



EUROPÄISCHE KOMMISSION

GENERALDIREKTION GESUNDHEIT UND VERBRAUCHER

Brüssel, den 19. September 2012  
SANCO/D4/KB

LANDTAG  
NORDRHEIN-WESTFALEN  
16. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME**  
**16/84**

Alle Abg

### **Schriftliche Stellungnahme<sup>1</sup>**

## **Gesetz zur Änderung des Gesetzes zum Schutz von Nichtraucherinnen und Nichtrauchern in Nordrhein-Westfalen (Nichtraucherschutzgesetz Nordrhein-Westfalen – NiSchG NRW)**

**Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales**  
**26. September 2012**

Die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher dankt für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum vorliegenden Gesetzesvorschlag, mit dem eine wesentliche Stärkung des Schutzes von Nichtrauchern in Nordrhein-Westfalen angestrebt wird. Nach unserer Einschätzung ist der Vorschlag ein wesentlicher Schritt, um den Nichtraucherschutz in Nordrhein-Westfalen zu verbessern und kann nur begrüßt werden.

Bevor einige ausführliche Kommentare dargelegt werden, erscheinen die folgenden Vorbemerkungen gerechtfertigt: Erstens muss geklärt werden, dass - auf EU-Ebene - Nichtraucherschutzgesetze in der Empfehlung des Rates vom 30. November 2009 über rauchfreie Umgebungen (2009 / C 296 / 02)<sup>2</sup> behandelt werden, die eine rauchfreie Umgebung in geschlossenen Räumen am Arbeitsplatz und in öffentlichen Einrichtungen, sowie in öffentlichen Verkehrsmitteln und gegebenenfalls an anderen öffentlich zugänglichen Orten vorsieht. Mitgliedstaaten haben sich zur Umsetzung der Empfehlung des Rates in nationales Recht bis zum 30. November 2012 verpflichtet. Ein Evaluierungsbericht über die Empfehlung des Rates ist derzeit in Vorbereitung. Ein kurzer Überblick über diese und andere EU-Aktivitäten in Bezug auf eine rauchfreie Umgebung wird am Ende dieses Dokumentes zur Verfügung gestellt. Zweitens, die Stellungnahme bezieht sich ausschließlich auf Tabakwaren, d.h. nicht auf tabakfreie, nikotinenthaltende Produkte. Der Grund dafür ist, dass die bestehenden EU-Rechtsvorschriften sich vor allem mit Tabakwaren beschäftigen. Drittens ist darauf hinzuweisen, dass die unten stehenden Kommentare durch die zuständigen Dienststellen der Kommission für Maßnahmen zur Tabakkontrolle auf EU-Ebene vorbereitet wurden. Innerhalb der vorgesehenen Frist war es nicht möglich, eine dienststellenübergreifende Konsultation aller potentiell interessierten oder betroffenen Dienststellen der Kommission durchzuführen.

## Die Einhaltung der EU-Ratsempfehlungen und des WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakkonsums (FCTC)<sup>3</sup>

Mit dem vorliegenden Gesetzesvorschlag werden bestimmte Ausnahmen in der derzeit geltenden Gesetzgebung in Nordrhein-Westfalen entfernt, die das Rauchen an öffentlichen Orten unter bestimmten Bedingungen erlauben (z.B. traditionelle Veranstaltungen, Festzelte, Raucherclubs). Er schränkt die Möglichkeiten für die Einrichtung von Raucherzimmern sowie den Zugang von Minderjährigen zu solchen Räumlichkeiten ein und erweitert rauchfreie Flächen, wodurch der Schutz der Bevölkerung, insbesondere der Nichtraucher, darunter Kinder, vor Tabakrauch in der Umgebung verbessert wird.

