

Kühn, Hagen

Book Part — Digitized Version

Anti-Tabakpolitik in den USA: Modell oder Sonderfall der Prävention?

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Kühn, Hagen (1994) : Anti-Tabakpolitik in den USA: Modell oder Sonderfall der Prävention?, In: Rolf Rosenbrock, Hagen Kühn, Barbara Maria Köhler (Ed.): Präventionspolitik: gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung, ISBN 3-89404-139-0, Edition Sigma, Berlin, pp. 325-345

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122739>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Bibliothek und wissenschaftliche Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)
Library and Scientific Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**. More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Anti-Tabakpolitik in den USA: Modell oder Sonderfall der Prävention?

Hagen Kühn

In keinem der Industrieländer mit Ausnahme Australiens und Kanadas dürfte das Rauchen als ein so hoch- oder gar höchstrangiges gesundheitspolitisches Problem angesehen werden wie in den Vereinigten Staaten. Die Anti-Tabakpolitik steht im Zentrum der amerikanischen Präventionspolitik. Vor zehn Jahren hat der Surgeon General als oberster Gesundheitsbeamter dazu aufgerufen, alle Anstrengungen zu unternehmen, um für das Jahr 2000 eine »smoke-free society« zu erreichen. Die Ausstrahlung der Anti-Tabakbewegung und Politik reicht bis nach Europa. Den einen dient sie als Vorbild, den anderen jagt ihr Moralismus eine Gänsehaut über den Rücken. Immerhin gibt es beachtliche Erfolge, und es scheint, als seien damit eine Reihe kritischer Einwände gegen den Versuch, durch die Beeinflussung individuellen Konsum- und Freizeitverhaltens (Rauchen, Trinken, Essen, Sport, Entspannung) die Lebenserwartung zu verlängern, hinfällig geworden (zur Kritik des Lebensstilansatzes vgl. Kühn 1993).

Das hier vorgestellte Fazit meiner Untersuchung der amerikanischen Anti-Tabakpolitik (Kühn 1993, S. 222-290) geht, was die Modelleigenschaft anbetrifft, in zwei Richtungen:

- Erstens: Für Anti-Tabakpolitiken in anderen Industrieländern kann sie nur eingeschränkten Vorbildcharakter haben. Ihre positiven Gesundheitseffekte sind sozial selektiv, und sie ist einseitig moralpolitisch ausgerichtet. Beides diskriminiert besonders Angehörige der unteren sozialen Schichten. Wirksame Instrumente nichtdiskriminierender und sozial unterstützender Art sind bisher vernachlässigt werden.
- Zweitens können ihre Erfolge nicht als Modell für die lebensstilorientierte Prävention und Gesundheitsförderung schlechthin dienen. Das subjektive Gesundheitsrisiko Rauchen ist ein Sonderfall der Lebensstilprävention, und die Anti-Tabakpolitik kann sich hier auf eine eigenständige von Gesundheitspolitik unabhängige säkulare soziale Tendenz stützen.

Bedeutung und präventives Potential

Im Vorwort zu dem Bericht über die gesundheitlichen Folgen des Rauchens 1982 nannte der Surgeon General Koop das Rauchen »die wichtigste einzelne vermeidbare Todesursache in unserer Gesellschaft und das bedeutendste Thema der öffentlichen Gesundheit unserer Tage« (Department of Health and Human Services 1982). Man nimmt an, Rauchen sei für mehr vorzeitige Todesfälle verantwortlich als Aids, Kokain, Heroin, Alkohol, Feuersbrunst, Autounfälle, Morde und Selbstmorde zusammengenommen (Warner 1987).¹ Einen großen Teil des Lungen- und Bronchialkrebses und einige andere Krebserkrankungen schreibt man dem Tabakgenuß zu, auch die chronischen Bronchial- und Lungenkrankheiten (Emphyseme und chronische Bronchitis), und Herzkrankheiten sieht man in einem kausalen Zusammenhang mit dem Rauchen.² Nach Ansicht des »Healthy People 2000«-Reports ist das »Zigarettenrauchen [...] verantwortlich für etwa 390 000 Todesfälle jährlich, das sind 21 Prozent der Mortalität durch Herzkrankheiten, 87 Prozent der Lungenkrebsmortalität und 30 Prozent der gesamten Krebsmortalität« (Department of Health and Human Services, Public Health Service 1990a, S. 140).

Als Früchte erfolgreicher Anti-Smoking-Politik verspricht man sich neben dem Rückgang der altersstandardisierten Mortalität durch Krebs- und Herzkrankheiten noch weitere Verbesserungen wie gesündere Neugeborene und Rückgang der spontanen Aborte, einen beträchtlichen Rückgang der Opfer von Feuerunglücken (in weiten Teilen der USA sind die Wohnhäuser aus Holz gebaut), Rückgang der Morbidität durch das Passivrauchen, bessere Entwicklung von Kindern, Rückgang der Impotenz bei Männern und Verbesserung der Fruchtbarkeit von Frauen (Warner 1987).

Kritiker monieren die übliche Darstellungsweise der Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens als »statistischen Overkill« (Skrabanek 1992). Zwar kann weder die Karzinogenität des Rauchens noch eine Mitverursachung an der Koronarkrankheit bezweifelt werden, aber der Anteil dieses Risikofaktors ist umstritten. Durch ein »rauchfreies Amerika« wird weder die Sterblichkeit am Lungenkrebs um 87 Prozent noch die am Herzinfarkt um 21 Prozent zurückgehen.

1 Ich zitiere diese Angabe, weil sie geläufig ist, konnte sie allerdings in den mir zugänglichen Statistiken nicht überprüfen.

2 Die Angaben über die Schädlichkeit des Rauchens habe ich nach Gesichtspunkten ihrer Repräsentativität in der amerikanischen Literatur, insbesondere aus den Berichten des Surgeon General und des Healthy People 2000 sowie den Veröffentlichungen einiger führender Autoren, ausgewählt. Ichbürge nicht für ihren Realitätsgehalt. Sie sollen die Bedeutung ermessen lassen, die man dem Rauchen zurechnet.

Besonderheiten des Tabakthemas

Ein 1993 veröffentlichter jährlicher Survey über das Gesundheitsverhalten der Amerikaner zeigte für 1992 erstmals einen fast durchgängigen Rückschritt. Bei den elf untersuchten Lebensstilfaktoren gab es 1984 und 1985 die weitaus größten Verbesserungen, die Kurve wurde dann flacher, um schließlich 1992 erstmals zu fallen. Besonders stark sind fast alle Einzelindikatoren der Ernährungsweise (quantitativ und qualitativ), des Streßverhaltens, der Bewegung und der Früherkennungsuntersuchungen (Blutdruck, Brustkrebs usw.) zurückgegangen. Der Untersuchungsleiter kommentierte, man sei bislang überaus optimistisch gewesen und habe gemeint, »all die gefeierten Lifestylereis der vergangenen 20 Jahre würden weitergehen«. Dieser Survey bestätige den Optimismus jedoch nicht. Er fürchte, es könne sich um einen »vorübergehenden Fimmel« (*passing fad*) gehandelt haben, der jetzt denselben Weg gehe wie die Hula-Hoop-Reifen und andere Moden, wenn nicht die Anstrengungen verdoppelt würden. Allerdings bemerkt er: »Die gute Nachricht ist, daß das Rauchen seinen Sturzflug fortsetzt. Der 1992er Survey zeigt, daß 76 Prozent der Amerikaner nicht rauchen, das ist der bisher besten Wert überhaupt« (»Survey finds Americans backsliding ...« 1993).

Die Ausnahmeposition der Rauchprävention dürfte zu einem großen Teil auf folgende Besonderheiten im Vergleich zu anderen Risikofaktoren des sogenannten Lebensstils zurückgehen:

Zuerst ist die *Einfachheit der Botschaft* zu nennen: Eine gesundheitsschädliche Angewohnheit soll eliminiert werden. Vom Konsum anderer als schädlich betrachteter Mittel wie z. B. Alkohol unterscheidet sich das Tabakrauchen dadurch, daß es in jeder Menge schädlich ist, es also keine umstrittenen Höchstmengen, kritischen Werte usw. gibt, von denen an von Mißbrauch oder ähnlichem gesprochen werden könnte. Entsprechend bedarf es auch keiner Messungen, über deren Methoden dann wieder zu streiten wäre (wie z. B. beim Lärm). Tabak wird als das einzige legal frei erwerbliche Konsumgut angesehen, das die Gesundheit des Verbrauchers bereits dann schädigt, wenn es in der vorgesehenen oder üblichen Weise verbraucht wird (Stebbins 1991).

