

Die Ersetzbarkeit von Motiven
in speziellen Bereichen der Gesundheitsbildung

ÜBERGREIFENDER BERICHT

VORWORT

Die vorliegende Untersuchung ist eine Bestandsaufnahme von Ergebnissen und Hypothesen zu speziellen Bereichen der Gesundheitserziehung. Erreichbare Untersuchungen zu den ausgewählten Themenbereichen wurden daraufhin ausgewertet, welchen Beitrag sie zur Lösung von Problemen der Gesundheitserziehung leisten.

Naturgemäß war dabei auch die Forschung selbst Gegenstand der Betrachtung. In Ergebnisteil A des vorliegenden Berichtes werden die entsprechenden Ergebnisse dargestellt. Diesen Teil der Untersuchung halten wir für ebenso wichtig wie die Ergebnisse zu einzelnen Bereichen der Gesundheitserziehung. Er zeigt auf, wie die beträchtlichen Erkenntnisdefizite zu erklären sind, obwohl eine unüberschaubare Menge von Forschungsarbeiten vorliegt.

Übliche Sekundäranalysen, wie sie in den Bereichen Rauchen und Alkohol zahlreich vorliegen, konnten den Erkenntnisstand offensichtlich nicht wesentlich verbessern. Die vorliegende Untersuchung weicht in Sprache, Form und Aufbau vom traditionellen Muster der Sekundäranalyse ab.

Der Gesamtbericht faßt die wichtigsten Erkenntnisse und Hypothesen zusammen. Einzelergebnisse sind in Form von ergänzbaren Textbänden verfügbar. Diese sind über ein Indexsystem mit solchen Originalquellen verknüpft, die für die Klärung von Detailfragen wichtig werden können.

Wir hoffen, daß diese Form der Aufbereitung dem Informationsbedarf besser gerecht wird.

INHALTSÜBERSICHT

	Seite
I	EINFÜHRUNG
1.	Ausgangssituation und Zielsetzungen der Untersuchung ... 1
1.1	Der Informationsbedarf bei der Planung von Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsbildung 1
1.2	Der Beitrag bisheriger Forschungsarbeiten zur Deckung dieses Informationsbedarfes 2
1.3	Ursachen für die Informationsdefizite 3
1.4	Zielsetzungen der Untersuchung 3
1.5	Besonderer Charakter und Aussagekraft der Untersuchung 7
2.	Ablauf der Untersuchung und Darstellung der Ergebnisse . 9
2.1	Ablauf der Untersuchung 9
2.2	Art der in die Untersuchung einbezogenen Materialien 11
2.3	Gewichtung einzelner Untersuchungsbereiche 12
II	ERGEBNISTEIL A
	Der Zustand der Forschung in den untersuchten Bereichen .. 13
1.	Erstes Problem: Unterschiede zwischen erforschtem und zu erklärendem Verhalten 15
1.1	Mangelhafte Beschreibung des zu erklärenden Verhaltens 15
1.2	Methodische Probleme bei Beobachtung und Analyse des Verhaltens 16
2.	Zweites Problem: Theoriedefizite und Realitätsferne der Untersuchungsmodelle 17
3.	Drittes Problem: Einseitige Forschungsziele und qualitative Mängel von Untersuchungen und Berichterstattung ... 19
4.	Viertes Problem: Unzureichende Erfassung des Spektrums motivierender Faktoren..... 22
5.	Schlußfolgerungen und Grundannahmen für das weitere Vorgehen 24

III ERGEBNISTEIL B

Kurzfassung der Bestandsaufnahme in einzelnen Bereichen ..	29
1. Verhaltensbereich Rauchen unter besonderer Berücksichtigung des Themas Frauen und Rauchen	30
1.1 Beschreibung des gemeinten Verhaltens	30
1.2 Das quantitative Ausmaß des Verhaltens und Entwicklungstrends	30
1.3 Differenzierung nach Bevölkerungsgruppen und Verhaltenstypen	31
1.4 Das Erlernen des Verhaltens	32
1.5 Nutzen und instrumentelle Funktionen des Verhaltens	33
1.6 Physiologische und gesundheitliche Aspekte des Verhaltens	36
1.7 Situationen, in denen das Verhalten stattfindet	38
1.8 Motivierende Faktoren in Umwelt und Gesellschaft ..	39
1.9 Wissen und Einstellungen	41
1.10 Angebotssituation, Information und Werbung als motivierende Faktoren	42
1.11 Forschungslücken	45
2. Verhaltensbereich Alkoholkonsum unter besonderer Berücksichtigung des Themas Soziale Zwänge zum Alkoholkonsum	48
2.1 Beschreibung des gemeinten Verhaltens	48
2.2 Das quantitative Ausmaß des Verhaltens und Entwicklungstrends	50
2.3 Differenzierung nach Bevölkerungsgruppen und Verhaltenstypen	51
2.4 Das Erlernen des Verhaltens	53
2.5 Nutzen und instrumentelle Funktionen des Verhaltens	55
2.6 Physiologische und gesundheitliche Aspekte des Verhaltens	57
2.7 Situationen, in denen das Verhalten stattfindet	61
2.8 Motivierende Faktoren in Umwelt und Gesellschaft ..	62
2.9 Wissen und Einstellungen	65
2.10 Angebotssituation, Information und Werbung als motivierende Faktoren	66
2.11 Forschungslücken	68

3.	Verhaltensbereich Vorsorgemaßnahmen unter besonderer Berücksichtigung der Teilthemen "Individuelle Ängste als Barriere für die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen" und "Subjektive Austauschbarkeit von Vorsorgemaßnahmen durch Medikation und Selbstmedikation"	71
3.1	Beschreibung des gemeinten Verhaltens	72
3.2	Das quantitative Ausmaß des Verhaltens und Entwicklungstrends	73
3.3	Differenzierung nach Bevölkerungsgruppen und Verhaltenstypen	75
3.4	Das Erlernen des Verhaltens	76
3.5	Nutzen und instrumentelle Funktionen des Verhaltens	78
3.6	Physiologische und gesundheitliche Aspekte des Verhaltens	80
3.7	Situationen, in denen das Verhalten stattfindet	81
3.8	Motivierende Faktoren in Umwelt und Gesellschaft ..	82
3.9	Wissen und Einstellungen	83
3.10	Angebotssituation, Information und Werbung als motivierende Faktoren	83
3.11	Forschungslücken	84
IV	SCHLUSSFOLGERUNGEN	86
1.	Notwendige Änderungen der Forschungspolitik	87
2.	Eine praxisorientierte Darstellung zur Einordnung von Untersuchungsergebnissen	89
3.	Ausgangslage und Ansatzpunkte in einzelnen Verhaltensbereichen	92
3.1	Rauchen	92
3.2	Alkoholkonsum	94
3.3	Vorsorgemaßnahmen	97
4.	Zur weiteren Handhabung der Ergebnisse	97

I EINFÜHRUNG

1. Ausgangssituation und Zielsetzungen der Untersuchung

1.1 Der Informationsbedarf bei der Planung von Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsbildung

Die Planung und Durchführung von Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsbildung ist Teil der Gesundheitspolitik. Alle Entscheidungen in diesem Bereich beinhalten eine mehr oder weniger stark ausgeprägte politische Komponente. In zunehmendem Maß werden aber auch abgesicherte Informationen benötigt. Informationen, die Auskunft darüber geben, wo öffentliche Maßnahmen zur Gesundheitsbildung notwendig sind und mit welchen Maßnahmentypen die gesetzten Ziele erreicht werden können.

Es kann davon ausgegangen werden, daß hinreichend viele Informationen zu möglichen Problemfeldern und möglichen Zielen der Gesundheitsbildung vorliegen. Weniger klar ist jedoch in der Regel, wie diese Problemfelder im einzelnen beschaffen sind und welche Maßnahmen Erfolg versprechen.

Als klassisches Beispiel für diese Situation ist das Problemfeld "Mißbräuchlicher Alkoholkonsum" zu nennen. Es dürfte kaum einen anderen Bereich geben, der weltweit seit so langer Zeit und mit so vielen unterschiedlichen Maßnahmentypen bearbeitet wurde. Dennoch war der Erfolg dieser Maßnahmen offensichtlich nicht ausreichend. Aus der historischen und international vergleichenden Betrachtung ergibt sich, daß der nur begrenzte Erfolg nicht unbedingt auf zu geringen Mitteleinsatz zurückzuführen ist. Vielmehr liegt die Vermutung nahe, daß der Maßnahmenplanung zu wenig qualifizierte Information zugrunde lag.

Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsbildung sollen letztlich das Verhalten von Menschen beeinflussen. Um dieses Ziel zu erreichen, wird Information über die verhaltensbestimmenden Faktoren und die Art, wie Verhalten zustande kommt, benötigt. Diese im weitesten Sinne motivierenden Faktoren sind daraufhin zu überprüfen, ob und mit welchen Maßnahmen sie zu beeinflussen sind.

1.2 Der Beitrag bisheriger Forschungsarbeiten zur Deckung dieses Informationsbedarfes

Zu den in dieser Untersuchung angesprochenen Themen- bzw. Problemfeldern liegt mit einer Ausnahme (Vorsorgemaßnahmen) eine unübersehbare Fülle von Untersuchungsmaterial der verschiedensten Art vor. Dennoch können viele für Maßnahmen der Gesundheitsbildung zentrale Fragen teils überhaupt nicht, teils nur sehr unvollkommen beantwortet werden. In Teilgebieten, wie z.B. in der Untersuchung der Wahrnehmungsprozesse und der Aufnahme kognitiver und emotionaler Information, hat die Forschung umfangreiche und praxisrelevante Erkenntnisse geliefert. Auch der Streuprozess von Information ist in weiten Teilen erforscht. Zumindest hat sich erwiesen, daß Forschung hier zuverlässige, gültige und praxisrelevante Ergebnisse bereitstellen kann.

Gerade diese positive Entwicklung auf dem Gebiet des "Transports von Informationen" führte zu der Erkenntnis, daß zu Voraussetzungen, Bedingungen und Möglichkeiten der Verhaltensbeeinflussung nur wenig praxisrelevantes Material vorliegt: Wenn der Transport der Information optimiert ist und als sicher gilt, daß die gewünschte Information beim Empfänger ankommt, stellt sich die Frage, warum die gewünschte Verhaltensänderung dennoch nicht eintritt.

Die grundlegenden "einfachen" Fragen (z.B. "Welche Bedingungen und Motivationen führen zu Alkoholmißbrauch?") können nicht hinreichend

genau beantwortet werden. Zumindest ist ein solches Wissen nicht in der Weise verfügbar, daß es der Planung die notwendige Sicherheit, der Durchführung den gewünschten Erfolg bringt.

1.3 Ursachen für die Informationsdefizite

Wenn Informationsdefizite vorliegen, können hypothetisch vier Ursachen dafür benannt werden:

- a) Es wurden tatsächlich noch keine Untersuchungen zur Beantwortung der Fragen durchgeführt (Forschungslücke).
- b) Es gibt ausreichende Ergebnisse. Diese aber sind den im Bereich der Gesundheitsbildung Tätigen nicht verfügbar (Übersetzungs- und Vermittlungsdefizite).
- c) Die vorliegenden Untersuchungen erhellen nur Teilaspekte, die keinen gültigen Rückschluß auf die komplexere reale Situation zulassen (Theoriedefizite).
- d) Die anstehenden Fragen sind mit Mitteln empirischer Forschung nicht zu klären (Theorie- und/oder Methodendefizite).

Abhängig von der Art der Fragen können eine oder mehrere der genannten Ursachentypen zutreffen. Die Klärung der Ursachen für die Informationsdefizite ist eine der wichtigsten Aufgaben, da ohne Wissen darüber wesentliche Verbesserungen des Erkenntnisstandes nicht zu erwarten sind.

1.4 Zielsetzungen der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung setzt in drei für die Gesundheitsbildung zur Zeit höchst aktuellen Bereichen an:

a) Verhaltensbereich RAUCHEN

Aktueller Anlaß für die Aufnahme dieses Bereiches war die spürbare Zunahme des Zigarettenkonsums in der Gruppe der Frauen. Eine Zunahme, die Stagnation oder sogar leichten Rückgang in der Gruppe der Männer überkompensiert.

b) Verhaltensbereich ALKOHOLKONSUM

Es gibt mehr und mehr Anhaltspunkte dafür, daß gesundheits-schädigender Alkoholmißbrauch viel weiter als bisher nachgewiesen verbreitet ist. Die große Dunkelziffer wird dabei vor allem in solchen Bevölkerungsschichten vermutet, die nicht gesellschaftlichen Randgruppen angehören oder durch persönliche und soziale Handicaps überdurchschnittlich beeinträchtigt sind. Unter dieser Voraussetzung müssen allgemein wirksame soziale Verursachungen oder Zwänge zum Alkoholkonsum (mit der Gefahr des Mißbrauches) näher beleuchtet werden.

c) Verhaltensbereich VORSORGE MASSNAHMEN

Es steht fest, daß Vorsorgemaßnahmen mit der Wirkung reduzierter gesundheitlicher Beeinträchtigung für Individuum und Gesellschaft die bessere Alternative gegenüber der Therapie oder Pflege wären. Dies gilt nicht nur für den Kostenaspekt. In diesem Verhaltensbereich waren zwei Problem-aspekte aktueller Anlaß für die Berücksichtigung in dieser Untersuchung:

- c1) Die Teilnahme an einer speziellen Vorsorgemaßnahme (Früherkennungsuntersuchungen) ist relativ gering. Es besteht die Vermutung, daß neben infrastrukturellen Bedingungen auch individuelle Ängste eine wichtige Barriere sein könnten. Auch wurde die Frage aufgeworfen, inwieweit durch Früherkennungsuntersuchungen selbst gesund-

heitliche Schäden bewirkt werden können.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme dieser Fragen in die vorliegende Untersuchung war noch nicht erkennbar, welche turbulente und intensive öffentliche Diskussion speziell über den letztgenannten Teilaspekt im Jahr 1978 stattfinden würde.

- c2) Anerkannt wichtigste und effektivste Vorsorgemaßnahme ist eine allgemein gesunde Lebensführung. Gewisse Entwicklungen im Markt verschreibungspflichtiger und freiverkäuflicher Arzneimittel geben Anlaß zu der Vermutung, daß diese nicht nur zur Therapie verwendet werden. Es sollte untersucht werden, ob sich hier eine subjektive Austauschbarkeit von Vorsorgemaßnahmen durch Medikation und Selbstmedikation abzeichnet.

Die Untersuchung dieser Probleme und Fragen setzt eine breite sekundäranalytische Bestandsaufnahme vorliegenden Materials über alle Verhaltensbereiche voraus: Spezielle Fragen und Hypothesen sind auf dem Hintergrund aller vorliegenden Erkenntnisse zu bearbeiten.

Die zugrunde liegenden aktuellen Fragen sollten so weitgehend wie möglich beantwortet werden. Im Rahmen einer sekundäranalytischen Untersuchung haben sie zugleich zwei wichtige Zusatzfunktionen:

- o Die konkreten Fragen der BZgA sind Orientierungskriterium für die Auswahl und Aufbereitung des Materials. Eine sekundäranalytische Untersuchung ohne solche Vorgaben wäre a priori entwertet: Eine quasi lexikalische Zusammenstellung vorliegender Ergebnisse ist kaum denkbar und für den speziell Interessierten immer unzureichend.
- o Die Beantwortbarkeit dieser Fragen ist eine Art "Bewährungsprobe" für die vorliegenden und verfügbaren Untersuchungen.

Denn Fragen wie diese stellen sich Planern und den in der praktischen Arbeit der Gesundheitsbildung Tätigen nahezu täglich.

Um den generellen Aussagewert der vorliegenden Untersuchung zu erhöhen, wurden bewußt diese drei für Fragen der Gesundheitsbildung prototypischen Verhaltensbereiche ausgewählt.

Im Verhaltensbereich Rauchen geht es darum, ein sehr weit verbreitetes Verhalten in der Bevölkerung abzubauen: im Idealfall auf Null (Entwöhnung).

Im Verhaltensbereich Alkoholkonsum geht es darum, Mißbrauchsverhalten zu verhüten, ohne daß jedoch das Ziel besteht, jeglichen Alkoholkonsum zu verhindern (Lernen bzw. Gewöhnung des kontrollierten Alkoholkonsums).

Während in den vorgenannten Bereichen eine Einschränkung des Verhaltens erwartet wird, liegt im Verhaltensbereich Vorsorgemaßnahmen der - in der Gesundheitsbildung seltenere - Fall vor, daß eine Erweiterung bestehenden Verhaltens angestrebt wird (positives Verhaltensangebot).

Nach der Nennung der konkreten Themen und wichtiger Einzelaspekte lassen sich die Zielsetzungen der Untersuchung wie folgt zusammenfassen:

- 1) Es sollte eine möglichst breite Bestandsaufnahme verfügbarer Untersuchungen mit dem Ziel der Beantwortung der vorgegebenen Fragen erfolgen.
- 2) Die in diesem Zusammenhang ermittelten Ergebnisse und Hypothesen sollten so gebündelt und verfügbar gemacht werden, daß sie für spätere Planungen und Detailfragen leicht zugänglich sind.

- 3) Erkennbare Forschungslücken sollten benannt werden, um eine Orientierung für die weitere Forschungsarbeit der BZgA zu geben.

Diese Zielsetzungen beinhalten einen forschungskritischen Aspekt. Die Bewertung vorliegender Ergebnisse aus der Sicht der praxisorientierten BZgA muß gleichzeitig Auskunft darüber geben, inwieweit die Forschung effektiv zur Lösung gesellschaftlicher Probleme im Bereich der Gesundheitsbildung beiträgt.

1.5 Besonderer Charakter und Aussagekraft der Untersuchung

Von gewohnten Sekundäranalysen oder Aufarbeitungen wissenschaftlicher Forschungsbereiche unterscheidet sich die vorliegende Untersuchung in mehreren Hinsichten. Sie ist nicht so sehr "Bestandsaufnahme der Forschung" im traditionellen Sinne, sondern eher eine Auswertung der Forschung im Hinblick auf ihren Beitrag zur Beantwortung praktischer Fragen.

Der Breite der einbezogenen Materialien wurde der Vorzug gegeben gegenüber der Vollständigkeit (ein Anspruch, der heute in den Verhaltensbereichen Alkoholkonsum und Rauchen ohnehin nicht einzulösen ist).

Die zeitliche (ca. 9 Monate) und kostenmäßige Begrenzung der Untersuchung führt zu einem weiteren pragmatischen Selektionskriterium. Dieses Kriterium ist jedoch nicht unbedingt als Mangel zu bezeichnen. Was - Qualifikation und Arbeitsintensität der Bearbeiter vorausgesetzt - nicht in einem solchen Zeitraum zu ermitteln und zu verarbeiten ist, muß in gewisser Hinsicht als nicht existent angenommen werden. Schwer zugängliche, nicht publizierte oder geheimgehaltene Untersuchungen sind de facto irrelevant für die Gesundheitsbildung. Der Vorwurf der Vernachlässigung ist in diesem Fall weniger Politikern

und Praktikern als vielmehr den Produzenten von Untersuchungen und Ergebnissen zu machen. Denn es ist unvorstellbar und wenig wünschenswert, notwendige Entscheidungen und Maßnahmen immer so lange aufzuschieben, bis im traditionellen Sinne umfassende Bestandsaufnahmen vorliegen (zwischen 3 und 10 Jahren Bearbeitungszeit). Zudem erscheint es mehr als fraglich, ob solche extensiven Sekundäranalysen für politische und praktische Zwecke wesentlich aussagekräftiger werden. In der vorliegenden Untersuchung wurden mehrere solcher Sekundäranalysen erfaßt.

Die Vorgehensweise wird im nächsten Abschnitt näher beschrieben. Bereits hier ist jedoch anzumerken, daß aufgrund der ermittelten Forschungssituation die Analyse des Zustandes der Forschung in den untersuchten Bereichen eigenständiger Ergebnisteil werden mußte (siehe Ergebnisteil A). Auch in dieser Hinsicht unterscheidet sich die vorliegende Untersuchung von gewohnten Sekundäranalysen.

Insgesamt gesehen kann unterstellt werden, daß durch die gewählte Methode und praktische Vorgehensweise die, aus der Sicht der aktuellen Fragen, relevanten Ergebnisse weitgehend ermittelt wurden.

2. Ablauf der Untersuchung und Darstellung der Ergebnisse

2.1 Ablauf der Untersuchung

Innerhalb der gesetzten Fristen sollten folgende Aufgaben erledigt werden:

- a) Sammlung aller erreichbaren Untersuchungen und wissenschaftlichen Materialien zu den Themenbereichen (s. auch Punkt 2.2).
- b) Analyse und Aufbereitung der ermittelten Ergebnisse und Hypothesen.
- c) Kritische Bewertung der gesammelten Ergebnisse im Hinblick auf ihre Zuverlässigkeit, Gültigkeit und Relevanz für Maßnahmen der Gesundheitsbildung.
- d) Erarbeitung von Schlußfolgerungen im Hinblick auf mögliche Strategien der Gesundheitsbildung.

Die Darstellung aller Ergebnisse sollte soweit wie vertretbar in allgemein verständlicher Sprache erfolgen, um für die geplanten Zwecke praktisch nutzbar zu werden.

Diese Aufgaben wurden mit folgender Strategie angegangen:

- o Es wurde ein Team von 5 ständigen Projektbearbeitern gebildet. Jeder Projektbearbeiter hatte einen speziellen Schwerpunkt, innerhalb dessen möglichst viele Materialien zu sammeln waren. Von diesen Mitarbeitern wurden weitere Hilfskräfte für Recherchen und Sammelarbeiten eingesetzt, um die Arbeitskapazität möglichst stark auf Analyse und Aufbereitung konzentrieren zu können.
- o Neben der ständigen Sammel- und Analysearbeit wurden ständige Diskussionsrunden aller Teammitglieder durchgeführt,

um den Austausch über den jeweiligen Stand der Arbeiten zu ermöglichen, gegenseitige Anregungen zu vermitteln und die "Betriebsblindheit" durch Konzentration auf ein Thema zu reduzieren. Wichtige Aufgabe dieser Runden war außerdem, theoretische Bezüge und die Verknüpfung zwischen den Bereichen ständig zu prüfen und weiterzuentwickeln.

