

**Die Ausgrenzung des Tabakgebrauchs
aus dem öffentlichen Raum**

Die Einstellungen der Bürger zu Rauchverboten und die Entstehung neuer
Konfigurationen sozialer Repräsentation

Karl-Heinz Reuband

5

Tabuisierte Männlichkeiten

Der öffentliche Diskurs über Homosexualität in der deutschen
Fußballbundesliga

Katja Sabisch

52

**Neutralisiert ein hoher Selbstwert die kriminogene Wirkung
von Belastungsfaktoren?**

Eine empirische Analyse im Bezugsrahmen der General Strain Theory

*Helmut Hirtenlehner – Johann Bacher – Magdalena Cervakova –
Victoria Trauner*

75

Kriminalitätsfurcht und punitive Einstellungen

Indikatoren, Skalen und Interaktionen

Andreas Armbrorst

105



CENTAURUS
Verlag & Media KG

ISSN 0939-608X

Die Ausgrenzung des Tabakgebrauchs aus dem öffentlichen Raum

Die Einstellungen der Bürger zu Rauchverboten und die Entstehung neuer Konfigurationen sozialer Repräsentation

von Karl-Heinz Reuband

Zusammenfassung

Der Tabakgebrauch unterliegt in der öffentlichen Bewertung einer Neuetikettierung. Während er einst als ein weitgehend „normales“ Verhalten bewertet wurde, ist er zunehmend zu einer Form abweichenden Verhaltens geworden. Auf der Grundlage repräsentativer Bevölkerungsumfragen in Hamburg wird untersucht, wie sich die Befürwortung von Rauchverboten in der Bevölkerung verändert hat. Grundlagen sind drei repräsentativ angelegte postalische Umfragen aus der Zeit vor und nach Einführung der Rauchverbote in der Gastronomie, durchgeführt auf der Grundlage einer Random-Stichprobe aus dem Einwohnermelderegister in den Jahren 2004, 2008 und 2011 (N pro Erhebungszeitraum 410-689). Den Erhebungen zufolge ist die Bereitschaft, Rauchverbote zu befürworten, kontinuierlich gestiegen. Es wird – wie im Fall von Kneipen und Bars – jedoch nicht notwendigerweise ein totales Rauchverbot, sondern ein partielles Rauchverbot (mit Raucherräumen oder Raucherkneipen) befürwortet. Ob sich Nichtraucher für Rauchverbote aussprechen, ist maßgeblich davon abhängig, welche Gefahren sie dem Passivrauchen zuschreiben. Überproportional befürwortet werden die Verbote von Personen, die ihre eigene Gesundheit als „sehr gut“ einstufen. In früheren Erhebungen bestand diese Beziehung nicht. Vermutlich ist die neue Konfiguration Ausdruck einer Situation, in der die Bejahung von Rauchverboten zum Bestandteil eines Lebensstils geworden ist, der von den jeweiligen Akteuren als betont gesundheitsbewusste Lebensführung verstanden wird.

1. Veränderungen in der Verbreitung und Bewertung des Tabakgebrauchs

Nachdem sich in Deutschland die staatlichen Maßnahmen gegen den Tabakkonsum lange Zeit auf Warnhinweise, Gesundheitsaufklärung und Besteuerung von Tabakwaren beschränkt hatten, sind in den letzten Jahren mehrere Initiativen ergriffen worden, die an einer Verhaltenskontrolle ansetzen. Zunächst waren es im Jahr 2002 Gesetze, die sich auf die Arbeitsstätten bezogen und dort Rauchverbote einführten. Es folgten im Jahr 2007 Rauchverbote in Einrichtungen des Bundes, Verkehrsmitteln des öffentlichen Personenverkehrs sowie in Bahnhöfen.¹ Im gleichen Jahr wurden schließlich auch Gesetze erlassen, welche Rauchverbote in der Gastronomie betrafen. Diese Gesetze traten zu Jahresbeginn 2008 in Kraft, in Nordrhein-Westfalen – nach einer kurzen Übergangsperiode – im Juli 2008 (vgl. u. a. Schaller/Pötschke-Langer 2012).

Mit der Einführung von Rauchverboten in der Gastronomie vollzog sich eine Entwicklung, zu der es in anderen Ländern schon Jahre früher gekommen war. So waren entsprechende Regelungen in den 1990er Jahren bereits in mehreren Staaten der USA initiiert worden (Studlar 1999). In Europa setzten vergleichbare Entwicklungen erst mehr als 10 Jahre später ein, dann aber in rascher Sukzession. Als erstes erließ Irland im April 2004 ein Rauchverbot, es folgten Italien im Januar 2005 und Schweden sowie Norwegen im Juni 2005. In den Jahren 2006 und 2007 traten u. a. Belgien, Dänemark, Luxemburg, Großbritannien und Frankreich dazu (vgl. Koh et al. 2007; Toshkov 2013). Im Vergleich dazu vollzog sich in Deutschland die Entwicklung „verspätet“, wobei offen bleiben muss, inwieweit diese Verspätung – wie mitunter vermutet wurde – Folge eines überproportionalen Einflusses der Tabakindustrie auf die Politik war oder andere Gründe hat.²

In der Ausgestaltung der Rauchverbote für die Gastronomie bestanden zwischen den Ländern der Europäischen Union zunächst erhebliche Unterschiede. In einigen Ländern waren die Bestimmungen von Anfang an strikt angelegt, so galt z. B. in Irland und Italien von vornherein ein generelles Rauchverbot. In anderen Ländern wurde einer liberalen Regelung der Vorzug gegeben mit vielen Ausnahmen, die es ermöglichten, weiterhin an Orten der Gastronomie zu rauchen. Wo eine solche liberale Regelung bestand, war diese allerdings meist nicht von Dauer und wurde später (wie z. B. in Spanien

und Frankreich) durch ein totales Rauchverbot ersetzt. Inzwischen ist in der Europäischen Union ein totales Rauchverbot ohne Ausnahmeregelungen in der Gastronomie die Regel.

In der Bundesrepublik ist die Frage des Raucherschutzes Ländersache. Je nach Bundesland waren von Anfang an die Bestimmungen unterschiedlich. Und diese Unterschiedlichkeit besteht trotz entsprechender Bemühungen um eine Vereinheitlichung bis heute. Zum Teil gründet sich die heutige Heterogenität auch auf einen Wandel in der Art der Tabakkontrolle innerhalb eines Landes: von einer eher liberalen Politik des Umgangs hin zu einer eher restriktiven Tabakpolitik und vice versa. So gab es in Nordrhein-Westfalen zunächst nur ein partielles Rauchverbot in der Gastronomie, Raucherkneipen und abgegrenzte Raucherbereiche in Lokalen waren erlaubt. 2013 wurde diese Regelung – nach Wechsel der Landesregierung – durch ein totales Rauchverbot ersetzt. Desgleichen gab es in Bayern zunächst eine relativ liberale Regelung. Dies änderte sich jedoch, als eine Nichtraucherinitiative in einer Volksabstimmung die meisten Stimmen für ihren Vorschlag eines totalen Rauchverbots zu mobilisieren vermochte. Inzwischen gilt in Bayern ein strenges, totales Rauchverbot ohne Ausnahmen. Desgleichen gehört auch das Saarland zu den Bundesländern, in denen in der Zwischenzeit ein partielles Rauchverbot durch ein totales Rauchverbot ersetzt wurde.

Umgekehrt die Verhältnisse in Hamburg: dort herrschte zunächst ein Rauchverbot in allen Einrichtungen der Gastronomie. Mit Beginn des Jahres 2010 wurde das Rauchen in kleinen Kneipen mit weniger als 75 Quadratmeter erlaubt: sofern diese als Raucherkneipen gekennzeichnet sind und keine Speisen verkaufen. Im Februar 2012 erklärte das Hamburger Verfassungsgericht das Passivrauchergesetz für teilweise rechtswidrig, da die Speisewirtschaften gegenüber den Schankbetrieben einen Nachteil hätten. Daraufhin wurde im Juni 2012 von der Hamburger Bürgerschaft ein neues Gesetz verabschiedet, demzufolge Restaurants mit mehr als 75 Quadratmeter Raucherräume unter bestimmten Auflagen einrichten dürfen. In den Eckkneipen ist das Rauchen weiter zugelassen, wenn keine Speisen angeboten werden (Behörde für Gesundheit- und Verbraucherschutz 2012).

Dass aufgrund der neuen, liberalisierten Gesetzgebung in den Restaurants wieder mehr Möglichkeiten zum Rauchen geschaffen wurden, ist unwahrscheinlich. Raucherräume einzurichten, wo bisher keine bestanden, wäre mit einem allzu großen Aufwand verbunden. Und nicht wenige Gastronomen

dürften angesichts der Möglichkeit eines erneuten Kurswechsels in der Tabakkontrollpolitik vor finanzielle Aufwendungen und Umbauten zurückgeschreckt sein. In einer Bestandsaufnahme, die im Auftrag des Heidelberger Krebsforschungszentrums im März 2012 durchgeführt wurde, erwies sich die Mehrheit der untersuchten Restaurants (98%) so denn auch als rauchfrei. In 77 Prozent der Kneipen und Bars hingegen war das Rauchen nach wie vor möglich (DKFZ 2012b).

Mit der Durchsetzung von Rauchverboten im öffentlichen Raum – gleichgültig ob total oder partiell – ist eine neue Phase des Umgangs mit dem Tabakkonsum eingeleitet worden. Zwar hatte es schon nach der Einführung des Tabaks in die westliche Kultur in den Jahrhunderten wiederholt Perioden gegeben, in denen Regelungen erlassen wurden, um den Konsum einzudämmen (vgl. u. a. Austin 1981; Hess et al. 2004). Auch öffentliche Rauchverbote gehörten dazu. So hatten in den USA in den Jahren zwischen 1895 und 1921 die Parlamente von 14 Bundesstaaten Gesetze erlassen, die das Rauchen in der Öffentlichkeit und den Verkauf von Zigaretten völlig verboten, und weitere 22 Bundesstaaten hatten dies erwogen (vgl. Hess et al. 2004; Tate 1999). Ebenso hatte es andere Formen der Ausgrenzung des Tabakkonsums gegeben. So bestanden in den USA in den 1940er Jahren in der Filmindustrie selbstauserlegte Regelungen, Tabakkonsum in Filmen nicht zu zeigen (Ohmer 2006).

Doch diese eher durch moralische als gesundheitsbezogene Perspektiven bestimmten Initiativen hatten sich bald wieder verflüchtigt, und die Verbote öffentlichen Tabakgebrauchs wurden nach kurzer Zeit wieder aufgehoben.³ Für die 1950er Jahre des 20. Jahrhunderts gilt jedenfalls: Zigarettenkonsum war in der Bevölkerung nicht nur weithin verbreitet, sondern auch akzeptiert. Zigaretten zu rauchen, war „normal“ und nicht mit dem Signum der Abweichung verbunden. In den USA zählten zu Beginn der 1950er Jahren rund 60 Prozent der männlichen Bevölkerung zu den Rauchern (Brandt 2007: 309), in Großbritannien und der Bundesrepublik sogar mehr als 80 Prozent (Berridge 2013; Institut für Demoskopie 2006a).⁴ Umfragen des Instituts für Demoskopie aus der Zeit Mitte der 1950er Jahre belegen, dass Raucher und Nichtraucher zu dieser Zeit in der Bevölkerung gleichermaßen als sympathisch galten (Bruttel 2011: 224).

Diese Wahrnehmung blieb jedoch nicht von Dauer. Bereits 1970 galten die Raucher in der deutschen Bevölkerung etwas seltener als sympathisch als

Nichtraucher, bis sie Ende der 1980er Jahre nicht nur als weniger sympathisch, sondern auch als beruflich weniger erfolgreich eingestuft wurden. In der Tat hatte sich zu dieser Zeit in der sozialstrukturellen Verankerung des Tabakkonsums ein Wandel vollzogen, hatte sich in den höheren sozialen Schichten ein stärkerer Rückgang des Tabakkonsums ereignet als in den unteren sozialen Schichten, so dass das Rauchen eher zu einem Phänomen niedriger als höherer sozialer Schichten geworden war (Bruttel 2011: 224). Ob diese Verschiebung in der sozialstrukturellen Basis zu der veränderten Einschätzung beruflichen Erfolgs beigetragen hat oder eher allgemeine Stereotypen das Urteil prägten, muss an dieser Stelle ungeklärt bleiben.

Trotz der beschriebenen Änderungen in der Sympathiezuschreibung kann man von einem grundlegenden Imagewandel, der das Rauchen zu einer Form abweichenden Verhaltens werden ließ, in dieser Zeit nicht sprechen. Nimmt man die Darstellung der Raucher in Filmen als Beispiel, so zeichneten sich die Raucher dort noch lange Zeit in überproportionaler Weise als sympathisch, gesellig und erfolgreich aus (vgl. u.a. Dalton et al. 2002; Dozier et al. 2005; McIntosh et al. 1998).⁵ Der Rückgang der Sympathie, der den Rauchern entgegen gebracht wurde, ist allenfalls als eine graduelle Verschiebung zu verstehen, nicht als neue Etikettierung. Und er mag mehr mit dem Wandel der Mehrheitsverhältnisse zu tun haben als mit anderen Einflussgrößen: Rein numerisch waren die Raucher zu einer Minderheit geworden. Mitte der 1980er Jahre war unter den Männern der Anteil der Raucher unter die 50-Prozent-Marke gesunken. Unter den Frauen erreichte der Raucheranteil zu dieser Zeit – nach einem Anstieg seit den frühen 1950er Jahren – zwar den höchsten Wert, doch blieb er mit 29 Prozent unter dem der Männer (Institut für Demoskopie 2006a).

Dass der Tabakkonsum zunehmend zur Angelegenheit einer Minderheit wurde, dürfte primär aus einem veränderten Gesundheitsbewusstsein resultiert sein. Allgemein wird eine Zäsur in der Wahrnehmung der Tabakgefahren in der Veröffentlichung des US-Surgeon General Reports im Jahr 1964 gesehen, in dem erstmals ausführlich auf die vielfältigen Gefahren des Tabakgebrauchs eingegangen wurde (vgl. Brandt 2007). In etwa auf die gleiche Zeit (1962) datiert auch ein umfassender britischer Bericht zu diesem Thema („Smoking and Health“). Es kann jedoch kein Zweifel sein, dass (wie US-Daten belegen) auch schon vorher in der Bevölkerung in gewissem Umfang eine – wenn auch eher vage – Wahrnehmung gesundheitlicher Gefahren des

Tabakkonsums existierte (vgl. Erskine 1966; Kip Viscusi 2002; Pacheo 2011).

Vermutlich wurde der Trend, der zu einer verstärkten Risikoeinschätzung des Tabakkonsums führte, zusätzlich durch ein in der Bevölkerung allgemein gestiegenes Gesundheitsbewusstsein mitbestimmt. Unter den Bedingungen eines gestiegenen Gesundheitsbewusstseins dürften auch Gesundheitsgefahren, die als wenig bedrohlich eingeschätzt werden, an Handlungsrelevanz gewinnen. Was im vorliegenden Fall bedeutet: Selbst wenn der Tabakkonsum nicht als besonders bedrohlich gewertet worden sein mag, könnte das gestiegene Gesundheitsbewusstsein doch der wahrgenommenen Bedrohung subjektiv ein höheres Gewicht verliehen haben. Und so ist es denkbar, dass sich lange Zeit vor Einsetzen der öffentlichen Problematisierung bereits ein Wandel in der subjektiven Bedeutsamkeit der wahrgenommenen Tabakgefahren angebahnt hatte.⁶

2. Nichtraucherschutz und Tabakkonsum – Prozesse der Ausgrenzung und Neuetikettierung

Solange wie der Tabakgebrauch in der Bevölkerung den Charakter der Normalität innehatte, so wenig gab es staatlicherseits größere Bemühungen, den Tabakgebrauch zu bekämpfen. Zwar wurde in der medizinischen Literatur der 1930er Jahre schon ein Zusammenhang zwischen Tabakkonsum und Lungenkrebs festgestellt, war die Zahl der Publikationen mit ähnlichen Befunden in den 1940er und 1950er Jahren gestiegen (Proctor 2011) und waren mit der Publikation des US-Surgeon General Report von 1964 in größerem Stil auch öffentlich die Gefahren des Tabakgebrauchs dokumentiert worden (Brandt 2007). Selbst wenn von der Tabakindustrie Zweifel lanciert wurden an den Aussagen über die Schäden des Tabakgebrauchs,⁷ kam man doch in der Gesundheitspolitik nicht umhin, die neuen Bestandsaufnahmen als realistische Beschreibung der Gefährdungen zur Kenntnis zu nehmen.

Die deutsche Tabakkontrollpolitik beschränkte sich lange Zeit auf eine Kombination von Aufklärung und fiskalischer Regulierung mittels Tabaksteuer. Erst später kamen weitere Maßnahmen, wie Werbeverbote, dazu. Im Vergleich zu anderen Ländern hielt man sich in der Bekämpfung des Tabakgebrauchs stärker zurück, zum Missfallen der WHO und der EU-Kommission, die beide auf eine Umsetzung strengerer Maßnahmen drängten.⁸

Initiativen zu Rauchverboten, gingen in Deutschland zunächst von nicht-staatlicher Seite aus. Die Gefahren des Passivrauchens waren dabei (noch) kein Thema. Es ging um den Qualm, dem die Nichtraucher ausgesetzt waren und der als störend empfunden wurde. So führte die Lufthansa 1998 ein allgemeines Rauchverbot bei internationalen Flügen ein, nachdem dies vorher schon bei innerdeutschen Flügen gegolten hatte.⁹ Begründet wurde die Regelung mit den Wünschen der Fluggäste, die sich mehrheitlich für Nichtraucherflüge ausgesprochen hätten, und mit ähnlichen Entwicklungen bei anderen Fluggesellschaften (Frankfurter Rundschau 5.2.1998). Andere deutsche Fluggesellschaften, wie der Ferienflieger Condor, behielten demgegenüber zunächst ihre Regelung bei, in ausgewiesenen Raucherzonen den Tabakkonsum zu erlauben.