Die zweite Besonderheit besteht im *wissenschaftlichen Konsens* über die Nützlichkeit des Nichtrauchens. Der medizinische Wissenschaftsbetrieb liefert die eindeutige Legitimation, um über die üblichen aufklärerischen und erzieherischen Bemühungen hinauszugehen, und Restriktionen, also staatlichen Zwang, durchzusetzen. Diese Legitimation wurde seit dem ersten Bericht des Surgeon General über den Zusammenhang zwischen Rauchen und Gesundheit 1964 durch regelmäßige amtliche Berichte verstärkt und autorisiert (Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service 1964).

Politisch begünstigend kommt hinzu, daß die Anti-Smoking-Politik keine Eingriffe in Macht- und Herrschaftsbeziehungen und in die Sphäre der Produktion verfolgt, sondern ganz vornehmlich auf das rauchende Individuum zielt entweder durch Zuweisung von Schuld oder eines Opferstatus (»Sucht«), der die Annahme von »Hilfe« zur Pflicht macht.

Erfolge und Mißerfolge

Über die Erfolge der Anti-Smoking-Politik findet man in Hunderten von Veröffentlichungen etwa die folgenden Informationen: In den letzten 25 Jahren ist der Zigarettenkonsum pro Kopf stetig gesunken. Die Prävalenz des Rauchens bei Erwachsenen ist von 40 Prozent 1965 auf 29 Prozent 1987 und 25 Prozent 1990 zurückgegangen, im bevölkerungsreichsten Staat Kalifornien liegt die Quote mit 21,2 Prozent (1990) weit darunter. Bemerkenswert ist die Beschleunigung des Trends seit Ende der achtziger Jahre. Zwischen 1987 und 1990 ging die Quote jahresdurchschnittlich um 1,1 Prozent zurück. Damit wurde die Rate der vorhergehenden zwanzig Jahre verdoppelt (Rabin/Sugarman 1993). Im Jahre 1960 konsumierte statistisch jeder Amerikaner 11,8 Pounds Tabak und 9,6 Pounds Zigaretten, dieser Verbrauch ist bis 1990 auf 5,5 Pounds (minus 53,5 Prozent) bzw. 2,8 Pounds (minus 71 Prozent) gesunken (nach Statistical Abstracts 1992). Da die Schädlichkeit des Rauchens dosisabhängig ist, dürfte das ein besserer Indikator sein, als die in Umfragen ermittelten Raucherquoten.

Exakte Vergleiche mit Deutschland können ohne grundlegende Forschungsarbeiten nicht angestellt werden. Daten des deutschen Mikrozensus könnten auf eine Rückläufigkeit der Raucherquote hinweisen, die auch häufig angenommen wird (Brückner 1991; Riemann/v.Troschke 1991). Die internationale Statistik der OECD gibt für Deutschland (West) Daten für 1978 und 1989³: Hiernach ist die Raucherquote bei den Frauen in diesen elf Jahren von 19,4 auf 21,4 Prozent angestiegen und bei den Männern von 43,4 auf 36,3 Prozent gefallen. Im selben Zeitraum (1978-1989) ist die Quote bei den amerikanischen Frauen von 30,4 auf 22,8 Prozent und bei den Männern von 37,4 auf 28,4 Prozent gesunken (OECD Health Systems 1993, S. 90 f.). Das amerikanische Office of Technology Assessment stützt sich für Deutschland (West) auf Angaben der Europäischen Union: Bei den Männern war die deutsche Quote »Mitte der 60er Jahre« 70 Prozent und ist »gegen Ende der 80er Jahre« auf 45 Prozent gefallen, bei den Frauen hingegen ist sie von 16 auf 31 Prozent angestiegen. In den USA senkte man in dieser Zeit die Männerquote von 52

3 Weniger Daten hat kein weiteres Land zu bieten.

auf 31 Prozent und die der Frauen von 34 auf 27 Prozent. Der amerikanische Wert bezieht sich auf die Bevölkerung ab 18, der deutsche erst ab 21 Jahre (U.S. Congress 1993, S. 73).

Vergleicht man aber die härteren Statistiken des Pro-Kopf-Verbrauchs nach Gewicht, so ergibt sich ein anderes Bild: Im Durchschnitt der drei Jahre 1987/89⁴ gegenüber den Jahren 1973/95 hat der Zigarettenkonsum der (West-)Deutschen um 4,9 Prozent abgenommen gegenüber 24,4 Prozent in den USA. Addiert man aber den Verbrauch von Feinschnitt-Tabak hinzu, so kommt man für Deutschland sogar auf eine Zunahme von 2,3 Prozent, während in den USA der Gesamtverbrauch von Tabak im selben Zeitraum um ein Drittel (32,5 Prozent) zurückgegangen ist (Statistisches Bundesamt 1992, 1978; Statistical Abstracts 1992, 1978).

Die Effizienz präventionspolitischer Konzepte kann aber ohne Kenntnis der sozialen Verteilung nicht beurteilt werden. Das führt zur Frage nach dem Zusammenhang von Rauchen und sozialer Schichtzugehörigkeit.

Rauchen und soziale Schicht

Noch in den ersten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts waren Rauchen, Bewegungsmangel und fette Nahrung häufiger in den oberen als in den unteren Schichten der Gesellschaft zu finden. Als dann als die gesundheitlichen Wirkungen größer und offener, fette Speisen und Zigaretten hingegen billiger wurden, holten die unteren Schichten relativ auf, während die Wohlhabenden und Gebildeten anfangen, sich einen weniger riskanten Lebensstil zuzulegen. Es bildete sich – wie bei den Krankheiten – auch für die verhaltensbedingten Risikofaktoren ein inverser sozialer Gradient heraus, so auch für das Rauchen. Ebenso wie bei anderen subjektiven Risikofaktoren des Lebensstils haben am Rückgang der Raucherquote die unteren sozialen Schichten praktisch nicht teilgenommen (Statistical Abstracts 1990, S. 90; Department of Health and Human Services, Public Health Service 1990a; Brownson/Jackson-Thomson et al. 1992; Fiore/Novotny et al. 1989).

Am Bild der nach der sozialökonomischen Schicht differenzierten Entwicklung läßt sich auch ermesen, um wieviel geringer als die oben zitierten Annahmen das wahrscheinliche präventive Potential des Nichtrauchens sein muß. Nehmen wir das Beispiel der koronaren Herzkrankheit (KHK), bei der das Rauchen 21 Prozent der Mortalität erklären soll. Eine britische Studie fand heraus, daß Staatsbedienstete der untersten Rangstufe bei den KHK eine viermal höhere Rate aufweisen als

4 Spätere Zahlen sind wegen der Vereinigung schlecht vergleichbar.

Beamte der obersten Hierarchieebene. Es trat zwar zutage, daß die untere Schicht in höherem Maße verhaltensabhängige Risikofaktoren aufwies, also einen höheren Cholesterinspiegel, mehr Übergewicht, höhere Raucherquote, höheren Blutdruck und weniger körperliche Bewegung. Aber nachdem alle diese Faktoren einschließlich des Rauchverhaltens statistisch neutralisiert waren, war die Morbidität der unteren Schicht noch immer dreimal höher als die der oberen Schicht (Marmot/Rose et al. 1978; Smith/Leon et al. 1991).

Damit nicht genug: Die Forschung zur sozialen Ungleichheit enthüllt noch eine weitere Einschränkung des präventiven Potentials der Anti-Tabakpolitik. Die Gesundheitseffekte der gleichen Verhaltensweisen (z. B. des Nichtrauchens) sind in den unteren Schichten geringer als bei den Bessergestellten. Untersuchungen mit den Daten des britischen »Health and Lifestyle Survey« bestätigten, daß das Rauchen zu größeren Fitneß-Unterschieden in der »non-manual class« als in der »manual class« führt. Für Männer, die leichte Arbeit verrichten, »lohnt« sich das Nichtrauchen gesundheitlich mehr als für Schwerarbeiter. Insgesamt führt eine Lebensweise, die man nach dem Lebensstilkonzept als gesünder einstuft, in den Wohngebieten mit hohem Status zu einer besseren Gesundheit als in innerstädtischen Regionen oder Industrieregionen (Blaxter 1990, S. 203-243).

