Andreas Mielck und Uwe Helmert

Rauchen und soziale Ungleichheit: Diskussion in Deutschland über schichtspezifische Maßnahmen gegen das Rauchen

1. Gesundheitspolitische Vernachlässigung des Themas 'Rauchen und soziale Ungleichheit'

Gesundheitliche Auswirkungen des Rauchens werden seit mehreren Jahrzehnten untersucht. Vor allem seitdem 1964 in den USA der 'Surgeon General Report on Smoking and Health' (US 1964) erschien, ist die Zahl wissenschaftlicher Arbeiten zu einer kaum noch zu übersehenden Flut angewachsen. So verweist beispielsweise Slaby (1992) auf mehr als 40000 Forschungsarbeiten über die gesundheitsschädigenden Folgen des Tabakkonsums. Daß Rauchen gesundheitsschädlich ist, darin sind sich mittlerweile wohl alle Experten einig (Bartecchi et al. 1994). Heute stellt sich mehr die Frage, wie diese Erkenntnis gesundheitspolitisch umgesetzt werden kann und soll.

Auf der 1988 durchgeführten 'Ersten Europäischen Tabak-Konferenz' des WHO-Regionalbüros für Europa hat man sich z.B. auf folgende zehn Strategien geeinigt (WHO 1989):

- Anerkennung und Verteidigung des Rechts auf ein rauchfreies Leben (z.B. Schutz von Kindern vor Passivrauchen).
- Gesetzliche Verankerung des Rechts auf eine rauchfreie Umgebung (z.B. Verbot des Rauchens in Verkehrsmitteln).
- Verbot von Werbung und Verkaufsförderung für Tabakwaren sowie Verbot einer finanziellen Unterstützung von Veranstaltungen durch die Tabakindustrie (z.B. Verbot von Werbung für Tabakwaren bei Sportveranstaltungen).
- Aufklärung der Bürger über die Gefahren des Tabakgenusses und über den Ausbreitungsgrad der Pandemie (z.B. deutliche Warnhinweise auf den Zigarettenpackungen, Aufklärung in den Schulen).
- Breitgefächertes Angebot für Entwöhnungswillige (z.B. Maßnahmen am Arbeitsplatz).

- Erhebung einer Abgabe in Höhe von mindestens 1 % der Tabaksteuereinnahmen für die Finanzierung konkreter Maßnahmen zur Bekämpfung des Tabakkonsums und zur Förderung der Gesundheit (z.B. finanzielle Unterstützung von Sportveranstaltungen als Ersatz für entfallene Sponsorengelder von Tabakfirmen).
- Einleitung finanzieller Abschreckungsmaßnahmen (z.B. progressive Erhöhung der Tabaksteuer).
- Verbot neuer Formen der Nikotinaufnahme und Abblockung zukünftiger Marketingstrategien der Tabakindustrie (z.B. Verhinderung der Einführung von rauchlosen Tabakprodukten).
- Überwachung der Folgen der Pandemie und Beurteilung der Effektivität der Gegenmaßnahmen (z.B. kontinuierliche Erhebung von Angaben zur Prävalenz des Rauchens und zur Einstellung gegenüber dem Rauchen in der Bevölkerung).
- Schaffung von breiter Unterstützung für Gesundheitsförderung (z.B. Förderung des Nichtrauchens bei Ärzten).

Im Vergleich zu diesen relativ präzisen Forderungen ist die Strategie in der Bundesrepublik eher vage. Diese These läßt sich z.B. mit der vor kurzem veröffentlichten Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der SPD zum Thema 'Prävention in der Gesundheitspolitik' stützen: Das Thema 'Rauchen' wird in der folgenden Frage angesprochen: »Welche Konzepte und Programme verfolgt die Bundesregierung im Hinblick auf die Prävention von Krebserkrankungen?«. Die Antwort lautet:

> Eine Förderung des Nichtrauchens ist im wesentlichen durch eine entsprechende Einstellung des Menschen zu erreichen. Daher legt die Bundesregierung den Schwerpunkt ihrer Maßnahmen auf die gesundheitliche Aufklärung. Die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durchgeführten Maßnahmen sind im wesentlichen Beiträge zur Verhaltensprävention, die auf individuelle Einstellungen und Verhaltensweisen Einfluß nehmen. (Bundesregierung 1994, 35, 37).

Eine zentrale Position bei der Aufgabe, das Rauchen in der Bundesrepublik einzuschränken, nimmt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein, obwohl die Zuständigkeiten für Präventions- und Gesundheitsförderungs-Maßnahmen natürlich weit gestreut sind. In einer kürzlich publizierten Informationsschrift werden als zentrale Maßnahmen des BMG gegen das Rauchen vor allem genannt (BMG 1993, 74f., 131f.):

- Aufklärungskampagne der BZgA zur Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen (z.B. Durchführung von 'gemeindebezogenen Aktionsfestivals' in verschiedenen Städten unter

dem Motto 'Ohne Rauch geht's auch' und von Fortbildungsveranstaltungen für Leiter und Mitarbeiter von Jugendeinrichtungen).
- Einschränkung der Tabakwerbung (z.B. Verbot der Werbung für Zigaretten in Rundfunk und Fernsehen).
- »Raucherberatung und Hilfen zur Entwöhnung sowie Vorschläge für einen verstärkten Nichtraucherschutz in öffentlichen Räumen, im öffentlichen Verkehr und am Arbeitsplatz« (ebenda, 75).

