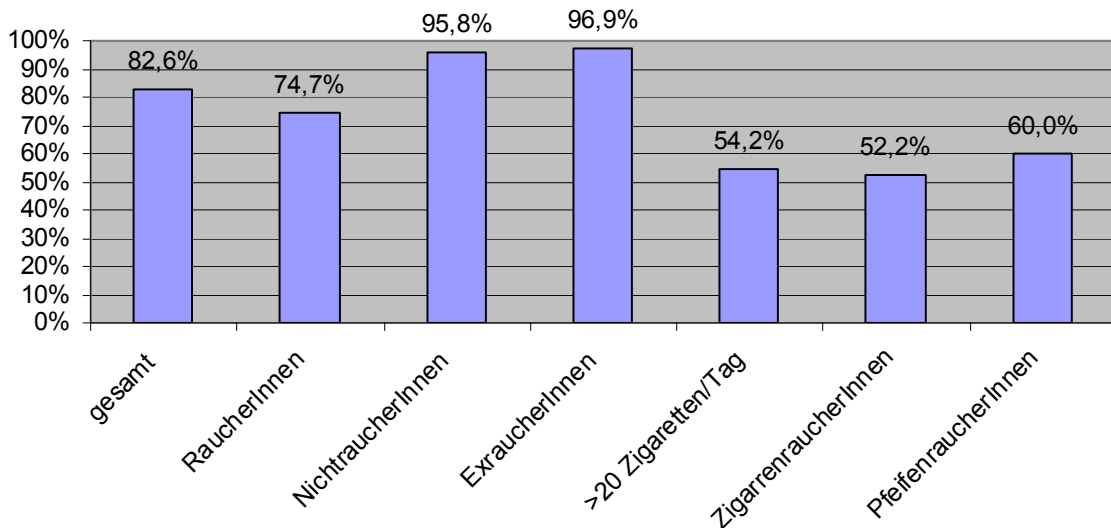


Diagramm 55: Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes je nach Raucherstatus

3.4.2.2 Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes in Relation zum Ort der Befragung

Auch hier war die vertretene Meinung abhängig vom Ort der Befragung.

Der größte Anteil an Personen, die der Protektion der Gesundheit Vorrang geben, fand sich mit 94,8% in Nichtraucherlokalen. Fast ident waren die Raten in Raucherzonen (89,9%) und Nichtraucherzonen (87,7%) gemischter Lokale. Etwas geringer war die Zustimmung der Probanden in Raucherlokalen (82,1%).

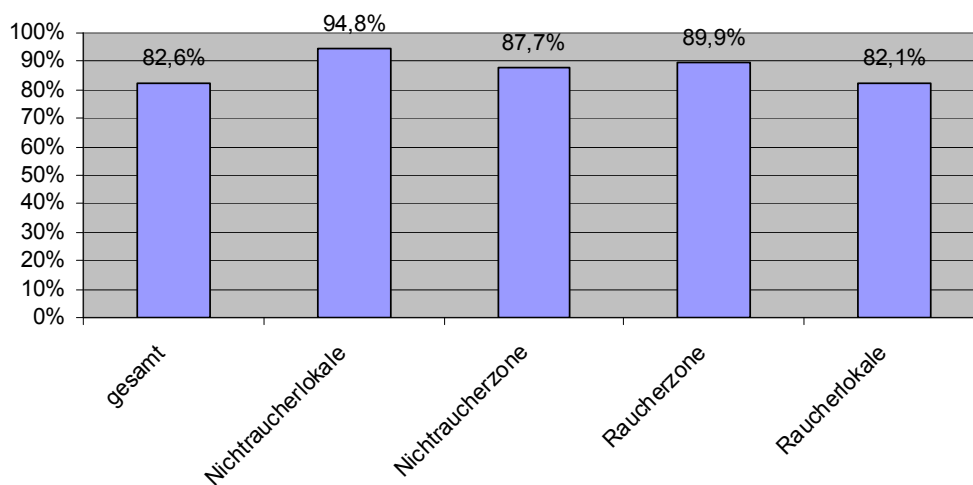


Diagramm 56: Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes in Relation zum Ort der Befragung

3.4.2.3 Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes in Relation zum bevorzugten Lokaltyp

Personen, die reine Raucherlokale bevorzugen, hatten den geringsten Anteil an Probanden, die dem Gesundheitsschutz gegenüber dem Rauchen Präferenz gaben (65,6%). Im Gegensatz dazu fanden 96,4% der Nichtraucherlokale bevorzugenden Personen und praktisch idente 96,0% der Befragten, die Nichtraucherzonen bevorzugen, diesen Schutz als wichtig.

Im unten angeführten Diagramm sind diese Werte nochmals zusammengefasst.

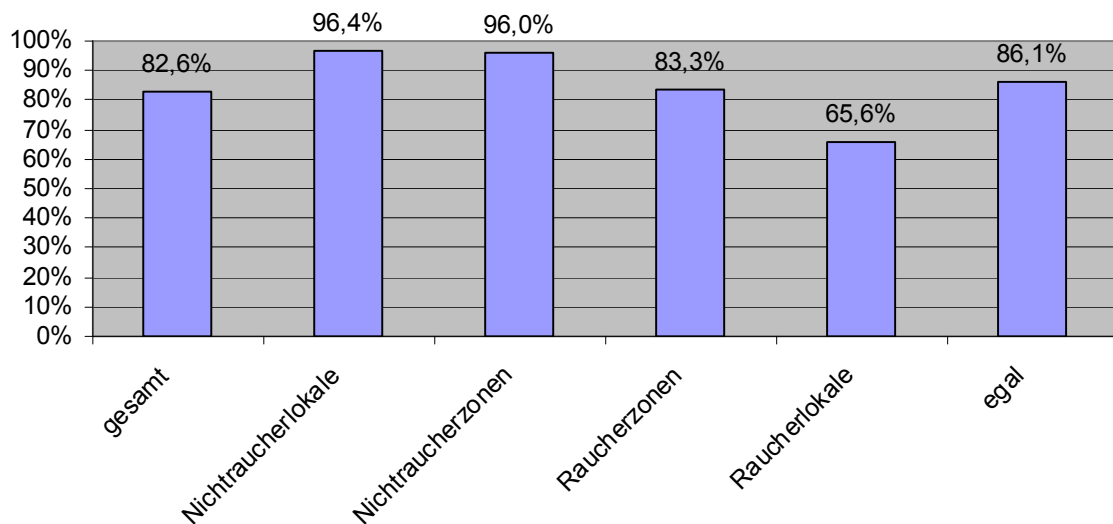


Diagramm 57: Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes in Relation zum bevorzugten Lokaltyp

3.4.2.4 Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes in Relation zum Alter der Probanden

Der Schutz der Gesundheit erhielt in jeder Altersgruppe großen Zuspruch und Vorrang gegenüber dem Rauchen.

Den geringsten Wert erreichte die Altersgruppe der 26- bis 30-Jährigen, wo immerhin auch 79,5% der Probanden den Gesundheitsschutz wichtiger als das Rauchen empfanden, gefolgt von den 16- bis 20-Jährigen (82,8%) und den 21- bis 25-Jährigen (85,0%). Andere, wie die 41- bis 45-Jährigen, die 46- bis 50-Jährigen, die 61- bis 65-Jährigen usw. erreichten Werte von 100%.

Im nachstehenden Diagramm sind die Prozentsätze je nach Altersgruppe angegeben.

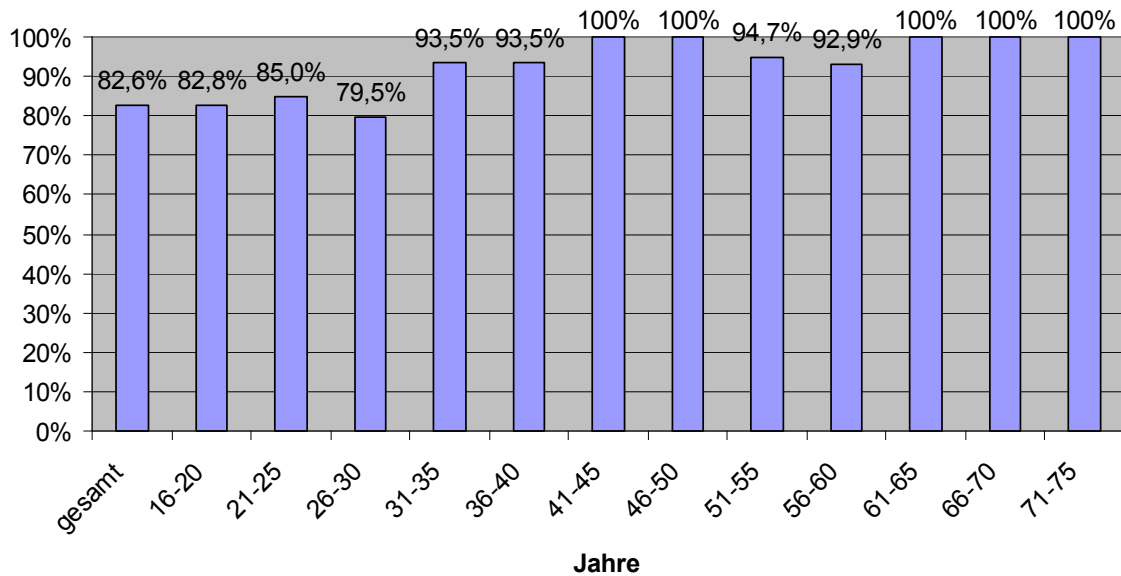


Diagramm 58: Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes in Relation zum Alter

3.4.2.5 Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes in Relation zu subjektiv empfundenen Störungen

Unter den Studienteilnehmern mit Störung in zumindest einer der abgefragten Qualitäten hielten 90,4% den Schutz der Gesundheit für wichtiger als das Rauchen.

Betrachtet man die einzelnen Qualitäten im Detail, zeigt sich, dass Personen, denen Rauch während des Beisammenseins in Lokalen unangenehm ist, zu 98,1% und dass Probanden, die gesundheitliche Probleme durch diese Belastung angaben, zu 97,8% der Gesundheit Vorrang gegenüber dem Rauchen geben.

Die übrigen Relationen von subjektiver Belästigung durch Rauchen und Einschätzung der Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes sind im folgenden Diagramm angeführt.

