

**Studie zu**

# BARRIEREN DES RAUCHSTOPPPS



PMI SCIENCE  
PHILIP MORRIS INTERNATIONAL



## Studienhintergrund

17 Millionen Menschen rauchen derzeit in Deutschland (aktuelle Raucher:innenprävalenz: 30,9 Prozent<sup>1</sup>). Es ist bekannt, dass Rauchen gravierende gesundheitliche Auswirkungen hat. Dennoch ist die Raucher:innenquote seit Jahren konstant. Die fortlaufende Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) stellte dazu fest, dass in den vergangenen zwölf Monaten 89 Prozent aller Raucher:innen keinen ernsthaften Versuch unternommen haben, mit dem Rauchen aufzuhören<sup>2</sup>.

In Anbetracht der Tatsache, dass es stets die beste Entscheidung für die Gesundheit ist, den Konsum von Nikotin- und Tabakprodukten einzustellen, untersucht die vorliegende Studie im Auftrag der Philip Morris GmbH, was aktuell einen Rauchstopp verhindert und was Raucher:innen motivieren könnte. Zigaretten stellen vor allem aufgrund der Schadstoffe aus der Tabakverbrennung die mit Abstand schädlichste Form des Nikotinkonsums dar.

Für erwachsene Raucher:innen, die sonst weiterrauchen würden, könnte der komplette Umstieg auf wissenschaftlich fundierte, verbrennungsfreie Alternativen wie E-Zigaretten oder Tabakerhitzer eine Schadensminderung (*Harm Reduction\**) darstellen, obwohl auch diese Produkte nicht risikofrei sind. Harm Reduction Maßnahmen könnten bestehende Tabakkontrollmaßnahmen im Sinne der öffentlichen Gesundheit komplementieren.

Die Studie erlaubt Rückschlüsse darauf, was Raucher:innen, die sonst weiterrauchen würden, dazu motivieren könnte, Zigaretten im Sinne einer Schadensminderung zu ersetzen.

Die Studienergebnisse ermöglichen eine Unterteilung in Raucher:innengruppen, welche durch unterschiedliche Lösungsansätze besonders gut oder aber schlechter erreichbar erscheinen. Diese Erkenntnisse sollten in differenzierte Maßnahmen einfließen, um die Raucher:innenquote zielgruppengerechter und nachhaltiger zu senken.



\*,Harm Reduction (deutsch: Schadensminderung, Risikoreduktion) ist eine Strategie aus Medizin und Sozialpolitik zur Minimierung der Schädigung von Individuen und/oder der Bevölkerung durch schädliche Verhaltensweisen, die nicht vollständig vermieden oder verhindert werden können.“,Das Prinzip der Harm Reduction im Kontext einer Nikotinabhängigkeit argumentiert, dass, weil der Großteil der Schädlichkeit des Rauchens nicht auf dem Nikotin, sondern auf anderen Bestandteilen des Tabakrauches basiert, die Gesundheit und Lebenserwartung heutiger Raucher:innen signifikant verbessert werden könnten, indem man so viele von ihnen wie möglich ermutigt, auf eine rauchfreie Nikotinquelle umzusteigen.“ Royal College of Physicians, 2016.

<sup>1</sup> Fortlaufende Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA), Stand 12/2021.

<sup>2</sup> Kotz, D., Invited lecture, 13. April 2021.

## Kernaussagen

- 54 Prozent der befragten erwachsenen Raucher:innen geben an, nicht mit dem Rauchen der Zigarette aufhören zu wollen. Nur 3 Prozent sind motiviert für einen Rauchstopp im Folgemonat.
- Raucher:innen über 50 Jahre sowie sozioökonomisch schwächer gestellte Raucher:innen (Bildung & Einkommen) sind häufiger ohne Rauchstoppmotivation.
- 45 Prozent der Raucher:innen, die angeben, nicht aufhören zu wollen, möchten zumindest ihren Konsum reduzieren. Das entspricht 24 Prozent aller Befragten.
- Die Aussage „Ich rauche gerne“ wird von mehr als der Hälfte aller Raucher:innen als größte Barriere des Rauchstopps genannt. Diese Barriere ist besonders präsent unter den 54 Prozent der Raucher:innen, die angeben, nicht mit dem Rauchen aufhören zu wollen.

Raucher:innen sind keine homogene Gruppe und Barrieren für den Rauchstopp sind vielfältiger Natur. Der alleinige Appell zum Rauchstopp adressiert die Lebenswirklichkeit vieler Raucher:innen nicht. Für Raucher:innen, die sonst weiter rauchen würden, wäre der vollständige Umstieg auf verbrennungsfreie, schadstoffreduzierte Alternativen eine ergänzende Maßnahme im Sinne einer Schadensminderung (*Harm Reduction*).

## Methodik

Für die hier vorgestellte Studie wurden n = 1.000 Raucher:innen ab 19 Jahren vom 25. Mai bis 4. Juni in Deutschland zufällig befragt. In *Computer-Assisted Web Interviews* wurden soziodemografische und sozioökonomische Merkmale der Raucher:innen sowie ihr Konsumverhalten abgefragt. Außerdem wurden Fragen zur Rauchstoppmotivation sowie zu bisherigen Rauchstoppversuchen inklusive gewählter Hilfsmittel und der Wahrnehmung dieser gestellt.

Die Datenerhebung erfolgte durch die Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) im Auftrag der Philip Morris GmbH.



## Niedrige Rauchstoppmotivation unter deutschen Raucher:innen

Mehr als die Hälfte der Raucher:innen ist ohne Rauchstoppwunsch. Nur 3 Prozent sind motiviert für den Rauchstopp im nächsten Monat.

Nach der vorliegenden Studie geben 54 Prozent aller befragten Raucher:innen an, nicht mit dem Rauchen aufhören zu wollen. 17 Prozent hegen zwar den prinzipiellen Wunsch, dies zu tun, haben aber noch kein konkretes Datum. Selbst unter den 29 Prozent, die unbedingt mit dem Rauchen aufhören wollen, ist das Vorhaben selten konkret: Nur 3 Prozent aller Raucher:innen sind motiviert für einen Rauchstoppversuch im nächsten Monat.

Auch die DEBRA-Studie der Universität Düsseldorf zeigt einen niedrig ausgeprägten Rauchstoppwunsch. Demnach wünschen etwa drei Viertel aller Raucher:innen aktuell keinen Rauchstopp.<sup>3</sup>

Es stellt sich die Frage, warum es nicht gelingt, die Mehrzahl der Raucher:innen zu einem konkreten Rauchstopp zu motivieren.