- o Soweit dies erforderlich und möglich war, wurde Kontakt zu einzelnen Experten für die jeweiligen Gebiete aufgenommen. Ziel war dabei, einerseits weitere Quellen zu erschließen (Schneeballsystem), andererseits, diese Experten mit dem jeweiligen Stand der Arbeiten zu konfrontieren, um Anregungen für das weitere Vorgehen zu erhalten.
- o Literaturhinweise wurden kontinuierlich aufbereitet und Einzelergebnisse in Thesenform gesammelt. Das Gliederungsraster für diese Thesensammlung wurde in den Diskussionsrunden erarbeitet. Zum Abschluß der Sammelarbeit wurden diese Einzelthesen nochmals überarbeitet.
- o Abschluß der Arbeiten war
 - a) Erstellung des vorliegenden übergreifenden Berichtes.
 - b) Zusammenstellung bereichsspezifischer Einzelergebnisse in Thesenform.
 - c) Zusammenstellung eines Verzeichnisses ausgewählter Quellen mit Abstracts und Dokumentation wichtiger Quellen.

Die Teile b) und c) bilden einen Fundus, aus dem bei konkretem Bedarf nach Einzelinformation Ergebnisse abgerufen werden können. Diese Teile sind redaktionell und technisch (EDV-Textverarbeitung) so angelegt, daß eine Modifikation und Ergänzung jederzeit mit geringem Aufwand möglich ist.

2.2 Art der in die Untersuchung einbezogenen Materialien

Entsprechend der angefallenen Menge und Verfügbarkeit handelt es sich vorwiegend um Materialien aus der sogenannten wissenschaftlichen Forschung. Ergänzend wurden jedoch folgende Materialgruppen einbezogen.

- o Material aus der sogenannten angewandten Forschung, wie sie z.B. von der BZgA aber auch von speziellen Interessengruppen (Industrie!) betrieben wird.
- o Meldungen und Berichte in Zeitungen und Zeitschriften, soweit sie sich auf Untersuchungen oder Ergebnisse in den untersuchten Teilbereichen bezogen.

Diese Erweiterung erschien vor allem aus zwei Gründen sinnvoll und legitim:

- a) Auch oder gerade spezielle Interessengruppen beschäftigen sich mit der Beeinflussung von Verhalten. Die Intention mag zwar gegenläufig zu der der BZgA sein, falls hieraus jedoch Erkenntnisse über Art und Möglichkeiten der Verhaltensbeeinflussung resultieren, gelten diese in gleichem Maße für inhaltlich entgegengesetzte Strategien.
- b) Die angewandte Forschung muß sich aus der Intention der Auftraggeber heraus mit komplexeren und praxisnäheren Fragen befassen, als dies im wissenschaftlichen Bereich der Fall ist. Wie auch die vorliegende Untersuchung bestätigt, mögen die wissenschaftlichen Materialien oft eher gewissen wissenschaftlichen Normen genügen. Dieser Tatbestand führt jedoch häufig zu einer Realitätsferne und zu einem Mangel an Prognosekraft für komplexes Verhalten in der gegebenen Umwelt.

Insgesamt wurde versucht, Materialien, die sich auf die Bundesrepublik beziehen, möglichst vollständig einzubeziehen. Darüber hinaus

wurden schwerpunktmäßig Arbeiten aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum einbezogen, soweit sie unter dem Aspekt der Gültigkeit und Übertragbarkeit relevant erschienen. Andere Quellen wurden nachverfolgt, wenn sich aus der aufgearbeiteten Literatur entsprechende Hinweise ergaben.

Literaturverzeichnis bzw. Quellendokumentation enthalten nur einen Teil der erfaßten Materialien. Durch das oft übliche Aufführen möglichst vieler Titel wird u.E. die praktische Nutzung eher gehemmt als gefördert. Auch aus inhaltlicher Sicht (vgl. Ergebnisteil A) muß man zu dem Schluß kommen, daß die "wissenschaftliche Pflichtübung" möglichst vieler Zitate und Quellenverweise in keiner vernünftigen Relation zu tatsächlichem Wert der Untersuchungen steht.

2.3 Gewichtung einzelner Untersuchungsbereiche

Entsprechend der Menge und Qualität verfügbaren Materials ergibt sich eine Gewichtungsrangfolge bei der Analyse der drei zentralen Verhaltensbereiche. In den Feldern Rauchen und Alkoholkonsum lag außerordentlich viel und vielfältiges Material vor. Im Bereich Vorsorgemaßnahmen war die Materialbasis sehr unzureichend. Zwar korrelierte die Menge des Materials nicht immer mit der Qualität und Aussagekraft im Hinblick auf Fragen der Gesundheitsbildung, dennoch wurden die Gewichte der Untersuchungsbereiche durch die Materialsituation geprägt.

II ERGEBNISTEIL A

Der Zustand der Forschung in den untersuchten Bereichen

Für den Praktiker spielt die Forschung die Rolle des Experten oder Ratgebers. Ergebnisse und Erkenntnisse aus der Forschung sollen helfen, den Zustand und Tendenzen individueller und gesellschaftlicher Entwicklungen besser zu verstehen und zu beurteilen. Sie sollen die Planung und Durchführung notwendiger Maßnahmen sicherer und effizienter machen.

Unabhängig von wissenschaftstheoretischen und ideologischen Positionen müssen Forschungsergebnisse diesen Anspruch erfüllen können, da die damit verbundenen Ziele erklärtes Anliegen von Psychologie, Soziologie und Sozialpsychologie sind.

Ausgangspunkt und Anlaß der vorliegenden Untersuchung war die Feststellung, daß in den hier berührten Verhaltensbereichen die Forschung ihre Rolle nur sehr unzureichend erfüllt. Dieser Umstand ist nicht nur dem Praktiker aus seiner Arbeitssituation bekannt. Auch in der Öffentlichkeit kommt es bei der Diskussion der "einfachen Fragen" immer wieder zu der Feststellung, daß man eigentlich sehr wenig und nur unzureichend informiert sei¹⁾.

Geläufige Reaktionen auf diese Feststellung sind z. B.:

- o Die Ergebnisse lägen weitgehend vor, seien aber der Öffentlichkeit (noch) nicht verfügbar. In diesem Zusammenhang wird von Forschern einerseits und Politikern und Praktikern andererseits häufig angeführt, daß die Sprach- und Vermittlungsprobleme dringend der Verbesserung bedürfen.

oder

- o Die Ergebnisse könnten (noch) nicht vorliegen, weil das jeweilige Gebiet aus Mangel an Zeit, Geld, geeigneten Fragestellungen usw. unzureichend bearbeitet sei.

1) Vgl. z. B. die Antwort der Bundesregierung vom 21. 9. 1977 auf die Große Anfrage der CDU/CSU-Fraktion zum Thema "Alkohol- und Drogenmißbrauch und Kriminalität von Kindern und Jugendlichen" und die Beratung am 11. 11. 1977.

Beunruhigend ist, daß dieser Ablauf sich in schon lange etablierten und zumindest quantitativ umfänglich erforschten Bereichen (z. B. Alkoholkonsum) ständig wiederholt, ohne daß eine nachhaltige Verbesserung der Lage eintritt. Beunruhigend ist auch, daß selbst besonders forschungsintensive Institutionen wie die BZgA hier keinen befriedigenden Fortschritt erzielten¹⁾.

Um diesen Kreislauf "Informationsbedarf - thematisch orientierte Sekundäranalysen als Bestandsaufnahme - weiterhin ungedeckter Informationsbedarf" unterbrechen zu können, müssen auch Zustand und Vorgehensweise der Forschung näher beleuchtet werden. Alle einzelnen Einwände und Diskussionen führen nämlich nicht an der Erkenntnis vorbei, daß unüberschaubare Zahlen von Forschungsarbeiten in den Bereichen Alkoholkonsum und Rauchen vorliegen, daß kaum abschätzbare Zeiten qualifizierter Forscher investiert wurden und dennoch nur karge Fortschritte zu verzeichnen sind.

In den folgenden Abschnitten wird eine Analyse der Ursachen für die noch immer vorliegenden Informationsdefizite versucht. Gerade der nur thematisch interessierte Praktiker sollte diese Abschnitte nicht überschlagen: Nach Abschluß der Untersuchung besteht die begründete Vermutung, daß diese Ergebnisse zumindest gleichgewichtig zu denen in Ergebnisteil B zu sehen sind.

1) Diese Feststellung bezieht sich auf die Grundlagenprobleme im Bereich des Verhaltens. Ausdrücklich davon auszunehmen sind die bereichsunabhängigen Kommunikationsprobleme (Streuung, Wahrnehmungsverhalten, Kommunikative Effizienz von Medientypen usw.), wo zwischenzeitlich beachtliche Fortschritte und eine wesentliche Steigerung der praktischen Verwendbarkeit zu verzeichnen sind.

1. Erstes Problem:

Unterschiede zwischen erforschem und zu erklärendem Verhalten

1.1 Mangelhafte Beschreibung des zu erklärenden Verhaltens

Wenn der Gesundheitspolitiker von Rauchen, Alkoholkonsum und Vorsorgemaßnahmen spricht, hat er sehr lebens- und realitätsnahe Vorstellungen davon. Er meint das Verhalten in Situationen, wie es im öffentlichen und privaten Umfeld von jedermann gesehen und erlebt werden kann.

In den Fällen Rauchen und Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen ist diese Vorgabe im Prinzip hinreichend, denn es ist klar und zuverlässig unterscheidbar, ob jemand raucht bzw. nicht raucht oder ob jemand an einer Früherkennungsuntersuchung teilnimmt bzw. dies nicht tut.

Anders liegt der Fall im Bereich Alkoholkonsum. Gemeint ist hier in der Regel der mißbräuchliche Alkoholkonsum. Was aber mißbräuchlicher Umgang mit Alkohol ist und wie er sich im beobachtbaren Verhalten zeigt, ist zwar durch extreme und beispielhafte Fälle illustriert, aber nicht so klar vorgegeben, daß eindeutige Abgrenzungskriterien vorlägen. Die medizinisch fundierte Norm (nicht mehr als 80 gr. Alkohol pro Tag) ist nur eine Hilfsgröße. Mißbräuchlicher Umgang mit Alkohol wird u. a. auch durch die Motivation zum Trinken und psychische Abhängigkeit erklärt. Ein über jeden Tag des Jahres reichender täglicher Konsum von etwas weniger als 80 gr. Alkohol pro Tag als automatisierte Handlung ist aus medizinischer und gesundheitspolitischer Sicht wohl auch als Mißbrauch zu bezeichnen.

Zusätzlich kompliziert wird die Lage durch die Situationsabhängigkeit des Verhaltens. Auch geringerer Konsum kann im Verhaltensbereich Verkehr oder Beruf durchaus als mißbräuchlich eingestuft werden.

Auch wenn besondere Bedingungen bei einer Person vorliegen (Jugendliche, Schwangere, gleichzeitige Einnahme bestimmter Arzneimittel), sind andere Schwellen für Mißbrauch zu setzen als dies im "Normalfall" üblich ist.

Ähnlich schwierig ist die Situation bei der Beurteilung, ob Arzneimittel mißbräuchlich oder subjektiv als "Vorsorgemaßnahme" genutzt werden. Das bei Person A beobachtete Verhalten kann normal sein; das gleiche sichtbare Verhalten bei Person B kann aufgrund situationaler und subjektiv motivationaler Bedingungen als Mißbrauch einzustufen sein.

Kompliziert wird die Lage weiter durch den Umstand, daß unterschiedliche Interessengruppen durchaus verschiedene Vorstellungen dazu äußern, welches einzelne Verhalten aus gesundheitlicher Sicht als problematisch bzw. gesundheitsgefährdend einzustufen sei.

Im Ergebnisteil B wird hierauf noch näher einzugehen sein. An dieser Stelle soll nur die Konsequenz für die Forschung erwähnt werden, die besonders im Alkoholbereich auffällt: Wegen mangelnder Vorgaben differieren die verwendeten Maßstäbe für Alkoholmißbrauch so erheblich, daß ein Großteil der Untersuchungen weder untereinander vergleichbar ist noch eine direkte Verbindung mit dem aus gesundheitspolitischer Sicht interessierenden Verhalten aufweist.

1.2 Methodische Probleme bei Beobachtung und Analyse des Verhaltens

Verhalten wird methodologisch nicht in seiner ganzen Komplexität erfaßt, sondern es werden Meßgrößen bzw. Indikatoren entwickelt, mit deren Hilfe Verhalten größerer Personenzahlen erfaßbar und beschreibbar wird (Operationalisierung). Diese methodologisch unabdingbare Reduktion der Verhaltensbeschreibung auf Einzelindikatoren bringt selbst bei Einsatz komplexer Methoden eine Distanzierung zum von jedermann erlebten Verhalten mit sich, die bei einem Großteil der untersuchten Studien zu einer unüberbrückbaren Realitätsferne führt.

Teils aus methodischen, teils auch aus ethischen Gründen haben viele Untersuchungen zudem experimentellen Charakter. Auch hier ist die

Distanz zur Lebensrealität oft unüberbrückbar. In vielen Fällen wird sogar neues und nur im experimentellen Zusammenhang mögliches Verhalten provoziert.

Diese Probleme wären weniger gravierend, wenn ein theoretisches Bezugssystem vorläge, innerhalb dessen die ermittelten Befunde eingeordnet oder interpretiert werden könnten. Dies ist aber leider nur selten der Fall (siehe auch Abschnitt 2).

So kommt es, daß trotz über 40jähriger extensiver Forschung im Verhaltensfeld Alkoholkonsum bis heute weder das Trinkverhalten noch Alkoholmißbrauch als besondere Form des Trinkverhaltens hinreichend erforscht sind. Alkoholmißbrauch und Alkoholismus sind nicht einmal in ihrem quantitativen Ausmaß zuverlässig erforscht.

2. Zweites Problem: Theoriedefizit und Realitätsferne der Untersuchungsmodelle

Der unterschiedliche theoretische Bezugsrahmen verschiedener Untersuchungen wird in nahezu allen vorliegenden Sekundäranalysen beklagt. Er führt in der Tat dazu, daß verschiedene Untersuchungsergebnisse im gleichen Problemfeld häufig nicht vergleichbar sind. Die Daten in allen untersuchten Bereichen haben einen ausgesprochen unzusammenhängenden Charakter.

Weit schlimmer als diese Unterschiedlichkeit ist jedoch, daß letztlich keiner der früheren und heutigen theoretischen Bezugsrahmen geeignet ist zur

- o realitätsnahen Beschreibung des Verhaltens
- o Erklärung der Ursachen des Verhaltens
- o Vorhersage von Verhaltensänderungen nach Beeinflussung durch bestimmte Maßnahmen.

Im Bereich Vorsorgemaßnahmen sind die Begriffe zur Beschreibung des gemeinten Verhaltens teilweise verfügbar. Es konnten jedoch keine Untersuchungen gefunden werden, die sich in systematischer und übergreifender Hinsicht mit der Beschreibung und Erklärung dieser Verhaltensweisen beschäftigen.

Im Bereich Rauchen existieren hinreichend genaue Beschreibungen des Verhaltens. Ein Großteil früherer Theorien zur Erklärung der Ursachen wurden in den letzten Jahren aufgearbeitet und als wenig wirksam beurteilt. Das neuere Verhaltensmodell zur Erklärung von Auslösung, Verursachung und Lernen des Rauchens erweist sich in Teilbereichen als hinreichend und zur Planung bestimmter Maßnahmen geeignet. Aber auch hier bleibt letztlich unbeantwortet, weshalb Personen mit vergleichbaren Biographien und Lebenssituationen teils Raucher werden, teils aber nicht. Das für Individualtherapie brauchbare Modell erweist sich als weniger praktikabel zur Vorhersage von Verhaltensänderungen in der Gesamtbevölkerung.

Im Bereich Alkoholkonsum liefern allenfalls die von der Industrie initiierte Konsumforschung und wenige neuere Repräsentativerhebungen der BZgA und des Arbeitskreises Alkohol Beschreibungen des Konsumverhaltens. Von einer systematischen Alkoholmißbrauchsforschung kann nicht gesprochen werden. Auch wurde kein theoretischer Bezugsrahmen gefunden, der hinreichend genaue Ansätze zur Erklärung der Ursachen von Alkoholmißbrauch oder zur Prognose von Entwicklungen in der Gesamtbevölkerung ermöglicht. Ähnlich wie im Bereich Rauchen ist es nicht gelungen, eine Erklärung dafür zu finden, weshalb Personen mit vergleichbarer Biographie teils Alkoholmißbrauch betreiben, teils aber nicht.

Diese desolate Situation wurde erst richtig deutlich, als auch in "normalen" Bevölkerungsgruppen erhebliche Mißbrauchs- und Gefährdungsquoten nachgewiesen wurden. Alkoholismusforschung unter psychosozialen Aspekten beschäftigte sich aber traditionell eher mit psychosozial oder ökonomisch gehandicapten Gruppen sowie mit in Heilanstal-

ten erfaßten Alkoholikern. Die lange und auch noch heute in der Öffentlichkeit akzeptierten Erklärungen von Alkoholismus und Alkoholmißbrauch als "Randgruppenphänomen" sind nicht mehr haltbar, wenn feststeht, daß Alkoholmißbrauch in allen sozialen Schichten in etwa gleich stark anzutreffen ist.

Zusammenfassend ist festzuhalten: Befriedigende theoretische Bezugsrahmen zur Erklärung der Ursachen in den hier untersuchten Verhaltensbereichen gibt es nicht. Bis auf den Bereich Rauchen existiert nicht einmal ausreichendes Basismaterial zur Klärung der Frage, wie häufig aus gesundheitspolitischer Sicht unerwünschte Verhaltensweisen in der Bevölkerung anzutreffen sind.

Weit verbreitete theoretische Überlegungen und daraus abgeleitete Untersuchungsmodelle sind realitätsfern.

3. Drittes Problem:

Einseitige Forschungsziele und qualitative Mängel von Untersuchungen und Berichterstattung

Die längste Forschungstradition und die größte Fülle an Untersuchungen jeglicher Art lag im Verhaltensbereich Alkoholkonsum vor. Zur Zeit dürften hier weltweit jährlich zwischen 1.500 und 3.000 Untersuchungen der verschiedensten Art publiziert werden, die Mehrzahl davon in Fachzeitschriften.

Geht man davon aus, daß die in unsere Analyse einbezogenen Aufarbeitungen vorliegender Materialien die jeweiligen Untersuchungen sorgfältig ausgewertet haben, so wurde hier das konzentrierte Wissen aus über 10.000 Untersuchungen erfaßt.¹⁾

1) Allein im Standardwerk "Actions of Alcohol 1970" haben die Autoren Wallgreen und Barry mehr als 3.600 Untersuchungen zitiert. Eine weit größere Anzahl haben sie in jahrelanger Arbeit persönlich gelesen und ausgewertet.

Die Frage, weshalb dennoch so wenige für die Gesundheitsbildung relevante Erkenntnisse resultieren, beantworten einige Wissenschaftler selbst. In 2 Sekundäranalysen über mehr als 300 Untersuchungen aus den Jahren 1973 und 1974¹⁾ mußten bei näherer Betrachtung über 75% der zunächst gesammelten Untersuchungsberichte ausgeschieden werden. Einige Gründe:

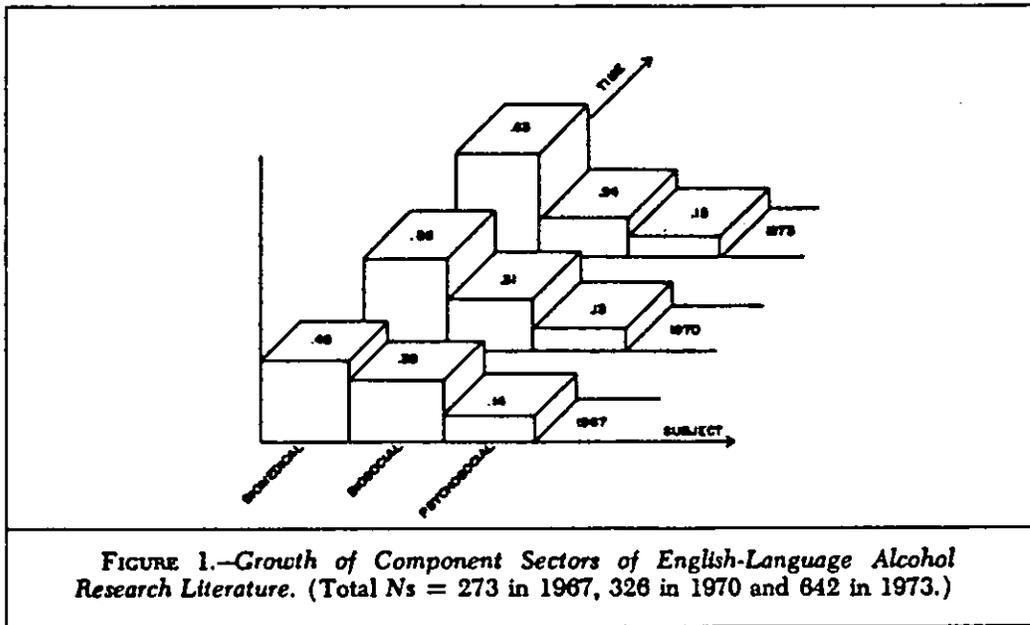
- o Unklare Beschreibung der Zielsetzung
- o Fehlende Stichprobeninformationen oder offensichtliche Stichprobenfehler
- o Unklarheiten oder Fehler im Bereich der Operationalisierung und Analyse

Damit ist noch nicht nach dem Kriterium selektiert, inwieweit diese Arbeiten überhaupt Verbindung zu einem theoretischen Bezugsrahmen haben oder zu Fragen aus dem Bereich der Gesundheitsbildung Relevantes beizutragen vermögen.