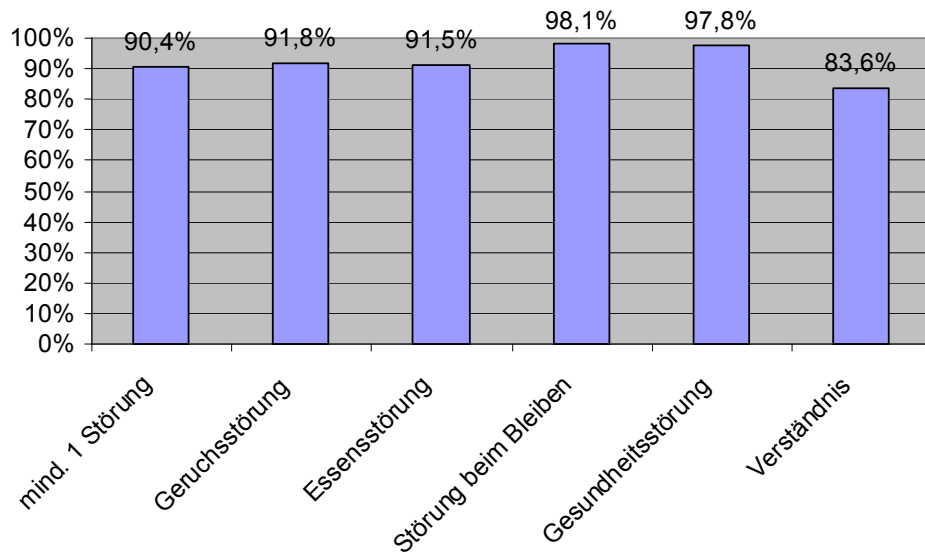


Diagramm 59: Wichtigkeit des Gesundheitsschutzes in Relation zu subjektiv empfundenen Störungen

3.4.3 Ist das österreichische „Rauchergesetz“ ausreichend?

Die letzte Frage sollte den Zufriedenheitsgrad mit der aktuellen österreichischen Gesetzeslage klären bzw. feststellen, ob aus Sicht der Befragten bezüglich Tabakgesetzgebung Handlungsbedarf besteht.

Die Frage wurde von 482 der 518 Probanden beantwortet, 6,9% der Antworten fehlten.

Eine Verschärfung des Gesetzes wünschten sich 60,0% der Befragten. 33,0% sind mit der momentanen Gesetzeslage zufrieden und wünschen sich keine weitere Einschränkung.

3.4.3.1 Beurteilung der Tabakgesetznovelle als „ausreichend“ in Relation zum Raucherstatus der Probanden

Bei den Pfeifenrauchern sah der Großteil das aktuelle „Rauchergesetz“ als ausreichend an (80,0%).

Im Kollektiv aller Raucher fanden 60,0% das aktuelle Gesetz adäquat, unter den starken Rauchern waren es 76,0% und unter den Zigarrenkonsumenten 73,1%.

Ein deutlich anderes Bild zeigte sich in den Gruppen der Exraucher, wo lediglich 22,0% keinen Handlungsbedarf sahen, und bei den Nichtrauchern, von denen sich nur 20,5% für die Beibehaltung des gegenwärtigen Gesetzes aussprachen ($p < 0,01$ gegenüber Rauchern).

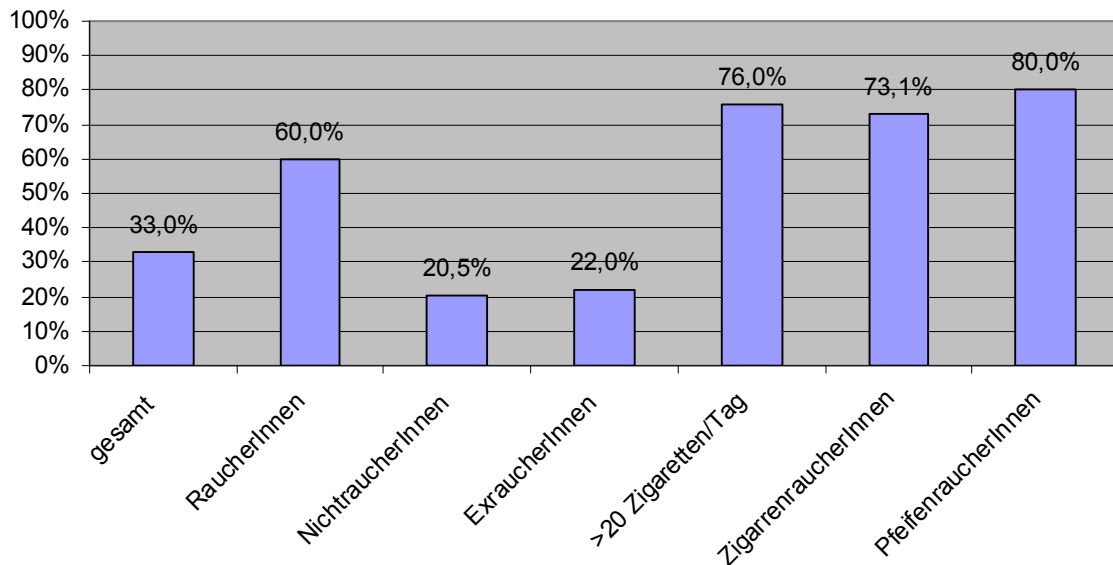


Diagramm 60: Tabakgesetznovelle „ausreichend“ in Relation zum Raucherstatus

3.4.3.2 Beurteilung der Tabakgesetznovelle als „ausreichend“ in Relation zum Ort der Befragung

Personen in Nichtraucherlokalen gaben mit 18,5% die geringste Zustimmung zum momentanen Gesetz. Höhere Zufriedenheit mit der Gesetzeslage zeigten Probanden in Raucherzonen mit 35,6% und Raucherlokalen mit 45,1%.

Mit 45,9% gaben die Befragten in Nichtraucherzonen gemischter Lokale von allen Probanden den höchsten Zufriedenheitsgrad mit dem Gesetz an.

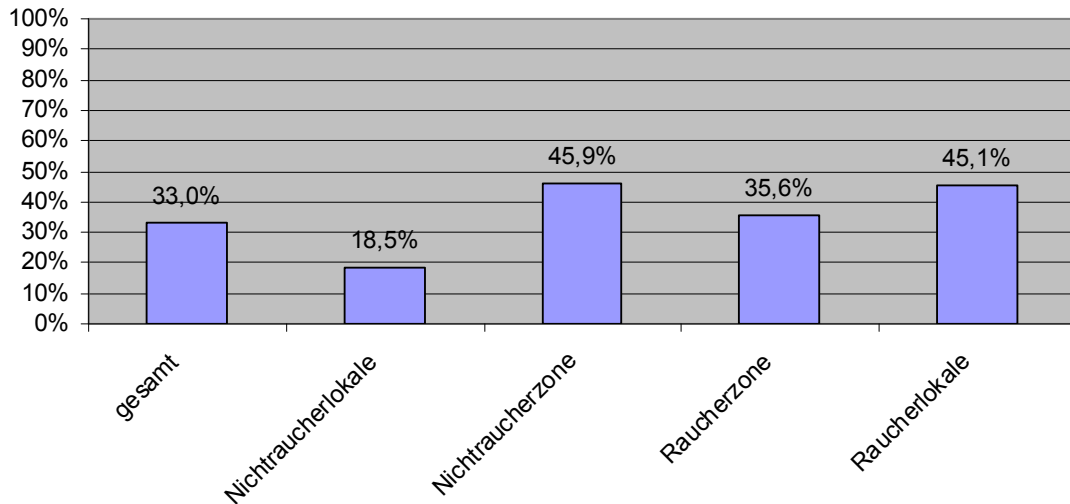


Diagramm 61: Tabakgesetznovelle „ausreichend“ in Relation zum Ort der Befragung

3.4.3.3 Beurteilung der Tabakgesetznovelle als „ausreichend“ in Relation zum bevorzugten Lokaltyp

Das mit Abstand geringste Einverständnis mit der aktuellen Gesetzeslage zeigten mit 6,3% jene Probanden, die reine Nichtraucherlokale bevorzugten.

Dagegen halten 66,2% der Teilnehmer, die Raucherlokale präferieren, das aktuelle Gesetz für ausreichend. Liebhaber von Nichtraucherzonen befürworteten die derzeitige Situation zu 31,2%, von Raucherzonen zu 58,8%.

Probanden, denen der Lokaltyp egal ist, waren zu 41,2% mit dem zur Zeit gültigen Tabakgesetz zufrieden.

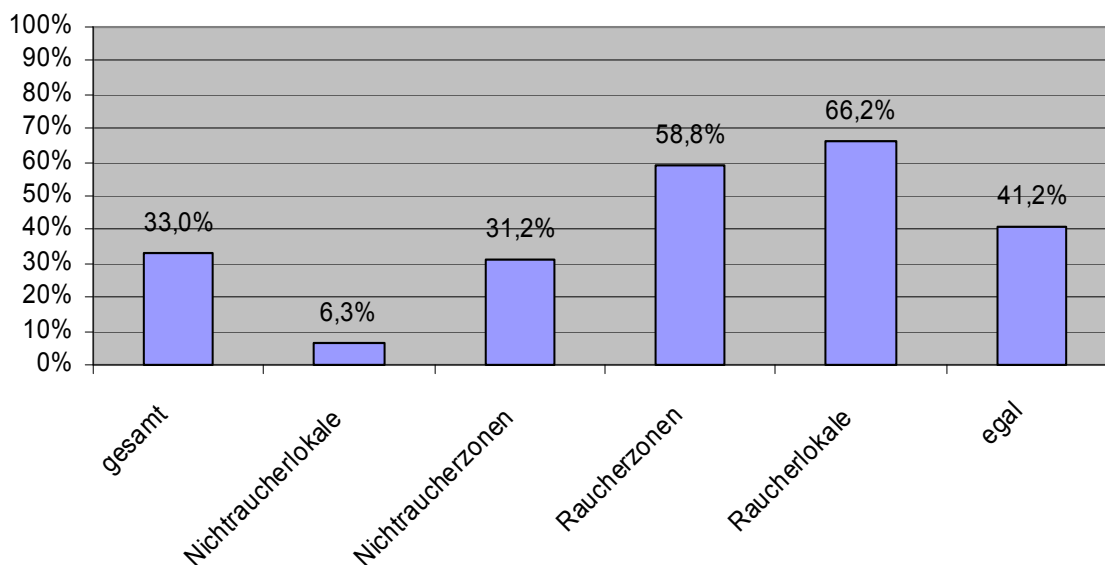


Diagramm 62: Tabakgesetznovelle „ausreichend“ in Bezug auf den bevorzugten Lokaltyp

3.4.3.4 Beurteilung der Tabakgesetznovelle als „ausreichend“ in Relation zum Alter der Probanden

Am wenigsten zufrieden mit dem gegenwärtigen Gesetz zeigten sich die Altersgruppen der 66- bis 70-Jährigen mit einer Zustimmung von lediglich 10,0% und der 61- bis 65-Jährigen mit 11,1%.

