



**in Zusammenarbeit mit dem Dezernat für Fortbildung und Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer und dem Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.**

**Nr. 7  
September  
2005**

### Editorial

Seit dem Erscheinen des letzten Newsletters sind zwei herausragende Persönlichkeiten verstorben, die einen großen Einfluss auf Forschung und Politik der Tabakproblematik hatten: Dr. Ruth Roemer und Sir Richard Doll.

Der britische Epidemiologe Sir Richard Doll, der als einer der ersten einen Zusammenhang zwischen dem Rauchen und Lungenkrebs sowie anderen bedeutsamen Krankheiten entdeckte, starb am 24. Juli im Alter von 92 Jahren. 1950 zeigte Doll in einer bahnbrechenden Studie gemeinsam mit Austin Bradford Hill, dass das Rauchen die zentrale Ursache von Lungenkrebs ist. 2004 veröffentlichte er mit Sir Richard Peto eine Folgestudie, der die epochale Erkenntnis zu verdanken ist, dass Raucher im Schnitt 10 Jahre ihres Lebens verlieren, sich ein Rauchstopp aber in jedem Lebensalter günstig auf die Lebenserwartung auswirkt. „Er war einzigartig in der Medizingeschichte“, erklärte Professor Alex Markham, der mehr als 30 Jahre mit Doll zusammenarbeitete. Dolls Arbeit habe Millionen von vorzeitigen Todesfällen im vergangenen Jahrhundert verhindert und werde viele Millionen in diesem Jahrhundert verhindern.

Dr. Ruth Roemer, die engagierte Kämpferin auf dem Gebiet der Tabakkontrolle, ist am 1. August im Alter von 89 Jahren in Los Angeles gestorben. Als Juristin und Gesundheitswissenschaftlerin war Roemer für die WHO eine Beraterin von unschätzbarem Wert. Anfang der 80er Jahre schuf sie mit ihrer Veröffentlichung „Legislative Action to Combat the World Tobacco Epidemic“ eine Grundlage zur gesetzlichen Kontrolle des Tabakkonsums. Damit wurde ein Weg vorgezeichnet, der in die erste Gesundheitskonvention, die Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle führte (s. Newsletter März 2005).

Doch es gibt nicht nur traurige Nachrichten zu vermelden: Am 1. September 2005 trat die dritte und vorerst letzte Stufe der Erhöhung der Tabaksteuer in Kraft. Die Steuern für Zigaretten sind nochmals um 1,2 Cent pro Stück gestiegen. Die Steuererhöhungen der Jahre 2002–2004 führten zu einem Absatzrückgang von 12 %. Erstmals seit Bestehen der Bundesrepublik ist es im kurzen Zeitraum von zwei Jahren gelungen, den Absatz um 20 Milliarden Stück Zigaretten zu verringern. Dieser aktuelle Erfolg in der Reduktion des Tabakkonsums kann auch als Ergebnis einer Arbeit angesehen werden, die Roemer und Doll in den vergangenen Jahrzehnten mit angestoßen haben. Tabaksteuererhöhungen stellen insbesondere ein geeignetes Mittel zur Senkung des Raucheranteils bei Jugendlichen dar. Erstmals seit Mitte bis Ende der 1990er Jahre erhöhte sich der Anteil jugendlicher Nie-Raucher (12- bis 15-Jährige) von 48 Prozent im Jahr 2001 auf 62 Prozent im Jahr 2005.

### Inhaltsverzeichnis:

Editorial	1
Neuigkeiten	1
Fortbildungen für Fachberufe	2
Kongresse/Tagungen	2
Neue Studie zur Tabakentwöhnung	2–3
Hotline „Rauchfrei am Arbeitsplatz“	3–4

Gleichzeitig sank der Anteil jugendlicher Raucher (Alter 12 bis 17 Jahre) von 28 Prozent im Jahr 2001 auf 20 Prozent im März 2005.