Letztere Frage wurde gleichfalls von Fachkollegen sorgfältig analysiert. In einer Untersuchung aus dem Jahre 1977 (Moll and Narin) wurden Struktur und Charakteristika aller in über 50 angesehenen Fachzeitschriften publizierten Forschungsberichte aus den Jahren 1967-1973 analysiert. Aus 3 Stichprobenjahren (1967, 1970, 1973) wurden insgesamt 4.702 Publikationen aus 1.093 Heften gesondert ausgewertet, um Entwicklungen zu erkennen.

Die folgende Ergebnisdarstellung für englischsprachige Artikel zeigt in sehr plastischer Art ein Problem der Alkoholforschung:

1) Levine et al. (1973), Perrine 1974



Bei mehr als verdoppelter Anzahl wird das Übergewicht biomedizinischer Arbeiten immer stärker. Biosoziale und psychosoziale Arbeiten nehmen relativ ab, obwohl doch die gesellschaftliche Verankerung und Brisanz des Alkoholproblems unbestritten ist.

Nur am Rande sei vermerkt, daß Moll und Narin insgesamt 37.400 Literaturangaben auf ihre Herkunft hin verfolgten. In dieser Analyse ergab sich in einer Auswertung nach Herkunftsländern, daß die Bundesrepublik Platz 3 hinter den USA und England einnimmt.

"Ob die wachsende biomedizinische Schwerpunktbildung in der Alkoholforschung durch Zufall oder Planung entsteht und ob diese Schwerpunktbildung wünschenswert ist, sind Fragen, die von den Gesundheitspolitikern am 'National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism' überdacht werden sollten."¹⁾

1) Letzter Satz der Untersuchung von Moll and Narin.
Eigene Übersetzung

Mit Absicht wurden diese Ergebnisse breiter dargestellt. Sie beleuchten in eindrucksvoller Weise drei für die vorliegende Untersuchung wichtige Aspekte:

- 1) Sinn und Nutzen traditioneller Sekundäranalysen mit dem ausschließlichen Ziel der Sammlung und Darstellung vorliegender Ergebnisse wird ernsthaft in Frage gestellt.
- 2) Fehlentwicklungen und Mängel von Untersuchungen im Alkoholbereich werden klar aufgezeigt.
- 3) Es wird deutlich, wie stark sich die wissenschaftliche Forschung (die Mehrzahl stammte aus dem universitären Bereich, eine beachtliche Minderheit aus Kliniken und Heilstätten) von den brennenden praktischen Fragen entfernt hat: durch Wahl der Forschungsziele, durch eine unzumutbare Publikationspraxis und schließlich auch durch "Kunstfehler" im Forschungsbereich.

Für die Forschungspolitik als relevantem Teil der Gesundheitspolitik müßten hier Konsequenzen gezogen werden, um die Chance zur Verbesserung des Erkenntnisstandes zu erhöhen.

4. Viertes Problem:

Unzureichende Erfassung des Spektrums motivierender Faktoren

Eigenartigerweise befassen sich in allen Untersuchungsbereichen die Arbeiten kaum mit der Frage, ob alle das Verhalten beeinflussenden bzw. motivierenden Faktoren bisher berücksichtigt wurden oder zumindest die wichtigsten.

Das Leitthema der vorliegenden Untersuchung: "Die Ersetzbarkeit von Motiven in speziellen Bereichen der Gesundheitsbildung", setzt

eine solche Katalogisierung voraus.

Es ist hier nicht der Raum für eine breite Aufarbeitung der unterschiedlichen theoretischen Ansätze zur Erklärung der Verursachung von Verhalten. Nur folgende Anmerkungen seien gemacht:

- 1) Die Mehrzahl der erfaßten Untersuchungen basiert explizit oder implizit auf der Annahme, daß man Verhalten aufgrund angeborener und (besonders im Verlauf der Sozialisation) erworbener Persönlichkeitseigenschaften erklären und prognostizieren könne. Man versucht z. B. die "Raucherpersönlichkeit" oder "Trinkerpersönlichkeit" zu lokalisieren und zu beschreiben.

Traditionelles Vorgehen ist dabei, möglichst viele Personenmerkmale (Wissen, Einstellungen, Verhaltensweisen, Zustandsmerkmale, biographische Merkmale) zu erfassen und diese mit Hilfe unterschiedlichster Methoden mit dem zu erklärenden Verhalten in Verbindung zu bringen.

Diese Analyseverfahren sind oft aufwendig und methodologisch eindrucksvoll. Ein durchschlagender Erfolg bei der Erklärung und Prognose von Verhalten war jedoch bisher nicht zu verzeichnen.

- 2) Theorien des Verhaltens und des sozialen Lernens gehen einen entscheidenden Schritt weiter: Sie beziehen die Situation, in der Verhalten stattfindet, in die Untersuchung ein. Das Verhalten steht im Mittelpunkt. Personale und Situationsmerkmale werden daraufhin untersucht, inwieweit sie die Wahrscheinlichkeit des Verhaltens fördern oder hemmen. Auch soziale Bedingungen werden theoretisch einbezogen. In der Untersuchungspraxis werden sie de facto jedoch meist ausgeklammert. Ursache hierfür sind nicht zuletzt Meßprobleme: Es

besteht ein ausgesprochener Mangel an geeigneten Meßverfahren für Faktoren, die nicht an der Person selbst zu erheben sind.

Beispiel: Die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen ist sicher auch abhängig davon, welche Zeit und Mühe zum Aufsuchen der entsprechenden Stellen aufzuwenden ist oder ob eine solche Stelle in realistischer Distanz zur Wohnung existiert.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß systematische Katalogisierung von motivierenden Faktoren im weitesten Sinne bisher nicht vorliegt. Bevorzugt werden solche Faktoren vernachlässigt, die schwierig oder nicht meßbar sind. Durch die Konzentration auf oft beschriebene und mehr oder weniger präzise meßbare Faktoren ist natürlich keinesfalls sichergestellt, daß diese die wichtigsten sind.

5. Schlußfolgerungen und Grundannahmen für das weitere Vorgehen

Soweit Erklärungsmodelle zu den untersuchten Verhaltensbereichen vorliegen, sind sie für Fragestellungen der Gesundheitsbildung wenig geeignet. Am ehesten als Startpunkt für das weitere Vorgehen sind u. E. Theorien des Verhaltens und des sozialen Lernen geeignet. Wichtige Grundannahmen (die auch von anderen theoretischen Ansätzen nicht bestritten werden) sind:

- o Jedes Verhalten ist motiviert. Der Motivationsbegriff ist jedoch nicht ausschließlich persönlichkeitsorientiert zu verstehen. Motivierende Kraft im Sinne der Förderung oder Hemmung einer Verhaltenswahrscheinlichkeit haben auch Einflußfaktoren aus gegenständlicher und sozialer Umwelt und aus der Gesellschaft.

- o Verhalten ist nicht als Personenmerkmal, sondern als Situationsmerkmal zu verstehen. Das heißt, jedes Verhalten findet in bestimmten Situationen statt. In diesen Situationen sind alle motivierenden Faktoren mehr oder weniger stark repräsentiert. Beispiel: Selbst bei einem starken Gewohnheitsraucher mit schematisiertem Verhalten können Situationen herbeigeführt werden, wo dieses Verhalten zumindest zeitweise nicht stattfindet (z. B. eine Konferenz mit Rauchverbot oder Rücksicht auf eine kranke Person).
- o Verhalten wird gelernt. Rauchen, Alkoholkonsum und vorsorgliches Verhalten können als gelernter Antrieb betrachtet werden. Die Art und Intensität des Lernens sowie der Grad der Schematisierung des gelernten Verhaltens (Habitualisierung) ist in der Regel der wichtigste motivierende Faktor in einer Situation.
- o *Erbliche und physiologische Einflußfaktoren spielen in allen untersuchten Bereichen nur eine geringe Rolle als motivierende Kraft. Nur in extremen Fällen (z. B. Sucht nach Alkohol) und in der individuellen Wirkung von Nikotin und Alkohol sind sie als Faktor nachweisbar.*
- o Wenn Verhalten in erster Linie ein Situationsmerkmal ist (in dem der gelernte Antrieb allerdings einer der wichtigsten Faktoren ist), dann kann eine Verhaltensänderung grundsätzlich durch beliebige Situationsveränderung, d. h. Veränderung der Präsenz und Intensität der in einer Situation wirksamen motivierenden Faktoren bewirkt werden. Hierzu sei angemerkt, daß letztlich alle erfolgreichen Ansätze zur Verhaltensänderung auf einer Veränderung der Situation beruhen. Sei es, daß sie primär am gelernten Antrieb einer

Person ansetzen (Entwöhnung oder Lernen neuen Verhaltens), sei es, daß sie die Umwelt radikal verändern (Einweisung in eine Heilanstalt), sei es, daß sie die Wahrnehmung der Situation seitens der Person beeinflussen (Information, Sensibilisierung der Wahrnehmung).

- o Gleichzeitig steht jedoch auch fest, daß der Einflußfaktor "gelernter Antrieb" außergewöhnlich rigide gegenüber direkten oder mittelbaren (Änderung anderer Situationsmerkmale) Versuchen der Veränderung ist. Die relativ besten Einflußmöglichkeiten bestehen in den Phasen der Sozialisation. Einflußmöglichkeiten von außerhalb der Familie sind jedoch enge Grenzen gesetzt, da hier auch die Verhaltensweisen der Erziehungspersonen beeinflußt werden müßten.

Entscheidend für die Einordnung und das Verständnis vorliegender Forschungsbefunde ist die Abwendung von der Vorstellung, daß in der Individualbetrachtung gültige Verhaltensprognosen aufgrund von Personenmerkmalen möglich sind. Diese Möglichkeit kann in den hier untersuchten Bereichen als widerlegt gelten.

Erfolgversprechender, der Realität und allgemeinen Lebenserfahrung entsprechender ist das Konzept einer Verhaltenswahrscheinlichkeit. Mehr oder minder viele in einer Situation präsente motivierende Faktoren üben fördernden oder hemmenden Einfluß auf das Zustandekommen bzw. Nichtzustandekommen von Verhalten wie Rauchen, Alkoholmißbrauch oder vorsorgliche Verhaltensweisen aus.

In die Analyse der Verhaltenswahrscheinlichkeiten müssen alle denkbaren motivierenden Faktoren eingeschlossen werden, unabhängig davon, ob sie an Personen meßbar sind oder nicht.

Die daraus resultierenden Verhaltensprognosen sind keine Prognosen für bestimmte Individuen, sondern für einen Anteil der Bevölkerung, der dieses Verhalten zeigen wird.

Weiterhin muß man sich von der Vorstellung lösen, daß Rauchen, Alkoholkonsum und vorsorgliche Verhaltensweisen einheitliche oder eindeutige Verhaltensweisen sind. Das "Rauchen" gibt es ebensowenig wie die "Raucherpersönlichkeit". Jede der untersuchten Verhaltensweisen weist eine mehr oder weniger große Vielfalt von Variationen auf. Entscheidende Kriterien für die Variabilität von Verhalten sind:

1) Beobachtbare Verhaltensvarianten

Im Bereich Alkoholkonsum existiert eine nie systematisch untersuchte Vielfalt von Arten, wie und welche Alkoholika konsumiert werden. Im Bereich Rauchen ist diese Vielfalt begrenzter, aber noch immer beachtlich. Im Bereich Medikation als Quasi-Vorsorgemaßnahme ist wieder eine große Vielfalt von Verhaltensvarianten zu vermuten, obwohl es hier praktisch keinerlei empirischen Beleg gibt. Lediglich das Verhalten "Teilnahme an einer bestimmten Vorsorgeuntersuchung" ist einheitlich zu beschreiben.

2) Subjektive Bedeutungsvariabilität von Verhalten

Insbesondere der Alkoholkonsum, aber auch Rauchen, Medikation und Vorsorge können eine große Vielfalt verschiedener Motivationen und Bedürfnisse befriedigen. Das gleiche beobachtete Verhalten bei Person A kann von dieser völlig anders verstanden und "benutzt" werden als bei Person B.

Beispiel: Person A trinkt einen neu komponierten Cocktail, weil er ihr schmeckt und es außerdem modisch ist ("In-Sein"); Person B trinkt den Cocktail in

der gleichen Situation, um den Gastgeber nicht zu verletzen, obwohl er ihr weder gut schmeckt noch Person B Wert darauf legt, "In" zu sein.

3) Situational bedingte Variabilität

Gleiches Verhalten der gleichen Person kann in unterschiedlichen Situationen unterschiedliche instrumentelle Funktionen haben. Die Zigarette nach dem Essen ist ein anders motiviertes Verhalten als die angebotene Zigarette auf einer Party. Im Bereich Alkoholkonsum variiert das beobachtbare Verhalten einer Person in unterschiedlichen Situationen.

4) Schematisiertes Verhalten

Wenn sich Verhalten von der motivationalen Grundlage löst und gleichsam nur Reaktion auf einen Auslöser ist (unbewußter Griff zur Zigarette, wenn der "Nebenmann" sich eine anzündet), spricht man von schematisiertem Verhalten oder auch Habitualisierung. Das Verhalten einer Person kann teils schematisiert, teils motiviert sein. Bei Überwiegen des schematisierten Verhaltens kann man von Gewöhnung oder Abhängigkeit sprechen.

Es ist erstaunlich, in welchem geringem Ausmaß sich die Forschung bisher mit der Vielfalt und Variabilität des Verhaltens befaßt hat. Bei differenzierter Betrachtung läßt sich der Mißerfolg vieler Maßnahmen der Gesundheitsbildung u. a. darauf zurückführen, daß dieser Aspekt vollkommen vernachlässigt wurde.

In dem hier zugrundeliegenden Modell der Analyse motivierender Faktoren unter Berücksichtigung der Verhaltensvielfalt ergeben sich neue Strategiealternativen im Hinblick auf die Beeinflußbarkeit oder Ersetzbarkeit von Motiven im Bereich der Gesundheitsbildung.

III ERGEBNISTEIL B

Kurzfassung der Bestandsaufnahme in einzelnen Bereichen

Die folgende Kurzfassung basiert auf den Ergebnissen der Analysen in einzelnen Bereichen. Sie gibt naturgemäß kein vollständiges Bild mit allen Einzelheiten. Ziel der Zusammenfassung ist vielmehr, nur die "harten" Befunde zu präsentieren, die nach Analyse und Bewertung als abgesichert und relevant für die Fragen der Gesundheitsbildung gelten können. Die Kürze der Darstellung gegenüber gewohnten Sekundäranalysen erklärt sich überwiegend aus dem im Ergebnisteil A beschriebenen Zustand der Forschung. Auch ist das Anliegen dieser Darstellung, einen gerafften Überblick zu vermitteln, der bei spezifischen Interessensepunkten in den Detailbänden (Ergebnis- und Hypothesenkataloge) vertieft werden kann. In Teil IV (Schlußfolgerungen) werden zur Veranschaulichung weitere Einzelheiten dargestellt.

Das Gliederungskriterium für alle untersuchten Bereiche ist identisch. Durch die unterschiedliche Inhaltsfülle einzelner Gliederungspunkte (= Typen motivierender Faktoren) wird in der vergleichenden Betrachtung deutlich, wo Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den untersuchten Bereichen vorliegen.

Verstärkt werden Befunde hervorgehoben, die nach Meinung der Autoren neu sind und/oder weitverbreiteten Ansichten widersprechen.

1. Verhaltensbereich Rauchen unter besonderer Berücksichtigung des Themas Frauen und Rauchen

Nach Abschluß der Untersuchung ergibt sich der Befund, daß die Teilproblematik Frauen und Rauchen nur hinsichtlich einzelner Aspekte gesonderter Betrachtung bedarf. Die Ergebnisse werden deshalb nur dort differenziert, wo abgesicherte Befunde dies erfordern.

1.1 Beschreibung des gemeinten Verhaltens

Die Untersuchung befaßt sich mit dem Rauchen von Zigaretten. Dieses Verhalten ist eindeutig und direkt zu beobachten. Sinnvolles Differenzierungskriterium zwischen beobachteten Verhaltenstypen ist insbesondere:

- o Die Gesamtzahl der täglich gerauchten Zigaretten, die gleichzeitig Aufschluß über den Grad der Gewöhnung gibt.

Erfahrungsgemäß ist dieses Verhalten sowohl durch Beobachtung wie auch durch Befragungsverfahren hinreichend gut und zuverlässig zu ermitteln.

1.2 Das quantitative Ausmaß des Verhaltens und Entwicklungstrends

Ca. 36% aller Erwachsenen ab 14 Jahren sind Zigarettenraucher. Im Jahr 1977 wurden 129 Milliarden Zigaretten geraucht. Dies entspricht etwa 6.000 Stück pro Raucher und pro Jahr. Die durch die Tabaksteuererhöhung im Jahr 1977 erlittene Einbuße der Zigarettenindustrie scheint sich im Jahr 1978 wieder auszugleichen.

Der seit einigen Jahren stagnierende bzw. leicht rückläufige Raucheranteil in der Gruppe der Männer wird kompensiert durch steigende

Raucheranteile in der Gruppe der Frauen. Zahlen aus den USA und Großbritannien zeigen ähnliche Entwicklungen auf.

1.3 Differenzierung nach Bevölkerungsgruppen und Verhaltenstypen

51% der Männer (= 15,1 Millionen Personen) und 22% der Frauen (= 7,1 Millionen) sind Raucher. Als starke Raucher mit einem regelmäßigen Konsum von mehr als 10 Zigaretten pro Tag werden 28% aller Männer (= 8,3 Millionen Personen) und 12% aller Frauen (= 3,9 Millionen Personen) ermittelt. Dies entspricht etwa 20% der Gesamtbevölkerung.

Der Raucheranteil bei Frauen wird weiter zunehmen. Deutlicher Indikator dafür ist, daß bei Mädchen zwischen 10 und 19 Jahren der Raucheranteil in den letzten 10 Jahren um die Hälfte anstieg, während er bei gleichaltrigen Jungen im gleichen Zeitraum relativ konstant blieb.

Der Raucheranteil in der Gruppe der Männer steigt in der Altersklasse 20-29 Jahre steil an und bleibt mit einem Spitzenwert von ca. 70% relativ konstant bis zur Altersgruppe 50-59 Jahre. Dann fällt er steil ab.

Der Raucheranteil in der Gruppe der Frauen steigt gleichfalls in der Altersklasse 20-29 Jahre steil an und hat dort auch seinen Spitzenwert (45%), um dann kontinuierlich abzufallen.

Falls keine grundlegenden Änderungen erfolgen, ist zu erwarten, daß in 10-20 Jahren die Verteilungsform von Raucherinnen in den unterschiedlichen Altersklassen der männlichen Raucher entspricht, wenngleich auf niedrigerem Niveau.

In der Gesamtgruppe der Frauen entspricht dies einer zu erwartenden Steigerung von ca. 10%.

Der Unterschied der Raucheranteile in unterschiedlichen sozialen Schichten ist unerheblich. Lediglich im Jugendalter zeigt sich ein früherer Einstieg bei Jugendlichen relativ unterer Schichten. Mit zunehmendem Alter werden diese Differenzen jedoch geringer.

1.4 Das Erlernen des Verhaltens

Jedes Kind erlebt das Verhalten schon in frühen Lebensjahren als normales Verhalten vieler erwachsener Menschen. Erhebungen im Grundschulalter zeigen, daß die Präzision der Beobachtung erstaunlich ist und das Rauchen bei den eigenen Eltern als selbstverständlich, meist sogar als positiv erlebt wird.

Gewohnheitsrauchen bei Bezugspersonen des Kindes erhöht nachweislich die Wahrscheinlichkeit, daß das Kind im Erwachsenenalter selbst Raucher wird.

Die erste Raucherfahrung und das Erproben des Umgangs mit Zigaretten findet in der Phase der Sozialisation statt. Wer bis zum Alter von ca. 30 Jahren noch kein Raucher ist, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit auch nie starker Raucher werden.

Erhebliche Anteile der Jugendlichen rauchen bereits im Alter bis zu 12 Jahren (10-15%). Bei den 13-14-jährigen sind es bereits 28% mit mehr oder minder intensiver Raucherfahrung.

Eine besonders starke Zunahme der Raucherinnen findet sich im Alter von 14-18 Jahren.

Der durchschnittliche Beginn des Zigarettenrauchens liegt bei etwa 17 Jahren mit einer Tendenz zum geringeren Alter.

Die tendenzielle Vorverlagerung des Einstiegsalters entspricht der Vorverlagerung des Reifezeitpunktes. Die überproportionale Zunah-

me des Anteils jugendlicher Raucherinnen entspricht der Auflösung rollenspezifischer Normen und dem geringeren Grad der negativen Sanktionierung des Verhaltens Rauchen der Frau.

Frauen der mittleren und höheren Altersgruppen sind wie fast alle Personen, die das Rauchen nicht in der Phase der Sozialisation erlernten, nicht bereit, dieses für sie neue Verhalten aufzugreifen.

Das Entwöhnen des gewohnheitsmäßigen Verhaltens Nichtrauchen ist offenbar ebenso schwierig wie die Entwöhnung des Verhaltens Rauchen.

Angeborene Prädispositionen zum Rauchen oder physiologisch ableitbare Bedürfnisse nach Rauchen bzw. Nikotin sind nicht nachweisbar. Äußerst unwahrscheinlich ist auch, daß der Mensch von Natur aus eine besondere Präferenz für Geschmacksempfindungen hat, die beim Rauchen entstehen.