Die größten Zufriedenheitsgrade lagen in der Gruppe der 51- bis 55-Jährigen (41,2%), der 21-bis 25-Jährigen bzw. der 26- bis 30-Jährigen (jeweils 40,0%) vor.

Das Diagramm zeigt die Zustimmung zur aktuellen Gesetzeslage in Österreich differenziert nach Altersgruppen.

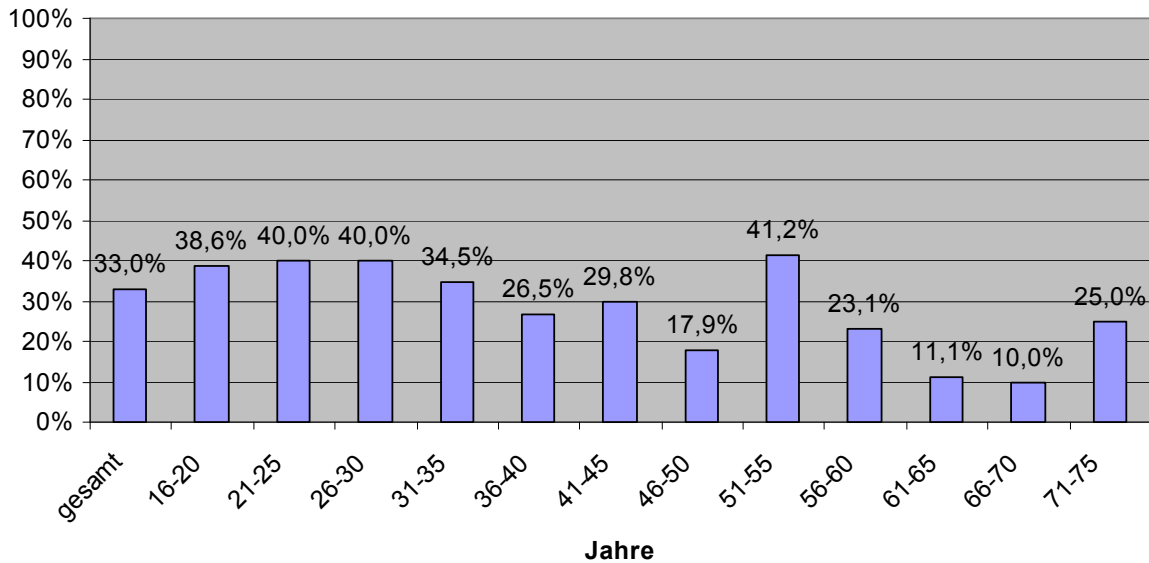


Diagramm 63: Tabakgesetznovelle „ausreichend“ in Relation zum Alter

3.4.3.5 Beurteilung der Tabakgesetznovelle als „ausreichend“ in Relation zu subjektiv empfundenen Störungen

Befragte mit einer Störung in mindestens einer Qualität zeigten sich zu 32,9% mit dem derzeitigen Gesetz zufrieden.

Ähnliche Werte erreichten jene, die sich durch den Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung (30,4%) und beim Essen gestört fühlten (29,5%).

Mit der momentanen Gesetzeslage großteils unzufrieden waren Teilnehmer mit Gesundheitsproblemen (12,4% Zufriedenheitsrate) und jene, die sich beim gemüthlichen Beisammensein belästigt fühlten (13,1% Zufriedenheitsrate).

Probanden mit Verständnis für Raucher in der Gastronomie sehen zu 48,2% das aktuelle Gesetz als ausreichend.

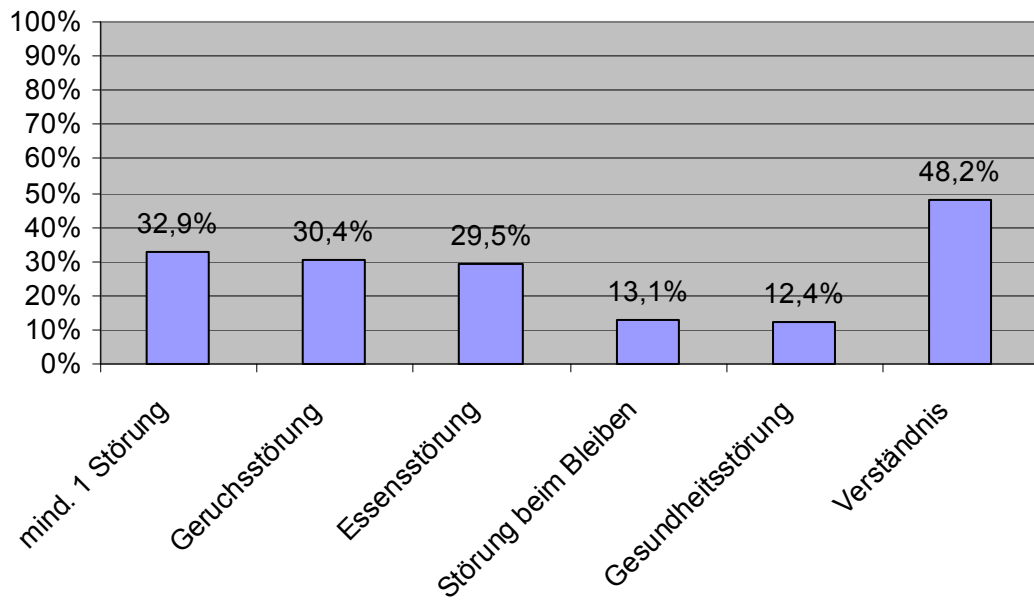


Diagramm 64: Tabakgesetznovelle „ausreichend“ in Relation zu subjektiv empfundenen Störungen

4 Diskussion

4.1 Problematik

Es ist seit langer Zeit erwiesen, dass aktives Rauchen dem menschlichen Körper schadet und zu gesundheitlichen Problemen von banalem aber lästigem Augenbrennen über Asthma bronchiale bis hin zu lebensbedrohenden Erkrankungen wie Herzinfarkt und Krebserkrankungen führen kann.

Dass negative Auswirkungen von Tabakprodukten auch bei Personen beobachtet werden können, die selbst nicht rauchen, ist eine vergleichsweise neue Erkenntnis. Heute ist klar, dass durch den passiven Konsum von Tabakrauch in verschiedenen Lebensbereichen, sei es in den eigenen vier Wänden, am Arbeitsplatz oder in Lokalen eine Gesundheitsbeeinträchtigung entstehen kann. Die gesundheitlichen Schäden durch Passivrauchen sind grundsätzlich gleich wie jene, die durch aktiven Rauchkonsum verursacht werden. Auch diese sind vom Grad der Exposition abhängig, Faktoren individueller Sensibilität spielen eine zusätzliche Rolle.

In diesem Zusammenhang scheint die Situation paradox, dass drei Viertel der österreichischen Bevölkerung (ca. 6,2 Mio. Menschen), die nicht rauchen, durch das restliche Viertel in ihrer Gesundheit geschädigt werden, und es ist durchaus berechtigt für 6,2 Millionen Österreicher mehr Schutz vor einer manifesten Gesundheitsgefährdung zu fordern.

Denn die österreichische Gesetzgebung konnte sich bis jetzt nicht zu einem vollständigen Rauchverbot in der Gastronomie, wo viele Nichtraucher viel Zeit verbringen und andere sogar ihren Arbeitsplatz haben, durchringen. Durch frühere Tabakgesetzwerke wurde zwar das Rauchen aus Schulen und öffentlichen Gebäuden („*Räumen öffentlicher Orte*“) verbannt, für ein striktes Rauchverbot in Lokalen hat aber offenbar bis jetzt der politische Wille gefehlt.

Die Gesetzeslage bezüglich öffentlicher Gebäude sieht vor, dass in „*Räumen öffentlicher Orte*“ das Rauchen in nur eigens dafür vorgesehenen und konzipierten Räumen gestattet ist. Diese Ausnahme gilt nicht für „*schulische oder andere Einrichtungen, in denen Kinder und Jugendliche beaufsichtigt, aufgenommen oder beherbergt werden*“.⁴⁹ Hier dürfen solche Räumlichkeiten nicht angeboten werden. Durch diese Gesetzeseinführung wurde zumindest ein Schritt auch in Richtung Schutz der Jugend vor Passivrauch an Schulen unternommen.

Um den Nichtraucherchutz zu erweitern, wurde im Jahre 2008 eine weitere Tabakgesetznovelle (BGBl. I Nr. 120/2008) verabschiedet, deren Inhalt mit 1. Jänner 2009 in Kraft trat. Dieses Gesetz verbietet einerseits zwar, dass in geschlossenen Räumen von Gastronomiebetrieben geraucht wird, andererseits bietet es aber für Lokalbesitzer sehr viele Ausfluchtmöglichkeiten, so dass dieses Gesetz in der Praxis hinsichtlich des Nichtraucherchutzes sehr ineffektiv ist.

So können Wirte, die über mehr als einen Gastraum verfügen, einen Raum als Raucherraum bestimmen, wenn der entstehende Rauch nicht in den Nichtraucher-raum eindringen kann. Der Hauptraum, in dem gespeist wird, muss ein Nicht-raucherraum sein. Des Weiteren darf der Raucherraum nicht mehr als 50% der Fläche, die zur Verabreichung von Speisen und Getränken vorgesehen ist, einnehmen.

Im Übrigen gilt das Rauchverbot auch nicht, wenn...

*„...1. der Raum eine Grundfläche von weniger als 50 m² aufweist, oder,
2. sofern der Raum eine Grundfläche zwischen 50 m² und 80 m² aufweist, die für eine Teilung des Raumes zur Schaffung eines gesonderten Raumes für den in Abs. 2 genannten Zweck erforderlichen baulichen Maßnahmen aufgrund einer rechtskräftigen Entscheidung der nach den bau-, feuer- oder denkmalschutzrechtlichen Vorschriften zuständigen Behörde nicht zulässig sind.“⁵⁰*

⁴⁹ Tabakgesetz, §13 Abs. 1-3

⁵⁰ BGBl. I Nr. 120/2008, § 13a Abs. 2 und 3

Dieser Gesetzgebung sind viele Diskussionen vorangegangen, auch nach der Einführung der Novelle sind sie nicht verstummt. Die Argumente der Rauchbefürworter waren und sind dabei objektiv betrachtet dürftig und leicht widerlegbar.

