

05 00 14



V O R W O R T

Die Weltgesundheitsversammlung, die im Mai 1986 in Genf tagte, hat eine Globalstrategie zur Bekämpfung der weltweit durch das Rauchen verursachten Gesundheitsprobleme gefordert und erklärt, daß Rauchen und der Konsum von Tabak in anderen Formen mit der Erreichung von "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" unvereinbar sind. Die europäische Antwort auf diese Forderung gaben die Mitgliedsstaaten der Europäischen Region anläßlich der Tagung des Regionalkomitees im September 1986 in Kopenhagen. Sie kamen überein, mit vereinten Kräften das Rauchen in der Europäischen Region zu bekämpfen. Um sicherzustellen, daß eine derartige Kampagne mit Erfolg durchgeführt werden kann, müssen präzise und zuverlässige Informationen vorliegen. Dies ist nirgendwo so dringlich wie im Bereich Frauen und Rauchen. Die vorliegende Untersuchung liefert einen zeitlich günstigen und wertvollen Beitrag zum besseren Verständnis der Rolle, die das Zigarettenrauchen für immer mehr Frauen in ihrem Leben spielt.

Um den erhöhten Prozentsatz weiblicher Raucher zu erklären, werden zahlreiche Gründe oder Vermutungen angeführt, wie z.B. die Emanzipation der Frauen, das Bestreben, es männlichen Rauchern gleichzutun, oder der Druck durch gezielte Medienwerbung. Dies sind sicherlich einige der Faktoren, die den Einstieg in die Gewohnheit zu rauchen und schließlich deren Fortführung beeinflussen, und die Medien spielen dabei keine geringe Rolle. Die vorliegende Untersuchung enthält indessen eine durchaus aktuelle Aufforderung: "Rauchen bei Frauen darf nicht als eine Variante männlichen Rauchverhaltens angesehen werden, sondern als eine weibliche Verhaltensform, die im Lebenszusammenhang der Frauen zu sehen ist."

Betrachtet man das Zigarettenrauchen bei Frauen als ein Bewältigungsmechanismus, als ein Mittel, sich neuen Rollen und Erwartungen anzupassen, die häufig z.B. durch Doppelbelastung als Hausfrau und Berufstätige, mit erhöhtem Streß verbunden sind, dann wird sich auch der methodische Ansatz zur Raucherentwöhnung ändern. Man wird sicherlich nicht mehr die betroffene Raucherin für ihr Verhalten verantwortlich machen können. Ein Ansatz im Sinne der Gesundheitsförderung ist erforderlich, um damit zur Schaffung einer unterstützenden Umgebung beizutragen, in der die gesündere Entscheidung auch die leichtere Entscheidung ist.

Die hier vorgelegte Untersuchung sensibilisiert den Leser und potentiellen Gesundheitserzieher für die Notwendigkeit eines umfassenderen gesundheitsförderlichen Ansatzes, nicht nur für die Raucherentwöhnung, sondern auch für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Gesellschaft als Ganzes.

Dr. Desmond O'Byrne, D.Phil. (Oxon)
Beauftragter für Gesundheitserziehung
Weltgesundheitsorganisation
Regionalbüro für Europa

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-No. 50014
(5.1.15)

Verwert

EINFÜHRUNG BZGA

...führung
Vorwort der BZgA

Begründung der Problemstellung

Während seit geraumer Zeit in den entwickelten Industrienationen ein Rückgang an männlichen Rauchern festgestellt werden kann, hat sich dennoch der Zigarettenkonsum insgesamt nur relativ unbedeutend verändert. Es ist deshalb vom Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation (WGO/EURO) in Kopenhagen 1983 im Rahmen des "4th Survey on Smoking and Health in Europe" beabsichtigt worden, den Gründen für diesen Sachverhalt nachzugehen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als WGO-Kollaborationszentrum für Gesundheitserziehung ist mit der WGO-EURO übereingekommen, eine gesonderte Fallstudie über "Frauen und Rauchen" in der Bundesrepublik Deutschland durchzuführen, um nähere Aufschlüsse über diesen Zusammenhang zu erhalten.

Die Fallstudie "Frauen und Rauchen - Bundesrepublik Deutschland" wurde im Zeitraum 1983-1985 durchgeführt. Die Daten, die dem quantitativen Teil der Studie (IMW 1982) zugrunde liegen, basieren im wesentlichen auf den Ergebnissen einer repräsentativen Erhebung aus dem Jahr 1980 (BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 1981). Aber auch die neueren Daten aus der Repräsentativ-Erhebung der BZgA von 1984 (BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG 1984) weisen darauf hin, daß der angesprochene Zusammenhang von Frauen und Rauchen eine verstärkte Beachtung verdient. Dies geht aus der folgenden Tabelle hervor:

JAHR	ALTERSGRUPPE	NICHTRAUCHERINNEN
1980	bis 19 J.	75 %
1984		64 %
1980	20 - 29 J.	52 %
1984		51 %
1980	30 - 39 J.	62 %
1984		57 %
1980	40 - 49 J.	78 %
1984		73 %
1980	50 - 59 J.	85 %
1984		76 %
1980	60 - 69 J.	85 %
1984		83 %
1980	70 - 79 J.	93 %
1984		82 %

Da die Repräsentativ-Erhebung von 1980 gegenüber der von 1984 geringfügig veränderte Fragestellungen aufweist, sind die Daten nicht völlig vergleichbar. Dennoch wird deutlich, daß das Rauchen bei Frauen weiterhin eine zunehmende Tendenz, insbesondere in der Altersgruppe bis 19 Jahren, aufweist.

Das Thema "Frauen und Rauchen" muß allerdings auch in dem größeren Kontext von Frauen und Gesundheit gesehen werden, der im Rahmen der ausgelaufenen UN-Dekade "Frauen" eine besondere Bedeutung gefunden hat. Seitens des Regionalbüros für Europa der WGO ist zu diesem Thema im Mai 1983 eine internationale Konferenz über Frauen und Gesundheit in Peebles/Schottland durchgeführt worden. Dabei wurde festgestellt, daß bisher die meisten Gesundheitsprobleme vor allem im Hinblick auf Männer untersucht worden sind; Frauen sollten deshalb verstärkt bei künftigen Studien berücksichtigt werden. Dies gelte auch für theoretische Konzepte und Methoden in den unterschiedlichen sozialwissenschaftlichen Disziplinen (Soziologie, Psychologie, etc.), die nach vorliegenden Analysen durch die "männliche Brille" entwickelt und verfeinert worden sind. Es sei aber unbestritten, so stellten die Teilnehmerinnen der Konferenz fest, daß Gesundheitsprobleme und deren Bewältigung sowie Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung für Frauen wesentlich anders zu entwickeln seien als für Männer.

Für das Thema "Rauchen" wird dies noch einmal unterstrichen, wenn in den vorliegenden quantitativen Studien (Franke 1984, Maschewsky-Schneider.1984) vor allem Frauen und Jugendliche als besonders gefährdete Gruppen ausgewiesen werden, die offensichtlich von den bisher bereitgestellten Gesundheitserziehungsprogrammen nur unzureichend erfaßt werden.

Einer der Gründe für diese Situation läßt sich vermutlich darin finden, daß die spezifischen Lebensweisen von Frauen, ihr alltäglicher Umgang mit ihrer Gesundheit und ihrem Körper wenig oder gar nicht in den Blick genommen werden.

Im Rahmen des von der WGO-EURO entwickelten Lebensweisen-Konzeptes (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1983; WGO-EURO 1983), das Gesundheitsverhalten in den komplexen Zusammenhang sozio-ökonomischer und sozial-kultureller Lebensbedingungen stellt, wird inzwischen ein Ansatz für Gesundheitsförderung und -erziehung sichtbar, innerhalb dessen das Thema "Frauen und Rauchen" neue Perspektiven gewinnt. Dabei spielen die verschiedenen Gesichtspunkte der weiblichen Lebenskultur eine besondere Rolle. Was läßt Frauen auf dem jeweiligen Hintergrund ihrer spezifischen Lebensumstände zur Zigarette greifen? Warum tun es andere Frauen überhaupt nicht bzw. nicht mehr? Rauchen Frauen aus verschiedenen Gründen bzw. rauchen sie und rauchen sie nicht aus gleichen Gründen? Welchen spezifischen sozialen Erwartungen sind sie bezüglich ihres Gesundheitsverhaltens ausgesetzt bzw. welche Erwartungen stellen sie an sich selbst?

Der mit dem Lebensweisen-Konzept verknüpfte kulturanalytische Aspekt gesundheitsfördernden und -gefährdenden Verhaltens stellt einen angemessenen analytischen Rahmen dar, innerhalb dessen das Thema "Frauen und Rauchen" aus verschiedenen Gesichtswinkeln beleuchtet werden kann. Dabei spielt die gesundheitspolitische Relevanz des Themas eine besondere Rolle, denn die Notwendigkeit zur Entwicklung spezifischer Förderungsprogramme für Frauen scheint nicht von der Hand zu weisen zu sein. *a 1*

Die BZgA hat in diesem Zusammenhang auf ihre eigenen Erkenntnisse und Erfahrungen zurückgreifen können, die sie bei der Durchführung von "Raucher-Programmen" in den vergangenen Jahren gewinnen konnte. Darüber hinaus macht die quantitative Datenbasis bezüglich des Zigaretten-Konsums in der Bundesrepublik Deutschland das Problem besonders deutlich.

Fallstudie Bundesrepublik Deutschland: Zielsetzungen der WGO-EURO und der BZgA

Die BZgA hat bereits 1978/79 im Rahmen eines Kollaborationsvertrages für die WGO-EURO den "3rd Survey on Smoking and Health in Europe" durchgeführt. Die geringe Verwertbarkeit der dort gesammelten Ergebnisse hat die WGO-EURO dazu veranlaßt, auf Empfehlung eines Experten-Workshops (Edinburgh, Januar 1982) einen neuen methodischen Zugang zu wählen. Der "4th Survey on Smoking and Health in Europe" sollte nicht als eine umfassende Befragung aller Länder in Europa angelegt sein, sondern aus einer Vielzahl von länderspezifischen Fallstudien bestehen. In diesem Kontext erhält das Vorgehen in der Bundesrepublik Deutschland seine besondere Bedeutung.

Der exemplarische Charakter

Die Fallstudie Bundesrepublik Deutschland besteht aus drei Arbeitspaketen:

- a) Quantitative Studie, innerhalb derer verfügbare Daten und Ergebnisse aus relevanten Untersuchungen für die spezifischen Fragestellungen neu aufbereitet und teilweise re-analysiert wurden;
- b) Qualitative Studie, innerhalb derer ein neues Forschungskonzept (biografischer Ansatz) erprobt wurde;
- c) Workshop zur Diskussion der Ergebnisse und der weiteren Verwertungsschritte auf dem Hintergrund der Projekterfahrungen sowie der Einschätzungen von Experten.

Der exemplarische Charakter der Studie leitet sich her aus dem Versuch, hier zum ersten Mal das Lebensweisen-Konzept der WGO-EURO konkret auf seinen empirischen Gehalt hin zu überprüfen, indem ein wichtiges Thema der Gesundheitserziehung - Rauchen - in seiner Bedeutung für eine beschreibbare Bevölkerungsgruppe - Frauen - untersucht wird.

Aus dieser neuen Konzeption ergeben sich allerdings andererseits auch die Schwierigkeiten, die bei der Durchführung der Studien aufgetreten sind. Es bedurfte erheblicher Konzept-Arbeit, um aussagefähige Indikatoren für die im Lebensweisen-Ansatz enthaltenen Dimensionen zu finden. Dies konnte daher sowohl in der quantitativen wie in der qualitativen Studie nur in einem ersten Versuch geschehen. Weitere Untersuchungen zur empirischen Validierung des Lebensweisen-Konzepts halten wir deshalb für erforderlich.

Methodologie

In der vorliegenden Fassung des Lebensweisen-Konzepts werden keine methodologischen Aussagen formuliert. Es liegt indessen nahe, davon auszugehen, daß seine konzeptionelle Anlage ein Bündel von empirischen Methoden impliziert, die bei entsprechenden Untersuchungen zur Anwendung kommen sollten. Für das Thema "Rauchen" wurde bisher vor allem mit quantitativen Ansätzen der empirischen Sozialforschung gearbeitet, weil man besonders an dem Ausmaß dieser Form gesundheitsriskanten Verhaltens interessiert war. Aus solchen Untersuchungen wurde deutlich, daß die Verteilung von Rauchern und Nicht-Rauchern sich unter geschlechtsspezifischen Merkmalen in den vergangenen Jahren erheblich verändert hat.

In Ergänzung dazu werden mit qualitativen Methoden die Motivationen und sozio-kulturellen Bedingungen für die Entwicklung und Ausprägung von Risikoverhalten erfaßt und analysiert. Solche, häufig in Form von Intensiv-Interviews angelegte Studien vermögen Aufschluß darüber zu geben, welchen subjektiven Deutungsmustern und Relevanzzuschreibungen bestimmte Verhaltensweisen folgen, d.h. welcher Sinn und welche Funktionen ihnen subjektiv zugeschrieben werden.

So gesehen werden von dem Lebensweisen-Konzept Untersuchungen nahegelegt, die sowohl quantitativ als auch qualitativ konzipiert sind. Insbesondere der Aspekt der weiblichen Lebenskultur, ihre Bedeutung für die befragten Frauen und die Relation zum gesundheitsriskanten Verhalten lassen sich aussagefähig vermutlich nur in der Kombination von beiden methodischen Vorgehensweisen ermitteln und erklären. Dies läßt sich an der Fallstudie Bundesrepublik Deutschland exemplifizieren.

Da die Kombination beider Verfahrensweisen im Kontext des Lebensweisen-Konzepts einen neuen Ansatz zur Erforschung des Themas "Frauen und Rauchen" darstellt - wobei die qualitative Studie aus der quantitativen hervorging - schien es zweckmäßig zu sein, sowohl das Studiendesign als auch seine Ergebnisse von Experten diskutieren und bewerten zu lassen. Dies geschah in einem internationalen Workshop mit Experten aus den Bereichen Forschung, Frauenfragen, praktischer Arbeit mit Frauen, Gesundheitspolitik und Gesundheitserziehung.

Erwartungen

Angesichts der relativ unkonventionellen Anlage der Fallstudie, bestanden bei der WGO-EURO und der BZgA besonders Erwartungen hinsichtlich der Aussagefähigkeit und der Übertragbarkeit der Untersuchungen für die Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen für Frauen. Im einzelnen bezogen sich die Erwartungen darauf:

- a) wichtige Problemgruppen klarer zu identifizieren und besser zu verstehen;
- b) Aktionen in solchen Ländern und Problemfeldern stimulieren zu können, in denen bisher weniger Aktivitäten entfaltet worden sind;
- c) Experten und Entscheidungsträger, die in relevanten Bereichen arbeiten, besser zu vernetzen;
- d) die Bedeutung der Ergebnisse für Gesundheitsförderungs- und -erziehungsprogramme sichtbar zu machen;
- e) Forschern und Praktikern konkrete Hinweise für ihre Arbeit zu geben.

Diese Erwartungskonstellation bezog sich sowohl auf die Ergebnisse der Untersuchungen als auch auf den Verlauf des Workshops. Es ist indes an dieser Stelle anzumerken, daß die relativ optimistische Einstellung gegenüber der Fallstudie sich nicht in vollem Umfang bestätigen konnte, da sowohl die schwierige Umsetzung des Lebensweisen-Konzepts in einzelne methodische Arbeitsschritte als auch die aufschlußreichen Kommentare der Experten während des Workshops darauf aufmerksam machten, daß zwar die komplexe Anlage der Studie grundsätzlich positiv aufgenommen wurde, ihre Durchführung allerdings noch weitere, wohl auch intensivere (und damit zeitraubendere) Arbeiten erfordert hätte. Dies war im Rahmen der Zeitvorgaben des "4th Survey on Smoking and Health in Europe" nicht möglich. Es hat sich aber gezeigt, daß die konzeptionelle, strategische und methodische Richtung der Fallstudie ein erfolgversprechendes Konzept für weitere empirische Untersuchungen darstellt. In diesem Sinne - und darum ging es zu Anfang der Studienplanung - können die Erwartungen der WGO-EURO und der BZgA als erfüllt angesehen werden. Die inhaltlich anspruchsvollen Diskussionen während des Workshops haben detailreiche Anmerkungen zur Anlage und Methode der Fallstudie erbracht, die bei künftigen Vorhaben berücksichtigt werden können.

Verwertungszusammenhang

Sozialwissenschaftliche Forschung steht nicht nur in einem bestimmten analytischen und methodischen Arbeitszusammenhang, sondern hat sich allemal an ihrer Relevanz zur Erklärung gesellschaftlicher Phänomene messen zu lassen. Dies gilt in hohem Maße für Forschungsprojekte, die sich mit spezifischen Lebensverhältnissen und ihrer subjektiven Deutung sowie den daraus gezogenen pragmatischen Konsequenzen beschäftigen. Neben der Diskussion solcher Konsequenzen, die aus der Studie für zukünftige Vorhaben der WGO-EURO und der BZgA gezogen werden können, sind für die Verwertung der Ergebnisse vor allem drei weitere Bereiche relevant:

- Die Regierungen der WGO-Mitgliedsstaaten in der europäischen Region werden über die Studie und ihre Ergebnisse umfassend informiert. Dies schließt besonders die Weitergabe der abgestimmten Empfehlungen über Aktivitäten der Gesundheitsförderung für Frauen ein.
- Gesundheitserzieher und Planer von Gesundheitsförderungsprogrammen sollen informiert werden, damit sie ihre Tätigkeiten besser unter dem speziellen Gesichtspunkt von Frauen und Gesundheit bzw. Rauchen planen können. Dies schließt auch all jene Frauen-Gruppen ein, die sich auf lokaler und nationaler Ebene für frauen-spezifische Aktivitäten im Gesundheitsbereich einsetzen.
- Multiplikatoren im Medien- und Wissenschaftsbetrieb werden angesprochen, von denen angenommen werden kann, daß sie für eine breite Publizität der Ergebnisse, aber auch der konzeptionellen und methodischen Anlage der Studie sorgen werden, da gerade frauen-spezifische Forschung im allgemeinen wie im besonderen erst noch als selbständiger Bereich von Forschung und Praxis durchgesetzt werden muß.

Darüber hinaus bleibt festzuhalten, daß über eine öffentlichkeitswirksame Präsentation der hier erarbeiteten Ergebnisse die Chance gegeben ist, das Thema "Frauen und Gesundheit" in das Bewußtsein der Betroffenen sowie der es bearbeitenden staatlichen und nicht-staatlichen Einrichtungen zu bringen. Insofern wird ausdrücklich im Rahmen der Fallstudie eine Strategie des Öffentlich-Machens von Sozialforschung betrieben, damit die Gesundheitsbedingungen und das Gesundheitshandeln von Frauen sich zunehmend zum Positiven verändern.

Daß seit der Durchführung der Studie und der hiermit erfolgten Vorlage der Gesamt-Ergebnisse einige Zeit vergangen ist, wird von den an der Studie Beteiligten bedauert. Dennoch hat die Veröffentlichung auch jetzt noch ihre volle Bedeutung. Denn auf der einen Seite gelten die getroffenen Aussagen zur Ausgangslage und damit zur Grundlage der quantitativen Studie nach wie vor. Andererseits konnte auch mit einer Untersuchung von 1986 (GESOMED 1986) deutlich gemacht werden, daß die Raucher-Motivation, das Rauch-Verhalten und die Gründe für das Aufhören den Ergebnissen des qualitativen Teils der Studie entsprechen. a:

Es bleibt deshalb zu hoffen, daß mit dem hier vorgelegten Forschungsbericht die Bereitschaft aller Betroffenen verstärkt wird, Maßnahmen zur Reduzierung des Rauchens bei Frauen, z.B. im Sinne der Förderung eines positiven Bildes vom Nicht-Rauchen zu ergreifen.

1 1.
1)
TEIL 1 : DER WORKSHOP

ROSEMARIE STEIN

Zusammenfassender Bericht zum Workshop

1. Der Hintergrund des Workshops
2. Die Fallstudie "Frauen und Rauchen"
3. Arbeitsergebnisse des Workshops
 - 3.1. Beginn einer Problemanalyse
 - 3.2. Differenzierung von Zielgruppen
 - 3.3. Folgerungen für die Gesundheitserziehung
 - 3.4. Folgerungen für die Forschung
4. Empfehlungen

1. Der Hintergrund des Workshops

Rauchen ist ein traditionelles Thema der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung. Das Resultat aller Anstrengungen aber war bisher recht bescheiden. Der Zigarettenkonsum ging keineswegs zurück er nahm vielmehr noch zu, vor allem unter Jugendlichen und Frauen. Während z.B. in der Bundesrepublik Deutschland die Zahl der (männlichen) Raucher zwischen 1960 und 1979/80 von 11,5 auf 9,6 Mio. sank, (d.h. um 16,5 %), stieg zugleich die Zahl der rauchenden Frauen von 4,7 auf 7,7 Mio. - also um nicht weniger als 63,8 %

Warum rauchen immer mehr Frauen ?

Diese wenigen Zahlen, zitiert aus der Fallstudie Bundesrepublik Deutschland, zeigen, wie berechtigt es war, eben diese Studie in Angriff zu nehmen. Der Workshop, über den hier zu berichten ist, war ein Teil dieses Projektes, das als Demonstrations- und Pilotprojekt gedacht ist und ähnliche Vorhaben in anderen Ländern anregen soll.

Im Zentrum dieses 4-tägigen Workshops stand die Diskussion der quantitativen und qualitativen Studie, nicht zuletzt die Frage ihrer praktischen Anwendbarkeit. Der internationalen und interdisziplinären Zusammensetzung des überwiegend weiblichen Teilnehmerkreises ist es zu verdanken, daß diese Diskussion durch zahlreiche wissenschaftliche und praktische Aspekte zum Thema Frauen und Rauchen ergänzt wurde. Da es sich um eine deutschsprachige Veranstaltung handelt, dominierte unter den 33 Teilnehmern die Bundesrepublik Deutschland. Vertreten waren außerdem (teilweise mehrfach) Österreich, die Schweiz, die DDR, die Niederlande, Großbritannien und Frankreich. Manche der Teilnehmer (-innen) gehören staatlichen Institutionen der Gesundheitserziehung an, alle arbeiten selbst wissenschaftlich oder praktisch auf diesem Gebiet.

Eröffnung

Zu Beginn der Sitzungen (die einem isoliert gelegenen Tagungshotel in Höhr-Grenzhausen/Westerwald stattfanden) wurde auf den neuartigen Charakter dieses Workshops hingewiesen. Es war der erste seit die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im April 1983 Kollaborationszentrum der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geworden war, betonte Rosemarie Erben, Referentin für internationale Beziehungen

der BZgA. Ihm vorangegangen war ein gemeinsames internationales Experten-seminar WGO/EURO und der BZgA über das neue Lebensweisenkonzept.-

Ohne dieses Konzept hätte der Workshop "Frauen und Rauchen" in dieser Form nicht stattfinden können. Er war quasi der 1. Versuch, dieses Konzept an einem bestimmten Gegenstand zu erproben. Das Lebensweisenkonzept sieht gesundheitlich relevantes Handeln im gesamten sozio-ökonomischen und kulturellen Lebenszusammenhang. Ebenso wie andere riskante Verhaltensweisen kann auch das Rauchen nicht isoliert betrachtet werden, wie es bisher üblich war.

Daraus ergibt sich, daß es im Leben der Frau möglicherweise eine andere Funktion hat als im Leben des Mannes. Frauen und Jugendliche wenden sich jetzt allen Gesundheitserziehungs-Programmen zum Trotz verstärkt dem Rauchen zu. Deshalb gelten sie als Risikogruppen und stehen im Zentrum des Programms "Rauchen" des Regionalbüros für Europa der WGO, sagte Ilona Kickbusch als Regionalbeauftragte für Gesundheitserziehung WGO/EURO. Innerhalb dieses "Fourth Survey on Smoking and Health in Europe" sollen nicht (wie im Rahmen früherer Programme) nur Daten aus den europäischen Ländern zusammengetragen werden, sondern neue Denkanstöße gegeben werden: durch Länder-spezifische Fallstudien, deren

1. die hier diskutierte bundesdeutsche ist - ein Experiment, denn hier wird zum 1. Mal versucht, das Lebensweisenkonzept zu konkretisieren. Frau Kickbusch wies darauf hin, daß mit dieser Fallstudie noch aus einem anderen Grunde Neuland betreten wird: die Frauen und ihr gesundheitsriskantes Verhalten werden eigens ins Blickfeld gehoben. Frauen sind schließlich keine Randgruppe, wurden aber im Gesundheitswesen bisher meist als solche behandelt. Das muß sich ändern. Der Anfang sollte in ~~der~~ der jetzt zu Ende gehenden von den Vereinten Nationen proklamierten Dekade der Frauen gemacht werden. In Kopenhagen wurde eine WGO-Arbeits-

gruppe "Frauen und Gesundheit" gebildet. Sie beschloß, daß in den regulären WGO-Programmen das Thema Frau stärker zur Geltung kommen muß. Eine (ganz unkonventionell konzipierte) Konferenz "Frauen und Gesundheit" in Schottland, die alle Beteiligten einschließlich Selbsthilfegruppen miteinander ins Gespräch brachte, hat diese Absicht akzentuiert. US

Das reichhaltige Aufklärungsmaterial zu den Gesundheitsrisiken des Rauchens wie auch anderer Verhaltensweisen bezieht sich fast immer auf Männer, bemerkte Dr. Ute Canaris, Leiterin der BZGA. Das heißt, die Strategien der Gesundheitsaufklärung und -erziehung (auch die der BZgA) sind nicht mehr zielgruppengerecht, seit das Rauchen unter Frauen ebenso verbreitet ist wie unter Männern. Argumente für gesundheitsgerechtes Verhalten haben auf

Frauen nur eine vorübergehende Wirkung, wenn sie sich allein auf die Schwangerschaft beziehen. Andere Untersuchungen ergaben, daß die Frauen dann später doch wieder mit dem Rauchen beginnen. Um zu besseren Ansatzpunkten für die Intervention zu kommen, muß man herausfinden, welche Funktion das Rauchen eigentlich für Frauen und welche es für Männer hat. Rauchen galt früher als typisches männliches Verhalten; für Frauen ist es in gewisser Weise auch heute noch Symbol der Emanzipation.

Wir beobachten zur Zeit eine Gegenbewegung gegen die immer stärkere Manipulation des Körpers durch "Gifte"; dem sollten die Gesundheitserzieher nachspüren. Mit dieser Bemerkung von Dr. Canaris schloß die einleitende Sitzung des Workshops. Es folgte die Darstellung der Fallstudie in ihren beiden Teilen.

Erprobung des Lebensweisenkonzeptes

Die Fallstudie "Frauen und Rauchen" ist, was nochmals hervorgehoben werden soll, einer der ersten Versuche, das Lebensweisenkonzept zu konkretisieren. Gegenstand einer Präventionsstrategie sind danach nicht einfach Risikofaktoren oder gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen. Vielmehr müssen erst einmal die Gründe eines solchen Verhaltens erforscht werden, um - so hofft man - mit diesem Wissen im Hintergrund erfolgreicher als bisher auf eine Änderung gesundheitsriskanter Verhaltensweisen einwirken zu können. Wenn der Lebenszusammenhang und die individuelle oder gruppenspezifische Art der Bewältigung von Spannungen und Krisensituationen wichtig zum Verständnis gesundheitsschädigenden Verhaltens ist - Verständnis als Voraussetzung erfolgreicher Interventionen - , dann muß es auch eine Rolle spielen, ob man es mit Männern oder Frauen, mit jungen oder alten Leuten zu tun hat. Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung Erwachsener zielte bisher fast ausschließlich auf den Mann. Er galt offenbar stillschweigend als "Normalfall" des Menschen, die Frau wurde, als zu vernachlässigende Normabweichung, kaum je ausdrücklich ins Blickfeld gerückt. 40 % der Raucher sind aber heute schon Frauen, und es werden im Verhältnis zu den Männern immer mehr. Es ist also höchste Zeit, das Problem "Frauen und Rauchen" in Forschung und Praxis zu thematisieren, zumal sich in letzter Zeit die Berichte über vielfältige Gesundheitsschäden durch das Rauchen gerade bei Frauen häufen.

2. Die Fallstudie "Frauen und Rauchen"

Eine "quantitative Studie", mit der das Kölner Institut für Markt- und Werbeforschung (IMW) Köln betraut worden war, trägt Daten aus ganz verschiedenen Quellen zusammen, aus Statistiken und Untersuchungen, die das Problem Frauen und Rauchen zwar nicht ausdrücklich thematisieren, aber dennoch wichtige Fakten dazu beitragen. Auf der Basis dieses neu aufbereiteten Datenmaterials konnte eine "qualitative Studie" geplant werden, die ein relativ neues Forschungskonzept erprobt, nämlich die Konkretisierung eines biographischen Ansatzes für die Gesundheitsforschung. Eine Projektgruppe von Sozialwissenschaftlerinnen aus Berlin (West) und Bochum befragte Raucherinnen und Nichtraucherinnen, um herauszufinden, warum und in welchen Streß-Situationen Frauen dieses riskante "Bewältigungsverhalten" zeigen bzw. aus welchen Gründen sie die Zigarette nicht nötig haben.

Ziel der sogenannten quantitativen Stufe der Fallstudie "Frauen und Rauchen" war es nicht nur, Fakten zu dokumentieren. Es handelt sich vielmehr um eine Sekundäranalyse vieler Statistiken und Studien, deren Daten es ermöglichen sollten, Hypothesen zu überprüfen und, als Grundlage der qualitativen Stufe sowie weiterführender Forschungen, neue Hypothesen aufzustellen.

AG

Ergebnisse der quantitativen Stufe

Einige der wichtigsten Resultate: Die Gesamtzahl der Raucher in der Bundesrepublik Deutschland stagniert zwar seit Jahren, ihr prozentualer Anteil ging sogar zurück. Die Zahl der gerauchten Zigaretten jedoch hat sich seit 1960 ständig erhöht und lag (einschließlich der selbstgedrehten) 1981 bei 147 Mrd. Das heißt, die Rauchintensität steigt kontinuierlich. Jeder der rund 17 Mio. Raucher (innen) konsumiert heute durchschnittlich 24 Zigaretten täglich. Daß die Zahl der männlichen Raucher sich von 1965 bis 1980 um 2,5 Mio. (16,5 %) auf 9,6 Mio. reduziert hat, ist für Gesundheitserzieher kein Grund zum Frohlocken. Denn erstens handelt es sich bei diesen zweieinhalb Millionen hauptsächlich um Gelegenheitsraucher, denen das Aufhören leicht fällt, und zweitens hat die Zahl der rauchenden Frauen in demselben Zeitraum von 4,9 auf 7,7 Mio. zugenommen, das heißt um 63,8 %. Dieser Trend ist in allen Industrieländern zu beobachten, vielleicht nur mit Ausnahme von Frankreich. Dort erhöhte sich der Anteil rauchender Frauen - 30 % - seit 1976 nicht mehr, bemerkenswerterweise seit dem Jahr, in dem das Gesetz zur Bekämpfung des Rauchens verabschiedet

wurde (Francoise Leclerc).

Wenn der allgemeine Trend sich fortsetzt, wird es bald ebenso viele rauchende Frauen wie Männer geben. In anderen westeuropäischen Staaten ist dieses Verhältnis schon fast erreicht. Hinzu kommt, daß auch bei den Frauen die Rauchintensität zunimmt. Es gibt jetzt mehr Gewohnheits- und weniger Gelegenheitsraucherinnen als früher, vor allem in den jüngeren Altersgruppen. Von den 14- bis 17-jährigen Mädchen rauchen bereits 17 % ständig.

Rauchverhalten und Lebensweise

Ein Zusammenhang dieser Entwicklung mit Änderungen in der Lebensweise der Frauen ist offensichtlich. Für solche Änderungen gibt es eine Reihe sicherer Indikatoren. Beispielsweise stieg in der Bundesrepublik die Zahl der Frauen im dritten Lebensdezennium mit mittlerer Reife oder noch höheren Bildungsgraden von 1978 bis 1983 von 37 auf 56 %. Die Zahl der ledigen Frauen gleicher Altersstufe erhöhte sich zwischen 1970 und 1980 von 27 auf 41 %, die der 20-bis 45-jährigen weiblichen Haushaltsvorstände von 0,8 auf 1,7 Mio. Auch die Zahl der berufstätigen Frauen sowie ihre berufliche Qualifikation hat sich erhöht.

Diese Fakten sowie gleichartige, in der Diskussion mitgeteilte Beobachtungen aus anderen Industrieländern bestätigen die Hypothese, daß die Zunahme des Rauchens bei den Frauen mit der Veränderung ihrer Lebenskultur zu tun hat. Das betrifft zum einen die nicht selbst gewählten neuen Lebensbedingungen, zum anderen die Emanzipation von ihrer traditionellen passiven und abhängigen Rolle. Je selbständiger die Frauen werden, je entschiedener sie Funktionen übernehmen, die früher den Männern vorbehalten waren, desto schneller fallen die Barrieren, die ihnen ehemals die als typisch männlich geltenden Rauchgewohnheiten verwehrten.

Wenn es wirklich einen Zusammenhang zwischen dem Rauchen und der Lebensweise gibt - und alles spricht dafür: Wird dann die Zahl der Raucherinnen vorerst weiter zunehmen? Auf jeden Fall so lange, bis der "cultural lag", von dem in der Diskussion mehrfach hypothetisch die Rede war, ausgeglichen ist? Aus Ländern, in denen differenziertere Daten über das Rauchen vorliegen als in der Bundesrepublik Deutschland, wurden für diese Hypothese interessante Belege beige-steuert. In Großbritannien beispielsweise wird heute in der "Oberschicht" am wenigsten und "Unterschicht" am meisten geraucht - aber dies betrifft nur die Männer (Bobbie Jacobsen). In Schweden rauchen die

Ärzte weniger, die Ärztinnen aber mehr als dem Durchschnitt entspricht (Lars M. Ramström).

Bei der Analyse vieler Studien über das Rauchverhalten im Rahmen des ersten Teils der hier skizzierten Fallstudie fanden sich zahlreiche Hinweise dafür, daß das Rauchen vielfach dazu dient, Belastungen besser zu bewältigen, und daß es anscheinend männer- wie frauenspezifische "Bewältigungsmuster" in vergleichbaren Streß-Situationen gibt. Offensichtlich spielt die Zigarette im Lebenszusammenhang der Frau auch eine andere Rolle als in dem des Mannes. Welche Rolle ist das ?

Aus welchen Gründen rauchen Frauen, warum hören sie möglicherweise wieder auf, warum fangen manche gar nicht erst an ? Welche Bedeutung haben gesundheitliche Erwägungen ? Über alle diese Probleme müßte man mehr wissen, um wirksame Präventionsstrategien entwickeln zu könne.

u7.

Ergebnisse der qualitativen Stufe

Als ein erster Versuch, solche Fragestellungen differenzierter zu formulieren und Wege zur Beantwortung methodisch zu erforschen, wurde der zweite, qualitative Teil der Fallstudie gewertet, der ebenfalls auf dem Workshop vorgestellt wurde. Um die Anwendbarkeit des Lebensweisen-Konzepts zu prüfen, wurde eine bestimmte Frauengruppe in einer spezifischen Lebenssituation ausgewählt (Frauen der unteren Sozialschichten mit hoher Arbeitsbelastung, die erfahrungsgemäß besonders kontinuierlich rauchen).

Man wollte etwas über die Bedeutung erfahren, die das Rauchen in ihrem Lebenszusammenhang hat. Mit 13 Raucherinnen, neun ehemaligen Raucherinnen und sechs Frauen, die nie geraucht hatten, wurden ausführliche Gespräche geführt. An der kleinen Zahl der Befragten in dieser qualitativen Studie wurde aus dem Kreis der Teilnehmer Kritik geübt. Dennoch erregte die Erhebung Interesse, nicht nur als methodologische Pilot-Studie, sondern auch, weil die hierdurch gewonnenen Informationen die Bildung von Hypothesen ermöglichen, die wiederum Grundlage weiterer präventionsbezogener Forschungen sein können. Es ergaben sich auch schon konkrete Hinweise dafür, in welcher Richtung bei der Arbeit nach dem Lebensweisen-Konzept gedacht werden sollte. Die "Raucherinnenkarriere" läßt sich typischerweise in vier Perioden gliedern:

1. Einstiegsphase
2. Stabilisierungsphase
3. Rauchen als feste Lebensgewohnheit
4. Evtl. Phase des Aufhörens oder Reduzierens.

Die Befragung bestätigte, daß die Mädchen fast immer durch Freunde und Freundinnen zum Einstieg animiert werden, und zwar schon in der Schule. Spätestens in der Lehrzeit (wenn man "erwachsen" sein und "dazugehören" will) beginnt dann das regelmäßige Rauchen und stabilisiert sich in den nächsten Jahren nach und nach unmerklich zur festen Gewohnheit.

"Gesundheit" ist kein Thema

Der Gesundheitsaspekt interessierte die befragten Frauen wenig. Das Rauchen scheint an bestimmte Alltagssituationen (z.B. in Gesellschaft, nach dem Essen, während der Arbeit, in der Pause) gebunden zu sein; bei Belastung rauchen die Frauen jedoch deutlich mehr. Die Zigarette wird aber auch einfach genossen; andere Frauen finden sie "schick", oder sie rauchen, um nicht zuzunehmen. Für das Aufgeben des Rauchens spielten zwar gesundheitliche Erwägungen eine gewisse Rolle (wenn auch nur in einem Fall der Rat des Arztes), aber eigentlich wollten die befragten Frauen "schon immer aufhören". Sie waren auch sicher, es kraft ihres eigenen Willens zu schaffen. Eine neue berufliche Situation oder ein neuer Partner hatten hierbei Bedeutung, Krankheit oder Schwangerschaft waren meist der Anlaß; an einer positiven Vorstellung von Gesundheit orientierte sich aber keine der Frauen, wenn sie mit dem Rauchen aufhörte.

Von den Frauen, die nie geraucht hatten, nannte ebenfalls keine einen gesundheitlichen Grund dafür. Sie fanden einfach keinen Geschmack an der Zigarette, sie waren offenbar "immun" gegen den Rauchgenuß. Sie empfanden sich zwar als Außenseiter, vor allem in der Einstiegsphase, weil sie sich dem sozialen Zwang nicht fügten und dadurch weniger leicht Kontakt bekamen, hatten aber das Rauchen nicht nötig, ebensowenig wie Alkohol- oder Tablettenkonsum. Sie wirkten auffällig unabhängig und autonom. Die Mechanismen, die diesen Frauen zur Verfügung stehen, um mit den Belastungen ihres Alltags fertig zu werden, wurden teilweise schon erkennbar: sie verstanden, sich abzugrenzen und sich Freiräume der Entspannung zu schaffen. Solche Mechanismen bedürfen aber noch der weiteren Erforschung. Man müßte also herausfinden, unter welchen - individuellen oder sozialen - Bedingungen es bestimmten Frauen (und natürlich auch Männern) gelingt, mit einem gesundheitsschädigenden Verhalten gar nicht erst anzufangen, um dann dieses Wissen der Gesundheitserziehung nutzbar zu machen.

Das bisherige Konzept der Gesundheitserziehung, so konstatiert das Autorinnenteam dieser Studie, ging ja von der Annahme aus, daß Risikoverhalten wie Rauchen, Eßsucht, Alkohol- oder Medikamentenmißbrauch von den Betroffenen selbst wesentlich als gesundheitsbezogen begriffen wird. Während des Workshops wurde aber von verschiedenen Seiten immer wieder darauf hingewiesen, was auch diese Fallstudie ergab: daß der Gesundheits- oder Krankheitsaspekt bei der Bewertung des Rauchens, aber auch sonst, für Frauen - ganz besonders für junge Frauen - nur eine untergeordnete Bedeutung hat.

In der Rangordnung möglicher unglückbringender Ereignisse rangierte nach einer schwedischen Umfrage (Gunilla Myrberg) bei Frauen ganz oben der Tod eines Kindes, es folgten andere Todes- und Krankheitsfälle in der Familie, und erst ganz unten, an 25. Stelle, stand eigene Krankheit, die hingegen bei den Männern die Spitzenstellung einnahm. Es wurde die Vermutung geäußert, daß diese Mißachtung der eigenen Gesundheit (wodurch die Risiken vernachlässigt oder gar nicht wahrgenommen werden) etwas mit der traditionellen Sozialisation der Frau zu tun haben könnte (Irmgard Vogt, Cornelia Helfferich).

u 8

Welche Funktionen hat das Rauchen?

Frauen lernen jetzt erst allmählich, die eigene Person wichtig zu nehmen und sich nicht immer nur in bezug auf andere zu definieren. Aber selbst dann, wenn eine Frauengruppe gesundheitsbewußter ist als der Durchschnitt (in der DDR z.B. die Gruppe der jungen Frauen, wie Karin Reis mitteilte), wird das Rauchen nicht in das gesundheitsbezogene Verhalten integriert. Es nimmt vielmehr eine Sonderstellung ein. Vielleicht hängt das mit den vielfältigen Funktionen zusammen, die das Rauchen für Frauen hat. Die Fallstudie zählt die wichtigsten auf:

- Streßbewältigung in schwierigen Situationen
- Mittel zur Kontaktaufnahme
- Wunsch nach sozialer Anerkennung
- Demonstration von Selbständigkeit

Alle diese Funktionen können Ansatzpunkte für präventive Strategien sein.

Gesundheitserziehung ohne Gesundheitsargumente?

Mit Gesundheit aber, so muß man nicht nur aus der Studie selbst, sondern auch aus vielen Beiträgen dieses Workshops (z.B. Franke, Halm, Helfferich, Ramström, Vogt) folgern, zumindest mit Gesundheit allein kann die Gesundheitserziehung hier nicht erfolgreich argumentieren. Gesundheit ist für viele heute ohnehin nicht Resultat des eigenen, mehr oder weniger durch die Lebensbedingungen bestimmten Verhaltens, sondern sie gilt immer noch primär als Sache der Medizin (Erika Fink). Eine Frau z.B. antwortete auf die Frage, was sie denn für ihre Gesundheit tue, sie gehe alle viertel Jahre zum Arzt. Zu gesundheitsförderndem Verhalten, etwa dazu, nicht zu rauchen, können Frauen wahrscheinlich nur veranlaßt werden, indem man völlig neue Ansatzpunkte sucht und dazu ihre spezifischen Lebensbedingungen, aber auch ihre Lebenswünsche berücksichtigt. In geradezu "vorbildlicher" Weise tut dies seit langem die Zigarettenindustrie mit ihrer Werbung (Bobbie Jacobsen). Deren Effekt allerdings darf auch nicht überschätzt werden, denn auch in Ländern mit Werbeverbot hat das Rauchen nicht abgenommen, zumindest nicht durch dieses Verbot. Die Hersteller verkaufen mit ihrer Werbung nicht Zigaretten, sondern Freiheit, Fernweh, Unabhängigkeit oder Mondänität. Die Anti-Werbung könnte daraus viel lernen und beispielsweise den jungen Mädchen Attraktivität oder den berufstätigen Müttern in mittleren Jahren bessere Möglichkeiten zur Streßbewältigung "verkaufen", wurde vorgeschlagen.

3. Arbeitsergebnisse des Workshops

Ober die Diskussion der Fallstudie hinaus waren auf dem Workshop die Erörterung folgender vier Fragen als Arbeitsziele vorgeschlagen worden:

1. Wird der Problembereich "Frauen und Rauchen" in der Gesundheitserziehung zur Kenntnis genommen und richtig eingeschätzt oder Bild dieses Problembereiches revidiert werden?
2. Wie ist dieses Bild zu differenzieren, d.h. welche Gruppen sind unter den Frauen besonders gefährdet, welche Lebensweisen und -bedingungen sind für sie charakteristisch ?
3. Welche praktischen Konsequenzen sind von den Handlungsträgern der Gesundheitsförderung und -erziehung zu ziehen, damit Präventivmaßnahmen zielgerechter und wirksamer werden ?

4. Wo liegen Forschungsdefizite und wie läßt sich der Erkenntnisstand mit Hilfe neuer Ansätze so verbessern, daß man zu anwendbaren Forschungsergebnissen kommt ?

Diese anspruchsvollen Arbeitsziele konnten natürlich nur fragmentarisch erreicht werden, schon aus zeitlichen Gründen. Für die eigentliche Arbeit in kleinen Gruppen standen wegen der zahlreichen, meist Vortragslänge erreichenden Statements nur wenige Stunden zur Verfügung. Einige Fakten, Hypothesen und Probleme aus diesen Statements oder aus den Diskussionen kristallisierten sich als besonders bedeutsam heraus. Sie sollen, gegliedert nach den vier Arbeitszielen, hier zusammengestellt werden. Die Auswahl orientiert sich an der möglichen Relevanz für die künftige Forschung und Praxis in der Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsbildung.

3.1. Beginn einer Problemanalyse

Erstes Arbeitsziel war es, das bisherige Bild der Gesundheitserziehung vom Problembereich "Frauen und Rauchen" zu überprüfen und gegebenenfalls aufgrund der neu erarbeiteten Erkenntnisse zu revidieren.

Die Überprüfung ergab, daß bisher das höchst aktuelle, für die Gesundheitserziehung ungemein wichtige Problem "Frauen und Rauchen" überhaupt noch nicht systematisch analysiert wurde. Mit diesem Workshop wurde erst der Anfang einer solchen Problemanalyse gemacht. "Rauchen" ist Dauerthema der Gesundheitserziehung, "Frauen" waren für sie aber bisher meist nur als Schwangere oder Familienmütter eine Zielgruppe, und die quantitative wie qualitative Bedeutung des Problems "Frauen und Rauchen" ist erst seit kurzem im Blickfeld.

Als Entwicklungstendenzen, die für die Gesundheitserziehung von Bedeutung sind, wären zwei gesellschaftliche Trends zu nennen, nämlich die Veränderung der Frauenrolle und die Gesundheitsbewegung. Hinzu kommt vor allem jener wissenschaftliche Erkenntnisfortschritt, aus dem das Lebensweisen-Konzept der Weltgesundheitsorganisation abgeleitet wurde. a 9

Die Frau und ihre eigene Gesundheit ist von der Gesundheitserziehung bislang vernachlässigt worden. Immer wurde nur an ihre Verantwortung für die Gesundheit ihrer Familie appelliert, ihr Interesse an der eigenen Gesundheit wurde vorausgesetzt. Gesundheitsforschung und -förderung hatte in der Regel Männer zum Gegenstand oder orientierte

sich am Leitbild des Mannes; sie war bestenfalls geschlechtsneutral, jedenfalls höchst selten frauenspezifisch. Das gilt uneingeschränkt in Bezug auf das Thema Rauchen. Deshalb war die Gesundheitserziehung bei den Frauen bisher noch weniger wirksam als bei den Männern; darüber bestand in den Arbeitsgruppen allgemeiner Konsensus.

Die Befunde der bundesdeutschen Fallstudie haben mit Sicherheit ergeben, daß die Handlungsträger der Gesundheitserziehung bisher von völlig falschen Voraussetzungen ausgegangen sind. Was die Information über die Gesundheitsgefährdung durch das Rauchen und die Motivation zum Nichtrauchen betrifft, so haben Frauen zwar einen (objektiven) Bedarf daran, der wegen der Zunahme des Rauchens viel größer ist als früher. Sie haben hingegen überhaupt kein (subjektives) Bedürfnis danach. Denn:

FRAUEN BETRACHTEN ES MEIST GAR NICHT ALS PROBLEMATISCH, DASS SIE RAUCHEN; ES HAT ALSO WENIG SINN, SIE - MIT ENTSPRECHENDEN MEDIEN - ALS "RAUCHERINNEN" ANZUSPRECHEN.

Und ein zweiter wichtiger Befund der Arbeitsgruppen, aus dem Konsequenzen gezogen werden müssen:

FRAUEN SCHÄTZEN DIE EIGENE GESUNDHEIT MEIST ALS NICHT BESONDERS WICHTIG EIN, HINWEISE AUF DIE GESUNDHEITLICHEN RISIKEN DES RAUCHENS SIND WAHRSCHEINLICH AUS DIESEM GRUNDE BISHER SO WENIG EFFEKTIV GEWESEN.

Die mangelnde Wirksamkeit der Information über die Gesundheitsrisiken des Rauchens erklärt sich auch noch aus einem dritten Befund:

RAUCHEN IST KEIN KOGNITIV BESTIMMTES VERHALTEN. MIT BLOSSER INFORMATION, WELCHEN INHALTS AUCH IMMER, DÜRFTE ES ALSO NICHT ZU BEEINFLUSSEN SEIN.

Anders ausgedrückt: Mit Vernunftgründen läßt sich nicht viel erreichen, denn Rauchen ist ein Teil des Lebensstils und gehört eher in den Bereich der Emotion und der Imagination (Christine Woesler de Panafieu). Die Zigarettenwerbung weiß das sehr wohl und nutzt es mit Erfolg aus.

3.2. Differenzierung von Zielgruppen

Zweites Arbeitsziel des Workshops war die - aus der Perspektive der Gesundheitsförderung und -erziehung notwendige - Differenzierung des Bildes vom Problemkreis "Frauen und Rauchen". Unter dem Aspekt des Lebensweisenkonzeptes erwies sich eine solche Differenzierung - zwischen verschiedenartigen Zielgruppen als unbedingt notwendig. Wenn nämlich weder die Gesundheit noch das Rauchen für die Frauen als Problem von Interesse sind, kann man mit Aussicht auf Erfolg primär dort nicht ansetzen, sondern sollte sich fragen, ob vielleicht die jeweiligen persönlichen und gesellschaftlichen Lebensumstände der Frauen Ansatzpunkte bieten.

Besonders klar ist diese Notwendigkeit im Statement einer Teilnehmerin (Brenda Spencer) herausgestellt, das mit Sicherheit nicht nur für jene Gruppe gilt, auf die es sich bezieht: "Beratung für schwangere Frauen wird oft ohne Rücksicht auf die Lebensbedingungen der Frauen durchgeführt. Sie beschränkt sich in der Regel darauf, ihnen zu sagen, was sie falsch machen oder was sie besser machen könnten bzw. sollten. Unberücksichtigt bleiben dabei die sozialen und materiellen Lebensumstände der Frauen, die einerseits häufig erst zu gesundheitsgefährdendem Verhalten führen, andererseits aber auch die praktische Verwirklichung der gutgemeinten Ratschläge häufig erschweren oder für die betreffenden Frauen gar unmöglich machen."

Für die Differenzierung nach Zielgruppen wurden in den Arbeitsgruppen sehr verschiedene Möglichkeiten erörtert, die an dieser Stelle nur skizziert und mit ein paar Beispielen verdeutlicht werden können:

Alter und die dafür typische Lebenssituation: 14-21-jährige Mädchen am Beginn ihrer "Raucherinnen-Karriere", die das geringste Gesundheitsverständnis haben und bei denen das Rauchen zur festen Gewohnheit zu werden droht, sowie ältere Frauen, die von der Gesundheitserziehung meist vernachlässigt werden, sind Risikogruppen.

Sozialschicht: Frauen mit höherer Schulbildung und Berufsqualifikation rauchen (nach den Ermittlungen von Helgard Rohrmoser) weniger als geringer qualifizierte Frauen.

Berufstätigkeit: Hausfrauen rauchen z.B. weniger als Berufstätige. In bestimmten Berufen, z.B. am Fließband und in wenig qualifizierten Dienstleistungsberufen, wird mehr geraucht als in anderen.

In Entwöhnungskursen lassen sich solche Frauen zwar oft vom Rauchen abbringen, der Erfolg ist aber erfahrungsgemäß vielfach nicht von Dauer (Heli Gerlach).

Frauen, die am Arbeitsplatz zugleich über- und unterfordert sind, scheinen besonders anfällig gegen das Rauchen zu sein

Psychologische Merkmale: Ist Rauchen Symbol eines wachsenden, aber noch unsicheren Selbstbewußtseins der Frau, kann Nicht-Rauchen Zeichen eines ausgereiften Selbstwertgefühls sein, wozu auch ein sorgsameres Umgehen mit dem eigenen Körper, mit der eigenen Person gehört? (Dafür sprechen die Befunde von Alexa Franke). *010*

Schwangerschaft: Beim Desinteresse der meisten Frauen an der eigenen Gesundheit ist das Wohl des Kindes zwar ein wirksames Argument für den Appell, mit dem Rauchen aufzuhören; es sollte aber nicht das einzige sein, denn sonst fangen die Frauen später wieder an zu rauchen. Workshop-Teilnehmerinnen wandten sich heftig dagegen, daß die Frauen für die Gesundheitserziehung womöglich nur als "Gebärmachine" interessant sein könnte.

Phasen und Intensität des Rauchens: Noch-Nichtraucherinnen; Einstiegs-, Gewöhnungs-, Stabilisierungsphase; Gelegenheits-, Gewohnheits-, Sucht-Raucherinnen.

3. 3. Folgerungen für die Gesundheitserziehung

Konsequenzen für Prioritätensetzungen und Maßnahmen einzelner Handlungsträger der Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung herauszuarbeiten war das dritte Arbeitsziel. Hierzu ergaben sich aus den Diskussionen dieses Workshops am wenigsten konkrete Aussagen, wie er überhaupt eher Einsichten darüber vermittelte, was man n i c h t tun als was man nun

stattdessen tun sollte. Was man nicht tun sollte, ist klar: Sich nur auf die Belehrung über die Gesundheitsrisiken des Rauchens beschränken- "Das erzeugt nur ein schlechtes Gewissen - und die Frauen rauchen weiter" (Karin Reis). Dennoch sind Gesundheitsargumente wichtig. Bei den Betroffenen beeinflussen sie auf die Dauer vermutlich doch die Einstellung zur Zigarette; sie tragen unterschwellig dazu bei, daß das gesellschaftliche Ansehen des Rauchens sinkt.

Den Handlungsträgern der Gesundheitserziehung aber liefern die medizinischen Fakten die einzige Motivation für die (wie auch immer geartete) Bekämpfung des Rauchens. Sie müssen also z.B. darüber informiert werden, daß wahrscheinlich wegen der Zunahme des Rauchens der Frauen ihre Lebenserwartung in den Industrieländern sich der niedrigeren der Männer anzugleichen beginnt (denn bekanntlich ist, laut WGO, das Rauchen hier die bedeutendste einzelne Ursache von Krankheit und vorzeitigem Tod); daß in den USA wahrscheinlich schon mehr Frauen an Lungenkrebs sterben als an Brustkrebs, bisher die häufigste tödliche Krebsform bei Frauen; daß jüngste Forschungen auch einen Zusammenhang zwischen Gebärmutterhalskrebs und Rauchen ergeben haben. Dies sind nur ein paar Informationen, die sich auf die neueste Entwicklung beziehen. Andere frauenspezifische Risiken des Rauchens, wie etwa das der Kombination Rauchen und Pille, sind seit langem bekannt. Insgesamt muß festgestellt werden, daß Frauen durch das Rauchen noch stärker gefährdet sind als Männer (Ramström). Erwähnt wurden auch die Risiken des Passivrauchens, denen gerade Frauen an ihren Arbeitsplätzen (z.B. in Großraumbüros) häufig ausgesetzt sind. Selbst in Pausenräumen finden sich hohe Konzentrationen von Karzinogenen und Allergenen, wenn dort geraucht werden darf (Bengt Wramner). Es gibt also genügend medizinische Argumente, gerade das Problem "Frauen und Rauchen" mit Priorität anzugehen.

Wie und durch wen dies im einzelnen mit den größten Erfolgsaussichten zu geschehen hat, dazu konnten auf diesem Workshop noch keine verbindlichen Richtlinien erarbeitet werden. Man wollte nicht blindlings "aus der Hüfte schießen", wie dies eine der Teilnehmerinnen formulierte, damit nicht wieder, was aus der Vergangenheit ja bekannt ist, Maßnahmen in die Wege geleitet werden, deren Erfolgschancen wissenschaftlich nicht genügend abgesichert sind. Gefordert wurde eine langfristige, auf dem Lebensweisen-Konzept basierende und durch anwendungsbezogene Forschungen vorbereitete Strategie mit einheitlicher Zielsetzung, aber vielfältigen Methoden.

Für bestimmte Zielgruppen sollten - quasi nach Maß - Teilstrategien entwickelt werden. Dabei dürfte aber nicht etwa nur von oben herab geplant werden, vielmehr sollte man Aktivitäten aus den Kreisen der (potentiell) Betroffenen anregen oder, wo bereits vorhanden, fördern. Das können einzelne Initiativen wie Frauentreffpunkte, rauchfreie Diskotheken sein (Regina Feuerhorst), aber auch breite Strömungen wie die Frauen- und die Gesundheitsbewegung. Für solche Zielgruppen wären wahrscheinlich auch Informationen über die Bedarfsdeckungsmethoden der Zigarettenindustrie, die ja bei den Frauen wie auch in der Dritten Welt noch eine "Marktlücke" sieht, ein wirksames Argument (Bobbie Jacobsen).

GU

Die Hauptträger der Gesundheitserziehung wie auch der (vielleicht viel wichtigeren) Bildung von Normen gesundheitsbezogenen Verhaltens sind nicht Ärzte, sondern Familienangehörige, Altersgenossen, Lehrer, Kollegen usw. Dennoch sollte man versuchen, die Gesundheitserziehung in die allgemeine Erziehung wie auch in die medizinische Versorgung zu integrieren. Frauen gehen, wie eine Schweizer Repräsentativerhebung zeigte, eher vorsorglich zum Arzt als Männer, und zwar junge mehr als ältere, gebildete mehr als ungebildete (Elisabeth Zemp). Da Rauchen kein Thema ist, mit dem Frauen zu einer Beratungsstelle kommen, kann man dort, wenn sie aus anderen Gründen erscheinen, das Gesprächsbedürfnis nutzen, das vor allem viele ältere Frauen haben, und versuchen, das Problem Rauchen zur Sprache zu bringen (Brenda Spencer). Wahrscheinlich wäre es nützlich, alle, die Gelegenheit haben, Frauen in Richtung Nichtrauchen zu beeinflussen, entsprechend zu schulen, wie dies z.B. in einem erfolgreichen schwedischen Projekt (Lars Ramström) mit Krankenschwestern in Schwangeren-Beratungsstellen geschieht.

3.4. Folgerungen für die Forschung

Das vierte und letzte Arbeitsziel betraf die Forschung: Wo liegen Erkenntnis-Defizite? Wo sind neue Ansätze notwendig? Wie läßt sich eine stärkere Orientierung am Bedarf, eine bessere Umsetzbarkeit der Ergebnisse erreichen? Was die G E S U N D H E I T S R I S I K E N des Rauchens betrifft, so ist wohl keine stoffliche Noxe besser erforscht als die Zigarette (Dieter Borgers). Worüber allerdings noch wenig bekannt ist, das ist die Beeinflussung des Rauchrisikos durch die physische und psychische Verfassung eines Menschen sowie durch physikalische und soziale Umweltbedingungen (Karin Reis). Außer-

dem weiß man natürlich noch nicht, welche Krankheiten sich bei den rauchenden Frauen erst in den nächsten Jahrzehnten häufen werden, weil das Rauchen als weibliches Massenphänomen neueren Datums und die Entstehung der dadurch geförderten Krankheiten ein langfristiger Prozeß ist (Kerstin Lindskoug).

Auch über das R A U C H V E R H A L T E N liegen eine ganze Anzahl von Forschungsergebnissen vor; allerdings sind solche Studien meist interessenorientiert (Ute Canaris). Was vor allem nötig ist, sind Studien, die (wie der biographische Teil der bundesdeutschen Pilot-Studie) das Rauchen im Zusammenhang mit der Lebensweise und den Lebensbedingungen von Frauen erforschen: Es geht darum, mehr über "Frauen, die rauchen" zu erfahren, nicht über "Raucherinnen" (Alexa Franke).

Nach dem Gesagten leuchtet es ein, daß diese Forschung interdisziplinär und möglichst bedarfs- und anwendungsbezogen sein muß. Das wurde in der Diskussion der Arbeitsgruppen-Ergebnisse an einem Beispiel verdeutlicht: während über das Rauchverhalten schon eine ganze Menge bekannt ist, weiß man über das Nichtrauchen und seine Gründe so gut wie gar nichts. Warum fangen viele Frauen gar nicht erst an zu rauchen oder kommen über das Probieren nie hinaus? Haben in derselben sozialen Situation Frauen, die nicht rauchen, einen psychischen oder physischen Schutzfaktor gegenüber Frauen, die rauchen? Wie verarbeiten sie Alltagsstress oder schwierige Lebenssituationen, warum brauchen sie die Zigarette als Krücke nicht? Zeigen sie vielleicht stattdessen ein anderes gesundheitsriskantes Verhalten?

Solche Fragen sind exemplarisch für Probleme einer Gesundheitsforschung im Wortsinne, die es eigentlich noch so gut wie gar nicht bei uns gibt und für die sich die Arbeitsgruppe 3 besonders einsetzte.

Warum bleibt man (oder "frau") gesund? Was sind die Faktoren, die dabei zusammenwirken? Wenn man Gesundheitsförderung nicht nur ins Blaue hinein betreiben will, wäre es wichtig, dies zu wissen.

Das erfordert allerdings eine völlige Umorientierung: weg von der Frage "Was macht krank?" und hin zu der Frage "Was erhält bestimmte Individuen gesund?" - eine Frage, die sich nur mit Hilfe des Lebensweisen-Konzeptes untersuchen läßt.

Versucht man, aus den vielen Ideen und Vorschlägen in den längeren Statements einzelner Teilnehmer, aus den Berichten der Arbeitsgruppen und den Diskussionen ein paar besonders wichtige und konkrete Punkte herauszugreifen, so lassen sich die folgenden Empfehlungen zu den vier Arbeitsgruppen des Workshops formulieren:

4. Empfehlungen

1. Die Gesundheitserziehung hat gegenüber den rauchenden Frauen deshalb versagt, weil sie an deren Lebensrealität vorbeiarargumentierte. Die Information "Rauchen ist ungesund" trifft auf taube Ohren, weil Frauen in der Regel weder ihr Rauchen noch die eigene Gesundheit wichtig nehmen. Rauchen gehört heute mit großer Selbstverständlichkeit zur Lebensweise vieler Frauen. Es hat bestimmte emotionale Funktionen, die subjektiv das (oft verdrängte oder bagatellisierte) Gesundheitsrisiko aufwiesen. *a12*
2. Frauen sind unter dem Aspekt "Rauchen" eo ipso eine Risikogruppe, denn erstens nimmt das Rauchen bei ihnen weiter zu und zweitens sind sie dadurch gesundheitlich noch stärker gefährdet als Männer. Unter den rauchenden Frauen lassen sich aber wiederum Risikogruppen definieren. Zum Beispiel Frauen im kritischen Übergang von der Einstiegsphase in die Phase der Gewohnheitsbildung. Für die Gesundheitserziehung ist diese Differenzierung sehr wichtig.
3. Die Gesundheitsförderung und -erziehung sollte frauenspezifisch (und differenziert zielgruppenspezifisch) an das Problem "Frauen und Rauchen" herangehen, wofür das Lebensweisen-Konzept sich als Grundlage aller Überlegungen anbietet. Die einheitliche Zielsetzung erlaubt (oder erfordert) vielfältige Maßnahmen und vielfältige Träger (allgemeine Erziehung, Gesundheitssystem usw.). Der Akzent sollte eher auf der Förderung des Nicht-Rauchens als auf der Bekämpfung des Rauchens liegen.
4. Der hier diskutierten Fallstudie sollten weitere Forschungsprojekte über die Rolle des Rauchens im Lebenszusammenhang von Frauen folgen. Vor allem sollten auch Lebensbedingungen und Verhalten von Frauen studiert werden, die nicht rauchen, um neue und erfolgversprechende Ansätze für Programme zur Gesundheitsförderung zu finden. *a13*

ANHANG

1. Ausgewählte Tabellen

2. Bibliographie verwendeter Untersuchungen

1. Ausgewählte Tabellen, die im Bericht
angesprochen werden

ZIGARETTENRAUCHER 1960 - 1980: BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

ZIGARETTENRAUCHER 14 JAHRE U.Ä.

JAHR	GESAMT		MÄNNER		FRAUEN	
	MIO	Veränd. Bas. 1960	MIO	Veränd. Bas. 1960	MIO	Veränd. Bas. 1960
1960	16,0	-	11,5	-	4,7	-
1965	17,0	+ 6,3	12,1	+ 5,2	4,9	+ 4,3
1970	17,3	+ 8,1	11,6	+ 0,9	5,6	+19,1
1975	17,3	+ 8,1	9,8	-14,8	7,5	+59,6
1979/80	17,3	+ 8,1	9,6	-16,5	7,7	+63,8

ECKDATEN ZUM ZIGARETTENVERBRAUCH: BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

JAHR	ZIGARETTENVERBRAUCH IN MRD STÜCK	ZIGARETTENRAUCHER IN MIO	PRO RAUCHER VERBRAUCH	
			p. a.	p. t.
1960	77,7	16,0	4.111	11,3
1965	101,8	17,0	5.330	14,6
1970	125,1	17,3	6.448	17,7
1975	136,0	17,3	7.158	19,6
1981	146,7	17,3	8.479	23,2

Anmerkung: Die Abkürzung p.a. steht für per anno, gibt also den durchschnittlichen Jahresverbrauch wieder, die Abkürzung p.t. gibt den durchschnittlichen Tageskonsum wieder.

