

Diplomarbeit

Aktiv- und Passivrauchen, Belästigung, Risikobewusstsein und
Gesetzesakzeptanz bei Lokalinhabern und Angestellten in der
Wiener Gastronomie im Vergleich zu Gästen

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Wien

ausgeführt am

Institut für Umwelthygiene

unter der Anleitung von o. Univ. Prof. Dr. Manfred Neuberger

eingereicht von

Anna Christina Kirnbauer

0542211

Ort, Datum

Unterschrift

Danksagung

In erster Linie möchte ich mich bei Prof. Dr. Manfred Neuberger für eine hervorragende Betreuung, für eine gute Zusammenarbeit und für die Möglichkeit, die Ergebnisse auf einem Ärztekongress vortragen zu dürfen, bedanken.

Bedanken möchte ich mich außerdem bei meinem guten Freund Alexander Rabas, der mir in sämtlichen statistischen Angelegenheiten bei dieser Studie, bei der Ausarbeitung und bei der Auswertung der Daten tapfer und geduldig zur Seite gestanden hat.

Ich bedanke mich außerdem bei meiner Kollegin Veronika Wagner für eine gute und unkomplizierte Zusammenarbeit.

Zuletzt ein herzliches Dankeschön an meine Familie und Freunde, die mich immer wieder ermutigt und unterstützt haben, nicht nur im Rahmen der Diplomarbeit, sondern auch während des gesamten Studiums.

Inhalt

1	Einleitung.....	9
1.1	Das Österreichische Tabakgesetz im Bezug auf Nichtraucherchutz.....	9
1.2	Rauchverhalten der Österreicher.....	10
1.2.1	Aktueller Raucherstatus	10
1.2.2	Raucherentwicklung - Vergleich der Jahre 1972 und 2006/2007	11
1.2.3	Rauchbeginn der täglich rauchenden Bevölkerung	12
1.2.4	Wirkung des Rauchens	13
1.3	Die Schädlichkeit des Tabakrauches	14
1.3.1	Schäden durch Aktivrauchen.....	15
1.3.1.1	Koronare Herzkrankheit	16
1.3.1.2	Myocardinfarkt	17
1.3.1.3	Schlaganfall.....	17
1.3.1.4	Aortenaneurysma	18
1.3.1.5	COPD	19
1.3.1.6	Bronchialkarzinom.....	19
1.3.1.7	Tumore des Kopf- und Halsbereichs.....	20
1.3.1.8	Magen- und Darmgeschwüre	20
1.3.2	Schäden durch Passivrauchen	21
1.3.2.1	ETS - Passivrauch	21
1.3.2.2	Passivrauchwirkung bei Schwangeren und Kindern.....	22
1.3.2.3	Passivrauch am Arbeitsplatz.....	23
1.3.2.4	Passivrauchen in der Gastronomie.....	23
1.4	Rauchen als Sucht	25
1.5	Raucherentwöhnung.....	26
2	Methoden.....	28
2.1	Untersuchungsinstrument	30
2.2	Durchführung	30
2.3	Vorteile der Methode	32
2.4	Nachteile der Methode	32
2.5	Auswertung	33
2.6	Messgrößen und Zielparameter.....	33
2.7	Vergleich zu Gästebefragungen	34

3	Resultate	35
3.1	Studienpopulation.....	35
3.1.1	Geschlecht	35
3.1.2	Beruf.....	35
3.1.3	Raucherstatus.....	36
3.1.4	Alter.....	38
3.1.5	Zusammenhänge der Variablen Geschlecht, Beruf und Raucherstatus.....	39
3.2	Zufriedenheit mit dem aktuellen Tabakgesetz	41
3.2.1	Zufriedenheit aller in der Gastronomie tätigen Befragten	41
3.2.2	Zufriedenheit aller Befragten im Vergleich zu der Befragung der Gäste	42
3.2.3	Zufriedenheit nach Raucherstatus der in der Gastronomie tätigen Befragten	43
3.2.4	Zufriedenheit nach Raucherstatus im Vergleich zu der Befragung der Gäste	43
3.2.5	Zufriedenheit nach Geschlecht der in der Gastronomie tätigen Befragten.....	44
3.2.6	Zufriedenheit nach Geschlecht im Vergleich zu der Befragung der Gäste	45
3.2.7	Zufriedenheit nach Beruf der in der Gastronomie tätigen Befragten.....	45
3.3	Belästigung durch Tabakrauch in der Gastronomie.....	46
3.3.1	Belästigung aller in der Gastronomie tätigen Befragten.....	46
3.3.2	Belästigung nach Raucherstatus der in der Gastronomie tätigen Befragten.....	47
3.3.3	Belästigung nach Raucherstatus im Vergleich zu der Befragung der Gäste	48
3.3.4	Belästigung nach Beruf der in der Gastronomie tätigen Befragten.....	49
3.4	Zustimmung zu einem generelles Rauchverbot.....	50
3.4.1	Zustimmung aller in der Gastronomie tätigen Befragten	50
3.4.2	Zustimmung aller Befragten im Vergleich zu der Befragung der Gäste.....	51
3.4.3	Zustimmung nach Gesetzeszufriedenheit der in der Gastronomie tätigen Befragten	52
3.4.4	Zustimmung nach Raucherstatus der in der Gastronomie tätigen Befragten	52
3.4.5	Zustimmung nach Raucherstatus im Vergleich zu der Befragung der Gäste	53
3.4.6	Zustimmung nach Beruf der in der Gastronomie tätigen Befragten	54
3.5	Zusammenhang zwischen Alter, Geschlecht, beruflicher Stellung, Rauchanamnese und Gesetzesakzeptanz.....	55
3.6	Raucherkarriere der Befragten	56
4	Diskussion.....	58
4.1	Das Problem des derzeitigen Tabakgesetzes in Bezug auf den Nichtraucherchutz und die Luftqualität in der Gastronomie.....	58
4.2	Studien zu Folgen des Passivrauchens in der Gastronomie.....	59
5	Zusammenfassung.....	62

5.1 Interessante Ergebnisse	63
5.2 Schlussfolgerung	64
6 Verzeichnisse.....	65
6.1 Literaturverzeichnis.....	65
6.2 Abbildungsverzeichnis.....	70
6.3 Tabellenverzeichnis.....	71
7 Liste der verwendeten Abkürzungen	72
8 Anhang	73
9 Lebenslauf	75

Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit war es, die Meinung der Wiener Gastronomen und deren Angestellten über das aktuelle Österreichische Tabakgesetz herauszufinden. Besonders berücksichtigt wurde dabei die Tabakgesetz-Novelle von 2008, die zum ersten Mal den Nichtrauchererschutz auf die Gastronomie erweiterte:

„Unbeschadet arbeitsrechtlicher Bestimmungen und der §§ 12 und 13 gilt Rauchverbot in den der Verabreichung von Speisen oder Getränken an Gäste dienenden Räumen (...)“ (Bundesministerium für Gesundheit, Novelle zum Tabakgesetz BGBl. I Nr. 120/2008).

Als Ausnahme vom Rauchverbot gelten deklarierte Raucherräume in Mehrraumlokalen und Betriebe, die als deklarierte Raucherlokale nur über einen Gastraum verfügen, der eine Fläche von 50m² oder weniger aufweist (Bundesministerium für Gesundheit, Novelle zum Tabakgesetz BGBl. I Nr. 120/2008).

Außerdem wurde das Rauchverhalten der in der Gastronomie tätigen Leute erhoben und das Ausmaß der Belästigung bzw. bereits eingetretener gesundheitlicher Beschwerden durch den Tabakrauch in den Lokalen.

Die Daten wurden anonym in Vier-Augen-Gesprächen vor Ort mithilfe eines standardisierten Fragebogens erhoben. Insgesamt wurden 201 Personen in allen Wiener Gemeindebezirken befragt.

59% der Befragten gaben an, dass sie das derzeitige Tabakgesetz und den Nichtrauchererschutz bezogen auf die Gastronomie als nicht ausreichend empfinden. Davon wünscht sich eine Mehrheit (68%) ein generelles Rauchverbot per Gesetz.

Auffallend war, dass nicht die Raucher an sich signifikant häufiger gegen ein generelles Rauchverbot gestimmt haben, sondern vornehmlich starke Raucher, also Personen, die mehr als 10 Zigaretten pro Tag rauchen.

Als häufigster Grund für den Start einer Raucherkarriere wurden Freunde und als zweithäufigster Grund der Beruf angegeben.

44% aller Befragten von 29 Nichtraucherlokalen, 38 Raucherlokalen und 85 gemischten Lokalen waren Nichtraucher. Eine Mehrheit davon arbeitete in reinen Raucherlokalen oder in gemischten Lokalen, wo sie auch die Gäste im Raucherbereich versorgen mussten und daher an ihrem Arbeitsplatz einem beträchtlichen Gesundheitsrisiko durch Passivrauch ausgesetzt waren.

76% der Nichtraucher und 45% der Raucher waren mit dem geltenden Tabakgesetz unzufrieden. Der hohe Grad von Unzufriedenheit beim Gaststättenpersonal findet eine Entsprechung bei einer Gästebefragung in Wiener Lokalen, die in Diplomarbeiten der medizinischen Universität Wien von Gasser, M.A. (2012) und Schwarz, K. (2011) durchgeführt wurde.

Abstract

The goal of this diploma thesis was to determine the opinion of people working in Vienna's gastronomy about tobacco law in Austria and especially about the amendment of 2008 which says that smoking is not allowed in rooms where customers get served food or drinks.

There are two main exceptions to this ban on smoking in restaurants:

- declared smoking rooms in venues which have more than one room for guests
- declared smoking restaurants in businesses which have only one room of less than 50m² area

Furthermore data about the smoking behaviour of Vienna's hospitality workers were collected and respondents were asked if they feel annoyed or if they have already medical disorders because of smoke exposure and especially of second-hand smoke.

Data were collected in a confidential face-to-face interview on-site with the aid of a standardized questionnaire. Altogether 201 people were consulted.

59% of the respondents were not satisfied with the current tobacco law in Austria and with the amendment of 2008 and a majority of those (68%) would prefer a general ban on smoking in restaurants and bars.

Furthermore it is conspicuous that no majority of smokers in general were against a ban on smoking, but heavy smokers (who consume more than 10 cigarettes a day) were.

The most frequent answer of smokers to the question why they started smoking, was "friends" followed by "occupation" (job and workplace).

44% of all respondents (in 29 non-smoking restaurants, 38 smoking restaurants and 85 blended restaurants) have been non-smokers at the time of questioning. A majority of those had to work either in smoking restaurants or in smoking areas of blended restaurants, both highly exposed to second-hand smoke and resulting health risks during labour time.

76% of non-smokers and 45% of smokers were unsatisfied with the current tobacco law in Austria. The high grade of disaffection corresponds to dissatisfied guests found in two other diploma theses of Gasser, M.A (2012) and Schwarz, K. (2011) who interviewed customers of Vienna's gastronomy.

1 Einleitung

Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern in Europa gibt es in Österreich derzeit kein generelles Rauchverbot in Betrieben der Gastronomie. So ist es in Restaurants, Lokalen, Bars, Casinos, Diskotheken und Heurigen großteils immer noch erlaubt zu rauchen.

Eine Tabakgesetznovelle von 2008, die seit 2009 erstmals auch den Nichtrauchererschutz in der Gastronomie in Österreich regelt, hat einiges Aufsehen erregt. Die Ärzteschaft kämpft für den erweiterten Nichtrauchererschutz für Gäste (besonders Kinder) und Personal, während die Wirtschaftskammer fürchtet, dass die neue Regelung wirtschaftliche Einbußen und eine Beschneidung der Rechte der Lokalbesitzer mit sich bringt.

Über die Meinung der Personen, die es am meisten betrifft, da sie am längsten und intensivsten mit Rauch in Lokalen konfrontiert sind – nämlich der Gastronomen selbst und ihren Angestellten – war bis jetzt noch wenig bekannt.

Es gab bisher keine unabhängigen Studien bezüglich der Meinung über die Tabakgesetznovelle von 2008, die den Nichtrauchererschutz nun auch auf die Gastronomie erweitert, oder generell über das Rauchverhalten von Inhabern, Wirten und Angestellten in der Wiener Gastronomie. Diese Diplomarbeit hat sich mit der Thematik unabhängig und ohne eigene wirtschaftliche oder politische Interessen befasst und ist nur der wissenschaftlichen Redlichkeit und Ethik verpflichtet.

1.1 Das Österreichische Tabakgesetz im Bezug auf Nichtrauchererschutz

Im Tabakgesetz des Bundesgesetzblattes der Republik Österreich aus dem Jahr 1995 gibt es einen Punkt zum Thema Nichtrauchererschutz, der laut §12 besagt, dass in Räumen für Unterrichts- und Fortbildungszwecke, Verhandlungszwecke und schulsportliche Betätigung Rauchverbot gilt.

Weiters herrscht Rauchverbot in allgemein zugänglichen Räumen, wie Amtsgebäuden, schulischen Einrichtungen, Hochschulen oder Einrichtungen der beruflichen Bildung und Einrichtungen zur Darbietung von Vorführungen oder Ausstellungen (Bundesministerium für Gesundheit, Tabakgesetz BGBl. Nr. 431/1995).

Im Dezember 2004 gab es eine Novelle zum Tabakgesetz, welche im Punkt Nichtrauchererschutz das Rauchverbot auf „Räume öffentlicher Orte“ erweiterte (Bundesministerium für Gesundheit, Novelle zum Tabakgesetz BGBl. I Nr. 167/2004), allerdings ohne Sanktionen bei unerlaubtem Rauchen.

In der Gesetzesnovelle von 2008 gibt es erstmals einen Punkt zum Thema „Nichtraucherschutz in Räumen der Gastronomie“, der besagt, dass Rauchverbot in jenen Räumen gilt, in denen Speisen und/oder Getränke an Gäste verabreicht werden.

Als Ausnahme gelten Betriebe, die über mehr als eine Räumlichkeit für diesen Zweck verfügen, allerdings nur wenn gewährleistet werden kann, dass der Tabakrauch aus dem Raucherbereich nicht in die rauchfreien Räume dringt. Der Raucher- und Nichtraucherbereich muss deutlich gekennzeichnet sein.

Weiters gilt das Rauchverbot nicht, wenn Betriebe nur über einen geeigneten Gastraum verfügen und dieser Raum eine Fläche von weniger als 50m² aufweist (Bundesministerium für Gesundheit, Novelle zum Tabakgesetz BGBl. I Nr. 120/2008, §13a, Abs 3/1).

Das Rauchverbot gilt außerdem nicht, wenn der Gastraum eine Grundfläche zwischen 50m² und 80m² hat und eine Teilung des Raumes aufgrund einer rechtskräftigen Entscheidung nach bau-, feuer- oder denkmalschutzrechtlichen Vorschriften nicht zulässig ist (Bundesministerium für Gesundheit, Novelle zum Tabakgesetz BGBl. I. Nr. 120/2008, §13a, Abs 3/2).

1.2 Rauchverhalten der Österreicher

Statistik Austria hat in den Jahren 2006/2007 eine Befragung zum Rauchverhalten der österreichischen Bevölkerung durchgeführt, die Ergebnisse mit früheren Erhebungen verglichen und dadurch Daten über den aktuelle Raucherstatus der Österreicher, die Raucherentwicklung in den letzten Jahrzehnten und den Beginn der Raucherkarriere nach Alter erhalten. Die Ergebnisse wurden ins Internet gestellt und sind somit öffentlich zugänglich.

1.2.1 Aktueller Raucherstatus

Insgesamt raucht in Österreich beinahe ein Viertel der Bevölkerung täglich (ausgenommen Kinder bis zu einem Alter von 14 Jahren). Teilt man die Raucher bezüglich ihres Geschlechtes auf, so greifen 27% der Männer und 19% der Frauen jeden Tag zur Zigarette. Den höchsten Anteil an Rauchern gibt es in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen von 20 bis 24 Jahren. Jeder Dritte dieser Altersgruppe raucht täglich (Statistik Austria, 2006/2007).

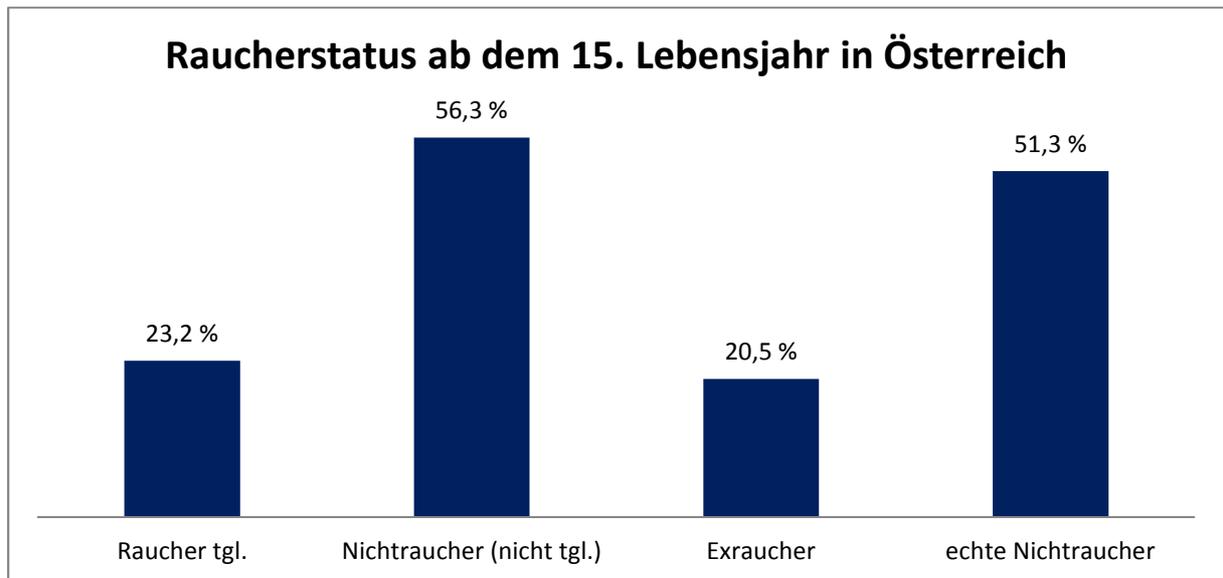


Abbildung 1: Raucherstatus (Daten: Statistik Austria 2007)

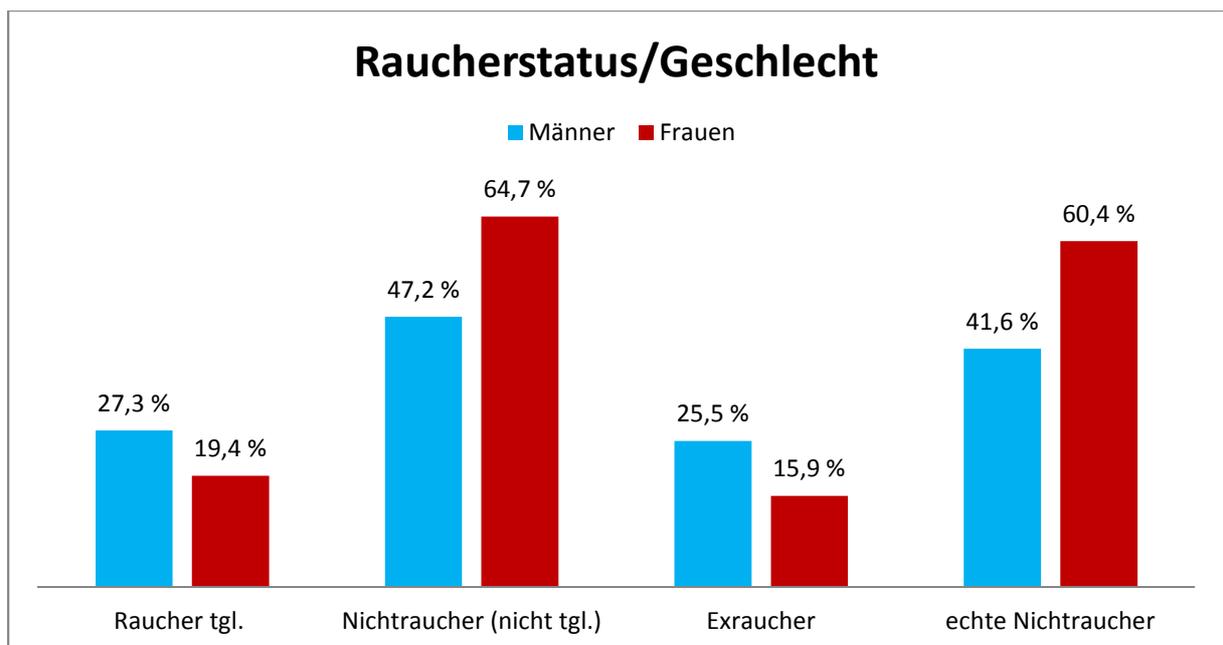


Abbildung 2: Raucherstatus nach Geschlecht (Daten: Statistik Austria 2007)

1.2.2 Raucherentwicklung - Vergleich der Jahre 1972 und 2006/2007

Der Tabakkonsum hat sich in den letzten Jahrzehnten für beide Geschlechter unterschiedlich entwickelt. 1972 rauchten rund 39% der männlichen Bevölkerung und rund 10% der weiblichen Bevölkerung. Über die Jahre nahm der Anteil der männlichen Raucher kontinuierlich ab und lag im Jahr 2006/2007 bei 27,5%. Bei den Raucherinnen zeigte sich hingegen eine gegenteilige Entwicklung. Seit dem Jahr 1972 nahm der Anteil der Frauen, die täglich zur Zigarette greifen, kontinuierlich zu

und betrug im Jahr 2006/2007 19,4%. Somit hat sich der Anteil der Raucherinnen in dieser Zeit verdoppelt.

Die nachfolgende Abbildung soll diesen Trend veranschaulichen. Man erkennt, dass sich die Kurven der beiden Geschlechter über die Jahre gegenläufig entwickeln und sich Männer und Frauen beim Tabakkonsum langsam angleichen (Statistik Austria, 2006/2007). Bei den 15-Jährigen haben die Mädchen die Burschen beim Rauchen schon überholt (HBSC 1998).

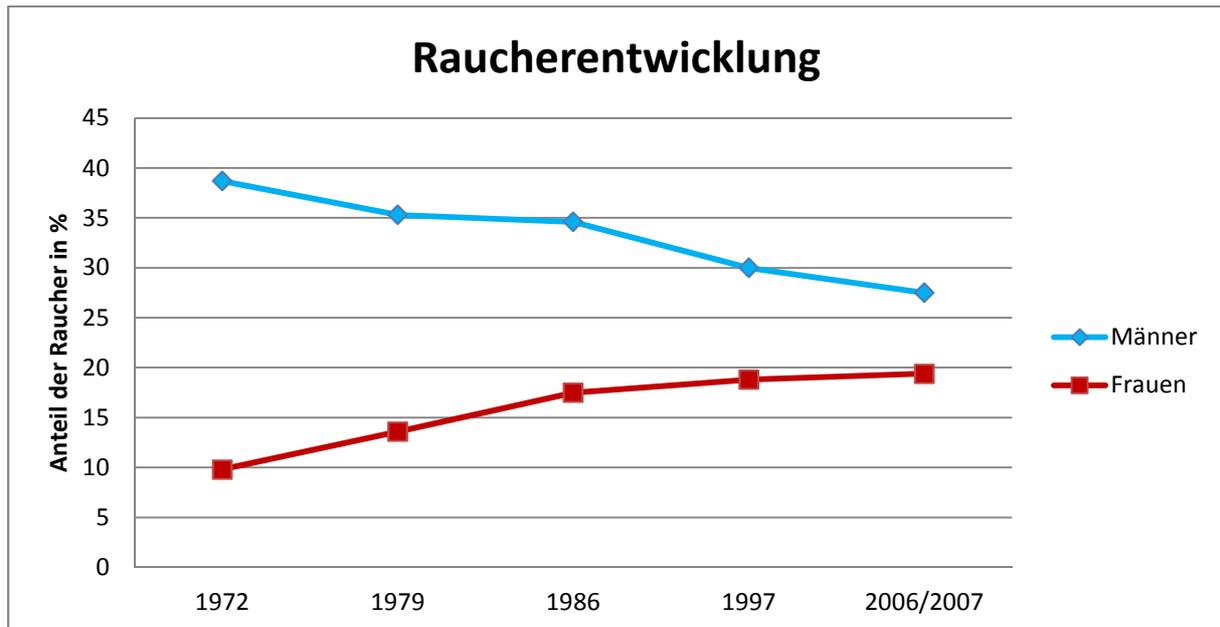


Abbildung 3: Raucherentwicklung (Daten: Statistik Austria 2007)

1.2.3 Rauchbeginn der täglich rauchenden Bevölkerung

Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung der Statistik Austria 2006/2007 zeigen, dass 6% der Raucher in sehr jungen Jahren, nämlich noch vor dem 14. Lebensjahr, mit dem Rauchen beginnen. In der Bevölkerungsgruppe der 15- bis 29-Jährigen beginnen die Frauen früher zu rauchen. Von den regelmäßig rauchenden 15- bis 29-jährigen Frauen haben 14% noch vor dem 14. Lebensjahr zu rauchen begonnen und 44% vor dem 16. Lebensjahr. Bei den Männern hingegen haben nur 9% vor dem 13. bzw. 34% vor dem 16. Lebensjahr ihre Raucherkarriere gestartet (Statistik Austria, 2006/2007). Allerdings ist bei diesen Zahlen zu berücksichtigen, dass von 15- bis 29-Jährigen nur 66% vollständige Antworten gaben (Neuberger & Pock, 2009). Vollständigere Angaben ohne Fremdbefragungen liegen von 11-, 13- und 15-Jährigen seit 1986 in 4-Jahres-Abständen vor (HBSC, 2010).

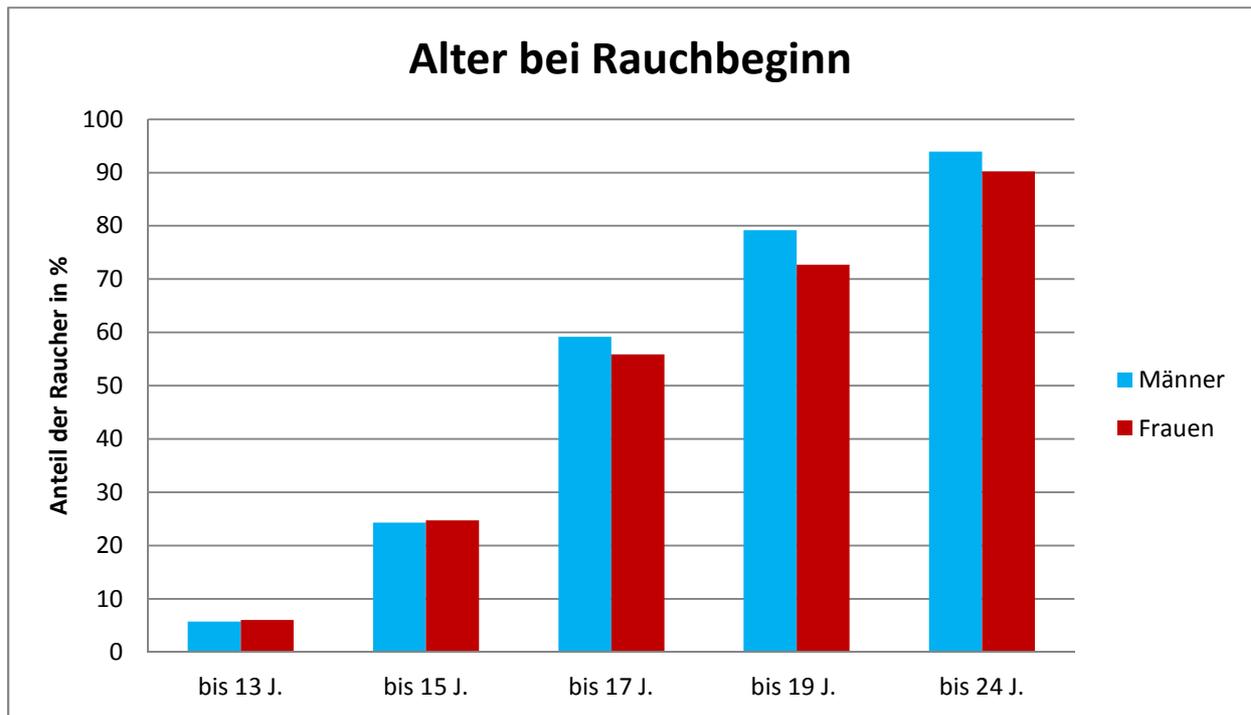


Abbildung 4: Rauchbeginn (Daten: retrospektive Erhebung bei der Querschnittsstudie von Statistik Austria 2006/2007)

1.2.4 Wirkung des Rauchens

Tabak enthält, je nach Ware, zwischen 0,2 und 5% Nikotin. Beim Abbrennen einer Zigarette gelangt der Großteil des enthaltenen Nikotins in die Umgebungsluft (Passivrauch). Vom Raucher darf laut EU-Direktive mit dem Hauptstrom maximal 1 mg Nikotin pro Zigarette inhaliert werden, welches im Tabakrauch auf kleine Teerpartikeln verteilt vorliegt. Die Menge von Nikotin, die beim Rauchen aufgenommen wird, hängt von dem Nikotingehalt des Tabaks, der Größe der resorbierenden Oberfläche, die mit dem Rauch in Verbindung kommt (Inhaliere!), und dem pH-Wert dieser Oberfläche ab.