Die vorgeschlagenen Maßnahmen folgen zu einem großen Teil der **EU-Ratsempfehlung**, insbesondere den Paragraphen 1, 2 und 4, die den Mitgliedstaaten nahe legt "... einen wirksamen Schutz vor der Belastung durch Tabakrauch an Arbeitsstätten in geschlossenen Räumen, in öffentlichen Einrichtungen in geschlossenen Räumen, in öffentlichen Verkehrsmitteln und gegebenenfalls an anderen öffentlich zugänglichen Orten zu gewährleisten" (Paragraph 1), "Strategien und Maßnahmen zur Verringerung der Belastung von Kindern und Jugendlichen durch Passivrauchen auszuarbeiten und/oder zu verstärken" (Paragraph 2) sowie "umfassende sektorübergreifende Strategien, Pläne oder Programme zur Eindämmung des Tabakgebrauchs zu entwickeln, durchzuführen, regelmäßig zu aktualisieren und zu überprüfen, deren Gegenstand unter anderem der Schutz vor Tabakrauch an allen Örtlichkeiten ist, die – unabhängig von den Eigentumsverhältnissen oder dem Zugangsrecht – für die Allgemeinheit zugänglich sind oder die gemeinschaftlich genutzt werden" (Paragraph 4).

Trotz der Möglichkeit, Raucherräume unter bestimmten Bedingungen einzurichten und das Rauchen beim Vermieten von Räumlichkeiten für geschlossene Gesellschaften im Einzelfall zuzulassen, folgt die vorgeschlagene Regelung mit der Auflage deutlicher Kennzeichnung und der Zugangsbeschränkung für Minderjährige sowie der Verhängung höherer Geldstrafen bei Verstößen besser Paragraph 5 der EU-Ratsempfehlung, nach denen die Mitgliedstaaten aufgefordert werden, "geeignete Instrumente bereitzustellen, um nationale Strategien, Pläne und Programme zur Eindämmung des Tabakgebrauchs durchzuführen und damit einen wirksamen Schutz vor der Belastung durch Tabakrauch sicherzustellen". Nach unserer Auffassung ist es zur Gewährleistung des bestmöglichen Schutzes wichtig, zusätzliche Schutzmaßnahmen vorzusehen, wie beispielsweise den Zugang für Bedienungspersonal zu beschränken und eine separate Lüftungsanlage für die Räume einzurichten (siehe Vorschriften in Frankreich und Italien). Auch sollten Ausnahmeregelungen für geschlossene Gesellschaften entfallen bzw. zumindest so weit wie möglich eingeschränkt werden.

Verglichen mit dem derzeitigen Gesetz, ist darüber hinaus festzustellen, dass der Vorschlag besser den Vorgaben des **WHO Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakkonsums (FCTC)** folgt, das von der EU und allen ihren Mitgliedstaaten, darunter auch Deutschland, ratifiziert wurde. Artikel 8 FCTC enthält eine Verpflichtung der Vertragsparteien zur Erstellung effektiver Maßnahmen zum Schutz vor der Belastung durch Tabakrauch an Arbeitsstätten in geschlossenen Räumen, öffentlichen Verkehrsmitteln, an geschlossenen öffentlichen Orten und an sonstigen öffentlichen Orten.

## Umsetzung der Gesetze zur rauchfreien Umgebung - internationale Erfahrungen

### **Konsequente Umsetzung des Gesetzes**

Die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher ist für eine **klare und konsequente Umsetzung der Rechtsvorschriften für rauchfreie Zonen** und begrüßt die weitere Streichung von Ausnahmen in der vorgeschlagenen Gesetzgebung. Beispiele aus anderen EU-Mitgliedstaaten und Drittländern zeigen, dass komplizierte Gesetze mit vielen Ausnahmen zu einer weniger einheitlichen Auslegung und zu Problemen bei der Durchsetzung führen und daher nicht hinreichend vor einer Rauchbelastung schützen. Dies geht zum Beispiel aus einer spanischen Studie<sup>4</sup> sowie wissenschaftlichen Erkenntnissen hervor, auf welche die Leitlinien nach Artikel 8 des FCTC Bezug nehmen.<sup>5</sup> Neuere Studien weisen darauf hin, dass die temporäre Zulassung des Rauchens bei der Anmietung von Räumen für private Feiern zu einer erhöhten Aussetzung von Tabakrauch führen kann.<sup>6</sup> Die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher regt deshalb an, zumindest a) einen angemessenen Schutz des Servicepersonals, das für jene Gelegenheiten eingesetzt wird sowie b) eine ausreichende Reinigung der Räumlichkeiten vor der nächsten Verwendung vorzusehen. Aus der Sicht der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher wäre es allerdings wünschenswert, solche Ausnahmen ganz zu vermeiden.

