

9 GESUNDHEITSVERHALTEN, LEBENSSTILE

9.1 Ernährung

Zusammenfassung

Die Ernährungsgewohnheiten der Wiener Bevölkerung entsprechen im Schnitt nicht ärztlichen Ernährungsempfehlungen. Untersuchungen haben ergeben, dass WienerInnen tendenziell zu viel Eiweiß, Fette und Cholesterin zu sich nehmen. Die Aufnahme von Kohlehydraten und Ballaststoffen liegt unter den wünschenswerten Zufuhrmengen. Auch bei Vitaminen und Mineralstoffen werden durch die Nahrung häufig zu geringe Mengen aufgenommen.

Rund die Hälfte der in Wien lebenden Frauen und knapp 44 Prozent der Männer geben an, besonderen Wert auf gesunde Ernährung zu legen. Personen mit höherer Bildung messen gesunder Ernährung dabei deutlich mehr Bedeutung zu als weniger gebildete Personen. Insgesamt unternehmen rund 6/7 der übergewichtigen Frauen und fast 9/10 der übergewichtigen Männer nichts gegen ihre Gewichtsprobleme in Hinblick auf eine Umstellung ihrer Ernährungsgewohnheiten. Der Anteil der eine Diät oder besondere Ernährungsweise einhaltenden übergewichtigen Personen liegt nur geringfügig höher als bei normalgewichtigen Personen.

Gesunde Ernährung steigert deutlich die subjektiv wahrgenommene Gesundheit. 36 Prozent der Frauen und 38 Prozent der Männer mit gesunder Ernährung sind mit ihrer Gesundheit sehr zufrieden, jedoch nur 28 Prozent der Frauen und 29 Prozent der Männer, die sich auf andere Weise ernähren.

Summary: Nutrition

The dietary behaviour of the Viennese population overall leaves much to be desired from a medical point of view. Surveys have shown that Viennese men and women tend to consume an excess of protein, fat and cholesterol. Conversely, the intake of carbohydrates and fibres is below the recommended amounts. They usually consume too little vitamins and mineral nutrients.

Approximately half of women and nearly 44 percent of men living in Vienna said they try to eat healthily. Persons with a higher level of education consider healthy nutrition more important than persons with a lower level of education. Six in seven overweight women and nearly nine in ten overweight men do not try to combat their weight problem by changing their nutritional behaviour. The share of persons trying to lose weight by observing a special diet is only slightly higher among overweight persons than among persons with normal weight.

Healthy nutrition significantly increases the subjective state of health. 36 percent of women and 38 percent of men who eat healthily are very satisfied with their state of health, while for others the figures are 28 percent for women and 29 percent for men.

Ernährung beeinflusst wesentlich den gesundheitlichen Zustand eines Menschen. Die Ernährungsgewohnheiten der Wiener Bevölkerung entsprechen jedoch nicht ärztlichen Ernährungsempfehlungen. Untersuchungen haben ergeben, dass WienerInnen im Schnitt zu viel Eiweiß, Fette und Cholesterin zu sich nehmen. Die Aufnahme von Kohlehydraten und Bal-

laststoffen liegt unter den wünschenswerten Zufuhrmengen. Auch bei Vitaminen und Mineralstoffen werden durch die Nahrung häufig zu geringe Mengen aufgenommen.²⁶⁴

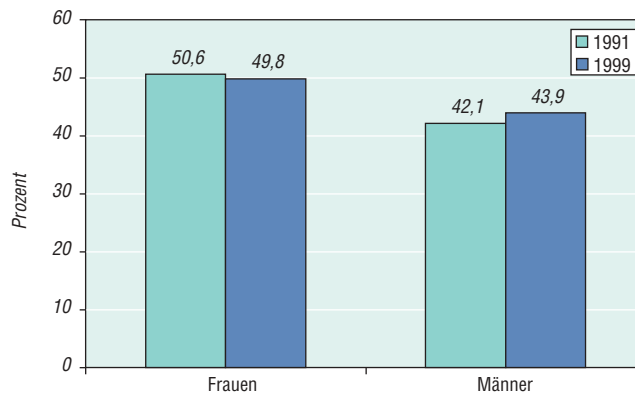
Rund die Hälfte der in Wien lebenden Frauen gibt an, besonderen Wert auf gesunde Ernährung zu legen. Die-

²⁶⁴ ELMADFA (2000). Siehe auch den 2005 erscheinenden Wiener Ernährungsbericht (Hrsg. Stadt Wien).

ser Wert ist über den Zeitraum 1991 bis 1999 praktisch unverändert geblieben. Demnach hat sich das Ernährungsverhalten in den 1990er Jahren kaum verändert. Generell liegt der Anteil der Männer mit gesundheitsbewusstem Ernährungsverhalten signifikant unter jenem der Frauen. Er stieg allerdings von 42,1 Prozent im Jahr 1991 auf 43,9 Prozent im Jahr 1999. Im Vergleich

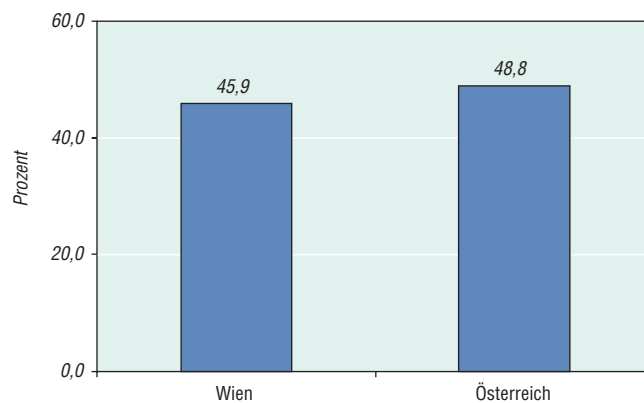
mit Gesamtösterreich zeigt sich, dass die Wiener Bevölkerung zu 45,8 Prozent Wert auf gesunde Ernährung legt, während für Österreich insgesamt der entsprechende Wert 48,8 Prozent beträgt. Insgesamt weisen diese Zahlen darauf hin, dass Initiativen zur Hebung des Ernährungsbewusstseins der Wiener Bevölkerung auf einen nach wie vor breiten Adressatenkreis treffen.

Grafik 9.1: Personenanteil mit gesundheitsbewusster Ernährung im zeitlichen Vergleich



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Grafik 9.2: Personenanteil mit gesundheitsbewusster Ernährung in Wien und in Gesamtösterreich



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Das subjektive Ernährungsbewusstsein der WienerInnen steht in engem Zusammenhang mit dem **Bildungsniveau**. Personen mit höherer Bildung messen gesunder Ernährung deutlich mehr Bedeutung zu als weniger gebildete Personen. So legen bei **Frauen** rund 60 Prozent der Hochschulabsolventinnen und AHS-

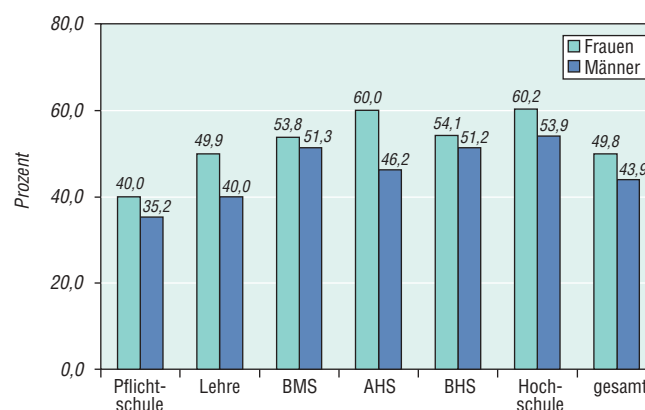
Absolventinnen Wert auf gesunde Ernährung, hingegen nur 40 Prozent der Pflichtschulabsolventinnen. Auffälligerweise ist das Ernährungsbewusstsein bei BHS-Absolventinnen mit einem Wert von 54 Prozent deutlich geringer ausgeprägt als bei AHS-Maturantinnen. **Männer** zeigen über alle Bildungsstufen hinweg

ein signifikant ungesünderes Ernährungsverhalten als Frauen.

Bei AbsolventInnen berufsbildender Schulen sind diese Ernährungsunterschiede zwischen den Geschlechtern jedoch deutlich geringer ausgeprägt. Auch bestehen bei Männern relativ kleinere Unterschiede zwischen Hochschulabsolventen (54 Prozent) sowie BMS-Absolventen (51 Prozent) und BHS-Absolventen (51 Prozent).

Im Gegensatz zu weiblichen AHS-Absolventen legen Männer mit AHS-Abschluss einen im Vergleich mit anderen Bildungsgruppen geringeren Wert auf gesunde Ernährung (46 Prozent). Die Gruppe der Männer mit dem niedrigsten Bildungsabschluss (Pflichtschulabsolventen) zeigt das geringste Ernährungsbewusstsein aller Gruppen. Nur 35 Prozent dieser Gruppe legen Wert auf gesunde Ernährung.

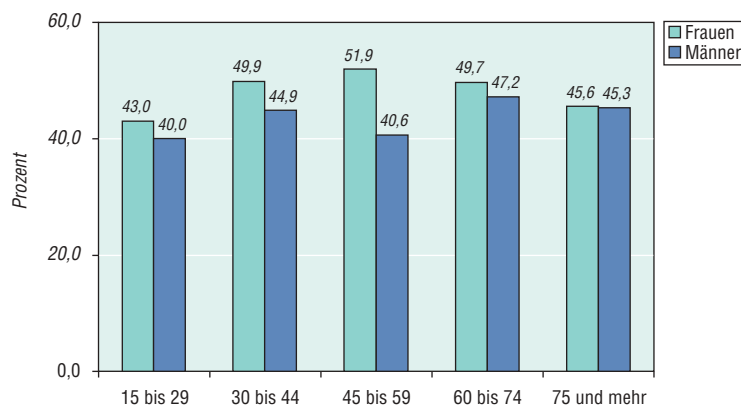
Grafik 9.3: Anteil der Personen mit gesundheitsbewusster Ernährung nach Bildungsniveau



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Im **Altersvergleich** zeigt sich, dass **Frauen** der jüngsten und der ältesten Altersgruppe im Vergleich zu den anderen Gruppen am wenigsten Wert auf gesunde Ernährung legen. Für fast 44 Prozent der Frauen im Alter zwischen 15 und 29 Jahren und für fast 46 Prozent der Frauen über 75 Jahre ist zwar gesunde Ernährung wichtig, jedoch beträgt für 45- bis 59-jährige Frauen dieser Wert nahezu 52 Prozent. Frauen in den mittleren Altersgruppen verfügen also über das größte Ernährungsbewusstsein.

Bei **Männern** zeigt sich kein klares Muster. Im Gegensatz zu den Frauen dieser Altersgruppe ist für 45- bis 59-jährige Männer das subjektive Ernährungsbewusstsein vergleichsweise sehr schwach ausgeprägt. Das größte Ernährungsbewusstsein zeigen Männer zwischen 60 und 74 Jahren (47 Prozent). Auffällig ist auch, dass bei alten Menschen über 75 Jahren kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen (Frauen: 46 Prozent, Männer: 45 Prozent), während sonst durchwegs Männer weniger ernährungsbewusst als Frauen sind.

Grafik 9.4: Anteil von Personen mit gesundheitsbewusster Ernährung nach Altersgruppen

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Bei der Art der **konsumierten Nahrungsmittel** zeigt sich, dass rund drei Viertel der **Männer** mehrmals pro Woche oder sogar täglich Fleisch essen. Eine etwa gleich große Gruppe verzehrt aber auch mit der gleichen Häufigkeit gekochtes oder roh zubereitetes Gemüse und frisches Obst. **Frauen** weisen einen deutlich niedrigeren Fleischkonsum auf (ca. 55 Prozent der Frauen konsumieren mehrmals pro Woche oder täglich Fleisch), dafür aber einen noch höheren Konsum an Obst und Gemüse (über 85 Prozent der Frauen konsumieren mehrmals pro Woche oder täglich Obst und Gemüse). Beim Konsum von Mehlspeisen bestehen kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Rund 50 Prozent in beiden Gruppen konsumieren mehrmals

pro Woche oder täglich Mehlspeisen, Kuchen, Kekse oder Gebäck. Beim Konsum von Vollkornbrot übertreffen Frauen Männer deutlich. Knapp zwei Drittel der Frauen essen mehrmals pro Woche oder täglich Vollkornbrot. Über drei Viertel der Männer verzehren indessen häufig Mischbrot oder Weißbrot. Insgesamt ist zu erkennen, dass nach der Art der konsumierten Lebensmittel viele WienerInnen eine breite Palette an Nahrungsmitteln konsumieren. Da jedoch insgesamt die Ernährung der Wiener Bevölkerung im Schnitt nicht ausgewogen ist, muss die Mengenverteilung innerhalb dieser breiten Palette ihren Schwerpunkt bei Nahrungsmitteln haben, die – im Übermaß genossen – der Gesundheit weniger förderlich sind.

Tabelle 9.1: Häufigkeit des Konsums der wichtigsten Nahrungsmittel

durchschnittlicher Konsum von	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
	in %				
Fisch					
Frauen	0,7	22,8	45,6	24,2	6,8
Männer	1,3	20,8	43,1	29,6	5,2
Wurst, Schinken					
Frauen	15,1	31,9	22,8	19,5	10,6
Männer	28,6	38,1	16,5	11,9	4,9
Fleisch					
Frauen	11,2	43,9	26,1	13,4	5,4
Männer	26,1	50,0	15,4	6,7	1,7
gekochtes Gemüse					
Frauen	36,4	48,4	10,2	4,0	1,1
Männer	20,0	52,6	16,9	7,4	3,1
Rohkost, Salat, rohes Gemüse					
Frauen	44,5	38,3	9,9	4,4	2,9
Männer	27,9	43,9	13,0	11,6	3,6
frisches Obst					
Frauen	64,5	22,7	8,3	3,4	1,1
Männer	45,6	29,6	12,9	10,4	1,6
Mehlspeisen, Kuchen Gebäck, Kekse					
Frauen	22,3	32,8	21,7	18,4	4,8
Männer	21,7	32,2	20,4	21,1	4,6
sonstige Süßwaren					
Frauen	14,7	24,8	20,3	30,9	9,4
Männer	15,1	26,0	19,2	28,6	11,1
Vollkornbrot, Knäckebrot					
Frauen	35,9	28,5	13,3	11,5	10,8
Männer	20,8	22,9	18,3	18,0	19,9
Weißbrot, Mischbrot					
Frauen	31,9	33,3	13,8	15,2	5,8
Männer	45,8	27,4	13,2	11,0	2,7
Eier					
Frauen	6,6	24,9	36,6	27,4	4,5
Männer	7,8	28,8	32,6	25,9	4,9
Käse, Topfen, Joghurt					
Frauen	58,8	31,3	6,3	2,5	1,1
Männer	44,1	38,8	9,2	5,4	2,5

Quelle: Stadt Wien, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Bei **Getränken** zeigt sich, dass rund zwei Drittel der Wienerinnen und Wiener im Schnitt weniger als 1/4 Liter Milch täglich zu sich nehmen. Rund ein Viertel der Frauen und ein Drittel der Männer trinkt hingegen im Schnitt täglich mehr als 1/4 Liter Kaffee. Nur rund 20

Prozent der befragten Personen kommt ohne Kaffee aus. Der Konsum von Softdrinks (gesüßten Erfrischungsgetränken wie Coca Cola, Sprite, etc.) liegt bei Frauen vergleichsweise deutlich niedriger. Knapp zwei Drittel nehmen keinerlei Softdrinks zu sich, etwas mehr

als ein Zehntel trinkt im Schnitt täglich mehr als ¼ Liter. Bei Männern liegt der Konsum von Softdrinks

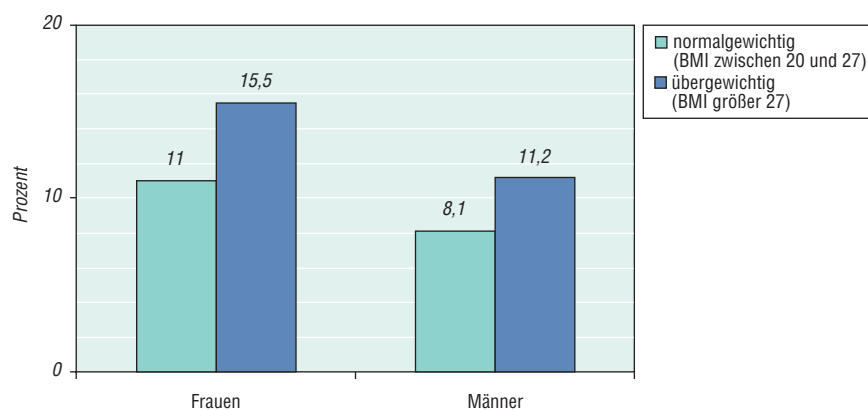
deutlich höher. Über 27 Prozent trinken im Schnitt mehr als ¼ Liter täglich.

Tabelle 9.2: Durchschnittlicher Getränkekonsum pro Tag

Konsumierte Getränke	nichts	bis 1/16 l	bis 1/8 l	bis 1/4 l	bis 1/2 l	bis 1 l	bis 2 l	mehr
	in %							
Milch								
Frauen	31,0	18,1	16,3	21,6	10,3	2,6	0,0	0,0
Männer	34,8	17,5	12,7	19,3	10,7	4,5	0,3	0,4
Kaffee								
Frauen	19,5	7,2	13,8	33,7	20,0	4,8	0,6	0,3
Männer	21,1	6,5	9,8	28,7	22,9	9,2	1,3	0,4
Soft Drinks								
Frauen	65,9	5,9	6,6	10,6	6,7	3,0	1,0	0,2
Männer	42,2	8,9	8,9	12,4	12,9	11,4	2,1	1,3

Quelle: Stadt Wien, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 9.5: Anteil der Personen, die eine besondere Diät oder Ernährungsweise einhalten



Quelle: Stadt Wien, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Für den Zusammenhang von Ernährung und Gesundheit stellt sich die Frage, inwiefern Personen mit **Gewichtsproblemen** durch gezielte Ernährung diesem Gesundheitsrisiko Rechnung zu tragen versuchen. *Grafik 9.5* zeigt, dass rund 16 Prozent der übergewichtigen Frauen und 11 Prozent der übergewichtigen Männer spezielle Diät halten. Bei normalgewichtigen Personen betragen die entsprechenden Werte für Frauen und

Männer 11 Prozent. Insgesamt unternehmen also rund 6/7 der übergewichtigen Frauen und fast 9/10 der übergewichtigen Männer nichts gegen ihre Gewichtsprobleme, etwa durch Umstellung ihrer Ernährungsgewohnheiten. Der Anteil der eine Diät oder besondere Ernährungsweise einhaltenden Personen liegt nur geringfügig höher als bei normalgewichtigen Personen.

Tabelle 9.3: Subjektive Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und gesunde Ernährung

Ernährungsgewohnheiten	sehr ...	ziemlich ...	wenig ...	gar nicht ...
	... zufrieden mit eigener Gesundheit (in %)			
Frauen				
Personen mit gesunder Ernährung	36,2	49,0	11,5	3,4
andere	28,3	50,6	14,6	6,5
Männer				
Personen mit gesunder Ernährung	38,3	50,6	8,7	2,5
andere	29,3	55,2	12,4	3,1

Quelle: Stadt Wien, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Der Effekt gesunder Ernährung auf das **subjektive Wohlbefinden** lässt sich für Wien anhand der vorhandenen Daten klar dokumentieren. Verglichen mit Frauen, die sich nicht bewusst gesund ernähren, sind gesund ernährte Frauen weitaus seltener mit ihrer Gesundheit wenig oder gar nicht zufrieden. Bei Männern sind die Unterschiede hier geringer. Umgekehrt sind 36

Prozent der Frauen und 38 Prozent der Männer mit gesunder Ernährung mit ihrer Gesundheit sehr zufrieden, jedoch nur 28 Prozent der Frauen und 29 Prozent der Männer, die sich auf andere Weise ernähren. Gesunde Ernährung steigert also deutlich die subjektiv wahrgenommene persönliche Gesundheit.

9.2 Bewegung und Übergewicht

Zusammenfassung

Im Jahr 1999 setzten 46 Prozent der Wiener Männer und 41 Prozent der Wiener Frauen körperliche Aktivitäten zur Minderung gesundheitlicher Risiken. Damit war deutlich mehr als die Hälfte der Wiener Bevölkerung körperlich nicht aktiv.

Rund 40 Prozent der sportlich aktiven Frauen und Männer sind mit ihrer Gesundheit sehr zufrieden, jedoch nur etwa 24 Prozent der sportlich nicht aktiven Personen. Bei jungen Menschen im Alter zwischen 15 und 29 Jahren ist der Anteil der körperlich Aktiven in den 1990er Jahren deutlich zurückgegangen. Waren 1991 noch 62 Prozent der jungen Männer und 53 Prozent der jungen Frauen körperlich aktiv, so traf dies 1999 nur noch auf 51 Prozent der Männer und 44 Prozent der Frauen zu. Personen mit niedrigem Bildungsniveau setzen deutlich weniger körperliche Aktivitäten, sie sind aber auch beruflich physisch stärker gefordert. Die mit Abstand häufigste körperliche Aktivität stellt das Zurücklegen längerer Wege zu Fuß dar.

Im zeitlichen Vergleich (1991 versus 1999) zeigt sich, dass bei Männern und Frauen der Anteil an Personen mit Übergewicht (d. h. einem Body Mass Index zwischen 27 und 30) in allen Altersklassen deutlich abgenommen hat. Bei Personen mit starkem Übergewicht (d. h. mit einem Body Mass Index über 30) waren nur geringe Veränderungen zu verzeichnen. Dennoch sind in den mittleren Altersgruppen immer noch rund 40 Prozent der Personen übergewichtig oder stark übergewichtig. Generell ist zu beobachten, dass – abgesehen von hochbetagten Personen – die Anteile der übergewichtigen Personen mit zunehmendem Alter deutlich steigen.

Summary: Physical Activity and Overweight

In 1999, 46 percent of Viennese men and 41 percent of Viennese women engaged in physical activity to reduce health risks. This means that more than half of the Viennese population was not physically active.

Approximately 40 percent of physically active men and women are very satisfied with their state of health, while this is true of only 24 percent of persons who are not physically active. The rate of physically active persons in the age group 15 to 29 decreased significantly over the 1990s. While in 1991, 62 percent of young men and 53 percent of young women were physically active, in 1999 the corresponding figures were only 51 percent for men and 44 percent for women. Persons with a low level of education engage in sports far less frequently than others, but their work often involves more physical labour. The most frequent physical activity by far is walking long distances.

A comparison over time (1991 versus 1999) shows that for both sexes the percentage of overweight persons (i.e. with a Body Mass Index between 27 and 30) has decreased significantly in all age groups, while there are hardly any changes to be noted for obese persons (BMI above 30). Despite these changes, 40 percent of middle-aged persons are still overweight or obese. In general the percentage of overweight persons increases significantly with age, with the exception of very old age.

9.2.1 Bewegung, sportliche Aktivitäten

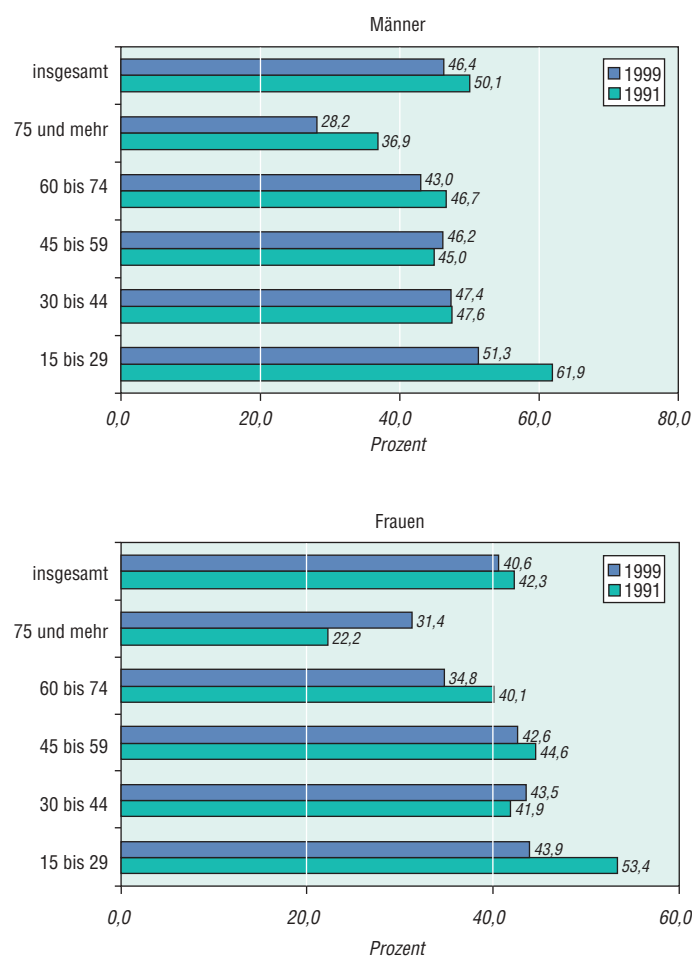
Körperliche Betätigung spielt eine wesentliche Rolle für die Gesundheit eines Menschen. Dies trifft umso mehr für die BewohnerInnen einer Großstadt wie Wien zu. Insgesamt lässt sich jedoch feststellen, dass bei jungen

Menschen im Alter zwischen 15 und 29 Jahren der Anteil der körperlich Aktiven in den 1990er Jahren deutlich zurückgegangen ist. Waren 1991 noch 62 Prozent der Männer und 53 Prozent der Frauen körperlich aktiv, so traf dies 1999 nur noch auf 51 Prozent der Männer und 44 Prozent der Frauen zu. In den mittleren Al-

tergruppen gab es bei beiden Geschlechtern nur relativ geringfügige Verschiebungen ohne einheitliche Tendenz. Bei älteren Personen zwischen 60 und 74 Jahren sind jedoch, ähnlich wie bei jüngeren Personen, deutliche Rückgänge feststellbar (siehe folgende Grafik). Bei hochbetagten Personen über 75 Jahren fällt auf, dass nach den vorliegenden statistischen Daten 1999 deutlich mehr Frauen aktiv sind (31 Prozent) als 1991 (22 Prozent). Für Männer lässt sich dieses Muster nicht

feststellen. Generell gilt über praktisch alle Altersgruppen hinweg, dass Frauen signifikant weniger körperlich aktiv sind als Männer. Im Jahr 1999 setzten 46 Prozent der Wiener Männer, jedoch nur 41 Prozent der Wiener Frauen körperliche Aktivitäten. Ein Gesamtbefund für die Wiener Bevölkerung ergibt daher, dass bei beiden Geschlechtern deutlich mehr als die Hälfte körperlich nicht aktiv ist und dadurch erhöhten gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind.

Grafik 9.6: Körperliche Aktivitäten in Wien nach Geschlecht und Alter sowie im zeitlichen Vergleich



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999 und 1991.

Intensivere körperliche Betätigung ist mit **Schwitzen** verbunden. Die Häufigkeit des Schwitzens innerhalb einer Woche ist deshalb ein aufschlussreicher Indikator für das Ausmaß an körperlicher Aktivität. Hierbei zeigt sich ein klarer Zusammenhang mit dem Bildungsni-

veau einer Person. Rund drei Viertel der PflichtschulabsolventInnen geben an, niemals infolge körperlicher Aktivität innerhalb einer Woche zu schwitzen. Hingegen trifft dies nur für rund 57 Prozent der Hochschulabsolventinnen und 52 Prozent der Hochschulabsol-

venten zu. Während bei Männern Schichten mit mittlerem Bildungsniveau ähnlich hohe Anteile wie Hochschulabsolventen erzielen, besteht bei Frauen durch-

wegs ein negativer Zusammenhang zwischen der Höhe des Bildungsniveaus und dem Ausmaß an körperlicher Aktivität.

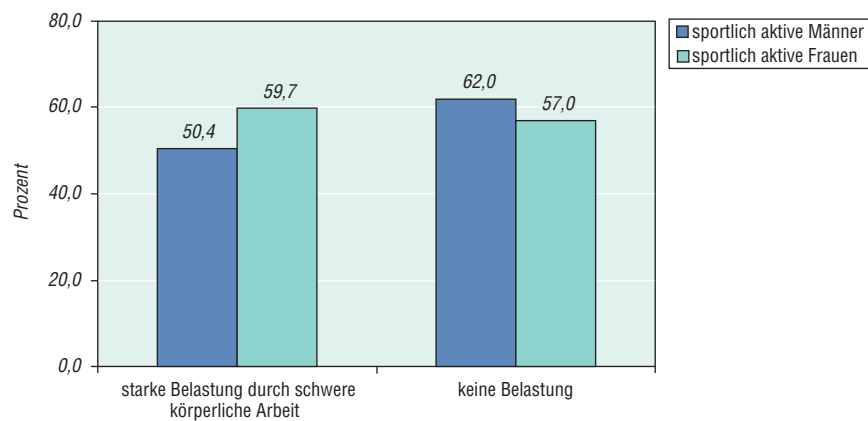
Tabelle 9.4: Schwitzen infolge körperlicher Betätigung nach Bildung

Bildungsabschluss	Schwitzen infolge körperlicher Betätigung an Tag(en) pro Woche <i>in %</i>				
	nie	an einem Tag	an zwei Tagen	an drei bis vier Tagen	an fünf und mehr Tagen
Frauen					
Pflichtschule	76,9	7,1	6,2	18,3	4,3
Lehre	68,4	10,4	7,5	19,6	3,9
BMS	63,3	14,0	8,0	15,4	2,8
AHS	66,0	15,1	9,3	25,4	4,2
BHS	66,3	18,9	7,9	23,2	5,4
Hochschule	56,5	14,2	13,6	15,6	4,2
gesamt	68,6	11,5	8,0	7,2	4,7
Männer					
Pflichtschule	73,2	11,5	4,1	15,1	3,4
Lehre	62,9	11,6	9,3	22,3	5,9
BMS	52,9	14,7	17,6	20,0	4,4
AHS	50,8	16,8	15,5	16,7	4,7
BHS	54,3	18,4	12,5	12,6	3,4
Hochschule	52,1	14,9	17,7	7,4	0,5
gesamt	60,2	13,5	11,3	9,5	5,6

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Häufig wird bei Befragungen nach den sportlichen Aktivitäten von Individuen vernachlässigt, dass Personen mit **erhöhten beruflichen körperlichen Belastungen** in ihrer Freizeit möglicherweise mehr Wert auf Regeneration durch körperliche Ruhephasen legen und deshalb weniger sportlich aktiv sind. Tatsächlich lässt sich dieser Zusammenhang zumindest bei Männern deut-

lich beobachten. So betreiben 62 Prozent der Männer, die beruflich keinerlei schweren körperlichen Belastungen ausgesetzt sind, Sport, jedoch nur 50 Prozent der Männer, die schwere körperliche Arbeit verrichten. Bei Frauen sind die Unterschiede deutlich geringer. Körperlich schwer arbeitende Frauen sind sogar auch sportlich etwas mehr aktiv.