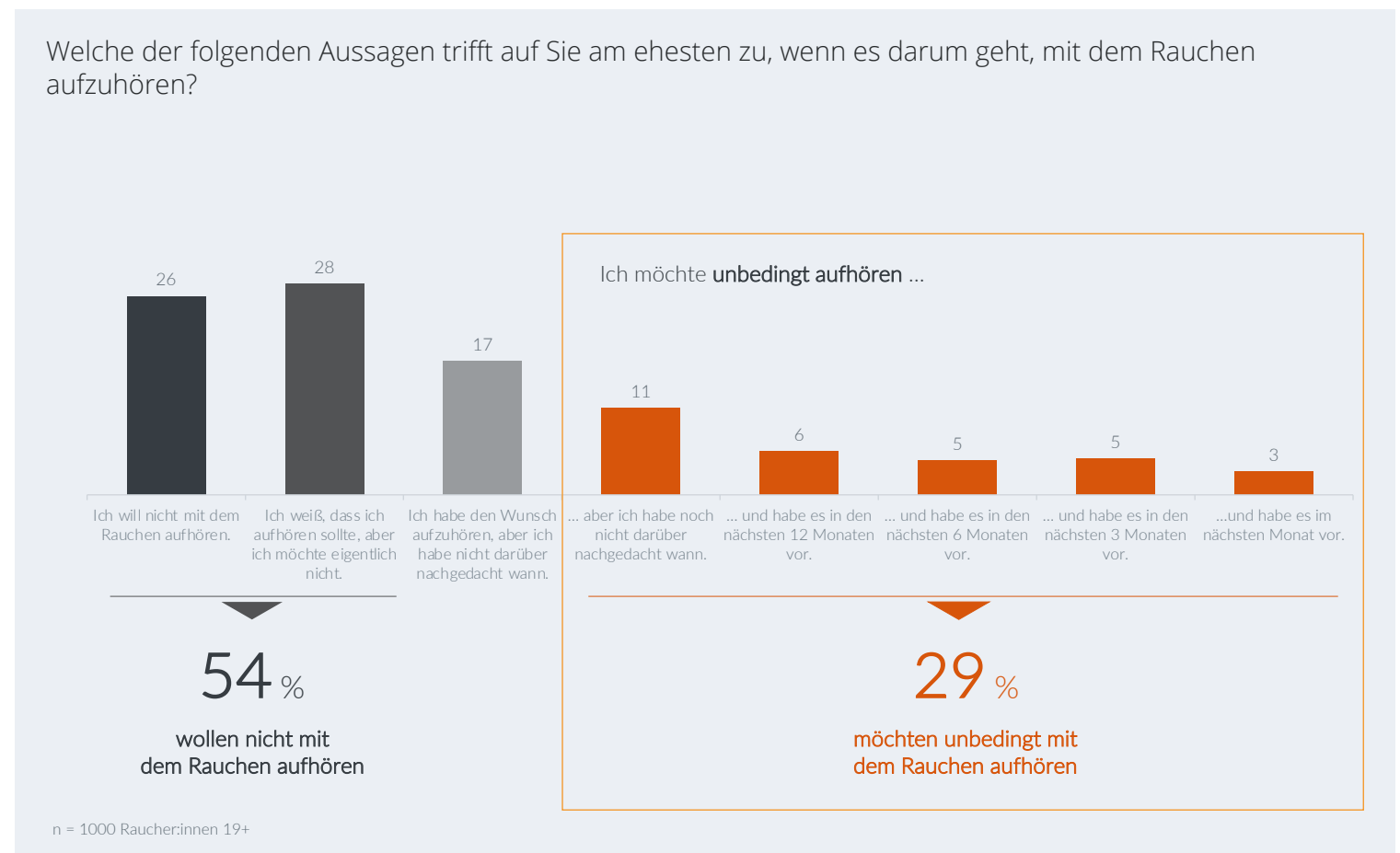


Abb. 1: Rauchstoppmotivation

## Welche Raucher:innen sind für einen Rauchstopp **nicht** motiviert?

Anhand ihrer Antwortmuster können vier Gruppen von Raucher:innen mit besonders niedriger Rauchstoppmotivation identifiziert werden.

### Raucher:innen mittleren und höheren Alters

Mehr als 60 Prozent der Raucher:innen über 50 Jahre sind nicht an einem Rauchstopp interessiert (Abb. 2). Diese Gruppe setzt sich damit erheblich von den jüngeren Raucher:innen ab (60–64 Prozent vs. 47–48 Prozent). Sie weisen weniger Rauchstoppversuche auf – sowohl in den vergangenen zwölf Monaten (0,9 vs. 1,3–1,4) als auch insgesamt (2,0–2,2 vs. 2,8–3,0). Außerdem haben sie einen höheren täglichen Zigarettenkonsum als die jüngeren Raucher:innen (16–18 vs. 13–16).

Ältere Raucher:innen geben im Vergleich besonders häufig den „Genuss des Rauchens“ als primäre Rauchstoppbarriere an und sind nicht bereit, ihre Routinen in dem Maße umzustellen, wie es ein Rauchstopp bzw. eine Nikotinersatztherapie erfordert. Bekanntermaßen reduziert der Rauchstopp assoziierte Gesundheitsrisiken in jedem Alter.

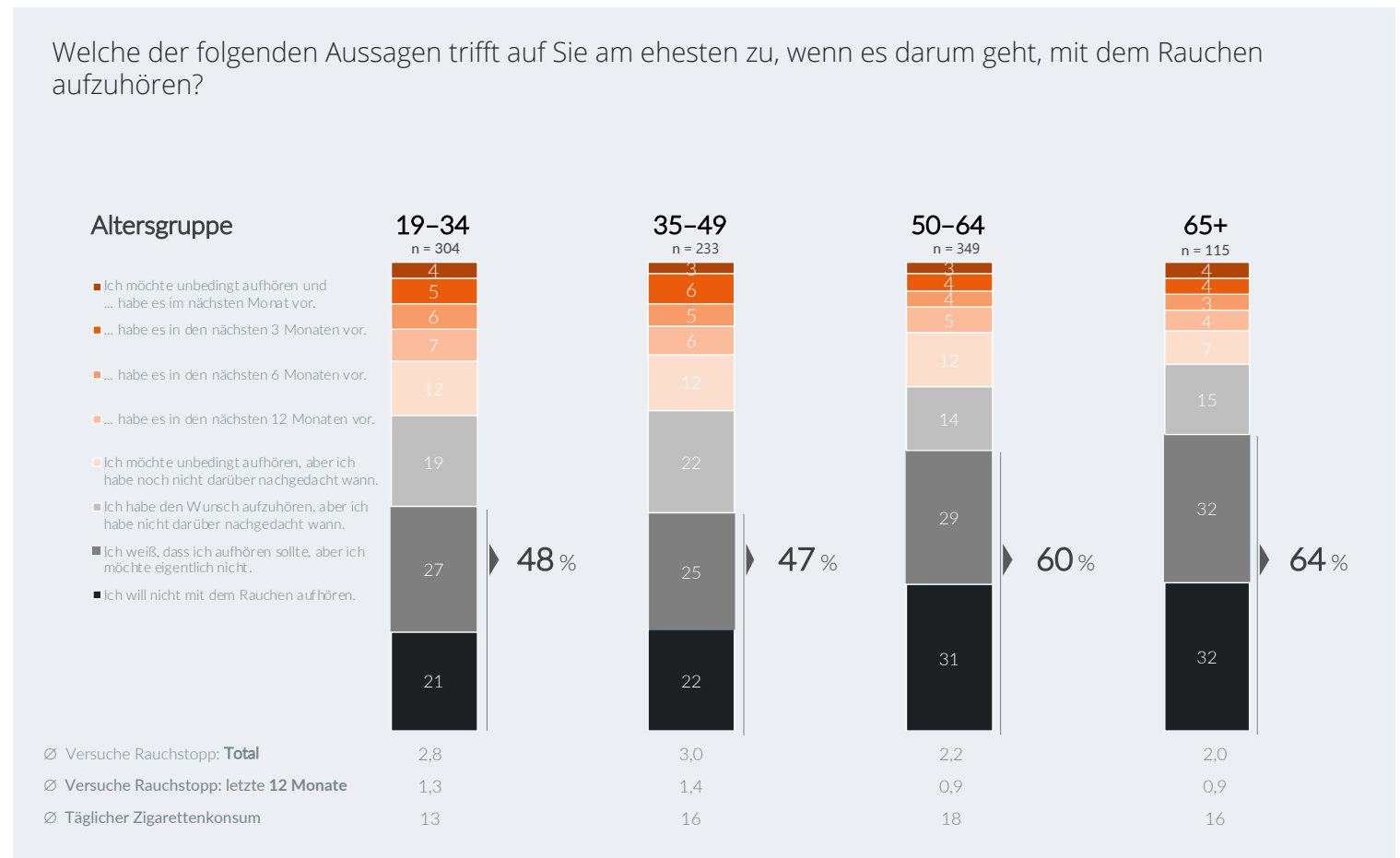


Abb. 2: Rauchstoppmotivation nach Alter

Neben dem Alter hat auch der sozioökonomische Status Einfluss auf die Rauchstoppmotivation. Hierbei lässt sich nach Bildung und Einkommen unterscheiden.

### Sozioökonomisch schwächer gestellte Raucher:innen

Raucher:innen mit geringerem Einkommen geben häufiger an, bisher keinen Rauchstoppversuch unternommen zu haben (43 Prozent vs. 16 Prozent). Außerdem antworten sie häufiger, auch keine Motivation für einen Rauchstopp zu haben (63 Prozent vs. 44 Prozent). Analog erhöht sich der Anteil an Raucher:innen ohne Rauchstoppversuche (31 Prozent vs. 20 Prozent) sowie der ohne Rauchstoppmotivation (61 Prozent vs. 48 Prozent) bei niedrigeren Bildungsabschlüssen.

