



Editorial

Was haben Katy Perry und Helmut Schmidt gemeinsam? Richtig: Sie sind – wenn auch für sehr unterschiedliche Zielgruppen – Identifikationsfiguren und Vorbilder. Darüber hinaus verbindet diese beiden auf den ersten Blick sehr unterschiedlichen Stars noch etwas: Beide sind Raucher und frönen diesem Laster in aller Öffentlichkeit. So manchem mutet es seltsam an, wenn die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vielfältige Materialien zur Förderung des Nichtrauchens vertreibt und Nichtraucherschutzgesetze die Gesellschaftsfähigkeit des Rauchens einschränken sollen, aber gleichzeitig im öffentlich-rechtlichen Fernsehen zur besten Sendezeit geraucht wird – wobei das Rauchen im Privatfernsehen selbstverständlich ebenso wenig tolerierbar ist.

Andere Länder sind zumindest im öffentlichen Bereich schon lange viel konsequenter: In Australien beispielsweise gilt ein Rauchverbot im Auto, sobald ein Kind darin sitzt. Wäre dies auch in Deutschland denkbar? Und wie sieht es mit der Akzeptanz dieser Maßnahme in der Bevölkerung aus? Eine Bundesgesetzgebung existiert im föderalen System der Bundesrepublik nur ansatzweise. Allerdings hat sich auf Länderebene in den letzten Jahren einiges getan.

Bundesländer wie das Saarland, Bayern oder Nordrhein-Westfalen nehmen im Kontext konsequenter Nichtraucherschutzgesetze eine Vorreiterrolle ein. Besteht hierfür in der Bevölkerung eine überwiegende Zustimmung?

Der Beitrag befasst sich mit dieser Fragestellung und beleuchtet dabei, inwieweit Nichtraucherschutzgesetze einen Einfluss auf das Rauchverhalten haben. Für die Implementierung von Nichtraucherschutzmaßnahmen kommt – den Schmidts und Perrys zum Trotz – der Akzeptanzbildung in der Bevölkerung eine zentrale Bedeutung zu.

Erfolgsgeschichte Nichtraucherschutz in Deutschland: Steigende Unterstützung in der Bevölkerung für gesetzliche Maßnahmen

Katrin Schaller, Simone Braun, Martina Pötschke-Langer

Hintergrund

In Deutschland sterben jährlich rund 110.000 Menschen an den Folgen des Rauchens. Dies sind etwa 13 Prozent aller Todesfälle von Menschen bis zu einem Jahr (plötzlicher Kindstod) und über 35 Jahren (Mons 2011). Rauchen ist ein nachweislicher Risikofaktor für Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, chronische Atemwegserkrankungen, Krebserkrankungen und Diabetes mellitus Typ-2. Rauchen schädigt nahezu jedes Organ im Körper (U.S. Department of Health and Human Services 2014). Passivrauchen verursacht die gleichen Beschwerden und Erkrankungen wie aktives Rauchen, wenn auch in geringerem Ausmaß (International Agency for Research on Cancer 2014; U.S. Department of Health and Human Services 2006).

Erfreulicherweise ist der Raucheranteil in Deutschland zurückgegangen. Besonders der Anteil jugendlicher Raucher zwischen zwölf und 17 Jahren ist von 28 Prozent im Jahr 2001 auf zwölf Prozent im Jahr 2012 gesunken. Auch in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre) ist das Rauchen rückläufig (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2013). Wie kam es zu diesen Erfolgen?

Das Deutsche Krebsforschungszentrum hat den Zusammenhang von gesetzlichen Maßnahmen und der Wirkung auf den Konsumrückgang in der Veröffentlichung „Tabakprävention in Deutschland – was wirkt wirklich?“ deutlich gemacht (Deutsches Krebsforschungszentrum 2014). Demnach sind vor allem drastische Tabaksteuererhöhungen die erfolgreichste Maßnahme, der ein unmittelbarer Konsumrückgang folgt. Aber auch die Nichtraucherschutzgesetze machen das Rauchen weniger attraktiv und gesellschaftsfähig (Rennen et al. 2014) und tragen dadurch zu einem Rückgang des Tabakkonsums bei. Eine rauchfreie Umgebung schützt Kinder und Jugendliche nicht nur vor dem Passivrauchen, sondern kann sie auch davon abhalten, mit dem Rauchen zu beginnen, oder sie dazu bewegen, den Zigarettenkonsum zu reduzieren. Und auch eine rauchfreie Gastronomie



schützt Jugendliche davor, mit dem Rauchen anzufangen, und beeinflusst deren aktuelles Rauchverhalten (Siegel et al. 2005; Siegel et al. 2008).

In Deutschland wurden Gesetzesänderungen zum Nichtraucherschutz in mehreren Schritten durchgeführt. Seit 2004 ist ein Nichtraucher an seinem Arbeitsplatz vor Zigarettenrauch geschützt; ausgenommen sind jedoch Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr (Gastronomie). Nach einer breiten öffentlichen Debatte wurde im Jahr 2007 das Bundesnichtraucherschutzgesetz erlassen. Dieses verbietet das Rauchen in öffentlichen Einrichtungen des Bundes, in öffentlichen Verkehrsmitteln und Bahnhöfen. Die 16 Bundesländer folgten 2007/2008 mit Landesnichtraucherschutzgesetzen, die das Rauchen in öffentlichen Einrichtungen der Länder, in Sportstätten, medizinischen Einrichtungen und in der Gastronomie verbieten. Raucherräume sind teilweise erlaubt. Den umfassendsten Schutz vor Passivrauchen bieten Bayern, das Saarland und Nordrhein-Westfalen. In fast allen Bundesländern ist das Rauchen in Schulen verboten.

Die deutschen Nichtraucherschutzgesetze unterstützen den Trend zum Nichtrauchen. Sie trugen innerhalb weniger Monate dazu bei, dass vor allem junge Städter (die häufig ausgehen und sich im öffentlichen Raum aufhalten) weniger rauchen (Anger, Kvasnicka und Siedler 2011). Infolge der öffentlichen Verbote verzichten auch immer mehr Raucherinnen und Raucher in der eigenen Wohnung auf Zigaretten, insbesondere wenn kleine Kinder im Haushalt leben (Mons et al. 2013).

Ferner zielten mehrere Gesetzesänderungen darauf ab, Minderjährigen den Erwerb von Zigaretten zu erschweren, da dies dazu beitragen kann, die Anzahl jugendlicher Raucher zu senken. So dürfen seit dem Jahr 2003 Zigaretten

nicht an unter 16-Jährige und seit 2007 nicht an unter 18-Jährige verkauft werden. Für Zigarettenautomaten wurde 2007 ein alterskodierte Chipkartensystem eingeführt, und das Verteilen von Gratiszigaretten ist seit dem Jahr 2004 verboten. Darüber hinaus wurden im Jahr 2002 die Textwarnhinweise auf Zigarettenpackungen vergrößert. Seit 2002 ist zudem Tabakwerbung in Printmedien und im Internet verboten. Auch dürfen Tabakfirmen grenzüberschreitende Veranstaltungen wie etwa internationale Sportwettbewerbe nicht mehr finanziell unterstützen. Diese Maßnahmen verstärken den Trend zum Nichtrauchen unter Jugendlichen.