### **Gesundheitliche Vorteile von Rechtsvorschriften für rauchfreie Zonen**

Erfahrungen in anderen EU-Mitgliedstaaten und Drittländern belegen deutlich die **Vorteile von Rechtsvorschriften für rauchfreie Zonen für die öffentliche Gesundheit**. Beispiele hierfür sind die erheblichen Reduktionen in der Inzidenz von Herzinfarkten in der allgemeinen Bevölkerung (z.B. Italien)<sup>7</sup>, in den Krankenhausaufnahmen für Myokardinfarkt und anderen akuten koronaren Ereignissen (z.B. in Deutschland, Italien, Großbritannien, USA)<sup>8</sup> und in Symptomen der Atemwegsorgane bei Arbeitnehmern im Restaurant-, Hotel- und Gaststättengewerbe (z. B. in Finnland, Irland).<sup>9</sup> Neuere Studien weisen zudem auf eine mögliche Verbesserung der Verbesserungen der Gesundheit von Schwangeren und deren ungeborenen Kindern sowohl bei Raucherinnen als auch bei Nichtraucherinnen hin.<sup>10</sup> Schließlich gibt es Hinweise, dass die Anzahl der Raucher zunimmt, die das Rauchen endgültig aufgeben wollen.<sup>11</sup> Auch eine Reduzierung des Verbrauchs ist beobachtet worden,<sup>12</sup> welcher sich wiederum positiv auf die Gesundheit auswirkt.

### **Auswirkungen von Rauchverboten auf das Restaurant-, Hotel- und Gaststättengewerbe**

Mehrere Studien zeigen, dass **negative Auswirkungen von Rauchverboten auf den Restaurant-, Hotel- und Gaststättensektor nicht zu erwarten sind**. Zwei aktuelle systematische Übersichtsarbeiten, darunter eine Cochrane-Übersicht, zeigen beispielsweise, dass sich die Gesundheit der Beschäftigten verbessert,<sup>13</sup> wovon die Gastwirte als Arbeitnehmer ebenfalls profitieren. Wie in dem vom Internationalen Krebsforschungszentrum der WHO (IARC) herausgegebenen Handbuch beschrieben wird, können auch Versicherungs-, Reinigungs-, Wartungs- und mögliche Prozesskosten reduziert werden, wenn rauchfreie Arbeitsplätze eingeführt werden. Wenngleich einige Studien zeigen, dass kurzfristig Kosten im Zusammenhang mit der Gesetzgebung für alle Unternehmen der Branche entstehen (z.B. für neue Beschilderungen und Schulungen für Mitarbeiter) weist die Evidenz darauf hin, dass für die Unternehmen netto ein positiver

Effekt zu verzeichnen ist und der von den Unternehmern befürchtete Rückgang in der Kundschaft nicht eingetreten ist.<sup>14</sup>

Eine weitere Übersichtsarbeit analysierte eine erhebliche Anzahl von Studien zu den wirtschaftlichen Auswirkungen der rauchfreien Politik auf den Bewirtschaftungssektor.<sup>15</sup> Es wurde festgestellt, dass 47 der 49 Studien mit dem besten Studiendesign keine negativen wirtschaftlichen Auswirkungen auf Indikatoren wie z.B. steuerpflichtige Umsätze feststellen konnten. Laut eines WHO-Berichts haben rauchfreie Umgebungen entweder neutrale oder positive Auswirkungen auf Unternehmen, einschließlich der Gastronomie.<sup>16</sup> Diese Ergebnisse waren in allen untersuchten Orten ähnlich, darunter Australien, Kanada, Großbritannien, USA, Norwegen und Neuseeland. Dieses Ergebnis wird auch in einem aktuellen Informationsblatt des US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (CDC)<sup>17</sup> sowie in vielen weiteren Studien bestätigt.<sup>18</sup>

