

Hängt erfolgreiche Tabakentwöhnung mit Einkommen und Bildung zusammen? Aktuelle Daten der DEBRA Studie

Dr. Sabrina Kastaun, Univ.-Prof. Dr. Daniel Kotz

21. Frühjahrs-Tagung des Wissenschaftlichen
Aktionskreises Tabakentwöhnung

Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Schwerpunkt Suchtforschung und klinische Epidemiologie

Interessenkonflikt

An der Studie beteiligte Wissenschaftler*innen haben **keine wirtschaftlichen Beziehungen** mit Unternehmen der Gesundheitswirtschaft (Arzneimittel-/Medizinproduktindustrie) zu deklarieren.

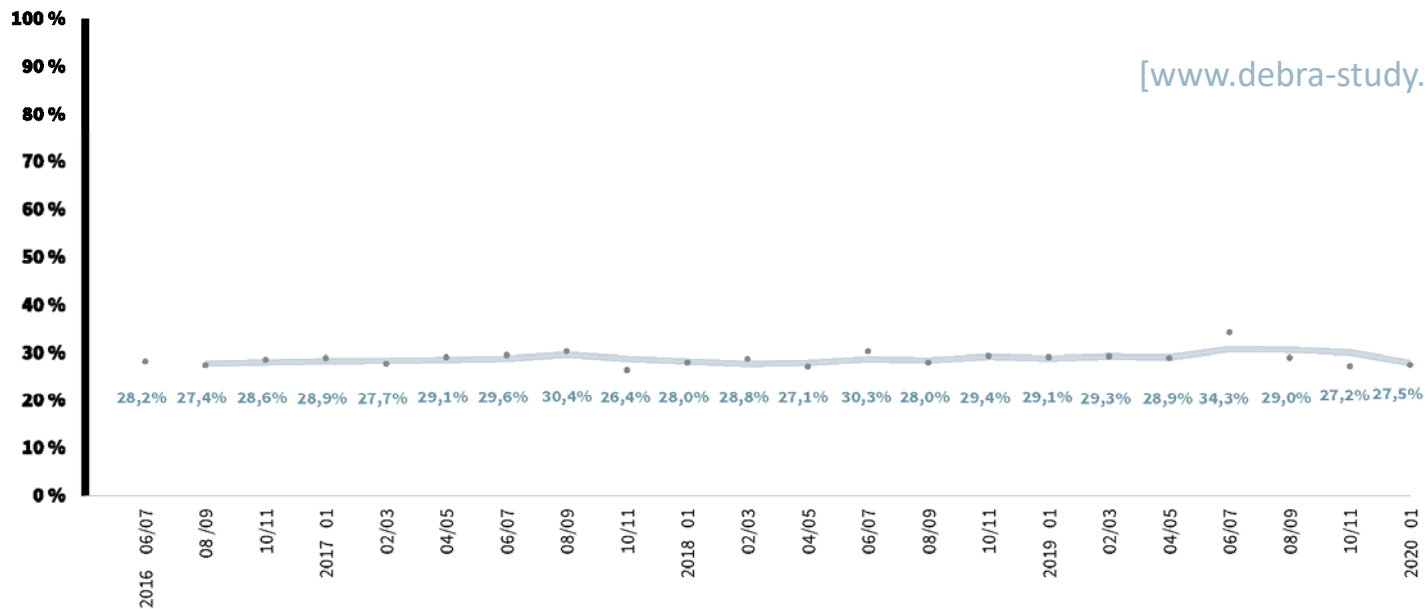
In Bezug auf das Thema Tabakkonsum, Tabakkontrolle und E-Zigaretten haben die an der Studie beteiligten Wissenschaftler*innen **keine Interessenkonflikte** zu deklarieren.