Daher sind die Rauchbefürworter offenbar dazu übergegangen, Umfragen in der Bevölkerung in Auftrag zu geben. Diese ergaben – erwartungsgemäß – immer wieder ein Überwiegen der positiven Stimmen. So wurde mit Unterstützung der Medien suggeriert, dass die „Österreicher mit dem Tabakgesetz zufrieden“ seien, während Klagen von Nichtrauchern, die in Nichtraucherzonen bzw. Nichtraucherlokalen durch Rauch belästigt wurden, als Einzelaktionen unverbesserlicher Querulanten diffamiert wurden.

Bei keiner der bisherigen Umfragen wurde gleichzeitig auf den Raucherstatus der Befragten, auf den Ort der Befragung (Straße, zu Hause, Geschäft, Gastronomiebetrieb und dessen Ausrichtung im Hinblick auf Rauchen), auf Alter, Geschlecht bzw. auf subjektive Wahrnehmung von Belästigungsformen durch Tabakrauch differenziert eingegangen. Die diesbezügliche Datenlage für österreichische Lokale ist damit sehr dürftig bis inexistent.

Erst durch eine derart exakte Befragung ist es jedoch möglich, die einschlägigen Argumente von rauchbefürwortenden Gastronomen zu entkräften, die z.B. behaupten, keiner ihrer Gäste könne sich ein Rauchverbot vorstellen und alle Gäste würden ausbleiben, käme ein generelles Rauchverbot.

In Kooperation mit der Klinischen Abteilung für Thoraxchirurgie der Univ.-Klinik für Chirurgie und der Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie wurde ein Fragebogen konzipiert, auf dessen Basis die genannten Fragen geklärt werden sollten.

4.2 Befragung

Die Gesamtpopulation der Umfrage stellt hinsichtlich des Raucherstatus, des Geschlechts und des Alters eine durchaus repräsentative Gruppe von Kunden gastronomischer Betriebe dar.

Die Altersstruktur der Befragten weist ein 2-gipfeliges Profil auf, mit einem Peak zwischen 20 und 30 und einem zweiten zwischen 35 und 60 Jahren, was jedoch durchaus die durchschnittliche Altersstruktur der Gäste von Kaffeehäusern und Speiselokalen widerspiegelt.

4.3 Wichtigste Erkenntnisse

Insgesamt überwogen die Nichtraucher, die rund 2/3 der Population stellten, die Raucher in der Befragungspopulation.

Überraschenderweise bezeichnete sich sogar in Raucherlokalen nur eine knappe Mehrheit der Gäste (53,1%) als Raucher, was gleichzeitig bedeutet, dass der Rest der Kunden in diesen Lokalen eine große Gruppe von Passivrauchern darstellt.

Ähnlich ist diese Situation in den Raucherzonen gemischter Lokale, wo bereits knapp die Nichtraucher überwiegen, auf die somit die gleiche Passivrauchbelastung zukommt wie in Raucherlokalen.

In den bei der Umfrage besuchten Lokalen waren die Nichtraucherzonen außerdem oft lediglich durch die Schank, eine weit offene Tür oder gar nicht von der Raucherzone abgetrennt. In letzterem Fall fanden sich die Nichtraucher praktisch in der Raucherzone wieder. Das Hinweisschild „Rauchverbot“ am Tisch kennzeichnet dabei zynischerweise eigentlich einen Nichtraucherstisch mit „gratis Rauchbelastung“.

Auch wenn der Gesetzgeber es letztlich anders vorsieht, stellt dies die Realität dar, denn die in „gemischten“ Lokalen vorgeschriebenen eigenen Abteile für

Raucher, die so abgetrennt sein sollten, dass kein Rauch in den Nichtraucherbereich gelangt, sind eher selten.

Der Vorwurf mangelnder Toleranz, dem sich die Nichtraucher so häufig ausgesetzt sehen, muss angesichts der Tatsache, dass in Raucherlokalen und Raucherzonen gut die Hälfte der Gäste Nichtraucher sind, umgekehrt aber in Nichtraucherzonen und -lokalen nur zwischen 15,5% und 23,7% der Gäste Raucher sind, sehr differenziert betrachtet werden. Außerdem bringen mehr als die Hälfte der Nichtraucher durchaus Verständnis für ihre rauchenden Mitbürger auf, obwohl nahezu 100% von ihnen sich subjektiv durch den Rauch in zumindest einer der abgefragten Qualitäten belästigt fühlen. Überspitzt könnte man formulieren, dass die toleranten Nichtraucher, die Raucherlokale frequentieren, ihre Toleranz mit Gesundheitsgefährdung abgegolten bekommen.

Lokalbesitzer sollten sich also bei ihren Überlegungen der Tatsache bewusst sein, dass sich eine große Mehrheit der Gäste (91,3%) - unabhängig vom Raucherstatus - laut unserer Umfrage zumindest in irgendeiner Weise durch Tabakrauch belästigt fühlt. Überraschenderweise beklagten sich auch 86,3% der Raucher über eine Belästigung durch Tabakrauch, was ein eindeutiges Signal ist, dass letztlich ein sehr großer Teil der Bevölkerung und nicht nur die „intoleranten“ Nichtraucher für die Verbannung von Rauch aus Lokalen zu gewinnen wäre.

Es scheint oft so, als ob sich Personen in Raucherlokalen oder Raucherzonen durch den Rauch nicht gestört fühlen, da sie ja freiwillig dort verkehren. Die gegenwärtige Studie zeigte aber ein anderes Bild:

Abgesehen von den Gästen in Nichtraucherlokalen (99,4%) und Nichtraucherzonen (96,1%), wo erwartungsgemäß viele Personen eine Belästigung durch Tabakrauch verspürten, gaben 88,7% der Gäste in Raucherlokalen und 92,6% in Raucherzonen eine Störung an. Diese Tatsache entkräftet wiederum das oben genannte Argument der Wirte, denn nimmt man eine Störung wirklich so gerne in Kauf? Oder tut man es mangels gastronomischer Alternativen?

Es wird oft behauptet, junge Leute würden den Rauch noch besser vertragen und deswegen störe es sie auch nicht von Rauch umgeben zu sein. Aber auch das widerlegt die vorliegende Studie eindeutig (siehe Kapitel 3.2.1.4), selbst wenn sich im höheren Alter noch ein höherer Prozentsatz an Störung zeigt.

Aber was ist es nun, das Gäste in gastronomischen Betrieben an Tabakrauch stört?

Im Überblick gesehen, scheint vor allem der Geruch von Tabakrauch in Haaren und Kleidung bzw. während des Essens die größte Belästigung darzustellen, wobei Nichtraucher öfter als Raucher eine solche Störung angaben. Ein Grund dafür mag auch sein, dass Raucher durch den ständigen und intensiven Kontakt mit Tabakrauch an einen gewissen Rauchgeruchspegel gewöhnt sind und diesen daher nicht als störend empfinden bzw. in kleineren Mengen gar nicht so wahrnehmen, wie es Nichtraucher tun. Diese Theorie wird auch dadurch unterstützt, dass starke Raucher in dieser Qualität die geringste Beeinträchtigung angaben. Wenn Personen wieder aufhören zu rauchen, so scheint sich der Grad der Belästigung in etwa auf das Niveau der Nichtraucher zu begeben.

Geringer beeinträchtigt (54,1%) zeigte man sich allgemein durch Rauchgeruch beim gemütlichen Beisammensein. Derzeit ist es in „gemütlichen Runden“ leider immer noch gang und gäbe, dass Raucher ohne Rücksicht auf die Nichtraucher zur Zigarette greifen bzw., dass Letztere diese aus Höflichkeit oder um der Freundschaft willen gewähren lassen. In unserem Kollektiv taten dies offenbar rund 25% der Nichtraucher. Gerade diese, offenbar in Österreich sehr ausgeprägte Komponente der Toleranz für Rauchen in gemütlicher Runde überrascht angesichts des allgemein hohen Grades subjektiv durch Passivrauch empfundener Belästigung.

Auch hier sollte man durchaus die Frage stellen dürfen, wie weit Höflichkeit gehen soll: Darf sie die eigene Gesundheit gefährden?

Das Ergebnis darf aber wiederum als Botschaft für die Gastronomie aufgefasst werden. Es wäre durchaus denkbar, dass Gäste länger bleiben und damit mehr konsumieren, wenn sie nicht durch die Rauchbelästigung vertrieben würden.

So scheint es, dass ein Umdenken in unserer Gesellschaft durchaus angebracht ist, vor allem wenn man bedenkt, dass in der Türkei seit 1. Juli 2009 ein vollständiges Rauchverbot in Lokalen herrscht. Auch das Rauchen von Wasserpfeifen ist dort in Lokalen verboten. In dieser Nation gehört das Rauchen wesentlich mehr zur Tradition als hier zu Lande und trotzdem konnte sich die Regierung dazu durchringen, ein Rauchverbot für alle öffentlichen geschlossenen Räume, in denen Menschen zusammenkommen - und dazu zählt auch die Gastronomie - einzuführen. Auch eigens eingerichtete Raucherzonen sind im Land der großen Rauchtradition nicht erlaubt.⁵¹

Wie bereits im einleitenden Kapitel genau erläutert, führt der Konsum von Rauch und Passivrauch zu vielfältigen, schweren und zum Teil irreversiblen objektivierbaren Schädigungen des menschlichen Körpers. Die Entstehung von kardiovaskulären Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Atherosklerose), von Lungenerkrankungen (z.B. COPD, Asthma, Karzinom), Krebserkrankungen, Frühgeburten, Small-for-date Geburten bis hin zu einem erhöhten Risiko für den plötzlichen Kindstod sind eindeutig mit Tabakkonsum korreliert.

Viele Menschen spüren die negative Wirkung des Rauchs auf die Gesundheit durchaus subjektiv, z.B. in Form von Reizhusten, Augenbrennen oder Atemnot, Symptome, die auch nach Verlassen eines verrauchten Lokals noch länger anhalten können. Die vorliegende Studie zeigt, dass 28,6% der Befragten derartige Gesundheitsstörungen durch Rauchexposition wahrnehmen. Vor allem Nichtraucher (39,7%) und Exraucher (32,3%) fühlen sich in ihrer Gesundheit subjektiv gestört.

Unter den Rauchern geben zwar nur 10,3% und unter den starken Rauchern nur 8,0% gesundheitliche Probleme an, dies stellt aber nur deren subjektives Empfinden dar, mit anderen Worten: Die Vermutung liegt nahe, dass sie sich entweder an diese „Problemchen“ gewöhnt haben und dass sie diese ihrer Sucht zuliebe in Kauf nehmen oder diese gar nicht mit dem Rauchkonsum in Verbindung bringen.

