

GESUNDHEITS- **F**OLGEN- **A**BSCHÄTZUNG

zur Änderung des
NichtraucherInnenschutzes
in der Gastronomie
mit erweitertem Jugendschutz

Ergebnisbericht

April 2018

Impressum:

Diese Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) ist aus einer Kooperation von VIVID – Fachstelle für Suchtprävention mit einer Gruppe von Fachleuten des GFA-Netzwerks Steiermark entstanden.

Die Durchführung dieser GFA ist von der österreichischen GFA-Support-Unit an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) unterstützt worden.



Zitervorschlag:

VIVID – Fachstelle für Suchtprävention & GFA-Netzwerk Steiermark: Gesundheitsfolgenabschätzung zur Änderung des NichtraucherInnenschutzes in der Gastronomie mit erweitertem Jugendschutz, Ergebnisbericht. Graz, 2018

Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) zur Änderung des NichtraucherInnenschutzes in der Gastronomie mit erweitertem Jugendschutz

Ergebnisbericht

Autorinnen und Autoren (in alphabetischer Reihenfolge):

VIVID – Fachstelle für Suchtprävention:

Martina Derbuch-Samek

Waltraud Posch

GFA-Netzwerk Steiermark:

Thomas Amegah

Bianca Fuchs-Neuhold

Florian Stigler

Christine Loder (GFA Support Unit der Gesundheit Österreich GmbH)

Unter Mitarbeit von:

Ulf Zeder (GFA-Netzwerk Steiermark)

Wissenschaftliche Begutachtung des GFA-Berichts:

Éva Rasky, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz

Methodische Begutachtung des GFA-Berichts:

Gernot Antes und Martin Sprenger (GFA-Netzwerk Steiermark)

Ralf Aschemann (GFA-Netzwerk Steiermark)

Inhaltliche Begutachtung des GFA-Berichts:

Gabriele Gruber, GFA Support Unit, Gesundheit Österreich GmbH (GFA-Netzwerk Steiermark)

Sabine Haas, Gesundheit Österreich GmbH

Graz, im April 2018

Vorwort

Der Großteil der wichtigen Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung liegt im Zuständigkeitsbereich verschiedener Ressorts außerhalb des Gesundheitssystems (z.B. Sozial-, Bildungs-, Arbeits-, Umwelt-, Verkehrs- oder Wirtschaftsressort). Wie im vorliegenden Fall des NichtraucherInnenschutzes in der Gastronomie gut zu erkennen ist, haben gerade politische Entscheidungen, die nicht vom Gesundheitsressort getroffen werden, einen zentralen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung. Auch wenn es so aussehen mag, als ob dieses Beispiel eine Ausnahme darstellt, so beschreibt es doch in Wirklichkeit die Regel.

Um die Gesundheit und Lebensqualität der gesamten Bevölkerung wirksam und nachhaltig zu schützen, zu erhalten und zu fördern, ist es daher notwendig, dass alle Politikbereiche übergreifend zusammenarbeiten (Gesundheit in allen Politikbereichen/Health in all Policies). Dies erfordert allerdings ein Verständnis dafür, durch welche Faktoren die menschliche Gesundheit beeinflusst wird, und welche gesundheitsbezogenen Auswirkungen politische Entscheidungen haben.

Mit der Gesundheitsfolgenabschätzung steht ein international anerkanntes Instrument zur Verfügung, um – ausgehend von einem modernen umfassenden Gesundheitsbegriff und den Einflussfaktoren auf die Gesundheit – politische Entscheidungen im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik informierter zu gestalten. Sie ermöglicht die beteiligungsorientierte systematische Analyse und Bewertung politischer Vorhaben hinsichtlich ihrer potentiellen positiven und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit unter Berücksichtigung der Verteilung dieser gesundheitsbezogenen Effekte innerhalb der Bevölkerung. Der abschließende Ergebnisbericht stellt eine umfassende gesundheitliche Perspektive für den Entscheidungsprozess bereit ohne damit den politischen Entschluss vorwegzunehmen.

In der Steiermark setzen sich Fachleute seit ca. vierzehn Jahren in unterschiedlichsten Zusammenhängen mit der Gesundheitsfolgenabschätzung auseinander. So bezeichnen die im Jahr 2007 veröffentlichten Gesundheitsziele Steiermark Gesundheitsfolgenabschätzung (Health Impact Assessment) – erstmals in einer Strategie für das Land Steiermark – als Mittel der Wahl, um Gesundheit in alle Politikbereiche zu bringen. Die schließlich im Jahr 2012 in der Gesundheitsförderungsstrategie Steiermark aufgelisteten Maßnahmen, um die Gesundheitsfolgenabschätzung in der Steiermark bekannt zu machen und nachhaltig zu verankern, reichen von der Durchführung von Pilotprojekten auf unterschiedlichen Ebenen bis zur Gestaltung der Rahmenbedingungen für den qualitätsgesicherten Einsatz der Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) in der Steiermark. Von den in diesem Zusammenhang bisher umgesetzten Maßnahmen sind unter anderem die kontinuierliche Zusammenarbeit von interessierten Institutionen im GFA-Netzwerk Steiermark, die Ausbildung und finanzielle Unterstützung von steirischen Fachleuten in der praktischen Durchführung von Gesundheitsfolgenabschätzungen sowie die Kooperation mit der nationalen GFA-Support Unit der Gesundheit Österreich GmbH zur Weiterentwicklung der Gesundheitsfolgenabschätzung (z.B. Erstellung des österreichischen GFA-Leitfadens) besonders zu erwähnen.

Mit dem vorliegenden – aus einer Initiative der Zivilgesellschaft entstandenen – Projekt ist die kurze Variante einer Gesundheitsfolgenabschätzung, die sogenannte Schreibtisch-GFA, erstmals mit einem Team erprobt worden, das sich nur aus Fachleuten eines einzigen Bundeslandes zusammensetzt. Dabei ist es gelungen, einerseits inhaltlich konstruktiv zur aktuellen Debatte rund um den NichtraucherInnenenschutz im Gastgewerbe beizutragen und andererseits einen wichtigen Baustein zur Etablierung der Gesundheitsfolgenabschätzung in Österreich zu liefern und damit einen weiteren Schritt in Richtung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik zu setzen.

HR Dr. Odo Feenstra
Landessanitätsdirektor

Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung

Das Regierungsprogramm legt fest, dass das Tabak- und NichtraucherInnenenschutzgesetz TNRSG, welches ab Mai 2018 eine rauchfreie Gastronomie in Österreich vorgesehen hat, durch die Weiterführung eines teilweisen Rauchverbots in der Gastronomie mit erweitertem Jugendschutz ersetzt wird. Die vorliegende Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) beschreibt, vergleicht und beziffert erstmals den zu erwartenden Nutzen und Schaden dieser beiden NichtraucherInnenenschutzregelungen (Änderung des TNRSG mit erweitertem Jugendschutz vs. rauchfreie Gastronomie).

Methoden

Für die Bewertung der Auswirkungen der beiden Szenarien auf die Gesundheit der Bevölkerung ist zunächst eine pragmatische Literaturrecherche nach systematischen Übersichtsarbeiten in PubMed und Google Scholar durchgeführt worden. Mit Hilfe von epidemiologischen Daten zur Häufigkeit relevanter Erkrankungen von Statistik Austria sind diese quantitativen Daten anschließend auf Österreich bezogen worden. Die Qualitätssicherung ist mittels externer Begutachtungen erfolgt.

Ergebnisse

Während bei der Änderung des Tabak- und NichtraucherInnenenschutzgesetzes TNRSG mit erweitertem Jugendschutz das teilweise Rauchverbot in der Gastronomie verglichen mit der bisherigen Situation keine wesentlichen Gesundheitsauswirkungen erwarten lässt, haben die meisten der auf den Schutz der Kinder und Jugendlichen vor den negativen Einflüssen von Tabakrauch bezogenen Maßnahmen bedingt positive Gesundheitsauswirkungen.

Durch die ursprünglich gesetzlich beschlossene rauchfreie Gastronomie hätten in Österreich bei Kindern und Erwachsenen jedes Jahr tausende tabakrauchbedingte Erkrankungen und Krankenhausaufnahmen sowie teilweise sogar Todesfälle verhindert werden können, ohne die bisher immer wieder behaupteten wirtschaftlichen Nachteile für das Gastgewerbe mit sich zu bringen. International belegt ist auch die Tatsache, dass absolute Rauchverbote in der Gastronomie nach dem In-Kraft-Treten der entsprechenden Gesetze sowohl von NichtraucherInnen als auch von RaucherInnen besser akzeptiert werden als davor.

Empfehlungen

Bei Umsetzung der Änderung des Tabak- und NichtraucherInnenenschutzgesetzes TNRSG mit erweitertem Jugendschutz sind zahlreiche Anpassungen erforderlich, um einen möglichen Gesundheitsgewinn für die Bevölkerung erzielen zu können.

Auf Grund der Erkenntnisse der vorliegenden Gesundheitsfolgenabschätzung ist der größte Gesundheitsgewinn für die österreichische Bevölkerung durch die Umsetzung der ursprünglich beschlossene rauchfreien Gastronomie kombiniert mit einem optimierten erweiterten Jugendschutz zu erwarten.

Damit würde auch ein relevanter Beitrag zur Hebung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit für jene sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen geleistet, welche gleichzeitig den größten Anteil an der vom Tabakkonsum verursachten Krankheitslast der Gesellschaft tragen.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Vorwort | 4 |
| Zusammenfassung | 5 |
| Inhaltsverzeichnis | 6 |
| Abbildungs- und Tabellenverzeichnis | 7 |
| Abkürzungsverzeichnis | 8 |
| 1 Einleitung | 9 |
| 2 Methodik | 10 |
| 2.1 Sichtung und Planung | 10 |
| 2.2 Bewertung | 11 |
| 2.2.1 Erhebung und Analyse | 11 |
| 2.2.2 Folgenabschätzung und Bewertung | 13 |
| 2.3 Berichtslegung und Ableitung von Empfehlungen | 14 |
| 2.4 Monitoring und Evaluation | 14 |
| 3 Ausgangslage | 15 |
| 3.1 Status quo der NichtraucherInnenenschutzregelung in Österreich | 15 |
| 3.2 Beschreibung der Änderung des TNRSG mit erweitertem Jugendschutz | 18 |
| 3.3 Relevanz eines gesetzlichen NichtraucherInnenenschutzes aus Public Health Perspektive bzw. präventive Aspekte zum Thema NichtraucherInnenenschutz | 19 |
| 4 Ergebnisse | 21 |
| 4.1 Raum- und Bevölkerungsanalyse für Österreich | 21 |
| 4.1.1 Soziodemografie | 21 |
| 4.1.2 Soziales | 22 |
| 4.1.3 Daten zur Branche Gastronomie | 23 |
| 4.1.4 Daten zum Einflussfaktor „Rauchen“ | 24 |
| 4.2 Auswirkungen der Änderung des TNRSG mit erweitertem Jugendschutz | 26 |
| 4.3 Auswirkungen der ursprünglich beschlossenen rauchfreien Gastronomie | 30 |
| 4.3.1 Krankheits- und gesundheitsbezogene Auswirkungen bei Erwachsenen | 30 |
| 4.3.2 Krankheitsbezogene Auswirkungen bei Kindern | 32 |
| 4.4 Geschlechterbezogene Auswirkungen von Maßnahmen zum NichtraucherInnenenschutz | 35 |
| 4.5 Sozioökonomische Auswirkungen von Maßnahmen zum NichtraucherInnenenschutz | 36 |
| 4.6 Volkswirtschaftliche Auswirkungen von Maßnahmen zum NichtraucherInnenenschutz | 36 |
| 4.7 Gesamtbewertung | 38 |
| 4.7.1 Auswirkungen der Änderung des TNRSG mit erweitertem Jugendschutz | 38 |
| 4.7.2 Auswirkungen der ursprünglich beschlossenen rauchfreien Gastronomie auf Erwachsene | 38 |
| 4.7.3 Auswirkungen der ursprünglich beschlossenen rauchfreien Gastronomie auf Kinder | 39 |
| 4.7.4 Sozioökonomische Auswirkungen von Maßnahmen zum NichtraucherInnenenschutz | 40 |
| 4.7.5 Geschlechterbezogene Auswirkungen von Maßnahmen zum NichtraucherInnenenschutz | 40 |
| 4.7.6 Volkswirtschaftliche Auswirkungen von Maßnahmen zum NichtraucherInnenenschutz | 40 |
| 5 Handlungsempfehlungen | 42 |
| 6 Anhang | 43 |
| 7 Literaturverzeichnis | 46 |

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen:

Abbildung 1: **Ablauf einer Gesundheitsfolgenabschätzung**

Abbildung 2: **Zustimmung der Bevölkerung zur rauchfreien Gastronomie in Deutschland**

Abbildung 3: **Zustimmung von Rauchern zur rauchfreien Gastronomie in Deutschland und anderen europäischen Ländern**

Abbildung 4: **Rauchbeginn der täglich rauchenden Bevölkerung 2014**

Abbildung 5: **Rauchstatus österreichischer SchülerInnen nach Geschlecht**

Abbildung 6: **Durch eine rauchfreie Gastronomie vermeidbare Krankenhausaufnahmen bei Erwachsenen 2018**

Abbildung 7: **Durch eine rauchfreie Gastronomie vermeidbare Krankenhausaufnahmen von Kindern 2016**

Abbildung 8: **Wirkungszusammenhänge zwischen einer rauchfreien Gastronomie und der Gesundheit der Bevölkerung**

Abbildung 9: **Wirkungszusammenhänge zwischen einer rauchfreien Gastronomie und der Gesundheit von Kindern**

Tabellen:

Tabelle 1: **Teilweises Rauchverbot in der Gastronomie in Österreich**

Tabelle 2: **NichtraucherInnenschutz in den Jugendschutzgesetzen in Österreich**

Tabelle 3: **Eckpunkte der Änderung des TRNSG mit erweitertem Jugendschutz im Regierungsprogramm**

Tabelle 4: **Bevölkerung der österreichischen Bundesländer**

Tabelle 5: **Unselbständig beschäftigte Personen in der Gastronomie nach Bundesländern**

Tabelle 6: **Auswirkungen der Änderung des TNRSG mit erweitertem Jugendschutz auf Grundlage des Bewertungsworkshops**

Tabelle 7: **Auswirkungen der ursprünglich beschlossenen rauchfreien Gastronomie auf die Gesundheit der Erwachsenen in Österreich**

Tabelle 8: **Auswirkungen des ursprünglich beschlossenen rauchfreien Gastronomie auf die Gesundheit von Kindern in Österreich**

Tabelle 9: **Gesamtbewertung der Auswirkungen der Änderung des TNRSG mit erweitertem Jugendschutz**

Tabelle A1: **Team der Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA-Team 2018)**

Tabelle A2: **Übersicht über Literatur und Studien**

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------|---|
| AHS | allgemein bildende höhere Schule |
| ATHIS | Austrian Health Interview Survey |
| BHS | berufsbildende höhere Schule |
| BMS | berufsbildende mittlere Schule |
| ESPAD | European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs |
| GFA | Gesundheitsfolgenabschätzung |
| GÖG | Gesundheit Österreich GmbH |
| HBSC | Health Behaviour in School Aged Children |
| TNRSG | Tabak- und Nichtraucherinnen- und Nichtraucherschutzgesetz, Tabak- und NichtraucherInnenschutzgesetz |
| WHO | World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation |

1 Einleitung

Die Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) ist ein systematischer Prozess, in dem man sich mit der Frage auseinandersetzt, wie die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung bzw. von spezifischen Bevölkerungsgruppen durch ein geplantes Vorhaben – sei es eine (politische) Strategie, ein Gesetz, ein Programm, ein Projekt oder eine konkrete Maßnahme – betroffen sein könnten, und wie diese Auswirkungen innerhalb dieser Bevölkerung verteilt sind.

Im Jahr 2009 hat die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ein Konzept zur Einführung der GFA erarbeitet (Horvath et al. 2010), welches unter anderem die Durchführung von GFA-Pilotprojekten vorsieht.

Nachdem bisher überwiegend Erfahrungen mit umfassenden oder kompakten Gesundheitsfolgenabschätzungen gewonnen worden sind, hat es sich das GFA-Netzwerk Steiermark zum Ziel gesetzt, eine Schreibtisch GFA durchzuführen, um die kurze Variante des Instruments in der Praxis zu erproben.

Mit dem Vorhaben, durch eine Änderung des Tabak- und NichtraucherInnenchutzgesetzes, die für Mitte 2018 ursprünglich vorgesehene NichtraucherInnenchutzregelung deutlich abzuschwächen, hat sich ein Thema gefunden, das es, in Kooperation mit VIVID – Fachstelle für Suchprävention als Partner mit spezieller Expertise zum Thema Tabakprävention, ermöglicht, einen Beitrag zu einem laufenden gesundheitspolitischen Diskurs zu leisten.

Das inhaltliche Ziel dieser Schreibtisch-GFA liegt darin, die möglichen positiven und negativen Gesundheitsauswirkungen der Änderung des TNRSRG mit erweitertem Jugendschutz auf die österreichische Bevölkerung zu untersuchen und die Ergebnisse jenen Effekten gegenüberzustellen, die von der ursprünglich ab Mai 2018 vorgesehenen Variante einer rauchfreien Gastronomie zu erwarten sind.

In der Analyse wird besondere Rücksicht auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen genommen, da die Herstellung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit ein zentrales Anliegen des Instruments Gesundheitsfolgenabschätzung darstellt. Im konkreten Fall geht es dabei um Kinder und schwangere Frauen, die als besonders schutzbedürftig eingestuft werden, und um in der Gastronomie beschäftigte Personen, die von diesem Vorhaben besonders betroffen sind.

Ausgehend von den gewonnenen Erkenntnissen werden schließlich Empfehlungen formuliert, wie mögliche negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung minimiert und mögliche positive Effekte verstärkt werden können.

Mit diesem Schreibtisch-GFA-Projekt soll darüber hinaus EntscheidungsträgerInnen und der interessierten Öffentlichkeit ein in Österreich noch relativ unbekanntes Instrument vorgestellt werden, das sich gut dafür eignet, evidenzbasierte Entscheidungsgrundlagen auf systematische Art und Weise zu erstellen.

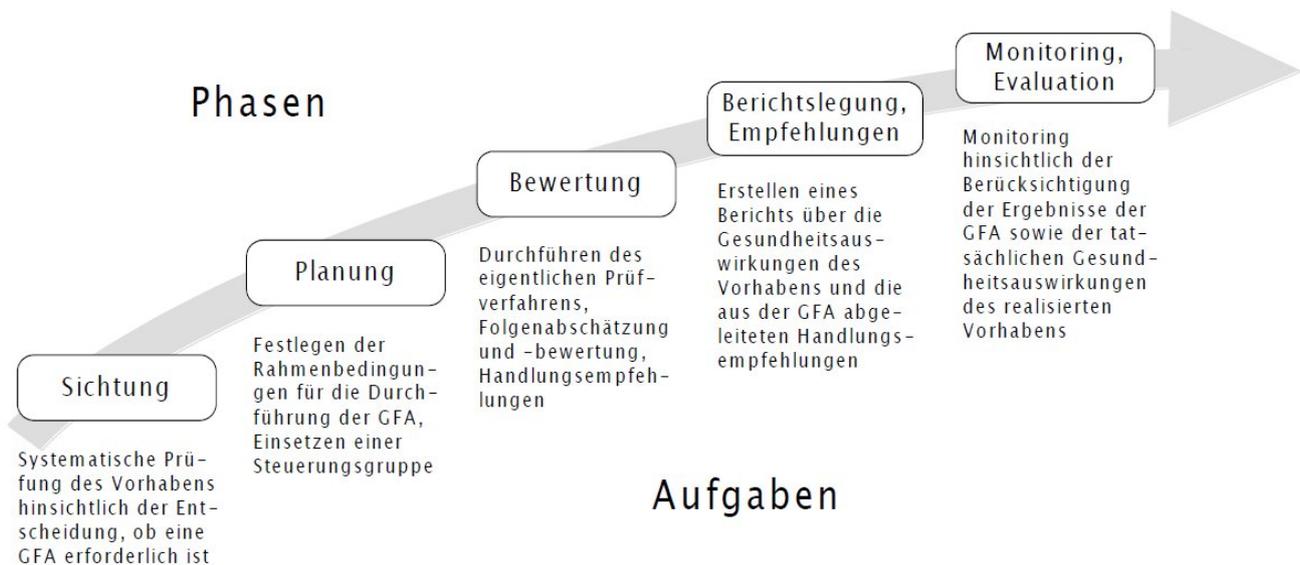
Schließlich gilt es in der weiteren Folge auch, die bei der Durchführung dieser Schreibtisch-GFA gesammelten Praxiserfahrungen in Fachkreisen weiterzugeben und als Grundlage für den künftigen Einsatz des Instruments GFA sowie dessen Weiterentwicklung zur Verfügung zu stellen. Dazu zählt unter anderem die erstmalige Anwendung des neuen Quality Assurance Review Framework for Health Impact Assessment (Liz Green et al. 2017) der Wales Health Impact Assessment Support Unit in Österreich zur Überprüfung der Qualität der Anwendung der GFA-Methode.

Das Projekt Schreibtisch-GFA ist von Mitte Dezember 2017 bis Ende April 2018 durchgeführt worden.