Tabakrauchen in Deutschland

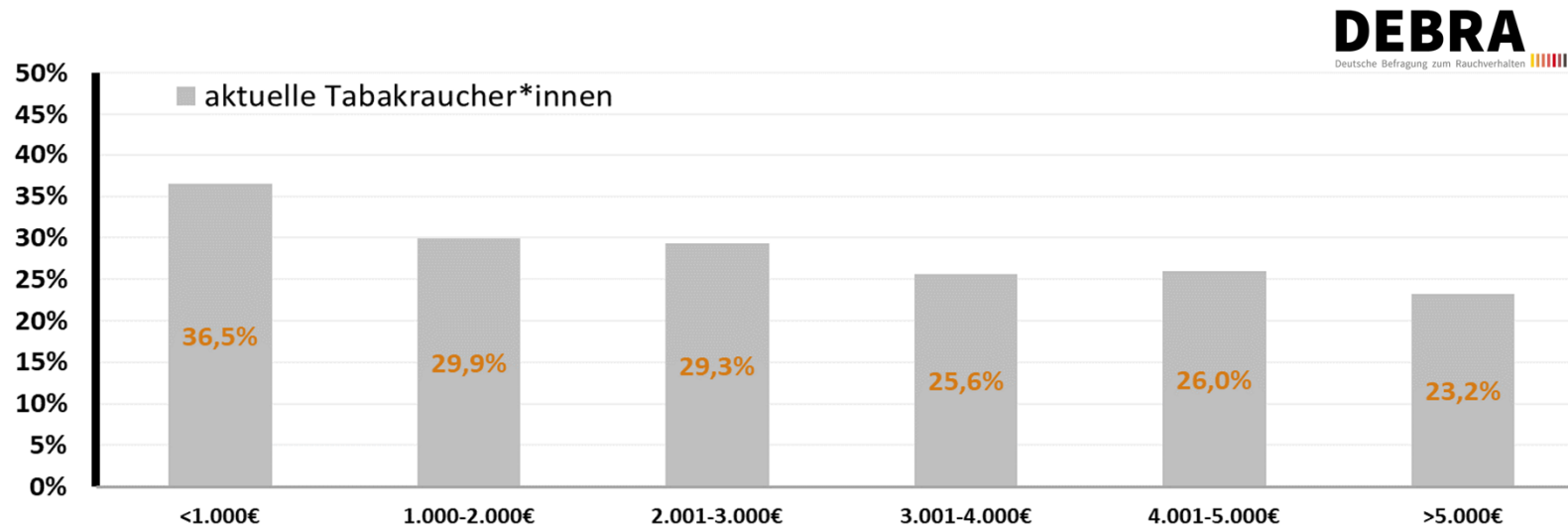
Prävalenz aktueller **Tabak**-Raucher*innen in Deutschland

DEBRA
Deutsche Befragung zum Rauchverhalten

[www.debra-study.info]