Von grundlegender Bedeutung für die weitere Entwicklung wurde die Problemdefinition, der zufolge der Tabakqualm selbst denjenigen schädigt, der sich in der Gegenwart von Rauchern aufhält. Wohl mag es sein, dass diese Aussage zunächst auf einer relativ schwachen empirischen Basis stand, auch mag es sein, dass die Schwere der Gefährdung z. T. überschätzt wurde¹⁰ – an ihre Bedeutsamkeit für den sich herausbildenden Diskurs kann jedoch kein Zweifel sein. Mit dem Verweis auf diese Gefährdung wurde zusehends – auch unter Beteiligung von Nichtraucherinitiativen – der Ruf nach umfassenden und totalen Rauchverboten laut. Und damit war zugleich auch der Weg zu einer Entwicklung geebnet, die schließlich in der Einführung von Rauchverboten in die öffentlichen Einrichtungen mündete.

Auf den ersten Blick bedeuteten die Rauchverbote in der Gastronomie nichts anderes als die Fortsetzung der bisherigen Politik durch Einbeziehung weiterer öffentlicher Räume in die Tabakkontrolle. Doch qualitativ gesehen war dieser Schritt mehr: Denn anders als in den zuvor betroffenen öffentlichen Räumen – wie öffentlicher Nahverkehr, Arbeitsplätze etc. – hatten die potentiell betroffenen Bürger in der Gastronomie ja die Wahl zwischen Orten, an denen geraucht wird und solchen, wo dies nicht oder nur selten der Fall ist. Die Begründung für den Erlass der Rauchverbote lieferte der intendierte *umfassende* Schutz der Nichtraucher (entsprechend ist in der offiziellen Gesetzessprache auch vom „Nichtraucherschutzgesetz“ die Rede).

Mit der Begründung eines umfassenden Nichtraucherschutzes wurden auch die totalen Rauchverbote gerechtfertigt. Dabei bezog man das Personal in den Kreis derer, die geschützt werden müssen, mit ein: aus der Möglich-

keit, dass zum Personal Nichtraucher gehören könnten, leitete man den Anspruch auf generelle Rauchfreiheit ab. Trotz des Verweises auf den Nichtraucherschutz kann jedoch kein Zweifel daran bestehen, dass dieser nicht allein das Ziel der Maßnahmen ist. Die Häufigkeit, mit der von Seiten der Gesundheitspolitik von sinkendem Tabakkonsum in der Bundesrepublik geredet und dieser – zu Recht oder Unrecht – als ein Resultat der Rauchverbote interpretiert wird, ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass der Nichtraucherschutz ein Vehikel ist, um den Tabakkonsum als Ganzes zu reduzieren. Den Rauchern das Rauchen zu verbieten, um sie vor sich selbst zu schützen – so auch Bayer und Colgrove (2002) in Bezug auf die USA –, wäre als paternalistische Maßnahme kaum legitimierbar gewesen. Auf den Umweg über den Nichtraucherschutz wird eine derartige Maßnahme jedoch möglich.¹¹

Für die Raucher bedeutet die Einführung der Rauchverbote, dass sie sich nicht mehr wie früher an Orten der Gastronomie ungehindert dem Konsum hingeben können. Sie müssen Widrigkeiten in Kauf nehmen – etwa wenn sie im Winter aus der Kneipe in die Kälte treten müssen, um dort zu rauchen – oder sie müssen von vornherein auf den Konsum zu der gegebenen Zeit verzichten. Die immateriellen Kosten steigen – und damit auch der (gesundheitspolitisch erwünschte) Druck, der zur Reduktion oder Aufgabe des Konsums führen kann.

Doch es sind nicht allein diese Widrigkeiten, die den Lebensstil der Raucher in veränderter Form prägen. Das Verhalten selbst hat eine neue gesellschaftliche Zuschreibung erfahren. Der Griff zur Zigarette ist sanktionierbar geworden: dann nämlich, wenn er an den nicht zugelassenen Orten stattfindet. Nicht nur der Besitzer der Kneipe oder des Lokals muss unter diesen Umständen eine Strafzahlung entrichten, sondern auch der Kunde, der sich dem Tabakkonsum hingibt. Eine derartige Situation ist zwar selten,¹² aber das Verhalten als solches unterliegt einer Regelung, die eine partielle Ausgrenzung beinhaltet. Zugleich wird dem Konsumenten – auch im Rahmen der Gesundheitsprävention und der praktizierten Verhaltenskontrolle – implizit oder explizit der Makel der Abweichung zugeschrieben: er wird zu jemandem, der mit sich selbst nicht gesundheitsbewusst umgeht und andere Menschen potentiell gefährdet.

Was einst als weitgehend „normal“ galt, ist zusehends zu einem Phänomen gesellschaftlicher Abweichung geworden. Zwar ist der Grad der Moralisierung noch nicht erreicht, wie er sich teilweise in den USA entwickelt hat

und wo in manchen Kreisen der Bevölkerung gar der Gedanke einer Prohibition des Tabakgebrauchs (wieder-) erwacht ist.¹³ Aber der Trend, was die Verschärfung und Ausdehnung der Rauchverbote angeht, ist ähnlich. So gab es im Frühjahr 2013 auf lokaler Ebene – in der Stadt Potsdam – vom Oberbürgermeister den Erlass, Haltestellen von Bus und Bahn zu Nichtraucherzonen zu deklarieren (Der Tagesspiegel 9.3.2013). Ob diese Regelung praktikierbar ist oder nicht, ist eine andere Frage. Entscheidend ist: es ist ein Anzeichen dafür, dass Rauchfreiheit nicht mehr nur allein für geschlossene Räume reklamiert wird. Die Zonen des öffentlichen, freien Raums sind in das Blickfeld des Nichtraucherschutzes geraten. Die Zonen des Nicht-Erlaubten weiten sich aus.

3. Zielsetzung und methodisches Vorgehen

Der Tabakgebrauch ist in einer Phase gesellschaftlichen Umbruchs, in der neue Problemdefinitionen entstehen und sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ändern, unter denen der Tabakkonsum stattfindet. Was einst als normal galt, wird zusehends mit dem Makel sozialer Abweichung versehen und sozialen Regulierungen unterworfen. Diese Veränderungen machen die Rauchverbote und die gesellschaftliche Reaktion auf den Tabakgebrauch zu einem aktuellen, soziologisch relevanten Thema, besonders aus Sicht der Soziologie abweichenden Verhaltens und der Soziologie sozialer Probleme.

Gesellschaftliche Umbruchprozesse, in denen „normales“ Verhalten zu einem abweichenden Verhalten wird, finden sich – von Ausnahmen abgesehen¹⁴ – in der Gegenwart vermutlich seltener als in der Vergangenheit. Wenn sie Gegenstand der Forschung wurden, dann am ehesten in historisch orientierten Arbeiten. Diese sind in ihren methodischen Möglichkeiten der Rekonstruktion von Verlaufsprozessen, insbesondere was die Einstellungen der Bevölkerung angeht, zwangsläufig beschränkt. Im Fall der aktuellen Entwicklung des Umgangs mit dem Tabakgebrauch bietet sich hingegen die Möglichkeit, die Genese von Problemdefinitionen, die gesellschaftlichen Reaktionsprozesse und deren Auswirkungen auf das Handeln der Betroffenen unter Einbeziehung repräsentativer Umfragen zu analysieren.

Wie sich der Prozess der Umetikettierung im Fall des einst als „normal“ geltenden Tabakgebrauchs vollzieht, soll im Folgenden am Beispiel der Einstellungen der Bevölkerung zu Rauchverboten untersucht werden. Die bishe-

rige Forschungslage dazu ist äußerst defizitär. Sie ist nicht nur defizitär, weil es an brauchbaren Langzeitanalysen mangelt. Sie ist es auch, weil die verwendeten Frageformulierungen allzu oft zu global konstruiert sind. So war es in der Zeit vor Erlass von Rauchverboten nicht unüblich, mehrere Orte in die Fragekonstruktion einzubeziehen, ohne die Option eines je nach Ort differierenden Urteils zu bieten.¹⁵ Wenn Fragen zu Rauchverboten gestellt wurden, fehlte eine Differenzierung zwischen Restaurants einerseits und Kneipen/Lokalen andererseits.¹⁶ Und wenn von Rauchverboten die Rede war, fehlte eine Differenzierung zwischen totalen und partiellen Rauchverboten (etwa durch Schaffung getrennter Raucherräume oder Raucherneipen),

Die Einstellungen zu Rauchverboten in einer derart undifferenzierten Weise zu erfragen, wird nicht nur der bundesdeutschen Wirklichkeit nicht gerecht. Es führt auch dazu, die Komplexität der Einstellungen zu unterschätzen und das Ausmaß an Unterstützung totaler Rauchverbote zu überschätzen. Letzteres ist der Fall, wenn – wie bei den Umfragen des Heidelberger Krebsforschungszentrums (beim WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle) durchgängig die Regel – die Befürwortung von Rauchverboten in der Gastronomie mit der Bejahung *totaler* Rauchverbote an diesem Ort gleichgesetzt wird.¹⁷ Dass eine solche Gleichsetzung von den Initiatoren der Umfrage vorgenommen wird (und dies die weitere mediale und öffentliche Diskussion bestimmt),¹⁸ dürfte kaum allein eine Folge von Ignoranz sein. Es hat sicherlich z. T. auch damit zu tun, dass den Umfragen eine instrumentelle Funktion in der politischen Debatte und im Kampf um die Deutungshoheit zugeschrieben wird: Es geht darum, eine bestimmte Form der Tabakkontrollpolitik gegen die bisherigen, erheblichen Widerstände durchzusetzen. Man mag dieses Vorgehen politisch unter strategischen Gesichtspunkten rechtfertigen,¹⁹ aus wissenschaftlicher Sicht jedoch nicht.

In einem ersten Teil des folgenden Beitrags stehen zunächst die Einstellungen der Bürger zu Rauchverboten im Vordergrund. Dabei sind nicht nur die Rauchverbote in der Gastronomie ein Thema, sondern auch die Rauchverbote in anderen Bereichen der Öffentlichkeit. Den möglichen, unterschiedlichen Formen der Regulierung wird Rechnung getragen, indem in der Frageformulierung unterschieden wird zwischen totalen Rauchverboten, ohne Ausnahmen, und partiellen Rauchverboten (in Form von Rauchbereichen oder Raucherneipen).

Die Fragen wurden von uns in Bevölkerungsumfragen erstmals im Jahr 2004 gestellt – in einer Zeit, als von der Einführung von Rauchverboten in Deutschland noch kaum die Rede war.²⁰ Die frühzeitige Einbeziehung des Themas in eine Umfrage geschah in Anbetracht möglicher zukünftiger Entwicklungen: Rauchverbote waren in den USA weithin eingeführt, und es schien, als könnten sich ähnliche Bestrebungen und Entwicklungen in Europa und Deutschland vollziehen. Mit der Antizipation zukünftiger Entwicklung und Umsetzung im Rahmen der Umfrageforschung folgt die Studie dem Prinzip der „antizipatorischen“ Forschung (Biderman 1968). Diese hat zum Ziel, frühzeitig eine Basisstudie zu initiieren, an der sich der spätere Wandel messen lässt. Ohne antizipatorische und „Stand-by“ Forschung²¹ ist man allenfalls zu retrospektiven Analysen auf der Basis einer oftmals schwachen Datengrundlage fähig.

In einem zweiten Teil des Beitrags geht es um den Stellenwert der Gesundheit für die Befürwortung von Rauchverboten. Angesichts der bekannten Risiken des Tabakkonsums könnte man meinen, dass diejenigen, die ihre eigene Gesundheit weniger positiv einstufen, in überproportionaler Weise Rauchverbote befürworten. Sie müssten sich als vulnerabler ansehen und umso mehr bemüht sein, jegliche Gefährdung – auch äußerer Art – zu minimieren. Für einen solchen Zusammenhang aber hat es bislang keine empirischen Belege gegeben (Mons et al. 2008). Paradoxerweise fanden sich in neueren Erhebungen in Düsseldorf (die Nichtraucher und Raucher waren hier in der Analyse zusammengefasst), gar Hinweise auf eine gegenteilige Beziehung: Nicht die Befragten, die ihre Gesundheit als schlecht sondern als gut einstufen, sprachen sich eher für Rauchverbote aus (Reuband 2014). Ob es sich dabei um eine orts- oder zeitspezifische Entwicklung handelte oder um ein für die Bundesrepublik allgemein geltendes Muster, musste ungeklärt bleiben.

Desgleichen stellt sich die Frage, welchen Stellenwert die Wahrnehmung der Gesundheitsrisiken hat. Dass Tabakkonsum und das Passivrauchen die Gesundheit schädigt, ist in der Bevölkerung bekannt und trägt maßgeblich zur Befürwortung der Rauchverbote bei. Die Entwicklung der Befürwortung im Zeitverlauf jedoch ist dadurch allein nicht erklärbar. So nahm sie in der oben zitierten Düsseldorf Studie auch dann noch zu, als sich in der Wahrnehmung der Gesundheitsfolgen keine weitere Änderung vollzogen hatte. Im Gegenteil: die Zahl derer, die dem Passivrauchen negative Folgen zuschrie-

ben, war sogar leicht gesunken. Offenbar hatte die Befürwortung der Rauchverbote einen eigenständigen Weg eingeschlagen, unabhängig von der Entwicklung der wahrgenommenen Gesundheitsrisiken (Reuband 2014).

Die Entwicklung könnte einer Verselbständigung der Motivlage widerspiegeln, so wie sie Gordon Allport mit dem Begriff einer „funktionellen Autonomie der Motive“ umschrieben hat: das Handeln hat sich von den ursprünglichen Motiven gelöst und eine eigenständige Bedeutung gewonnen (Allport 1965).²² Die Entwicklung könnte aber auch Folge der Tatsache sein, dass die Rauchverbote in der Zwischenzeit einen staatlich verordneten, normativen Charakter angenommen haben. Wer die staatliche Ordnung als Autorität akzeptiert, könnte die Rauchverbote als legitimiert begreifen und sie aufgrund dessen bejahen. In einem solchen Fall würden Einstellungen Einfluss auf die Befürwortung der Rauchverbote nehmen, die über rein gesundheitspolitische Erwägungen hinausreichen.

Grundlage der folgenden Analyse sind drei repräsentativ angelegte Umfragen in der Bevölkerung der Stadt Hamburg. Die erste Umfrage stammt aus dem Jahr 2004 – der Zeit vor Einführung der Rauchverbote. Die zweite Erhebung stammt aus dem Jahr 2008 und wurde wenige Monate nach Einsetzen der totalen Rauchverbote in der Gastronomie durchgeführt. Die letzte Erhebung stammt aus dem Jahr 2011 und damit aus einer Zeit, in der das totale Rauchverbot wieder aufgehoben und das Rauchen in Kneipen mit weniger als 75 qm wieder erlaubt war.

Die Umfragen stützen sich auf Randomstichproben aus dem Einwohnermelderegister der Stadt und beziehen sich auf Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit 18 Jahre und älter.²³ Die Befragungen erfolgten postalisch auf der Grundlage eines 11-seitigen Fragebogens. Postalische Befragungen haben gegenüber face-to-face und telefonischen Umfragen den Vorteil, dass soziale Erwünschtheitstendenzen bei der Beantwortung reduziert sind (Tourangeau et al. 2000). Angelegt waren die Erhebungen jeweils als Mehrthemenumfrage. Die Fragen zum Tabakkonsum stellten nur einen kleinen Teil des Frageprogramms dar. Gegenüber den Befragten wurden die Umfragen jeweils global als eine zu den Lebensbedingungen in Städten und zu aktuellen Fragen bezeichnet. Die Gefahr einer themenspezifischen Selektion zugunsten von Personen, die sich in der einen oder anderen Weise für die Tabakthematik interessieren, ist aufgrund des Themen-Mix unwahrscheinlich.

Durchgeführt wurden die Erhebungen in Anlehnung an Empfehlungen von Don Dillman (2000), leicht modifiziert auf der Basis deutscher Erfahrungen (Reuband 1999, 2001). Nach bis zu drei Erinnerungsaktionen wurde nach Abzug neutraler Ausfälle (verzogen, verstorben, ungültige Adresse) im Jahr 2004 eine Ausschöpfungsquoten von 47 Prozent erreicht, 2008 von 40 Prozent und 2011 von 44 Prozent. Gemessen an den Quoten zeitgleicher, aufwändig durchgeführter face-to-face Erhebungen, wie ALLBUS oder SOEP, sind dies überdurchschnittlich hohe Quoten.²⁴ Die Zahl der Befragten beläuft sich 2004 auf 410 Personen, 2008 auf 554 und 2011 auf 689.

4. Rauchverbote und Nichtraucherchutz in der öffentlichen und medialen Thematisierung

Eine nennenswerte öffentliche Debatte um Gefahren des Passivrauchens und Rauchverbote gab es in der Zeit vor 2004, als wir erstmals Fragen zu Rauchverboten einem Querschnitt der Bevölkerung stellten, nicht. Nimmt man die Berichte und Meldungen im *Hamburger Abendblatt* – der größten Hamburger Tageszeitung – als Beispiel,²⁵ so kann man allenfalls ab 2003 von einer beginnenden Diskussion über Rauchverbote und Gesundheitsgefahren sprechen. In den Jahren zuvor war lediglich vereinzelt von neu eingeführten Rauchverboten bei einigen Fluglinien, in U-Bahnhöfen und Bahnhöfen der Bahn die Rede. Dabei spielten Fragen des Gesundheitsschutzes keine Rolle – stattdessen ging es um den durch den Zigarettenrauch bedingten Geruch oder um Fragen der Verunreinigung. So heißt es z.B. in einem Bericht über die Einführung des Rauchverbots im Hamburger Hauptbahnhof, man wolle Nichtraucher besser schützen und gleichzeitig für mehr Sauberkeit auf den Bahnhöfen sorgen. Die Rede ist vor allem von den Kosten der Reinigung. In welcher Weise die Rauchverbote zum Schutz der Nichtraucher beitragen, wird nicht ausgeführt (6.9.2002).²⁶

Ab Juni 2003 finden sich vermehrt Meldungen über die Einführung von Rauchverboten in Schulen, zunächst aufgrund der Initiative einzelner Schulen („Erste Gymnasium rauchfrei“, 23.6.2003). Rauchverbote in Kneipen werden erstmals im August 2003 thematisiert – in Reaktion auf die Forderung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Nichtraucherangebote in der Gastronomie auszuweiten („Rauchverbot in Kneipen?“, 5.8.2003). Im Kontext dessen werden auch die Reaktionen von Kneipenwirten, die Umsatz-

einbußen befürchten, zum Thema (wie z.B. „Rauchverbote – das wäre unser Ende“, 6.8.2003). Die Fragen des Gesundheitsschutzes und die Gefahren des Passivrauchens hingegen bleiben peripher und werden allenfalls am Rand erwähnt – so wie in einem Kommentar unter der Überschrift „Alles verboten? Wer die Raucher total verbannt, ist bald selbst allein“, 6.8.2003), wo sich lediglich eingefügt der Satz findet „Immerhin warnen Wissenschaftler und Kollegen: Auch Passivrauchen kann gefährlich sein“.