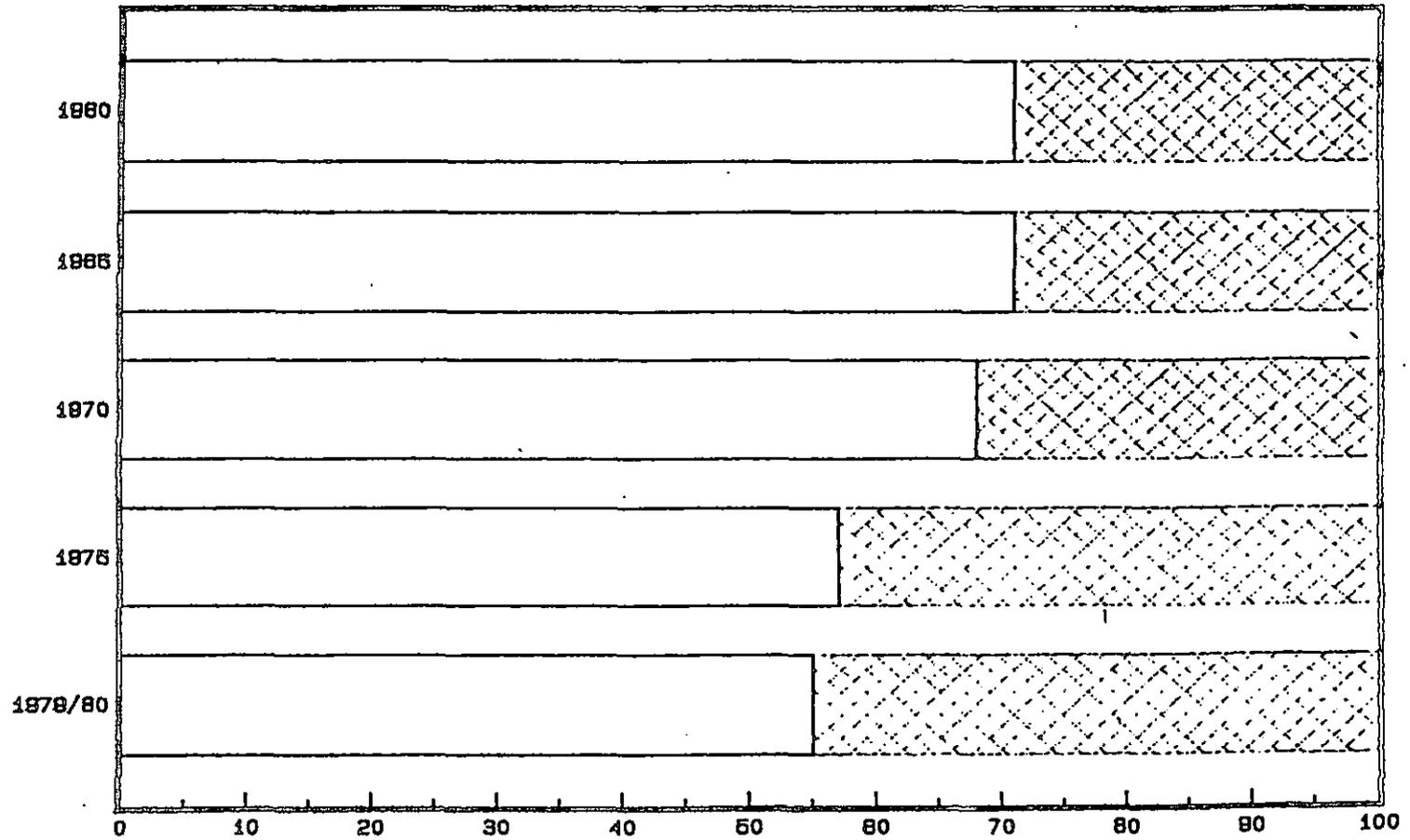
Die Proportionen maennlicher und weiblicher Zigarettenraucher

Maenner

Frauen



Jahr



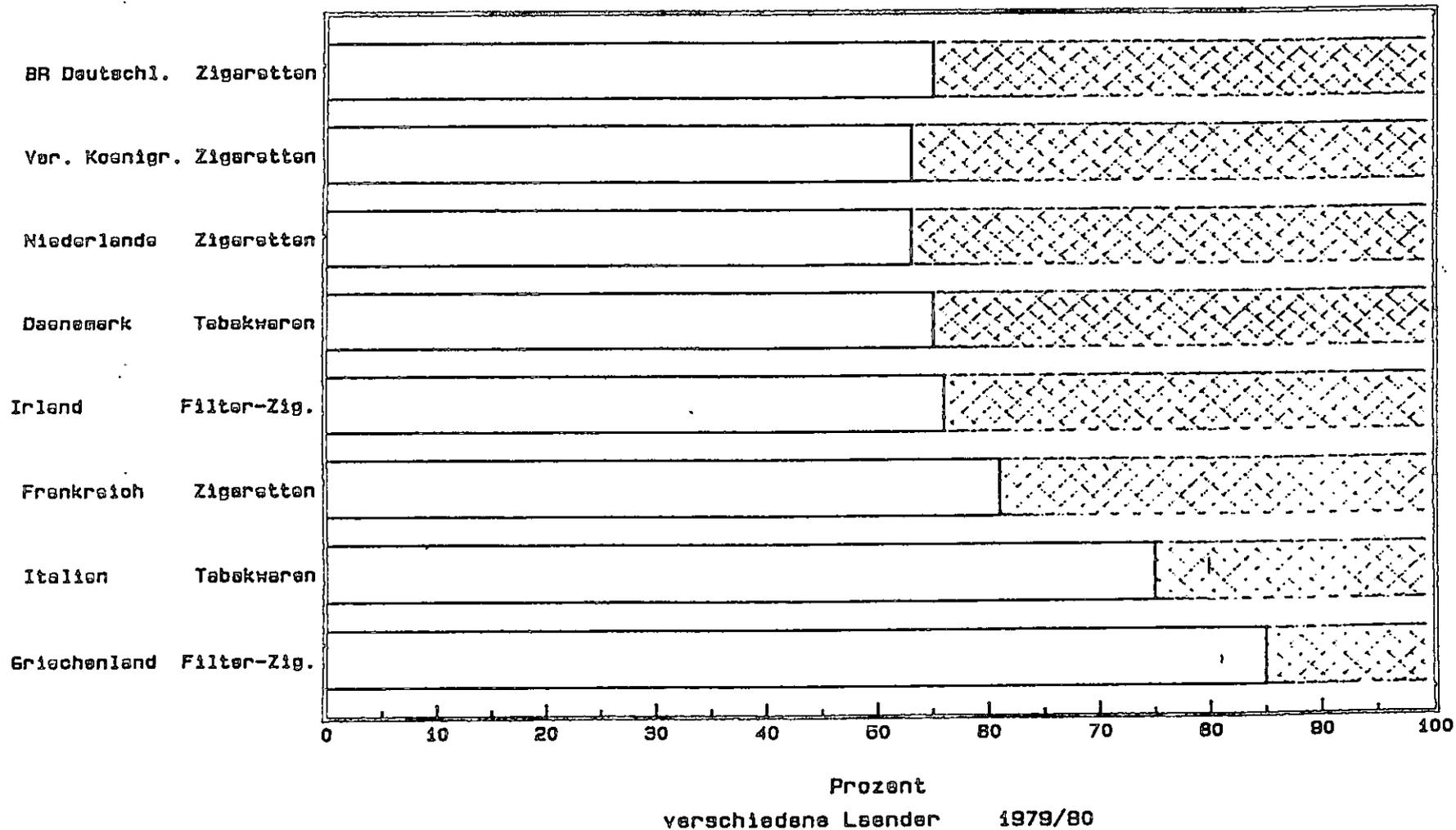
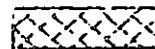
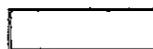
Prozent

Bundesrepublik Deutschland

Die Proportionen maennlicher und weiblicher Zigarettenraucher

Maenner

Frauen



VERSCHIEDENE FORMEN DES KONSUMS ALS BEWÄLTIGUNGSHANDELN

	TOTAL 14-19	MÄNNLICH 14-19	WEIBLICH 14-19
① <u>ALKOHOLKONSUM</u> (ETWAS TRINKEN)	17%	27	6
② <u>RAUCHEN</u> (EINE ZIGARETTE RAUCHEN)	21%	22	20
③ <u>MEDIKATION</u> (EIN MEDIKAMENT NEHMEN)	9%	6	12
④ <u>ESSEN</u> (ETWAS ESSEN)	53%	48	59
EINS ODER MEHR VON ① - ④	68%	68	68

Quelle 3

VERSCHIEDENE FORMEN DES KONSUMS ALS BEWÄLTIGUNGSHANDELN

	TOTAL 20-29	MÄNNLICH 20-29	WEIBLICH 20-29
① <u>ALKOHOLKONSUM</u> (ETWAS TRINKEN)	34%	50	20
② <u>RAUCHEN</u> (EINE ZIGARETTE RAUCHEN)	41%	45	37
③ <u>MEDIKATION</u> (EIN MEDIKAMENT NEHMEN)	14%	4	23
④ <u>ESSEN</u> (ETWAS ESSEN)	33%	27	38
EINS ODER MEHR VON ① - ④	75%	79	72

VERSCHIEDENE FORMEN DES KONSUMS ALS BEWÄLTIGUNGSHANDELN

	ALLE ELTERN	VÄTER	MÜTTER
① <u>ALKOHOLKONSUM</u> (ETWAS TRINKEN)	33%	47	21
② <u>RAUCHEN</u> (EINE ZIGARETTE RAUCHEN)	33%	35	24
③ <u>MEDIKATION</u> (EIN MEDIKAMENT NEHMEN)	17%	11	22
④ <u>ESSEN</u> (ETWAS ESSEN)	32%	26	37
EINS ODER MEHR VON ① - ④	69%	73	75

ZIGARETTENRAUCHER

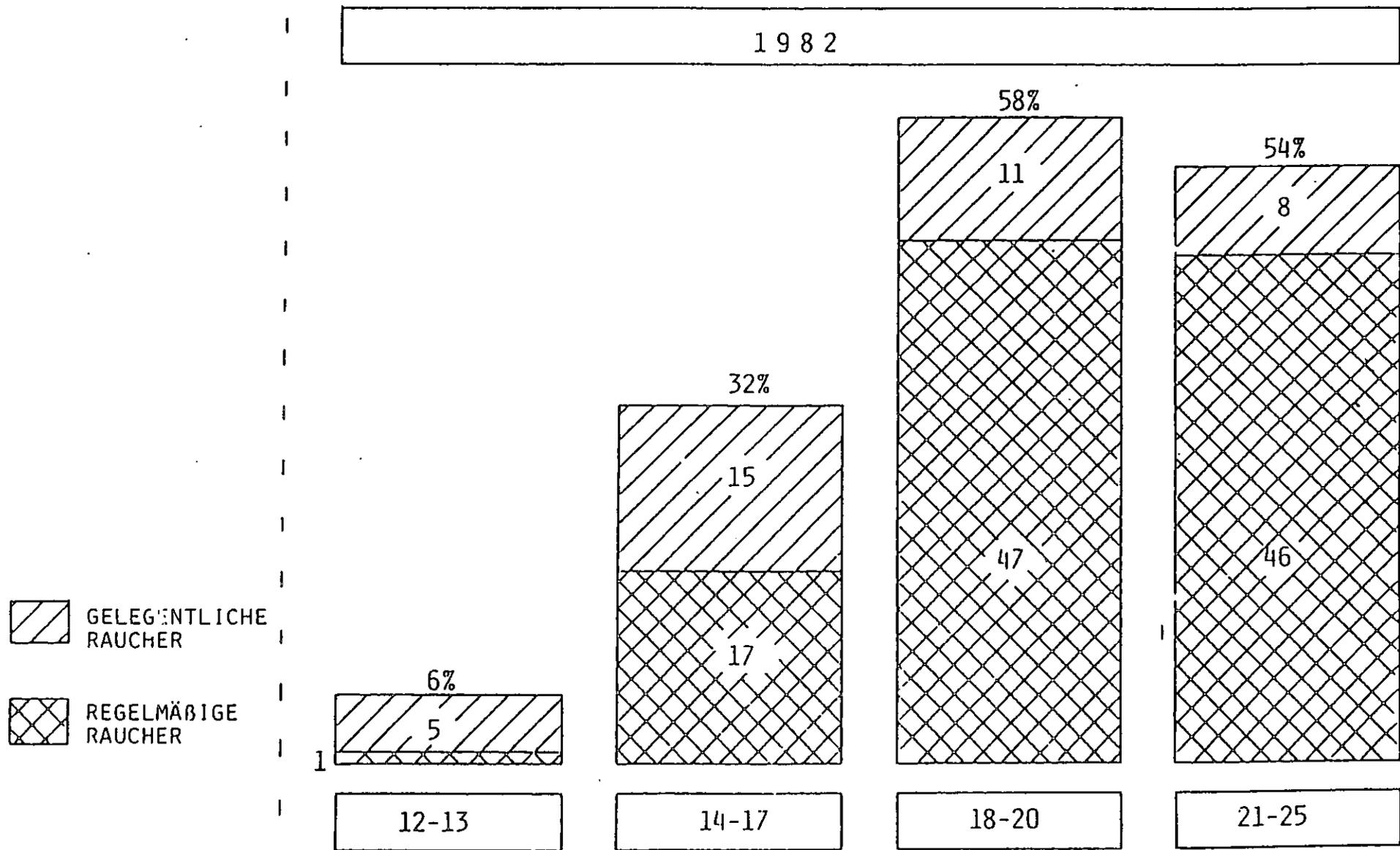
MERKMALSBEREICH	GESAMT FRAUEN 14-60 JAHRE	LEDIGE 14-29 JAHRE			HAUS- FRAUEN MIT KINDERN BIS 17 JAHRE (GESAMT)			FRAUEN 20-60 JAHRE BERUFS- TÄETIGE MIT KIND. BIS 17 JAHRE (GESAMT)			FR. 26-60J. TÄET. BERUFST. VERH. ALLEINST. OHNE KIND. BIS 17 JAHRE		
		IN SCHULE/ STUDIUM	BERUFS- AUSBIL- DUNG	JAHRE	MIT KIND. BIS 9 JAHRE	MIT KIND. 10-17 JAHRE	MIT KIND. JAHRE	MIT KIND. JAHRE	MIT KIND. JAHRE	MIT KIND. JAHRE	OHNE KIND. BIS 17 JAHRE	OHNE KIND. BIS 17 JAHRE	OHNE KIND. BIS 17 JAHRE
DORF	25	15	46	23	23	19	29	29	26	13	35	(13)	
LÄNDLICH, KLEINSTADT	30	23	59	28	31	28	35	51	26	11	30	23	
STADT	33	25	63	29	35	24	40	48	36	25	26	42	
VOLKSSCHULE OHNE LEHRE	24	20	70	26	33	23	24	37	23	15	19	19	
VOLKSSCHULE MIT LEHRE	37	(16)	66	30	33	25	45	55	35	20	33	42	
MITTLERE REIFE UND HÖHERE BILDUNG	31	24	43	22	25	22	34	32	34	25	33	39	
				MÄNNER									
DORF	40	25	56	X			37	34	34	43 (47)			
LÄNDLICH, KLEINSTADT	41	33	47				46	43	46	40	40		
STADT	46	30	65				51	52	51	36	51		
VOLKSSCHULE OHNE LEHRE	48	21	53	X			50	49	51	50 (52)			
VOLKSSCHULE MIT LEHRE	47	(42)	61				46	48	44	40	55		
MITTLERE REIFE UND HÖHERE BILDUNG	37	24	57				42	36	45	32	40		

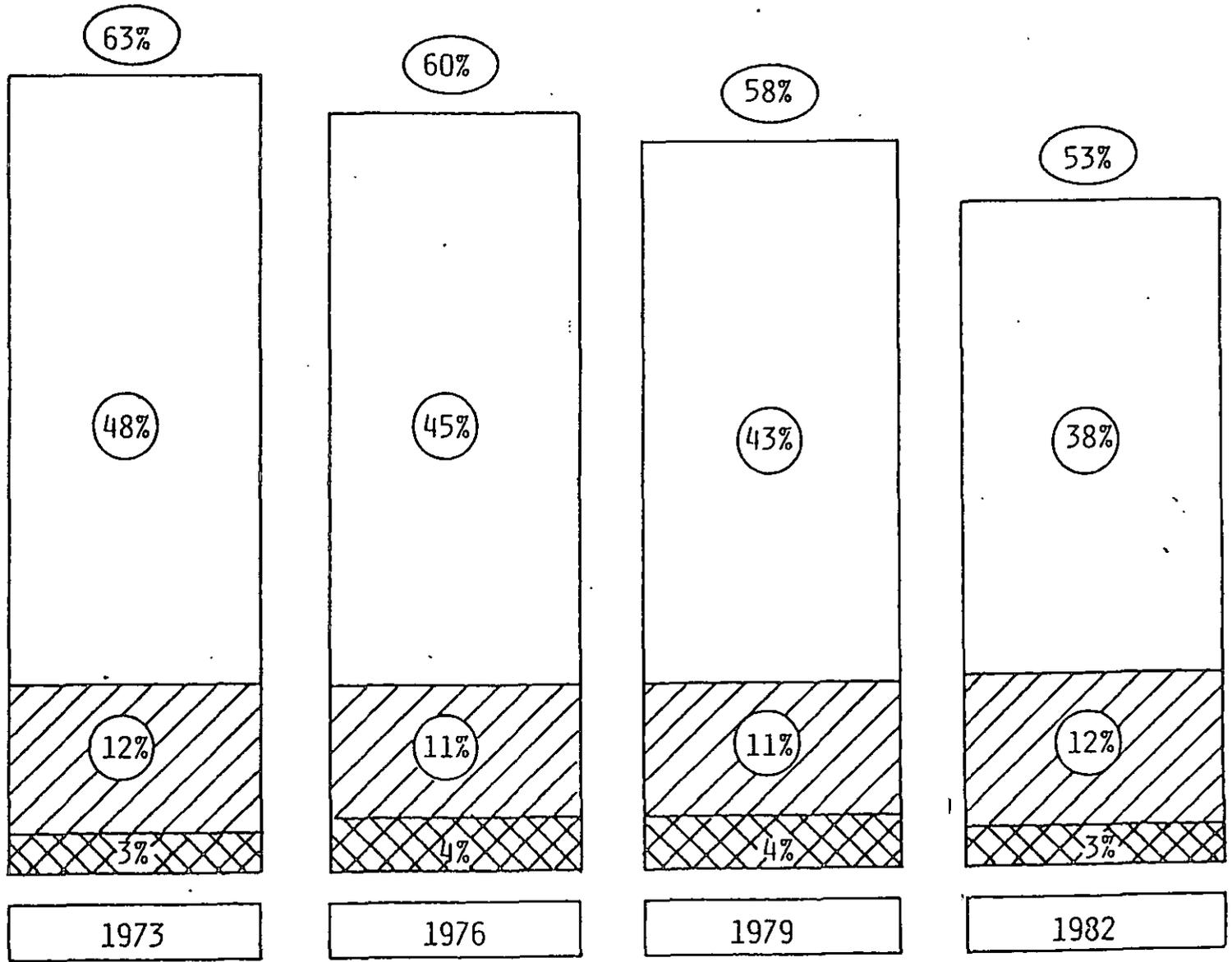
FALLSTUDIE "FRAUEN UND RAUCHEN": BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

UNTERSCHIEDE ZWISCHEN MÄNNERN UND FRAUEN
BEI GLEICH INTENSIVEN ARBEITSBELASTUNGEN

	Arbeitsbelastung gering		Arbeitsbelastung sehr hoch	
	M %	F %	M %	F %
<u>RAUCHEN</u>				
o regelmäßige Zigarettenraucher	33	30	37	37
o mehr als 15 Zigaretten pro Tag	21	11	24	20
o Rauchen als Bewältigungshandeln	39	31	39	44
<u>ALKOHOL</u>				
o regelmäßiger Alkoholkonsum	43	24	56	29
o Alkoholkonsum als Bewältigungshandeln	39	17	49	26
<u>MEDIKATION</u>				
o Schmerzmittelverwender	32	36	48	63
o Medikation als Bewältigungshandeln	14	11	16	25
<u>ESSEN</u>				
o Essen unter Zeitdruck	13	11	27	47
o unregelmäßig Essen	22	18	28	44
o Essen als Bewältigungshandeln	23	37	32	45

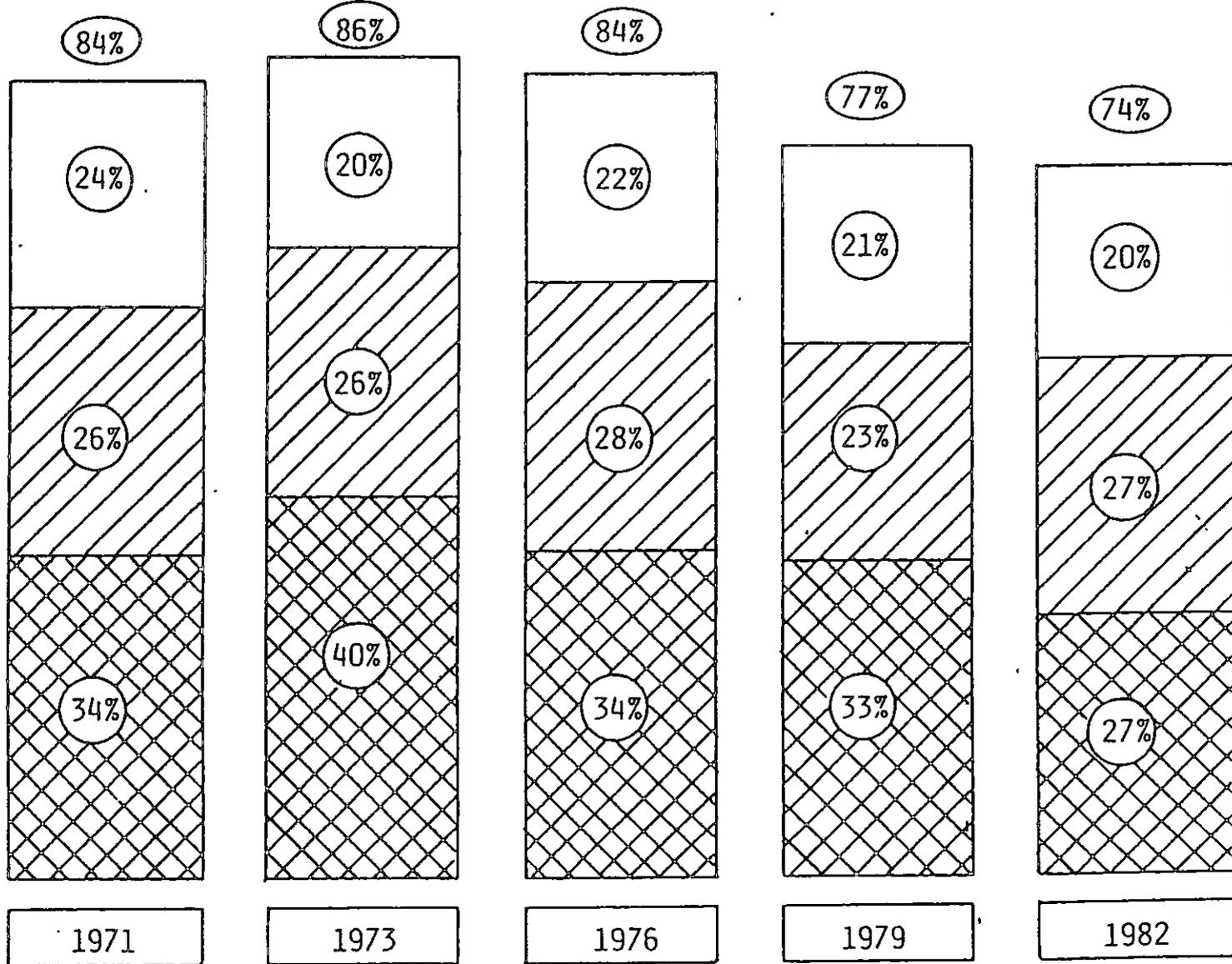
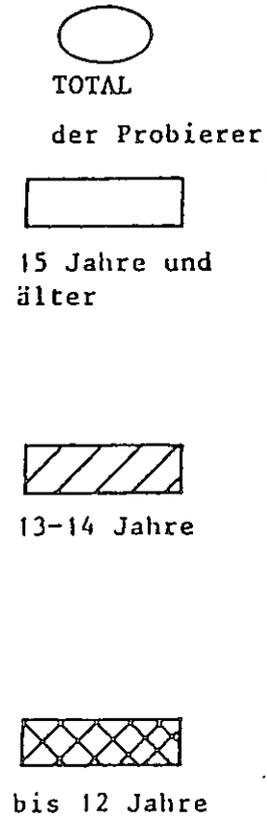
RAUCHEN IN UNTERSCHIEDLICHEN ALTERSGRUPPEN





Quelle: "Drogenaffinitätsstudie" der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
 Methode: Wiederholungsbefragung mit identischer Fragentechnik in Repräsentativstichproben (1973 : N = 1.763;
 1976 : N = 1.503; 1979 : N = 1.766; 1982 : N = 1.806)

AUSSAGEN VON 14-25JÄHRIGEN: 1971-1982



Quelle: "Drogenaffinitätsstudie" der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Methode: Wiederholungsbefragung mit identischer Fragentechnik in Repräsentativstichproben (1971 : N = 951;
1973 : N = 1.763; 1976 : N 1.503; 1979 : N 1.766; 1982 : N = 1.806)

2
TEIL 1 : FRAUEN UND RAUCHEN - QUANTITATIVE ENTWICKLUNGSTRENDS

Ergebnisse einer quantitativen Studie

FRAUEN UND RAUCHEN - ~~QUANTITATIVE ENTWICKLUNGSTRENDS~~

11.10.77

Rauchen ist ein Teil des Alltagshandelns. Rauchen ist nicht nur verknüpft mit individuellen Lebensweisen. Seit der Einführung und der Verbreitung des Tabakkonsums in Europa war die Art und Weise des Tabakkonsums auch immer in enger Weise mit der Kultur- und Sozialgeschichte eines Landes verflochten: Welche Erwartungen und Wirkungen dem Tabakkonsum zugesprochen wurden. Wer Tabak rauchen durfte und wer nicht. Welche soziale Bedeutung dem Rauchen zukam. Welche Funktionen das Rauchen in der sozialen Interaktion erfüllen konnte *g.H. a. M.*

Wenn wir heute die quantitativen Entwicklungstrends des Tabakkonsums von Frauen untersuchen, tun wir dies nicht primär, um kulturgeschichtliche und individuelle Bedeutungen oder Verursachungsfaktoren zu beschreiben. Der Anlaß ist klar und eindeutig: Es geht um die Analyse eines gesundheitsgefährdendes Verhalten mit dem Ziel, Ansatzpunkte zur Eindämmung bzw. Aufgabe dieses Verhaltens zu finden.

Dieser klar gesundheitsbezogene Focus sollte uns jedoch nicht dazu verleiten, Rauchen ausschließlich als "Gesundheitsproblem" zu definieren und auf diesen Kontext zu reduzieren. Wir müssen davon ausgehen, daß in der individuellen Bilanz der "Pros" und "Contras" die "Pros" bei den Rauchern klar überwiegen. Wie wäre es sonst zu erklären, daß ein - auch seitens der besonders gefährdeten habitualisierten Raucherinnen - sehr ambivalent erlebtes Verhalten eine so weite Verbreitung findet?²

Der Anlaß für die Studie "Frauen und Rauchen" ist die absolute und relative Zunahme des Anteils weiblicher Raucher:

- o 1960 rauchten rund 4,7 Mio. deutsche Frauen im Alter über 14 Jahre Zigaretten. 1980 zählen wir rund 7.7 Mio. weibliche Raucher (Veränderung auf der Basis 1960: + 63,8%).
- o Zur Zeit (1984) sind rund 44% aller Zigarettenraucher Frauen.
- o Der Tageskonsum pro Raucher (Männer und Frauen) hat sich in der Periode von 1960 bis 1981 verdoppelt.
 - 1960: 11,3 Zigaretten pro Tag,
 - 1981: 23,2 Zigaretten pro Tag.

Wir können aufgrund verschiedener empirischer Indikatoren zwar davon ausgehen, daß weibliche Raucher einen leicht unterdurchschnittlichen Tageskonsum haben und in der Tendenz eher leichtere Zigaretten rauchen. Diese Nuancen ändern jedoch nichts an der großen Tendenz:

- o Eine traditionell eher "männliche" Verhaltensweise wird mehr und mehr Frauen zugänglich.
- o Zunahme des intensiven und habitualisierten Zigarettenkonsums bei Frauen.
- o Damit auch Zunahme der mit dem Rauchen verbundenen gesundheitlichen Risiken für Frauen.

Diese Tendenz ist umso bemerkenswerter, weil im gleichen Zeitraum die Anzahl männlicher Zigarettenraucher abnahm: 1960 rund 11,5 Mio. über 14jährige männliche Zigarettenraucher; 1980 "nur noch" rund 9,6 Mio.

Dieser kurze Aufriß des Szenarios begründet den Untersuchungsan-

satz. Es geht darum, mehr Verständnis zu gewinnen für das Phänomen "Frauen und Rauchen".

Dieses Phänomen ist nicht nur als individuelles Handeln aufgrund individueller psychologischer Prädispositionen und individueller Entscheidungen aufzufassen. Die historisch-gesellschaftliche Dimension sowie die Wechselwirkungen zwischen historischem Wandel der Lebensbedingungen einerseits und individuellen Schicksalen bzw. Handlungszusammenhängen andererseits sind einzubegreifen.^{zichen}

1. AUFGABE DER QUANTITATIVEN UNTERSUCHUNG

der Veränderung von

Offenbar ist die Entwicklung des Rauchens mit ^{den} Lebensbedingungen und Lebensweisen verknüpft. Damit sagen wir auch, daß Faktoren eine Rolle spielen, die durch zeitpunktbezogene und aufs Individuum zentrierte Studien nicht bzw. nur unzureichend aufzudecken sind.

Die quantitative Studie hatte drei Zielrichtungen:

1. Die quantitative Beschreibung von Entwicklungstrends im Bereich Frauen und Rauchen.

Dies ist die "klassische" Funktion quantitativer Forschung. Sie gibt Antworten auf die Fragen "Wieviel?" und "Wer?".

2. Die Überprüfung spezifischer Hypothesen.

Wenn wir z.B. Zusammenhänge mit streßgenerierenden Lebensbedingungen und Rauchen als Bewältigungshandeln vermuten, müßten sich diese Zusammenhänge auch in quantitativen Studien empirisch rekonstruieren lassen.

3. Die Entwicklung neuer Hypothesen.

Wenn wir z.B. in quantitativen Untersuchungen deutliche statistische Zusammenhänge zwischen der regionalen Infrastruktur (Stadt-Land) und dem Raucheranteil bei Frauen finden, fordert dies Erklärungen oder zumindest Nachdenken heraus. Welcher mit dem Indikator "Ortsgröße" verbundene Einflußfaktor könnte zur Erklärung dieser Unterschiede herangezogen werden?

Die Überprüfung dieser Frage und die Bewertung der Relevanz der Antwort muß qualitativen Untersuchungen vorbehalten bleiben. Wichtige Aufgabe quantitativ orientierter Studien ist jedoch das Aufzeigen von Phänomenen, die möglicherweise von Relevanz sind.

Diese Beschreibung der Aufgabenstellung verdeutlicht auch die methodologische Besonderheit des Untersuchungsansatzes. a14

- o Das methodologische Repertoire sogenannter quantitativer Methoden im Rahmen verständnis- und hypothesengenerierender Studien einsetzen.
- o Aufzeigen der Möglichkeiten, vorhandene Statistiken und quantitative Daten im Rahmen hypothesenorientierter Studien intensiver zu nutzen.

Die Fallstudie Bundesrepublik Deutschland soll inhaltliche und methodische Anregungen auch für die Forschung in anderen Ländern geben. Wir haben uns deshalb in dieser Darstellung vorzugsweise auf solche Daten gestützt, die in vergleichbarer oder ähnlicher Form fast überall existieren.

2. HINWEISE ZU QUELLEN UND METHODOLOGIE DER UNTERSUCHUNG

Der folgende Überblick zeigt die wichtigsten Quellen der Studie. Zusätzlich markiert ist die Zeitachse, d.h. der Zeitraum, der durch diese Quellen abgedeckt ist. In diesem Schema drückt sich eine unserer wichtigen methodischen Erfahrungen aus:

- o Quantitative und statistische Daten werden dann besonders ergiebig und "sprechend", wenn wir den Longitudinal-Aspekt berücksichtigen.

ÜBERBLICK ÜBER QUELLEN DER UNTERSUCHUNG				
	Gegenwart	Nahe Vergangenheit (5-10 Jahre)	Fernere Vergangenheit (10-20 Jahre)	Historie
DEMOGRAPHISCH-STATISTISCHE ANALYSEN	→			
OFFIZIELLE STATISTIKEN ZU TABAK UND ZIGARETTEN	→			
FACHPUBLIKATIONEN, GESETZE VERORDNUNGEN	→			
REPRÄSENTATIVE STUDIEN	→			
QUALITATIVE STUDIEN	→			

Hierfür ein Beispiel: Der Vergleich der Entwicklung der absoluten Zahl männlicher und weiblicher Zigarettenraucher in der Periode von 1960-1980 zeigt eine Gegenläufigkeit in den letzten 10 Jahren: Einer Abnahme männlicher Raucher steht die überproportionale Zunahme weiblicher Raucher gegenüber.

Index der Entwicklung*	1960	1965	1970	1975	1980
Zahl männlicher Raucher	= 100	105,2	100,9	85,2	83,5
Zahl weiblicher Raucher	= 100	104,3	119,1	159,6	163,8
TOTAL	= 100	106,3	108,1	108,1	108,1

Wir können so auch unsere Suchrichtung für erklärende Hypothesen präzisieren: Welche Einflußfaktoren haben speziell in den siebziger Jahren den für Frauen spezifischen "Boom" ausgelöst bzw. bewirkt?

Eine weitere Erkenntnisquelle ist der Vergleich von verschiedenen Statistiken.

Zigarettenkonsum	1960	1965	1970	1975	1980
in MRD. Stück	77,7	101,8	125,1	136,0	146,7
Index	= 100	131,0	161,0	175,0	188,8
Einschließlich selbstgedrehter Zigaretten und "Jedermann-Importen" nach Schätzungen der Zigarettenindustrie.					

Der Vergleich des tatsächlichen Zigarettenkonsums mit der Entwicklung der Anzahl der Raucher weist auf die deutlich gestiegene

*) Die Entwicklung der absoluten Zahl der Raucher wird auch von der demografischen Entwicklung beeinflusst. Diese Zahl kann wachsen, auch wenn der relative Raucheranteil sinkt. Dann nämlich, wenn die Erwachsenenpopulation noch absolut zunimmt - insbesondere die "rauchintensiven" Altersgenerationen.

Konsumintensität pro Raucher hin. Auch liegt die Vermutung sehr nahe, daß speziell die Zunahme der Zahl weiblicher Raucher wichtigster Faktor für die weitere Konsumexpansion war.

Der Vergleich mit anderen Informationen gibt ergänzende Anregungen für die Detailanalyse.

Beispiel 1: Die Preis- und Steuererhöhungen haben offenbar allenfalls kurzfristige Auswirkungen auf den Konsum von Zigaretten gehabt. Der Detailblick auf die zeitlich parallelen Verläufe zeigt, daß in der Steuerstatistik erkennbare Rückgänge den Konsum von Fabrikzigaretten nach kräftigen Preiserhöhungen zu einem erheblichen Teil durch große Vorratskäufe, Ausweichen auf preiswertere selbstgedrehte Zigaretten und "Jedermann-Importe" aus Nachbarländern mit niedrigeren Preisniveaus kompensiert wurden.

Beispiel 2: Der Vergleich mit Informationen über das Zigarettenangebot und die Zigarettenteknologie kann gleichfalls Hinweiswert haben. So sehen wir z.B., daß in der Bundesrepublik Deutschland erst mit der Durchsetzung der Filterzigarette (Ende der 50er Jahre) breitere Frauenkreise zu regelmäßigen Raucherinnen wurden. Die sprunghafte Abnahme der durchschnittlichen Nikotin- und Kondensatwerte (→ Leichtzigaretten) lag zeitlich parallel zur sprunghaften Zunahme der Rauchintensität speziell auch bei Frauen.

o/S

Dieser kurze Einblick in die Methodik verdeutlicht die Möglichkeiten von quantitativ orientierten Untersuchungstechniken.

- o Der Blick in die Vergangenheit und auf die Entwicklungsdynamik ermöglicht eine bessere Evaluierung der Daten aus der Gegenwart - und ansatzweise Prognosen für die Zukunft.

Aus den oben zitierten Indexentwicklungen müssen wir z.B. schließen,

- a) daß die Entwicklung "Frauen und Rauchen" spezifischen Tendenzen und Einflußfaktoren unterliegt. Das heißt: Wir müssen auch über frauenspezifische Erklärungs- und Interventionsansätze nachdenken.
 - b) daß mit der Zunahme habitualisierten Rauchens bei Frauen die gesundheitlichen Risiken noch stärker zunehmen, als die reinen Raucheranteile dies signalisieren. Zudem bedeutet Habitualisierung nach allen vorliegenden Kenntnissen auch: erhöhte Barrieren für innengeleitete oder von außen angeregte Versuche, das Rauchen einzustellen. Das heißt: Die Faktenlage begründet eine Priorität frauenspezifischer Interventionsansätze.
- o Wir kommen durch die Vergleiche verschiedener Informationsbereiche auch zur Setzung neuer qualitativer Prioritäten. Beispiele:
- a) Es wird in diesen Zeitreihen offenbar, daß z.B. genetische oder individualpsychologische Erklärungsansätze wenig geeignet sind. Es ist kaum plausibel, in der Zeit starken Anstiegs weiblichen Rauchens parallele Veränderungen solcher Art anzunehmen. Näher liegt es, verstärktes Interesse den Lebensbedingungen und Lebensweisen von Frauen zuzuwenden, die sich speziell seit Ende der 60er Jahre stärker verändert haben.
 - b) Vorsicht scheint auch geboten bei einem einfachen Transfer der Erkenntnisse früherer qualitativer Forschung. Der Blick auf die Stichproben solcher Arbeiten aus den 60er und 70er Jahren zeigt, daß diese Untersuchungen fast ausschließlich in männlichen Stich-

proben und/oder mit der Auffassung von Rauchen als typisch männlichem Phänomen angelegt waren.

- o "Alte" Daten sind also nicht a priori "veraltete" oder "wertlose" Daten. Sie gewinnen neuen und/oder spezifischen Erkenntniswert durch den neuen Fragen- und Erkenntniszusammenhang, in den sie gebracht werden.

Die Fallstudie Bundesrepublik Deutschland wurde mit besonderem Aufwand und mit besonderer Intensität durchgeführt. Vergleiche mit der Datenlage in anderen west- und südeuropäischen Ländern* zeigen uns jedoch, daß in praktisch allen Ländern ein für solche Analysen zufriedenstellender Datenkranz ohne besonderen Erhebungsaufwand disponibel ist.

Die Grenzen solcher Untersuchungen sind auch evident. Die Zahlen und Informationen sind nur Indikatoren für komplexe gesellschaftliche und individuelle Phänomene. Sie sind also nicht die Aussage selbst, sondern bedürfen eines Deutungszusammenhangs, in den sie gesetzt werden. Nicht für alle Deutungszusammenhänge finden sich geeignete Indikatoren. Und auch scheinbar evidente statistische Zusammenhänge bedürfen letztlich immer der kritischen Überprüfung, ob es sich nicht nur um statistische Artefakte handelt. Theoretische Evidenz und/oder qualitative Studien sind also unabdingbare "Kontrollinstanzen" für die Evaluierung der Befunde aus quantiativ - statistischen Analysen.

*) Vgl. z.B. "Daten und Fakten zur Entwicklung des Rauchens in Mitgliedsländern der Europäischen Gemeinschaften". Ergebnisse einer vergleichenden Analyse 1960-1980. Veröffentlicht durch KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN, Brüssel/Luxemburg 1982.

3. ERGEBNISSE

Wir können in diesem Rahmen nur auf einige besondere Ausschnitte aus dem umfangreichen Katalog von Einzelergebnissen hinweisen. Die Selektion wurde nach den Kriterien getroffen, 1. was uns als besonders markant und wichtig erschien, 2. was für das Nachverfolgen im Rahmen qualitativer Studien relevant ist (Hypothesen).

3.1 Verbreitungsgrad des Rauchens und Entwicklungsdynamik

Einige der Eckdaten wurden bereits weiter oben dargestellt (siehe auch Anhang).

- o Die Zahl rauchender Frauen hat sich seit 1960 um rund 64% erhöht. 1980 zählen wir rund 7,7 Mio. weibliche Raucher im Alter von 14 und mehr Jahren. Dies sind 29% aller Frauen gegenüber 20% im Jahr 1960 und 22% im Jahr 1970.
- o Der Anteil weiblicher Raucher am Gesamt der Raucher hat sich besonders zu Beginn der 70er Jahre sprunghaft erhöht. 1984 sind bereits 44% aller Zigarettenraucher Frauen. Vergleichbare Proportionen finden wir auch in anderen westeuropäischen Ländern (siehe Anhang).
- o Innerhalb der weiblichen Raucherschaft nahm gleichfalls in den letzten 10 Jahren der Anteil starker, habitualisierter Raucherinnen stark zu. Zwei Beispiele hierfür:
1980 rauchten 50% aller 20-45jährigen Hausfrauen und 65% aller 20-45jährigen berufstätigen Mütter, die überhaupt rauchen, mehr als 10 Zigaretten pro Tag.

α 16

o Entwicklungsdynamik

Raucheranteile, die sich auf die Gesamtheit der Frauen beziehen, spiegeln den Trend nur unzureichend wider. Der Anteil älterer Frauen, die die Rauchgewohnheit nie aufgenommen haben, dämpft - statistisch gesehen - die in den jüngeren Gruppen erkennbaren Trends.

Beispiel: Vergleich "ständiger Raucher" in der Altersgruppe 12-20 Jahre (1982)

	12-13 Jahre	14-17 Jahre	18-20 Jahre
Männliche Jugendliche	1%	19%	52%
Weibliche Jugendliche	1%	15%	42%

Wenn diese jüngeren Frauen die Rauchgewohnheit in vergleichbarer Intensität wie Männer beibehalten, wird die Gesamtzahl weiblicher Gewohnheitsraucher weiterhin steigen.

Demgegenüber ist bei männlichen Jugendlichen und bei Männern schon seit einigen Jahren Stagnation bzw. tendenzieller Rückgang des Raucheranteils festzustellen.

o Entwicklung "gegen den Trend"

Diese Entwicklung ist auf dem Hintergrund zu werten, daß das soziale Klima in der Bundesrepublik Deutschland sich in den letzten Jahren eher zuungunsten des Rauchens entwickelt hat. Die gesundheitliche Problematik ist quasi im Bewußtsein [?] Aller präsent. Der Trend geht eher zur sozialen Aufwertung und zur Stärkung der Stellung der Nichtraucher.

Das verstärkte Interesse der Zigarettenindustrie an der "Zielgruppe Frauen" hat also einen handfesten Hintergrund. Die bis in die letzte Zeit ungebrochene Zunahme des Gesamtverbrauchs an Zigaretten wurde wesentlich von Frauen getragen.

3.2 Hinweise auf frauenspezifische Trends

In der Vielzahl der untersuchten Zusammenhänge kristallisierten sich einige markante Trends heraus.

o Rauchen als Bewältigungshandeln

Es wurde untersucht, ob verschiedene gesundheitsrelevante Verhaltensweisen subjektiv bewußt als Bewältigungshandeln in kritischen Situationen (Streß, negative Befindlichkeiten etc.) eingesetzt werden. Die Ergebnisse (siehe Anhang):

- Rauchen ist für viele Frauen eine subjektiv bewußte Form des Bewältigungshandelns in kritischen Situationen: Bei 20% der 14-19jährigen, bei 37% der 20-29jährigen.
- Die Pattern männlichen und weiblichen Bewältigungshandelns sind unterschiedlich. Bei Männern finden wir die Rangfolge 1. Alkoholkonsum, 2. Rauchen und 3. Medikation.
Bei Frauen ist die Rangfolge 1. Rauchen, 2. Medikation und 3. Alkoholkonsum.

o Rauchen im Zusammenhang mit Lebensbedingungen

Zusammenhänge zwischen Lebensbedingungen und dem Rauchverhalten sind nachweisbar. Dies wird z.B. in der folgenden Aufgliederung 20-45jähriger Frauen nach Lebenssituationen deutlich.

Basis: 20-45jährige	Raucherinnen Gesamt %	rauchen 11 u. mehr Zigaretten pro Tag %
Ledige, Berufstätige	58	36
Verheiratet, berufstätig, keine Kinder	45	29
Verheiratet, berufstätig und Mutter	37	24
Verheiratet, Hausfrau und Mutter	34	20

Eine weitere Aufgliederung für eine noch enger umrissene Altersgruppe weist noch stärker auf die Zusammenhänge mit der Berufstätigkeit hin. Sie widerlegt gleichzeitig die Vermutung, es seien speziell die Frauen in einfacheren oder in "Karriereberufen", die mehr rauchen.

Bei einer Untersuchung 20-25jähriger berufstätiger Frauen ergab sich: 51% der Berufstätigen mit Hauptschulabschluß und 48% der Berufstätigen mit höherer Bildung sind habitualisierte Raucherinnen. Dieser Unterschied ist weder bedeutsam noch statistisch signifikant. Es mag sein, daß die besser Gebildeten aus anderen Motiven und in anderen Situationen rauchen oder daß Rauchen bei ihnen andere Funktionen hat als bei Frauen mit einfacher Bildung. Gemeinsam ist beiden Gruppen, daß die Lebensbedingung "Berufstätigkeit" offenbar eng mit dem Verhalten "Rauchen" verknüpft ist.

Auch für die Zusammenhänge mit anderen, die Lebensbedingungen beschreibenden Kontextmerkmalen findet sich empirische Evidenz (s. auch Detailtabelle im Anhang).

	Raucheranteil bei Frauen, die ...	
	im Dorf leben	in der Stadt leben
14-25jährige Schülerinnen und Studentinnen	15%	25%
14-25jährige Berufstätige	46%	63%
Berufstätige Mütter (Kinder bis 9 Jahre)	29%	48%
Hausfrauen und Mütter (Kinder bis 9 Jahre)	23%	35%

"Stadt" und "Dorf" stehen hier für eine Komplexität unterschiedlicher sozial-kultureller Lebensbedingungen. Der Stadt-Kontext ist stärker mit dem Rauchen verknüpft, sei es im Sinne der Stimulation dieses Verhaltens, sei es im Sinne niedrigerer Barrieren, die der Aufnahme dieses Verhaltens entgegenstehen.

o Besonderer Stellenwert von Arbeitsbelastungen

In einer repräsentativen Studie konnte der hervorragende 2
Einfluß eines potentiell streßgenerierenden Lebensbereiches nachgewiesen werden (siehe Tabelle im Anhang).

Wenn im Arbeitsumfeld hohe Belastungen auftreten, nehmen alle gesundheitsriskanten Verhaltensformen stark zu.

Wir müssen also nach solchen Veränderungen der Lebensbedingungen in der äußeren Lebenswelt suchen, die sich zeitlich parallel zu den o.a. Entwicklungstrend im Verhaltensbereich Rauchen ergaben.

Speziell für Frauen stellen wir folgendes fest:

o Erwerbstätigkeit und Beruf

Die Erwerbsquote von Frauen blieb in den letzten Jahren relativ konstant (ca. 33%). Stark verändert hat sich jedoch die Qualität der Berufstätigkeit. Die Zahl der Frauen in qualifizierten Berufen nahm zu.

Beispiel: 1980 gab es 6,0 Mio. weibliche Beamte und Angestellte gegenüber nur 3,4 Mio. im Jahr 1960.

Spezifische Zuwachsgruppen sind trotz der problematischen Arbeitsmarktlage berufstätige Mütter: 4,4 Mio. im Jahr 1980 gegenüber 3,6 Mio. im Jahr 1960. a 17

o Bildung und Ausbildung

In der jüngeren Frauengeneration haben sich tiefgreifende Veränderungen ergeben. Traditionell lag der Anteil von Frauen, die die mittlere Reife oder höhere Bildung hatten, bei ca. 25%. 1983 hatten schon über 45% der 20-40jährigen Frauen die mittlere Reife oder höhere Bildung. 1990 wird dieser Anteil über 50% liegen.

o Familie

Höhere Bildung und die Erschließung des Berufslebens als Entwicklungsraum für selbst gesetzte Lebensperspektiven außerhalb des familialen Bereiches haben direkte Auswirkungen auf Partnerschaftsbeziehungen und Familie.

1980 waren 41% aller 20-30jährigen unverheiratet (gegenüber 27% im Jahr 1970). Im gleichen Zeitraum hat sich

die Zahl der Haushalte mit weiblichem Haushaltsvorstand (20-45jährige) verdoppelt (1980: 1,7 Mio.; 1970: 0,9 Mio.).

Diese Indikatoren stehen symptomatisch für eine Vielzahl weiterer Veränderungen der konkreten Lebensbedingungen, der Frauenrolle, der Frauenleitbilder und auch der inneren Befindlichkeit von Frauen.

Spuren der Auswirkungen dieser ^TVeränderungen auf das Rauchverhalten konnten wir in vielen Studien empirisch aufdecken. Neben diesem empirischen Beleg besteht auch eine starke theoretische Evidenz.

Auf den Folgeseiten haben wir häufig beobachtete soziale Funktionen des Rauchens zusammengestellt. Die Zusammenhänge mit Lebensbedingungen und Lebensweisen liegen auf der Hand: Seit ein erheblicher Teil der jüngeren Frauen die traditionell gesetzte Beschränkung auf den Lebensraum "Haushalt und Familie" verließ, verändert sich das Pattern sozialer Interaktion, der Belastungen und auch der Entfaltungsmöglichkeiten grundlegend.

Damit werden auch die latenten sozialen und individuellen Funktionen des Rauchens für mehr und mehr Frauen attraktiv.

FALLSTUDIE "FRAUEN UND RAUCHEN": BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

ÜBERBLICK ÜBER HÄUFIG BEOBACHTETE SOZIALE FUNKTIONEN DES RAUCHENS

1

- o In Interaktion und Kommunikation
 - o Barrieren überwinden
z.B. einen Kontakt herstellen, einen Gesprächsanlaß suchen
 - o Barrieren beibehalten
z.B. Rauchen als "Ablenkungsmanöver", um Kontaktaufnahme zu verhindern
 - o Sich austauschen
z.B. den Wunsch zur Fortsetzung oder Intensivierung einer Gesprächsbeziehung ausdrücken
 - o Übergang in andere Interaktionsform
z.B. von einem losen oder formellen Gesprächskontakt in eine "persönlichere" Phase
 - o Gruppen-Bestimmung
z.B. gemeinsame Aktivität, um Gemeinsamkeit zu unterstreichen, bestehende Beziehungen zu bestätigen, sich vom Umfeld abzuheben
- o Zeitmesser, "Timer"
 - o Zeit ausfüllen
z.B. Pausen zwischen Aktivitäten, empfundene Langeweile reduzieren
 - o Zeit abstecken
z.B. "eine Zigarettenlänge" etwas tun oder abwarten, Situationen abgrenzen
- o Rauchen als Gesprächsgegenstand
 - o Rauchtechniken
z.B. Selbstdrehen, Pfeife rauchen, Raucherlebnisse
 - o Umgehung von Rauchverboten
 - o Neue Marken und Produkte

FALLSTUDIE "FRAUEN UND RAUCHEN": BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

ÜBERBLICK ÜBER HÄUFIG BEOBACHTETE SOZIALE FUNKTIONEN DES RAUCHENS

2

o Selbstdarstellung

o Anderen ein gewünschtes Selbstbild vermitteln

z.B. Rauchen als Erwachsensein, Identifikation mit Markenbildern

Symbol für *Smokingposition*

o Zugehörigkeit zu einer Gruppe, zu einer sozialen Kategorie demonstrieren

z.B. sozialer Status, Intellektuelle, Individualisten

UMSETZUNG (?)

o "Management" positiver Affekte und Situationen

o Gemeinsames Erleben einleiten oder verstärken

z.B. Freude, Genuß, Belohnung, Entspannung

o Persönliche Empfindungen verstärken

wie oben

D. D.

o "Management" negativer Affekte und Situationen

o Nervosität und Anspannung

o Reaktion auf Mißerfolge

o Reaktion auf Belastung und Überforderung

o Unsicherheiten überspielen

o Ablenkung als (Symbol für) Entspannung

o Auf Gefühlslagen wie Angst, Wut, Scham reagieren

o Sich Freiräume für Entspannung schaffen

4. SCHLUSSFOLGERUNGEN

1. Bedeutung des Problemfeldes "Frauen und "Rauchen"

- o Die dramatische Zunahme der absoluten Zahl weiblicher Raucher und der Verbreitung ^{of sex differences in} habitualisierten Rauchens in der weiblichen Raucherschaft führt zu einer ebenso dramatischen Zunahme gesundheitlicher Risiken.
- o Diese Zunahme ist nicht als Konsequenz "individueller Entscheidungen" zu verstehen. Sie ist begründet in den irreversiblen Veränderungen der Lebensbedingungen und Lebensweisen von Frauen.

2. Notwendigkeit frauenspezifischer Ansätze

- o Weibliches Rauchverhalten ist nicht als "Variante männlichen Rauchverhaltens" zu begreifen, sondern als weibliches Verhalten, das in weibliche Lebenszusammenhänge eingebettet ist.
- o Der Einstieg in das Rauchen, die psychischen und sozialen Funktionen des Rauchens und die Aufgabe der Rauchgewohnheiten müssen im weiblichen Lebenszusammenhang analysiert werden.
- o Für die Forschung ergibt sich hieraus die Notwendigkeit zur Abkehr
 - a) von einseitig auf individuellen Merkmalen basierenden Ansätzen,
 - b) von willkürlichen bzw. auf Traditionen männerbezogener Raucherforschung basierenden Untersuchungen iso-

lierter Zusammenhänge (z.B. soziale Schicht, Berufsgruppe usw.),

- c) von Zusammenhangsanalysen statistischer Art, die nicht durch die Deutung im Kontext weiblicher Lebenszusammenhänge erklärt werden.

Das heißt: Stärkerer Bezug auf theoretische Zusammenhänge und auf qualitative Studien, die die Entwicklung und Deutung von "Rauchen im Lebenszusammenhang" durch Frauen selbst ermöglichen.

- o Ob und inwieweit dies in der Konsequenz zu den spezifisch sich an Frauen richtenden Maßnahmen führen muß, ist nach dem jetzigen Erkenntnisstand nicht im Detail zu beurteilen. Es liegt jedoch nahe, zumindest die bisherigen Strategien daraufhin zu überprüfen, ob sie den speziellen Bedingungen im Problemfeld "Frauen und Rauchen" Rechnung tragen.

als

Bibliographie verwendeter Untersuchungen

1. Titel: "Drogenaffinitätsstudie"
Durchgeführt für: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Durchgeführt von: IJF, München
Stichprobe: Wiederholungsbefragung mit identischer Fragentechnik in Repräsentativstichproben
Durchführungszeitraum: 1971 (N= 951); 1973 (N= 1.763); 1976 (N= 1.503); 1979 (N= 1.766); 1982 (N= 1.806)

2. Titel: "Gesundheitsverhalten und Lebenszusammenhang" (1982)
Durchgeführt für: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Planung, Forschung und Berichterstattung durchgeführt von: IMW-KÖLN
Feldarbeit durchgeführt von: Infas, Bonn
Stichprobe: N = 1.005; repräsentativ für die berufstätige Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West) im Alter von 14 Jahren und älter
Befragungszeitraum: März/April 1981

3. Titel: "Spezielle Problembelastungen und Problembewältigungen in der Gruppe der 20-60jährigen Frauen" (1982)
Durchgeführt für: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Planung, Forschung und Berichterstattung durchgeführt von: IMW-KÖLN
Feldarbeit durchgeführt von: Infas, Bonn
Stichprobe: Repräsentativstichprobe der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West) im Alter von 14 Jahren und älter (N= 1.581)
Befragungszeitraum: März/April 1981

4. Titel: "Effizienzkontrolle" (1977; 1979; 1981)

(fusionierter Datensatz)

Durchgeführt für: Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung

Planung, Forschung und Berichterstattung durch IMW-KÖLN

Feldarbeit durchgeführt von Infas, Bonn

Stichprobe: Wiederholungsbefragung mit identischer

Fragentechnik in Repräsentativstichproben für die

Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West)

ab 14 Jahren

Durchführungszeitraum: 1977 (N= 2.018); 1979 (N= 2.007);

1981 (N= 1.994)

5. Titel: "Daten und Fakten zur Entwicklung des Rauchens in Mit-
gliedsländern der Europäischen Gemeinschaft. Ergebnisse
einer vergleichenden Analyse für den Zeitraum 1960-1980"
(1982)

Durchgeführt für: Kommission der Europäischen Gemein-
schaften (Hrsg.)

Durchgeführt von: IMW-KÖLN

6. Titel: "Wirksamkeitskontrolle 1980 von Raucherentwöhnungskursen
in Volkshochschulen und anderen Einrichtungen der Erwachsenen-
bildung" (1980)

Durchgeführt für: Bundeszentrale für gesundheitliche Auf-
klärung

Planung, Feldarbeit und Berichterstattung durchgeführt
von IMW-KÖLN

Stichprobe: Repräsentativ für alle im Jahre 1978 durchge-
führten Raucherentwöhnungskurse der BZgA

Befragungszeitraum: Vorbefragung: Frühjahr/Sommer 1978
(N= 639); und Herbst/Winter 1978 (N= 761)

7. Titel: "Wirksamkeitskontrolle von Raucherentwöhnungskursen in Volkshochschulen und anderen Einrichtungen der Erwachsenenbildung (4. und 5. Nachbefragung bei Teilnehmern des Jahres 1978)" (1981)
Durchgeführt für: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Durchgeführt von IMW-KÖLN
Stichprobe: N = 245
Befragungszeitraum: Frühjahr 1981

8. Titel: "Pilot-Studie in der Zielgruppe schwangerer Frauen" (1979)
Durchgeführt für: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Durchgeführt von IMW-KÖLN
Stichprobe: N = 720, repräsentativ für die Gruppe der schwangeren Frauen in der Bundesrepublik Deutschland
Befragungszeitraum: 1979

9. Titel: U. Reuter: "Rauchen: Erkenntnisse, Hypothesen und offene Fragen" in: Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 2 (1980)
Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

10. Titel: U. Reuter, G. Höcher: "Schüler und Gesundheit" (Stuttgart 1977) in der Schriftenreihe Gesundheitserziehung und Schule, herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

11. Titel: "Effizienzkontrolle 1980" (1981) Teilband B
Durchgeführt für: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Durchgeführt von: IMW-KÖLN
Stichprobe: N = 1.994 (repräsentativ für die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West) im Alter von 14 Jahren und älter)
Befragungszeitraum: März/April 1981

12. Titel: "Untersuchung zur empirischen Überprüfung von
Arbeitshypothesen und Aktionsgrundlagen 1980/81
der BZgA" (1982)
Durchgeführt für: Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung
Planung und Analyse durchgeführt von IMW-KÖLN -
Feldarbeit durchgeführt von Infas, Bonn
Stichprobe: N= 1.994 (repräsentativ für die
Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland einschl.
Berlin (West) im Alter von 14 Jahren und älter)
Befragungszeitraum: März/April 1981

919

HELGARD ROHRMOSER

Frauen und Rauchen - Berufs- und altersspezifische Trends auf der Basis von Mikrozensusdaten 1978

1. Problemstellung
2. Untersuchung und Datenbasis
3. Ergebnisse
 - 3.1. Epidemiologische und soziodemografische Daten zur Altersverteilung und zum Rauchverhalten der weiblichen Erwerbsbevölkerung
 - 3.2. Berufsgruppenspezifische Beschreibung des Rauchverhaltens
 - 3.3. Altersspezifische Beschreibung der Rauchgewohnheiten
4. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

1. PROBLEMSTELLUNG

Rauchen gilt neben Übergewicht und Bluthochdruck als eines der wesentlichen Risiken, insbesondere für die Entstehung von Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs. Dieser Sachverhalt und die ständige Zunahme der Zahl rauchender Frauen, vor allem junger Frauen und Mädchen, lassen vermuten, daß durch Rauchen mitbedingte Erkrankungen auch bei Frauen zunehmen werden und deren Lebenserwartung sich der niedrigeren der Männer angleichen wird. Neueste Meldungen der amerikanischen Krebsgesellschaft bestätigen dies: In den USA werden 1985 voraussichtlich erstmals mehr Frauen an Lungenkrebs als an Brustkrebs sterben, Lungenkrebs wird damit auch bei Frauen zur häufigsten Todesart (Der Spiegel 9/85).

In der öffentlichen Diskussion wird das Rauchen (ebenso wie andere Abhängigkeiten und Süchte) zwar vielfach als individuelles gesundheitsschädigendes Fehlverhalten gesehen, doch weisen empirische Untersuchungen auf den Zusammenhang zwischen Belastungen am Arbeitsplatz und "belastungsausgleichender Verwendung" von Alkohol, Medikamenten und Rauchen hin: Schichtarbeit und/oder Arbeiterschwernisse wie z.B. regelmäßige Überstunden, Tagesarbeit mit Akkord und körperlich schwere Arbeit können bei Frauen den Zigarettenkonsum verstärken (Volkholz 1977, S. 172 f.; Müller 1980).

Außerdem ist die steigende Zahl rauchender Frauen vor allem auf die Zunahme rauchender Mädchen und junger Frauen mit geringeren schulischen und beruflichen Qualifikationen zurückzuführen: Während Frauen mit mittlerer und höherer Schul- und Berufsbildung im Alter von 14-25 Jahren 'nur' zu 43 % rauchen, finden wir bei den Frauen

derselben Altersgruppe mit Volksschulabschluß und ohne Berufsausbildung einen Raucherinnenanteil von 70 %! (IMW 1982, S. 26).

Im qualitativen Teil der Fallstudie "Frauen und Rauchen" haben wir¹⁾ mit der Analyse von Raucherinnen-Biographien den Versuch unternommen, das Rauchverhalten von Frauen als "Gesundheits- und Lebensweisen"-bezogenes Verhalten und Handeln zu untersuchen. Wir betrachten das Rauchen also nicht ausschließlich als persönliches Fehlverhalten, sondern vielmehr als ein Mittel zur Bewältigung der spezifischen Anforderungen, Belastungen und Konflikte von Frauen, als eine mögliche Reaktion auf ihre alltäglichen Arbeits- und Lebensbedingungen: Aus einem anfänglichen Rauchen 'auf Probe' kann ein tägliches Rauchen 'als Lebensgewohnheit' und/oder sogar eine Abhängigkeit von der Zigarette werden.

Auch die vorliegende quantitative Studie orientiert sich an einem theoretischen Konzept, das die spezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen von Frauen als "zweiwertige und in sich widersprüchliche Beanspruchungen" ansieht (Becker-Schmidt 1981, S. 34). Doch allein auf der Basis der hierfür zur Verfügung stehenden repräsentativen Daten des Mikrozensus 1978 ist eine solche Analyse nicht möglich. Untersucht und beschrieben werden kann allerdings das Rauchverhalten der weiblichen Erwerbsbevölkerung getrennt nach Berufen und Altersgruppen. Darüber hinaus soll herausgearbeitet werden, ob und in welcher Weise sich Faktoren wie unterschiedliche schulische und berufliche Qualifikation und Arbeitsplatzbedingungen auf die Rauchgewohnheiten berufstätiger Frauen auswirken.

1) Siehe Bericht in diesem Band

Q20

2. UNTERSUCHUNGSKONZEPT UND DATENBASIS

Bisher vorliegende repräsentative Untersuchungen zum Rauchverhalten der Bevölkerung (IMW 1981 und 1982; Überblick bei Wetterer/Helfferich 1983) berücksichtigen eine Reihe sozialer Merkmale wie z.B. Alter, Geschlecht, Schul- und Berufsbildung, Einkommen. Als differenzierendes Merkmal zur Untersuchung der Erwerbstätigkeit wird im allgemeinen die "Stellung im Beruf" gewählt. Für die Beschreibung der Rauchgewohnheiten der weiblichen Erwerbsbevölkerung reicht ein solches Merkmal nicht aus. Untersuchungen zur Frauenerwerbsarbeit weisen nämlich nach, daß Frauenarbeitsplätze auf wenige Tätigkeits- und Wirtschaftsbereiche beschränkt sind: In nur zehn Berufen arbeiten mehr als 55 % der rund 9,7 Millionen weiblichen Erwerbstätigen (vgl. Tab. 1, Sp. 3, 5 und 6). Im Handel, insbesondere im Einzelhandel, sind Frauen überwiegend im Büro und im Verkauf, im industriellen Bereich sind sie in der Textil- und Bekleidungsindustrie, in der Nahrungs- und Genußmittelindustrie und in wenigen Bereichen des produzierenden Gewerbes, wie z.B. in der Elektro- und optischen Industrie beschäftigt. Im Dienstleistungsbereich arbeiten Frauen vor allem auf solchen Arbeitsplätzen, die den traditionellen häuslichen und familialen Aufgaben von Frauen als 'Hausfrauen' ähneln. So sind sie z.B. in der Krankenpflege, im Erziehungs- und im Sozialbereich, im Gaststätten- und Beherbergungswesen, in der Reinigung und in Wäschereien beschäftigt.

Frauen arbeiten in der überwiegenden Mehrzahl in Berufen mit geringen qualifikatorischen Voraussetzungen: Als Angestellte (in der gewerblichen Wirtschaft und im Dienstleistungsbereich) üben sie zu 65 % einfache Tätigkeiten mit und ohne Berufsausbildung aus

Tab. 1: Überblick über vierzig ausgewählte Berufe, die Zahl der beschäftigten Frauen und die Verteilung auf die Berufe sowie der Frauenanteil je Berufsgruppe

Rang- folge	Pos.-Nr.	Verteilung auf die Be- rufsgruppen % 1)	Berufsgruppe	Anteil Frauen je Berufs- gruppe % 1)	Beschäftigte Frauen	Auslän- deranteil % 2)
1	781	18,57	Bürofachkräfte/Verwaltungsangestellte	58,4	1 800 500 -	2
2	682	9,63	Verkäuferinnen	81,9	933 400	3
3	933	5,13	Raum- und Hausratsreinigerinnen	98,0	496 900	11
4	043	5,04	Familieneigene Landarbeitskräfte	83,7	488 600	
5	531	3,79	Hilfsarbeiterinnen o.n.T. ^{o)}	37,2	367 400	30
6	782	3,55	Sekretärinnen/Stenotypistinnen	97,1	344 800	3
7	853	2,98	Krankenschwestern	87,8	289 500	7
8	873	2,53	Real-, Volks-, Sonderschullehrerinnen	57,8	245 500	3
9	856	2,09	Sprechstundenhelferinnen	98,8	203 000	2
10	772	2,05	Buchhalterinnen	73,6	198 300	1
11	681	2,00	Kauffrauen	32,6	194 800	3
12	411	1,80	Köchinnen/Küchenhilfinnen	72,1	174 300	20
13	011	1,62	Landwirtinnen	26,4	156 800	1
14	691	1,59	Bankfachfrauen	47,1	154 400	1
15	901	1,59	Friseurinnen	79,7	154 200	5
16	522	1,50	Warenaufmacherinnen/Versandabfertigerinnen	64,3	145 600	20
17	356	1,29	Näherinnen o.n.T. ^{o)}	98,3	125 500	14
18	864	1,25	Erzieherinnen	97,3	120 800	2
19	923	1,22	Hauswirtschaftliche Betreuerinnen	97,9	118 700	10
20	B115	1,19	Serviererinnen/Gaststättengehilfinnen	71,8	115 600	
21	911	1,04	Gastwirtinnen	50,7	101 000	9
22	352	0,93	Oberbekleidungsnaherinnen	96,5	90 300	13
23	751	0,89	Unternehmerinnen/Geschäftsführerinnen	16,8	86 600	
24	321	0,88	Elektrogerätemontiererinnen	63,6	85 700	
25	B37	0,83	Schneiderinnen	76,5	81 300	
26	991	0,81	Arbeitskräfte o.n.T. ^{o)}	53,7	78 400	
27	931	0,66	Wäscherinnen/Plätterinnen	88,2	64 400	
28	773	0,66	Kassiererinnen	80,4	63 700	
29	854	0,58	Krankenpflegehelferinnen	73,9	56 100	
30	861	0,54	Sozialarbeiterinnen	72,4	52 500	
31	971	0,52	Mithelfende Familieangehörige	88,7	50 100	
32	857	0,50	Medizinallaborantinnen	91,3	48 000	
33	921	0,46	Hauswirtschaftliche Verwalterinnen	97,8	44 900	
34	783	0,45	Datentypistinnen	93,0	43 900	
35	685	0,35	Apothekenhelferinnen	97,7	33 800	
36	841	0,33	Ärztinnen	24,7	31 600	
37	734	0,32	Telefonistinnen	80,1	30 600	
38	852	0,25	Krankengymnastinnen/Masseusen	60,6	24 300	
39	242	0,19	Löterinnen	87,2	18 400	
40	902	0,14	Kosmetikerinnen / sonst. Körperpflegerinnen	96,5	13 800	
			:			
		100,00	Insgesamt		9 691 858	

Quelle: Mikrozensus 1978

o) ohne nähere Tätigkeitsangabe

1) eigene Berechnungen

2) Prozentanteil aller in diesem Beruf beschäftigten Personen (nach Heinen in Demmer / Kupfers 1982)

(Wirtschaft und Statistik 6/1969, zit. nach Volkholz 1977, S. 58). Im produzierenden Gewerbe arbeiten Frauen zu mehr als 90 % als an- und ungelernte Arbeitskräfte und nur zu 6 % als Facharbeiterinnen (Wirtschaft und Statistik 11/1975, zit. nach Volkholz 1977, S. 55). Außerdem werden Frauen in einer Reihe von Tätigkeitsbereichen nur teilzeitbeschäftigt (z.B. als Verkäuferinnen und Raum- und Hausratsreinigerinnen), und sie üben - wie der hohe Anteil von Ausländerinnen zeigt (vgl. Tab. 1, Sp. 7) - vielfach äußerst unattraktive Arbeiten aus (z.B. als Hilfsarbeiterinnen, Küchengehilfinnen und Warenaufmacherinnen/Verpackerinnen).

Die Analyse des frauenspezifischen Rauchverhaltens erfolgt auf der Grundlage von Daten der Mikrozensusbefragung 1978, in der erstmals 1 % der bundesdeutschen Wohnbevölkerung (= ca. 500.000 Personen) zu ihren Rauchgewohnheiten befragt wurde (Wi/Sta 12, 1980, S. 663). Der Mikrozensus als "Repräsentativstatistik der Bevölkerung und des Erwerbslebens" bezieht die gesamte Erwerbsbevölkerung einschließlich der Arbeitslosen und der ausländischen Arbeitnehmer ein (Herburger, L. und Mayer, H.L. 1975).¹⁾

Für die hier vorliegende Untersuchung wählte ich aus den mehr als 400 Berufen nach der Klassifikation des Verzeichnisses der Berufspositionen des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt Wiesbaden 1975) die vierzig 'typischen' Frauenberufe aus, in denen Frauen absolut und relativ den größten Anteil an allen Erwerbs-

1) Die mir zur Verfügung stehenden Daten wurden für eine geschlechtsunspezifische Untersuchung aufbereitet (vgl. Borgers, D. und Menzel, R. 1984). Herrn Dr. Borgers (Bundesgesundheitsamt (BGA)) und dem Statistischen Bundesamt Wiesbaden danke ich für die Überlassung, Frau Menzel (BGA) für die Tabellierung der frauenspezifischen Daten.

tätigen bilden. Rund 80 % aller erwerbstätigen Frauen sind hier beschäftigt (vgl. Tab. 1).¹⁾

Die Indikatoren zum Rauchverhalten beziehen sich

- auf den prozentualen Anteil der regelmäßigen Zigarettenraucherinnen und schließen alle Raucherinnen, auch solche, die täglich weniger als fünf Zigaretten rauchen, ein;
- auf den Prozent-Anteil derjenigen Zigarettenraucherinnen, die mehr als 20 Zigaretten täglich rauchen (bezogen auf die Zigarettenraucherinnen = 100 %);
- auf den Anteil der ehemaligen Raucherinnen. RR ✓

2 Um einen altersspezifischen Vergleich insbesondere der jüngeren und der älteren Jahrgänge zu ermöglichen, werden die nachfolgenden vier Altersgruppen in der Auswertung berücksichtigt:

Frauen, die unter 20 Jahre

Frauen, die zwischen 20 und 34 Jahre

Frauen, die zwischen 35 und 49 Jahre und

Frauen, die zwischen 50 und 64 Jahre alt sind.

Mit den für diese Untersuchung verfügbaren Variablen sind Aussagen über den Zusammenhang zwischen Belastungen von Frauen und deren Rauchverhalten also nur in eingeschränktem Maße möglich. Zum einen, weil Belastungen von Frauen immer Doppelbelastungen als Folge ihrer familialen und beruflichen Anforderungen sind. Zum anderen, *weil*

1) Daten zum Verhältnis erwerbstätiger und nicht-erwerbstätiger Frauen liegen für diese Auswertung nicht vor. Repräsentative Erhebungen zeigen, daß erwerbstätige Frauen häufiger als Nur-Hausfrauen rauchen. So waren z.B. 1982 in der gesamten weiblichen Bevölkerung 33 % der Frauen berufstätig und 40 % nicht-berufstätig. Der Prozentsatz bei den Raucherinnen dagegen betrug 44 % zu 37 % (Wetterer/Helfferich 1983). Auf diese Unterschiede weist auch die Fallstudie hin (IMW 1982).

✓

~~fehlen~~ Daten zur familialen Situation von Frauen¹⁾ ebenso wie epidemiologische Studien^{fehlen}, die die gesundheitliche Lage von Frauen in Abhängigkeit von beruflichen bzw. tätigkeitsspezifischen und familialen Anforderungen und Belastungen untersuchen (Überblick über frauenspezifische Belastungsstudien bei Maschewsky/Schneider 1982).

Doch der Vorteil einer Analyse des weiblichen Rauchverhaltens nach Berufen liegt auf der Hand:

- Erstens wird die Verteilung der Raucherinnengruppen auf die 'typischen' Frauenberufe möglich.
- ^{Zusätzlich} Außerdem läßt das Merkmal 'Beruf' eher als die 'Stellung im Beruf' eine differenzierte Beschreibung der unterschiedlichen Anforderungen am Arbeitsplatz sowie der beruflichen Belastungssituationen von Frauen zu.
- ^{Sitzung} Darüber hinaus lassen sich altersspezifische Unterschiede innerhalb der einzelnen Berufe bzw. Berufsgruppen aufzeigen.

Auf der Grundlage der mir zur Verfügung stehenden Daten werden folgende Untersuchungsschritte vorgenommen:

1. Es wird ein Überblick über die soziodemografische Lage, die altersmäßige Verteilung der weiblichen Erwerbsbevölkerung und die der Raucherinnen sowie die Verteilung der erwerbstätigen Frauen auf die einzelnen Berufe gegeben.
2. In einem nächsten Schritt werden die ausgewählten Berufe in Berufsbereichen zusammengefaßt, die unterschiedlichen Tätigkeits- und Arbeitsbereiche auf der

1) Teilweise werden diese im Rahmen des Mikrozensus erhoben, sie wurden in der bisherigen Auswertung des Bundesgesundheitsamtes allerdings noch nicht berücksichtigt (vgl. Borgers, D. und Menzel, R. 1984).

Basis ausgewählter Untersuchungen zur Frauenerwerbsarbeit beschrieben und die Berufe eines Berufsbereichs vergleichend untersucht.

3. Darüber hinaus wird das Rauchverhalten erwerbstätiger Frauen in Abhängigkeit von der Altersverteilung in den jeweiligen Berufen untersucht.
4. In einem letzten Schritt werden die gewonnenen Ergebnisse interpretiert, und zwar auf der Basis der vorgenommenen Literaturanalyse über arbeitsplatzspezifische Belastungen und das unterschiedliche Rauchverhalten von Frauen unter dem Aspekt ihrer gesundheitlichen Lage sowie unter Zuhilfenahme einer Reihe weiterer verursachender Faktoren.

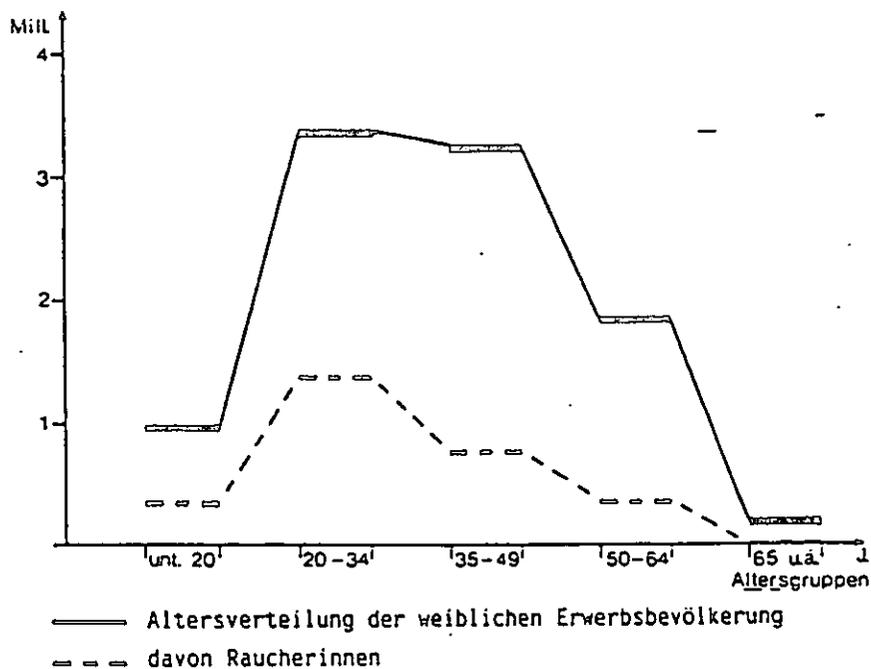
3. ERGEBNISSE

3.1. Epidemiologische und soziodemografische Daten zur Altersverteilung und zum Rauchverhalten der weiblichen Erwerbsbevölkerung

Als Raucherinnen bezeichneten sich zum Zeitpunkt der Mikrozensusbefragung rund 2,9 Millionen (= 30,2 %) der rund 9,7 Millionen erwerbstätigen Frauen. Knapp die Hälfte (rund 1,4 Millionen) der Raucherinnen findet sich in der Gruppe der 20 bis 34 Jahre alten Frauen, in der gut ein Drittel aller weiblichen Erwerbstätigen außerhäuslich beschäftigt sind. Auch in der Altersgruppe der unter 20-jährigen Frauen ist der Anteil der Raucherinnen höher als der Anteil der erwerbstätigen Frauen.