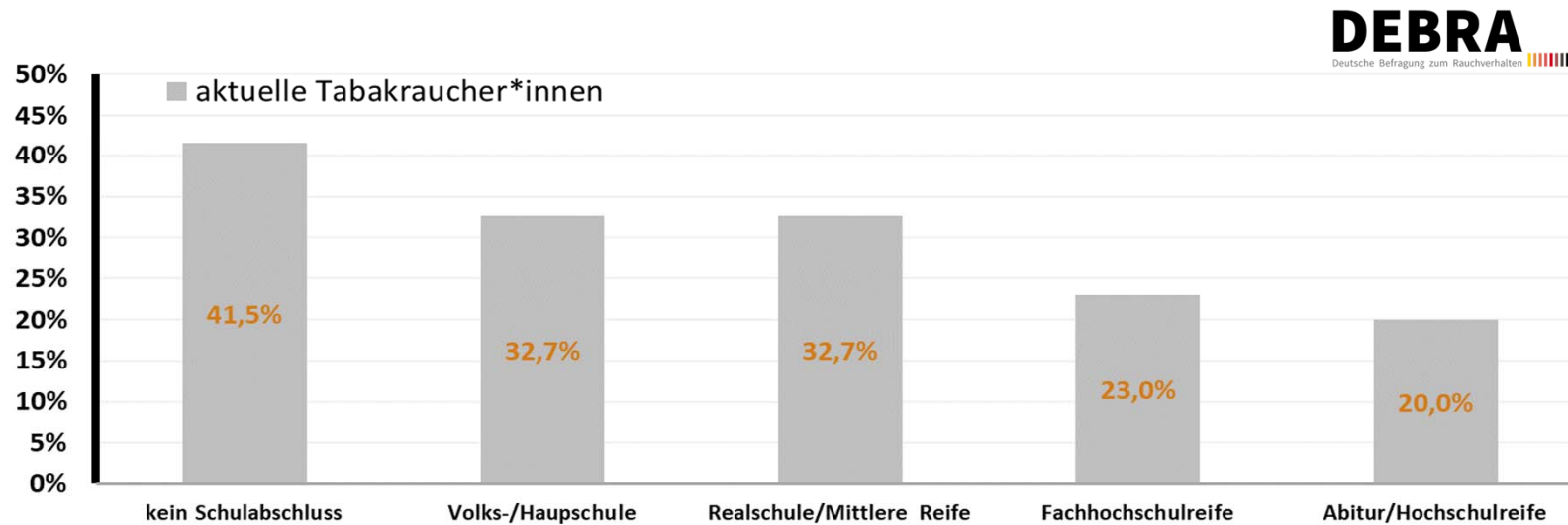


Haushaltsnettoeinkommen und Tabakrauchen



[Kotz et al. Dtsch Arztebl Int, 2018]

Bildung und Tabakrauchen



[Kotz et al. Dtsch Arztebl Int, 2018]

Folgen

- Substantielle tabakassoziierte Gesundheitsunterschiede zwischen sozioökonomischen Gruppen
- Deutschland: Mortalität vor 65. Lebensjahr ~doppelt so hoch in der niedrigsten vs. der höchsten sozialen Schicht (♂: 27 vs. 14%; ♀ 13% vs. 8%)
- Rauchen ist in Europa für bis zu 50% der Unterschiede in der Gesamtmortalität verantwortlich

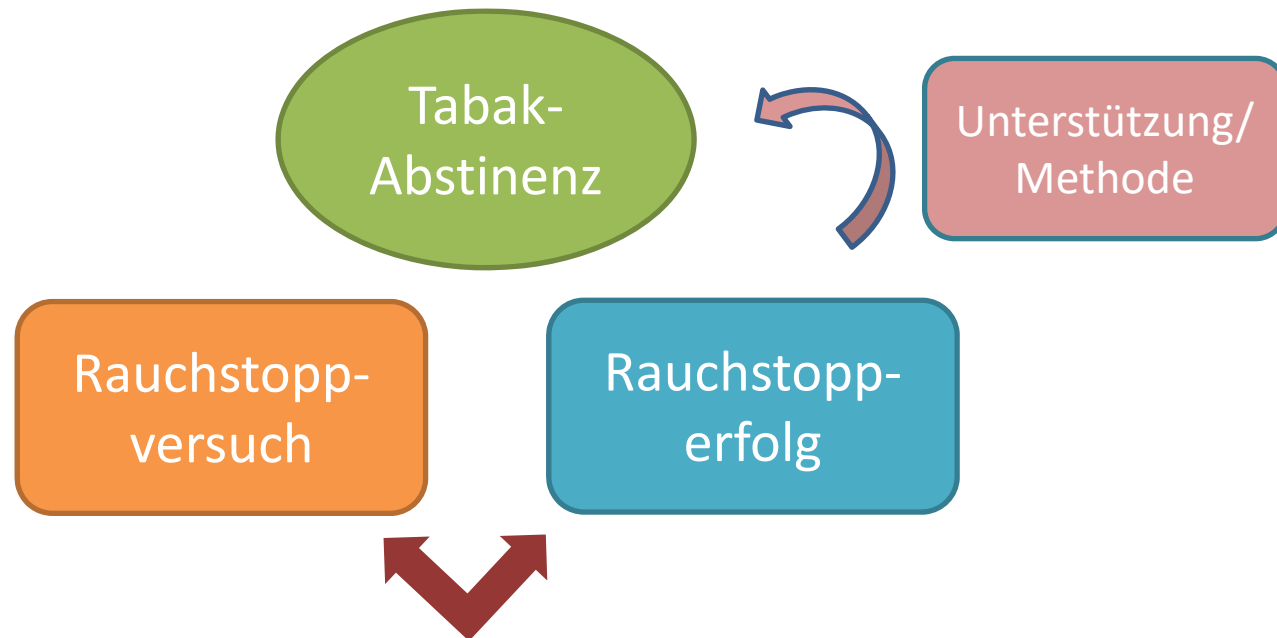
[Lampert et al. Journal of Health Monitoring, 2019; Gregoraci et al. Tob Control, 2017; Mackenbach et al. N Engl J Med, 2008]

