

050011 B

WGO - workshop "Frauen und Rauchen"  
vom 6. - 9. November 1983 in Hörgrenzhausen,  
Bundesrepublik Deutschland

Frauen und Rauchen - ein Workshop-Bericht  
von Rosemarie Stein

## I. DER HINTERGRUND DES WORKSHOPS

Rauchen ist ein traditionelles Thema der Gesundheitserziehung. Das Resultat aber war bisher eher bescheiden. Der Zigarettenkonsum ging keineswegs zurück, er nahm vielmehr sogar noch zu, vor allem unter Jugendlichen und Frauen. Während zum Beispiel in der Bundesrepublik Deutschland die Zahl der (männlichen) Raucher zwischen 1960 und 1979/80 von 11,5 auf 9,6 Millionen sank (das heißt um 16,5%), stieg zugleich die Zahl der Raucherinnen von 4,7 auf 7,7 Millionen - also um nicht weniger als 63,8%.

### Warum rauchen immer mehr Frauen?

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

Warum greifen immer mehr Frauen zur Zigarette? In welcher persönlichen Situation, unter welchen äußeren Lebensbedingungen tun sie das? Welche Funktionen hat für sie das Rauchen? Ist dieses gesundheitsgefährdende Verhalten für bestimmte Gruppen (für welche?) nötig, um durch den Alltag zu kommen - Rauchen gleichsam als Überlebensstrategie? Das sind einige der Fragen, die von den (überwiegend weiblichen) Teilnehmern dieses Workshops wenn schon nicht beantwortet, so doch näher untersucht werden sollten. Die Grundlage dafür waren die vorläufigen Ergebnisse eines zweiteiligen Forschungsprojektes, "Frauen und Rauchen", die hier zum

**ARCHIVEXEMPLAR**

**Reg.-No. 50011**  
**(5.1.12)**

...

### Die bundesdeutsche Fallstudie im WHO-Rahmen

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

Die bundesdeutsche Fallstudie "Frauen und Rauchen" gehört in den Rahmen des "Fourth Survey on Smoking and Health in Europe", der mehr als eine Erhebung ist. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation will damit vielmehr auch Denkanstöße für künftige Präventionsstrategien geben. Der Workshop "Frauen und Rauchen" als Teil der gleichnamigen Fallstudie war die erste Veranstaltung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in ihrer neuen Funktion als WHO-Kollaborationszentrum für Gesundheits-erziehung. Das Regionalbüro für Europa der WGO wiederum war das erste, das ein eigenes Programm "Rauchen" in Angriff nahm. In den Mittelpunkt aller Anstrengungen stellte man dabei diejenigen Gruppen, die sich jetzt verstärkt dem Rauchen zuwenden: Jugendliche und Frauen.

### "Frau und Gesundheit" - ein neues Thema?

In Kopenhagen wurde auch eine Arbeitsgruppe "Frauen und Gesundheit" gegründet, denn Frauen wurden von der Gesundheitserziehung bisher vernachlässigt, obwohl sie schließlich keine Randgruppe, sondern die Hälfte der Bevölkerung darstellen. Die WGO/EURO beschloß, in ihren regulären Programmen stärker auf den Aspekt Frau und Gesundheit einzugehen. Eine Tagung zum Thema, die gemeinsam mit der Scottish Health Education Group in Edinburgh ver-

anstaltet wurde, hat diese Absicht akzentuiert. Eine solche Tagung war für die WGO etwas völlig Neues, zumal außer Professionellen auch Laien (Selbsthilfegruppen) daran beteiligt waren.

### Erprobung des Lebensweisen-Konzeptes

Die Fallstudie "Frauen und Rauchen" ist einer der ersten Versuche, das "Lifestyle-Konzept" zu konkretisieren, das ein Jahr vor diesem Workshop am selben Ort Gegenstand einer gemeinsamen Tagung der WGO/EURO und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung war. Nach diesem Konzept darf gesundheitsschädigendes Verhalten wie zum Beispiel das Rauchen nicht isoliert gesehen werden. Es gehört vielmehr immer in den Zusammenhang mit den individuellen und kollektiven Lebensweisen sowie mit ihren ökonomischen, ökologischen, sozialen und kulturellen Bedingungen. Möglicherweise resultieren bisherige Mißerfolge der Gesundheitserziehung aus der alten, nur auf einzelne Risikofaktoren gerichteten Sichtweise.

