

Einstellungen zum Rauchverbot in der Europäischen Union. Eine komparative Analyse der 27 Mitgliedsländer der EU mit Umfragedaten des Eurobarometers

Kristin Haker

Berliner Studien zur Soziologie Europas

Nr. 16

Dezember 2008

Die „Berliner Studien zur Soziologie Europas“ des Lehrstuhls für Makrosoziologie der Freien Universität Berlin verstehen sich als ein Ort zur Vorpublikation von Beiträgen, die später in Fachzeitschriften und Sammelbänden veröffentlicht werden sollen. Die Beiträge sollen helfen, eine Soziologie Europas zu profilieren; sie stehen auch im Kontext des Master-Studiengangs „Soziologie – Europäische Gesellschaften“.

Gegenstand der Reihe sind Beiträge zur Analyse der Herausbildung einer europäischen Gesellschaftsstruktur und -kultur, vergleichende Analysen, die die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen verschiedenen europäischen Gesellschaften thematisieren, sowie theoretische Versuche einer Soziologie Europas.

Ziel der Reihe ist es, durch die frühe Verbreitung dieser Arbeiten den wissenschaftlichen Gedankenaustausch zu fördern. Die Beiträge sind nur über das Internet als pdf-Datei zu beziehen.

Zitationsweise: BSSE-Arbeitspapier Nr. 16. Berlin: Freie Universität Berlin.

Abstract

In diesem Artikel wird gefragt, wie die Bürger der EU gegenüber einem Rauchverbot eingestellt sind und welche Faktoren ihre Einstellung erklären können. In einem ersten Schritt wird die EU-Raucherpolitik rekonstruiert und gezeigt, welche Maßnahmen die Europäische Union in der Vergangenheit bereits ergriffen hat, um den Nichtraucherschutz in ihren Mitgliedsländern zu gewährleisten. Hier schränkt vor allem das geltende Subsidiaritätsprinzip die Handlungsmöglichkeiten der EU ein. Anschließend wird anhand von Umfragedaten des Eurobarometers untersucht, inwieweit die Bürger der EU Rauchverbote akzeptieren, ob und in welchem Maße sie also dem EU-Skript zustimmen. Die deskriptiven Befunde zeigen, dass die Akzeptanz eines Rauchverbotes vor allem in Ländern mit bestehenden Rauchverboten sehr hoch ausfällt. Die Länder hingegen, die bisher nur sehr wenige Maßnahmen zum Nichtraucherschutz vorgenommen haben, befürworten ein Rauchverbot in weit geringerem Maße. Im Anschluss werden die gefundenen Unterschiede in den Einstellungen erklärt; hierfür wird auf Grundlage der Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen und Fishbein ein Erklärungsmodell entwickelt. Die multivariate Analyse zeigt, dass vor allem Annahmen über die Konsequenzen des Rauchverbotes, aber auch die subjektiven Normen in der Einstellung einer Person eine Rolle spielen.

1. Einleitung¹

Europa wird zunehmend „rauchfreier“. Diesen Schluss kann man zumindest in Anbetracht der in vielen Ländern voranschreitenden Bemühungen zur Durchsetzung eines umfassenden Nichtraucherschutzes ziehen. Als erstes Land Europas führte Irland im März 2004 ein generelles Rauchverbot in öffentlichen geschlossenen Räumen und an allen Arbeitsplätzen, inklusive aller Pubs und Restaurants ein (Deutsches Krebsforschungszentrum 2006). Auch Italien zählt zu den ersten Ländern Europas, in denen ein umfassendes Rauchverbot in allen öffentlichen Einrichtungen, Büros, Restaurants, Bars, Diskotheken usw. gilt (seit 2005). In vielen anderen Ländern der EU gelten ebenfalls umfassende Rauchverbote. Dazu zählen Malta (2004), Schweden (2005), Schottland (2006), Wales, Nordirland und England (2007) sowie Portugal und Frankreich (2008) (Wikipedia 2008).

In Deutschland gibt es seit Juli dieses Jahres in allen Bundesländern gesetzliche Rauchverbote (Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens, auch bezeichnet als „Nichtraucherschutzgesetz“), in einigen sogar bereits seit über einem Jahr (Wikipedia 2008). Dieses Nichtraucherschutzgesetz ist allerdings – anders als z.B. in Irland oder Italien – aufgrund des geltenden Föderalismus nicht komplett einheitlich geregelt.² Zudem gerät das gerade erst eingeführte Rauchverbot in Deutschland bereits wieder ins Schwanken: Nachdem zwei Gastwirte und eine Diskothekenbetreiberin vor dem Bundesverfassungsgericht Klage gegen die Nichtraucherschutzgesetze von Baden-Württemberg und Berlin eingereicht hatten, entschied dieses am 30. Juli 2008, dass fortan in sogenannten „Eckkneipen“ weiterhin geraucht werden darf (Bundesverfassungsgericht 2008).³ Direkt nach dem Urteil aus Karlsruhe kündigten die Regierungen vieler Bundesländer an, sich dem Urteil anzuschließen und ihre Rauchverbote zu lockern (Handelsblatt.com 2008).⁴

¹ Für sehr hilfreiche Kommentare danke ich Silke Hans und vor allem Jürgen Gerhards.

² Eine komplette Darstellung der einzelnen Nichtraucherschutzgesetze wäre an dieser Stelle zu umfangreich. Eine gute Übersicht hierzu liefert z.B. das Nichtraucherportal Rauchfrei.de (Nichtraucher Portal & Raucherentwöhnung 2007).

³ Dies gilt allerdings nur, wenn „die betroffene Gaststätte keine zubereiteten Speisen anbietet, [...] nicht über einen abgetrennten Nebenraum verfügt und Personen unter 18 Jahren der Zutritt verwehrt ist. Zudem muss die Gaststätte im Eingangsbereich als Rauchergaststätte [...] gekennzeichnet sein“ (Bundesverfassungsgericht 2008).

⁴ In einigen Bundesländern wurde bereits vor der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts das zuvor eingeführte Rauchverbot wieder eingeschränkt: So galt in Bayern zunächst ein generelles Rauchverbot ohne Ausnahmen, bis der Bayerische Landtag nach den schlechten Ergebnissen der CSU bei den Kommunalwahlen am 12. März 2008 eine Aufhebung des Rauchverbotes in Bier- und Festzelten bis zum 1. Januar 2009 beschloss (Wikipedia 2008). In Rheinland-Pfalz und Sachsen darf nach einer Entscheidung des jeweils zuständigen Verfassungsgerichtshofes in Ein-Raum-Lokalen bis auf weiteres weiterhin geraucht werden. Dies gilt, wie beispielsweise im Saarland, allerdings nur für Gaststätten, in denen lediglich der Wirt bedient und es keine weiteren Angestellten gibt (Sueddeutsche.de 2008, Der Tagesspiegel 2008). Im Saarland entschied der dortige Verfassungsge-

Es zeigt sich, dass Deutschland noch recht weit entfernt ist von einem umfassenden Nichtraucherschutzgesetz. Zudem kann man eine rege Diskussion um das Rauchverbot in der Öffentlichkeit und in den Medien wahrnehmen. In diesem Zusammenhang stellt sich vor allem die Frage, wie die Bürger, nicht nur Deutschlands, gegenüber einem Rauchverbot eingestellt sind und ob sie dieses überhaupt unterstützen. Ziel dieses Artikels ist daher zu untersuchen, inwieweit die Bürger der EU ein Rauchverbot akzeptieren und welche Faktoren ihre Einstellung erklären. Denn nur wenn die europäischen Bürger ein solches Rauchverbot akzeptieren, kann Europa tatsächlich „rauchfreier“ werden.

Man kann davon ausgehen, dass die Einstellungen der europäischen Bürger zu einem Rauchverbot von hoher Bedeutung sind, denn nicht zuletzt entscheidet sich hieran, in welchem Maße ein Rauchverbot eingehalten wird, in welchem Maß es also erfolgreich ist und welche Konsequenzen es mit sich bringt. Weiß man, wie hoch die Akzeptanz eines Rauchverbotes in der Bevölkerung ist, lassen sich z.B. mögliche soziale und wirtschaftliche Folgen besser einschätzen. So ist ein Einfluss auf die wirtschaftliche Entwicklung z.B. in der Gastronomie möglich, sowie auf das Rauchverhalten der Bürger bzw. auf die Raucherprävalenzen eines Landes. Außerdem könnten die Ergebnisse einer solchen Analyse im politischen Beratungsprozess über eine gesetzliche Regelung von hohem Nutzen sein. Hier spielen beispielsweise arbeitsmarktpolitische Erwägungen eine entscheidende Rolle: So könnte sich die Zahl krankheitsbedingter Arbeitsausfälle, die aufgrund einer zu hohen Tabakrauchbelastung verursacht wurden, möglicherweise reduzieren. Dies betrifft sowohl die Arbeitsausfälle der aktiven Raucher, als auch die der Passivraucher. Ferner könnte es, wenn die Raucherzahlen zurückgehen, enorme Einsparungen im Gesundheitswesen geben und so die Belastung für die gesamte Volkswirtschaft vermindert werden. Nicht zuletzt zeigt sich anhand der Akzeptanz eines Rauchverbotes auch, inwieweit die EU-Bürger mit den Vorstellungen der EU konform gehen, welche den Tabakkonsum in ihren Mitgliedsstaaten eindämmen will und ein umfassendes Rauchverbot und damit auch einen umfassenden Nichtraucherschutz fordert.

In einem ersten Schritt wird gezeigt, welche Maßnahmen die Europäische Union in der Vergangenheit bereits ergriffen hat, um den Schutz der Nichtraucher in den Mitgliedsländern zu gewährleisten. Hierfür wird in Anlehnung an Gerhards und Hölscher (Gerhards & Hölscher 2005: 15) ein Skript mithilfe des Regelwerks der Europäischen Union zum Thema „Tabakpolitik“ rekonstruiert. In einem zweiten Schritt gilt es zu untersuchen, ob und in welchem Ausmaß die Bürger der EU Rauchverbote akzeptieren (also dem EU-Skript indirekt zustimmen) und zu prüfen, ob diese Zustimmung in den Mitgliedsländern unterschiedlich hoch ausfällt. Die deskriptiven

richtshof, dass das Rauchen in Wasserpfeifen-Cafés zunächst weiter gestattet ist (Rhein-Zeitung 2008).

Befunde werden zeigen, dass die Zustimmung zu einem Rauchverbot vor allem in denjenigen Ländern sehr hoch ausfällt, in denen bereits umfassende Regelungen zur Einschränkung des Rauchens eingeführt wurden. Die Länder hingegen, die bisher nur sehr wenig im Bereich des Nichtraucherschutzes unternommen haben, befürworten dieses in weit geringerem Maße. Zudem fällt die Befürwortung eines Rauchverbotes in Büros und öffentlichen Räumen deutlich höher aus, als dies bei Restaurants, Bars und Kneipen der Fall ist. Im dritten Teil dieses Artikels werden die gefundenen Unterschiede in den Einstellungen der Bürger erklärt; die hierfür aufgestellten Hypothesen werden im Anschluss multivariat überprüft. Die Hypothesenformulierung und anschließende Erklärung der gefundenen Einstellungsunterschiede findet auf Grundlage der Theorie geplanten Verhaltens von Ajzen und Fishbein statt. Die Analysen basieren auf Umfragedaten des Eurobarometers 66.2. In einem letzten Abschnitt werden die gefundenen Ergebnisse zusammengefasst, um anschließend einen kurzen Blick auf die (möglicherweise) rauchfreie Zukunft Europas zu werfen.

2. Rekonstruktion des EU-Skripts

Die Skript-Idee geht auf die Arbeiten von John W. Meyer zur Weltgesellschaft zurück (zusammenfassend vgl. Meyer et al. 1997). Die Autoren gehen davon aus, dass „worldwide models define and legitimate agendas for local action, shaping the structures and policies of nation-states and other national and local actors in virtually all of the domains of rationalized social life“ (Meyer et al. 1997: 145). Es gibt also für die verschiedenen Bereiche des sozialen Lebens jeweils Modelle, welche den Akteuren vorgeben, wie sie richtig zu handeln haben. In seinem Buch „Weltkultur“ (2005) macht Meyer deutlich, dass er vor allem Institutionen eine zentrale Rolle in diesem Prozess zuschreibt (Hölscher 2006). Er ordnet ihnen die Rolle „kulturelle[r, KH] Regeln [zu, KH], die bestimmten Einheiten und Handlungen kollektiven Sinn und Wert verleihen und sie in einen größeren Rahmen integrieren“ (Meyer 2005: 18). Diese kulturellen Regeln, gebündelt in einem Skript, werden allmählich von allen Gesellschaften der Welt übernommen, sodass sich in der Folge eine strukturelle Annäherung der Organisationen ergibt (Meyer et al. 1997: 151ff.). Gerhards und Hölscher gehen in diesem Zusammenhang davon aus, dass Institutionen als Träger von Kultur „im Hinblick auf verschiedene Objektbereiche in der Welt Vorstellungen des Wünschenswerten haben und diese mit ihren „policies“ auch zu implementieren versuchen“ (Gerhards & Hölscher 2005: 23). Daran anknüpfend rekonstruieren sie aus dem Primär- und Sekundärrecht der EU ein Skript für verschiedene Wertsphären und untersuchen, inwieweit die europäischen Bürger dieses unterstützen. In Anlehnung an dieses Verfahren wird im Folgenden die Raucherpolitik der EU rekonstruiert. Hier geht es um die Maßnahmen, die die EU im Bereich der Tabakkontrollpolitik bisher ergriffen hat, die Ziele, die sie damit verfolgt und die Vorstellungen,

die dahinter gelagert sind. Im weiteren Verlauf gilt es dann, die Zustimmung der Bürger zu diesem Skript zu analysieren. Diese Zustimmung bzw. Akzeptanz ist für die EU von entscheidender Bedeutung, weil bei fehlender Unterstützung der Bürger die Gefahr einer Legitimationskrise droht.

