

Raucherentwöhnung in Deutschland 2007

Struktur der ambulanten Therapieangebote zur Tabakentwöhnung und Raucherberatung

Rauchen gilt in den Industrienationen als das bedeutendste vermeidbare Gesundheitsrisiko und als die führende Ursache vorzeitlicher Sterblichkeit [1]. Es verursacht viele verschiedene Krebskrankungen sowie schwerwiegende Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und der Atemwege [2]. Schätzungen zufolge sterben in Deutschland jährlich 110.000–140.000 Raucher an den Folgen ihres Tabakkonsums [3, 4, 5]. Trotz der bekannten Gesundheitsgefahren rauchen in der deutschen Erwachsenenbevölkerung derzeit 35 % der Männer und 27 % der Frauen [6]. Mehr als 50 % der Jemalsraucher haben länger als 25 Jahre geraucht [7]. Allerdings denken auch etwa 55 % der täglichen Raucher darüber nach, das Rauchen in nächster Zeit aufzugeben [8].

Angebote zur Tabakentwöhnung gelten als sehr kosteneffektive Methode, um durch das Rauchen verursachte Gesundheitsschäden und damit verbundene Kosten zu reduzieren [9]. Folglich sind flächendeckend qualifizierte und differenzierte Behandlungsangebote zur Raucherentwöhnung erforderlich [10, 11], entsprechende Angebote sollten daher ausgebaut werden. Während zumindest der ungefähre Bedarf an Tabakentwöhnungsangeboten mittels Bevölkerungsbefragungen zum Rauchen und zur Aufhörbereitschaft abgeschätzt werden konnte, gibt es bislang über die Angebotsseite nur we-

nige Informationen. Für den Aufbau eines effizienten Netzes an Tabakentwöhnungsmaßnahmen ist es aber wichtig, bestehende Angebote aufzuzeigen sowie auf eine eventuelle Unterversorgung hinzuweisen. Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) hatte aus diesem Grund in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bereits im Jahr 2000 eine Befragung von 11.000 Institutionen und Einzelpersonen aus dem Gesundheitssektor mit dem Ziel durchgeführt, Anbieter von Tabakentwöhnungsprogrammen in Deutschland zu identifizieren. Es wurden etwa 750 Angebote erfasst. Informationen über diese Angebote wurden den beiden telefonischen Tabakentwöhnungs-Beratungsteams der BZgA und des DKFZ zur Verfügung gestellt.

Zur Feststellung des aktuellen Stands bei den Therapieangeboten wurde im Jahr 2007 eine erneute Erhebung durchgeführt. Dabei wurden neben den Anbieteradressen und Angeboten zusätzlich deren Therapieansätze, die Methodik, das Setting, die Teilnehmerzahlen und darüber hinaus auch einige Qualitätsindikatoren (z. B. Ausbildungs- und Fortbildungsstatus der Anbieter) erfragt. Die Zielsetzung der Erhebung bestand zum einen darin, entwöhnungswilligen Rauchern Informationen zu Angeboten von Tabakentwöhnungsmaßnahmen zugänglich zu machen. Zu diesem Zweck wurde über eine ge-

meinsame Webseite der BZgA und des DKFZ eine Datenbank zur Verfügung gestellt, die einen schnellen Zugriff auf die Angebote erlaubt. Darüber hinaus können die telefonischen Beratungsteams beider Institutionen interessierten Rauchern lokale Anbieter nennen. Zum anderen sollte durch das Projekt auch ein Überblick über die Anbieter- und Angebotsstruktur gewonnen werden, da auf dem Markt der Tabakentwöhnung viele höchst unterschiedliche Anbieter miteinander konkurrieren. Nur eine Vollerhebung vermag Unterschiede zwischen den Anbietern und in der Angebotsstruktur zu objektivieren sowie regionale Unterschiede aufzuzeigen.

Im vorliegenden Beitrag werden Ergebnisse zur Struktur und zu den Merkmalen der Tabakentwöhnungsangebote in Deutschland dargestellt. Er zielt und beschränkt sich ausschließlich auf die Beschreibung der Tabakentwöhnungsangebote und deren Verbreitungsmuster im Jahr 2007; eine Bewertung der Angebotsqualität wird hingegen bewusst unterlassen.

Methodik

Befragung

Ziel des Projekts war die Vollerhebung aller Anbieter im Bereich der ambulanten Tabakentwöhnung. Da zu Beginn des Projektes noch keine umfassende Anbieterda-

tenbank vorlag, wurden die Adressen potenzieller Anbieter durch Internetrecherchen, telefonische Kontaktierung verschiedener Institutionen und die Nutzung der DKFZ-Datenbestände gewonnen. Kontaktiert wurden Volkshochschulen, Krankenkassen, Gesundheitsämter, Suchtberatungsstellen, Ärzte, Psychologen, Abonnenten des Newsletters Tabakentwöhnung des DKFZ, Mitglieder der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung, das Deutsche Netz rauchfreier Krankenhäuser und die Teilnehmer an Fortbildungen zur Tabakentwöhnung folgender Einrichtungen: DKFZ (Heidelberger Curriculum), Institut für Therapieforschung München, Wissenschaftlicher Aktionskreis Tabakentwöhnung und Tübinger Suchttherapietage, Hamburger Suchttherapietage.

An die potenziellen Anbieter wurde ein Fragebogen verschickt. Nach 4 Wochen erfolgte eine schriftliche Nachfassaktion. Die Briefe wurden per Post, per E-Mail und durch mitwirkende Institutionen im Juni und Juli 2007 verschickt. Es wurden sowohl Informationen zu den Anbietern (Berufsqualifikation, Zusatzqualifikation zur Tabakentwöhnung) erfragt als auch zu den Angeboten (Art, Anzahl und Dauer der Termine, Kosten für Teilnehmer, Zielgruppe, Orientierung an Methoden/Programmen, enthaltene Einzelmaßnahmen). Zum Zweck einer automatisierten Auswertung wurden bei vielen Fragen Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Für „sonstige Antworten“ standen Freitextfelder zur Verfügung.