Ein Factsheet mit detaillierten Berechnungen zum Nutzen der Tabaksteuererhöhung kann von der Homepage des WHO Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle ([www.tabakkontrolle.de](http://www.tabakkontrolle.de)) herunter geladen werden.

Was finden Sie ansonsten in dieser Ausgabe? Ab Seite 2 wird eine neue, noch nicht publizierte Studie des Arbeitskreises Raucherentwöhnung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen vorgestellt, die sich mit dem Einfluss psychologischer Variablen auf die Abstinenzquoten beschäftigt. Auf Seite 4 finden sich Auszüge aus dem neuen Faltblatt der Hotline „Rauchfrei am Arbeitsplatz“.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für erfolgreiche Tabakentwöhnung

Ihr Redaktionsteam  
Martina Pötschke-Langer, Peter Lindinger,  
Anil Batra, Wilfried Kunstmann

### Neuigkeiten

Das Deutsche Krebsforschungszentrum hat am 1. September 2005 sein Telefonangebot um die Hotline „Rauchfrei am Arbeitsplatz“ erweitert. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer können sich unter der Telefonnummer 06221 42 42 00 über ihr Recht auf einen rauchfreien Arbeitsplatz informieren und erhalten Beratung, wie sie dieses durchsetzen können. Seit der Änderung der Arbeitsstättenverordnung vom Oktober 2002 „hat der Arbeitgeber die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, damit die nichtrauchenden Beschäftigten in Arbeitsstätten wirksam vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch geschützt sind“ (§5 der Arbeitsstättenverordnung). Die Hotline steht auch Arbeitgebern und Betriebsräten zur Verfügung. Diese erhalten Informationen und Beratung zum gesetzlich vorgeschriebenen

Nichtraucherschutz sowie praktische Hinweise, wie im Betrieb Tabakentwöhnungsmaßnahmen durchgeführt werden können. Ein besonderes Angebot besteht für Betriebsärzte: Sie können an Fortbildungsmaßnahmen im Deutschen Krebsforschungszentrum teilnehmen, bei denen ihnen die Grundlagen der Tabakabhängigkeit und wirksame Tabakentwöhnungsstrategien im Betrieb vorgestellt werden. Die Hotline ist mit dem schon seit 1999 bestehenden „Rauchertelefon“ verbunden. Daher können alle Anrufer bei Bedarf auch individuell motiviert und in ihrem Entschluss, das Rauchen aufzugeben, unterstützt werden (s. auch S. 4).

---

## Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

### Fortbildungen für Fachberufe

1. 20stündiges „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“, zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. unter Leitung von Prof. Dr. A. Batra und Dipl.-Psych. P. Lindinger. Diese erstmalig außerhalb der Tübinger oder Hamburger Suchttherapietage angebotene Fortbildung vermittelt theoretische Grundlagen, Kenntnisse und Fertigkeiten in der Motivation und Behandlung von Rauchern. Die Teilnehmer werden ausführlich in die Techniken der Motivierenden Gesprächsführung und in die verhaltenstherapeutische Behandlung von Rauchern mit dem gemäß § 20 SGB V anerkannten Programm „Nichtraucher in 6 Wochen“ eingeführt.

Teilnehmer am „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“ sollten allgemeine Erfahrung in der Suchttherapie mitbringen und erhalten Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.