Der Zusammenhang zwischen der Verteilung der weiblichen Erwerbsbevölkerung und der der erwerbstätigen Raucherinnen wird in der grafischen Verteilung der Altersgruppen deutlich (Abb. 1). Während bei den jüngeren Frauen der Raucherinnenanteil etwa der Verteilung aller erwerbstätigen Raucherinnen entspricht, liegt die Zahl der rauchenden Frauen in den 'älteren' Jahrgängen erheblich unter der Zahl der weiblichen Erwerbsbevölkerung. Diese altersspezifische Differenz ist nicht auf eine besonders große Anzahl ehemaliger Raucherinnen zurückzuführen, sondern - wie aus Abbildung 2 ersichtlich - vor allem darauf, daß über 35jährige Frauen sich das Rauchen seltener angewöhnt haben. Es handelt sich also um einen generationsspezifischen Unterschied, und es ist anzunehmen, daß sich in 10 bis 15 Jahren die beiden Kurven angleichen, weil die jetzt 20 bis 35 Jahre alte, dann 'älteren' Frauen ebenfalls zu höheren Anteilen rauchen werden.

Abb. 1: Altersverteilung der erwerbstätigen Frauen und der erwerbstätigen Raucherinnen absolut in Millionen



Quelle: Mikrozensus 1978

Abb. 2: Anteil der Raucherinnen, ehemaligen Raucherinnen und Nie-Raucherinnen in den verschiedenen Altersgruppen

	Raucherinnen		ü. 20 Z./ehem.R.		Nie-Raucherinnen	
	Anteil (%)	absolut (Mill.)	Anteil (%)	absolut (Mill.)	Anteil (%)	absolut (Mill.)
unter 20 Jahre	36,5	(2,1)	2,1		60,4	
20 - 34 J.	41,1	(5,2)	7,2		50,7	
35 - 49 J.	24,2	(3,0)	5,7		69,3	
50 - 64 J.	20,3	(2,0)	5,6		73,4	
65 J. u. älter	6,1	(0,9)	3,1		90,2	

(...) // Prozent-Anteil der Raucher:innen mit mehr als 20 Zigaretten / Tag
 * Abweichungen von 100% in der Summe durch Runden

Quelle: Mikrozensus 1978

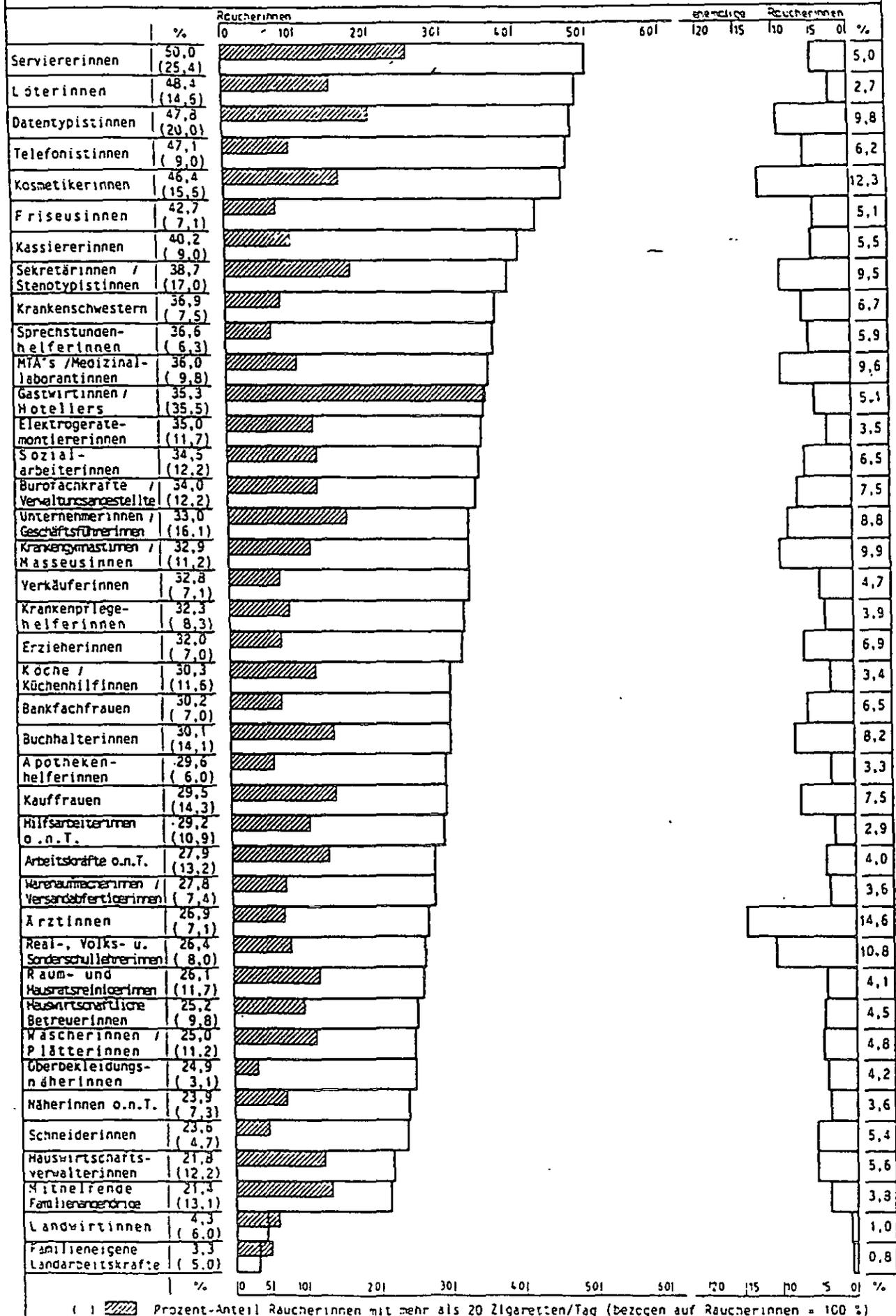
Aus der Abbildung 2 ist auch die Verteilung der ehemaligen Raucherinnen auf die einzelnen Altersgruppen ersichtlich. Der größte Anteil findet sich in der Gruppe der 20 bis 34 Jahre alten Frauen. In dieser wie in der nächsthöheren Altersgruppe ist die Zahl der Frauen, die mehr als 20 Zigaretten täglich rauchen, besonders hoch.

Ein Blick auf das Balkendiagramm in Abbildung 3 veranschaulicht die unterschiedlichen Rauchgewohnheiten der erwerbstätigen Frauen innerhalb der einzelnen Berufe. Bei einem durchschnittlichen Anteil der erwerbstätigen Raucherinnen insgesamt von 30,2 % variiert der Raucherinnen-Anteil zwischen 50 % bei Serviererinnen am oberen Ende und 21,4 % bei mithelfenden Familienangehörigen am unteren Ende der Rangfolge. Die beiden Berufe im landwirtschaftlichen Bereich weisen bei allen Rauchindikatoren extrem niedrige Anteile auf.

Abb. 3 :

Anteil der Raucherinnen und der ehemaligen Raucherinnen in den einzelnen Berufsgruppen nach der Rangfolge der Raucherinnenanteile

Quelle: Mikrozensus 1979



3.2. Berufsspezifische Beschreibung des Rauchverhaltens

Für eine berufsspezifische Analyse des Rauchverhaltens scheint es sinnvoll, die ausgewählten Berufe in Gruppen zusammenzufassen. Als Kriterien dienen Arbeitsinhalte (z.B. die Beschäftigung im Büro-, Gesundheits- oder Sozialbereich), Wirtschaftszweige (Industrie-, Dienstleistungsbereich) sowie die schulische und die berufliche Bildung. Außerdem ist zu vermuten, daß nicht nur die jeweils spezifischen beruflichen Anforderungen, Belastungen und Arbeitsbedingungen das Rauchverhalten von Frauen beeinflussen. Unter Umständen wirken sich auch unterschiedliche Rollenverteilungen und Vorstellungen über ^{von der} die Rolle der Frau sowie der ^{er} Einfluß auf ~~den~~ Berufswahl aus.

Folgende Gruppen werden gebildet:

- Berufe mit industriellen Tätigkeiten (Tab. 2)
- Büro-, Schreib- und kaufmännische Berufe (Tab. 3)
- Gesundheitsdienstberufe (Tab. 4)
- Berufe im pädagogischen und sozialen Bereich und mit Fachschul- und akademischer Ausbildung (Tab. 5)
- Sonstige Dienstleistungsberufe und Berufe im Dienstleistungshandwerk (Tab. 6) mit den Untergruppen
 - . Verkauf
 - . Hauswirtschaft und Reinigung
 - . Gaststätten- und Beherbergungsbereich
 - . Pflege/Schönheit
- Berufe in der Landwirtschaft und sonstige nicht einzuordnende Berufe (Tab. 7).

Einige wenige Berufe sind in zwei der sechs Gruppen aufgeführt, weil Arbeitnehmerinnen dieser Berufe in mehreren Wirtschaftszweigen beschäftigt sein können. Innerhalb der Gruppen werden die Berufe nach der Rangfolge der Raucherinnenanteile geordnet.

Tab. 2: Berufe mit industriellen Tätigkeiten

Berufe	Raucherinnen	
	%	davon > 20 Zig/Tag % 1)
Löterinnen	48,4	14,6
Elektrogerätemontiererinnen	35,0	11,7
Hilfsarbeiterinnen o.n.T.	29,1	10,9
Warenaufmacherinnen, Versandabfertigerinnen	27,8	7,4
Wäscherinnen/Plätterinnen ²⁾	25,0	11,2
Oberbekleidungsnäherinnen	24,9	3,1
Näherinnen o.n.T.	23,9	7,3
Schneiderinnen ³⁾	23,6	4,7

1) bezogen auf Raucherinnen (= 100 %)

2) Anteil Industriearbeiterinnen rd. 48 %, Anteil Handwerk 27 %, öffentliche Dienstleistungen 25 % - s.a. Tab. 6b (nach ABC-Handbuch 1974)

3) Anteil Industriearbeiterinnen rd. 38 % (nach ABC-Handbuch 1974)

Diese Tabelle gibt einen Überblick über alle ausgewählten Industriebetriebe und solche Berufe, in denen Frauen zu einem hohen Anteil Industriearbeit leisten. Allein sechs der acht Berufe gehören zu zwei Industriezweigen.

Elektromontiererinnen und Löterinnen gehören zu den Industriebetrieben, in denen Frauen zu einem besonders hohen Anteil rauchen. Die Raucherinnenanteile der in der Textilindustrie beschäftigten Frauen dagegen sind auffallend niedrig. Ähnlich gravierende Unterschiede lassen sich für die Gruppe der Raucherinnen mit einem täglichen Konsum von mehr als 20 Zigaretten feststellen. Eine Ausnahme bilden Wäscherinnen/Plätterinnen, ^{bei} unter denen der Anteil 'starker' Raucherinnen ähnlich hoch ist wie ^{bei} unter den Elektrogerätemontiererinnen.

Diese großen Unterschiede sind besonders deshalb bedeutsam, weil Frauen in der Textilindustrie unter ähnlichen Bedingungen wie Frauen in der Elektro- und Metallindustrie arbeiten.

Löterinnen und Elektromontiererinnen arbeiten überwiegend als an- und ungelernte Arbeiterinnen. Sie müssen einfache bis relativ komplexe Löt- und Montagearbeiten ausführen. Die physischen Belastungen liegen in der ständig sitzenden Tätigkeit und in den eingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten sowie in der einseitig-dynamischen Belastung der Hände und Finger und einer meist körperlich verkrampften Arbeitshaltung. Durch dauerndes Nahsehen werden die Augen überlastet. Die sich laufend wiederholenden, gleichförmigen Arbeitsschritte sind taktzeitgebunden, an die Fingerfertigkeit und Schnelligkeit, an Konzentration, Koordination und Präzision werden hohe Anforderungen gestellt (Eckart 1979, S. 13, Schöll-Schwinghammer 1979, S. 67-69, Demmer/Küppers 1983, S. 35 f.).

In der Textil- und Bekleidungsindustrie werden Frauen zwar als Facharbeiterinnen ausgebildet, doch nach der Lehre fast ausschließlich unter ihrem Qualifikationsniveau beschäftigt. Der Fertigungsprozeß in der Textil- und Bekleidungsindustrie ist (ebenfalls) stark arbeitsteilig. Bei ungünstigen Arbeitszeiten (Schichtarbeit) wird die Arbeit im Einzel- oder Gruppenakkord geleistet und entsprechend entlohnt. Physisch belastend wird die Arbeit durch ständiges Sitzen oder Stehen (Wäscherinnen/Plätterinnen), durch Zwangshaltungen bei einseitig-dynamischer Arm-, Hand- und Fingerbelastung. Beeinträchtigend wirken sich auch die hohen Sehanforderungen, der Lärm der Maschinen und Umgebungseinflüsse wie Staub, Hitze und Feuchtigkeit aus. Die monotonen, taktzeitge-

bundenen Arbeitsvorgänge erfordern Genauigkeit und Schnelligkeit (Demmer/Küppers 1982, S. 27/28; Schöll-Schwinghammer 1979, S. 71 ff.; Weltz, Diezinger, Lullies, Marquardt 1979, S. 90/91). a 23

Die großen Gruppen der Hilfsarbeiterinnen - rund 3,8 % aller erwerbstätigen Frauen fallen unter diesen Tätigkeitsbereich - und die der Warenaufmacherinnen gehören zu den Industriearbeiterinnen mit eher durchschnittlichen Raucherinnenanteilen. In verschiedenen Industriezweigen haben sie meist mittelschwere bis schwere körperliche Arbeit zu leisten, z.B. in der Endmontage am Fließband, als Maschinenbedienerinnen sowie in der Verpackung und im Lager der Nahrungs- und Genußmittelindustrie.

Tab. 3: Raucherinnen in Büro-, Schreib- und kaufmännischen Berufen

Berufe	Raucherinnen	
	%	davon > 20 Zig/Tag % 1)
Datentypistinnen	47,8	20,0
Telefonistinnen	47,1	9,0
Sekretärinnen/Stenotypistinnen	38,7	17,0
Bürofachkräfte/Verwaltungsangestellte	34,0	12,2
Unternehmerinnen/Geschäftsführerinnen 2)	33,0	16,1
Bankfachfrauen	30,2	7,5
Buchhalterinnen	30,1	14,1
Kauffrauen	29,5	14,3

1) bezogen auf Raucherinnen (= 100 %)

2) Anteil Selbständige 27 %, Anteil Angestellte 63 %, nach: ABC-Handbuch der Berufe

In Tabelle 3 sind alle Büroarbeitsplätze mit Tätigkeiten zusammengefaßt, die im weitesten Sinn der "Verarbeitung von Informationen" (Gaugler, Althausen, Kolb, Mallach 1980, S. 15 f.) dienen. Mehr als ein Viertel aller weiblichen Erwerbstätigen arbeitete 1978 auf dem Bürosektor, allein rd. 19 % als Bürofachkräfte, in Banken und Versicherungen, in öffentlichen Verwaltungen, im Groß- und Einzelhandel sowie in der Industrie und als Angestellte von Rechtsanwälten, Steuerberatern und Architekten (vgl. Tab. 1).

Mit einem überdurchschnittlich hohen Raucherinnenanteil liegen die Datentypistinnen und die Telefonistinnen an der Spitze aller Berufe, nicht nur der Büroberufe. Der durchschnittliche Anteil der Raucherinnen in höher qualifizierten Büroarbeitsplätzen ist deutlich niedriger. Auch der Anteil von Frauen, die mehr als 20 Zigaretten täglich rauchen, liegt bei Datentypistinnen ^{und} Sekretärinnen, allerdings auch bei Unternehmerinnen, Geschäftsführerinnen deutlich über dem Durchschnitt aller 'starken' Raucherinnen.

Es zeigt sich, daß die Raucherinnenanteile in solchen Berufen besonders hoch sind, in denen Frauen überwiegend monotone, ~~und~~ ^{und} routinisierte ^{als} weniger qualifiziert geltende Büro- und Schreibarbeiten erledigen müssen. Die Arbeit der Datentypistinnen, Stenotypistinnen und Telefonistinnen ist stärker als andere Büroarbeit rationalisiert, Frauen mit diesen Berufsbildern arbeiten unter ständigem Zeitdruck. Die Arbeit in Großraumbüros, der Lärm der Maschinen und die hohe Augenbelastung - ^{z.B.} als ^{mögliche} Folge der Arbeit an Bildschirmarbeitsplätzen - ^{beein-}trächtigen ^{die} ~~eine ständige~~ ^{Spähigkeit} Konzentration. ^{Bei} Die ~~in den~~ ^{bei} höher qualifizierten eingestuftten Arbeitsplätzen anfallenden Aufgaben erfordern - trotz zunehmender Rationalisierungs- und Automatisierungstendenzen - weitaus

mehr Selbständigkeit und Vielseitigkeit und sind an spezifischen Arbeitsinhalten orientiert. Die Tätigkeit ist auf Zusammenarbeit angelegt, der Dispositionsspielraum und die Kommunikationsmöglichkeiten untereinander sind in diesen Arbeitsbereichen größer.

Tab. 4: Raucherinnen in Gesundheitsdienstberufen

Berufe	Raucherinnen	
	%	davon > 20 Zig/Tag %
Krankenschwestern	36,9	7,5
Sprechstundenhelferinnen	36,6	6,3
Medizinisch-technische Assistentinnen	36,0	9,8
Krankengymnastinnen/Masseurinnen	32,9	11,2
Krankenpflegehelferinnen	32,2	8,3
Apothekenhelferinnen ¹⁾	29,6	6,0
Ärztinnen ²⁾	26,9	7,1

1) s.a. Tab. 6a - Verkaufsberufe

2) s.a. Tab. 5 - Berufe mit Fachschul- und akademischer Ausbildung

Bei Krankenschwestern, Sprechstundenhelferinnen und MTA's/Medizinallaborantinnen finden wir einen überdurchschnittlichen Raucherinnenanteil. ^{Bei den} Ärztinnen ~~gehören zu~~ ^{gehört man} ~~den Berufen mit~~ einem vergleichsweise niedrigen Anteil ~~von~~ ^{innen} Raucherinnen. Mit Ausnahme der Krankengymnastinnen rauchen in Gesundheitsberufen beschäftigte Frauen allerdings zu einem unterdurchschnittlichen Anteil mehr als 20 Zigaretten täglich.

Als Krankenschwestern, Krankenpflegehelferinnen und Sprechstundenhelferinnen sind ^{als} knapp 6 %, insgesamt sind 7 % aller erwerbstätigen Frauen im Gesundheitsbereich beschäftigt. Mit Ausnahme der Ärztinnen, die in ihrer Berufsgruppe ^{mit} einem Frauenanteil von nur 24,7 % ^{vertreten sind} stellen, sind alle übrigen Berufe typische Frauenberufe. Ausbildungsverläufe, Tätigkeiten, Anforderungen und Belastungen sind ~~allerdings~~ sehr unterschiedlich. ^{die} ~~Allein~~ ^{Nur} Ärztinnen absolvieren ein Universitätsstudium, alle anderen Berufe eine Lehre oder Fachschulausbildung.

Das Krankenhaus und die Praxis niedergelassener Ärzte sind für die meisten der hier genannten Berufsbilder der Hauptarbeitsbereich. Zu den besonderen Belastungen der im Krankenhaus beschäftigten Schwestern und Ärztinnen gehört die Nacht- und Schichtarbeit sowie vor allem bei Krankenschwestern die körperlich schwere Arbeit durch Heben, Tragen und Betten der Patienten. Hier sind Fluktuation und Ausstieg aus dem Beruf schon nach wenigen Berufsjahren besonders häufig.

Tab. 5: Raucherinnen in Berufen im pädagogischen und sozialen Bereich mit Fachschul- und akademischer Ausbildung

Berufe	Raucherinnen	
	%	- davon >20 Zig/Tag %
Sozialarbeiterinnen	34,5	12,2
Erzieherinnen	32,0	7,0
Ärztinnen ¹⁾	26,9	7,1
Real-, Volks- und Sonderschul- lehrerinnen	26,4	8,0

1) s.a. Tab. 4 - Gesundheitsdienstberufe

Ein Blick auf Tabelle 5 bestätigt die bisherigen Erkenntnisse, daß Frauen mit höherer Schulbildung und beruflicher Qualifikation weniger rauchen als solche mit einfachen Schulabschlüssen und ohne Ausbildung.

Während Lehrerinnen und Ärztinnen im unteren Drittel der Rangfolge (vgl. Abb. 3) zu finden sind, gehören Sozialarbeiterinnen und Erzieherinnen zu den Berufsgruppen mit einem leicht überdurchschnittlichen Anteil rauchender Frauen. In allen diesen Berufen üben Frauen im Rahmen ihrer täglichen Arbeit eine Vorbildfunktion gegenüber Patienten, Schülern, Kindern und Klienten aus. Der Beruf der Sozialarbeiterin, vor allem aber der der Erzieherin sind als 'typische' Frauenberufe anzusehen.

Tab. 6: Raucherinnen in Dienstleistungsberufen und Berufen im Dienstleistungshandwerk

Berufe	Raucherinnen	
	%	davon > 20 Zig/Tag %
<u>Verkauf (Tab. 6a)</u>		
Kassiererinnen	40,2	9,0
Verkäuferinnen	32,8	7,1
Apothekenhelferinnen ¹⁾	29,6	6,0
<u>Hauswirtschaft und Reinigung (Tab. 6b)</u>		
Raum- und Hausratsreinigerinnen	26,1	11,7
Hauswirtschaftliche Betreuerinnen	25,2	9,8
Wäscherinnen, Plätterinnen ²⁾	25,0	11,2
Hauswirtschaftliche Verwalterinnen	21,8	12,2
<u>Gaststätten- und Beherbergungsbereich (Tab. 6c)</u>		
Serviererinnen	50,0	25,4
Gastwirtinnen	35,3	35,3
Köchinnen, Küchenhilfen	30,3	11,6
<u>Schönheit/Pflege (Tab. 6d)</u>		
Kosmetikerinnen	46,4	15,6
Friseurinnen	42,7	7,1

1) s.a. Tab. 4 - Gesundheitsdienstberufe

2) s.a. Tab. 2 - Berufe mit industriellen Arbeitstätigkeiten

In ~~unter~~ dieser Rubrik werden alle übrigen Dienstleistungsberufe zusammengefaßt. Ausschlaggebend für die Bildung von Untergruppen sind ~~verschiedene~~ Kriterien, wie ~~s.B.~~ die Arbeitsinhalte (Pflege), die Art der Tätigkeit (Verkaufen) oder der Wirtschaftszweig (Gaststättenbereich). - Alle hier genannten Berufe gehören zu den überwiegend von Frauen ausgeübten Tätigkeits-

2
bereichen. Bei den meisten zeigt sich deutlich die Nähe zu den häuslichen Aufgaben und der täglichen Versorgung der Familie. Lediglich bei den Gastwirtinnen liegt der Frauenanteil bei 'nur' 50,7 %!

Raucherinnen

Verkaufsberufe (Tab. 6a)

An der Spitze dieser Untergruppe liegen die Kassiererinnen mit einem extrem hohen Raucherinnen-Anteil. Auch der Anteil der Frauen, die täglich mehr als 20 Zigaretten rauchen, ist hier am höchsten. Die Raucherinnen-Anteile bei Verkäuferinnen und Apothekenhelferinnen entsprechen etwa dem Mittel aller Berufe.

1978 waren gut 10 % aller erwerbstätigen Frauen als Verkäuferinnen, als Kassiererinnen und als Apothekenhelferinnen - ein Warenverkaufsberuf in einer speziellen Branche - beschäftigt. In Fachgeschäften und Kaufhäusern, die noch nicht nach dem Prinzip der Selbstbedienung organisiert sind, bilden die Vorbereitungs-, Verkaufs- und Kassierfunktionen ebenso wie die kommunikativen Qualifikationen zwar einen Hauptteil der Verkaufstätigkeit (Schöll-Schwinghammer 1979, S. 78). Doch auch klassische Qualifikationsanforderungen wie Warenkenntnisse und Kundenberatung verlieren für den Lehrberuf Verkäuferin immer mehr an Bedeutung (Materialien zur Arbeitssituation ... von Verkäuferinnen 1981). Zu den spezifischen Belastungen aller Verkaufsberufe gehört die zeitliche Abhängigkeit von der Kundendichte, die bei Kassiererinnen in Selbstbedienungsläden, Supermärkten und den Lebensmittelabteilungen der Kaufhäuser besonders groß ist.

Hauswirtschafts- und Reinigungsberufe (Tab. 6b)

Alle unter der Rubrik Hauswirtschaft und Reinigung zusammengefaßten Berufspositionen gehören zu den Berufen mit niedrigen Anteilen rauchender Frauen. Die deutlich unter dem Durchschnitt liegenden Anteile sind denen der Arbeitnehmerinnen in der Textil- und Bekleidungsindustrie vergleichbar. Der Anteil der Frauen, die mehr als 20 Zigaretten pro Tag rauchen, ist dagegen nahezu doppelt so hoch wie bei den Textilarbeiterinnen (vgl. Tab. 2).

1978 arbeiteten 5,13 % aller erwerbstätigen Frauen als Raum- und Hausratsreinigerinnen. Ihre Arbeitsaufgaben unterscheiden sich von denen der Hauswirtschaftlichen Betreuerinnen und Verwalterinnen vor allem durch die unterschiedliche Arbeitsorganisation. Während letztere zu etwa 50 % in privaten Haushalten beschäftigt sind, arbeiten Raum- und Hausratsreinigerinnen in zunehmendem Maße in Putzkolonnen und werden von Vermittlerfirmen stundenweise in öffentlichen Verwaltungen, Versicherungen, Banken, Krankenhäusern usw. eingesetzt. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten ist mit 41 % außerordentlich hoch (Bürkardt/Oppen 1984), der Anteil ausländischer Arbeitnehmerinnen beträgt 11 % (s. Tab. 1). Die eintönige, meist körperlich schwere Arbeit muß unter erheblichem Zeitdruck ausgeführt werden.

Berufe im Gaststätten- und Beherbergungsbereich (Tab. 6c)

Serviererinnen gehören zu den Berufen mit dem höchsten Anteil rauchender Frauen. Gastwirtinnen und Serviererinnen stellen darüber hinaus auch den höchsten Anteil der Frauen, die mehr als 20 Zigaretten täglich rauchen.

In diesen mit der Nahrungsversorgung verbundenen Arbeitsbereichen arbeiten rund 4 % aller erwerbstätigen Frauen. Hoch sind die Anforderungen an Freundlichkeit, Zuvorkommenheit und Kommunikationsbereitschaft bei den Serviererinnen, einem anerkannten Ausbildungsberuf, in dem zunehmend auch angelernte Kräfte beschäftigt werden. Die körperlich meist einseitige Belastung kann das Ausmaß von Schwerarbeit erreichen (Arbeitsmedizinische Berufskunde ... Kellner-Steward-Restaurantfachmann 1981, S. 401 f.).

Die überwiegende Zahl der
√ Frauen, die unter der Berufsbezeichnung Köchinnen/Küchenhilfen eingeordnet werden, arbeiten ~~in der überwiegenden Mehrzahl~~ als Küchenhilfen; schon der hohe Anteil ausländischer Arbeitnehmerinnen in dieser Berufsgruppe weist auf eine gering qualifizierte, also überwiegend un- und angelernte Tätigkeit hin. Etwa 20 % der Frauen arbeiten in der Nahrungs- und Genußmittelindustrie, rund 62 % im Gaststätten, Sozial- und Gesundheitsbereich (ABC-Handbuch 1974).

a 25

Arbeitsbereich Pflege und Schönheit (Tab. 6d)

Auffallend hoch ist der Raucherinnenanteil bei Friseurinnen und Kosmetikerinnen, also in ~~sehr~~ Berufen, in denen die Haut-, ~~und~~ Haar-, ~~sowie die~~ Körper- und Schönheitspflege zu den wesentlichen Arbeitsaufgaben gehören. Die Kosmetikerinnen weisen außerdem einen überdurchschnittlich hohen Anteil 'starker' Raucherinnen auf.

Beide Berufe zeichnen sich durch vielfältige Arbeitsaufgaben und eine ganzheitliche und selbständige Arbeitsweise bei vergleichsweise niedriger Entlohnung aus. Neben handwerklichen Fähigkeiten und fachlichen Kenntnissen erfordert die Arbeit Geschicklichkeit, Kreativität und Modebewußtsein sowie Kontaktfähigkeit, Kommunikationsfreudigkeit und Einfühlungsvermögen (Weltz, Diezinger, Lullies, Marquardt 1979, S. 179 ff.). Physisch belastend wird die Arbeit durch ständiges Stehen, durch eine unbequeme Körperhaltung und durch dynamische Belastungen der Arme und Hände beim Waschen und Föhnen der Haare (Demmer/Küppers 1982, S. 100 f.). Nach der Lehre bzw. der Ausbildung finden nur etwa 80 % der Friseurinnen und 50 % der Kosmetikerinnen einen Arbeitsplatz.

Tab. 7: Raucherinnen in landwirtschaftlichen und sonstigen Berufen

Berufe	%	Raucherinnen davon >20 Zig./Tag %
<u>Berufe in der Landwirtschaft</u>		
Landwirtinnen	4,3	6,0
Familieneigene Landarbeitskräfte	3,3	5,0
<u>Sonstige Berufe, nicht einzuordnen</u>		
Mithelfende Familienangehörige	21,4	13,1
Arbeitskräfte ohne nähere Tätigkeitsangabe	27,9	13,2

Extrem niedrig im Vergleich zu den übrigen für diese Untersuchung ausgewählten Berufen sind die Anteile rauchender Frauen in beiden landwirtschaftlichen Berufen, in denen rund 6,5 % aller erwerbstätigen Frauen beschäftigt sind. Die Rauchintensität ist nur bei den in der Industrie beschäftigten Näherinnen noch niedriger.

Die Raucherinnenanteile in den beiden wegen der vielfältigen Beschäftigungsmöglichkeiten in keine der gebildeten Gruppen einzuordnenden Berufspositionen 'Mithelfende Familienangehörige' und 'Arbeitskräfte ohne nähere Tätigkeitsangabe' liegen im unteren und mittleren Bereich, die Anteile der mehr als 20 Zigaretten täglich rauchenden Frauen leicht über dem Durchschnitt.

3.3. Altersspezifische Beschreibung des Rauchverhaltens

In diesem Abschnitt wird das Rauchverhalten erwerbstätiger Frauen in Abhängigkeit vom Alter sowie vom Anteil der in der jeweiligen Altersgruppe beschäftigten Frauen dargestellt.

Ein Vergleich der Altersgruppen weist für die einzelnen Berufe in den beiden älteren Jahrgängen - ähnlich wie in der Gesamtverteilung (vgl. Abb. 1) - erheblich niedrigere Raucherinnenanteile als in den beiden jüngeren Altersgruppen auf:

In der Altersgruppe < 20 Jahre - Beschäftigten-Anteil	10,1 % - beträgt der Raucherinnen-Anteil 36,5 %
" 20 - 34 Jahre - Beschäftigten-Anteil	35,1 % - beträgt der Raucherinnen-Anteil 41,1 %
" 35 - 49 Jahre - Beschäftigten-Anteil	33,6 % - beträgt der Raucherinnen-Anteil 24,2 %
" 50 - 64 Jahre - Beschäftigten-Anteil	19,2 % - beträgt der Raucherinnen-Anteil 20,3 %.

(vgl. Abb. 2).

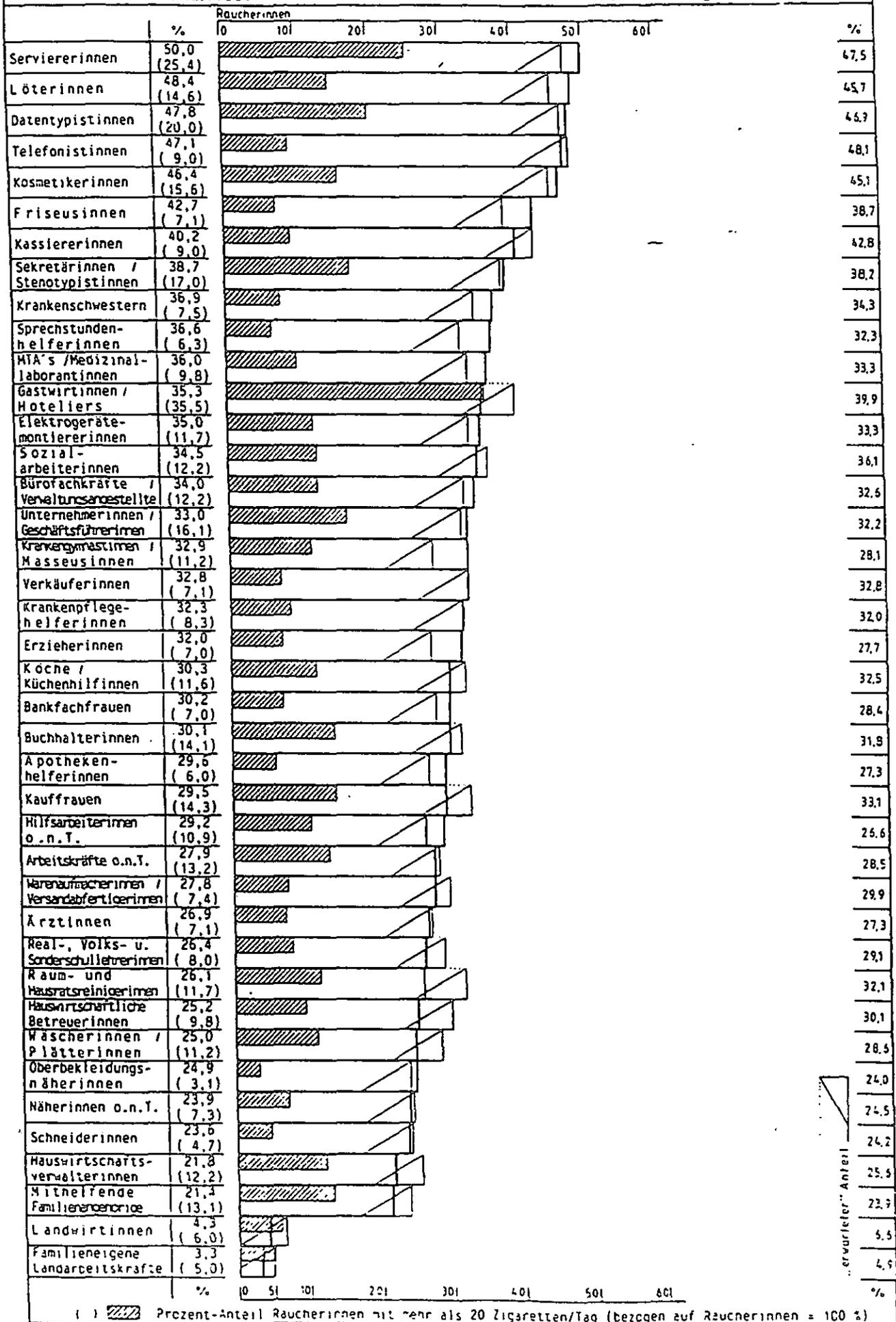
Die altersspezifischen Einflüsse - so zeigt die Gegenüberstellung von 'realen' und 'erwarteten' Durchschnittswerten (vgl. Abb. 4) - sind nur in einer Reihe von Berufen bedeutsam.

Die Abweichungen in Berufen mit hohen und höchsten Raucherinnen-Anteilen - am oberen Ende der Rangfolge - können in den meisten Fällen auf überdurchschnittlich hohe Beschäftigten-Anteile in den beiden jüngeren Altersgrup-

1) Eine differenziertere altersspezifische Analyse ist im Rahmen dieses Beitrags nicht zu leisten; sie muß einer umfassenderen Auswertung der Mikrozensusdaten vorbehalten bleiben.

Abb. 4:

Der reale im Vergleich zum "erwarteten" Anteil der Raucherinnen in den einzelnen Berufsgruppen - in der Rangfolge der Raucherinnen-Anteile
Quelle: Mikrozensus 1976 und eigene Berechnungen



pen zurückgeführt werden; der reale Durchschnittswert liegt hier über dem 'erwarteten Mittelwert'. Bei Friseurinnen und Sprechstundenhelferinnen - beides Berufe mit größeren Abweichungen - betragen die Beschäftigten-Anteile jüngerer Frauen jeweils rund 80 %.

Auch da, wo in Berufsgruppen mit vergleichsweise niedrigen Raucherinnen-Anteilen größere Differenzen auftreten, verläuft die altersspezifische Verteilung der beschäftigten Frauen nicht parallel zu jener der weiblichen Gesamterwerbsbevölkerung. In der Berufsgruppe der Raum- und Hausratsreinigerinnen beispielsweise liegen die Beschäftigten-Anteile in den beiden älteren Jahrgängen bei 81 %, bei den Wäscherinnen/Plätterinnen bei 68 % und bei den Landfrauen bei 75 %.

Andererseits weisen die geringen Differenzen in vielen Berufsgruppen darauf hin, daß alters- bzw. generations-spezifische Effekte allein die berufsspezifischen Unterschiede nicht ausreichend erklären können. So treten z.B. bei allen Büro-, Schreib- und kaufmännischen Berufen (vgl. Tab. 3) nur sehr geringfügige Unterschiede zwischen den realen und den erwarteten Durchschnittswerten auf. Die höheren Raucherinnen-Anteile in den Berufen mit geringeren qualifikatorischen Voraussetzungen werden - wie bereits im Abschnitt 3.2. beschrieben - aller Wahrscheinlichkeit nach eher durch berufliche Anforderungen bestimmt.

a2c

Auch die deutlich differierenden Raucherinnen-Quoten bei Frauen, die in der Elektro- und Metall-Industrie und in der Textilindustrie beschäftigt sind, können nur sehr bedingt auf altersspezifische Einflüsse zurückgeführt werden. Die Verteilung der Beschäftigten auf die vier Altersgruppen entspricht im großen und ganzen der durchschnittlichen

Gesamtverteilung aller erwerbstätigen Frauen; der Anteil der Frauen in der Altersgruppe ^{unter 20} X 20 Jahren liegt bei den Textilarbeiterinnen sogar deutlich über dem durchschnittlichen Beschäftigten-Anteil.

4. ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Die Analyse der Rauchgewohnheiten erwerbstätiger Frauen auf der Grundlage ^{der} von Mikrozensusdaten des Jahres 1978 in vierzig ausgewählten Berufen zeigt eine deutliche Ungleichverteilung der Raucherinnenanteile in den einzelnen Berufen und Berufsbereichen.

Nicht überraschend ist ~~der Sachverhalt~~, daß in Berufen mit akademischer Ausbildung niedrige Raucherinnenanteile zu finden sind. Allerdings ist lediglich bei zwei der vierzig Berufe (Ärztinnen und Lehrerinnen) ein Universitätsstudium erforderlich. Da der Frauenanteil in den übrigen akademischen Berufen - im Gegensatz zur Mehrzahl der für diese Untersuchung ausgewählten Berufe - absolut bzw. relativ so gering ist, bleiben sie bei dieser Auswertung unberücksichtigt.

Hohe durchschnittliche Raucherinnenquoten weisen die Frauen in der Elektro- und Metallindustrie, Frauen in allen weniger qualifizierten Dienstleistungsberufen im Büro und in der Verwaltung sowie im Gaststättenbereich auf, aber auch in solchen Berufen, die sich mit der Pflege und dem ~~"Schönsein"~~ ^{der Schönheit} beschäftigen. Zu den Berufen mit mitt-

leren und über dem Gesamtdurchschnitt liegenden Raucherinnenanteilen gehören alle höher qualifizierten Büro- und kaufmännischen Berufe, alle Gesundheitsdienstberufe und die sozialpädagogischen Berufe. Zu den Berufen mit niedrigsten Raucherinnenanteilen sind neben den landwirtschaftlichen Berufen mit einem besonders geringen Anteil rauchender Frauen vor allem zahlreiche 'hauswirtschaftliche' sowie Berufe in der Textil- und Bekleidungsindustrie zu rechnen (vgl. Abb. 3).

Erwartungsgemäß ist der Raucherinnenanteil in den jüngeren Altersgruppen höher als in den älteren Jahrgängen. Entsprechend der Verteilung der weiblichen Erwerbsbevölkerung auf die verschiedenen Altersgruppen finden wir den größten Anteil rauchender Frauen in der Altersgruppe der 20 bis 34jährigen. In den beiden älteren Jahrgängen nimmt die Zahl der Raucherinnen beinahe schlagartig ab. Besonders groß ist die Differenz zwischen der weiblichen Erwerbsbevölkerung und den erwerbstätigen Raucherinnen in der Gruppe der 35-49jährigen Frauen, obwohl die Zahl der Beschäftigten etwa jener in der Gruppe der 20 bis 34jährigen entspricht (vgl. Abb. 1). Diese generationsspezifischen Unterschiede gründen sich nicht auf einen besonders großen Anteil ehemaliger Raucherinnen. Im Gegenteil, der Prozentsatz ehemaliger Raucherinnen ist in der Altersgruppe der 20 bis 34 Jahre alten Frauen höher als in den beiden älteren Jahrgängen (vgl. Abb. 2).

Ebenso wie für den Gesamtdurchschnitt gilt auch für die überwiegende Mehrzahl der Berufe, daß mit zunehmendem Alter die Zahl der Raucherinnen prozentual abnimmt. Bezieht man die Zahl der in den einzelnen Altersgruppen beschäftigten Frauen in die Analyse mit ein, so zeigt sich, daß die extrem niedrigen Raucherinnenanteile in einer Reihe von Berufen durch die überdurchschnittlich hohe Zahl beschäftigter Frauen in den älteren Jahrgängen ^{bedingt ist.} ~~zustande~~ kommt: Bei den Raum- und Hausratsreinigerinnen, Wäscherinnen/Plätterinnen und Mithelfenden Familienangehörigen - drei Berufe mit durchschnittlich niedrigen Raucherinnenanteilen - sind zwei Drittel und mehr aller beschäftigten Frauen zwischen 35 und 64 Jahre alt. In allen vier Jahrgängen finden wir altersunabhängig niedrige Raucherinnenanteile bei Oberbekleidungsnäherinnen, Schneiderinnen und Näherinnen, überdurchschnittlich hohe Anteile u.a. bei Telefonistinnen, Kassiererinnen und Sekretärinnen/Stenotypistinnen.

Erste Ergebnisse empirischer Studien über gesundheitliche Folgen von Belastungen an Arbeitsplätzen, die überwiegend von Frauen besetzt sind, können unsere Arbeitshypothese stützen, daß Rauchen, auch als eine Art Ausgleich beruflicher Anforderungen und Belastungen dient. So rauchen nicht nur solche Frauen wesentlich häufiger, die in Büro- und Schreibberufen größeren physischen und psychischen Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind, als Frauen in höher qualifizierten Berufen dieses Bereichs (vgl. Tab. 3); auch bei Sprechstundenhelferinnen, Friseurinnen und Servierinnen - um einige weitere Dienstleistungsberufe mit geringeren beruflichen Qualifikationen zu nennen - sind die Raucherinnenanteile höher als z.B. bei Sozialarbeiterinnen, Krankengymnastinnen, Lehrerinnen und Erzieherinnen (vgl. Abb. 3). Vergleichbar sind diese Ergebnisse jenen über die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Frauen: Danach nehmen Frauen in weniger qualifizierten Dienstleistungsberufen die ambulanten medizinischen Dienste häufiger in Anspruch und sind öfter arbeitsunfähig krankgeschrieben als Kolleginnen, die in höher qualifizierten Dienstleistungsberufen arbeiten (Thiele 1981, S. 52 ff.).

027

Daß arbeitsplatzspezifische Belastungen allein als Erklärungsmoment für unterschiedlich hohe bzw. niedrige Raucherinnenquoten nicht ausreichen, wurde schon bei der Darstellung der Berufe mit industriellen Tätigkeiten deutlich (vgl. Tab. 2). So wie sich die physischen Belastungen der Textilarbeiterinnen kaum von denen der in der Elektro- und Metallindustrie beschäftigten Frauen unterscheiden (Demmer/Küppers 1982, S. 173/74), gleichen sich auch die gesundheitlichen Störungen (ebenda), die Inanspruchnahmekquoten medizinischer Dienstleistungen sowie die Arbeitsunfähigkeitsquoten (Thiele 1981).

Es stellt sich also die Frage, welche Faktoren neben Arbeitsplatzbelastungen und -anforderungen außerdem auf die Rauchgewohnheiten wirken. Zum einen ~~wird davon~~ ~~es~~ sicher wesentlich von den konkreten Arbeitsbedingungen, z.B. von der Möglichkeit, am Arbeitsplatz zu rauchen, mitbestimmt. Die in den Büros und Verwaltungen beschäftigten Frauen können sich leicht neben der Arbeit eine Zigarette anzünden; Friseurinnen und Kosmetikerinnen rauchen in der kundenfreien Zeit, und Serviererinnen und Gastwirtinnen - um ein weiteres Beispiel zu nennen - haben ihre Zigarette meist griffbereit neben der Kasse oder hinter der Theke liegen. Auch in den meisten Gesundheitsberufen - mit Ausnahme vielleicht der Sprechstundenhelferinnen - findet sich außerhalb des direkten Patientenkontaktes leicht eine Gelegenheit zu rauchen. Industriearbeiterinnen und Verkäuferinnen dagegen sind, wenn sie rauchen wollen, ausschließlich auf die wenigen, zeitlich festgelegten Pausen angewiesen.

Richten wir unser Augenmerk noch einmal auf den Sachverhalt, daß insbesondere in den Berufen mit hauswirtschaftlichen oder "typisch weiblichen" (z.B. Nähen) Tätigkeiten der Anteil rauchender Frauen niedriger ist, so wird vorstellbar, daß sich darüber hinaus auch unterschiedliche Haltungen zur Rolle der Frau in Beruf und Familie auf die Rauchgewohnheiten auswirken können. WELTZ, DIEZINGER, LULLIES und MARQUARDT (1979) haben in ihrer Untersuchung über "Junge Frauen zwischen Beruf und Familie"

nämlich herausgefunden, daß die Wahl solcher Berufe ^{eng} mit eher traditionellen Rollenvorstellungen der Frau verbunden ist.

Wie die abschließende Diskussion der Mikrozensusdaten zeigt, wird die unterschiedliche Häufigkeit, mit der erwerbstätige Frauen rauchen, im wesentlichen durch alters-, berufs- und arbeitsplatzspezifische Einflüsse bestimmt. Darüber hinaus lassen die geringeren Raucherinnen-Anteile in einer Reihe von Berufen mit "typisch weiblichen" Tätigkeiten auch auf unterschiedliche Haltungen zum Rauchen und eine größere Traditionsgebundenheit schließen.

a28

LITERATUR

- BECKER-SCHMIDT, R.: Überforderung durch Doppelbelastung - Unterforderung durch Segregation? In: Was macht Frauen krank? hrsg. von SCHNEIDER, U., Frankfurt/ New York 1981
- BLOSS, H.: Sozialversicherungspflichtige beschäftigte Arbeitnehmer - Basisstrukturen 1978 bzw. 1977 nach Alter, Wirtschaftszweigen, Berufen und Regionen sowie Abgänge bis 1990 - BeitrAB 48, Nürnberg 1980
- BORGERS, D.: Ärzte, Kellnerinnen, Schweißer usw.: Wie stark wird in einzelnen Berufen geraucht? (Unveröffentlichtes Manuskript) Berlin 1984
- BÜRKARDT, D. / OPPEN, M.: Frauenerwerbstätigkeit und Arbeitsunfähigkeitsrisiken (unveröffentlichtes Manuskript) März 1984
- DEMMEER, H. / KÜPPER, B.: Gesundheitliche Auswirkungen von Belastungen bei Arbeitsplätzen, die überwiegend mit Frauen besetzt werden. Hrsg. von: Gesellschaft für Arbeitsschutz- und Humanisierungsforschung mbH, Dortmund 1982
- ECKART, Ch. / JAERISCH, U. / KRAMER, H.: Frauenarbeit in Familie und Fabrik - Eine Untersuchung von Bedingungen und Barrieren der Interessenwahrnehmung von Industriearbeiterinnen, Frankfurt / New York 1979
- GAUGLER, E. / ALTHAUSER, U. / KOLB, M. / MALLACH, A.: Rationalisierung und Humanisierung von Büroarbeiten, Ludwigshafen (Rhein) 1980
- HEINEN, B.: Arbeitsplatzspezifische Belastungen von Frauen im Spiegel der Statistik (1). In: DEMMEER, H. / KÜPPER, B., Gesundheitliche Auswirkungen von Belastungen bei Arbeitsplätzen, die überwiegend mit Frauen besetzt werden. Dortmund November 1982
- HERBERGER, L. / MAYER, H.L.: Der deutsche Mikrozensus als amtliche Mehrzweckstichprobe, hrsg. von: Statistisches Bundesamt (unveröffentlichtes Manuskript), Wiesbaden 1975
- IMW: Ergebnisse einer Repräsentativbefragung der Bevölkerung ab 14 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin (West), hrsg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1980
- IMW: Frauen und Rauchen, Fallstudie Bundesrepublik Deutschland, Köln 1982
- INSTITUT FÜR ARBEITSMARKT- UND BERUFSFORSCHUNG DES BUNDESAMTES FÜR ARBEIT (Hrsg.): ABC-Handbuch - Handbuch in den ausbildungs-, berufs- und wirtschaftsspezifischen Beschäftigungschancen, Nürnberg 1974

- JACOBSON, B.: The Ladykillers. Why smoking is a Feminist Issue, London 1981
- Kranke und unfallverletzte Personen, Körpergewicht und Rauchgewohnheiten als Risikofaktoren - Ergebnis des Mikrozensus April 1978. In: Wirtschaft und Statistik 12, 1980
- LANDEsinstitut Sozialforschungsstelle Dortmund: Materialien zur Arbeitssituation und zum Selbstverständnis von Verkäuferinnen, Dortmund 1981
- LAPPE, L. / SCHÖLL-SCHWINGHAMMER, I.: Arbeitsbedingungen und Arbeitsbewußtsein erwerbstätiger Frauen. Göttingen 1978
- MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U.: Bedingungen gesundheitsschädigenden Verhaltens bei berufstätigen Frauen (unveröffentlichtes Manuskript), Berlin 1982
- MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U. / ROHRMOSER, H.: Frauen und Rauchen - Analyse von Raucherinnenkarrieren, Arbeitsbericht I (unveröffentlichtes Manuskript), Berlin 1983
- MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U.: Frauen und Rauchen. Analyse von Raucherinnenkarrieren (Forschungsantrag), Berlin 1983
- MÜLLER, R.: Beitrag der Krankenversicherungsforschung für die Bestimmung von Zielgruppen für Prävention, in: SCHNEIDER, U.: Was macht Frauen krank? Frankfurt / New York 1981
- MERZDORF, J. / REUTER, U. / WELSCH, G.: Daten und Fakten zur Entwicklung des Rauchens in Mitgliedsländern der Europäischen Gemeinschaften - Ergebnisse einer vergleichenden Analyse für den Zeitraum 1960-1980, hrsg. von: Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg 1982
- PUST, C. / REICHERT, P. / WENZEL, A. u.a.: Frauen in der BRD - Beruf, Familie, Gewerkschaften, Frauenbewegung, Hamburg 1983
- SCHÖLL-SCHWINGHAMMER, J.: Frauen im Betrieb - Arbeitsbedingungen und Arbeitsbewußtsein, Frankfurt / New York 1979
- SCHOLZ, J.F. / WITTGENS, H.: Arbeitsmedizinische Berufskunde, München 1981
- STATISTISCHES BUNDESAMT WIESBADEN: Fragen zur Gesundheit Reihe S. 3, Fachserie 12, Stuttgart und Mainz 1978
- STATISTISCHES BUNDESAMT WIESBADEN: Frauen in Familie, Beruf und Gesellschaft, Wiesbaden, Mainz 1983

STATISTISCHES BUNDESAMT WIESBADEN: Klassifizierung der Berufe, Systematisches und alphabetisches Verzeichnis der Berufsbenennungen - Ausgabe 1975, Stuttgart und Mainz 1975

THIELE, W.: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Frauen. In: Was macht Frauen krank? SCHNEIDER, U. (Hrsg.), Frankfurt / New York 1981

THIELE, W. / WURM, S.: Frauen und gesundheitliche Lage. Hrsg. von: Berliner Arbeitsgruppe Strukturforschung im Gesundheitswesen (BASIG), Berlin 1979

VOLKHOLZ, V.: Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit. Hrsg. von: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialforschung, Bonn 1977

WELTZ, F. / DIEZINGER, A. / LULLIES, V. / MARQUARDT, R.: Junge Frauen zwischen Beruf und Familie. Frankfurt / New York 1979

WETTERER, A. / HELFFERICH, C.: Rauchermotivation - eine Literaturstudie (unveröffentlichtes Manuskript), Freiburg 1983

ROHRMOSER, H.: Frauen und Rauchen - Eine berufsspezifische Auswertung von Mikrozensusdaten 1978 zu den Rauchgewohnheiten der weiblichen Erwerbsbevölkerung. Im Auftrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, Berlin 1984

DER SPIEGEL 9/85

(129)

LARS M. RAMSTRÖM

Einige internationale Erfahrungen zur Erläuterung aktueller Entwicklungs- und Interventionsfragen im Bereich "Frauen und Rauchen"

1. Die Entwicklung der Rauchgewohnheiten
2. Praktische Maßnahmen im Bereich "Frauen und Rauchen" - einige Möglichkeiten und Schwierigkeiten

1. Die Entwicklung der Rauchgewohnheiten

Bei der Planung von ~~Intervention~~maßnahmen bzgl. Rauchen ist es erforderlich, bestimmte Hintergrunddaten zu kennen, die z.B. die unterschiedlichen Rauchgewohnheiten der verschiedenen Bevölkerungsgruppen in bezug auf Geschlecht, Alter, sozio-ökonomischen Status, Wohngebiet etc. betreffen. Es wäre jedoch nicht ausreichend, die Situation ^{zu} zu einem bestimmten Zeitpunkt zu kennen. Daher ist es wünschenswert, Daten aus Querschnittuntersuchungen, wie zum Beispiel aus der Fallstudie Bundesrepublik Deutschland, auf dem Hintergrund von Richtung und Stärke vorherrschender Trends in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu interpretieren. In diesem Zusammenhang könnten internationale Vergleiche zur Entwicklung von Rauchgewohnheiten Orientierungshilfen geben. Es gibt bestimmte Hinweise dafür, daß es eine typische Entwicklung von Rauchgewohnheiten gibt. Dieses Entwicklungsmuster ist allerdings für einzelne Bevölkerungsgruppen unterschiedlich - sowohl in seiner Qualität als auch in der zeitlichen Entwicklung, so daß das differenzierte Gesamtbild der Entwicklung von Rauchgewohnheiten ziemlich komplex ist.

Das typische Muster ist, daß das Rauchen zuerst ansteigt, dann ein Maximum erreicht und dann abnimmt. Letzteres erfolgt in den meisten Fällen ... als Folge gesundheitspolitischer Maßnahmen.

Das interessante ist nun, daß diese Entwicklung - besonders das Überschreiten des Maximums - in den verschiedenen Ländern zu verschiedenen Zeitpunkten geschieht. So zeigen die verschiedenen Länder Europas gegenüber den U.S.A. eine Verzögerung von einem oder mehreren Jahrzehnten. Auch in den einzelnen Ländern kommen Zeitverschiebungen zwischen den unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen vor. Normalerweise durchlaufen erst die Männer diese Kurve, viele Jahre später dann die Frauen. Einige Beispiele solcher Beobachtungen ergeben sich aus Abb. 1.

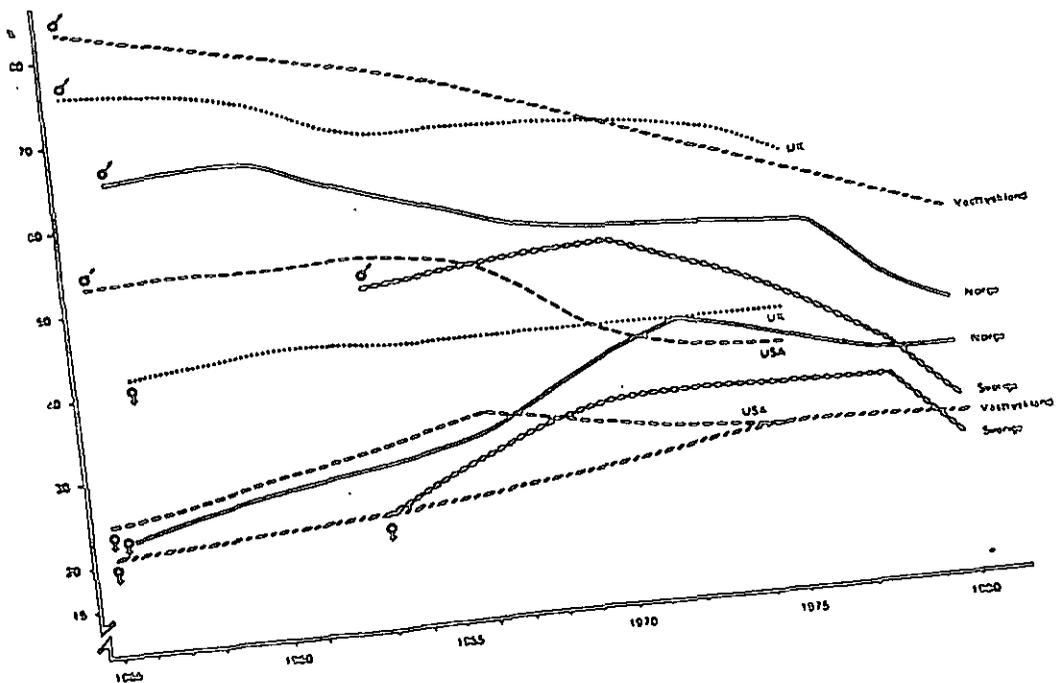


Abb. 1. Entwicklung der Rauchgewohnheiten der erwachsenen Gesamtbevölkerung in den letzten Jahrzehnten (prozentueller Anteil der Täglicheraucher unter Männern bzw. Frauen) in einigen Ländern.

Außerdem findet man Zeitverschiebungen innerhalb jedes Geschlechts zum Beispiel zwischen Gruppen mit unterschiedlichem Ausbildungsniveau. So kann es ^{heute} geschehen, daß zu einem bestimmten Zeitpunkt in einem Land die ^{Werte} qualifiziert ausgebildeten Frauen ihr Maximum erreicht haben - das heißt: einen höheren Anteil an Raucherinnen als der weibliche Durchschnitt aufzeigen, während gleichzeitig die ^{Werte} qualifiziert ausgebildeten Männer bereits ihr Maximum überschritten haben und nun erheblich niedrigere Werte aufweisen, die dann auch niedriger als beim männlichen Durchschnitt liegen.

Eine derartige Situation lag anscheinend in Schweden vor, als 1969 erstmals die Rauchgewohnheiten der schwedischen Ärzte untersucht wurden. Damals war der Anteil der Raucher unter den männlichen Ärzten niedriger als der allgemeine Durchschnitt bei den Männern. Unter den weiblichen Ärzten befanden sich aber prozentual mehr Raucherinnen als in der gesamten weiblichen Bevölkerung. 1982 aber war der Anteil der Raucherinnen unter den qualifiziert ausgebildeten Frauen, insbesondere Ärztinnen, niedriger als der weibliche Durchschnitt der Bevölkerung. Der Anteil der Raucherinnen bei den qualifiziert ausgebildeten Frauen hat dann, nach dem Überschreiten des Maximums, erheblich abgenommen, während gleichzeitig die anderen Frauengruppen noch auf dem Weg zum Erreichen ihres Maximums waren. Weitere Einzelheiten der Entwicklung von Rauchgewohnheiten unter Ärzten in Schweden und einigen anderen Ländern erscheinen in Abb. 2.

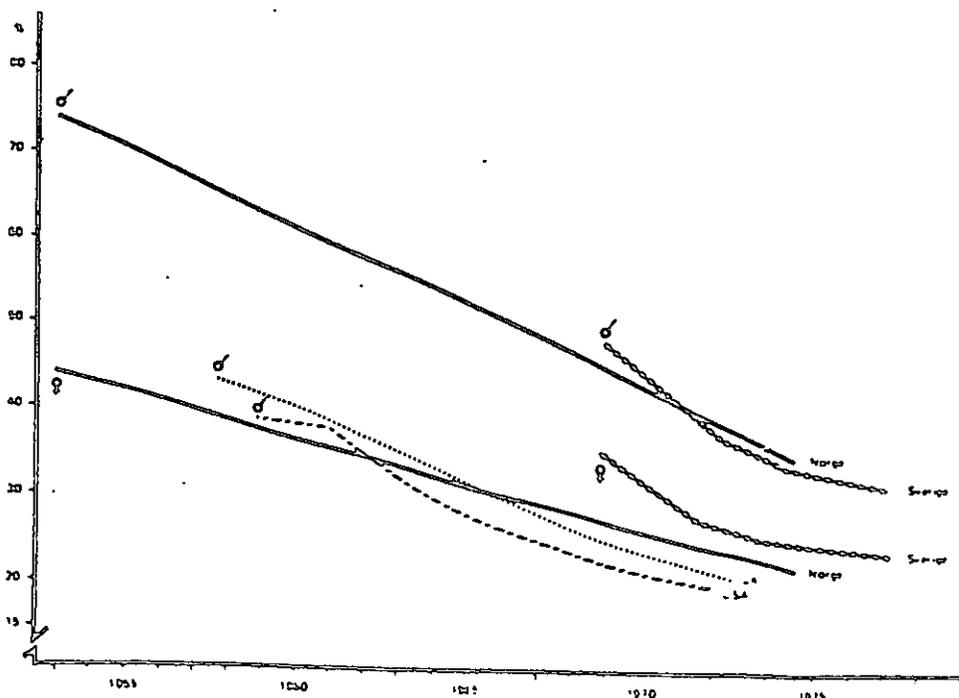


Abb. 2. Entwicklung der Rauchgewohnheiten unter Ärzten in einigen Ländern während der letzten Jahrzehnte (prozentueller Anteil der Täglicheraucher).

Die genannten schwedischen Daten aus dem Jahre 1969 veranschaulichen scheinbar widersprüchliche Ergebnisse, was auf die reine Querschnittsbetrachtung zurückzuführen ist. Während die für Männer vorliegenden Daten darauf hindeuten, daß ein hoher Bildungsgrad (z.B. bei Ärzten) mit einer niedrigen Rauchquote verbunden ist, lassen die Daten für Frauen das entgegengesetzte Verhältnis erkennen. Wendet man jedoch die erwähnte Art der "kombinierten" Interpretation an, die die Zeitverschiebung in den Entwicklungsstadien berücksichtigt, dann gibt es keinerlei Widerspruch, und die tatsächlichen Beobachtungen lassen sich ohne Schwierigkeiten in ein konsistentes Muster einfügen.

9.30

Die Entwicklungskurven für Männer bzw. Frauen in fünf verschiedenen Ländern (Abb. 1) zeigen weiter, daß der Erfolg der Maßnahmen zur Eindämmung des Rauchens unter den Frauen geringer ist als unter den Männern. Dies bedeutet möglicherweise, daß die gesundheitlichen Folgen des Rauchens bei Frauen länger akut sein werden als bei Männern. Diese Situation ist für die Frauen umso schlechter, wenn man bedenkt, daß Frauen nicht nur von denselben durch Rauchen verursachten Gesundheitsschäden betroffen sind wie die Männer, sondern auch noch von einigen frauenspezifischen schädlichen Einwirkungen des Rauchens. Hierzu gehört zum Beispiel die Wirkung des Rauchens auf die schwangere Frau und das hohe Risiko, das mit der Kombination von Rauchen und Einnahme der "Pille" verbunden ist. Die aktuelle gesundheitspolitische Situation ist also derart, daß bei der zukünftigen Planung von gesundheitsfördernden Maßnahmen eine besonders hohe Priorität der Aufmerksamkeit auf die Frauen ~~im allgemeinen~~ ^{auf} und spezielle weibliche Zielgruppen ~~im besonderen~~ gegeben werden muß, damit die Hilfestellungen für Frauen, nicht zu rauchen, effektiver werden können.

Praktische Maßnahmen im Bereich "Frauen und Rauchen" - einige Möglichkeiten und Schwierigkeiten

Als Beitrag zur Diskussion über praktische Maßnahmen im Bereich "Frauen und Rauchen" möchte ich versuchen, einige der neuen und interessanten Aspekte, die in der Diskussion um die Studie "Frauen und Rauchen - Fallstudie Bundesrepublik Deutschland" hier vorgebracht wurden, mit einigen alten internationalen Erfahrungen im Bereich der Raucheinschränkung zusammenzustellen.

Es ist auffallend stark betont worden, daß besonders ^{von} für Frauen das Rauchen sehr leicht als Bewältigungsstrategie in vielerlei Problemsituationen ^{genutzt} ~~verfügbar~~ ^{wird} ~~ist~~. Als eine der Ursachen hierfür wurde aufgezeigt, daß das Rauchen überall sozial akzeptiert und erlaubt ist. Diese Situation ist mißlich für Intervention^{en} gegen das Rauchen und darum ein Grund dafür, besondere Maßnahmen, z.B. Nichtraucher-Räume an Arbeitsplätzen und in öffentlichen Gebäuden, zu schaffen. Solche Maßnahmen sollen ja auch Probleme des Passiv-Rauchens vermindern, was ebenfalls einen frauenspezifischen Aspekt enthält, da verschiedene Studien gezeigt haben, daß (mehr) Frauen als Männer unter dem Passiv-Rauchen leiden. Obschon die Schaffung rauchfreier ~~Lokalitäten~~ ^{Räume} keine Frage ist, die allein die Frauen betrifft, können solche Maßnahmen auf längere Sicht aber wirksam dazu beitragen, daß viele Frauen Einflüssen entgehen können, die sie zum Rauchen motivieren.

Ganz generell könnte man die Beziehung zwischen allgemeinen und frauenspezifischen Maßnahmen zur Einschränkung des Rauchens diskutieren. Dabei könnte man sich vorstellen, daß die für Frauen vorgesehenen Maßnahmen am besten durch ganz besondere, unabhängige "Frauenkampagnen" durchgeführt werden. Das würde sicher besondere Aufmerksamkeit hervorrufen. Trotzdem denke ich, daß dies nicht die richtige Strategie ist. Der größere Teil der frauenspezifischen Aktivitäten sollte lieber als ein verstärkender Teil des allgemeinen Rauchbegrenzungsprogramms eines Landes durchgeführt werden. Dann könnten die frauenspezifischen und die anderen Maßnahmen des Programms sich besser ergänzen und unterstützen, und evtl. gemeinsam verwendbare Strukturen könnten besser ausgenutzt werden.

a 31
Eine ~~ganz allgemein~~ wichtige Frage ist es, dafür zu sorgen, daß gute Kanäle zur Verfügung stehen, um die Mitglieder der aktuellen Zielgruppen zu erreichen. Eine besondere Lösungsmöglichkeit, mit der man in anderen Ländern gute Erfahrungen gemacht hat, besteht darin, durch Sonderausbildung und Ausgabe geeigneter Arbeitshilfsmittel eine Programm-Mitwirkung solcher Berufsgruppen zu erreichen, die durch ihre tägliche Berufstätigkeit bei Raucherziehungsaufgaben und/oder in der Rauchentwöhnung Unterstützung geben können. Hier wie auch anderswo könnte es besonders wertvoll sein,

F r a u e n in solchen Positionen zu ^{gewinnen} ~~engagieren~~. Viel könnte über dieses Thema gesagt werden. Ich werde mich aber darauf beschränken, ein bemerkenswertes Beispiel aus Schweden vorzutragen. Es handelt sich um ein Projekt für Krankenschwestern, die in den Stockholmer Mütterberatungsstellen mit Schwangeren arbeiten. Von 1977/1978 haben diese Krankenschwestern alle eine spezielle Ausbildung erhalten, in der sie nicht nur medizinische Daten über Rauchen und Schwangerschaft erhalten haben, sondern auch in der Methodik unterrichtet wurden, wie man die Aufklärung Schwangerer zum Thema Rauchen und Schwangerschaft angehen ~~kann~~, und ~~zweitens~~ denjenigen Unterstützung ^{haben} anzubieten, die mit dem Rauchen aufhören wollten. Gleichzeitig sind ihnen verschiedene Arbeitsmittel zur Verfügung gestellt worden, um diese zusätzliche Aufgabe zu erleichtern bzw. sie überhaupt erst möglich zu machen. Ist es so möglich, einen großen Teil einer Berufsgruppe zu engagieren, und zwar nicht nur während einer kurzen Projektperiode, sondern auch darüber hinaus? Heute freue ich mich, diese Frage mit "ja" beantworten zu können. Ergebnisse einer neuen Studie, die verschiedene Gruppen von Pflegepersonal behandelt, zeigen, daß sich in der Gruppe der Krankenschwestern in den Mütterberatungsstellen 83% aktiv bei der Unterstützung von Rauchentwöhnung für Schwangere engagieren. Wir wissen außerdem von einer anderen Untersuchung, daß die Mehrzahl der Schwangeren während der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufhört. Es sieht also ganz so aus, als ob es nicht nur möglich ist, diese ganze Berufsgruppe zu engagieren, sondern daß sie auch noch bei diesem Einsatz erfolgreich sind. Ich hoffe, daß es auf längere Sicht möglich gemacht werden kann, weitere solche erfolgreichen Arbeitsmodelle anzuwenden, und daß wir mit solchen und anderen Maßnahmen das Problem "Frauen und Rauchen" lösen können.

AS

TEIL ³ § : FRAUEN UND RAUCHEN --MOTIVE UND LEBENSWEISEN

CHRISTINE WOESLER DE PANAFIEU

Der biographische Ansatz in der Frauengesundheitsforschung

1. Begründung der Notwendigkeit interpretativer Verfahren zur Erklärung von Gesundheitshandeln
2. Drei Schichten von Realität : Oberflächenphänomene - Alltagstheorien - Latente Sinnstrukturen -
3. Alltagstheorien als gängige Legitimationsstrategien für Handeln
4. Latente Sinnstrukturen als versteckte Erklärungsmodi für Handeln

Das Lebensweisen-Konzept, wie es in der Weltgesundheitsorganisation konzipiert worden ist, bedarf weiterer Präzisierungen durch theoretische Explikationen und empirische Forschungen. Erst dann können konkrete Präventionsprogramme entwickelt werden. Welches sind, so lautet meine Frage, empirische und theoretische Konzepte der verstehenden Darstellung von Lebensweisen der Bevölkerung oder bestimmter Gruppen der Bevölkerung? Hier handelt es sich speziell um Frauen sowie ihr Handeln und ihre Einstellung zum Rauchen.

Biographische Methoden und Ansätze des symbolischen Interaktionismus sind sozialwissenschaftliche Konzepte, mit deren Hilfe das Lebensweisen-Konzept präzisiert werden kann.

1. Begründung der Notwendigkeit interpretativer Verfahren zur Erklärung von Gesundheitshandeln

Meine erste These lautet, daß Lebensweisen sichtbar werden am Alltags- und Routinehandeln der Einzelnen. Hier wirken kulturell vorgegebene Muster von Interaktionsstrukturen handlungsorientierend. Risikoverhalten, Healthism, Mäßigung und Exzeß sind mögliche Orientierungsmuster für alltägliches Gesundheitshandeln, die alle in sehr widersprüchlicher Weise sowohl in den Medien als auch im erwarteten Alltagshandeln angeboten werden. "Nicht gleich an die Decke gehen", "Greife lieber zur HB", "Ich reise meilenweit für eine CAMEL", "In Ruhe genießen mit LORD", dieses alles sind Werbemuster für Zigaretten, die auf alltäglichen Erwartungshaltungen im Spektrum von Spannung und Entspannung aufbauen.

