

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



05 00 11

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

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

5. 1. 11

FRAUEN UND RAUCHEN
- ANALYSE VON RAUCHERINNEN-BIOGRAPHIEN -
Eine qualitative Studie

Arbeitsbericht,
vorgelegt von Ulrike Maschewsky-Schneider

Kooperationsprojekt FRAUEN UND RAUCHEN
der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln,
mit dem Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorga-
nisation, Kopenhagen
Fallstudie Bundesrepublik Deutschland

Mai 1984

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-Nr.: 5. 1. 11/1

Der vorliegende Bericht ist Ergebnis des qualitativen Teils der Gesamtstudie FRAUEN UND RAUCHEN. Diese Studie wurde von Ulrike Maschewsky-Schneider und Alexa Franke unter Mitarbeit von Helgard Rohrmoser und Erika Fink durchgeführt. Der vorliegende Bericht stützt sich auf die Befragung der Raucherinnen und ehemaligen Raucherinnen. Von Frau Franke liegt ein gesonderter Bericht über die Interviews mit den Frauen, die nie geraucht haben, vor.

Gliederung

1. Vorbemerkung

2. Theoretischer Rahmen und Untersuchungskonzept
 - 2.1. Theoretischer Rahmen
 - 2.2. Untersuchungskonzept

3. Methodisches Vorgehen

4. Ergebnisse
 - 4.1. Untersuchungsgruppen
 - 4.2. Rauchen im biographischen Prozeß - Verlaufsformen des Rauchens
 - 4.2.1. Einstiegssituation
 - 4.2.2. Stabilisierung
 - 4.2.3. Rauchen als Lebensgewohnheit und aufhören/reduzieren - Typische Raucherinnenbiographien
 - 4.3. Die Bedeutung des Rauchens für die Raucherinnen (Gruppe 1)
 - 4.4. Der Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören (Gruppe 2)
 - 4.5. "Ich habe es geschafft, ich rauche nicht mehr!" - Befreiung aus einer Abhängigkeit? (Gruppe 3)

5. Anhang

6. Literatur

1. Vorbemerkung

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

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

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

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

- Die Zahl der rauchenden Frauen ist in den siebziger Jahren um knapp 40% gestiegen.
- Auch die Rauchintensität bei Frauen hat zugenommen, d. h., die Zahl der Gelegenheitsraucherinnen hat abgenommen.
- Insbesondere junge Mädchen und Frauen rauchen zunehmen wobei für die Zukunft noch eine steigende Tendenz zu erwarten ist. (siehe auch Mikro-Zensus, ROHRMOSER)
- Ehemalige Raucher lassen sich eher bei Männern als bei Frauen finden.

Die spezifische Lebenssituation von Frauen, ihre Stellung zwischen Beruf und Familie und die daraus erwachsenden besonderen Anforderungen werden in den bisherigen Konzepten und Strategien der Gesundheitserziehung, auch der Gesundheitsforschung nicht berücksichtigt. Ob in der Krankheitsursachenforschung, der Belastungsforschung, der präventiven Gesundheitsforschung, im Zentrum steht immer der Mann, stehen Arbeits- und Lebensbedingungen von Männern. Ob Gesundheit und gesunde Lebensweise von Frauen sich von denen der Männer unterscheiden, war bisher keine Frage der Forschung.

Außerdem: das Bild der Frau unterlag in den letzten beiden Jahrzehnten nicht unerheblichen Wandlungen. Die Orientierung auf Berufstätigkeit und die Entwicklung von Lebensperspektiven, in die die Verbindung von Berufs- und Familienarbeit eingebunden ist, ist dabei ein wesentliches Moment. Widersprüche zwischen Berufs- und Familienarbeit haben sich verschärft, durch die extrem unterschiedliche Organisiertheit dieser beiden Arbeitsbereiche von Frauen. In diesem Prozeß wurde den Frauen ein Selbstbild von Emanzipation, Selbständigkeit und Unabhängigkeit suggeriert, das sich an dem Widerspruch zur konkreten Situation der Frau brechen mußte. Ein Selbstbild auch, dem eigentlich keine wirklichen Realisierungschancen gegeben wurden.

Weiterhin sind Frauen in die restriktiven Anforderungsstrukturen aus Beruf und Familie eingebunden; vielleicht ist der darin enthaltene Widerspruch heute auch nur verfeinerter, verschleierter? Möglicherweise spielt die Zigarette beim Aufbau dieser "Illusion von Freiheit" keine unerhebliche Rolle. Vielleicht demonstriert Frau mit der Zigarette den Wunsch, nach der vorenthaltenen Macht, spürt aber auch die Abhängigkeit, in die sie sich da begibt. Meint Frau Waldmann vielleicht diesen Widerspruch,

wenn sie davon spricht, daß sie sich von der Zigarette abhängig fühlt, obwohl sie weiß, was da "nicht nur gesundheitsmäßig" anhängt ? Was hängt denn noch an dieser Abhängigkeit von der Zigarette ?

Frau Waldmann versucht eine erste Erklärung dafür. Der Wille, sich aus dieser Abhängigkeit zu befreien, scheitert daran, daß die hinter dem Rauchen stehende Problematik nicht bearbeitet wird. Rauchen ist nur das Endresultat ihrer persönlichen Konfliktlage, in die sie verheiratet mit einem alkoholabhängigen Mann - verstrickt ist. Dabei ist dies nicht nur die persönliche Situation von Frau Waldmann, sondern in dieser individuellen Situation kommen gesellschaftliche Strukturen, Normen und Widersprüche zum Ausdruck. Innerhalb dieser Strukturen versucht Frau Waldmann Handlungsentscheidungen zu treffen oder vielleicht auch nur vor sich herzuschieben. Welche Rolle spielt eine Verhaltensweise wie das Rauchen, die ja mit dem eigentlichen zugrundeliegenden Konflikt unmittelbar nichts zu tun hat, in diesem Entscheidungsprozeß?

Mit dem Lebensweisenkonzept (s.z.B. HORN 1983; KICKBUSCH 1981; WGO 1983) wird ein theoretischer Ansatz versucht, über die Fixierung der Gesundheitsforschung auf einzelne gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen hinauszugehen und das gesamte Lebensumfeld des Menschen zu betrachten, aus dem sich solche Verhaltensweisen ergeben. Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, welche gesellschaftliche Funktion dies Verhalten hat und wie es zur Bewältigung im jeweiligen Lebenskontext eingesetzt wird. Es wird die These diskutiert, ob mit der scheinbaren Bewältigung von Problemen mittels gesundheitsgefährdender Mittel - zu denen dann auch Alkohol -, Drogen - und Medikamentenmißbrauch zählen - nicht eine Verschiebung gesellschaftlicher Probleme auf persönliche erfolgt. Es ist die Rede von der

Subjektivierung psychosozialer und gesellschaftlicher Prozesse. (HORN 1983)

Mit der Frauenforschung und speziell der Frauengesundheitsforschung (z.B. WGO - Tagung "Women and Health" 1983; Beiträge in SCHNEIDER 1981; RODENSTEIN 1982; EHRENREICH/ ENGLISH 1976) wurde ebenfalls ein Ansatz entwickelt, in dem der weibliche Lebenszusammenhang und die historisch gewachsene gesellschaftliche Situation von Frauen im Mittelpunkt steht. Gesundheit und Krankheit Frau sind Ausdruck der widersprüchlichen Lebenssituation der Frauen und der ambivalenten Verhaltensanforderungen an sie. Krankheit Frau ist ohnmächtiger Protest gegen diese Lebenssituation (CHESLER 1977); die Krankenrolle ist ein auf den eigenen Körper bezogener Ausweg aus den mit der weiblichen Rolle verbundenen, Konflikten (RODENSTEIN 1983); sie verspricht ein sozial akzeptiertes, abweichendes Verhalten aus der Frauenrolle (KICKBUSCH 1982).

Ist das Rauchen der Frauen eventuell ebenfalls Ausdruck einer nicht gelungenen oder vielleicht auch garnicht gewünschten Anpassung an die Frauenrolle?

Gesundheit und die Gesundheit fördernde oder schädigende Verhaltens- und Lebensweisen begreifen wir auf diesem Hintergrund nicht nur als individuelle, sondern sehen in diesen individuellen Verhaltensweisen einen gesellschaftspolitischen Kern. Wenn wir das Phänomen Rauchen bei Frauen untersuchen, tun wir das nicht mit der Frage danach, mit welchen besseren Argumenten wir den Frauen die Gesundheitsschädlichkeit ihres persönlichen Fehlverhaltens deutlich machen können. Wir fragen vielmehr nach der Lebenssituation der Frauen, in denen das Rauchen eine bestimmte Funktionalität bekommt; wir fragen nach dem Nutzen und Gewinn und wir fragen auch danach, was die Frauen an die Zigarette bindet und warum und unter welchen Bedin-

gungen sie sich aus dieser Abhängigkeit befreien möchten. Wir fragen aber auch nach der Lust und dem Genuß, den die Frauen aus dem Rauchen ziehen!

2. Theoretischer Rahmen und Untersuchungskonzept

2.1. Theoretischer Rahmen *)

Die Diskussion um das Lebensweisenkonzept, von dem wir in unserer Studie als theoretischem Hintergrund ausgehen knüpft an zwei Forschungssträngen an: zum einen an der v.a. in den USA durchgeführten empirischen Forschung über gesundheitsbezogene "life-styles"; zum anderen an einer kritischen Auseinandersetzung mit dem medizinische Risikofaktorenkonzept und der darin anknüpfenden informatorischen Gesundheitserziehung.

Gegenstand der anglo-amerikanischen life-style-Forschung sind einzelne, unmittelbar lebensbezogene Lebensweisen, wie etwa: Rauchen, Ernährung, Alkohol, sportliche Betätigung, etc.. Hintergrund bildet die Vermarktung gesundheitsorientierter Modetrends wie: Jogging, salzarme Ernährung, Aerobics, etc.. Das life-style-Konzept impliziert ein Lebensmodell, in dem das Individuum durch eine persönliche Entscheidung für die eine oder andere - oder auch eine bestimmte Kombination mehrerer - "gesunder" Verhaltensweisen versucht, seine (Über-) lebenschance zu verbessern. Kriterium dafür sind aber nicht etwa Wohlbefinden, Selbstvertrauen oder gar Glücklich - Sein, sondern Gewinn und ERhalt von Gesundheit; Vermeidung von Krankheit ; Verlängerung der Lebensdauer; körperliche Fitness zur ERhöhung der allgemeinen Leistungsfähigkeit, vor allem in beruflicher Hinsicht; aber auch Konkurrenzfähigkeit im Freizeitbereich; Erhalt von Jugendlichkeit und sexueller Attraktivität. Das life-style-Konzept verspricht damit d

*) Dieser theoretische Teil wurde für einen anderen Zusammenhang konzipiert, wird hier aber dem Gesamttext beigegeben, um die Untersuchungsfragestellungen im Kapitel 2.2. transparent zu machen.

Herstellung individuenspezifischer Qualitäten, ganz im Sinne einer - in den USA offensichtlich besonders ausgeprägten - Ideologie von Jugendlichkeit und Leistungsfähigkeit. Gesundheit wird hier insofern zu einem mediativisierendem Konzept (siehe auch WENZEL 1983), als die Realisierung einer gesunden Lebensweise im Sinne des life-style-Konzeptes der Fähigkeit zur Anpassung an die gesellschaftlich geforderten Leistungsanforderungen entspricht.

Theoretische Grundlage dieses Konzeptes bildet auch hier das medizinische Risikofaktorenmodell. Dieses Theoriemodell als Ausgangspunkt informatorischer Gesundheitsaufklärung und -erziehung, orientiert sich am Krankheitsursachenmodell, in dem psychosoziale, soziale, Verhaltens- und physiologische Faktoren für die Entstehung von spezifischen Krankheiten verantwortlich gemacht werden, wobei die Art und Weise des Zusammenspiels dieser verschiedenen Faktoren noch Gegenstand der Forschung ist. Im Zentrum der informatorischen Gesundheitserziehung steht dabei die Veränderung der Faktoren, die scheinbar am ehesten beeinflussbar sind, nämlich die Veränderung individueller gesundheitsgefährdender Lebensweisen, wie sie sich in den klassischen Risikoverhaltensweisen ausdrücken. Hinter der Mahnung zur Veränderung dieses gesundheitsschädlichen "Fehlverhaltens" steht der Verweis auf die gesellschaftlichen Kosten, die ein solches Verhalten im sozialen Sicherungssystem erzeugt, einher (siehe auch SCHAEFER/ BLOHMKE 1978, S. 350).

Gemeinsam sind dem life-style-Ansatz und der informatorischen Gesundheitserziehung das Risikofaktorenmodell als theoretischer Hintergrund und ihr Ziel, aus der Förderung gesundheitsbezogener Lebensweisen gesellschaft-

lichen Nutzen - im Sinne einer Leistungssteigerung oder Kostenreduzierung - zu ziehen. Allerdings argumentieren beide mit unterschiedlichen Akzentuierungen: während die informatorische Gesundheitserziehung mehr mit erhobenem Zeigefinger vor den drohenden gesundheitlichen Gefahren warnt, wird im life-style-Modell Gesundheit als persönliches Gut "verkauft".

Das Lebensweisenkonzept wie es jetzt hier im europäischen Bereich zur Diskussion steht, versteht sich als kritischer Gegenpunkt zu beiden Richtungen von Gesundheitserziehung. Betrachtet man den Reader zu der von der WGO und der BZGA gemeinsam durchgeführten life-style-Tagung (Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 1983) wird folgendes deutlich:

- Ausgangspunkt der Diskussion bildet die relative Erfolglosigkeit bisheriger Gesundheitserziehungs- und -Aufklärungsstrategien.
- Das Lebensweisenkonzept bewegt sich noch auf der Ebene einer theoretischen Auseinandersetzung mit dem Risikofaktorenmodell und der daraus entstandenen informativen Gesundheitserziehung. In dieser theoretischen Kritik wird versucht, die Strukturen aufzuzeigen, denen die Erfolglosigkeit der bisherigen Gesundheitserziehung geschuldet ist.
- In der Diskussion um das Lebensweisenkonzept sind Wege einer empirischen Realisierbarkeit in Forschungszusammenhängen noch nicht sichtbar. Sie ist über die Aufstellung globaler Themenkataloge und eine erste theoretische Konzeptualisierung noch nicht hinausgekommen.
- Weit fortgeschritten sind allerdings Konzepte und Realisierungen der praktischen Umsetzung. Mit dem An-

satz der Gesundheitsförderung (health promotion) wird ein Rahmen abgesteckt, in dem vor allem das Konzept der Selbstbeteiligung und der Selbsthilfe (siehe auch KICKBUSCH 1981; LEVIN, 1981) einen herausragenden Stellenwert hat. Hier gibt es existierende Gesundheitsbewegungen, wenn auch weniger im präventiven Bereich, die die prinzipielle Realisierbarkeit des Lebensweisenkonzeptes und der Gesundheitsförderung nicht mehr in Frage stellen. Betrachten wir die Entwicklung, so müssen wir die Zusammenhänge wohl eher andersherum als bisher betrachten: das Lebensweisenkonzept ist der Versuch einer theoretisch - wissenschaftlichen Fundierung realer Bewegungen und Prozesse der praktischen Gesundheitsbewegung.

Wenn wir für unsere Untersuchung das Lebensweisenkonzept zur Grundlage machen wollen, müssen wir an dem Stand der Diskussion ansetzen, also an der Kritik, aus der Perspektive des Lebensweisenkonzeptes an den bisherigen Modellen geübt wird. Folgende Punkte scheinen dabei wesentlich:

- 1) Ausgehend von dem Widerspruch zwischen dem allgemein verbreiteten Wissen um die Gesundheitsschädlichkeit bestimmter Verhaltensweisen (wie: Rauchen , Alkoholmißbrauch, Medikamentenmißbrauch, Eßsucht) und der relativen Konsequenzlosigkeit aus diesem Wissen, fragt das Lebensweisenkonzept nach der Kosten-Nutzen-Relation der Betroffenen in diesem Entscheidungsprozeß. Gesundheitsschädliche Verhaltensweisen, werden als soziales Handeln begriffen, das einen bestimmten Sinn, eine soziale Funktion für den Einzelnen und das gesellschaftliche Kollektiv erfüllt.

- 2) Gesundheitserziehung impliziert auf Seiten der Betroffenen, daß Gesundheit überhaupt als Wertmaßstab für ein glückliches und sinnvoll strukturiertes Leben anerkannt wird. Das Lebensweisenkonzept hinterfragt die Ziele, die mit der Propagierung von Gesundheit als Lebensziel seitens der institutionalisierten Gesundheitserziehung intendiert werden und versucht, damit die Resistenz gegen informative Gesundheitserziehung zu erklären.
- 3) Autoritative Gesundheitserziehung betrachtet gesundheitsschädliche Verhaltensweisen als individuelles Fehlverhalten in einzelnen, isolierten Handlungsdimensionen. Das gesamte Lebensumfeld, in dem dieses Handeln seinen gesellschaftlichen und psychosozialen Sinn erfüllt, bleibt dabei außerhalb des Blickfeldes. Eine am Lebensweisenkonzept orientierte Gesundheitsforschung muß sich jedoch die Frage nach den spezifischen Lebensbedingungen der Frauen stellen, innerhalb derer Gesundheitsverhaltensweisen ihren Sinn erhalten. Widersprüchliche Verhaltenszumutungen, mit denen sich Frauen in verschiedenen Verhaltensbereichen konfrontiert sehen und die ihre objektive gesellschaftliche Situation ausmachen, konstituieren eine gesellschaftlich gesetzte und subjektiv erlebte Konfliktstruktur.
- 4) In dieser, die weibliche Lebenssituation bestimmenden Konfliktstruktur, werden von den Frauen zur Lösung bzw. Bewältigung des Konflikts Handlungskonsequenzen erzwungen. Welche Lösungsmuster bieten sich an und welchen Stellenwert haben gesundheitsschädigende Verhaltensweisen innerhalb dieser Konfliktbewältigungsstrategien?

Zu 1) Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen als auto-
plastisches Problemlösungsverhalten.

Ausgangspunkt der Diskussion um das Lebensweisekonzept ist die kritische Auseinandersetzung mit dem Risikofaktorenmodell als theoretischer Grundlage einer autoritativen und informatorischen Gesundheitserziehung. Dieses Modell beinhaltet die Vorstellung, daß die kognitive Betrachtung eigener Verhaltensweisen, vielleicht noch gestützt durch ein angeleitetes Training solcher Prozesse (z.B. Raucherentwöhnungskurs), zu einer Verhaltensmodifikation führt. Dabei drückt der Begriff Verhaltensmodifikation die Richtung aus, in die eine solche Veränderung führen soll. Nämlich eine partielle Veränderung einzelner alltäglicher Verhaltensweisen. Dabei fragt dieses Modell nicht nach der Funktionalität, dem verborgenen sozialen Sinn solcher, die Gesundheit beeinträchtigender Verhaltensweisen. Es zwingt vielmehr, in einem sozialen Kontext funktionale Verhaltensweisen aufzugeben, ohne Alternative dagegen zu setzen. Hierin sind sich Kritiker aus verschiedenen Richtungen herkommend einig. So schreibt HORN (1983 a):

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

"Aus verhaltenswissenschaftlicher Perspektive ist es ja öfters immer problematisch gewesen, auf Verzicht zu werben. Die in Aussicht gestellte Belohnung 'Gesundheit' sieht aus der Perspektive des mit Gesundheitsrisiken Lebenden anders aus, weil er ja nicht so etwas einfaches wie einen medizinisch definierten Risiko-

faktor, ein Gewicht beispielsweise, aufgeben soll, sondern eine hochkomplexe Größe, die für ihn Bedeutungen verschiedenster Art hat." (ebd., S. 52)

Und SCHEAFER/BLOHMKE (1978) argumentieren:

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

SCHAEFER/BLOHMKE liefern hier ein Erklärungsmodell in dem der Widerstand gegen Gesundheitserziehung aus ihrer psychosozialen Funktion als Ersatzbefriedigung für ein freudloses und inhaltsleeres Leben gesehen werden. Auf dem Hintergrund der "Massenhaftigkeit" dieser "Fehl" verhaltensweisen muß auch auf eine "Massenhaftigkeit" der dahinterstehenden Lebenssituation geschlossen werden.

Aus diesem Lebenskontext heraus versucht auch HORN (ebd.) den Sinn dieser Verhaltensweisen zu erklären. Für ihn ist gesundheitliches Risikoverhalten selbst ein Versuch, widersprüchliche Ansprüche an soziales Handeln zu bewältigen. "Gesundheitliches Risikoverhalten stellt in aller Regel also eine unter anderen möglichen Formen sozial akzeptierter und zugleich mit persönlichem Sinn unterlegter Handlungs- und Konfliktlösungsmuster dar..... Von ganzen Kollektiven praktizierte Gesundheitsrisiken können insofern viel "allgemeiner" abgesichert sein als nur vermittelt unbewußt gewordener psychosozialer Konfliktlage und gruppenspezifischer

Bräuche." (ebd., S. 53)

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

"Krankheit ist insofern ein Mechanismus der Subjektivierung psychosozialer und gesellschaftliche Probleme (HORN 1979, 1980 a): Probleme eines größeren wirtschaftlichen Zusammenhangs schlagen sich am Subjekt nieder und werden von der klassischen Medizin potentiell aber eben auch im ganz persönlichen Interesse der Konfliktabwehr am Körper des Einzelnen lokalisiert und behandelt." (HORN 1983, S. 59).

In diesem Sinne ist auch Risikoverhalten als ein

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

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

Im Hinblick auf Krankheit ist dieser Zusammenhang deutlicher sichtbar: mit der Krankheit wird die gesellschaftlich erzwungene Leistungsbereitschaft vor allem den Erwerbsbereich betreffend, verweigert. Es ist ein - zumindest vorübergehender - Ausstieg aus diesen Anforderungen. Ähnliches gilt wohl auch für den Drogenmißbrauch und Alkoholmißbrauch

Was passiert aber in dem Feld, in dem Risikovehaltensweisen noch angepaßte Verhaltensweisen sind, wie z.B. Viel-Trinken, Viel-Essen und Rauchen? Viel-Trinken mag vielleicht partieller Ausstieg aus der Situation sein, ein "Ausstieg auf Raten". Was ist aber mit Rauchen und übermäßigem Essen? Welche Gratifikationen, welchen Nutzen versprechen sie? Den Nutzen des "Angepaßt-Seins", des "Nicht-Auffallens" und trotzdem etwas verbotenes, gesellschaftlich sanktioniert zu tun; ein Aussteigen aus dem gesellschaftlich vorgegebenen Rahmen?

Bevor ich versuche, das Lebensumfeld zu umreißen innerhalb dessen gesundheitsschädigendes Verhalten einen Stellenwert für die Bewältigung von Problemen bei Frauen erhält, möchte ich noch einen weiteren Aspekt darstellen, der die Resistenz gegenüber Gesundheitsaufklärung und -erziehung zu erklären versucht.

Zu 2) Gesundheit als Lebensziel.

Das Modell autoritativer Gesundheitserziehung impliziert, daß Gesundheit ein Ziel von Lebensplänen der Betroffenen ist, also eine gesellschaftlich und persönlich wichtige Lebenskategorie. Es impliziert darüberhinaus, daß der Erhalt und die Herstellung von Gesundheit Realisierungschancen im Lebensumfeld hat. Auch Gesundheit unterliegt in ihrer gesellschaftlichen und persönlichen Funktion einer Doppelstruktur. Gesundheit bedeutet für den Einzelnen Wohlbefinden, Glücklich-Sein, und im Sinne des sozialen Wohlbefindens: soziale Handlungsfähigkeit in der Bewältigung der Beziehung

Körper - Seele - Umwelt. Gesundheit wird unter unseren gesellschaftlichen Bedingungen aber gleichzeitig funktionalisiert im Sinne des Zwangs zur "generalisierten Leistungsfähigkeit" (siehe auch HORN 1983 a, S. 55). Gesundheit ist aus dieser Perspektive keine anthropologische Grundkonstante ein Anrecht des Einzelnen gegenüber der Gesellschaft; vielmehr ist das Gegenteil der Fall - Gesundheit muß "auf's Spiel gesetzt", riskiert werden; die eigene Gesundheit ausgebeutet werden um die gesellschaftlichen Leistungsstandards zu erfüllen. Die Geschichte des Arbeitslebens zeigt wie die Arbeitenden gezwungen waren und gezwungen sind, über ihre gesundheitlichen Verhältnisse zu wirtschaften, um ihre eigene Reproduktion und die ihrer Familie zu gewährleisten.

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

Funktionalität.

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

Zu 3) und 4) Weiblicher Lebenszusammenhang und Risikoverhalten als Problemlösungsmuster ?

Was bedeuten diese Thesen nun für die Situation der Frau? Wie sehen die Lebensbedingungen aus, denen Frauen mit einem Gesundheit riskierendem Problemlösungsverhalten begegnen und welche soziale Funktionalität hat ein solches Verhalten für die Frauen? Welchen Stellenwert hat das Rauchen in diesem Prozeß?

Die Lebenssituation der Frau ist bestimmt durch ihre Stellung im gesellschaftlichen System der Arbeitsteilung.

In eher vordergründigen Sichtweisen wird die Situation der Frau und die des Mannes aus jeweils unterschiedlichen Sichtweisen betrachtet; die des Mannes immer aus der Perspektive der Erwerbsarbeit, die der Frau aus der Perspektive der Familie.

Erwerbsarbeit der Frau ist angeblich zusätzliche Arbeit aus unterschiedlichen Modtiven heraus: zur materiellen Absicherung der Familie, um einen Zusatzverdienst zu erwirtschaften, aber auch um einen gewissen Grad an Unabhängigkeit und Selbständigkeit gegenüber dem Mann und der Familie zu erlangen.

Demgegenüber soll hier die These vertreten werden daß mit der Entwicklung der industriellen Gesellschaft die Situation sehr vieler Frauen schon immer doppelseitig, d.h. durch Erwerbs- und Familienarbeit bestimmt ist. Auf der einen Seite ist die Verantwortung der Frau für Familien- und Hausarbeit eine Tatsache, die sich in der historische Entwicklung herausgebildet hat. Hier leistet sie gesellschaftlich notwendige, aber unentgeltene Arbeit, wie: Versorgung der Familie, Kindererziehung Hausarbeit, etc. Ihre Arbeit in der Familie soll darüber hinaus die uneingeschränkte Verfügbarkeit des Mannes im Erwerbsprozeß gewährleisten, indem dieser von den häuslichen, reproduktiven Pflichten entlastet wird (siehe auch OSTNER 1980). Mit der Herausbildung der Kleinfamilie entwickelte sich jedoch gleichzeitig die außerhäusliche Erwerbsarbeit der Frauen. Für einen großen Teil von Frauen waren früher und sind auch heute beide Lebensbereiche, Familie und Erwerbsbereich stets präsent.

In welcher Weise sich diese widersprüchliche Sozialstruktur unter der Frauen leben, in konkret erfahrene Konflikte und Belastungen niederschlägt wird erst mit dem Blick auf die Verschränkung von Berufs- und Familienbiographie transparent. Dies hat eine strukturelle und eine individuelle Seite. Zum einen ist die Biographie der Frau durch ihren familiären und alltagsbedingten Lebenszyklus be-

stimmt: Kindheit, Jugend und Ausbildung, Familienphasen in Abhängigkeit vom Alter der Kinder, Nickerphase, Alter. Dabei sind die Lebensbiographien als Prozesse zu begreifen, in denen die verschiedenen Lebensphasen jeweils aufeinander bezogen sind und die für sich genommen einen besonderen, teilweise krisenhaften Entwicklungsschritt bedeuten. Sie erfordern jeweils spezifische Handlungsentscheidungen. Diese Entscheidungen werden getroffen, indem, im Sinne einer Bilanzierung, das bisherige Leben bewertet und in bezug zu kurz- oder langfristigen Lebenszielen gesetzt wird.

Zum anderen besteht für diese Entscheidungsprozesse ein gesellschaftlich gegebener, struktureller Rahmen, der den Frauen durch die Doppelstruktur Beruf und Familienvorgegeben ist. So hängt z.B. die Entscheidung für oder gegen Erwerbstätigkeit in einer Lebensphase davon ab, ob Frau die Chance hat, einen Arbeitsplatz zu finden, oder umgekehrt ob sie aufgrund der familialen Situation die Möglichkeit hat, nicht erwerbstätig zu sein. Damit wird die These der Entscheidungsfreiheit der Frauen für oder gegen Erwerbstätigkeit relativiert, denn familiäre und Arbeitsmarktstrukturen bilden den Rahmen für den Handlungsspielraum der Frauen.

Die Widersprüche zwischen und innerhalb der Bereiche Erwerbsleben und Familie schlagen sich nieder in ambivalenten Verhaltensanforderungen (BECKER/SCHMIDT 1981, BECKER/SCHMIDT 1982) und Belastungen der Frauen, die ihren Ausdruck in psychosozialen Konflikten und Problemen finden. Hier kann kein umfassendes Modell Frauentypischer Belastungssituationen und daraus resultierender Konflikt- und Problemlagen entwickelt werden. Soziologische und psychologische Forschung stecke

dazu ein weites Feld ab. Hier sollen aber einige Aspekte solcher Widerspruchs- und Ambivalenzstrukturen aufgezeigt werden, die sich in Bewältigung und Gesundheitshandeln von Frauen niederschlagen

Widerspruchs- und Ambivalenzstrukturen, mit denen sich Frauen konfrontiert sehen, haben ihre Grundlage in divergierenden Anforderungsstrukturen und daraus resultierenden Belastungen zwischen Beruf und Familie, aber auch innerhalb der jeweiligen Bereiche (BECKER-SCHMIDT u.a. 1982). Divergierende Anforderungen ergeben sich zum einen durch die in beiden Bereichen ganz unterschiedlichen Zeitstrukturen. In der Erwerbssphäre unterliegt "Zeit" ganz den Erfordernissen des Arbeitsprozesses. BECKER/SCHMIDT u.a. beschreiben dies drastisch für die Akkordarbeiterinnen, deren Arbeit durch besonders restriktive Zeitstrukturen gekennzeichnet ist: monotone, immer wiederkehrende Arbeitsabläufe, normiert durch kurzzyklische Zeitvorgaben. Die Mischung von quantitativer Überforderung durch diese Zeit - Stück - Relation, häufig einseitige körperliche Belastungen und hohe Konzentrationsanforderungen bei qualitativer Unterforderung den Inhalt der Arbeit betreffend, führen zu einer hohen psychischen und nervlichen Beanspruchung.

Die Familie und die Kinder erfordern dem gegenüber einen ganz anderen Umgang mit Zeit. Zwar erfordert das Organisieren beider Lebensbereiche Beruf und Familie auch ein gerafftes Zeitregime: Kinder müssen zum Kindergarten gebracht werden, Wege zurückgelegt, eingekauft werden, die Wohnung und das Essen hergerichtet werden etc. Der Umgang mit den Kindern oder das Zubereiten von Mahlzeiten

die eigene Entspannung und eigenes Erholen erfordern aber eine völlige Umstellung auf eine ganz andere Zeitstruktur: Kinder verlangen nicht nur die Zur-Verfügung-Stellung von Zeit, sondern auch die Ruhe der Mutter, sich auf das Kind einzulassen. "'Zeit' kann man sich unter Umständen nehmen, aber 'Ruhe' muß man sich erst herstellen (ebd., S. 52)

Das Beispiel der Akkordarbeiterinnen macht mein Erachtens besonders deutlich, was für die Frauen zwischen Beruf und Familie und Praxis generell zutrifft. Der Erwerbsbereich, ob im industriellen- oder Angestelltenbereich, ob als Verkäuferin oder Friseurin, ist durch ein eng zusammengepreßtes Zeitregime strukturiert. Auf der anderen Seite erfordern Familie und Haushalt von Frauen täglich ein Umschwenken, Umdenken und Umfühlen auf eine Zeitstruktur, die der im beruflichen Bereich konträr entgegen steht.

Widersprüchlich sind auch die Anforderungen an die Frau im Hinblick auf die zur Verfügungstellung ihres Leistungsvermögens. Im Erwerbsleben wird von ihr verlangt, ihre ganze physische und psychische Kraft dem Arbeitsprozeß zur Verfügung zu stellen. Fehlzeiten und Leistungsabfälle werden sanktioniert. Im Arbeitsprozeß soll sie plötzlich vergessen, was gesamtgesellschaftlich als ihre vorrangige Arbeit gilt, nämlich die Sorge um die Familie. Die Anforderungen, die im Erwerbsleben an sie hinsichtlich der Bereitstellung ihres Leistungsvermögens gestellt werden, unterscheiden sich nicht von den entsprechenden Anforderungen an den erwerbstätigen Mann. Aber: die Familie erwartet ebenfalls, daß Frau ihr Leistungsvermögen in den Dienst der Familie stellt, bzw. darüberhinaus-

gehend: Frau ist hier darauf sogar gesellschaftlich verpflichtet, für den Erhalt und die Wiederherstellung des Leistungsvermögens der Familienmitglieder für den Erwerbsprozeß zu sorgen (siehe auch OSTNER 1980). Während der Ehemann sich noch mit dem Argument zurückziehen kann, daß er sich Arbeitsprozeß verausgabt habe, gilt dies für die Frau und Mutter nicht. Ihre häuslichen Aufgaben und Pflichten hat sie zu erfüllen, unabhängig von ihrem persönlichen Befinden.

Die Situation der Frau ist damit durch den Zwang zur Doppelorientierung auf Beruf und Familie und all den damit verbundenen Problemen gekennzeichnet. Sie unterliegt dem täglichen Zwang zum Perspektivenwechsel, wie es am Beispiel der divergierenden Zeitstrukturen gezeigt wurde. Sie unterliegt dem Zwang zur vollständigen Ausbeutung ihres Leistungsvermögens, wobei der Widerspruch dadurch zugespitzt ist, daß Frau sich entsprechend gesellschaftlichen Zuweisungsprozessen über die Familie definieren soll, die Erwerbstätigkeit aber gleichzeitig die Verausgabung all ihrer Kräfte erfordert. Eine freie Entscheidung für Familie oder Beruf gibt es für die Frau heute eigentlich nicht. Selbst für nichtberufstätige Frauen, die die Arbeit aufgegeben haben, um sich um ihre Kinder kümmern zu können, sind beide Lebensbereiche immer präsent: in der eigenen Geschichte, als ehemals berufstätige Frau; in der Lebensplanung, wieder in den Beruf zurückzugehen, wenn die Kinder größer sind; in der Bewertung der aktuellen Situation in Abgrenzung/Identifizierung mit anderen berufstätigen Frauen und in der gesellschaftlichen Erwartung, beide Orientierungen aufrechtzuerhalten.

In diesem widersprüchlich strukturierten Handlungsfeld, in dem Frau sich bewegt, kann es ihr eigentlich nicht gelingen, eine geschlossene, nicht ambivalente Identität zu gewinnen. Gesellschaftlich wird ihr dafür ein Bild von Weiblichkeit vorgegeben, an dem sie ihre Identitätsbildung zu orientieren habe, das Frau auf den Bereich des Privaten (Familie), auf Machtlosigkeit, Unterdrückung eigener Wünsche und eigener Vorstellungen; auf psychosoziale Qualitäten: wie Einfühlbarkeit und Sensibilität, zurückstecken von Aggressionen, Krankheit, Leiden, Depression verweist. PROKOP (1983) schreibt:

" Die bewußte, zwanghafte Anpassung, sei es an Bedürfnisse anderer, sei es an Machtverhältnisse ist die Kehrseite der weiblichen Sensibilität. Idealbilder des Weiblichen wie die Rollenvorschriften schließen bis in die Gegenwart eine offene, h. kämpferische Formulierung und Verteidigung vor Eigeninteressen und Erkenntnissen aus. Den Frauen - vom selbständigen Zugang zur Welt ausgeschlossen - wurde anerzogen: ihr Interesse auf das "Private" zu beschränken; durch schmeicheln und Geschick ans Ziel zu kommen; weder Intellekt noch Vorstellungskraft zu zeigen, ja zu besitzen; Phantasien an die Stelle der konflikthaften Auseinandersetzung zu setzen, kurz die Autoritäten und ihre Regeln nicht in Frage zu stellen, sondern allenfalls zu sehen, wie mit List ein Vorteil herauszuholen ist." (ebd., 3. 311) Mit diesem Bild, das Frau als Orientierungsmuster gesellschaftlich vorgegeben ist und dem sie sich anzupassen sucht, stößt sie aber immer wieder an die diesem Bild widersprechenden persönlichen Alltagserfahrungen. Sie merkt, daß sie in vielen Lebensbereichen Ak-

tivitäten entwickeln kann, auch entwickeln muß, d diesem Weiblichkeitsbild widersprechen: sie ist in der Lage einen Arbeitsplatz zu finden und die Arbeitsanforderungen zu erfüllen; sie ist in der Lage, die Anforderungen, die Beruf und Familie ih stellen zu vereinen, die Aufgaben zu organisiere und für den reibungslosen Ablauf zu sorgen. Dabe resultiert dieses Verhalten aus den Zwängen, die Beruf und Familie ihr setzen, sie zeigen der Frau aber gleichzeitig, daß sie in der Lage ist, daß sie stark genug ist, bestimmte Leistungen zu erfüllen, daß sie etwas schaffen kann.

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

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

Dieser Widerspruch von gesellschaftlich normierter Weiblichkeit und der eigenen Erfahrung, etwas tun

zu können, etwas ändern zu können, handlungsfähig zu sein, wenn auch oft nur partiell, schrittweise in kleinen Bereichen weiblicher Identität, manifestiert sich in allen Lebensbereichen.

Frauen und Rauchen steht im Mittelpunkt unserer Untersuchung. Begreifen wir Rauchen als eine Reaktion auf die frau umgebende Lebenswelt, als Bewältigung und Umgang mit Anforderungen und Konflikten, ist mit diesen theoretischen Überlegungen ein Konzept vorgegeben, innerhalb dessen Rauchen und Gesundheitshandeln zu erklären wäre, oder innerhalb dessen ihm zumindest eine Bedeutung zugeschrieben wäre. Verbindungslinien zwischen Überlegungen zur weiblichen Lebenssituation und damit eingebundenen Konflikt- und Bewältigungsmustern zu dem zuvor dargestellten Lebensweisenkonzept sollen hier gezogen werden. Ich stelle die Frage danach, was die Zigarette der Frau gibt, was sie nicht hat; was verspricht die Zigarette ihr; welches Bild von der Frau ist damit verbunden?

Einige sehr hypothetische Überlegungen möchte ich dazu anstellen. Betrachtet man das Bild der Frau zum Zeitpunkt als Frauen erstmalig begannen, im größeren Maßstab zu rauchen, also ungefähr in den zwanziger Jahren; betrachtet man auch verschiedene Zigarettenwerbungen, die sich an Frauen richten, werden m.E. typische Frauenbilder deutlich. Historisch taucht ein Frauenbild auf, in dem Frau als weiblich Sinnliche mit einem Hauch von Verführung und Verruchtheit behaftet ist. Es taucht auch das Bild der Frau der zwanziger Jahre auf, das ganz der Frau der heutigen Werbung für Frauenzigaretten entspricht: die schöne, langbeinige, etwas kühl-attraktive, relativ unabhängige und relativ emanzipierte Frau. Es taucht aber, sehr subtil, ein Frauenbild auf, in dem Frau lebt - und

raucht - wie ein Mann: man erinnere sich an Zigarettenwerbung mit der typischen Wildwest-Romantik. M.E. zielt diese Werbung stark auf junge Mädchen.

Trotz äußerer Unterschiede der in diesen Stereotypen vermittelten Bilder von Weiblichkeit, haben sie doch eine gewisse Gemeinsamkeit: sie versprechen Frau ein Bild von sich selbst, in dem einerseits ein Ausstieg aus der alltäglichen Wirklichkeit versprochen wird; also ein Ausstieg aus Familien- und Mutterpflichten, Beruf, Diskriminierung und Orientierungsambivalenz. Hier, in der Phantasie, darf sie sogar manchmal sein wie ein Mann (Wildwest-Romantik). Auf der anderen Seite wird ihr eine Seite des Frauenbildes nahegelegt, das vielleicht nur ein kleiner Teil der Frauen erreicht, das Bild weiblicher Attraktivität und schicker Eleganz.

Die Widersprüche zwischen Phantasie und Wirklichkeit kann man sich gut bildlich vorstellen: in einer Kim-Reklame, unter all die schlanken, langbeinigen, gepflegten, schicken jungen Frauen gemischt, steht eine Arbeiterin im Arbeitskittel, etwas breit und unordentlich verschwitzte Haare, aber auch die Zigarette elegant in der Hand haltend!

Autoplastisches Problemlösungsverhalten wie es im Lebensweisenkonzept heißt, oder "Erlaubnis zur Phantasie anstelle konflikthafter Auseinandersetzungen", wie es bei PROKOP heißt: diese mit der Zigarette versprochenen Selbstbilder nehmen den weiblichen Grundkonflikt zwischen Erfahrung und gesellschaftlich normierter Weiblichkeit auf und setzen ein Weiblichkeitsbild, das eine Lösung verspricht. Diese Lösung ist aber ein Trugbild, denn es verweist Frau auf das Ausleben des Konflikts in der Phantasie und nicht auf seine aggressive Wendung nach außen. Es ist ein Trugbild, weil es diese Frau in der Wirklichkeit nicht gibt; es zeigt ein neues Weiblichkeitsbild, in dem Frau ein gewisser Handlungsspielraum zugestanden wird

um zu verhindern, daß wirkliche Schranken eingerissen werden. Die Zigarette ist keine Lösung aus der weiblichen Abhängigkeit, im Gegenteil: indem sie der Frau ein Bild von Unabhängigkeit suggeriert, schafft sie neue Abhängigkeit. So kann Rauchen zu einer Ausdrucksform des weiblichen Identitätskonfliktes werden.

Es ist ein gesellschaftliches Angebot, eine "kulturell vorgegebene Artikulationsform" dieses Konflikts, ohne das das darin verborgene Veränderungspotential zum Ausdruck gebracht wird.

Jetzt läßt sich auch die Resistenz gegen Gesundheitserziehung bezüglich des Rauchens für die Frauen erklären. Gesundheitserziehung, die etwas Lebenswichtiges nehmen will, ist zur Erfolglosigkeit verdammt, wenn sie nicht etwas anderes Lebenswichtiges dagegen setzen kann. Gesundheit als Ziel von Gesundheitserziehung sollte dies ja eigentlich sein, aber: ist Gesundheit wirklich ein erstrebenswertes und auch durchsetzbares Lebensziel von Frauen? Hat frau auf dem Hintergrund der an sie gestellten Anforderungen die Chance, für sich selbst Gesundheit zu realisieren?

2.2 Untersuchungskonzept

Aus dem zuvor entwickelten theoretischen Konzept sind Konsequenzen im Hinblick auf die Schwerpunkte und Fragestellungen der Untersuchung zu ziehen. Die im folgenden dargestellten Themenbereiche bilden den Orientierungsrahmen für die Auswertung der Ergebnisse der Studie.

1) Gesundheitsverhalten von Frauen unterer Bildungs- und Sozialschichten

Eine Vorentscheidung wurde im Hinblick auf die zu untersuchende Zielgruppe getroffen. Es sollen Frauen

unterer Bildungs- und Sozialschichten im Hinblick auf ihr Rauchverhalten untersucht werden. Für diese Entscheidung waren folgende Punkte ausschlaggebend:

- Nationale und internationale Studien (IMW 1982; JACOBSON 1981) konnten zeigen, daß besonders in den unteren sozialen Schichten die Zahl der rauchenden Frauen sehr hoch ist, wobei vor allem junge Frauen einen hohen Zigarettenkonsum haben. So rauchen in der Gruppe der 14 - 25 jährigen berufstätigen Frauen mit Volksschulbildung 70% (!) aller Frauen; bei den Frauen mit mittlerer und höherer Schulbildung sind es dagegen "nur" 43%. Letztere Zahl entspricht dem gesellschaftlichen Durchschnitt rauchender Frauen.

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

- Die Daten lassen auf Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen von Frauen unterer Bildungs- und Sozialschichten und rauchen schließen. Genaue Ergebnisse über den Zusammenhang von rauchen und Beruf - als Indikator für Belastungen auf dem Hintergrund industriesoziologischen Wissens - liegen allerdings nicht vor.

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

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

- Bekannt ist auch, daß bisherige Strategien der Gesundheitsaufklärung und -erziehung (Medien; Kurse) Frauen unterer Sozialschichten kaum erreichen. Viel ist hier der Art der sprachlichen Vermittlung geschuldet.

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

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

- Aufgrund ihres geringen Qualifikationsniveaus werden sie im Arbeitsprozeß auf Arbeitsplätzen eingesetzt, die sich durch eine spezifische Mischung von Unter- und Überforderung auszeichnen: Unterforderung dadurch, daß es sich in der Regel um stark routinisierte und häufig auch monotone Arbeiten handelt, der Dispositionsspielraum gering ist und die Arbeitszeit vollständig vorstrukturiert ist; Überforderung besteht z.B. dadurch,

daß viele Arbeiten ein hohes Niveau an Konzentration erfordern und damit starke nervliche Belastungen verbunden sind. Auf vielen dieser Frauenarbeitsplätze bestehen außerdem in der Regel einseitige körperliche Belastungen.

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

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

2) Rauchen im biographischen Prozeß - Verlaufsformen des Rauchens

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

1. Einstiegsphase
2. Phase der Verstärkung und Stabilisierung des Rauchverhaltens
3. Phase, in der Rauchen zur festen Lebensgewohnheit

geworden ist

4. Phase, in der mit dem Rauchen aufgehört wird, bzw. wo der Zigarettenkonsum stark reduziert wird.

3. und 4. Verschränken sich in solchen Fällen, wo mehrere Versuche gemacht werden, mit dem Rauchen aufzuhören und wo dies entweder nicht gelingt (Scheitern des Versuchs) oder wo nach einer gewissen Zeit wieder mit dem Rauchen begonnen wird.

Mit der hier vorgenommenen Phaseneinteilung wird von der in der Forschung sonst üblichen Einteilung etwas abgewichen: die Phase 2. Stabilisierung taucht in der Literatur nicht auf (Überblick siehe auch: WETTERER/HELFFERICH 1983). Diese Phase wird hier gesondert betrachtet, weil wir davon ausgehen, daß die Einstiegsphase von nahezu allen Jugendlichen durchgemacht wird. Auch diejenigen Frauen, die niemals richtig geraucht haben, haben doch einige "Probierzigaretten" in die Phase geraucht; zu einer Stabilisierung des Rauchens ist es aber nie gekommen. Bezogen auf die rauchenden Frauen fragen wir uns also, was in dieser Stabilisierungsphase passiert ist, daß die Frauen bei der Zigarette geblieben sind. Umgekehrt fragen wir aber bei den Frauen, die nie geraucht haben, was sie in der Stabilisierungsphase bewogen hat, nicht zu einem regelmäßigen Zigarettenkonsum überzugehen (siehe auch Teilstudie: FRANKE 1983).

Ziel einer ersten Beschreibung der Entwicklung des Rauchverhaltens ist der Versuch, typische Strukturen solcher Verläufe zu beschreiben. Wir fragen uns aber auch, ob die Frauen in der Lage sind, überhaupt etwas über schon länger zurückliegende Phasen (Einstieg; Stabilisierung) aussagen zu können, d.h., ob diese Phasen überhaupt thematisierbar sind.

Im Sinne eines ersten Erklärungsansatzes für die Entwicklung und Veränderung von Rauchverhalten bei Frauen sollen Verlaufsformen des Rauchens auf den Hintergrund der Lebensläufe der Frauen projiziert werden. Dem liegt die These zugrunde, daß die Entwicklung von lebensentscheidenden Ereignissen und Prozesse abhängt (z.B. Beruf, Berufseinstieg, Arbeitslosigkeit, Heirat, Trennung vom Partner, Geburt eines Kindes, Krankheit). So stellte JACOBSON 1981 in ihrer Untersuchung fest, daß die Veränderung des Rauchens bei vielen Frauen mit Partner- bzw. Familienproblemen verbunden war, wobei berufliche Konflikte teilweise darin eingebunden waren.

In Erweiterung bzw. Präzisierung dieses Ansatzes soll hier die Ambivalenz und Wechselwirkung der Bereiche Erwerbsarbeit und Familie für die Frauen und ihr Gesundheitshandeln betrachtet werden. Diese ist, daß so wohl für aktuell erwerbstätige als auch für nicht-erwerbstätige Frauen beide Lebensbereiche für ihr Handeln ihr Selbstverständnis und natürlich auch ihre objektiven Belastungen entscheidend sind. Ziel dieser Untersuchungsdimension ist es, gemeinsame Verläufe in der Entwicklung des Rauchens und den berufs- und familienbiographischen Prozesse beschreiben zu können.

Über eine solche Beschreibung über gemeinsame Verlaufsformen hinaus fragen wir, ob die Frauen die beruflichen und familiären Ereignisse als Belastungen thematisieren und einen Zusammenhang zwischen Belastungen und Rauchen formulieren. Damit fragen wir also, ob die Frauen ihr Rauchverhalten im Sinne eines Belastungsmodells erklären.

In der wissenschaftlichen Literatur lassen sich zwei relevante Belastungsmodelle ausmachen. JACOBSEN inter

pretiert das Erleben lebensentscheidender Phasen oder Ereignisse im Sinne eines Konfliktmodells. Faktisch lehnt sie sich damit an das life-event Modell an (siehe auch SCHAEFER/BLOHMKE 1977
In dem Erkrankungen - und das Modell ist ausweitbar auf Gesundheitsverhalten - in Zusammenhang mit plötzlich auftretenden Streßbelastungen in der Berufs- und Familienbiographie gesetzt werden.

Das Verschleiß- oder Kumulationsmodell unterstellt chronische Belastungen, die sich im Verlaufe des Lebens aufsummieren und in diesem Prozeß Gesundheit beeinträchtigen und damit das Erkrankungsrisiko erhöhen. Bezüglich Gesundheitsverhalten wäre dieses Modell insoweit zu erweitern, als Rauchgewohnheiten auf dem Hintergrund chronischer lebensbiographischer Belastungen aufrechterhalten werden und Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören, in diesem "Chronifizierungsprozeß" immer wieder durch Belastungen des äußeren Lebensumfeldes untergraben werden.

Im Zusammenhang mit verschiedenen Belastungsmodellen wird u.a. die Frage der Spezifität bzw. Unspezifität von Belastungen diskutiert (MASCHESKY/SCHNEIDER 1982; ERBEN/FRANZKOWIAK/WENZEL 1983
Ausgangsfrage ist dabei, ob der Belastungsprozeß als ein spezifischer zu begreifen ist, indem bestimmte auslösende "Reize" (spezifische Belastungen oder Belastungskonstellationen) bestimmte "Reaktionen" (z.B. Befindensstörungen, Erkrankungen, gesundheitsschädliche Verhaltensweisen) hervorbringen (Spezifitätsthese); oder ob dieser Prozeß eher unspezifisch ist, in dem Sinne, daß verschiedene "Reize" oder "Reiz"konstellationen die gleiche "Reaktion" hervorbringen können und umgekehrt, gleiche "Reiz"konstellationen verschiedene "Reaktionen".

Konkret für unser Problem: ist Rauchen eine Verhaltensweise, die die Frauen aufgrund spezifischer Belastungen hervorgebracht haben und aufrechterhalten; haben also Frauen, die nie geraucht haben, diese Belastungen nicht oder sind Frauen, die mit dem Rauchen aufhören, von diesen Belastungen entlastet (Spezifitätsthese) Unspezifisch wäre die Reaktion, wenn entweder gleiche Belastungskonstellationen oder über alle Zielgruppen variierende Belastungskonstellationen zu unterschiedlichem Verhalten führen. Wir wollen unsere empirischen Ergebnisse daraufhin überprüfen, ob sie etwas zur Erklärung dieser beiden Thesen beitragen können.

3) Rauchen als soziales Handeln?

Über die Konstatierung von Belastungen im Lebensprozess der Frauen hinaus, fragen wir nach der subjektiven Bedeutung, die die Frauen dem Rauchen zuschreiben. Im Sinne des Eingangs dargestellten Konzeptes, in dem Rauchen als autoplastisches Problemlösungsverhalten erklärt wurde, wollen wir anhand des empirischen Materials die Tragfähigkeit dieses theoretischen Konzeptes überprüfen. Dabei fragen wir, ob die Doppelbedeutung des Rauchens, die wir im theoretischen Konzept antizipieren, also die Ambivalenz von Rückzug und Widerstand, aus den Aussagen der Frauen ablesbar sind. Methodisch gehen wir dabei so vor, daß wir uns auf folgende Bereiche konzentrieren:

- Welche Aussagen machen Frauen darüber, wie sie mit belastenden Situationen umgegangen sind? Lassen sich subjektive Verschiebungen/Uminterpretationen dieser Situationen erkennen? Wird Rauchen in solchen Zusammenhängen als Handlungsstrategie thematisiert? Als bieten die Frauen ein Erklärungsmodell für ihr Rauchen in dem Rauchen als Bewältigungsstrategie thematisiert wird? Welche alternativen Bewältigungsstrategien

werden thematisiert ? Haben diese selbst eher den Charakter von Rückzug oder offensiven Handelns ?

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

- Welches Selbstbild haben die Frauen von sich als Raucherinnen ? Ist dieses Bild eventuell von der Werbung beeinflusst bzw. thematisieren die Frauen Zusammenhänge zwischen Werbung, ihrem eigenen Rauchverhalten und damit verbundenem Selbstbild ? Lassen sich in den Aussagen der Frauen Hinweise dazu finden, woher sie - unabhängig von der Werbung - Kriterien für ein Selbstbild finden ? Das Selbstbild der Frauen interessiert uns vor allem unter der Fragestellung, ob sie sich selbst dabei als aktive, handelnde Frau erleben, oder ob sie eher im Sinne eines negativen Selbstbildes z.B. Schuldgefühle bezüglich ihres Rauchens entwickeln.

4) Rauchen und Alltagstheorien von Gesundheit, Krankheit und gesunder Lebensweise ?

Hier fragen wir, inwieweit von den Frauen Zusammenhänge zwischen ihrem eigenen konkreten Rauchverhalten und Gesundheit/Krankheit bzw. gesunden Lebensweisen formuliert werden. Dabei geht es uns darum, ob solche Zusammenhänge von den Frauen spontan, also ohne Steuerung durch uns, als Vertreterinnen der "Autorität" Gesundheitserziehung geäußert werden.

Wichtig ist für uns diese Frage auf dem Hintergrund

der mit der herkömmlichen Konzeption von Gesundheits-
erziehung implizierten Vorstellung, daß das konkrete
Risikoverhalten, wie: Rauchen, übermäßiges Essen, etc
auch von den Adressaten als gesundheitsbezogene Ver-
haltensweisen begriffen und primär unter Gesundheits-
aspekten bewertet wird. In der Beantwortung des Unter-
suchungsschwerpunktes (3) wollen wir zunächst die
soziale Bewertung des Rauchens herausarbeiten; hier
fragen wir, ob Rauchen eine gesundheitsbezogene Be-
deutung für die Frauen hat.

Im einzelnen interessieren uns folgende Punkte:

- Haben Krankheit (eigene; in der Familie; Angst vo
Krankheiten) einen Stellenwert in der Bewertung des
Rauchens und im konkreten Rauchverhalten?
- Prägt die Vorstellung von Gesundheit das Rauchver-
halten der Frauen ?
- Gibt es für die Frauen einen Zusammenhang zwischen
Rauchen und gesunden Lebensweisen generell ? Welche
Handlungskonsequenzen hat das für die Frauen?
- Stehen hinter diesen Aussagen Alltagstheorien von Ge-
sundheit und gesunder Lebensweise ? Welche Bedeutung
haben sie für das Gesundheitshandeln der Frauen ?
- Wie gewichten die Frauen gesundheitsbezogene und so-
ziale Bewertungen des Rauchens (Gegenüberstellung der
Ergebnisse (3) und (4))?

Wir meinen, daß die Beantwortung der Frage zu den Be-
reichen (3) und (4) Konsequenzen für die Gesundheits-
erziehung haben könnte. Sollte sich herausstellen, daß

gesundheitsbezogene Bewertungen eine untergeordnete Bedeutung im Vergleich zur sozialen Bedeutung haben, müssen im Rahmen der Gesundheitserziehung neue Argumentationslinien und konkrete Vorschläge für Handlungsalternativen entwickelt werden !

5) Der Wunsch mit dem Rauchen aufzuhören - Suche nach selbstbestimmten Handlungsstrategien ?

Auf dem Hintergrund der Untersuchungsdimensionen (3) und (4) fragen wir jetzt danach, ob bei den rauchenden Frauen der Wunsch besteht, mit dem Rauchen aufzuhören oder nicht. Dabei interessieren zunächst die Motive dieses Wunsches: sind es primär gesundheitliche oder sind es soziale, also Motive, die sich auf den Umgang mit Problemen der eigenen Lebenswelt beziehen.

Wir antizipieren hier zwei Gruppen von rauchenden Frauen:

- Frauen, die keine Notwendigkeit sehen, bzw. nicht den Wunsch haben, mit dem Rauchen aufzuhören. Hier werden wir danach fragen, worin dies begründet ist. Fehlt bei ihnen das Wissen über gesundheitlichen Gefahren des Rauchens ? Schätzen sie das Risiko einer eigenen Erkrankung als gering ein - discounting-Strategien (Überblick siehe auch: WETTERER/HELFFERICH 1983) oder setzen sie sich mit gesundheitlichen Argumenten gar nicht auseinander ? Ist bei diesen Frauen eine generelle Widerständigkeit gegen Argumente der Gesundheitserziehung zu beobachten und, falls ja, worin ist die begründet ?