Grafik 9.7: Sportliche Aktivitäten und starke Belastung durch schwere körperliche Arbeit

Quelle: Stadt Wien, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Nach **Art und Häufigkeit sportlicher Betätigungen** dominiert mit großem Abstand das Zurücklegen längerer Wege zu Fuß. 63 Prozent der Frauen und 57 Prozent der Männer geben an, mehrmals pro Woche längere Wege zu Fuß zurückzulegen. Knapp 20 Prozent der Frauen betreiben außerdem mehrmals pro Woche Turnen, Gymnastik, Tanz oder Aerobic. 11 Prozent fahren mehrmals pro Woche mit dem Fahrrad, weitere 10 Prozent alle ein bis zwei Wochen. Rund ein Viertel der Frauen geht zumindest einmal im Monat schwimmen. Gartenarbeit sowie Wandern und Bergsteigen werden

gleichermaßen von Männern und Frauen zu rund 20 Prozent zumindest einmal im Monat betrieben. Rund 10 Prozent der Frauen laufen oder betätigen sich am Heimtrainer zumindest einmal alle ein bis zwei Wochen. Fahrradfahren ist bei Männern deutlich häufiger verbreitet als bei Frauen. Rund 30 Prozent der Männer fahren zumindest einmal alle ein bis zwei Wochen mit dem Fahrrad, hingegen nur 22 Prozent der Frauen. Außerdem betreiben Männer deutlich mehr Ballsportarten als Frauen und gehen signifikant häufiger laufen.

Tabelle 9.5: Häufigkeit sportlicher Betätigungen (außerhalb der Urlaubszeit)

Art der sportlichen Betätigung	mehrmals pro Woche	alle 1 bis 2 Wochen	1- bis 2-mal pro Monat	seltener	nie
	(in %)				
Frauen					
längere Wege zu Fuß gehen	62,7	15,5	4,7	5,7	11,4
Wandern, Bergsteigen	1,3	9,6	11,8	25,5	51,8
Fahrradfahren	11,4	10,2	9,9	17,9	50,7
Gartenarbeit	7,2	8,1	5,4	8,8	70,4
Turnen, Gymnastik, Tanz, Aerobic	19,5	14,4	4,9	10,1	51,1
Rollschuhlaufen, Schlittschuhlaufen	1,0	3,5	4,6	13,1	77,9
Schwimmen	4,7	9,2	13,9	27,1	45,1
Laufen	5,5	4,7	3,5	7,3	79,0
Fußball, Basketball, Volleyball, Handball	1,2	2,0	1,6	4,6	90,6
Rudern	0,1	0,2	0,2	1,4	98,1
Ski	0,5	1,6	4,6	16,7	76,6
Tischtennis, Federball	0,5	1,7	2,7	9,6	85,5
Tennis, Squash	0,8	1,8	1,9	5,9	89,6
Heimtrainer u. ä.	7,6	3,9	2,3	4,5	81,7
Männer					
längere Wege zu Fuß gehen	57,2	16,8	5,6	8,3	12,1
Wandern, Bergsteigen	2,2	7,7	12,5	30,1	47,6
Fahrradfahren	15,5	14,3	8,8	18,0	43,4
Gartenarbeit	7,5	7,9	6,7	10,2	67,7
Turnen, Gymnastik, Tanz, Aerobic	11,1	7,8	3,8	9,4	67,9
Rollschuhlaufen, Schlittschuhlaufen	1,9	3,2	4,5	12,5	78,0
Schwimmen	4,0	10,2	15,5	27,5	42,8
Laufen	7,8	6,7	5,2	10,0	70,2
Fußball, Basketball, Volleyball, Handball	5,8	8,0	4,9	9,7	71,6
Rudern	0,5	0,4	0,7	2,2	96,2
Ski	0,6	2,2	6,2	21,6	69,5
Tischtennis, Federball	1,1	3,8	5,1	13,6	76,5
Tennis, Squash	3,0	5,6	3,4	7,6	80,4
Heimtrainer u. ä.	8,9	4,7	2,6	5,5	78,3

Quelle: Stadt Wien, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Insgesamt lässt sich zwischen dem Ausmaß an körperlicher Aktivität und der **subjektiven Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit** ein deutlicher Zusammenhang feststellen. Rund 40 Prozent der sportlich aktiven Frauen und Männer sind mit ihrer Gesundheit sehr zufrieden, jedoch nur etwa 24 Prozent der sportlich nicht aktiven Personen. Hingegen sind rund ein Viertel der sportlich nicht aktiven Frauen und ein Fünf-

tel der sportlich nicht aktiven Männer mit ihrer Gesundheit wenig bis gar nicht zufrieden, jedoch nur rund ein Zehntel der sportlich aktiven Personen. Die Kausalität dürfte hier jedoch in beide Richtungen laufen. Einerseits verbessert körperliche Betätigung die Gesundheit, andererseits sind gesündere Menschen auch häufiger körperlich aktiv.

Tabelle 9.6: Sportliche Aktivitäten und subjektive Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit

sportliche Aktivität	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
	zufrieden mit eigener Gesundheit (in %)			
Frauen				
sportlich nicht aktiv	23,6	50,5	17,6	8,4
sportlich aktiv	40,3	49,0	9,0	1,7
Männer				
sportlich nicht aktiv	24,0	55,1	15,8	5,1
sportlich aktiv	39,8	51,8	7,2	1,2

Quelle: Stadt Wien, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

9.2.2 Übergewicht

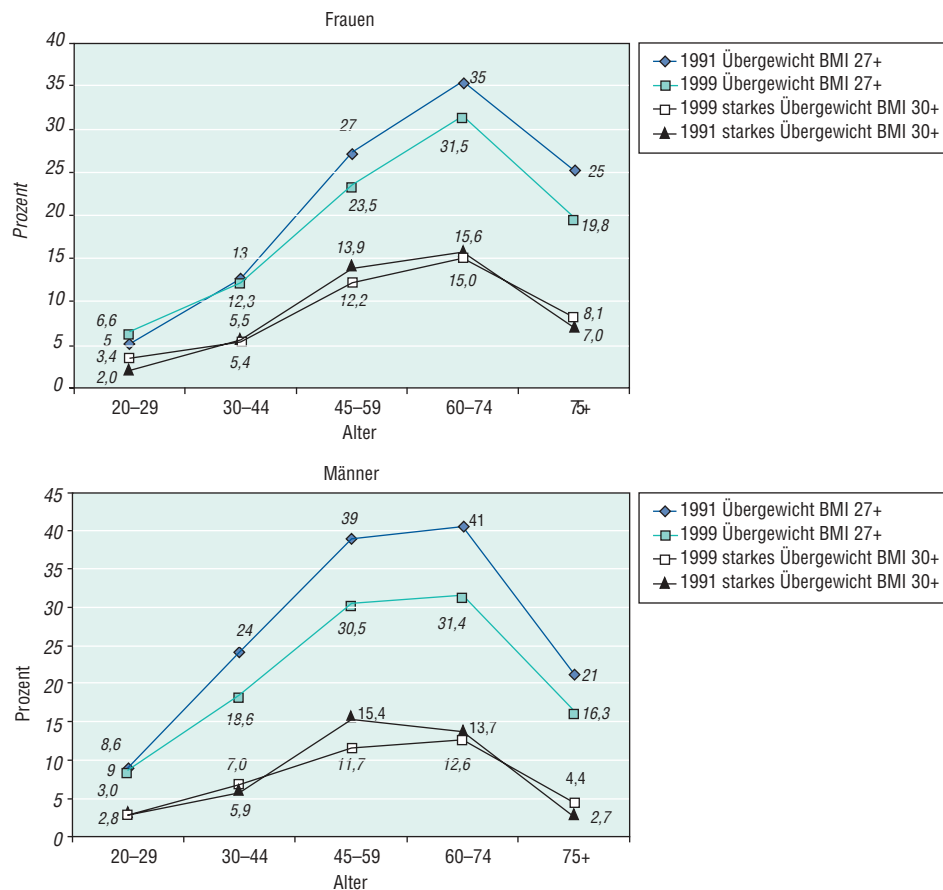
Ernährung und Bewegung bilden gemeinsam wesentliche Bestimmungsfaktoren für das Gewicht einer Person in Relation zu ihrer Größe, und damit für das Übergewicht bzw. Untergewicht einer Person. Der **Body Mass Index**, definiert als Quotient aus Körpermasse in Kilogramm und Körperhöhe in Meter zum Quadrat, dient zur quantitativen Erfassung dieser Relation und damit zur Charakterisierung von Übergewicht bzw. Untergewicht.

Im **zeitlichen Vergleich** zeigt sich, dass bei Männern und Frauen gleichermaßen der Anteil an Personen mit Übergewicht (d. h. einem Body Mass Index zwischen 27 und 30) in allen Altersklassen deutlich abgenommen hat. Waren etwa im Jahr 1991 noch 39 Prozent der Männer und 27 Prozent der Frauen im Alter zwischen

45 und 59 Jahren übergewichtig, so traf dies im Jahr 1999 nur noch auf knapp 31 Prozent der Männer und knapp 24 Prozent der Frauen zu. Bei Personen mit starkem Übergewicht (d. h. einem Body Mass Index über 30) waren hingegen nur geringe Veränderungen über alle Altersklassen hinweg zu verzeichnen. Generell ist zu beobachten, dass die Anteile der übergewichtigen Personen mit zunehmendem Alter deutlich ansteigen. Erst bei Personen über 75 Jahren reduzieren sich diese Anteile wieder.

Insgesamt ist zu erkennen, dass, trotz Fortschritten bei der Verringerung von Gewichtsproblemen bei Menschen mittleren Alters, nach wie vor rund 40 Prozent der Personen in den mittleren Altersgruppen übergewichtig oder stark übergewichtig sind. Somit stellt Übergewicht immer noch ein Gesundheitsrisiko für einen erheblichen Anteil der Wiener Bevölkerung dar.

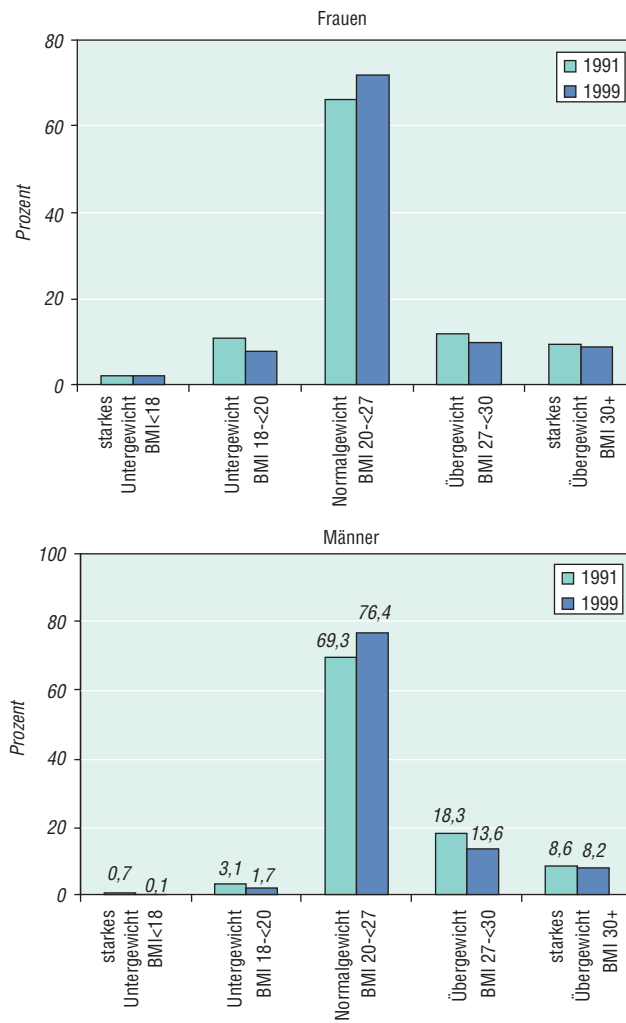
Grafik 9.8: Body Mass Index nach Alter und Geschlecht im zeitlichen Vergleich



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999 und 1991.

Ein Blick auf die gesamte Verteilung des Body Mass Index für Wien zeigt deutliche Verbesserungstendenzen beim Körpergewicht in den 1990er Jahren. So stieg der Anteil der normalgewichtigen Frauen zwischen 1991 und 1999 von 66 Prozent auf 72 Prozent, bei Männern von 69 Prozent auf 76 Prozent. Positiv ist auch zu ver-

merken, dass die Anteile der untergewichtigen und stark untergewichtigen Personen zurückgegangen sind. Waren etwa 1991 noch 11 Prozent der Frauen mit einem Body Mass Index zwischen 18 und 20 untergewichtig, so sank dieser 1999 auf 8 Prozent. Bei Männern stellt Untergewicht eher ein Randproblem dar.

Grafik 9.9: Verteilung des Body Mass Index in der Wiener Bevölkerung im zeitlichen Vergleich

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999 und 1991.

9.3 Psychoaktive Substanzen

Univ.-Prof. Dr. Irmgard EISENBACH-STANGL, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien

Zusammenfassung

Anhand der Ergebnisse der Suchtmittelstudien der Jahre 1993, 1995, 1997, 1999 und 2001 hat sich der Konsum von alkoholischen Getränken, Tabakwaren, Psychopharmaka und illegalen Drogen in dieser Zeit nicht maßgeblich verändert. Nur bei den Erfahrungen mit Cannabis zeigt sich seit Ende der 90er Jahre ein Anstieg.

Allerdings sind deutliche geschlechtsspezifische Verschiebungen beim Suchtmittelkonsum in Wien festzustellen, und zwar in Richtung einer Annäherung der Gebrauchsgewohnheiten von Frauen und Männern.

Den alkoholischen Getränken wird am häufigsten von den WienerInnen im Alter zwischen 40 und 60 Jahren zugesprochen. Die meisten RaucherInnen finden sich in der Altersgruppe der 30- bis 50-Jährigen. Die Psychopharmaka-KonsumentInnen hingegen sind vorwiegend Ältere (über 50-Jährige), mit Ausnahme der Abmagerungs- und Schlankheitsmittel, die vor allem Frauen zwischen 40 und 50 einnehmen. Hanfprodukte sind hingegen die Substanzen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Summary: Psychoactive Substances

The results of the Vienna Drug Survey of 1993, 1995, 1997, 1999 and 2001 show that the consumption of alcohol, tobacco, antipsychotic drugs and illegal drugs has not changed significantly over this period. The only exception is cannabis; the number of persons who have experiences with this drug has increased since the late 1990s.

However, gender-specific changes can be observed in the consumption of legal and illegal drugs; the consumption patterns of women are becoming comparable to those of men.

Alcohol is consumed most frequently by men and women in the age group 40 to 60. The highest percentage of smokers is in the age group 30 to 50. Antipsychotic drugs are mostly taken by older people (above 50 years), with the exception of weight-loss products, which are mainly consumed by women aged 40 to 50. Cannabis products on the other hand are substances consumed mainly by adolescents and young adults.

Einleitung

Der Konsum von psychotropen Substanzen – oder auch von Suchtmitteln, wie sie hier der Einfachheit wegen auch genannt werden sollen – lässt sich auf mindestens zwei Ranglisten abbilden.

Zum einen auf der Rangliste der öffentlichen Aufmerksamkeit, die ihnen zukommt. Diese wird – und das muss nicht erst durch wissenschaftliche Studien erhärtet werden – seit mehr als 30 Jahren von den so genannten „illegalen Drogen“ angeführt. Das sind jene Substanzen, die durch das Suchtmittelgesetz kontrolliert werden, was allerdings nicht bedeutet, dass ihr Gebrauch gänzlich verboten ist. Die meisten dieser Stoffe

sind unter Auflagen im medizinischen Bereich einsetzbar, nur bei einigen wenigen – darunter Heroin, Cannabis und LSD – ist auch dies nicht gestattet. Sie dürfen nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden, und wissenschaftliche Studien bedürfen der Genehmigung und unterliegen der Kontrolle durch internationale Behörden.

Unklar bleibt, welche Substanzen die Ränge besetzen, die mit großem Abstand dem ersten folgen: Ob dies die alkoholischen Getränke sind, die Rauchwaren oder die Psychopharmaka (die sich zum Teil mit den „illegalen Drogen“ überschneiden), dürfte auch vom Tagesgeschehen abhängig sein. Ist die Weinernte bedroht oder gab es einen aufsehenerregenden Unfall mit alkoholi-

sierten Beteiligten, mögen die Alkoholika auf Platz 2 zu finden sein. Würde gerade eine neue Studie über die Folgen des Zigarettenrauchens der Öffentlichkeit vorgestellt oder wurden die Rauchverbote in einem anderen Industrieland ausgeweitet, könnte das Nikotin auf den Rang nach den „illegalen“ rücken. War gerade wieder die Rede vom steigenden Einsatz von Psychopharmaka bei Kindern, könnten sich diese vor dem Alkohol und dem Tabak festsetzen.

Die zweite Rangliste – die, die hier interessiert – ist die des Gebrauchs der genannten Substanzen, die mit Ausnahme von Kaffee und Tee die meistkonsumierten psychotropen Substanzen sind: in Wien, in Österreich insgesamt und in allen industrialisierten Ländern. Die zweite Rangliste ist – unscharf gesprochen – das negative Abbild der ersten. Sie wird von den alkoholischen Getränken angeführt – nachweislich, solange wir über Informationen verfügen, und das ist seit einigen Jahrhunderten.²⁶⁵ Den alkoholischen Getränken folgen, bereits kräftig abgeschlagen, die Rauchwaren. Das Ende der Liste teilen sich die Psychopharmaka und die illegalen Substanzen, wobei von den letzteren nur die Hanfprodukte (wie Haschisch und Marihuana) an die „Reichweite“ der Psychopharmaka herankommen.

Die öffentliche Aufmerksamkeit und der tatsächliche Gebrauch laufen also in gegensätzliche Richtungen: Wir schenken dem, was wir alltäglich gebrauchen, besondere Aufmerksamkeit nur dann, wenn außerordentliche Ereignisse stattfinden, und wir beachten und besprechen fast täglich, was wir zumeist nur vom Hörensagen kennen. Man mag die Meinung vertreten, dies hätte mit dem Ausmaß der gesundheitlichen Bedrohung durch die Substanzen zu tun. Ich möchte die Meinung vertreten, dass dies mit dem „sensation seeking“ verbunden ist, mit dem der abweichende Konsum von Rauschmitteln gerne in Verbindung gebracht wird, das jedoch auch – oder vor allem? – bei jenen zu finden ist, die nur zusehen.

Die empirische Begründung der zweiten Rangliste stößt auf größere Probleme. Sie ist von zugegebenermaßen aufwendigen Erhebungen abhängig, an denen es in Österreich und in Wien mangelt. Die Lücke wird seit 1993 teilweise durch die so genannten **Suchtmittelstudien** geschlossen, die vom Drogenkoordinator in Auftrag gegeben werden, und die seither in Abständen

von zwei Jahren wiederholt wurden. Die ausführende Einrichtung war seit Beginn das IFES, was der Kontinuität in der Durchführung wie in der Aufbereitung der Daten sehr förderlich ist. Die Suchtmittelstudien zielen in erster Linie auf die Evaluation der Wiener Drogenpolitik, doch beinhalten sie auch einige Fragen nach dem Konsum von illegalen, ebenso wie von legalen Substanzen – Fragen, die im Lauf der Jahre nicht nur ausgebaut sondern auch präzisiert wurden. Die Ergebnisse der Studien zum Konsum alkoholischer Getränke, zum Rauchen, zum Gebrauch von Psychopharmaka wie zu den Erfahrungen mit illegalen Drogen sollen in der Folge vorgestellt werden, wobei mit dem Anführer der Rangliste des Gebrauchs – den alkoholischen Getränken – begonnen und im Sinne der Rangliste fortgeschritten wird. Besondere Aufmerksamkeit wird den geschlechts- alters- und bildungsspezifischen Unterschieden zukommen, also grundlegenden sozialen Differenzen, die bis auf die letzteren auch bei den öffentlichen Debatten um Substanzmenge und -missbrauch eine große Rolle spielen. Die Ergebnisse der Suchtmittelstudie vom Jahr 2003 lagen bei der Ausarbeitung der vorliegenden Analyse noch nicht vor, die beschriebene Entwicklung muss sich daher auf den Zeitraum von 1993 bis 2001 beschränken.

9.3.1 Der Gebrauch alkoholischer Getränke in Wien

Die Suchtmittelstudien enthalten seit 1993 eine Frage nach der Häufigkeit des Konsums von Bier, Wein „oder anderen alkoholischen Getränken“. Die Befragten haben die Möglichkeit, „fast täglichen“ Konsum anzugeben, einen höchstens 2-3maligen Gebrauch pro Woche oder zu antworten, dass sie „seltener“ oder „gar nicht“ trinken.

Die Antworten auf diese Frage zeigen zwischen 1993 und 2001 eine hohe Konstanz und legen die Annahme nahe, die Trinkgewohnheiten in Wien hätten sich in der letzten Dekade wenig verändert.

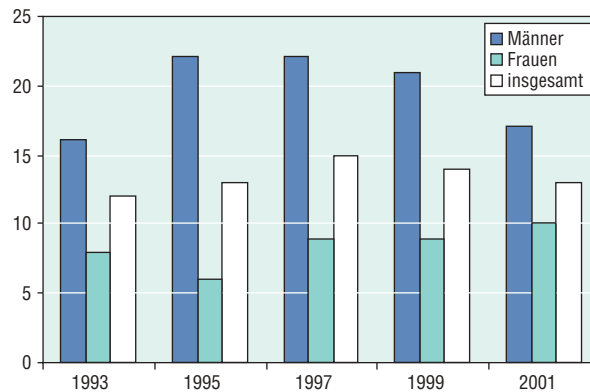
Nun ist die Trinkhäufigkeit aber nur eine, wenn auch eine wesentliche Dimension des Alkoholkonsums. Getränkepräferenzen, Mengen (insgesamt und pro Trinkgelegenheit), Ausmaß der Berausung, Trinkkontexte sind Beispiele für andere wichtige Dimensionen. Ist auch die Trinkhäufigkeit konstant geblieben, so ist es

²⁶⁵ EISENBACH-STANGL (2003).

also doch möglich, dass sich die Getränke oder die getrunken Mengen geändert haben – und dies dürfte auch der Fall sein: In Wien dürfte in der angesprochenen Periode der Alkoholenuss mengenmäßig zurück-

gegangen sein.²⁶⁶ Diese Vermutung wird auch durch die Betrachtung der **geschlechtsspezifischen Entwicklung** der Trinkhäufigkeit unterstützt.

Grafik 9.10: Fast täglicher Alkoholkonsum* von Männern und Frauen und von Wienern insgesamt, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr**, 1993***–2001 (Anteile in Prozent)



* Die Fragestellung lautete: „Trinken Sie Bier oder Wein oder andere alkoholische Getränke ziemlich regelmäßig, also fast alle Tage ...?“

** In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

*** Für das Jahr 1993 stehen nur Ergebnisse aus der 2. Befragungswelle zur Verfügung.

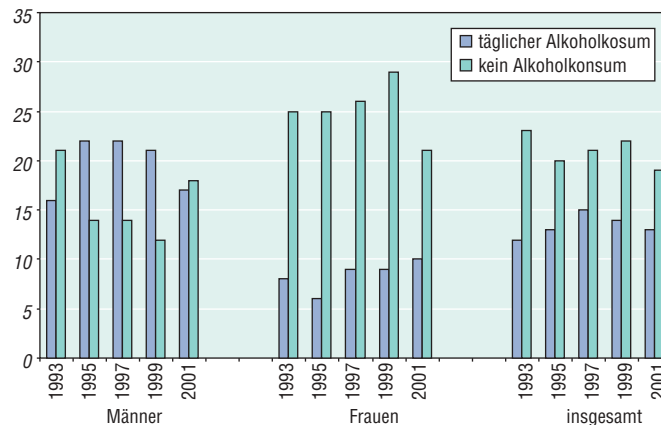
Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

Grafik 9.10 zeigt nur die häufigste Konsumkategorie, den „fast täglichen“ Alkoholkonsum. Dieser hat sich insgesamt (wie die anderen Häufigkeitskategorien) im Beobachtungszeitraum nur wenig verändert. Doch wird aus der Grafik ersichtlich, dass der Anteil der Männer, die „fast täglich“ trinken, tendenziell sinkt, je-

ner der Frauen hingegen steigt, und dass die Geschlechter einander zumindest beim häufigen Trinken etwas näher gekommen sind. Das Bild wird klarer, zieht man noch eine zweite Häufigkeitskategorie hinzu, nämlich jene, die „gar nicht“ trinken.

²⁶⁶ EISENBACH-STANGL(2000).

Grafik 9.11: Männer und Frauen und Wiener insgesamt, die angeben „fast täglich“ und „gar nicht“ zu trinken*, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr**, 1993***–2001 (Anteile in Prozent)



* Die Fragestellung lautete: „Trinken Sie Bier oder Wein oder andere alkoholische Getränke ziemlich regelmäßig, also fast alle Tage ...?“

** In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr

*** Für das Jahr 1993 stehen nur Ergebnisse aus der 2. Befragungswelle zur Verfügung.

Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

Aus dieser Abbildung wird ersichtlich, dass der Anteil der Wiener und Wienerinnen, die „gar nicht“ trinken, sich jenem der Wiener und Wienerinnen angenähert hat, die „fast täglich trinken“. Dies ist bei den Männern und noch deutlicher bei den Frauen zu beobachten, unter denen im Gegensatz zu den Männern die „Nicht-Trinkenden“ die häufigen Konsumentinnen bei weitem überwiegen. Anders ausgedrückt: Wienerinnen geben ihre Abstinenz zunehmend auf und tragen maßgeblich dazu bei, dass der Anteil der Nicht-Konsumenten und Nicht-Konsumentinnen in Wien sinkt. Die Entwicklungen in Wien folgen damit Trends, die in allen industrialisierten Ländern zu beobachten sind.²⁶⁷

Die Betrachtung des Alkoholkonsums nach **Alterskategorien** macht ersichtlich, dass in Wien die Ältesten und vor allem die Jüngsten zu den mäßigsten Trinkern zählen: Zwischen 40 und 50 Prozent der Jugendlichen und jungen Erwachsenen geben an, „seltener“ (als 2- bis 3-mal/Woche) zu trinken, nur 4 bis 8 Prozent von ihnen trinken „fast täglich“. Von den über 60-Jährigen geben zwar doppelt so viele häufigen Konsum alkoholischer Getränke an (14 bis 19 Prozent), dafür findet sich aber auch der jeweils höchste Anteil der Ältesten unter den Nicht-Konsumenten (mehr als ein Viertel, das ist

zwischen 24 und 28 Prozent), was wohl auf den höheren Anteil von Frauen in dieser Alterskategorie zurückzuführen ist. Die häufigsten AlkoholkonsumentInnen sind eindeutig die Wiener und Wienerinnen zwischen dem 40. und dem 60. Lebensjahr: Fast die Hälfte von ihnen trinkt mehrmals pro Woche. Nach Alter und Geschlecht betrachtet, zeichnet sich ab, dass die Häufigkeit des Alkoholkonsums aller Männer tendenziell zurückgeht, die Trinkfrequenz der über 30jährigen Frauen hingegen etwas steigt.

Der Alkoholkonsum nach der **Bildung** der KonsumentInnen betrachtet, bietet ein fast ebenso klares und konstantes Bild: Die „weniger Gebildeten“, jene, die keine Matura haben, tendieren stärker dazu, „gar nicht“ zu trinken (der Anteil schwankt etwa zwischen einem Fünftel und einem Drittel), unter den Maturanten sind dies kaum mehr als 10 Prozent. Bei häufigerem Alkoholkonsum unterscheiden sich Maturanten und Nicht-Maturanten kaum. Aus den zitierten Ergebnissen ergibt sich, dass die Maturanten unter denjenigen überwiegen „die 2-bis 3-mal/Woche“ und „seltener“ als das konsumieren. Anders ausgedrückt: Der Alkoholkonsum polarisiert die weniger Gebildeten, die Nicht-Maturanten, und es ist anzunehmen, dass

²⁶⁷ BLOOMFELD et al. (1999).

dies nach Geschlecht geschieht: Die Frauen ohne Matura also dürften weit häufiger abstinent sein, als die Frauen mit Matura. Die Frauen mit Matura dürften auch weit häufiger bei den mäßigen Trinkern zu finden sein. Und es ist davon auszugehen, dass die oben festgehaltene, nach oben weisende Trinkfrequenz der Frauen darauf zurückzuführen ist, dass die weniger gebildeten Frauen vermehrt zu trinken begonnen haben. Beim Alkoholkonsum der Männern spielt die Bildung vermutlich eine geringere Rolle. Die Männer ohne Matura trinken ähnlich häufig wie jene „mit“.