Ursachen

Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen:

- fangen häufiger mit dem Rauchen an [Kuntz et al. Suchttherapie,2016]
 - Unterschiedliche Lebensbedingungen, Stressoren
 - Häufigere Verfügbarkeit von Tabakprodukten
 - Soziale Normen = Vorbilder
- hören weniger häufig mit dem Rauchen auf
[z.B. Kuntz et al. Suchttherapie, 2016; Leventhal et al. JAMA Intern Med, 2019]

Rauchstopp-Prozess



Sozioökonomischer Status: u.a. Bildung, Einkommen

Problemstellung



- International: Inkonsistente Datenlage
 - Niedrigere Bildung ↔ geringere Raten an Rauchstoppversuchen (USA) [Reid et al., 2010; Levy et al., 2005, Nicotine Tob Res]
 - Kein sozialer Gradient: Rauchstoppversuche (USA, Kanada, UK) [Hackshaw, Tob Control, 2010; Reid et al., Can J Publ Health 2010]
 - Starker sozialer Gradient: Erfolg der Versuche [Kotz et al., Tob Control, 2009]
 - Kontext: Kostenerstattung evidenzbasierter Rauchstoppmethoden
 - Nicht alle Studien adjustieren für Abhängigkeit
- Deutschland: keine Daten zum Zusammenhang zwischen Bildung/ Einkommen und den "Schritten" des Rauchstopp-Prozesses

Fragestellung



Wie hängen Einkommen und Bildung (Indikatoren für sozialen Status) in Deutschland zusammen mit:

- (1) **Rauchstoppversuchen** (RS-Versuch) im letzten Jahr
- (2) Nutzung e.b. **Rauchstoppmethoden** bzw. der E-Zigarette beim letzten RS-Versuch im letzten Jahr
- (3) Selbstberichtetem **Rauchstopperfolg** (Abstinenz)

Methodik

- Repräsentative, deutschlandweite, computer-assistierte persönlich-mündliche Haushaltsbefragung
- Start Juni 2016



- Mehrfach geschichtete, mehrstufige Zufallsstichprobe
- Zweimonatlich
- 2.000 Personen/Welle
- 14 Jahre +

DEBRA
Deutsche Befragung zum Rauchverhalten

- Durchgeführt von Marktforschungsinstitut im Rahmen einer Mehrthemenbefragung **KANTAR**
- Gewichtung (Angleichung Mikrozensus)

Methodik

Kastaun et al. *BMC Public Health* (2017) 17:378
DOI 10.1186/s12889-017-4328-2

BMC Public Health

STUDY PROTOCOL

Open Access



Study protocol of the German Study on Tobacco Use (DEBRA): a national household survey of smoking behaviour and cessation

Sabrina Kastaun^{1*}, Jamie Brown², Leonie S. Brose³, Elena Ratschen⁴, Tobias Raupach^{5,6}, Dennis Nowak^{7,8,9}, Constanze Cholmakow-Bodechtel¹⁰, Lion Shahab⁵, Robert West⁵ and Daniel Kotz^{1,5,11}

Deutsches Register klinische Studien: DRKS00011322, DRKS00017157

Übersicht Datenerhebung

	2016	2017	2018	2019	2019
Januar	-	4	10	16	22
Februar/März	-	5	11	17	...
April/Mai	-	6	12	18	...
Juni/Juli	1	7	13	19	...
August/September	2	8	14	20	<i>N = 40.817 (W1-20)</i>
Oktober/November	3	9	15	21	