Nikotin wird über die Bronchien rascher resorbiert, wenn das Alkaloid in Basenform vorliegt. Aus diesem Grund wird von manchen Herstellerfirmen die Tabakware alkalisch gemacht, um dem Raucher eine möglichst hohe Ausbeute an Nikotin zu ermöglichen (Lüllmann et al., 2008: S. 300f).

Die Resorption von Nikotin ist qualitativ und quantitativ bei verschiedenen Formen des Tabakgenusses unterschiedlich. So werden beim Schnupfen große Mengen langsam über die Nasenschleimhaut aufgenommen, beim Kauen wird Nikotin gleichermaßen über die Mundhöhle und den Magen aufgenommen. Beim Paffen von Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen erfolgt eine je nach Verweildauer des Rauches in Mund und Nase unterschiedliche Aufnahme über die betroffenen Schleimhäute.

Aus inhaliertem Zigarettenrauch wird praktisch das gesamte angebotene Nikotin über die Alveolarwände resorbiert, was aus zwei Gründen bedeutsam ist:

- Die Leber (Entgiftungsorgan) wird umgangen, das Herz und andere Organe werden unmittelbar erreicht. Nach einem Lungenzug erreicht das Nikotin in ca. 7 sec das Gehirn.
- Durch den Zug an der Zigarette durchströmt eine relativ hohe Nikotinkonzentration das linke Herz und das Gehirn wellenförmig, sodass es zu einer stoßweisen Stimulation der Nikotinrezeptoren kommt.

Dementsprechend kommt es bereits mit dem ersten Zug zu Blutdruck- und Herzfrequenzerhöhung und zu einer Vasokonstriktion. Dieser Zustand wird durch die nachfolgenden Stoßaufnahmen im Grunde nur noch auf der gleichen Höhe gehalten (Aktories et al., 2005: S. 1050ff).

Nikotin bindet sowohl an präsynaptische als auch an postsynaptische Nikotinrezeptoren, was zu einer Ausschüttung von Dopamin, Serotonin, Noradrenalin und Endorphinen führt. Die nikotinergen Rezeptoren haben einen engen Bezug zum frontalen Cortex. Das ist der Grund für die kurzzeitig positive Wirkung auf Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Lernen. Außerdem wirkt Nikotin auf das dopaminerge Belohnungssystem und auf Belohnungsareale der Großhirnrinde und führt dadurch zu einem positiven Gefühl beim Rauchen.

Zigaretten enthalten eine Reihe von Substanzen, die sich in ihrer Suchtwirkung potenzieren. So gilt Ammonium beispielsweise als Beschleuniger für die Aufnahme von Nikotin. Acetaldehyd, das beim Verbrennen des künstlich zugeführten Zuckers im Tabak entsteht, reduziert wiederum das Enzym MAO-B, dadurch werden Neurotransmitter wie Dopamin und Serotonin langsamer abgebaut (Raucherportal, die Wirkung von Nikotin).

Der Plasmaspiegel von Nikotin erreicht beim Rauchen einer Zigarette ein Maximum von 25-50 ng/ml. Die Nikotinkonzentration im Plasma fällt allerdings nach Beendigung des Rauchens schnell wieder ab, die terminale Elimination erfolgt mit einer Halbwertszeit von 2 Stunden, wobei Nikotin durch Oxidation abgebaut wird (Lüllmann et al., 2008: S. 300f).

1.3 Die Schädlichkeit des Tabakrauches

„Unter den zahlreichen Umweltgiften, denen die Menschheit heute ausgesetzt ist, steht der Tabak – gemessen an den nachweislich erzeugten Schäden – an erster Stelle.“ (Aktories et al., 2005: S. 1050)

Die getrockneten und fermentierten Blätter des Nachtschattengewächses *Nicotiana tabacum* werden als Tabak bezeichnet. Bei der Verbrennung von Tabak entstehen in nachweisbarer Menge in etwa

4000 Verbindungen, wobei die Schädlichkeit für den Raucher nicht nur von der Qualität des Tabaks und der Anwesenheit eines Filters abhängt, sondern auch von der Geschwindigkeit des Abbrennens und somit der Temperatur der Glut und von der Tiefe der Inhalation (Lüllmann et al., 2008: S. 302).

1.3.1 Schäden durch Aktivrauchen

Tabakrauch ist ein Gemisch von Gasen und Aerosolen, wobei mehrere 1000 Substanzen chemisch identifiziert wurden. Unter anderem sind neben Nikotin Reizgase wie NO₂, Blutgifte wie Kohlenmonoxid, NO und kanzerogene Stoffe wie Benzo(a)pyren und andere aromatische Kohlenwasserstoffe, Nitrosamine, aromatische Amine und Schwermetalle enthalten.

Zigarettenrauch erhöht die Inzidenz aller wichtigen Herz-Kreislaufkrankheiten wie koronare Herzkrankheit, Myocardinfarkt, Schlaganfall, Aortenaneurysma und obstruktive periphere Gefäßerkrankungen.

Nach den kardiovaskulären Erkrankungen spielen Krebserkrankungen die zweitwichtigste Rolle bei der Mortalität durch Aktiv- und Passivrauchen. Neben Bronchialkarzinomen sind noch weitere Tumore wie Tumore der Mundhöhle, des Pharynx, des Larynx und des Ösophagus mit Tabakkonsum assoziiert. Weiters besteht ein Zusammenhang mit Tumoren der Harnblase, des Pankreas und der Niere, sowie des Magens, Colons, der Brustdrüse und anderer Krebslokalisationen (Aktories et al., 2005: S. 1050ff).

Darüber hinaus sind die toxischen Substanzen des inhalierten Tabakrauches der wichtigste ätiologische Faktor für die Entstehung chronisch obstruktiver Atemwegserkrankungen (Böcker et al., 2004: S. 1202).

Nikotin erhöht außerdem die Magensaftsekretion sowie die Mortalität von Magen und Darm. Durch die Hemmung des Pylorusverschlusses kann Duodenalsaft zurück in den Magen fließen und so die Schleimhaut schädigen. Das hat zur Folge, dass Magen- und Duodenalgeschwüre bei Rauchern häufiger vorkommen.

Weiters ist Tabakrauch dafür verantwortlich, dass Raucher weniger Geruchs- und Geschmacksvermögen haben und häufiger an chronischen Entzündungen wie Bronchitis, Pharyngitis und Laryngitis leiden. Chronischer Tabakkonsum kann auch zur Entwicklung einer Reihe von Augenkrankheiten beitragen und über eine Maculopathie zur Erblindung führen (Aktories et al., 2005: S. 1050ff).

Raucherinnen, die orale Antikonzeptiva einnehmen, haben ein erhöhtes Risiko, an einer Thrombose zu erkranken.

1.3.1.1 Koronare Herzkrankheit

Unter koronarer Herzkrankheit versteht man eine durch Arteriosklerose ausgelöste, stenosierende Veränderung der Herzkranzgefäße mit einem Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und Sauerstoffangebot im Herzmuskel.

Die KHK ist die häufigste Todesursache in den westlichen Ländern und tritt am häufigsten ab dem 50 Lebensjahr auf. Männer sind 3-mal öfter betroffen als Frauen (Greten, 2005: S. 31).

Die Hauptrisikofaktoren für das Auftreten einer KHK sind:

- LDL-Cholesterinerhöhung
- Arterielle Hypertonie
- Tabakrauch
- Diabetes mellitus
- positive Familienanamnese
- Lebensalter

In der Klinik manifestiert sich die KHK normalerweise ab einer kritischen Koronarstenose von 75% in Form von retrosternalen Schmerzen, die zum Hals, in den Unterkiefer, die Schultergegend und den linken Arm ausstrahlen können (Herold, 2012: S. 232ff).

Man teilt die KHK in drei wichtige Verlaufsformen ein:

- Stabile Angina pectoris: regelmäßig durch bestimmte Mechanismen auslösbare retrosternale Schmerzen, die gut auf Nitrate ansprechen.
- Instabile Angina pectoris: zunehmende Schwere, Dauer und Häufigkeit der Schmerzanfälle sowie Ruhe-Schmerz.
- Akutes Koronarsyndrom: Darunter fallen NSTEMI und STEMI Myocardinfarkte mit Troponin-Anstieg.

Bei der Therapie der KHK ist unter anderem das Ausschalten von Risikofaktoren von Bedeutung. Eine strikte Nikotinkarenz und auch das Vermeiden von Passivrauch sollte unbedingt beachtet werden, nicht nur als Sekundärprävention zur Vermeidung einer Progression von Gefäßerkrankungen, sondern auch als Primärprävention noch vor Auftreten von Gefäßerkrankungen (Herold, 2012: S. 234ff).

1.3.1.2 Myocardinfarkt

Unter einem Myocardinfarkt bzw. Herzinfarkt versteht man eine ischämische Myokardnekrose mit hochgradiger Stenose bzw. Verschluss einer Koronararterie, die meist auf dem Boden einer koronaren Herzkrankheit liegt. Laut WHO-Definition liegt ein MCI dann vor, wenn bei instabiler Angina pectoris Troponin T- oder I-Erhöhungen als Marker einer Myokardschädigung vorliegen, zusätzlich ischämische Symptome auftreten, EKG-Veränderungen sichtbar sind oder ein entsprechender angiographischer Befund erhoben wird.

Die Hauptursache für einen MCI ist die Arteriosklerose mit ihren typischen Risikofaktoren: LDL-Cholesterinerhöhung, arterielle Hypertonie, Rauchen und Diabetes mellitus, wobei Hypertonie und vor allem Diabetes mellitus II durch Rauchen gefördert werden, Tabakrauch aber auch als solitärer Risikofaktor wirksam ist.

Die typische Infarktsymptomatik besteht aus intensiven, lang anhaltenden Angina pectoris-Schmerzen (die durch Ruhe oder Nitroglyzerin kaum beeinflussbar sind), Schwächegefühl, Angst und damit verbundener vegetativer Begleitsymptomatik wie Schwitzen, Übelkeit und Erbrechen. Weiters kommt es häufig zu Herzrhythmusstörungen und einem Blutdruckabfall (Herold, 2012: S. 245).

1.3.1.3 Schlaganfall

80% der Schlaganfälle sind ischämische Insulte und somit auf eine zerebrale Durchblutungsstörung zurückzuführen, die zu neurologischen Erscheinungen führt, welche sich entweder vollständig zurückbilden oder bestehen bleiben. Nur 20% gehören zu den hämorrhagischen Insulten.

Der Schlaganfall ist nach Herz- und Kreislauferkrankungen die dritthäufigste Todesursache in westlichen Ländern.

Zerebrale Durchblutungsstörungen sind häufig durch Atherothrombose, arterielle Hypertonie und Embolien bedingt.

Zu den Hauptrisikofaktoren des Schlaganfalles zählen:

- Arterielle Hypertonie
- kardiale Krankheiten
- Diabetes mellitus
- Rauchen
- Alkoholabusus
- Alter

- Geschlecht
- positive Familienanamnese

Das Ausmaß des neurologischen Defizits ist abhängig vom Grad des Gefäßverschlusses und den gebildeten Kollateralkreisläufen (Greten, 2005: 287).

Man unterscheidet drei Stadien des ischämischen Insultes:

- Stadium I: Darunter fällt die asymptomatische Stenose.
- Stadium II wird als TIA (transitorische ischämische Attacke) bezeichnet und ist dadurch gekennzeichnet, dass sich die neurologischen Ausfälle innerhalb von 24 Stunden wieder vollständig zurückbilden. Ca. 20% der Schlaganfälle kündigen sich durch eine TIA an.
- Stadium III ist der tatsächliche Hirninfarkt, wobei sich die neurologischen Ausfälle nur partiell oder gar nicht mehr zurückbilden (Herold, 2012: S. 787).

1.3.1.4 Aortenaneurysma

Unter einem Aortenaneurysma versteht man die meist arteriosklerotisch bedingte Erweiterung der Hauptschlagader mit Gefahr der Ruptur und damit einer lebensgefährlicher Blutung. Man unterscheidet Aneurysmen der Aorta ascendens, des Aortenbogens, der Aorta descendens, des thorakoabdominalen Abschnitts und Aneurysmen der abdominalen Aorta, die mit 80% am häufigsten vorkommen (Greten, 2005: 283).

Der Hauptgrund für die Entstehung eines Aortenaneurysmas ist die Arteriosklerose mit entsprechenden Risikofaktoren, wobei Rauchen und Hypertonie am wichtigsten sind (Herold, 2012: S. 792).

Ein Aortenaneurysma wird oft erst symptomatisch, wenn die Raumzunahme andere Organe komprimiert. Es kann dann zu Thoraxschmerzen, Bauchschmerzen, gürtelförmig ausstrahlenden Rückenschmerzen, Obstipation und Appetitlosigkeit führen.

Häufig treten vor der lebensgefährlichen Ruptur aber gar keine Symptome auf. Die Ruptur an sich äußert sich in Form eines starken Dauerschmerzes und in Schocksymptomatik. Dieser Zustand ist ein akut lebensbedrohlicher Notfall, der nicht selten mit dem Tod des Patienten endet (Greten, 2005: S. 283).

1.3.1.5 COPD

Unter dem Begriff COPD (chronic obstructive pulmonary disease) werden chronisch obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem zusammengefasst. Die chronische Bronchitis ist durch Husten und Auswurf an den meisten Tagen der Woche über mindestens drei Monate pro Jahr in zwei aufeinanderfolgenden Jahren charakterisiert. Die chronisch obstruktive Bronchitis geht außerdem mit einer messbaren Verengung der Atemwege einher. Beim Lungenemphysem findet sich eine Erweiterung der Atemwege mit Zerstörung der Alveolen.

Die COPD zählt als die vierthäufigste Todesursache weltweit. 80-90% aller Patienten mit chronischer Bronchitis sind Raucher oder Exraucher (Greten, 2005: S. 412f).

Der COPD geht meist eine über mehrere Jahre dauernde chronische Bronchitis voraus.

Kardinalsymptome der COPD sind:

- Husten
- Auswurf
- Belastungsdyspnoe

Im Verlauf der Erkrankung kommt es häufig zu Komplikationen wie respiratorischer Insuffizienz und Cor pulmonale, was zu einer weiteren Leistungseinschränkung führt.

Bei der Therapie ist unter anderem das Ausschalten der Noxen von besonderer Bedeutung. Die wichtigste Maßnahme ist es, mit dem Rauchen aufzuhören (Herold, 2012: S. 343ff).

1.3.1.6 Bronchialkarzinom

Unter einem Lungenkarzinom versteht man einen epithelialen Tumor, der von der Bronchialschleimhaut oder seltener vom Alveolarepithel ausgeht (Greten, 2005: S. 461).

Das Bronchialkarzinom ist die häufigste Krebstodesursache beim Mann. Bei Frauen liegt es nach Brust- und Darmkrebs auf Platz 3. Der Häufigkeitsgipfel liegt zwischen dem 55. und 60. Lebensjahr (Herold, 2012: S. 391).

Zigarettenrauchinhalation ist für 85% der Lungenkarzinome verantwortlich, wobei Dauer und Ausmaß des Zigarettenkonsums das Lungenkrebsrisiko bestimmen. 16% aller Männer und 9% aller Frauen, die rauchen, erkranken an Lungenkrebs (Greten, 2005: S. 461).

Aber auch Passivrauchen erhöht das Risiko für Lungenkrebs um den Faktor 1,3 – 2,0 (Raupach et al., 2008).

Im Frühstadium des Bronchuskarzinoms gibt es keine typischen Symptome. In der Mehrzahl der Fälle wird die Erkrankung spät diagnostiziert. Husten, Thoraxschmerzen und Dyspnoe sind unspezifische Symptome, Hämoptyse ist oft erst ein Spätsymptom.

Die Prognose für Patienten mit Bronchuskarzinom ist schlecht. Die 5-Jahresüberlebensrate bei neu diagnostizierten Lungenkarzinomen beträgt nur 15%. Fast zwei Drittel aller Fälle sind bereits bei Erkennung inoperabel und von dem restlichen Drittel erweist sich ein Teil während der Operation als inoperabel.

Wichtig für die Prävention ist ein gänzlicher Verzicht auf das Rauchen oder zumindest ein möglichst früher Ausstieg. Ab dem Zeitpunkt der Abstinenz sinkt das generelle Krebsrisiko und das Lungenkrebsrisiko steigt mit dem Alter nicht mehr so stark wie beim Raucher (Peto, 2011).

Nicht nur das Bronchuskarzinom wird durch Zigarettenrauch begünstigt, sondern auch eine Reihe von anderen Krebserkrankungen. Etwa 30% aller Krebsleiden und mehrere Millionen Todesfälle jährlich werden durch Rauchen verursacht (Herold, 2012: S. 391ff). Für Männer in Österreich wurde ein noch höherer Anteil errechnet (Borsoi & Leistikow & Neuberger, 2010).

1.3.1.7 Tumore des Kopf- und Halsbereichs

Gegenwärtig stellen Kopf- und Halstumore weltweit die sechsthäufigsten Neoplasien dar, ca. 500.000 Neuerkrankungen pro Jahr werden diagnostiziert.

Malignome des Kopf- und Halsbereichs sind multifaktoriell bedingt. Die beiden wichtigsten Ursachen dafür sind Rauchen und Alkoholmissbrauch. Alkohol und Tabak zeigen einen synergistischen karzinogenen Effekt, wobei Alkohol das Lösungsmittel für die Karzinogene des Tabaks darstellt. Im Zigarettenrauch selber können mehr als 70 Karzinogene nachgewiesen werden.

Aufgrund des vermehrten Nikotinkonsums kam es zu einer eindeutigen Zunahme der Inzidenz bei Frauen. Während früher das Verhältnis von Erkrankungen bei Männern und Frauen etwa 7:1 betrug, ist jetzt bereits jeder dritte Patient mit einem HNO-Tumor weiblich (Thurnher et al., 2011: S. 361).

1.3.1.8 Magen- und Darmgeschwüre

Unter Magen- und Darmgeschwüren (Gastroduodenale Ulkuserkrankungen) versteht man einen Schleimhautdefekt, der die Lamina muscularis mucosae überschreitet. Je nach Lokalisation unterscheidet man das Ulcus ventriculi (Magen) vom viermal häufigeren Ulcus duodeni (Zwölffingerdarm).

Der Grund dieser Geschwüre besteht in einem Ungleichgewicht zwischen aggressiven und defensiven Faktoren der Mukosa.

Die wichtigsten prädisponierenden Begleitfaktoren sind das Rauchen und eine Dauermedikation mit nichtsteroidalen Antirheumatika.

Symptomatisch ist ein epigastrischer Schmerz, der häufig als brennend oder bohrend beschrieben wird. Weitere Symptome sind:

- Völlegefühl
- Aufstoßen
- Übelkeit
- Gewichtsverlust

Die wichtigsten Komplikationen sind die Perforation in die Bauchhöhle oder die Penetration in Nachbarorgane, wobei insbesondere das Pankreas häufig betroffen ist. Weiters kann es zu Blutungen und zu einer narbigen Magenausgangsstenose kommen.

Die wichtigste Therapiemaßnahme ist (neben der chirurgischen und medikamentösen Therapie des Ulcus) die Ausschaltung der Noxen mit Rauchentwöhnung (Greten, 2005: S. 680ff).

1.3.2 Schäden durch Passivrauchen

Auch der ausgeatmete Tabakrauch, vor allem aber der Nebenstromrauch, enthält zahlreiche kanzerogene Substanzen. Nitrosamine sind im Nebenstromrauch sogar in höheren Konzentrationen vorhanden als im Hauptstrom. Passivrauchen ist daher mit sehr ähnlichen Risiken verbunden wie aktives Rauchen. Das Risiko für sämtliche Herz-Kreislaufkrankungen, für einen Schlaganfall sowie das Risiko, an einem Bronchialkarzinom zu erkranken, sind erhöht. Weiters sind Bronchitis, chronische Infekte, Asthma bronchiale und das Auftreten von COPD bei Menschen, die regelmäßig Passivrauch ausgesetzt sind, häufiger.

1.3.2.1 ETS - Passivrauch

ETS steht für Environmental Tobacco Smoke und ist die Kombination aus dem Rauch, der durch das Zigarettenende in die Umgebung gelangt, und dem von rauchenden Personen ausgeatmeten Rauch. ETS ist somit ein anderes Wort für Passivrauch, das besonders häufig in internationalen Studien Gebrauch findet. ETS steht im Zusammenhang mit verschiedenen Krankheiten, wobei besonders Lungenkrebs und Herz-Kreislaufkrankungen hervorzuheben sind.

1992 erklärte die American Heart Association ETS zur größten vermeidbaren Ursache von kardiovaskulären Erkrankungen und kardiovaskulärem Tod. Wenn man die Todesfälle durch Krebs und Herz-Kreislaufkrankungen, die durch ETS verursacht werden, zusammenzählt, kommt man auf etwa 50.000 Tote pro Jahr in den Vereinigten Staaten. Somit zählt Passivrauch zu den drei häufigsten vermeidbaren Todesursachen (Bowie et al. 2000).

ETS ist eine Mischung aus mehreren Hundert Chemikalien, wobei mindestens 70 davon nachweislich krebserregend sind.

Nikotin und sein Metabolit Cotinin sind die besten Marker für ETS-Belastung. In der Luft befindliches Nikotin korreliert stark mit der Anzahl gerauchter Zigaretten in einem Raum. Cotinin hingegen wird hauptsächlich im Urin nachgewiesen. Während des Passivrauchens inhalieren Nichtraucher Nikotin, das durch die Lunge in den Blutstrom gelangt und mit einer Halbwertszeit von zwei Stunden in der Leber zu Cotinin und Nikotin N-oxid metabolisiert wird. Cotinin kann in sämtlichen Körperflüssigkeiten nachgewiesen werden (Bowie et al., 2000).

1.3.2.2 Passivrauchwirkung bei Schwangeren und Kindern

Bei schwangeren Raucherinnen ist das durchschnittliche Geburtsgewicht ihrer Kinder niedriger und die Zahl der Spontanaborte, Frühgeburten, Totgeburten, die perinatale Sterblichkeit sowie die Häufigkeit von Schwangerschaftskomplikationen erhöht. Darunter fallen unter anderem die vorzeitige Plazentalösung, Placenta praevia und der vorzeitige Blasensprung. Außerdem wird die Entwicklung des ungeborenen Kindes durch den Tabakkonsum der Mutter beeinträchtigt, sowohl intellektuell als auch körperlich (Böcker et al., 2004: S. 1202f).

Das durch die Schwangere aktiv aufgenommene, aber auch das passiv inhalierte Nikotin wirkt vasokonstriktorisch, was zu einer Minderperfusion der Plazenta und des Uterus führt. Dies wiederum führt zu einer Minderversorgung des Fötus. Nikotin führt zu erhöhten Frühgeburtsraten und fetaler Mangelentwicklung. Nach der Geburt leiden diese Kinder unter Nikotinentzug und sind insgesamt anfälliger für Infekte und Allergien (Gruber, 2009: S. 84).

„Auch genetische Schäden durch Tabakrauch sind ausgewiesen: Die Fehlbildungsrate steigt über das Normalmaß: nicht nur als Folge des Zigarettenrauchens der Mutter, sondern auch des Vaters.“
(Aktories et al., 2005: S. 1055)

Wenn Schwangere oder Kinder Passivrauch ausgesetzt sind, erhöht sich bei den Kindern vor allem das Auftreten von Asthma bronchiale und anderen respiratorischen Erkrankungen wie Bronchitis und

Lungenentzündung. Säuglinge, deren Mütter rauchen, versterben häufiger an plötzlichem Kindstod (Aktories et al., 2005: S. 1050ff).

Darüber hinaus nimmt das gestillte Kind über die Muttermilch Nikotin auf, wodurch nicht selten Zittrigkeit und Schlaflosigkeit auftreten (Hoffmann, 2007: S. 55).

1.3.2.3 Passivrauch am Arbeitsplatz

Unter Passivrauch am Arbeitsplatz versteht man eine inhalative Aufnahme von Tabakrauch durch Nichtraucher, die im kausalen Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit steht (Breuer et al., 2011: S. 16).

Laut einer Gesundheitsbefragung der Statistik Austria in den Jahren 2006/2007 gaben insgesamt 27,7% der Befragten an, dass sie an ihrer Arbeitsstelle Passivrauch ausgesetzt sind, davon 4,9% sogar mehr als fünf Stunden pro Tag.

Die Altersgruppe, die am häufigsten und längsten mit Passivrauch konfrontiert wird, ist die Gruppe der 15- bis unter 30-Jährigen, dicht gefolgt von der Gruppe der 30- bis unter 45-Jährigen. Insgesamt sind in allen Altersgruppen Männer häufiger betroffen als Frauen (Statistik Austria, 2006/2007).

Eine Studie aus Amerika aus dem Jahr 2006, die sich mit Lungenkrebsrisiko am Arbeitsplatz durch Passivrauch auseinandergesetzt hat, fand heraus, dass Arbeitnehmer, welche am Arbeitsplatz Passivrauch ausgesetzt sind, ein 24% höheres Risiko haben, an Lungenkrebs zu erkranken (Stayner et al., 2005). In Deutschland wurde bei Frauen, die am Arbeitsplatz Tabakrauch ausgesetzt waren, sogar ein 2,6-fach erhöhtes Lungenkrebsrisiko gefunden (Kreuzer et al., 2002).

1.3.2.4 Passivrauchen in der Gastronomie

Die Schädlichkeit des Passivrauchens ist eindeutig bewiesen. Die Tatsache, dass Menschen, die in der Gastronomie arbeiten, lange Zeit hohen Konzentrationen von Passivrauch ausgesetzt sind, ist auch in Wien nachgewiesen (Pletz&Neuberger, 2011). Über die Schädlichkeit des Passivrauchens gibt es zahlreiche Studien (Miller et al., 2005; Hyland & Barnoya & Corral, 2012).

Eine Studie aus Großbritannien (Jamrozik et al., 2005) hat den Zusammenhang zwischen Passivrauch am Arbeitsplatz und Todesursachen der Angestellten näher untersucht und kam zu folgenden Ergebnissen:

- Passivrauch am Arbeitsplatz ist in Großbritannien für den Tod von mehr als zwei Mitarbeitern pro Arbeitstag bzw. 617 Personen pro Jahr verantwortlich.

- 54 dieser Todesfälle werden pro Jahr allein in der Gastronomie verzeichnet.
- Eine Senkung der Raucherprävalenz sowie Rauchverbote an allen Arbeitsplätzen würde diese vermeidbaren Todesfälle wesentlich reduzieren.¹

Eine andere Studie aus Minnesota (Tulunay et al., 2005) hat sich besonders mit Nichtrauchern, die in der Gastronomie arbeiten und stundenlang Passivrauch ausgesetzt sind, befasst. Dabei wurden Urinproben von den Angestellten entnommen und diese jeweils an Arbeitstagen und an freien Tagen auf Nikotin, Cotinin und auf das Lungenkarzinogen NNAL (4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanol) untersucht:

Alle diese Indikatoren waren an Arbeitstagen signifikant erhöht. An Arbeitstagen scheiden nichtrauchende Angestellte im Gastgewerbe bis zu 25-mal mehr Nikotin im Harn aus als an ihren freien Tagen und bis zu 4,5-mal mehr tabakspezifische Karzinogene (Tulunay et al., 2005). Im Blut nichtrauchender Kellner nimmt das potenteste Lungenkarzinogen des Tabakrauches um 6% pro Stunde zu, während sie ihren Dienst versehen (Stark et al., 2007). Sogar an arbeitsfreien Tagen lässt sich bei diesen Arbeitnehmern, die unfreiwillig Tabakrauch einatmen müssen, noch immer eine erhöhte Ausscheidung von krebsfördernden Nitrosaminen im Harn nachweisen. In dieser Atmosphäre entwickelt sich ein erhöhtes Risiko für Krebs, Herz-Kreislauferkrankungen und vorzeitigen Tod (Stayner et al., 2006; Jamrozik, 2005). Schon im Verlauf einer Arbeitsschicht lässt sich ein signifikanter Abfall der Lungenfunktion durch Passivrauchen beobachten, was sich nach Einführung eines Rauchverbotes deutlich bessert (Skogstad et al., 2006). Ebenso verschwinden nach einem Rauchverbot die tabakspezifischen Karzinogene aus ihrem Harn (Jensen et al., 2010).