2 Methodik

Eine GFA zeichnet sich hinsichtlich ihres Ablaufs durch ein standardisiertes Vorgehen aus, welches die folgenden Phasen umfasst:

Abbildung 1: **Ablauf einer Gesundheitsfolgenabschätzung**



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der vorliegende GFA-Bericht beschreibt zwar grundsätzlich alle fünf Phasen, muss aber auf die Darstellung der Ergebnisse der Phase Monitoring/Evaluation, welche erst nach der Veröffentlichung dieses GFA-Berichts beginnen kann, verzichten.

Detailliertere Ausführungen zum umfassenden Gesundheitsbegriff, den Einflussfaktoren auf Gesundheit sowie Durchführung, Hintergründen und Rahmenbedingungen von GFA können dem österreichischen GFA-Leitfaden (Amegah et al., 2013) entnommen werden.

In den folgenden Abschnitten wird die methodische Vorgangsweise bei der vorliegenden Schreibtisch-GFA anhand der einzelnen Phasen beschrieben.

2.1 Sichtung und Planung

Die Sichtung dient dazu herauszufinden, ob auf Grund der erwarteten Gesundheitsauswirkungen des Vorhabens und deren Verteilung in der Bevölkerung eine GFA durchgeführt werden soll oder nicht, und wenn ja, welcher Umfang (Schreibtisch-, kompakte oder umfassende GFA) wahrscheinlich am besten geeignet ist.

In der Planungsphase gilt es eine abgestimmte Vorgangsweise für die Durchführung der GFA sicherzustellen. Das bedeutet, die Rollen und Verantwortlichkeiten der mitwirkenden Personen bzw. Institutionen zu klären sowie die erforderlichen Rahmenbedingungen festzulegen.

Das GFA-Netzwerk Steiermark hat es sich im Jahr 2017 zum Ziel gesetzt, ein geeignetes Thema für ein Schreibtisch-GFA-Projekt zu finden, das in der Folge gemeinsam umgesetzt werden sollte. Nachdem im Laufe des Jahres verschiedene mögliche Themen diskutiert und wieder verworfen worden waren, ist beim Netzwerktreffen am 11. Dezember 2017 kurzfristig die Idee aufgekommen,

sich mit der im Regierungsprogramm vorgesehenen Änderung des Tabak- und NichtraucherInnen-schutzgesetzes auseinanderzusetzen. Im Zuge der Vorbesprechung mit VIVID Fachstelle für Suchprävention am 14. Dezember 2017 ist eine diesbezügliche Kooperation vereinbart worden.

Beim Sichtungs- und Planungsworkshop am 19. Dezember 2017 sind zunächst die Auswirkungen einer Änderung des TNRSG auf die Gesundheit der Bevölkerung im Vergleich zur bisher vorgesehenen Vorgangsweise unter Verwendung der Arbeitshilfe im Anhang 3 des österreichischen GFA-Leitfadens geprüft worden. Dabei hat sich ergeben, dass erhebliche negative Gesundheitsauswirkungen zu erwarten und besonders schutzwürdige Bevölkerungsgruppen betroffen sind, sich die gesundheitliche Chancengerechtigkeit verringert sowie ein großes Optimierungspotential besteht, und daher eine GFA zum Thema einen entsprechenden Mehrwert erwarten lässt.

Im Anschluss an die Sichtung sind unter Einsatz der Arbeitshilfe im Anhang 4 des österreichischen GFA-Leitfadens der Bezugsrahmen, die Ziele, Methoden, Daten und Ressourcen sowie der Zeitplan für die Durchführung der GFA abgestimmt worden. Auf Grund der Tatsache, dass die Initiative zur Auseinandersetzung mit der Änderung des Tabak- und NichtraucherInnen-schutzgesetzes von der Zivilgesellschaft ausgeht, konnte auf die Einsetzung eines Lenkungsausschusses verzichtet werden. Ob irgendeine Form der Bevölkerungsbeteiligung möglich sein würde, sollte im Zuge der weiteren Arbeit geklärt werden. Als Bezugspunkte für die vergleichende Bewertung haben sich folgende Szenarien herauskristallisiert:

- a) bisheriger Stand (teilweiser NichtraucherInnen-schutz)
- b) Änderung des TNRSG (teilweiser NichtraucherInnen-schutz + erweiterter Jugendschutz)
- c) ursprünglich beschlossene rauchfreie Gastronomie ab Mai 2018 (lt. BGBl. I Nr. 101/2015)

Auf Grund des engen Zeitkorsetts, der begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen sowie der teilweise sehr guten Datenlage ist schließlich die Entscheidung gefallen, eine Schreibtisch-GFA durchzuführen.

2.2 Bewertung

Das eigentliche Prüfverfahren einer GFA besteht aus den folgenden beiden Schritten: Erhebung und Analyse sowie Folgenabschätzung und Bewertung.

Bei einer Schreibtisch-GFA wird die bereits verfügbare Evidenz für die Analyse und Bewertung verwendet und auf die Durchführung eigener Erhebungen verzichtet. Eine Beteiligung der Bevölkerung bzw. von VertreterInnen betroffener Bevölkerungsgruppen erscheint in dieser Phase am ehesten möglich.

2.2.1 Erhebung und Analyse

In diesem Stadium werden quantitative und qualitative Daten zum Thema erhoben und aufbereitet.

Am 16. und 26. Januar 2018 haben jeweils Besprechungen stattgefunden, in denen die bisherigen Suchergebnisse vorgestellt und Anforderungen für die weitere Recherche festgelegt worden sind.

Einen kurzen Überblick über die in diesem Arbeitsschritt eingesetzten Methoden bietet der folgende Abschnitt:

Ausgangslage: Politik- und Vorhabensanalyse

Auf Basis einer Recherche der entsprechenden Dokumente (rechtliche Regelungen, Übereinkommen, Studien etc.) werden die politischen, rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen der bisherigen NichtraucherInnenchutzregelung in Österreich dargestellt, die Änderung des TNRSG laut Regierungsprogramm beschrieben und die Bedeutung eines gesetzlichen NichtraucherInnen-schutzes aus der Public Health Perspektive betrachtet.

Raum- und Bevölkerungsanalyse

Um die Anzahl an Personen und -gruppen, die von der Maßnahme betroffen sind, zu ermitteln, werden Informationen zur örtlichen Bevölkerung benötigt. Dabei wurden im Rahmen dieser Schreibtisch-GFA routinemäßig erhobene statistische Daten verwendet. Quellen für diese Informationen waren die Statistik Austria, die Wirtschaftskammer Österreich und Daten der HBSC- (Health Behaviour in School-aged Children) Studie.

Recherche und Analyse relevanter Daten

Die relevanten gesundheitsbezogenen Outcomes (z.B. Krankenhausaufnahmen aufgrund von Herzinfarkten bei Erwachsenen oder Asthma-Anfällen bei Kindern) wurden durch das Vorhandensein von internationaler Literatur (auf Basis von Übersichtsarbeiten) definiert. Die dazugehörigen österreichischen Daten konnten teilweise von der Website von Statistik Austria für das Jahr 2016 entnommen werden. Teilweise stimmten die Definitionen der internationalen Literatur mit der Definition von Statistik Austria nicht überein (z.B. bezüglich der konkreten Erkrankungen die als „Atemwegserkrankungen“ definiert werden), weshalb bei der GÖG um die jeweiligen benötigten Daten für das Jahr 2016 gebeten wurde. So konnten die österreichischen Daten den internationalen Definitionen entsprechen was den Grad der externen Validität erhöhte.

Recherche und Analyse internationaler Literatur

Literatur zu den Auswirkungen von Rauchverboten ist mit einer pragmatischen Literaturrecherche in PubMed und Google Scholar gesucht worden. Dabei sind folgende Einschlusskriterien verwendet worden: systematische Übersichtsarbeiten ab dem Jahr 2000, die auf Englisch oder Deutsch publiziert worden sind und krankheits- und gesundheitsbezogene Auswirkungen von Rauchverboten als definierte Endpunkte untersucht haben. Die Begriffe „smoke-free“, „tobacco“ und „legislation“ beziehungsweise „policy“, deren Synonyme sowie die Kombinationen dieser Begriffe und Synonyme sind für die systematische Suche herangezogen worden. Aufgrund der ausgesprochen umfangreichen Literatur zu krankheitsbezogenen Endpunkten, welche auch bereits zahlreiche systematische Übersichtsarbeiten beinhaltet, sind Einzelstudien nicht berücksichtigt worden.

Im Rahmen der pragmatischen Literaturrecherche konnte ein Umbrella Review (eine systematische Übersichtsarbeit von systematischen Übersichtsarbeiten) identifiziert werden, der den Zeitraum bis August 2014 mit einer systematischen Suchstrategie abgedeckt hat und insgesamt 59 systematische Übersichtsarbeiten mit 1.150 Einzelstudien beinhaltet (Hoffman & Tan 2015). Daraufhin ist die pragmatische Literaturrecherche auf systematische Übersichtsarbeiten, die nach diesem Zeitpunkt publiziert worden sind, eingeschränkt worden. Der Umbrella Review hat auch eine methodische Bewertung der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten durchgeführt, was insofern hilfreich gewesen ist, als für manche krankheitsbezogenen Endpunkte mehr als nur eine Übersichtsarbeit gefunden worden ist. Um dem Ziel dieser GFA gerecht zu werden und konkrete Auswirkungen der rauchfreien Gastronomie benennen zu können, ist jeweils eine Übersichtsarbeit pro Outcome mit folgendem Algorithmus ausgewählt worden: Bei Vorliegen mehrerer Übersichtsarbei-

ten ist (zunächst) die Übersichtsarbeit mit der höchsten methodischen Qualität (definiert durch das Qualitäts-Assessment des Umbrella Reviews) zum Zug gekommen; wenn danach noch immer mehrere Übersichtsarbeiten zur Auswahl gestanden sind, dann ist die zeitlich neueste Übersichtsarbeit herangezogen worden.

Zu den Auswirkungen von Rauchverboten auf gesundheitsrelevante Endpunkte wie z.B. Rauchverhalten oder Lebensqualität konnten im Rahmen der pragmatischen Literaturrecherche allerdings keine systematischen Übersichtsarbeiten identifiziert werden. Daher ist die Recherche im Hinblick auf diese Endpunkte auf weitere Datenbanken (beispielsweise Global Health Promotion, Campell Library, Health Education & Behaviour, Evidence in Health and Social Care, Nice) ausgedehnt worden. Die dadurch gefundenen, für die Fragestellung relevanten Einzelstudien und Fact Sheets sind ergänzend zur Beschreibung der quantitativen Hauptergebnisse – die auf Basis der systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen erfolgt ist – in die GFA aufgenommen (vgl. Tabelle A2 im Anhang) worden.

Quantitative Folgenabschätzung

Auf Grund der vorliegenden Evidenz können quantitative Aussagen nur für das Szenario „rauchfreie Gastronomie“ getroffen werden. Hierzu konnten quantitative Gesundheitsauswirkungen die in den identifizierten systematischen Übersichtsarbeiten beschrieben wurden mit Krankenversorgungs-Daten von Statistik Austria (2016) zusammengefügt werden. Bei der untersuchten Änderung des TNRSRG ist es zwar möglich, die potenziellen Auswirkungen auf die Gesundheit qualitativ abzuschätzen (d.h. der zu erwartenden Effekt zu beschreiben), nicht aber das Ausmaß des Effektes zu berechnen.

2.2.2 Folgenabschätzung und Bewertung

Um den Bewertungsvorgang zu erleichtern, ist die recherchierte Evidenz (Daten und Literatur) in Anlehnung an die Arbeitshilfe im Anhang 5 des österreichischen GFA-Leitfadens tabellarisch aufbereitet worden.

Im Rahmen des Bewertungs- und Empfehlungsworkshops am 2. Februar 2018 sind dann sowohl die verfügbare Evidenz als auch die Auswirkungen der Änderung des TNRSRG auf die Gesundheit der Bevölkerung bewertet und entsprechende Empfehlungen abgeleitet worden, wie mögliche negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung minimiert und mögliche positive Effekte verstärkt werden können.

Auf Grund des Anliegens, eine Beteiligung der betroffenen Bevölkerung zu ermöglichen, sind zahlreiche Überlegungen angestellt worden, wie eine solche erfolgen könnte (Auswertung von einschlägigen Foren in Internet oder sozialen Medien, Fokusgruppen, Teilnahme am Bewertungsworkshop, Stellungnahmeverfahren etc.). Schlussendlich hat sich das GFA-Team jedoch wegen des kurzfristigen Beginns der GFA, des knappen Zeitrahmens sowie der geringen Wahrscheinlichkeit, bei der gegebenen Gegensätzlichkeit der Einstellungen in der Bevölkerung zum Thema, in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit eine ausgewogene Auswahl an BevölkerungsvertreterInnen zur Mitwirkung bewegen zu können, schweren Herzens dazu entschieden, auf eine Bevölkerungsbeteiligung zu verzichten. Dies bedeutet, keine österreichischen Hinweise darauf zur Verfügung zu haben, ob NichtraucherInnen und RaucherInnen ähnliche oder stark divergierende Einstellungen und Wünsche hinsichtlich der beiden untersuchten Szenarien aufweisen.

2.3 Berichtslegung und Ableitung von Empfehlungen

Der Ablauf des gesamten Projekts sowie insbesondere die Ergebnisse der Bewertungsphase werden in der weiteren Folge im GFA-Bericht dargestellt.

Da im konkreten Fall die Abfassung der einzelnen Textabschnitte durch verschiedene AutorInnen erfolgt ist, hat am 15. Februar 2018 eine Besprechung stattgefunden, bei der die konsolidierte Version des Rohberichts diskutiert und abschließende Ergänzungen bzw. Änderungen vorgeschlagen worden sind, welche vor dem Versand an die GutachterInnen Eingang in den Ergebnisbericht gefunden haben.

2.4 Monitoring und Evaluation

Die folgenden Schritte finden in erster Linie der Vollständigkeit halber Erwähnung im GFA-Bericht, da sie teilweise erst nach dessen Fertigstellung durchgeführt werden (können).

Durch die Evaluation soll die Qualität der GFA gesichert und die im Zuge der Durchführung gewonnenen Erfahrungen für die Planung und Umsetzung zukünftiger Gesundheitsfolgenabschätzungen nutzbar gemacht werden.

Das Monitoring dient zum einen der Überprüfung, ob die Empfehlungen der GFA umgesetzt worden sind, und zum anderen der Beobachtung, ob längerfristig tatsächliche Gesundheitsauswirkungen festzustellen sind.

Interne Qualitätssicherung

Nach der Erstellung der Rohfassung des GFA-Berichtes ist am 17. April 2018 eine Reflexion des abgelaufenen Prozesses durch das GFA-Team vorgenommen worden. Die Ergebnisse werden im Rahmen verschiedener Besprechungen und Veranstaltungen präsentiert (GFA-Netzwerk Steiermark, nationales GFA-Netzwerk, GFA-Lenkungsausschuss im Bundesministerium für Gesundheit, wissenschaftliche Tagung der österreichischen Gesellschaft für Public Health, etc.).

Externe Qualitätssicherung

Der vorliegende GFA-Bericht ist verschiedenen Formen der Begutachtung unterzogen worden:

Während die Beurteilung der korrekten wissenschaftlichen Arbeitsweise und Darstellung der Ergebnisse durch eine Expertin der Medizinischen Universität Graz vorgenommen worden ist, haben Expertinnen der Gesundheit Österreich GmbH die Begutachtung im Hinblick auf Public Health und gesundheitliche Chancengerechtigkeit durchgeführt.

Die Überprüfung des korrekten Einsatzes der GFA-Methode dient der Qualitätssicherung und der Etablierung eines entsprechenden Standards bei der Durchführung von GFA in Österreich. Bei der vorliegenden Schreibtisch-GFA ist einerseits das neue Quality Assurance Review Framework for Health Impact Assessment (Liz Green et al. 2017) der Wales Health Impact Assessment Support Unit zum ersten Mal in Österreich praktisch angewendet worden, weil auch der österreichische GFA-Leitfaden auf dem Waliser Pendant basiert. Andererseits ist zu Vergleichszwecken auch das bisherige Standardinstrument A Review Package for Health Impact Assessment Reports of Development Projects (Fredsgaard et al. 2009) zum Einsatz gekommen. Der Vergleich dieser beiden review packages hat keinen Einfluss auf die inhaltlichen Ergebnisse der Gesundheitsfolgenabschätzung.

Monitoring

Die Überprüfung, ob die Empfehlungen der Schreibtisch-GFA umgesetzt worden sind, und die Beobachtung der längerfristig eintretenden tatsächlichen Gesundheitsauswirkungen soll durch das GFA-Netzwerk Steiermark erfolgen, welches dazu wiederum die Kooperation mit VIVID Fachstelle für Suchprävention suchen wird.

3 Ausgangslage

3.1 Status quo der NichtraucherInnenenschutzregelung in Österreich

Der NichtraucherInnenenschutz ist in Österreich als nationale Rechtsangelegenheit in einem Bundesgesetz geregelt. Seit 20. Mai 2016 heißt das betreffende Gesetz „Tabak- und NichtraucherInnen- und Nichtraucherschutzgesetz – TNRS“ (BGBl. I Nr. 22/2016).

Ein kurzer historischer Abriss soll die Entwicklung der Rauchfreiheit in der Gastronomie verdeutlichen (Pock et al., 2008): Seit dem Tabakgesetz 1995 ist in Österreich das Rauchen in öffentlich zugänglichen Räumen von Amtsgebäuden und schulischen Einrichtungen verboten. Abhängig von der Größe ist jedoch die Einrichtung von Raucherräumen möglich. Die nächste Phase des NichtraucherInnenenschutzes ist mit einer Gesetzesnovelle 2004 in Kraft getreten, die das Rauchverbot auf „Räume öffentlicher Orte“ ausgeweitet hat. Gastronomiebetriebe und Veranstaltungen sind jedoch ausdrücklich ausgenommen worden und es ist weiterhin erlaubt geblieben, Raucherräume einzurichten. Die gleichzeitig zugesagte freiwillige Selbstverpflichtung der Gastronomie, in Lokalen ab 75 Quadratmetern mindestens 40 Prozent NichtraucherInnenplätze bereitzustellen, ist bei weitem nicht eingehalten worden, wie diesbezügliche Stichproben ergeben haben.

Lange Zeit war der NichtraucherInnenenschutz in der österreichischen Gastronomie nicht gesetzlich geregelt. Seit 1. Januar 2009 gilt eine Regelung, die auf dem sogenannten „Spanischen Modell“ beruht (BGBl. I Nr. 120/2008). Der Name kommt daher, weil Spanien diese Regelung ab Januar 2006 als erstes Land umsetzte. Eckpunkt dieses von Philip Morris (!) forcierten Modells ist die Unterscheidung in Einraum- und Mehrraum-Gastronomie bei Eigendeklaration der Einraum-Gastronomie als Raucher- oder Nichtraucherlokal bis zu einer festgelegten Lokalgröße und Möglichkeit der Einrichtung eines Raucherraums in der Mehrraumgastronomie (Schneider 2008). Allerdings gilt für Spaniens Gastronomie seit 1. Januar 2011 ein absolutes Rauchverbot, da das genannte Modell keinen ausreichenden Schutz vor Passivrauch gewährleisten konnte (López M.J., 2012). Das Spanische Modell wird derzeit noch von Österreich und manchen deutschen Bundesländern umgesetzt.

Die österreichische Variante des Spanischen Modells umfasst folgende Rahmenbedingungen: Gastronomiebetrieben mit mehr als einem Gastraum ist es erlaubt, einen oder mehrere dieser Räume als RaucherInnenzimmer auszuweisen, solange der NichtraucherInnenbereich mindestens die Hälfte der zur Verabreichung von Speisen und Getränken vorgesehenen Plätze einnimmt. Außerdem muss der RaucherInnenraum vollständig abgetrennt sein, da der Tabakrauch nicht in den NichtraucherInnenbereich gelangen darf.