Im ersten Halbjahr 2004 – der Zeit vor der Erhebung – finden sich etwas häufiger – wenn auch nach wie vor selten – Artikel über Rauchverbote: am Arbeitsplatz, in Schulen und in der Gastronomie anderer Länder. So wird mehr am Rand, mit wenigen Sätzen, die Einführung von Rauchverboten in Restaurants und Arbeitsplätzen in Irland erwähnt (19.2.2004, 28.2.2004), die Einführung von Rauchverboten am Strand von Los Angeles (26.4.2004), und die Einführung von Rauchverboten in Restaurants, Bars und Cafés in Norwegen und Schweden (13.5.2004). Letztgenannter Kurzmeldung ist der Satz vorgeschaltet (und auch in die Überschrift übernommen), dass in Deutschland täglich 383 Menschen an den Folgen des Rauchens sterben. Dass auch das Passivrauchen schadet, wird nicht erwähnt. Dass das Passivrauchen schadet, wird allenfalls in einer Übersicht über Rauchverbote in Europa, die im Mai 2004 erscheint, kurz erwähnt: „Raucher wissen, was sie tun. Aber auch Passivrauchen tötet Tausende. Allein in Großbritannien sterben 3.600 Menschen pro Jahr an den Folgen“ („Europas erster Raucher-Atlas“, 28.5.2004).

Nun müssen die Gefahren des Passivrauchens nicht notwendigerweise immer im Zusammenhang mit Fragen der Einführung von Rauchverboten thematisiert werden. Denkbar sind ebenfalls andere Zusammenhänge. Sichtet man die Berichte und Meldungen nach der Verwendung der Begriffe „Passivrauchen“ oder „Nichtraucherschutz“, so ändert sich jedoch nichts an dem Eindruck einer spärlichen Berichterstattung. Die Zahl der Artikel, in denen der Begriff „Passivrauchen“ Verwendung findet, liegt in den Jahren 2000 bis 2003 bei null bis vier Beiträgen pro Jahr, vom Nichtraucherschutz ist noch seltener die Rede. Dass das Passivrauchen schädigt, wird am ehesten im Zusammenhang mit der Berichterstattung über neue Studien und spezielle Beeinträchtigungen erwähnt (wie z.B. „Auch Passivrauchen schadet der Lunge, 21.12.2001, „Passivrauchen – so schnell steigt das Herzinfarkt-Risiko“, 26.7.2001), zum Teil beschränkt auf spezielle Populationen, wie Kinder oder Kranke („Passivrauchen von Kindern“, 20.3.2004, „Rauch schadet der Hei-

lung“, 29.5.2004). Und auch in der Thematik des Passivrauchens ist die Berichterstattung von Ambivalenzen nicht ganz frei: Einer Meldung, das „Passivrauchen gefährlicher [ist] als angenommen“ (15.5.2004) steht gegenüber die Meldung „Passivrauchen ist weit weniger gefährlich als bisher vermutet“ (17.5.2003).

Würde man sich statt auf das „Hamburger Abendblatt“ auf Boulevardzeitungen wie die *Hamburger Morgenpost* beziehen,²⁷ würde sich an dem vorherrschenden Eindruck einer seltenen und sporadischen Berichterstattung nichts ändern. So finden sich im Jahr 2000 lediglich einzelne Meldungen, die über Initiativen zu einem Nichtraucherschutzgesetz am Arbeitsplatz berichten (12.4.2000, 13.4.2000), über Politiker, die das Rauchverbot auf Langstreckenflügen wieder abschaffen wollen (5.1.2000), sowie über „Schock-Fotos gegen Rauchen“ auf Zigaretten in Kanada. Dabei wird beiläufig erwähnt, dass „besonders Provinz Politiker“ die Gegner der Tabakindustrie seien und mit ihnen implizit die Rauchverbote verknüpft werden: „So gilt in Britisch-Kolumbien generelles Rauchverbot in Kneipen und Restaurants“ (15.1.2000).

In den folgenden Monaten wird vor allem über Rauchverbote im Kontext der geplanten oder realisierten Rauchverbote in Bahnhöfen berichtet – mit Verweis auf die hohen Reinigungskosten (u. a. 14.6., 9.7., 3.9), über Forderungen von Politikern, Rauchverbote am Steuer einzuführen (05.06.), und über mögliche Rauchverbote am Arbeitsplatz (31.5.). In den Folgejahren bis 2004 verschwindet das Thema aus der Berichterstattung. Im Fall des Begriffes „Nichtraucherschutz“ oder „Passivrauchen“ sieht es nicht viel anders aus. Die Gefahren des Passivrauchens werden in der „Hamburger Morgenpost“ allenfalls beiläufig in einer Kurzmeldung erwähnt: mit der Aussage, wonach in Australien eine Passivraucherin mit Halskrebs eine halbe Million Entschädigung bekommen solle (2.5.2001). Von Rauchverboten, welche auch in Deutschland Kneipen und Lokale betreffen könnten, ist bis 2008 nirgends die Rede. Die Berichterstattung beginnt erst nach Einführung der Rauchverbote in der Gastronomie.

Alles in allem kann man als Resümee ziehen: vor Durchführung der ersten Umfrage in unserer Serie waren Rauchverbote kaum ein Thema in der medialen Berichterstattung. Und wenn, sind es eher Kurzmeldungen (mit 2-3 Sätzen) als ausführlichere Darstellungen. So sind in den vier Jahren zwischen 2000 und 2003 im *Hamburger Abendblatt* nicht mehr als 47 Artikel erschienen, in denen Rauchverbote eine Erwähnung finden, in der *Hamburger Mor-*

genpost sind es noch weniger.²⁸ Die Tatsache, dass die Zahl der Artikel so gering ist und es sich meist um Kurzmeldungen handelt, bedeutet eine geringe Rezeptionswahrscheinlichkeit. Schließlich werden kleine Meldungen häufig übersehen, werden Zeitungen selektiv gelesen, und nehmen Fragen des Tabakgebrauchs gewöhnlich keinen zentralen Stellenwert im Aufmerksamkeitsniveau von Lesern ein.

Des Weiteren ist festzuhalten: Wenn in den Zeitungen von Rauchverboten die Rede ist, geht es eher um den Erlass der Verbote als um deren Begründung. Wenn über Reaktionen auf die Verbote berichtet wird, entzünden diese sich eher an den sozialen und ökonomischen und nicht an den gesundheitlichen Folgen. Und die Reaktionen, über die berichtet wird, sind von Ambivalenzen nicht frei – kritische Stimmen der Gastwirte gehören ebenso dazu wie kritische Kommentare von Eltern und Lehrern auf die geplanten Rauchverbote an Schulen oder von Politikern in Bezug auf die Rauchverbote in Langstreckenflügen.²⁹ Von einer einheitlichen Linie, welche bestimmte Maßnahmen als eindeutig und konsensuell sinnvoll erscheinen lässt, kann man nicht reden. Eine Diskussion der Gefahren, denen die Nichtraucher ausgesetzt sind und eine Begründung für die Rauchverbote bieten, hat nicht stattgefunden. Dies bedeutet: als den Befragten erstmals die Frage zu den Rauchverboten gestellt wurde, stehen sie einer Situation gegenüber, bei der sie sich nicht in hinreichendem Maße auf vorher stattgefundene öffentliche Thematisierungen und Diskussionen in den relevanten Massenmedien beziehen können.

5. Einstellungen zu Rauchverboten in der Gastronomie und anderen Orten

Wie sehr zur Zeit unserer ersten Hamburger Umfrage das Passivrauchen von den Bürgern als ein nennenswertes Problem wahrgenommen wird, ist unbekannt. Dass für viele der Tabakrauch per se aufgrund des Geruchs als störend gilt, weil er sich auf Haare und Kleidung etc. legt, steht außer Zweifel.³⁰ Welchen Stellenwert die Gefahren des Passivrauchens in Relation dazu einnehmen, ist ungewiss. Anzunehmen ist, dass man zumindest allgemein um die Gefahren des Tabakgebrauchs weiß und dies die Einschätzung des Passivrauches nicht unbeeinflusst lässt. Was bedeutet: selbst wenn man über die Gefahren des Passivrauchens noch nichts gehört oder gelesen hat, wird ein

Teil der Bürger in dieser Zeit vermutlich dem Passivrauchen eine tendenziell schädigende Wirkung zugeschrieben haben (z. B. durch Beeinträchtigung der Atemwege oder längerfristig durch Schädigung anderer Organe). Zwischen den wahrgenommenen gesundheitlichen Schäden, die dem Tabakkonsum zugeschrieben werden, und den wahrgenommenen Gefahren des Passivrauchens gibt es jedenfalls unseren Erhebungen zufolge einen engeren Zusammenhang.³¹

Dass inzwischen die Mehrheit der Bürger und Bürgerinnen dem Passivrauchen gesundheitliche Risiken zuschreibt, steht außer Zweifel. Dies gilt nicht nur für die Bevölkerung der Bundesrepublik (Kröger et al. 2010), sondern auch für die von uns befragten Hamburger, von denen in der 2011er Erhebung 76 Prozent dem Statement zustimmten „Wer sich als Nichtraucher in einem Raum aufhält, wo Raucher sind, gefährdet seine Gesundheit“.³² Die Ansicht wird geradezu universell geteilt, von Jüngeren wie von Älteren, von besser Gebildeten wie von schlechter Gebildeten, und von Rauchern ebenso wie von Nichtrauchern. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind allenfalls graduell, nicht grundsätzlich.

Ab wann, bei welcher Intensität der Exposition und welcher Häufigkeit man die eigene Gesundheit durch das Passivrauchen gefährdet sieht, und welches Gewicht man dieser Wahrnehmung zuschreibt, ist eine andere Frage.³³ Der Schwellenwert, ab dem eine Gefahr wahrgenommen wird, mag sich von Person zu Person unterscheiden. Für manche mag gelten, dass der seltene Besuch eines Ortes, an dem geraucht wird, ungefährlich ist.³⁴ Für andere mag die Menge des eingeatmeten Rauchs entscheidend sein und Orte, an denen selten geraucht wird, als unproblematisch erscheinen. Und für wieder andere mag primär von Bedeutung sein, ob man an diesen Orten Freunde und Bekannte trifft. Die Gefahren des Passivrauchens treten unter diesen Umständen in den Hintergrund, und man ist gewillt, auch Raucherkeipen zu frequentieren (Reuband 2013).

Wie man Tabelle 1 entnehmen kann, unterscheidet sich das Urteil der Bürger über Rauchverbote je nach Ort erheblich. In Bezug auf den öffentlichen Nahverkehr, Schulen, Krankenhaus, Flugzeugen und Züge der Bundesbahn überwiegt bereits in der ersten Erhebung von 2004 die Befürwortung eines totalen Rauchverbots.

Tabelle 1: Einstellung zu Rauchverboten an unterschiedlichen Orten im Zeitverlauf (in %)

	Insgesamt			Nichtraucher			Raucher		
	2004	2008	2011	2004	2008	2011	2004	2008	2011
<i>Öffentliche Nahverkehrsmittel</i>									
vollständig	91	90	90	92	91	92	85	87	85
teilweise	9	10	8	7	9	7	13	10	11
nicht verbieten	1	1	2	*	-	1	2	3	3
<i>Schulen</i>									
vollständig	88	+	+	89	+	+	85	+	+
teilweise	11	+	+	10	+	+	15	+	+
nicht verbieten	1	+	+	1	+	+	-	+	+
<i>Krankenhaus</i>									
vollständig	78	89	85	82	93	91	65	74	69
teilweise	22	11	15	18	8	9	35	24	30
nicht verbieten	-	*	*	-	-	-	-	1	1
<i>Flugzeug</i>									
vollständig	77	89	91	85	93	96	51	76	76
teilweise	22	10	7	15	7	3	45	20	21
nicht verbieten	2	1	2	1	*	1	4	4	3
<i>Züge der Bahn</i>									
vollständig	54	68	76	61	75	86	33	43	50
teilweise	44	30	21	39	24	12	62	50	45
nicht verbieten	2	2	3	1	1	2	5	7	6
<i>Bahnhöfe</i>									
vollständig	46	46	43	50	51	49	33	27	25
teilweise	46	48	50	43	43	47	54	64	62
nicht verbieten	9	7	7	7	6	4	13	10	13
<i>Arbeitsplatz</i>									
vollständig	37	47	50	42	54	58	20	22	28
teilweise	57	50	44	62	44	39	55	71	58
nicht verbieten	7	3	6	4	2	3	18	7	13
<i>Restaurants</i>									
vollständig	22	45	56	26	53	66	7	15	27
teilweise	56	47	37	60	43	30	43	60	58
nicht verbieten	23	9	7	14	4	4	50	25	15

Tabelle 1 (Fortsetzung)

	Insgesamt			Nichtraucher			Raucher		
	2004	2008	2011	2004	2008	2011	2004	2008	2011
<i>Kneipen/Bars</i>									
vollständig	9	18	21	10	22	28	5	2	3
teilweise	41	43	49	48	47	53	17	29	40
nicht verbieten	50	39	30	42	31	20	77	69	57
<i>Strand</i>									
vollständig	15	+	+	16	+	+	10	+	+
teilweise	26	+	+	28	+	+	20	+	+
nicht verbieten	59	+	+	56	+	+	70	+	+
<i>Parks</i>									
vollständig	10	+	+	10	+	+	10	+	+
teilweise	24	+	+	26	+	+	17	+	+
nicht verbieten	66	+	+	64	+	+	73	+	+
<i>Straßencafé</i>									
vollständig	+	18	20	+	22	25	+	2	5
teilweise	+	37	39	+	40	45	+	26	23
nicht verbieten	+	46	41	+	38	30	+	72	73

* < 0,5 %; + nicht erfragt

Frageformulierung: „Nun einige Fragen zum Thema Rauchen. Man kann ja unterschiedlicher Ansicht darüber sein, an welchen Orten man das Rauchen verbieten sollte. Hier auf der Liste sind einige Orte aufgeschrieben. Was meinen Sie: Wo sollte das Rauchen *vollständig* verboten sein, *teilweise* verboten sein (durch Schaffung eigener Raucher-/ Nichtraucherbereiche), oder *nicht* verboten sein? „

Zu den „Rauchern“ zählen in der obigen Tabelle die Befragten, die angeben, täglich Zigaretten zu rauchen. Die Nichtraucher sind diejenigen, die keinerlei Tabakgebrauch aufweisen. Die restlichen Befragten, die gelegentlich Zigarette oder Pfeife/ Zigarren rauchen (sie stellen weniger als 6 Prozent der Befragten), sind in der Kategorie „Insgesamt“ mit enthalten.

In Bezug auf Bahnhöfe wird eher eine partielle Beschränkung favorisiert. Bei gastronomischen Einrichtungen wird eine deutliche Trennlinie zwischen Restaurants und Kneipen gezogen, wobei gilt, dass an die Restaurants die strengeren Maßstäbe angelegt werden. Die Tatsache, dass es dort nicht – wie in Kneipen oder Bars – mehrheitlich um den Getränkekonsum, sondern auch um das Einnehmen von Speisen geht, und dies (zuma abends) nicht selten in einem festlich-geselligen Rahmen, begünstigt offenbar den Wunsch nach Rauchfreiheit.

Wie sehr die Ausdifferenzierung nach Ort und Art des Rauchverbots ein komplexeres Bild erbringt als gewöhnlich in der Literatur dargestellt, zeigt sich im Vergleich zu den üblicherweise in den Medien zitierten Umfragen des Heidelberger Krebsforschungszentrums. Ihnen zufolge waren im Jahr 2011 76 Prozent der Deutschen für ein Rauchverbot in Gaststätten (DKFZ 2013a). Mit diesen Zahlen stimmen unsere Ergebnisse aus dem gleichen Jahr insofern überein, als sich nahezu gleich viele – rund 70 Prozent der Befragten – für ein Rauchverbot in Kneipen/Bars aussprechen. Differenziert nach Art des Rauchverbots aber wird offenbar: von denen, die sich für ein Rauchverbot aussprechen, plädieren die meisten für ein partielles und nicht für ein totales Rauchverbot.

Dass dieser Befund nicht aus einer leicht differierenden Begrifflichkeit in den Umfragen – „Gaststätten“ einerseits, „Kneipen/Bars“ andererseits – erwächst, zeigt sich wenn man die Umfragen des Krebsforschungszentrums mit einer Umfrage des Instituts für Demoskopie aus dem Jahr 2008 vergleicht. In beiden Fällen ist von Gaststätten die Rede, nur mit dem Unterschied, dass vom Institut für Demoskopie zusätzlich die Art des Rauchverbots erfragt wird. Im Jahr 2008 sprachen sich dem Heidelberger Krebsforschungszentrums zufolge 65 Prozent der Befragten für ein Rauchverbot in Gaststätten aus. In der Umfrage des Institut für Demoskopie des gleichen Jahres waren es 62 Prozent (in unserer Hamburger Umfrage in Bezug auf Kneipen/Bars 61%). Differenziert nach Art des Rauchverbots optierte in der Umfrage des Instituts für Demoskopie erneut nur eine Minderheit – 35 Prozent – für ein generelles Rauchverbot. Der größere Teil von 48 Prozent meinte, dass abgetrennte Räume erlaubt sein sollten (Institut für Demoskopie 2008).

