

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



050013

Ostmerheimer Straße 200,
D 5000 Köln-91 (Merheim)

FERNRUF-SA-NR. 89 92-1,
TELEX: 8873 658 bzga d

BUNDESZENTRALE FÜR
GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG

WGO-KOLLABORATIONSZENTRUM
FÜR GESUNDHEITSERZIEHUNG



Frauen und Rauchen
Fallstudie Bundesrepublik Deutschland
Zusammenfassender Bericht

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-No. 50013
(5.1.14)

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, wurde 1983 zum WGO-Kollaborationszentrum für Gesundheitserziehung ernannt. Die Fallstudie Frauen und Rauchen - Bundesrepublik Deutschland - ist Teil des gemeinsamen Arbeitsprogrammes. Der quantitative Teil der Studie wurde im Herbst 1982, der qualitative Teil 1983 und der Workshop im November 1983 im Auftrag und mit Mitteln der BZgA durchgeführt.

FRAUEN UND RAUCHEN
Fallstudie Bundesrepublik Deutschland

Zusammenfassender Bericht

Alexa Franke

Ulrike Maschewsky-Schneider

Udo Reuter

Projektbetreuung in der BZgA:

Rosmarie Erben

Dr. Alexa Franke, Diplom-Psychologin, ist Dozentin an der Ruhr-Universität Bochum. Sie hat im Rahmen der qualitativen Studie die Untersuchung nicht-rauchender Frauen durchgeführt.

Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, Diplom-Soziologin, ist Mitarbeiterin am Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin. Sie hat die qualitative Studie unter Mitwirkung von Erika Fink und Helgard Rohrmoser durchgeführt.

Udo, Reuter, Diplom-Kaufmann, ist Forschungsleiter des unabhängigen Forschungsinstituts "IMW-Köln". Er hat die quantitative Studie durchgeführt.

Dr. Rosmarie Erben, Diplom-Psychologin, ist Referentin für Auslandsbeziehungen in der BZgA.

G L I E D E R U N G

1.	<u>Begründung der Problemstellung</u>	1
2.	<u>Fallstudie Bundesrepublik Deutschland: Zielsetzungen der WGO-EURO und der BZgA</u>	2
2.1	- Der exemplarische Charakter	3
2.2	- Methodologie	3
2.3	- Erwartungen	4
2.4	- Verwertungszusammenhang	5
3.	<u>Das Lebensweisen-Konzept</u>	6
4.	<u>Fragestellungen und Ergebnisse der Untersuchungen</u>	9
4.1	- Quantitative Studie	10
4.1.1	- Fragestellungen	10
4.1.2	- Ergebnisse	13
4.1.2.1	- Faktenhintergrund	13
4.1.2.2	- Notwendigkeit neuer Erklärungsansätze	14
4.1.2.3	- Veränderungen von Lebensbedingungen	15
4.1.2.4	- Zusammenhänge mit dem Rauch-Verhalten	17
4.1.3	- Erste Schlußfolgerungen	19
4.2	- Qualitative Studie	20
4.2.1	- Fragestellungen	22
4.2.2	- Raucherinnenbiografien	24
4.2.3	- Ergebnisse	25
4.2.3.1	- Ergebnisse für die Gruppe 1	25
4.2.3.2	- Ergebnisse für die Gruppe 2	27
4.2.3.3	- Ergebnisse für die Gruppe 3	30
4.3	- Gesundheitshandeln von Frauen, die nie geraucht haben	32
4.3.1	- Rauchen stellt eine Form des Bewältigungshandelns dar	32

4.3.2	- Rauchen ist Gesundheitshandeln	34
4.3.3	- Rauchen ist soziales Verhalten	36
4.3.4	- Rauch-Attribuierungen bei nicht-rauchenden Frauen	37
4.3.5	- Bedeutung der Einstiegssituation	38
5.	<u>Methodische Evaluierung</u>	39
5.1	- Quantitative Studie	39
5.1.1	- Die Quellen	40
5.1.2	- Probleme der Re-Analyse	41
5.1.3	- Ergiebigkeit	42
5.2	- Qualitative Studie	42
5.2.1	- Allgemeine Prinzipien	42
5.2.2	- Der Beitrag qualitativer Methoden zur Erforschung des Lebensweisen-Konzeptes	44
5.2.3	- Evaluierung der verwendeten Methodik	45
5.3	- Bewertung des Gesamtansatzes der Fallstudie	46
6.	<u>Empfehlungen</u>	49
	Literatur	51

1. Begründung der Problemstellung

Während seit geraumer Zeit in den entwickelten Industrienationen ein Rückgang an männlichen Rauchern festgestellt werden kann, hat sich dennoch der Zigaretten-Konsum insgesamt nur relativ unbedeutend verändert. Es ist deshalb im Rahmen des „4th Survey on Smoking and Health in Europe“ seitens der WGO-EURO beabsichtigt worden, den Gründen für diesen Sachverhalt nachzugehen. Die BZgA als WGO-Kollaborationszentrum für Gesundheits-erziehung ist mit der WGO-EURO übereingekommen, eine gesonderte Fallstudie über „Frauen und Rauchen“ in der Bundesrepublik Deutschland durchzuführen, um nähere Aufschlüsse über diesen Zusammenhang zu erhalten.

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

Für das Thema „Rauchen“ wird dies noch einmal unterstrichen, wenn in den vorliegenden quantitativen Studien vor allem Frauen und Jugendliche als besonders gefährdete Gruppen ausgewiesen werden, die offensichtlich von den bisher bereitgestellten Gesundheitserziehungsprogrammen nur unzureichend erfaßt werden.

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

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

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

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

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

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

2.1 Der exemplarische Charakter

Die Fallstudie Bundesrepublik Deutschland besteht aus drei Arbeitspaketen:

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

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

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

2.2 Methodologie

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

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

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

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

2.3

Erwartungen

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

- a) wichtige Problemgruppen klarer zu identifizieren und besser zu verstehen;
- b) Aktionen in solchen Ländern und Problemfeldern stimulieren zu können, in denen bisher weniger Aktivitäten entfaltet worden sind;
- c) Experten und Entscheidungsträger, die in relevanten Bereichen arbeiten, besser zu vernetzen;

- d) die Bedeutung der Ergebnisse für Gesundheitsförderungs- und -erziehungsprogramme sichtbar zu machen;
- e) Forschern und Praktikern konkrete Hinweise für ihre Arbeit zu geben.

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

2.4 Verwertungszusammenhang

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

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

Diese Differenzierung des Verwertungszusammenhanges macht es erforderlich, die Unterlagen über die Fallstudie Bundesrepublik Deutschland entsprechend aufzubereiten.

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

3. Das Lebensweisen-Konzept

Ausgangspunkt für die Entwicklung des Lebensweisen-Konzepts ist die Erkenntnis, daß gesundheitsbezogenes Verhalten wesentlich auch von den Lebens- und Arbeitsbedingungen abhängt, denen sich die Menschen gegenübersehen.

"Das Verhalten des einzelnen", schreibt das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation, "ist vor dem Hintergrund seiner bisherigen Erfahrungen, Belastungssituationen, betreffende Gesellschaft kennzeichnenden, kulturellen, politischen und wirtschaftlichen Umwelt zu sehen" (Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, 1983, S. 4). Während im bio-medizinischen und psychologischen Ansatz der Gesundheitserziehung eine individualisierte Perspektive des Problems entwickelt wurde, kennzeichnet den Lebensweisen-Ansatz ein soziales Konzept von Gesundheit, das neben individuellen Aspekten vor allem auf die gesellschaftlichen bzw. kollektiven Implikationen von Gesundheitsverhalten eingeht. Diese sozialwissenschaftlichen Überlegungen führten zu einer Konzeptualisierung von Lebensweisen, die nach individuellen und kollektiven Dimensionen differenziert ist:

„Unter dem Begriff der Lebensweise versteht man gewöhnlich eine allgemeine Lebensform, die auf der Wechselwirkung von Lebensbedingungen im umfassenden Sinne und individuellen Verhaltensmustern, so wie sie durch sozio-kulturelle Faktoren und persönliche Charakteristika bestimmt werden, basiert.

Die für den einzelnen möglichen Verhaltensmuster können durch soziale und umweltbedingte Faktoren eingeschränkt oder erweitert werden, und aus diesem Grunde werden Lebensweisen in der Regel sowohl im Zusammenhang mit kollektiven als auch mit individuellen Erfahrungen und Lebensbedingungen betrachtet. Zur Lebensweise einer sozialen Gruppe gehören zahlreiche sozial bestimmte Verhaltensmuster und Interpretationen sozialer Situationen, die von der Gruppe als Instrument zur Lebensbewältigung entwickelt und benutzt werden.

Die Lebensweise eines Individuums setzt sich aus Standardreaktionen und Verhaltensmustern zusammen, die im Rahmen von Sozialisationsprozessen entwickelt werden. Sie werden durch soziale Interaktion mit Eltern, Gleichaltrigen, Freunden und Geschwistern oder über den Einfluß von Schulen, Massenmedien etc. gelernt. Diese Verhaltensmuster werden in sozialen Situationen immer wieder interpretiert und „ausprobiert“ und sind daher Veränderungen unterworfen.

Im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung sind sowohl der Einfluß der Lebensweisen auf die Gesundheit als auch das Potential für deren Veränderung von entscheidender Bedeutung. Die Lebensweise eines einzelnen kann entweder zu gesundheitsförderlichen oder gesundheitsschädlichen Verhaltensmustern führen. Die für die Lebensweise entscheidenden Faktoren zeigen eindeutig, daß, soll Gesundheit durch veränderte Lebensweise verbessert werden, sowohl auf den einzelnen als auch auf die die Lebensweise beeinflussenden Umweltfaktoren aktiv eingewirkt werden muß.

Dabei ist es jedoch wichtig zu sehen, daß es einen idealen Gesundheitszustand ebensowenig gibt wie eine "optimal" zu verschreibende Lebensweise für alle. Kultur, Einkommen, Familienleben, Alter, körperliche Fähigkeiten, Traditionen, die häusliche Umgebung sowie die Arbeitsumwelt werden bestimmte Lebensweisen und Lebensbedingungen attraktiver, praktikabler und angemessener erscheinen lassen." (Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, 1985, S. 11)

Mit diesem Konzept, dessen einzelne Elemente weiter zu differenzieren sind, liegt ein Rahmen zur Analyse gesundheitsbezogenen Handelns vor, der auch für die Untersuchungen zum Thema „Frauen und Rauchen“ von Interesse ist. Wenn gesundheitsriskantes Verhalten als Teil einer bestimmten Lebensweise verstanden wird, wobei zwischen Risikoverhalten und Lebensweise funktionale Beziehungen bestehen, dann ist zum adäquaten Verständnis des in Frage stehenden Verhaltens eine nähere Analyse der jeweiligen Lebensweisen erforderlich. Denn aus ihnen ergibt sich erst der Entwicklungs- und Begründungszusammenhang, der zur Interpretation des Risikoverhaltens unabdingbar ist, wenn man einfache, auf das Individuum zielende Schuld-Zuschreibungen vermeiden will.

Es besteht sicherlich Einigkeit darüber, daß Gesundheit neben ihrer Bedeutung für das Individuum auch den Stellenwert eines sozialen, gesellschaftlichen Gutes besitzt. Gesundheit ist immer zugleich etwas zutiefst Persönliches und Gesellschaftliches. Aber auch zahlreiche soziale Sektoren und Einrichtungen befassen sich mit der Gesundheit der Bevölkerung, weil Gesundheit eben auch ein wesentliches Gut zur Stabilisierung bzw. Weiterentwicklung sozialer Systeme ist.

Für das Thema unserer Untersuchung stellte sich damit die Frage, in welcher Weise es gelingen würde, gesundheitsriskantes Verhalten der Frauen - in diesem Fall das Rauchen - im Kontext ihrer spezifischen Lebensweisen erkennen, analysieren und interpretieren zu können, d.h. wir sind der Frage nachgegangen, wie Risikoverhalten sowohl biografisch als auch gesellschaftlich aufeinander bezogen ist, welche Funktionen es jeweils erfüllt, wie die Frauen sich selbst in diesem Kontext wahrnehmen und welche Deutungsmuster sie für ihr spezifisches Verhalten innerhalb ihres Lebenszusammenhangs entwickelt haben.

In diesem Sinne stellt unsere Studie ein Beitrag zum besseren Verständnis von gesundheitsriskantem, aber auch gesundheitsförderndem Verhalten dar.

Damit folgen wir Zielvorstellungen des Regionalbüros für Europa der Weltgesundheitsorganisation, die es in einem umfassenden Dokument 1984 vorgelegt hat. (Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, 1984). Dort wird betont, daß "es großer nationaler und internationaler Koordinierungsbemühungen (bedarf), um grundlegende soziale Haltungen und Praktiken zu ändern und das Nichtrauchen zur positiven sozialen Norm zu machen" (S. 39).

Es ist allerdings an dieser Stelle darauf hinzuweisen, daß unsere Forschungen nur als ein erster Schritt zur weiteren Differenzierung des Lebensweisen-Konzepts zu verstehen sind, dem weitere folgen sollten. Denn, wie bereits aus dieser relativ begrenzten Studie hervorgeht, scheint das Lebensweisen-Konzept einen analytischen Rahmen abzugeben, innerhalb dessen gesundheitsbezogenes Verhalten detailliert und zugleich umfassend untersucht und erklärt werden kann.

4. Fragestellungen und Ergebnisse der Untersuchungen

Die drei Arbeitspakete der Fallstudie Bundesrepublik Deutschland wurden vorab „Quantitative Studie“, „Qualitative Studie“ und „Workshop“ benannt.