Die Erhebung diente zum einen der Erfassung von Daten für die Anbieterdatenbank, zum anderen der Gewinnung von Datenmaterial für die vorliegende empirische Untersuchung. Während in die Anbieterdatenbank auch weiterhin neue Angebote aufgenommen werden, wurde für die Erfassung der Daten für die empirische Untersuchung ein Stichtag festgelegt. Von den insgesamt 9006 Adressaten der Befragung antworteten bis zum Stichtag 4593 (■ **Abb. 1**). Dies entspricht einem Rücklauf von 51 %. 2307 Adressaten teilten mit, generell oder derzeit keine Raucherberatung durchzuführen. 2286 gaben an, eine ambulante Raucherberatung oder Tabakentwöhnung anzubieten, und füllten den Fragebogen aus. Diese

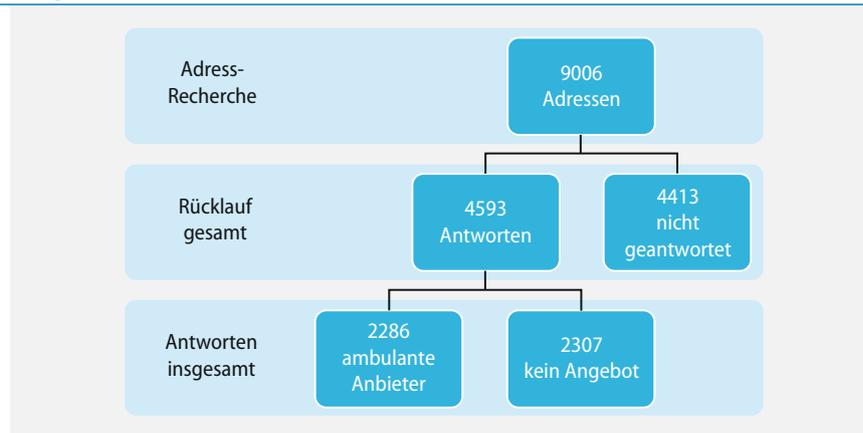


Abb. 1 ▲ **Ablauf und Ergebnis der Datenerhebung zur Struktur der ambulanten Angebote zur Tabakentwöhnung und Raucherberatung**

Fragebögen bilden die Datenbasis für die vorliegende Untersuchung.

Erstellung der Datenbank

Die Erstellung einer Datenbank in SQL mit den Angaben aus den Fragebögen der Anbieter, die einer Veröffentlichung zustimmten, erfolgte durch das DKFZ. Die

Datenbank steht der Öffentlichkeit unter <http://www.anbieter-raucherberatung.de> seit 6. Februar 2008 zur Verfügung. Sie bietet auch eine Beschreibung der häufigsten Programme und Methoden zur Tabakentwöhnung. Über die Rauchertelefone der BZgA und des DKFZ sind die Angebote zur Tabakentwöhnung bereits seit November 2007 verfügbar.

Tabelle 1

Rauchprävalenz, absolute Anzahl der Angebote zur Tabakentwöhnung sowie Zahl der Angebote pro 100.000 Raucher nach Bundesländern

| Bundesland | Rauchprävalenz (in %) ^a | Angebote | Angebote pro 100.000 Raucher ^b |
|------------------------|------------------------------------|----------|-------------------------------------------|
| Baden-Württemberg | 24,5 | 434 | 19,5 |
| Bayern | 24,2 | 458 | 17,8 |
| Berlin | 32,7 | 120 | 12,2 |
| Brandenburg | 29,0 | 51 | 7,7 |
| Bremen | 30,8 | 27 | 15,2 |
| Hamburg | 29,8 | 89 | 19,7 |
| Hessen | 25,9 | 312 | 23,1 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 33,3 | 50 | 9,8 |
| Niedersachsen | 28,1 | 251 | 13,2 |
| Nordrhein-Westfalen | 29,0 | 605 | 13,6 |
| Rheinland-Pfalz | 26,0 | 169 | 18,8 |
| Saarland | 26,2 | 51 | 21,3 |
| Sachsen | 24,4 | 84 | 8,9 |
| Sachsen-Anhalt | 27,9 | 60 | 9,6 |
| Schleswig-Holstein | 29,5 | 141 | 19,9 |
| Thüringen | 27,2 | 51 | 8,9 |

^a Daten des Mikrozensus 2005, Quelle: Statistisches Bundesamt 2006 [12]; ^b eigene Berechnung mit Daten des Mikrozensus 2005, Statistisches Bundesamt 2006 [12]

Datenauswertung

Anbieter hatten die Möglichkeit, den Fragebogen auch für mehrere Angebote auszufüllen. Daher ergaben sich aus den 2286 ausgefüllten Fragebögen Angaben zu 2953 Angeboten. Da vor allem die Grundgesamtheit der Entwöhnungsangebote und nicht der Entwöhnungsanbieter interessiert, erfolgte die Auswertung auf Basis der Informationen zu den 2953 Angeboten, die bis zum 12. September 2007 eingegangen waren. Nicht alle Fragen wurden von den Befragten bearbeitet, sodass die Fallzahl je nach Frage variiert. Die Bezugsgröße ist jeweils bei der Auswertung angegeben.

Die meisten Merkmalsausprägungen sind auf Nominalskalenniveau. Hier erfolgt eine Auszählung der jeweiligen Antwortmöglichkeiten. Des Weiteren werden Zusammenhänge zwischen verschiedenen nominal skalierten Variablen mithilfe von Phi-Vierfelderkorrelationen untersucht.

Neben der deskriptiven Datenauswertung in SPSS Version 15.0 erfolgte eine Auswertung mit dem geografischen Informationssystem RegioGraph Version 10.

Ergebnisse

In **■ Tabelle 1** sind die Rauchprävalenz, die absolute Anzahl der Angebote zur Tabakentwöhnung sowie die Zahl der Angebote pro 100.000 Raucher differenziert nach Bundesländern dargestellt. Die Zahl der Angebote pro 100.000 Raucher schwankt zwischen 7,7 (in Brandenburg) und 23,1 (in Hessen). Insgesamt wird deutlich, dass im Osten Deutschlands deutlich weniger Angebote pro Raucher vorliegen als im Westen.