Die zweite These lautet, daß dieses Alltags- und Routinehandeln empirisch aufweisbar ist im Alltagswissen. In den Sozialwissenschaften haben der symbolische Interaktionismus, die Ethnoscience und die Ethnomethodologie in der Bearbeitung des Alltagswissens eine lange Tradition. In der empirischen Erfassung des Alltagswissens arbeiten die genannten Theoriekonzepte häufig mit der biographischen Methode.

Was das Thema "Frauen und Rauchen" betrifft, werden zwei Arten von Daten benötigt: quantitative Daten durch Aggregation von Häufigkeitsverteilungen im Rauchverhalten von Frauen nach Alter, Schicht oder anderen Merkmalen gewonnen und qualitative Daten, die aus Interpretationsverfahren der interaktionistischen Konzepte gewonnen werden. Beide Arten von Daten, quantitative wie qualitative, sind objektiv. Die Qualität und der Grad der Objektivität allerdings sind unterschiedlich. Und diese Unterschiede hängen mit der Realität, die es bei "Frauen und Rauchen" zu analysieren gilt, selbst zusammen. Realität ist nicht ein kompaktes Ganzes, sondern besteht aus mehreren Schichten. Zur Analyse einer jeden Schicht werden unterschiedliche Verfahren benötigt.

2. Drei Schichten von Realität: Oberflächenphänomene - Alltagstheorien - Latente Sinnstrukturen

Ich möchte hier drei Schichten von Realität unterscheiden. Die erste Schicht ist die Oberflächenbeschreibung von Großstrukturen. Diese können sehr gut mit quantitativen Methoden bearbeitet werden. Zusammenhänge epidemiologischer Art, die Entwicklung der Mengen der konsumierten Zigaretten von Frauen, Darstellung der Zusammenhänge zwischen Rauchen und Trinken und ähnliche Beschreibungen können mit Hilfe dieser Methode herausgefunden werden. Die so herausgefundenen Zusammenhänge sind allerdings statistischer Art, d.h. über die Bedeutung im Leben von Einzelnen oder Gruppen sagen statistische Verbindungen wenig aus.

Deshalb ist es wichtig, in weitere Schichten der Realität vorzudringen. Und hierfür eignet sich die biographische Methode sehr gut. Sie kann nämlich zwei Schichten weitergehen.

Die zweite Schicht möchte ich als Alltagstheorien bezeichnen. Es handelt sich hier um Alltagswissen, das den Charakter von kollektiven Legitimationstheorien hat. "Ich rauche, weil ich nervös bin". "Ich rauche, weil es mir schlecht geht". "Ich rauche, um mir eine Pause zu gönnen". In den Theorien des symbolischen Interaktionismus werden diese Legitimationen Rauchmotive genannt. Mit diesen Motiven beurteilen wir permanent Situationen und Handlungen des Alltags von Anderen und begründen für uns selbst, warum wir etwas tun. Alltagstheorien, und das ist meine These, sind in ihren Begründungen austauschbar. Genau in dieser Flexibilität besteht ihre Funktion. "Ich rauche, weil ich nervös bin", hat eine äquivalente Funktion wie "Ich rauche, um mir eine Pause zu gönnen." Die gesellschaftliche Funktion der Alltagstheorien ist, daß sie von allen als selbstverständlich und unhinterfragt akzeptiert werden, daß sie also einen Grundkonsensus möglicher Interaktionen herstellen.

Diese gesellschaftlichen Muster sedimentieren sich in Sprechakten bei biographisch orientierten Interviews. So kann beispielsweise auf die Frage: "Wie geht es?" nur geantwortet werden "Es geht gut" oder "Ich bin zufrieden", da sich Frage und Antwort im Rahmen einer alltagstheoretischen Grundkonvention befinden, die nur in Ausnahmefällen durchbrochen werden kann.

51
Die dritte und eigentlich zentrale Schicht innerhalb qualitativer Methoden ist die der latenten Sinnstrukturen. Diese liegen tiefer als die Alltagstheorien. Mit ihrer Hilfe können wissenschaftliche Erklärungen über Wirklichkeit herausgearbeitet werden, die den Handelnden selbst nur der Möglichkeit nach bewußt werden können, ihnen aber in der Regel nicht bewußt sind. Um die latenten Sinnstrukturen herauszuarbeiten, werden in den Sozialwissenschaften vor allem sprachanalytische Methoden benutzt.

Entscheidend ist, daß die Analyse der latenten Sinnstrukturen nicht auf der Ebene der Selbsterklärung z.B. über Rauchverhalten von Frauen stehenbleibt, sondern die tieferen Gründe herausarbeitet. Aus diesem Grunde verweisen nur die latenten Sinnstrukturen, nicht aber Alltagstheorien oder statistische Zusammenhänge, auf die Möglichkeiten zur Veränderung des Handelns.

Deshalb kommt eine sozialwissenschaftlich orientierte Gesundheitsforschung ohne die Verwendung interpretativer verstehender Methoden nicht aus. Daher ist der biographische Ansatz für die Frauengesundheitsforschung von großer Wichtigkeit. Ich werde im folgenden nun genauer auf die Möglichkeiten zur Verwendung der Konzepte von Alltagstheorien und latenten Sinnstrukturen für die Analyse von gesundheitsbezogenem Handeln eingehen.

3. Alltagstheorien als gängige Legitimationsstrategien für Handeln

Wie oben angedeutet, impliziert die Verwendung der biographischen Methode das Problem, daß Alltagswissen routinehaft ist. Es ist kollektiv geteiltes Wissen und, obwohl seine Hauptfunktion in der Legitimation eines jeweiligen Handelns besteht, werden die Legitimationen als solche nicht erkannt, vielmehr werden sie als selbstverständlich (taken for granted) angesehen. In einer biographischen Erzählung hat dieses Selbstverständliche folgende Formen: Das kam ganz von selbst, das gehörte so dazu, als ich jung war, das war in meiner Familie schon immer so, das machen doch alle usw. Stellt man Alltagstheorien in Frage oder versucht Präzisierungen zu erhalten, so reagieren die Befragten meistens sehr unwirsch. Dazu ein Beispiel von Harold GARFINKEL (Das Alltagswissen über soziale und innerhalb sozialer Strukturen, in: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit, Opladen, 1980, Seite 206).

bislang als selbstverständlich angesehen wurden.

Mit Hilfe der Bearbeitung von Konfliktsituationen lassen sich Ambivalenz und Widersprüchlichkeit im Verhalten von Rauchern wie auch in Raucherleitbildern aufarbeiten. Dabei gehe ich davon aus, daß in den Raucherleitbildern als Kompaktmodellen widersprüchliche Anweisungen und Anleitungen enthalten sind. Diese herauszuarbeiten ist ein wichtiger Schritt in Richtung auf ein adäquates Präventionsprogramm.

Dabei erscheint mir beispielsweise adäquater, das Rauchen von Frauen im theoretischen Zusammenhang der Double-bind-These zu diskutieren und weniger im Zusammenhang mit dem Aspekt der Doppelbelastung von Frauen. Mir scheint, daß das Rauchen von Frauen aus den nicht zu vereinbarenden Verhaltensanforderungen, die an sie gestellt werden, begründet werden kann und nicht aus einer schlichten Doppelbelastung, womit mehr der quantitative Aspekt betont wird. Im Double-bind sind sowohl Rauchen als auch Nichtrauchen als normative Anforderungen an Frauen enthalten. In der Analyse geht es also um das Aufzeichnen dieser widersprüchlichen Struktur, und es ist diese "perverse" gesellschaftliche Struktur, mit der Frauen umgehen müssen und aus deren Analyse sie eventuell Alternativen für ein gesundheitsbezogenes Handeln entwickeln können.

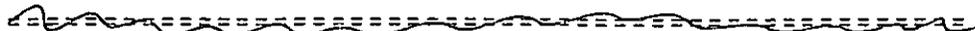
Neben den Konflikten und Ambivalenzen scheint mir in Bezug auf das Rauchen wichtig zu sein, an den Imaginationen von Frauen anzusetzen. Ich meine, daß in der Diskussion um "Frauen und Rauchen" viel zu viel über Arbeitsbelastungen geredet wird, daß aber ein Teil der Motivation für das Rauchen von Frauen darin besteht, daß die Zigarette es den Frauen ermöglicht, sich in eine andere Welt transportieren zu können und die eigene miserable Wirklichkeit für einen Augenblick zu vergessen. Ein Teil der Zigarettenwerbung arbeitet im Bereich des Imaginären, der Schönheit, Attraktivität, der eleganten Gestik, von denen Frauen beeindruckt sind. Zur Verhinderung des Rauchens von Frauen nützt es wenig, rationalistisch mit Vernunftargumenten diese "schönen und verführerischen" weiblichen Selbstbilder, die mit der Zigarette verkauft werden, auszutreiben. Denn rationale Einsicht über die gesundheitsschädigenden Wirkungen von Zigaretten und der Wunsch nach Flucht aus

der Realität durch das Kaufen und Rauchen von Zigaretten liegen auf verschiedenen Ebenen der Handlung und Verarbeitung, die trotz ihrer inneren Widersprüchlichkeit durchaus subjektiv integrierbar sind.

Drittens ist es wichtig, neben der Analyse des Alltagswissens den Bereich des Nonverbalen nicht zu vergessen. GOFFMAN und OEVERMANN beispielsweise sind Forscher, die sich mit den nicht verbalen und interaktiven Momenten von Alltagshandeln beschäftigen. Die Weise, wie Zigaretten gehalten werden, das Aufzeichnen der Rituale des Ansteckens und Ausmachens von Zigaretten, die Formen des Anbietens oder Versteckens von Zigaretten sind aufschlußreich für die Analyse von alltäglichen Legitimationen und Imaginationen rund um das Rauchen herum.

Ein damit zusammenhängender Punkt ist die Herausarbeitung der Bedeutung des Rauchens für die Organisierung und Strukturierung des Tagesablaufs. Wie geht das Rauchen von Zigaretten in die Strukturierung des Tagesablaufs ein, und welche Bedeutung hat das Rauchen von Zigaretten an bestimmten Momenten des Tagesablaufs? Dabei wird davon ausgegangen, daß das Rauchen für jede Person zu unterschiedlichen Zeiten eine unterschiedliche Bedeutung hat. Eingenistet in einen Tagesablauf und den energetischen Haushalt einer Person können Zigaretten als Pausenzigaretten, Entspannungszigaretten, nervöse Zigaretten, Zigaretten zum Erwachsenwerden, Zigaretten zur Verhinderung von Regression und alltägliche Zigaretten unterschieden werden. Und diese Analyse ist nur möglich mit Hilfe von qualitativen Verfahren, die sich an der Biographieforschung orientieren.

4. Latente Sinnstrukturen als versteckte Erklärungsmodi für Handeln



Abschließend soll die wichtigste Erklärungsebene, die der latenten Sinnstrukturen, kurz skizziert werden. Hier möchte ich besonders drei Punkte hervorheben.

27

Ein erster Punkt bezieht sich auf die Frage nach der Qualität der latenten Sinnstrukturen. Dabei gehe ich davon aus, daß latente Sinnstrukturen nicht allein sprachlich und kognitiv vermittelt sind, sondern auch über Bilder. Das bedeutet, daß sie sowohl auf der Ebene des Rationalen als auch auf der Wahrnehmungs- und der Emotionsebene angesiedelt sind.

Leider wird in vielen Theorien zum Handeln und Verhalten wie auch in Konzeptionen zum Gesundheitshandeln so getan, als ob wir Vernunftsmenschen seien; tatsächlich aber ist es so, daß unsere Aktionen und Reaktionen meistens emotional bestimmt sind. Die Emotionen sind - mit Ausnahme in der Psychoanalyse und therapeutischen Verfahren - wenig erforschte Bereiche innerhalb der Sozialforschung. Was das Thema "Frauen und Rauchen" betrifft, so ist es ganz entscheidend, die latenten Sinnstrukturen beim Rauchen im Bereich der Emotionalität und der bildhaften Wahrnehmung zu suchen.

Zweitens ist zur Analyse der latenten Sinnstrukturen eher ein geschichtlicher Ansatz produktiv. Maurice HALBWACHS arbeitet in diesem Zusammenhang mit der Konzeption des kollektiven Gedächtnisses. Im kollektiven Gedächtnis ist die Geschichte einer Bevölkerung oder von Teilgruppen auf eine lebendige Weise enthalten und erhalten. Meine These ist, daß die Geschichte des Rauchens in unserem Gedächtnis bis heute immer noch eingelagert ist. Bilder aus der Vergangenheit sind Frauen heute noch gegenwärtig, Bilder, wo rauchende Frauen mit Emanzipation, Reife und Modernismus verknüpft waren, mit langen Zigarettenspitzen und kurzen Kleidern.

Die Goldenen Zwanziger Jahre spuken sozusagen immer noch in den Körpern und Köpfen von Frauen herum und bilden eine, wenn auch mittlerweile obsolet gewordene latente Sinnstruktur für das Rauchen. Frauen wurden in Bezug auf das Rauchen - und leider nicht nur da - historisch sozusagen frustriert, denn sie begannen erst mit der Verbreitung der schnellen Industriezigarette zu rauchen, zu dem Zeitpunkt also, als der Zusammenhang von Rauchen und Genuß im "Herrenzimmer" und "Smoking" entsinnlicht wurde. Erst in diesem Augenblick, wo der genießende, tabakrauchende Bürger vom konsumierenden Zigarettenraucher abgelöst wurde, erst zu dem

Zeitpunkt erschienen Frauen auf dem Markt des Rauchens. Deshalb ist der Generationsaspekt in Bezug auf das Rauchen von Frauen sehr wichtig, denn die Motive der Mütter für oder gegen das Rauchen haben sich im Sinne eines kollektiven Gedächtnisses in den späteren Frauengenerationen abgelagert. Die latente Sinnstruktur von Rauchen war also die der weiblichen Emanzipation. Zu dieser hat sich die latente Sinnstruktur des Teilens in der Gemeinschaft junger Männer nun auch auf Frauen übertragen. Über das Teilen und Verteilen von Zigaretten entsteht ein kollektives in-group-Gefühl innerhalb gemischtgeschlechtlicher Jugendgruppen. Weitere latente Sinnstrukturen auf der Ebene des kollektiven Gedächtnisses von Frauen wären herauszuarbeiten.

Eine dritte Ebene ist die der Ethik von Frauen. Wie beispielsweise GILLIGAN herausgefunden hat, sind für die Konstitution von weiblicher Identität Beziehung und Fürsorge von entscheidender Wichtigkeit. Rauchen kann als Konflikt oder Mangel an Beziehung und Fürsorge bezeichnet werden. Frauen leben heute den Konflikt zwischen Wunsch nach Beziehung und Vertrauen und einer Realität von Beziehungslosigkeit und Egoismus auf die Weise, daß sie den Konflikt in Wunschbilder transportieren. Sie führen sie in eine Welt ohne Beziehungs- und Liebesarmut, in eine Welt von Fürsorge und Liebe. Indem Frauen sich aber sozusagen an der "Glimmstange" hochziehen, drückt der Wunsch nach Beziehung über die Zigarette zugleich die reale Beziehungslosigkeit aus. Frauen spüren diese Widersprüchlichkeit im Rauchen.

Das Rauchen von Frauen symbolisiert also heute dieses Dilemma: Den Wunsch nach Beziehung und gelebte Beziehungslosigkeit gleichzeitig. Die biographische Methode ermöglicht es, durch die Analyse der verschiedenen Tiefenschichten weiblicher Realität, diese Ambivalenzen herauszuarbeiten. Konsequenterweise müßte ein Präventivprogramm "Frauen und Rauchen" an den latenten Sinnstrukturen ansetzen, um gemeinsam mit Frauen durch die Arbeit an diesen Sinnstrukturen Alternativen zu entwickeln. Diese Alternativen können sich selbstverständlich nicht auf ein kognitives Frauen-Anti-Rauch-Programm reduzieren.

ULRIKE MASCHESKY-SCHNEIDER

Frauen und Rauchen - Analyse von Biographien rauchender Frauen. Eine qualitative Studie

1. Die Problemstellung. Immer mehr Frauen rauchen - Falsch verstandene Emanzipation oder eine neue Abhängigkeit? Seite 1
2. Gesundheit und Lebensweisen - Gibt es für Frauen einen Anspruch auf Gesundheit? Seite 5
 - 2.1. Gesundheitsriskantes Verhalten als Konfliktverhalten Seite 8
 - 2.2. Gesundheit und Lebensplanung Seite 10
 - 2.3. Weiblicher Lebenszusammenhang, Abhängigkeit und Gesundheit Seite 12
3. Untersuchungsfragestellungen - Biographien von Frauen, die rauchen Seite 22
 - 3.1. Untersuchungsgruppen - Frauen unterer bis mittlerer Sozialschichten Seite 22
 - 3.2. Rauchen im biographischen Prozeß - Verlaufsformen des Rauchens Seite 24
 - 3.3. Rauchen als soziales Handeln Seite 26
 - 3.4. Rauchen und Alltagskonzepte von Gesundheit Seite 26
 - 3.5. Der Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören - Suche nach selbstbestimmten Handlungsstrategien Seite 27
 - 3.6. Frauen, die aufgehört haben zu rauchen - Befreiung aus einer Abhängigkeit Seite 28
4. Ergebnisse. Gemeinsames und Verschiedenes - Den Typus "die Raucherin" gibt es nicht Seite 30
 - 4.1. Methodische Vorbemerkungen Seite 30
 - 4.2. Rauchen im biographischen Prozeß - Verschiedene Raucherinnenbiographien Seite 33
 - 4.3. "Das ist genauso, wie wenn sie gerne Kaffee trinken, ich rauche nun gern!" - Rauchen als alltägliches Handeln - Gruppe 1 Seite 37
 - 4.4. "Und wenn mir das nun noch fehlt, dann bricht alles zusammen!" - Warum die Versuche aufzuhören scheitern Gruppe 2 Seite 45

4.5	"Und wahrscheinlich bin ich da doch unabhängiger geworden ..." - Weg von der Zigarette : Befreiung aus einer Abhängigkeit - Gruppe 3	Seite 53
5.	Resümée : Warum immer mehr Frauen rauchen -	Seite 62
6.	Literatur	Seite 71

1. Die Problemstellung

Immer mehr Frauen rauchen! - falsch verstandene Emanzipation oder eine neue Abhängigkeit?

"Ich finde es eigentlich doof, von der Zigarette abhängig zu sein. Da ich auch alles weiß, was da anhängt, gesundheitsmäßig, und, und, ... und ich gerne davon runter möchte - auf der einen Seite. Auf der anderen Seite wahrscheinlich - ich will vielleicht doch garnicht, weiß ich nicht? Ich bilde mir immer ein, ein Wille muß von alleine da sein.... (Waldmann, S.8).

.... jeder hat doch einen Grund, warum er raucht, oder in welchen Situationen er besonders stark raucht oder wenn er persönliche Probleme hat vielleicht müßte man das miteinander verknüpfen. Nicht nur auf das Rauchen fixiert, man weiß ja im Prinzip immer, daß man raucht, aber das ist genau so, daß man das Endresultat abschaffen will, aber die Ursache nicht beseitigt." (Waldmann, S. 11 ff.)

Frau Waldmann bringt in ihrer Selbsteinschätzung das Dilemma, vor dem die Gesundheitserziehung steht und das deren relative Erfolglosigkeit ausmacht, zum Ausdruck. Die meisten der Raucherinnen und Raucher wissen, welches gesundheitliche Risiko sie sich damit einhandeln. Dieses Wissen zeigt aber nicht die gewünschten Konsequenzen im Verhalten der Betroffenen.

Im Gegenteil - quantitative Analysen (REUTER 1980) zeigen folgende Trends auf:

- Die Zahl der rauchenden Frauen ist in den siebziger Jahren um knapp 40% gestiegen.
- Auch die Rauchintensität bei Frauen hat zugenommen, d.h., die Zahl der Gelegenheitsraucherinnen hat abgenommen.
- Insbesondere junge Mädchen und Frauen rauchen zunehmend, wobei für die Zukunft noch eine steigende Tendenz zu erwarten ist. (ROHRMOSER 1984)
- Besonders Frauen aus unteren Bildungs- und Sozialschichten (Arbeiterinnen; einfache Angestellte; Serviererinnen) rauchen zu einem hohen Prozentsatz (ebd.).

- Ehemalige Raucher lassen sich eher bei Männern als bei Frauen finden.

Die Frage, worin diese steigenden Tendenzen begründet sein könnten, wurde bisher nicht ausreichend geklärt. Es werden Argumente angeführt wie: Frauen rauchen aus "falsch verstandener Emanzipation" heraus oder sie wollten "den Männern nachziehen" - wobei hier mit dem Rauchen gleich alle anderen Bereiche wie: Beruf, Politik, Emanzipation von der Familie etc. mitgedacht werden.

Nicht zuletzt wird die Frau dann aber auch auf ihre Verantwortung verwiesen, die sie als Vorbild und Hüterin der Gesundheit ihrer Familie zu tragen habe: als Schwangere, als Mutter und als Lebensgefährtin.

Mit dieser Studie hier wollten wir nun einen Beitrag zur Klärung solcher Fragen leisten. Dabei meinten wir, dem nahe zu kommen, wenn wir die Frauen einmal selbst zu Wort kommen lassen. Wie sehen sie sich selbst als Raucherin, wie haben sie angefangen und was bindet sie an die Zigarette? Brauchen sie die Zigarette zur Bewältigung alltäglicher Anforderungen und Belastungen? Und : was gibt den Frauen Kraft, mit dem Rauchen aufzuhören, wie entsteht dieser Wunsch und wie können ihn die Frauen verwirklichen?

So hofften wir, daß die Frauen über sich selbst erzählen würden. In unserer Haltung gegenüber den Frauen, mit denen wir sprachen, haben wir versucht, auch selbst offen zu sein, indem wir ihnen nicht mit gesundheitserzieherischen Intentionen gegenübergetreten sind. Wir wollten wissen, wie die Frauen leben und warum die Zigaretten so eng mit ihrem Leben verbunden sind. Warum ist diese Bindung - diese Abhängigkeit - so stark, daß ein Ziel, wie die Bewahrung der eigenen Gesundheit, dagegen in den Hintergrund tritt?

Aber: wenn uns viele Frauen erzählten, wie notwendig sie die Zigarette zur Bewältigung ihres Alltags brauchen, ist dies

unserer Meinung nach nicht nur Ausdruck ihrer persönlichen Problemlagen, sondern auch Ausdruck ihrer sozialen Lage als Frau. Das Bild der Frau unterlag in den beiden letzten Jahrzehnten nicht unerheblichen Wandlungen. Die Orientierung auf Berufstätigkeit und die Entwicklung von Lebensperspektiven, in die Beruf wie Familie eingebunden sind, ist dabei ein wesentliches Moment.

Hintergrund bildet die wirtschaftliche Entwicklung in den 60er Jahren, als der Arbeitsmarkt auch auf weibliche Arbeitskräfte verstärkt zurückgreifen mußte. Dabei wurden auch Frauen angesprochen, die sonst weniger häufig im Berufsleben anzutreffen waren : Mütter mit kleineren Kindern, Frauen im mittleren Lebensalter, die in den Arbeitsprozeß "wiedereingegliedert" werden sollten; eine steigende Zahl von Studentinnen war zu verzeichnen und eine Berufsausbildung für Mädchen wurde angestrebt.

In diesem Prozeß mußte ein neues Frauenbild entstehen : Selbstständigkeit, Emanzipiertheit, Berufs- und Familienorientiertheit, ohne dabei ein "Hausmütterchen" zu sein, sind sicherlich Teil dieses Frauenbildes. Wenn Frau versuchte, ihr Leben an diesem Selbstbild auszurichten, mußte sie jedoch die Erfahrung machen, daß die Realität anders war, daß diesem Frauenbild nur sehr begrenzte Realisierungschancen gegeben waren. Denn : weiterhin waren und sind Frauen in die restriktiven Anforderungen aus Beruf und Familie eingebunden, besetzen die untersten Berufspositionen, haben geringere Qualifizierungschancen und sind schlechter entlohnt; auch im gesellschaftlichen und privaten Leben müssen sie weiterhin Diskriminierungen hinnehmen.

Möglicherweise spielt die Zigarette in dieser widersprüchlich organisierten Welt für die Frauen eine besondere Rolle. Sie hat einerseits Teil am Aufbau des neuen Frauenbildes, ist symbolischer Ausdruck für Freiheit, Selbstständigkeit, Unabhängigkeit: Protest gegen eine traditionelle Frauenrolle. Aber dies ist

eine Illusion von Freiheit, denn die Zigarette schafft eine neue Abhängigkeit. Möglicherweise ist sie damit aber auch Ausdruck sozialer und persönlicher Abhängigkeiten, denen Frauen weiterhin unterliegen.

Meint Frau Waldmann vielleicht diesen Widerspruch, wenn sie davon spricht, daß sie sich von der Zigarette abhängig fühlt: eine Abhängigkeit nicht nur von der Zigarette, sondern auch von einer Lebenssituation - Frau Waldmann berichtet von familiären Problemen - , aus der sie sich nicht befreien kann? Ist die Zigarette vielleicht Ausdruck des stillen Protestes gegen diese Abhängigkeit, ein Protest gegen das "typisch Weibliche", bei gleichzeitiger Anpassung und Einpassung in die weiblichen Rollenerwartungen?

2. Gesundheit und Lebensweisen - Gibt es für die Frauen einen Anspruch auf Gesundheit?

Mit der vorliegenden Studie knüpfen wir an zwei Forschungssträngen an: die Diskussion um ein soziales Modell gesundheitsbezogener Lebensweisen einerseits und die Frauengesundheitsforschung andererseits. In der - u.a. von der WGO vorangetriebenen - Diskussion um das Lebensweisenkonzept (s.a. Regional Program in Health Education and Lifestyles 1981; Lebensweisen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit 1982; ERBEN/FRANZKOWIAK/WENZEL 1983; HORN/BEIER/KRAFT-KRUMH 1984; HORN 1983; KICKBUSCH 1981; LEVIN 1981; WILKENING 1981) geht es um die Entwicklung eines theoretischen Rahmens, in dem das Modell einer breit angelegten Gesundheitsförderung als eine neue Präventionspolitik begründbar ist. Gesundheitsförderung ist - in Abgrenzung zur informativischen Gesundheitserziehung - als ein Präventionsmodell zu verstehen, in dem individuelle gesundheitsriskante Verhaltensweisen in ihrem sozialen und kulturellen Bedingungsgeflecht verstanden werden und auch nur in diesem Zusammenhang als veränderbar gelten. Hintergrund dieses Konzepts war die Erfahrung der relativen Konsequenzlosigkeit einer jahrzehntelangen, rein verhaltensbezogenen, informativischen Gesundheitserziehung. Nach Vorstellung der WGO sollte es jetzt darum gehen, Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu entwickeln, die das gesamte Lebensumfeld des Einzelnen einbeziehen. Mit dem Lebensweisenkonzept wurde dazu ansatzweise ein wissenschaftlicher Rahmen hergestellt, in dem gesundheitsriskantes Verhalten erklärbar ist und Veränderungsmöglichkeiten aufzeigbar sind.

Frauenforschung und Frauengesundheitsforschung bilden in dieser Studie insoweit einen theoretischen und empirischen Hintergrund, als wir Kenntnisse über die Lebenssituation von Frauen, ihre gesundheitliche Lage, frauenspezifische Belastungskonzepte und Modelle, die das Erleben und Handeln von Frauen erklären, zugrunde legen müssen, wenn wir den Zusammenhang von Frauen und Rauchen untersuchen. Einen frauenspezifischen Ansatz

halten wir für notwendig, weil die Situation der Frauen durch ihre widersprüchliche Eingebundenheit in Beruf und Familie gekennzeichnet ist. Hier unterliegt sie den für Frauen typischen Anforderungen und Abhängigkeiten; hier muß sie sich orientieren zwischen ambivalenten Verhaltensmustern und Identitätsbildern; hier tut oder unterläßt sie etwas für ihre Gesundheit; und in diesem Spannungsfeld entwickelt sich dann vielleicht auch der Wunsch, etwas zu verändern, neue Ansprüche an sich und ihre Umwelt zu stellen.

Das Lebensweisenkonzept entsteht aus der Kritik des Risikofaktormodells einerseits und der daran anknüpfenden informatorischen Gesundheitserziehung andererseits. Die Diskussion um das Lebensweisenkonzept macht jedoch deutlich, daß ein stringentes theoretisches Konzept bisher noch nicht entwickelt werden konnte. Es existieren erste Überlegungen und kritische Auseinandersetzungen mit bisherigen Modellen. Seitens der WGO wurden erste Ergebnisse der Diskussion in Form richtungsgebender Statements zusammengefaßt. Wege der empirischen Operationalisierbarkeit des Lebensweisenkonzepts sind bisher nur ansatzweise deutlich geworden (s.z.B. HORN/BEIER/KRAFT-KRUMM 1984). Mit der Studie "Frauen und Rauchen" sollte deshalb u.a. ein Beitrag dazu geleistet werden.

In der Diskussion um das Lebensweisenkonzept scheinen mir einige Punkte zentral zu sein, die ich in diesem Kapitel ausführlicher behandeln möchte.

Ausgangspunkt unserer Überlegungen war der Widerspruch, daß vielen Rauchern bzw. Raucherinnen sehr wohl bewußt ist, welches gesundheitliche Risiko sie sich damit einhandeln, daß dieses Wissen jedoch wenig Konsequenzen im Hinblick auf ihr Rauchverhalten zeigt. Warum also wird gesundheitsriskantes Verhalten wider besseres Wissen aufrechterhalten?

Hierzu wollen wir zunächst die These von der Funktionalität dieses Verhaltens im Leben der Betroffenen diskutieren. Gesundheitsriskante Verhaltensweisen haben eine Funktion im psychosozialen und sozialen Prozeß der Bewältigung von Anforderungen und Belastungen. In diesem Sinne bilden sie "Lebensnotwendigkeiten", die von den Betroffenen nicht ersatzlos aufgegeben werden können und wollen.

Die individuenzentrierte, informative Gesundheitserziehung spricht von der Pflicht zur Gesundheit. Dem liegt eine Sichtweise zugrunde, wonach der Einzelne selbst seinen Beitrag zur Erhaltung der eigenen Gesundheit zu leisten habe, indem er gesundheitsriskante Verhaltensweisen vermeidet. Dabei impliziert diese Sichtweise, daß Gesundheit überhaupt ein bedeutsames Lebensziel (für die Menschen darstellt. Das Lebensweisenkonzept stellt) diese Implikation infrage, mit dem Hinweis auf die Arbeits- und Lebensbedingungen, unter denen die Gesundheit tagtäglich riskiert werden muß. Wie könnte demgegenüber ein Konzept von Gesundheit aussehen, in welchem diese nicht nur für das gesellschaftliche Arbeitsvermögen als Leistungsfähigkeit funktionalisiert ist, sondern für den Menschen auch Wohlbefinden, Glück, Lebensfreude, Selbstverwirklichung umfaßt?

Was bedeuten nun diese Überlegungen für die Frauen? Hilft die Zigarette den Frauen, alltägliche Anforderungen zu bewältigen?

Warum hat das Rauchen in dieser Funktion eine größere Bedeutung als das Ziel, die eigene Gesundheit zu erhalten? Was bedeutet Gesundheit für die Frauen und wie ist ihr Anspruch auf Gesundheit zu fassen und zu verwirklichen? Wenn Frauen sich mit ihrem Rauchverhalten kritisch auseinandersetzen, wenn sie Wege suchen, sich aus der Abhängigkeit von der Zigarette zu befreien, bedeutet dies, daß Frauen einen Anspruch auf Gesundheit erheben? Wollen sie sich unabhängig machen - nicht nur von der Zigarette, sondern auch von Anforderungen und Erwartungen, die sie nicht länger bereit sind,

auf sich zu nehmen?

2.1. Gesundheitsriskantes Verhalten als Konfliktverhalten

Das Modell der informatorischen Gesundheitserziehung enthält die Vorstellung, daß die kognitive Betrachtung eigener Verhaltensweisen, vielleicht noch gestützt durch ein angeleitetes Training solcher Prozesse (z.B., Raucherentwöhnungskurs), zu einer Verhaltensmodifikation führt. Dabei drückt der Begriff Verhaltensmodifikation die Richtung aus, in die eine solche Veränderung führen soll. Nämlich eine partielle Veränderung einzelner alltäglicher Verhaltensweisen. Dieses Modell fragt nicht nach der Funktionalität, dem verborgenen sozialen Sinn gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen. Es zwingt vielmehr, in einem sozialen Kontext funktionale Verhaltensweisen aufzugeben, ohne Alternativen dagegen zu setzen. Hierin sind sich Kritiker verschiedener Richtungen einig. So schreibt HORN (1983 a):

"Es ist inzwischen deutlich geworden, daß die Kombination 'medizinisch definierte Risikofaktoren' und 'autoritative Massenpädagogik' nicht funktionieren konnte, weil diese Gesundheitspolitik das 'Verhalten' zu naiv einschätze - eben behavioristisch als beobachtbare Abläufe, nicht als mit Sinnstrukturen unterlegte Handlungsabläufe." (ebd. S.52)

"Aus verhaltenswissenschaftlicher Perspektive ist ja ohnehin immer problematisch gewesen, auf Verzicht zu werben. Die in Aussicht gestellte Belohnung 'Gesundheit' sieht aus der Perspektive des mit Gesundheitsrisiken Lebenden anders aus, weil er ja nicht so etwas Einfaches wie einen medizinisch definierten Risikofaktor, ein Gewicht beispielsweise, aufgeben soll, sondern eine hochkomplexe Größe, die für ihn Bedeutungen verschiedenster Art hat." (ebd., S. 52)

Und SCHAEFER/BLOHMKE (1978) argumentieren:

"Es müßte daher den Bürgern des Landes eine Verhaltensalternative nahegebracht werden, welche ein Handeln erzeugt, das selber lustbetont ist und zu den ebenfalls stark lustbetonten Fehlverhaltensweisen konkurrenzfähig wäre.... Für viele Menschen sind Fehlverhaltensweisen (Rauchen, Trinken, Essen) Ersatzbefriedigungen, weil ihr Leben zu freudlos und inhaltsleer ist. Also müssen neue Inhalte geschaffen werden."(ebd., S. 349 ff)

SCHAEFER/BLOHMKE liefern hier ein Erklärungsmodell, in dem der Widerstand gegen Gesundheitserziehung aus der psychosozialen Funktion gesundheitsschädigender Verhaltensweisen als Ersatzbefriedigung für ein freudloses und inhaltsleeres Leben gesehen wird. Neue Inhalte sollen geschaffen werden, die eine Alternative zu diesen Ersatzbefriedigungen bieten könnten. Wie diese jedoch auszusehen, wo sie anzusetzen hätten, etwa beim persönlichen Verhalten, z.B. in der Freizeit oder durch Schaffung von Alternativen im sozialen Bereich, bleibt offen.

Aus dem Lebenskontext heraus versucht auch HORN (ebd.) den Sinn dieser Verhaltensweisen zu erklären. Für ihn ist gesundheitliches Risikoverhalten selbst ein Versuch, widersprüchliche Ansprüche an soziales Handeln zu bewältigen.

"Gesundheitliches Risikoverhalten stellt in aller Regel also eine unter anderen möglichen Formen sozial akzeptierter und zugleich mit persönlichem Sinn unterlegter Handlungs- und Konfliktlösungsmuster dar..... Von ganzen Kollektiven praktizierte Gesundheitsrisiken können insofern viel "allgemeiner" abgesichert sein als nur vermittelt unbewußt gewordener psychosozialer Konflikte und gruppenspezifischer Bräuche." (ebd., S. 53)

Damit geht HORN über ein psychosoziales oder sozialpsychologisches Konzept hinaus, in dem Gesundheitsverhalten bzw. Risikoverhalten als ein auf die eigene Person bezogenes Bewältigungsverhalten begriffen wird. Er entwickelt eine Perspektive, aus der heraus dieses Handeln eine gesellschaftliche Funktionalität erhält, in dem Sinne, daß es sozial normierte Handlungsstrukturen für den Umgang mit widersprüchlichen und konflikthafter Problemsituationen vorgibt. Dabei handelt es sich aber nicht um die Bewältigung dieser Situationen, indem ein auf Veränderung dieser Situationen gerichtetes Handeln entwickelt wird, sondern um ein Ausweichen, ein "Umschiffen" dieser Situationen. In diesem Sinne spricht HORN vom "autoplastischen Problemlösungsverhalten" (1983 b). HORN erweitert hier sein in Anknüpfung an Mitscherlich (1966, 1967) entwickeltes Krankheitskonzept auf die Erklärung von Gesundheits- und Risikoverhalten. Krankheit ist ein "regressives Phänomen", eine "Entstellung des Bewußtseins und eine Entdifferenzierung sozialer Beziehungen." (HORN 1983 a)

"Krankheit ist insofern ein Mechanismus der Subjektivierung psychosozialer und gesellschaftlicher Probleme (HORN 1979, 1980 a): Probleme eines größeren wirtschaftlichen Zusammenhangs schlagen sich am Subjekt nieder und werden von der klassischen Medizin, potentiell aber eben auch im ganz persönlichen Interesse der Konfliktabwehr am Körper des Einzelnen lokalisiert und behandelt."

(Horn 1983, S. 59)

In diesem Sinne ist auch Risikoverhalten als eine Reaktion auf gesellschaftlich konstituierte Konflikte zu verstehen, die am Subjekt ihren Niederschlag finden und dort als persönliche, individuelle wahrgenommen werden. Diese scheinbar privaten Probleme werden im Gesundheitsverhalten individuell, privat gelöst - im Sinne eines "sich auf den eigenen Körper zurückziehenden" Verhaltens. Die damit erfolgte Verschiebung gesellschaftlicher Probleme auf private wird von SCHAEFER/BLOHMKE (s.o.) psychologisch als "Ersatzbefriedigung" bezeichnet, wobei dann auch dieses Modell eine Verschiebung von Handlungen impliziert.

Beide Konzepte machen aber auch deutlich, daß im Gesundheitsverhalten eine Doppelstruktur verborgen ist. Es ist ein lustbetontes Verhalten; es ist nicht nur Rückzug, sondern auch eine Form des Protestes gegen Lebensbedingungen, in denen ein bewußtes und aktives Auseinandersetzen mit der gesellschaftlichen Realität immer wieder verhindert wird; in denen Handlung^Sspielräume zunehmend eingeengt werden und allemal im Privaten - scheinbare - Handlungsalternativen bestehen. Scheinbar, weil mit dem Angebot einer breiten Palette von Gestaltungsmöglichkeiten für die Freizeit oft nur die Illusion einer freien Entscheidung vorge spiegelt wird. HORN (1983) bezeichnet das Aufrechterhalten von Risikoverhalten als Form des "selbstdestruktiven und gesellschaftlich destruktiven Protestes gegen die Zunahme sozialer Kontrolle" (S. 65).

by

2.2. Gesundheit und Lebensplanung

Das Modell informatorischer Gesundheitserziehung impliziert, daß Gesundheit ein Ziel von Lebensplanung der Betroffenen ist. Es impliziert darüberhinaus, daß die Bewahrung und Herstellung von Gesundheit Realisierungschancen im Lebensumfeld hat. Auch Gesundheit unterliegt in ihrer gesellschaftlichen und persönlichen Funktion einer Doppelstruktur. Gesundheit bedeutet für den Einzelnen Wohlbefinden, Glücklich-Sein, und im Sinne des

sozialen Wohlbefindens: soziale Handlungsfähigkeit in der Bewältigung der Beziehung Körper - Seele - Umwelt. Gesundheit wird unter unseren gesellschaftlichen Bedingungen aber gleichzeitig funktionalisiert im Sinne des Zwangs zur "generalisierten Leistungsfähigkeit" (siehe auch HORN 1983 a, S. 55). - Gesundheit ist aus dieser Perspektive keine anthropologische Grundkonstante, als ein Anrecht des Einzelnen gegenüber der Gesellschaft; vielmehr ist das Gegenteil der Fall - Gesundheit muß "auf's Spiel gesetzt", riskiert, die eigene Gesundheit ausgebeutet werden, um die gesellschaftlichen Leistungsstandards zu erfüllen.

Wenn informative Gesundheitserziehung den Einzelnen auffordert, Verhaltensweisen zu verändern, um seine Gesundheit zu erhalten, impliziert sie damit dieses Modell der Steigerung oder Bewahrung von Leistungsfähigkeit für den gesellschaftlichen Arbeits- und Lebensprozeß. Widerstände gegen Gesundheitserziehung finden so aber auch ihre Erklärung darin, daß sie von den Betroffenen als stille Widerstände gegen diese Forderung zum Erhalt ihrer im gesellschaftlichen Produktionsprozeß verwertbaren, generellen Leistungsfähigkeit gemeint sind. Auf diesem Hintergrund bleibt aber ein moralisierender Appell zur Umgewichtung der Werte, nämlich Gesundheit als Teil von Lebensperspektiven zu setzen, hohl. Er mißachtet die Realisierungschancen eines solchen Konzeptes. Die Verweigerung der "verordneten Gesundheit", das Festhalten an den gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen erhält so seine gesellschaftliche Funktionalität.

Es ist autoplastisches Problemlösungsverhalten, also ein auf die eigene Person bezogenes und nicht auf die Bewältigung der äußeren Situation bezogenes Handeln. Es ist Verweigerung von Leistungsbereitschaft aus zwei Perspektiven: als autoplastisches Problemlösungsverhalten ist es Verweigerung, Aussteigen aus einer nicht anders zu bewältigenden Lebenssituation. Als Widerstand gegen "verordnete Gesundheit" ist es Widerstand gegen eine Gesundheitsideologie, die Gesundheit nicht an den Interessen und Bedürfnissen der Betroffenen orientiert, sondern an der Steigerung der für den gesellschaftlichen Produktionsprozeß

verwertbaren Leistungsfähigkeit.

Die Funktionalisierung der Gesundheit als Erhalt von Leistungsfähigkeit findet im Gesundheitsbegriff selbst ihren Niederschlag. Risikofaktorforschung und behavioristische Gesundheitserziehung betrachten den Menschen nämlich nicht wirklich aus der Perspektive der Gesundheit, sondern aus der Perspektive von Krankheit sowie den Bedingungen und Verhaltensweisen, die dahin führen. Also: Gesundheit ist Vermeidung von Krankheit. Ist demgegenüber Gesundheit aber nicht auch ein Recht, ein Anspruch des Einzeln an die Gesellschaft, Bedingungen zu schaffen, unter denen der Erhalt der Gesundheit möglich ist? Damit stellt sich für die Forschung und die gesundheitspolitische Praxis die Forderung nach einem positiven Konzept von Gesundheit, daß nicht allein auf die Verhinderung krankheitsfördernder, sondern auf die Förderung gesunderhaltender Lebensweisen zielt.

10/10

2.3. Weiblicher Lebenszusammenhang, Abhängigkeit und Gesundheit

Was bedeuten diese Thesen nun für die Situation der Frau? Wie sehen die Lebensbedingungen aus, denen Frauen mit einem gesundheitsriskanten Verhalten begegnen und welche soziale Funktion hat ein solches Verhalten? Welchen Stellenwert hat das Rauchen in diesem Prozeß? Welche Chancen haben Frauen, etwas für sich und ihre Gesundheit zu tun? Wie könnten Lebensweisen von Frauen aussehen, in denen ihre eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden im Mittelpunkt stehen? Frauen leben in einer für sie widersprüchlich strukturierten Lebenswelt. Sie ist widersprüchlich in objektiver Hinsicht, geprägt durch die soziale Stellung der Frau im System der gesellschaftlichen Arbeitsteilung. Unbezahlte Hausarbeit, eingebunden in eine patriarchalische Familienstruktur auf der einen Seite und außerhäusliche Lohnarbeit unter schlechten Arbeitsbedingungen und Arbeitsmarktchancen andererseits bilden dabei die Pole. In beiden Bereichen leisten Frauen gesellschaftlich notwendige Arbeit : als Mutter, Hausfrau, Ehefrau auf der einen Seite und als billige Arbeits-

kraft für meist gering qualifizierte Erwerbsarbeit auf der anderen. In beiden Funktionen ist sie nicht ersetzbar - aber in keiner der Funktionen ist sie wirklich anerkannt und akzeptiert, hat sie eine reale Chance zur Selbstverwirklichung. Ihre schlechten Arbeitsmarktchancen werden legitimiert mit dem Verweis auf die reproduktiven Pflichten der Frau, als Schwangere, Gebärende und Mutter. Ihre familiäre Gebundenheit lasse angeblich einen vollwertigen Einsatz im Erwerbsleben nicht zu. Die Abhängigkeitsbeziehungen in der Familie wiederum sind solange nicht auflösbar, wie Frauen - gerade aufgrund ihrer ungesicherten Position im Erwerbsleben - auf die Familie als materiellen Rückhalt zur Sicherung ihrer Existenz verwiesen sind.

Diese objektiven Widersprüche schlagen sich nieder in divergierenden Anforderungen, ambivalenten Orientierungen und in der negativen Bewertung der Rolle von Frauen in Beruf und Familie. Dies zieht sich durch alle bedeutsamen Lebenserfahrungen der Frauen hindurch. Nur ein Aspekt sei hier herausgegriffen, der mir für den Erhalt oder den Verlust der Gesundheit der Frau besonders bedeutsam erscheint : die widersprüchlichen Anforderungen an ihr Leistungsvermögen.

Im Erwerbsleben wird von ihr verlangt, ihre ganze physische und psychische Kraft dem Arbeitsprozeß zur Verfügung zu stellen. Fehlzeiten und Leistungsabfälle werden sanktioniert. Im Arbeitsprozeß soll sie plötzlich vergessen, was nach der gesellschaftlichen Ideologie als ihre vorrangige Arbeit gilt, nämlich die Sorge um die Familie. Die Anforderungen, die im Erwerbsleben an sie hinsichtlich der Bereitstellung ihres Leistungsvermögens gestellt werden, unterscheiden sich nicht von den entsprechenden Anforderungen an den erwerbstätigen Mann. Aber: die Familie erwartet ebenfalls, daß die Frau ihr Leistungsvermögen in den Dienst der Familie stellt, bzw. darüberhinausgehend: sie ist hier darauf sogar gesellschaftlich verpflichtet, für den Erhalt und die Wiederherstellung des Leistungsvermögens der Familienmit-

glieder für den Erwerbsprozeß zu sorgen (siehe auch OSTNER 1980). Während der Ehemann sich noch mit dem Argument zurückziehen kann, daß er sich im Arbeitsprozeß verausgabt habe, gilt dies für die Frau und Mutter nicht. Ihre häuslichen Aufgaben und Pflichten hat sie zu erfüllen, unabhängig von ihrem persönlichen Befinden.

Und weiterhin : Beruf und Familie stellen an die Frau qualitativ unterschiedliche Anforderungen. Während Frauen im familiären Bereich einen gewissen Planungsspielraum besitzen, Zeit einteilen können, selbst bestimmen können, wann sie welche Aufgaben erledigen, ist dies den meisten Frauen im Erwerbsprozeß versagt. Hier sind Frauen weisungsgebunden, ist sowohl die Art der Arbeit vorgegeben als auch die Zeit, innerhalb derer sie zu erledigen ist. Während die Frau in der Familie Liebe und Zuneigung, Verständnis, Gerechtigkeit und Ruhe geben und vermitteln soll, zwingt die Erwerbsarbeit in den meisten Berufen, die Gefühle und ihren sozialen Zusammenhang außer Acht zu lassen; oder wie es für typische Frauenberufe gilt, werden sie funktionalisiert für eine höhere Leistungsverausgabung der Frauen (z.B. als Sekretärin, als Krankenschwester, als Erzieherin, etc.) . Der von BECKER-SCHMIDT u.a. (1982) beschriebene Widerspruch zwischen den ambivalenten Zeitstrukturen in Beruf und Familie — Zeit "sparen" in der Erwerbsarbeit und Zeit "laufen lassen" im Umgang mit der Familie, den Kindern — ist wohl ebenfalls Ausdruck der widersprüchlichen emotionalen Anforderungen in beiden Lebensbereichen, ist Ausdruck des sich täglich mehrmals wiederholenden Zwangs zum Perspektivenwechsel zwischen den Anforderungen, die Beruf und Familie stellen.

10.7.7

Die Situation der Frau ist damit durch ihre Doppelorientierung auf Beruf und Familie und all den damit verbundenen Problemen gekennzeichnet. Sie unterliegt dem täglichen Zwang zum Perspektivenwechsel, wie es am Beispiel der divergierenden Zeitstrukturen gezeigt wurde. Sie unterliegt dem Zwang zur vollständigen Ausbeutung ihres Leistungsvermögens, wobei der Widerspruch dadurch zugespitzt ist, daß die Frau sich entsprechend gesellschaft-

lichen Zuweisungsprozessen über die Familie definieren soll, die Erwerbstätigkeit aber gleichzeitig die Verausgabung all ihrer Kräfte erfordert. Eine freie Entscheidung für Familie oder Beruf gibt es für die Frau heute eigentlich nicht. Selbst für nichtberufstätige Frauen, die die Arbeit aufgegeben haben, damit sie sich um ihre Kinder kümmern können, sind beide Lebensbereiche immer präsent: in der eigenen Geschichte, als ehemals berufstätige Frau; in der Lebensplanung, wieder in den Beruf zurückzugehen, wenn die Kinder größer sind; in der Bewertung der aktuellen Situation in Abgrenzung/Identifizierung mit anderen berufstätigen Frauen und in der gesellschaftlichen Erwartung, beide Orientierungen aufrechtzuerhalten. In diesem widersprüchlich strukturierten Handlungsfeld, in dem die Frau sich bewegt, kann es ihr eigentlich nicht gelingen, eine geschlossene, nicht ambivalente Identität zu gewinnen. Gesellschaftlich wird ihr dafür ein Bild von Weiblichkeit vorgegeben, an dem sie ihre Identitätsbildung zu orientieren habe. Es verweist sie auf den Bereich des Privaten (Familie), auf Machtlosigkeit, Unterdrückung eigener Vorstellungen, auf psychosoziale Qualitäten wie Einfühlsamkeit und Sensibilität, Zurückstecken von Aggressionen, Krankheit, Leiden, Depression. PROKOP (1983) schreibt:

"Die bewußte, zwanghafte Anpassung, sei es an Bedürfnisse anderer, sei es an Machtverhältnisse, ist die Kehrseite der weiblichen Sensibilität. Die Idealbilder des Weiblichen wie die Rollenvorschriften schließen bis in die Gegenwart eine offene, d.h. kämpferische Formulierung und Verteidigung von Eigeninteressen und Erkenntnissen aus. Den Frauen - vom selbständigen Zugang zur Welt ausgeschlossen - wurde anezogen: ihr Interesse auf das "Private" zu beschränken; durch Schmeicheln und Geschick ans Ziel zu kommen; weder Intellekt noch Vorstellungskraft zu zeigen, ja zu besitzen; Phantasien an die Stelle der konflikthafter Auseinandersetzung zu setzen, kurz die Autoritäten und ihre Regeln nicht in Frage zu stellen, sondern allenfalls zu sehen, wie mit List ein Vorteil herauszuholen ist." (ebd., S. 311)

Mit diesem Bild, das der Frau als Orientierungsmuster gesellschaftlich vorgegeben ist und dem sie sich anzupassen sucht, stößt sie aber immer wieder an die - diesem Bild widersprechenden - persönlichen Alltagserfahrungen. Sie merkt, daß sie in vielen Lebensbereichen Aktivitäten entwickeln kann, auch entwickeln muß, die diesem Weiblichkeitsbild widersprechen: sie ist in der Lage, einen Arbeitsplatz zu finden und die Arbeitsanforderun-

gen zu erfüllen; sie ist in der Lage, die Anforderungen, die Beruf und Familie ihr stellen, zu vereinen, die Aufgaben zu organisieren und für den reibungslosen Ablauf zu sorgen. Dabei resultiert dieses Verhalten aus den Zwängen, die Beruf und Familie ihr setzen, sie zeigen der Frau aber gleichzeitig, daß sie in der Lage ist, daß sie stark genug ist, bestimmte Leistungen zu erfüllen, daß sie etwas schaffen kann.

Für Carol Hagemann-White (1983) ist der Widerspruch zwischen der Weiblichkeitsnorm, der die Frau sich anpassen muß und anzupassen sucht und den konkreten Alltagserfahrungen der Frau für ihre psychosoziale Situation konstitutiv. Für den Ausdruck eigener Subjektivität und persönlicher Identität findet die Frau keine kulturelle "Artikulation". Es fehlen Regeln, Vorbilder und konkrete Vorstellungen darüber, wie die Frau eigene Bedürfnisse und Fähigkeiten zum Ausdruck bringen kann.

"Das, was 'weiblich' wäre, ist vertraut, nach Bedarf abrufbar, doch nicht identisch mit der Erfahrung des einzelnen Mädchens mit sich selbst, mit ihrem eigenen Bild von sich. Da aber die Verwirklichung einer eigenen, nicht angepaßten Identität in der Praxis riskant ist, und die Angst vor dem Ungewissen in jedem Falle sie begleitet, bleibt es eine ständige Möglichkeit der Entlastung, die herkömmliche Rolleneinteilung wieder anzunehmen."(ebd., S. 62).

Dieser Widerspruch von gesellschaftlich normierter Weiblichkeit und der eigenen Erfahrung, etwas tun zu können, etwas ändern zu können, handlungsfähig zu sein, wenn auch oft nur partiell, schrittweise, in kleinen Bereichen weiblicher Identität, manifestiert sich in allen Lebensbereichen.

312
"Frauen und Rauchen" steht im Mittelpunkt unserer Untersuchung. Begreifen wir Rauchen als eine Reaktion auf die Lebenswelt, von der/Frau umgeben ist, als Bewältigung und Umgang mit Anforderungen und Konflikten, dann ist mit diesen theoretischen Überlegungen ein Konzept vorgegeben, innerhalb dessen Rauchen und Gesundheitshandeln zu erklären wäre, oder innerhalb dessen ihm zumindest eine Bedeutung zuzuschreiben wäre. Verbindungslinien zwischen Überlegungen zur weiblichen Lebenssituation und darin eingebundenen

Konflikt- und Bewältigungsmustern zu dem zuvor dargestellten Lebensweisenkonzept sollen hier gezogen werden. Warum also rauchen Frauen? Was bindet sie an die Zigarette? Wie sehen Frauen sich selbst als rauchende Frauen? Hoffen sie mit der Zigarette etwas zu bekommen, was sie nicht haben? In der Terminologie des Lebensweisenkonzepts: Welche soziale und psychosoziale Funktionalität besitzt die Zigarette für die Frauen und warum widersetzen sie sich Gesundheitserziehungsstrategien, indem sie am Rauchen festhalten?

Folgende These möchte ich dazu formulieren: Die Bindung der Frauen an die Zigarette ist Ausdruck des weiblichen Identitätskonflikts zwischen Protest und Anpassung. In diesem Sinne erhält das Rauchen eine symbolische Funktion: als Protest und Widerstand gegen eine Weiblichkeitsnorm, wie sie zuvor beschrieben wurde. Aber dies ist ein stiller Protest, denn die Zigarette im Mund verdammt zum Schweigen. Und damit symbolisiert die Zigarette auch die andere Seite des weiblichen Identitätskonflikts, nämlich die Seite der Abhängigkeit und Gebundenheit, der Passivität und Anpassung.

Eine historische Analyse der Entwicklung von Bildern einer rauchenden Frau und eine historische Analyse von gesellschaftlich konstituierten Frauenbildern würde zur Klärung dieser These sicherlich beitragen. Hier stellen sich demnach neue Aufgaben für die weitere Analyse. Auch in unserer Untersuchung hatten wir auf diesen Aspekt zunächst weniger Gewicht gelegt; er ergab sich eigentlich erst mit der Analyse der Ergebnisse. Ein Blick auf die Zigarettenwerbung mag unserer These jedoch vielleicht etwas mehr Plausibilität verleihen.

Zwei Szenarien der Werbung schweben mir vor Augen : die Zigarette mit der Wild-West-Romantik - möglicherweise Verwirklichung eines Jungmädchentraumes.

Auf der anderen Seite das Bild der sportlichen, lockeren, unabhängigen Frau, entweder mit dem Flair sportlicher Eleganz oder mehr mit dem jugendlicher Lässigkeit behaftet. Trotz dieser Unterschiede ist allen Bildern etwas gemeinsam, nämlich der

"Geruch von Freiheit und Abenteuer " oder zumindest der "Duft der großen weiten Welt".

Die Werbung setzt da an, wo Mangel besteht und Bedürfnisse unbefriedigt geblieben sind. Sie gibt das Versprechen, daß der Konsum des angepriesenen Produktes diesen Mangel beheben könne. Hier soll den Frauen - subtil vermittelt - die Zigarette als Symbol der Freiheit und Unabhängigkeit verkauft werden, die Frauen nicht haben. Dies allerdings nur in der Phantasie; hier darf sie sogar manchmal sein wie ein Mann (Wild-West-Romantik). Auf der anderen Seite werden hier für die Frauen neue Abhängigkeiten geschaffen, bietet die Zigarette keinen Ausweg aus dieser Situation.

Autoplastisches Problemlösungsverhalten, wie es im Lebensweisenkonzept heißt, oder "Erlaubnis zur Phantasie anstelle konflikthafter Auseinandersetzungen", wie es bei PROKOP heißt: Diese mit der Zigarette versprochenen Selbstbilder nehmen den weiblichen Grundkonflikt zwischen Erfahrung und gesellschaftlich normierter Weiblichkeit auf und setzen ein Weiblichkeitsbild, das eine Lösung verspricht. Diese Lösung ist aber ein Trugbild, denn es verweist die Frau auf das Ausleben des Konflikts in der Phantasie und nicht auf seine aggressive Wendung nach außen. Es ist ein Trugbild, weil es diese Frau in der Wirklichkeit nicht gibt; es zeigt ein neues Weiblichkeitsbild, in dem der Frau ein gewisser Handlungsspielraum zugestanden wird, um zu verhindern, daß wirkliche Schranken eingerissen werden. Die Zigarette ist keine Lösung aus der weiblichen Abhängigkeit, im Gegenteil: Indem sie der Frau ein Bild von Unabhängigkeit suggeriert, schafft sie neue Abhängigkeit. So kann Rauchen zu einer Ausdrucksform des weiblichen Identitätskonfliktes werden; es ist ein gesellschaftliches Angebot, eine "kulturell vorgegebene Artikulationsform" dieses Konflikts, ohne daß das darin verborgene Veränderungspotential zum Ausdruck gebracht wird.

Der Widerstand gegen Gesundheitserziehung, also das Festhalten an der Zigarette wider besseres Wissen, wird so erklärbar. Gesundheitserziehung hat diesen sozialen Sinn,

den die Abhängigkeit von der Zigarette für Frauen hat, bisher nicht erfaßt. Was kann sie dagegensetzen, wenn die Zigarette von vielen Frauen als ein Angelpunkt begriffen wird, an dem ihre ambivalent strukturierte Identität einen Halt findet. Gesundheitserziehung setzt eine andere Funktionalität, ein anderes Ziel dagegen: Für das Aufgeben gesundheitsriskanter Verhaltensweisen wird Gesundheit versprochen. Auf dem Hintergrund drohender chronischer Krankheiten, Gebrechlichkeiten und Leiden sollte dies doch eigentlich ein erstrebenswertes Ziel sein. Warum hat es dann aber so wenig Handlungsrelevanz für die Frauen? Warum kann es das Festhalten an der Zigarette nicht kompensieren?

13

Ich meine, drei Punkte sind dafür ausschlaggebend:

- Es ist Widerstand gegen Gesundheitserziehung im Sinne des Lebensweisenkonzepts, als Widerstand gegen die Funktionalisierung des Arbeitsvermögens unter gesellschaftlich normierte Leistungstandards.
- Das Gesundheitskonzept der Gesundheitserziehung ist ein vorwiegend somatisches; Gesunderhaltung ist Verhinderung von Krankheit. Dieses Konzept läßt keinen Platz für die soziale Funktion von gesunden und gesundheitsriskanten Verhaltensweisen. Für die Frauen: es läßt keinen Platz für das Ausleben des weiblichen Identitätskonflikts; es setzt keine Alternativen dagegen.
- Die Gesundheitserziehung fragt nicht nach der Bedeutung und den Realisierungschancen von Gesundheit - unabhängig von gesundheitsriskanten Verhaltensweisen - für die Frauen generell. Sie hat bisher die spezifischen Lebensbedingungen von Frauen, unter denen Gesundheit verhindert oder gefördert wird, nicht berücksichtigt.

Die Realisierungschancen von Gesundheit für die Frauen sind zum einen abhängig von ihren beruflichen, familiären und ökologischen Belastungen und den widersprüchlichen Anforderungsstruk-

turen in Beruf und Familie. Auf diesen Aspekt will ich an dieser Stelle nicht weiter eingehen. Analysen der Belastungssituation von Frauen (s.a. SCHNEIDER 1981; MOHR/RUMMEL/RÜCKERT 1982; MASCHESKY/SCHNEIDER 1982; BARTHOLOMEYCZIK 1983) machen den Zusammenhang von objektiven und subjektiven Belastungen einerseits, Verhinderung von Gesundheit und Entstehung von Krankheit andererseits deutlich. Im Sinne des Lebensweisenkonzepts läßt sich hier deutlich machen, daß die Gesundheitserziehung einen schweren Argumentationsstand hat, wenn Frauen zur Bewältigung der alltäglichen Anforderungen ihre Gesundheit riskieren müssen.

Belastungskonzepte allein reichen jedoch nicht zur Klärung des Bedeutungsgehalts von Gesundheit für die Frauen aus. Bietet nicht möglicherweise die Krankenrolle der Frau größere gesellschaftliche Gratifikationen, als die Rolle der gesunden, leistungsfähigen Frau? In der Diskussion um eine weibliche somatische Kultur wird ein Frauenbild charakterisiert, in dem eine Übereinstimmung von Weiblichkeitsbild und Krankenrolle besteht. Passivität und Leiden, die Verdammung zur Untätigkeit, zumindest soweit Aktivität über den familiären Bereich hinaus geht, Erdulden des Gegebenen, machen dieses Frauenbild aus. Was leidend macht, macht auch besonders weiblich! RODENSTEIN (1984) spricht hier von der weiblichen somatischen Kultur und leitet dieses Frauenbild historisch aus der Medikalisierung des weiblichen Körpers - u.a. seiner Gebärfunktionen - im Prozeß patriarchalischer Herrschaftsgewinnung über die Frau, her. Andere Ansätze (CHESLER 1977; KICKBUSCH 1983) zeigen auf, daß psychische Erkrankungen der Frauen, u.a. Depression, heute diese Bedeutung übernommen haben.

In der Krankenrolle sind Frauen aber nicht nur Leidende und Abhängige. Sie üben damit auch eine stille Macht aus, indem sie ihre Umwelt, u.a. ihre Familie, an sich binden und dieser die Verpflichtung zur Sorge, zur Rücksichtnahme und zum behutsamen Umgang, zur Zurücknahme eigener Bedürfnisse und Wünsche aufzwingt. Ich meine, auch in diesem Weiblichkeitsbild wird

Krankheit zum Ausdruck des weiblichen Identitätskonflikts : sie ist stiller Protest und geheime Macht: sie ist aber auch Verfestigung der weiblichen Leidensrolle.

Also : die Krankenrolle verspricht der Frau etwas, das Gesundheitskonzept der Gesundheitserziehung nicht zu bieten hat - eine Ausdrucksform ihrer ambivalenten weiblichen Identität. Aber : sie bietet keinen Ausweg aus dieser Ambivalenz. Die Austragung des Konflikts am eigenen Körper verhindert gerade die Einsicht in die Bedingungen, die diesen Konflikt hervorbringen (s.a. MITSCHERLICH 1969).

Ich meine, Gesundheit müßte für die Frau demgegenüber heißen, sich der eigenen Situation als Frau bewußt zu werden; zu erkennen, wo eigenständiges Handeln von Frauen unterbunden und Abhängigkeiten aufrechterhalten oder neu geschaffen werden. Für unsere Gesundheit tun wir dann etwas, wenn wir erkennen, daß die Krankenrolle uns nur behindert, Ansprüche an uns und unsere Umwelt zu stellen. In diesem Sinne will ich hier von Gesundheitshandeln sprechen. Gesundheitshandeln heißt für Frauen dann, den Anspruch auf Selbstverwirklichung, Unversehrtheit des Körpers, körperliches und seelisches Wohlbefinden, soziale Handlungsfähigkeit zu stellen und zu realisieren. Mit dem Begriff des Gesundheitshandelns wollen wir gerade die dynamische Seite von Gesundheit, den Entwicklungs- und Veränderungsaspekt betonen. Gesundheitshandeln setzt dann ein Handeln voraus, daß nicht entsprechend dem Konzept behavioristischer Gesundheitserziehung als einzelnes, individuelles Verhalten zu verstehen ist, sondern als soziales Handeln in einem vielfältig strukturierten Lebensumfeld. In diesem Sinne ist das hier vertretene Konzept von Gesundheit eine soziale Utopie; kein unmittelbar erreichbarer Zustand, aber ein Handeln auf diese Utopie hin.

3. Untersuchungsfragestellungen: Biographien von Frauen, die rauchen

3.1. Untersuchungsgruppen: Frauen unterer bis mittlerer sozialer Schichten

Im Mittelpunkt unserer Untersuchung sollten Frauen unterer bis mittlerer sozialer Schichten stehen. Sowohl die Daten zum Thema Frauen und Rauchen (alle Daten dazu im folgenden aus: INW 1982; ROHRMOSER 1984; JACOBSON 1981) als auch die epidemiologischen Daten zur Mortalität und Morbidität und zum Gesundheitsverhalten zeigen, daß es sich hierbei um eine bedeutsame Problemgruppe handelt.

- Nationale und internationale Studien konnten zeigen, daß besonders in den unteren sozialen Schichten die Zahl der rauchenden Frauen sehr hoch ist, wobei vor allem junge Frauen einen hohen Zigarettenkonsum haben. So rauchen in der Gruppe der 14 bis 25-jährigen berufstätigen Frauen mit Volksschulbildung 70% (!) aller Frauen; bei den Frauen mit mittlerer und höherer Schulbildung sind es dagegen "nur" 43%. Letztere Zahl entspricht dem gesellschaftlichen Durchschnitt rauchender Frauen.

- Besonders stark geraucht wird auch bei berufstätigen Müttern mit einfachen schulischen und beruflichen Qualifikationen. 55% dieser Frauen (Volksschulabschluß mit anschließender Lehre) rauchen. Dabei sind hier wiederum die jüngeren Frauen (Indikator: mindestens ein Kind unter 9 Jahren) vertreten.

- Die Daten lassen auf Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen von Frauen unterer Bildungs- und Sozialschichten und Rauchen schließen. Diese Hypothese konnte in der Analyse von Mikrozensusdaten (ROHRMOSER 1984) bestätigt werden. Vor allem Arbeiterinnen und Frauen in Angestelltentätigkeiten mit geringen formalen Qualifikationsvoraussetzungen (z.B. Sekretärinnen; Datentypistinnen; Telefonistinnen) rauchen zu einem hohen Prozentsatz.

- Nicht-berufstätige Mütter rauchen im Schnitt seltener als berufstätige, was im Prinzip für alle Bildungs- und Sozialschichten gilt, aber altersabhängig ist: Jüngere Mütter rauchen zu einem höheren Prozentsatz als ältere Mütter.

- Frauen unterer Bildungs- und Sozialschichten fällt es schwerer als Frauen mit einem höheren Qualifikationsstatus, das Rauchen aufzugeben. Auch sind Frauen, die ehemals geraucht haben, eher bei den (jüngeren) nicht berufstätigen Frauen zu finden.

- Bekannt ist auch, daß bisherige Strategien der Gesundheitsaufklärung und -erziehung (Medien; Kurse) Frauen unterer Sozialschichten kaum erreichen.

- Die gesundheitliche Situation von Frauen unterer Bildungs- und Sozialschichten ist schlechter als die anderer Frauen, was - geschlechtsunspezifisch - als Schichtbasis in der Sozialmedizin bekannt ist. So ist z.B. das Erkrankungsrisiko bezüglich Koronarkrankheiten bei un- und angelernten Arbeiterinnen weitaus höher als bei Angestellten (Überblick s.a. MASCHEWSKY/SCHNEIDER 1982.)

Aber nicht nur Argumente, die die gesundheitliche Situation dieser Frauen betreffen, motivieren die Entscheidung für diese Untersuchungsgruppe. Frauen dieser sozialen Schicht unterliegen auch hohen beruflichen und familiären Belastungen:

- Aufgrund ihres geringen Qualifikationsniveaus werden sie auf Arbeitsplätzen eingesetzt, die sich durch eine spezifische Mischung von Unter- und Überforderungen auszeichnen: Unterforderungen dadurch, daß es sich in der Regel um stark routinisierte und häufig auch monotone Arbeiten handelt, der Dispositionsspielraum gering ist und die Arbeitszeit vollständig vorstrukturiert ist; Überforderung besteht z.B. dadurch, daß viele Arbeiten ein hohes Niveau an Konzentration erfordern und damit starke nervliche Belastungen verbunden sind. Auf vielen dieser Frauenarbeitsplätze bestehen außerdem in der Regel

einseitige körperliche Belastungen.

Auch die familiäre Situation bietet nicht allzuvielen Spielräume: das Familieneinkommen ist gering und die materiellen Ressourcen für die Erfüllung der ~~Bedürfnisse~~ → Bedürfnisse sind damit beschränkt. Die familiäre Arbeitsteilung ist in diesen Familien häufig traditionell, das bedeutet, daß die Arbeit im Haushalt und mit den Kindern weitgehend an den Frauen hängt.

Diese Überlegungen führten zu einer Konzentration auf Frauen unterer bis mittlerer Bildungs- und Sozialschichten. Außerdem sollten alle Frauen der Untersuchungsgruppe noch betreuungspflichtige Kinder haben. Wir wollten berufstätige und zur Zeit nicht berufstätige Frauen untersuchen, um eventuell Unterschiede im Rauchverhalten festzustellen.

3.2. Rauchen im biographischen Prozeß - Verlaufsformen des Rauchens.

Auf einer zunächst beschreibenden Ebene soll untersucht werden, ob in der Entwicklung des Rauchverhaltens spezifische Stadien und Phasen auszumachen sind und wie diese Stadien zu beschreiben sind. Relevante Punkte in dieser Entwicklung sind:

1. Einstiegsphase
2. Phase der Verstärkung und Stabilisierung des Rauchverhaltens
3. Phase, in der Rauchen zur festen Lebensgewohnheit geworden ist
4. Phase, in der mit dem Rauchen aufgehört wird bzw. , der Zigarettenkonsum stark reduziert wird

Die dritte und vierte Phase verschränken sich in solchen Fällen, wo mehrere Versuche gemacht werden, mit dem Rauchen aufzuhören und wo dies entweder nicht gelingt (Scheitern des Versuchs) oder nach einer gewissen Zeit wieder mit dem Rauchen begonnen wird.

In Abweichung von der in der Forschung sonst üblichen Einteilung der Phasen (Überblick WETTERER/HELFFERICH 1983) betrachten wir hier die Stabilisierungsphase als eine eigenständige Phase. Dies ergab sich vor allem mit Blick auf die Teilstudie, die sich mit Frauen befaßte, die niemals rauchten. Während nahezu alle Jugendlichen in der Einstiegsphase Probierkontakt mit Zigaretten haben, entscheidet sich erst in der Stabilisierungsphase, ob eine Raucherkarriere entwickelt wird. Hier geht die Entwicklung von rauchenden und nicht rauchenden Frauen auseinander. Indem wir den Blick auf diese Phase richten, wollen wir sehen, wie und unter welchen Bedingungen sich hier unterschiedliche Verläufe entwickeln.