Gemeinsame Leitfragen für die Projektgruppe und die im Rahmen des Workshops Involvierten waren:

- o Was können wir neu lernen und besser verstehen, wenn wir unser vorhandenes Wissen auf dem Hintergrund des Lebensweisen-Konzeptes reorganisieren und ausdeuten?

Hier setzte vor allem die Quantitative Studie an.

- o Was müssen wir neu erfahren, um das Rauchen von Frauen als Teil ihrer individuellen Biographie und ihres Alltagshandelns zu verstehen?

Hier setzte vor allem die Qualitative Studie an.

- o Können die auf dem Hintergrund des Lebensweisen-Konzeptes aufbereiteten und neu ermittelten Erkenntnisse die Erwartungen erfüllen, die Gesundheitspolitiker, Gesundheitserzieher, Planer von Gesundheitsförderungsprogrammen und Forscher haben?

Hier setzte vor allem der Workshop an.

Die Vielzahl der Einzelergebnisse der Fallstudie Bundesrepublik Deutschland kann in diesem Rahmen nicht ausgebreitet werden.

Die Zusammenfassungen haben die doppelte Funktion, das Vorgehen zu reflektieren und den durch dieses Vorgehen gewonnenen Erkenntnisstand anhand von Beispielen zu illustrieren.

4.1 Quantitative Studie

Die einfachste Funktion einer „klassischen“ quantitativen Studie ist es, Fakten und Zahlen herbeizuschaffen, die die epidemiologische Dimension eines definierten Phänomens beleuchten und die gesundheitspolitische Relevanz oder gar Brisanz des Problems hervorzuheben. Kurz: die Beobachtung gesetzter Indikatoren und die Begründung von Handlungsbedarf.

In dieser Studie war die Ausgangssituation jedoch anders: Der Handlungsbedarf im Feld Rauchen ist lange begründet, und diese quantitative Studie war Teil einer prototypischen Fallstudie, in der es vor allem um die Operationalisierung des Lebensweisen-Konzeptes geht.

Es bestand also Anlaß dafür zu fragen: Können wir mit dem methodologischen Repertoire sogenannter quantitativer Methoden nicht mehr „herausholen“ als das Sammeln und Zusammenstellen von Millionen, Prozentzahlen und interpretationsbedürftigen statistischen Signifikanzen?

Eine zweite Frage: Kann das methodologische Repertoire sogenannter quantitativer Ansätze einen wesentlichen Beitrag zur Operationalisierung des Lebensweisen-Konzeptes leisten?

Der Freiheitsgrad des Projektteams war denkbar groß, weil es in der Tat kein fundiert abgegrenztes Methodenrepertoire „quantitativer Studien“ gibt. Diesen Freiheitsgrad haben wir versucht zu nutzen, um auch eine im Lebensweisen-Konzept immanente Dimension aufzuschließen, die in zeitpunktbezogener Methodologie (quantitativ oder qualitativ) zu kurz kommt: Die historische Dimension und die Wechselwirkung zwischen historischem Wandel der Lebensbedingungen einerseits und individuellen Schicksalen und individuellen Handlungszusammenhängen andererseits.

4.1.1 Fragestellungen

Die Fragestellungen begründen sich aus Entwicklungen, die - zunächst „unsortiert“ - als Fakten im Raume stehen:

- o Der absolute und relative Anteil rauchender Frauen ist erheblich.
 - 1984 sind bereits 44% aller Zigaretten-Raucher Frauen.
 - Für das Ende der 80er Jahre müßte bei linearer Fortschreibung der Zahlen dieser Anteil auf ca. 46% steigen.
 - Dies entspricht einer absoluten Zahl von ca. 7 - 8 Mio. Raucherinnen.
 - Diese Raucherinnen sind - im Vergleich zu früheren Zeiten - nicht mehr überwiegend der Gruppe der „Gelegenheitsraucherinnen“ mit sporadischem oder geringem Konsum zuzuordnen. Zigarettenraucherinnen sind - heute und in Zukunft noch mehr - ganz „normale“ Gewohnheitsraucherinnen, deren Durchschnittskonsum zwar noch immer geringer als der der Männer ist, der aber über dem Limit liegt, welches als gesundheitsgefährdend zu betrachten ist.

Die Gesundheitsgefährdung ist nicht nur durch die tägliche Zigarettenmenge als metrische Größe definiert. Der Grad und die Dauer der Habitualisierung, die subjektive Bedeutung des Rauchens als Regulation in Belastungssituationen oder als Bewältigungshandeln sind gleichfalls wichtige Indikatoren zur Bewertung der Gesundheitsgefährdung.

- o Wir haben es also mit 2 Varianten der Veränderung von „Normalität“ zu tun:
 - a) Rauchen ist nicht mehr männerspezifisch. Zigaretten wurden ein Massenkonsumprodukt, das Männer und Frauen in - quantitativ - vergleichbarer Weise in ihr Alltagsleben und in ihre Konsummuster integriert haben. Dieser Trend trifft übrigens auch auf andere westliche Industrienationen zu.
 - b) Rauchen von Frauen ist - zumindest aus Gesundheitsperspektive - nicht mehr „Randphänomen“. Es gehört insbesondere für jüngere Frauen (15 - 45 Jahre) zur potentiellen Normalität des Erscheinungsbildes und der Verhaltensweisen.

Diese Entwicklung wird klar, wenn wir zum Vergleich etwas weiter zurückgreifen. Noch im Bewußtsein vorhandene Bilder der „Femme Fatale“, die provokant raucht und das Gegenbild „Die deutsche (normale) Frau raucht nicht“, sagten das gleiche: Rauchen von Frauen lag nicht im Spektrum von Normalität weiblichen Handelns.

Der Wandel drückt sich nicht nur in der Gesamtzahl von Frauen aus, die in der Bundesrepublik Deutschland überhaupt rauchen:

- 1960: 20 % oder ca. 5 Mio.
- 1970: 22 % oder ca. 6 Mio.
- 1980: 29 % oder ca. 8 Mio.

Die Detailanalyse des Rauchverhaltens zeigt, daß früher die sogenannte „Gelegenheitsraucherin“ überwog, die Frau also, die nur sporadisch oder sehr situationsabhängig zur Zigarette griff. Der Schwerpunkt der täglichen Konsummenge lag zwischen 1 und 10 Zigaretten.

Neue Zahlen belegen, daß in jüngeren Frauengruppen die habitualisierte Raucherin die Mehrheit wird, die Frau also, die in unspezifischen Situationen oder in Belastungssituationen raucht.

Ein Beispiel:

- 34 % aller berufstätigen Mütter im Alter von 20 - 44 Jahren rauchen Zigaretten (1980). Rund zwei Drittel dieser Frauen (65 %), rauchen mehr als 10 Zigaretten pro Tag.

In der gleichaltrigen Hausfrauen-Gruppe sind es rund 50 %, die mehr als 10 Zigaretten pro Tag rauchen.

- o Diese Zahlen signalisieren nicht nur die Bedeutung des Problems. Sie signalisieren auch Zusammenhänge zwischen der Entwicklung des Zigarettenrauchens einerseits und der Veränderung der sozio-ökonomischen und sozial-kulturellen Lebensbedingungen andererseits.

Daraus leiteten sich die 3 Hauptaufgaben dieser Untersuchung ab:

- a) Aufbau und differenzierte Analyse des Faktenhintergrundes, wie er sich aus verfügbaren statistischen und epidemiologischen Untersuchungen ergibt.

- b) Überprüfung spezifischer Hypothesen mit dem Ziel, Anhaltspunkte für die empirische Evidenz des Lebensweisen-Konzeptes zu finden.
- c) Benennung ergänzender Hypothesen, die im Rahmen qualitativer Studien zu überprüfen sind.

Die Ergebnisse sind in einem Dokumentationsband (IMW, 1982) zusammengefaßt. Die folgende Zusammenfassung zitiert nur prototypische Zahlen zur Begründung von Aussagen, die ausführlicher belegbar sind.

4.1.2 Ergebnisse

4.1.2.1 Faktenhintergrund

Die Zunahme der Zahl gewohnheitsmäßig rauchender Frauen wurde weiter oben belegt. Diese Entwicklung sollte unter zwei weiteren Perspektiven bewertet werden:

a) Entwicklungsdynamik

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

Beispiel:

Vergleich „ständiger Raucher“ in der Altersgruppe 12 - 20 Jahre (1982)

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

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

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

b) Entwicklung „gegen den Trend“

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

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

4.1.2.2 Notwendigkeit neuer Erklärungsansätze

Dieser Faktenhintergrund läßt auch einige Schlußfolgerungen im Hinblick auf die Validität bisher vermuteter Begründungszusammenhänge für das Rauchen zu:

Beispiel 1: Genetische Prädispositionen oder auch die Vorbildfunktion rauchender Eltern können kaum zur Erklärung der konstatierten Phänomene herangezogen werden.

Die genetische Prädisposition hat sich in so kurzer Zeit wohl kaum verändert. Männliche und weibliche Jugendliche leben - statistisch betrachtet - in den gleichen Familien. Die Entwicklungstrends sind aber stark unterschiedlich.

Beispiel 2: Die individualpsychologischen und sozialen Funktionen des Rauchens wurden überwiegend in Männerpopulationen untersucht. Dementsprechend gewichtig ist auch der Erklärungsanteil in der Forschung, der Rauchen als männerspezifisches Phänomen beschreibt und deutet.

Die Relevanz der bisherigen Deutungsmuster ist durch die Entwicklung in der Gruppe der Frauen in Frage gestellt.

Es besteht also Veranlassung, Erklärungsansätze für das Rauchen von Frauen in ergänzenden, wenn nicht grundsätzlich andersartigen Richtungen zu suchen.

4.1.2.3 Veränderungen von Lebensbedingungen

Das Lebensweisen-Konzept unterstellt einen Zusammenhang, eine Interaktion zwischen Lebensbedingungen und individuellem Verhalten. Oder weiter gefaßt: Zwischen äußeren und inneren Lebenswelten.

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

Speziell für Frauen stellen wir folgendes fest:

o Erwerbstätigkeit und Beruf

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

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

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

o Bildung und Ausbildung

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

o Familie

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

1980 waren 41 % aller 20 - 30jährigen unverheiratet (gegenüber 27 % im Jahr 1970). Im gleichen Zeitraum hat sich die Zahl der Haushalte mit weiblichem Haushaltsvorstand (20 - 45jährige) verdoppelt (1980: 1,7 Mio.; 1970: 0,9 Mio.).

Sinkende Geburtenzahlen und steigende Zahl der Ehescheidungen sind weitere bekannte Phänomene.

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

Drei Schlußfolgerungen sind hieraus zu ziehen:

- a) Die Zunahme der Zahl habitualisierter Raucherinnen ist nur eine von vielen Veränderungen in der Gruppe der Frauen, die sich in den letzten 10 Jahren ergaben.
- b) Wenn wir das Rauchen in den Mittelpunkt unseres Erkenntnisinteresses stellen, dürfen wir es nicht artifiziell isolieren. Ein Verständnis für die Ursachen der Entwicklung und für Möglichkeiten der effektiven Intervention bekommen wir nur, wenn wir das Rauchverhalten im weiteren Kontext sehen, und zwar in dem Kontext, wie ihn die Raucherinnen sehen und erleben.
- c) Wenn diese Zusammenhänge zwischen der Entwicklung des Rauchens und der Veränderung weiblicher Lebenszusammenhänge gegeben sind, muß besonders intensiv untersucht werden, welcher Art und wie intensiv diese Zusammenhänge sind. Diese Zusammenhänge aufzudecken und aufzubrechen, wäre möglicherweise eine effektivere Strategie, als das so generierte Rauchverhalten isoliert in den Mittelpunkt von Strategien der Gesundheitsbildung zu stellen.

Einige Beispiele solcher Zusammenhänge sind im folgenden Punkt aufgeführt.

4.1.2.4 Zusammenhänge mit dem Rauchverhalten

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

TABELLE I:

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

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

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

Auch für Zusammenhänge mit anderen, die Lebensbedingungen beschreibenden Kontextmerkmalen, findet sich empirische Evidenz.

TABELLE II:

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

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

Die bisher zitierten Zahlen stammen aus repräsentativen Studien aus dem Zeitraum 1979-1982. Es handelte sich um Daten, die nicht speziell für das Thema „Frauen und Rauchen“ oder im Hinblick auf das Lebensweisenkonzept erhoben wurden.

Die Aussagen wurden also durch Re-Analysen existierender Daten in einem neuen Interpretationszusammenhang gewonnen. Was es hiermit zu belegen galt:

- a) Die empirische Evidenz des Lebensweisen-Konzeptes ist kein Artefakt aus spezifischen Untersuchungskonzeptionen. Sie erschließt sich in einfacher Weise, wenn wir im Grunde Bekanntes und so Existierendes genauer anschauen.

- b) Die so auf repräsentativer Ebene aufgezeigten Zusammenhänge sind inhaltlich stimmig mit zahlreichen Ergebnissen und Hypothesen, die aus qualitativen Studien in Teilpopulationen der Frauen resultierten.
- c) Von einem geschlossenen Bild oder umfassenden Verstehen dieser Zusammenhänge sind wir noch weit entfernt. Wir müssen aber davon ausgehen, daß den Lebensbedingungen im weitesten Sinne weit stärkerer Einfluß auf gesundheitsrelevantes Verhalten zukommt als dies bisher vermutet wurde.

4.1.3 Erste Schlußfolgerungen

Auf das Individuum zentrierte Ansätze zur Erklärung des Rauchverhaltens und zur Fundierung von Strategien der Gesundheitsbildung haben sich als unzureichend erwiesen. Dies wird besonders prägnant im Problemfeld „Frauen und Rauchen“ deutlich.