Die geografische Übersicht in **■ Abb. 2** zeigt die Verteilung der Angebote im gesamten Bundesgebiet. Stadtstaaten wie Berlin, Bremen und Hamburg sowie der westliche Teil der Bundesrepublik weisen gegenüber dem östlichen Teil eine höhere Angebotsdichte auf. In den Bundesländern mit hoher bis sehr hoher Raucherprävalenz sind in großen ländlichen sowie städtischen Teilbereichen wenige bis keine Angebote zu finden.

Die Frage, wie viele Raucher schätzungsweise im Vorjahr (2006) im Rahmen der genannten Angebote betreut

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2008 · 51:1453–1461
DOI 10.1007/s00103-008-0719-y
© Springer Medizin Verlag 2008

M. Etzel · U. Mons · S. Schmitt · P. Lang · M. Pötschke-Langer

Raucherentwöhnung in Deutschland 2007. Struktur der ambulanten Therapieangebote zur Tabakentwöhnung und Raucherberatung

Zusammenfassung

Zur Förderung des Rauchausstiegs sind qualifizierte und differenzierte Angebote zur Raucherentwöhnung flächendeckend erforderlich. Zur Feststellung des aktuellen Stands und der Struktur der Therapieangebote wurde im Jahr 2007 eine (Voll-) Erhebung von Angeboten zur Tabakentwöhnung mit dem Ziel durchgeführt, Unterschiede zwischen den Anbietern und in der Angebotsstruktur zu objektivieren sowie regionale Unterschiede aufzuzeigen. Im vorliegenden Beitrag werden Ergebnisse zur Struktur und zu den Merkmalen der Tabakentwöhnungsangebote in Deutschland dargestellt. Sie zeigen, dass es eine ausgeprägte regionale Ungleichverteilung gibt: Vor allem in den neuen Bundesländern gibt es zu wenig Angebote zur Tabakentwöhnung und Raucherberatung. Etwa ein Viertel der Anbieter entsprechender Programme gibt an, über keine diesbezügliche Zusatzqualifikation

bzw. keine Qualifikation zur Behandlung von Suchtkranken zu verfügen. Dies trifft insbesondere für Ärzte signifikant häufiger zu als für andere Berufsgruppen. Überwiegend orientieren sich Anbieter am Programm „Rauchfrei in 10 Schritten“ und „Das Rauchfrei Programm“ sowie an der Methode der kognitiven Verhaltenstherapie. Mehr als die Hälfte der befragten Anbieter stützt sich aber auf Methoden, die als nicht evidenzbasiert gelten. Seit Februar 2008 sind alle Anbieter, die im Rahmen der Erhebung betrachtet wurden und die einer Veröffentlichung zugestimmt haben, bzw. die entsprechenden Angebote im Internet unter <http://www.anbieter-raucherberatung.de> abrufbar.

Schlüsselwörter

Tabakentwöhnung · Raucherberatung · Versorgungsforschung · Regionale Unterschiede · Angebotsstruktur

Smoking cessation in Germany in 2007. Patterns of outpatient smoking cessation counselling and treatment

Abstract

A qualified and comprehensive supply of outpatient smoking cessation counselling and treatment is essential to help smokers quit. In order to assess the status quo, structure and regional differences of the smoking cessation services available in Germany, a complete market survey was conducted in 2007. Descriptive results on the structure and characteristics of smoking cessation services show that there are distinct regional differences, especially in the New Laender, where the supply is insufficient. Overall, about a quarter of the providers of smoking cessation services lack specialised additional skills required for smoking cessation counselling, treatment or therapy of addicts. Especially medical practitioners more often lack such additional skills com-

pared to other occupational groups. The smoking cessation services generally used the programs “Rauchfrei in 10 Schritten” and “Das Rauchfrei Programm”, and the method of cognitive behavioural therapy. However, more than half of the services still use a method which is not evidence-based. Since February 2008 data on all supplies and suppliers of smoking cessation services, who gave their permission, have been published online and can be accessed at www.anbieter-raucherberatung.de.

Keywords

Smoking cessation counselling · smoking cessation treatment · health services research · regional differences · smoking cessation services market

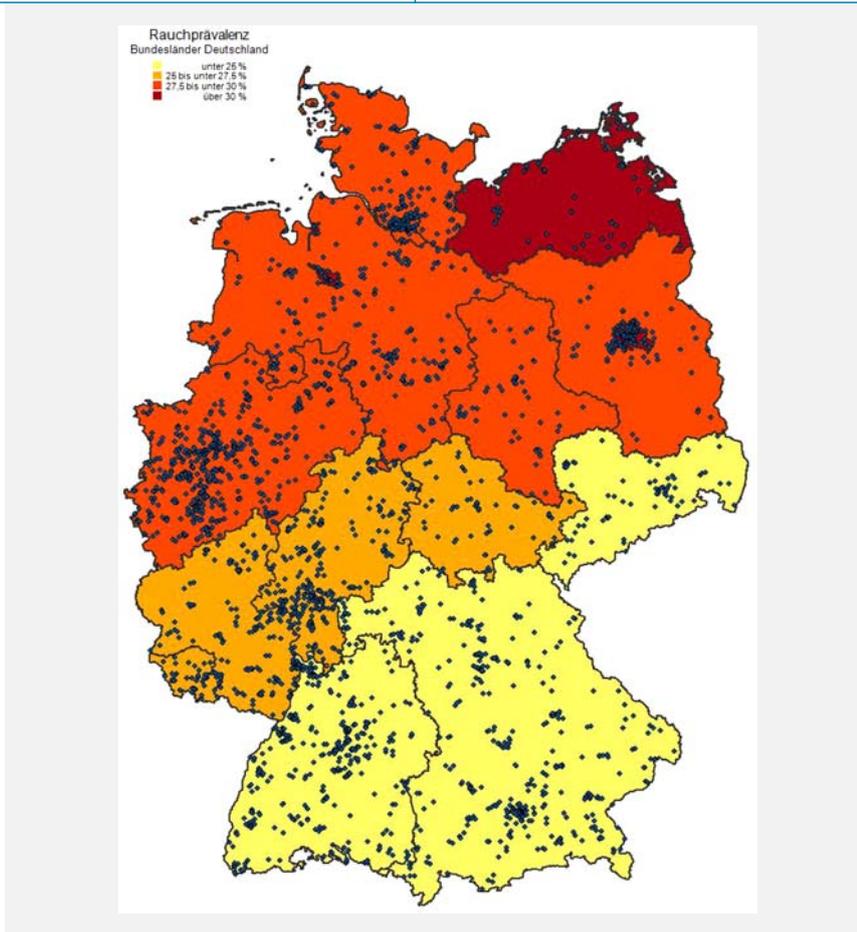


Abb.2 ▲ Geografische Darstellung aller ermittelten Angebote zur Tabakentwöhnung sowie der Rauchprävalenz nach Bundesländern