Als weiteres Beispiel aus der Bundesrepublik sollen hier Maßnahmen der Allgemeinen Ortskrankenkassen herangezogen werden. Das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WidO) hat vor 4 Jahren ein umfangreiches Buch zum Thema 'Prävention' herausgegeben, in dem auch die Gefährdungen durch Rauchen und die Möglichkeiten, das Rauchen zu beenden, ausführlich vorgestellt werden (Eberle 1990). Die konkreten Angebote der AOK beschränken sich dabei offenbar auf die Durchführung von Nichtraucherkursen.

Die Strategien der WHO (die auch für viele Präventionsexperten in Deutschland Vorbildcharakter haben) und die exemplarisch ausgewählten Maßnahmen in der Bundesrepublik werden hier in einiger Ausführlichkeit wiedergegeben, um die folgende These zu untermauern: Im Katalog der Maßnahmen für eine Einschränkung des Rauchens, so sinnvoll sie im einzelnen auch sein mögen, sind spezifische Angebote für Angehörige der unteren sozialen Schicht offenbar kaum vorgesehen. Die meisten Maßnahmen richten sich an alle sozialen Schichten, und einige von ihnen erreichen vermutlich auch Angehörige der unteren sozialen Schicht. Die BZgA hat z.B. einen Comic-Film über das Rauchen produziert, der wahrscheinlich auch von weniger gebildeten Jugendlichen und Erwachsenen angenommen wird (vgl. Vortrag von Frau Dr. Pott, Leiterin der BZgA, auf der Tagung 'Armut und Rauchen' am 31.8.1994 in Bonn). Aber dies ändert u.E. nichts an der generellen Einschätzung, daß spezifische Maßnahmen für Angehörige der unteren sozialen Schicht nicht oder kaum vorhanden sind. Dabei ist auch der Bundesregierung und den Krankenkassen selbstverständlich bekannt, daß Gesundheitsrisiken wie Rauchen vor allem in der unteren sozialen Schicht verbreitet sind (z.B. Enquete-Kommission 1988, 23; Bundesregierung 1994, 18).

Die gesundheitspolitische Vernachlässigung des Themas 'Rauchen und soziale Ungleichheit' deckt sich mit dem allgemein geringen Interesse am Thema 'Krankheit und soziale Ungleichheit'. Obwohl inzwischen in einer Vielzahl von Studien gezeigt werden

konnte, daß auch in Deutschland Mortalität und Morbidität in der unteren sozialen Schicht i.d.R. erheblich höher sind als in der oberen (Mielck 1994, Siegrist 1993), sind bisher keine größeren gesundheitspolitischen Bemühungen zur Verringerung dieser Unterschiede zu erkennen (Mielck/Satzinger/Helmert 1994).

2. *Empirische Ergebnisse zum Thema 'Rauchen und soziale Ungleichheit'*

Ein kurzer Überblick über die vorliegenden empirischen Ergebnisse aus Deutschland kann verdeutlichen, wie wichtig spezifische Angebote zur Verringerung des Rauchens in der unteren sozialen Schicht sind.

In einer Vielzahl von Studien aus Deutschland wurde gezeigt, daß in der unteren sozialen Schicht der Anteil der rauchenden Personen erheblich höher ist als in der oberen (Mielck/Helmert 1994). In einer Auswertung des Mikrozensus 1989 wurde u.a. die Prävalenz des Rauchens in verschiedenen Berufsgruppen miteinander verglichen (Brückner 1991). Ein Vergleich zwischen sehr hohen und sehr niedrigen Prävalenzen pro Geschlecht zeigt, daß regelmäßiges Rauchen in der unteren sozialen Schicht ca. 2,5- bis 3mal häufiger ist als in der oberen. Für Männer bzw. Frauen zeigen sich z.B. die folgenden Prävalenzen: Kraftfahrzeugführer (50 bzw. 39 %), Metallerzeuger und -bearbeiter (47 bzw. 35 %), Ärzte/Apotheker (16 bzw. 18 %), Lehrer (18 bzw. 15 %).

So große Unterschiede im Rauchen zwischen den sozialen Schichten werden in den Untersuchungen, in denen nicht Berufe, sondern Schulbildungsgruppen (Helmert/Mielck/Classen 1992) oder ein Index aus Schulbildung, Beruf und Einkommen (Helmert/Shea/Maschewsky-Schneider 1994) zugrundeliegt, nicht gefunden. Aber auch bei dieser Art von Studien zeigt sich in den alten Bundesländern bei Männern noch eine ca. 2fach und bei Frauen eine ca. 1,5fach höhere Prävalenz in der unteren Schicht im Vergleich zur oberen. In die gleiche Richtung weisen auch die Ergebnisse zum Passivrauchen von Kindern, d.h. in bezug auf die Frage, wieviele Kinder mit rauchenden Eltern zusammenleben (Brenner/Mielck 1993): Das Passivrauchen von Kindern zwischen 0 und 13 Jahren ist bei Eltern mit geringer Schulbildung (Volks- oder Hauptschulabschluß) ungefähr doppelt so häufig wie bei Eltern mit höherer Schulbildung (Mittlerer Reife, Realschulabschluß, Fachhochschulreife oder Abitur).