- Als zweite Gruppe werden wir sicher Frauen finden, die den Wunsch haben, mit dem Rauchen aufzuhören, es

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

6) "Ich rauche nicht mehr !" - Befreiung aus einer Abhängigkeit ?

Bezogen auf die Gruppe der Frauen, die mit dem Rauchen aufgehört hat, fragen wir ebenfalls nach Anlaß, Motiven und konkreten Handlungsstrategien für die Durchsetzung dieses Wunsches. Wir fragen wieder nach der Gewichtung von sozialen und gesundheitlichen Argumenten in diesem Prozeß. Dabei steht auch hier die Frage im Hintergrund, ob Frauen neue Handlungsalternativen hatten bzw. entwickeln konnten, also ob mit dem aufhören ein Zuwachs an Problemlösungskapazität einhergeht ?

Wir stellen zunächst Anlaß und Motivation für das Aufhören einander gegenüber. Der Anlaß ist die konkrete Situation, in der Frauen den Versuch des Aufhörens beginnen. Er ist der konkrete "Auslöser" dafür. Die Motive des Aufhörens sind aber vermutlich nicht erst in dieser Situation entstanden. Diese ist, daß sich in der Rauchbiographie der Frauen schon Stränge aufzeigen lassen, die zu dieser Entwicklung "weg vom Rauchen" geführt haben. Wir wollen also sehen, ob sich die Motive

für das Aufhören nicht in der Biographie der Frauen zurückverfolgen lassen. Bezogen auf das Verhältnis von Anlaß und Motivation stellen wir uns folgende Fragen:

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

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

- Welche konkreten Handlungsstrategien zur Durchsetzung des Aufhörwunsches haben die Frauen eingeschlagen? Auf welche soziale Unterstützung konnten sie rechnen? Welche positiven und negativen Folgen hatte das Aufhören?

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

3. Methodisches Vorgehen

Die Studie gliedert sich in drei Phasen:

1. Phase: Vorbereitung der Erhebung
2. Phase: Durchführung der Interviews
3. Phase: Auswertung

1. Phase: Vorbereitung der Erhebung

Über Expertengespräche wurde versucht, das Problem "Frauen und Rauchen" aus der Perspektive von Experten aus verschiedenen institutionellen Bereichen zu erfassen. Sie dienten dementsprechend zum einen der Konkretisierung der Untersuchungsfragestellung und der Konzipierung des Gesprächsleitfadens, zum anderen der Erschließung des Feldzuganges. Expertengespräche wurden in folgenden Institutionen durchgeführt:

- Gesundheitsberatungsstellen
- Betriebe
 - o Werksärzte
 - o Abteilungen/Öffentlichkeitsarbeit
- Werkarztzentrum
- Volkshochschule
- Institut für Atemtherapie, AOK
- Frauencafé
- ambulantes Gesundheitszentrum.

Interviewteilnehmerinnen wurden teilweise über die Institutionen gewonnen, an denen die Expertengespräche stattfanden, teilweise auch unabhängig davon über Arztpraxen, Kantinen und persönliche Kontakte über Dritte.

2. Phase: Feldphase

Insgesamt wurden in der Befragung der Raucherinnen und ehemalige

Raucherinnen 29 Interviews durchgeführt, von denen 22 transkribiert wurden. Die Interviews wurden teilweise bei den Frauen zuhause durchgeführt. Es handelte sich dabei um offene Interviews, in denen lediglich Erzählanreize gesetzt wurden. Ziel war es zu sehen, welche Aspekte von den Frauen zunächst von selbst thematisiert wurden. Dabei machten wir die Erfahrung, daß die Frauen in der Regel zu allen Themenbereichen des Gesprächsleitfadens spontan Äußerungen machten. Da wo Fragen offen blieben, fragten wir direkt nach.

3. Phase: Auswertungsphase

Die einzelnen Schritte der Auswertungsphase sind ausführlich im beiliegenden Plan dargestellt.

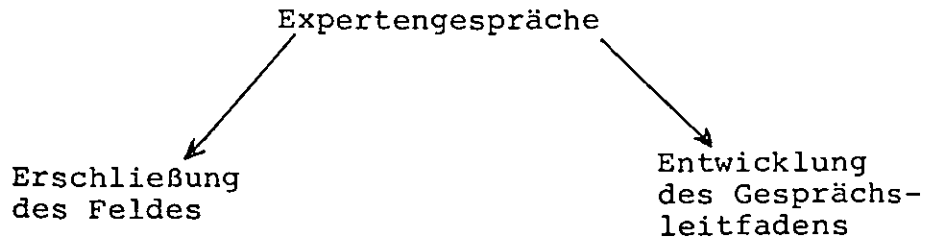
Nachdem die Tonbandaufnahmen der Interviews in teilweise wörtlicher, teilweise zusammengefaßter Form transkribiert worden waren, entwickelten wir auf dem Hintergrund der Forschungshypothesen und des Gesprächsleitfadens einen umfangreichen Themenkatalog zur Analyse der Texte. Für jede Frau wurde ihre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

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

Die Ergebnisse aller dieser Auswertungsschritte flossen dann in den theoretisch/qualitativen Vergleich der Fälle ein.

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

1. Phase:
Vorbereitung
der Erhebung



2. Phase:
Feldphase

Durchführung
der Interviews

3. Phase:
Auswertung

Transkription
- Erstellen des Interviewtextes (IT) -

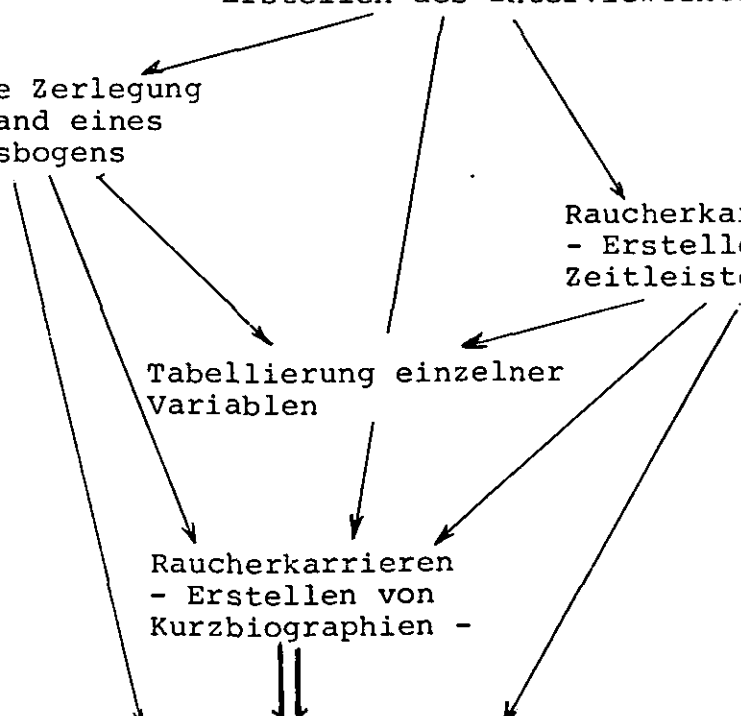
Analytische Zerlegung
des IT anhand eines
Auswertungsbogens

Raucherkarrieren
- Erstellen einer
Zeitleiste -

Tabellierung einzelner
Variablen

Raucherkarrieren
- Erstellen von
Kurzbiographien -

Theoretisch/qualitativer
Vergleich der Fälle



4. Ergebnisse

4.1. Untersuchungsgruppen

Im folgenden sollen die Untersuchungsgruppen nach einigen äußeren Merkmalen: sozialdemographische Merkmale und Merkmale des Rauchverhaltens beschrieben werden. Ausgewertet und transkribiert wurden dreizehn Interviews mit rauchenden Frauen und neun Interviews mit Frauen, die entweder ganz aufgehört haben zu rauchen oder das Rauchen sehr stark eingeschränkt haben. Eine Frau steht eigentlich zwischen beiden Gruppen: sie hatte vor kurzer Zeit einige Monate das Rauchen unterbrochen, jetzt aber wieder angefangen. Sie wurde hier zur Gruppe der ehemaligen Raucherinnen genommen.

Sozialdemographische Daten (Tabelle 1a)

Vergleicht man die Raucherinnen mit den ehemaligen Raucherinnen werden einige gravierende Unterschiede deutlich. Die Gruppe der ehemaligen Raucherinnen ist im Durchschnitt 8 Jahre älter als die der Raucherinnen (R: 30 Jahre; ER: 38 Jahre). Zwar haben alle Frauen Kinder, die rauchenden Frauen jedoch weniger und jüngere Kinder als die ehemaligen Raucherinnen (R: 85% haben 1 bis 2 Kinder; ER: 85% haben 2 bis 3 Kinder). Bei den Raucherinnen ist ein höherer Anteil Frauen ohne festen Partner und ein größerer Anteil hat längere Zeit mit den Kindern allein gelebt (R: 62%; ER: 50%).

Frauen unterer Bildungs- und Sozialschichten sollten in unserer Untersuchung befragt werden. Bei den Raucherinnen ist uns das gelungen, bei den ehemaligen weniger. Letztere haben eine höhere Schulbildung (mehr Realschulabschlüsse) und auch häufiger eine Lehre gemacht. Sie sind dementsprechend auch in qualifizierteren Berufen tätig (R: 33% Arbeiterin; 44% einfache Büroangestellte; ER: 37% qualifizierte

zierte Büroangestellte). In der Gruppe der Raucherinnen waren auch drei Frauen, die alleinstehend waren und von Sozialhilfe lebten. Die rauchenden Frauen haben häufiger die Berufstätigkeit unterbrochen, wenn, dann aber kürzer als die ehemaligen Raucherinnen. In der Regel haben sie nach der Geburt eines Kindes für 2 bis 3 Jahre die Arbeit ausgesetzt.

Damit sind die beiden Gruppen zwar für quantitative Vergleiche nicht repräsentativ. Das ist aber auch nicht Ziel unserer Untersuchung. Uns geht es im Vergleich vielmehr darum, die Unterschiede in der Entwicklung des Rauchens herauszuarbeiten. Vergleicht man unsere Untersuchungsgruppe mit den Ergebnissen der quantitativen Studie scheint sie doch eine hohe Repräsentativität im Hinblick auf die Grundgesamtheit zu haben. So sind die Frauen, die mit dem Rauchen aufhören älter und tendenziell qualifizierter (Schule, Beruf). Nicht-erwerbstätige Frauen sind allerdings unterrepräsentiert, so daß hier Vergleiche nicht möglich sind.

An den soziodemographischen Unterschieden der Gruppen, sowohl unserer Untersuchungsgruppen als auch in der Grundgesamtheit, wird deutlich, daß es sich um zwei sehr unterschiedliche Gruppen handelt. So sind die ehemaligen Raucherinnen als ältere Frauen in einer Zeit aufgewachsen, wo Rauchen noch nicht zum Bild der Frau dazu gehörte. Rauchen bei Frauen war noch stark sanktioniert ("Eine deutsche Frau raucht nicht!"). Zum anderen handelt es sich bei den ehemaligen Raucherinnen eher um Frauen in qualifizierten Berufen, wodurch Hypothesen möglich sind wie: geringere Belastung z.B. durch mehr Dispositionsspielraum am Arbeitsplatz; geringere körperliche Belastung aber auch stärkere Zugänglichkeit zu Wissen und Zielvorstellungen über Gesundheit und gesunde Lebensweisen bei qualifizierteren Frauen.

Rauchverhalten (Tabelle 1-b)

Vergleicht man die Gruppen im Hinblick auf ihr Rauchverhalten (Tabelle 2b), werden ebenfalls Unterschiede deutlich. Die ehemaligen Raucherinnen haben zuletzt wesentlich weniger geraucht als die Raucherinnen.

Zahl der Zig./Tag	R	ER
10 - 20	1/3	2/3
30 u.m.	1/2	1/4

Interessanterweise unterscheiden sie sich nicht wesentlich im Alter bei Rauchbeginn (R: 15 Jahre; ER: 16 Jahre). Die längere Rauchdauer bei den ehemaligen Raucherinnen ist damit ein reiner Alterseffekt.

Bezeichnenderweise haben viel weniger ehemalige Raucherinnen während der Schwangerschaft geraucht, und wenn, dann auch weniger Zigaretten. Sie haben auch zu einem größeren Anteil schon frühere Versuche gemacht aufzuhören wobei sie auch für eine gewisse Zeit erfolgreich waren. Die Versuche der Raucherinnen sind eigentlich kaum als solche zu bewerten. Die Rauch-"Unterbrechung" dauert meist nur wenige Tage oder Wochen, häufig gezwungenermaßen aus Anlaß eines Krankenhausaufenthaltes. Auf die Gründe des Aufhörens bei ER soll hier nicht weiter eingegangen werden. Dies wird im folgenden ausführlich geschehen, wobei dann Anlaß und Motivation für das Aufhören zusammengesehen werden.

Tabelle 1-a: Familie und Beruf

	Raucherinnen		ehemalige Raucherinnen	
	n	%	n	%
Alter: 21 - 25 Jahre	5	38	-	-
26 - 30 Jahre	1	8	2	22
31 - 35 Jahre	5	38	1	12
36 - 40 Jahre	2	16	2	22
41 - 45 Jahre	-	-	4	44%
Kinder: 1 Kind	7	54	1	13
2 Kinder	4	30	5	62
3 Kinder	1	8	2	25
4 Kinder	1	8	-	-
Fam. Situation (jetzt)				
verheiratet/feste Beziehung	8	62	9	100
allein mit Kind	5	38	-	-
Lange Zeit mit Kind/-ern allein lebend (1 Jahr)				
ja	8	62	4	50
nein	5	38	4	50
Schulbildung				
Sonderschule	1	77	-	-
Hauptschule	9		4	44
Realschulabs.	3	23	5	56
Berufsausbildung				
keine	3	23	3	33
Lehre (ohne Abschluß)	4	31	-	-
Lehre	6	46	6	67
Dauer der bisherige Berufstätigkeit				
- 5 Jahre	6	46	-	-
6 - 10 Jahre	-	-	2	22
11 - 15 Jahre	5	38	3	34
16 - 20 Jahre	-	-	2	22
21 u.m.	2	16	2	22

Tabelle 1-b: Familie und Beruf

	Raucherinnen		ehemalige Raucherinnen	
	n	%	n	%
Berufsunterbrechung keine	2	16	4	44
- 3 Jahre				
(ohne Mutterschaftsurlaub)	7	54	-	-
4 - 6 Jahre	1	8	3	33
7 - 9 Jahre	-	-	-	-
10 - 12 Jahre	-	-	1	11
jetzt unterbrochen	3	23	2	22
z. Zt. erwerbstätig	9	69	7	78
nicht erwerbstätig (Hausfrau)	4	31	2	22
erwerbstätig als (n = 9)				
Fabrikarbeiterin	3	33	2	25
einf. Büroangestellte	4	44	2	25
qualif. Büroangestellte	-	-	3	37
Busfahrerin	1	11	-	-
Friseurin	1	11	-	-
Gemeindekrankenschw.	-	-	1	13
nicht erwerbstätig seit				
- 2 Jahren	1		1	
3 - 5 Jahren	3		1	
6 - 8 Jahren	-		-	
Sozialhilfeempfängerin	3		-	

Tabelle 2-a: Rauchen

		Raucherinnen		ehemalige Raucherinnen	
		n	%	n	%
Zahl der Zig./Tag	- 10 Zig.	1	8	-	-
	11 - 20 Zig.	4	33	5	62
	21 - 30 Zig.	1	8	1	13
	31 - 40 Zig.	3	25	1	13
	41 - 50 Zig.	3	25	1	13
Alter bei Rauchbeginn	unter 10 Jahre	2	15	1	11
	11 - 15 Jahre	8	62	2	22
	16 - 20 Jahre	1	8	5	56
	20 Jahre u.m.	2	15	1	11
Rauchdauer	- 10 Jahre	4	31	-	-
	11 - 15 Jahre	3	23	2	22
	16 - 20 Jahre	3	23	2	22
	21 u. m. Jahre	3	23	5	56
Rauchen in der Schwangerschaft (N = 11)	keine Zig.	3	27	4	57
	- 10 Zig.	3	27	2	29
	10 u.m. Zig.	5	46	1	14
Versuche aufzu- hören/zu redu- zieren	ja	6	46	6	67
	nein	7	54	3	33
Dauer des Auf- hörens/Redu- zierens pro Ver- such	wenige Tage	3		1	8
	wenige Wochen	2		3	23
	einige Monate	1		4	31
	1 Jahr u.m.	-		5	38
Anlaß des Auf- hörens / Redu- zierens	kein Anlaß	5	39	-	-
	Krankheit	-	-	6	50
	Krankenhausaufent- halt, auch: Ent- bindung	7	54	2	17
	Aufhören in Abhän- gigkeit Partner/ Familienangeh.	1	7	2	17
	Bed. am Arbeitspl.	-	-	2	17
endgültig aufge- hört/reduziert seit	- 1/2 Jahr	-	-	2	29
	1 - 2 Jahre	-	-	2	29
	3 - 4 Jahre	-	-	2	29
	5 Jahre u.m.	-	-	1	13

4.2. Rauchen im biographischen Prozeß - Verlaufsformen des Rauchens

Im Anhang dieses Kapitels sind die Biographien von zwei Frauen dargestellt. Frau Hermann, eine Frau, die raucht und Frau Boldt, eine Frau, die das Rauchen aufgegeben hat. Beide Biographien wurden hier unter der Frage dargestellt, wie sich das Rauchverhalten der Frauen entwickelt hat und ob Zusammenhänge zur Lebensbiographie der Frauen erkennbar sind. Beide Biographien stehen hier als Beispiele für verschiedene Gruppen von rauchenden Frauen; sie beinhalten gruppentypische Aspekte, aber auch spezifische, individuelle Aspekte. Die beiden Biographien wurden ausgewählt, weil beide Frauen - trotz unterschiedlicher familiärer Situation - vom Lebensmilieu her einen ähnlichen Hintergrund haben. Sie sind als Fabrikarbeiterin bzw. als Putzfrau beide in wenig qualifizierten Berufen tätig und haben ein dementsprechend geringes Einkommen. Sie sind - bzw. waren zeitweilig - allein für die Sorge, einschließlich der finanziellen Absicherung, der Kinder verantwortlich. Mit den beiden Biographiebeispielen soll ein anschaulicher Rahmen für die Darstellung der Ergebnisse geschaffen werden; in der Auswertung und Darstellung fließen jedoch die Ergebnisse aller Gespräche mit den Frauen ein.

4.2.1. Einstiegssituation

Die Einstiegssituationen in das Rauchenwerden von den Frauen, ob sie aktuell noch Rauchen oder auch schon länger mit dem Rauchen aufgehört haben, noch sehr gut erinnert. Es ist dies zwar kein analytisches Wissen, aber sehr gut beschreibendes Wissen. Sie können die konkreten Situationen heute noch anschaulich schildern. Es sind dies die ersten Probiersituationen, in denen über den weiteren Verlauf der Rauchbiographien eigentlich noch

garnichts festgelegt ist. In dieser Phase unterscheiden sich die verschiedenen Raucherinnen garnicht voneinander:

Der Rauchbeginn liegt durchschnittlich zwischen 15 und 16 Jahren. Er ist immer in einen sozialen Kontext eingebunden. Freunde und Freundinnen vor allem aus der Schule animieren zum Rauchen, bieten Zigaretten an und fordern zum Rauchen auf. In wenigen Fällen sind es auch die Arbeitskollegen, die zum Rauchen anregen. Dies gilt allerdings nur für Frauen, die entweder relativ spät mit dem Rauchen beginnen bzw. für Frauen, die schon sehr früh - ohne Berufsausbildung - arbeiten gehen müssen.

Typisch ist, daß die Frauen von einem gewissen Druck, der von der sozialen Gruppe ausgeht, berichten: "Sei keine Memme!" (Meisel, S. 2) "... wenn man nicht geraucht hat, war man doof und doof wollte man nicht sein." (Waldmann S. 1)

Die Thematisierung des Gruppendrucks soll in der Interviewsituation eventuell auch nur zu einer gewissen Entlastung der Frau dienen, indem diese Situation als Verführungssituation dargestellt wird. Auf der anderen Seite wird deutlich, daß der soziale Druck einen Stellenwert im Prozeß des Erwachsen-Werdens hat: Frau will mit der Zigarette erwachsen wirken, anerkannt sein, nicht mehr Kind sein. Aber Rauchen ist auch "schick", mit der Zigarette macht Frau äußerlich etwas her.

In den meisten Fällen wird allerdings noch heimlich geraucht: vor den Eltern, Lehrern oder auch den Ausbildern in der Lehre wird das Rauchen zunächst verheimlicht. Dabei sind unterschiedliche Reaktionen zu beobachten. Ein Teil der Eltern erlaubt das Rauchen Zuhause, um zu verhindern, daß die Mädchen rauchend auf der Straße herumstehen, Argumente, die wohl besonders gegenüber jungen Mädchen, weniger gegenüber den Jungen geäußert werden:

"Und dann habe ich die ganze Zeit heimlich geraucht. Und dann ist meine Mutter auch dahinter gekommen. Und da sagt sie, 'Paß mal auf, ich kann Dir das nicht verbieten. Wenn ich Dir das verbiete, dann rauchst Du heimlich und darum stelle ich eine Bedingung, nicht in der Schule, nicht auf der Straße rauchen, aber dann in der Wohnung'. Zuhause durfte ich dann rauchen. Daran habe ich mich dann strikt gehalten, das war die einzige Bedingung gewesen, die meine Mutter gestellt hat. Daß ich nicht wie ein Halbstarker auf der Straße rum marschiere und dann die Zigarette im Mund. Sie meint 'Das sieht für ein Mädels nicht schön aus'". (Pulver S. 1)

Für andere Frauen, interessanterweise sind es ehemalige Raucherinnen aus mittleren sozialen Verhältnissen, existiert dagegen ein starker Druck, nicht zu rauchen. Die Mütter üben hier starke moralische Sanktionen aus, im Sinne solcher Argumente wie: "Eine deutsche Frau raucht nicht". Ich werde in späteren Abschnitten darauf zurückkommen, weil diese Situationen äußerst bedeutsam für den weiteren Verlauf der Rauchbiographie sind. Ganz rigiden Sanktionen unterliegen die Frauen, die zeitweilig im Heim aufgewachsen sind. Frau Hermann gibt ein Beispiel dafür ab

Neben der familiären Situation ist die Situation in Schule/Beruf bedeutsam: natürlich darf weder in der Schule noch in der Lehre geraucht werden, wenn die Mädchen unter sechzehn Jahren alt sind. Das Rauchen bleibt solange noch relativ sporadisch, solange hier Sanktionen bestehen. Ist das Rauchen dann aber erlaubt, so wird es schnell eingesetzt, um im Berufsleben das Erwachsen-Sein zu demonstrieren. Folgendes Zitat macht das deutlich:

"Also bei mir fing es ganz typisch an, wie es wohl bei allen angefangen hat. Ich war 16 Jahre und da bin ich in die Lehre gekommen, und das ist das Alter, wo man anfängt mit dem Rauchen, um irgendwie erwachsen zu sein. Nach dem Motto, wenn ich jetzt nicht mitrauche, bin ich nicht akzeptiert, bin ich noch kindlich usw. Am ersten Tag, beim ... , habe ich gleich in der Frühstückspause mir eine Zigarette angesteckt. Ich hatte mir

schon extra eine Schachtel eingesteckt, weil ich damit schon gerechnet hatte. Das war am ersten Ausbildungstag, jaja. Und bei uns hatten sie ja damals in der Schule schon geraucht. Da hatte ich noch nicht die Ambitionen aber in dem Augenblick, wo ich ins Berufsleben kam, da habe ich gedacht, jetzt bin ich erwachsen, jetzt muß ich auch rauchen. Das waren zwei Sachen die für mich miteinander verknüpft waren. Und dann, in der Frühstückspause, zogen auch alle erwartungsgemäß ihre Zigaretten heraus, und ich mir dann auch eine ins Gesicht gesteckt, und ich hatte noch keine Lungenzüge gemacht, ist ja klar, erst pafft man nur so, das wurde sofort registriert, denn das sehen Raucher ja sofort, und da sagten sie: Du fängst ja gerade erst an, noch keinen Lungenzug. Und dann habe ich Zuhause den ersten Lungenzug gemacht, und da weiß ich noch, da ist mir grün und gelb geworden. Sau-übel, aber so peu à peu, obwohl ich wochenlang noch weiter gepafft habe, fing ich doch im Laufe der Zeit richtig an zu rauchen." (Wagner, S.1).

Wichtig ist, wie geraucht wird! Am Anfang ist Frau eigentlich noch keine "richtige" Raucherin, denn die meisten rauchen anfangs nur "Pustebacke". Pustebacke bedeutet, daß man keine Lungenzüge macht, sondern nur pafft. Zur richtigen Raucherin wird man erst, wenn man die Zigarette auf Lunge raucht. Zur richtigen Raucherin gehört allerdings auch, daß sie regelmäßig raucht, d.h. täglich mehrere Zigaretten. Wie schnell dieser Zustand erreicht wird, hängt davon ab, wie die erste Zigarette empfunden wird und wieviel Ausdauer Frau zeigt, das Rauchen zu lernen. In der Regel schmeckt die erste Zigarette ja noch garnicht und bekommt den Mädchen auch nicht. Aber mit viel Übung und Ausdauer wird dann wohl doch das Ziel erreicht, als Raucherin anerkannt zu sein.

Ein wichtiger Punkt ist auch die Zugänglichkeit zu Zigaretten. Die Zigaretten wurden entweder vom eigenen Taschengeld bezahlt oder auch einmal bei den Eltern stibitzt. In den Cliques gibt es offensichtlich richtige Rituale, wie Zigaretten verteilt werden. So berichtete eine

Frau, daß abwechselnd ein Schüler eine ganze Schachtel gekauft habe und dann haben alle gemeinsam sie aufgebraucht. Günstig war damals auch, daß es noch die 50-Pfennig-Schachtel Zigaretten gegeben hat. Häufig konnte man sich auch die Zigaretten im Zigarettenladen stückweise kaufen. Selten erwähnen die Frauen allerdings, daß sie öfter Zigaretten angeboten bekommen hätten.

Nicht ganz unwichtig ist es vielleicht, den allgemeinen Lebenshintergrund der Frauen zu beleuchten. Kaum eines der Mädchen ist in einer vollständigen Familie aufgewachsen; nur 1/3 aller Frauen sind in einer vollständigen Familie aufgewachsen. Einige Mädchen haben als Kinder länger oder zeitweilig im Heim gelebt; fast alle Ehemütter wurden einmal geschieden, so daß die Mädchen in der Regel mit dem Stiefvater aufwuchsen. Ein Teil der Mädchen ist auch mit einem alleinstehenden Elternteil aufgewachsen. Die Stabilität der Familie zeigt einen Zusammenhang mit dem Bildungs- und Sozialstatus der Frauen: die höher qualifizierten Frauen kommen eher aus vollständigen Familien. Dies Ergebnis darf allerdings nicht in dem Sinne interpretiert werden, daß die familiäre Stabilität vom Sozialstatus abhängt. Bei unseren Untersuchungsgruppen verweist dieser Zusammenhang lediglich auf eine Plausibilität: Frauen aus vollständigen Familien hatten die Chance, eine Ausbildung zu bekommen, weil dort auch die familiären Ressourcen dafür da waren.

Ein Zusammengehen familiärer Probleme und der Beginn des Rauchens ist in dieser Phase allerdings nicht zu beobachten. Ebenso lassen sich keine Zusammenhänge zu beruflichen oder schulischen Belastungen ziehen, so daß für diese Phase des Rauchbeginns Belastungen als Auslöser nicht ausschlaggebend sind. Wesentlich ist hier die Funktion, die das Rauchen im sozialen Kontext hat. Insgesamt sind gravierende Unterschiede zwischen verschiedenen Typen von

Raucherinnen in der Einstiegsphase nicht zu beobachten.

4.2.2. Stabilisierung

Nur sehr wenig erfahren wir in den Interviews darüber, wie es zur Stabilisierung des Rauchverhaltens kommt, obwohl - bis auf Frau Boldt - alle Frauen diese Phase durchgemacht haben. Frau Boldt hört in der Phase, in der die Frauen ein stabiles Rauchverhalten entwickeln, aus finanziellen Gründen auf zu rauchen, außerdem - sie nascht in dieser Zeit lieber mal etwas Süßes. Alle anderen Frauen fangen jetzt erst richtig an zu rauchen.

So Frau Bergmann: "Ja wie ging es dann weiter ? Irgendwie, wenn man erst einmal angefangen hat, macht man ja immer weiter, in der Lehre, da konnten wir auch nur in den Pausen rauchen, das war also auch immer nur - höchstens eine Schachtel am Tag. Ja, und dann ging es eigentlich stetig weiter!

Tschja, was war dann, 16 ... und dann ging's los, da hatte ich anderthalb Jahre gelernt und dann habe ich aufgehört, weil mein Vater starb. Und da hat es nicht mehr gereicht, 100 Mark Miete und da habe ich nur 150 Mark Lehrgeld bekommen, da hat das nicht mehr hingehauen und da habe ich die Lehre abgebrochen und in dem Büro, da konnte man dann immer rauchen. Und das war dann natürlich ein gefundenes Fressen! (Bergmann, S. 2)

Ein wichtiger Punkt für die Stabilisierung des Rauchverhaltens ist offensichtlich, daß die Mädchen dann ein Alter erreicht haben, in dem das Rauchen offiziell erlaubt ist. Häufig haben sie auch die Lehre beendet und treten in das Berufsleben ein. Da Rauchen ihnen hier als ein durchgängiges Verhalten der Kollegen und Kolleginnen gegenübertritt, wollen sie sich anpassen. Besonders da, wo unmittelbar auch am Arbeitsplatz geraucht werden kann besteht eine große Aufforderungssituation. Über

die Hälfte der Frauen nennt solche beruflichen Veränderungen im Zusammenhang mit der Stabilisierung ihres Rauchverhaltens. Frauen haben jetzt auch die finanziellen Möglichkeiten, sich ausreichend Zigaretten zu kaufen. Es ist dies auch eine Lebensphase, in der viele Frauen heiraten, schwanger werden und ihr erstes Kind bekommen. Mit diesen Schritten ist für sie sowieso der Schritt in das Erwachsenenleben getan. Dazu gehört dann eben auch das Rauchen bzw. dazu gehört, daß eigentlich niemand mehr der jungen Frau das Rauchen verbieten kann. So erlauben die Eltern jetzt auch den Mädchen offiziell das Rauchen.

Die Stabilisierungsphase scheint vor allem eine Phase des völlig unkontrollierten Rauchens zu sein. Darauf deutet die geringe Thematisierungs- und Erinnerungsfähigkeit bezüglich dieser Phase. Argumente wie: "Das kam so nach und nach!" oder "Das ging dann stetig weiter." bringen das zum Ausdruck. Ein äußerer oder innerer Zwang zur Kontrolle des Rauchverhaltens existiert in dieser Phase gar nicht - das Rauchen der jungen Frauen ist jetzt akzeptiert. Gesundheitsbezogene Motive, die eventuell Selbstzweifel am eigenen Rauchverhalten zum Ausdruck bringen könnten, tauchen nicht auf. Wie das Beispiel von Frau Hermann zeigt, haben sie keinerlei Relevanz.

Auch Zusammenhänge zum Rauchen und Belastungen werden nicht thematisiert. Völlig offen bleibt damit auch die Frage, ob in dieser Phase Rauchen im Sinne einer Bewältigung von Belastungen oder Konflikten eingesetzt wird. Offen bleibt auch die Frage, wie eigentlich das hohe Zigarettenquantum erreicht wird. Geschieht dies schrittweise oder phasenweise oder ist es ein kontinuierlicher Prozeß?

Aufschluß darüber geben zwei Interviews, einmal mit einer 21-jährigen Friseurin und zum anderen mit einer 23-jährigen alleinstehenden Sozialhilfeempfängerin. Diese beiden

Frauen werden kurz nach ihrer Stabilisierungsphase befragt. Die Friseurin hat in ihrer 2 Jahre zurückliegende Schwangerschaft zunächst mit dem Rauchen aufgehört. Nach 3 bis 4 Monaten beginnt sie jedoch wieder stark zu rauchen, da sie sich mit sehr starken Belastungen konfrontiert sieht. Ihre Eltern trennen sich, sie muß alle eine Wohnung suchen, da ihr Freund dazu nicht in der Lage ist; sie hat außerdem in dieser Phase den Abschluß ihrer Lehre zu machen, sowohl die theoretische wie die praktische Prüfung. In dieser Situation fängt sie an sehr stark zu rauchen. Sie berichtet:

"In der Schwangerschaft in den ersten 3 Monaten habe ich nicht geraucht. Aber dann im vierten, fünften Monat wieder angefangen. ...Naja, da gingen meine Eltern auseinander und dann hatten wir noch keine Wohnung, dann hat es nie mit der Wohnung geklappt, wobei ich sagen muß, daß ich auch alles gemacht habe, zum Wohnungsamt gegangen, Wohnberechtigungsschein beantragt, also, ich mußte alles machen. Naja und dann kam die Prüfung dazu, da habe ich meine Gesellenprüfung gemacht, also die erste Prüfung hatte ich im sechsten Monat - die praktische und vier Wochen vor der Entbindung hatte ich dann die theoretische." (Schneider, S. 9)

Frau Schneider wußte zwar, daß das Rauchen für ihr Kind nicht gut sein würde, sie sei aber so nervös gewesen in der Zeit, daß sie einfach habe rauchen müssen.

Frau Gärtner ist alleinstehend mit zwei kleinen Kindern. Sie lebt von Sozialhilfe. Sie hat einen Freund, mit dem es viele Probleme gibt.

"Aber wenn ich nervös bin, dann rauche ich. So manchmal habe ich viel Probleme mit meinem Freund. So, wenn man so'nen Menschen mag, das geht ja doch ganz schön an die Nerven. Da habe ich manchmal zwei oder drei Schachteln am Tag geraucht. Ist nicht gut, das weiß ich selber, aber was nützt es. Aber wenn er wieder da war, dann war es wieder ganz normal (normal ist:) Naja, den ganzen Tag garnicht rauchen, dann vielleicht abends eine halbe Schachtel." (Gärtner, S. 1)

Frau Gärtner befindet sich noch mitten in der Stabilisierungsphase. Sie raucht zwar abends einige Zigaretten normalerweise tagsüber aber nicht. Nur in besonderen Konfliktlagen, die sie öfters mit ihrem Freund hat, raucht sie sehr viele Zigaretten. Ganz deutlich ist bei ihr das Rauchen noch nicht zu einer festgefahrenen Gewohnheit geworden. Unter besseren, entlastenderen familiären Bedingungen würde sie vielleicht das Rauchen ganz aufgeben.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß diese Phase im Bewußtsein der Frauen kaum präsent ist. Erinnerungsdauer berufliche Veränderungen, die das Rauchen offiziell und öffentlich erlauben: Also vor allem Abschluß der Lehre und Aufnahme einer Berufstätigkeit. Erst mit dem Blick auf die Frauen, die sich mit ihrem Rauchverhalten offensichtlich noch in der Stabilisierungsphase befinden, wird deutlich, wie offen das Rauchverhalten jetzt noch ist, wie es in Krisen verstärkt wird und in Phasen relativer Ausgeglichenheit und geringer Belastungen weniger wird. In dieser Phase scheint der Prozeß, in dem sich das Rauchen zu einer stabilen Lebensgewohnheit entwickelt noch offen, noch beeinflussbar zu sein. Auch die Biographie von Frau Boldt macht dies nochmals deutlich: Sie hört auf zu rauchen, beginnt dann wieder in einer Krisensituation, schafft danach aber den Absprung, vom Rauchen. Eventuell deutet gerade die Unstetigkeit des Rauchverhaltens in der Stabilisierungsphase auf die bessere Möglichkeit, sich das Rauchen auch in späteren Phasen eher abzugewöhnen.

Dies können jedoch nur grobe Hypothesen sein. Der in dieser Studie verfolgte, retrospektive biographische Ansatz ist offensichtlich nicht in der Lage, diese für die Rauchbiographie entscheidende Phase angemessen zu erfassen. Weitere Forschungen hätten hier anzusetzen, um die Bedingungen für die Beeinflussbarkeit des Rauchverhaltens in dieser Phase zu untersuchen.

4.2.3. Rauchen als Lebensgewohnheit und aufhören/reduzieren - typische Raucherinnenbiographien -

Die beiden Phasen "Rauchen als Lebensgewohnheit" und "aufhören/reduzieren" wollen wir in diesem Abschnitt gemeinsam behandeln, da verschiedene Gruppen von Raucherinnen nach dem Kriterium der Phase unterschieden werden. Für eine Reihe von Frauen gilt auch, daß sich beide Phasen in ihrem Leben immer wieder verschränkt haben: Phasen, in denen versucht wurde, mit dem Rauchen aufzuhören oder es zumindest zu reduzieren, wechseln sich mit Phasen eines stabilen Rauchverhaltens ab. Beide Phasen umschreiben eine große Strecke der Biographien der Frauen. Geht man davon aus, daß sich das Rauchverhalten bis zum Alter von 18 - 20 Jahren stabilisiert hat, können die Frauen, die wir befragt haben, häufig auf eine 15 - 20 jährige Rauchdauer zurückblicken. Bei den ehemaligen Raucherinnen, die im Schnitt etwas älter sind als die Raucherinnen, ist es sogar eine 20 - 25 jährige Rauchdauer. In diesem großen Lebensabschnitt liegt auch der größte Teil der für die Biographie der Frauen relevanten Lebensereignisse: Festigung der beruflichen Situation oder Ausstieg/Unterbrechung der Erwerbstätigkeit; Heirat; Schwangerschaften; Geburten; häufig Ehescheidungen; alle lebend mit den Kindern; neue Ehen; u.a.m.. Auf der Seite der Rauchbiographie sind ebenfalls Schwankungen, Veränderungen, Diskontinuitäten zu beobachten: es gibt Phasen, wo die Frauen mehr oder weniger rauchen; es gibt Versuche mit dem Rauchen aufzuhören, Scheitern und Gelingen dieser Versuche !

Nachdem sich die Raucherinnen und ehemaligen Raucherinnen in den vorhergehenden Phasen bis auf wenige Ausnahmen kaum voneinander unterschieden haben, erwarten wir jetzt doch stärkere Unterschiede in der Rauchbiographie. Nach

der Rauchbiographie lassen sich drei Gruppen von Frauen unterscheiden:

1. Gruppe: Frauen mit einem kontinuierlichen Rauchverhalten, die nicht den Wunsch haben, mit dem Rauchen aufzuhören oder die Zigarettenzahl zu reduzieren und dementsprechend bisher keine entsprechenden Versuche gemacht haben. Frau Hermann gehört zu dieser Gruppe. Außerdem: Frau Braun, Frau Neumann, Frau Meisel, Frau Pulver, Frau Sog und Frau Stephany.

2. Gruppe: Frauen mit einem verfestigten Rauchverhalten, die verschiedentlich Ansätze probiert haben, mit dem Rauchen aufzuhören oder zu reduzieren. Hierzu zählen: Frau Bergmann, Frau Brinkmann, Frau Carlos, Frau Erkel, Frau Schneider, Frau Wagner, Frau Waldmann.

3. Gruppe: Frauen, die es geschafft haben, mit dem Rauchen aufzuhören. Frau Boldt, Frau Adam, Frau Detmer, Frau Faust, Frau Heine, Frau Kraus.

Wir unterscheiden damit die Gruppen nach dem Kriterium der Kontinuität vs Diskontinuität der Rauchbiographie. Auf dieser Ebene der Analyse differenzieren wir die Frauen nach rein beschreibenden Kriterien. Es geht uns hier zunächst nicht um Bewertungen, Haltungen, Einstellungen, Motivation zum Rauchen und Aufhören, sondern um die Verlaufsbeschreibungen. Verläufe des Rauchverhaltens wollen wir in Bezug setzen zu: Belastungsstrukturen und Lebensereignissen einerseits und Rauchen in alltäglichen Situationen und im sozialen Kontext andererseits.

Gruppe 1

Diese Frauen haben ungefähr mit 13 - 14 Jahren mit dem Rauchen angefangen. Zwei bis drei Jahre später hatten

schon ein stabiles Rauchverhalten entwickelt. Bis auf zwei Ausnahmen haben alle Frauen in der Schwangerschaft weitergeraucht. Dies sind aber auch Frauen, die keine ausgeprägte Raucherpersönlichkeit sind: Frau Sog, die nur aus Gewichtsgründen raucht und Frau Braun, die erst mit mehr als 30 Jahren, nach der Geburt der Tochter, mit dem Rauchen begonnen hat. Bei Frau Neumann fehlt die Angabe über das Rauchen in der Schwangerschaft, vermutlich hat sie aber auch geraucht, da sie nichts von Rauchunterbrechungen erzählt hat. Ein Teil der Frauen hat allerdings das Rauchen reduziert während der Schwangerschaft aus unterschiedlichen Gründen: Frau Hermann berichtet, daß ihr vom Rauchen übel geworden sei. Gesundheitliche Überlegungen sich selbst und dem Kind gegenüber scheine eine relativ geringe Motivation bezüglich der Zigarettenreduktion oder Unterbrechung des Rauchens in dieser Zeit zu ergeben. Argumente wie "bisher ist alles gut gegangen" oder "das hat dem Kind nicht geschadet, der ist ja heute größer wie ich" sollen diese Problematik wohl herunterspielen.

Eine leichte Situation war die Schwangerschaft allerdings für keine der Frauen. Bei der ersten Schwangerschaft war die Frau zwischen 17 und 20 Jahren alt. Ein Teil der Frauen heiratete deshalb, zwei Frauen bekommen ihr Kind ohne Heirat und ohne Unterstützung durch einen Partner. Beides sind keine geplanten Schwangerschaften. Nur wenige Frauen haben eine zweite Schwangerschaft, in der sie allerdings auch rauchen. Bei diesen Frauen gibt es zu dieser Zeit parallel familiäre Krisen.

Nur eine Frau dieser Gruppe berichtet von verstärktem Rauchen in einer Ehekrise, die dann zur Scheidung führt, aber: vier Frauen haben solche Krisen durchgemacht, ohne das sie über eine Verstärkung ihres Rauchens berichten. Rechnet man dazu, daß die beiden alleinstehenden Mütter

in den ersten Jahren mit dem Kind auch eine sehr schwierige Situation haben: sie leben unter schlechten finanziellen Bedingungen, die Unterbringung des Kindes ist unzureichend gewährleistet und auch die berufliche Situation nicht gesichert, ohne daß sie offensichtlich mehr rauchen; hat dies Konsequenzen für unsere These bezüglich des Zusammenhangs von Rauchen und krisenhaften Belastungen. Es ist auch zu berücksichtigen, daß all diese Frauen nie ernsthafte Versuche zum aufhören gemacht haben. Allenfalls haben sie - gezwungenermaßen - mal ein paar Tage oder wochenweise ausgesetzt, weil sie durch einen Krankenhausaufenthalt dazu gezwungen waren.

Phasen geringeren Rauchens werden in beruflichen Zusammenhängen angegeben: vor allem ein neuer Arbeitsplatz wo während der Arbeit nicht geraucht werden kann oder darf. Dies ist ein wichtiger Fakt im Hinblick auf strukturelle Präventionsansätze, sagt aber noch nichts über die Eigenmotivation der Betroffenen zum aufhören/reduzieren aus. Es sagt darüberhinaus auch nichts dazu aus, ob durch solche Faktoren das Rauchen wirklich reduziert wurde, oder ob dann nicht nach der Arbeit die geringere Zigarettenzahl wieder kompensiert wurde. Widersprüchliche Aussagen in den Interviews deuten darauf hin.

Zusammenfassend läßt sich für diese Gruppe von Frauen sagen, daß Lebensereignisse/Krisen/Konflikte das Rauchverhalten in der Phase der Habitualisierung nicht nachhaltig beeinflussen. Zumindest für Frauen mit einer festen Habitualisierung, wie es die Frauen in dieser Gruppe sind, sind punktuelle Ereignisse keine Faktoren die ein Einfluß auf das Rauchverhalten haben.

Betrachtet man die Biographien der Frauen unter dem Aspekt kumulativer Belastungsstrukturen, lassen sich nur schwer vergleichende Aussagen machen. Eine generell hohe Belastungsstruktur läßt sich für alle Frauen fest

stellen, wobei diese Belastungen jedoch auf ganz unterschiedlicher Ebene liegen. Bis auf eine Ausnahme haben alle Frauen eine längere Spanne ihres Lebens mit ihren Kindern allein gelebt und allein für die Kinder gesorgt bzw. sie befinden sich zur Zeit in einer solchen Situation. Diese Situationen verbinden sich häufig mit einer schlechten materiellen Situation. Die Frauen leben z.B. von Sozialhilfe oder haben eine unsichere berufliche Situation. Für die berufstätigen Frauen ist die doppelte Belastung durch Beruf und Kinder, die sie allein aufziehen, sehr hoch. Soziale Unterstützung hat nur ein Teil der Frauen, vor allem durch ihre Mütter, die sie bei der Betreuung der Kinder unterstützen. Lange Arbeitszeiten und Anfahrtswege zur Arbeit; zusätzliche Wege, wenn die Kinder zur Kindertagesstätte gebracht werden müssen; zum Teil harte körperliche Arbeit bzw. körperlich einseitig beanspruchende Arbeit, was vor allem für die im industriellen Bereich tätigen Frauen gilt, sind Belastungsfaktoren, die über größere Spannen der Biographie der Frauen existent sind. Eine Berufsbiographie ohne Unterbrechungen hat nur eine Frau; alle anderen haben zumindest kurze Zeit (1,5 - 5 Jahre) die Berufsarbeit unterbrochen - meist nach der Geburt eines Kindes. Danach können sie aber auf eine geschlossene Berufsbiographie verweisen. Das gilt natürlich nicht für die sehr jungen Frauen und auch nicht für die Nicht-Berufstätigen. Letztere hatten sowieso immer nur kürzere Beschäftigungen an verschiedenen Arbeitsstellen, nicht selten auch verbunden mit einem Wechsel der Tätigkeit: z.B. erst Wurstverkäuferin, dann Fabrikarbeiterin.

Allerdings sind aus den biographischen Prozessen keine Zusammenhänge zum Rauchen erkennbar. Möglicherweise ergeben sich aber Unterschiede der Berufs- und Familienbiographie dieser Frauen zu den Frauen der anderen Gruppen.

Nicht unwichtig für eine Beschreibung des Rauchverhaltens ist der Blick auf die alltäglichen Situationen, in denen Frauen rauchen und der soziale Kontext, in dem besonders geraucht wird. Alle Frauen geben an, daß sie mehr rauchen wenn sie in Gesellschaft sind, mal abends ausgehen oder mit Bekannten zusammen sind. Sie befinden sich fast alle in einem familiären und beruflichen Milieu, in dem viel geraucht wird. "... bei uns rauchen ja alle, also, die wir kennen die rauchen alle." (Meisel)

Ein wichtiges Kriterium für die Frau ist, ob vor oder nach dem Frühstück die erste Zigarette geraucht wird und ob Frau bei der Hausarbeit raucht. In dieser Gruppe raucht die Hälfte der Frauen schon vor dem Frühstück, die anderen dann aber unmittelbar nach dem Frühstück die erste Zigarette. Alle rauchen auch bei der Hausarbeit, wobei die Zigarette hier häufig eine Pausenfunktion hat. Sehr beliebt ist auch die Zigarette zusammen mit einer Tasse Kaffee. Wichtig ist die Strukturierung der Rauchmenge durch die Strukturen am Arbeitsplatz. Das Beispiel von Frau Hermann zeigt ja, wie in den Fällen, wo am Arbeitsplatz nicht geraucht werden darf die Rauchmenge ganz durch die offizielle und teilweise inoffizielle Pausenstruktur vorgegeben ist. Darf am Arbeitsplatz geraucht werden, wie im Fall von Frau Meisel wird meist sehr viel geraucht, wobei Frau Meisel mehr raucht, wenn Leerlauf in der Arbeit ist, weniger, wenn sie viel zu tun hat. Frau Meisel ist Dreherin in einer Schraubenfabrik und hat bei hohem Arbeitsanfall wohl auch keine Hände zum Rauchen frei.

Von der Menge der Zigaretten her läßt sich diese Gruppe in zwei Untergruppen unterscheiden: vier Frauen rauchen täglich ca. 20 Zigaretten, drei Frauen um 40 Zigarette und eine Frau 25-30 Zigaretten. Deutliche Unterschiede hinsichtlich der Arbeits- und Lebenssituation bei den Frauen, die mehr und denen, die weniger rauchen, lassen sich allerdings nicht erkennen. Es gilt aber für die

Frauen, die sehr viel rauchen, daß sie eigentlich in allen alltäglichen Lebenssituationen die Zigarette dabei haben. Allein die Menge macht es aus, daß sich die Zigaretten relativ gleichmäßig auf den ganzen Tag verteilen.

Gruppe 2

Die Frauen dieser Gruppe beginnen etwas später, mit 14 - 15 Jahren zu rauchen, wobei die älteren Frauen diejenigen sind, die erst relativ spät (mit 16 - 18 Jahren zu rauchen beginnen. Bis auf Frau Wagner und Frau Brinkmann haben die Frauen während der Schwangerschaft weiter geraucht. Andere Frauen dieser Gruppe haben immerhin den Zigarettenkonsum reduziert. Frau Schneider hatte - wie bereits im Stabilisierungsabschnitt beschreiben - zunächst aufgehört und dann unter Belastungen wieder angefangen zu rauchen. Eine Frau rauchte nach der Entbindung in der Stillzeit nicht. Gründe für das Aufhören/Reduzieren waren: Gefühl der Verantwortung gegenüber dem Kind; die Zigarette hat nicht mehr geschmeckt. Zur Lebenssituation der Frauen während der Schwangerschaft: bis auf eine Ausnahme bekommen alle Frauen ihr Kind kurz nach der Eheschließung. Die Frauen sind zum Zeitpunkt der Schwangerschaft auch älter, als die der Gruppe 1, nämlich zwischen 21 bis 22 Jahre alt. Die Frauen, die ihr Kind sehr jung bekommen (Bergmann, Schneider, Wagner Brinkmann) haben natürlich zu diesem Zeitpunkt noch keine abgeschlossene Berufsausbildung. Nur Frau Schneider beendet ihre Lehre. Nach der Schwangerschaft hat ein Teil der Frauen immerhin die Möglichkeit, eine Zeitlang die Berufsarbeit zu unterbrechen (1 - 3 Jahre; Frau Erkel 6 Jahre). Drei Frauen arbeiten nach dem Mutterschutz direkt weiter. Im Zusammenhang mit der Trennung vom Partner müssen die nicht berufstätigen Frauen die Erwerbsarbeit wiederaufnehmen. Alle Frauen dieser Gruppe sind jetzt erwerbstätig.

Eine Veränderung des Rauchverhaltens in Abhängigkeit von lebensentscheidenden Ereignissen/Veränderungen - einmal abgesehen von Erkrankungen mit Krankenhausaufenthalt- wird da genannt, wo Frauen schwierige Partnersituationen hatten: in Trennungsphasen und bei Problemen mit einem neuen Partner. In solchen Situationen rauchen sie verstärkt. Alle Frauen dieser Gruppe machen ja Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören - Zusammenhänge mit beruflichen oder familiären Lebensereignisse als Anlässe sind hier jedoch ebenfalls nicht zu erkennen. Schwangerschaften, Entbindung, Stillen, Krankenhausaufenthalte, Krankheiten scheinen die Ereignisse zu sein, die mit der Verringerung des Zigarettenkonsums einhergehen. Verstärkt wird das Rauchen in privaten Beziehungskrisen.

Es fragt sich, ob Aussagen zum Rauchen zu gewinnen sind wenn der Blick auf die Belastungsbiographie gerichtet wird. Auch hier ist das Bild eigentlich ähnlich wie in der Gruppe 1. Obwohl der Teil der Frauen ja Zeiten hatte, wo sie nicht berufstätig waren, sondern sich ausschließlich um die Kinder/die Familie gekümmert haben, wurden diese Zeiten ganz unterschiedlich erlebt: Für die einen galt es als eine sehr schöne Zeit, für andere war es eher eine Belastung, zuhause zu sein. Fast alle Frauen, besonders aber die, die zeitweilig allein für ihre Kinder sorgen mußten, haben hart um die Sicherung ihrer beruflichen Existenz kämpfen müssen. Sie haben z.B. an Umschulungsmaßnahmen teilgenommen, hatten Phasen, wo sie nur kurzfristige, unqualifizierte Tätigkeiten innehatten

Alle Frauen haben sich auf einen relativ qualifizierten Arbeitsplatz hochgekämpft oder doch zumindest sich einen recht sicheren Arbeitsplatz erkämpft. Zusammenhänge zwischen diesen Lebensbedingungen und Veränderungen ihres Rauchverhaltens berichten die Frauen

allerdings nicht und sind an den äußerlichen Verläufen von Rauch- und Berufs-/Familienbiographie auch nicht erkennbar.

Deutlich - im Unterschied zu Gruppe 1 - ist bei diesen Frauen allerdings eine Diskontinuität oder Gebrochenheit der Rauchbiographie zu erkennen. Während die Frauen der ersten Gruppe kontinuierlich das einmal erreichte Niveau des Zigarettenkonsums beibehalten haben, durchziehen die Biographien der Frauen der Gruppe 2 verschiedene Versuche, das Rauchen aufzugeben; gibt es - wenn auch nur kurze - Phasen der Unterbrechung des Rauchens.

Die Erfolglosigkeit dieser Versuche wird verständlicher, wenn wir die Zahl der Zigaretten, die die Frauen pro Tag rauchen, berücksichtigen. Die Frauen rauchen durchschnittlich 30 bis 50 Zigaretten pro Tag; nur die Frauen, die es geschafft haben, die Zahl drastisch zu reduzieren, rauchen nun natürlich weniger. Sie haben aber früher im gleichen Umfang geraucht. Diese hohe Zigarettenzahl deutet auf eine sehr starke Gebundenheit an die Zigarette, die offensichtlich gar nicht oder nur unter schwersten Anstrengungen gelockert werden kann. Auf dem Hintergrund dieser hohen Konsumrate ist es auch wenig sinnvoll, danach zu fragen, ob die Frauen in bestimmten Situationen besonders rauchen - sie rauchen nämlich ständig. Die Frauen, die reduziert haben, haben sich zwar ein bestimmtes Reglement für ihr Rauchen auferlegt, die anderen Frauen rauchen dagegen in allen Lebenssituationen. Bei der Arbeit in gleicher Weise wie Zuhause. Übrigens: bis auf Frau Brinkmann dürfen alle Frauen auch während der Arbeitszeit rauchen, was sie auch reichlich nutzen, obwohl da auch "viel verqualmt" (z.B. im Schreibbüro). Die Frauen rauchen bei der Hausarbeit, im Auto, am Telefon. Mit der Zigarette werden beruflicher Leerlauf,

Wartezeiten, aber auch Zeiten mit hohem Arbeitsanfall überbrückt. Zwei Frauen rauchen auch in gemütlichen Situationen, sie rauchen in Geselligkeit, im Freundes- und Bekanntenkreis; hier auch mehr als sonst.

Gruppe 3

Dies ist die Gruppe von Frauen, die zum Zeitpunkt des Interviews das Rauchen aufgegeben hatte. Sehr gut können sich diese Frauen an die Situation erinnern, als sie mit dem Rauchen aufgehört haben. Das Bewußtsein über ihr Rauchverhalten in Phasen vor dem Aufhören, ihre damaligen Einstellungen zum Rauchen, konkrete Erlebnisse in Situationen, die mit dem Rauchen verbunden waren, werden von dieser Gruppe von Frauen sehr gut erinnert. Offensichtlich sind dies die Frauen, die am meisten über ihr Rauchen nachgedacht haben.

Ganz deutlich unterscheiden sich die Rauchbiographien dieser Frauen von denen der Gruppe 1. Die beiden Beispiele zu diesem Kapitel: Frau Hermann und Frau Boldt machen dies deutlich. Während Frau Hermann's Rauchbiographie geradlinig und ungebrochen ist, hat Frau Boldt verschiedene Phasen durchgemacht: die Phase des Einstiegs mit ca. 12 Jahren und der Stabilisierung; aufhören in der Lehre; Wiederbeginn im Zusammenhang mit einer krisenhaften Ehe; aufhören nach Krankheit und auf Druck des Ehemannes. Entsprechend diskontinuierlich sind auch die Biographien der anderen Frauen. Dazu einige Beispiele.