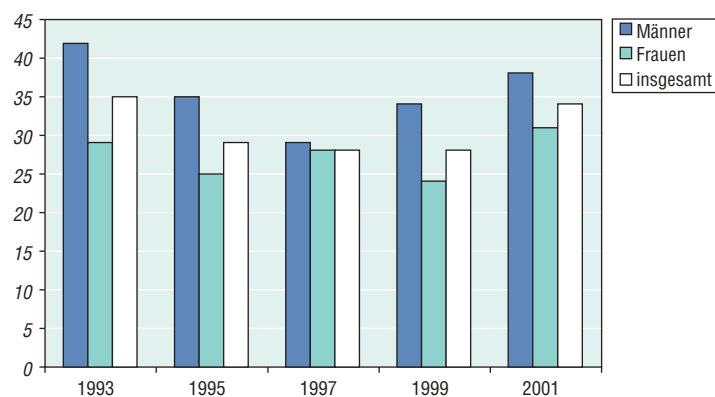
Es bleibt anzumerken, dass in der Suchtmittelstudie aus dem Jahr 2001 auch nach dem Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen gefragt wurde: Die Antworten auf diese Frage unterscheiden sich nicht maßgeblich von jenen auf die Frage nach den „lebenslangen“ Gewohnheiten, die oben vorgestellt wurden. Allerdings geben Männer wie Frauen einen „aktuell“ selteneren Konsum an. Es ist natürlich nicht auszuschließen, dass dies auch tatsächlich zutrifft. Wahrscheinlicher allerdings ist, dass dieses Ergebnis auf einen Einstellungswandel verweist und damit einhergehend auf eine zunehmend kritische oder auch verleugnende Haltung gegenüber dem alltäglichen Trinken, die nicht von einer Veränderung der alltäglichen Konsumgewohnheiten begleitet wird.

9.3.2 Der Gebrauch von Tabakwaren²⁶⁸

Wie der Alkoholkonsum hat sich auch das Rauchverhalten der Wiener und Wienerinnen im Beobachtungszeitraum nicht maßgeblich verändert. Betrachtet man es differenzierter, sind jedoch wiederum interessante Trends – vor allem geschlechtsspezifischer Art – auszumachen.

Die in den Suchtmittelstudien seit 1993 gestellte Frage über das Rauchen ist, wie jene über das Trinken, eine Frage nach der Häufigkeit des Konsums. Sie lautet „Sind Sie ...“ und gibt drei Antwortmöglichkeiten vor: „Nicht-raucher/in, Gelegenheitsraucher/in und regelmäßige/r Raucher/in“. Die „regelmäßigen Raucher“ wurden allerdings im Laufe der Jahre umdefiniert: 1995 und 1997 wurden sie in „regelmäßige, eher schwache“ und „regelmäßige, eher starke“ Raucher unterteilt, seit 1999 wird regelmäßiges Rauchen mit „täglichem Nikotin-Konsum“ gleichgesetzt. Diese Veränderungen mögen die aus der folgenden Abbildung ersichtliche Entwicklung mitbestimmt haben. Dennoch lässt sich auch aus ihr der aus anderen Erhebungen bekannte Trend ablesen, dass nämlich der Anteil der Raucher unter den Männern ab-, der Anteil unter den Frauen hingegen zunimmt, dass also wie beim Trinken die Geschlechter beim Rauchen einander näherkommen.

Grafik 9.12: Regelmäßige Raucher*, Männer und Frauen und Wiener insgesamt, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr **, 1993–2001 (Anteile in Prozent)



* 1995 wurde die Frage, ob man sich als „regelmäßiger“ Raucher einstufte, unterteilt in: „regelmäßiger, aber schwacher“ und „regelmäßiger, aber starker“ Raucher, 1999 wurde die Unterteilung wieder fallengelassen und regelmäßiges Rauchen als „tägliches Nikotin-Konsum“ definiert.

** In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

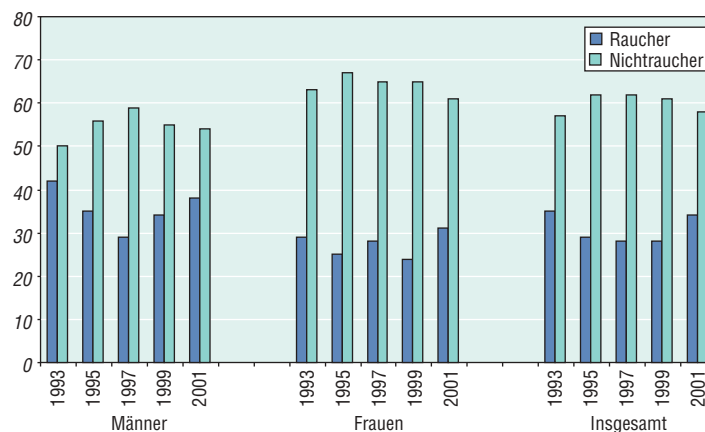
Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

²⁶⁸ Vgl. auch Kap. 9.4 – Rauchen

Stellt man den (regelmäßigen) RaucherInnen die NichtraucherInnen gegenüber, lässt sich beobachten, dass der Anteil der NichtraucherInnen unter den Männern leicht nach oben weist, bei den Frauen hingegen

nach unten und dass, wie der Anteil der RaucherInnen, der Anteil der NichtraucherInnen unter den Wienern und Wienerinnen insgesamt weitgehend konstant bleibt.

Grafik 9.13: Regelmäßige RaucherInnen* und NichtraucherInnen, Männer und Frauen und Wiener insgesamt, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr **, 1993–2001 (Anteile in Prozent)



* 1995 wurde die Frage, ob man sich als „regelmäßiger“ Raucher einstufte, unterteilt in: „regelmäßiger, aber schwacher“ und „regelmäßiger, aber starker“ Raucher, 1999 wurde die Unterteilung wieder fallengelassen und regelmäßiges Rauchen als „tägliches Nikotin-Konsum“ definiert.

** In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

Vergleicht man das Rauchen und Nichtrauchen in **Altersgruppen** wird – wenig überraschend – ersichtlich, dass weit über die Hälfte der Älteren (d. h. der über 50-Jährigen) NichtraucherInnen sind und nur der geringste Teil RaucherInnen. Bei den unter 50-Jährigen ist der Anteil von RaucherInnen und NichtraucherInnen erheblich ausgeglichener, am ausgeglichener ist er jedoch bei den 30- bis 49-Jährigen, unter denen in allen Erhebungen die größten Anteile von Rauchern und Raucherinnen zu finden sind. Wie beim Alkoholkonsum, aber etwas nach „unten“ verschoben, sind es also auch beim Tabakkonsum die Wiener und die Wienerinnen „im besten Alter“, die am häufigsten zu den entsprechenden Substanzen greifen. Die Ergebnisse der Suchtmittelstudien verweisen jedoch auch darauf, dass der Anteil der (regelmäßigen) Raucher bei den Wienern „im besten Alter“ tendenziell sinkt – wie im übrigen auch in der jüngsten Altersgruppe, bei den unter 30-Jährigen, der Anteil der GelegenheitsraucherInnen dementsprechend zunimmt und der Anteil der regelmäßigen RaucherInnen bei den Älteren (also den über

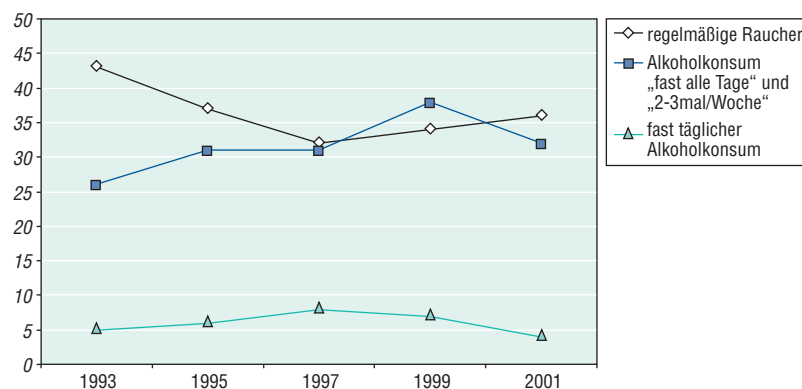
50-Jährigen) steigt. Oder sollte dieser Trend auf die Veränderungen der Definition des regelmäßigen Rauchens zurückführbar sein? Denkbar ist beides.

Das Rauchverhalten nach der **Bildung** betrachtet ergibt ein klares Bild: Unter den weniger Gebildeten – das sind jene, die keine Matura haben – finden sich mehr (regelmäßige) RaucherInnen als bei Gebildeteren. Umgekehrt finden sich unter den Gebildeteren mehr NichtraucherInnen und mehr GelegenheitsraucherInnen als bei jenen ohne Matura. Das „Bildungsprofil“ des Rauchverhaltens unterscheidet sich demnach von dem des Konsums alkoholischer Getränke. Dies ist auch im Zusammenhang mit den präventiven Bemühungen in der letzten Dekade zu sehen, die die Gebildeteren wohl mehr angesprochen haben als die weniger Gebildeten, wie vermutlich auch mehr „WienerInnen“ als „MigrantInnen“, wobei die letzteren, insbesondere aber die Männer, den Tabakwaren besonders intensiv zusprechen.²⁶⁹

Da die **Jugendlichen** und die **jungen Erwachsenen** oft im Brennpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit stehen, wird der Ge- und Missbrauch von alkoholischen Getränken und von Tabakwaren vermehrt diskutiert, d. h. es sollen die Ergebnisse der Suchtmittelstudien zu Alkohol- und Tabakkonsum für diese Altersgruppe nochmals zusammengefasst werden. Sie zeigen, dass die Jugendlichen und die jungen Erwachsenen sowohl bei den alkoholischen Getränken wie auch bei den Rauchwaren nach den Älteren (d. h. den

über 50- resp. 60-Jährigen) die Altersgruppe sind, die am seltensten konsumiert, oder auch: dass sie weit weniger konsumieren als die WienerInnen „im besten Alter“. Aus *Grafik 9.14* wird ersichtlich, dass der alltägliche Alkoholkonsum in dieser Altersgruppe weit unter dem regelmäßigen Konsum von Tabakwaren liegt und tendenziell sogar zurückgeht, dass der „häufigere“ Alkoholkonsum („fast täglich“ und „2- bis 3-mal/Woche“) jedoch nahe an das häufige Rauchen herankommt.

Grafik 9.14: Regelmäßige RaucherInnen und häufige AlkoholkonsumentInnen unter den 14- resp. 15- bis 29-jährigen WienerInnen*, 1993–2001 (Anteile in Prozent)



* In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

9.3.3 Der Gebrauch von Psychopharmaka

Der Gebrauch von Psychopharmaka ist ein mit dem Gebrauch der legalen und illegalen Suchtmittel nicht unmittelbar vergleichbares Phänomen, da er überwiegend in einem besonderen Raum stattfindet. Die meisten Psychopharmaka sind nur auf ärztliche Anordnung in Apotheken und Krankenanstalten erhältlich. Anders als bei den so genannten Genussmitteln Alkohol und Tabak ist ihr Gebrauch daher professionellen Regeln und Kontrollen unterworfen, und der individuelle Wunsch nach einer solchen Substanz kann zumeist nicht durch einen einfachen Kauf- und Konsumakt befriedigt werden. Es hat sich dennoch durchgesetzt, den Psychopharmaka-Konsum zu diskutieren, wenn der Suchtmittelkonsum besprochen wird. Entsprechende Fragen finden sich daher auch in den Suchtmittelstudi-

en, sie sind hier mit den Fragen nach dem Konsum illegaler Substanzen kombiniert. Dies entbehrt nicht der Logik, denn wie erwähnt, werden viele Psychopharmaka auch durch das Suchtmittelgesetz kontrolliert. Und Substanzen, deren Zugänglichkeit auf diese Weise erschwert wird, werden häufig auch auf dem Schwarzmarkt vertrieben. Die Amphetamine, aber auch so genannte „Ersatzdrogen“, die in der Substitutionstherapie eingesetzt werden, sind hierfür ein gutes Beispiel.

Bei der Erhebung des Psychopharmaka-Konsums wird in den Suchtmittelstudien nach den Erfahrungen und dem Konsum von vier Gruppen von Substanzen gefragt: „Beruhigungstabletten“, „Schlaf-tabletten“, „Abmagerungs- und Schlankheitstabletten“ und „Medikamente gegen Müdigkeit, Anregungsmittel und Konzentrationsmittel“.

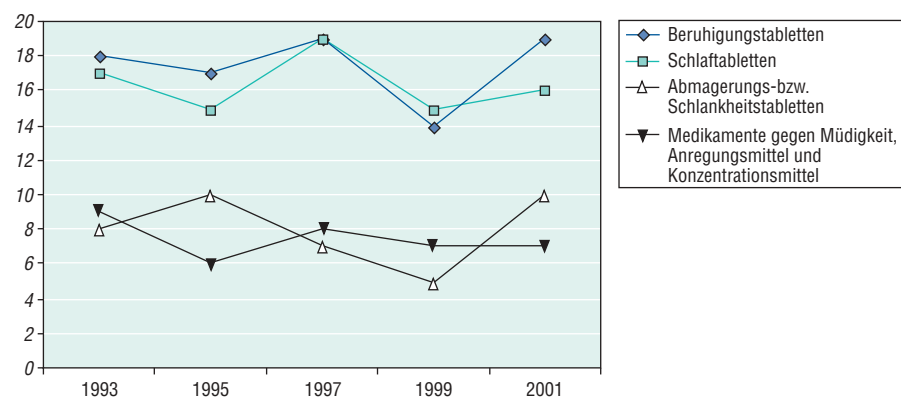
²⁶⁹ Stadt Wien (2002).

Wie die Erhebung des Konsums von alkoholischen Getränken wurde die Erhebung der Erfahrungen mit und des Gebrauchs von Psychopharmaka und von illegalen Substanzen bei den letzten Studien verfeinert.

Die folgende Abbildung zeigt, dass die Erfahrungen der Wienerinnen und Wiener mit den genannten Substanzengruppen recht unterschiedlich sind: Beruhigungs- und Schlafmittel wurden im bisherigen Leben etwa

doppelt so oft eingesetzt wie stimulierende Substanzen, zu denen die Abmagerungstabletten wie die Anregungsmittel zählen. Sichtbar wird auch, dass die Erfahrungen bei allen Substanzengruppen geringere Veränderungen aufweist als jene mit den Genussmitteln und mit den illegalen Drogen, was wohl mit dem besonderen Raum, in dem der Psychopharmaka-Konsum vorwiegend stattfindet, zu erklären ist.

Grafik 9.15: WienerInnen, die „irgendwann einmal schon selbst eines der folgenden Mittel genommen haben“, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr*, 1993–2001 (Anteile in Prozent)



* In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

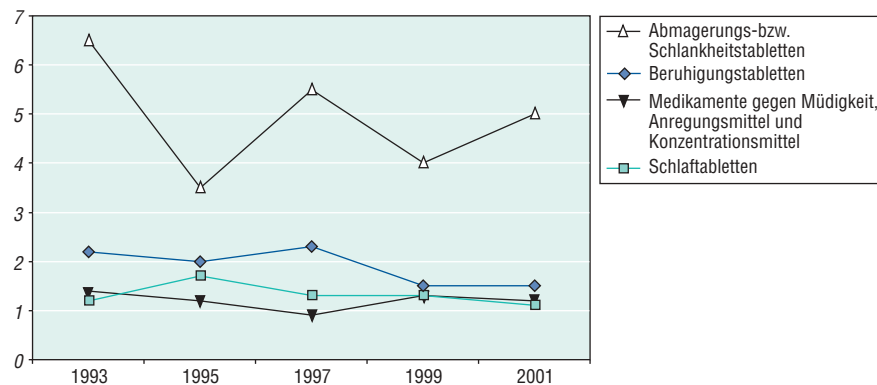
Im Gegensatz zu allen anderen psychoaktiven Substanzen sind Psychopharmaka bekanntlich die Suchtmittel, die häufiger von Frauen als von Männern gebraucht werden. Es handelt sich hierbei um ein seit vielen Jahrzehnten beobachtbares Phänomen. Interessant ist, dass das Geschlechterverhältnis nicht konstant ist, sondern abhängig von der Substanz und je nach Substanzengruppe unterschiedlich ausfällt. Anregungsmittel und Schlaftabletten sind Mittel, mit denen Frauen und Männer Konsumerfahrungen etwa ähnlichen Ausmaßes gemacht haben. Bei den Beruhigungsmitteln überwiegen die Frauen deutlich, die Abmagerungs- und Schlankheitsmittel sind dann eindeutig „Frauensache“ (siehe Grafik 9.16).

Das Ergebnis überrascht nicht, doch sollte es höchst erstaunlich sein – angesichts der „wahren Gewichtsverhältnisse“: Erhebungen zum Körpergewicht zeigen mit schöner Regelmäßigkeit, dass die Frauen zum Untergewicht, Männer zum Übergewicht tendieren.²⁷⁰

Grafik 9.16 weist auch auf eine leichte Annäherung der geschlechtsspezifischen Erfahrungsmuster vor allem bei jenen Substanzen hin, die am stärksten von den Frauen konsumiert werden. Sie wird durch den Rückgang des Substanzkonsums durch Frauen bewirkt.

²⁷⁰ Stadt Wien (2002); Stadt Wien (2003); KIEFER & RATHMANNER (2003).

Grafik 9.16: Ratio Frauen : Männer, die über Erfahrungen mit den genannten Mitteln verfügen, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr*, 1993–2001



* In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

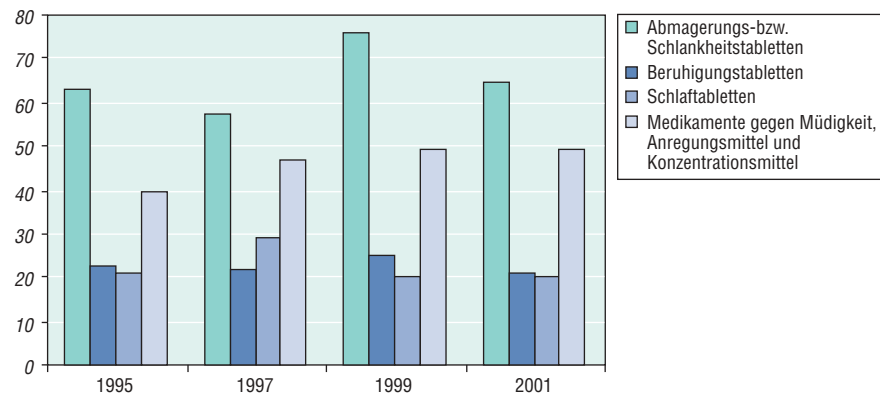
Neben der Eigenheit der Psychopharmaka „Frauensache“ zu sein, ist auch bekannt, dass sie die Substanzen der **Älteren** und der Alten sind. Die Suchtmittelstudien bestätigen auch dieses Phänomen, allerdings wiederum mit kleinen Variationen. Es sind die über 50-Jährigen, die am häufigsten Erfahrungen mit Beruhigungs-, Schlaf- und Anregungsmitteln haben, aber im Falle der Abmagerungs- und Schlankheitstabletten sind es die 40- bis 49-Jährigen. Mit Abmagerungs- und Schlankheitstabletten haben vier- bis fünfmal so viele Frauen wie Männer Erfahrung. So sind es also wohl vor allem die Frauen in den Wechseljahren, die zu diesen Substanzen greifen.

Ein Blick auf die **Bildung** der mit Psychopharmaka Erfahrenen zeigt, dass es vor allem die weniger Gebildeten sind, die zu ihrem Gebrauch neigen. Dies gilt für die Abmagerungs- und Schlankheitstabletten und für die Beruhigungs- und Schlaftabletten, nicht aber für die Medikamente gegen Müdigkeit, Anregungsmittel und Konzentrationsmittel. Erinnern wir uns: Die letzteren

waren auch die Substanzen, bei denen das Geschlechterverhältnis am ausgeglicheneren war. Andererseits ist das „Bildungsprofil“ der am stärksten geschlechtsspezifischen Substanzen – der Abmagerungs- und Schlankheitsmittel – am ausgeprägtesten.

Die vorliegenden Ergebnisse der Suchtmittelstudien lassen sich also dahingehend zusammenfassen, dass der vergleichsweise seltene Gebrauch der Anregungsmittel in geringem Maße geschlechts- und bildungsspezifisch erfolgt, dass die häufiger gebrauchten Schlaf- und Beruhigungstabletten deutlich häufiger von älteren und alten Frauen als von älteren und alten Männern mit geringerer Bildung eingenommen werden, dass jedoch die Einnahme von Abmagerungs- und Schlankheitsmitteln überwiegend von geringer gebildeten Frauen in den Wechseljahren erfolgt. Dies ist ein Ergebnis, das zur Frage führt, in welchem Ausmaß Psychopharmaka von Ärzten verordnet oder ohne ärztliche Verschreibung eingenommen wurden.

Grafik 9.17: „Psychopharmaka-Erfahrene“, die das genannte Mittel ohne ärztliche Verschreibung genommen haben, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr*, 1995**–2001 (Anteile in Prozent)



* In der Erhebung von 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

** Die ärztliche Verschreibung/Selbstmedikation wird seit 1995 erhoben.

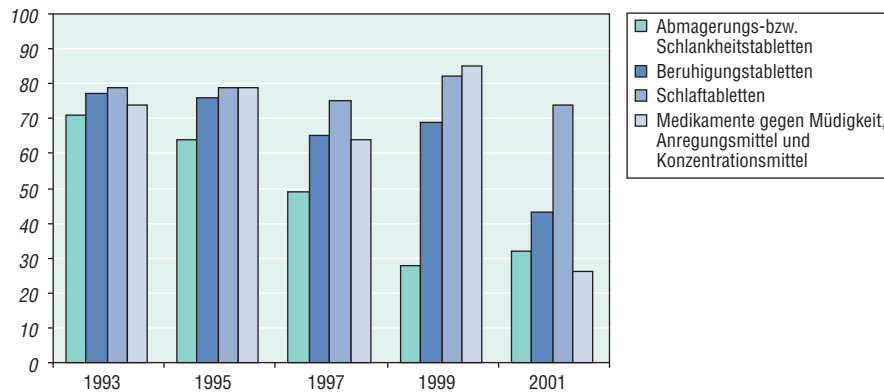
Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

Grafik 9.17 zeigt, welcher Anteil der mit Psychopharmaka Erfahrenen die entsprechenden Mittel ohne ärztliche Verschreibung eingenommen hat. Der Anteil variiert je nach Substanzengruppe: Bei Abmagerungs- und Schlankheitsmitteln ist überwiegend „Selbstmedikation“ zu beobachten, bei den Anregungsmitteln sind Selbstmedikation und ärztliche Verschreibung etwa gleich häufig, bei den Beruhigungs- und Schlafmitteln hingegen, den am häufigsten gebrauchten Substanzengruppen, überwiegen die professionellen Verordnungen bei weitem. Aus der Abbildung wird nicht ersichtlich, dass die Selbstmedikation bei allen Substanzengruppen bei Männern deutlich höher liegt als bei Frauen. Nun ist nachgewiesen worden, dass beim Vorliegen gleicher Beschwerden Frauen häufiger als Männer ein Psychopharmaka verschrieben bekommen.²⁷¹ Angesichts der vorgestellten Ergebnisse stellt sich daher die Frage, ob neben einer Überversorgung von (älteren und alten) Frauen nicht auch von der Unterversorgung von (älteren und alten) Männern auszugehen ist.

Ein Blick auf den rezenteren Psychopharmaka-Gebrauch, d. h. insbesondere den Gebrauch in den letzten drei Jahren, rundet das Bild ab: Wie Grafik 9.18 zeigt, ist dieser nämlich bei allen Substanzengruppen mit Ausnahme der Schlafmittel deutlich rückläufig. Er ist am deutlichsten rückläufig bei den Abmagerungs- und Schlankheitstabletten und bei den Anregungsmitteln, bei jenen Medikamenten also, die insgesamt sehr selten, aber am häufigsten ohne ärztliche Verordnung eingenommen werden. Rückläufig ist die Selbstmedikation, könnte man auch sagen, oder sollte man, wie bei den alkoholischen Getränken davon ausgehen, dass sie zunehmend weniger eingestanden wird? Der Gebrauch jener Psychopharmaka, die überwiegend von Ärzten verordnet werden, ist hingegen in geringerem Maße (Beruhigungsmittel) oder nicht (Schlaf-tabletten) rückläufig. Er verweist auf die schwierigen Lebenslagen älterer und alter Menschen, vor allem aber älterer und alter Frauen, für deren Bewältigung weder auf individueller noch auf gesellschaftlicher Ebene ausreichende und adäquate Mittel zur Verfügung stehen.

²⁷¹ ERNST & FÜLLER (1988).

Grafik 9.18: „Psychopharmaka-Erfahrene“, die das genannte Mittel (auch) in den letzten 3 Jahren genommen haben, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr*, 1993–2001 (Anteile in Prozent)



* In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

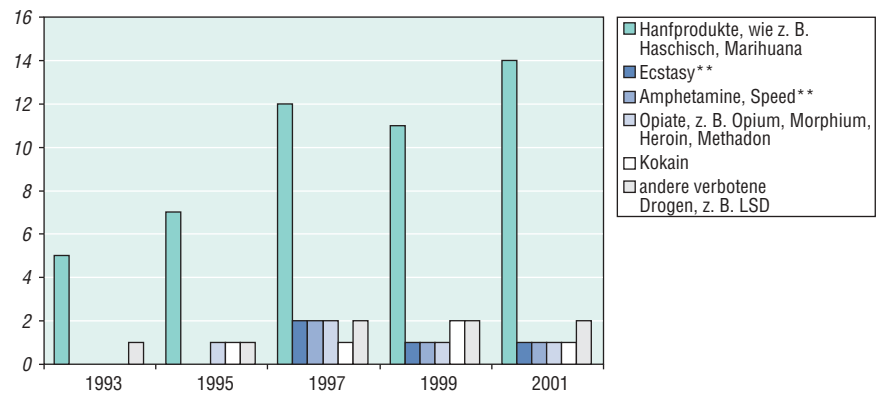
Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

9.3.4 Der Konsum illegaler Substanzen

In den Suchtmittelstudien wird der Konsum der illegalen Substanzen zusammen mit dem der Psychopharmaka erhoben. Gefragt wird seit der ersten Studie nach den Erfahrungen mit „Hanfprodukten, wie z. B. Haschisch und Marihuana“, „Opiaten, z. B. Opium, Morphium, Methadon“, „Kokain“ und „anderen verbotenen Drogen, z. B. LSD“. 1997 wurden zusätzlich „Ecstasy“ und „Amphetamine, Speed“ in die Liste aufgenommen.

Die Ergebnisse erbringen kurz zusammengefasst, dass nur bei den Hanfprodukten Erfahrungen in relevantem Ausmaß vorliegen (vgl. Grafik 9.18). Die Erfahrungen mit allen anderen Substanzen sind – auf der Ebene der Wiener Bevölkerung betrachtet – so gering, dass sie sich nicht in nennenswerten Anteilen abbilden. Zum relativ seltenen Gebrauch kommt auch der Umstand, dass die KonsumentInnen der genannten Drogen durch Repräsentativerhebungen aus den verschiedensten Gründen nur schlecht erreichbar sind und dass – aufgrund der negativen Bewertung und Kriminalisierung der Substanzen – Befragte mit Erfahrungen dazu tendieren, diese zu verschweigen.

Grafik 9.19: WienerInnen, die „irgendwann einmal schon selbst eines der genannten Mittel genommen haben“, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr*, 1993–2001 (Anteile in Prozent)



* In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

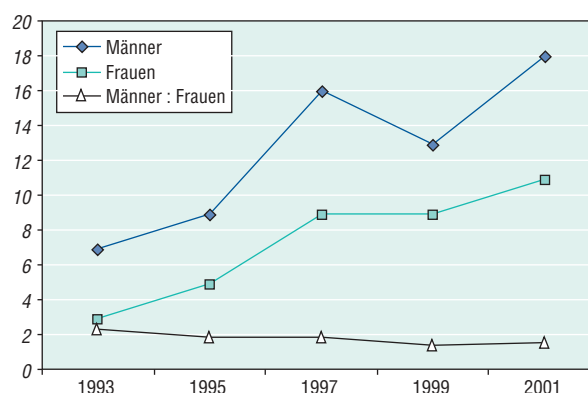
** Ecstasy“ und „Amphetamine, Speed“ wurden erst 1997 in die Befragung aufgenommen.

Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

Grafik 9.19 zeigt darüber hinaus, dass die Erfahrungen mit Hanfprodukten sich seit 1993 etwa verdreifacht haben. Der Anstieg ist bei Männern und Frauen gleichermaßen zu beobachten, ja er ist bei den Frauen sogar noch etwas stärker ausgefallen, wie aus Grafik 9.20 ersichtlich wird. Die Frauen und Männer haben sich so-

wohl beim Gebrauch von alkoholischen Getränken und Rauchwaren als auch bei den Erfahrungen mit illegalen Drogen – zumindest aber bei Cannabis – genähert. Diese Entwicklung ist abgeschwächt auch bei den Psychopharmaka zu beobachten.