Bei Lokalen, die aus nur einem Gastraum bestehen, gelten gesonderte Regelungen: Ist der Gastraum kleiner als 50 Quadratmeter, können die InhaberInnen selbst entscheiden, ob das gesamte Lokal ein NichtraucherInnen- oder ein RaucherInnenlokal wird. Dieselbe Regelung gilt für Einraum-Betriebe zwischen 50 und 80 Quadratmetern, bei denen eine räumliche Trennung zur Schaffung eines gesonderten RaucherInnenzimmers aufgrund baulicher, feuerpolizeilicher oder denkmalrechtlicher Bedenken nicht möglich ist. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick:

Tabelle 1: Teilweises Rauchverbot in der Gastronomie in Österreich (Stand: 20.3.2018)

| Größe | Einraum-Gastronomie | Mehrraum-Gastronomie | Kennzeichnung | Kontrollen | Voraussetzung RaucherInnenraum |
|--------------------------|--|---|--|--------------------------------|--|
| bis 50 m ² | Eigendeklaration RaucherInnen- oder NichtraucherInnenlokal | Rauchen ist unter bestimmten Voraussetzungen in einem Extrazimmer erlaubt: | Lokal: Kennzeichnung am Eingang, ob RaucherInnen-, NichtraucherInnenlokal oder Lokal mit getrennten Bereichen | erfolgen nur bei einer Anzeige | Raum muss von der Decke bis zum Boden von festen Wänden umschlossen und durch eine Tür verschlossen sein |
| 51 bis 80 m ² | Eigendeklaration RaucherInnen- oder NichtraucherInnenlokal – sofern Trennung baulich nicht möglich | <ul style="list-style-type: none"> NichtraucherInnenbereich (Hauptraum) muss größer sein Rauch darf nicht in den NichtraucherInnenbereich dringen | Raum: Kennzeichnung, ob RaucherInnen- oder NichtraucherInnenbereich auch am Eingang zum jeweiligen Gastraum | | |
| ab 81 m ² | Eigendeklaration NichtraucherInnenlokal oder Schaffung eines Extrazimmers | | | | |

Darstellung: GFA-Team 2018

Das TNRSG sieht keinen besonderen Schutz für Kinder und schwangere Frauen vor. Der Schutz von Jugendlichen vor Tabak fällt in die Kompetenz der Bundesländer und ist dementsprechend in neun Jugendschutzgesetzen geregelt. Grundsätzlich gelten einheitlich ein Rauch- und ein Abgabeverbot bis zum vollendeten 16. Lebensjahr. Das Rauchverbot umfasst in allen Bundesländern den Erwerb und den Konsum, in manchen auch zusätzlich den Besitz von Tabakwaren. Teilweise bezieht es sich ausschließlich auf den Tabakkonsum in der Öffentlichkeit, teilweise auch auf den im Privatbereich. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick:

Tabelle 2: NichtraucherInnenschutz in den Jugendschutzgesetzen in Österreich (Stand: 1.1.2018)

| | Rauchverbot bis 16 Jahre | | | Abgabeverbot an Personen unter 16 Jahren | | verwandte Erzeugnisse erfasst (z.B. E-Zigaretten) |
|------------------|--------------------------|--------|--------|--|-----------------------------------|---|
| | Erwerb | Besitz | Konsum | Verkauf | sonstige Abgabe (zB. verschenken) | |
| Burgenland | x | x | x | x | x | x |
| Kärnten | x | x | x | x | x | x |
| Niederösterreich | x | x | x | x | x | |
| Oberösterreich | x | | x | x | x | x |
| Salzburg | x | x | x | x | x | x |
| Steiermark | x | x | x | x | x | |
| Tirol | x | | x | x | x | x |
| Vorarlberg | x | x | x | x | x | x |
| Wien | x | x | x | x | x | |

Quelle: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/174/Seite.1740250.html>, Darstellung: GFA-Team 2018

Zahlreiche Studien haben inzwischen festgestellt, dass die geltende gesetzliche Regelung in Österreich keinen umfassenden NichtraucherInnenschutz sicherstellen kann: Die Vorgaben sind kompliziert und teilweise nicht praxistauglich – so müssen z.B. beim Servieren ständig die Türen zwischen RaucherInnen- und NichtraucherInnenraum geschlossen werden. In der Praxis wird das

Gesetz daher häufig nicht eingehalten (Koch P., 2009; Tappler P. et al. 2014; Lernbass M.A., 2014; Tappler P. et al. 2018), was in der überwiegenden Zahl der Nichtraucher Räume zu einer Belastung mit Passivrauch führt (Neuberger M. et al., 2012; Tappler P. et al., 2014; Lernbass M.A., 2014; Tappler P. et al. 2018).

Österreich hat damit im Vergleich zu anderen Ländern einen schwachen NichtraucherInnenenschutz. Laut „European Tobacco Control Scale“ (ETCS), einem Indikator, der die Umsetzung gesetzlicher Tabakkontrolle auf Ebene der europäischen Nationalstaaten misst, liegt Österreich im Vergleich zu 34 europäischen Ländern (inklusive aller EU-Staaten) auch 2016 wieder auf dem letzten Platz. Dies bedeutet, dass Maßnahmen der Tabakkontrolle in Österreich schlechter und seltener umgesetzt werden als in allen anderen europäischen Staaten. Bereits bei den vier vorangegangenen Messungen (2007, 2010, 2013) hatte Österreich den schlechtesten NichtraucherInnenenschutz Europas. Eine wichtige Maßnahme im Bereich der Tabakkontrolle, die der ETCS misst, stellt das Rauchverbot in der Gastronomie dar. Von acht, für ein vollständiges Rauchverbot, möglichen Punkten, erreichte Österreich mit drei weiteren Ländern (Griechenland, Tschechische Republik und Zypern) nur zwei. In allen anderen der 34 Länder wird der NichtraucherInnenenschutz in der Gastronomie stärker umgesetzt.

Die „Framework Convention on Tobacco Control“ (Tabak-Rahmenübereinkommen), die Österreich im Jahr 2005 ratifiziert hat, verlangt eine stärkere Regulierung des Tabakkonsums in öffentlichen Innenräumen (WHO, 2004): Nach einem grundsätzlichen Bekenntnis der Vertragsparteien, dem „Recht auf Schutz der öffentlichen Gesundheit Priorität einzuräumen“, ermutigt Artikel 2 zu strengeren Maßnahmen im Sinne der Ziele des Tabak-Rahmenübereinkommens. Artikel 3 beschreibt das Ziel, „heutige und künftige Generationen vor den verheerenden gesundheitlichen, gesellschaftlichen, umweltrelevanten und wirtschaftlichen Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens zu schützen, indem ein Rahmen für Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs geschaffen wird, die von den Vertragsparteien auf nationaler, regionaler und internationaler Ebene einzuleiten sind, um die Verbreitung des Tabakkonsums und des Passivrauchens stetig und wesentlich zu vermindern“. Relevant ist auch Artikel 8, durch den sich die Vertragsparteien zu „nach innerstaatlichem Recht wirksamen (...) Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauch am Arbeitsplatz in geschlossenen Räumen, in öffentlichen Verkehrsmitteln, an geschlossenen öffentlichen Orten und gegebenenfalls an sonstigen öffentlichen Orten“ verpflichten.

Bezüglich des aktuellen Umsetzungsstands des WHO-Tabak-Rahmenübereinkommens in Österreich schlussfolgert Neuberger (2016), dass wesentliche Artikel des Vertrages (z.B. Art. 5 - 8) noch nicht erfüllt sind und im internationalen Vergleich Aufholbedarf für Österreich besteht. Ohne ein absolutes Rauchverbot in der Gastronomie erscheint die Erfüllung des WHO-Tabak-Rahmenübereinkommens daher fragwürdig (vgl. Neuberger, 2016).

Am 13. August 2015 ist das Bundesgesetz über das Herstellen und das Inverkehrbringen von Tabakerzeugnissen sowie die Werbung für Tabakerzeugnisse und den NichtraucherInnenenschutz (Tabakgesetz) mit dem BGBl. I Nr. 101/2015 dahingehend geändert worden, dass ab 1. Mai 2018 nach knapp dreijähriger Übergangsfrist ein „absolutes Rauchverbot in der Gastronomie“ in Kraft tritt. Unter dem Begriff „absolutes Rauchverbot“ ist dabei ein ausnahmsloses Rauchverbot in allen Innenräumen, die von Gästen betreten werden dürfen, zu verstehen. Das Rauchverbot umfasst alle Arten gastronomischer Betriebe (Restaurant, Café, Diskothek, etc.) und alle Arten von Tabakwaren (Zigaretten, Zigarren, Wasserpfeifen etc.) sowie verwandte Erzeugnisse (z.B. E-Zigaretten). Die Freibereiche der Gastronomie sind vom absoluten Rauchverbot nicht berührt. Dieses Modell eines absoluten NichtraucherInnenenschutzes in der Gastronomie wird in vielen Ländern jetzt bereits umgesetzt.

3.2 Beschreibung der Änderung des TNRSG mit erweitertem Jugendschutz

Laut Regierungsprogramm soll das österreichische TNRSG in Anlehnung an das Berliner Modell geändert werden. Nach eingehenden Recherchen des Berliner Modells (Landesdrogenbeauftragte Berlin, 2018; GVBl. 2007) hat sich herausgestellt, dass daraus de facto nur folgender Punkt in Österreich übernommen werden soll:

- Es gilt ein Rauchverbot bis zum Alter von 18 Jahren.

Das Regierungsprogramm sieht darüber hinaus vor, dass es einen besonderen Schutz für Mitarbeiter unter 18 Jahren gibt und „eine Abgabe pro Verabreichungsplatz im Raucherbereich pro Monat, dessen Einnahme für präventive Maßnahmen zu verwenden ist“ eingeführt wird (Kurz et al. 2017). Auf Grund zahlreicher Proteste (Die Presse, 2017b) hat sich die Wirtschaftsministerin zur Aussage veranlasst gesehen, dass die Abgabe pro Verabreichungsplatz im Raucherbereich wieder fallen gelassen werde.

In der folgenden Tabelle sind die im Regierungsprogramm festgehaltenen Maßnahmen des Vorhabens zur Änderung des TRNSG zusammengefasst:

Tabelle 3: **Eckpunkte der Änderung des TRNSG mit erweitertem Jugendschutz im Regierungsprogramm** (Stand: 1.1.2018)

| Maßnahmen | Anmerkung |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • derzeit geltende österreichische Regelung für einen teilweisen NichtraucherInnenschutz in der Gastronomie | Tabak- und Nichtraucherinnen- und Nichtraucherschutzgesetz (TNRSG) |
| plus | |
| <ul style="list-style-type: none"> • verpflichtende Kennzeichnung für Raucher- bzw. Nichtraucher- bzw. gemischte Lokale | Regierungsprogramm S. 166, bereits im TNRSG festgeschrieben |
| <ul style="list-style-type: none"> • besonderer Schutz für Mitarbeiter unter 18 Jahren vorgesehen | Regierungsprogramm S. 166 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Der Jugendschutz wird verstärkt (passiver Raucherschutz) | Regierungsprogramm S. 166 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Zusätzlich wird eine Abgabe pro Verabreichungsplatz im Raucherbereich pro Monat eingeführt, dessen Einnahme für präventive Maßnahmen zu verwenden ist | Regierungsprogramm S. 166, soll laut Wirtschaftsministerin aber doch nicht kommen |
| <ul style="list-style-type: none"> • Rauchverbot in Fahrzeugen in Anwesenheit von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre | Regierungsprogramm S. 104 |
| <p>Im Sinne eines verbesserten Nichtraucherschutzes für Kinder und Jugendliche wird</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rauchen sowie • der Verkauf von Tabakwaren an Jugendliche erst ab 18 Jahren genehmigt. | Regierungsprogramm S. 104 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Im Sinne der unternehmerischen Freiheit dürfen Gastronomiebetriebe weiterhin Raucherbereiche anbieten. | Regierungsprogramm S. 124 |
| <ul style="list-style-type: none"> • einheitlicher Jugendschutz: Vereinheitlichung der Regelungen u. a. zu Mindestalter für den Konsum von Tabak etc. | Regierungsprogramm S. 17 |
| <ul style="list-style-type: none"> • bundesweite Vereinheitlichung des Jugendschutzes | Regierungsprogramm S. 103 |

Darstellung GFA-Team 2018

3.3 Relevanz eines gesetzlichen NichtraucherInnen schutzes aus Public Health Perspektive bzw. präventive Aspekte zum Thema NichtraucherInnen schutz

Laut WHO (2012) tötet Rauchen mehr EuropäerInnen als jeder andere vermeidbare Faktor. Im weltweiten Vergleich hat die Europäische Region die höchste Rate an TabakkonsumentInnen und den höchsten Anteil an tabakrauchassoziierten Todesfällen. Im Durchschnitt rauchen 32% der Erwachsenen. Dabei sind 16% aller Todesfälle von Erwachsenen über 30 Jahre auf Tabakkonsum zurückzuführen (WHO 2012). Die unzähligen Auswirkungen von vorzeitigem Tod, Behinderung, Totgeburt und Erhöhung der Säuglingssterblichkeit über Atemwegserkrankungen im Kindesalter bis hin zu erhöhten infektiösen und nichtübertragbaren Krankheiten im Erwachsenenalter sind international durch zahlreichen Studien bewiesen worden. Laut Global Burden of Disease Study (2016) führt darüber hinaus auch Passivrauch in Österreich jedes Jahr zu 575 vermeidbaren Todesfällen.

Um eine Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Bevölkerung zu erzielen sowie flächendeckend nachhaltige, bürgernahe Gesundheitssysteme sicherzustellen, die Chancengerechtigkeit sowie qualitativ hochwertige Leistungen bieten, bedarf es des aktiven Einsatzes nicht nur der Gesundheitspolitik, sondern aller Politikbereiche und der verschiedensten AkteurInnen.

Gesundheit 2020 (Health 2020) ist ein gesundheitspolitisches Rahmenkonzept auf europäischer Ebene das genau dieses Ziel anstrebt, nämlich sozialen und gesundheitlichen Herausforderungen politikfeldübergreifend zu begegnen. Dazu sollen Maßnahmen gesetzt werden, um flächendeckend gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen, die öffentliche Gesundheit zu stärken und nachhaltige bürgerInnennahe Gesundheitssysteme zu gewährleisten (WHO, 2018).

Dementsprechend findet sich im Maßnahmenbericht zum Ziel 1 der Gesundheitsziele Österreich die Maßnahme „Nichtraucherschutz in Österreich auf Basis eines politikfeldübergreifenden sachlichen Diskurses entsprechend dem ratifizierten WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs etablieren“, mit deren Umsetzung 2015 begonnen worden ist.

Das Krebsrahmenprogramm Österreich, welches im Oktober 2014 vom Gesundheitsministerium herausgegeben worden ist, enthält im operativen Ziel Rauch-Stopp drei Maßnahmen, die der Reduktion der Morbidität und Mortalität bei tabakrauchassoziierten Krebserkrankungen dienen: Umsetzung der Framework Convention on Tobacco Control, Rauchverbot in der Gastronomie und Förderung niederschwelliger und zielgruppenspezifischer Rauchentwöhnungsangebote (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

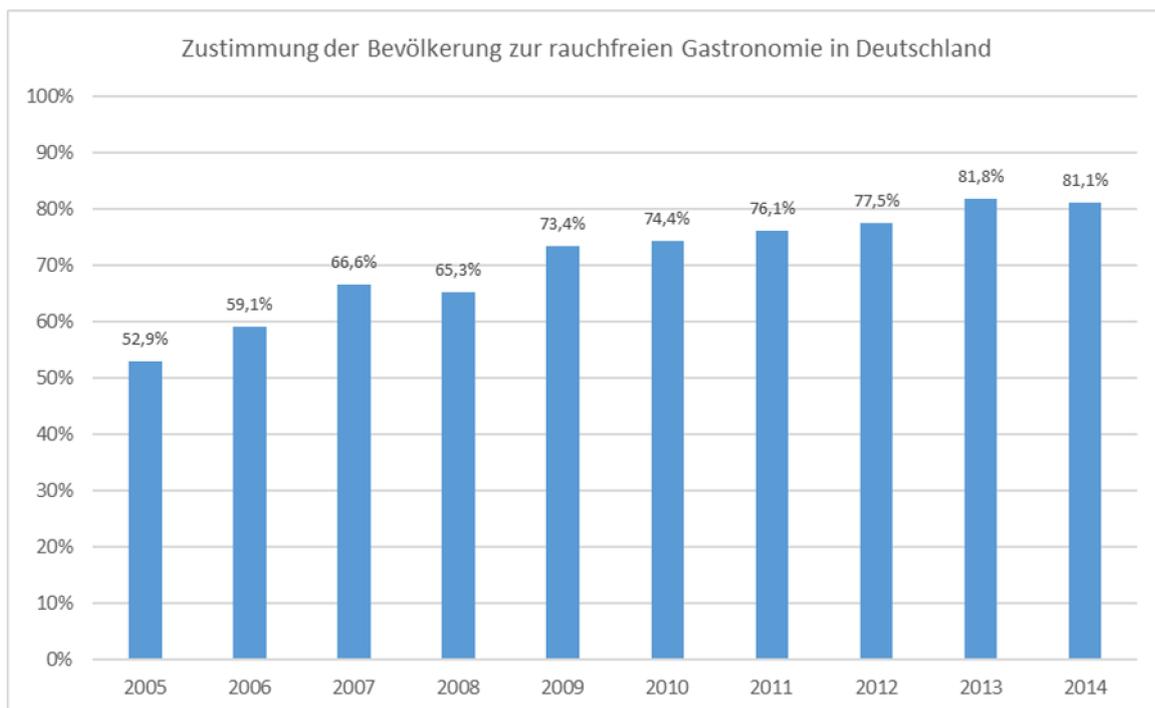
Politische Entscheidungen zur Eindämmung des Tabakkonsums auf Bevölkerungsebene können benachteiligten Gruppen zu Gute kommen und dazu beitragen gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern (Thomas et al., 2008). Bei der Entwicklung von Strategien auf europäischer, nationaler und lokaler Ebene ist es jedoch wichtig, die Auswirkungen auf die Chancengerechtigkeit auf Basis der besten verfügbaren Erkenntnisse zu berücksichtigen, damit sichergestellt wird, dass (a) gesundheitliche Ungleichheiten nicht verschlimmert und (b) Ungleichheiten beim Rauchen sowie damit verbundene Schäden verringert werden (WHO, 2014).

In Europa haben Bevölkerungsgruppen mit niedrigerem sozioökonomischen Status generell höhere Raucherquoten als solche mit höherem Status. Sie rauchen in der Regel auch häufiger schon in jüngeren Jahren, konsumieren mehr Zigaretten pro Tag und hören seltener auf zu rauchen als Personen mit höherem sozioökonomischen Status (Schaap, 2010). RaucherInnen mit niedrigerem Einkommen sind häufiger nikotinabhängig und benötigen intensivere Unterstützung, um erfolgreich mit dem Rauchen aufzuhören. Dies bedeutet angesichts des niedrigeren Einkommensniveaus dieser Personen eine besondere politische Verantwortung bei der Bereitstellung oder Subventionierung von Maßnahmen und/oder Dienstleistungen (Siahpush et al. 2006).

Gesundheitliche Ungerechtigkeit in der Kindheit wirkt sich auf Gesundheit und Wohlbefinden im Erwachsenenalter aus und akkumuliert im Lebensverlauf (WHO 2014). Bereits mütterliches Passivrauchen stellt die Ursache von signifikant gesundheitlichen Auswirkungen auf den Fötus dar. Studien zeigen, dass Störungen, die in Zusammenhang mit einer Passivrauchbelastung bei Müttern auftreten, mit denen von aktiv rauchenden Müttern übereinstimmen. Dazu zählen etwa geringeres Geburtsgewicht, die Erhöhung der fetalen und perinatalen Mortalität sowie das Risiko für angeborene Fehlbildungen und Frühgeburt. Des Weiteren verdoppelt sich das Risiko bei Kindern im späteren Leben zu rauchen, wenn diese mit einer rauchenden Person im selben Haushalt leben (Royal College of Physicians, 2010). Aus Public Health Sicht ist es daher von zentraler Bedeutung, Tabakpräventionsmaßnahmen insbesondere für Schwangere und Kleinkinder durchzuführen und sicherzustellen, sodass gesundheitliche Ungerechtigkeiten, beispielsweise bei der Belastung mit Passivrauch oder beim Rauchverhalten, bereits in der frühen Kindheit vermieden werden.

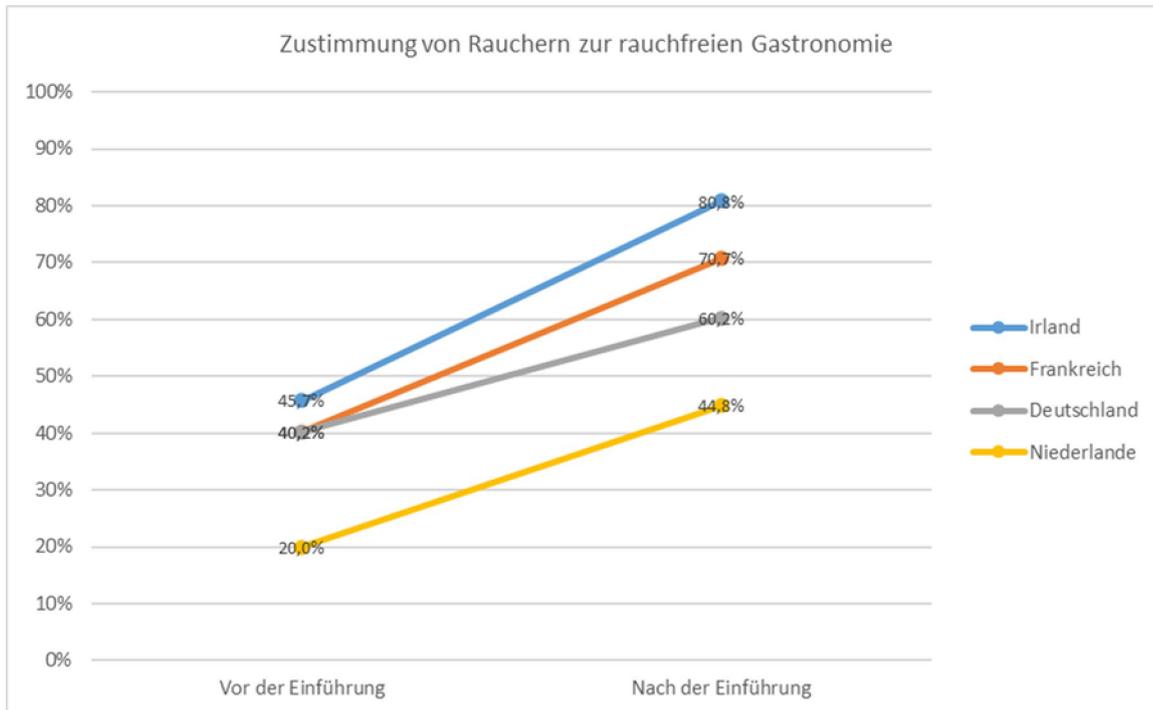
Abschließend sei bemerkt, dass vier von fünf EU-BürgerInnen sich eine rauchfreie Gastronomie wünschen. Die Zustimmung zur rauchfreien Gastronomie bei RaucherInnen hat beispielsweise in Irland, Frankreich, Deutschland oder den Niederlanden nach der Einführung rauchfreier Lokale zugenommen, insbesondere auch unter RaucherInnen. (vgl. Abbildung 3, Deutsches Krebsforschungszentrum (2010)). Auch in Österreich stimmten bei einer Umfrage im Auftrag der Initiative Ärzte gegen Raucherschäden 70 Prozent der Bevölkerung für eine rauchfreie Gastronomie (GfK, 2018).