wurden, wurde für 2437 Angebote beantwortet. Die Mittelwerte und Quartile sind in **■ Tabelle 2** zu finden. Im medianen Durchschnitt haben im Jahr 2006 pro Angebot 22 Raucher teilgenommen. Im arithmetischen Mittel wurden pro Ange-

bot 82 Raucher behandelt. Die Diskrepanz zwischen beiden Werten lässt darauf schließen, dass einige Anbieter sehr hohe Teilnehmerzahlen hatten. Dies spiegelt sich auch in den Quartilen wider: An 25 % der Angebote nahmen im Jahr 2006 mehr als 50 Raucher teil.

Bei der Frage nach der Berufsqualifikation der Anbieter waren Mehrfachantworten möglich. Diese Frage wurde für 2912 Angebote beantwortet. Die absoluten und relativen Häufigkeiten der Antworten zeigt **■ Tabelle 3**. Die meisten Angebote (39 %) werden von Ärzten durchgeführt, aber auch Sozialpädagogen (27 %) und Psychologen (25 %) bieten Programme zur Tabakentwöhnung an. Bei einem Viertel der Angebote wurden noch weitere Berufsqualifikationen angegeben. Die Klassifikation dieser Freitextantworten führte zu 13 weiteren, in **■ Tabelle 3** aufgeführten Kategorien, wobei 6 von diesen bei über 1 % der Angebote genannt wurden.

Tabelle 2

Arithmetisches Mittel und Quartile der Zahl an Rauchern, die im Jahr 2006 im Rahmen der Tabakentwöhnungsangebote behandelt wurden (n = 2437 Angebote)

| | Behandelte Raucher | |
|-----------------------|--------------------|----|
| Arithmetisches Mittel | 82,32 | |
| Median | 22 | |
| Perzentile | 25 | 10 |
| | 75 | 50 |

Ob ein Leiter des Entwöhnungsangebots über eine Zusatzqualifikation zur Tabakentwöhnung verfügt, wurde für 2788 Angebote beantwortet. Mehrfachantworten waren möglich. Die absoluten und relativen Häufigkeiten sind in **■ Tabelle 4** dargestellt. Die häufigste Zusatzqualifikation ist die Kursleiterschulung des Instituts für Therapieforschung, die bei den Leitern von nahezu 50 % der Angebote vorliegt. Gleichzeitig verfügt aber fast ein Viertel der Anbieter über keine Zusatzqualifikation.

Die Freitextantworten, die unter der Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ gegeben wurden, wurden klassifiziert. Es ergaben sich 17 neue Kategorien, 6 davon wurden bei über 1 % der Angebote genannt. Die absoluten und relativen Häufigkeiten dieser 6 Kategorien finden sich ebenfalls in **■ Tabelle 4**. Die hier am häufigsten genannte Qualifikation ist die „Qualifikation im Rahmen der Ausbildung zu freien Berufen im Gesundheitswesen“. Hierunter fallen die Anbieter, die angaben, mit ihrer Ausbildung z. B. zum Heilpraktiker eine Qualifikation zur Tabakentwöhnung erworben zu haben.

Wenn man die berufliche Ausbildung und die Zusatzqualifikation zur Tabakentwöhnung mittels Korrelationsanalyse zueinander in Beziehung setzt, erhält man einige statistisch höchst signifikante Zusammenhänge (**■ Tabelle 5**). Viele Korrelationen sind allerdings nur schwach. Bei den Ergebnissen ist hervorzuheben, dass insbesondere Ärzten eine Zusatzqualifikation zur Tabakentwöhnung fehlt. Alle anderen erfragten Berufsgruppen verfügen hingegen eher über eine solche. Dieser Zusammenhang ist statistisch höchst signifikant.

Eine weitere Frage zielte auf die Programme und Methoden ab, auf die sich die angebotenen Entwöhnungsmaßnahmen beziehen. Sie wurde für insgesamt 2901 Angebote beantwortet, Mehrfachantworten waren möglich. 19,6 % der Angebote orientieren sich an keinem Programm, sondern nur an einer Methode (**■ Tabelle 6**). An keiner Methode, aber an einem Programm orientieren sich 38,2 % der Angebote. Die am häufigsten genannten Programme sind „Rauchfrei in 10 Schritten“ bei 50 % der Angebote und „Das Rauchfrei Programm“ bei ca. 30 %

Tabelle 3

Absolute und relative Häufigkeiten der Berufsqualifikation der Anbieter von Tabakentwöhnungsangeboten. Mehrfachnennungen waren möglich

| Berufsqualifikation | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit (in %) |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------|
| n | 2912 | |
| Ärztin/Arzt | 1145 | 39,3 |
| Sozialpädagogin/Sozialpädagoge | 798 | 27,4 |
| Psychologin/Psychologe | 734 | 25,2 |
| Suchttherapeut/in | 610 | 20,9 |
| Pädagogin/Pädagoge | 462 | 15,9 |
| Sozialarbeiter/in | 425 | 14,6 |
| Sonstige | 750 | 25,7 |
| Darunter: | | |
| – Freie Berufe im Gesundheitswesen (z. B. Heilpraktiker, Nikotintherapeut) | 329 | 11,3 |
| – Therapeuten psychologischer Verfahren (z. B. Gesprächstherapeut, Hypnotherapeut) | 118 | 4,1 |
| – Psychologische Psychotherapeuten (auch in Ausbildung) | 93 | 3,2 |
| – Weiterbildung in psychologischen Verfahren (z. B. Biofeedback, NLP) | 76 | 2,6 |
| – Sozial- und Gesundheitswissenschaftler (mit Hochschulabschluss) | 59 | 2,0 |
| – Medizinisch-pflegerische Berufe (z. B. Krankenpfleger, Hebammen) | 51 | 1,8 |