Soziale Ungleichheit und Lebensstil

Der übliche Gebrauch des Lebensstilbegriffes und die damit zusammenhängende Praxis können aus dem Zusammenhang zwischen dem Rauchen und sozialer Schicht nur die oberflächliche Forderung ableiten, es müsse herausgefunden werden, »wie die Gesundheitsbotschaft schichtspezifisch an den Mann oder an die Frau gebracht werden kann« (Arnold/von Ferber/Henke 1990, S. 60). Darum geht es aber allenfalls am Rande.

Wenn Rauchen als Element des Lebensstils begriffen werden soll, dann muß zuerst dessen ganzheitlicher und kohärenter Charakter hervorgehoben werden (Müller 1989). Bereits Simmel sieht den Lebensstil als Ausdruck des Strebens der Individuen nach sozialer Identität und als »eine Gestaltung mit eigenem Zentrum, von dem aus alle Elemente seines Seins und Tuns einen einheitlichen, aufeinander bezüglichen Sinn erhalten« (Simmel (1989, S. 591). Der individuelle Lebensstil und somit auch die Rauchgewohnheit sind Teil des Habitus, in dem sich gruppenspezifische Typen von Realbeziehungen zwischen Individuen und Gesellschaft ausdrücken. Sie können begriffen werden als Zeichensysteme, die die eigene Zugehörigkeit und Distinktion zu bestimmten sozialen Gruppen ausdrücken, sei es

durch den Autotyp, die Einkommensklasse, den Ferienort, den Musikgeschmack, den Freundeskreis oder durch das Verhältnis zum eigenen Körper und somit das Gesundheitsverhalten. Im Habitus kommen sowohl die sozialen Verhältnisse, die Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen, als auch die individuelle Persönlichkeit zum Ausdruck. Obwohl das Individuum kein milieutheoretischer Abklatsch der gesellschaftlichen Bedingungen ist, so führen doch ähnliche sozialökonomische Existenzweisen zu ähnlichen Habustypen. Der Habitus als sozial strukturiertes und individuell strukturierendes Muster kann als eine Art innerer Organisator der Praxisbewertung (moralisch und ästhetisch) und der Praxisformen gesehen werden, der Verhaltensweisen selbstverständlich werden läßt. Wichtig für die lebensstilbezogene Prävention ist, daß die so verstandenen Lebensstile kohärent sind, d. h. ihre Verhaltensformen, Denk- und Wertungsweisen sind kein Sammelsurium, dessen einzelne Elemente sich beliebig manipulieren ließen und austauschbar wären, wie das die »rational-choice«-Annahme suggeriert. Die Aneignung eines bestimmten Habitus spielt sich nicht nur, vielleicht nicht einmal vorwiegend, auf der Ebene des Bewußtseins ab, sondern erfolgt auf allen Ebenen des gesamten psychischen Apparates, es ist die gesellschaftliche produzierte »innere Natur« des Subjekts (Bourdieu (1987, S. 171 ff., S. 277 ff., S. 339). Darum spielen Information und kognitives Wissen eine so geringe Rolle bei der Veränderung des Raucherverhaltens. Bereits 1986 wußten und glaubten 92 Prozent der amerikanischen Bevölkerung, einschließlich 85 Prozent der Raucher, daß Rauchen Lungenkrebs erzeugt (Department of Health and Human Services 1989).

Reißt man das Rauchen aus dem psychosozialen Zusammenhang, dann ist auch die Möglichkeit dahin, es beispielsweise als pathogenes Bewältigungsverhalten gegenüber Belastungen in der Arbeits- und Lebenswelt zu erkennen. Dazu greifen Individuen, denen die Konstellationen keine alternativen Handlungsweisen zu bieten scheinen (Kalimo 1989). Traditionelle Aufklärung über die Gesundheitsschädlichkeit und moralischer Druck können – vermittelt durch Ohnmachtserfahrungen und Schuldgefühle – in solchen Fällen sogar pathogen sein, wenn damit nicht zusätzliche Bewältigungsressourcen einhergehen.

Die beeindruckenden Unterschiede bei Risikoverhalten, Krankheit und Sterblichkeit zwischen den sozioökonomischen Schichten stehen in diesem Zusammenhang. Denn die sozialen Klassen und Schichten unterscheiden sich durchgängig durch den Grad der Restriktivität der Lebensverhältnisse im ganz umfassenden, die Subjektivität, den Habitus und die Bedingungen einschließenden Sinne. So besitzt der Lebensstil eines Universitätsprofessors weit mehr Freiheitsgrade als der des Automobilarbeiters. Letzterer hat restriktivere Arbeitsverrichtungen, sein Einkommen ermöglicht ihm nur eine kleinere Wohnung, weniger Reisen, seine geringere Bildung (z. B. Fremdsprachen) behindert Chancenwahrnehmungen usw. Darum ist

der Habitus, der in den oberen Schichten angeeignet wird, nicht nur »anders«, er ist auch flexibler. Es müssen bei ihnen beispielsweise auf Zigarettenrauchen (oder auch auf vielem und fettem Essen) längst nicht so viele subjektive Bedeutungen lasten. Das Verhalten ist weit weniger festgelegt. Es besteht ein größeres Potential an Verhaltensreserven. Da diesen sozialen Schichten die Protagonisten des Lebensstilkonzepts selbst angehören, führt das zu einer Art selbstreferentieller Bestätigung. Ihr Fehler und ihr Versagen bestehen also zum Teil darin, die eigene Lage und den eigenen Habitus als für die gesamte Gesellschaft gültig zu unterstellen und die Kohärenz von Habitus und Lebensstil zu unter- und damit die Beeinflussungsmöglichkeiten und deren Nutzen zu überschätzen.

Ohne tiefgreifende Berücksichtigung der sozialen Ungleichheit nicht nur der Raucherhäufigkeit, sondern auch der Bedeutungen des Rauchens und der sozialen Unterstützung könnte die Anti-Tabakpolitik durchaus ihr Ziel verfehlen, oder ihr weiterer Erfolg könnte neue Gesundheitsprobleme aufreißen. Ein Beispiel: Verschiedene empirische Studien haben an der Wirkung der Preiserhöhung bei Zigaretten auf das Konsumverhalten gezeigt, daß die Preiselastizität der Nachfrage im Verlauf der Jahre abnimmt (Kühn 1993, S. 256 ff.; Wasserman/Manning/et al. 1991; Keeler/Hu et al. 1993). Auch die weit geringere Flexibilität der Nachfrage in Kalifornien, wo 1990 nur noch 21,2 Prozent der Bevölkerung rauchten, im Vergleich zu anderen Staaten läßt befürchten, daß ein »harter Kern« von Rauchern zu existieren scheint, der sich durch steigende Preise immer weniger beeindrucken läßt. Bedenkt man, daß mit dem sozial selektiven Rückgang der Raucherquote davon zunehmend gerade Bezieher niedriger Einkommen betroffen werden, so gewinnt die These vom »harten Kern« noch an Gewicht. Es muß also noch offen bleiben, ob die Erfolge bei den Ober- und Mittelschichten von den Unterschichten nachvollzogen werden.⁵

Präventionspolitik und soziale Tendenz

Nicht nur Individuen, sondern auch Menschengruppen und -bewegungen neigen dazu, sich in die Rolle von Subjekten des Geschehens zu interpretieren. Warum sollte das im sozialen Raum der Präventionspolitik anders sein? Die wissenschaftliche Literatur zur Anti-Tabakpolitik jedenfalls läßt kaum einen Zweifel daran

⁵ Das Verhältnis zwischen Ober- und Unterschichten in den Industrieländern wiederholt sich im Weltmaßstab zwischen den reichen und armen Ländern, in denen die Raucherquoten enorm ansteigen (Kühn 1993, S. 271 ff.).

erkennen, daß die rückläufige Raucherquote und der sinkende Pro-Kopf-Verbrauch von Tabak auf etwas anderes zurückzuführen sein könnten als auf die Anti-Tabakpolitik.

Man kann das auch anders sehen: Wie auch bei anderen säkularen Verhaltensänderungen geht einer entsprechenden Bewegung (und erst recht einer staatlichen Politik) der Wandel im Habitus der Oberschichten voraus. Dieser verbreitet sich dann durch Vorbildwirkungen und Moden, die Verbreitung entsprechender Informationen und Sichtweisen, oft auch durch moralischen Druck und Zwang. Erst nach einiger Zeit, als Folge all dieser Veränderungen, kommt es dann zu politischen Bewegungen und staatlicher Intervention, die dann wiederum den Wandlungsprozeß fördern und beschleunigen kann. Es gibt wenig Gründe anzunehmen, daß dies bei der Anti-Tabakpolitik anders ist.