Wahrscheinlicher ist, daß Rauchen trotz anfänglich negativer Geschmacksempfindungen und anderer negativer physiologischer Empfindungen erlernt wird. Rauchen ist ein ausschließlich gelernter Antrieb.

1.5 Nutzen und instrumentelle Funktionen des Verhaltens

Subjektive Nutzen des Rauchens, damit verknüpfte Motivationen, instrumentelle Funktionen des Verhaltens im Kontakt mit der Umwelt und Auslöser des Rauchens können sich im "Raucherleben" verändern.

Die den Rauchbeginn bzw. das Erlernen des Rauchens bestimmenden Faktoren sind nicht identisch mit den Faktoren, die das Beibehalten des Verhaltens begünstigen.

Heranwachsende assoziieren mit dem Rauchen Erwachsensein, Stärke, Aktivität und Leistungsfähigkeit. In der ersten Phase des Lernens des Verhaltens Rauchen spielt aber auch die bloße Imitation (Eltern und andere Bezugspersonen) eine gewichtige Rolle. Auf diese Art werden selbst erwachsenentypische Auslösersituationen und Bedürfnisse mitgelernt, die in der Entwicklungsphase der Jugendlichen nicht altersgemäß sind.

Rauchen ist eine Reaktion, die Bedürfnisse befriedigt, die Bedürfnisspannungen reduziert. Rauchen kann subjektiv zur Befriedigung nahezu aller Bedürfnisse einen Beitrag leisten. Nahezu alle Menschen zugeschriebenen Bedürfnisse werden in Literatur oder von den Rauchern selbst im Zusammenhang mit dem Verhalten Rauchen genannt.

Von besonderer Bedeutung sind die instrumentellen Funktionen des Rauchens im Kontakt mit der Umwelt. Die Wahl der Marke und spezielle Rauchgewohnheiten haben u. a. die Funktion, der Umwelt bestimmte Persönlichkeitsmerkmale zu signalisieren, die der Raucher sich gerne zugeschrieben sähe.

Rauchen und die damit verbundenen Teilhandlungen (Herausnehmen von Packung und Zigarette, Anzünden der Zigarette, Halten der Zigarette, Art des Ziehens, der Inhalation, des Ascheabstreifens und des Ausdrückens) können Kommunikation und Kontaktaufnahme erleichtern. Sie signalisieren auch die Zugehörigkeit zu einer Gruppe oder einem Menschentypus.

Die "Sprache des Rauchens" wird als instrumentelle Funktion im zwischenmenschlichen Kontakt gesehen und akzeptiert. Sie kann ebenso individuell ausgestaltet werden wie die verbale Sprache und ist somit ein geeignetes Instrument zur Selbstdarstellung und nicht-verbalen Kommunikation.

Insbesondere für jüngere Frauen und Mädchen spielen mit dem Begriff der Emanzipation verknüpfte Aspekte eine Rolle. Rauchen als bewußter Ausdruck der Gleichberechtigung ist zum Teil, aber nicht ausschließlich von Bedeutung. Mit zunehmendem Wegfall expliziter oder nichtverbaler Sanktionen gegenüber der rauchenden Frau steigt die Wahrscheinlichkeit, daß Frauen sich in zunehmendem Maße des gleichen Ausdrucksspektrums und der gleichen instrumentellen Funktionen bedienen, wie dies bei Männern der Fall ist. Ebenso wie es überwiegende "Männerzigaretten" gibt, wird es auch "Frauenzigaretten" geben. Vor allem aber auch "geschlechtsneutrale" Zigaretten, die beiden in gleichem Maße zugänglich und nützlich zur Bedürfnisreduktion sind.

Welche Nutzen und instrumentellen Funktionen das Rauchen erfüllen kann, hängt wesentlich davon ab, ob Umwelt und Gesellschaft diese Ausdrucksformen der Persönlichkeit weiterhin auch als nichtverbale Form der Kommunikation akzeptieren.

Anzumerken ist, daß rein ichbezogenes Genußerleben (Geschmack, Manipulation) auffällig selten feststellbar ist. Im Erleben überwiegt der subjektiv empfundene Ausgleich von angst- und spannungsgeladenen Empfindungen, die Beruhigung nach als unangenehm empfundener Beunruhigung oder Verunsicherung. Diese Funktionen erfüllt der Griff zur Zigarette kaum aufgrund der pharmakologischen Wirkung, sondern eher aufgrund der gelernten suggestiven Wirkungen. Der Rauchakt erfüllt seine Funktion aufgrund der Vorerwartung, daß er sie erfüllen wird (Selbstverstärkung).

Im Hinblick auf die gesundheitlichen Konsequenzen ist Rauchen als schematisiertes Verhalten zu erwähnen. Bei starken Gewöhnheitsrauchern erfüllt ein Großteil der Rauchakte keine der instrumentellen Funktionen mehr, sondern ist nur als von der Motivationsbasis abgelöstes Reagieren auf Reize bzw. Auslöser zu verstehen.

Bei dieser gesundheitlich besonders gefährdeten Gruppe gesellt sich zu den ohnehin überwiegend negativen sinnlichen und körperlichen Begleitempfindungen beim Rauchen das unangenehme Gefühl der Abhängigkeit. Die Habitualisierung des Verhaltens ist aber bereits so stark, daß sie nicht mehr aus eigenem Antrieb bekämpft und aufgelöst werden kann. Nur gravierende Situationsänderungen (z. B. hart negative Reaktionen nahestehender Personen oder erlebte starke gesundheitliche Beeinträchtigungen) vermögen noch einmal einen Konflikt motivierender Faktoren mit der Chance des dauerhaften Überwiegens hemmender Faktoren einzuleiten. Andernfalls kann der starke Gewohnheitsraucher ohne Fremdhilfe (= Nichtraucher-kurse) das schematisierte Verhalten kaum ablegen. Sucht-raucher machen ca. 25% der Raucher aus.

1.6 Physiologische und gesundheitliche Aspekte des Verhaltens

Niedrige Dosen Nikotin stimulieren, starke Dosen paralisieren. Zur Gewohnheitsbildung gehört die Etablierung eines individuellen Nikotinbedarfes, der durch Anzahl der gerauchten Zigaretten und Art des Rauchens immer wieder erreicht wird. Die offensichtlichste Wirkung von Nikotin, die Kurzstimulierung als aktivierender und erregender Effekt, wird vom Gewohnheitsraucher mit ständig hohem Nikotinspiegel praktisch nicht mehr erlebt.

Nikotin und andere Rauchinhaltsstoffe bewirken bei regelmäßigen und starken Rauchern eine Reihe von akut erlebten Veränderungen bzw. Beeinträchtigungen der körperlichen Leistungsfähigkeit und Gesundheit.

Gewebereizung in Mund, Hals, Lungen und auch Magen, Beschwerden beim Ein- und Ausatmen, stärkere Anfälligkeit für Infektionen, Beeinträchtigung der Riech- und Geschmackssinne, deutlich geringere Belastbarkeit und weitere Folgen des durch Rauchen bewirkten

Sauerstoffmangels werden einzeln oder in Kombination von fast jedem Raucher erlebt. Demgegenüber steht im physiologischen Bereich nur die Antriebssteigerung, die vermutlich durch Freisetzung von Noradrenalin im Zwischenhirn bewirkt wird.

An diesem klaren Überwiegen akuter negativer Auswirkungen und Empfindungen mag nochmals deutlich werden, wie intensiv die Nutzen und Funktionen des Rauchens erlernt und dauernd verstärkt werden müssen, um ein Äquivalent für den auch akut erlebten "Preis" des Rauchens zu sein.

Die mittel- und längerfristigen Risiken wie unterschiedliche Krebsarten, schwerwiegende Beeinträchtigungen des Herz-Kreislaufsystems und chronische Leiden in den Atemwegen brauchen hier nicht einzeln dargestellt zu werden.

Unbestritten ist die durch Rauchen erhöhte Wahrscheinlichkeit des Eintretens der genannten Leiden mit der Folge dauernder Beeinträchtigung, Verstümmelung oder frühzeitigen Todes. Unterschiedliche Meinungen bestehen lediglich hinsichtlich der exakten Höhe bzw. Wahrscheinlichkeit der durch Rauchen verursachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Im Hinblick auf die Beeinflussung von Raucheranteil und Rauchintensität erscheint die einseitige Zuwendung zu den mittel- und langfristigen Risiken als bedauerlich. Wahrscheinlichkeiten in ferner zeitlicher Distanz können nach allen Erkenntnissen der Motivations- theorie in der aktuellen Situation kaum die Rolle eines stark motivierenden Faktors spielen. Belegt wird diese These auch dadurch, daß nahezu alle Raucher über mehr oder minder umfangreiches Wissen um diese Risiken verfügen.

Die akuten, d. h. bereits in der Gegenwart empfundenen Beeinträchtigungen und Verminderungen der Leistungsfähigkeit können eine

wichtigere Rolle als motivierender Faktor spielen - auch als "Belohnung" durch erlebte Verbesserungen nach Einschränkungen oder Aufgabe des Rauchens.

Zum Sonderthema Rauchen und Schwangerschaft sei hier angemerkt, daß Risiken der verschiedensten Art (Frühgeburten, niedrigeres Geburtsgewicht, Fehlgeburten, Komplikationen usw.) nachgewiesen sind. Über die Höhe einzelner Risikoquoten besteht noch keine Einigkeit. Daß Rauchen während der gesamten Schwangerschaftszeit negative Auswirkungen auf Mutter und Kind haben, ist jedoch nicht mehr zu bezweifeln.

1.7 Situationen, in denen das Verhalten stattfindet

Starke Gewohnheitsraucher sind durch entsprechende Übung in der Lage, in nahezu jeder Lebenssituation und bei der Ausübung nahezu beliebiger Tätigkeiten zeitlich parallel zu rauchen.

Objektive Einschränkungen bestehen über längere Zeitsequenzen hinweg nur in einigen Berufsgruppen bzw. bei bestimmten Tätigkeiten (Rauchverbot wegen Risiken). Rauchverbote in Verkehrsmitteln betreffen in der Regel nur kurze Zeitspannen oder lassen sich umgehen (Raucherabteil) und führen nicht zu längeren Einschnitten. Sie dienen in erster Linie dem Schutz der Nichtraucher.

Für den starken Gewohnheitsraucher haben praktisch alle Situationen oder Elemente darin Auslöserfunktionen. Empirisch ermittelte Schwerpunkte in einigen Situationen werden fast ausschließlich durch die mäßigen und Gelegenheitsraucher bewirkt.

Eine Klassifikation in reizarme, reizneutrale und reizintensive Situationen hat deshalb nur für diese Gruppen - und die jungen Raucher - praktische Relevanz.

Typische reizintensive Situationen entsprechen inhaltlich naturgemäß dem Nutzen- bzw. funktionalen Spektrum des Rauchaktes. Situationen der Geselligkeit und Kommunikation (in vielen Fällen gleichzeitig Trinksituationen), Situationen mit Streß, Belastungen, Konflikten und Unsicherheiten für die Person, Situationen mit der Wirkung starker Stimmungsschwankungen und die Zigarette nach dem Essen sind besonders hervorzuheben.

Wie in Ergebnisteil A Punkt 5 bereits beschrieben, sind die ganz konkreten Auslösersituationen aber interindividuell und im Laufe eines Raucherlebens recht variabel. Naturgemäß variabler als die eher an die Person gebundenen Nutzenerwartungen und das Vertrauen auf die instrumentellen Funktionen des Rauchens.

1.8 Motivierende Faktoren in Umwelt und Gesellschaft

Den stärksten und nachhaltig prägenden Einfluß beim Erlernen des Rauchens übt eindeutig das Rauchverhalten der Eltern und anderer Bezugspersonen im Verwandten- und Bekanntenkreis aus. Angesichts dieser außerordentlich klaren Situation erscheint es mehr als fraglich, ob zeitweise beliebte Forschungsthemen zum speziellen Einfluß gewisser interner Familienbeziehungen bzw. überhaupt praktische Relevanz haben.

Über der Konzentration auf ohnehin nicht beeinflussbare Faktoren wie Geschwisterreihenfolge u. ä. wurde leider versäumt, den Lern- und Vermittlungsprozeß im Detail zu untersuchen.

Eine Reihe von Einzelbefunden läßt die Hypothese zu, daß die Art und Weise, wie im Elternhaus über Rauchen gesprochen wird, wie differenziert und mit welchen Argumenten die verbale Kommunikation abläuft und wie speziell Rauchverbote gehandhabt und begründet

werden, einen starken Einfluß auf die Wahrscheinlichkeit des Rauchens bei Jugendlichen haben.

Solange die Jugendlichen noch im Elternhaus - und dort nicht in ausgesprochenen Extremsituationen - leben, ist anzunehmen, daß außenstehende Bezugsgruppen und -personen nur einen geringen Einfluß besitzen. Auffällig als das Rauchen fördernde Faktoren sind alle Umwelt- und Situationsveränderungen, die im Zuge der allmählichen Loslösung vom Elternhaus verbunden sind: Anschluß an Freundesgruppen, der der Erwachsenenwelt ähnliche Situationen (Geselligkeit, Kontaktsuche usw.) einschließt, Eintritt in den Beruf und Zeit in der Bundeswehr. Innerhalb dieser Situationen wirksame Einzelfaktoren könnten z. B. gruppenspezifische Normen und Gebräuche (soziale Anpassung) sowie die erste eigene Konfrontation mit "Problemsituationen" sein, in denen der Rauchakt die weiter oben beschriebenen Nutzen und instrumentellen Funktionen erfüllt: die erste völlig eigenständige Anwendung des Gelernten in neuen und deshalb verunsichernden Situationen.

In allen Situationen wirken gesamtgesellschaftlich gültige Faktoren begünstigend und absichernd: das eindeutige Tolerieren des Rauchens, welches sich nicht nur in tradierten Sitten und Gebräuchen äußert. Die räumlich und tageszeitlich praktisch unbeschränkte Verfügbarkeit des Angebotes in nahezu allen Vertriebsstätten einschließlich Automaten ist eindeutige und manifeste Bestätigung der Tatsache, daß Rauchen generell toleriert oder sogar akzeptiert wird. "Schönheitskorrekturen" wie Aufdrucke auf Zigarettenpackungen, partielle Werbeverbote, gesellschaftlich begründete Appelle usw. können das faktische Tolerieren des Zigarettenrauchens nicht aufwiegen.

Die noch nicht gemessenen, aber in der öffentlichen Meinung spürbaren Auswirkungen ähnlich konkreter Maßnahmen (partielle Rauch-

verbote) scheinen demgegenüber weit effektiver zu sein. Sie signalisieren Toleranz und Akzeptanz des Verhaltens Nichtrauchen.

Der in unserer Gesellschaft hohe Anteil frei verfügbaren Einkommens in breitesten Bevölkerungskreisen ist als wichtiger begünstigender Faktor einzustufen. Zwar ist bei niederen Einkommensgruppen ein Wettbewerb zu alternativen Ausgaben gegeben. Die geringe Dosierung der Gesamtausgabe, der Erwerb immateriellen Nutzens sowie die Tatsache, daß Dispositionen zugunsten des Rauchens meist ohne existentielle Gefährdung möglich sind, machen die Ausgabe jedoch in der Regel subjektiv vertretbar. Dies mag auch den wenig nachhaltigen Effekt der Erhöhungen der Tabaksteuer verständlich machen.

1.9 Wissen und Einstellungen

Fragestellungen bezüglich Wissen und Einstellungen im Verhaltensbereich sind sehr unterschiedlich, abhängig davon, wer die Fragen stellt. So fragen in der Gesundheitsbildung Engagierte in der Regel schwerpunktmäßig nach dem Wissen über mittel- und langfristige mögliche gesundheitliche Auswirkungen des Rauchens. Die Zigarettenindustrie dagegen fragt schwerpunktmäßig nach dem Wissen über Marken und dem Wissen und Erleben in der konkreten Rauchsituation.

Das Wissen über die oft publizierten gesundheitlichen Risiken, insbesondere die Krebsgefahr, ist auf oberflächiger Ebene nahezu hundertprozentig präsent. Detailliertes Wissen ist jedoch kaum anzutreffen. Hinderlich ist offensichtlich auch, daß der Wahrscheinlichkeitsbegriff sowohl kognitiv als auch emotional kaum zu verarbeiten ist. So kann dieses Wissen beliebig neutralisiert werden durch "objektive Gegeninformation", z. B. das Wissen, daß viele

Raucher lange leben. In diesem Zusammenhang sind häufig auch fatalistisch anmutende Einstellungen zu ermitteln ("von irgendwas muß man sowieso sterben").

Weit besser ausgebildet und wohl auch verhaltensrelevanter ist das in der Phase der Sozialisation erlernte Wissen darüber, wie und in welchen Situationen man mit welchen Auswirkungen raucht.

Uns nicht zugänglich waren Untersuchungen, in denen z. B. das Wissen über Zusammenhänge zwischen Rauchen und in der Rauchsituation selbst wirksamen Effekten auf Körper, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit systematisch erfragt wurde.

1. 10 Angebotssituation, Information und Werbung als motivierende Faktoren

Nach allgemeiner und oft bestätigter Erfahrung aus der Konsumgüterforschung ist der Distributionsgrad eine der maßgeblichen Bestimmungsgrößen für den Umsatz eines Produktes. Eine maximale Präsenz macht sogar den Verzicht auf zusätzliche Werbung in Medien möglich, da das Produkt selbst Information und Informationsträger ist. Letzteres gilt nicht nur für die Präsenz in Verkaufsstellen und Automaten, sondern auch für dauernde Präsenz in Rauchsituationen.

Bei der Diskussion um Werbung wird häufig vernachlässigt, daß bei weitem nicht alle weitverbreiteten Konsumgüter und einzelne Marken beworben werden. Demgegenüber sind Zigaretten sogar in einer besonders vorteilhaften Situation. Der allgemeine Distributionsgrad dürfte einer der größten im Vergleich zu anderen Konsumgütern sein. Der Informationsträger Verpackung muß bis zur letzten Zigarette aufbewahrt und etwa 20mal öffentlich unter besonders optimalen Kommunikationsbedingungen gezeigt werden.

Diese Information erfährt personale Verstärkung durch den Raucher. Die individuelle Rauchzeremonie stattet das Produkt mit einem assoziativen und nutzenorientierten Umfeld aus.

Die Allgegenwärtigkeit der Zigarette ist die wichtigste Selbstverstärkung der Verhaltensweise Rauchen auf gesellschaftlicher Ebene. Das Tolerieren seitens der Gesellschaft, die Widerspruchsfreiheit zu der Mehrzahl bestehender Grundwerte, die nahezu unbegrenzte und sich ständig entwickelnde Bedeutungs- und Nutzenvariabilität verleihen Zigaretten und Rauchen im wahrsten Sinne des Wortes die Eigenschaft "sozial integriert".

Daß das beim Rauchen erlebte und geformte Nutzen- und instrumentelle Funktionsspektrum bei detaillierter Betrachtung kaum mit materiellen Produkteigenschaften oder physiologischen Korrelaten zusammenhängt, macht die Zigarette noch unanfechtbarer. Jede Generation von Rauchern kann ihr Produkt anders definieren und nutzen, ohne daß die Grundsubstanz sich unbedingt ändern müßte.

Leider wurde der potentielle Einfluß von Werbung zu häufig unter den Annahmen persönlichkeitsorientierter Denkmodelle untersucht. Der erhoffte Nachweis einer direkten Verhaltensauswirkung mußte ausbleiben, weil Untersuchungsanlagen und verwendete Maßstäbe häufig auf falschen und letztlich naiven Ursache-Wirkungshypothesen beruhten, die nicht nur der Lebenserfahrung, sondern auch dem Erkenntnisstand der Forschung widersprechen.

Gravierende Effekte der Werbung als motivierender Faktor blieben dabei weitgehend außerhalb der Betrachtung:

- o Werbung schafft keine neuen allgemeinen Bedürfnisse und Motivationen. Sie greift aber aktuelle und latente Tendenzen auf und zeigt, wie man Bedürfnisspannung in konkreten Situationen mit Hilfe des beworbenen Produktes reduzieren

könnte. Sie bietet Verhaltensmuster als "Problemlöser" (im wertfreien Sinne verstanden) an.

- o Werbung verbreitet neue oder aktualisierte Nutzen und instrumentelle Funktionen des Rauchverhaltens. Dabei stellt sie direkt oder, symbolisch die mögliche Verbindung zu langfristig überdauernden Motiven und Bedürfnissen dar. Bedeutende Variabilität ist letztlich nur in der offen oder symbolisch dargestellten Situationsbeschreibung zu erkennen. Werbung hilft dem Verbraucher, seine überdauernden Motivationen und Bedürfnisse auch in neuen Situationen realisieren zu können. Sie nimmt ihm etwas von der Unsicherheit, die bei Situationsveränderungen eintritt.
- o Werbung zielt nicht darauf ab, speziell den potentiellen Konsumenten XY zu einer direkten Verhaltensänderung zu bewegen. Solche Ziele gelten als unrealistisch. Werbung leistet mehr. Sie macht ein Verhaltensangebot an möglichst große Teilgruppen der Bevölkerung. Bei geeigneter Realitätsnähe (gemeint ist hier die subjektive Realität) und der Ansprache von richtigen Bedürfnissen führt sie eine hinreichend große Verhaltenswahrscheinlichkeit bei einem mehr oder minder großen Prozentsatz der Raucher herbei. Ein weiterer generell wirksamer Aspekt dabei ist, daß das Verhalten Rauchen ständig aktuell und zeitgemäß erscheint, daß seine Bedeutungsvariabilität ständig erweitert wird. Diese Erweiterung muß im Effekt ähnlich wie der Distributionseffekt eingeschätzt werden.