Frau Adam beginnt recht spät, mit 18 Jahren mit dem Rauchen. Während der Schwangerschaften und in der Stillzeit hatte sie unterbrochen, danach aber gleich wieder angefangen. In der Zeit, wo sie erwerbstätig ist und schon Familie hat (1 Tochter) raucht sie nur tagsüber bei der Arbeit in einer Strumpffabrik, wo alle Frauen rauchen und abends nach Beendigung der Hausarbeit. Nach

der Geburt des zweiten Sohnes ist sie nicht mehr erwerbstätig; vierzehn Jahre bleibt sie zu Hause und sorgt für die Familie. Ihr Stolz ist, daß sie in dieser Zeit nie vormittags und nie während der Hausarbeit raucht, meist abends oder am Wochenende. Sie raucht max. 20 Zigaretten/Tag. Mit 36 Jahren wird sie wieder erwerbstätig - als Verpackerin. Jetzt beginnt sie auch vormittags wieder zu rauchen, weil die Kolleginnen rauchen. Vor drei Jahren, mit 40 Jahren bekam sie Silvester einen Herzanfall, der laut Aussage des Arztes lebensbedrohlich war. Daraufhin hört sie spontan auf zu rauchen. Seit einem Jahr leidet sie unter Asthma.

Frau Faust beginnt ebenfalls spät mit dem Rauchen, mit ca 23 Jahren. Sie raucht 5 - 7 Zigaretten vor allem abends, wenn berufliche Termine anstehen - sie ist in der Werbeabteilung einer internationalen Firma beschäftigt. Mit 27 Jahren wird sie schwanger und hört sofort auf zu rauchen. Sie unterbricht die Erwerbsarbeit und bleibt 7 Jahre als Hausfrau tätig. In dieser Situation beginnt sie wieder verstärkt zu rauchen, ca. 10 - 15 Zigaretten pro Tag. Als ihre Ehe auseinanderbricht, raucht sie mehr - ca. 20 Zigaretten pro Tag - und trinkt ein paar Monate auch verstärkt Alkohol. Sie sucht den Weg zurück in das Erwerbsleben. Da die Arbeit an ihrem ersten Arbeitsplatz sehr anstrengend war, hat sie tagsüber nur wenig geraucht, dafür aber abends mehr. Sie findet nach einiger Zeit einen interessanteren Arbeitsplatz. In der Zeit schränkt sie das Rauchen stark ein (ca. 5 - 7 Zigaretten pro Tag) . Aus Anlaß einer Erkältung hört sie dann ganz auf, fängt aber einige Jahre später während einer Kur wieder an zu rauchen (bis 20 Zigaretten pro Tag). Als sie bald danach wieder eine Bronchitis hat, hört sie aber endgültig wieder auf zu rauchen. Sie hat auch einen Freund, der nicht raucht.

Frau Heine beginnt sehr früh mit dem Rauchen. Ihre erste

Zigarette probiert sie mit 7 Jahren; mit 14 Jahren ist sie schon eine richtige Raucherin. Allerdings hat sie schon in dieser Zeit gesundheitliche Bedenken gegenüber dem Rauchen. Als sehr junges Mädchen lernt sie schon ihren späteren Ehemann kennen; sie zieht mit ihm nach B. und beendet dort ihre Lehre als Arzthelferin. Zu der Zeit raucht sie schon bis zu 60 Zigaretten pro Tag. Mit einem Anti-Raucher-Programm, das ihr Mann ihr mit nach Hause bringt, macht sie den ersten Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören, der aber fehlschlägt. Im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt, sie ist 24 Jahre alt, hört sie einige Monate auf zu rauchen, beginnt dann aber bei einem Fortbildungskurs im Rahmen einer Umschulungsmaßnahme wieder zu rauchen. In dieser Zeit wird sie schwanger und reduziert den Zigarettenverbrauch zunächst sehr stark, schafft es aber nicht ganz, mit dem Rauchen aufzuhören. Nach der Entbindung raucht sie wieder wie vor der Schwangerschaft. In der zweiten Schwangerschaft raucht sie fast garnicht - 1 Zigarette pro Woche. Als ihre Mutter kommt um sie im Haushalt zu unterstützen, fängt sie wieder stark an zu rauchen (20 Zigaretten pro Tag). Nach der Entbindung schafft sie es dann spontan, mit dem Rauchen aufzuhören. Seit ca. 2 Jahren raucht sie nun nicht mehr.

Die Biographien der Frauen unserer Erhebung machen deutlich, daß das Aufhören mit dem Rauchen kein einmaliger, spontaner Akt ist, sondern ein langer Prozeß, dem Versuche und Unterbrechungen vorausgehen. Wenn die von uns erhobenen Fälle auch nicht im statistischen Sinne repräsentativ sind, so fällt doch der starke Unterschied zu den Raucherinnen auf. Noch in stärkerem Maße als in der Zwischengruppe, also bei den Frauen, die Versuche aufzuhören gemacht haben, ist die Rauchbiographie dieser Frauen mit Kontinuitätssprüngen versehen.

Hinsichtlich des Alters bei Rauchbeginn ist diese Gruppe heterogen: ein größerer Teil der Frauen beginnt relativ spät zu rauchen, mit 16 - 23 Jahren; zwei Frauen rauchen mit 12 bzw. 7 Jahren ihre erste Zigarette. Nur eine Frau raucht in der Schwangerschaft weiter; die anderen Frauen rauchen entweder garnicht, oder reduzieren stark. In diesen beiden Punkten sind also Gruppe 2 und 3 recht ähnlich. Nur zwei Frauen hören auf zu rauchen, ohne vorher Versuche oder Einschränkungen des Zigarettenkonsums gemacht zu haben. Die anderen Frauen haben einen oder mehrere Versuche gemacht. Phasen verstärkten Rauchens haben auch hier die Frauen in Ehekrisen und Zeiten der Trennung vom Partner (Faust, Boldt, Detmer). Situationen, in denen Versuche des Aufhörens/Reduzierens gemacht wurden, haben wenige Zusammenhänge zu berufs- und familienbiographischen Ereignissen. Anlässe liegen häufig im gesundheitlichen Bereich; in einigen Fällen hängen sie mit einer Veränderung der beruflichen Situation zusammen (vor allem Arbeitsplätze, wo viele Raucher oder Nichtraucher sind). Ein Zusammenhang zwischen Zigarettenmenge und Scheitern/Gelingen des Aufhörens ist schwer herzustellen, da die Frauen dieser Gruppe sehr starke Schwankungen der Zigarettenmenge in ihrer Biographie zeigen und sie sich außerdem in der Gruppe sehr unterscheiden: Frau Heine raucht z.B. maximal 60 Zigaretten pro Tag, Frau Adam dagegen nur 20 Zigaretten pro Tag. Hier besteht also ein großer Unterschied zu Gruppe 2, in der die Frauen alle sehr viel rauchen.

Im Hinblick auf Belastungen lassen sich für diese Frauen auf der Ebene der Argumentation dieses Abschnittes nur wenig Aussagen machen. Ein Teil der Frauen hat eine objektiv scheinbar entlastendere Lebenssituation, die subjektiv jedoch als sehr belastend wahrgenommen wird. Diese subjektive Bedeutung wird Gegenstand der folgenden Kapitel sein. Die meisten der Frauen haben eine längere Zeit hinter sich, in der sie nicht berufstätig waren und

in der sie für ihre Familien gesorgt haben. Von ihrer Schul- bzw. Berufsqualifikation her haben sie einen ganz unterschiedlichen Hintergrund: die Hälfte der Frauen hat einen Hauptschul- und die andere Hälfte einen Realschulabschluß. Eine abgeschlossene Lehre in einem Beruf, der auch die Chance für einen Arbeitsplatz einschließt, hat Frau Detmer (Krankenpflege) und Frau Kraus (Stenotypistin). Frau Heine hat sich umschulen lassen (Arbeitsvermittlerin). Trotzdem haben sich die berufstätigen Frauen recht gute berufliche Positionen erarbeiten können: im Bürobereich und als Gemeindeschwester. Trotz der längeren Zeiten, wo sie nicht berufstätig waren, sind die Frauen nicht zu einem beruflichen Abstieg gezwungen gewesen. In dieser Gruppe 3 sind nur zwei Frauen, die über einen längeren Zeitraum mit ihren Kindern allein gelebt haben; eine Scheidung haben allerdings vier Frauen hinter sich.

Obwohl also objektiv gesehen diese Frauen durchschnittlich weniger krisenhafte oder kumulierende objektive Belastungen erlebt haben, (u. a.: Möglichkeit der Berufsunterbrechung; relative berufliche Sicherheit; mehr vollständige Familien), nennen sie doch subjektive, als in der Bewertung von Lebenssituationen liegende Belastungen, auf die ich erst im nächsten Abschnitt eingehen werde. Ich meine, es ist auf dieser Ebene der Analyse zu früh, Aussagen dergestalt zu machen, daß Zusammenhänge zwischen dem Aufhören und evtl. entlastenden Lebenssituationen zu ziehen sind.

Keine eindeutigen Strukturen lassen sich ausmachen, wenn man das Rauchverhalten in alltäglichen Lebenssituationen betrachtet. Die Frauen, die sehr viele Zigaretten rauchen tun dies natürlich zu allen Gelegenheiten, auch vor dem Frühstück wird schon geraucht. In Phasen, wo das Rauchen reduziert wird, wird auch das alltägliche Rauchverhalten

verändert: Frau raucht erst nach dem Frühstück, oder erst abends, oder nur zu bestimmten Anlässen, etc.. Eir andere Gruppe von ehemaligen Raucherinnen hatte schon immer ein strukturierteres Rauchverhalten, z.B.: Frau Adam rauchte nie bei der Hausarbeit, eher am Wochenende und am Feierabend als tagsüber; Frau Faust rauchte ebenfalls eher abends und am Wochenende. Wichtig scheint mir daß fast alle Frauen dieser Gruppe immer Phasen hatten, wo sie das alltägliche Rauchverhalten insoweit kontrollierten, daß sie nicht in allen, sondern nur in besonderen Situationen oder in zeitlich gestaffelten Abständen rauchten. Für die Frauen der Gruppe 1 trifft di garnicht zu und bei der Gruppe 2 nur für einige Frauen.

Auf den Aspekt "Rauchen im sozialen Kontext" möchte ich hier nur kurz eingehen, da das Rauchen von den Frauen dieser Gruppe generell sehr stark in seiner sozialen Funktion bewertet wird. Ich werde in den anderen Abschnitten darauf eingehen. Wichtig zu erwähnen ist, daß das Rauchverhalten dieser Frauen stark vom beruflichen Kontext abhängig ist: wenn die Kollegen alle rauchen, raucht Frau mit, ist dagegen das Rauchen am Arbeitsplatz eher negativ definiert, wird wesentlich weniger geraucht. In Geselligkeit wird natürlich auch von diesen Frauen mehr geraucht. In einem Fall übt die Tochter Druck auf die Mutter aus, weniger oder garnicht mehr zu rauchen.

Zusammenfassung im Vergleich der Frauen, die rauchen und der, die nicht mehr rauchen zeigen sich keine erhebliche Unterschiede bezüglich des Rauchens in der Einstiegs- und Stabilisierungsphase. 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 Erwachsen-sein.

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 innern 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, scheint ein wesentlicher Punkt in der Entwicklung des Rauchens zu sein.

Parallel zueinander wurden bezüglich der Phasen "Rauchen als Lebensgewohnheit" und "aufhören/reduzieren" 3 Gruppen von rauchenden Frauen unterschieden: (1) Frauen die ein manifestes Rauchverhalten haben und nie Versuche gemacht haben mit dem Rauchen aufzuhören, oder es zu reduzieren (2) Frauen, die den Wunsch haben, mit dem Rauchen aufzuhören, und die einige entsprechende Versuche gemacht haben. (3) Frauen, die mit dem Rauchen aufgehört haben. Der Vergleich erbrachte folgende Ergebnisse:

- Frauen der ersten Gruppe haben eine geschlossene oder ungebrochene Rauchbiographie, die kaum von Phasen des mehr oder weniger Rauchens durchbrochen ist und in denen es auch keine Unterbrechungen gibt, auch nicht während der Schwangerschaft.

- Frauen der zweiten Gruppe sind unterschiedlich. Hier gibt es einige Frauen, die ganz wie die Gruppe 1 ein kontinuierliches Rauchverhalten haben, es gibt aber auch Frauen, die ihren Wunsch aufzuhören bzw. zu reduzieren phasenweise durchsetzen konnten.

- In der dritten Gruppe von Frauen hat der größere Teil eine bewegte Rauchbiographie hinter sich: Phasen des aufhörens/reduzierens wechseln sich mit Phasen des mehr Rauchens ab. Diese Frauen versuchten häufiger, mit dem Rauchen aufzuhören, und setzten dies auch in die Tat um

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

Keine Zusammenhänge lassen sich erkennen im Hinblick auf eine Veränderung des Rauchverhaltens in Abhängigkeit von Belastungskumulationen. Unterschiede zwischen den Gruppen sind im Hinblick auf berufs- und familienbiographische Belastungskumulationen erkennbar:

- Gruppe 1 ist eine Gruppe von Frauen, die sowohl familiär als auch beruflich fast ständig hohen Belastungen ausgesetzt waren; einige waren längere Zeit als Kind im Heim; fast alle hatten (haben) Phasen, wo sie mit den Kindern allein lebten und allein für sie sorgen mußten;

Beruflich sind sie vorwiegend in wenig qualifizierten und häufig schlecht bezahlten Arbeiten tätig; zwei Frauen leben z.Zt. von Sozialhilfe; u.a.m..

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

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

Für alle Gruppen läßt sich aber sagen, daß trotz dieser Unterschiede in der Belastungsbiographie von den Frauen kaum Zusammenhänge zwischen dieser Art von Belastungen und der Veränderung ihres Rauchverhaltens formuliert wurden. Zu einfach wäre wohl auch der Rückschluß von der Belastungsbiographie auf die Rauchbiographie, ohne die subjektiven Bewertungen der Belastungen mit zu berücksichtigen. Auf diese Aspekte werden ich in den folgenden Abschnitten eingehen.

4.3. Die Bedeutung des Rauchens für die Raucherinnen
(Gruppe 1)

Die Gruppe 1 der manifesten Raucherinnen wurde im ersten Kapitel ja schon beschrieben als eine Gruppe von Frauen, die ein stabiles Rauchverhalten haben; stabil sowohl im Hinblick auf die Rauchbiographie als auch bezüglich des täglichen Zigarettenkonsums. Diese Frauen haben keine Versuche gemacht, oder ernsthaftere Überlegungen angestellt mit dem Rauchen aufzuhören. Ich möchte diese Gruppe von Frauen im Hinblick auf folgende Fragestellungen untersuchen:

- Ist Rauchen für diese Frauen ein Thema, zu dem sie viel zu sagen haben und sagen möchten (Thematisierbarkeit) ?
- Welchen Gewinn ziehen die Frauen aus dem Rauchen ? Gibt es auch negative Seiten.
- Sehen die Frauen Zusammenhänge zwischen dem Rauchen und ihren eigenen Lebensbedingungen ? Wird Rauchen zur Bewältigung von Problemen eingesetzt ?
- Welches Belastungskonzept haben die Frauen ?
- Welche Haltung zum aufhören haben sie ?
- Sehen sie einen Zusammenhang zwischen Rauchen und Gesundheit ?
- Welches Konzept von Gesundheit, Krankheit und gesunder Lebensweise haben sie ?

Thematisierbarkeit des Rauchens

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

Möglicherweise ist diese geringe Thematisierbarkeit Ausdruck eines ungebrochenen, nicht ambivalenten Verhältnisses zum Rauchen. Wir werden in den folgenden Punkten versuchen, diese Frage zu beantworten.

Wichtig zur Erklärung der geringen Thematisierbarkeit des Rauchens scheint mir zu sein, wie ich Zugang zu diesen Frauen bekommen habe. Nur zu zwei Frauen bin ich über persönliche Kontakte gekommen, die anderen Kontakte waren

institutionell vermittelt. Über Werksärzte bzw. eine Meisterin und über Familienhelfer. Natürlich beruhte die Teilnahme am Interview auf Freiwilligkeit und wurde, nachdem die Werksärzte, Meisterinnen mit den Frauen gesprochen hatten, von mir mit den Frauen telefonisch vereinbart. Möglicherweise bestand aber doch für die Frauen ein gewisser äußerer Druck, daß Gespräch mit mir zu führen, so daß also die eigene kritische Haltung gegenüber dem Rauchen weniger Anlaß für die Teilnahme am Gespräch war. Damit hatten wir aber das Glück, eine Gruppe von Frauen in unsere Untersuchung einbeziehen zu können, die von Kampagnen gegen das Rauchen bisher relativ unberührt geblieben sind, eine vermutlich zahlenmäßig nicht geringe Gruppe mit einem ausgeprägten und verfestigten Rauchverhalten. Uns schien es besonders wichtig, über die Haltung dieser Frauen etwas zu erfahren, um zu wissen, welche Widerstände diese Frauen gegen Gesundheitserziehung und Anti-Raucher-Kampagnen haben.

Für einen Teil der Frauen - vor allem die Nichtberufstätigen - schien die Hauptmotivation zu dem Gespräch nicht in ihrer Rauchproblematik begründet zu sein, sondern in dem Bedürfnis, überhaupt mit jemandem über die eigenen Probleme reden zu können - Probleme unabhängig vom Rauch. Ein anderer Teil der Frauen stand dem Gespräch generell sehr skeptisch gegenüber und war auch nicht bereit, so ohne weiteres über alle persönlichen Belange mit mir zu reden.

Auf dem Hintergrund, daß Rauchen für diese Frauen eigentlich kein so wichtiges Thema ist, war uns wichtig, daß unsere Gesprächsstrategie offen war, so daß die Frauen im Laufe des Gespräches die Möglichkeit hatten, auf die Themen einzuschwenken, die für sie bedeutsam waren. Dabei wird deutlich, daß fast alle Frauen ein solches Them

haben, über das sie dann sehr viel erzählen und auf welches sie immer wieder zurückkommen. Dabei existiert ein breites Spektrum; Thema sind: Krankheiten, Probleme mit den Kindern, psychosoziales Leiden (z.B. an der Hausfrauenrolle), berufliche Situation, gesunde Lebensweise. Eine Frau entwickelt vor mir auch eine fast "sozial-philosophische" Weltsicht, die stark mit ökologischen Ansätzen vermischt ist. Haben sich die Frauen dann ersteinmal an einem Thema festgebissen, schlagen alle meine Versuche fehl, das Gespräch wieder auf das Rauchen zu bringen. Möglicherweise eröffnet der Blick auf das, was für die Frauen an dem Thema Gesundheit und Belastung sonst noch wichtig ist, eine Perspektive, die über den engen Blick auf einzelne Risikoverhaltensweisen hinausgeht.

Gewinn des Rauchens?

Die positiven Seiten des Rauchens werden von den Frauen ganz einfach, nämlich als Genuß und guter Geschmack, als Entspannung und angenehme Situation bewertet. Dazu werde auch keine großen Worte gemacht, es ist eine Selbstverständlichkeit. IN diesen Sinne werden Zigaretten vor allem nach dem Essen geraucht, als Pause zwischen der Hausarbeit, zum Kaffee und als gemütliche Entspannungssituation.

H: Ja, nach dem Essen sowieso, da schmeckt sie nämlich am besten. Nach dem Frühstück da rauche ich erstmal eine Zigarette, eine Tasse Kaffee, da fühle ich mich dann richtig wohl." (Hermann, S. 12)

Frau Pulver zur Frühstückszigarette:

P: Ja, damit ich ersteinmal wach werde!

I: von der Zigarette ?

P: Und von dem Kaffe auch! Ich weiß nicht, das geht dann automatisch schon

so, dann greife ich automatisch schon zur Zigarette. (Pulver, S.2

I: Schmeckt Ihnen die Zigarette denn ?

M: Ja, sonst würde ich ja nicht rauchen. Manche, die machen nur Backepus davon habe ich ja nichts. (Meisel, S. 14)

Also, eine sehr dumme Frage von mir! Und Frau Hermann schildert eine Situation, wo die Zigarette als Inbegriff der Entspannung dazu gehört.

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

Da erübrigt sich wohl ein Kommentar!

Negative Seiten am Rauchen werden kaum von den Frauen genannt. Dabei sind dies vor allem äußere Dinge, wie unangenehmer Geruch. Frau Hermann empfand dies in der Schwangerschaft so, wo sie tagsüber keine Zigarette rauchen und riechen konnte, ohne das ihr übel wurde. Frau Neumann hatte sich einmal überlegt, ob sie mit dem Rauchen aufhören sollte. Dabei waren solche Gründe bestimmend.

N: ... manchmal ärgert man sich so, die Bude verqualmt, dann reißt man das Fenster auf, an und für sich, ich liebe doch keine verqualmten Räume oder ... dann stinken die Gardinen und das ist mir ekelhaft, so kalter Rauch. (Neumann, S. 5)

Das ist auch ein Punkt, den Frau Stephany als unangenehm empfindet:

S: Ich empfinde schon, daß man als Raucher - daß der Rauch sehr stark in der Kleidung einzieht und daß man dann - also, daß man da auch öfter mit dem Zähne putzen ... daß mir bei meinem Partner auffällt,

wenn er abends raucht und sich nicht die Zähne putzt, daß mich das dann abstößt. Man muß sich auch häufiger die Haare waschen, weil es immer in den Haaren hängt und ich wechsle auch jeden Tag meine Kleider, meine Blusen und Röcke und bin auch insgesamt mit mir sehr sauber. ...Mich stößt das dann sehr ab, besonders bei Leuten die filterlose Zigaretten rauchen, ich sage immer: die riechen wie alter Mann ! Das stößt mich dann ab und dann finde ich das Rauchen auch nicht mehr so attraktiv. (Stephany, S. 20)

Allein aufgrund des empirischen Materials der Untersuchung würde ich diese Passagen vielleicht nicht so sehr herausheben, aber in zahlreichen Gesprächen, die ich im Umfeld meiner Untersuchung mit anderen Frauen geführt habe war dies ein Punkt, der auch bei Raucherinnen, die sonst ein positives Verhältnis zu ihrem Rauchen haben, negativ bewertet wurde. Manche ehemaligen Raucherinnen geben den unangenehmen Geruch sogar als Grund für das Aufhören an.

Exemplarisch möchte ich noch auf zwei Frauen eingehen, die - zwar weniger bezüglich unseres Materials, aber bezüglich der Gesamtpopulation von Raucherinnen - jeweils einen besonderen Aspekt des Rauchens betonen, der für mich wichtig ist, nämlich:

- Rauchen als Ersatz für Essen
- Rauchen und ein spezifisches Bild von Weiblichkeit.

Rauchen als Ersatz für Essen

Frau Sog ist Busfahrerin und hat längere Zeit mit ihren zwei Kindern allein gelebt. Sie ist seit ca. drei Jahren mit einem neuen Partner zusammen. Frau Sog bezeichnet sich selbst als eine "leidenschaftliche Nascherin". Schon früher als Kind hat sie gern etwas Süßes genascht. Nachdem sie für ca. drei Jahre nach der Geburt des ersten Kindes die Berufsarbeit

unterbrochen hatte, hatte sie auf ein Gewicht von 86 kg zugenommen - angeblich, weil ihr erster Ehemann damals soviel gegessen hatte. Sie fing dann in einem Jeans-Lade als Verkäuferin an. Dort hat sie sich sehr geärgert, gegenüber den schlanken, jungen Mädchen und hat deshalb eine rapide Abnahmekur gemacht, indem sie kaum noch etwas gegessen hat. In 6 Wochen hatte sie dreißig Pfund abgenommen. Generell scheint sie häufig - in Abhängigkeit von ihrem Eßverhalten - Gewichtsschwankungen zu unterliegen. Sie raucht, um das Naschen und ihr Gewicht unter Kontrolle zu halten; ihre Sucht sind die Süßigkeiten.

S: Ja, ich bin also ein leidenschaftlicher Nascher, Süßigkeiten, heute noch. Und ich bin davon überzeugt, wenn ich mit dem Rauchen aufhöre, dann steht bei mir hier abends noch was zum Naschen. Also das ist mir dann wirklich eine Sucht, wie bei ihm hier die Sucht hier mit den Zigaretten ist. (gemeint ist der Ehemann), so ist das bei mir mit den Süßigkeiten. (Sog, S. 14)

Sie muß nicht, wie andere Raucher, nachts aufstehen, um sich Zigaretten zu holen, wenn sie alle sind, - aber wenn ein Tafel Schokolade im Haus ist, steht sie nachts auf und ißt sie auf. Vor der zweiten Partnerschaft" bewältigte" sie ,Gewichtsprobleme, indem sie nicht früstüct und kaum mittags aß. Ihr jetziger Partner versucht sie jedoch immer zu einem geregelten Eßverhalten zu drängen:

S: ... und dann klatscht er immer rauf auf den Teller und dann: das wird aufgegessen! Und da vergeht mir dann schon alles. Ich kriege dadurch immer Magendruck. (Sog, S. 15)

Meine Frage, ob sie besonders in Problemsituationen viel esse, verneint sie, das Gegenteil sei der Fall.

S: Ne, ich muß ihnen sagen, wenn ich wütend oder sauer bin, dann kann ich mehr essen als im normalen Zustand, da esse ich dann schon aus Wut. (Sog, S. 14)

Also, das Essen ist doch eine Strategie im Umgang mit spezifischen belastenden Situationen. Damit könnte sie auch nicht so ohne weiteres aufhören, aber mit dem Rauchen schon eher.

S: Also, ich muß ihnen ganz ehrlich sagen, wenn ich es wollte, könnte ich von heute auf morgen aufhören.

I: Aber sie wollen nicht wegen der Gewichtssache ?

S: ... wenn mich heute jemand vor die Wahl stellen würde ... soviel finde ich, von meiner Seite aus, ist es nicht, was ich rauche. da sehe ich also auch nicht ein, warum ich aufhören sollte. Ich fühle mich nicht schlecht dabei, und fühle mich nicht besser, wenn ich nicht rauchen würde ...

I: Und das mit dem Naschen ?

S: Das würde ich natürlich aufgeben, aber das schaffe ich nicht. (Sog, S. 18)

Vermutlich ist Frau Sog kein Einzelfall: sie versucht ihr Gewichtsprobleme und die dahinter stehende "Naschsucht" durch das Rauchen zu steuern. Rauchen ist für sie eigentlich nur eine Ersatzhandlung.

Rauchen und weibliches Selbstbild

Frau Stephany spricht in ihrer Haltung gegenüber dem Rauchen etwas an, was vielleicht für eine ganze Reihe von Frauen gilt: sie verbindet damit ein bestimmtes Bild von Frau- und Frei-sein. Die Zigarette symbolisiert den Duft von Freiheit und Unabhängigkeit.

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

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

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

Die Vorstellung, die Frau Stephany von sich selbst hat, ist auf dem Hintergrund ihrer Geschichte zu sehen. In recht jungem Alter hat sie geheiratet und ihr erstes Kind bekommen. Zwei Jahre später ist sie schon wieder geschieden. Ihre Ausbildung in der mittleren Beamtenlaufbahn beendet sie erst spät, nach der Scheidung. Sie lebt vorübergehend allein mit ihrem Kind, lernt dann ihren neuen Partner kennen, mit dem sie zwei Jahre nach der Scheidung wieder zusammenzieht. Etwas später wird ihr zweiter Sohn geboren und sie unterbricht daraufhin die Erwerbsarbeit. Seit fünf Jahren ist sie zuhause. Vor einem Jahr wurde ihr dritter Sohn geboren - gegen den Willen ihres Mannes. Frau Stephany fühlt sich in ihrer Rolle als Nur-Hausfrau unwohl. Durch die damit verbundenen Aufgaben: Kinder versorgen, Haus putzen, Ordnung halten, etc. kommt sie sich völlig überfordert vor. Sie fühlt sich auch vereinsamt in ihrer Wohngegend in ihrem Einfamilienhaus. Aber auch früher, als sie noch berufstätig war, war sie eigentlich überfordert. Obwohl sie im Zitat diese Zeit als sehr positiv schildert, beschreibt sie doch, wie sie die Aufgaben des einen Arbeitsplatzes nicht habe ausfüllen könn

und deshalb nach längerer Krankheit auf einen anderen Arbeitsplatz versetzt und damit verbunden auch in der Gehaltsstufe heruntergestuft wurde. Frau Stephany fühlt sich zum einen durch ihre häusliche Arbeit und die Kinder voll überfordert; zum anderen empfindet sie sehr stark ihre Abhängigkeit und Unselbständigkeit in dieser familiären Konstellation, für die sie sich allerdings auch selbst entschieden hatte. Auf diesem Hintergrund idealisiert sie m. E. die Zeit der Berufstätigkeit. Die Zigarette ist in diesem Zusammenhang ein Symbol all dessen, was sie nicht hat: die Freiheit und Unabhängigkeit von der Familie. Sie weiß natürlich, daß die Vorstellung nur eine Illusion ist, sie will sich mit der Zigarette ja auch nur "in die Situation versetzen". An diesem Punkt erhält die Zigarette für Frau Stephany eine Funktion, wie sie im theoretischen Teil beschrieben wurde: Sie ist zum einen Ausdruck des Protestes, Widerstand gegen ihre Situation, gegen die darin enthaltene Abhängigkeit; sie bietet aber andererseits keinen realen Ausweg aus dieser Situation, sondern frau spielt sich damit eigentlich nur eine Illusion von Freiheit vor.

Allerdings ist Frau Stephany die einzige Frau in dieser Gruppe, die solche Zusammenhänge formuliert. Sie fällt auch in einigen Punkten aus dieser Gruppe heraus: im Hinblick auf ihren Bildungs- und Sozialstatus; im Hinblick auf ihre Situation als materiell durch den Ehemann abgesicherte Hausfrau; durch ihre Wohnbedingungen im neuen Familienhaus und sogar durch ihre sehr weiblich und mütterlich wirkende äußere Erscheinung. Ihr sozialer und persönlicher Hintergrund ähnelt denen einiger Frauen, die mit dem Rauchen aufgehört haben.

Rauchen und Bewältigung ?

Wir fragen jetzt danach, ob die Frauen Zusammenhänge zwischen subjektiv empfundenen Belastungen, Streß und ihrem Rauchverhalten sehen. Im Abschnitt über die Rauchbiographie war ja schon deutlich geworden, daß einige Frauen dieser Gruppe Zusammenhänge zwischen aktuellen, vor allem persönlichen Krisen und Rauchmenge sehen. Diese Zusammenhänge beziehen sich allerdings auf eingegrenzte Lebensphasen. Ein Konzept über einen Zusammenhang von Streß generell und Rauchen hat der größere Teil der Frauen im Kopf. Nur Frau Meisel und Frau Sog sehen für sich keine derartigen Zusammenhänge.

M: Ne, das wüßte ich eigentlich nicht. Das wüßte ich nicht, daß das so vom Streß kommt, das Rauchen. Ich nehme an, das ist schon alles Gewohnheitssache. (Meisel, S. 14)

Auch Frau Sog raucht unter Streß und Aufregung ihrer Meinung nach nicht mehr. An anderer Stelle sagt sie sogar: "Ne, ich reg mich nicht auf." (Sog, S. 13)

Damit ist für diese beiden Frauen das Thema abgetan. Die anderen Frauen machen dagegen schon ein einigen Stellen Aussagen über Streß und Nervosität und damit zusammenhängendem Rauchverhalten. Dieser Streß bzw. diese Nervosität sehen die Frauen entweder in der Beziehung zum Partner (Neumann, Lukas) oder als Streß, der durch die Kinder erzeugt wird (Hermann, Pulver, Stephany). Hierzu ein Zitat von Frau Pulver:

P.: Am deutlichsten merke ich das, wenn mein Sohn da ist, wenn der jetzt irgendwie Blödsinn bauen tut, oder so rumtoben tut. Dann werde ich so kribbelig, daß ist dann keine innere Nervosität mehr bei mir, sondern die tritt dann regelmäßig nach draußen raus. Ich fange dann an loszuschreien und rumzubrüllen und dann muß ich auch sehen, daß ich dann

immer wieder solche Situationen finde, wo ich dann wieder abschalten kann. Meistenteils mache ich das dann so, daß ich meinen Sohn ein Spiel oder Buch gebe, daß er sich das angucken kann, daß ich sagen kann: "Paß mal auf, jetzt guck dir mal das an, geh jetzt mal in dein Zimmer, die Mama muß sich jetzt erst mal hinsetzen und erst mal wieder zu Ruhe kommen. Der Mama ist nicht gut." Dann setze ich mich hin und trink - das ist wirklich wahr - in Ruhe eine Tasse Kaffee und rauche dazu eine Zigarette. Und dann pendelt sich das wieder ein. Abends mache ich das hauptsächlich, wenn die Kinder im Bett sind, wenn ich dann so richtig zu Ruhe komme. (Pulver, S. 11)

Sowohl Frau Pulver als auch Frau Hermann meinen, daß sie sowieso schon von Kindheit an so nervös seien. Frau Hermann fällt das jetzt erst auf, wenn ihre Tochter sie so nervös macht und sie dann erst mal "rumbrüllt". Die Zigarette wird dann zur Beruhigung geraucht.

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

Frau Stephany sieht Zusammenhänge zwischen ihrem Rauchen und dem Streß, den sie nach der Geburt ihres dritten Sohns durch Krankheiten der Kinder hatte und dadurch, daß der kleinste nachts ständig aufwachte.

Bemerkenswert ist auch, daß die meisten der Frauen meinen, daß sie mehr rauchen, wenn sie wenig zu tun haben, wenn sie wenig beschäftigt sind. Dabei steht wohl zunächst der Gedanke dahinter, daß Beschäftigung hauptsächlich eine Beschäftigung mit den Händen ist, so daß objektiv weniger geraucht werden kann. Möglicherweise steckt dahinter aber auch ein psychischer Grund, in dem Sinne, daß in Ruhe die innere Spannung so steigt, daß diese Energien irgendwo herausgelassen werden müssen. Diese These ziehe ich nicht

aus den Untersuchungsdaten sondern aus anderen Gespräch mit rauchenden Frauen, die meinten, besonders viel in inaktiven, langweiligen Situationen zu rauchen. In diese Richtung deutet auch eine Aussage von Frau Hermann, die noch nervöser wird, wenn sie nicht raucht. (S. 4) Sie meint, als Alternative zum Rauchen müsse sie sich vielleicht mehr beschäftigen.

I: Als alleinstehende berufstätige Frau mit Kind ?

H: Ja, ich meine Handarbeiten oder so. Ich brauche immer irgendetwas zwischen den Fingern. Vielleicht sollte ich das mal probieren. Aber, für so etwas habe ich auch nicht lange Geduld. Das lege ich dann au wieder weg. (Hermann, S. 7)

Da wir jedoch keine psychologischen Tiefeninterviews gemacht haben und auch nicht machen wollten, können wir dieser Frage nicht weiter nachgehen. Wichtig scheint mir aber, einen Blick auf die Belastungskonzepte der Frauen zu werfen. Möglicherweise werden auf diesem Hintergrund einige Zusammenhänge deutlicher.

Belastungskonzepte

Die objektive Lebenssituation dieser Frauen unter dem Aspekt der Berufs- und Familienbiographie wurde ja im vorhergehenden Kapitel beschrieben, wobei eine recht hohe Belastung der Frauen deutlich wurde. Wie spiegelt sich die nun in der Selbstbeurteilung der Frauen ? Ich möchte Beispielsweise die Aussagen einiger Frauen darstellen.

Frau Meisel, deren zusammengefaßtes Interview im Anhang dieses Kapitels abgedruckt ist, beklagt sich an keiner Stelle im Interview über ihre sehr schwere körperliche Arbeit. Nur durch längeres Nachfragen von meiner Seite und Hintergrundinformationen, die ich über ihre Arbeit hatte

wird ihre Belastung deutlich. Nicht sie sagt zunächst daß die Arbeit schwer ist, sondern ihr Mann. "...da hat er schon manchmal geschimpft. Ich sage, solange ich das machen kann, mache ich das auch." (Meisel, S. 5) "Ich kann nicht klagen." Sagt sie an anderer Stelle, als ich sie nach der Belastung durch die Arbeit frage (ebd.). Das Rauchen ist allerdings auf dem Hintergrund einer solchen Arbeit für sie sekundär. "Bloß ich weiß nun auch nicht, wie das wäre, wenn keiner nun rauchen tut. Und vielleicht auch so Arbeiten machen muß. - Ich weiß nicht, ob sie da nun mehr aktiver sind, wenn sie von der Arbeit kommen." (ebd.) Natürlich ist Frau Meisel körperlich k.o., wenn sie von der Arbeit kommt, aber sie sucht Entlastungsstrategien dafür, indem sie sich erstmal etwas ausruht; manchmal macht sie auch "ein Schläfchen". Die anderen Kolleginnen scheinen das ähnlich zu machen. "... dann setzen die sich hin und dann entspannen sie. Nicht, daß die dann gleich loslegen, und saubermachen und so. ... erstmal abschalten. Das kann keine Frau, arbeiten und dann gleich..." (Meisel, S. 14) Entsprechend der Arbeit und den frühen Anfangszeiten geht Frau Meisel auch abends relativ früh schlafen. Im Zusammenhang mit einem Magengeschwür redet sie von Streß und Aufregung. Auf meine Nachfrage: "Ja, also den Streß, den habe ich immer. Ich glaube, den hat jeder, der Arbeiter geht, soviel Streß." (Meisel S. 14) Sie beschreibt auch entsprechende Arbeitssituationen, wenn der Chef Druck ausübt, damit die Produkte schneller fertig werden.

M: Wenn sie jetzt viel Arbeit haben, auf einmal kommt der Chef an: Kin bis dann und dann hast du das geschafft, das muß raus. Da sind die dann schon im Streß drin. Dann ist Feierabend und dann kommen sie nach Hause und was haben sie dann noch großartig vom Tag, garnichts mehr. Und wenn wir dann beide zusammen Früh haben, (sie hat immer Frühschicht, der Mannwechselschicht) ... dann geht es los: was essen wir was kochen wir, was machen wir ... (Meisel, S. 14)

Natürlich ist die Arbeit anstrengend, natürlich ist beides zusammen, die Sorge um die Familie und die Berufsar-

beit anstrengend, wenn der Mann sie offensichtlich auch im Haushalt unterstützt; aber diese Belastungen sind normal, sie gehören zum Leben dazu und alle leben unter den gleichen Bedingungen. Denn, befragt nach der Zeit, als sie nicht berufstätig war, sondern sich nur um das Kind und den Haushalt gekümmert hat, sagt sie: "Also, sie werden lachen, mir war das langweilig zuhause." (Meisel, S. 16) Sie hat sich dann nach einer gewissen Zeit wieder Arbeit gesucht. Obwohl Frau Meisel zugesteht, daß ihre Arbeit sehr anstrengend ist, und die Organisation der täglichen Hausarbeit, insbesondere aufgrund der Schichtarbeitszeit ihres Mannes, ebenfalls nicht ohne Anstrengungen zu bewältigen ist, hatte sie insgesamt ein positives Verhältnis zu ihrer Erwerbstätigkeit, aber auch zu ihrer aktuellen Tätigkeit..

Eine ähnliche Einstellung hat Frau Hermann. Die Aussagen über ihre aktuelle Arbeit sind zunächst alle sehr positiv. Sie ist stolz darauf, daß sie ihren Arbeitsplatz trotz starken Personalabbaus in ihrer Firma halten können; ihre Arbeit (Montage von elektrischen Kleingeräten) gefällt ihr und sie fühlt sich im Kollegenkreis gut eingebunden. Jetzt gefällt es ihr besser, als vor zwei Jahren wo sie wegen Schwangerschaft und Geburt nicht berufstätig war. Sie ist jetzt finanziell unabhängig und hat sich auch entsprechende Wohnverhältnisse (eigene Wohnung) schaffen können. An anderer Stelle berichtet sie aber, daß sie, wenn sie von der Arbeit nach Hause komme, nicht mehr viel Geduld mit ihrer Tochter habe und diese dann oft anbrülle. Sie führt dies darauf zurück, daß im Moment sehr viel Hektik in der Firma sei, dadurch, daß neue Maschine eingesetzt würden. Sie sieht dies aber als vorübergehend Streß an. "Aber das legt sich wieder, wenn es auf Arbeit erst mal wieder etwas ruhiger ist." (Hermann, S. 13) Trotzdem fühlt sie sich durch ihre Tochter häufig belastet. Die Tochter provoziert sie häufig, sie sei so dumm (die Tochter hatte einen

kleineren, selbstverschuldeten Unfall, der mit einer leichten Gehirnerschütterung endete) und falle ihr "mit jedem Bißchen auf den Wecker". Auf der anderen Seite konnte ich während des Gesprächs mit Frau Hermann beobachten, daß sie sich sehr intensiv und gut um ihre Tochter kümmerte. Sie erzählte auch über eine ganze Menge Dinge, die sie gemeinsam mit ihrer Tochter unternimmt. Mein Eindruck ist, daß nicht die Organisierung des Alltags als alleinstehende berufstätige Mutter ihre Hauptbelastung ist, vielmehr fühlt sie sich psychisch durch die Forderungen ihrer Tochter, denen sie eigentlich gerne nachkommen möchte, für sie aber - berechtigterweise - nur begrenzte Kapazitäten hat, gefordert. Insgesamt ist sie aber sehr zufrieden mit ihrer jetzigen Lebenssituation, die sie sich aufgebaut hat. Nirgendwo kommt eine Aussage, daß sie sich überfordert fühlt.

Auch Frau Sog, Busfahrerin und lange mit ihren beiden Kindern alleinstehend gewesen, theamtisiert die an sie gestellten Anforderungen, an keiner Stelle als Belastung weder die berufliche Arbeit, obwohl sie auch manchmal mit nach Hause komme, noch die häusliche Arbeit bzw. die Sorge um die Kinder. Selbst die Situation, als sie mit den Kindern alleinstehend war, sei für sie keine Belastung gewesen. Sie hatte eine Frau im Haus, die sich um die Kinder gekümmert habe, wenn sie zum Arbeiten außer Haus war.

I: ... haben sie sich da nicht sehr überlastet gefühlt ?

S: Ach, ich habe das nicht so verbissen gesehen. .. ich habe das den Kindern eben weggeräumt, wenn sie das mal nicht machen wollten, was soll. Ich habe mir gesagt, was soll ich mich erst großartig aufregen. Klar gab es dann auch mal einen Tag, wo ich mir gesagt habe, jetzt reicht, jetzt macht euren Mist alleine. Da wären meine Nerven viel zu sehr aufgerieben, wenn ich mich über jeden Socken geärgert hätte, der darum lag." (Sog, S. 21)

Ihre jetzige Arbeitssituation als Busfahrerin empfindet sie sogar als sehr positiv. Die entsprechend dem Schichtdienst täglich wechselnden Arbeitszeiten und unterschiedlich zu fahrenden Buslinien empfindet sie sogar als sehr angenehm: erstens abwechslungsreich und zweitens habe sie bei dieser Arbeitsorganisation mehr Zeit für ihre Kinder.

Abgesehen von Frau Stephany machen auch die anderen Frauen nur begrenzte Belastungsaussagen. Für Frau Neumann war natürlich die Zeit, als sie mit dem Kleinkind allein stehend war, auch mal etwas schwierig, aber sie hatte auch noch ihre Mutter zur Unterstützung. Wichtig war für Frau Neumann, daß sie doch fast die ganze Zeit der Ehe berufstätig war, trotz der Belastungen manchmal.

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

Frau Lukas, die mit vier kleinen Kindern zwischen fünf und einem Jahr alt alleinstehend ist, die auf eine vor einem Jahr geschiedene Ehe zurückblickt und jetzt von Sozialhilfe lebt, wehrt alle Belastungsaussagen heftig ab. Ihre Strategie ist, daß sie sich gerade dann, wenn der Streß am größten ist, Zeit nimmt, sich hinlegt, etwas liest oder einfach abschaltet.

I: ... fühlen sie sich denn nicht gestreßt ?

L: Eigentlich nicht ! Mir wird zwar von allen Seiten gesagt, daß ich das nicht schaffe, ich habe aber nicht den Eindruck. Ich finde das alles garnicht so nervtötend. (S. 5) ... ich nehme mir einfach die Zeit, hier auch mal einen Vormittag einfach nur rumzusitzen, m e

garnichts zu machen, Kaffee trinken zu gehen. Oder auch mal stundenlang zu telefonieren. (S. 6) ...einfach nur mal eine Pause einlegen. ... einfach dann, wenn es völlig unangebracht ist, wenn man mitten im Streß ist. ... das ist das, was die Nerven am meisten schont, sie einfach dann Zeit zu nehmen, wenn man eigentlich keine hat.
(Lukas, S. 8)

Wenn z.B. ihre Kinder lärmern, setze sie sich einfach im Wohnzimmer und telefoniere oder lese ein Buch oder mach garnichts. Wenn die Kinder dann kämen und etwas von ihnen wollten, sage sie: "Jetzt nicht, jetzt habe ich mich gerade hingesetzt, jetzt will ich sitzenbleiben und jetzt bleibe ich sitzen."
(Lukas, S. 9)

Offen bleibt natürlich, ob die Frauen ihren Alltag wirklich so leicht bewältigen, wie sie es schildern und wie sie es offensichtlich selbst wahrnehmen. Immerhin haben einige Frauen (Frau Pulver und Frau Lukas) doch einen recht schlechten gesundheitlichen Zustand. Aber - sie haben ein Lebens- und Belastungskonzept, in dem sie sich selbst als belastbar verstehen, bzw. in dem die Bewältigung von beruflichen und familiären Anforderungen eine Selbstverständlichkeit ist. Objektive Belastungen sind für diese Frauen kein Grund zur Klagsamkeit. Dies ist wohl auch als Hintergrund dafür anzusehen, daß diese Frauen sehr wenig über Zusammenhänge zwischen Rauchverhalten und Belastungen und Streß berichten: wenn kaum Belastungen thematisiert werden, können auch nicht solche Zusammenhänge hergestellt werden.

Eine Ausnahme sowohl hinsichtlich des Belastungskonzept als auch hinsichtlich der Thematisierung von Rauchverhalten bildet Frau Stephany. Für sie gibt es deutlich Zusammenhänge zwischen vor allem familiären Belastungen (Belastungen durch die Kinder) und ihrem Rauchen. Gene

rell redet sie auch viel über ihre Belastungen, unabhängig vom Rauchen. Im Zusammenhang mit ihrem Selbstbild als Raucherin, bin ich darauf bereits eingegangen.

Im folgenden möchte ich aber noch einmal auf das Rauchen zurückkommen. Alle Frauen dieser Gruppe haben zwar nicht den expliziten Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören, sie haben aber eine Meinung zu diesem Thema.

Haltung zum aufhören/reduzieren

Frau Meisel hat sich schon einmal, aus finanziellen Erwägungen heraus, gemeinsam mit ihrem Mann Gedanken zum aufhören gemacht, obwohl sie eigentlich nie "die große Absicht hatte" aufzuhören. Das finanzielle Problem habe sie dann durch "Selbstgedrehte" und "Billig-Zigaretten" gelöst. Frau Meisel müßte schon "ernstlich krank sein, daß der Arzt sagt: also so nicht, jetzt ist Sense!" (Meisel, S. 3). Bisher hat ihr niemand vom Rauchen abgeraten, darum raucht sie weiter. Frau Hermann kommt in dem Gespräch mit mir zu der Aussage, daß es vielleicht besser wäre aufzuhören. Vielleicht würde sie dadurch ruhiger werden. Aber es wurde schon erwähnt, wenn sie einmal nicht raucht, wird sie noch nervöser. Sie könnte sich als Alternative naschen oder handarbeiten vorstellen, obwohl - naschen tut sie sowieso und auf die mangelnde Geduld beim Handarbeiten wurde ja schon hingewiesen. Sie hat auch schon einmal überlegt, ob sie es in einer Gruppe schaffen würde:

Ich hab mir das schon mal überlegt, aber ob ich das schaffen würde, auch in einer Gruppe, das weiß ich nicht. Ich glaube, da braucht man sehr viel Willenskraft dazu, da muß man auch selber was dafür tun. Und die habe ich garnicht mal. Einesteils möchte ich mir gerne das Rauchen abgewöhnen, aber eigentlich möchte ich es auch nicht.

I: Warum ?

H: Ich weiß es nicht ...? (Hermann, S. 25)

Für Frau Sog ist die Sache klar; sie könnte sofort aufhören, will es aber nicht, um nicht soviel zu essen und dann zuzunehmen. Die entsprechenden Gesprächsstellen wurden bereits zitiert.

Frau Pulver mußte gezwungenermaßen das Zigarettenrauchen drei mal einstellen, jeweils als sie im Krankenhaus lag. Das hatte aber keine Langzeitwirkung. Sie hatte dann wieder so einen " Jieper " nach Zigaretten, daß sie die erste Gelegenheit zu rauchen nutzte.

Und Frau Neumann zum aufhören:

I: ... würden sie denn jetzt gerne aufhören wollen ?

N: Ne, eigentlich nicht ! Eigentlich nicht, so einen richtigen inneren Drang verspüre ich eigentlich nicht, vielleicht kommt mal irgendwas, aber im Moment, weiß ich nicht. (Neumann, S. 13)

Und Frau Stephany argumentiert auf dem Hintergrund ihres Belastungskonzeptes: die Belastungen mit den Kindern seien so stark, daß sie sich diese zusätzliche Belastung mit dem Rauchen aufzuhören, nicht auch noch auferlegen könne.

"Damit möchte ich mich jetzt nicht auch noch belasten, das wäre für mich dann eine Belastung, wenn ich jetzt diese Anstrengung auf mich nehmen würde, das Rauchen sein zu lassen. Weil ich merke, daß in bestimmten Situationen, wenn ich mehr gefordert bin oder im Streß, daß ich dann eher zur Zigarette greife. Und dann noch mehr an mich zu halten und mich noch mehr Griff zu haben, ich glaube, daß ich auch so schon immer sehr kontrolliert bin. Das strengt mich natürlich auch unheimlich an. Insofern meine ich, wäre das für die Gesundheit dann auch gar nicht so dienlich. Weil ich mir dann doch noch mehr Nervenstreß aussetzen würde. Ich kann mir das erst vor

stellen, wenn die Kinder aus dem Größten heraus sind." (Stephany, S. 18)

Zu diesen Aussagen der Frauen ist eigentlich wenig zu sagen: aufhören ist für diese Frauen kein wirklich relevantes Thema, darum haben sie dazu auch nur wenig zu sagen. Weder ein innerer noch äußerer Druck zwingt sie, sich darüber ernsthaft Gedanken zu machen. Gesundheitliche Überlegungen spielen dabei überhaupt keine Rolle.

Rauchen und Gesundheit

Alle Frauen dieser Gruppe wissen mehr oder weniger genau von der Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens. Wenn sie vielleicht auch nicht alle exakt wissen, welche Erkrankungen oder Todesursachen mit dem Rauchen verbunden sein können, so wissen sie doch zumindest, daß Rauchen zu lebensbedrohenden Erkrankungen führen kann. Dieses Wissen bildet jedoch in keiner Weise ein Motiv, mit dem Rauchen aufzuhören. Dazu einige Zitate.

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

I: Aber das Wissen motiviert sie nicht ?

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

Frau Sog ist der Meinung, daß die Leute mit der Angst vor Krankheiten, wie z.B. dem Krebs, "aufgeputscht und aufgepeitscht" werden, sich vielleicht manchmal ihre Krankheiten noch selber einreden. Diese Leute sollten dann doch aufhören zu rauchen. Ein ähnliches Argument bringt auch Frau Meisel an einer Stelle: Die Leute werden "verrückt gemacht" mit der Angst vor Krankheit.

Typisch tauchen auch bei den von uns interviewten Frauen die bekannten discounting-Strategien auf (Überblick siehe auch WETTERER/HELFFERICH 1983). Dies sind Strategien in denen das gesundheitliche Risiko des Rauchens abgewertet wird. Dabei ist eines der wesentlichen Argumente daß andere auch geraucht haben und trotzdem keine entsprechenden Krankheiten bekommen haben. Frau Lukas verknüpft diese Argumentation sogar mit einem generellen Konzept der Krankheitsentstehung.

I.: Und haben Sie sich schon mal darüber Gedanken gemacht, ob das Rauchen Ihrer Gesundheit schaden könnte ?

L.: Ich weiß, daß das Rauchen sehr gesundheitsschädlich ist, bloß andererseits gibt es auch Leute, die ein Raucherbein kriegen oder einen Herzinfarkt, und die ihr Leben lang nie geraucht haben. Ich glaube, daß das mit dem Rauchen selber gar nicht zusammenhängt, nur, wenn man schon die Veranlagung hat zu solchen Krankheiten, dann wird das durch das Rauchen noch gefördert, daß das dann auch zum Ausbruch kommt, und nicht vom Rauchen selbst. Es gibt ja auch viele Raucher, die ein hohes Alter erreichen und trotzdem quietschlebig und gesund sind ... Ich glaube, diese Grenze zwischen die Krankheiten bekommen und die Veranlagung dafür haben, daß die durch das Rauchen schneller aufgehoben wird. ... Daß das Rauchen diese Grenze eben absetzt, aber nicht hervorruft.

Mehrere Frauen sind auch der Meinung, daß man durch die Ernährung und die Umwelt sovielen Giften ausgesetzt sei, daß das Rauchen demgegenüber gar nicht so bedeutsam sei.

Gesundheitlich beeinträchtigt durch das Rauchen sieht sich eigentlich nur eine Frau. Frau Pulver meint, es müsse wohl einen Zusammenhang zwischen ihrer Neigung zu Magengeschwüren sein, denn sonst würden die Ärzte nicht sagen, daß man aufhören oder reduzieren solle. Keine der Frauen äußert sonst Zusammenhänge zu ihrem gesundheitlichen Befinden und dem Rauchen. Frau Meisel streitet allerdings Zusammenhänge zwischen ihrem Magengeschwür und der Lungenentzündung einerseits und dem Rauchen andererseits ab; sie rauchte trotz dieser Erkrankungen weiter. Der Arzt hatte ihr - wie bereits erwähnt - nichts in dieser Richtung gesagt. Auch die Schädlichkeit des Rauchens in der Schwangerschaft bewertete sie recht gering. Sie ist damit allerdings eher eine Ausnahme. Immerhin gesteht sie zu, wie auch Frau Hermann, daß das Rauchen auf die Kon- dition schlage. Die Mehrheit der Frauen dieser Gruppe fühlt sich gesund: "Ick fühl mir pudelwohl." (Hermann, S. 12). Welchen Grund sollte es da geben, sich das Rauchen abzuge- wöhnen? Öffentliche Gesundheitsaufklärung ist in ihren Augen eher "Angst machen" vor Dingen, die den Einzelnen garnicht unbedingt treffen müssen. Das führe dazu, daß sich viele Leute ihre Krankheiten erst einreden.

Für viele Frauen gilt, daß sie schon krank sein müssen, wenn sie einmal nicht rauchen. Dabei meinen sie in diesem Fall mit krank sein: sich so elend fühlen, daß man gar- nicht mehr rauchen kann, daß man im Bett liegen und schlaf-

fen muß. Wichtig zur Einschätzung dessen, wie diese Frauen den Zusammenhang von Gesundheit und Rauchen sehen scheint mir deshalb, den Blick auf ihre Vorstellungen zu Gesundheit generell, also Gesundheit unabhängig von Rauchen zu werfen und zu sehen, was diese Frauen denn für ihre Gesundheit tun.

Konzepte von Gesundheit, Krankheit und gesunder Lebensweise

Im folgenden werden die Interviews unter folgenden Fragestellungen ausgewertet:

Was tun die Frauen für ihre Gesundheit ? Was würden sie gerne tun ? Was tun sie, wenn sie sich einmal etwas gönnen wollen ? Lassen Beruf und Familie ihnen Zeit und Spielräume, etwas für sich selbst zu tun ?

Wie sehen Frauen ihren gesundheitlichen Zustand ? Sehen sie Zusammenhänge zwischen ihrer gesundheitlichen Lage und der beruflichen und familiären Situation ?

Welche Bedeutung, welchen Stellenwert hat Gesundheit für die Frauen ? Äußern die Frauen spontan Vorstellungen über Gesundheit ? Wie sind diese gegenüber einem Krankheitskonzept abgegrenzt ?

Was tun die Frauen für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden ?

Alle Frauen wurden danach gefragt, ob sie gezielt etwas für ihre Gesundheit tun. Dabei ergibt sich eigentlich ein klares Bild, daß ich mit Zitaten belegen werde.

1. Frauen tun sehr wenig für ihre Gesundheit.

2. Unter "etwas für die Gesundheit tun" verstehen die Frauen an erster Stelle Dinge, die mit Bewegung zu tun haben, vor allem: spazieren gehen, Sport, Fahrrad fahren, schwimmen etc.
3. Hausarbeit und die Arbeit mit den Kindern wird häufig auch im Zusammenhang mit Gesundheit genannt, weil es eine Arbeit mit viel körperlicher Bewegung ist.
4. Als Grund für das geringe Gesundheitsverhalten wird Zeitmangel angegeben, aber dann auch die mangelnde Lust und Energie dafür.
5. Ernährungsverhalten als gesunde Lebensweise wird erst auf Nachfrage von mir thematisiert.
6. Offensichtlich wird eine Reihe von Dingen getan, die objektiv gut für die Gesundheit sind, aber primär zum Vergnügen gemacht werden.

Dazu nun einige Zitate

S: wir sporten hier zuhause, beim Fenster putzen oder beim staubsauge
.... wir haben uns zwar Fahrräder gekauft, aber da ist sehr wenig (Zeit
kaum, ... wir haben manchmal auch garnicht so die Lust! (Sog, S. 8

Frau Sog beschreibt den täglichen Ablauf, der wenig Zeit für sportliche Aktivitäten läßt. Manchmal fährt die Familie am Wochenende zu dem weiter entfernt gelegenen Wohnwagen, wo sie sich allerdings auch nicht zu mehr sportlichen Aktivitäten aufrafft.