Seit den zwanziger Jahren liegt wissenschaftliche Evidenz für die Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens, insbesondere seiner Karzinogenität, vor (Brandt 1990). Von da an datieren auch die gesundheitlich motivierten Bemühungen, diese Informationen gegen die damals fast allmächtigen Tabakinteressen in der Gesellschaft zu verbreiten. Auch die Studien, auf die sich der erste Report des Surgeon General 1964 stützen konnte, mußten erst einmal angeregt, als wichtig und durchführbar erachtet, finanziert, realisiert und veröffentlicht werden. Betrachtet man die beiden letzten Jahrzehnte, so fällt auf: Je schneller und sozial umfassender der Rückgang des Rauchens vor sich geht, desto energischer werden erst die öffentlichen Maßnahmen. Sie können sich heutzutage mit dem *common sense* legitimieren. Die Wirtschaftselite als weitaus mächtigste soziale Gruppe der USA trägt als Ganze die Ziele der Anti-Tabakpolitik erst seit etwa Mitte der achtziger Jahre mit. Das wird signalisiert durch die drastischen Veränderungen in ihrem unmittelbaren Einflußbereich: 1991 ermittelte ein Survey, daß 85 Prozent der großen und mittleren Unternehmen eine Anti-Rauch-Regime eingeführt hatten, verglichen mit erst 36 Prozent nur fünf Jahre vorher. 36 Prozent dieser Unternehmen verboten das Rauchen in sämtlichen Firmengebäuden gegenüber nur 2 Prozent 1986 (Rabin/Sugarman 1993, S. 19). Erst seither ist auch die Zentralregierung in größerem Maße zu radikaleren Anti-Tabakmaßnahmen der »zweiten Generation« übergegangen.

Das Verhältnis zwischen Verhaltenswandel und Politik läßt sich weder durch Regressionsanalysen errechnen und in mechanischen Kausalitäten darstellen, noch stehen wir dem bekannten »Henne-oder-Ei-Problem« gegenüber. Wir haben es vielmehr mit einer dialektischen Beziehung zu tun, wobei der Schwerpunkt auf dem Wandel des Verhaltens und der Verhaltensbedingungen der kulturell tonangebenden sozialen Schichten liegt. Es kann an dieser Stelle keine umfassende soziologische Analyse des rückläufigen Rauchverhaltens präsentiert werden. Aber zwei Merkmale dieser Rückläufigkeit verdienen, festgehalten zu werden:

1. Die Trendwende des Tabakkonsums (abnehmende Zuwächse insgesamt und Rückgang in den oberen Schichten) beginnt zeitlich vor den ersten Anti-Smoking-Maßnahmen und noch länger vor den ersten, die als unmittelbar wirksam einzuschätzen sind. Sie findet in fast allen westlichen Industrieländern statt, auch in solchen wie Deutschland, in denen es kaum eine spürbare Anti-Tabakpolitik gibt. Verschieden ist nur das Tempo des Rückgangs.
2. Das abstinente und ablehnende Verhalten setzt sich in der sozialökonomischen Schichtung von oben nach unten durch.

Zuerst war die Trendwende

In den sechziger Jahren zeigten die in Umfragen ermittelten Raucherquoten und der Pro-Kopf-Verbrauch erste Anzeichen einer rückläufigen Entwicklung. Das wird heute fast einhellig auf die Veröffentlichung des besagten Reports über die Schädlichkeit des Rauchens zurückgeführt. In der Tat läßt sich nach dieser, von allen Medien verbreiteten Information ein deutlicher Knick in der Verbrauchskurve feststellen. Dennoch ist es naiv, dann die weitere Entwicklung mit der von den gebildeten Schichten ausgehenden und sich dann schließlich nach »unten« verbreitenden Information zu erklären (Zimring 1993). Nach wenigen Monaten hatte der Verbrauch wieder fast den Stand wie vor dem Report. Die Information hatte vielen einen Schrecken eingejagt, Gelegenheitsraucher werden auf weiteres Rauchen verzichtet haben, die anderen haben bald wieder angefangen (Goldstein 1992). Auch hier sind Informationen allein kaum verhaltenswirksam, solange die Verhaltensnormen sich nicht verändern und den Lebensbedingungen nicht entsprechen.

Wie in der Präventionspolitik insgesamt, so wird das Profil der Maßnahmen und Interventionen zum Risikofaktor Rauchen vom Prinzip des geringsten gesellschaftlichen Widerstandes geprägt. Darum standen die individuellen Entwöhnungsangebote und die politischen »Maßnahmen der ersten Generation« (formelle Restriktionen der Fernsehwerbung, Warnung auf Packungen usw.) im Vordergrund (Leichter 1991). Ihnen konnten jedoch in späteren Evaluationen kaum wahrnehmbaren Effekte nachgewiesen werden, jedenfalls nicht in einem Maße, mit dem sich eine Trendwende erklären ließe (Kühn 1993, S. 241-283).⁶

Auch Gesundheitserziehung und *Raucherentwöhnung*, die lange Zeit das Feld der Anti-Tabakaktivitäten bestimmt haben, können die Trendwende nicht verursacht haben. Selbst unter den amerikanischen Bedingungen ist die Effektivität der

⁶ Wissen zur Anti-Tabakpolitik in enzyklopädischem Ausmaß, wenngleich nur kritischen Lesern zu empfehlen, bietet der 700 Seiten starke Report des Department of Health and Human Services (1989).

Entwöhnung gering. 90 bis 95 Prozent der 35 Millionen Amerikaner, die zwischen 1964 und 1988 das Rauchen aufgegeben haben, taten dies ohne Entwöhnungskurse. Ungefähr 90 Prozent der erfolgreichen und 80 Prozent der erfolglosen Aufhörer haben es ohne organisierte Programme versucht. Die Erfolgsquote der »Selbstaufhörer« war mit 47,5 Prozent höher als die der Kursbesucher (23,6 Prozent). Der Nutzen von Entwöhnungsverfahren (und einer darauf sich stützenden Politik) wird vor allem für besonders starke Raucher mit hohem Gesundheitsrisiko gesehen (Fiore/Novotny et al. 1989, 1990), dürfte aber nur eine geringe sozialmedizinische Wirkung haben. Selbst bei einer Raucherquote von unter 29 Prozent fangen noch immer täglich 3 000 Amerikaner an zu rauchen, und an den Bedingungen dieser Entscheidung ändern Entwöhnungsangebote nichts. Hinzu kommt noch, daß ihre Erfolgsquote in den sechziger und siebziger Jahren sicher noch geringer war als heute.

Zweifellos sind die sozialen Umstände entscheidend, von der die Entscheidungen für oder gegen das Rauchen abhängig sind. Deren Veränderung setzt Anreize und Sanktionen zugunsten des Nichtrauchens voraus, erreichbar auf dem Fundament einer sich abzeichnenden Veränderung sozialer Verhaltensnormen in jenen Schichten, deren Lebensweise ihnen die Freiheit dazu bietet.

Warum die Anti-Tabakpolitik in den sechziger und siebziger Jahren lediglich schwache Instrumente zum Einsatz bringen konnte, ergibt sich unter anderem aus folgender Überlegung: Ökonomisch gesehen ist das Rauchen nichts anderes als der Konsum einer industriell zur Gewinnerzielung hergestellten Ware. Interventionen in das ökonomische System erweisen sich – ebenso wie präventive Interventionen insgesamt – als in sich hierarchisiert. Nach der Logik der Machtverteilung erfahren die nachfragenden Individuen die weitaus größte Aufmerksamkeit, während in die Investitions- und Produktionsentscheidungen der Anbieter nicht eingegriffen wurde. Soweit überhaupt die Angebotsseite berührt wurde, geschah dies vorwiegend auf der Ebene der Warenzirkulation, z. B. durch Verkaufsverbote an Kinder und Jugendliche. Der weitaus größte Teil der Anti-Smoking-Politik ließe sich durchaus als eine spezielle und verschärfte, aber marktconforme Art der Verbraucherberatung kennzeichnen. Um darüber hinaus zu gehen, bedarf es der politischen Macht, die es dann sehr schnell mit dem ordnungspolitischen Interesse der Kapitaleigner (»free enterprise«) zu tun hat.