Wir wollen in diesem Untersuchungsbereich zunächst sehen, ob für verschiedene Gruppen von rauchenden Frauen typische Biographien und Verläufe des Rauchens zu beschreiben sind. Dabei interessiert uns, inwieweit Verläufe in der Biographie des Rauchens mit lebensentscheidenden Ereignissen oder Prozessen verbunden sind (z.B. Beruf; Berufseinstieg; Berufswechsel; Arbeitslosigkeit; Heirat; Kinder; Trennung vom Partner; Krankheit). Wir wollen wissen, inwieweit die verschiedenen Phasen des Rauchens überhaupt thematisierbar und erinnerungsfähig sind und ob die Frauen in diesen Zusammenhängen auch Belastungen oder biographische Veränderungen benennen.

Sofern solche Zusammenhänge deutlich werden, ist zu prüfen, ob diese im Sinne eines Krisen- bzw. Konfliktmodells oder eines Kumulationsmodells zu verstehen sind. D.h., verändert sich das Rauchverhalten der Frauen aufgrund biographischer Einbrüche bzw. Veränderungen oder sind es mehr die Belastungen, die sich im Laufe des Lebens anhäufen und immer schwieriger zu bewältigen sind, die das Rauchverhalten determinieren? (Überblick zu verschiedenen Belastungsmodellen s.a. MASCHESKY/SCHNEIDER 1982).

3.3. Rauchen als soziales Handeln

Über die Konstatierung von Belastungen im Lebensprozeß der Frauen hinaus fragen wir nach der subjektiven Bedeutung, die die Frauen dem Rauchen zuschreiben. Dabei fragen wir, ob die Doppelbedeutung des Rauchens, die wir im theoretischen Konzept antizipieren, also die Ambivalenz von Rückzug und Widerstand, aus den Aussagen der Frauen ablesbar sind. Methodisch gehen wir so dabei vor, daß wir uns auf folgende Bereiche konzentrieren:

- Welche Aussagen machen Frauen darüber, wie sie mit belastenden Situationen umgegangen sind? Wird Rauchen in solchen Zusammenhängen als Handlungsstrategie thematisiert? Also: bieten die Frauen ein Erklärungsmodell für ihr Rauchen, in dem Rauchen als Bewältigungsstrategie thematisiert wird? Welche alternativen Bewältigungsstrategien werden thematisiert und sind dies eher offensive oder defensive Strategien?

- Was sagen die Frauen bezüglich des positiven Nutzens des Rauchens? Ist Rauchen für die Frauen nicht auch Genuß, Entspannung, "sich etwas gönnen", etwas für sich selbst tun, ohne Verpflichtungen für andere? Ermöglicht Rauchen damit eventuell einen partiellen Ausstieg aus der Summe der Belastungen und Anforderungen?

- Welches Selbstbild haben die Frauen von sich als Raucherinnen? Das Selbstbild der Frauen interessiert uns vor allem unter der Fragestellung, ob sie sich dabei als aktive, handelnde Frauen erleben, oder ob sie eher im Sinne eines negativen Selbstbildes z.B. Schuldgefühle bezüglich ihres Rauchens entwickeln.

nat

3.4. Rauchen und Alltagskonzepte von Gesundheit

Hier fragen wir, inwieweit von den Frauen Zusammenhänge zwischen ihrem eigenen konkreten Rauchverhalten und Gesundheit/

Krankheit bzw. gesunden Lebensweisen formuliert werden. Während im Untersuchungsbereich 3 die soziale Bedeutung des Rauchens interessierte, wollen wir hier nach den gesundheitlichen Bewertungen fragen.

Im einzelnen interessieren uns folgende Punkte:

- Hat Krankheit (eigene; in der Familie; Angst vor Krankheiten) einen Stellenwert in der Bewertung des Rauchens und im konkreten Rauchverhalten?
- Prägt die Vorstellung von Gesundheit das Rauchverhalten der Frauen?
- Gibt es für die Frauen einen Zusammenhang zwischen Rauchen und gesunden Lebensweisen generell? Welche Handlungskonsequenzen hat das für die Frauen?
- Stehen hinter diesen Aussagen Alltagskonzepte von Gesundheit und gesunder Lebensweise? Welche Bedeutung haben sie für das Gesundheitshandeln der Frauen?
- Wie gewichten die Frauen gesundheitsbezogene und soziale Bewertungen des Rauchens?

Wir meinen, daß die Beantwortung der letzten Frage Konsequenzen für die Gesundheitserziehung haben könnte. Sollte sich herausstellen, daß gesundheitsbezogene Bewertungen eine untergeordnete Bedeutung im Vergleich zur sozialen Bedeutung haben, müssen im Rahmen der Gesundheitserziehung neue Argumentationslinien und konkrete Vorschläge für Handlungsalternativen entwickelt werden.

3.5. Der Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören - Suche nach selbstbestimmten Handlungsstrategien

Auf dem Hintergrund der vorhergehenden Untersuchungsdimensionen fragen wir jetzt danach, ob bei den rauchenden Frauen der Wunsch

besteht, mit dem Rauchen aufzuhören oder nicht. Dabei interessieren zunächst die Motive dieses Wunsches: sind es primär gesundheitliche oder sind es soziale, also Motive, die sich auf den Umgang mit Problemen der eigenen Lebenswelt beziehen.²

Wir antizipieren hier zwei Gruppen von rauchenden Frauen:

- Frauen, die keine Notwendigkeit sehen bzw. nicht den Wunsch haben, mit dem Rauchen aufzuhören. Hier werden wir danach fragen, worin dies begründet ist. Fehlt bei ihnen das Wissen über gesundheitliche Gefahren des Rauchens? Schätzen sie das Risiko einer eigenen Erkrankung als gering ein oder setzen sie sich mit gesundheitlichen Argumenten gar nicht auseinander? Ist bei diesen Frauen ein „genereller Widerstand“ gegen Argumente der Gesundheitserziehung zu beobachten und, falls ja, worin ist dieser begründet?

- Als zweite Gruppe werden wir sicher Frauen finden, die den Wunsch haben, mit dem Rauchen aufzuhören, es aber nicht schaffen. Argumente der Gesundheitserziehung werden von diesen Frauen eventuell als Gründe für den Wunsch aufzuhören genannt werden. Gibt es aber auch soziale und persönliche Gründe, die diesen Wunsch motivieren und wie sehen diese Gründe aus? Welche Strategien schlagen die Frauen ein, ihren Wunsch zum Aufhören durchzusetzen. Und das Wichtigste: woran scheitert die Durchsetzung des Wunsches? Lassen die Aussagen der Frauen erkennen, daß sie mit dem Wunsch, aus Rauchen aufzugeben, den Wunsch verbinden, zu einem aktiveren Problemlösungsverhalten zu kommen und ihr Schicksal bewußt in die eigenen Hände zu nehmen?

3.6. Frauen, die aufgehört haben zu rauchen - Befreiung aus einer Abhängigkeit

Bezogen auf die Gruppe der Frauen, die mit dem Rauchen aufgehört hat, fragen wir ebenfalls nach Anlaß, Motiven und konkreten

Handlungsstrategien für die Durchsetzung dieses Wunsches. Wir fragen wieder nach der Gewichtung von sozialen und gesundheitlichen Argumenten in diesem Prozeß. Dahinter steht auch hier die Frage, ob Frauen neue Handlungsalternativen hatten bzw. entwickeln konnten, also ob mit dem Aufhören ein Zuwachs an Problemlösungskapazität einhergeht,

Wir stellen zunächst Anlaß und Motivation für das Aufhören einander gegenüber. Der Anlaß ist die konkrete Situation, in der Frauen den Versuch des Aufhörens machen. Er ist der konkrete "Auslöser" dafür. Die Motive des Aufhörens sind aber vermutlich nicht erst in dieser Situation entstanden. These ist, daß sich in der Rauchbiographie der Frauen schon Stränge aufzeigen lassen, die zu dieser Entwicklung "weg vom Rauchen" geführt haben. Wir wollen also sehen, ob sich die Motive für das Aufhören nicht in der Biographie der Frauen zurückverfolgen lassen. Bezogen auf das Verhältnis von Anlaß und Motivation stellen wir uns folgende Fragen:

AS

- Sind Anlaß und/oder Motivation für das Aufhören primär gesundheitlich (Krankheit) begründet oder mehr sozial/psychosozial? Fließen in Gesundheitsargumente Argumente der Gesundheitserziehung ein oder beruhen sie mehr auf eigenen Erfahrungen?

- Besteht eine argumentative Übereinstimmung zwischen Anlaß und Motivation (z.B. bezüglich sozialer bzw. gesundheitlicher Begründungen) oder divergieren beide Begründungsstränge?

Welche konkreten Handlungsstrategien zur Durchsetzung des Aufhörwunsches haben die Frauen eingeschlagen?

Auf welche soziale Unterstützung konnten sie rechnen?

Welche positiven und negativen Folgen hatte das Aufhören?

Wie bewerten die Frauen im Nachhinein das Gelingen des Aufhörens? Befürchten sie Rückfälle oder fühlen sie sich sicher? Welches Bild haben sie jetzt von sich, welches hatten sie früher?

4. Ergebnisse: Gemeinsames und Verschiedenes - Den Typus "die Raucherin" gibt es nicht

4.1. Methodische Vorbemerkungen

Die Durchführung der Studie erfolgte in drei Phasen (s. Schema).

1. Phase. Vorbereitung der Erhebung

Hier führten wir ca. 15 Gespräche mit Experten aus verschiedenen institutionellen Bereichen: Werksärzte, Gesundheitsberatungsstellen, Institut für Atmungstherapie, ambulante Gesundheitszentren, Vorgesetzte und leitende Angestellte aus einigen Betrieben, Volkshochschule, Frauencafé. Ziel dieser Phase war der Aufbau des Feldzugangs einerseits und die Gewinnung einer besseren Problemsicht bzgl. "Frauen und Rauchen" aus der Perspektive der Praxis andererseits. Ergebnisse der Gespräche flossen in die Entwicklung des Interviewleitfadens ein.

2. Phase. Feldphase

Insgesamt wurden in der Befragung 29 Interviews geführt, von denen 22 transkribiert wurden. Die Interviews wurden teilweise bei den Frauen zuhause gemacht. Es handelt sich dabei um offene Interviews, in denen lediglich Erzählreize gesetzt wurden. Ziel war es zu sehen, welche Aspekte von den Frauen zunächst von selbst thematisiert wurden. Dabei machten wir die Erfahrung, daß die Frauen in der Regel zu allen Themenbereichen des Gesprächsleitfadens spontan Äußerungen machten.

Wo Fragen offen blieben, fragten wir direkt nach.

3. Phase. Auswertungsphase

Nachdem die Tonbandaufnahmen der Interviews in teilweise wörtlicher, teilweise zusammengefaßter Form transkribiert worden waren, entwickelten wir auf dem Hintergrund der Forschungshypothesen und des Gesprächsleitfadens einen umfangreichen Themenkatalog zur Analyse der Texte. Für jede Frau wurde ihre Raucherbiographie als Zeitleiste, angereichert mit Gesprächszitaten,

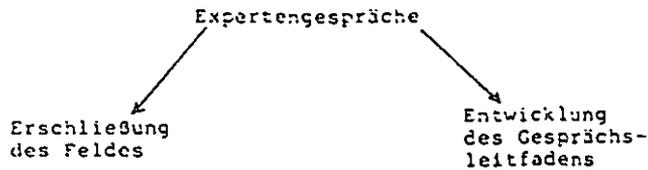
dargestellt. Es wurden außerdem Kurzbiographien einiger Frauen erstellt.

Um einen Überblick über die Struktur der Untersuchungsgruppe zu bekommen, hielten wir demographische Daten und Grobdaten zum Rauchverhalten tabellarisch fest.

Die Ergebnisse aller dieser Auswertungsschritte flossen dann in den theoretisch/qualitativen Vergleich der Fälle ein. Hierbei ging es um die Interpretation von Aussagen der Interviewten auf dem Hintergrund des Gesamtkontextes des Gesprächs. Bei dieser Interpretation ließen wir uns durch den Argumentationsgang der Interviewten selbst leiten.

Methodisches Vorgehen der Studie "Frauen und Rauchen - Analyse von Raucherinnenkarrieren"

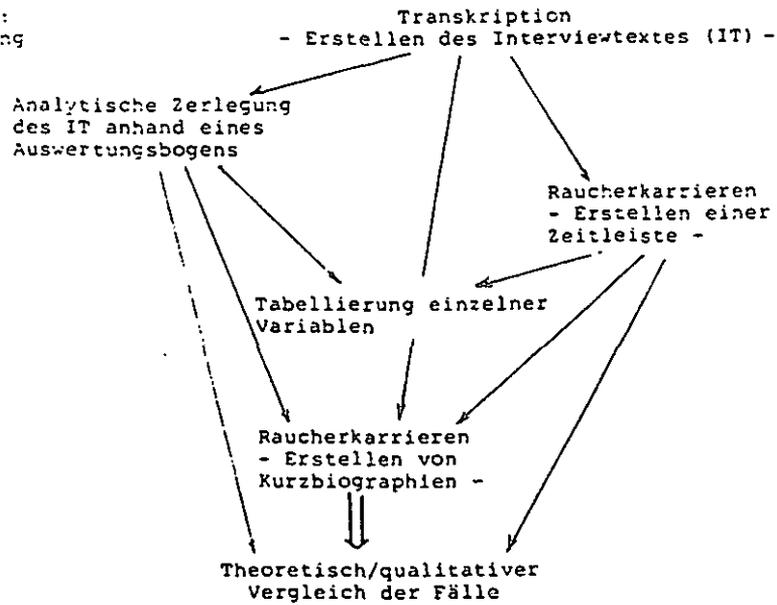
1. Phase:
Vorbereitung
der Erhebung



2. Phase:
Feldphase

Durchführung
der Interviews

3. Phase:
Auswertung



4.2. Rauchen im biographischen Prozeß - Verschiedene Raucherinnenbiographien

An die Situation des Einstiegs in das Rauchen erinnern sich die Frauen noch sehr gut. Es ist dies zwar kein analytisches, aber ein sehr gut beschreibendes Wissen. Über den Einstieg berichten die Frauen das, was wohl dem "common sense" über den Rauchbeginn entspricht und was dementsprechend auch Ergebnis anderer Untersuchungen war. In dieser Phase ist das Rauchen eng in einen sozialen Kontext eingebunden: Freunde und Freundinnen, Mitschüler (-innen) animieren zum Rauchen und ermöglichen den Zugang zu Zigaretten. Rauchen hat in dieser Phase des Erwachsenwerdens die Funktion, sich von dem eigenen Kindsein abzugrenzen und entsprechende Anerkennung in der Bezugsgruppe von Jugendlichen zu bekommen. Die Zigarette ist in diesem Alter symbolischer Ausdruck für das Erwachsensein. Die verschiedenen Gruppen von rauchenden Frauen unterscheiden sich auch nicht in ihren Aussagen über diese Situation.

Unsere Ausgangsthese war, daß weniger die Einstiegsphase, als die Stabilisierungsphase für die Entwicklung des Rauchens ausschlaggebend sei, denn einen Probierkontakt mit der Zigarette haben wohl alle Jugendlichen, ohne daß sich ein manifestes Rauchverhalten herausbildet. Erst in der Stabilisierungsphase kommt es zur Herausbildung eines regelmäßigen Zigarettenkonsums.

5/173

Allerdings ist die Stabilisierungsphase in der Erinnerung der Frauen kaum präsent. Sie können eigentlich gar nicht beschreiben, wie es zur Verfestigung des Rauchverhaltens gekommen ist. "Das kam so nach und nach!" oder "Das ging dann stetig so weiter!" sind die ungenauen Aussagen über diese Phase. Erinnerung werden berufliche Veränderungen, die das Rauchen offiziell und öffentlicherlauben: Also vor allem Abschluß der Lehre und Aufnahme einer Berufstätigkeit; aber auch Heirat, Kinder. Erst mit dem Blick auf die Frauen, die sich mit ihrem Rauchverhalten offensichtlich noch in der Stabilisierungsphase befinden, wird deutlich, wie offen das Rauchverhalten jetzt noch ist, wie es in

Krisen verstärkt wird und in Phasen relativer Ausgeglichenheit und geringer Belastungen weniger wird. In dieser Phase scheint der Prozeß, in dem sich das Rauchen zu einer stabilen Lebensgewohnheit entwickelt, noch offen, noch beeinflüßbar zu sein. Dies ist allerdings eine Hypothese. Der in dieser Studie verfolgte, retrospektiv biographische Ansatz ist offensichtlich nicht in der Lage, diese für die Rauchbiographie entscheidende Phase angemessen zu erfassen. Weitere Forschungen hätten hier anzusetzen, um die Bedingungen für die Beeinflußbarkeit des Rauchverhaltens in dieser Phase zu untersuchen.

Der Blick auf die Rauchbiographie der Frauen zeigte uns, daß die ursprüngliche Einteilung in Frauen, die aktuell rauchen und solche, die aufgehört haben, unzureichend war. Vielmehr ergab sich eine Teilung in drei Gruppen von Frauen, die sich hinsichtlich ihrer Haltung zum Rauchen und hinsichtlich der Geschlossenheit ihrer Rauchbiographie unterschieden.

- 1. Gruppe. Frauen mit einem manifesten Rauchverhalten und einer ausschließlich positiven Haltung zum Rauchen. Diese Frauen haben alle eine ungebrochene Rauchbiographie, d.h. es gibt keine Unterbrechungen ihres Rauchverhaltens, auch nicht während der Schwangerschaften.
- 2. Gruppe. Frauen, die den Wunsch haben, mit dem Rauchen aufzuhören^{es} oder zu reduzieren, die es aber nicht schaffen. Hierzu gehören sowohl Frauen mit kontinuierlichen Rauchbiographien als auch Frauen, die phasenweise nicht oder reduziert geraucht haben.
- 3. Gruppe. Frauen, die mit dem Rauchen aufgehört haben. Diese Frauen haben zumeist eine bewegte Rauchbiographie hinter sich. Phasen des Aufhörens/Reduzierens wechseln sich mit Phasen des stärkeren Rauchens ab.

Rauchverhalten und Rauchbiographie lassen sich näher beschreiben. Daten zum Rauchverhalten zeigen eine besonders starke Bindung

der Frauen der Gruppe 2 an die Zigarette. Diese Frauen haben einen sehr hohen durchschnittlichen Zigarettenkonsum (0 33 Zig./Tag gegenüber 20 - 25 Zig. in den anderen Gruppen). Sie haben die längste Rauchdauer (20,4 Jahre ; Gruppe 1 : 15,5 Jahre; Gruppe 2 : 17,5 Jahre), obwohl sie durchschnittlich nicht älter sind als Frauen der Gruppe 3 (Gruppe 2 und 3: 35 Jahre; Gruppe 1 : 30 Jahre). Allerdings haben sie früher mit dem Rauchen angefangen (mit 15 Jahren) als die Frauen der Gruppe 3 (mit 17 Jahren). Etwas früher haben die noch jüngeren Frauen der Gruppe 1 zu rauchen begonnen (mit 13 Jahren).

Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören, gibt es in allen drei Gruppen. Aber in den ersten beiden Gruppen sind diese Versuche meist nur für einige Tage oder Wochen erfolgreich, während in der Gruppe 3 doch einige Frauen für mehrere Jahre das Rauchen unterbrochen haben.

Entsprechend unserer Untersuchungsfragestellung 1 sind wir zunächst der Frage nach Rauchen und Belastungen nachgegangen.

Eindeutige Zusammenhänge zwischen lebensentscheidenden Ereignissen (etwa im Sinne von life-events) und Rauchverhalten ließen sich nicht erkennen. Erwartungsgemäß rauchten die Frauen extrem in Ehekrise und Trennungsphasen, reduzierten den Zigarettenkonsum aber später wieder. Für einige Frauen war die berufliche Situation manchmal auch ausschlaggebend für die Veränderung der Rauchgewohnheiten geworden (Reduzierung oder Verstärkung): Entweder dadurch bedingt, daß am Arbeitsplatz nicht geraucht werden konnte bzw. durfte oder daß dort von den Kollegen sehr viel geraucht wurde. Solche Veränderungen kommen in allen drei Gruppen vor. Unterschiedlich ist das Rauchverhalten in der Schwangerschaft: Während in der Gruppe 1 die meisten Frauen voll oder reduziert weitergeraucht haben, haben in der Gruppe 3 die Frauen eher ganz aufgehört zu rauchen; Gruppe 2 hat ein hohen Anteil von Frauen, die das Rauchen reduziert haben.

Keine Zusammenhänge lassen sich erkennen im Hinblick auf eine

Veränderung des Rauchverhaltens in Abhängigkeit von Belastungskumulationen. Unterschiede zwischen den Gruppen sind allerdings im Hinblick auf berufs- und familienbiographische Belastungskumulationen unabhängig vom Rauchen erkennbar:

- Gruppe 1 ist eine Gruppe von Frauen, die sowohl familiär als auch beruflich fast ständig hohen Belastungen ausgesetzt waren; einige waren längere Zeit als Kind im Heim; fast alle hatten (haben) Phasen, wo sie mit den Kindern allein lebten und allein für sie sorgen mußten. Beruflich sind sie vorwiegend in wenig qualifizierten und häufig schlechtbezahlten Arbeiten tätig; zwei Frauen leben z.Zt. von Sozialhilfe u.a.m..

- In Gruppe 2 blicken die meisten Frauen ebenfalls auf eine Berufsbiographie mit nur kurzen Unterbrechungen zurück; die meisten Frauen sind geschieden und haben auch hier ihre Kinder längere Zeit allein durchgebracht; viele der Frauen haben einen beruflichen Werdegang hinter sich, in dem sie sich meist mit viel Energie "durchgeboxt" haben. Im Sozialstatus entspricht diese Gruppe ungefähr der Gruppe 1 (Arbeiterinnen; einfache Angestellte), wobei in Gruppe 2 allerdings einige Frauen sich in etwas qualifiziertere Angestelltenberufe hochgearbeitet haben.

- An objektiven Kriterien gemessen unterscheidet sich die Gruppe 3 von den anderen. Hier hat ein größerer Teil der Frauen die Berufsarbeit länger unterbrochen. Außerdem üben (übten) einige wenige Frauen qualifiziertere Tätigkeiten aus bzw. haben (hatten) durch ihren Mann einen höheren Sozialstatus. Ein etwas geringerer Anteil von Frauen hat zeitweilig allein für ihre Kinder gesorgt. Nach diesen äußeren Kriterien scheint diese Gruppe weniger belastet, wir werden jedoch im folgenden sehen, daß die subjektive Belastung, z.B. durch die Phase des Nicht-Erwerbstätig-Seins, recht hoch ist.

Für alle Gruppen läßt sich aber sagen, daß trotz dieser Unterschiede in der Belastungsbiographie von den Frauen kaum Zusammen-

hänge zwischen dieser Art von Belastungen und der Veränderung ihres Rauchverhaltens formuliert wurden. Zu einfach wäre wohl auch der Rückschluß von der Belastungsbiographie auf die Rauchbiographie, ohne die subjektiven Bewertungen der Belastungen mit zu berücksichtigen. Auf diese Aspekte werde ich in folgenden Abschnitten eingehen.

4.3. "Das ist genauso, wie wenn Sie gerne Kaffee trinken, ich rauche nun eben gerne." - Rauchen als alltägliches Handeln
Gruppe 1

Für alle Frauen dieser Gruppe ist Rauchen kein relevantes Thema. Nur schwer lassen sie sich im Gespräch auf dieses Thema ein, können relativ wenig Aussagen über ihr eigenes alltägliches und biographisches Rauchverhalten machen und lenken immer wieder auf andere Themen ab. Oberflächlich gesehen könnte man diese Interviews als mißlungen ansehen, weil sie kaum im Hinblick auf Rauchverhalten auswertbar sind. Die geringe Bereitschaft der Frauen, sich auf dieses Thema im Interview einzulassen, ist aber sicher auch Ausdruck der Bedeutung, die das Rauchen für diese Frauen in ihrem Lebenszusammenhang hat. Die Zigaretten gehören dazu wie der tägliche Kaffee. Frau M. drückt das so aus: "Das ist genauso, wie wenn Sie gerne Kaffee trinken, ich rauche nun eben gerne." (M., S. 6) Auch im familiären oder Bekanntenkreis wird das Thema Rauchen offensichtlich kaum angesprochen. Nicht selten können die Frauen unsere Fragen garnicht beantworten; z.B. in welchen Situationen sie mehr oder weniger rauchen, ob sie mehr zuhause oder mehr bei der Arbeit rauchen, ob sie mal mehr oder weniger geraucht haben. Auch widersprüchliche Aussagen zu diesen Fragen sind möglich, weil die Erinnerungen an bestimmte Phasen garnicht mehr so deutlich sind.

Wenn auch das Thema Rauchen für diese Frauen nicht so bedeutsam war, so suchte sich doch fast jede der Frauen ein Thema, das ihr am Herzen lag und auf das sie immer wieder zurückkam (z.B. Probleme mit den Kindern oder in der Partnerbeziehung; eigene Krankheiten bzw. Befindlichkeiten). Daß wir unsere Gesprächs-

strategie offen gehalten hatten, also Raum dafür ließen, den Frauen die Wahl der für sie wichtigen Themen zu überlassen, erwies sich hier als sehr nützlich.

Die positiven Seiten des Rauchens werden von den Frauen ganz einfach als Genuß und guter Geschmack, als Entspannung und angenehme Situation bewertet. Dazu werden auch keine großen Worte gemacht, es ist eine Selbstverständlichkeit. In diesem Sinne werden Zigaretten vor allem nach dem Essen geraucht, als Pause während der Hausarbeit, zum Kaffee und zur Herstellung einer gemütlichen Entspannungssituation.

H: Ich entspanne mich am besten, wenn ich Musik höre. Gestern, als meine Tochter bei meiner Mutter geschlafen hat, habe ich meinen Kassettenrecorder genommen, Kopfhörer aufgesetzt und mich langgelegt. Das war richtig schön. Zigaretten und Kaffee dazu, das war richtig schön. (H., 15)

Negative Seiten des Rauchens werden kaum benannt, wobei dann eher solche Dinge wie unangenehmer Geruch im Haus, in der Kleidung und in den Haaren erwähnt werden. Konsequenz ist allerdings nicht der Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören; vielmehr äußern die Frauen, daß sie sich als Raucherinnen besonders pflegen müssen.

Rauchen als Ersatz für Essen wird zwar nur von einer Frau dieser Gruppe genannt, ist aber sicher für viele Frauen ein Grund, nicht mit dem Rauchen aufzuhören. Frau S. bezeichnet sich selbst als "leidenschaftliche Nascherin". Süßigkeiten sind ihre Sucht - mit Konsequenzen für ihr Gewicht. Mit den Zigaretten sucht sie ihre "Naschsucht" zu beherrschen. Mit dem Rauchen könnte sie sofort aufhören, aber nicht mit dem Naschen. Die Befürchtung, mehr zu essen und dann zuzunehmen, d.h. für Frauen dann auch, an äußerer Attraktivität zu verlieren, ist für viele Frauen sicher ein gravierender Hinderungsgrund, das Rauchen aufzugeben.

Der Zusammenhang von Rauchen und weiblicher Attraktivität, dem Aufrechterhalten eines bestimmten Bildes der Frau von sich selbst und ihrem Äußeren ist hier ein ganz unmittelbarer. Vermittelt sind solche Zusammenhänge da, wo Frauen Rauchen mit einem Selbstbild verbinden, in dem die Zigarette so etwas wie ein Gefühl von Freiheit und Unabhängigkeit symbolisiert.

St: Ich habe ja auch so eine Beziehung, daß ich rauchen ganz schick finde und daß ich das irgendwo mit Freiheit oder mit Selbstverwirklichung verbinde.

I: Und das Gefühl der Freiheit, war das immer schon so ?

St: Ich glaube, daß ist erst so in den letzten Jahren entstanden, obwohl ich diese Freiheit da eigentlich garnicht mehr so habe. Vielleicht auch auf die Medien bezogen, daß das auf mich so gewirkt hat, die Reklame und dann nicht mehr die Freiheit haben und mich dann mit der Zigarette in die Situation zu versetzen, etwas mehr Eigenständigkeit, Selbständigkeit und Freiheit zu spüren. Solange ich diesen Druck in der Familie nicht hatte, wo ich selbst noch im Berufsleben stand, da fühlte ich das eigentlich nicht so, daß ich mit dem Rauchen so ein bißchen Freiheit oder Selbständigkeit verbunden hab. Die hatte ich ja, die Freiheit für mich, den Raum, für mich etwas machen zu können. Das hörte ja auf, als ich aufhörte zu arbeiten, und mit den Kindern dann. (St., S. 20 f.)

Für Frau St., die sich in ihrer - allerdings selbstgewählten - Hausfrauen- und Mutterrolle eingesperrt fühlt, die sich hier in ihrem Haus am Stadtrand vereinsamt und isoliert fühlt, die sich von ihren drei Kindern zugleich unter- und überfordert fühlt : unterfordert, weil sie den sozialen Austausch mit Erwachsenen nicht ersetzen können; überfordert, weil sie sich oft unfähig fühlt, die alltäglichen häuslichen Anforderungen zu erfüllen; soll die Zigarette das Gefühl ersetzen, daß diese Lebenssituation für sie sonst nicht zuläßt : Freiheit, Unabhängigkeit, Selbständigkeit, soziale Anerkennung.

Also, wie es im theoretischen Teil zitiert wurde: *Nur* in der Phantasie darf sie sich dies leisten, unfähig, ihre Ansprüche in die Wirklichkeit umzusetzen. Dabei sind die - Bilder historisch gewachsene und kulturell vorgegebene Bilder. Sie müssen nicht explizit im Bewußtsein der jeweils rauchenden Frau repräsentiert sein. Darum thematisieren die Frauen diese Selbst-

bilder auch nicht spontan in den Interviews. Es sind aber Bilder, die sicher am Anfang der Rauchbiographie einen nicht unerheblichen und den rauchenden Jugendlichen auch bewußten Stellenwert haben. Später, wenn sich das Rauchverhalten verfestigt hat, mögen diese Selbstbilder verschüttet sein oder werden von anderen Überlagert. Für Erwachsene sind sie vielleicht auch nicht mehr legitim, weil eher infantil und unrealistisch. Aufgrund unserer Untersuchungsergebnisse können wir diese Frage allerdings nicht abschließend beantworten. Hierzu wären gezieltere Untersuchungen notwendig. Die Ergebnisse deuten jedoch darauf hin, daß auch in der Motivstruktur manifester Raucherinnen die Zigarette eine tiefergehende Symbolfunktion hat, indem mit dem Rauchen Aspekte eines bestimmten Frauenbildes verbunden werden. Der Widerspruch von Phantasie und Wirklichkeit in dieser Symbolbeutung ist aber wohl verborgener, als daß er durch einfaches Abfragen der Frauen sichtbar gemacht werden kann.

Wir haben weiterhin die These ²⁷ überprüft, ob die Frauen ihr Rauchverhalten in einem Zusammenhang mit der Bewältigung von Belastungen und Konflikten sehen und haben dies auf dem Hintergrund der Belastungskonzepte betrachtet, die die Frauen für sich selbst haben. Während einige Frauen einen Zusammenhang zwischen Streß und Rauchen generell ablehnen, mit dem Argument, daß das Rauchen "schon alles Gewohnheitssache" sei, sehen andere Frauen hier sehr wohl Zusammenhänge. Sie meinen, die Zigarette zu brauchen, um ihre innere Nervosität zu beherrschen. Dabei werden Konfliktsituation mit den Kindern beschrieben, in denen die Frauen dann die Zigarette zur Beruhigung brauchen.

H: ... wissen sie, da brüll ich sie dann einfach an, da nervt sie mir dann so und dann greifst du wieder zur Zigarette, dann wirst du wieder ruhiger und dann ist alles wieder normal. (P., S.6)

Die meisten der Frauen meinen, daß sie mehr rauchen, wenn sie wenig zu tun haben, wenig beschäftigt sind. Dabei steht wohl zunächst der Gedanke dahinter, daß Beschäftigung hauptsächlich eine Beschäftigung mit den Händen ist, so daß objektiv weniger geraucht werden kann. Die Ruhe, der Zwang zum Untätigsein - z.B. wenn Wartepausen am

Arbeitsplatz überbrückt werden müssen - scheint bei vielen Frauen jedoch die innere Unruhe und Nervosität, von der sie generell berichten, zu steigern. Diese Situationen werden mit einer Zigarette überbrückt. Möglicherweise steht aber auch dahinter, daß in solchen Phasen der Ruhe und Untätigkeit Spannung aufrechterhalten werden muß, weil nach einer solchen Phase - z.B. am Arbeitsplatz aber auch in der Familie - die Frau in ihrer ganzen Leistungsfähigkeit wieder gefordert wird. Es sind dies keine wirklichen Ruhepausen, in denen der Körper sich entspannen kann, sondern "Leerlaufzeiten", die überbrückt werden müssen.

Generell, vor allem aber im Vergleich mit den anderen Gruppen rauchender Frauen, wurden in dieser Gruppe allerdings wenig Aussagen über das Rauchen im Zusammenhang mit der Bewältigung von Stress und Belastungen gemacht. Wirft man nun den Blick auf die Belastungskonzepte der Frauen, zeigt sich: Trotz hoher objektiver Belastungen der Frauen werden wenige Aussagen zu subjektiv erlebter und empfundener Belastung gemacht. Die Frauen haben eine positive Identifikation mit ihrer Arbeit, obwohl sie natürlich einräumen, daß die Arbeit manchmal anstrengend ist und daß sie selbst abends nicht selten erschöpft und zerschlagen sind. Trotzdem gehen die Frauen gerne arbeiten und fühlen sich teilweise im Kollegenkreis gut eingebunden.

"Ich freue mich immer, wenn ich hinkomme zur Arbeit. Ein ganz prima Arbeitsverhältnis." (H., S.8)

Frau H. hat keine Ausbildung; sie montiert als angelernte Arbeiterin elektrische Kleingeräte. Die Anfahrtswege zur Arbeit sind sehr lang und sie hat einen vollen Arbeitstag. Sie lebt allein mit ihrer dreijährigen Tochter. Natürlich muß sie auch gestehen, daß die Arbeit besonders in der letzten Zeit sehr anstrengend ist, da die Firma die Produktion auf neue Maschinen umstellt. So ist sie abends oft nervös und abgespannt und hat keine Ruhe und Geduld mehr für ihre Tochter. "Aber das legt sich wieder, wenn es auf der Arbeit erst mal wieder ruhiger ist." (H., S.13)

Die Zeit, in der die Frauen vorübergehend nicht erwerbstätig waren, wird von ihnen eher negativ bewertet. "Also, Sie werden lachen, mir war das langweilig zuhause." (H., S. 16)

Auch Frauen, die durchgehend berufstätig waren, bewerten dies im Nachhinein als eine richtige Entscheidung.

N: ... schon, klar! Da war manchmal auch zuwenig Zeit, aber andererseits, man behält ja auch ein Stück Unabhängigkeit. Wenn ich nun damals den Beruf aufgehört hätte, dann hätte ich vielleicht nicht den Einstieg zurück gefunden. ... und ich kenne mich auch, dann hätte ich hinterher nicht mehr den Mut gehabt, eine Arbeit anzufangen. (N., S. 12)

Die außerhäusliche Arbeit verschafft also eine gewisse finanzielle und persönliche Unabhängigkeit, zwingt zu einer gewissen Flexibilität und Offenheit und bewahrt die Frauen vor Einsamkeit und Kontaktlosigkeit, Langeweile und Unausgefülltheit bei einem Leben, daß sie nur der Familie und den Kindern widmen.

Auch meinen die Frauen, daß die Aufgaben, die die Verbindung von Beruf und Familie ihnen stellen keine Belastungen sind und von ihnen gut bewältigt werden können. Sie werden als normal, als zum Leben dazugehörend begriffen.

Dabei läßt sich aus der Perspektive einer Außenstehenden sagen, daß die Belastungsstandards, also das, was als tragbar und bewältigbar gilt, von den Frauen sehr hoch angesetzt werden. Auf diesem Hintergrund ist dann auch verständlich, warum Zusammenhänge zwischen Belastungen und Rauchen nicht oder kaum thematisiert werden. Da kaum Belastungen als solche Thema sind, gibt es auch keinen Grund, entsprechende Zusammenhänge zum Rauchen herzustellen.

22
Eine Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören, läßt sich bei keiner Frau finden. Auch Zusammenhänge zwischen Rauchen und Gesundheit haben für diese Frauen keinerlei Bedeutung. Zwar wissen die meisten - nicht alle - Frauen recht gut über die gesundheitlichen Gefahren des Rauchens Bescheid, aber das ist kein Grund aufzuhören.

N: Ja, das ist ja kein Geheimnis, daß weiß ja jeder, daß das schädlich ist ...

I: Aber das Wissen motiviert sie nicht ?

N: Im Moment jedenfalls nicht, irgendetwas Ernsthaftes zu unternehmen (N., S.5)

Im Gegenteil - einige Frauen meinen sogar, daß mit den Gesundheitskampagnen nur Panikmache betrieben werde. Mit der Angstmacherei vor Krebs und anderen Krankheiten würden die Leute nur "aufgeputscht und aufgepeitscht", würden sich häufig die Krankheiten dann selbst einreden. Aber auch andere Argumente werden gegen das *Aufhören ins Feld* geführt : Schadstoffe in der Nahrung und der gesamten Umwelt, die für sich schon eine hohe Gesundheitsgefährdung darstellen; Beispiele aus dem Bekanntenkreis, wo Raucher lange gelebt, Leute, die nie geraucht haben dagegen früh gestorben sind; berufliche und/oder familiäre Belastungen werden angeführt, die die zusätzliche Belastung, mit dem Rauchen aufzuhören, nicht zulassen.

Ob diese Argumentationslinien als reine "discounting-Strategien" (Überblick s.a. WETTERER/HELFFERICH 1983), also als Selbstlegitimationsstrategien für das Festhalten an der Zigarette, abqualifiziert werden können, sei bezweifelt. Der Blick auf die Belastungen der Frauen zeigte, daß sie unter hohen beruflichen und familiären Belastungen gezwungen sind, ihr Leben zu meistern - ohne Rücksicht auf ihr körperliches und psychisches Befinden nehmen zu können. So z.B. Frau M.: "Bloß, ich weiß nun auch nicht, wie das wäre, wenn keiner nun rauchen tut. Und vielleicht auch so Arbeiten machen muß. - Ich weiß nicht, ob sie da nun mehr aktiver sind, wenn sie von der Arbeit kommen."! (M., S.5).

Relativieren sich auf diesem Hintergrund nicht auch die Argumente zur Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens?

Der Blick auf die Gesundheitskonzepte der Frauen zeigt auch, daß sie ganz andere Bewertungen zugrunde legen, als aus der Perspektive der Gesundheitserziehung von ihnen erwartet werden.

Der größte Teil der Frauen betrachtet sich selbst als sehr gesund und fühlt sich wohl. Sie fühlen sich so, obwohl sie wenig für ihre Gesundheit tun. Nur wenige gesundheitsfördernde Aktivitäten werden beschrieben: Spaziergehen, Sport, Radfahren, Schwimmen. Auch die Bewegung bei der Hausarbeit wird von den Frauen betont. Weniger gesundheitliche Gründe, sondern eher der Spaß an diesen Dingen, abgesehen von der Hausarbeit, stellt wohl - Gott sei dank - die Hauptmotivation für diese Aktivitäten. Allzu groß ist das Bedürfnis nach aktivem Gesundheitsverhalten allerdings nicht: die Frauen verweisen auf mangelnde Zeit und Gelegenheit aufgrund ihrer beruflichen und familiären Situation; aber die Frauen sagen auch, daß ihnen nach getaner Berufs- und Familienarbeit oft die Lust und Energie fehle, sich noch zu gesundheitsbewußten Aktivitäten aufzuschwingen. Situationen der Entspannung, einmal garnichts zu tun, lange zu schlafen und zu frühstücken nehmen einen größeren Stellenwert ein. Das ist sehr verständlich auf dem Hintergrund der Arbeitssituation vieler dieser Frauen, die häufig mit starker körperlicher Beanspruchung verbunden ist. Frau M. sucht, wenn sie körperlich "k.o." von der Arbeit kommt, Entlastungsstrategien, indem sie sich erstmal etwas ausruht; manchmal macht sie auch "ein Schläfchen". Die anderen Kolleginnen scheinen das ähnlich zu machen. "... dann setzen die sich hin und dann entspannen sie. Nicht, daß die dann gleich loslegen, und saubermachen und so ... erst mal abschalten. Das kann keine Frau, arbeiten und dann gleich..." (M., S.14)

Auch die enge zeitliche Eingebundenheit durch Beruf und Familie, die Anforderung, Beruf und Familie in einem engen zeitlichen Raum zu organisieren, erfordert, daß arbeitsfreie Zeit (frei von Berufs- und Familienarbeit) auch einmal zur Entspannung sowohl des Körpers als auch der Nerven genutzt wird.

Zu diesen Entlastungsstrategien der Frauen, sich einmal etwas Ruhe und Entspannung von beruflichen und familiären Anforderungen, besonders auch von den Kindern, zu gönnen, gehört die Zigarette nicht selten dazu. Sie soll helfen, das innere Gleichgewicht wieder zu finden - wenn dies vielleicht auch nur eine

Illusion ist. Ist es denn den Frauen zu verdenken, die ja teilweise eine recht hohe körperliche Belastung im Berufsleben haben, die durch die Organisierung von Berufs- und Familienarbeit ebenfalls stark belastet sind, die von ihren Kindern beansprucht werden, daß sie dann wenigstens punktuell einmal etwas mehr Ruhe und Entspannung haben möchten? Ist es eigentlich sinnvoll für diese Frauen, sich durch einen Zwang zur Gesundheit, wobei mit Gesundheit : Fitness, körperliche Aktivität etc. assoziiert wird, noch mehr unter Druck zu setzen? Obwohl die Frauen sich nicht beklagen, denke ich mir, sind sie doch oft froh, wenn sie einmal eine halbe Stunde für sich selbst und die Möglichkeit zur Entspannung haben.

223

4.4. "Und wenn mir das nun noch fehlt, dann bricht alles zusammen." - Warum die Versuche, das Rauchen aufzugeben, scheitern Gruppe 2.

Für alle Frauen hat das Thema Rauchen einen hohen Stellenwert, so daß sie viel darüber erzählen können. Die Frauen haben einen sehr hohen durchschnittlichen Zigarettenkonsum und ihre Haltung zum Rauchen ist sehr stark von dem Wunsch und Versuchen, mit dem Rauchen aufzuhören, geprägt. Da dieser Wunsch - an den Ansprüchen der Frauen gemessen - nicht ausreichend realisiert wird, sind die Frauen mit dieser Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit konfrontiert. Daraus ergibt sich für sie die Notwendigkeit, über sich selbst und ihr Verhalten nachzudenken, nach Gründen dafür zu suchen und ihre Motive zum Aufhören auf ihre Tragfähigkeit hin zu überprüfen. Dadurch haben die Frauen einen recht hohen Reflexionsgrad hinsichtlich ihres eigenen Rauchverhaltens. Das wird daran deutlich, daß das Thema Rauchen einen großen Raum in den Gesprächen einnimmt. Die Frauen kommen entweder selbst immer wieder darauf zurück oder lassen sich zumindest im Gespräch leicht wieder auf das Thema bringen. Bemerkenswert ist auch, daß viele der uns interessierenden Themen wie Belastung, Streß, Bewältigung; Gesundheit und Gesundheitsverhalten von den Frauen sehr stark aus der Perspektive des Rauchens betrachtet werden.

Dementsprechend lag das Gewicht in den Gesprächen auf der Rauchbiographie und Bewertungen des Rauchens. So wurden die Themen Gesundheit und Gesundheitsverhalten nur ansatzweise berührt und es gibt entsprechend wenig Material für eine aussagekräftige Analyse. Da, wo dieses Thema in den Gesprächen aufgegriffen wurde, zeigen sich jedoch keine wesentlichen Unterschiede zu der Gruppe 1.

Doch nun zur Rauchbiographie.

Konkrete Anlässe, die den Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören, auslösen, werden von den Frauen nur teilweise berichtet. Sofern aber Anlässe berichtet werden, sind diese krankheitsbezogen. Allerdings bestehen kaum Zusammenhänge zwischen den entsprechenden Erkrankungen und Rauchen. So werden z. B. mehrfach Krankenhausaufenthalte angegeben, wo aufgrund von Bettlägerigkeit der Zugang zu Zigaretten und die Möglichkeit zu rauchen nicht gegeben waren. Gesundheitliche Einbrüche, wie Asthmaerkrankung oder Schwangerschaft waren ebenfalls Anlässe, wobei hier von den Frauen ein Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Lage und Rauchen gesehen wurde.

Im Rückblick auf die Rauchbiographie der Frauen läßt sich nochmals sagen, daß bis auf zwei Frauen, von denen eine allerdings auch noch sehr jung ist und deshalb noch nicht auf eine längere Rauchbiographie zurückblicken kann, alle Frauen mehrere Ansätze gemacht haben, mit dem Rauchen aufzuhören oder es zu reduzieren. Von insgesamt ca. 18 Versuchen (einschließlich der durch Krankenhausaufenthalte erzwungenen) waren ca. die Hälfte zumindest für einige Wochen erfolgreich, in denen die Frauen aufhörten oder weniger rauchten.

Betrachtet man die Methoden, mit denen die Frauen versuchen, das Rauchen zu reduzieren, ergibt sich eine eindeutige Präferenz für "kontrolliertes Rauchen" (mehr als 80% aller Versuche). Dabei nehmen Kontrollverfahren durch eine Gruppe (z.B. Raucherentwöhnungskurs) weniger Raum ein; viel mehr beginnen die Frauen

in Individualverfahren die Zigarettenmenge zu kontrollieren, z.B. durch Strichlisten, Einteilung der Zigarettenmenge über den Tagesverlauf. Kontrolle der Festsetzung der Gesamtmenge (z.B. gut sichtbar: Limit eine Schachtel), aber auch Stricken, Handarbeiten u.ä. Beschäftigungen als Alternativen zum Rauchen. Häufig in einem sehr energieaufreibenden Prozess disziplinieren und kontrollieren sich die Frauen selbst. Nur drei Frauen hörten spontan auf zu rauchen.

In vier Fällen wurden äußerliche Methoden angewandt, d.h. Methoden, die keine eigene Aktivität der Frauen notwendig machen, wie z.B. Einnahme von Anti-Nikotin-Tabletten oder eine Art hypnotisch-suggestiver Verfahren durch sogenannte Experten auf diesem Gebiete.

Dabei wird deutlich, daß gerade die letzten "Methoden" die erfolglosesten sind, was wohl der mangelnden Motivation und der mangelnden Überzeugung zuzuschreiben ist, es wirklich zu schaffen. Äußere Hilfsmittel werden offensichtlich gerade dann angewandt, wenn auf die eigene Kraft sehr wenig gebaut wird.

Erfolgreich war das kontrollierte Rauchen zumindest solange, wie die Selbstkontrolle auch aufrecht erhalten wird. Auch die spontanen Versuche waren nicht erfolglos, führten sogar vorübergehend zur gänzlichen Aufgabe des Rauchens, wobei diese Frauen ein starkes motivierendes Gegengewicht gegen das Rauchen hatten (z.B. Kind, Partner).

Also: erfolgreich sind Versuche, das Rauchen zu reduzieren besonders dann, wenn Frauen versuchen, den Zigarettenkonsum mit kontrolliertem Rauchen zu reduzieren.

Phasen des - zumindest vorübergehenden - Aufhörens entstehen spontan, ohne besondere Methoden.

24
Auch wenn gesundheitliche Beschwerden Gründe für das Reduzieren oder Aufhören waren, können die Frauen eigentlich nicht über eine gravierende Verbesserung des gesundheitlichen Befindens berichten. Lediglich eine Frau, der vom Arzt bereits eine Koronargefährdung bestätigt wurde, fühlte sich "freier", also wohl frei

von Beklemmungsgefühlen. Möglicherweise ist der geringe gesundheitliche Effekt, der oft kurzen Dauer des Aufhörens oder Reduzierens zuzuschreiben so daß eine gesundheitliche Stabilisierung noch gar nicht eintreten konnte. Einige Frauen berichten, daß sie, sobald sie aufhörten, noch nervöser und aggressiver wurden. Dies war ihnen - und wohl auch der Umwelt - so unerträglich, daß sie sofort wieder zu rauchen begannen. Drei Frauen berichten, daß sie plötzlich anfangen übermäßig zu essen. Eine Frau empfindet ihre Yoghurtsucht als unangemessen; eine Frau bekommt derartige Gewichtsprobleme, daß dies ihre Motivation zum Zigaretten-Nullkonsum stark schmälert.

Als Motive für das Aufhören bzw. Reduzieren werden von den Frauen explizit gesundheitliche genannt: Entweder sind es direkt Erkrankungen (Asthma, Herzkrankheit) bzw. Schwangerschaft oder es sind eigene erste Beschwerden bzw. Angst vor Erkrankung. Wieso aber diese gesundheitsbezogenen Motive offensichtlich nur vorgeschoben sind - als gängig und sozial akzeptiert - wird deutlich, wenn man sich die Begründungen für das Scheitern oder auch Gelingen und die Motive, warum Frauen rauchen, ansieht.

Gründe für das Gelingen des neuen Rauchverhaltens werden in vom Rauchen ganz unabhängigen Bereichen gesehen; z.B. in einer neuen Partnerbeziehung, die viel von den Problemen kompensiert (Alleinsein), die als Grund für das Rauchen genannt werden.

Das Gewicht legen die Frauen in den Gesprächen auf die Darstellung für die Gründe des Scheiterns der Versuche. Dabei werden folgende Punkte genannt:

In drei Fällen waren plötzliche Beziehungskrisen Grund für das Scheitern; bzw. eine dieser Frauen sah sich plötzlich in einer beruflichen und familiären Belastungssituation. In diesen Krisen konnten die Frauen nicht die zusätzliche Kraft aufbringen, das Nichtrauchen auch noch zu bewältigen. Rauchen wurde

in dieser Situation selbst wieder zu einem - scheinbaren - Bewältigungshandeln. Das Aufhören erschien in solchen Situationen darüberhinaus als sekundär. So berichtet Frau W. von einer Krise in der Partnerbeziehung, die zum Scheitern des Aufhörens führte, das sie mit einem Entwöhnungskurs versucht hatte.

W: Ich steckte so tief drin, daß mir das im Prinzip scheißegal war, ob ich nun rauche oder nicht. Das brauchte ich eben, bildete ich mir ein. In dem Moment war für mich das Rauchen zweitrangig. (S. 12)... Man muß da also schon sehr ausgeglichen sein, man muß Gelegenheit und Zeit haben, nur auf sich selbst fixiert zu sein und sich nur um sich und sein Rauchproblem kümmern zu können. Es darf da nichts nebenher oder nebenbei laufen. Dann ist es vielleicht auch leichter. (S. 20 f.)

Negative Folgen, besonders Essen und Gewicht betreffend, werden von zwei Frauen genannt, wobei für eine das Gewicht und ihr damit zusammenhängendes Äußeres ausschlaggebend war für die anderen Frauen das Gefühl, mit ihrer Eßsucht eine neue Abhängigkeit zu entwickeln.

Eine nicht ausreichende Motivation, mangelnden Willen, falsche Erwartungen (z.B. auch an den Raucherentwöhnungskurs), Labilität und Charakterschwäche werden weiterhin von den Frauen als Gründe angeführt.

G: Ich habe noch keine, sagen wir mal spürbaren Schäden, daß ich jetzt in Behandlung sein müßte. Auf der anderen Seite habe ich seit meiner Kindheit Kreislaufstörungen, die wahrscheinlich durchs Rauchen jetzt noch negativer beeinflusst werden. Ich neige zu Gastritis, die ja durchs Rauchen auch noch negativ beeinflusst wird. Im Grunde genommen hätte ich genügend Argumente zu sagen, jetzt ist Schluß. Aber ich habe nicht den hundertprozentigen Willen! ... Es ist irgendwo eine gewisse Labilität, daß ich wahrscheinlich zu den Menschen gehöre, denen erst vom Arzt gesagt werden muß: Also liebe Frau Wagner, wenn Sie jetzt nicht aufhören, dann passiert es. Das sehe ich als Labilität an, als Charakterschwäche. (S. 3 f.)

Frau C. sagt:

"Ich habe mich nie disziplinieren müssen. ... Ja, Disziplin habe ich wahrscheinlich nicht." (S. 16)

Erschreckend ist bei diesen Aussagen die ausgesprochen negative und selbstverachtende Sichtweise der Frauen. Dabei sind dies alles Frauen, die sich durch sehr harte und schwere Bedingungen haben durchkämpfen müssen. Betrachtet man die biographischen Belastungen der Frauen und ihre Aussagen dazu, wird deutlich, daß sich viele der Frauen wirklich lange Zeit ohne einen äußeren Halt, z.B. durch eine stabile Familie, durchkämpfen mußten. Schon in der Kindheit hätte nur ein kleiner Teil eine vollständige, rückhaltgebende Familie,

Über die Hälfte der Frauen ist auch hier längere Zeit mit den Kindern alleinstehend gewesen und selbst bei den langjährigen, stabilen Ehen liegen gravierende Probleme vor (z.B. behindertes Kind; alkoholabhängiger Mann). Aber: Belastungsaussagen dazu werden von den Frauen explizit nicht gemacht; auch die Verbindung von Beruf und Familie, für alle Frauen fast ohne Unterbrechung Realität, wird nicht als Belastung thematisiert: es war normal; etwas, was Frau immer gemacht hat. Die Berufsarbeit wird sogar durchgängig positiv bewertet; keine der Frauen möchte sie aufgeben. Dies ist auch auf dem Hintergrund zu sehen, daß diese Frauen einen harten Kampf in der Sicherung ihrer beruflichen Existenz geführt haben: Arbeitslosigkeit, fehlender Berufsabschluß; Umschulungsmaßnahmen und der Kampf um einen - wenn auch bescheidenen - beruflichen Aufstieg, bestimmen die Entwicklung. Trotz dieser generell positiven Einstellung zum Beruf sehen die Frauen doch bestimmte Aspekte ihrer Arbeitssituation aus einer kritischen Perspektive und benennen Streß und Belastungen durch die Arbeit.

Dabei zeigte sich, daß dies eigentlich alles Frauen sind, die sich nie haben "hängen lassen können", d.h., die es sich nie leisten konnten, einmal alle Verantwortung abzugeben und nur für sich etwas zu tun. Sprich: diese Frauen waren gerade besonders dazu gezwungen, sich und ihre eigenen Bedürfnisse und Interessen zurückzunehmen und sich selbst zu "disziplinieren". Erschreckend ist allerdings, daß die Frauen das Scheitern bei der Durchsetzung bestimmter Vorstellungen und Ziele nicht etwa den äußeren Verhältnissen, sondern sich

selbst, ihrer persönlichen Handlungsschwäche zuschreiben.

Die Zigarette hat ihre Funktion also einmal in der Bewältigung des alltäglichen Streß. Aber nicht dies allein, sondern v.a. die tiefe Verwurzelung des Rauchens im Leben der Frauen und ihrem inneren psychischen Geschehen macht die starke Abhängigkeit der Frauen von der Zigarette deutlich. Formulierungen wie: die Zigarette als Krücke, als Halt und nicht mehr veränderbare Gewohnheit, als Teil der eigenen Person, als Sucht und Abhängigkeit in jeder Beziehung machen das deutlich.

G: Ich begreife diese Sucht irgendwie als eine Krücke, als ein gewisses Standbein. Denn wenn ich ruhig bin, z.B. am Wochenende zuhause, wenn keine Streitereien sind, dann bräuchte ich sie eigentlich gar nicht. Ich möchte sagen, nur hier auf die Situation, auf den Beruf zugeschnitten, da ich nämlich unter ziemlichen Druck stehe hier, von oben und unten, von beiden Seiten, das belastet schon mal. (S. 6)

Bzw. Frau E.:

E: Das hat so einen Effekt, daß man sich immer an einer Sache festhält. Es gibt einem im Moment zumindest die Illusion von - ja - weiß ich nicht. Das ist so eine Sache, die schleppe ich seitdem ich 16, 18 Jahre alt bin mit mir rum, das gehört dazu. Und wenn mir das nun noch fehlt, dann bricht alles zusammen, so.

I: Haben Sie das Gefühl, nicht Sie halten die Zigarette, sondern die Zigarette hält sie?

E: Ja, eindeutig! Das Gefühl habe ich jetzt auch noch, daß das Zeug mich beherrscht und nicht ich die Zigarette beherrsche. Ich weiß nicht, es ist wirklich so, daß ich das Rauchen eindeutig als Sucht betrachte. Das ist keine Sache, die ich steuern kann. Wenn, dann nur mit der allergrößten Willensanstrengung. So eine Abhängigkeit. (S. 4)

Also: Gründe für das Scheitern von Versuchen, das Rauchen aufzugeben bzw. zu reduzieren, liegen nicht allein in äußeren Anlässen begründet, die diese Versuche zunichte machen, sondern vor allem in dieser inneren Verwurzelung des Rauchens in der Person und in der Notwendigkeit, in krisenhaften und konfliktreichen Situationen etwas haben zu müssen, das der Frau einen Halt gibt. Ohne diesen Halt bricht alles zusammen.

Auch die Argumente der Frauen zum Aufhören/Reduzieren zeigen nochmals diese innere Bindung an die Zigarette und die fehlende Kraft, sich aus dieser Abhängigkeit zu befreien.

: Dabei scheint die Haltung zum Aufhören bei den meisten Frauen eher widersprüchlich : Auf der einen Seite möchten sie gerne von der Zigarette loskommen, auf der anderen Seite hängen sie jedoch sehr daran, möchten diese Gewohnheit gar nicht aufgeben.

C: Aber es würde mir etwas unwahrscheinlich fehlen, wenn ich nicht rauchen kann. Das ist ein Teil von mir selbst geworden, und ich kann es gar nicht anders erklären. Das ist vielleicht alles Einbildung und man müßte mit viel Willenskraft oder auch mit etwas mehr Willenskraft und Bereitschaft als ich sie habe, müßte man aufhören können. (S. 25) ... Ich bin froh, wenn ich von diesem Leiden auch befreit wäre. (S. 21)

Und :

W: Auf der anderen Seite wahrscheinlich - ich will vielleicht doch gar nicht. Weiß ich nicht. Ich bilde mir immer ein, ein Wille muß von alleine da sein, man kann da also wenig zu tun, wenn man nicht wirklich will. Dieser eigentliche Wille, der ist vielleicht vom Kopf her da, aber vom Ganzen ja nicht. (S. 8)

Von diesen beiden Frauen wird also nochmals die notwendige innere Willenskraft, die rational nicht herstellbar ist, sondern sich motivational auf die Person als Ganzes beziehen muß, betont. Diese Abhängigkeit, in der die Frauen sich sehen, wird in den Aussagen von Frau C. in ihrer Ambivalenz deutlicher: die Zigarette gilt als Teil ihrer selbst und das Rauchen als Leiden, als Krankheit. Daß diese Abhängigkeit auch angenehm ist und positive Seiten hat, gesteht Frau E. ein.

E: Also, es sind eigentlich verschiedene Varianten, je nach Situation, mal so und mal so. Mal empfinde ich es als schön und mal empfinde ich es als fürchterlich, manchmal auch schon richtig als Zwang... Das ist das, was ich für mich so sehr wünsche. Ach, - wär das schön, schon mal sehr genußvoll eine Zigarette nach dem Essen zu rauchen (wird dann zu sagen, nee, das war's, das reicht mir jetzt - so ganz aufhören würde ich gar nicht wollen, weil ich es immer noch gemütlich finde. Aber diese Sucht dabei, die mißfällt mir. (S. 21)

Die Haltung dieser Frauen zum Aufhören/Reduzieren ist widersprüchlich, denn die empfundene Abhängigkeit von der Zigarette hat positive und negative Aspekte. Als negativ empfunden wird die Abhängigkeit als solche, die Sucht und auch die Notwendigkeit, eine "Krücke" bzw. einen "Halt" zu haben, um durch den Alltag zu kommen. Positiv ist es, überhaupt eine Krücke zu haben, damit "nicht alles zusammenbricht"; positiv ist aber auch alles, was die Zigarette mit Genuß und Gemütlichkeit verbindet.

Gesundheitliche Erwägungen spielen bei den Versuchen aufzuhören eine Rolle sowohl bezüglich des konkreten Anlasses als auch bezüglich der spezifischen Motivation. Aber sie haben keinerlei Bedeutung bezüglich der Motive, wegen derer die Versuche scheitern bzw. warum die Frauen am Rauchen festhalten. Diese Motive sind sozialer bzw. psychosozialer Art, Rauchen wird im Zusammenhang mit Streß und Konflikten genannt. Es hat auch Bedeutung für das Selbstbild der Frauen und ihren Vorstellungen von Abhängigkeit und Willensstärke bzw. Willensschwäche.

4.5. "Und wahrscheinlich bin ich da doch unabhängiger geworden, erwachsener, selbständiger - daß ich das dann nicht mehr so nötig hatte, so an einem Schnuller ... " - Weg von der Zigarette: Befreiung aus einer Abhängigkeit

Gruppe 3

Frauen dieser Gruppe können auf eine bewegte Rauchbiographie zurückblicken. Durch die oft jahrelange Beschäftigung mit ihrem eigenen Rauchverhalten, geprägt durch Versuche aufzuhören, Rückfälle und ambivalente Einstellungen zum Rauchen, können diese Frauen sehr viel zum Thema berichten. Gerade ihre widersprüchlichen Haltungen und inkonsistenten Verhaltensweisen bezüglich des Rauchens zwingen sie, über sich selbst nachzudenken, nach Erklärungsmodellen und Motivstrukturen zu suchen. Dabei ist zu beobachten, daß sie immer wieder auf das Rauchen zurückkommen und ähnlich wie in Gruppe 2 die meisten der uns

interessierenden Fragen wie Belastung und Bewältigung, Gesundheit und Gesundheitsverhalten aus der Perspektive des Rauchens heraus thematisieren. Auch bei dieser Gruppe bleibt die Frage offen, ob dies die wirkliche Motivstruktur der Frauen widerspiegelt oder ob es sich hier um ein durch die Gesprächssituation entstandenes Artefakt handelt.

27

Abweichend von der bisherigen Darstellung möchte ich hier zunächst das Auf und Ab der Rauchbiographie einer der Frauen darstellen. Dieses methodische Vorgehen ist inhaltlich begründet. Der Weg der Frauen von der Zigarette weg ist kein geradliniger: ein Teil der Frauen kann auf Lebensphasen verweisen, in denen sie sehr viel geraucht haben und auf solche, die von Unterbrechungen und Phasen des Reduzierens geprägt sind. Betrachten wir nur die jeweiligen aktuellen Anlässe und Beweggründe für das Aufhören oder Reduzieren, ergibt sich kein konsistentes Bild: Schwangerschaft, Geburt eines Kindes oder persönliche Erkrankungen sind die am häufigsten genannten Anlässe. Aber wieso haben diese bei diesen Frauen hier einen so gewichtigen Einfluß, daß sie den Weg von der Zigarette weg schaffen, während sie bei den Frauen der zuvor beschriebenen Gruppe keine entsprechende Wirkung hervorbrachten? Diese Zusammenhänge werden erst verständlich, wenn wir den Blick auf die Motivstruktur der Frauen werfen. Hier werden persönliche Entwicklungsprozesse transparent, die auf eine selbständigere Gestaltung ihres Lebens allgemein, aber auch auf einen souveräneren Umgang mit dem Rauchen hindeuten.

Ich möchte dies an dem Beispiel von Frau He. darstellen. Sie beginnt mit 7 Jahren zu rauchen; mit 14 Jahren kauft sie sich die Zigaretten selbst und ist jetzt schon eine gewohnheitsmäßige Raucherin. In ihrer Berufsausbildung zur Arzthelferin raucht sie dann sehr viel, teilweise bis zu 60 Zigaretten pro Tag. Sie lebt zu der Zeit bereits mit ihrem jetzigen Mann zusammen. Frau He. hat vier Versuche gemacht, mit dem Rauchen aufzuhören. Besondere Methoden hat sie dabei nicht angewandt. Sie berichtet jedoch von dem ungeheueren inneren Kampf, den sie das gekostet hat; Anlaß des Aufhörens war ein Krankenhausaufenthalt.

He: Also, körperliche Entzugserscheinungen hatte ich nicht, aber seelisch eben. Ich bin durch den Krankenhauspark gelaufen, habe die Hände geballt und habe auch geweint vor Zerrissenheit, ich war eben richtig verzweifelt. Ich habe geweint, das war ein wahnsinniger Kampf. Weil ich rauchen wollte. Dieses - mir dies zu versagen, das war eben so schwer ... Ja, und Worte wie Besessenheit fallen mir auch ein. Von morgens bis abends keinen anderen Gedanken zu haben als rauchen zu wollen. Morgens aufwachen und das erste ist, sich eine Zigarette nehmen und abends der letzte Gedanke eigentlich auch. (S. 2)

Als Grund für ihren Wunsch aufzuhören nennt sie die Angst vor Lungenkrebs. Diese Angst habe sie schon seit ihrer Kindheit. Begründet ist die Angst in einem chronischen Husten, unter dem sie schon seit langer Zeit leidet.

Sie beginnt wieder zu rauchen, als sie an einem Lehrgang teilnimmt.

He: Das war auf einem Lehrgang - mal eine. - Da wurde also sehr viel geraucht und ich habe mich dann gefreut, wie eklig das schmeckt und daß ich das nicht mehr mache. Ja, und dann habe ich mich daran sooft erfreut, bis ich dann doch auf einmal wieder geraucht hatte. (S. 3)

Obwohl sie mit "schörren" und "abkaufen" versucht, die Ernsthaftigkeit des "Rückfalls" herauszuzögern, ist die alte Abhängigkeit jedoch bald wieder hergestellt.

Frau He. sieht ihre Zigarettenabhängigkeit und ihre mangelnde Kraft, davon wegzukommen, in enger Beziehung zu ihrem Mann, bzw. zu ihrer Mutter.

He: Also ganz wichtig ist auch noch, was mich auch immer wieder zum Rauchen gebracht hat, die Beziehung zu meinem Mann. Das habe ich noch so gut in Erinnerung, wenn ich da mit dem Streit hatte, daß ich gedacht habe 'So, jetzt rauche ich wieder', gerade in Opposition zu meinem Mann. Das fand ich immer so schlimm, weil ich gedacht habe 'So eine Abhängigkeit', denn du willst ja eigentlich nicht. Wir hatten da sehr viel Streit, weil er immer versucht hat, ich habe es als zwingend empfunden, mich zu überzeugen aufzuhören. Der rauchte auch. Der hat aber immer gesagt, wenn du aufhörst, dann höre ich auch sofort auf. ... Er wollte immer von mir hören, daß ich sage, jetzt höre ich auf. Aber das konnte ich nicht. Und dann hat er mich immer dafür verantwortlich gemacht, daß er noch raucht, weil ich nicht aufgehört habe. Und als ich dann ins Krankenhaus ging : Er hat es als unschön empfunden, daß ich von ihm unabhängig war, er sah mich nicht, ich konnte es probieren und ich konnte

auch wieder aufhören. Weil, wenn ich ihm jetzt ankündige, ich höre auf zu rauchen und höre nicht auf, dann steht er da 'Ja, und du ...'. So war es mit dem Essen, wenn ich gesagt habe 'Ach, wie bin ich dick, ich muß weniger essen' und ich aß wieder, dann sagte er, 'Du ißt ja schon wieder'. Und so war das mit dem Rauchen auch. Und darum vielleicht beide Male, daß ich ohne ihn war. Im Krankenhaus, wo ich ausprobieren konnte, ob ich es schaffe. Und wenn nicht, dann brauchte ich gar nicht darüber zu sprechen. Er sieht es also heute noch so, daß er mir helfen wollte, aber ich habe es so empfunden, daß er mir dadurch nur geschadet hat. Also, ich glaube, ich hätte besser ohne ihn aufhören können. Zwingen - das ist wirklich meine Erfahrung - kann man da keinen zu. (S. 5 f)

225

Ergebnis dieses äußeren Drucks war, daß sie begann, heimlich zu rauchen - so wie Kinder, die in Abwesenheit der Eltern das Rauchen proben.: mit schlechtem Gewissen, aber in deutlicher Abwehr.

He: Wenn man heimlich auf dem Balkon steht und guckt und raucht und dann kommt das Auto und dann ist das nicht so, daß - normalerweise freut man sich ja, wenn der Mann nach Hause kommt, man eilt ihm vielleicht entgegen und umarmt und küßt ihn. Wenn man aber steht und heimlich raucht, dann zuckt man zusammen: "Jetzt kommt er!" Ganz schnell alle Utensilien weg ... und dann fällt der Kuß auch vielleicht viel flüchtiger aus. (S. 12)

In der ersten Schwangerschaftswoche reduziert sie das Rauchen zunächst stark äußere Belastungen, vor allem dann nach der Geburt des Kindes, bringen sie wieder zum Rückfall. Der Säugling sei sehr unruhig gewesen, da habe sie nicht die Kraft zum Aufhören gehabt. Auf der anderen Seite hatte sie ein sehr schlechtes Gewissen und befürchtete gesundheitliche Schäden für das Kind.

Während der zweiten Schwangerschaft, zwei Jahre später, hört sie dann jedoch auf zu rauchen. In dieser Zeit ist sie sehr aktiv. Auf eigene Initiative hin baut sie eine Eltern-Kind-Gruppe auf. Aber sie ist dadurch sehr belastet, ißt unregelmäßig und wird darüberhinaus zuckerkrank. Sie läßt ihre Mutter zur Unterstützung kommen - ein Fehlentschluß, wie sich bald herausstellt.

He: Da habe ich gesagt, sie soll kommen und dafür sorgen, daß ich Essen kriege und sich ein bißchen um den Ältesten kümmern. Sie verhält sich aber immer so, daß es für mich ziemlich schlimm und schrecklich ist. Das hat mich auch so geschafft, da habe ich dann wieder angefangen zu rauchen. ... Da habe ich heimlich oben gestanden ... sie hat das auch

gemerkt, aber ich wollte auf jeden Fall, daß sie nicht merkt, wieviel.
(S. 17 f)

Sie begründet auch, wieso sie die Zigaretten jetzt wieder braucht.

He: Rauchen ist für meine Mutter schon - 'eine deutsche Frau raucht nicht' - nicht so ganz, aber so ähnlich. Das war für mich damals wahrscheinlich auch schon so ein Grund, ja - siehst du, ich rauche doch. Also nicht mal so sehr vernünftige Gründe, sondern "das tut man nicht" und viele Sachen, die man nicht tat, die habe ich aber trotzdem getan. ... Manches war gut, daß ich's getan habe, und manches eben nicht. (S. 18)

Und trotzdem schafft sie es dann bald doch, von der Zigarette loszukommen. Als ihr Mann sie zur Entbindung ins Krankenhaus bringt, hilft er ihr beim Ausräumen des Koffers und entdeckt dabei die Zigaretten, die sie sich eingepackt hatte. Er ist enttäuscht : "Och, Zigaretten hast du auch eingepackt ?"

He: 'Die kannst du mitnehmen, ich will nicht mehr rauchen' ... Aber es war jetzt nicht so ein großer Plan, oder irgendwie, daß ich mir das groß vorgenommen hätte. Ich muß mir schon irgendwie vorher Gedanken darüber gemacht haben - wahrscheinlich. ... Und dann, es ist mir nicht schwer gefallen, nicht so doll schwer. Und ich wüßte wirklich gerne, wie das zustande kam. Ich weiß es nicht. (S. 18 f)

Auf Nachfrage der Interviewerin, ob es ihr vielleicht auch deshalb leichter gefallen sei, weil sie durch den Aufbau der Kindergruppe mehr Selbständigkeit gewonnen habe, liefert sie dann doch ein Erklärungsmodell.