In die gleiche Richtung argumentieren Frau Meisel, Frau Hermann und Frau Pulver: in der Woche lassen Arbeit und Familie keine Zeit für sportliche Aktivitäten und es fehl

dann auch die Lust: "Wenn sie dann von der Arbeit kommen, dann müssen sie auch zuhause noch was machen, da haben sie dann nacher auch keine Lust mehr. Da sagen sie dann, jetzt ist Sense." (Meisel, S. 8)
Frau Meisel hatte als Jugendliche Fußball gespielt und würde gern wieder etwas machen, wenn sie Zeit dazu hätte.
Frau Pulver leidet stark unter Kreislaufstörungen und sollte sich eigentlich körperlich aktivieren, aber:

P: ... normalerweise soll ich ja sehr viel schwimmen gehen, daß ist mir nicht möglich, wegen der Kinder. Ich soll schwimmen, ich soll Gymnastik machen, ich soll Dauerlauf machen, da frage ich mich bloß, wie ich das machen soll, mit den Kindern? ... Ich kann ja nicht meinem Vater verlangen, daß der hier auf meine Tochter aufpaßt, daß der sich hinstellen tut und die Kleine trocken macht und alles.
(Pulver, S. 7)

Frau Pulver ist mit zwei Kindern alleinstehend und nicht berufstätig.

Frau Lukas antwortet auf meine Frage klar und ohne irgendwelche Entschuldigungen:

L: Ne! Ich habe mich schon in der Schule mit Erfolg um irgendwelche sportlichen Aktivitäten gedrückt. (Lukas, S. 13)

Aktiv in gesundheitlicher Hinsicht ist als einzige Frau Neumann, die durch ihren Arbeitsplatz in einer Beratungsstelle allerdings auch am Arbeitsplatz unmittelbar Zugang dazu hat: Yoga, autogenes Training, aber auch Bowling, Fahrrad fahren, " .. dann noch die Hausarbeit" und im Urlaub viel spazieren gehen, sind doch eine große Zahl von Aktivitäten.

Frau Stephany formuliert das Konzept von Gesundheit und Sportlichkeit, daß ja eigentlich alle Frauen als implizites Gesundheitsmodell im Kopf haben.

S: ... man sieht ja irgendwo Sportlichkeit heute mit fit sein, mit schlanker sein, so auf viele Dinge bezogen - ich fand es damals auch attraktiv schlanker zu sein und ein bißchen mehr Puste zu haben, wo ich also jetzt wirklich sagen muß, ich hab zwar genug Bewegung mit den Kindern, draußen im Garten und so und mache sonst im Grunde genommen für meine Gesundheit nichts weiter. (Stephany, S. 13)

Nach Eßgewohnheiten der Frauen mußte in der Regel direkt nachgefragt werden, wobei fraglich ist, ob durch das Abfragen und die darauf erfolgten Antworten wirklich ein realistisches Bild der Eßgewohnheiten zu gewinnen ist. Und trotzdem: die Eßgewohnheiten der meisten Frauen dieser Gruppe scheinen sehr schlecht zu sein. Häufig wird erst am Arbeitsplatz zum ersten Mal gefrühstückt; ein richtiges Frühstück zuhause, vor der Arbeit gibt es kaum - was verständlich ist, wenn die Frauen morgens um fünf Uhr oder sogar um vier Uhr aufstehen müssen. Zwei Frauen scheinen extrem ungesund zu leben; sie kochen zwar für die Kinder, nicht selten nur aus der Büchse, essen selbst aber fast nie eine warme Mahlzeit. Auf dem Hintergrund des engen finanziellen Spielraums, den besonders die von Sozialhilfe lebenden Frauen haben, ist dies vielleicht auch nicht allzu verwunderlich. Auf Frau Sog, die statt dessen lieber Süßigkeiten isst, sind wir schon an anderer Stelle eingegangen. Wie gesund sich nun die anderen Frauen wirklich ernähren, die immerhin davon berichten, daß sie sich ab und zu mal etwas warmes kochen, ist nicht zu sagen. Ein Teil der berufstätigen Frauen hat immerhin die Möglichkeit, in Kantinen zu essen. Ob eine Frau für sich allein jeden Abend wirklich noch etwas kocht, möchte ich in Frage stellen. Auf die Qualität des Essens gehen nur zwei Frauen ein, die betonen, daß bei ihnen sehr viel Obst und Gemüse gegessen wird.

Daß das Essen eine besondere Bedeutung im Leben der Frauen hat, wird bei Frau Sog und ihrem Bedürfnis nach

Süßigkeiten deutlich, als auch bei Frau Stephany. Frau Stephany ißt sehr gern und nascht auch sehr gern, hat aber nicht unter Übergewicht zu leiden. Für sie ist Essen Nervennahrung.

ST: ... ich esse also deshalb auch ganz gerne, weil ich merke, daß ich dadurch mehr Kraft habe, Nervenkraft alleine. Wenn ich hungern würde dann wäre ich noch zappeliger und nervöser. (Stephany, S. 17)

Ich vermute, daß mit diesen Antworten auf die Frage nach gesunden Lebensweisen, öffentliche, medial vermittelte Konzepte von Gesundheitsverhalten wiedergespiegelt werden wobei körperliche Bewegung dabei den größten Stellenwert hat. Meine Vermutung ist weiterhin, daß viele der Dinge die die Frauen tun, wie: Fahrrad fahren, spazieren gehen etc. nicht primär unter dem Aspekt, etwas für die Gesundheit zu tun, sondern etwas zum eigenen Vergnügen zu tun gemacht werden. Aber: sehr ausgeprägt scheint die Bewegungslust - außer bei Frau Neumann - bei keiner der Frauen zu sein.

Das die Antworten auf meine Frage nach dem Gesundheitsverhalten aufgesetzt sind, vielleicht eher aus dem Gefühl entstanden sind, in einem gesundheitsbezogenen Interview nicht ganz als "Gesundheitsmuffel" dazustehen, wird deutlich, wenn ich die Frauen frage, was sie denn tun, wenn sie sich etwas gönnen wollen oder was sie gerne tun würden. Ich nehme in der Auswertung hier auch solche Aspekte dazu, wo Frauen unabhängig von dieser Frage über Situationen und Handlungsweisen berichtet haben, wo sie etwas für sich selbst tun. D.h. die Belastungskonzepte und Aussagen über Bewältigungsstrategien sind mit zu berücksichtigen. All diese Situationen haben dann mit den öffentlichen, medial vermittelten Konzepten eines aktiven Gesundheitsverständnisses nicht mehr soviel zu tun. Im

Gegenteil: ausruhen, entspannen, nichts tun, mal bummeln gehen, ist das, was Frauen gerne tun oder verstärkt machen möchten.

Für Frau Lukas, Frau Pulver, Frau Meisel und Frau Hermann wurde schon im Abschnitt über Belastungskonzepte geschrieben, wie diese Frauen versuchen, als Entlastungsstrategie gegenüber beruflichen und familiären Anforderungen Phasen der Entspannung, wo sie auch nicht von den Kindern gestört werden dürfen, zu finden. Häufig gehört die Zigarette zu diesen Situationen dazu. Ist es eigentlich den Frauen zu verdenken, die ja teilweise eine recht hohe körperliche Belastung im Berufsleben haben, die durch die Organisierung von Berufs- und Familienarbeit ebenfalls stark belastet sind, die von ihren Kindern beansprucht werden, daß sie dann wenigstens punktuell einmal etwas mehr Ruhe und Entspannung haben möchten? Ist es eigentlich sinnvoll für diese Frauen, sich durch einen wie auch immer gearteten Zwang zur Gesundheit noch mehr unter Druck zu setzen? Obwohl die Frauen sich nicht beklagen, denke ich mir, sind sie doch oft froh, wenn sie einmal eine halbe Stunde für sich selbst und die Möglichkeit zur Entspannung herauschlagen können.

Weitergehende Bedürfnisse äußern Frau Sog und Frau Neumann. Frau Neumann spielt mit ihrem Mann häufig Schach, liest auch gern und hätte gern auch in der Woche mehr Zeit, etwas zu unternehmen, z.B. mal ins Theater oder mal in die Kneipe zu gehen. Auch Frau Sog würde gern mehr lesen oder auch einmal Schach spielen, aber leider hat sie nicht wie Frau Neumann einen Partner, der dann damitmacht. Im Gegenteil sie beschwert sich sogar über ih

I.: Haben Sie denn sonst irgendwelche Hobbys?

S.: Ach ja, Wäsche waschen, bügeln, das sind meine Hobbys! - Nee, eigent-

lich nicht, wa? Meine Hobbys, na ja, die interessieren ihn nicht, was mich mal entspannen würde, so einen schönen Schachpartner zu haben, aber da kriege ich ihn einfach nicht ran. Das habe ich auch schon mal eine Zeitlang alleine gespielt, aber er quatscht dann immer dazwischen. Oder lesen oder so, aber da quatscht er auch immer dazwischen, "Kannste nicht woanders lesen?" Aber ansonsten, nee, eigentlich nicht.

I.: Da kommt man in der Familie nicht dazu?

S.: Nee, das ist schwer, entweder stiehlt man sich die Zeit und läßt der Mann da alleine sitzen und legt sich ins Bett und liest da. Aber ansonsten kommt man eigentlich schwer dazu. "Ach, mußst du dern da hinten sitzen?" (Sog, S. 10)

Krankheit und Gesundheit

Die Frauen dieser Gruppe unterscheiden sich stark hinsichtlich des gesundheitlichen Zustandes und vor allem in der Bewertung ihrer gesundheitlichen Lage.

Frau Sog, Frau Neumann, Frau Meisel, Frau Hermann und Frau Lukas bezeichnen sich als gesund oder zumindest selten krank. Als ernsthaftere Erkrankungen tauchen hier auf: Magengeschwür, Lungen-entzündung, Magenschleimhautentzündung, "Unterleibsgeschichten", vorübergehende rheumatische Entzündung. Dabei werden Zusammenhänge zwischen Streß und Magengeschwür zugestanden, da der Arzt daraufhingewiesen hat. Erkältungen u.ä. kamen nach Aussage der Frauen in der letzten Zeit sehr selten vor, sie gelten auch eigentlich nicht als ernstzunehmende Erkrankung. Wegen Erkältungen geht man auch nicht unbedingt gleich zum Arzt. In einem solchen Falle werden den Kindern ersteinmal Hausmittel verabreicht (z.B. Zwiebelsaft). Frau S selbst legt sich vielleicht ein paar Stunden hin, aber auf keinen Fall

mehrere Tage; frei zugängliche Medikamente, wie Schmerztabletten oder Reste von früheren Medikamenten werden unter Umständen eingenommen. Längeres krank-sein können die Frauen sich in der Regel aufgrund ihrer beruflichen und familiären Situation nicht leisten. Trotz Erkältung würden sie weiter arbeiten gehen, außer "wenn sie nicht mehr können". Verschleppte Erkältungen oder Verschleppung anderer Beeinträchtigungen (z.B. eine Unterleibs"geschichte") und daraus resultierende gravierende Erkrankungen (Lungenentzündung, rheumatische Entzündung, Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthalts) sind keine Seltenheit.

Das Leben und dementsprechend die Gespräche mit Frau Pulver und Frau Stephany drehen sich sehr stark um das Thema Krankheit. Frau Pulver kommt immer wieder auf ihre gravierenden Kreislaufstörungen, ihre Ohnmachtsanfälle, negative Erfahrungen mit medizinischen Institutionen, Erkrankungen der Kinder, etc. zurück. Frau Stephany, die in ihrer Geschichte eine ganze Latte von Erkrankungen aufzuweisen hat: angefangen von einer Eileiterzyste bis zu Migräne und funktionellen Herzstörungen, stellt eher den Zusammenhang ihrer subjektiv empfundenen Belastungen durch die Familie und die daraus resultierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen in den Vordergrund.

Krank ist Frau, wenn sie "nicht mehr kann" und sich ins Bett legen muß, gar ins Krankenhaus gehen muß. Das gilt wohl für alle Frauen dieser Gruppe. Frau Stephany drückt das so aus:

I.: Was heißt denn für Dich eigentlich krank sein?

St.: Daß man sich wirklich so ganz schlecht fühlt, daß man nicht mehr in der Lage ist aufzustehen. Das ist für mich dann krank. Das ist mir voriges Jahr passiert, aber nur 2 Tage, wo ich diese irre Migräne

hatte. Da war ich nicht mehr in der Lage, die Kinder zu versorgen. Ich habe dann meine Eltern gebeten zu kommen und meinen Mann von der Arbeit herbeordert. Ich habe mich dann ins Bett verkrochen und habe mich zwei Tage lang mit Tabletten ins Bett gelegt, damit erst mal die Schmerzen wegingen. Das war eigentlich alles, das ich mich erinnern kann, mich ins Bett gelegt zu haben. Da war mein Bedürfnis mit dem Rauchen auch gleich Null, da waren die Schmerzen dann auch größer als das Bedürfnis zu rauchen. (Stephany, S. 16 f.)

Bei Frau Meisel müßte eine Beeinträchtigung schon so sein, daß sie sagt "kann ich nicht", dann würde sie vielleicht nicht arbeiten gehen. Wann aber der Punkt erreicht ist, wo Frau sagt "kann ich nicht" mußte bei unseren Gesprächen offen bleiben und ist sicher auch von Frau zu Frau sehr unterschiedlich.

Wichtig ist für die Frauen die Haltung, die jemand gegenüber der eigenen Krankheit oder Beeinträchtigung hat. Die meisten fühlen sich ja im Prinzip nicht krank und sind der Meinung, daß andere sich viel eher gehen lassen oder sich sogar Krankheiten einreden lassen und darum auch eher krank sind. Dazu einige Belege.

Frau Sog meint, als Begründung für ihre eigene Gesundheit und in Abgrenzung zu ihrem Mann bzw. männlichen Kollegen: "... vielleicht lassen sich die Männer da auch immer etwas mehr gehen als die Frauen, das kann natürlich sein." (Sog, S. 6) Wir haben ja auch schon an anderer Stelle von ihr gehört, daß sie der Meinung ist, daß mit der Angst z.B. vor dem Krebs, die Leute nur "aufgepeitscht und aufgeputscht" würden.

Und Frau Meisel zu dem Thema:

M.: Ja, dann müßte ich schon etwas ernsthaftes haben. (z.B. ihr Magengeschwür) ... Da wurde ich dann gleich krankgeschrieben. Aber sonst daß ich dann so hingehere und sage ...

I.: Und wenn Sie mal eine Erkältung haben ?

M.: Och, das bißchen, nee! da muß schon wirklich ganz ernstlich was sein daß ich dann wirklich sage, also nee, halte ich nicht aus, ich muß hin. So wie das manche machen, mein Gott, die picken sich mal in den Finger und dann gehen sie gleich hin. (Meisel, S. 11)

Z.B., mache ihr Sohn immer gleich einen Elefanten aus ei-
einer Mücke , wenn er krank sei. Außerdem:

M.: ... bloß, wenn sie dann nun bloß laufend zum Arzt hinrennen sollen,
das bringt doch auch nichts, der verschreibt ihnen auch bloß was
... (Meisel, S. 13)

Also: manche stellen sich an und übertreiben gleich.
Wenn sie dann zum ARzt gehen, bringt das auch nicht viel
- nur ein paar Medikamente werden verschrieben. Inte-
ressant wäre wirklich zu wissen, was Frau Meisel vom
Arzt außerdem erwarten würde.

Das man sich Krankheiten häufig nur durch die Angst da-
vor einredet, ist Frau Lukas Meinung. Ich möchte ihre
Krankheitskonzeption hier ausführlich zitieren, da sie
sehr viel und sehr gern etwas zu dem Thema gesagt hat.
Ihre historische Argumentation mag zwar nicht stichhaltig
sein, aber sie wird hier nur als Beispiel für ihre 'Theo-
rie' gebracht und muß m.E. erst einmal als solches ak-
zeptiert werden. Es ist auch zu berücksichtigen, daß
Frau Lukas keine qualifizierte Schul- und Berufsausbil-
dung hat; sie ist jetzt mit ihren vier Kindern allein-
stehend und lebt von Sozialhilfe.

L.: Und außerdem bin ich der Meinung, daß man viele Krankheiten - nicht
sich einreden - aber, sich selber dazu bringen kann, Krankheiten zu
bekommen. Das ist eigentlich immer schon so gewesen, zum Beispiel wenn
ich früher ans Mittelalter dachte, wieviele Leute haben da - Schwes-

tern oder Ärzte oder so - haben da zum Beispiel die Pestkranken behandelt und rausgetragen, waren ständig mit denen in Berührung und sind nicht krank geworden, einfach weil sie keine Angst davor hatten. Sie haben gar nicht damit gerechnet, daß sie auch angesteckt werden, das war einfach "Nee, ist nicht!" Und denn ist es nicht. Und jemand, der Angst hat für irgendwelche Krankheiten - es gibt erwachsene Leute die kriegen Windpocken und Masern und werden daran schwer krank - einfach nur weil sie Angst haben, wenn ihr Kind eine einfache Kinderkrankheit hat, die heute ja harmlos ist. Die haben einfach Angst, sich anzustecken und die stecken sich auch an. Genauso Leute, die Angst vor Unfällen haben, denen passiert auch laufend etwas. ... Und ich glaube auch, die ganze Krebskampagne - Krebs hat's früher auch schon gegeben, durch diese ganze Panikmache haben die Leute Angst davor, Krebs zu bekommen und forcieren damit die Aufnahmefähigkeit des Körpers, blockieren ihre eigenen Abwehrkräfte. Solche Ausmaße hat das vorher auch nicht gehabt, bis man so ein Theater darum gemacht hat, daß jeder zweite oder dritte Krebs Symptome gehabt hat. Das ist einfach nur diese Angst davor, man könnte ja eventuell Krebs haben, das man das dann auch kriegt. Und so ist das mit anderen Krankheiten auch ... Ich glaube, daß die Angst die körpereigene Abwehrfähigkeit blockiert. Wer keine Angst davor hat und sich nicht ständig damit beschäftigt, dem passiert so was auch nicht.

- I.: Dann wäre ja die beste Art zu verhindern, daß man Krankheiten kriegt, daß man möglichst wenig davon spricht und viel gute Laune hat?
- L.: Möglichst viel gute Laune haben, ja, möglichst wenig davon sprechen, nein; aus dem einfachen Grund, nicht davon zu sprechen, heißt ja nicht keine Angst davor zu haben. Ich glaube überhaupt in unserer Medizin, die ist so technisiert und von Medikamenten abhängig, das - früher waren die Leute nicht soviel krank und das lag nicht nur daran, daß sie viel an der frischen Luft waren, sondern das lag auch daran, daß sie keine Angst hatten vor den Krankheiten. Die haben einfach da keine Zeit dafür gehabt, jeden Augenblick damit zu rechnen, daß sie krank werden. Es gab bestimmt früher auch Leute, die genau soviel zu tun hatten, zum Beispiel die Manager-Krankheit, die früher, die hatten ge

nau soviel zu tun, die hatten aber gar kein Interesse daran, sich da soviel Gedanken zu machen. (Lukas, S. 24 f.)

Einen Zusammenhang zu Belastungen sieht Frau Lukas an dieser Stelle vermittelt, insoweit, wie man heute zuviel über die Belastungen nachdenkt und dann krank wird. Allerdings ist ihre Haltung nicht ganz so rigide, wie sie sie hier dargestellt hat. Sie gesteht an einer Stelle zuvor doch ein, daß sie unter größeren Belastungen auch gesundheitlich beeinträchtigt ist.

L.: ... Und vor allem von den äußeren Umständen, es kommt doch auch immer darauf an, was von außen an einen herangetragen wird, man kann ja nicht alles selber beeinflussen, es hängt ja nicht alles mit der eigenen körperlichen Verfassung zusammen, ob man so oder so reagiert, es kommt ja darauf an, was von draußen auf einen zukommt. Wenn ich jetzt einen Schicksalsschlag nach dem anderen habe, dann bin ich mehr getroffen als wenn alles so ganz ruhig, Frieden, Freude, Eierkuchen - es hängt ja nicht mehr von mir ab. ... So war zum Beispiel bei mir das letzte Jahr mit sehr viel Aufregung, aber das Jahr davor war ziemlich ruhig und dieses Jahr ist auch wieder ganz ruhig. ... Im letzten Jahr, da hatte ich also viel mehr Ärger, da hatte ich auch viel mehr Beschwerden als wenn ich jetzt, wo alles in Ordnung ist, da habe ich auch nicht soviel Beschwerden. Der Körper reagiert ja auch auf Aufregung und Ärger und Schicksalsschläge und Krankheiten und was weiß ich. (Lukas, S. 20)

Natürlich klingt die Meinung von Frau Lukas zunächst sehr radikal: die Menschen reden sich ihre Krankheiten erst so richtig ein. Aber vielleicht drückt sie doch nur etwas sehr radikal aus, was ein Großteil dieser Frauen in ähnlicher Weise empfindet. Was bedeutet denn die Aussage von Frau Hermann anderes, wenn sie auf meine Frage, ob sie in den Zeitungen mal etwas über Gesundheit lese - sie interpretiert wohl Krankheit - sagt:

H: Trau ich mir garnicht zu lesen, da stehen immer nur so schreckliche Sachen drin. Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß! Das sage ich mir immer. (Hermann, S. 16)

Krankheit scheint für die meisten Frauen dieser Gruppe ein Thema zu sein, mit dem sie sich nur im äußersten Notfall beschäftigen möchten - wenn wirklich gravierende körperliche Erkrankungen zutage getreten sind. Ein Zusammenhang von körperlicher Belastung und körperlichen Beschwerden wird auch zugestanden: bei Frau Meisel ist es zum Beispiel Muskelkater; Frau Hermann fühlt sich nach der Arbeit körperlich öfter zerschlagen und erschöpft; sie hat auch manchmal Kopfschmerzen - aber all das gilt wohl nicht als krank. Obwohl wir auf den Aspekt: physische vs. psychische Erkrankungen in unseren Interviews kaum eingehen konnten, scheinen doch gerade für die Frauen, die sich als nicht krank bezeichnen, Krankheiten stark auf den Körper bezogen zu sein. Streß und Krankheit (Magengeschwür) wird thematisiert; psychische Beeinträchtigungen zum Teil sogar körperlich lokalisiert.

So berichtet Frau Hermann zum Beispiel von seelischen Schmerzen, die sie im Krankenhaus hatte, und von denen sie meint, daß sie deswegen zustande gekommen seien, weil sie allein in einem Zimmer gelegen habe. Die seelischen Schmerzen saßen in der Milz und sie mußte auch immer grundlos weinen. Sie ist aber interessiert an psychosozialen Problemen; als es Schwierigkeiten mit ihrer Tochter gab, hatte sie doch einmal die Rubrik Lebenshilfe in der Zeitschrift mit viel Interesse gelesen.

Frau Lukas grenzt funktionelle Störungen explizit aus ihrem Krankheitskonzept aus. Als ich ihr den Befindensbogen vorlege, sagt sie: "Herzbeschwerden, das kann ich eigentlich garnicht anstreichen, das ist ja nicht in dem Sinne richtig als Krankheit" (Lukas, S. 22) Sie sagt dies, obwohl sie öfter einmal

unter psychischem Streß aber auch unter Hitze, Herzanfällen mit Schweißausbrüchen und Beklemmungs- und Angstzustand bekommt. Aber diese, wenn auch manifesten gesundheitliche Beeinträchtigungen werden hingenommen, denn sie existieren schon seit der Kindheit und Frau hatte sich wohl schon daran gewöhnt. (s.a. Pulver)

Interessant ist aber die Einstellung dazu, wie diese Beschwerden durch Medikamente heilbar sind. Frau Lukas nimmt wegen ihrer Herzbeschwerden gar keine Medikamente: "Wegen dem bißchen Aufregung, das nehme ich also nur, wenn es hart auf hart kommt." (Lukas, S. 22)

Und Frau Pulver sagt bezüglich ihrer Nervosität:

P: ...Mein Gott, ich, daß muß anders gehen, ich bin ohne Medikamente so nervös geworden, ich muß auch ohne Medikamente wieder - das wieder wegstreichen. Das geht doch nicht, ... Man muß eben ruhiger werden. Der Arzt hat ja gesagt, daß einzige was man haben muß, daß man eben einen braucht, mit dem man sich sehr viel unterhalten kann. Das würde dann schon sehr viel helfen. (Pulver, S. 12)

Frau Pulvers Meinung bezüglich ihrer Nervosität und der Behandlung ist also sicher nicht ganz unabhängig vom Arzt entstanden. Aber für sie ist das ebenfalls keine Beeinträchtigung, die eindeutig dem Bereich Krankheit zuzuordnen wäre. Eine Freundin hatte ihr sogar einmal den Besuch eines Psychiaters empfohlen, aber das wollte sie nicht, denn der verschreibe auch nur Medikamente.

Generell berichten die Frauen, daß sie eigentlich nicht viel Medikamente nehmen, und äußern sich auch eher distanziert gegenüber dem Medikamentengebrauch.

Nach dem nun schon die meisten Frauen zum Ausdruck gebracht haben, daß:

- nur ernsthafte, in der Regel schwere organische Erkrankungen zu behandeln und zu beachten sind.

- alles andere im "Zwischenfeld" von Gesundheit und Krankheit eigentlich nicht therapiebedürftig bzw. erwähnenswert ist,

wollen wir sehen, welche Vorstellungen von Gesundheit und Gesund-sein die Frauen haben. Es wurde ja schon gezeigt, das diese Frauen wenig für den Erhalt für ihre Gesundheit tun und das sie auch wenig im Krankheitsfall tun. Wie bewerten sie denn nun also Gesundheit, was bedeutet Gesundheit für sie? Folgende explizite Aussagen werden von den Frauen in den Gesprächen dazu gemacht.

Frau Sog

I.: Nach dem Gesundheitsbogen sind sie ganz gesund. Fühlen sie sich eigentlich auch so?

S.: Ja, eigentlich ja! Manchmal ärgere ich mich darüber! (lacht)

I.: Warum?

S.: Na, da könnte man ja darn öfter krank machen, aber das klappt einfach nicht. Ich kann ich nicht dahin gehen und darn einen auf leidend machen, das geht nicht (Sog, S. 7)

Frau Hermann

I.: Ja, und mit der Gesundheit, ist das denn etwas, worüber sie öfter nachdenken?

H.: Nee, eigentlich nicht! Ick fühl mir immer wohl. (Hermann, S. 17)

...

I.: Und sie sind gesund, ohne das sie groß was dafür tun müssen?

H.: Ja, ich kann eigentlich nicht klagen. (Hermann, S. 20)

Frau Lukas

I.: Zur Gesundheit wollte ich noch etwas fragen. Meinen Sie denn, daß Gesundheit etwas ist, was man hat oder was man nicht hat, oder muß man etwas für seine Gesundheit tun?

L.: Kommt drauf an, ich meine, wenn man das Gefühl hat, gesund zu sein, daß man dann nicht unbedingt was dafür tun muß. Wenn man aber weiß, daß man Beschwerden hat, für die man was tun kann, daß man auch entsprechend essen aber wenn man nichts am Magen hat, dann braucht man auch da nicht besonders Rücksicht nehmen.

I.: Und wie ist das für Sie?

L.: Wie gesagt, für meine Gesundheit tue ich eigentlich nichts besonderes

I.: Und Sie meinen, daß das auch nicht nötig ist?

L.: Nee, ich fühl mich gesund und ich fühl mich wohl dabei.

I.: Trotz Atemnot und Kreislaufstörungen?

L.: Ja, wie gesagt, das hängt ja von Aufregung und von Hitze ab. Da ich ja nun nicht dauernd umwerfende Aufregungen habe. ... (Lukas, S. 23)

Frau Stephany

I.: Und was ist dann gesund sein? Für Dich? Ist das überhaupt etwas, das man hat, wofür man was tun muß?

S.: Ja, im Grunde genommen, wenn ich jetzt darüber nachdenke, ist die Gesundheit, die man beibehalten kann oder auch erlangen kann, daß man eben geregelter lebt, oder auch einfach gesünder lebt. Aber ich denke da wirklich nur drüber nach, wenn mal mein Herz piekt oder wenn mir

mal wirklich etwas doll weh tut, daß ich dann an mich auch mal denke oder an meine Gesundheit. Und das heißt für mich dann auch vernünftig essen zum Beispiel, ich esse auch sehr gerne, ich nasche gerne und esse auch gut und trinke auch gerne mal einen Cognac. Und ich rauche nun. Das sind ja denn die Dinge, die mir in Erinnerung kommen, und wo ich sage, man müßte weniger essen, man müßte das Rauchen auch lassen und Sport treiben, sich mehr bewegen, mehr an die Luft, rausgehen. Aber ich denke darüber selten nach. (Stephany, S. 17)

Da Gesundheit und Konzepte von Gesundheit nicht thematischer Schwerpunkt unserer Untersuchung waren, sind die Fragen und Aussagen dazu natürlich nicht sehr systematisch. In anderen Gesprächen war es gar nicht möglich, explizit auf dieses Thema einzugehen. Trotzdem werden in den Aussagen einige Punkte deutlich.

1. Über Gesundheit denken die Frauen nur nach, wenn sie sie nicht mehr haben. Solange sie sich gesund fühlen, brauchen sie auch nicht darüber nachzudenken. Erst wenn man gesundheitliche Beeinträchtigungen hat - im Sinne des zuvor beschriebenen Krankheitskonzeptes - wird es notwendig, sich darüber Gedanken zu machen.
2. Solange Frau sich gesund fühlt, braucht sie auch nicht für die Gesundheit zu tun.
3. Nur Frau Stephany äußert direkt ein Konzept von Gesundheit und Gesundheitsverhalten, in dem, im bekannten Sinne, Gesundheitsverhaltensweisen als wünschenswert dargestellt werden, wenn diese auch nicht realisiert werden. Faktisch hat wohl auch Frau Neumann ein solches Konzept, denn sie lebt ja sehr gesund.

Während Frau Pulver aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes überhaupt ganz auf Krankheit orientiert ist, gelten für alle anderen Frauen die ersten beiden

Punkte. Ich glaube, diese Aussage ist auf dem Hintergrund der geringen Bedeutung, die die Frauen dem Gesundheitsverhalten beimessen, aufrecht zu erhalten. Weitergehende Interpretationen scheinen mir aufgrund des Materials nicht gerechtfertigt.

Zusammenfassung der Ergebnisse

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 Rauchbiographie 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 eine Frau es sich gemütlich macht und sich entspannt. Negative Seiten am Rauchen sehen die Frauen kaum. Als unangenehm wird von manchen der Geruch von kaltem Rauch in der Wohnung, in der Kleidung und in den Haaren empfunden, wobei eine Frau darauf hinweist, daß eine rauchende Frau sich deshalb besonders pflegen müsse.

Zwei Frauen machen auf zwei spezifische Seiten aufmerksam, die für sie mit dem Rauchen verbunden sind und die über unsere Untersuchungsgruppe hinausgehend - sicher für zahlreiche andere Frauen ebenfalls bedeutsam sind. Für eine Frau ist rauchen Ersatz für Essen. Sie bezeichnet sich selbst als eine "leidenschaftliche Nascherin". Süßigkeiten sind ihre Sucht. Das hat natürlich Konsequenzen für ihr Gewicht. Damit sie ihre "Naschsucht" etwas beherrscht, raucht sie. Mit dem Rauchen könnte sie sofort aufhören, aber nicht mit dem Naschen. Diese Frau macht eine Problematik deutlich, die sicher für viele Frauen

ein Grund ist, nicht mit dem Rauchen aufzuhören. Die Befürchtung, mehr zu essen, zuzunehmen und dann an äußerer Attraktivität zu verlieren, ist ein gravierender Hinderungsgrund, das Rauchen aufzugeben.

Frau Stephany führt einen weiteren Grund an, warum sie weiter raucht und was die Zigarette für sie symbolisiert. Wenn sie zur Zigarette greift, sich mit der Zigarette einmal von den Kindern zurückzieht, verbindet sie damit ein Gefühl von Freiheit und Unabhängigkeit; - eine Unabhängigkeit, die sie in ihrer jetzigen familiären Situation nach ihrem Gefühl nicht hat. Ich meine nicht, daß die Zigarette unbedingt nur diesen Aspekt der Unabhängigkeit für die Frau zum Ausdruck bringen muß; aber dieses Beispiel macht m.E. deutlich, daß Frauen mit der Zigarette bestimmte Bilder von sich selbst, wie sie gern sein möchten und was ihnen vielleicht fehlt, verbinden. Dabei sind diese Bilder historisch gewachsene und kulturell vorgegebene Bilder. Sie müssen nicht unbedingt explizit im Bewußtsein der jeweils rauchenden Frau repräsentiert sein. Darum thematisieren die Frauen diese Selbstbilder auch nicht spontan in den Interviews. Es sind aber Bilder, die sicher am Anfang der Rauchbiographie einen nicht unerheblichen und den damals rauchenden Jugendlichen auch bewußteren Stellenwert hatten. These ist, daß - wenn solche Vorstellungen im Bewußtsein der erwachsenen rauchenden Frauen jetzt auch verschüttet sind - sie doch auch heute noch mit dem Rauchen verknüpft sind. Die Zigarette beinhaltet damit auch einen Aspekt frauen- und kulturspezifischer Symbolbedeutung. Wie diese Frauenspezifika aus welchem Variationspektrum eventuell auch darin verborgen ist, also welche vielleicht auch unterschiedlichen Bilder von Frau-sein darin stecken, dieser Frage müßte weiter nachgegangen werden.

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 alle 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 beschreiben, 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. Ob auch hier eine innere Anspannung mit der Zigarette überspielt wird, bleibt offen und wäre sie mehrpsychologisch ausgerichteten Untersuchungen zu klären. Mir scheint es jedoch vor allem für die praktische Umsetzung in Gesundheitserziehung oder -förderung wichtig zu sein, auf diesen Aspekt zu verweisen; nicht nur den Blick auf Zusammenhänge von Streß, Belastungen, Konflikten, Nervosität und Rauchen zu richten, sondern auch auf den von den Frauen häufig genannten Aspekt, daß sie mehr in Situationen rauchen, wo Leerlauf ist, wenig zu tun ist, Langeweile herrscht etc.. Die Zigarette dient hier wohl dazu, Lücken zu füllen und Anspannung zu überspielen. 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, was schon im vorigen Kapitel sich andeutete: trotz hoher objektiver Belastungen der Frauen werden wenige Aussagen zu subjektiv erlebter und empfundener Belastung gemacht. Die Frauen haben eine positive Identifi

kation 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 und 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 sie die Aufgaben, die die Verbindung von Beruf und Familie ihnen stellt keine Belastungen sind und von ihnen gut bewältigbar. Außer einer Frau, die sehr unter ihrer - selbstgewählten - Hausfrauen- und Mutterrolle leidet, beklagte sich keine Frau über ihre Situation. Das Gegenteil ist der Fall: Belastungen oder besser Anforderungen, die an sie gestellt werden, werden als normal, als zum Leben dazugehörend begriffen; sie sind tragbar und bewältigbar und sie werden auch von den Frauen bewältigt. Dabei läßt sich aus der Perspektive einer Außenstehenden sagen, daß die Belastungsstandards, also daß, was als tragbar und bewältigbar gilt, von den Frauen sehr hoch angesetzt werden. Auf diesem Hintergrund ist dann auch verständlich, warum Zusammenhänge zwischen Belastungen und Rauchen nicht oder kaum thematisiert werden. Da kaum Belastungen als solche Thema sind, gibt es auch keinen Grund, entsprechende Zusammenhänge zum Rauchen herzustellen.

Auf dem Hintergrund des insgesamt unproblematischen Verhältnisses der Frauen gegenüber dem Rauchen ist natürlich das Verhältnis zum aufhören oder reduzieren sehr distanziert. Zwar haben einige Frauen mal Stunden -, tage - oder wochenweise aufgehört, aber nur unter dem Zwang zum Beispiel eines Krankenhausaufenthaltes. Eine wirkliche 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 Rauchen

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.

Dabei tauchen - meines Erachtens ganz den Ideen öffentlicher Gesundheitskampagne entsprechend - zunächst Angaben über Bewegung auf: spazieren gehen, Sport, Rad fahren, schwimmen etc.. Auch die Bewegung bei der Hausarbeit wird von den Frauen betont. Gesundes Essen wird von den Frauen fast nie spontan thematisiert. Ob die Aktivitäten nun gerade aus gesundheitlichen Gründen gemacht werden, bleibt doch stark zu bezweifeln; sie werden meines Erachtens im Gespräch mit mir als solche dargestellt. Der Spaß an diesen Dingen - abgesehen an der Hausarbeit - stellt wohl - Gott sei dank - die Hauptmotivation für diese Aktivitäten. 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 diese Frauen haben, die häufig mit starker körperlicher Bean-

spruchung 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 werden.

Allerdings bleibt festzuhalten, daß die Frauen vorwiegend ein Gesundheitskonzept haben, in dem sie Gesundheit nicht als etwas ansehen, wofür sie aktiv etwas machen müssen. Über Gesundheit wird erst nachgedacht, wenn sie schon infrage gestellt ist, also wenn die Frauen krank sind. Da sich die meisten Frauen dieser Gruppe als gesund betrachten, brauchen sie zur Zeit auch auf ihre Gesundheit nicht zu achten. Gesund ist, wer sich wohl fühlt und wer keine Krankheit hat. Krank ist Frau, wenn es ihr so schlecht geht, daß "sie nicht mehr kann", das heißt, daß sie sich ins Bett legen oder gar ins Krankenhaus muß. Größere organische Erkrankungen müssen dazu vorliegen: Zum Beispiel Magengeschwür, Lungenentzündung, etc.. Erkältungskrankheiten sind nicht unbedingt ein Grund zum krank sein und nicht arbeiten gehen. Seelische Beeinträchtigungen oder funktionelle Störungen gehören nicht mit zum Krankheitsbild und sind auch dementsprechend nicht mit herkömmlichen therapeutischen Mitteln zu behandeln. "Ich bin ohne Medikamente so nervös geworden, ich muß auch ohne Medikamente das wieder wegstreichen." Ist dafür eine Aussage. Es tauchen Krankheitskonzepte auf, in denen andere als zimperlich, klagsam, sich hängen lassen, beurteilt werden. Eine Frau hat ein Konzept, in dem Krankheiten durch die Angst, die man davor hat, zum Ausdruck kommen können.

Zwei Frauen dieser Gruppe passen nicht in dieses Bild: sie gehen eher in ihrer Krankheits-/Leidensrolle auf und haben deshalb ein ganz anderes Verhältnis zu diesem Them

Zusammenhänge zu Belastungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen werden vereinzelt gesehen, obwohl unsere Interviews, die Frage ja nur am Rande zum Thema hatten, hierzu kein ausreichendes Material bieten. Körperliche Beschwerden aufgrund der körperlich anstrengenden Arbeit werden thematisiert, aber nicht als Krankheit bezeichnet. Ebenso werden Zusammenhänge zwischen Streßbelastungen und Nervosität, Hetze gesehen, aber nicht thematisch der Diskussion um Krankheit und Gesundheit zugeordnet.

Ich meine, die Analyse der Bedeutung von Rauchen und Gesundheit für die Frauen der Gruppe 1 macht deutlich, daß dieser thematische Zusammenhang für die Frauen nicht bedeutsam ist. Rauchen wird von ihnen nicht primär unter dem gesundheitlichen Aspekt betrachtet. Es gehört vielmehr zu ihrem alltäglichen Leben dazu und hat da seinen Stellenwert. Auf dem Hintergrund, daß für die Frauen Gesundheit selbst als etwas begriffen wird, was nicht besonders erwähnenswert ist,

und auf dem Hintergrund, daß auch Krankheiten für die Frauen keinen besonderen Stellenwert haben, wird deutlich, daß Gesundheitskampagnen, die unter dem Banner der Gesundheit antreten, bei einer solchen Zielgruppe fehlschlagen müssen. Da, wo Gesundheit und Krankheit keine Themen sind, kann das Ziel Gesundheit auch nicht zum Motiv für gesundheitsbewußteres Verhalten gesetzt werden.

4.4 Der Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören - Gruppe 2

Frauen dieser Gruppe haben alle einen oder mehrere Versuche bzw. Ansätze gemacht, mit dem Rauchen aufzuhören. Keine der Frauen ist es jedoch gelungen; einige haben das Rauchen aber stark reduziert. Diese Gruppe von Frauen setzt sich aus Frauen zusammen, die wir zunächst als Raucherinnen interviewt hatten (Bergmann, Brinkmann, Schneider, Wagner, Waldmann), bei denen dann im Laufe des Gesprächs eine Motivation bzw. konkrete Versuche aufzuhören oder zu reduzieren deutlich wurden. Frau Carlos und Frau Erkel gehörten ursprünglich zur Gruppe der Frauen, die ehemals geraucht haben. Sie haben das Rauchen stark reduziert. Obwohl die Gespräche aufgrund der Perspektive, ob sie mit Raucherinnen oder mit ehemaligen Raucherinnen geführt wurden, etwas unterschiedliche Schwerpunkte haben, wollen wir alle Gespräche unter den gleichen Fragestellungen auswerten: Unterschiede zu den Auswertungsfragen im vorigen Kapitel ergeben sich dadurch, daß diese Gespräche stark von der Frage des Aufhörens bestimmt waren. Dieses Thema soll deshalb Schwerpunkt der Auswertung sein. Folgende Themen werden dargestellt:

- Thematisierbarkeit des Rauchens
- Biographie der Versuche aufzuhören/reduzieren: Anlässe
Methoden, Folgen
- Motive für das Aufhören
- Motive für das Festhalten am Rauchen:
 - o positive Momente des Rauchens
 - o Scheitern der Versuche
 - o Rauchen als Bewältigung
 - o Belastungen und Belastungskonzepte

o Haltung zum aufhören/reduzieren

- Konzepte von Gesundheit, Krankheit und gesunder Lebensweise:

- o Gesundheitsverhalten und Wohlbefinden
- o Krankheit und Gesundheit.

Dabei möchte ich hier in der Darstellung etwas anders vorgehen als bisher. Ich werde nicht jeweils unter einem der fünf Themen den Vergleich aller Frauen durchführen, sondern jede Frau für sich, alle Fragestellungen zusammengenommen, darstellen. Der Grund dafür ist, daß sich bei den Frauen dieser Gruppe Motive für das Aufhören und das Festhalten am Rauchen sehr eng aufeinander beziehen. Da zwischen beiden Motivstrukturen eine enge Dynamik besteht; da das Scheitern der Versuche aufzuhören eng mit den Konzepten der Frauen, warum sie ihrer Meinung nach rauchen (Konzepte von Belastung und Bewältigung), zusammenhängen, sollen sie hier je Frau dargestellt werden.

Thematisierbarkeit

Gänzlich anders als in der zuvor beschriebenen Untersuchungsgruppe, ist das Thema rauchen für die Frauen hier ein sehr bedeutsames Thema. Es wurde im Abschnitt 4.2. ja schon darauf verwiesen, daß es sich hier um Frauen handelt die sehr viel Zigaretten pro Tag rauchen bzw. rauchten und deren Haltung zum rauchen sehr stark von dem Wunsch und Versuchen geprägt ist, mit dem Rauchen aufzuhören. Da dieser Wunsch - an den Ansprüchen der Frauen gemessen - nicht ausreichend realisiert wird, sind die Frauen mit dieser Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit konfrontiert. Daraus ergibt sich für die Frauen die Notwendigkeit über sich selbst und ihr Verhalten nachzudenken, nach Gründen dafür zu suchen und ihre Motive zum aufhören auf

ihre Tragfähigkeit hin zu überprüfen. Dadurch haben die Frauen einen recht hohen Reflexionsgrad hinsichtlich ihres eigenen Rauchverhaltens. Das wird daran deutlich, daß das Thema rauchen einen großen Raum in den Gesprächen einnimmt. Die Frauen kommen entweder selbst immer wieder auf das Thema zurück oder lassen sich zumindest im Gespräch leicht wieder auf das Thema bringen. Bemerkenswert ist auch, daß viele der uns interessierenden Themen wie: Belastung, Streß, Bewältigung; Gesundheit und Gesundheitsverhalten; von den Frauen sehr stark aus der Perspektive des Rauchens betrachtet werden. Ob dies eine generelle Einstellung der Frauen ist, das heißt, ob also Rauchen wirklich ein so zentrales Thema im Selbst- und Lebensbild der Frauen ist, oder ob die Zentrierung der diskutierten Problembereiche auf die Perspektive Rauchen ein Untersuchungsartefakt ist, also durch das von uns vorgegebene Untersuchungsthema zustande kommt, können wir nicht sagen.

Frau Bergmann

Frau Bergmann hat drei Ansätze gemacht, gegen ihr sehr ausgeprägtes Rauchverhalten anzugehen. Vor ca. 8 Jahren hat sie das Rauchen für ca. 4 Wochen unterbrochen. Anlaß war ein Krankenhausaufenthalt mit strenger Bettlägerigkeit. Gezwungenermaßen mußte sie aufhören zu rauchen. Sobald sie wieder auistehen konnte, hat sie sofort wieder geraucht. Während einer Kur hat sie an einem Raucherentwöhnungskurs teilgenommen, den sie allerdings für unsinnig hielt und der ihr deshalb nichts gebracht hat. Später, in Eigeninitiative, eventuell auch motiviert durch Kollegen, hat sie es mit Anti-Nikotin-Tabletten versucht den Zigarettenkonsum zu reduzieren. Zwar schmeckte ihr die Zigarette nun nicht mehr, sie hat aber trotzdem geraucht.

Die Anlässe für das Aufgeben sind für Frau Bergmann eher äußerer Natur; unter äußerem Druck, zum Teil durch krankheitsbezogene Ursachen bedingt, scheint sie gezwungen, ihr Rauchverhalten anzugehen. Der methodische Weg (spontanes aufhören; Kurs; Tabletten) wird von ihr nicht gezielt gewählt, sondern ist zufällig, von äußeren Einflüssen bedingt.

Über Motive zum aufhören äußert sie sich nicht unmittelbar, aber in der Bewertung der Versuche (Scheitern) wird deutlich, daß die Motivation ebenfalls eine sehr äußerliche war. Beim ersten Versuch kann gar keine Rede von Motivation sein: sie hatte die Tage schon gezählt, bis sie wieder rauchen konnte. Den Kurs fand sie "sowieso Blödsinn ... wir hatten da einen Vortrag jedesmal gekriegt und da wurde dann aufgezeigt, was für Krankheiten entstehen, mit den Herzkranzgefäßen, den Adern und dergleichen. Naja, sicherlich, daß weiß ich selber, aber das ist kein Grund, sich das Rauchen abzugewöhnen." (S.8 f.)

Beim dritten Versuch schmeckte die Zigarette zwar nicht, aber: "wenn ich die angezündet habe, war das sowas von ekelhaft, aber wenn ich mir keine angesteckt hätte, hätte ich schon wieder die Wände hochgehen können. ... " (S.4) Also, 1.: Gesundheit und Krankheit sind kein ausreichender Grund, sich das Rauchen abzugewöhnen. Sie meint, man verdränge auch die Krankheiten, die dadurch entstehen könnten (discounting-Strategien), daß man hoffe, davon selbst nicht betroffen zu werden. Und wohl erst, wenn der Arzt einem sage: "wenn sie nicht aufhören zu rauchen, dann sind sie nächstes Jahr weg vom Fenster " (S. 37), dann mache man sich Gedanken darüber; aber solange es einem noch gutgehe nicht. Erkältungen sind für sie auch kein Grund, das Rauchen einzustellen.

Als Grund, warum sie es nicht schaffe, führt sie ihre Nervosität an und daß das Rauchen schon eine feste Gewohnheit ist. Rauchen und Bewältigung. Frau Bergmann raucht

zu jeder Gelegenheit, etwa regelmäßig alle 20 Minuten eine Zigarette. Morgens ist die Zigarette das erste und abends vor dem Schlafen das letzte. Nur, wenn sie schläft "das ist dann das einzige, wo dann Ruhe ist" (S.3). Sie kann auch nachts spät aufstehen und sich Zigaretten holen; am Monatsende teilt sie sich die Zigaretten so ein, daß sie bis zur Gehaltszahlung reichen; dann geht sie sofort welche holen. Für Zigaretten verzichtet sie lieber auf andere Dinge, wie essen oder Süßigkeiten; im Gegenteil, Bonbons steigern eher ihre Rauchlust. Die Zigarette ist also in jeder Lebenssituation dabei.

Wenn sie nicht raucht, wird sie nervös, bekommt schlechte Laune, kann sich zu nichts aufraffen. Sie glaubt, daß liege daran, daß sie generell ein nervöser Typ sei. Neben der Nervosität leidet Frau Bergmann wohl auch an Depressionen, die im Zusammenhang mit ihrer Lebenssituation stehen. Belastung und Bewältigung. Ihre Mutter ist gestorben, als sie selbst neun Jahre alt war, sie hat mit ihrem strengen Vater zusammengelebt, der selbst sehr krank war und starb, als sie siebzehn Jahre war. Sie mußte damals ihre Bürolehre abbrechen und Geld verdienen; sie zog mit ihrem späteren Ehemann zusammen und bekam zwanzig Jahre später ihre Tochter. Die Ehe war sehr konfliktreich! Außerdem stand sie unter dem Druck ihrer Schwiegermutter. Fünf Jahre später wurde deshalb die Ehe geschieden. Nach der Geburt der Tochter hatte Frau Bergmann zunächst die Arbeit ausgesetzt. Diese Zeit hat ihr garnicht gefallen.

B: Also, da bin ich vollkommen verblödet! Ich hatte ja auch niemanden, mit dem ich mich mal unterhalten konnte. (S. 38)

Als die Ehe zu "kriseln" begann, hat sie sich wieder Arbeit gesucht. Sie hatte erst verschiedene kürzere Beschäftigungen; dann hat sie an einer Umschulungsmaßnahme teilgenommen und bald darauf als Schreibrkraft im jetzigen Be-

trieb begonnen, wo sie seit einigen Jahren beschäftigt ist. Sie hat einige Zeit mit einem neuen Partner zusammengelebt, wobei diese Beziehung auch nicht sehr befriedigend war. Große Autoritätsprobleme hat sie heute mit ihrer elfjährigen Tochter.

Ihre berufliche Entwicklung schätzt sie als sehr positiv ein. Sie sagt von der Zeit, wo sie wieder zu arbeiten begann. "Naja, von diesem Zeitpunkt an ging es sowieso, für mich jedenfalls aufwärts." (S. 18) Die Arbeit habe ihr damals Spaß gemacht und auch die heutige Arbeit gefällt ihr gut. Als sehr belastend empfindet sie allerdings den Zeitdruck, der von den Kollegen ausgeht, für die sie schreiben müsse. Außerdem merkt sie, daß die Arbeit (Bildschirmarbeit) für ihre Augen eine hohe Belastung sind. Sie hat den Eindruck, die Augen seien dadurch schlechter geworden.

Als große psychische Belastung empfindet sie ihre private Situation. Wenn sie abends nach Hause kommt, ist sie antriebs- und lustlos. "Ich kann mich irgendwie nicht aufraffen, so nach der Arbeit noch irgendetwas zu tun. Wenn ich zuhause bin, da will ich dann bleiben, am liebsten alle Türen zu und dann ist aus." (S. 12) Das sei besonders stark nach der Trennung vom letzten Partner so gewesen. Die Situation mit der Tochter kostet sie soviel Nerven, daß sie Schlafstörungen habe. Sie nimmt deswegen Beruhigungstabletten.

Auf dem Hintergrund einer solchen äußeren und inneren Lebenssituation ist das Gesundheitsverhalten von Frau Bergmann natürlich nicht besonders herausragend.

I: Und tun Sie sonst etwas für Ihre Gesundheit?

B: Nee, natürlich nicht! Außer meinem Krebsfutter mit den Zigaretten nichts. (S. 11)

Zwar ist sie gezwungen, abends mit dem Hund vor die Tür

zu gehen, aber größere Spaziergänge mache sie nie, auch am Wochenende nicht. Sie hat sich auch einmal ein Yoga-Buch gekauft, aber kann sich auch dazu nicht aufraffen. Auch zu einer entsprechenden Gruppenaktivität könne sie sich nicht entschließen. Nur selten einmal geht sie abends mit einer Freundin aus.

Krankheit und Gesundheit sind für sie eigentlich keine Dinge, mit denen sie sich sonderlich beschäftigt - außer dass sie gerne Romane über Biographien von Ärzten liebt. Früher hat sie einmal Gesundheitsserien in der Zeitschrift gelesen, aber sie hat diese Krankheiten ja nicht, warum soll sie das dann lesen. In gleicher Weise wie die Angst vor Krankheit für sie kein Grund ist, mit dem Rauchen aufzuhören, ist es auch kein Grund für einen gesünderen Lebensstil. Erst wenn Krankheit eintritt, muß Frau sich um ihre Gesundheit kümmern.

Auf dem Hintergrund ihrer eher depressiven Grundstimmung ist ihre Bewertung, warum sie es nicht schafft, mit dem Rauchen aufzuhören, zu begreifen (Haltung zum Aufhören Reduzieren).

B: Wahrscheinlich werde ich auch nicht den festen Willen haben.... ich weiß nicht, entweder ist der Wille zu schwach oder ich bin da vielleicht auch schon zu tief drinne. (S. 6).

Sie hat sich dann überlegt, doch eher zu reduzieren, hat das aber eigentlich auch für Selbstbetrug.

B: Ich hab's mir auch schon mal überlegt, gerade wo ich damals diese Tabletten genommen habe, da habe ich mich gefragt, "Was willst du nun eigentlich, willst du aufhören oder willst du reduzieren oder willst du weiter rauchen?" Mit dem Aufhören, da habe ich es mir so überlegt, das ist irgendwie Blödsinn aber so, mein Gott, so nach dem Essen und dann ganz auf 2 Zigaretten verzichten, das ist ja auch blöd.

(lacht) Und daher bin ich wahrscheinlich auch wieder stehen geblieben beim Reduzieren, aber das war vielleicht auch nur so eine Eselsbrücke, weil ich selber weiß, daß ich es gar nicht schaffen würde. Das ist ja vielleicht auch, ich weiß nicht, psychologisch ein bißchen so, daß man sich sagt, nicht ganz so kraß und dann eben reduzieren. Weil man irgendwie weiß, tief im Innern, man schafft es ja doch nicht. Wahrscheinlich weil ich es auch nicht will. Das ist irgendwie schizophren. Naja, irgendwo ist das ja auch genauso eine Sucht wie Alkoholismus, bin ich der Meinung, nur daß es da nun etwas schlimmer ist. Bloß manchmal habe ich mich dann gefragt, so starke Raucher, die dann irgendwann mal aufgehört haben, bin ich nun eigentlich wirklich so schwach? (S. 10 f.)

Frau Bergmann sieht sich selbst stark in der Abhängigkeit von der Zigarette; der Wille zum Aufhören fehlt ihr eigentlich: er fehlt ihr auf dem Hintergrund ihrer generellen Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit. Woher soll sie das Selbstvertrauen nehmen, nun gerade an dieser Stelle, beim Rauchen, etwas aktiv zu verändern? Wenn Frau Bergmann es auch nicht direkt äußert, so scheint mir aber doch für sie zuzutreffen, was Frau Waldmann (zitiert in der Einleitung) sagt: daß nämlich an den Ursachen, d.h. an der Lebenssituation anzusetzen ist, bevor das Rauchverhalten als eine abgeleitete Größe verändert werden könne. Gesundheitliche Erwägungen liefern für sie überhaupt keine Motivation, das Rauch- oder Gesundheitsverhalten generell zu verändern. Solange es ihr gut geht - gemeint können eigentlich nur organische Schäden sein - braucht sie sich nicht um ihre Gesundheit zu kümmern.

Frau Carlos ist jetzt siebenundvierzig Jahre alt; seit dreißig Jahren raucht sie ohne Unterbrechung, bis zu ihrem ersten Ansatz aufzuhören vor ca. einem Jahr. Es gab allerdings - im Gegensatz zu vielen anderen Raucherinnen - mal Phasen, wo sie mehr oder weniger geraucht hat, was vor allem durch ihr Lebensumfeld bedingt war (in Ausland mit einem Asiaten zusammengelebt, der nicht

rauchte; später mit einem starken Raucher zusammengelebt. Vor ca. einem Jahr bekam Frau Carlos plötzlich Asthmaanfälle (Anlass), ein Leiden, daß ihr seit der Pubertät nicht mehr zu schaffen gemacht hatte. Spontan hört sie sofort für ca. fünf Wochen auf zu rauchen. Fängt dann wieder an zu rauchen; nach einem weiteren schweren Asthmaanfall zu Silvester hört sie wieder auf zu rauchen. Sie hat dann langsam die Zigarettenzahl wieder gesteigert. Heute raucht sie wieder zwanzig Zigaretten, das sind ca. 2/3 der Menge, die sie vor dem Asthma rauchte. Anlaß für das Aufhören waren bei Frau Carlos eindeutig gesundheitliche Gründe. Was sind nun aber die Motive? Wie hat Frau Carlos versucht, nicht zu rauchen (Methode; alternative Strategien) und woran sind die Versuche gescheitert?

Für Frau Carlos sind die gesundheitlichen Einschränkungen nicht nur Anlaß, sondern auch Motiv für das Aufhören. Sie fühlte sich generell nicht wohl und sie hoffte zunächst, das Asthma damit beheben zu können. Außerdem wollte sie ein angepaßter Patient sein. Bald merkte sie aber, daß das Asthma mit dem Rauchen unmittelbar gar nichts zu tun hatte.