Neben dem Merkmalsbereich

- individuelle psychische Prädisposition und individuelle Sozialisationsbedingungen

müssen also weitere Erklärungszusammenhänge berücksichtigt werden. Die quantitative Studie hat den Beleg erbracht, daß

- Veränderungen der Lebensbedingungen von Frauen

nicht nur in zeitlicher Parallelität zu den Veränderungen des in epidemiologischen Studien nachweisbaren Rauchverhaltens stattfanden. Sie haben offenbar mitverursachende Funktion und müssen daher zum integralen Bestandteil von Forschungs- und Aktionskonzepten werden, die das Verständnis und die wirksame Intervention zum Ziel haben.

Eine weitere - im methodischen Rahmen dieser Untersuchung nicht belegbare - Annahme schließt sich an:

- Weibliches Rauchverhalten ist nicht als „Variante männlichen Rauchverhaltens“ zu begreifen, sondern als weibliches Verhalten, das in weibliche Lebenszusammenhänge eingebettet ist.

Der Einstieg in das Rauchen, die psychischen und sozialen Funktionen des Rauchens und die Aufgabe der Rauchgewohnheit müssen also im weiblichen Lebenszusammenhang analysiert werden. Ob und inwieweit dies in der Konsequenz zu spezifisch sich an Frauen richtende Maßnahmen führen muß, ist nach dem jetzigen Erkenntnisstand nicht im Detail zu beurteilen. Es liegt jedoch nahe, zumindest die bisherigen Strategien daraufhin zu überprüfen, ob sie den speziellen Bedingungen im Problemfeld „Frauen und Rauchen“ Rechnung tragen.

4.2 Qualitative Studie

Ausgangspunkt der Studie waren zum einen Entwicklungen im Rauchverhalten der Frauen in den letzten Jahren; zum anderen Defizite der bestehenden Gesundheitserziehung, in der Frauen bisher nicht als spezifische Zielgruppe erschienen.

Der Stand der Datenlage zu Beginn des Projekts zeigte, daß das Rauchen bei Frauen in den letzten 10 - 15 Jahren stark zugenommen hatte, ohne daß im einzelnen näher zu spezifizieren gewesen wäre, um welche Gruppen von Frauen es sich hier handelt und wie diese Entwicklungsverläufe näher zu beschreiben wären. Da durch die Effizienzkontrolluntersuchungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung umfangreiches Datenmaterial vorhanden war, schien es sinnvoll und notwendig, dieses einmal frauenspezifisch zu analysieren. Neben der Beschreibung der Entwicklungsverläufe des Zigarettenkonsums sollten dabei vor allem Problemgruppen bestimmt werden, also: wie unterscheiden sich Frauen unterschiedlichen Alters; unterschiedlicher sozialer Gruppen; Frauen in unterschiedlichen Belastungskonstellationen, wie: Beruf und Art der beruflichen Belastungen, Familie, Kinder etc. im Hinblick auf Rauchverhalten? Wie lassen sich auf diesem Hintergrund verschiedene „Typen“ von Rauchverhalten (Frauen, die rauchen, aufgehört haben oder nie geraucht haben) projizieren?

Die Ergebnisse der quantitativen Analysen (Maschewsky-Schneider, 1984; Franke, 1984) gaben dann auch ein klares Bild:

- Die Zahl der rauchenden Frauen ist in den 70er Jahren um knapp 40 % gestiegen.
- Auch die Rauchintensität bei Frauen hat zugenommen, d.h. die Zahl der Gelegenheitsraucherinnen hat abgenommen.
- Insbesondere junge Frauen und Mädchen rauchen zunehmend, wobei für die Zukunft noch eine steigende Tendenz zu erwarten ist.

- Mikrozensusdaten zeigen, daß besonders Frauen aus mittleren und unteren Bildungs- und Sozialschichten (Arbeiterinnen; einfache Angestellte; Serviererinnen) zu einem hohen Prozentsatz rauchen (Rohrmoser, 1984). Vor allem Frauen mit Volksschulabschluß rauchen sehr viel (IMW, 1982).
- Die quantitativen Analysen (IMW, 1982) zeigen auch, daß Frauen mit hohen beruflichen Belastungen mehr rauchen, als Frauen ohne diese Belastungen.
- Ehemalige Raucher lassen sich bei Männern eher als bei Frauen finden.

(Alle Daten aus: IMW 1982 und Rohrmoser 1984)

Die Frage, worin diese steigende Tendenz begründet sein mag, konnte mit den quantitativen Daten jedoch nicht erklärt werden. Wieso hatten die gerade in diesem Zeitraum durchgeführten Gesundheitsaufklärungs- und -erziehungsmaßnahmen keine Wirkung erzielt, bzw. wieso ließen sie sogar noch eine Steigerung des Zigarettenkonsums bei dieser spezifischen Zielgruppe zu? Zwei ad hoc Erklärungen ließen sich dazu anführen. Zum einen richteten sich die bisherigen Gesundheitserziehungsmaßnahmen auf männliche Zielgruppen, wohingegen auf dem Zigarettenmarkt die Frauen schon längst als neue Zielgruppe entdeckt worden waren.

Zweitens mußte angenommen werden, daß bisherige, vorwiegend auf Wissensvermittlung ausgerichtete Gesundheitserziehungsmaßnahmen nicht ausreichten. Offenbar hat die Zigarette eine Funktion und Bedeutung für die Frau, die enger und tiefer mit ihrer Person verknüpft ist, als daß rein kognitive Entscheidungen diese Bindung lösen könnten. Die qualitative Studie sollte deshalb nach den inneren Motiven für das Rauchen, nach seiner psychischen Funktion als versuchter Bewältigungsmechanismus, fragen. In dieser psychischen Funktion ist aber zugleich auch eine soziale Funktion eingebunden. Rauchen entsteht - bei Jugendlichen - in einem sozialen Bedeutungszusammenhang und wird später aufrechterhalten als ein sozial und kulturell akzeptiertes und funktionales Alltagsverhalten. Wie werden dann aber von den Frauen soziale und psychische Funktionen des Rauchens auf der einen Seite und gesundheitliche Erwägungen auf der anderen gewichtet und im Hinblick auf Bewertungen und Handlungen bezüglich des Rauchens umgesetzt?

Diese tiefere Motivstruktur, über die bisher in der Wissenschaft und Praxis kaum etwas bekannt war, wollten wir mit einem qualitativen Vorgehen erschließen, indem wir die Frauen selbst zu Wort kommen lassen wollten, ohne ihnen unsere Hypothesen schon vorzugeben. Dabei steckten die Ergebnisse der quantitativen Studie hierfür den Rahmen ab, indem sie relevante Zielgruppen, wie die Frauen unterer bis mittlerer sozialer Schichten und Frauen mit unterschiedlichem Rauchverhalten (rauchende Frauen; Frauen, die aufgehört haben; Frauen, die nie geraucht haben), vorab bestimmt hatte.

4.2.1 Fragestellungen

Theoretischer Ausgangspunkt der Untersuchung war, wie im Abschnitt zuvor bereits beschrieben, das Lebensweisenkonzept. Rauchen wird dabei als ein Aspekt von Gesundheitshandeln allgemein betrachtet. Gesundheitshandeln beinhaltet gesundheitsbezogene Lebensstile, die sich u.a. auf Dimensionen wie, Umgang mit dem eigenen Körper, Umgang mit Belastungen und Konflikten, Wahrnehmung von Belastungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen, beziehen. Dabei wird Gesundheitshandeln als ein auf den gesamten Lebensprozeß der Frauen bezogenes Handeln begriffen. Es ist eingebettet in die Belastungsbiografie der Frauen, die aus der Verschränkung der Bereiche Familie und Beruf heraus zu begreifen ist.

Rauchen ist sowohl soziales, als auch auf die eigene Person bezogenes Handeln. Die Entwicklung und Veränderung des Rauchverhaltens, hier charakterisiert durch den Begriff der „Raucher“, soll auf dem Hintergrund der Belastungs- und Gesundheitsbiografie der Frauen untersucht werden.

Wegen der Fülle des quantitativen Datenmaterials bestand der erste Arbeitsschritt darin, Fragestellungen und Zielgruppen für die qualitative Studie einzugrenzen. Es wurde beschlossen, vor allem Frauen unterer Bildungs- und Sozialschichten in die Untersuchung einzubeziehen; die Frauen sollten Kinder haben, die im Haushalt lebten; berufstätige und nicht-berufstätige Frauen sollten miteinander verglichen werden.

Untersucht werden sollten sowohl Frauen, die rauchen ($n = 13$), als auch solche, die mit dem Rauchen aufgehört haben ($n = 9$) und solche, die nie geraucht haben ($n = 6$). Diese Entscheidung basierte auf der Annahme, daß es spezifische Bedingungen gibt, unter denen eine Karriere als Raucherin eingeleitet, fortgeführt/aufgehört oder gar nicht erst begonnen wird. Diese komplexen Bedingungen werden nur dann angemessen untersucht werden können, wenn aus jeder Gruppe von „Entscheidungssträgerinnen“ Personen untersucht werden.

Wenn diese Fallzahlen auch sehr klein erscheinen mögen, so sind sie doch den Bedingungen der Studie angemessen. Da unsere Fragestellungen auf Motive und Gründe für Rauchen und Gesundheitshandeln zielten, da wir die biografischen Verstrickungen von Rauchen und Lebensprozeß im Detail erfassen wollten, da wir die inneren Beweggründe der Frauen, nicht äußere Anlässe oder Anstöße für oder gegen das Rauchen erfassen wollten, schien hier ein qualitatives Vorgehen angemessen.

Eine intensive Befassung mit dem Einzelfall bedeutet aber damit eine Einschränkung der Fallzahl. Und außerdem: mit dem qualitativen und biografischen Ansatz haben wir zwar relatives Neuland für die Gesundheitsforschung, nicht jedoch für die Sozialforschung generell betreten. In der interpretativen Sozialforschung ist dieses methodische Herangehen bereits erprobt und begründet.

Folgende allgemeinen Fragestellungen wurden für die Analyse formuliert:

- Wie lassen sich bei Raucherinnen und ehemaligen Raucherinnen die biografischen Verläufe des Rauchverhaltens beschreiben?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen Rauchen und beruflichen, familiären, persönlichen Belastungen? Ist ein solcher Zusammenhang im Sinn eines Kumulations- oder eines Konfliktmodells zu sehen?
- Welche Einstellungen, Bewertungen, Haltungen zum Rauchen werden von den Frauen selbst thematisiert?
- Welches sind Anlässe und Beweggründe für Frauen, mit dem Rauchen aufzuhören? Welche Handlungsstrategien und Unterstützungsmechanismen haben sie?
- Welchen Stellenwert haben gesundheitsbezogene Bewertungen der Frauen im Hinblick auf die Bewertung ihres Rauchverhaltens generell? Sind Gesundheit/Krankheit Gründe für den Wunsch aufzuhören?
- In welcher Weise ist Rauchen abhängig von allgemeinen gesundheitsbezogenen Lebensweisen und dementsprechenden Einstellungen und Haltungen?
- Welche Einstellungen zum Rauchen haben Frauen, die nie geraucht haben? Haben sie andere, zum Rauchen alternative Verhaltensweisen?
- Wie kommt es, daß einige Frauen nie begonnen haben zu rauchen? Lassen sich Lebenssituationen, Einstellungen oder Wertfaktoren isolieren, die rauchende Frauen von nicht-rauchenden Frauen unterscheiden bzw. während der sogenannten Einstiegsphase unterschieden haben?
- Haben nicht-rauchende Frauen eine grundsätzlich andere Konzeption von Gesundheit und Krankheit als rauchende Frauen?

4.2.2 Raucherinnenbiografien

In der Einstiegsphase ist das Rauchen eng in einem sozialen Kontext eingebunden: Freunde und Freundinnen, Mitschüler/ (innen) animieren zum Rauchen und ermöglichen den Zugang zu Zigaretten. Rauchen hat in dieser Phase des Erwachsenwerdens die Funktion, sich von dem eigenen Kindsein abzugrenzen und entsprechende Anerkennung in der Bezugsgruppe von Jugendlichen zu bekommen. Die Zigarette ist in dieser Gruppe symbolischer Ausdruck für das Erwachsensein.

In der Phase der Stabilisierung entwickelt sich das Rauchen als ein gänzlich unkontrollierter Prozeß. Nach und nach wird die Menge der gerauchten Zigaretten mehr, ohne daß die Frauen sich an herausragende Veränderungen in ihrer Lebenswelt oder besondere Problemsituationen erinnern können. Ereignisse wie: Beendigung der Lehre und Eintritt in das Berufsleben, wo ihnen Rauchen als eine durchgängige Verhaltensweise entgegentritt und wo für sie das Rauchen dann auch erlaubt ist, scheinen ein wesentlicher Punkt in der Entwicklung des Rauchens zu sein.

In unserer Untersuchungsgruppe konnten wir drei verschiedene Gruppen von Raucherinnen ausmachen, die sich hinsichtlich ihrer Haltung zum Rauchen und hinsichtlich der Kontinuität ihrer Rauchbiografie unterscheiden.

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

Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte entsprechend den zuvor entwickelten Fragestellungen. Diese wurden jedoch bei den verschiedenen Gruppen unterschiedlich gewichtet. So thematisierte die Gruppe 1 den Bereich Rauchen nur marginal, d.h. für diese Gruppe war Rauchen kein Thema.