**Termin:** Freitag, 02.12.2005, 9.00–18.30 Uhr,

Samstag, 03.12.2005, 8.30–17.15 Uhr

Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Osianderstraße 24, 72076 Tübingen

Auskunft und Anmeldung: Wit-WissensTransfer, Universitätsbund Tübingen, Wilhelmstraße 5, D-72074 Tübingen. Tel. 07071/29-76439, 29-76872; Fax 295101 <http://www.wit.uni-tuebingen.de>

2. Heidelberger Curriculum Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung – Basiswissen und praktische Anleitungen. Empfohlen von der Bundesärztekammer für die Fachkunde . Suchtmedizin. Ärztinnen und Ärzte erhalten 5 Fortbildungspunkte der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

**Termine:** 23. September, 28. Oktober und 25. November 2005 (Novembertermin nur für Ärztinnen und Ärzte) (jeweils freitags 14–18 Uhr). Infos unter [www.tabakkontrolle.de](http://www.tabakkontrolle.de); Anmeldung unter [who-cc@dkfz.de](mailto:who-cc@dkfz.de)

3. Kursleiterschulung für das Gruppenprogramm „Eine Chance für Raucher – rauchfrei in 10 Schritten“ durch das Institut für Therapieforschung München.

Infos unter <http://www.vtausbildung.de/praevention/10schritte.htm>; Anmeldung bei Olga Lichtig (E-mail: [lichtig@ift.de](mailto:lichtig@ift.de)) Tel.: 089/360804-68, Fax: 089/360804-69

### Kongresse/Tagungen

1. 10. Tübinger Suchttherapietage (mit 20stündigem WAT-Curriculum Tabakentwöhnung)

**Termin:** 28.–30. September 2005, Anmeldung bei Tübinger Suchttherapietage, Osianderstr. 24, 72076 Tübingen, Tel. 07071/2980922, Fax: 07071 / 295384 oder [sucht@med.uni-tuebingen.de](mailto:sucht@med.uni-tuebingen.de)

2. Tagung „Stand und Perspektiven der Tabakprävention in Deutschland“. Veranstalter: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) Hamburg.

**Termin:** Donnerstag, 10.11.2005, 14.00–19.00 Uhr, Freitag, 11.11.2005, 9.30–15.30 Uhr

Infos bei Dr. Jens Kalke, Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UKE, Martinistr. 52, 20246 Hamburg [www.isd-hamburg.de](http://www.isd-hamburg.de)

3. **Bitte schon vormerken:** 3. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle, 07.12.–08.12.2005, Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg.

---

## Neue Studien zur Tabakentwöhnung

### Rauchertypen und Entwöhnungserfolge

**I. Torchalla, S.E. Collins, M. Schröter, A. Batra**  
**Arbeitskreis Raucherentwöhnung, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen**

#### Einleitung

Mit einer Kombination aus Verhaltenstherapie und medikamentöser Unterstützung werden kurzfristige Abstinenzraten von ca. 70 % erzielt, ein Jahr nach Ende der Therapie sind jedoch nur noch 20–30 % aller Teilnehmer abstinent. Bei Rauchern mit zusätzlichen Komplikationen (z.B. koronarer Herzerkrankung, Diabetes mellitus, chronischen Lungenerkrankungen, depressiven Erkrankungen usw.) ist die Abstinenzwahrscheinlichkeit noch geringer, wenn die Behandlung nicht an die spezifischen Bedürfnisse angepasst wird. Die Individualisierung der Therapie scheint also ein viel versprechender Ansatz zu sein, um die Effektivität von Raucherentwöhnungsbehandlungen zu erhöhen.

In einer Studie des Arbeitskreises Raucherentwöhnung (AKR) sollten ambulant behandelte entwöhnungswillige Raucher hinsichtlich verschiedener psychologischer Variablen charakterisiert und in Subtypen differenziert werden. Des Weiteren sollten psychologische und rauch-anamnestische Prädiktoren gesucht werden, die ein Therapieversagen vorhersagen können, und die im Rahmen einer Raucherentwöhnungsbehandlung modifizierbar wären. Es wurde geprüft, ob Untergruppen („Cluster“) von Rauchern zu identifizieren sein könnten, die in der Wahrscheinlichkeit für Abstinenz und Rückfälligkeit variieren.