He: Schon möglich. Aber dann vielleicht, daß das damals auch sehr wichtig war, daß ich nochmal ein Kind geboren hatte. Weil ich das auch als Leistung und als etwas sehr Positives erlebt habe. ... Und wahrscheinlich bin ich da doch unabhängig - unabhängiger geworden, erwachsener, selbständiger. ... Weil ich auch so die Geburten eben also ganz ohne Betäubung ... so ganz bewußt erlebt habe und erleben wollte. Ich weiß nicht, das hat mich irgendwie gestärkt, daß ich vielleicht, daß ich es doch nicht mehr nötig hatte, dann so an einem Schnuller. ... Und mit dem Kindergarten - das war so das erste, was ich eigentlich aus meinem Willen und aus meinen Kräften, ohne daß mich einer dazu gebracht hat, was ich gemacht habe. (S. 20 f)

Aber ganz sicher, ob sie den Sprung von der Zigarette wirklich endgültig geschafft hat, ist sich Frau He. nicht.

He: Dieser Gedanke: "Nie mehr darfst du rauchen!" das war schlimm. Solche endgültigen Sachen, die machen mir immer Angst. Es ist auch, was mich so frustriert, wenn ich denke: "Du meine Güte, jetzt soll ich mir mein ganzes Leben da was versagen." Weil ich schon das Gefühl habe, das geht so weiter. Ich kann mir nicht vorstellen, daß das irgendwann mal zuende ist, das ich nicht mehr rauche und aus. (S. 14)

5.29

Die Rauchbiographie von Frau He. macht ihre starke Abhängigkeit von der Zigarette deutlich ; Begriffe wie Besessenheit und Zerrissenheit machen das deutlich. Sie bringen aber auch gleichzeitig ihre ambivalente Haltung zur Zigarette zum Ausdruck. Frau He. möchte gern aufhören zu rauchen, hat große Angst vor gesundheitlichen Folgen des Rauchens und hat auch ein schlechtes Gewissen gegenüber ihren Kindern ; aber sie braucht die Zigarette als kleines Stück stiller Opposition gegenüber ihrem Mann und ihrer Mutter, um hier etwas Eigenständigkeit zu demonstrieren, die sie sich offensiv in diesen Beziehungen wohl nicht zutraut. Daß dies ein stiller, heimlicher Protest ist, wird daran deutlich, wie Frau He. sich gegenüber Mann und Mutter unter dem Druck fühlt, heimlich rauchen zu müssen.

Der Infantilität ihres Verhaltens ist sich Frau He. aber wohl bewußt. Das wird deutlich, wenn sie die Zigarette mit einem "Schnuller" gleichsetzt. An diesem Schnuller braucht sie dann nicht mehr zu hängen, als sie selbst Mutter wird, diese Rolle dann schließlich bewußt übernimmt und hier erstmals selbständig und eigenständig handelt und erlebt. Für Frau He. sind berufliche Dinge wohl nie besonders bedeutsam gewesen. Ihre Berufsbiographie ist wechselhaft ; die Umschulungsmaßnahme macht sie nicht aus eigenem Antrieb, sondern auf Drängen ihres Mannes. "Ich hätte also immer gewußt, ich kann mehr und ich könnte auch mehr, aber ich wäre niemals losgegangen und hätte irgendetwas gemacht." (S. 20) Aber sie beginnt an diesem Punkt nicht eine mögliche berufliche Karriere, sondern entscheidet sich gerade jetzt, Kinder zu bekommen. Der Aufbau d. Kinderladens sei wirklich in ihrem Leben das gewesen, was sie selbständig und aus eigenem Antrieb gemacht habe. "Das war die erfolgreichste Phase meines Lebens." (S. 22)

Für Frau He. hat die Zigarette eine sehr hohe Bedeutung : sie ist "Stein des Anstoßes", Grund zum ständigen Konflikt in der Beziehung zu den ihr nahestehenden Personen. Hier erhält sie eine symbolische Funktion, in der sich ihre Ambivalenz gegenüber diesen Menschen an der Zigarette festmacht. Erst in der Situation, wo sie selbst beginnt, Wege in die Selbständigkeit, in das Erwachsen-Sein zu finden, gelingt es ihr auch, sich aus der Abhängigkeit von der Zigarette zu lösen.

Betrachten wir nun die Biographien der anderen Frauen, so wird deutlich, daß nahezu für alle Frauen ein solcher Zusammenhang besteht, daß die Wege in die Selbständigkeit für die Frauen jedoch sehr stark unterschiedlich sind. Die Ergebnisse für die gesamte Gruppe seien hier nochmals zusammenfassend dargestellt, wobei die Parallelen zu Frau He. deutlich werden.

Bis auf eine Frau können alle Frauen dieser Gruppe auf eine wechselhafte Rauchbiographie verweisen. Schwangerschaft, Geburt eines Kindes, Erkrankungen oder Angst vor Erkrankungen sind für die Frauen Anlässe, mit dem Rauchen aufzuhören oder ^{es} zu reduzieren.

Über Methoden werden nur wenige Aussagen gemacht. In den meisten Fällen hören die Frauen spontan, ohne spezifischen Plan oder Methode auf zu rauchen. Einige Frauen haben Anti-Rauch-Tabletten; einige Frauen reduzieren ihren Konsum stückweise bzw. rauchen nur noch sporadisch Zigaretten. Fast durchgängig berichten die Frauen, daß sie als Folge des Aufhörens mehr naschen oder generell mehr essen. Oft haben sie auch früher schon gern genascht. Teilweise führte das veränderte Eßverhalten zu Gewichtszunahmen, was aber nur für eine Frau in einer besonderen Situation zum Problem wird und sie wieder zum Rauchen motiviert.

Motive sind bei diesen Frauen nur teilweise gesundheitlicher Art, wobei nur in einem Fall eine gesundheitliche Einschränkung genannt wird. Auch finanzielle Gründe werden teilweise angeführt. Im Vordergrund stehen aber eindeutig soziale Motive, die sich

aus der Darstellung der eigenen Biographie der Frauen ergeben. Das heißt, wir müssen zunächst nach den Gründen fragen, warum die Frauen rauchen bzw. warum Versuche aufzuhören scheitern.

Bis auf Frau A. geben alle Frauen Zusammenhänge zwischen ihrer Lebenssituation und ihrem Rauchverhalten an. Frau He. raucht in stiller Opposition zu ihrem Mann und ihrer Mutter. Frau F. raucht aus Unzufriedenheit mit ihrer häuslichen Situation, in der sie auf Haushalt und Kind reduziert ist. Als sie zunächst alleinstehend ist, braucht sie die Zigarette als Halt, als Symbol für Männlichkeit und Selbständigkeit. Frau B. raucht unter großen beruflichen und familiären Belastungen, als sie in der ersten Ehe unter ihrem Mann zu leiden hat und dann unter der Anforderung steht, die Kinder allein durchzubringen. Frau D. hat in einer vergleichbaren familiären Situation nicht nur geraucht, sondern war auch noch von Alkohol und Medikamenten abhängig. Alle Frauen sehen sich hier in einer ganz starken Abhängigkeit: Von der Zigarette bzw. anderen Suchtmitteln einerseits und in der Partnerbeziehung andererseits. So geben die Frauen als Anlässe für Rückfälle in der Regel äußere, soziale Umgebungsfaktoren an, wie: Kur, Lehrgänge, Wiederaufnahme der Berufstätigkeit. Die Motive liegen aber in ungelösten Konflikten und Belastungen begründet, die aus der gesamten Lebenssituation der Frauen resultieren.

Der Sprung von der Zigarette weg - bei einigen Frauen auch vom Alkohol - gelingt erst dann, wenn sich für diese Konflikte neue Lösungen abzeichnen; wenn die Frauen es schaffen, "sich selbst beim Schopf zu nehmen, sich herauszureißen". Dies wird wörtlich so von Frau F. formuliert, die sich mit großem Kraftaufwand in einem gewaltigen Sprung aus der von ihr so abgelehnten Familiensituation herausreißt; das wird ganz deutlich bei Frau B. und Frau D., die - auch mit Unterstützung durch einen neuen Partner - sich ein neues, stärker selbstbestimmtes und besser organisiertes Leben aufbauen. Und auch Frau He. findet durch den Aufbau des Kinderladens und durch das Selbstbewußtsein, das die Geburten

ihr geben, einen neuen Ansatz für ein erwachseneres und eigenständigeres Leben. Häufig werden den Frauen diese Zusammenhänge erst im Gespräch mit der Interviewerin so richtig deutlich.

Dabei lassen sich die Kriterien Selbständigkeit, Eigenständigkeit, Unabhängigkeit hier nicht an dem Kriterium Beruf und Familie festmachen. Für die eine Frau ist die berufliche Festigung ganz zentral, für die andere ist es die positive Möglichkeit, sich ganz auf die Familie zu orientieren.

Also : Die Ergebnisse in dieser Gruppe verweisen auf eine deutliche Divergenz zwischen Anlässen und Motiven, das Rauchen aufzugeben. Während Anlässe häufig im Bereich Gesundheit - Krankheit liegen, sind die Motive eindeutig sozial bedingt. Rauchen scheint hier für viele Frauen eine symbolische Bedeutung zu gewinnen, indem am eigenen Rauchverhalten andere soziale Konflikte, Lebenseinstellungen und Selbstbilder festgemacht werden. Ein großer Teil der Frauen sehen ihre Abhängigkeiten und "Süchte" im Zusammenhang mit Abhängigkeiten und abgeschnittenen Handlungsmöglichkeiten vor allem in der Partnerbeziehung.

Der Schritt vom Rauchen weg gelingt dann, wenn sich auch die Lösungen für die Probleme und Konflikte aus diesen Beziehungen abzeichnen. Dieser Schritt wird zum symbolischen Ausdruck der Gewinnung einer neuen Unabhängigkeit und Selbständigkeit ; er wird damit zum Ausdruck eines neuen Selbstbildes der Frauen und ihrer gewachsenen Kraft, ihr Leben neu in die Hand zu nehmen.

Dabei ist dies sicher nicht als ein endgültiger Schritt zu betrachten, sondern als ein "Zwischenschritt" in der persönlichen Entwicklung der Frauen. So ist sich z.B. Frau He. gar nicht sicher, ob sie es nun endgültig geschafft hat, mit dem Rauchen aufzuhören, und die anderen Frauen schaffen es wohl auch nicht ganz ohne neue, vielleicht weniger gesundheitsbeeinträchtigende Bewältigungsstrategien, z.B. Naschen, Stricken oder andere Dinge, die im Gespräch gar nicht thematisiert wurden.

Und trotzdem erfüllt es die Frauen mit sehr viel Stolz, wenn sie sich bewiesen haben, daß sie auch ohne den Halt durch die Zigarette ihr Leben meistern können.

5. Resümee : Warum immer mehr Frauen rauchen

Gegenstand unserer Untersuchung waren folgende Fragestellungen :

- Warum rauchen immer mehr Frauen, vor allem zunehmend junge Frauen?
- Warum brauchen die Frauen die Zigarette und das Rauchen?
Welche Bedeutung hat es im alltäglichen Lebenszusammenhang der Frauen?
- Warum ist die Bindung der Frauen an die Zigarette stärker als die Furcht vor schweren chronischen Krankheiten oder dem frühzeitigen Tod?
- Welche Wege müssen Frauen gehen, wenn sie sich aus der Abhängigkeit von der Zigarette befreien wollen?
- Wo gibt es für Frauen Ansatzpunkte und Möglichkeiten, ihren Anspruch auf Gesundheit und gesunde Lebensweise verwirklichen zu können?

Im Zusammenhang mit dem Lebensweisenkonzept hatten wir die These aufgestellt, daß die Bindung der Frauen an die Zigarette zum einen in deren Funktion bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen und Belastungen zu sehen ist. Mit dem Griff zur Zigarette werden Probleme überspielt, verdrängt oder "auf Eis gelegt". Zum anderen ist das Aufrechterhalten gesundheitsriskanter Verhaltensweisen auch Widerstand gegen eine Gesundheitsideologie, in der Gesundheit im Hinblick auf Leistungsfähigkeit und Ausbeutbarkeit der Kräfte für den Arbeitsprozeß funktionalisiert ist.

Für die Frauen gilt darüber hinaus, daß die Zigarette im Bewältigungsprozeß eine doppelte Funktion inne hat. Sie drückt die Ambivalenz von Anpassung und Widerstand aus. Die Zigarette hat eine historisch entstandene und kulturell vorgegebene, symbolische Funktion für die Frauen : sie drückt zum einen Opposition und Widerstand gegen eine bestimmte Frauen- und

Weiblichkeitsrolle aus. Mit der Abhängigkeit von der Zigarette bleibt dieser Widerstand jedoch stumm und passiv, wird nicht an der Stelle offensiv, wo Frauen Eigenständigkeit und Selbstständigkeit nur durch aktives Handeln erreichen könnten.

Gesundheitsverhalten oder Gesundheitshandeln von Frauen kann sich auf diesem Hintergrund nicht darauf beschränken, einzelne Verhaltensweisen zu ändern. Vielmehr muß es auf ein Handeln hinzielen, in dem Frauen beginnen, an sich und ihre Umwelt Bedingungen zu stellen; in dem sie lernen, Ansprüche zu formulieren und durchzusetzen, indem sie lernen, sich und ihre Umwelt zu verändern.

Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, daß wir mit den theoretischen Vorüberlegungen eine richtige Richtung aufgezeigt haben - wenn wir mit dieser ja eher kleinen Untersuchung auch sicher nicht alle Thesen abschließend belegen können.

Zunächst wollen wir auf die Frage eingehen, warum denn die Frauen die Zigarette brauchen, welche Funktion das Rauchen für sie hat. Die Aussagen der Frauen aus allen drei von uns untersuchten Gruppen zeigen, daß die Haltung der Frauen zur Zigarette verschiedene Seiten hat. Zum einen wird die Zigarette sehr positiv bewertet: Rauchen ist Genuß, vor allem nach dem Essen, vermittelt das Gefühl von Entspannung und Wohlbefinden, ist verbunden mit der Möglichkeit, Pausen einzulegen, sowohl am Arbeitsplatz als auch bei der Hausarbeit. Rauchen hat auch einen wichtigen Stellenwert bei Geselligkeit und zur Herstellung von Kommunikation.

Aber es bleibt nicht bei diesen eher positiven Seiten des Rauchens, denn die Zigarette wird nicht nur in diesen abgegrenzten, angenehmen Situationen geraucht, was ja wohl auch eine Begrenzung der täglichen Zigarettenzahl bedeuten würde. Vielmehr gehört die Zigarette auch zu allen Situationen von Streß, Anspannung und Nervosität und ist dabei auf alle Lebensbereiche,

wie Beruf, Familie, Freizeit etc. bezogen.

Beide Haltungen drücken die veränderte soziale und kulturelle Bedeutung des Rauchens aus. War es früher zunächst ein Privileg, sich in besonderen Situationen zum gemeinsamen Rauchen zurückziehen zu können - z.B. in den Rauchsalon -, so erhält das Rauchen mit der massenhaften Verbreitung der Zigarette auch für solche sozialen Schichten, die zuvor von diesem "Privileg" ausgeschlossen waren, eine Bedeutung. Rauchen zur Bewältigung von Streß und Belastung scheint sich dabei heute zur bedeutsamsten Funktion des Rauchens herausgebildet zu haben.

Für die von uns befragten Frauen konnten wir jedoch noch auf zwei weitere Zusammenhänge aufmerksam machen. Zum einen wird - ausgehend von einem Weiblichkeitsbild, in dem Schlank-Sein als Schönheitsideal gilt - die Zigarette zum Ersatz für Essen und Naschen. Frauen berichten auch, daß sie mit dem Rauchen ein weibliches Selbstbild verbinden, indem Rauchen den Zusammenhang von Unabhängigkeit und Freiheit symbolisiert - so wie es die Werbung nahelegt. Wir konnten jedoch keine ausreichenden Aussagen darüber bekommen, ob dieser unmittelbare Zusammenhang von Rauchen und Werbung für viele Frauen wichtig ist.

Wir fragen als nächstes, warum die Bindung der Frauen an die Zigarette stärker ist als die Angst vor der möglichen Krankheit. Zunächst wird in vielen Aussagen deutlich, daß diese Angst oder Möglichkeit von den Frauen "heruntergespielt" wird. Dazu werden von ihnen eine ganze Reihe von Argumenten angeführt. So meinten viele Frauen, daß die schädliche Wirkung des Rauchens gegenüber Umweltbelastungsfaktoren, denen sie vor allem durch Luft und Nahrung ausgesetzt seien, viel zu hoch bewertet werde. Die "ganze Umwelt sei so stark vergiftet", daß das Rauchen auf diesem Hintergrund gar nicht mehr gesundheitsschädigender Hauptfaktor sei. Es wird auch mit sogenannten Vorbildern argumentiert: Verwandte oder Bekannte, die viel geraucht und trotzdem lange gelebt haben.

Ein großer Teil der Frauen sieht jedoch auch Zusammenhänge zwischen ihren beruflichen, familiären und persönlichen Belastungen und dem Rauchen. Diese Belastungen seien so groß, daß sie nicht die zusätzliche Kraft aufbringen könnten, mit dem Rauchen aufzuhören. Hierzu brauchten sie Ruhe und Ausgeglichenheit, die sie in dieser Situation jedoch nicht hätten. Es wird auch infrage gestellt, ob - bei der Arbeitssituation, die sie haben - Frauen nun aktiver und tendenziell gesünder seien, wenn sie nicht rauchten. Ähnlich wie beim Umweltargument werden hier also Belastungsfaktoren der beruflichen Arbeit als für die Gesundheit bedeutsamer erachtet.

All diese Argumente werden von den Frauen angeführt, die sich nicht das Rauchen abgewöhnen wollen. Sie dienen der Entkräftung von Aussagen zur Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens. Diese Argumente seien ja im allgemeinen bekannt. Die Frauen wollen ihr Handeln jedoch nicht an diesem Wissen ausrichten. Für sie hat das Rauchen einen positiven Stellenwert und dazu stehen sie.

Frauen mit einer solchen Entscheidung für das Rauchen sind wohl nicht die primäre Zielgruppe für die Gesundheitserziehung, da hier nicht die motivationalen Voraussetzungen für das Aufhören bestehen. Über die weitere Wissensvermittlung hinaus, sind hier auch kaum andere Präventionsstrategien denkbar. Aber die Haltung dieser Frauen zum Rauchen sollte auch nicht rein statisch gesehen werden. In jeder Frau stecken sicher auch Entwicklungspotentiale, die eventuell später einmal den Wunsch mitbegründen können, mit dem Rauchen aufzuhören.

Anders sieht es bei der Gruppe von Frauen aus, die sich das Rauchen abgewöhnen wollen, es aber nicht schaffen; denn diese Frauen leiden unter der Abhängigkeit von der Zigarette. Gesundheitliche Gründe wie eigene Krankheiten oder Gesundheitsbeeinträchtigungen und Angst vor möglichen Erkrankungen werden von ihnen zur Begründung des Wunsches aufzuhören angeführt. Aber diese Gründe bilden ganz offensichtlich keine ausreichende Motivstruktur dafür, von der Zigarette wegzukommen.

Daß die Motive mehr sozialer und psychosozialer Art sind, wird deutlich, wenn wir nach den Gründen für das - partielle bzw. vorübergehende - Gelingen oder Scheitern des Versuchs aufzuhören fragen. Soziale Unterstützung in der Partnerbeziehung, aber auch in der beruflichen Situation werden für das Gelingen angeführt. Umgekehrt wird das Scheitern mit dem Hereinbrechen von familiären und Partnerkonflikten oder auch mit Veränderungen der beruflichen Situation - was für viele Frauen häufig zusammenhängt - begründet. Also: Gesundheitliche Motive bilden - zumindest bei Frauen, die nicht an Krankheiten leiden, die eventuell mit dem Rauchen zusammenhängen könnten - keine ausreichende Kraft dafür, mit dem Rauchen aufzuhören. Soziale und psychosoziale Motive überlagern gesundheitliche und führen zum Scheitern bzw. Gelingen dieses Ziels.

Diese fehlende Kraft, von der Zigarette loszukommen, führt bei den Frauen dazu, daß sie stark unter dieser Abhängigkeit leiden. Sie halten sich selbst für labil, characterschwach und sogar für undiszipliniert. Dabei steht diese negative Selbstsicht ganz im Gegensatz zu den wirklichen Leistungen, die diese Frauen in Beruf und Familie erbracht haben. Hier haben sie hohe Anforderungen bewältigt und für sich und ihre Familien viele Probleme gemeistert. Auch beruflich sind sie erfolgreich gewesen - gemessen an den Möglichkeiten, die ihnen aufgrund ihrer beruflichen Qualifikation gegeben waren. Also: Diese Frauen haben eine sehr hohe Leistungsmotivation und -bereitschaft, sie haben sehr perfektionistische Ansprüche an sich und das, was sie in die Hand nehmen, bei einem ganz geringen Selbstvertrauen und einer negativen Selbstsicht.

Auf dem Hintergrund, daß ein Teil der Frauen gesundheitlich gefährdet ist (Herzkrankheiten, asthmatische Beschwerden, Schilddrüsenfehlfunktion) ist diese Gruppe sicher eine sehr präventionsrelevante. Die Frauen haben auch eine starke Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören. Allerdings wird hier eine reine Wissensvermittlung wohl kaum erfolgreich sein. Diese Frauen kennen nicht nur die Gesundheitsrisiken, sie haben sie sogar teilweise selbst erfahren. Was ihnen fehlt, ist soziale Unterstützung und darin eingebunden die Möglichkeit, das eigene Selbstvertrauen zu stärken. In dieser Richtung sollte nach Präventionsansätzen gesucht werden.

Schilddrüsenföhlfunktion) ist diese Gruppe sicher eine sehr präventionsrelevante. Die Frauen haben auch eine starke Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören. Allerdings wird hier eine reine ~~Medial~~ Wissensvermittlung wohl kaum erfolgreich sein. Diese Frauen wissen nicht nur ~~in~~ ^{kommen} die Gesundheits~~gefahren~~ ^{risiken} sie haben sie sogar teilweise selbst erfahren. Was ihnen fehlt, ist soziale Unterstützung und darin eingebunden die Möglichkeit, das eigene Selbstvertrauen zu stärken. In dieser Richtung sollte nach Präventionsansätzen gesucht werden.

Welchen Weg sind aber nun Frauen gegangen, die spontan - also ohne entsprechende Kurse oder ähnliches - mit dem Rauchen aufgehört haben? Diese Frage läßt sich eigentlich mit einem Satz beantworten: Die Frauen lernen, ihr Leben zu verändern und schaffen es in diesem Zusammenhang, sich aus der so stark empfundenen Abhängigkeit von der Zigarette zu befreien. Für diese Frauen bestand ein enger Zusammenhang zwischen ihrer Abhängigkeit von der Zigarette und dem Gefühl, im sozialen Lebenszusammenhang nicht genügend handlungsfähig zu sein.

Dabei ist dies nicht unbedingt ein rationaler, bewußter Prozeß; oft wurden diese Zusammenhänge den Frauen erst in dem Gespräch mit uns deutlich. Der retrospektiv biographische Ansatz erwies sich dabei als ein geeignetes und notwendiges methodisches Mittel. Indem Frauen ihre Geschichte erzählen, ihre berufliche, familiäre und persönliche Entwicklung und darin eingebunden ihre Geschichte des Rauchens, werden gemeinsame Entwicklungsprozesse dieser beiden Seiten der Lebensgeschichte der Frauen deutlich. Wenn Frauen lernen, in ihrem Leben etwas zu verändern, entwickelt sich auch die Kraft, von der Zigarette wegzukommen.

Nicht für alle Frauen mögen solche Zusammenhänge von Bedeutung sein, für die von uns interviewten Frauen hatte das Rauchen jedoch eine starke psychosoziale und emotionale Bedeutung. Es hatte symbolische Funktion im eigenen Entwicklungsprozeß der Frauen, als Ausdruck ihrer Abhängigkeit und Unselbständigkeit. Auch für diese Gruppe von Frauen wurde deutlich, daß gesundheitliche

Motive gegenüber sozialen beim

Aufhören eine nachgeordnete Rolle spielen. Damit sprechen auch diese Ergebnisse für einen Präventionsansatz, in dem besonders Gewicht auf die soziale Unterstützung im Prozeß des Abgewöhrens gelegt werden müßte.

Ich möchte nun noch einmal auf die Frage zurückkommen, warum denn eigentlich immer mehr Frauen rauchen. Zum einen ist hier nochmals auf die These zu verweisen, daß sich mit der Veränderung der Rolle der Frau in den letzten 15 bis 20 Jahren auch eine Veränderung der "moralischen" Vorstellungen im Hinblick auf rauchende Frauen vollzogen hat. Natürlich ist diese These innerhalb unserer Studie und mit den uns zur Verfügung stehenden methodischen Mitteln nicht belegbar; eine kulturgeschichtliche Analyse wäre hierzu notwendig. Trotzdem möchte ich doch bei der These bleiben, daß durch die veränderte soziale Rolle der Frau, durch die stärkere Einbeziehung der Frauen in das Berufsleben, aber auch durch die Frauenbewegung, Dinge für Frauen möglich geworden sind - zumindest der Idee nach -, die ihnen vorher versagt waren.

Die Gespräche mit den Frauen machen jedoch auch deutlich, daß das Selbständig- und Unabhängig-Werden auf der einen Seite und das Rauchen auf der anderen ein ambivalenter und widersprüchlicher Prozeß ist. Das mit der Zigarette verbundene Gefühl der Freiheit und Unabhängigkeit ist wohl nur eine Illusion der Frauen, wenn sie sich in ihrem Gefühl der Abhängigkeit und Schwäche sowohl abhängig von der Zigarette als auch in ihren sozialen Bezügen fühlen.

Unsere Ergebnisse belegen die im theoretischen Vorspann formulierte These, daß die Zigarette zum Ausdruck der widersprüchlichen weiblichen Existenz werden kann; als symbolischer Ausdruck des Widerspruchs zwischen Opposition und Unabhängigkeit auf der einen Seite und dem Zurückstecken eigener Bedürfnisse und Vorstellungen auf der anderen. Indem der Protest stumm und passiv bleibt, ändert er an der Situation der Frauen nichts. Vielleicht

ist es gerade diese ambivalente Bedeutung des Rauchens für die Frauen, die ihre Abhängigkeit von der Zigarette ausmacht.

Wenn wir auf diesem Hintergrund fragen, was Frauen tun können, um ihren Anspruch auf Gesundheit und gesunde Lebensweise verwirklichen zu können, so wird deutlich, daß der Blick auf das Rauchverhalten allein hier keine Antwort geben kann. Wenn Rauchen vornehmlich unter sozialen Gesichtspunkten bewertet wird, aber nicht unter gesundheitlichen, dann besteht hier nur eine schwache Argumentationsbasis für die Gesundheitserziehung. Ich meine deshalb, wir müßten als Gesundheitserzieher die Frage andersherum stellen : Welche alltäglichen Vorstellungen haben Frauen von Gesundheit und wie stellen sie sich eine gesunde Lebensweise für sich selbst vor ? Wie sind diese Vorstellungen geprägt von ihren beruflichen und familiären Belastungen und Bedingungen, bzw. wie sind solche Vorstellungen auch abhängig vom sozialen Hintergrund der Frauen ?

In Ansätzen, vor allem für die Frauen der Gruppe 1, sind wir solchen Fragen nachgegangen, ohne daß wir sie in dieser Studie jedoch systematisch berücksichtigen konnten. Dabei wurde deutlich, daß diese Frauen für sich selbst kein aktives Gesundheitsverhalten realisieren. In ihren - theoretischen - Vorstellungen zu gesunden Lebensweisen reproduzieren sie die heute gängigen Vorstellungen von Gesundheit : Fitness, Bewegung, aktiver körperlicher Ausgleich für einseitige Belastungen im Beruf. Für sich selbst, auf dem Hintergrund ihrer Lebenssituation, vor allem ihrer beruflichen und familiären Belastungen, gelten jedoch ganz andere Kriterien : Ruhe, Entspannung, Erholung, "sich einmal etwas gönnen", "einmal bummeln gehen", etc. waren Bedürfnisse, die diese Frauen gern für sich verwirklichen möchten.

An diesem Punkt sollte die Forschung in der Gesundheitserziehung weiterarbeiten. Möglicherweise sind die vorherrschenden Konzepte von Gesundheitsverhalten doch sehr einseitig auf dem Hintergrund

spezifischer Arbeitssituation^{en} zu sehen, nämlich vor allem sitzender Tätigkeiten. Wenige Überlegungen wurden bisher dazu entwickelt, daß für unterschiedliche Gruppen unserer Bevölkerung Gesundheit und Gesundheitsverhalten eine gänzlich andere Wertigkeit besitzt. Differenzierte Kenntnisse dieser unterschiedlichen Motive und Alltagskonzepte von Gesundheit würden der Gesundheitserziehung ermöglichen, zielgruppenspezifische Angebote zu entwickeln und damit die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Gesundheitserziehung erhöhen.

53/1

- ABHOLZ, H.-H./BORGERS, D./KARHAUS, J. (Hrsg.): Risikofaktormedizin, Konzept und Kontroverse, Berlin/New York 1982
- ARBEITSGRUPPE BIELEFELDER SOZIOLOGEN (Hrsg.): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit, Bd. 1, 1975, Bd. 2, 1973, Reinbek bei Hamburg
- ARBEITSGRUPPE BIELEFELDER SOZIOLOGEN: Kommunikative Sozialforschung. München 1976
- BARTHOLOMEYCZIK, S.: Belastende und protektive Faktoren, in: ABHOLZ u.a. 1982
- BARTHOLOMEYCZIK, S.: Was kann sozialmedizinische Forschung zum Thema Gesundheitszustand von Frauen sagen? in: Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jahrbuch für kritische Medizin 9, Berlin 1983
- BECKER-SCHMIDT, R. u.a.: Nicht wir haben die Minuten, die Minuten haben uns. Bonn 1982
- BECKER-SCHMIDT, R.: Widersprüchliche Realität und Ambivalenz: Arbeitserfahrungen von Frauen in Fabrik und Familie. KZfSS 1980
- BECKER-SCHMIDT, R.: Probleme einer feministischen Theorie und Empirie in den Sozialwissenschaften. Vortrag Berlin 1983
- BECKMANN, D.: Paardynamik und Gesundheitsverhalten, in: RICHTER/STROTZKA (Hrsg.): Familie und seelische Krankheit. Reinbek bei Hamburg 1976
- BERLINER FRAUENBERICHT 1980, hrsg. vom Senator für Arbeit und Soziales, Referat für Arbeits- und Beschäftigungspolitische Probleme der Frau. Berlin 1981
- BEIER, Ch./HORN, K./KRAFT-KRUMM, D.: Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn. Zur Methode einer Studie über Widerstand gegen Gesundheitsaufklärung. in: Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 2, hrsg. v.d. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1982
- BÜRKHARDT, D./OPPEN, M.: Frauenerwerbstätigkeit und Arbeitsunfähigkeitsrisiken. BASIG, TU Berlin; IIVG/AP, Wissenschaftszentrum Berlin, Berlin 1984
- CHESLER, Ph.: Frauen - das verrückte Geschlecht? Reinbek bei Hamburg 1977
- CICOUREL, A.: Methode und Messung in der Soziologie, Frankfurt am Main 1970

- DATEN DES GESUNDHEITSWESENS. 1977, Hrsg. v. BMJFG, Bonn 1977
- DOKUMENTATION DER TAGUNG "WEIBLICHE BIOGRAPHIEN", in: Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis, 7, 1982
- ECKART, C./JAERISCH, U./KRAMER, H.: Frauenarbeit in Familie und Fabrik. Frankfurt a.M./New York 1979
- EHRENREICH, B./ENGLISH, B.: Zur Krankheit gezwungen. München 1976
- ERBEN, R./FRANZKOWIAK, P./WENZEL, E.: Prevention, Education and Health Beliefs. Sociopolitical Considerations on Health Education and Health Promotion. 10th European Public Parliamentary Hearing on: Individual and Collective Response, Paris 1983
- EUROPÄISCHE MONOGRAPHIEN ZUR FORSCHUNG IN GESUNDHEITSERZIEHUNG, 5, Köln 1983
- FERBER, Ch.v.: Gesundheitsverhalten, in: SIEGRIST, J./HENDEL-KRAMER, A. (Hrsg.): Wege zum Arzt, München/Wien/Baltimore 1979b
- FERBER, Ch.v.: Medizinsoziologische Grundlagen der Gesundheitsvorsorge, Referat auf einer Tagung des BGA, Berlin 1979a
- FRANKE, A.: Analyse von Biographien von nichtrauchenden Frauen auf dem Hintergrund von Lebenszusammenhang und subjektivem Gesundheitsverständnis. Kooperationsprojekt "Frauen und Rauchen" der BZGA mit der WHO, Fallstudie Bundesrepublik Deutschland
- FRANZKOWIAK, P./WENZEL, E.: Risikoverhalten und Gesundheitsförderung. Überlegungen zu einem neuen Ansatz für Gesundheits-erziehung/Forschung und Politik, in: Internationales Journal für Gesundheitserziehung, 1/1982
- GERHARDT, U.: Biographische Typenkonstruktion in der Analyse von Patientenkarrieren chronisch Nierenkranker, in: KOHLI, M./ROBERT, G. (Hrsg.): Workshop "Biographieforschung" (Zentrum für interdisziplinäre Forschung der Universität Bielefeld, 1982) Berlin 1982
- GERHARDT, U.: Probleme der Definition sozialer Risikofaktoren, in: ABHOLZ u.a., 1982
- HAGEMANN-WHITE, C.: Zur Problematik des Begriffs "Weibliche Sozialisation" - Überlegungen zu einer Theorie der Sozialpsychologie der Geschlechter. in: ZE zur Förderung von Frauenstudien und Frauenforschung an der Freien Universität Berlin, Vortragsreihe zur Frauenforschung SS 82 - WS 82/83

- HOFF, Ch./WEINGARTEN, E. (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung. Stuttgart 1979
- HORN, K.: Gesundheitserziehung im Verhältnis zu anderen sozialisatorischen Einflüssen. Grenzen individueller Problemlösungsmöglichkeiten. in: EUROPÄISCHE MONOGRAPHIEN, 5, 1983a
- HORN, K./BEIER, Ch./KRAFT-KRUMM, D.: Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn. Zur Logik von Widerständen gegen gesundheitliche Aufklärung. Opladen 1984
- HORN, K./BEIER, Ch./WOLF, M.: Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle. Eine Untersuchung objektiver Sinnstrukturen, Opladen 1984
- HORN, K.: Stellungnahme zum Projektpapier 1.1.5.14 der BZGA "Entwicklung einer Konzeption zur Vorbeugung Mißbrauchsverhalten im Alltag und Hilfen zum Umgang mit Alltagsbelastungen. Dezember 1983
- IMW: Frauen und Rauchen. Fallstudie Bundesrepublik. Zwischenbericht zu Stufe 1 des Kooperationsprojekts in der BZGA mit der WHO. Köln 1982
- JACOBSEN, B.: The Ladykillers. Why smoking is a feminist issue. London 1981
- KICKBUSCH, I.: Betroffenheit und Beteiligung: ein soziales Konzept der Gesundheitserziehung. in: Internationales Journal für Gesundheitserziehung, Suppl. für Vol. XXIV, Nr. 4, Okt.-Dez. 1981
- KICKBUSCH, I.: Vom Verlust des Kontextes und der Leere der Autonomie. Überlegungen zur Depression bei Frauen. in: Argument Sonderband AS 77
- KICKBUSCH, I./RIEDMÜLLER, B. (Hrsg.): Die armen Frauen, Frankfurt am Main 1984
- KOHLI, M. (Hrsg.): Soziologie des Lebenslaufs, Darmstadt und Neuwied 1978
- KOHLI, M./ROBERT, G. (Hrsg.): Workshop "Biographieforschung" (Zentrum für interdisziplinäre Forschung der Universität Bielefeld, 28.-30. Januar 1982) Berlin 1982
- LAPPE, L.: Die Arbeitssituation erwerbstätiger Frauen. Geschlechtsspezifische Arbeitsmarktsegmentation und ihre Folgen. Frankfurt a.M./New York 1981
- LAPPE, L./SCHÖLL-SCHWINGHAMMER, I.: Arbeitsbedingungen und Arbeitsbewußtsein erwerbstätiger Frauen, Göttingen 1978

- LUKER, K.: Taking chances: Abortion and the Decision not to Contracept, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London 1978
- LEVIN, L.: Selbsthilfe: zum Zwecke grundlegender Veränderungen in internationalen Strategien. in: Internationales Journal für Gesundheitserziehung, XXIV, Nr. 4 1981 -
- LIFESTYLES AND THEIR IMPACT ON HEALTH. Welt-Gesundheitsorganisation, Technical Discussions, Madrid 20.-24. September 1983
- MASCHEWSKY, W./SCHNEIDER, U.: Anwendungsorientierte psychologische Forschung. Zum gegenwärtigen Stand der Methodendiskussion, in: MÜLLER, C.W. (Hrsg.): Begleitforschung in der Sozialpädagogik, Weinheim und Basel 1978, S. 38-62
- MASCHEWSKY, W./SCHNEIDER, U.: Soziale Ursachen des Herzinfarkts, Frankfurt a.M./New York 1982
- MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U.: Bedingungen gesundheitsschädigenden Verhaltens bei berufstätigen Frauen. Im Auftrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln. Berlin 1982
- MITSCHERLICH, A.: Krankheit als Konflikt, Frankfurt am Main 1969
- MOHR, G./RUHMEL, M./RÜCKERT, D.: Frauen. Psychologische Beiträge zur Arbeits- und Lebenssituation. München/Wien/Baltimore 1982
- OSTNER, I.: Die Interessen des Staates an der Familie sind nicht die Interessen der Frauen daran, in: Lebenswelt und soziale Probleme. Verhandlungen des 20. Deutschen Soziologentages in Bremen 1980. Hrsg.: MATTHES, J., i.A. der DSG. Frankfurt a.M./New York 1980
- PROKOP, U.: Stichwort "Weiblichkeit". in: Frauenlexikon. Stichworte zur Selbstbestimmung. Hrsg.: MEYER, J./LAMOTT, F./MEIYER, B. München 1983
- RODENSTEIN, M.: Thesen zur somatischen Kultur von Frauen. in: HECKMANN, F./WINTER, P. (Hrsg.): 21. Deutscher Soziologentag 1982 Beiträge der Sektions- und ad-hoc Gruppen
- ROHRMOSER, H.: Frauen und Rauchen - Eine berufsspezifische Auswertung von Mikrozensusdaten 1978 zu den Rauchgewohnheiten der weiblichen Erwerbsbevölkerung, i.A. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln. Berlin 1984
- SCHAEFER, H./BLOHMKE, M.: Epidemiologie koronarer Herzkrankheiten in: BLOHMKE, M. u.a. (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin, Stuttgart 1977

- SCHAEFER, H./BLOHMKE, M.: Sozialmedizin. Stuttgart 1978
- SCHNEIDER, U. (Hrsg.): Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer Frauenspezifischen Gesundheitsforschung, Frankfurt a.M./New York 1981
- SCHNEIDER, U.: Sozialwissenschaftliche Methodenkrise und Handlungsforschung, Methodische Grundlagen der Kritischen Psychologie 2, Frankfurt a.M./New York 1980b
- SICHTERHANN, B.: Vorsicht Kind. Eine Arbeitsplatzbeschreibung für Mütter, Väter und andere. Berlin 1982
- SOBEL, M.: Lifestyle and Social Structure. Concepts, Defenitions, Analyses. Academic Press 1981
- SOEFFNER, G. (Hrsg.): Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften. Stuttgart 1979
- TROSCHKE, J.v.: Übersicht über die gesundheitserzieherischen Methoden, in: Methoden zur Gesundheitserziehung, Bericht über die Informationstagung vom 30.11.-2.12.1978 in Bad Dürkheim, veranstaltet von der BUNDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEITSERZIEHUNG e.V.
- VOGT, I.: Das Frauensyndrom im Verhältnis zur Medizin; Iatrogene Medikalisierung der gesellschaftlich hergestellten Leidensformen einer unterdrückten Majorität. in: Leviatan 11/1983
- VOLKHOLZ, V.: Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit, Bonn-Bad Godesberg 1977
- VOLLMER, C.: Frau und Gesundheit. Zur Entwicklung der weiblichen Erwerbstätigkeit, Dortmund 1980
- WAHL, K./HONIG, M.-S./GRAVENHORST, L.: Wissenschaftlichkeit und Interessen. Frankfurt am Main 1982
- WELT-GESUNDHEITSORGANISATION (WHO). Conference on Woman and Health, Edinburg, May 1983
- WHO, Regional Programme in Health Education and Lifestyles, Berlin 1981
- WELTZ, F./DIETZINGER, A./LULLIES, V./MARQUART, R.: Junge Frauen zwischen Beruf und Familie, Frankfurt a.M./New York 1979
- WENZEL, E.: Health Promotion and Lifestyles. Perspectives of the WHO Regional Office for Europe. Health Education Programme. Presented to the 11th International Conference on Health Education, Tasmania 1982

-166-

WETTERER, A./HELFFERICH, C.: Rauchermotivation. - Eine Literaturstudie. Freiburg 1983

WILKENING, W.: Lebenszusammenhänge in der Gesundheitserziehung. Vortrag im Rahmen des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie in Wien am 10.6.1981

534

ALEXA FRANKE

Frauen und Rauchen - Lebenszusammenhang und Gesundheitsverständnis von nicht rauchenden Frauen. Eine qualitative Studie

1. Problemstellung und Begründung der Studie
2. Methodik der Untersuchung
3. Ergebnisse
 - 3.1. Warum rauchen die Frauen nicht?
oder : Einstieg und nichts weiter
 - 3.2. Bewältigungsstrategien der nicht rauchenden Frauen
 - 3.3. Nicht-rauchen aus sozialen (Beweg-) gründen?
 - 3.4. Nicht-rauchen aus gesundheitlichen Gründen?

~~1/11~~

1. Problemstellung und Begründung der Studie

Daß im Rahmen eines Projekts, das sich mit dem Rauchen von Frauen beschäftigt, auch Frauen untersucht werden, die nicht rauchen, bei denen also das interessierende Phänomen gar nicht auftritt, mag auf den ersten Blick wenig Sinn machen, und entspricht sicher nicht der gängigen Forschungspraxis.

Zwar gibt es Untersuchungen, in denen Risikogruppen mit Gruppen verglichen werden, die den gefährdenden Faktor nicht aufweisen. Der Vergleich bezieht sich dann in der Regel auf demographische Variablen (vorwiegend in der Soziologie), Persönlichkeitsvariablen (vorwiegend in der Psychologie) oder Morbiditäts- und Mortalitätsraten (vorwiegend in der Medizin). Die mit dem Risiko nicht behaftete Gruppe ist dabei jedoch in der Regel gar keine eigene Untersuchungsgruppe. Vielmehr fällt ihr die Rolle einer Normgruppe zu, anhand derer die "Abweichungen" der Risikogruppen bestimmt werden.

Wir wollten jedoch in diesem Projekt die nicht-rauchenden Frauen als gesonderte Untersuchungsgruppe betrachten, weil wir uns fragten, ob Frauen, die im Hinblick auf einen wesentlichen Risikofaktor gesünder leben, sich auch in anderen gesundheitsbezogenen Lebens- und Verhaltensweisen von rauchenden Frauen unterscheiden.

Wenn auch epidemiologische Daten (vgl. Reuter in diesem Band) eine erhebliche Ausweitung des Zigarettenkonsums bei Frauen belegen, so zeigen diese Daten doch auch, daß zur Zeit die Zahl der rauchenden Frauen (noch) geringer ist als die der nicht-rauchenden. Selbst in der hochgefährdeten Gruppe der in Städten lebenden Mütter haben immerhin 45,5 % nie

regelmäßig geraucht.

Bei der Auseinandersetzung mit Risikoverhalten, Gesundheit und Krankheit besteht die Gefahr, daß das gesundheitsgefährdende Verhalten zu sehr in den Vordergrund der Betrachtung gerät. In der Regel wird untersucht, was Menschen unter welchen Bedingungen krank macht. Dabei wird vorausgesetzt, daß die Kenntnis dieser krankheitsverursachenden Bedingungen dazu führt, diese zu eliminieren und/oder zu modifizieren - und daß daraus Gesundheit resultiert.

Diese Annahme ist jedoch sehr fraglich. Wegnahme negativer Faktoren muß nicht automatisch im Positiven resultieren - unter Umständen entsteht lediglich ein Loch. Es muß vielmehr darum gehen, die Bedingungen herauszufinden, unter denen gesundheitsförderndes Verhalten gezeigt wird. Es muß somit eine positive Bestimmung dieser Faktoren geleistet werden. Antonovsky hat 1979 den Begriff der Salutogenese (salutogenesis) geprägt, und er versteht darunter die Geschichte eines Menschen im Hinblick auf die Frage, wie und unter welchen Bedingungen es ihm gelungen ist, gesund zu bleiben.

Wenn Gesundheit etwas anderes ist als das Fernbleiben von Krankheit, dann muß Gesundheitsforschung auch mehr untersuchen als die Faktoren, unter denen krankes und/oder gesundheitsgefährdendes Verhalten nicht auftritt. Gesundheitsforschung bedeutet dann die Bedingungen herauszufinden, unter denen es Menschen gelingt, erst gar nicht mit einem gesundheits-schädigenden Verhalten zu beginnen - mit dem Ziel, dieses Wissen für andere potentiell Gefährdete nutzbar zu machen.

Diese Studie versteht sich als ein erster Versuch, solche gesundheitsfördernden Potentiale bei Frauen zu erforschen.

2. Methodik der Untersuchung

Das allgemeine methodische Vorgehen der qualitativen Studie wird ausführlich bei Maschewsky-Schneider in diesem Band beschrieben und begründet. Die Methodik der Befragung war bei allen Frauen dieselbe. Unterschiede ergaben sich jedoch plausiblerweise in den erfragten Inhalten:

Während bei den früher und derzeit noch rauchenden Frauen die Exploration der Rauchbiographie eine große Rolle spielte, standen bei den nicht-rauchenden Frauen stärker Aspekte des Verständnisses von Gesundheit, des Gesundheitshandelns, der Bewältigung des Alltags sowie der Bewältigung von Belastungssituationen und belastenden Lebensereignissen im Vordergrund.

Auch die Auswahl der Stichprobe erfolgte nach den bereits von Maschewsky-Schneider beschriebenen Kriterien. Es wurden mit sechs Frauen, die im Ruhrgebiet leben, Gespräche geführt. Aufschluß über wichtige demographische Charakteristika dieser Frauen gibt Tabelle 1.

	<i>Staatsjahr</i>		Beruf	Laufbahn		Partner/Gesamtl. Leb.
V.R.	1947 / 36	4 J. Volksschule 6 J. Realschule 2 J. Frauenfachschule 1 J. Kindergärtnerinnenseminar	Erzieherin	nein; aufgegeben nach Geburt des 1. Kindes	verh. seit 1969	10 ♂ 7 ♂
V.R.A.	1950 / 33	8 J. Volksschule 3 J. Lehre später: private Kosmetikschule	Schmuckverkäuferin Kosmetikerin	ja: 3 x wöchentl. als Kosmetikerin	verh. seit 1967	15 ♂
II.O.	1950 / 33	8 J. Volksschule 3 J. Lehre	Friseurin	nein; nach 1. Kind noch Aushilfen, nach 3. Kind keine Berufstätigkeit	verh. seit 1968	14 ♂ 12 ♂ 10 ♂ 2 ♂
I.S.	1944 / 39	8 J. Volksschule 3 J. Lehre	Modistin	ja; tägl. Putzfrau	verh. seit 1964	17 ♂ 13 ♀
II.B.	1952 / 31	9 J. Grund/Haupt- schule 3 J. Lehre	Bürokauffrau	nein; aufgegeben nach Geburt des 1. Kindes	verh. seit 1970	11 ♀ 8 ♀
E.P.	1960 / 23	2 J. Grundschule 6 J. Sonderschule 1 J. Hauptschul- abschluss	--	nein	verh. seit 1968	3,8 ♀ 2,7 ♂ 1,5 ♀

151

3. Ergebnisse

3.1. Warum rauchen die Frauen nicht?

oder: Einstieg und nichts weiter

Auf die Frage, warum die Frauen nicht rauchen, zeigt sich insgesamt ein Desinteresse. Die Frauen können eigentlich gar nicht viel dazu sagen - Rauchen ist für sie nie ein Thema gewesen. Zwar haben (bis auf Frau S.) alle in ihrer Jugend einmal ein oder zwei Zigaretten probiert; aber dieses Ereignis scheint sie bemerkenswert wenig beeindruckt zu haben. Typische Äußerungen sind hier:

Versucht habe ich's ja auch. Aber, hat mir nichts gebracht.

Ich fand das irgendwie lächerlich dann bei mir, das paßte überhaupt nicht zu mir.

Mir hat das überhaupt nicht gefallen, und dann habe ich auch nicht mehr geraucht.

Zwei Frauen geben auch an, Rauchen sei ihnen immer zu teuer gewesen. Frau P.:

Aber ich sag, was hast du denn davon, wenn du rauchst du verpuffst dein Geld da in die Luft, und, ich sag, da haste doch nichts von. Dein Geld ist weg, und du hast nichts. Ich sag, da kauf ich mir lieber, wenn ihr euch 'n paar Schachteln Zigaretten verqualmt, dann kauf ich mir lieber 'n schönen Pullover.

Für die befragten Frauen gilt ohne Einschränkung, daß sie niemals in einem Konflikt gestanden haben, ob sie mit dem Rauchen anfangen sollen oder nicht. Es liegt damit im eigentlichen Sinne gar keine Entscheidung vor, nicht zu rauchen.

Diese Aussage gilt, das sei hier bereits vorweggenommen, keineswegs nur für die Einstiegssituation als mögliche Konfliktsituation, sondern auch für das ganze spätere Leben der Frauen (s. 3.2. u. 3.3.)

Hofft man, aus Art und Verlauf der "Einstiegssituation" Hinweis darauf zu erhalten, warum die Frauen nicht mit dem regelmäßigen Rauchen begonnen haben, so ist man enttäuscht. Die Situationen entsprechen der offenbar klassischen Einstiegsituation von rauchenden Frauen, nach der in der peer-group geraucht wird, man eine Zigarette angeboten bekommt, man nicht nein sagen oder probieren möchte....

Auch die Motive für das Probieren und die Reaktionen auf das erste Raucherlebnis sind denen der späteren Raucherinnen analog. Wieder einige Beispiele:

R.: Ja, ich hab's schon mal versucht. Dachte, ach (lacht) - so mit sechzehn - kannst du doch mal machen. Aber, ich fand das irgendwie lächerlich dann bei mir (lacht), das paßte überhaupt nicht zu mir.

B.: Erstens mußte ich unwahrscheinlich husten, das vergesse ich nie; also, es schmeckte überhaupt nicht; die habe ich weggeschmissen.

A.: Als ich fünfzehn/sechzehn war, man hat's natürlich versucht und hat auch mal eine gepafft, war ja toll, war ja auch zu Hause verboten, da war es besonders toll.

Auch systematische familiäre Einflüsse ließen sich nicht identifizieren: In den Herkunftsfamilien der Frauen wurde keineswegs einheitlich mit dem Thema "RAUCHEN" umgegangen. Rauchende und nicht-rauchende Eltern und Geschwister, positive, negative und indifferente Einstellung gegenüber dem Rauchen - es ist alles vertreten.

Auszuschließen ist, daß die Frauen als Jugendliche negative Sanktionen für das Rauchen zu erwarten hatten. Eher ist sogar das Gegenteil der Fall: Mehrere Frauen fühlten sich durch das Nicht-Rauchen in die

Rolle des Mauerblümchens gedrängt. Ihre rauchenden Freundinnen hätten viel interessanter gewirkt und eher Anschluß bei den Jungen gefunden. So zum Beispiel Frau R.:

Ich hatte früher sogar immer gedacht, eine Frau, die raucht, wäre interessanter. Ich fand mich immer furchtbar langweilig, weil ich nicht geraucht hatte. Wenn die dann ihr Feuerzeug auspackten und dann ihr Zigarette in der Hand hielten, Feuer wurde ihnen gereicht, die bekamen irgendwie schneller Kontakt, wenn sie irgendwie aus waren. Da habe ich manchmal gedacht, ach, bist du jetzt doch 'n bißchen langweilig, sitzt da nur so rum und die hat sofort Anschluß, unterhält sich sofort und du sitzt da so. Aber, ach, nachher hab' ich gedacht, ach, ist ja auch nicht bei jedem so, und vielleicht findet das ja auch jeder Mann nicht so interessant. Bleib mal lieber schlafen (lacht).

3.2. Bewältigungsstrategien der nicht rauchenden Frauen

Für die Gruppe der rauchenden Frauen wurde die These aufgestellt, Rauchen sei als "eine Reaktion auf die die Frau umgebende Lebenswelt, als Bewältigung und Umgang mit Anforderungen und Konflikten" (Marschewsky-Schneider, S. 16) zu verstehen.

Ausgehend davon, daß nicht rauchende Frauen in vergleichbaren sozialen Situationen vergleichbaren Streßbedingungen unterliegen, ergibt sich die Frage Welche Bewältigungsstrategien stehen nicht-rauchenden Frauen zur Verfügung?

Bisher ist noch wenig über die Muster von Bewältigungsstrategien bekannt: Die Ergebnisse der vom IMK Köln durchgeführten quantitativen Studie deuten darauf hin, daß ein unangemessenes Verhalten selten allein kommt. Und die Befragung der rauchenden Frauen bestätigt diese quantitativen Daten insofern, als

mehrere Frauen, auch über Probleme mit Eßverhalten und Gewicht, Alkohol und hohem Medikamentenkonsum berichten.

Es ist jedoch bisher unbekannt, was Personen tun, die eine bestimmte unangemessene Bewältigungsstrategie nicht realisieren. Zeigen sie insgesamt weniger unangemessene Bewältigungsstrategien? Oder aber realisieren sie zwar die eine unangemessene Strategie hier also: Rauchen, nicht, üben dafür aber andere unangemessene Bewältigungsstrategien exzessiver aus?

Bei der Untersuchung von Belastungssituationen stellt sich das Problem, wie diese zu definieren sind. Die objektive Bestimmung eines Reizes als Stressor hat sich zwar in der Life-Event-Forschung als fruchtbarer Ansatz erwiesen; für diese Untersuchung jedoch war es notwendig, die subjektive Wahrnehmung der Frauen stärker zu berücksichtigen, da wir ja wissen wollten, wie die Frauen mit den von ihnen als belastend erlebten Situationen umgehen.

Als Maß zur Erfassung der "objektiven" Streßbedingungen stand uns in dieser Untersuchung nur unsere eigene Einschätzung und Beurteilung zur Verfügung. Diese ergab für die nicht-rauchenden Frauen, daß alle entweder derzeitigen zahlreichen Belastungen ausgesetzt sind, oder aber, daß sie dies in der Vergangenheit waren. Als Beispiel:

- Frau A. wurde mit siebzehn "Mutter, Hausfrau, Ehefrau", mußte ihr gesamtes damaliges Leben neu strukturieren, Pläne aufgeben - und sich später allein eine eigene neue Berufstätigkeit aufbauen.
- Frau R. war und ist mit zahlreichen sehr schwerwiegenden Krankheiten in der Familie (spastische Lähmungen eines Kindes, irreparables Prostataleiden des Mannes) konfrontiert und mußte deswegen eigene berufliche Ambitionen aufstecken.

- Frau P. hat vier Kinder, davon ist das älteste 3,8 Jahre alt. Die Familie lebt in einer 54 qm großen Wohnung, der Mann macht Schichtarbeit.

Die subjektive Einschätzung der Frauen stimmte auffallend deutlich mit meiner Einschätzung überein; lediglich bei Frau B., deren Mann Fernfahrer und oft mehrere Wochen nicht zu Hause ist, hatte ich den Eindruck, daß sie die Belastung, die durch diese Situation für sie entsteht, etwas herunterspielt. Aber Frau B. stellt der heutigen Lage gegenüber, daß ihr Mann vorher über ein halbes Jahr arbeitslos war und er auch keine Aussicht hatte, in seinem gelernten Beruf (Tankwart) zu arbeiten -- und demgegenüber erscheint ihr offenbar die jetzige Situation als deutlich besser.

Es deutet sich hier ein "Nebenergebnis" der Studie an, das wert wäre, genauer untersucht zu werden: Ulrike Maschewsky-Schneider fiel bei den Gesprächen mit rauchenden Frauen auf, daß viele von ihnen Situationen, in denen sie objektiv stark belastet waren, gar nicht als solche wahrnahmen. Wenn sie rauchten, so schoben sie dies eher auf "Charakterchwäche" als darauf, daß sie in einer schwierigen Situation ein Ventil brauchten, um nicht zu platzen.

Kann es sein, daß die nicht-rauchenden Frauen ihre Belastungssituationen realistischer einschätzen und damit auch eher in der Lage sind, angemessene Strategien zu ihrer Bewältigung zu entwickeln?

Bis auf Frau G. also geben alle Frauen entweder an, es habe in ihrem Leben Zeiten gegeben, in denen sie sehr stark belastet waren, oder aber sie benennen anstrengende Aspekte und Situationen in ihre derzeitigen Leben. Einige Beispiele:

S.: Streß ist bei mir jeden Tag. Bei mir geht's praktisch nach der Uhr von morgens um 6 Uhr an.

P.: 's ist schon schwer. Ich muß sagen, wenn einer fragt, wie das (=vier kleine Kinder zu haben; A.F.) wär, würd ich sagen: würd ich keinem empfehlen, ne, ist unwahrscheinlich hart, ne. Aber, ich sag, wir schaffen's auch. Jetzt sind die schon so groß. Früher hab ich immer gesagt zu meinem Mann: Wenn die (=älteste Tochter) erst mal in den Kindergarten geht. Ja, jetzt ist sie im Kindergarten, jetzt sag ich schon immer: Wenn die erst mal in die Schule geht. Na ja, schwer ist es ja.

Das heißt: Die Frauen erleben zahlreiche Belastungssituationen - aber keine Frau hätte jemals erwogen, diesen Situationen durch eine Zigarette zu begegnen.

Man kann dabei im eigentlichen Sinne gar nicht von einer Entscheidung gegen das Rauchen sprechen, da es eine Entscheidungssituation nie gegeben hat. Das Thema "Rauchen" erweist sich im Gespräch als sehr wenig ergiebig; als typisches Beispiel eine Passage aus dem Gespräch mit Frau A.:

I.: Hat es irgendwie in ihrem Leben Phasen gegeben oder Situationen, wo sie nahe daran waren, zu rauchen?

A.: Nee.

Es folgen dann etwa zehn Minuten Gespräch, in dem Frau A. ihre Biographie schildert.

I.: Und in all dem Streß ist ihnen der Gedanke an das Rauchen nie gekommen?

A.: Nee, nee, komisch, ne?

Die Frage nun, ob die Frauen andere unangemessene Bewältigungsstrategien exzessiver ausüben, kann eindeutig verneint werden. Irgendwelche Exzesse im Gebrauch von Genußmitteln oder Giftstoffen oder auch bezüglich einzelner Verhaltensweisen (wie z.B. Jogging) lassen sich eindeutig ausschließen.

Alkohol trinken alle Frauen in sehr geringen Mengen. Ein bis zwei Glas Wein, mal ein Glas Sekt, und ab und zu auch ein Glas Bier - in aller Regel aus geselligen Anlässen.

Ebenso äußern die Frauen eine deutlich distanzierte Haltung gegenüber Medikamenten: Diese werden nur dann genommen, wenn Abwarten, daß die Störung vorbegeht und Hausmittel versagt haben. So sagt etwa Frau O.:

Ich mein' immer, irgendwie muß die, die Tabletten, die Substanz darin, die muß doch irgendwie im Körper verbleiben. Wenn man jetzt viel davon nimmt, das muß sich doch irgendwie absetzen in den Organen irgendwie. Ich weiß nicht, aber irgendwie stell ich mir das so vor, daß sich das an irgend 'nem Organ doch so absetzen muß, und wenn das dann mit der Zeit immer mehr wird, immer mehr wird. Und dadurch, kommen dann hinterher irgendwie die Krankheiten, und wenn sich jetzt, zum Beispiel - was soll ich da jetzt zu sagen - also dies Tablettenzeug, das muß sich doch so, entweder im Magen so absetzen, und wenn die anfangen dann, daß die Magenwände kaputt gehen, oder man kriegt 'n Magengeschwür und wenn die Magenwände erst kaputt sind, dann kommt alles andere so nach und nach.

Frau A. sieht die Tabletteneinnahme deutlich auf dem Hintergrund eines möglichen Suchtverhaltens:

A.: Also, ich nehme keine Medikamente. Unsere ganze Familie nicht. Ich habe schon mal Kopfschmerztabletten und mal was für die Erkältung, zum Einreiben das aber so diese ganzen Hallo-wach und Hallo-müde, diese ganzen stimmungs-chemischen Sachen, sowas lehne ich total ab.

I.: Warum lehnen sie's ab?

A.: Ja, weil ich denke, daß man von solchen Dingen abhängig werden kann.

Auch das Eßverhalten kann nicht als besonders problematisch angesehen werden - daß Frauen Gewichtsprobleme haben, kommt auch bei rauchenden Frauen vor. Die meisten Frauen halten ihr Gewicht seit Jahren

recht konstant, mit Schwankungen bis zu zwei Kilogramm. Frau O. möchte gern abnehmen (müßte es auch) aber sie schafft es nicht. Sie hält es ein paar Tage durch, eine Diät einzuhalten, aber

wenn ich dann merk, daß ich kribbelig werde oder so, dann hör ich sofort auf. Weil ich nicht will, daß die Kinder dann irgendwie darunter leiden. Wenn ich jetzt nervös bin, dann würde ich anfangen zu schreien die Kinder anschreien und so - und das will ich nicht. Dann hör ich lieber auf, ne.

Problematisch im Sinne eines Bewältigungshandelns wäre das Eßverhalten erst dann, wenn tatsächlich in Streßsituationen exzessiv gegessen würde - das ist aber bei keiner der befragten Frauen der Fall. Wenn Essen überhaupt eine funktionale Qualität hat, dann ist es bei allen Frauen die des Sich-etwas-Gönnens: So deutlich bei Frau P., für die es angesichts des geringen Familieneinkommens ganz toll ist sich eine Pizza an der Bude kaufen zu können. Sie ißt schrecklich gern, Essen ist der Genuß, den sie sich gönnt. Daß sie dick ist, stört sie nicht - Dicksein akzeptiert sie als natürliche Folge dieses Hobbys. Etwa nach dem Motto: Wenn schon Geld ausgegeben, dann auch für etwas, das mir bleibt. Sie sagt

Wenn ich auch breit bin, das ist egal. Aber was merkste von Zigaretten - ich sag, die haste dann im Mund weg und dann haste nichts.

Ansonsten faßt wohl die folgende Aussage von Frau S. die Meinung aller Frauen zum Thema "Verhaltensexzesse" gut zusammen:

Sucht nach irgend etwas könnte ich gar nicht bei mir entdecken. Habe ich noch nie gehabt. Also, das muß ich sagen, Schuhe kaufe ich mir sehr gerne, aber das ist keine Sucht.

Nun zu den angemessenen Bewältigungsstrategien:

Als Fazit ziehe ich aus den Befragungen, daß den nicht-rauchenden Frauen eine große Zahl an angemessenen Bewältigungsstrategien zur Verfügung steht, Sie reichen offenbar aus. die in ihrem Leben bisher aufgetretenen und die derzeitigen Belastungen zu meistern. Ebenso haben sie eine Vielzahl von Maßnahmen zur Verfügung, mit denen sie sich angemessene Situationen verschaffen bzw. schöne Situationen besonders angenehm, gemütlich und entspannend machen können.

Besonders häufig wurden genannt: Einen Stadtbummel machen, sich etwas Schönes kaufen, spazierengehen, stricken, gemütlich eine Tasse Kaffee/Tee trinken, etwas Schönes essen bzw. zum Essen ausgehen, ins Theater gehen, einen langen Telefonschwatz mit einer Freundin machen, Handarbeiten, Musik hören - oder einfach: Sich kurzfristig der Situation entziehen, mal rausgehen. So zum Beispiel Frau R.:

Entweder gehe ich dann schön in die Stadt und kaufe mir was. Ehe ich so ganz down bin, sag ich, ich geh' jetzt mal so richtig alleine - ohne Kinder, ohne Mann. Mach 'nen Stadtbummel, und wenn ich dann was Schönes find, das kaufe ich mir dann. Braucht nur 'ne Kleinigkeit zu sein, aber wo ich mich dran freuen kann.

142

Und noch etwas hilft: Lachen.

Frau S. sagt:

Ich lach sehr gerne. Und meine Cousine kann so wunderbar lachen. Und wenn ich dann mal wieder da war, und wir haben gelacht, da kann ich dann sagen, also das tat mir mal wieder so richtig gut. Das brauchteste mal wieder.

Versucht man, all diese Maßnahmen nicht als jeweils einzeln wirksame Strategie zu verstehen, sondern etwas Gemeinsames an ihnen zu erkennen, so scheint mir dieser gemeinsame Nenner zu sein, daß die Frauen eine große Fähigkeit und den Mut haben, sich abzugrenzen. Alle befragten Frauen betrachteten ihre Rolle als Mutter als wichtigste Aufgabe - aber sie alle waren sich einig, daß sie nicht immer für die anderen da sein können, daß sie Zeit für sich brauchen. In Situationen, in denen es ihnen schlecht geht es hektisch ist, ihnen die Arbeit über den Kopf zu wachsen droht usw. machen eigentlich alle Frauen das gleiche: Sie verschaffen sich eine Zeit für sich - wobei die Strategien recht unterschiedlich sind.

Als Beispiel Frau P., die mit vier Kindern zwischen vier Monaten und 3,8 Jahren auf 54 qm wohnt. Auf die Frage, was sie tut, wenn sie nervös ist, antwortet sie:

P.: Ach, an und für sich - so ich setz mich dann hin. Ich brauch dann so irgendwas zum Ablenken. Nicht lesen, lesen mag ich dann nicht. Irgendwie 'n Spiel, oder ich rätsel. Dann setz ich mich hin, dann fang ich an zu rätseln, ne, oder jetzt, wir haben das Atari-Spiel, dann setz ich mich dann hin, mach zwei, drei Runden und dann ist's wieder gut.

I.: Auch so mitten im Rummel?

P.: Ja. Das macht mir nichts aus. Oder ich setz mich mitten in die Wohnung und dann, ne, ich setz mich hin, und dann fang ich erst mal an zu rätseln. Dann, wenn ich erst mal wieder zur Ruhe komme, ne. Und dann mach ich weiter. Manchmal bleibt's (= die Hausarbeit) auch liegen bei mir.

Frau P. hat auch durchgesetzt, daß sie einmal in der Woche zum Kegeln geht:

Erst haben sie ja alle (=Mutter, Ehemann, Schwester) gemeckert wegen dem Kegeln. Ach, kannst doch nicht kegel gehen. Ich sag, warum nicht? Ich sag, ich mach die Kinder im Bett fertig, muß er (=Ehemann) mir ein Auge aufpassen, wenn man was ist. Und jetzt gehe ich ja auch 'n gutes Jahr, und jetzt klappt es auch.

I.: Die Zeit, die nehmen Sie sich so richtig, daß Sie sagen: "Das ist meine Zeit, und da gehe ich hin?"

P.: Ja, ja da gehe ich hin. Wie ich jetzt aus dem Krankenhaus gekommen bin¹⁾, da bin ich Dienstagmorgen erst rausgekommen, und abends sag ich: Jetzt gehe ich Kegeln. Da sagt unser Mutter: Wie, du willst jetzt Kegeln gehen? Ich sag, ja, heute ist Dienstag, heute gehe ich Kegeln. Der Horst hat Frühschicht, ne, ich sag, kann ich gehen. Ich sag, 'n bißchen muß man auch haben. Bei vier Kindern ist die Arbeit lang genug, 'n bißchen braucht man da auch für sich.

3.3. Nicht-rauchen aus sozialen (Beweg-)gründen?

Festzuhalten bleibt somit bisher, daß es keine Belastungssituationen gibt bzw. gegeben hat, die die Frauen veranlaßt hätte, zu rauchen. Doch Rauchen ist ja nicht nur unter dem Aspekt des Bewältigungshandel zu interpretieren, sondern man kann Rauchen auch primär als soziales Verhalten verstehen: Rauchen, um dazuzugehören; Rauchen, weil der Partner, die Freunde auch rauchen; Anbieten einer Zigarette, um Kontakt aufzunehmen usw.

Bei der Planung dieser Studie interessierte mich vor allem, welche Motivation das Nicht-Rauchen aus dieser sozialen Perspektive hat und formulierte hypothetisch einige mögliche Motive.

Die Befragung zeigte jedoch deutlich, daß es nicht möglich ist, im angenommenen Sinne von sozialen Motiven für das Nicht-Rauchen zu sprechen. Das Rauchen ist für die befragten Frauen einfach nie ein Thema gewesen - tiefere "Motive" zum Nicht-Rauchen konnten zumindest mit den hier verwendeten Techniken nicht eruiert werden.

¹⁾ Frau P. hatte den Arm gebrochen und lag eine Woche im Krankenhaus

Dessen ungeachtet gibt es für die befragten Frauen so etwas wie eine soziale Dimension des Rauchens bzw. des eigenen Nicht-Rauchens. Alle Frauen sehen Rauchen offenbar als soziales Verhalten an und verzichten diesbezüglich auf etwas, was ihnen das Leben leichter machen würde bzw. auf jeden Fall früher leichter gemacht hätte. Alle Frauen sind sich einig, daß es rauchende Frauen leichter haben, soziale Kontakte anzuknüpfen, mit Männern ins Gespräch zu kommen und daß Nicht-Rauchen vom Flair der Biederkeit umgeben ist.

Im Bekanntenkreis sind die Frauen von mehr rauchenden Frauen und Männern umgeben als von nicht-rauchenden. Und bis auf Herrn O., der nie geraucht hat, und Herrn R., der früher sehr viel geraucht hat und seit einigen Jahren Nichtraucher ist, rauchen die Männer alle anderen Frauen: Von selten und wenig (Herren A., S.) bis sehr viel (Herren B., P.).

Einige Partner haben ihre Frauen auch früher öfter einmal aufgefordert, doch eine mitzurauchen - aber offenbar ohne Erfolg. Daß ihre Partner rauchen, stört die Frauen - wenn auch aus sehr verschiedenen Gründen. Frau P. beklagt das Geld, das verpafft wird; Frau S. stört der Geruch (und sie betont, daß ihr Mann nie in ihrem Beisein raucht), Frau B. hat Angst vor gesundheitlichen Schäden. Frau A. hat die damalige Aufhörtaktion ihres Mannes sehr aktiv unterstützt. Rauchende Freundinnen und Freunde stören allerdings nicht: Wenn sie da waren, wird anschließend eben gut gelüftet, und zum Teil wird das Rauchen bei anderen auch als schön angesehen. So Frau A.:

Was ich also sehr gemütlich finde, wenn wir irgendwo Kaffee trinken, und meine Freundin steckt sich 'ne Zigarette an - das finde ich gemütlich.

Ebensowenig wie durch Partner und Freunde lassen sich die Frauen durch die Werbung verführen, deren Kampagnen von allen Frauen als Verdummung betrachtet werden. So zum Beispiel Frau R.:

Zum Schießen. So: Meilenweit für ein Camel, oder: Jetzt bist du der freie Mensch, steck dir eine an. Da hab ich gesagt, also soviel Verblödung auf einem Haufen - ich bin doch erst frei, wenn ich mir keine anstecken muß! Nee, also das hat mich zum Lachen animiert, so Reklamen.

Sowenig Rauchen für die befragten Frauen auch jemals ein Thema gewesen ist - sie sind doch auch stolz darauf, Rauchen aus sozialen Gründen nicht nötig zu haben. In der Jugend hat dieses Verhalten offenbar auch Mut gefordert; einige Frauen machen sehr deutlich, daß sie sich wegen des Nicht-Rauchens als Mauerblümchen gefühlt haben. Und Frau S. drückt aus, daß sie ohne Zigarette niemals eine Chance zur femme fatale haben wird:

Oder auch wenn ich die Dämchen vom Film sehe, also - da habe ich manchmal den Eindruck, das stellt mehr dar. Wenn meinetwegen eine mondäne Frau jetzt noch 'ne Zigarette hat und wenn möglich noch in 'ner Zigarettenspitze, das macht ganz was anderes her.