In der Auswertung wurde deshalb hier sehr viel Gewicht auf allgemeine Gesundheits- und Belastungskonzepte der Frauen gelegt. In den beiden anderen Gruppen stand das Rauchen im Mittelpunkt des Gesprächs, obwohl auch hier über Belastungs- und Gesundheitskonzepte gesprochen wurde. In der Darstellung hier möchten wir deshalb für diese beiden Gruppen den Schwerpunkt auf die Darlegung der Rauchbiografie der Frauen und ihre Motive zum Rauchen bzw. Aufhören legen. Gesundheits- und Belastungsvorstellungen der Frauen sind hier darüber hinaus eng in die Darstellung und Bewertung ihres Rauchverhaltens eingebunden.

4.2.3 Ergebnisse

4.2.3.1 Ergebnisse für die Gruppe 1

Für die Frauen der Gruppe 1 ist Rauchen eigentlich kein Thema, zu dem sie sehr viel zu sagen haben. Sie haben bisher wenig über ihr eigenes Rauchverhalten, ihre Rauchbiografie oder über den Zusammenhang von Rauchen und Belastungen nachgedacht. Rauchen gehört für die Frauen zu ihrem Leben dazu, wie das tägliche Essen und der tägliche Morgenkaffee. Dementsprechend wird das Rauchen positiv bewertet: es schmeckt, besonders nach dem Essen und zum Kaffee; es schmeckt besonders auch in Situationen, wo frau es sich gemütlich macht und sich entspannt. Für einige Frauen ist das Rauchen Ersatz für das Essen. Um nicht zuzunehmen, greifen sie zur Zigarette. Für diese Frauen ist die Abhängigkeit vom Essen gravierender als die von der Zigarette. Von dieser könnten sie sich unabhängig machen, aber nicht von ihren Eß-„süchten“.

Wir haben weiterhin die These überprüft, ob die Frauen ihr Rauchverhalten in einem Zusammenhang von Bewältigung von Belastungen und Konflikten sehen und haben dies auf dem Hintergrund der Belastungskonzepte betrachtet, die die Frauen für sich selbst haben. Während einige Frauen einen Zusammenhang zwischen Streß und Rauchen generell ablehnen, mit dem Argument, daß das Rauchen „schon alles Gewohnheitssache“ sei, sehen andere Frauen hier schon Zusammenhänge. Sie meinen, die Zigarette zu brauchen, um ihre innere Nervosität zu beherrschen. Dabei werden Konfliktsituationen mit den Kindern beschrieben, in denen die Frauen dann die Zigarette zur Beruhigung brauchen. Auf der anderen Seite berichten auch Frauen, daß sie besonders in Situationen, wo sie nicht soviel zu tun haben, z.B. Leerlauf bei der Arbeit, rauchen.

Die Zigarette dient hier wohl dazu, Lücken zu füllen und Anspannung zu überpielen. Dabei ist hier das Rauchen auch stark unkontrolliert und automatisiert. Generell, vor allem aber im Vergleich mit den anderen Gruppen rauchender Frauen, wurden in dieser Gruppe allerdings wenig Aussagen über das Rauchen im Zusammenhang mit der Bewältigung von Streß und Belastungen gemacht. Wirft man nun den Blick auf die Belastungskonzepte der Frauen, zeigt sich: trotz hoher objektiver Belastungen der Frauen werden wenige Aussagen zu subjektiv erlebter und empfundener Belastung gemacht. Die Frauen haben eine positive Identifikation mit ihrer jetzigen Arbeit, obwohl sie natürlich zugestehen, daß die Arbeit manchmal anstrengend ist und daß sie selbst abends nicht selten erschöpft und zerschlagen sind. Trotzdem gehen die Frauen gerne arbeiten, fühlen sich teilweise im Kollegenkreis gut eingebunden. Die Zeit, wo sie nicht berufstätig waren, wird eher negativ, als langweilig, als Gefühl der Abhängigkeit, als Isolierung, gewertet. Auch meinen die Frauen, daß die Aufgaben, die die Verbindung von Beruf und Familie ihnen stellt, keine Belastungen und von ihnen gut zu bewältigen sind. Belastungen oder besser Anforderungen, die an sie gestellt werden, werden als normal, als zum Leben dazugehörend begriffen; sie sind tragbar und zu bewältigen, und sie werden auch von den Frauen bewältigt. Dabei läßt sich aus der Perspektive von außen sagen, daß die Belastungsstandards, also das, was als tragbar und zu bewältigen gilt, von den Frauen sehr hoch angesetzt werden. Auf diesem Hintergrund ist dann auch verständlich, warum Zusammenhänge zwischen Belastungen und Rauchen nicht oder kaum thematisiert werden. Da Belastungen als solche kaum ein Thema sind, gibt es auch keinen Grund, entsprechende Zusammenhänge zum Rauchen herzustellen.

Eine Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören, läßt sich bei keiner der Frauen finden. Auch Zusammenhänge zwischen Rauchen und Gesundheit haben für diese Frauen keinerlei Bedeutung. Zwar wissen die meisten - nicht alle - Frauen recht gut über die gesundheitlichen Gefahren des Rauchens Bescheid, aber das ist für keine ein Grund aufzuhören. Im Gegenteil - einige Frauen meinen sogar, daß mit den Gesundheitskampagnen nur Panikmache betrieben werde; mit der Angstmacherei vor Krebs und anderen Erkrankungen würden die Leute nur „aufgeputscht und aufgepeitscht“.

Die geringe Bewertung der gesundheitlichen Bedeutung des Rauchens ist auf dem Hintergrund der Krankheits- und Gesundheitskonzepte der Frauen und der Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes zu sehen. Der größte Teil der Frauen betrachtet sich selbst als sehr gesund und fühlt sich wohl. Sie fühlen sich so, obwohl sie wenig für ihre Gesundheit tun. Nur wenige gesundheitsfördernde Aktivitäten werden beschrieben: spazierengehen, Sport treiben, radfahren, schwimmen.

Auch die Bewegung bei der Hausarbeit wird von den Frauen betont. Gesundes Essen wird von den Frauen fast nie spontan thematisiert. Weniger gesundheitliche Gründe als vielmehr der Spaß an diesen Dingen – abgesehen von der Hausarbeit – stellt wohl die Hauptmotivation für diese Aktivitäten dar. Allzu groß ist das Bedürfnis nach aktiven Gesundheitsverhaltensweisen allerdings nicht: die Frauen verweisen auf mangelnde Zeit und Gelegenheit aufgrund ihrer beruflichen und familiären Situation; aber die Frauen sagen auch, daß ihnen nach getaner Berufs- und Familienarbeit oft die Lust und Energie fehle, sich noch zu gesundheitsbewußten Aktivitäten aufzuschwingen. Situationen der Entspannung, einmal gar nichts zu tun, lange zu schlafen und zu frühstücken, nehmen einen größeren Stellenwert ein. Das ist sehr verständlich auf dem Hintergrund der Arbeitssituation, die viele dieser Frauen haben und die häufig mit starker körperlicher Beanspruchung verbunden ist. Auch die enge zeitliche Eingebundenheit durch Beruf und Familie, die Anforderung, Beruf und Familie in einem engen zeitlichen Raum zu organisieren, erfordert, daß arbeitsfreie Zeit (frei von Berufs- und Familienarbeit) auch einmal zur Entspannung sowohl des Körpers als auch der Nerven genutzt wird.

Allerdings bleibt festzuhalten, daß die Frauen vorwiegend ein Gesundheitskonzept haben, nach dem sie Gesundheit nicht als etwas ansehen, wofür sie aktiv etwas tun müssen. Über Gesundheit wird erst nachgedacht, wenn sie schon in Frage gestellt ist, also wenn die Frauen krank sind. Da sich aber die meisten Frauen dieser Gruppe als gesund betrachten, brauchen sie zur Zeit auch auf ihre Gesundheit nicht zu achten.

4.2.3.2 Ergebnisse für die Gruppe 2

Für die Frauen dieser Gruppe hat Rauchen einen großen Stellenwert, vor allem dadurch bedingt, daß viele bereits öfter versucht hatten, das Rauchen aufzugeben, ohne daß ihnen dies langfristig gelungen wäre. Die Frauen unterbrachen das Rauchen lediglich für einige Wochen oder Monate. Konkrete Anlässe für das Aufhören hingen oft mit Gesundheit zusammen: z.B. Krankenhausaufenthalte und der durch Bettlägrigkeit verhinderte Zugang zu Zigaretten. Allerdings hatten diese Erkrankungen in den seltensten Fällen etwas mit dem Rauchen zu tun (z.B. Fußoperation).

Einige der Frauen hörten spontan, also ohne Anwendung bestimmter Entwöhnungsmaßnahmen mit dem Rauchen auf. Gerade diese Frauen sind es, die es wirklich schaffen, für eine gewisse Zeit ohne Zigaretten zu leben.

Frauen, die vorübergehend die Zigarettenzahl reduzierten, wandten meist selbstkontrollierende Verfahren an: z.B. Strichlisten oder Festsetzung eines Tagespensums; Ablenkung durch andere Aktivitäten, wie stricken und handarbeiten. Da, wo Frauen eher passiv auf Hilfe von außen warteten, z.B. durch Hypnose, Tabletten, oder auch bei falschen Erwartungen an eine Gruppe („die Gruppe nimmt mir das ab“), gelang es am wenigsten, mit dem Rauchen aufzuhören.

Für einige Frauen hatte das Aufhören negative oder zumindest keine positiven Konsequenzen: mehr essen und Gewichtszunahme wurden natürlich als sehr negativ empfunden und führten in zwei Fällen auch wieder zur Rückkehr zum Rauchen. Von einem positiven Effekt auf das gesundheitliche Wohlbefinden wurde gar nicht gesprochen - wahrscheinlich war die Zeit des Aufhörens dafür auch zu kurz.

Motive für das Aufhören waren bei den Frauen gesundheitlicher Art gewesen: entweder eigene Erkrankungen (Asthma; Herzkrankung) oder Schwangerschaft; erste Beschwerden und Beeinträchtigungen des Befindens oder auch nur die Angst vor Erkrankungen. In keinem der Fälle war diese Motivstruktur jedoch stark genug, die Frauen langfristig von der Zigarette unabhängig zu machen. Wieso das der Fall ist, wird erst deutlich, wenn wir auf die Gründe für das Scheitern des Wunsches aufzuhören blicken. Neben dem veränderten Eßverhalten wurden hier vor allem Konflikte und Krisen in der Partnerbeziehung bzw. ein generelles Ansteigen beruflicher und familiärer Belastungen angeführt. Eine unzureichende Motivation, mangelnder Wille, falsche Erwartungen (z.B. an einen Raucherentwöhnungskurs), eigene Labilität und Charakterchwäche werden von den Frauen angeführt.

Alle Frauen sehen Rauchen in Zusammenhang mit Belastungen und Bewältigungshandeln. Nervosität, Hektik, Streß werden einerseits generell als Gründe für das Rauchen genannt; andererseits werden Partnerprobleme sowie familiäre und berufliche Belastungen als Grund angeführt.

Die Frauen berichten aber auch von einer tiefen Verwurzelung des Rauchens in ihrem Leben und in ihrem inneren psychischen Geschehen. Formulierungen wie: die Zigarette als Krücke; als eine Sache, die der Frau Halt gibt; Rauchen als eine Gewohnheit, in der sie schon längst viel zu tief drinhängen; die Zigarette als Teil der eigenen Person; Rauchen als Sucht; als Abhängigkeit in jeder Beziehung, machen das deutlich.

Gründe für das Scheitern von Versuchen aufzuhören bzw. zu reduzieren, liegen nicht allein in äußeren Anlässen begründet, sondern vor allem in dieser inneren Verwurzelung des Rauchens in der Person und in der Notwendigkeit, in krisenhaften und konfliktreichen Situationen einen Halt haben zu müssen. Ohne diesen Halt bricht alles zusammen.

Der Blick auf die Belastungsbiografie der Frauen zeigt, daß diese Frauen - in gleicher Weise wie die Frauen der Gruppe 1 - hohen berufs- und familienbiografischen Belastungen ausgesetzt waren: viele Frauen hatten keine stabile, Rückhalt gebende Familie, waren lange alleinstehend mit ihren Kindern u.a.m. Aber: explizite Belastungsaussagen werden von den Frauen nicht gemacht; auch die Verbindung von Beruf und Familie wird nicht als Belastung gesehen; das war „normal“, gehörte zum alltäglichen Leben dazu. Berufstätig zu sein wird sogar überwiegend als sehr positiv bewertet. Also: die objektiven Belastungen dieser Frauen sind hoch, wenn sie auch kaum als solche thematisiert werden. Wenn Bewältigung als Motiv für Rauchen angegeben wird, dann hat das möglicherweise seine Ursachen in diesem Zusammenhang von objektiven Belastungen und subjektiven Belastungskonzepten.

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

Gesundheitliche Erwägungen haben bei den Versuchen aufzuhören eine Bedeutung sowohl bezüglich des konkreten Anlasses, als auch bezüglich der spezifischen Motivation. Aber: sie haben keinerlei Bedeutung bezüglich der Motive, wegen derer die Versuche scheitern, bzw. warum die Frauen am Rauchen festhalten. Diese Motive sind sozialer bzw. psychosozialer Art, indem Rauchen als im Zusammenhang mit dem Umgang mit Streß und Konflikten genannt wird und indem Rauchen in Zusammenhang mit einer Selbstkonzeption von Abhängigkeit und Willensstärke bzw. Willensschwäche gebracht wird.