Abbildung 2: **Zustimmung der Bevölkerung zur rauchfreien Gastronomie in Deutschland**



Quelle und Darstellung: Deutsches Krebsforschungszentrum (2014)

Abbildung 3: **Zustimmung von Rauchern zur rauchfreien Gastronomie in Deutschland und anderen europäischen Ländern**



Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum (2010); Daten wurden 7-24 Monate nach Einführung der rauchfreien Gastronomie erhoben. Darstellung GFA-Team 2018

4 Ergebnisse

4.1 Raum- und Bevölkerungsanalyse für Österreich

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Erhebungen zu den von der Änderung des TNRSRG betroffenen Personen- und Bevölkerungsgruppen dargestellt.

4.1.1 Soziodemografie

Zum Stichtag 1. Januar 2018 leben nach vorläufigen Ergebnissen der Statistik Austria 8.823.054 Menschen in Österreich, davon 4.484.337 Frauen und 4.338.717 Männer (Statistik Austria, 2018).

1.719.121 Personen sind im Alter zwischen 0 und 19 Jahren (entspricht 19,5% der Gesamtpopulation). In der Altersgruppe von 20 bis 64 Jahren befinden sich 5.455.724 Personen (61,8%) und 1.648.209 Menschen weisen ein Alter von 65 Jahren und älter auf (18,7%) (Statistik Austria, 2018).

Die Verteilung der in Österreich lebenden Bevölkerung nach Bundesländern stellt sich mit Stichtag 1. Januar 2018 wie folgt dar (Statistik Austria, 2018):

Tabelle 4: **Bevölkerung der österreichischen Bundesländer**

| Bundesland | Personenanzahl |
|------------------|----------------|
| Burgenland | 292.697 |
| Kärnten | 560.882 |
| Niederösterreich | 1.670.899 |
| Oberösterreich | 1.473.693 |
| Salzburg | 552.614 |
| Steiermark | 1.240.299 |
| Tirol | 751.208 |
| Vorarlberg | 391.679 |
| Wien | 1.889.083 |

Quelle: Statistik Austria 2018, Darstellung: GFA-Team 2018

4.1.2 Soziales

Der Bildungsstand der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren (insgesamt 7.429.137 Personen) verteilt sich im Jahr 2015 wie folgt: 1.998.274 Personen mit allgemeinbildenden Pflichtschulabschluss, 2.350.839 Personen mit Lehrabschluss, 1.055.409 Personen mit BMS-Abschluss, 454.868 Personen mit AHS-Abschluss, 584.198 mit BHS-Abschluss, 46.881 mit Kolleg-Abschluss, 141.052 mit Akademie-Abschluss und 797.616 mit Hochschulabschluss (Statistik Austria, 2015a).

Betrachtet man die Verteilung der Einkommen entlang von Bildungsabschlüssen, so sind Erwerbstätige mit universitärem Bildungsabschluss am oberen Ende (55,3% in den drei obersten Dezilen; 2.362 bis über 3.406 €) und Personen, die nur den Pflichtschulabschluss aufweisen, verstärkt am unteren Ende (62,0% in den drei untersten Dezilen; unter 744 bis 1.425 €) der Einkommenskala zu finden (Statistik Austria, 2017a).

Ein Drittel der unselbständig erwerbstätigen Männer (34,6%) und zwei Drittel (67,2%) der unselbständig erwerbstätigen Frauen, haben sich 2016 in der unteren Einkommenshälfte befunden. Zum einkommensstärksten Zehntel der Erwerbstätigen, die ein Einkommen von über 3.406 € erzielten, zählen 15,2% der Männer, aber nur 4,3% der Frauen. Umgekehrt haben sich 14,4% der Frauen, aber nur 6,1% der Männer im Dezil mit dem niedrigsten Einkommen (unter 744 €). Die Teilzeitquote hat für Frauen 47,7% und für Männer 11,8% betragen (Statistik Austria, 2017a).

Laut Einkommensbericht 2016 hängt die Höhe des Bruttojahreseinkommens stark vom Wirtschaftsbereich ab, in dem eine Person beschäftigt ist. Die höchsten Bruttojahreseinkommen sind in der Energieversorgung zu finden (54.784 €, Frauenanteil 19%, Vollzeitanteil 90%; 2013: 53.236 €). Die niedrigsten Einkommen werden in der Beherbergung und Gastronomie erzielt (10.429 €, Frauenanteil 59%, Vollzeitanteil 56%; 2013: 10.069 €) (Rechnungshof, 2016).

270.000 Personen sind im Jahr 2016 arbeitslos gewesen, darunter 63.500 Jugendliche (15 bis 24 Jahre) und 28.100 Personen im Alter von 55 bis 64 Jahren. Insgesamt ist die Arbeitslosenquote bei Personen mit Pflichtschulabschluss mit 13,4% am höchsten und bei Personen mit Tertiärabschlüssen am niedrigsten (3,8%) ausgefallen (Statistik Austria, 2017a).

Laut Statistik Austria (EU-SILC 2016) sind 18,0% der Bevölkerung (1.542.000 Personen) armuts- oder ausgrenzungsgefährdet, darunter 23% Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren, 42% Frauen bzw. 34% Männer ab 20 Jahren. 11% der Personen ab 16 Jahren sind armuts- und ausgrenzungsgefährdet und in Ausbildung, 17% im Haushalt tätig, weitere 17% arbeitslos, 25% in Pension und 30% erwerbstätig (Pesendorfer, 2017).

4.1.3 Daten zur Branche Gastronomie

Nach der vorläufigen Leistungs- und Strukturstatistik 2016 fallen in Österreich 30.963 Unternehmen in den Wirtschaftsbereich Gastronomie (I56). Insgesamt sind dort im Jahresdurchschnitt 186.984 Personen beschäftigt. Differenziert betrachtet ist die Anzahl an Restaurants, Gaststätten, u.Ä. bei 27.774 Unternehmen (162.145 Beschäftigte im Jahresdurchschnitt), an Cateringunternehmen bei 806 (11.631 Beschäftigte im Jahresdurchschnitt) und Betrieben mit Ausschank von Getränken bei 2.383 (13.208 Beschäftigte im Jahresdurchschnitt) gelegen (Statistik Austria, 2017).

Die letztverfügbaren Daten im Branchenprofil GASTRONOMIE der WKO zu Unternehmen (Bericht von Februar 2018) belaufen sich auf 32.059 Unternehmen (Schwerpunktzuordnung), wovon 54,2% der Sparte Tourismus und Freizeitwirtschaft sowie 6,7% der gewerblichen Wirtschaft zugeordnet werden. Insgesamt sind 2017 inklusive geringfügig Beschäftigten 150.196 unselbstständig Beschäftigte in dieser Branche tätig gewesen. Davon sind 12.879 Angestellte (8,6%), 134.498 Arbeiter und -innen (89,5%) und 2.820 Lehrlinge (1,9%) gewesen. Der Frauenanteil hat 56,3% betragen und der Anteil an geringfügig Beschäftigten ist bei 26,9% gelegen (WKO, 2018). Die Verteilung der unselbstständig Beschäftigten hat sich im Jahr 2016 nach Bundesländern (inklusive geringfügig Beschäftigten) folgendermaßen dargestellt (in %):

Tabelle 5: **Unselbständig beschäftigte Personen in der Gastronomie nach Bundesländern**

| Bundesland | Anteil 2016 in Prozent |
|------------------|------------------------|
| Burgenland | 2,9 |
| Kärnten | 5,8 |
| Niederösterreich | 13,9 |
| Oberösterreich | 12,7 |
| Salzburg | 8,4 |
| Steiermark | 11,4 |
| Tirol | 9,5 |
| Vorarlberg | 4,2 |
| Wien | 31,2 |

Quelle: WKO (Beschäftigungsstatistik), Darstellung: GFA-Team 2018

40% unselbstständig Beschäftigte haben in einem Gastronomiebetrieb mit 0 bis 9 Beschäftigten, 34,5% in einem mit 10 bis 49 beschäftigten Personen, 17% in einem mit 50 bis 249 Beschäftigten und 8,5% in einem mit 250 und mehr Beschäftigten gearbeitet (ebd.).

Lehrlinge in der Gastronomie sind mit einem Anteil von 22,3% in Oberösterreich, 21,8% in Wien, 15% in Niederösterreich, 12,4% in der Steiermark, 9,3% in Salzburg, 7,7% in Kärnten, 5,3% in Vorarlberg, 4,5% in Tirol und 1,7% im Burgenland tätig gewesen (ebd.).

Offizielle Zahlen zur Anzahl der rauchfreien Lokale in Österreich sind nicht vorhanden. Auf der Plattform der Initiative „da.stinkts.net“ können sich jedoch absolut rauchfreie Lokale in Österreich auflisten lassen. Derzeit sind dort 1820 Lokale in Österreich als absolut rauchfrei registriert (<http://da.stinkts.net>, Stand: 10.02.2018).

Aus skandinavischen Ländern liegen Daten zum Gesundheitszustand von Kellnern bezüglich Krebserkrankungen vor. Dabei zeigen sich in der 5 Länder übergreifenden, über 45 Jahre durchgeführten Kohorten-Studie von Reijula (2015) bei Männern 46% und bei Frauen 9% signifikant mehr Krebserkrankungen. Die Autoren erklären sich diese Ergebnisse durch vermehrten Alkoholkonsum, eine erhöhte RaucherInnen-Prävalenz sowie verstärkte Passivrauch-Belastung. Inwiefern diese Beobachtung auf Österreich übertragbar ist, kann aufgrund fehlender Daten aus Österreich nicht abgeschätzt werden.

4.1.4 Daten zum Einflussfaktor „Rauchen“

Auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 lässt sich erkennen, dass 1,8 Millionen ÖsterreicherInnen (jede vierte Person ab 15 Jahren) täglich rauchen, Männer etwas häufiger als Frauen (27% bzw. 22%). 6% der Männer und 5% der Frauen rauchen gelegentlich (Statistik Austria, 2015).

Bei beiden Geschlechtern ist der Anteil an täglich rauchenden Personen im Alter zwischen 20 und 54 Jahren am höchsten. 34% der täglich rauchenden Männer und 29% der täglich rauchenden Frauen zählen zu diesem Altersbereich. Zählt man die Zahl der gelegentlich Rauchenden hinzu, dann steigt die Rauchquote in dieser Altersgruppe auf 41% bei Männern und 35% bei Frauen. Ab einem Alter von 55 Jahren ist das Rauchen bei beiden Geschlechtern weniger attraktiv geworden. Von den täglich Rauchenden habe 32% im letzten Jahr ernsthaft versucht, mit dem Rauchen aufzuhören (ebd.)

Das Alter ist ein ausschlaggebender Einflussfaktor bezüglich der Manifestation von Rauchgewohnheiten (vgl. Abbildung 4). Von den täglich Rauchenden haben rund ein Viertel bis zum 15. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen. Für mehr als die Hälfte der täglich Rauchenden ist das Rauchen bis zum 17. Lebensjahr zur Gewohnheit geworden (ebd.).

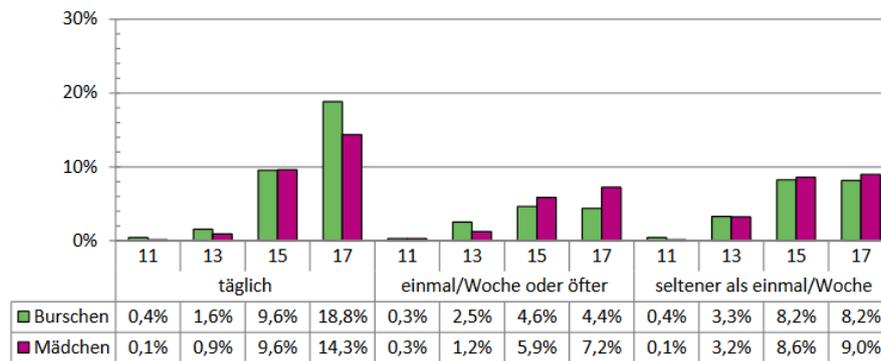
Abbildung 4: Rauchbeginn der täglich rauchenden Bevölkerung 2014

| Alter, Geschlecht | Alter bei Rauchbeginn in Jahren (kumulierte Häufigkeiten in %) | | | | |
|--------------------|--|--------|--------|--------|--------|
| | bis 13 | bis 15 | bis 17 | bis 19 | bis 24 |
| Männer | | | | | |
| Insgesamt | 4,7 | 24,9 | 59,5 | 79,9 | 93,2 |
| 15 bis 29 Jahre | 3,8 | 31,0 | 76,1 | 94,4 | 99,3 |
| 30 bis 44 Jahre | 6,8 | 25,2 | 56,1 | 78,1 | 91,8 |
| 45 bis 59 Jahre | 4,8 | 22,1 | 53,5 | 73,7 | 91,6 |
| 60 bis 74 Jahre | 0,7 | 17,7 | 45,5 | 69,1 | 87,2 |
| 75 Jahre und älter | 0,0 | 0,0 | 13,0 | 17,5 | 73,8 |
| Frauen | | | | | |
| Insgesamt | 3,7 | 22,7 | 55,0 | 72,2 | 89,3 |
| 15 bis 29 Jahre | 4,5 | 31,3 | 73,3 | 93,1 | 99,1 |
| 30 bis 44 Jahre | 4,9 | 26,6 | 59,2 | 75,6 | 93,0 |
| 45 bis 59 Jahre | 3,1 | 17,2 | 48,6 | 66,4 | 89,2 |
| 60 bis 74 Jahre | 0,5 | 9,5 | 25,2 | 38,8 | 63,7 |
| 75 Jahre und älter | 0,0 | 11,5 | 11,5 | 11,5 | 35,3 |

Quelle und Darstellung: Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2014, erstellt am 20.10.2015.

Details zum Tabakkonsum von österreichischen Jugendlichen werden in regelmäßigen Abständen durch die Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC-Studie) erhoben. Die Daten von 2014 zeigen auch hier die Altersabhängigkeit des Rauchverhaltens. Während der Anteil an NichtraucherInnen bei 11-Jährigen noch rund 99% beträgt, geben 15,8% der befragten 11 bis 17-jährigen SchülerInnen an zu rauchen, wobei 7,1% täglich, 3,4% zumindest einmal in der Woche und 5,2% seltener Tabak konsumieren. Zwischen den Geschlechtern lässt sich nur ein geringer Unterschied feststellen (vgl. Abbildung 5). Werden alle Altersgruppen gemeinsam betrachtet liegt der Anteil an Rauchern bei 14,5% und der Anteil an Raucherinnen bei 16,1% (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017). Darüber hinaus zeigen Ergebnisse, der im Jahr 2015 durchgeführten ESPAD-Erhebung (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs), dass SchülerInnen aus Berufsschulen und Polytechnischen Schulen mehr Konsumerfahrung mit nikotinhaltenen Produkten aufweisen als SchülerInnen anderer Schulen. Des Weiteren besteht ein geringer Unterschied zwischen städtischen und ländlichen Regionen, wobei SchülerInnen in ländlichen Regionen angaben, etwas häufiger Tabak zu konsumieren als Jugendliche aus Schulen in größeren Gemeinden (Strizek et al., 2016).

Abbildung 5: Rauchstatus österreichischer SchülerInnen nach Geschlecht



Quelle und Darstellung: HBSC Factsheet 4/2017

Rund ein Fünftel der nicht täglich rauchenden Bevölkerung ist einer Passivrauchbelastung in Innenräumen ausgesetzt gewesen, Männer häufiger als Frauen (25% bzw. 14%). Hervorzuheben ist, dass diese Belastung bei der jungen Bevölkerung am größten war, jede dritte 15- bis 29-jährige Person war in Innenräumen Tabakrauch ausgesetzt, wobei auch hier Männer häufiger betroffen gewesen sind als Frauen (36% bzw. 29%). Differenziert nach Bundesländern sind Personen in Wien am häufigsten Passivrauch ausgesetzt gewesen (Statistik Austria, 2015). Im Rahmen der Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015 wurde von NichtraucherInnen die Belastung durch Passivrauch häufiger bei sich zu Hause als am Arbeitsplatz angegeben (Strizek & Uhl, 2016).

Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Rauchen

Auswertungen der Daten zur Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 zeigen vor allem bei pensionierten Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien (nicht-EU) oder der Türkei, pensionierten Frauen mit Pflichtschulbildung, pensionierten Frauen mit Lehrabschluss, Frauen und Männern mit Pflichtschulbildung und Frauen mit Lehrabschluss ein höheres Risiko täglich zur Zigarette zu greifen (Statistik Austria, 2016).

Einkommen

Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 zeigen, dass mit steigendem Einkommen der Anteil der Frauen und Männer, die täglich rauchten, sinkt, wobei die Einkommensunterschiede bei Männern deutlicher ausgeprägt waren. So haben Personen mit niedrigem Einkommen im Vergleich zu jenen der höchsten Einkommensstufe eine 1,5-fach höhere Wahrscheinlichkeit, täglich zu rauchen. Für Frauen erhöht sich das Risiko sogar um das 1,6-fache (Statistik Austria, 2016).

Bildung

Die Daten zeigen darüber hinaus bei beiden Geschlechtern deutliche Bildungseffekte beim Rauchverhalten. So greifen Frauen und Männer mit niedriger oder mittlerer Schulbildung signifikant häufiger täglich zur Zigarette als Personen mit höherem Bildungsabschluss. Differenziert nach Alter rauchen Personen von 30 bis 44 Jahren mit Pflichtschulabschluss am häufigsten (64% Frauen, 58% Männer). Ebenfalls rauchen Männer zwischen 45 und 59 Jahren mit Pflichtschulabschluss sowie über 40% der 15- bis 29-jährigen Frauen und Männer mit mittleren Schulabschluss täglich. Personen mit höherem Bildungsabschluss weisen in allen Altersgruppen die niedrigsten Rauchquoten auf (Statistik Austria, 2016).

Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit

Erwerbstätige mit manueller Tätigkeit rauchen wesentlich häufiger täglich, während Personen mit einer anderen als einer manuellen Tätigkeit oder Selbstständige am seltensten rauchen. Die Wahrscheinlichkeit täglich zu rauchen ist für Männer, die manuell tätig gewesen sind, dreimal so hoch gewesen wie für Männer, die eine andere Tätigkeit ausgeübt haben. Bei Frauen mit manueller Tätigkeit ist die Wahrscheinlichkeit täglich zur Zigarette zu greifen 2,5-fach erhöht gewesen (Statistik Austria, 2016).

Darüber hinaus hat der Erwerbsstatus Einfluss auf das Rauchverhalten. Arbeitslose Personen rauchen häufiger täglich (46% Frauen, 58% Männer) als Erwerbstätige (29% Frauen, 30% Männer). Umgekehrt liegt der Anteil an NichtraucherInnen bei Arbeitslosen (Frauen: 30%, Männer: 15%) deutlich unter jenem von erwerbstätigen Personen (44% Frauen, 37% Männer) (Statistik Austria, 2016).

Migrationshintergrund

Der Anteil der täglich Rauchenden ist bei Personen mit Migrationshintergrund größer als in der österreichischstämmigen Bevölkerung. Den höchsten Anteil an täglich Rauchenden weisen Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei auf (Statistik Austria, 2016).

4.2 Auswirkungen der Änderung des TNRSG mit erweitertem Jugendschutz

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse des Bewertungsworkshops anhand der einzelnen Maßnahmen der Änderung des TNRSG mit erweitertem Jugendschutz dargestellt. Ausgangspunkt für die Abschätzung der potenziellen Auswirkungen auf Gesundheit ist der Status quo der NichtraucherInnenenschutzregelung.

Im Sinne einer unternehmerischen Freiheit dürfen Gastronomiebetriebe weiterhin Raucherbereiche anbieten: Das bedeutet, dass es für Erwachsene auch zukünftig möglich ist, in RaucherInnenlokalen bzw. in abgegrenzten Räumen von NichtraucherInnenlokalen Tabak und verwandte Erzeugnisse (z.B. E-Zigaretten) zu konsumieren. Die bereits bestehende Passivrauchbelastung in der Gastronomie bleibt durch diese Maßnahme unverändert. Die WHO weist in ihrem aktuellen Monitoringbericht darauf hin, dass separate RaucherInnenbereiche oder Belüftungssysteme in RaucherInnenbereichen die Belastung durch Passivrauch nicht verhindern können, da der Passivrauch nicht effektiv entfernt werden kann. Nur eine rauchfreie Gastronomie – ohne jegliche Ausnahmeregelungen – kann die Bevölkerung vor gesundheitsschädlichem Passivrauch schützen (WHO 2017).