#### Studie

202 abhängige Raucher (93 Männer u. 109 Frauen ohne schwere körperliche oder psychiatrische Begleiterkrankung) wurden mit einem leitliniengerechten Programm zur Tabakentwöhnung (Batra & Buchkremer 2004, s. Newsletter Tabakentwöhnung vom April 2005) behandelt. Die Probanden waren zwischen 18 und 67 Jahre alt und rauchten durchschnittlich 23 Zigaretten pro Tag. Der durchschnittliche FTND-Summenwert betrug 5,1 Punkte. Mit Hilfe psychometrischer Instrumente wurden Rauchcharakteristika, Depressivität, Selbstkommunikation, aktives Verhalten, „novelty seeking“, Symptome der Hyperaktivität, Stärke der Nikotinabhängigkeit und das Nikotin craving erfasst. Die Diagnostik erfolgte während der Behandlung und zu den Katamneseuntersuchungen ein, sechs und zwölf Monate nach Therapieende. Die Bestimmung der Punkt-abstinenz (Abstinenz zum Katamnesezeitpunkt) und der kontinuierlichen Abstinenz (keine einzige Zigarette seit Kursende) erfolgte nach konservativer Methode (intent-to-treat).

## Ergebnisse

Die Abstinenzraten betragen für die Gesamtstichprobe 76,2% nach Kursende. Einen Monat nach Behandlungsende waren noch 63,9% der Teilnehmer abstinent (53,5% kontinuierliche Abstinenz), sechs Monate nach Behandlungsende waren 48,5% (35,6%) aller Probanden abstinent und zwölf Monate nach Behandlungsende betrug die Abstinenzrate 38,6% (28,7%).

Die Clusteranalysen konnten wegen teilweise unvollständiger Daten nur mit 165 Teilnehmern durchgeführt werden und ergaben vier interpretierbare Gruppen. Cluster 1 besteht aus Rauchern, die in den erhobenen psychologischen Variablen keine Auffälligkeiten zeigen („unauffällige Raucher“). Cluster 2 umfasst Raucher, die sich durch erhöhte Werte in der Depressionskala und der Skala für negative Selbstkommunikation auszeichnen („depressive Raucher“). Cluster 3 setzt sich zusammen aus Rauchern mit einer starken Nikotinabhängigkeit und einem starken Rauchverlangen („körperlich stark abhängige Raucher“). Personen in Cluster 4 weisen hohe Werte in sämtlichen gemessenen Variablen auf („hyperaktive/komorbide Raucher“). Eine Kreuzvalidierung replizierte die Ergebnisse. Weiterhin wurde untersucht, ob die Clusterzugehörigkeit mit der Punktabstinenz nach der Intervention zusammenhängen. Zum 1. Katamnese-Zeitpunkt gab es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Clusterzugehörigkeit und Abstinenzfähigkeit zum Kursende und (s. Abb 1)

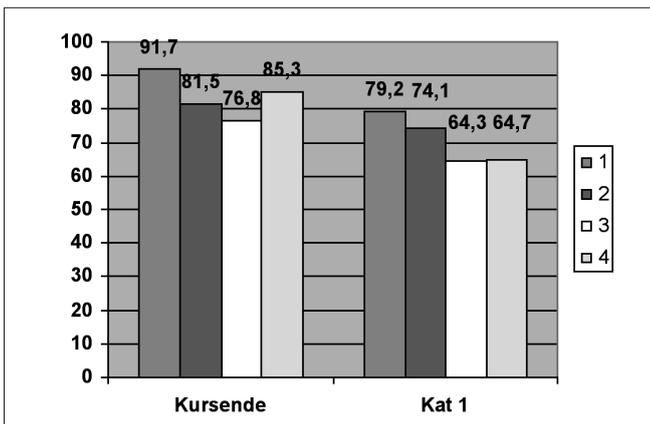


Abbildung 1: Abstinenzraten in Abhängigkeit von der Clusterzugehörigkeit bei Kursende und Katamnese 1 (1 Monat post)

