

Aus dem
Institut und der Poliklinik für Arbeits- und Umweltmedizin
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Direktor: Prof. Dr.med. Dennis Nowak

In Kooperation mit dem
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
der Technischen Universität Dresden

und dem
Max-Planck-Institut für Psychiatrie München

Direktor: Prof. Dr. Dr. Holsboer

Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Epidemiologie

Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen

Dipl.Psych. Eva Hoch

Hausarztcharakteristika als Prädiktoren für die Erkennens- und Interventionsrate bei rauchenden Hausarztpatienten

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Julia Möhring

aus Tett nang

2007

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. D. Nowak

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. A. M. Möller-Leinkühler

Dekan: Prof. Dr. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 15.02.2007

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Die Problematik des Rauchens	1
1.1.1	Einführung	1
1.1.2	Die Epidemiologie des Rauchens	1
1.1.3	Das Suchtmittel Nikotin	2
1.1.4	Rauchen - eine Gefahr für die Gesundheit	3
1.1.5	Passivrauchen	4
1.1.6	Die Kosten des Rauchens	4
1.1.7	Positive Effekte des Rauchstopps	5
1.1.8	Möglichkeiten der Raucherentwöhnung	6
1.2	Der Hausarzt	7
1.2.1	Aufgaben des Hausarztes	7
1.2.2	Der Patient in Beziehung zu seinem Hausarzt	7
1.2.3	Die Rolle des Hausarztes bei der Raucherentwöhnung	8
1.2.4	Die Effektivität der Raucherentwöhnung	9
2	Zielsetzung	11
3	Methoden und Material	13
3.1	Studie und Design	13
3.2	Ablauf der Studie	14

3.2.1	Bestimmung und Rekrutierung einer für Deutschland repräsentativen Hausarztstichprobe	14
3.2.2	Erfassung von Hausarzt- und Praxischarakteristika (Vorstudie)	15
3.2.3	Stichtagsbefragung mittels eines Patienten- und eines Arztfragebogens	15
3.2.4	Interventionsstudie	16
3.3	Stichprobengewinnung und Ausschöpfungsrate	16
3.3.1	Ärzte	16
3.3.2	Patienten	18
3.3.3	Beschreibung des Arztkollektivs	18
3.3.4	Beschreibung des Patientenkollektivs	19
3.4	Messinstrumente	20
3.4.1	Praxiserhebungsbogen	20
3.4.2	Patientenfragebogen und Arztfragebogen	21
3.5	Statistik	21
3.5.1	Auswertung	21
4	Ergebnisse	23
4.1	Deskriptive Daten	23
4.2	Multiple logistische Modelle	25
4.2.1	Assoziation zwischen Arztmerkmalen und Erkennensrate	25

4.2.2	Assoziationen zwischen Arztmerkmalen und Interventionsrate	30
5	Diskussion und Schlussfolgerung	35
5.1	SNICAS – die Studie	35
5.2	Diskussion der Methode	35
5.2.1	Repräsentativität der Arztstichprobe	35
5.2.2	Repräsentativität der Patientenstichprobe	38
5.2.3	Erhebungsinstrumente	38
5.3	Diskussion der Ergebnisse	38
5.3.1	Interesse für das Thema Raucherentwöhnung	38
5.3.2	Die Erkennensrate	39
5.3.3	Der Einfluss von Arztmerkmalen auf die Erkennensrate	40
5.3.4	Die Interventionsrate	40
5.3.5	Der Einfluss von Arztmerkmalen auf die Interventionsrate	41
5.3.6	Schlussfolgerungen	42
6	Zusammenfassung	44
7	Anhang	46
7.1	Literaturverzeichnis	46
7.2	Abbildungsverzeichnis	49
7.3	Tabellenverzeichnis	50
7.4	Fragebögen	52

7.4.1	Praxisvorbogen	52
7.4.2	Arztfragebogen	60
7.4.3	Patientenfragebogen	61
7.5	Sonstiges	67
7.5.1	Internationale Kriterien für Nikotinabhängigkeit	67
7.6	Lebenslauf	68
8	Danksagung	69