Wie die Hamburger Umfragen belegen, zählen zu den Orten, für die bereits im Jahr 2004 mehrheitlich ein totales Rauchverbot befürwortet wird, auch mehrere Einrichtungen, bei denen zu dieser Zeit noch kein Rauchverbot etabliert war. So wurde z.B. ein totales Rauchverbot in Hamburgs Schulen erst im August 2005 eingeführt (Spiegel Online 1.1.2005), in den Nahverkehrszügen der Bahn im Juli 2007 und in den Fernverkehrszügen im September 2007 (Focus Online 15.8.2007). Was den Flugverkehr angeht, hatte die Lufthansa zwar bereits ein Rauchverbot erlassen, aber nicht alle der Ferienflieger. Auf manchen Strecken und bei manchen Airlines war das Rauchen noch erlaubt.³⁵

Die Tatsache, dass an vielen Orten Rauchverbote noch nicht eingeführt waren und für diese dennoch mehrheitlich Rauchverbote befürwortet wurden, bedeutet, dass der Einführung der Rauchverbote an diesen Orten eine mehrheitliche Aufgeschlossenheit der Bürger voranging. Wenn sich nach der Etablierung der Rauchverbote die Zahl der Befürworter vergrößerte, mag die Entwicklung daher mehr mit dem bereits eingeleiteten Trend zu tun haben, als – wie oftmals vermutet – mit einer Anpassung an die neu geschaffenen Verhältnisse. Dass sich die Menschen an die neu eingeführten Verhältnisse anpassen und diese schließlich bejahen, kann nicht als zwangsläufig angesehen werden.³⁶

Die weitere Entwicklung der Einstellungen in der Bevölkerung ist durch eine zunehmende Verschärfung gekennzeichnet. Es setzt sich mehr und mehr eine restriktive Haltung durch. Wo zunächst noch in gewissem Umfang partielle Rauchverbote favorisiert wurden, werden verstärkt totale Rauchverbote befürwortet. Und wo zunächst keine Rauchverbote befürwortet wurden, gewinnen diejenigen an Anhängerschaft, die sich für partielle Rauchverbote aussprechen. Am wenigsten von dieser Entwicklung tangiert sind die Orte, an denen schon zu Beginn der Serie mehrheitlich Rauchverbote befürwortet wurden (hier sind die Maximalwerte auch schon erreicht). Betroffen sind eher jene Orte, bei denen die Rauchverbote eine geteilte Meinung gefunden haben und partielle Rauchverbote als Mittel der Wahl gelten.

Besonders stark ist die Befürwortung totaler Rauchverbote im Hinblick auf Restaurants gestiegen: von 22 Prozent im Jahr 2004 auf 56 Prozent im Jahr 2011. Parallel dazu ist die Zahl derer, die sich für partielle Rauchverbote aussprechen, von 56 auf 37 Prozent gesunken. Dass man das Rauchen in Restaurants nicht verbieten sollte, meinen in der neusten Erhebung nur noch 7 Prozent. Im Fall der Kneipen/Bars ist das restriktive Urteil weniger ausgeprägt, und auch der Wandel hin zu einer Befürwortung eines totalen Rauchverbots ist schwächer: stellten die Befürworter eines totalen Rauchverbots 2004 einen Anteil von 9 Prozent, sind es in der neusten Erhebung lediglich 21 Prozent.

Der Wandel, der sich vollzieht, geht im Wesentlichen auf die Nichtraucher zurück. Zwar haben auch die Raucher eine ähnliche Entwicklung eingeschlagen, aber das Ausmaß der Veränderungen ist bei ihnen weitaus geringer ausgeprägt. Des Weiteren fällt auf, dass der stärkste Wandel in der Regel auf die Zeit zwischen 2004 und 2008 entfällt, die Jahre zwischen 2008 und 2011

zeichnen sich durch schwächere Veränderungen aus. In einigen wenigen Fällen – wie beim Umgang mit Rauchverboten auf Bahnhöfen und am Arbeitsplatz – stagnieren die Werte nahezu.³⁷ Welche Einflussfaktoren auch für diese Stabilität der Einstellungen verantwortlich sein mögen – dass sich in diesen Fällen keine weitere Neigung zur Verschärfung der Regelungen vollzogen hat, spricht für eine relativ weit verbreitete pragmatische Haltung in der Bevölkerung und nicht für eine generalisierte Neigung, Rauchverboten das Wort zu reden.

Die Befürwortung von Rauchverboten in Straßencafés, die sich bei einem Teil der Befragten findet, mag auf dem ersten Blick dieser Aussage widersprechen – handelt es sich doch um eine Ort in Freien und nicht wie in den anderen Fällen um geschlossene Räumlichkeiten. Frische Luftzufuhr verhindert eine Konzentration von Tabakrauch. Doch vermutlich denken viele der Befragten daran, dass man in einem Straßencafé in vielen Fällen dicht beieinander sitzt und es trotz des Aufenthaltes im Freien dazu kommen kann, dass man den Rauchschwaden des Sitznachbarn ausgesetzt ist. Aus dieser Sicht beruht die Wertung auf einer durchaus rationalen Perspektive, die an der Frage der persönlichen Beeinträchtigung und des Schutzes vor dem Passivrauchen ausgerichtet ist.

Raucher befürworten erwartungsgemäß seltener als Nichtraucher Rauchverbote. Schließlich sind sie es, die davon unmittelbar betroffen sind. Aber auch sie sind vom allgemeinen Trend einer zunehmend restriktiven Haltung nicht unberührt. Obwohl sie vermehrt entsprechenden Restriktionen unterworfen sind, steigt im zeitlichen Verlauf ihre Bereitschaft, dem Nichtraucher-schutz Rechte einzuräumen. Von einer mehrheitlichen Bejahung totaler Rauchverbote in der Gastronomie sind sie freilich (ebenso wie die Nichtraucher) – anders als in neueren Publikationen behauptet³⁸ – weit entfernt. Die überwiegende Präferenz ist auch bei ihnen für ein partielles Rauchverbot.

Der für Hamburg beschriebene Wandel ist für die Einwohner dieser Stadt nicht spezifisch. Analoge Veränderungen haben sich an anderen Orten ereignet, wie Düsseldorfer Umfragen belegen. Darüber hinaus macht der Vergleich mit diesen Erhebungen deutlich, wie sehr die Meinungsverhältnisse einander ähneln. So befürworteten in Düsseldorf im Jahr 2004 25 Prozent der Befragten ein vollständiges Rauchverbot in Restaurants und 11 Prozent ein vollständiges Rauchverbot in Kneipen und Bars (Reuband 2014). Die Hamburger Zahlen für 2004 liegen mit 22 bzw. 9 Prozent praktisch auf dem glei-

chen Niveau. Vergleichbar hohe Übereinstimmungen auf der Prozentpunktebene (und ebenso der Trends) ergeben sich bei nahezu allen anderen erfragten Bereichen.³⁹ Angesichts dessen ist zu vermuten, dass sich in den für die beiden Städte berichteten Verhältnissen das allgemeine Meinungsklima in der Bundesrepublik widerspiegelt.

6. Gesundheitsorientierung und Rauchverbote

Man könnte meinen, dass sich die Befürworter von Rauchverboten bevorzugt aus dem Kreis derer rekrutieren, die ihre eigene Gesundheit wenig positiv einschätzen. Sie sind es schließlich, die sich als gesundheitlich gefährdet sehen und bedrohlichen Einflüssen auf ihre Gesundheit besonders ablehnend gegenüber stehen müssten. In der vorliegenden Untersuchung wurde die Einschätzung der eigenen Gesundheit über zwei Fragen erfasst. Zum einen über eine Frage zu aktuellen Sorgen: „Was bereitet Ihnen zur Zeit persönlich Sorgen? Was bedrückt Sie, wenn Sie an die Zukunft denken“. Unter anderem war in der Liste der Sorgen aufgeführt „Ich mache mir Sorgen, dass ich dauerhaft krank werde“. Zum anderen wurde die Einschätzung erfasst über die Frage zum selbsteingeschätzten Gesundheitszustand: „Alles in allem gesehen, wie würden Sie im Großen und Ganzen Ihren Gesundheitszustand beschreiben?“. Die Antwortkategorien reichten auf einer fünfstufigen Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“.

Natürlich wird mit einer globalen Frage zur Gesundheit lediglich der subjektive Gesamteindruck erfasst. Der objektive Gesundheitszustand muss damit nicht identisch sein. Es muss dies nicht der Fall sein, weil manche Erkrankungen dem Befragten gar nicht bewusst sind oder ihnen kein besonderes Gewicht eingeräumt wird. Trotz dieser Unschärferelation gibt es keinen Zweifel an der Existenz eines Zusammenhangs mit dem tatsächlichen Gesundheitszustand. Dies haben nicht nur Untersuchungen gezeigt, die sich medizinischer Daten bedienen (vgl. u. a. Albrecht 1996). Es legen auch die Ergebnisse unserer Untersuchungen nahe. So wurden die Befragten gebeten, anhand einer Liste mit ausgewählten Krankheiten und Beschwerden mitzuteilen, unter welchen sie manchmal leiden.⁴⁰ Die vorgegebenen Angaben reichten von leichten und mittelschweren Beeinträchtigungen (wie „Kopfschmerzen, Migräne“) bis hin zu stärkeren (wie „Kreislaufbeschwerden“, „Herzbe-

schwerden“). Korreliert man die Zahl der Nennungen mit der subjektiven Gesundheit, erhält man eine Korrelation von $r=.41$ ($p<0,001$).

Ein Zusammenhang mit der objektiven Gesundheit besteht ebenfalls bei der Frage zur Sorge, dauerhaft zu erkranken. Der Zusammenhang ist im Vergleich zu dem des vorherigen Indikators allerdings weitaus schwächer ($r=.18$, $p<0,001$). Dies gilt auch dann, wenn man anstelle der Zahl der Nennungen die einzelnen Beschwerden der Analyse zugrundelegt. Dass die Korrelation der subjektiven Gesundheitsindikatoren mit der objektiven Situation gering ausfällt, ist in unserem Zusammenhang kein Nachteil. Denn für Einstellungen und Handeln ist weniger die objektive Situation als vielmehr deren subjektive Wahrnehmung von Bedeutung: wenn Menschen eine Situation als real definieren, so William Thomas, ist sie real in ihren Konsequenzen (Thomas 1928/1965).

Die beiden Gesundheitsindikatoren – subjektiver Gesundheitszustand und Sorge, dauerhaft zu erkranken – korrelieren untereinander nur mittelstark ($r=.41$, $p<0,001$), was nahelegt, dass sie jeweils etwas andere Akzente setzen und nicht gleichgesetzt werden können. Die Einschätzung der eigenen subjektiven Gesundheit als „sehr gut“ oder „gut“ schließt offensichtlich nicht aus, dass man sich um seine Gesundheit Sorgen macht. Wenn man einen Effekt auf die Befürwortung der Rauchverbote erwarten würde, dann wohl am ehesten bei der Sorge, zu erkranken. Denn diese knüpft direkt an zukünftige Entwicklungen an, erfasst die aktuellen Sorgen am ehesten. Je mehr sich jemand Sorgen macht, desto eher – so die Vermutung – dürfte er sich für Rauchverbote aussprechen.

Untersucht man den Zusammenhang zwischen Sorge, dauerhaft zu erkranken und der Einstellung zu Rauchverboten in Restaurants und in Kneipen/Bars, wird in der Tat eine solche Beziehung in der ersten Erhebung unserer Befragungsserie deutlich. So befürworteten unter denen, die sich „sehr starke“ Sorgen um ihre Gesundheit machten, 55 Prozent der Befragten ein totales Rauchverbot für Restaurants. Unter denen, die sich „starke“ Sorgen machten, waren es nur noch 33 Prozent, unter denen mit „mittleren“ Sorgen 28, mit „wenig“ Sorgen 22 und mit keinen Sorgen 13 Prozent. Ein ähnlicher, mehr oder minder kontinuierlicher Zusammenhang lässt sich auch bei der Beurteilung der Rauchverbote in Kneipen/Bars feststellen.

Tabelle 2 : Korrelation zwischen Gesundheitssorgen/subjektiver Gesundheit und Befürwortung von Rauchverboten (Pearson r) – Nichtraucher

	Gesundheitssorgen			subjektive Gesundheit	
	2004	2008	2011	2008	2011
öffentlicher Nahverkehr	-.04	.00	-.05	-.07	-.03
Schulen	.12*	-	-	-	-
Krankenhaus	.11 ⁺	-.01	-.08	-.01	-.09 ⁺
Flugzeug	.04	-.05	-.07	-.13*	-.08 ⁺
Züge der Bahn	.05	-.05	-.06	-.09 ⁺	-.16 ^{***}
Bahnhöfe	.11 ⁺	.04	.02	-.03	-.06
Restaurants	.25 ^{***}	.00	-.12*	-.07	-.23 ^{***}
Kneipen/ Bars	.15*	-.03	-.05	-.03	-.17 ^{***}
Arbeitsplatz	.10 ⁺	.00	-.04	.00	-.11*
Strand	.19 ^{***}	-	-	-	-
Parks	.15*	-	-	-	-
Straßencafé	-	-.09	-.07	-.06	-.21 ^{***}
Verbote insgesamt	.18 ^{***}	.01	-.08 ⁺	-.05	-.12 ^{**}

* < 0,05, ** < 0,01, *** < 0,001

Rauchverbote, Codierung 0= „nicht verboten“, 1= „teilweise verboten“, 3= „vollständig verboten“; *Verbote insgesamt*: Aufsummierung der Werte für die einzelnen Orte (ohne Strand, Parks, Straßencafés)

Gesundheitssorgen: „Was bereitet Ihnen persönliche Sorgen? Was bedrückt Sie, wenn Sie an Ihre Zukunft denken? Geben Sie bitte anhand der Skala an, wie sehr die jeweilige Aussage auf Sie zutrifft. Ich mache mir Sorgen ... dass ich dauerhaft erkranken werde“ *Antwortkategorien* „sehr stark – stark – mittel– wenig – überhaupt nicht“. *Codierung* „1= überhaupt nicht ... 5= sehr stark“.

Subjektive Gesundheit: „Nun einige Fragen zum Thema Gesundheit: Alles in allem gesehen, wie würden Sie im Großen und Ganzen Ihren Gesundheitszustand beschreiben?“ *Antwortkategorien*: „sehr gut – ziemlich gut – es geht – ziemlich schlecht – sehr schlecht“ *Codierung*: 1= „sehr gut“...4= „sehr schlecht“

Wie man Tabelle 2 entnehmen kann, gilt nicht nur für Restaurants und Kneipen/Bars, dass man dort umso häufiger ein Rauchverbot fordert, je mehr man sich um seine Gesundheit sorgt. Mehr oder minder stark ist diese Tendenz ebenso im Hinblick auf die anderen Orte ausgeprägt. Nicht immer wird statistische Signifikanz erreicht, der Trend aber geht jeweils in die gleiche Richtung. Die Korrelationen sind am stärksten im Fall der Orte, bei denen es zum Zeitpunkt der Erhebung noch keine Rauchverbote gab, sie aber später durchgesetzt wurden: wie im Fall der Restaurants und Kneipen/Bars. Die Korrela-

tionen sind aber auch besonders stark bei Orten – wie Parks und Strand –, deren Einbeziehung in die Rauchverbote allenfalls in den USA diskutiert und partiell auch realisiert wurde.

Summiert man über die verschiedenen Orte hinweg die Befürwortung von Rauchverboten (jeweils in der Codierung 0= kein Rauchverbot, 1= teilweises Rauchverbot, 3= totales Rauchverbot) und setzt die so konstruierte Variable mit den Gesundheits Sorgen in Beziehung, kommt man für das Jahr 2004 auf einen Wert von $r = .18$ ($p < 0,001$). Rund sieben Jahre später, in der Erhebung des Jahres 2011, hat sich die Beziehung in ihr Gegenteil verkehrt. Die Korrelation weist nunmehr einen negativen Wert auf und beläuft sich auf $r = -.08$ ($p < 0,10$). Je weniger Sorgen man sich macht, desto eher spricht man sich für Rauchverbote aus. Am stärksten fällt der Wandel in Bezug auf Restaurants aus: Er verläuft von $r = .25$ ($p < 0,001$) zu $r = -.12$ ($p < 0,05$). Etwas schwächer ist der Wandel bei Kneipen/Bars und anderen Orten. Der Trend aber ist überall der Gleiche.

Leider verfügen wir im Fall des zweiten subjektiven Gesundheitsindikators – der Einstufung der eigenen Gesundheit – über keine Daten für das Jahr 2004. Wir können jedoch für die Jahre 2008 und 2011 einen Vergleich anstellen. Wenn man diesen unternimmt – vgl. wieder Tabelle 2 –, wird der Befund einer Umkehrung der Beziehung bestätigt. Das neue Verhältnis zwischen der empfundenen gesundheitlichen Beeinträchtigung und der Bejahung der Rauchverbote tritt hier zeitlich sogar noch etwas früher auf: bereits im Jahr 2008 hat sich nahezu überall ein negativer Zusammenhang herausgebildet. Und er nimmt im Verlauf der Folgejahre weiter zu, erreicht im Jahr 2011 Werte, die vielfach über denen der Frage zu den gesundheitlichen Sorgen liegen. Besonders deutlich wird die Entwicklung erneut in dem Urteil über Restaurants, in abgeschwächter Form in dem über Kneipen/Bars.

