



Rauchfreie Gaststätten – mehrheitliche Zustimmung der deutschen Bevölkerung

1 Gesundheitsgefährdung durch Tabakrauch in Innenräumen

Tabakrauch in Innenräumen ist keine Belästigung, sondern eine Gesundheitsgefährdung mit Todesfolge. Er enthält neben giftigen Substanzen wie Blausäure, Acetonitril, Ammoniak und Kohlenmonoxid eine Vielzahl krebserzeugender Stoffe wie polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe, *N*-Nitrosamine, aromatische Amine, Benzol, Vinylchlorid, Arsen, Cadmium, Chrom und das radioaktive Isotop Polonium 210. Die Verweildauer einzelner Komponenten des Passivrauchs in der Raumluft ist beträchtlich. Tabakfeinstaubpartikel lagern sich an Wänden, Decken, Böden und Gegenständen ab und werden von dort wieder in die Raumluft abgegeben. Somit stellen Innenräume, in denen Rauchen erlaubt ist, eine kontinuierliche Expositionsquelle für Schadstoffe dar, selbst wenn dort aktuell nicht geraucht wird ^{11,18,29,30}.

Jedes Jahr sterben in Deutschland über 3300 Nichtraucher an den Folgen des Passivrauchens. Passivrauchen ist zudem verantwortlich für die Entwicklung zahlreicher nicht tödlicher Fälle von koronarer Herzkrankheit, Schlaganfall und chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen ⁹.

Gaststätten zählen zu den meistbesuchten Einrichtungen mit Publikumsverkehr. An keinem anderen Ort sind Angestellte, Gäste und deren Kinder dem Tabakrauch so ungeschützt ausgesetzt. Feinstaubmessungen belegen das Ausmaß der Luftverschmutzung in deutschen Gaststätten. Es besteht Handlungsbedarf, wie eine Publikation des Deutschen Krebsforschungszentrums zeigte: Jeweils einstündige Messungen in Cafés, Restaurants und Kneipen, in denen Rauchen erlaubt ist, ergaben, dass dort die Belastung an lungengängigen Feinstaubpartikeln der Größe bis zu 2,5 Mikrometern gegenüber der Außenluft um ein Vielfaches erhöht ist ⁹.

Diese aktuellen Messungen sind nicht überraschend. Vielmehr bestätigen sie Ergebnisse

anderer Studien: Die Nikotinkonzentration in der Raumluft gastronomischer Einrichtungen ist deutlich höher als in Büroräumen oder Wohnungen, in denen geraucht wird ⁴¹. In Einrichtungen, in denen im gesamten Gastraum geraucht werden darf, ist die Tabakrauchbelastung erwartungsgemäß am höchsten ^{5,6}. Aber auch ausgewiesene Nichtraucherzonen bieten lediglich einen minimalen Gesundheitsschutz, insbesondere für die Mitarbeiter, die sich zwischen den Zonen bewegen müssen ^{5,6}.

Damit sind Mitarbeiter in der Gastronomie einer höheren Belastung durch Tabakrauch und einem höheren Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko ausgesetzt als die meisten anderen Berufsgruppen ^{19,20,47}. Mitarbeiter von Restaurants, Bars und Kneipen haben ein um 50 Prozent erhöhtes Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken, was auch auf die Tabakrauchbelastung an ihrem Arbeitsplatz zurückzuführen ist ⁴⁰. So ergaben Schätzungen, dass bis zu vier von 1000 nicht rauchenden Servicekräften, die langfristig in der Gastronomie beschäftigt sind, an durch Tabakrauchbelastung verursachtem Lungenkrebs sterben werden ⁴¹. Einer britischen Untersuchung zufolge werden langfristig 1,4 Prozent aller nicht rauchender Gastronomiemitarbeiter an den Folgen des Passivrauchens sterben ¹⁹. Auch die Gäste sind entsprechend hoch belastet. Besonders Kinder sind einer verstärkten Exposition ausgesetzt, da sie eine höhere Atemfrequenz haben ⁴⁵. Die Schäden, die die Tabakrauchbelastung in Gaststätten hervorruft, sind in Abbildung 1 zusammengefasst.

Zahlreiche westliche Industrienationen haben die negative Wirkung des Passivrauchens in Gaststätten erkannt und geeignete Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit eingeleitet. EU-Mitgliedsstaaten (wie Italien, Irland, Schweden, Malta und – ab 2007 – Großbritannien) ebenso wie Australien, Neuseeland und einzelne Bundesstaaten der USA führten ein Rauchverbot in Gaststätten ein. Zeitgleich wurden in vielen dieser Länder Studien zur

Folgen von Tabakrauch in Gaststätten

- Akute und chronische Gesundheitsschädigungen mit Todesfolge bei Mitarbeitern
- Beeinträchtigung des Geruchs- und Geschmackssinns
- Tabakrauchbedingte Belastung ausliegender Speisen (z.B. in Theken und Buffets)
- Belastung von Kleidung und Haaren mit Rauchpartikeln
- Höhere Reinigungs- und Instandhaltungskosten der Einrichtung
- Höhere Kosten für Lüftung und Heizung
- Verminderte Arbeitszufriedenheit und geringere Arbeitsplatznachfrage im Servicebereich
- Kürzere Aufenthaltsdauer von Nichtraucherern im Gastraum aufgrund der Tabakrauchbelastung
- Rauchen in der Öffentlichkeit als negatives soziales Lernmodell für Kinder und Jugendliche sowie erwachsene Raucher und Nichtraucher

Abbildung 1: Folgen von Tabakrauch in der Raumluft von Gaststätten. Quellen: Junker et al. 2001²³, Kottke et al. 2001²⁴, Schofield et al. 1993³⁷; Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2006.

Einstellung der Bevölkerung zu diesem gesundheitspolitisch wichtigen Thema durchgeführt⁴³.