Eine Studie in Michigan (Wilson et al., 2012), welche Angestellte aus Bars und Lokalen jeweils sechs Wochen vor der Einführung des Nichtrauchergesetzes in der Gastronomie und sechs bis zehn Wochen nach der Einführung des Gesetzes mittels Urinproben und Befragungen untersucht hat, kam zu folgenden Ergebnissen:

- NNAL (4- (Methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1butanol) nahm im Harn binnen zwei Monaten nach der Einführung des Nichtraucherschutzgesetzes von 0,086 pmol/ml auf 0,034 pmol/ml ($p < 0.001$) ab.
- Außerdem gaben die Probanden an, dass sich, subjektiv gesehen, sowohl ihre gesamte Gesundheit als auch im Besonderen ihre respiratorische Gesundheit stark verbessert hätte.

¹ Dieser Forderung wurde in Großbritannien bereits entsprochen, während Österreich der Entwicklung in Europa hinterherhinkt:

http://www.europecancerleagues.org/images/stories/The_TCS_2010_in_Europe_Final_4.pdf

Eine weitere Studie (Bondy et al., 2004) untersuchte Lokalangestellte in Toronto vor und nach der Einführung eines Rauchverbotes sowie eine Kontrollgruppe aus Windsor, wo es noch kein gesetzliches Rauchverbot gab. In Toronto wurde die tägliche Expositionszeit des Barpersonals gegenüber Passivrauch um 94% (von 7,8 auf 0,5 Stunden) und Harnkötin um 68% (von 24,2 auf 7,8 ng/mL) reduziert, was nachhaltig war. Beim Barpersonal in Windsor fanden sich keine Veränderungen.

Nicht nur das Krebsrisiko ist bei Menschen, die regelmäßig Passivrauch ausgesetzt sind, erhöht, viel früher und oft bagatellisiert kommt es zu respiratorischen Symptomen. Eine Studie aus Norwegen (Eagan et al., 2006) hat sich mit diesen Symptomen bei Angestellten in der Gastronomie vor und nach Einführung eines Rauchverbotes befasst und kam zu dem Ergebnis, dass morgendliches Husten fünf Monate nach der Einführung des Rauchverbotes von 20,6% auf 16,2% ($p < 0,01$) und Dyspnoe von 19,2% auf 13% ($p < 0,01$) reduziert wurde.

Diese Studien beweisen, dass durch die Einführung eines Rauchverbotes in der Gastronomie die Gesundheit der Angestellten verbessert werden kann.

1.4 Rauchen als Sucht

In der zehnten Revision der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme der WHO wurde 1992 erstmals die Tabakabhängigkeit als Krankheit beschrieben. Somit wurden Rauchen und die Abhängigkeit davon nicht mehr nur als „schlechte Angewohnheit“ gewertet, sondern gelten als definierte Krankheit, als Sucht (WHO, International Classification of Diseases).

Alle Phasen der Sucht spielen sich in gleichen Hirnarealen ab, besonders im Nucleus accumbens, der das Belohnungssystem steuert. Der Nucleus accumbens spielt eine entscheidende Rolle, da er lebenswichtige Vorgänge wie Essen, Trinken und Sex mit einem Lustgefühl in Zusammenhang bringt. Dazu schütten die Nervenzellen vermehrt Botenstoffe, insbesondere den Botenstoff Dopamin, aus. Die meisten Drogen, unter anderem auch Nikotin, wirken auf dieses System.

Nikotin löst also durch vermehrte Ausschüttung von Dopamin im Nucleus accumbens eine wohlige Gefühlskaskade im Belohnungszentrum des Hirns aus. Dieses positive Gefühl wird direkt mit dem Genuss der Zigarette in Zusammenhang gebracht und durch oftmalige Wiederholung verstärkt, wodurch ein sogenanntes Suchtgedächtnis entsteht. Dieses Gedächtnis wird aktiv, sobald der Spiegel an wirksamen Substanzen im Belohnungszentrum nachlässt. Das Suchtgedächtnis ist irreversibel und

verschwindet auch nicht mehr, wenn das Rauchen vollständig unterlassen wird. Das erklärt unter anderem die Schwierigkeit, mit dem Rauchen aufzuhören (Raucherportal, Wie Sucht funktioniert).

Dass Tabak als eine Droge gewertet werden kann, zeigt ebenfalls die Beobachtung, dass es bei abruptem Rauchstopp oft zu Entzugssymptomen kommt. Die typischen Nikotinentzugssymptome sind:

- Unruhe
- Gereiztheit
- Ungeduld
- Schläfrigkeit
- Durchschlafstörungen
- Verwirrtheit
- Konzentrationsminderung
- Appetitsteigerung

Am stärksten sind diese Symptome 24 bis 48 Stunden nach der letzten Zigarette zu spüren. Nach zwei bis drei Wochen verschwinden diese Symptome der körperlichen Abhängigkeit hingegen meist vollständig. Die Lust auf eine Zigarette kann aber noch monatelang bestehen bleiben, besonders in Stresssituationen oder in anderen Situationen, in denen die ehemaligen Raucher früher gerne zur Zigarette gegriffen haben (Ärzteinitiative, Rauchertherapie).

1.5 Raucherentwöhnung

Die wichtigsten Voraussetzungen für ein Leben ohne Zigarette sind in erster Linie Motivation und Konsequenz. Allerdings schaffen es nicht viele Raucher, ohne Anleitung und Hilfe von heute auf morgen mit dem Rauchen aufzuhören. Die spontane Entwöhnungsrate ohne Hilfe beträgt nur 2-3% pro Jahr. Die meisten Raucher brauchen mehrere Versuche, um mit dem Rauchen aufzuhören. In dieser Zeit wechseln Rückfall und Abstinenz ständig ab. Somit hat die Tabakabhängigkeit viele Kriterien einer chronischen Erkrankung. Auch mit professioneller Hilfe schafft es nur etwa die Hälfte der Raucher, das Rauchen ganz und nachhaltig aufzugeben (Ärzteinitiative, Rauchertherapie).

Als sehr hilfreiche Unterstützung für Menschen, die mit dem Rauchen aufhören wollen, hat sich die Psychotherapie und vor allem die Gruppentherapie erwiesen. Daneben kann auch eine medikamentöse Unterstützung angeboten werden.

Nikotin in verschiedenen Darreichungsformen steht in Deutschland und Österreich seit 1983 als Mittel zur Unterstützung der Raucherentwöhnung zur Verfügung. In Apotheken sind Nikotinersatzpräparate rezeptfrei erhältlich (Deutsches Krebsforschungszentrum, Nikotinersatz und andere Medikamente zur Raucherentwöhnung).

Der Vorteil der Nikotinersatzpräparate gegenüber Tabakprodukten ist, dass keine krebserzeugenden Stoffe zugeführt werden. Allerdings sind die Ersatzpräparate nicht ganz so ungefährlich, wie lange Zeit angenommen, da auch Nikotin an sich eine zellvermehrnde Wirkung hat. Außerdem beeinträchtigt Nikotin die Apoptose, was ebenfalls eine krebsfördernde Wirkung zur Folge hat. Ersatzpräparate sollen deshalb, auch weil das Suchtpotenzial aller Nikotinprodukte, mit Ausnahme des Pflasters, beträchtlich ist, nicht länger als drei Monate verwendet werden (Ginzel et al., 2007).

Weiters muss beachtet werden, dass sich die Wirkung des Nikotins über Ersatzpräparate wie Nikotinpflaster langsamer entfaltet als über die Zigarette. Das führt zu der Problematik, dass sich Raucher, die nicht entsprechend aufgeklärt wurden, um ihre Belohnung betrogen fühlen, da sie die sofortige Wirkung des Nikotins vermissen. Bevor Nikotin im Tabakrauch auf Rezeptoren im autonomen und zentralen Nervensystem wirkt, erregt es bei inhalativer Aufnahme Nervenendigungen im Atemtrakt, wodurch es zu einer reflexartigen Entspannung der Muskulatur und zu einer Aktivierung bestimmter Hirnareale kommt. Diese Wirkung kann durch Nikotinersatzpräparate nicht hervorgerufen werden.

Wichtig ist auch zu beachten, dass alle sich derzeit auf dem Markt befindlichen Nikotinersatzpräparate für Jugendliche und Schwangere ungeeignet sind (Neuberger, 2008).

„Das in Entwicklung befindliche Gehirn reagiert auf Nikotin besonders empfindlich. Kinder, die in ihrem Blut, Harn, Speichel und Haar eine Nikotinbelastung zeigten, boten konzentrationsabhängig schlechtere Schulleistungen und sind eher gefährdet, später selbst nikotinabhängig oder auch depressiv zu werden. Schon vor der Geburt stört Nikotin die Hirn- und Lungenreifung.“ (Neuberger, 2008).

Die Therapie mit Nikotinersatzpräparaten ist ohne entsprechende Beratung meist zum Scheitern verurteilt. Eine Kombination mit einer kurzen Psychotherapie ist auf jeden Fall zu empfehlen (Zernig et al., 2008).

2 Methoden

Bei dieser Forschungsarbeit handelt es sich um eine Querschnittstudie, die Daten wurden am Arbeitsplatz im Vieraugengespräch mittels standardisiertem Fragebogen erhoben und anonym ausgewertet. Ausgehend von mindestens einer Hauptgeschäftsstraße oder einem Hauptplatz in jedem Wiener Gemeindebezirk wurden bei einem Spaziergang durch die „Lokalviertel“ offene Lokale zufällig für die Befragung ausgewählt.

So konnten in insgesamt 152 Lokalen Daten von 201 Personen gesammelt werden.

Verweigert wurde die Befragung in 22 besuchten Lokalen von insgesamt 30 Personen. In 14 von 52 Raucherlokalen lehnten 19 Personen eine Befragung ab, in 29 Nichtraucherlokalen lehnte keiner die Befragung ab und in 8 von 93 gemischten Lokalen verweigerten 11 Personen.

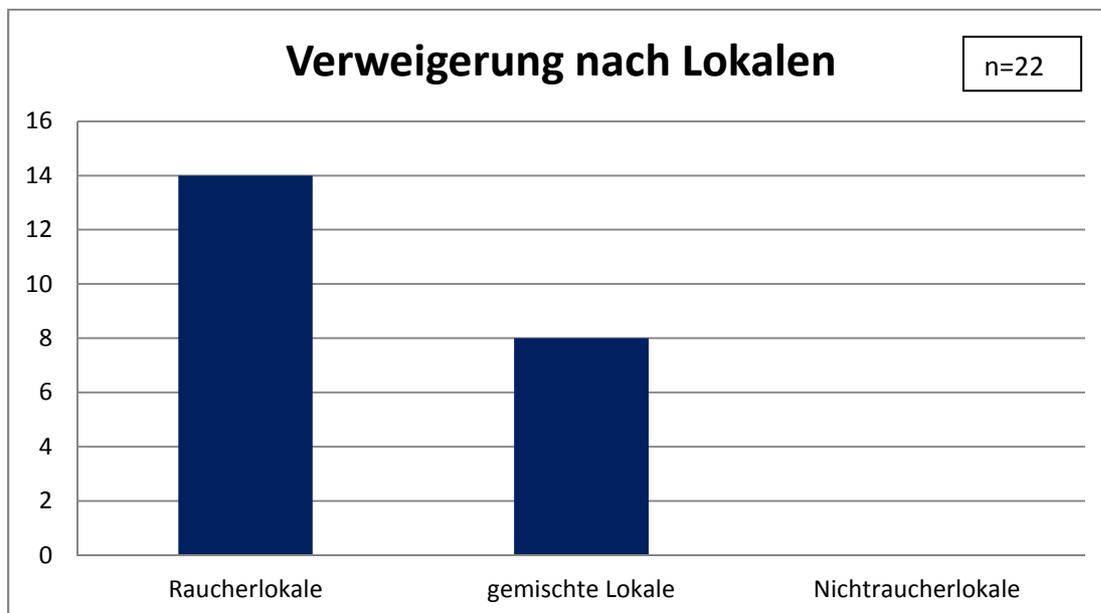


Abbildung 5: Verweigerung nach Raucher-, Nichtraucher-, gemischten Lokalen

Von den insgesamt 30 Personen, die nicht bereit waren, an der Studie teilzunehmen, waren 23 Inhaber und sieben Kellner.

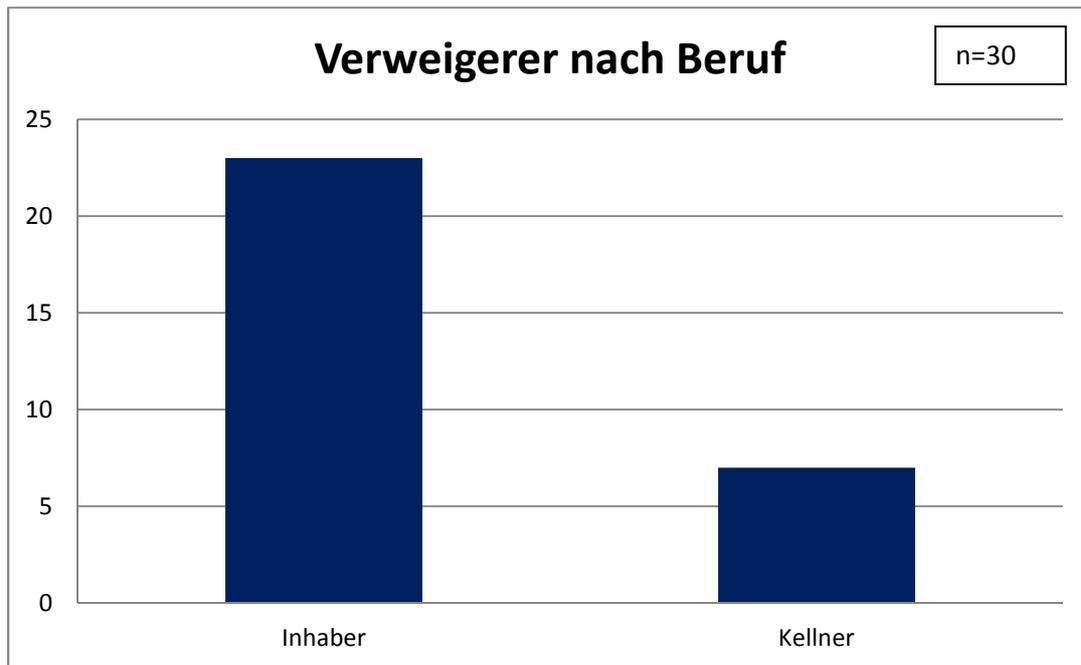


Abbildung 6: Verweigerung nach Beruf

Hauptsächlich lehnten die Befragung Inhaber aus reinen Raucherlokalen ab. So kam man bei den Verweigerern in Raucherlokalen auf 15 Inhaber und vier Kellner. Die restlichen Verweigerer (acht Inhaber und drei Kellner) waren in gemischten Lokalen zu finden.

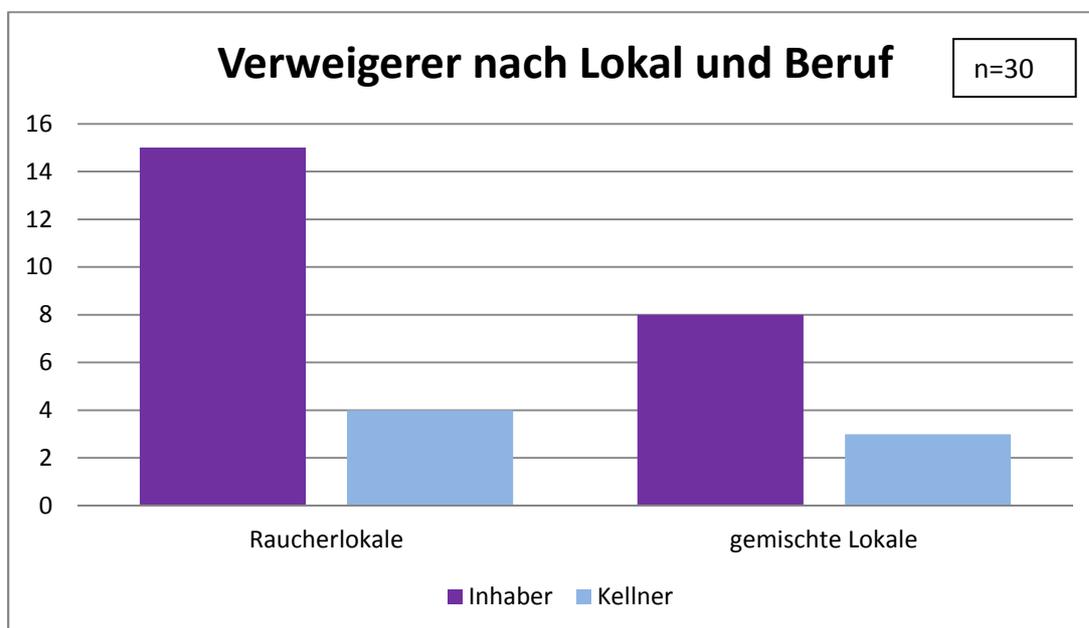


Abbildung 7: Verweigerung nach Lokal und Beruf

Von den 22 Lokalen, in denen eine Befragung abgelehnt wurde, waren drei Restaurants, 15 Café-Bars und vier Cafés.

2.1 Untersuchungsinstrument

Aus Gründen der Vergleichbarkeit mit der Gästebefragung in Wien wurden die Grundzüge des standardisierten Fragebogens von den Diplomarbeiten Gasser (2012) und Schwarz (2011) übernommen und mit berufsspezifischen Fragen ergänzt.

Ein Exemplar des verwendeten Fragebogens ist im Anhang beigelegt.

Der Fragebogen bestand aus einer kurzen Einleitung zur Thematik, mit dem Hinweis auf Anonymität des Befragten.

Anschließend wurden zunächst allgemeine Daten wie das Geschlecht und das Alter erhoben. Weiters wurde nach der Arbeitsstelle in der Gastronomie gefragt, wobei folgende Antwortmöglichkeiten zur Verfügung standen:

- Kellner/im Gästebereich
- Inhaber/Geschäftsführer
- Koch/im Küchenbereich
- andere Funktion

Die Zielgruppe dieser Diplomarbeit war somit das gesamte im Gästebereich tätige Personal (ausgenommen Reinigungskräfte). Die Auswahl, wer sich in den aufgesuchten Lokalen der Befragung unterzog, wurde danach getroffen, wer gerade anwesend war, bei der Befragung mitmachen wollte und dafür auch die nötige Zeit aufbringen konnte. Es wurde versucht, so viele anwesende Personen wie möglich für die Befragung zu gewinnen. So konnten die Daten von mindestens einem bis zu fünf Teilnehmern pro Lokal gesammelt werden.

Abschließend wurde im Fragebogen noch erhoben, ob es sich bei den Befragten um Raucher, Nichtraucher oder Ex-Raucher handle, seit wann und wie oft von den Rauchern Tabak konsumiert werde, ob in der besagten Gaststätte das Rauchen erlaubt sei, ob der Rauch aus diversen Gründen als störend empfunden werde und ob die Befragten mit der aktuellen Gesetzeslagen in Österreich zu diesem Thema zufrieden seien.

2.2 Durchführung

Alle Befragungen wurden nach Inkrafttreten der Tabakgesetznovelle 2008 und nach dem Ende der Übergangsbestimmungen für Umbauten am 1.7.2010 durchgeführt, und zwar im Zeitraum vom 25.

August 2010 bis zum 1. August 2011. Von 201 befragten Personen waren 66 Inhaber bzw. Geschäftsführer und 135 Angestellte.

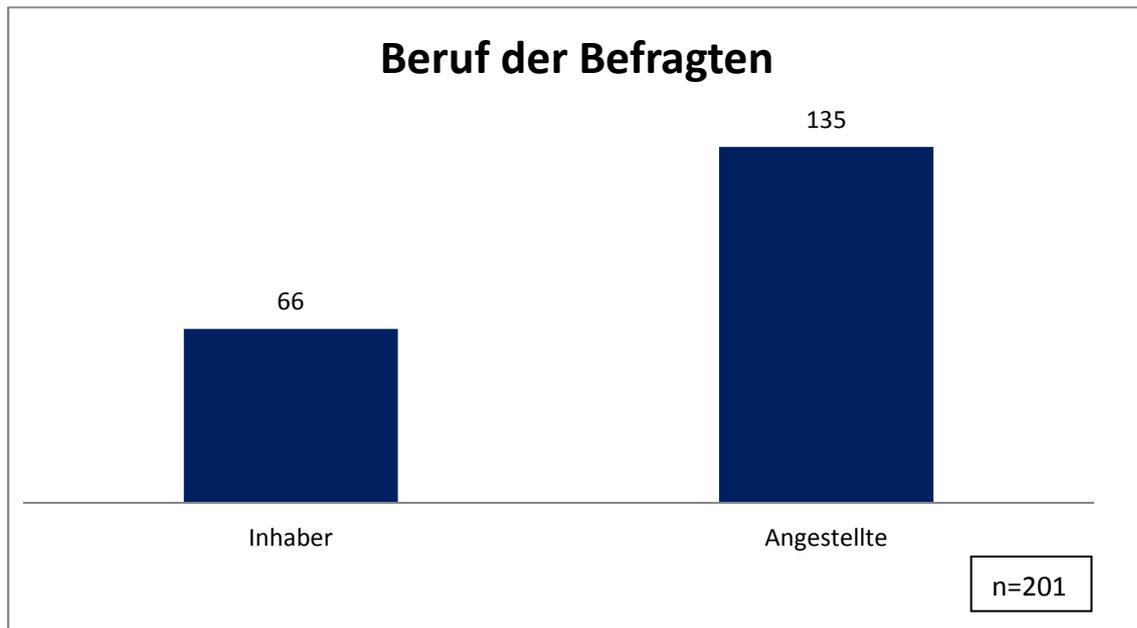


Abbildung 8: Beruf der Befragten

Die Befragung fand in Restaurants/Gaststätten, Cafés, Bars, Heurigen und Pubs statt, wobei sich aus der Zufallsauswahl der gastronomischen Einrichtungen in allen Wiener Gemeindebezirken (1–23) insgesamt 29 Nichtraucherlokale, 38 Raucherlokale und 85 gemischte Lokale ergaben, deren Personal befragt werden konnte.

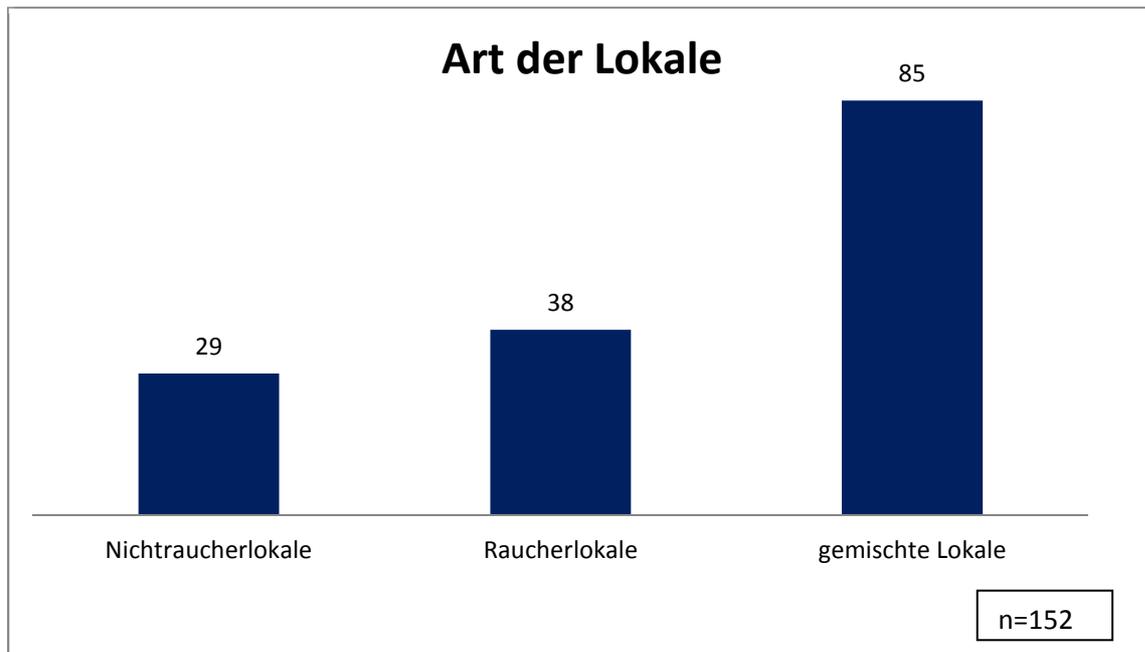


Abbildung 9: Anzahl der aufgesuchten Nichtraucher- / Raucher- / gemischten Lokale

Während die Probanden den Fragebogen ausfüllten, wurde darauf geachtet, dass sie dies persönlich und ohne Einfluss anderer Personen taten.

Anschließend wurde auf die Fragebögen notiert, ob es sich um eine Raucher-, Nichtraucher- oder gemischte Gaststätte handelte (einerseits nach Kennzeichnung und andererseits nach eigener Beobachtung von Rauchern und Aschenbechern, sofern diskrepant).

2.3 Vorteile der Methode

Ein wesentlicher Vorteil dieser Methode gegenüber zugesandten Fragebögen war, dass die Interviewerinnen die Befragten zur Mitarbeit motivieren konnten und bei Unklarheiten für Fragen zur Verfügung standen. Außerdem konnte so sichergestellt werden, dass der Fragebogen persönlich und nicht unter Einfluss von anderen Personen ausgefüllt wurde.

2.4 Nachteile der Methode

Als Nachteil wäre zu nennen, dass die Antworten eventuell hätten beeinflusst werden können, da auf dem Fragebogen als Auftraggeber die „Medizinische Universität Wien“ stand. Dem wurde jedoch entgegengewirkt, indem während der Befragung ausdrücklich auf Anonymität hingewiesen wurde.

Außerdem wurde mehrmals um ehrliche Antworten gebeten und versichert, dass diese Befragung keinerlei negative Auswirkung auf die Befragten hätte.

2.5 Auswertung

Für die Auswertung der erhobenen Daten wurden zwei Programme benutzt: Im Zeitraum der Befragung kam hauptsächlich das Computerprogramm Microsoft Excel zur Anwendung, wobei die Ergebnisse der Befragung laufend in einer Tabelle aufgelistet wurden. Für die weitere Auswertung der Daten wurde das Statistik-Programm SPSS genutzt. Für Grafiken und Diagramme fand zusätzlich auch weiterhin das Programm Microsoft Excel Verwendung.

2.6 Messgrößen und Zielparameter

Für die Auswertung der Befragung waren mehrere Messgrößen relevant.

Zunächst wurden die Probanden nach ihrem Geschlecht, Beruf/Arbeitsbereich und Raucherstatus aufgeteilt.

Die Raucher wurden dann noch in folgende Kategorien je nach täglichem Zigarettenkonsum gegliedert:

- Gelegenheitsraucher (pro Tag weniger als 1 Zigarette)
- täglich 1 bis 4 Zigaretten
- täglich 5 bis 10 Zigaretten
- täglich 11 bis 20 Zigaretten
- täglich 21 bis 40 Zigaretten
- mehr als 40 Zigaretten pro Tag

Weiters wurde berücksichtigt, ob neben Zigaretten auch Zigarren bzw. Zigarillos und/oder Pfeifen täglich bzw. gelegentlich konsumiert werden.