1 Einleitung

1.1 Die Problematik des Rauchens

1.1.1 Einführung

Die WHO geht davon aus, dass der Tabakkonsum im Jahr 2030 jährlich mehr als 10 Millionen Menschen töten wird, das entspricht mehr Todesfällen als durch HIV, Tuberkulose, Geburtssterblichkeit, Verkehrsunfälle, Mord und Selbstmord zusammen. Damit wäre Tabakkonsum weltweit die führende Ursache für Krankheit und Tod (1). Ohne Zweifel stellt der Konsum von Tabak in Deutschland sowie weltweit ein gesundheitliches, aber auch ökonomisches Problem enormen Ausmaßes dar.

1.1.2 Die Epidemiologie des Rauchens

Deutschland

Die Mikrozensus-Befragung 2003 ergab, dass 33,2% der Männer und 22,1% der Frauen rauchten. Bezogen auf die Bevölkerung entspricht dies circa 16,7 Mio. aktuellen Rauchern (2). Der Bundesgesundheitsurvey 1998 zeigte, dass 37% der Männer und 28% der Frauen rauchen. In den Altersgruppen oberhalb des 18. Lebensjahres sind die Raucheranteile am höchsten: 49% der männlichen 18-24-Jährigen und 44% der weiblichen rauchen. Der mittlere Zigarettenkonsum je Raucher lag für Männer bei 20, für Frauen bei 16 Stück täglich. Das Alter zu Beginn des Rauchens lag bei 86% der Männer und 80% der Frauen unter 20 Jahren. Ein gravierendes Ergebnis der Auswertung war auch der enorme Anstieg des Raucheranteils bei Frauen in den neuen Bundesländern. Seit der vorangegangenen Survey-Erhebung stieg der Raucheranteil bei Frauen im Westen um knapp einen Prozentpunkt, im Osten dagegen um 8 Prozentpunkte (von 21 auf 29%)(3).

Weltweit

Die WHO schätzt, dass zum Ende des vergangenen Jahrhunderts 1,1 Milliarden Menschen weltweit Raucher waren, das entspricht 300 Millionen Rauchern in

Industrieländern und 800 Millionen in Entwicklungsländern. In Entwicklungsländern rauchten 48% der Männer und 7% der Frauen, in den Industrienationen dagegen rauchten 42% der Männer und 24% der Frauen (4).

1.1.3 Das Suchtmittel Nikotin

In den Gasen und Aerosolen des Tabakrauchs wurden mehrere tausend Substanzen gefunden. Der suchterzeugende Stoff im Rauch ist das Nikotin. Nikotin wird im Tabakrauch inhaliert und gelangt dann über die Alveolen in den Blutkreislauf. Innerhalb weniger Sekunden bindet das Nikotin an Rezeptoren des ZNS und löst dort die Ausschüttung verschiedener Neurotransmitter aus (z.B. Noradrenalin, Adrenalin, Dopamin, Vasopressin). Diese Stoffe haben zum Teil beruhigende, zum Teil anregende Wirkung.

Da das mesolimbisch-mesokortikale Dopaminsystem als eine Art physiologisches Belohnungssystem wirkt, führt der Konsum von Nikotin mit der Zeit zu einem intensiven Verlangen nach erneuter Stimulation (5).

Der U.S. Surgeon General hat seit Mitte der 60er Jahre immer wieder Berichte veröffentlicht, die den Zusammenhang zwischen Tabakkonsum und dem Entstehen von Krankheiten zeigen. Es konnte basierend auf Zusammenfassungen von Studien immer wieder gezeigt werden, dass Rauchen und andere Formen von Tabakkonsum suchterzeugend sind. Außerdem sind die pharmakologischen und verhaltenspsychologischen Prozesse, die zur Tabaksucht führen, denen ähnlich, die Heroin- oder Kokainsucht hervorrufen (6).