Bewertung: Diese Maßnahme ist zwar – ausgehend vom derzeitigen Stand des NichtraucherInnenenschutzes in der Gastronomie – als neutral einzustufen, weil sie zu keinen Veränderungen des Status quo führt. Der bereits jetzt bestehende unzureichende Schutz vor Passivrauch wird weiterhin gegeben sein, was aus gesundheitlicher Sicht als negativ bewertet werden muss.

Im Sinne eines verbesserten Nichtraucherschutzes für Kinder und Jugendliche wird rauchen erst ab 18 Jahren genehmigt und **Einheitlicher Jugendschutz: Vereinheitlichung der Regelung zum Mindestalter für den Konsum von Tabak:** Durch diese Maßnahme soll bundesweit einheitlich das Mindestalter fürs Rauchen von 16 auf 18 Jahre angehoben werden. Internationale Erfahrungen zeigen, dass sich durch Anhebung des gesetzlichen Mindestalters der Rauchbeginn in ein höheres Alter verschiebt und die Zahl der RaucherInnen insgesamt abnimmt. Studien in England und Schweden haben eine Reduktion der RaucherInnen-Prävalenz bei Jugendlichen um 30-35% nachgewiesen (Stigler 2017). Laut Statistik Austria (2015) haben mehr als die Hälfte der

täglich rauchenden Personen in Österreich vor dem 17. Lebensjahr bzw. rund 80% vor dem 19. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen. Ein wichtiges Ziel der Tabakprävention ist es daher, das Einstiegsalter für den Tabakkonsum nach hinten zu verschieben, denn wer bis zum 25. Lebensjahr nicht mit dem Rauchen angefangen hat, wird mit großer Wahrscheinlichkeit auch nicht mehr damit beginnen. Auch in Hinblick auf die Erleichterung der Tabak-Entwöhnung und der Verringerung des Grades der Sucht ist das Alter, in dem zu rauchen begonnen wird, ein ausschlaggebendes Kriterium. Je früher Kinder und Jugendliche mit dem Rauchen anfangen, desto schwerer fällt es ihnen, sich das Rauchen im weiteren Lebensverlauf abzugewöhnen und desto höher ist der Tabakkonsum im Erwachsenenalter insgesamt (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2008).

PräventionsexpertInnen weisen auf zwei Bedingungen hin, die gegeben sein müssen, damit das größtmögliche Ausmaß des vorbeugenden Effekts dieser Maßnahme auch tatsächlich eintreten kann: Einerseits gilt es sicherzustellen, dass das Rauchverbot für Kinder und Jugendliche sowohl den öffentlichen als auch den privaten Bereich umfasst, was derzeit noch nicht in allen Bundesländern der Fall ist (vgl. Kap. 3.1). Andererseits muss dieses Rauchverbot immer mit einem Abgabeverbot kombiniert sein, d.h. dass jegliche Abgabe (verkaufen, schenken, etc.) von Tabak und verwandten Erzeugnissen an unter 18-Jährige Personen verboten ist (siehe auch Absatz unterhalb).

Bewertung: Diese Maßnahme wirkt sich insgesamt grundsätzlich positiv auf die Gesundheit der Jugendlichen aus, wobei das Ausmaß des Effekts von den genannten Bedingungen abhängt.

Im Sinne eines verbesserten Nichtraucher-schutzes für Kinder und Jugendliche wird der Verkauf von Tabakwaren an Jugendliche erst ab 18 Jahren genehmigt: Diese Maßnahme kann aus Sicht der Tabakprävention nur als teilweise sinnvoll eingestuft werden, da sie in der vorliegenden Form die sonstige Abgabe von Tabakerzeugnissen weiterhin ermöglicht.

Um das größtmögliche Ausmaß des vorbeugenden Effektes eines bundesweiten Rauchverbots für Personen unter 18 Jahren zu erreichen, ist es erforderlich, dieses Verkaufsverbot von Tabakwaren an Jugendliche in ein generelles Verbot der Abgabe jeglicher Tabak- und verwandten Erzeugnissen (z.B. schenken) an Kinder und Jugendliche umzuwandeln.

Bewertung: Diese Maßnahme wirkt sich insgesamt grundsätzlich positiv auf die Gesundheit der Jugendlichen aus, wobei das Ausmaß des Effekts von der genannten Bedingung abhängt.

Der Jugendschutz wird verstärkt (passiver Raucherschutz): Maßnahmen, die dem Schutz von Jugendlichen vor Passivrauch dienen, sind in Hinblick auf die Bevölkerungsgesundheit grundsätzlich zu begrüßen. Ein vollständiger Schutz von Menschen vor Passivrauch im Bereich der Gastronomie kann jedoch nur durch eine rauchfreie Gastronomie umgesetzt werden (vgl. WHO 2017 bzw. Absatz unternehmerische Freiheit/Raucherbereiche oben).

Bewertung: Da die Formulierung „Der Jugendschutz wird verstärkt (passiver Raucherschutz)“ keine konkrete Maßnahme beschreibt, muss im Rahmen dieser Schreibtisch-GFA von einer Bewertung Abstand genommen werden.

Rauchverbot in Fahrzeugen in Anwesenheit von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre: Diese Maßnahme kann sich grundsätzlich positiv auf die Gesundheit aller mitfahrenden Personen auswirken. Im Auto ist nämlich die Belastung durch Passivrauch auf Grund der Zirkulation des Rauchs auf engem Raum – selbst bei geöffnetem Fenster oder eingeschalteter Klimaanlage – um ein vielfaches höher als im Innenbereich von Häusern, Wohnungen oder der Gastronomie. Für Kinder stellt der Passivrauch im Auto eine besondere Gesundheitsgefahr dar (ASH 2016).

Bisher bleibt bei dieser Maßnahme aber noch unberücksichtigt, dass Passivrauch in Autos, in denen sonst geraucht wird, haften bleibt und auch der „kalte“ Passivrauch für Fahrgäste gesundheitsschädlich ist, selbst wenn in ihrer Gegenwart nicht aktiv geraucht wird (Matt et al. 2016; Schaller & Mons, 2016).

Schließlich trägt selbst ein teilweises Rauchverbot im Auto zu einer Verringerung der Verkehrsunfälle und damit im Zusammenhang stehenden Krankenhausaufnahmen bei, weil das Rauchen im Auto nachweislich zu einem höheren Risiko führt, in Verkehrsunfälle verwickelt zu sein (ASH 2014).

Bedingung für den Eintritt der positiven Gesundheitsauswirkung dieser Maßnahme ist jedenfalls, dass das Rauchverbot im Auto alle Tabakprodukte sowie verwandten Erzeugnisse umfasst und die Einhaltung des Rauchverbots im Auto engmaschig kontrolliert wird.

Bewertung: Die vorgeschlagene Maßnahme wirkt sich insgesamt positiv auf die Gesundheit der betroffenen Kinder und Jugendlichen aus, wenn die genannte Bedingung erfüllt wird, kann aber negative Effekte auf die dazugehörigen rauchenden Erwachsenen haben.

Verpflichtende Kennzeichnung für Raucher- bzw. Nichtraucher- bzw. gemischte Lokale: Von dieser Maßnahme sind keine gesundheitsrelevanten Auswirkungen zu erwarten, da einerseits bereits jetzt schon eine Kennzeichnungsverpflichtung für Lokale besteht und andererseits keinerlei Hinweise aus Studien vorliegen, dass eine Beschilderung in Lokalen das Rauchverhalten beeinflusst.

Bewertung: Diese Maßnahme hat keine Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung.

Besonderer Schutz für Mitarbeiter unter 18 Jahren vorgesehen: Da in der Gastronomie beschäftigte Personen besonderen gesundheitlichen Belastungen durch Tabak (und Alkohol) ausgesetzt sind, ist diese Maßnahme für sie höchst gesundheitsrelevant. Ein weitgehender Schutz vor Passivrauch kann für diese Jugendlichen nur dann erreicht werden, wenn sie im Raucherbereich nicht arbeiten dürfen. Auch hier sind entsprechende Kontrollen erforderlich, damit die positiven Auswirkungen der vorgesehenen Maßnahme auch tatsächlich im gewünschten Ausmaß eintreten.

Für die in der Gastronomie beschäftigten Erwachsenen bringt diese Maßnahme jedoch keinerlei Verbesserung der Arbeitsbedingungen mit sich, so dass sie weiterhin einer besonders hohen Gesundheitsbelastung durch Passivrauch ausgesetzt bleiben. Schwangere können zwar teilweise vor Passivrauch geschützt werden, wenn sie frühzeitig in Karenz geschickt werden, sofern es an ihrem Arbeitsplatz nicht möglich ist, in einem NichtraucherInnenbereich zu arbeiten. In den ersten Wochen bis zur Feststellung und Bekanntgabe der Schwangerschaft bleiben Schwangere, die in nicht-rauchfreien Gastronomiebetrieben arbeiten, jedoch weiterhin dem Passivrauch ausgesetzt.

Bewertung: Diese Maßnahme hat positive Auswirkungen auf die Gesundheit der unter 18-jährigen Beschäftigten in der Gastronomie, falls die genannten Bedingungen erfüllt werden. Sie führt jedoch zu keinen Veränderungen im Hinblick auf die Gesundheit der in der Gastronomie beschäftigten und daher auch besonders belasteten Erwachsenen (dazu zählen unter anderem auch schwangere Frauen).

Einführung einer monatlichen Abgabe pro Verabreichungsplatz im Raucherbereich, dessen Einnahme für präventive Maßnahmen zu verwenden ist: Diese Maßnahme kann insgesamt zu einer Verringerung der Anzahl der Raucherplätze führen, aber nur unter der Voraussetzung, dass die zu entrichtenden Abgaben entsprechend hoch ausfallen.

Die Einnahme von Finanzmitteln für präventive Maßnahmen ist grundsätzlich ebenso als positiv einzustufen. Eine positive Wirkung für den NichtraucherInnenenschutz ergibt sich jedoch nur dann, wenn die Gelder ausschließlich in der Tabakprävention zum Einsatz kommen.

Bewertung: Die vorgeschlagene Maßnahme wirkt sich insgesamt positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung aus, wobei das Ausmaß des Effekts von der genannten Bedingung abhängt.

Tabelle 6: Auswirkungen der Änderung des TNRSG mit erweitertem Jugendschutz auf Grundlage des Bewertungsworkshops

| Einflussfaktoren auf Gesundheit und Wohlbefinden | Maßnahme | zu erwartende Auswirkungen (Informationsquelle) | Eintrittswahrscheinlichkeit | Spezifisch betroffene Gruppen (insb. gesundheitliche Chancengerechtigkeit) | Gesamtbewertung (AMPEL) | Bedingungen bzw. Empfehlungen |
|---|---|--|--------------------------------|--|-------------------------|--|
| soziales und kommunales Umfeld (Lebenswelten) Lebensqualität Wohnort + Arbeit | Im Sinne der unternehmerischen Freiheit dürfen Gastronomiebetriebe weiterhin Raucherbereiche anbieten | keine Veränderung gegenüber dem Status quo (WHO 2017; Bewertungsworkshop) | sw | | neutral | |
| individuelle Lebensweise | Rauchen erst ab 18 Jahren genehmigt (Vereinheitlichung der Regelung zum Mindestalter für Tabakkonsum) | Reduktion der RaucherInnen-Inzidenz und Prävalenz bei 16-18jährigen (Stigler 2017) | sw (Ausmaß abh. von Bedingung) | 16 – 18 jährige Jugendliche | positiv | privat und öffentlich, |
| | | Verringerung des Grades der Sucht und Erleichterung der Tabak-Entwöhnung (Deutsches Krebsforschungszentrum 2008) | sw (Ausmaß abh. von Bedingung) | 16 – 18 jährige Jugendliche | positiv | Verbot der Abgabe von Tabakprodukten und verwandten Erzeugnissen an Jugendliche unter 18 |
| individuelle Lebensweise | Verkauf von Tabakwaren an Jugendliche erst ab 18 Jahren genehmigt) | Reduktion der RaucherInnen-Inzidenz und Prävalenz bei 16-18jährigen (Bewertungsworkshop) | sw | alle Personen unter 18 | positiv | In Kombination mit Konsumverbot, verwandte Erzeugnisse inkludiert |
| individuelle Lebensweise | Jugendschutz verstärken (passiver Raucherschutz) | weniger Exposition gegenüber Passivrauch (Bewertungsworkshop, WHO 2017) | ??? | ??? | ??? | nicht bewertbar, da keine konkrete Maßnahme |
| ökologische und physische Umwelt Verkehr individuelle Lebensweise | Rauchverbot in Fahrzeugen in Anwesenheit von Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahre | weniger Exposition gegenüber Passivrauch bei Kindern (ASH 2016) | sw (Ausmaß abh. von Bedingung) | alle Personen unter 18 – insbes. sozioökonomisch schwache Kinder | positiv | für alle Tabakprodukte und verwandte Erzeugnisse |
| | | Exposition gegenüber kaltem Rauch weiterhin möglich (Matt et al. 2016, Schaller & Mons 2016) | sw | alle Mitfahrenden – hier insbesondere Kinder und Schwangere | neutral | |
| | | weniger Autounfälle (ASH 2014) | sw | ----- | positiv | |
| soziales und kommunales Umfeld (Lebenswelten) Lebensqualität Wohnort | verpflichtende Kennzeichnung für Raucher- bzw. Nichtraucher- bzw. gemischte Lokale | keine gesundheitsrelevante Auswirkung über die bisherigen Anforderungen hinaus (Bewertungsworkshop) | sw | ----- | neutral | |
| soziales und kommunales Umfeld (Lebenswelten) Lebensqualität am Arbeitsplatz | besonderer Schutz für Mitarbeiter unter 18 Jahren | weniger Exposition gegenüber Passivrauch (Bewertungsworkshop) | sw (abh. von Bedingung) | Jugendliche Beschäftigte in Gastronomie | positiv | nur wenn im RaucherInnenbereich nicht gearbeitet werden darf und es Kontrollen gibt |
| | | Exposition gegenüber Passivrauch bei erwachsenen Mitarbeitern der Gastronomie bleibt gleich (Bewertungsworkshop) | sw | Schwangere | neutral | |
| sozioökonomische Faktoren Einkommen | monatliche Abgabe pro Verabreichungsplatz im Raucherbereich, dessen Einnahme für präventive Maßnahmen verwendet werden muss | Reduktion der Anzahl der bereitgestellten RaucherInnenplätze (Bewertungsworkshop) | sw (abh. von Bedingung) | ----- | positiv | nur wenn die finanzielle Abgabe hoch genug bzw. unangenehm hoch ist |
| | | Einnahme von Finanzmitteln für präventive Maßnahmen (Bewertungsworkshop) | sw (abh. von Bedingung) | ----- | positiv | nur bei Bindung für tabakbezogene Maßnahmen |

Abkürzungen: abh. = abhängig, sw = sehr wahrscheinlich; Auswirkungen-Ampel: dunkelrot = stark negativ, rot = negativ; gelb = keine (neutral); dunkelgrün = stark positiv, hellgrün = positiv, keine Farbe = unklar

Darstellung: GFA-Team 2018

4.3 Auswirkungen der ursprünglich beschlossenen rauchfreien Gastronomie

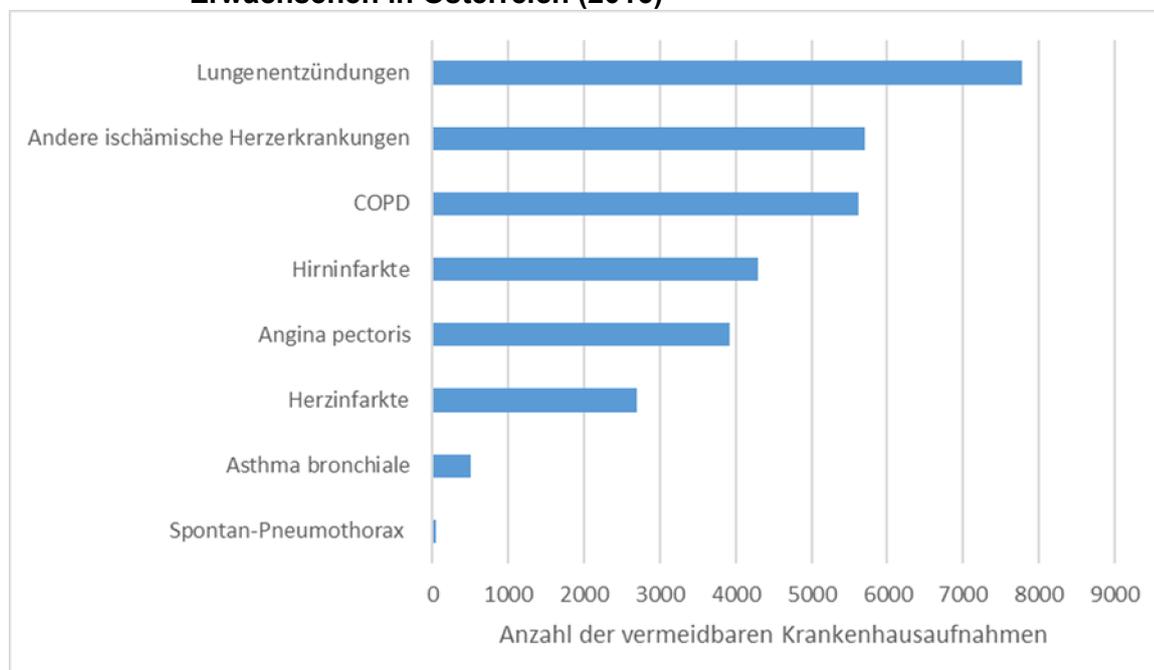
Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse des Bewertungsworkshops getrennt nach Auswirkungen bei Erwachsenen bzw. Kindern/Jugendlichen dargestellt und anschließend einer Gesamtbewertung unterzogen.

4.3.1 Krankheits- und gesundheitsbezogene Auswirkungen bei Erwachsenen

Zentrale Grundlage für die Abschätzung der Gesundheitsfolgen bei Erwachsenen ist die systematische Übersichtsarbeit von Tan et al. (2012). Die AutorInnen dieser Studie untersuchen den Zusammenhang zwischen NichtraucherInnenenschutzgesetzen und Krankenhaus-Aufnahmen von Erwachsenen. Im Zuge einer systematischen Literaturrecherche (Suchzeitraum bis November 2011) haben sie 47 Studien über 33 NichtraucherInnenenschutzgesetze mit einem mittleren follow-up von 24 Monaten identifiziert. Die durchgeführte Meta-Analyse inkludierte nur Beobachtungsstudien, die ein „interrupted time series“ Design anwendeten und die definierte Qualitäts-Standards erfüllten.

Auf Basis der inkludierten Studien lässt sich nach In-Kraft-Treten der jeweiligen NichtraucherInnenenschutzgesetze eine statistisch signifikante Reduktion in vier typischen Krankheits-Gruppen beobachten: Koronare Ereignisse sind um 15%, andere Herzerkrankungen um 39%, Schlaganfälle um 16% und Atemwegserkrankungen um 24% zurückgegangen.

Abbildung 6: **Durch eine rauchfreie Gastronomie vermeidbare Krankenhausaufnahmen bei Erwachsenen in Österreich (2016)**



Berechnung und Darstellung: GFA-Team 2018

Im Rahmen der durchgeführten Meta-Analyse ist nach dem Umfang der umgesetzten Maßnahmen differenziert worden und es hat sich gezeigt, dass umfangreichere NichtraucherInnenenschutzgesetze zu einem stärkeren Gesundheitseffekt führen. Im Gegensatz zu älteren, kleineren Meta-Analysen ist es bei dieser Meta-Analyse nicht möglich gewesen nachzuweisen, dass die Gesundheitseffekte darüber hinaus auch im zeitlichen Verlauf zunehmen. Die Abnahme der Krankenver-

sorgungskosten, welche durch Krankenhausaufnahmen aufgrund von kardiovaskulären oder respiratorischen Erkrankungen verursacht werden, ist jedoch durch mehrere der inkludierten Studien belegt.

Weiters hat die systematische Übersichtsarbeit der Cochrane Collaboration (Frazer 2016) unter anderem 24 Studien (6 davon „interrupted time series“ Beobachtungsstudien) identifiziert, die den Zusammenhang zwischen Nichtraucherschutzgesetzen und der Belastung durch Passivrauch untersucht haben, davon vier Studien, die sowohl die Belastung als auch gesundheitsbezogene Outcomes erforscht haben. Darin hat sich gezeigt, dass es nach In-Kraft-Treten der jeweiligen Nichtraucherschutzgesetze zu einer Abnahme der Belastung durch Passivrauch gekommen ist. Das bestätigt die Ergebnisse der Cochrane-Übersichtsarbeit (Callinan 2010), die bereits mehrere Jahre zuvor zur selben Fragestellung durchgeführt worden ist.

Die RaucherInnen-Prävalenz ist in den OECD-Ländern seit Jahrzehnten rückläufig, wobei Österreich in dieser Hinsicht eine Ausnahme bildet (OECD 2018). Auch nach der Einführung von Nichtraucherschutzgesetzen ist die RaucherInnen-Prävalenz in diesen Ländern weiterhin zurückgegangen. Zur Fragestellung, ob die Einführung von Nichtraucherschutzgesetzen direkt (kausal) zu einer weiteren, zusätzlichen Verringerung der RaucherInnen-Prävalenz geführt hat, konnte keine systematische Übersichtsarbeit gefunden werden. Der diesbezüglich internationale Expertenkonsens lautet, dass die Einführung einer rauchfreien Gastronomie die wesentliche Grundlage für die Senkung der RaucherInnen-Prävalenz darstellt.