Der im Jahr 2008 veröffentlichte Gesundheitsmonitor enthielt einen Befragungsschwerpunkt zur Einstellung und Akzeptanz der deutschen Bevölkerung gegenüber dem Nichtraucherschutz. Die Befragung erfolgte im Herbst 2007, zu einem Zeitpunkt, als noch nicht alle Bundesländer entsprechende Gesetze eingeführt hatten. Nach nunmehr sieben Jahren, im Sommer 2014, geht es um einen Vergleich. Die interessierenden Fragen lauten:

- Hat sich die Einstellung gegenüber den Nichtraucherschutzgesetzen verändert?
- Haben die Nichtraucherschutzgesetze das Rauchverhalten beeinflusst?

Methodik

Diesem Beitrag liegen die Daten der Gesundheitsmonitor-Befragungen vom Juni 2014 und November 2007 zugrunde. Die Stichprobe der Umfrage 2014 umfasst 1.728 Teilnehmer (814 Männer und 914 Frauen) im Alter von 18 bis 79 Jahren. An der Umfrage 2007 nahmen 1.497 Personen (715 Männer und 782 Frauen) ebenfalls im Alter von 18 bis 79 Jahren teil.

Die statistischen Auswertungen basieren auf gewichteten (Grundauszählungen) und ungewichteten (Kreuztabellen) Stichproben.

Bei den gewichteten Stichproben wird eine Korrektur vorgenommen, um die Gesamtstichprobe an die Verteilung der Bevölkerung Deutschlands nach Alter, Geschlecht, Religion und Bildung anzugleichen. Die Gewichtungsfaktoren werden anhand der Referenzhäufigkeiten des Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes erstellt.

Bei gleichlautenden Fragestellungen und Antwortalternativen der Umfragen 2007 und 2014 können die Ergebnisse direkt gegenübergestellt werden. Dies betrifft die Einstellung zu Rauchverböten sowie die Fragen nach der Zustimmung zu Rauchverböten an bestimmten Orten, wie beispielsweise am Arbeitsplatz oder in öffentlichen Verkehrsmitteln. In diesen Fällen kann untersucht werden, ob und wie stark sich die Akzeptanz der Nichtraucherschutzgesetze zwischen den beiden Umfragezeitpunkten verändert hat.

Die in den folgenden Abbildungen und Tabellen dargestellten Prozente sind jeweils Zustimmungsqüoten und damit die jeweiligen Anteile der Personen, die die vorgegebene Antwortalternative zu einer Fragestellung bejahen. Bei den Auswertungen wurde fast immer nach Raucherstatus differenziert, denn dieser gilt als wichtigste Determinante bei den Einstellungen zu Nichtraucherschutz und gesundheitspolitischen Maßnahmen. Daher werden bei den folgenden Ergebnisdarstellungen fast immer drei Gruppen unterschieden: Raucher, Exraucher und Nie-Raucher. Raucher sind Personen, die zum Zeitpunkt der Umfrage täglich oder gelegentlich rauchen. Exraucher sind Personen, die früher geraucht haben, aber zum Zeitpunkt der Befragung nicht mehr rauchen. Nie-Raucher sind Personen, die noch nie in ihrem Leben geraucht haben oder lediglich wenige Male an Zigaretten gezogen haben. Neben dem Alter wird für die meisten Fragestellungen die Zugehörigkeit zur sozialen Schicht berücksichtigt, welche sich aus

der beruflichen Stellung, der Berufsausbildung sowie dem Haushaltseinkommen, gewichtet nach Haushaltsgröße, zusammensetzt.

In der Stichprobe 2014 bezeichnen sich rund 19 Prozent als Raucher (14 % Frauen, 23 % Männer), 23 Prozent als Exraucher und 59 Prozent als Nie-Raucher. Die Raucherquote im Jahr 2014 liegt damit deutlich unter der des Gesundheitsmonitors zum Befragungszeitraum 2007, als sich 22 Prozent der Frauen und 29 Prozent der Männer als Raucher bezeichneten. Deutlich höhere Quoten mit rund 27 Prozent der Frauen und rund 33 Prozent der Männer im Alter von 18 bis 79 Jahren ermittelte im Jahr 2011 auch der Untersuchungssurvey DGS1 des Robert Koch-Instituts (Lampert, von der Lippe und Müters 2013).

Diese Unterschiede in den Rauchprävalenzen sind wahrscheinlich durch den Wechsel des beauftragten Umfrageinstituts von TNS Healthcare im Jahr 2007 zur Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) im Jahr 2014 entstanden. Der aktuelle Befragungspool der GfK ist offenbar selektiver als der von TNS Health: Die Teilnehmer sind antwortbereiter, gesünder und gebildeter. Dem wurde zwar mit einem erweiterten Gewichtungsfaktor Rechnung getragen, aber die Auswirkungen auf die Rauchprävalenz sind nur gering. Auch wenn der Anteil der Raucher in der Gesamtstichprobe kleiner ist, als andere Umfragen für die Bevölkerung Deutschlands erwarten lassen, spiegeln die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors dennoch die Ansichten und Einschätzungen der Raucher im Vergleich zu Ex- und Nie-Rauchern wider.

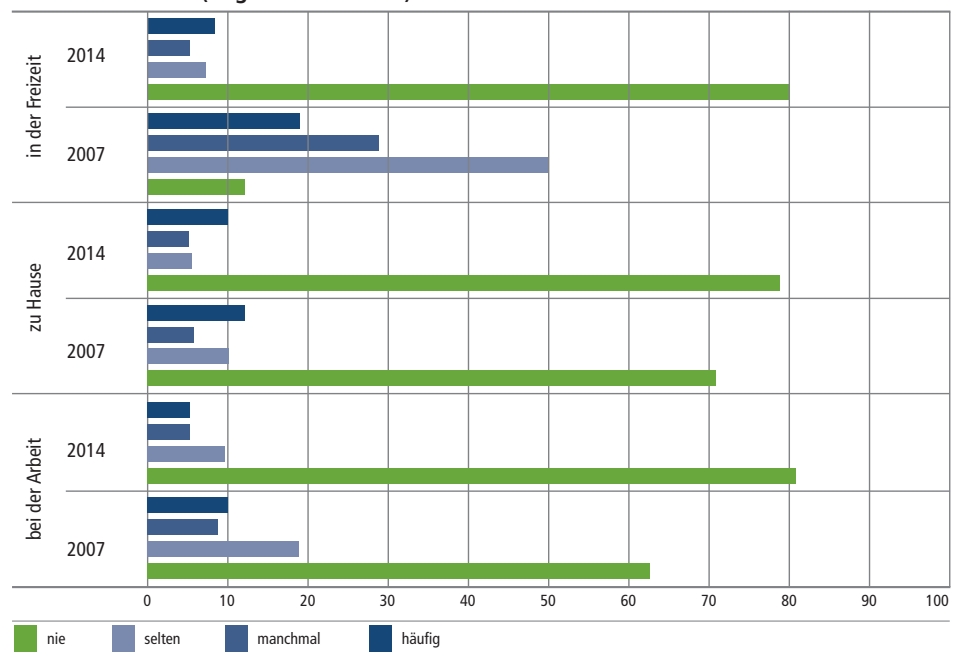
Einstellung der deutschen Bevölkerung zu gesetzlichen Maßnahmen des Nichtraucherschutzes