C: Und dann hatte ich das Asthma und man hat mich allerseits gewarnt und: "Rauchen, sofort, da müssen sie sofort aufhören." Da habe ich das natürlich auch getan vor lauter Angst, weil es mir auch nicht gut ging und weil ich ja also erst ein ganz lieber Patient war und alles machen wollte, um nur das Asthma loszuwerden. Auch wenn ich nicht rauche, habe ich festgestellt, bekomme ich Asthma. Durch das Rauchen wird es natürlich noch unterstützt. Wie soll ich das sagen - das ist natürlich nicht der Grund, weil ich rauche, daß ich Asthma habe. Das weiß ich. Das sind Allergien und wahrscheinlich seelische Gründe. Das sind also mehrere Komponenten. Und wenn Sie dann noch rauchen, dann wird es natürlich davon nicht besser. Aber es würde nicht das Asthma auslösen. Das weiß ich zum Beispiel (S. 18 f.)

Mit diesem Wissen um den nur sehr vermittelten Zusammenhang zwischen Rauchen und Asthma ist dann auch die Motivation zum Aufhören nur begrenzt tragfähig. Natürlich raucht sie in akuten Situationen, wenn sie merkt, daß sie Beschwerden wegen des Asthmas bekommt, nicht. Zumal das bei ihr auch auf den Magen schlägt. Dann braucht sie sich nicht zu zwingen, dann raucht sie nicht. Da sie aber sonst keine gesundheitlichen Einschränkungen wegen des Rauchens hat, raucht sie.

Als sie aufgehört hat, hat sie auf der einen Seite Situationen gesucht (alternative Bewältigungsstrategien), in denen sie generell wenig raucht: z.B. beim Stricken oder bei der Hausarbeit. Da hat sie nicht die Zeit und die Hände frei und insbesondere macht ihr das Stricken auch viel Spaß. Sie hat aber auch Verhaltensweisen entwickelt die sie als sehr negativ empfunden hat: sie hat geschmeckt und große Mengen Yoghurt gegessen.

C: Aber ich habe eben soviel gegessen, daß es mir - das muß ich ehrlich sagen - das wurde mir einfach zu teuer. Das ist natürlich Quatsch, wenn ich Ihnen das erzähle, daß ich lieber 4 DM für Zigaretten ausbebe am Tag, anstatt mir dafür Yoghurt zu kaufen. Aber ich habe ständig dann - immer - auf der Arbeit hat man dann ja nicht die Zeit - aber hier abends zuhause, nur am Kühlschrank. Das hat mich dermaßen genervt, daß ich wieder angefangen habe zu rauchen. Ich kann ja nicht abends 5 Yoghurts essen und dann Äpfel und dann wieder eine Stulle und dann wieder ein Stück Kuchen das muß doch eine Labilität sein, nicht? (S. 14) Ich bin dann auch so gierig - wie beim Rauchen. (S. 16)

Glücklicherweise bekam sie durch ihr Essverhalten keine Gewichtsprobleme - die hatte sie nie, wobei sie das auf ihre Schilddrüsenüberfunktion zurückführt.

Scheitern. Diese "Gierigkeit" und die mit diesem Essverhalten verbundene neue und deutlich sichtbare Abhängigkeit, wollte sie sich offensichtlich nicht einhandeln

Sie beginnt wieder zu rauchen. Zunächst aus Genuss, mal eine nach dem Essen; mit einer Tasse Kaffee; zunächst nur abends, aber dann im Urlaub auch wieder tagsüber. Sie habe so wieder unkontrolliert zu rauchen begonnen.

C: ... Sie steigern ja wieder. Sie kommen, ohne daß Sie es merken, wieder auf die alte Menge zurück. Oder Sie müssen wahnsinnig aufpassen. Und eines Tages passen Sie mal nicht so auf, weil Sie länger auf sind oder unter Leuten sind, die viel rauchen oder aus einem anderen Grund. (S. 13)

Wenn nun gesundheitliche Gründe für Frau Carlos nicht ausreichend sind, mit dem Rauchen aufzuhören und wenn die Folgen, wie bezüglich des Essverhaltens, von ihr so negativ beurteilt werden, bleibt die Frage, was sie denn an der Zigarette hält.

Meines Erachtens ist Frau Carlos Haltung zum Rauchen widersprüchlich: sie berichtet ja von Situationen, wo ihr offensichtlich das Rauchen gefällt, z.B. nach dem Essen und zum Kaffee. Auf der anderen Seite fallen Argumente wie: "... aber manchmal kommen mir die Zigaretten zum Hals raus. Da finde ich das so widerlich. Aber da habe ich auch schon zuviel geraucht. (S. 20) Es schmeckt auch gar nicht, das Rauchen. (S. 21)"

Rauchen und Bewältigung. Obwohl sie meint, daß man nach so langer Zeit des Rauchens nicht mehr sagen könne, wann man mehr oder weniger rauche. stellt sie doch Bezüge zu belastenden Situationen her. Die Beziehung zu ihrem jetzigen Partner sei anfangs sehr schwierig gewesen, da dieser sich immer zurückgezogen habe und sie nie gewußt habe, wann er komme. Da habe sie oft nachts schlaflos gesessen und "wahnsinnig viel" geraucht. Das seien auch so Situationen gewesen, wo sie nachts aufgestanden sei, um sich Zigaretten zu kaufen. Auch ihre berufliche Arbeit sei mit sehr viel Stress verbunden. Sie arbeitet bei

einer Bank im Auslandszahlungsverkehr - eine sehr hektische Arbeit. Da rauche sie unkontrolliert sehr viel und es komme auch vor, daß sie sich manchmal schon eine neue Zigarette anstecke, obwohl die alte noch im Aschenbecher liege. Am Wochenende, wenn es ruhiger sei, rauche sie weniger.

Seitdem ihre beiden Kinder aus dem Haus seien, merke sie abends auch stärker, wenn und ob sie rauche und sie habe auch die Zeit zum rauchen. Als sie das Rauchen unterbrochen hat, hat sie sich immer gewundert:

C: Ich habe dann, wo ich nicht geraucht habe und wenn ich abends hier gesessen habe, gedacht: Du hast doch irgendetwas gemacht, was hast Du denn immer gemacht. Ach, Du hast geraucht. (S. 16)

Zwar sei sie abends von der Arbeit ziemlich geschafft, aber diese Arbeit hatte sie ja auch schon früher.

C: Ich bin zwar erschöpft von meiner Arbeit auf der Bank, aber ich bin abends in dem Sinne nicht ausgelastet. Und dann habe ich natürlich die Zeit, entweder zu essen oder zu naschen oder zu rauchen. " (S. 17)

Der lebensbiographische Hintergrund von Frau Carlos und wesentliche Aspekte ihrer Persönlichkeit machen erklärlich, wieso sie jetzt eigentlich nicht die neue Situation für sich persönlich nutzt. Belastungen und Belastungskonzept. Frau Carlos ist mit siebzehn Jahren nach Abschluß einer Banklehre aus der DDR weggezogen und nach ... gegangen. Dort hat sie ... geheiratet und zwei Kinder bekommen. Die ganze Zeit in ... war sie berufstätig und mußte für ihre Kinder sorgen. Die Ehe wurde nach ca. sechs Jahren geschieden und Frau Carlos ging in die BRD zurück. Ohne finanzielle

Unterstützung des Ehemannes mußte sie für die Kinder sorgen. Später lernt sie ihren jetzigen Partner kennen und hat mit ihm in den ersten Jahren eine sehr schwierige Beziehung. Sehr spät erst ziehen sie zusammen. Die Kinder sind kürzlich aus der gemeinsamen Wohnung ausgezogen, zuletzt die Tochter. Das Asthma setzte genau danach ein. Frau Carlos ist eine Persönlichkeit, für die Ruhe etwas schreckliches bedeutet. Nach eigenen Aussagen hat sie eine Schilddrüsenüberfunktion, die sie mit ihrer generellen Unruhe in Beziehung setzt. Auf die Frage, ob sie sich denn auch einmal ausruhen und entspannen könne, antwortet sie:

C: Nein, nein, das mache ich nicht, auch wenn ich die Zeit habe. Also, ich gestatte mir überhaupt nicht krank zu sein. Außer ich bin eben so krank und das ist eben bisher nur bei Asthma passiert, daß ich gar nichts mehr machen konnte. Ich gestatte mir nicht, müde zu sein. Fragen Sie mich, aus welchem Grund, weil ich Angst habe man kann das ganz blöd ausdrücken. Meine Mutter zum Beispiel die ging nicht ins Bett und sagte: Da sterben alle Leute (S. 23) Und wenn ich einmal liege - das wollte ich sagen - nur so zum Entspannen, dann schlaf ich meistens ein, komischerweise. Ich lasse es aber in der Regel gar nicht so weit kommen. (S. 25)

Das ist auch der Grund, warum sie abends erst spät ins Bett geht, obwohl sie früher schlafen könnte. Da "hält sie eisern durch". Sie bezeichnet sich selbst als ein "unstetes Wesen". Natürlich gönnt sie sich auch einmal etwas, allerdings nichts, was mit Ruhe zu tun hätte: sie geht gerne einmal in die Stadt und kauft sich etwas Neues anzuziehen.

Also: Frau Carlos hat in ihrem Leben sehr hart arbeiten müssen, sich mit ihren Kindern allein durchgeschlagen und auch beruflich Erfolge erzielt. Sie liebt ihren

Beruf, obwohl sie es eigentlich "blöd" findet, einen Beruf, und dann noch einen, der mit Zahlen zu tun hat, zu lieben. Möglicherweise ist ihre generelle innere Hektik und Unruhe auf diesem Lebenshintergrund zu sehen. Diese innere Situation wird ihr jetzt, wo die Kinder aus dem Haus sind, besonders deutlich. Sie bringt das Asthma mit dem Wegzug der Kinder in Zusammenhang. Das Asthma ist aber offensichtlich auch die erste Situation in ihrem Leben, wo sie zur Ruhe gezwungen ist.

Ich möchte diesen Zusammenhang hier nur so beschreiben und keine psychologischen Interpretationen daran anschließen. Deutlich wird meines Erachtens aber an Frau Carlos, daß das Rauchen hinter der Problematik, die mit ihrer Asthmaerkrankung und evtl. damit zusammenhängenden seelischen Problemen verbunden ist, zurücksteht. Der Druck, der mit dem Zwang zum Aufhören auf sie ausgeübt wird, ist eher dazu angetan, ihr generalisiertes schlechtes Gewissen, das an verschiedenen Punkten zum Ausdruck kommt - wenn sie z.B. davon berichtet, wie sie sich mit schlechtem Gewissen einmal selbst etwas gönnt (kaufen; essen) - zu verschärfen. Sie sagt: "Ich habe mich nie disziplinieren müssenJa, Disziplin habe ich wahrscheinlich nicht." (S. 16)

So wie die innere Unruhe, so gehört auch das Rauchen zu ihr und ihrer Persönlichkeit und ist nicht einfach abzulegen.

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

Auch hier wird nochmals ihre widersprüchliche Haltung zum Aufhören deutlich. Zum einen ist das Rauchen etwas wie ein Leiden; zeigt ihr ihren angeblichen Mangel an Diszipliniertheit und Willenskraft. Auf der anderen Seite ist ihr aber auch deutlich, daß das Rauchen zu ihr dazu gehört, wie ein Körperteil, ein Teil ihrer Persönlichkeit. Mir kommt es so vor, daß für Frau Carlos das Rauchen Ausdruck ihrer Energie und Kraft ist, die sie für sich und ihre Kinder einsetzen mußte. Zum anderen ist damit aber auch ihre innere Unruhe und Hektik verbunden; ist damit das Rauchen auch Ausdruck dessen, daß Frau Carlos eigentlich weit über ihre gesundheitlichen Verhältnisse wirtschaften mußte.

C: Und dann bleibt eben doch etwas hängen, Irgendwann merkt man es später, daß man sich irgendwie verausgabt hat.(S. 29)

Dabei ist ihr subjektiv empfundenenes Problem nicht primär das Rauchen, sondern ihr Asthma, welches seinerseits wohl Ausdruck ihrer durch die erwachsenen Kinder veränderten Lebenssituation ist. Konzepte von Gesundheit und Krankheit, die sie im Gespräch äußert, sind an diesem Thema Asthma orientiert.

Frau Brinkmann

Frau Brinkmann hat vor knapp einem halben Jahr mit dem Rauchen ausgesetzt, nach einigen Wochen aber wieder zu rauchen begonnen. Sie raucht jetzt wie vorher ca. vierzig Zigaretten pro Tag.

I: Sie sagten, Sie haben öfter versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?

B: Nein! Ich habe nicht öfter versucht, sondern es war das erste Mal, daß ich versucht habe aufzuhören. Und zwar ging mir das so: Ich habe

immer so Beklemmungen gekriegt, und da habe ich zu meinem Mann gesagt: Paß auf, ab Morgen rauche ich nicht mehr. Er hat gesagt: Meinst du, das schaffst du? Und ich habe es geschafft! Mir war wohler, wo ich nicht geraucht habe. Wie soll man das erklären, man war freier, wo man nicht geraucht hat, ist man freier. Die ganzen Organe möchte ich sagen, nach ein Vierteljahr merkt man das.

I: Also, körperlich haben Sie sich freier gefühlt?

B: Ja, ja!

I: Beklemmungen, also Herzbeklemmungen?

B: Nee, nur so! Ich würde sagen, wenn man sich nicht wohl fühlt und raucht, dann hört man ja auch auf als Raucher Das kann man nicht erklären, jedenfalls ich kann es nicht erklären - ich habe mich freier gefühlt. Ich habe nicht so einen Husten gehabt - Raucherhusten. Aber leider - 6 Wochen konnte ich das Gewicht halten, und dann ging ich noch mehr auseinander, wo ich nun doch schon so voll bin. Da habe ich gesagt, so geht es nicht weiter. Und daraufhin habe ich wieder angefangen. Ich meine, ich war schon immer voll, aber das war zuviel!

I: Was mich interessieren würde, wie ist denn der Wunsch entstanden aufzuhören? Waren das die Beklemmungen oder waren es Leute, mit denen Sie darüber geredet haben?

B: Nein, es kam aus meinem eigenen Entschluß. Ich höre auf, vielleicht fühle ich mich wohler, freier. Ich habe mit keinem darüber gesprochen. Das kam mit einem Mal. Ich saß vorm Fernseher und dachte: Mensch, schon wieder eine Zigarette an. Und dabei ist es gar nicht gut! und da dachte ich, ab morgen rauche ich nicht mehr. Und da habe ich es spontan gegenüber meinem Mann ausgesprochen. So war das gewesen. Einfach so, spontan!

I: Es ist nicht gut! Meinten Sie das auf der körperlichen Ebene, oder

daß Sie abhängig sind von der Zigarette?

B: Abhängig, abhängig, mmm? Ich würde sagen, körperlich war das mehr, daß ich mich freier fühlen würde. Nicht daß ich abhängig wäre, ich könnte sofort aufhören, wenn ich wollte. Doch dann habe ich wieder Angst - das Gewicht. (S. 3 ff.)

Nach ihren eigenen Aussagen hat Frau Brinkmann ganz spontan, ohne einen besonderen Anlass aufgehört zu rauchen. Obwohl sie eine starke Raucherin war und ist, hat es ihr angeblich keine Schwierigkeiten bereitet, mit dem Rauchen aufzuhören. (Methode); sie könnte auch heute sofort aufhören. Der Verzicht auf Zigaretten sei ihr auch nicht schwer gefallen, vielleicht nur mal, "wenn andere geraucht haben und der Geruch rüber kam." Aber die Zigarette hätte sie nicht unbedingt gebraucht. Diese Aussagen bleiben im Interview aber nicht unwidersprochen. An anderer Stelle redet sie nämlich von ihrer Mutter, die von einem Tag auf den anderen aufhören konnte. Sie selbst habe das nicht gekonnt. Offen bleibt also, wie sie das Aufhören selbst empfunden hat, als leicht oder schwierig. Insgesamt sind die Aussagen über das Aufhören nicht sehr ausführlich. Als Motiv gibt sie Beklemmungen an, die sie nicht weit lokalisieren kann, denn Herzbeklemmungen sind es ja nicht explizit. Ein weiteres Motiv, daß vermutlich erst im Nachhinein entstanden ist, ist die Erwartung, "sich freier zu fühlen", was vermittelt wohl auch mit den Beklemmungen in Zusammenhang gebracht wird. Dieses Gefühl wird nämlich als ein körperliches umschrieben: sich körperlich freier fühlen; es hat nichts mit einer Abhängigkeit von der Zigarette zu tun; sie fühlt sich auch in keiner Weise von der Zigarette abhängig.

Dieses Gefühl der Abhängigkeit hat aber primär nichts

Gesundheit oder Krankheit zu tun, denn sie thematisiert diese Bereiche an dieser Stelle gar nicht, streitet sogar Herzbeklemmungen ab. Erst am Ende des Interviews, als ich Frau Brinkmann den Befindensbogen vorlege, wird erst deutlich, was hinter diesem Versuch aufzuhören, offensichtlich mehr unbewußt, steht. Ca. einem Jahr vor dem Aufhören war sie beim Arzt gewesen, weil sie immer Beklemmungen und starkes (Herz-) Klopfen hatte. Der Arzt stellte bei ihr einen "halben Herzinfarkt" fest. Das Aufhören mit dem Rauchen habe damit aber nichts zu tun gehabt. Natürlich habe sie nach dem Arztbesuch zunächst Angst bekommen und drei Tage spontan das Rauchen unterbrochen. Aber das jetztige Aufhören sei ja ein Jahr später gewesen sodaß da gar kein Zusammenhang sein könne. Ob sie diese meines Erachtens objektiv doch existierenden Zusammenhänge von: Präinfarkt - Beklemmungen und Beklemmungen - Aufhören wirklich nicht sieht oder im Interview aus anderen Gründen herunter spielen möchte, ist nicht definitiv zu sagen. Vermutet werden kann Ersteres, da sie präventive Angebote bezüglich der Herzerkrankung sehr negativ bewertet. Wir werden im Zusammenhang mit dem Thema Gesundheit und Krankheit darauf zurückkommen.

Bleiben wir noch beim Aufhören. Nachdem Frau Brinkmann die Motive formuliert hat, kommt sie auch gleich auf die negativen Folgen zu sprechen, die dann auch das Scheitern bestimmen: nämlich das Gewicht. Sie sei schon immer "zu voll" gewesen, aber nun habe sie auch ab und zu einmal etwas Süßes gegessen und auch das Abendbrot mit Genuß - und natürlich auch mehr als bisher. Das Genußessen mache es aus, daß sie zunehme.

B: Ich nehme ja zu, weil ich alles mit Genuß esse. Von trocken Brot und Wasser nehme ich ja zu ! Weil mir das schmeckt, mir schmeckt das ! (S. 7)

Um abzunehmen, macht sie Abnahmekuren: weniger essen und auf Kalorien achten; der Arzt sei gegen alle Schlankheitskuren - nur FDH. Aber es sei schwierig durchzuhalten, da die Familie esse ebenfalls gern und deftig, da falle es schwer, ihren Vorsatz durchzuhalten.

Essen und Übergewicht scheinen generell ihr Problem zu sein, denn sie hat schon öfter solche Abnahmekuren gemacht die wohl auch teilweise erfolgreich waren. Ihren Mann stört die Figur allerdings nicht. Im Gegenteil, er sage immer: "Zu was willst Du abnehmen? Zu was? Stell Dir mal vor, wenn Du so eine Gräte sein würdest!" (S. 8) Bevor wir auch auf diesen Aspekt, Gesundheitsverhalten im sozialen Kontext, nochmals zurückkommen, soll ein Blick auf die Motive geworfen werden, die Frau Brinkmann an die Zigarette binden.

Motive für das Festhalten am Rauchen. Frau Brinkmann hebt zwei wesentliche Momente am Rauchen hervor. Zum einen raucht sie gern, wenn es gemütlich ist, wenn sie die Beine hoch hat, sich mit ihrem Mann unterhält oder auch in der Interview Situation. Also, rauchen ist auch Genuß und hat etwas mit angenehmen, teilweise entspannten Situationen zu tun. Sie raucht aber auch, um Hektik und Nervosität zu unterdrücken. (Rauchen und Bewältigung) So berichtete sie von einer Situation am Vortage, wo ihr Sohn sie beim Autofahren darauf aufmerksam gemacht habe, daß sie eine Zigarette nach der anderen rauche.

B: Und da habe ich gesehen, um ein bisschen Ablenkung zu haben, die Nervosität zu mildern, daß man zur Zigarette greift. Es war so ein Stau auf der Straße, da bin ich fast explodiert. Für mich ist das eine Beruhigung das Rauchen. (S. 6)

Generell sieht sie einen Zusammenhang zwischen Stress

und ihrem Rauchen, wobei sie vorallem beruflichen Stress nennt.

B: Ja, und dann nachher das Berufsleben, sozusagen der Stress, da raucht man mehr....

I: Was waren das denn für berufliche Anforderungen, oder vielleicht auch private?

B: Ich würde sagen, immer das Neue, daß das besondere Konzentration erfordert und daß man noch mehr zur Zigarette greift.

I: Was war denn für Sie zum Beispiel neu? Können Sie sich da noch an was erinnern?

B: Ja, ich würde sagen, jedes Mal wenn ich in eine andere Abteilung kam, wo eben das Neue ist. Sagen wir mal, hier habe ich eingepackt, -Glühbirnen und dann bin ich mal in die Verpackung gekommen; da war es wieder anders; wurde mehr Papier rumgemacht. So war das immer mal wieder eine Umstellung; ob man das dann auch schafft, was vom Band kommt. Das ist es, so würde ich es erklären. (S. 2 f.)

Belastung und Belastungskonzepte. Berufliche Belastungen dieser Art, also sich auf neue Bedingungen einstellen zu müssen, berichtet sie auch an anderer Stelle: z.B. bei der Umstellung im Schichtbetrieb; jetzt habe sie sich aber daran gewöhnt und wolle nun keine Veränderung mehr. Ihre jetzige Arbeit als Verpackerin sei zwar immer gleichbleibend, dass durch den Tag durchlaufende Rotationsprinzip, mit abwechselnd stehenden, sitzenden und laufenden Betätigungen, sei doch immer eine kleine Abwechslung. Im jetzigen Betrieb ist sie schon langjährig beschäftigt; davor war sie mehrere Jahre ebenfalls Fabrikarbeiterin, Wäscherin und Putzfrau. Über berufliche Belastungen spricht sie

außer den genannten nicht; aber auch familiäre Anforderungen werden kaum als Belastungen thematisiert.

Frau Brinkmann war, als Mutter von drei Kindern, durchgehend berufstätig. Eines der Kinder ist offensichtlich sehr schwer geistig - und körperbehindert und lebte zwischen einem und zehn Jahren im Heim; seit mehreren Jahren lebt er jetzt wieder bei der Familie. Beruf und Kinder zu vereinbaren seien für sie keine Belastung gewesen. Für sie und ihren Mann war das normal, denn sie hatten es von Anfang an so gemacht. Natürlich mußte das geplant sein, eingeteilt sein; das mußten sie erst mit der Zeit heraus finden. Dadurch, daß sie und ihr Mann früher "versetzte Schicht" gearbeitet haben, war das aber gut zu organisieren. Sie ist stolz, daß ihre Kinder nie Schlüsselkinder waren. Auch sei es keine zu große Belastung, daß sie das behinderte Kind wieder zu sich genommen habe. Anfangs sei es natürlich eine Belastung und Umstellung gewesen, aber jetzt gehöre er eben dazu und die Familie habe das jetzt ganz gut "im Griff". Von ihrem Mann und vor allem den beiden Kindern habe sie aber immer sehr viel Unterstützung gehabt.

Vor ca. einem Jahr hat sich die Familie ein Haus gebaut " Das war daß, was wir uns schaffen wollten. " Sie nennt dies aber nicht als Grund dafür, warum sie weiterhin berufstätig bleiben möchte: ihr wäre das, nachdem die Kinder nun schon fast erwachsen sind, zu langweilig: " Was soll ich denn da auch zuhause. Zuhause würde ich verkümmern." (S. 19)

Obwohl Frau Brinkmann nicht Belastungen als solche thematisiert, scheint sie doch eine objektiv hohe berufliche und familienbiographische als auch aktuelle Belastung zu haben. Bemerkenswert scheint mir hier das zeitliche

Zusammentreffen der Herzbeklemmungen und des Hausbaus. Evtl. mögen finanzielle Belastungen hier auch eine Rolle spielen. Belastungen werden von Frau Brinkmann ähnlich wie in der Gruppe 1 bewertet: als zum normalen Leben dazu gehörend.

Auf diesem Hintergrund möchte ich nun noch einmal auf das Gesundheitsverhalten und Konzepte von Gesundheit und Krankheit zurückkommen. Explizit für ihre Gesundheit tut Frau Brinkmann nichts: weder Sport noch Gartenarbeit. Wer sie einmal etwas zu ihrem Vergnügen tun will, da liest sie, vor allem gern romantische Geschichten; sie fahren auch regelmäßig in Urlaub, denn sie sind alle "Baderatten" Autofahren ist ihr Spaß und ihr Vergnügen, trotz des Stress manchmal. Sie hat auch einen eigenen PKW.

Wenn sie einmal krank ist (z.B. Migräne), legt sie sich nicht lange ins Bett, höchstens drei Tage. Medikamente nimmt sie sehr ungern, dagegen: "lieber mal ein Dampfbad Ja, das Andere alles raus, daß ist ja normal. Warum soll man das unterdrücken." (Ausschwitzten ist gemeint.) (S. 13) Mit Medikamenten nehme man nur noch mehr Giftstoffe zu sich, als sonst durch die Nahrung und die ganze Umwelt. Die gesundheitliche Anfälligkeit der Jugend heute sei auch dadurch bedingt.

Präventiv im Hinblick auf ihre KHK-Anfälligkeit tut sie auch nichts. Der medizinische Zusammenhang scheint ihr auch gar nicht ausreichend bekannt zu sein. Sie hat die ärztliche Diagnose erst gar nicht glauben können, denn sie fühlt sich körperlich doch sehr beweglich, nicht verkalkt.

I: Tun Sie denn gezielt etwas zur Vorbeugung?

B: Eigentlich nicht! Wissen Sie, ich renne viel umher, das sagen auch die Kollegen. Ich bin auch sehr gelenkig. Deswegen war das für mich irgendwie kurz vor dem Herzinfarkt, naja was heißt 'kurz vor dem Herzinfarkt'. Wenn ich jetzt plump sein würde und nicht nicht bewegen könnte dann würde ich verstehen, das ist Verkalkung vom Herzen, aber ich bin ja gelenkig. Ich mache ja alles. (S. 16)

Als ich ihr die psycho-sozialen Zusammenhänge zwischen Gewicht, Rauchen, Stress auf der einen Seite und KHK auf der anderen etwas erläutere, gesteht sie den Stress zu; auch die Umweltverschmutzung (als Krankheitsursache) komme dazu. Auf die Frage nach der Vermeidung von Gesundheitsrisiken reagiert sie aber eher defensiv. Abspecken z.B. bei einer Kur, bewertet sie als geradezu gesundheitsgefährdend. Auch sage ihr Mann, der sich offensichtlich sowohl gegen eine Kur für sie, als auch gegen Abspeckversuche sperrt, immer: "Bleib so wie Du bist und das reicht mir. Bevor ich eine nervenranke Frau habe, dann bleib lieber so!" (S.16)

Hieraus scheint mir eine Haltung zu sprechen, in der von Herrn und Frau Brinkmann jegliche weiteren Veränderungen abgewehrt werden, weil sie möglicherweise ein labiles Gleichgewicht gefährden. Das damit aber evtl. die Gesundheit von Frau Brinkmann weiterhin aufs Spiel gesetzt wird lässt diese Abwehr von Veränderungen, die evtl. ja eine Veränderung des persönlichen Verhaltens von Frau Brinkmann ("Ich will keine nervenranke Frau haben!") mitbringen könnte, als problematisch erscheinen. Auf diesem Hintergrund werden aber auch Widerstände deutlich, die einer Veränderung des Rauchverhaltens auf Grund der ganzen daran hängenden Probleme: Gewicht, familiäres Gleichgewicht, im Wege stehen. Und schließlich ist das Rauchen ja nicht nur etwas negatives, sondern hat auch seine positiven Seiten. Und

was ist das Rauchen im Verhältnis zu der sonstigen Leberperspektive?

B: Aber, Mensch, eins muß ich haben. Ich trinke nicht, ich trinke keinen Kaffee, ich trinke keinen Alkohol.... Aber, Mensch, daß ist meine einzige Freude, praktisch gesehen, noch, das Rauchen. Ich muß so und so sterben, sage ich mir immer. (S. 17 f.)

Frau Waldmann

Frau Waldmann ist ebenfalls eine starke Raucherin; 30-35 Zigaretten pro Tag sind ihr Durchschnittskonsum. Phasenweise bekommt sie "einen Rappel" wo sie aufhören will zu rauchen. Methode. Sie raucht in diesen Phasen bewußt, d.h. kontrolliert und schafft es so, die Zigarettenzahl zu reduzieren. Ihr Mann hat ihr anfangs geholfen, indem er auf ihren Wunsch die Zigaretten versteckte; ihre Bettelei hat er dann aber nicht mehr ausgehalten und ihr gesagt, sie müsse es allein schaffen. Sie hat auch schon einmal an einem Raucherentwöhnungskurs teilgenommen. Vor einem besonderen Anlaß dazu berichtet sie aber auch hier nicht.

Ihre Motive waren einerseits gesundheitlicher Art. Sie leidet unter Kreislaufstörungen (niedriger Blutdruck) und einem unangenehmen Raucherhusten. Außerdem hat sie generell große Angst vor Krankheiten, insbesondere Lungenerkrankungen. In der Verwandtschaft sind mehrere Familienmitglieder an verschiedenen Krebserkrankungen gestorben. Sie meint auch, im Prinzip schmeckten ihr die Zigaretten gar nicht, was auch ein Grund zum Aufhören sei. Folgen. Im Zusammenhang mit dem Raucherentwöhnungskurs hat sie zunächst reduziert; als sie merkte, daß sie es nicht schaffen würde, hat sie den Kurs abgebrochen. Sie führt

das Scheitern auf zwei Punkte zurück: zum Einen habe ich nicht die richtige Einstellung gehabt. Sie habe erwartet, der Kurs werde ihr verordnet wie eine Pille, ohne daß sie selbst ernsthaft etwas dafür tun muß, daß sie dann kein Verlangen mehr nach einer Zigarette habe. Auch habe sie größere Erwartungen an die Arbeit in der Gruppe gehabt. Aber: "Man hat nicht viel aus der Gruppe für sich selbst mitnehmen können, bzw. man hatte auch wenig Möglichkeit, anderen etwas geben zu können." (S. 11) Sie habe aber vielleicht von der Gruppe auch zu viel erwartet, etwa ähnlich wie ihre Erwartungen bezüglich der "Verordnung des Kurses wie eine Tablette". Der Rückfall sei dann gekommen, als sie familiäre und persönliche Probleme hatte.

W: Ich steckte so tief auch drin, daß mir das im Prinzip scheißegal war, ob ich nun rauche oder nicht. Das brauchte ich eben, bildete ich mir ein. In dem Moment war für mich das Rauchen zweitrangig. (S. 12)

Solche Probleme seien nicht die richtige Voraussetzung dafür, sich das Rauchen abzugewöhnen. Man müsse dazu Zeit und Ruhe für sich selbst haben.

W: Man muß da also schon sehr ausgeglichen sein, man muß Gelegenheit und Zeit haben, nur auf sich selbst fixiert zu sein und sich nur um sich und sein Rauchproblem kümmern zu können. Es darf da nichts nebenher oder nebenbei laufen. Dann ist es vielleicht auch leichter. (S. 20 f.)

In diesem Sinne vertritt sie auch ein Konzept, warum jemand raucht. Rauchen als Bewältigung. Das Zitat in der Einleitung zu diesem Bericht macht das deutlich. Rauchen ist erst das Endresultat einer Kette von Problemen und persönlichen Belastungen. Wenn diese nicht erst aus der Welt geschaffen werden, müssen auch Versuche scheitern, sich das Rauchen abzugewöhnen. Für sich persönlich sich

sie diese Probleme im Zusammenhang mit ihrer Ehe und ihrem Mann, der alkoholabhängig ist. Sie meint, man müsse diese persönlichen Probleme und die Erfahrungen, die man dabei mache, mit dem Rauchen verknüpfen; erst dann könne auch ein Raucherentwöhnungskurs Erfolg haben.

Sie thematisiert also zum einen diese persönlichen Probleme zum anderen raucht sie auch sehr stark, wenn sie ihren Hobbies nachgeht. Frau Waldmann beschäftigt sich in ihrer freien Zeit sehr viel und sehr intensiv mit künstlerischen Aktivitäten und Handarbeiten. Ihre Hobbies sind z.B. Malen; sie malt nach Vorlage sehr gut und naturgetreu Bilder nach; die Wohnung ist voll von z.T. sehr geschmackvollen Handarbeiten und kleinen selbstgemachten Kunstwerken. Eigentlich ist sie immer abends und am Wochenende mit solchen Aktivitäten beschäftigt - und in diesen Situationen raucht sie. Sie empfindet hier selbst einen starken Widerspruch; zum einen begreift sie sich als Stressraucherin. Sie raucht viel, wenn viel zu tun ist, besonders auch bei der Arbeit raucht sie mehr, wenn es dort hektisch wird. Sie raucht wenig, wenn wenig zu tun ist, wenn sie einmal untätig ist, z.B. vor dem Fernseher sitzt. Mehrfach betont sie, daß Untätigkeit bei ihr selten vorkomme, daß sie sich eigentlich immer beschäftige. Sie empfindet es deshalb widersprüchlich, daß sie bei den Hobbies, die ihr großen Spaß machen, besonders raucht.

W: Also, so etwas macht mir Spaß und dabei rauche ich. Also, im Prinzip ist das für mich Entspannung, auf der einen Seite, ich kann dabei also total abschalten. Aber auf der anderen Seite muß das doch Stress sein - oder sagen wir mal nicht Stress, sondern sowie ich mich beschäftige, und ich beschäftige mich eigentlich immer, ich kann also selten vorm Fernseher sitzen und so total abschalten und gucken, ich brauche also immer etwas zum Fummeln....(S. 5 f.)

Meine Interpretation dazu: zwar schaltet sie mit diesen Aktivitäten vom Alltag ab, aber es sind ja Situationen, in denen sie sich viel Kraft, Energie und Anspannung abverlangt; es sind ja nicht Situationen, in denen sie sich einmal hängen läßt, einmal alles laufen läßt. Da sie selbst sagt, daß sie in Situationen, wo sie sich beschäftigt, besonders raucht, ist plausibel, daß diese Hobbysituationen nicht davon ausgenommen sind.

Über Belastungen (Belastungen und Belastungskonzepte) berichtet sie, einmal abgesehen von ihren familiären und persönlichen Problemen, wenig. Sie ist seit ca. 12 Jahren verheiratet und hat eine 8-jährige Tochter. Sie war immer im Büro tätig, hat aber nach der Geburt der Tochter zwei Jahre die Erwerbsarbeit unterbrochen. Obwohl sie - vor allem wenig des Betriebsklimas - häufiger den Arbeitsplatz gewechselt hat, ist sie mit ihrer Arbeit jetzt sehr zufrieden, da sie recht selbständig arbeiten kann. Auf häusliche Arbeit und Haushalt und Familie werden ihr auch nicht zu viel: der Mann unterstützt sie in der Hausarbeit und die Tochter ist tagsüber bei der Oma gut untergebracht. Das Verhältnis zur Tochter ist auch sehr gut, wie ich im Laufe des Interviews selbst beobachten konnte. Die äußeren Lebensbedingungen empfindet sie also nicht als Belastung und sind nach meinem Eindruck objektiv gesehen nicht so hoch, wie die mancher Frauen der Gruppe. Die persönlichen Probleme, die sie nennt und die sich zu den Partner beziehen, scheinen also den Streß auszumachen, der sie an der Zigarette festhält.

Sie sieht sich selbst aber auch als eine Raucherin, die nicht nur unter Streß besonders viel raucht, sondern sie sieht sich auch als abhängig von der Zigarette, als süchtig an. Sie rauche auch in allen Lebenssituationen sogar auf nüchternen Magen und habe auch während der

Schwangerschaft geraucht. Die Abhängigkeit von der Zigarette begreift sie aber immerhin noch als besser, als von Alkohol oder Drogen abhängig zu sein.

W: Das ist für mich wesentlich schlimmer, weil die Suchtstrukturen stärker sind, weil die Veränderung des Menschen eine ganz andere ist. Ich verändere mich durch das Rauchen nicht, ich werde nicht aggressiv durchs Rauchen, ich werde nicht gleichgültig durch das Rauchen. Die Persönlichkeitsveränderung bei Rauschgiftsüchtigen oder anderen Süchtigen ist doch extrem. (S. 20)

Sie meint allerdings, daß es leichter sei, sich das Rauchen abzugewöhnen, als andere Süchte, nur: wenn der wirkliche innere Wille fehle, gehe es nicht:

W: Ich möchte sagen, jeder Raucher schafft es, sich das Rauchen abzugewöhnen, alleine, ohne Hilfe. Ich glaube, ich würde es auch schaffen, wenn ich es wollte. (S. 20)

Haltung zum Aufhören. Sie habe eigentlich bei ihren ganzen bisherigen Versuchen nicht den richtigen Willen gehabt, also die wirkliche innere Motivation.

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

Dieser feste Wunsch, dieser feste Wille habe ihr auch bei den letzten Versuchen gefehlt. Sie sei wohl in den Raucherentwöhnungskurs mit der Haltung gegangen: das schaffst du sowieso nicht. Woher nun dieser innere Wille kommt, kann Frau Waldmann auch nicht sagen. Sie führt zwar Argumente an, wie: wenn der Arzt sagt, sie habe

noch so und so lange zu leben; oder : wenn ich merke, ich wäre so süchtig wie Rauschgiftsüchtige; dann würde sie sicher aufhören. Dies scheinen mir allerdings vorgeschobene Argumente zu sein, um das eigene Handeln, es nicht zu schaffen, zu legitimieren.

Mehr Aufschluß darüber gibt eine Geschichte, die sie am Ende des Gesprächs erzählt. Einmal hatte sie es nämlich geschafft, mit dem Rauchen aufzuhören. Da war sie 20 Jahre alt ; sie lag im Krankenhaus und konnte nicht rauchen. (Anlass). Motiv war, den Verlobten zu bewegen, zu ihr in die Heimatstadt zu ziehen.

W: Ich hatte den Willen einmal, das war vor meiner Verlobung. Ich wollte es ihm irgendwie beweisen, daß ich es schaffe. Da habe ich den Willen gemerkt, da habe ich eine unheimliche Kraft gespürt und es ist mir in keinerlei Weise schwer gefallen, auf das Rauchen zu verzichten. (S. 22)

Frau Waldmann nennt also insgesamt eher persönliche Dinge, die sie an die Zigarette binden. Sie sind der Hauptgrund für das Scheitern ihrer Versuche. Gesundheitliche Erwägungen werden zwar auch genannt, scheinen aber keine ausreichende Motivation zu geben.

Zum Schluß deshalb noch einen Blick auf ihre Vorstellungen zur Gesundheit. Auf meine Frage nach dem Gesundheitsverhalten gibt sie auch eine oft gehörte Antwort: "Also, ich praktiziere es eigentlich in keinerlei Weise." (S. 14)

Sport, Spaziergehen und gesunde Ernährung thematisiert sie. Aber zu den bewegungsbezogenen Aktivitäten habe sie weder Zeit noch Lust; sie sei dazu zu bequem. Allerdings sind sie begeisterte Wintersportler. Die Ernährung sei zwar nicht spezifisch gesund, aber doch ausgewogen (Obst; Gemüse). Gegen Medikamente hat sie eine

Abneigung, weil ihr Vater so viel einnehmen mußte. Trotz dem braucht sie ab und zu Schmerztabletten, da sie unter Migräne leidet.

Auf meine Frage nach Gesundheit und Krankheit betont sie nochmals ihre große Angst vor Krankheiten. Gesundheit ist für sie eher: "nicht krank sein" oder "Krankheit nicht merken". Man könne körperliche Leiden haben, aber solange man die nicht spüre, fühle man sich gesund, obwohl man krank sei. Auf die Gesundheit achte man erst, wenn sie nicht mehr da sei.

W: Ja, man nimmt sie wahr, aber wahrscheinlich zu selbstverständlich, da man das nicht merkt. Nur wenn man krank ist, merkt man, wie schön es doch vielleicht ist, gesund zu sein. Wenn man gesund ist oder sich gesund fühlt dann denkt man nie drüber nach, daß man gesund ist. Daß es ja schön ist, gesund zu sein. (S. 16)

Frau Schneider

Frau Schneider hat schon öfter einmal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören, es aber immer nur ein paar Tage ausgehalten. Nur in der Schwangerschaft (Anlaß) hatte sie die ersten drei Monate gar nicht geraucht. Gesundheitlichen Gründe im Hinblick auf das Kind waren das Motiv dafür. Sie hatte dann aber eine sehr starke Belastungssituation (Scheitern): ihre praktische und theoretische Prüfung (Friseurlehre) fiel in das letzte Drittel der Schwangerschaft; an ihr hingen auch alle Aufgaben, die mit Ämtern zu tun haben, denn sie lebt zwar mit dem Freu zusammen, ist aber offiziell alleinstehend; auch die Wohnungssuche hing an ihr. Außerdem trennten sich ihre Eltern in dieser Zeit. Nervosität und Hektik gibt sie dem entsprechend als Grund für das Rauchen - auch generell - an. Sie habe gegenüber dem Kind ein sehr schlechtes

Gewissen gehabt, aber trotzdem wegen der Nervosität geraucht. Belastung. Auch in der Situation jetzt: Stress bei der Arbeit - sie ist halbtags als Friseurin beschäftigt - , Kind, Haushalt , Probleme mit dem Partner. macht es ihr nicht leicht. Zwar versucht sie, sich ab und zu eine ruhige Minute zu gönnen, aber das ist nicht leicht. Am Arbeitsplatz raucht sie dann auch stark, mehr als zuhause. In der letzten Zeit sei viel Leerlauf gewesen und dann säße man mit den Kolleginnen und rauche. Es ist ihr deshalb lieber , wenn viel zu tun ist.

Frau Schneider fühlt sich durch ihre Lebenssituation, wo sie ja für alles allein verantwortlich ist, stark belastet. Der Freund scheint auch keine große Stütze zu sein. Bedenkt man, daß sie erst 21 Jahre alt ist und sie erst lernen muß, sich in die an sie gestellten Anforderungen (Beruf, Kind, Partner) hinein zu finden, ist die Belastung auch objektiv sehr hoch.

Gesundheit und Krankheit. Entsprechend der Belastung fühlt sie sich gesundheitlich nicht sehr wohl. Krampfadern und Wadenkrämpfe führt sie sowohl auf das Stehen bei der Arbeit, als auch auf das Rauchen zurück. Auch über Kopfschmerz, Rückenschmerz und Schlaflosigkeit berichtet sie. Sie versucht dann aber möglichst ohne Tabletten auszukommen. Sie nimmt generell nicht gern Medikamente, sondern versucht lieber selbst etwas zu machen, z.B.: Wadenwickel oder über die Krankheit "weschlafen" .

Zum Gesundheitsverhalten hat sie eigentlich sehr viele konkrete Vorstellungen. Sport treiben fällt ihr zum Thema Gesundheit sofort ein. Sport hält sie für sehr wichtig und hat auch eine Zeitlang Fitnessstraining und Gymnastik gemacht. Ihr Vater habe die entsprechenden Geräte zuhause gehabt. Auch gesundes Essen mit viel Obst

und Gemüse gehöre dazu und nicht zu fett zu essen. Sie selbst ißt allerdings gar nicht so gern Gemüse. Sport, Gymnastik und mit dem Rauchen aufhören, daß wäre das, was sie eigentlich für ihre Gesundheit tun müsse. Aber sie schaffe nichts von alledem, da ihre Belastung zu groß sei und sie wegen des Kindes keine Zeit habe. "....Aber ich packe das halt nicht. Vielleicht bin ich auch viel zu faul.... . Ich nehme es mir zwar immer vor, aber es wird nichts." (S. 8) Aktives Gesundheitsverhalten vor allem in sportlicher Hinsicht sieht sie aber nicht nur unter dem Gesundheitsaspekt sondern auch unter dem Schönheitsaspekt: die "Polster" wieder weg zu kriegen. In dieser Richtung würde sie auch gern etwas mehr für ihre Gesundheit tun.

Sch: Was ich wirklich einmal gern machen würde, daß wäre so auf eine Schönheitsfarm. Mal wirklich nichts hören, drei Wochen lang, so einfach für mich mehr Zeit haben, mal Bummeln zu gehen, auch mal zur Kosmetikerin, einfach mal so einen Tag, wo ich sage: Oma, nimm das Kind! Aber das können wir uns einfach nicht leisten, daß ich z.B. einmal im Monat zur Kosmetikerin gehe. Also muß ich zurückstecken.

Frau Schneider hat also im Prinzip ein sehr positives Verhältnis zur Gesundheit: sportliche Aktivität, aber auch etwas für die Schönheit tun - ein Aspekt, den die Frauen sonst nicht genannt haben. Sich entspannen und etwas für die Schönheit tun gehört ebenfalls dazu. Aber sie hat - und ich meine auch objektiv - wenig Zeit, etwas für sich zu tun, meint aber, auch zu bequem zu sein. Die Zigaretten sind eng mit ihrer Belastungssituation und mit ihrer Nervosität verknüpft.

Frau Wagner

Frau Wagner hat drei Versuche gemacht, mit dem Rauchen aufzuhören: das erste mal vor zehn Jahren. Methode: sie leg

sich einen Zettel neben den Arbeitsplatz und sollte sie selbst alle negativen Dinge des Rauchens suggerieren. (Z.B. "Die Haut wird grau"). Sie habe aber so starke Entzugserscheinungen gehabt (Folgen, Scheitern), wie: Verdauungsstörungen, Kopfschmerzen, Aggression, daß sie es nicht ausgehalten habe. Sobald sie wieder rauchte, ging es ihr wieder gut. Sie habe es außerdem mit Suggestion (Hypnose) und autogenem Training versucht. Erste Methode habe bei ihr gar nichts genützt, denn der Therapeut habe versucht sie "einzulullen" und an ihr Unterbewußtsein heranzukommen, darauf spreche sie aber nicht an. Das autogene Training habe auch nichts genützt, weil sie sich in der Gruppe nicht entspannen konnte.

Sie meint, bei all diesen Versuchen sei aber wohl auch ihre Motivation nicht ausreichend gewesen.

W: Irgendwie habe ich im Hinterkopf gehabt, ach Gott, so lange ich mich noch ganz gut dabei fühle und noch nicht scheinbar sichtbare Schäden dabei habe. Ich meine, Schäden hat man schon, man versteckt sich da so'n bisschen, daß man sich beruhigt.

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

Also, gesundheitliche Gründe bilden für sie das Motiv, mit dem Rauchen aufzuhören. Dabei sieht sie dies tendenziell unter einem präventiven Gesichtspunkt:

gesundheitliche Beeinträchtigungen nicht zu behandlungsbedürftigen Erkrankungen werden zu lassen. Aber offensichtlich sind diese gesundheitlichen/präventiven Motive zu schwach, um das Handeln wirksam zu unterstützen. Und auch hier das Argument, erst dann aufhören zu können, wenn eigentlich schon alles zu spät ist.

Welche Motive halten Frau Waldmann aber nun an der Zigarette fest? Rauchen und Bewältigung. Auch für sie sind es Streß -, Konfliktsituationen; z.B. während ihrer Scheidung vor mehreren Jahren, aber auch bei Unsicherheit im Gespräch mit Anderen, auch am Telefon. Sie hat das Gefühl, die Zigarette beruhigt sie, obwohl sie weiß, daß das objektiv falsch ist. Das Nikotin sei Nervengift und mache im Endeffekt noch nervöser.

Auch für sie ist Rauchen eine Sucht; aber immer noch eine positivere Sucht als z.B. Alkohol. Mit der Zigarette entfliehe man nicht der Realität. Trotzdem gibt ihr die Zigarette einen Halt da, wo sie sich sonst unsicher und gestreßt fühlt. Das trifft vor allem auch auf die berufliche Situation zu.

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

Sie hat eine Leitungstätigkeit in einem Büroberuf inne. Dadurch fühlt sie sich stark belastet und sieht hier auch Zusammenhänge zu ihrem Rauchen. Sie fühlt

sich im Konflikt zwischen den Mitarbeitern und dem Chef stark aufgerieben. Sie hält die Arbeit in dieser Abteilung generell für gesundheitsschädlich: Augen - und nervliche Belastungen und hohe Flexibilität Anforderungen seien dabei die wesentlichen Momente. Auch das Gefühl, am untersten Ende der Betriebshierarchie zu stehen, führe bei den Kollegen zu Minderwertigkeitsgefühlen. Für sie selbst ist es belastend, daß sie Vorstellungen zur Gestaltung der Arbeitsbedingungen nicht ausreichend durchsetzen könne. Die Konsequenz könne aber nicht sein, die Arbeit aufzugeben, denn die Arbeit gefalle ihr. Sie möchte ihre Berufstätigkeit keinesfalls aufgeben. "Dazu bin ich mit dem Beruf zu sehr verwurzelt." (S. 16) Allerdings würde sie eine Halbtagsbeschäftigung bevorzugen, was wiederum den Nachteil hat, daß sie die Leitungstätigkeit dann nicht mehr ausüben kann.

Im Gegensatz zu vielen anderen der von uns interviewten Frauen bewertet Frau W. die Zeit, wo sie nicht berufstätig war, sehr positiv. "Ja, fand ich toll, fand ich sehr schön!" (S. 15) Sie ärgere sich immer sehr darüber, wenn andere sich über Nur-Hausfrauen lustig machten. Sie habe generell eine sehr positive Einstellung zum Familienleben, denn sie sei selbst ohne Vater aufgewachsen. Eine intakte und behütete Familie und eine feste Beziehung brauche einen ruhenden Pol. Das strahle dann auch auf alle anderen Bereiche, vor allem auch auf die Arbeit aus.

Weder als Kind, noch in den späteren Jahren hatte sie dies aber gehabt. Ihre Ehe war nur von kurzer Dauer und die daran anschließenden Beziehungen offensichtlich nicht so, daß darauf eine Familiengründung hätte aufbauen können.

Haltung zum Aufhören. Sowohl ihre gesundheitliche

Situation als auch das Rauchen sieht sie im Zusammenhang mit aktuellen, vor allem aber auch biographischen Belastungen und daraus resultierenden seelischen Beeinträchtigungen. Als "Hobby-Psychologin" hat sie sich wohl mit ihrer eigenen Kindheit beschäftigt. So sieht sie das Rauchen in einer Reihe mit Verhaltensstörungen in der Kindheit (Haar ausreißen, Daumnuckeln und Nägelkauen). Nur das Rauchen sei noch geblieben. Daraus läßt sich schließen, daß sie die Motive, die sie an die Zigarette binden, eng mit ihrer persönlichen-seelischen Situation in Beziehung setzt und hier eigentlich wenig Veränderungsmöglichkeiten sieht. Der mangelnde Wille zum Aufhören liegt möglicherweise in diesen Zusammenhängen begründet.

Das Thema Gesundheit wird nur am Rande im Gespräch thematisiert. Frau Wagner hat zwar als Jugendliche aktiv Sport betrieben, macht jetzt aber schon lange nichts mehr aktiv für ihre Gesundheit. Sie ißt gern und gut und es schadet ihrer Figur in keiner Weise. Insgesamt habe sie aber auch nicht viel Zeit zu gesundheitlichen Aktivitäten. Wenn sie sich einmal etwas gönnen will, dann entspannt und pflegt sie sich: legt sich einmal zwei Stunden in die Badewanne hört Musik oder liest. Psychologie ist ihr Hobby.

Frau Erkel

Frau Erkel ist seit über zwanzig Jahren Raucherin mit Phasen wo sie sehr viel und solchen wo sie sehr wenig geraucht hat. Sie hat mehrere Versuche gemacht, das Rauchen zu reduzieren. Heute raucht sie 20 Zigaretten pro Tag. Während der Schwangerschaften hat sie stark reduziert und im Krankenhaus und der anschließenden Stillzeit ganz aufgehört, dann aber wieder angefangen. Vor ca. acht Jahren hat sie einen ernsthaften Versuch gemacht; durch Aufschreiben der einzelnen Zigaretten (Beobachtung)

wollte sie das Rauchen reduzieren. Über einen spezifischen Anlass berichtet sie nicht; finanzielle Erwägungen, vor allem aber gesundheitliche Motive waren im Spiel. Sie sei sehr nervös geworden und habe außerdem Magenschmerzen bekommen. Da sie schon immer mit einer Herzneurose und Herzrhythmusstörungen zu tun hatte, nam sie sich vor zu reduzieren. Ganz mit dem Rauchen aufzuhören wollte sie nicht. "So ein Ziel stecke ich mir lieber gar nicht, daß halte ich sow so nicht durch." (S.1) Wir werden später erfahren, warum!

Später hat Frau Erkel dann wieder unkontrolliert geraucht und dann auch wieder mehr geraucht. Scheitern und Rauchen als Bewältigung. Grund dafür waren private Probleme, nämlich die Trennung vom zweiten Partner und damit verbunden: Wohnungs - und Ortwechsel in den Heimatort, Wohn bei der Mutter, alleinige Sorge für zwei Kinder, keine Arbeit im gelernten Beruf (Krankenschwester) und Notwendigkeit, an einer Umschulungsmaßnahme (Stenotypistin) teilzunehmen. Eigentlich hatte sie es sich damals gar nicht leisten können zu rauchen, "vom finanziellen" und "von der Vernunft her". "Aber das war in dem Moment der letzte Gedanke. ... Da schien mir das Rauchen richtig notwendig." (S. 3 f.)

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

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

E: Ja, eindeutig! Das Gefühl habe ich jetzt auch noch, daß das Zeug mich beherrscht und nicht ich die Zigarette beherrsche. Ich weiß nicht, es ist wirklich so, daß ich das Ruchen eindeutig als Sucht betrachte. Das ist

keine Sache, die ich steuern kann. Wenn dann nur mit der allergrößten Willensanstrengung. So eine Abhängigkeit. (S. 4)

Auch vor alltäglichen Situationen, wo das Rauchen nicht möglich sei (U-Bahn; Kino; Konzert) müsse sie unbedingt noch eine Zigarette rauchen, sonst halte sie es nicht aus. Außer im Bett und im Schlafzimmer habe sie früher sowieso immer und überall geraucht.

Wenn sie allein zuhause sitzt, besonders abends, raucht sie ebenfalls viel. Sie meint, damit das Alleinsein zu überbrücken. Auch in anderen hektischen oder unangenehmen Situationen, wie vor allem bei der Arbeit, die sie als sehr "nervig" bezeichnet, rauche sie viel. Das liege auch daran, weil sie bei der Arbeit völlig unkontrolliert rauche.

Das belastende an ihrer Arbeit liege darin, daß sie ihrer Chefin die unangenehmen Dinge abnehmen müsse, wie unangenehme Briefe oder Telefonate. Im Prinzip gehe sie aber sehr gern zur Arbeit: das Haus, die Atmosphäre, die Mitarbeiter - das seien alles sehr angenehme Dinge. Auch ihr früherer Beruf als Krankenschwester habe ihr, einmal abgesehen von dem anstrengenden Schichtdienst, sehr gut gefallen. Die Zeit in der (ersten) Ehe, als sie nicht berufstätig war habe sie dagegen als "sehr unproduktiv" empfunden.

E: Dieses Zuhausehocken ist mir nicht bekommen. Ich konnte damals mit mir nichts anfangen. Mit dem Kind nichts anfangen. Ich fand das alles sehr lästig, mehr oder weniger. Ich kann mich nicht erinnern, daß ich da irgendwas in irgendeiner Weise geleistet hätte. (S. 17 f.)

Ihren zweiten Versuch, das Rauchen zu reduzieren, hat sie vor ca. zwei Jahren gemacht. Anlaß war eine Unterleibsoperation, wo sie im Krankenhaus die Zigarettenzahl

stark reduziert hat. Methode. Seitdem raucht sie sehr kontrolliert täglich eine Schachtel Zigaretten. Jeden Morgen beginnt sie eine neue Schachtel; die Zigaretten, die Abends übrig sind, tut sie in eine gesonderte Schachtel für ihre "gesammelten Werke". Sie teilt sich den Tag über in Zigaretten nach einem bestimmten Plan ein; wenn sie abends ausgeht, muß sie tagsüber Zigaretten einsparen. Motive waren auch hier wieder gesundheitlicher Art. Der Arzt hatte ihr wegen der Herzerkrankung das Aufhören empfohlen. Die Herzerkrankung führt sie allerdings "überhaupt nicht" auf das Rauchen zurück; möglicherweise wurden die Beschwerden auch dadurch verstärkt. Als Ersatz für das Rauchen habe sie dann zeitweilig sehr viel Süßes gegessen; das brauche sie aber heute nicht mehr, denn nach langer Zeit des Alleinseins hat sie jetzt seit mehreren Monaten wieder ein Freund. Allein zu leben sei zwar ihre eigene Entscheidung gewesen, aber vielleicht habe ihr das doch nicht so gut getan. Mit dem Freund unternehme sie recht viel, besonders am Wochenende gemeinsam mit seinen Kindern und ihrem jüngeren Sohn. Auch sei bei ihm ein "rauchfreies Haus", sodaß sie am Wochenende auch viel weniger rauche. Wenn sie abends in der Woche allein ist, hat sie sich das Händarbeiten angewöhnt, um beschäftigt zu sein und so als Alternative zum Rauchen das Alleinsein zu überbrücken. So rauche sie z.B. auch im Urlaub weniger, wenn sie viel draußen ist: "dann vermisse ich auch gar nichts!" (S. 9) Von Vorteil ist auch, daß ihre jetzige Kollegin nicht raucht. Da falle ihr das Reduzieren viel leichter.