In Tabelle 7 werden die in den systematischen Studien identifizierten Auswirkungen einer umfassenden Nichtraucherschutzregelung (im Sinne eines absoluten Rauchverbotes) auf die Gesundheit von Erwachsenen zusammengefasst.

Tabelle 7: Auswirkungen der ursprünglich beschlossenen rauchfreien Gastronomie auf die Gesundheit der Erwachsenen in Österreich

| Indikator | zu erwartende Auswirkungen (Quelle der Information) | Krankenhaus-Aufnahmen in Österreich | pro Jahr vermeidbare Krankenhausaufnahmen in Österreich | Eintrittswahrscheinlichkeit | Spezifisch betroffene Gruppen | Gesamtbewertung (AMPEL) |
|--|---|--|--|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| Krankenhausaufnahmen wegen Herzerkrankungen (akuter Herzinfarkt, akutes Koronarsyndrom, akute koronare Ereignisse, ischämische Herzerkrankung) | signifikante Reduktion von KH-Aufn. wg. Herzerkrankungen um 15% (RR 0.848, 95% CI 0.816-0.881; geringe SB) (Tan et al 2012) | akute Herzinfarkte (2016): 17.772 (11.661 Männer, 6.111 Frauen) andere ischämische Herzerkrankungen (2016): 37.546 (25.824 Männer, 11.722 Frauen) | 2.701 weniger KH-Aufn. wg. Herzinfarkten (1.772 Männer, 929 Frauen) 5.707 weniger KH-Aufn. wg. anderer ischämischer Herzerkrankungen (3.925 Männer, 1.782 Frauen) | sw | Beschäftigte in der Gastronomie | stark positiv |
| Krankenhausaufnahmen wegen anderen Herzerkrankungen (Angina pectoris, KHK, plötzlicher Herztod) | signifikante Reduktion von KH-Aufn. wg. anderer Herzerkrankungen um 39% (RR 0.610; 95% CI 0.440-0.847; große SB) (Tan et al 2012) | Angina pectoris (2016): 10.062 (5.957 Männer, 4.105 Frauen) | 3.924 weniger KH-Aufn. wg. Angina pectoris (2.323 Männer, 1.601 Frauen) | sw | Beschäftigte in der Gastronomie | stark positiv |
| Krankenhausaufnahmen wegen Schlaganfällen (zerebrovaskuläre Ereignisse, Insult, TIA) | signifikante Reduktion von KH-Aufn. wg. Schlaganfällen um 16% (RR 0.840; 95% CI, 0.753-0.936; geringe SB) (Tan et al 2012) | Hirninfarkte (2016): 26.784 (14.411 Männer, 12.373 Frauen) | 4.285 weniger KH-Aufn. wg. Hirninfarkten (2.306 Männer, 1.980 Frauen) | sw | Beschäftigte in der Gastronomie | stark positiv |

| Indikator | zu erwartende Auswirkungen (Quelle der Information) | Krankenhaus-Aufnahmen in Österreich | pro Jahr vermeidbare Krankenhausaufnahmen in Österreich | Eintrittswahrscheinlichkeit | Spezifisch betroffene Gruppen | Gesamtbewertung (AMPEL) |
|---|---|--|--|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Krankenhausaufnahmen wegen Atemwegserkrankungen (COPD, Asthma, Lungenentzündung und Spontan-Pneumothorax) | signifikante Reduktion von KH-Aufn. wg. Atemwegserkrankungen um 24% (RR 0.760; 95% CI, 0.682– 0.846; geringe SB) (Tan et al 2012) | Atemwegserkrankungen gesamt (2016): 58.148 (32.140 Männer, 26.008 Frauen), davon - COPD (2016): 23.438 (12.875 Männer, 10.563 Frauen) - Asthma bronchiale (2016): 2.108 (884 Männer, 1.224 Frauen) - Lungenentzündungen (2016): 32.403 (18.220 Männer, 14.183 Frauen) - Spontan-Pneumothorax (2016): 199 (161 Männer, 38 Frauen) | 13.956 weniger KH-Aufn. wg. Atemwegserkrankungen gesamt (7.714 Männer, 6.242 Frauen), davon - COPD (2016): 5.625 (3.090 Männer, 2.535 Frauen) - Asthma bronchiale (2016): 506 (212 Männer, 294 Frauen) - Lungenentzündungen (2016): 7.777 (4.373 Männer, 3.404 Frauen) - Spontan-Pneumothorax (2016): 48 (39 Männer, 9 Frauen) | sw | Beschäftigte in der Gastronomie | stark positiv |
| Exposition gegenüber Passivrauch | Einführung einer rauchfreien Gastronomie reduziert die Exposition gegenüber Passivrauch (Frazer et al. 2016) | | Effekt in zahlreichen Studien eindeutig nachgewiesen, aber keine Durchschnittsberechnung vorhanden | sw | mehrere Betroffene, siehe Bericht | stark positiv |
| Einkommen/ Beschäftigung | keine Veränderung von Umsätzen oder Beschäftigung in Bars und Restaurants auf Grund gesetzlicher NichtraucherInnen-schutzregelungen (Cornelsen et al. 2014) | | ----- | sw | Beschäftigte in der Gastronomie | stark positiv |

Abkürzungen: CI = Konfidenzintervall, KH-Aufn. = Krankenhausaufnahme, RR = relatives Risiko, SB = Schwankungsbreite, sw = sehr wahrscheinlich, wg. = wegen;

Auswirkungen-Ampel: dunkelrot = stark negative Auswirkungen, rot = negative Auswirkungen; gelb = neutral/keine Auswirkungen; dunkelgrün = stark positive Auswirkungen, hellgrün = positive Auswirkungen, unklar = keine Farbe

Quellen: Die Angaben zu vermeidbaren Krankenhausaufnahmen in Österreich beruhen auf Berechnungen des GFA-Teams. Darstellung: GFA-Team 2018

4.3.2 Krankheitsbezogene Auswirkungen bei Kindern

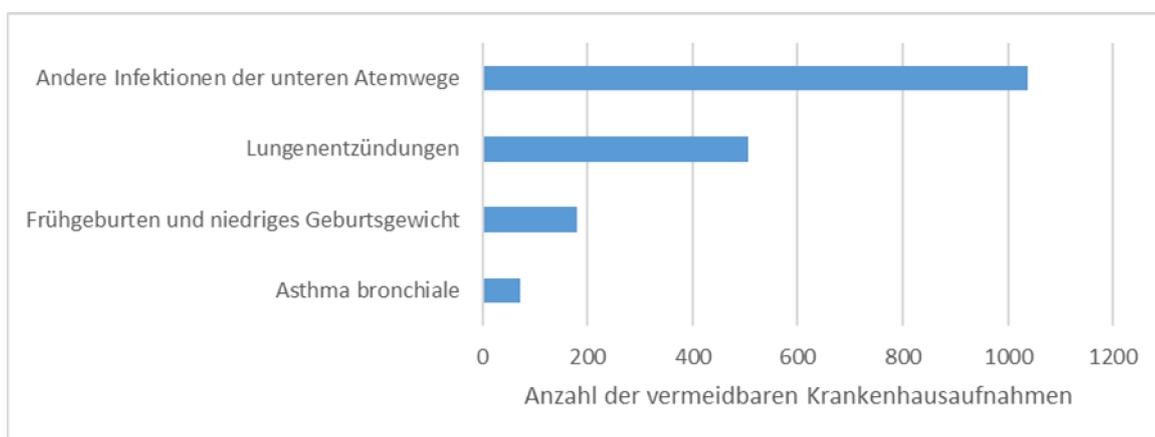
Für die Abschätzung der Gesundheitsfolgen bei Kindern dient die Meta-Analyse von Faber et al. (2017) als zentrale Grundlage. Die AutorInnen dieser Studie untersuchen den Zusammenhang zwischen Tabakkontrollmaßnahmen und der Gesundheit von Kindern (Die Studienpopulation umfasst Föten, Neugeborene und Kinder größtenteils im Alter von unter 12 Jahren). Im Zuge einer systematischen Datenbanksuche (Suchzeitraum bis Juni 2017) haben sie nach den besten verfügbaren Studiendesigns gesucht (randomisiert kontrollierte Studien, kontrollierte Studien, Beobachtungsstudien mit „interrupted time series“-Design, kontrollierte Vorher-Nachher-Studien). Die eingeschlossenen Studien stammen größtenteils aus Nordamerika und Europa, weshalb sich annehmen lässt, dass ihre Ergebnisse auf Österreich übertragbar sind. Zum Thema NichtraucherInnen-schutzregelung sind insgesamt 28 Beobachtungsstudien identifiziert und von den StudienautorInnen in

zwei Kategorien eingeteilt worden: umfassender NichtraucherInnenenschutz (absolutes Rauchverbot in allen 8 von der WHO definierten Bereichen¹⁾) und teilweiser NichtraucherInnenenschutz (absolutes Rauchverbot in einzelnen Bereichen).

Studienergebnisse zeigen einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen einer geltenden NichtraucherInnenenschutzregelung und der Abnahme von Krankenhausaufnahmen wegen Frühgeburten (Verringerung des Risikos um 4%). Laut Berechnungen der Meta-Analyse gehen nach Inkraft-Treten einer NichtraucherInnenenschutzregelung die Krankenhausaufnahmen wegen Asthma um 10% und wegen Erkrankungen der unteren Atemwege um 18% zurück. Bei allen in der Meta-Studie untersuchten Auswirkungen ist das Ausmaß der Abnahme der Erkrankungshäufigkeiten bzw. der Krankenhausaufnahmen wegen dieser Erkrankungen bei bestehendem absoluten Rauchverbot (absoluter NichtraucherInnenenschutz in allen 8 von der WHO definierten Bereichen¹⁾) stärker ausgefallen als dort, wo nur teilweise NichtraucherInnenenschutzregelungen in Kraft gewesen sind. Ein entsprechender Teil an Krankenhausaufnahmen wäre durch die Einführung einer rauchfreien Gastronomie auch in Österreich vermeidbar.

Im Jahr 2016 hat es in Österreich rund 8.300 Krankenhausaufnahmen von Kindern wegen Infekten der unteren Atemwege, rund 4.800 wegen Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht und rund 700 wegen Asthma bei Kindern und Jugendlichen gegeben. Berechnungen, die im Rahmen dieser GFA durchgeführt worden sind (vgl. Kap. 2.2.1) zeigen, dass davon beispielsweise 1.543 Krankenhausaufnahmen wegen Erkrankungen der unteren Atemwege (insbesondere Lungenentzündungen), 181 wegen Frühgeburten sowie 73 wegen Asthma durch eine rauchfreie Gastronomie vermieden werden können.

Abbildung 7: **Durch eine rauchfreie Gastronomie vermeidbare Krankenhausaufnahmen von Kindern in Österreich 2016**



Berechnung und Darstellung: GFA-Team 2018

Elf Studien der Meta-Analyse von Faber et al. (2017) untersuchen, ob bei den Gesundheitsauswirkungen Unterschiede zwischen den verschiedenen sozioökonomischen Gruppen vorliegen. Eine davon zeigt mit 1,5% jährlich die stärkste Abnahme von Krankenhausaufnahmen wegen Infektionen der Atemwege bei den sozioökonomisch am stärksten benachteiligten Kindern. Eine andere Studie zeigt beispielsweise stärkere positive Auswirkungen auf frühgeburtliche Ereignisse (z.B. erhöhtes Geburtsgewicht, längere Schwangerschaftsdauer, Reduktion von Kindersterblichkeit bei Neugeborenen) insbesondere bei Eltern mit geringem Bildungsniveau verglichen mit Eltern mit hohem Bildungsniveau. Die anderen Studien haben keinen vom sozioökonomischen Status ab-

¹ 1) Einrichtungen des Gesundheitssystems; 2) Universitäten; 3) andere, keine universitären Bildungseinrichtungen; 4) Regierungsgebäude; 5) Büros oder Arbeitsplätze im Innenbereich, die in keiner der anderen genannten Kategorien enthalten sind; 6) Restaurants oder Gaststätten, die hauptsächlich Speisen servieren; 7) Cafés, Pubs, Bars oder andere Gaststätten, die hauptsächlich Getränke servieren; 8) öffentliche Verkehrsmittel (WHO 2017)

hängigen Unterschied in Bezug auf die gesundheitlichen Auswirkungen einer NichtraucherInnen-schutzregelung ergeben.

In zahlreichen Studien ist eindeutig nachgewiesen worden, dass eine bestehende NichtraucherInnen-schutzregelung (im Sinne eines absoluten Rauchverbots) die Belastung mit Passivrauch, die vor allem für Kinder besonders gesundheitsschädlich ist, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern verringert (Frazer et al., 2016; Hoffman & Tan, 2015).

Die Meta-Analyse von Faber et al. (2017) untersucht ausschließlich krankheitsbezogene Endpunkte und gibt daher keinerlei Auskünfte über Auswirkungen einer NichtraucherInnen-schutzregelung auf gesundheitsbezogene Endpunkte, wie beispielsweise Lebensqualität oder Rauchverhalten. Zu den Auswirkungen auf die sogenannten Einflussfaktoren auf Gesundheit sind im Rahmen der Literaturrecherche (vgl. Kap. 2.2.1) keine Studien über Kinder gefunden worden. Es konnte jedoch eine wissenschaftliche Arbeit über Jugendliche gefunden werden, die Hinweise auf Auswirkungen einer NichtraucherInnen-schutzregelung auf das Konsumverhalten bei Jugendlichen gibt und deren Ergebnisse im Folgenden kurz dargestellt werden: Die Longitudinalstudie aus Großbritannien (vgl. Katikireddi et al. 2016) zeigt, dass sich nach Einführung der NichtraucherInnen-schutzregelung bei den unter 15-jährigen Mädchen der Anteil jener, die angeben regelmäßig zu rauchen, um 4% verringert. In dieser Gruppe kann in jedem weiteren Jahr nach Einführung der NichtraucherInnen-schutzregelung eine zusätzliche Reduktion dieses Anteils um 1,5% beobachtet werden. Bei den unter 13-jährigen Mädchen sinkt der Anteil jener, die angeben regelmäßig zu rauchen um 2,8 Prozent (In dieser Gruppe kann jedoch keine zusätzliche Veränderung im Zeitverlauf beobachtet werden).

In der Tabelle 8 werden die in der Meta-Analyse von Faber et al. 2017 identifizierten Auswirkungen einer umfassenden NichtraucherInnen-schutzregelung (im Sinne eines absoluten Rauchverbotes) auf die Gesundheit von Kindern zusammengefasst.

Tabelle 8: **Auswirkungen der ursprünglich beschlossenen rauchfreien Gastronomie auf die Gesundheit von Kindern in Österreich**

| Indikator | zu erwartende Auswirkungen (Quelle der Information) | Krankenhausaufnahmen von 0 bis 14 Jährigen in Österreich | pro Jahr vermeidbare Krankenhausaufnahmen in Österreich | Eintrittswahrscheinlichkeit | Spezifisch betroffene Gruppen | Gesamtbewertung (AMPEL) |
|---|--|--|---|-----------------------------|--|-------------------------|
| Krankenhausaufnahmen wegen Frühgeburten | signifikante Reduktion der KH-Aufn. wg. Frühgeburten um ca. 4% (-3,77%, 95% CI -6,37 – -1,16; hohe SB; 10 Studien mit insg. 27.530.183 Individuen) (Faber et al. 2017) | Frühgeburten und niedriges Geburtsgewicht (2016): 4.793 (2.560 Buben, 2.233 Mädchen) | 181 weniger KH-Aufn. wg. Frühgeburten (97 Buben, 84 Mädchen) | sw | frühgeborene Kinder (und deren Mütter) Hinweise auf ges. Ungleichheit aus einzelnen Studien | stark positiv |
| Krankenhausaufnahmen wegen Asthma | signifikante Reduktion der KH-Aufn. wg. Asthma um ca. 10% (-9,83%, 95% CI -16,62 – -3,04; hohe SB; 5 Studien mit insg. 684.826 Fällen) (Faber et al. 2017) | Asthma (2016): 738 (511 Buben, 227 Mädchen) | 73 weniger KH-Aufn. wg. Asthmaanfällen (50 Buben, 22 Mädchen) | sw | Kinder | stark positiv |

| Indikator | zu erwartende Auswirkungen (Quelle der Information) | Krankenhausaufnahmen von 0 bis 14 Jährigen in Österreich | pro Jahr vermeidbare Krankenhausaufnahmen in Österreich | Eintrittswahrscheinlichkeit | Spezifisch betroffene Gruppen | Gesamtbewertung (AMPEL) |
|--|---|--|---|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| Krankenhausaufnahmen wegen Erkrankungen der unteren Atemwege | signifikante Reduktion der KH-Aufn. wg. Erkrankungen der unteren Atemwege um ca. 18% (-18,48%; 95% CI -32,79 – -4,17; große SB; 3 Studien mit insg. 887.414 Fällen) (Faber et al. 2017) | Erkrankungen der unteren Atemwege gesamt (2016): 8.349 (4.973 Buben, 3.376 Mädchen) Pneumonien (2016): 2.731 (1.494 Buben, 1.237 Mädchen) andere Infektionen der unteren Atemwege (2016): 5.618 (3.479 Buben, 2.139 Mädchen) | 1.543 weniger KH-Aufn. wg. Erkrankungen der unteren Atemwege (919 Buben, 624 Mädchen) 505 weniger KH-Aufn. wg. Pneumonien (276 Buben, 229 Mädchen) 1.038 weniger KH-Aufn. wg. anderen Infektionen der unteren Atemwege (643 Buben, 395 Mädchen) | sw | Kinder | stark positiv |

Abkürzungen: CI = Konfidenzintervall, KH-Aufn. = Krankenhausaufnahme(n), SB = Schwankungsbreite, sw = sehr wahrscheinlich, wg. = wegen

Auswirkungen - Ampel: dunkelrot = stark negative Auswirkungen, rot = negative Auswirkungen; gelb = neutral/keine Auswirkungen; dunkelgrün = stark positive Auswirkungen, hellgrün = positive Auswirkungen, keine Farbe = unklar

Quellen: Die Angaben zu vermeidbaren Krankenhausaufnahmen in Österreich beruhen auf Berechnungen des GFA-Teams. Darstellung: GFA-Team 2018

4.4 Geschlechterbezogene Auswirkungen von Maßnahmen zum NichtraucherInnenenschutz

In Österreich fangen Männer etwas früher zu rauchen an als Frauen (Statistik Austria 2015). Im Alter von 11 bis 17 Jahren gibt es jedoch etwas mehr Raucherinnen als Raucher (16,1% bzw. 14,5%) (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017). Im Erwachsenenalter rauchen mehr Männer täglich als Frauen (27% bzw. 22%) und es gibt etwas mehr Männer, die gelegentlich rauchen, als Frauen (6% bzw. 5%) (Statistik Austria, 2015). Männer sind außerdem häufiger als Frauen (25% bzw. 14%) Passivrauchbelastungen in Innenräumen ausgesetzt (Strizek & Uhl, 2016). Daraus lässt sich ableiten, dass in Österreich ältere Mädchen und weibliche Jugendliche durch Maßnahmen, die zu einer Verringerung der RaucherInnen-Anzahl führen, etwas stärker profitieren, während erwachsene Männer sowohl aus Maßnahmen, die zu einer Verringerung der RaucherInnen-Anzahl führen, als auch aus Regelungen, die eine Verminderung der Belastung durch Passivrauch zur Folge haben, einen stärkeren Nutzen ziehen.

In den Tabellen 7 (Erwachsene) und 8 (Kinder) sind sowohl die Anzahlen der Krankenhausaufnahmen aus dem Jahr 2016 sowie die für die verschiedenen Erkrankungen berechneten Mengen an vermeidbaren Krankenhausaufnahmen pro Jahr im Falle einer rauchfreien Gastronomie nach Geschlechtern getrennt angegeben. In allen Fällen ist eine höhere Anzahl von Krankenhausaufnahmen bei Männern und Buben zu verzeichnen. Dementsprechend ist zu erwarten, dass Männer und Buben von Maßnahmen, die eine Reduktion der Erkrankungshäufigkeit und/oder der Schwere der Erkrankung bewirken, einen größeren Vorteil haben.

4.5 Sozioökonomische Auswirkungen von Maßnahmen zum NichtraucherInnenenschutz

In Österreich rauchen Personen mit niedrigem Einkommen verglichen mit Personen der höchsten Einkommensstufe häufiger (Männer um das 1,5-fache und Frauen um das 1,6-fache). Personen mit manueller Berufstätigkeit verglichen mit anderen Berufstätigkeiten rauchen in Österreich deutlich häufiger (Männer um das 3-fache und Frauen um das 2,5-fache) und auch arbeitslose Personen rauchen deutlich häufiger (58% der Männer und 46% der Frauen). Jugendliche in Berufsschulen und Polytechnischen Schulen (Strizek et al., 2016) sowie Personen mit Migrationshintergrund (insbesondere aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei) weisen ebenfalls eine höhere RaucherInnenquote auf.

Personen mit dem höchsten Bildungsabschluss weisen hingegen in allen Altersgruppen die niedrigste RaucherInnenquote auf. (Statistik Austria, 2016)

International gesehen lassen sich in einer systematischen Übersichtsarbeit (Thomas 2008) keine wissenschaftlich belastbaren Unterschiede hinsichtlich der Auswirkungen von NichtraucherInnenenschutzmaßnahmen auf Einzelpersonen aus unterschiedlichen sozioökonomischen Gruppen feststellen. Da in Österreich Personen mit niedrigem Einkommen, niedriger Bildung, manueller Berufstätigkeit, Arbeitslose und Personen mit Migrationshintergrund jedoch häufiger rauchen, kann davon ausgegangen werden, dass diese Bevölkerungsgruppen von verhältnisbezogenen NichtraucherInnenenschutzmaßnahmen überproportional profitieren.