Nach der neuen Konzeption, die im Deutschen etwas fragmentarisch mit "Lebensweisen-Konzept" bezeichnet wird, sind also Gegenstand einer Präventionsstrategie nicht einfach Risikofaktoren oder gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen.

- Vielmehr müssen erst einmal die Gründe solchen Verhaltens erforscht werden, um - so hofft man - mit diesem Wissen im Hintergrund erfolgreicher als bisher auf eine Änderung gesundheitsriskanter Verhaltensweisen einwirken zu können.

Wenn der Lebenszusammenhang und die individuelle oder gruppenspezifische Art der Bewältigung von Spannungen und Krisensituationen wichtig zum Verständnis gesundheitsschädigenden Verhaltens ist - Verständnis als Voraussetzung erfolgreicher Interventionen -, dann muß es auch eine Rolle spielen, ob man es mit

Männern oder Frauen, mit jungen oder alten Leuten zu tun hat. Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung Erwachsener zielte bisher aber fast ausschließlich auf den Mann. Er galt offenbar stillschweigend als Normalfall des Menschen, die Frau wurde, als zu vernachlässigende Normabweichung, kaum je ausdrücklich ins Blickfeld gerückt. Auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nahm sich von dieser Kritik nicht aus. Ihr Aufklärungsmaterial, nicht nur in Sachen Rauchen, hatte eigentlich nie die Frauen zur Zielgruppe, sofern es sich nicht gerade um Themen wie Schwangerschaft handelte, wofür sich nun wirklich kein Mann als Identifikationsfigur eignete. 40% der Raucher sind aber heute schon Frauen, und es werden im Verhältnis zu den Männern immer mehr. Es ist also höchste Zeit, das Problem "Frauen und Rauchen" in Forschung und Praxis zu thematisieren, zumal sich in letzter Zeit die Berichte über vielfältige Gesundheitsschäden durch das Rauchen gerade bei Frauen häufen.

## II. DIE FALLSTUDIE "FRAUEN UND RAUCHEN"

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

### Ergebnisse der "quantitativen" Stufe

Einige der wichtigsten Ergebnisse: Die Gesamtzahl der Raucher in der Bundesrepublik Deutschland stagniert zwar seit Jahren, ihr prozentualer Anteil ging sogar zurück. Die Zahl der gerauchten Zigaretten jedoch hat sich seit 1960 ständig erhöht und lag (einschließlich der selbstgedrehten) 1981 bei 147 Milliarden. Das heißt, die Rauchintensität steigt kontinuierlich. Jeder der rund 17 Millionen Raucher(innen) konsumiert heute durchschnittlich 24 Zigaretten täglich. Daß die Zahl der männlichen Raucher sich von 1965 bis 1980 um 2,5 Millionen (16,5%) auf 9,6 Millionen reduziert hat, ist für Gesundheitserzieher kein Grund zum Frohlocken. Denn erstens handelt es sich bei diesen zweieinhalb Millionen hauptsächlich um Gelegenheitsraucher, denen das Aufhören leicht fällt, und zweitens hat die Zahl der Raucher *innen* in demselben Zeitraum von 4,9 auf

7,7 Millionen zugenommen, das heißt um 63,8%. Wenn der (in allen Industrieländern zu beobachtende) Trend sich fortsetzt, wird es also bald ebensoviele rauchende Frauen wie Männer geben. In anderen westeuropäischen Staaten ist dieses Verhältnis schon fast erreicht. Hinzu kommt, daß auch bei den Frauen die Rauchintensität zunimmt. Es gibt jetzt mehr Gewohnheits- und weniger Gelegenheitsraucherinnen als früher, vor allem in den jüngeren Altersgruppen. Von den 14- bis 17jährigen Mädchen rauchen bereits 17% ständig.