Sucht ist nach WHO ein Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, verursacht durch wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Substanz, der für das Individuum und die Gemeinschaft schädlich ist. Allerdings hat die WHO 1968 beschlossen, den unscharfen Begriff „Sucht“ (Addiction) durch „Abhängigkeit“ (Dependence) zu ersetzen.

Psychische Abhängigkeit ist definiert als übermächtiges, unwiderstehliches Verlangen, eine bestimmte Substanz/ Droge wieder einzunehmen (Lusterzeugung und/oder Unlustvermeidung). Physische Abhängigkeit ist charakterisiert durch

Toleranzentwicklung (Dosissteigerung) sowie das Auftreten von Entzugerscheinungen (7).

Sowohl die ICD-10* als auch das DSM-IV* führen die Nikotinabhängigkeit unter „Störungen durch psychotrope Stoffe“ auf (8;9).

Nikotinkonsum muss also, nach Definition der WHO und laut der Einteilung international anerkannter Klassifikationen, als Abhängigkeitserkrankung bezeichnet werden.

1.1.4 Rauchen - eine Gefahr für die Gesundheit

Das Risiko von Rauchern für eine Reihe von Krankheiten ist deutlich erhöht (Tabelle 1). Doll et al. konnten mit einer über 40 Jahre andauernden Beobachtung von britischen Ärzten zeigen, dass der regelmäßige Konsum von Tabak assoziiert ist mit einem erhöhten Risiko an folgenden Krankheiten zu sterben: Krebs der Mundhöhle, der Speiseröhre, des Rachens, des Kehlkopfes, der Lunge, des Pankreas und der Blase, chronisch-obstruktive Bronchitis und andere Erkrankungen des Respirationstraktes, Gefäßerkrankungen und Magengeschwüre. Außerdem wurde eine erhöhte Assoziation mit Leberzirrhose, Selbstmord und Vergiftungen registriert, was damit zusammenhängen könnte, dass Alkoholmissbrauch gehäuft mit Tabakkonsum einhergeht (10).

Die verbreitete Ansicht, dass nicht jeder Raucher an Lungenkrebs erkrankt, mag zwar zutreffen, aber Boyle et al. konnten 1995 zeigen, dass über 90% der Erkrankungen an Lungenkrebs einfach durch das Vermeiden von Tabakrauch zu verhindern wären (11). Des Weiteren ist das Risiko erhöht, an Herz-Kreislaufkrankungen wie koronare Herzkrankheit, Arteriosklerose, Aortenaneurysma, Schlaganfall (zerebrale Thrombose) zu erkranken bzw. zu sterben (12). Das Risiko steigt zusätzlich bei der Einnahme von oralen Kontrazeptiva (13).

Tabelle 1: Erhöhtes Risiko für folgende Erkrankungen (14)

* International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – 10. Revision

* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition

Krankheitskategorie	Attributables Risiko %
Lungenkrebs	89
COPD	73
Mundhöhlen-und Rachenkrebs	65
Kehlkopfkrebs	65
Koronare Herzerkrankungen	35
Atherosklerose	28
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	28

1.1.5 Passivrauchen

Als Passivrauchen wird das unfreiwillige Einatmen von Tabakrauch durch Nichtraucher bezeichnet.

Boffetta et al. konnten in einer 2002 veröffentlichten Metaanalyse zeigen, dass die Prävalenz für Passivrauchexposition von Erwachsenen bei 40% liegt (15).

Eine aktuelle Übersicht zu diesem Thema von Radon und Nowak zeigt, dass Passivrauch vermutlich die quantitativ bedeutsamste inhalative Noxe der Innenraumluft ist. Passivrauch erhöht die relativen Risiken für Bronchialkarzinome, koronare Herzkrankheit, Atemwegssymptome, Asthma und chronische Bronchitis (16).

1.1.6 Die Kosten des Rauchens

Die gesundheitsschädliche Wirkung des Rauchens bringt auch erhebliche ökonomische Schäden mit sich. Das konnte in mehreren Studien speziell für Deutschland, aber auch für andere Länder gezeigt werden.