Diese möglichen Effekte sind auch seitens der Zigarettenindustrie nur teilweise im Hinblick auf ihre gesellschaftliche Relevanz erforscht, da hier naturgemäß primär die markenbezogenen Effekte

interessieren. Interessant sind aber die im Jahr 1978 sichtbaren Bemühungen, die allgemeine gesellschaftliche Integration der Zigarette wieder zu aktualisieren, in diesem Zusammenhang wieder an Tradition, Sitten und Gebräuche zu erinnern.

1.11 Forschungslücken

Die Darstellung von Forschungslücken ist wenig sinnvoll in der Form von detaillierten Fragestellungskatalogen. Wichtiger erscheint hier die Angabe von Richtungen unter Berücksichtigung der vermuteten Relevanz für die Gesundheitsbildung. Die Planung bestimmter Maßnahmentypen kann weitere Themenbereiche für Forschung bestimmen.

Zum Erlernen des Verhaltens

Die Auswirkungen des Lernprozesses sind bekannt. Sie manifestieren sich unübersehbar im Raucheranteil in der erwachsenen Bevölkerung. Viel zu wenig Detailwissen und damit Verständnis liegt jedoch dazu vor, wie dieser Lernprozeß im Alter von ca. 10-20 Jahren abläuft. Als relevante Einflußfaktoren können hier vermutet werden:

- o Erziehungstechniken der Eltern unter besonderer Berücksichtigung gesundheitsrelevanter Grundeinstellungen.
- o Art und Weise sowie Inhalte der auf das Rauchen bezogenen verbalen Kommunikation im Elternhaus unter besonderer Berücksichtigung der Begründung von Rauchverboten.
- o Fähigkeit und Bereitschaft im Elternhaus zur Anregung bzw. Vermittlung kontrollierten Verhaltens.
- o Der Lernprozeß im Erleben der Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung von Wissens- und Einstellungskon-

flikten, die durch Diskrepanzen zwischen oberflächlich gefordertem Verhalten (Nichtrauchen) und Begründungen hierzu einerseits sowie den erlebten Realitäten in Elternhaus und Gesellschaft andererseits bewirkt werden.

Zu Nutzen und instrumentellen Funktionen des Verhaltens

Fragestellungen der Gesundheitsforschung sind meist a priori von einer pauschalen Ablehnung des Rauchens geprägt. Die überaus vielfältigen positiven Nutzen und instrumentellen Funktionen des Rauchens für bestimmte Personengruppen und bestimmte Situationstypen werden in Erhebung und Analyse meist vernachlässigt.

Von besonderem Interesse wären auch vergleichende Analysen in einzelnen Bevölkerungsgruppen und in unterschiedlichen Lebenszyklen.

Der Vergleich von Intention des Verhaltens bei Rauchern und der Akzeptanz oder faktischen Realisierung von Verhalten und gewünschtem Erfolg aus der Sicht Anderer (insbesondere auch Nichtraucher!) könnte konkrete Ansätze zur möglichen Ersetzbarkeit von Motiven erbringen.

Zu physiologischen und gesundheitlichen Aspekten des Verhaltens

Unzureichend untersucht sind hier vor allem die akut erlebten Beeinträchtigungen, deren Bewußtheitsgrad (= Wissen) sowie deren aktueller und potentieller Stellenwert im System konfligierender Motivationen.

Zu motivierenden Faktoren in Umwelt und Gesellschaft

Es sollte nicht mehr angehen, daß diese Einflußfaktoren implizit als eher hemmend für das Verhalten angenommen werden. Diese wahr-

scheinlich falsche Annahme zwingt bei der Interpretation von Untersuchungsergebnissen häufig zur Erklärung von Unerklärbarem.

Unerforscht ist die These zur Effizienz einer "sozialen Stigmatisierung" der Raucher und/oder der expliziten gesellschaftlichen Anerkennung der Nichtraucher.

Zu Wissen, Einstellungen, Information und Werbung

In Untersuchungen zu diesem Bereich sollte die weit verbreitete Praxis überprüft werden, überwiegend nach negativen (d. h. aus der Sicht der Gesundheitsbildung positiven) Inhalten und Wirkungen zu fragen. Dadurch ergibt sich naturgemäß ein unvollständiges, also unrealistisches und falsches Bild. Gleiches gilt für die oft naiven Ursache-Wirkungs-Hypothesen und Denkmodelle, die den Untersuchungen und Analysen zugrunde liegen.

Insgesamt gesehen ergibt sich häufig der Eindruck, daß Forschungsansätze und insbesondere die Auswahl der Erhebungsinhalte mehr durch Forderungen der Gesundheitsbildung als durch den Willen zur vollständigen Erkenntnis der Problemsituation geprägt werden. Die differenzierte Erforschung offensichtlich vorhandener positiver Motivationen impliziert nicht die Akzeptanz der Befunde aus der Sicht der Gesundheitsbildung.

2. Verhaltensbereich Alkoholkonsum unter besonderer Berücksichtigung des Themas Soziale Zwänge zum Alkoholkonsum

Wie in Ergebnisteil A nachgewiesen, steht die Quantität der vorliegenden Materialien in keiner Relation zur Aussagekraft und Relevanz der Ergebnisse für die Gesundheitsbildung. Diese Situation und Bedingungen ihres Zustandekommens können selbst als wichtiges Ergebnis gewertet werden. Praktisch alle in der Gesundheitsbildung und in der Alkoholforschung Tätigen sind Alkoholkonsumenten. Es besteht kein Anlaß zu der Annahme, daß mißbräuchlicher Alkoholkonsum in dieser Teilgruppe geringer als in der Gesamtbevölkerung ausgeprägt ist.

Das geradezu hartnäckige Umgehen realitätsnaher Forschung insbesondere zu psychosozialen Problemen sowie die dauerhafte "Weigerung", den Erkenntnisgegenstand operational zu beschreiben, könnte selbst als Indikator für die Ambivalenz der gesellschaftlichen Stellungnahme und die sozialen Zwänge zum Alkohol gesehen werden: Selbst deren Erforschung wird - vielleicht unbewußt - verhindert.

Die folgende Zusammenfassung ist auf dem in Ergebnisteil A dargestellten Hintergrund zu sehen, daß ein großer Teil ermittelter und in der öffentlichen Meinung akzeptierter Befunde teils irrelevant, teils falsch ist. Hauptursache dafür sind einseitige Schwerpunktbildungen bei den Zielsetzungen von Forschungsarbeiten und die bevorzugte Auswahl von Stichproben, die den quantitativ überwiegenden Teil der Alkoholkonsumenten ausklammert.

2.1 Beschreibung des gemeinten Verhaltens

Die Begriffe Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und Alkoholismus sind gängige Bezeichnungen für unterschiedliche Formen des Um-

gangs mit alkoholhaltigen Getränken. Die gemeinte Differenzierung zwischen diesen Begriffen ist spürbar. Klare, auf einheitliche Maßstäbe abgegrenzte oder allgemein akzeptierte Begriffsabgrenzungen liegen jedoch nicht vor.

Alkoholkonsum ist bei genauer Betrachtung die alle möglichen Umgangsformen mit Alkohol umfassende Beschreibung von Verhalten. Tatsächlich wird dieses Wort jedoch überwiegend zur Beschreibung des sogenannten normalen Umgangs mit Alkohol verwendet. Normal steht für sozial akzeptiert. Quantitative oder qualitative Abgrenzungen zu nicht normalem Alkoholkonsum sind nicht festgelegt, sieht man von der oft genannten medizinischen Norm von maximal 80 gr. Alkohol pro Tag ab. Diese Norm erweist sich bei näherer Betrachtung als wenig operational und deckt sicher nicht alle Formen des mißbräuchlichen Alkoholkonsums ab. Als wesentliche Differenzierungskriterien zwischen unterschiedlichen Formen des Alkoholkonsums werden explizit oder implizit oft genannt:

- o Soziokulturelle Normen
- o Konsumsituationen
- o Trinkmotivationen
- o Kurz- und langfristige Folgen des Alkoholkonsums
- o Meßgrößen aus der umfangreichen neurophysiologischen Forschung

In der näheren Beschreibung haben diese Differenzierungskriterien jedoch überwiegend nur illustrativen bzw. beispielhaften Charakter.

Welches Verhalten einer Person oder Bevölkerungsgruppe als nicht normaler Alkoholkonsum bezeichnet wird, hängt überwiegend von der jeweiligen Position des Betrachters ab. Wirtschaftliche und

politische Interessen spielen dabei ebenso eine Rolle wie gesellschaftliche, gesundheitspolitische oder auch weltanschauliche Normen und Zielvorstellungen.

Aus der Sicht der Gesundheitsbildung ist die Unterteilung zwischen kontrolliertem und nicht kontrolliertem Umgang mit Alkohol relevant. Nullkonsum der Gesamtbevölkerung wird nicht angestrebt. Obwohl der Begriff des kontrollierten Alkoholkonsums sicher noch überarbeitungs- und konkretisierungsbedürftig ist, kann er u. E. als Leitvorstellung im Rahmen der Ergebnisdarstellung akzeptiert werden.

2.2 Das quantitative Ausmaß des Verhaltens und Entwicklungstrends

Ca. 90% aller Erwachsenen ab 14 Jahren sind Alkoholkonsumenten. Jährlich werden etwa 112 Millionen Hektoliter Alkoholerzeugnisse hergestellt, die ca. 6,5 Millionen Liter reinen Alkohol enthalten.

Die Entwicklung des Alkoholverbrauches insgesamt und pro Kopf nahm in den letzten 30 Jahren ständig zu. Die nach den Jahren des zweiten Weltkrieges aus ökonomischen Gründen niedrigeren Konsumquoten wurden schnell wieder gesteigert und haben heute das höchste jemals gemessene Niveau.

Die Bierproduktion (60%) hält die einsame Spitzenstellung vor der Spirituosen- (25%) und Wein-/Schaumweinproduktion (15%).

Der Verkaufswert aller Alkoholprodukte liegt weit über 30 Milliarden DM. Genaue Zahlen liegen nicht vor. Die Steuereinnahmen betragen 1977 ca. 5,5 Milliarden DM. Insgesamt sind mindestens 100.000 bis 150.000 Beschäftigte in der direkten Alkoholproduktion tätig (wegen fehlender Angaben nur Schätzungen). Unter Einschluß der mittelbar (Zulieferung, Gastronomie, Distribution) durch den Alkoholverkauf

Beschäftigten wird die Zahl der vom Alkoholkonsum Lebenden ein Vielfaches der genannten Zahlen erreichen. Diese Daten genügen auch ohne weitere Präzisierung zu der Feststellung, daß der Alkoholkonsum schon aus wirtschaftlichen Gründen für die Gesellschaft unverzichtbar ist.

Pro Kopf der Bevölkerung werden jährlich ca. 12,3 Liter reinen Alkohols konsumiert. In der Menge der alkoholhaltigen Getränke (vor allem Bier) ausgedrückt, konsumiert jeder Bürger ab 15 Jahre ca. 220 Liter im Jahr.

2.3 Differenzierung nach Bevölkerungsgruppen und Verhaltenstypen

Wie allgemein bekannt differieren die Schätzungen zum Anteil von Alkoholikern und Personen mit regelmäßigem oder gelegentlichem Alkoholmißbrauch beträchtlich.

Als allgemein akzeptierte Untergrenze der Zahl von Alkoholikern wird der Schätzwert 1,2 Millionen genannt. Dies entspricht etwa 2,5% der Bundesbürger ab 14 Jahren. Neuere Erhebungen lassen folgende Klassifikation als wahrscheinlich erscheinen:

- o Alkoholiker und Personen mit starkem Verdacht auf gewohnheitsmäßigen Mißbrauch 7% = 3,4 Mio
- o Einzugspotential der regelmäßigen Konsumenten mit starkem Verdacht auf häufigen oder gelegentlichen Alkoholmißbrauch 42% = 20,2 Mio
- o Wahrscheinlich nicht gefährdet, weil kein regelmäßiger Alkoholkonsum 51% = 24,5 Mio

Das erwähnte Einzugspotential könnte nur nach Setzung genauerer Maßstäbe und entsprechenden Untersuchungen zuverlässig aufge-

splittet werden. Es besteht begründete Vermutung, daß mindestens 2-3 Millionen Personen aus dieser Gruppe auch bei allgemein akzeptierten Maßstäben zur akut gefährdeten Gruppe hinzuzuzählen sind. Verhaltenstypen sind nicht so erfaßt, daß eine gültige Aussage gemacht werden könnte. Vorliegende Daten zum Konsum einzelner Getränke geben keinen Aufschluß über die Art und Häufigkeit der eigentlich interessierenden Trinkmuster.

Gemessen am Anteil der stark Gefährdeten (s. oben: 7% der Gesamtbevölkerung) sind folgende Aussagen möglich:

- o Alkoholkonsum sowie Alkoholmißbrauch und Alkoholismus als unkontrollierter Alkoholkonsum sind nicht abhängig vom Merkmal soziale Schicht. Es ist allenfalls ein leichter Höhepunkt in den mittleren sozialen Schichten festzustellen.
- o Männer sind etwa um den Faktor 10 gefährdeter. Über 90% der Personen mit Alkoholmißbrauch (einschließlich Alkoholismus) sind Männer.
- o Die höchsten Anteile von Alkoholmißbrauch werden in den Altersgruppen von 20-50 Jahren ermittelt (ca. 10%). Der absolute Höhepunkt wird von 20-50-jährigen Männern erreicht (17%). Bei Frauen liegt der relative Höhepunkt des mißbräuchlichen Konsums in der Altersgruppe 40-60 Jahre (2-3%). Das Einzugspotential ist dagegen in der Altersgruppe von 20-40 Jahren (40%) am größten.

Der Einstieg in den regelmäßigen und starken sowie in den mißbräuchlichen Konsum findet überwiegend sprunghaft im Alter um 20 Jahre statt. Ab dem Alter von ca. 50 Jahren ist eine sprunghafte Reduktion festzustellen.

Der Anteil der Jugendlichen (14-19 Jahre) mit mißbräuch-

lichem Alkoholkonsum liegt mit Sicherheit über 3%. Erste Probiererfahrungen werden bei der überwiegenden Mehrheit der Jugendlichen bereits vor dem 12. Lebensjahr gemacht. Das Einstiegsalter in regelmäßigen oder intensiven Konsum setzt bei 13-14 Jahren an.

2.4 Das Erlernen des Verhaltens

Ausgeprägter noch als im Verhaltensbereich Rauchen erlebt jedes Kind schon in frühen Lebensjahren Alkoholkonsum als normales Verhalten praktisch aller erwachsenen Menschen.

Bis auf für jedermann ersichtliche und empfindbare Extremfälle gibt es keine Einordnungskriterien für normalen oder mißbräuchlichen bzw. kontrollierten oder unkontrollierten Alkoholkonsum. Insofern wird der Alkoholkonsum gelernt, nicht aber der bewußte Umgang mit Alkohol.

Wie beim Rauchen ist der grundsätzliche Lernprozeß in den Phasen der Sozialisation angesiedelt. Nicht systematisch untersucht, aber begründet zu vermuten sind folgende Hypothesen:

- o Die stärkste Prägung erfolgt durch die Konsumgewohnheiten in der Familie.
- o Das Einstiegsalter in den regelmäßigen Konsum hat sich vorverlagert (entsprechend der Vorverlagerung des Reifezeitpunktes).
- o Aus denselben Gründen wie im Verhaltensbereich Rauchen ist eine Zunahme der regelmäßigen Konsumenten in der Gruppe der Frauen zu erwarten.
- o Wegen der stärkeren Präsenz und sozialen Integration des Alkoholkonsums (gegenüber Rauchen) ist zu erwarten, daß

allein aus Wahrscheinlichkeitserwägungen das soziale Umfeld außerhalb der Familie einen relativ stärkeren Einfluß auf das Lernen und die Anregung von individuellen Trinkmustern hat.

- o Aus den gleichen Gründen ist zu erwarten, daß auch nach Abschluß der Sozialisation mehr Neu- oder Umlernen stattfindet als im Verhaltensbereich Rauchen.

Angeborene Prädispositionen zum Alkoholkonsum sind bisher nicht nachgewiesen. Physiologisch ableitbare Bedürfnisse nach Alkohol werden teils vermutet, jedoch nicht für übermäßigen und mißbräuchlichen Alkoholkonsum (die Suchtabhängigkeit ist ein anderes Phänomen).

Durch das in jeder Hinsicht (Geschmack, Konsistenz, Alkoholgehalt usw.) differenzierte Angebot ist es als Ausnahmefall zu betrachten, wenn eine Person kein einziges alkoholisches Getränk findet, das ihr nicht zusagt.

Alkoholkonsum ist gelernter Antrieb. Während beim Rauchen mehr Übung nötig ist, um negative Empfindungen beim Konsum überwinden zu können, ist - eben aufgrund der Angebotsvielfalt - beim Alkoholkonsum anzunehmen, daß die Chance zum Finden eines Getränkes, welches rundum angenehme Empfindungen vermittelt, sehr groß ist.

Diese Feststellung bedeutet nicht, daß die meistgetrunkenen Alkohole "natürlichen" Geschmackspräferenzen entsprechen. Eher ist zu vermuten, daß die Präferenzrangfolge unterschiedlicher Getränke - teils mit erheblichem Übungsaufwand - gelernt wird.

2.5 Nutzen und instrumentelle Funktionen des Verhaltens

In Bezug auf den Konsum einzelner Getränke liegen empirische Daten aus der Konsumforschung vor, für die in der Regel vielfältigen Trinkmuster, die aus der Sicht der Gesundheitsbildung interessieren, jedoch nicht.

Der direkte Rückschluß von einzeln vorliegenden Ergebnissen zu Nutzen und instrumentellen Funktionen des Alkoholkonsums oder Alkoholmißbrauchs ist mehr als riskant. Dies nicht nur wegen der immerhin nachgewiesenen Bedeutungsvariabilität aufgrund von getränke-, personen-, situations-, traditions- und verhaltensspezifischen Faktoren. Die unterschiedlichen Untersuchungsstichproben, theoretischen Bezüge, Fragestellungen und Intentionen der Auftraggeber verhindern systematisch vergleichende Analysen.

Die folgende Katalogisierung ergibt sich aus der vergleichenden Analyse unterschiedlichster Untersuchungen. Gewichte und für die Gesundheitsbildung wichtige Differenzierungen könnten nur auf rein spekulativer Basis beigelegt werden. Voranzuschicken ist, daß das Spektrum möglicher Nutzen und instrumenteller Funktionen als nahezu unbegrenzt erscheint.

o Leistungsbeweis

Diese Dimension, in unserer Gesellschaft stark mit Männlichkeit assoziiert, ist in zwei Ausprägungen interessant. Erstens als "Kraftprobe" mit Spielcharakter (viel trinken, ohne Wirkung zu zeigen): Entgegen landläufigen Meinungen ist diese instrumentelle Funktion traditionell erwachsenentypisch und auch in höheren Schichten, in der Geschäftswelt usw. weit verbreitet. Die Übung dieser Funktion in der Gruppe der Jugendlichen ist also nur "natürlich".

Die zweite Ausprägung wird meist als Kompensation bezeichnet: Subjektiv empfundene Defizite oder Leistungsmängel in anderen Bereichen können durch erhöhte demonstrierbare Leistungsnachweise beim Umgang mit Alkohol subjektiv kompensiert werden. Der Umgang mit Alkohol betrifft dabei nicht nur die Menge, sondern auch Situationen, Trinkzeitpunkte, das Einbeziehen anderer ("Einen ausgeben") usw.

o Soziale Anerkennung

Der Leistungsbeweis ist Teilfunktion zur Erreichung oder Demonstration sozialer Anerkennung. Darüber hinaus aber bietet der Umgang mit Alkoholika noch eine Vielfalt von Nutzen. Trinkkultur, Art und Auswahl der Getränke, Wert, Trinkverhalten usw. können bei geschickter Handhabung zu fast allen Nutzen und Funktionen im Hinblick auf soziale Anerkennung beitragen.

o Soziale Anpassung

Die tatsächliche oder erstrebte Zugehörigkeit zu beliebigen Gruppen kann durch die individuelle Art des Umgangs mit Alkohol wesentlich gestärkt und unterstützt werden.

o Entspannung, Erleichterung

Auch hier ist Alkohol hochgradig geeignet. Diese Funktion hat nachweisbare physiologische Korrelate, während die vorgenannten Nutzen und Funktionen überwiegend psychosozialer Natur sind.

o Probleme und die Umwelt ausschalten

Aufgrund nachweisbarer physiologischer Korrelate der Wirkung kann Alkoholkonsum zur Betäubung und zur Reduktion

von Wahrnehmung und Empfindung eingesetzt werden. Doch nicht jeder übermäßige Konsum, der diese Wirkung physiologisch begünstigt, wird zu diesem Zweck eingesetzt.

o Kontakt erleichtern

Dieser Nutzen wird teils durch die Alkoholwirkung im Körper, vor allem aber auch durch die Trinkzeremonie begünstigt.

o Genuß

Positive geschmackliche Qualitäten und Wirkungen bei niedriger Dosierung machen Alkoholkonsum zur Erreichung rein ichbezogener Genußerlebnisse geeignet.

Dieser Katalog kann anders gegliedert und detaillierter ausgeführt werden. Eine Systematisierung und auch nur annähernd gültige Erhebung zum Verbreitungsgrad solcher Nutzen und instrumentellen Funktionen liegt nicht vor.

Beliebte Klassifikationen nach Typen (z. B. 'Problem-Drinker', 'Social Drinker') führen eher in die Irre, als daß sie zu Aufklärung und Verständnis im quantitativ bedeutsamsten Bereich des Alkoholkonsums und Alkoholmißbrauchs beitragen.