Das Thema Gesundheit ist in der Gesetzgebung der Europäischen Union fest verankert und genießt eine hohe Priorität in ihrer Politik. So heißt es gleich zu Beginn des Vertrages von Lissabon: „Die Union ist für die Durchführung von Maßnahmen zur Unterstützung, Koordinierung oder Ergänzung der Maßnahmen der Mitgliedsstaaten zuständig. Diese Maßnahmen mit europäischer Zielsetzung können in folgenden Bereichen getroffen werden: a) Schutz und Verbesserung der menschlichen Gesundheit...“ (Europäische Union 2007). Ferner betont die EU in Artikel 5a des Abschnitts mit der Überschrift „Allgemein geltende Bestimmungen“, welche Aufgaben und Kompetenzen die Europäische Union in diesem Bereich für sich beansprucht: „Bei der Festlegung und Durchführung ihrer Politik und ihrer Maßnahmen trägt die Union den Erfordernissen im Zusammenhang [...] mit einem hohen Niveau [...] des Gesundheitsschutzes Rechnung.“ (Europäische Union 2007) Zudem sieht der Vertrag vor, dass „Maßnahmen, die unmittelbar den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung vor Tabakkonsum und Alkoholmissbrauch zum Ziel haben, erlassen“ werden können (Europäische Union 2007). Auch in früheren Verträgen hat die EU bereits die Wichtigkeit der Gesundheitspolitik betont. In Artikel 152 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft heißt es: „Bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt“. (Europäische Gemeinschaft 2002)

Die Umsetzung von Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit gilt folglich als eines der wichtigsten Ziele der Europäischen Union. Da die meisten aller vermeidbaren Todesfälle in der Europäischen Union auf das Rauchen zurückzuführen sind, schlussfolgert die EU, „dass ein umfassender Ansatz zur Eindämmung des Tabakkonsums erforderlich ist, der darauf abzielt, die Häufigkeit der auf das Rauchen zurückzuführenden Erkrankungen in der Gemeinschaft zu reduzieren“ (Rat der Europäischen Union 2002). Allerdings bestehen solche Maßnahmen auf EU-Ebene bisher größtenteils aus nicht bindenden Regelungen. Dies liegt vor allem daran, dass die EU in ihrer Gesundheitspolitik stark eingeschränkt ist (Duina & Kurzer 2004: 58). Laut Artikel 129 Absatz 4 des Vertrages von Maastricht dürfen von der EU Fördermaßnahmen nur „unter Ausschluß jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten“ durchgeführt werden (Europäische Union 1992). Das heißt, dass „die Zuständigkeit für das Gesundheitswesen auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene bei den Mitgliedsstaaten liegt und das Subsidiaritätsprinzip zu beachten ist“ (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2007b). Diese Klausel erschwert die Arbeit der EU im Rahmen des Gesundheitsschutzes maßgeblich. Schwierigkeiten wurden in diesem Zusammenhang besonders bei den Verhandlungen über ein Tabakwerbeverbot in der Europäischen Union deutlich. Das

Hauptproblem besteht hier in einer zwischenstaatlichen Auseinandersetzung: Auf der einen Seite befinden sich Länder, die zugunsten einer Tabakbekämpfung traditionell intervenieren und eine starke Unterstützung durch die wissenschaftliche Gemeinschaft und die Ärzte erfahren. Auf der anderen Seite stehen hingegen Länder, die sich traditionell für die Eigenverantwortung des Individuums aussprechen und in deren Öffentlichkeit Gesundheitsfragen nur wenig thematisiert werden (Duina & Kurzer 2004: 71). Geplante Richtlinien sind also zumeist an gegensätzlichen Interessen der Länder gescheitert.⁵

Die „Entschließung des Rates und der im Rat vereinigten Minister für das Gesundheitswesen der Mitgliedsstaaten vom 18. Juli 1989 über ein Rauchverbot in öffentlich zugänglichen und frequentierten Räumen“ ist die konkreteste Forderung, die die EU in Bezug auf ein Rauchverbot an seine Mitgliedsstaaten gestellt hat und stellt gleichzeitig auch die Grundlage des Prozesses zur Einführung rauchfreier Zonen in der EU dar (Rat der Europäischen Union 1989). Diese liefert den Mitgliedsstaaten Leitlinien zum Schutz der Nichtraucher und nennt „den Kampf gegen den übermäßigen Tabakkonsum als vorrangiges Ziel“. Weiter wird betont, dass „das Recht des Nichtrauchers auf Gesundheit gegenüber dem passiven Rauchen [...] zu schützen [ist, K.H.]“. „Zur Gewährleistung des Rechts des Nichtrauchers auf Gesundheit ist es unerlässlich, das Rauchen in öffentlich zugänglichen Räumen bestimmter Einrichtungen sowie in öffentlichen Verkehrsmitteln zu untersagen.“ (Rat der Europäischen Union 1989) Die EU favorisiert ein umfassendes, generelles Rauchverbot und sieht weder Einschränkungen, noch Ausnahmen vor. Vorrangig setzt sich die EU den Schutz der Nichtraucher zum Ziel, auf Ebene der Raucher wird die Reduzierung des Tabakkonsums gefordert. Hier wird deutlich, dass die EU klare Vorstellungen darüber hat, was im Bereich Nichtraucherschutz als wünschenswert gilt und dementsprechend auch in ihren Mitgliedsstaaten gelten sollte. Sie gibt diesen also vor, wie sie sich „richtig“ verhalten sollen.

Dass der Kampf gegen den zu hohen Tabakkonsum für die EU einen hohen Stellenwert hat und eine wichtige gesundheitspolitische Strategie darstellt, wird auch in der „Entschließung des Rates vom 26. November 1996 zur Reduzierung des Tabakkonsums in der Europäischen Gemeinschaft“ (Rat der Europäischen Union 1996) erneut deutlich. Es wird darauf hingewiesen, dass „das Rauchen bei bestimmten Krankheiten, insbesondere bei Krebs sowie Herz- und Gefäßkrankheiten, einen Risikofaktor darstellt und jährlich zum Tod von 500.000 Menschen in der Gemeinschaft beiträgt“. Weiterhin wird die Wichtigkeit betont, vor allem Jugendliche vor dem Tabakkonsum und Arbeitnehmer vor der Passivrauchbelastung zu schützen. Hier verdeutlicht die EU die schweren gesundheitlichen Folgen von Rauchen und Passivrauchen und betont wiederum, dass sie vor allem die Nichtraucher vor zu hoher Tabakrauchbelastung schützen will (Rat der Europäischen Union 1996).

⁵ Einen guten Überblick über den langwierigen Weg zu einem Tabakwerbeverbot liefern Duina und Kurzer (Duina & Kurzer 2004).

Einen weiteren Schritt in der Bekämpfung des Tabakkonsums unternahm die EU 1999 mit den „Schlußfolgerungen des Rates vom 18. November 1999 zur Bekämpfung des Tabakkonsums“. Darin weist sie darauf hin, dass eine Gesamtstrategie erforderlich ist, die u.a. „eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten und die Zusammenarbeit im internationalen Rahmen, insbesondere mit der Weltgesundheitsorganisation“ vorsieht (Rat der Europäischen Union 1999). Eine solche internationale Zusammenarbeit erfolgte im Rahmen des WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Framework Convention on Tobacco Control), in der sich die Vertragsparteien zu konkreten Maßnahmen verpflichten, um die Bevölkerung vor den Gefahren durch Tabakrauch bzw. Passivrauchen zu schützen (World Health Organization 2004). Die EU bestreitet ihre Tabakpolitik also nicht vollkommen unabhängig von anderen Organisationen, sondern bevorzugt vielseitige Kooperationen. Laut Meyers Theorie fungiert hier also nicht nur die EU als Träger eines Skriptes, sondern auch die WHO. Insofern sollte sich die Idee des Nichtraucherschutzes in Zukunft nicht nur in den EU-Staaten verbreiten, sondern auch in anderen Ländern, die der WHO angehören und das Rahmenübereinkommen unterzeichnet haben und implementieren wollen.

In der „Empfehlung des Rates vom 2. Dezember 2002 zur Prävention des Rauchens und für Maßnahmen zur gezielteren Eindämmung des Tabakkonsums“ fordert die EU ihre Mitgliedsstaaten dazu auf, „gemäß den nationalen Praktiken und Gegebenheiten geeignete Rechts- und/oder Verwaltungsmaßnahmen zu treffen, um den Tabakverkauf an Kinder und Jugendliche zu verhindern“. Weiterhin sollen bestimmte Werbestrategien für Tabakerzeugnisse verboten und Aufklärungskampagnen durchgeführt werden, die vor allem den Erstkonsum von Jugendlichen verhindern sollen. Eine weitere Maßnahme zur Eindämmung des Tabakkonsums stellt für die EU die Umsetzung „geeignete[r] Preismaßnahmen für Tabakprodukte“ dar, „um vom Tabakkonsum abzuschrecken“ (Rat der Europäischen Union 2002). Auch hier werden den Mitgliedsstaaten klare Regeln vorgegeben, die sich vor allem auf die kulturelle Prägung von Jugendlichen beziehen: Diesen soll das Rauchen bzw. der Tabakkonsum als ein falsches, in der Gesellschaft nicht erwünschtes Verhalten vermittelt werden. Die EU strebt so vor allem die Senkung der Raucherzahlen unter Jugendlichen an.

Die Forderung nach dem bereits erwähnten Tabakwerbeverbot realisierte die EU schließlich im Jahr 2003 mit der „Richtlinie zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten über Werbung und Sponsoring zugunsten von Tabakerzeugnissen“ (Das Europäische Parlament und der Rat 2003). Diese hat zum Ziel, die Rechtsvorschriften der Mitgliedsstaaten anzugleichen und die öffentliche Gesundheit durch eine einheitliche Regelung der Verkaufsförderung von Tabak zu schützen. Außerdem soll verhindert werden, dass Jugendliche durch gezielte Werbe- und Marketingstrategien frühzeitig mit dem Rauchen anfangen (Das Europäische Parlament und der Rat 2003).

Im Grünbuch „Für ein rauchfreies Europa: Strategieoptionen auf EU-Ebene“ vom 30. Januar 2007 (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2007a) befasst sich die EU mit der Passivrauchbelastung und seinen gesundheitlichen, wirtschaftlichen und sozialen Folgen und diskutiert die Möglichkeiten zur Schaffung rauchfreier Zonen in Europa. Zudem eröffnet das Grünbuch „eine breit angelegte öffentliche Debatte über den besten Weg, das Passivrauchen in der EU einzudämmen“ (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2007a). Die EU wählt demnach zur Bekämpfung des Tabakkonsums keinen Alleingang, sondern sieht die Zusammenarbeit mit der Bevölkerung und zahlreichen Institutionen vor. Auf gesundheitlicher Ebene strebt die EU sinkende Raucherprävalenzen in den Mitgliedsländern an, in sozialer Hinsicht gilt es, eine „Entnormalisierung“ des Rauchens“ (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2007a) herbeizuführen. Ferner hat die EU die Vorstellung, durch Schaffung rauchfreier Zonen auch sozioökonomische Ungleichheiten hinsichtlich des Gesundheitszustandes abzubauen (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2007a). Da sich die Europäische Union vorrangig als Wirtschaftsgemeinschaft versteht, verfolgt sie mit einem Rauchverbot natürlich auch wirtschaftliche Ziele. Sie betont in diesem Zusammenhang besonders, dass die enormen durch Tabakkonsum verursachten Kosten reduziert werden sollen. Diese Kosten kommen auf direktem Weg durch steigende Behandlungskosten tabakbedingter Erkrankungen (bei Rauchern und Nichtrauchern) und auf indirektem Weg durch Verlust von Humankapital aufgrund von vorzeitigen Todesfällen, Produktionsverlust (Raucherpausen, zunehmender krankheitsbedingter Arbeitsausfall) und dem Staat entgangener Lohnsteuern und Sozialabgaben zustande (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2007a; Kaiser & Gommer 2007). Wirtschaftliche Nachteile bringen abnehmende Raucherprävalenzen für die Mitgliedsstaaten durch sinkende Einnahmen aus der Tabaksteuer mit sich. Natürlich ergäbe sich auch ein finanzieller Verlust für die Tabakindustrie (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2007a).

Anhand des Grünbuchs wird abschließend sehr gut deutlich, welche Hauptziele die EU mit der Einführung von Rauchverboten verbindet: 1) Sie will ein generelles Rauchverbot einführen, welches den Schutz der Nichtraucher als Bevölkerungsmehrheit und die Bekämpfung des Tabakkonsums zum Ziel hat, wobei ersteres eindeutig die Legitimationsbasis darstellt. 2) Sie will zudem die soziale Norm des Nichtrauchens durchsetzen und so den Tabakkonsum nachhaltig senken. 3) In ökonomischer Hinsicht will die EU die enormen direkten und indirekten Kosten senken, die mit dem Tabakkonsum zusammenhängen. 4) Insgesamt stigmatisiert die EU den Tabakkonsum dadurch als etwas Schlechtes; das Rauchen gilt als nicht mehr wünschenswert in der Gesellschaft.

Laut Meyer müssten die genannten Maßnahmen der EU, soweit sie von den einzelnen Mitgliedsstaaten übernommen werden, dazu führen, dass diese sich strukturell, also in Bezug auf die nationalen Raucherpolitiken, allmählich angleichen (Isomorphie (Meyer et al. 1997: 152f.)).

3. Einstellungen der Bürger der EU zum Rauchverbot

Wie die Rekonstruktion des EU-Skripts gezeigt hat, verfolgt die EU die Einführung von Rauchverboten als ihr wichtigstes Ziel und Mittel zur Eindämmung des Tabakkonsums. Daher beschränkt sich die Analyse auf diesen Teil des Skripts und untersucht, inwieweit die europäischen Bürger hier mit den Vorstellungen der EU konform gehen. Weiterhin wird untersucht, ob sich diese Akzeptanz im Zeitverlauf verändert hat und sich nach Ländern unterscheidet.

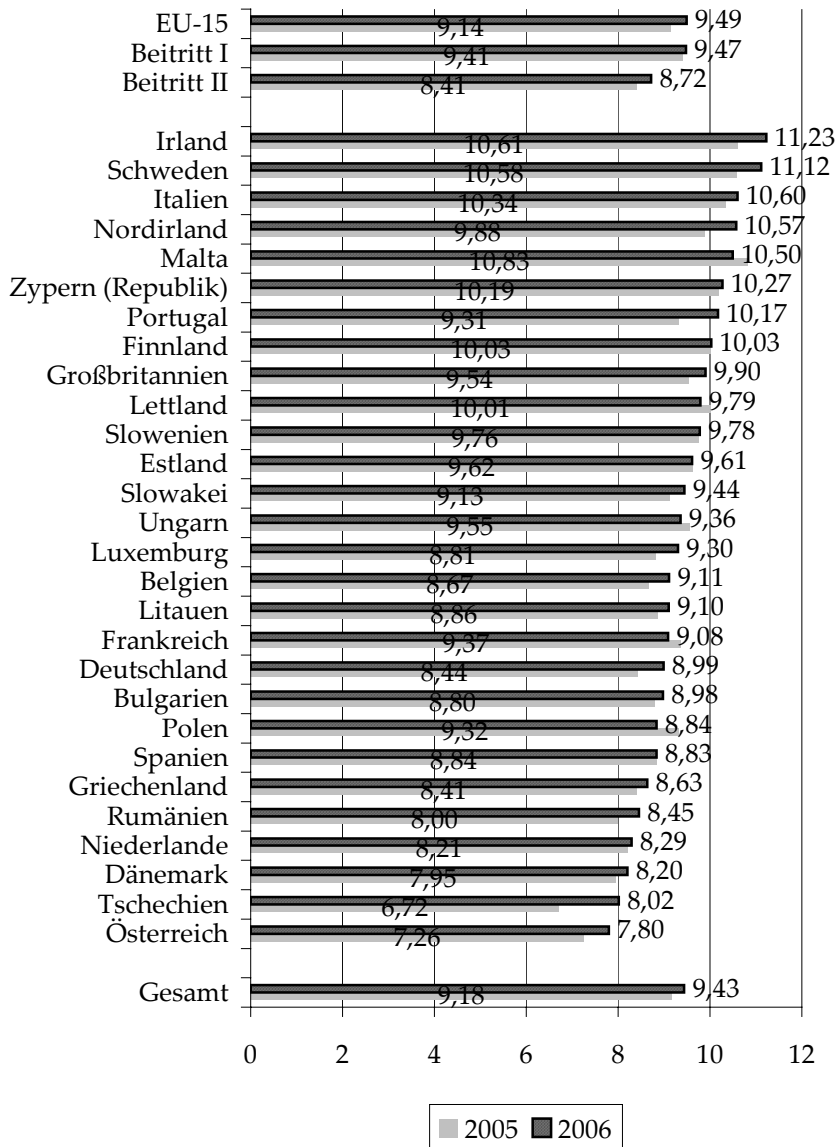
Für die Analysen wurde der Eurobarometer 66.2 aus dem Jahr 2006 verwendet. An der Studie haben insgesamt 29 europäische Länder teilgenommen, dazu zählen die 27 Mitgliedsstaaten der EU sowie Kroatien und die Türkei. Die repräsentativen Stichproben umfassen pro Befragungsland etwa 1.000 Personen, die älter als 15 Jahre alt sind, über die Nationalität eines EU-Mitgliedsstaates verfügen und in einem der Mitgliedsstaaten der EU ihren Wohnsitz haben. Soweit in den teilnehmenden Ländern vorhanden, wurde das CAPI-System (Computer Assisted Personal Interview) verwendet (European Communities 2006). Ein Teil des Eurobarometers 66.2 beschäftigt sich mit dem Rauchverhalten der europäischen Bürger und ihren Einstellungen zum Tabakkonsum und einem Rauchverbot. In der Analyse enthalten sind die 27 Mitgliedsländer der EU, wobei Nordirland gesondert betrachtet wird, da hier ein Rauchverbot nicht zum selben Zeitpunkt eingeführt wurde, wie beispielsweise in England (European Network for Smoking Prevention 2006).