2 Ziel der Befragung

Für Deutschland sind bis dato keinerlei aktuelle Repräsentativdaten verfügbar, welche die öffentliche Meinung zu rauchfreien Gaststätten widerspiegeln. Die vorliegende Publikation stellt die erste wissenschaftlich fundierte Untersuchung zu diesem Thema dar. Sie liefert neben einem im Frühjahr 2006 erhobenen Meinungsbild der Gesamtbevölkerung differenzierte Analysen für einzelne Bevölkerungsgruppen wie Nichtraucher, aktuelle und ehemalige Raucher.

Das Ziel der vorliegenden Publikation besteht in der Beantwortung folgender, für die politischen Entscheidungsträger wichtigen Fragen:

- Welche Einstellung zu rauchfreien Gaststätten besteht in der deutschen Gesamtbevölkerung?
- Wie unterscheiden sich Bevölkerungsgruppen wie Nichtraucher, Raucher, Eltern, Jugendliche und Senioren in dieser Frage?
- Zeichnet sich ein zeitlicher Trend bezüglich dieser Einstellungen ab?

Abgesehen von einigen nichtwissenschaftlichen Umfragedaten, wie nicht repräsentative TED-Umfragen oder Umfragen mit direkter und/oder suggestiver Frageformulierung^{32,35}, konnten Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit bisher lediglich auf subjektive Eindrücke zurückgreifen. Die in dieser Publikation vorgelegten Daten sollen die zuständigen Entscheidungsträger über die aktuelle Stimmungslage informieren, die Diskussion versachlichen und die Argumentation objektivieren.

3 Datenquelle und Erhebungsmethodik

Diese Analyse basiert auf einer repräsentativen Querschnittsstudie der bundesdeutschen Wohnbevölkerung, welche von der Gesellschaft für Konsumforschung GfK e.V. im Auftrag des Deutschen Krebsforschungszentrums durchgeführt wurde. Der Befragungszeitraum lag zwischen dem 27.01.2006 und dem 10.02.2006. Die Untersuchung umfasste alle in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Männer und Frauen im Alter ab 16 Jahren, auf deren Basis eine Quotenstichprobe im Umfang von 2006 Personen gezogen wurde. Durch ein mehrstufiges Gewichtungsverfahren (so genannte „iterative Gewichtung“) nach Alter, Geschlecht, Haushaltsgröße, Beruf des Haushaltsvorstandes, Gemeindegröße und Bundesland sind die Ergebnisse bundesweit repräsentativ. Die Befragung erfolgte anhand eines strukturierten Fragebogens unter Einsatz moderner Multimedia-Pen-Pads (GfK Cam*Quest). Um eine hohe Datenqualität zu sichern, wurden im Rahmen der Datenerhebung diverse Qualitätssicherungsmaßnahmen ergriffen: eine EDV-gestützte Kontaktkontrolle, ein detaillierter Adressgleich zur Vermeidung von Mehrfachbefragungen, die Kontrolle des Auswahlverfahrens und eine qualitative Kontrolle der eingegangenen Interviews. Der Auftraggeber der Studie, das Deutsche Krebsforschungszentrum, wurde den Befragten nicht genannt, um Verzerrungseffekte, beispielsweise sozial erwünschtes Antwortverhalten, zu vermeiden.

Bereits ein Jahr zuvor, im Februar 2005, waren im Auftrag der Dieter Mennekes Umwelt-Stiftung in Zusammenarbeit mit der Nichtraucher-Initiative Deutschland (NID) e.V. durch die GfK im Rahmen einer Mehrthemenbefragung die selben Fragen unter Verwendung des gleichen Studiendesigns an einer repräsentativen Stichprobe von 1949 Personen erhoben worden. Damit kann die Einstellung der Bevölkerung zu Beginn des Jahres 2006 mit der Situation ein Jahr zuvor, zu Beginn des Jahres 2005, verglichen werden.

Erfassung der aktuellen Einstellung zu rauchfreien Gaststätten

Die aktuelle Einstellung zur Einführung rauchfreier Gaststätten wurde über folgenden Einleitungstext erfragt:

„In Irland, Norwegen, Schweden, Italien und anderen Ländern ist das Rauchen in Gaststätten (Restaurants) zum Schutz der Nichtraucher verboten. Auf den folgenden Bildschirmen sehen Sie jeweils einige Aussagen zum Thema Gaststättenbesuch und Rauchen in Gaststätten. Bitte wählen Sie jeweils die Aussage aus, die für Sie persönlich zutrifft. Mit ‚Gaststätten‘ meinen wir einen gastronomischen Betrieb, der ein volles Speiseangebot hat.“

Daraufhin wurde zunächst die Einstellung zu einem Rauchverbot über die beiden Antwortmöglichkeiten „Ein Rauchverbot in Gaststätten würde ich begrüßen“ sowie „Ein Rauchverbot in Gaststätten würde ich ablehnen“ erfragt. Außerdem beantworteten alle Studienteilnehmer die Frage: „Der Tabakrauch in einer Gaststätte hat mich bisher häufig“, „... selten...“ oder „...nie gestört“. Des Weiteren wurden das aktuelle sowie das zukünftige Besucherverhalten über die Angaben „Ich habe in den letzten 30 Tagen mindestens fünfmal...“, „...weniger als fünfmal...“ oder „...nicht in einer Gaststätte gegessen“ sowie „Wenn es ein Rauchverbot in Gaststätten gäbe, würde ich genau so häufig...“, „...seltener...“ oder „...häufiger zum Essen gehen wie bisher“ ermittelt.

Identifikation einzelner Bevölkerungsgruppen

Für jeden Studienteilnehmer wurden soziodemographische Standardgrößen wie Geschlecht, Alter, Familienstand und die Zahl der unter 16-jährigen Kinder im Haushalt erfasst. Zudem wurden der Schulabschluss und die aktuelle berufliche Stellung der Befragten sowie das monatliche Nettoeinkommen des Haushalts festgehalten. Schließlich wurde mittels der folgenden Frage der Rauchstatus erfragt:

„Sprechen wir nun kurz über das Rauchen von Zigaretten. Welche der Aussagen auf diesem Bildschirm beschreibt Ihr persönliches Verhalten in Bezug auf das Zigarettenrauchen?“

Anhand von neun Kategorien wurden die Befragten in Raucher (aktuell gelegentlicher oder regelmäßiger Tabakkonsum), Exraucher (früher gelegentlicher oder regelmäßiger Tabakkonsum) und Nie-Raucher kategorisiert. Zugunsten einer besseren Lesbarkeit, werden Exraucher und Nie-Raucher in einigen der folgenden Textpassagen zu Nichtrauchern zusammengefasst, in den zugehörigen Graphiken jedoch separat ausgewiesen.