2.6 Physiologische und gesundheitliche Aspekte des Verhaltens

Eine unübersehbare Vielfalt einzelner Aufmerksamkeits-, Wahrnehmungs- und Gedächtnisleistungen, senso-motorischer Aspekte des Verhaltens, Teilleistungen aus dem Bereich des Fahrverhaltens usw. wurden experimentell auf ihre Beeinflußbarkeit durch unterschiedliche Alkoholdosen untersucht. Leider sind fast alle Untersuchungen so elementaristisch angelegt, daß ein Rückschluß

auf komplexeres Verhalten oder Verhalten in unterschiedlichen Situationen nur begrenzt möglich ist.

Generell können jedoch folgende Ergebnisse unterstellt werden:

- o Im Bereich von einer erreichten Blut-Alkohol - Konzentration (BAK) zwischen 0,0 und 0,2 Promill finden teils Verbesserungen, teils sehr leichte Beeinträchtigungen statt.
- o Im Bereich von 0,3-0,8 Promill finden leichte Beeinträchtigungen nahezu aller Teilleistungen statt (ca. 10%).
- o Abhängig von der Art der Aufgabe finden im Bereich von ca. 0,7-1,0 Promill bereits schwerere Beeinträchtigungen statt (ca. 20%).
- o Werte darüber führen in vielen Bereichen schon zum Verlust der Kontrolle und zu Totalausfall einzelner Leistungen bei realitätsnah komplexer Beanspruchung.

Diese Werte und Schwellen sind nicht bei allen Personen und nicht in allen Situationen gleich. Besonders zu erwähnen sind folgende Einflußfaktoren:

- o Körperbau: Geringe Korpulenz, d. h. weniger Muskelmasse (nicht Fett!) begünstigt verstärkte Wirkungen.
- o Geschlecht: Frauen zeigen im Durchschnitt stärkere Beeinträchtigungen, wobei nicht ganz geklärt ist, inwieweit diese Effekte durch Körperbau und Übung oder durch Hormone bewirkt werden.
- o Alter: Jüngere Personen (bis 21 Jahre) zeigen überdurchschnittliche Beeinträchtigungen. Hier besteht der Verdacht, daß Körperbau und Übung als eigentliche Einflußfaktoren zu betrachten sind.

- o Trinkübung: Durch Übung läßt sich die meßbare Beeinträchtigung von Wahrnehmung und Leistung vermindern. Allerdings sind bei entsprechender Motivation auch Verstärkungen der Wirkungen zu erreichen. Der Übungseffekt bricht jedoch zusammen, wenn viele Sinne und Leistungen gleichzeitig angesprochen werden.

- o Geschwindigkeit des Aufbaus der Blut-Alkohol-Konzentration: Bei schnellem Ansteigen der BAK sind die Beeinträchtigungen durch eine BAK größer als bei langsamem Aufbau bis zum gleichen Wert. Mit dieser Tatsache sind viele aus der allgemeinen Lebenserfahrung bekannten Unterschiede (leerer Magen, schnelles Kippen) und Übungseffekte (geübte Trinker vermeiden starke Beeinträchtigung) zu erklären.

- o Zeitlicher Verlauf: Beim Aufbau der BAK ("Anflutungsphase") überwiegen im emotionalen Bereich stimulierende und positive Effekte. Nach gewisser Zeit schlagen diese Effekte in Richtung auf Dämpfung, Müdigkeit und eher depressive Gefühle um. Dieser Effekt ist praktisch unabhängig von der erreichten BAK.

Das bekannte Wärmeerleben nach dem ersten Schluck ist auf die (bis auf unerklärte Ausnahmen) allgemeine Wirkung der Erweiterung der Blutgefäße zurückzuführen. Dieses Wärmeerleben verliert sich aber sofort und macht unkontrollierten Wärmeverlusten Platz, da die Blutgefäßerweiterung bleibt.

Andere bekannte Wirkungen (Übelkeit, Kater u. ä.) hängen weniger mit dem Alkohol als solchem, sondern mit Zusatzstoffen in einzelnen Getränken (z. B. Schwefelgehalt) oder körperlichen Reflexen zusammen.

Selbstverstärkend wirkt, daß Alkohol dem Gewebe Wasser entzieht (= verstärkter Durst).

Generell gilt: Psychosoziale Wirkungen sind stärker durch Willen, Situation und Übung beeinflussbar als die Beeinträchtigungen von Wahrnehmung und Leistung. Viele der aus der Lebenserfahrung bekannten Trinktechniken sind bei genauer Betrachtung durch die Wirkkorrelate im Körper zu erklären. Dieser Mühe haben sich die kaum zu zählenden Forscher auf diesen Gebieten leider nicht unterzogen.

Direkte gesundheitliche Beeinträchtigungen durch regelmäßigen und übermäßigen Alkoholkonsum sind vor allem im Herz-Kreislauf-Bereich, in den Leberfunktionen und im Stoffwechsel nachweisbar. Andere und Spätwirkungen resultieren oft aus mittelbaren Effekten oder aus dem Zusammentreffen mit anderen Einflüssen.

Daß Alkohol bei Jugendlichen andere oder gravierendere Folgen hat, ist nicht nachgewiesen. Körperbau (vor der körperlichen Ausreifung) und mangelnde Übung sind die einzigen - aber nicht nur für Jugendliche - geltenden Faktoren. Mehr Erkenntnisse sind nach der Expertenmeinung auch nicht zu erwarten.

Zum Thema Alkohol in der Schwangerschaft steht lediglich fest, daß eine Konsumintensität, die auch allen anderen Menschen gesundheitlich schadet, hier naturgemäß große Risiken für Verlauf der Schwangerschaft und das Kind mit sich bringt. Ob und welche Auswirkungen mäßigere Formen des Alkoholkonsums haben, ist nicht untersucht. Die Empfehlungen zum Verzicht leiten sich aus der Befürchtung unentdeckter Risiken ab.

2.7 Situationen, in denen das Verhalten stattfindet

Es liegen noch keine befriedigenden und repräsentativen Daten dazu vor, in welchen Situationen der aus der Sicht der Gesundheitsbildung quantitativ bedeutsame und mißbräuchliche Alkoholkonsum stattfindet. Eine neuere Untersuchung des Arbeitskreises Alkohol läßt - in Verbindung mit zahlreichen Einzelergebnissen - jedoch folgende Aussagen zu:

- o Alkoholkonsum und Alkoholmißbrauch finden weit überwiegend zu Hause (ca. 60%) und in anderen sogenannten normalen Situationen statt. Letztere sind vor allem außerhäusliche Gastlichkeit (ca. 20-30%) und Arbeitsleben (ca. 10%).
- o Angesichts der Gesamtzahlen zu Alkoholkonsum und Alkoholmißbrauch muß sogar als unwahrscheinlich gelten, daß die in der öffentlichen Meinung immer wieder aufgegriffenen typischen Mißbrauchssituationen (öffentlicher Konsum, Geselligkeit usw.) quantitativ und qualitativ die bedeutsamsten sind. In diesem Zusammenhang sei angemerkt, daß der sogenannte sichtbare Alkoholmißbrauch (z. B. Betrunkene auf der Straße) eher eine negative Korrelation mit dem Gesamtkonsum und der Menge auf Alkohol zurückgeführter gesundheitlicher Beeinträchtigungen aufweist: In den USA sieht man nach Berichten mehr offensichtlich Betrunkene als in der Bundesrepublik und hier mehr als in Frankreich. Der Pro-Kopf-Verbrauch und die Zahl der festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch Alkoholkonsum dagegen sind in Frankreich am höchsten, es folgen die Bundesrepublik und die USA.

Angesichts dieser Lage muß man sagen, daß die bekannten und immer wieder abgefragten Situationen weder vollständig noch richtig gewichtet sind.

Zu erwähnen ist das Dunkelzifferproblem im Arbeitsbereich und in allen "normalen" oder sozial besonders erwünschten Situationen, die mittel- und oberschichtspezifisch sind. Aus vereinzelt Untersuchungen bekannte Hinweise können nicht als realitätsgerecht angenommen werden.

2.8 Motivierende Faktoren in Umwelt und Gesellschaft

Wichtigste Rahmenbedingungen in Umwelt und Gesellschaft sind:

- o Die generelle und allgegenwärtige Verfügbarkeit eines Alkoholangebotes für alle denkbaren Geschmäcker, Konsumsituationen und Konsumanlässe ohne nennenswerte oder effektive Restriktionen.
- o Die ausdrücklich akzeptierte (nicht nur tolerierte!) Präsenz von Alkoholika in nahezu beliebigen Situationen und die feste Integration in Sitten, Gebräuche und schicht- bzw. gruppenspezifische Normen.
- o Das Fehlen von praktikablen Normen, die dem Einzelnen selbst bei gutem Willen einen vernünftigen Umgang mit Alkohol ermöglichen. Die generelle Empfehlung, "möglichst wenig" zu trinken, ist nur ein Appell, der in konkreten Situationen kaum umsetzbar ist (damit soll nicht der grundsätzliche Sinn eines solchen Appells bestritten werden. Er alleine ist aber keine praktische Hilfe für den Umgang mit Alkohol).

Aufgrund dieser Rahmenbedingungen und unter Berücksichtigung der Tatsache, daß ein Alkoholverbot ernsthaft nicht zur Diskussion steht, läßt sich die Problematik in folgenden Thesen zusammenfassen:

- o Das Erlernen des Umgangs mit Alkohol ist fester und un-
abdingbarer Bestandteil der Sozialisation. Das Lernen fin-
det überwiegend im Elternhaus bzw. in der Familie statt.
Aufgrund des praktisch hundertprozentigen Anteils von Al-
koholkonsumenten in der Bevölkerung und seiner festen In-
tegration in allgemeine und gruppenspezifische Normen und
Situationen haben auch familienexterne Sozialisationsinstan-
zen einen starken Einfluß. Gleichfalls ist anzunehmen, daß
bei jedem Wechsel von Situation oder Gruppenzugehörigkeit
(Beruf, Bundeswehr, veränderter Bekanntenkreis usw.)
das individuelle Trinkmuster auch nach Abschluß der So-
zialisation noch verändert werden kann. Welches Gewicht
diese einzelnen Sozialisationsinstanzen haben und inwieweit
sie durch die Art ihres Einflusses regelmäßigen Alkohol-
mißbrauch begünstigen, wurde noch nicht untersucht. Er-
gebnisse aus der sogenannten Alkoholismusforschung sind
mit Sicherheit nicht auf die betroffene Gesamtbevölkerung
zu übertragen.
- o Das Fehlen von relevanten und praktikablen Trinknormen
verhindert ein gezieltes Lehren und Lernen kontrollierten
Alkoholkonsums. Es schwächt zudem die Widerstandskraft
gegen alltägliche, nicht zwangsartige oder verpflichtende
Versuchungssituationen jeder Art. Selbst unbewußter,
bei Bewußtheit ungewollter Alkoholmißbrauch wird hier-
durch begünstigt.
- o Soziale Zwänge zum Alkoholkonsum entstehen grundsätzlich
und in großer Häufigkeit bei jedem Trinkanlaß, bei dem meh-
rere Personen zusammentreffen. Spektakuläre Fälle, in
denen starker Alkoholkonsum verbindliche Gruppennorm
ist, sind bekannt (bestimmte Berufsgruppen, Vereine, Clubs,
Geselligkeitskreise usw.). Nicht bekannt sind jedoch das

Gesamtspektrum der Situationen mit sozialen Zwängen, die Arten der Manifestation dieser Zwänge und die Wahrscheinlichkeit, mit denen unterschiedliche Formen der Zwänge Alkoholmißbrauch in einzelnen Situationen und bei bestimmten Personengruppen bewirken.

Illustrative Einzelfälle und Ergebnisse aus Untersuchungen in gesellschaftlichen Randgruppen erlauben mit Sicherheit keinen Rückschluß auf das gesamte Phänomen. Schon die meist eingesetzten Forschungsmethoden verhindern das Zustandekommen zuverlässiger und gültiger Ergebnisse.

- o Das Fehlen von Trinknormen, die einer Person Anhaltspunkte und Sicherheit in Situationen geben, das Lernen und die Ausformung persönlicher Trinkregeln ermöglichen, schwächt mit hoher Wahrscheinlichkeit die Widerstandskraft gegenüber allen Formen und Intensitäten von sozialen Zwängen.

An dieser Stelle sei angemerkt, daß realitätsgerechte und effektive Trinknormen schon existieren. Immerhin widersteht ja der überwiegende Teil der Bevölkerung erfolgreich sozialen Zwängen, wie sich aus den Basisergebnissen zum Alkoholkonsum ableiten läßt. Ein kanadisches Experiment läßt darauf schließen, daß selbst die Fähigkeit lernbar ist, unbekannte, in Gehalt und Dosierung (Nachgießen) undurchschaubare Getränke nur bis zum Erreichen einer bestimmten Blut-Alkohol-Konzentration zu trinken.

Ein weiterer in diesem Zusammenhang wichtiger Befund ist die Erklärung des oft zitierten Nord-Süd-Unterschiedes in Europa mit der gehäuften Erscheinung des Rauschtrinkens im Norden und Osten. Bezieht man die Erkenntnis ein, daß Ungeübte eher zum Rauschtrinken neigen und daß in Völkern ohne Tradition (= Übung) im Umgang mit Alkohol das Risiko des Rauschtrinkens besonders groß ist

(Indianer, Eskimos, Entwicklungsländer), so ist ein vergleichbarer Schluß für romanische Länder (lange Tradition im Umgang mit Wein) und nord- bzw. osteuropäische Länder (geringe Tradition) zu ziehen.

Ein interessantes gesamtgesellschaftliches Experiment findet zur Zeit in Kuba statt. Nach Berichten ausländischer Besucher ist es dort gelungen, durch ein abgestuftes Rationierungs- und Preissystem (Alkohol über die Quote hinaus wird vom Staat zu Schwarzmarktpreisen offiziell angeboten) den Alkoholmißbrauch drastisch einzuschränken.

Die Übertragbarkeit auf Staaten mit überdurchschnittlich hohem Volks- und Individualeinkommen dürfte jedoch nicht möglich sein, da das frei disponible Einkommen in Verbindung mit dem preisdifferenzierten Angebot fast jedem Bürger einen mißbräuchlichen Alkoholkonsum erlaubt, ohne seine Existenz zu gefährden.

Auch verstießen solche Konzepte in der Bundesrepublik gegen zwei Prinzipien: die freie Marktwirtschaft (Handlungsspielraum der Industrie) und die individuelle Freiheit zur Entfaltung und Selbstverwirklichung, in die auch Mißbrauchsverhalten einbezogen ist.

2.9 Wissen und Einstellungen

Bestimmte Folgewirkungen übermäßigen Alkoholkonsums sind auf kognitiver Ebene bekannt: insbesondere langfristige physische, psychische und soziale Schäden. Auch Unfallrisiken und materielle Schäden für sich und andere sind im Wissen meist präsent. Wie üblich, sind wichtige Wissensdetails nicht bekannt. Der Zusammenhang mit dem eigenen Alkoholkonsum wird nicht hergestellt; zum Teil mit Recht, da oft zitierte Spätschäden aus extremem Alkoholmißbrauch resultieren und/oder nur in Verbindung mit anderen psychosozialen und materiellen Handicaps auftreten.

Dementsprechend wundert es nicht, daß die Einstellung gegenüber dem Alkoholmißbrauch der "Anderen" negativ ist, der eigene Konsum jedoch nur selten kritisch betrachtet wird.

Verantwortlich dafür sind sicher nicht nur Mechanismen, wie sie beim Versuch der Verdrängung der Unfallgefahr (Verkehr, Arbeit, Haushalt, Hobby) einsetzen.

Ebenso maßgeblich dürfte sein, daß über akute Effekte des mißbräuchlichen Alkoholkonsums in sozial nicht auffälligen Situationen und Gruppen praktisch nicht berichtet wird. In den vorhandenen Ausnahmefällen wird der Bezug zur erlebten Situation und zur Person mit ihren Bedürfnissen und Motiven nicht hergestellt.

2.10 Angebotssituation, Information und Werbung als motivierende Faktoren

Wie im Verhaltensbereich Rauchen gilt: Der hohe Distributionsgrad, die räumlich und zeitlich praktisch unbegrenzte Verfügbarkeit alkoholischer Getränke ist auch ohne Werbung einer der wichtigsten Einflußfaktoren. Auf die analog zu übertragende Darstellung im Kapitel über Rauchen sei verwiesen.

Die Verhaltenswahrscheinlichkeit hemmende Faktoren sind - im Gegensatz zum Rauchen - kaum auszumachen. Partielle Einschränkungen sind nur auf wenige Situationen (Autofahren, Berufsgruppen, Jugendliche) bezogen und richten sich nicht auf den Alkoholkonsum oder Alkoholmißbrauch in seiner normalen Erscheinungsweise. Bei genauer Betrachtung einzelner Appelle ("Laß das Auto stehen") ergibt sich sogar eine implizite Zustimmung zu höherem Alkoholkonsum als solchem. Lediglich wenige spezifische Verhaltensweisen werden untersagt. Mehr noch als im Bereich Rauchen bleibt der Werbung und Produktgestaltung beliebiger Spielraum zur Aktualisierung und

Verbreiterung der Bedeutungsvariabilität, der instrumentellen Funktionen und der potentiellen Nutzen des Alkoholkonsums insgesamt und zugunsten des eigenen Produktes.

Selbst rüde Ansprache bekannt problematischer Trinkmotivationen ("Underberg hilft über den Berg"; mit Fallbeispielen!) bleibt unbeanstandet.

Dieser zugestandene Freiheitsgrad ist ein Teil der gesellschaftlichen Problematik und kann nach den Gesamtergebnissen der Untersuchung vor allem durch drei Befunde erklärt werden:

- 1) Das allgemein akzeptierte, am falschen Bild der Trinkerpersönlichkeit orientierte Ursache-Wirkungs-Denken verhindert begründbare Interventionen gegen Maßnahmen, die laut dem hier vorgestellten theoretischen Bezugsrahmen wirksam sein müssen. Sie begünstigen zwar nicht das Verhalten einer benennbaren Person, aber die Verhaltenswahrscheinlichkeit der Bevölkerung bzw. einzelner Gruppen.
- 2) Im Bereich Alkoholkonsum/Alkoholmißbrauch ist es aus der Sicht der Gesundheitsbildung unangemessen, nur von einer Forschungslücke zu sprechen: Alkoholmißbrauchsforschung existiert allenfalls in Ansätzen.
- 3) Die einseitige Ausrichtung der Forschung auf biologische und medizinische Experimente trägt nicht zu Fortschritten im Verstehen überwiegend psycho-sozial motivierten Verhaltens bei.

Gesellschaftliche Interventionen in diesem Bereich müssen legitimiert sein. Die Basis für eine solche Legitimation fehlt zur Zeit noch.

2.11 Forschungslücken

Der Forschung im Verhaltensbereich Alkoholkonsum fehlt zur Zeit in weiten Bereichen Zielsetzung, theoretisches Konzept und geeignete Methodologie. Es liegt eine Unzahl von - teils sehr ideenreichen - Untersuchungen vor, die aber nicht als Basis für Maßnahmen der Gesundheitsbildung genügen. Aufgrund der speziellen Situation müssen solche Maßnahmen und Aussagen gesellschaftlich legitimiert sein und gegen Interessen durchgesetzt werden. Forschung muß hier also mehr leisten als in anderen Bereichen, wo Pilot-Projekte und Hypothesen als Fundierung von Maßnahmen akzeptiert werden können. Dabei stehen u. E. drei Hauptaufgaben im Vordergrund:

- 1) Erarbeitung bzw. Festlegung von operationalen Kriterien zur Beschreibung der gemeinten Verhaltensformen: Diese Kriterien müssen nicht endgültig sein, sondern sollten auf der Basis empirischer Forschung durchaus modifiziert werden können.
- 2) Entwicklung geeigneter Untersuchungstechniken zur repräsentativen Erhebung der gemeinten Verhaltensformen.
- 3) Einordnung vorliegender und neu zu erhebender Ergebnisse in einen zusammenhängenden Bezugsrahmen, der dem heutigen Standard und der Realität möglichst weitgehend entspricht. Es ist zu erwarten, daß dann auch die reichhaltigen Ergebnisse aus der biochemischen Forschung aussagekräftiger werden.

Die erste Aufgabe ist nur in Zusammenarbeit mit Verantwortlichen aus dem Bereich der Gesundheitsbildung zu erledigen.

Quantitatives und qualitatives Ausmaß des Verhaltens

Trinkmuster, die reale Verteilung der Konsumquantitäten im Tagesablauf und situationsbezogen sind grundsätzlich neu zu erheben. Veröffentlichte Ergebnisse der Konsumforschung und neuere Studien der BZgA und des Arbeitskreises Alkohol können als Startpunkt und spätere Vergleichsbasis herangezogen werden. Diese Fragen müssen grundsätzlich auf repräsentativer Basis angegangen werden.

Zum Erlernen des Verhaltens

Der Sozialisationsprozeß im Alter von 10-20 Jahren sollte, wie im Bereich Rauchen, detaillierter untersucht werden. Ergänzend zu den dort genannten Punkten muß die Frage der existierenden Trinkmuster und Trinkregeln besonders berücksichtigt werden.

Die Hypothese des Weiterlernens im Erwachsenenalter ist in der Gesamtbevölkerung zu untersuchen. Dabei sollte auch die Frage einbezogen werden, welche Personen oder Gruppen die Funktion der "Lehrer" und "Experten" einnehmen, um die Relevanz der unterschiedlichen Sozialisationsinstanzen realistisch einschätzen zu können.

Zu Nutzen und instrumentellen Funktionen des Verhaltens

Analog zum Bereich Rauchen sollte Abstand davon genommen werden, überwiegend negative Aspekte des Verhaltens zu erheben. Daraus resultierende Ergebnisse müssen realitätsfern und letztlich falsch sein.

In der Prioritätenrangfolge kann dieser Komplex zurückstehen, da entsprechende Untersuchungskonzeptionen nach Kenntnis des bekannten Verhaltens besser und präziser werden.