Als Nächstes wurde gefragt, warum die die Leute mit dem Rauchen begonnen haben.

Als Antwortmöglichkeiten standen zur Auswahl:

- Freunde
- Beruf
- Familie

- anderer Grund

Danach wurde auf das jetzige Rauchverhalten der Befragten eingegangen. Dabei wurde auch gefragt, ob die meisten Zigaretten während der Arbeitszeit oder während der Freizeit geraucht werden.

Als Nächstes wurden die Probanden in diejenigen aufgeteilt, die sich durch den Rauch am Arbeitsplatz belästigt fühlen (egal ob sie selber Raucher oder Nichtraucher waren) und in diejenigen, die sich durch den Rauch während der Arbeitszeit nicht beeinträchtigt fühlen. Bei der ersten Gruppe standen noch mehrere Gründe zur Auswahl, warum der Rauch als störend empfunden wird:

- Geruch in Haaren und Kleidung
- Angst vor Gefährdung der Gesundheit
- bereits eingetretene körperliche Beschwerden (gerötete, irritierte Augen, respiratorische Symptome etc.)
- sonstige Gründe

Zu guter Letzt wurden die Probanden noch befragt, ob sie mit dem derzeitigen Rauchgesetz in der Gastronomie zufrieden seien bzw. es als ausreichend empfinden, ob sie einem generellen Rauchverbot zustimmen würden und ob sie Verständnis für Menschen hätten, die in der Gastronomie rauchen wollen.

2.7 Vergleich zu Gästebefragungen

Die Ergebnisse dieser Diplomarbeit wurden nach der Auswertung mit den Ergebnissen der beiden Diplomarbeiten von Gasser, M.A. (Risikobewusstsein und Belästigung durch Tabakrauch bei Aktiv- und PassivraucherInnen in der Wiener Gastronomie; Wien, 2012) und Schwarz, K. (Einstellung zum Tabakgesetz und Rauchverhalten von Wiener LokalbesucherInnen im Vergleich zu internationalen Erhebungen vor und nach der Einführung von Rauchverboten; Wien, 2011) verglichen.

3 Resultate

3.1 Studienpopulation

3.1.1 Geschlecht

Von den insgesamt 201 befragten Personen waren 91 Frauen und 110 Männer. Das entspricht einem Prozentsatz von 45% weiblichen und 55% männlichen Probanden.

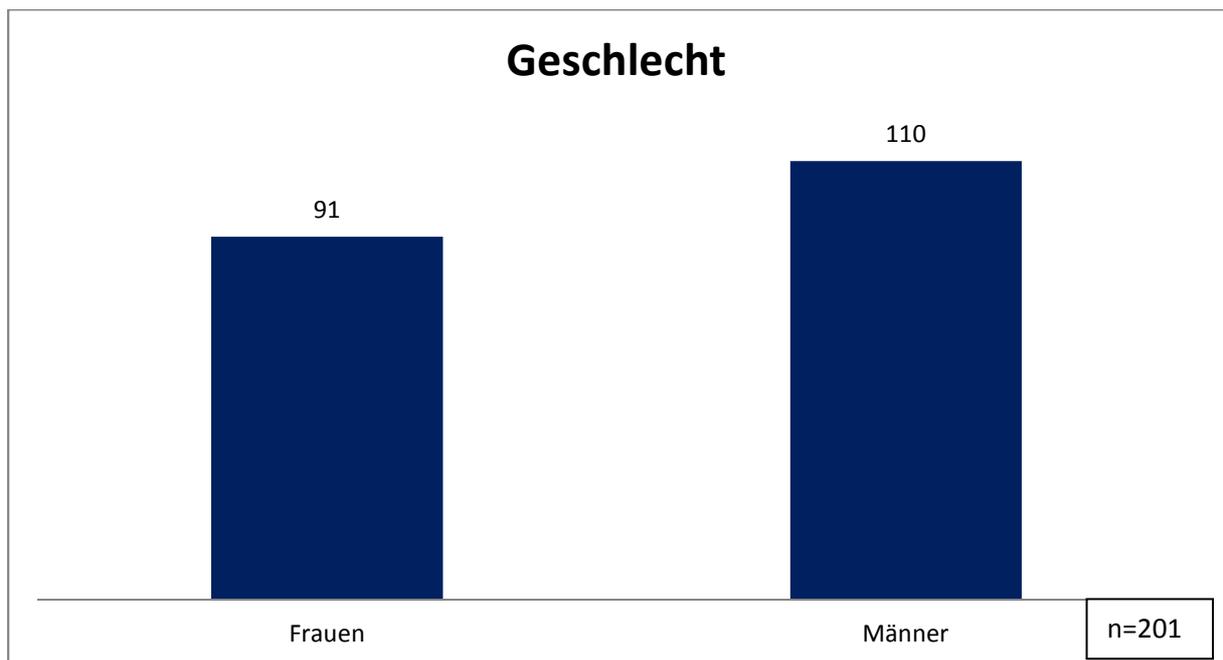


Abbildung 10: Geschlecht der Studienpopulation

3.1.2 Beruf

Wie bereits weiter oben erwähnt, wurden im Rahmen dieser Studie 66 Lokalinhaber und 135 Angestellte befragt. Somit waren die Inhaber mit 33% seltener vertreten als die Angestellten mit 67%. Es kamen auf einen befragten Lokalinhaber im Schnitt zwei Angestellte.

Die Angestellten lassen sich wiederum aufteilen in 87% Kellner, welche die häufigste Untergruppe darstellen, in 7% Köche, 4% Barkeeper, 2% Aushilfen und mit 1% wurde ein Sekretär befragt.

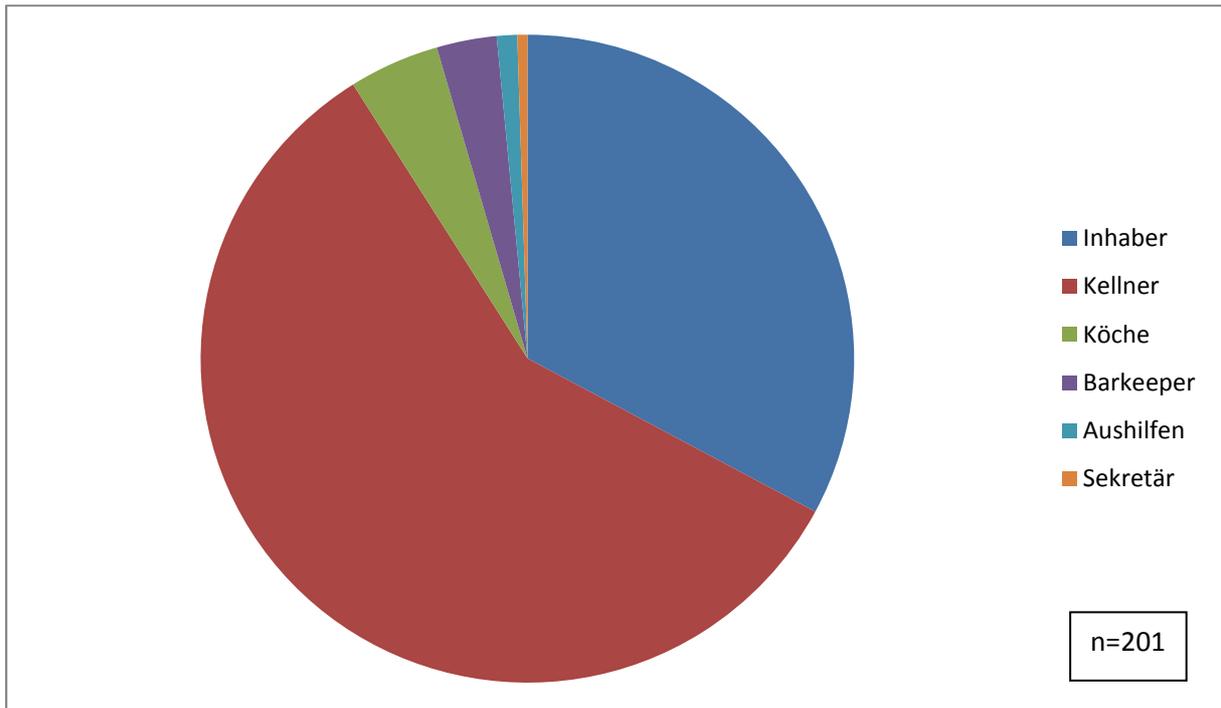


Abbildung 11: Arbeitsbereiche der Studienteilnehmer

3.1.3 Raucherstatus

Von den insgesamt 201 Befragten Inhabern und Angestellten waren 69 Nichtraucher, 19 Ex-Raucher und 113 Raucher. Somit ist die Gruppe der aktuellen Nichtraucher mit 44% (34% Nichtraucher + 10% Ex-Raucher) in der Gastronomie fast so stark vertreten wie die Gruppe der Raucher mit 56%. Die Quittrate, also Personen, die mit dem Rauchen wieder aufgehört haben, liegt bei 14%.

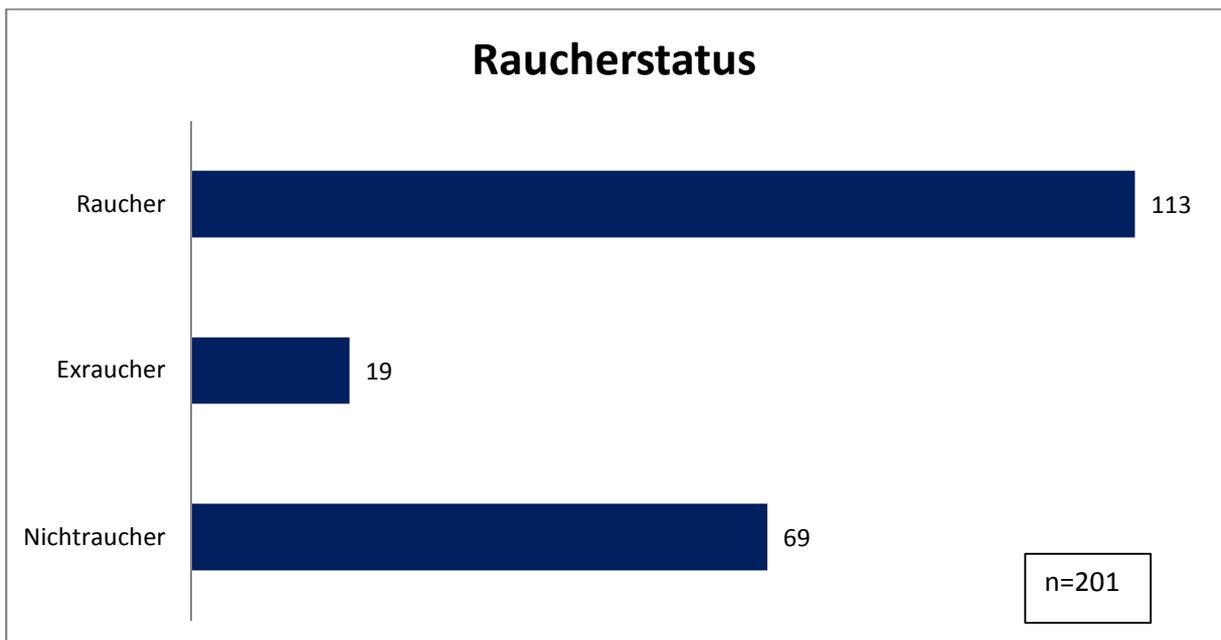


Abbildung 12: Raucherstatus der Studienpopulation

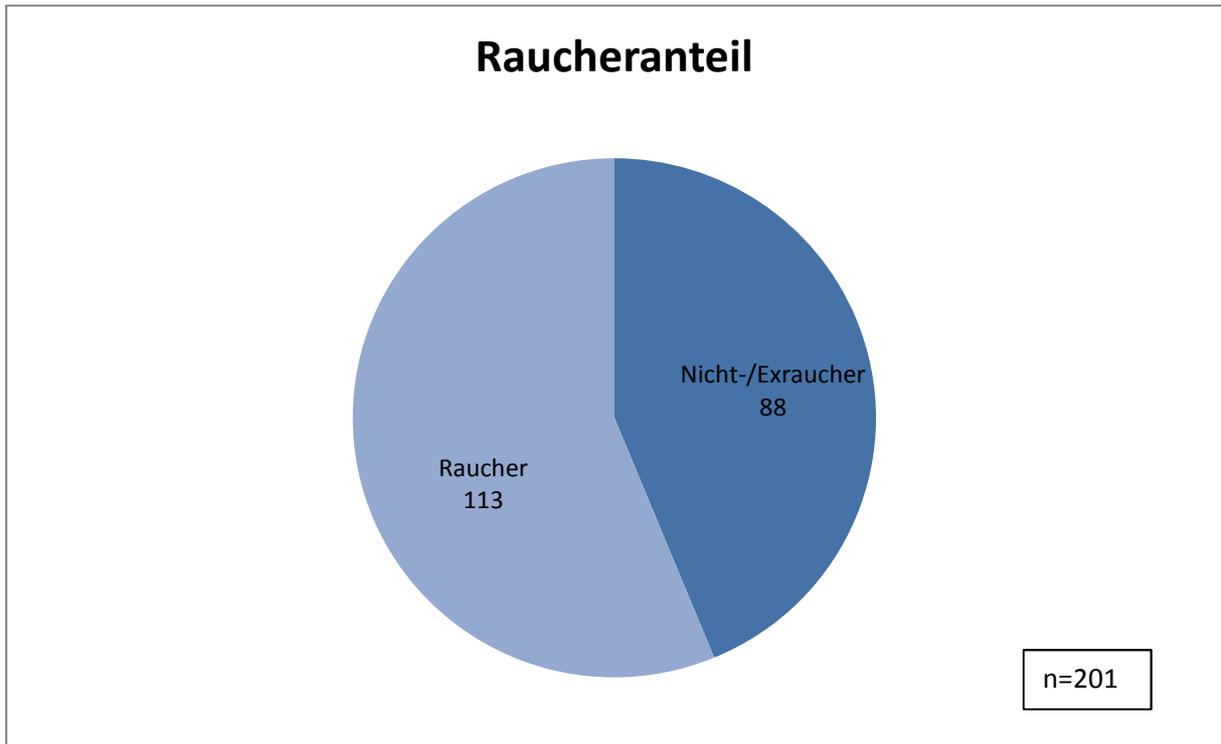


Abbildung 13: Raucheranteil der Studienpopulation

Angenommen, alle 30 Personen, welche die Befragung verweigerten, wären Raucher, käme man auf einen Raucheranteil von 62%.

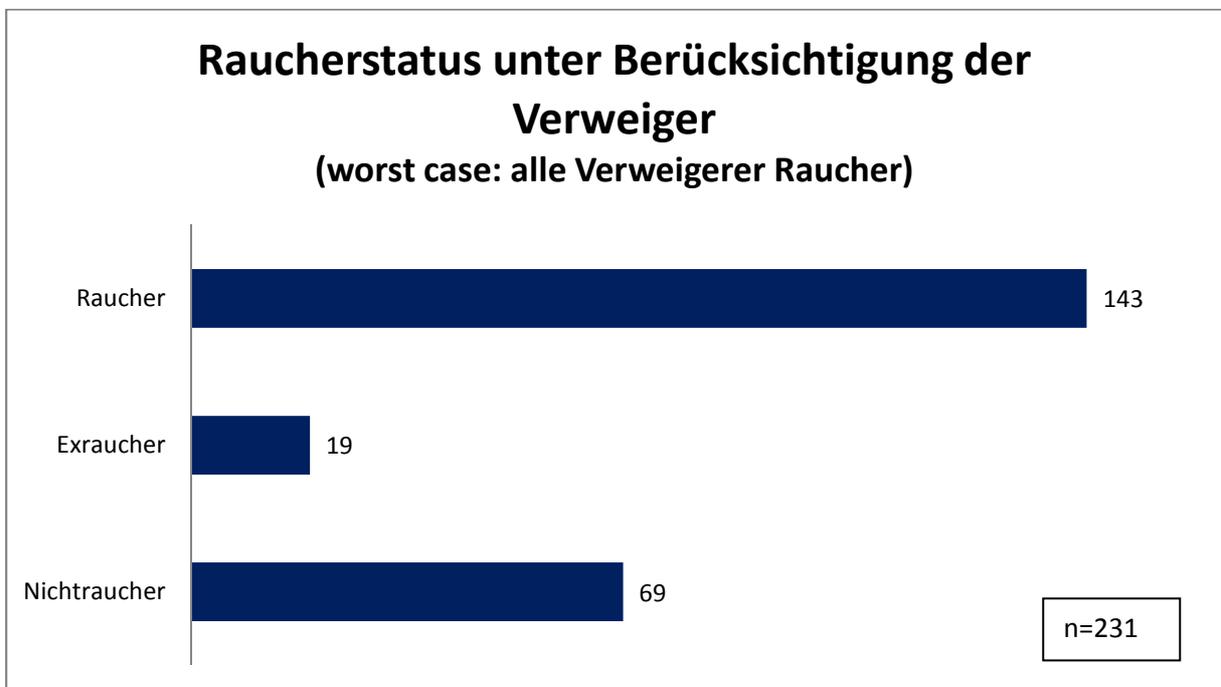


Abbildung 14: Raucherstatus unter Berücksichtigung der Verweigerer, wenn alle Verweigerer Raucher waren

Raucheranteil unter Berücksichtigung der Verweigerer (worst case: alle Verweigerer Raucher)

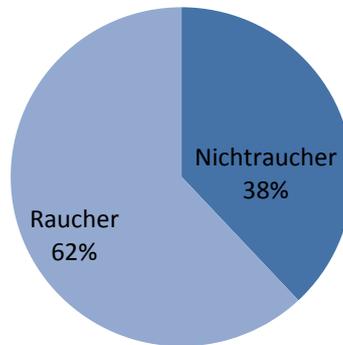


Abbildung 15: Raucheranteil unter Berücksichtigung der Verweigerer, wenn alle Verweigerer Raucher waren

3.1.4 Alter

Von den insgesamt 201 Befragten gaben zehn Personen ihr Alter nicht an. Die restlichen 191 Probanden waren im Alter zwischen 16 und 72 Jahren, mit einem Mittelwert von 38 und einem Median von 37 Jahren.

Aus Gründen der Übersicht wurden die Teilnehmer in folgende Altersklassen eingeteilt: 16-20 Jahre, 21-30 Jahre, 31-40 Jahre, 41-50 Jahre, 51-60 Jahre und 61-75 Jahre.

Alter der Studienpopulation	
16 bis 20 Jahre	7
21 bis 30 Jahre	56
31 bis 40 Jahre	52
41 bis 50 Jahre	39
51 bis 60 Jahre	23
61 bis 75 Jahre	14
keine Angabe	10
Insgesamt	201

Tabelle 1: Alter der Studienpopulation

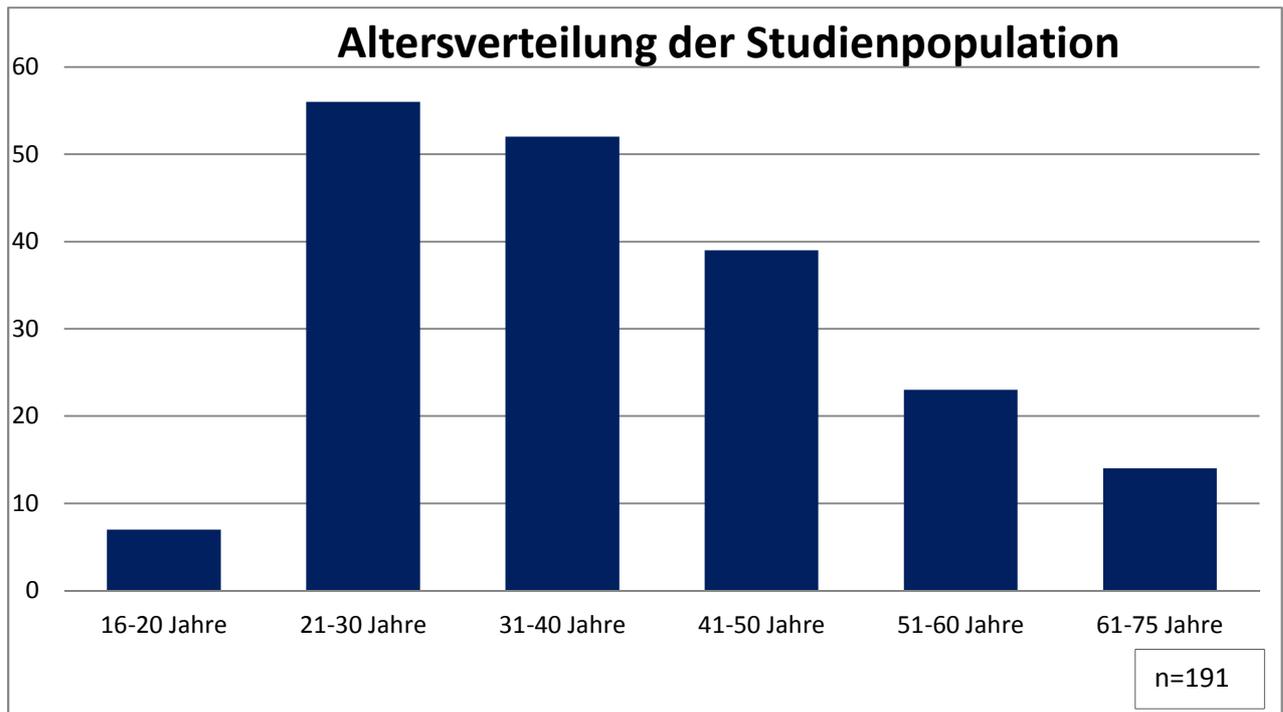


Abbildung 16: Altersverteilung von 191 Studienteilnehmern

Die meisten Befragten waren im jungen Erwachsenenalter mit 21-30 Jahren, dicht gefolgt von den 31- bis 40-Jährigen. Generell lässt sich ein Trend erkennen, dass eher junge Leute bzw. Menschen mittleren Alters in der Gastronomie tätig sind.

3.1.5 Zusammenhänge der Variablen Geschlecht, Beruf und Raucherstatus

Von den Inhabern waren 38% weiblich und eine deutlichen Mehrheit mit 62% männlich. Die Aufteilung der Angestellten in Hinblick auf das Geschlecht war in etwa gleich (49% Frauen und 51% Männer).

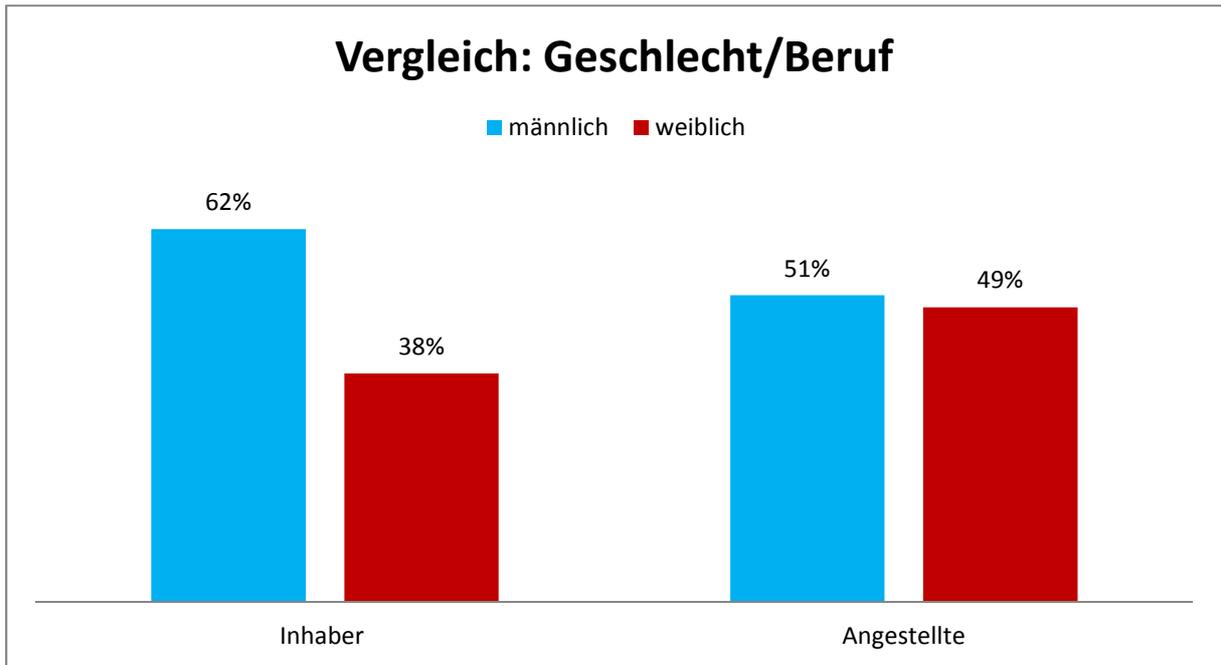


Abbildung 17: Vergleich Geschlecht/Beruf

36% der Frauen gaben an, Nichtraucherinnen zu sein, während es bei den Männern sogar 50% waren. Somit waren insgesamt 44% der befragten in der Gastronomie tätigen Personen Nichtraucher.

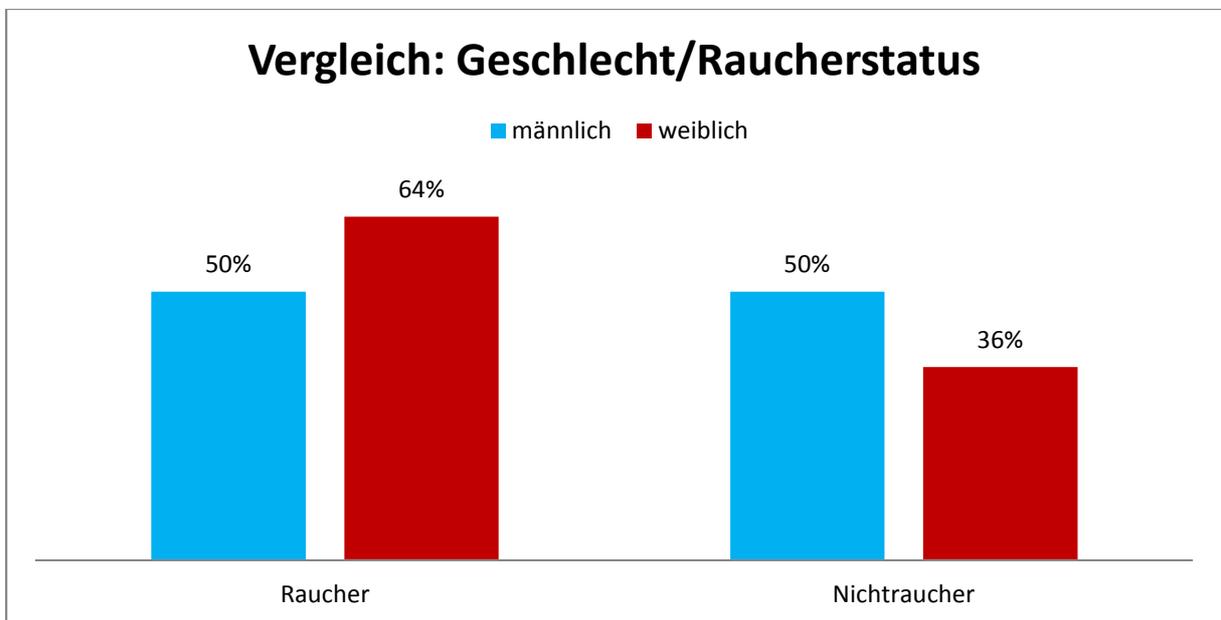


Abbildung 18: Vergleich Geschlecht/Raucherstatus

Ein Vergleich zwischen Berufsgruppe und Raucherstatus ergab, dass 42% der Lokalinhaber und 45% aller Angestellten Nichtraucher waren.