*Davon 12,161 (29.8%) aktuelle Raucher*innen und neue Ex-Raucher*innen (<12 Monate seit Rauchstopp)*

Methodik: Tabakrauchen



*"Welcher der folgenden Zustände trifft am besten auf Sie zu?
Bitte beachten Sie, dass das Rauchen von Tabak gemeint ist und
nicht von elektrischen Zigaretten oder Tabakerhitzern."*

1. *Ich rauche Zigaretten, aber nicht jeden Tag*
2. *Ich rauche gar keine Zigaretten, aber ich rauche Tabak in anderer Form (zum Beispiel Pfeife oder Zigarre)*
3. *Ich habe in den vergangenen 12 Monaten vollständig mit dem Rauchen aufgehört*
4. *Ich habe vor mehr als einem Jahr vollständig mit dem Rauchen aufgehört*
5. *Ich habe nie geraucht (nie länger als ein Jahr)*
6. *K.A.*

0,8% Non-Respons

Methodik: Rauchstoppversuch



Wie viele ernsthafte Versuche haben Sie in den vergangenen 12 Monaten unternommen, mit dem Rauchen aufzuhören? Mit ernsthaftem Versuch meine ich, dass Sie vorhatten nie wieder zu rauchen. Falls Sie im letzten Jahr erfolgreich mit dem Rauchen aufgehört haben oder zurzeit versuchen mit dem Rauchen aufzuhören, zählen Sie dies bitte als Versuch mit.

- *Ich habe keinen Versuch unternommen*
- *Ja, ich habe im letzten Jahr XX Versuche unternommen*
- *Ja, ich habe im letzten Jahr Versuche unternommen (=mindestens einen), weiß aber nicht genau wie viele Versuche*

Methodik: Dauer des Versuchs



Alle Personen mit Rauchstoppversuch: „Wie lange ist ihr letzter Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören, her?“

1. *In der letzten Woche*
2. *Länger als eine Woche*
3. *Länger als einen Monat*
4. *Länger als zwei Monate*
5. *Länger als drei Monate*
6. *Länger als sechs Monate*
7. *K.A.*

Methodik: evidenzbasierte Rauchstoppmethoden



Welche der folgenden Sachen haben Sie bei diesem letzten Versuch unternommen, um Ihren Rauchstopp zu unterstützen?

1. Kurzberatung durch eine Ärztin/ einen Arzt
2. Kurzberatung durch eine Apothekerin/ einen Apotheker
3. Verhaltenstherapeutische Behandlung zur Rauchentwöhnung (z.B. Einzel- o. Gruppentherapie)
4. Telefonische Beratung zur Rauchentwöhnung
5. Nikotinersatztherapie (zum Beispiel Nikotinpflaster) auf Rezept von Ärztin/ Arzt
6. Nikotinersatztherapie (zum Beispiel Nikotinpflaster) ohne Rezept
7. Zyban (Bupropion)
8. Champix (Vareniclin)
9. E-Zigarette ohne Nikotin
10. E-Zigarette mit Nikotin (am häufigsten genutzte Rauchstoppmethode) [Kotz et al., Dtsch Aerztebl Int, 2020]

e.b. VT
Methoden

e.b.
Medikation

Methodik: Einkommen & Bildung

- **Einkommen:** Haushaltsnettoeinkommen (€) pro Kopf [OECD, 2013]
 - niedrig: ~<20stes Perzentil
 - mittel: ~20stes bis 80stes Perzentil
 - hoch: ~>80stes Perzentil
- **Bildung:** Höchster Schulabschluss der Befragten
 - niedrig: kein Abschluss, Volks-/Hauptschulabschluss
 - mittel: Realschulabschluss
 - hoch: (Fach-)hochschulreife