Es ist international anerkannt, dass eine breite Zustimmung der Bevölkerung für gesetzliche Maßnahmen zum Nichtraucherschutz die beste Grundlage für deren politische Durchsetzung und für eine wirkungsvolle Umsetzung ist (International Agency for Research on Cancer 2009). Dass Rauchverbote nach ihrer Einführung zunehmend akzeptiert werden, lässt sich auf einen Selbstverstärkungseffekt zurückführen. Denn wenn gesetzliche Rauchverbote eine rauchfreie Gastronomie vorgeben, dann wird das Nichtrauchen dort zur Norm. Bereits wenig später sinkt die Akzeptanz des Rauchens an diesen Orten und die Rauchverbote werden als zunehmend positiv wahrgenommen und entsprechend befürwortet

(Alesci, Forster und Blaine 2003). Wie sich die Akzeptanz von Maßnahmen zum Nichtraucherschutz in der Bevölkerung nach der Einführung entwickelt, ist somit ein wichtiger Indikator für deren erfolgreiche Implementierung. Die Befürwortung von Rauchverböten in der Gastronomie verändert sich jedoch nicht nur in Reaktion auf die Einführung einer rauchfreien Gastronomie, sondern unterliegt einem generellen ansteigenden Trend (Hyland et al. 2009; International Agency for Research on Cancer 2009).

Die vorliegende Befragung greift die Fragestellung des Gesundheitsmonitors aus dem Jahr 2007 auf und lässt einen Zeitvergleich über sieben Jahre zu. Dieser Vergleich ermöglicht nicht nur, die Einstellung der Bevölkerung zu den Gesetzen zu bewerten, sondern spiegelt über die Abschätzung der Passivrauchbelastung auch die Umsetzung der Gesetze wider.

Belastung durch Passivrauchen bei der Arbeit (bezogen auf Erwerbstätige), zu Hause und in der Freizeit (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2015; n = 1.318 bis 1.659

Abbildung 1

Ergebnisse

Rückgang der Passivrauchbelastung bei der Arbeit, zu Hause und in der Freizeit

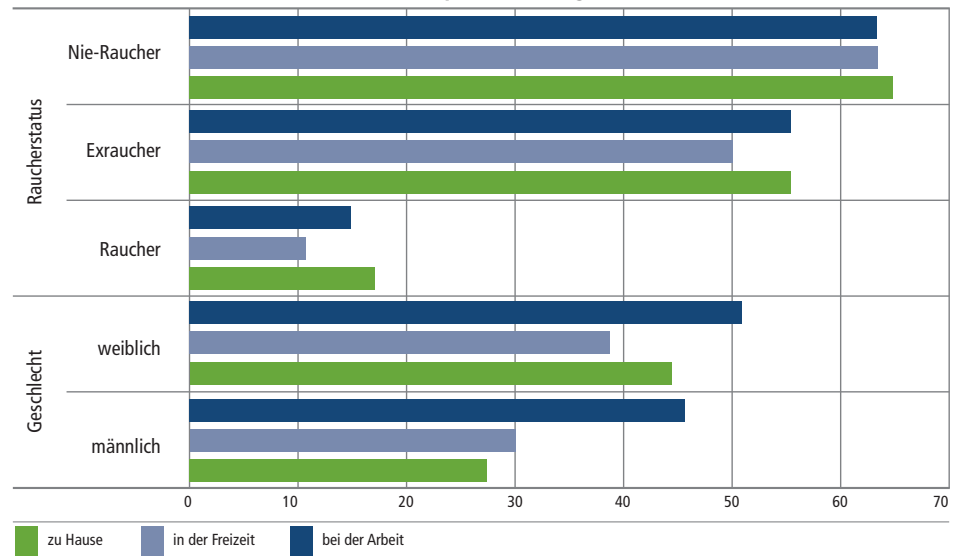
Die deutschen Nichtraucherschutzgesetze haben zu einem entscheidenden Rückgang der Passivrauchbelastung geführt. Diese Belastung ging an allen abgefragten Orten, teils drastisch, zurück (Abbildung 1). Der Anteil der rauchfreien Arbeitsplätze stieg von rund 63 Prozent im Jahr 2007 auf 81 Prozent im Jahr 2014; im Gegenzug halbierte sich der Anteil stark belasteter Arbeitsplätze von zehn Prozent (2007) auf fünf Prozent (2014). Ein rauchfreies Zuhause genießen im Jahr 2014 fast 80 Prozent der Befragten – im Jahr 2007 hatten dies nur 71 Prozent. 2007 waren zu Hause noch 13 Prozent der Befragten häufig Tabakrauch ausgesetzt, 2014 nur noch zehn Prozent. Überraschend ist der Wandel vor allem in der Freizeit: Im Jahr 2007 waren lediglich zwölf Prozent nie in der Freizeit passiv durch das Rauchen belastet, 2014 erleben 80 Prozent der Befragten eine rauchfreie Freizeit.

Im Jahr 2014 stört es vor allem Nichtraucher, wenn in Räumen geraucht wird (Abbildung 2). Etwas über 60 Prozent der Nichtraucher fühlen sich unabhängig vom Ort durch Passivrauch gestört, bei den Exrauchern liegt dieser Anteil etwas niedriger. Raucher hingegen haben kein Problem mit Passivrauchen, besonders in der Freizeit. Lediglich elf Prozent dieser Befragten stören sich in der Freizeit an rauchbelasteten Räumen, aber immerhin 17 Prozent der Raucher mögen es nicht, wenn im eigenen Heim geraucht wird. Vor allem Frauen wünschen sich ein rauchfreies Zuhause: 44 Prozent im Vergleich zu 27 Prozent der Männer.