4.2.3.3 Ergebnisse für die Gruppe 3

Auch für die Frauen, die mit dem Rauchen aufgehört haben, ist die Zigarette ein wichtiges Thema. Im Mittelpunkt steht die Geschichte ihres Aufhörens - ein leidvolles Auf und Ab von Phasen, in denen diese Frauen sehr viel geraucht haben, von Versuchen zu reduzieren oder aufzuhören, von Rückfällen und schließlich der Schritt aus der Abhängigkeit von der Zigarette. Für einige der Frauen ist zum Zeitpunkt unseres Gesprächs die Rauchgeschichte endgültig beendet. Was bewegte diese Frauen nun, mit dem Rauchen aufzuhören? Konkrete Anlässe waren hier - ähnlich wie in Gruppe 2 - gesundheitliche Anlässe: Schwangerschaft, Geburten oder eigene Erkrankungen. Dabei hörten die Frauen meist spontan, also ohne besondere Methode zu rauchen auf. Auch hier berichten die Frauen von negativen Wirkungen auf ihr Eßverhalten und einer entsprechenden Gewichtszunahme. Aber nur in einem Fall führt das zu einem Rückfall.

Motive sind bei diesen Frauen nur teilweise gesundheitlicher Art: im Vordergrund stehen eindeutig soziale Motive, die sich aus der Darstellung der Rauchbiografie der Frauen ergeben. Das heißt, wir müssen zunächst nach den Gründen fragen, warum die Frauen rauchen bzw. warum Versuche aufzuhören, scheitern.

Bis auf eine Frau geben alle Frauen Zusammenhänge zwischen ihrer Lebenssituation und ihrem Rauchverhalten an. Frau H. raucht in stiller Opposition zu ihrem Mann und ihrer Mutter. Frau F. raucht aus Unzufriedenheit mit ihrer häuslichen Situation, in der sie auf Haushalt und Kind reduziert ist. Als sie zunächst alleinstehend ist, braucht sie die Zigarette als Halt, als Symbol für Männlichkeit und Selbständigkeit. Frau B. raucht unter großen beruflichen und familiären Belastungen, als sie in der ersten Ehe unter dem Druck ihres Mannes und dann unter der Anforderung steht, die Kinder allein durchzubringen. Wenn wir auch über Frau D.s Rauchbiografie wenig wissen, so wissen wir doch, daß auch sie in einer vergleichbaren familiären Situation nicht nur geraucht hat, sondern auch noch einen starken Alkohol- und Medikamentenkonsum hatte. Alle Frauen sehen sich hier in einer ganz starken Abhängigkeit von der Zigarette bzw. anderen Süchten. Als Anlässe für Rückfälle geben die Frauen in der Regel äußere, soziale Umgebungsfaktoren an, wie Kur, Lehrgänge, Wiederaufnahme der Berufstätigkeit. Die Motive liegen aber in gelösten Konflikten und Belastungen begründet. Der Sprung von der Zigarette - bei einigen Frauen auch vom Alkohol - gelingt erst dann, wenn sich für diese Konflikte neue Lösungen abzeichnen; wenn die Frauen es schaffen, „sich selbst beim Schopf zu nehmen, sich herauszureißen“.

Dies wird wörtlich so von Frau L. formuliert, die sich mit großem Kraftaufwand in einem gewaltigen Sprung aus der von ihr so abgelehnten Familiensituation herausreißt; das wird ganz deutlich bei Frau B. und Frau D., die - auch mit Unterstützung durch einen neuen Partner - sich ein neues, selbstbestimmteres und besser organisiertes Leben aufbauen. Und auch Frau H. findet durch den Aufbau des Kinderladens und durch das Selbstbewußtsein, das die Geburten ihr geben, einen neuen Ansatz für ein erwachseneres und eigenständigeres Leben. Häufig werden den Frauen diese Zusammenhänge erst im Gespräch mit der Interviewerin so richtig deutlich.

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

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

Der Schritt vom Rauchen weg gelingt dann, wenn sich auch die Lösungen für die Probleme und Konflikte aus diesen Beziehungen abzeichnen. Dieser Schritt wird zum symbolischen Ausdruck zur Gewinnung einer neuen Unabhängigkeit und Selbständigkeit; er wird damit zum Ausdruck eines neuen Selbstbildes der Frauen und ihrer gewachsenen Kraft, ihr Leben neu in die Hand zu nehmen. Dabei ist dies sicher nicht als ein endgültiger, abgeschlossener Schritt zu betrachten, sondern als ein „Zwischenschritt“ in der persönlichen Entwicklung der Frauen. So ist sich z.B. eine Frau gar nicht sicher, ob sie es nun endgültig geschafft hat, mit dem Rauchen aufzuhören, und die anderen Frauen schaffen es wohl auch nicht, ganz ohne neue, vielleicht weniger gesundheitsbeeinträchtigende Bewältigungsstrategien, wie z.B. Naschen, Stricken oder andere Dinge, die im Gespräch gar nicht thematisiert wurden. Aber es ist doch zumindest so, daß die Frauen es mit sehr viel Stolz erfüllt, wenn sie sich bewiesen haben, daß sie auch ohne den Halt durch die Zigarette ihr Leben meistern können.

4.3 Gesundheitshandeln von Frauen, die nie geraucht haben

Wie eingangs ausgeführt, war es Ziel der Befragung nicht-rauchender Frauen, Bedingungen zu erkunden, unter denen gesundheitsförderndes Verhalten realisiert wird. Konkret: Innerhalb der Gruppe von Frauen, die statistisch am stärksten gefährdet sind zu rauchen, gibt es doch viele Frauen, die nicht rauchen. Es interessierte, welche Faktoren sowohl jetzt als auch in früheren Lebensphasen hierzu beigetragen haben.

Entsprechend dem allgemeinen Untersuchungs-Vorgehen wurde auch für die Gespräche mit den nicht-rauchenden Frauen ein Interview-Leitfaden entwickelt. Der Konstruktion dieses Leitfadens und damit der Befragung überhaupt lagen fünf Themenkomplexe (siehe unten) zugrunde.

Befragt wurden sechs Frauen im Alter zwischen 23 und 29 Jahren. Alle Frauen waren verheiratet und hatten Kinder, die noch zu Hause lebten (zwischen 0,8 und 17 Jahren). Bis auf eine Frau, die die Realschule besucht hatte, hatten die übrigen einen Hauptschulabschluß, zum Teil mit nachfolgender Lehre. Zum Zeitpunkt der Befragung waren zwei Frauen berufstätig, die anderen Hausfrauen.

Die der Untersuchung zugrundeliegenden Themenkomplexe erwiesen sich auch als sinnvolle Strukturierung für die Auswertung. Daher werden im folgenden zunächst die jeweiligen Themen kurz erläutert und anschließend die entsprechenden Untersuchungsergebnisse dargestellt.

4.3.1 Rauchen stellt eine Form des Bewältigungshandelns dar

Ausgehend davon, daß nicht-rauchende Frauen in vergleichbaren sozialen Situationen vergleichbaren Streßbedingungen unterliegen wie rauchende Frauen, ergab sich die allgemeine Untersuchungsfrage: Welche Bewältigungsstrategien stehen nicht-rauchenden Frauen zur Verfügung?

Dabei gilt es, zwischen angemessenen und unangemessenen Bewältigungsstrategien zu unterscheiden. Angemessene Bewältigungsstrategien sind solche, bei denen eine physiologische Erregung so in Energie umgesetzt wird, daß der Körper wieder - ohne Schädigung von Organen - seine Homöostase erreicht.

Unangemessen sind dagegen solche, in denen die Erregung sich in körperlichen Dysfunktionen äußert, die dann in der Regel langfristig zu organischen Erkrankungen führen.

Über die Muster von Bewältigungsstrategien ist bisher noch wenig bekannt. Die Ergebnisse des ersten, quantitativen Teils der Studie deuteten darauf hin, daß ein unangemessenes Verhalten selten allein kommt. Angaben darüber jedoch, was Personen tun, die eine bestimmte unangemessene Bewältigungsstrategie nicht realisieren, lagen nicht vor.

Damit ergab sich die konkrete Frage: Haben nicht-rauchende Frauen mehr angemessene Bewältigungsstrategien, oder üben sie andere unangemessene Bewältigungsstrategien nur exzessiver aus?

Der zweite Teil dieser Frage konnte eindeutig verneint werden. Irgendwelche Exzesse im Gebrauch von Genußmitteln oder Giftstoffen oder auch bezüglich einzelner Verhaltensweisen (wie z.B. Jogging) ließen sich eindeutig ausschließen. Im Gegenteil schienen die Frauen eher zurückhaltend mit der Einnahme von Medikamenten und auch beim Trinken von Alkohol. Auch das Eßverhalten konnte nicht als besonders problematisch angesehen werden. Die von einigen Frauen berichteten Gewichtsprobleme ließen sich bei den rauchenden Frauen ebenfalls beobachten. Im Sinne des Bewältigungshandelns wäre das Eßverhalten ja auch erst dann problematisch, wenn tatsächlich in Streß-Situationen exzessiver gegessen würde; das war bei keiner der befragten Frauen der Fall.

In bezug auf den ersten Teil der Frage, d.h. die angemessenen Bewältigungsstrategien, läßt sich das Ergebnis folgendermaßen formulieren:

Den befragten nicht-rauchenden Frauen steht eine große Zahl an angemessenen Bewältigungsstrategien zur Verfügung, die offenbar ausreichend sind, die in ihrem Leben bisher aufgetretenen und derzeit auf tretenden Belastungen zu meistern. Ebenso haben sie eine Vielzahl von Maßnahmen zur Verfügung, mit denen sie sich angemessene Situationen verschaffen bzw. schöne Situationen besonders angenehm, gemütlich und entspannend machen können. Einige Beispiele: sich etwas Schönes kaufen, in Ruhe einen Stadtbummel machen, spazieren gehen, etwas stricken, Kreuzworträtsel lösen, ins Café gehen, ins Theater gehen.

Es wäre über die Möglichkeiten dieser Studie hinausgegangen zu evaluieren, inwieweit gute soziale Beziehungen für die Frauen eine besonders wirksame Ressource bei der Bewältigung von Problemen darstellen. Auffallend war jedenfalls, daß alle Frauen verheiratet waren (vgl. dagegen die hohe Quote von geschiedenen und alleinlebenden Frauen in der Gruppe der Raucherinnen) und viele auch intensive Kontakte zu ihrer weiteren Familie hatten (Eltern, Geschwister). In einer Nachfolgestudie sollte dieser Bereich mitberücksichtigt werden.

Ebenfalls wird es einer Nachfolgestudie vorbehalten bleiben, genaueren Aufschluß über die Art der Bewältigungsmechanismen zu erhalten. Nach den bisherigen Beobachtungen und Interpretationen scheint es einen gemeinsamen Nenner zu geben, der alle Bewältigungsmaßnahmen durchzieht. Dieser scheint zu sein, daß die Frauen eine große Fähigkeit und Mut haben, sich abzugrenzen. Alle befragten Frauen betrachteten ihre Rolle als Mutter als wichtigste Aufgabe - gleichzeitig waren sie sich aber einig, daß sie nicht immer für die anderen dasein können, daß sie auch Zeit für sich brauchen. In Situationen, in denen es ihnen schlecht ging, ihnen die Arbeit über den Kopf zu wachsen drohte oder es besonders hektisch wurde, machten eigentlich alle Frauen das gleiche: Sie verschafften sich eine Zeit für sich, in der sie sich dem Getümmel entzogen und wieder Energie sammelten. Die Strategien waren hier sehr unterschiedlich: Ziel und Zweck jedoch waren bei den Frauen verblüffend ähnlich.

4.3.2 Rauchen ist Gesundheitshandeln

Dies ist die implizite Annahme jeder gesundheitserzieherischen Maßnahme, doch wurde bisher noch nicht untersucht, inwieweit sie auch als motivationale Grundlage das Handeln in bezug auf Rauchen bzw. Nicht-Rauchen steuert.

In bezug auf das Rauchen interessierten unter diesem Themenkomplex folgende Fragen: Gibt es gesundheitliche Gründe für Frauen, nicht zu rauchen? Welchen Stellenwert haben diese Gründe bei der Entscheidung, nicht zu rauchen?

Auf diese Fragen konnten klare Antworten gegeben werden: Gesundheitliche Gründe konnten eindeutig nicht als Motiv identifiziert werden, nicht zu rauchen. Keine der befragten Frauen sagte, daß sie aus gesundheitlichen Gründen nicht rauche.

Rauchen wird zwar als allgemeines Gesundheitsrisiko gesehen, für die konkrete Entscheidung jedoch, selbst nicht zu rauchen, stellt dieses Risiko keinen entscheidenden Grund dar.

Da diese Studie dem Lebensweisen-Ansatz verpflichtet ist, wurde dementsprechend Nicht-Rauchen nicht als isolierte Verhaltensweise betrachtet, sondern auf dem Hintergrund des gesamten Gesundheitsverhaltens und Gesundheitsbewußtseins. In diesem Zusammenhang wurden Antworten auf folgende Fragen gesucht:

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

Die wichtigsten Ergebnisse dieses Untersuchungsteils lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

Der Wert von Gesundheit wird von allen Frauen als sehr hoch eingeschätzt; die meisten Frauen bezeichnen sie als wichtig oder sehr wichtig. Bis auf zwei Frauen, die Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit definierten, konnten alle Frauen positiv definieren, was für sie Gesundheit ist. Die Dimensionen auf denen sie - mit jeweils unterschiedlicher Gewichtung - Gesundheit ansiedelten, waren die folgenden: körperliche Leistungsfähigkeit, psychisches Wohlbefinden und Rollenerfüllung. Dimensionen somit, die die der WGO-Definition zugrundeliegende Trias von körperlichem, psychischem und sozialem Wohlbefinden repräsentieren.