### **Öffentliche Meinung zu Rauchverboten**

Erfahrungen aus mehreren Ländern (z. B. Norwegen, Irland, Großbritannien, USA, Neuseeland) zeigen, dass die **öffentliche Unterstützung für Rauchverbote häufig steigt, nachdem die Maßnahmen eingeführt wurden.**<sup>19</sup> Darüber hinaus zeigen Daten aus Irland, Frankreich, Deutschland und den Niederlanden, dass Rauchverbote im öffentlichen Raum auch die Wahrscheinlichkeit für die Schaffung einer rauchfreien Umgebung zu Hause erhöht.<sup>20</sup> Laut einer europaweiten Befragung unterstützt die Mehrheit der EU-Bürger ein Rauchverbot an öffentlichen Plätzen, wie Büros, Restaurants und Bars, und dies vor allem in Ländern mit relativ umfassenden Rauchverboten.<sup>21</sup> Die Unterstützung für Rauchverbote am Arbeitsplatz ist danach etwas höher als die Unterstützung für solche Einschränkungen in Restaurants (84% versus 79%). Zwei Drittel der Befragten unterstützte rauchfreie Bars, Pubs und Clubs. Rauchfreie öffentliche Plätzen, wie Büros, Restaurants und Bars, werden insbesondere von Nichtrauchern unterstützt: Die Hälfte der Raucher sprach sich für Rauchverbote in Bars aus, im Vergleich zu sieben von 10 Nichtrauchern. Auch die Mehrheit der Deutschen steht hinter den Gesetzen: Nach einer aktuellen Studie unterstützen 82% der Befragten die Nichtraucherschutzgesetze (einschließlich 68% der Raucher). Immerhin 63% gaben an, dass sie sich früher häufig durch den Rauch belästigt gefühlt haben. 23% erklärten sogar, dass sie seit Einführung der Gesetze häufiger in Cafés und Restaurants gehen.<sup>22</sup>

### **Hintergrund - EU-Aktivitäten**

Die EU Empfehlung des Rates vom 30. November 2009 über rauchfreie Zonen (2009/C 296/02) ruft die Mitgliedstaaten auf, bis spätestens zum 30. November 2012 Maßnahmen einzusetzen, die ihre Bürger umfassend vor einer Tabakrauchbelastung schützen. Insbesondere fordert die Empfehlung die Mitgliedstaaten auf, ihre Bürger vor einer Belastung durch Tabakrauch in geschlossenen Räumen am Arbeitsplatz, in geschlossenen Räumen in öffentlichen Einrichtungen, öffentlichen Verkehrsmitteln und anderen öffentlichen Plätzen zu schützen und insbesondere die Belastung bei Kindern zu reduzieren. Während alle Mitgliedstaaten bereits Gesetze haben, die Bürger vor Tabakrauch in bestimmten Bereichen schützen, variiert das Ausmaß der Gesetze (z.B. vollständiges versus teilweises Verbot, Verbot beschränkt auf bestimmte Einrichtungen, zwingendes Recht versus Empfehlung) sowie deren Umsetzung: während einige Mitgliedstaaten sehr umfassende Rauchverbote am Arbeitsplatz und in geschlossenen

öffentlichen Räumen eingeführt haben (z.B. Großbritannien, Spanien, Irland und, kürzlich, Bulgarien), gilt in den meisten Mitgliedstaaten ein Rauchverbot in einem Großteil dieser Innenräume, wobei jedoch zuweilen separate, geschlossene Raucherräume in bestimmten Einrichtungen zugelassen werden (z.B. Belgien, Zypern, Finnland, Frankreich, Italien, Lettland, Malta, Polen, Slowenien und Schweden). In den übrigen Mitgliedstaaten gibt es bei den Rauchverboten Ausnahmen für bestimmte öffentliche Orte wie Bars und Restaurants bzw. nur Empfehlungen. Wie eingangs erwähnt ist ein Evaluierungsbericht über die Empfehlung des Rates derzeit in Vorbereitung.

Über den Schutz von Rauch aus zweiter Hand am Arbeitsplatz, führt die Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration eine Konsultation durch um festzustellen, wie der Schutz am Arbeitsplatz in diesem Bereich verbessert werden kann.

Die Europäische Kommission und die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz erstellen außerdem Informationskampagnen und -material, z.B. über bewährte Praktiken zur Prävention der Tabakrauchexposition am Arbeitsplatz, in Form von Publikationen, Fallstudien und Instrumenten zur Risikobewertung.