Erst der Zuwachs an kulturellem, moralischem und politischem Einfluß, den die Gesundheitsbewegung in den achtziger Jahren erfuhr, konnte dazu führen, daß es dann zu wirksamen politischen Interventionen des Staates kam. Maßnahmen der »zweiten Generation« sind vor allem Steuererhöhungen, Rauch- und Vertriebsverbote, aber auch solche komplexen Gesetzesinitiativen wie die »Proposition 99« in Kalifornien, mit der ein ganzes Bündel von aufeinander abgestimmten Maßnahmen

per Volksabstimmung durchgesetzt wurde (Kühn 1993, S. 250-283). Zu der Zeit war der Trend aber bereits abwärts gerichtet. Erst allmählich konnte die Setzung allgemeiner Bedingungen in den Aktionsradius der Anti-Tabakpolitik rücken.

Rauchverbote sind die bislang radikalste der realisierten Maßnahmen. Obwohl auch sie sich (anders als ein Herstellungsverbot) auf den Konsumenten beziehen, wird die ökonomische Ebene der Konsumentenberatung damit verlassen. Es liegt nun nicht mehr am realen oder potentiellen Kunden der Zigarettenindustrie, kritisch gegenüber den Werbeversprechungen zu sein, ein Bewußtsein für die längerfristige Schädlichkeit des Konsums zu entwickeln und daraus seine subjektive Entscheidung abzuleiten. Wo Rauchverbote bestehen und durchgesetzt werden, hört die Souveränität des Konsumenten auf.

Noch 1984 wurde dem Surgeon General Koop, als er das Ziel der »smoke-free society« für das Jahr 2000 verkündete, deutlich das Mißfallen des Weißen Hauses zur Kenntnis gebracht (Leichter 1991, S. 137). Erst im selben Jahr, also 20 Jahre nach dem ersten Report, war der Boeing-Flugzeugkonzern einer der Pioniere, der tabakfreie Arbeitsplätze propagierte und durchsetzte. 1987 war bereits in 54 Prozent der mittleren und großen Unternehmen das Rauchen entweder verboten oder stark eingeschränkt, 1991 waren es 85 Prozent, 36 Prozent hatten durchgehende Rauchverbote verhängt. Das Rauchen an öffentlichen Arbeitsplätzen war 1988 in 31 Staaten untersagt (Department of Health and Human Services, Public Health Service 1990a, S. 152 f.). Die Rechtsprechung hat in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre Rauchverbote in Werkshallen und Büros weitgehend legitimiert und teilweise sogar provoziert, indem Gerichte einigen Schadensersatzklagen krebskranker und nichtrauchender Arbeitnehmer stattgegeben hatten. Diese hatten ins Feld geführt, sie seien viele Jahre lang gezwungen gewesen, unfreiwillig den Rauch von Kollegen einzuatmen, und konnten sich dabei auf die mittlerweile dominierende Wissenschaftsmeinung über die Pathogenität des Passivrauchens berufen. Wie Befragungen zeigen, neigt die Mehrheit der Beschäftigten (einschließlich der Raucher), vor die Wahl gestellt, ob Entwöhnungskurse angeboten oder Rauchverbote erlassen werden sollen, zu letzteren (Brown 1988; Iglehart 1990). Viele Arbeitgeber verweigern heute die Einstellung von Rauchern grundsätzlich, obwohl dem gültige Antidiskriminierungsgesetze entgegenstehen. Verschiedene große Firmen haben auch die Rauchverbote auf die Freizeit ihrer Angestellten ausgedehnt, indem sie in die Arbeitsverträge einfügten, auch außerdienstliches Rauchen sei ein Entlassungsgrund.

Ebenfalls meist erst in den achtziger Jahren entschlossen sich zahlreiche Bundesstaaten und Gemeinden zu Rauchverboten. Ihr Geltungsbereich reicht von Aufzügen über die Nahverkehrsmittel, Gebäuden der medizinischen Versorgung hin zu allen öffentlichen Gebäuden, in denen seit 1990 wohl bundesweit kein Raucher

mehr geduldet sein dürfte; selbst Virginia, die Wiege des amerikanischen Tabakanbaus, hat sich im wesentlichen angeschlossen. 1990 war in den Staaten Utah, Minnesota, Montana und Nebraska das Rauchen außer im Freien und in Privatwohnungen praktisch überall verboten (Leichter 1991, S. 136). In Washington rührte sich erst 1987 und 1989 etwas in Sachen Rauchverbot, als der Kongreß das Rauchen in Flugzeugen, zuerst bei Flügen unter zwei Stunden, dann bei allen Inlandflügen untersagte. Den größten unmittelbaren Gesundheitsvorteil aus den Rauchverboten dürften die Raucher selbst ziehen, da sie dadurch insgesamt weniger rauchen (Chapman/Borland et al. 1990; Petersen et al. 1988; Stillman/Becker et al. 1990).

Insgesamt kann von einem nennenswerten präventiven Nutzen der Rauchverbote also erst in den achtziger Jahren gesprochen werden, als der rückläufige Trend bereits zwei Jahrzehnte angehalten hatte. Wie bei allen anderen Maßnahmen, einschließlich der Entwöhnungsangebote, sollte man jedoch unterscheiden zwischen den unmittelbaren Effekten, die in den Evaluationen zu ermitteln versucht werden, und den mittelbaren moralischen Wirkungen. So tragen z. B. Rauchverbote und das Aufsehen, das sie im Alltag erregen, dazu bei, daß das Zigarettenrauchen als ein sozial inakzeptables Verhalten angesehen wird. Denn gerade die moralische Stigmatisierung des Rauchens und der Raucher wird zunehmend als *das* Instrument angesehen, Jugendliche vom Rauchen fernzuhalten und Raucher zur Aufgabe zu bewegen.

Das Steuerungsmedium Moral wird bewußt genutzt und steht ganz im Vordergrund. Als ein Zeichen für den Vorrang der Moralpolitik kann auch das erstaunliche Ausmaß angesehen werden, in dem das effektive Instrument der Tabaksteuer (Kühn 1993, S. 256 ff.) untergenutzt ist. Es reduziert über die Preiserhöhung die Nachfrage.⁷ 1991 lag der durchschnittliche Packungspreis für Zigaretten bei 1,70 Dollar (ca. 28 Prozent davon Steuern), während er in den meisten Industrieländern zwischen 3 und 5 Dollar liegt, wobei der Steueranteil 60 bis 70 Prozent ausmacht (Kagan/Vogel 1993).

Soziale Tendenz

Für die Annahme eines jenseits des Politischen existenten sozialen Prozesses, der den Menschen das Nichtrauchen nahelegen könnte, spricht ferner, daß die Raucherquoten in den meisten anderen Industrieländern ebenfalls rückläufig ist, selbst in so raucherfreundlichen Ländern wie Dänemark, Japan (bei Männern) oder den Nie-

⁷ Es ist nachgewiesen worden, daß in Kanada seit Mitte der achtziger Jahre der Tabakkonsum stärker fällt als in den USA aufgrund deutlicher Steuererhöhungen (Kaiserman/Rogers 1991).

derlanden, deren Männer-Quoten 1970 noch mit 68,3, 77,5 und 75 Prozent angegeben werden (OECD 1993). Man kann daher annehmen, daß die Art und Intensität der Anti-Tabakpolitik über das Tempo entscheidet, nicht aber den eigentlichen Trend verursacht.

Die Muster der Rückläufigkeit des Rauchens lassen vermuten, daß das Nichtrauchen⁸ Teil eines langfristigen, historisch gerichteten Wandlungsprozesses sozialer Verhaltensmuster ist, wie sie als »Zivilisationsprozesse« von Norbert Elias beschrieben und analysiert worden sind (Elias 1976). Vom Blickwinkel eines politischen Akteurs könnte man einen solchen Prozeß als autonom ansehen, weil er auch ohne Anti-Tabakpolitik vorstellbar ist. Mehr noch: Autonom könnte er auch sein im Hinblick auf deren formalen Rationalitätsbezug Gesundheit. Dafür läßt sich eine Reihe von Gründen nennen: Die langfristigen Veränderungen der Verhaltensstandards waren niemals in der Geschichte Resultate der Umsetzung einer vorher festgelegten rationalen Idee, sondern in erster Linie eine Funktion der »endogenen Dynamik« der sozialen Beziehungen, in denen die Menschen miteinander leben. Wie von Norbert Elias zu lernen ist, haben gesundheitliche, besser gesagt: »hygienische«, Begründungen in der Vergangenheit häufig eine Rolle gespielt (so beim öffentlichen Spucken, Urinieren, In-der-Nase-Bohren, Aus-einem-Topf-Essen usw.), jedoch haben sie sich nach näherer Durchleuchtung der Prozesse meist als nachträgliche rationale Begründungen erwiesen. Im Falle des Rauchens ist darauf hinzuweisen, daß es im Amerika des frühen 20. Jahrhunderts bereits schon einmal eine starke Anti-Smoking-Bewegung mit Erfolgen in entsprechenden gesetzlichen Maßnahmen gegeben hat, die sich ausschließlich moralischer Begründungen bediente (Gusfield 1993). In dieser Kontinuität gesehen wäre das Neue an der heutigen Bewegung lediglich die gesundheitliche Orientierung. Vielleicht macht gerade das den Erfolg aus?