Die Unterschiede im Rauchen zwischen den sozialen Schichten werden dadurch besonders brisant, daß sie sich in den letzten Jahren offenbar vergrößert haben. Diese Entwicklung konnte für die USA wiederholt belegt werden (Kühn 1994), aber für Deutschland sind vergleichbare Trendanalysen u.W. bisher nur in drei jüngeren Studien publiziert worden:

- In einer Längsschnittstudie mit Daten der MONICA-Studie in Augsburg wurde bei Personen im Alter von 25 bis 64 Jahren untersucht, wie sich das Rauchverhalten (regelmäßiges oder gelegentliches Zigarettenrauchen) in den drei Jahren zwischen 1984/85 und 1987/88 verändert hat (Härtel/Stieber/Keil 1993). Die in Tabelle 1 wiedergegeben Ergebnisse zeigen, daß sich in diesem kurzen Zeitraum die Unterschiede bei den Männern von 1,4 auf 1,8 vergrößert haben und bei Frauen bei 1,7 geblieben sind.
- Eine andere Studie beruht auf den drei Querschnittsuntersuchungen, die in den Jahren 1984/86, 1987/88 und 1990/91 im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP Studie) bei Personen zwischen 25 und 69 Jahren in den alten Bundesländern durchgeführt wurden (Helmert/Shea/Maschewsky-Schneider 1994). Der Vergleich zwischen 1984/86 und 1990/91 zeigt, daß in diesen sechs Jahren die Unterschiede im Rauchen (hier: regelmäßig zumindest 1 Zigarette pro Tag) zwischen den sozialen Schichten bei Männern nur leicht und bei Frauen erheblich zugenommen haben (vgl. Tab. 2).
- In einer Auswertung von Befragungsdaten aus den alten Bundesländern konnte Brenner (1993) die Prävalenz des Rauchens in verschiedenen Geburtskohorten zwischen 1925 und 1987 errechnen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, daß bei Männern in den letzten Jahren das Rauchen in der oberen sozialen Schicht zurückging und in der unteren sozialen Schicht unverändert hoch blieb. Bei Frauen zeigen sich keine eindeutigen zeitlichen Veränderungen der schichtbezogenen Prävalenz des Rauchens.

Trotz der Unterschiede zwischen den Studien ergeben sie zusammengefaßt ein klares Bild: In den letzten Jahren nehmen in den alten Bundesländern die Unterschiede im Rauchen zwischen den sozialen Schichten eher zu als ab (für die neuen Bundesländer liegen u.W. noch keine vergleichbaren Studien vor). Offenbar haben die Bemühungen um eine Einschränkung des Rauchens vor allem Personen aus der mittleren und oberen sozialen Schicht erreicht und damit diejenigen, die sowieso schon am wenigsten geraucht haben. Schon heute sind die Unterschiede im Rauchen zwischen den sozialen

Tabelle 1: Raucher in Augsburg 1984/85 – 1987/88 (in Prozent)

Ausbildung*	Männer**			Frauen**		
	84/85	87/88	Diff.	84/85	87/88	Diff.
(1) bis 10 Jahre	41	38	–3	22	20	–2
(2) 11 bis 14 Jahre	34	30	–4	21	19	–2
(3) 15 Jahre und mehr	29	21	–8	13	12	–1
1/3	1,4	1,8		1,7	1,7	

* Kombination aus schulischer und beruflicher Bildung
** Kontrolle der Altersverteilung

Quelle: Härtel/Stieber/Keil 1993

Tabelle 2: Unterschiede im Rauchen zwischen den sozialen Schichten in den alten Bundesländern 1986/87 – 1990/91

	Odds Ratios*	
	Männer	Frauen
Rauchen		
obere soziale Schichten**	1,0	1,0
untere soziale Schichten	2,1	1,2
Unterschiede zwischen den sozialen Schichten***		
1984/86	1,0	1,0
1990/91	1,1	1,5

* Kontrolle der Altersverteilung
** Definition von sozialer Schichten: Kombination aus Ausbildung, Beruf und Einkommen. Ergebnis: Zunehmendes Rauchen mit abnehmender sozialer Schicht
*** Trend der Unterschiede zwischen den sozialen Schichten. Lesebeispiel: Wenn das Ausmaß der Unterschiede 1984/86 gleich 1 gesetzt wird, haben die Unterschiede 1990/91 bei Frauen ein Ausmaß von 1,5 erreicht.

Quelle: Helmert/Shea/Maschewsky-Schneider 1994

Schichten mit einer 1,5 bis 3fach höheren Prävalenz in der unteren sozialen Schicht sehr groß, und vermutlich werden sie noch weiter anwachsen.