Tabelle 5

Zusammenhang zwischen Berufsgruppe und Zusatzqualifikationen. Dargestellt sind nur signifikante Korrelationen ($p < 0,05$)

| | Keine Zusatzqualifikation | Institut für Therapie-forschung | Heidelberger Curriculum | Tübinger Curriculum | Institut für Raucherberatung und Tabakentwöhnung |
|-------------------|---------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|--------------------------------------------------|
| Arzt/Ärztin | 0,366*** | -0,570*** | -0,100*** | -0,075*** | – |
| Sozialpädagoge/in | -0,206*** | 0,191*** | – | – | – |
| Psychologe/in | -0,156*** | 0,059** | – | 0,043* | 0,106*** |
| Suchttherapeut/in | -0,152*** | 0,201*** | 0,105*** | 0,091*** | – |
| Pädagoge/in | -0,142*** | 0,058** | 0,046* | – | – |
| Sozialarbeiter/in | -0,146*** | 0,076*** | – | – | -0,051** |

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Tabelle 4

Absolute und relative Häufigkeiten der Zusatzqualifikation der Leiter von Tabakentwöhnungsangeboten. Mehrfachnennungen waren möglich

| Zusatzqualifikation Tabakentwöhnung | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit (in %) |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------|
| n | 2788 | |
| Keine Zusatzqualifikation | 619 | 22,2 |
| Kursleiterschulung des Instituts für Therapieforschung | 1328 | 47,6 |
| Teilnahme am Heidelberger Curriculum | 230 | 8,3 |
| Kursleiterschulung Tübinger Curriculum | 189 | 6,8 |
| Kursleiterschulung des Instituts für Raucherberatung und Tabakentwöhnung | 74 | 2,7 |
| Sonstige Zusatzqualifikationen | 833 | 30,1 |
| Darunter: | | |
| – Zusatzqualifikation im Rahmen der Ausbildung zu freien Berufen im Gesundheitswesen | 244 | 8,8 |
| – Zusatzqualifikation im Rahmen der beruflichen Aus- und Weiterbildung | 140 | 5,0 |
| – Fortbildungen im Suchtbereich | 71 | 2,5 |
| – Kursleiterschulung Easy Way | 98 | 3,5 |
| – Kursleiterschulung durch den Bundesverband der Pneumologen | 47 | 1,7 |

der Angebote. Beides sind Programme des Instituts für Therapieforschung, die mit Unterstützung der BZgA entwickelt

wurden; „Das Rauchfrei Programm“ ist das Nachfolgeprogramm von „Rauchfrei in 10 Schritten“. Hinsichtlich der Metho-

den zeigt sich, dass sich die Angebote am häufigsten auf die Verhaltenstherapie (39,2 %) und die Akupunktur (26,4 %) be-

Tabelle 6

Absolute und relative Häufigkeiten der Programme und Methoden, an denen sich die Angebote zur Tabakentwöhnung orientieren. Mehrfachnennungen waren möglich

| Programm/Methode | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit (in %) |
|-----------------------------------------|---------------------|----------------------------|
| n | 2901 | |
| <i>Programm</i> | | |
| – Kein Programm | 569 | 19,6 |
| – Rauchfrei in 10 Schritten | 1450 | 50,0 |
| – Das Rauchfrei Programm | 864 | 29,8 |
| – Nichtraucher in 6 Wochen | 386 | 13,3 |
| – Rauchersprechstunde | 386 | 13,3 |
| – Allen Carr's Easy Way | 251 | 8,7 |
| – Nürnberger Raucherentwöhnungsprogramm | 95 | 3,3 |
| – Endlich frei! | 71 | 2,4 |
| – Sonstige Programme | 242 | 8,3 |
| <i>Methode</i> | | |
| – Keine Methode | 1107 | 38,2 |
| – Verhaltenstherapie | 1137 | 39,2 |
| – Akupunktur | 767 | 26,4 |
| – Hypnotherapie | 219 | 7,5 |
| – Homöopathie | 198 | 6,8 |
| – Hypnose | 182 | 6,3 |
| – Psychoanalyse/Tiefenpsychologie | 120 | 4,1 |
| – Selbsthilfegruppe | 102 | 3,5 |
| – Sonstige Methoden | 172 | 5,9 |

ziehen. Unter 10 % der Angebote orientieren sich an anderen Methoden.

■ **Tabelle 7** stellt die Korrelationen zwischen angewandten Methoden und

beruflicher Ausbildung der Anbieter dar. Hier bestätigt sich, dass eine Verhaltenstherapie vornehmlich von Psychologen angeboten wird. Ärzte bieten eher Akupunktur und Homöopathie an.

Diskussion der Ergebnisse

Methodische Einschränkungen und Stärken der Studie

Die vorliegende Studie zielte auf die Vollerhebung aller ambulanten Tabakentwöhnungsangebote in Deutschland. Das Erreichen einer Vollständigkeit wird von 2 Faktoren beeinflusst: Zum einen von der Kontaktierungsquote, zum anderen von der Responsequote, d. h. um von einer Vollerhebung sprechen zu können, müssten alle existierenden Anbieter kontaktiert worden sein, und alle hätten den Fragebogen zurückschicken müssen. Ob dies in der hier dargelegten Studie der Fall war, kann nicht überprüft werden, da es für die Vollständigkeit der Erhebung der Tabakentwöhnungsangebote keinerlei Referenz gibt. Zudem entsprach die Rücklaufquote (die bei etwas über 50 % lag) vermutlich nicht der Responsequote der tatsächlichen Anbieter, da aufgrund des weitgehend unselektierten Rückgriffs auf verschiedene Informationsquellen für Adressen eine große Zahl potenzieller Anbieter angeschrieben wurde. Dieses Vorgehen wurde aber gewählt, um möglichst alle tatsächlichen Anbieter zu erfassen. Unter den Adressaten waren also mit hoher Wahrscheinlichkeit auch welche,