Welche Wesensmerkmale des zwar stockend und mit barbarischen Rückschlägen (z. B. 1933-1945), jedoch in der langen Perspektive als gerichtet erkennbaren Wandels des Habitus, der Verhaltensstandards, die Norbert Elias »Zivilisationsprozeß« genannt hat, könnten das Nichtrauchen nahelegen? Zu nennen ist hier die immer größere äußere Zurückhaltung, die sich die Menschen im Umgang miteinander auferlegen (müssen). Das gilt gleichermaßen für die Intensität und Heftigkeit des körperlichen wie des emotionalen Kontakts. Wer je, besonders als Nichtraucher, unfreiwillig einem verrauchten Versammlungslokal oder Zugabteil ausgesetzt war, wird leicht begreifen, daß Nichtrauchen nicht nur in der Beziehung des Menschen zu sich selbst und seiner Gesundheit, sondern auch in der Beziehung zum anderen eine

8 »Nichtrauchen« in Gesellschaften, in denen die Mehrheit der erwachsenen Bevölkerung raucht oder geraucht hat, ist nicht einfach ein Zustand des Nichtvorhandenseins, sondern hat ein aktives und bewußtes Moment und kann als »Verhalten« angesehen werden.

Form der »Zurückhaltung«, des »Sich-Zurücknehmens« ist. Der Druck auf das Raucherverhalten ist in diesem Kontext kein Versuch, einzelne Elemente eines in sich kohärenten Habitus zu isolieren und verändern zu wollen. Denn der gesamte Habitus der Menschen wandelt sich entsprechend der klassen- und schichtspezifischen Veränderungen, und nur weil in diesem Wandel der Verhaltensstandards das Nichtrauchen angelegt ist bzw. nahegelegt wird, kann auch die Raucherprävention eine Chance haben. Die erzielten Erfolge beruhen auf diesem Eingebettetsein. Hier liegt der entscheidende Unterschied etwa zur Ernährungserziehung.

»Die Motivierung aus gesellschaftlicher Rücksicht ist lange vor der Motivierung durch naturwissenschaftliche Einsicht da«, schreibt Elias und macht immer wieder darauf aufmerksam, daß »Rücksicht« stets primär eine Funktion von Herrschaft und Macht war und auch, aber erst in zweiter Instanz, eine soziale Regelungsfunktion. In jedem Falle sind die Kräfte, welche die Veränderung des Habitus erzwingen, angstbewehrt. In den von ihm untersuchten »Zivilisationskurven«, fährt er fort, verbinde sich die Mahnung »So etwas tut man nicht!«, mit der man Zurückhaltung, Angst, Scham und schließlich Peinlichkeit erzeuge, erst spät im Zuge einer gewissen Demokratisierung und einer mehr egalitären Moral mit einem rationalen Begründungszusammenhang, der unabhängig von Rang und Stand des einzelnen für alle Menschen gleichermaßen gelte (Elias 1976, S. 216 f.). Stets gehe es bei den Veränderungen der Art, in der die Menschen miteinander leben, darum, aus dem gewünschten Verhalten einen Selbstzwang zu machen, der im Bewußtsein des einzelnen als gewolltes Verhalten, beispielsweise um der eigenen Gesundheit willen, erscheine (Elias 1976, S. 204). Goudsblom hebt in einer Untersuchung der Rolle der Hygiene im europäischen Zivilisationsprozeß hervor, daß es darin zu bemerkenswerten Übereinstimmungen zwischen der Hygiene und den Argumenten der Moral komme, die sich zur Unterstützung des Verhaltensstandards entwickeln (Goudsblom 1982; Frevert 1984; Labisch 1989). Um wieviel näher beieinander und um wieviel verwechselbarer müssen Moral und Gesundheit (im Sinne einer für alle gleichermaßen geltenden, egalitären Rationalität) miteinander verbunden sein in der ältesten Demokratie der modernen Welt mit ihrem – bei aller sozialökonomischen Polarisierung – egalitären Alltagsbewußtsein!

Wohlgemerkt: Es geht hier nicht um die Behauptung, das medizinische Argument werde bewußt zum Zwecke der Durchsetzung von Verhaltensnormen instrumentalisiert. Das Gesundheitsmotiv ist mit dem (uneingestandenem) Motiv des sozialregulativen Verlangens nach Zurückhaltung (Nichtrauchen), in das wiederum das Interesse an der Verwertung und Beherrschung von Arbeitskraft eingeflochten ist, aufs allerengste verwoben. Das zeigt der Konflikt um das Passivrauchen sehr deutlich. Allein das »demokratische« Gesundheitsargument zählt hier. Offenbar kann man sich gegen eine »Belästigung« nur schützen, wenn diese als Krankheits-

oder Sterberisiko (Lungenkrebs) ausgewiesen ist. Und Rauchverbote lassen sich nicht legitimieren, wenn es sich nur um Verbote der Selbstschädigung handelt.

Aber die epidemiologisch ermittelten Risiken für die Schädlichkeit des Passivrauchens bewegen sich – mit Ausnahme bei Kleinkindern rauchender Eltern – in winzigen Größenordnungen. Nicht einmal wissenschaftlich redliche Anti-Smoking-Wissenschaftler sind von ihrer Relevanz überzeugt. So vergleichen Fielding und Phenow die gemessenen Effekte des Passivrauchens mit denen des Genusses von weniger als einer Zigarette pro Tag (Fielding/Phenow 1988). Und dabei handelt es sich um jahrezehntelange Exposition und nicht um den gelegentlichen Aufenthalt in einem Rathaus, in dem geraucht werden darf. Eine neuere Studie, offensichtlich zur Bestätigung des Krebsrisikos angelegt, kommt zu dem Ergebnis, das Ausgesetztsein von weniger als 25 Raucher-Jahren während Kindheit und Jugend erhöhe das Lungenkrebsrisiko nicht (Janerich/Thompson et al. 1990).

Die Verlegenheit über die bisherigen Forschungsergebnisse läßt sich ablesen an der Waghalsigkeit der Schlußfolgerungen, die aus geringfügig geänderten Meßergebnissen gezogen werden (z. B. Janerich/Thompson et al. 1990), auch am häufigen Gebrauch des »relativen Risikos«, einem Maß, das 100 Prozent ausmacht, wenn ein Risiko sich von einem auf zwei Hunderttausendstel erhöht. Manche Veröffentlichungen operieren mit Autoritätsziten gegenüber Skeptikern und Kritikern, wo einzig Fakten gefragt wären (Glanz/Parmley 1991). Der akademisch gebildete Aktivist, dem die Anti-Smoking-Politik eine Herzenssache ist, muß die Gesundheit der »unfreiwilligen Raucher« beschwören, wo er gegen Belästigung nicht sein darf (will). Darum ist die Anti-Tabakbewegung nun dazu verurteilt, das Krebsrisiko des »unfreiwilligen Rauchens« nachzuweisen, weil im moralischen Bewußtsein vieler Amerikaner die »Freiheit, sich zu schädigen« (»freedom to be foolish«), offensichtlich so fest verankert ist, daß es den organisierten Tabakinteressen zunächst einmal gelang, auf dieser Basis der politisch-moralischen Isolierung zu entgehen.

Zusammenfassend gesagt, unterscheiden sich die Imperative der Anti-Tabakpolitik von den meisten anderen Elementen der gängigen lebensstilbezogenen Gesundheitsförderung und Präventionspolitik. Sie erweisen sich, möglicherweise ohne Wissen und Intention ihrer Akteure, als durchaus eingebettet in eine tiefgreifende soziale Veränderung des Habitus in der gegenwärtigen Industriegesellschaft. Für Präventionsstrategien, die einen isolierten »Risikofaktor« ohne Rücksicht auf seinen psychischen und sozialen Kontext und auf die Kohärenz des Lebensstils sozialtechnisch reduzieren sollen, kann dann die Anti-Tabakpolitik, weder die amerikanische noch eine andere, kein Beispiel sein.⁹

9 Wobei hinzugefügt werden müßte, daß einige der gängigen »Risikofaktoren« als solche und damit der Nutzen ihrer Senkung äußerst fraglich ist. Das zeigt sich gegenwärtig am »Fall Cholesterin« (Borgers 1993; Kühn 1993, S. 184-221).