Eine neuere systematische Übersichtsarbeit (Brown 2014) zeigt, dass umfangreiche Nichtraucherenschutzgesetze die gesundheitliche Chancengerechtigkeit im Hinblick auf die unterschiedlichen sozioökonomischen Bevölkerungsgruppen wesentlich besser sicherstellen, während teilweise NichtraucherInnenenschutzregelungen sozioökonomisch schwächere Bevölkerungsgruppen überproportional benachteiligen.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention kommen oftmals jenen Bevölkerungsgruppen am stärksten zugute, die bereits einen besseren Gesundheitszustand aufweisen. Daher gilt es sicherzustellen, dass politische Vorhaben vorhandene gesundheitliche Chancenungerechtigkeiten nicht weiter verstärken. Grundsätzlich wird empfohlen, universelle Maßnahmen für die gesamte Bevölkerung durchzuführen und zusätzliche, auf die Zielgruppe abgestimmte Interventionen für besonders belastende Bevölkerungsgruppen umzusetzen.

4.6 Volkswirtschaftliche Auswirkungen von Maßnahmen zum NichtraucherInnenenschutz

Eine systematische Übersichtsarbeit von 56 Studien zu wirtschaftlichen Auswirkungen von NichtraucherInnenenschutz-Gesetzen (Cornelsen 2014) zeigt, dass für Gastronomiebetriebe durch die Einführung von NichtraucherInnenenschutz-Regelungen insgesamt weder substanzielle wirtschaftliche Verluste noch Gewinne zu erwarten sind.

Eine Studie über die volkswirtschaftlichen Auswirkungen des Tabakkonsums in Österreich (Pock 2008) errechnet volkswirtschaftliche Kosten von jährlich 511 Millionen Euro (davon 119 Millionen Euro durch Passivrauchbelastung). Dabei steht dem fiskalischen Nutzen von 1.132 Millionen Euro ein fiskalisches Schaden von 1.644 Millionen Euro gegenüber (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: volkswirtschaftlichen Auswirkungen des Tabakkonsums in Österreich

| | volkswirtschaftlicher Nutzen in Euro | volkswirtschaftlicher Schaden in Euro |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Tabaksteuereinnahmen | 1.087 Millionen | --- |
| nicht angefallene Alterspensionen (abzgl. Witwenpensionen) | 45 Millionen | --- |
| Kosten der Arbeitsausfälle | --- | 1.434 Millionen |
| Krankenversorgungsausgaben | --- | 54 Millionen |
| Invaliditätspensionen | --- | 40 Millionen |
| Pflegegeld | --- | 26 Millionen |
| Krankengeld | --- | 26 Millionen |
| Kompensationszahlungen an PassivraucherInnen | --- | 81 Millionen |
| SUMME | 1.132 Millionen | 1.644 Millionen |

Quelle: Pock (2008), Darstellung GFA-Team 2018

Aus dieser Kostenabschätzung lässt sich ableiten, dass Maßnahmen, die zur Verringerung der RaucherInnen-Anzahl und der Belastung durch Passivrauch in der Bevölkerung führen, auch entsprechende volkswirtschaftliche Einsparungen nach sich ziehen.

4.7 Gesamtbewertung

4.7.1 Auswirkungen der Änderung des TNRSG mit erweitertem Jugendschutz

Das teilweise Rauchverbot in der Gastronomie mit erweitertem Jugendschutz stellt im Vergleich zur bisherigen Situation eine gewisse Verbesserung dar, die insbesondere auf die zu erwartenden präventiven Effekte der geplanten Ausweitung des Jugendschutzes zurückzuführen sind und daher zum Großteil Kindern und Jugendlichen zu Gute kommen.

Tabelle 9: **Gesamtbewertung der Auswirkungen der Änderung des TNRSG mit erweitertem Jugendschutz**

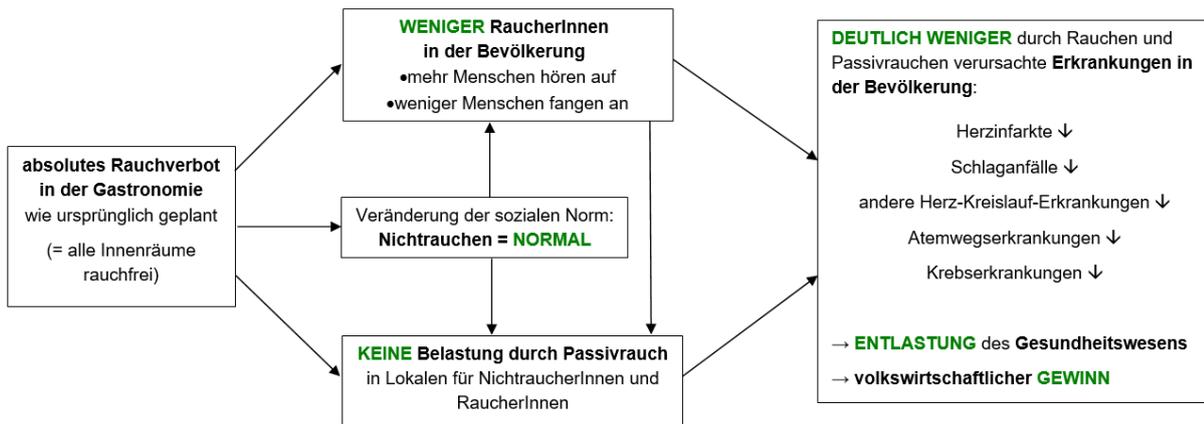
| Maßnahmen | Auswirkungen |
|---|-------------------|
| • Gastronomiebetriebe dürfen weiterhin Raucherbereiche anbieten | neutral |
| • Rauchen erst ab 18 Jahren genehmigt / einheitliche Regelung zum Mindestalter für den Konsum von Tabak | bedingt positiv |
| • Verkauf von Tabakwaren an Jugendliche erst ab 18 Jahren genehmigt | bedingt positiv |
| • Der Jugendschutz wird verstärkt (passiver Raucherschutz) | nicht beurteilbar |
| • Rauchverbot in Fahrzeugen in Anwesenheit von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre | bedingt positiv |
| • besonderer Schutz für Mitarbeiter unter 18 Jahren | bedingt positiv |
| • verpflichtende Kennzeichnung für Raucher- bzw. Nichtraucher- bzw. gemischte Lokale | neutral |
| • Abgabe pro Verabreichungsplatz im Raucherbereich pro Monat, Verwendung für präventive Maßnahmen | bedingt positiv |

Im Vergleich zur ursprünglich im Tabak- und Nichtraucherinnen- und Nichtrauchererschutzgesetz ab Mai 2018 vorgesehenen rauchfreien Gastronomie schneidet die Änderung des TNRSG jedoch sehr schlecht ab, weil damit auf zahlreiche eindeutig belegte zu erwartende stark positive Auswirkungen auf die Gesundheit der gesamten österreichischen Bevölkerung (Kinder, Jugendliche und Erwachsene aus allen Bevölkerungsgruppen) verzichtet wird. Dies bedeutet in anderen Worten, dass auf Grund der vorhandenen Beweislage davon ausgegangen werden muss, dass eine Aufhebung oder Verzögerung der Einführung des bereits gesetzlich festgelegten rauchfreien Gastronomie jedes Jahr zu zahlreichen vermeidbaren Erkrankungsverschlechterungen und damit im Zusammenhang stehenden Krankenhausaufnahmen sowie in der Folge möglicherweise sogar Todesfällen führen wird.

4.7.2 Auswirkungen der ursprünglich beschlossenen rauchfreien Gastronomie auf Erwachsene

Die Einführung einer rauchfreien Gastronomie würde die Prävalenz von erwachsenen RaucherInnen reduzieren. Denn es werden mehr RaucherInnen als bisher dazu animiert mit dem Rauchen aufzuhören und diese in Lokalen weniger in Versuchung geführt, es werden weniger als bisher mit dem Rauchen beginnen, denn in rauchfreien Lokalen ergeben sich dazu weniger Möglichkeiten und die Vorbildwirkung ist förderlicher. In Lokalen wären RaucherInnen und NichtraucherInnen weniger Passivrauch ausgesetzt. Neben diesen unmittelbar greifbaren Effekten zeigt die Wirkungskette auch eine Änderung der sozialen Norm, da Rauchen weniger sichtbar wäre. Diese Effekte führen zur Reduktion von durch Rauchen oder Passivrauch verursachten Erkrankungen wie etwa weniger Herzinfarkte, Schlaganfälle, weitere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen oder in weiterer Folge Krebserkrankungen. Dies führt auch zur Entlastung des Gesundheitswesens und hat entsprechende volkswirtschaftliche Vorteile.

Abbildung 8: **Wirkungszusammenhänge zwischen einer rauchfreien Gastronomie und der Gesundheit der Bevölkerung**

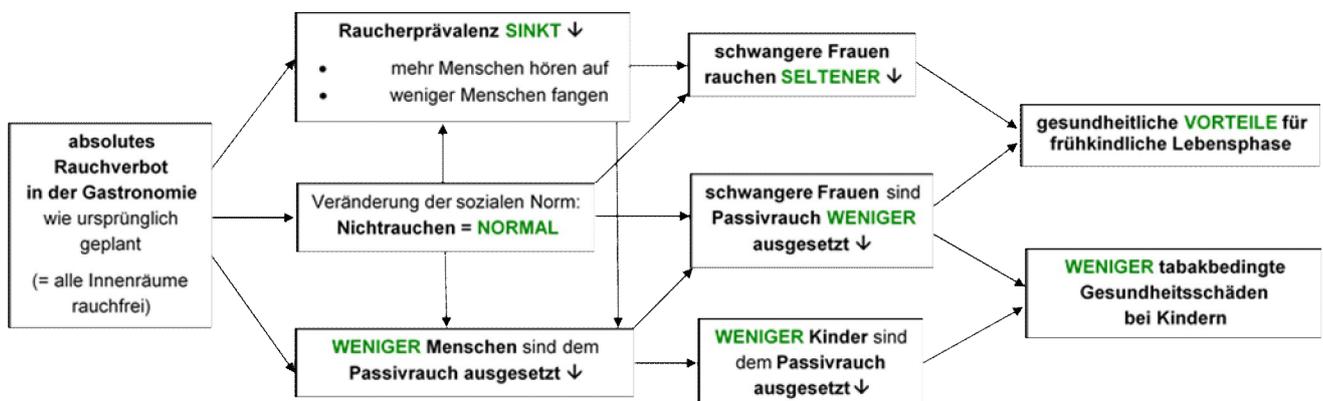


Quelle: adaptiert nach Faber et al. 2016, Darstellung: GFA-Team 2018

4.7.3 Auswirkungen der ursprünglich beschlossenen rauchfreien Gastronomie auf Kinder

Die Einführung einer rauchfreien Gastronomie würde die Prävalenz von Rauchen unter Kindern reduzieren. Denn es werden mehr RaucherInnen als bisher dazu animiert mit dem Rauchen aufzuhören und diese in Lokalen weniger in Versuchung geführt, es werden weniger als bisher mit dem Rauchen beginnen denn in rauchfreien Lokalen ergeben sich dazu weniger Möglichkeiten und die Vorbildwirkung ist förderlicher. Diese Effekte führen zur Reduktion von Rauchen in der Schwangerschaft. In Lokalen wären Rauchende wie NichtraucherInnen weniger Passivrauch ausgesetzt und somit auch weniger Schwangere oder Kinder. Neben diesen greifbaren Effekten zeigt die Wirkungseffekte auch eine Änderung der sozialen Norm, da Rauchen weniger sichtbar wäre. Diese Effekte führen zu weniger durch Rauchen oder Passivrauch verursachten Erkrankungen bei Kindern und hätte Vorteile für frühkindliche Gesundheit.

Abbildung 9: **Wirkungszusammenhänge zwischen einer rauchfreien Gastronomie und der Gesundheit von Kindern**



Quelle: adaptiert nach Faber et al. 2016, Darstellung: GFA-Team 2018

4.7.4 Sozioökonomische Auswirkungen von Maßnahmen zum NichtraucherInnenschutz

In den Studien sind zwar bisher keine Unterschiede bezüglich der Auswirkungen von verhältnisbezogenen NichtraucherInnenschutzmaßnahmen auf Personen aus unterschiedlichen sozioökonomischen Gruppen nachgewiesen worden. Da jedoch in Österreich Erwachsene mit niedrigem Einkommen, niedriger Bildung, manueller Berufstätigkeit, Arbeitslose und Personen mit Migrationshintergrund häufiger rauchen, ist davon auszugehen, dass diese Personengruppen von Maßnahmen, die zu einer Verringerung der RaucherInnen-Anzahl in der Bevölkerung führen, überproportional profitieren werden.

Die dadurch entstehende Steigerung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit für sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen ist jedoch nur bei der Einführung einer rauchfreien Gastronomie zu erwarten. Laut der systematischen Übersichtsarbeit von Brown (2014) können sozioökonomisch schwächere Bevölkerungsgruppen durch teilweise NichtraucherInnenschutzmaßnahmen nämlich sogar überproportional benachteiligt werden.

4.7.5 Geschlechterbezogene Auswirkungen von Maßnahmen zum NichtraucherInnenschutz

In Österreich rauchen Mädchen und junge Frauen etwas häufiger als Buben und junge Männer, und erwachsene Männer rauchen etwas häufiger als erwachsene Frauen. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass Mädchen, junge Frauen und erwachsene Männer von einer Verringerung der RaucherInnen-Anzahl in der Bevölkerung etwas überproportional profitieren (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017; Statistik Austria, 2015).

Außerdem kann davon ausgegangen werden, dass Männer etwas überproportional von der Reduktion der Passivrauch-Belastung profitieren werden, weil Männer in Innenräumen mehr durch Passivrauch belastet werden als Frauen (Strizek & Uhl, 2016).

Da die eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten keine Subgruppenanalyse bezüglich Gender-Unterschieden durchführten, liegt keine Evidenz vor, ob die relative Risikoreduktion der Anzahl der Krankenhausaufnahmen bei Mädchen/Buben beziehungsweise bei Frauen/Männer grundsätzliche geschlechterabhängige Unterschiede aufweist.

Bei den in dieser GFA durchgeführten Berechnungen zeigt sich jedoch, dass im untersuchten Jahr 2016 mehr Krankenhausaufnahmen bei Männern und Buben vorliegen, als bei Frauen und Mädchen. Daher kann davon ausgegangen werden, dass Männer und Buben von Maßnahmen, die zu einer Verringerung der Anzahl an Krankenhausaufnahmen führen, stärker profitieren, wobei der Gesundheitsgewinn im Falle der rauchfreien Gastronomie höher ausfällt, als bei einem teilweisen Rauchverbot in der Gastronomie.

4.7.6 Volkswirtschaftliche Auswirkungen von Maßnahmen zum NichtraucherInnenschutz

Durch die Einführung einer rauchfreien Gastronomie sind für die Branche weder substanziellen wirtschaftliche Verluste noch Gewinne zu erwarten (Cornelsen 2014). Damit ist ein immer wieder ins Treffen geführtes Argument gegen die Beibehaltung der ursprünglich gesetzlich beschlossenen rauchfreien Gastronomie entkräftet.

Was die volkswirtschaftlichen Auswirkungen des Tabakkonsums in Österreich angeht, so ist durch NichtraucherInnenschutzmaßnahmen im Sinne einer rauchfreien Gastronomie auf Grund der zu

erwartenden Verminderung der Passivrauch-Belastung und der Verringerung der RaucherInnen-Anzahl in der Bevölkerung mit volkswirtschaftliche Einsparungen – insbesondere wegen des Rückgangs von Kosten für Arbeitsausfälle – zu rechnen.

Bei NichtraucherInnenschutzmaßnahmen im Sinne eines teilweisen Rauchverbots in der Gastronomie fallen sowohl der zu erwartende Gesundheitsgewinn als auch die daraus resultierenden volkswirtschaftlichen Einsparungen entsprechend geringer aus.

5 Handlungsempfehlungen

Der größte Gewinn für die Gesundheit der Bevölkerung lässt sich auf Grund der Erkenntnisse der vorliegenden Gesundheitsfolgenabschätzung durch die folgende Kombination der beiden verglichenen Szenarien zu erwarten: Einführung der ursprünglich gesetzlich festgelegten rauchfreien Gastronomie ab Mai 2018 und Erweiterung des Jugendschutzes mit folgenden Elementen:

- a. bundesweite Anhebung des gesetzlichen Mindestalters für den Tabakkonsum auf 18 Jahre im öffentlichen und privaten Raum,
- b. vollständiges Abgabeverbot (= Verkauf und jegliche andere Form der Abgabe) für Tabakprodukte und verwandte Erzeugnisse an Personen unter 18 Jahren sowie
- c. generelles Rauchverbot (gültig für alle Tabakprodukte sowie verwandten Erzeugnisse) im Auto.

Da der Erfolg von NichtraucherInnenchutzregelungen unter anderem von deren Einhaltung abhängt, bedarf es bei allen genannten Empfehlungen bzw. allen tatsächlich zum Einsatz kommenden Maßnahmen einerseits regelmäßiger proaktiver Kontrollen und andererseits wirksamer Sanktionen im Falle von Verstößen, damit eine gesetzeskonforme Umsetzung der jeweiligen Vorgabe sichergestellt wird und der jeweils mögliche Gesundheitsgewinn auch wirklich erzielt werden kann.

Für die Umsetzung der Änderung des TRNSG mit erweitertem Jugendschutz lassen sich auf Basis der vorliegenden Gesundheitsfolgenabschätzung folgende Empfehlungen ableiten:

- Das teilweise Rauchverbot in der Gastronomie soll alle Arten von Tabakprodukten und verwandten Erzeugnissen (z.B. E-Zigarette) umfassen, um den zu erwartenden Umgehungsmechanismen vorzubeugen. Zusätzlich ist es für die Gewährleistung des erzielbaren NichtraucherInnen-schutzes wichtig, regelmäßige proaktive Kontrollen insbesondere auch an Wochenenden sowie am Abend vorzusehen und durchzuführen.
- Die bundesweite Anhebung des Mindestalters fürs Rauchen auf 18 Jahre kann seine volle Wirkung nur dann entfalten, wenn sie einerseits mit einem bundesweiten Abgabeverbot (= Verkauf und jegliche andere Form der Abgabe) von Tabakwaren und verwandten Erzeugnissen (z.B. E-Zigaretten) einhergeht und sich das Rauchverbot für Kinder und Jugendliche andererseits bundesweit einheitlich auf den öffentlichen und den privaten Raum erstreckt.
- Das Verkaufsverbot von Tabakwaren an Jugendliche soll zu einem bundesweiten generellen Verbot jeder Form der Abgabe von Tabak- und verwandten Erzeugnissen an Kinder und Jugendliche ausgebaut werden.
- Bei der verpflichtenden Kennzeichnung der NichtraucherInnen-/RaucherInnenräume ist dringend eine Vereinfachung erforderlich, wobei eine Anlehnung an das Verständnis des klassischen Ampelsystems sinnvoll erscheint (grün = gut, erlaubt; rot = schlecht, verboten).
- Das Rauchverbot in Fahrzeugen in Anwesenheit von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre soll sich auf alle Tabakprodukte sowie verwandten Erzeugnisse erstrecken.
- Was den besonderen Schutz für MitarbeiterInnen der Gastronomie unter 18 Jahren angeht, so bedarf es der Sicherstellung, dass diese Jugendlichen nicht im RaucherInnenbereich arbeiten dürfen.
- Hinsichtlich der monatlichen Abgabe pro Verabreichungsplatz im RaucherInnenraum, deren Einnahmen für präventive Maßnahmen zu verwenden sind, gilt es, auf der einen Seite eine ausreichende Abgabenhöhe festzulegen, damit es sich auszahlt auf RaucherInnenplätze zu verzichten, und auf der anderen Seite gesetzlich zu verankern, dass die eingenommenen Gelder für Maßnahmen der Tabakprävention einzusetzen sind.