Grafik 9.20: Männer und Frauen, die über Erfahrungen mit Hanfprodukten verfügen und das Geschlechterverhältnis, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr*, 1993–2001 (Anteile in Prozent)



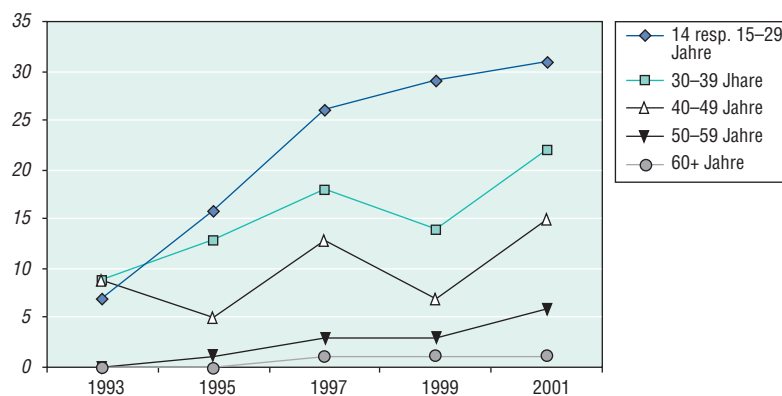
* In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

Betrachtet man die Erfahrungen mit Hanfprodukten nach **Altergruppen**, wird ersichtlich, dass sie in allen Altergruppen gestiegen sind, selbst bei den über 60-Jährigen (vgl. *Grafik 9.21*). Die Autoren der Suchtmittelstudien führen dies auf die „Enttabuisierung“ des Cannabis zurück. Sie schreiben: „Die vergleichsweise doch deutlich niedrigeren Werte aus der ersten Hälfte der 90er Jahre haben die damalige tatsächliche Nutzerpopulation zweifellos unterschätzt, da die Bereitschaft

einen Hanfkonsum zuzugeben damals noch deutlich weniger ausgeprägt war, als dies jetzt der Fall ist. Dieser vor allem in den letzten Jahren spürbar gewesene Enttabuisierungsprozess im Zusammenhang mit den sogenannten ‚weichen‘ Drogen wird auch von der Bevölkerung wahrgenommen und als durchaus zutreffend bestätigt“.²⁷² Diese Enttabuisierung ist auch in anderen Ländern festzustellen.²⁷³

Grafik 9.21: Mit Hanfprodukten erfahrene WienerInnen, nach Alterskategorien, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr*, 1993–2001 (Anteile in Prozent)



* In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

Quelle: IFES: Suchtmittel-Studie (im Auftrag des Fonds Soziales Wien).

Grafik 9.21 zeigt jedoch auch, dass Cannabis nach wie vor eine Droge von Jüngeren geblieben ist. Diese Feststellung wird bestärkt, wirft man einen Blick auf den Konsum von Hanfprodukten in den letzten drei Jahren. Rund 80 Prozent der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die Erfahrungen mit Cannabis haben, geben auch einen rezenteren Konsum an, wenn auch nur äußerst selten „fast ständigen“ Gebrauch. Von den 30- bis 50-jährigen Hanferfahrenen sind es dann nur mehr die Hälfte, die Cannabis auch in den letzten drei Jahren gebraucht haben. Die Zahl der noch älteren Cannabisverfahrenen ist zu klein, um sinnvolle Aussagen machen zu können.

Betrachtet man die Erfahrungen mit Hanfprodukten nach der **Bildung**, ergibt sich folgendes Bild: Cannabis

ist in hohem Maße die Droge der in „höherer“ Ausbildung sich Befindenden, also der SchülerInnen und der StudentInnen. Anders ausgedrückt: Erfahrungen mit Cannabis machen MaturantInnen weit häufiger als Nicht-MaturantInnen, aber AkademikerInnen haben seltener Erfahrungen mit Hanfprodukten als Nicht-AkademikerInnen (oder berichten zumindest seltener davon). In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass in den 90er Jahren eine zunehmende Zahl von Cannabiskonsumenten polizeilich registriert wurden.²⁷⁴ Die Frage, ob der soziale Hintergrund der von der Polizei aufgegriffenen Cannabiskonsumenten mit dem hier skizzierten aller Konsumenten korrespondiert, oder ob vorzugsweise unterprivilegierte Jugendliche und junge Erwachsene kriminalisiert werden, kann nur von einer eigenen Studie beantwortet werden.

²⁷² IFES (2002).

²⁷³ Vgl. z. B. KUNTSCHKE (2002).

²⁷⁴ EISENBACH-STANGL (2003).

9.3.5 Der Mehrfachkonsum

Der Gebrauch einer psychoaktiven Substanz schließt den Gebrauch einer anderen nicht aus. Es sind im Gegenteil starke Überlappungen zu beobachten, die häufig als „Mehrfachkonsum“ bezeichnet werden. Um einige Beispiele zu nennen: Wer trinkt, raucht häufiger als jemand, der nicht trinkt; wer raucht, macht häufiger Erfahrungen mit illegalen Substanzen als jemand, der nicht raucht; wer Erfahrungen mit Psychopharmaka hat, trinkt häufiger als jemand, der keine Erfahrungen mit Psychopharmaka hat. Bei genauerer Betrachtung sind die Zusammenhänge allerdings recht kompliziert: Der Gebrauch von Abmagerungs- und Schlankheitstabletten zum Beispiel geht häufiger mit dem regelmäßigen Rauchen einher als mit dem regelmäßigen Trinken, der Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln hingegen häufiger mit dem regelmäßigen Trinken als mit dem häufigen Rauchen, und nicht zuletzt gibt es natürlich einen nennenswerten Anteil täglicher AlkoholkonsumentInnen, die nicht rauchen. Innerhalb der großen Überlappungen des Substanzkonsums sind also typische „Konsumkombinationen“ oder auch „Konsumspezialisierungen“ zu beobachten.

Es bedürfte hier einer Sonderauswertung der Suchtmittelstudien, um den Mehrfachkonsum, die typischen Konsumkombinationen und die Entwicklung beider im letzten Jahrzehnt zu erfassen. Da dies im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist, soll abschließend auf ein Ergebnis verwiesen werden, das die Autoren der Suchtmittelstudien anhand der Ergebnisse der Erhebung von 2001 herausgearbeitet haben. Sie haben untersucht, wie viele Wienerinnen und Wiener Erfahrungen mit zumindest einem der genannten Psychopharmaka oder einer der genannten illegalen Drogen gemacht haben, und festgestellt, dass der Anteil der Erfahrenen zugenommen hat. Hatten 1993 noch 61 Prozent der Befragten keine Erfahrungen mit den genannten Substanzen, so waren es 2001 nur mehr 51 Prozent. „Jede/r zweite Wiener/in über 15 Jahren hat somit zumindest schon einmal eines der genannten Mittel eingenommen.“²⁷⁵ Und sie fügen dem hinzu, dass dies primär auf eine höhere Verbreitung im Medikamentenbereich zurückzuführen ist. Anders ausgedrückt: Die „Reichweite“ der illegalen Drogen, aber vor allem der Psychopharmaka ist in den letzten zehn Jahren größer geworden, die genannten Substanzen sind

in die Bevölkerung diffundiert und haben vermutlich begonnen, sich neben alkoholischen Getränken und Rauchwaren (die nicht in die Untersuchung einbezogen waren) niederzulassen.

9.3.6 Zusammenschau

Folgt man den Ergebnissen der Suchtmittelstudien der Jahre 1993, 1995, 1997, 1999 und 2001 auf der Ebene der gesamten Wiener Bevölkerung ab 14 resp. ab 15 Jahren, so hat sich der Konsum von alkoholischen Getränken, Tabakwaren, Psychopharmaka und illegalen Drogen in dieser Zeit mit einer Ausnahme nicht maßgeblich verändert: Seit Ende der 90er Jahre sind die Erfahrungen mit Cannabis deutlich gestiegen. Die Autoren der Studien erklären den Anstieg mit einem „Enttabuisierungsprozess“, der die Angabe von Erfahrungen mit Hanfprodukten bei Befragungen erleichtert und sie befinden sich dabei in Übereinstimmung mit internationalen Befunden. Der „Enttabuisierungsprozess“ der Erfahrungen mit Cannabis ist möglicherweise von einem „Tabuisierungsprozess“ des aktuellen, alltäglichen Konsums von so genannten Genussmitteln, den alkoholischen Getränken und noch mehr den Rauchwaren, begleitet, der vielleicht auch den aktuellen, selbständigen Gebrauch einiger Psychopharmaka, wie zum Beispiel von Abmagerungs- und Schlankheitsmitteln oder Anregungsmittel, umfasst.

Berücksichtigt man das Geschlecht der KonsumentInnen dieser psychoaktiven Substanzen, sind allerdings deutliche Verschiebungen beim Suchtmittelkonsum in Wien festzuhalten. Beim Genussmittelkonsum ist eine Annäherung der Gebrauchsgewohnheiten von Frauen und Männern zu beobachten, der von beiden Seiten ausgeht: Frauen geben nicht nur zunehmend die Abstinenz auf, sondern begeben sich auch zunehmend in die Gruppe der intensiveren Konsumentinnen, Männer wechseln von der Gruppe der intensiven in jene der gelegentlichen Konsumenten und teils auch ins Lager der Abstinenter. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die tendenzielle Angleichung der geschlechtsspezifischen Gebrauchsmuster einen mengenmäßigen Rückgang des Genussmittelkonsums zur Folge hat, der jedoch weder besonders rasch noch besonders intensiv vorstatten geht: Der Genussmittelgebrauch ist bis heute eindeutig „Männersache“ geblieben. Eine tendenzielle Annäherung der Geschlechter zeichnet sich auch beim

²⁷⁵ IFES (2002).

Psychopharmaka-Konsum ab. Sie wird vor allem beim Konsum jener Substanzen sichtbar, die im besonderen Maße „Frauensache“ sind: den Abmagerungs- und Schlankheitsmitteln und den Schlaftabletten. Der Konsum von illegalen Drogen bleibt keine Ausnahme – genauer der Konsum von Hanfprodukten, da der Gebrauch anderer illegaler Substanzen zu geringfügig ist, um sich in brauchbaren Prozentsätzen bei Repräsentativerhebungen niederzuschlagen. Die Annäherung der Geschlechter ist hier auf die Alterskategorie der Jugendlichen und der jungen Erwachsenen beschränkt, sie hat aber auch hier die „männliche Dominanz“ nicht gebrochen.

Hinsichtlich des Alters sind keine nennenswerten Entwicklungen zu beobachten, was jedoch nicht bedeutet, dass der Substanzenkonsum altersindifferent ist: im Gegenteil. Den alkoholischen Getränken wird am häufigsten von den Wienern und Wienerinnen „im besten Alter“ zugesprochen, von jenen also, die zwischen 40 und 60 Jahre alt sind. Die meisten RaucherInnen finden sich in der Altersgruppe der 30- bis 50-Jährigen. Die Psychopharmaka-KonsumentInnen hingegen sind vorwiegend Ältere (über 50-Jährige), mit Ausnahme

der Abmagerungs- und Schlankheitsmittel, die vor allem Frauen zwischen 40 und 50 einnehmen. Und die Hanfprodukte sind die Substanzen der Jugendlichen und der jungen Erwachsenen.

Die psychoaktiven Substanzen sind nicht nur jeweils einem Geschlecht und bestimmten Altersgruppen zuzuordnen, sie haben sozusagen auch eine Bildung. So wird dem Alkohol stärker von jenen mit höherer Bildung (hier verstanden als jene, die Matura haben) zugesprochen als von jenen mit geringerer Bildung, wobei sich die gravierendsten Unterschiede vermutlich bei den Frauen beobachten lassen. Der regelmäßige Tabakkonsum hingegen findet sich weit häufiger bei jenen, die keine Matura haben, und hier sind es vermutlich die Männer, bei denen sich die stärksten bildungsspezifischen Differenzen finden. Auch der Psychopharmaka-Konsum überwiegt insgesamt bei jenen mit geringerer Bildung, und zwar offenbar unabhängig davon, ob es sich um Frauen oder Männer handelt. Die Erfahrungen mit Hanfprodukten hingegen sind wiederum eine Sache der Gebildeteren – genauer: jener, die sich in „höherer Ausbildung“ befinden und hier wiederum der Frauen und Männer gleichermaßen.

9.3.5 Der Mehrfachkonsum

Der Gebrauch einer psychoaktiven Substanz schließt den Gebrauch einer anderen nicht aus. Es sind im Gegenteil starke Überlappungen zu beobachten, die häufig als „Mehrfachkonsum“ bezeichnet werden. Um einige Beispiele zu nennen: Wer trinkt, raucht häufiger als jemand, der nicht trinkt; wer raucht, macht häufiger Erfahrungen mit illegalen Substanzen als jemand, der nicht raucht; wer Erfahrungen mit Psychopharmaka hat, trinkt häufiger als jemand, der keine Erfahrungen mit Psychopharmaka hat. Bei genauerer Betrachtung sind die Zusammenhänge allerdings recht kompliziert: Der Gebrauch von Abmagerungs- und Schlankheitstabletten zum Beispiel geht häufiger mit dem regelmäßigen Rauchen einher als mit dem regelmäßigen Trinken, der Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln hingegen häufiger mit dem regelmäßigen Trinken als mit dem häufigen Rauchen, und nicht zuletzt gibt es natürlich einen nennenswerten Anteil täglicher AlkoholkonsumentInnen, die nicht rauchen. Innerhalb der großen Überlappungen des Substanzenkonsums sind also typische „Konsumkombinationen“ oder auch „Konsumspezialisierungen“ zu beobachten.

Es bedürfte hier einer Sonderauswertung der Suchtmittelstudien, um den Mehrfachkonsum, die typischen Konsumkombinationen und die Entwicklung beider im letzten Jahrzehnt zu erfassen. Da dies im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist, soll abschließend auf ein Ergebnis verwiesen werden, das die Autoren der Suchtmittelstudien anhand der Ergebnisse der Erhebung von 2001 herausgearbeitet haben. Sie haben untersucht, wie viele Wienerinnen und Wiener Erfahrungen mit zumindest einem der genannten Psychopharmaka oder einer der genannten illegalen Drogen gemacht haben, und festgestellt, dass der Anteil der Erfahrenen zugenommen hat. Hatten 1993 noch 61 Prozent der Befragten keine Erfahrungen mit den genannten Substanzen, so waren es 2001 nur mehr 51 Prozent. „Jede/r zweite Wiener/in über 15 Jahren hat somit zumindest schon einmal eines der genannten Mittel eingenommen.“²⁷⁵ Und sie fügen dem hinzu, dass dies primär auf eine höhere Verbreitung im Medikamentenbereich zurückzuführen ist. Anders ausgedrückt: Die „Reichweite“ der illegalen Drogen, aber vor allem der Psychopharmaka ist in den letzten zehn Jahren größer geworden, die genannten Substanzen sind

in die Bevölkerung diffundiert und haben vermutlich begonnen, sich neben alkoholischen Getränken und Rauchwaren (die nicht in die Untersuchung einbezogen waren) niederzulassen.

9.3.6 Zusammenschau

Folgt man den Ergebnissen der Suchtmittelstudien der Jahre 1993, 1995, 1997, 1999 und 2001 auf der Ebene der gesamten Wiener Bevölkerung ab 14 resp. ab 15 Jahren, so hat sich der Konsum von alkoholischen Getränken, Tabakwaren, Psychopharmaka und illegalen Drogen in dieser Zeit mit einer Ausnahme nicht maßgeblich verändert: Seit Ende der 90er Jahre sind die Erfahrungen mit Cannabis deutlich gestiegen. Die Autoren der Studien erklären den Anstieg mit einem „Enttabuisierungsprozess“, der die Angabe von Erfahrungen mit Hanfprodukten bei Befragungen erleichtert und sie befinden sich dabei in Übereinstimmung mit internationalen Befunden. Der „Enttabuisierungsprozess“ der Erfahrungen mit Cannabis ist möglicherweise von einem „Tabuisierungsprozess“ des aktuellen, alltäglichen Konsums von so genannten Genussmitteln, den alkoholischen Getränken und noch mehr den Rauchwaren, begleitet, der vielleicht auch den aktuellen, selbständigen Gebrauch einiger Psychopharmaka, wie zum Beispiel von Abmagerungs- und Schlankheitsmitteln oder Anregungsmittel, umfasst.

Berücksichtigt man das Geschlecht der KonsumentInnen dieser psychoaktiven Substanzen, sind allerdings deutliche Verschiebungen beim Suchtmittelkonsum in Wien festzuhalten. Beim Genussmittelkonsum ist eine Annäherung der Gebrauchsgewohnheiten von Frauen und Männern zu beobachten, der von beiden Seiten ausgeht: Frauen geben nicht nur zunehmend die Abstinenz auf, sondern begeben sich auch zunehmend in die Gruppe der intensiveren Konsumentinnen, Männer wechseln von der Gruppe der intensiven in jene der gelegentlichen Konsumenten und teils auch ins Lager der Abstinenter. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die tendenzielle Angleichung der geschlechtsspezifischen Gebrauchsmuster einen mengenmäßigen Rückgang des Genussmittelkonsums zur Folge hat, der jedoch weder besonders rasch noch besonders intensiv vorstatten geht: Der Genussmittelgebrauch ist bis heute eindeutig „Männersache“ geblieben. Eine tendenzielle Annäherung der Geschlechter zeichnet sich auch beim

²⁷⁵ IFES (2002).

Zu den wichtigsten **tabakassoziierten Erkrankungen** zählen:

- **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** (darunter vor allem ischämische und andere Herzkrankheiten, Bluthochdruck, periphere Gefäßkrankheiten, Arteriosklerose, Schlaganfall)
- **Krebserkrankungen** (darunter vor allem Lunge, Mund, Rachen, Kehlkopf, Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Blase, aber auch Lippe, Nase, Magen, Niere, Leber, Gebärmutterhals sowie Leukämie)
- **Atemwegserkrankungen** (darunter vor allem chronische Bronchitis und chronisch obstruktive Lungenerkrankung²⁷⁸, Lungentuberkulose, Asthma, Lungenentzündung, andere Atemwegserkrankungen)
- **Andere** (z. B. Magengeschwür)

Bei **Männern** führt Rauchen auch zu einem erhöhten Risiko von Impotenz und verminderter Spermienproduktion.

Zuzüglich zu den oben genannten tabakassoziierten Erkrankungen zeigen rauchende **Frauen** auch ein erhöhtes Risiko von Unfruchtbarkeit oder reduzierter Fertilität, Osteoporose, früher Menopause, Schwangerschaftskomplikationen, verzögertes/reduziertes Wachstum des Fötus, Fehlgeburt, Frühgeburt und Totgeburt. Nicht zuletzt sind auch Untergewichtigkeit von Neugeborenen sowie eine erhöhte Säuglingssterblichkeit (v. a. plötzlicher Kindstod, SIDS) bei Raucherinnen häufiger zu beobachten.²⁷⁹

Passivrauchen

Tabakrauch gefährdet jedoch nicht nur die RaucherInnen selbst, sondern auch die in den selben Räumen lebenden und arbeitenden NichtraucherInnen; besonders auch Kinder, Säuglinge und Ungeborene. An den negativen gesundheitlichen Folgen des Passivrauchens besteht heute kein Zweifel mehr. Die EU schätzt, dass jeder zehnte tabakassoziierte Todesfall eine/n PassivraucherIn trifft.²⁸⁰

Die im ausgestoßenen oder glimmenden Tabakrauch enthaltenen Schadstoffe und Gifte sind mindestens

ebenso schädlich wie die beim Rauchen eingeatmeten. Krankheiten, die durch das Einatmen von so genanntem secondhand-smoke (oder sidestream-smoke) entstehen können, sind daher zum Teil ähnlich jenen, die durch aktives Rauchen verursacht werden. Da es hier um eine eindeutige Dosis-Wirkungsbeziehung (Dauer und Intensität der Exposition einerseits und Erkrankungsrisiko andererseits) geht, sind LebenspartnerInnen und Kinder von RaucherInnen, Gastronomieangestellte und Angestellte anderer verrauchter Einrichtungen, in denen Kundenverkehr herrscht, besonders von den im Folgenden genannten Risiken gefährdet.

²⁷⁸ COPD; siehe weiter unten Kap. 9.4.1.

²⁷⁹ CDC (2001).

²⁸⁰ European Commission (2003).

Gesundheitliche Auswirkungen von Passivrauch bei Kindern und Erwachsenen²⁸¹

- **Un- und Neugeborene**
 - fötales Wachstum (niedriges Geburtsgewicht oder zu klein)
 - plötzlicher Kindstod (SIDS)
 - **Atemwege bei Kindern**
 - Akute untere Atemwegsinfektionen (z. B. Bronchitis und Lungenentzündung)
 - Asthma (bzw. auch Verschlimmerung der Symptome)
 - Chronische Atemwegssymptome
 - Mittelohrentzündung
 - Reduktion der Lungenfunktion
 - **Krebs**
 - Lunge, Nasenhöhle
 - **Herz-Kreislauf-System**
 - Erhöhte Sterblichkeit an Herzkrankheiten
 - Erhöhtes Erkrankungsrisiko an akuten und chronischen koronaren Herzkrankheiten
- Verschlimmerung des Krankheitsbildes von angina pectoris
 - Sauerstoffmangel im Blut (besonders problematisch für Personen, die an einer Herzkrankheit leiden)
- **Atemwege bei Erwachsenen**
 - Chronische Atemwegserkrankungen (einschließlich Verschlimmerung bereits bestehender Symptome) – v. a. Bronchitis, Asthma
 - Irritationen von Augen und Nase
 - Husten
 - Atemnot, Kurzatmigkeit
 - Reduktion der Lungenfunktion
 - **Sonstige**
 - Verschlimmerung der gesundheitlichen Situation von chronisch Kranken

Des Weiteren gibt es auch Hinweise auf einen Kausalzusammenhang zwischen Passivrauchen und spontanem Abortus, nachteiligen Auswirkungen auf

Wahrnehmungsfunktion und Verhaltensweisen bei Ungeborenen, reduzierter Lungenfunktion und Gebärmutterhalskrebs.

Im Vergleich zu den aufgezählten Krankheitssymptomen erscheinen die unmittelbaren Auswirkungen des unfreiwilligen Einatmens von Tabakrauch – wie Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Benommenheit, Augenbrennen, Atemprobleme, Husten – beinahe „harmlos“. Dennoch dürfen sie nicht ignoriert werden in ihrem gesundheitsgefährdenden und vor allem die Lebensqualität beeinträchtigenden Beitrag für NichtraucherInnen. Von der Geruchsbelästigung, die in Österreich für viele das Ausgehverhalten zusätzlich beeinträchtigt, ist hier ganz zu schweigen.

Wirksame **Maßnahmen** zur Reduktion der Raucherquoten, zur Eindämmung des Tabakkonsums bei RaucherInnen sowie vor allem wirksamere Maßnahmen zum Schutz der mehrheitlich nichtrauchenden und durch das Rauchen anderer gesundheitlich gefährdeten Bevölkerung wären deshalb in Österreich (und vor allem in Wien) dringend notwendig.²⁸²

²⁸¹ California Environmental Protection Agency (1997); verschiedene Studien zitiert in BACHINGER, E. (2004), S. 98 und 295–299.

²⁸² Siehe weiter unten Kap. 9.4.2.

9.4 Rauchen

Zusammenfassung

Rauchen ist heute nicht nur der **größte Risikofaktor für die Gesundheit** und die Ursache für eine Vielzahl von Erkrankungen – neben Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen sind es vor allem Krebserkrankungen, deren Inzidenz in einem kausalen Zusammenhang zum Rauchen stehen –, sondern stellt auch die **größte vermeidbare Todesursache** dar.

Rauchen gefährdet jedoch nicht nur die Raucher selbst, sondern auch all jene, die dem Tabakrauch oft unfreiwillig ausgesetzt sind (**Passivrauch**), darunter vor allem Angestellte der Gastronomie, Lebenspartner (meist Frauen) von Rauchern, Kinder, Säuglinge und Ungeborene.

Jeden Tag sterben in Österreich etwa 38 Menschen an den Folgen ihrer Sucht und 4 Menschen infolge des Rauchens anderer.

Summary: Smoking

*Smoking is not only the **leading health risk factor** today and the cause of a large number of different diseases – in addition to cardiovascular and pulmonary diseases, the incidence of different forms of cancer is causally related to smoking –, it is also the **largest avoidable cause of death**.*

*Smoking is not only a risk for smokers themselves, but also for those who are often involuntarily exposed to tobacco smoke (passive or **second-hand smoke**). Persons frequently subjected to second-hand smoke are especially workers in restaurants and bars, partners (usually women) of smokers, children, infants and unborn children.*

Every day, 38 people in Austria die as a consequence of their tobacco addiction, and 4 people die because of other people's smoking habit.

Einleitung

Rauchen ist heute nicht nur der **größte Risikofaktor für die Gesundheit** und die Ursache für eine Vielzahl von Erkrankungen, sondern stellt auch die **größte vermeidbare Todesursache** dar.

Besorgniserregend sind vor allem die steigenden Prävalenzzahlen bei **Frauen** und auch bei **Jugendlichen**, hier wiederum insbesondere bei Mädchen. In **Wien** ist diese Entwicklung besonders deutlich ausgeprägt. Frauen und Kinder sind als potentielle künftige Kunden für den anderweitig schrumpfenden Markt die beiden Hauptzielgruppen der aggressiven Marketingstrategie der Tabakindustrie und gelten daher als besonders vulnerable Gruppen für die Gesundheitspolitik. Denn die zunehmenden Raucherquoten in diesen

Gruppen lassen auch steigende Morbiditäts- und Mortalitätsraten in der Zukunft erwarten. Bereits jetzt ist ein deutlicher Anstieg in der Lungenkrebsmortalität der österreichischen (und vor allem Wiener) Frauen zu beobachten²⁷⁶; viele davon sterben bereits in mittleren Lebensjahren. Tabakprävention ist daher ein wichtiges gesundheitspolitisches Thema, das in Österreich (und in Wien) bisher vernachlässigt wurde.

Tabakrauch enthält mehr als 4.000 Chemikalien, darunter viele krebserzeugende und giftige Substanzen (so genannte Rauchinhaltsstoffe), die bei den meisten RauchernInnen zu Krankheit oder schließlich sogar zum Tod führen. In Österreich liegt erst jetzt (Juli 2005) ein Entwurf einer Verordnung zur Erhebung der Inhaltsstoffe von Tabakerzeugnissen vor.²⁷⁷

²⁷⁶ Siehe Kap. 4.5 zu Lungenkrebs.

²⁷⁷ BMGF (2005), Entwurf einer Tabakinhaltsstoffverordnung.

9.4.1 Epidemiologie des Rauchens und Raucherentwöhnung

Prim. Univ.-Prof. Dr. Hartmut ZWICK, Lungenabteilung im Krankenhaus Lainz, Medical Fitness Team

Zusammenfassung

Tabakabhängigkeit ist eine chronische Krankheit, die meist im Jugend- oder sogar schon im Kindesalter beginnt. Rauchen ist heute in unserer Gesellschaft die größte vermeidbare Todesursache: Einer von fünf Todesfällen ist auf das Zigarettenrauchen zurückzuführen. Zu den häufigsten tabakassoziierten Erkrankungen zählen bösartige Tumore (v. a. Lungenkrebs), andere Erkrankungen des Atemtraktes (v. a. COPD²⁸³), sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (v. a. Herzinfarkt, Gehirnschlag, Gefäß-erkrankungen).

Eine Umfrage unter RaucherInnen ergab, dass jede/r dritte Raucher/in an einer COPD leidet. Nur jede/r siebente Raucher/in ist frei von Atemwegsbeschwerden.

Das Wiener Projekt „Gesundheitsförderung durch Raucherentwöhnung“ ist eine Initiative des Fonds Gesundes Österreich und des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Umweltpneumologie und widmet sich der Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch Rauchertherapie.

Summary: Epidemiology of Smoking and withdrawal

Tobacco addiction is a chronic disease that usually starts during adolescence or even childhood. Smoking is the largest avoidable cause of death in our society: one in five deaths is due to tobacco smoking. The most frequent smoking associated diseases are malignant tumours (especially lung cancer), other diseases of the respiratory tract (especially COPD²⁸³) and cardiovascular diseases (especially myocardial infarction, stroke, vascular diseases)

A survey among smokers showed that one in three smokers develops COPD and only one in seven smokers are completely free of problems of the respiratory tract.

The Viennese project „Gesundheitsförderung durch Raucherentwöhnung“ (Health Promotion through Assistance with Smoking Cessation) is a joint initiative of the Fonds Gesundes Österreich (Fund for a Healthy Austria) and the Ludwig Boltzmann Institute for Environmental Pneumology and is dedicated to improving health-related quality of life by providing therapies to stop smoking.

Das globale Problem

Zur Epidemiologie des Zigarettenrauchens

Tabakabhängigkeit ist eine chronische Krankheit, welche meist im Jugendalter beginnt und verschiedene Perioden von Remission²⁸⁴ und Exazerbation²⁸⁵ durchläuft. Ebenso wie z. B. Patienten mit Hypertonie oder Diabetes benötigt auch der Patient mit Tabakabhängigkeit ärztlichen Rat und Unterstützung sowie eventuell gezielte Pharmakotherapie. Im Gegensatz zu den meisten anderen chronischen Krankheiten ist die Tabakab-

hängigkeit prinzipiell jedoch durch eine vorübergehende Intervention heilbar. Ein Rückfall in die Erkrankung ist aber häufig und reflektiert deren Chronizität. Die Exazerbation ist nicht durch das Versagen des Patienten oder Arztes zu erklären, sondern entspricht der Natur der Krankheit.

Epidemiologisch gesehen ist das Zigarettenrauchen die derzeit wichtigste vermeidbare Todesursache. Dadurch wird eine beträchtliche Steigerung der Invalidität und Mortalität in der Bevölkerung verursacht. Die Zahl der Todesfälle in Folge des Zigarettenrauchens wird welt-

²⁸³ COPD = Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung.

²⁸⁴ Remission = Zurückgehen von Krankheitserscheinungen.

²⁸⁵ Exazerbation = Verschlimmerung von Krankheitserscheinungen.

weit von etwa 3 Millionen im Jahre 1990 auf etwa 8,4 Millionen im Jahre 2020 ansteigen.²⁸⁶ Die WHO stellt fest, dass in Europa durch das Zigarettenrauchen derzeit 1,2 Millionen Todesfälle pro Jahr verursacht werden. Ohne eine dramatische Aktion der GesundheitspolitikerInnen und Ärzte/Ärztinnen werden um das Jahr 2020 etwa 2 Millionen EuropäerInnen jedes Jahr an den Folgeschäden des Nikotinabusus²⁸⁷ sterben.