Akzeptanz von Rauchverboten an verschiedenen Orten nach Rauchstatus

Die Zustimmung zu den gesetzlichen Rauchverboten ist seit dem Jahr 2007 deutlich gestiegen. Grundsätzlich befür-

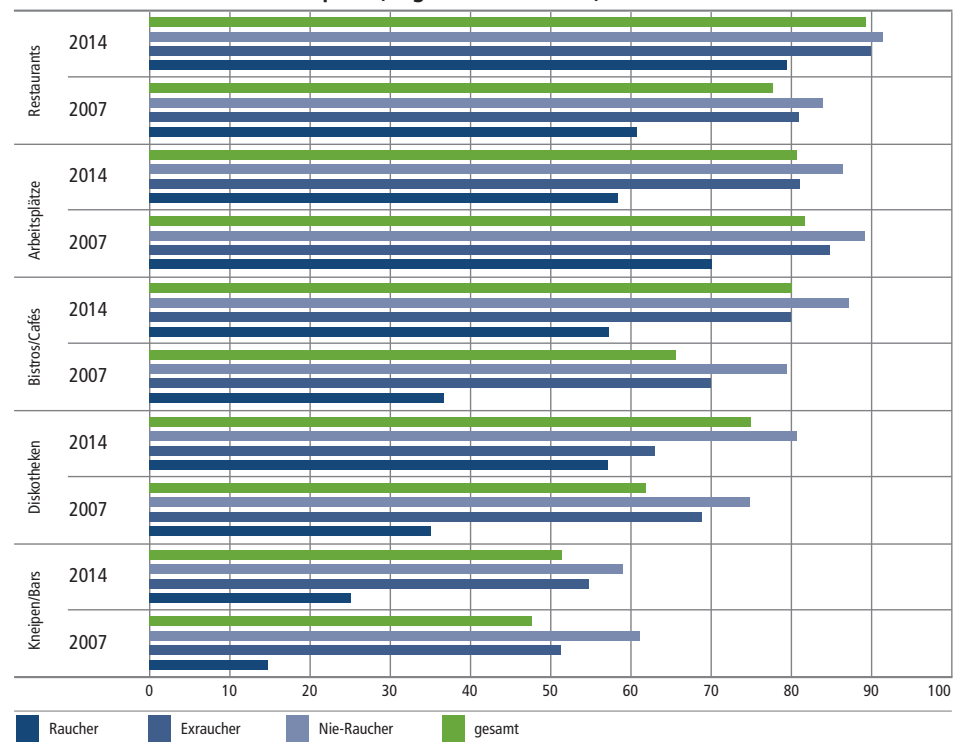
Anteile von Befragtengruppen, die das Rauchen bei der Arbeit (bezogen auf Erwerbstätige), zu Hause und in der Freizeit als störend empfinden* (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2014; *Angaben für 2014; n = 278 bis 363; Signifikanzniveau: Geschlecht (weibl., zu Hause): **p≤0,01; Raucherstatus: ***p≤0,001; Geschlecht (bei der Arbeit/in der Freizeit) nicht signifikant; gemäß Chi²-Test

Abbildung 2

Zustimmung zu Rauchverboten an bestimmten Orten, nach Raucherstatus und Umfragejahr in der Gastronomie/am Arbeitsplatz (Angaben in Prozent*)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2014; n = 1.471 bis 1.692

*Mehrfachnennungen möglich

Abbildung 3a

worten mehr Nie- und Exraucher als Raucher die Regelungen, aber auch unter Rauchern hat sich die Zustimmung deutlich erhöht (Abbildungen 3a und 3b).

Die größte Zustimmung gibt es im Jahr 2014 für Schulen (95 % Zustimmung), Kinderspielplätze (93 %), öffentliche Gebäude (92 %) und öffentliche Verkehrsmittel (95 %, nicht in der Abbildung dargestellt); für diese Orte bestanden nur geringe Meinungsunterschiede zwischen Rauchern, Exrauchern und Nie-Rauchern, und auch schon 2007 befürworteten über 80 Prozent der Befragten Rauchverbote für diese Einrichtungen.

Besonders stark angestiegen ist die Befürwortung eines Rauchverbots im Pkw in Anwesenheit von Kindern und Jugend-

lichen, vor allem unter Rauchern. Im Jahr 2007 waren nur 63 Prozent der Befragten (75 % Nie-Raucher, 64 % Exraucher, 39 % Raucher) für ein solches Verbot, 2014 wollen dies 87 Prozent (90 % Nie-Raucher, 87 % Exraucher, 78 % Raucher).

Auch die Rauchverbote in der Gastronomie finden zunehmend Unterstützung. So sind 2014 rund 92 Prozent der Nie-Raucher (2007: 84 %), 90 Prozent der Exraucher (2007: 81 %) und 79 Prozent der Raucher (2007: 61 %) für rauchfreie Restaurants. Für rauchfreie Cafés und Bistros ist die Zustimmung etwas geringer: Diese wünschen sich 87 Prozent der Nie-Raucher (2007: 79 %), 80 Prozent der Exraucher (2007: 70 %) und 57 Prozent der Raucher (2007: 37 %). Etwa die Hälfte der Befragten war im Jahr 2007

für rauchfreie Kneipen und Bars (52 %), kleine „Eckkneipen“ mit nur einem Raum (50 %, nicht in der Abbildung dargestellt) und Festzelte (50 %, nicht in der Abbildung dargestellt) – wobei an diesen Orten die Zustimmung unter Rauchern besonders gering ist (15 %, 25 % bzw. 19 %).

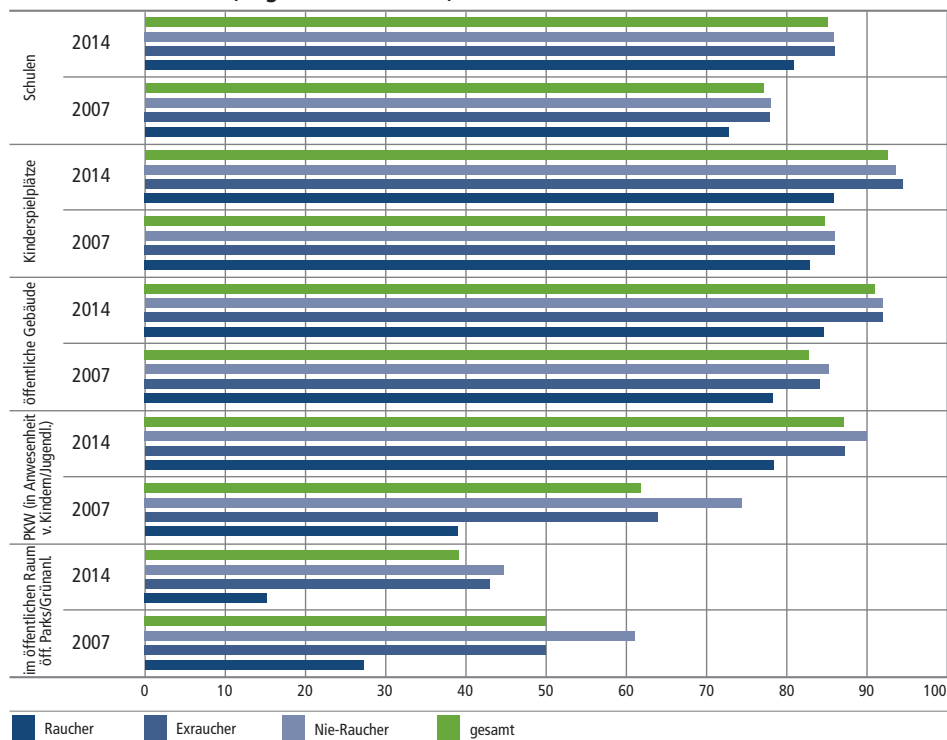
Nur hinsichtlich der Arbeitsplätze ist die Akzeptanz der Rauchverbote geringfügig gesunken: von 83 Prozent (2007) auf 81 Prozent (2014). Auch die Befürwortung rauchfreier Parks sank von knapp 50 Prozent im Jahr 2007 auf knapp 40 Prozent – offenbar werden öffentliche Grünanlagen als letzter Rückzugsort der Raucher empfunden.