Die einzelnen Frauen setzen dabei jedoch recht unterschiedliche Gewichtungen: Das Spektrum reicht von einem Gesundheitsverständnis, das allein auf körperliche Leistungsfähigkeit abzielt, bis hin zu einer gleichsam Extremvarianten, nach der Gesundheit mit „glücklich sein“ und „fröhlich sein“ gleichgesetzt wird.

Gleichsam nicht festlegen wollten sich die Frauen bei der Frage nach den Möglichkeiten, etwas für die Gesundheit zu tun. Einerseits wird der Gesundheitszustand offenbar als etwas Schicksalhaftes erlebt, wobei die meisten Frauen und ihre Familien eher gesund waren, also Glück hatten. Dennoch versuchen alle Frauen, etwas für die Gesundheit zu tun: Dies hauptsächlich dadurch, daß sie für abwechslungsreiche Ernährung, Bewegung und ein gutes emotionales Klima innerhalb der Familie sorgen. Deutlich wurde, daß die Frauen sich für die Gesundheit aller Familienmitglieder verantwortlich fühlen und daß sie es auch als Leistung ansehen, wenn die übrigen Familienmitglieder gesund sind.

Krankheiten gehören nach Meinung der befragten Frauen eindeutig in den Zuständigkeitsbereich des Arztes. Krankheit wird gar erst darüber definiert, daß der Arzt diese feststellt. Hier ließ sich eine starke Diskrepanz zum Gesundheitsverständnis feststellen, etwa in dem Sinne: Über meine Gesundheit befinde ich, das weiß ich schon, wann ich gesund bin. Krank bin ich, wenn ich bettlägerig bin und der Arzt sagt, ich sei krank.

Die Erfahrung, die die Frauen mit eigenen Krankheiten bzw. denen von Familienmitgliedern gemacht hatten, waren sehr unterschiedlich; sie lassen sich in dieser kurzen Zusammenfassung nicht ausreichend darstellen. Festzuhalten bleibt jedoch, daß sich keine eindeutigen Zusammenhänge finden ließen zwischen dem Erfahren von Gesundheit/Krankheit, den auf Gesundheit bezogenen Aktivitäten und gesundheitsgefährdendem Risikoverhalten.

4.3.3 Rauchen ist soziales Verhalten

Die Annahme war, daß man Rauchen auch - unabhängig von seinen gesundheitlichen Folgen - primär als ein soziales Verhalten verstehen kann: Rauchen um dazuzugehören; rauchen, weil der Partner, die Freunde auch rauchen; Anbieten einer Zigarette, um Kontakt aufzunehmen usw. Aus dieser Perspektive gälte es, die Motivationen für das Nicht-Rauchen zu evaluieren, damit entsprechende Konsequenzen für gesundheitserzieherische Programme gezogen werden könnten: Denn wenn Rauchen primär soziales Verhalten ist und kein Gesundheitshandeln, sind Maßnahmen, die Nicht-Rauchen mit Gesundheit in Beziehung setzen und damit motivieren wollen, nicht angemessen, eben weil sie an der Motivation der Betroffenen vorbeigehen.

Die Untersuchungsergebnisse bestätigen, daß Rauchen von allen befragten Frauen als soziales Verhalten gesehen wird. Diesbezüglich verzichteten sie bewußt auf etwas, das ihnen das Leben leichter machen würde bzw. auf jeden Fall früher leichter gemacht hätte. Alle Frauen waren sich einig, daß es rauchende Frauen leichter haben, soziale Kontakte anzuknüpfen, mit Männern ins Gespräch zu kommen, und das Nicht-Rauchen vom Flair der Biederkeit umgeben ist.

Alle Frauen machten jedoch sehr deutlich, daß sie Rauchen als soziales Verhalten nicht nötig hätten. Nicht rauchen zu müssen war bei den Frauen ein sehr bewußter Aspekt ihres Selbstkonzepts und offenbar auch eine wichtige Komponente ihres Selbstwertgefühls.

Dieser Aspekt hat jedoch aufgrund der vorliegenden Interviews mehr die Qualität eines Eindrucks als die eines Ergebnisses; er scheint es jedoch wert, in einer späteren Untersuchung weiter evaluiert zu werden.

Insbesondere in der Jugend, d.h. in der Phase, in der allgemein mit dem Rauchen begonnen wird, scheint das Nicht-Rauchen von den Frauen offenbar sehr viel Mut gefordert zu haben. Einige Frauen machten sehr deutlich, daß sie sich in ihrer damaligen Clique wegen des Nicht-Rauchens als Mauerblümchen gefühlt haben.

4.3.4 Rauch-Attribuierungen bei nicht-rauchenden Frauen

Hinweise für Interventionsmaßnahmen sind oft nicht nur dadurch zu erhalten, daß man die jeweils Betroffenen über ihre Situation befragt, sondern auch dadurch, daß man evaluiert, was unterschiedliche Gruppen über die Motivationen der jeweils anderen denken. Beobachter können zum Teil genauso zutreffend wiedergeben, was einen bestimmten Effekt verursacht hat oder warum eine Handlung ausgeführt wurde, wie die Handelnden selbst.

Für die hier vorliegende Untersuchung muß man jedoch konstatieren, daß die Annahme, daß Aufschlüsse darüber zu erwarten sind, welche Situationen und Dispositionen zum Rauchen führen, wenn nicht-rauchende Frauen gefragt werden, warum ihrer Meinung und Erfahrung nach andere Frauen rauchen, sich nicht bestätigt hat. Die Frauen gaben sehr heterogene Antworten und bestätigten insgesamt die Motive, die auch in der Literatur am häufigsten genannt werden: Rauchen zur Problembewältigung, als Reaktion auf Streß und Anspannung; Rauchen um zu zeigen, daß man wer ist; Rauchen um nicht zuzunehmen; Rauchen aus körperlicher Abhängigkeit; Rauchen als Genuß. Es hatte jedoch den Anschein, daß die Frauen hier eher gängige Meinungen wiedergaben, als daß ihre Aussagen aufgrund eigener Beobachtungen entstanden waren. Die Frauen hatten sich sehr wenig Gedanken darüber gemacht, warum andere Frauen rauchen. Die einzige Beobachtung, die von mehreren Frauen berichtet wurde, war die, daß rauchende Frauen auch mehr essen und trinken; dies könnte ein Hinweis darauf sein, daß die Frauen das Rauchen bei anderen Frauen unter dem Aspekt des Bewältigungshandelns sehen.

Um diesen Aspekt zu klären, müßte eine weitere Befragung erfolgen; mir scheint jedoch, daß es nicht vielversprechend ist, an dieser Stelle weiter zu forschen. Es ist zu erwarten, daß auch andere nicht-rauchende Frauen sich zuwenig mit dem Rauchen anderer auseinandergesetzt haben, als daß sie hierüber irgendwelche fundierten Angaben machen könnten.

4.3.5 Bedeutung der Einstiegssituation

Nach den Ergebnissen des empirischen Teils dieser Studie kann man davon ausgehen, daß ja nahezu jeder irgendwann einmal eine Zigarette probiert; diese Erstsituation ist in der Regel zwischen dem 14. und 16. Lebensjahr. Im Hinblick auf die nicht-rauchenden Frauen interessiert hier, warum sie nach dem Ausprobieren nicht weitergeraucht haben.

Wir gingen davon aus, daß folgende Faktoren das erste Raucherlebnis modifizieren:

- die Interpretation der sozialen Auslösesituation (endlich dazugehören; endlich erwachsen sein; es den Eltern zeigen)
- das unmittelbare körperliche und sinnliche Erleben (husten, Durchfall, Geschmack)
- familiäre Einflüsse; Eltern, ältere Geschwister als Modelle für Rauchen/Nicht-Rauchen
- Zusammenhang der Ausgangssituation mit lebensverändernder Situation.

In der Tat zeigte sich, daß auch die hier befragten nicht-rauchenden Frauen alle einmal in ihrer Jugend eine oder zwei Zigaretten probiert hatten. Trotz mehrmaligen Nachfragens und einer intensiven Exploration dieses Punktes in allen Gesprächen läßt sich jedoch über modifizierende Einflüsse so gut wie nichts erkennen. Die Antworten, warum die Frauen nach diesen ersten Zigaretten nicht wirklich eingestiegen sind, reduzieren sich auf Sätze wie: Das hat mir nichts gebracht; ich fand das lächerlich bei mir; das paßte überhaupt nicht zu mir; das hat mir nichts gegeben.

Bei keiner Frau läßt sich auch nur eine ernsthafte Versuchungssituation finden, in der sie nahe daran war zu rauchen.

Auch aus Art und Verlauf der Einstiegssituation ergeben sich keine Hinweise, die begründen, warum die Frauen nicht mit dem regelmäßigen Rauchen begonnen haben. Verglichen mit den später rauchenden Frauen erlebten die nicht-rauchenden Frauen die Einstiegssituation keineswegs als besonders negativ, und auch das körperliche Erleben war nicht deutlich negativer als bei den Frauen, die später mit dem Rauchen begonnen haben. Auch systematische familiäre Einflüsse oder Zusammenhänge mit lebensverändernden Ereignissen ließen sich nicht identifizieren.

5. Methodische Evaluierung

Es geht uns hier zunächst nicht um eine grundlegende erkenntnis- oder wirtschaftstheoretische Evaluierung des Forschungsansatzes. Hierzu müßte das Lebensweisen-Konzept selbst einbezogen werden. Wir möchten die Evaluierung zunächst unter einfacheren und pragmatischen Aspekten vornehmen.

Bei der quantitativen Studie werden die Aspekte der Datenlage und der Ergiebigkeit der Re-Analysen in einem neuen Interpretationszusammenhang in den Vordergrund gestellt.

Bei der qualitativen Studie steht die Frage im Mittelpunkt: Eröffnete die hier gewählte Methode den erwarteten direkten Zugang zu einem Verständnis des Rauchens, der Aufgabe des Rauchens und des Nicht-Rauchens im individuellen Lebenszusammenhang von Frauen?

Bei der Gesamtschau stellen wir den Aspekt der Vermittlung und Verwertung der auf dem Hintergrund des Lebensweisen-Konzeptes gesammelten Erkenntnisse in den Vordergrund.

5.1 Quantitative Studie

Die Aufgabe der quantitativen Studie war es, die empirische Evidenz eines Hypothesensystems in solchen Daten und Untersuchungsergebnissen zu überprüfen, die nicht speziell hierfür geplant und angelegt sind.

Die Erfahrungswerte mit diesem Vorgehen sollen anhand der folgenden Fragen dargestellt werden:

1. Quellen: Gibt es solche Daten und Untersuchungsergebnisse, und welcher Art sind sie?
2. Aufwand: Welche Probleme ergeben sich bei der Beschaffung und Re-Analyse solcher Daten und Untersuchungsergebnisse?
3. Ergiebigkeit: Was können solche Quellen bzw. daraus geforderte Re-Analysen zum Erkenntnisgewinn beitragen? Wo liegen die Grenzen?

5.1.1 Die Quellen

Die Quellenvielfalt im quantitativ-strukturellen Bereich ist außerordentlich groß. Eine breite Streuung besteht aber hinsichtlich der Qualität und Zugänglichkeit.

In unserem Untersuchungs- und Hypothesenkontext haben sich folgende Quellen als besonders ergiebig erwiesen:

o Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes

Indikatoren zu den Entwicklungen im sozialen Kontext (Arbeit, Bildung, Familie usw.) liegen in reichhaltiger Form vor. Sie sind in sich zunächst relativ aussagearm, können aber zur Absicherung oder Begründung von Hypothesen verwendet werden.

o Branchenstatistiken und Fachzeitschriften

Da Spezialbereiche wie Rauchen in den öffentlichen Statistiken nicht oder nur unter völlig anderen Aspekten (Wirtschaftsstruktur, Steueraufkommen usw.) behandelt sind, müssen hier Branchenpublikationen herangezogen werden. Diese bieten relativ valide Information, z.B. zum Gesamtkonsum und zu Entwicklungstrends.

Problematischer ist die Lage bei speziellen Studien:

o Repräsentative Studien

In der Bundesrepublik Deutschland werden jährlich Dutzende von Repräsentativstudien durchgeführt, die Daten zur Beschreibung des Rauchverhaltens erheben und die publik werden. Da die operationalen Definitionen sehr unterschiedlich sind, ergibt sich hier zunächst ein verwirrendes und widersprüchliches Bild. Zudem sind diese Daten häufig nur unvollständig und nicht im Zusammenhang publiziert.

Da die BZgA über eine eigene repräsentative Untersuchungsreihe verfügt (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1980, 1984), in der u.a. der Bereich Rauchen erfaßt wird, war es möglich, die notwendigen Informationen zu erhalten. Ergebnisse anderer Studien konnten so zum Vergleich und teils zur Vertiefung einzelner Aspekte herangezogen werden.

o Zielgruppenstudien und qualitative Untersuchungen

Hier liegt eine nahezu unüberschaubare Fülle von publizierten Ergebnissen vor. Diese sind allerdings weniger ergiebig als zunächst vermutet. Die wichtigsten Gründe:

- Unzureichende Indikation von Untersuchungspopulationen und Methode.
- Wenig Präsentation von uninterpretierten Originaldaten und Aussagen, die deren Einordnung in einen neuen Interpretationszusammenhang ermöglichen würde.

Für uns war die wichtigste Funktion dieser Studien, Anregungen für die Erweiterung und Ausdifferenzierung des Hypothesensystems zu erhalten.

5.1.2 Probleme der Re-Analyse

Zwei der Grundprobleme wurden bereits angesprochen.

- a) Unklarheit operationaler Definitionen,
- b) Widersprüchlichkeit verschiedener Quellen.

Selbst innerhalb eines zunächst klar erscheinenden Informationsfeldes (Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes) traten diese Probleme auf.