Besonders stark schlägt sich der Wandel in den Jahren 2008-2011 des Weiteren in dem Urteil über Straßencafés nieder (Veränderung von $r = -.05$ auf $r = -.21$, $p < 0,001$). Leider waren zu Beginn der Befragungsserie die Straßencafés noch kein Bestandteil des Frageprogramms, so dass ein stringenter Zeitvergleich ab 2004 nicht unternommen werden kann. Stattdessen waren zu Beginn der Befragungsserie andere Orte ein Thema, dazu zählten auch Parks und Strand. Man könnte – da es sich ebenfalls um Orte im Freien handelt – von einer gewissen Äquivalenz der Räume sprechen. Wenn man eine solche Äquivalenz annimmt und einen Vergleich anstellen würde, würde man er-

kennen: nicht nur geschlossene Räume sind von dem Wandel überproportional betroffen, sondern auch solche im Freien: Die entsprechenden Korrelationen belaufen sich im Jahr 2004 (Parks, Strand) auf Werte zwischen $r=.15$ und $r=.19$, die des Jahres 2011 (Straßencafé) auf einen nunmehr negativen Wert von $r=-.21$.

Auf welche Subgruppen gründet sich der Wandel, der zu einer Umkehrung der Beziehungen geführt hat? Legt man die Beurteilungen im Bereich der Gastronomie zugrunde – hier war der stärkste Wandel zu beobachten –, erkennt man (Tabelle 3): die veränderte Beziehung resultiert maßgeblich aus einem Zuwachs an Befürwortung totaler Rauchverbote auf Seiten jener Befragten, die sich wenig oder gar nicht um ihre Gesundheit sorgen: Während unter denen, die sich „sehr stark“ oder „stark“ sorgen, der Anteil an Befürworter totaler Rauchverbote in Restaurants um 27 Prozentpunkte gestiegen ist (von 37% auf 64%), ist er unter den Unbesorgten um 54 Prozentpunkte (von 17% auf 71%) gestiegen. Die Befragten mit mittlerer Gesundheitseinschätzung nehmen eine Mittelstellung ein. Ein ähnlicher überproportionaler Zuwachs unter den Unbesorgten zeichnet sich bei der Beurteilung von Rauchverboten in Kneipen/Bars ab.

Tabelle 3: Befürwortung von Rauchverboten in Restaurants und Kneipen / Bars nach Gesundheitssorgen im Zeitverlauf – Nichtraucher (in %)

	sehr stark/stark			mittel			wenig/ überhaupt nicht		
	2004	2008	2011	2004	2008	2011	2004	2008	2011
<i>Restaurants</i>									
vollständig	37	58	64	26	45	60	17	56	71
teilweise	56	36	30	61	49	38	62	42	25
nicht verbieten	8	6	5	13	7	2	21	2	4
<i>Kneipen/ Bars</i>									
vollständig	15	23	27	6	17	25	7	24	31
teilweise	50	45	55	50	49	51	45	47	51
nicht verbieten	35	32	18	44	33	24	47	29	18
N	78-79	96-97	128	101-102	139	144	121	180-182	219-220

Gesundheitssorgen wie in Tabelle 2 („sehr stark“ und „stark“ sowie „wenig“ und „überhaupt nicht“ zusammengefasst)

Tabelle 4: Befürwortung von Rauchverboten in Restaurants und Kneipen/Bars nach subjektive Gesundheit, im Zeitverlauf – Nichtraucher (in %)

	sehr gut		ziemlich gut		mittel/ schlecht	
	2008	2011	2008	2011	2008	2011
<i>Restaurants</i>						
vollständig	62	83	59	72	50	58
teilweise	33	17	40	27	44	35
nicht verbieten	4	-	1	2	6	7
<i>Kneipen / Bars</i>						
vollständig	27	46	23	30	25	22
teilweise	51	40	48	55	44	56
nicht verbieten	22	14	29	16	31	22
N	45	70	214-215	223-226	114-116	157-158

Subjektive Gesundheit wie Tabelle 2 („Es geht“, „ziemlich schlecht“ und „sehr schlecht“ zusammengefasst)

Würde man die subjektive Einstufung der eigenen Gesundheit zum Maßstab nehmen (Tabelle 4), ergäbe sich ein gleiches Ergebnis: Es sind überproportional oft diejenigen, die ihre eigene Gesundheit in besonders positiver Weise beschreiben, die sich in zunehmendem Maße von dem Tabakkonsum distanzieren und Rauchverbote in der Gastronomie befürworten. Die Übrigen weisen zwar ebenfalls ähnliche Tendenzen auf, doch nicht in gleich starkem Umfang.

7. Gesundheitssorgen, Gesundheitsorientierung und konservative-autoritäre Einstellungen: Wie groß ist ihr Einfluss?

Nun sind sowohl die gesundheitlichen Sorgen als auch der subjektive Gesundheitszustand von sozialen Merkmalen nicht unabhängig. Ältere Menschen beurteilen ihre eigene Gesundheit im Allgemeinen schlechter als Jüngere, und Personen mit niedriger Bildung beurteilen sie schlechter als solche mit höherer Bildung. Angesichts dessen fragt sich, ob die beschriebenen Befunde – ganz oder teilweise – eine Folge der jeweiligen sozialen Zusammensetzung sind. Um dies zu klären, unterziehen wir die Erhebungen multivariaten Analysen, bei der wir die soziodemographischen Merkmale als Kontrollvariable einsetzen. Dabei wählen wir die Einstellungen zu den Rauchverbo-

ten in ihrer Gesamtheit als abhängige Variable (würden wir uns auf die Fragen zur Gastronomie beschränken, würden sich ähnliche Befunde ergeben).

Als erstes gehen wir der Frage nach, welchen Einfluss die gesundheitlichen Sorgen auf die Befürwortung von Rauchverboten ausüben. Der Vorteil des verfügbaren Indikators ist, dass wir den Vergleich ab dem Jahr 2004 anstellen können und nicht – wie bei der Frage zur subjektiven Gesundheit – erst ab 2008. Wie man Tabelle 5 entnehmen kann, bleibt der für das Jahr 2004 beschriebene Effekt in der multivariaten Analyse erhalten: Während im Jahr 2004 ein eindeutiger Bezug zu den Gesundheitssorgen bestand und die gesundheitlich Besorgten überproportional oft Rauchverbote befürworteten, gilt dies zu spätere Zeit nicht mehr. In der letzten Erhebungsphase im Jahr 2011 hat sich die Beziehung bereits leicht – wenn auch nicht statistisch signifikant – in das Gegenteil gekehrt.⁴¹

Tabelle 5: Befürwortung von Rauchverboten insgesamt im Zeitverlauf in Abhängigkeit von Gesundheitssorgen und sozialen Merkmalen (beta-Koeffizienten) – Nichtraucher

	2004	2008	2011
Gesundheitssorgen	.17*	.04	-.04
Geschlecht	.03	.01	.09 ⁺
Alter	.00	-.08	-.11
Bildung	-.04	.11 ⁺	.08
R ²	.03	.01	.03

OLS-Regressionsanalyse, standardisierte beta-Koeffizienten, paarweiser Ausschluss von Werten, ⁺ < 0,10, * < 0,05, ** < 0,01

Frageformulierungen und Codierung:

Befürwortung von Rauchverboten: Aufsummierung der Antworten auf die Frage zu den Rauchverboten an unterschiedlichen Orten (siehe Tabelle 1), hier ohne Einbeziehung von Strand, Parks, Straßencafés. Aufsummiert jeweils mit den Werten 0= nicht verboten, 1= teilweise verboten, 3= vollständig verboten

Soziale Merkmale: Geschlecht 1=Mann, 2= Frau; Alter=Alter in Jahren, Bildung: 1= Volks- bzw. Hauptschulabschluss (einschl. kein Abschluss, 2= Realschulabschluss/mittlere Reife, 3= Fachhochschulreife/Abschluss einer Fachoberschule, 4= Abitur (Gymnasium)

Frageformulierungen und Codierung siehe Tabelle 1 und 2

Wie sich die Verhältnisse darstellen, wenn man zusätzlich zu den gesundheitlichen Sorgen die subjektive Gesundheit in die Analyse einbezieht (dies ist nur für 2008 und 2011 möglich): zeigt sich in Tabelle 6. Die Sorge um die zukünftige eigene Gesundheit übt nunmehr keinen eigenständigen Einfluss mehr aus, umso größer ist der Effekt der subjektiven Gesundheit. Wer seine Gesundheit besonders positiv einschätzt, ist überproportional häufig Anhänger von Rauchverboten. Daran würde sich auch dann nichts ändern, wenn man die Indikatoren für konkrete gesundheitliche Beeinträchtigung heranziehen würde – dies ist für 2008 und 2011 möglich (in der Tabelle nicht ausgewiesen). Die Wahrnehmung der allgemeinen subjektiven Gesundheit erweist sich als die einzig relevante der einbezogenen Gesundheitsvariablen.

Tabelle 6: Befürwortung von Rauchverboten im Zeitverlauf in Abhängigkeit von Gesundheits Sorgen, subjektive Gesundheit und sozialen Merkmalen (beta-Koeffizienten) – Nichtraucher

	2008	2011
Gesundheitssorgen	.06	-.02
Subjektive Gesundheit (schlecht)	-.03	-.18**
Geschlecht	.01	.09 ⁺
Alter	-.08	-.08
Bildung	.11 ⁺	.05
R ²	.01	.06

OLS-Regressionsanalyse, standardisierte beta-Koeffizienten, paarweiser Ausschluss von Werten; ⁺ <0,10 ^{} <0,05, ^{**} <0,01*

Frageformulierungen und Codierung wie in Tabelle 1 und 2

Die Tatsache, dass in neuerer Zeit die Befürwortung von Rauchverboten überproportional unter jenen Befragten anzutreffen ist, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ einstufen, bedeutet andererseits jedoch nicht, dass Gesundheitserwägungen keinen Einfluss auf die Beurteilung von Rauchverboten nehmen. Bezieht man die Wahrnehmung der Gefahren, die aus dem Passivrauchen erwachsen, in die Analyse mit ein, ergibt sich – wie man Tabelle 7 entnehmen kann –, ein deutlicher Effekt der Gefahrenperzeption: je höher man die Risiken einstuft, desto eher werden Verbote befürwortet. Der Einfluss des subjektiven Gesundheitszustandes bleibt davon unberührt.

Tabelle 7: Befürwortung von Rauchverboten/Beurteilung des Gesetzesverstoß als schlimm in Abhängigkeit von Gesundheitsorientierung, Wahrnehmung der Tabakgefahren, Autoritarismus und sozialen Merkmalen, 2011 (beta Koeffizienten) – Nichtraucher

	Rauchverbote		Gesetzesverstoß
	(1)	(2)	(3)
Gesundheitssorgen	.00	.00	.06
Subjektive Gesundheit (schlecht)	-.14**	-.14**	-.11*
Tabakgefahren	.39***	.39***	.31***
Geschlecht	.10*	.10*	-.04
Alter	.00	.00	.06
Bildung	.09*	.09 ⁺	.07
Autoritarismus	-	.00	.13**
R ²	.20	.20	.14

OLS Regressionsanalyse, standardisierte beta Koeffizienten, paarweiser Ausschluss von Werten ⁺ <0,10 * < 0,05, ** < 0,01, *** < 0,001

- nicht in Modell einbezogen

Frageformulierungen und Codierung:

Gesetzesverstoß: „Im folgenden finden Sie eine Reihe von Verhaltensweisen. Bitte geben Sie an, wie Sie persönlich das beschriebene Verhalten finden ... Es raucht jemand eine Zigaretten in einem Lokal, obwohl dies staatlicherseits verboten ist“. *Antwortkategorien:* „, sehr schlimm – ziemlich schlimm – weniger schlimm – überhaupt nicht schlimm“. *Codierung:* 4=„überhaupt nicht schlimm“ ... 1= „sehr schlimm“

Tabakgefahren: „Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? Wer sich als Nichtraucher in einem Raum aufhält, wo Raucher sind, gefährdet seine Gesundheit“ *Antwortkategorien* „Stimme voll und ganz zu – „stimme eher zu“ – „stimme eher nicht zu“ – „Stimme überhaupt nicht zu“. *Codierung:* 1=„stimme überhaupt nicht zu“ ... 4= „stimme voll und ganz zu“

Autoritarismus: Skala basierend auf Faktorenwerten der Antworten auf die Statements: „Zu den wichtigsten Eigenschaften, die jemand haben kann, gehört Gehorsam den Autoritäten gegenüber“, Im Allgemeinen ist es einem Kind nützlich, wenn es gezwungen wird, sich den Vorstellungen seiner Eltern anzupassen“, „Wir sollten dankbar sein für führende Persönlichkeiten, die uns genau sagen, was man tun sollte und wie“ (Antwortkategorien wie bei Tabakgefahren), *Codierung:* hohe Werte auf der Skala= hoher Autoritarismus

Die übrigen Variablen sind codiert wie in Tabelle 1 und 2

In der Vergangenheit hatte sich in einer Düsseldorfer Befragung gezeigt, dass die Befürwortung der Rauchverbote im Zeitverlauf selbst dann noch zunahm, als sich in der Wahrnehmung der Gefahren des Passivrauchens keine weiteren Änderungen mehr vollzogen hatten. Im Gegenteil waren sogar die Gefah-

ren als etwas weniger bedrohlich eingestuft worden (Reuband 2014). Ein möglicher Grund für den weiteren Anstieg der Befürwortung könnte – wie eingangs erwähnt – in einer „Autonomie der Motive“ liegen: einer Verselbständigung der Forderung nach Rauchverboten, ungeachtet der primären Gründe, die einst die Forderung nach Rauchverboten bestimmten.

Ein anderer Grund könnte sein, dass die Rauchverbote Bestandteil staatlichen Handelns geworden waren. Dies könnte ihnen staatliche Legitimität verliehen und bei jenen Personen eine verstärkte Befürwortung begünstigt haben, die sich in besonders starkem Maße mit der Autorität des Staates identifizieren, womöglich gar eine gewisse Neigung zum Autoritarismus hegen. Wir können diese Hypothese durch Einbeziehung einer Variablen prüfen, die konservativ-autoritäre Einstellungen zum Thema hat. Bezieht man diese Variable in das Erklärungsmodell mit ein (vgl. Tabelle 7), ergibt sich jedoch kein Hinweis auf einen solchen Effekt. Die Variable erweist sich als nichtsignifikant. Es bleibt allein der Einfluss gesundheitspolitischer Orientierungen – gemessen an der insgesamt erklärten Varianz ist dieser freilich insgesamt gering.

Eine andere Frage ist, wie es sich mit der Einstellung zu Verstößen gegen das Rauchverbot verhält. Mancher Bürger mag Rauchverboten ambivalent gegenüberstehen, sie jedoch akzeptieren, sobald sie gesetzlich festgeschrieben sind. Unter diesen Umständen wird das Urteil darüber zu einem Urteil über die Akzeptanz oder Nichtakzeptanz staatlich verordneter Gesetze. In der Befragung wurde im Kontext der Bewertung unterschiedlicher Formen abweichenden Verhaltens⁴² u. a. die Frage gestellt, wie „schlimm“ es sei, wenn jemand eine Zigarette in einem Lokal raucht, „obwohl dies staatlicherseits verboten ist“. Daraufhin urteilten 39 Prozent der Befragten, dies sei „sehr schlimm“ oder „ziemlich schlimm“. Die Übrigen meinten, es sei „weniger“ (50%) oder „gar nicht schlimm“ (11%).

Wählt man diese Variable als abhängige Variable und führt die Analyse erneut unter Einschluss der Variablen für konservativ-autoritäre Einstellungen durch, zeigt sich: der Stellenwert der wahrgenommenen Gesundheitsgefährdung sinkt im Vergleich zu den vorherigen Analysen nun leicht ab. Stattdessen gewinnen konservativ-autoritäre Einstellungen an Bedeutung. Alles in allem aber halten sich diese, gemessen an der Stärke ihres Einflusses, freilich in Grenzen. Die Wahrnehmung der Gesundheitsrisiken bleibt auch in diesem Fall für den Befragten von größerer Bedeutung. Von einer Schwereinschät-

zung, die von der Wahrnehmung der Gesundheitsrisiken abgehoben ist, kann man nicht sprechen.

8. Schlussbemerkungen

Tabakkonsum galt lange Zeit weitgehend als ein „normales“ Verhalten. Eine Mehrheit der Bevölkerung – überwiegend der Männer – zählte in den 1950er Jahren zu den Rauchern. Dies änderte sich in der Folgezeit. Aufgrund eines vermehrten Wissens um die Gefahren des Tabakrauchens und eines allgemein gestiegenen Gesundheitsbewusstseins nahm die Verbreitung des Konsums ab. Zeitverzögert setzten Maßnahmen des Staates ein, die auf eine Reduktion des Tabakkonsums ausgerichtet waren. Diese Maßnahmen setzten im Wesentlichen auf Aufklärung und fiskalische Strategien mittels der Besteuerung von Tabak, später ebenfalls auf Werbeverbote. Schließlich folgten Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen. Seit 2008 zählen auch solche in der Gastronomie dazu.

Wie unsere Untersuchung am Beispiel der Stadt Hamburg erbrachte, wurden bereits im Jahr 2004 – dem Zeitpunkt der ersten Messung in unserer Befragungsserie – Rauchverbote in verschiedenen öffentlichen Einrichtungen von einem großen Teil der Bevölkerung befürwortet. Seitdem hat sich der Anteil weiter erhöht. Die Befürwortung ist nicht mit einer Befürwortung totaler Rauchverbote gleichzusetzen. Besonders in Bezug auf Kneipen/Bars wird partiellen Verboten der Vorzug gegeben. Diese Situation muss allerdings nicht auf Dauer bestehen bleiben. Wenn sich der jetzige Trend fortsetzt, werden totale Rauchverbote vermutlich schließlich auch für die Orte akzeptiert, bei denen derzeit noch partiellen Rauchverboten der Vorzug gegeben wird.