Neben diesem Trend zunehmender Unterschiede zwischen den sozialen Schichten ist ein weiterer Trend von Bedeutung: Einige Studien deuten darauf hin, daß bundesweit in den letzten Jahren das Rauchen bei Männern etwas zurückgegangen ist und bei Frauen etwas zugenommen hat (z.B. Helmert/Shea/Maschewsky-Schneider 1994). Zusammen betrachtet lassen sich die Trends somit wie folgt

interpretieren: Der Rückgang des Rauchens bei Männern konzentriert sich vor allem auf die obere soziale Schicht, die Zunahme des Rauchens bei Frauen dagegen auf die untere.

3. Entwicklung schichtspezifischer Präventionsmaßnahmen

3.1 Dilemma

Die Entwicklung schichtspezifischer Präventionsmaßnahmen ist mit dem folgenden Dilemma konfrontiert: Zum einen weisen die empirischen Ergebnisse eindeutig darauf hin, daß in der unteren sozialen Schicht mehr geraucht wird als in der oberen und daß diese Unterschiede zwischen den sozialen Schichten in den letzten Jahren eher zu- als abnehmen. Aus 'Public Health'-Sicht müssen wir daher spezifische Präventionsmaßnahmen für Mitglieder der unteren sozialen Schicht fordern, zumal die bisher durchgeführten Maßnahmen eine derartige Schwerpunktsetzung nicht erkennen lassen. Zum anderen wissen wir sehr wenig darüber,

- warum in der unteren sozialen Schicht geraucht wird,
- warum die Präventionsbotschaften dort bisher offenbar wenig beachtet werden, und
- wo die geforderten spezifischen Präventionsmaßnahmen ansetzen könnten.

In den folgenden drei Abschnitten sollen erste Überlegungen zur Beantwortung dieser Fragen vorgestellt werden.

3.2 Ursachen schichtspezifischen Rauchens

In der Literatur wird eine Vielzahl von theoretischen Ansätzen zur Erklärung von Rauchverhalten diskutiert (Wetterer/Troschke 1986). Sehr wenig wurde jedoch bisher in Deutschland darüber nachgedacht, ob und wie Unterschiede im Rauchverhalten zwischen den sozialen Schichten erklärt werden können. Es wird z.B. nicht angezweifelt, daß das Rauchen durch bestimmte Lebensumstände (Vorbilder und soziale Normen in den Bezugsgruppen, psychosoziale Belastungen in Beruf und Familie etc.) gefördert werden kann. Durch Verringerung dieser Einflüsse in der unteren sozialen Schicht könnte also gezielt versucht werden, Unterschiede im Rauchverhalten zwischen den sozialen Schichten zu verringern. Derartige zielgruppenspezifische Strategien werden jedoch äußerst selten vorgeschlagen und u.W. nirgendwo in der Bundesrepublik durchgeführt.

Die auf den Lebensumständen basierenden Erklärungsansätze lassen sich relativ direkt mit dem Konzept der sozialen Schicht verbinden. Bei anderen Ansätzen (wie z.B. dem psychoanalytischen Ansatz, daß durch das Rauchen ein kindliches orales Bedürfnis befriedigt wird), liegt die Möglichkeit der Erklärung von schichtspezifischem Rauchverhalten nicht so nahe. Noch wurde u.W. keine Einigkeit erzielt bei der Suche nach einer Erklärung des Rauchens; eine allgemein akzeptierte Erklärung von schichtspezifischem Rauchverhalten ist daher nicht zu erwarten.

Das mangelhafte Verständnis schichtspezifischen Rauchverhaltens entspricht dem allgemeinen Mangel an einer Theorie zur Erklärung der Beziehung zwischen sozialer Ungleichheit und Krankheit. In einer Zusammenstellung der in Deutschland diskutierten Erklärungsansätze (Elkeles/Mielck 1993) werden mehrere miteinander zusammenhängende 'Vermittler' zwischen schichtspezifischer Lebenslage einerseits und Gesundheitszustand andererseits hervorgehoben wie z.B. 'gesundheitliche Belastungen' (z.B. Streß am Arbeitsplatz, Belastungen in der Wohnumgebung), 'Bewältigungsressourcen' (z.B. soziale Unterstützung, Freizeitmöglichkeiten, Kommunikationskompetenz) und 'Qualität gesundheitlicher Versorgung' (z.B. bei Prävention und Gesundheitsförderung). Ein derart komplexer Ansatz ist vermutlich auch erforderlich zur Erklärung des erhöhten Rauchens in der unteren sozialen Schicht, auch wenn u.E. hier den Belastungen (z.B. am Arbeitsplatz) und den Vorbildern im sozialen Umfeld (z.B. dem Vorbild der Eltern) eine besondere Bedeutung zukommt.

Eine weitere wichtige Ursache des Tabakkonsums ist die Werbung der Tabakindustrie. Die allgegenwärtigen Plakate und Kino-Werbefilme zeigen deutlich, welche Bedeutung die Werbung für die Tabakindustrie besitzt. Vermutlich wissen die Werbestrategen viel besser als wir, welche Wünsche sie bei welcher Personengruppe auslösen können; aber daß der Traum von Freiheit und Abenteuer, von Schönheit und Reichtum, von Lockerheit und Beschwingtheit gerade bei den Personen ankommt, die sich benachteiligt fühlen, liegt u.E. auf der Hand.