Um die Befürwortung eines Rauchverbotes zu messen, wurde folgende Variable aus dem EB 66.2 verwendet: „Unterstützen Sie ein Rauchverbot an den folgenden Orten?“ 1) Restaurants, 2) Bars und Kneipen, 3) Büros und anderen Arbeitsplätzen innerhalb von Gebäuden und 4) in allen geschlossenen öffentlichen Räumen (U-Bahnen, Flughäfen, Geschäften usw.). Folgende Antwortkategorien standen zur Auswahl: „Voll und ganz dafür“, „Eher dafür“, „Eher dagegen“, „Voll und ganz dagegen“, „Weiß nicht/Keine Angabe“. Die Variable wurde aufgrund der stark links-schiefen Verteilung in eine dichotome Variable mit den Ausprägungen „Voll und ganz dafür“ = 1 und den restlichen Kategorien = 0 rekodiert, wobei die Antwortmöglichkeit „Weiß nicht“ auf Missing gesetzt wurde.

Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Befürwortung eines generellen Rauchverbotes in den einzelnen Ländern der Europäischen Union. Hierfür wurde aus den Kategorien Restaurants, Bars und Kneipen, Büros und öffentlichen geschlossenen Räumen ein additiver Index gebildet und für jedes Land der Mittelwert berechnet.⁶

⁶ Cronbach's Alpha beträgt hier ,8392. Verwendet wurden für die additive Skala die Variablen Unterstützung eines Rauchverbotes in 1) Restaurants, 2) Bars/Kneipen, 3) Büros, 4) öffentlichen geschlossenen Räumen. Damit die additive Skala Werte von 0-12 annimmt, wurden die vier Variab-

Abbildung 1: Befürwortung eines generellen Rauchverbotes nach Ländern im Zeitvergleich (Mittelwert einer additiven Skala) (in %)



Zunächst kann man feststellen, dass die Akzeptanz eines Rauchverbotes in allen Ländern Europas bemerkenswert hoch ausfällt. Die Mittelwerte variieren zwischen 7,80 in Österreich und 11,23 in Irland auf einer Skala von 0 bis 12; der Gesamtmittelwert beträgt 9,43. Im Allgemeinen stehen die Bürger der EU einem Rauchverbot also sehr positiv gegenüber.

len folgendermaßen rekodiert: 3 „voll und ganz dafür“, 2 „eher dafür“, 1 „eher dagegen“, 0 „voll und ganz dagegen“.

Betrachtet man nun die Aggregatsgruppen, zeigt sich, dass die Akzeptanz eines generellen Rauchverbotes in den EU-15⁷ Ländern mit einem Mittelwert von 9,49 am höchsten ausfällt; die Beitritt-I Länder, also die Länder der Osterweiterung, weisen nur geringfügig niedrigere Zustimmungswerte auf (Mittelwert 9,47). Mit einem etwas größeren Abstand folgen die Beitritt-II Länder Rumänien und Bulgarien, die eine mittlere Befürwortung von 8,72 aufweisen. In allen drei Aggregatskategorien ist zudem ein leichter Anstieg in den Zustimmungsraten zu einem generellen Rauchverbot von 2005 zu 2006 zu verzeichnen, wobei der Anstieg in den EU-15 Ländern am stärksten ausfällt.

Auf Ebene der einzelnen Länder kann man feststellen, dass die Unterstützung eines Rauchverbotes vor allem in den Ländern sehr hoch ausfällt, in denen es z.T. bereits sehr umfassende gesetzliche Regelungen des Nichtraucherschutzes gibt. An der Spitze stehen die irischen Bürger mit einem Mittelwert von 11,23. 2005 betrug die mittlere Zustimmung noch 10,61; hier zeigt sich also ein deutlicher Anstieg in der Unterstützung. Nachdem 2004 ein totales Rauchverbot am Arbeitsplatz einschließlich aller Bars und Restaurants eingeführt wurde, steigt die Unterstützung durch die irische Bevölkerung also. Irland stellt gleichzeitig auch das Land mit dem konsequentesten Nichtraucherschutz in Europa dar (European Network for Smoking Prevention 2006). Eine nur geringfügig niedrigere Akzeptanz findet sich in Schweden (Mittelwert 11,12) – auch hier gab es zwischen 2005 und 2006, also nach Einführung eines Rauchverbotes, einen deutlichen Anstieg in der Befürwortung. In Schweden ist das Rauchen in der Öffentlichkeit ebenfalls weitgehend untersagt, allerdings dürfen hier, wie in vielen anderen Ländern der EU mit bestehenden Rauchverboten, abgetrennte Raucherräume eingerichtet werden (European Network for Smoking Prevention 2006). Mit einer mittleren Zustimmung von 10,60 rangieren die italienischen Bürger an dritter Stelle im europäischen Vergleich und stimmen damit einem Rauchverbot stärker zu als sie dies 2005 (10,34) taten. Wie in Irland und Schweden ist hier also eine zunehmende Unterstützung des Rauchverbotes nach Einführung eines solchen in Italien zu beobachten. In Italien ist das Rauchen ebenfalls an allen Arbeitsplätzen einschließlich Bars und Restaurants verboten, aber auch hier gelten Ausnahmeregelungen, die das Rauchen in abgetrennten, ventilierten Räumen erlauben (European Network for Smoking Prevention 2006). Sodann folgen Nordirland mit einem Mittelwert von 10,57 und Malta mit einem Mittelwert von 10,50. Obwohl in Nordirland erst im April 2007 ein umfassendes Rauchverbot an allen Arbeitsplätzen in Kraft trat (European Network for Smoking Prevention 2006), zeigt sich bereits ein Jahr vor Einführung eine breite Unterstützung unter den Bürgern. Auch hier kann man einen bemerkenswerten Anstieg in der Zustimmung gegenüber dem Vorjahr (9,88) feststellen. Ein anderes Bild zeigt sich dagegen in Malta: Hier gibt es ein gene-

⁷ Zu den EU-15 Ländern zählen die sogenannten alten Mitgliedsländer (Nordirland gesondert betrachtet).

relles Rauchverbot seit Oktober 2004⁸ (European Network for Smoking Prevention 2006); die Zustimmung ist 2006 im Vergleich zu 2005 (10,83) allerdings leicht gesunken.

Am unteren Ende der Zustimmungsraten finden sich Dänemark (8,20), Tschechien (8,02) und Österreich (7,80). In Dänemark gibt es zwar ein Rauchverbot, dieses kann man allerdings aufgrund zahlreicher Ausnahmeregelungen nur bedingt als „echtes“ Nichtraucherschutzgesetz bezeichnen (European Network for Smoking Prevention 2006). Wie in vielen anderen Ländern der EU ist die Befürwortung von 2005 auf 2006 leicht angestiegen. In Tschechien ist das Rauchen seit Januar 2006 im öffentlichen Personenverkehr, in Schulen, Kinos und Theatern, in Sporthallen und Verwaltungs- und Regierungsgebäuden untersagt (z.T. sind separate Raucherräume zulässig). In Restaurants und Bars/Kneipen sind allerdings Rauchzonen erlaubt (European Network for Smoking Prevention 2006). Einen konsequenten und umfassenden Nichtraucherschutz gibt es somit auch in Tschechien bisher nicht. Allerdings ist in der tschechischen Bevölkerung die Akzeptanz eines generellen Rauchverbotes von 2005 (6,72) zu 2006 deutlich gestiegen. Es zeigt sich der schon mehrfach beobachtete Trend, dass nach Einführung eines, wenn auch nicht umfassenden, Rauchverbotes auch die Akzeptanz eines solchen in der Bevölkerung steigt. Auch in Österreich ist ein Nichtraucherschutz nur bedingt gegeben. In Gesundheits-, Bildungs- und Regierungseinrichtungen sowie anderen öffentlichen Einrichtungen und in öffentlichen Verkehrsmitteln herrschen Rauchverbote, nicht aber beispielsweise in der Gastronomie. Zudem sind im Falle eines Verstoßes keine Sanktionen durch die österreichische Gesetzgebung vorgesehen (European Network for Smoking Prevention 2006), (Wikipedia 2008). Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Unterstützung eines möglichen Rauchverbotes durch die Österreicher etwas ins Positive verändert (2005: 7,26).

Betrachtet man die Zustimmungsraten der Länder – aufgeschlüsselt nach den einzelnen Kategorien des zuvor gebildeten additiven Indexes (hier nicht abgebildet) – zeigt sich eine einheitlich sehr hohe Befürwortung eines Rauchverbotes in Büros und geschlossenen öffentlichen Räumen über alle Länder (bis auf Österreich mit 47,4% bzw. 47,7%). In den Kategorien Restaurants und Bars/Kneipen ist die Spannweite im Ländervergleich hingegen sehr groß. Wie auch bei der Zustimmung zu einem generellen Rauchverbot befinden sich hier an oberer Stelle Irland, Schweden, Nordirland, (in der Kategorie Restaurants auch Großbritannien), Malta und Italien mit einer Akzeptanz von teilweise deutlich über 60%. An unterster Stelle rangieren die Länder Dänemark, Tschechien und Österreich mit Zustimmungswerten von jeweils gut 30% bei Rauchverboten in Restaurants und rund 20% in Bars und Kneipen. Insgesamt betrachtet zeichnet sich wiederum der Trend ab, dass die Akzeptanz eines Rauchverbotes durch die Bürger vor allem in den Ländern sehr hoch ausfällt, in denen eine ge-

⁸ Auch hier besteht die Möglichkeit abgetrennte Raucherräume einzurichten.

setzliche Regelung bereits in Kraft getreten ist. Auf der anderen Seite fällt die Unterstützung in Ländern ohne ein Nichtraucherschutzgesetz niedrig bis sehr niedrig aus.

Die deskriptive Analyse hat gezeigt, dass die europäischen Bürger nur teilweise mit den Vorstellungen der EU bezüglich der Einführung von Rauchverboten zur Eindämmung des Tabakkonsums, also mit dem EU-Skript, konform gehen. Es konnten teilweise deutliche Unterschiede in den Zustimmungsraten zu einem Rauchverbot nachgewiesen werden. Zudem wurde sehr deutlich, dass die Bürger eines Landes, in dem ein Rauchverbot gilt, eine höhere Akzeptanz eines solchen aufweisen, als Länder ohne eine gesetzliche Regelung. Augenscheinlich führt die Einführung von Rauchverboten zu einem Einstellungswandel bei den Bürgern, in dessen Verlauf die Zustimmung zum Rauchverbot ansteigt. Ob dies tatsächlich der Fall ist und welche weiteren Faktoren die gefundenen Unterschiede erklären können, gilt es im Folgenden zu untersuchen.

4. Erklärung der Einstellungen der europäischen Bürger zu einem Rauchverbot

In den wenigen bisherigen Studien, die sich mit den Einstellungen der Bürger zu einem Rauchverbot beschäftigen, werden diese meist nur deskriptiv analysiert. Die Autoren, die auch Kausalanalysen vornehmen, versäumen es die gefundenen Zusammenhänge mithilfe einer konsistenten Theorie zu erklären. Bisherige Untersuchungen zu dieser Fragestellung sind also in hohem Maße variablensoziologisch vorgegangen. Allerdings stellte bereits Esser (1987: 232) fest, dass „Ad-hoc-Interpretationen [...] ebenso wenig „Erklärungen“ [sind, K.H.] wie die „Bestätigung“ einer bloß als „Variablenzusammenhang“ formulierten Hypothese oder wie die Aufklärung von [...] 60 Prozent der Varianz durch einige abhängige Variablen“. An diesem Defizit soll in diesem Artikel angeknüpft und ein Modell entwickelt werden, welches die Einstellungen zu einem Rauchverbot erklären helfen soll. Hierbei wird auf die Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen und Fishbein Bezug genommen.

4.1 Theorie des geplanten Verhaltens

Die Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen und Fishbein ist in den letzten Jahrzehnten fester Bestandteil der Einstellungsforschung in der Sozialpsychologie geworden. Die Einstellungstheorie von Fishbein stellt die Grundlage der Theorie dar und dient der Erklärung von Einstellungen. Sie orientiert sich an früheren Wert-Erwartungsmodellen und wird daher auch als Erwartungs-Wert-Modell der Einstellung bezeichnet (Lüdemann 2000: 377). Danach hängt die Einstellung einer Person gegenüber einem bestimmten Einstellungsobjekt von den subjektiven Annahmen dieser Person über das Einstellungsobjekt ab (Fishbein & Ajzen 1972: 507). Die subjektiven Annahmen entstehen, indem die Person das Einstellungsobjekt mit bestimmten Attributen verknüpft. Die Zuschreibung von Attributen findet mit einer

bestimmten subjektiven Wahrscheinlichkeit statt; hier ist also die subjektiv wahrgenommene Wahrscheinlichkeit gemeint, dass das Einstellungsobjekt diese Attribute tatsächlich besitzt („Erwartung“). Außerdem werden die Attribute von der Person in unterschiedlichem Maße negativ oder positiv bewertet („Wert“) (Lüdemann 2000: 377f.; Ajzen und Fishbein 1972: 507). Je stärker die Person nun beispielsweise positiv bewertete Attribute und je schwächer sie negativ bewertete Attribute subjektiv mit dem Einstellungsobjekt verknüpft, desto positiver ist die Einstellung gegenüber diesem Einstellungsobjekt (Fishbein & Ajzen 1975: 31). Die Einstellung ist demnach eine Produktsumme aus Erwartung x Wert der einzelnen Merkmale (Lüdemann 2000: 377f.).

Die abhängige Variable ist die direkt gemessene Einstellung gegenüber dem entsprechenden Einstellungsobjekt, „wobei sich diese Einstellung auf die Bewertung dieses Einstellungsobjekts bezieht“ (Lüdemann 2000: 378). Die unabhängige Variable ist die bereits beschriebene Produktsumme, welche laut Lüdemann in Anlehnung an die Wert x Erwartungs-, Nutzen- oder SEU-Theorie (SEU = Subjective Expected Utility) als Nettonutzen interpretiert werden kann (2000: 378). Nun kann man mithilfe der Einstellungstheorie von Fishbein folgende Aussage treffen: „Je größer der subjektiv perzipierte Nettonutzen eines Einstellungsobjektes ist, desto positiver ist die Einstellung gegenüber diesem Einstellungsobjekt“ (Lüdemann 2000: 378).