### Rauchverhalten und Lebensweise

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

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

Wenn es wirklich einen Zusammenhang zwischen dem Rauchen und der Lebensweise gibt - und alles spricht dafür -, so wird die Zahl der Raucherinnen vorerst weiter zunehmen; auf jeden Fall so lange, bis der 'cultural lag', von dem in der Diskussion mehrfach die Rede war, ausgeglichen ist. Aus Ländern, in denen differenziertere Daten über das Rauchen vorliegen als in der Bundesrepublik Deutschland, wurden für die Emanzipations-Hypothese interessante Belege beige-steuert. In Großbritannien beispielsweise wird heute in der "Oberschicht" am wenigsten und in der

"Unterschicht" am meisten geraucht - aber dies betrifft nur die Männer.

In Schweden rauchen die Ärzte weniger, die Ärztinnen aber mehr als dem Durchschnitt entspricht.

Bei der Analyse vieler Studien über das Rauchverhalten im Rahmen des ersten Teils der hier skizzierten Fallstudie fanden sich zahlreiche Hinweise dafür, daß das Rauchen vielfach dazu dient, Belastungen besser zu bewältigen, und daß es anscheinend männer- wie frauenspezifische "Bewältigungsmuster" in vergleichbaren Streß-Situationen gibt. Offensichtlich spielt die Zigarette im Lebenszusammenhang der Frau auch eine andere Rolle als in dem des Mannes. Welche Rolle ist das? Aus welchen Gründen rauchen Frauen, warum hören sie möglicherweise wieder auf, warum fangen manche gar nicht erst an? Welche Bedeutung haben gesundheitliche Erwägungen? Über alle diese Probleme müßte man mehr wissen, um wirksame Präventionsstrategien entwickeln zu können.

#### Ergebnisse der "qualitativen" Stufe

Als ein erster Versuch, solche Fragestellungen differenzierter zu formulieren und Wege zur Beantwortung methodisch zu erforschen, wurde der zweite, q u a l i t a t i v e Teil der Fallstudie gewertet, der ebenfalls auf dem Workshop vorgestellt wurde. Um die Anwendbarkeit des Lebensweisen-Konzepts zu prüfen, wurde eine bestimmte Frauengruppe in einer spezifischen Lebenssituation ausgewählt. Man wollte etwas über die Bedeutung erfahren, die das Rauchen in ihrem Lebenszusammenhang hat. Mit 13 Raucherinnen, neun ehemaligen Raucherinnen und sechs "Nie-Raucherinnen" wurden ausführliche Gespräche geführt. An der kleinen Zahl von Befragten in dieser qualitativen Studie wurde aus dem Kreis der Teilnehmer Kritik geübt. Dennoch erregte die Erhebung Interesse, nicht nur als methodologische Pilot-Studie, sondern auch, weil die hierdurch gewonnenen Informationen die Bildung von Hypothesen ermöglichen, die wiederum Grundlage weiterer präventionsbezogener Forschungen sein können. Es ergaben sich auch schon konkrete Hinweise dafür, in welcher Richtung bei der Arbeit nach dem Lebensweisenkonzept gedacht werden sollte. Die Raucherinnenkarriere läßt sich typischerweise in vier Perioden gliedern:

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

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

#### "Gesundheit" ist kein Thema

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

Von den Frauen, die nie geraucht hatten, nannte ebenfalls keine einen gesundheitlichen Grund dafür. Sie fanden einfach keinen Geschmack an der Zigarette, sie waren offenbar "immun" gegen den Rauchgenuß. Sie empfanden sich zwar als Außenseiter, vor allem in der Einstiegsphase, weil sie sich dem sozialen Zwang zum Rauchen nicht fügten und dadurch weniger leicht Kontakt bekamen, hatten aber das Rauchen nicht nötig, ebensowenig wie Alkohol- oder Tablettenkonsum. Sie wirkten auffallend unabhängig und autonom. Die Mechanismen, die diesen Frauen zur Verfügung stehen, um mit den Belastungen ihres Alltags fertig zu werden, wurden teilweise schon erkennbar: Sie verstanden, sich abzugrenzen und sich Freiräume der Entspannung zu schaffen. Solche Mechanismen bedürfen aber noch der weiteren Erforschung. Man müßte also herausfinden,



unter welchen - individuellen oder sozialen - Bedingungen es bestimmten Frauen (und natürlich auch Männern) gelingt, mit einem gesundheitsschädigenden Verhalten gar nicht erst anzufangen, um dann dieses Wissen der Gesundheitserziehung nutzbar zu machen.