6 Anhang

Tabelle A1: Team der Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA-Team 2018)

| Name | Institution | Vor- be- rei- tung | Sich- tung + Pla- nung | Be- spr. Re- cher- che- Er- geb- nisse | Be- spr. Re- cher- che- Er- geb- nisse | Be- wer- tung + Emp- feh- lung | Dis- kus- sion Roh- be- richt | Be- spr. Eva- luati- ons- rück- mel- dung | Be- spr. Adap- tie- rung End- fas- sung | Re- flexi- on GFA- Pro- zess |
|-----------------------|---|-----------------------------|------------------------------------|---|---|--|--|--|--|---|
| | | 14. 12. | 19. 12. | 16. 1. | 26. 1. | 2. 2. | 15. 2. | 2. 3. | 9. 3. | 17. 4. |
| Martina Derbuch-Samek | VIVID – Fachstelle für Suchtprävention | - | - | x | x | x | x | - | x | x |
| Claudia Kahr | VIVID – Fachstelle für Suchtprävention | x | x | - | - | x | - | - | - | - |
| Waltraud Posch | VIVID – Fachstelle für Suchtprävention | x | x | x | x | x | x | - | - | x |
| | | | | | | | | | | |
| Thomas Amegah | GFA-Netzwerk Steiermark, Amt der Steiermärkischen Landes- regierung, Abt. 8, Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Bianca Fuchs-Neuhold | GFA-Netzwerk Steiermark, FH JOANNEUM, Institut Gesund- heits- und Tourismusmanagement | - | - | - | - | x | x | x | x | x |
| Florian Stigler | GFA-Netzwerk Steiermark, Public Health School der Medizin- ischen Universität Graz | x | x | x | x | x | x | - | x | - |
| Ulf Zeder | GFA-Netzwerk Steiermark, Stadt Graz Gesundheitsamt | - | - | x | x | x | - | x | - | - |
| | | | | | | | | | | |
| Christine Loder | GFA-Netzwerk Steiermark, GFA-Support Unit der GÖG | - | - | x | x | x | x | - | x | x |

| | | |
|-----------------|---|-------------------------|
| Gernot Antes | GFA-Netzwerk Steiermark, Gernot Antes Organisationsberatung e.U. | Review Package WHIASU |
| Martin Sprenger | GFA-Netzwerk Steiermark, Public Health School Graz | |
| Ralf Ascherman | GFA-Netzwerk Steiermark, Institut für Systemwissenschaften, Innovations- und Nachhaltigkeits- forschung der Karl-Franzens-Universität Graz | Review Package Ben Cave |

Darstellung GFA Team 2018

Tabelle A2: **Übersicht über Literatur und Studien**

| AutorIn, Jahr, Land | Titel | Studientyp, Studiendesign | Studienpopulation / | Fragestellung, Ziel |
|--|--|---|--|---|
| Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen über die identifizierten Gesundheitsauswirkungen (Hauptergebnisse) | | | | |
| Hoffman S. J., Tan C., 2015 | Overview of systematic reviews on the health-related effects of government tobacco control policies | Systematische Übersichtsarbeit über systematische Übersichtsarbeiten | 59 systematische Reviews, die Ergebnisse aus rund 1150 Primärstudien beinhalten | Untersuchung der Wirksamkeit von politischen Strategien zur Tabakprävention, welche von der Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) empfohlen werden (NichtraucherInnenenschutz in öffentlichen Bereichen ist eine der untersuchten Maßnahmen) |
| Tan C.E., Glantz S.A., 2012 | Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. | Systematische Übersichtsarbeit mit Meta-Analyse | 45 Studien über 33 NichtraucherInnenenschutzgesetze wurden inkludiert. Der mediane Follow-up betrug 24 Monate. Es wurde zwischen umfangreichen und partiellen Rauchverboten unterschieden. | Auswirkungen von NichtraucherInnenenschutzgesetzen auf die Häufigkeit von Krankenhausaufnahmen oder Todesfällen aufgrund von kardialen, zerebrovasculären und respiratorischen Erkrankungen. |
| Frazer K., Callinan J.E., McHugh J., van Baarsel S., Clarke A., Doherty K., Kelleher C., 2016 | Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption | Cochrane Review | N = 77 Studien | Auswirkungen von gesetzlichen NichtraucherInnenenschutzregelungen auf Morbidität und Mortalität durch Passivrauch, Raucherprävalenz und Tabakkonsum |
| Faber T., Kumar A., Mackenbach J. P., Millett C., Basu S., Sheikh A., Been J. V., 2017 | Effect of tobacco control policies on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis | Systematische Übersichtsarbeit mit Meta-Analyse enthält Studien, die bis Juni 2017 publiziert wurden | 28 Studien eingeschlossen, Selektion anhand definierter Kriterien mit dem Ziel, die best verfügbare Evidenz einzuschließen | Auswirkungen der von der WHO empfohlen Maßnahmen zur Tabakkontrolle auf die Gesundheit von (ungeborenen) Kindern völliger und teilweiser NichtraucherInnenenschutz wird untersucht absoluter NichtraucherInnenenschutz = Rauchverbot in allen 8 vorgeschlagenen Bereichen der WHO |
| Faber T., Been J. V., Reiss I. K., Mackenbach, J. P., Sheikh A., 2016 | Smoke-free legislation and child health | Systematische Übersichtsarbeit inkludierte Primärstudien, die im Zeitraum von 2005 von Juni 2016 veröffentlicht wurden | Verschiedene Primärstudien zu den einzelnen Faktoren der in der Studie beschriebenen kausalen Wirkungskette | Übersicht über die wissenschaftliche Evidenz über den Zusammenhang von NichtraucherInnenenschutzregelungen und den Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern |
| Thomas S., Fayter D., Misso K., Ogilvie D., Petticrew M., Sowden A., Whitehead M., Worthy G., 2008 | Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review | Systematische Übersichtsarbeit Suchzeitraum bis Jänner 2006 | N = 84 Studien | Untersuchung der Effekte von Tabakkontrollmaßnahmen auf Bevölkerungsebene in Hinblick auf sozioökonomische Unterschiede bei Rauchen |

| AutorIn, Jahr, Land | Titel | Studientyp, Studiendesign | Studienpopulation / | Fragestellung, Ziel |
|--|--|--|--|--|
| Brown 2014 | Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: a systematic review. | Systematische Übersichtsarbeit Suchzeitraum 1995 bis 2013 | 117 Studien mit 130 Interventionen/Policies (davon 44 NichtraucherInnen-schutzgesetze; unterschieden wurde zwischen freiwilligen, regionalen, partiellen und umfangreichen NichtraucherInnen-schutzgesetzen) | Untersuchung der Effekte u.a. von NichtraucherInnen-schutzgesetzen auf sozioökonomische Gesundheitschancenungleichheit („equity impact“) |
| Cornelsen L., McGowan Y., Currie-Murphy L.M., Normand C., 2014 | Systematic review and meta-analysis of the economic impact of smoking bans in restaurants and bars. | Systematische Übersichtsarbeit mit Meta-Analyse | 39 Studien mit 129 Fällen eingeschlossen, Selektion anhand von Kriterien zu Outcome, Umfang des NichtraucherInnen-schutzes, Ort des NichtraucherInnen-schutzes und der geographischen Lage. | Ökonomische Auswirkungen eines Rauchverbots in Bars und Restaurants |

Ergänzende Einzelstudien und Fact Sheets zur Beschreibung von relevanten Aspekten der identifizierten Gesundheitsauswirkungen

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| Katikireddi S. V., Der G., Roberts V., Haw S., 2016, UK | Has Childhood Smoking Reduced Following Smoke-Free Public Places Legislation? A Segmented Regression Analysis of Cross-Sectional UK School-Based Surveys | Longitudinalstudie | Schülerbefragungen aus vier Ländern in UK | Veränderungen bei Jugendlichen hinsichtlich Beginn von Rauchen vor und nach Einführung des NichtraucherInnen-schutzgesetz in UK |
| Matt G. E., Quintana P. J. E., Zakarian J. M., Hoh E., Hovell M. F., Mahabee-Gittens M., Watanabe K., Datuin K., Vue C., Chatfield D. A., 2016, | When smokers quit: exposure to nicotine and carcinogens persists from thirdhand smoke pollution | | 90 RaucherInnen | Messung zu kaltem Rauch bei ehemaligen RaucherInnen in einem Verlauf von sechs Monaten (Messzeitpunkte waren 1 Woche; 1, 3 und 6 Monate nachdem die Probanden mit dem Rauchen aufgehört hatten) |
| Schaller K. & Mons U., 2016 | Kalter Tabakrauch. Fakten zum Rauchen | Fact Sheet auf Basis einer vom Deutschen Krebsforschungsinstitut herausgegebenen Übersichtsarbeit | ----- | Überblick über den derzeitigen Wissensstand zu gesundheitlichen Auswirkungen von kaltem Rauch |
| ASH Action on Smoking and Health, 2014 | Smoking in Cars, Fact Sheet | Fact Sheet | ----- | Fakten zu Auswirkungen von Rauchen im Auto auf Gesundheit |
| ASH Action on Smoking and Health, 2016 | Smoking in Cars, Fact Sheet | Fact Sheet | ----- | Fakten zu Auswirkungen von Rauchen im Auto auf Gesundheit |

Darstellung: GFA-Team 2018

7 Literaturverzeichnis

- Amegah, T., Amort, F. M., Antes, G., Haas, S., Knaller, C., Peböck, M., Reif, M., Spath-Dreyer, I., Sprenger, M., Strapatsas, M., Türschel, E., Vyslouzil, M.; Wolschlagler, V., 2013: Gesundheitsfolgenabschätzung. Leitfaden für die Praxis. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/3/2/CH1420/CMS1385724116306/gfa-leitfaden_20131120.pdf
- APA, 2018: 70 Prozent der Österreicher für rauchfreie Gastronomie, Wien, 16.1.2018
- ASH Action on Smoking and Health, 2014, Smoking in Cars, Fact Sheet. Download am 10.2.18 von <http://ashwales.org.uk/en//search?q=+smoking+in+cars>
- ASH Action on Smoking and Health, 2016, Smoking in Cars, Fact Sheet. Download am 10.2.18 von <http://ash.org.uk/information-and-resources/secondhand-smoke/smoking-in-cars-2/>
- BGBI. I Nr. 120/2008: 120. Bundesgesetz, mit dem das Tabakgesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz und das Bauern-Sozialversicherungsgesetz geändert werden. Ausgegeben am 11. August 2008
https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2008_I_120/BGBLA_2008_I_120.pdfsig
- BGBI. I Nr. 22/2016 (in der geltenden Fassung): Bundesgesetz konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Tabak- und Nichtraucherinnen- und Nichtraucherenschutzgesetz (TNRSG), Fassung vom 8.2.2018
(<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010907>)
- Brown T., Platt S., Amos A., 2014. Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: a systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 138:7-16.
- Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (Herausgeber): Letzter Zugriff 14.03.2018.
<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/174/Seite.1740250.html>.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), 2014: Krebsrahmenprogramm Österreich, Wien. Verfügbar unter:
<https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/7/0/CH1480/CMS1412233312313/krebsrahmenprogramm.pdf>
- Bundesministerium für Gesundheit, 2015: Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Österreichischen Schülerinnen und Schülern, Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017: HBSC Factsheet 4/2017. Gesundheitliches Risikoverhalten österreichischer Schülerinnen und Schüler: Rauchen, Alkohol- und Cannabiskonsum/HBSC Ergebnisse 2014. Verfügbar unter:
https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/7/0/CH1444/CMS1427118828092/hbsc_2014_factsheet_rauchen_alkohol_cannabis.pdf, Stand: 10.2.2018.
- Callinan J.E., Clarke A., Doherty K., et al, 2010. Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Apr 14;(4).
- Cornelsen L., McGowan Y., Currie-Murphy L.M., et al. 2014: Systematic review and meta-analysis of the economic impact of smoking bans in restaurants and bars. *Addiction*, 109(5):720-7.
- Crystal E. T. and Glantz S. A., 2012. Association Between Smoke-Free Legislation and Hospitalizations for Cardiac, Cerebrovascular, and Respiratory Diseases. *Circulation*, 126:2177-2183.
- Die Presse, 2017a: Schwarz-Blau kippt absolutes Rauchverbot in der Gastronomie, 11.12.2017
- Die Presse, 2017b: Koalition nimmt Rauchersteuer für Wirte zurück, 20.12.2017
- Deutsches Krebsforschungszentrum, 2008: Rauchende Kinder und Jugendliche in Deutschland – leichter Einstieg, schwerer Ausstieg. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle. Band 8. Heidelberg.
- Deutsches Krebsforschungszentrum, 2010: Deutsches Krebsforschungszentrum. ITC Germany National Report.
- Deutsches Krebsforschungszentrum, 2014: Aus der Wissenschaft - für die Politik: Rauchfreie Gaststätten in Deutschland 2014.
- Eurobarometer, 2009. Eurobarometer. Survey on Tobacco. Analytical report. Brüssel: Europäische Kommission, 2009.
- Faber T., Been J. V., Reiss I. K., Mackenbach, J. P., Sheikh A., 2016: Smoke-free legislation and child health, *npj Primary Care Respiratory Medicine*
- Faber T., Kumar A., Mackenbach J. P., Millett C., Basu S., Sheikh A., Been J. V., 2017 Effect of tobacco control policies on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. In: *Lancet Public Health* 2017 2: 420–37
- Frazer K., Callinan J. E., McHugh J., van Baarsel S., Clarke A., Doherty K., Kelleher C., 2016: Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption
- Fredsgaard, M. W., Cave, B., Bond, A., 2009: A review package for Health Impact Assessment reports of development projects. Ben Cave Associates Ltd. Leeds, United Kingdom
- GfK, 2018: Nichtraucherenschutz. Eine Studie von GfK Österreich im Auftrag der Initiative Ärzte gegen Raucherschäden.
- Global Burden of Disease, 2016. GBD Compare Viz Hub. URL: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (access date 15.02.2018)
- GVBl. 2007: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin: Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Pas-

- sivrauchens in der Öffentlichkeit. Nichtraucherschutzgesetz – NRSRG. Stand nach Beschluss am 8.11.2007, Lesefassung.
- Hoffman, S. J., Tan, C., 2015: Overview of systematic reviews on the health-related effects of government tobacco control policies, *BMC Public Health*, 15:744
- Horvath, I., Haas, S., Knaller, C., Sax, G., 2010: Health Impact Assessment. Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich. Gesundheit Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien
- Joossens, L., Raw, M., 2007: Progress in tobacco control in 30 European countries, 2005 to 2007, Swiss Cancer League, Basel.
- Joossens, L., Raw, M., 2011: The Tobacco Control Scale 2010 in Europe. Association of European Cancer Leagues. Brüssel.
- Joossens, L., Raw, M., 2014: The Tobacco Control Scale 2013 in Europe. Association of European Cancer Leagues. Brüssel.
- Joossens, L., Raw, M., 2017: The Tobacco Control Scale 2016 in Europe. Association of European Cancer Leagues. Brüssel.
- Katikireddi S. V., Der G., Roberts V., Haw S., 2016: Has Childhood Smoking Reduced Following Smoke-Free Public Places Legislation? A Segmented Regression Analysis of Cross-Sectional UK School-Based Surveys, *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 18/ 7, 1670–1674
- Koch P., 2009: Beurteilung der Tabakgesetznovelle („Rauchergesetz“) durch Kunden gastronomischer Betriebe in der Steiermark. Diplomarbeit an der Medizinischen Universität Graz
- Kurier, 2018: Rückenwind für das Volksbegehren. 17.1.2018.
- Kurz, S., Strache, H.-C.: Zusammen. Für unser Österreich. Regierungsprogramm 2017-2022 Neue Volkspartei und Freiheitliche Partei Österreichs. Wien, Dezember 2017
- Landesdrogenbeauftragte Berlin, 2018: Nichtraucherschutz in der Berliner Gastronomie, <https://www.berlin.de/lb/drogen-sucht/gesetze/nichtraucherschutzgesetz/nichtraucherschutz-in-der-gastronomie/#3> (Stand: 8.2.2018)
- Lernbass M. A., 2014: Status quo des Nichtraucherschutzes in der Grazer Gastronomie. Diplomarbeit an der Medizinischen Universität Graz
- López M.J., Manel N., Schiaffino A., Pérez-Ríos M., Fu M., Ariza C., Munoz G., Fernández E., on behalf of the Spanish Smoking Law Evaluation Group, 2012: Two-year impact of the Spanish smoking law on exposure to secondhand smoke: evidence of the failure of the 'Spanish model'. *Tobacco Control* 2012;21:407e411
- Matt G. E., Quintana P. J. E., Zakarian J. M., Hoh E., Hovell M. F., Mahabee-Gittens M., Watanabe K., Datuin K., Vue C., Chatfield D. A., 2016, When smokers quit: exposure to nicotine and carcinogens persists from thirdhand smoke pollution. Download am 15.2.19 von <http://tobaccocontrol.bmj.com/>
- Neuberger M., 2016: Hält sich Österreich an das WHO-Rahmenübereinkommen zur Tabakkontrolle? In: JATROS Pneumologie & HNO 4/2016
- Neuberger M., Moshammer H. M., 2012: Das österreichische Tabakgesetz und die Luftqualität in der Gastronomie. *Atemwegs- und Lungenkrankheiten*, Jahrgang 38, Nr. 1/2012, S. 8–11.
- OECD, 2018. OECD Data – Daily smokers. URL: <https://data.oecd.org/healthrisk/daily-smokers.htm> (access date 15.02.2018)
- Pesendorfer, 2017: Präsentation zur Pressekonferenz „Armut und soziale Eingliederung 2016“ (02.05.2017). Verfügbar unter: http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=112301, Stand: 10.2.2018.
- Pock M., Czypionka T., Müllbacher S., Schnabl A., 2008: Volkswirtschaftliche Effekte des Rauchens. Eine ökonomische Analyse für Österreich, Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
- Profil, 2017: Koalition: Einigung auf Raucherregelung nach Berliner Modell, 11.12.2017
- Quality Assurance Review Framework for Health Impact Assessment (HIA) (Liz Green Lee Parry-Williams Nerys Edmonds 2017) Wales Health Impact Assessment Support Unit (WHIASU), Public Health Wales (PHW)
- Rechnungshof 2016: Übersichtsblatt Einkommensbericht 2016. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&dDocName=110956, Stand: 10.2.2018.
- Reijula J., Kjaerheim K., Lynge E., et al, 2015. Cancer incidence among waiters: 45 years of follow-up in five Nordic countries. *Scand J Public Health*. 2015 Mar;43(2):204-11.
- Royal College of Physicians 2010: Passive smoking and children. A report by the Tobacco Advisory Group. London: RCP.
- Schaap M. (2010): Socioeconomic inequalities in smoking in Europe. Rotterdam.
- Schaller K. & Mons U., 2016, Kalter Tabakrauch. Fakten zum Rauchen, Deutsches Krebsforschungszentrum. Heidelberg
- Schneider N., 2008: Das "spanische Modell" des Nichtraucherschutzes in der Gastronomie: Eine Bilanz des Scheiterns. Deutsches Krebsforschungszentrum, 6. Konferenz für Tabakkontrolle, Heidelberg
- Siahpush M, McNeill A, Borland R, Fong GT (2006): Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control* 15 Suppl 3:iii71-5.
- Statistik Austria, 2015, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014.
- Statistik Austria, 2015: Gesundheitsdeterminanten / Rauchen. Verfügbar unter:

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheitsdeterminanten/rauchen/index.html,
Stand: 10.2.2018.

Statistik Austria, 2015a: Bildungsstandregister 2015. Erstellt am 10.06.2017. Verfügbar unter:

https://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=113112,
Stand: 10.2.2018.

Statistik Austria, 2016: Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, Wien.

Statistik Austria, 2017: Vorläufige Ergebnisse der Leistungs- und Strukturstatistik 2016 nach Gruppen (3-Stellern) der ÖNACE 2008. Verfügbar unter:

https://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=053633,
Stand: 9.2.2018.

Statistik Austria, 2017a: ARBEITSMARKTSTATISTIKEN, Ergebnisse der Mikrozensus- Arbeitskräfteerhebung und der Offenen-Stellen-Erhebung. Wien. Verfügbar unter:

http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=115763,
Stand: 10.2.2018.

Statistik Austria, 2018: Statistik des Bevölkerungsstandes. Vorläufige Ergebnisse. Pressemitteilung: 11.708-019/18. Verfügbar unter:

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstand_und_veraenderung/116038.html,
Stand: 9.2.2018.

Stigler, F. L.: Rauchverbot unter 18 - ein sinnvoller und wirksamer erster Schritt. Wiener Zeitung, 09.01.2017.

Strizek J., Anzenberger J., Kadlik A., Schmutterer I., Uhl A., 2016: ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien.

Strizek J. & Uhl A., 2016: Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2016. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Tappler P., Hartl A., Hartl L., Hutter H.-P., Twrdik F., 2014: Forschungsbericht Nichtraucherschutz in der Gastronomie: Werden die gesetzlichen Vorgaben eingehalten? Erste österreichische quantitative Erhebung in 314 Gastronomiebetrieben in Wien-Neubau, 2. Aufl.

Tappler P., Hartl L., Hutter H.-P., 2018: Forschungsbericht Nichtraucherschutz in der Gastronomie: Werden die gesetzlichen Vorgaben eingehalten? Teil 2. Erhebungen und Messungen von Feinstaub in Gastronomiebetrieben in Wien Rudolfsheim-Fünfhaus

Thomas S., Fayer D., Misso K., Ogilvie D., Petticrew M., Sowden D., Whitehead M. & Worthy G. (2008): Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. Tobacco Control 2008, 17:230–237. doi:10.1136/tc.2007.023911.

WHO, 2004: Weltgesundheitsorganisation. Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs, Amtliche deutsche Übersetzung, Genf

WHO, 2012: Global report: mortality attributable to tobacco. Geneva. Verfügbar unter:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44815/1/9789241564434_eng.pdf, Stand 12.2.2018.

WHO, 2014, Tobacco and inequities. Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm. Download am 15.2. 18 von

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2014/tobacco-and-inequities-guidance-for-addressing-inequities-in-tobacco-related-harm-2014>

WHO, 2017: WHO Report on the global tobacco epidemic 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies. Download am 15.2.18 von http://www.who.int/tobacco/global_report/en/

WHO, 2018. Health 2020. Verfügbar unter:

<http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>,
Stand: 10.2.2018

Wirtschaftskammer Österreich (WKO), 2018: Branchedaten Gastronomie. Stabsabteilung Statistik. Februar 2018. Verfügbar unter: http://wko.at/statistik/BranchenFV/B_601.pdf, Stand: 10.2.2018.