3.4. Nicht-Rauchen aus gesundheitlichen Gründen?

Daß Rauchen der Gesundheit schadet, ist die implizite Annahme jeder gesundheitserzieherischen Anti-Rauch-Maßnahme. Nicht zu rauchen bedeutet dann, etwas Positives für die Gesundheit zu tun. Die ist pausibel, doch wurde bisher nicht untersucht, inwieweit diese Annahme nicht-rauchenden Personen bewußt bzw. eine motivationale Grundlage für ihr diesbezügliches Handeln ist.

Ich ging daher in dieser Untersuchung auch folgende zwei Fragen nach:

- Gibt es gesundheitliche Gründe für Frauen, nicht zu rauchen?
- Welchen Stellenwert haben diese Gründe bei der Entscheidung, nicht zu rauchen?

Auch diese Fragen lassen sich eindeutig beantworten. Rauchen wird zwar als allgemeines Gesundheitsrisiko gesehen, aber für die befragten Frauen ist dies nicht der entscheidende Grund, nicht zu rauchen. Gesundheitliche Gründe konnten eindeutig nicht als Motiv identifiziert werden, nicht zu rauchen; oder, um es noch einmal anders zu formulieren: Keine der befragten Frauen sagte, daß sie aus gesundheitlichen Gründen nicht rauchte.

Eine gewisse Einschränkung muß man hier vielleicht für Frau S. machen: Bei ihr sind die unmittelbaren körperlichen Beeinträchtigungen durch Rauch und Qualm so stark (Kopfschmerzen, tränende Augen), daß sie schon deshalb überhaupt nicht auf die Idee käme, zu rauchen.

Alle anderen Frauen erwähnen gesundheitliche Gründe allenfalls am Rande und in einer sehr vagen und unkonkreten Form. Zum Beispiel Frau

Nee, eben, ich empfinde nix dabei. Es ist höchstens schädlich; zur Gesundheit beitragen kann das auf keinen Fall.

Oder auch Frau B., die sich darüber ärgert, daß ihre Schwägerin auf nüchternen Magen raucht:

Und das finde ich schon verkehrt, Rauchen auf nüchternen Magen. Ich meine, wenn man schon mal raucht, da soll man erst mal gut frühstücken.

Es zeigte sich somit auch hier, daß die befragten Frauen insgesamt so wenig über das Rauchen bzw. Nicht-Rauchen nachgedacht haben, daß sie keine umfassenden Auskünfte über den Zusammenhang von Rauchen bzw. Nicht-Rauchen und Gesundheit geben können.

Dies ganz im Gegensatz zu ihren ansonsten ausführlichen Gedanken zu den Themenbereichen Gesundheit-Krankheit-Gesundheitshandeln-Verhalten bei Erkrankungen:

Da, dem Ansatz der Life-Style-Forschung folgend, Nicht-Rauchen in dieser Studie nicht als isolierte Verhaltensweise betrachtet wird, sondern auf dem Hintergrund des gesamten Gesundheitsverhaltens und -bewußtseins, wurden auch folgende Fragen gestellt:

- Welches Bewußtsein von Gesundheit/Krankheit haben die nicht-rauchenden Frauen? Was bedeutet ihnen Gesundheit?
- Was tun sie für ihre Gesundheit? Wie gehen sie mit Krankheit um?
- Welche Erfahrungen haben sie mit Gesundheit/Krankheit gemacht?

Zwei Frauen formulierten keine positive Definition von Gesundheit, sondern beantworteten die entsprechenden Fragen mit "nicht-krank-sein". Die anderen Frauen jedoch gaben positive definitorische Beschreibungen des Zustands, den sie als Gesundheit bezeichnen. Diese einzelnen Definitionen waren sehr unterschiedlich voneinander: Sie reichten von rein auf das körperliche Funktionieren bezogenen Aussagen bis hin zu Aussagen, die das psychische Wohlergehen in den Vordergrund stellten. Zur Verdeutlichung:

A.: Ja, Gesundheit ist für mich, ja, leistungsfähig Daß man eben auch alle Dinge machen kann, ohne daß man also gleich körperlich dann völlig ab ist. Also

es gibt Leute, die können 'ne Treppe steigen, dann sind die schon überfordert, ne. Ja, das ist Gesundheit.

I.: So, sich wohlfühlen, gehört das auch dazu? Nicht traurig sein?

A.: Nee, das ist was anderes, das ist glaub ich für mich 'ne andere Sache.

R.: Ja, gehört eigentlich dazu, daß ich mich fit fühle, daß ich Lust haben zu arbeiten, daß ich mich wohlfühle, daß ich mich freue, wenn wir dann abends ausgehen, wo wir Leute treffen. Wir gehen oft auch ins Theater - daß ich mich dann auch darauf freuen kann, daß ich nicht sag, daß ich jetzt körperlich völlig abgeschlafft bin, von der Arbeit fix und fertig - also Unlust habe, daß ich dann nicht sag: Ach nee, jetzt will ich gar nicht weg, ich bin so müde

I.: Wenn Sie so hören, jemand ist gesund - was ist er dann?

O.: Ja glücklich. Froh, froh, froh - daß man eben gesund ist. Da ergibt sich dann auch alles andere dann, ich mein, wenn man gesund ist, dann kommt alles automatisch, ne, meine ich.

I.: Sind Sie gesund? Fühlen Sie sich gesund?

O.: Ich fühle mich gesund ja.

I.: Woran merken Sie das denn, daß sie gesund sind?

O.: Ja, in allem. Mir macht alles Spaß, alles was man so macht, auch mit den Kindern vor allen Dingen. Mir macht auch - ich hab auch keine Beschwerden und soweit und dergleichen.

Drei Dimensionen sind es, auf denen die Frauen - mit unterschiedlicher Gewichtung - Gesundheit ansiedeln: Körperliche Leistungsfähigkeit, psychisches Wohlbefinden und Rollenerfüllung. Dimensionen somit, die die der WHO-Definition zugrunde liegende Trias von körperlichem, psychischem und sozialem Wohlbefinden repräsentieren. Da mit Sicherheit davon ausgegangen werden kann, daß keine der Frauen jemals etwas über den Gesundheitsbegriff der WHO gelesen oder gehört

hat, finde ich dieses Ergebnis höchst erstaunlich. Offenbar ist es so, daß die Frauen aus nichts anderem als dem eigenen Erleben und den eigenen Lebenserfahrungen heraus zu einem so umfassenden Verständnis von Gesundheit gelangen.

Einschränkend muß jedoch gesagt werden, daß keine Frau alle drei Dimensionen nennt - diese ergeben sich nur gleichsam als Summe aller Nennungen. Die je einzelnen Frauen setzen - wie die Zitate zeigen - unterschiedliche Gewichtungen.

645

Der Wert von Gesundheit wird von allen Frauen als hoch eingeschätzt. Die meisten Frauen bezeichnen sie als wichtig oder sehr wichtig. Zu der Frage, ob man für die Gesundheit etwas tun kann, gibt es bei den Frauen keine eindeutige Stellungnahme. Die Antworten sind hier von einer bemerkenswerten Ambivalenz und Skepsis gekennzeichnet: Einerseits scheint festzustehen, daß Gesundheit nicht einfach ein Geschenk ist, das man erhalten hat, und für das nun nichts mehr getan werden muß. So sagt zum Beispiel Frau R.:

Wenn ich das so bei meiner Schwiegermutter jetzt sehe, die ist jetzt 75, ich meine - die tut nichts für ihre Gesundheit. Aber sie erwartet, daß sie gesund bleibt bis ins hohe Alter. Und wenn sie dann etwas hat, dann spricht sie auch nur darüber. Also, ich meine, da muß man schon etwas für tun, daß man gesund bleibt.

Alle Frauen machen auch sehr deutlich, daß sie stolz darauf sind, daß ihre Familie gesund ist - wenn sie von Erkrankungen berichten, betonen sie dabei zu meist, daß sie nichts gegen diese hätten tun können.

Andererseits aber werden die Möglichkeiten, tatsächlich etwas für die Erhaltung der Gesundheit zu tun, offenbar als eher gering eingeschätzt. So sagt zum Beispiel Frau A. auf die Frage, ob sie in ihrem täglichen Leben auf die Gesundheit achtet:

Eigentlich nicht. Ich mein, ich versuch schon, die Kost abwechslungsreich zu gestalten: Aber wenn mir jetzt jemand sagt, so Grillwürstchen erzeugen Krebs daß ich die dann weglasse, da käme ich nicht auf die Idee. Oder im Spinat ist irgendwelches Zeug drin - ich mein, dann würd ich mir das überlegen und das nicht so oft machen, aber ich würde das nicht weglassen. Aber ich meine so, Vitamine im Gemüse, man achtet drauf - obwohl ich mir dann auch wieder denke Meine Güte, verseucht ist sowieso alles, vom Fleisch angefangen. Wir haben doch gar nichts Natürliches mehr, ne. Und wenn man nicht verhungern will, dann muß man ja die Dinge essen - man kann das eben so'n bißchen abwechslungsreich gestalten.

Möglichkeiten, Einfluß zu nehmen, sehen die Frauen hauptsächlich dadurch, daß sie für abwechslungsreiche Ernährung, Bewegung und ein gutes emotionales Klima innerhalb der Familie sorgen. Außerdem messen alle Frauen regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen bei Kinderarzt und Zahnarzt große Bedeutung bei - und achten offenbar sehr auf deren Einhaltung.

Auffallend ist, daß alle Frauen auf die Frage, was sie für ihre Gesundheit tun, zunächst mit Maßnahmen antworten, die nicht primär auf sie selbst, sondern auf die ganze Familie, vor allem aber auf die Kinder ausgerichtet sind. Dies entspricht sicherlich der ihnen sozial zuerkannten und von ihnen übernommenen Rolle, nach der die Mutter verantwortlich ist für den Gesundheitszustand ihrer Familie. Ist die Familie gesund, so kommt das einer Leistung der Frau gleich, auf die sie stolz ist. Und die eigene Gesundheit ist nicht nur ein Wert an sich, sondern auch etwas Wichtiges für die anderen. So zum Beispiel Frau R.:

Ich meine, das ist eben wichtig, daß man gesund ist auch für die Familie nicht nur für einen selbst. So

dern auch für die andern, man ist da ja verantwortlich, nicht, den anderen gegenüber.

In diesem Sinne müßten an dieser Stelle auch die Maßnahmen erwähnt werden, mit denen die Frauen zu erreichen suchen, daß ihre Kinder (später) nicht rauchen. Dieses ist ein erklärtes wichtiges Ziel aller Frauen. Alle Frauen sind sich einig, daß ihr positives Vorbild als Nicht-Raucherin nicht ausreichen wird. Größere Bedeutung wird offenbar abschreckenden Modellen beigemessen - obwohl diese offenbar in der eigenen Sozialisation als nicht-rauchende Frau keine entscheidende Rolle gespielt haben. Als Beispiel Frau C die sogar - wie sie lachend eingesteht - zu etwas unlauteren Mitteln greift: Sie warnt mit den Krankheiten der Opas, wohl wissend, daß diese nicht nur durch das Rauchen, sondern primär durch eine lange Tätigkeit unter Tage bzw. mit Asbest-Schweißarbeiten entstanden sind:

O.: Ja, ich halt eben - ich weiß jetzt nicht, ob das richtig ist oder nicht (lacht) - ich halt immer die Opas zum Vorwand, ne. Die rauchen beide und trinken beide ganz schön, ich mein, manchmal über die Maßen hinaus. Und dann sag ich dann, mein Vater ist krank es kommt zwar nicht vom Rauchen direkt, aber von seiner Arbeit, was er früher gemacht hat - und, ich sag aber immer den Kindern, die Opas rauchen und trinken zuviel. Nehmt euch 'n Beispiel daran, ich sag, fangt das erst gar nicht an mit dem Rauchen und so. Ich sag, oder wollt ihr genauso krank werden? Irgendwie muß ich denen das dann immer 'n bißchen schlimmer machen, als wie es wirklich ist, und - versuch ich dann eben, sie davon abzuhalten.

Inwieweit ihre Bemühungen allerdings von Erfolg gekrönt sein werden, ist für alle Frauen eine offene Frage. Folgender Satz von Frau I. kann als stellvertretende Äußerung für alle Frauen gelten:

Ob sie's heimlich tun, weiß ich nicht. Das kann ich ja nicht nachkontrollieren, ne.

Abschließend möchte ich noch darauf eingehen, wie diese Frauen sich bei Krankheiten verhalten.

Für alle Frauen steht außer Frage, daß Krankheiten in die Kompetenz des Arztes gehören. Unterschiede gibt es jedoch hinsichtlich des Zeitpunkts seiner Inanspruchnahme:

in 46

Frau B. und Frau P. wenden sich sofort an den Arzt, offenbar aus der Motivation heraus, "auf Nummer sicher" (Frau P.) zu gehen. Frau B.:

Ja, ich möchte nichts falsch machen. Ich mach mir hinterher die Vorwürfe, ne. Ich sag, lieber einmal zuviel anrufen als einmal zuwenig. Oder lieber auch ein paarmal zuviel hingehen als einmal zuwenig.

Die anderen Frauen warten bei leichteren Störungen erst einmal ab - nach dem Motto

O.: Abwarten; was von selbst kommt, geht auch von selbst wieder.

Die Frauen machen eine deutliche Trennung zwischen Krankheit und Wehwehchen: Letztere sind so etwas wie Bockigkeiten des Körpers, denen mit Ignorieren und Sich-Zusammenreißen begegnet wird. Sich bei Wehwehchen hängen zu lassen, gilt in den Augen aller befragter Frauen als abzulehnende Schwäche.

Das Verhaltensmuster in Erkrankungsfällen scheint gegenüber der eigenen Person, dem Partner und den Kindern relativ ähnlich zu sein. Das heißt: Die Frauen, die bei den eigenen Krankheiten eher abwarten, gehen auch mit den Kindern später zum Arzt, die anderen konsultieren ihn bei eigenen und "fremden" Störungen eher.

Ist jemand in einer Familie anerkannt krank, so scheint es allgemein üblich zu sein, ihm diese Situation möglichst leicht erträglich zu machen. Für die anderen Frauen drückt Frau A. das Vorgehen bei den Krankheiten ihres Sohnes so aus:

Da wird er bemuttert, da wird er gepflegt, und man ist froh, wenn's dann wieder besser wird.

103

LITERATURE:

ANTONOWSKY, A.: Health, stress and coping.
San Francisco: Jossey-Bass, 1979.

647

4
TEIL 4 : GESUNDHEIT UND BEWÄLTIGUNGSHANDELN VON FRAUEN

10

Erika Fink
Lösungsstrategien von Frauen

1. Fragestellung
2. Problemlagen von Frauen
3. Weibliche Sozialisation
4. Strategien der Frauenbewegung
5. Rauchen als soziales Handeln
6. Konsequenzen zur Gesundheitspolitik und Gesundheitsforschung

1. Fragestellung

Wie lösen Frauen ihre Probleme? Welche Problemlagen sind spezifisch weiblich in einer westlichen, spätkapitalistischen, patriarchalisch strukturierten Gesellschaft? Wodurch entstehen diese Probleme, durch wen werden sie wie definiert und wie werden sie schließlich gelöst? Welche Möglichkeiten bestehen, die gängigen Strategien zu verändern im Hinblick auf eine Verbesserung des Wohlbefindens, der Gesundheit, der Lebensmöglichkeiten?

Diese Fragen sind in den letzten Jahren besonders aktuell geworden. Die Frauen haben im Durchschnitt nicht nur mehr Übergewicht und nehmen mehr Medikamente zu sich als die Männer, sondern neuerdings rauchen sie auch mehr und konsumieren mehr Alkohol. (vgl. dazu MASCHESKI, U. und REUTER, U. in diesem Band und Ärztliche Praxis, 15.10.83, S.2483).

Die Weltgesundheitsorganisation hat die Frauen, ebenso wie die Jugendlichen, zu "Hochrisiko-Gruppen" erklärt und umfassende Gesundheitsförderungs-Programme für diese Gruppen gefordert. In diesem Beitrag werden Problemlagen von Frauen diskutiert, und es wird versucht, das Rauchen als eine Form des Handelns innerhalb des weiblichen Lebenszusammenhangs einzuordnen.

2. Problemlagen von Frauen

Jeder Mensch erlebt im Laufe seines Lebens Konflikte und Krankheiten, erfährt Leiden, Schmerzen und Verlust und muß Belastungs- und Krisensituationen durchstehen. Im Verlauf des Lebens

macht jeder Mensch Wandlungsphasen durch; er entwickelt sich vom Säugling zum Kind, zum Jugendlichen, zum Erwachsenen, zum Alten, der den Tod erwartet. Diese Übergangsphasen im menschlichen Lebenszyklus bedeuten für das Individuum: Veränderung der Bezugspersonen, der signifikanten anderen (vgl. BERGER, LUCKMANN, 1980) Übergang zu neuen Rollen, Anforderungen, Situationen, Orientierungsmustern etc. Die gesellschaftlichen Ansprüche, die sozialen und institutionellen Verflechtungen, die Lebensweisen verändern sich.

Einschneidende Lebensereignisse (life events) können auch un-
verhofft kommen z. B. in Form von Verlusten, naher Angehöriger,
durch vorzeitigen Tod oder durch Veränderungen im familialen
und beruflichen Umfeld, durch schwere Krankheiten, Konflikte und
Krisensituationen.

Aber auch der Alltag, die Bewältigung der alltäglichen Auf-
gaben und Probleme bringt Belastungen und Streß mit sich. Auch
der alltägliche Ärger kann krank machen. Ob er krank macht,
das hängt von den Bewältigungsmechanismen, den Lösungsstrategien
ab. Denn Belastung oder Streß wirkt auf den Organismus und das
Befinden des einzelnen Menschen nicht nur durch die psycho-
physische Beanspruchung, sondern diese wird auf vielfache Weise
von sozialen und kulturellen Wahrnehmungen, von Erfahrungs-
und Deutungsmustern überlagert. Das individuelle Erleben ist ab-
hängig von den kollektiven Erfahrungen und Interpretationsmustern,
außerdem werden soziale Handlungsweisen mitreflektiert, die sich
gegen die Belastungsrealität richten. Deren Sanktionen und so-
ziale Folgen gehen ebenso in die Beurteilung der belastenden
Situation ein. Das bedeutet, daß Belastungswahrnehmung und Be-
lastungsartikulation nur im Rahmen der Rekonstruktion der in-
dividuellen Reproduktion auf dem sozio-kulturellen und bio-
graphischen Hintergrund sinnvoll analysiert werden können (vgl.
BROCK u. VETTER, 1982). Mit diesen Erkenntnissen ist die Be-
lastungsforschung zu ähnlichen Ergebnissen gekommen wie die For-
schung in der Gesundheitserziehung. Es ist die Tendenz zu ver-
zeichnen, daß Belastung und Bewältigung zunehmend nicht nur als
individuelles Problem thematisiert werden, sondern innerhalb
der Lebensweise einer sozialen Gruppe, die gekennzeichnet ist
durch die Gesamtheit von Bedeutungsmustern und Ausdrucksformen.
Die in diesem Zusammenhang entstehenden Rollen, Funktionen und
Pflichten weisen dem einzelnen in der Gesellschaft seinen Platz
zu, konstituieren seine Identität (vgl. WILKENING, 1981 und
WENZEL, 1983).

üblichen Beschäftigung - z. B. Berufstätigkeit, Hausarbeit oder Schulbesuch - nicht nachgehen konnte. In diesem Sinne bezeichneten sich 1980 rund 5,3 Millionen Frauen und rund 3,8 Millionen Männer als krank. Dagegen ist bei dem Krankenstand der Pflichtmitglieder in der gesetzlichen Krankenkasse seit 1970 durchgehend ein höherer Krankenstand bei den Männern als bei den Frauen zu verzeichnen. 1980 lag er bei 4,9 % bei den Männern und bei 4,3 % bei den Frauen (vgl. BMJFG, 1983, S. 84 f. u. S. 89). Ebenso weist THIELE (1981) aufgrund von Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse bei den berufstätigen Frauen sowohl bei den Arbeitsunfähigkeitstagen als auch bei der Arbeitsunfähigkeitsquote niedrigere Werte für die Frauen als für die Männer auf. Daraus ergeben sich einige nicht ausdiskutierte Fragen: Fühlen sich Frauen nur kränker? Oder ist die Erwerbstätigkeit ein Stabilisator für die Gesundheit der Frauen? Oder sind Frauen deshalb weniger arbeitsunfähig, weil sie häufiger zum Arzt gehen und in stärkerem Ausmaß Beratungsdienste in Anspruch nehmen als Männer? Ist es die höhere Sensibilität der Frauen im Hinblick auf ihren Körper und ihre Gefühle, die dazu führt, daß Frauen sich eher als krank bezeichnen, aber im Durchschnitt länger leben?

Diese und weitere Fragen können nur geklärt werden im sozialen Kontext weiblichen Handelns und in der Konkretisierung von Belastungsmomenten, qualitativen und quantitativen Aspekten von Überforderung und Unterforderung, Wahrnehmungs- und Definitionsprozessen von Gesundheit und Krankheit.

3. Weibliche Sozialisation

Sozialisation bezeichnet den lebenslangen Prozeß der Eingliederung eines Menschen in die jeweilige Gesellschaft, in dem sein Platz in der Gesellschaft, seine soziale Rolle immer wieder neu bestimmt wird. Im Laufe dieses Prozesses "übernimmt" der einzelne eine Welt, in der die anderen schon leben.

Die bestehende Gesellschaft wird dem Indivi-

duum durch die "signifikanten anderen" vermittelt. Diese wählen - je nach ihrem eigenen gesellschaftlichen Ort und ihren eigenen biographisch begründeten Empfindlichkeiten - Aspekte aus und filtern auf diese Weise die gesellschaftliche Welt für das Individuum. Der Mensch wird, was seine "signifikanten anderen" in ihn hineingelegt haben. Sozialisation erfolgt in einem Interaktionsprozeß, in dem die Dialektik zwischen Identifizierung durch andere und der Selbstidentifikation zum Tragen kommt. Es ist ein Aushandeln zwischen der objektiv zugewiesenen und der subjektiv angeeigneten Identität. Eine Identität bekommen heißt, einen bestimmten Platz in der Gesellschaft angewiesen erhalten, ihn annehmen und gestalten. Die subjektive Aneignung der eigenen Identität und die subjektive Aneignung der sozialen Welt sind nur verschiedene Aspekte ein und desselben Internalisierungsprozesses, der durch die "signifikanten anderen" vermittelt wird. Gesellschaft, Identität und Wirklichkeit sind subjektiv die Kristallisationen eines einzigen Internalisierungsprozesses. Dieser Prozeß wirkt zurück auf die Gesellschaft, indem dieses geformte Sein in die Gesellschaft wieder hineingetragen, externalisiert wird und sie dadurch mitgestaltet (vgl. BERGER/LUCKMANN).

(2)

Weibliche Sozialisation kann zusammenfassend beschrieben werden als Einweisung in ein beschränktes und abhängiges Handlungsfeld. Als typisch weibliche Verhaltensweisen und Reaktionsmuster, die gesellschaftlich akzeptiert und den Frauen sogar anerkennend zugeschrieben werden, gelten: Unselbständigkeit, Unterordnungsbereitschaft und Unterwürfigkeit, Bewunderung, Bescheidenheit, Aufopferung, Hilflosigkeit u. ä. m. Diese schränken die soziale Kompetenz und Handlungsfähigkeit der Frauen ein und müssen - zur Wahrung ihrer eigenen Identität - kompensiert werden. Daraus ergibt sich eine Ambivalenz in den Strategien von Frauen eine Verknüpfung Unselbständigkeit mit Selbständigkeitsbestrebungen, Unterordnungsbereitschaft mit heimlichen Machtansprüchen, Bewunderung mit Neid, Bescheidenheit und Aufopferung mit narzißtischer Selbstbezogenheit, Hilflosigkeit mit indirekter Manipulation und Unterdrückung. Den widersprüchlichen Anforderungen im weiblichen Lebenszusammenhang entspricht das widersprüchliche, ambivalent

Verhalten der Frauen. Auf diesem Hintergrund werden Befindlichkeitsstörungen von Frauen als „unbewußte und individuelle „Lösungsstrategien“ in psycho-sozialen Belastungs- und Konfliktsituationen verstanden (vgl. BÜHM, R. und ERDMANN-REBHANN, C., 1981).

Die Zuschreibung von weiblichen Eigenschaften, Verhaltensmustern und Rollen und deren Übernahme durch die Frauen selbst geht einher mit geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung, unterschiedlicher Chancenzuweisung, fehlender Entlohnung von Haus- und Sozialarbeit und mangelhafter sozialer Absicherung. (vgl. ROSE, H. und RIEDMOLLER, B., 1984). Angesichts dieser Situation reagieren viele Frauen mit dem Rückzug in die Depression; I. KICKBUSCH (1983) zeigt folgende Formen der Selbstzerstörung bei den Frauen auf:

- Die Selbsttrivialisierung

Es wird der Glaube an den Mythos aufrechterhalten, daß Frauen nichts wirklich Großes schaffen können, daß es immer Dinge gibt, die wichtiger sind als die eigene Arbeit, daß die Bedürfnisse anderer immer Vorrang haben vor den eigenen.

- Die horizontale Hostilität

Der durch die Gesellschaft angeeignete Selbsthaß wird auf das eigene Geschlecht projiziert, d. h. andere Frauen werden verachtet, man begegnet ihnen mit Haß und Mißtrauen.

- Das fehlgeleitete Mitgefühl

Es besteht bei den Frauen eine Tendenz, sich selbst zu vernachlässigen und sich statt dessen mehr in die anderen einzufühlen; sie zu verstehen und zu versuchen, ihnen zu helfen.

- Die Sucht

Sucht äußert sich in verschiedenen Formen. Sie kann auftreten in der Form der Abhängigkeit von der Idee der aufopfernden Liebe

als weibliche Bestimmung. Sie kann als Sucht nach Depression oder nach männlicher Anerkennung in Erscheinung treten. Depression ist eine sozial akzeptierte Weise, die ambivalenten Formen weiblicher Existenz auszuleben. Die depressive Person ist nicht mehr verantwortlich, sie begibt sich in die Obhut von Professionellen und behält damit die zugeschriebenen Eigenschaften von Unselbständigkeit, Unterordnungsbereitschaft, Hilfsbedürftigkeit etc. bei.

← Dieses Frauenbild wird durch die Begutachtung durch Professionelle noch verstärkt. Ärzte und Psychiater bewerten Frauen innerhalb einer patriarchalischen Gesellschaft aufgrund von männlichen Normen. Sie neigen dazu, den von den Frauen bevorzugten defensiven und evasiven Techniken der Problembewältigung Krankheitswert zuzuschreiben. In der Bundesrepublik Deutschland werden psychische Erkrankungen bei Frauen etwa doppelt so häufig diagnostiziert wie bei Männern. Wenn weibliches Verhalten von vornherein an männlichen Normen gemessen wird, dann kann dieses Verhalten nur als weniger unabhängig, weniger abenteuerlustig, weniger aggressiv oder weniger an Mathematik und Naturwissenschaften interessiert bezeichnet werden (vgl. KOOTZ und FRANSEN, 1981 und BURGHARD, R., 1978). Auf die Medikalisierung natürlicher Vorgänge wie Schwangerschaft und Geburt, Menstruation und Klimakterium, die Enteignung des weiblichen Körpers, die Medikalisierung des Alltagslebens, die Etikettierung "der "Krankheit Frau" (vgl. FISCHER-HOMBERGER, E., 1979) kann in diesem Zusammenhang nur verwiesen werden.

Da die wichtigste Sozialisations-Instanz für ein Kind und vor allem für ein Mädchen die eigene Mutter ist, die die wichtigste "signifikante andere" in den ersten Lebensjahren darstellt, muß die zunehmende Berufstätigkeit der Frauen als Gegenteil in diesem weiblichen Sozialisationsprozeß gewertet werden. Bei Begabtenprüfungen von Jugendlichen im Alter von vierzehn bis achtzehn Jahren war eine Gruppe von Mädchen allen anderen, auch den Jungen, eindeutig überlegen. Es handelte sich dabei um Mädchen, deren Mutter einen selbständigen Beruf ausübte.

Diese Mädchen waren zuhause mit einer Situation konfrontiert, in der das traditionelle Vorurteil von der geringeren Leistungsfähigkeit der Frau nicht zum Tragen kam. Sie konnten miterleben, wie die Mutter sich durch ihre eigene Arbeit weiterentwickelte. Das schaffte Voraussetzungen für eine freiere und selbständigere Entwicklung. (vgl. ADLER, A., 1972).

3

4. Strategien der Frauenbewegung

Die autonome Frauenbewegung hat sich gegen diese Bedeutungsunterstellungen, Normierungen und Zuschreibungen von "Weiblichkeit" durch die signifikanten männlichen Professionellen gewehrt. Sie hat die Definitionsmacht für sich in Anspruch genommen und andere Bedeutungen von Verhaltensweisen aufgezeigt. Gefühle von Verletzlichkeit, Schwäche und Hilflosigkeit sind Bestandteil des langen menschlichen Reifungsprozesses. Während Frauen dazu ermuntert werden, diesen Gefühlszustand zu kultivieren, wird Männern in westlichen Gesellschaften beigebracht, Gefühle der Schwäche oder der Hilflosigkeit zu fürchten, zu verabscheuen oder gar zu verleugnen. BAKER MILLER, J. (1979), interpretiert das Akzeptieren dieser in jeder Gesellschaft vorkommenden Gefühle von Schwachheit und Verletzbarkeit als positive Stärke. Nur auf der Grundlage des Akzeptierens dieser Gefühle kann Hilfe durch andere in Anspruch genommen und mit ihnen zusammen eine Veränderung der Situation herbeigeführt werden. Die menschliche Existenz ist von Natur aus im wesentlichen kooperativ angelegt, daher ist die wechselseitige Unterstützung, Förderung und Hilfe zugleich die Voraussetzung für Entwicklungsprozesse und Veränderungen. Solche Erfahrungen können dazu dienen, die Internalisierungen von Minderwertigkeit durch das Erlebnis von Zuwendung, Ermutigung, Gemeinschaft und Aktivität zu kompensieren. Die Geschichte der Selbsterfahrungs- und Selbsthilfegruppen von Frauen hat gezeigt, daß der Austausch über gemeinsame Erfahrungen und Ziele hilft, neue Interpretationen von Situationen herbeizuführen und auch die eigene Identität neu zu definieren.

Die höhere Sensibilität der Frauen, die sich u. a. in häufigeren Befindlichkeitsstörungen und in Klagsamkeit äußert, kann als eine Voraussetzung dafür angesehen werden, daß Störungen im Körper-Seele-Haushalt frühzeitig wahrgenommen werden und so die Möglichkeit gegeben ist, darauf zu reagieren. Frauen nutzen Beratungsinstitutionen im stärkerem Maße als Männer. Das beinhaltet auch, daß es ihnen leichter ist, Hilfe anzunehmen und auf diese Weise Krisensituationen zu meistern. In diesem Zusammenhang muß daran erinnert werden, daß typische Männerkrankheiten wie der Herzinfarkt in der Regel auftreten, ohne daß vorher Symptome wahrgenommen wurden. Ist vielleicht die höhere "Sensibilität" und "Klagsamkeit" der Frauen ein Grund für ihre höhere Lebenserwartung?

Im Zusammenhang mit der Frage der Belastung von Frauen hat sich eine Differenzierung der Sichtweise ergeben. Lange Zeit stand der Aspekt der Doppelbelastung der Frau - die Überforderung ihren Rollen in Familie und Beruf - im Vordergrund. Die widersprüchlichen Anforderungen im Produktions- und Reproduktionsbereich gehören zu der Ambivalenz der oben skizzierten weiblichen Lebenszusammenhänge. Es werden quantitative und qualitative Aspekte von Überforderung und Unterforderung identifiziert. Frauen sind in der Regel durch ihre meist wenig qualifizierte Berufsarbeit und die Arbeit in Haushalt und Familie quantitativ also zeitlich überfordert. Ihr Arbeitstag dauert zwölf oder gar sechzehn Stunden. Gleichzeitig sind sie aber in qualitativer Hinsicht unterfordert, d. h. ihre kommunikativen Fähigkeiten, ihre produktiven Qualitäten, Fantasie und Kreativität werden dabei unterfordert. Auch hier wird deutlich, daß Unterforderung und Überforderung nicht objektive Gegebenheiten sind, sondern von der Art und Weise abhängig sind, wie sie erlebt werden. JANBERG, J. (1983) berichtet, daß ihr die Hausarbeit, die sie als Berufstätige mit der linken Hand erledigt hatte, zunehmend schwerer wurde und sie übermäßig er-

schöpfte, nachdem sie ihren Beruf aufgegeben hatte. Sie bekam - allein zuhause - das Gefühl, die viele Arbeit nicht mehr zu schaffen. Auch in den Interviews mit berufstätigen Frauen wurde dies artikuliert. So sagt Frau Brinkmann z. B. im Hinblick auf ihre fortdauernde Berufstätigkeit: "Was soll ich denn da alleine zuhause? Zuhause würde ich verkümmern."

Damit wird deutlich, daß angesichts der traditionellen Rolle der Frau, die ihr Isolierung, Abhängigkeit vom Mann und fehlende Zukunftssicherung beschert, die Frage der Berufstätigkeit von Frauen einen besonderen Stellenwert erhält. Berufsarbeit stellt für Frauen - selbst unter den vorherrschenden restriktiven Bedingungen - einen ebenso gewichtigen Beitrag zur Erhaltung der psychischen Stabilität und Gesundheit dar wie für Männer.

Die gesellschaftliche Anerkennung der Arbeit, die Entlohnung und das Bewußtsein, für sich selbst sorgen zu können, beeinflussen das Selbstwertgefühl positiv. Die Erfahrungen mit der "eigenen" Arbeit, Kooperation und Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen ermöglichen die Erfahrung von Solidarität und die Artikulation gemeinsamer Interessen. Der Mangel an sozialer Kompetenz wird auf diese Weise ausgeglichen.

C4

5. Rauchen als soziales Handeln

Die hier aufgezeigte Ambivalenz bzw. Widersprüchlichkeit von weiblichen Lebenssituationen und Verhaltensanforderungen kommt auch beim Rauchen zum Tragen. Im Berufsleben müssen die Frauen den - überwiegend an männlichen Normen orientierten - Arbeitsanforderungen genügen, gleichzeitig haben sie aber auch ihre "Frauenrolle" im Kreis der Familie oder von Freunden zu spielen. Das führt zu vielen Konfliktsituationen, in denen ihre Identität, ihre sozialen Zusammenhänge und ihre Selbständigkeit bedroht sind.

Die qualitative Studie "Frauen und Rauchen" hat gezeigt, daß die Frauen das Rauchen nicht so sehr im Zusammenhang mit Gesundheit, sondern eher in sozialen Situationen beschreiben. Der soziale Kontext, in dem geraucht wird, steht im Bewußtsein der Frauen im Vordergrund.

Rauchen wird als Lösungsstrategie eingesetzt, um konfliktreiche und belastungsintensive Lebensphasen besser zu meistern. Die Frauen berichten, daß das Rauchen ihnen hilft, Nervosität und innere Unruhe abzureagieren. Der physiologische Effekt des streßmindernden Rauchens ist aus der medizinischen Forschung hinlänglich bekannt. Dementsprechend verstärkt sich der Zigarettenkonsum der Frauen auch in besonders belastenden Situationen wie biographischen Übergangsphasen im Sinne der life-events. Der Abschluß der Lehre, die Aufnahme von Berufstätigkeit, berufliche Veränderungen oder Beziehungs- und Ehekrisen sowie Trennungsphasen sind oft von gesteigertem Zigarettenkonsum begleitet. Eine 38-jährige Frau sagte, daß sie jedes Mal dann mehr geraucht habe, wenn "etwas Neues auf mich zukam".

Das Rauchen wirkt auf die Frauen beruhigend, es besänftigt sozusagen erhitzte Gemüter. Es bleibt allerdings weiter zu fragen, inwieweit ein solches Rauchen als habitualisierte Lösungsstrategie in Konflikten sich nicht nur negativ auf die Gesundheit, sondern auch auf die konfliktreiche Situation auswirkt. Denn wenn die zugrunde liegenden Probleme nicht angesprochen werden, besteht nur eine geringe Chance auf Veränderung der Situation. Das würde bedeuten, daß in stärkerem Maße Schwierigkeiten zugegeben, Spannungen thematisiert und Gefühle ausgedrückt würden. Ein solches Verhalten stößt aber auf die Barrieren der weiblichen Sozialisation, die Frauen in ein beschränktes und abhängiges Handlungsfeld einweist und sie zu weniger aktiven Menschen macht als die Männer. Es wird von den Frauen erwartet, daß sie nicht aggressiv sind. Hierin mag auch eine Schranke für das Aufhören liegen, denn verschiedene Frauen haben berichtet, daß sie unsicherer und aggressiver wurden, wenn sie mit dem Rauchen aufhörten. Um eine solche Forderung aufzustellen, müßte genauer geprüft werden, welche Risiken Frauen eingehen in ihren Beziehungen und am Arbeitsplatz, wenn sie ihren Emotionen, unter Umständen heftig, Ausdruck geben. Wie weit läßt die männlich-dominierte Arbeitswelt Raum und Zeit, um Konflikte anzusprechen oder überhaupt die Beziehungsebene zum Thema zu machen? Laufen Frauen in dieser sachlich bestimmten Atmosphäre nicht zu schnell

Gefahr, als "hysterisch", "abweichend" oder "übersensibel" zu gelten, wenn sie ihre Bedürfnisse und Ziele klarer zum Ausdruck bringen?

Vor dem Hintergrund dieser Problemlagen wird es verständlich, daß gerade die jungen Unterschicht-Frauen, die 14- bis 25-jährigen berufstätigen Frauen besonders viel (zu ca. 70 %) rauchen. Denn sie erfahren die gesellschaftlichen Restriktionen hinsichtlich der Entfaltungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz und auch hinsichtlich des sozialen und ökonomischen Spielraums als besonders einengend. Es ist also nicht nur die Doppelbelastung als Hausfrau und Berufstätige, die zum verstärkten Rauchen führt, denn die Frauen mit höherer Schulbildung im gleichen Alter rauchen nur zu 43 %. Bei diesen jungen Frauen aus der Unterschicht trifft die Zigarettenreklame - angesichts ihrer eingeschränkten Lebensmöglichkeiten - auf besondere Resonanz. Denn mit der Vermittlung von sportlicher Eleganz, Unabhängigkeit, Freiheit und Abenteuer, mit dem "Duft der großen weiten Welt" in der Reklame werden Wünsche nach Selbstentfaltung, nach gesellschaftlichem Aufstieg oder einem anderen Lebensstil berührt.

Das Rauchen wurde von verschiedenen befragten Frauen auch unter dem Aspekt des Genusses angesprochen. Dieser Genuß des Rauchens wurde und wird in vielen Kulturen gepflegt. LIN YUTANG (1979, S. 275 ff) nennt das Rauchen in seinen lebensphilosophischen Betrachtungen neben verschiedenen anderen Genüssen wie dem Tee und dem Wein, der Natur und Häuslichkeit. Er bezeichnet es als "geistige und sittliche Wohltat" von hohem "künstlerischen und literarischen Wert". Das Rauchen ver helfe ihm "zu ungetrübtem geistig-seelischen Wohlergehen, kraftvoller sinnlicher Wahrnehmung, zu voller gespannter Schaffenskraft". Insofern sieht er seinen Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören als "Anfall sittlicher Verkommenheit" und die Wiederaufnahme des Rauchens dementsprechend als Genesung. Im chinesischen Denken herrschen eben andere Werte!

CS

Daß die Wertschätzung und die Bedeutung von Rauchgewohnheiten sich im historischen Ablauf ändern, hat S. J. FEINHANDLER (1977, 1980) aufgezeigt. Er sieht Rauchen unter dem Aspekt der Abgrenzung von Gruppen und Klassen als Instrument der sozialen Distanzierung, mit dem Barrieren aufgerichtet bzw. aufgehoben werden. Damit wird für den Einzelnen ein komplexes Muster

von Zugehörigkeit, Abgrenzung, von erlaubter, verbotener oder notwendiger Interaktion bestimmt. Er belegt dies anhand der englischen Geschichte. Im 17. Jahrhundert war in Großbritannien das Rauchen ein Privileg der herrschenden Klasse, der Oberschicht. Mit der Herausbildung des Bürgertums und des Handels wurde der Tabak ein wichtiges Austauschprodukt im Handel mit den Kolonien. Das Rauchen breitete sich als Gewohnheit in den mittleren und unteren Schichten aus. Die Oberschicht dagegen gab diese Gewohnheit auf und schnupfte fortan, das Rauchen wurde geradezu eine Barriere für den Zugang zu den höheren gesellschaftlichen Klassen. Ähnliche Untersuchungen über die Rauchgewohnheiten in Deutschland, insbesondere unter geschlechtsspezifischen Aspekten, sind meines Wissens bisher noch nicht angestellt worden.

Es ist allerdings davon auszugehen, daß der Genußaspekt des Rauchens in den Hintergrund tritt, wenn sich das Gewohnheitsrauchen zu einem Suchtverhalten verfestigt hat. Es liegen auch dazu keine empirischen Ergebnisse vor. Aber die Erfahrungen mit eßsüchtigen Frauen stützen diese Vermutung. In den von S. ORBACH (1979) beschriebenen Therapiegruppen eßsüchtiger Frauen wurde deutlich, daß diese sich jedes Vergnügen am Essen versagen, ja, daß sie es gar nicht richtig genießen können. Der Auslöser für das Essen ist oft nicht der Appetit, sondern Langeweile, Wut, Leere, Enttäuschung, Einsamkeit etc. (vgl. S. 121 ff). Der selbstzerstörerische Effekt der Sucht kommt zweifellos bei den verschiedenen Formen zum Tragen, sei es die Sucht nach Zigaretten, die nach Essen, nach Medikamenten, nach Alkohol oder nach männlicher Anerkennung.

Mit dem Rauchen - sei es als habitualisierte Lösungsstrategie oder als Sucht - riskieren die Frauen ihre Gesundheit, um den Anforderungen des Alltags zu genügen. Der gesellschaftlich bedingte Konflikt wird am eigenen Körper ausgetragen, er tritt auf diese Weise nicht ins Bewußtsein, und es werden die Bedingungen, die den Konflikt hervorbringen, nicht einsichtig und folglich auch nicht geändert.

6. Konsequenzen für Gesundheitspolitik und Gesundheitsforschung

Aus den bisherigen Überlegungen ergibt sich, daß Strategien zur Gesundheitsförderung für Frauen sowohl deren gesellschaftliche Situation als auch den jeweils spezifisch weiblichen Zusammenhang von Körper und Seele, Psyche und Soma zu berücksichtigen hätte. Denn die soziale Identität formt sich im gesellschaftlichen Zusammenleben, d. h. im Umgang mit einer patriachalisch strukturierten, spätkapitalistischen, industrialisierten Gesellschaft. In der Konfrontation mit den in dieser Gesellschaft bestehenden Normen und Werten bilden sich Erfahrungen heraus, die bestimmte Gewohnheiten als zweckmäßig erscheinen lassen und die sich zu Handlungsstrategien verfestigen, die den kritisierten gesellschaftlichen Lebenszusammenhang von Frauen mehr stabilisieren als ihn zu verändern ^{helfen,} ~~MIT dem Rauchen~~ wird "nur" die eigene Gesundheit auf die Dauer ruiniert; trägt man aber Konflikte aus, so kann dieses bedeuten, daß damit Beziehungen in Frage gestellt werden. Damit taucht ein anderes Risiko auf, das BAKER-MILLER (197 aus ihrer Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Frauen wie folgt beschreibt: "jede unserer Frauen mußte das Risiko eingehen, sich auf die eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu konzentrieren, selbst wenn dies bedeutet (was anscheinend der Fall ist), daß sie damit das Mißfallen anderer erregte. Und oft ist eben der andere die Person, in die die Frau ihre wichtigste emotionale Bindung investiert hat. Wenn es sich dabei um den männlichen Partner handelt, dann sind ihre wirtschaftliche Existenz und ihr Sozialstatus gewöhnlich gleichfalls stark betroffen. ... Das Risiko wird in seiner psychischen Bedeutung und Auswirkung also zu dem Risiko, verlassen und verdammt zu werden" (S. 157). Dementsprechend muß Gesundheitsförderung für Frauen auch heißen, den Raum für Selbstbestimmung, freie Handlungsentscheidung und Handlungsfähigkeit zu erweitern.

Damit wird deutlich, daß primär-präventive Strategien nicht entwickelt werden können, ohne eine Diskussion über herrschende Normen und Werte zu führen. Die Förderung sozialer Kompetenz die die Möglichkeiten des gemeinsamen Handelns in den Vordergrund stellt, ist zentraler Bestandteil der Strategien zur Entwicklung von Selbstwert und Identität. Für die Präventionsforschung bedeutet dies, daß Gesundheit im Gegensatz zu Krankheit stärker in den Mittelpunkt der Forschungsarbeit gerückt werden muß. Der lebendige, gesunde Mensch mit seinen Möglichkeiten zur Selbstregulation und Konfliktverarbeitung ist dabei zu betrachten. Befindlichkeitsstörungen sind als Alarmzeichen des Körper-Seele-Haushalts zu interpretieren und angemessene Strategien zu ihrer Überwindung zu entwickeln. C 6

Gesundheit und Krankheit sind als Prozesse zu betrachten, die sich im Laufe der individuellen Lebensgeschichte abwechseln. Dabei sind spezielle Belastungsmuster im Hinblick auf Erkrankungsrisiken zu bestimmen.

In diesem Zusammenhang muß - noch einmal - die Notwendigkeit interdisziplinärer Forschung betont werden. Die sozialwissenschaftliche Verabsolutierung sozialer Beziehungen bei Negation des Körpers ist ebenso zu überwinden wie die medizinische Verabsolutierung der entseelten, entsinnlichten, a-sozialen Körpermaschine. Primär-präventive Forschung hätte beide Aspekte miteinander zu verbinden (vgl. BILDEN, 1981).

Solche aus interdisziplinären Forschungsvorhaben gewonnenen Erkenntnisse sollten in Modellvorhaben umgesetzt werden. Dabei sind neue Evaluationsmethoden zu entwickeln, um Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht mehr nur an Mortalität und Morbidität zu messen, sondern auch Dimensionen der Lebensqualität miteinzubeziehen.

Die umfangreichen Erfahrungen der Frauen mit Selbsthilfe und Selbstorganisation sollten systematisiert werden, damit die Voraussetzungen für solche Selbsthilfemaßnahmen genauer bestimmt werden können.

Forschung hat auch die Aufgabe, strukturelle und gesellschafts-
politische Bedingungen für eine andere Organisation der Arbeit,
der Erwerbstätigkeit und Reproduktionstätigkeit von Frauen und
Männern zu analysieren. Die Funktion des gesellschaftlichen
Bildes der Frau ist zu überprüfen im Hinblick auf gesellschaft-
lich notwendige Wandlungsprozesse.

C7

- 27 -
.. 2.12

LITERATUR

- ADLER, A.: Menschenkenntnis (1927), Berlin, 1972.
- BAKER-MILLER, Jean: Die Stärke weiblicher Schwäche. Zu einem neuen Verständnis der Frau. Frankfurt am Main, Fischer tb, 1979.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt am Main (1969), 1982.
- BILDEN, A.: Psycho-soziale Belastungen in der persönlichen familialen und beruflichen Situation der Frauen im mittleren Alter. In: SCHNEIDER, U. (Hrsg.): Was macht Frauen krank. Frankfurt am Main, 1981.
- BÖHM, R.; ERDMANN-REBHAN, C.: Befindlichkeitsstörungen bei Frauen. In: SCHNEIDER, U. (Hrsg.): Was macht Frauen krank. Frankfurt am Main, 1981.
- BUNDESMINISTER für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1983. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, Kohlhammer, 1983.
- BROCK, D. u. VETTER, H.-R.: Was kann der Belastungsbegriff leisten? In: Soziale Welt XXXIII, 1982, S. 303 - 327.
- BURGARD, Roswitha: Das Komplott gegen die Frau. In: Psychologie heute, Okt. 1978.
- FEINHANDLER, S. J.: Social Function as a Component of Market Value. Conference "Analysis of Consumer Policy". 18. - 19. Mai 1981. Wharton Applied Research Center, University of Pennsylvania, 1981.
- FEINHANDLER, S. J.: How to help the social clumbers out: Tobacco and Boundary Maintenance. (Manuskript) 1977
- FISCHER-HOMBERGER, E.: Krankheit Frau. Bern, 1979.
- FRANKE, A.: Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen. Vortrag, Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Berlin, Februar 1984.
- FRANSEN, M.: Krankheit als Konflikt - Krankheit als Prozeß. In: SCHNEIDER, U. (Hrsg.): Was macht Frauen krank. Frankfurt am Main, 1981.
- JANNBERG, J.: Ich bin ich. Frankfurt am Main, 1983.
- KICKBUSCH, I.: Vom Verlust des Kontextes und der Leere der Autonomie. In: Argument AS 77, Berlin, 1983.
- KICKBUSCH, I.; RIEDMÜLLER, Barbara (Hrsg.): Die armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik. Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1984.

KOOTZ, J.: Bedingungen für präventive Verhaltensweisen von Frauen.
In: SCHNEIDER, U. (Hrsg.): Was machten Frauen krank. Frankfurt am
Main, 1981.

LIN YUTANG: Weisheit des lächelnden Lebens
(org. engl. "The Importance of Living" 1936), Stuttgart 1979

ORBACH, Susi: Anti Diät Buch
In: Verlag Frauenoffensive, München, 1979
(org. engl. Fat is a feminist issue, Paddington Press Ltd.,
New York u. London).

RIEDMOLLER, Barbara: Frauen haben keine Rechte. Zur Stellung der Frau
im System sozialer Sicherheit. In: KICKBUSCH, I.; RIEDMOLLER, B. (Hrsg.):
Die armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik. Frankfurt am Main, 1984.

RODENSTEIN, Marianne: Somatische Kultur und Gebärpolitik. Tendenzen in
der Gesundheitspolitik für Frauen. In: KICKBUSCH, I.; RIEDMOLLER, B.
(Hrsg.): Die armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik. Frankfurt am Main,
Suhrkamp, 1984, S. 103 - 134.

ROSE, Hilary: Wohlfahrt ohne Frauen. Neubetrachtung einer klassischen
Sozialpolitiktheorie. In: KICKBUSCH, I.; RIEDMOLLER, B. (Hrsg.): Die
armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik. Frankfurt am Main, 1984.

SCHULTZ, Dagmar: Ein Mädchen ist fast so gut wie ein Junge. Sexismus
in der Erziehung, Schülerinnen und Pädagoginnen berichten, Bd. 1, Berlin,
1979.

THIELE, Wilhelm: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Frauen.
In: SCHNEIDER, U. (Hrsg.): Was macht Frauen krank. Frankfurt am Main,
1981.

WENZEL, E.: Die Auswirkungen von Lebensbedingungen und Lebensweisen auf
die Gesundheit. In: Europäische Monographien zur Forschung in der Gesund-
heitserziehung, Bd. 5; Köln, 1983.

WILKENING, W.: Lebenszusammenhänge: zur begrifflichen Rekonstruktion der
Einheit gesellschaftlicher Realität. In: Internat. Journal f. Gesundheits-
erziehung, Vol. XXII, 1981/1, S. 13 - 25.

CORNELIA HELFFERICH, ANGELIKA JETTERER

~~RANZMNXXLXBXW~~

Rauchen als Bewältigungshandeln? Kritische Überlegungen zu einem inzwischen wohletablierten Erklärungsmuster gesundheitlichen Risikoverhaltens

1. Das Spezifitätsproblem
2. Der spezifische Ansatz der Frauengesundheitsforschung
3. Vergleich zwischen zwei Formen riskanten Bewältigungshandelns. Oder : Warum das Gleiche nicht Dasselbe ist
 - 3.1. Riskante Verhütung/ungewollte Schwangerschaft unter dem Bewältigungsaspekt
 - 3.2. Allgemeine Bedingungen für Risikoverhalten als Bewältigungshandeln
4. Abschließende Überlegungen

1. Das Spezifitätsproblem

Das offensichtliche Scheitern einer primär informativen Gesundheitserziehung, die davon ausging, mangelndes Wissen sei die Hauptursache gesundheitsschädigenden Verhaltens, hat in der Medizinsoziologie (und hier insbesondere in der Präventionsforschung) zu einer Transformation der theoretischen Perspektive geführt, die man durchaus zu Recht als Paradigmenwechsel bezeichnen kann. Die lange Zeit dominierende Risikofaktorentheorie wurde abgelöst durch eine Theorie des Risikoverhaltens, die zumindest den Anspruch erhebt, sich in die Perspektive der 'zu erziehenden' Subjekte zu versetzen, statt diese mit den Standards medizinischer Rationalität zu konfrontieren, ihr Verhalten an diesen zu messen und ihnen, wenn schon nichts sonst, so doch ein schlechtes Gewissen zu verschaffen. Entsprechend wurde die Orientierung am hypothetischen Konstrukt des "homo epidemiologicus" (VON FERBER 1978), der sein Verhalten an statistisch ermittelten Morbiditäts- und Mortalitätsraten auszurichten hätte, verworfen und zugleich die Forderung erhoben, der spezifischen Logik des Alltagshandelns auf die Spur zu kommen, ja diese überhaupt erst einmal als Logik - und nicht als pure Unvernunft - zu dechiffrieren.

Im Zuge dieser Transformation der theoretischen Perspektive trat mehr und mehr die Frage danach in den Vordergrund, welchen subjektiven Nutzen die betroffenen Subjekte aus einem Verhalten ziehen, das gemessen an den verfügbaren epidemiologischen Daten nur als Risikoverhalten eingestuft werden kann. Und bei der Beantwortung dieser Frage nach der Funktionalität gesundheitlichen Risikoverhaltens gewann das Konzept des Bewältigungshandelns mehr und mehr an Bedeutung. Im

Kern besagt dieses Konzept, daß gesundheitliches Risikoverhalten eingesetzt wird, um psychosoziale Belastungen, Stress, unbewältigte Konflikte oder gesellschaftliche Widersprüche subjektiv besser bewältigen zu können; daß der subjektive Nutzen des Risikoverhaltens mithin - und grob gesprochen - in der Aufrechterhaltung der Handlungsfähigkeit des einzelnen liegt.

Dieses Konzept wird gestützt durch Forschungsergebnisse, aus denen hervorgeht, daß Personen, die mit besonderen psychosozialen Belastungen konfrontiert sind, häufiger (und mehr) rauchen als andere (vgl. z.B. REUTER in diesem Band); oder daß Raucher in besonderen Belastungssituationen mehr rauchen als sonst (z.B.: CONWAY et al. 1981). Dennoch ist zu konstatieren, daß der Boom, den der Begriff "Bewältigungshandeln" gegenwärtig in der Medizinsoziologie erlebt, in einem umgekehrten Verhältnis steht zu der Klarheit darüber, was darunter im einzelnen zu verstehen sei.

In konkreten Einzelfällen, bei spezifischen beschreibbaren Belastungen, läßt sich nachvollziehen, wie das Individuum bestimmte Bewältigungsstrategien entwickelt und verfolgt. Wenn dann allerdings dieses Verhalten pauschal und quasi allgemeingültig den Status "Bewältigungshandeln" erhält, ohne daß dabei der konkrete Zusammenhang berücksichtigt bleibt, geht die Plausibilität ein Stück weit verloren - und es besteht die Gefahr, daß das Konzept Bewältigungshandeln wenn nicht beliebig, so doch zumindest unpräzise wird, und dies auf verschiedenen Ebenen:

- Wenn man allgemein davon spricht, daß ein Verhalten Bewältigungshandeln sei, so wird in der Regel nicht präzisiert, was es da im einzelnen zu bewältigen gilt und welche Merkmale der Belastungssituation als

Reaktion das jeweilige Verhalten evozieren. Stattdessen wird nicht selten ein undifferenziertes Konzept von "psychosozialen Stress" verwendet, das unbewältigte Konflikte, gesellschaftliche Widersprüche, individuelle Krisen umfaßt und bei dem z. B. quantifizierbare Arbeitsbelastungen auf derselben Ebene abgehandelt werden wie Identitätskrisen.

C9

- Aber es ist nicht nur die Belastung quasi als "Reiz-Seite", sondern auch die Bewältigungsstrategie als "Reaktionsseite" unspezifiziert. So ist etwa das Verhältnis der verschiedenen in medizinischer Hinsicht relevanten gesundheitlich riskanten Bewältigungsstrategien (Drogenkonsum, Flucht in die Krankheit, Alkoholkonsum, Rauchen etc.) untereinander nicht geklärt; ist im einzelnen nicht spezifiziert, ob die Verhaltensweisen sich ausschließen, sich ergänzen, sich voraussetzen etc.

- Es ist wenig bekannt über die Art und den Umfang des Einflusses, den intervenierende Faktoren wie Ressourcen des einzelnen, kulturelle Deutungsmuster, die Verbindlichkeit normativer Erwartungen und gesellschaftlicher Zuschreibungen haben. Und damit ist auch in Frage gestellt, ob der Zusammenhang von Belastung und Bewältigung überhaupt als monokausales Reiz-Reaktionsschema zu begreifen ist.

- Schließlich ist bislang wenig auch darüber ausgesagt, wie und nach welchen Kriterien das Individuum als Reaktion auf bestimmte Belastungen aus dem Repertoire der ihm zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien gerade das infragestehende Verhalten (hier also Rauchen) und kein anderes auswählt.

- Und zur Komplizierung der Fragestellung trägt nicht zuletzt auch bei, daß ein und dasselbe Verhalten in unterschiedlichen sozialen Zusammenhängen und unter unterschiedlichen theoretischen Perspektiven nicht nur unter dem Bewältigungsaspekt relevant ist, sondern auch in ganz anderer Hinsicht als funktional zu begreifen ist.

Den Fragen ließen sich weitere hinzufügen. Wir denken jedoch, daß bereits jetzt deutlich geworden ist, daß die pauschale Verwendung des Konzeptes "Bewältigungshandeln" dieses tenden-

ziell zu einem Konzept des "Alles hängt mit allem zusammen" macht und damit die Erklärungsrelevanz erheblich beeinträchtigt. Welches Verhalten ließe sich - so allgemein gesprochen - schließlich nicht "irgendwie" als Bewältigung gesellschaftlicher Widersprüche begreifen?

- Was not tut, um der Gefahr der Beliebigkeit zu entgehen, wäre also die Klärung des "Spezifitätsproblems", die Klärung der Frage: Welche Belastung evoziert in welchem Kontext und bei welcher Gruppe von Personen welche Bewältigungsformen.

2. Der spezifische Ansatz der Frauengesundheitsforschung

In der Frauengesundheitsforschung korrespondiert das Konzept des Bewältigungshandelns mit theoretischen Ubelegungen, die in anderen Bereichen der Frauenforschung formuliert worden sind und sich nicht nur auf gesundheitliches Risikoverhalten, sondern auf andere Formen des Bewältigungshandelns bzw. auf die Funktionalität anderer Bewältigungsstrategien beziehen. Im Prinzip geht es dabei im Zuge der Analyse sehr verschiedener Lebensbereiche von Frauen und entsprechend sehr verschiedenen Formen von Alltagshandeln um die Klärung der Frage, was speziell Frauen zu bewältigen haben; und es geht in einem zweiten Schritt um die Klärung der Frage, ob die Bewältigungsstrategien, die Frauen entwickeln, geeignet sind, die Situation zu verändern (oder auch: sie "wirklich" zu bewältigen), der sie ihre Notwendigkeit verdanken.

Was die erste Fragestellung anbelangt, auf die wir uns hier weitgehend beschränken wollen, hat sich so etwas wie ein "Drei-Stufen-Modell" der Analyse eingebürgert (vgl. z.B.: BECKER-SCHMIDT et al. 1983; dies. 1984; WAGNER 1984; WETTERER 1985a und 1985b). Ausgangspunkt ist die Analyse objektiver oder struktureller Widersprüche im weiblichen Lebenszusammen-

2.15

hang, z.B. der Widersprüche zwischen den alten, tradierten Rollenerwartungen an Frauen und den neuen Erwartungen und Bedürfnissen der Frauen selbst; Widersprüche z. B. zwischen den im Berufs- und im familialen Bereich je verschiedenen normativen Erwartungen und praktischen Anforderungen. Im zweiten Schritt geht es dann darum zu zeigen, wie diese objektiven Widersprüche von den Frauen selbst als Ambivalenz erfahren werden, angesichts derer sie eine zum Teil prekäre Balance von Anpassung und Widerstand herzustellen haben, um ihre Identität aufrechterhalten zu können. Und im dritten Schritt schließlich werden bestimmte Strategien der Selbstdarstellung wie der Organisation des Alltagshandelns interpretierbar als Strategien der Bewältigung jener Widersprüche, die von den Frauen als Ambivalenzen erfahren werden und die es entsprechend auszubalancieren gilt.

CO

In eben diesem Rahmen wird nun von der medizinsoziologischen Forschung auch gesundheitliches Risikoverhalten von Frauen als Bewältigungshandeln verstanden. "Die Bindung der Frau an die Zigarette" - schreibt beispielsweise Ulrike MASCHESKY-SCHNEIDER in ihrem Beitrag (S. 00) - "ist Ausdruck des weiblichen Identitätskonflikts zwischen Protest und Anpassung", und sie fügt an anderer Stelle hinzu, "daß die Zigarette zum Ausdruck der widersprüchlichen weiblichen Existenz werden kann: symbolischer Ausdruck des Widerspruchs zwischen Opposition und Unabhängigkeit auf der einen Seite und Zurücksteckens eigener Bedürfnisse und Vorstellungen auf der anderen" (S. 00). Obwohl das zurückhaltende "werden kann" im zuletzt zitierten Satz zu einer gewissen Vorsicht im Umgang mit der symbolischen Bedeutung der Zigarette mahnt, werfen derart allgemeine Bestimmungen des Risikoverhaltens Rauchen als Bewältigungshandeln im Prinzip dieselben Fragen auf, die wir am Ende des letzten Kapitels formuliert haben.

Der Ansatz, nach spezifischen Bewältigungsproblemen von Frauen zu fragen, also das Spezifitätsproblem zunächst als Problem geschlechtsspezifischer Differenzierung anzugehen, bleibt zu abstrakt (und damit auch: zu beliebig), wenn in einem Satz wie "Die Bindung der Frauen an die Zigarette ist Ausdruck der ... " statt Zigarette ebenso gut stehen könnte: Tablette, Mode, ungewollte Schwangerschaft oder Alkohol. Wenn man von einer - wenngleich stets auszubalancierenden - Einheit des weiblichen Lebenszusammenhangs resp. der weiblichen Identität ausgeht, ist nämlich im Prinzip 'alles und jedes' als Ausdruck des weiblichen Identitätskonflikts zu begreifen. Das Spezifitätsproblem "Welche Belastungen evozieren in welchem Kontext welche Bewältigungsformen" stellt sich mit anderen Worten auch dann noch, wenn die in Frage kommende Personen-
gruppe qua Geschlechtszugehörigkeit eingegrenzt worden ist.

Auch wenn wir das Spezifitätsproblem im folgenden keineswegs lösen können, so sollen unsere Ausführungen doch im Ansatz deutlich machen, auf welchem Weg man einer Lösung zumindest näher kommen könnte.

3. Vergleich zwischen zwei Formen riskanten Bewältigungshandelns Oder: Warum das Gleiche nicht Dasselbe ist

Ausgangspunkt unserer Überlegungen soll die auf den ersten Blick gewagte oder zumindest ungewöhnlich anmutende Verbindung zwischen Rauchen und (schlampiger) Verhütung sein. Auf so verschiedenen Ebenen diese beiden Verhaltensweisen auch angesiedelt sind, so lassen sie sich doch unter einer gemeinsamen Fragestellung untersuchen: Der Frage, "warum verhüten Frauen nicht oder unzureichend, wenn sie kein Kind wollen?" entspricht die analoge Frage an Raucher, "warum rauchen Raucher, obwohl sie wissen, daß sie damit ihre Gesundheit gefährden?". In beiden Fällen handelt es sich um Risikoverhalten; in beiden Fällen steht die Motivation bzw. der subjektive Nutzen des Risikoverhaltens in Frage.

Für das Rauchen ist als ein Motivationsaspekt die "Funktion zur Bewältigung alltäglicher Anforderungen und Belastungen" in der vorliegenden Untersuchung (s. MASCHEWSKY-SCHNEIDER in diesem Band) beschrieben worden. Für die schlampige Verhütung bzw. deren Konsequenz einer ungewollten Schwangerschaft läßt sich ebenfalls ein Bewältigungsaspekt ausmachen.

Die Tatsache, daß es sich bei beiden Verhaltensweisen um Risikoverhalten handelt, das unter funktionalem Aspekt als Bewältigungshandeln zu begreifen ist, ermöglicht es uns, durch einen Vergleich Gemeinsamkeiten sowie Verschiedenheiten festzustellen und damit allgemeine sowie spezifische Bedingungen für riskantes Bewältigungshandeln aufzuzeigen.

3.1 Riskante Verhütung/ungewollte Schwangerschaft unter dem Bewältigungsaspekt.

In der Untersuchung von riskantem Verhütungsverhalten und ungewollten Schwangerschaften, die 1983-1985 bei GESOMED durchgeführt wurde, wurden Frauen zu ihrer Biographie (als Geschichte ihrer lebenslangen Sozialisation) bezogen auf Sexualität, Verhütung, Geburten und Abtreibungen befragt. Die frühe Sozialisation und der kulturelle Hintergrund wurden erfaßt, ebenso Belastungen und Probleme im Lebenszusammenhang. Befragt wurden Frauen im Alter von 20, 30 und 40 Jahren, in ihren verschiedenen Biografien spiegelten sich die Veränderungen der letzten 20 Jahre sehr deutlich. Besonderes Augenmerk wurde auf das Risikoverhalten bei der Kontrazeption gelegt (es ist bisher lediglich die Vorstudie abgeschlossen, deswegen handelt es sich hier nicht um eine Auswertung, sondern nur um die Beobachtung von Trends).

CI1

2. In unserer Untersuchung kristallisierte sich eine Gruppe von Frauen mit einer ganz spezifischen 'Verhütungsbiografie' heraus: Die ledigen, berufstätigen oder studierenden Frauen, zwischen 25 und 35 Jahre alt, meist noch traditionell (respektive katholisch) erzogen und später auf dem Weg der Emanzipation. Bei diesen Frauen konnte man davon sprechen, daß sie ihr Risikoverhalten (nämlich nicht oder unzureichend zu verhüten) funktional im Zusammenhang mit Konfliktlösungen "einsetzten". Damit ist nicht gemeint, daß sie eine bewußte Entscheidung trafen, nicht zu verhüten, auch nicht, daß ihnen der aktuelle Konflikt unbedingt bewußt war. Gemeint ist, daß das Risikoverhalten als psycho-sozialer Mechanismus in besonderen Belastungssituationen typischerweise auftrat und im Zusammenhang mit den Möglichkeiten und Grenzen der Frauen, mit diesen Belastungen umzugehen, interpretierbar ist. Konkret: Diese Frauen wurden ungewollt schwanger, wenn eine Krise in Form einer schwierigen Trennungssituation oder eines Examens auftrat. Sie thematisierten zum

Teil von sich aus den Zusammenhang zwischen der Belastungssituation und ihrem Risikoverhalten, das zu der ungewollten Schwangerschaft geführt hatte, reflektierten (retrospektiv) die Logik ihres Verhaltens zum Teil genau in den Begriffen eines funktionalen Beitrags zur Überwindung der belastenden Krise. Als Beispiel: Die ungewollte Schwangerschaft half bei der Bewältigung der Trennung, indem sie den angelegten Konflikt auf die Spitze trieb oder als 'Beziehungstest' klare Fronten schuf. *

Für andere Frauen als für diese "Konfliktfrauen", wie sie hier kurz genannt werden sollen, ließ sich ein Zusammenhang zwischen der Bewältigung einer Trennung und riskanter Verhütung/ungewollter Schwangerschaft in diesem Maße nicht feststellen. Für ältere Frauen standen z. B. bei einer ungewollten Schwangerschaft andere Probleme im Vordergrund, etwa Unsicherheit oder Unwissenheit, nicht aber der Bewältigungsaspekt.

* In der Literatur zu Fragen der ungewollten Schwangerschaft hat sich dieser Ansatz bereits weitgehend durchgesetzt (vgl. LUKER, GOEBEL etc.). GOEBEL spricht explizit in diesem Zusammenhang von einem "neurotischen Konfliktlösungsversuch" - wobei ich hier den Begriff "neurotisch" streichen möchte, denn ins Umgangssprachliche gewendet und aus dem speziellen Kontext gelöst, trägt er lediglich zur Pathologisierung der abtreibenden Frauen bei.

3.2 Allgemeine Bedingungen für Risikoverhalten als Bewältigungshandeln

Angesichts der Ergebnisse stellt sich die Frage: Warum kann gerade bei den "Konfliktfrauen" eine ungewollte Schwangerschaft im Zusammenhang mit einer Krisenbewältigung auftreten? Und warum gerade eine ungewollte Schwangerschaft und keine andere Form des Bewältigungshandelns? Und wie bewältigen Frauen, die nicht schwanger werden, eine Trennungskrise?

Die analogen Fragen für das Rauchen sind ebenfalls noch nicht beantwortet: Was macht einen "Bewältigungsraucher" aus? Und warum wird gerade das Rauchen im Zusammenhang mit der Bewältigung von Belastungen bedeutsam? Was machen Nichtraucher unter Stress?

Beim Versuch, diese Fragen zu beantworten und die Antworten für beide Verhaltensweisen in Beziehung zueinander zu setzen, fallen drei gemeinsame formale und allgemeine Bedingungen für Risikoverhalten als Bewältigungshandeln ins Auge. Das Verhalten muß verfügbar sein, ihm muß ein spezifizierbarer psycho-sozialer Nutzen als positive Funktion assoziiert sein, und es muß möglich sein, die negativen Folgen subjektiv zu vernachlässigen.

a) Verfügbarkeit

Bei der Gruppe der "Konfliktfrauen" handelt es sich um Frauen, deren Horizont sexueller bzw. körperbezogener Erfahrungsmöglichkeiten bestimmt wurde von der Phase der sexuellen Liberalisierung. Der Körper ist heute nicht mehr tabu, er ist benannt und wird besprochen. Abtreibungen sind institutionalisiert. Verhütung ist Sache der Frau und gemeinsames Thema in der Partnerbeziehung. Gerade die Frauen, um die es hier geht, verfügen über ein sehr gutes Wissen, sie haben einen hohen Informationsstand in bezug auf Körper, Verhütung und Abtreibung.

Für diese Frauen haben die alten Rollenvorstellungen nicht mehr die Verbindlichkeit wie sie es für frühere Generationen hatten; sie sind vor allem freigesetzt von den Obligationen der (mehrfachen) Mutterschaft. Neue Entscheidungs"spiel"räume eröffnen sich.

Diese Frauen verfügen also über ihren Körper anders als z.B. Frauen, die stärker von der restriktiven Sexualmoral und von traditionellen Rollenvorstellungen geprägt sind. Sie verfügen über die Techniken der Reproduktionskontrolle wie Verhütung und Abtreibung. Dieser neue spezifische Umgang mit dem Körper, mit Fruchtbarkeit ist die Voraussetzung dafür, auf und mit dem Körper Konflikte auszutragen. In diesem Sinne ist das riskante Verhütungsverhalten und die ungewollte Schwangerschaft (incl. Abtreibung) ein "verfügbares" Verhalten. Dieses Merkmal unterscheidet die "Konfliktfrauen", die in Belastungssituationen ungewollt schwanger werden, von den Frauen, die zwar auch ungewollt schwanger werden, bei denen aber eine andere Problematik im Vordergrund steht.

Der Aspekt der "Verfügbarkeit" des Rauchens liegt direkt auf der Hand: Es gibt Zigarettenautomaten an fast jeder Ecke, über Werbung ist das Rauchen präsent, es gibt Raucherecken etc.) Rauchen ist institutionalisiert und jede Frau kann Raucherin werden.