Man unterscheidet direkte Kosten, die dadurch entstehen, dass an den Folgen des Rauchens erkrankte Patienten medizinisch versorgt werden müssen, von indirekten Kosten. Indirekte wirtschaftliche Auswirkungen entstehen durch Ausfall von Arbeitskraft durch Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung und vorzeitige Todesfälle.

Welte et al. konnten zeigen, dass in Deutschland im Jahr 1993 die wirtschaftliche Last, die durch das Rauchen verursacht wurde, 17,3 Milliarden Euro betrug. Davon entfielen 4,8 Milliarden auf die direkten Kosten und 12,5 Milliarden auf die indirekten Kosten (17).

Diese enorme finanzielle Belastung bestätigt eine Erhebung für das Jahr 1996, in der Ruff et al. zeigen konnten, dass die gesamten, in Verbindung mit dem Rauchen entstandenen Kosten sich auf 16,6 Milliarden Euro beliefen. Würden auch Verluste im Bereich der unbezahlten Arbeit (Haushalt, Betreuung von Angehörigen) mit eingerechnet, wären die Kosten noch erheblich höher (14).

Wie der Homepage der NFPA* zu entnehmen ist, sind durch Zigaretten, Zigarren und Ähnliches verursachte Brände die Hauptursache für Todesfälle durch Feuer in den USA. Im Jahr 1999 waren in den USA 167700 Brände in Verbindung mit Tabakkonsum registriert worden, die Folgen waren 807 Todesfälle, 2193 Verletzungen und 5591 Millionen Dollar Sachschaden (18).

1.1.7 Positive Effekte des Rauchstopps

Peto et al. konnten in einer im Jahr 2000 veröffentlichten Arbeit zeigen, dass das Aufgeben des Rauchens auch noch in höherem Lebensalter einen Nutzen bringt. Raucher, die ihren Tabakkonsum im mittleren Lebensalter aufgeben, können ihr Risiko an Lungenkrebs zu erkranken, stark reduzieren. Raucher, die noch früher (mit circa 30 Jahren) das Rauchen aufgeben, können ihr Risiko um über 90% minimieren (19).

Die American Cancer Society beschreibt die positiven Effekte des Rauchstopp wie folgt:

Zwanzig Minuten nach der letzten Zigarette fällt der Blutdruck auf den Wert, der etwa dem Wert vor der letzten Zigarette entspricht.

* National Fire Protection Association

Acht Stunden danach fällt der Kohlenmonoxidgehalt des Blutes auf einen Normalwert.

Zwei Wochen bis drei Monate nach dem Rauchstopp verbessert sich die Durchblutung; die ventilatorischen Kapazitäten erhöhen sich um bis zu 30%.

Ein bis neun Monate nach dem Rauchstopp verringern sich Husten, Müdigkeit und Kurzatmigkeit; das Flimmerepithel der Lunge gewinnt seine normale Funktionsfähigkeit zurück.

Ein Jahr nach dem Rauchstopp ist das Risiko für Erkrankungen der Koronargefäße nur noch halb so groß wie bei Rauchern.

Fünf bis fünfzehn Jahre nach dem Rauchstopp sinkt das Schlaganfallrisiko auf das eines Nichtraucherers.

Zehn Jahre nach dem Rauchstopp finden sich unter den Ex-Rauchern nur noch halb so viele Lungenkrebs-Todesfällen wie unter weiterhin Rauchenden.

Fünfzehn Jahre nach Rauchstopp entspricht das Risiko für Erkrankungen der Koronargefäße dem eines Nichtrauchers (20).

1.1.8 Möglichkeiten der Raucherentwöhnung

Die am weitesten verbreitete Methode mit dem Rauchen aufzuhören ist der Spontanentschluss. Im angloamerikanischen Sprachraum wird sie auch als „cold turkey“ bezeichnet; die Methode besteht darin, von einem Tag auf den anderen ohne Hilfe von Pharmaka oder unterstützender Verhaltenstherapie aufzuhören (21).