Die Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen und Fishbein („Theory of Planned Behavior“) stellt eine Überarbeitung bzw. Ausarbeitung der Einstellungstheorie dar. Die Autoren liefern also kein neues Erklärungsmodell, sondern verfolgen die Kausalkette weiter. Hier bezieht sich die Einstellung jedoch auf eine Handlung – das Einstellungsobjekt ist also die Handlung selbst (Lüdemann 2000: 378). Voraussetzung in dieser Theorie ist, dass diese Handlung „unter willentlicher Kontrolle der Akteure“ vollzogen wird (Ahlstich 1999: 195). Ajzen und Fishbein versuchen mithilfe der Theorien die Relation zwischen Einstellung und Verhalten zu erklären. Nach der Theorie des geplanten Verhaltens ist die Verhaltensintention der beste Prädiktor für überlegtes Verhalten, welche angibt, wie stark eine Person gewillt ist, das bestimmte Verhalten auszuführen. Diese ist dem Verhalten unmittelbar vorgelagert. Die Verhaltensintention ist eine Funktion aus der Einstellung zum Verhalten, den subjektiv wahrgenommenen Normen gegenüber dem Verhalten und der subjektiv wahrgenommenen Verhaltenskontrolle (Ahlstich 1999: 195f.).

Die Einstellung gegenüber dem Verhalten entsteht wiederum durch die positive oder negative Bewertung von Einstellungsobjekten und der subjektiven Verknüpfung des Einstellungsobjekts mit positiv oder negativ bewerteten Attributen (Ahlstich 1999: 187ff.). Sie setzt sich zusammen aus den Überzeugungen über die Konsequenzen des Verhaltens und der Bewertung der erwarteten Konsequenzen des Verhaltens (Borgetto & Kälble 2007). Die bereits erwähnte Produktsumme aus Wert x Erwartung gilt nun als Prädiktor für die Einstellung gegenüber einem bestimmten Verhalten (Ajzen & Fishbein 1980: 67).

Die zweite Komponente der Verhaltensintention stellt die subjektive Norm dar. Diese beinhaltet die Vorstellung, dass Menschen versuchen, den Erwartungen anderer Personen gerecht zu werden (Ahlstich 1999: 191). Je nachdem, ob die Person also glaubt, dass wichtige andere Personen (wie Freunde, Bekannte oder der Arbeitgeber) die Ausführung einer spezifischen Handlung begrüßen würden, entwickelt die Person die entsprechende Handlungsintention. Allerdings zählen nach Ajzen und Fishbein zu den *relevanten* anderen Personen nicht nur Familienmitglieder oder Freunde, „but in others it may be the expectations of [...] the society at large which are most influential“ (Fishbein & Ajzen 1975: 302). Weiterhin spielt neben der Überzeugung einer Person bezüglich der Meinung relevanter anderer Personen auch die Motivation eine Rolle, sich gemäß den Wünschen anderer Personen zu verhalten (Borgetto & Kälble 2007: 76). Ajzen und Fishbein bezeichnen dies als „motivation to comply“ (Fishbein & Ajzen 1975: 302). Es handelt sich bei der subjektiven Norm wie auch bei der Einstellung um eine gewichtete Summe aus normativen Überzeugungen und Bewertungen (Ahlstich 1999: 192).

Die dritte Komponente stellt die subjektiv wahrgenommene Verhaltenskontrolle dar, welche beinhaltet, inwieweit einer Person ein bestimmtes Verhalten kontrollierbar erscheint. Je stärker ein Individuum meint, das infrage stehende Verhalten kontrollieren zu können, desto stärker wird die Verhaltensintention sein, das betreffende Verhalten auch auszuführen (Bierhoff 2000: 277).

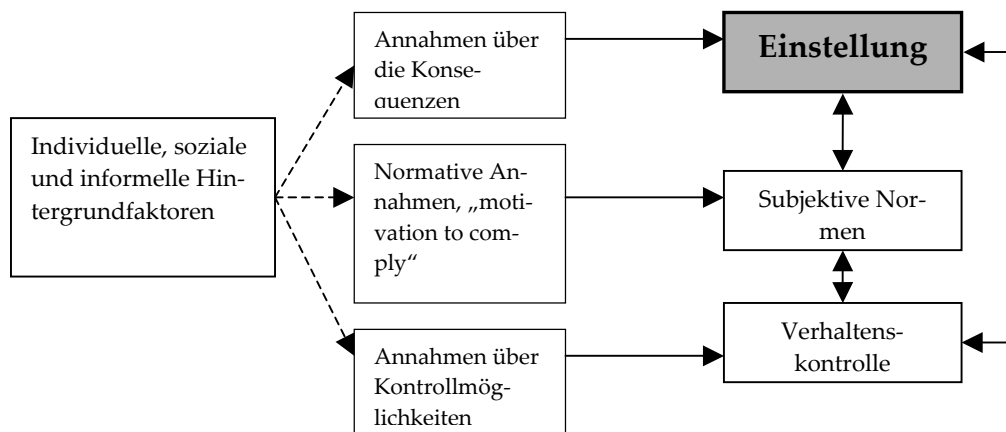
Zwischen diesen drei Komponenten sind zudem auch Wechselwirkungen vorgesehen. Das bedeutet, dass beispielsweise die subjektive Norm nicht nur einen Einfluss auf die Verhaltensintention hat, sondern auch auf die Einstellung gegenüber dem Verhalten und die wahrgenommene Verhaltenskontrolle (Ajzen & Fishbein 2005: 195).

Alle anderen Variablen haben laut Ajzen und Fishbein keine eigenständige Erklärungskraft bezüglich der Verhaltensintention oder des Verhaltens (Ajzen & Fishbein 2005: 197). Sie wirken allerdings indirekt über die Einstellungskomponente oder die subjektiven Normen. Zu solchen Hintergrundfaktoren zählen z.B. Persönlichkeit, Stimmung, Emotionen, Intelligenz, Werte, Stereotype, allgemeine Einstellungen, Erfahrungen, Bildung, Alter, Geschlecht, Einkommen, Religion, Ethnizität, Kultur, Wissen oder Medienkonsum (Ajzen & Fishbein 2005: 196).

Mithilfe der Theorien des geplanten Verhaltens von Ajzen und Fishbein wird im Folgenden ein Modell entwickelt, das die Unterschiede in den Einstellungen der Bürger zu einem Rauchverbot erklären helfen soll. Da es sich um eine Sekundäranalyse handelt, messen die verwendeten Variablen die theoretischen Konstrukte nicht immer optimal. Anders als in der Theorie vorgesehen, wird allerdings nicht das konkrete Verhalten untersucht, sondern die dem Verhalten vorgelagerten Einstellungen. Abbildung 2 verdeutlicht die zu untersuchenden Zusammenhänge nochmals. Daneben wird für die Hypothesengenerierung auch auf andere in der Literatur ver-

wendete Argumentationen zurückgegriffen, um die Einstellungen der europäischen Bürger zu einem Rauchverbot zu erklären.

Abbildung 2: Verwendete Komponenten zur Erklärung der Einstellungen der europäischen Bürger zu einem Rauchverbot



4.2. Hypothesen

Annahmen über die erwarteten Konsequenzen des Rauchens bzw. Passivrauchens

Hypothese 1: Es wird zunächst vermutet, dass eine Person, die das Passivrauchen als sehr gesundheitsgefährlich einschätzt, ein Rauchverbot eher befürwortet. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Person ein Rauchverbot vornehmlich mit *positiven* Merkmalen attribuiert (und natürlich auch eine hohe subjektive Erwartung aufweist, dass das Einstellungsobjekt ‚Rauchverbot‘ diese positiven Merkmale tatsächlich besitzt), da im Falle eines Rauchverbotes die Kosten des Passivrauchens für die Person reduziert werden.⁹ Der perzipierte Nettonutzen fällt in der Summe relativ groß aus und die Einstellung gegenüber dem Einstellungsobjekt wird bzw. bleibt positiv. Personen, die hinsichtlich einer Passivrauchbelastung keine gesundheitlichen Bedenken hegen, stimmen einem Rauchverbot weniger zu. Hier wird das Rauchverbot anders als im erstgenannten Fall größtenteils *negativ* attribuiert und der Nettonutzen fällt für die Person im Resultat geringer aus. Aus diesem Grund ist die sich ergebende Einstellung zu einem Rauchverbot negativer und die Person lehnt ein solches eher ab. Hypothese 1 lautet demgemäß: **Je gesundheitsgefährlicher Befragte die Folgen des Passivrauchens einschätzen, desto eher stimmen sie einem Rauchverbot zu.**

⁹ Dazu zählen z.B. akute und chronische Reizwirkungen, Lungenkrebs und andere Krebsarten, Herz-Kreislauf-Erkrankungen etc. (von Laffert 1998: 34ff.).

Hypothese 2: Es wird angenommen, dass Raucher ein Rauchverbot weniger akzeptieren als Ex-Raucher und diese einem Rauchverbot wiederum negativer gegenüber stehen als Nie-Raucher. Auf deskriptiver Ebene hat sich dies vielfach bestätigt (Schneider et al. 2006, McMillen et al. 2003, Tang et al. 2003, Lam et al. 2002, Brooks & Mucci 2001, Willemsen et al. 1996). Der Raucherstatus einer Person führt zu unterschiedlichen Annahmen über die Konsequenzen eines Rauchverbotes, es werden also Kosten und Nutzen eines Rauchverbotes abgewogen. Nie-Raucher attribuieren ein Rauchverbot wesentlich eher positiv als ehemalige Raucher und Raucher. Die zwei zuletzt genannten Personengruppen werden im Umkehrschluss das Einstellungsobjekt vornehmlich mit neutralen bzw. negativen Merkmalen verbinden. Dies kann man damit begründen, dass die Kosten, die mit einem Rauchverbot in Zusammenhang stehen, für Raucher im Allgemeinen sehr viel höher sind, als für Nie-Raucher und ehemalige Raucher: Raucher können nicht mehr an jedem Ort und zu jeder Zeit rauchen, sondern müssen sich an bestimmte Regeln halten und sind somit eingeschränkt. Außerdem geht der Nutzen des Rauchens für sie teilweise verloren.¹⁰ Natürlich können Raucher auch einen Nutzen aus einem Rauchverbot ziehen: So profitieren sie z.B. von sauberer Luft, wenn sie selbst gerade nicht rauchen. Man kann annehmen, dass der subjektiv perzipierte Nettonutzen des Einstellungsobjektes Rauchverbot für Raucher allerdings verhältnismäßig gering ist; die Einstellung zu einem Rauchverbot ist infolgedessen negativer. Für Nie-Raucher (und auch für ehemalige Raucher) ist der Nettonutzen vermutlich größer, da die Gesundheitsbelastung durch Passivrauchen entfällt; es werden demzufolge Kosten reduziert. Die Einstellung gegenüber dem Rauchverbot wird daher unter Nie-Rauchern (und Ex-Rauchern) positiver ausfallen. Hypothese 2 lautet folglich: **Raucher akzeptieren ein Rauchverbot weniger als Ex-Raucher und diese wiederum weniger als Nie-Raucher.**

Subjektive Normen

Hypothese 3: Im Eurobarometer 66.2 werden die Teilnehmer gefragt, ob es ihres Wissens Vorschriften zum Rauchverbot an öffentlichen Orten, wie öffentliche Verkehrsmittel, Krankenhäuser oder Schulen, gibt und ob sie meinen, dass diese Vorschriften im Allgemeinen von Rauchern beachtet werden oder nicht. Im Sinne der Theorie des überlegten Handelns bzw. geplanten Verhaltens wird vermutet, dass Personen, die dem im vollen Umfang zustimmen („Ja, es gibt Vorschriften und sie werden befolgt.“), ein Rauchverbot eher akzeptieren, da sie subjektiv wahrnehmen, dass andere Personen dies umgekehrt auch von ihnen erwarten. Diese subjektive Norm beinhaltet ferner, dass das Individuum stärker motiviert ist, den Vorstellungen Anderer ge-

¹⁰ Dazu zählen beispielsweise folgende Aspekte: Anregung, Anstieg des Wohlbefindens, Genuss, erhöhte Selbstsicherheit, Geselligkeit, Rauchen als soziales Ritual, Gewichtsreduktion, Stressreduktion usw. (Baker et al. 2004; von Laffert 1998).

recht zu werden („motivation to comply“). Das Individuum ist umso eher bereit, einem Rauchverbot zuzustimmen, je präsenter ihm die Meinung und das konkrete Handeln anderer Personen erscheinen. In der Folge entwickelt die Person aufgrund des Einflusses der subjektiven Norm eine positive Einstellung gegenüber einem Rauchverbot. Möglicherweise rechnet die Person mit höherer gesellschaftlicher Anerkennung, wenn sie ein Rauchverbot befürwortet, also Einwilligungsbereitschaft zeigt, oder befürchtet negative Auswirkungen, wie z.B. Missachtung, wenn sie sich gegen Rauchbeschränkungen ausspricht. Hypothese 3 lautet demnach: **Befragte, die glauben, dass es ein Rauchverbot in ihrem Land gibt und die weiterhin meinen, dass dieses von anderen Personen befolgt wird, stimmen einem Rauchverbot eher zu.**

Hypothese 4: Es wird weiterhin angenommen, dass der Anteil der rauchenden Bevölkerung in einem Land einen Einfluss auf die Akzeptanz eines Rauchverbotes durch die einzelnen Bürger hat. Wie die Ergebnisse aus anderen Studien gezeigt haben, akzeptieren Raucher ein Rauchverbot sehr viel weniger, als ehemalige Raucher und Nie-Raucher (Schneider et al. 2006; McMillen et al. 2003; Tang et al. 2003; Lam et al. 2002 ; Brooks & Mucci 2001 ; Willemsen et al. 1996). Gibt es in einem Land sehr viele Raucher, nimmt das Individuum im Sinne der Theorie des geplanten Verhaltens daher die subjektive Norm wahr, dass ein Rauchverbot nicht oder weniger stark erwünscht ist. Die Person nimmt weiterhin an, dass von ihr erwartet wird, eine ähnliche Einstellung zu entwickeln, ist dadurch stärker motiviert, den Vorstellungen der Anderen gerecht zu werden („motivation to comply“) und stimmt letztendlich eher gegen ein Rauchverbot. Dies gilt sowohl für Raucher, als auch für Ex- und Nie-Raucher. Das Individuum verknüpft hier ein Rauchverbot mit negativen Eigenschaften, sodass sich in der Summe ein geringerer subjektiv angenommener Nettonutzen für das Individuum ergibt.¹¹ Hypothese 4 lautet daher: **Je höher der Raucheranteil in einem Land, desto weniger akzeptieren seine Bürger ein Rauchverbot.**

Hypothese 5: In dieser Hypothese wird davon ausgegangen, dass die unterschiedlich starke Aktivität eines Landes in seiner Tabakkontrollpolitik einen Einfluss auf die Zustimmung der Bürger zu einem Rauchverbot hat.

Den Aktivitätsgrad in der Tabakpolitik wird mithilfe der Tabakkontrollskala (Tobacco Control Scale) gemessen (Joossens & Raw 2006). Diese basiert auf einer Umfrage, die vom European Network for Smoking Prevention (ENSP) mit finanzieller Unterstützung durch die Europäische Kommission in Auftrag gegeben wurde, um die Durchführung staatlicher Tabakkontrollmaßnahmen in den Jahren 2005 und 2007 in

¹¹ Im Sinne der Theorie wäre es möglich, dass das Individuum in der Folge die Handlungsintention entwickelt, ein mögliches Rauchverbot nicht einzuhalten und würde dies dann auch nicht tun (= geplantes Verhalten). Dieses Verhalten ist allerdings nicht Gegenstand dieser Untersuchung.