Haltung zum Aufhören/Reduzieren. Also, Motive für das Reduzieren sind bei Frau Erkel gesundheitlich begründet; aber auch in dem Gefühl der Abhängigkeit und Einengung. Das Motiv, am Rauchen festzuhalten, ist zum einen genau in dieser Abhängigkeit und der Illusion von innerer Stabilität durch die Zigarette begründet. Es ist aber

auch darin begründet, daß Frau Erkel gerne raucht, daß sie es gemütlich findet in bestimmten Situationen zu rauchen.

E: Also, es sind eigentlich verschiedene Varianten, je nach Situation, mal so und mal so. Mal empfinde ich es als schön und mal empfinde ich es als fürchterlich, manchmal auch schon richtig als Zwang. (S. 21 f.)

E: Das ist das, was ich für mich so sehr wünsche. Ach, (sehr genüßlich) wär das schön, schon mal sehr genüßvoll eine Zigarette nach dem Essen zu rauchen und dann zu sagen, nee das war's, das reicht mir jetzt - so ganz aufhören würde ich gar nicht wollen, weil ich es immer noch gemütlich finde. Aber diese Sucht dabei, die mißfällt mir. (S. 21)

Sie will auch weiterhin all ihre Energie aufbringen, auf dem jetzigen Stand der Zigaretten zu bleiben. Die Angst vor einem Rückfall steht immer noch hinter ihr, denn sie kennt ihren inneren Drang nach der Zigarette.

E: Und ich hätte Angst, daß ich mal wieder abrutschen würde in diese alte Geschichte und so unkontrolliert wieder weiter mache. Ich würde ja gerne am laufenden Meter qualmen. Also so, wenn es nach mir ginge, wenn weder Gesundheit noch Umwelt oder sonst etwas eine Rolle spielen würde, dann würde ich am liebsten immerzu qualmen. - (S.8)

Ganz aufhören könne sie wohl nur, wenn das "absolute Muß" kommt, wenn einer sagt: "Wenn Du jetzt nicht aufhörst, dann stirbst Du morgen!" (S. 13)

Jetzt ist wohl auch deutlich, warum Frau Erkel sich zwar das Reduzieren vorgenommen hat, aber nicht das Aufhören.

Das Thema Gesundheit konnte in diesem Gespräch, in dem das Rauchen einen so großen Stellenwert inne hatte, nur gestreift werden. Für ihre Gesundheit tut Frau Erkel

etwas im Hinblick auf Ernährung. Sie habe schon viel an vitamin- und eiweißreiche Nahrung umgestellt. Sportliche Aktivitäten geht sie nicht nach, höchstens spazieren gehen. Intensiver macht sie nichts wegen ihres Herzens. Sie selb gönnt sich eigentlich selten etwas, sondern hat immer mehr für andere gemacht als für sich selbst (Kinder; Mutter). In der letzten Zeit unternimmt sie aber doch ab und zu einmal etwas; Kino, Konzert, etc., oder trifft sich mit Freundinnen.

Zusammenfassender Vergleich

Zusammenfassend möchte ich die Ergebnisse zu den einzelnen Fragestellungen darstellen und dazu einige zentrale Thesen formulieren.

Thematisierbarkeit. Für Frauen der Gruppe 2 hat das Rauchen einen hohen Stellenwert, was sich in der hohen Thematisierbarkeit des Rauchens ausdrückt. Das eigene Rauchverhalten wird von den Frauen gut beschrieben. Aus Erklärungsmodelle für das Rauchen, den Wunsch aufzuhören, entsprechende Versuche und das Scheitern bzw. partielle Gelingen dieser Versuche sind von den Frauen dargestellt und im Bewusstsein präsent. Jede dieser Frauen hat ihre spezifische Erklärungsweise für ihr eigenes Rauchverhalten.

1. These. Rauchen hat in der Gruppe 2 einen hohen Thematisierungsgrad.

Anlässe für das Aufhören/Reduzieren. Konkrete Anlässe, die den Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören, auslösen, werden von den Frauen nur teilweise berichtet. Aber sofern Anlässe berichtet werden, haben sie etwas mit Krankheit zu tun, allerdings nicht mit Krankheiten, die spezifisch mit dem

Rauchen verbunden sind. So werden z.B. mehrfach Krankenhausaufenthalte angegeben, wo aufgrund von Bettlägerigkeit der Zugang zu Zigaretten und die Möglichkeit zu rauchen nicht gegeben waren. Dabei hatte die Erkrankung die zum Krankenhausaufenthalt führte, nichts mit dem Rauchen zu tun. (Z.B. Fußoperation). Gesundheitliche Einbrüche, wie Beginn einer Asthmaerkrankung oder Schwangerschaft waren ebenfalls Anlässe, wobei hier von den Frauen ein Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Lage und Rauchen zunächst gesehen wurde.

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

2. These. Sofern Anlässe für Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören bzw. zu reduzieren, berichtet werden, sind diese krankheitsbezogen. Allerdings bestehen kaum Zusammenhänge zwischen den entsprechenden Erkrankungen und Rauchen.

Methoden des Aufhörens bzw. Reduzierens. Betrachtet man die Methoden, mit denen die Frauen versuchen, das Rauchen zu reduzieren, ergibt sich eine eindeutige Präferenz für "kontrolliertes Rauchen" (mehr als 80 % aller Versuche). Dabei nehmen Kontrollverfahren durch eine Gruppe weniger Raum ein; viel mehr beginnen die Frauen in Individualverfahren die Zigarettenmenge zu kontrollieren, z.B. durch Strichlisten, Einteilung der Zigarettenmenge über den Tagesverlauf

Kontrolle der Festsetzung der Gesamtmenge (z.B. gut sichtbar: Limit eine Schachtel), aber auch Stricken, Handarbeiten, u.ä. Beschäftigungen als Alternativen zum Rauchen. Häufig in einem sehr energieaufreibenden Prozess disziplinieren und kontrollieren sich die Frauen selbst. Nur in drei Fällen hören die Frauen spontan auf zu rauchen, wobei zwei Frauen in der Zeit noch sehr jung sind. In vier Fällen wurden äußerliche Methoden angewandt, d.h. Methoden, die keine eigene Aktivität der Frauen notwendig machen, wie z.B. Einnahme von Anti-Nikotin-Tabletten oder eine Art hypnotisch-suggestiver Verfahren durch sogenannten Experten auf diesem Gebiete.

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

Erfolgreich war das kontrollierte Rauchen zumindest solange, wie die Selbstkontrolle auch aufrecht erhalten wurde. Gründe für das Scheitern und damit auch wieder unkontrolliertes Rauchen werden wir gleich aufzeigen. Auch die spontanen Versuche waren nicht erfolglos, führten sogar vorübergehend zur gänzlichen Aufgabe des Rauchens wobei bei diesen Frauen ein starkes motivierendes Gegengewicht gegen das Rauchen gesetzt wurde (z.B. Kind, Partner).

3. These. Erfolgreich sind Versuche zu reduzieren besonders dann, wenn Frauen mit kontrolliertem Rauchen versuchen den Zigarettenkonsum zu reduzieren. Phasen des - zumindest vorübergehenden - Aufhörens entstehen spontan, ohne besonderen Methoden.

Folgen des Reduzierens/Aufhörens. Auch wenn gesundheitliche Beschwerden Gründe für das Reduzieren/Aufhören waren, können die Frauen eigentlich nicht über eine gravierende Verbesserung des gesundheitlichen Befindens berichten. Bis auf Frau Brinkmann, die sich freier fühlt. Möglicherweise ist der geringe gesundheitliche Effekt der oft kurzem Dauer des Aufhörens oder Reduzierens geschuldet, sodaß eine gesundheitliche Stabilisierung noch gar nicht eintreten konnte. Einige Frauen berichten, daß sie, sobald sie aufhörten, noch nervöser und aggressiver wurden. Dies war ihnen - und wohl auch der Umwelt - so unerträglich, daß sie sofort wieder zu rauchen begannen. Drei Frauen berichten, daß sie plötzlich anfangen zu essen. Eine Frau empfindet ihre Yoghurtsucht als unangemessen; eine Frau bekommt derartige Gewichtsprobleme, daß dies ihre Motivation, zum Zigaretten-Nullkonsum stark schmälert.

4. These. Aufhören zu rauchen und teilweise Reduzieren des Rauchens hat bei einigen Frauen gravierende Folgen, wobei besonders Folgen bezüglich des Essverhaltens und Gewichts bedeutsam sind.

Motive für das Aufhören bzw. Reduzieren. Als Motive werden von den Frauen explizit gesundheitliche Motive genannt: entweder sind es direkt Erkrankungen (Asthma, Herzkrankheit) bzw. Schwangerschaft oder es sind eigene erste Beschwerden bzw. Angst vor Erkrankungen. Wieso aber diese gesundheitsbezogene Motivstruktur nicht ausreicht, offensichtlich vorgeschoben ist als gängige und sozial akzeptierte Motive, wird deutlich, wenn man sich die Begründungen für das Scheitern oder auch Gelingen und die Motive, warum Frauen rauchen, ansieht.

Gelingen und Scheitern. Gründe für das Gelingen, aufrecht erhalten des neuen Rauchverhaltens werden in vom Rauchen

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

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

-In drei Fällen waren plötzliche Beziehungskrisen Grund für das Scheitern; bzw. eine dieser Frauen sah sich plötzlich in einer beruflich und familiär starken Belastungssituation (Frau Schneider). In diesen Krisen konnten die Frauen nicht die zusätzliche Kraft aufbringen, das Rauchen auch noch zu bewältigen. Rauchen wurde in dieser Situation selbst wieder zu einem - scheinbaren - Bewältigungshandeln. Das Aufhören erschien in solchen Situationen auch als sekundär.

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

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

Rauchen als Bewältigung. Zumindest die Gründe: äußere Lebenskrise und innere Labilität, machen den Blick auf die Motive für das Rauchen notwendig. Alle Frauen sehen Rauchen im Zusammenhang mit Belastungen und Bewältigungshandeln. Nervosität, Hektik, Streß werden zum einen generell als Gründe für das Rauchen genannt. Konkretisiert

im Hinblick auf familiären und auf den Partner bezogener Streß werden von fünf Frauen gemacht. Berufliche Belastung und Streß als Grund für das Rauchen werden von vier Frauen ausführlich berichtet. Da das alles in den Fallbeschreibungen ausführlich dargestellt wurde, brauche ich hier keine Beispiele mehr zu bringen.

Ein weiterer Komplex, der parallel zu dem genannten Bewältigungshandeln angeführt wird, ist die tiefe Verwurzeltheit des Rauchverhaltens im Leben und im inneren psychischen Geschehen der Frauen. Formulierungen wie: die Zigarette als Krücke; als etwas, was Frau festhält; Rauchen als Gewohnheit, in der Frau schon viel zu tief drinhängt; die Zigarette als Teil der eigenen Person; Rauchen als Sucht; als Abhängigkeit in jeder Beziehung; machen das deutlich.

5. These. Rauchen ist also nicht eine jeweils aktualisierbare, neu einsetzbare Strategie, mit Belastungen oder Krisen umzugehen; es ist aber auch nicht eine allgemeine, bewußlose Habitualisierung, die sich durch alle Lebenssituationen zieht. Es ist vielmehr beides: eine tief in einer Person verwurzelte Gewohnheit, die allen alltäglichen Lebenssituationen, aber auch in konfliktreichen Situationen realisiert wird. Es ist ein generalisiertes und habitualisiertes Verhalten zum Umgang mit allen Situationen die eine emotionale und motivationale Bedeutung für die Frau haben.

6. These. Gründe für das Scheitern von Versuchen aufzuhören bzw. zu reduzieren liegen nicht allein in äußeren Anlässen begründet, die diese Versuche zunichte machen, sondern vor allem in dieser inneren Verwurzeltheit des Rauchens mit der Person, und in der Notwendigkeit, in krisenhaften und konfliktreichen Situationen etwas habe

zu müssen, daß Frau einen Halt gibt. Ohnen diesen Halt bricht alles zusammen.

Belastung und Belastungskonzepte. Betrachtet man, die lebensbiographischen Belastungen der Frauen und ihre Belastungsaussagen dazu, wird deutlich, daß sich viele der Frauen wirklich lange Zeit ohne einen äußeren Halt, z.B. durch eine stabile Familie, durchkämpfen mußten. Schon in der Kindheit kann nur ein kleiner Teil der Frauen auf eine vollständige, rückhaltgebende Familie zurückblicken. Über die Hälfte der Frauen ist auch hier längere Zeit mit den Kindern alleinstehend gewesen und selbst bei den langjährigen, stabilen Ehen liegen gravierende Probleme vor (z.B. behindertes Kind; alkoholabhängiger Mann). Aber: Belastungsaussagen dazu werden von den Frauen explizit nicht gemacht; auch die Verbindung von Beruf und Familie, was alle Frauen fast ohne Unterbrechung getan haben, wird nicht als Belastung thematisiert: es war normal; etwas, was Frau immer gemacht hat. Die Berufsarbeit wird sogar durchgängig positiv bewertet; keine der Frauen möchte sie aufgeben. Nur eine Frau bewertet die paar Jahre des nicht berufstätig seins als sehr positiv, will aber trotzdem heute den Beruf nicht aufgeben. Trotz dieser generell positiven Einstellung zum Beruf, sehen die Frauen doch bestimmte Aspekte ihrer Arbeitssituation aus einer kritischen Perspektive und benennen Streß und Belastungen der Arbeit.

Neben diesen Belastungen, die sich mehr an der Berufs- Familienbiographie der Frauen festmachen, sind ein paar Frauen sehr stark durch ihre innere, psychische Situation beeinträchtigt. Sie sehen hier teilweise Bezüge zur Kindheit und Jugend und damaligen, durch äußere Umstände bedingten Fehlentwicklungen.

7. These. Auch diese Frauen unterliegen nicht unerheblichen Belastungen, wobei in dieser Gruppe die Divergenz zwischen objektiver Belastung und subjektiver Belastungsthematisierung nicht ganz so groß ist, wie in der Gruppe. Wenn Bewältigung als Motiv für Rauchen angegeben wird, dann hat das möglicherweise seine Ursachen in diesem Zusammenhang von objektiven Belastungen und subjektiven Belastungskonzepten.

Haltung zum Aufhören/Reduzieren. Betrachtet man die verschiedenen Argumente zum Aufhören/Reduzieren werden folgende Aspekte deutlich. Der Wunsch ist bei den Frauen eher widersprüchlich, teilweise scheint er sogar aufgesetzt. Nur Frau Brinkmann sagt nach ihren Gewichtserfahrungen, daß sie jetzt nicht mehr mit dem Rauchen aufhören will. Aufgesetzt scheint mir auch der Wunsch von Frau Bergmann, die möglicherweise nur durch die äußere Umgebung, vor allem den Kollegenkreis, unter Druck gesetzt wird, von sich selbst aber sagt, eigentlich gar nicht den richtigen Willen zu haben; die sich teilweise sogar sehr abfällig über Abwöhnungsstrategien äußert.

Auch Frau Waldmann meint, daß ihr zum Aufhören wohl der innere Wille, die innere Kraft fehle - allerdings deshalb weil hinter dem Rauchen noch andere Dinge stehen, die sie bewältigen muß. Aus ihren Aussagen spricht aber die Haltung und Überzeugung, dann aufhören zu können, wenn dieser Wille da ist. Ähnlich sieht Frau Wagner ihre mangelnde Kraft zum Aufhören in persönlichen, eher innerpsychischen Konfliktlage.

Frau Carlos und Frau Erkel betonen direkt zwei für sie widersprüchliche Aspekte des Rauchens: den Genuß, die Gemütlichkeit beim Rauchen einerseits, also die positiven Momente; und ihren Ekel aber auch die stark empfundene

Abhängigkeit, in der sie vor der Zigarette stehen. Ich möchte abschließend mit diesen Ergebnissen folgende These bezüglich des Rauchens der Gruppe 2 formulieren.

8. These. 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.

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

Gesundheit und Krankheit. Der Vollständigkeit halber möchte ich noch kurz auf die Ergebnisse zum Themenkomplex Gesundheit/Krankheit/Gesundheitsverhalten eingehen. Allerdings sind die Ergebnisse für diese Gruppe nur begrenzt aussagefähig, da dieses Thema in den Gesprächen nicht so intensiv verfolgt wurde, da der Schwerpunkt mehr auf Rauchen lag.

Auch bei diesen Frauen, gefragt danach, was sie für ihr

Gesundheit tun, lautet die häufigste Antwort: "nichts!". Sportliche Betätigung wird zwar zunächst thematisiert und spazierengehen, aber praktisch macht keine Frau etwas in dieser Richtung. Auch hier das Argument: keine Zeit; vielleicht bin ich auch zu bequem. Gesundheitsbewusst ernähren sich allerdings zwei Frauen. Zum Thema: "sich etwas gönnen" sind leider die Aussagen sporadisch: Bummeln und Einkaufen gehen; Entspannen, z.B. in der Badewanne; den Hobbies nachgehen. Der Wunsch für die Gesundheit "sich auf einer Schönheitsfarm zu pflegen und einmal ohne familiäre und berufliche Verpflichtungen entspannen zu können" wird auch einmal genannt. Konzepte von Gesundheit und Krankheit wurden noch sporadischer erfasst. Deutlich wird auch hier, daß sie sehr von Krankheitskonzepten geprägt sind. Für die Gesundheit muß Frau erst etwas tun, wenn Gesundheit schon nicht mehr vorhanden ist, sondern erst zu behandelnde Krankheiten auftreten. Dies wird von den Frauen auch ohne schlechtes Gewissen formuliert.

4.5. "Ich habe es geschafft, ich rauche nicht mehr!"
Befreiung aus einer Abhängigkeit? (Gruppe 3)

Frauen dieser Gruppe haben häufig mehrere Anläufe gemacht, mit dem Rauchen aufzuhören, bis sie es endlich geschafft haben. Sie berichten davon, schon immer ein sehr widersprüchliches Verhältnis zum Rauchen gehabt zu haben. Analog der Darstellungskriterien der Gruppe 2 wollen wir auch hier die Biographien der Frauen, ihre Motive und Beweggründe, mit dem Rauchen aufzuhören, darstellen. Der Vollständigkeit und Überschaubarkeit halber sollen diese Kriterien hier nochmals aufgeführt werden. Dabei wird deutlich, daß bei dieser Gruppe der Schwerpunkt auf der Phase des endgültigen Aufhörens liegt.

- Thematisierbarkeit des Rauchens
- Biographie der Versuche aufzuhören bzw. zu reduzieren:
Anlässe, Methoden, Folgen
- Motive für das Aufhören/Reduzieren
- Gründe für das Scheitern früherer Versuche bzw. Rückfälle
 - o Positive Momente des Rauchens
 - o Rauchen als Bewältigung und Belastungen
- Gründe für das endgültige Gelingen
 - o Motive
 - o Bewältigung und Belastungen
 - o Haltung zum Rauchen/Aufhören/Wiederbeginn
- Konzepte von Gesundheit/Krankheit/gesunder Lebensweise

In der Darstellung möchte ich auch hier wieder fallweise

vorgehen und hinterher eine ausführliche Zusammenfassung anschließen.

Thematisierbarkeit

Was für die Gruppe 2 hinsichtlich der Thematisierbarkeit gesagt wurde gilt für diese Gruppe von Frauen ebenfalls. Durch die oft jahrelange Beschäftigung mit ihrem eigenen Rauchverhalten, geprägt durch Versuche aufzuhören, Rückfälle und ambivalente Einstellungen zum Rauchen, können auch diese Frauen sehr viel zu diesem Thema berichten. Gerade ihre widersprüchlichen Haltungen und inkonsistent Verhaltensweisen bezüglich des Rauchens zwingen die Frauen, über sich selbst nachzudenken, nach Erklärungsmodellen und Motivstrukturen zu suchen. Dabei ist auch bei diesen Frauen zu beobachten, daß sie immer wieder auf das Thema rauchen zurückkommen und ähnlich wie in Gruppe 2 die meisten der uns interessierenden Themen (Belastung und Bewältigung; Gesundheit und Gesundheitsverhalten) aus der Perspektive des Rauchens heraus thematisieren. Auch bei dieser Gruppe bleibt die Frage offen ob dies die wirkliche Erlebnisstruktur der Frauen widerspiegelt oder ob es sich hier um ein durch die Gesprächssituation entstandenes Artefakt handelt.

Frau Heine

Eine Kurzfassung des Interviews mit Frau Heine finden sie im Anhang zu diesem Kapitel. Es ist insoweit stark verändert, als ihre Aussagen zur Rauchbiographie in einen chronologischen Ablauf gestellt wurden. Das Interview mit Frau Heine wird in gekürztem Wortlaut dem Text beigegeben, weil hier der Kampf gegen die Abhängigkeit von der Zigarette und die wiederholten Versuche, davon wegzukommen, so plastisch und beeindruckend geschildert werden.

Versuche aufzuhören/reduzieren

Frau Heine hat eine sehr wechselhafte Rauchbiographie hinter sich. Sie ist eine sehr starke Raucherin gewesen, hat zeitweise bis zu ca. 60 Zigaretten pro Tag geraucht. Ihren ersten Versuch aufzuhören macht sie auf Druck ihres Mannes (Anlaß), der ihr ein Anti-Raucher-Programm (Methode) mitbringt. Eine eigenständige Motivation hatte sie eigentlich nicht. Der Versuch scheiterte deshalb. Anlaß für den zweiten Versuch aufzuhören war eine Operation und ein damit zusammenhängender Krankenhausaufenthalt. Frau Heine hebt hervor, daß sie sich immer spezifische Anlässe zum aufhören gesucht habe. Sie hört spontan auf zu rauchen; berichtet aber hier von ihrer Methode, die erste Zigarette morgens solange wie möglich hinauszuzögern. Die erste Zigarette sei so wichtig, da sie danach dem Nikotin dann wieder "hoffnungslos verfallen sei". Bei diesem zweiten Versuch hat sie sehr starke Entzugerscheinungen (Folgen). Sie meint, diese Entzugerscheinungen seien jedoch weniger körperlich sondern eher psychisch gewesen: Vor innerer Zerrissenheit habe sie geweint; verzweifelt sei sie durch den Krankenhauspark gelaufen - mit geballten Fäusten. "Ich habe geweint, es war ein wahnsinniger Kampf!" (S.2) Sie sei von dem Gedanken an Zigaretten besessen gewesen und habe an nichts anderes denken können. Zur Unterstützung (Methode) hatte sie Anti-Rauch-Tabletten, die ihr der Arzt einmal verschrieben hatte. Sie hat sie zwar nie genommen, aber sie zu haben gab ihr eine innere Stütze, einen inneren Halt. Eine weitere Folge des aufhörens war, daß sie nun begonnen hat mehr zu essen. Schon immer habe sie gern Süßigkeiten gegessen. Das sei auch "so eine typische Ersatzbefriedigung gewesen". Aber es gäbe garkeinen Trost- im Gegenteil man werde dicker und fühle sich dadurch noch unwohler. Als Motiv für das aufhören nannte sie zunächst gesundheitliche Gründe. Sie habe schon als Kind immer

Husten gehabt, wobei nicht vergessen werden darf, daß Frau Heine schon mit 7 Jahren begonnen hat zu rauchen. Als Kind habe sie schon immer Angst vor Lungenkrebs gehabt. Als zweiten Grund für das aufhören berichtet sie von Streitereien mit ihrem Mann über die Zigaretten. Der Mann habe sie immer unter Druck gesetzt, mit dem Rauchen aufzuhören, dann könne er selbst auch aufhören. Auch finanzielle Gründe habe er ins Feld geführt. Um diese Streitigkeiten zu vermeiden, habe sie aufgehört. Aber auch die psychische Abhängigkeit von der Zigarette habe sie gestört. Anfangs, als sie mit dem Rauchen begonnen habe, habe sie sich immer großartig gefühlt. "Mal eine ganze Nacht durchgequalmt!" Aber später habe sie sich doch von der Zigarette stark abhängig gefühlt. Bei ihr sei auch die Zigarette in jeder Situation dabei gewesen, sogar vor dem Frühstück habe sie geraucht.

Rückfall.

Aber so ambivalent ihre Einstellung zur Zigarette, ambivalent bewertet sie auch das Verhältnis ihres Rauchverhaltens in Beziehung zu ihrem Mann. Sie beginnt nach einigen Monaten nämlich wieder zu rauchen. Anlaß ist zunächst ein Lehrgang, wo alle viel rauchen und trinken. Sie versucht zunächst durch schnorren und abkaufen einzelner Zigaretten den Zigarettenkonsum gering zu halten; sie habe auch die Menschen ihrer Umgebung gebeten, ihr keine Zigaretten mehr zu geben. Aber das habe nicht funktioniert. Sie habe dann wieder geraucht, weil sie soviel Streit mit ihrem Mann gehabt habe (Rauchen als Bewältigung). Gerade in Opposition zu ihrem Mann habe sie geraucht; obwohl - sie hat sich dann auch wieder darüber geärgert, diese Opposition auch nur dadurch herstellen zu können, daß sie sich in die Abhängigkeit von der Zigarette begibt. Sie meint, der Grund für das Gelingen des aufhörens besteht auch darin, daß sie es immer dann geschafft habe, wenn sie von ihrem Mann weg gewesen sei (Krankenhauses) und damit

von ihm unabhängig gewesen sei. Sie meint, er habe es sogar als unschön empfunden, wenn sie so von ihm unabhängig gewesen sei. Frau Heine sieht sich in ihrer Abhängigkeit von ihrer Zigarette also auch deutlich in einer ambivalenten Situation gegenüber ihrem Mann: Mit der Zigarette in Opposition; ohne die Zigarette als unabhängig von ihm. Bei den späteren Versuchen und ihrem Scheitern wird dies noch deutlicher werden. Die Zigarette scheint in der Ehebeziehung hier zu einer symbolischen Figur, zum "Stein des Anstoßes" geworden zu sein, an dem sich ein Großteil der Partnerkonflikte aufhängen. Dies wird an einer Stelle deutlich, wo sie erzählt, daß sie zeitweilig, als sie nicht erwerbstätig war und kein eigenes Geld verdient hatte, heimlich geraucht habe. Heute fragt sie sich zwar, warum sie das gemacht habe, warum sie nicht den Muthatte, das gegenüber ihrem Mann vertreten. Aber sie beschreibt eine Situation des heimlichen Rauchens, in der meines Erachtens ihre Ambivalenz sich abhängig zu machen und sich abhängig zu fühlen einerseits und ihre Opposition gegenüber ihrem Mann andererseits deutlich wird.

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

Dazu keinen weiteren Kommentar!

Ihren dritten Versuch aufzuhören bzw. zu reduzieren macht Frau H. in ihrer ersten Schwangerschaft (Anlaß) Gänzlich aufhören konnte sie nicht, obwohl sie dem Kind gegenüber ein schlechtes Gewissen hatte. Sie raucht aber

immer 1 Zigarette. Die brauchte sie auch, das gab ihr Hal die Freude auf die 1 Zigarette am abend (Methode). Durch eine Umschulungsmaßnahme hatte sie jedoch eine erhöhte Belastung; die Prüfung fiel in den ersten Teil der Schwangerschaft, so daß sie doch wieder mehr rauchte. (Belastungen und Rückfall) Auch sei ihr erstes Kind anfangs sehr unruhig gewesen, habe immer geschrien, es sei denn, sie habe ihn auf dem Arm gehabt. Sie hatte zu der Zeit ein sehr schlechtes Gewissen, weil sie nicht wußte, ob die Uruhe des Kindes nicht vielleicht doch mit ihrem Rauchen zusammenhängen könne. Sie hat es als sehr schlimm empfunden, da zu sitzen, mit dem Kind an der Brust und der Zigarette in der Hand. Es sei aber aber ein Teufelskreis gewesen, weil sie sich durch das Kind so belastet gefühlt habe, daß sie hätte einfach rauchen müssen.

4. Versuch.

Bei der zweiten Schwangerschaft (Anlaß), 2 Jahre später, habe sie dann ganz aufgehört zu rauchen. Zu der Zeit sei sie auch sehr aktiv geworden und habe einen Kinderladen ins Leben gerufen. Dies sei ihre Initiative gewesen. Alle 2 Wochen zum Elternabend habe sie 1 Zigarette geraucht (Methode). Das war ihr wichtig, dieses Ziel noch zu haben. Aber dann sei alles wieder zusammengebrochen. (Belastung und Rückfall) Sie sei in der Schwangerschaft Zuckerkrank gewesen. Durch die hohe Belastung mit dem Kind und Aufbau des Kinderladens habe sie gar nicht mehr regelmäßig gegessen. Sie habe deshalb ihre Mutter anreisen lassen, um eine Unterstützung zu haben. Das war eine Hilfe insofern der äußere Rahmen betroffen ist; persönlich war es ihr eine Belastung. Das Verhältnis zur Mutter sei schon immer sehr schlecht gewesen und sie habe sie soweit gebracht, daß sie wieder rauchte. Aber: auch der Mutter gegenüber mußte sie heimlich rauchen. Sie sieht hier deu

lich Parallelen zu dem Verhältnis zu ihrem Mann.

H.: Und dann habe ich wieder angefangen zu rauchen, als meine Mutter gekommen ist. Die spielt da wohl eine ähnliche Rolle wie mein Mann. Ich habe ein sehr schlechtes Verhältnis zu ihr. ... Sie verhält sich immer so, daß es für mich schlimm und schrecklich ist. Das hat mich dann auch so geschafft, da habe ich dann wieder angefangen zu rauchen (S. 17 f.)

Sie meint, auch der Mutter gegenüber habe sie aus Protest geraucht.

Aber dann findet sie wirklich den Absprung von den Zigaretten. Als sie zur Entbindung geht (Anlaß), packt der Mann neben den Kleidern auch die Zigaretten aus und läßt dazu eine Bemerkung fallen. Sie sagt, ohne großen Plan "Die kannst du wieder mitnehmen, ich will nicht mehr rauchen." (S.18) Es sei ein Glück gewesen, daß ihr Mann nicht mehr dazu gesagt habe, eventuell hätte sie dann aus Protest doch wieder mehr geraucht. Motive waren auch hier das schlechte Gewissen gegenüber dem Kind und sie wollte nicht nochmals die Situation wie beim ersten Mal wiederholen. Aber wie sie es nun dieses Mal eigentlich wirklich geschafft ist ihr selbst unklar. (Bewältigung) Erst auf Nachfrage der Interviewerin, ob nicht auch ihre Aktivität beim Aufbau des Kinderladens eine Stütze gewesen sei, berichtete sie über die Bedeutung, die Schwangerschaft und Geburten für sie hatten. Die Geburten hatte sie ohne Betäubung. Sie habe das als eine Leistung, etwas sehr positives empfunden.

H.: Und wahrscheinlich bin ich da doch unabhängig - unabhängiger geworden erwachsener, selbständiger, weil ich auch die Geburten so ohne Betäubung ... so ganz bewußt erlebt habe und erleben wollte. Ich weiß nicht, das hat mich irgendwie gestärkt, das ich vielleicht, daß ich doch nicht mehr nötig hatte, dann so an einem Schnuller (S. 20)

Für Frau Heine sind also ihre familiären Erfolge ausschlaggebend für ihre Entwicklung. Beruflich war sie wohl nie so besonders interessiert. Sie hatte ihre Lehre abgebrochen und erst später beendet; war zeitweilig ohne Arbeit und hatte die Umschulungsmaßnahmen (zur Arbeitsberaterin) erst auf Drängen des Ehemannes gemacht. "Ich hätte also immer gewußt, ich kann mehr und ich könnte auch mehr, aber ich wäre niemals losgegangen und hätte irgendetwas gemacht." (S. 20) Aber sie beginnt an diesem Punkt nicht eine mögliche berufliche Karriere, sondern entscheidet sich gerade jetzt, Kinder zu bekommen. Der Aufbau des Kinderladens, stimmt sie nun aber doch zu, sei wirklich in ihrem Leben das gewesen, was sie selbständig und aus eigenem Antrieb gemacht habe. "Das war die erfolgreichste Phase meines Lebens." (S. 22) Hausarbeit, Sorge für die Kinder und die Organisation für den Kinderladenseien ihr Aufgabenbereich. Weder von ihrem Mann noch von den anderen Eltern im Kinderladen bekomme sie dafür ausreichend Anerkennung. Sie meint jedoch, sie müsse sich von dem Urteil ihres Mannes unabhängig machen - genauso wie sich vom rauchen unabhängig gemacht habe.

Aber ganz sicher, ob sie den Sprung von der Zigarette wirklich endgültig geschafft hat, ist sich Frau Heine nicht. (Haltung zum aufhören/rauchen)

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

Offen bleibt also, ob Frau Heine dieses nicht mehr rauchen auch über den Zeitpunkt des Interviews, zu dem sie seit ca. 2 Jahren nicht mehr geraucht hatte, hinaus aufrecht erhält.

Auch das Thema Gesundheit wird im Interview noch angesprochen, allerdings auf den Bereich Gesundheitsverhalten reduziert. Frau Heine berichtet hier nochmals zu dem Thema Süßigkeiten. Aber - das nimmt sie in Kauf, daß das ungesund ist. Sie hat beim Naschen auch nicht so ein schlechtes Gewissen wie beim rauchen. Speziell gesundheitsbewußt lebt sie allerdings nicht. Zum Beispiel die Ernährung umzustellen wäre eine Arbeit, die ihr im Moment zu viel wäre. Nach ihrer Einstellung zur Gesundheit generell befragt, betont sie die Vergiftung der Umwelt.

I.: Was für eine Einstellung haben sie denn so zum gesund sein und gesunden Leben?

H.: Am wichtigsten ist eigentlich schon auch die Umwelt ... ich denke, man hat schon ein Recht, alles zu essen was so wächst. Und nicht erst in Tabellen gucken um zu sehen, wieviel Gift hast du denn da schon vor gehabt, was darfst du denn jetzt noch esse. Das ist schon ganz schön schlimm. (S. 25)

Auch gegenüber dem EBverhalten der Kinder ist sie entsprechend offen. Sie meint, daß reguliere sich bei den Kindern von selbst, die äßen das, was sie brauchen. Ernährung ist für Frau Heine also ein ganz wichtiger Punkt an dem sie gesundes Leben festmacht. Sie selbst richtet aber ihr Ernährungsverhalten nur begrenzt danach aus, sieht auch die Grenzen des eigenen Handelns durch die Schadstoffe in den Lebensmitteln.

Frau Faust

Auch Frau Faust kann auf eine bewegte Rauchbiographie zurückblicken. Sie beginnt relativ spät, erst mit 23 Jahre zu rauchen. Zunächst raucht sie nur sporadisch, vor allem abends, wenn berufliche Termine anlagen. Sie arbeitete in der Werbeabteilung einer internationalen Firm

Tagsüber herrschte ein informelles Rauchverbot, da der Chef sehr gegen das Rauchen bei der Arbeit eingestellt war. Am Wochenende raucht sie mehr, von ihrem Mann animiert. Sie raucht dann auch als Unterbrechung und zur Entspannung während der Hausarbeit. Sie raucht in dieser Zeit sowohl wegen des beruflichen Streß, aber auch, um sich einmal etwas Schönes zu gönnen. Als sie schwanger wird (Anlaß) hörte sie sofort auf zu rauchen. Die Zigaretten schmeckten ihr nicht mehr und sie fürchtete um die Gesundheit des Kindes. (Motiv).

Nach der Geburt des Kindes beginnt sie jedoch wieder zu rauchen (Rückfall). Sie führt dies auf ihre Lebenssituation zurück, nicht mehr berufstätig zu sein und nur noch für das Kind dasein zu müssen. (Belastungen).

F.: ... Ich habe aufgehört zu arbeiten und da fingen für mich die Probleme an. Es war ein Wunschkind, ich habe mich darauf gefreut, aber in dem Moment, wo ich meine Arbeit an den Nagel gehängt habe und nur noch für das Kind da war, war ich also der unzufriedenste Mensch von der ganzen Welt. Das Kind hat mir nicht das geben können, was ich an sozialen Kontakten und an Aufgaben und an persönlicher Entfaltung gebraucht habe. Diese Buddelkastengespräche - damit fing das Rauchen auch wieder an. Was macht man, man sitzt am Buddelkasten und es sitzt eine Mutter neben einem und erzählt einem nun genau das, was man zuhause hat: Windeln und Eimer, 'Und jetzt hat es gelacht', 'Und jetzt hat es einen Zahn'. Es ist so banal. Für jede Mutter ist es etwas schönes - auch für mich war es etwas schönes -, aber für mich hat es nicht gereicht. Es hat mich krank gemacht, dieses ständige Bla, Bla, Bla. Was koche ich heute und was koche ich morgen ... ich muß dazu sagen, wir zogen dann um und ich habe den häuslichen Kreis verloren. Nicht nur, daß ich die Arbeit verloren habe, ich habe auch meine Kontakte in der Nachbarschaft verloren und saß nun zuhause. Ich war mit dem Kind angebunden, mit dem Kinderwagen konnte ich nur einen abgesteckten Kreis erreichen. Und wenn mein Mann abends nach Hause kam, dann hungerte ich nach jeder Infor-

mation und fiel dem auf den Wecker ... und damit fingen eigentlich die Probleme an. (S. 7 f.)

Später, meinte sie, das Kind sei kein Wunschkind gewesen vielmehr habe ihr Mann sie mit dem Argument unter Druck gesetzt, daß eine Frau ohne Kind keine richtige Frau sei. Sie selbst habe gar kein Kind haben wollen. Diese Einstellung habe sie von ihrer Mutter übernommen, die ihr ganzes Leben über die sehr schwere Geburt mit ihr selbst gejamert habe und ihr immer gesagt habe, wie furchtbar es sei, ein Kind zu haben. Sie wäre gern wieder berufstätig geworden, auch das paßte nach Meinung des Mannes nicht zu seinem sozialen Status. Sie sei sich wie in einem goldenen Käfig vorgekommen. Ihr Mann habe sie nur als Auhängeschild benutzt. Rauchen, schick aussehen, ausgehen, Gäste einladen, etc., das habe auch alles dazugehört. In Rauchen sieht sie zum einen in diesem äußeren sozialen Kontext; zum anderen in ihrer isolierten Lebenssituation und den Spannungen mit ihrem Ehemann begründet.

Die Beziehung sei dann sehr schlecht geworden, als ihr Mann, wohl bedingt durch berufliche Überforderung, zusammen gebrochen sei. Heute meint sie, er sei wohl psychisch krank gewesen. Er habe in der Zeit große Schulden gemacht; seine Stimmung habe immer zwischen totaler Depression und Euphorie geschwankt. Sie hat dann die Scheidung eingereicht und sich von dem Mann getrennt. Dies war dann aber mit einer radikalen Veränderung ihrer Lebenssituation verbunden. Sie mußte sich nach nun 6-jähriger Unterbrechung wieder Arbeit suchen. Trotz des durch die Familienzeit geknickten Selbstbewußtseins gelingt ihr das sehr schnell und sie erweist sich als sehr durchsetzungsfähig. Die erste Arbeit sei sehr hart gewesen. Sie sei sehr angespannt gewesen und habe deshalb tagsüber wenig geraucht, abends aber alles nachgeholt. Abends sei ihr ihre Situation dann immer erst so richtig klar geworden: die harte Arbeit, Versorgung des Kindes, finanzielle Not.

durch noch zu leistende Abzahlungen und ständige Bedrohungen durch ihren Mann, der zwar ausgezogen war, ihr aber oft telefonisch drohte. Sie habe aber durch ihre Eltern und den Freundeskreis große Unterstützung gehabt. Die Mutter habe sich auch tagsüber viel um ihre Tochter gekümmert. In dieser Situation habe sie jetzt die Zigarette ganz notwendig gebraucht: nicht allein zur Bewältigung von Streß und um sich an der Zigarette festzuhalten sondern auch, um jetzt ihre neu gewonnene Selbständigkeit ihr erwachsen sein zu demonstrieren.

F.: Um jetzt wieder aufs Rauchen zu kommen: In dem Moment, wo ich alleine war, in dem Moment brauchte ich die Zigarette, und zwar ganz nötig und ganz stark. Ich hatte nämlich etwas, woran ich mich festhalten konnte. Und etwas, was ich auch demonstrieren konnte. 'Hier schaut mal, ich bin eine selbständige Frau. Ich kann rauchen wann ich will, ich kann machen was ich will und das nach Außen tragen, damit man mir das auch glaubt.' Mußte einfach zeigen, daß ich erwachsen geworden bin. Vielleicht war es auch eine Form von Männlichkeit, so ein Statussymbol des Mannes. Ich konnte irgendwie zeigen, daß ich eine Frau bin, die in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen. Ich glaube, daß ich das gewußt habe und daß ich dann auch wahnsinnig viel geraucht habe.
(S. 17f.)

Zu der Zeit hat sie ca. 1 Schachtel Zigaretten pro Tag geraucht. In dieser Zeit habe sie auch - ca. ein viertel Jahr lang - abends immer eine Flasche Wein getrunken. Sie habe stark unter Schlafstörungen gelitten. Bald sei ihr aber bewußt geworden, daß sie sich damit nur noch mehr in eine schlechte Situation hineinreißt.

F.: Einfach um sich selbst so ein bißchen zu betäuben. Es war so ein Gefühl von: 'Ja, was hast du aus deinem Leben gemacht; wie soll es weitergehen?' Bis zu dem Moment, wo ich mir gesagt habe 'Jetzt nicht mehr. Jetzt ist der Zug abgefahren, jetzt mußt du dich zusammenreißen, jetzt mußt du wieder irgendwo einen neuen Anfang machen!'. Es war

vielleicht so ein abschlafen. (S. 26)

Sie habe sich damals wohl selbst bemitleidet. Zwar hat sie sich in ihrer Ehe immer nach dem Beruf und nach Selbstständigkeit gesehnt. Nun habe sie das gehabt, aber auf allen Luxus und alle Bequemlichkeit, die sie vorher hatte verzichten müssen. Neidisch habe sie aus dem Bus auf die vorbeifahrenden Autos geblickt. Ihr sei dann aber deutlich geworden, daß sie selbst etwas verändern müsse. "... sich anzupacken und da allein rausziehen, oder vor die Hunde gehen." (S. 29) So habe sie erstmal mit dem Trinken aufgehört. Sie sah auch die Notwendigkeit sich um eine Arbeit zu bemühen, wo sie Beruf und Kind besser miteinander verbinden konnte.

Sie bekam dann eine neue Arbeitsstelle, bei der sie auch jetzt noch tätig ist. Hier saß sie mit einer Kollegin in einem Raum, die strikte Nichtraucherin war, so daß sie tagsüber nicht rauchen konnte. Abends hat sie zwar dann geraucht, aber mäßig und zunehmend weniger. (Motive) Da sie an einer Institution des Gesundheitswesens arbeitet, mußte sie sich mit dem Thema Rauchen und Gesundheit beschäftigen. Sie fing an, sich mit ihrem eigenen Rauchverhalten auseinander zu setzen; fürchtete auch die möglichen gesundheitlichen Folgen des Rauchens. Auch ihre Tochter habe ihr immer gesagt, sie solle aufhören. Eine Erkältung im Urlaub war dann der konkrete Anlaß, das Rauchen aufzugeben.

F.: Dann habe ich mir eine Erkältung geholt. Und da konnte ich nicht mehr rauchen und da habe ich dann vier Tage nicht rauchen können und ich hatte immer im Hinterkopf, du willst ja aufhören. Jetzt ist der Zeitpunkt gekommen, du willst ja aufhören. Jetzt hast du vier Tage ausgeschalten ohne Zigarette, jetzt geht es. Und dann habe ich eben gesagt, ich rauche seit vier Tagen nicht, bietet mir keine Zigarette mehr an. Und von da an habe ich nicht mehr geraucht. Ja, vier Jahre lang nicht. Überhaupt keine Zigarette mehr. (S. 20f.)

Sie habe nach dem Aufhören auch ihren jetzigen Partner kennengelernt, der ebenfalls Nichtraucher war. Es sei auch eine sehr harmonische Partnerschaft und das habe ihr ebenfalls einen Rückhalt gegeben. Als Ersatz habe sie dann me gegessen und auch genascht. Natürlich hat sie davon zugenommen, was den Partner aber nicht störte. (Folgen). Sie war sehr stolz auf sich selbst, daß sie es geschafft hatte, von dem Rauchen wegzukommen. (Haltung zum aufhören)

F.: Ich war stolz. Ich war so stolz, daß ich das geschafft habe, ich habe auch vor mir selber wieder ein bißchen mehr Achtung bekommen. Ich konnte mir wieder sagen, Mensch, da hast du wirklich was geleistet. (S.23)

Ihre Tochter habe ihr immer Labilität vorgeworfen. Obwohl sie das eigentlich nicht sei, habe sie dieser Vorwurf doch sehr getroffen (Motiv). Ihre Tochter sei selbst eine sehr starke und konsequente Person und fordere das auch von ihrer Mutter.

Aber dann kam der Rückfall. Frau Faust fuhr zur Kur und fing dort wieder an zu rauchen. Zwei Gründe führt sie dazu an (Motive): das Gefühl des allein seins und Gewichtsprobleme.

F.: Auch wieder das Gefühl von alleine sein und ich habe irgendwie demonstrieren müssen, 'Ich habe hier etwas, woran ich mich festhalten kann. Da ist es mir dann ganz bewußt geworden: 'Schaut her, wer ich bin und ich habe niemanden nötig, ich habe ja etwas, woran ich mich festhalten kann'. Vielleicht ist es auch eine Form von Unsicherheit. (S.21)

Ich habe sehr viel zugenommen. in der Kur habe ich dann zehn Pfund abgenommen. Die Frauen, die alle so schlank waren, die rauchten wie verrückt und irgendwie, ich weiß es nicht, aber ich glaube, in meinem Hinterkopf war der Gedanke, 'Jetzt mußt du das Gewicht halten'. Und dann habe ich wieder angefangen mit dem Gedanken 'Mal sehen, was jetzt

passiert?'. (S. 22)

Sie hat dann wieder recht stark geraucht, ca. 20 Zigaretten pro Tag. Als sie wieder zu Hause war, hat sie jedoch trotz des Rauchens wieder zugenommen. Eine Bronchitis nahm sie zum Anlaß, wieder gänzlich aufzuhören. Auch nach dem letzten aufhören habe sie sich gesundheitlich wohler gefühlt, da sie unter einer generellen Anfälligkeit der Bronchien leidet. (Folgen und Motiv) Sie habe auch immer nur wenig geraucht, da es ihr sonst in den Bronchien geschmerzt habe. Das würde auch nicht mehr ihre Vorstellung vom Rauchen entsprechen (Haltung zum Rauchen). Und damit hat sie ihre Rauchgeschichte beendet.

F.: Das würde mir weh tun. Das wäre dann nicht das, was ich mir eigentlich unter dem Rauchen vorstelle, nämlich Entspannung und so ein bißchen abschlafen, so, Hausarbeit unterbrechen (lacht), sondern das würde mir eigentlich nicht zuträglich sein. So, und damit sind wir am Ende. (S. 31)

Wegen der Länge des Interviews bestand nicht mehr die Möglichkeit, auf das Thema Gesundheit, unabhängig vom Rauchen einzugehen. Sporadische Aussagen dazu an einigen Stellen des Interviews sind so nicht sinnvoll darzustellen und zu interpretieren.

Frau Adam

Biographie des Aufhörens. Frau Adam hat 22 Jahre geraucht während der Schwangerschaften hat sie das Rauchen unterbrochen, sich aber zu der Zeit nie überlegt, wirklich mit dem Rauchen aufzuhören. " ... Ich wollte nicht. Da habe ich gar nicht überlegt, ob der Wille da ist oder nicht." (S. 15) Nach der Geburt des zweiten Kindes hat sie die Erwerbsarbeit (Eis

A.: ...Ich habe immer so ein dummes Gefühl dabei gehabt, so als Frau - auf der Straße habe ich auch nicht geraucht und am Fenster auch nicht. Und wenn ich jetzt zur Ärztin gekommen bin oder ins Krankenhaus, dann habe ich nicht gesagt, daß ich rauche. Ich habe mich immer geschämt.
(S. 10)

Frau Adam ist 44 Jahre alt, gehört also einer Generation an, in der das Rauchen von Frauen noch eine ganz andere Bedeutung hatte als heute. Das wirkt aber immer noch auf sie ein und bestimmte ihren Entschluß aufzuhören.

A.: Weil ich das nicht so schön finde, wenn eine Frau raucht. Überhaupt dachte ich mir, wenn man jetzt alt wird und sitzt da irgendwo und hat eine Zigarette in der Hand ... (S.3)

Sie weiß auch genau:

A.: Also, ich hätte sowieso mal aufgehört, das weiß ich ganz genau.
(S.4)

Diese Bewertung des Rauchens bei Frauen hat auch ihr Rauchverhalten geprägt. Für sie war unvorstellbar, bei der Hausarbeit zu rauchen. "Ich finde das widerlich, wenn man als Hausfrau in der Küche steht in der Suppe rührt und eine Zigarette in der Hand hält." (S.16)

Mehrfach wird im Interview versucht, das Thema Belastung und Rauchen anzusprechen. Frau Adam geht jedoch in keine Weise darauf ein, überhört die Frage geradezu. So weicht sie generell zu dem Thema Bewältigung und Belastung eher aus. Streit oder direkte Auseinandersetzungen gibt es kaum; mit allen in der Familie kann sie reden, wenn es mal Probleme gibt. "...Nein, und wenn ich sonst etwas habe, dann habe ich meine Wohnung, dann bin ich am putzen, das ist meine Ablenkung."
(S. 20 f.)

Wenn sie sich einmal etwas gönnen will, geht sie allein

verkäuferin; Arbeiterin; Küchenhilfe) aufgegeben und war 14 Jahre lang zu hause. In dieser Zeit hat sie wenig geraucht: Nur abends und am Wochenende. Versuche aufzuhören hat sie nie gemacht. Vor 8 Jahren hatte sie wieder angefangen, außer Haus zu arbeiten. Bis vor einem Jahr war sie Verpackerin im Seifengroßhandel. Die Arbeit mußte sie wegen ihres Asthmas, unter dem sie seit 2 Jahren leidet, aufgeben. Seit der Wiederaufnahme der Erwerbsarbeit hat sie wieder stärker geraucht, nämlich jetzt auch vormittags bei der Arbeit. "Als ich dann wieder anfang zu arbeiten, da haben auch ich geraucht und da habe ich dann auch mitgeraucht." (S.7) Sie hat dann 15 - 20 Zigaretten pro Tag geraucht. Vor ca. 4 Jahren, also vor dem Beginn der Asthmaerkrankung, bekam sie einen Herzanfall und mußte ins Krankenhaus (Anlaß). Der Arzt hat ihr gesagt, es sei lebensbedrohlich. Sie hat daraufhin spontan (Methode) mit dem Rauchen aufgehört und seitdem nicht mehr geraucht. Das war für sie offensichtlich nicht allzuschwer; auch auf Ersatzhandlungen, wie z.B. Essen, mußte sie nicht zurückgreifen. Zunächst ging es ihr gesundheitlich auch besser (Folgen): Magenschmerzen und Kopfschmerzen wurden geringer. Durch das Asthma und die daran anhängende Cortison-Behandlung sei die Magenempfindlichkeit jedoch wieder gestiegen. Heute sage die Familie sogar: "... seitdem du nicht mehr rauchst, bist du kränker." (S.5)

Also: gesundheitliche Beeinträchtigungen waren Anlaß für das Aufhören; Frau Adam hat es spontan und ohne große Mühe geschafft. Dies wird erklärlich, wenn man die Motivstruktur und die Haltung zum Rauchen, die Frau Adam schon immer hatte, betrachtet. Das Rauchen hat ihr sowieso nie gefallen und sie sei auch nie eine leidenschaftliche Raucherin gewesen, nur eine Sonntagsraucherin. Sie habe sich auch eigentlich immer etwas geschämt, als Frau in der Öffentlichkeit zu rauchen.

in die Stadt bummeln, von morgens bis abends. Ins Cafe oder Restaurant geht sie schon mal - aber nur mit ihrem Mann. Sie gehen auch öfter mal ins Theater und hinterher essen. Von Problemen oder Konflikten, in denen sie vielleicht früher geraucht hat, heute aber andere Verhaltensweisen hat, berichtet sie nicht. Überhaupt berichtet sie an keiner Stelle von besonderen biographischen Konflikten.

An einer Stelle erzählt sie kurz ihre Motivation zur Berufsarbeit. Weniger finanzielle Überlegungen als der Wunsch "unter Leute zu kommen" habe sie zur Wiederaufnahme der Berufsarbeit bewogen. Sie würde auch wieder arbeiten gehen, aber ihre Asthmaerkrankung schränkt ihre Möglichkeiten ein. Sie mußte aufgrund der Arbeitsumgebungsbelastungen (Stäube) ihre Arbeit aufgeben. Heute hilft sie ab und zu ihrem Sohn, der einen Obst- und Gemüsestand auf dem Markt hat, beim Verkauf. Das macht ihr Spaß: "... mal so ein Schwätzchen machen." (S. 24)

Für Frau Adam ist das Thema Rauchen endgültig abgeschlossen.
(Haltung zum Aufhören)

A.: Und jetzt habe ich aufgehört und bin stolz, daß ich es geschafft habe. Spaß hat es mir eigentlich nie gemacht. (S.9)

... jetzt fange ich aber bestimmt nicht wieder an, garantiert nicht. (S.15)

... für mich ist das Thema abgeschlossen, ich rauche nicht mehr - und ich fange auch nie wieder an. (S.17)

Gesundheit und Krankheit.

Es ist eigentlich ein ganz anderes Thema, das Frau Adam heute bewegt, nämlich ihr Asthma. Ihr Rauchen liegt vier Jahre zurück, aber seit knapp zwei Jahren leidet sie unter dem Asthma. Das Rauchen und Asthma hängen für sie nicht miteinander zu-

sammen, denn das Asthma ist Allergie bedingt. Asthma, Cortisonbehandlung und Wechseljahre kommen bei ihr zur Zeit zusammen und bereiten ihr große Beschwerden: Gewicht und Wasser im Körper, Bluthochdruck, Magenbeschwerden u.a.m.. Wenn sie Asthmaanfälle bekommt, zieht sie sich zurück. Sie will dann allein sein. Sie weiß von der negativen Wirkung des Cortisons und zieht auch in Erwägung, eventuell eine andere Therapie zu versuchen, z.B. zum Heilpraktiker zu gehen. Wegen ihrer Erkrankung beschäftigt sie sich auch mit gesundheitlichen Problemen. Sie hat sich entsprechende Bücher und Zeitschriften besorgt und kauft auch einige Nahrungsmittel im Reformhaus.

Abschließend scheint mir wichtig, ihre Definition der Asthmaerkrankung in dem Spektrum Krankheit/Gesundheit zu zitieren.

I.: ... Fühlen Sie sich richtig krank?

A.: Nein, krank nicht, aber leidend. Das ist ja keine Krankheit, das ist ja ein Leiden, dieses Asthma.

I.: Wie unterscheiden Sie das?

A.: Ja, so richtig krank ist man ja nicht, das ist ein Leiden, weil man das nicht wieder los wird. ... Ich hoffe aber, daß ich es wieder los werde. (S.27)

Leider gelingt es hier am Ende des Gesprächs mit Frau Adam nicht, dieses Thema etwas zu vertiefen. Generell ist Frau Adam sehr zurückhaltend, eventuell durch ihren Asthmaanfall in der Nacht vor dem Gespräch bedingt, so daß einige Themen angesprochen wurden, sie aber wenig Bereitschaft zeigte, sie zu vertiefen. Wichtig an der Rauchbiographie scheint mir die große Divergenz zwischen gesundheitlichem Anlaß, mit dem Rauchen aufzuhören und der - biographisch zurück zu verfolgenden - eher negativen Haltung zum Rauchen generell. Diese Haltung bildet die eigentliche Mokivstruktur, mit dem Rauchen

aufzuhören. Heute, nach vier Jahren ohne Zigarette, ist Raucher für Frau Adam erst recht kein bedeutsames Thema mehr, wohl ein Grund mehr für ihre geringe Erzählbereitschaft.