Die Nikotinersatzstofftherapie stellt eine alternative Nikotinquelle für den Raucher bereit und hilft einer Entzugssymptomatik vorzubeugen. An Darreichungsformen werden Kaugummi, Pflaster und Lutschtabletten angeboten.

Der Wirkstoff Bupropion in der „Anti-Raucher-Pille“ ist seit Jahren als Antidepressivum bekannt. Genauer handelt es sich um einen selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, der die Wiederaufnahme von Dopamin und Noradrenalin an der neuronalen Synapse hemmt.

Verhaltenstherapie und Beratung spielen ebenfalls eine Rolle in der Rauchentwöhnung.

Auch die Verknüpfung verschiedener Methoden wie Pharmakotherapie in Verbindung mit Verhaltenstherapie wird praktiziert (22). Zur Effektivität sei auch auf 1.2.4.; Tabelle 2 verwiesen.

1.2 Der Hausarzt

1.2.1 Aufgaben des Hausarztes

Zu den Hausärzten werden hier Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und niedergelassene Internisten gezählt. Da sich der größte Anteil aus Allgemeinärzten rekrutiert, folgt eine gekürzte Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.

Der Arbeitsbereich des Allgemeinmediziners beinhaltet die Grundversorgung aller Patienten im Bereich der Notfall-, Akut-, und Langzeitversorgung sowie Prävention und Rehabilitation. Allgemeinärzte sind darauf spezialisiert, als erste Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen.

Der Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin beinhaltet (23):

- Primärärztliche Filter- und Steuerfunktion
- Haus- und familienärztliche Funktion (Betreuung des Patienten im Kontext seines sozialen Umfelds)
- Gesundheitsbildungsfunktion
- Koordinations- und Integrationsfunktion

1.2.2 Der Patient in Beziehung zu seinem Hausarzt

Der Bundesgesundheitsurvey 1998 (24) hat gezeigt, dass den fast 68 000 Hausärzten in Deutschland eine Rolle als „gatekeeper“ im deutschen Gesundheitssystem zukommt. 90% der Bevölkerung hatten ihren Hausarzt im vergangenen Jahr mindestens einmal kontaktiert. Die durchschnittliche Frequenz der Arztbesuche betrug 2,4 pro Jahr.

1.2.3 Die Rolle des Hausarztes bei der Raucherentwöhnung

Keine andere Gruppe von Gesundheitsberufen, die die Möglichkeit hat Raucherentwöhnung anzubieten, hat einen so weit gestreuten Kontakt zu Rauchern und ein so hohes Potential, Rauchern zu helfen, Nichtraucher zu werden. Der Wunsch vieler Raucher aufzuhören und eine generell positive Einstellung zum Ratschlag des Arztes sollte mehr Ärzte motivieren, Raucherentwöhnung anzubieten (25).

Dem Hausarzt kommt eine Schlüsselposition in der Behandlung der Tabakabhängigkeit zu, und zwar u.a. aus folgenden Gründen (26):

- Detailliertes medizinisches Fachwissen
- Ruf als unabhängiger und fürsorgender Gesundheitsexperte
- Beratungsfunktion in Gesundheitsangelegenheiten
- Möglichkeit, Patienten individuell zu beraten
- Kontakte zu Entscheidungsträgern
- Gesellschaftliche Position als allgemein respektierte und finanziell unabhängige Persönlichkeiten

Fowler et al. (27) schätzen den Stellenwert der hausärztlichen Versorgung in der Raucherentwöhnung als sehr hoch ein. Die einzigartigen Möglichkeiten bestehen einmal in der vergleichsweise hohen Frequenz, mit der der Hausarzt aufgesucht wird, und in der speziellen Arzt-Patienten-Beziehung. Es wird davon ausgegangen, dass der den Arzt aufsuchende Patient besorgt um seine Gesundheit ist und in Erwartung von Gesundheitsratschlägen besonders empfänglich für diese ist.