Die präzise Analyse der Datenherkunft und der operationalen Definitionen hat sich als wichtigster Arbeitsschritt zur Klärung der Ausgangslage erwiesen.

Nach diesem Arbeitsschritt lag ein System quasi molekularer Informationsbausteine vor, das zur Reorganisation entsprechend den spezifischen Hypothesen und Fragestellungen verwendet werden konnte.

Die Aussagemöglichkeiten mit einem solchen Vorgehen wären allerdings wesentlich begrenzter geblieben, wenn nicht ein zentraler Datenset (die oben zitierte Untersuchungsreihe der BZgA) für Re-Analysen zur Verfügung gestanden hätte.

5.1.3 Ergiebigkeit

Die Möglichkeiten und Grenzen der Aussagefähigkeit werden aus der Ergebnisdarstellung erkennbar (s. Abschnitt 4.1).

- o Die Absicherung der Widerspruchsfreiheit unserer Hypothesen im Vergleich zu anderen Daten und Erkenntnissen war eine der wichtigsten Leistungen dieses Untersuchungsschrittes.
- o Schon limitierter waren die Möglichkeiten, positive Bestätigungen für unsere Hypothesen zu erhalten.
- o Die Fehl- oder Überdeutung von Indikatoren, die nur Facetten eines Phänomens beschreiben, ist eine der Hauptgefahren bei diesem Untersuchungsansatz.

In der Durchführung und Auswertung der quantitativen Studie wurde besonders deutlich,

- a) daß Zahlen keine „objektiven Fakten“ sind, sondern ihren Aussagewert für die Beschreibung einer Realität erst durch ihren Deutungszusammenhang erhalten;
- b) daß die Komplexität der Zusammenhänge zwischen Daten zum Rauchverhalten einerseits und den Lebenszusammenhang beschreibenden Merkmalen andererseits, einen dementsprechend komplexen Interpretationszusammenhang herausfordert. Das Lebensweisen-Konzept hat sich in diesem Sinne bewährt;
- c) daß es noch weiterer theoretischer Durchdringung dieses komplexen Netzwerkes von Zusammenhängen und Wechselwirkungen bedarf, um die notwendige „Einfach-Struktur“ in Verständnis und Aussage zu erreichen.

5.2 Qualitative Studie

5.2.1 Allgemeine Prinzipien

Um Bedeutung, Stellenwert und methodisches Vorgehen der qualitativen Studie besser einordnen und bewerten zu können, hier noch einmal die wesentlichen allgemeinen Prinzipien qualitativer Forschung:

Qualitative Verfahren versuchen, den zu erforschenden Gegenstand sowenig wie möglich durch bestimmte Vorannahmen und Kategorisierungen einzuschränken und festzulegen. Das allgemeine Ziel qualitativer Methoden ist es, mit Hilfe offener Verfahren eine Annäherung an die Realität, und eine möglichst genaue Beschreibung derselben zu erreichen. Es geht somit nicht um die Überprüfung theoretisch und empirisch ausgewählter Merkmalskombinationen, sondern darum, in der Auseinandersetzung mit der sozialen Realität möglichst sämtliche bedeutsamen Kategorien eines Problemfeldes zu entdecken.

Es ist ein wesentliches Prinzip qualitativer Forschung, daß der Forschungsgegenstand nicht vom Forscher festgelegt wird, sondern daß die relevanten Kategorien und Hypothesen in einer Auseinandersetzung des Forschers mit dem Untersuchungsobjekt gewonnen und überprüft werden. In einem reflexiven Prozeß stößt das Vorwissen des Forschers, welches als relativ vorurteilsfreie und offene Problemfeldeinschätzung in den Untersuchungsprozeß eingehen soll, auf das Wissen des Untersuchungsobjekts und dessen beobachtbare Handlung. Ist das Wissen des Untersuchungsobjekts über sich selbst wesentlicher Bestandteil des Forschungsvorhabens, so ist eine wesentliche Voraussetzung, daß dem Befragten ausreichend Raum eröffnet wird, um die für ihn bedeutsamen Erfahrungen in aller Vielfältigkeit, so wie es für ihn wichtig ist, aussprechen zu können. Denn nur so ist gewährleistet, daß die Kategoriensysteme des Untersuchungsobjekts mit in den Untersuchungsprozeß einbezogen werden können.

Es wird qualitativer Forschung immer wieder der Vorwurf gemacht, sie sei zu global, das erhobene Material sei eher zufällig, die geringe Stichprobengröße garantiere keine Repräsentativität und die Aussagen seien daher nicht verallgemeinerbar.

Dieser Vorwurf gilt jedoch nur dann, wenn qualitative Verfahren anhand des für quantitative Verfahren gültigen Kriterienkatalogs gemessen werden. Und er ist genauso falsch wie der Vorwurf qualitativer Forscher an ihre „quantitativen“ Kollegen, daß diese die Wirklichkeit zergliederten, sich vom Gegenstand entfernten und damit der Realität nicht gerecht würden. Quantitative oder qualitative Forschung ist nicht per se besser, richtiger oder wissenschaftlicher. Ob eine qualitative oder quantitative Vorgehensweise angemessen ist, bestimmt sich vielmehr durch die Thematik des Forschungsgegenstandes und die Art des durch die Studie angestrebten Erkenntnisgewinns.

5.2.2 Der Beitrag qualitativer Methoden zur Erforschung des Lebensweisen-Konzeptes

Es waren vor allem folgende drei Aspekte des Lebensweisen-Konzepts, die die Verwendung qualitativer Methoden im Rahmen der Studie „Frauen und Rauchen“ nahelegten:

- a) Das Konzept ist per definitionem eines, daß das gesamte Lebensumfeld der Betroffenen und ihre in diesem Umfeld gezeigten Erlebens- und Verhaltensweisen und die vielfältigen Verflechtungen dieses Umfeldes mit Erleben und Verhalten in den Griff bekommen will. Diese umfassende Sichtweise, in der alle Variablen als miteinander interagierend verstanden werden, legt die verstärkte Einbeziehung qualitativer Forschungsansätze nahe.
- b) Im Lebensweisen-Konzept wird menschliches Verhalten als der je aktuelle Ausdruck eines lebensgeschichtlichen Entwicklungsprozesses verstanden. Diesem Aspekt wird die auf dem Rationale qualitativer Forschung aufbauende Biographieforschung gerecht.
- c) Es war ein Ziel der Studie, Ansatzpunkte für gesundheits-erzieherisches Handeln zu finden. Diese ergeben sich - wie die Erfahrungen im Bereich von Verhaltensänderungen zeigen - vor allem dann, wenn die Motive für gesundheits-schädigendes bzw. gesundheitsförderndes Verhalten einer betreffenden Zielgruppe bekannt sind. Motive lassen sich nur zum Teil über Verhaltensbeobachtungen erschließen; wesentlicher ist die Kenntnis der kognitiven Prozesse, die Personen mit einem bestimmten Verhalten verbinden und die Erklärungen und Theorien, die die Betroffenen selbst für ihr Verhalten finden. Als Methode, diese Alltagstheorien zu erkunden, bietet sich die qualitative Methode des explorativen Gesprächs an.

Die Ergebnisse der Studie belegen, daß diese Vorannahmen gerechtfertigt waren.

- ad a) So zeigt die Studie z.B., daß Veränderungen im Rauchverhalten der Frauen, also verstärktes Rauchen oder auch Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören oder es zu reduzieren, immer auch ausgelöst wurden durch äußere Lebensereignisse. Hierzu können sowohl Anlässe wie Krankenhausaufenthalte gehören, als auch berufliche und familiäre Veränderungen. Einstellungen und Verhaltensweisen zur Gesundheit (Gesundheitsverhalten und Gesundheitskonzepte) sind eindeutig abhängig von der sozialen, beruflichen und familiären Lage der Frauen, auf deren Hintergrund Ansprüche an Gesundheit und gesunde Lebensweisen formuliert werden können oder auch zurückgestellt werden müssen.

- ad b) Der Blick auf die ineinander verwobene Rauch- und Lebensbiografie der Frauen macht aber erst wirklich deutlich, wie hier Motive, die die Frauen an die Zigarette binden und solche, die ihnen die Loslösung aus dieser Abhängigkeit ermöglichen, entstehen und sich verändern. So zeigt sich bei den Frauen, die mit dem Rauchen aufgehört haben, daß in ihrer sehr bewegten Rauchbiografie schon Motive und Ansatzpunkte für den Schritt aus der Abhängigkeit von der Zigarette angelegt sind. Die Rauchbiografie der Frauen, die ein manifestes Rauchverhalten haben und dies auch nicht ändern wollen, zeigt in ihrer ungebrochenen Kontinuität dagegen, daß hier wenig Ansatzpunkte für eine Veränderung des Rauchens bestehen.
- ad c) Rauch- und Lebensbiografie machen dann auch deutlich, daß Motive zum Rauchen bzw. Aufhören bzw. Nicht-Rauchen im wesentlichen keine Gesundheitsmotive sind, sondern daß hier eindeutig soziale oder psycho-soziale Motive im Vordergrund stehen. Aussagen wie: Rauchen als Bewältigung von Belastungen; Rauchen als Genuß und Entspannung; Rauchen als Abhängigkeit und tiefe Verwurzeltheit in der Persönlichkeit der Frauen; die Unfähigkeit, sich aus dieser Abhängigkeit zu lösen, als Schwäche und Labilität; machen dies deutlich. Besonders für die Frauen, die nie geraucht haben, waren gesundheitliche Erwägungen an keiner Stelle ein Grund dafür, daß sie niemals eine Beziehung zur Zigarette entwickelt haben.

5.2.3 Evaluierung der verwendeten Methodik

Als Methode der Wahl bot sich das explorative Gespräch an, da nur ein solches geeignet schien, das für qualitative Forschung grundlegende Merkmal der Offenheit angemessen zu realisieren. Offenheit besagt zum einen, daß am Anfang der Untersuchung keine formelle Hypothesengenerierung steht. Zum zweiten besagt Offenheit, daß sich die Strukturierung der Untersuchung und der Auswertung soweit wie möglich im Laufe der Untersuchung durch die untersuchten Personen selbst ausbildet bzw. ihnen angepaßt wird.

Für die vorliegende Studie bedeutet dies, daß rauchende, nicht-rauchende Frauen und solche, die mit dem Rauchen aufgehört hatten, nicht mit den exakt gleichen „Instrumenten“ erfaßt werden konnten, sondern daß Interview-Leitfäden entwickelt wurden, die den je spezifischen Lebensweisen dieser drei Gruppen entsprachen.

Es wurden demzufolge Interview-Leitfäden auf der Basis vorher formulierter Themenkomplexe für die unterschiedlichen Gruppen von Frauen entwickelt. Die zugrundeliegenden Themenkomplexe waren an Vorannahmen orientiert, die sich aus der Literatur und den Ergebnissen quantitativer Forschung ergaben. Die Interview-Leitfäden gaben eine gewisse Orientierung an den Fragekomplexen vor, die Gestaltung innerhalb der einzelnen Komplexe erfolgte jedoch soweit als möglich an der jeweiligen Interviewten. Ausgangspunkt innerhalb der jeweiligen Themenkomplexe waren die Erlebnisse, Erfahrungen und Bewertungen der jeweiligen Frauen. Dies ermöglichte es den Forscherinnen, vorher unbekannte neue Gesichtspunkte in den Gesprächen mit zu berücksichtigen.

Auswertung der Untersuchung: Ziel der Auswertung lebensgeschichtlicher Interviews ist es, Einzelaussagen vergleichbar zu machen, d.h.: ausgehend von einzelnen Frauen zu Verallgemeinerungen zu gelangen, die Aussagen auf die Gruppe von Frauen ermöglichen, denen diese einzelnen Frauen angehören.

Da sich der Auswertungsmodus in einer qualitativen Studie auf der Basis der erfragten Inhalte ergeben muß, entstand ein unterschiedlicher Auswertungsmodus für die Gruppen der befragten Frauen.

Bei den rauchenden Frauen und denen, die mit dem Rauchen aufgehört hatten, erfolgte die Auswertung anhand einer lebensbiografischen Zeitachse als günstigste Darstellung zur Erfassung der Raucherinnen-Karriere. Bei den Frauen, die nie geraucht hatten, wäre jedoch die Auswertung anhand einer lebensbiografischen Zeitachse nicht sinnvoll gewesen. Denn das im Vordergrund stehende Verhalten „Nicht-Rauchen“ entwickelte sich ja nicht anhand einer Zeitachse, sondern hatte bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt gleichsam nicht stattgefunden. Sinnvoll erschien hier eine Strukturierung anhand der der Untersuchung zugrundeliegenden Fragenkomplexe.

5.3 Bewertung des Gesamtansatzes der Fallstudie

Die Anlage der Fallstudie Bundesrepublik Deutschland (quantitative Studie, qualitative Studie, internationaler Workshop), auf dem Hintergrund des Lebensweisen-Konzeptes, hat sich bewährt. Es wurden nicht nur neue Erkenntnisse gewonnen; durch diese Arbeitsweise wurden auch neue Brücken geschlagen zwischen der „Forschungswelt“ auf der einen Seite und der „Problemwelt“, wie sie Gesundheitserzieher und Planer von Gesundheitsförderungsprogrammen sehen, auf der anderen Seite.

Die Betrachtung und Darstellung des Gesundheitsverhaltens im komplexen Zusammenhang sozio-ökonomischer und sozial-kultureller Lebensbedingungen entspricht eher dem Bild, wie es sich für Gesundheitserzieher in der Praxis darstellt.