Zu physiologischen und gesundheitlichen Aspekten des Verhaltens

Die Erlebnisse und Empfindungen von Wirkung und Folgen des "normalen" Alkoholkonsumenten sind unbekannt. Ergebnisse hierzu sind aber notwendige Basis für die Planung und Abschätzung der potentiellen Wirkung von Maßnahmen der Gesundheitsbildung.

Gleichzeitig könnten so die Befunde der biochemischen und medizinischen Forschung daraufhin betrachtet werden, inwieweit sie Entsprechungen im Erleben der Konsumenten in realer Lebenssituation finden, wo die Ergebnisse differieren und weshalb dies so ist.

Ergebnisse aus diesem Bereich sind auch Voraussetzung für eventuelle neue Konzepte des kontrollierten Alkoholkonsums.

Zu motivierenden Faktoren in Umwelt und Gesellschaft

Die hier zunächst relevanten Aspekte müßten im ersten Schritt hinreichend genau aus der Analyse von Verhalten und Lernen (s. o.) hervorgehen. Viele Faktoren brauchen u. E. nicht gesondert untersucht zu werden, weil sie bereits dokumentiert und evident sind.

Zu Wissen, Einstellungen, Information und Werbung

Situation und empfehlenswertes Vorgehen sind wie im vorgenannten Bereich zu sehen. Ohne Kenntnis der Verhaltensbasis können keine hinreichend sinnvollen (d. h. später verwertbaren) Fragen gestellt werden.

3. Verhaltensbereich Vorsorgemaßnahmen unter besonderer Berücksichtigung der Teilthemen "Individuelle Ängste als Barrieren für die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen" und "Subjektive Austauschbarkeit von Vorsorgemaßnahmen durch Medikation und Selbstmedikation"

Im Jahr 1978 lief eine turbulente und in allen Medien ausgetragene Diskussion um Vorsorgemaßnahmen ab. Für die Untersuchung dieses Verhaltensbereiches hatte dies mehrere Konsequenzen:

- o Die ohnehin kargen Ergebnisse zu Wissen, Einstellungen und Verhalten aus vorhergehenden Jahren sind wohl weitgehend entwertet, weil verändert.
- o Die Auskunftsbereitschaft der generell nicht besonders für Fragen aufgeschlossenen Schlüsselinstitutionen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung sank auf Null. Zu erwähnen ist die besondere Unfreundlichkeit, die uns bei Anfragen oft entgegengebracht wurde.
- o Wie wohl schon in der öffentlichen Diskussion deutlich wurde, gibt es keine zuverlässigen oder bundesweit gültigen Daten zur Angebotsseite und zum Nutzungsgrad von Früherkennungsuntersuchungen. Die Bereitschaft zu Schätzungen bestand in dieser Zeit nicht.

Dennoch hat die Zusammenstellung übergreifender Befunde und Hypothesen gerade zu diesem Zeitpunkt ihren Sinn. In einem wichtigen Bereich der Gesundheitsbildung, der weder theoretisch noch empirisch ausreichend bearbeitet ist, sollte die Chance wahrgenommen werden, die Basis zielgerichteter vorzubereiten als dies bei schon traditionellen Forschungsbereichen (s. Teilbereich Alkoholkonsum) in der historischen Entwicklung geschah.

3.1 Beschreibung des gemeinten Verhaltens

Die begriffliche Fülle des Begriffes Vorsorge (Prävention) ist sehr weit. Vorsorgliche Maßnahmen und Verhaltensweisen zu einer Zeit, wo noch keine Krankheitszeichen oder Störungen vorhanden sind, werden meist als primäre Prävention bezeichnet. Hierunter fallen insbesondere alle Bereiche der allgemein gesundheitsgerechten Lebensführung, der Impfschutz, die Sorge für eine gesundheitsgerechte Umwelt usw.

Die sekundäre Prävention umfaßt Maßnahmen zur Früherkennung und die Einleitung von zielgerichteten Maßnahmen in der Vor- oder Frühphase einer Krankheit.

Der allgemeine Sprachgebrauch bezeichnet mit dem Begriff "Gesundheitsvorsorge" vor allem die sekundäre Prävention. Bewirkt durch die Aktualität spezieller Maßnahmen zur Früherkennung von Krebs ergibt sich eine weitgehende Überlappung zu dem neuerdings häufiger benutzten Begriff Früherkennung.

Für die Verhaltensbeschreibung der Betroffenen sind diese terminologischen Fragen weniger relevant.

Im Zusammenhang mit der Krebsvorsorge wird im folgenden von Früherkennung gesprochen; im Zusammenhang mit Medikation und Selbstmedikation wird der Begriff Vorsorge gebraucht.

Dies vorausgeschickt, läßt sich das gemeinte Verhalten folgendermaßen beschreiben:

- o Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen ist das Aufsuchen eines Arztes bzw. einer entsprechenden Stelle mit dem Ziel, sich ohne oder mit Beschwerden im Hinblick auf mögliche Krankheiten untersuchen zu lassen.

Neben der speziellen Untersuchung (vor allem Krebsfrüherkennung) müssen hier wohl auch Arztbesuche mit unspezifischen Anliegen ("Überprüfung") einbezogen werden.

- o Vorsorgemaßnahmen sind Verhaltensweisen mit dem Ziel, das Entstehen spezieller Krankheiten oder auch allgemein "von Krankheiten" zu verhindern. Medikation und Selbstmedikation stehen dabei im Wettbewerb zu allgemein oder gezielt gesunder Lebensführung.

Vorsorgliche Maßnahmen für Andere (Kinder) sind ausgeklammert. Der Versuch der Verhaltensbeschreibung "aus der Sicht der Betroffenen" macht bereits deutlich, daß die gemeinten Verhaltensweisen nicht ohne weiteres zu beobachten, zu zählen und zu identifizieren sind. Im Bereich der Früherkennung ist damit zu rechnen, daß Besuche bei dem gewohnten Arzt auch einen anderen Anlaß haben und "bei dieser Gelegenheit" eine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wird.

Im Bereich der Medikation ist aufgrund der objektiven Verhaltensweise kaum zu entscheiden, ob diese im Rahmen einer Behandlung, einer Nachbehandlung oder als vorsorgliches Verhalten geschieht.

Damit wird auch klar, daß die subjektive Interpretation des eigenen Verhaltens ein wichtiges Element der Verhaltensbeschreibung ist. Im Fall der Vorsorge ist dieses Element bedeutender als bei der Früherkennung.

3.2 Das quantitative Ausmaß des Verhaltens und Entwicklungstrends

Zuverlässige, vollständige und aktuelle Daten liegen im gesamten Vorsorgebereich nicht vor. Im Bereich Krebsfrüherkennung sind nicht einmal Schätzzahlen zu ermitteln. Die Meldungen über Zu-

und Abnahme der Nutzung speisen sich wohl vorwiegend aus Teilinformationen, Zählungen und Schätzungen aufgrund von Beobachtungen in mehr oder weniger vielen Praxen.

Da ein beachtlicher, aber nicht bekannter Teil der Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen von Arztbesuchen zu Behandlungszwecken stattfindet, sind auch Angaben in Befragungen (zum Arzt gehen, ohne sich krank zu fühlen) mit Vorsicht zu werten. Die jährliche Frequenz der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen unter normalen Bedingungen wurde bundesweit noch nie erhoben.

Als Hintergrunddaten sind Zahlen zum Arztbesuch generell und zur subjektiven Angabe der Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung interessant. Nach älteren Zahlen gehen über zwei Drittel der erwachsenen Bevölkerung mindestens einmal im Jahr zum Arzt. Die Hälfte der Bevölkerung gab 1977 an, schon einmal zum Arzt gegangen zu sein, ohne krank zu sein oder sich krank zu fühlen. Diese Angabe bezog sich allerdings auf das gesamte Leben und nicht auf ein Jahr.

Nach Zahlen dieses Typs erscheint die Tendenz der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen stagnierend.

Das quantitative Ausmaß der Verwendung von Arzneimitteln im Sinne einer Vorsorgemaßnahme ist ebenfalls kaum abzuschätzen. Zuverlässige Verkaufs- und/oder Verordnungszahlen für relevante Präparatgruppen werden von den Herstellern nicht freigegeben. Empirische Erhebungen finden offensichtlich statt, werden aber gleichfalls nicht bekanntgegeben: Dunkelziffern überall.

Zur Hypothesenbildung können aber immerhin einige Daten herangezogen werden. Im Bereich der verschreibungspflichtigen Präparate sind häufig Arzneimittelreste anzunehmen, die aufbewahrt und verfügbar bleiben. Im Bereich der ganz oder teilweise frei-

verkäuflichen Präparate sind insbesondere folgende Gruppen relevant (in der Reihenfolge der Bedeutung):

- o Verdauungs- und Abführmittel (einschließlich "Schlankheitsmittel")
- o Schmerz- und Beruhigungsmittel
- o Grippe-/Erkältungsmittel
- o Vitaminpräparate
- o Stärkungsmittel, Tonica, Aufbaupräparate

Es sind Untersuchungen bekannt, in denen zwischen 1 und 5% der Stichproben auf Fragen, was man speziell für die eigene Gesundheit im Sinne einer Vorsorge tue, Arzneimittel nennen. Unter Berücksichtigung der Bedeutungsvariabilität des Verhaltens Medikation erscheinen solche Zahlen als Untergrenze nicht als unwahrscheinlich.

Dieses Faktum muß auf dem Hintergrund der Information gesehen werden, daß über drei Viertel der erwachsenen Bevölkerung jährlich mindestens einmal ein Medikament einnimmt.

Medikation ist eine allgemeine und gewohnte Verhaltensweise.

3. 3 Differenzierung nach Bevölkerungsgruppen und Verhaltenstypen

Relativ höhere Aufgeschlossenheit für wahrscheinlich alle vorsorglichen Verhaltensweisen haben Frauen gegenüber Männern. Dies hängt wohl nicht zuletzt von der insgesamt höheren Intensität gesundheitlicher Beschwerden bei Frauen ab. Ob diese organisch bedingt ist, gilt als umstritten. Es liegen auch Anhaltspunkte für eine psycho-sozial bedingte größere "Krankheitsbereitschaft" und für eine größere Sensibilität und Vorsicht gegenüber dem eigenen Körper vor.

Atypisch und nicht vergleichbar sind junge (bis 20 Jahre) und ältere (ab ca. 60 Jahre) Gruppen. Die sehr hohe Arztbesuchsfrequenz bei älteren Menschen, die generell sehr hohen Medikationsquoten und zugrundeliegende Beschwerdenzahl führt automatisch zu einer intensiven und dauernden Betreuung. Nicht bekannt ist allerdings, in welchem Maße die behandelnden Ärzte selbst Früherkennungsuntersuchungen bei älteren Menschen durchführen oder initiieren. Hinsichtlich der Medikation als möglicher subjektiver Vorsorgemaßnahme sind die Voraussetzungen bei älteren Menschen ebenfalls sehr gruppentypisch. Schon ab dem Alter von 45-50 Jahren beginnt die Verwendung von Tonica, Stärkungsmitteln und sogenannten "Alterspräparaten". Unveröffentlichte Untersuchungen aus der pharmazeutischen Industrie legen den Schluß nahe, daß solche Präparate mehrere Funktionen erfüllen, und zwar sowohl im vorsorglichen Bereich anzusiedelnde als auch stimulierende.

Der Einflußfaktor 'Soziale Schicht' wirkt sich nach vorliegenden Daten so aus, daß Angehörige unterer sozialer Schichten aus Informations- und/oder Einkommensgründen eine generell niedrigere Intensität im Bereich der Vorsorge zeigen.

Die gesamte Bandbreite der relevanten Verhaltensmuster in den Bereichen Früherkennung und Medikation als vorsorgliche Maßnahme ist noch nicht erforscht.

3.4 Das Erlernen des Verhaltens

Vorsorgemaßnahmen über die allgemein gesunde Lebensführung hinaus sind weltweit und in der Bundesrepublik ein sehr junges Phänomen. Erst nach dem zunehmenden Engagement der Gesellschaft für die gesundheitliche und soziale Versorgung der Bevölkerung und der sich daraus letztlich ergebenden Diskussion der

sehr hohen Kosten rückten Vorsorgemaßnahmen stärker in das Bewußtsein der Öffentlichkeit: seit etwa 10 Jahren.

Eine maßgebliche Führungsrolle ist dabei der Krebsfrüherkennung einzuräumen, die durch starke Hervorhebung in den Medien wohl in zunehmendem Maße auch den Vorsorgebegriff beeinflusst.

Dieser Situation entsprechend gibt es in den formellen und informellen Sozialisationsprozessen keinen Platz für die Vermittlung von Wissen, Einstellungen und Verhalten im Gesamtbereich der Vorsorge.

Dies ist nicht nur ein Problem der Bereitschaft, solche Inhalte in die Sozialisation einzuschließen. Insbesondere fehlt es nachweislich an entsprechendem Wissen in Schule und Elternhaus, welches überhaupt vermittelt werden könnte.

Vorbildverhalten ist naturgemäß ebenfalls nicht gegeben. Das Erlernen des Verhaltens seitens der jungen erwachsenen Bevölkerungsgruppen geschieht unsystematisch.

Im Gegensatz zu anderen Verhaltensangeboten im gesellschaftlichen Feld (überwiegend Konsumverhalten) fehlt hier auch eine letztlich homogene Interessengruppe (analog der Industrie), die aus Eigeninteresse systematische Bemühungen zur Verbreitung des Verhaltens betreibt. Solches ist nur im Medikationsbereich der Fall, der allerdings kritisch zu bewerten ist.

Der öffentliche Meinungsbildungsprozeß als Alternative für die Integration in den Sozialisationsprozeß oder für systematische Bemühungen einer eigeninteressierten Gruppe erscheint als zu schwach und zu unkontrolliert, um gezieltes und erfolgreiches Lernen zu bewirken. Die Art der öffentlichen Diskussion im Jahre 1978 dürfte dies ohne weiteren Nachweis belegen.

Unter dieser Voraussetzung stellt sich die Frage, ob nicht sogar gegenteiliges Lernen besser im Sozialisationsprozeß integriert ist. Nimmt man als Beispiele die untersuchten Verhaltensbereiche Rauchen und Alkoholkonsum, so ist der Schluß zulässig, daß nicht vorsorgliches Verhalten besser vermittelt und gelernt wird als vorsorgliches Verhalten.

Die problematische Verhaltensform Medikation als subjektive Vorsorgemaßnahme dagegen hat einen durchaus starken Hintergrund. Ähnlich wie unkontrollierter Alkoholkonsum resultiert sie aus dem gelernten und ständig verstärkten Grundverhalten Medikation. Eigenverantwortlichkeit oder notwendiges Wissen wird hier jedoch nicht mitgelernt, da die Behandlung von Krankheiten überwiegend im Verantwortlichkeitsbereich von Experten (Ärzte, Krankenhäuser usw.) liegt.

3.5 Nutzen und instrumentelle Funktionen des Verhaltens

Wie in den Bereichen Rauchen und Alkoholkonsum gilt: Nutzen, instrumentelle Funktionen und Folgen des Verhaltens sind nur dann relevant, wenn sie in der Situation bzw. in realistischer Nähe zur Situation erlebt werden können.

Beim Mißbrauchsverhalten hat dies die fatale Folge, daß wahrscheinliche Spätschäden kaum motivierende Kraft im Hinblick auf Kontrolle bzw. Einstellen des Verhaltens besitzen.

Im Bereich Vorsorgemaßnahmen ist die Folge in gleichem Maße unerfreulich, da die in diesem Fall wahrscheinlichen "Spätutzen" gleichfalls kaum motivierende Kraft besitzen.

Häufig berichtete Spontansteigerungen und wieder schnelles Absinken der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (z. B. nach den Be-

richten über die Präsidentengattin Ford) bestätigen diese These: Nicht die Angst vor Spätschäden, die bei konstantem Wissen gleiches Niveau hält, sondern eine durch die Berichterstattung bewirkte akute Angst (Könnte ich jetzt schon das gleiche Leiden haben?) dürfte motivierende Kraft gehabt haben.

Das Bewußtseins- und Einstellungsfeld Krankheit ist negativ besetzt. Die enge Assoziation der Früherkennung zu diesem Feld rückt das Verhalten ganz allgemein in dieses Feld. Direkte Folgen des Verhaltens können nur negativen Charakters sein: das Entdecken von Krankheiten. Im positiven Fall (= keine Krankheiten entdeckt) sind die Folgen zwar grundsätzlich positiv, demgegenüber stehen jedoch negative Begleiterscheinungen des Verhaltens: Der Besuch beim Arzt als Verhaltenssequenz dürfte kaum positive Aspekte im Sinne einer motivierenden Kraft besitzen; zudem muß im Bewußtsein zunächst das negativ besetzte Feld Krankheit und Krankheitsängste "betreten" werden. Der Befund lautet nicht: "Sie sind gesund", sondern: "Sie haben eine bestimmte Krankheit nicht". Aus individueller Sicht ist die Verhaltensweise Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen kaum mit positiven Nutzen und instrumentellen Funktionen besetzt. Eher sind sogar überwiegend negative Assoziationen anzunehmen, die durch das Aufdecken möglicher gesundheitlicher Schäden durch die Prozedur spezieller Früherkennungsmaßnahmen verstärkt werden.

Im Gegensatz dazu weisen Medikation und Selbstmedikation als Vorsorgemaßnahme durchaus positive Nutzen und instrumentelle Funktionen auf. Die Wirkung der Medikation wird grundsätzlich in der Situation vermutet; selbst wenn dies nicht so ist. Dem Arzneimittel wird grundsätzlich "Gutes für die Gesundheit" zugetraut. Das Ausschalten von Krankheit und die Sicherung von Gesundheit wird von der Gesellschaft gefordert. Dies nicht so sehr im Hinblick auf einen

eigenständigen Wert Gesundheit, sondern vielmehr im Hinblick auf Leistungsfähigkeit (besonders bei Männern) und das Dasein für Andere (besonders bei Frauen).

Weitere Nutzen der Medikation als Vorsorgemaßnahme werden gleichfalls positiv erlebt. Die bei einigen Präparaten vermutete Stärkung der Widerstandskraft bezieht sich auf häufige und kurzfristige Leiden (Erkältungen, Infektionen). Viele Vitaminpräparate und Präparate aus dem Bereich der Tonica sind angenehm einzunehmen. Nutzenerwartungen dieser Art werden verstärkt durch die Verordnung durch den Arzt, allgemeine und unspezifische positive Wirkvorstellungen und auch durch die einzige systematische Information in diesem Bereich: Werbung der interessierten Hersteller.

3.6 Physiologische und gesundheitliche Aspekte des Verhaltens

Im Bereich der Früherkennungsuntersuchungen, d. h. bei der Krebsfrüherkennung, können nach dem gegenwärtigen Stand der Diskussion negative Konsequenzen durch die Untersuchungstechniken nicht mehr ausgeschlossen werden.

Im Bereich der Medikation als Vorsorgemaßnahme liegen spezielle Befunde nicht vor. In anderem Zusammenhang ermittelte Ergebnisse sind jedoch übertragbar:

- o Einzelne Präparatgruppen sind nebenwirkungsverdächtig. Zumindest kann nach dem schrittweisen Aufdecken von immer mehr gesundheitlich schädigenden Nebenwirkungen nicht mehr ausgeschlossen werden, daß bei fast jeder Präparatgruppe Risiken bestehen. Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, daß das Aufdecken negativer Nebenwirkungen mit der Intensität gezielter Suche steigt.

- o Jede Manipulation durch Medikation setzt teils kontrollierte, überwiegend aber unbekannte und deshalb unkontrollierte Prozesse in Gang. Insofern beinhaltet jede Medikation ein mehr oder weniger großes gesundheitliches Risiko.
- o Ein über physiologische Aspekte hinausgehendes gesundheitliches Risiko ergibt sich aus der subjektiven Bewertung und Konsequenz des Verhaltens. Eigenverantwortliche Vorsorgemaßnahmen können dazu führen, daß tatsächlich bestehende Krankheiten in ihrer Manifestation verdeckt werden (Symptombeseitigung). Der notwendige Gang zum Arzt entfällt.

Im Vergleich mit den Verhaltensbereichen Rauchen und Alkoholkonsum ist eine für den durchschnittlich, also sehr gering informierten Bürger eine erstaunliche Feststellung zu machen: Während bei Mißbrauchsverhalten auch statistisch sehr unwahrscheinliche Risiken als Argument für die Forderung tiefgreifender Verhaltensänderungen vorgebracht werden, besteht im Früherkennungsbereich und bei Medikation die Tendenz dazu, solche Risiken abzustreiten.

Bei genauer Betrachtung ist dies das gleiche Spiel mit verteilten Rollen. In den Verhaltensfeldern Rauchen und Alkoholkonsum verteidigt die Bevölkerung ihr Verhalten und ihre Nutzen. Im Bereich Früherkennung und Medikation verteidigen die Gesundheitsexperten ihr Verhalten - oft auf gleichwertig undifferenzierte Art und Weise.

Es ist nicht bekannt, ob und wie stark diese Prozesse bewußt erlebt und als motivierender Faktor wirksam werden.

3.7 Situationen, in denen das Verhalten stattfindet

Objektive und äußerlich beobachtbare Situationsmerkmale sind in den hier untersuchten Verhaltensbereichen nicht gegeben. Allenfalls

die Zeiten generell höherer gesundheitlicher Gefährdung (Herbst/Winter) können zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des Verhaltens Medikation als Vorsorgemaßnahme führen.

3.8 Motivierende Faktoren in Umwelt und Gesellschaft

Wegen der schwachen sozialen Integration des Vorsorgeverhaltens sind speziell motivierende starke Faktoren kaum zu vermuten, zumindest noch nicht erforscht. Im Grundsatz werden wohl überwiegend solche Faktoren Einfluß besitzen, die generell auf das Feld Gesundheit einwirken, d. h. die Forderung nach Leistungsfähigkeit im weitesten Sinne und die soziale Stigmatisierung des "Kranken" mit ihren Folgewirkungen.