⁵¹ Kalnoky B. Türkei nimmt Abschied von der Wasserpfeife. Welt Online 19.07.2009

Objektiv gesehen ist die Gesundheitsbelastung für die Raucher eben infolge des Rauchkonsums nachgewiesenermaßen größer, allerdings zeigt die Studie deutlich, dass genau diese Belastung von den Rauchern offenbar negiert wird.

Subjektive Symptome durch Tabakrauchexposition werden mit steigendem Alter häufiger angegeben. Am meisten beschwerten sich die 61- bis 65-Jährigen (70,0%) und die 66- bis 70-Jährigen (54,5%), im Gegenzug dazu zeigen sich die 26- bis 30-Jährigen (16,7%) und die 21- bis 25-Jährigen (17,1%) am wenigsten beeinflusst. Dieser Trend ist vielleicht auch dadurch zu erklären, dass junge Menschen grundsätzlich noch über eine raschere Regenerationsfähigkeit verfügen als ältere und sich dadurch weniger gestört fühlen. Ältere Menschen sehen vielleicht aber auch die Gefahren des Tabakrauchs deutlicher als jüngere, die zwar über die Gefahr Bescheid wissen, diese aber trotzdem nicht richtig einschätzen können und eventuell als noch sehr entfernt und für sie nicht geltend betrachten.

Verständnis für Personen, die in gastronomischen Betrieben rauchen, begründet sich wohl auch auf gesellschaftlichen Traditionen. Auch hier spielt sicherlich mit, dass es schon immer möglich war in Lokalen zu rauchen und es nie verboten war zu qualmen, ohne Rücksicht auf andere und deren körperliche Integrität. So bringt ein zweifellos großer Anteil (66,8%) ein solches Verständnis auf, das erwartungsgemäß unter den Nichtraucher am geringsten (54,1%) und unter den Rauchern am größten ist (93,5%). Somit zeigen 6,5% der Raucher für andere Raucher, die Lokale vernebeln, kein Verständnis. Überspitzt ausgedrückt, lässt sich hier ablesen, dass der Anteil toleranten Verhaltens bei den Rauchern gegenüber Nichtrauchern deutlich geringer ausgeprägt ist, als das von Nichtrauchern gegenüber Rauchern.

Nichtraucher sehen das Rauchen als Gewohnheit, Persönlichkeitsmerkmal oder eben Sucht der Mitmenschen an und akzeptieren es daher vielfach, während Raucher ihre Tätigkeit als persönliches Recht definieren, womit sie der Auseinandersetzung mit der Frage eventuell bestehender eigener Abhängigkeit ausweichen.

Verständnis zu haben, bedeutet überraschenderweise nicht, dass man sich nicht durch Tabakrauch gestört fühlen würde, denn sogar unter jenen, die gesundheitliche Probleme angaben, zeigten 36,8% Verständnis. Dass Störung nicht parallel fehlendes Verständnis bedeutet, zeigt sich am deutlichsten darin, dass 64,6% derer, die der Geruch von Rauch in Haaren und Kleidern stört, dennoch Verständnis aufbrachten.

Es stellt sich hier allmählich die Frage, ob so viel Verständnis überhaupt angebracht sein kann. Bessere Aufklärung der Bevölkerung über die Gefahren des Passivrauchens könnte bewusstseinsfördernd dahingehend wirken, dass trotz allen Verständnisses für die Suchtkomponente des Rauchens das passive Exponiertsein von Nichtrauchern nicht mehr ohne weiteres toleriert wird. Die Komponente des Passivrauches muss vor allem bei der Rauchaufklärung in Schulen behandelt werden, da die Toleranz der Jugendlichen den Rauchern gegenüber am größten ist. Nicht selten entsteht dann aus Toleranz Akzeptanz und der eigene Raucheinstieg wird dadurch begünstigt.

Zur Zeit gibt es in Österreich 3 Lokaltypen: Raucherlokale, Nichtraucherlokale und gemischte Lokale mit Raucher- und Nichtraucherzone, wobei reine Nichtraucherlokale die mit Abstand kleinste Gruppe bilden. Diese Tatsache hat zur Folge, dass viele Nichtraucher aber auch Raucher, die lieber Nichtraucherlokale besuchen würden, in andere Lokaltypen ausweichen müssen. 41,3% der Studienteilnehmer war der Lokaltyp, in dem sie verkehren, egal. Dieser hohe Prozentsatz kommt unter anderem dadurch zu Stande, dass einige trotz Anweisung mehr als eine der genannten Möglichkeiten wählten und dann sekundär „egal“ eingetragen wurde. So gab ein nicht zu vernachlässigender Teil Nichtraucherlokalen und gleichzeitig auch Nichtraucherzonen gemischter Lokaltypen ihre Präferenz. Dies ist vermutlich Folge des mangelnden Angebots an Nichtraucherlokalen. Nichtraucher müssen dann eben in Nichtraucherzonen ausweichen, von denen viele diese Bezeichnung definitiv nicht verdienen.

Der beliebteste Lokaltyp scheint aber trotzdem generell das Nichtraucherlokal zu sein (28,0%), wobei der wahre Prozentsatz aus dem oben genannten Grund noch höher sein dürfte. Ebenfalls beliebt sind Nichtraucherzonen (20,5%), die häufig

besucht werden, wenn kein Nichtraucherlokal vorhanden ist. Wenig Anklang scheinen Raucherzonen gemischter Lokale zu finden, die von lediglich 6,6% der Befragten als präferiertes Lokal angegeben wurden. Angesichts dieser Tatsachen stellt sich natürlich die Frage, ob gemischte Lokale überhaupt sinnvoll sind, denn Nichtraucherlokale bzw. allenfalls Nichtraucherzonen erhalten eine relativ große und Raucherzonen eine sehr kleine Befürwortung. Einem Menschen, der Nichtraucherzonen bevorzugt, ist es außerdem vermutlich egal, ob das Lokal auch über eine Raucherzone verfügt, die ohnehin nur ein kleiner Prozentsatz favorisiert. Daher muss man die Existenzberechtigung von Raucherzonen, die nebenbei oft dazu führen, dass in den Nichtraucherzonen auch eine Rauchbelastung auftritt, anzweifeln.

Raucherlokale erreichten zwar einen höheren Prozentsatz an Präferenz (12,7%), lagen aber trotzdem weit hinter den Nichtraucherlokalen und -zonen. Insgesamt werden Lokale und Zonen von Lokalen, in denen geraucht werden darf, nicht einmal von einem Fünftel des befragten Kollektivs bevorzugt. Zieht man in Betracht, dass in diesem Kollektiv ein Drittel Raucher waren, wird evident, dass auch Raucher durchaus Nichtraucherleinrichtungen vorziehen würden, während Nichtraucher praktisch lückenlos die Nichtraucherleinrichtungen präferieren.

Die Personengruppe ohne Präferenzen dürfte von einem völligen Wegfallen von Raucherlokalen bzw. -zonen nicht negativ berührt werden, da sie schon jetzt ohne Vorbehalte jede Lokaltypen frequentiert.

Die Beeinträchtigung der Gesundheit durch den Tabakrauch wurde bereits diskutiert. Dementsprechend sollte der Schutz der Gesundheit Vorrang gegenüber dem Rauchgenuss haben. In der aktuellen Studie waren auch 82,6% aller Befragten dieser Meinung, aber immerhin 10,8% stellten den Genuss vor die Gesundheit. In letzterer Gruppe führt vermutlich die Nikotinabhängigkeit zu einem Negieren der potentiellen Gefahr. Bemerkenswert ist, dass auch unter den Rauchern rund $\frac{3}{4}$ der Befragten den Gesundheitsschutz wichtiger als den Genuss durch das Rauchen erachten. Der Wissensstand über die Gefahren des Rauchens scheint also relativ hoch zu sein, dieses Wissen hat aber offenbar nicht die Rauchentwöhnung zur Folge. Auffallend ist in diesem Zusammenhang, dass in der

Population, die Raucherlokale frequentiert, der Grad an Zustimmung zum Gesundheitsschutz höher ist, als in der Raucherpopulation.

Die aktuelle österreichische Gesetzeslage verbietet zwar das Rauchen in gastronomischen Betrieben, ermöglicht es jedoch den Wirten auf Grund zahlreicher Schlupflöcher de facto ungetrennte Raucher- und Nichtraucherbereiche zu betreiben. Daher scheint das Gesetz für den Nichtraucherschutz auch nicht ausreichend zu sein. Dieser Meinung waren in der durchgeführten Umfrage 60,0% aller Teilnehmer und nur 33,0% waren der Ansicht, das Gesetz wäre puncto Nichtraucherschutz ausreichend. Überraschend war der Befund, dass selbst in Raucherlokalen nur 45,1% der Befragten das momentan gültige Gesetz als ausreichend beurteilen, und sich somit die Mehrheit der dortigen Kunden eine Verschärfung wünscht.

Eine Optimierung und Verschärfung des „Rauchergesetzes“ kann aber logischerweise nur ein generelles Rauchverbot in gastronomischen Betrieben darstellen. Alles andere würde weiter komplizieren und den Gastronomen vermutlich finanziellen Schaden zufügen, der bei einem generellen Verbot – wie es sich in anderen Ländern bereits gezeigt hat – nicht eintreten würde.

Eine klare Mehrheit (61,6%) aller Befragten sprach sich für ein solches generelles Verbot, wie es bereits in vielen Ländern der EU aber auch außerhalb dieser exekutiert wird, aus. Selbst in Raucherlokalen war die Zustimmungsrate zu einem hypothetischen generellen Verbot 52,4%. Erwartungsgemäß würde ein höherer Prozentsatz der Nichtraucher (83,9%) als der Raucher (33,3%) einem völligen Rauchverbot in der Gastronomie zustimmen.

Die Frage, ob in Österreich ein generelles Rauchverbot in der Gastronomie eingeführt werden sollte, stellt sich auf der Basis der harten Daten zum Nichtraucherschutz überhaupt nicht. Andere Länder – zuletzt sogar die Türkei, die eine enorm hohe Raucherprävalenz aufweist – haben bewiesen, dass diese Maßnahme richtig ist, rasch zu einem Rückgang von Akuteinweisungen bei rauchassoziierten Erkrankungen führt und keinen wirtschaftlichen Schaden bei den Gastronomen nach sich zieht.

Die Daten aus unserer Befragung zeigen überraschend eindeutig, dass das Schielen der Politik auf Wählerstimmen in der Frage des generellen Rauchverbots offenbar in die falsche Richtung gegangen ist. Der generelle Tenor in der Bevölkerung und auch mehrheitlich bei den Rauchern geht in Richtung Rauchverbot und Gesundheitsschutz, eine Belästigung durch Passivrauch wird praktisch durchgängig von Nichtrauchern und Rauchern angegeben.