Die Alkoholprohibition in den USA zu Beginn des 20. Jahrhunderts scheiterte nicht zuletzt daran, dass sie in der Bevölkerung keinen mehrheitliche Unterstützung erfuhr (vgl. Lerner 2007). Im Fall des Tabakkonsums stellen diejenigen, die unmittelbar von den Maßnahmen in ihren Interessen betroffen sind – die Raucher – hingegen eine Minderheit dar. Und deren Zahl nimmt weiter ab. Hinzu kommt: auch die Raucher sind zunehmend bereit, sich mit den neuen Gegebenheiten abzufinden und diese zu bejahen. Damit schwindet sowohl die zahlenmäßige Bedeutung derer, die ein Interesse an der Beibehaltung von Raucherräumen haben, als auch deren Widerstandsbereitschaft. Raucherinitiativen, die sich auf Bundesländerebene um die Abschaf-

fung des Rauchverbots mittels Volksabstimmung bemühten, sind dementsprechend bislang auch gescheitert – im Gegensatz zu Nichtraucherinitiativen, die mittels Volksabstimmung ein totales Rauchverbot anstrebten und realisierten.⁴³

Zu den wichtigsten Variablen, die Einfluss auf die Befürwortung der Rauchverbote nehmen, zählen die wahrgenommenen Gesundheitsgefahren. Wer welche wahrnimmt, spricht sich häufiger für Verbote aus. Der Einfluss der wahrgenommenen Gesundheitsgefahren auf die Gesamtentwicklung muss allerdings nicht notwendigerweise konstant bleiben. So zeigte sich in einer Düsseldorfer Untersuchung trotz einer gewissen Stagnation in der Gefahrenwahrnehmung eine weiterhin steigende Befürwortung von Rauchverboten im Zeitverlauf. Nicht nur war der Anteil der Befragten leicht gesunken, die dem Passivrauchen eine Gesundheitsgefährdung zuschrieben, auch die Erklärungskraft der wahrgenommenen Gesundheitsgefahren für die Befürwortung der Rauchverbote hatte abgenommen (Reuband 2014: 35, 37). Die Entwicklung könnte ein Zeichen dafür sein, dass die Befürwortung der Rauchverbote inzwischen in gewissem Umfang eine Eigendynamik entwickelt hat.

Neben der Wahrnehmung der Gesundheitsgefahren üben Fragen des Selbstbildes und der Lebensführung einen Einfluss aus. Dass in neueren Erhebungen nicht diejenigen, die ihre Gesundheit als „schlecht“, sondern als „sehr gut“ bezeichneten, überproportional zu den Befürwortern von Rauchverboten gehören, kann Zeichen einer neuen Konfiguration sein: einer Konfiguration, bei der die Abgrenzung vom Tabakkonsum und die Bejahung von Rauchverboten Bestandteil einer gesundheitsbetonten Lebensführung⁴⁴ geworden sind. Der Verzicht auf den Tabakkonsum und die Bejahung von Rauchverboten sind in gewissem Umfang zu einem Distinktionsmerkmal geworden. Die soziale Repräsentation gesundheitsbewusster Lebensführung wird durch die Abgrenzung vom Tabakkonsum und die Forderung nach Ausgrenzung des Tabakgebrauchs aus dem öffentlichen Raum mitbestimmt.

So sehr auch gesundheitsbezogene Einstellungen einen Einfluss auf die Befürwortung von Rauchverboten nehmen – sowohl auf der Ebene der wahrgenommenen Gesundheitsrisiken als auch der eigenen subjektiven Gesundheit –, so sehr ist andererseits doch auffällig, wie wenig Varianz durch sie erklärt wird. Dies spricht dafür, dass rein gesundheitsbezogene Argumente nur partiell eine Determinante der Befürwortung von Rauchverboten sind. Andere Aspekte des Tabakgebrauchs – wie Geruch, Schmutz etc. – spielen

womöglich bei vielen Bürgern eine weitaus wichtigere Rolle. Ob und in welchem Umfang die Tatsache, dass Rauchverbote sukzessiv auf immer mehr Orte ausgedehnt wurden, Gewöhnungsprozesse und in einem weiteren Schritt die Akzeptanz von Verboten an weiteren Orten fördert, ist eine weitere, offene Frage.⁴⁵

Während andere Verhaltensweisen – darunter auch der Konsum von (illegalen) Drogen – in den letzten Jahren durch eine zunehmende „Entmoralisierung“ geprägt waren und gesundheitspolitische Erwägungen an Bedeutung gewonnen haben (Reuband 1988, 2012), zeichnet sich derzeit beim Tabakkonsum eine umgekehrte Entwicklung ab.⁴⁶ In dem Maße, wie sich die negative Bewertung verselbständigt, ist ein Wandel denkbar, der in einer „Remoralisierung“ des einst als weitgehend „normal“ verstandenen Verhaltens münden könnte. Unter diesen Bedingungen würde es dann in der Zukunft keiner spezifischen Rechtfertigung für die Ablehnung des Tabakkonsums im öffentlichen Raum mehr bedürfen, die Ablehnung wäre zu einem Bestandteil des selbstverständlichen moralischen Diskurses geworden.

Anmerkungen

- 1 Zuvor waren bereits in mehreren ausgewählten Bahnhöfen Rauchverbote erlassen worden, im Herbst 2002 galt dies für 63 Bahnhöfe – einschl. dem Hamburger Hauptbahnhof (Hamburger Abendblatt 6.9.2002). Im Jahr 2007 wurden schließlich alle Bahnhöfe in die Regelung einbezogen. Auf den größeren Bahnhöfen (mehr als 10.000 Passagiere pro Tag) wurde das Rauchen auf Bahnsteigen in speziell ausgewiesenen Bereichen zugelassen.
- 2 Zum Einfluss der Tabakindustrie auf die Wissenschaft und die möglichen Effekte auf die deutsche Tabakkontrollpolitik siehe Gruning et al. (2006), Kyriss et al. (2008), Der Spiegel (2006: 74f.). Zu den Faktoren, die Einfluss auf die Tabakkontrollpolitik in Europa, einschl. Deutschland, genommen haben, siehe u.a. Strünck et al. (2008), Bayer/Feldman (2011), Toshkov (2013).
- 3 Zu der Ausbreitung des Tabakkonsums und zur Normalisierung in der Bewertung hatten u.a. sowohl der 1. als auch der 2. Weltkrieg beigetragen. In den USA waren in der Zeit des 1. Weltkrieges selbst Personen und Organisationen mit Prohibitionstendenzen dazu übergegangen, aus patriotischen Motiven die Verteilung von Zigaretten an die Soldaten zu propagieren und aktiv zu unterstützen. Die Prohibitionsbewegung verlor dadurch maßgeblich an Glaubwürdigkeit und Einfluss (vgl. Tate 1999).
- 4 Die frühesten repräsentativen Umfragen in den USA datieren aus den 1930er Jahren. Danach rauchten im Jahr 1935 66 Prozent der Männer unter 40 Jahren und 40 Prozent der Männer über 40 Jahren. In Großbritannien rauchten 1939 gar 83 Prozent der Männer. Anders als heute war das Rauchen aber nicht notwendigerweise gleichzusetzen mit dem Ge-

brauch von Zigaretten. Pfeifen- und Zigarrenraucher stellten damals einen nicht unbedeutenden Teil der Tabakkonsumenten dar (vgl. Erskine 1966: 140f.). Die frühesten Befunde zur Bewertung der Raucher und Nichtraucher in der Bevölkerung finden sich in Studien der britischen „Mass Observation“ aus der zweiten Hälfte der 1930er Jahre (Madge/Harrison 1938/2009).

- 5 Der Verweis ist hier zwar auf amerikanische Filme. Da diese auch den bundesdeutschen Markt prägen, ist eine Gleichsetzung mit deutschen Verhältnissen jedoch möglich.
- 6 Die Tatsache, dass der Tabakkonsum gemessen an der Zahl der Raucher seit den 1950er Jahren rückläufig ist, wird in der neueren Literatur zu den Effekten der Rauchverbote fast durchweg übersehen. Es werden Veränderungen seit Erlass der Rauchverbote konstatiert, aber dabei nicht realisiert, dass die Veränderungen womöglich Folge eines längerfristigen Trends sind, der mit der Einführung der Rauchverbote nichts zu tun hat. Eine angemessene Analyse muss die zeitlich und regional unterschiedliche Einführung der Rauchverbote berücksichtigen.
- 7 Zu den Maßnahmen direkter und indirekter Beeinflussung der öffentlichen Meinung sowie der Wissenschaft und Politik siehe u. a. Brandt (2007), Oreskes/Conway (2010), Proctor (2011).
- 8 So kritisierte der EU Gesundheitskommissar im Frühjahr 2006, dass sich die Bundesrepublik nicht hinreichend um den Nichtraucherschutz kümmere und pries als Vorbild Irland, wo seit 2004 in allen Kneipen und Bars das Rauchen verboten sei (Spiegel Online 12.94.2006). Die Frage, wie sich die gesundheitspolitischen Maßnahmen gegen den Widerstand der Tabakindustrie und anderer Interessenten in der Bundesrepublik durchsetzen und welchen Anteil hierbei EU bezogene und deutsche Organisationen (wie das WHO Kollaborationszentrum beim Deutschen Krebsforschungszentrum) einnahmen, wäre ein lohnenswertes Ausgangspunkt für eine empirische Analyse, die sich an Fragen der Thematisierung, Mobilisierung und Einflussnahme gemäß Kitsuses und Sectors Ansatz zur Analyse sozialer Probleme (Kitsuse/Spector 1977) orientiert.
- 9 Initiativen zur Einführung von Rauchverboten hatten es bei der Lufthansa schon früher gegeben, wurden aber unter Einfluss der Tabaklobby gestoppt (Der Spiegel 1991: 79, 2006: 74). Auch nachdem die Rauchverbote eingeführt waren, blieben dies – selbst seitens der Politik – nicht unwidersprochen. So plädierten im Jahr 2000 Politiker von SPD und CDU dafür, wieder Raucherzonen bei Flügen einzuführen, „um Stress-Situationen bei Süchtigen zu vermeiden“ (Spiegel Online 5.1.2000). Ähnliche Widerstände wurden den Maßnahmen von US-Airlines entgegengebracht (Brandt 2004: 268f.).
- 10 Zur Frage des Schutzes vor dem Passivrauchen, ideologische Einflussnahmen und den Stellenwert empirischer Befunde siehe Bayer/Colgrove (2002), Bayer/Bachynski (2013), zu Zweifeln an der Schwere der Gesundheitsgefahren siehe Kip Viscusi (2002), Grieshaber (2012). Zu neueren Bestandsaufnahmen der Schäden, die aus dem Passivrauchen erwachsen, siehe u. a. Öberg et al. (2011).
- 11 Erwähnt sei, dass Verbote, die sich an die Person selbst richten, die es zu schützen gilt, in Deutschland und anderen Ländern durchaus bestehen, ohne dass dies heute noch Gegenstand von Kontroversen ist: die Gurtpflicht für Autofahrer ist dafür ein Beispiel.
- 12 Wie häufig nach Einführung der Rauchverbote Kontrollen durch das Ordnungsamt stattfanden und Verstöße festgestellt wurden, ist für Hamburg dokumentiert. Danach gab es im Jahr 2009 129 Bürgerbeschwerden, 2010 239 und 2011 128. Von der der Polizei wurden 2009 13 Anzeigen erstattet, 2010 15 und 2011 33. Die Fachämter Verbraucherschutz, Gewerbe und Umwelt erfassten 2009 109 Verstöße, 2010 34 und 2011 57. Insgesamt wurden als tatsächli-

che Verstöße dann schließlich registriert: 2009 191, 2010 338 und 151 (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz 2013: 17 f.). Die 2011 gesunkene Zahl kann sowohl Folge einer geringeren Interventionsbereitschaft als auch Folge eines tatsächlich Rückgangs entsprechender Verstöße sein. Zur Situation nach Einführung der Rauchverbote in Düsseldorf im Jahr 2008 siehe Reuband (2008: 376).

- 13 Verwiesen sei nicht nur auf Rauchverbote in Parks und Plätzen (vgl. Bayer/Bachynski 2013), sondern auch an die oftmals vorgegebenen Abstände zu Gebäuden, die beim Rauchen eingehalten werden müssen. Oder auf den Nachweis, Nichtraucher zu sein, bei Bewerbungen um einen Arbeitsplatz (Schmidt et al. 2013) – eine Situation, die es in den USA übrigens auch schon mal Anfang des 20. Jahrhunderts gab, als die Frage der Tabakprohibition die öffentliche Debatte mitbestimmte (vgl. Tate 1999). Was die Gegenwart angeht, so sind in den USA auf lokaler Ebene die Maßnahmen gegen den Tabakgebrauch z. T. noch weitaus restriktiver und umfassender angelegt als auf der Ebene der Bundesstaaten. In der 20.000 Einwohner Stadt Calabasas bei Los Angeles, die sich rühmt, die strengsten Nichtraucherbestimmungen erlassen zu haben, ist das Rauchen auf Bürgersteigen verboten, wenn andere Menschen weniger als sechs Meter entfernt sind. Des Weiteren ist das Rauchen im Auto nicht erlaubt, wenn das Fenster geöffnet ist und sich Menschen in der Nähe befinden. Sogar zu Hause ist unter bestimmten Umständen das Rauchen untersagt (vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 31.5. 2006: N1, New York Times, 19.3.2006). In Kalifornien und Texas ist selbst den zu Tode Verurteilten vor ihrer Hinrichtung die letzte Zigarette verwehrt (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 11.8.2006: 7; New York Times 5.2.1995). Was die Frage der Prohibition angeht, so sprachen sich 55 Prozent der US-Bürger in einer Erhebung aus dem Jahr 2013 dafür aus, das Rauchen generell in der Öffentlichkeit zu verbieten, 22 Prozent gar wollten das Rauchen überhaupt verbieten (Gallup 2013, zu früheren Daten siehe Erskine 1966: 150). Zu den Befürwortern einer totalen Prohibition zählen in jüngster Zeit selbst so renommierte Historiker wie Robert N. Proctor (2013), der wie sich kein anderer Historiker intensiv mit der Geschichte des Tabakkonsums und der Tabakkontrollpolitik befasst hat. In zunehmendem Maße wird seitens der Gesundheitspolitiker auch einer Stigmatisierung der Raucher als Mittel der Raucherprävention das Wort geredet, wobei die negativen Folgen – die ja in der Soziologie abweichenden Verhaltens im Zusammenhang mit anderen Formen abweichenden Verhaltens lange Zeit ein Thema waren – aus der Diskussion ausgeklammert bleiben (siehe kritisch dazu Bayer/Stuber 2006).
- 14 Gegenläufige Tendenzen finden sich in neuerer Zeit im Umgang mit Gewalt, politischen Straftaten, z. T. auch im Sexualstrafrecht. Was historische Verhältnisse angeht, sei verwiesen etwa auf Studien zur Hexenverfolgung, in denen gezeigt wurde, wie bestimmte Formen des Verhaltens und Personen, die dieses Verhalten zeigten, den Makel der Abweichung zugeschrieben bekamen (z.B. Reed 2007). Desgleichen bietet die Alkoholprohibition in den USA ein Beispiel für Prozesse der Moralisierung (und Entmoralisierung). Im Fall der Alkoholprohibition gibt es zwar keine systematischen Analysen der Bevölkerungsmeinungen auf der Basis repräsentativer Umfragedaten, es gibt jedoch Erhebungen des „Literary Digest“, die zur Beschreibung der Meinungsverhältnisse herangezogen werden können, freilich in der Literatur meist unbeachtet bleiben (vgl. z. B. Literary Digest 1922).
- 15 In einer Infratest-Umfrage für „Bild“ wurde 2001 z.B. gefragt, ob es ein generelles Rauchverbot an „Arbeitsplatz und öffentlichen Gebäuden“ geben solle (Frankfurter Allgemeine Zeitung 12.6.2001), und in einer Forsa-Umfrage für den Stern von 2005 war die Rede von einem Rauchverbot in „Restaurants und öffentlichen Gebäuden“ (Der Stern 2005).

- 16 In einer Umfrage des Instituts für Demoskopie (2006b) ist z. B. die Rede von „Gaststätten und Restaurants“, in einer Umfrage von TNS-Infratest für den Spiegel von „Kneipen und Restaurants“ (Der Spiegel 2006), in den Umfragen des Heidelberger Krebsforschungszentrums gar durchweg nur von „Gaststätten“ (z. B. DKFZ 2012a). Eine Unterscheidung in totale und partielle Rauchverbote findet sich bundesweit nur in vereinzelt Studien (Institut für Demoskopie 2008). Die Situation ist etwas besser in den USA (vgl. Pacheco 2011: 585f.), aber auch dort selbst bei gleichen Umfrageinstituten nicht immer durchgängig. So publiziert Gallup z. B. am häufigsten Befunde zur Frage, ob man das Rauchen in „all public places“ verbieten solle (Gallup 2013a), seltener jedoch werden vom gleichen Institut die Ergebnisse zu Fragen publiziert, die ortsspezifisch ausdifferenziert sind (und niedrigere Werte für ein generelles Rauchverbot erbringen). So sprachen sich im Jahr 2005 39 Prozent der US-Bürger für ein Rauchverbot in „public places“ aus (Gallup 2013a), im gleichen Jahr aber befürworteten einer anderen Umfrage des gleichen Instituts zufolge nur 29 Prozent ein generelles Rauchverbot in Bars und 34 Prozent in Hotels und Motels. Weitaus häufiger wurden partielle Rauchverbote bevorzugt (vgl. Gallup 2005).
- 17 In den Umfragen des Heidelberger Krebsforschungszentrums, welche die längste Zeitreihe bieten und in den Medien auch am häufigsten zitiert werden, kann der Befragte nur zwischen zwei Antwortoptionen wählen: „Grundsätzlich begrüße ich ein Rauchverbot in Gaststätten“ oder: „Ich lehne ein Rauchverbot in Gaststätten grundsätzlich ab“. Die Bejahung der Rauchverbote wird in den Publikationen als Bejahung eines „konsequenten Nichtraucher-schutzes“ bezeichnet und dieser – wie der Verweis auf entsprechende Bundesländer deutlich macht – mit einem totalen Rauchverbot gleichgesetzt (DKFZ 2012a, 2013a).
- 18 Es ist erstaunlich, dass die Aussage, eine Mehrheit der Bürger spreche sich für ein totales Rauchverbot aus, bislang von den Massenmedien durchgängig und unhinterfragt in die Berichterstattung übernommen wurde. Dies ist sowohl ein Zeichen für unzureichende Kompetenzen im Umgang mit Umfragen als auch ein Zeichen für eine mangelnde Reflektiertheit in Fragen dieser Thematik: man hätte sich ja nur einmal die je nach Bundesland differierende bundesdeutsche Praxis vergegenwärtigen müssen, um die Grenzen der Aussagekraft der Umfragen und ihrer Deutung zu erkennen.
- 19 Dass die Umfragen und deren Interpretation nicht ohne Bedeutung sind, zeigt sich daran, dass seitens der Politik auf sie rekurriert wird und sie als Unterstützung für die Durchsetzung totaler Rauchverbote zitiert werden (Rheinische Post 5.5.2012: A4). Was die massive Einflussnahme der Tabakindustrie auf Fragen der Tabakpolitik in der öffentlichen Meinung, der Wissenschaft und der Politik angeht, sei verwiesen u. a. auf Brandt (2007), Kyriakos et al. (2008), Oreskes und Conway (2010), Proctor (2011). Die gleichen PR-Organisationen und Personen, die im Auftrag der Tabakindustrie Einfluss auf die öffentliche Debatte und Politik unternahmen, finden sich in jüngerer Zeit z. T. wieder in der Lobby-Arbeit von Organisationen, die zu den dezidierten Leugnern eines Klimawandels gehören und staatliche Eingriffe in die Klimapolitik bekämpfen. Zum Teil erfahren diese Organisationen auch eine verdeckte finanzielle Förderung durch Teile der Tabakindustrie. Der gemeinsame Nenner, der die verschiedenen Teilnehmer eint, ist die Forderung nach einem Verzicht auf staatliche Eingriffe und Regulierungen des Marktgeschehens. Dazu siehe Oreskes/Conway (2010), Süddeutsche Zeitung („Die Geldquellen der Klimaskeptiker“, 17./19.9.2012: A18)
- 20 Die Fragen zu Rauchverboten wurden von uns im Jahr 2004 erstmals in einer Düsseldorfer Erhebung eingesetzt, im Februar-März des Jahres (Reuband 2014). Die Hamburger Erhebung mit identischen Fragen folgte wenig später in den Monaten Juni-Juli 2004.