Der "Verfügbarkeit" steht nur scheinbar entgegen, daß sowohl eine ungewollte Schwangerschaft als auch das Rauchen aus der Perspektive der Gesellschaft mißbilligt und als abweichendes Verhalten eingestuft wird.

Abweichendes Verhalten kann durchaus institutionalisiert sein und es wird immer dann institutionalisiert sein, wenn es -

was für die hier diskutierten Verhaltensweisen (vgl. MASCHENSKY-SCHNEIDER, in diesem Band, S. 00, HELFFERICH 1985) ebenso wie für Risikoverhalten allgemein (KICKBUSCH & WENZEL 1981) aufgezeigt worden ist - gesellschaftlich funktional ist.

Darüber hinaus wird abweichendes Verhalten ebenso wie konformes Verhalten von sozialen Normen gesteuert und es wird in unterschiedlichem Maße gerade als Normabweichung akzeptiert. So gelten für das "angemessene abweichende Verhalten" bei Frauen die Merkmale "selbstbeschädigend und individuell", bei Männern "aggressiv und kollektiv" (CLOWARD & PIVEN 1979). Sowohl bei ungewollten Schwangerschaften als auch beim Rauchen handelt es sich um (aus der Perspektive der Gesellschaft) "angemessenes abweichendes Verhalten" und um zugestandene Fluchtmöglichkeiten, auf die sich die Gesellschaft mit einer entsprechenden Institutionalisierung eingestellt hat. Im bestimmten subkulturellen Kontext kann sogar von Akzeptanz des Verhaltens gesprochen werden.

b) Der psycho-soziale Nutzen

Der psycho-soziale Nutzen einer ungewollten Schwangerschaft als Konsequenz unzureichender Verhütung ergibt sich schon aus der Beschreibung der Ergebnisse unserer Untersuchung. Zu bemerken bleibt, daß Psychologen zwar Bewältigungsstrategien auf der Ebene von Persönlichkeitsmerkmalen ansiedeln, das Verhalten der "Konfliktfrauen" aber zeigt, daß der Nutzen, den das Verhalten zeitigt, sich auf der Ebene gesellschaftlicher, kulturell vermittelter Normen dechiffrieren läßt.

Die Trennungsproblematik erhält ihre Dramatik dadurch, daß sie sich zur Identitätskrise der Frau ausweitet, daß weibliches Selbstwertgefühl, (Rollen-)Identität, regressive Sehnsüchte in Frage stehen. Dies sind nun aber gleichzeitig genau die kulturellen Konnotationen von Schwangerschaft: Mutteridentität, Aufwertung, Regression, Fruchtbarkeit etc. Die Korrespondenz der im Trennungskonflikt aktivierten Werte und Normen mit den Konnotationen von Schwangerschaft macht begreif-

bar, warum gerade eine ungewollte Schwangerschaft wie sonst nichts anderes eine Bedeutung im Rahmen der spezifischen Situationsbewältigung bekommen kann.

Der psycho-soziale Nutzen des Rauchens ist in der Literatur vielfach beschrieben worden und läßt sich unter folgenden Aspekten zusammenfassen:

- Affektmanagement

Der Griff zur Zigarette verspricht Stimulierung oder den Abbau psycho-sozialer Spannungen

- Interaktionsstrukturierung

Im sozialen Kontext kann das Rauchen verschiedene Funktionen haben, von der Markierung von Pausen im Arbeitsablauf bis hin zum Ritual des "Feueranbietens"

- Identitätspräsentation (Selbstbild und Fremdbild)

Um ein Beispiel aus der Literatur zu nennen, sei das Anliegen rauchender Collegestudentinnen erwähnt: "to look sophisticated"

(Ausführlicher zum psychosozialen Nutzen des Rauchens: WETTERER & HELFFERICH 1983; VON TROSCHKE, WETTERER & HELFFERICH 1984). Auch hier ist der psychosoziale Nutzen an die kulturelle Bedeutung des Rauchens gebunden, was das Beispiel der Identitätspräsentation deutlich macht.

CU3

c) Discountingstrategien

Die Beschreibung der "positiven" Funktionen des untersuchten Risikoverhaltens allein reicht zu einer Erklärung nicht aus, denn es fragt sich, wie die Individuen mit den ihnen bekannten "negativen" Folgen des Verhaltens umgehen, damit diese ihre abschreckende Wirkung verlieren und die positiven Funktionen handlungsrelevant werden lassen. Die (kognitiven) Strategien der Risikominimierung werden in der Literatur auch "Discounting-Strategien" genannt.

Bei der defizitären Verhütung wird eine Schwangerschaft riskiert - ein Risiko, das oft nicht realisiert wird, denn auffallend viele Frauen fühlen sich auch bei objektiv unzureichender Verhütung und unsicheren Verhütungsmethoden subjektiv sehr sicher (OETER & WILKEN 1981). Die subjektive Einschätzung des Risikos, schwanger zu werden, beruht auf völlig anderen Mechanismen als die Berechnung der objektiven Sicherheit von Verhütungsmitteln nach dem mathematischen Modell des Pearl-Index. Sie folgt zum Teil magischen Vorstellungen und gründet sich auf die Illusion der Suggestibilität ("ich werde nur schwanger, wenn ich es will"), auf die Nichteinbeziehung der Person ("der Arzt sagte, ich könnte keine Kinder mehr bekommen"), auf eine Bagatellisierung von Sexualität ("es war ja eigentlich gar nichts") oder auf vorangegangene Erfahrungen ("es ist so lange gut gegangen"). Diese Discountingstrategien ermöglichen es, das riskante Verhalten auf Dauer aufrechtzuerhalten.

Für Raucher bestehen die negativen Folgen des Rauchens in möglichen Gesundheitsschäden. Die Strategien, die es erlauben, diesen negativen Aspekt in den Hintergrund treten zu lassen, sind in der Literatur vielfach unter dem Stich-

wort "Reduktion kognitiver Dissonanz" zusammengefaßt worden. (FREY & HORNING 1978, Übersicht: WETTERER & HELFERICH 1983) Die wesentlichsten sind: Nichteinbeziehen der Botschaft ("das stimmt gar nicht.") oder der eigenen Person ("mich betrifft das nicht"), selektive Informationssuche, der Plan, das Rauchen aufzugeben ("bevor es soweit ist"), die Illusion der Kontrolle ("ich könnte ja jederzeit aufhören zu rauchen") etc.

Es müssen - so lautet zusammenfassend unsere These, die sich aus dem Vergleich von schlampiger Verhütung und Rauchen ergibt - allgemeine und formale Voraussetzungen gegeben sein, damit ein riskantes Gesundheitsverhalten unter dem Bewältigungsaspekt "eingesetzt" werden kann:

- Das Verhalten muß "verfügbar" , gesellschaftlich institutionalisiert und - zumindest als Normabweichung - akzeptiert sein.
- Das Verhalten muß für das Individuum einen psycho-sozialen Nutzen haben, der sich allerdings nicht in der Funktionalität als Bewältigungshandeln zu erschöpfen braucht. ...
- Es müssen Discounting-Strategien zur Verfügung stehen, mit deren Hilfe es möglich wird, die potentiellen negativen Folgen des Risikoverhaltens subjektiv zu vernachlässigen.

Beim Vergleich der in Frage stehenden Verhaltensweisen auf Gemeinsamkeiten hin haben sich bereits die Unterschiede angedeutet. Die Verschiedenheit und damit die spezifischen Bedingungen von Risikoverhalten unter dem Bewältigungsaspekt sollen Gegenstand der abschließenden Überlegungen sein.

4. Abschließende Überlegungen

Rauchen und schlampige Verhütung lassen sich beide als Bewältigungshandeln begreifen, insofern sie auf einer sehr formalen Ebene jene Gemeinsamkeiten aufweisen, von denen zuvor die Rede war. Mit dem Verweis auf diese Gemeinsamkeiten ist jedoch über die spezifische Funktionalität des einen wie des anderen Verhaltens noch so gut wie nichts ausgesagt. Und das gilt auch dann noch, wenn man darauf eingeht, daß beide Verhaltensweisen eine Rolle bei der Bewältigung spezifisch weiblicher Identitätskonflikte spielen (können). Die Rolle, die sie dort spielen, ist so verschieden, daß etwa die Frage danach, ob sie funktional äquivalent sind und einander ersetzen könnten, offensichtlich absurd ist.

Die Unterschiede zwischen beiden Verhaltensweisen und die Unterschiede, die sie auf der Ebene der Funktionalität als Bewältigungsstrategien haben, lassen sich an genau den drei Bedingungen festmachen, die auf der formalen Ebene überhaupt eine Vergleichbarkeit ermöglichen.

a) Verfügbarkeit

Wie stellt sich die Frage der Verfügbarkeit, der gesellschaftlichen Institutionalisierung bzw. der Akzeptanz des in Frage stehenden Verhaltens? Dies ist nicht nur eine Frage der Kriminalisierung und der Strafjustiz, sondern auch - wir haben kein homogenes Normgefüge - subkultureller Normen. Doch die Frage zielt nicht nur auf die normative Ebene, oft wird es schlicht um eine Frage des Zugangs zum Verhalten gehen. (Ein ganz plattes Beispiel: Männer haben andere Verhaltensmöglichkeiten als Frauen, ihre Beziehungskrisen zu bewältigen.)

- 27 -
23

Aus der Antwort auf diese Frage werden sich spezifische Zugangschancen ergeben, die für die Verhaltenswahl von Bedeutung sind.

014

b) Discounting-Strategien

Die Gemeinsamkeiten zwischen Discounting-Strategien, die das Risiko einer ungewollten Schwangerschaft minimieren, und solchen, die das Risiko einer Gesundheitsschädigung durch Rauchen subjektiv in den Hintergrund treten lassen, lassen vermuten, daß es generelle Discounting-Muster bei Risikoverhalten gibt. Die Unterschiede liegen in unserem Fall in der Dominanz der magischen Komponente in der Verhütung, die sich aus der Intensität oder Tabuisierung des Bereichs Sexualität-Verhütung-Schwangerschaft erklärt.

c) Der psycho-soziale Nutzen

Die Frage ist, welchen konkreten Nutzen ein in Frage stehendes Verhalten bei welchen Belastungen hat. Und dabei ist das Augenmerk u. a. darauf zu richten, ob eine homogene Beziehung zwischen den kulturellen Normen, die bei der Belastungssituation aktualisiert werden, und den entsprechenden Konnotationen des Verhaltens, das der Bewältigung dienen soll, aufzuzeigen ist.

Die Funktionalität einer ungewollten Schwangerschaft ist gebunden an ganz spezifische Inhalte und kulturelle Normen, die mit Schwangerschaft assoziiert sind, und so gesehen kann die ungewollte Schwangerschaft funktional sein für die Bewältigung spezifischer Aspekte weiblicher Identitätskonflikte. Beim Rauchen gibt es genau diese Spezifität nicht: Es ist generell assoziiert z. B. mit Streßbewältigung, unabhängig davon, worin dieser Streß seine Ursache hat. Von daher stellt sich die Frage, ob es beim Rauchen überhaupt sinnvoll ist, nach dessen Funktion bei der Lösung spezifisch weiblicher Identitätskonflikte zu fragen.

Sie stellt sich noch aus einem anderen Grund:
Die Funktionalität von Rauchen als Bewältigungshandeln ist nicht nur der theoretischen Analyse zugänglich, sondern liegt offen zu Tage: Daß Rauchen als Bewältigungshandeln eingesetzt werden kann, ist Teil der kulturellen Bedeutung, die dem Rauchen eo ipso zugeschrieben wird: "Ich brauche eine Zigarette, ich bin so gestreßt." So gesehen kann man auch die ketzerische Frage stellen, ob das Alltagsbewußtsein den theoretischen und empirischen Analysen der Medizinsoziologie nicht immer schon voraus war. Bei der schlampigen Verhütung und der ungewollten Schwangerschaft ist genau das nicht der Fall: In der kulturellen Bedeutung von Schwangerschaft im Sinne eines Alltagsverständnisses finden sich zwar Hinweise auf eine Funktionalität "Ein Kind kittet die Ehe", "wenn ein Mann eine Frau liebt, muß er zu ihr halten, gerade dann, wenn's ihr nicht gut geht" etc. In der konkreten Krise würde aber keine Frau von sich sagen, sie sei schwanger geworden, um die Krise zu bewältigen, um den Mann auf die Probe zu stellen etc. Die Logik des Verhaltens, die in dem funktionalen Beitrag zur Überwindung der Krise liegt, eröffnet sich erst in der Retrospektive und nur der theoretischen Interpretation des Forschers oder einem diffusen Gefühl der Frauen.

In der Konsequenz würde das bedeuten, daß die Frage nach dem subjektiven Nutzen des Rauchens hinreichend beantwortet ist, wenn man die kulturelle Bedeutung beim Wort nimmt, die ihm zugeschrieben wird (und davon ist die Bewältigung von Streß oder anderen Belastungen im übrigen nur eine unter vielen), und es würde auch bedeuten, daß in diesem Fall - anders als bei der ungewollten Schwangerschaft - die analytische Rückkoppelung "Rauchen als Ausdruck des weiblichen Identitätskonfliktes" sowohl das theoretische Konzept weiblicher Identität wie die konkrete Funktion des Rauchens überstrapaziert.

Literaturangaben

BECKER-SCHMIDT, Regina, Uta Brandes-Erlhoff, Mechthild Rumpf,
(1983) Beate Schmidt : Arbeitsleben - Lebensarbeit. Konflikte und Erfahrungen von Fabrikarbeiterinnen. Bonn 1983.

BECKER-SCHMIDT, Regina, Gudrun Axeli-Knapp, Beate Schmidt :
(1984) Eines ist zuwenig - beides ist zuviel. Erfahrungen von Arbeiterfrauen zwischen Familie und Fabrik. Bonn 1984.

CLOWARD, R.A., F.F. Piven : Hidden Protest : The Channeling of
(1979) Innovation and Protest. In : Signs, Vol 4 (1979), S.651 - 669.

CONWAY, T.L., R.R.Vickers, H.W.Ward, R.H.Rahe : Occupational
(1981) Stress and Variation in Cigarette, Coffee, and Alcohol Consumption. In : Journal of Health and Social Behavior, Vol. 22 (1981), S.155 - 165.

von FERBER, Christian : Das sozialtherapeutische Instrumentarium der Gesundheitshilfe. Eine kritische Analyse der Situation in der Bundesrepublik. In : Die Ortskrankenkasse, Jg. 7 (1978), S. 237 - 243.

FREY, D., R. Hornung : Rauchen und die Reduktion kognitiver
(1978) Dissonanz. Überblick über empirische Untersuchungen. In : Psychologische Beiträge, Jg. 20 (1978), S. 251 - 266.

GOEBEL, Peter : Die Motivation zum Schwangerschaftsabbruch -
(1982) Ergebnis einer Untersuchung an 228 Patientinnen. In : Poettgen, Herwig (Hg.) : Die ungewollte Schwangerschaft. Köln-Lövenich 1982.

GOEBEL, Peter : Ungewollte Schwangerschaft - Ausdruck eines
(1983) Konfliktes oder Zufall ? In : Regine Lockot, Hans Peter Rosenmeier (Hg.) : Ärztliches Handeln und Intimität. Stuttgart 1983.

HELFFERICH, Cornelia: Der Körper als Komplize. Pille und
(1985) Abtreibung als Beispiele für Prozesse pervertierter Emanzipation. Freiburg 1985 (Ms.)

KICKBUSCH, Ilona, Eberhard Wenzel: Risikoverhalten - die
(1981) alltägliche Gesundheitsbewegung. In: Forum für Medizin und Gesundheitspolitik, Nr. 17 (1981), S. 31-39.

LUKER, Kirstin: Taking Chances. Abortion and the Decision
(1975) not to Contracept. New York 1975.

- OETER, Karl, Michael Wilken : Psychosoziale Entstehungsbedingungen unerwünschter Schwangerschaften. Stuttgart 1981 (Schriftenreihe des BMJFG, Bd. 75).
- von TRÜSCHKE, Jürgen, Angelika Wetterer, Cornelia Helfferich : (1985) Rauchermotivation und Krebsgefährdung. Expertise für das "Gesamtprogramm Krebsbekämpfung. Stuttgart 1985. (erscheint demnächst)
- WAGNER, Ina : Das Erfolgsmodell der Naturwissenschaften. Amivalenzerfahrungen von Frauen. Bielefeld 1984 (MS).
- WETTERER, Angelika, Cornelia Helfferich : Rauchermotivation. (1983) Eine Literaturstudie. Freiburg 1983 (MS).
- WETTERER, Angelika : "Nein, selbst beworben hätte ich mich nie ! (1985a) Zum Selbstverständnis von Wissenschaftlerinnen. In : Sektion Frauenforschung (Hg.) : Frauenforschung. Frankfurt und New York 1985.
- WETTERER, Angelika : "Geben tut's das schon , aber mir ist das (1985b) nie passiert." - Was sagen subjektive Diskriminierungserfahrungen über die objektive Situation von Wissenschaftlerinnen aus ? Vortragsmanuskript Kassel 1985.

5
TEIL A: PRÄVENTIVE GESUNDHEITSARBEIT MIT FRAUEN

BOBBIE JACOBSON

Maßnahmen zur Reduzierung des Rauchens bei Frauen

- Erfahrungen aus dem U.K.

1. Geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf bestimmte rauchbedingte Krankheiten
2. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Entwicklung des Rauchens
3. Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Motiven zu rauchen und der Fähigkeit aufzuhören
4. Informationsdefizit über spezifische Gesundheitsrisiken für Frauen
5. Die Tabakindustrie: Frauen wird die Krankheit verkauft
6. Das Versagen der Gesundheitserziehung
7. Handlungsstrategien für Frauen und Rauchen

—
In den anderen
Beiträgen sind die
untersten Stufen der
Ullenschichten gestrichelt.
Warum nicht hier?

Nit.
30.12.87

Die Frauen in den Industrieländern sind zumindest in einem Bereich auf dem besten Wege, die Gleichberechtigung mit den Männern zu erlangen, und zwar in dem des Rauchens und den dadurch bedingten Krankheiten und Todesfällen. Leider gibt es gerade heute gewichtige Gründe, das Augenmerk besonders auf die Frauen sowohl in den Industrieländern als auch in der Dritten Welt zu richten. Diese Gründe beruhen auf folgenden Fakten:

1. Geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf bestimmte rauchbedingte Krankheiten

Die Zahl der Lungenkrebsfälle im Vereinigten Königreich und in anderen Ländern läßt Anzeichen eines Rückgangs bei Männern erkennen, während die Erkrankungsziffern bei den Frauen von Jahr zu Jahr kontinuierlich steigen. Voraussagen lassen darauf schließen, daß der Lungenkrebs den Brustkrebs, der augenblicklich unter den Krebsformen der größte "Killer" für die Frauen ist, überholen könnte. Koronare Herzkrankheiten zeigen, entgegen dem Mythos, daß Frauen aus irgendeinem Grunde immun sind, keinerlei Anzeichen eines Rückgangs und stellen die Haupttodesursache sowohl bei Frauen als auch bei Männern dar.¹ Besondere Aufmerksamkeit muß gegenwärtig der Entwicklung des Zervixkarzinoms gewidmet werden, das mit dem Rauchen eindeutig in Zusammenhang steht.

2. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Entwicklung des Rauchens

Im Vereinigten Königreich und in anderen Industrieländern war bei Männern ein auffallender Rückgang des Rauchens zu verzeichnen, während sich bei den Frauen wenig verändert hatte. Zwischen 1961 und 1982

reduzierte sich die Zahl der männlichen Zigarettenraucher in Großbritannien von 72 % auf 36 %, die der weiblichen Raucher jedoch nur von 44 % auf 36 %.

Bis Mitte der 70er Jahre blieb die Zahl der rauchenden Mädchen gewöhnlich hinter jener der rauchenden Jungen zurück. Aus einer kürzlich von der WGO durchgeführten Studie wird nun ersichtlich, daß in 14 von 22 untersuchten Ländern die weiblichen Jugendlichen die männlichen im Rauchen eingeholt oder sogar überholt hatten.³ Außerdem ist das bei Männern festgestellte soziale Gefälle im Zusammenhang mit dem Rauchen bei Frauen nicht eindeutig: Frauen tendieren an beiden Enden des sozialen Spektrums zu hohen Raucherquoten.

3. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Motivation zu rauchen und der Fähigkeit aufzuhören

Es wird immer offensichtlicher, daß Frauen aus anderen Gründen rauchen als Männer und die Zigarette häufiger als ein Mittel benutzen, um mit ungewöhnlichen Belastungssituationen zu Hause und am Arbeitsplatz fertig zu werden. Diese Unterschiede zeigen die zweitrangige Stellung der Frau in der Gesellschaft. G17

4. Informationsdefizit über spezifische Gesundheitsrisiken für Frauen

Die Mehrzahl der Massenmedien und staatlichen Programme in Europa haben sich bisher, ohne besondere Absicht, auf die größten Risiken des Rauchens bei Männern konzentriert. Dies geschah in einem solchen Ausmaß, daß Lungenkrebs, koronare Herzkrankheiten und chronisches Lungenleiden schließlich als die archetypischen Erkrankungen des Mannes bekannt geworden sind. Im Vereinigten Königreich warten wir während der letzten beiden Jahrzehnte noch immer vergeblich auf eine umfassende Fernsehsendung, in der einmal eine Frau mit einer durch das Rauchen verursachten Krankheit porträtiert wird. Kaum berücksichtigt wurden bisher die spezifischen Gesundheitsgefährdungen, die das Rauchen für die Frauen außerhalb der Schwangerschaft darstellt. In Materialien zur Gesundheitser-

ziehung wurde das erhebliche Risiko der koronaren Herzkrankheit sowie der Subarachnoidalblutung bei jungen Frauen, die rauchen und gleichzeitig orale Kontrazeptiva einnehmen, weitgehend ignoriert.⁴ Es gibt heute zunehmend Beweise dafür, daß Rauchen ein unabhängiger Risikofaktor für die Entstehung eines Zervixkarzinoms sein kann.⁵ Angesichts der neuen Erkenntnisse, daß auch die Einnahme oraler Kontrazeptiva ein unabhängiger Risikofaktor für die Entstehung des Zervixkarzinoms sein kann, und daß Frauen, die die Pille nehmen, gewöhnlich stärkere Raucherinnen sind als jene, die sie nicht nehmen, ist es zwingend erforderlich, die Frauen über die Risiken, die sie eingehen, umfassend zu informieren.

5. Die Tabakindustrie: Frauen wird die Krankheit verkauft

Die Tabakindustrie erklärt ziemlich unverfroren, daß sie die Frauen im Visier hat: "Frauen (sind) ein Hauptziel für jeden alerten Marketing-Strategen. So können wir nun, trotz anfänglichen Zögerns, mit einer gezielteren Attacke auf den wichtigen Markt der weiblichen Raucher rechnen."⁷ Es ist nur allzu begreiflich, daß sowohl die europäischen als auch die nordamerikanischen Firmen ihre Bemühungen auf den einzigen potentiell ausbaufähigen Marktsektor ausrichten. Im Vereinigten Königreich gibt die Industrie ungefähr 150 Millionen Pfund für die Zigarettenwerbung aus - fast das 14-fache aller Ausgaben für Gesundheitserziehungsprogramme in Großbritannien. Seit dem Verbot der Zigarettenwerbung im Fernsehen hat sich die Industrie umorientiert und einen Großteil ihres Werbeaufwands in Zeitschriften investiert. So hat die amerikanische Tabakindustrie im Jahre 1982/83 Millionen Dollar für Anzeigen in Frauenzeitschriften und für Pressewerbung ausgegeben. Parallel dazu nahm auch die Förderung des Sports durch die Tabakindustrie zu - im Vereinigten Königreich gegenwärtig auf mehr als 10 Millionen Pfund pro Jahr geschätzt.

Die Methoden, die die Industrie benutzt, um Frauen dazu zu bringen, daß sie rauchen und es nicht wieder aufgeben, unterscheiden sich

kaum von Land zu Land. Gegenwärtig gibt es zwei Hauptangriffsrichtungen:

a) Die geschlechtsneutrale Methode

Das Ziel besteht hier darin, an das weibliche Unabhängigkeitsgefühl zu appellieren und die Frau als Entscheidungsträger, dem Manne ebenbürtig, zu porträtieren - eine Gleichstellung, zu der es in der Realität oft keine Parallele gibt. In diesen Anzeigen schaut Ihnen eine Frau direkt in die Augen und sagt: "Ich will den frischen Tabakgeschmack." Diese Strategie wurde sehr erfolgreich für die Einführung der leichten Zigaretten mit niedrigem Teergehalt eingesetzt. Aufgrund des wachsenden Druckes von seiten der Lobby "Rauchen und Gesundheit" sah sich die Industrie gezwungen, Zigaretten mit niedrigem Teergehalt zu entwickeln, um auf einem immer kleiner werdenden Markt überleben zu können. Indem die Industrie das altbekannte Image von der "leichteren" und daher "damenhafteren" Zigarette wieder ins Spiel brachte, gelang es ihr, von den eigentlichen Gesundheitsproblemen abzulenken, in dem sie die Frauen, die daran dachten, das Rauchen aufzugeben, in ihren Rauchgewohnheiten bestärkte. Im Vereinigten Königreich sind es inzwischen 20 % der Frauen, die Zigaretten mit niedrigerem Teergehalt bevorzugen, verglichen mit nur 7 % der Männer.

b) Die "Frauen-Zigarette"

Die Industrie hat, sei es durch "Frisieren" einer alten Anzeige für eine bekannte Marke oder durch Vermarkten einer gänzlich neuen Marke, die in ihren Augen unerreichte "weibliche" Zigarette entwickelt. Tatsächlich enthalten natürlich alle Zigaretten dieselben Karzinogene. Mehrere Angriffsrichtungen werden eingesetzt, die alle auf dem einen oder anderen weiblichen Stereotyp basieren:

- a) die sexuell attraktive Frau ("Kent" in der Bundesrepublik Deutschland)
- b) die romantische, sexuell attraktive Frau ("Kent" in Peru)

- c) die sexuell attraktive, schlanke Frau ("Ilore" im Vereinigten Königreich)
- d) die sexuell attraktive, schlanke und emanzipierte Frau ("Kim" im Vereinigten Königreich und in der Bundesrepublik Deutschland)

C18

Im Vereinigten Königreich ist die Advertising Standards Authority (A.S.A.), die offizielle Stelle, die die Anzeigenwerbung eigentlich überwachen soll, gezwungen worden, einem Kodex zuzustimmen, der die Werbepraktiken für Zigaretten regelt. In dem von der Werbeindustrie gehandhabten Kodex wird verlangt, daß alle Zigarettenanzeigen vor ihrer Publikation genehmigt werden. Trotz zweier Revisionen hat sich der Kodex hauptsächlich als ein Vehikel erwiesen, mit dessen Hilfe die Industrie eine Gesetzgebung zur Werbung vermeiden kann und weiterhin in der Lage ist, die Öffentlichkeit mit relativ freier Hand zu manipulieren.

Nach ihrem Erfolg in der Bundesrepublik Deutschland wurde "KIM", die von BAT hergestellte Zigarettenmarke, im Mai 1982 eingeführt, um die, wie es BAT zynisch nennt, "Marktlücke" zu füllen. Nach Aussagen der Firma ist es das Ziel, Zigaretten an Frauen zwischen 20 und 40 zu verkaufen, "die unabhängig, selbstbewußt sind und nach einer Zigarette suchen, die ihren Lebensstil widerspiegelt." Die erste Anzeigenserie, unterstützt von einer Werbekampagne für über 3,5 Millionen Pfund, wurde als Verstoß gegen den Kodex der A.S.A. betrachtet, in dem es heißt, daß Anzeigen "weder direkt noch indirekt behaupten dürfen, daß Rauchen den weiblichen Charme fördere". Es dauerte fünf Monate bevor die Anzeigen dann tatsächlich verschwanden. Danach rutschte eine Serie nach der anderen durch das Vorprüf-Netz der A.S.A. und bestätigte so erneut die Zwecklosigkeit freiwilliger Kontrollen. Außerdem gelang es KIM's Werbeagenten, das Verbot der Zigarettenwerbung im Fernsehen zu umgehen, indem sie es arrangierten, daß die Wimbledon-Kämpferin Martina Navratilova und andere Spielerinnen KIM-Farben und -Firmenzeichen trugen. Bei BAT bestand man darauf, daß das Auftreten der Navratilova und der anderen Spielerinnen als wandernde Zigarettenreklame, kurz nach Einführung von KIM in Großbritannien, "ganz und

gar zufällig" sei und von einer italienischen Modefiliale von BAT (Bundesrepublik Deutschland) unterstützt würde. Die Angelegenheit wurde vors Parlament gebracht und BAT mußte sich beim Minister für Sport entschuldigen. Damit war die Sache jedoch nicht beendet: die Navratilova trat 1983 erneut im Wimbledon-Stadion auf, ohne das KIM-Firmenzeichen, aber mit den kompletten KIM-Farben. Die bewußte Verbindung von Zigarettenrauchen mit Sport und Prestige war damit wieder weltweit Millionen von Zuschauern vorgesetzt worden. BAT behauptet weiterhin, daß die Navratilova in keinerlei Weise einer Zigarettenwerbung ähnelte, obwohl diese sich aufgrund des Druckes von seiten der A.S.A. und des Parlaments für das Halbfinale umziehen mußte. Es gibt Pläne, die Werbeveranstaltung nächsten Sommer zu wiederholen - mit dem Segen des Sportministers. Diese und andere Erfahrungen zeigen deutlich, daß, solange Regierungen das Verbot der Tabakwerbung nicht gesetzlich regeln, die Industrie immer Hintertürchen durch freiwillige Absprachen finden wird.

6. Das Versagen der Gesundheitserziehung

Ganz im Gegensatz zur Tabakindustrie, die die Themen der Emanzipation erfolgreich für den Verkauf von Zigaretten eingesetzt hat, haben Gesundheitserzieher, sowohl im Vereinigten Königreich als auch anderswo, eine weniger erfolgreiche "Philosophie" verfolgt. Diese geht davon aus, daß Frauen auf Gesundheitsappelle nur reagieren, wenn es im Interesse anderer ist. Männer kann man als Männer ansprechen, Frauen müssen immer auch Ehefrauen, Mütter oder Geliebte sein. Diese These findet sich verkürzt wieder in der denkwürdigen Kampagne des britischen Komitees für Gesundheitserziehung, die 1973 zum Thema der Schwangerschaft durchgeführt wurde. Ziel der Kampagne war es, das Rauchen während der Schwangerschaft zu reduzieren und die Frauen insgesamt zu veranlassen, das Rauchen aufzugeben. Angesichts der Kosten in Höhe von 160 000 Pfund - fast 2/3 des gesamten Jahresbudgets des Komitees - war die Kampagne schwierig zu verteidigen. Sie basierte nicht auf anerkannten Forschungsergebnissen, und die Hauptzielgruppe stellte nur eine

kleine Minderheit erwachsener Frauen dar. Die nackte Schwangere gab natürlich Anlaß zu zahlreichen Diskussionen, aber sie erzeugte erheblich mehr Schuldgefühle, und es war keinerlei anhaltende Verringerung des Rauchens bei den schwangeren Frauen zu verzeichnen. Die Tatsache, daß die Frau als Raucherin nur erreicht werden kann, wenn man sie in ihrer Pflicht gegenüber ihrer Nachkommenschaft anspricht, ist leider zu einem Synonym für die ganze an die Frauen gerichtete Kampagne geworden. Die Zeit, da Gesundheitspolitiker ihre Konzepte neu bewerten und sich vielleicht ein Beispiel an den Methoden der Werbung nehmen, ist lange überfällig.

C.19

7. Handlungsstrategien für Frauen und Rauchen

Ich bin zwar für die Formulierung einer frauen-spezifischen Kampagne eingetreten, doch ist es wichtig, daß diese nicht isoliert durchgeführt wird. Sie sollte Bestandteil eines koordinierten Programmes zur Bekämpfung des Rauchens sein, das sich an die bekannten und bewährten Methoden hält, wie z.B.

- legislative und fiskalische Maßnahmen
- Erziehung und Information
- Aktivitäten zur Raucherentwöhnung.

Einige Faktoren der Handlungsstrategien zur Bekämpfung des Rauchens bei Frauen finden sich in dem Dokument "Stopping the Female Epidemic".⁸ Sie sind als ein Ausgangspunkt gedacht und führen hoffentlich zur Entwicklung umfassender Strategien zur Reduzierung des Rauchens bei Frauen.

Literatur

1. "The Ladykillers - Why Smoking is a Feminist Issue," By Bobbie Jacobson, Pluto Press, London 1981.
2. "Smoking and Health - A New Generation of Campaigners," Bobbie Jacobson, British Medical Journal, 287, 483-4, 1983.
3. WHO Survey: Childrens's Smoking Habits, WGO, Genf, Mai 1982.
4. Royal College of General Practitioners' "Oral Contraception" Study, Lancet, 1981; i: 541-6.
5. E. Trevathan et al; "Cigarette Smoking and Dysplasia and Carcinoma in Situ of the Uterine Cervix;" JAMA, 250 Nr. 4, 499-502, 1983. 2
6. M. Vessey, "Neoplasia of the Cervix Uteri & Contraception", Lancet, 22. Okt. 930-4.
7. David Rogers, "Targeting Women", Tobacco Reporter, Februar 1982, S.6.
8. "Stopping the Female Epidemic"; Action Policy Document, Workshop: "Smoking and Feminism", Fünfte Weltkonferenz "Rauchen und Gesundheit" Winnipeg, Kanada, Juli 1983.

C20

JUDITH GRAY, BRENDA SPENCER,

Die Arbeit in der "Frauen-Klinik" in Süd-Manchester

1. Geschichte und Entwicklung der Klinik
2. Ein Besuch der Klinik
3. Theoretischer Ansatz der Frauen-Klinik
4. Klinik-Evaluation : Patientenprofil
5. Klinikevaluation : Welches waren die Probleme
6. Klinikevaluation: Mit welchen Problemen kamen die Frauen in die Klinik
7. Klinikevaluation : Was die Frauen über die Klinik sagten
8. Eine neue Perspektive

"Die Mutter ist der Mittelpunkt in den meisten Familien. Sie ist da, ihre Familie mit Liebe zu umsorgen, aber dabei kann es häufig passieren, daß sie sich selbst dabei vergißt. Bei der Sorge um das Wohlergehen anderer fehlt ihr die Zeit, um sich hinzusetzen und zu fragen 'Wie geht es mir heute eigentlich?' Wird sie dann bettlägerig, weiß jedermann, daß die Situation ernst ist, denn normalerweise können ihr Erkältungen, Grippe und Schwangerschaft nichts anhaben. Um den Frauen, den Müttern und Töchtern zu helfen, gesund zu bleiben, hat das Gesundheitsamt von Süd-Manchester eine "Frauenklinik" in Wythenshawe ins Leben gerufen. Dort können Frauen hingehen, um herauszufinden, was ihnen fehlt, gleichgültig worum es sich handelt."

(Aus einer Aufzeichnung eines lokalen Hörfunkprogramms über die Klinik)

1. Geschichte und Entwicklung der Klinik

Forderungen nach Kliniken für Frauen ¹ wurden zum ersten Male in den späten 70er Jahren, als Resultat eines allgemein gewachsenen Gesundheitsbewußtseins der Frauen, geäußert.

Mit Unterstützung des kommunalen Gesundheitsrates ² (Community Health Council) erreichten Initiativen von Frauen die Errichtung der "Frauenklinik" in Süd-Manchester im Juli 1981 und ihre finanzielle Förderung durch die zuständige Gesundheitsbehörde.

Die Klinik war als Erweiterung der bestehenden Einrichtungen zur gesundheitlichen Primärversorgung geplant. Es ist wichtig, sich vor Augen zu halten, daß in Großbritannien der einzelne Patient nicht direkt einen Facharzt aufsuchen kann. Alle Überweisungen für eine fachärztliche Behandlung müssen von einem praktischen Arzt (Hausarzt) erfolgen. Eine Ausnahme von dieser Regel bildet dagegen eine kleine Anzahl separater Kliniken, für die keine Überweisung erforderlich ist, z.B. für Familienplanung oder sexuell über-

1 Der Begriff "Klinik" wird im Englischen zur Bezeichnung eines medizinischen Beratungsdienstes benutzt, der zu einer bestimmten Zeit und an einem bestimmten Ort abgehalten wird und sollte mit dem in Europa üblichen Begriff nicht verwechselt werden.

2 Die offizielle Verbraucherorganisation, die die Klienten des staatlichen Gesundheitsdienstes repräsentiert.

tragbare Erkrankungen. Die Frauen-Klinik wurde als ergänzende Einrichtung zu diesem System gesundheitlicher Primärversorgung geschaffen. Die Beratungsstelle kann einmal wöchentlich konsultiert werden und befindet sich in einem Gebäude des örtlichen Gesundheitsamtes, wo auch andere Sprechstunden für Fußpflege, Säuglingsfürsorge und Familienplanung abgehalten werden. All diese Dienstleistungen sind für die in dem Stadtviertel lebenden Menschen gedacht.

Die Frauen-Klinik arbeitet mit einem Pool von Mitarbeitern, die im wöchentlichen Turnus ihren Dienst versehen. Das bei jeder Beratung anwesende Team besteht normalerweise aus zwei Ärztinnen, einer mit psychiatrischer Qualifikation, einer anderen mit gynäkologischer Erfahrung, zwei Krankenschwestern und fünf weiteren Mitarbeiterinnen, die als "Helferinnen" bezeichnet werden, alle Frauen sind und Erfahrung im Bereich der Gesundheit von Frauen, bzw. der Sozial- oder Gemeindefarbeit haben. Einige der Mitarbeiterinnen sind im Rahmen ihrer normalen Beschäftigung an die Klinik abgeordnet, einige arbeiten als Freiwillige ohne Bezahlung.

Die enge Zusammenarbeit in einem Team ist ein wesentlicher Aspekt der Methodik der Klinik. Sämtliche Mitarbeiter, einschließlich der Ärzte, besuchen einen kurzen Schulungskurs vor Beginn ihres Einsatzes. Monatliche Übungsabende zu unterschiedlichen Themen werden für das gesamte Personal veranstaltet, und auch Zusammenkünfte zum Thema Planung und Organisation, zu denen auch die Besucher der Klinik eingeladen sind, finden regelmäßig statt.

C21

2. Ein Besuch in der Klinik

Besucht eine Frau die Klinik, wird sie zunächst von einer Mitarbeiterin begrüßt, die ihr sagt, was sie zu erwarten hat. Damit sich die Frauen wohler fühlen, wird ihnen Tee oder Kaffee angeboten. Verschiedene Informationsbroschüren stehen zur Verfügung und die Wartenden werden zur Diskussion ermuntert. Eine Krippe steht für die Frauen mit Kindern bereit. In einem ersten Schritt wird die neue Besucherin von ihrer "Helferin" persönlich interviewt, die einen Gesundheitsfragebogen benutzt, um ihr Gesundheitsprofil zu entwickeln.

3. Theoretischer Ansatz der Frauen-Klinik

Ziel und Zweck der Frauen-Klinik, definiert in den ursprünglichen Vorschlägen, war es:

- a) Frauen zu erreichen, die normalerweise wegen ihrer sozialen oder kulturellen Herkunft oder weil sie sich von einem männlichen Hausarzt eingeschüchtert fühlen, keinen Arzt aufsuchen;
- b) zu versuchen, effektivere Mittel und Wege zu finden, um den spezifisch weiblichen Gesundheitsproblemen zu begegnen;
- c) ein allgemeines Verständnis für Gesundheit und gesundheitliche Versorgungseinrichtungen zu entwickeln und die Hindernisse zu verdeutlichen, die deren Verbesserung sowohl von seiten der Ärzte als auch innerhalb der Gemeinde entgegenstehen, so daß schließlich Dienstleistungen und Informationen, die zur Gesundheit des einzelnen und der Gemeinde beitragen, angeboten und akzeptiert werden können.

Ziel der Klinik war es, ihre Leistungen besonders älteren Arbeiterfrauen anzubieten, die als besonders gefährdete Gruppe identifiziert worden waren, sowohl im Hinblick auf ihre gesteigerte Anfälligkeit für Krankheiten als auch die geringe Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste. Die Situation dieser Frauen wird häufig mit dem Begriff des "Inverse Care Law" bezeichnet (Hart, 1971). Ein typisches Beispiel hierfür ist das Zervixkarzinom, das bei älteren Arbeiterfrauen überdurchschnittlich häufig auftritt, die jedoch bekanntermaßen seltener zur Untersuchung gehen als andere Frauen in der Gemeinde (Samson et al., 1971; Brindle et al., 1976). Die Frauen-Klinik war bestrebt, die institutionellen Barrieren niederzureißen, die sich traditionsgemäß bei besonders gefährdeten Gruppen nachteilig auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen auswirken (Eardley et al., 1985). Dies veranlaßte uns, die Klinik im Zentrum einer großen gemeindeeigenen Wohnsiedlung zu errichten und dabei besondere Aspekte zu berücksichtigen, wie die Schaffung einer entspannten und zwanglosen Atmosphäre und vor allem den Frauen die Gelegenheit zu geben, ihre Probleme in Ruhe zu besprechen.

Auf der Basis vorausgegangener Forschungsarbeiten konnten wir die am häufigsten angesprochenen Probleme voraussehen. Dazu gehörten Probleme im Zusammenhang mit Menstruation und Klimakterium, Vaginalinfektionen, Zystitis,

Anämie und Depressionen. Die Betonung im Umgang mit diesen Zuständen liegt, wo immer möglich, auf Prävention und Selbsthilfe. Kein Aspekt wird isoliert gesehen, sondern stets wird der Zusammenhang mit der Lebensweise und dem gesamten Lebenszusammenhang hergestellt; dies erklärt auch den Einsatz des Fragebogens zur Ermittlung des Gesundheitsprofils. Obwohl die Klinik Vorsorgeuntersuchungen anbietet, unterscheidet sie sich von anderen Einrichtungen dadurch, daß sie zusätzliche Hilfe für Probleme bietet, die die Frauen selbst festgestellt haben. Dies kann tatsächlich ein Schlüsselfaktor zur Erklärung der Popularität bei besonders gefährdeten Gruppen sein. Bei der Evaluation fanden wir in der Tat heraus, daß keine der Frauen ausschließlich wegen der Untersuchung gekommen war: die meisten von ihnen suchten Hilfe für spezielle Probleme. Befanden sie sich indessen erst einmal in der Klinik, waren sie nur allzu bereit, die allgemeine ärztliche Untersuchung und die anderen Untersuchungsmöglichkeiten, die angeboten wurden, in Anspruch nehmen zu können. Sie erkannten bald selbst, daß kein einziges Problem isoliert auftritt, sondern im gesamten Lebenszusammenhang gesehen werden muß. Sie waren daher offen für Ratschläge im Hinblick auf Aspekte ihrer Lebensweise, die nicht in direkter Verbindung mit ihren gegenwärtigen spezifischen Schwierigkeiten standen.

Wie eine Besucherin in einem lokalen Radioprogramm über die Klinik sagte: "Es ist so eine Erleichterung zu denken, daß sie alle möglichen Dinge ansprechen, dein Leben, deine Gewohnheiten, Lebensweisen, Eßgewohnheiten und all das Ganze. Und man hat das Gefühl, daß jemand sehr objektiv mit dir über Dinge spricht, die im Zusammenhang mit deinem Leben oder deiner Gesundheit falsch sein könnten." Eine Schlußfolgerung, die man aus diesen Beobachtungen ziehen kann, ist die, daß Prävention höchst willkommen ist, wenn sie von einer Einrichtung angeboten wird, die auf die persönlichen Bedürfnisse ihrer Patienten reagiert.

4. Klinik-Evaluation: Patientenprofil

Informationen für unsere Evaluation (Spencer et al., 1982) wurden aus einer Untersuchungsreihe von 242 Frauen zusammengetragen, die die Klinik während der erste Monate nach ihrer Eröffnung besuchten. Daten wurden dem Gesundheitsfragebogen und den Aufzeichnungen der ärztlichen Untersuchung entnommen.

Der erste Schritt unserer Evaluation bestand darin zu untersuchen, ob die Klinik, wie beabsichtigt, die älteren Arbeiterfrauen gewinnen konnte. Das Resultat bestätigte es: zwei Drittel aller Besucherinnen waren 35 Jahre alt oder älter und ein Drittel war älter als 50 Jahre. Die soziale Schichtung unserer Stichprobe spiegelte weitgehend, wie auf der Basis des Berufes des Partners errechnet, die Verteilung im Gesundheitsbezirk von Süd-Manchester wider. Frauen, deren Partner manuelle Arbeit verrichteten, machten 62,5 % der Besucherinnen aus, deren Partner in einem Arbeitsverhältnis standen; 9,8 % aller Besucherinnen gaben an, daß ihre Partner augenblicklich ohne Beschäftigung seien.

Die soziale Klasse wird in Großbritannien auf der Basis der Beschäftigung des Mannes entsprechend einer offiziellen Publikation, dem "Registrar General's Classification of Occupations (OPCS, 1980)" definiert. Die soziale Klasse IV umfaßt angelernte manuelle Arbeit und V ungelernete manuelle Arbeit. In Zusammenhang mit präventivem Gesundheitsverhalten sind es besonders diese beiden Gruppen, die am meisten Anlaß zur Sorge geben. Sie stellten 22 % unserer Stichprobe dar. Dieser Anteil ist seit der ersten Evaluation mit Sicherheit gestiegen, da zum damaligen Zeitpunkt noch viele Frauen aus anderen Stadtteilen Manchesters in die Klinik kamen, die so eine breitere soziale Schichtung des Klientels bewirkten.

Ein weiterer Unterschied, der zwischen den Besucherinnen der Frauen-Klinik und denen der üblichen gynäkologischen Beratungsstellen festgestellt wurde, betraf die verwitweten oder geschiedenen Frauen. Von dieser Gruppe weiß man, daß die Frauen ein überdurchschnittliches Risiko haben, ein Zervixkarzinom zu bekommen, daß sie aber im allgemeinen weniger als 4 % der untersuchten Bevölkerung darstellen. Wir fanden heraus, daß ein weit größerer Anteil verwitweter und geschiedener Frauen (13,3 %) die Klinik aufsuchte. Obwohl unsere Zahlen gering waren, war diese Beobachtung insofern ermutigend, als sie ein weiterer Hinweis dafür war, daß die Frauen-Klinik diejenigen Frauen ansprach, die durch die bestehenden Einrichtungen normalerweise nicht erreicht werden.

C23

5. Klinik-Evaluation: Welches waren die Probleme und gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Frauen?

Depressive Verstimmung

Bei den Klinikbesucherinnen wurden mehrere Faktoren im Zusammenhang mit Depression nachgewiesen. Mehr als ein Viertel gab Gefühle der Isolation und Einsamkeit zu, während jede achte Besucherin Wohnungsprobleme hatte. Jede fünfte Besucherin hatte in den letzten 12 Monaten einen größeren Trauerfall erlitten. Eheprobleme wurden von einem Drittel der verheirateten Frauen angegeben, und ein Drittel hatte Probleme mit den Kindern oder der übrigen Familie.

Frauen wurden zu Aspekten ihres sozialen und seelischen Wohlbefindens gefragt, wie zum Beispiel: Gehen Sie aus und genießen Sie Ihr Leben? Sind Sie ein relativ heiterer Mensch? Sind Sie häufiger niedergeschlagen als die meisten Menschen? Bedeutet Ihnen alles eine Anstrengung? Die Hälfte der Frauen beantwortete acht solcher Fragen mindestens viermal negativ, und ein Viertel der Frauen gab an, mit sechs oder mehr der angesprochenen Bereiche Probleme zu haben.

Mehr als zwei Drittel der Besucherinnen gaben an, Schlafprobleme zu haben. Während 16 % der Frauen die Frage nach sexuellen Schwierigkeiten überhaupt nicht beantworteten, berichteten zwei Drittel der Frauen, die geantwortet hatten, von Problemen.

Körperliches Wohlbefinden

Ein erheblicher Teil der Frauen gaben auch körperliche Beschwerden, u.a. im gynäkologischen Bereich, an, wie: Vaginalinfektionen, Menstruationsbeschwerden, Zystitis, klimakterische Beschwerden. Es wurden auch Fragen zu allgemeinen körperlichen Beschwerden gestellt, z.B. zu: Rückenschmerzen, Seh- und Hörvermögen, Fußgesundheit, Zahnhygiene, Stuhlgang, Verdauungsstörungen, Appetit und Husten. Die Hälfte der Besucherinnen hatten drei oder mehr Probleme, und 12 % hatten mehr als 5. Viele von ihnen waren nicht behandelt worden.

Prävention und Gesundheit

Einige Aspekte der Lebensweisen der Frauen waren beunruhigender als andere. Alkohol war für die große Mehrheit kein Problem, da 90 % der Frauen gelegentlich oder gar nicht tranken. Was das Rauchen betraf, so waren fast 40 % der Frauen Raucherinnen, und die Hälfte von ihnen wollte das Rauchen aufgeben. Nur die Hälfte der Frauen, die in die Klinik kamen, gab an, sich regelmäßig zu bewegen, zu wandern, schwimmen oder radzufahren. Der Stand der Ernährung war im allgemeinen schlecht. Die in einer Stichprobe von 100 Fragebögen angegebene Ernährung wurde eingehend untersucht und in 38 % der Fälle für unzulänglich befunden. Die größten Ernährungsfehler betrafen übermäßigen Zuckergenuß, unzureichende Eiweißzufuhr, nicht genügend frisches Obst und Gemüse, ungenügend Ballaststoffe oder lange Pause ohne Nahrung. Dagegen machten sich einige der Frauen übertriebene Sorgen um ihr Gewicht: die Hälfte von ihnen betrachtete sich als übergewichtig, während im Vergleich mit den Ergebnissen nach dem Wiegen tatsächlich nur ein Drittel übergewichtig war.

Erstaunlicherweise gaben 40 % der Frauen an, ihre Brust regelmäßig zu untersuchen. Selbst wenn diese Frauen nur eine sehr oberflächliche Untersuchung ohne vorherige Anleitung durchführten, so zeigt dies doch, daß zumindest großes Interesse vorhanden ist, das genutzt werden könnte, um die Frauen mit anerkannten Methoden zur Selbstuntersuchung der Brust vertraut zu machen. Der augenblicklich in Großbritannien empfohlene zeitliche Abstand für Vaginalabstriche beträgt fünf Jahre. Entsprechend diesen Empfehlungen mußte sich ungefähr jede fünfte Besucherin der Untersuchung unterziehen: 5 % hatten nie einen Abstrich machen lassen, die übrigen Frauen hatten in den letzten fünf Jahren keinen durchführen lassen.

6. Klinik-Evaluation: Welcher Art waren die Probleme der Frauen?

Obwohl aus der Untersuchung der am häufigsten angegebenen Probleme ersichtlich war, ob wir die erforderliche Hilfe richtig eingeschätzt hatten, erhielten wir doch keinerlei Informationen darüber, inwiefern sich diese Probleme auf die einzelnen Besucherinnen auswirkten. Um diese Frage eingehender zu prüfen, führten wir zwei unterschiedliche Analysen durch: Die erste Analyse (I) befaßte sich hauptsächlich mit der Art der Probleme, mit denen die Frauen in die Klinik kamen und mit der Frage, inwiefern unterschiedliche Schwierigkeiten - medizinische, seelische und soziale - von jeder Besucherin zugleich empfunden werden können. In der zweiten Analyse (II) wurden sowohl die Probleme untersucht, mit denen die Frauen in die Klinik kamen, als auch die nach der Diskussion und Untersuchung in der Klinik festgestellten Probleme. In diesem Fall konnten wir sehen, wie viele Problembereiche schließlich für jede Patientin nachgewiesen werden konnten. Die Analyse zeigte auch die Bedeutung der unterschiedlichen Probleme, z.B. Probleme, die im Vergleich zu sozialen Schwierigkeiten, speziell von Frauen empfunden werden. Außerdem waren wir darüber informiert, ob die erkannten Probleme zur Zeit ärztlich behandelt wurden und konnten daraus schließen, welche Schwierigkeiten in der Vergangenheit unbehandelt blieben. = 24

1. Eine Stichprobe von 82 ausgefüllten Fragebögen wurde benutzt, um einige Probleme der Klinikbesucherinnen bewerten zu können, insbesondere um herauszufinden, ob diese Schwierigkeiten in erster Linie medizinischer oder physischer Natur waren oder ob andere Bereiche nachgewiesen werden konnten.

Obwohl die Mehrzahl der Frauen (75,6 %) mit irgendeinem medizinischen Problem in die Klinik kam, handelte es sich bei weniger als einem Drittel ausschließlich um ein medizinisches Problem.

Bei ungefähr der Hälfte der Stichprobe konnten gewisse emotionale Störungen nachgewiesen werden, wie z.B. Depressionen, Spannungen, Libidoverlust, Müdigkeit. Ein ähnlicher Prozentsatz hatte soziale

Probleme, wie z.B. einen kürzlichen Trauerfall, schlechte Wohnbedingungen, Eheschwierigkeiten, die als streßerzeugend betrachtet werden können. Viele der Frauen mit sozialen Problemen gaben auch psychische Beeinträchtigungen an. Diese Daten lassen keinerlei kausale Interpretation zu, aber es wird allgemein anerkannt, daß soziale Faktoren für die Entwicklung seelischer Störungen, besonders Depressionen bei Frauen, von großer ätiologischer Bedeutung sind (Brown und Harris, 1978).

Es scheint kein Zweifel daran zu bestehen, daß Streß und psychische Beeinträchtigungen in dieser Gruppe üblich sind. In der Tat konnten beide Faktoren bei mehr als einem Drittel der Frauen nachgewiesen werden. Offensichtlich sind die medizinischen Probleme nur ein Teil der Schwierigkeiten, und die physischen, psychischen und sozialen Probleme können gleichzeitig oder in irgendeiner Wechselbeziehung auftreten.

- II. Aus den Fragebogenantworten und den durchgeführten Untersuchungen ergaben sich 709 gesundheitliche Probleme für 242 Frauen. Die Mehrzahl der Frauen wiesen mindestens drei Problembereiche auf, und jede sechste Frau hatte mindestens fünf gesundheitliche Probleme. Diese konnten in vier große Kategorien eingeteilt werden, d.h. in vorwiegend physische und vorwiegend psychische Probleme, in soziale Probleme (Streß) und spezifisch weibliche Probleme (siehe Tabelle 1). Es wurden 229 physische Probleme nachgewiesen, die 32,3 % aller verzeichneten Probleme darstellten. Von diesen Problemen wurde fast die Hälfte bereits vom Hausarzt behandelt, während von den überwiegend psychischen Problemen (21,1 %) nur ein Drittel behandelt wurde. Behandelt wurden diese Probleme hauptsächlich mit Beruhigungsmitteln und Schlaftabletten. Wie zu erwarten, wurden soziale Schwierigkeiten (z.B. Wohnungs- und Geldprobleme, Probleme mit der Familie, in der Ehe, am Arbeitsplatz) von ärztlicher Seite nicht behandelt, und es gab keinerlei Information über die Beteiligung anderer Stellen. 273 Probleme (35,5 %), die als spezifisch weiblich betrachtet wurden, konnten nachgewiesen werden, wie z.B. Menstruationsbeschwerden, Vaginalinfektionen etc. Über 80 % dieser Frauen hatten keinerlei Behandlung erhalten. Dies legt nahe, daß die häufigsten Probleme der Klinikpatientinnen jene waren, die als "spezifisch weiblich" bezeichnet werden konnten, und gerade diese Probleme hatten die geringste Chance, an anderer Stelle behandelt zu werden.

Tabelle 1: Nachgewiesene Probleme und die Frage nach ihrer augenblicklichen Behandlung

<u>Prozentsatz der insgesamt nachgewiesenen Probleme</u>	<u>Art des Problems</u>	<u>Prozentsatz der nicht behandelten Fälle</u>
32,3	physisch	55,9
21,1	psychisch	60,4
35,5	spezifisch weiblich	80,2
8,1	sozial/Streß	100,0
Insgesamt = 709		Insgesamt = 495

C25

7. Klinik-Evaluation: Was die Frauen über die Klinik sagten

Neben der Evaluation des Klientels der Klinik und der Probleme der Frauen, mit denen sie zu uns kamen, wurde auch die Klinik selbst in ihrer Arbeitsweise evaluiert. Dazu baten wir die Besucherinnen im Anschluß an ihren Klinikbesuch um eine schriftliche Bewertung, die sie uns von zu Hause aus zurückschicken sollten. Die Ergebnisse sollen hier nur stichpunktartig zusammengefaßt werden.

Besonders positiv wurde das Verhalten und die Einstellungen der Mitarbeiter der Klinik hervorgehoben, u.a. auch die Möglichkeit, Zeit für Gespräche zu haben. "Die Atmosphäre war entspannt und freundlich ... es war ein gutes Gefühl, nicht gehetzt zu werden." "Weil mir endlich jemand zugehört hat, bin ich wieder ins rechte Gleis gekommen".

Der Hausarzt mußte ziemlich viel Kritik über sich ergehen lassen, teilweise dadurch bedingt, daß ein Besuch bei ihm keinerlei Zeit für Gespräche läßt (die durchschnittliche Beratungszeit in England beträgt weniger als fünf Minuten). "Ich fühlte mich stets unter Druck und voller Schuldgefühl, wenn ich mehr als die mir zugewiesene Zeit in Anspruch nahm". Teilweise fühlten sich die Frauen auch unverstanden: "Ich fühlte mich so viel besser, daß ich mit einem Arzt sprechen konnte, der mein Problem verstand und mir nicht sagte,

dies sei alles erfunden und ich müsse mich eben zusammennehmen und der mir schließlich ein Rezept für Antidepressiva in die Hand drückt". Die Frauen gaben auch an, daß sie ihren Hausarzt nur ungern wegen "banaler" Sachen aufsuchen würden. "Die Tatsache, daß man zu jemanden mit Problemen gehen kann, die man beim Arzt nicht erwähnt, weil man sie für zu unbedeutend hält, ist eine Erleichterung".

Eine andere Schwierigkeit mit den Hausärzten lag darin begründet, daß die meisten von ihnen Männer sind. Dies erklärt teilweise auch die oben erwähnten Probleme, speziell wenn es sich um ältere Frauen handelt.

Zahlreiche Kommentare und kritische Äußerungen im Hinblick auf die Klinik betrafen die Tatsache, daß die Frauen manchmal nicht wußten, was sie zu erwarten hatten. Einige Frauen, die mit den Besonderheiten und den Zielen der Klinik nicht vertraut waren, zeigten sich enttäuscht. Eine Frau erwartete "irgendwelche modernen, professionellen Tests mit der neuesten Technik" und eine andere Besucherin beschwerte sich darüber, daß "die Ärztin nicht einmal in der Lage war, ihr die empfohlenen Tabletten zu verschreiben".

Kritisch gesehen wurde allerdings der Gesundheitsfragebogen; zum einen, weil die räumlichen Verhältnisse nicht genügend Privatheit für die Interviews ließen. Auf der anderen Seite wurden die erfragten Inhalte widersprüchlich gesehen. Während einige Frauen es positiv bewerteten, gemeinsam mit einem Laien alle Probleme ansprechen zu können, kritisierten andere die Intimität der Fragen. "Ich ärgere mich über ein Formular, in dem ich angeben muß, was ich am Vortage zum Frühstück gegessen habe oder mit wem ich lebe, besonders wenn ich bezweifle, daß die Information vertraulich behandelt wird". Das Konzept des Gesundheitsprofils war natürlich neu für die Frauen und zweifellos mußten einige Schwierigkeiten haben, da sie entweder nur an ärztliche Berichte, zu denen sie keinen Zugang haben, oder an persönlich ausgefüllte Formulare und Fragebögen gewöhnt waren. Ein Mißverständnis im Zusammenhang mit dem Fragebogen bestand darin, daß einige Frauen glaubten, der Fragebogen sei für den Arzt bestimmt.

3 8. Eine neue Perspektive

Wesentlichstes Ergebnis der Arbeit mit den Frauen in der Klinik ist es, daß die Frauen ein neues Selbstbewußtsein entwickeln konnten. Das bezieht sich zum einen auf ihr Auftreten gegenüber den medizinischen Institutionen und Einrichtungen. Wichtig war es aber auch für die Frauen zu erkennen, daß andere Frauen ähnliche Probleme haben, daß sie sich selbst nicht für "anormal" halten müssen. "Ich fühlte mich ganz obenauf, als ich die Klinik verließ und hatte tatsächlich das Gefühl, daß sich jemand um mich sorgte und mich verstand; doch wichtiger war, daß ich mir nicht wie ein Außenseiter vorkam, der mit seinen persönlichen Problemen beschäftigt ist".

Dies ist dem spezifischen Ansatz der "Frauen-Klinik" zu verdanken, wo die körperlichen, psychischen und sozialen Probleme nicht voneinander losgerissen gesehen und behandelt werden, sondern vielmehr im Zusammenhang mit der Lebenssituation der Frauen, ihrer spezifischen Lebensweise und ihrem Gesundheitsverhalten.

Die Klinik erhebt den Anspruch, für alle Probleme der Frauen Ansprechpartner zu sein. Damit ist auch ein ganz wesentlicher Ansatzpunkt für Prävention und Gesundheitsförderung geschaffen, in den sich präventive Ansätze bezogen auf das Rauchen dann auch einbetten lassen.

Denn: Erstens erreicht die Klinik Frauen aus sozialen Schichten, die Gesundheitsversorgungs- und Vorsorgeangebote seltener wahrnehmen als andere Schichten; präventive Angebote erreichen diese Schichten kaum, dabei haben sie jedoch ein sehr schlechtes Gesundheitsverhalten, und brauchen deshalb besonders Beratung und praktische Unterstützung, um z.B. Rauch- oder Ernährungsgewohnheiten zu ändern. (26)

Zweitens besteht hier die konkrete Möglichkeit, den Frauen Hilfestellungen und praktische Maßnahmen zu empfehlen, indem über das Gesundheitsprofil der Frauen Lebensweisen, Gesundheitsverhalten und gesundheitliche Lage erfaßt werden.

Drittens bestehen hier Ansätze nicht nur für die Gesundheitserziehung und -aufklärung, sondern für eine ebenso breit angelegte Gesundheitsförderung im Sinne des Lebensweisenkonzepts der WHO, indem die Probleme der Frauen breit gefaßt werden, nicht auf "nur körperliche" oder "nur psychische" reduziert werden.

Viertens bedeutet die Förderung gesunder Lebensweisen für die Frauen, daß sie lernen, psychische und soziale Probleme zu lösen und etwas für sich und ihre Gesundheit zu tun. Dies wird dann möglich, wenn das Selbstbewußtsein und Selbstvertrauen der Frauen gestärkt und damit die Basis geschaffen wird, ihren sozialen und gesundheitsbezogenen Handlungsspielraum zu erweitern und zu befestigen. -

LITERATURE

Brindle, G., Wakefield, J. and Yule, R. Cervical smears: are the right women being examined? *British Medical Journal* 1: 1196-1197, 1976.

Brown, G. W. and Harris, T. *Social Origins of Depression: a study of psychiatric disorder in women*. Tavistock, London, 1978.

Eardley, A., Knopf Elkind, A., Spencer, B., Hobbs, P., Pendleton, L. L. and Haran, D. Attendance for cervical screening - whose problem? *Social Science and Medicine*. In Druck.

Hart, J. T. Inverse Care Law. *The Lancet*, 27. Februar 1971, 405-412.

Office of Population Censuses and Statistics. Registrar General's *Classification of Occupations 1980*. OPCS, London, 1980.

Sansom, C. D., Wakefield, J. and Yule, R. Trends in cytological screening in the Manchester area 1965-1971. *Community Medicine*, 126: 253-257, 1971.

Spencer, B., Gray, J., Dunham, M. and Jones, V. *An evaluation of the Manchester Well Women Clinics*. Manchester Community Health Councils, 1982.

C27

Schlupf, Abgrenzung

TEIL 6 : EMPFEHLUNGEN

15

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Empfehlungen und

Empfehlungen aus der Studie "Frauen und Rauchen"

Schlußfolgerungen und Empfehlungen

Die Ergebnisse des Projektes „Frauen und Rauchen: Fallstudie Bundesrepublik Deutschland“ sowie ihre Diskussion während des Workshops lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Frauen rauchen nicht, um männlicher zu werden;
- Frauen sehen sich in bezug auf Rauchen nicht als besonders gefährdete Gruppe an, als die sie häufig, neben Jugendlichen bzw. anderen sozial-kulturellen Gruppen, kategorisiert werden, wofür auch statistische Daten sprechen und was sich in den WGO-Programmen niederschlägt;
- Frauen interpretieren ihr Rauch-Verhalten nicht im Kontext von Gesundheitsfragen, wie sie z.B. durch Medien-Kampagnen zum Thema „Rauchen und Schwangerschaft“ angesprochen werden;
- Frauen rauchen, weil es inzwischen zum weiblichen Verhaltensrepertoire gehört, d.h. das Rauchen von Frauen ist nur im Zusammenhang der weiblichen Lebensbedingungen und Lebensweisen zu verstehen.

Die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Fallstudie lassen den Schluß zu, daß das Thema „Frauen und Rauchen“ gesellschafts- und geschlechtsspezifisch untersucht werden muß. Offensichtlich sind bestimmte Faktoren der hochentwickelten Industriegesellschaften in Kombination mit sozial-kulturellen Entwicklungen ein Nährboden für die Herausbildung von gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen bei Frauen.

Die Teilnehmer des Workshops haben angesichts dieser Bestandsaufnahme, die in ihren wesentlichen Zügen konsensfähig war, folgende Empfehlungen formuliert:

1. Gesundheitsförderung für Frauen mit dem spezifischen Schwerpunkt auf „Rauchen und Gesundheit“ sollte strategisch an ein soziales Konzept von Gesundheit anknüpfen, das die positiven Werte, Einstellungen und Verhaltenswirkungen von Nicht-Rauchen hervorhebt. Dies schließt die Anstrengungen der verantwortlichen Stellen ein, strukturelle Maßnahmen zur Reduzierung der Verfügbarkeit und des Konsums von Tabak-Produkten zu ergreifen. (Hinweis auf WGO-EURO-Konzept zur Gesundheitsförderung.)
2. Gesundheitsförderung für Frauen im Hinblick auf ihr Rauchverhalten sollte an den spezifischen weiblichen Lebensbedingungen, Lebensweisen und den Motivationslagen zur Entwicklung dieses Verhaltens ansetzen. Es herrschte Einvernehmen darüber, daß die besondere Lebenssituation von Frauen in den hochentwickelten Industriestaaten bei der Entwicklung von Konzepten und Strategien der Gesundheitsförderung zum Ausgangspunkt gemacht werden sollte.
3. Diese notwendige Differenzierung zwischen Frauen und Männern im strategischen Ansatz der Gesundheitsförderung erklärt sich auch aus der Tatsache, daß Frauen eine wesentlich stärkere Bindung an das System der medizinischen Versorgung besitzen und daraus abgeleitet werden kann, daß sie auch für Angebote der Gesundheitsförderung, Beratung und Selbsthilfe eher ansprechbar sind. Das heißt: sie sind dort leicht zu erreichen und im Hinblick auf ihr spezifisches Verhalten anzusprechen. Deshalb sollten Programme entwickelt, erprobt und evaluiert werden, die interdisziplinär angelegt und multisektoral implementiert werden.
4. Gleichzeitig ist in Rechnung zu stellen, daß Frauen wesentlich leichter für ihren eigenen Körper und seine Befindlichkeiten zu sensibilisieren sind. Insbesondere ist daran zu denken, daß die traditionelle Verantwortlichkeit der Frauen für die „Gesundheit in der Familie“ einen Ausgangspunkt für die Implementation von Gesundheitsförderungsprogrammen zum Thema „Frauen und Rauchen“ abgeben könnte, die die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Frau selbst in den Mittelpunkt stellen.
5. Es herrschte Übereinstimmung darüber, daß gegenwärtig die Forschungslage zum Thema „Frauen und Rauchen“ unbefriedigend ist. Die Bedingungen für die Aufnahme, die Habitualisierung und die Aufgabe des Rauchens sollten im weiblichen Lebenszusammenhang gründlicher untersucht, dargestellt und analysiert werden. Die bisher vorliegenden Studien über „Rauchen und Gesundheit“ sind eher auf Männer konzentriert und erlauben keine Rückschlüsse auf die spezifisch weiblichen Verhaltensmuster.

gesprochen Raucher

L I T E R A T U R

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1981): Effizienzkontrolle des Arbeitsprogramms 1979/1980 der BZgA, Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1983): Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung, Band 5. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1984): Aktionsgrundlagen der BZgA (ehem. "Jahreserfolgskontrolle"). Köln.

Franke, A. (1984): "Frauen und Rauchen - Lebenszusammenhang und Gesundheitsverständnis von nichtrauchenden Frauen". Eine qualitative Studie. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. Unveröffentlichtes Manuskript.

Gesomed (1986): Mißbrauchsverhalten als Bewältigungshandeln. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.

IMW (1982): Frauen und Rauchen. Fallstudie Bundesrepublik Deutschland. Quantitative Studie. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. Unveröffentlichtes Manuskript.

Maschewsky-Schneider, U. (1984): Frauen und Rauchen - Analyse von Biografien rauchender Frauen. Eine qualitative Studie. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. Unveröffentlichtes Manuskript.

Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (WGO-EURO), 1983: Lebensweisen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. (33. Tagung des Regionalbüros für Europa, Technical Discussions, EUR/RC33/Techn. Disc./1). Kopenhagen (WGO-EURO).

Weiterführende Literatur

Davidson, M.J. & Cooper, C.L. (1983): Stress and the Woman Manager. Oxford (Blackwell).

Franke, A. & Jost, I. (Hrsg.) (1985): Das Gleiche ist nicht dasselbe. Zur subkutanen Diskriminierung von Frauen. Tübingen (dgvv-Verlag).

Gilligan, C. (1984): Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau. München (Piper).

Haller, M. (1981): Gesundheitsstörungen als persönliche und soziale Erfahrung. Eine soziologische Studie über verheiratete Frauen im Beruf. München/Wien (Oldenbourg).

Higgins, M.W. (1984): Changing Patterns of Smoking and Risk of Disease. In: Gold, E.B., 1984: The Changing Risk of Disease in Women: An Epidemiologic Approach. Lexington, Massachusetts & Toronto (Heath & Company).

Hellmich, A. (1986): Frauen zwischen Familie und Beruf. Stuttgart (Kohlhammer).

Jacobson, B. (1981): The Ladykillers. Why Smoking is a Feminist Issue. London (Pluto Press).

Kickbusch, I. & Riedmüller, B. (Hrsg.) (1984): Die armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik. Frankfurt/Main (Suhrkamp).

Maslach, C. & Zimbardo, P. (1982): Burnout - The Cost of Caring. New York (Spectrum).

Pogrebin, L.C. (1983): Family Politics. Love and Power on an Intimate Frontier. New York (McGraw-Hill).

Resch, M. & Rummel, M. (1986): Von allem die Hälfte. Frauen im Beruf. Köln (Bund).

Ruzek, Sh. & Hill, J. (1985): Positive Approaches to Promoting Women's Health. World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen.

Schneider, U. (Hrsg.) (1981): Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung. Frankfurt/New York (Campus).

Vogt, I. (1985): Für alle Leiden gibt es eine Pille. Über Psychopharmakakonsum und das geschlechtsspezifische Gesundheitskonzept bei Frauen und Mädchen. Opladen (Westdeutscher Verlag).

Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (1984): Frauen und berufsbedingte Gesundheitsrisiken. Bericht über eine WGO-Tagung. Kopenhagen (WGO-EURO; EURO-Berichte und Studien 1976).

Wenzel, E. (1986): Die Ökologie des Körpers. Frankfurt (Suhrkamp Verlag)

Windsor, R.A. & Orleans, C.T. (1986): Guidelines and Methodological Standards for Smoking Cessation Intervention Research among Pregnant Women: Improving the Science and Art. In: Health Education Quarterly, 2 (13).

04