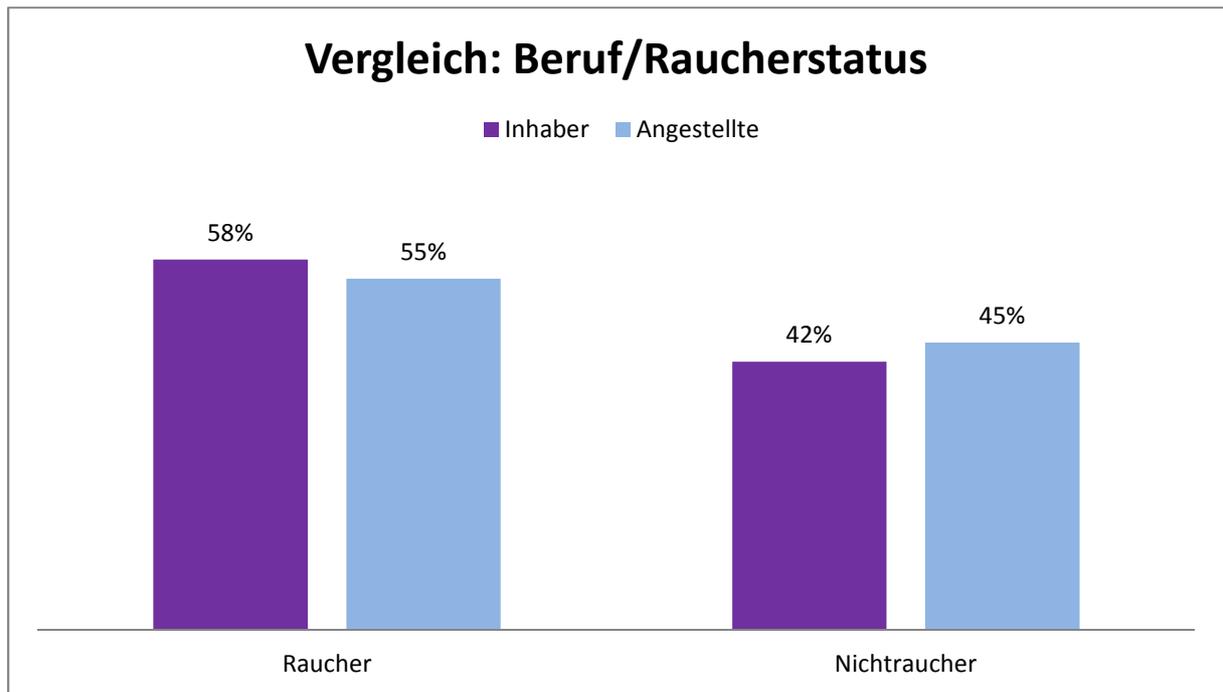


Abbildung 19: Vergleich Beruf/Raucherstatus

3.2 Zufriedenheit mit dem aktuellen Tabakgesetz

Das Hauptinteresse dieser Arbeit galt der Zufriedenheit der in der Gastronomie tätigen Personen mit dem aktuellen Tabakgesetz in Österreich und im Besonderen mit der Gesetzesnovelle von 2008, welche den Nichtraucherschutz in der Gastronomie festlegt.

3.2.1 Zufriedenheit aller in der Gastronomie tätigen Befragten

Auf die Frage, ob die Teilnehmer das momentane Tabakgesetz ausreichend fänden, antworteten 118 Personen mit „nein“. Das ergibt einen Prozentsatz von 59%. Eine Mehrheit der Befragten war also mit dem Tabakgesetz nicht zufrieden und empfand es als nicht ausreichend. 68% davon würden sich ein generelles, gesetzlich geregeltes Rauchverbot in den Räumlichkeiten der Gastronomie wünschen.

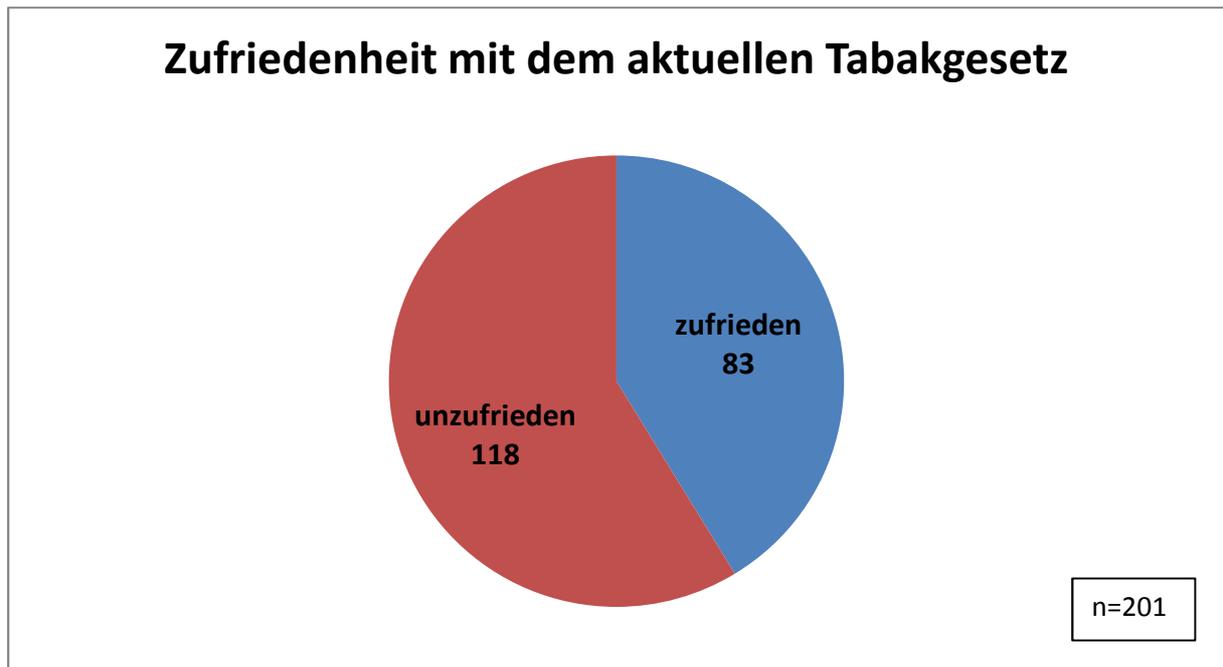


Abbildung 20: Zufriedenheit mit dem aktuellen Tabakgesetz

3.2.2 Zufriedenheit aller Befragten im Vergleich zu der Befragung der Gäste

Gasser (2012) und Schwarz (2011) kamen zu dem Schluss, dass auch eine Mehrheit der Gäste von Wiener Lokalen mit dem aktuellen Tabakgesetz nicht zufrieden war: 52% der 1590 befragten Gäste hielten das Gesetz zum Zeitpunkt der Befragung für nicht ausreichend.

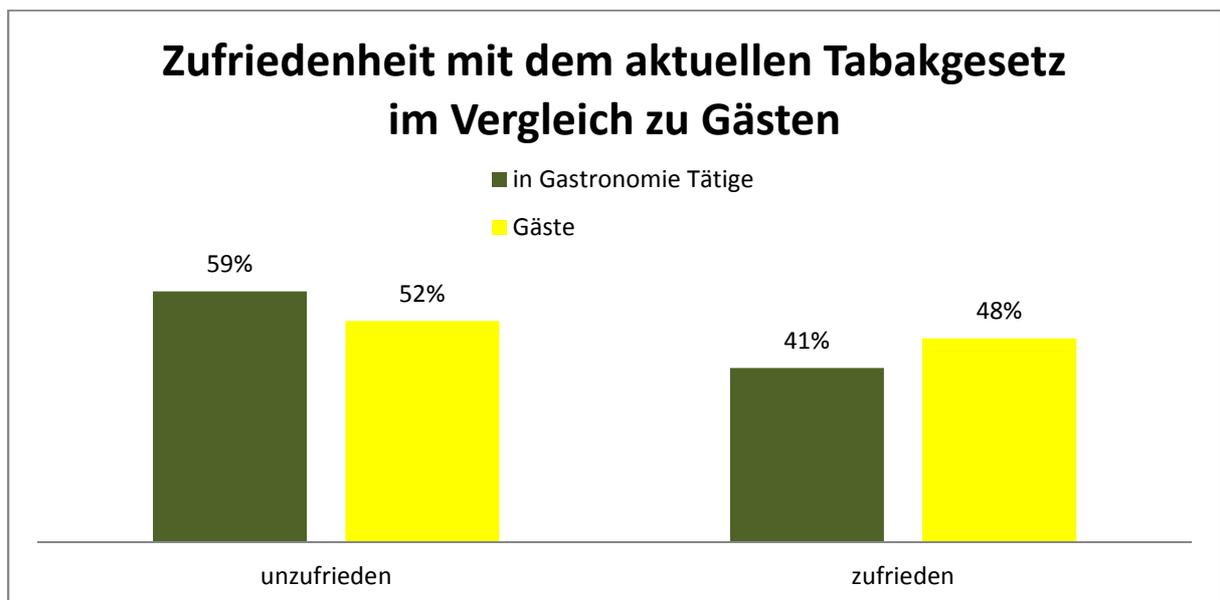


Abbildung 21: Zufriedenheit mit dem aktuellen Tabakgesetz/Vgl. zu Gästen (Gästedaten: Gasser, 2012)

3.2.3 Zufriedenheit nach Raucherstatus der in der Gastronomie tätigen Befragten

Von den befragten Nichtrauchern waren 67 Personen mit dem momentanen Gesetz nicht zufrieden. Das entspricht einer deutlichen Mehrheit von 76%.

Bei den Rauchern gaben 51 Personen (das sind 45%) an, dass sie das derzeitige Tabakgesetz als nicht ausreichend empfinden.

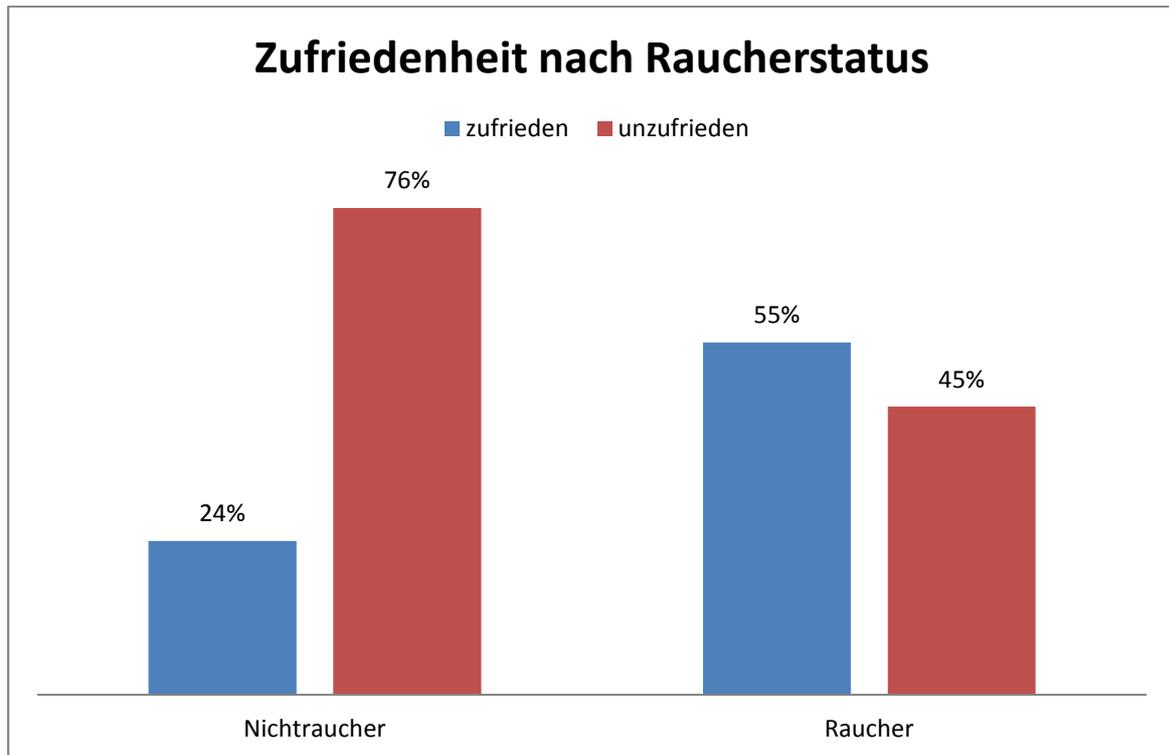


Abbildung 22: Zufriedenheit mit dem Tabakgesetz nach Raucherstatus

3.2.4 Zufriedenheit nach Raucherstatus im Vergleich zu der Befragung der Gäste

Bei der Gästebefragung der Diplomarbeiten von Gasser (2012) und Schwarz (2011) kam man zu dem Ergebnis, dass 75% der Nichtraucher und 35% der Raucher das aktuelle Gesetz als nicht ausreichend empfinden. Beim Vergleich mit den entsprechenden Zahlen beim Personal (Abb. 23) ist zu berücksichtigen, dass Gäste nur einen geringen Zeitanteil in der Gastronomie verbringen. Kellner und sonstige Angestellte oder Inhaber verbringen hingegen einen Großteil des Tages in den Betrieben und müssen dort ihre Arbeit verrichten.

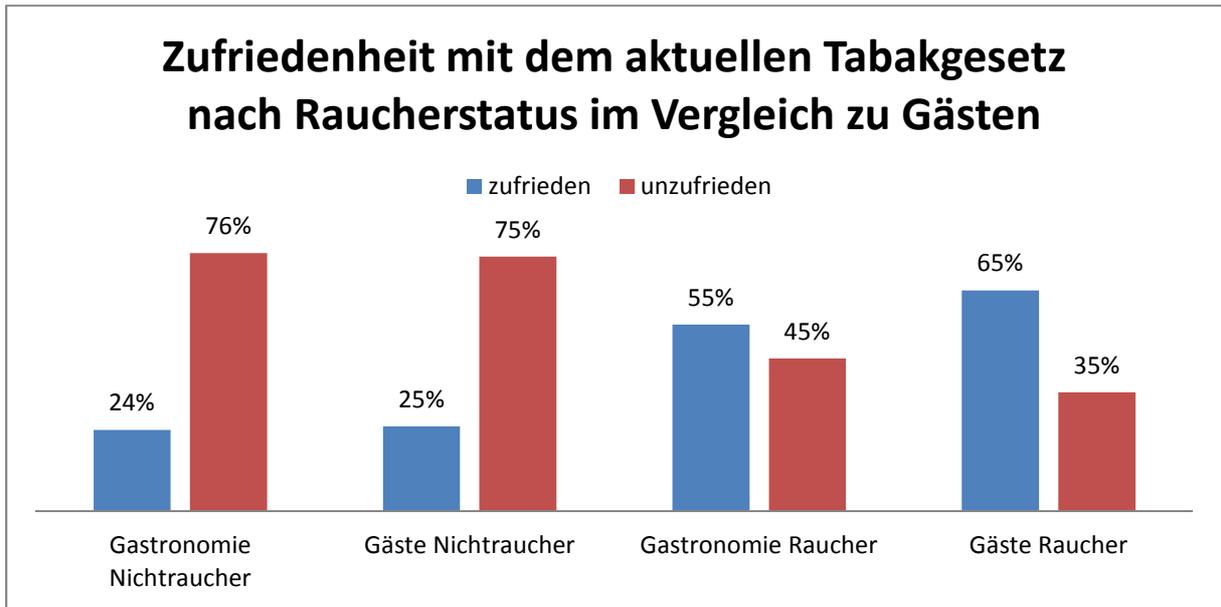


Abbildung 23: Zufriedenheit mit dem Tabakgesetz nach Raucherstatus/Vgl. zu Gästen (Gästedaten: Gasser, 2012)

3.2.5 Zufriedenheit nach Geschlecht der in der Gastronomie tätigen Befragten

Teilt man die Befragten nach Geschlecht auf, so kommt man zu dem Ergebnis, dass mit 48 Frauen (= 53%) und mit 70 Männern (= 63%) eine Mehrheit der Befragten beider Geschlechter mit dem aktuellen Tabakgesetz nicht zufrieden waren.

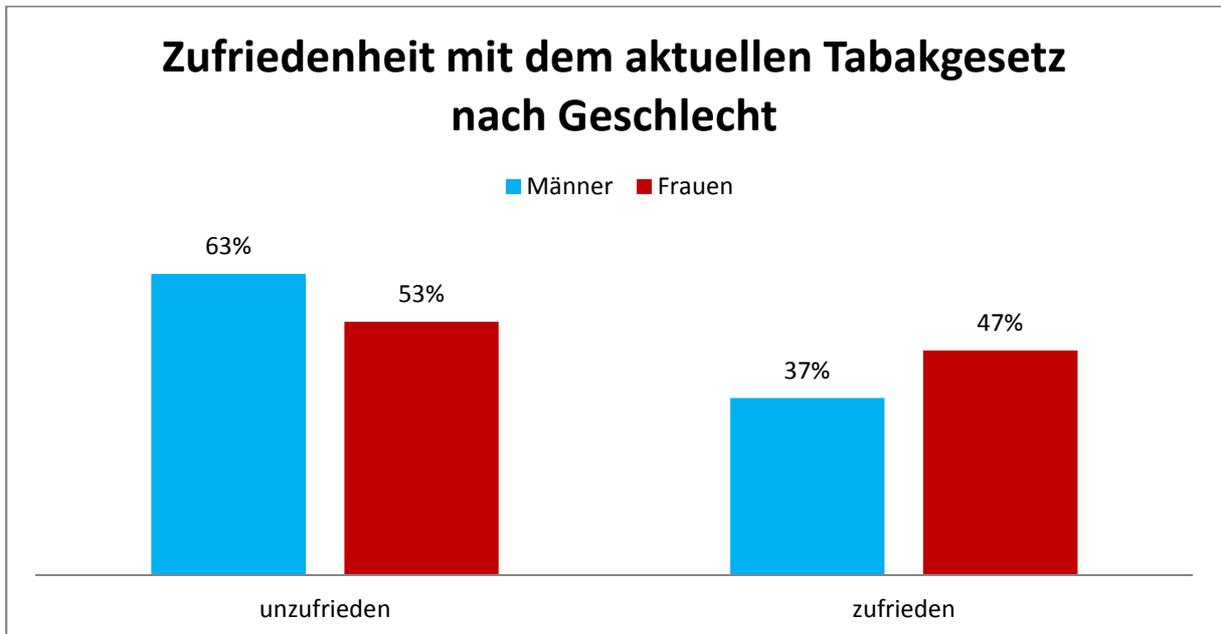


Abbildung 24: Zufriedenheit mit dem aktuellen Tabakgesetz nach Geschlecht

3.2.6 Zufriedenheit nach Geschlecht im Vergleich zu der Befragung der Gäste

Im Vergleich mit den Studien von Gasser (2012) und Schwarz (2011) erkennt man, dass auch bei den Gästen eine Mehrheit der Frauen (57%) und eine Mehrheit der Männer (59%) das aktuelle Gesetz als nicht ausreichend empfanden.

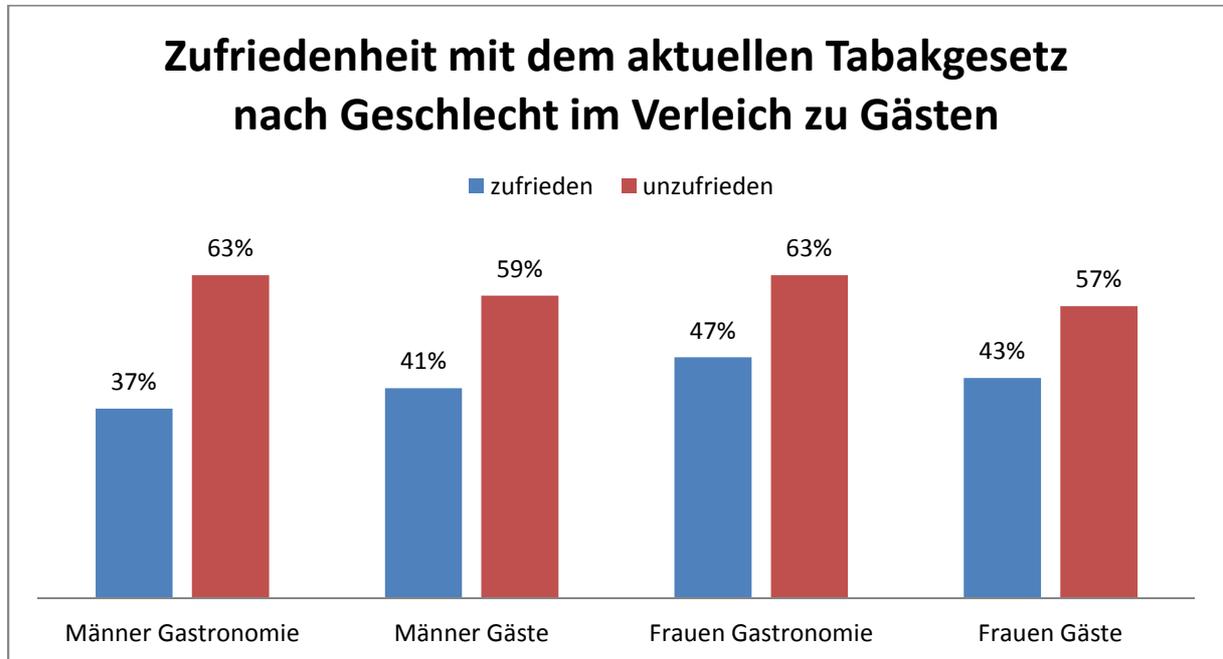


Abbildung 25: Zufriedenheit mit dem aktuellen Tabakgesetz nach Geschlecht/Vgl. zu Gästen (Gästedaten: Gasser, 2012)

3.2.7 Zufriedenheit nach Beruf der in der Gastronomie tätigen Befragten

Wenn man die befragten Personen nach ihrem Beruf in Inhaber und Angestellte teilt, kommt man ebenfalls zu dem Ergebnis, dass eine Mehrheit der Befragten das aktuelle Tabakgesetz als nicht ausreichend empfindet. Bei den Inhabern bzw. Geschäftsführern waren dies 52% der Befragten und bei den Angestellten waren es sogar 62%, also eine deutliche Mehrheit.

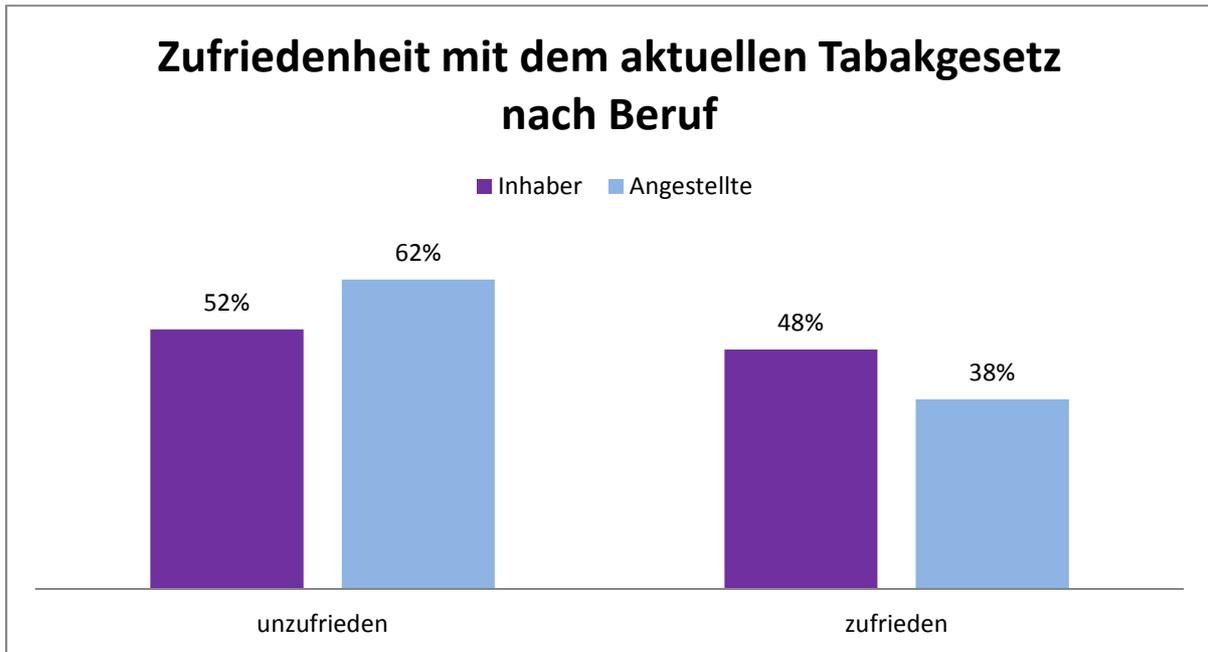


Abbildung 26: Zufriedenheit mit dem aktuellen Tabakgesetz nach Beruf

3.3 Belästigung durch Tabakrauch in der Gastronomie

3.3.1 Belästigung aller in der Gastronomie tätigen Befragten

Von den insgesamt 201 Befragten Gastronomen und Angestellten gaben 70 Personen an, dass sie sich aus diversen Gründen durch den Rauch an ihrem Arbeitsbereich belästigt fühlen. Das entspricht einem Prozentsatz von 35%.

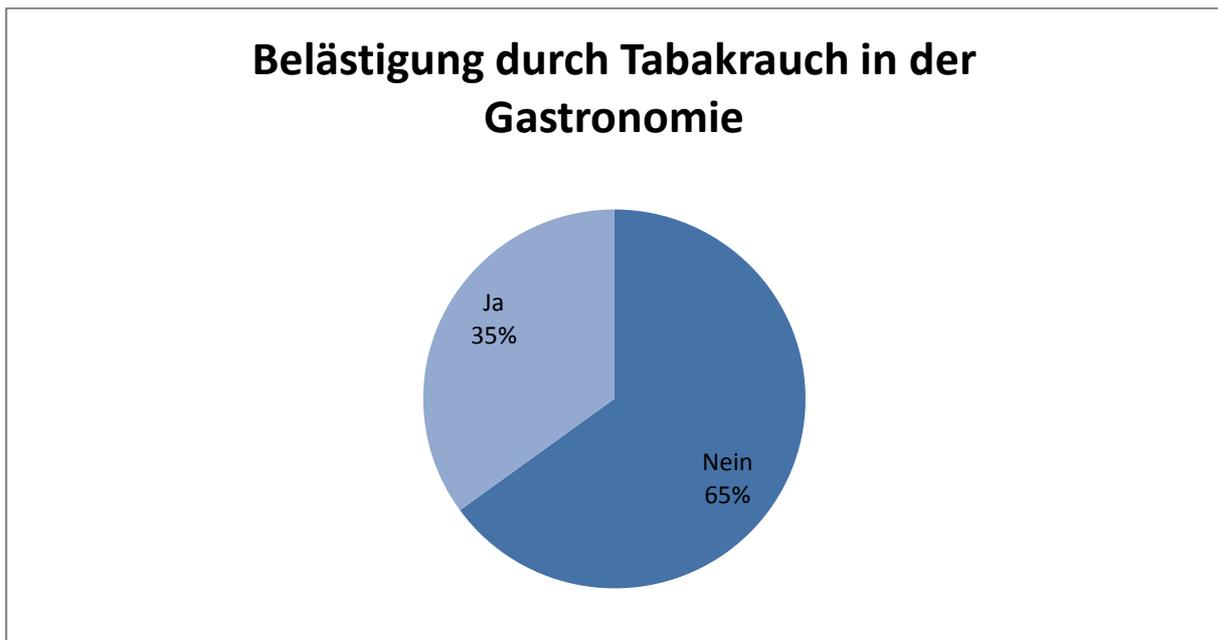


Abbildung 27: Belästigung durch Tabakrauch in der Gastronomie

Teilt man die Gründe für die Belästigung laut Fragebogen nochmals genauer auf, kommt man zu dem Ergebnis, dass sich ein Großteil der Personen (83%) wegen des Geruchs in Haaren und Kleidung belästigt fühlen. 61% haben Angst vor Gefährdung ihrer Gesundheit und 29% haben bereits gesundheitliche Beschwerden wie Augenbrennen oder Husten.