- 21 Mit der „Stand-by“-Forschung meint Biderman (1968) eine Forschung, die unmittelbar an Ereignisse anknüpft und diese so schnell wie möglich in eine entsprechende Datenerhebung einbringt. Im Fall unserer Hamburger Studien wurde eine derartige „Stand-by“-Forschung im Zusammenhang mit dem Terroranschlag auf das New Yorker World Trade Center realisiert (Reuband 2010).
- 22 Möglicherweise werden auch die Rauchverbote in zunehmendem Maße als ein Mittel der Reduktion von Tabakkonsum begriffen und ihnen ein höherer Stellenwert gegenüber anderen Maßnahmen zuerkannt als früher. Innerhalb der verfügbaren Optionen könnte ihr Stellenwert gestiegen sein.
- 23 In der Umfrage von 2011 war die obere Altersgrenze vom Amt, das die Stichprobe zog, auf 80 Jahre beschränkt worden. Da die über 80-Jährigen nur einen kleinen Teil der Befragten stellen, ist diese Einschränkung praktisch für die Ergebnisse jedoch ohne Bedeutung.
- 24 Auf den ersten Blick mag man die Ausschöpfungsquoten für atypisch niedrig halten. Sie sind jedoch nicht einzigartig, sondern spiegeln allgemeinen Veränderungen in der Teilnahme an Umfragen in den letzten Jahren wieder. Sie liegen höher als in den (nahezu zeitgleichen) ALLBUS und SOEP Erhebungen (vgl. u. a. Wasmer et al. 2007, Schupp 2008). Davon abgesehen ist die Höhe der Ausschöpfungsquote – anders als in der Vergangenheit oft vermutet – nicht mit der Güte und Repräsentativität der Umfrage gleichzusetzen (Keeter et al. 2006; Diekmann 2007). Nennenswerte Unterschiede in der sozialen Zusammensetzung, die in den Hamburger Umfragen aus den Unterschieden in der Ausschöpfungsquote je nach Erhebungszeitpunkt erwachsen, gibt es nicht (Reuband 2011b). Die Erhebungen wurden jeweils als Eigenprojekt von der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf aus auf der Basis von Lehrstuhlmitteln durchgeführt.
- 25 Grundlage ist eine Auswertung des Online-Datenarchivs des Hamburger Abendblatts, erfasst wurden von uns alle Berichte oder Meldungen, in denen der Begriff „Rauchverbot“ enthalten war. Das „Hamburger Abendblatt“ – die Zeitung mit der größten Auflage in Hamburg – weist einer neueren Übersicht zufolge täglich rund 500.000 Leser und rund 800.000 Nutzer im Verbreitungsgebiet auf, die verkaufte Auflage liegt an Wochentagen bei rund 190.000 Exemplaren und am Samstag bei rund 222.000 (vgl. Hamburger Abendblatt 2014). In unserer Erhebung von 2004 gaben 46 Prozent der Befragten an, täglich oder fast täglich das „Hamburger Abendblatt“ zu lesen, 2011 war der Anteil (einschl. Online-Ausgabe) auf 32 Prozent gesunken. Im Vergleich zu den anderen Hamburger Lokalzeitungen nimmt das „Hamburger Abendblatt“ gleichwohl nach wie vor den bedeutendsten Platz ein. Gestiegen ist der Anteil derer, die von sich sagen, nicht täglich oder fast täglich eine Zeitung zu lesen bzw. generell keine Zeitungen zu lesen.
- 26 In einem Bericht des Spiegel, zwei Jahre später, über Rauchverbote in Bahnhöfen, die nach und nach eingeführt würden, wird die Maßnahme seitens der Bahn ebenfalls ohne Rekurs auf gesundheitliche Folgen begründet. Stattdessen ist global die Rede davon, dass die meisten Fahrgäste sich saubere und rauchfreie Bahnhöfe wünschten. „Außerdem kann die Bahn auf diese Weise die hohen Reinigungskosten sparen“ (Spiegel Online 25.08.2004).
- 27 Die Auflage der „Hamburger Morgenpost“ liegt neueren Mediendaten zufolge an Wochentagen bei rund 93.000 Exemplaren, am Wochenende bei rund 108.000. Die Gesamtreichweite liegt bei 373.000 Lesern (Hamburger Morgenpost 2014). Unseren Umfragen zufolge lasen die Zeitung „täglich“ oder „fast täglich“ 12 Prozent der Befragten in der Erhebung des Jahres 2004 und 15 Prozent (einschl. Online-Ausgabe) in der Erhebung des Jahres 2011.
- 28 Klammert man jene Fälle aus, bei denen Rauchverbote im Zusammenhang mit der Vermeidung von Waldbränden etc. die Rede ist und andere Erwähnungen, die nichts mit Rauchver-

- boten in öffentlichen Einrichtungen zu tun haben, kommt man im „Hamburger Abendblatt“ für das Jahr auf 6 Berichte/Meldungen, 2001 auf 16, 2002 auf 10 und 2003 auf 15, Bezogen auf das gesamte Jahr 2004 (einschl. der Zeit nach unserer Erhebung) sind es 47 – davon rund die Hälfte in Bezug auf die Einführung von Rauchverboten an Hamburger Schulen. 10 beziehen sich auf Rauchverbote in der Gastronomie (nahezu ausschließlich des Auslandes und in Form von Kurzmeldungen).
- 29 Siehe z. B. 7.6.2004, 30.6.2004. In einem Kommentar vom 17.9.2004 (erschieden nach unserer ersten Erhebung), wird z. B. erwähnt, dass sich Eltern- und Lehrerkammer gegen ein totales Rauchverbot ausgesprochen hätten (siehe auch 18.9.2004). Desgleichen gibt es Widerstände aus der Politik: Die Jungen Liberalen bezeichneten das geplante Rauchverbot als „massiven Eingriff in die Freiheitsrechte der Schüler“ (20.9.2004).
 - 30 Dass dies als ein durchaus gewichtiges Argument für viele Menschen gilt, legen Eurobarometer Umfragen (2005) und Befunde zum Besuch von Raucherkneipen durch Nichtraucher (Reuband 2013) nahe. Leider wurde im Eurobarometer bei der Frage, was einen am Tabakrauch stört, die Furcht vor zukünftigen gesundheitlichen Schäden nicht mitaufgeführt. Daher ist der Stellenwert des Geruchs im Gesamturteil der Befragten über Rauchverbote nicht näher bestimmbar.
 - 31 In einer Umfrage in der Düsseldorfer Bevölkerung aus dem Jahr 2007 – vor Einführung der Rauchverbote in der Gastronomie – ergab sich unter den Nichtrauchern (N=558) eine Korrelation von $r=.51$ ($p<0,001$) zwischen der Aussage, „Wer täglich 1-2 Zigaretten raucht, der gefährdet seine Gesundheit“ und der Aussage „Wer sich als Nichtraucher in einem Raum aufhält, wo Raucher sind, gefährdet seine Gesundheit“. Nimmt man anstelle der Aussage über das Täglich-Rauchen den Satz „Auch seltener Tabakgebrauch ist schädlich“, ergibt sich eine Korrelation von $r=.53$ ($p<0,001$). Bemerkenswerterweise ist die Korrelation unter Rauchern noch etwas stärker ($r=.59$ bzw. $.71$ ($p<0,001$) – womöglich ein Zeichen dafür, dass wenn Raucher (die durchweg seltener dem Tabakkonsum gesundheitliche Schäden zuschreiben) eine Gesundheitsgefährdung eingestehen, diese Negativzuschreibung überproportional häufig auf das Passivrauchen hin generalisieren.
 - 32 Die Antwortkategorien umfassen: „stimme voll und ganz zu“, „stimme eher zu“, „stimme eher nicht zu“ „stimme überhaupt nicht zu“.
 - 33 Für die USA siehe dazu Kip Viscusi (2007). Das Problem dürfte hierbei auch sein, die Angemessenheit der Wahrnehmung einzuschätzen. Eine genaue Quantifizierung ist im Fall des Passivrauchens nur schwer möglich. Die Versuche einer Bestimmung basieren im Wesentlichen auf epidemiologischen Daten und Schätzungen.
 - 34 Dass die Mehrheit der Orte, für welche eine Bewertung von Rauchverboten erfragt wurde, Orte sind, die realiter in der Bevölkerung auch genutzt werden, steht außer Zweifel. Zu den häufiger genutzten zählen u. a. die gastronomischen Einrichtungen. Rund 50 Prozent der Befragten gaben in der Erhebung von 2011 an, mindestens einmal im Monat in ein Restaurant zu gehen, nahezu der gleiche Wert ergab sich für den Besuch von Kneipen/Bars. Würde man den Zeitraum breiter fassen und eine Besuchshäufigkeit von „mehrmals im Jahr“ zugrunde legen, käme man sogar auf Werte zwischen 70 und 80 Prozent. Größere Unterschiede in der Häufigkeit des Restaurantbesuchs ergeben sich für Raucher und Nichtraucher nicht.
 - 35 Bei Air Berlin bestand ein Rauchverbot bis Herbst 2004 nur auf den City-Shuttle Verbindungen und auf innerspanischen Routen. Ab 1. November 2004 wurde ein komplettes Rauchverbot auf allen Strecken eingeführt (Hamburger Abendblatt 29.5.2004).
 - 36 Hinweise für die Fortführung eines bereits bestehenden Trends vor Etablierung von Rauchverboten an den jeweiligen Orten, ergeben sich auch aus einer Düsseldorfer Untersuchung,

in der der zweite Messzeitpunkt im Herbst 2007 und nicht – wie in Hamburg – im Frühjahr 2008 lag (Reuband 2014). Amerikanische Untersuchungen, die öfters zitiert werden, um einen Effekt der Praxis auf die Einstellungen zu belegen (Messer et al. 2007; Tang et al. 2003), sind jedenfalls weniger eindeutig als es oftmals dargestellt wird. Denn in den Bundesstaaten, in denen Rauchverbote als erstes durchgesetzt wurden, gab es parallel dazu ebenfalls eine massive Aufklärungskampagne und andere Maßnahmen zur Reduktion des Tabakgebrauchs. Desgleichen muss offen bleiben, warum in den europäischen Ländern, in denen Rauchverbote frühzeitig eingeführt wurden, die Bevölkerung Rauchverboten überproportional positiv gegenübersteht (Haker 2008). Dies wird gewöhnlich als Anpassung an neu geschaffene Realitäten interpretiert, doch es könnte auch anders sein: Die vorherrschenden Einstellungen könnten der Gesetzgebung vorangegangen sein und begünstigt haben, und nicht umgekehrt (dazu vgl. Toshkov 2013).

- 37 Dies mag auch etwas mit bestehenden Verhältnissen zu tun haben: auf Bahnsteigen gibt es getrennte Bereiche, man kann die Raucherzone als Nichtraucher meiden. Und im Fall der Arbeitsstätte kommt es darauf an, ob es sich um eine Arbeit im Freien handelt oder andere Regelungen bestehen, die Nichtraucher vor dem Zigarettenrauch schützen.
- 38 Die entsprechenden Meldungen in den Massenmedien beruhen auf Umfragen des Heidelberger Krebsforschungszentrums (DKFZ 2012a), in denen – wie zuvor dargestellt – in relativ undifferenzierter Weise Fragen zum Rauchverbot gestellt wurden. Die Meldungen haben des Öfteren zu einer gewissen Verwunderung geführt („verkehrte Welt“, so z.B. Handelsblatt Online 9.9.2013) und wurden nicht selten als ein Zeichen dafür angesehen, wie stark inzwischen in der Bevölkerung der Wunsch nach einem totalen Rauchverbot ausgeprägt ist.
- 39 Betroffen sind die „Bahnhöfe“. Hier sprechen sich die Nichtraucher in Düsseldorf häufiger – auch über die Zeit hinweg – für partielle als totale Rauchverbote aus (Reuband 2014: 36), während es in Hamburg umgekehrt ist. Inwieweit die eingangs erwähnte Berichterstattung in den Hamburger Medien über die Reinhaltung von Bahnhöfen durch Rauchverbote (und sonstige Maßnahmen) sowie die frühzeitigere Einführung von Rauchverboten im Hauptbahnhof und S-Bahnhöfen dazu beigetragen haben, ist eine offene Frage (In Düsseldorf wurde erst 2007 ein Rauchverbot im Hauptbahnhof eingeführt).
- 40 Wir werten die genannten Beeinträchtigungen und Krankheiten aufgrund des konkreten Bezugs als Indikator für objektive Gegebenheiten. Streng genommen sind es partiell ebenfalls nur subjektive Gegebenheiten, da unklar ist, ob sich die Angaben lediglich auf eigenes Erleben oder auch auf medizinische Diagnosen stützen.
- 41 Leichte Veränderungen lassen sich ebenfalls bei den sozialen Merkmalen feststellen, ihr Einfluss nimmt z. T. zu. Dabei muss offen bleiben, ob sich darin genuine Effekte der sozialen Zugehörigkeit oder damit verbundene gesundheitsbezogene Einstellungen ausdrücken. So wäre es z.B. denkbar, dass der leicht gestiegene Effekt der Bildung auf das in den höheren Bildungsgruppen stärker ausgeprägte Gesundheitsbewusstsein zurückgeht oder als Zeichen einer zunehmenden Statusdistinktion anzusehen ist. Angesichts der Tatsache, dass sich längerfristig im Tabakgebrauch eine Schichtverlagerung vollzogen hat und der Tabakkonsum zunehmend zu einem Phänomen unterer sozialer Schichten geworden ist (Bruttel 2011), ist ein solcher Effekt der Statusdistinktion nicht völlig auszuschließen. Typisch allein für Hamburg ist der Bildungseffekt jedenfalls nicht. Er findet sich auch in einer Düsseldorfer Untersuchung, die den Zeitraum 2004-2009 umfasst, und ebenfalls einen zunehmenden Einfluss der Bildung seit der ersten Erhebung ausweist. Dieser liegt 2009 freilich wieder etwas niedriger als 2007 (Reuband 2014). Alles in allem gesehen ist der Bildungseffekt auf die Befürwortung von Rauchverboten in unseren Studien relativ schwach (ebenso wie der Schicht-

- bzw. Bildungsgradient beim Tabakkonsum selbst, vgl. Lampert 2013: 81; Reuband 2014: 35). Die Anti-Tabak-Bewegung als eine Art Klassenkampf der Mittel- gegen die Unterschicht (Berger 1986: 233) und die Rauchverbote als eine „systematische Vertreibung der Unterschichten aus dem öffentlichen Raum“ zu deuten (Herzinger 2009), stellt daher eine etwas zu einfache Interpretation dar.
- 42 Erfragt wurde zuvor die Beurteilung von Körperverletzung, Homosexualität, Haschischkonsum, Ladendiebstahl.
- 43 In Nordrhein-Westfalen bemühte sich eine Raucherinitiative unter dem Titel „NRW genießt“ und der Parole „Mehr Demokratie“ im Jahr 2013 vergeblich, eine hinreichende Zahl von Unterschriften für ein Volksbegehren zu sammeln. In Bayern hingegen gelang es 2010 einer Nichtraucherinitiative, ein totales Rauchverbot mittels Volksabstimmung zu realisieren (Spiegel Online 4.7.2010).
- 44 Ob diese Orientierung tatsächlich mit einer gesundheitsbewussteren Lebensweise einhergeht, ist eine andere, hier nicht klärbare Frage.
- 45 Die Schrittmacher-Theorie („stepping stone“-Hypothese) hat in der Vergangenheit in der Erklärung von Drogenkarrieren eine Rolle gespielt. Die Frage ist, ob sich unter Umständen eine derartige Hypothese nicht viel besser eignen könnte in der Erklärung der Genese der Akzeptanz von Rauchverboten.
- 46 Eine ähnliche Entwicklung zeichnet sich – in noch akzentuierterer Form – in den USA ab: Während auf der einen Seite die Zahl derer steigt, die einem totalen Rauchverbot in öffentlichen Plätzen das Wort reden (Gallup 2013a), gibt es zugleich eine umgekehrte Entwicklung im Bezug auf den Marihuanakonsum: Seit Ende 2013 gibt es mehr Personen, die eine Freigabe des Marihuanakonsums befürworten als dies ablehnen (Gallup 2013b).