Tabelle 7

Zusammenhang zwischen der angewandten Methode zur Tabakentwöhnung und der Berufsgruppe des Anbieters. Dargestellt sind nur signifikante Korrelationen ($p < 0,05$)

| | Verhaltenstherapie | Akupunktur | Hypnotherapie | Homöopathie | Hypnose | Tiefenpsychologie | Selbsthilfegruppe |
|----------------|--------------------|------------|---------------|-------------|-----------|-------------------|-------------------|
| Arzt | -0,150*** | 0,525*** | – | 0,225*** | – | -0,053** | -0,069*** |
| Sozialpädagoge | -0,048** | -0,296*** | -0,129*** | -0,160*** | -0,086*** | – | – |
| Psychologe | 0,151*** | -0,252*** | 0,082*** | -0,122*** | 0,049** | – | – |
| Suchttherapeut | 0,087*** | -0,148*** | -0,039* | -0,094*** | – | 0,047* | – |
| Pädagoge | -0,042* | -0,213*** | -0,077*** | -0,087*** | – | – | -0,037* |
| Sozialarbeiter | -0,066*** | -0,170*** | -0,087*** | -0,087*** | -0,066*** | – | – |

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

die nicht in der Tabakentwöhnung tätig sind (darunter beispielsweise Justizvollzugsanstalten) und die daher nicht geantwortet haben. Es ist aber auch davon auszugehen, dass die Motivation tatsächlicher Anbieter recht hoch gewesen sein dürfte, an der Befragung teilzunehmen, da die Aufnahme in die internetbasierte Datenbank zur Bekanntmachung der Angebote in ihrem Interesse liegen dürfte. Inwieweit es eine Selektion der Rückläufe in Bezug auf bestimmte Merkmale gegeben hat, ist nicht nachvollziehbar.

Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass es sich bei der Mehrzahl der Angebote um kommerzielle Angebote handeln dürfte, die im Rahmen individueller Gesundheitsleistungen oder sonstiger Zusatzleistungen erfolgen und häufig nicht oder nur zum Teil von der Krankenkasse erstattet werden.

Auch wenn nicht sicher von einer Vollständigkeit der erhobenen Daten ausgegangen werden kann, so handelt es sich doch um die bislang umfassendste Erhebung ambulanter Entwöhnungsangebote in Deutschland und um die einzige, die auch deren Charakteristika erfasst hat.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Es ist schwierig zu errechnen, wie groß der Bedarf an Angeboten zur Tabakentwöhnung ist, d. h. festzustellen, wann eine diesbezüglich optimale Versorgung gegeben ist. Zunächst stellt sich die Frage, wie viele Raucher pro Jahr mit einem Angebot erreicht werden könnten. Im Vorjahr der Erhebung (2006) wurden pro Angebot im medianen Durchschnitt 22 Raucher betreut, das arithmetische Mittel liegt bei 82. Viele Anbieter merkten jedoch im Freitext an, dass sie wenig Zulauf hatten und Kurse ausfallen lassen mussten. Lässt man dies einmal außer Acht, existieren in der Tabakentwöhnung momentan mit knapp 3000 Angeboten ca. 250.000 Plätze pro Jahr. Dies bedeutet, dass weniger als 2% der Raucher in Deutschland an einer Raucherberatung teilnehmen könnten. Zudem liegt eine ausgeprägte regionale Ungleichverteilung vor. In den ostdeutschen Bundesländern gibt es weniger als 10 Angebote pro 100.000 Raucher. Hier könnten folglich pro Jahr nur etwas mehr als 800 von 100.000 Rauchern betreut werden.

Auch findet sich in einigen nördlich gelegenen Bundesländern eine deutlich geringere Anzahl an Angeboten pro Raucher als in südlichen und westlichen Bundesländern. So ist die Zahl der Angebote in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Bremen kaum höher als in Berlin, aber doch deutlich geringer als in Bayern. Aber selbst in Hessen, dem Bundesland mit den meisten Angeboten pro Raucher, könnten im Jahr nur etwa 2% der Raucher an einer Tabakentwöhnungsmaßnahme teilnehmen. Es ist anzunehmen, dass durch das Bundesgesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens sowie durch die Landesnichtraucherschutzgesetze in Zukunft eher mehr Raucher aufhören wollen und folglich die Auslastung der bestehenden Angebote steigen wird. Inwieweit die Angebotsanzahl ausreicht, wird sich allerdings erst in den kommenden Jahren und nach weiteren Untersuchungen zeigen.

Aufgrund der höheren Aufhörbereitschaft in höheren sozialen Schichten könnte eine sinkende Rauchprävalenz in der Bevölkerung mit einer Vergrößerung der sozialen Unterschiede im Rauchverhalten einhergehen. Dies würde bedeuten, dass der Bedarf an Angeboten für schwer zu erreichende Bevölkerungsgruppen relativ ansteigt (neben den unteren Sozialschichten ist hier auch an psychisch Kranke zu denken) und die Angebote gegebenenfalls diesbezüglich angepasst werden müssten. Dabei sollten die Schwellen für die Inanspruchnahme solcher Angebote (z. B. angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen in diesen Bevölkerungsgruppen) möglichst gering gehalten werden.

Zu empfehlen wäre auch eine Änderung der Strategie zur Teilnehmerrekrutierung für Entwöhnungsangebote von reaktiv zu proaktiv, d. h., die Initiative sollte von den Entwöhnungsanbietern (oder anderen Gesundheitsexperten) ausgehen, die Raucher aktiv ansprechen und die Teilnahme an Entwöhnungsmaßnahmen oder Beratungen anbieten [13]. Für Gesundheitsexperten, die selbst keine Tabakentwöhnung offerieren, könnte die Datenbank mit den Adressen entsprechender Angebote hilfreich sein, um Patienten an diese weiterzuvermitteln.