2008 sind auf Österreichs Straßen 678 Personen verstorben.⁵² Im gleichen Zeitraum ist von 1460 Toten als Folge des Passivrauchens und einem vielfachen dieser Zahl an Erkrankten auszugehen.⁵³ Immens hohe Mittel werden zur Senkung der Todesopfer im Straßenverkehr ausgegeben. Eine Eindämmung des Passivrauchs wäre dagegen durch eine simple Gesetzesänderung zu erzielen, die, wenn man unsere Daten zugrunde legt, eine hohe Akzeptanz bei der Bevölkerung hätte.

⁵² <http://oesterreich.orf.at/stories/332345/>, 25.05.2009

⁵³ <http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/10644218/842125/>, 25.05.2009

5 Literaturverzeichnis

Aktories K, Förstermann U, Hofmann F, Starke K. Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie 9. Auflage. Urban & Fischer Verlag. München 2005, S. 1053, 1055

Böcker W, Denk H, Heitz PH. Pathologie 3. Auflage. Elsevier, Urban & Fischer Verlag. München, Jena 2004, S.619

Klinke R, Silbernagl S. Lehrbuch der Physiologie 4. Auflage. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York 2003, S. 247-248

Rothenhäusler HB, Täschner KL. Kompendium praktische Psychiatrie. Springer Verlag. Wien, New York 2007, S. 188

Sadler TW. Medizinische Embryologie – Die normale menschliche Entwicklung und ihre Fehlbildungen 10. Auflage. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York 2003, S. 133

Silbernagl S, Lang F. Taschenatlas der Pathophysiologie 2. Auflage. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York 2005, S. 84

Glantz SA, Parmley WW. Passive Smoking and heart disease. Epidemiology, physiology, and biochemistry. Circulation 1991;83:1-2, 4

He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease – a meta-analysis of epidemiologic studies. N Engl J Med 1999;340:923-4

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Krebserzeugende Substanzen im Tabakrauch. Heidelberg 2009, S. 1-2

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Heidelberg 2005, S. 9-11, 20-25, 28-32

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Schutz der Kinder vor Passivrauchen, Heidelberg 2008, S. 1, 3

Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Hauptergebnisse und methodische Dokumentation; Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend; S. 35-36, 38, 179-180, 182

VIVID, Fachstelle für Suchtprävention (Hrsg.): Factsheet 1 – Rauchen. Hintergründe und steirische Fakten, Graz 2008, S. 2

Download vom 22.04.2009 von:

http://www.rauchfrei-dabei.at/_pdf/48ac3e473d605.pdf

VIVID, Fachstelle für Suchtprävention (Hrsg.): Factsheet 2 – Nichtraucherchutz. Hintergründe und steirische Fakten, Graz 2008, S. 1

Download vom 22.04.2009 von:

http://www.rauchfrei-dabei.at/_pdf/47d93d7fd9999.pdf

Kalnoky B. Türkei nimmt Abschied von der Wasserpfeife. Welt Online 19.07.2009

Download vom 25.07.2009 von:

<http://www.welt.de/vermishtes/article4146623/Tuerkei-nimmt-Abschied-von-der-Wasserpfeife.html>

Passivrauch – tödliche Gefahr. Download vom 19.03.2009 von:

http://www.krebshilfe.net/pdf/news/Presstext_allgemein_PK_Passivrauch.pdf

Nichtraucherschutz in der Gastronomie. Download vom 18.03.2009 von:

http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/9/9/8/CH0756/CMS1157723700705/informationsblatt__nichtraucherschutz_in_der_gastronomie__gz_22180_0086-iii_b_6_2008.pdf

<http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/10644218/842125/>, 25.05.2009

http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_smoking_bans, 02.06.2009

<http://oesterreich.orf.at/stories/332345/>, 25.05.2009

<http://steiermark.orf.at/stories/361680/>, 29.05.2009

Bundesgesetzblatt (BGBl.) I Nr. 120/2008, § 13a Abs. 1-5; § 13b Abs. 1-5; § 13c Abs. 2; § 14 Abs. 4 und 5

Tabakgesetz, § 13 Abs. 1-3

6 Anhang

Inhalt des Anhangs:

- Fragebogen
- Bundesgesetzblatt (BGBl. I Nr. 120/2008)
- Lebenslauf

Rauchen in der Gastronomie

Umfrage der Medizinischen Universität Graz

Sehr geehrter Gast!

Das „Rauchergesetz“ hat einige Aufregung mit sich gebracht. Über die tatsächliche Meinung der Kundschaft von Gaststätten ist bis jetzt erstaunlich wenig bekannt. Die Medizinische Universität Graz unternimmt daher eine Umfrage zur Zufriedenheit von Rauchern und Nichtrauchern mit der aktuellen Gesetzeslage.

Die Umfrage ist anonym (vertraulich). Die Daten werden wissenschaftlich ausgewertet. Für Ihre Teilnahme wären wir Ihnen dankbar!

Ich bin männlich: Ich bin weiblich: Ich bin Jahre alt.

Ich bin Nichtraucher: Ich habe früher geraucht:

Ich rauche mehr als 20 Zig./Tag weniger als 20 Zig./Tag

Ich rauche Zigarren Ich rauche Pfeife

Belästigung durch Tabakrauch:

Der Geruch von Zigarettenrauch in Haaren und Kleidern stört mich. ja nein

Zigarettenrauch während des Essens stört mich. ja nein

Wenn ich gemütlich länger im Lokal bleiben möchte, stört mich Zigarettenrauch. ja nein

Zigarettenrauch vertrage ich nicht, macht mir gesundheitl. Probleme. ja nein

Ich habe Verständnis für Menschen, die in Gaststätten rauchen wollen. ja nein

Wenn ich ausgehe, bevorzuge ich:

Nichtraucherlokale

Die Nichtraucherzone von Lokalen mit Trennung Raucher/Nichtraucherbereich

Die Raucherzone von Lokalen mit Trennung Raucher/Nichtraucherbereich

Raucherlokale

Mir ist der Lokaltyp (Raucherlokal/Nichtraucherlokal) egal

Zur österreichischen Gesetzeslage:

In Gaststätten sollte – wie in vielen anderen Ländern auch – generell Rauchverbot herrschen. ja nein

Der Schutz der Gesundheit sollte Vorrang vor dem Rauchen haben. ja nein

Das österreichische Gesetz zur Eindämmung des Zigarettenrauchens ist ausreichend. ja nein

Danke, dass Sie an unserer Umfrage teilgenommen haben!



BUNDESGESETZBLATT

FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 2008

Ausgegeben am 11. August 2008

Teil I

120. Bundesgesetz: Änderung des Tabakgesetzes, des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes und des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes
(NR: GP XXIII RV 610 AB 656 S. 67. BR: AB 7994 S. 759.)

120. Bundesgesetz, mit dem das Tabakgesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz und das Bauern-Sozialversicherungsgesetz geändert werden

Der Nationalrat hat beschlossen:

Inhaltsverzeichnis

Artikel	Gegenstand
I	Änderung des Tabakgesetzes
II	Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes
III	Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes
IV	Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes

Artikel I

Änderung des Bundesgesetzes, mit dem das Bundesgesetz über das Herstellen und das In-Verkehrbringen von Tabakerzeugnissen sowie die Werbung für Tabakerzeugnisse und den Nichtraucherchutz (Tabakgesetz) geändert wird

Das Bundesgesetz über das Herstellen und das In-Verkehrbringen von Tabakerzeugnissen sowie die Werbung für Tabakerzeugnisse und den Nichtraucherchutz (Tabakgesetz), BGBl. Nr. 431/1995, zuletzt geändert durch die Bundesgesetze BGBl. I Nr. 6/2007 und 105/2007, wird wie folgt geändert:

1. § 2 Abs. 4 erster Satz lautet:

„Die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend wird im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen ermächtigt, im Interesse der Tabakprävention zur Sicherstellung eines Mindestpreisniveaus den Mindestkleinverkaufspreis für Tabakerzeugnisse durch Verordnung festzusetzen.“

2. § 3 Abs. 1 lautet:

„(1) Wenn es zum Schutz der Verbraucher vor vermeidbaren Gesundheitsschädigungen erforderlich ist, hat die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend unter Bedachtnahme auf den jeweiligen Stand der Wissenschaft und Technologie durch Verordnung zu bestimmen,

1. welche Zusätze und Hilfsstoffe für die Herstellung von Tabakerzeugnissen, für welchen Verwendungszweck, in welcher Höchstmenge unter Zugrundelegung welcher Reinheitsanforderungen ausschließlich zugelassen sind,
2. welche Geruchs- und Geschmacksstoffe bei der Herstellung von Tabakerzeugnissen nicht oder nur bis zu welchen Höchstmengen verwendet werden dürfen, und
3. welche Höchstmengen an Rückständen von Pflanzenschutz- und Vorratsschutzmitteln in Tabakerzeugnissen enthalten sein dürfen.“

3. Die Überschrift vor § 4a lautet:

„Angabe des Kondensat- (Teer-), Nikotin- und Kohlenmonoxidgehalts“

4. § 4b lautet:

„§ 4b. Die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend hat unter Bedachtnahme auf den jeweiligen Stand der Wissenschaft und Technologie durch Verordnung geeignete Verfahren zur Messung und Kontrolle des Kondensat-(Teer-), Nikotin- und Kohlenmonoxidgehalts bezüglich der in § 4 festgesetzten Höchstmengen und der gemäß § 4a anzugebenden Mengen vorzuschreiben.“

5. § 5 Abs. 2 Z 10 lautet:

„10. Hier finden Sie Hilfe, wenn Sie das Rauchen aufgeben möchten: Kontaktieren Sie das Rauchertelefon (0810 810 013 oder www.rauchertelefon.at). Befragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.“

6. § 7 Abs. 2 lautet:

„(2) Die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend kann bei Bedarf auf Grund dieses Gesetzes weitere Kennzeichnungen von Tabakerzeugnissen durch Verordnung festsetzen.“

7. § 8 lautet:

„§ 8. (1) Wer als Hersteller oder Importeur Tabakerzeugnisse im Bundesgebiet in Verkehr bringt, hat längstens bis zum 15. März jeden Jahres dem Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend eine nach Markennamen und Art gegliederte Liste aller Inhaltsstoffe, die bei der Herstellung dieser Tabakerzeugnisse verwendet werden, und ihrer Mengen zu übermitteln.