3.3 Schichtspezifische Beachtung der Präventionsbotschaften

Die bisher in Deutschland diskutierten Maßnahmen zur Einschränkung des Rauchens lassen sich grob wie folgt klassifizieren:

- allgemeine Maßnahmen (z.B. Erhöhung der Tabaksteuer, Einschränkung oder Verbot der Werbung für Tabakwaren, Einschränkung oder Verbot des Rauchens);
- Maßnahmen speziell für Nichtraucher (z.B. Aufklärung über Gesundheitsgefährdungen);
- Maßnahmen speziell für Raucher (z.B. Beratung über Möglichkeiten der Rauchentwöhnung, Rauchentwöhnung mit Hilfe von Nikotin-Pflaster und -Kaugummi; vgl. Kunze et al. 1992).

Eine besondere Zielgruppenorientierung ist bisher vor allem bei den Maßnahmen für Nichtraucher zu erkennen: Hier stehen Jugendliche im Mittelpunkt der Bemühungen, da die 'Raucherkarriere' fast immer in diesem Alter beginnt. Eine explizite Orientierung der Maßnahmen auf bestimmte soziale Schichten erfolgt dagegen offenbar kaum.

Eine andere Frage ist, wie sich die oben aufgelisteten bereits durchgeführten oder vorgeschlagenen Maßnahmen speziell auf die Angehörigen der unteren sozialen Schicht auswirken. Diese Frage wurde u.W. bisher in Deutschland kaum diskutiert, aber die Beantwortung der Frage soll hier an Hand von zwei Beispielen exemplarisch versucht werden. Das erste Beispiel bezieht sich auf die Erhöhung der Tabaksteuer: Es kann davon ausgegangen werden, daß die Tabakhersteller die Steuererhöhung vollständig oder teilweise auf die Preise überwälzen können und daß somit auch die aggregierte Nachfrage sinkt (Kühn 1993, 258; Manning et al. 1991). Über schichtspezifische Nachfragereaktionen liegen u.W. kaum Daten vor, d.h. es ist offen, in welchen sozialen Schichten wie viele Raucher den Konsum in welchem Umfang einschränken. Folgende Reaktionsmuster wären z.B. denkbar:

- Die unteren Einkommensgruppen schränken die Nachfrage stärker ein als die oberen, da ihr kleineres Budget nur geringere Einschränkungen in anderen Konsumbereichen zur Finanzierung der gleichen (nun aber teureren) Menge Tabak zuläßt. So erscheint es in der Arbeit von Townsend/Roderick/Cooper (1994).
- Da der Anteil der starken Raucher in den unteren Einkommensschichten besonders hoch ist, könnte eine Steuererhöhung primär zu einer Reduktion des Rauchens in den oberen Einkommensgruppen führen. Es liegen zwar einige Hinweise dafür vor, daß ein steuerinduzierter Nachfragerückgang auch bei starken Rauchern erfolgt (vgl. Abholz 1981), aber der Rückgang könnte bei ihnen geringer sein als bei anderen Rauchern. Eine relativ geringe Reduktion bei starken Rauchern würde sich z.B. dann ergeben,

wenn der Suchtmittel-Charakter des Tabaks mit der konsumierten Menge zunimmt, so daß eine erhebliche Einschränkung oder Beendigung des Rauchens mit höherem Konsum schwieriger wird.

Das zweite Beispiel bezieht sich auf die Aufklärung über die Gefahren des Rauchens. Hier lassen sich schichtspezifische Effekte deutlicher erkennen als bei Steuererhöhungen. Die in Diskussionen über Prävention und Gesundheitsförderung häufig zu hörende Befürchtung: 'Wir machen Maßnahmen aus der Mittelschicht für die Mittelschicht' trifft u.E. den Kern dieses Problems recht gut. Es wurden zwar in Deutschland nur wenige direkte Belege dafür publiziert, daß durch Aufklärungsangebote vor allem Personen aus den höheren sozialen Schichten erreicht werden, aber dieser Zusammenhang wird kaum angezweifelt. Auch im jüngsten Bericht des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen wird betont: »Erfolgreich sind Präventionsmaßnahmen vor allem in sozial besser gestellten Bevölkerungsgruppen. Da der Gesundheitszustand in diesen Bevölkerungsgruppen ohnehin relativ gut ist, tragen Präventionsmaßnahmen häufig zu einer Verstärkung der gesundheitlichen Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen bei« (Sachverständigenrat 1994, 205). Sogar wenn davon ausgegangen wird, daß Vorschläge für eine gesündere Lebensführung zuerst von Mittel- und Oberschicht aufgenommen werden, um sich dann später auch in der unteren sozialen Schicht zu verbreiten ('trickle-down-effect'), bleibt doch die Frage, wie diese 'lag-time' verkürzt werden kann.

Diese Überlegungen zu möglichen schichtspezifischen Effekten von durchgeführten oder geplanten Präventionsmaßnahmen sind notgedrungen spekulativ, bei einigen Maßnahmen mehr (z.B. bei der Erhöhung der Tabaksteuer) als bei anderen (z.B. bei der Aufklärung über die Gefahren des Rauchens). Es soll damit vor allem die Notwendigkeit einer derartigen Diskussion betont werden.