Ärzten – und Hausärzten im Besonderen – wird eine Schlüsselrolle bei der Mo-

tivation zum Rauchstopp zugeschrieben, da 70% aller Raucher ihren Arzt jährlich konsultieren [14]. Bislang ist Tabakentwöhnung und -beratung allerdings selten Teil der ärztlichen Ausbildung, was sich auch in der mangelnden Kenntnis und Erfahrung der Hausärzte über entsprechende medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapieoptionen widerspiegelt [15, 16]. Zudem verdeutlichen die in diesem Beitrag präsentierten Ergebnisse, dass Ärzte seltener als andere Berufsgruppen eine für die Tabakentwöhnung relevante Zusatzqualifikation vorweisen können. Eine deutsche Studie konnte aber zeigen, dass Allgemeinärzte durch ein entsprechendes Training in hohem Maße dazu zu motivieren sind, rauchende Patienten zu ihrem Rauchverhalten anzusprechen [17]. Es liegen auch bereits Konzepte für proaktive Interventionen zur Motivation zum Rauchausstieg durch Hausärzte vor; die Ergebnisse einer Studie belegen das Potenzial: Bei proaktiv angesprochenen rauchenden Patienten zeigte sich eine sehr hohe Bereitschaft (82%) zur Teilnahme an der angebotenen Intervention, und zwar auch bei Rauchern, die zuvor keine konkrete Absicht zum Rauchausstieg hatten [18]. Es bleibt festzuhalten, dass in Bezug auf die Einbindung der Ärzte in die Tabakentwöhnung sowie bei der ärztlichen Ausbildung über Therapiemethoden zur Tabakentwöhnung noch Nachholbedarf besteht. Auch müsste es den niedergelassenen Ärzten ermöglicht werden, Leistungen zur Raucherberatung und -therapie abzurechnen.

Etwa ein Viertel der Anbieter von Tabakentwöhnung oder Raucherberatung gibt an, keine diesbezügliche Zusatzqualifikation zu besitzen: 22,2% der Angebote werden folglich von Personen durchgeführt, die weder über eine berufliche noch über eine Zusatzqualifikation zur Behandlung von Suchtkranken verfügen. Bei den Anbietern, die eine Zusatzqualifikation aufweisen, ist deren Güte teilweise nicht ersichtlich. Auch stellt sich die Frage, wann die Qualifikation erworben wurde und ob der Anbieter sich regelmäßig fortbildet. Solche Informationen sollten in späteren Untersuchungen im Sinne eines Monitorings zur Qualitätssicherung von Behandlungsangeboten erfragt werden. Die Angebote sollten sich an den Quali-

tätsstandards orientieren, die in der „Leitlinie Tabakentwöhnung“ der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde formuliert wurden [11, 19].

Die meisten Raucherberatungen und Programme zur Tabakentwöhnung verwenden Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie. Sie strebt Veränderungen des Verhaltens und Denkens an und entspringt dem Behaviorismus, ist allerdings um eine Vielzahl von kognitiven Elementen erweitert worden. Der Raucher analysiert zuerst mithilfe des Kursleiters oder Behandlers seine Verhaltensweisen und Gedanken in Bezug auf das Rauchen. Danach erarbeiten beide zusammen neue diesbezügliche Handlungsmuster und Gedanken. Diese werden meist erst in künstlichen Situationen, dann im alltäglichen Umfeld des werdenden Nichtraucher geübt. Die Wirkung der kognitiven Verhaltenstherapie zur Tabakentwöhnung gilt als wissenschaftlich belegt [20, 21]. Sie gilt in Kombination mit einer medikamentösen Therapie als die diesbezüglich erfolgreichste Methode [22, 23]. Die Wirksamkeit alternativer Therapieansätze zur Tabakentwöhnung wie Akupunktur, Hypnotherapie, Hypnose oder Homöopathie ist hingegen derzeit wissenschaftlich nicht belegt [24]. Dass mehr als die Hälfte der untersuchten Angebote eine Methode verfolgen, die als nicht evidenzbasiert gilt, ist kritisch zu beurteilen.

Auch wenn es keine Richtgröße für eine optimale Versorgung mit Tabakentwöhnungsangeboten gibt, zeigt sich doch deutlich, dass es vor allem im Osten Deutschlands zu wenig Angebote gibt. Andererseits sind bestehende Programme oftmals nicht ausgelastet. Werbung für und Informationen über Raucherberatungen sowie eine proaktive Rekrutierung von Rauchern könnten ihre Auslastung erhöhen. Ärzte und weitere Gesundheitsexperten sollten als Schlüsselfiguren verstärkt zur Ansprache von Rauchern motiviert werden. Die hierfür erforderlichen Rahmenbedingungen (Integration von Inhalten zur Raucherberatung in die Ausbildung, Abrechenbarkeit von Beratungsleistungen) müssen geschaffen werden. Zudem sind Maßnahmen zur Qualitäts-

sicherung der Angebote zur Tabakentwöhnung zu empfehlen.

Die Bereitstellung der Anbieterdatenbank im Internet könnte für eine bessere Auslastung der Angebote sorgen. Fast alle Anbieter stimmten der Veröffentlichung ihrer Angebote zu. Diese sind seit November 2007 über die Beratungstelefone der BZgA und des DKfZ abrufbar. Am 6. Februar 2008 ist auf <http://www.anbieter-raucherberatung.de> Deutschlands größte Datenbank zu Tabakentwöhnungsangeboten online gegangen. Um diese Datenbank so aktuell wie möglich zu halten, sind weitere Anbieterbefragungen in regelmäßigen Abständen wünschenswert. Zuvor sollte jedoch noch geprüft werden, inwieweit in dieser Befragung Berufsgruppen nicht vollständig erfasst wurden, um in Zukunft ein vollständiges Bild der vorhandenen Tabakentwöhnungsangebote zu erhalten.

Danksagung

Das Projekt, in dessen Kontext diese Arbeit entstanden ist, wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung finanziert. Für wertvolle Unterstützung bedanken wir uns bei Prof. Dr. Anil Batra, Dr. Christoph Kröger und Dipl.-Psych. Peter Lindinger. Hilfreiche Hinweise kamen außerdem von einem anonymen Gutachter. Darüber hinaus sind die Autoren all jenen Kollegen zu Dank verpflichtet, die frühere Manuskriptversionen kommentiert haben oder die bei der Adress-Recherche, dem Fragebogenversand und der Dateneingabe geholfen haben.