Derzeit ist einer von fünf Todesfällen auf das Zigarettenrauchen zurückzuführen. In hoch industrialisierten Ländern entfällt etwa ein Drittel aller tabakassozierten Erkrankungen auf bösartige Tumore, ein weiteres Drittel auf andere Erkrankungen des Atemtraktes und das letzte Drittel auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Weil das Bronchuskarzinom bei weitem das häufigste unter den tabakassozierten Malignomen ist, kann gefolgert werden, dass das Zigarettenrauchen die häufigste Ursache aller Erkrankungen des Atemtraktes ist. Etwa 80 bis 90 Prozent der Todesfälle durch COPD²⁸⁸ und etwa 80 bis 85 Prozent der Bronchuskarzinom-Mortalität werden durch das Tabakrauchen verursacht. Raucher haben im Vergleich zu Nichtrauchern ein sechsfach höheres Risiko, an einer COPD zu erkranken und ein zehnfach höheres Risiko, an einem Bronchuskarzinom zu sterben.²⁸⁹

Die Tabakabhängigkeit

Das Tabakrauchen ist Ursache verschiedener Erkrankungen. Die Nikotinabhängigkeit ist aber auch per se eine Krankheit. Die internationale Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10) kodifiziert ebenso wie die Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft die Nikotinabhängigkeit als Krankheit.

Der Krankheitsgrad der Nikotinabhängigkeit schwankt und ist individuell unterschiedlich. Ein Raucher wird als abhängig klassifiziert, wenn er das Rauchen nicht beenden kann, obwohl ihm das Risiko bewusst ist,

wenn sein Verhalten durch das Nikotin verändert wird, und wenn er unabhängig von einer gegebenen Situation raucht.

Der Mehrzahl der Raucher ist es nicht möglich, ohne Hilfe aufzuhören. Nur etwa fünf Prozent schaffen es alleine auf Dauer. Die Abhängigkeit wird durch die Wirkung des Nikotins über Nikotinrezeptoren am Zentralnervensystem verursacht. Wie auch Heroin oder Kokain bewirkt Nikotin physiologische Modifikationen, wodurch mentale Prozesse beschleunigt werden können, Angst und Anspannung verringert werden, angenehme Gefühle entstehen können, etc.

Das Zigarettenrauchen ist der effektivste Weg, dem Gehirn Nikotin zuzuführen. Es benötigt lediglich einige Sekunden, um nach einem Zug an einer Zigarette im Hirn anzukommen. Der Raucher kann die Dosis durch Auswahl der Zigarettenmarke, Anzahl der gerauchten Zigaretten und Tiefe sowie Frequenz der Inhalationen genau regulieren. Es gibt auch Nikotinrezeptoren außerhalb des Zentralnervensystems, wodurch unter anderem Vasokonstriktion,²⁹⁰ Tachykardie,²⁹¹ Steigerung der gastrointestinalen Motilität,²⁹² etc. entstehen können.

Wenn Raucher aufhören zu rauchen, verlieren sie akut die „positiven“ Effekte des Nikotins und verspüren vorübergehend (einige Wochen) eine Vielzahl negativer Sensationen, was ihnen die endgültige Abstinenz so erschwert.

Zur Prävalenz des Zigarettenrauchens

In Europa differiert die Prävalenz der Raucher von Land zu Land beträchtlich. Ganz allgemein gilt, dass vor allem der männliche Teil der mediterranen Bevölkerung in einem höheren Prozentsatz raucht als z. B. Skandinavien.

²⁸⁶ European Respiratory Society (2003): European Lung White Book.

²⁸⁷ Abusus = Missbrauch.

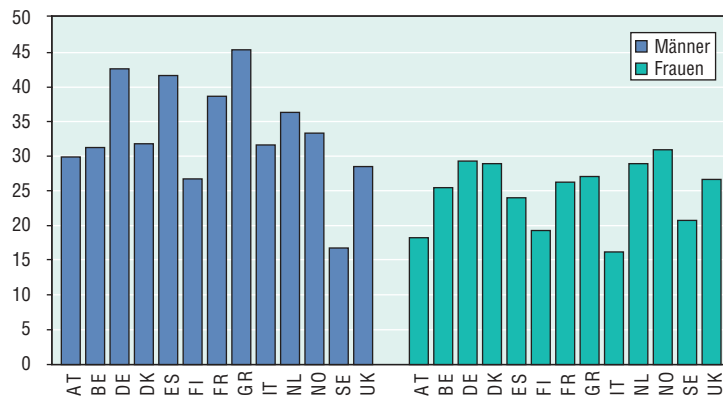
²⁸⁸ COPD = *Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung). Siehe weiter unten im Text.

²⁸⁹ European Respiratory Society (2003): European Lung White Book.

²⁹⁰ Vasokonstriktion = Gefäßverengung.

²⁹¹ Tachykardie = zu schneller Herzschlag.

²⁹² Gastrointestinale Motilität = Magen-Darm-Motorik.

Grafik 9.22: Prävalenz der männlichen und weiblichen Raucher in Europa

Quelle: *The European Lung White Book 2003*.

Die Raucherprävalenz ändert sich im Laufe der Zeit bzw. steht in engem Zusammenhang mit entsprechenden Maßnahmen zur Eindämmung des Zigarettenkonsums. Ganz allgemein steigt in hoch industrialisierten Ländern die Abhängigkeit der Männer nicht weiter an. In verschiedenen Staaten, in denen nunmehr schon seit vielen Jahren eine wirksame Antirauch-Politik betrieben wird, ist sogar ein deutlicher Abfall zu verzeichnen (z. B. Kalifornien). Leider nimmt die Zahl der rauchenden Frauen weiterhin kontinuierlich zu, sodass in einigen Ländern (z. B. Dänemark) abzusehen ist, wann mehr Frauen rauchen als Männer. Auch in Österreich ist ein weiteres kontinuierliches Ansteigen des weiblichen Raucheranteils zu erkennen, während der Anteil der männlichen Raucher zurückgeht.

Die Folgekosten des Zigarettenrauchens

1995 haben die fünf wichtigsten amerikanischen Zigarettenhersteller einen Netto-Profit von 5,3 Milliarden Euro erwirtschaftet. In der Zwischenzeit ist dieser Gewinn weiter gestiegen. Der Profit der zigarettenproduzierenden Industrie wird durch den Raucher selbst ermöglicht. Für die Gesundheitssysteme werden durch tabakassoziierte Erkrankungen aber extrem hohe direkte und indirekte Kosten verursacht. In einer deutschen Studie²⁹³ wurde nachgewiesen, dass das Zigarettenrauchen für 47 Prozent aller Kosten verantwortlich ist, welche durch die COPD, das Lungenkarzinom, den Schlaganfall, die koronaren Herzkrankheiten und arte-

rielle Verschlusskrankheiten verursacht werden. Etwa die Hälfte aller Kosten, welche durch tabakassoziierte Erkrankungen entstehen, sind mit der COPD und dem Bronchuskarzinom assoziiert. In jedem Land unserer Erde ist nachzuweisen, dass die tabakassoziierten Kosten für die Gesellschaft deutlich den Anteil, welcher durch die Zigarettensteuer aufgebracht wird, übersteigt.

Das Bronchuskarzinom

Anfang des 20. Jahrhunderts war das Bronchuskarzinom (Karzinom von Trachea, Bronchus und Lunge) eine seltene Erkrankung. Dies traf auch für das tabakassoziierte Kehlkopfkarzinom zu. Es waren fast nur Männer davon betroffen. Während und nach dem ersten Weltkrieg, besonders aber nach dem zweiten, griff die Pandemie der Nikotinabhängigkeit um sich, sodass Anfang des 21. Jahrhunderts das Bronchuskarzinom in den meisten Weltgegenden der gefährlichste Killerkrebs sowohl für Männer als auch für Frauen wurde. In vielen Ländern übersteigt die Zahl der Frauen, welche durch das Bronchuskarzinom sterben, die Brustkrebs-Todesfälle.

Die direkte Abhängigkeit der Prävalenz des Bronchuskarzinoms von der Zahl der gerauchten Zigaretten ist evident und besonders eindrücklich in Ländern gezeigt, wo mit dem Rückgang des Zigarettenkonsums auch ein Rückgang der Bronchuskarzinom-Häufigkeit

²⁹³ European Respiratory Society (2003): *European Lung White Book*.

erreicht werden konnte. 20 Prozent aller Krebstoten gehen auf das Konto des Bronchuskarzinoms, der Großteil (etwa 90 Prozent davon) infolge langjährigen Zigarettenrauchens. 2002 erklärte die WHO offiziell auch das Passivrauchen als krebserregend.

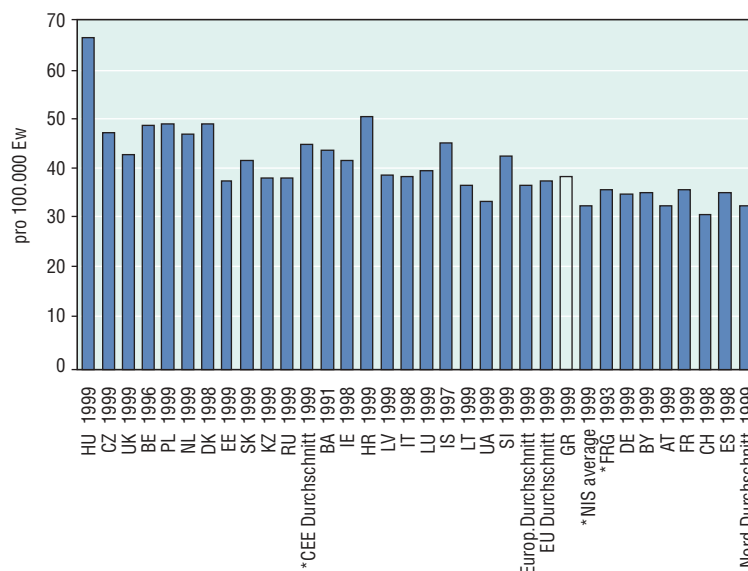
Für Europa gilt vereinfacht:

- Prävalenz des Bronchuskarzinoms: 26 (Portugal) bis 242 (Slowenien) pro 100.000 EinwohnerInnen und Jahr. Österreich: 42.²⁹⁴

- Mortalität des Bronchuskarzinoms: 13 (Kirgisistan) bis 61 (Ungarn) pro 100.000 EinwohnerInnen und Jahr. Österreich: 32.²⁹⁵

Wie gefährlich das Bronchuskarzinom ist, möge die Überlebensrate nach der Diagnose demonstrieren. Bei Männern überleben je nach Land etwa 20 Prozent das erste Jahr (zum Vergleich: Prostata-Karzinom 80 Prozent), bei Frauen ebenfalls nur etwa 20 Prozent (Brustkrebs: 90 Prozent).²⁹⁶

Grafik 9.23: Mortalität des Karzinoms der Trachea, des Bronchus und der Lunge für alle Altersgruppen



* CEE: Zentral- u. Osteuropa NIS: Neue unabhängige Staaten FRG: Westdeutschland vor Wiedervereinigung.

Quelle: *The European Lung White Book 2003.*

Durchschnittlich raucht jeder dritte Bürger der EU, der älter ist als 15 Jahre. Dies schwankt von 19 Prozent in Schweden²⁹⁷ bis zu 38 Prozent in Griechenland. Natürlich rauchen sehr junge und sehr alte MitbürgerInnen

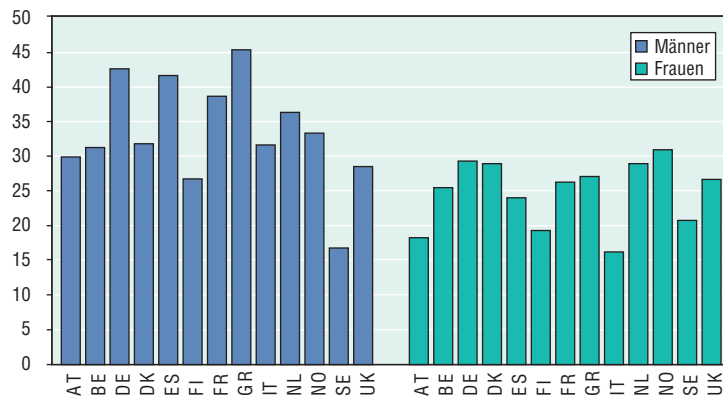
weniger als die im Arbeitsprozess Stehenden zwischen 20 und 60 Jahren, und Männer generell häufiger als Frauen.

²⁹⁴ Statistik Austria: Krebsregister, sowie European Respiratory Society (2003): European Lung White Book.

²⁹⁵ European Respiratory Society (2003): European Lung White Book.

²⁹⁶ European Respiratory Society (2003): European Lung White Book.

²⁹⁷ Nicht berücksichtigt in der niedrigen Raucherprävalenz Schwedens sind die *Snus*-Konsumenten (oral konsumierter Tabak).

Grafik 9.22: Prävalenz der männlichen und weiblichen Raucher in Europa

Quelle: *The European Lung White Book 2003.*

Die Raucherprävalenz ändert sich im Laufe der Zeit bzw. steht in engem Zusammenhang mit entsprechenden Maßnahmen zur Eindämmung des Zigarettenkonsums. Ganz allgemein steigt in hoch industrialisierten Ländern die Abhängigkeit der Männer nicht weiter an. In verschiedenen Staaten, in denen nunmehr schon seit vielen Jahren eine wirksame Antirauch-Politik betrieben wird, ist sogar ein deutlicher Abfall zu verzeichnen (z. B. Kalifornien). Leider nimmt die Zahl der rauchenden Frauen weiterhin kontinuierlich zu, sodass in einigen Ländern (z. B. Dänemark) abzusehen ist, wann mehr Frauen rauchen als Männer. Auch in Österreich ist ein weiteres kontinuierliches Ansteigen des weiblichen Raucheranteils zu erkennen, während der Anteil der männlichen Raucher zurückgeht.

Die Folgekosten des Zigarettenrauchens

1995 haben die fünf wichtigsten amerikanischen Zigarettenhersteller einen Netto-Profit von 5,3 Milliarden Euro erwirtschaftet. In der Zwischenzeit ist dieser Gewinn weiter gestiegen. Der Profit der zigarettenproduzierenden Industrie wird durch den Raucher selbst ermöglicht. Für die Gesundheitssysteme werden durch tabakassoziierte Erkrankungen aber extrem hohe direkte und indirekte Kosten verursacht. In einer deutschen Studie²⁹³ wurde nachgewiesen, dass das Zigarettenrauchen für 47 Prozent aller Kosten verantwortlich ist, welche durch die COPD, das Lungenkarzinom, den Schlaganfall, die koronaren Herzkrankheiten und arte-

rielle Verschlusskrankheiten verursacht werden. Etwa die Hälfte aller Kosten, welche durch tabakassoziierte Erkrankungen entstehen, sind mit der COPD und dem Bronchuskarzinom assoziiert. In jedem Land unserer Erde ist nachzuweisen, dass die tabakassoziierten Kosten für die Gesellschaft deutlich den Anteil, welcher durch die Zigarettensteuer aufgebracht wird, übersteigt.

Das Bronchuskarzinom

Anfang des 20. Jahrhunderts war das Bronchuskarzinom (Karzinom von Trachea, Bronchus und Lunge) eine seltene Erkrankung. Dies traf auch für das tabakassoziierte Kehlkopfkarzinom zu. Es waren fast nur Männer davon betroffen. Während und nach dem ersten Weltkrieg, besonders aber nach dem zweiten, griff die Pandemie der Nikotinabhängigkeit um sich, sodass Anfang des 21. Jahrhunderts das Bronchuskarzinom in den meisten Weltgegenden der gefährlichste Killerkrebs sowohl für Männer als auch für Frauen wurde. In vielen Ländern übersteigt die Zahl der Frauen, welche durch das Bronchuskarzinom sterben, die Brustkrebs-Todesfälle.

Die direkte Abhängigkeit der Prävalenz des Bronchuskarzinoms von der Zahl der gerauchten Zigaretten ist evident und besonders eindrücklich in Ländern gezeigt, wo mit dem Rückgang des Zigarettenkonsums auch ein Rückgang der Bronchuskarzinom-Häufigkeit

²⁹³ European Respiratory Society (2003): European Lung White Book.

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung = chronisch obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem (Chronic Obstructive Pulmonary Disease = COPD) ist

eine der häufigsten unter den vermeidbaren Krankheiten. Die COPD ist die wichtigste vermeidbare chronische Krankheit mit steigender Prävalenz und Mortalität. Die Sterblichkeit an der COPD wird sich weltweit in den nächsten Jahren mehr als verdoppeln.²⁹⁸

Tabelle 9.7: Todesursachen weltweit, geordnet nach Häufigkeit

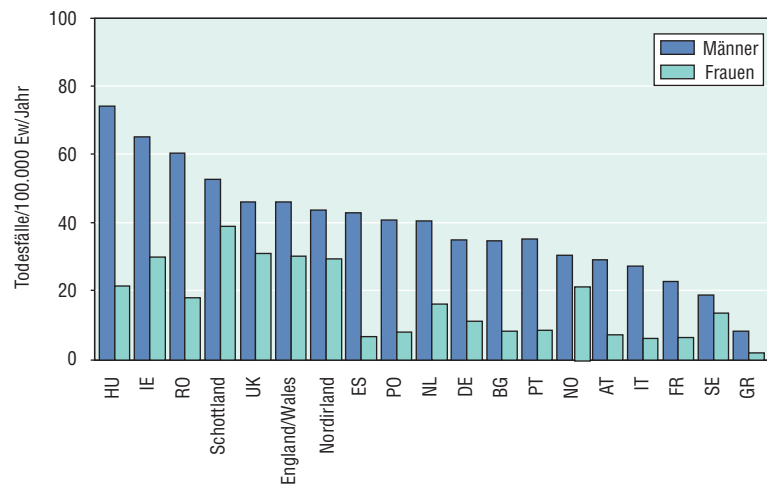
<p>WESTEUROPA</p> <p>1990: Koronare Herzerkrankung Cerebrovaskuläre Erkrankungen Lungenkarzinom Pneumonie COPD Karzinom von Colon und Rektum Magenkarzinom Brustkarzinom Verkehrsunfälle Leberzirrhose</p>	→	<p>2010: Koronare Herzerkrankung Cerebrovaskuläre Erkrankungen Lungenkarzinom COPD Pneumonie Karzinom von Colon und Rektum Magenkarzinom Leberzirrhose Brustkarzinom Verkehrsunfälle</p>
<p>OSTEUROPA</p> <p>1990: Koronare Herzerkrankung Cerebrovaskuläre Erkrankungen Lungenkarzinom Pneumonie Magenkarzinom Verkehrsunfälle Verletzungen „self inflicted“ COPD Karzinom von Colon und Rektum Leberzirrhose</p>	→	<p>2010: Koronare Herzerkrankung Cerebrovaskuläre Erkrankungen Lungenkarzinom COPD Magenkarzinom Verkehrsunfälle Pneumonie Karzinom von Colon und Rektum Verletzungen „self inflicted“ Leberzirrhose</p>

Quelle: WHO, *The Global Burden of Disease 1996*.

Man schätzt, dass die COPD im Jahr 2010 global an der vierten und 2020 bereits an der dritten Stelle aller Todesursachen landen wird. Dabei ist besonders zu be-

achten, dass derzeit etwa 50 bis 75 Prozent der PatientInnen nicht oder noch nicht richtig diagnostiziert sind.

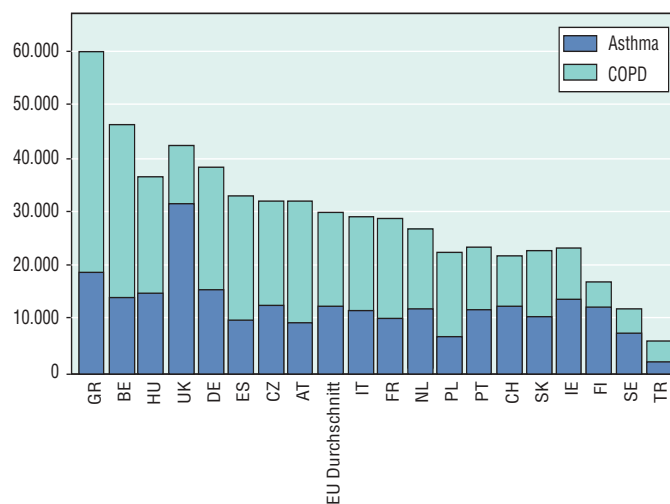
²⁹⁸ www.goldcopd.com – Gold Executive Summary 2004.

Grafik 9.24: Alterskorrigierte Mortalität an COPD in 19 europäischen Ländern

Quelle: *The European Lung White Book 2003.*

Der wichtigste – in mehr als 80 Prozent der Fälle – ätiologische Faktor für die COPD ist das Zigarettenrauchen. RaucherInnen haben häufiger respiratorische Symptome, Lungenfunktionseinschränkungen und damit auch Verlust an körperlicher Leistungsfähigkeit. Das Rauchen führt bei vielen Menschen zu vorzeitiger Invalidisierung und bei der Hälfte aller LangzeitraucherInnen zum Tod (davon wiederum bei der Hälfte zum Tod vor Erreichung des Pensionsalters)²⁹⁹.

Nicht jeder Raucher bzw. jede Raucherin leidet an einer COPD, aber fast jede/r COPD-Patient/in ist oder war Raucher/in. Es gilt die Faustregel, dass ein Raucher pro Zigarette etwa 10 Minuten seiner Lebenszeit einbüßt. Die ökonomische Bedeutung der COPD für die Gesellschaft sei an Hand der Häufigkeit demonstriert, mit der die Patienten in verschiedenen Ländern Europas Konsultationen von Ärzten oder Spitalsambulanzen benötigen.

Grafik 9.25: Zahl der Konsultationen von Ärzten oder Spitalsambulanzen pro 100.000 Einwohner

Quelle: *The European Lung White Book 2003.*

²⁹⁹ PETO et al. (2000).

Die Entstehung des Asthma bronchiale ist nicht tabak-assoziiert, wohl aber häufig die Verschlimmerung auch dieser Krankheit. Die Krankenhausaufnahmen für Asthma sind in den letzten Jahren trotzdem gesunken. Die Zahl der stationären Aufnahmen für die COPD steigen hingegen kontinuierlich. Derzeit schwanken die Spitalsaufnahmen in der EU – je älter die PatientInnen desto häufigere Aufnahmen – im Durchschnitt zwischen 500 und 1000 pro 100.000 BürgerInnen/Jahr. Es ist erschreckend, dass europaweit derzeit mit steigender Tendenz fast jede/r 100. EinwohnerIn einmal pro Jahr wegen einer COPD stationär aufgenommen wird. Eingedenk dessen, dass es sich um eine Erkrankung handelt, die vermeidbar ist, und deren Ursache geklärt wurde, müssen diese Zahlen zu mehr Aktivität aufrufen.

Daten für Österreich und Wien

Krankheiten der Atmungsorgane

Nach Eigenangaben leiden etwa 5,5 Prozent der Männer und 4,5 Prozent der Frauen Wiens an chronischen Krankheiten der Atmungsorgane, Asthma bronchiale ausgenommen.³⁰⁰ Dieser Prozentsatz steigt mit zunehmendem Alter; Jugendliche und junge Erwachsene sind daher nur zu einem geringen Teil betroffen. Chronische Krankheiten der Atmungsorgane finden sich vermehrt bei Männern mit mittlerer und bei Frauen mit niedriger Bildung. Sie sind häufig mit eingeschränkter Lebensqualität gekoppelt. Die stationären Aufenthalte in der

Folge von Krankheiten der Atmungsorgane zeigen eine leicht steigende Tendenz.³⁰¹

Die COPD

Der Terminus „COPD“ ist derzeit etwa 3 Prozent der Gesamtbevölkerung bekannt. Unter den AllgemeinärztInnen nimmt der Bekanntheitsgrad dieser Erkrankung durch verschiedene Maßnahmen der Österreichischen Pneumologischen Gesellschaft zu. Trotzdem findet sich in Österreich wie auch in den meisten anderen europäischen Ländern eine massive Unterdiagnose dieser häufigen Krankheit. Naturgemäß wird über das exakte Ausmaß von Fehl- oder fehlenden Diagnosen spekuliert. In Österreich finden sich dazu keine relevanten Studien.

Die chronische Bronchitis als Teil der COPD spielt in Wien aufgrund ihrer Verbreitung und ihrer Folgekrankheiten eine bedeutende Rolle.³⁰² Im Mikrozensus 1999³⁰³ gaben von der in einem Privathaushalt lebenden Bevölkerung Wiens 1,3 Prozent der Männer und 1,7 Prozent der Frauen „chronische Bronchitis, Lungenemphysem“ an. Österreichweit waren etwa 1,6 Prozent der Männer und 1,6 Prozent der Frauen betroffen. Die Lebenszeit-Prävalenz für chronische Bronchitis beträgt nach Eigenangaben in Wien³⁰⁴ in der Bevölkerung ab 16 Jahren bei Männern 5,3 Prozent, bei Frauen 4,4 Prozent. In beiden Fällen handelt es sich um subjektive Angaben, die nicht durch ärztliche Diagnosen validiert sind.

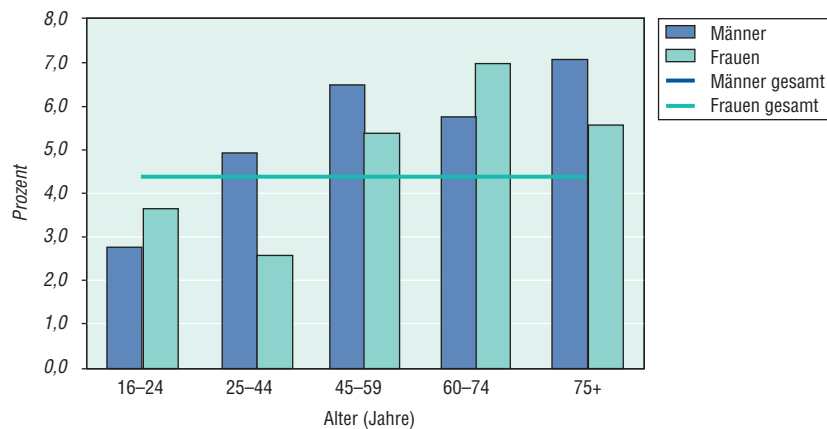
³⁰⁰ Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999.

³⁰¹ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien.

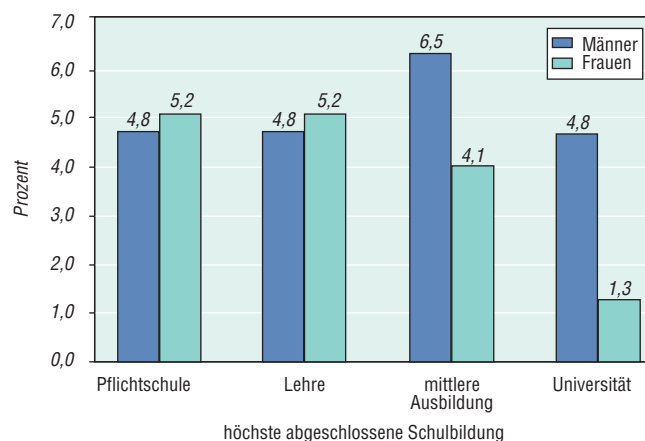
³⁰² Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien.

³⁰³ Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999, S. 106–107.

³⁰⁴ Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey.

Grafik 9.26: Chronische Bronchitis (Lebenszeitprävalenz) in der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren (Privathaushalte) nach Alter und Geschlecht

Quelle: Stadt Wien, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001.

Grafik 9.27: Chronische Bronchitis (Lebenszeitprävalenz) in der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren (Privathaushalte) nach Bildung und Geschlecht

Quelle: Stadt Wien, Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001.

Auffällig ist insbesondere bei Frauen der Einfluss des Ausbildungsgrades. Bei Männern fällt dieser nicht ins Gewicht.

Im Jahre 2000 wurde ein erklecklicher Teil der stationären Aufenthalte in Wiener Krankenhäusern durch

chronische Bronchitis verursacht. Auf die Gefahr von Fehldiagnosen besonders dieser Patientengruppe muss jedoch eindringlich aufmerksam gemacht werden. Insgesamt wurden in Wien etwa 7.000 stationäre Aufenthalte mit dieser Hauptdiagnose (ICD-9 <490, 491>) verzeichnet.

Die Entstehung des Asthma bronchiale ist nicht tabakassoziiert, wohl aber häufig die Verschlimmerung auch dieser Krankheit. Die Krankenhausaufnahmen für Asthma sind in den letzten Jahren trotzdem gesunken. Die Zahl der stationären Aufnahmen für die COPD steigen hingegen kontinuierlich. Derzeit schwanken die Spitalsaufnahmen in der EU – je älter die PatientInnen desto häufigere Aufnahmen – im Durchschnitt zwischen 500 und 1000 pro 100.000 BürgerInnen/Jahr. Es ist erschreckend, dass europaweit derzeit mit steigender Tendenz fast jede/r 100. EinwohnerIn einmal pro Jahr wegen einer COPD stationär aufgenommen wird. Eingedenk dessen, dass es sich um eine Erkrankung handelt, die vermeidbar ist, und deren Ursache geklärt wurde, müssen diese Zahlen zu mehr Aktivität aufrufen.

Daten für Österreich und Wien

Krankheiten der Atmungsorgane

Nach Eigenangaben leiden etwa 5,5 Prozent der Männer und 4,5 Prozent der Frauen Wiens an chronischen Krankheiten der Atmungsorgane, Asthma bronchiale ausgenommen.³⁰⁰ Dieser Prozentsatz steigt mit zunehmendem Alter; Jugendliche und junge Erwachsene sind daher nur zu einem geringen Teil betroffen. Chronische Krankheiten der Atmungsorgane finden sich vermehrt bei Männern mit mittlerer und bei Frauen mit niedriger Bildung. Sie sind häufig mit eingeschränkter Lebensqualität gekoppelt. Die stationären Aufenthalte in der

Folge von Krankheiten der Atmungsorgane zeigen eine leicht steigende Tendenz.³⁰¹

Die COPD

Der Terminus „COPD“ ist derzeit etwa 3 Prozent der Gesamtbevölkerung bekannt. Unter den AllgemeinärztInnen nimmt der Bekanntheitsgrad dieser Erkrankung durch verschiedene Maßnahmen der Österreichischen Pneumologischen Gesellschaft zu. Trotzdem findet sich in Österreich wie auch in den meisten anderen europäischen Ländern eine massive Unterdiagnose dieser häufigen Krankheit. Naturgemäß wird über das exakte Ausmaß von Fehl- oder fehlenden Diagnosen spekuliert. In Österreich finden sich dazu keine relevanten Studien.