Dagegen gab es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Clusterzugehörigkeit und der Abstinenz zur 2. (p=0,032) und zur 3. Katamnese (p=0,008). Personen aus Cluster 1 („unauffällige Raucher“) waren häufiger abstinent als die Personen in den übrigen Clustern (s. Abb.2)

## Diskussion

Die Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass Raucher nicht als homogene Gruppe betrachtet werden sollten. Obwohl die identifizierten Untergruppen keine klinischen Diagnosen und noch keine klinisch anwendbaren Klassifizierungen repräsentieren, die sich sicher auf andere Stichproben übertragen lassen, geben die Konstrukte Information über gemeinsame Charakteristika und hypothetische Rauchmotive. „Depressive“ Raucher erscheinen weniger abhängig als andere Gruppen und rauchen möglicherweise wegen der antidepressiven Wirkung, während stark abhängige Raucher mit ansonsten psychologisch unauffälligen Werten möglicherweise Nikotin einsetzen, um Entzugssymptome und Rauchverlangen zu unterdrücken. „Hyper-

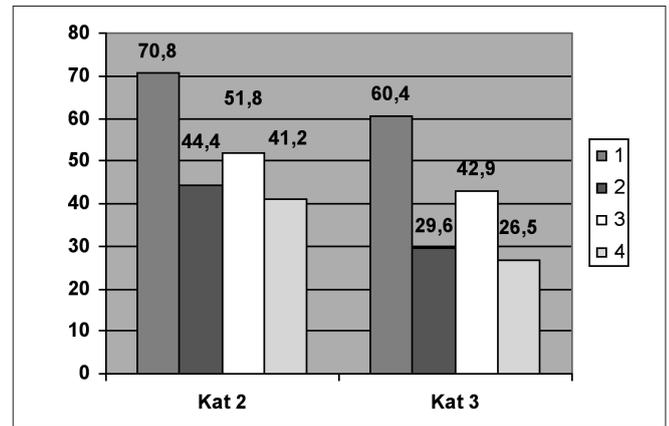


Abbildung 2: Abstinenzraten in Abhängigkeit von der Clusterzugehörigkeit bei Katamnese 2 (6 Monate post) und Katamnese 3 (12 Monate post)

aktive“ bzw. „komorbide“ Raucher mit hohen Werten sowohl für körperliche Abhängigkeit als auch für Depressivität und Hyperaktivität könnten das Rauchen dazu verwenden, multiple Wirkungen (Stimulation, emotionale Regulierung, Unterdrückung der Entzugssymptomatik) zu erzielen. Obwohl soziale Faktoren nicht erfasst wurden, ist es durchaus möglich, dass „unauffällige“ Raucher vorzugsweise aus sozialen Gründen rauchen.

Die identifizierten Cluster unterscheiden sich hinsichtlich ihrer mittel- und langfristigen Abstinenzersparung. Es ist zu vermuten, dass die Therapie optimiert werden kann, wenn den unterschiedlichen Risikoprofilen Rechnung getragen wird. Dazu könnte die Standardtherapie um Behandlungsmodule ergänzt werden, die auf die vier identifizierten Subgruppen zugeschnitten sind (z.B. Elemente aus der Depressionsbehandlung, Impulskontrollstrategien, Anpassung der medikamentösen Unterstützung).

In einer laufenden, vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanzierten Folgestudie wird die Replizierbarkeit der Ergebnisse getestet und die aus den Ergebnissen abgeleiteten Hypothesen zur therapeutischen Relevanz von Risikogruppen unter den Bedingungen der klinischen Praxis überprüft.