## **Fazit**

Die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher begrüßt die vorgeschlagene Regelung und schlägt, u.a. zum Schutz des Personals, eine leichte Nachbesserung vor. Im Vergleich zur jetzigen Rechtslage entspricht der Gesetzentwurf den internationalen und europäischen Vorgaben in stärkerem Maße. Nach Einschätzung der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher führt das Gesetz zu einem besseren Schutz für die öffentliche Gesundheit. Negative Auswirkungen auf den Gastronomiesektor sind nicht zu erwarten.

Kontaktperson:

Dr. Katja Broman, MPH

Referat D4 - Substanzen menschlichen Ursprungs und Tabakkontrolle

**Frau Präsidentin des Landtags Nordrhein-Westfalen**  
**Carina Gödecke, MdL**  
**Landtag Nordrhein-Westfalen**  
**Postfach 10 11 43**  
**40002 Düsseldorf**

- 
- <sup>1</sup> Diese Stellungnahme gibt nicht unbedingt die Meinung der Europäischen Kommission wieder. Es wurde von der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher der Europäischen Kommission in Zusammenarbeit mit der Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration erstellt.
- <sup>2</sup> Empfehlung des Rates vom 30. November 2009 über rauchfreie Zonen (OJ C296, 5.12.2009, p.4), <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:296:0004:0014:DE:PDF> (abgerufen am 17 September 2012).
- <sup>3</sup> Weltgesundheitsorganisation (WHO). WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakkonsums (FCTC). Genf: Weltgesundheitsorganisation; 2003. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf> (abgerufen am 17 September 2012).
- <sup>4</sup> Lopez MJ, Nebot M, Schiaffino A, Perez-Rios M, Fu M, Ariza C, et al. Two-year impact of the Spanish smoking law on exposure to secondhand smoke: evidence of the failure of the 'Spanish model.' *Tob Control* 2012;. 21: 407-11.
- <sup>5</sup> Weltgesundheitsorganisation (WHO). WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakkonsums (FCTC). Genf: Weltgesundheitsorganisation; 2003. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf> (abgerufen am 17 September 2012). Die Richtlinie zu diesem Artikel 8 sieht unter anderem das Folgende vor: "Grundsatz 1 6. Wirksame Maßnahmen für den Schutz vor der Belastung durch Tabakrauch, wie sie in Artikel 8 des WHO-Rahmenübereinkommens vorgesehen sind, erfordern die vollständige Unterbindung des Rauchens und die vollständige Vermeidung von Tabakrauch an einem bestimmten Ort oder in einer bestimmten Umgebung, um ein vollständig rauchfreies Umfeld zu schaffen. Es gibt kein unbedenkliches Niveau der Belastung durch Tabakrauch, und Begriffe wie der eines Grenzwerts für die Toxizität des Tabakrauchs in der Umgebungsluft sollten abgelehnt werden, da sie durch wissenschaftliche Erkenntnisse widerlegt werden. Nur eine zu 100 % rauchfreie Umgebung bietet einen wirklichen Schutz; alle anderen Ansätze, z. B. Lüftungssysteme, Luftfilteranlagen und die Einrichtung ausgewiesener Raucherbereiche (ob mit getrennten Lüftungssystemen oder nicht) haben sich wiederholt als unwirksam erwiesen, und es gibt schlüssige wissenschaftliche und anderweitige Erkenntnisse, dass technische Maßnahmen nicht vor der Belastung durch Tabakrauch schützen." siehe <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:296:0004:0014:DE:PDF>
- <sup>6</sup> ASH Scotland. Third-hand smoke. Edinburgh: ASH; 2011. <http://www.ashscotland.org.uk/media/3942/Thirdhandsmoke.pdf> (abgerufen am 17 September 2012).
- <sup>7</sup> Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, Valente P, Zuccaro P, Perucci CA. Effect of the Italian Smoking Ban on Population Rates of Acute Coronary Events. *Circulation* 2008; 117:1183-8.
- <sup>8</sup> Bartecchi C, Alsever RN, Nevin-Woods C, Thomas WM, Estacio RO, Bartelson BB, et al. Reduction in the incidence of acute myocardial infarction associated with a citywide smoking ordinance. *Circulation*. 2006; 114: 1490–6.
- Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ*. 2004; 328: 977–80.
- Juster HR, Loomis BR, Hinman TM, Farrelly MC, Hyland A, Bauer UE, et al. Declines in Hospital Admissions for Acute Myocardial Infarction in New York State After Implementation of a Comprehensive Smoking Ban. *Am J Pub Health* 2007; 97: 2035-9.
- Pell JP, Haw S, Cobbe S, Newby DE, Pell AC, Fischbacher C et al. Smoke-free Legislation and Hospitalizations for Acute Coronary Syndrome. *N Engl J Med* 2008; 359:482-91.
- Sargent JD, Demidenko E., Malenka DJ, Li Z, Gohlke H, Hanewinkel R. Smoking restrictions and hospitalization for acute coronary events in Germany. *Clinical Research in Cardiology* 2012; 101: 227-35.
- Sims M, Maxwell R, Bauld L, Gilmore A. Short term impact of smoke-free legislation in England: retrospective analysis of hospital admissions for myocardial infarction. *BMJ* 2010; 340:c2161.
- <sup>9</sup> Reijula JP, Johnsson TS, Kaleva PS, Reijula KE. Exposure to Tobacco Smoke and Prevalence of Symptoms Decreased among Finnish Restaurant Workers after the Smoke-Free Law. *Am J Ind Med* 2012; 55(1):37–43.
- Goodman P, Agnew M, McCaffrey M, Paul G, Clancy L. Effects of the Irish Smoking Ban on Respiratory Health of Bar Workers and Air Quality in Dublin Pubs. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175:840–5.