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

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

#### Welche Funktionen hat das Rauchen?

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

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

- Demonstration von Selbständigkeit,  
alles Ansatzpunkte für präventive Strategien.

### Gesundheitserziehung ohne Gesundheitsargumente?

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

### III. Arbeitsergebnisse des Workshops

Die anspruchsvollen Arbeitsziele, die den Workshop-Teilnehmern vorgegeben waren, konnten natürlich nur fragmentarisch erreicht werden, schon aus zeitlichen Gründen. (Für die eigentliche Arbeit in kleinen Gruppen standen wegen der zahlreichen, meist Vortragslänge erreichenden Statements nur wenige Stunden zur Verfügung). Einige Fakten, Hypothesen und Probleme, die sich im Laufe der

Diskussionen als besonders bedeutsam herauskristallisierten, können aber, versuchsweise gegliedert nach den vier Arbeitszielen, hier zusammengestellt werden. Die Auswahl orientiert sich an der möglichen Relevanz für die künftige Forschung und Praxis in der Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsbildung.

#### 1. Beginn einer Problemanalyse

Erstes Arbeitsziel war es, das bisherige Bild vom Problemkreis "Frauen und Rauchen" zu überprüfen und gegebenenfalls auf Grund der neu erarbeiteten Erkenntnisse zu revidieren.

Die Überprüfung ergab, daß bisher das höchst aktuelle, für die Gesundheitserziehung ungemein wichtige Problem "Frauen und Rauchen" überhaupt noch nicht systematisch analysiert wurde. Mit diesem Workshop wurde der Anfang einer solchen Problemanalyse gemacht. (Aller Anfang ist schwer; auf die besonderen Schwierigkeiten, die h i e r zu beobachten waren, wird am Schluß dieses Berichts kurz eingegangen.) "Rauchen" ist Dauerthema der Gesundheitserziehung, "Frauen" waren für sie bisher meist nur als Schwangere oder Familienmütter eine Zielgruppe, und die quantitative wie qualitative Bedeutung des Problems "Frauen und Rauchen" ist erst seit kurzem im Blickfeld.

Als Entwicklungstendenzen, die für die Gesundheitserziehung von Bedeutung sind, wären zwei gesellschaftliche Trends zu nennen - die Veränderung der Frauenrolle und die Gesundheitsbewegung - sowie jener wissenschaftliche Erkenntnisfortschritt, aus dem das Lebensweisenkonzept der Weltgesundheitsorganisation abgeleitet wurde.

Die Frau und ihre eigene Gesundheit ist von der Gesundheitserziehung bislang vernachlässigt worden. Immer wurde nur an ihre Verantwortung für die Gesundheit ihrer Familie appelliert, ihr Interesse an der eigenen Gesundheit wurde vorausgesetzt. Gesundheitsforschung und -förderung hatte in der Regel Männer zum Gegenstand oder orientierte sich am Leitbild des Mannes; sie war bestenfalls geschlechtsneutral, jedenfalls höchst selten frauenspezifisch. Das gilt uneingeschränkt in bezug auf das Thema Rauchen.

Die Befunde der bundesdeutschen Fallstudie haben mit Sicherheit ergeben, daß die Handlungsträger der Gesundheitserziehung bisher von völlig falschen

Voraussetzungen ausgegangen sind. Was die Aufklärung über die Gesundheitsgefährdung durch das Rauchen und die Motivation zum Nichtrauchen betrifft, so haben Frauen nämlich einen (objektiven) Bedarf daran, der wegen der Zunahme des Rauchens viel größer ist als früher. Sie haben hingegen überhaupt kein (subjektives) Bedürfnis danach. Denn:

*Frauen betrachten es meist gar nicht als problematisch, daß sie rauchen; es hat also wenig Sinn, sie - mit entsprechenden Medien - als "Raucherinnen" anzusprechen.*

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

*Frauen schätzen die eigene Gesundheit meist als nicht besonders wichtig ein. Hinweise auf die gesundheitlichen Risiken des Rauchens sind daher wahrscheinlich kaum effektiv.*

Diese mangelnde Wirksamkeit erklärt sich auch noch aus einem dritten Befund:

*Rauchen ist kein kognitiv bestimmtes Verhalten. Mit bloßer Information, welchen Inhalts auch immer, dürfte es also nicht zu beeinflussen sein.*

...