Einstellung zu Rauchverboten im Wandel

Die beiden Untersuchungsjahre 2007 und 2014 des Gesundheitsmonitors lassen Aussagen über die Erfahrungen zu, die die Bevölkerung nach Einführung der Nichtraucherschutzgesetze seit 2007 über sieben Jahre erworben hat (Abbildung 4). Da die Befragten im Jahr 2007 vier Antworten zur Auswahl hatten, im Jahr 2014 aber fünf Antwortmöglichkeiten, wurden für die Auswertung nur die maximalen Ausprägungen der Zustimmung/Ablehnung herangezogen („stimme voll und ganz zu“, „stimme überhaupt nicht zu“).

Demnach stieg die Zustimmung zur Notwendigkeit der Gesetzgebung in Hinsicht auf den Gesundheitsschutz von Nichtrauchern von 47 Prozent im Jahr 2007 auf 50 Prozent im Jahr 2014. Umgekehrt sank der Anteil derer, die die Gesetze als „eine unangemessene staatliche Bevormundung“ empfinden, von 21 Prozent im Jahr 2007 auf nur zehn Prozent im Jahr 2014. Umsatzrückgänge der Gastronomie infolge der Rauchverbote befürchteten 2007 noch 27 Prozent der Befragten, 2014 nur noch 13 Prozent. Dabei beurteilen die Befragten im Jahr 2014 die Gesetze je nach Rauchverhalten, sozialem Status und Alter sehr unterschiedlich.

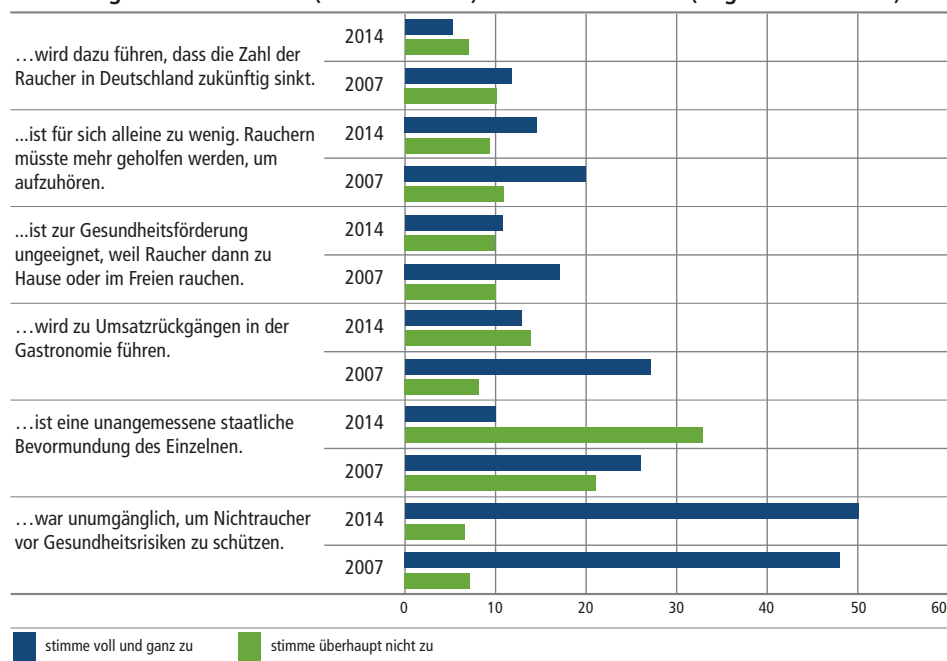
Zustimmung zu Rauchverboten an bestimmten Orten, nach Raucherstatus und Umfragejahr im öffentlichen Raum (Angaben in Prozent*)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2014; n = 1.449 bis 1.695; Anmerkung: Im Jahr 2007 wurde lediglich „im PKW“, im Jahr 2014 „im PKW in Anwesenheit von Kindern und Jugendlichen“ gefragt

*Mehrfachnennungen möglich

Einstellung zu Rauchverboten (2007 und 2014). Das Rauchverbot ... (Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2014; n = 1.453 bis 1.700

Abbildung 4

gesundheitsmonitor

Einstellung zu Rauchverboten nach Rauchverhalten

Raucher stehen den Rauchverboten deutlich kritischer gegenüber als Ex- und Nie-Raucher. So halten wesentlich mehr Nie-Raucher (83 %) und Exraucher (67 %) die Gesetze für unumgänglich als Raucher (36 %), und umgekehrt empfinden erheblich mehr Raucher (47 %) als Exraucher (28 %) und Nie-Raucher (14 %) die Regelungen als Bevormundung. Raucher glauben auch mit nur 23 Prozent am wenigsten, dass infolge der Verbote die Zahl der Raucher sinken wird, im Gegensatz zu 39 Prozent der Exraucher und 30 Prozent der Nie-Raucher. Die Einschätzung, das Rauchverbot sei „zur Gesundheitsförderung ungeeignet, weil Raucher dann zu Hause oder im Freien rauchen“, teilen 57 Prozent der Raucher, jedoch nur 40 Prozent der Exraucher und 30 Prozent der Nie-Raucher. Dass Rauchern mehr geholfen werden müsste, um aufzuhören, meinen 35 Prozent der Raucher, 42 Prozent der Exraucher und 40 Prozent der Nie-Raucher.

Einstellung zu Rauchverboten nach Schichtzugehörigkeit

Angehörige der Oberschicht, in der bekanntermaßen der geringste Anteil von Rauchern zu finden ist, betrachten Rauchverbote positiver als sozial schwächer Gestellte. So halten 79 Prozent der Oberschicht das Rauchverbot für unumgänglich, aber nur 61 Prozent der Unterschicht, die den höchsten Raucheranteil hat; die Mittelschicht liegt mit 71 Prozent dazwischen. Angehörige der Oberschicht bewerten Rauchverbote nur zu 18 Prozent als eine „unangemessene staatliche Bevormundung“, während 32 Prozent der Unterschicht und 24 Prozent der Mittelschicht dieser Ansicht sind. Sozial Bessergestellte beurteilen die Wirkung der Verbote optimistisch: Von ihnen glauben 44 Prozent, dass die Gesetze zu einem Rückgang des Rauchens führen, aber nur 30 Prozent der sozial schlechter Gestellten und 34 Prozent der Mittelschicht.