Auswertungsmethodik

Ob sich Einstellungen und Verhaltensweisen zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen signifikant unterscheiden, wurde standardgemäß mittels des Chi²-Tests überprüft. Sämtliche Analysen wurden mit den Statistikprogrammen SPSS in der Version 14.0 (SPSS Inc. Chicago, IL,

60606, USA) sowie Quantime-Software (GfK Marktforschung AG, 90319 Nürnberg, Germany) durchgeführt.

4 Repräsentative Ergebnisse

Mehrheitliche Zustimmung für rauchfreie Gaststätten

In der deutschen Bevölkerung wächst die Befürwortung rauchfreier Gaststätten. Die Mehrheit der Deutschen, nämlich 59 Prozent, wünscht sich ein Rauchverbot in Gaststätten. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Zunahme von sechs Prozentpunkten (Zustimmungsquote 2005: 53 Prozent; Abbildung 2).

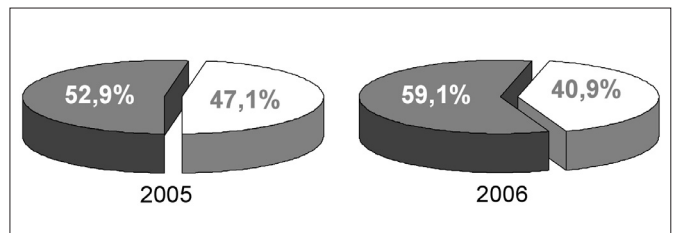


Abbildung 2: Zustimmungsquoten zu einem Rauchverbot in Gaststätten im Zeitvergleich; Zustimmung (dunkle Segmente), Ablehnung (helle Segmente). Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2006.

Wachsende Zustimmung – auch unter Rauchern

Die deutlichsten Unterschiede zu dieser Frage bestehen zwischen Rauchern einerseits sowie Ex- und Nie-Rauchern andererseits. Nie-Raucher stimmen zu 82 Prozent und ehemalige Raucher zu 71 Prozent für ein Rauchverbot. Unter den Rauchern korreliert die Zustimmung beziehungsweise die Ablehnung mit dem Ausmaß des eigenen Konsums (zwischen 13 und 43 Prozent; Abbildung 3). Die gegenüber dem Vorjahr wachsende Zustimmung basiert zu großen Teilen auf einem Umdenken unter den Rauchern: So verdeutlicht Abbildung 3, dass sich bei-

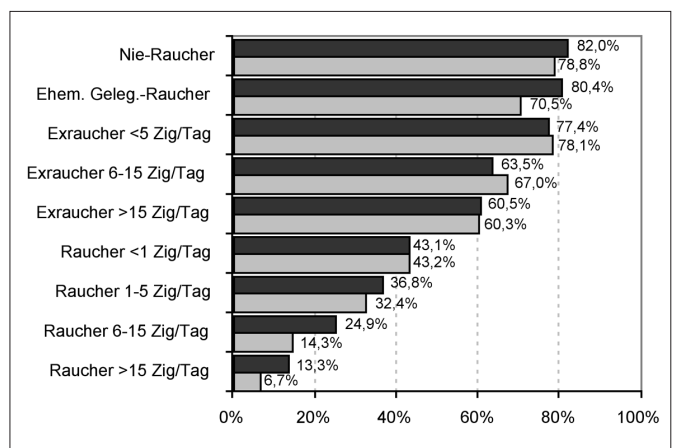


Abbildung 3: Zustimmungsquoten zu einem Rauchverbot in Gaststätten in den Jahren 2005 (helle Balken) und 2006 (dunkle Balken) nach Rauchstatus der Befragten. Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2006.

spielsweise die Zustimmungquote unter den starken Rauchern innerhalb von zwölf Monaten auf 13 Prozent verdoppelt hat. Einen ähnlichen Trend weisen auch die übrigen Rauchergruppen auf.

Diese Zahlen sind vor dem Hintergrund zu sehen, dass Nichtraucher hierzulande mit 67 Prozent einen höheren Bevölkerungsanteil ausmachen als Raucher (33 Prozent) ³⁸.

Soziale Faktoren entscheidend

Eine hohe Zustimmung zu einem Rauchverbot ist unter Frauen (65 Prozent), Senioren (über 60-Jährige: 70 Prozent), Verheirateten (63 Prozent) und unter Personen mit Hochschulreife (63 Prozent) festzustellen. Ledige (50 Prozent) und jüngere Personen (bis 50-Jährige: 53 Prozent) votieren unterdurchschnittlich für ein Rauchverbot. Abbildung 4 zeigt, dass die Befürwortung eines Rauchverbots zudem statusabhängig ist. Hierbei wird deutlich, dass insbesondere unter den – typischerweise häufig rauchenden – Arbeitern ein Umdenken einsetzt.

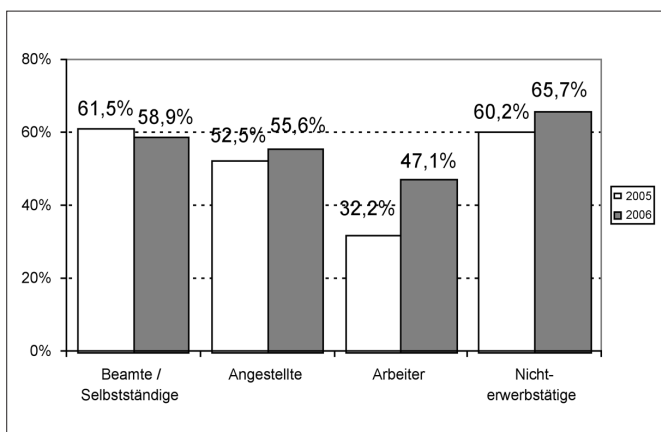


Abbildung 4: Zustimmungsquoten zu einem Rauchverbot in Gaststätten in den Jahren 2005 und 2006 nach beruflicher Stellung der Befragten. Nichterwerbstätige: Arbeitslose, Schüler, Studenten und Hausmänner/-frauen. Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2006.