## 2. Differenzierung von Zielgruppen

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

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

Für die Differenzierung nach Zielgruppen gibt es sehr verschiedene Möglichkeiten, die an dieser Stelle nur skizziert und mit ein paar Beispielen verdeutlicht werden können:

ALTER UND DIE DAFÜR TYPISCHE LEBENSITUATION (z.B. Mädchen am Beginn ihrer "Raucherinnen-Karriere", die das geringste Gesundheitsverständnis haben, ältere Frauen, die von der Gesundheitserziehung meist vernachlässigt werden)

Sozialschicht ("Oberschicht-Frauen" rauchen z.B. am meisten, aber "Unterschicht-Frauen" fällt es am schwersten, wieder aufzuhören)

Berufstätigkeit (Hausfrauen rauchen z.B. weniger als Berufstätige; in bestimmten Berufen wird mehr geraucht als in anderen)

Psychologische Merkmale (z.B. Selbstwertgefühl: Ist Rauchen Symbol eines wachsenden, aber noch unsicheren Selbstbewußtseins der Frau, kann Nicht-Rauchen Zeichen eines ausgereiften Selbstwertgefühls sein, wozu auch ein sorgsameres Umgehen mit dem eigenen Körper gehört?)

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

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

### III. FOLGERUNGEN FÜR DIE GESUNDHEITSERZIEHUNG

"Konsequenzen für Prioritätensetzungen und Maßnahmen einzelner Handlungsträger der Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung" hieß das dritte Arbeitsziel. Hierzu ergaben sich aus den Diskussionen dieses Workshops am wenigsten konkrete Aussagen, wie er überhaupt eher Einsichten darüber vermittelte, was man **n i c h t** tun als was man nun stattdessen **t u n** sollte. Was man nicht tun sollte, ist klar: Sich nur auf die Belehrung über die Gesundheitsrisiken des Rauchens beschränken. "Das erzeugt nur ein schlechtes Gewissen - und die

Frauen rauchen weiter", konstatierte eine Teilnehmerin (Karin Reis). Dennoch sind Gesundheitsargumente wichtig. Bei den Betroffenen beeinflussen sie auf die Dauer vermutlich doch die Einstellung zur Zigarette; sie tragen unterschwellig dazu bei, daß das gesellschaftliche Ansehen des Rauchens sinkt.

Den Handlungsträgern der Gesundheitserziehung aber liefern die medizinischen Fakten die einzige Motivation für die (wie auch immer geartete) Bekämpfung des Rauchens. Sie müssen also z.B. darüber informiert werden, daß wahrscheinlich wegen der Zunahme des Rauchens der Frauen ihre Lebenserwartung in den Industrieländern sich der niedrigeren der Männer anzugleichen beginnt (denn bekanntlich ist, laut WHO, das Rauchen hier die bedeutendste einzelne Ursache von Krankheit und vorzeitigem Tod); daß in den USA schon fast so viele Frauen an Lungenkrebs sterben wie an Brustkrebs, bisher die häufigste tödliche Krebsform bei Frauen; daß jüngste Forschungen auch einen Zusammenhang zwischen Gebärmutterhalskrebs und Rauchen ergeben haben. Dies sind nur ein paar Informationen, die sich auf die neueste Entwicklung beziehen. Andere frauenspezifische Risiken des Rauchens, wie etwa das der Kombination "Rauchen und Pille", sind seit langem bekannt. Es gibt also genug medizinische Argumente, gerade das Problem "Frauen und Rauchen" mit Priorität anzugehen.