Ergebnisse: Rauchstoppversuche

	Bildung			Mtl. Haushaltsnettoeinkommen €			Gesamt
	Niedrig 30,3% N _g =3.682	Mittel 42,1% N _g =5.121	Hoch 25,4% N _g =3,082	Niedrig 18,1% N _g =2.198	Mittel 63,3% N _g =7.694	Hoch 18,6% N _g =2.264	
Alter (MW ± SD)	48,6 ± 17,0	44,4 ± 14,9	43,6 ± 16,1	41,4 ± 16,6	45,4 ± 16,6	46,6 ± 14,5	44,9 ± 16,3
Geschlecht weiblich	45,4%	48,1%	42,4%	53,5%	44,9%	42,3%	46,0%
Zigaretten/Tag (MW ± SD)	15,4 ± 8,2	13,8 ± 7,9	11,6 ± 8,1	14,5 ± 8,7	13,5 ± 7,9	13,7 ± 8,3	13,7 ± 8,1
Rauchverlangen (MW ± SD)							
Häufigkeit	3,4 ± 1,1	3,3 ± 1,1	3,0 ± 1,1	3,4 ± 1,2	3,2 ± 1,1	3,2 ± 1,2	3,2 ± 1,1
Stärke	2,1 ± 1,0	2,0 ± 1,0	1,8 ± 1,1	2,0 ± 1,0	2,0 ± 1,0	2,0 ± 1,1	2,0 ± 1,0
Mind. ein Rauchstoppversuch im letzten Jahr	16,7%	18,9%	20,2%	22,0%	18,5%	15,6%	18,6%

N_g = gewichtete Prävalenzen

Ergebnisse: Methoden & Erfolg

Subgruppe:

*mind. einen RS-Versuch
im letzten Jahr*

Mind. eine e.b. Methode

Medikation (NET,
Vareniclin, Bupropion)

Verhaltensth. Methode

E-Zigarette (mit und/oder
ohne Nikotin)

Dauer seit RS-Versuch
(≥6 Monate)

Erfolgreiche Abstinenz
(selbstberichtet)

	Bildung			Haushaltsnettoeinkommen €			Gesamt
	Niedrig N _g =615	Mittel N _g =970	Hoch N _g =624	Niedrig N _g =484	Mittel N _g =1.421	Hoch N _g =353	100% N _g =2.258
Mind. eine e.b. Methode	11,4%	13,0%	15,2%	9,7%	14,5%	11,9%	13,0%
Medikation (NET, Vareniclin, Bupropion)	6,8%	8,0%	10,3%	5,4%	9,1%	8,2%	8,2%
Verhaltensth. Methode	6,5%	6,8%	7,9%	6,4%	7,7%	4,5%	6,9%
E-Zigarette (mit und/oder ohne Nikotin)	9,3%	12,3%	8,7%	11,4%	10,0%	10,8%	10,4%
Dauer seit RS-Versuch (≥6 Monate)	54,6%	50,9%	56,5%	50,3%	51,6%	63,7%	52,9%
Erfolgreiche Abstinenz (selbstberichtet)	8,8%	14,9%	22,8%	12,7%	14,8%	22,6%	15,2%

N_g = gewichtete Prävalenzen

Ergebnisse: Zusammenhänge

Adjustiert für: Alter, Geschlecht, Grad Abhängigkeit, Bildung oder Einkommen; (2) zusätzlich für die Zeit seit RS-Versuch, (3) zusätzl. für die Zeit seit RS-Versuch und für die Nutzung einer e.b. Methode

	(1) RS-Versuch (Ja/Nein) Raucher & frische Ex- Raucher*innen (N=12.161) OR (95%KI)	(2) Nutzung einer e.b. Methode oder E-Zigarette (Ja/Nein) bei Raucher*innen mit RS-Versuch im letzten Jahr (N=2.238) OR (95%KI)				(3) Erfolg (Ja/Nein) bei Personen mit RS-Versuch (N=2.238) OR (95%KI)
		Eine e.b. Methode	E.b. Medikation	E.b. verhaltensth. Methode	E- Zigarette	
Haushaltsnetto- einkommen	0,82 (0,77-0,88)***	1,18 (1,00-1,39)*	1,30 (1,07-1,59)**	1,04 (0,84-1,29)	1,18 (0,97-1,42)	1,12 (0,92-1,37)
Bildung						
Hoch (Ref.)	1	1	1	1	1	1
Mittel	0,93 (0,82-1,05)	0,83 (0,61-1,14)	0,93 (0,63-1,38)	0,82 (0,55-1,23)	1,30 (0,91-1,85)	1,10 (0,76-1,60)
Niedrig	0,83 (0,73-0,95)**	0,82 (0,58-1,16)	0,78 (0,49-1,22)	0,83 (0,53-1,31)	0,96 (0,63-1,46)	0,72 (0,46-1,12)