Auswirkungen auf Gaststättenbesuche gering

57 Prozent der Raucher sowie 53 Prozent der Nichtraucher waren in den letzten 30 Tagen vor der Befragung zum Essen ausgegangen. Die Frage, ob die dort typische Luftbelastung durch Rauch sie störe, beantworteten 84 Prozent der Nichtraucher mit „Ja“, unter den Rauchern fühlen sich immerhin 35 Prozent häufig oder gelegentlich gestört.

Abschließend wurden die insgesamt rund 2000 Deutschen gefragt, ob sie ihr Besuchsverhalten nach der Einführung rauchfreier Gaststätten ändern würden. Drei von vier Gästen (73 Prozent) würden ihr Besuchsverhalten nicht verändern. 16 Prozent der Befragten gaben an, in diesem Fall künftig seltener zum Essen zu gehen. 11 Prozent der Befragten würden nach der Einführung eines Rauchverbots

öfter in ein Restaurant gehen (Abbildung 5). Die Mehrheit der Deutschen würde ihr konkretes Besuchsverhalten nicht ändern – weder Raucher noch Nichtraucher, weder Gegner noch Befürworter eines Rauchverbots.

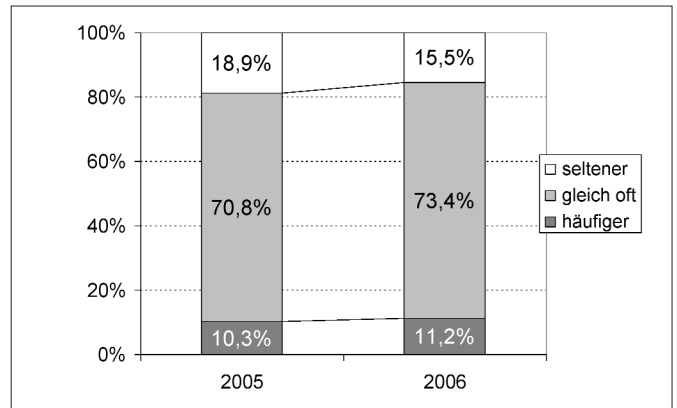


Abbildung 5: Subjektive Einschätzung künftiger Gaststättenbesuche nach Einführung eines Rauchverbots nach Erhebungsjahr. Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2006.

5 Einstellung der deutschen Bevölkerung im Vergleich zu anderen Ländern

59 Prozent aller Deutschen befürworteten ein Rauchverbot in Gaststätten. Damit liegt die deutsche Zustimmungquote im internationalen Vergleich im Mittelfeld: Bei repräsentativen Umfragen in anderen Nationen reichte der Anteil der Zustimmung von 43 bis 83 Prozent ^{2,3,13,22,25,37,43}. Noch im Jahr 2005 schien die Polarisierung zwischen Rauchern und Nichtrauchern hierzulande deutlicher als in anderen Ländern zu sein: Während noch ein Jahr zuvor 74 Prozent der Nichtraucher und lediglich 17 Prozent der Raucher einem Rauchverbot zustimmten, liegen diese Werte im Frühjahr 2006 bei 78 und 25 Prozent. Damit nähert sich die deutsche Stimmungslage der Situation in anderen Ländern an. Ähnliche Befragungstudien ergaben für die USA (Minnesota, Indiana) und Hong Kong unter Nichtrauchern 60- beziehungsweise 76-prozentige und unter Rauchern 29- beziehungsweise 39-prozentige Zustimmungsquoten ^{3,25,43}. Wie auch in den USA gibt es diesbezüglich in Deutschland ein deutliches soziales Gefälle: Obere Statusgruppen, höher Gebildete und – wie erwartet – Nichtraucher wünschen sich eher ein Rauchverbot ^{2,14,15,25,42}. Auch aus anderen Nationen ist bekannt, dass Frauen, jüngere Erwachsene, Verheiratete, Personen mit überwiegend nicht rauchenden Freunden und Bekannten sowie Eltern kleinerer Kinder ein Rauchverbot eher befürworten ^{2,25}. Diese Einstellungsmuster finden sich im Wesentlichen bereits unter Jugendlichen ²². Nach der Einführung eines Rauchverbots in Cafés und Restaurants stiegen sowohl in den USA als auch in Italien Zustimmung und Akzeptanz für eine solche Regelung sprunghaft an ^{1,13} (Abbildung 6).

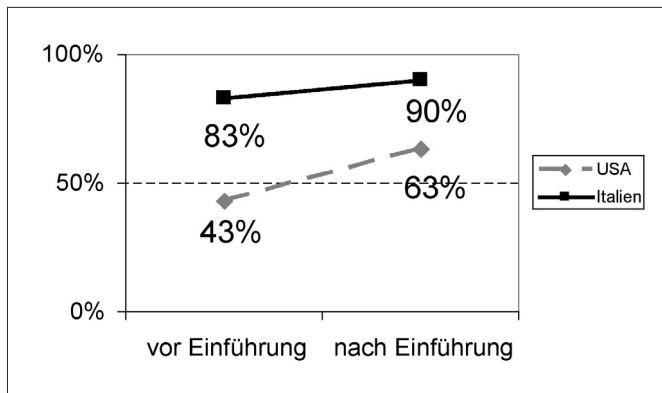


Abbildung 6: Zustimmungsquote zu einem Rauchverbot in Gaststätten vor und nach dessen Einführung. Quellen: Albers et al. 2004¹, Gallus et al. 13. Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention, 2006.

In Irland wurden Raucher vor und ein Jahr nach der Einführung rauchfreier Restaurants befragt: Deren Zustimmung stieg von 46 Prozent auf 77 Prozent^{12, 33}.