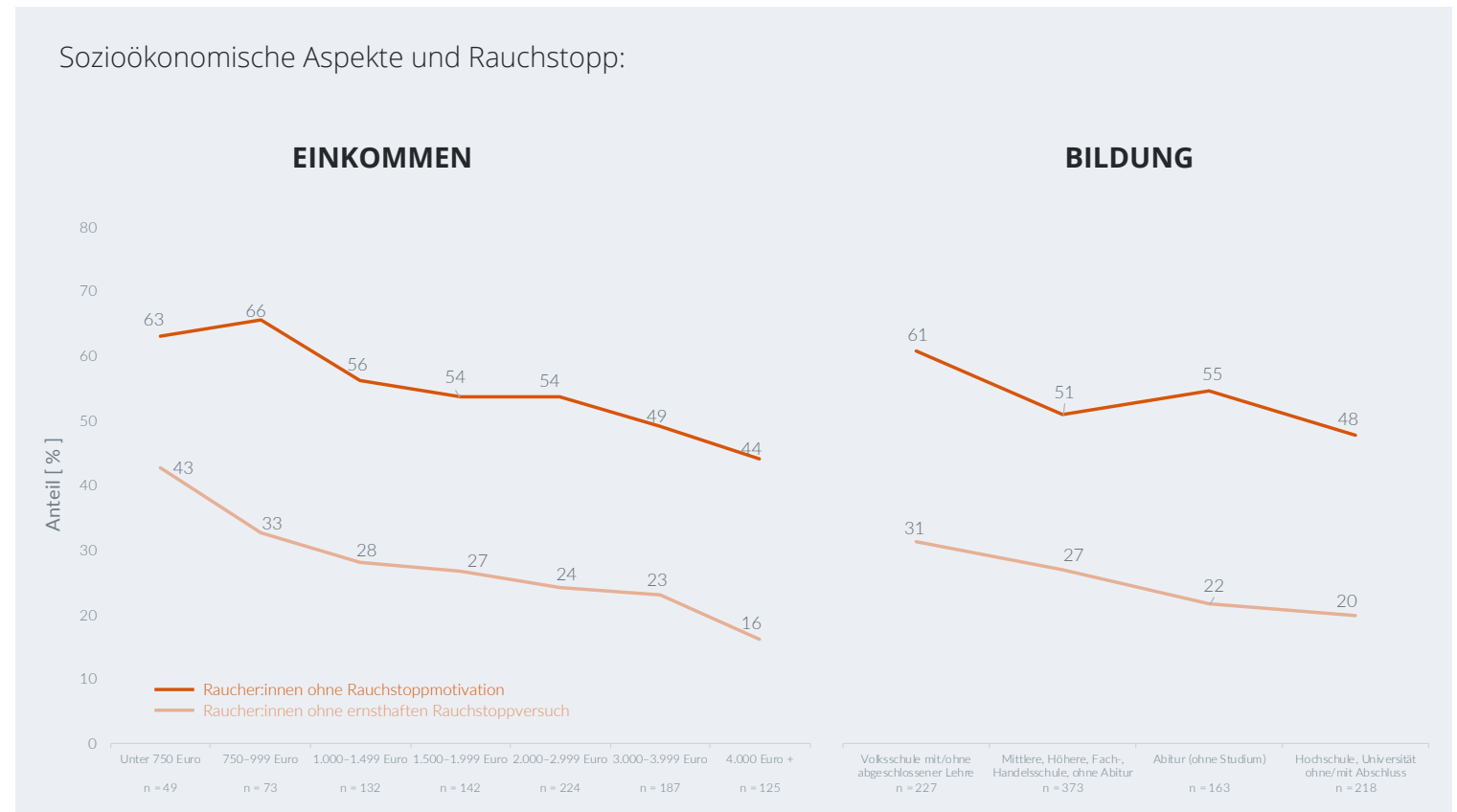


Abb. 3: Rauchstoppmotivation nach Sozioökonomie

Diese Ergebnisse für Deutschland stehen im Widerspruch zu früheren internationalen Beobachtungen, nach denen sich die Erfolgsquote beim Rauchstopp zwischen unterschiedlichen sozioökonomischen Gruppen unterschiedet, nicht aber die Rauchstopp-motivation oder die Anzahl der Rauchstoppversuche.<sup>4</sup> Maßnahmen zum Verzicht auf das Zigarettenrauchen sollten regionale Unterschiede in Motivationen und Barrieren berücksichtigen.

Die Analyse dieser Raucher:innengruppen zeigt allerdings Parallelen zu den Erkenntnissen der Befragung „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland“ auf: Ältere Deutsche und solche mit niedrigerem sozioökonomischen Status weisen eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf. Inwiefern eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz mit hier gemessenen Parametern zum Rauchen (Konsumverhalten, Rauchstoppmotivation, Wahrnehmung) korreliert, könnte Gegenstand weiterer Studien sein.<sup>5</sup>



### **Entmutigte Raucher:innen**

19 Prozent aller befragten Raucher:innen lassen sich in eine Kategorie zusammenfassen, die man „entmutigte Raucher:innen“ nennen könnte.

Raucher:innen in dieser Gruppe haben bereits mehr als drei erfolglose Rauchstoppversuche hinter sich und sind besorgt, erneut zu scheitern. Sie sind dadurch zwar vertrauter mit Nikotinersatztherapien. An dieser Gruppe verdeutlicht sich aber die Problematik eines „gelernten Misserfolgs“.

### **Junge Raucher:innen**

Raucher:innen im Alter von 19 bis 34 Jahren fällt ein Rauchstopp vor allem aufgrund von sozialen Komponenten des Rauchens schwer. 42 Prozent von ihnen antworten, dass das Zusammensein mit anderen Raucher:innen in ihrem Umfeld eine große Barriere für den Rauchstopp darstellt (vs. Ü65: < 8 Prozent). 29 Prozent befürchten, durch einen Rauchstopp soziale Momente mit anderen Raucher:innen zu verpassen (vs. Ü65: < 10 Prozent). Mit dieser Sorge setzen sie sich erheblich von höheren Altersgruppen ab.

## Welche Raucher:innen sind für einen Rauchstopp motiviert?

Als mit Abstand größte Motivatoren für einen Rauchstopp nennen die Befragten „Geld sparen“ (73 Prozent) sowie „mich gesundheitlich besser [zu] fühlen“ (71 Prozent).

**Alle Motivatoren werden außerdem signifikant häufiger von Raucher:innen genannt, die angeben, unbedingt mit dem Rauchen aufhören zu wollen.**

Diese Gruppe von Raucher:innen, die angibt, unbedingt mit dem Rauchen aufhören zu wollen, lässt sich außerdem durch weitere Merkmale identifizieren. Gerade jüngere Raucher:innen scheinen für einen Rauchstopp noch leichter erreichbar zu sein. So beschäftigt sich ein Drittel der 19- bis 34-Jährigen ernsthaft damit, das Rauchen aufzugeben. In der Gruppe der ab 65-Jährigen sind es nur noch gut ein Fünftel (22 Prozent).

Raucher:innen mit konkreter Rauchstoppmotivation (29 Prozent, Abb. 1) haben eine überdurchschnittlich hohe

Bildung (30 Prozent mit Hochschulbildung vs. 19 Prozent unter allen Befragten), arbeiten häufiger in Vollzeit (57 Prozent vs. 49 Prozent unter allen Befragten) und haben ein höheres Einkommen (Ø 2.679 Euro vs. Ø 2.520 Euro unter allen Befragten).

Die E-Zigarette ist sowohl in England<sup>6</sup> als auch in Deutschland<sup>7</sup> derzeit die am häufigsten genutzte Unterstützungsform, um das Zigarettenrauchen aufzugeben. Die große Offenheit gegenüber E-Zigaretten ist vor dem Hintergrund der weitverbreiteten Einschätzung des Gesundheitsrisikos

verbrennungsfreier Alternativen interessant. Die im Jahr 2019 durchgeführte Umfrage des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) zeigt beispielsweise, dass 61 Prozent aller befragten Raucher:innen das Gesundheitsrisiko der E-Zigarette „gleich hoch“, „eher höher“ oder „viel höher“ einschätzten als das der Verbrennungszigarette. Lediglich 5 Prozent von ihnen schätzten das Gesundheitsrisiko der E-Zigarette als „viel niedriger“ ein.<sup>8</sup> Zu diesem Ergebnis kommen auch unabhängige Stellen wie die britische Gesundheitsbehörde Public Health England.<sup>9</sup>



6 McNeill et al., 2021.

7 Kotz et al., 2020.

8 BfR-Verbrauchermonitor 2019 | Spezial E-Zigaretten.

9 McNeill et al., 2018.



## Was hält Raucher:innen vom Rauchstopp ab?

Die am häufigsten genannten Barrieren für den Rauchstopp umfassen den Aspekt „Genuss des Rauchens“.

21 Prozent aller Raucher:innen, besonders ältere, „rauchen gerne“ und haben deswegen bisher nicht aufgehört. Die aktuell fehlende Motivation zum Rauchstopp („bin noch nicht bereit dazu“) nennen 19 Prozent der Raucher:innen, den Aspekt „Sucht“ nennen 15 Prozent. Ebenso berichten Raucher:innen von „Stress“ (13 Prozent) „Gewohnheiten“ (13 Prozent), „Geschmack“ (8 Prozent) oder „Raucher:innen im Umfeld“ (6 Prozent) als Hürden, welche bisher einen Rauchstopp verhindert haben.