30 europäischen Ländern zu messen und anschließend zu vergleichen (Joossens 2007).¹²

Je umfassender nun die Tabakkontrollpolitik eines Landes ist, desto stärker ist das Individuum motiviert, Einschränkungen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs wie z.B. ein Rauchverbot zu akzeptieren („motivation to comply“). Ferner gewinnt das Individuum durch die ständige Präsenz solcher Maßnahmen zunehmend den Eindruck, dass auch von ihr erwartet wird, diese Politik zu befürworten. Personen in Ländern mit einer aktiven Tabakpolitik nehmen also subjektiv andere Normen wahr, als Personen, in deren Heimatland die Eindämmung des Tabakkonsums durch die Politik nur wenig vorangetrieben wird. In der Folge entwickeln erstgenannte Personen eine positive(re) Einstellung gegenüber einem Rauchverbot und befürworten dieses, während zuletzt genannte Personen eine negative(re) Einstellung entwickeln und ein Rauchverbot eher ablehnen.¹³ Die Präsenz und Aktivität der Tabakkontrollmaßnahmen hat somit wiederum auch einen Einfluss auf die Bewertung eines Rauchverbotes. Man kann davon ausgehen, dass Rauchbeschränkungen umso eher mit positiven Eigenschaften in Verbindung gebracht werden, je aktiver die Tabakkontrollpolitik eines Landes ist – dies lässt z.B. mit den umfassenden Aufklärungsmaßnahmen erklären, die durchgeführt werden. Daraus folgend perzipiert das Individuum in der Summe einen deutlich größeren subjektiven Nettonutzen.

¹² Die Tabakkontrollskala basiert auf sechs verschiedenen gesundheitspolitischen Maßnahmen, welche von der Weltbank definiert wurden. Diese haben nachweislich einen Effekt auf die Eindämmung des Tabakkonsums und sind im Rahmen einer umfassenden Tabakkontrollpolitik unbedingt zu berücksichtigen. Dazu zählen:

- Steuerbedingte Preiserhöhungen von Zigaretten und anderen Tabakwaren;
- Rauchverbote bzw. Rauchbeschränkungen am Arbeitsplatz und in öffentlichen Einrichtungen;
- verbesserte Konsumenteninformation mit öffentlichen Informations- und Aufklärungskampagnen, mediale Aufklärungsarbeit (z.B. mithilfe von Reportagen) und einer Veröffentlichung wissenschaftlicher Ergebnisse;
- ein umfassendes Werbeverbot und Verbot der Verkaufsförderung (Promotion) für sämtliche Tabakwaren und tabakrelevanten Logos und Markennamen;
- große und deutliche Gesundheitswarnungen auf Zigarettenpackungen und anderen Tabakwaren;
- Rauchentwöhnungsbehandlungen, in wachsendem Maße durch medikamentöse Behandlungen bzw. Arzneimitteln. (Joossens & Raw 2006).

Für jede dieser Maßnahmen wurde eine Punkteskala erstellt. Je nachdem, ob und in welchem Maße ein Land die jeweiligen Vorgaben erfüllt, wurden dementsprechend Punkte vergeben (insgesamt maximal 100 Punkte) und anschließend eine Rangliste der 30 europäischen Länder erstellt. Der Wert eines Landes auf dieser Tabakkontrollskala gibt den Aktivitätsgrad in der Tabakkontrollpolitik wieder (Joossens & Raw 2006).

¹³ Auch hier wäre es im Sinne der Theorie möglich, dass das Individuum in der Folge die Handlungsintention entwickelt, ein mögliches Rauchverbot einzuhalten (bei starker Tabakkontrollpolitik) bzw. sich zu widersetzen (bei schwacher Tabakkontrollpolitik). Das Modell sagt dann vorher, dass die Person dies mit hoher Wahrscheinlichkeit auch tut (= geplantes Verhalten).

Empirisch hat sich zudem gezeigt, dass die Zustimmung zu einem Rauchverbot in der Bevölkerung nach Einführung eines Rauchverbotes stark ansteigt. Dies gilt sowohl für Raucher, als auch für Nie- und Ex-Raucher (Hersch 2005, McMillen et al. 2003, Brooks & Mucci 2001, Willemsen et al. 1996). Hypothese 5 lautet daher: **Je höher der Wert eines Landes auf der Tabakkontrollskala (Tobacco Control Scale), desto eher stimmen seine Bürger einem Rauchverbot zu.**

Wahrgenommene Verhaltenskontrolle

Hypothese 6: Der Eurobarometer 66.2 enthält die Frage, welche Regeln in Bezug auf das Rauchen im Haushalt des Befragten gelten. In dieser Hypothese wird angenommen, dass die Rauchregeln im eigenen Haushalt – unabhängig davon, wer sie aufgestellt hat – einen Einfluss auf die Akzeptanz eines Rauchverbotes, also auf die Einstellung haben. Personen, die das Rauchen in ihrem Haushalt verbieten bzw. Personen, die in einem Haushalt leben, in dem das Rauchen untersagt ist, wird es leichter erscheinen, auch einem Rauchverbot in der Öffentlichkeit zuzustimmen. Es erscheint ihnen kontrollierbar, sich entsprechend zu verhalten, da sie sich auch zuhause mit dem Rauchen einschränken. In der Folge entwickeln sie eine positive(re) Einstellung gegenüber einem Rauchverbot, da sie ein solches mehrheitlich mit positiven Merkmalen verbinden und einen deutlich größeren subjektiven Nettonutzen annehmen. Hierzu zählt vermutlich wiederum vor allem die reduzierte Passivrauchbelastung. Mit anderen Worten: Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle wird durch das Vorhandensein von Einschränkungen des Rauchens im Haushalt beeinflusst und diese hat wiederum einen Einfluss auf die Einstellung gegenüber einem Rauchverbot. Es liegt allerdings auch ein Einfluss der subjektiven Normen auf die Einstellung vor: Lebt ein Befragter in einem Haushalt mit strengen Rauchregeln, nimmt dieser subjektiv wahr, dass andere relevante Personen (Haushaltsmitglieder) erwarten, dass dieser sich an die geltenden Rauchregeln hält, diese also akzeptiert, und ist dahingehend auch motiviert. Wiederum entwickelt die Person in der Folge eine positive Einstellung gegenüber einem Rauchverbot. Hypothese 6 lautet daher: **Befragte, die in ihrem eigenen Haushalt sehr strikte Rauchregeln haben, akzeptieren ein Rauchverbot eher als Personen, bei denen das Rauchen zu Hause weniger streng geregelt oder gar nicht verboten ist.**

Hintergrundfaktor Bildung

Hypothese 7: Es wird angenommen, dass die Bildung eines Befragten einen Einfluss auf die Einstellung zu einem Rauchverbot hat. Untersuchungen aus der Sozialepidemiologie haben gezeigt, dass der Gesundheitszustand einer Person umso besser ist, je höher der soziale Status ist, in der sie sich befindet (Hoffmeister et al. 1992: 67f.; Borgetto & Kälble 2007: 55ff.; Mielck 2000). Zum sozialen Status zählt auch die Bildung: Je gebildeter also eine Person ist, desto gesundheitsbewusster verhält sie sich und desto gesünder ist sie in der Folge auch, da sie über das nötige Wissen verfügt und gelernt hat, ihre Gesundheit zu schützen. Eine Akzeptanz bzw. eine positive

Einstellung zum Rauchverbot kann man in diesem Zusammenhang als ein solches Wissen interpretieren. Die Person will sich also vor den negativen Folgen der Passivrauchbelastung schützen und entwickelt eine positive Einstellung. Das bedeutet, dass höher gebildete Personen ein Rauchverbot größtenteils mit positiven Eigenschaften in Verbindung bringen und in der Summe einen größeren subjektiven Nettonutzen perzipieren. Eine höhere Bildung führt demnach zu einer Zustimmung zum Rauchverbot. Diese Einstellung kann man im weiteren Sinne als Gesundheitsverhalten bzw. als gesundheitsförderndes Verhalten im Sinne der Sozialepidemiologie bezeichnen. Hypothese 7 lautet demzufolge: **Höher gebildete Personen akzeptieren ein Rauchverbot eher als niedriger gebildete Personen.**

Neben Erklärungen in Anlehnung an die Einstellungstheorie von Ajzen und Fishbein beschäftigt sich die achte Hypothese mit der Abwägung zwischen Freiheit und Sicherheit in Gesundheitsfragen.

Hypothese 8: Es wird davon ausgegangen, dass Personen, die die Intervention des Staates zum (gesundheitlichen) Schutz des Individuums befürworten, ein Rauchverbot eher akzeptieren als Personen, die für die Eigenverantwortung des Individuums plädieren. Bei der Gesundheitspolitik eines Staates muss dieser abwägen, wie viel Verantwortung der Staat und wie viel Verantwortung das Individuum zu tragen hat (Deneke 1985: 28). Eine intensive Intervention des Staates bedeutet eine Einschränkung des Freiheitsgrades des Individuums. Genauso wie die Nationalstaaten muss auch die EU in ihrer Gesundheitspolitik entscheiden, in welchem Maße sie Sicherheit vor Freiheit walten lässt. Das Rauchverbot ist ein solcher gesundheitspolitischer Fall. Rechtsstaatlich betrachtet hat die individuelle Verantwortung Vorrang vor der kollektiven Lösung, sodass zunächst das Individuum für sich selbst verantwortlich ist (Deneke 1985: 28). Der Staat ist jedoch in den Bereichen zur Handlung aufgerufen, in denen der Einzelne überfordert ist – „die Tätigkeit des Staates ist auf genau das Maß beschränkt, das den individuellen Fähigkeiten zur Erfüllung der Aufgaben aus eigener Kraft fehlt“ (Deneke 1985: 28). Im Falle des Rauchverbotes ist jedoch umstritten, ob nun die persönliche Freiheit (der Raucher) Vorrang haben sollte vor dem Schutz der Nichtraucher vor dem Passivrauchen oder umgekehrt. Je nachdem wie Personen hinsichtlich dieser Fragestellung eingestellt sind, ergibt sich vermutlich auch eine positive bzw. negative Einstellung zu einer gesetzlichen Regelung des Nichtraucherschutzes. Zwar ist diesbezüglich keine direkte Frage im Eurobarometer 66.2 erhoben worden. Allerdings gibt es im Datensatz eine ähnliche Frage im Zusammenhang mit Alkoholkonsum. Die Befragten sollen hier von zwei Aussagen diejenige wählen, die ihrer Meinung am nächsten kommt: 1) „Der Einzelne ist verantwortungsbewusst genug, sich selbst vor Schäden im Zusammenhang mit Alkohol zu schützen.“ 2) „Öffentliche Behörden müssen eingreifen, um den Einzelnen vor Schäden durch Alkohol zu schützen.“ Diese Frage wird hier als allgemeine Orientierung des Individuums in Bezug auf die Entscheidung zwischen Freiheit und Sicherheit in Gesundheitsfragen

verwendet. Hypothese 8 lautet also: **Personen, die es befürworten, dass der Staat zum Schutz des Individuums intervenieren sollte, befürworten ein Rauchverbot eher als Personen, die sich für die Eigenverantwortung des Individuums aussprechen.**

Im Zusammenhang mit der Fragestellung ist es zudem interessant zu untersuchen, inwieweit sich mögliche Erklärungsfaktoren bei Rauchern und Nichtrauchern unterscheiden. Hier gilt es also zu klären, ob diese möglicherweise einen unterschiedlichen Einfluss auf die abhängige Variable je nach Raucherstatus ausüben. Daher werden auch Regressionsmodelle berechnet, in denen Raucher und Nichtraucher getrennt betrachtet werden. Für das Modell, das nur die Raucher beinhaltet, werden zwei weitere Hypothesen aufgestellt.

Hypothese a (Annahmen über die erwarteten Konsequenzen des Rauchens bzw. Passivrauchens): In dieser Hypothese wird angenommen, dass Personen, die schon öfter versucht haben, das Rauchen aufzugeben, einem Rauchverbot positiver gegenüber stehen. Diese Hypothese basiert auf der Annahme, dass Rauchbeschränkungen als Mechanismus der Selbstkontrolle dienen (Hersch 2005). Auch in dieser Argumentation geht es um die Verringerung von Kosten. Rauchverbote für Raucher verursachen vorwiegend Kosten – sei es, weil sie sich in ihrem Rauchverhalten einschränken müssen, sei es, weil sie unter Umständen versuchen werden, das Rauchen aufzugeben. Wollen Raucher mit dem Rauchen aufhören, können Rauchverbote hier kostenreduzierend wirken, weil die Person bereits in vielen Lebenslagen gezwungen ist, nicht zu rauchen (Hersch 2005: 9). Wenn Rauchverbote also kostenreduzierend wirken, kann man dementsprechend davon ausgehen, dass Raucher, die bereits am Aufhören gescheitert sind, also Erfahrungen des Misserfolgs gemacht haben, ein Rauchverbot eher unterstützen, als Raucher, die bisher nicht versucht haben, das Rauchen aufzugeben¹⁴ (Hersch 2005: 10). Hypothese a lautet: **Je öfter eine Person versucht hat mit dem Rauchen aufzuhören, desto eher akzeptiert diese ein Rauchverbot.**

Hypothese b (Wahrgenommene Verhaltenskontrolle): Es wird vermutet, dass die Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag einen Einfluss auf die Akzeptanz eines Rauchverbotes durch einen Raucher hat. Je mehr Zigaretten eine Person raucht, desto weniger kontrollierbar wird es ihr erscheinen, sich im Zuge eines Rauchverbotes mit dem Rauchen einschränken. Infolgedessen wird die Einstellung zu einem Rauchverbot zunehmend negativer ausfallen. Zwar heißt Akzeptanz hier nicht, Raucheinschränkungen auch tatsächlich einzuhalten. Im Regelfall kann man aber davon aus-

¹⁴ Hier wird allerdings vorausgesetzt, dass die Raucher, die bereits versuchten, das Rauchen aufzugeben, weiterhin dieses Ziel verfolgen. Leider kann diese Intention nicht operationalisiert werden, da eine entsprechende Variable nicht im Datensatz enthalten ist.

gehen, dass die Einstellung zu einem Rauchverbot auch davon beeinflusst wird, ob der Raucher sich vorstellen kann, sich entsprechend zu verhalten.