## Hotline „Rauchfrei am Arbeitsplatz“

Telefon: 06221 / 42 42 00

Montag – Freitag 14.00 – 18.00 Uhr

**Individuelle Beratung für Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Betriebsräte sowie Betriebsärzte zur Durchsetzung des Nichtraucherschutzes am Arbeitsplatz**

Auszüge aus dem Faltblatt:

Die Hotline „Rauchfrei am Arbeitsplatz“ bietet Informationsangebote für:

### Arbeitnehmer

Beratung und Informationen über ihre Rechte und die Möglichkeiten, diese einzufordern  
individuelle Beratung zum Rauchstopp

### Arbeitgeber

Informationen zum gesetzlich vorgeschriebenen Nichtraucherschutz und Beratung zu dessen Umsetzung  
Informationen und Beratung zu Tabakentwöhnungsmaßnahmen im Betrieb

#### Herausgeber:

Deutsches Krebsforschungszentrum  
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle in Zusammen-  
arbeit mit dem Dezernat für Fortbildung und Gesundheits-  
förderung der Bundesärztekammer und dem  
Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.

#### Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. Martina Pötschke-Langer

#### Redaktion:

Dr. Martina Pötschke-Langer, Dipl.-Psych. Peter Lindinger,  
Prof. Dr. Anil Batra, Dr. Wilfried Kunstmann

#### Betriebsräte

Informationen zum gesetzlich vorgeschriebenen Nichtraucher-  
schutz

Informationen zu guten Beispielen von Betriebsvereinbarungen

#### Betriebsärzte

Informationen zu konkreten Tabakentwöhnungsmaßnahmen im  
Betrieb

Angebote für Fortbildungen zur Thematik

Tabakrauch in Innenräumen wurde von nationalen und interna-  
tionalen Expertengremien und Organisationen als Krebs erre-  
gend bewertet. In Deutschland stuft die MAK-Kommission  
(Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Ar-  
beitsstoffe der Deutschen Forschungsgemeinschaft) Tabak-  
rauch am Arbeitsplatz bereits 1998 in die höchste Gefah-  
renstufe der Kategorie Krebs erzeugender Arbeitsstoffe ein.  
Zu den Krebs erregenden Substanzen im Tabakrauch gehören  
polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe, aromatische  
Amine, Nitrosamine, Benzol und weitere organische Ver-  
bindungen, sowie anorganische Stoffe wie Arsen, Cadmium  
und Chrom. Darüber hinaus finden sich darin sogar radioaktive  
Isotope wie Polonium-210. Tabakrauch in Innenräumen ist  
damit ein ausgesprochen gesundheitsschädlicher Luftschad-  
stoff, der problemlos vermieden werden kann. Er ist demnach  
keine Belästigung, sondern eine Gesundheitsgefährdung mit  
Todesfolge.

Die Aufteilung eines Raumes in gesonderte Raucher- und  
Nichtraucherbereiche ist unzureichend: Der Rauch bleibt nicht  
in der Raucherzone, sondern breitet sich weit darüber hinaus  
aus. Selbst in Zügen, deren Raucherabteile von den Nicht-  
raucherabteilen durch automatische Schiebetüren getrennt  
sind, zieht der Rauch in benachbarte Nichtraucherabteile und  
verursacht dort eine Belastung an gesundheitsgefährdenden  
Luftschadstoffen, die kaum unter den extrem hohen Konzen-  
trationen dieser Substanzen im Raucherabteil liegt. Der Rauch  
erreicht teilweise sogar Nichtraucherabteile, die von den  
Raucherabteilen weit entfernt sind (Abb. 3).

Rauchfreie Arbeitsplätze schränken das Recht der persönlichen  
Freiheit von Rauchern nicht ein: Rauchern steht „ein autonomer  
Bereich privater Lebensgestaltung“ zu, in dem sie ihre  
„Individualität entwickeln und wahren“ können (BVerf. GE  
79,256,268). Dieses Grundrecht der Raucher wird durch rauch-  
freie Arbeitsplätze nicht verletzt, da weder ihre Privatsphäre  
beschränkt noch „zentrale Voraussetzungen“ für ihre personale  
Entfaltung in der Öffentlichkeit in Frage gestellt werden. Die  
„engere persönliche Lebenssphäre und die Erhaltung ihrer  
Grundbedingungen“ (BVerf. GE 54,148,153) der Raucher sind  
von Rauchverboten am Arbeitsplatz nicht betroffen. Damit  
berühren rauchfreie Arbeitsplätze nicht die elementaren  
Bedingungen des Personenseins.