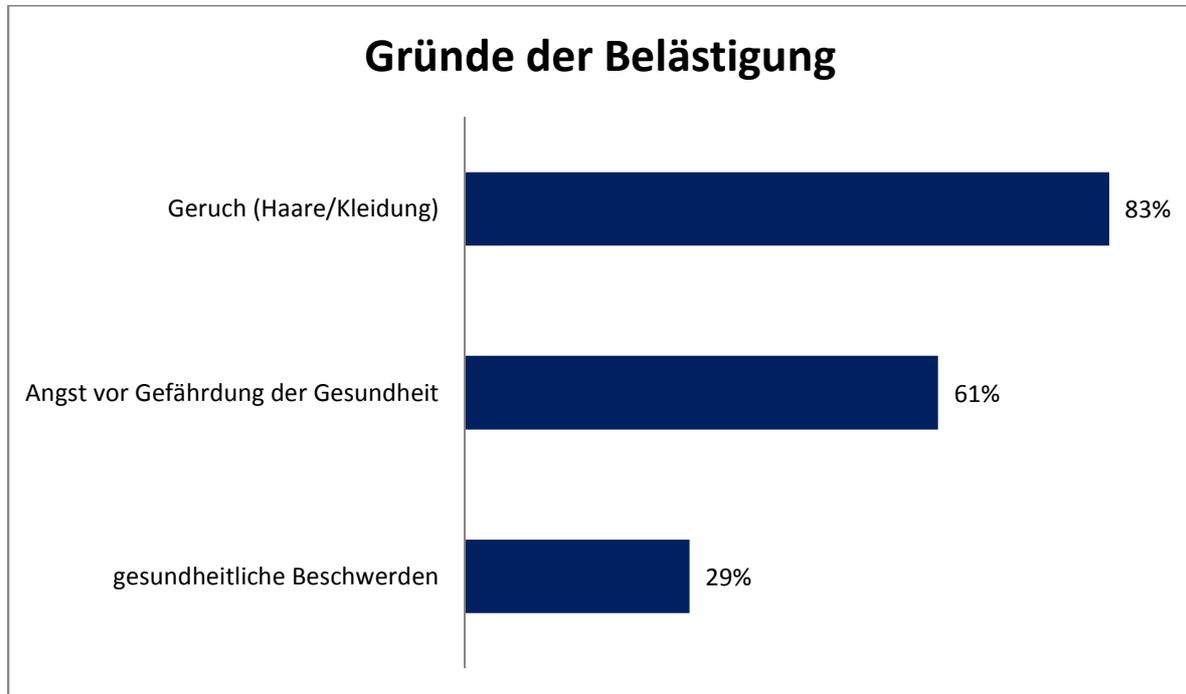


Abbildung 28: Gründe der Belästigung

Von allen an der Studie teilnehmenden Befragten gaben 10% an, dass sie bereits unter gesundheitlichen Beschwerden leiden.

3.3.2 Belästigung nach Raucherstatus der in der Gastronomie tätigen Befragten

Von den insgesamt 201 Befragten fühlen sich 48 Nichtraucher (24%) und 22 Raucher (11%) durch den Tabakrauch belästigt.

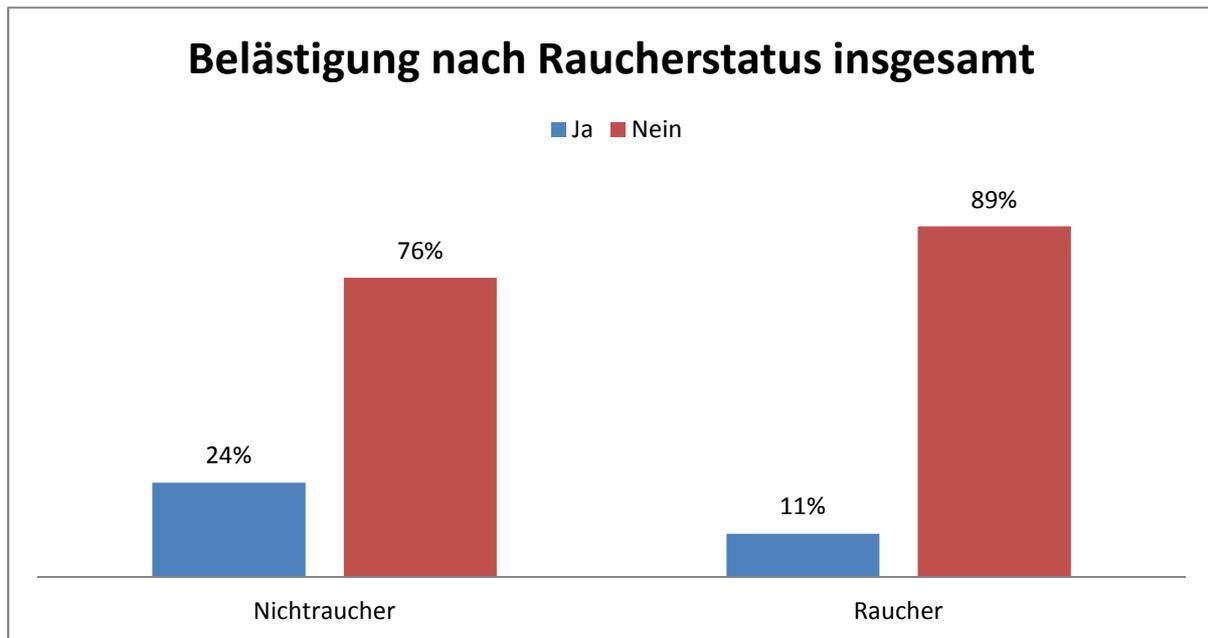


Abbildung 29: Belästigung nach Raucherstatus insgesamt

Von den 70 Personen, die sich gestört fühlen, sind 69% Nichtraucher und 31% Raucher.

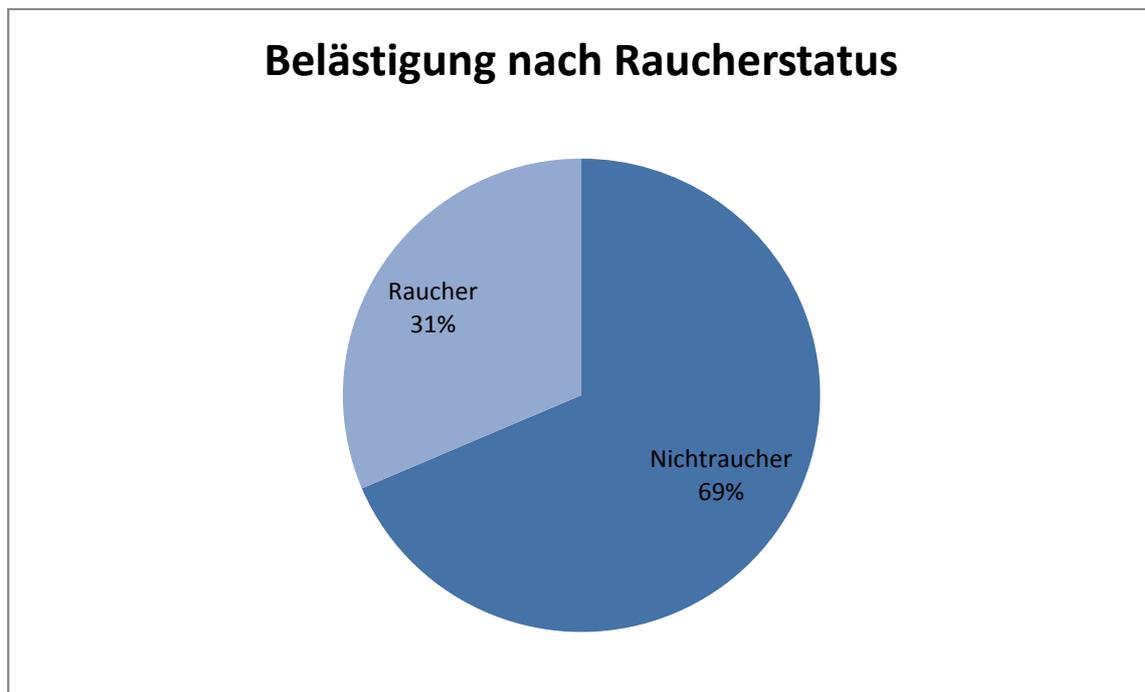


Abbildung 30: Belästigung nach Raucherstatus

3.3.3 Belästigung nach Raucherstatus im Vergleich zu der Befragung der Gäste

In der Gästebefragung im Rahmen der beiden Diplomarbeiten von Gasser (2012) und Schwarz (2011) kam man zu dem Ergebnis, dass sich 83% der Raucher in zumindest einer der angeführten Kategorien durch Tabakrauch in Lokalen gestört fühlt und mit 97% eine sehr hohe Anzahl der Nichtraucher.

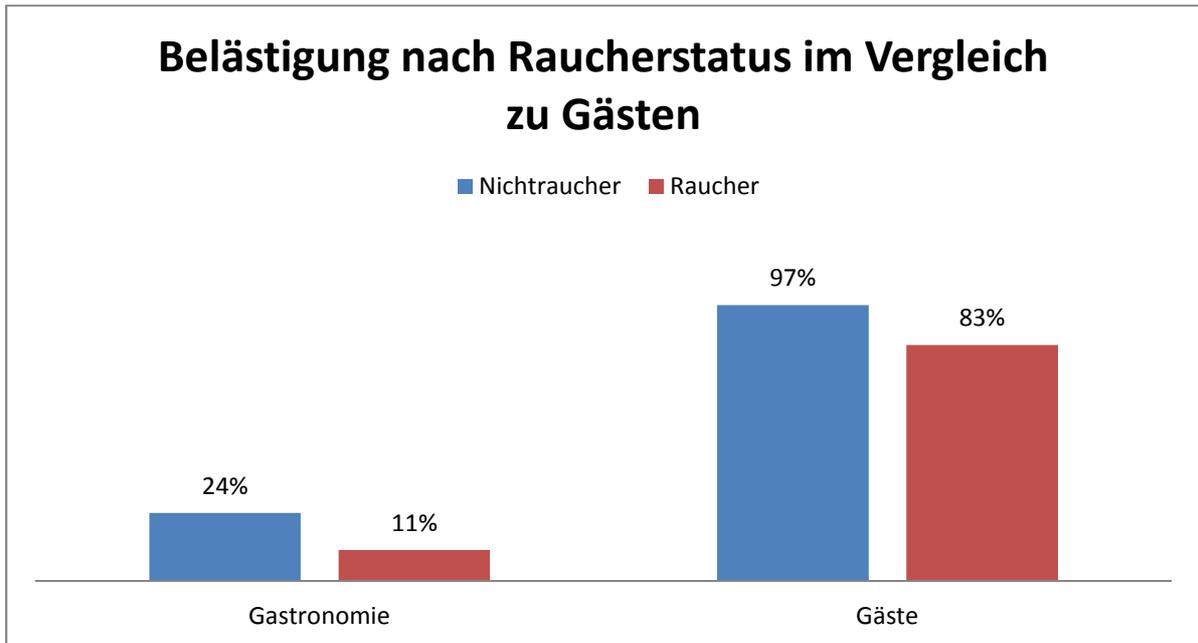


Abbildung 31: Belästigung nach Raucherstatus/Vgl. zu Gästen (Gästedaten: Gasser, 2012)

3.3.4 Belästigung nach Beruf der in der Gastronomie tätigen Befragten

Unter den insgesamt 70 Personen, die sich durch den Rauch an ihrem Arbeitsplatz belästigt fühlen, waren 15 Inhaber (21%) und 55 Angestellte (79%). Unter der Gruppe der Angestellten waren die Kellner mit 46 (84% der Angestellten bzw. 66% aller Belästigten) am stärksten vertreten.

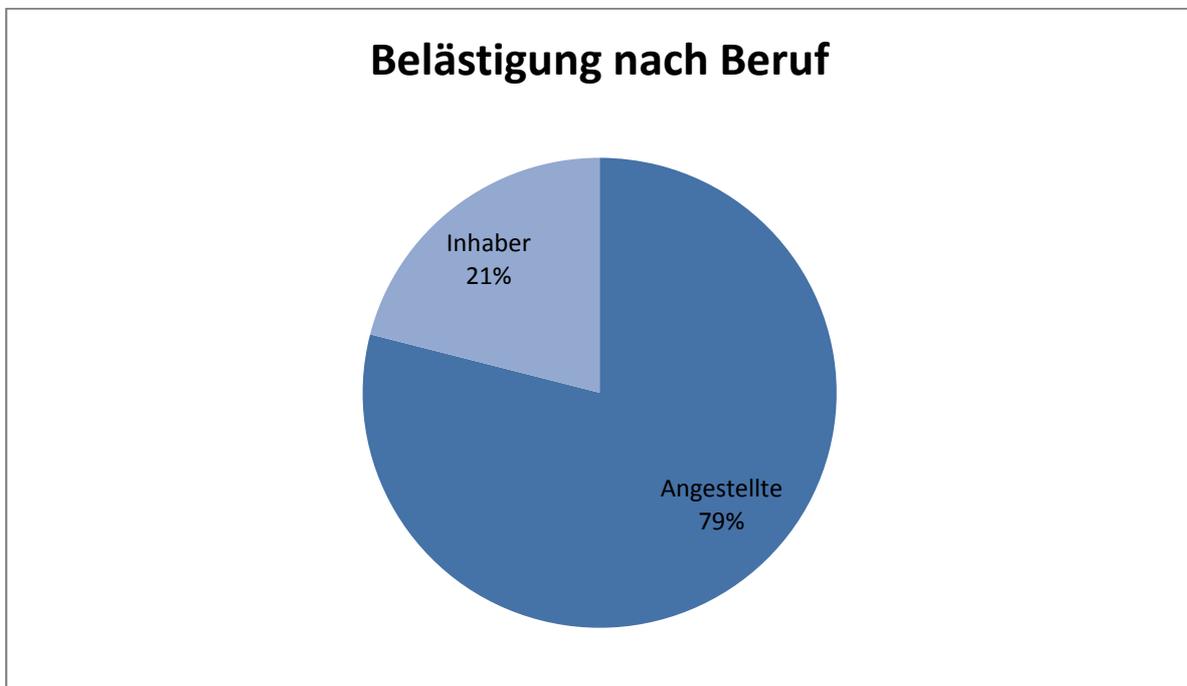


Abbildung 32: Belästigung nach Beruf

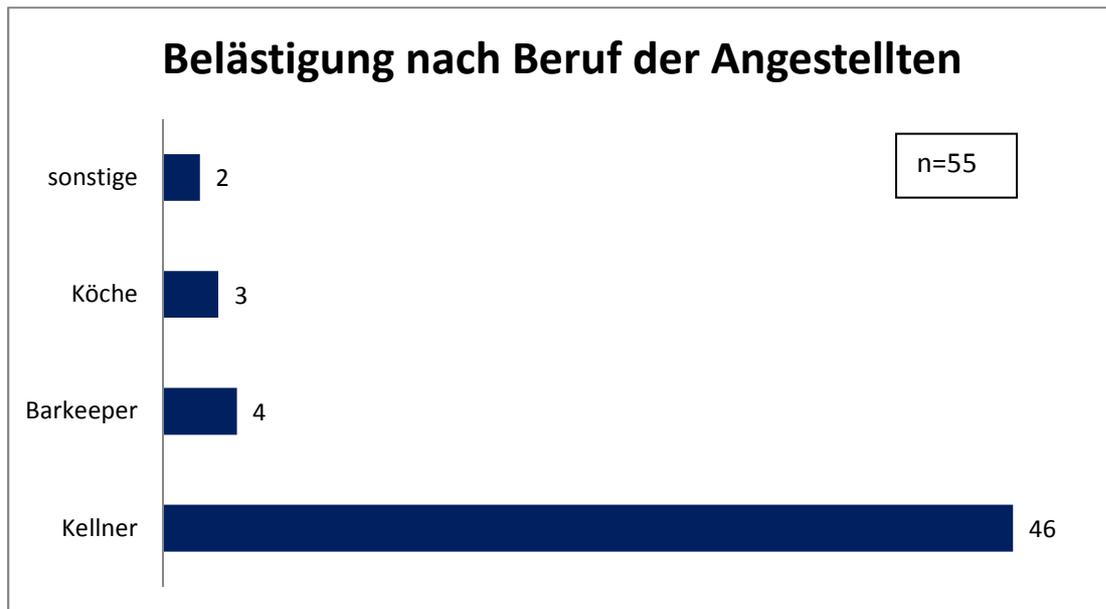


Abbildung 33: Belästigung nach Beruf der Angestellten

Von den Angestellten, die am Meisten dem Passivrauch der Gäste ausgesetzt sind, nämlich den Barkeepern und Kellner, fühlten sich eine deutliche Mehrheit der Barkeeper (67%) und 39% der Kellner durch Rauch in den Lokalen gestört.

3.4 Zustimmung zu einem generelles Rauchverbot

Ein weiteres wichtiges Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, wie viele der in der Gastronomie arbeitenden Personen ein generelles Rauchverbot befürworten bzw. es sich sogar wünschen würden.

3.4.1 Zustimmung aller in der Gastronomie tätigen Befragten

Von allen befragten Personen waren 41% für die Einführung eines generellen Rauchverbotes per Gesetz.

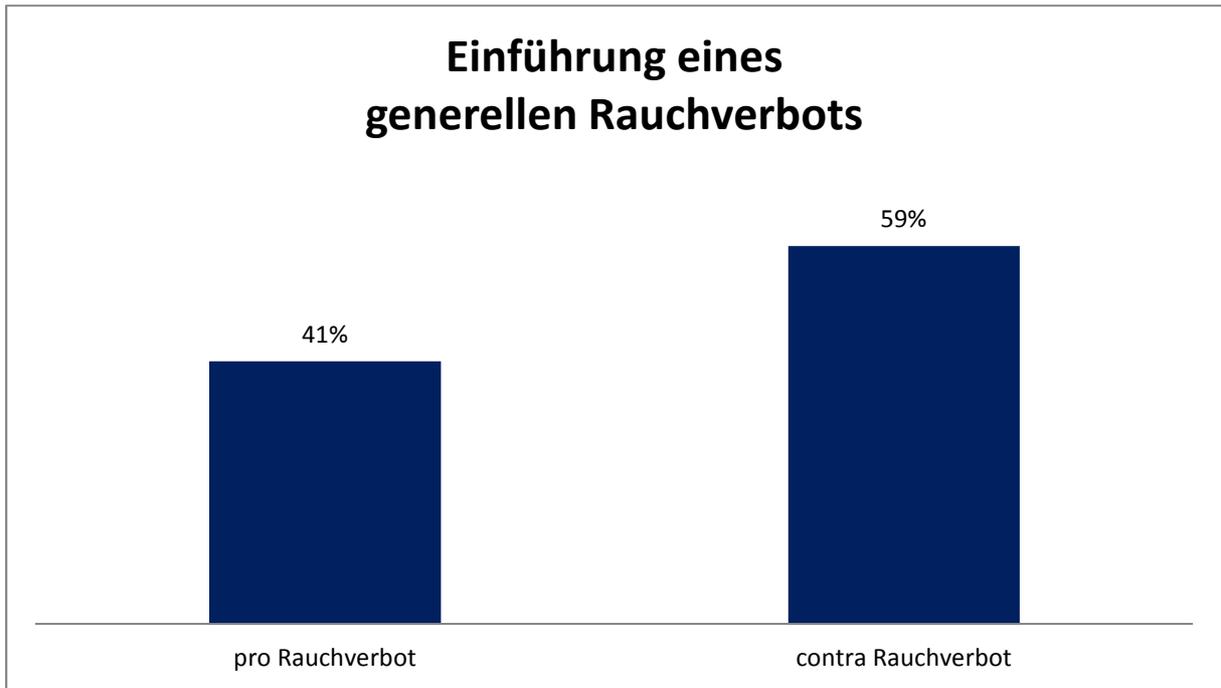


Abbildung 34: Für und gegen Einführung eines generellen Rauchverbotes

3.4.2 Zustimmung aller Befragten im Vergleich zu der Befragung der Gäste

Bei der Gästebefragung von Gasser (2012) und Schwarz (2011) stimmte eine knappe Mehrheit von 51% für ein generelles Rauchverbot in der Gastronomie.

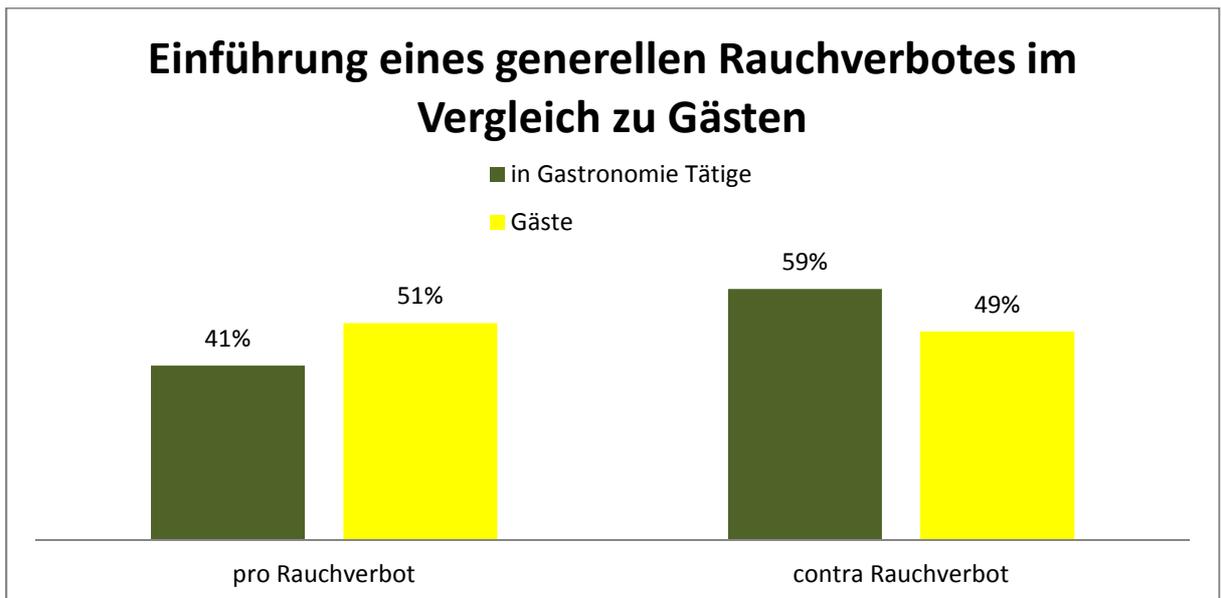


Abbildung 35: Für und gegen Einführung eines generellen Rauchverbotes/Vgl. zu Gästen (Gästedaten: Gasser, 2012)

3.4.3 Zustimmung nach Gesetzeszufriedenheit der in der Gastronomie tätigen Befragten

68% der Befragten, die antworteten, dass sie mit dem derzeitigen Tabakgesetz nicht zufrieden wären, stimmten für ein generelles Rauchverbot in Lokalen.

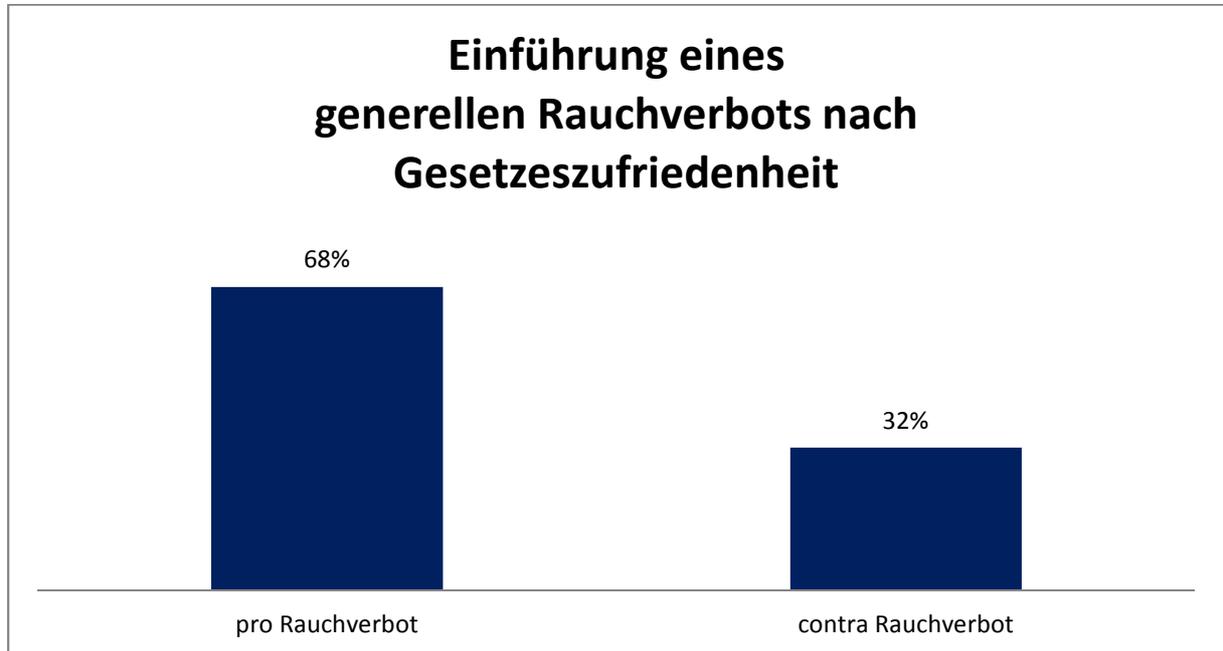


Abbildung 36: Für und gegen Einführung eines generellen Rauchverbotes nach Gesetzeszufriedenheit

3.4.4 Zustimmung nach Raucherstatus der in der Gastronomie tätigen Befragten

Wie zu erwarten, stimmte eine deutliche Mehrheit der Nichtraucher, nämlich 63%, für ein generelles Rauchverbot in Lokalen, aber immerhin auch 37% der Raucher.

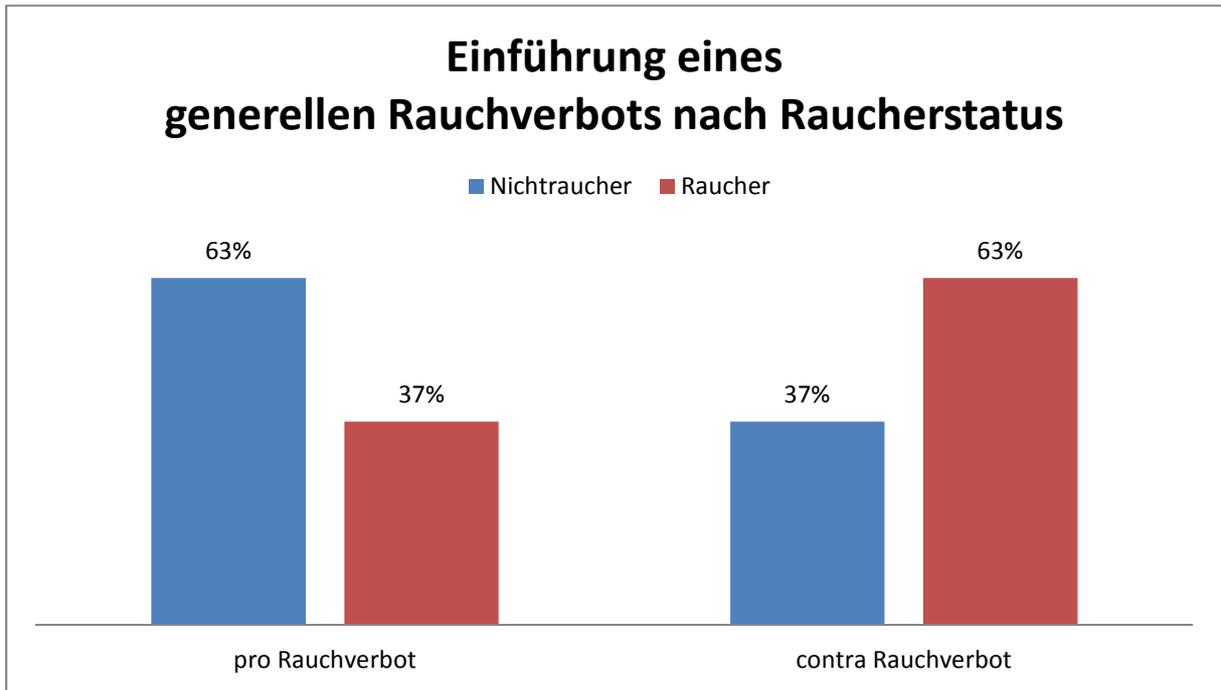


Abbildung 37: Für und gegen Einführung eines generellen Rauchverbotes nach Raucherstatus

3.4.5 Zustimmung nach Raucherstatus im Vergleich zu der Befragung der Gäste

Auch beim Vergleich mit der Gästebefragung von Gasser (2012) und Schwarz (2011) sieht man, dass sich eine Mehrheit der Nichtraucher (70%) ein generelles Rauchverbot in der Gastronomie wünscht. Aber auch 25% der Raucher würden einem solchen Gesetz zustimmen.