- 
- <sup>10</sup> El-Mohandes AA, Kiely M, Blake SM, Gantz MG, El-Khorazaty MN. An Intervention to Reduce Environmental Tobacco Smoke Exposure Improves Pregnancy Outcomes. *Pediatrics* 2010; 125: 721–8. Kabir Z, Clarke V, Conroy R, McNamee E, Daly S, Clancy L. Low birthweight and preterm birth rates 1 year before and after the Irish workplace smoking ban. *BJOG* 2009;116:1782–7. Mackay DF, Nelson SM, Haw SJ, Pell JP. Impact of Scotland’s Smoke-Free Legislation on Pregnancy Complications: Retrospective Cohort Study. *PLoS Med* 2012; 9: e1001175.
- <sup>11</sup> Nagelhout GE, de Vries H, Boudreau C, Allwright S, McNeill A, van den Putte B, et al. Comparative impact of smoke-free legislation on smoking cessation in three European countries. *Eur J Public Health*. 2012 Feb;22 Suppl 1:4-9.
- <sup>12</sup> Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, Valente P, Zuccaro P, Perucci CA. Effect of the Italian Smoking Ban on Population Rates of Acute Coronary Events. *Circulation* 2008; 117:1183-8. Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, Apolone G, Pacifici R, Garattini S, et al. Smoking in Italy 2005–2006: Effects of a comprehensive national tobacco regulation. *Prev Med* 2007; 45: 198–201.
- <sup>13</sup> Zitiert in Bauld L. Impact of smokefree legislation: evidence review. Report for UK Department of Health. Bath: University of Bath; 2011. IARC (International Agency for Research on Cancer). IARC Handbook of Cancer Prevention Vol. 13: Evaluating the effectiveness of smokefree policies. Lyon: IARC; 2009. Callinan JE, Clarke A, Doherty K, Kelleher C. Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Db Syst Rev* 2010; 4. Art. No. CD005992.
- <sup>14</sup> IARC (International Agency for Research on Cancer). IARC Handbook of Cancer Prevention Vol. 13: Evaluating the effectiveness of smokefree policies. Lyon: IARC; 2009. Biener L, Garrett CA, Skeer M, Siegel M, Connolly G. The effects on smokers of Boston’s smoke-free bar ordinance: a longitudinal analysis of changes in compliance, patronage, policy support, and smoking at home. *J Publ Health Manag Pract* 2007; 13:630–6. Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, Apolone G, Pacifici R, Garattini S, et al. Smoking in Italy 2005–2006: Effects of a comprehensive national tobacco regulation. *Prev Med* 2007;45: 198–201. Waa A, McGough S. Reducing exposure to second hand smoke: changes associated with the implementation of the amended New Zealand Smoke-free Environments Act 1990: 2003–2006., Wellington: HSC Research and Evaluation Unit; 2006; [http://archive.hsc.org.nz/sites/default/files/publications/SFEWorkplace\\_Final.pdf](http://archive.hsc.org.nz/sites/default/files/publications/SFEWorkplace_Final.pdf) (abgerufen am 17 September 2012).
- <sup>15</sup> Scollo, M and Lal, A. Summary of Studies Assessing the Economic Impact of Smoke-Free Policies in the Hospitality Industry. Melbourne: VicHealth Centre for Tobacco Control; 2008. <http://www.vctc.org.au/tc-res/Hospitalitysummary.pdf> (abgerufen am 17 September 2012).
- <sup>16</sup> WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009 - Implementing smoke-free environments. Geneva: WHO; 2009. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918\\_eng\\_full.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf) (abgerufen am 17 September 2012).
- <sup>17</sup> CDC. Smoke-Free Policies Do Not Hurt the Hospitality Industry. Atlanta, GA: CDC; 2012. [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/secondhand\\_smoke/protection/hospitality/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/protection/hospitality/index.htm) (abgerufen am 17 September 2012).
- <sup>18</sup> U.S. Department of Health and Human Services (HHS). The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: HHS, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006. Melberg HO and Lund KE. Do smoke-free laws affect revenues in pubs and restaurants? *Eur J Health Econ* 2012; 13(1): 93–9. López CM, Ruiz JA, Shigematsu LM, Waters HR. The economic impact of Mexico City's smoke-free law. *Tob Control* 2011; 20(4):273-8.
- <sup>19</sup> Office of Tobacco Control. Press release. Ireland: OTC; 2005. <http://www.otc.ie/article.asp?article=267> (abgerufen am 17 September 2012).