Politische Ökonomie

Es ist wichtig, den autonomen sozialen Prozeß zu erkennen. Damit ist aber noch nichts über die Bedeutung und Notwendigkeit einer Anti-Tabakpolitik gesagt. Darum soll auf ein Merkmal hingewiesen werden, das zwar den Umständen des modernen Tabakgenusses anhaftet, nicht aber den ehemals weit verbreiteten und auch an den europäischen Höfen geachteten Verhaltensweisen wie das öffentliche Rülpsen und Furzen oder das Spucken, an deren allmählicher Ächtung Elias seine Theorie des Zivilisationsprozesses exemplifizierte: Es gab keine Rülps- oder Spuckindustrie, die es der amerikanischen Tabakindustrie mit noch immer insgesamt 710 000 Beschäftigten und einem Jahresumsatz von 55 Milliarden Dollar 1988 hätte an ökonomischer Macht gleich tun können. Und es spielten auch keine Zeitungen, Illustrierten, Sportverbände und Werbeagenturen eine Rolle, die ein jährliches Werbe- und Promotionbudget der Tabakindustrie von 3,27 Milliarden Dollar (1988) hätten unter sich verteilen können (Barry 1991).

Die beiden größten multinationalen Tabakkonzerne auf dem amerikanischen Markt sind RJR Nabisco (vorher R.J. Reynolds) und Philip Morris. Ihnen gehören 70 Prozent Marktanteil, was sie zu den größten amerikanischen Konzernen überhaupt macht. Philip Morris lag 1989 mit 39 Milliarden Dollar Umsatz (Inland) auf dem siebten Rang der »American Fortune 500«, RJR Nabisco mit über 15 Milliarden auf dem 22., American Brands mit über 7 Milliarden auf dem 64. Rang, und British-American Tobacco, B.A.T., der größte private Tabakkonzern der Welt (14 Milliarden Jahresumsatz in USA), lag an 65. Stelle der »Fortune's International 500« (Leichter 1991, S. 110). Die Konzerne haben im letzten Jahrzehnt stark diversifiziert, aber das Tabakgeschäft mit seinen hohen Gewinnen bleibt nach wie vor ihre bedeutendste Einnahmequelle. Ihre Stellung auf anderen Märkten, besonders für Lebensmittel, gibt ihnen, z. B. als Werbekunden von Zeitungen, noch ein größeres politisches Gewicht. Der Weltjahresumsatz von Philip Morris 1991 betrug 56 Milliarden Dollar, wobei die Hälfte aus dem Tabakmarkt stammt (Der Tagesspiegel vom 12. 11. 1992.). Noch in den sechziger Jahren waren vom wirtschaftlichen Erfolg der Zigarettenkonzerne 750 000 amerikanische Farmerfamilien und mehrere Millionen Arbeitnehmer abhängig. Heute schätzt man noch 250 000 Tabakfarmer und 1,6 Millionen Erwerbstätige, die ihren Lebensunterhalt mit der Herstellung, dem Verkauf oder der Werbung für Tabakprodukte verdienen.

Es versteht sich, daß eine Anti-Tabakpolitik angesichts solcher Machtkonzentration Erfolg nur haben kann, soweit sie Gegenmacht zu entwickeln imstande ist. Auch hier ist ihr ein »autonomer«, von ihr nicht zu verantwortender Prozeß entgegengekommen. Bis in die siebziger Jahre war die mächtige Tabakindustrie noch zusätzlich durch das ordnungspolitische Interesse der großen amerikanischen Kapi-

talgesellschaften an der unternehmerischen Freiheit geschützt (Vogel 1983). Heute befinden sich viele Konzerne in bezug auf die Anti-Tabakpolitik in einem Interessenkonflikt. Sie definieren ihre Haltung zum Raucherproblem stärker aus dem Blickwinkel der steigenden Gesundheitsausgaben als Teil der Arbeitskosten.¹⁰ Nicht unwichtig für den Erfolg der Anti-Tabakpolitik ist es auch, daß das Gesundheitsbewußtsein der amerikanischen Präsidenten nicht nur an den Klassen-, sondern auch an den Landesgrenzen aufhört. Die Regierung hat die heimischen Tabakinteressen immer wieder entschädigt, indem sie deren Exportinteressen massiv gefördert hat, unter anderem durch die Drohung des Verlustes der Meistbegünstigungsklausel an Länder mit eigenem Tabakmonopol. Eine Folge dieser kompensatorischen Gesundheitspolitik ist die enorme Zunahme des Tabakkonsums in vielen Ländern Lateinamerikas, Asiens und Afrika (Stebbins 1991; Barry 1991; Hueck/Borgers 1982).

Moralpolitik

Bei einem Fazit aus den Erfahrungen der amerikanischen Anti-Tabakpolitik muß wohl ihrer moralpolitischen Seite der größte Anteil am bisherigen Erfolg zugesprochen werden. Sie verstärkt und beschleunigt einen relativ autonomen sozialen Prozeß und kann schon von daher nicht als Modell für lebensstilorientierte Prävention genommen werden.

Ihr Erfolg besteht darin, daß für die überwiegende und wachsende Mehrheit der Nordamerikaner, einschließlich der Raucher, das Rauchen zu einer sozial unakzeptablen Angewohnheit geworden ist. Die Umwertung des Rauchens und der Raucher erfolgt auf allen Ebenen der Wertung: Rauchen gilt als irrational, da krebsverursachend und daher tödlich, als unmoralisch, weil die Allgemeinheit schädigend, und als unästhetisch, weil häßlich und stinkend. Wo das verinnerlicht ist, nimmt man sich zurück, setzt andere und sich dem Anblick, der Zumutung und dem Eingeständnis des Rauchens nicht aus, schämt sich dieser Angewohnheit, empfindet sie als peinlich, unterläßt sie oder übt sie nicht ein.

Der Prozeß der Umwertung des Rauchens vom ehemaligen Symbol des erfolgreichen, attraktiven, unabhängigen und dynamischen modernen Menschen zum Symbol für eine unsoziale, selbstschädigende und verantwortungslose Hal-

10 Die großen Unternehmen schließen für ihre Beschäftigten Krankenversicherungen ab oder versichern diese in eigener Regie und tragen so mit an den rasant zunehmenden Ausgaben für das medizinische System.

tung erfolgt von oben nach unten in der sozialen Klassengesellschaft. Mehr als je zuvor weisen die unteren Schichten die höchsten Raucher- und die niedrigsten Aufhörquoten sowie die höchsten Morbiditäts- und Mortalitätsraten bei den Krankheiten auf, die mit dem Genuß von Tabak in Zusammenhang gebracht werden.

Damit schlägt aber die moralische auch in soziale Diskriminierung um, die sich hinter dem egalitären Gesundheitsargument verbirgt. Die Aktivisten der Anti-Tabakbewegung kommen überwiegend aus den oberen Mittelschichten. Sie verfügen über weit mehr disponible Zeit, finanzielle Ressourcen, Bildung und Energie als der Bevölkerungsdurchschnitt. Anders als die Schwarzen- oder der Schwulenbewegung gehören sie nicht stigmatisierten Gruppen an, die Diskriminierung am eigenen Leib erfahren haben. Das bestimmt ihre soziale Handschrift. Nichtrauchen wird nicht selten wie eine aktive Verhaltensweise demonstriert. Wie Elias bei anderen neuen Verhaltensnormen beobachtet hat, erhält es damit »auch den Sinn einer sozialen Waffe gegen die jeweils Niedrigerstehenden, den Sinn eines Distinktionsmittels« (Elias 1976, S. 206). Daher läßt sich eine gewisse »Herzlosigkeit der besseren Menschen« beobachten, eine auftrumpfende Härte des Moralisierens, von der ich annehme, sie geht nicht zuletzt darauf zurück, daß der Tabakgenuß mehr und mehr zu einer Angewohnheit der unteren Schichten geworden ist. Das schränkt den Modellcharakter nicht nur im gesundheitlichen, sondern auch im ethischen Sinne ein, könnte aber – so ist zu befürchten – in der Praxis der sich entsolidarisierenden Gesellschaften Westeuropas eher zur Attraktion geraten.