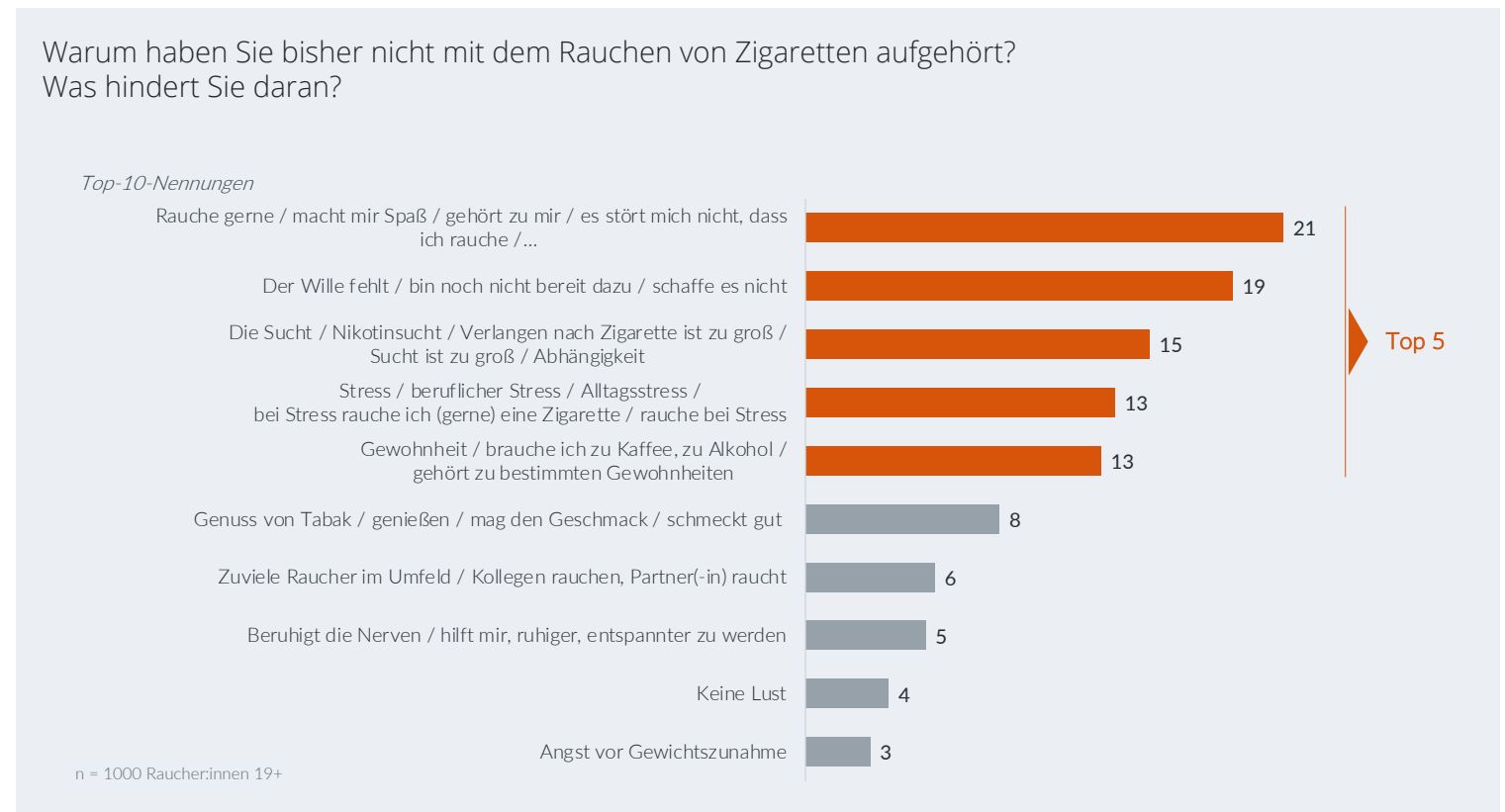


Abb. 4: Rauchstoppbarrieren

Betrachtet man die Rauchstoppbarrieren nach Rauchstoppmotivation, zeigt sich: Raucher:innen, die nicht mit dem Rauchen aufhören wollen, nennen die Barriere „Ich rauche gerne“ (62 Prozent) mit Abstand am häufigsten. Raucher:innen, die definitiv aufhören wollen, nennen diese Barriere hingegen nur zu 37 Prozent. Die Nennung von „Ich rauche gerne“ als Grund, nicht mit dem Rauchen aufhören zu wollen, ist auffällig präsent unter Raucher:innen mit dem geringsten Rauchstoppwunsch. Diese Barriere steht bezeichnend für eine Gruppe, die schwieriger für einen Rauchstopp zu gewinnen ist.

Die Ergebnisse zeigen, dass ein differenzierter Ansatz für den Umgang mit dem Rauchen notwendig ist. Bereits bestehende Maßnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums wie die Förderung der Raucherentwöhnung und die Verhinderung des Einstiegs in den Tabakkonsum sollten fortgesetzt werden. Für diejenigen Erwachsenen allerdings, die nicht komplett aufhören, können wissenschaftlich fundierte, verbrennungsfreie Alternativen eine viel bessere Wahl sein. Genau das ist das Prinzip der Schadensminderung beim Tabakkonsum, das insbesondere für diejenigen erwachsenen Raucher:innen relevant sein könnte, die Genussaspekte („gerne rauchen“) als Hindernis anführen und deshalb noch nicht mit dem Rauchen aufgehört haben.

Genussaspekte stellen für die 54 Prozent der Raucher:innen, die nicht mit dem Rauchen aufhören wollen, die am häufigsten genannte Barriere für den Rauchstopp dar.

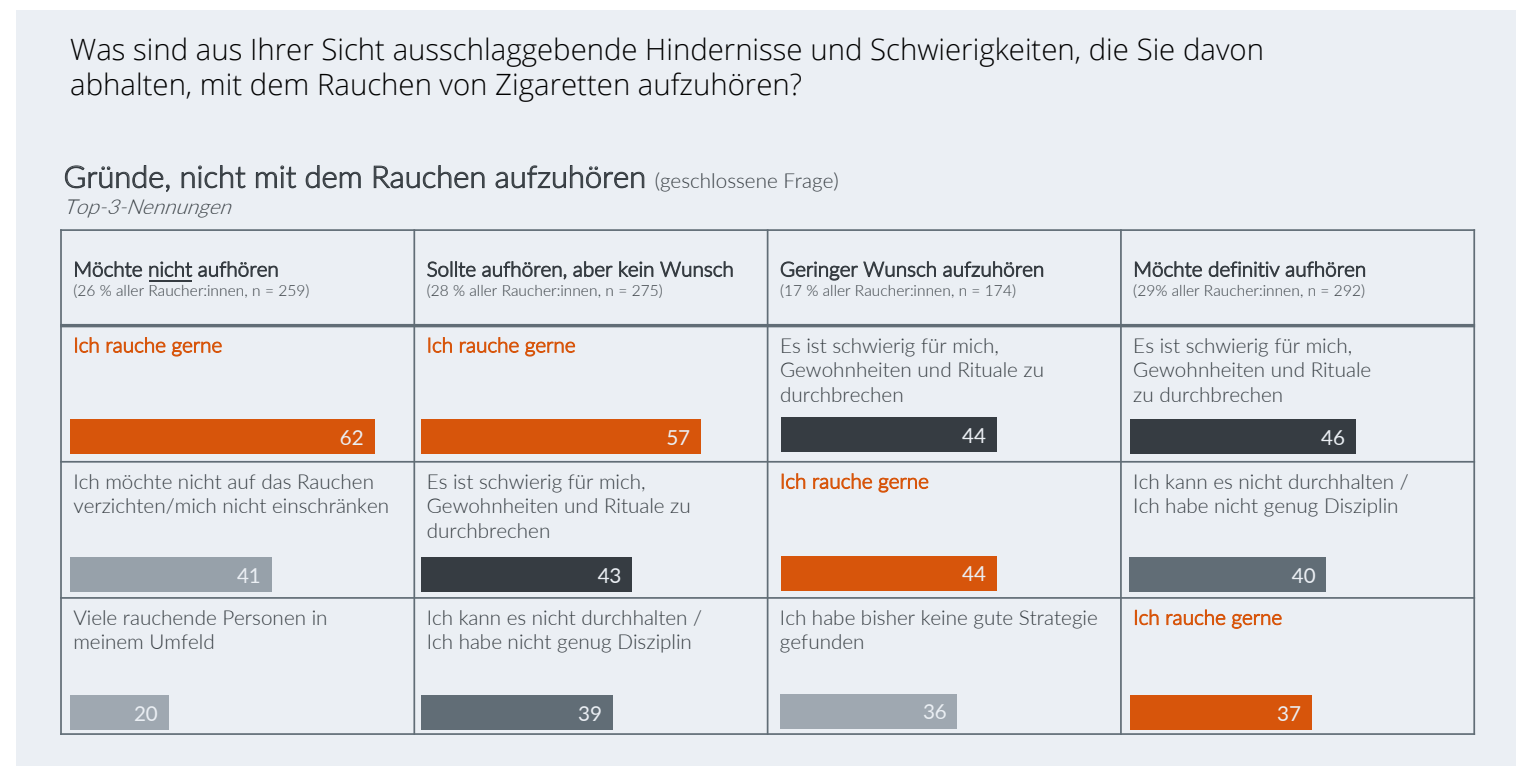


Abb. 5: Einfluss der Rauchstoppbarrieren auf die Rauchstoppmotivation

## Nikotinersatztherapien und Alternativen zur Verbrennungszigarette

Ein großer Anteil der Raucher:innen scheint gegenüber Hilfsmitteln zum Rauchstopp und Konsumalternativen skeptisch zu sein. Ganz aufzuhören ist immer die beste Option. In Apotheken erhältliche Medikamente, wie Nikotinersatzpräparate, unterstützen erwiesenermaßen den Rauchstopp<sup>10</sup>.