In die Diskussion schichtspezifischer Effekte von Präventionsmaßnahmen müssen auch einige mehr grundsätzliche Aspekte einbezogen werden. So sind z.B. Unterschiede zwischen den sozialen Schichten vermutlich schon bei der generellen Gesundheitsorientierung vorhanden. Modelle zur Erfassung des präventiven Gesundheitsverhaltens (wie z.B. das 'Health Belief Model') wurden in Deutschland u.W. noch nicht eingesetzt zur Beschreibung von Unterschieden zwischen den sozialen Schichten. Aber zweifellos wird die zunehmende Orientierung des Lebensstils auf die Erhaltung der Gesundheit vor allem durch Mittel- und Oberschicht propagiert.

So positiv diese Entwicklung zu bewerten ist, so kann sie doch von Angehörigen der unteren Schicht als Bevormundung empfunden werden, der eher mit Ablehnung als mit Kooperation begegnet wird. Eine wichtige Frage ist daher z.B., ob der hohe Zigarettenkonsum in der unteren sozialen Schicht auch auf eine derartige 'kulturelle Entfremdung' zurückzuführen ist, und wie diese verringert werden kann.

Anders formuliert muß gefragt werden, wer die 'gesundheitliche Norm' definiert hat, daß man (bzw. frau) sich gesund ernähren und schlank aussehen soll, daß man nicht raucht, nicht übermäßig trinkt und sich regelmäßig vom Arzt untersuchen läßt. Eine vergleichbare Frage ist, wer definiert hat, was Gesundheit und Krankheit ist. Die Antwort liegt auf der Hand: Die Definitionen stammen aus der mittleren und der oberen sozialen Schicht. Selbstverständlich wollen alle Menschen, unabhängig von der sozialen Schicht, lieber gesund als krank sein; aber das, was der Einzelne darunter versteht und was er dafür bereit oder in der Lage ist zu tun, kann sich zwischen den sozialen Schichten erheblich unterscheiden.

Durch die größere Beachtung der Präventionsbotschaften in den höheren sozialen Schichten erhält auch das Problem der Diskriminierung von Rauchern ein besonderes Gewicht, da in diesem Fall Diskriminierung mit einer Diskriminierung vor allem von Personen aus der unteren sozialen Schicht gleichbedeutend wäre. Die Diskriminierung würde zudem die Distanz vergrößern zwischen den Gesundheitsexperten aus höheren sozialen Schichten und den Betroffenen aus der unteren und damit die Möglichkeiten einer erfolgreichen Prävention eher verschlechtern.

Ein ähnlicher Komplex von Fragen bezieht sich auf soziale Unterschiede in der Wahrnehmung von Krankheit. Krankheit kann z.B. als Schicksal, als Schuld des Arztes oder als eigenes Verschulden empfunden werden. Wenn Krankheit unterschiedlich wahrgenommen wird, werden auch Präventionsbotschaften, die auf die Erhaltung der Gesundheit abzielen, ein unterschiedliches Echo finden. Derartige Unterschiede in der Wahrnehmung von Krankheit werden bisher in Deutschland kaum erforscht. Wir vermuten jedoch, daß Krankheit in der unteren sozialen Schicht häufiger als Schicksal empfunden wird als in der oberen sozialen Schicht und daß daher Aufforderungen zur aktiven Gestaltung der eigenen Gesundheit in der unteren sozialen Schicht weniger Gehör und Verständnis finden.

Eine vergleichbare Frage ist auch, ob die 'Experten' (Wissenschaftler, Ärzte, Gesundheitspolitiker etc.) wirklich die Lebensbedingungen

in der unteren sozialen Schicht so gut kennen, daß sie quasi als Interessenvertreter Vorschläge für die untere soziale Schicht ausarbeiten können (diese Frage schließt die Autoren dieses Beitrages ausdrücklich ein). Mit anderen Worten: Wir wissen wenig über die soziale Funktion des Rauchens speziell in der unteren sozialen Schicht, über den Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen und Rauchen, über die Motive zu rauchen und mit dem Rauchen wieder aufzuhören. Etwas provokant formuliert stellt sich z.B. die Frage, ob das Rauchen in der unteren sozialen Schicht überhaupt eingeschränkt werden sollte, wenn es dort eine wichtige soziale Funktion erfüllt.

Diese Argumentation soll keine Befürwortung des Rauchens bedeuten; sie soll vielmehr zur Vorsicht mahnen. Beim Thema 'Rauchen' besteht die Gefahr, daß Menschen in 'Gut' (d.h. Nichtraucher) und 'Böse' (d.h. Raucher) eingeteilt werden, und daß die 'Guten' vor allem aus der mittleren und oberen sozialen Schicht stammen und die 'Bösen' vor allem aus der unteren. Diese Polarisierung kann nur vermieden werden, wenn Verständnis für die Raucher aufgebracht wird und wenn die Personen, die unbedingt rauchen wollen, dies ohne Angst vor Strafe oder Diskriminierung tun können. Die 'Freiheit zu Rauchen' endet u.E. aber spätestens dort, wo andere Personen in Mitleidenschaft gezogen werden können, d.h. vor allem dort, wo Nichtraucher (z.B. die eigenen Kinder!) gegen ihren Willen mitrauchen müssen. Diese Rücksichtnahme kann von Rauchern aus allen sozialen Schichten erwartet werden und beinhaltet keine 'kulturelle Entfremdung'. Es ist auch interessant zu beobachten, daß die Tabakindustrie die Aktionen gegen das passive Rauchen offenbar als erheblich größere Bedrohung empfindet als die Aktionen gegen das aktive Rauchen. Der Grund dafür dürfte sein, daß beim Passivrauchen das alte Argument entfällt, daß jeder über sein Rauchverhalten selbst entscheiden sollte (Kühn 1993, 281).