Frau Boldt

Als Anhang zum Kapitel 4.2. Verlaufsformen des Rauchens, wurde eine Kurzfassung des Gesprächs mit Frau Boldt gegeben, so daß ich mich hier auf die wichtigsten Strukturen und Interpretationen beschränken möchte. Frau Boldt kann auf zwei verhältnismäßig kurze Rauchpausen zurückblicken und dementsprechend auf zwei Phasen des aufhörens. Als Schülerin rauchte sie wie alle anderen Mitschüler auch, und aus den gleichen Motiven heraus. Sie hört schlagartig auf zu rauchen, als sie in die Lehre (Industrieschneiderin) kam. Anlaß und Motiv waren finanzieller Art. Vorher hat sie häufig Zigaretten geschlaucht oder von ihrem Taschengeld bezahlt. Sie bekam jetzt nur noch 10,-- DM Taschengeld in der Woche, die sie lieber für andere Dinge ausgeben wollte. Ihr ist es nicht schwer gefallen aufzuhören, aber sie hat zum Ausgleich gern genascht. (Folgen) Auch heute nascht sie noch gern. Im sozialen Umfeld wurde ihr Verhalten belohnt. Die Mutter hat ihr manchmal Süßes geschenkt und die Arbeitskolleginnen, die wußten, daß sie nicht raucht, haben ihr ebenfalls öfter Süßigkeiten abgegeben. Frau Boldt war zum einen selbst sehr stolz, durch das nicht mehr rauchen, viel Geld zu sparen (Haltung zum aufhören). Aber auch die Kolleginnen haben sie bewundert (Soziale Folgen). "... Das sie das also echt bewundert haben, das sie mich richtig unterstützt haben damals." (S.2)

Bewältigung und Belastung.

Die Kolleginnen haben alle geraucht und Frau Boldt stellt auch gleich einen Zusammenhang zur beruflichen Arbeit der Frauen als Akkordarbeiterinnen her. "Viele rauchen! Es ist ja eine Akkordarbeit, die Industrieschneiderei und es geht wirklich auf die Knochen". (S.2)

Sie beschreibt die Härte der Arbeit, die körperliche Belastung und die geringen Verdienstmöglichkeiten. Offensichtlich ist das alles ihrer Meinung nach ausreichender Grund zu rauchen. Kann man es den Frauen unter diesen Bedingungen übel nehmen? Hatte Frau Boldt statt dessen das Naschen? Wie hat sie es geschafft, mit ihrem von der Gruppennorm eher abweichenden Verhalten des nicht Rauchens Anerkennung zu gewinnen?

Frau Boldt mußte diesen Beruf aufgeben, weil sie nach Empfehlung des Arztes körperlich dazu nicht geeignet war. Nach Heirat, Schwangerschaft und Geburt arbeitet sie im Haushalt und dann in einer Wäscherei. Die junge Ehe beginnt bald zu kriseln und die beruflichen und familiären Belastungen werden immens. Der Mann hat keine Arbeit und unterschlägt ihr und den Kindern sogar die Sozialhilfe. Es gibt heftige auch körperliche Auseinandersetzungen zwischen den Ehepartnern. Frau Boldt beginnt wieder zu rauchen.

B.: Lediglich wenn ich mich stark mit meinem Mann gezankt habe, dann habe ich doch mal zwischendurch zur Zigarette gegriffen. So aus Nervosität oder zum Abreagieren mehr oder weniger.

Und dann als meine Scheidung lief, da habe ich ganz und gar wieder angefangen zu rauchen. Das war also so schlimm, daß ich gar nicht mehr ohne Zigarette leben konnte. Ich habe kaum etwas gegessen, nur gerade. Ich habe 12 Stunden in einer Wäscherei gearbeitet. Ich bin frühmorgens um 6 Uhr aus dem Haus gegangen und meine Mutter hat die Kinder versorgt, aus dem Kindergarten abgeholt; ich bin abends erst um 6 Uhr nach Hause gekommen. Ich war einfach zu bequem, zu erschöpft, um mir richtig etwas zum Essen zu machen. Die einfachste Lösung war dann eine Zigarette. Man war einfach abgelenkt. ... (S.3 f.)

Nach 1,5 Jahren wird die Ehe geschieden. Sie erhält für sich und die Kinder keinen Unterhalt von ihrem Mann; sie muß die Familie also allein durchbringen. Mit Geld vom Sozialamt und 'putzen' gelingt es ihr, die Wohnung zu halten und für ihre Kinder zu sorgen.

gen. Darauf ist sie sehr stolz. Sie sieht, daß sie mit der früheren Ehe selbst Fehler gemacht hat. Aber sie empfindet dies als eine Lebensschule.

B.: Ich sag immer, man muß gewisse Dinge durchmachen, um erwachsen zu werden. Und diese Dinge haben mich sehr viel reifer gemacht. Ich bin dadurch eben auch sehr hart geworden dem Arbeitsleben gegenüber. Also, ich hab eben aus den Fehlern auch gelernt. ... (S. 5)

Die Trennung aus dieser Ehe war für sie ein ganz wichtiger Schritt, wieder Boden unter die Füße zu bekommen - eine Phase, in der sie gelernt hat, ihr Leben anders und besser in der Hand zu haben. Sie lernt ihren jetzigen Partner kennen, der dann zu ihr zieht. Mit diesem Partner ist sie nun seit ca. 10 Jahren zusammen und seit gut einem Jahr auch verheiratet. Finanzielle Erwägungen spielten bei dieser späten Eheschließung vor allem eine Rolle.

In dieser Beziehung bekommt sie eine sehr schwere Erkältung (Anlaß) - und wieder hat sie starke soziale Unterstützung, mit dem rauchen aufzuhören. Ihr Mann verbannt alle Zigaretten aus dem Haus. Stück für Stück hat sie sich dann das Rauchen abgewöhnt (Methode), zumal sie auch lange nach der Erkältung immer noch mit Hustenanfällen zu kämpfen hatte. Hinterher hat es ihr dann auch nicht mehr geschmeckt. Heute ist sie glücklich, daß sie es geschafft hat. (Haltung zum Aufhören) Sie hofft auch, daß die Kinder nicht einmal anfangen zu rauchen. Damit ist für Frau Boldt das Thema rauchen dann eigentlich abgeschlossen.

Aber: gefragt nach Situationen, wo sie sich unsicher, gestreßt, nervös fühlt und in denen sie früher rauchte, gibt sie freimütig zu, daß sie dann mit Leidenschaft nasche; oder sie strickt, macht irgendetwas, auf das sie sich konzentrieren muß und das sie ablenkt (alternative Bewältigungsstrategien). Ihre alte Leidenschaft zum Naschen hat sie also beibehalten. Heute achtet sie auch auf ihr Gewicht und ist dabei schlank. Diese

Notwendigkeit besteht aber erst seit der Geburt der zweiten Tochter. Früher konnte sie ohne Gewichtszunahme essen; aber: sie war damals generell eine schlechte Esserin. Erst durch ihren jetzigen Partner, der Koch ist, hat sie das Essen gelernt. (Gesundheitsverhalten und Belastung) Damals in der Scheidungszeit habe sie garnicht das Geld gehabt, um richtig zu essen, da sie lediglich von Sozialhilfe leben mußte. Sie habe gearbeitet, nur um die Wohnung zu halten und die Kinder zu ernähren. Sie ist heute noch sehr stolz darauf, daß sie das geschafft hat.

B.: Ich habe mir immer gesagt, daß Obdachlosenasyll ist nicht weit von hier, das ist ja hier hinten - und davor hatte ich panische Angst.

(S. 13)

Explizit für sich selbst oder ihre Gesundheit macht Frau Boldt nichts. Jazz-Gymnastik und einen Kosmetikkurs hat sie früher einmal besucht, aber nicht zuende geführt; teilweise aus gesundheitlichen Gründen. Frau Boldt hat einen Bandscheibenschaden. Sie fährt allerdings sehr viel Fahrrad. Zur Arbeit, zum einkaufen usw. Sie macht es, weil es ihr viel Spaß bereitet! Gesundheitliche Gründe spielen hier eine nachgeordnete Rolle.

Die Aussagen, die Frau Boldt zum Thema rauchen einerseits und Gesundheitsverhalten andererseits macht sind nicht allzu umfangreich aber klar und eindeutig. Sie betonte besonders das Streßrauchen während der Trennungsphase. Naschen hatte sie als alternative Handlungsstrategie, aber offensichtlich nicht in einem Ausmaß, daß es als gesundheitsschädigendes Verhalten, mit gravierenden Konsequenzen für ihr Gewicht, zu beurteilen wäre. Plastisch wird das Bild, das wir uns von Frau Boldt machen können, aber erst, wenn wir auf ihre Lebenssituation blicken. Mit viel Kraft und Energie kämpft Frau Boldt sich durch sehr schwierige Situationen hindurch. Drei Kinder sind eine wohl nicht zu unterschätzende finanzielle Belastung, besonders auf dem Hintergrund, daß sie für nur zwei Kinder Sozialhilfe bekommt. Sie hat aber durch ihren Partner offensichtlich eine

starke Unterstützung. Frau Boldt weiß, was sie leistet und was sie geleistet hat. Darauf ist sie mit Recht stolz! Fehler begreift sie als notwendige Lernschritte in ihrem Leben. An keine Stelle beklagt sie sich über die Belastungen, die sie auch noch heute hat: durch ihre Arbeit als Reinigungsfray, durch die Familie und andere Nebenbeschäftigungen, durch die sie sich einen kleinen Nebenverdienst erwirtschaftet. Im Gegenteil - diese Dinge machen ihr teilweise auch viel Spaß.

Auf diesem Hintergrund wird dann auch ihre Haltung zum Rauchen und aufhören deutlicher. Frau Boldt war, verglichen mit den meisten Frauen aus der Gruppe 1 und 2, keine langjährige, manifeste Raucherin. Ihre starke Rauchphase war eindeutig an eine besondere Streßsituation gebunden. Sie meistert diese Situation mit hohem Energieaufwand, aber mit dem klaren Ziel, den äußereren materiellen Rahmen für sich und ihre Kinder aufrecht zu erhalten. Durch ihren neuen Partner hat sie darin auch eine persönliche Stütze. Dies zusammen gibt ihr die Kraft und schafft die Voraussetzung, das zu der Zeit für sie wirklich ungesunde Rauchverhalten abzulegen und statt dessen - gemeinsam mit dem Partner - einen gesünderen Lebensablauf zu entwickeln, zu dem dann auch regelmäßiges Essen, Fahrrad fahren, etc. dazugehören.

Frau Detmer

Auf das Interview mit Frau Detmer möchte ich nur kurz eingehen, da aus technischen Gründen der Gesprächsteil, wo sie über ihre Rauchbiographie berichtet, nicht aufgenommen werden konnte. Ich möchte jedoch über sie berichten, da sie in ihrer Biographie neben dem Rauchen noch eine andere Abhängigkeit hatte, nämlich Alkohol und starker Gebrauch von Psychopharmaka. Frau Detmer beginnt mit 17 Jahren zu rauchen; sie raucht ca. 20 Jahre. Nachdem sie mit 35 Jahren an Asthma erkrankte (Motiv), hört sie einige Jahre später gänzlich auf zu rauchen. Sie hat durchschnittlich 20 bis 30 Zigaretten pro Tag, manchmal bis zu 40 Zigaretten geraucht. Es gab keine Phase, wo sie das Rauchen

unterbrochen hatte (Methode). Mit Anti-Raucher-Tabletten hat sie es geschafft, vom Rauchen wegzukommen. Außerdem hat ihr jetziger Mann sie unterstützt, indem er ebenfalls das Rauchen aufgab. (Folgen) Als Ersatz für das Rauchen verstärkte sie das Naschen von Süßigkeiten, die sie aber früher schon gern gegessen hatte. Aber: ihr Eßverhalten hatte sich insgesamt verbessert. Sie ißt heute mit Ruhe und Genuß, was früher nicht der Fall war. Ihre Gewichtszunahme versucht sie nun mit Diät anzugehen. Das Aufhören hatte für sie ausschließlich positive Auswirkungen: Kopf- und Herzschmerzen sind seitdem ebenfalls verschwunden.

Frau Detmer hat eine Krankenpflegeausbildung gemacht und ist heute als Gemeindeschwester tätig. Mit 22 Jahren hat sie geheiratet und ein Jahr später ihre Tochter geboren. Nach 4 Jahren ist sie wieder geschieden; die Ehe war sehr belastend, da der Mann Alkoholiker war. In dieser Zeit war Frau Detmer selbst häufig krank; sie litt unter Eierstockentzündungen und psychosomatischen Erkrankungen. In dieser Zeit begann sie ebenfalls zu trinken, weil sie ihren alkoholisierten Ehemann nicht anders ertragen konnte. Sie gebrauchte auch häufig Psychopharmaka, Beruhigungsmittel. In dieser Zeit war sie häufig krank; sie meint daß sei psychisch oder psychosomatisch gewesen. (Gesundheit und Krankheit)

D.: Ja, früher war ich immer psychisch krank. Ich hatte dauernd irgend etwas, irgendwas hatte ich laufend. Es tat mir hier weh, dann tat es da weh. Ich kam mir schon vor wie eine Hysterikerin - ... bis mal ein Arzt gesagt hat: 'Ach Kindchen, laß dich scheiden, dann geht es dir besser'. Dann hab ich mich scheiden lassen und dann ging es mir besser. Das hätte ich mir damals nie träumen lassen, daß man wirkliche Schmerzen hat und man hat gar nichts, das hätte ich mir nie träumen lassen.
(S. 5)

I.: Würden Sie das denn heute auch als krank ansehen, würden Sie diesen Zustand auch als krank bezeichnen?

D.: Psychische Krankheiten finde ich viel schlimmer als organische. Gegen organische Krankheiten kann man was machen, gegen psychische nicht. Welche Tablette hätte mir da geholfen? (S. 6)

Frau Detmer unterscheidet also deutlich zwischen organischen und psychischen Erkrankungen, was auf dem Hintergrund ihrer Ausbildung und ihrer jetzigen Tätigkeit zu erwarten ist. Auch ihre heutige Asthmaerkrankung führt sie auf psychische Ursachen zurück. Wenn sie sich tagsüber besonders aufregt, bekommt sie nachts Asthmaanfälle. Eine Besserung ihrer gesundheitlichen Situation trat erst dann ein, als sie sich von ihrem ersten Partner trennte.

Nach der Scheidung hat sie sehr schnell ihren jetzigen Partner kennengelernt und geheiratet. Er brachte selbst einen kleinen Sohn mit in die Ehe. Sie unterbricht nun für mehrere Jahre die Erwerbsarbeit und kümmert sich um die Kinder. Anfangs in der zweiten Ehe habe sie zunächst auch noch sehr viel getrunken. Ihren Partner hat das sehr gestört und er stellte sie vor die Alternative: "Ich oder der Alkohol!"

Frau Detmer hat zwar viel getrunken, war aber nicht alkoholkrank so daß der Schritt vom Alkohol weg für sie ohne allzu große Kämpfe möglich war. Im Vergleich Alkohol - Zigarette betont sie, wie Frauen in anderen Gesprächen auch, die zerstörende Wirkung des Alkohols: "Der Alkohol zieht ja noch mehr nach unten. Das Nikotin zieht ja keinen nach unten." (S.10) Also: Als Raucher bzw. Raucherin bin und bleibe ich noch angepaßt, was beim Alkohol nicht der Fall ist.

Daß sie es geschafft habe: kein Alkohol, keine Tablette und jetzt auch keine Zigaretten mehr führt sie auf die Unterstützung durch ihren Mann zurück. So habe sie der Mann auch sehr gegenüber ihre Eltern gestärkt. Ihre Eltern seien sehr despotisch gewesen und hätten sie psychisch immer stark unter Druck gesetzt. Früher habe sie garnicht ohne Beruhigungsmitteln zu ihren Eltern gehen

können, habe immer ein schlechtes Gewissen gehabt. Das habe ich
nun nicht mehr nötig.

D.: Ja, mein Mann hat mir Selbstbewußtsein beigebracht, was ich damals
nicht hatte, und - ja, die Angstgefühle genommen. Er hat mich
wirklich von diesem Ganzen von - Süchten will ich mal sagen - oder wie
man das nennen will , wirklich geheilt. Ich hatte viel Unterstützung!
(S. 15)

Für ihre Gesundheit tut Frau Detmer nichts explizit. Früher habe
sie mal in der Wohnung Gymnastik nach Musik gemacht. Sie geht
gern Schlittschuhlaufen, was sie aber nicht unter Gesundheits-
halten thematisiert. Wenn sie sich etwas gönnen will, geht sie
bummeln und anschließend Kaffee trinken und Torte essen. Sie
kauft sehr gern und da entspannt sie sich auch sehr. Auch gibt
es neue kleine Süchte: z.B. Kochrezepte sammeln und in ihr Koch-
buch schreiben. Das kann sie stundenlang machen. Aber all diese
Dinge machen ihr nur Spaß, wenn kein äußerer Zwang, keine Ver-
pflichtung dahintersteht. "Ich mache immer das gerne, worauf ich ge-
rade Lust habe. ... Ich entspanne mich dabei, wenn ich das mache, wozu ich
Lust habe." (S. 18)

Auch ihre Arbeit als Gemeindeschwester gefällt ihr sehr gut. Vor
allem, daß sie selbständig und unabhängig arbeiten kann. "Arbeits-
muß man sowieso, aber ich finde das selbständige Handeln und Arbeiten wichti-
(S. 21)

Zusammenfassender Vergleich.

Ich möchte in diesem Zusammenhang hier lediglich auf den Bereich
Rauchen und, soweit damit zusammenhängend, Belastungen und Be-
wältigung eingehen. Der gesamte Bereich Gesundheit/Krankheit/O-
sundheitsverhalten wurde in den Gesprächen mit diesen Frauen, die
sich aus Zeitgründen notwendig stark auf die Rauchbiographie kon-
zentrieren mußten, nur sporadisch thematisiert. So sind m.F. in

keiner Weise vergleichbare Aussagen dazu da.

Auch diese Gruppe von Frauen zeichnet sich durch einen hohen Thematisierbarkeitsgrad bezügl. des Rauchens aus, wobei ihre Erzählung vor allem die Geschichte des aufhörens in den Mittelpunkt stellt. Rauchen wird bei ihnen in einem engen Zusammenhang zu ihrer Lebensgeschichte thematisiert. (These 1)

Rauchbiographie.

Bis auf eine Ausnahme (Detmer) haben die Frauen jeweils verschiedene Versuche gemacht, mit dem Rauchen aufzuhören, sind wieder rückfällig geworden und haben es dann geschafft. Es gibt Phasen, wo die Frauen viel und solche wo sie wenig rauchen. Sie unterscheiden sich hier ganz deutlich von Gruppe 1, den Raucherinnen. Unterschiede zur Gruppe 2 gibt es insofern, als sie nicht nur Versuche machen aufzuhören, sondern es ihnen weitaus häufiger auch gelingt, zu unterbrechen oder zu reduzieren.

2. These: Die Frauen, die das Rauchen aufgegeben haben, können im stärkeren Maße auf eine gebrochene oder wechselhafte Rauchbiographie verweisen, als die anderen Frauen.

Anlässe für das Aufhören/Reduzieren.

Bei allen Versuchen werden von den Frauen konkrete Anlässe berichtet. Dabei überwiegen ganz deutlich Schwangerschaft und Geburt und Erkrankungen. (These 3)

Über Methoden werden nur wenige Aussagen gemacht. In den meisten Fällen hören die Frauen spontan, ohne spezifischen Plan oder Methode auf zu rauchen. Einige Frauen haben Anti-Rauch-Tabletten einige Frauen reduzieren stückweise bzw. rauchen sporadisch noch Zigaretten. (These 4)

Folgen.

Fast durchgängig berichten die Frauen, daß sie als Folge des Aufhörens mehr naschen oder generell mehr essen. Oft haben die Frauen auch früher schon gern genascht. Teilweise führte das veränderte Eßverhalten zu Gewichtszunahmen, was aber nur für Frau Faust in einer Situation zum Problem wird und sie wieder zum Rauchen motiviert. (These 5)

Motive.

Motive sind bei diesen Frauen nur teilweise gesundheitlicher Art, wobei nur in einem Fall (Adam) eine gesundheitliche Einschränkung genannt wird. Die Gesundheit der Kinder (Schwangerschaft oder Neugeborenes) oder eine allgemeine Angst vor Erkrankungen werden außerdem genannt. Auch finanzielle Gründe werden teilweise angeführt. Im Vordergrund stehen aber eindeutig soziale Motive, die sich aus der Darstellung der eigenen Biographie der Frauen ergeben. Das heißt, wir müssen zunächst nach den Gründen fragen, warum die Frauen rauchen bzw. warum Versuche aufzuhören scheitern.

Bis auf Frau Adam geben alle Frauen Zusammenhänge zwischen ihrer Lebenssituation und ihrem Rauchverhalten an. Frau Heine raucht in stiller Opposition zu ihrem Mann und ihrer Mutter. Frau Faust 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 Boldt 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 Detmers Rauchbiographie wenig wissen, so wissen wir doch, daß auch sie in einer vergleichbaren familiären Si-

tuation nicht nur geraucht hat, sondern auch noch von Alkohol und Medikamenten abhängig war. Alle Frauen sehen sich hier in einer ganz starken Abhängigkeit: Von der Zigarette bzw. anderen Süchten einerseits und in der Partnerbeziehung andererseits. So geben die Frauen als Anlässe für Rückfälle in der Regel äußer soziale Umgebungsfaktoren an, wie : Kur, Lehrgänge, Wiederaufnahme der Berufstätigkeit. Die Motive liegen aber in solchen ungelösten Konflikten und Belastungen begründet, wie sie oben beschrieben wurden (These 6)

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 bei Schopf zu nehmen, sich herauszureißen". Dies wird wörtlich so von Frau Faust formuliert, die sich mit großem Kraftaufwand in einem gewaltigen Sprung aus der von ihr so abgelehnten Familiensituation herausreißt; das wird ganz deutlich bei Frau Boldt und Frau Detmer, die - auch mit Unterstützung durch einen neuen Partner - sich eine neues, selbstbestimmteres und besser organisiert Leben aufbauen. Und auch Frau Heine 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.

These 7. Die Ergebnisse bezügl. 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, in dem 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.

These 8. 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. Frau Heer garnicht sicher, ob sie es nun endgültig geschafft hat, mit dem Rauchen aufzuhören und die anderen Frauen schaffen es wohl auch nicht ganz ohne neue, vielleicht weniger gesundheitsbeeinträchtigende Bewältigungsstrategien, z.B. Maschen, Stricken, oder andere Dinge, die im Gespräch garnicht thematisiert wurden. Aber es ist doch zumindestens so, daß die Frauen es mit sehr viel Stolz erfüllt, wenn sie sich bewiesen haben, daß sie auch ohne den Haart durch die Zigarette ihr Leben meistern können.

5. Anhang: Interviewbeispiele

Im folgenden sind vier Interviewbeispiele von Frauen aus den verschiedenen Gruppen rauchender Frauen abgedruckt. Dabei wurden die Interviews stark verändert : gekürzt und thematisch nach den Auswertungsbereichen strukturiert. Die wörtlichen Aussagen wurden dagegen nicht verändert.

Frau Hermann

Frau Hermann ist 23 Jahre alt. Als Fabrikarbeiterin ist sie in einem elektrotechnischen Betrieb beschäftigt, wo sie elektrische Kleingeräte montiert. Sie ist nicht verheiratet und lebt mit ihrer 4-jährigen Tochter in einer 1-Zimmerwohnung zusammen. Frau Hermann ist - wie ihre anderen fünf Geschwister - im Heimaufgewachsen - ihre Mutter war Alkoholikerin. Nach Abschluß der Hauptschule ist sie nach ... gegangen, wo sie ein Haus- und Landwirtschaftslehre gemacht, aber kurz vor dem Abschluß abgebrochen hat. Sie ist dann in ihre Heimatstadt zurückgegangen und hat bei ihrem Vater und ihrer Stiefmutter gewohnt. In dieser Zeit wurde ihre Tochter geboren. Sie hat zunächst von Sozialhilfe gelebt. Als ihre Tochter ein Jahr alt war, hat sie sich Arbeit gesucht. In ihrer jetzigen Stellung hat sie einen recht gesicherten Arbeitsplatz: Vor einem Jahr hat sie sich deshalb mit der Tochter eine eigene Wohnung genommen.

Frau Hermann raucht ca. eine Schachtel Zigaretten pro Tag, die Hälfte zuhause, die Hälfte am Arbeitsplatz. Mit 12 Jahren hat sie ihre erste Zigarette versucht und mit 14 Jahren relativ regelmäßig schon eine Schachtel pro Tag geraucht. Bei dieser Menge ist es geblieben, außer in der Schwangerschaft, wo sie weniger geraucht hat. Sie hat bisher keine ernsthaften Versuche gemacht, mit dem Rauchen aufzuhören.

I.: Frau Hermann, können Sie sich noch erinnern, wie es bei Ihnen mit dem Rauchen angefangen hat?

H.: Ja, das weiß ich noch. Das war in der Schule. Wir haben uns immer am U-Bahnhof getroffen, eine Clique von der Schule. Dann haben wir erst mal Schularbeiten gemacht und dann haben wir gesagt, "Komm, jetzt rauchen wir erst mal eine". Und ich habe mir immer nicht getraut, weil ich nämlich im Heim aufgewachsen bin, und wenn

das gerochen hätten, dann hätte ich ganz schön Strafe gekriegt, wa? Und ich hab gesagt, "Nee, ick trau mir nich". Und dann hat mir meine Freundin eine angeboten, da habe ich erst mal Pustebacke gemacht, und das hat mir gefallen. Bis ich dann gelernt habe. Und da habe ich dann nicht aufgehört. Da war ich ungefähr 12 bis 13 Jahre. Und so ging das dann jeden Tag immer. Ein paar Tage haben wir ausgesetzt, und - seitdem ich vierzehn bin, rauche ich eigentlich regelmäßig. ... Ja, dann habe ich mir selber welche gekauft! Meine Mutter hat mir es auch erlaubt, zuhause zu rauchen. Alle drei Wochen durfte ich nach Hause zu meiner Mutter. Sie hat mir gesagt, ob ich nun hier rauche oder heimlich, dann ist es hier besser. Seitdem rauche ich eigentlich. ... Am Anfang habe ich noch nicht viel geraucht, nur so zum Angeben. Wenn ich bei meiner Mutter war, am Wochenede, dann vielleicht eine Schachtel. In der Mittagszeit nach der Schule habe ich nicht immer geraucht denn ich hatte ja Angst, wegen des Heims. Als ich im Schwimmverein war, da haben die es ja auch rausgekriegt, daß wir rauchen. Da durfte ich dann nicht mehr in den Schwimmverein. (Mit "die" ist gemeint die Erzieher im Heim). Ich habe aber trotzdem weitergeraucht, obwohl ich Strafe gekriegt habe. ... Früher war das ja ganz anders, da haben wir noch Schläge mit dem Stock gekriegt. ... Ich war da seit meinem zweiten Lebensjahr. Und dann, mit vierzehn, als ich aus der Schule gekommen bin, da bin ich dann nach ... gegangen und habe dort eine Lehre gemacht. Da habe ich auch erst heimlich geraucht, aber hinterher hat das meine Chefin gemerkt, daß ich geraucht habe. Sie hat aber weiter nichts gesagt, nur das es ungesund sei, aber das wußte ich ja schon, und trotzdem habe ich weiter geraucht.

- I.: Die meisten Leute wissen, daß das Rauchen gesundheitsschädlich ist und trotzdem rauchen sie weiter.
- H.: Na klar aber warum man das eigentlich macht, das weiß ich auch nicht. Ich habe ja schon mal versucht, es mir abzugewöhnen. Ich habe mal versucht, mir keine zu kaufen. Da war sie (gemeint ist ihre Tochter, die bei dem Gespräch dabei ist) bei meiner Mutter gewesen, da habe ich mir keine gekauft. Da habe ich nach Zigarettenkippen gesucht, weil ich keine mehr hatte. Da bin ich runter gegangen und habe mir welche geholt, weil ich es nicht mehr ausgehalten habe. Einen halben Tag un-

gefähr habe ich es ausgehalten, das war von halb vier, bis abends um halb acht.

I.: Und haben sie es schon mal länger versucht, früher?

H.: Ja, das war als ich entbunden habe, da habe ich eine Woche lang nicht geraucht. Doch als ich da raus kam, dann hat es doch wieder irgendwie gezogen, denn bei uns rauchen alle in der Familie, da gibt es keine, der nicht raucht. Alle rauchen sie. Und dann als einzige Nichtraucherin da zu sitzen, mmm. Besser wäre es schon, vielleicht werde ich dadurch ruhiger. Ich bin ja eigentlich ziemlich nervös, aber wenn ich eine Weile nicht geraucht habe, dann wird es schon schlimmer. Aber ich weiß nicht, wie ich es anfangen soll, nicht mehr zu rauchen. ... Da greift man automatisch zur Zigarette und das beruhigt.

I.: Sie wurden ganz nervös ?

H.: Ja, das habe ich gemerkt und sie (die Tochter) merkt es auch. Dann brüll ich sie an, und dann nehme ich eine Zigarette und dann werde ich wieder ruhiger und dann entschuldige ich mich wieder bei ihr. Wissen sie, da brülle ich sie dann einfach an, dann nervt sie mich dann so und dann greifst du wieder zur Zigarette, dann wirst du wieder ruhiger und dann ist alles wieder normal.

I.: Haben Sie schon mal überlegt, anstelle des Rauchens etwas anderes zu machen ?

H.: Ja, naschen tue ich sowieso sehr viel. Das würde mir also auch nicht helfen. Und trinken tue ich nicht und trinken will ich nicht. Vielleicht mehr beschäftigen. ... Ich meine Handarbeiten oder so. Ich brauche immer irgend etwas zwischen den Fingern. Vielleicht sollte ich das mal probieren. Aber, für so etwas habe ich auch nicht lange Geduld. Das lege ich dann auch wieder weg und das liegt dann wieder eine Weile.

I.: Und es mal in einer Gruppe versuchen - so Raucherentwöhnungskurse?

H.: Ich hab mir das schon mal überlegt, aber ob ich das schaffen würde, auch in einer Gruppe, das weiß ich nicht. Ich glaube, da braucht man sehr viel Willenskraft dazu, da muß man auch selber was für tun. Und die habe ich garnicht mal. Einesteils möchte ich mir das Rauchen gerne abgewöhnen, aber eigentlich möchte ich das auch nicht.

I.: Warum?

H.: Ich weiß es nicht, ...Ja, wie ich schwanger war, da habe ich tagsüber garnicht geraucht. Nur abends. Abends habe ich ja ein paar geraucht, aber auch nicht viel, fünfvielleicht. Tagsüber konnte ich keine Zigarette sehen, wenn meine Mutter eine geraucht hat, bin ich immer raus gegangen. Wenn es so gestunken hat, da ist mir schlecht geworden. Da habe ich nicht geraucht, das hat mir nicht geschmeckt.

I.: War denn Ihre Schwangerschaft und die Entbindung ganz normal?

H.: Also die Schwangerschaft, die war nicht normal! Nicht wegen ihr, sondern wegen mir. Ach, oweia, das war ganz fürchterlich! Das war grausam als ich schwanger war!

I.: War Ihnen immer schlecht, oder wie?

H.: Nee, das nicht mal, aber weil ich sie ja garnicht haben wollte. Das war ganz schlimm. Mit meiner Mutter habe ich nur rumgestritten, nur rumgestritten haben wir. Die ganze Schwangerschaftüber. Ich wollte sie ja auch abtreiben, dann war ich beim Arzt gewesen und alles, aber der war nicht da gewesen. Das zweite Mal habe ich mich nicht mehr hingetraut, ... da war ich feige.

I.: Und wieviel rauchen sie jetzt so?

H.: Eine Schachtel so ungefähr. Am Wochenende wird es etwas mehr. Wenn ich weggehe, wird es noch mehr. Wenn ich ausgehe.

I.: Was machen Sie denn da so?

H.: Ja, dann treffen wir uns mit unserer Clique. Eine Stammkneipe haben wir ja, da treffen wir uns jeden Freitag abend. Da wird dann natürlich noch mehr geraucht. Da brauche ich dann bestimmt zwei Schachtel pro Abend. Da rauchen alle. Zigaretten liegen immer auf dem Tisch. Wenn sie alle sind, holt jemand neue.

I.: Haben Sie sich da schon mal beobachtet, zu welchen Gelegenheiten Sie sonst rauchen ... zum Beispiel nach dem Essen ... ?

H.: Ja, nach dem Essen sowieso, da schmeckt sie nämlich am besten. Nach dem Frühstück, da brauche ich erst mal eine Zigarette, eine Tasse Kaffee, da fühle ich mich dann richtig wohl. ... Und sonst ... wenn ich zum Beispiel alles sauber mache, dann setze ich mir auch mal eine und rauche eine.

I.: Rauchen Sie denn hauptsächlich bei der Arbeit oder mehr in der Freizeit?

H.: Bei der Arbeit rauche ich nicht soviel. Wir haben da unseren festen Plan, weil da mehrere Raucher sind, da treffen wir uns immer in den Pausen.

Die erste gemeinsame Zigarette rauchen sie um 6.40 Uhr, wenn die Arbeit beginnt; um 8 haben sie dann 5 Minuten Pause und um 9 ist Frühstückspause. Um 10.30 und um 11.30 machen sie ebenfalls eine Zigarettenpause und um 12.30 ist dann Mittagspause, da rauchen sie dann meistens zwei. Dann rauchen sie noch ein Mal um 14.00 Uhr und dann erst wieder, wenn die Arbeit fertig ist. "Wir stehen ja alle im Akkord und dann machen wir unsere Stückzahl fertig."

Sie berichtet kurz von ihrer Arbeit. Sie selbst baut Rasierer zusammen und zwar den ganzen Apparat mit seinen Einzelteilen. Sie hat jetzt eine längere Zeit einen bestimmten Rasierer zusammenggebaut, in den nächsten Wochen wird aber ein neuer Rasierer zusammenggebaut werden. " Da

ist nicht schwer! Eine ganz prima Arbeit."

Die Arbeit macht ihr großen Spaß. Das Verhältnis zu den Kollegen und auch zur Meisterin sei sehr gut. Sie gehe sehr, sehr gerne zur Arbeit. "Ich freue mich immer, wenn ich hinkomme zur Arbeit. Ein ganz prima Arbeitsverhältnis."

H.: ... und da bleibe ich auch, solange es geht. Hat zuerst ja doch schlecht ausgesehen. Wir sollten ja alle entlassen werden. Da haben sie dann rausgesucht, die Leute, die da bleiben sollten. Und da habe ich gedacht, daß ich da raus muß, weil ich ja gerade erst angefangen habe. Die wollten zuerst ja, daß die alten bleiben, wa?
Und ausgerechnet kommt er und fragt, ob ich dableiben möchte. Da habe ich natürlich gleich gesagt: Ja, logisch! So was lasse ich mir nicht entgehen.

I.: War das nicht für Sie eine starke Umstellung, von einem Landwirtschaftsbetrieb auf einen Industriebetrieb hier?

H.: Ach, das fand ich eigentlich gar nicht! Das finde ich eigentlich unheimlich gut. Angst habe ich ja erst gehabt davor ... weil ich das noch nie gemacht habe, ja, weil ich noch nie eine Fabrik von innen gesehen habe. Das war alles so groß, da habe ich erst ein bißchen Angst gekriegt. Aber da waren alles so nette Arbeitskollegen, die haben mir gleich so geholfen, das war ganz prima, da habe ich mir sehr schnell eingewöhnt da.

Sie beschreibt kurz ihren beruflichen bzw. familiären Werdegang. Als sie schwanger war bzw. dann das Kind da war, hat sie zunächst von Sozialhilfe gelebt. Aber das hat ihr "gestunken". Wegen jedem "Scheißdreck" mußte man dorthingehen und fragen und beantragen, um dann doch nur die Hälfte genehmigt zu bekommen. Und da hat sie sich gesagt, "Jetzt ist sie alt genug" und hat sich was gesucht. Zunächst hat sie bei einer "Wechselfirma" gearbeitet, d.h.

sie wurde bei anderen Firmen kurzfristig eingesetzt. In diesem Zusammenhang wurde sie bei ihrer jetzigen Firma eingesetzt. Diese hat sie dann übernommen und alle Verwaltungsangelegenheiten, wie z.B. Kündigung, etc., erledigt. Jetzt verdiene sie auch wesentlich besser. Die Wechselfirma habe die Hälfte des Akkordlohnes einbehalten

H.: Seit Januar habe ich jetzt diese Wohnung, bis dahin habe ich bei meiner Mutter gewohnt. Aber das hat mir auch gestunken, das war mir zu hektisch, besonders wegen ihrer (Tochter), sie kam ja selber nicht mehr klar. Jetzt leben wir viel ruhiger, viel besser. Ich warte nun noch auf eine größere Wohnung, ein halbes Zimmer, denn jetzt schlafen wir ja hier gemeinsam auf der Doppelcouch.

Frau Hermann erzählt, daß insbesondere abends, wenn sie von der Arbeit nach Hause kommt, sie nicht mehr sehr viel Geduld habe, Im Moment sei sehr viel Streß auf der Arbeit dadurch daß die neuen Maschinen kämen, dadurch sei sehr viel Hektik auf Arbeit. Da wolle sie abends einfach ihre Ruhe haben, da habe sie keine Zeit mehr für ihre Tochter. Sie sei so fertig abends, daß ihre Tochter ihr bei jeder Bißchen auf den Wecker falle. Dann versucht sie sich zusammenzureißen und sagt, "Okay, setzen wir uns etwas hin aber dann falle ihrer Tochter wieder etwas ein, mit dem sie sie provozieren könne. "Aber das legt sich wieder, wenn es auf Arbeit etwas ruhiger wird."

Frau Hermann berichtet über ihren täglichen Tagesablauf. Um 5 Uhr steht sie auf, um 5.45 Uhr muß die Tochter in der nahe gelegenen Kindertagesstätte sein, wo sie zunächst von der Putzfrau übernommen wird,- die Erzieher

kommen erst um 6.00 Uhr. Frau Hermann beginnt um 6.45 Uhr mit der Arbeit. Gefrühstückt wird morgens erst in der Kindertagesstätte (8 Uhr) bzw. im Betrieb (9 Uhr).

I.: Ja, und haben sie den Eindruck, daß Ihnen das Rauchen schon auf die Gesundheit geschlagen hat?

H.: Nee, eigentlich nicht, ick fühl mir pudelwohl!

I.: Wo Sie doch sagten, daß Sie immer so hektisch sind?

H.: Nervös, ja, ich glaube, das bin ich schon immer gewesen, nervös. Jetzt merke ich das, dadurch daß ich sie habe, daß ich immer so nervös bin. Ich habe nicht viel Geduld für ihr, ich raste immer so schnell aus. ... Das habe ich mir schon oft vorgenommen: du wirst mal ein bißchen ruhiger sein, mußst du sie nicht gleich so anfahren! Die kann einen aber auf die Palme bringen.

I.: Wie ist denn das, tun Sie eigentlich gezielt etwas für Ihre Gesundheit? ... Etwas für Ihre Gesundheit, sich wohl fühlen?

H.: Eigentlich, eigentlich gar nichts. ... Früher habe ich Sport gemacht, ja aber jetzt habe ich gar keine Zeit dazu. Ich war im Fußballverein in ... war das noch, allerdings. Meisterschaften, richtige Spiele haben wir alles gemacht, haben wir sogar gewonnen. ... Zu der Zeit habe ich weniger geraucht.

I.: Was machen Sie denn, wenn Sie sich mal etwas ausspannen wollen, etwas für sich machen, kommen Sie dazu?

H.: Ich entspanne mich am besten, wenn ich Musik höre. Gestern als sie bei meiner Mutter geschlafen hat, habe ich meinen Kassettenrekorder genommen, Kopfhörer aufgesetzt und mich lang gelegt. Das war richtig schön, Zigarette und Kaffee dazu, das war richtig schön.

I.: Beschäftigen Sie sich denn sonst irgendwie mit dem Thema Gesundheit,

daß Sie z.B. etwas in Zeitungen lesen ...?

H.: Trau ich mir gar nicht zu lesen, da stehen immer so schreckliche Sachen drin. Was ich nicht weiß, das macht mich nicht heiß! Das sage ich mir immer.

I.: Ja, mit der Gesundheit, ist das dann etwas, worüber Sie öfter mal nachdenken?

H.: Nee, eigentlich nicht. Ick fühl mir immer wohl.

I.: Auch wenn die Arbeit mal stressig ist?

H.: Ja, das nehme ich alles nicht so schwer!

I.: Auch wenn es mal Knatsch gibt mit Ihrer Tochter?

H.: Ja, Knatsch gibt es überall mal. Das schaffen wir auch noch!

Im Befindensbogen findet sie allerdings doch einige Beschwerden, unter denen auch sie manchmal leidet. Erschöpfung und das Gefühl von Zerschlagenheit kennt sie doch und bringt es mit der Arbeit in Zusammenhang. Bei "Schwindelgefühle" meint sie, das hänge mit ihrem Kreislauf zusammen. Sie habe zu niedrigen Blutdruck. "Kopfschmerzen", die habe sie sehr stark in letzter Zeit. Ich frage, ob das eventuell mit der Arbeit zusammenhänge. Sie antwortet darauf, daß das möglich sei, denn wenn sie 'auf Arbeit' sehr viel Arbeit gehabt habe und abends dann noch von ihrer Tochter genervt werde, dann habe sie Kopfschmerzen. Aber nur einen Tag und dann sei es wieder weg. Alle paar Wochen komme das mal vor. Zusammenhänge zur Menstruation seien da aber nicht. Da habe sie nie Schwierigkeiten gehabt.

Frau Boldt

Frau Boldt ist 30 Jahre alt. Sie ist als Reinigungsfrau tätig (8Std./Tag), verheiratet und hat drei Kinder. Frau Boldt hat eine Lehre als Industrieschneiderin gemacht, die sie mit 17 Jahren kurz vor der Geburt ihrer ersten Tochter abschloß. Sie heiratete gegen den Willen ihrer Eltern und bekommt in der Ehe noch eine zweite Tochter. Der Mann ist Alkoholiker und meist arbeitslos. Sie arbeitet als Hauswartsfrau, Putzfrau und Kassierererin im Supermarkt; später wieder als Putzfrau. Die Familie hat starke finanzielle Schwierigkeiten, sie muß die Kinder allein durchbringen. Nach 1 1/2 Jahren Ehe reicht sie die Scheidung ein. Bald darauf lernt sie ihren jetzigen Mann kenne, der direkt nach der Scheidung zu ihr zieht. In dieser Beziehung bekommt sie noch einen - jetzt 7-jährigen - Sohn.

Frau Boldt hat in der Schulzeit mit dem Rauchen begonnen und eine kurze Zeit regelmäßig geraucht. In der Lehre hat sie aus finanzieller Erwägungen heraus aufgehört zu rauchen. In Krisen mit ihrem Mann, besonders in der Scheidungssituation, hat sie sehr stark geraucht. Nach der Scheidung hört sie aus gesundheitlichen Gründen wieder auf zu rauchen. Sie hat dabei große Unterstützung durch ihren Mann.

B.: Ja, ich hab damals als Schülerin geraucht, als ich das vom Taschengeld bezahlen mußte und das fing eigentlich so an: Ich war mal bei meiner Oma, habe bei ihr geschlafen - ich war mit meiner Freundin zusammen auf dem ... und es wurde spät. Sie hatte schon geraucht und sie sagte zu mir, 'Probier doch mal'. Und ich immer 'Nein, nein, das hab ich noch nicht gemacht.' 'Naja, probier mal' - und so bin ich dann zum Rauchen gekommen, durch das Probieren. ... da war ich fünfte oder sechste Klasse ... Naja, und dann fand ich das halt chic. In der Gruppe, man war halt anders angesehen, wenn man rauchte,

und so bin ich eigentlich bei der Zigarette geblieben. ... Naja, ich hatte nicht viel Taschengeld und ich konnte mir also nicht viel Zigaretten kaufen, mehr oder weniger habe ich mich da so durchgeschlaucht. Und denn, wie ich Lehrling wurde, habe ich schlagartig aufgehört. ... Schlagartig! Weil ich das selbst von meinem Geld, das ich damals verdiente, bezahlen mußte. Da wurde mir erstmal bewußt, was ich für Geld ausgeben für Zigaretten. Von den anderen Lehrlingen habe ich dann gehört, daß die zwei Schachteln rauchen - naja, und für meinen DM 10,-- Taschengeld, die ich bekommen habe, da konnte ich keine großen Sprünge machen. Da war mal ein Würstchen in der Mittelpause drin, da hab ich mich aber schon gefreut. Und da habe ich schlagartig dadurch aufgehört zu rauchen. Und da war ich immer stolz, daß ich sagen konnte 'Ich spar ne Menge Geld'. Das hat mir auch nicht ausgemacht, ich habe lediglich dafür genascht, das war also mein Ausgleich. Und es ist mir auch nicht schwer gefallen. ... Also Schokolade esse ich leidenschaftlich gern, auch heute noch. ... Meine Mutter hat mir dann manchmal eine halbe Tafel Schokolade eingepackt, so, wenn sie es übrig hatte. Nein, das ist mir garnicht schwer gefallen. Durch die Arbeitskollegen, weil sie wußten, daß ich nicht rauche, da ist schon mal was Süßes für mich abgefallen. Das fanden sie alle toll, daß ich als einziger Lehrling nicht geraucht habe. Ich habe damals - das muß ich dazu sagen - Industrieschneiderin gelernt - alles nur Frauen -, daß die das also echt bewundert haben, daß die mich nicht unterstützt haben damals.

I.: Die anderen Frauen, haben die geraucht?

B.: Viele rauchen. Es ist ja eine Akkordarbeit, die Industrieschneiderin und es geht wirklich auf die Knochen. Ich verdiene heute als Reineinemachefrau, als Haushälterin mehr Geld in 4 Stunden als in 8 Stunden als Industrieschneiderin. Es ist also wirklich eine Schwerarbeit in Akkord zu arbeiten. ... Mein Arzt hat mir damals schon gesagt, daß ich nach einem Jahr aufhören sollte zu lernen, weil ich körperlich dazu nicht geeignet war. Da habe ich gesagt, ich habe nur noch ein halbes Jahr zu lernen, dann habe ich wenigstens einen gelernten Beruf. Da mußte ich ihm aber versprechen, daß ich danach aber wirklich

aufhöre. Nicht, daß er dann Schwierigkeiten bekommt, weil er mich hat weiterarbeiten lassen. ... Ich war dann schwanger mit Andrea (ältere Tochter) und habe dann aufgehört. Dann hatte ich mein Mutterschaftsgeld und habe anschließend eine Hauswartsstelle angenommen, war auch verheiratet, habe damals nicht geraucht. Lediglich wenn ich mich stark mit meinem Mann gezankt habe, dann habe ich doch mal zwischendurch zur Zigarette gegriffen. So aus Nervosität oder zum Abreagieren mehr oder weniger. Und dann, als meine Scheidung lief, da habe ich ganz und gar wieder angefangen zu rauchen. Das war also so schlimm, daß ich gar nicht mehr ohne Zigarette leben konnte. Ich habe kaum etwas gegessen, nur geraucht. Ich habe 12 Stunden in einer Wäscherei gearbeitet. Ich bin hier frühmorgens um 6 Uhr aus dem Haus gegangen und meine Mutter hat die Kinder versorgt, aus dem Kindergarten abgeholt; ich bin abends erst um 6 Uhr nach Hause gekommen. Ich war einfach zu bequem, zu erschöpft, um mir richtig etwas zum Essen zu machen. Die einfachste Lösung war dann eine Zigarette. Man war einfach abgelenkt. ... Ich war nur sehr kurz verheiratet, andert-halb Jahre. Wenn meine Eltern schlauer gewesen wären, vor allem mein Vater damals, dann hätte ich garnicht geheiratet. Ich habe die Ehe erzwungen vor dem Gericht, denn meine Mutter wollte mir die Einwilligung nicht geben. ... Ich war damals schon in anderen Umständen. Ich war noch Minderjährig - 18 Jahre alt. ... Meine Mutter hat sich einen Rechtsanwalt genommen und mich nur für die Eheschließung voll-jährig erklären lassen. Das wußte ich damals aber nicht. ... Das hat mich damals bei meiner Scheidung vor sehr viel Schulden gerettet, denn mein Mann hat die Miete nicht bezahlt und einige Kredite auf-genommen. Ich habe ja alles mit unterschrieben, aber ich war gar nicht bevollmächtigt zu unterschreiben. ... Wir haben uns sehr ge-schlagen in unserer Ehe. Ich war dann auch zu stolz zurückzugehen und zu sagen 'Mutti, du hattest recht' ... Ich sag immer, man muß gewisse Dinge durchmachen, um erwachsen zu werden, und diese Dinge haben mich sehr viel reifer gemacht. Ich bin eben dadurch auch sehr hart geworden dem Arbeitsleben gegenüber. Also, ich hab eben aus den Fehlern auch gelernt. ... Ich bin auch stolz, daß ich mich durchge-setzt habe, daß ich die Wohnung halten konnte alleine; denn es ist ja doch schwer, eine hohe Miete zu zahlen.

Der Ehemann mußte dann aus der Wohnung ausziehen, durfte aber das gesamte Mobiliar mitnehmen - bis auf das Kinderzimmer. Frau Boldt blieb mit den beiden Kindern in der leeren Wohnung zurück.

B.: Und dann habe ich die Scheidung eingereicht. Naja, und dann habe ich extrem angefangen zu rauchen, weil ich nervös war, mir das alles zuviel wurde.

Sie lernt bald ihren jetzigen Mann kennen, der dann drei Wochen später, direkt nach der Scheidung, bei ihr in die Wohnung zieht.

B.: Und dann wurde ich sehr schwer krank. Ich hatte eine so furchtbare Erkältung mit Erstickungsanfällen und dann hat er mir schlagartig alle Zigaretten aus dem Haus verbannt, nur noch die, die er selbst brauchte. ... Und da hat er mir das Rauchen ganz generell verboten. Jedes Mal, wenn ich mit einer Zigarette herumgelaufen bin, also, das hat er mir die weggenommen. Er war also wirklich hinterher, daß ich wieder aufhöre zu rauchen. Ich hatte sehr starke Hustenanfälle danach behalten. Und dann habe ich mir das eigentlich auch so peu à peu abgewöhnt. Nachher hat es mir auch überhaupt nicht mehr geschmeckt. Ich bin dann halt so davon abgekommen. Mich stört es also auch nicht wenn jemand raucht, ... Das einzige ist, mein Mann spielt Skat und wenn die Männer da den ganzen Nachmittag sitzen und rauchen, dann stört mich das, dann kriege ich keine Luft mehr. ... Naja, und dadurch hat er es dann peu à peu eingestellt, das Rauchen (seit 1 Jahr). Ich bin also heute sehr glücklich, daß ich das geschafft habe, aufzuhören zu rauchen und mein Mann auch. Ich hoffe nur, daß meine Kinder mal nicht anfangen zu rauchen. ... Naja, mein Mann steht ja sowieso auf dem Standpunkt, daß unsere Kinder vor 16 Jahren nicht rauchen anfangen dürfen. Auf gar keinen Fall. Wenn er sie erwischen würde, dann gäbe es eine Standpauke. Sollte sie mein Bruder mal erwischen beim Rauchen - wenn sie drüben (West-D.) sind -, dann bekäme sie so eine Zigarette mit einem Roßhaar drin. Das machen die nämlich grundsätzlich drüben immer bei der ersten Zigarette. Und den

wird soo schlecht. Entweder die sind geheilt oder der Drang zum Rauchen ist schon so da, daß sie dann wirklich weiterrauchen.

I.: Ich möchte jetzt gerne noch einmal auf Sie persönlich zurückkommen. Sie haben gesagt, es gibt bei Ihnen Situationen, in denen fühlen Sie sich unsicher. Waren das solche Situationen, in denen Sie früher geraucht hätten, was machen Sie da heute?

B.: Heute? - Ach, heute esse ich (lacht), dann nasche ich. Z.B., wenn ich nicht den K. (Psychologe, der die Familie betreut) anrufen kann, da werde ich ganz nervös. Da würde ich ganz nervös werden, da würden die Kinder doch so einiges abkriegen. Oder ich setze mich hin, um zu stricken. Dann denke ich an gar nichts, dann suche ich mir nämlich ein Muster aus ... wo ich mich voll auf das Muster konzentrieren muß. ...Das mache ich dann ganz bewußt. Wenn ich also nicht mehr weiter weiß, und mein Mann nicht anrufen kann auf Arbeit - der ist nicht da - und K. ist auch nicht da, Karin auch nicht (andere Therapeutin des ... zentrums) - also dann mache ich irgendwas, was mich ganz doll ablenkt, von der ganzen Sache ablenkt. ... Und wenn ich aus dem Haus gehe.

Frau Boldt erzählt, daß sie früher nur sehr wenig gegessen habe. Erst durch ihren neuen Mann, der Koch ist, habe sie gelernt zu Essen. In der Scheidungszeit habe sie auch gar nicht das Geld zum gut Essen gehabt.

B.: .Jä, das ist eigentlich auch eine Gewohnheitssache, ob man immer regelmäßig ißt - warm. Ich habe damals gar nicht mehr richtig warm gegessen, weil ich echt auch mit dem Geld sparen mußte. Was ich dann wirklich mal gegessen habe, war eine Suppe abends und ein Schnitte Brot. Das war alles. Ich hatte auch nicht mehr Geld übrig, ich hatte noch nicht mal 50,-- Mark Kostgeld pro Woche. Und davon mußte ich den Kindern ja Brot und Obst für den Kindergarten mitgeben - da wurde ja nun darauf geachtet, weil ja die Scheidung lief, und da war ich auch ein bißchen überfordert, das lief alles nicht so. Da wurde also extrem drauf geachtet.

Besondere Gewichtsprobleme habe sie aber nie gehabt, allerdings kontrolliert sie täglich ihr Gewicht auf der Waage.

Frau Boldt berichtet über ihre Kinder. Sie habe sie früher immer mit auf die Putzstellen mitgenommen, wo ihr etwas geholfen haben. "Die mußten also von Anfang an für ihr Taschengeld mitarbeiten. Sie wissen, was Arbeit heißt." Frau Boldt hat damals für die Kinder Sozialhilfe empfangen, sie selbst hat Geld durch Putzen verdient. Sie war so gut wie nie arbeitslos, sondern hat immer einen Weg gefunden, ihr Geld zu verdienen. Darauf ist sie sehr stolz. Ihr erster Mann sei dagegen Alkoholiker gewesen und deshalb meist arbeitslos. Sie habe gearbeitet als Hauswirtsfrau, als Putzhilfe und als Kassiererin in einem Supermarkt. Der Mann habe ihr aber nicht den Haushalt und die Kinder abgenommen, - selbst dann nicht, als sie den ganzen Tag arbeiten war. Unterstützung hatte sie von der Mutter, die sich zeitweise um die Kinder gekümmert hat. Sie selbst sei damals abends ganz erledigt gewesen und habe den Haushalt nicht mehr schaffen können. Als ihr Mann ihr dann nicht einmal von der Sozialhilfe für den Lebensunterhalt der Familie etwas abgegeben habe habe sie die Scheidung eingereicht. Sie berichtet dem gegenüber von der guten Beziehung der jungen Tochter zu ihrem jetzigen Mann.

B.: Wenn sie sich manchmal ärgert, sie kann einen auf ihre Art schon manchmal schaffen, weil sie so hektisch ist und so schnell ... immer ist alles laut und mit Bravour, dann sage ich schon manchmal: Katja, ich packe jetzt gleich meine Koffer, ich halte das hier nicht mehr aus! Katja sagt dann nur: Na geh doch, Papa kommt um 5 Uhr! Das stört sie überhaupt nicht, Hauptsache, sie hat ihren Papa. Irgendwo freut mich das, daß das so eine tolle Beziehung ist. Ich hatte zu meinem Stiefvater nie eine Beziehung und deshalb freut mich das wirklich, wenn das so richtig fest ist. Das werde ich oft gefragt, ob

mich das nicht stört - nein, das stört mich wirklich nicht. Ich freu mich sogar darüber, weil ich andere Erfahrungen demgegenüber gemacht habe. - (kleine Pause) Und das sind also solche Situationen in denen ich früher angefangen hätte zu rauchen.

I.: Welche Situationen ...?

B.: Wenn solche Schwierigkeiten auch mit den Kindern auftreten.

Sie berichtet über ihre Berufsausbildung. Ihren Lehrabschluß hat sie kurz vor der ersten Entbindung gemacht. Sie wäre gern Kindergärtnerin geworden und hätte von den schulischen Leistungen her auch einen Realabschluß machen können. Dazu hatte die Mutter aber nicht das Geld und der Stiefvater hat es nicht erlaubt.

B.: ... ich habe mich immer mit meinem Stiefvater in der Wolle gehabt. Ich habe noch einen älteren Bruder gehabt, der durfte alles und ich durfte als Mädchen nichts und das war unser ganz großes Handicap, warum ich mich immer mit meinem Stiefvater in die Wolle bekommen habe. Es war einfach eine Flucht nach draußen. (die Ehe) Da ist jemand, der nimmt dich auf, die Schwierigkeiten von zuhause bist du los. Daß ich in mehr oder weniger große Schwierigkeiten erst hereingeraten bin, das habe ich erst hinterher erfahren. Und nachher war ich zu stolz zu sagen: Mutti, du hattest recht!

Frau Boldt schildert ihren täglichen Ablauf. Morgens Frühstückt die ganze Familie zusammen. Mittags kommen die Kinder nach Hause und wärmen sich das vorbereitete Mittagessen auf. Manchmal kommt auch der Mann, der von 12 - 14 Uhr Mittagspause hat und dann essen Mann und Kinder zusammen. Sie geht in dieser Zeit Putzen, erst in einem Haushalt, dann in einer Schule. Samstags vormittags arbeitet sie in der Kneipe eines Freundes am Thresen. Der Mann spielt dann dort Skat und die Kinder kommen auch mit in die Kneipe. Dienstags erledigt sie mit dem Kneipier Großeinkäufe. Außerdem verdient sie sich noch etwas Geld

mit Nähen. Die verschiedenen Arbeitstätigkeiten macht sie u.a. deshalb, weil die Familie durch die kürzliche Eheschließung starke finanzielle Einbußen hat. (ca. 1.000,- DM im Monat) Außerdem muß noch ein Auto abbezahlt werden. Die häusliche Arbeitsteilung funktioniert sehr gut. Manchmal kocht der Mann, manchmal sie selbst; Kinder und Mann helfen auch beim Putzen der Wohnung.