Wo Rechtsnormen fehlen, äußern Gäste nur selten ihren Wunsch nach einem rauchfreien Restaurantbesuch. Eine Studie aus Australien belegt, dass zwar mehr als zwei Drittel aller Gäste – einschließlich der Raucher – lieber in einem rauchfreien Bereich speisen möchten, die Mehrheit sich aber nicht immer traut, dies zu äußern²⁸. Das führe zu einer Verharmlosung des Problems durch die Wirte. Diese unterschätzten die potenzielle Nachfrage nach rauchfreien Lokalen gravierend³⁷.

6 Vorteile einer rauchfreien Gastronomie

Gesundheitliche Vorteile

Beobachtungen aus anderen Ländern belegen, dass sich eine rauchfreie Gastronomie positiv auf die Gesundheit großer Teile der Bevölkerung auswirkt. So verringerte eine umfassend rauchfreie Gastronomie, wie sie in Irland seit März 2004 besteht, die Schadstoffbelastung der Raumluft. Zum einen reduzierte sich die Feinstaubbelastung durch Tabakrauch deutlich: Die Konzentration der kleinen, lungengängigen Partikel (PM_{2,5}) sank um 75 bis 96 Prozent, diejenige größerer Partikel (PM₁₀) um 47 bis 74 Prozent²⁶. Zum anderen fiel die Konzentration von Nikotin in irischen Bars um durchschnittlich 83 Prozent²⁷. Demgemäß verringerte sich bei nicht rauchenden Angestellten die Konzentration von Cotinin, einem Abbauprodukt von Nikotin, um 80 Prozent⁴.

Dank der geringeren Passivrauchbelastung infolge von Rauchverboten^{1,6,36,44} sinkt auch das Risiko für Beschäftigte und Gäste, an den Folgen der Tabakrauchexposition zu erkranken¹⁰. In Kalifornien, wo ein allgemeines Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen bereits im Januar

1998 in Kraft trat, reduzierten sich infolge der Regelung sowohl unter den rauchenden als auch den nicht rauchenden Gastronomiebeschäftigten akute Atemwegssymptome um 59 Prozent und Hals-, Nasen- und Augenbeschwerden um 78 Prozent¹⁰.

Zudem rauchen die Gastronomiemitarbeiter infolge des Rauchverbots weniger, gleichen aber – genau wie andere rauchende Arbeitnehmer, die einen rauchfreien Arbeitsplatz haben – ihr Nikotindesizit nicht durch einen erhöhten Konsum zu Hause aus. Dies geht aus einer Studie mit irischem Servicepersonal hervor. Nach der Einführung des Rauchverbots in der irischen Gastronomie war dort ein solcher Ersatzkonsum nicht nachweisbar⁴.

Vorteile für die Gastronomiebetriebe

Der Haupteinwand der Gastronomie gegen eine Einführung rauchfreier Gaststätten ist die Befürchtung eines Umsatzrückganges. Ein solches Argument wiegt insbesondere in Zeiten wirtschaftlicher Probleme und anhaltender Arbeitslosigkeit schwer, lässt sich aber aufgrund der Umfrageergebnisse sowie der Erfahrungen aus anderen Ländern nur schwer halten.

So würde die weit überwiegende Mehrheit der Deutschen (73 Prozent) ihr Besuchsverhalten nach einem Rauchverbot nicht verändern. 15,5 Prozent der Befragten gaben an, künftig seltener Essen zu gehen, wenn das Rauchen in Gaststätten verboten wäre. Demgegenüber planten 11,2 Prozent nach der Einführung eines Rauchverbots häufigere Restaurantbesuche. Per saldo wollten im Frühjahr 2006 demnach 4,3 Prozent der Bevölkerung seltener Essen gehen. Ein Jahr zuvor äußerten dies noch 8,6 Prozent.

Auch in anderen Ländern beabsichtigte die überwiegende Mehrheit der Gäste nicht, ihr Besuchsverhalten infolge eines Rauchverbots zu ändern: In Hong Kong gaben 77 Prozent der befragten Bevölkerung an, im Falle einer Gesetzesänderung unverändert häufig Essen zu gehen. Anders als hierzulande würde jeder Fünfte (20 Prozent) häufiger und drei Prozent der Befragten seltener Essen gehen²⁵. Auch in Minnesota gab die überwiegende Mehrheit (90 Prozent) der Befragten an, nach Einführung rauchfreier Gaststätten unverändert häufig zum Essen zu gehen. Sieben Prozent wollten in diesem Falle häufiger, vier Prozent seltener Essen gehen. Auch in Australien wollten 65 Prozent nach einem Rauchverbot unverändert, 20 Prozent häufiger und 15 Prozent seltener ausgehen^{3,37}. In Italien, wo im Januar 2005 ein Rauchverbot in der Gastronomie eingeführt wurde, berichteten 10 Prozent der Befragten, häufiger, und lediglich 7 Prozent, seltener auszugehen¹³.

Es fällt auf, dass in anderen Ländern mehr Personen als in Deutschland angeben, nach einer Gesetzesänderung häu-

figer auszugehen. Dies erklärt sich möglicherweise aus den sowohl in den USA als auch in Hong Kong sehr viel geringeren Raucherprävalenzen: In den untersuchten Gebieten lebten zum Zeitpunkt der Befragung 58 Prozent (USA) beziehungsweise 71 Prozent (Hong Kong) Nie-Raucher, 23 Prozent beziehungsweise 15 Prozent Ex-raucher und 19 Prozent beziehungsweise 14 Prozent aktuelle Raucher^{2,25}. In Australien waren mit 26 Prozent ebenfalls weniger Befragte Raucher als in Deutschland³⁷. Allerdings sind aus Absichtserklärungen abgeleitete Rückschlüsse auf künftige – positive oder negative – Umsatzveränderungen aus mehreren Gründen problematisch:

■ Erstens ist zwischen Gästeaufkommen und Umsatz zu unterscheiden. Denn es sind vor allem Nichtraucher, die rauchfreie Restaurants häufiger besuchen würden. Diese – das belegen unsere Daten ebenso wie Analysen des Bundesgesundheits surveys³⁸ – verfügen über ein höheres Haushaltseinkommen als Raucher und würden demzufolge möglicherweise mehr konsumieren. Die bessere ökonomische Situation von Nichtrauchern erklärt sich nicht zuletzt aus den Kosten für das Rauchen selbst: Der relative Ausgabenanteil für Tabakwaren ist in ökonomisch schlechter gestellten Haushalten deutlich höher als in einkommensstarken Haushalten. Internationale Studien belegen, dass in einkommensschwachen Gruppen und vor allem bei Alleinerziehenden dieser Ausgabenanteil zwischen 10 und 20 Prozent betragen kann. Dabei ist entscheidend, dass die für den Zigarettenkonsum aufgewendeten Finanzmittel in einkommensschwachen Haushalten entsprechend nicht mehr für andere Dinge des täglichen Bedarfs wie Nahrung, Hygiene und Kleidung – und eben auch für Gaststättenbesuche – zur Verfügung stehen⁸.

■ Zweitens sind deutliche Differenzen zwischen Absichtserklärungen und dem später tatsächlich realisierten Verhalten in Betracht zu ziehen. Fruchtbar erscheint hierzu ein Blick auf andere Länder, welche den Schritt zur rauchfreien Gastronomie bereits vollzogen haben: Scollo³⁹ fasst in einem qualitativ hochwertigen und viel beachteten Literatur-Review die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zu den ökonomischen Auswirkungen eines Rauchverbots in der Gastronomie zusammen. Im Rahmen einer Auswertung sämtlicher verfügbarer Studien zu diesem Thema (insgesamt 97 Einzelstudien) wurden unterschiedliche Aspekte wie Umsatz- und Gästezahlen, Selbstauskünfte, Steuerstatistiken usw. als Indikatoren herangezogen. Das Ergebnis ist eindeutig: Entgegen vielen Befürchtungen wirkten sich Rauchverbote nicht negativ auf den Umsatz der betroffenen Gastronomiebetriebe aus. Zu diesem Ergebnis kommen übereinstimmend sämtliche als valide und qualitativ hochwertig eingestufte Studien, die von der Tabakindustrie unabhängig durchgeführt wurden und auf objektiven Daten basierten. Vier dieser Studien belegten sogar positive ökonomische Auswirkungen³⁹. So wirkte sich das Rauch-

verbot, das 1998 in Kalifornien in Kraft trat, nicht negativ auf die Einnahmen der Hotels aus¹⁵ und die Einnahmen der Bars stiegen sogar geringfügig an¹⁴. In New York, wo im März 2003 Bars und Restaurants rauchfrei wurden, stiegen im ersten Jahr nach Inkrafttreten der Regelung die Einnahmen aus der Gewerbesteuer um 8,7 Prozent an und die Gastronomiebetriebe stellten saisonbereinigt rund 2800 Mitarbeiter neu ein³¹.

Zudem sinken infolge eines Rauchverbots die direkten und indirekten Betriebskosten der Gastronomiebetreiber, da weniger Kosten für Renovierungsarbeiten, die Beseitigung von Löchern in Tischdecken und auf Teppichböden sowie für Lüftung und Heizung anfallen. Auch die Brandgefahr durch glimmende Zigaretten ist ausgeschlossen. Die Verringerung dieser direkten Betriebsausgaben geht einher mit einem Rückgang des Krankenstandes und einer erhöhten Produktivität von Mitarbeitern. Da Mitarbeiter an einem schadstofffreien Arbeitsplatz weniger infektanfällig sind, sie weniger rauchen oder sogar ganz damit aufhören und dadurch die negativen gesundheitlichen Folgen des Rauchens reduzieren, verringern sich auch die Fehlzeiten^{4,10,16,34,46}.

Auch die Umsetzung von Rauchverboten gelingt problemlos. So wurde in York ein Gesetz zu rauchfreien Gaststätten gut eingehalten. Lediglich vier Prozent der Bevölkerung verletzten zeitweilig die Regelung¹⁷. Zudem nimmt die Akzeptanz zu Rauchverboten in Gaststätten – wie bereits erläutert – nach deren Einführung sprunghaft zu (Abbildung 6). Auch bei Servicemitarbeitern ist die Akzeptanz rauchfreier Arbeitsplätze hoch: In Neuseeland wünschten sich drei von vier Servicemitarbeitern einen rauchfreien Arbeitsplatz²¹.

Anders als vielfach befürchtet verlassen rauchende Gäste das Lokal auch nicht frühzeitig, weil sie unter Nikotinentzug leiden. Eine Befragung von Restaurantgästen ergab nach der Einführung rauchfreier Bars in Kalifornien, dass die Aufenthaltsdauer der Gäste signifikant zunahm⁴². Angesichts der typischen Folgen einer Tabakrauchexposition – diese reichen von Augenbrennen und -tränen über Kopfschmerz und Schwindel bis hin zu Kurzatmigkeit – erscheint dies nicht verwunderlich.

Allein schon aufgrund der positiven Auswirkungen auf die Gesundheit ist eine rauchfreie Gastronomie ein wichtiger Bestandteil einer wirksamen Tabakkontrollpolitik. Zudem würden rauchfreie Gaststätten die gesellschaftliche Akzeptanz des Rauchens vermindern. Rauchen wird umso deutlicher als ein sozial akzeptiertes Verhalten wahrgenommen, je mehr es an öffentlichen Plätzen erlaubt ist. Dies trifft insbesondere auf Kinder und Jugendliche zu³. Eine rauchfreie Gastronomie würde somit die Verankerung des Nichtrauchens als soziale Norm fördern.