Die Daten zeigen jedoch, dass die meisten Raucher:innen weiterrauchen. Die wissenschaftliche Evidenz dazu, dass verbrennungsfreie Produkte wie E-Zigaretten<sup>11</sup> oder Tabakerhitze<sup>12</sup> signifikant schadstoffreduzierte Alternativen zum Weiterrauchen darstellen<sup>13</sup>, wächst. Diese Produkte sind nicht risikofrei, stellen aber weniger schädliche Alternativen für erwachsene Raucher:innen dar, die sonst weiterrauchen würden. Trotzdem bleiben Raucher:innen zum Großteil beim Konsum von Verbrennungszigaretten, die die mit Abstand schädlichste Form des Nikotinkonsums darstellen. Diese Raucher:innen zeigen wenig Motivation ihr Rauchverhalten in der näheren Zukunft zu ändern (Abb.1).

Die Studienteilnehmer:innen zeigen eine Offenheit gegenüber der E-Zigarette. 36 Prozent von ihnen haben es bereits probiert und würden es noch einmal tun.

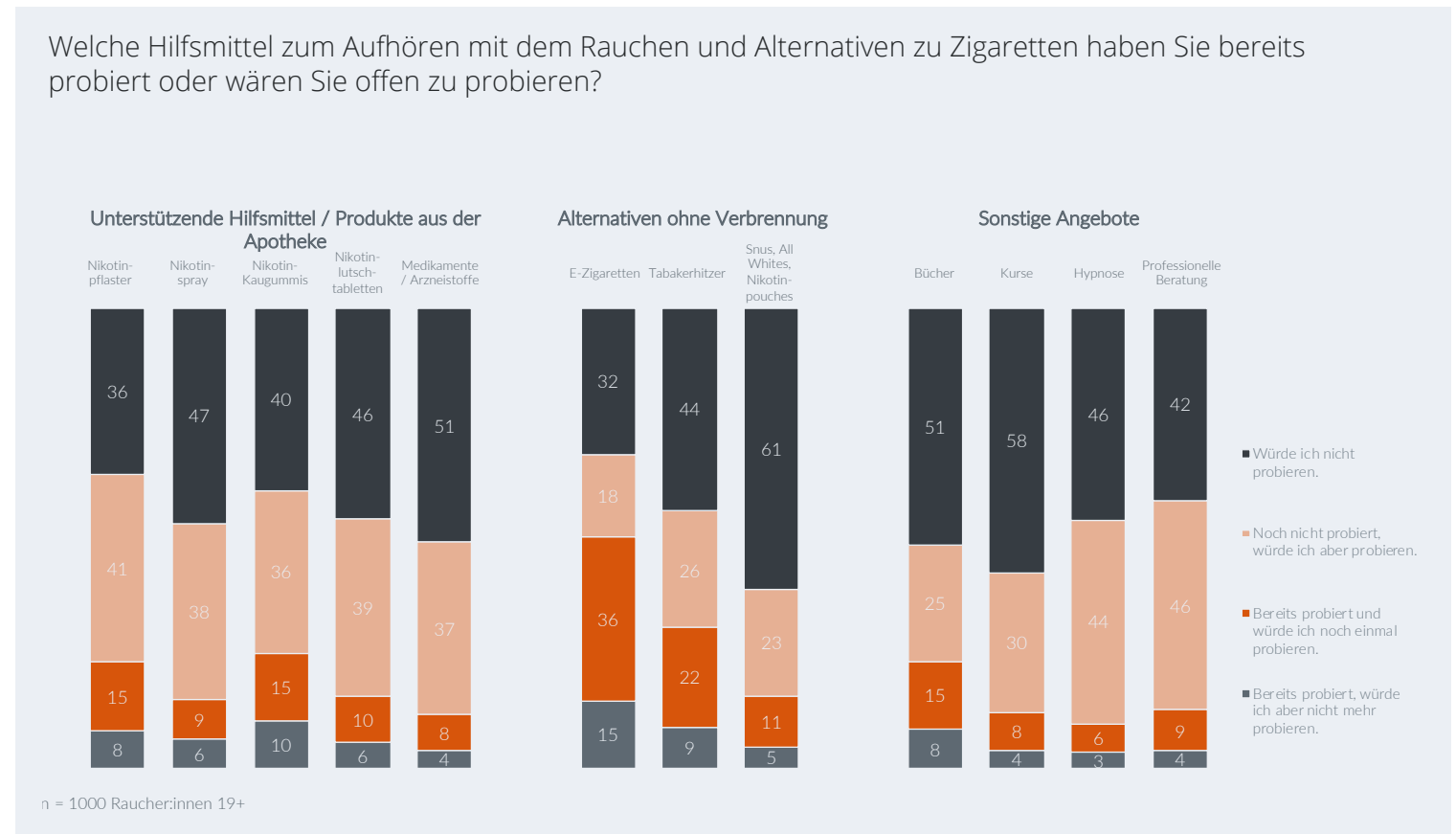


Abb. 6: Bewertung von Rauchstophhilfsmitteln sowie Alternativen zur Verbrennungszigarette

10 S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“, 2021.

11 McNeill et al., 2018.

12 Mallock et al., 2018.

13 Dusautoir et al., 2020.

## Falsche Einschätzung von Risiken durch Nikotinkonsum

Fast die Hälfte aller Raucher:innen (48 Prozent) hält Nikotin irrtümlicherweise für die Hauptursache rauchbedingter Krankheiten.

Nur wenige Raucher:innen greifen zu Rauchstopppräparaten und Alternativen zur Zigarette. Ursache dafür könnte die weitverbreitete Fehleinschätzung der relativen Schädlichkeit des Nikotins sein. Je nach Produkt geben zwischen 32 und 61 Prozent der Befragten an, dass sie dieses nicht probieren würden (Abb. 6, schwarze Balken).

Die vorliegende Studie zeigt, dass fast die Hälfte aller Raucher:innen (48 Prozent) Nikotin fälschlicherweise für die Hauptursache von Krankheiten halten, die durch das Rauchen von Zigaretten und Alternativprodukten verursacht werden. Lediglich 16 Prozent stimmen korrekterweise der Aussage zu: Nikotin ist nicht die Hauptursache der mit dem Rauchen assoziierten Krankheiten.