Limitationen

- Daten selbstberichtet → selektives Vergessen (Dauer, unassistierte Rauchstoppversuche)?
- Daten retrospektiv (Dauer Abstinenz variiert) → adjustiert für Dauer Zeit zwischen Versuch und Befragung
- Abstinenz (Erfolg) adjustiert für Nutzung von Rauchstoppmethoden → aber keine Daten zur "Compliance" bei Nutzung
- Wichtige potentielle Störvariablen inkludiert, nicht adjustiert für z.B. mentale Gesundheit, Selbstwirksamkeit

Einordnung der Ergebnisse

Vergleich mit Smoking Toolkit Study (STS)

- Kein sozialer Gradient: Rauchstoppversuche und Nutzung e.b. Rauchstoppmethoden [Kotz et al., Tob Control, 2009]
- Starker sozialer Gradient: Erfolg von Rauchstoppversuchen
- Mögliche Erklärung
 - In England Kostenerstattung e.b. Rauchstoppmethoden
 - Daten aus England nicht adjustiert für den Grad der Abhängigkeit und Fragestellung (3) (Erfolg) nicht für Nutzung e.b. Methoden

Einordnung der Ergebnisse

Zusammenhang zwischen **Einkommen** und der **Nutzung von Pharmakotherapie** nicht mit der Nutzung von verhaltenstherapeutischen Methoden

- Mögliche Erklärung
 - Krankenkassen erstatten i. d. R. 50-75% der Kosten für VT

Einordnung der Ergebnisse

Inverser Zusammenhang: Höheres Einkommen aber geringere Bildung assoziiert mit weniger Rauchstoppversuchen

- Mögliche (spekulative) Erklärungen
 - Finanzielle Belastung = Ursache für Rauchstoppversuche
[Kalkhoran et al., Am J Prev Med, 2018]
 - Geringere Bildung: mangelnde Gesundheitskompetenz, geringere Risikowahrnehmung [Stewart, Am J Publ Health, 2013]
 - Daten zu Bildung konsistent mit USA [Reid et al., 2010; Levy et al., 2005, Nicotine Tob Res]

Kernaussagen

18,6% der Raucher und neuen Ex-Raucher hatten im letzten Jahr mind. einen Rauchstoppversuch unternommen, davon 15,2% erfolgreich

1. **Höheres Einkommen** und **niedrigere Bildung** (vs. hohe) = seltener Rauchstoppversuche
2. **Höheres Einkommen** = häufigere Nutzung von Medikation zur Unterstützung des Rauchstopps (**nicht Bildung**)
3. **Einkommen & Bildung** scheinen nicht mit **Erfolg von Rauchstoppversuchen** zusammenzuhängen (adjustiert für e.b. Methoden & Abhängigkeit) → sozialer Gradient in absoluten Rauchstoppraten scheint v.a. zusammenzuhängen mit mangelnder Kostenerstattung Pharmakotherapie

Danksagung

Ministerium für
Kultur und Wissenschaft
des Landes Nordrhein-Westfalen



Bundesministerium
für Gesundheit

DEBRA
Deutsche Befragung zum Rauchverhalten 
www.debra-study.info

Prof. Dr. Daniel Kotz

KANTAR

UKD Universitätsklinikum
Düsseldorf

hhu Heinrich Heine
Universität
Düsseldorf

ifam
INSTITUT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

chs
centre for
health & society

Kontakt


Dr. Sabrina Kastaun

Institut für Allgemeinmedizin (ifam)

Suchtforschung und klinische Epidemiologie

Medizinische Fakultät

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

 **+49 (0)211-81-19527**

 **sabrina.kastaun@med.uni-duesseldorf.de**