Für den Bereich Früherkennungsuntersuchungen sind hypothetisch noch folgende motivierenden Faktoren zu vermuten:

- o Das generelle Vertrauen in die Leistungsfähigkeit und Sicherheit der gesundheitlichen Versorgung.
- o Das spezielle Vertrauen in den Arzt.
- o Der Grad der öffentlichen Sanktionierung nicht gesundheitsgerechten bzw. der Belohnung gesundheitsgerechten Verhaltens.

Für den Bereich Medikation als Vorsorgemaßnahme können ergänzend eine Rolle spielen:

- o Die im Rahmen der Umweltdiskussion angesiedelte Frage der Schädlichkeit bzw. Risiken einzelner Wirkstoffe.
- o Der Grad, in dem der freie Verkauf von Arzneimitteln und die Selbstmedikation toleriert wird. Entsprechend der allgemein gültigen Verfügbarkeitshypothese ist zu erwarten,

daß Arzneimittel bei zunehmender Freigabe mehr und mehr den Charakter von Konsumprodukten annehmen und den gleichen Gesetzmäßigkeiten unterworfen sind.

- o Die Höhe des frei verfügbaren Einkommens.

3.9 Wissen und Einstellungen

Das Wissen im gesamten Verhaltensfeld Vorsorge ist außerordentlich dürftig. Diese Situation begünstigt die Anfälligkeit für die Beeinflussbarkeit durch jede, also auch falsche Information.

Da Analoges für die Einstellungen gilt, sind zur Zeit keine zuverlässigen Aussagen darüber zu machen, wie sich die Vorgänge im Jahr 1978 ausgewirkt haben. Nicht näher belegte Meldungen über sprunghafte Verhaltensänderungen deuten jedoch darauf hin, daß der Gesamtbereich in starker Bewegung ist.

Aus der Sicht der Gesundheitsbildung ist anzumerken, daß in der Phase noch nicht verfestigter Einstellungen die Chance und praktische Möglichkeit zur Einflußnahme weit größer ist als in einer Situation mit weitgehend verfestigten Einstellungen.

3.10 Angebotssituation, Information und Werbung als motivierende Faktoren

Wie groß das faktische Angebot an Früherkennungsuntersuchungen (gemessen an der Zahl der Stellen) ist, steht zur Zeit nicht fest. Das maximale Potential ergibt sich aus der Gesamtzahl aller Praxen und Einrichtungen zur stationären Behandlung.

Erhebungen in der Bevölkerung deuten darauf hin, daß die Wahrnehmung des Angebotes nur einen Bruchteil des faktischen Angebotes umfaßt.

Information und Werbung im Bereich Früherkennung wird zur Zeit überwiegend von Massenmedien (Zeitungen, Zeitschriften, Rundfunk, Fernsehen) sowie von speziellen Vereinigungen und öffentlichen Institutionen betrieben. Interessant ist, daß Früherkennung als attraktives Thema in vielen Medien gilt. Die Gesamtheit der Aktivitäten erscheint als unkoordiniert und verunsichernd, zumindest im Jahr 1978.

Das maximale Angebot im Bereich Medikation als Vorsorge umfaßt die Gesamtheit aller geeigneter und frei handhabbarer Präparate in den genannten Präparatgruppen. Die Angebotssituation wird durch die in Umwelt und Gesellschaft wirksamen Faktoren (siehe Punkt 3. 8) beeinflusst.

Da Produktcharakter und Verhalten sich hier durch subjektive Merkmale bestimmen, hängt der Nutzungsgrad von Arzneimitteln im Sinne der Vorsorge stark von Information und Werbung ab.

Solange Werbeaussagen toleriert werden, die symbolisch oder explizit (Beispiel Vitaminpräparate) die Verwendung mit typischen Vorsorgezielen und nicht so sehr mit der Behandlung von Krankheiten verknüpfen, ist eine Verstärkung der Verhaltensweise Medikation als subjektive Vorsorgemaßnahme zu erwarten.

3. 11 Forschungslücken

Zu den untersuchten Bereichen liegen außergewöhnlich wenige und fundierte Untersuchungen vor. Sicher besteht auch noch Bedarf auf dem Gebiet der medizinischen Forschung. Aus der Sicht der Gesundheitsbildung erscheint es sinnvoll, sich Planungsdaten in einer Situation zu beschaffen, die noch gut beeinflussbar, weil noch nicht verfestigt ist.

Zum gemeinten Verhalten

Der Erhebung repräsentativer Daten zu Arten und Quantitäten vorsorglicher Verhaltensweisen ist absolute Priorität gegenüber allen anderen Informationstypen einzuräumen, um Notwendigkeit und Arten möglicher Interventionen abschätzen zu können.

Zum Erlernen des Verhaltens und dessen subjektiver Motivierung

Weniger das kaum ausgeprägte Erlernen, sondern eher das Erleben des Verhaltens erscheint interessant. Direkt mit dem Verhalten korrespondierende Motivationen, Ängste usw. sind praktisch noch überhaupt nicht erforscht.

Zu Wissen, Einstellungen, Information und Werbung

Im Teilbereich Wissen und Einstellungen werden nur oberflächige Informationen benötigt, da dieser Bereich noch wenig verfestigt bzw. variabel ist. Relativ bedeutsamer ist die Frage, wie die Vielzahl oft widersprüchlicher Informationen wahrgenommen und verarbeitet wird. Daten hierzu sind Voraussetzung zur Planung neuer Kommunikationsmaßnahmen, weil Erfahrungswerte aus traditionellen Gebieten der Gesundheitsbildung hier kaum ohne weiteres zu übertragen sind.

IV SCHLUSSFOLGERUNGEN

Forschungsergebnisse können Entscheidungen nicht ersetzen. Sie sind aber geeignet, das Spielfeld für mögliche Entscheidungen und Maßnahmenstrategien zu beschreiben und abzugrenzen. Dabei sind zwei unterschiedliche Aussagetypen zu unterscheiden:

- 1) Die Beschreibung des Zustandes im betrachteten Feld, d. h. die Beschreibung der Quantität und Qualität bestimmter Verhaltensweisen und die Beschreibung relevanter motivierender Faktoren.

- 2) Die Beschreibung der Zusammenhänge zwischen Verhalten und dem Einwirken einzelner motivierender Faktoren. Wie in Ergebnisteil A dargestellt, sind diese Zusammenhänge so zu verstehen, daß die Konstellation aller wirksamen Faktoren eine Verhaltenswahrscheinlichkeit bedingt. Individuelle Verhaltensprognosen sind nicht möglich; aber Prognosen dazu, welcher Anteil der Bevölkerung das Verhalten zeigen wird. Deshalb sind Prognosen dieser Art für die Gesundheitsbildung hinreichend.

Aussagetyp 1 trägt zu der Entscheidung bei, ob eine Intervention aus der Sicht der Gesundheitsbildung notwendig ist.

Aussagetyp 2 trägt dazu bei, die Art und die Erfolgchancen von möglichen Maßnahmen einzuschätzen.

1. Notwendige Änderungen der Forschungspolitik

Die Sammlung von Informationen ist notwendiger Bestandteil der Gesundheitsbildung. Die vorliegende Untersuchung zeigt, daß auch für die Forschung Schlußfolgerungen zu ziehen sind. Dabei geht es weniger um thematische Forschungslücken. Deren Ausgleich ist "nur" eine Frage von Zeit, Geld und Methodologie.

Grundsätzlicherer Natur und für die Relevanz der Forschung entscheidender sind offensichtliche Mängel in der Vorgabe sinnvoller Fragen, in dem Realitätsbezug von Forschung und in der Übermittlung von Ergebnissen an Praktiker und Politiker.

Wenn in allen untersuchten Forschungsbereichen mehr oder weniger große Teilgebiete vollständig ausgeklammert werden, so ist dies auf einen Mangel an Vorgaben zurückzuführen. Entscheidende Mitverantwortung tragen aber auch die Forscher. Es bleibt unverständlich, weshalb in der traditionsstarken und äußerst umfangreichen und aufwendigen Alkoholforschung systematisch gerade die Bereiche ausgespart sind, die für die Gesundheitsbildung (diese überwiegend in der Auftraggeberrolle) notwendigen Basisinformationen liefern.

Hauptverantwortlich sind die Forscher für den oft mangelnden Realitätsbezug der Forschung. Im Bereich Rauchen ist dieser Vorwurf weniger zu machen, da die neueren Tendenzen sich durch starken Realitätsbezug auszeichnen. Der Zustand der Alkoholforschung dagegen muß in Summe als desolat bezeichnet werden. Theorielosigkeit und offensichtliche Kunstfehler kennzeichnen einen Großteil der Alkoholforschung.

Für die mangelhafte Übermittlung der Ergebnisse sind wohl auch die Forscher hauptverantwortlich. Gewisse berufsspezifische Normen (und teilweise Fehlentwicklungen) führen häufig zu Ergebnisdarstellungen, die selbst für Berufskollegen unverständlich bleiben.

Die Symbole für Wissenschaftlichkeit entsprechen nicht immer dem Anspruch der Wissenschaftlichkeit. Da der überwiegende Teil der Untersuchungen im Auftrag von oder in Institutionen der Gesundheitsbildung stattfindet, kann nur erstaunen, welches Maß an Unverständlichkeit und teilweise offensichtlicher Irrelevanz dort toleriert wird.

Notwendige Änderungen der Forschungspolitik sind u. E. :

- o Vorgabe expliziterer Zielsetzungen und Fragen an die Forschung.
- o Bessere Vorplanung der Forschung, um die spätere Verwendbarkeit abzusichern.
- o Höhere Anforderungen an die Berichterstattung im Hinblick auf die praktische Verwendbarkeit.

2. Eine praxisorientierte Darstellung zur Einordnung von Untersuchungsergebnissen

Es ist abgesichert, daß die Verhaltenswahrscheinlichkeit durch motivierende Faktoren bestimmt wird. Als motivierende Faktoren werden hier auch Bedingungen in Umwelt und Gesellschaft bezeichnet. Weiterhin ist bekannt, daß diese Faktoren gleichzeitig einwirken, Konflikte oder Widersprüche zwischen unterschiedlichen Faktoren bestehen und daß im Verlauf der Entscheidung für ein Verhalten einzelne Faktoren stärker berücksichtigt werden, andere dagegen abgewertet oder verdrängt werden.

Im Rahmen dieser vereinfachten Darstellung stellen sich für die Gesundheitsbildung folgende Fragen:

- 1) Welche motivierenden Faktoren sind wirksam im Hinblick auf eine Verhaltenswahrscheinlichkeit?
- 2) Welche dieser Faktoren sind hemmend und welche sind fördernd für das gemeinte Verhalten?
- 3) Welche dieser Faktoren sind beeinflussbar im Sinne einer Veränderung der Inhalte, des relativen Gewichtes im Gesamtsystem der motivierenden Faktoren oder im Sinne eines Austausches?
- 4) Ist durch Einflußnahme auf die veränderbaren oder austauschbaren Faktoren die Verhaltenswahrscheinlichkeit zu beeinflussen?

Die im Rahmen der Untersuchung ermittelten Ergebnisse können in eine vereinfachte Darstellung eingetragen werden. Dabei sind folgende Unterteilungen sinnvoll:

In der Situation des Verhaltens wirksame Faktoren sollten von solchen getrennt werden, die mittel- oder längerfristige Wirkung haben. Im Beispiel Rauchen: Unangenehme Auswirkungen heute (Husten, Geschmacksbeeinträchtigung usw.) sind ganz anderer Natur als direkte oder mittelbare gesundheitliche Risiken (z. B. Krebs) Generell gilt: In der Situation wirksame Faktoren haben im Regelfall größeren Einfluß auf das Verhalten als Faktoren mit Auswirkungen mittel- und längerfristiger Art.

Schema:

		Individuum			Umwelt und Gesellschaft		
		psychische Ebene	soziale Ebene	physische Ebene	Beziehungen zur Familie	Beziehungen zur weiteren Umwelt	Beziehungen zur Gesellschaft
Motivierende Faktoren in der Situation	fördernd						
	hemmend						
Motivierende Faktoren mittel- und längerfristiger Art	fördernd						
	hemmend						

Die individuellen Faktoren können grob unterteilt werden in die psychische , soziale und physische bzw. körperliche Ebene. Im Vergleich von Rauchen und Alkoholkonsum wurde z. B. deutlich, daß beim Alkoholkonsum mehr und vielfältigere körperliche Wir-

kungen nachweisbar sind. In allen Bereichen spielen Faktoren psychischer und sozialer Art eine bedeutsame Rolle.

Motivierende Faktoren aus Umwelt und Gesellschaft sind nach den vorliegenden Befunden sinnvoll unterteilbar in Beziehungen zur Familie, Beziehungen zur weiteren Umwelt (Bekanntenzirkel, berufliche Sphäre, konkrete Umweltmerkmale usw.) und Beziehungen zur Gesellschaft (Werte, Normen, Gesetze, konkrete gesellschaftliche Rahmenbedingungen usw.).

Durch das Ausfüllen dieses Schemas wird deutlich, wo die in Ergebnisteil B beschriebenen Forschungslücken liegen. Gleichzeitig können die in Punkt 1 aufgeführten Fragen in grober Form beantwortet werden, soweit vorliegende Erkenntnisse dies erlauben.

Der Vergleich der vereinfacht dargestellten Situationsanalyse mit den strategischen Ansatzpunkten der unterschiedlichen Interessengruppen zeigt, wo Bewegung ist, wo verstärkt wird, wo versucht wird abzuschwächen.

Im Bereich Rauchen versucht die Zigarettenindustrie die psychosozialen Nutzen und instrumentellen Funktionen für das Individuum in der Rauchsituation zu verstärken. Aufklärungsmaßnahmen im Rahmen der Gesundheitsbildung konzentrieren sich auf die - a priori weniger einflußreichen - langfristigen gesundheitlichen Risiken. Der spürbaren Verminderung der gesellschaftlichen Toleranz gegenüber dem Rauchen versucht die Zigarettenindustrie in ihrer aktuellen Werbung die Einbettung des Rauchens in gesellschaftliche Tradition, Sitten und Gebräuche gegenüberzustellen.

Dieses Beispiel kann noch weiter ausgeführt werden. Es macht deutlich, daß sowohl Untersuchungsergebnisse als auch mögliche Maßnahmenstrategien in diesem Schema dargestellt und erläutert werden können.

3. Ausgangslage und Ansatzpunkte in einzelnen Verhaltensbereichen

3.1 Rauchen

Rauchen ist ein in der Phase der Sozialisation gelernter Antrieb. Insbesondere Nutzen und instrumentelle Funktionen des Rauchens in der Rauchsituation werden vom Individuum erlernt. Beim Gelegenheitsraucher (siehe Schema) steht diesen fördernden Motivationen kaum etwas gegenüber. Hemmende Faktoren auf physischer Ebene (Geschmack, leichte Beeinträchtigungen) spielen kaum eine Rolle. Negative Reaktionen aus Umwelt und Gesellschaft sind kaum zu erwarten. Eher werden diese Reaktionen sogar positiver Natur sein.

Schema Gelegenheitsraucher

		Individuum			Umwelt und Gesellschaft		
		psychische Ebene	soziale Ebene	physische Ebene	Beziehungen zur Familie	Beziehungen zur weiteren Umwelt	Beziehungen zur Gesellschaft
Motivierende Faktoren in der Situation	fördernd						
	hemmend						
Motivierende Faktoren mittel- und längerfristiger Art	fördernd						
	hemmend						

= stark besetztes Feld

= schwächer besetztes Feld

(Symbolik gilt für alle 5 Schemata!)

Beim starken Gewohnheitsraucher (siehe Schema) sind mehr Felder besetzt. Hemmend auf psychischer Ebene wirkt z. B. das unangenehme Gefühl der Abhängigkeit. In der Situation erlebte und mittelfristige körperliche Beeinträchtigungen bzw. Risiken spielen ebenso eine Rolle wie häufigere negative Reaktionen in Umwelt und Gesellschaft. Daß diese negativen Faktoren dennoch nicht zur Aufgabe des Rauchens führen, liegt primär an der Habitualisierung des Rauchens. Selbst beim Willen zur Aufgabe des Rauchens, d.h. bei subjektivem Überwiegen hemmender Faktoren kann der starke Gewohnheitsraucher das schematisierte Rauchen nicht unterbinden.

Schema: Starker Gewohnheitsraucher

		Individuum			Umwelt und Gesellschaft		
		psychische Ebene	soziale Ebene	physische Ebene	Beziehungen zur Familie	Beziehungen zur weiteren Umwelt	Beziehungen zur Gesellschaft
Motivierende Faktoren in der Situation	fördernd						
	hemmend						
Motivierende Faktoren mittel- und längerfristiger Art	fördernd						
	hemmend						

Im Hinblick auf die Gruppe der starken Gewohnheitsraucher ist das Angebot von Nichtraucherkursen zur Entwöhnung des schematisierten Rauchens notwendig.

Im Hinblick auf wirksame Prävention erscheint die einseitige Betonung der langfristigen gesundheitlichen Risiken als wenig sinnvoll. Aussagen von Nichtrauchern bestätigen, daß z. B. hemmende Faktoren auf der physischen Ebene, die in der Rauchsituation empfunden werden, weit verhaltensrelevanter sind.

Eindeutigere Maßnahmen, die weniger gesellschaftliche Toleranz gegenüber dem Rauchen signalisieren, könnten die Stellung der Nichtraucher stärken und den Druck aus Familie und weiterer Umwelt verstärken. Eine Argumentation, die sich stärker an den motivierenden Faktoren in der Situation orientiert, hätte auch einen positiven Einfluß auf das Geschehen in der Sozialisation.

3.2 Alkoholkonsum

Die Schemadarstellungen für normalen und mißbräuchlichen Alkoholkonsum sowie für Alkoholismus (siehe folgende Seite) zeigen in groben Zügen die Verteilung fördernder und hemmender Einflußfaktoren.

Auch diese Verhaltensweisen sind gelernt. Der normale Alkoholkonsum wird fast ausschließlich gefördert. Erst bei häufigem Alkoholmißbrauch werden eine Reihe von hemmenden Faktoren wirksam, die jedoch kein echtes Gegengewicht zu den immer noch vorhandenen fördernden Faktoren bilden.

Erst beim extremen Alkoholismus überwiegen fast auf allen Ebenen negative Faktoren. Die psychische Abhängigkeit verhindert jedoch die Loslösung vom Alkohol, zumal der Alkoholiker zunehmend isoliert von Umwelt und Gesellschaft wird.

Schema: Normaler Alkoholkonsum

		Individuum			Umwelt und Gesellschaft		
		psychische Ebene	soziale Ebene	physische Ebene	Beziehungen zur Familie	Beziehungen zur weiteren Umwelt	Beziehungen zur Gesellschaft
Motivierende Faktoren in der Situation	fördernd						
	hemmend						
Motivierende Faktoren mittel- und längerfristiger Art	fördernd						
	hemmend						

Schema: Häufiger Alkoholmißbrauch

		Individuum			Umwelt und Gesellschaft		
		psychische Ebene	soziale Ebene	physische Ebene	Beziehungen zur Familie	Beziehungen zur weiteren Umwelt	Beziehungen zur Gesellschaft
Motivierende Faktoren in der Situation	fördernd						
	hemmend						
Motivierende Faktoren mittel- und längerfristiger Art	fördernd						
	hemmend						

Schema: Alkoholismus

		Individuum			Umwelt und Gesellschaft		
		psychische Ebene	soziale Ebene	physische Ebene	Beziehungen zur Familie	Beziehungen zur weiteren Umwelt	Beziehungen zur Gesellschaft
Motivierende Faktoren in der Situation	fördernd						
	hemmend						
Motivierende Faktoren mittel- und längerfristiger Art	fördernd						
	hemmend						

Aus diesen Schemabildern wird deutlich, daß durch die Konfrontation mit dem Bild des Alkoholikers als Abschreckung wenig erreicht werden kann. Für den normalen Alkoholkonsumenten ist dies ein Bild aus einer anderen Welt. Anknüpfungspunkte zum eigenen Erleben bestehen nicht. Gleiches trifft im Fall häufigen Alkoholmißbrauches zu.

Auch eine einseitige Darstellung von negativen Aspekten des Alkoholmißbrauches läuft Gefahr, als unrealistisch abgewiesen zu werden.

Ein grundlegender Ansatzpunkt für die Gesundheitsbildung müßte die Verbreitung realitätsnaher und praktikabler Hilfen für die Kontrolle des eigenen Alkoholkonsums sein. Der Übergang von normalem zu mißbräuchlichem Alkoholkonsum wird häufig nicht erlebt. Die Widerstandskraft gegenüber den fördernden Faktoren ist gering.

Die Verbreitung solcher Hilfen wäre auch eine bedeutsame Stütze beim Erlernen des Umgangs mit Alkohol.

3.3 Vorsorgemaßnahmen

In diesen Bereichen genügt die Datenbasis nicht, um ein entsprechendes Bild zu zeichnen oder fundierte Strategiealternativen aufzuzeigen.

4. Zur weiteren Handhabung der Ergebnisse

Die im vorangehenden Punkt dargestellten Schlußfolgerungen sollten beispielhaft skizzieren, wie auch Nicht-Forscher mit den Ergebnissen operieren könnten. Bei detaillierter Betrachtung können viele strategische Möglichkeiten erdacht, durchgespielt und bewertet werden.

Eine wichtige Erkenntnis scheint uns zu sein, daß Maßnahmen der Gesundheitsbildung sich keinesfalls nur auf die Betrachtung einzelner Faktoren beschränken dürfen, ohne deren Stellenwert im Gesamt zu bewerten. Viele bekannte Maßnahmen erscheinen im Licht der vorliegenden Ergebnisse als naiv, unrealistisch und a priori wirkungslos.