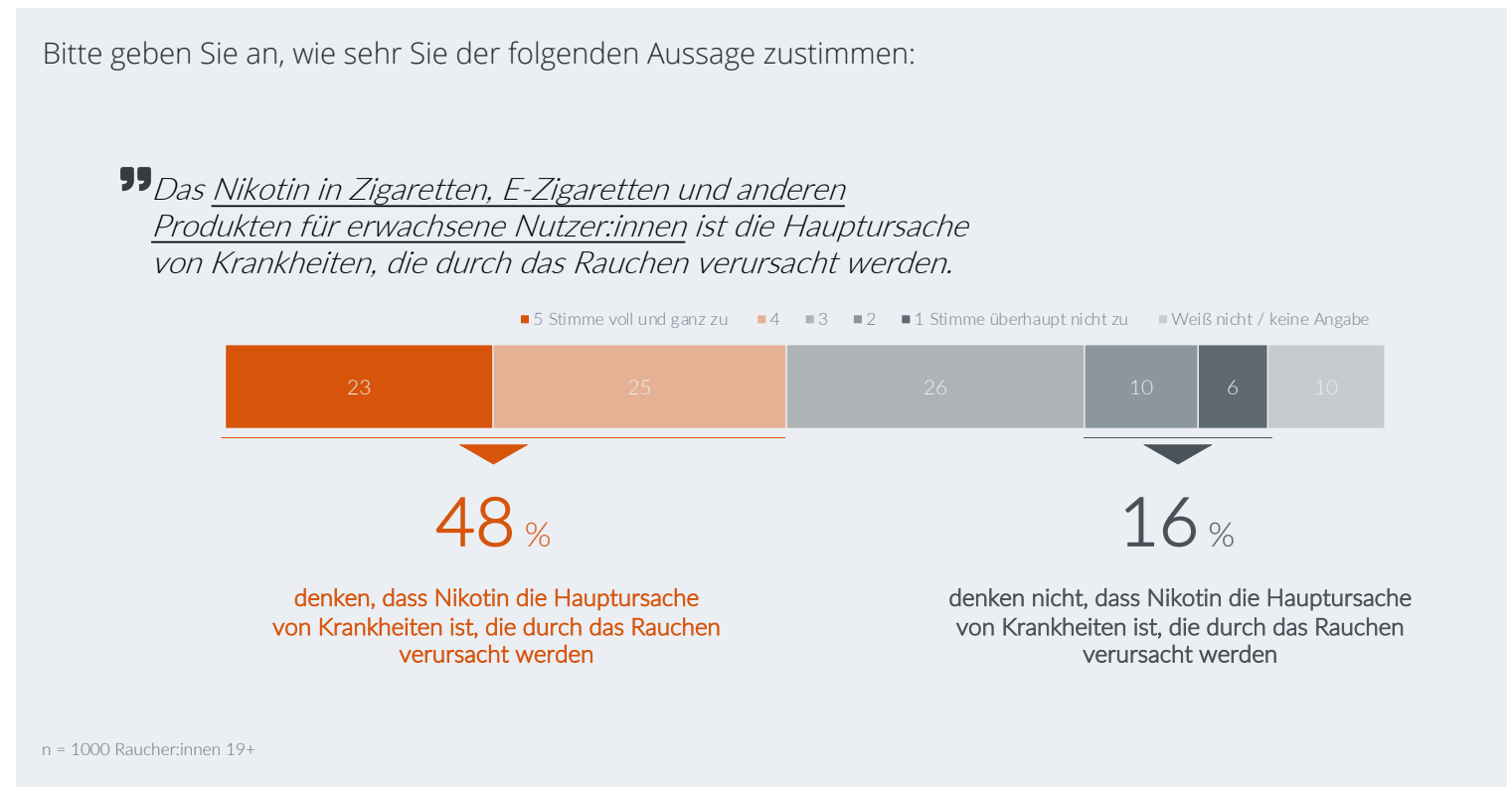


Abb. 7: Einschätzung der gesundheitlichen Auswirkungen von Nikotin

Nikotin macht süchtig und ist einer der Gründe zusammen mit Geschmack, Ritualen und sensorischen Erfahrungen, warum Raucher:innen regelmäßig zur Zigarette greifen. Es sind aber die Schadstoffe aus der Tabakverbrennung, die für die Schädlichkeit des Zigarettenrauchens primär verantwortlich sind<sup>14</sup>.

**Das bedeutet: 84 Prozent der Raucher:innen sind aktuell fehlinformiert über das relative gesundheitliche Risiko von Nikotin.**

Dies könnte eine Erklärung sein für die hohe Skepsis gegenüber nikotinhaltigen Hilfsmitteln zum Rauchstopp (z. B. Nikotinpflaster) und auch die Skepsis gegenüber schadstoffreduzierten Alternativen zur Verbrennungszigarette wie E-Zigaretten und Tabakerhitzer.

Ein ähnliches Ergebnis zeigte auch die bereits erwähnte Umfrage des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR), nach der 61 Prozent aller befragten Raucher:innen das Gesundheitsrisiko der E-Zigarette „gleich hoch“, „eher höher“ oder „viel höher“ einschätzten als das der Verbrennungszigarette<sup>15</sup>.

Insgesamt zeigen diese Ergebnisse ein hohes Maß an Fehlinformation zur relativen Schädlichkeit des Nikotins unter Raucher:innen. Studien legen nahe, dass diese Wahrnehmung als Barriere wirken könnte für die Nutzung nikotinhaltiger Rauchstopppräparate aus Apotheken<sup>16</sup>. Ähnliches beobachtet man auch für die Bereitschaft zur Nutzung von wissenschaftlich fundierten, schadstoffreduzierten Alternativen zur Schadensminderung<sup>17</sup> wie E-Zigaretten oder Tabakerhitzer.



14 McNeill et al., 2021.

15 BfR-Verbrauchermonitor 2019 | Spezial E-Zigaretten.

16 Mersha et al., 2020.

17 McNeill et al., 2018.

## Mögliche Rolle verbrennungsfreier Alternativen

„Ich rauche gerne“ ist die am häufigsten genannte Barriere für den Rauchstopp. Besonders oft wird dies unter den 54 Prozent der Raucher:innen genannt, die angeben, nicht mit dem Rauchen aufhören zu wollen.

Fast die Hälfte der Raucher:innen, die angeben, nicht mit dem Rauchen aufhören zu wollen, möchte ihren Zigarettenkonsum verringern. Zu dieser Gruppe gehören insgesamt 24 Prozent aller Befragten.

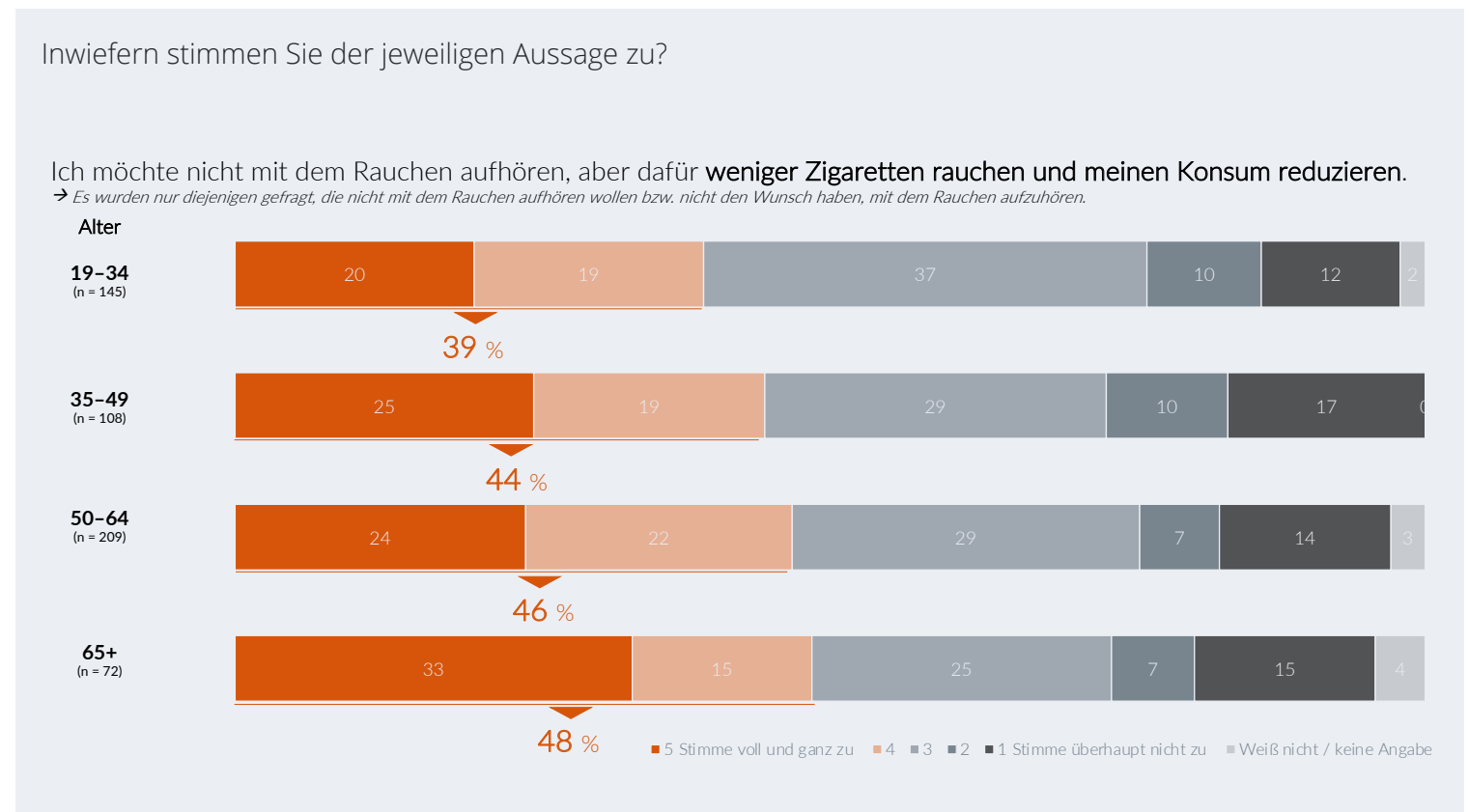


Abb. 8: Konsumreduktion statt Rauchstopp

Die Ablehnung des Rauchstopps bei gleichzeitigem Wunsch, weniger zu rauchen, beschreibt vor allem Raucher:innen mittleren und höheren Alters (Abb. 8). Gerade sie sind nur noch in sehr geringem Maße für einen Rauchstopp zu motivieren (Abb. 2).