Die chronische Bronchitis als Teil der COPD spielt in Wien aufgrund ihrer Verbreitung und ihrer Folgekrankheiten eine bedeutende Rolle.³⁰² Im Mikrozensus 1999³⁰³ gaben von der in einem Privathaushalt lebenden Bevölkerung Wiens 1,3 Prozent der Männer und 1,7 Prozent der Frauen „chronische Bronchitis, Lungenemphysem“ an. Österreichweit waren etwa 1,6 Prozent der Männer und 1,6 Prozent der Frauen betroffen. Die Lebenszeit-Prävalenz für chronische Bronchitis beträgt nach Eigenangaben in Wien³⁰⁴ in der Bevölkerung ab 16 Jahren bei Männern 5,3 Prozent, bei Frauen 4,4 Prozent. In beiden Fällen handelt es sich um subjektive Angaben, die nicht durch ärztliche Diagnosen validiert sind.

³⁰⁰ Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999.

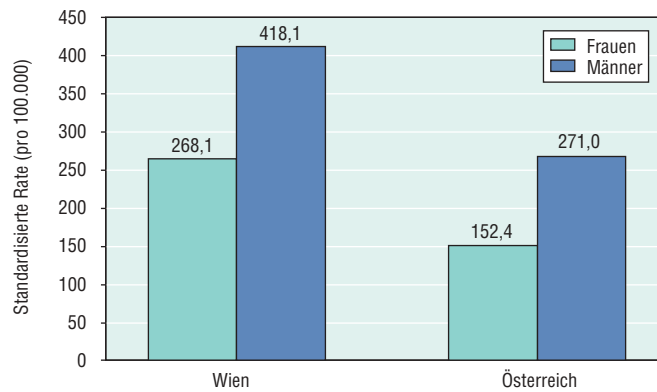
³⁰¹ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien.

³⁰² Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien.

³⁰³ Stadt Wien (2002), Mikrozensus 1999, S. 106–107.

³⁰⁴ Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey.

Grafik 9.28: Stationäre Aufenthalte mit der Hauptdiagnose chronische Bronchitis von in Wien und in Österreich wohnhaften Personen im Jahr 2000



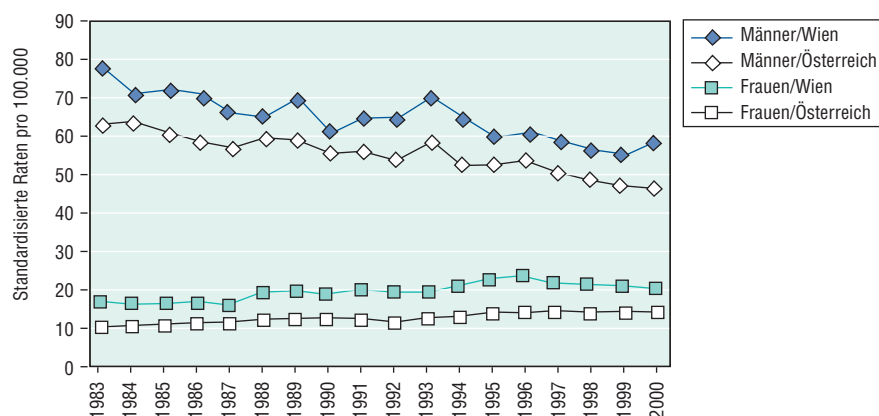
Quelle: Statistik Austria, Spitalsstatistik.

Sowohl in Wien als auch bundesweit sind stationäre Aufenthalte mit der Hauptdiagnose chronische Bronchitis seit 1990 gestiegen. In Wien jedoch bei beiden Geschlechtern deutlicher als im Durchschnitt Österreichs.³⁰⁵

Das Bronchuskarzinom (Karzinom von Trachea, Bronchus und Lunge)

Seit Beginn der 80er Jahre geht sowohl in Österreich als auch in Wien die Inzidenz der Neuerkrankungen an Bronchuskarzinom kontinuierlich zurück. In Wien verläuft diese Entwicklung allerdings weniger konstant als im gesamten Bundesgebiet.³⁰⁶

Grafik 9.29: Neuerkrankungen an Bronchuskarzinom in Wien und Österreich seit 1983



Quelle: Statistik Austria, Krebsregister.

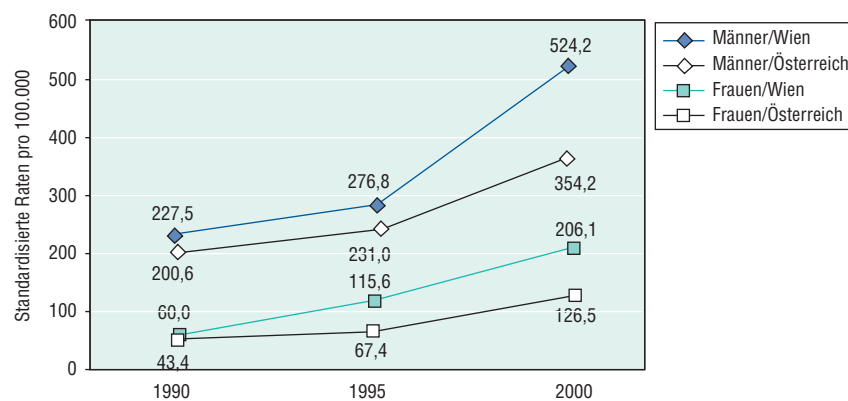
³⁰⁵ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien.

³⁰⁶ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien.

Der insgesamt rückläufigen Tendenz der Neuerkrankungen bei Männern steht bei den Frauen in Wien und bundesweit hingegen eine steigende Tendenz gegenüber. Während 1983 in Wien Männer viereinhalbmal so häufig an Bronchuskarzinomen erkrankten als Frauen, war die Bronchuskarzinom-Inzidenz der Männer

im Jahre 2000 nur mehr zweieinhalbmal so hoch als diejenige der Frauen.³⁰⁷ Dies entspricht internationalen Tendenzen; in einzelnen europäischen Staaten beginnen die Frauen die Männer diesbezüglich bereits zu überholen.

Grafik 9.30: Stationäre Aufenthalte aufgrund von Lungenkrebs in Wien und Österreich

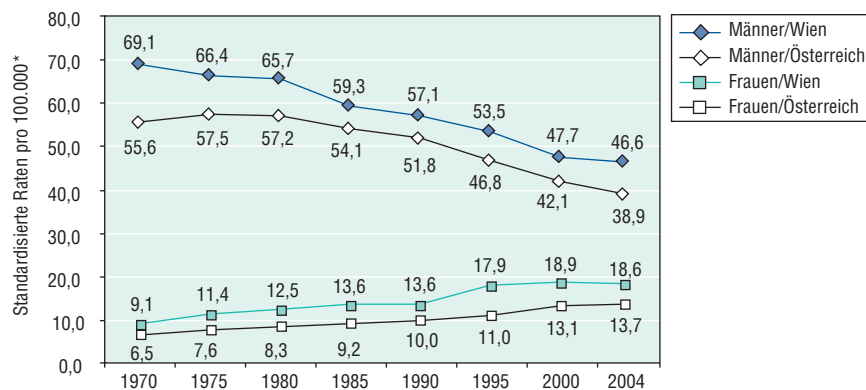


Quelle: Statistik Austria, Spitalsentlassungsstatistik.

Aufgrund häufigerer Neuerkrankungen an Lungenkrebs in Wien sind mehr stationäre Aufenthalte erforderlich als im Durchschnitt Österreichs. Die Zahl der Krankenhausaufenthalte hat bei beiden Geschlechtern zugenommen, in Wien jedoch deutlicher als im gesamten Bundesgebiet. Bei den Frauen ist sie in Wien in den letzten zehn Jahren um das dreieinhalbfache, bei den Männern um mehr als das Doppelte angestiegen.

Die Sterblichkeit an Lungenkrebs (ICD-9 <162>) ist in Wien höher als im Durchschnitt des Bundesgebietes. Obwohl die stationären Aufenthalte von PatientInnen mit Lungenkarzinomen dramatisch häufiger geworden sind, fiel die Mortalität bei Männern kontinuierlich ab. Bei den Frauen ist die Mortalität bis zum Jahre 2000 gestiegen.

³⁰⁷ Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien.

Grafik 9.31: Mortalität an Lungenkrebs in Wien und Österreich seit 1970, nach Geschlecht

* Standardisierte Raten, basierend auf WHO Weltstandardbevölkerung.

Quelle: Statistik Austria, Direktion Bevölkerung.

International gesehen wurden die meisten Neuerkrankungen und die größten Mortalitätsraten bei den Männern in Belgien, den Niederlanden und in Luxemburg gefunden, bei den Frauen in Dänemark und Großbritannien. Am geringsten ist das Risiko an Lungenkrebs zu erkranken und zu sterben, für Männer in Schweden und Portugal und für Frauen in Spanien und Portugal.³⁰⁸

Status der Raucherentwöhnung in Österreich

Im Rahmen der Initiative „Jetzt aufhören! Das Netzwerk der österreichischen Ärzteschaft gegen Rauchen“ wurde in einer Studie zur Raucherentwöhnung und der Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von ExraucherInnen eine repräsentative Umfrage von PatientInnen durchgeführt, die sich einer Raucherentwöhnungstherapie unterziehen wollten.³⁰⁹

Die **typische Auskunftsperson** war zwischen 40 und 60 Jahre alt, hat durchschnittlich zwischen 12 und 19 Jahren zu rauchen begonnen und rauchte 20 bis 30 Zigaretten pro Tag. Männer in Österreich rauchen signifikant mehr als Frauen. Zwei von drei der befragten RaucherInnen haben schon vor dem gegenständlichen Entwöhnungsversuch zumindest einmal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören.

Jeder dritte Raucher leidet an einer COPD. Bei etwa 2,5 Mio RaucherInnen in Österreich ergibt das eine Schätzung von 750.000 PatientInnen mit chronisch obstruktiver Bronchitis und/oder Lungenemphysem. LangzeitraucherInnen (mehr als 20 Jahre) erkranken 3,3-mal häufiger an COPD und an einer Hypertonie im Vergleich zu PatientInnen, die noch nicht so lange rauchen. Mehr als die Hälfte der Befragten gab an, an den meisten bzw. mehreren Tagen der Woche zu **husten**. Nur jeder siebente Raucher bzw. Raucherin, der/die sich einer Raucherentwöhnung stellen wollte, war frei von Atemwegsbeschwerden.

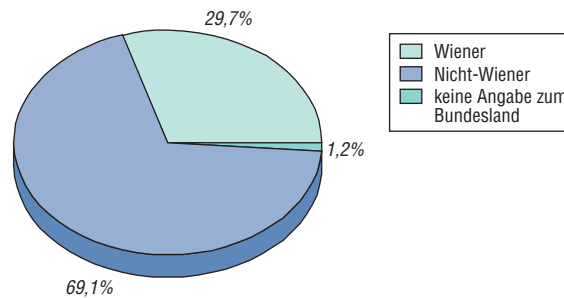
ExraucherInnen sind drei Monate nach Rauchende zu 57 Prozent, nach einem Jahr zu rund 75 Prozent ganz ohne Husten. Nach zwölf Monaten hustet nur mehr jede/r zehnte Raucher/in an mehreren Tagen der Woche. Fast drei Viertel der NichtraucherInnen sind nach zwölf Monaten frei von jeglichen Atembeschwerden.

Als **Rauchmotive** werden in erster Linie Gewohnheit, Genuss und Bewältigung von Stresssituationen sowie Entspannung genannt. **Frauen** rauchen signifikant häufiger zur Bewältigung von Stresssituationen und zur Gewichtskontrolle als Männer. Fast jede/r zweite Raucher/in ist sehr stark nikotinabhängig.

³⁰⁸ European Respiratory Society (2003): European Lung White Book.

³⁰⁹ Market Mind (2003).

Grafik 9.32: Projekt „Gesundheitsförderung durch Raucherentwöhnung“: Verteilung Wiener versus nicht-Wiener PatientInnen



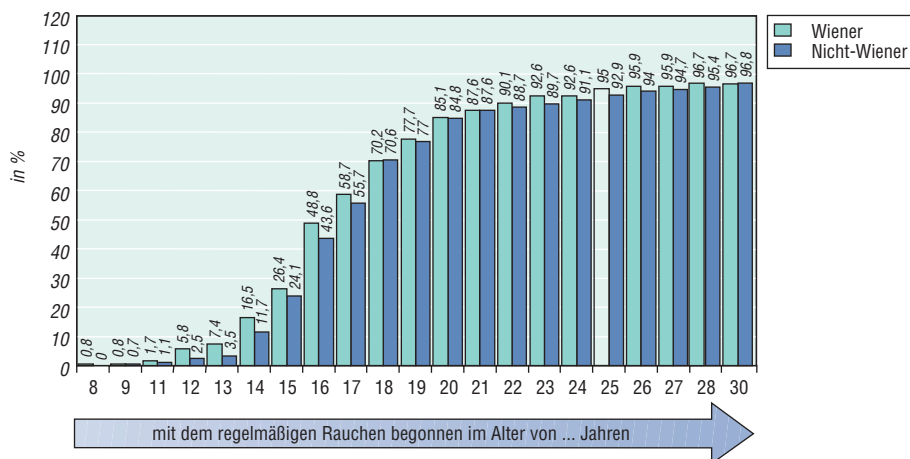
Quelle: Market Mind 2003.

Diese Verteilung erlaubt es, einige Kriterien zu untersuchen, ob sich der durchschnittliche Wiener bzw. die durchschnittliche Wienerin, der/die sich das Rauchen abgewöhnen will, von den Nicht-WienerInnen unterscheidet.

Rauchbeginn

Eine besonders schützenswerte Population stellt unsere heranwachsende Jugend dar. Dementsprechend betrüblich ist es, dass im Bereich der Großstadt Wien deutlich früher zu rauchen begonnen wird als außerhalb der Bundeshauptstadt.

Grafik 9.33: „Gesundheitsförderung durch Raucherentwöhnung“: Rauchbeginn, kumulierte Häufigkeiten



Quelle: Market Mind 2003.

Je früher zu rauchen begonnen wird, desto mehr Schäden sind zu erwarten. Im 12. und 13. Lebensjahr rauchen mehr als doppelt so viele WienerInnen als Nicht-WienerInnen. Erst im 18., 19. und 20. Lebensjahr gleicht sich diese ungünstige Tendenz aus. Die Folgerung aus diesen Ergebnissen sollte eine besonders intensive Aufklärung der Schüler im Alter von 12 bis 16

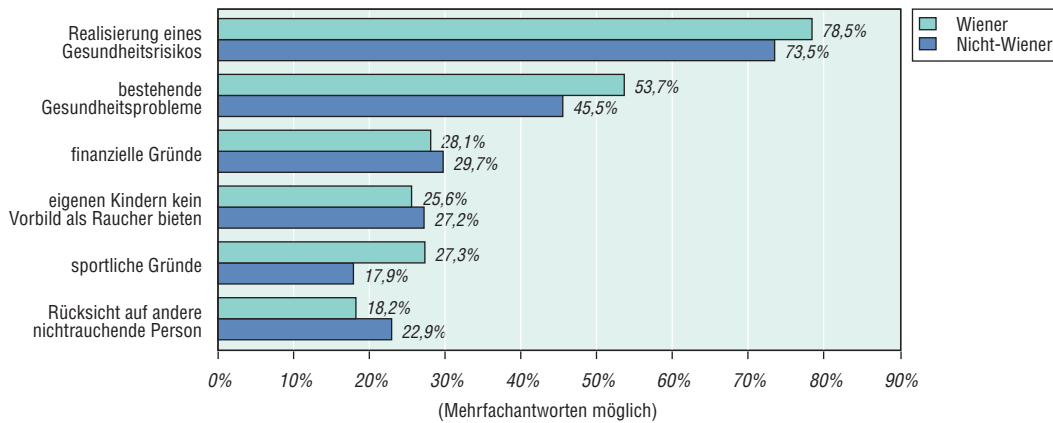
sein. Zusätzlich ist die Wiedereinführung des Rauchverbotes in den Schulen zu erwägen und der Zugang zu Zigaretten zu erschweren (keine Automaten in der Nähe der Schule). Eine Hypothese mag gestattet sein: Wenn die Lehrerzimmer rauchfrei wären, würden weniger Schulkinder rauchen.

Motive für die Rauchentwöhnung

WienerInnen suchen häufiger wegen der Realisierung eines Gesundheitsrisikos oder bereits bestehender Gesundheitsprobleme eine Rauchentwöhnungstherapie

auf als Nicht-WienerInnen. Interessant ist, dass in Wien auch deutlich häufiger sportliche Gründe angegeben werden, während es mit der Rücksicht auf nicht-rauchende Personen nicht besonders gut bestellt ist.

Grafik 9.34: Motive für die Rauchentwöhnungstherapie



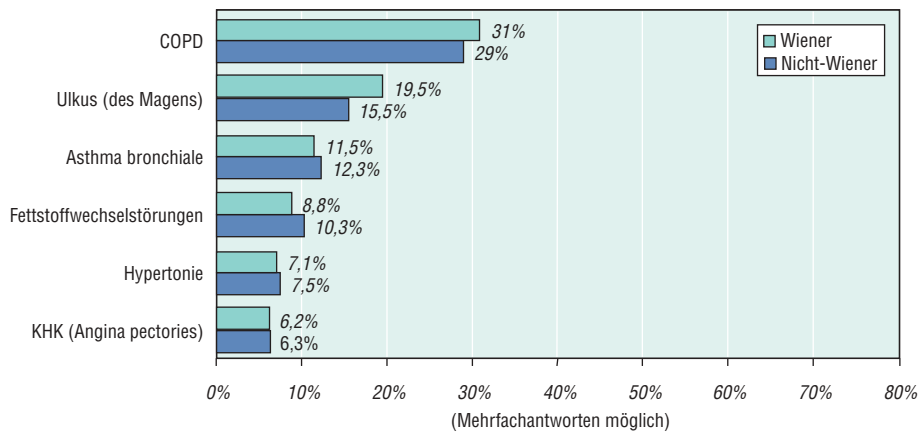
Quelle: Market Mind 2003.

Vorerkrankungen bzw. aktuelle Erkrankungen

Wiener Entwöhnungswillige leiden etwas häufiger an einer COPD und etwas weniger häufig an einem Asthma bronchiale als Nicht-WienerInnen. Statistisch signifikant ist der Unterschied in der Häufigkeit von Magengeschwüren, während Fettstoffwechsel-Störungen bei Nicht-WienerInnen etwas häufiger vorkommen

dürften. Kardiovaskuläre Erkrankungen, wie Hypertonie und koronare Herzkrankheit (KHK), sind in beiden Gruppen gleich häufig gegeben. Insbesondere fällt aber auf, dass deutlich mehr als ein Drittel der PatientInnen, die sich einer Entwöhnungstherapie unterziehen, an mindestens einer relevanten chronischen Erkrankung leiden.

Grafik 9.35: Vorerkrankungen bzw. aktuelle Erkrankungen



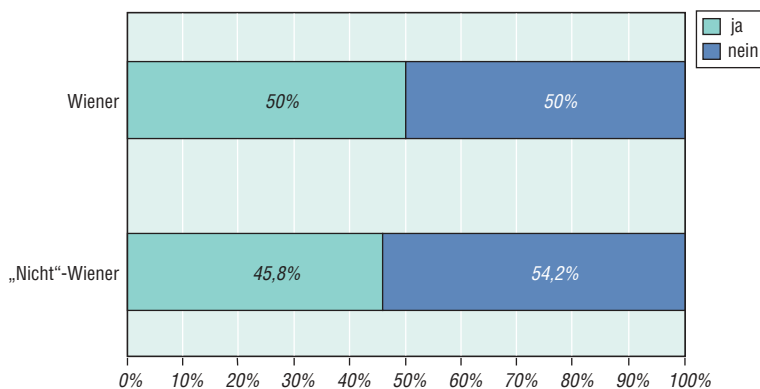
Quelle: Market Mind 2003.

Entzugerscheinungen

Die Frage „Sind eigentlich, nachdem Sie mit dem Rauchen aufgehört haben, Entzugerscheinungen oder an-

dere negative Konsequenzen aufgetreten?“ beantworteten signifikant mehr WienerInnen als Nicht-WienerInnen mit „Ja“.

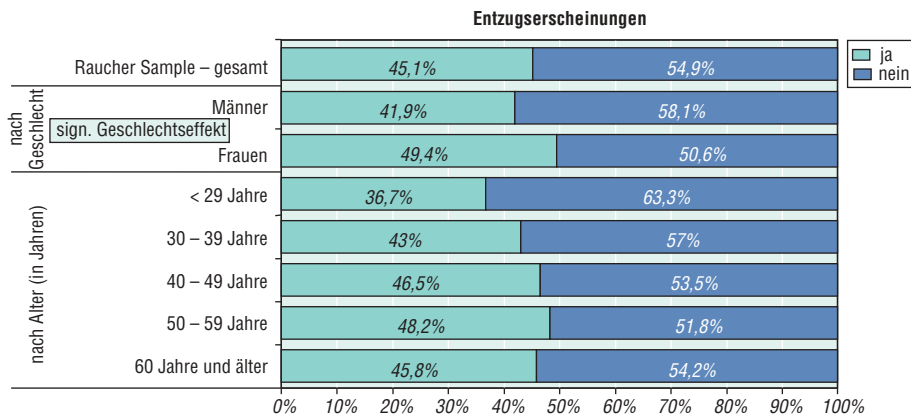
Grafik 9.36: Rauchentwöhnung: Entzugerscheinungen



Quelle: Market Mind 2003.

Unter den vielfältigen negativen Empfindungen, welche in den ersten Wochen nach dem Rauchstopp auftraten (Unruhe, Ängstlichkeit, Schlafstörungen, etc.) konnten wir keine relevanten Unterschiede erkennen. Weil sich aber die Zahl und Stärke der gerauchten Ziga-

retten nicht nach dem Wohnort richtet, die Entzugerscheinungen also etwa gleich groß sein müssten, scheint der durchschnittliche Wiener Raucher diesbezüglich wohl sensibler zu reagieren.

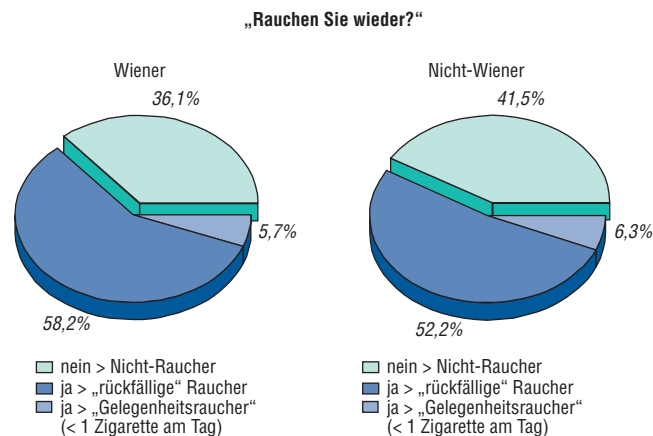
Grafik 9.37: Rauchentwöhnung: Entzugserscheinungen nach Geschlecht und Alter

Quelle: Market Mind 2003.

Erfolgsquote

WienerInnen scheinen die schwierigeren PatientInnen für die Rauchentwöhnungstherapie zu sein. Sie haben mehr Begleiterkrankungen, leiden aber auch mehr an

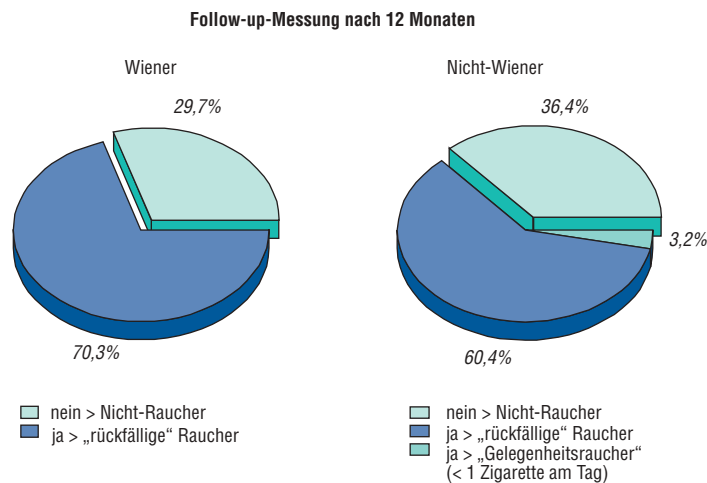
den Entzugserscheinungen. Das führt dazu, dass nach drei Monaten 41,5 Prozent der Nicht-WienerInnen, aber nur 36,1 Prozent der Wiener PatientInnen entwöhnt waren.

Grafik 9.38: Rauchentwöhnung: Erfolgsquote nach 3 Monaten

Quelle: Market Mind 2003.

Auch längerfristig sind die Ergebnisse für die Wiener PatientInnen schlechter. Auf die Frage „Rauchen Sie wieder?“ antworten nach einem Jahr 36,4 Prozent der

Nicht-WienerInnen, aber nur 29,7 Prozent der WienerInnen mit „Nein“.

Grafik 9.39: Rauchentwöhnung: Erfolgsquote nach 12 Monaten

Quelle: Market Mind 2003.

Verbesserungen durch den Verzicht auf das Zigarettenrauchen

Körperliche Schäden durch das Zigarettenrauchen sind nur zu einem geringen Teil reversibel. Dies trifft sowohl für die bronchopulmonalen Folgeerkrankungen – wie die COPD – zu als auch für die kardiovaskulären Veränderungen, wie etwa die koronare Herzkrankheit, etc. Das Risiko, an Malignomen zu erkranken, wird dem Patienten bzw. der Patientin nicht bewusst. Er/sie merkt also eine Veränderung dieses Risikos nicht.

Das somatische Ziel der Nikotinentwöhnung ist neben der Risikominimierung vor allem die Verhinderung einer weiteren Verschlechterung von **Körperfunktionen**. So wird nachgewiesenermaßen eine weitere Zunahme der koronaren Herzkrankheit oder der COPD durch Nikotinabstinenz verhindert bzw. gebremst. Auch das merkt der Patient/die Patientin nicht immer. So ist es also nicht überraschend, dass in der Summenskala der körperlichen Befindlichkeit sowohl für die Wiener als auch für die Nicht-Wiener PatientInnen durch den Verzicht auf das Rauchen keine relevanten Veränderungen zu erkennen sind. Dieses Faktum unterstreicht die Notwendigkeit, zur Zeit der Nikotinentwöhnung auch eine **Bewegungstherapie** anzubieten.

Von drei Viertel der Befragten wird die Realisierung des Gesundheitsrisikos als Grund oder Mitgrund zum Aufhören genannt. Bei der Art der **Motive zur Entwöhnung** bestehen jedoch gravierende altersspezifische Unterschiede: Die bis zu 40-Jährigen führen neben finanziellen und sportlichen Gründen auch die schlechte Vorbildwirkung für die eigenen Kinder an. Ältere RaucherInnen geben dagegen signifikant häufiger bestehende Gesundheitsprobleme als Grund zum Aufhören an.

Erfolgsquote: Nach drei Monaten Entwöhnung sind etwa 40 Prozent, nach zwölf Monaten etwa 35 Prozent ExraucherInnen. Neun von zehn RaucherInnen, die nach drei Monaten „clean“ sind, rauchen auch nach einem Jahr nicht.

Bezüglich der **Krankenstandstage** findet sich eine deutliche Reduktion nach der Rauchentwöhnung. Hatten die RaucherInnen vor dem Entwöhnungszeitpunkt noch durchschnittlich elf Krankenstandstage pro Jahr in Anspruch genommen, reduzierte sich dies ein Jahr später auf durchschnittlich sieben Tage. Vergleicht man die Anzahl der Krankenstandstage erfolgreicher ExraucherInnen mit den PatientInnen, die es nicht geschafft haben, lässt sich ein signifikanter Unterschied nachweisen. Die Gruppe der „rückfälligen RaucherInnen“ nimmt durchschnittlich 4,5 Tage mehr Krankenstand im Jahr in Anspruch als die konsequent abstinenten PatientInnen. Auch die Häufigkeit des Aufsuchens eines Arztes oder einer Spitalsambulanz ist bei den „rückfälligen RaucherInnen“ signifikant höher als bei den PatientInnen, die es endgültig geschafft haben, sich von dieser Abhängigkeit zu befreien.