Beispiel: Daß Frauen wegen ihrer Rauchgewohnheit Beratungsstellen aufsuchen oder ihre Rauchgewohnheit reflektieren und im Gespräch thematisieren, ist eher als Ausnahme anzusehen. Hier stimmten die Erfahrungen der Workshop-Teilnehmer aus der Gesundheitserziehungspraxis und die Ergebnisse der qualitativen Studie überein. Regelfall ist eher, daß die Aufnahme, die Veränderung und die Aufgabe der Rauchgewohnheit in vielfältiger Form mit Ereignissen der persönlichen Biografie verknüpft sind, und zwar mit solchen Ereignissen, die subjektive und/oder objektive Veränderungen der Lebensbedingungen markieren.

Auch für die Planer von Gesundheitsförderungsprogrammen ergaben sich neue Erklärungen und Aufschlüsse, die mit deren Erfahrungshintergrund korrespondieren.

Beispiel 1: Der in allen westeuropäischen Ländern gleichläufige Trend zu einer Erhöhung der Zigarettenkonsumintensität weiblicher Raucherinnen in den letzten 15 Jahren*) ist durch Forschungsansätze, die individualisierende Perspektiven in den Vordergrund stellen, kaum zu erklären. Besser greifen Erklärungsansätze, die die Entwicklung der Lebens- und Arbeitsbedingungen von Frauen mit einbeziehen.

Beispiel 2: Im Lebensweisen-Konzept wird das Rauchen als eine von vielen miteinander verwobenen Verhaltensweisen in individuellen Strategien zur Lebensbewältigung gesehen. Dies wird auch durch die Ergebnisse epidemiologischer Forschung und der Evaluation von Gesundheitsförderungsprogrammen belegt, die Rauchen im breiteren Lebens- und Verhaltenskontext betrachten. Der nur mäßige Erfolg von vielen strikt auf das Rauchen bezogenen Programmen ist möglicherweise darauf zurückzuführen, daß hier eine individuelle Wahlfreiheit und Disponibilität bezüglich der Rauchgewohnheit unterstellt wird, die de facto nicht gegeben ist.

*) Dieser Trend setzte im Vereinigten Königreich schon früher ein und hat dort seinen Höhepunkt möglicherweise schon überschritten.

Dieses letzte Beispiel verweist aber auch auf eines von mehreren Problemen der Vermittlung und Verwertung der in der Fallstudie Bundesrepublik Deutschland gesammelten Erkenntnisse.

- o Die Diskrepanz zwischen der Aufgabenteilung und Arbeitsweise in Gesundheitsförderungsprogrammen (bzw. der diese tragenden Institutionen) einerseits und der Struktur der „Problemwelt“ andererseits.

Wenn Institutionen bzw. Programme das Rauchen als Arbeits- bzw. Aktionsschwerpunkt isolieren, stellt sich die Frage: Wie sind Erkenntnisse zu verwerten, die eben dieses isolierte Vorgehen in Frage stellen?

Eine wichtige Aufgabe bei der weiteren Operationalisierung des Lebensweisen-Konzeptes wird sein, auch hierauf eine konstruktive Antwort zu geben. Konkrete Schlußfolgerungen für die Modifikation von Gesundheitsförderungsprogrammen, die sich auf das Rauchen konzentrieren, konnten auch im abschließenden Workshop noch nicht gezogen werden.

Ein weiteres Problem theoretischer und methodischer Art stellt sich bei der Diskussion der Ergebnisse unter Forschern.

- o Das Lebensweisen-Konzept steht in Wettbewerb zu anderen theoretischen Konzepten. Die Brücke zwischen diesen verschiedenen Ansätzen ist noch nicht geschlagen.

Diese Problematik läßt sich in einer Analogie verdeutlichen. Als der Naturwissenschaftler Heisenberg der Frage nachging, ob das Licht aus Partikeln oder aus Wellen bestehe, entdeckte er schließlich, daß beides zutrifft: Je nachdem, aus welcher Perspektive man es betrachtet.

Allgemeiner gesprochen: Wie Forscher die Realität sehen und deuten, hängt davon ab,

1. was sie sehen können (> Meßprobleme),
2. was sie sehen wollen, d.h. aus welcher Perspektive und mit welchem Erkenntnisinteresse sie die Frage angehen (> theoretischer Standpunkt und Verwertungsinteresse).

Die Workshop-Diskussionen zeigten, daß der mit der Arbeit nach dem Lebensweisen-Konzept verbundene Perspektivenwechsel nicht leicht zu vollziehen ist, zumal es noch eine Reihe unzulänglich gelöster Meßprobleme im Zusammenhang mit dem Nachweis der im Lebensweisen-Konzept angenommenen Zusammenhänge gibt.

Sicher muß auch noch der „theoretische Überbau“ weiter ausformuliert werden, um die Einordnung der aus anderen Forschungsperspektiven ermittelten Erkenntnisse zu ermöglichen.

Dies sind wichtige Voraussetzungen, um den im Lebensweisen-Konzept geforderten multidisziplinären Ansatz theoretisch abzusichern und um die praktischen Voraussetzungen für die Operationalisierung dieses multidisziplinären Ansatzes zu verbessern.

6. Schlußfolgerungen und Empfehlungen

Die Ergebnisse des Projektes „Frauen und Rauchen: Fallstudie Bundesrepublik Deutschland“ sowie ihre Diskussion während des Workshops lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Frauen rauchen nicht, um männlicher zu werden;
- Frauen sehen sich in bezug auf Rauchen nicht als besonders gefährdete Gruppe an, als die sie häufig, neben Jugendlichen bzw. anderen sozial-kulturellen Gruppen, kategorisiert werden, wofür auch statistische Daten sprechen und was sich in den WGO-Programmen niederschlägt;
- Frauen interpretieren ihr Rauch-Verhalten nicht im Kontext von Gesundheitsfragen, wie sie z.B. durch Medien-Kampagnen zum Thema „Rauchen und Schwangerschaft“ angesprochen werden;
- Frauen rauchen, weil es inzwischen zum weiblichen Verhaltensrepertoire gehört, d.h. das Rauchen von Frauen ist nur im Zusammenhang der weiblichen Lebensbedingungen und Lebensweisen zu verstehen.

Die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Fallstudie lassen den Schluß zu, daß das Thema „Frauen und Rauchen“ gesellschafts- und geschlechtsspezifisch untersucht werden muß. Offensichtlich sind bestimmte Faktoren der hochentwickelten Industriegesellschaften in Kombination mit sozial-kulturellen Entwicklungen ein Nährboden für die Herausbildung von gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen bei Frauen.

Die Teilnehmer des Workshops haben angesichts dieser Bestandsaufnahme, die in ihren wesentlichen Zügen konsensfähig war, folgende Empfehlungen formuliert:

1. Gesundheitsförderung für Frauen mit dem spezifischen Schwerpunkt auf „Rauchen und Gesundheit“ sollte strategisch an ein soziales Konzept von Gesundheit anknüpfen, das die positiven Werte, Einstellungen und Verhaltenswirkungen von Nicht-Rauchen hervorhebt. Dies schließt die Anstrengungen der verantwortlichen Stellen ein, strukturelle Maßnahmen zur Reduzierung der Verfügbarkeit und des Konsums von Tabak-Produkten zu ergreifen. (Hinweis auf WGO-EURO-Konzept zur Gesundheitsförderung.)
2. Gesundheitsförderung für Frauen im Hinblick auf ihr Rauchverhalten sollte an den spezifischen weiblichen Lebensbedingungen, Lebensweisen und den Motivationslagen zur Entwicklung dieses Verhaltens ansetzen. Es herrschte Einvernehmen darüber, daß die besondere Lebenssituation von Frauen in den hochentwickelten Industriestaaten bei der Entwicklung von Konzepten und Strategien der Gesundheitsförderung zum Ausgangspunkt gemacht werden sollte.
3. Diese notwendige Differenzierung zwischen Frauen und Männern im strategischen Ansatz der Gesundheitsförderung erklärt sich auch aus der Tatsache, daß Frauen eine wesentlich stärkere Bindung an das System der medizinischen Versorgung besitzen und daraus abgeleitet werden kann, daß sie auch für Angebote der Gesundheitsförderung, Beratung und Selbsthilfe eher ansprechbar sind. Das heißt: sie sind dort leicht zu erreichen und im Hinblick auf ihr spezifisches Verhalten anzusprechen. Deshalb sollten Programme entwickelt, erprobt und evaluiert werden, die interdisziplinär angelegt und multisektoral implementiert werden.
4. Gleichzeitig ist in Rechnung zu stellen, daß Frauen wesentlich leichter für ihren eigenen Körper und seine Befindlichkeiten zu sensibilisieren sind. Insbesondere ist daran zu denken, daß die traditionelle Verantwortlichkeit der Frauen für die „Gesundheit in der Familie“ einen Ausgangspunkt für die Implementation von Gesundheitsförderungsprogrammen zum Thema „Frauen und Rauchen“ abgeben könnte, die die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Frau selbst in den Mittelpunkt stellen.
5. Es herrschte Übereinstimmung darüber, daß gegenwärtig die Forschungslage zum Thema „Frauen und Rauchen“ unbefriedigend ist. Die Bedingungen für die Aufnahme, die Habitualisierung und die Aufgabe des Rauchens sollten im weiblichen Lebenszusammenhang gründlicher untersucht, dargestellt und analysiert werden. Die bisher vorliegenden Studien über „Rauchen und Gesundheit“ sind eher auf Männer konzentriert und erlauben keine Rückschlüsse auf die spezifisch weiblichen Verhaltensmuster.

L I T E R A T U R

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1977): Erfolgskontrolle des Arbeitsprogramms 1976 der BZgA, Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1979): Erfolgskontrolle des Arbeitsprogramms 1978 der BZgA, Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1981): Effizienzkontrolle des Arbeitsprogramms 1979/1980 der BZgA, Köln.

Franke, A. (1984): "Frauen und Rauchen - Lebenszusammenhang und Gesundheitsverständnis von nichtrauchenden Frauen". Eine qualitative Studie. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. Unveröffentlichtes Manuskript.

IMW (1982): Frauen und Rauchen. Fallstudie Bundesrepublik Deutschland. Quantitative Studie. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. Unveröffentlichtes Manuskript.

Maschewsky-Schneider, U. (1984): Frauen und Rauchen - Analyse von Biografien rauchender Frauen. Eine qualitative Studie. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. Unveröffentlichtes Manuskript.

Rohrmoser, H. (1984): Frauen und Rauchen. Berufsspezifische Auswertung von Mikrozensusdaten 1978 zu den Rauchgewohnheiten der weiblichen Erwerbsbevölkerung. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. Unveröffentlichtes Manuskript.

Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (WGO-EURO), (1983): Lebensweisen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. (33. Tagung des Regionalbüros für Europa, Technical Discussions, EUR/RC33/Techn.Disc./1). Kopenhagen (WGO-EURO).

Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (WGO-EURO), (1984): Regionalziele zur Unterstützung der Regionalstrategie. (34. Tagung des Regionalkomitees für Europa EUR/RC34/7). Kopenhagen (WGO-EURO).

World Health Organization, Regional Office for Europe, 1985: Health Promotion Glossary.

Weiterführende Literatur

Davidson, M.J. & Cooper, C.L. (1983): Stress and the Woman Manager. Oxford (Blackwell).

Franke, A. & Jost, I. (Hrsg.) (1985): Das Gleiche ist nicht dasselbe. Zur subkutanen Diskriminierung von Frauen. Tübingen (dgvvt-Verlag).

Gilligan, C. (1984): Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau. München (Piper).

Haller, M. (1981): Gesundheitsstörungen als persönliche und soziale Erfahrung. Eine soziologische Studie über verheiratete Frauen im Beruf. München/Wien (Oldenbourg).

Higgins, M.W. (1984): Changing Patterns of Smoking and Risk of Disease. In: Gold, E.B., 1984: The Changing Risk of Disease in Women: An Epidemiologic Approach. Lexington, Massachusetts & Toronto (Heath & Company).

Hellmich, A. (1986): Frauen zwischen Familie und Beruf. Stuttgart (Kohlhammer).

Jacobson, B. (1981): The Ladykillers. Why Smoking is a Feminist Issue. London (Pluto Press).

Kickbusch, I. & Riedmüller, B. (Hrsg.) (1984): Die armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik. Frankfurt/Main (Suhrkamp).

Maslach, C. & Zimbardo, P. (1982): Burnout - The Cost of Caring. New York (Spectrum).

Pogrebin, L.C. (1983): Family Politics. Love and Power on an Intimate Frontier. New York (McGraw-Hill).

Resch, M. & Rummel, M. (1986): Von allem die Hälfte. Frauen im Beruf. Köln (Bund).

Ruzek, Sh. & Hill, J. (1985): Positive Approaches to Promoting Women's Health. World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen.

Schneider, U. (Hrsg.) (1981): Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung. Frankfurt/New York (Campus).

Vogt, I. (1985): Für alle Leiden gibt es eine Pille. Über Psychopharmakakonsum und das geschlechtsrollenspezifische Gesundheitskonzept bei Frauen und Mädchen. Opladen (Westdeutscher Verlag).

Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (1984): Frauen und berufsbedingte Gesundheitsrisiken. Bericht über eine WGO-Tagung. Kopenhagen(WGO-EURO; EURO-Berichte und Studien 1976).

Windsor, R.A. & Orleans, C.T. (1986): Guidelines and Methodological Standards for Smoking Cessation Intervention Research among Pregnant Women: Improving the Science and Art. In: Health Education Quarterly, 2 (13).

Eine Veröffentlichung der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Straße 200 / Postfach 91 01 52

D - 5000 Köln 91 (Merheim)

Fernruf: 02 21/89 92 - 1 Telex: 8873658 bzga d

Druck: Hausdruckerei BZgA

1/1./4/87