Lediglich 30 Prozent der Oberschicht glauben, dass ein Rauchverbot ungeeignet sei zur Gesundheitsförderung, im Gegensatz zu 42 Prozent der Unterschicht und 39 Prozent der Mittelschicht. Alle Schichten teilen zu je rund 40 Prozent die Meinung, dass Rauchern verstärkt zu einem Rauchstopp verholfen werden müsste. Umsatzrückgänge in der Gastronomie infolge der Gesetze befürchten nur 23 Prozent der Oberschicht, aber 33 Prozent der Mittelschicht und sogar 40 Prozent der Unterschicht.

Einstellung zu Rauchverboten nach Alter

Drei Viertel der über 60-Jährigen stimmen zu, dass Rauchverbote unumgänglich sind, um Nichtraucher vor Gesundheitsrisiken zu schützen; unter jüngeren Befragten liegt die Zustimmung hier mit rund 70 Prozent etwas niedriger. Etwa ein Viertel der über 40-Jährigen hält die Rauchverbote für Bevormundung, aber nur rund ein Sechstel der unter 40-Jährigen ist dieser Meinung. Ältere befürchten eher als Jüngere, dass Raucher infolge der Verbote eher zu Hause oder im Freien rauchen, und sie sind häufiger als Jüngere der Meinung, dass Rauchern mehr geholfen werden müsste, um vom Tabak loszukommen. Einen Umsatzrückgang in der Gastronomie infolge der Rauchverbote befürchten rund ein Drittel der über 40-Jährigen, aber nur ein Fünftel der Jüngeren.

Einfluss der Rauchverbote auf das Rauchverhalten

Nach den in Deutschland eingeführten Rauchverboten der letzten Jahre haben 63 Prozent der Exraucher mit dem Rauchen aufgehört und rund 41 Prozent der Raucher rauchen seither weniger. Dabei hörten eher Frauen und 40- bis 79-Jährige sowie sozial schlechter Gestellte mit dem Rauchen auf. Je älter die Befragten sind, desto eher wurde der Tabakkonsum reduziert, in geringen Anteilen trifft dies auf Angehörige der sozialen Oberschicht zu (Tabelle 1).

Änderung des Rauchverhaltens aufgrund öffentlicher Rauchverbote (Arbeitsplatz, Gastronomie, öff. Verkehr etc.), nach Raucherstatus, Geschlecht, Alter und Schichtzugehörigkeit

		Ich habe/hatte mit dem Rauchen aufgehört.	An meinem Verhalten hat/hatte sich nichts geändert.	Seither rauche ich weniger/habe weniger geraucht.	Seither rauche ich mehr/habe mehr geraucht.
Raucherstatus	Gesamt	36,3	42,1	20,4	1,2
	Ex-Raucher	63,3	31,7	4,5	0,5
	Raucher	2,3	55,2	40,5	2,0
Geschlecht	weiblich	66,7	52,5	40,8	1,7
	männlich	60,5	56,9	40,2	2,2
Alter	18 bis 39 Jahre	31,3	51,9	37,9	5,1
	40 bis 59 Jahre	64,5	56,6	40,3	1,3
	60 bis 79 Jahre	71,8	55,7	44,3	0,0
soziale Schicht	Unterschicht	66,2	56,3	40,9	1,4
	Mittelschicht	63,8	57,6	38,4	1,7
	Oberschicht	58,3	48,6	42,9	2,9

Quelle: Gesundheitsmonitor 2014

Tabelle 1

gesundheitsmonitor

Diskussion

Insgesamt zeigen die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors, dass die seit dem Jahr 2007 verabschiedeten deutschen Nichtraucherschutzgesetze wirken und den Gesundheitsschutz auch im privaten Umfeld verbessert haben: Nicht nur die Arbeitsplätze sind zu 81 Prozent rauchfrei, auch zu Hause, wo es keine gesetzlichen Vorschriften gibt, leben fast 79 Prozent der Bevölkerung rauchfrei – und selbst in der Freizeit sind 80 Prozent vor dem Passivrauchen geschützt.

Diese erfolgreiche Langzeitwirkung, immerhin rund sieben Jahre nach Einführung der Gesetze, bestätigt auch eine europäische Befragung: Im Eurobarometer 2012 gaben 77 Prozent der in Deutschland Befragten an, einen rauchfreien Arbeitsplatz vorzufinden, und nur jeweils drei Prozent sagten, ein bis fünf Stunden beziehungsweise mehr als fünf Stunden täglich während der Arbeit Tabak-

rauch ausgesetzt zu sein (TNS Opinion & Social 2012). Dies entspricht etwa den Angaben im vorliegenden Gesundheitsmonitor, in dem fünf Prozent angaben, „häufig“ am Arbeitsplatz dem Passivrauchen ausgesetzt zu sein. Offensichtlich ist also nur ein kleiner Teil von Beschäftigten genötigt, über einen längeren Zeitraum oder häufig passiv zu rauchen.

Obwohl die Arbeitsstättenverordnung die Arbeitgeber verpflichtet, „erforderliche Maßnahmen zu treffen, damit die nicht rauchenden Beschäftigten in Arbeitsstätten wirksam vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch geschützt sind“, sind „Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr“ ausgenommen (Arbeitsstättenverordnung 2004). Dies betrifft vor allem die Gastronomie, in der in den meisten Bundesländern kleine Gaststätten ohne zubereitete Speisen, Kneipen und Bars sowie Diskotheken noch immer erheblich mit Tabakrauch belastet sind und deren Beschäftigte keinen rauchfreien Arbeits-

platz finden. Dies gilt bis heute, sodass der Nichtraucherschutz hierzulande sehr uneinheitlich gestaltet ist: Nur drei Bundesländer – das Saarland, Bayern und Nordrhein-Westfalen – haben einen umfassenden Schutz vor Tabakrauch an allen Arbeitsstätten, die Gastronomie eingeschlossen. Dieses Defizit ist der Grund für die bestehende Belastung und sollte schnellstmöglich durch eine Änderung der Arbeitsstättenverordnung oder eine bundesweit geltende, umfassende Gesetzgebung zum Nichtraucherschutz beendet werden.