Ferner verbinden starke Raucher ein Rauchverbot mit einer höheren subjektiven Wahrscheinlichkeit mit negativen Attributen als schwache Raucher. Sie haben höhere Kosten, da sie öfter rauchen als schwache Raucher und somit vermehrt von Raucheinschränkungen betroffen sind. Außerdem verlieren für sie die Vorteile sauberer Luft aufgrund einer reduzierten oder eliminierten Tabakrauchbelastung an Bedeutung, da die Zahl der rauchfreien Zeitabschnitte bei ihnen niedriger ist. Insgesamt wird der Nettonutzen bei starken Rauchern wesentlich kleiner ausfallen und infolgedessen die Einstellung gegenüber einem Rauchverbot auch negativer sein. Neben der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle liegt hier somit auch ein Einfluss der erwarteten Konsequenzen eines Rauchverbotes auf die Einstellung zu einem Rauchverbot vor. Hypothese b lautet: **Je höher die Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag, desto weniger unterstützt eine Person ein Rauchverbot.**

4.3. Ergebnisse der logistischen Regressionen/Erklärung der Einstellungen der europäischen Bürger zu einem Rauchverbot

Zur Erklärung der Einstellungen der EU-Bürger zu einem Rauchverbot wird zunächst eine schrittweise logistische Regression durchgeführt, sodass sich fünf Modelle ergeben.¹⁵ In jedem Schritt wird das Regressionsmodell um jeweils eine Komponente der Theorie des geplanten Verhaltens ergänzt.¹⁶ Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse der logistischen Regression für alle Befragten über alle Kategorien; Anhang 1 liefert die Regressionsergebnisse gesondert nach den Kategorien Restaurants, Bars/Kneipen, Büros sowie öffentliche geschlossene Räume. Diese Regressionen dienen der Überprüfung, ob die unabhängigen Variablen unter Umständen unterschiedliche Wirkungsrichtungen in den einzelnen Kategorien aufweisen.

¹⁵ In die Regression sind sowohl Makro-, als auch Mikrovariablen eingegangen, was es eigentlich notwendig werden lässt, eine Mehrebenenanalyse durchzuführen. Eine Berechnung der Intraklassen-Koeffizienten im „Random-Intercept-Only-Modell“ (Langer 2004: 107) für die abhängigen Variablen zeigte allerdings, dass maximal zwischen 4,5% und 12,5% der Gesamtvarianz durch Unterschiede zwischen den Ländern erklärt werden können. Die Länderunterschiede machen folglich einen nur sehr geringen Anteil an der Gesamtvarianz aus. Es ist zudem nicht plausibel, dass die Effekte der Individualvariablen zwischen den Ländern variieren. In den Einzelregressionen zeigen sich jedenfalls keine nennenswerten Unterschiede in den Wirkungsrichtungen der Individualvariablen. Es ist daher nicht sinnvoll, die Mehrebenenanalyse weiter zu berechnen.

¹⁶ Die abhängige Variable ist 0-1 kodiert und wurde aus der additiven Skala „Zustimmung zu einem generellen Rauchverbot“ gebildet. Hierfür wurden die Werte 0 bis 11 als „0“ und der Wert 12 als „1“ kodiert, da die Verteilung der Variablen stark linksschief ist.

Es wird zunächst ein Modell betrachtet, in dem nur die Variablen, die die Annahmen der Bürger über die Konsequenzen eines Rauchverbotes messen, beinhaltet sind. Hier können 14,8% der Varianz der abhängigen Variable erklärt werden; die Variablen wirken darüber hinaus in die vermutete Richtung: Personen, die das Passivrauchen als sehr gesundheitsgefährlich einschätzen, stimmen einem generellen Rauchverbot eher zu als Personen, die hinsichtlich der Gefahren des Passivrauchens keine Bedenken hegen. Diese Wirkungsrichtung ergibt sich auch für die einzelnen Kategorien Restaurants, Bars/Kneipen, Büros und öffentliche geschlossene Räume, wobei bei den zwei zuletzt genannten der Effekt besonders stark ausgeprägt ist. Dies spricht dafür, dass die Passivrauchbelastung hier besonders unerwünscht ist, sodass eine gesetzliche Regelung folglich in höherem Maße befürwortet wird.

Tabelle 1: Logistische Regression zur Erklärung der Einstellungen der EU-Bürger zu einem generellen Rauchverbot

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5
<i>Annahmen über die Konsequenzen (Kosten/Nutzen)</i>					
Einschätzung der Folgen des Passivrauchens	1,481***	1,441***	1,417***	1,455***	1,444***
Nie-Raucher	4,456***	4,743***	3,291***	3,347***	3,301***
Ex-Raucher	2,822***	2,800***	2,170***	2,125***	2,130***
<i>Subjektive Normen</i>					
Wahrnehmung von Rauchverboten und deren Einhaltung		1,058*	1,087**	1,130***	1,118**
Raucheranteil in der Bevölkerung		,998	1,001	,999	1,000
Tabakkontrollskala (TCS)		1,023***	1,022***	1,022***	1,021***
<i>Wahrgenommene Verhaltenskontrolle</i>					
Rauchregeln im Haushalt			1,301***	1,317***	1,318***
<i>Hintergrundfaktoren</i>					
Bildung				,941***	,941***
<i>Andere Erklärungsfaktoren</i>					
Freiheit vs. Sicherheit					1,294***
Nagelkerkes R²	,148	,189	,200	,216	,218

Dargestellt sind die Effektkoeffizienten der logistischen Regression. *p<.05, **p<.01, *** p<.001

Weiterhin stimmen ehemalige Raucher einem Rauchverbot eher zu als aktive Raucher; Nie-Raucher befürworteten eine gesetzliche Regelung weitaus eher als Ex-Raucher. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Nie-Raucher einem Rauchverbot zustimmt beträgt das 4,5-fache gegenüber der Chance, dass dies ein Raucher tut. Betrachtet man wiederum die einzelnen Kategorien (siehe Anhang), zeigen sich auch hier die gleichen Wirkungsrichtungen. Je höher also der subjektiv perzipierte Nutzen und je geringer die angenommenen Kosten, die mit einem Rauchverbot in Verbindung gebracht werden, desto eher unterstützt ein Befragter ein Rauchverbot.

Dem Modell 2 wurden unabhängige Variablen hinzugefügt, welche die subjektiven Normen messen. Die Variablen erklären nun 18,9% der Varianz der Einstellung zu einem Rauchverbot. Auch hier wirken die Variablen (bis auf die Variable Raucheranteil, die nicht signifikant ist) in die erwartete Richtung: Personen, die meinen, dass es in ihrem Land Vorschriften zum Rauchverbot an öffentlichen Orten gibt und die ferner glauben, dass diese von Rauchern auch beachtet werden, befürworten ein Rauchverbot eher, als Personen, die annehmen, dass die vorhandenen Rauchverbote nicht befolgt werden oder dass keinerlei Rauchverbote in ihrem Land existieren. Zudem fällt die Akzeptanz eines Rauchverbotes umso höher aus, je stärker die Tabakkontrollpolitik eines Landes ist, in dem ein Befragter lebt. Dieselben Effekte ergeben sich bei den gesondert nach Kategorien gerechneten Regressionen, wobei bei Büros und öffentlichen geschlossenen Räumen auch der Raucheranteil in einem Land einen signifikanten Effekt auf die Einstellung zu einem Rauchverbot hat. Je höher dieser ist, desto weniger akzeptieren seine Bürger ein Rauchverbot. Nehmen Personen also bestehende Rauchbeschränkungen und deren Einhaltung wahr und leben sie in einem Land, in dem die Eindämmung des Tabakkonsums eine wichtige Rolle spielt, bekommen sie den Eindruck, dass von Ihnen erwartet wird, diese Maßnahmen zu akzeptieren. In der Folge befürworten sie diese auch eher, als Personen, die nichts von Rauchverboten in ihrem Land wissen oder in einem Land mit einer schwachen Tabakkontrollpolitik leben. Ist der Raucheranteil in einem Land verhältnismäßig hoch, werden die subjektiven Normen der Bürger eher dahingehend beeinflusst, dass ein Rauchverbot als nicht oder zumindest weniger akzeptabel gilt.

In Modell 3 wurde mit den Rauchregeln im (eigenen) Haushalt eine Variable hinzugefügt, welche im Sinne der Theorie des geplanten Verhaltens die wahrgenommene Verhaltenskontrolle misst. Durch Hinzunahme dieser Variablen steigt Nagelkerkes R^2 um 1,1% auf $r^2=,200$. Befragte, die in einem Haushalt leben, in dem das Rauchen untersagt ist, begrüßen eine gesetzliche Regelung des Nichtraucherschutzes in höherem Maße als Befragte, in deren Haushalt das Rauchen weniger streng oder gar nicht geregelt ist.¹⁷ Auch dies entspricht der eingangs formulierten Hypothese und

¹⁷ Man kann hier argumentieren, dass der Einfluss vorrangig durch die Nichtraucher bedingt ist. Die Korrelation zwischen Raucherstatus und Rauchregeln beträgt $r=-0,4$. Allerdings wird sich in der Regression, in der lediglich die Raucher betrachtet werden, der gleiche Einfluss zeigen.

gilt ebenso in den einzeln untersuchten Kategorien. Erscheint es Personen also kontrollierbar, sich mit dem Rauchen einzuschränken, akzeptieren sie eine gesetzliche Regelung eher als Personen, denen dieses Verhalten weniger kontrollierbar erscheint.

Modell 4 beinhaltet nun auch den Hintergrundfaktor Bildung; R^2 beträgt ,216. Hier zeigt sich entgegen der Hypothese, dass Befragte mit zunehmender Bildung ein generelles Rauchverbot eher ablehnen. Betrachtet man die Regressionsergebnisse gesondert, zeigt sich ebenfalls ein negativer Effekt der Bildung auf die Zustimmung zu einem Rauchverbot in Restaurants und Bars/Kneipen, nicht aber in Büros; dieser fällt hier positiv aus. Man kann in diesem Zusammenhang vermuten, dass sich höher Gebildete durch gesetzliche Rauchverbote eher in ihren Persönlichkeitsrechten eingeschränkt fühlen. Dies könnte mit einem besseren Kenntnisstand hinsichtlich der Grundrechte des Individuums zusammenhängen. Offensichtlich lehnen höher gebildete Personen ein Rauchverbot ab, wenn es ihre Freizeitbeschäftigungen tangiert, stimmen diesem aber zu, wenn es den Arbeitsalltag betrifft. Eine mögliche Erklärung könnte hier auch sein, dass höher Gebildete ein Rauchverbot in Restaurants und Bars/Kneipen ablehnen, da der Besuch und somit die Passivrauchbelastung freiwillig erfolgt, nicht aber die am Arbeitsplatz. Der Hintergrundfaktor Bildung hat demgemäß einen Einfluss auf die Bewertung der Konsequenzen des Rauchverbotes. Generell erwarten höher gebildete Befragte mehr Kosten als Nutzen von einem Rauchverbot (außer im Falle eines Rauchverbotes in Büros), sodass ihre Einstellung eher negativ ist.

Die unabhängigen Variablen, welche mithilfe der Theorie des geplanten Verhaltens abgeleitet wurden, erklären insgesamt 21,6% der Varianz der Einstellungen zu einem generellen Rauchverbot; die Erklärungsleistung fällt somit recht hoch aus.

Abschließend wurde eine externe unabhängige Variable in das Modell aufgenommen, in der die Befragten sich entscheiden sollten, ob der Staat für den Schutz des Individuums vor Schäden durch Alkohol verantwortlich sein sollte oder der Einzelne verantwortungsbewusst genug ist. Diese Frage wird als Entscheidung zwischen Freiheit und Sicherheit in Gesundheitsfragen interpretiert. Es zeigt sich, dass Personen, die die Intervention des Staates vorziehen, einem Rauchverbot positiver gegenüber stehen als Personen, die für die Eigenverantwortlichkeit des Individuums plädieren. Diese Hypothese wird sowohl im Gesamtmodell, als auch in den Einzelregressionen bestätigt.

Insgesamt kann nun 21,8% der Varianz der Einstellung zu einem generellen Rauchverbot mit den unabhängigen Variablen erklärt werden. Die Erklärungsleistung in den einzelnen Kategorien variiert zwischen $r^2=,230$ bei Restaurants und $r^2=,149$ bei öffentlichen Räumen. Hier spielen zur Erklärung der Einstellung der EU-Bürger zu einem Rauchverbot offensichtlich einige andere Faktoren eine entscheidende Rolle, die in der Regression nicht berücksichtigt sind.

Im nächsten Schritt wird die Regressionen nun gesondert nach Rauchern bzw. Nichtrauchern gerechnet, um zu untersuchen, ob die unabhängigen Variablen einen je nach Raucherstatus unterschiedlichen Einfluss ausüben (siehe Anhang 2 und 3).

Bei den Rauchern bestätigen sich, bis auf die Bildung, alle Hypothesen; dies gilt sowohl für die Frage nach einem generellen Rauchverbot, als auch für Rauchverbote in Restaurants, Bars/Kneipen, Büros und öffentlichen geschlossenen Räumen. Eingegangen wird hier nur auf die zwei zusätzlichen Hypothesen: Die Ergebnisse der Regression zeigen, dass ein Raucher desto eher ein Rauchverbot unterstützt, je öfter dieser bereits (vergeblich) versucht hat, das Rauchen aufzugeben. Rauchverbote wirken hier offensichtlich – wie vermutet – kostenreduzierend und werden als Möglichkeit der Selbstkontrolle und Unterstützung zur Aufgabe des Rauchens angesehen. Personen, die in der Vergangenheit noch nicht versuchten mit dem Rauchen aufzuhören und somit keine Erfahrungen des Scheiterns und Misserfolgs gemacht haben, lehnen ein Rauchverbot eher ab. Ferner fällt die Akzeptanz eines Rauchverbotes mit höherer Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag zunehmend geringer aus. Die Konsumhäufigkeit hat demnach einen Einfluss auf die wahrgenommene Verhaltenskontrolle: Je mehr Zigaretten eine Person am Tag raucht, desto weniger kontrollierbar erscheint es ihr, sich in der Öffentlichkeit mit dem Rauchen einzuschränken; die Einstellung gegenüber einem Rauchverbot fällt dadurch in wachsendem Maße negativ aus. Insgesamt erklären die unabhängigen Variablen zwischen 14,7% (Restaurants) und 10% (öffentliche Räume) der Varianz der Einstellungen zu einem Rauchverbot.

Betrachtet man abschließend nur die Nichtraucher (Anhang 3), zeigen sich kaum neue Erkenntnisse. Wiederum bestätigen sich, außer im Falle der Bildung, alle Hypothesen. Höher Gebildete lehnen ein Rauchverbot in Restaurants und Bars/Kneipen eher ab und befürworten ein solches in Büros. Die Ablehnung eines Rauchverbotes in den zwei erstgenannten Kategorien ist folglich nicht auf den starken Einfluss der Raucher zurückzuführen, sondern liegt interessanterweise auch bei den Nichtrauchern vor. Der Raucheranteil in einem Land hat keinen signifikanten Effekt.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass die Einstellungen der EU-Bürger zu einem Rauchverbot mithilfe der Einstellungstheorien von Ajzen und Fishbein sehr gut erklärt werden können. Vor allem die Überzeugungen über die Konsequenzen eines Rauchverbotes und die Bewertung der erwarteten Konsequenzen haben einen starken Einfluss auf die Einstellung.¹⁸ Geht es um die Befürwortung oder Ablehnung eines Rauchverbotes, bewerten Befragte also die Eigenschaften, die sie dem Einstellungsobjekt zuschreiben und wägen die Kosten und den Nutzen eines solchen ab. Daraus ergibt sich eine positive oder negative Einstellung gegenüber einem Rauchverbot, je nachdem, wie groß der perzipierte Nettonutzen ausfällt. Berücksichtigt man im Modell zudem die subjektiven Normen, können zusätzlich über 4% der Varianz der abhängigen Variable erklärt werden. Nehmen Befragte also subjektiv wahr, dass ein Rauchverbot von anderen relevanten Personen oder von der Gesellschaft an

¹⁸ Mithilfe der aufgenommenen Variablen zur Messung der erwarteten Konsequenzen und deren Bewertung können fast 15% der Varianz der Einstellung der EU-Bürger zu einem generellen Rauchverbot erklärt werden.

sich begrüßt wird und dass von Ihnen erwartet wird, ein solches ebenfalls zu befürworten, sind sie dementsprechend motiviert sich in ihrer Einstellung anzugleichen und entwickeln in der Folge eine positive Einstellung. Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle, der Hintergrundfaktor Bildung sowie die externe Erklärungsvariable Freiheit vs. Sicherheit leisten zwar nochmals eine Verbesserung der Varianzaufklärung der Einstellung zu Rauchverboten, ihre Erklärungskraft ist aber weitaus geringer als die der zuvor aufgenommenen Variablen.