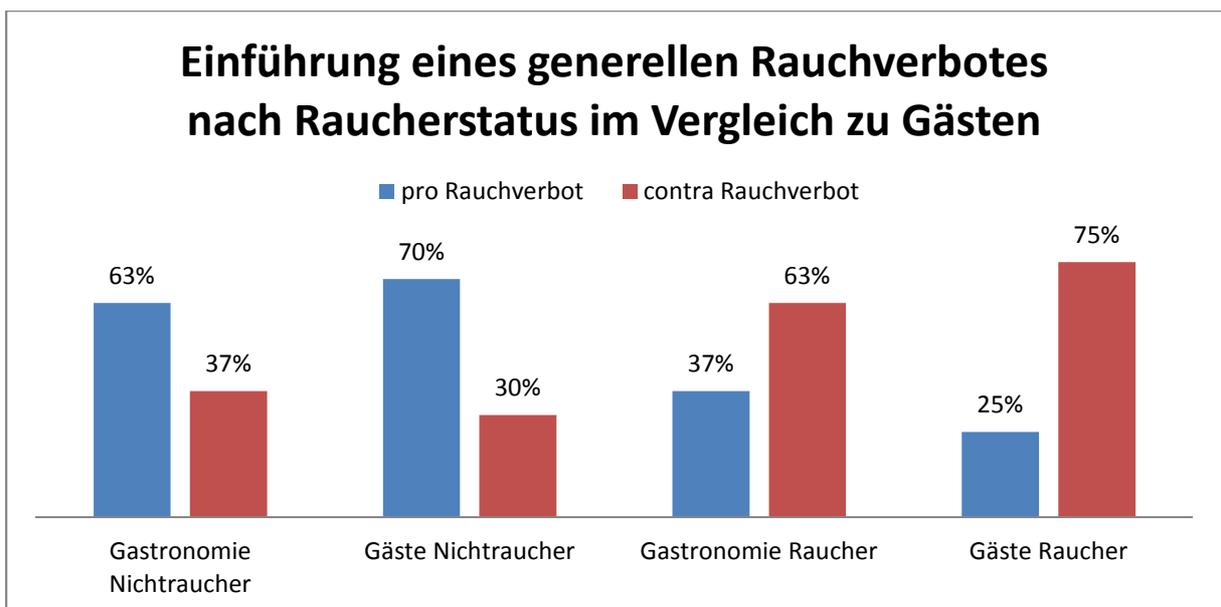


Abbildung 38: Für und gegen Einführung eines generellen Rauchverbotes nach Raucherstatus/Vgl. zu Gästen (Gästedaten: Gasser, 2012)

3.4.6 Zustimmung nach Beruf der in der Gastronomie tätigen Befragten

Bei den Angestellten war mit 46% beinahe die Hälfte der Befragten für ein gesetzliches Rauchverbot. Bei den Inhabern war dies nur bei 32% der Fall, was wahrscheinlich daran liegt, dass Inhaber immer noch finanzielle Einbußen befürchten, sollten die Gäste nicht mehr in den Lokalen rauchen dürfen. Weiters ist zu beachten, dass Inhaber meist weniger Arbeitszeit in den verrauchten Teilen der Lokale verbringen als ihre Angestellten.

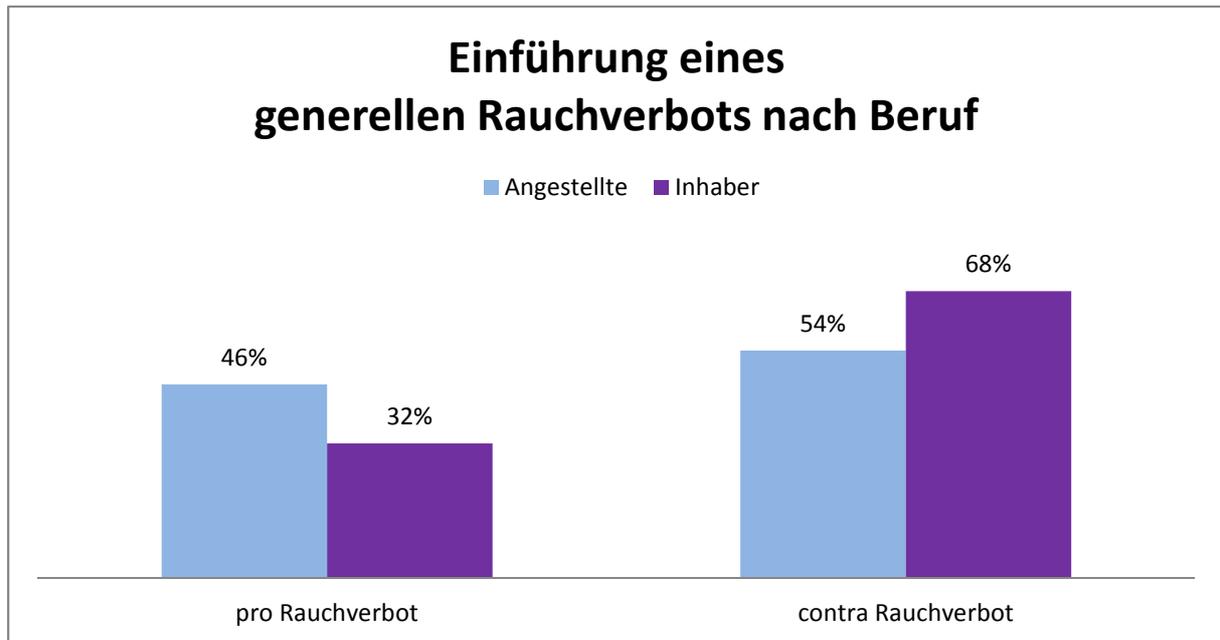


Abbildung 39: Für und gegen Einführung eines generellen Rauchverbotes nach Beruf

Diese Ergebnisse stehen deutlich im Widerspruch zu einer Studie des IFES im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Dabei kam heraus, dass nur 19% der Befragten für ein generelles Rauchverbot wären.

Das Ergebnis dieser Diplomarbeit ist hingegen kompatibel mit den Ergebnissen anderer unabhängiger Studien wie z.B. einer Arbeit von Gerhard Reichmann und Margit Sommersguter-Reicher (Wettbewerbsverzerrungen in der Gastronomie durch die Nichtraucherenschutzbestimmungen des Tabakgesetzes; Graz, 2012), den Diplomarbeiten an der medizinischen Universität Wien von Gasser (2012) und Schwarz (2011) sowie den österreichischen Ergebnissen beim Eurobarometer (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_332_sum_de.pdf).

3.5 Zusammenhang zwischen Alter, Geschlecht, beruflicher Stellung, Rauchanamnese und Gesetzesakzeptanz

Um Zusammenhänge multivariant zu prüfen, wurden mithilfe einer logistischen Regression im Statistik Programm SPSS die Variablen

- Alter
- Geschlecht
- Inhaber
- Raucher
- Zigarettenkonsum

mit der Zustimmung für ein generelles Rauchverbot per Gesetz verglichen.

Hierbei zeigte sich, wie man in der folgenden Tabelle erkennen kann, dass die Variable „Raucher“ kein signifikanter Einfluss war ($p = 0,135$), die Variable „Zigarettenkonsum“ mit einem p-Wert von 0,006 hingegen schon. Daraus lässt sich schließen, dass es nicht die Raucher an sich waren, die gegen ein generelles Rauchverbot in den Lokalen gestimmt haben, sondern vornehmlich die starken Raucher mit einem Zigarettenkonsum von mehr als 10 Zigaretten pro Tag.

Variablen in der Gleichung

		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	Df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1 ^a	Geschlecht	-,199	,483	,170	1	,680	,819
	Alter	-,005	,023	,052	1	,820	,995
	Raucher	1,775	1,187	2,236	1	,135	5,903
	Zigarettenkonsum	-,693	,252	7,576	1	,006	,500
	Inhaber	-,104	,582	,032	1	,858	,901

Tabelle 2: Multivariate Analyse von 4 Einflussfaktoren der Gesetzesakzeptanz (logistische Regression)

Weiters zeigte sich in der Gruppe der starken Raucher eine Dosis-Wirkungs-Beziehung in dem Sinn, dass mit der Zunahme des Tageskonsums an Zigaretten die Ablehnung eines generellen Rauchverbotes steigt, nämlich pro Kategorie im Fragebogen um 12%.

Dazu seien zur besseren Übersicht nochmals die Kategorien bezüglich des Zigarettenkonsums aus dem verwendeten Fragebogen in folgender Tabelle aufgelistet:

Kategorie	Anzahl der Zigaretten
1	gelegentl. Zigarettenkonsum (<als 1 Zigarette/Tag)
2	1 – 4 Zigaretten/Tag
3	5 – 10 Zigaretten/Tag
4	11 – 20 Zigaretten/Tag
5	21 – 40 Zigaretten/Tag
6	Mehr als 40 Zigaretten/Tag

Tabelle 3: Kategorien des Zigarettenkonsums

3.6 Raucherkarriere der Befragten

Schließlich lag noch ein großes Interesse in der Raucherkarriere der Befragten. Aus welchem Grund hatten die Probanden überhaupt mit dem Rauchen begonnen? Im Fragebogen standen dazu vier Antwortkategorien zur Verfügung:

Ich begann zu rauchen durch:	
	Freunde
	Beruf
	Familie
	Anderer Grund

Tabelle 4: Erfragte Einflussfaktoren des Beginns einer Raucherkarriere

Angaben über den Rauchbeginn machten 121 (91,7%) der befragten Raucher und Ex-Raucher. Eine Mehrheit mit 82 Personen gab an, dass sie durch Freunde zu rauchen begannen. 18 der befragten Raucher bzw. Ex-Raucher gaben an, durch den Beruf mit dem Rauchen begonnen zu haben, und zwei weitere Personen gaben an, dass sie durch Beruf und Freunde anfangen, zur Zigarette zu greifen. Nur vier Personen meinten, dass sie durch die Familie mit dem Rauchen anfangen. Der Rest wählte einen anderen Grund bzw. eine andere Kombination aus mehreren Gründen (siehe Tabelle 5: Angaben von Rauchern und Ex-Rauchern zur Hauptursache des Beginns ihrer Raucherkarriere).

Beginn der Raucherkarriere durch:	
Freunde	82

Beruf	18
Familie	4
Neugierde	5
Stress	2
Geschmack	2
Wille	1
Blödheit	1
Freunde und Beruf	2
Freunde und Neugierde	2
Freunde und Familie	1
Freunde und Stress	1

Tabelle 5: Angaben von Rauchern und Ex-Rauchern zur Hauptursache des Beginns ihrer Raucherkarriere

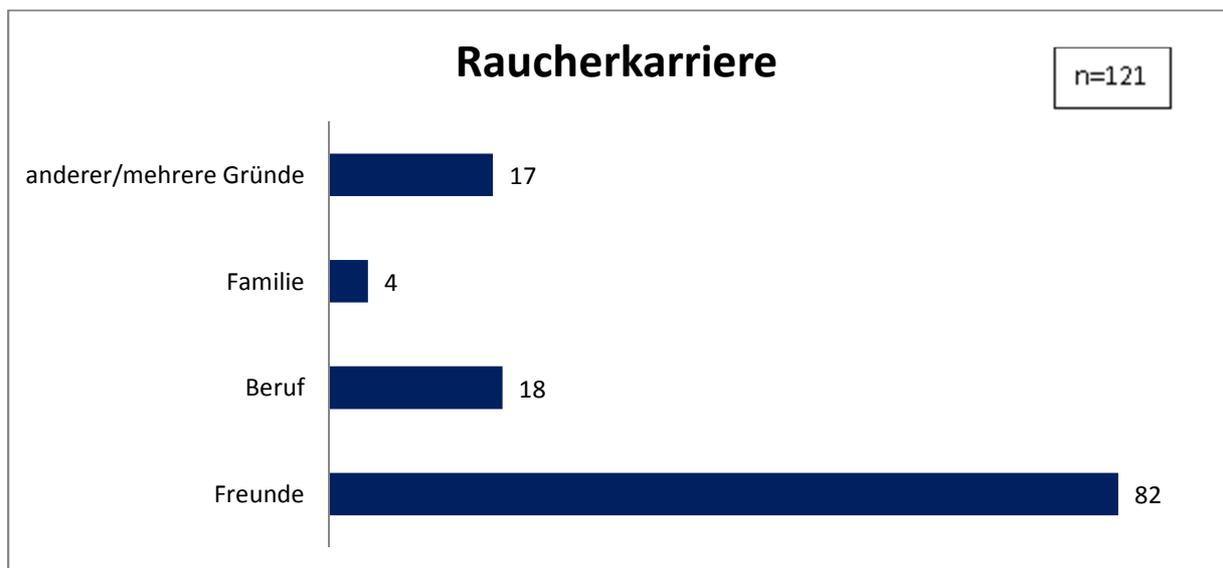


Abbildung 40: Raucherkarriere

Mit 68% war die Top-Antwort auf die Frage nach dem Grund des Rauchbeginnes der Freundeskreis. Aber schon an zweiter Stelle mit 15% steht der Beruf. Weiteres ist zu bedenken, dass sich häufig der Freundeskreis im Berufsumfeld befindet und somit eine eindeutige Grenze zwischen diesen beiden Antwortmöglichkeiten nur schwer zu ziehen ist. Mehrfachantworten, wo ebenfalls einer von zwei Punkten Freundeskreis bzw. Beruf war, wurden in Abb. 40 nicht berücksichtigt.

4 Diskussion

Trotz der Fortschritte des gesetzlichen Nichtraucherschutzes in öffentlich zugänglichen Räumen (Schulen, Universitäten, Bahnhöfe etc.) und teilweise auch schon in der Gastronomie in vielen Ländern Europas sind immer noch viele Menschen während der Verrichtung ihrer Arbeit Passivrauch ausgesetzt (Puxbaum & Winiwarer, 2011), besonders in Österreich (Neuberger & Moshhammer, 2012) und in Wien (Pletz & Neuberger, 2011). Angestellten in der Gastronomie sollte diesbezüglich besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, da sie durch die große Zahl der Raucher an ihren Arbeitsplätzen besonders hohen Schadstoffkonzentrationen und daraus resultierenden Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind. Diese Tatsache hat in vielen Ländern dazu geführt, dass Rauchverbote in Räumlichkeiten der Gastronomie per Gesetz beschlossen wurden. Österreich gehört noch nicht zu diesen Ländern, obwohl ein gesetzliches Rauchverbot die einzig effektive Möglichkeit darstellt, eine große Mehrheit der Angestellten vor Passivrauch zu schützen (Wilson et al., 2012).

4.1 Das Problem des derzeitigen Tabakgesetzes in Bezug auf den Nichtraucherschutz und die Luftqualität in der Gastronomie

Das Hauptproblem der derzeitigen gesetzlichen Lösung bezüglich des Rauchens in der Gastronomie in Österreich ist, dass kein effektiver Schutz vor Passivrauch gewährleistet wird. Durch die Trennung der Räumlichkeiten (Raucherbereich, Nichtraucherbereich) und die Einrichtung einer Belüftungsanlage, wie es laut Gesetz vorgeschrieben ist, besteht kein ausreichender Schutz vor Schadstoffen des Passivrauches für die in der Gastronomie tätigen Personen und auch nicht für die Gäste. Das hat zur Folge, dass Menschen, die im Gastgewerbe arbeiten, weiterhin einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind.

Zur Feinstaubbelastung beim Passivrauchen in Lokalen wurden Studien u.a. in Österreich, der Schweiz (Daly & Schmid & Riediker, 2010), Portugal (Pacheco et al., 2012) und den USA (Bowie et al., 2000) in verschiedenen Raucher-, Nichtraucher und gemischten Lokalen durchgeführt.

In Lissabon war die gemessene Feinstaubkonzentration $PM_{2.5}$ in den Raucherbereichen der Raucher- oder gemischten Lokale mit $253 \mu\text{g}/\text{m}^3$ achtmal höher als im Freien. Auch die Nichtraucherbereiche der gemischten Lokale waren hoch mit Feinstaub belastet, mit einer Konzentration von immerhin $88 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Diese Werte sind 3-fach höher als in reinen Nichtraucherlokalen oder im Freien. Ähnliche Ergebnisse wurden zuvor aus Wien (Pletz & Neuberger, 2011) und Zürich (Daly et al., 2010) berichtet. In italienischen Städten nahm die Nikotinkonzentration in der Raumluft von Lokalen nach dem

ausnahmslosen Rauchverbot dramatisch ab, während das partielle Rauchverbot in Wien keine Wirkung zeigte (Gorini et al., 2008).

Daraus lässt sich schließen, dass Menschen, die sich im Nichtraucherbereich von gemischten Lokalen aufhalten und/oder dort arbeiten müssen, trotz Raumtrennung und Belüftungsanlagen einer deutlich höheren Schadstoffbelastung ausgesetzt sind als Leute, die sich in reinen Nichtraucherlokalen aufhalten.

Eine Studie aus den USA (Bowie et al., 2000), die sich speziell mit Belüftungsanlagen befasst hat, zeigt unzufriedenstellende Ergebnisse der Belüftung und schließt, dass diese für den Nichtraucherschutz vor ETS-Belastung nicht ausreicht, sondern dass Rauchverbote für einen effektiven Schutz vor Passivrauch unentbehrlich sind.

Ein weiteres Problem der derzeitigen österreichischen Lösung bezüglich des Nichtraucherschutzes in der Gastronomie ist, dass kein fairer Wettkampf garantiert wird. Viele Inhaber fühlen sich gezwungen, ihre Lokale als Raucher- oder gemischte Lokale zu führen, da sie Angst vor Kundenverlust und wirtschaftlichen Einbußen haben, wenn die Konkurrenz weiterhin Raucherbereiche anbieten darf.

Solange es keine einheitliche gesetzliche Lösung zu diesem Thema gibt, wird ein Teil der Lokalinhaber den eigenen Gesundheitsschutz und den der Angestellten vernachlässigen, um mit der Konkurrenz mithalten zu können.

4.2 Studien zu Folgen des Passivrauchens in der Gastronomie

In vielen Ländern der EU wurde das Rauchen bereits aus der Gastronomie verbannt. So ist es z.B. in Frankreich, Irland, Italien, Spanien, Estland, Großbritannien und Skandinavien nicht mehr gestattet, in Hotellerie- und Gastronomieeinrichtungen zu rauchen. Diese Gesetze wurden in erster Linie zum Schutz der Angestellten eingeführt. Seither gab es weltweit einige Studien zu dem Thema „Rauchen in der Gastronomie“, die sich vor allem mit der Schädlichkeit des Passivrauches für Angestellte in solchen Einrichtungen befassten. Die Ergebnisse sind dabei meist eindeutig.

So zeigt z.B. eine Studie (Durham et al., 2011), die in Lausanne in der Schweiz 105 in der Gastronomie angestellte Raucher und Nichtraucher untersucht hat, dass nach der Einführung eines Rauchverbotes im September 2009 die ETS-Belastungen in den Lokalen und Symptome wie gerötete, irritierte Augen und häufiges Niesen bei Angestellten signifikant zurückgegangen sind.

Die Angestellten hatten vor der Einführung des Gesetzes ein reduziertes expiratorisches Volumen (FEV1) und eine verminderte Vitalkapazität (FVC). Ein Jahr nach der Einführung des Rauchverbotes in der Gastronomie wurden diese Daten erneut mittels Spirometrie erhoben. FEV1 verbesserte sich in der Gruppe der Asthmatiker, FVC erhöhte sich von 90,42% auf 93,05% ($p=0,02$) in der gesamten Kohorte, wobei Frauen, Nichtraucher und ältere Personen die größte Verbesserung zeigten.

Darüber hinaus gaben nahezu alle Probanden ein besseres physisches Wohlbefinden an und die Mehrheit der Angestellten (auch Raucher!) befürworteten das Nichtraucherschutzgesetz in der Gastronomie im Nachhinein.

Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch eine Studie aus Portugal (Madureira et al., 2012), bei der 52 Angestellte in Restaurants jeweils vor und zwei Jahre nach Einführung eines Rauchverbotes untersucht wurden. Schleimhautreizungen (Conjunctiva, Nase und Rachen) und Husten nahmen signifikant ab.

Eine Studie aus Italien und Österreich (Gorini et al., 2008), welche die Nikotinkonzentration in der Luft in 28 Lokalen in Florenz und Belluno und in 19 Lokalen in Wien zu zwei verschiedenen Zeitpunkten (vor und zwei Jahre nach dem Inkrafttreten des Nichtrauchergesetzes in Italien) untersucht hat, kam zu folgenden eindeutigen Ergebnissen:

- In Florenz und Belluno sanken die Mittelwerte der Nikotinkonzentration von 8,86 auf 0,01 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ signifikant ($p<0.001$), während sie in den Wiener Lokalen gleich blieb.
- Vor dem Rauchverbot wurden in Italien pro 10.000 Personen und Lebenszeit 11,81 zusätzliche Lungenkrebsfälle durch diese Belastungen errechnet und 14,67 zusätzliche Lungenkrebsfälle in Österreich. Die lebenslange Belastung mit den nach Implementierung des Gesetzes reduzierten Konzentrationen ergab in Italien nur mehr einen zusätzlichen Lungenkrebsfall pro einer Million Personen, während das Lungenkrebsrisiko in Österreich unverändert hoch blieb. Für Bar- und Discothekenangestellte war das Lungenkrebsrisiko 10- bis 20-fach höher als für die relativ geringer belasteten Restaurantangestellten.
- Die Luftqualität in Italiens Lokalen, Bars und Discos war nach dem Beschluss des Nichtrauchergesetzes deutlich besser und auch deutlich besser als in Österreich.

Eine Studie aus Finnland (Heloma et al., 2011), die sich mit Passivrauch am Arbeitsplatz beschäftigt hat, zeigt, dass Gesetze, die das Rauchen am Arbeitsplatz verbieten, einen positiven Effekt auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung eines Landes hat, da aufgrund solcher Gesetze deutlich weniger Zigaretten aktiv geraucht werden und dadurch auch weniger Passivrauch inhaliert wird. Es

haben also sowohl Raucher als auch Nichtraucher einen gesundheitlichen Nutzen durch Gesetze, die das Rauchen an allen Arbeitsplätzen verbieten.

Heloma et al. (2011) und das Eurobarometer (2010) beschreiben für mehrere nord- und westeuropäische Länder sowie für Italien, dass Raucher, die vor der Einführung der Nichtrauchergesetze noch eher kritisch waren, ihre Meinung nach der Einführung geändert haben, weil sie gesehen haben, dass die Gesetze auch für sie einen positiven Effekt haben und ihren Alltag nicht so sehr negativ beeinträchtigen, wie zuerst befürchtet. So stieg in Irland binnen eines Jahres nach der Einführung des Nichtraucherschutzgesetzes in allen Lokalen die Unterstützung für dieses Gesetz von Seiten der Raucher von 13% auf 46%.

In Italien unterstützten sogar 69% der Raucher das Rauchverbot an Arbeitsplätzen nach der Einführung dementsprechender Gesetze (Heloma et al., 2011).

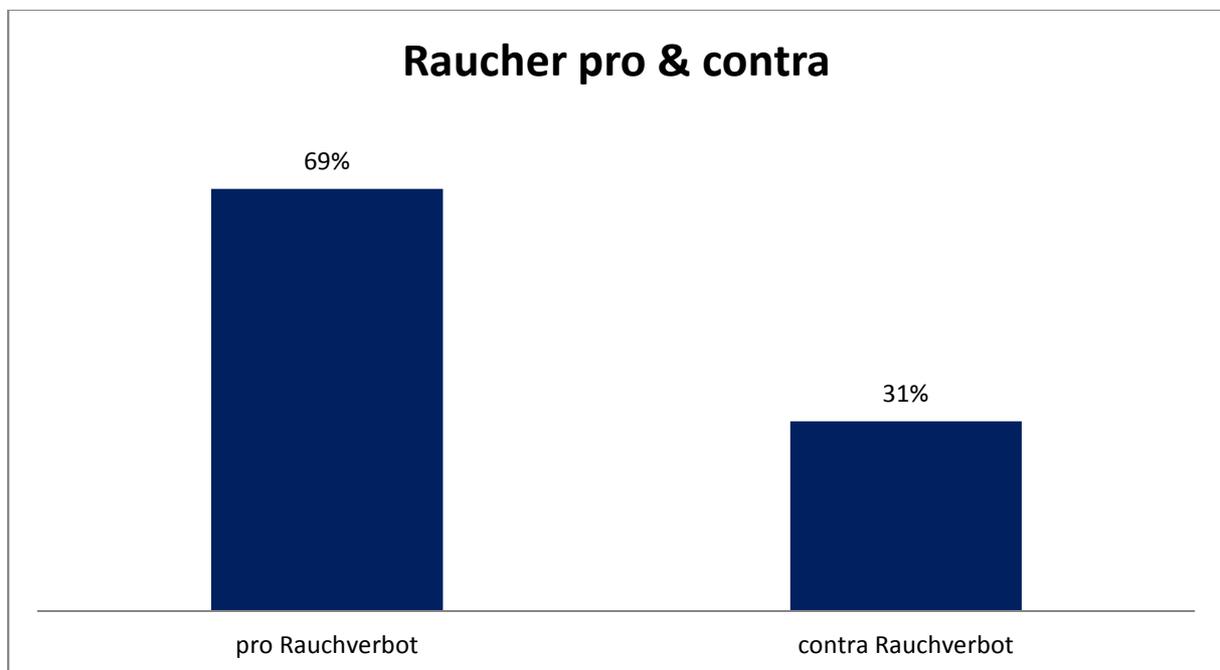


Abbildung 4143: Befürwortung und Ablehnung des Rauchverbotes durch Raucher in Italien, 1 Jahr nach der Einführung des Rauchverbotes (Daten: Heloma et al., 2011)

Außerdem zeigten einige Studien, dass Rauchverbote in der Gastronomie nicht geschäftsschädigend sind, wie es so oft von Inhabern befürchtet und häufig als wirtschaftliches Argument gegen ein gesetzlich festgelegtes Rauchverbot in der Gastronomie verwendet wird.

In Pueblo, Colorado, wurde nach dem Rauchverbot in Bars und Restaurants eine Zunahme des steuerpflichtigen Einkommens von 20,3% festgestellt und das Verhältnis von Neueröffnungen zu Schließungen verbesserte sich von 1 : 1 auf 3,3 : 1 (CDC, 2012).

Eine Studie aus Minnesota zeigte, dass Restaurants mit Rauchverbot einen signifikant höheren Umsatz machten als Restaurants in Gegenden, wo kein gesetzliches Rauchverbot herrschte.

Ähnliche Ergebnisse zeigte auch eine Studie aus New York, wo es heißt, dass das Einkommen von Restaurants und Bars binnen neun Monaten nach einem Rauchverbot um 8,7% stieg. Bars und Restaurants in Washington konnten sich zwei Jahre nach Inkrafttreten des Rauchverbotes über ein 105,5 Millionen Dollar höheres Einkommen als erwartet freuen (CDC, 2012).

Ähnliche Beobachtungen machten europäische Länder wie z.B. Belgien (De Schoenmaker & Van Cauwenberge & Vander Bauwhede, 2011) oder Bayern (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, Nichtraucherschutz in Bayern). Somit ist die Befürchtung, dass Leute, nur weil sie in der Gastronomie nicht länger rauchen dürfen, weniger oft Essen gehen, ausgehen oder in Gesellschaft etwas trinken gehen, unbegründet. Die Inhaber müssen sich vor keinerlei ökonomischen Einbußen fürchten. Im Gegenteil beweisen die Studien in Nordamerika und Europa, dass sich Teile der Gastronomie seit Einführung von Rauchverboten sogar über höhere Umsätze freuen können. Das kann daran liegen, dass durch das Rauchverbot auch andere Zielgruppen in Lokale gelockt werden (Familien mit Kindern, Nichtraucher und auch Raucher, die sich während des Verzehres von Speisen und Getränken von Zigarettenrauch belästigt fühlen). Diese sind offenbar bereit, mehr Geld für Essen und Trinken in guter Luft auszugeben.

Alles in allem kann man in ein gesetzlich eingeführtes Rauchverbot in der Gastronomie also nur positive Erwartungen setzen – nicht nur was den gesundheitlichen Aspekt sowohl von Angestellten als auch von Gästen betrifft, sondern auch in wirtschaftlicher Hinsicht.