---

NHS. Smokefree England factsheet – Smokefree is wanted. Sevenoaks: District Council; 2006. [http://www.sevenoaks.gov.uk/documents/smokefree\\_is\\_wanted\\_factsheet\\_final\\_30.11.pdf](http://www.sevenoaks.gov.uk/documents/smokefree_is_wanted_factsheet_final_30.11.pdf) (abgerufen am 17 September 2012).

Norwegian Directorate of Health. National representative opinion polls in the period 2004 -2011. <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk/tall-og-undersokelser/holdninger/Sider/default.aspx> (abgerufen am 17 September 2012).

Hilton S, Semple S, Miller BG, MacCalman L, Petticrew M, Dempsey S, et al. Expectations and changing attitudes of bar workers before and after the implementation of smoke-free legislation in Scotland. BMC Public Health 2007; 7:206.

ASH Scotland. Smoke-free success. ASH Scotland presents the Scottish experience. Edinburgh: ASH Scotland; 2007. <http://www.ashscotland.org.uk/media/2825/Smokefreesuccess07.pdf> (abgerufen am 17 September 2012).

Thomson G and Wilson N. One year of smokefree bars and restaurants in New Zealand: Impacts and responses. BMC Public Health 2006; 6:64.

New York State Department of Health. The health and economic impact of New York's clean indoor air act. Albany, NY: NY State Dept of Health; 2006; [http://www.health.ny.gov/prevention/tobacco\\_control/docs/ciaa\\_impact\\_report.pdf](http://www.health.ny.gov/prevention/tobacco_control/docs/ciaa_impact_report.pdf) (abgerufen am 17 September 2012).

<sup>20</sup> Mons U, Nagelhout GE, Allwright S, Guignard R, van den Putte B, Willemsen MC, et al. Impact of national smoke-free legislation on home smoking bans: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Project Europe Surveys. Tob Control 2012.

<sup>21</sup> Flash Eurobarometer 253: Survey on Tobacco – Analytical support, 2009. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/eb\\_253\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/eb_253_en.pdf) (abgerufen am 17 September 2012).

<sup>22</sup> Siehe [http://www.dak.de/content/dakhome/studie\\_nichtraucherschutzgesetze.html](http://www.dak.de/content/dakhome/studie_nichtraucherschutzgesetze.html)