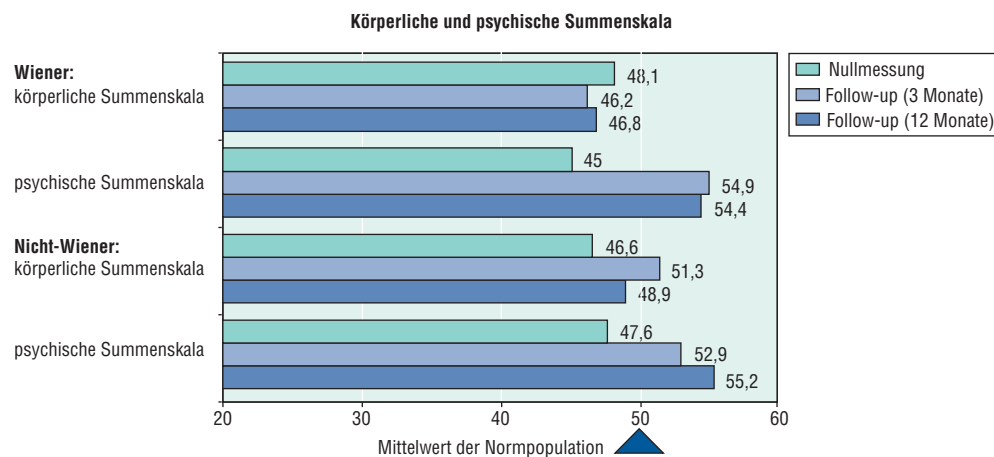
Fast bei jedem/jeder zweiten Exraucher/in sind „**Entzugserscheinungen**“ oder andere negative Konsequenzen aufgetreten. Die PatientInnen benötigen diesbezüglich Hilfe! Bei **Frauen** und stark nikotinabhängigen RaucherInnen sind Entzugserscheinungen signifikant häufiger und stärker. Fast ein Drittel der Befragten haben innerhalb eines Jahres, nachdem sie zu rauchen aufgehört haben, an **Gewicht** zugenommen (durchschnittlich 4,9 kg). Der stärkste Gewichtszuwachs geschieht innerhalb der ersten drei Monate nach dem Rauchverzicht. Dabei gibt es einen **Geschlechtseffekt:** Nikotinabstinente Frauen haben signifikant mehr Gewicht zugenommen als Männer.

Die **gesundheitsbezogene Lebensqualität** der ExraucherInnen verbesserte sich in allen Skalen im Vergleich zu den Werten vor der Nikotinabstinenz. In der Skala „Emotionale Rollenfunktion“ hat sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei ExraucherInnen auch im Vergleich der Ergebnisse drei und zwölf Monate nach dem Rauchverzicht weiter verbessert. Auffallend ist, dass sich der Wert der körperlichen Summenskala der ExraucherInnen vom Stoptag bis zum Tag nach drei Monaten tendenziell verbesserte, anschließend aber keinen weiteren Fortschritt erkennen ließ. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, den RaucherInnen auch langfristig ein gezieltes körperliches Trainingsprogramm anzubieten.

Status der Rauchentwöhnung in Wien

Im Projekt „**Gesundheitsförderung durch Rauchentwöhnung**“ wurden zu etwa zwei Drittel „Nicht-Wiener“³¹⁰ und zu etwa einem Drittel Wiener PatientInnen inkludiert. 1,2 Prozent der PatientInnen machten keine Angaben bezüglich ihres Wohnortes.

³¹⁰ Aus anderen Bundesländern.

Grafik 9.40: Summenskala körperlicher und psychischer Befindlichkeit, Wiener und nicht-Wiener PatientInnen

Quelle: Market Mind 2003.

Sehr positiv ist die eindeutige Verbesserung der Summenskala **psychischer Befindlichkeit** schon nach drei Monaten. Die Mittelwerte der Normpopulation für die körperliche und die psychische Summenskala liegen bei 50. Es ist eindeutig zu erkennen, dass die PatientInnen sowohl aus körperlicher als auch aus psychischer Sicht vor dem Nikotinverzicht deutlich unter dem Mittelwert lagen. Durch die Entwöhnung kommt es in psychischen Belangen zu einer signifikanten Verbesserung.

Schlussfolgerungen

Dass das Zigarettenrauchen Krankheiten verursachen kann, weiß praktisch jede/r Raucher/in. Anders als in anderen Lebensbereichen gilt aber für Fragen der Gesundheit und Krankheit bei Nikotinabhängigen fast immer das Alles oder Nichts und die Vermutung, dass es zwar viele andere betreffen wird, aber nicht den Raucher bzw. die Raucherin selbst. Betrüblerweise beginnen unsere Jugendlichen, vor allem im Großstadtbereich, immer früher zu rauchen. Es ist uns auch nicht in Ansätzen gelungen, die Imagewerbung der Tabakindustrie zu konterkarieren. Die primäre Prävention hat im Schul- und Ausbildungsbereich stattzufinden und ist eine bildungs- und gesundheitspolitische Aufgabe. Bisher war sie erfolglos. Die Lehrer und Schulärzte sind in diese Problematik intensiv einzubinden.

Eine Erhöhung des Zigarettenpreises verringert die Anzahl insbesondere der jungen RaucherInnen. Ein geringes, aber kontinuierliches Anheben in vielen Schritten ist weniger effektiv als seltene und drastische Preiserhöhungen, um entsprechende Signale zu senden.³¹¹

Die rauchfreie Schule muss nach den rauchfreien Lehrerzimmern (!) eingeführt werden. Mit Schlagworten wie das vom „rauchfreien Krankenhaus“ ist zu wenig getan. Kontrollen und Konsequenzen sind durchzudenken und anzuwenden. Der Zugang zu Zigaretten für SchülerInnen sollte erschwert werden. Zum Beispiel dürfen in der Nähe der Schule keine Zigarettenautomaten angebracht werden. Die generelle Abschaffung der Automaten ist zu planen.

Neben drastischen Einschränkungen der Nikotinwerbung (gilt auch für Plakate, etc.) sollten die notwendigen Mittel bereitgestellt werden, um Imagewerbung auch für NichtraucherInnen durchführen zu können.

Die Therapie der Krankheit „Nikotinabhängigkeit“ ist in ihrer Wirksamkeit wissenschaftlich gesichert.³¹² Für den Bereich der Folgeerkrankungen der Lunge ist sie die effektivste und billigste Therapie, welche zur Verfügung steht. Der Einfluss des Arztes, des Nikotinersatzes und der Antidepressiva ist wissenschaftlich nachgewiesen. Durch die Vielzahl hervorragender Arbeiten wurde

³¹¹ Siehe dazu auch nachfolgendes Kap. 9.4.2.

³¹² US-Department of Health and Human Services (2000), Treating Tobacco Use and Dependence.

der höchste Evidenzgrad für den Wirkungsnachweis dieser Therapie erreicht. Maßnahmen wie Hypnose, Akupunktur, etc. sind in Einzelfällen wirksam, naturgemäß gibt es nicht die Fülle an wissenschaftlichen Daten wie für die Einflussnahme durch den Arzt, die Wirkung der Nikotinersatz-Präparate und der Antidepressiva. Nikotinentwöhnung ist nicht nur Heilung von einer Suchterkrankung, sondern auch sekundäre Prävention. In diesem Bereich sind auch in Österreich signifikante Erfolge zu verzeichnen, wie die Steigerung der Extraucherquoten vor allem bei Männern zeigt.

In unserer Studie³¹³ konnten wir nachweisen, dass im derzeitigen Stand der Nikotinentwöhnung jeder dritte Abhängige geheilt werden kann. Im Großstadtbereich ist dies schwieriger als außerhalb Wiens. Wiener PatientInnen leiden an mehr Folgeerkrankungen und auch an häufigeren Entzugssymptomen in der ersten Phase der Raucherentwöhnung als Nicht-Wiener PatientInnen.

Erfreuliche Erfolge sind zu erzielen, obwohl die Raucherentwöhnungstherapie derzeit in Österreich nur selten

systematisch durchgeführt wird. Die wesentlichste Ursache für den eingeschränkten Einsatz dieser nachgewiesenen wirksamen und billigen Therapie ist die Tatsache, dass die Finanzierung sowohl der Ärzte als auch der Medikamente nur in Ausnahmefällen durch die Krankenkassen bezahlt wird.

Der durchschnittliche österreichische Patient wünscht sich eine Therapie auf Krankenkassen-Kosten. Ein relevantes und kaum zu überschätzendes Hindernis, welches die PatientInnen im Wiener Bereich davon abhält, sich einer strukturierten Nikotinentwöhnungstherapie zu unterziehen, ist die Tatsache, dass sie in den allermeisten Fällen für die Kosten selbst aufkommen müssen. Finanzierungsmodelle sind auszuarbeiten, wenn das Ziel weiter verfolgt werden soll, dass jeder Patient in Österreich, bei dem eine Erkrankung nachgewiesen wurde (z. B. Nikotinabhängigkeit und/oder deren Folgeerkrankungen) auch Anspruch auf eine Therapie hat (z. B. Nikotinentwöhnungstherapie), welche medizinisch-wissenschaftlich gesichert ist.

³¹³ Market Mind (2003).

Umso mehr müssen deshalb die Bemühungen auf **Länderebene** forciert werden. Bewusstseinsfördernde Maßnahmen sowie Initiativen, die in den Kompetenzbereich der Länder fallen, können helfen, den Tabakkonsum einzudämmen und in Bezug auf NichtraucherInnen den Problembewusstsein in der Bevölkerung zu stärken. Vor allem aber können sie beispielgebend für andere Bundesländer sein und in der Folge auch auf eine Änderung der nationalen Tabakpolitik hinwirken.

*All the more reason to promote measures **at the provincial level**. Awareness-building measures and initiatives that fall within the competencies of the federal provinces can help reduce tobacco consumption and raise awareness about non-smoker protection. They can particularly serve as best practice models for the other Austrian federal provinces and thus lead to a change of the national tobacco policy.*

Ausmaß der Folgeschäden des Rauchens

Rauchen stellt zur Zeit die **größte vermeidbare Todesursache** dar. Tabakkonsum ist eine Suchterkrankung wie der Konsum von Heroin oder anderen Drogen. Für die Hälfte aller RaucherInnen endet diese Sucht tödlich, davon wiederum für die Hälfte bereits in mittleren Lebensjahren. In der Altersgruppe der 35- bis 69-Jährigen beträgt die Anzahl der aufgrund einer tabakassoziierten Erkrankung verlorenen Lebensjahre 23 Jahre.³¹⁴ Laut internationalen Schätzungen **sterben in Österreich** jährlich 14.000³¹⁵ bzw. **täglich 38 Menschen** an den Folgen des Rauchens.³¹⁶

Die durch Rauchen verursachte Krankheitsbelastung und die vorzeitige Sterblichkeit verursachen extrem hohe **betriebs- und volkswirtschaftliche Kosten**. Schätzungen des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger zufolge entstehen durch die wichtigsten im Zusammenhang mit Rauchen verursachten Erkrankungen (Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Lungenerkrankungen) jährliche Folgekosten in der Höhe von rund 2 Milliarden Euro. Dies entspricht ca. **20 Prozent der Versicherungsleistungen aller Krankenversicherungsträger** bzw. **10 Prozent aller Gesundheitsausgaben**³¹⁷. Weiters verursacht Rauchen auch häufigere und längere **Krankstände**,

mehr **frühzeitige Pensionierungen** aufgrund von Erwerbsunfähigkeit sowie **vorzeitige Sterblichkeit**, meist noch im Erwerbsalter.

Wenngleich das Ausmaß der gesundheitlichen Schäden für RaucherInnen und die daraus resultierenden gesundheitsökonomischen Auswirkungen bereits alarmierend genug sind, so sei hinzugefügt, dass auch NichtraucherInnen an den Folgen des Rauchens ihrer Mitmenschen erkranken und sterben können.

Tabakpolitik in Österreich

Österreich gilt international als sehr raucherfreundliches Land, und vor den verrauchten Lokalen Wiens wird sogar in Reiseführern und Wien-websites gewarnt. Innerhalb Österreichs zeigen die Wienerinnen, ebenso wie die Wiener Jugendlichen, die höchsten Raucherquoten.³¹⁸ Nicht überraschend, weisen die Wienerinnen und Wiener auch die höchste Lungenkrebsmortalität von allen Bundesländern auf.³¹⁹ Ebenso zeigt sich in Wien ein noch stärkerer Anstieg der stationären Aufenthalte aufgrund von chronischer Bronchitis als in Gesamtösterreich.³²⁰

Die österreichischen Initiativen zum **Schutz der NichtraucherInnen** gelten zu Recht als äußerst zaghafte und

³¹⁴ PETO, R. et al. (2003).

³¹⁵ PETO, R. et al. (2003).

³¹⁶ Zum Vergleich: Das sind **mehr als vier Mal soviel** als die Gestorbenen aufgrund von Verkehrsunfällen (937), Störungen durch Alkohol (361), chronische Leberkrankheit und Leberzirrhose (1.720), Drogenabhängigkeit und Toxikomanie (192) zusammen (3.210). (Zahlen für das Jahr 2003.)

³¹⁷ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

³¹⁸ Statistik Austria (2002), Rauchgewohnheiten (Mikrozensus 1997); Statistik Austria (2002), Mikrozensus 1999; DÜR, W. & MRAVLAK, K. (2003); DÜR, W. et al. (2004).

³¹⁹ Vgl. Kap. 4.5.3, Lungenkrebs.

³²⁰ Vgl. Kap. 9.4.1.

halbherzig, unter Vorschubung des Arguments der „Toleranz“.³²¹ Dies wird auch nicht beeinträchtigt durch das Wissen um die hohe tabakassoziierte Morbidität und Mortalität in Österreich und den hohen Anteil rauchender Kinder und Jugendlicher. Eine Situationsanalyse von David SIMPSON, Gründer der *International Agency on Tobacco and Health* in London, spricht Österreich auch insofern ein schlechtes Zeugnis aus, als seine Bevölkerung zu den schlechtest informierten zählt und bezeichnet ganz allgemein die Position als „hoffnungslos“.³²²

Das Argument, nur niemanden auszugrenzen, gefährdet jedoch die Gesundheit der NichtraucherInnen – immerhin etwa 70 Prozent der Bevölkerung³²³. Engagierten Politikern, die Initiativen gegen das Rauchen ins Leben rufen wollten, „blies und bläst in Österreich ein rauher Wind ins Gesicht“³²⁴. So etwa führte das Engagement von Gesundheitsminister Dr. Michael AUSSERWINKLER, der sich schon Anfang der 90er Jahre für ein generelles Tabakverbot und Rauchverbote in der Gastronomie einsetzte, nicht nur zu persönlichen Anfeindungen und zu enormem politischen Druck (vor allem aufgrund der damals noch verstaatlichten Austria Tabak und ihres politisch äußerst einflussreichen Generaldirektors Beppo MAUHART), sondern letztlich auch zu seiner Versetzung nach Kärnten. Bis heute werden seine Bemühungen als bisher einziger Gesundheitsminister Österreichs, der eine umfassende Antitabakstrategie nach bereits damaligem internationalen Standard konzipierte und ein umfassendes Tabakgesetz anstrebte (welches später nur aufgrund des EU-Beitritts Österreichs 1995 in einer sehr reduzierten Form verabschiedet wurde), totgeschwiegen.³²⁵ Ohne EU-Beitritt Österreichs und Druck von außen wäre die Situation in Österreich wahrscheinlich bis heute unverändert.

Heutige GesundheitspolitikerInnen sind daher vorsichtiger und beschränken sich auf ein **freiwilliges Übereinkommen** mit der Gastronomie, Nichtraucherbereiche zu etablieren. „Während sich andere europäische Länder längst dazu durchgerungen haben, das Rau-

chen in Lokalen zu verbieten oder auf eigens dafür bestimmte Räume zu beschränken, geht man hierzulande damit einen typisch österreichischen Weg. Vorschrift ist das Aufhängen von Rauchverbotschildern. Wer trotzdem raucht, hat nichts zu befürchten. Gestraft wird nur, wer die Schilder nicht aufhängt.“³²⁶

Auch in den österreichischen **Medien** liest man fast nur, wie „eng“ es nun auch für österreichische Raucher werden würde, über den „Feldzug“, den „Kampf“ oder den „Krieg“ gegen die Raucher, über das drohende „Schlachtfeld“ zwischen Rauchern und (plötzlich intolerant werdenden) Nichtrauchern, über die „Bevormundung“, „Ausgrenzung“, „Diskriminierung“, ja sogar „Kriminalisierung“ (!) der Raucher, von „Lustfeindlichkeit“ und „Einschränkung der persönlichen Freiheit“, oder dass man uns alle „Genüsse“ des Lebens verbieten wolle. Von „Krankheit“ und „Sucht“ ist hingegen kaum die Rede. Bei Nichtrauchern ist man jedoch schnell mit Attributen wie „militant“ und „intolerant“ zur Hand, und Wörter wie „Ungerechtigkeit“ oder „Gesundheitsgefährdung“ findet man kaum. Schlagzeilen wie in anderen Ländern, wie viele RaucherInnen in Österreich täglich sterben, oder wie viele Säuglinge, Kinder, Gastronomieangestellte bzw. NichtraucherInnen ganz allgemein jedes Jahr durch das Rauchen anderer erkranken oder sterben, fehlen überhaupt gänzlich. Dies mag zum einen an der jahrzehntelangen bewussten Manipulation der österreichischen Bevölkerung liegen (von der die Medienberichterstattung nur ein, wenngleich wichtiger Teil ist), zum anderen daran, dass die meisten Journalisten selbst (oft starke) Raucher sind.³²⁷ Groteskerweise steht bei dieser vermeintlichen „Law and Order“ Politik der Bundesregierung noch nicht einmal ein Rauchverbot zur Diskussion, sondern nur die Beschilderung von Nichtraucherzonen sowie das freiwillige Ersuchen auf Rücksichtnahme der RaucherInnen und das Appellieren an die Toleranz der NichtraucherInnen.

Damit bleibt in Österreich der Status quo nahezu erhalten. NichtraucherInnen müssen sich in Lokalen,

³²¹ Treffend formuliert in einem Artikel über Österreich in der Zeitschrift *Tobacco Control*: „And tolerance is part of the excuse: it is a word often used by health ministry and other officials, and by the mass media, in defending the country's hopeless position, and when responding to those who over the years had called for some real progress.“ (SIMPSON, D., 2005).

³²² SIMPSON, D. (2005).

³²³ Statistik Austria (2002), Rauchgewohnheiten.

³²⁴ UHLIR, K. (2005), S. 82.

³²⁵ BACHINGER, E. (2004); SIMPSON D. (2005).

³²⁶ UHLIR, K. (2005), S. 82.

³²⁷ BACHINGER, E. (2004).

wenn sie sich nicht dem Zigarettenrauch aussetzen wollen, in meist kleine und nicht wirklich abgegrenzte Nichtraucherbereiche zurückziehen.³²⁸ Und das, obwohl sie wie gesagt mit über 70 Prozent (in der weiblichen Bevölkerung sogar noch mehr) die Mehrheit der Bevölkerung stellen.³²⁹

Es ist auch nicht so, dass die österreichische Bevölkerung gegen rauchfreie Räume wäre. Im Gegenteil: Wie in anderen Ländern, zeigen auch die Ergebnisse einer vom Gallup-Institut 2004 durchgeführten **Umfrage** in Österreich, dass mehr als die Hälfte (56 Prozent) aller ÖsterreicherInnen und selbst 44 Prozent aller RaucherInnen Rauchverbote in Restaurants befürworten würden. 58 Prozent der ÖsterreicherInnen fühlen sich durch das Rauchen anderer belästigt, unter den NichtraucherInnen beträgt dieser Anteil sogar 73 Prozent. Selbst 28 Prozent der RaucherInnen finden den Rauch ihrer Suchtkollegen unerträglich. Die Gallup-Umfrage zeigt auch, dass die Zahl der RaucherInnen, die aufhören wollen, zunimmt. 2004 betrug der Anteil der Aufhörwilligen 69 Prozent. 23 Prozent erklärten, dass sie, im Falle der Einführung eines Rauchverbots in Lokalen, das Rauchen aufgeben würden.³³⁰

Weder die hohe tabakassoziierte Morbidität und Mortalität in Österreich, noch die alarmierende Zunahme der Raucherquoten und Lungenkrebssterblichkeit bei Frauen, noch die internationale Spitzenposition der österreichischen jugendlichen RaucherInnen, noch der Wunsch der Bevölkerung nach rauchfreien Räumen sind offenbar hinreichende Argumente für entsprechende **Maßnahmen**. Die oben angeführte Umfrage scheint für manche eher eine „Warnung“ auf drohende Umsatzrückgänge im Tabak-Einzelhandel darzustellen als einen dringenden Handlungsbedarf aufzuzeigen. Denn, wie schon 1993 ein Mitarbeiter von Philip Morris warnend feststellte: jede weniger gerauchte Zigarette eines Individuums pro Tag resultiert in jährlichen Millionenverlusten für die Tabakindustrie³³¹ (und somit auch in Verlusten für den Staat durch die Tabaksteuer).

Abgesehen vom reduzierten Tabakkonsum der RaucherInnen selbst, würde man vor allem auch viele NeueinsteigerInnen (vor allem junge Menschen), WiedereinsteigerInnen und GelegenheitsraucherInnen verlieren, die einen wichtigen Kundenstock bilden. Die größte Gefahr von Rauchverbote sieht die Tabakindustrie in der abnehmenden sozialen Akzeptanz des Rauchens und in der Folge der Zunahme jener, die das Rauchen aufgeben. Darüber hinaus würden derartige Maßnahmen die Möglichkeiten der Tabakindustrie zur Allianzbildung schwächen, insbesondere ihre erfolgreiche Manipulation der Gastronomie, was sich auch in der österreichischen besonders deutlich zeigt.³³²

Die österreichische Tabakpolitik scheint sich ebenfalls in erster Linie an **wirtschaftlichen Überlegungen** zu orientieren. Man gibt zwar zu, dass es in anderen Ländern³³³ offenbar „bestens funktioniere“ (keine Spur von Umsatzeinbußen – im Gegenteil, in allen Ländern, in denen Rauchverbote in der Gastronomie gelten, steigt die Akzeptanz der Bevölkerung sogar noch mehr nach deren Einführung), doch für Österreich plädiert man dennoch einen „bewusst anderen Weg“.

Nach internationalem Maßstab befindet sich Österreich in seiner Diskussion zur „Raucherfrage“ heute noch immer auf dem Stand der 80er-Jahre (bestenfalls). Anhand der von der WHO in ihrer Europäischen Anti-Tabak-Strategie klassifizierten Kategorien des Stands der Tabakpolitik in den einzelnen Ländern ist Österreich nach wie vor in die unterste Kategorie einzureihen, als jener Ansatz, „der den Tabakkonsum und die Belastung durch Passivrauchen allgemein nur geringfügig beeinflusst“. Dieser Ansatz wird wie folgt charakterisiert:

„Mit einem solchen Ansatz misslingt es im Allgemeinen, den Tabakkonsum zu drosseln. Das Rauchen bleibt unter der männlichen Bevölkerung aller Sozialschichten prävalent und nimmt unter Jugendlichen und Frauen zu, und zwar trotz der Tatsache, dass die

³²⁸ Diese ohnehin kaum abgegrenzten „Nichtraucherzonen“ (meist nur ein paar Tische am Rand) befinden sich übrigens fast immer im weniger attraktiven Teil des Lokals und häufig neben den Türen zu den Toiletten oder der zugigen Eingangstüre. Dass die „Nachfrage“ nach Nichtraucherzonen sich in Grenzen hält, überrascht also nicht.

³²⁹ UHLIR, K. (2005); BACHINGER, E. (2004).

³³⁰ Veröffentlicht in der Zeitschrift News (2004), Nr. 41/04, S. 45.

³³¹ Wörtliches Zitat: „Financial impact of smoking bans will be tremendous. Three to five fewer cigarettes per day will reduce annual manufacturer profits a billion dollar plus per year“. (Zitiert nach DEARLOVE J.V. et al., 2002).

³³² DEARLOVE et al. (2002).

³³³ Prominente Beispiele sind vor allem Irland und Italien, die skandinavischen Länder werden hingegen kaum erwähnt.

Umso mehr müssen deshalb die Bemühungen auf **Länderebene** forciert werden. Bewusstseinsfördernde Maßnahmen sowie Initiativen, die in den Kompetenzbereich der Länder fallen, können helfen, den Tabakkonsum einzudämmen und in Bezug auf NichtraucherInnen den Problembewusstsein in der Bevölkerung zu stärken. Vor allem aber können sie beispielgebend für andere Bundesländer sein und in der Folge auch auf eine Änderung der nationalen Tabakpolitik hinwirken.

*All the more reason to promote measures **at the provincial level**. Awareness-building measures and initiatives that fall within the competencies of the federal provinces can help reduce tobacco consumption and raise awareness about non-smoker protection. They can particularly serve as best practice models for the other Austrian federal provinces and thus lead to a change of the national tobacco policy.*

Ausmaß der Folgeschäden des Rauchens

Rauchen stellt zur Zeit die **größte vermeidbare Todesursache** dar. Tabakkonsum ist eine Suchterkrankung wie der Konsum von Heroin oder anderen Drogen. Für die Hälfte aller RaucherInnen endet diese Sucht tödlich, davon wiederum für die Hälfte bereits in mittleren Lebensjahren. In der Altersgruppe der 35- bis 69-Jährigen beträgt die Anzahl der aufgrund einer tabakassoziierten Erkrankung verlorenen Lebensjahre 23 Jahre.³¹⁴ Laut internationalen Schätzungen **sterben in Österreich** jährlich 14.000³¹⁵ bzw. **täglich 38 Menschen** an den Folgen des Rauchens.³¹⁶

Die durch Rauchen verursachte Krankheitsbelastung und die vorzeitige Sterblichkeit verursachen extrem hohe **betriebs- und volkswirtschaftliche Kosten**. Schätzungen des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger zufolge entstehen durch die wichtigsten im Zusammenhang mit Rauchen verursachten Erkrankungen (Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Lungenerkrankungen) jährliche Folgekosten in der Höhe von rund 2 Milliarden Euro. Dies entspricht ca. **20 Prozent der Versicherungsleistungen aller Krankenversicherungsträger** bzw. **10 Prozent aller Gesundheitsausgaben**³¹⁷. Weiters verursacht Rauchen auch häufigere und längere **Krankstände**,

mehr **frühzeitige Pensionierungen** aufgrund von Erwerbsunfähigkeit sowie **vorzeitige Sterblichkeit**, meist noch im Erwerbsalter.

Wenngleich das Ausmaß der gesundheitlichen Schäden für RaucherInnen und die daraus resultierenden gesundheitsökonomischen Auswirkungen bereits alarmierend genug sind, so sei hinzugefügt, dass auch NichtraucherInnen an den Folgen des Rauchens ihrer Mitmenschen erkranken und sterben können.

Tabakpolitik in Österreich

Österreich gilt international als sehr raucherfreundliches Land, und vor den verrauchten Lokalen Wiens wird sogar in Reiseführern und Wien-websites gewarnt. Innerhalb Österreichs zeigen die Wienerinnen, ebenso wie die Wiener Jugendlichen, die höchsten Raucherquoten.³¹⁸ Nicht überraschend, weisen die Wienerinnen und Wiener auch die höchste Lungenkrebsmortalität von allen Bundesländern auf.³¹⁹ Ebenso zeigt sich in Wien ein noch stärkerer Anstieg der stationären Aufenthalte aufgrund von chronischer Bronchitis als in Gesamtösterreich.³²⁰

Die österreichischen Initiativen zum **Schutz der NichtraucherInnen** gelten zu Recht als äußerst zaghafte und

³¹⁴ PETO, R. et al. (2003).

³¹⁵ PETO, R. et al. (2003).

³¹⁶ Zum Vergleich: Das sind **mehr als vier Mal soviel** als die Gestorbenen aufgrund von Verkehrsunfällen (937), Störungen durch Alkohol (361), chronische Leberkrankheit und Leberzirrhose (1.720), Drogenabhängigkeit und Toxikomanie (192) zusammen (3.210). (Zahlen für das Jahr 2003.)

³¹⁷ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

³¹⁸ Statistik Austria (2002), Rauchgewohnheiten (Mikrozensus 1997); Statistik Austria (2002), Mikrozensus 1999; DÜR, W. & MRAVLAK, K. (2003); DÜR, W. et al. (2004).

³¹⁹ Vgl. Kap. 4.5.3, Lungenkrebs.

³²⁰ Vgl. Kap. 9.4.1.

Mehrheit der Erwachsenen nicht raucht und sich zunehmend für Anti-Tabak-Maßnahmen ausspricht. Deshalb ist es eher der fehlende politische Wille als die mangelnde Unterstützung durch die Öffentlichkeit, der ein erfolgreiches Vorgehen verhindert.“³³⁴

Länder wie Norwegen, Finnland oder Schweden, die bereits seit vielen Jahrzehnten eine konsequente Tabakpolitik verfolgen, befinden sich hingegen bereits in der dritten und obersten Kategorie.³³⁵

Vermehrter internationaler Druck auf eine entsprechende Gesetzgebung sowie wirtschaftlicher Druck von außen (z. B. von Seiten des Fremdenverkehrs) werden jedoch auch in Österreich die Setzung von Maßnahmen notwendig machen. Wie man am Beispiel der Fluglinien sieht, kann dieser internationale Druck – im konkreten Fall durch internationale Fluggesellschaften, die Austrian Airlines als eine der letzten Linien 1999 zur Umstellung auf Nichtraucherflüge „zwang“ und drohten, den Flughafen Wien nicht mehr anzufliegen³³⁶ – tatsächlich zu einer Umstellung führen, ohne Umsatzverluste und ohne „Ausgrenzung“ von RaucherInnen. Es fällt auch auf, dass überall dort, wo wirtschaftliche Interessen, Druck von außen oder sicherheitstechnische Überlegungen mitspielen, Rauchverbote offenbar keinerlei Probleme darstellen, während dort, wo scheinbar wirtschaftliche Einbußen für mächtige Interessensgruppen befürchtet werden, die Diskussion sich plötzlich „erhitzt“.

Passivrauchen und Nichtraucherschutz

Zahlreiche internationale Studien belegen seit vielen Jahren, dass gesundheitliche Schäden nicht nur durch aktives, sondern auch passives Rauchen entstehen. Ungezählte Angestellte der Gastronomie (und anderer verrauchter Einrichtungen), Lebenspartner (zumeist Frauen) von Rauchern sowie Säuglinge, Kinder und andere, die dem Zigarettenrauch oft unfreiwillig ausgesetzt sind, erkranken jedes Jahr an tabakassozierten Symptomen, viele davon sterben auch daran. Zu den wichtigsten tabakassozierten Erkrankungen infolge von Passivrauchen zählen Lungenkrebs, Herz- und Atemwegserkrankungen (oder auch die Verschlimme-

rung von Symptomen), aber auch andere Erkrankungen (siehe Einleitung zu Kapitel 9.4).