Raucher:innen, die keinen Rauchstopp in Betracht ziehen und weiterräumen würden, könnten durch den Ansatz der Schadensminderung (*Harm Reduction*), also einem vollständigen Umstieg auf verbrennungsfreie Alternativen, ihre Exposition gegenüber Verbrennungsschadstoffen signifikant verringern.

**Nur circa 31 Prozent\* der befragten Raucher:innen fühlen sich über verbrennungsfreie Alternativen gut informiert.**

Von Ansätzen der Harm Reduction könnten jedoch jene Raucher:innen profitieren, die nicht mit dem Rauchen aufhören wollen. Gerade diese Gruppe ist allerdings besonders schlecht über verbrennungsfreie Konsumalternativen informiert.

Nur 34 bis 38 Prozent\* der Raucher:innen, die angeben, nicht mit dem Rauchen aufhören zu wollen, sind mit E-Zigaretten „sehr vertraut“ oder „ziemlich vertraut“. Für Raucher:innen, die konkret planen, das Zigarettenrauchen aufzuhören, liegt der Wert bei 54 Prozent.

Eine mögliche Konsequenz, die sich aus fehlenden Informationen zu verbrennungsfreien Alternativen bei Raucher:innen ergibt, ist: Sie rauchen weiterhin Zigarette – und greifen damit zur mit Abstand schädlichsten Form des Nikotinkonsums.



Positive Wirkung von Gesprächen mit Ärzt:innen auf Seite 16

## Gespräche mit Ärzt:innen

Gespräche mit Ärzt:innen über den Rauchstopp gehen mit einer erhöhten Rauchstoppmotivation der Raucher:innen einher (Abb. 9). Raucher:innen, die das Gespräch von sich aus suchen würden, sind in ihren Plänen deutlich konkreter (6 vs. 1 Prozent mit einem konkreten Rauchstopplan für den nächsten Monat) und geben weniger häufig an, gar nicht aufhören zu wollen (22 vs. 33 Prozent). Zudem weist diese Gruppe häufiger ernsthafte zurückliegende Rauchstoppversuche auf (44 vs. 26 Prozent). Ähnlich sieht es auch für von Ärzt:innen initiierte Gespräche aus: Raucher:innen sind in ihren Plänen konkreter (8 vs. 4 Prozent wollen in den nächsten drei Monaten aufhören) und einem Rauchstopp weniger abgeneigt (19 vs. 27 Prozent).

### Gespräch mit Ärzt:innen von Raucher:innen initiiert\*

- Wollen häufiger innerhalb des nächsten Monats aufhören (6 % vs. 1 %) und weniger häufig gar nicht aufhören (22 % vs. 33 %),
- Haben häufiger ernsthafte Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören, hinter sich (44 % vs. 26 %),
- Haben eine höhere Anzahl an Versuchen, mit dem Rauchen aufzuhören, hinter sich, sowohl innerhalb der letzten 12 Monate (1,4 vs. 0,8) als auch insgesamt (2,9 vs. 2,1).

### Gespräch von Ärzt:innen initiiert\*\*

- Wollen häufiger innerhalb der nächsten 3 Monate aufhören (8 % vs. 4 %) und weniger häufig gar nicht aufhören (19 % vs. 27 %),
- Haben häufiger ernsthafte Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören, hinter sich (45 % vs. 33 %),
- Haben eine höhere Anzahl an Versuchen, mit dem Rauchen aufzuhören, hinter sich, sowohl innerhalb der letzten 12 Monate (1,6 vs. 1,0) als auch insgesamt (3,2 vs. 2,3).

Abb. 9: Gespräche mit Ärzt:innen

Die Aussagen dieser Raucher:innen lassen vermuten, dass sie sich erst nach mehreren gescheiterten Rauchstoppversuchen und einer gestiegenen Sorge, erneut zu scheitern, an Ärzt:innen wenden oder von diesen angesprochen werden. Der positive Effekt des Gesprächs auf die Rauchstoppmotivation sollte beide Parteien zu möglichst frühzeitigen Gesprächen über den Rauchstopp ermutigen. Studien belegen allerdings, dass auch medizinisches Fachpersonal über die relative Schädlichkeit des Nikotins nur unzureichend informiert ist. So stimmten beispielsweise bis zu 85 Prozent der befragten US-amerikanischen Ärzt:innen der Aussage „stark“ zu, Nikotin sei direkt verantwortlich für Krebs. Dabei stuft die zur WHO gehörende International Agency for Research on Cancer (IARC) Nikotin nicht als krebserregend ein.<sup>18</sup>

\* Top-2-Box von Raucher:innen, die mit ihrem/ihrer Ärzt:in auf eigene Initiative sprechen (n = 350), verglichen mit Top-2-Box von Raucher:innen, die dieses Thema niemals zur Sprache bringen würden (n = 281).

\*\* Top-2-Box von Raucher:innen, die mit ihrem/ihrer Ärzt:in auf Initiative des/der Ärzt:in sprechen (n = 256) verglichen mit Top-2-Box von Raucher:innen, deren Ärzt:in dieses Thema niemals zur Sprache bringt (n = 429).



## Resümee

Die hier vorliegende Studie unter 1.000 Raucher:innen zu Motivationen und Barrieren für den Rauchstopp stellt eine der bisher größten ihrer Art in Deutschland dar. Die Ergebnisse liefern mögliche Erklärungen für die seit Jahren stagnierende Quote von Raucher:innen. Sie empfehlen außerdem Ansätze für zielgerichtete Maßnahmen für definierte Gruppen von Raucher:innen (z. B. das Konzept der Schadensminderung).

Der Mehrheit der Raucher:innen in Deutschland (54 Prozent) fehlt die Motivation für den Rauchstopp – sie wollen weiterrauchen (Abb. 1). Selbst jene 29 Prozent von ihnen, die unbedingt mit dem Rauchen aufhören möchten, sind in ihren Plänen selten konkret; nur 3 Prozent sind motiviert für einen Rauchstopp im nächsten Monat (Abb. 1). Besonders schwer für einen Rauchstopp zu motivieren sind Raucher:innen über 50 Jahre, sozioökonomisch schwächer gestellte Raucher:innen sowie entmutigte Raucher:innen. Diese Gruppen bedürfen offenbar zusätzlicher Maßnahmen.

Für den Rauchstopp nicht motivierte Raucher:innen zeichnen sich besonders dadurch aus, dass sie nicht auf das Rauchen verzichten und sich in ihrer Lebensweise einschränken wollen (Abb. 5). Dennoch möchten 45 Prozent von ihnen ihren Zigarettenkonsum reduzieren (Abb. 8).

Ganz auf Tabak und Nikotin zu verzichten, ist die beste Option. Für erwachsene Raucher:innen, die sonst weiterrauchen würden, könnte der vollständige Umstieg auf wissenschaftlich fundierte, verbrennungsfreie und dadurch schadstoffreduzierte Alternativen – wie E-Zigaretten oder Tabakerhitzer – eine viel bessere Wahl sein, als weiterzurauchen. Gleichzeitig sind rauchfreie Produkte nicht risikofrei und enthalten in der Regel Nikotin, das süchtig macht.

Allerdings halten 48 Prozent der Raucher:innen fälschlicherweise Nikotin für die Hauptursache rauchbedingter Krankheiten (siehe Abb. 7), was die bestehende Fehlwahrnehmung gegenüber Nikotin unterstreicht.

Die Ergebnisse der hier vorgestellten Studie legen nahe, dass der alleinige Appell zum Rauchstopp die Rauchstoppbarrieren aus der Lebenswirklichkeit vieler Raucher:innen nicht adressiert. Raucher:innen sind keine homogene Gruppe, und Barrieren für den Rauchstopp sind vielfältiger Natur. Zukünftige Maßnahmen zur Absenkung der Raucher:innenquote sollten diese Erkenntnisse berücksichtigen und bedürfen einer differenzierten Herangehensweise. Die Aufklärung von erwachsenen Raucher:innen sollte Fakten über die Ursachen der Schädlichkeit des Rauchens und die Rolle von Nikotin, zugelassenen Rauchstophilfen einerseits sowie verbrennungsfreie Konsumalternativen statt Weiterrauchen andererseits adressieren. Eine integrierte Strategie mit zielgruppengerechter Ansprache könnte besonders gefährdete und scheinbar wenig motivierte Raucher:innen wieder neu erreichen.