3.4 Ansätze schichtspezifischer Präventionsmaßnahmen

Bei der hier aufgestellten Forderung nach speziellen Maßnahmen für Angehörige der unteren sozialen Schicht sind wir uns bewußt, daß das Gesamtbudget für Präventionsmaßnahmen leider sehr begrenzt ist. Wir halten diese Forderung dennoch für sinnvoll, auch wenn das Gesamtbudget nicht erhöht werden kann, d.h. auch wenn andere Präventionsmaßnahmen dafür gestrichen werden müßten. Die immense gesundheitliche Bedeutung des Rauchens und die

großen Unterschiede im Rauchen zwischen den sozialen Schichten lassen u.E. keine andere Schlußfolgerung zu.

Die Frage, welche konkreten Maßnahmen in Deutschland zur Verringerung des Rauchens speziell in der unteren sozialen Schicht durchgeführt werden sollten, läßt sich aus den oben vorgestellten ersten Überlegungen heraus nur sehr vorläufig beantworten. Sie bedarf einer breiteren Diskussion auch und vor allem unter Einbeziehung von Angehörigen der unteren sozialen Schicht. Unter diesem Vorbehalt sollen hier jedoch als Anregung für weitere Überlegungen vier potentielle Maßnahmen exemplarisch hervorgehoben werden:

- Eine Möglichkeit zielgruppenspezifischer Präventionsmaßnahmen bieten Arztbesuche. Der Arzt ist zumeist über das Rauchverhalten und den sozialen Status der Patienten informiert, und er sollte sie als akzeptierte Autorität in Gesundheitsfragen ausführlich über die Gesundheitsgefährdungen durch das Rauchen informieren und Hilfen für die Beendigung des Rauchens anbieten. Der Arzt könnte sich vor allem darum bemühen, das Rauchen bei den Patienten aus der unteren sozialen Schicht zu verhindern bzw. zu verringern (z.B. während und nach einer Schwangerschaft!).
- Wichtig wäre es auch, Aufklärungsmaßnahmen in Schulen auf die Regionen oder Stadtgebiete zu konzentrieren, in denen viele Angehörige der unteren sozialen Schicht wohnen.
- Eine weitere Möglichkeit bieten Maßnahmen an Arbeitsplätzen. In den Branchen, wo viele Personen mit geringem sozialen Status arbeiten, könnte z.B. über die Möglichkeiten der Rauchentwöhnung und der Vermeidung von Passivrauchen informiert werden. Durch den Bezug zum Arbeitsplatz ließen sich dabei zudem berufsbedingte Ursachen des Rauchens aufdecken und Systeme der gegenseitigen Bestärkung bei der Rauchentwöhnung aufbauen.
- Überlegt werden sollte auch die Möglichkeit eines umfassenden Verbotes der Tabakwerbung. Wie oben angedeutet, umwirbt die Tabakindustrie vermutlich besonders Personen aus der unteren sozialen Schicht (weitere Zielgruppen sind z.B. Jugendliche und Frauen). Es wäre daher die Frage zu prüfen, ob die Tabakwerbung auch aus dem Grund untersagt werden sollte, weil sie auf Personen abzielt, die ohnehin (nicht nur gesundheitlich) benachteiligt sind.

4. *Armut und Rauchen*

Abschließend soll noch auf einen Mangel hingewiesen werden, der in Deutschland die gesamte Diskussion über 'Krankheit und soziale Ungleichheit' ebenso durchzieht wie die Diskussion über 'Rauchen und soziale Ungleichheit', und der auch in diesem Beitrag nicht vermieden werden konnte: Wenn von 'Unterschieden zwischen den sozialen Schichten' die Rede ist, wird häufig übersehen, daß wir über die gesundheitliche Lage und das Gesundheitsverhalten von Personen am unteren Ende der sozialen Skala so gut wie nichts wissen. Einerseits werden Menschen, die in Armut leben, in den Bevölkerungsbefragungen kaum erfaßt, und eigene sozialepidemiologische Studien über besonders betroffene Bevölkerungsgruppen wie Sozialhilfeempfänger oder Obdachlose sind u.W. nicht vorhanden. Andererseits werden in den Armutsberichten (z.B. Hanesch et al. 1994) Fragen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens kaum thematisiert. Aus dem allgemeinen Ergebnis, daß der Gesundheitszustand mit abnehmender sozialer Schicht schlechter wird, kann man jedoch folgern, daß Arme einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen. Art und Ausmaß ihrer Gesundheitsprobleme bleiben allerdings unklar.