Die Bevölkerung in Deutschland befürwortet Nichtraucherschutzmaßnahmen sowohl in hohem Maße mit 81 Prozent für die Arbeitsplätze als auch für andere öffentliche Einrichtungen, für Verkehrsbetriebe und für die Gastronomie, für die es bereits gesetzliche Regelungen gibt. Bemerkenswert ist, dass 87 Prozent einem Rauchverbot im Auto in Anwesenheit von Kindern und Jugendlichen zustimmen würden, obwohl dies einem starken Eingriff in die Privatsphäre gleichkäme. Die Zeit scheint somit hierzulande reif zu sein für ein gesetzliches Rauchverbot in privaten Fahrzeugen, in denen Kinder und Jugendliche mitfahren. Diese Maßnahme wurde in den vergangenen Jahren bereits in Großbritannien, Irland und Frankreich ergriffen, in anderen Ländern werden Gesetzesveränderungen vorbereitet.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die in den letzten Jahren in Deutschland eingeführten Nichtraucherschutzgesetze zeigen eine positive Wirkung: Die Passivrauchbelastung ist deutlich gesunken. Erfreulich ist, dass die Gesetze große Unterstützung finden, die seit deren Einführung außerdem deutlich gestiegen ist. Besonders positiv ist die wachsende Unterstützung seitens der Raucher, vor allem für Bereiche, für die bisher keine

gesetzlichen Regelungen bestehen, wie ein Rauchverbot im Auto, wenn dort Kinder anwesend sind.

Die positive Einstellung der Bevölkerung sollte genutzt werden, um derzeit noch bestehende Mängel im Nichtraucherschutz durch folgende Maßnahmen zu verbessern:

Ein umfassender Schutz vor Passivrauchen ist an allen Arbeitsstätten flächendeckend anzustreben durch eine Veränderung der Arbeitsstättenverordnung § 5 Absatz 2.

Die Nichtraucherschutzgesetze der Bundesländer müssen dem Schutzniveau vom Saarland, von Bayern und Nordrhein-Westfalen entsprechen. Der ungleiche Gesundheitsschutz muss beendet werden. Falls notwendig, könnte auch eine Bundesgesetzgebung für einen einheitlichen Nichtraucherschutz in Deutschland ohne Ausnahmen sorgen.

Zum Schutz von Kindern und Jugendlichen sollte bei deren Anwesenheit ein Rauchverbot im Auto eingeführt werden. Der Trend zum Nichtrauchen sollte durch eine kontinuierliche Kommunikation in sozialen Medien und geeigneter Media Advocacy erfolgen.

Literatur

- Alesci, N. L., J. L. Forster und T. Blaine. „Smoking visibility, perceived acceptability, and frequency in various locations among youth and adults”. *Prev Med* (36) 2003. 272–281.
- Anger, S., M. Kvasnicka und T. Siedler. „One last puff? Public smoking bans and smoking behavior”. *Journal of Health Economics* (30) 3 2011. 591–601.
- Arbeitsstättenverordnung. ArbStättV. Verordnung über Arbeitsstätten vom 12.8.2004.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Köln 2013.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.). *Tabakprävention in Deutschland – was wirkt wirklich? Aus der Wissenschaft – für die Politik*. Heidelberg 2014.
- Hyland, A., C. Higbee, R. Borland, M. Travers, G. Hastings, G. T. Fong und K. M. Cummings. „Attitudes and beliefs about secondhand smoke and smoke-free policies in four countries: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey.” *Nicotine & Tobacco Research* (11) 6 2009. 642–649.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). *Tobacco Smoke and involuntary Smoking*. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Vol. 83 2014.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). *Evaluating the Effectiveness of Smoke-free Policies*. IARC Handbooks of cancer prevention. Vol. 13 2009.
- Lampert, T., E. von der Lippe und S. Müters. „Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland”. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (56) 2013. 802–808.
- Mons, U. „Tabakattributable Mortalität in Deutschland und in den deutschen Bundesländern – Berechnungen mit Daten des Mikrozensus und der Todesursachenstatistik”. *Gesundheitswesen* (73) 2011. 238–246.
- Mons, U., G. E. Nagelhout, S. Allwright, R. Guignard, B. van den Putte, M. C. Willemsen, G. T. Fong, H. Brenner, M. Pötschke-Langer und L. P. Breitling. „Impact of national smoke-free legislation on home smoking bans: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Project Europe Surveys”. *Tobacco Control* (22) 2013. e2–e9.
- Rennen, E., G. E. Nagelhout, B. van den Putte, E. Janssen, U. Mons, R. Guignard, F. Beck, H. de Vries, J. F. Thrasher und M. C. Willemsen. „Associations between tobacco control policy awareness, social acceptability of smoking and smoking cessation. Findings from the International Tobacco Control (ITC) Europe Surveys”. *Health Education Research* (29) 2014. 72–82.
- Siegel, M., A. B. Albers, D. M. Cheng, L. Biener, L. und N. A. Rigotti. „Effect of local restaurant smoking regulations on progression to established smoking among youths.” *Tob Control* (14) 5 2005. 300–306.
- Siegel, M., A. B. Albers, D. M. Cheng, W. L. Hamilton und L. Biener. „Local restaurant smoking regulations and the adolescent smoking initiation process: results of a multilevel contextual analysis among Massachusetts youth”. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* (162) 2008. 477–483.
- TNS Opinion & Social. „Attitudes of Europeans towards Tobacco.” *Special Eurobarometer 385* 2012. Wave EB77.1.
- U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health. *The Health Consequences of Smoking – 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA 2014.
- U.S. Department of Health and Human Services. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion. *The Health Consequences of involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA 2006.

Die Autoren



Dr. phil. **Simone Braun**, Jahrgang 1962, studierte Diplom-Psychologie an der Universität Heidelberg und war dort viele Jahre im Bereich Statistik und Methodenlehre in Forschung und Lehre tätig.

Nach ihrer Promotion wechselte sie in die Abteilung Biostatistik am Deutschen Krebsforschungszentrum. Seit 2013 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Stabsstelle Krebsprävention und für die Konzeption und Auswertung von Umfragen zuständig. Im November 2014 wechselte sie zur Roche Pharma AG nach Grenzach bei Basel. Dort ist sie als Epidemiologin im Rahmen der frühen Nutzenbewertung für die Schätzung von Patientenpopulationen verantwortlich.



Dr. med. **Martina Pötschke-Langer**, Jahrgang 1951, studierte Geschichte und Germanistik sowie Medizin an der Universität Heidelberg. Nach ihrer Klinikzeit im Uniklinikum Heidelberg koordinierte sie ab 1985 das Nationale Blutdruck-Programm im Deutschen Institut für Bluthochdruckforschung und bei der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks. 1992 wechselte sie als Wissenschaftliche Mitarbeiterin in das Deutsche Krebsforschungszentrum Heidelberg, wo sie seit 1997 die Stabsstelle Krebsprävention leitet, die 2002 von der WHO als WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle anerkannt wurde.

Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in der Information der Öffentlichkeit zu Maßnahmen, die wirksam zur Verringerung des Tabakkonsums beitragen. Neben der Herausgabe mehrerer wissenschaftlicher Publikationsreihen zur Tabakprävention und Tabakkontrolle des Deutschen Krebsforschungszentrums berät sie das Bundesministerium für Gesundheit und verschiedene Länderministerien, die WHO und die EU-Kommission in Fragen der Tabakprävention.