Ärzt:innen stellen die wichtigste Quelle gesundheitsrelevanter Informationen für Raucher:innen dar<sup>19</sup>.

Wie die vorliegenden Ergebnisse zeigen, korrelieren Gespräche mit Ärzt:innen und der Rauchstoppmotivation der Raucher:innen erheblich (Abb. 9). Würden Raucher:innen weiter Zigaretten rauchen, wäre der vollständige Umstieg auf schadstoffreduzierte Alternativen im Sinne einer möglichen Schadensminderung eine sinnvolle Ergänzung bestehender Maßnahmen.

Diesbezüglich belegen Umfragen allerdings, dass auch medizinisches Fachpersonal oft unzureichend über verbrennungsfreie Alternativen<sup>20</sup> sowie die Rolle des Nikotins<sup>21</sup> informiert ist. Die wissenschaftliche Aufklärung aller Akteur:innen im Gesundheitswesen sowie die Aufnahme von Konzepten – wie das der Schadensminderung (*Harm Reduction*) – könnte bestehende Maßnahmen ergänzen.

<sup>19</sup> Stiftung Gesundheitswissen, trendmonitor, Ausgabe 02, 2020.

<sup>20</sup> Risikoreduzierung für Raucher: Wissensstand und Informationswunsch bei Gesundheitsexperten in Deutschland, Philip Morris GmbH, 2021.

<sup>21</sup> Bover Manderski et al., 2021.

## Literaturverzeichnis

BfR-Verbrauchermonitor 2019 | Spezial E-Zigaretten, Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR).

Bover Manderski, M.T., Steinberg, M.B., Wackowski, O.A., Singh, B., Young, W.J., Delnevo, C.D. (2021). Persistent Misperceptions about Nicotine among US Physicians: Results from a Randomized Survey Experiment. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 7713. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147713>.

Dusautoir, R., Zarcone, G., Verrielle, M., Garçon, G., Fronval, I., Beauval, N., Allorge, D., Riffault, V., Locoge, N. and Lo-Guidice, J.-M. (2021). Comparison of the chemical composition of aerosols from heated tobacco products, electronic cigarettes and tobacco cigarettes and their toxic impacts on the human bronchial epithelial BEAS-2B cells. *Journal of Hazardous Materials*, 401, 123417. <https://doi.org/10.1016/j.jhazmat.2020.123417>.

Fortlaufende Deutsche Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA), Stand 12/2021. <https://www.debra-study.info/forschung>.

Kotz, D. (2021). Invited lecture: Smoking and smoking cessation in Germany: current data from the DEBRA Study; 138th Congress of the German Society of Surgery; online, Germany, 13 April 2021. <https://www.debra-study.info/forschung>.

Kotz, D., A. Batra and S. Kastaun: Smoking cessation attempts and common strategies employed: A Germany-wide representation survey conducted in 19 waves from 2016 to 2019 (the DEBRA Study) and analyzed by socioeconomic status; *Dtsch. Arztebl. Int.* 117 (2020) 7-13. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0007.

Kotz, D. and R. West (2009). Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding; *Tob. Control* 18, 43-46. DOI: 10.1136/tc.2008.025981.

Lebrun-Harris, L.A., Fiore, M.C., Tomoyasu, N., Ngo-Metzger, Q. (2015). Cigarette Smoking, Desire to Quit, and Tobacco-Related Counseling Among Patients at Adult Health Centers. *Am J Public Health*. Jan;105(1):180-188. DOI: 10.2105/AJPH.2013.301691.

Mallock, N., L. Böss, R. Burk, M. Danziger, T. Welsch, H. Hahn, H.L. Trieu, J. Hahn, E. Pieper, F. Henkler-Stephani, C. Hutzler and A. Luch (2018). Levels of selected analytes in the emissions of "heat not burn" tobacco products that are relevant to assess human health risks. *Archives of Toxicology* 92(6): 2145-2149. DOI: 10.1007/s00204-018-2215-y.

McNeill, A., Brose, L.S., Calder, R., Simonavicius, E. and Robson, D. (2021). Vaping in England: An evidence update including vaping for smoking cessation, February 2021: a report commissioned by Public Health England. London: PHE.

McNeill, A., Brose, L.S., Calder, R., Bauld, L. and Robson, D. (2018). Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018. A report commissioned by Public Health England. London: Public Health England. <https://www.gov.uk/government/publications/e-cigarettes-and-heated-tobacco-products-evidence-review/evidence-review-of-e-cigarettes-and-heated-tobacco-products-2018-executive-summary>.

Mersha, A.G., Gould, G.S., Bovill, M., Eftekhari, P. (2020). Barriers and Facilitators of Adherence to Nicotine Replacement Therapy: A Systematic Review and Analysis Using the Capability, Opportunity, Motivation, and Behaviour (COM-B) Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(23):8895. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238895>.

Potter, L.N., Lam, C.Y., Cinciripini, P.M., Wetter, D.W. (2021). Intersectionality and Smoking Cessation: Exploring Various Approaches for Understanding Health Inequities. *Nicotine Tob Res.* 2021 Jan 7;23(1):115-123. DOI: 10.1093/ntr/ntaa052.

Risikoreduzierung für Raucher: Wissensstand und Informationswunsch bei Gesundheitsexperten in Deutschland (Philip Morris GmbH, 2021). <https://pmi.berlin/files/risikoreduzierungfurrraucher.pdf>.

Royal College of Physicians: Nicotine without smoke: tobacco harm reduction; RCP, London (2016). Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction>.

S3-Leitlinie: Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung (19.01.2021), AWMF-Register Nr. 076-006. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-006l\\_S3\\_Rauchen-Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung\\_2021-03.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Rauchen-Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf).

Schaeffer, D., Berens, E.M., Vogt, D. (2017). Health literacy in the German population – results of a representative survey. *Dtsch. Arztebl. Int.*; 114: 53-60. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0053.

Stiftung Gesundheitswissen, trendmonitor, Der Monitor für aktuelles Gesundheitswissen | Ausgabe 02, Oktober 2020. [https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/pdf/2020\\_10\\_08\\_trendmonitor\\_Ausgabe2\\_Rauchen\\_vf\\_0.pdf](https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/pdf/2020_10_08_trendmonitor_Ausgabe2_Rauchen_vf_0.pdf).

## Hinweis

- Der beste Weg zur Reduzierung von mit dem Rauchen assoziierten Gesundheitsrisiken besteht darin, den Konsum von Tabak- und Nikotinprodukten einzustellen.
- Philip Morris GmbH betrachtet verbrennungsfreie Nikotin- und Tabakprodukte wie E-Zigaretten und Tabakerhitzer als potenziell weniger schädliche Konsumalternativen zum Zigarettenrauchen und nicht als Rauchstoppthérapien, deren Ziel es ist, den Tabak- und Nikotinkonsum langfristig komplett einzustellen.
- Auch verbrennungsfreie Konsumalternativen für Raucher:innen, wie E-Zigaretten und Tabakerhitzer, enthalten Nikotin, welches eine Abhängigkeit verursachen kann, und sind nicht schadstoff- oder risikofrei.

Weitere Informationen zum Thema Risikoreduzierung beim Rauchen und zu schadstoffreduzierten Produkten finden Sie unter [pmiscience.com](https://pmiscience.com).

Detaillierte Ergebnisse der von Philip Morris in Auftrag gegebenen Umfragen sind auf Anfrage ebenfalls verfügbar.

<https://pmi.berlin/was-wir-tun/risikoreduzierung-fur-raucher/>

Absender: Philip Morris GmbH

Die Datenerhebung erfolgte durch die Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) im Auftrag der Philip Morris GmbH.

## Ihr Ansprechpartner bei der Philip Morris GmbH



**Dr. Alexander (Sascha) Nussbaum**  
Head of Scientific & Medical Affairs  
Philip Morris GmbH  
Am Haag 14  
82166 Gräfelfing  
T: +49 89 7247 1988  
[Alexander.Nussbaum@pmi.com](mailto:Alexander.Nussbaum@pmi.com)

### Impressum

Philip Morris GmbH  
Am Haag 14  
82166 Gräfelfing  
[www.pmiscience.com/de](https://www.pmiscience.com/de)



PHILIP MORRIS  
GMBH



PMI SCIENCE  
PHILIP MORRIS INTERNATIONAL

Alle Rechte vorbehalten. Diese Broschüre ist einschließlich all ihrer Teile urheberrechtlich geschützt. Ohne ausdrückliche schriftliche Genehmigung der Philip Morris GmbH dürfen weder die Broschüre noch Teile davon in irgendeiner Form durch Fotokopie, Mikroverfilmung, Übertragung auf elektronische Datenträger, Übersetzung oder auf sonstige Weise vervielfältigt, verbreitet oder anderweitig verwertet werden.