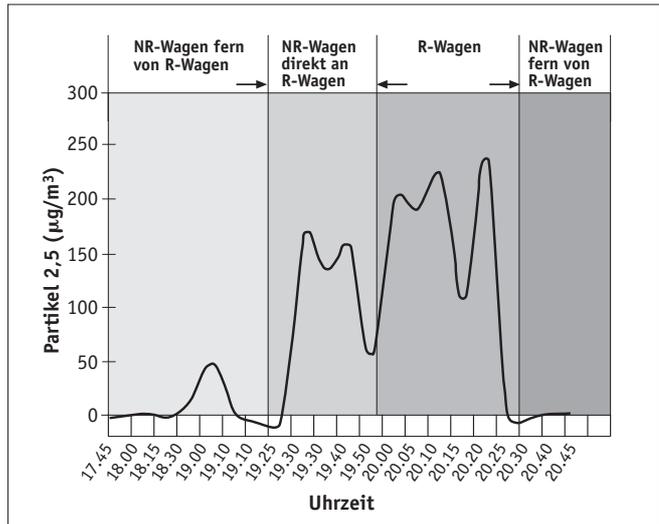


Abbildung 3: Partikelkonzentration (PM<sub>2,5</sub>) in Wagen des italienischen  
EUROSTAR-Schnellzugs; Quelle: Invernizzi G, Ruprecht A, Mazza R et al.  
(2004) Particulate matter from tobacco versus diesel car exhaust: an  
educational perspective. Tobacco Control, 13, 219–21.

Rauchfreie Arbeitsplätze schützen die Gesundheit: Rauchver-  
bote tragen zur Verringerung des Tabakkonsums bei. In Austra-  
lien wird der Beitrag rauchfreier Arbeitsplätze zum Rückgang  
des Tabakkonsums zwischen den Jahren 1988 und 1995 auf  
22 Prozent beziffert, in den USA für die Jahre 1988 bis 1994 auf  
13 Prozent. In Kalifornien bedingen rauchfreie Arbeitsplätze  
eine Verminderung des Zigarettenkonsums um schätzungs-  
weise 150 Millionen Zigarettenstücken pro Jahr. Voll-  
kommen rauchfreie Arbeitsplätze reduzieren den Tabakkonsum  
der Mitarbeiter verglichen mit nur teilweise rauchfreien  
Arbeitsplätzen um das Doppelte. Starke Raucher verringern  
ihren Konsum besonders deutlich. In einer rauchfreien Um-  
gebung versuchen zudem mehr rauchende Mitarbeiter, mit  
dem Rauchen aufzuhören, und für erfolgreiche Ex-Raucher  
steigt die Wahrscheinlichkeit, langfristig abstinent zu bleiben.  
Ein rauchfreier Arbeitsplatz ist demnach eine der wirkungsvoll-  
sten Maßnahmen der Tabakprävention.

Die Mehrheit der deutschen Bevölkerung befürwortet saubere  
Innenraumluft: Acht von zehn Nichtrauchern und Ex-Rauchern  
wünschen sich rauchfreie Arbeitsplätze. Die Akzeptanz betrieb-  
licher Regelungen zum Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz  
steigt bei angemessener Aufklärung und Information nach der  
Einführung von Rauchverboten noch an. Ein Großteil der  
Bürgerinnen und Bürger wünscht auch rauchfreie öffentliche  
Einrichtungen, wie Behörden, Schulen, Kindergärten, Sport-  
stätten oder Krankenhäuser.