Dr. rer. nat. **Katrin Schaller**, Jahrgang 1965, studierte Biologie an der Universität Heidelberg. Zunächst forschte sie am Sportmedizinischen Institut der Universität/Gesamthochschule Paderborn und promovierte 1997 an der Universität Bielefeld, bevor sie sich dem Wissenschaftsjournalismus zuwandte.

Den Umstieg startete sie mit einem Zusatzstudium Wissenschaftsjournalismus an der FU Berlin. Im Anschluss arbeitete sie ab 2001 mehrere Jahre als freie Wissenschaftsjournalistin, unter anderem für das Magazin Spektrum der Wissenschaft. Seit 2005 ist sie Mitarbeiterin der Stabsstelle Krebsprävention und WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle am Deutschen Krebsforschungszentrum, wo sie für die Entwicklung und Redaktion der Publikationen zur Tabakkontrolle und Krebsprävention verantwortlich ist.

Internet- und LiteraturTipps:

Neuer Internetauftritt des Gesundheitsmonitor

The image shows two overlapping screenshots of the Gesundheitsmonitor website. The top screenshot is the homepage, featuring the logo 'gesundheitsmonitor' with the tagline 'Wie Bürger die Versorgung erleben – Daten, Analysen, Perspektiven'. It includes a search bar, navigation tabs for 'AKTUELLES', 'SCHWERPUNKTE', 'STUDIEN', and 'ÜBER UNS', and statistics: 73 Studien, 177 Grafiken/Diagramme, 141 Autoren, and Daten seit 2009. The bottom screenshot shows an article titled 'Unsere Autoren' featuring Dr. rer. pol. Bernard J.M. Braun from the University of Bremen. A quote reads: 'Die überwältigende Mehrheit der Deutschen spricht sich seit vielen Jahren für ein solidarisches Gesundheitssystem aus. Diese Zustimmung wird auch von vielen PKV Versicherten geteilt.' Below the quote is a link to his studies and a small photo of him. A third, smaller screenshot at the bottom right shows a bar chart titled 'Über den Monitor' with the x-axis 'PATIENTENERFAHRUNG' and a rising arrow labeled 'Bürger: Ready'.

Von Krebsfrüherkennung und ADHS über Krankenkassenwahl, Wartezeiten und Arztimage bis zu Bürgerversicherung, Organspende und Demenz: Seit mehr als einem Jahrzehnt dokumentiert und analysiert der Gesundheitsmonitor, wie die Bürger unser Gesundheitssystem erleben und bewerten. Die Ergebnisse der repräsentativen Befragungen von mehr als 75.000 Bürgern und tausenden Ärzten sowie aus Sonderbefragungen von über 12.000 Versicherten der BARMER GEK finden Sie seit dem 14. August 2014 gesammelt auf der neuen Website des Gesundheitsmonitors:

www.gesundheitsmonitor.de

Der Zugang zu einem der größten Gesundheitssurveys des Landes ist frei. Wissenschaftler, Journalisten und alle Interessierten können die Daten kostenlos für ihre Arbeit nutzen. Wir möchten alle Fachleute und Experten einladen und ermutigen, damit zu einer größeren Bürgerorientierung im deutschen Gesundheitssystem beizutragen.

Über den Monitor



Regionale Unterschiede rein medizinisch nicht erklärbar

Selbst in sehr leistungsstarken Gesundheitssystemen hängt eine angemessene medizinische Versorgung oftmals vom Wohnort ab. Das weisen OECD und Bertelsmann Stiftung in zwei aktuellen Studien für Deutschland und zwölf weitere Industrienationen nach. In manchen Städten und Landkreisen Deutschlands werden acht Mal mehr Kindern die Gaumenmandeln entfernt als anderswo. Ähnlich große regionale Unterschiede gibt es bei der Entfernung des Blinddarms, der Prostata oder beim Einsetzen eines Defibrillators am Herzen. Rein medizinisch sind derart hohe Abweichungen ebenso wenig zu erklären wie durch Alters- oder Geschlechtsstrukturen – ein Warnsignal für die Studienautoren.

Die Ergebnisse beruhen auf einer Langzeituntersuchung. Seit 2007 beobachtet die Bertelsmann Stiftung in ihrem Faktencheck Gesundheit die Häufigkeit von Operationen in allen 402 deutschen Kreisen und kreisfreien Städten und hat dabei Verblüffendes festgestellt: Das Ausmaß der regionalen Unterschiede innerhalb Deutschlands bleibt über die Jahre hinweg bei den einzelnen medizinischen Eingriffen nahezu gleich. Und es sind auch überwiegend dieselben Regionen mit extrem hohen bzw. niedrigen Operationsraten.



Dass die Versorgungslage zwischen den Regionen so unterschiedlich ist, hat je nach Operationsverfahren ganz eigene Gründe. Die beiden Studien von OECD und Bertelsmann Stiftung stellen übereinstimmend fest, dass das Fehlen aktueller medizinischer Leitlinien die Gefahr von regionalen Unterschieden vergrößert. Zudem seien Extremwerte in bestimmten Städten und Kreisen ein Indiz dafür, dass ärztliche Aufklärung regional unterschiedlich wahrgenommen wird.

Die Ergebnisse lassen sich bereits auf interaktiven Karten unter www.faktencheck-gesundheit.de für neun Indikatoren ablesen. Die gesamte Studie mit weiterführenden Informationen ist dort in Kürze als Download abrufbar.

LiteraturTipp: Gesundheitswesen aktuell 2014

In der Gesundheitspolitik der Großen Koalition geht es Schlag auf Schlag voran. Neben der Erweiterung der Finanzautonomie für die Krankenkassen wurden die Einrichtung eines Qualitätsinstitutes, Verbesserungen der Leistungen der Pflegeversicherung beschlossen, und eine Reform der Krankenhausfinanzierung steht auf der Agenda.

„Gesundheitswesen aktuell“ präsentiert sich im Jahr 2014 in neuer Optik. Inhaltlich stehen weiter aktuelle Analysen und Beiträge zum deutschen Gesundheitswesen auf dem Programm. In der siebten Ausgabe von „Gesundheitswesen aktuell“ stehen im Themenbereich Systemfragen und Wettbewerb Aspekte der sektorenübergreifenden Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, aber auch der Qualitätssicherung sowie die zukünftige

Finanzierung von Leistungen und Strukturen im Mittelpunkt. Ergebnisse neuer Rechenmodelle zeigen Wege für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA auf. Im Bereich Gestaltung der Versorgung werden überwiegend auf empirischer Basis und mithilfe von Datenanalysen aktuelle Versorgungsbereiche untersucht. Hier stehen kritische Analysen der Kniearthrose und der kathetergestützten Aortenklappenimplantation im Fokus der aktuellen Ausgabe. Analysen zum Krankheitsbild der extremen Adipositas zeigen einen umfassenden und neuen Blick auf diese Erkrankung.

„Gesundheitswesen aktuell 2014“ ist im Buchhandel zum Preis von 29,80 Euro erhältlich (ISBN 978-3-9812534-7-4).