7 Die Situation in Deutschland 2006

In Deutschland scheiterte bis heute die gesetzliche Regelung einer rauchfreien Gastronomie an einer massiven Lobbyarbeit der Tabakindustrie und des Deutschen Hotel- und Gaststättenverbandes (DEHOGA). Diese veranlassten das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, im März 2005 einer Vereinbarung über eine freiwillige Selbstverpflichtung des DEHOGA zum Nichtrauchererschutz zuzustimmen. Danach sollen in drei Stufen bis zum 1. März 2008 mindestens 90 Prozent aller Mitgliedsbetriebe der DEHOGA die Hälfte ihres Platzangebotes für Nichtraucher freihalten. Von der Vereinbarung ausgenommen sind Gastronomiebetriebe, die über weniger als 75 Quadratmeter Restaurantfläche oder 40 Sitzplätze verfügen⁷. Allerdings vertritt der DEHOGA

nur etwa ein Drittel aller Gastronomiebetriebe – demnach ist die überwältigende Mehrheit der Gaststätten von dieser freiwilligen Selbstverpflichtung ausgenommen.

Zudem besteht in Nichtraucherbereichen, wenn sie baulich nicht ausreichend von Raucherbereichen getrennt sind, nur ein unzureichender Schutz vor der Tabakrauchbelastung. Daher sind die meisten der über eine Million zählenden Mitarbeiter in der Gastronomie dem Tabakrauch an diesen stark belasteten Arbeitsplätzen schutzlos ausgesetzt. Nur eine gesetzliche Regelung, die das Rauchen in der Gastronomie vollständig untersagt, gewährleistet einen ausreichenden Gesundheitsschutz für Mitarbeiter und Gäste.

Zusammenfassung:

- In Deutschland sterben jährlich über 3300 Nichtraucher an den Folgen des Passivrauchens.
- In deutschen Gaststätten sind Mitarbeiter, Gäste und deren Kinder Tabakrauch ungeschützt ausgesetzt.
- Die Mehrheit der Deutschen, nämlich 59 Prozent, befürwortet ein Rauchverbot in Gaststätten. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Zunahme von sechs Prozentpunkten.
- Nie-Raucher befürworten zu über 82 Prozent und ehemalige Raucher zu 71 Prozent ein Rauchverbot; 25 Prozent der Raucher stimmen einem Verbot zu.
- Insbesondere unter starken Rauchern scheint sich ein Meinungswandel zu vollziehen: Deren Zustimmung zu einem Rauchverbot hat sich innerhalb eines Jahres verdoppelt.
- Die weit überwiegende Mehrheit der Gäste (73 Prozent) würde ihr Besuchsverhalten nach Einführung rauchfreier Gaststätten nicht ändern. Selbst die Mehrheit der Raucher (57 Prozent) gibt an, in diesem Falle weiterhin unverändert häufig Essen zu gehen.
- Entgegen vielen Befürchtungen wirkten sich Rauchverbote in anderen Ländern nicht negativ auf den Umsatz der Gastronomie aus. Zu diesem Ergebnis kommen übereinstimmend sämtliche von der Tabakindustrie unabhängig durchgeführten Studien.
- Auch in Deutschland kann eine schadstofffreie Gastronomie durch ein Bundesgesetz für eine rauchfreie Gastronomie realisiert werden. Freiwillige Selbstverpflichtungen sind erfolglos.

Literatur

(1) Albers A, Siegel M, Cheng D et al. (2004) Effects of restaurant and bar smoking regulations on exposure to environmental tobacco smoke among Massachusetts adults. *American Journal of Public Health*, 94, 1959–1964

(2) Albers AB, Siegel M, Cheng DM et al. (2004) Relation between local restaurant smoking regulations and attitudes towards the prevalence and social acceptability of smoking: a study of youths and adults who eat out predominantly at restaurants in their town. *Tobacco Control*, 13, 347–355

(3) Alesci NL, Forster JL, Blaine T (2003) Smoking visibility, perceived acceptability, and frequency in various locations among youth and adults. *Preventive Medicine*, 36, 272–281

(4) Allwright S, Paul G, Greiner B et al. (2005) Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before and after study. *British Medical Journal*, 331, 1117–1121

(5) Bates MN, Fawcett J, Dickson S et al. (2002) Exposure of hospitality workers to environmental tobacco smoke. *Tobacco Control*, 11, 125–129

(6) Cains T, Cannata S, Poulos R et al. (2004) Designated "no smoking" areas provide from partial to no protection from environmental tobacco smoke. *Tobacco Control*, 13, 17–22

(7) Deutscher Hotel und Gaststättenverband, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2005) Nichtrauchererschutz in Hotellerie und Gastronomie. Vereinbarung zwischen dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband und dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 1. März 2005, Berlin

(8) Deutsches Krebsforschungszentrum (2004) Rauchen und soziale Ungleichheit- Konsequenzen für die Tabakkontrollpolitik. Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg

- (9) Deutsches Krebsforschungszentrum (2005) Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
- (10) Eisner MD, Smith AK, Blanc PD (1998) Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1909–1914
- (11) Environmental Protection Agency (1993) Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders. The report of the US Environmental Protection Agency. US Department of Health and Human Services, Environmental Protection Agency, Washington
- (12) Fong GT, Hyland A, Borland R et al. (2005) Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK survey. *Tobacco Control*, doi:10.1136/tc.2005.013649
- (13) Gallus S, Zuccaro P, Colombo P et al. (2006) Effects of new smoking regulations in Italy. *Annals of Oncology*, 17, 346–347
- (14) Glantz SA (2000) Effect of smokefree bar law on bar revenues in California. *Tobacco Control*, 9, 111–112
- (15) Glantz SA, Charlesworth A (1999) Tourism and hotel revenues before and after passage of smoke-free restaurant ordinances. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1911–1918
- (16) Halpern MT, Shikier R, Rentz AM et al. (2001) Impact of smoking status on workplace absenteeism and productivity. *Tobacco Control*, 10, 233–238
- (17) Hyland A, Cummings KM (1999) Consumer response to the New York City Smoke-Free Air Act. *Journal of Public Health Management and Practice*, 5, 28–36
- (18) International Agency for Research on Cancer (IARC) (1986) IARC Monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to man. Tobacco smoking. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization, Lyon
- (19) Jamrozik K (2005) Estimate of deaths attributable to passive smoking among UK adults: database analysis. *British Medical Journal*, 330, 812
- (20) Jenkins RA, Counts RW (1999) Occupational exposure to environmental tobacco smoke: results of two personal exposure studies. *Environmental Health Perspective*, 107, Suppl. 2, 341–348
- (21) Jones S, Love C, Thomson G et al. (2001) Second-hand smoke at work: the exposure, perceptions and attitudes of bar and restaurant workers to environmental tobacco smoke. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25, 90–93
- (22) Jordan TR, Price JH, Dake JA et al. (2005) Adolescent exposure to and perceptions of environmental tobacco smoke. *The Journal of School Health*, 75, 178–186
- (23) Junker MH, Danuser B, Monn C et al. (2001) Acute sensory responses of nonsmokers at very low environmental tobacco smoke concentrations in controlled laboratory settings. *Environmental Health Perspectives*, 109, 1045–1052
- (24) Kottke TE, Aase LA, Brandel CL et al. (2001) Attitudes of Olmsted County, Minnesota, residents about tobacco smoke in restaurants and bars. *Mayo Clinic Proceedings*, 76, 134–137
- (25) Lam TH, Janghorbani M, Hedley AJ et al. (2002) Public opinion on smoke-free policies in restaurants and predicted effect on patronage in Hong Kong. *Tobacco Control*, 11, 195–200
- (26) Mulcahy M, Byrne MA, Ruprecht A (2005) How does the Irish smoking ban measure up? A before and after study of particle concentrations in Irish pubs. *Journal of Indoor Air*, 15 (Suppl.11), 1659–1662
- (27) Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK et al. (2005) Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tobacco Control*, 14, 384–388
- (28) Mullins R, Borland R (1995) Preference and requests for smoke-free dining. *Australian Journal of Public Health*, 19, 100–101
- (29) National Research Council (1986) Environmental tobacco smoke: measuring exposures and assessing health effects. National Academy Press, Washington
- (30) Nelson PR, Conrad CF, Kelly SP, Maiolo KC et al. (1998) Composition of environmental tobacco smoke (ETS) from international cigarettes; part II: Nine country follow-up. *Environment International*, 1998, 251–257
- (31) New York City Department of Finance, New York City Department of Health & Mental Hygiene, New York City Department of Small Business Services et al. (2004) The State of Smoke-Free New York City: A One Year Review
- (32) Nichtraucher- Initiative Deutschland e.V. (2004) Bundesbürger wollen rauchfreie Gaststätten. *Nichtraucherinfo*, 54
- (33) Office of Tobacco Control (2005) Smoke-Free Workplaces in Ireland- A One- Year Review. *Public Health (Tobacco) Acts, 2002 and 2004*, Clane
- (34) Parrott S, Godfrey C, Raw M (2000) Costs of employee smoking in the workplace in Scotland. *Tobacco Control*, 9, 187–192
- (35) Rauchfreie Zone (2006) Bundesbürger wollen rauchfreie Gaststätten. Zugriff am 23.02.2006 unter www.rauchfreiezone.de
- (36) Repace J (2004) Respirable particles and carcinogens in the air of Delaware hospitality venues before and after a smoking ban. *Journal of Environmental Medicine*, 46, 887–905
- (37) Schofield MJ, Considine R, Boyle CA et al. (1993) Smoking control in restaurants: the effectiveness of self-regulation in Australia. *American Journal of Public Health*, 83, 1284–1288
- (38) Schulze A, Lampert T (2006) Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Ungleichheit im Rauchverhalten und der Passivrauchbelastung in Deutschland. Robert-Koch-Institut (RKI), Berlin
- (39) Scollo M, Lal A, Hyland A et al. (2003) Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*, 12, 13–20
- (40) Siegel M (1993) Involuntary smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects. *Journal of the American Medical Association*, 270, 490–493
- (41) Siegel M, Skeer M (2003) Exposure to secondhand smoke and excess lung cancer mortality risk among workers in the "5 B's": bars, bowling alleys, billiard halls, betting establishments, and bingo parlours. *Tobacco Control*, 12, 333–338
- (42) Tang H, Cowling DW, Lloyd JC et al. (2003) Changes of attitudes and patronage behaviors in response to a smoke-free bar law. *American Journal of Public Health*, 93, 611–617
- (43) Torabi MR, Seo CD (2004) Sociodemographic correlates of public perceptions regarding a smoking ban in bars and restaurants. *Journal of Drug Education*, 34, 335–350
- (44) Travers M, Cummings K, Hyland A et al. (2004) Indoor air quality in hospitality venues before and after implementation of a clean indoor air law – Western New York, 2003. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 53, 1038–1041
- (45) Willers S, Skarping G, Dalene M et al. (1995) Urinary cotinine in children and adults during and after semixperimental exposure to environmental tobacco smoke. *Archives of Environmental Health*, 50, 130–138
- (46) Wooden M, Bush R (1995) Smoking cessation and absence from work. *Preventive Medicine*, 24, 535–540
- (47) Wortley PM, Caraballo RS, Pederson LL et al. (2002) Exposure to secondhand smoke in the workplace: serum cotinine by occupation. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44, 503–509

© 2006 Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg

1. Auflage, 2006: 3000

Autoren: Dr. Sven Schneider / Dr. Katrin Schaller / Saskia Tönges / Dr. Martina Pötschke-Langer

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. Martina Pötschke-Langer

Stabsstelle Krebsprävention und WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle
Im Neuenheimer Feld 280
69210 Heidelberg
Fax: 06221-423020
Email: who-cc@dkfz.de

Unser Dank gebührt Prof. Dr. Friedrich J. Wiebel vom Ärztlichen Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit e.V. (ÄARG), Eching/München, für zahlreiche Diskussionen zur Thematik und Ernst-Günther Krause von der Nichtraucher-Initiative Deutschland (NID) e.V., Unterschleißheim, für die Bereitstellung der Befragungsdaten aus dem Jahr 2005. Dem Wissenschaftsjournalisten Wilfried Bialy, Hanau, danken wir für einen Druckkostenzuschuss zur Erstellung dieser Publikation. Weder die genannten Personen noch Dritte haben die Durchführung dieser Studie in irgendeiner Weise beeinflusst.

Zitierweise:

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Rauchfreie Gaststätten – mehrheitliche Zustimmung der deutschen Bevölkerung. Heidelberg, 2006