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

Für bestimmte Zielgruppen sollten - quasi nach Maß - Teilstrategien entwickelt werden. Dabei dürfte aber nicht etwa nur von oben herab geplant werden, vielmehr sollte man Aktivitäten aus den Kreisen der (potentiell) Betroffenen an-

regen oder, wo bereits vorhanden, fördern, ob das nun einzelne Initiativen (z.B. Frauentreffpunkte, rauchfreie Diskotheken usw.) oder breite Strömungen sind, wie die Frauen- und die Gesundheitsbewegung. Für solche Zielgruppen wären wahrscheinlich auch Informationen über die Bedarfsweckungsmethoden der Zigarettenindustrie, die ja bei den Frauen wie auch in der Dritten Welt noch eine "Marktlücke" sieht, ein wirksames Argument.

Die Hauptträger der Gesundheitserziehung wie auch der (vielleicht viel wichtigeren) Bildung von Normen gesundheitsbezogenen Verhaltens sind nicht Ärzte, sondern Familienangehörige, Altersgenossen, Lehrer, Kollegen usw.. Dennoch sollte man versuchen, die Gesundheitserziehung in die medizinische Versorgung wie auch in die allgemeine Erziehung zu integrieren. Und da Rauchen kein Thema ist, mit dem Frauen zu einer Beratungsstelle kommen, kann man dort (wenn sie aus anderen Gründen erscheinen) das Gesprächsbedürfnis nutzen, das vor allem viele ältere Frauen haben, und versuchen, das Problem Rauchen zur Sprache zu bringen. Wahrscheinlich wäre es nützlich, alle, die Gelegenheit haben, Frauen in Richtung Nichtrauchen zu beeinflussen, entsprechend zu schulen, wie dies z.B. in einem erfolgreichen schwedischen Projekt (worüber Lars Ramström berichtete) mit Krankenschwestern in Schwangeren-Beratungsstellen geschieht.

#### IV. FOLGERUNGEN FÜR DIE FORSCHUNG

Das vierte und letzte Arbeitsziel betraf die Forschung: Wo liegen Erkenntnis-Defizite? Wo sind neue Ansätze notwendig? Wie läßt sich eine stärkere Orientierung am Bedarf, eine bessere Umsetzbarkeit der Ergebnisse erreichen? Was die G e s u n d h e i t s r i s i k e n des Rauchens betrifft, so ist wohl keine stoffliche Noxe besser erforscht als die Zigarette. Worüber allerdings noch wenig bekannt ist, das ist die Beeinflussung des Rauchrisikos durch die physische und psychische Verfassung sowie durch physikalische und soziale Umweltbedingungen. Außerdem weiß man natürlich noch nicht, welche Krankheiten sich bei den rauchenden Frauen erst in den nächsten Jahrzehnten häufen werden, weil das Rauchen als weibliches Massenphänomen neueren Datums und die Entstehung der dadurch geförderten Krankheiten ein langfristiger Prozeß ist.



Auch über das R a u c h v e r h a l t e n liegen eine ganze Anzahl von Forschungsergebnissen vor; allerdings sind solche Studien meist interessenorientiert. Was vor allem nötig ist, sind Studien, die (wie der biographische Teil der bundesdeutschen Pilot-Studie) das Rauchen im Zusammenhang mit der Lebensweise und den Lebensbedingungen von Frauen erforschen: Es geht darum, mehr über "Frauen, die rauchen" zu erfahren, nicht über "Raucherinnen".

Nach dem Gesagten leuchtet es ein, daß diese Forschung interdisziplinär und möglichst bedarfs- und anwendungsbezogen sein muß. Das läßt sich an einem Beispiel noch verdeutlichen: Während über das Rauchverhalten schon eine ganze Menge bekannt ist, w e i ß m a n ü b e r d a s N i c h t r a u c h e n u n d s e i n e G r ü n d e s o g u t w i e g a r n i c h t s . Warum fangen viele Frauen gar nicht erst an zu rauchen oder kommen über das Probieren nie hinaus? Haben in derselben sozialen Situation Frauen, die nicht rauchen, einen psychischen oder physischen Schutzfaktor gegenüber Frauen, die rauchen? (Oder zeigen sie vielleicht stattdessen ein anderes gesundheitsriskantes Verhalten?)