Laut Schätzungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger **sterben** jährlich fast 1.400 bzw. **täglich 4 Österreicherinnen und Österreicher** an den Folgen des Rauchens anderer. Diese Zahl ist auch in Übereinstimmung mit den Schätzungen der EU, derzufolge jeder zehnte tabakassozierte Todesfall eine/n Nichtraucher/in trifft.

Seit den 1970er Jahren sind die **gesundheitlichen Schäden des Passivrauchens** (nicht nur für Ungeborene und Kleinkinder, sondern für alle, die in ihrem beruflichen oder privaten Umfeld dem Tabakrauch ausgesetzt sind) bekannt. In Österreich schweigt man dazu, behandelt es als Übertreibung, oder als eine „ganz neue“ Erkenntnis, der man erst einmal skeptisch gegenübersteht. Man ist viel eher besorgt um die drohende „Ausgrenzung“ oder gar „Kriminalisierung“ von RaucherInnen, um angedrohte Umsatzrückgänge in der Gastronomie im Falle der Einführung von Rauchverboten, den Verlust von Arbeitsplätzen in der Tabakindustrie, die mögliche Schließung von einigen Trafiken und Einbußen bei der Tabaksteuer, im Falle des tatsächlichen Rückgangs des Tabakkonsums. Die „Nichtraucherschutz“-Debatte ist also vor allem von der Sorge um das Wohlergehen der RaucherInnen und von ökonomischen Überlegungen geprägt und weniger von der Besorgnis um die gesundheitsschädlichen Auswirkungen des Rauchens auf die (mehrheitlich nicht-rauchende) Bevölkerung.

Selbst geforderte **Rauchverbote in Schulen** werden, nach dem obligaten Lamentieren über die international höchsten Raucherquoten von österreichischen Kindern und Jugendlichen, als nicht realisierbar abgetan, da man von den minderheitlich rauchenden LehrerInnen und den über 16-jährigen SchülerInnen (im Gegensatz zu ArbeiterInnen und Angestellten in Betrieben) offenbar nicht erwarten könne, dass diese während der Schulstunden auf das Rauchen verzichten. Vergessen wird häufig, dass Rauchen in der Schule nicht immer gestattet war und dass sowohl der Mehrheit der LehrerInnen als auch der Eltern ein Rauchverbot in der Schule begrüßen würden.³³⁷ Bekanntlich sind **Schule und**

³³⁴ WHO, Regionalbüro Kopenhagen (2002), ESTC, S. 7 f.

³³⁵ BACHINGER E. (2004), S. 106 f.

³³⁶ BACHINGER, E. (2004), S. 316 f.

Lokale jene Orte, an denen Jugendliche am meisten rauchen.³³⁸ Umso mehr erstaunt es, dass, abgesehen von den Widerständen gegenüber Rauchverboten in Schulen, gerade Cafés und so genannte Szenelokale, die vor allem von jungen und sehr jungen Menschen frequentiert werden, und in denen am meisten geraucht wird, aus der „freiwilligen Vereinbarung“ mit der Gastronomie herausgenommen wurden. Als ob Jugendliche insbesondere in größeren Speiselokalen zum Rauchen animiert würden!

Längst hat man erkannt, dass in der Schaffung einer rauchfreien Umwelt **Sanktionen** unumgänglich sind. In Österreich versucht man hingegen, das Problem mit plötzlich aufflammender „Toleranz“ auf allen Seiten und wiederholt proklamierter Sanktionsfeindlichkeit zu lösen. Schlagworte wie „Österreich brauche keine Rauchersheriffs“, „friedliches Zusammenleben“ von NichtraucherInnen und RaucherInnen (konkret: die auch weiterhin geforderte Toleranz der NichtraucherInnen), die Werbung für einen „bewusst anderen Weg“, den Österreich hier geht (– ein Weg übrigens, der sich überall anderswo als erfolglos erwies), das Abtun von Kritik als „Nestbeschmutzung“ sowie die sofortige Bereitschaft des Vergleichs mit dem „viel schlimmeren Problem“ Alkohol prägen das heimische Bild.³³⁹

Gleichzeitig wird der Bevölkerung nach wie vor **Information und Aufklärung** über die Folgen des Rauchens und Passivrauchens **vorenthalten**.

Ebenso fehlen **Beratung und Unterstützung für Aufhörwillige**, es gibt nicht einmal eine Hotline, geschweige denn ein entsprechend flächendeckendes Angebot an Entwöhnhilfen. ÄrztInnen und andere Angehörige von Gesundheitsberufen sind in der Beratung und Unterstützung von RaucherInnen nicht entsprechend ausgebildet. Darüber hinaus ist selbst unter österreichischen ÄrztInnen (die übrigens mit 14 Prozent

im internationalen Vergleich eine sehr hohe Raucherprävalenz aufweisen³⁴⁰) und anderen GesundheitsexpertInnen das Bewusstsein zum Thema Rauchen und vor allem Passivrauchen sehr gering bis häufig gar nicht ausgeprägt.³⁴¹

Wie in Deutschland, wo namhafte Gesundheitswissenschaftler von der Tabakindustrie „eingekauft“ wurden, um entweder zu bestimmten Themen (insbesondere Auswirkungen des Passivrauchens) zu schweigen, oder ihre Studienschwerpunkte auf „harmlosere“ Themen zu lenken oder sogar Studien im Auftrag der Tabakindustrie (mit entsprechend vorteilhaften Ergebnissen) durchzuführen³⁴², ist es auch in Österreich kein Zufall, dass das Thema Passivrauchen von der Wissenschaft, von den Medien und von der Gesundheitspolitik weitgehend ignoriert wurde und wird. Dies mag zum einen damit zusammenhängen, dass bis 1997 die österreichische Tabakindustrie verstaatlicht war, zum andern an den bekanntermaßen engen Kontakten zwischen der Tabakindustrie, den Medien, einzelnen Gesundheitspolitikern und vor allem einigen Wissenschaftlern und wichtigen Meinungsführern liegen.³⁴³

Maßnahmen

Internationale Erfahrungen in außereuropäischen³⁴⁴ und europäischen³⁴⁵ Ländern zeigen, dass durch eine konsistente, möglichst viele Lebensbereiche der Menschen umfassende Gesamtpolitik beachtliche Erfolge im Kampf gegen tabakassoziierte Erkrankungen erzielt werden können. Dabei zeigten sich bestimmte Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums und in weiterer Folge der Verminderung der tabakassoziierten Morbidität und Mortalität als besonders wirksam, andere als weniger bis gar nicht wirksam.

Wirksamkeitsgeprüfte, von der WHO, der Europäischen Union sowie von Ländern, die bereits seit langem

³³⁷ BACHINGER, E. (2004). Hingewiesen sei z.B. auf das Rauchverbot in Schulen unter Bildungsminister Dr. Erhart BUSEK.

³³⁸ DÜR, W. & MRAVLAK, K. (2003).

³³⁹ BACHINGER, E. (2004).

³⁴⁰ Genaugenommen handelt es sich um ÄrztInnen in der Steiermark (TRINKER M. et al., 1997); für ÄrztInnen in Österreich gibt es bisher nicht einmal eine Erhebung wie in anderen Ländern. Zum Vergleich: Die Raucherquoten von ÄrztInnen in Großbritannien und den USA bewegen sich zwischen 1 bis 2 Prozent.

³⁴¹ BACHINGER, E. (2005).

³⁴² HIRSCHHORN, N. (2000); GRÜNING, T. et al. (2005).

³⁴³ BACHINGER, E. (2004).

³⁴⁴ Insbesondere Australien, Neuseeland, einige US-Bundesstaaten (Kalifornien, Massachusetts, u. a.), Thailand.

³⁴⁵ Skandinavische Länder, Frankreich, Irland, Italien.

Erfahrungen in einer effektiven Tabakpolitik haben, empfohlene Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage nach sowie des Angebots von Tabakprodukten sind insbesondere³⁴⁶:

- Preis und Besteuerung (Erhöhung der Tabaksteuern), bei gleichzeitiger Bekämpfung des illegalen Handels mit Tabakprodukten
- Schaffung einer rauchfreien Umwelt
- Generelles Verbot von Tabakwerbung (einschließlich indirekte Werbung) und Sponsoring
- Information, Ausbildung von GesundheitsexpertInnen und Schaffung/Förderung des öffentlichen Bewusstseins
- Produktregulierung und Verbraucherinformation
- Abgabe und Vertrieb von Tabakwaren (v. a. in Hinblick auf Abgabe an Kinder und Jugendliche)
- Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung.

Wichtig ist jedoch, dass von den genannten Einzelmaßnahmen so viele wie möglich in Kombination, also als richtiges **Maßnahmenpaket** angewandt werden, denn nur im Rahmen eines **Gesamtkonzepts** im Sinne einer nationalen Antitabakstrategie entfalten sie ihre volle Wirkung.

Für **Österreich** würde dies insbesondere eine Kombination aus bevölkerungsweiten Medien-Informationskampagnen, gezielten Programmen für Hauptrisikogruppen (Kinder und Frauen) sowie einer Vergrößerung des Angebots für Entwöhnung bedeuten. Von vorrangiger Bedeutung wären jedoch zum einen ein umfassenderes Tabakgesetz zum NichtraucherInnen-schutz mit Rauchverbot in ALLEN öffentlichen Räumen, einschließlich Gastronomie und anderen Einrichtungen, in denen Kundenverkehr herrscht (z. B. Friseur, Geschäfte, etc.), sowie allen öffentlichen Verkehrsmitteln (Züge, etc.) einschließlich Bahnhöfen. Sanktionen (die auch vollzogen werden) haben sich hier als unumgänglich erwiesen. Zum anderen wäre ein absolutes Tabakwerbeverbot (einschließlich Werbung im Tabakeinzelhandel, Plakatwerbung und indirekte Werbung) und Verbot von Sponsoring sowie eine drastische (und nicht schrittweise) Anhebung der Tabaksteuer, die als eine der wirksamsten Maßnahmen zur Eindämmung

des Tabakkonsums vor allem bei Kindern und Jugendlichen gilt, notwendig (bei gleichzeitig verstärktem Vorgehen gegen den Zigarettenschmuggel).

Die in Österreich nach wie vor hartnäckig hochgepriesenen isolierten und kurzfristigen **Jugendkampagnen** als „Lösung“ des Problems gelten international schon seit Jahrzehnten als unwirksam, in manchen Fällen sogar als kontraproduktiv. Ihre Unwirksamkeit zeigt sich auch in Österreich in der hohen und weiterhin steigenden RaucherInnenprävalenz der österreichischen Kinder und Jugendlichen, die im internationalen Vergleich (insbesondere bei den Mädchen) an der Spitze liegen.³⁴⁷ Kinder und Jugendliche sind Teil der Gesellschaft und es ist nicht zu argumentieren, warum Rauchen schlecht für Kinder und Jugendliche sein sollte, ab 16 Jahren und für Erwachsene aber nicht nur kein Problem, sondern sogar gesellschaftlich akzeptiert und als „Teil unserer Kultur“ verteidigt. Darüber hinaus ist, mit dem immer früheren Rauchbeginn, das Ansetzen bei Teenagern bereits zu spät; diese sprechen besser auf bevölkerungsweite (also an Erwachsene gerichtete) Kampagnen an.³⁴⁸ Prävention kann daher nur im Volksschulalter versucht werden, wie es auch die kürzliche ORF-Kinderkampagne des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen tat. Allerdings müssten auch diese Bemühungen längerfristig angelegt und vor allem in ein größeres Maßnahmenpaket eingebettet sein.

Rauchverbote in der Gastronomie finden in allen Ländern, in denen die Meinung der Bevölkerung erhoben wird, mehrheitliche **Zustimmung**. Auch für Österreich ergab eine Umfrage des Gallup Instituts aus dem Jahr 2004, dass schon jetzt mehr als die Hälfte (56 Prozent) aller ÖsterreicherInnen und sogar 44 Prozent aller RaucherInnen Rauchverbote in Lokalen befürworten würden (*siehe oben*). Dieser Anteil der Befürworter würde sich, wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, nach Einführung derartiger Verbote sogar noch erhöhen. Von einem befürchteten Widerstand in der Bevölkerung kann hier also keinesfalls die Rede sein.

Die ursprünglich von der Tabakindustrie (über von ihr finanzierte Studien) verbreitete Mär von drohenden Einbußen für die Gastronomie (oder gar für die gesamte Volkswirtschaft) als Folge der Einführung von

³⁴⁶ WHO (2002), Europäische Anti-Tabak-Strategie (ESTC).

³⁴⁷ DÜR, W. & MRAVLAK, K. (2003); CURRIE, C. et al. (2004); DÜR, W. et al. (2004).

³⁴⁸ BACHINGER, E. (2004).

Rauchverbote hat sich in keinem Land bestätigt. Anstatt zu einem Wirtschaftschao führten die neuen Bestimmungen zu mehr Zufriedenheit der Kunden.

Mit der „freiwilligen Vereinbarung“ zwischen Gesundheitsministerium und Gastronomie bedeutet NichtraucherInnen-Schutz in Österreich daher bestenfalls Schutz von Speisenden in größeren (und meist hochpreisigen) Lokalen.

Sowohl aus gesundheitspolitischen als auch aus gesundheitsökonomischen und arbeitsschutzrechtlichen Überlegungen sollte daher, wie auch in anderen Ländern, die drastische **Reduktion der RaucherInnenquoten** sowie ein wirklicher **Schutz der NichtraucherInnen** (die unter anderem auch besonders gefährdete Gruppen beinhalten, wie Kinder und Jugendliche, schwangere oder stillende Frauen, Säuglinge, Personen mit Herz- und Atembeschwerden, nicht-rauchende oder schwangere/stillende Gastronomieangestellte, etc.) eine Priorität in der österreichischen Gesundheitspolitik darstellen. Verantwortlich dafür wären vor allem der Bund, die Länder und die Krankenkassen, aber auch die Ärztekammer und andere Standesvertretungen im Gesundheitsbereich.

Voraussetzung dazu wäre ein **nationaler Tabakpräventionsplan**, wie ihn viele europäische und außereuropäische Länder bereits seit Jahren oder sogar Jahrzehnten haben und der sich dort in jeweils verschiedenen Phasen der Umsetzung befindet.

Österreich verfügt bis dato weder über einen Plan oder eine Strategie, noch über wirksame Maßnahmen zur Eindämmung der Tabakepidemie. Umso bemerkenswerter ist daher die Initiative des Bundeslandes Steiermark, einen eigenen, länderspezifischen und evaluationsbasierten Tabakpräventionsplan zu entwickeln (*siehe unten*).

Mögliche Maßnahmen auf Bundesländerebene

Die aktuellen Bemühungen auf Bundesebene zur Eindämmung des Tabakkonsums sowie zum Schutz von

NichtraucherInnen beschränken sich mehr oder weniger auf die Erfüllung der Minimalanforderungen der EU und müssen als nicht ausreichend angesehen werden. Mit der Unterzeichnung des WHO Rahmenabkommens zur Tabakkontrolle werden zwar in Zukunft weitere Schritte unausweichlich sein, doch ist nicht anzunehmen, dass Österreich hier schneller als notwendig handelt (zumindest was die wirklich wirksamen Maßnahmen betrifft). Umso mehr müssen deshalb die Bemühungen auf Länderebene forciert werden.

Bewusstseinsfördernde Maßnahmen können den Tabakkonsum eindämmen und in Bezug auf NichtraucherInnen den Problembewusstsein in der Bevölkerung bzw. die Rechte von NichtraucherInnen stärken. Zum andern können diese Bemühungen, vor allem wenn sie in mehreren Bundesländern stattfinden, in der Folge auch einen gewissen Druck auf die Tabakpolitik auf Bundesebene ausüben.

Beispielgebend wäre hier bereits die **Steiermark** zu nennen, welches als erstes und bisher einziges Bundesland mit der Entwicklung einer eigenen, evaluationsgestützten und umfassenden Tabakpräventionsstrategie, die auf internationalem Standard basiert, eine lobenswerte Vorreiterposition innerhalb Österreichs einnimmt.³⁴⁹

Auch für Deutschland sind Beispiele für eine länderspezifische Anti-Tabakpolitik bekannt; so etwa in Brandenburg³⁵⁰ oder seit kurzem die Bemühungen in Sachsen³⁵¹.

Generell könnten auf Länderebene zum Beispiel wirkungsvolle Maßnahmen im Bereich des Rauchverbots in **Krankenanstalten**, des generellen Rauchverbots in und vor **Schulen** und **Kindergärten** sowie in der Förderung von rauchfreien **Gastronomiebetrieben** nach dem Vorbild Italiens, Irlands und der skandinavischen Länder³⁵² gesetzt werden. Letzteres wäre vor allem auch in der bekanntermaßen raucherfreundlichen Stadt Wien nicht nur zum Schutz der mehrheitlich nicht-rauchenden Wiener Bevölkerung (einschließlich der bereits erwähnten besonders gefährdeten Gruppen), sondern auch aus fremdenverkehrspolitischen Überlegungen

³⁴⁹ AUER, M. (2005); KOLLER, M. (2005).

³⁵⁰ Brandenburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (2004).

³⁵¹ Deutsche Ärzte Zeitung, 18.7.2005.

³⁵² Mit der Setzung des Nicht-Rauchens als Norm und der Schaffung eigener Räumlichkeiten mit spezieller Entlüftung für RaucherInnen.

empfehlenswert. Ganz allgemein würde die vermehrte Schaffung von **rauchfreien Einrichtungen** (insbesondere natürlich in Restaurants, Cafés und sonstigen Lokalen) auch wesentlich zur Reduktion der NeueinsteigerInnen (vor allem unter jungen Menschen), der WiedereinsteigerInnen von Ex-RaucherInnen oder grundsätzlich Aufhörwilligen, zur Reduktion des Zigarettenkonsums von RaucherInnen und vor allem auch zur Steigerung des Anteils von AussteigerInnen (Ex-RaucherInnen) führen. In einer Großstadt wie Wien mit vielfältiger Nachfrage und hoher Kundenfrequenz sollte die Einrichtung von Nichtraucher-Lokalen (eventuell mit räumlich abgegrenzten und eigens belüfteten Raucherräumen) eigentlich einen Erfolg und kein Problem darstellen. Darüber hinaus wären Nichtraucher-Lokale auch billiger für die Betreiber, da sie nicht nur seltener renovieren müssten, sondern auch keine teuren und ohnehin unwirksamen Belüftungssysteme bräuchten, die bestenfalls den Geruch, aber nicht die Schadstoffe entfernen.³⁵³

Voraussetzung dazu wäre natürlich eine entsprechend breit angelegte, bevölkerungsweite **Informations- und Bewusstseinsbildungskampagne**, vor allem in den Medien (auch auf Länderebene möglich), wie sie etwa in Österreich zum ersten und letzten Mal im Jahr 1980 (mit einer kurzen Wiederholung 1985) stattfand.³⁵⁴

Zusätzliche Programme könnten an bestimmte und **besonders gefährdete Zielgruppen** gerichtet sein, wie Volksschulkinder, Frauen (vor allem schwangere und stillende Frauen und junge Mädchen), aber auch an NichtraucherInnen allgemein (Stärkung der Rechte der NichtraucherInnen als jene mehrheitliche Gruppe, die vor den schädlichen Einwirkungen und den Belästigungen des Tabakrauchs geschützt werden müssen).

Nicht zuletzt wäre natürlich insbesondere in Wien eine bessere **Information** für RaucherInnen und entsprechende **Hilfen für Entwöhnungswillige** anzubieten. Entwöhnprogramme für Aufhörwillige müssen dabei vor allem zielgruppenorientiert sein (Alter, Geschlecht, soziale Schicht). Wichtig wären auch gezielte Program-

me für Schwangere und Frauen in der Stillperiode bzw. Eltern von Kindern ganz allgemein (Schwangerenambulanzen, Elternberatungsstellen, etc.). Für Betriebe und Schulen wären ebenfalls spezielle Angebote zu entwickeln.³⁵⁵

Schulorientierte Programme sollten sich vor allem an unter 10-jährige Kinder richten und auch die LehrerInnen als wichtige Zielgruppe einbeziehen. Abgesehen von ihrer Vorbildfunktion gilt es auch hier Problembewusstsein zu schaffen, RaucherInnen Information über Entwöhnung anzubieten und NichtraucherInnen in ihren Rechten für eine rauchfreie Schulumgebung zu stärken.

Bemühungen zur Einhaltung des **Jugendschutzgesetzes** (Rauchverbot von und Abgabeverbot an unter 16-Jährige) könnten etwa in der Information von Trafikanten sowie stichprobenhaften Kontrollen durch unter 16-jährige Testpersonen bestehen. Allerdings, solange Automaten den jederzeitigen und unkontrollierten Erwerb von Zigaretten ermöglichen, fällt diese Maßnahme in erster Linie nur unter „Schaffung von Problembewusstsein“.³⁵⁶

Eine länderspezifische Maßnahme wäre zum Beispiel auch ein Verbot von Tabakwerbung und Sponsoring auf Veranstaltungen, die vom Land (teil-)finanziert oder gefördert werden. Auch sollte jedes Bundesland zumindest alle bestehenden Bestimmungen umsetzen bzw. ihre Umsetzung kontrollieren (zum Beispiel die Rauchverbote in Gebäuden der öffentlichen Verwaltung).³⁵⁷

Schlussfolgerung

Österreich ist international gesehen eines jener Länder, die Tabakprävention bisher zu sehr vernachlässigt haben. Das raucherfreundliche Klima wird jedoch zunehmend weniger akzeptiert, sowohl von der großteils nicht rauchenden österreichischen Bevölkerung, als auch von internationalen Gästen, die in ihren Heimatländern bereits von einer rauchfreien Umwelt verwöhnt sind.

³⁵³ REPACE, J.L. (1999) und REPACE, J.L. (2000).

³⁵⁴ Es handelt sich dabei um die von Gesundheitsminister Dr. SALCHER 1980 initiierte Kampagne „Ohne Rauch geht's auch“.

³⁵⁵ KOLLER, M. (2005); AUER, M. (2005).

³⁵⁶ Die geplante Zugangsbeschränkung von Zigarettenautomaten ist zwar eine geringfügige Verbesserung, doch keine Lösung. Zigaretten sollten nur von lizenzierten Vertreibern verkauft werden, denen bei Missachtung von gesetzlichen Regelungen der Verlust der Lizenz droht. Dies würde jedoch eine Maßnahme auf Bundesebene erfordern.

³⁵⁷ KOLLER, M. (2005).

Entsprechende Bemühungen sind daher nicht nur dringend notwendig, sondern werden auch auf fruchtbaren Boden fallen und auf lange Sicht zur Verminderung der durch Tabakkonsum hervorgerufenen Krankheitslast und Sterblichkeit beitragen.³⁵⁸

Jedoch, ob auf Bundes- oder Länderebene, die Reduktion der RaucherInnenquoten bzw. die Eindämmung des Tabakkonsums mit allen Folgeerscheinungen erfordert eine **umfassende Strategie**. Es muss auf verschiedenen Ebenen angesetzt werden und die gebündelten Maßnahmen müssen langfristig ausgerichtet sein. Oberstes Ziel ist die Änderung im gesellschaftlichen Bewusstsein, demzufolge Rauchen noch immer die Norm darstellt, als „Teil unserer Kultur“ verteidigt wird und als „Recht“ eines jeden Einzelnen angesehen wird.

Dies erfordert jedoch eine **konsequente Informationspolitik**, wie etwa regelmäßige und breit angelegte Informationskampagnen unter Zusammenarbeit mit verschiedenen Organisationen und Gesundheitseinrichtungen, vor allem mit den Krankenkassen, der Ärzteschaft, der Apothekerkammer, der Krebshilfe und anderer Institutionen. Die Schaffung von **Problembewusstsein unter GesundheitsexpertInnen** wäre in Österreich als weitere grundlegende Maßnahme zu nennen.

Angebote für Entwöhnwillige müssen vermehrt geschaffen und verbessert werden. Auch hier ist vermehrte Information für RaucherInnen notwendig. Die Angebote müssen niederschwellig sein und ohne Wartezeiten. Telefonische Beratung und Unterstützung (ganztägige, nach Möglichkeit auch am Wochenende besetzte Hotlines) wäre ebenfalls eine Voraussetzung für die Steigerung der Ausstiegsquoten.

Die Weltgesundheitsorganisation spricht davon, dass Menschen ein gesichertes Recht auf rauchfreie Luft haben sollten, das heißt, niemand sollte unfreiwillig Tabakrauch bzw. Toxinen ausgesetzt sein.³⁵⁹ Eine **rauchfreie Umwelt** kann zwar auf Länderebene nicht gesetzlich geregelt werden, doch kann man diese durch entsprechend positive Medienkampagnen und „Belohnungssysteme“ fördern. Vor allem in einer Großstadt wie Wien mit einer großen Auswahl an Lokalen ist es erstaunlich, dass es, abgesehen von den amerikanischen Ketten Starbucks und McDonalds (die übrigens immer gut besucht sind³⁶⁰) sowie dem einen oder anderen Restaurant mit gesundheitsbewusster Ernährung, kaum ein Nichtraucher-Lokal gibt.

Abschließend sei noch vermerkt, dass eine wissenschaftsbasierte, auf internationaler Erfahrung beruhende **Tabakkontrollpolitik auch auf Länderebene** entwickelt und angepasst werden kann, wie dies bereits am Beispiel der Steiermark gezeigt wird.

³⁵⁸ AUER, M. (2005).

³⁵⁹ WHO (2002), Europ. Anti-Tabak-Strategie, S. 11.

³⁶⁰ Hier ist weder die Rede von einer „Ausgrenzung“ der RaucherInnen, noch von drastischen Umsatzeinbußen, noch davon, dass Österreich „kein zweites Amerika“ werden solle.

**X.
SOZIALE UNGLEICHHEIT
UND GESUNDHEIT**

***SOCIAL INEQUALITY AND
HEALTH***

INHALT

10 SOZIALE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT	363
10.1 SOZIOÖKONOMISCHE GRUNDLAGEN	364
10.2 ARMUT	365
10.3 MIGRATION	377
10.4 ARBEITSLOSIGKEIT	382

9.4.2 Gesundheitspolitische Bedeutung des Rauchens

Zusammenfassung

Österreich gilt international als ein Land mit einer sehr schwachen Tabakpolitik, wo Nichtraucherschutz nicht wirklich ernst genommen wird. Österreichs (und insbesondere Wiens) Lokale sind derart verraucht, dass dies sogar in Reiseführern Erwähnung findet. Innerhalb Österreichs zeigen die Wiener und insbesondere die Wienerinnen, ebenso wie die Wiener Jugendlichen, die höchsten Raucherquoten. Nicht überraschend, weisen die Wienerinnen und Wiener auch die höchste Lungenkrebsmortalität von allen Bundesländern auf. Bisherige Initiativen zur Eindämmung des Tabakkonsums sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen sowie zum Schutz der mehrheitlich nicht rauchenden Bevölkerung müssen, soweit überhaupt vorhanden, als kaum wirksam bezeichnet werden.

Wirksamkeitsgeprüfte Maßnahmen, die die Raucherprävalenz (und in der Folge die tabakassoziierte Morbidität und Mortalität) senken, umfassen insbesondere eine Kombination aus Preiserhöhung (Tabaksteuer), Rauchverboten (Schaffung einer rauchfreien Umwelt), generelles Tabakwerbeverbot und Verbot von Sponsoring, Information und öffentliche Bewusstseinsbildung, Ausbildung von GesundheitsexpertInnen, Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung sowie zielgruppenorientierte Präventionsprogramme.

Die in Österreich bisher fokussierten Maßnahmen (insbesondere die isolierten und kurzfristig angelegten Jugendkampagnen) gelten als wenig bis gar nicht wirksam. Es gibt bisher auch keine entsprechende Strategie bzw. keinen nationalen Tabakpräventionsplan wie in vielen anderen Ländern. Trotz der hohen tabakassoziierten Morbidität und Mortalität in Österreich, der weltweit höchsten Raucherprävalenz unter Jugendlichen (vor allem bei Mädchen), der Befürwortung von rauchfreien Lokalen durch die österreichische Bevölkerung und den als bestes Beispiel geltenden Ländern Italien und Irland, beschränkt man sich hierzulande auf „freiwillige Vereinbarungen“ und baut auf die Rücksichtnahme der RaucherInnen bzw. vor allem auf die fortgesetzte Toleranz der NichtraucherInnen.

Summary: The Significance of Smoking for Health Policies

Internationally, Austria has the reputation of being a country with a very weak tobacco policy where the protection of non-smokers is not taken very seriously. The Austrian (and especially Viennese) restaurants and bars are so dense with smoke that this is even mentioned in tourist guides. In Austria, Vienna has the highest rate of smokers, in particular for women and adolescents. Not surprisingly, Vienna also has the highest lung cancer mortality rates in Austria for men and women. The few initiatives that have been undertaken to reduce tobacco consumption in adults as well as in children and adolescents and to protect the non-smoking population can be justly called ineffective.

Measures that have been proven to work in reducing the prevalence of smoking (and, in consequence, the smoking associated morbidity and mortality rates) are - especially if several of them are combined - price increase (tobacco taxes), smoking bans (creating a smoke-free environment), a general ban on tobacco advertising and sponsoring by tobacco companies, information and awareness-building campaigns, training of health experts, counselling and treatment for people who want to quit smoking, and targeted prevention programmes.

The measures employed in Austria so far (especially the isolated and short-term youth campaigns) have to be regarded as hardly effective. So far there is also no strategy or national tobacco prevention plan like in many other countries. Despite the high smoking associated morbidity and mortality, the highest incidence of smoking among adolescents (girls in particular) in the world, the general support among the population for smoke-free bars and restaurants, and best practise examples such as Italy and Ireland, the measures in Austria are limited to „voluntary agreements“ and to expecting smokers to be considerate – and non-smokers to be tolerant towards smokers.