5. Rückbezug auf die Makroebene

Die deskriptive Analyse hat gezeigt, dass sich die Länder in ihrer Zustimmung zu einem Rauchverbot trotz eines recht hohen Ausgangsniveaus zum Teil doch deutlich unterscheiden. Eine Berechnung der Intraklassen-Koeffizienten hat allerdings ergeben, dass die Länderunterschiede nur einen sehr geringen Anteil an der Gesamtvarianz ausmachen. Man kann daher vermuten, dass diese größtenteils durch eine unterschiedliche Verteilung der Individualvariablen in den einzelnen Ländern erklärt werden können. Dies legt weiter den Schluss nahe, dass sich bei einem Vergleich der Prozentsätze bzw. Mittelwerte der erklärungskräftigsten Variablen der Regression Länderunterschiede finden lassen müssten (siehe Anhang 4).

Bei der Einschätzung der Folgen des Passivrauchens findet sich keine einheitliche Systematik: Irland, das Land mit der höchsten Befürwortung eines Rauchverbotes steht im europäischen Vergleich an unterer Stelle; Schweden, Italien und Malta ordnen sich im oberen bzw. unteren Mittelfeld ein; die Bürger Nordirlands schätzen hingegen die Gefahren der Passivrauchbelastung im Vergleich recht hoch ein. Tschechien, ein Land mit einer sehr niedrigen Zustimmungsrates, findet sich wiederum im oberen Mittelfeld, die Bürger sind sich also der Gefahren des Passivrauchens deutlich bewusst. Hier muss man allerdings ergänzen, dass die Streuung der Mittelwerte recht gering ausfällt; die Werte variieren zwischen 3,52 in Portugal und 2,93 in Slowenien.

Auch beim Anteil der Raucher in einem Land zeigen sich entsprechende Länderunterschiede nur teilweise. Es gibt auf der einen Seite Länder mit einem niedrigen Raucheranteil bei gleichzeitig hoher Akzeptanz eines Rauchverbotes (Schweden), aber auch Länder mit einer hohen Raucherzahl und einer hohen Befürwortung (Nordirland). Tendenziell weisen aber die Länder, die einem Rauchverbot eher negativ gegenüberstehen, höhere Raucherzahlen auf.

Bei der Wahrnehmung von Rauchverboten und deren Einhaltung, den Rauchregeln im Haushalt und der Entscheidung Freiheit vs. Sicherheit zeigt sich ein eindeutigeres Bild: Bei ersterer Variable wird deutlich, dass die Bürger aus Ländern mit einer hohen Zustimmung bestehende Rauchverbote sowie deren Einhaltung im Mittel eher wahrnehmen (Irland, Schweden, Italien, Nordirland). Bürger aus Ländern mit einem geringen Akzeptanzniveau glauben hingegen eher, dass Rauchverbote in ih-

rem Land nicht eingehalten werden bzw. dass es solche nicht gibt (Österreich, Griechenland, Rumänien, Tschechien; Ausnahmen: Dänemark, Niederlande). Weiterhin zeigt der Mittelwertvergleich, dass es bei den Bürgern aus Ländern mit einer hohen Befürwortung zu einem Rauchverbot (Schweden, Malta, Italien, Irland) strengere Rauchregeln im Haushalt gibt, als bei Bürgern aus Ländern mit einer geringen Zustimmung (hier vor allem Niederlande, Dänemark). Bei der Abwägung zwischen Freiheit und Sicherheit ordnen sich die Länder mit einer hohen Akzeptanz von Rauchverboten im oberem (Mittel-)Feld ein, d.h. dass hier eine Intervention des Staates in Gesundheitsfragen im Mittel stärker befürwortet wird, als in den Ländern mit niedrigen Befürwortungsraten (vor allem Italien, Irland, Nordirland vs. Dänemark, Rumänien, Griechenland, Tschechien; Ausnahme: Österreich).

Abschließend lässt sich feststellen, dass die in der deskriptiven Analyse gefundenen Länderunterschiede offenbar tatsächlich zu einem großen Teil durch eine unterschiedliche Verteilung der Individualvariablen in den Befragungsländern erklärt werden können. Hierbei muss natürlich berücksichtigt werden, dass es noch zahlreiche andere unabhängige Variablen geben kann, die die Einstellungen der Bürger zu einem Rauchverbot erklären.

6. Fazit

In diesem Artikel wurde der Frage nachgegangen, inwieweit die Bürger der EU ein Rauchverbot akzeptieren und welche Faktoren die Einstellungen zu einem Rauchverbot erklären können. Die Rekonstruktion der EU-Raucherpolitik hat gezeigt, dass diese in der Vergangenheit zahlreiche Schritte unternommen hat, um den Tabakkonsum in seinen Mitgliedsstaaten einzudämmen, aber aufgrund des Subsidiaritätsprinzips stark in ihrem Handeln eingeschränkt ist. Ein Rauchverbot dient im Sinne der EU vor allem dem Schutz der Nichtraucher; außerdem soll das Rauchen in der Gesellschaft „entnormalisiert“ und dadurch der Tabakkonsum eingedämmt und die hohen direkten und indirekten Kosten des Rauchens reduziert werden. Diese Ziele versucht die EU mithilfe ihrer ‚policies‘ durchzusetzen. Ob und in welchem Maße die Bürger der EU ein Rauchverbot unterstützen, wurde anhand der Analyse von Umfragedaten des Eurobarometers geprüft. Hier zeigt sich, dass die Bevölkerung in denjenigen Ländern, in denen bereits gesetzliche Regelungen zum Nichtraucherschutz gelten, diese in besonders hohem Maße unterstützt. Auf der anderen Seite fällt die Zustimmung in Ländern ohne ein Rauchverbot recht gering aus. Vergleicht man die Zustimmungswerte von 2005 mit denen aus 2006, zeigt sich für einen Großteil der EU-Länder ein Anstieg in der Befürwortung eines Rauchverbotes. Eine differenzierte Betrachtung nach dem Ort des Rauchverbotes brachte eine sehr hohe Akzeptanz für Rauchbeschränkungen in Büros und öffentlichen Räumen an den Tag. Betreffen die Rauchbeschränkungen Restaurants, stimmen die europäischen Bürger

in weitaus geringerem Maße zu; die geringste Befürwortung findet sich für ein Rauchverbot in Bars und Kneipen.

Im Anschluss daran galt es, die gefundenen Unterschiede in den Einstellungen zu einem Rauchverbot mithilfe der Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen und Fishbein zu erklären. Es zeigte sich, dass vor allem Annahmen über die Konsequenzen des Rauchverbotes in der Einstellung einer Person eine Rolle spielen. Aber auch die subjektiven Normen einer Person haben einen entscheidenden Einfluss auf deren Einstellung.

Ein Problem bei der Anwendung der Theorien war vor allem der Datengrundlage geschuldet. Da keine Primärerhebung durchgeführt wurde, fehlten teilweise entsprechende Variablen im Datensatz, die man gebraucht hätte, um die Theorie geplanten Verhaltens adäquat testen zu können. Gleichwohl hat sich gezeigt, dass die verschiedenen Konstrukte der Theorie mit den verwendeten Variablen recht gut operationalisiert werden konnten, da sich die Einstellungen der Bürger zu einem Rauchverbot gut erklären ließen.

Abschließend lässt sich feststellen, dass ein Rauchverbot in den meisten Mitgliedsstaaten der EU eine breite Unterstützung findet. Außerdem deutet die Empirie darauf hin, dass die Zustimmung in der Bevölkerung der EU-Mitgliedsstaaten weiter steigt. Wirft man einen Blick in die Zukunft, kann man damit rechnen, dass vor allem in den Ländern mit bestehenden Rauchverboten der Tabakkonsum und die Raucherprävalenzen abnehmen werden. Führen auch diejenigen Länder, die bisher nur wenig im Bereich des Nichtraucherschutzes unternommen haben, ein Rauchverbot ein, kann man davon ausgehen, dass – zumindest auf längere Sicht betrachtet – Europa tatsächlich zunehmend rauchfreier wird.

Literaturverzeichnis

- Ahlstich Katja. 1999. *Gesundheitspolitische Einstellungen, Gesundheitsverhalten und Wertewandel*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Ajzen Icek und Fishbein Martin. 1980. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc..
- Ajzen Icek und Fishbein Martin. 2005. The Influence of Attitudes on Behavior. In *The Handbook of Attitudes*, (Hrsg.) Dolores Albarracin, Blair T Johnson, Mark P Zanna, S. 173-221. New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates, Inc..
- Baker Timothy B., Brandon Thomas H. und Chassin Laurie. 2004. Motivational Influences on Cigarette Smoking. *Annual Review of Psychology* 55: 463-491.
- Bierhoff Hans-Werner. 2000. *Sozialpsychologie. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Borgetto Bernhard und Kälble Karl. 2007. *Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Brooks Daniel R und Mucci Lorelai A. 2001. Support for Smoke-Free Restaurants Among Massachusetts Adults, 1992-1999. *American Journal of Public Health* 91: 300-303.
- Bundesverfassungsgericht. 2008. Pressemitteilung Nr. 78/2008 vom 30. Juli 2008. Urteil vom 30. Juli 2008. Verfassungsbeschwerden in Sachen "Rauchverbot" erfolgreich.

- Das Europäische Parlament und der Rat. 2003. Richtlinie 2003/33/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Mai 2003 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über Werbung und Sponsoring zu Gunsten von Tabakerzeugnissen.
- Deneke Johann F. Volrad. 1985. *Individuelle Freiheit in sozialer Sicherheit: Beiträge zur Gesundheits- und Sozialpolitik 1953-1985*. Bochum: Studienverlag Brockmeyer.
- Der Tagesspiegel. 2008. In kleinen Kneipen darf geraucht werden.
- Deutsches Krebsforschungszentrum. 2006. *Der irische Weg zu einer rauchfreien Gastronomie*, Heidelberg.
- Duina Francesco und Kurzer Paulette. 2004. Smoke in your eyes: the struggle over tobacco control in the European Union. *Journal of European Public Policy* 11: 57-77.
- Esser Hartmut. 1987. Warum die Routine nicht weiterhilft. - Überlegungen zur Kritik an der "Variablen-Soziologie". In *Problemlösungsoperator Sozialwissenschaft. Anwendungsorientierte Modelle der Sozial- und Planungswissenschaften in ihrer Wirksamkeitsproblematik*, (Hrsg.) Norbert Müller, Herbert Stachowiak, S. 230-245. Stuttgart: Enke.
- Europäische Gemeinschaft. 2002. Konsolidierte Fassung des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft.
- Europäische Union. 1992. Vertrag über die Europäische Union.
- Europäische Union. 2007. Vertrag von Lissabon. Lissabon: EU.
- European Communities. 2006. *Eurobarometer 66.2. Basic Bilingual Questionnaire*.
- European Network for Smoking Prevention. 2006. *European Trends towards Smoke-free Provisions*.
- Fishbein Martin und Ajzen Icek. 1972. Attitudes and opinions. *Annual Review of Psychology* 23: 487-544.
- Fishbein Martin und Ajzen Icek. 1975. *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Gerhards Jürgen und Hölscher Michael. 2005. *Kulturelle Unterschiede in der Europäischen Union. Ein Vergleich zwischen Mitgliedsländern, Beitrittskandidaten und der Türkei*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Handelsblatt.com. 2008. Auch Hessen kippt absolutes Rauchverbot.
- Hersch Joni. 2005. Smoking Restrictions as a Self-Control Mechanism. *The Journal of Risk and Uncertainty* 31: 5-21.
- Hoffmeister Hans, Hüttner Hannes, Stolzenberg Heribert, Lopez Hannelore und Winkler Joachim. 1992. *Sozialer Status und Gesundheit. Nationaler Gesundheits-Survey 1984-1986: Unterschiede in der Verteilung von Herz-Kreislauf-Krankheiten und ihrer Risikofaktoren in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland nach Schichten und Gruppen*. München: MMV Medizin Verlag München.
- Hölscher Michael. 2006. Rez. TM: Meyer, John W.: *Weltkultur und westliche Prinzipien. geschichte.transnational*.
- Joossens Luk. 2007. *Die Tabakkontrollskala. Rangliste und Vergleich der Tabakkontrollpolitik von 30 europäischen Ländern (2005 – 2007)*. Presented at 4th European Conference Tobacco or Health 2007, Basel.
- Joossens Luk und Raw Martin. 2006. The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. *Tobacco Control* 15: 247-253.
- Kaiser S. und A.M. Gommer. 2007. Consequences for individual and society. In *EUphact*, (Hrsg.) EUPHIX. Bithoven: RIVM.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften. 2007a. *Grünbuch. Für ein rauchfreies Europa: Strategieoptionen auf EU-Ebene*, Brüssel.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften. 2007b. *Weissbuch. Gemeinsam für die Gesundheit: ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013*. Brüssel.
- Lam T H, Janghorbani M, Hedley A J, Ho S Y, McGhee S M und Chan B. 2002. Public opinion on smoke-free policies in restaurants and predicted effect on patronage in Hong Kong. *Tobacco Control* 11: 195-200.

- Langer Wolfgang. 2004. *Mehrebenenanalyse. Eine Einführung für Forschung und Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Lüdemann Christian. 2000. Die Erklärung diskriminierender Einstellungen gegenüber Ausländern, Juden und Gastarbeitern in Deutschland. Ein Test der allgemeinen Attitudentheorie von Fishbein. In *Deutsche und Ausländer: Freunde, Fremde oder Feinde? Empirische Befunde und theoretische Erklärungen*, (Hrsg.) R Alba, P Schmidt, M Wasmer, S. 373-399. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- McMillen Robert C, Winickhoff Jonatha P, Klein Jonatha D und Weitzmann Michael. 2003. US Adult Attitudes and Practices Regarding Smoking Restrictions and Child Exposure to Environmental Tobacco Smoke: changes in the Social Climate From 2000-2001. *Pediatrics* 112: e55-e60.
- Meyer John W. 2005. *Weltkultur. Wie die westlichen Prinzipien die Welt durchdringen*. Frankfurt/Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Meyer John W., Boli John, Thomas George M. und Ramirez Francisco O. 1997. World Society and the Nation-State. *The American Journal of Sociology* 103: 144-181.
- Mielck Andreas. 2000. *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Nichtraucher Portal & Raucherentwöhnung. 2007. Rauchverbot Bundesländer.
- Rat der Europäischen Union. 1989. Entschließung des Rates und der im Rat vereinigten Minister für das Gesundheitswesen der Mitgliedstaaten vom 18. Juli 1989 über ein Rauchverbot in öffentlich zugänglichen und frequentierten Räumen. In *Amtsblatt Nr. C 189 vom 26.07.1989*: EU.
- Rat der Europäischen Union. 1996. Entschliessung des Rates vom 26. November 1996 zur Reduzierung des Tabakkonsums in der Europäischen Gemeinschaft.
- Rat der Europäischen Union. 1999. *Schlussfolgerungen des Rates vom 18. November 1999 zur Bekämpfung des Tabakkonsums*.
- Rat der Europäischen Union. 2002. Empfehlung des Rates vom 2. Dezember 2002 zur Prävention des Rauchens und für Maßnahmen zur gezielteren Eindämmung des Tabakkonsums.
- Rhein-Zeitung. 2008. Wasserpfeifen-Cafés im Saarland vorerst erlaubt.
- Schneider S, Tönges S, Mohnen S, Schaller K und Pötschke-Langer M. 2006. Rauchfreie Gaststätten. Repräsentativdaten zu Einstellungen und Akzeptanz in der deutschen Bevölkerung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 131: 2067-2072.
- Sueddeutsche.de. 2008. Sachsen muss Rauchverbot lockern.
- Tang Hao, Cowling David W, Lloyd Jon C, Rogers Todd, Koumjian Kristi L, et al. 2003. Changes of Attitudes and Patronage Behaviors in response to a Smoke-Free Bar Law. *American Journal of Public Health* 93: 611-617.
- von Laffert Götz. 1998. *Rauchen, Gesellschaft und Staat. Konsumanomalien, Wohlfahrtseffekte und staatlicher Regulierungsbedarf im Zusammenhang mit dem Zigarettenkonsum*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Wikipedia. 2008. Rauchverbot.
- Willemsen Marc C, de Vries Hein und Genders Ron. 1996. Annoyance from environmental tobacco smoke and support for no-smoking policies at eight large Dutch workplaces. *Tobacco Control* 5: 132-138.
- World Health Organization. 2004. WHO Framework Convention on Tobacco Control.