(2) Werden Tabakerzeugnisse im Bundesgebiet unter Lizenz oder über Auftrag ohne Verantwortung des Herstellers für die Spezifikation bezüglich der verwendeten Inhaltsstoffe hergestellt, kann die Übermittlung der Liste nach Abs. 1 durch den Lizenz- oder Auftraggeber erfolgen. Der Hersteller ist in diesem Falle nur dann von seiner Pflicht nach Abs. 1 entbunden, wenn er der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend eine schriftliche Einverständniserklärung des Lizenz- oder Auftraggebers zur Übernahme dieser Verpflichtung vorlegt.

(3) Abs. 2 gilt auch für Importeure, die nicht in den Herstellungsprozess eingebunden waren, oder die in den Herstellungsprozess im Ausland unter Lizenz oder über Auftrag ohne Verantwortung des Herstellers für die Spezifikation der verwendeten Inhaltsstoffe eingebunden waren.

(4) Der Liste gemäß Abs. 1 ist eine Erklärung beizufügen, in der die Gründe für die Verwendung jedes Inhaltsstoffes erläutert werden. In dieser Erklärung sind Funktion und Kategorie des Inhaltsstoffes anzugeben. Ferner sind toxikologische und sonstige Daten beizufügen, die dem Hersteller oder Importeur über diesen Inhaltsstoff - je nachdem in verbrannter oder unverbrannter Form - vorliegen, insbesondere hinsichtlich seiner gesundheitlichen Auswirkungen und unter dem Gesichtspunkt jedweder süchtig machenden Wirkung. Die Inhaltsstoffe sind nach ihrem Gewicht in absteigender Reihenfolge aufzulisten.

(5) Der Liste gemäß Abs. 1 ist weiters ein Verzeichnis des auf den Packungen angegebenen Kondensat- (Teer-), Nikotin- und Kohlenmonoxidgehalts jener Zigaretten beizufügen, die im vergangenen Jahr durch den betreffenden Hersteller oder Importeur in Verkehr gebracht worden sind.

(6) Die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend hat unter Bedachtnahme auf allfällige Geschäftsgeheimnisse der Hersteller oder Importeure durch Verordnung festzusetzen, in welchem Umfang und welcher Form die Daten gemäß Abs. 1 bis 5 zu übermitteln sind und veröffentlicht werden.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend ist ermächtigt, die nach Abs. 1 bis 5 übermittelten Daten

1. an die Europäische Kommission weiterzuleiten,
2. unter Wahrung der darin enthaltenen Geschäftsgeheimnisse
 - a) für Zwecke der statistischen Auswertung und Analyse zu verwenden,
 - b) zu veröffentlichen.“

8. § 9 Abs. 1 und 2 lautet:

„(1) Die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend hat die Einhaltung der §§ 3 bis 7 und der auf ihrer Grundlage erlassenen Verordnungen zu überwachen.

(2) Zur Durchführung des Ermittlungsverfahrens hat sich die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend besonders geschulter Organe als Aufsichtsorgane zu bedienen. Diese Schulung hat

insbesondere die einschlägigen Gebiete der Warenkunde und die einschlägigen Rechtsvorschriften zu umfassen.“

9. § 9 Abs. 6 lautet:

„(6) Eine gemäß Abs. 3 entnommene Probe ist, soweit dies ihrer Natur nach möglich ist und hierdurch nicht ihre einwandfreie Beurteilung gefährdet wird, in drei gleiche Teile zu teilen, die amtlich zu verschließen sind. Ein Teil der Probe ist, soweit dies zur Durchführung eines ordnungsgemäßen Ermittlungsverfahrens erforderlich ist, der amtlichen Prüfung zuzuführen, ein Teil verbleibt als Rückstellmuster beim Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, der dritte Teil ist dem Betriebsinhaber zu Beweis Zwecken als Gegenprobe zurückzulassen. Dem Betriebsinhaber ist eine Bestätigung über die Probeentnahme auszufolgen. Diese Bestätigung ist gebührenfrei.“

10. § 10 lautet:

„§ 10. (1) Gemäß § 9 entnommene Proben sind, soweit dies zur Durchführung eines ordnungsgemäßen Ermittlungsverfahrens erforderlich ist, darauf zu untersuchen, ob

1. sie den §§ 3, 4 und 4a dieses Bundesgesetzes und den auf ihrer Grundlage erlassenen Verordnungen entsprechen,
2. bei der Herstellung der gemäß § 4b erlassenen Verordnung entsprochen wurde, und
3. die Packungen der Tabakerzeugnisse den Erfordernissen des § 5 entsprechen.

(2) Die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend hat mit der Untersuchung und Begutachtung von Tabakerzeugnissen gemäß Abs. 1

1. inländische Prüf- und Überwachungsstellen, die gemäß Akkreditierungsgesetz, BGBl. Nr. 468/1992, in der geltenden Fassung, hierfür akkreditiert sind, oder
2. vergleichbare inländische oder ausländische Einrichtungen, die jene Anforderungen erfüllen, die der ISO 17025:2005 entsprechen,

zu beauftragen.“

11. § 11 Abs. 5 lautet:

„(5) Werbung gemäß Abs. 4 Z 4 ist mit deutlich lesbarem Warnhinweis gemäß § 5 Abs. 1 oder 2 in schwarzer Schrift und auf weißem Hintergrund in Gesamtgröße von 10 % des jeweiligen Werbemittels zu versehen, der die Gesundheitsschädlichkeit des Tabakkonsums zu beinhalten hat.“

12. § 11 Abs. 5 Z 1 entfällt. Die Ziffern 2 bis 8 erhalten die Bezeichnungen 1 bis 7.

13. Die Überschrift vor § 12 lautet:

„Nichtraucherschutz in Räumen für Unterrichts- und Fortbildungszwecke sowie für schulsportliche Betätigung“

14. Vor § 13 wird folgende Überschrift eingefügt:

„Nichtraucherschutz in Räumen öffentlicher Orte“

15. § 13 Abs. 1 lautet:

„(1) Unbeschadet arbeitsrechtlicher Bestimmungen und der Regelung des § 12 gilt, soweit Abs. 2 und § 13a nicht anderes bestimmen, Rauchverbot in Räumen öffentlicher Orte.“

16. § 13 Abs. 3 lautet:

„(3) Die Ausnahme des Abs. 2 gilt nicht für schulische oder andere Einrichtungen, in denen Kinder oder Jugendliche beaufsichtigt, aufgenommen oder beherbergt werden.“

17. § 13 Abs. 4 lautet:

„(4) Abs. 1 gilt nicht für Tabaktrafiken.“

18. Nach § 13a wird ein neuer § 13b eingefügt. Die §§ 13a und 13b samt Überschriften lauten:

„Nichtraucherschutz in Räumen der Gastronomie“

§ 13a. (1) Unbeschadet arbeitsrechtlicher Bestimmungen und der §§ 12 und 13 gilt Rauchverbot in den der Verabreichung von Speisen oder Getränken an Gäste dienenden Räumen

1. der Betriebe des Gastgewerbes gemäß § 111 Abs. 1 Z 2 der Gewerbeordnung 1994 (GewO), BGBl. Nr. 194/1994, in der geltenden Fassung,

2. der Betriebe des Gastgewerbes mit einer Berechtigung zur Beherbergung von Gästen gemäß § 111 Abs. 1 Z 1 oder Abs. 2 Z 2 oder 4 der GewO,
3. der Betriebe gemäß § 2 Abs. 9 oder § 111 Abs. 2 Z 3 oder 5 der GewO.

(2) Als Ausnahme vom Verbot des Abs. 1 können in Betrieben, die über mehr als eine für die Verabreichung von Speisen oder Getränken an Gäste geeignete Räumlichkeit verfügen, Räume bezeichnet werden, in denen das Rauchen gestattet ist, wenn gewährleistet ist, dass der Tabakrauch nicht in die mit Rauchverbot belegten Räumlichkeiten dringt und das Rauchverbot dadurch nicht umgangen wird. Es muss jedoch der für die Verabreichung von Speisen oder Getränken vorgesehene Hauptraum vom Rauchverbot umfasst sein, und es darf nicht mehr als die Hälfte der für die Verabreichung von Speisen oder Getränken vorgesehenen Verabreichungsplätze in Räumen gelegen sein, in denen das Rauchen gestattet wird.

(3) Das Rauchverbot gemäß Abs. 1 gilt ferner nicht, wenn nur ein für die Verabreichung von Speisen oder Getränken an Gäste geeigneter Raum zur Verfügung steht, und

1. der Raum eine Grundfläche von weniger als 50m² aufweist, oder,
2. sofern der Raum eine Grundfläche zwischen 50m² und 80m² aufweist, die für eine Teilung des Raumes zur Schaffung eines gesonderten Raumes für den im Abs. 2 genannten Zweck erforderlichen baulichen Maßnahmen aufgrund einer rechtskräftigen Entscheidung der nach den bau-, feuer- oder denkmalschutzrechtlichen Vorschriften zuständigen Behörde nicht zulässig sind.

(4) Das Rauchen darf jedoch auch in Räumen, in denen das Rauchverbot gemäß Abs. 1 nicht gilt, nur gestattet werden, wenn für den Betrieb ein Kollektivvertrag gilt, wonach

1. ein nicht dem Betrieblichen Mitarbeiter- und Selbständigenvorsorgegesetz (BMSVG), BGBl. I Nr. 100/2002, in der jeweils geltenden Fassung, unterliegender Arbeitnehmer Anspruch auf Abfertigung im gesetzlichen Ausmaß hat, wenn er sein Arbeitsverhältnis wegen der Belastung durch die Einwirkung des Passivrauchens kündigt, und
2. die notwendige Zeit zum Besuch von diagnostischen Maßnahmen sowie Untersuchungen im Zusammenhang mit Passivrauchen am Arbeitsplatz zu gewähren ist, und
3. gesundheitsfördernde Maßnahmen im Zusammenhang mit Passivrauchen am Arbeitsplatz im Einvernehmen zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber festzulegen sind, und,
4. im Falle, dass der Betrieb über Räume verfügt, in denen Rauchverbot gilt oder das Rauchen vom Inhaber nicht gestattet wird, die Ausbildung oder Beschäftigung Jugendlicher überwiegend in jenen Räumen zu erfolgen hat, in denen nicht geraucht werden darf.

(5) Werdende Mütter dürfen in Räumen, in denen sie der Einwirkung von Tabakrauch ausgesetzt sind, nicht arbeiten.

Kennzeichnungspflicht

§ 13b. (1) Rauchverbote gemäß den §§ 12 und 13 sind in den unter das Rauchverbot fallenden Räumen und Einrichtungen durch den Rauchverbotshinweis „Rauchen verboten“ kenntlich zu machen.

(2) Anstatt des Rauchverbotshinweises gemäß Abs. 1 können die Rauchverbote auch durch Rauchverbotssymbole, aus denen eindeutig das Rauchverbot hervorgeht, kenntlich gemacht werden.