Solche Fragen sind exemplarisch für Probleme einer Gesundheitsforschung im Wortsinne, die es eigentlich noch so gut wie gar nicht gibt. Warum bleibt man gesund? Was sind die Faktoren, die dabei zusammenwirken? Wenn man Gesundheitsförderung nicht nur ins Blaue hinein betreiben will, wäre es wichtig, dies zu wissen.

Näcbemerkung: Wie schwer tun wir uns mit dem neuen Konzept?

Zum Schluß noch ein paar subjektive, aber nicht von der Berichterstatterin allein gemachte Beobachtungen über die Schwierigkeiten dieses Workshops. Erstens entstand der Eindruck, daß wir die Fallstudie nicht genügend diskutiert haben, um die es doch in der Hauptsache ging. Der Workshop war zuvor ausdrücklich als Teil davon bezeichnet worden, und er sollte dem Team bei der Auswertung der Befunde helfen. Es wäre zu fragen, ob er wirklich hilfreich war, und wenn nicht, woran das lag. Waren vielleicht die Teilnehmer nicht klar darüber informiert, was man eigentlich von ihren Statements erwartete?

...

Die zweite Beobachtung: Diese Fallstudie sollte ja ein Anwendungsbeispiel für das Lebensweisen-Konzept der WHO sein (die Themenwahl war in der Tat ideal). Aber ist dieses neuartige Konzept eigentlich schon richtig aufgenommen, geschweige denn angenommen worden? Haben wir es überhaupt völlig begriffen, und wenn nicht, liegt dies an fehlender oder nicht ausreichend klarer Information darüber?

Und selbst wenn wir das Konzept begriffen haben: Akzeptieren wir es auch und zwar nicht nur verbal, zum Gebrauch für Tagungen und Publikationen? Wenn wir es nicht so akzeptieren, daß wir es auch in die Praxis umsetzen, dann kämen zwei verschiedene Gründe dafür in Frage: Entweder es taugt nichts oder es gibt Widerstände dagegen. Und hierfür gäbe es wieder zwei Möglichkeiten: Entweder wir haben etwas gegen dieses ganz bestimmte Konzept oder wir lehnen es nur deshalb ab, weil es neu ist und uns aus den gewohnten gradlinigen Denkbahnen werfen will: Hier die Noxe, dort der Mensch und dazwischen, quasi als Antibiotikum, die Gesundheitserziehung.

Anscheinend irritiert das Lebensweisen-Konzept vor allem die konventionelle m e d i z i n i s c h e Denkweise. Diese Irritation ist durchaus verständlich, denn lange Zeit hat die Medizin den Besitz des Hauses "Gesundheit" allein beansprucht. Nach dem Lebensweisen-Konzept ist dies aber ein Haus mit vielen Wohnungen. Da ist natürlich auch Platz für die Medizin (vielleicht sogar in der Beletage). Sie wird keineswegs überflüssig, nur muß sie beispielsweise die Psychologie neben sich dulden, die Soziologie und noch ein paar andere wissenschaftliche Disziplinen, aber auch die Leute der Praxis und - horribile dictu - sogar Laien!

Wer es wahrscheinlich genauso schwer hat mit diesem Haus, in dem es auch recht aktive und manchmal etwas abenteuerliche Wohngemeinschaften gibt (womöglich Hausbesetzer!), das sind die Verwalter, also die Planer und Gesundheitsstrategen. Wir Deutschen zumindest haben ja die Tendenz zur Gründlichkeit, zur Perfektion und zur Vereinheitlichung. Wir wollen am liebsten, daß erst alles generalisier-

bar gemacht wird, ehe einer überhaupt etwas machen darf.

Aber auf diese Art macht man nie etwas, jedenfalls nichts Neues. Es gibt einen deutschen Slogan - manche behaupten, er sei das Motto der alten preußischen Beamten gewesen: "Das haben wir schon immer so gemacht - das haben wir noch nie so gemacht - wo kämen wir da hin!"

Das ist auch ein - Lifestyle.