Literatur

- Albrecht, Gary, 1996: Using Subjective Health Assessments in Practice and Policy-making. *Health Care Analysis* 4: 284-292.
- Allport, Gordon, 1965: Entstehung und Umgestaltung der Motive. S. 488-497 in: Thomae H. (Hrsg.), *Die Motivation menschlichen Handelns*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Austin, Gregory, 1981: Die europäische Drogenkrise des 16. und 17. Jahrhunderts. S. 64-72 in: Völger, G. (Hrsg.), *Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich*. Köln: Rautenstrauch-Joest-Museum.
- Bayer, Roland/Colgrove, James, 2002: Science, Politics, and Ideology in the Campaign Against Environmental Tobacco Smoke. *American Journal of Public Health* 92/6: 949-954.
- Bayer, Ronald/Stuber, Jennifer, 2006: Tobacco Control, Stigma, and Public Health: Rethinking the Relations. *American Journal of Public Health* 96/1: 47-50.
- Bayer, Ronald/Feldman, Eric, 2011: Tobacco Control in Industrialized Nations: The Limits of Public Health Achievement. *Public Health Reviews* 33/2: 553-568.
- Bayer, Ronald/Bachynski, Kathleen E., 2013: Banning Smoking in Parks and on Beaches: Science, Policy, and the Politics of Denormalization. *Health Affairs* 32/7: 1291-1298.
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), 2013: Passivraucherschutzbericht. Bericht über die Anwendung und die Auswirkungen des Hamburgischen Passivraucherschutzgesetzes für den Zeitraum 2009 bis 2012. Hamburg. Internetquelle: <http://www.ham->

- [burg.de/contentblob/4100146/data/bericht-hmbg-passivraucherschutzgesetz-2009-2012.pdf](http://www.burg.de/contentblob/4100146/data/bericht-hmbg-passivraucherschutzgesetz-2009-2012.pdf)].
- Berger, Peter L., 1986: A Sociological View of the Antismoking Phenomenon. S. 225-240 in: Tollison, R.D. (Hrsg.), *Smoking and Society*. Massachusetts: Lexington Books.
- Berridge, Virginia, 2013: *Demons. Our Changing Attitudes to Alcohol, Tobacco, & Drugs*. Oxford: Oxford University Press
- Biderman, Albert, 1966: Anticipatory Studies and Standby Research Capabilities. S. 272-301 in: Bauer, R. (Hrsg.), *Social Indicators*. Cambridge, Mass.: MIT Press
- Brandt, Allan M., 2004: Difference and Diffusion: Cross-Cultural Perspectives on the Rise of Anti-Tobacco Policies. S. 255-380 in: Feldman, E.A./Bayer, R. (Hrsg.), *Unfiltered. Conflicts over Tobacco Policy and Public Health*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Brandt, Allan M., 2007: *The Cigarette Century. The Rise, Fall, and Deadly Persistence of the Product That Defined America*. New York: Basic Books.
- Bruttel, Oliver, 2011: Rauchen im Wandel der Zeit: Die Oberschicht hat sich abgewandt. *Deutsches Ärzteblatt* 108, 18: 224.
- Dalton, Madeline A./Tickle, Jennifer J./Sargent, James D./Beach, Micheal L./Ahrens, M. Bridget/Heatherton, Todd F., 2002: The Incidence and Context of Tobacco Use in Popular Movies from 1988 to 1997. *Preventive Medicine* 34: 516-523.
- Der Spiegel, 2006: Das Ende der Toleranz, *Der Spiegel*, Nr. 24, 2006, S.64-76
- Der Stern, 2004: Zweidrittelmehrheit für Rausverbote. Die FDP legt im Vergleich zur Vorwoche um einen Prozentpunkt zu. Internetquelle: [<http://www.stern.de/politik/deutschland/Forsa/forsa-umfrage-zweidrittelmehrheit-fuer-rauchverbote-535385.html>].
- Diekmann, Andreas, 2007: *Empirische Sozialforschung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Dillman, Don, 2000: *Mail and Internet Surveys. The Tailored Design Method*. New York: Wiley.
- DKFZ (Hrsg.), 2008: *Rauchfreie Gaststätten in Deutschland 2008: Mehr als zwei Drittel der Bevölkerung für eine bundesweit einheitliche Regelung*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- DKFZ (Hrsg.), 2012a: *Rauchfreie Gaststätten in Deutschland 2012: Erstmals Mehrheit der Raucher für Rauchverbot*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- DKFZ (Hrsg.), 2012b: *Nichtraucherschutz in Hamburg: Defizite und Lösungswege*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- DKFZ (Hrsg.), 2013a: *Rauchfreie Gaststätten in Deutschland 2013: Vier von fünf Deutschen sind für einen konsequenten Nichtraucherschutz*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- DKFZ (Hrsg.), 2013b: *Tabakprävention in Deutschland – was wirkt wirklich?* Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- Dozier, David M./Lauzen, M.M./Payne, S.M./Tafoya, M.R., 2005: Leaders and Elites: Portrayals of Smoking in Popular Films. *Tobacco Control* 14, 7-9.
- Erskine, Hazel, G., 1966: The Polls. *Smoking. Public Opinion Quarterly* 30/1: 140-152.
- Gallup, 2005: Increased Support for Smoking Bans in Public Places. Internetquelle: [<http://www.gallup.com/poll/17410/Increased-Support-Smoking-Bans-Public-Places.aspx>].
- Gallup, 2013a: In U.S., Support for Complete Smoking Ban Increases to 22%. Internetquelle: [<http://www.gallup.com/poll/163736/support-complete-smoking-ban-increases.aspx>].
- Gallup, 2013b: For First Time, Americans Favor Legalizing Marijuana. Internetquelle: [<http://www.gallup.com/poll/165539/first-time-americans-favor-legalizing-marijuana.aspx>].

- Gruning, Thilo/Gilmore, Anna B./McKee, Martin, 2006: Tobacco Industry Influence on Science and Scientists in Germany. *American Journal of Public Health* 96/1: 20-32.
- Hamburger Abendblatt, 2014: Mediapilot. Internetquelle: [http://www.axelspringer-mediapilot.de/artikel/HAMBURGER-ABENDBLATT-Auflage-Hamburger-Abendblatt_732719.html].
- Hamburger Morgenpost, 2014: Mediadata. Internetquelle: <http://www.mopo.de/werben-media-daten/mediadaten,16508030,16641778.html>].
- Haker, Kristin, 2008: Einstellungen zum Rauchverbot in der Europäischen Union. Eine komparative Analyse der 27 Mitgliedsländer der EU mit Umfragedaten des Eurobarometers (Berliner Studien zur Soziologie Europas 16). Berlin: Institut für Soziologie, FU Berlin.
- Herzinger, Richard, 2008: Das Rauchverbot verdrängt die Unterschicht. *Die Welt* 13.2.2008.
- Hess, Henner/Kolte, Brigitta/Schmidt-Semisch, Henning, 2004: Kontrolliertes Rauchen. Tabakkonsum zwischen Verbot und Vergnügen. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Institut für Demoskopie (IfD), 2006a: Rauchverbot in Lokalen? Die Mehrheit ist dafür. Allensbach: Allensbacher Berichte 5.
- Institut für Demoskopie (IfD), 2006: Rauchverbote. Allensbach: Allensbacher Berichte 12.
- Institut für Demoskopie (IfD), 2007: Mehr Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung. Allensbach: Allensbacher Berichte 13.
- Institut für Demoskopie (IfD), 2008: Rauchverbote und Raucher. Die Zahl der Raucher wird erheblich überschätzt. Allensbach: Allensbacher Berichte 1.
- Kip Viscusi, W., 2002: *Smoke-Filled Rooms. A Postmortem on the Tobacco Deal*. Chicago: University of Chicago Press
- Keeter, Scott/Kennedy, Courtney/Dimock, Michael/Best, Jonathan/Craighill, Peyton, 2006: Gauging the Impact of Growing Nonresponse on Estimates from a National RDD Telephone Survey. *Public Opinion Quarterly* 70/5: 759-779.
- Koh, Howard K./Joossens, Luk X./Connolly, Gregory N., 2007: Making Smoking History Worldwide. *The New England Journal of Medicine* 356/15: 1496-1498.
- Kyriss, Thomas/Pötschke-Langer, Martina/Grüning, Thilo, 2008: Der Verband der Cigarettenindustrie – Verhinderung wirksamer Tabakkontrollpolitik in Deutschland. *Das Gesundheitswesen* 70: 315-324.
- Lampert, Thomas, 2012: Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum. S. 64-89 in: *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2012*. Langerich: Papst.
- Lerner, Michael A., 2007: *Dry Manhattan. Prohibition in the New York City*. Cambridge: Cambridge University Press
- Literary Digest, 1922: Final Return in the Digest's Prohibition Poll, 11-13 Internetquelle: [https://www.brocku.ca/MeadProject/LitDigest/LD_1922k.html].
- Madge, Charles/Harrison, Tom, 2009: *Mass Observation, First Year's Work 1937-1938* [org. 1938]. London: Faber and Faber
- Messer, Karen/Pierce, John P./Zhu, Shu-Hong/Hartmann, Anne M./Al-Delaimy, Wael K./Trinidad, Dennis R./Gilpin, Elizabeth A., 2007: The California Tobacco Control Program's effect on adult smokers: (1) Smoking cessation. *Tobacco Control* 16: 85-90.
- McIntosh, William D./Bazzini, Doris G./Smith, Stephen M./Wayne, Shanan M., 1998: Who Smokes in Hollywood? Characteristics of Smokers in Popular Films from 1940-1989. *Addictive Behaviors* 23/3: 395-398.
- Mons, Ute/Amhof, Robert/Pötschke-Langer, Martina, 2008: Gesetzliche Maßnahmen zum Nichtraucherschutz in Deutschland: Einstellungen und Akzeptanz in der Bevölkerung. S. 181-209 in: Böcken, J./Braun, B./Amhof, R. (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2008*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

- Ohmer, Susan, 2006: *George Gallup in Hollywood*. New York: Columbia University Press.
- Oreskes, Naomi/Conway, Erik M., 2010: *Merchants of Doubt: How a Handful of Scientists Obscured the Truth on Issues from Tobacco Smoke to Global Warming*. New York: Bloomsbury Press.
- Öberg, Mattias/Jaakkola, Maritta S./Woodward, Alistair/Peruga, Armando/Prüss-Ustün, Anette, 2011: Worldwide Burden of Disease from Exposure to Second-Hand Smoke: A Retrospective Analysis of Data from 192 Countries. *The Lancet* 377/9760: 139-146.
- Pacheco, Julianna, 2011: The Polls – Trends. Public Opinion on Smoking and Anti-Smoking Policies. *Public Opinion Quarterly* 75/3: 576-592.
- Proctor, Robert N., 2011: *Golden Holocaust: Origins of the Cigarette Catastrophe and the Case for Abolition*. Berkeley: University of California Press.
- Proctor, Robert N., 2012: The History of the Discovery of the Cigarette-Lung-Cancer-Link: Evidentiary Traditions, Corporate Denial, Global Toll. *Internetquelle*: [<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/21/2/87.full.pdf+html?sid=432dbe4c-582a-4b1a-ab77-36a79f2b8958>].
- Proctor, Robert N., 2013: Why Ban the Sale of Cigarettes? The Case for Abolition. *Tobacco Control* 22: i27-i30.
- Petersen, Thomas, 2005: Trends im Freizeitverhalten. Institut für Demoskopie Allensbach: AWA Präsentation. München. *Internetquelle*: [<http://www.ifd.allensbach.de/awa/ergebnisse/archiv.html>].
- Reed, Isaac, 2007: Why Salem Made Sense: Culture, Gender, and the Puritan Persecution of Witchcraft. *Cultural Sociology* 1: 209-234.
- Reuband, Karl-Heinz, 1980: Alkoholkonsum in der Bundesrepublik. Eine empirische Bestandsaufnahme. S. 26-53 in: Herbert B./Legnaro A./Reuband, K. (Hrsg.), *Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Reuband, Karl-Heinz, 1988: Haschisch im Urteil der Bundesbürger. Moralische Bewertung, Gefahrenwahrnehmung und Sanktionsverlangen 1970-1987. *Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik* 18: 480-495.
- Reuband, Karl-Heinz, 1994: *Soziale Determinanten des Drogengebrauchs. Eine empirische Untersuchung des Gebrauchs weicher Drogen in der Bundesrepublik Deutschland*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Reuband, Karl-Heinz, 1999: Postalische Befragungen in den neuen Bundesländern. Durchführungsbedingungen, Ausschöpfungsquoten und Zusammensetzung der Befragten in einer Großstadtstudie. *ZA Information* 45: 71-99.
- Reuband, Karl-Heinz, 2001: Möglichkeiten und Probleme des Einsatzes postalischer Befragungen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 53: 338-364.
- Reuband, Karl-Heinz, 2008: Rauchverbote in Kneipen und Restaurants. Reaktion der Bürger und der gastronomischen Betriebe – das Beispiel Düsseldorf. S. 373-380 in: Labisch, A. (Hrsg.), *Jahrbuch der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf*. Düsseldorf.
- Reuband, Karl-Heinz, 2010: How People Learned About the September 11 2001 Terrorist Attack and How It Affected Them. A Study in News Diffusion and Psychosocial Reactions in Germany. S. 437-466 in: Beckers, T./Birkelbach, K./Hagena, J./Rosar, R. (Hrsg.), *Komparative empirische Sozialforschung*. Wiesbaden: VS – Verlag für Sozialwissenschaften.
- Reuband, Karl-Heinz, 2011a: Changing Punitiveness in the German Population? A Review of the Empirical Evidence Based on Nationwide Surveys. S. 131-163 in: Kury, H./Shea E. (Hrsg.), *Punitivity. International Development. Vol. 2: Insecurity and Punitiveness*. Bochum: Universitätsverlag Dr. Brockmeyer.

- Reuband, Karl-Heinz, 2011b: Rücklaufquoten und Repräsentativität. Welchen Einfluss hat die Rücklaufquote auf die Repräsentativität?, *Stadtforschung und Statistik. Zeitschrift des Verbandes deutscher Städtestatistiker* 1: 44-50.
- Reuband, Karl-Heinz, 2013: Wie sich der Gastronomiebesuch nach Inkrafttreten der Rauchverbote entwickelt hat und warum Nichtraucher Raucher kneipen aufsuchen. Eine empirische Analyse von Verhaltensmustern im Kontext partieller Rauchverbote. *Prävention und Gesundheitsförderung* 8: 252-260.
- Reuband, Karl-Heinz, 2014: Tabakkonsum im gesellschaftlichen Wandel. Verbreitung des Konsums und Einstellung zu Rauchverboten, Düsseldorf 1997-2009. *Das Gesundheitswesen* 76: 32-40.
- Schaller, Klaus/Pöschke-Langer, Martina, 2012: Tabakkontrolle in Deutschland und weltweit. *Der Pneumologe* 9/3: 197-202.
- Schmidt, Harald/Voigt, Kristin/Emanuel, Ezekiel J., 2013: The Ethics of Not Hiring Smokers. *The New England Journal of Medicine* 368/15: 1369-1371.
- Schupp, Jürgen, 2008: 25 Jahre Umfragemethodik in der Längsschnittstudie Sozioökonomisches Panel (SOEP) zwischen Kontinuität, Anpassung und innovativer Weiterentwicklung. Bonn: Präsentation bei der Jahrestagung der Sektion Methoden der Empirischen Sozialforschung 7. und 8.3.2008.
- Strünck, Christoph/Gruning, Thilo/Gillmore, Anna B., 2008: Puffing Away? Politics of Tobacco Control in Germany. *German Politics* 12/2: 140-164.
- Studlar, Donley T., 1999: Diffusion of Tobacco Control in North America. *Annals of the American Academy of Political Social Science* 566: 68-79.
- Tang, Hao/Cowling, David W./Lloyd, Jon C./Rogers Todd/Koumjian, Kristil L./Stevens, Colleen M./Bal, Dileep G., 2003: Changes of Attitudes and Patronage Behaviors in Response to a Smoke-Free Bar Law. *American Journal of Public Health* 93/4: 611-617.
- Tate, Cassandra, 1999: *Cigarette Wars. The Triumph of „the Little White Slaver“*. New York: Oxford University Press.
- Thomas, William I., 1965: *Person und Sozialverhalten*. Neuwied: Luchterhand.
- Toshkov, Dimiter, 2013: Policy-Making beyond Political Ideology: The Adoption of Smoking Bans in Europe. *Public Administration* 91/2: 448-468.
- Tourangeau, Roger/Rips, Lance J./Rasinski, Kenneth A., 2000: *The Psychology of Survey Response*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wasmer, Martin/Scholz, Evi/Blohm, Martin, 2007: Konzeption und Durchführung der „Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften“ (ALLBUS) 2006. Mannheim: Arbeitspapier.

The Exclusion of Tobacco Use from Public Space Attitudes of the Population Towards Smoking Bans and the Emergence of New Configurations of Social Representation

Abstract

Tobacco use is undergoing a process of relabeling. Whereas it was once widely seen as "normal", it is now undergoing a labeling process that makes it a form of deviant behavior. The paper deals with the change in people's attitudes towards tobacco bans in the public. It is based on three representative mail surveys in the general population of the city of Hamburg, Germany, in the years before and after the introduction of smoking bans in restaurant and pubs, based on a random sample from the city register and conducted in the years 2004, 2008 and 2011 (N between 410-689). The surveys document that the support for smoking bans has increased over time. But this does not always include the plea for total restrictions, but often for partial restrictions only, as in case of pubs. Whether someone argues in favor of restrictions is mainly dependent on the perception of health hazards due to passive smoking. Respondents who rate their health as "very good" have a greater inclination than others to prefer smoking bans. This relationship did not exist in earlier surveys. It is assumed that the new constellation is a reflection of an emerging situation where the support of smoking bans has become part of a self-perceived healthy lifestyle.

Karl-Heinz Reuband

*Heinrich-Heine Universität Düsseldorf
Institut für Sozialwissenschaften
Universitätsstr.1
40225 Düsseldorf*

reuband@phil-fak.uni-duesseldorf.de