I.: Was machen Sie denn sonst für sich persönlich, außer daß Sie sich manchmal hinsetzen und stricken, um sich zu konzentrieren?

B.: Für mich ... Also, im Moment habe ich sehr wenig Zeit, ich nähe noch. Da habe ich also auch noch so eine kleine Einnahmequelle. Meine Kollegen, die können alle nicht nähen und die 5 Mark, die stecke ich in mein Sparschwein und davon fahre ich jetzt weg, dann mache ich auch etwas für mich. Früher habe ich mal angefangen, ich hatte einen Kosmetikkurs belegt, aber das ist mir sehr schwer gefallen, ich bin um 9 Uhr eingeschlafen (lacht). Und dann habe ich mich mal angemeldet für Jazzgymnastik, aber die mußte ich dann leider abbrechen, weil mir das Schnelle zu schwer wurde, das kann ich mit meinem Bandscheibenschaden nicht machen. Im Moment mache ich also nichts. Was ich wirklich als einziges für mich tue, daß ist das Fahrradfahren. Ich fahre leidenschaftlich gern Fahrrad. Das könnte ich also stundenlang, auch im Regen mit Gummistiefeln und Regenjacke, also vom Radfahren hält mich gar nichts ab. (lacht) Das genieße ich.

I.: Das macht Ihnen Spaß oder machen Sie das auch aus gesundheitlichen Gründen?

B.: Wirklich, auch aus gesundheitlichen Gründen. ERstens weil mir das wirklich Spaß macht, ich fahre gerne und - weil es gesund ist. Da mach ich sozusagen beides.

I.: Diesen Bandscheibenschaden, haben Sie den schon lange, als Sie die Schneiderei aufgeben mußten?

B.: Nein, den habe ich mir geholt ... als ich versucht habe, einen riesigen Schlafzimmerschrank als Unterteilung in diesem Zimmer fortzubewegen. Und da habe ich den Schrank geschoben, mit dem Rücken und mit dem Po. Und dabei - das nehmen die Ärzte an - habe ich mir den Schaden geholt, weil es zu schwer war. Weil ich das nicht habe behandeln lassen und wegen der schweren Arbeit als Reinigungskraft, da muß ich mich immer bücken, ist es so extrem schlimm geworden. Und dann muß ich noch dazu sagen, meine Oma - die wohnt gleich ein paar Häuser weiter - die ist ein Pflegefall. Sie kann nicht mehr alleine sauber machen und muß auch (Insulin) gespritzt werden. Und das habe ich auch noch gemacht. Das habe ich mir auch noch aufgehalst.

Diese Arbeit hatte Frau Boldt auch noch übernommen, um zu verhindern, daß die Großmutter ins Krankenhaus mußte

B.: Das habe ich bis zum vorigen Jahr gemacht, ich habe früh und abends gespritzt. Ich war also immer angebunden. Aber voriges Jahr, da fuhr ich zu Kur und da mußte es jemand anders machen. ... Außerdem hatte mir meine Kurärztin das verboten, weil es eine zu hohe Belastung für mich ist. Weil ich zeitlich angebunden bin und dann unter zu hohem Streß stehe ... Es ist wirklich Streß. ... Im November 1982 ist mein Mann ins Krankenhaus gekommen, der ist auf der Treppe gestürzt, dann lag der also auch noch im Krankenhaus. Dann hatte ich meinen Haushalt, meine Arbeit, dann bin ich nach Hause und habe für meinen Mann im Krankenhaus noch Kuchen gebacken, dann habe ich mit den Kindern Schularbeiten gemacht, bin ins Krankenhaus gefahren, bin zurückgefahren und habe Insulin gespritzt und dann bin ich noch abends ins Büro putzen gegangen. Und dabei habe ich dann auch unser Auto kaputtgefahren. Ich war fix und fertig

I.: Und da sind Sie dann zur Kur gefahren?

B.: Ja, da habe ich dann die Kur beantragt. Mein Arzt hat mir gesagt, er gäbe mir nur noch ein paar Wochen, dann sei ich fertig.

Frau Meisel

Frau Meisel ist 35 Jahre alt. Als sie 9 Jahre ist, stirbt ihre Mutter. Mit 14 Jahren hat sie zu arbeiten begonnen. Eine Ausbildung hat sie nicht gemacht. Sie hat zunächst einige Monate als Wicklerin und dann in einem Blumengeschäft gearbeitet. Dann hat sie 4 Jahre in einer Papierfabrik gearbeitet, wo Zementsäcke hergestellt wurden. In ungefähr 20 Jahren hat Frau Meisel ihren jetzigen Mann geheiratet und danach ihren Sohn bekommen. Sie hat zu dieser Zeit aufgehört zu arbeiten. Als ihr Sohn dann im Kindergarten und später in der Vorschule war, hat sie wieder begonnen zu arbeiten. Sie hat dann in einer Firma gearbeitet, wo Teile von Fernsehgeräten montiert wurden. Sie hat dort 3 Jahre gearbeitet, bis die Firma pleite ging. Danach hat sie einige Zeit in Heimarbeit zuhause gearbeitet. Sie ist mit ihrem Mann für 1 Jahr nach Süddeutschland gezogen, dann aber in ihre Heimatstadt zurückgegangen. Der Sohn lebt seitdem bei der Opa, wobei die unterschiedlichen Wohnbedingungen der Familie ausschlaggebend waren. 1976 haben ihr Mann und sie sich scheiden lassen. Nach einer ca. zweimonatigen Trennung, sind sie wieder zusammengekommen. Seit gut drei Jahren arbeitet sie als Dreherin in einer Schraubenfabrik. Mit 8 Jahren hat Frau Meisel ihre erste Zigarette probiert. Einige Jahre später hat sie ein stabiles Rauchverhalten entwickelt und seitdem ohne Unterbrechung geraucht.

I.: Frau Meisel, mich würde zunächst einmal interessieren, ob Sie sich noch erinnern können, wie es angefangen hat mit dem Rauchen?

M.: Ach Gott, ach Gott, das kann ich Ihnen genau sagen, da war ich 8 Jahre wie ich angefangen habe zu rauchen. ... So von der Schule aus, ich weiß nicht, ob Sie das noch kennen, ich glaube 40 Pfennig war das damals oder 50 Pfennig. Na ja, nun, da haben wir dann eben geraucht

Im Laden, da durften sie ja noch nicht als Kind. Da durften sie ja noch nicht rein, aber so am Automaten, da konnte man ja so ziehen. Und da waren wir mehrere gewesen "Roch mal och!" Und seitdem rauche ich. ... Am Anfang nur so Backepusten, aber nachher, wo ich richtig geraucht habe, da ist mir einmal schlecht geworden, dann wollte ich nicht, na und dann "Rauch mal, seik eine Memme!" und da habe ich wieder mitgemacht. Und dann richtig.

I.: Und haben Sie mal mehr oder weniger geraucht, haben Sie mal versucht sich das Rauchen abzugewöhnen?

M.: Ja, das kommt immer ganz darauf an, also, nicht jeder Tag ist gleich, mal rauche ich weniger, mal mehr.

I.: Und wovon hängt das ab, haben Sie sich schon mal beobachtet?

M.: Tschja, von was hängt das nun ab? Aufgefallen ist mir das ja auch schon sehr auf Arbeit, also, wenn ich jetzt hintereinander wegarbeiten kann, brauche ich weniger als wenn ich jetzt vielleicht doch wieder eine Viertelstunde stehe und warte bis die Arbeit fertig ist und wieder neu machen kann, da rauche ich mehr.

I.: Und haben Sie sich schon mal beobachtet, rauchen Sie mehr zuhause oder bei der Arbeit?

M.: Ach, das nimmt sich eigentlich nicht viel.

I.: Können Sie am Arbeitsplatz rauchen?

M.: Ja, ja, das verführt, wa? Ich sage, ich rauche genauso zuhause wie auf Arbeit.

I.: Und wenn Sie zuhause sind, sind das dann besondere Situationen, zum Beispiel mehr wenn Sie in Ruhe sitzen oder wenn Sie mehr aktiv sind?

M.: Das weiß ich jetzt auch nicht ...

I.: ... zum Beispiel bei der Hausarbeit?

M.: Ja, da rauche ich auch, da muß ich mich dann ein paar Minuten hinsetzen, wollen wir mal sagen, das ist wie eine Entspannung. So, und dann geht es weiter. ... Aber ich weiß nicht, ob ich mir das abgewöhnen könnte? Ich habe mich auch schon mal mit meinem Mann darüber unterhalten. Erstens mal, geldlich gesehen, wo die Zigaretten sowieso teurer geworden sind. Bloß, dann war das dann nachher, naja, da holt man sich so eine Maschine und dann macht man sich Zigaretten selber, da kommen sie ja auch wieder billiger bei weg. Und jetzt gibt es schon Zigaretten, die nicht mal mehr 3 Mark kosten...

I.: Da ist die Motivation aufzuhören auch nicht mehr so groß?

M.: Naja, so ist das. Ich glaube, da müßte ich ernstlich krank sein, auf der Arzt sagt, also so nicht, jetzt ist Sense! Also ich weiß nicht, ich kann mich da jetzt nicht so ... weil ich noch nie die große Absicht hatte aufzuhören.

I.: Aber eine kleine Absicht haben Sie schon mal gehabt?

M.: Ja, das haben wir schon mal gehabt. Da haben wir gesagt, wenn du anfängst, dann mache ich das auch. Als wir dann nachher gedreht haben, sind wir doch weiter so geblieben.

I.: Wie lange haben Sie es dann ausgehalten? Mal einen Tag oder so?

M.: Nee, das würde ich garnicht schaffen.

I.: Wieviel rauchen Sie denn am Tag?

M.: Warten Sie mal, auf Arbeit, das ist nicht jeden Tag gleich, aber sagen wir mal grob gerechnet eineinhalb Schachtel. Auf Arbeit - und dann noch hier, was ich hier noch brauche, wollen mal sagen, zwei Schachteln brauche ich.

I.: Also dann rauchen Sie bei der Arbeit doch wesentlich mehr?

- M.: Ja, es kommt schon immer darauf an. Wenn ich nun hintereinander arbeiten kann, die Zigarette, die verqualmt dann hinterher alleine. Dann sage ich mir lieber, nee, dann mach mal zwischendurch lieber eine Pause. Aber wenn ich jetzt so eine Arbeit habe, so ich da Leerlauf habe, dann steht man und guckt was und dann macht man sich eine an.
- I.: Ist das eine harte Arbeit?
- M.: Ja, das sagt mein Mann manchmal schon, "Mann". Wenn ich nach Hause, dann bin ich doch manchmal ganz schön groggy. Körperlich ist das schwer, da hat er ja schon manchmal geschimpft. Ich sage, solange ich das machen kann, mache ich das auch. Bloß, ich weiß auch nicht wie das wäre, wenn keiner nun rauchen tut. Und vielleicht auch so Arbeiter machen muß. ... Ich weiß es nicht, ob sie da nun mehr aktiver sind, wenn sie denn von der Arbeit kommen, ich weiß es nicht. Wir haben ja ... bei uns rauche ja alle, also, die wir so kennen, die rauchen alle. Das wüßte ich nicht, daß da keiner rauchen tut. Das kann ich Ihnen gar nicht sagen, wie die sich nun fühlen.
- I.: ... Fühlen Sie sich denn durch das Rauchen gesundheitlich beeinträchtigt, oder ruhiger, oder hektischer?
- M.: Tschja! Ich weiß gar nicht, was ich da sagen soll, da drauf.
- I.: Also Sie rauchen nicht, um sich ruhiger zu fühlen?
- M.: Nee, das nicht. Das ist genau so, wie wenn Sie gerne Kaffee trinken, ich rauche nun gerne. Also, so ist das meine Meinung, ich weiß es nicht, wie sich das manche so vorstellen?
- I.: Die Gesundheitsämter, die argumentieren ja immer so, daß es so gesundheitsschädlich ist, zu rauchen.
- M.: Naja, ich weiß nicht ... Das verstehe ich alles nicht! Ich habe Ihnen ja vorhin schon gesagt, andere, die haben ja früher auch geraucht und

sind da dran oder da dran gestorben. Ich sage immer zu meinem Mann, "Das begreife ich nicht, die haben ja nie geraucht." Und auch habe sie die Krankheiten gehabt, als wenn das jetzt ein Raucher gewesen wäre. ... Mir kommt das manchmal so vor, als wenn sie die Leute ver- rückt machen wollten.

I.: Für Sie gäbe es also keinen Grund, jetzt mit dem Rauchen aufzuhören? Auch nicht gezwungenermaßen, zum Beispiel im Krankenhaus?

M.: Nee, das einzige, wo ich im Krankenhaus entbunden habe, das war das einzige Mal. Da konnte ich die ersten drei Tage ja nicht aufstehen und mir war auch nicht so, aber wo ich nachher aufstehen konnte, da bin ich dann raufgegangen zum Rauchen. Die erste Zigarette war zwar noch nicht so ... das war mir so etwas schummrig im Kopf.

I.: Und machen Sie denn speziell etwas für Ihre Gesundheit, vielleicht auch als Ausgleich für Ihre Arbeit?

M.: Am Sonntag mal einen Spaziergang. In der Woche nun weniger. Mein Mann der hat drei Schichten und kommt manchmal erst in der Nacht. Da kann ich nicht sagen, wenn ich von der Arbeit komme, "So, nun gehen wir mal". So Sonnabend oder Sonntag, wenn es schön ist, außer wenn es regnet. Da machen wir unseren Spaziergang, oder mit die Räder. Bloß, wie gesagt, in der Woche ist es immer schlecht. Wenn sie dann von der Arbeit kommen, dann müssen sie auch zuhause noch was machen, da haben sie dann nachher auch keine Lust mehr. Da sagen sie dann, jetzt ist keine Sense. (Frau Meisel steht um 4.10 Uhr auf, beginnt um 6 Uhr zu arbeiten und hat um 14.30 Uhr Feierabend.) Dann kommen sie nach Hause, und dann haben sie auch nicht mehr viel Lust, was zu machen. Das habe ich aber schon viel gehört, bei uns auf der Arbeit, wenn sie dann nach Hause kommen, dann setzen sie sich hin und dann entspannen sie. Nicht, daß sie dann gleich loslegen und sauber machen und so.

Besondere Hobbys hat Frau Meisel nicht. Ab und zu am Wochenende gehen sie spazieren oder treffen sich mit Ver-

wandten oder Kollegen. Aber nur am Wochenende, in der Woche sei gar keine Zeit dazu. Wenn sie mehr Zeit hätte, würde sie schon mehr machen: z.B. schlendern gehen und Schaufenstergucken. Aber die Zeit fehlt doch. Früher hab sie sehr viel gepuzzelt. Da habe sie dann alles stehen und liegen lassen. Sie hatte es aufgegeben, weil die Wohnbedingungen zu beengt gewesen seien. In das Puzzeln könne sie sich so richtig vertiefen, dann vergesse sie sogar Kaffee zu machen.

I.: Und wenn Sie mal krank sind, was machen Sie dann? Gehen Sie gleich zum Arzt oder machen Sie selber was?

M.: Gleich zum Arzt rennen, solche Typen sind wir nun auch nicht. Meistens ist das dann schon immer Polizei, wenn wir gehen. Im Moment, sie können sich das ja sowieso nicht leisten, bei jedem, wenn Sie mal was haben, gleich zum Arzt zu gehen. Erstens schon wegen der Arbeit, gerade heutzutage, da ist jeder zufrieden, wenn er eine Arbeit hat. ... Ja, so kann ich nicht klagen.

I.: Weil sie sagten, daß die Arbeit doch körperlich recht anstrengend sei?

M.: Naja, das schon. Aber so, ich kann nicht klagen, daß ich nun sagen müßte, mir tut es hier weh oder da. Das einzige, was ich jetzt habe, da ich es nun ständig mache, körperlich schwere Arbeit, das ist, daß ich manchmal den anderen Tag Muskelkater habe. Wir haben nämlich so große Behälter, da müssen die sich immer bücken: rausnehmen, rinpacken, dann in den nächsten, rausnehmen und dann wieder rinpacken (die schweren Schrauben).

I.: Haben Sie denn nicht eine Maschine, die Ihnen etwas hilft oder müssen sie alles mit der eigenen Körperkraft machen?

M.: Ja, alles mit der eigenen Körperkraft. Also, daß ich dann mal den anderen Tag, und den zweiten Tag geht das dann wieder. Wenn sie das

nun ständig, jeden Tag haben würden, dann würden sie das gar nicht mehr merken.

Auf meine Frage, wie oft eine solche Arbeit vorkomme, antwortet sie erst sehr unklar. Es kommt dann heraus, daß sie im letzten Monat bis auf eine Woche den ganzen Monat diese schwere körperliche Arbeit gemacht hat.

M.: Und dann, vor allen Dingen, sie sind auch schneller müde. Daß ich jetzt, wie manche vielleicht, hier bis abends um halb elf Fernsehen sehen kann, das kann ich nicht. Da liege ich ja manchmal noch, dann sagt er "Mann, geh ins Bette". Aber sonst so, kann ich mich eigentlich nicht beklagen.

I.: Ja, und wenn Sie zum ARzt gehen, dann müßten Sie schon ...?

M.: Ja, dann müßte ich schon was ernsthaftes haben. Sowie voriges Jahr da habe ich ein Magengeschwür gehabt, da mußte ich ja nun hingehen. Da habe ich laufend Magenschmerzen gehabt und so und da wurde ich dann gleich krankgeschrieben. Aber sonst so, daß ich dann so hingehe und sage ... ich habe ja nichts.

Frau Meisel berichtet kurz von ihrer Lungenentzündung, die sie - neben dem Magengeschwür - im letzten Jahr hatte. Auf meine Frage, ob das Magengeschwür eventuell auch mit dem Rauchen zusammenhängen könne, antwortet sie:

M.: Mein ARzt hat mir nichts gesagt. Er hat das dazumal gesagt, mein Mann hat das ja auch gehabt, vom vielen Streß und Aufregung und was sie sich innerlich einfressen und nicht sagen und so, aber vom Rauchen, da hat er nichts gesagt.

I.: Hatten Sie denn da in der Zeit besonders viel Streß gehabt?

M.: Ja, also den Streß, den habe ich immer. Ich glaube, den hat jeder, der arbeiten geht, soviel Streß.

Ehemann: Das gibt es überall!

M.: Wenn sie jetzt viel Arbeit haben, auf einmal kommt der Chef an: Kinder, bis dann und dann hast du das geschafft, das muß raus. Da sind sie ja dann schon im Streß drin. Dann ist Feierabend und dann kommen sie nach Hause und was haben sie da dann noch großartig vom Tag, gar nichts mehr. Und wenn wir dann beide zusammen früh haben, mein Mann muß dann schon eher raus als ich, und dann geht es los: Was essen wir, was kochen wir, was machen wir ...

I.: Und das Sie rauchen, hängt das auch irgendwie mit dem Streß zusammen?

M.: Nee, das wüßte ich eigentlich nicht. Das wüßte ich nicht, daß das so vom Streß kommt, das Rauchen. Ich nehme an, das ist schon alles Gewohnheitssache.

I.: Schmeckt Ihnen die Zigarette denn?

M.: Ja, sonst würde ich ja nicht rauchen. Manche, die machen nur Backepusten, aber davon hab ich ja nichts.

I.: Und wenn es Ihnen nicht mehr schmeckt, dann hören Sie auf?

Ehemann: Dann ist sie krank!

I.: Sie haben vom Berufsstreß gesprochen, aber wie war das denn, als sie wegen dem Jungen nicht berufstätig waren? Hat es Ihnen zuhause gefallen?

M.: Also, Sie werden lachen, mir war das langweilig zuhause. Trotzdem der Junge nun da war, aber er war ja nachher alt genug. Nee, habe ich nachher gesagt, irgendetwas muß ich jetzt unternehmen. Das wird mir hier zu langweilig. Ich meine, sie können ja jetzt nicht jeden Tag hier sauber machen, die Schränke ausräumen und wieder ausräumen. Da haben wir auch 2 Zimmer gehabt, wenn sie da eine Woche brauchen, um sauber zu machen, das reicht. Da war ich dann immer zufrieden, wenn

er von Arbeit kam, da haben wir uns dann ein bißchen unterhalten. Oder ich bin runtergefahren nach ... und habe mir da mal eben die Geschäfte angeguckt. Aber das ist dann ja immer dasselbe. Da habe ich gesagt, nee, jetzt ist Sense.

Ich frage, was Frau Meisel macht, wenn sie einmal Ärger im Betrieb oder zuhause hat.

M.: Man spricht sich mal aus. Wenn man da gleich auf den Putz oder abhaut, nee ... Oder man sagt dann gar nichts dazu.

I.: Und wenn im Betrieb mal was ist?

M.: Bisher war ich immer ruhig. Das geht hier rein, da raus!

I.: Und da war auch nicht mal was, daß man Ihnen eine Arbeit zugemutet hat, die Sie nicht machen wollten?

M.: Nee, das nicht. Das kann ich nicht sagen! Das gibt's ja überall, auf der Firma, daß die da rumrubbeln, denn die haben ja soviel Frauen, die schon 20 bis 25 Jahre da sind. Daß die sich nun schon mal was mehr Rechte rausnehmen wie wir, nach 4 oder 5 Jahren. Bloß, was soll ich mich darüber aufregen? Das ist ja sowieso alles nichts die kriegen ja sowieso mehr Recht.

Nach Abschalten des Gerätes reden wir noch etwas weiter. Frau Meisel berichtet über sich selbst, daß für sie körperliche Arbeit Gewohnheitssache sei, und ihre jetzige Arbeit deshalb zu bewältigen. Als Kind hat sie schon kräftig 'gestemmt'. Sie hat Holz gehackt, denn sie hatten ein kleines Stück Land in Ihr Vater hatte keine Beine mehr und sie habe ihn deshalb häufig aufs Klo tragen müssen. Im Büro, den ganzen Tag am Schreibtisch sitzen, das könne sie nicht aushalten. Sie müsse auch mal herumlaufen können.

Frau Heine

H.: Ich habe eigentlich immer geraucht. Also, an fing es eigentlich als kleines Kind. Ich glaube, so mit 7, daß man mal mit den Nachbarkindern geraucht hat.

Es mußte heimlich geschehen, denn die Eltern hatten den Kindern das Rauchen verboten. Die Mutter rauchte nicht, der Vater rauchte, "aber mäßig". Durch die größeren Nachbarkinder und ihren Bruder, der 3 Jahre älter war, kam Frau H. in diesem Alter an die ersten Zigaretten. Später dann, mit 14 Jahren, versorgt eine Schulfreundin sie mit Zigaretten. Sie gingen dann immer in die Eisdiele, was von zuhause aus auch verboten war. Die Eisdiele soll einen "schlechten Ruf" gehabt haben, weil durch die schwarzen Scheiben der Einblick von außen verwehrt war.

H.: Und da fing es dann auch an, daß ich mir Zigaretten gekauft habe, und das ist eigentlich für mich der Weg (sie lacht) ins Verderben. Solange ich keine gekauft habe, war ich eigentlich - da war ich nicht so abhängig. Sowie ich mir Zigaretten gekauft habe, da habe ich die Abhängigkeit empfunden - auch später.

Der Zigarettenkonsum von Frau H. steigerte sich langsam, im Laufe der Jahre fing Frau H. an, schon vor dem Frühstück zu rauchen, obwohl sie immer unter niedrigem Blutdruck und Kreislaufstörungen zu leiden hatte. Später hat sie damit ganz aufgehört, weil ihr vom Rauchen vor dem Frühstück schlecht wurde. Das Rauchen als Teenager und junge Frau bei Feten zum Beispiel, verlieh Frau H. ein Image, als wenn sie die ganze Nacht "gesoffen" hätte: Mal 'ne ganze Nacht durchgequalmt oder so. Das war irgendwie toll, was Großes." Auf Frage: Die ersten gesundheitliche Bedenken und Ängste begannen bereits als Kind. Frau H. hat immer unter Husten gelitten und die anderen Kinder erzählten von schwarzen Stellen auf dem Röntgenbild.

I.: Hatten Sie auch Angst, daß Ihre Eltern - irgendwie - einschreiten würden, wie haben Ihre Eltern sich verhalten?

H.: Nee, da hatte ich keine Angst. Weil, mein Vater, der hat praktisch nichts gemacht, der hat immer ganz wenig geredet, und meine Mutter, die hat immerzu gebrüllt. Aber die hat sowieso gebrüllt, ob ich rauche oder nicht, das war ziemlich egal, Die hat's dann sicher auch gerochen ... aber das hatte keine weiteren Folgen. ...

Auf Frage: Im Grunde genommen hat Frau H. zwar heimlich geraucht, ihr war aber auch klar, daß man so etwas in einer Wohnung nicht verheimlichen kann. Auf weitere Frage: Zugenommen hat das Rauchen, als Frau H. selbst Geld verdiente.

Mit 16 Jahren nach Schulabschluß (sie kannte ihren jetzigen Mann damals schon) begann Frau H. eine Lehre als Arzthelferin. Sie wechselte den Wohnort und die Lehrstelle, als ihr Freund in einen anderen Ort zog.

H.: Da habe ich auch schrecklich viel geraucht Ich kann jetzt nicht sagen, wann - ich kann keine Höhepunkte nennen. Es steigerte sich und da habe ich schon sehr viel geraucht. Auf der Arbeit, so als Lehrling, da kann man auch nicht soviel rauchen. Da wurde vorher dann als Ersatz schon ein Vorrat angeraucht, wie gesagt, vorher ... Und ja, hinterher, dann auch wieder als Entschädigung, wenn die Arbeit vorbei war oder in der Pause ganz schnell. Also irgendwie, ob es mir gut ging, ob es mir schlecht ging, immer gab es einen Grund. Wenn ich wach war, wenn ich müde war.

I.: Was für ein Gefühl hatten Sie dabei, sich zu entspannen oder sich etwas zu gönnen?

H.: Ja, schon - obwohl ich gemerkt habe, das war kein, das war nicht so. Im Grunde genommen wußte ich, ich tue mir nichts Gutes ... daß ich mir doll entspannt war, das konnte ich mir auch nicht einreden, wenn ich eine nach der anderen ansteckte. Aber dieses Image, diese Vorstellung, die war schon da.

I.: Und, haben Sie damals schon so - gesundheitliche Beeinträchtigungen gespürt? Oder war das so, daß Sie das vom Hören-Sagen wußten oder aus Ihrer Berufstätigkeit heraus?

H.: Ich hatte eben dauernd Husten und nun weiß ich natürlich nicht, wie das gewesen wäre, wenn ich nicht geraucht hätte. Aber so habe ich das schon in Zusammenhang gebracht. Vor allen Dingen, wenn mein Freund bei jedem Husten sagte 'Das kommt vom Rauchen'. Ich habe das immer abgestritten und gesagt, 'Guck mal, die hustet und die hustet und die rauchen alle nicht.' Aber ich wußte schon, daß es damit zusammenhängt. Und nachts, da wurde es dann besonders quälend. Und dann immer diese Angst vor Krebs - Lungenkrebs - zu kriegen - also, es war wirklich schlimm. Ich habe mir das richtig ausgemalt, mein Gott, dann stirbst du und dein Mann und deine Kinder und dann tut es dir so leid, daß du so viel geraucht hast - du bist selber Schuld gewesen - Ich hatte damals noch keine Kinder, aber -

I.: Und Ihr Mann, damals Ihr Freund, hat der damals schon geraucht?

H.: Ja, - und eigentlich von Anfang an immer diesen Druck auf mich ausgeübt, daß ich es lassen sollte. (Offensichtlich sind dies u.a. finanzielle Erwägungen gewesen.)

I.: Aber Sie waren ja damals selbst berufstätig und es war Ihr Geld, das Sie verbraucht haben.

H.: (Pause) Ja - ja, aber, der hat immer viel mehr verdient als ich. Insofern - das war eigentlich auch nicht so wichtig. Jetzt wäre es vielleicht - ja, doch, als ich dann kein Geld mehr verdiente, da habe ich dann auch mehr versucht, ihm zu verheimlichen, daß ich rauche. Eine Zeit gab's, da habe ich Buchführung gemacht, da habe ich die Ausgaben für den Haushalt aufgeschrieben. Da mußte ich eben immer aufmogeln. Daß ich so was überhaupt gemacht habe, das - kapier ich einfach nicht (lacht).

Frau H. hat die zweijährige Ausbildung als Arzthelferin nach einem Jahr unterbrochen, um ihrem Verlobten zu folgen. Schon nach kurzer Zeit gab sie diese Lehrstelle auf, weil sie sich "ausgebeutet" fühlte und zog zu ihrem Verlobten. Darauf folgte eine längere Zeit der Arbeitslosigkeit und anschließend zwei Stellen, eine davon im Büro. 1972 gingen H.'s nach D. Der Ehemann studierte, Fr. H. fand eine Lehrstelle und beendetet ihre Lehre als Arzthelferin mit ca. 20 J. Frau H. kann sich gut erinnern daß sie in dieser Zeit etwa 60 Zigaretten täglich raucht

H.: ... Mit dem Geld, daß hat er mir auch immer stark vorgeworfen. Wir hatten da also immer - fürchterliche Streitigkeiten. ... Und was dabei also ganz schlimm war, das ist, daß mir damals bewußt geworden ist, daß sich dadurch unsere Beziehung sehr verschlechtert hat. Wenn man heimlich auf dem Balkon steht und guckt und raucht und dann kommt das Auto und dann ist das nicht so, daß - normalerweise freut man sich, wenn der Mann nach Hause kommt, man eilt ihm vielleicht entgegen und umarmt und küßt ihn, Wenn man aber steht und heimlich raucht, dann zuckt man zusammen 'Jetzt kommt er'. Und dann schnell alle Utensilien weg ... und dann fällt der Kuß auch viel flüchtiger aus ...

I.: Sie hatten Angst, daß er es merkt?

H.: Er hat's nicht gemerkt.

Den ersten erfolglosen Versuch aufzuhören hat sie mit Hilfe eines Anti-Raucher-Programms gemacht. Sie sollte alle Gelegenheiten aufschreiben, zu denen sie rauchte. "Aber das ist mir schon aufgefallen, wie schwierig das für mich war aufzuschreiben." Sie rauchte nämlich zu allen Gelegenheiten und bei allen Befindlichkeiten. In der Erinnerung von Frau H. brachte ihr Mann ihr diese Antirauchervorschläge schon vor ihrem ersten eigenen Versuch. Ihrer Meinung nach hat ihr Mann damals "alles falsch gemacht"

H.: Also, einmal war es ganz schlimm. Da war ich im Krankenhaus und hatte Leistenbruchoperation, da habe ich sehr gelitten unter Entzugerscheinungen. Und -

I.: Wollten Sie bedingt durch die Operation aufhören zu rauchen?

H.: Ja, ich mußte mir immer so einen besonderen Anlaß suchen. Einfach aus dem Alltagsleben heraus konnte ich es nicht. Aufhören will ich eigentlich immer schon - solange ich denken kann. Abends, wenn ich im Bett gelegen habe und gehustet habe, dann habe ich mir immer den Lungenkrebs ausgemalt, dann habe ich gedacht, morgen rauchst du nicht mehr. Aber ich habe es nie geschafft. Also, wenn ich die erste geraucht hat - und das ist wahrscheinlich bei allen so - das ist so ein Phänomen - wenn man die erste raucht, also, wenn ich es geschafft habe, die erste Zigarette am Tag hinauszuzögern, dann ging es. Aber, wenn ich die erste schon frühmorgens geraucht habe, dann war ich wieder hoffnungslos verfallen - dem Nikotin.

I.: Und wie war das beim ersten Mal, bei der Leistenbruchoperation, als Sie Entzugserscheinungen hatten?

H.: Also, körperlich kann ich das nicht sagen aber seelisch eben. Ich bin durch den Krankenhauspark gelaufen, habe die Hände geballt und habe auch geweint vor Zerrissenheit, ich war eben richtig verzweifelt. Ich habe geweint, das war ein wahnsinniger Kampf. Weil ich rauchen wollte. Dieses - mir dies zu versagen, das war eben so schwer.

I.: Sie sagten, es sei mehr psychisch; und körperlich, hatten Sie da auch so z.B. Unruhegefühle oder irgendwelche -

H.: Ja, auf jeden Fall, aber das würde ich schon mehr zu psychisch zählen. Ja, und Worte wie Besessenheit fallen mir auch ein. Von morgens bis abends keinen anderen Gedanken zu haben als rauchen zu wollen. Morgen aufwachen und das erste ist, sich eine Zigarette zu nehmen und abends der letzte Gedanke eigentlich auch. In den ersten Tagen, das war eigentlich der schlimmste Entzug, dieses damals im Krankenhaus. Das

war auch das erste Mal, daß ich es gemacht hatte. (Zur Unterstützung hatte sie vom Arzt Anti-Rauch-Tabletten verschrieben bekommen, sogenannte "Nie-Perlen", die sie bezeichnender Weise auch nie genommen hat. Wegen ihrer Hustenbeschwerden und der Angst vor dem Lungenkrebs war sie zum Arzt gegangen.)

H.: Ohne die Tabletten hätte ich es gar nicht gewagt anzufangen, weil ich es mir nicht zugetraut hätte. Das war schon wichtig da.

I.: Und so typische Verhaltensweisen wie mehr essen oder Süßigkeiten naschen ...

H.: Ja, die hatte ich schon. Also, ich hatte immer viel Süßigkeiten gegessen. Ja. Also, wenn ich nicht rauche, damit kämpfe ich auch jetzt noch. Daß ich also dauernd essen möchte. Also auch so eine ganz typische Ersatzbefriedigung.

I.: Und, das haben Sie damals auch gemacht?

H.: Bestimmt, ja, auch. Und das Gemeine ist, wenn man sich damit trösten könnte, aber das kann man nicht. Das ist keine Lösung, man wird dann immer dicker und fühlt sich immer unwohler - alle fragen, ob man schwanger ist.

I.: Wie lange haben Sie es da ausgehalten mit dem nicht rauchen?

H.: Ich weiß nicht, Wochen, Monate - Monate, glaube ich. Und dann habe ich so angefangen, daß ich mal eine - das war auf einem Lehrgang - mal eine - Da wurde also sehr viel geraucht und getrunken und ich habe mich dann gefreut, wie eklig das schmeckt und daß ich das nicht mehr machen möchte. Ja, und dann habe ich mich daran so oft erfreut, bis ich dann doch einmal wieder geraucht hatte. Vor allen Dingen, weil ich auch gar nicht trinke. Und wenn man schon gar nicht trinkt und dann auch nicht raucht - da dachte ich - Also, da war die Situation wohl doch so anspannend, daß ich dann wieder rauchen wollte.

Frau H. erzählt, daß sie einen Trick hatte, sich keine Zigaretten mehr zu kaufen. Denn auf Dauer könne man keine Zigaretten schnorren. Das sei ihr unangenehm gewesen. Ihr Trick bestand darin, daß sie zu ihren Mitmenschen gesagt habe, verkauft mir doch eine. "Und dann habe ich versucht ihnen das zu erklären, daß ich mir auf keinen Fall welche kaufen will, aber das ging nicht, weil die da nicht mitmachen." Da man das nicht Monate mitmachen könne, kaufe man sich doch wieder selber Zigaretten. Auf Frage: ein weiterer Versuch sei nicht so einschneidend gewesen. Von sich aus erzählt Frau H. weiter.

H.: Also, ganz wichtig ist auch noch, was mich auch immer wieder zum Rauchen gebracht hat, die Beziehung zu meinem Mann. Das habe ich noch so gut in Erinnerung, wenn ich da mit dem Streit hatte, daß ich gedacht habe 'So, jetzt rauche ich wieder', gerade in Opposition zu meinem Mann. Das fand ich immer so schlimm, weil ich gedacht habe 'So eine Abhängigkeit', denn du willst ja eigentlich nicht. Wir hatten da sehr viel Streit, weil er immer versucht hat, ich habe es als zwingend empfunden, mich zu überzeugen, aufzuhören. Der rauchte auch. Der hat aber immer gesagt, wenn du aufhörst, dann höre ich auch sofort auf. ... Er wollte immer von mir hören, daß ich sage, jetzt höre ich auf. Aber das konnte ich nicht. Und dann hat er mich immer dafür verantwortlich gemacht, daß er noch raucht, weil ich nicht aufgehört habe. Und als ich dann ins Krankenhaus ging: Er hat es als unschön empfunden, daß ich von ihm unabhängig war, er sah mich nicht, ich konnte es probieren und ich konnte auch wieder aufhören. Weil, wenn ich ihm jetzt ankündige, ich höre auf zu rauchen und höre nicht auf, dann steht er da 'Ja, und du ...'. So war es mit dem Essen, wenn ich gesagt habe 'Ach, wie bin ich dick, ich muß weniger essen' und ich aß wieder, dann sagte er, 'Du ißt ja schon wieder'. Und so war das mit dem Rauchen auch. Und darum vielleicht beide Male, daß ich ohne ihn war. Im Krankenhaus, wo ich ausprobieren konnte, ob ich es schaffe. Und wenn nicht, dann brauchte ich gar nicht darüber zu sprechen. Er sieht es also heute noch so, daß er mir helfen wollte, aber ich habe es so empfunden, daß er mir dadurch nur geschadet hat. Also, ich glaube, ich hätte besser chr

ihn aufhören können. Zwingen - das ist wirklich meine Erfahrung - da man da keinen zu.

I.: Wie war denn, war die Motivation aufzuhören, was für eine Motivation war das? Waren das vorwiegend gesundheitliche Gründe?

H.: Ja, das waren vorwiegend gesundheitliche Gründe. Also, weil ich eben dauernd Husten hatte. Und dazu kam dann auch mit meinem Mann, weil wir dadurch viele Streitigkeiten hatten. Und finanziell hat mich das auch so belastet. Ich habe mal ausgerechnet bei 60 Zigaretten, was da zusammenkommt. Und, naja, mir ist auch klar gewesen, daß da so eine psychische Abhängigkeit - irgendwie kommt man sich da, ich kam mir eigentlich nie so toll vor, immer an diesen Dingen zu hängen. Wobei es, als ich anfing, genau umgekehrt war. Da kam ich mir großartig stark vor, aber nachher dann nicht mehr.

Die Kinder von Frau H. wurden im April 1978 und im April 1981 geboren. Während der Schwangerschaft versuchte sie weniger zu rauchen und hätte auch gerne aufgehört. "Aber ich konnte es nicht. Und dann auch das schlechte Gewissen, was ich nun nicht nur mir gegenüber, sondern auch dem Kind gegenüber haben mußte." Es gab Phasen, in denen Frau H. nur eine Zigarette am Tag rauchte.

H.: Und das war ziemlich schlimm, daß der ganze Tag - meine ganzen Gedanken sich um diese eine Zigarette drehten, auf die ich mich freute. Aber ohne - ich hätte nicht rauchen können. Diesen Halt brauchte ich. Diese Freude wieder 'Du kannst ja noch eine'. Das war auch lange was ich garnicht fassen konnte 'Nie mehr'. Dieser Gedanke 'Nie mehr darfst du rauchen', das war schlimm.

I.: Hat Ihnen das Angst gemacht?

H.: Ja, -- solche endgültigen Sachen, die machen mir immer Angst. Es ist auch - was mich so frustriert, wenn ich denke, du meine Güte, jetzt soll ich mir mein ganzes Leben da etwas versagen. Weil ich schon das

Gefühl habe, das geht so weiter. Ich kann mir nicht vorstellen, daß das irgendwann mal zu Ende ist, daß ich nicht mehr rauche und aus.

Das konnte Frau H. nur solange durchhalten, wie sie am Tage keine weitere Zigarette rauchte. Dann kam sie wieder auf 20 Zigaretten am Tag. In dieser Zeit nahm sie an einer Umschulungsmaßnahme des Arbeitsamtes teil. Die Prüfung fiel in die ersten Wochen der Schwangerschaft. Nach der Geburt des Sohnes war für Frau H. besonders schlimm, daß der Sohn Tag und Nacht schrie. Solange sie ihn auf dem Arm hielt, ging es, aber sobald sie ihn in das Bett legte, fing er an zu schreien.

H.: Ich habe immer gedacht, ich muß ihn tragen und lieb sein und alles tun dann wird er ruhig und zufrieden sein. Er war aber nicht ruhig und zufrieden. Und da habe ich also auch schrecklich viel geraucht. Das hat meine Unruhe, mein Gewissen - mein schlechtes Gewissen - verstärkt dann diese Angst, dieses Halbwissen, naja, kriegt er nun - die Leute sagten und gelesen hab ich's auch und konnte es mir auch vorstellen, dann wird er dadurch noch unruhiger, weil er das Nikotin mitkriegt. Oder nachts, er hat ja auch nachts gebrüllt, ich wußte nicht, wie ich überhaupt wach bleiben sollte. Das war so ein Teufelskreis, ich habe schon gedacht, der brüllt eben auch - nicht nur, der hatte auch noch andere Gründe, der hatte so furchtbare Blähungen und war sehr klein - aber auch wegen der Zigarette.

I.: Und was haben die Kinderärzte dazu gesagt?

H.: Da habe ich möglichst nicht soviel darüber gesprochen, weil ich mich geschämt habe. Also ein Kind an der - ich habe mich selber da sitzen gesehen, das habe ich als sehr schlimm empfunden: Eine Mutter, die stillt ihr Kind - in der einen Hand die Zigarette - also - oder ich mußte auch Milch abpumpen. Dann hatte ich die Milchpumpe und eine Zigarette in der Hand. Eigentlich brauchte man dafür schon zwei Hände.

Während der zweiten Schwangerschaft hat Frau H. versucht

ganz mit dem Rauchen aufzuhören. Zwei Monate lang rauchen sie nur ein Mal in der Woche eine Zigarette und zwar am Tag der Elternversammlung des Kindergartens, den sie im Leben gerufen hatte.

H.: Aber, ich habe es nur deshalb ausgehalten, weil wieder der Dienstag kam. So lächerlich eigentlich, ne, eine Zigarette pro Woche, das ist ja fast nichts, aber ohne hätte ich es nicht gekonnt. Irgendwie mußte ich wieder ein Ziel sehen, einen Schritt, wo ich wieder hinkonnte. Und dann habe ich wieder angefangen zu rauchen, als meine Mutter gekommen ist. Die spielt da wohl eine ähnliche Rolle wie mein Mann. Ich habe ein sehr schlechtes Verhältnis zu ihr und sie ist gekommen - ich hatte immer Zucker während der Schwangerschaft. Und so während der letzten Zeit, wo ich so wahnsinnig viel für den Kindergarten gearbeitet habe, da hatte ich nicht mal Zeit, mir selbst Essen zu machen man muß ja da sehr regelmäßig essen. Da habe ich gesagt, sie soll kommen und dafür sorgen, daß ich Essen kriege und sich ein bißchen um den Ältesten kümmern. Sie verhält sich aber immer so, daß es für mich ziemlich schlimm und schrecklich ist. Das hat mich auch so geschafft, da habe ich dann wieder angefangen zu rauchen. ... (Unverständlich) Da habe ich heimlich oben gestanden ... sie hat das auch gemerkt, aber ich wollte auf jeden Fall, daß sie nicht merkt, wieviel.

I.: Und wie hat sie sich in der Richtung verhalten?

H.: Tschja, gemeckert, (I.: Das Sie rauchen -) aber völlig verständnislos weil, sie hat nie geraucht und kann das in gar keiner Weise nachvollziehen.

I.: Und warum hat sie da gemeckert, hat es sie gestört oder hat sie ihre wegen geschimpft?

H.: Ach, alles zusammen; rauchen ist für sie schon - 'eine deutsche Frau raucht nicht' - nicht so ganz, aber so ähnlich. Das war für mich da

mals wahrscheinlich auch schon so ein Grund. ja - siehst du, ich rauche doch. Also, nicht mal so sehr vernünftige Gründe, sondern - "das tut man nicht" und viele Sachen, die man nicht tat, die habe ich aber trotzdem getan. ... Manches war gut, daß ich's getan habe, und manches eben nicht.

I.: Ja, und dann kam die Entbindung -

H.: Ja, und da war - das hing so an einem Haar. Ich hatte vorher - ich hatte mir das gar nicht so vorgenommen, nicht, daß ich das so groß geplant hätte, daß ich aufhörte - mein Mann hat dann noch die Sachen im Zimmer - im Krankenhaus ausgepackt und - 'Och, Zigaretten hast du auch mit eingepackt' und da war ich wirklich überrascht, ne, das ich dachte, das wolltest du doch eigentlich gar nicht - 'Die kannst du mitnehmen, ich will nicht mehr rauchen' ... Aber es war jetzt nicht so ein großer Plan, oder irgendwie, daß ich mir das groß vorgenommen hätte. Ich muß mir schon irgendwie vorher Gedanken darüber gemacht haben - wahrscheinlich auch - ich hatte sicher auch Angst, daß sich das wiederholte wie beim ersten Kind, dieses furchtbare schlechte Gewissen. Und so dachte ich, wenn du jetzt nicht mehr rauchst, dann kannst du wenigstens, also, das kannst du dann abhaken. Dann kannst du ein schlechtes Gewissen aus anderen Gründen haben (lacht), aber dann brauchst du nicht mehr denken, daß es am Rauchen liegt. Mir ist noch so ein Gefühl, daß es so - so unheimlich auf der Kippe stand. Vielleicht, wenn er ein bißchen mehr noch geschnauzt hätte oder noch ein Satz dazu, daß ich vielleicht doch wieder geraucht hätte. Daß ich gesagt hätte, was gehen dich meine Zigaretten an, laß die hier. Aber zum Glück war es halt so, daß ich anders reagieren konnte. 'Du kannst sie mitnehmen, ich brauche die nicht'. Und dann, es ist mir nicht schwer gefallen, nicht so doll schwer. Und ich wüßte wirklich gerne, wie das zustande kam. Ich weiß es nicht. Ich kann nicht mal sagen, daß das so toll mit dem Kind - 'Ach Gott, jetzt bist du eine gute Mutter' - das war auch nicht so stark, daß ich das hätte sagen können. (sehr leise:) Ich weiß nicht -

I.: Hing das mit Ihrer - vielleicht - ja, mit Ihrer Situation zusammen, daß Sie, ja, diesen Kindergarten initiiert haben und einfach was Eigenes sich aufgebaut haben? Daß Sie es nicht mehr so nötig hatten, sich gegen Ihren Mann so abzugrenzen?

H.: Schon möglich. Aber dann vielleicht, daß das damals auch sehr wichtig war, daß ich nochmal ein Kind geboren hatte. Weil ich das auch als Leistung und als etwas sehr Positives erlebt habe. Ich habe bei beiden Kindern versucht, das sehr bewußt zu erleben und auch zu genießen. Obwohl - durch den Zucker, das hat mir das Ganze ja nicht so rosig gemacht - aber trotzdem. Und wahrscheinlich bin ich da doch unabhängig - unabhängiger geworden, erwachsener, selbständiger. (I.: Durch die beiden Geburten?) Ja, durch die Geburten. Weil ich auch so die Geburten eben also ganz ohne Betäubung ... so ganz bewußt erlebt habe und erleben wollte. Ich weiß nicht (sehr leise), das hat mich irgendwie gestärkt, daß ich vielleicht, daß ich es doch nicht mehr nötig hatte, dann so an einem Schnuller.

Im Gespräch wird nochmals in die berufliche und familiäre Biographie von Frau H. zurückgeblendet. Die Umschulungsmaßnahme hatte sie auf Drängen ihres Ehemanns gemacht. Sie war wegen der Schwangerschaften nie in diesem neuen Beruf tätig. Die Idee, Kinder zu bekommen, hatte sie gegenüber ihrem Mann durchgesetzt.

H.: Das ging eigentlich vor allem wieder von meinem Mann aus. Ich hätte also immer gewußt, ich kann mehr und ich könnte auch mehr aber ich wäre niemals losgegangen und hätte irgend etwas gemacht. Ich hätte eben weiter gemacht, unzufrieden und gedacht, na Schade, aber ich hätte nichts unternommen. Und da hatte er dann immer wieder nachgehakt und mich dann letztlich auch zum Arbeitsamt geschickt und zur Berufsberatung. ... Und ich hätte mich dann auch irgendwie verbeamt lassen wollen und so. Und das war von ihm, ja, wäre das wohl ein Ziel gewesen, was ich hätte haben sollen. Aber für mich war das so - je wollte ich endlich ein Kind. Das war für mich nicht so ein Lebensziel.

Also, wenn es nun so gekommen wäre - Er hätte wohl noch lieber ein bißchen gewartet. Aber es stimmt schon, was Sie eben mit dem Kindergarten - das war so das erste, was ich eigentlich aus meinem Willen und aus meinen Kräften, ohne daß mich einer dazu gebracht hat, was ich gemacht habe - mit dem Kindergarten.

I.: Ja, ich würde deshalb noch einmal fragen, weil da ja doch sicher auch Situationen waren, in denen Sie sehr angespannt und gestreßt waren und vielleicht auch enttäuscht, weil das vielleicht nicht alles so klappte wie Sie --

H.: Nee, das zum Glück nicht. Das war die erfolgreichste Phase meines Lebens. Eins nach dem anderen, das klappte und klappte. Oder - ich habe Mißerfolge nicht so empfunden, aber das ging traumhaft.

I.: Ihr Mann, wie stand der - wie steht der zu Ihrer Kinderladenarbeit?

H.: Ja, positiv, hat er auch ziemlich unterstützt. Anderherum, mit den Nachteilen, die das bringt, wenn ich zum Beispiel keine Zeit habe und auch sehr überlastet war - dann kommen dann auch manchmal wieder Vorwürfe, weil er - das wird nicht anerkannt, so eine Arbeit. Weder von den Eltern im Kindergarten noch von meinem Mann zuhause. Wenn man Geld nach Hause bringt, dann sieht man - naja, da ist gearbeitet worden. Ab ich bringe kein Geld nach Hause, und keiner sieht, was ich arbeite. Irgendwie weiß er schon, daß das Arbeit ist, aber - er würde es eben anders machen. Bei ihm würde es vielleicht schneller gehen.

Herr H. macht die Abrechnung für den Kindergarten und erledigt das in wenigen Tagen. In der Regel wird er dabei auch nicht wie Frau H. von den Kindern gestört: "Das ist ja bei Männern eben anders, die gehen in den Keller und sind weg. Oder, da wissen auch die Kinder, der Papa liest Zeitung, da darf man nicht stören. Bei mir ist das anders... das ist bei mir kein Grund, mich nicht zu stören - eben, weil ich mich auch stören lasse."

Die Hausarbeit und Betreuung der Kinder sind Frau H's Arbeitsbereich. Sie meint, daß sie dafür sehr wenig Anerkennung von ihrem Mann bekomme. Sie müsse lernen, sich von seinem Urteil unabhängig zu machen.

H.: Da ist eigentlich ja dasselbe - wie beim Rauchen, daß ich mich davon unabhängig machen muß, das weiß ich, ich schaff es, wenn ich nicht mehr von seinem Urteil abhängig bin, ob meine Arbeit hier genug ist oder nicht.

I.: Sind Sie stolz darauf, daß Sie es geschafft haben?

H.: Ach, ich freu mich schon - es ist schon irgendwie eine Leistung. Wenn ich nicht irgendwie manchmal die Angst hätte, daß es doch wieder ankommen könnte. Die Sicherheit, daß ich nie mehr anfange, die habe ich nicht. Ich glaube, ich werde jeden Abend beten oder etwas anderes machen, daß ich nie wieder rauche.

6. Literatur

- BECKER-SCHMIDT, R. u.a. : Nicht wir haben die Minuten, die Minuten haben uns. Bonn 1982
- dies.: Probleme einer feministischen Theorie und Empirie in den Sozialwissenschaften. Vortrag an der Freien Universität Berlin. Tagung "Methoden in der Frauenforschung", Dez. 1983
- dies.: Überforderung durch Doppelbelastung - Unterforderung durch Segregation. in: SCHNEIDER, U. (Hg.) : Was macht Frauen krank? Frankfurt/New York 1981
- CHESLER, Ph. : Frauen das verrückte Geschlecht? Reinbek b. Hamburg 1977
- EHRENREICH, B./ENGLISH, B. : Zur Krankheit gezwungen. München 1976
- ERBEN, R./FRANZKOWIAK, P./WENZEL, E. : Prevention, Education and Health Beliefs. Sociopolitical Considerations on Health Education and Health Promotion. 10th European Public Parliamentary Hearing on : Individual and Collective Responsive, October 1983, Paris
- EUROPÄISCHE MONOGRAPHIEN ZUR FORSCHUNG IN GESUNDHEITSERZIEHUNG, 5, 1983, Köln
- FRANKE, A. : Analyse von Biographien von nicht rauchenden Frauen auf dem Hintergrund von Lebenszusammenhang und subjektivem Gesundheitsverständnis. Kooperationsprojekt "Frauen und Rauchen" der BZGA mit der WHO, Fallstudie Bundesrepublik Deutschland
- HAGEMANN-WHITE, C. : Zur Problematik des Begriffs "Weibliche Sozialisation" - Überlegungen zu einer Theorie der Sozialpsychologie der Geschlechter. in : ZE zur Förderung von Frauenstudien und Frauenforschung an der Freien Universität Berlin, Vortragsreihe zur Frauenforschung SS 82 - WS 82/83
- HORN, K. : Zur gesellschaftlichen Funktion von Politischer Psychologie. Subjektivierung gesellschaftlicher Widersprüche. in : MOSER, H. (Hg.): Politische Psychologie. Politik im Spiegel der Sozialwissenschaften. Weinheim/Basel 1979
- HORN, K. : Gesundheitserziehung im Verhältnis zu anderen sozialisatorischen Einflüssen. Grenzen individueller Problemlösungsmöglichkeiten. in: EUROPÄISCHE MONOGRAPHIEN... 5, 1983a
- ders.: Stellungnahme zum Projektpapier 1.1.5.14 der BZGA "Entwicklung einer Konzeption zur Vorbeugung von Mißbrauchsverhalten im Alltag und Hilfen zum Umgang mit Alltagsbelastungen. Dezember 1983
- ders.: Das wissenschaftliche und das reale Problem des Gesundheitsverhaltens von Unterschichtpatienten. in: MENNE, K./S CHRÖ-

- TER, K. (Hg.): Psychanalyse und Unterschicht. Soziale Herkunft - ein Hindernis für die psychanalytische Behandlung? Frankfurt/M 1980
- IMW : Frauen und Rauchen. Fallstudie Bundesrepublik. Zwischenbericht zu Stufe 1 des Kooperationsprojekts der BZGA mit der WHO. Köln 1982
- JACOBSON, B.: The Ladykillers. Why Smoking is a Feminist Issue. London 1981
- KICKBUSCH, I. : Betroffenheit und Beteiligung : ein soziales Konzept der Gesundheitserziehung. in: Internationales Journal für Gesundheitserziehung, Suppl. für Vol. XXIV, Nr. 4, Okt.-Dez. 1981
- dies. : Vom Verlust des Kontextes und der Leere der Autonomie. Überlegungen zur Depression bei Frauen. In: Argument Sonderband AS 77
- LEVIN, L. : Selbsthilfe : zum Zwecke grundlegender Veränderungen in internationalen Strategien. in: Internationales Journal für Gesundheitserziehung, XXIV, Nr. 4, 1981
- LIFESTYLES AND THEIR IMPACT ON HEALTH. Welt-Gesundheitsorganisation. Technical Discussions, Madrid 20-24 September 1983
- MITSCHERLICH, A.: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I. Frankfurt/M 1966
- OSTNER, I.: Die Interessen des Staates an der Familie sind nicht die Interessen der Frauen daran. in: Lebenswelt und soziale Probleme. Verhandlungen des 20. Deutschen Soziologentages in Bremen 1980. Hg. MATTHES, J. i.A. der DGS/ Frankfurt/New York 1980
- PROKOP, U. : Stichwort "Weiblichkeit". in: Frauenhandlexikon. Stichworte zur Selbstbestimmung. Hg: BEYER, J./LAMOTT, F./MEYER, B. München 1983
- REUTER, U.: Frauen und Rauchen - Auszüge aus den Ergebnissen der quantitativen Untersuchungsstufe. Beitrag zum Workshop "Frauen und Rauchen", November 1983, Höhr-Grenzhausen
- RODENSTEIN, M. : Thesen zur somatischen Kultur von Frauen. in: HECKMANN, F./WINTER, P. (Hg.): 21. Deutscher Soziologentag 1982 Beiträge der Sektions- und ad-hoc Gruppen
- dies.: Somatische Kultur und Gesundheit von Frauen. Vortrag vom 22.11.1983 an der Universität Frankfurt
- SCHAEFER, H./BLOHMKE, M.: Epidemiologie koronarer Herzkrankheiten. in : BLOHMKE, M. (Hg.) : Handbuch der Sozialmedizin, Stuttgart 1977
- dies. : Sozialmedizin, Stuttgart 1978

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

WELT-GESUNDHEITSORGANISATION (WHO). Conference on Women and Health, Edinburg, May 1983

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

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