(3) Die Rauchverbotshinweise gemäß Abs. 1 oder die Rauchverbotssymbole gemäß Abs. 2 sind in ausreichender Zahl und Größe so anzubringen, dass sie überall im Raum oder der Einrichtung gut sichtbar sind.

(4) In Betrieben gemäß § 13a Abs. 1 ist kenntlich zu machen, ob in den der Verabreichung von Speisen oder Getränken an Gäste dienenden Räumen Rauchverbot gilt oder nicht, oder, sofern Rauchverbot nicht gilt, das Rauchen vom Inhaber gestattet wird oder nicht. In Räumen, in denen geraucht werden darf, hat die Kennzeichnung überdies den Warnhinweis „Rauchen gefährdet Ihre Gesundheit und die Gesundheit Ihrer Mitmenschen“ zu enthalten und ist die Kennzeichnung in ausreichender Größe und Zahl so anzubringen, dass sie überall im Raum gut sichtbar und der Warnhinweis gut lesbar ist.

(5) Die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend wird ermächtigt, Näheres über Inhalt, Art und Form der Kennzeichnung durch Verordnung festzulegen.“

19. Nach § 13b wird folgender § 13c samt Überschrift eingefügt:

„Obliegenheiten betreffend den Nichtraucherchutz

§ 13c. (1) Die Inhaber von

1. Räumen für Unterrichts- oder Fortbildungszwecke oder für schulsportliche Betätigung gemäß § 12,
2. Räumen eines öffentlichen Ortes gemäß § 13,
3. Betrieben gemäß § 13a Abs. 1,

haben für die Einhaltung der Bestimmungen der §§ 12 bis 13b einschließlich einer gemäß § 13b Abs. 4 erlassenen Verordnung Sorge zu tragen.

(2) Jeder Inhaber gemäß Abs. 1 hat insbesondere dafür Sorge zu tragen, dass

1. in einem Raum gemäß § 12 Abs. 1 nicht geraucht wird;
2. in einem Raum gemäß § 12 Abs. 2, soweit Rauchverbot gilt, nicht geraucht wird;
3. in den Räumen eines öffentlichen Ortes, soweit nicht die Ausnahme gemäß § 13 Abs. 2 zum Tragen kommt, nicht geraucht wird;
4. in den Räumen der Betriebe gemäß § 13a Abs. 1, soweit Rauchverbot besteht oder das Rauchen gemäß § 13a Abs. 4 nicht gestattet werden darf, weil für den Betrieb ein Kollektivvertrag gemäß § 13a Abs. 4 Z 1 bis 4 nicht gilt, nicht geraucht wird;
5. in jenen Räumen der Betriebe gemäß § 13a Abs. 1, in denen das Rauchverbot wegen Vorliegens einer der Voraussetzungen gemäß § 13a Abs. 2 oder 3 nicht gilt, das Rauchen nur gestattet wird, wenn für den Betrieb ein Kollektivvertrag gemäß § 13a Abs. 4 Z 1 bis 4 gilt;
6. die Bestimmungen des § 13a Abs. 4 Z 4 oder Abs. 5 hinsichtlich Jugendlicher oder werdender Mütter eingehalten werden,
7. der Kennzeichnungspflicht gemäß § 13b oder einer gemäß § 13 Abs. 5 erlassenen Verordnung entsprochen wird.“

20. Dem § 14 werden folgende Abs. 4 und 5 angefügt:

„(4) Wer als Inhaber gemäß § 13c Abs. 1 gegen eine der im § 13c Abs. 2 festgelegten Obliegenheiten verstößt, begeht, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet oder nach einer anderen Verwaltungsstrafbestimmung mit strengerer Strafe bedroht ist, eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geldstrafe bis zu 2000 Euro, im Wiederholungsfall bis zu 10 000 Euro zu bestrafen.

(5) Wer an einem Ort, an dem gemäß den §§ 12 Abs. 1 oder 2, 13 Abs. 1 oder 13a Abs. 1 Rauchverbot besteht oder an dem das Rauchen vom Inhaber nicht gestattet wird, raucht, begeht, sofern der Ort gemäß § 13b Abs. 1 bis 4 oder einer gemäß § 13b Abs. 4 erlassenen Verordnung gekennzeichnet ist und die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet oder nach einer anderen Verwaltungsstrafbestimmung mit strengerer Strafe bedroht ist, eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geldstrafe bis zu 100 Euro, im Wiederholungsfall bis zu 1 000 Euro zu bestrafen.“

21. § 14a entfällt.

22. Dem § 17 wird folgender neue Abs. 7 angefügt:

„(7) Die §§ 13 Abs. 1 und 4, 13a, 13b, 13c sowie 14 Abs. 4 und 5 dieses Bundesgesetzes in der Fassung BGBl. I Nr. 120/2008 treten mit 1. Januar 2009 in Kraft. Die §§ 13a und 14a dieses Bundesgesetzes in der Fassung vor der Novelle BGBl. I Nr. 120/2008 treten mit Ablauf des 31. Dezember 2008 außer Kraft.“

23. Dem § 18 werden folgende neuen Abs. 5 bis 7 angefügt:

„(5) Tabakerzeugnisse, die dem § 5 Abs. 2 Z 10 in Verbindung mit § 5 Abs. 3 dieses Bundesgesetzes in der Fassung BGBl. I Nr. 120/2008 nicht entsprechen, dürfen noch bis zum Ablauf des 31. Dezember 2008 vermarktet und bis zum Ablauf des 30. Juni 2009 in Verkehr gebracht werden.

(6) Auf

1. Betriebe des Gastgewerbes gemäß § 111 Abs. 1 Z 2 der GewO,
2. Betriebe des Gastgewerbes mit einer Berechtigung zur Beherbergung von Gästen gemäß § 111 Abs. 1 Z 1 oder Abs. 2 Z 2 oder 4 der GewO sowie
3. Betriebe gemäß § 2 Abs. 9 oder § 111 Abs. 2 Z 3 oder 5 der GewO

sind die §§ 13a, 13b, 13c sowie 14 Abs. 4 und 5 dieses Bundesgesetzes in der Fassung BGBl. I Nr. 120/2008 sowie die Bestimmungen einer gemäß § 13b Abs. 5 dieses Bundesgesetzes in der Fassung BGBl. I Nr. 120/2008 erlassenen Verordnung bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Abs. 7 erst ab dem 1. Juli 2010 anzuwenden.

(7) Voraussetzungen gemäß Abs. 6 sind:

1. der Betrieb verfügt zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes in der Fassung BGBl. I Nr. 120/2008 für die Verabreichung von Speisen oder Getränken an Gäste nur über einen Raum,
2. die Grundfläche des Raumes beträgt mindestens 50m²,
3. die vom Inhaber beabsichtigten baulichen Maßnahmen zur Schaffung eines gesonderten Raumes für den im § 13a Abs. 2 genannten Zweck sind, einschließlich der allfällig erforderlichen Klärung bau-, feuer- oder denkmalschutzrechtlicher Vorfragen (§ 13a Abs. 3 Z 2), unverzüglich nach Ablauf des Tages, an dem dieses Bundesgesetz in der Fassung BGBl. I Nr. 120/2008 kundgemacht worden ist, in die Wege geleitet worden.“

24. § 19 lautet:

„§ 19. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend, hinsichtlich der §§ 3 bis 7 sowie 11 im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen, betraut.“

Artikel II

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 2/2008, wird wie folgt geändert:

1. Im § 120 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Der Versicherungsfall der Mutterschaft gilt auch mit Beginn eines Beschäftigungsverbotes nach § 13a Abs. 5 Tabakgesetz als eingetreten.“

2. Im § 162 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 2 und 4 haben weiters für den Zeitraum eines Beschäftigungsverbotes für werdende Mütter nach § 13a Abs. 5 Tabakgesetz Anspruch auf Wochengeld.“

Artikel III

Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 101/2007, wird wie folgt geändert:

Im § 102a Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Weiters gebührt Betriebshilfe für den Zeitraum eines Beschäftigungsverbotes für werdende Mütter nach § 13a Abs. 5 Tabakgesetz.“

Artikel IV

Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 101/2007, wird wie folgt geändert:

Im § 98 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Weiters gebührt Betriebshilfe für den Zeitraum eines Beschäftigungsverbotes für werdende Mütter nach § 13a Abs. 5 Tabakgesetz.“

Fischer

Gusenbauer

Lebenslauf

Angaben zur Person

Name Peter Karl Koch

Adresse Winzendorf 55
8225 Pöllau

Geburtsdatum 28.02.1985

Geburtsort Wien

Telefon 0664/5155795



Arbeitserfahrung

Famulaturen

2006: 4 Wochen am LKH Hartberg/Abteilung für
Anästhesiologie und Intensivmedizin
2 Wochen am LKH Hartberg/Abteilung für Chirurgie

2007: 3 Wochen am LKH Hartberg/Abteilung für Innere
Medizin

2008: 2 Wochen am LKH Hartberg/Abteilung für
Gynäkologie und Geburtshilfe
3 Wochen am LKH Hartberg/Abteilung für
Innere Medizin

2009: 2 Wochen am LKH Hartberg/Abteilung für
Anästhesiologie und Intensivmedizin

Erfahrung als Rettungssanitäter im RTW- und NAW-Dienst

Schul- und Berufsbildung	<p>1991-1995: Volksschule Winzendorf</p> <p>1995-2003: Bundesgymnasium Hartberg</p> <p>2003/2004: Zivildienst beim Roten Kreuz Hartberg</p> <p>2004-2010: Diplomstudium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Graz</p>
Muttersprache	Deutsch
Staatsbürgerschaft	Österreich
Fremdsprachen	<p>Englisch (8 Jahre): 4 Jahre Englisch als Arbeitssprache</p> <p>Französisch (6 Jahre)</p> <p>Latein (4 Jahre)</p>
Besondere Kenntnisse	<p>1991/1992: Musikalische Früherziehung an der MS Pöllau</p> <p>1992-1994: Blockflötenunterricht an der MS Pöllau</p> <p>1994-2004: Trompetenunterricht an der MS Pöllau</p> <p>2004-2010: Trompetenunterricht am Johann-Josef-Fux- Konservatorium Graz</p> <p>seit 1999: Mitglied der Kernstockkapelle Pöllau</p> <p>seit 2008: Obmannstellvertreter der Kernstockkapelle Pöllau</p> <p>seit 2003: Mitglied beim Roten Kreuz</p> <p>2003: Ausbildung zum Rettungssanitäter</p> <p>seit 2004: Tätigkeit am NAW Hartberg</p>