5 Zusammenfassung

Das Hauptziel dieser Diplomarbeit, die Zufriedenheit der Inhaber und Angestellten in der Wiener Gastronomie über das derzeitige Tabakgesetz in Bezug auf den Nichtraucherschutz in der Gastronomie zu erheben und mit Ergebnissen einer entsprechenden Gästebefragung zu vergleichen, wurde erreicht und ergab völlig andere Ergebnisse als die von Interessensgruppen wie der Wirtschaftskammer beauftragten Meinungsbefragungen.

An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass diese Studie keinerlei wirtschaftliche oder politische Interessen bezüglich der Ergebnisse der Befragung hatte und nur der Wissenschaftsethik verpflichtet war.

Um einer möglichen Verfälschung der Ergebnisse dieser Diplomarbeit entgegenzuwirken, wurde außerdem während der Interviews der Probanden mehrmals darauf hingewiesen, dass es sich um eine anonyme Befragung handelt und sie keinerlei Konsequenzen durch ihre (ehrlichen) Antworten befürchten müssten. Es wurde weiters darauf geachtet, dass die Befragten zu dem Zeitpunkt, als sie den Fragebogen ausfüllten, alleine waren und nicht durch andere Leute beeinflusst wurden.

5.1 Interessante Ergebnisse

Die interessantesten Ergebnisse, die im Widerspruch zu bisherigen Umfragen standen, werden hier noch einmal zusammengefasst.

- Entgegen aller Erwartungen (aufgrund von Presseberichten über den hohen Raucheranteil in der Gastronomie) war nur eine knappe Mehrheit (56%) aller Befragten in zufällig ausgewählten Lokalen Raucher. Das heißt, dass beinahe die Hälfte (männliche Befragte zu 50%) Nichtraucher sind. Diese Leute sind während ihrer Arbeitszeit enormen gesundheitlichen Risiken durch das Rauchen der Kollegen und besonders durch das Rauchen der Gäste ausgesetzt und sollten gesetzlich davor geschützt werden, da sich die Angestellten nicht aussuchen können, ob sie im Raucherbereich oder im Nichtraucherbereich arbeiten. Inhaber könnten ihre Lokale zwar rauchfrei machen, werden aber oft durch die Konkurrenz benachbarter Raucherlokale wirtschaftlich unter Druck gesetzt. Auch nichtrauchende Wirte erlauben das Rauchen, um ihre rauchenden Gäste nicht an das nächste Raucherlokal verlieren, auch wenn sie das mit ihrer Gesundheit bezahlen. Messungen der Feinstaubbelastung in Wiener Lokalen hatten gesundheitsgefährdende Konzentrationen ergeben (Pletz & Neuberger, 2011), zum Teil auch in ausgewiesenen Nichtraucherbereichen, die an Raucherbereiche grenzten.
- Eine Mehrheit (59% der Befragten) ist mit dem derzeitigen Tabakgesetz in Bezug auf den Nichtraucherschutz in der Gastronomie nicht zufrieden und empfindet ihn als nicht ausreichend. Dieses Ergebnis ist kompatibel zu den Gästebefragungen von Gasser (2012) und Schwarz (2011)
- 68%, also eine deutliche Mehrheit der befragten Gastronomen und Angestellten, die mit dem derzeitigen Gesetz nicht zufrieden sind, würden ein generelles Rauchverbot in der Gastronomie befürworten.
- Eine multivariante Analyse zeigte, dass Raucher an sich nicht signifikant häufiger gegen ein generelles Rauchverbot in der Gastronomie gestimmt haben. Die Variable Zigarettenskonsum war mit einem p-Wert von 0,006 hingegen signifikant. Daraus lässt sich schließen, dass

vornehmlich starke Raucher (mit einem Zigarettenkonsum von mehr als zehn Zigaretten pro Tag) derzeit noch gegen ein generelles Rauchverbot sind.

- Die Ablehnung des Rauchverbotes stieg mit der Zigarettenkonsum-Kategorie im Fragebogen um je 12%.
- Nach dem Freundeskreis wurde der Beruf als häufigste Ursache für den Beginn des Aktivrauchens angegeben. Daraus ist abzuleiten, dass dem Schutz von Kellnerlehrlingen (aber auch Jugendlichen allgemein) vor der Verführung zum Rauchen mehr Beachtung geschenkt werden sollte.

5.2 Schlussfolgerung

Solange keine eindeutige gesetzliche Regelung mit einem ausdrücklichen Rauchverbot für die gesamte Gastronomie beschlossen wird, ist der Schutz der in der Gastronomie tätigen Nichtraucher (und auch Raucher!) nicht ausreichend gewährleistet. Raumteilungen und Belüftungsanlagen liefern keine zufriedenstellenden Ergebnisse bezüglich der Schadstoffbelastung und sind somit keine Lösung, die ein Rauchverbot ersetzen könnte.

Viele Inhaber würden sich ein Rauchverbot in ihrem Betrieb wünschen, fühlen sich aber aus Furcht vor wirtschaftlichen Einbußen bei der derzeitigen Gesetzeslage verpflichtet, ihre Gäste weiterhin rauchen zu lassen. Ein fairer Konkurrenzkampf in der Gastronomie wird erst möglich, wenn durch ein Gesetz ein generelles Rauchverbot in allen Betrieben beschlossen wird.

Durch die aktuelle Gesetzeslage mit ihrer halbherzigen Lösung bezüglich der Raucherfrage sind viele Menschen, die in der Gastronomie tätig sind, gesundheitlichen Risiken ausgesetzt und viele unter ihnen leiden bereits an Symptomen, die durch Rauch verursacht werden. Diesen Leuten kann nur geholfen werden, wenn das Gesetz zugunsten eines generellen Rauchverbots in der gesamten Gastronomie geändert wird.

6 Verzeichnisse

6.1 Literaturverzeichnis

In dieser Diplomarbeit wurde aus folgenden Quellen zitiert:

- Aktories/Föstermann/Hofmann/Starke (2005) Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie, München: Urban und Fischer Verlag, 9. Auflage
- Ärzteinitiative Initiative: Ärzte gegen Raucherschäden. Zugriff am 23. März 2013 unter: <http://www.aerzteinitiative.at>
- Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit: Nichtraucherenschutz in Bayern. Zugriff am 23. März 2013 unter: http://www.stmug.bayern.de/gesundheit/aufklaerung_vorbeugung/giba/rauchen/vollzug_2010_08_01.htm
- Böcker/Denk/Heitz (2004) Pathologie. München: Urban und Fischer Verlag, 3. Auflage
- Bondy SJ/Zhang B/Kreiger N (2004) Impact of an Indoor Smoking Ban on Bar Worker's Exposure to Secondhand Smoke. Journal of occupational and environmental medicine 51 (5): 612-619. Zugriff am 21. März 2013 unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19369895>
- Borsoi L/Leistikow B/Neuberger M (2010) Tobacco smoke load and non-lung cancer mortality associations in Austrian and German males. Wiener klinische Wochenschrift 122 (23-24): 698-703. Zugriff am 23. März 2013 unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21072602>
- Bowie FL/Repace J (2000) Can Ventilation Control Secondhand Smoke in the Hospitality Industry? OSHA Ventilation Workshop Analysis. Zugriff am 11. März 2013 unter: <http://www.tcsg.org/sfelp/FedOHSAs.pdf>
- Breuer D/Kühn R/Weigl M (2011) Passivrauchen am Arbeitsplatz. DGUV-UVT-Report 1/2011. Zugriff am 2. März 2013 unter: http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/report_passivrauchen_auflage2.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit: Das österreichische Tabakgesetz. Zugriff am 17. März 2013 unter: http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Drogen_Sucht/Tabak_Nichtrauchen/Das_oesterreichische_Tabakgesetz
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention: Smoking & Tobacco Use. Zugriff am 17. März 2013 unter:

http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/protection/hospitality/index.htm

- Daly BJ/Schmid K/Riediker M (2010) Contribution of fine particulate matter sources to indoor exposure in bars, restaurants, and cafes. *Indoor Air* 20 (3): 204-212. Zugriff am 17. März 2013 unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20408901>
- De Schoenmaker S/Van Cauwenberge P/Vander Bauwhede H (2011) The influence of a smoking ban on the profitability of Belgian restaurants. *Tobacco Control* 2011-050283. Zugriff am 13. März 2013 unter: <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2012/04/28/tobaccocontrol-2011-050283.abstract?papetoc>
- Deutsches Krebsforschungszentrum: Nikotinersatz und andere Medikamente zur Raucherentwöhnung. Zugriff am 2. März 2013 unter: http://www.dkfz.de/de/rauchertelefon/NRT_Medikation.html
- Durham AD/Bergier S/Morisod X (2011) Improved health of hospitality workers after a Swiss cantonal smoking ban. *Swiss medical weekly* 22: 141. Zugriff am 2. März 2013 unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22252843>
- Gasser M.A.(2012) Risikobewusstsein und Belästigung durch Tabakrauch bei Aktiv- und PassivraucherInnen in der Wiener Gastronomie. Wien: Diplomarbeit der Medizinischen Universität Wien
- Ginzel KH/Maritz GS/Marks DF (2007): Critical Review-Nicotine for the Fetus, the Infant and the Adolescent. *Journal of Health Psychology* 12 (2): 215-224. Zugriff am 23. März 2013 unter: <http://hpq.sagepub.com/content/12/2/215.short>
- Gorini G/ Moshammer H/ Neuberger M (2008) Italy and Austria before and after study: second-hand smoke exposure in hospitality premises before and after 2 years from the introduction of the Italian smoking ban. *Indoor Air* 18 (4): 328-334. Zugriff am 15. März 2013 unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18429994>
- Greten (2005) *Innere Medizin Verstehen – Lernen – Anwenden*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 12. Auflage
- Gruber (2009) *Gynäkologie und Geburtshilfe*. München: Urban und Fischer Verlag, 3. Auflage
- HBSC (2010) *HBSC-Studie-Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsdeterminanten bei Schüler/innen*. Ludwig Boltzmann Institut. Zugriff am 23. März 2013 unter <http://www.lbihpr.lbg.ac.at/oesterreichische-hbsc-studie>
- Heloma A/Helakorpi S/Honkonen J (2011) Exposure to secondhand smoke in Finnish workplaces and compliance with national smoke-free workplace legislation. *Scandinavian*

Journal of Public Health 39 (7): 723-729. Zugriff am 17. März 2013 unter:

<http://sjp.sagepub.com/content/39/7/723>

- Herold (2012) Innere Medizin. Köln: Gerd Herold Verlag
- Hoffmann (2007) Crashkurs Pädiatrie. München: Urban und Fischer Verlag, 2. Auflage
- Hyland A/Barnoya J/Corral JE (2012) Smoke-free air policies: past, present and future. Tobacco Control 21: 154-161. Zugriff am 17. März 2013 unter:
<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/21/2/154.full>
- Jamrozik K (2005) Estimate of deaths attributable to passive smoking among UK adults: database analysis. British Medical Journal 330: 812. Zugriff am 17. März 2013 unter:
<http://www.bmj.com/content/330/7495/812>
- Jensen JA/Schillo BA/Moilanen MM (2010) Tobacco Smoke Exposure in Nonsmoking Hospitality Workers before and after a State Smoking Ban. Cancer Epidemiology. Zugang am 21. März 2013 unter: <http://cebp.aacrjournals.org/content/early/2010/03/25/1055-9965.EPI-09-0969.full.pdf+html>
- Kreuzer M/Heinrich J/Kreienbrock L (2002) Risk factors for lung cancer among nonsmoking women. International Journal of Cancer 100 (6): 706-713. Zugriff am 23. März 2013 unter:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12209611>
- Lüllmann/Mohr/Hein (2008) Taschenatlas Pharmakologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 6. Auflage
- Madureira J/Mendes A/Almeida S (2012) Positive impact of the Portuguese smoking law on respiratory health of restaurant workers. Journal of Toxicology and Environmental Health 75(13-15):776-787. Zugriff am 23. März 2013 unter:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22788365>
- Miller M/Broadwin R/Green S (2005) Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Containment-Part B-Health Effects. Scientific Review Panel. Zugriff am 17. März 2013 unter: http://www.arb.ca.gov/toxics/id/summary/etspt_b.pdf
- Neuberger M (2008) Nikotinersatztherapie-Fluch oder Segen. Der Mann 2: 35-36. Zugriff am 17. März 2013 unter: <http://www.kup.at/kup/pdf/7107.pdf>
- Neuberger M/Moshhammer H (2012) Das österreichische Tabakgesetz und die Luftqualität in der Gastronomie. Atemwegs- und Lungenkrankheiten 38 (1): 8-11. Zugriff am 23. März 2013 unter: <http://www.aerzteinitiative.at/Atemw12TabGes.pdf>
- Neuberger M/Pock M (2009) Einnahmen des Staates aus dem Zigarettenkonsum Minderjähriger in Österreich. Wiener klinische Wochenschrift 121 (15-16): 510-514. Zugriff am 23. März 2013 unter: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00508-009-1215-6>

- Pacheco SA/Aguira F/Ruivo P (2012) Occupational exposure to environmental tobacco smoke-a study in Lisbon restaurants. *Journal of Toxicology and Environmental Health* 75(13-15): 857-866. Zugriff am 17. März 2013 unter:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22788372>
- Peto J (2011) That lung cancer incidence falls in ex-smokers: misconceptions 2. *British Journal of Cancer* 104: 389-389
- Pletz H/Neuberger M (2011) No Borders for Tobacco Smoke in Hospitality Venues in Vienna. *Atmosphere* 2 (2): 171-181. Zugriff am 2. März 2013 unter: <http://www.mdpi.com/2073-4433/2/2/171>
- Puxbaum H/Winiwarter W (2011) *Advances of Atmospheric Aerosol Research in Austria. Compendium prepared by the Clean Air Commission of the Austrian Academy of Science.* Zugriff am 17. März 2013 unter:
http://www.oeaw.ac.at/krl/publikation/documents/KRL_compendium_PM.pdf
- Raucherportal Deutschland: Die Wirkung von Nikotin im Gehirn-Wie Nikotin wirkt-Wie Sucht funktioniert. Zugriff am 2. März 2013 unter: <http://www.raucherportal.de/warn/sucht3.htm>
- Raupach T/Radon K/Nowak D (2008) Passive smoking-health consequences and effects of exposure prevention. *Pneumology* 62 (1): 44-50. Zugriff am 23. März 2013 unter:
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?filters=&orig_db=PubMed&cmd=Search&term=62*\[volume\]+AND+44\[page\]+AND+2008\[pdat\]+AND+Raupach+T\[auth\]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?filters=&orig_db=PubMed&cmd=Search&term=62*[volume]+AND+44[page]+AND+2008[pdat]+AND+Raupach+T[auth])
- Skogstad M/Kjaerheim K/Fladseth G (2006) Cross shift changes in lung function among bar and restaurant workers before and after implementation of a smoking ban. *Occupational and Environmental Medicine* 63: 482-487. Zugriff am 17. März 2013 unter:
<http://oem.bmj.com/content/63/7/482.abstract>
- Schwarz K.(2011) *Einstellung zum Tabakgesetz und Rauchverhalten von Wiener LokalbesucherInnen im Vergleich zu internationalen Erhebungen vor und nach der Einführung von Rauchverboten.* Wien: Diplomarbeit der Medizinischen Universität Wien
- Stark MJ/ Rohde K/Maher JE (2007) The Impact of Clean Indoor Air Exemptions and Preemption Policies on the Prevalence of a Tobacco-Specific Lung Carcinogen Among Nonsmoking Bar and Restaurant Workers. *American Journal of Public Health* 97 (8): 1457-1463. Zugriff am 23. März 2013 unter:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1931475/>
- Statistik Austria (2007) *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.* Zugriff am 2. März 2013 unter:
http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publdetail?id=4&listid=4&detail=457

- Stayner L/Bena J/Sasco AJ (2006) Lung Cancer Risk and Workplace Exposures to Environmental Tobacco Smoke. *American Journal of Public Health* 97 (3): 545-551. Zugriff am 17. März 2013 unter: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2004.061275>
- Thurnher/Grasl/Erovic (2011) *HNO-Heilkunde. Ein symptomorientiertes Lehrbuch*. Wien: Springer-Verlag
- Tulunay OE/Hecht SS/Carmella SG (2005) Urinary Metabolites of a Tobacco-Specific Lung Carcinogen in Nonsmoking Hospitality Worker. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 15(5): 1283-1286. Zugriff am 23. März 2013 unter: <http://cebp.aacrjournals.org/content/14/5/1283.long>
- WHO (2010) WHO-Classifications. *International Classification of Diseases*. Zugriff am 2. März 2013 unter: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Wilson T/Shamo F/Boynton K (2012) The impact of Michigan's Dr. Ron Davis smoke-free air law on levels of cotinine, tobacco-specific lung carcinogen and severity of self-reported respiratory symptoms among non-smoking bar employees. *Tobacco Control* 21(6): 593-595. Zugriff am 17. März 2013 unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22705599>
- Zernig G/Wallner R/Grohs U (2008) A randomized trial of short psychotherapy versus sustained-release bupropion for smoking cessation. *Addiction* 103 (12): 2024-2031. Zugriff am 23. März 2013 unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19469746>

6.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Raucherstatus (Daten: Statistik Austria 2007).....	11
Abbildung 2: Raucherstatus nach Geschlecht (Daten: Statistik Austria 2007).....	11
Abbildung 3: Raucherentwicklung (Daten: Statistik Austria 2007).....	12
Abbildung 4: Rauchbeginn (Daten: retrospektive Erhebung bei der Querschnittsstudie von Statistik Austria 2006/2007).....	13
Abbildung 5: Verweigerung nach Raucher-, Nichtraucher-, gemischten Lokalen	28
Abbildung 6: Verweigerung nach Beruf	29
Abbildung 7: Verweigerung nach Lokal und Beruf.....	29
Abbildung 8: Beruf der Befragten	31
Abbildung 9: Anzahl der aufgesuchten Nichtraucher- / Raucher- / gemischten Lokale	32
Abbildung 10: Geschlecht der Studienpopulation	35
Abbildung 11: Arbeitsbereiche der Studienteilnehmer	36
Abbildung 12: Raucherstatus der Studienpopulation	36
Abbildung 13: Raucheranteil der Studienpopulation.....	37
Abbildung 14: Raucherstatus unter Berücksichtigung der Verweigerer, wenn alle Verweigerer Raucher waren	37
Abbildung 15: Raucheranteil unter Berücksichtigung der Verweigerer, wenn alle Verweigerer Raucher waren.....	38
Abbildung 16: Altersverteilung von 191 Studienteilnehmern.....	39
Abbildung 17: Vergleich Geschlecht/Beruf	40
Abbildung 18: Vergleich Geschlecht/Raucherstatus.....	40
Abbildung 19: Vergleich Beruf/Raucherstatus.....	41
Abbildung 20: Zufriedenheit mit dem aktuellen Tabakgesetz	42
Abbildung 21: Zufriedenheit mit dem aktuellen Tabakgesetz/Vgl. zu Gästen (Gästedaten: Gasser, 2012).....	42
Abbildung 22: Zufriedenheit mit dem Tabakgesetz nach Raucherstatus	43
Abbildung 23: Zufriedenheit mit dem Tabakgesetz nach Raucherstatus/Vgl. zu Gästen (Gästedaten: Gasser, 2012).....	44
Abbildung 24: Zufriedenheit mit dem aktuellen Tabakgesetz nach Geschlecht.....	44
Abbildung 25: Zufriedenheit mit dem aktuellen Tabakgesetz nach Geschlecht/Vgl. zu Gästen (Gästedaten: Gasser, 2012).....	45
Abbildung 26: Zufriedenheit mit dem aktuellen Tabakgesetz nach Beruf.....	46
Abbildung 27: Belästigung durch Tabakrauch in der Gastronomie.....	46
Abbildung 28: Gründe der Belästigung	47
Abbildung 29: Belästigung nach Raucherstatus insgesamt.....	48
Abbildung 30: Belästigung nach Raucherstatus	48
Abbildung 31: Belästigung nach Raucherstatus/Vgl. zu Gästen (Gästedaten: Gasser, 2012).....	49
Abbildung 32: Belästigung nach Beruf	49
Abbildung 33: Belästigung nach Beruf der Angestellten.....	50
Abbildung 34: Für und gegen Einführung eines generellen Rauchverbotes	51
Abbildung 35: Für und gegen Einführung eines generellen Rauchverbotes/Vgl. zu Gästen (Gästedaten: Gasser, 2012).....	51

Abbildung 36: Für und gegen Einführung eines generellen Rauchverbotes nach Gesetzeszufriedenheit	52
Abbildung 37: Für und gegen Einführung eines generellen Rauchverbotes nach Raucherstatus	53
Abbildung 38: Für und gegen Einführung eines generellen Rauchverbotes nach Raucherstatus/Vgl. zu Gästen (Gästedaten: Gasser, 2012).....	53
Abbildung 39: Für und gegen Einführung eines generellen Rauchverbotes nach Beruf	54
Abbildung 40: Raucherkarriere	57
Abbildung 43: Befürwortung und Ablehnung des Rauchverbotes durch Raucher in Italien, 1 Jahr nach der Einführung des Rauchverbotes (Daten: Heloma et al., 2011).....	61

6.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Alter der Studienpopulation	38
Tabelle 2: Multivariate Analyse von 4 Einflussfaktoren der Gesetzesakzeptanz (logistische Regression)	55
Tabelle 3: Kategorien des Zigarettenkonsums	56
Tabelle 4: Erfragte Einflussfaktoren des Beginns einer Raucherkarriere.....	56
Tabelle 5: Angaben von Rauchern und Ex-Rauchern zur Hauptursache des Beginns ihrer Raucherkarriere.....	57

7 Liste der verwendeten Abkürzungen

bzw. Beziehungsweise

CO Kohlenstoffmonoxid

ETS enviromental tobacco smoke

gelegentl. gelegentlich

J. Jahr(e)

mg. Milligramm

min. Minute/Minuten

RV Rauchverbot

sec. Sekunden

SHS. Second Hand Smoke

SPSS Statistical Package for the Social Sciences

Std. Stunde/Stunden

Vgl. Vergleich/vergleiche

z.B. zum Beispiel

Zig. Zigarette/Zigaretten

8 Anhang

Im Anhang befindet sich der Fragebogen, der bei dieser Diplomarbeit zur Datenerhebung verwendet wurde



Rauchen in der Gastronomie Umfrage der Medizinischen Universität Wien

Das „Rauchergesetz“ hat einige Aufregung mit sich gebracht. Über die tatsächliche Meinung der betroffenen Wirte und ihrer Angestellten ist bis jetzt erstaunlich wenig bekannt. Die Medizinische Universität Wien unternimmt daher eine Umfrage zur Zufriedenheit mit der aktuellen Gesetzeslage. Die Umfrage ist anonym (vertraulich). Die Daten werden wissenschaftlich ausgewertet. Für Ihre Teilnahme wären wir Ihnen dankbar!

Ich bin männlich: []

Ich bin weiblich: []

Ich bin Jahre alt.

Ich arbeite als:

Kellner / im Gästebereich []

als Inhaber / Geschäftsführer []

Koch/ im Küchenbereich []

Andere Funktion:

Ich bin:

Nichtraucher []

Ich bin Raucher []

Ich begann mit Jahren zu rauchen.

Ich habe mit Jahren zu rauchen aufgehört

Ich rauche derzeit:

gelegentlich (pro Tag weniger als 1 Zig.) []

täglich 1 bis 4 Zig. []

5 bis 10 Zig. []

11-20 Zig. []

21-40 Zig. []

mehr als 40 Zig. []

Zigarren/Zigarillos: gelegentlich []

täglich []

Pfeife: gelegentlich []

täglich []

Ich begann zu rauchen durch:

Freunde []

Beruf []

Familie []

Andere

Die meisten Zigaretten rauche ich:

bei der Arbeit []

in der Freizeit []

An meinem Arbeitsplatz ist Rauchen:

verboten [] erlaubt [] nicht gern gesehen []

Der Rauch im Lokal stört mich: ja [] nein []

wegen des Geruches von Zigarettenrauch in Haaren und Kleidern []

wegen der Gefährdung meiner Gesundheit []

wegen gesundheitlicher Beschwerden (Augenbrennen, Husten) []

wegen

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

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

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

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

9 Lebenslauf

Curriculum Vitae

Name: Anna Kirnbauer
Adresse: Aßmayergasse 56/47-48
1120 Wien
AUSTRIA
Tel.: +43-664-9209385
Email: anna.c.kirnbauer@gmail.com

Persönliche Daten:

Geburtsdatum: 25.03.1985 Staatsbürgerschaft: Österreich
Geburtsort: Mödling Familienstand: ledig

Ausbildung:

Medizinische Universität Wien, Österreich	seit Oktober 2005
<i>Diplom- und Reifeprüfung, Handelsakademie Bad Ischl</i>	<i>Juni 2005</i>
Handelsakademie Bad Ischl, Österreich	2000 – 2005
Gymnasium der Kreuzschwestern, Gmunden, Österreich	1996 – 2000
Volkschule in Wien und Ebensee, Österreich	1991- 1996

Medizinische Praxiserfahrungen inklusive Famulaturen:

- Aktives Mitglied des **Österreichischen Roten Kreuzes** von 2004-2011.
- Freiwillige Mitarbeit bei einem **Erste Hilfe Event** für Schulkinder von PULS – Verein zur Bekämpfung des plötzlichen Herztodes im Wiener Ernsthappel Stadium, am 20. Mai 2010.

September 2008: Famulatur **Innere Medizin**, 2 Wo, Zentrum für Akutgeriatrie Buchberg, Landeskrankenhaus Gmunden, Österreich.

Juli 2009: Famulatur **Innere Medizin**, 4 Wo, Landeskrankenhaus Gmunden, Österreich.

Juli 2010: Famulatur **Unfallchirurgie**, 2 Wo, Landeskrankenhaus Gmunden,

- Österreich.
- September 2010: Famulatur **Allgemeinmedizin**, 2 Wo, Praxis für Allgemeinmedizin, Wien, Österreich.
- Februar 2011: Famulatur **Pathologie**, 2 Wo, Institut für Allgemeine Pathologie Heidelberg, Deutschland.
- Juli 2011: Famulatur **Allgemeinchirurgie**, 4 Wo, Kaiser-Franz-Josef-Krankenhaus, Wien, Österreich.
- August 2011: Famulatur **Radiologie**, 2 Wo, Kaiser-Franz-Josef-Krankenhaus, Wien, Österreich.
- Aug/Sept 2011: Famulatur **Kardiologie**, 2 Wo, Kaiser-Franz-Josef-Krankenhaus, Wien, Österreich.
- September 2011: Famulatur **Physikalische Medizin und Rehabilitation**, 2 Wo, Herz-Jesu-Krankenhaus, Wien, Österreich.
- August 2012: Famulatur **Cardiology/Congenital heart diseases**, 4 Wo, Peter Munk Cardiac Center/Toronto General Hospital, Toronto, Canada.

Auslandserfahrungen im Rahmen des Medizinstudiums:

- Universitätsklinik Heidelberg, Heidelberg, Deutschland.
- Peter Munk Cardiac Center/Toronto General Hospital, Toronto, Canada.

Wahlfächer im Rahmen des Medizinstudiums:

- Medizinrecht I, II
- Ernährungswissenschaften
- Dermatologie
- Psychologie
- Sozialmedizin

Diplomarbeit im Rahmen des Medizinstudiums:

Aktiv- und Passivrauchen, Belästigung, Risikobewusstsein und Gesetzesakzeptanz bei Lokalinhabern und Angestellten in der Wiener Gastronomie im Vergleich zu Gästen.

Gehaltene medizinische Vorträge:

- **Thema:** „Aktiv- und Passivrauchen in der Wiener Gastronomie und deren Einstellung zum Gesetzlichen Nichtraucherschutz“
Anlass: Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin, Jahrestagung 2011.

Ort und Zeit: Museumsquartier Halle E, Museumsplatz 1, 1070 Wien, Österreich. Samstag, 5. November 2011, 9:35 – 9:50.

Skills:

- **Sprachkenntnisse:**
Deutsch - Muttersprache
Englisch - fließend in Schrift und Wort
Französisch - A2
- **Computer Kenntnisse:** Microsoft Office (Word, Excel, Access, PowerPoint, Outlook)

Außermedizinische Tätigkeit:

angestellt bei: Akademie der Wirtschaftstreuhänder GmbH
in: Schönbrunnerstraße 222-228, 1121 Wien, Österreich
seit: 28. September 2009