Bemühungen um eine Reduzierung gesundheitlicher Unterschiede zwischen den sozialen Schichten müssen sich auch und gerade daran messen lassen, ob sie zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Armen beitragen. In der letzten Zeit hat sich in Deutschland zumindest die Wahrnehmung dieser Aufgabe erhöht. Eine Tagung vom 13.-14. Juni 1994 in Bielefeld war dem Thema 'Armut und Gesundheit' gewidmet (die Beiträge werden in einem Sonderheft der Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften publiziert). Eine weitere Tagung zum Thema 'Rauchen und Armut' fand am 31. August 1994 in Bonn statt. Es bleibt zu hoffen, daß diese Impulse auch bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Einschränkung des Rauchens aufgegriffen werden.

Korrespondenzadressen:
Andreas Mielck
GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit GmbH
Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung (MEDIS)
85758 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1

Uwe Helmert
Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS)
Grünenstraße 120, 28199 Bremen

Literaturverzeichnis

Abholz, H.-H.: Administrative Steuerung des Alkohol- und Tabakabusus. Argument-Sonderband AS 64: Prävention. Berlin (West) 1981, 191-218

Bartecchi C.E., MacKenzie T.D., Schrier R.W.: The human costs of tobacco use. N. Engl. J. Med. 1994, 330: 907-912, 975-980

BMG (Bundesministerium für Gesundheit): Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge. Informationsschrift. Gamburg 1993

Brenner H.: A birth cohort analysis of the smoking epdemic in West Germany. J. Epidemiol. Community Health 1993, 47: 54-58

Brenner H., Mielck A.: Children's exposure to parental smoking in West Germany. Int. J. Epidemiol. 1993, 22 (5): 818-823

Brückner G.: Gesundheitsrisiko 'Rauchen'. Ergebnis des Mikrozensus 1989 zu den Rauchgewohnheiten der Bevölkerung. Wirtschaft und Statistik 1991, 5: 341-352

Bundesregierung: Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Klaus Kirschner u.a. und der Fraktion der SPD. »Prävention in der Gesundheitspolitik«. Entwurf vom 6.6.1994. Bundestagsdrucksache 12/6826

Eberle G.: Leitfaden Prävention. Herausgegeben vom Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WidO). Sankt Augustin 1990

Elkeles T., Mielck A.: Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P 93-208. Berlin 1993

Enquete-Kommission 'Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung'. Zwischenbericht vom 31.10.1988. Deutscher Bundestag, Drucksache 11/3267, Bonn 1988

Härtel U., Stieber J., Keil U.: Der Einfluß von Ausbildung und beruflicher Exposition auf Veränderungen im Zigarettenrauchen und Alkoholkonsum: Ergebnisse der MONICA Augsburg Kohortenstudie. Soz. Präventivmed. 1993, 38: 133-141

Hanesch W. et al.: Armut in Deutschland. Reinbek bei Hamburg 1994

Helmert U., Mielck A., Classen E.: Social inequities in cardiovascular disease risk factors in East and West Germany. Soc. Sci. Med. 1992, 35 (10): 1283-1292

Helmert U., Shea S., Maschewsky-Schneider U.: Social class and cardiovascular disease risk factor changes in West-Germany from 1984 to 1991. Eur. J. Public Health 1994 (in press)

Kühn H.: Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin 1993

Kühn H.: Anti-Tabakpolitik in den USA: Modell oder Sonderfall der Prävention? In: Rosenbrock R., Kühn H., Köhler B.M. (Hg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin 1994, 325-345

Kunze M. et al.: Rauchertherapie: Konsensus in den deutschsprachigen Ländern. Soz. Präventivmed. 1992, 37: 223-230

Manning W.G., Keeler E.B., Newhouse J.P., Sloss E.M., Wassermann J.: The costs of poor health habits. Cambridge 1991

Mielck A. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen 1994

Mielck A., Helmert U.: Krankheit und Soziale Ungleichheit: Empirische Studien in West-Deutschland. In: Mielck A. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Opladen 1994, 93-124

Mielck A., Satzinger W., Helmert U.: Gesundheitspolitische Reaktionen in der Bundesrepublik Deutschland auf das Problem 'Armut und Gesundheit'. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1994 (im Druck)

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Sachstandsbericht 1994. Bonn 1994

Siegrist J.: Soziale Ungleichheit und Krankheit. Soz. Präventivmed. 1993, 38 (3): Editorial

Slaby A.E.: Acayatl's curse. In: Cocores J.A. (ed.): The clinical management of nicotine dependence. New York 1992

Townsend, J., Roderick, P., Cooper J.: Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity. Brit. Med. J. 1994, 309: 923-927

US Public Health Service: Smoking and health. Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. US Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Center for Disease Control, PHS Publication No. 1103, 1964

Wetterer A., Troschke J. von: Smoker motivation. A Review of contemporary literature. Berlin 1986

WHO-Regionalbüro für Europa: Tabak oder Gesundheit in der Zukunft? Erste Europäische Tabak-Konferenz, Madrid 7.-11. November 1988. Kopenhagen 1989.