Korrespondierende Autorin

Ute Mons

Deutsches Krebsforschungszentrum
Stabsstelle Krebsprävention
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle
Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg, BRD
E-Mail: u.mons@dkfz-heidelberg.de

Literatur

1. World Health Organization (2002) The World Health Report (2002) – Reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization, Geneva

2. US Department of Health and Human Services (2004) The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, USA
3. Neubauer S, Welte R, Beiche A, et al. (2006) Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany: update and a 10-year comparison. *Tob Control* 15:464–471
4. Welte R, König HH, Leidl R (2000) The costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. *Eur J Public Health* 10:31–38
5. John U, Hanke M (2001) Tabakrauch-attributable Mortalität in den deutschen Bundesländern. *Gesundheitswesen* 63:363–369
6. Lampert T, Thamm M (2008) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. *Jahrbuch Sucht* 2008. Neuland, Geesthacht, S 54–72
7. Schulze A, Mons U (2005) Trends in cigarette smoking initiation and cessation among birth cohorts of 1926–1970 in Germany. *Eur J Cancer Prev* 14:477–483
8. Augustin R, Metz K, Hepekausen K, Kraus L (2005) Tabakkonsum, Abhängigkeit und Änderungsbereitschaft. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *Sucht* 51(Sonderheft 1):40–48
9. Parrott S, Godfrey C, Raw M, et al. (1998) Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. *Health Educational Authority. Thorax* 53(Suppl 5 Pt 2):S1–S38
10. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2008) Tabakabhängigkeit behandeln! Memorandum der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm
11. Batra A, Kröger C, Lindinger P, Pötschke-Langer M (2008) Qualitätsmerkmale von Raucherbehandlungen – die Notwendigkeit für definierte Standards. *Sucht* 54:95–100
12. Statistisches Bundesamt (2006) Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit. Rauchgewohnheiten der Bevölkerung 2005. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
13. John U, Meyer C, Rumpf H-J, et al. (2008) Leistungen, medierende Faktoren und Outcomes der Prävention tabakrauch- oder alkoholbezogener Erkrankungen. *Präv Gesundheitsf* 3:7–11
14. Bölskei PL (2004) Tabakentwöhnung: Kritische Bestandsaufnahme und Chancen für die Zukunft. *Pneumologie* 58:137–139
15. Mühlh S, Hagenau K, Hoch E, et al. (2003) Raucherentwöhnung in der primärärztlichen Praxis. Einstellungen, Therapieerfahrungen und therapeutische Präferenzen von Hausärzten. *Suchttherapie* 4:18–25
16. Twardella D, Brenner H (2005) Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. *Eur J Public Health* 15:140–145
17. Ulbricht S, Meyer C, Schumann A, et al. (2006) Provision of smoking cessation counseling by general practitioners assisted by training and screening procedure. *Patient Educ Couns* 63: 232–238
18. Meyer C, Ulbricht S, Schumann A, et al. (2008) Proaktive Interventionen zur Förderung der Tabakabstinenz in der hausärztlichen Praxis. *Präv Gesundheitsf* 3:25–30

19. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2004) Tabakbedingte Störungen „Leitlinie Tabakentwöhnung“. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/076-006.htm> (abgerufen am 16.5.2008)
20. Stead LF, Lancaster T (2005) Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*: CD001007
21. Vidrine JI, Cofta-Woerpel L, Daza P, et al. (2006) Smoking cessation 2: behavioral treatments. *Behav Med* 32: 99–109
22. West R, McNeill A, Raw M (2000) Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 55:987–999
23. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. (2000) Treating tobacco use and dependence: a clinical practice guideline. Rockville, US Department of Human Health Services
24. White AR, Ramesh H, Campbell JL (2006) Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*: CD000009

Arun K. Bhunia
Foodborne Microbial Pathogens – Mechanisms and Pathogenesis

Springer 2008, 294 S., 93 Abb., 35 Tabellen, Hardcover, ISBN 978-0387-74536-7, 54,95 Euro

Das hier besprochene Buch ist in der vom Springer-Verlag herausgegebenen Serie Food Science Text Series erschienen. Die einzelnen Kapitel wurden von Experten auf dem jeweiligen Gebiet gegengelesen.

Etwa die Hälfte des Buches beschäftigt sich mit Grundlagen zu Nahrungsmittel übertragenen Erkrankungen. Abgehandelt werden insbesondere Mechanismen der Immunabwehr von Krankheitserregern und den Strategien von Mikroorganismen, die Immunabwehr zu unterlaufen.

In der Einleitung geht der Autor auf diejenigen Lebensmittel ein, von denen bekanntermaßen ein Risiko einer Infektionsübertragung ausgeht. Im zweiten Kapitel beschäftigt er sich mit der Biologie der Mikroorganismen und der Pathogen-Wirt-Interaktion, gefolgt von Betrachtungen zu den Abwehrmechanismen der Wirte und den Eigenschaften der Erreger, den Wirt zu infizieren und Krankheiten hervorzurufen.

Der zweite Teil des Buches handelt die wichtigsten bakteriellen Erreger ab, die zu schweren Erkrankungen führen können, wenn entsprechend kontaminierte Lebensmittel verzehrt werden: *Staphylococcus aureus*, *Bacillus spec.*, *Clostridium spec.*, Listerien, *E. coli*, Salmonellen, *Campylobacter*, Yersinien, *Vibrio cholerae* und andere *Vibrio spec.* sowie Shigellen werden jeweils separat abgehandelt.

Der Autor folgt jeweils einer Leitlinie, die die Eigenschaften der Erreger und den Infektionsmechanismus beschreibt, auf die Pathogenese und Virulenzfaktoren eingeht und Präventionsmaßnahmen empfiehlt.

Wenig berücksichtigt sind in diesem Buch virusbedingte Erkrankungen, die – wie auch das Risiko der Übertragung von Prionen (Variante Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung) – nur kurz im allgemeinen ersten Teil abgehandelt werden. Die Zitierung weiterführender Literatur ist manchmal sehr knapp gehalten, und man hätte sich gewünscht, dass im Text selbst auf diese Literatur an den geeigneten Stellen hingewiesen würde. Zu bemerken ist zudem, dass insbesondere bei epidemiologischen Betrachtungen haupt-

sächlich Informationen aus dem amerikanischen Bereich berücksichtigt sind, was jedoch im Rahmen der Globalisierung in vielen Punkten auch der Situation in Europa entspricht.

Insgesamt fasst das Buch in didaktisch gut präsentierten Kapiteln viele Aspekte von Lebensmittel bedingten Erkrankungen zusammen. Es ist daher für solche Leser geeignet, die sich in dieses Gebiet der Infektionskrankheiten einarbeiten und Ursachen und Auswirkungen der Erkrankungen durch Mikroorganismen verstehen wollen.

Georg Pauli, Berlin