Literatur

- Arnold, M./von Ferber, C./Henke, K.-D. (Hg.): *Ökonomie der Prävention*. Gerlingen
- Barry, M. (1991): »The Influence of the U.S. Tobacco Industry on the Health, Economy, and Environment of Developing Countries.« *New England Journal of Medicine*, Bd. 324, S. 917-920
- Blaxter, M. (1990): *Health and Lifestyles*. London
- Borgers, D. (1993): *Cholesterin: Scheitern eines Dogmas*. Berlin
- Bourdieu, P. (1987): *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt a.M.
- Brandt, A.M. (1990): »The Cigarette, Risk, and American Culture.« In: *Daedalus*, Bd. 119, Nr. 4, S. 155-75
- Brown, E.R. (1988): »Workplace Smoking Policies. Attitudes of Union Members.« In: *Journal of Occupational Medicine*, Bd. 30, Nr. 4
- Brownson, R.C./Jackson-Thomson, J./Wilkerson, J.C. et al. (1992): »Demographic and Socioeconomic Differences in Beliefs about Health Effects of Smoking.« In: *American Journal of Public Health*, Bd. 82, Nr. 1, S. 99-103

- Brückner, G. (1991): »Gesundheitsrisiko 'Rauchen'.« In: *Wirtschaft und Statistik*, Nr. 5, S. 341-352
- Chapman, S./Borland, R./Hill, D. et al. (1990): »Why the Tobacco Industry Fears the Passive Smoking Issue.« In: *International Journal of Health Services*, Bd. 20, Nr. 3, S. 417-427
- Department of Health and Human Services (1982): *United States Surgeon General. The Health Consequences of Smoking: Cancer*. Washington, D.C.
- Department of Health and Human Services (1989): *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Washington, D.C.
- Department of Health and Human Services, Public Health Service (1990a): *Healthy People 2000. National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*. Washington, D.C.
- Department of Health, Education and Welfare (1964): *Public Health Service: Smoking and Health*. Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. Washington, D.C.
- Elias, N. (1976): *Über den Prozeß der Zivilisation*, Bd. I. Frankfurt a.M.
- Fielding, J.E./Phenow, K.J. (1988): »Health Effects of Involuntary Smoking.« In: *New England Journal of Medicine*, Bd. 319, S. 1452-60
- Fiore, M.C./Novotny, T.E./Pierce, J.P. et al. (1989): »Trends in Cigarette Smoking in the United States.« In: *Journal of the American Medical Association*, Bd. 261, Nr. 1, S. 49-65
- Fiore, M.C./Novotny, T.E./Pierce, J.P. et al. (1990): »Methods Used to Quit Smoking in the United States: Do Cessation Programs help?« In: *Journal of the American Medical Association*, Bd. 263, Nr. 20, S. 2760-65
- Frevort, U. (1984): *Krankheit als politisches Problem, 1770-1880*. Göttingen
- Glantz, S.A./Parnley, W.W. (1991a): »Passive Smoking and Heart Disease – Epidemiology, Physiology and Biochemistry.« In: *Circulation*, Bd. 83, S. 1-12
- Goldstein, M.S. (1992): *The Health Movement. Promoting Fitness in America*. New York
- Goudsblom, J. (1982): »«Zivilisation, Ansteckungsangst und Hygiene. Betrachtungen über einen Aspekt des europäischen Zivilisationsprozesses. Materialien zu Norbert Elias' Zivilisationstheorie.« In: P. Gleichmann/J. Goudsblom/H. Korte (Hg.), Frankfurt a.M., S. 215-53
- Gusfield, J.R. (1993): »The Social Symbolism of Smoking and Health.« In: R.K. Rabin/S.D. Sugarman, *Smoking Policy: Law, Politics, and Culture*. New York, Oxford, S. 49-68
- Hueck, C./Borgers, D. (1982): »Tabakmultis (TTCs) und Gesundheitspolitik.« In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, Bd. 8. Berlin, S. 64-83
- Iglehart, J.K. (1990): »Perspective of an Errant Economist: A Conversation with Thom Schelling.« In: *Health Affairs*, Summer, S. 110-121
- Janerich, D.T./Thompson, W.D./Varela, L.R. et al. (1990): »Lung Cancer and Exposure to Tobacco Smoke in the Household.« In: *New England Journal of Medicine*, Bd. 323, S. 632-636
- Kagan.R.A./Vogel, D. (1993), »The Politics of Smoking Regulation: Canada, France, the United States.« In: R.K. Rabin/S.D. Sugarman, *Smoking Policy: Law, Politics, and Culture*. New York, Oxford, S. 22-48
- Kaiserman, M.J./Rogers, B. (1991): »Tobacco Consumption Declining Faster in Canada than in the US.« In: *American Journal of Public Health*, Bd. 81, S. 902-904
- Kalimo, R. (1989): »Risikoverhalten als Bewältigungsstrategie.« In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), *Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt*. Berlin, S. 93-101
- Keeler, T.E./Hu, T.-W. et al. (1993): »Taxation, regulation, and addiction: a demand function for cigarettes based on time-series evidence.« In: *Journal of Health Economics*, 12, S. 1-8
- Kühn, H. (1993): *Healthismus: Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A.* Berlin

- Labisch, A. (1989): »Gesundheitskonzepte der Medizin im Prozeß der Zivilisation.« In: A. Labisch/R. Spree (Hg.), *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel*. Bonn, S. 15-36
- Leichter, H.M. (1991): *Free to be Foolish. Politics and Health Promotion in the United States and Great Britain*. Princeton
- Marmot, M.G./Rose, G./Shipley, M./Hamilton, P.J.S. (1978): »Employment Grade and Coronary Heart Disease in British Civil Servants.« In: *Journal of Epidemiology and Community Health*, Bd. 32, S. 244-249
- Müller, H.-P. (1989): »Lebensstile. Ein neues Paradigma der Differenzierungs- und Ungleichheitsforschung?« In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Jg. 41, Nr. 1, S. 53 ff.
- OECD Health Systems (1993): *Facts and Trends*, Bd. 1. Paris
- Petersen, L.R. et al. (1988): »Employee Smoking Behavior Changes and Attitudes Following a Restrictive Policy on Worksite Smoking in an Large Company.« In: *Public Health Report*, Bd. 103, S. 115-20
- Rabin, R.K./Sugarman, S.D.(1993): *Smoking Policy: Law, Politics, and Culture*. New York, Oxford
- Riemann, K./v.Troschke, J. (1991): »Fragen zu den Wirkungen der Tabakwerbung.« In: *Prävention*, 14, S. 108-112
- Simmel, G. (1989, 1900): *Philosophie des Geldes*. Frankfurt a.M.
- Skrabaneck, P. (1992): »Smoking and statistical overkill.« In: *The Lancet*, Bd. 340, S. 1208-1209
- Smith, G.D./Leon, D./Shipley, M.J./Rose, G. (1991): Socioeconomic Differentials in Cancer Among Men.« In: *International Journal of Epidemiology*, Bd. 20, Nr. 2, S. 339-345
- Statistical Abstracts of the United States* (1968/1978/1990/1992) hrsg. vom U.S. Bureau of Census, Sec. 13-15, Washington, D.C.
- Statistisches Bundesamt (1992): *Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland*
- Stebbins, K.R. (1991): »Tobacco, Politics, and Economics: Implications for Global Health.« In: *Social Science & Medicine*, Bd. 33, Nr. 12, S. 1317-1326
- Stillman, F.A./Becker, D.M./Swank, R.T. et al. (1990): »Ending Smoking at the Johns Hopkins Medical Institutions: An Evaluation of Smoking Prevalence and Indoor Air Pollution.« In: *Journal of the American Medical Association*, Bd. 264, S. 1565-1569
- Survey finds Americans backsliding on many healthy habits (1993): *The Nations' Health* (The official Newspaper of the American Public Health Association), April, S. 8 f.
- U.S. Congress (1993), Office of Technology Assessment, *International Health Statistics: What the numbers mean for the United States*. Washington, D.C.
- Vogel, D. (1983): »The Power of Business in America: A Re-appraisal.« In: *British Journal of Political Science*, Bd. 13, S. 19-43
- Warner, K.E. (1987): »Health and Economic Implications of a Tobacco-Free Society.« In: *JAMA*, Bd. 258, S. 2080-2086
- Wasserman, J./Manning, W.G./et al. (1991): »The effects of excise taxes and regulations on cigarette smoking.« In: *Journal of Health Economics*, 10, S. 43-64
- Zimring, F.E. (1993): »Comparing Cigarette Policy and Illicit Drug and Alcohol Control.« In: R.K. Rabin/S.D. Sugarman, *Smoking Policy: Law, Politics, and Culture*. New York, Oxford, S. 95-109