Anhang 1: Logistische Regression zur Erklärung der Einstellungen der EU-Bürger zu einem Rauchverbot in den verschiedenen Kategorien

	<i>Restaurants</i>	<i>Bars/Kneipen</i>	<i>Büros</i>	<i>Öffentliche Räume</i>
<i>Annahmen über die Konsequenzen (Kosten/Nutzen)</i>				
Einschätzung der Folgen des Passivrauchens	1,494***	1,404***	1,598***	1,582***
Nie-Raucher	3,336***	3,115***	2,653***	2,444***
Ex-Raucher	2,271***	2,020***	2,154***	1,931***
<i>Subjektive Normen</i>				
Wahrnehmung von Rauchverboten und deren Einhaltung	1,134***	1,104**	1,332***	1,253***
Raucheranteil in der Bevölkerung	,996	,997	,989*	,988**
Tabakkontrollskala (TCS)	1,023***	1,020***	1,013***	1,008***
<i>Wahrgenommene Verhaltenskontrolle</i>				
Rauchregeln im Haushalt	1,283***	1,317***	1,240***	1,236***
<i>Hintergrundfaktoren</i>				
Bildung	,948***	,943***	1,014*	1,007
<i>Andere Erklärungsfaktoren</i>				
Freiheit vs. Sicherheit	1,216***	1,273***	1,131**	1,084
Nagelkerkes R²	,230	,209	,173	,149

Dargestellt sind die Effektkoeffizienten der logistischen Regression. *p<.05, **p<.01, *** p<.001

Anhang 2: Erklärung der Einstellungen der Raucher zu einem Rauchverbot

	<i>Generelles Rauchverbot</i>	<i>Restaurants</i>	<i>Pubs/Bars</i>	<i>Büros</i>	<i>Öffentliche Räume</i>
<i>Annahmen über die Konsequenzen (Kosten/Nutzen)</i>					
Einschätzung der Folgen des Passiv- rauchens	1,356***	1,350***	1,291***	1,482***	1,529***
Anzahl der Rauchstopp- Versuche	1,243***	1,155**	1,205**	1,091	1,057
<i>Subjektive Normen</i>					
Wahrnehmung von Rauchbeschrän- kungen	1,216**	1,152*	1,202**	1,433***	1,363***
Raucheranteil in der Bevölkerung	,991	1,001	,988	,993	,986*
Tabakkontrollskala (TCS)	1,020***	1,026***	1,019***	1,016***	1,009***
<i>Wahrgenommene Ver- haltenskontrolle</i>					
Rauchregeln im Haushalt	1,235***	1,217***	1,234***	1,186***	1,191***
Anzahl gerauchter Zigaretten	,896***	,898***	,911***	,881***	,904***
<i>Hintergrundfaktoren</i>					
Bildung	,906***	,913***	,914***	,997	1,001
<i>Andere Erklärungsfak- toren</i>					
Freiheit vs. Sicher- heit	1,416***	1,355***	1,295**	1,180*	1,141*
Nagelkerkes R ²	,120	,147	,105	,120	,100

Dargestellt sind die Effektkoeffizienten der logistischen Regression. *p<.05, **p<.01, *** p<.001

Anhang 3: Erklärung der Einstellungen der Nichtraucher zu einem Rauchverbot

	<i>Generelles Rauchverbot</i>	<i>Restaurants</i>	<i>Pubs/Bars</i>	<i>Büros</i>	<i>Öffentliche Räume</i>
<i>Annahmen über die Konsequenzen (Kosten/Nutzen)</i>					
Einschätzung der Folgen des Passivrauchens	1,471***	1,573***	1,448***	1,691***	1,619***
Ex-Raucher	,646***	,680***	,649***	,815**	,795***
<i>Subjektive Normen</i>					
Wahrnehmung von Rauchbeschränkungen	1,097*	1,137**	1,080*	1,281***	1,198***
Raucheranteil in der Bevölkerung	1,003	,994	1,000	,988	,992
Tabakkontrollskala (TCS)	1,021***	1,021***	1,021***	1,011***	1,006***
<i>Wahrgenommene Verhaltenskontrolle</i>					
Rauchregeln im Haushalt	1,330***	1,295***	1,330***	1,238***	1,235***
<i>Hintergrundfaktoren</i>					
Bildung	,947***	,958***	,947***	1,020*	1,007
<i>Andere Erklärungsfaktoren</i>					
Freiheit vs. Sicherheit	1,258***	1,154**	1,264***	1,106	1,053
Nagelkerkes R ²	,128	,122	,127	,085	,066

Dargestellt sind die Effektkoeffizienten der logistischen Regression. *p<.05, **p<.01, *** p<.001

Anhang 4: Verteilung der erklärungskräftigsten Variablen im Ländervergleich¹⁹

	Einschätzung der Folgen des Passivrauchens (Mittelwerte)	Anteil Rau- cher (in %)	Wahrnehmung von Rauchver- boten und de- ren Einhaltung (Mittelwerte)	Rauchregeln im Haushalt (Mittelwerte)	Freiheit vs. Si- cherheit (Mit- telwerte)
Portugal	3,52	19,5	2,30	2,88	1,61
Großbritannien	3,50	30,5	2,52	2,68	1,46
Finnland	3,45	23,1	2,80	3,18	1,52
Deutschland	3,43	30,5	2,45	2,77	1,44
Nordirland	3,39	33,7	2,62	2,57	1,59
Spanien	3,36	31,3	2,61	2,55	1,70
Polen	3,33	35,1	2,26	2,34	1,41
Rumänien	3,31	30,6	2,26	2,37	1,37
Belgien	3,31	26,7	2,62	2,64	1,58
Tschechien	3,29	29,1	2,26	2,61	1,34
Schweden	3,26	18,6	2,89	3,02	1,53
Slowakei	3,23	24,3	2,19	2,82	1,27
Bulgarien	3,23	33,9	2,08	2,27	1,57
Italien	3,20	31,8	2,75	2,80	1,75
Litauen	3,19	26,9	2,26	2,74	1,45
Dänemark	3,18	34,5	2,80	2,38	1,41
Frankreich	3,16	30,7	2,38	2,54	1,52
Österreich	3,16	33,2	2,33	2,67	1,68
Zypern (Repu- blik)	3,15	27,4	2,23	2,33	1,56
Malta	3,15	22,6	2,58	3,02	1,58
Ungarn	3,14	32,8	2,54	2,55	1,71
Estland	3,13	28,3	2,45	2,11	1,68
Lettland	3,13	33,6	2,33	2,26	1,35
Luxemburg	3,10	23,3	2,77	2,75	1,43
Irland	3,08	28,9	2,95	2,80	1,68
Griechenland	3,07	37,9	2,29	2,26	1,35
Niederlande	3,00	29,8	2,79	2,50	1,48
Slowenien	2,93	21,4	2,56	2,54	1,42
Gesamt	3,18	28,9	2,50	2,62	1,52

¹⁹ Angegeben ist für jede Variable der Prozentsatz bzw. der Mittelwert nach Ländern sortiert.

Anhang 5: Beschreibung der Variablen

Variable	Ausprägungen	Beschreibung	Datenquelle
Zustimmung zu Rauchverboten in Restaurants, Bars/Kneipen, Büros und öffentlichen geschlossenen Räumen	0-1	Unterstützung eines Rauchverbotes; Kodierung: 1 „Voll und ganz dafür“, 2 „Eher dafür“, 3 „Eher dagegen“, 4 „Voll und ganz dagegen“, 5 „Weiß nicht“. <i>Operationalisierung:</i> Kategorie 1 = 1 „stimme voll und ganz zu; Kategorien 2, 3, 4 = 0 „stimme weniger zu oder lehne ab“; Kategorie 5 = Missing.	EB 66.2
Zustimmung zu einem generellen Rauchverbot	0-12	Additive Skala gebildet aus 4 Variablen: Unterstützung eines Rauchverbotes in 1) Restaurants 2) Bars/Kneipen 3) Büros 4) Öffentlichen geschlossenen Räumen; vorherige <i>Rekodierung</i> : 3 „Voll und ganz dafür“, 2 „Eher dafür“, 1 „Eher dagegen“, 0 „Voll und ganz dagegen“. Cronbach's Alpha = ,8392.	EB 66.2
Raucherstatus (Dummy-Variablen)	0-2 (0-1)	Variable generiert aus den Rauchgewohnheiten einer Person (qb19.1, qb19.2, qb19.3, qb19.5, qb19.6); <i>Rekodierung</i> : 0 „Person hat nie geraucht“, 1 „Person hat früher geraucht, aber aufgehört“, 2 „Person raucht derzeit“. Bildung von Dummyvariablen für die Regression.	EB 66.2
Einschätzung der Folgen des Passivrauchens	1-4	Glauben Sie, dass der Tabakrauch anderer Menschen für Nichtraucher ...; Kodierung: 1 „unschädlich ist“, 2 „unangenehm sein kann“, 3 „einige gesundheitliche Probleme wie z.B. Erkrankungen der Atemwege verursachen kann“, 4 „oder sogar langfristig ernsthafte Erkrankungen wie Krebs verursachen kann, 5 „hängt davon ab“, 6 „Weiß nicht/Keine Angabe“. <i>Operationalisierung:</i> Kategorien 5, 6 = Missing.	EB 66.2
Wahrnehmung von Rauchverboten und deren Einhaltung	1-3	Gibt es Ihres Wissens nach in [Deutschland] Vorschriften zum Rauchverbot an öffentlichen Orten, wie öffentliche Verkehrsmittel, Krankenhäuser oder Schulen? (Wenn ja) Was meinen Sie, werden diese Vorschriften im Allgemeinen von Rauchern beachtet oder nicht?; Kodierung: 1 „Ja, es gibt Vorschriften und sie werden befolgt“, 2 „Ja, es gibt Vorschriften, aber sie werden nicht befolgt“, 3 „Nein, es gibt keine solchen Vorschriften“, 4 „Weiß nicht/Keine Angabe“. <i>Operationalisierung:</i> Kategorie 3 = 1, Kategorie 2 = 2, Kategorie 1 = 3, Kategorie 4 = Missing.	EB 66.2
Rauchregeln im Haushalt	1-4	Welche Regeln gelten in Bezug auf das Rauchen bei Ihnen zu Hause, wenn es Regeln gibt?; Kodierung: 1 „Rauchen ist für Niemanden erlaubt“, 2	EB 66.2

„Rauchen ist nicht erlaubt, aber manchmal machen Sie eine Ausnahme“, 3 „Rauchen ist nur in bestimmten Räumen erlaubt“, 4 „Rauchen ist nur im Freien erlaubt“, 5 „Im Haus wird freiwillig nicht geraucht“, 6 „Es gibt keine Regeln für das Rauchen/Es gibt keine Raucher/Regeln sind unnötig“, 7 „Weiß nicht/Keine Angabe“.

Operationalisierung: Kategorie 3 = 1, Kategorie 2 = 2, Kategorie 4 = 3, Kategorie 1 = 4, Kategorien 5, 6, 7 = Missing.

<i>Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag</i>	1-10	<i>Rekodierung:</i> 1 „Person raucht nicht täglich“ bis 10 „Person raucht 40 oder mehr Zigaretten pro Tag“	EB 66.2
<i>Anzahl der Rauchstopp-Versuche</i>	1-4	Haben Sie in den letzten 12 Monaten versucht, mit dem Rauchen aufzuhören? (Wenn JA) Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?; <i>Kodierung:</i> 1 „Nein, nie“, 2 „Ja, 1- bis 5-mal“, 3 „Ja, 6- bis 10-mal“, 4 „Ja, mehr als 10-mal“, 5 „Weiß nicht/Keine Angabe“. <i>Operationalisierung:</i> Kategorie 5 = Missing.	EB 66.2
<i>Staatsintervention vs. Freiheit</i>	0-1	<i>Rekodierung:</i> 0 „Der Einzelne ist verantwortungsbewusst genug, sich selbst vor Schäden im Zusammenhang mit Alkohol zu schützen.“, 1 „Öffentliche Behörden müssen eingreifen, um den Einzelnen vor Schäden durch Alkohol zu schützen.“	EB 66.2
<i>Raucheranteil in einem Land</i>	19,5-38,5	Generierte Variable anhand der Verteilungen des Raucherstatus in den einzelnen Ländern	EB 66.2
<i>Tabakkontroll-skala</i>	35-93	Variable zur Messung der Aktivität der Tabakkontrollpolitik eines Landes	*
<i>Bildung</i>	5-25	Alter bei Ausbildungsende; <i>Kodierung:</i> 0 „noch studierend“ 98 „Keine (Vollzeit)Ausbildung“, 99 „Weiß nicht“. <i>Operationalisierung:</i> Kategorien 25 und höher = 25, Kategorien 0, 98, 99 = Missing,	EB 66.2
<i>Familienstand</i>	0-1	Dummyvariable gebildet aus Familienstand einer Person (d7); <i>Kodierung:</i> 1 „verheiratet“, 2 „wieder verheiratet“, 3 „nicht verheiratet, mit einem Partner zusammenlebend“, 4 „nicht verheiratet, noch nie mit einem Partner zusammengelebt“, 5 „nicht verheiratet, kürzlich mit einem Partner zusammengelebt“, 6 „geschieden“, 7 „getrennt lebend“, 8 „verwitwet“, 9 „andere“, 10 „Antwort verweigert“. <i>Operationalisierung:</i> Kategorien 1, 2 = Verheiratet; Kategorien 3, 4, 5, 6, 7, 8 = nicht verheirat; Kategorien 9, 10 = Missing.	EB 66.2
<i>Alter</i>	15-98	Alter des Befragten	EB 66.2
<i>Geschlecht</i>	0-1	0 "Weiblich" 1 "Männlich"	EB 66.2

* Daten unter: http://www.ensp.org/files/30_european_countries_text_final.pdf