Als weiteren Vorteil im primärärztlichen Setting ist die Möglichkeit zu sehen, den Rat zum Rauchstopp in weite Kreise der Bevölkerung zu tragen:

„Selbst eine Intervention mit geringer Erfolgsrate, die aber eine große Zahl von Betroffenen erreicht, hat einen größeren Einfluss auf die Bevölkerung als eine Intervention mit hoher Erfolgsrate, die aber nur einer kleinen Zahl von hochmotivierten Individuen vorbehalten ist (28).“

1.2.4 Die Effektivität der Rauchentwöhnung

Wie sich die verschiedenen Methoden der Rauchentwöhnung bezüglich ihrer Effektivität unterscheiden, konnte in einer umfangreichen Metaanalyse dargestellt werden (30),(Tabelle 2). Die Analyse beinhaltet 180 randomisierte, placebokontrollierte Interventionsstudien mit einer Follow-up-Untersuchung nach 6 Monaten. Den Ergebnissen ist zu entnehmen, dass jegliche Intervention eine Erhöhung der Abstinenzquote bewirkt. Bereits das Screening des Rauchstatus von ärztlicher Seite birgt einen Vorteil für die darauf folgenden Interventionsraten (65,6% vs. 38,5%). Die Abstinenzraten lassen sich bereits durch den ärztlichen Ratschlag bzw. durch eine kurze Beratung verbessern. Raucher, die den ärztlichen Ratschlag zur Rauchentwöhnung erhielten, erzielten signifikant höhere Abstinenzquoten (10,2%), als solche, die diesen Ratschlag nicht erhielten (7%). Auch eine zeitlich längere Dauer der Beratung hatte einen positiven Einfluß auf die Abstinenzquote. Verhaltenstherapeutische Intervention und pharmakologische Therapie gingen ebenfalls mit höheren Erfolgsraten als die jeweiligen Kontrollgruppen einher. Besonders die Kombination der beiden zuletzt genannten Methoden deutet auf optimale Ergebnisse in der Rauchentwöhnung hin.

Eine Studie von Milch et al. (28) zeigt ebenfalls, dass ein kurzer, vom Arzt verwendeter Fragebogen zur Beurteilung des Rauchstatus und der Aufhöbereitschaft, verglichen mit keiner Intervention, bereits zur besseren Rauchentwöhnung der Patienten beiträgt.

Tabelle 2: Metaanalytische Befunde zu Rauchentwöhnungstherapien (29)

Interventionsarten	Anzahl der Gruppen	Odds Ratio (95% KI)	Geschätzte Interventions- bzw. Erfolgsraten (95% KI)
Kein Screening des Rauchstatus	9	1,0	38,5
Screening des Rauchstatus	9	3,1 (2,2-4,2)	65,6 (58,3-72,6)
Kein ärztlicher Ratschlag zum Rauchstopp	9	1,0	7,0
Ärztlicher Ratschlag zum Rauchstopp	10	1,3 (1,1-1,6)	10,2 (8,5-12,0)
Beratung			
Kein Kontakt	30	1,0	10,9
Kontakt (<3 Minuten)	19	1,3 (1,0-1,6)	13,4 (10,9-16,1)
Beratung (3-10 Minuten)	16	1,6 (1,2-2,0)	16,0 (12,8-19,2)
Beratung (>10 Minuten)	55	2,3 (2,0-2,7)	22,1 (19,4-24,7)
Beratung und Verhaltenstherapie			
Keine Beratung / Verhaltenstherapie	35	1,0	11,2
Verhaltenstherapeutische Intervention	104	1,5 (1,3-2,8)	16,2 (14,0-18,5)
Pharmakologische Therapie			
Placebo	2	1,0	17,3
Bupropion SR	4	2,1 (1,5-3,0)	30,5 (23,2-37,8)
Placebo	16	1,0	17,1
Nikotinkaugummi	18	1,5 (1,3-1,8)	23,7 (20,6-26,7)
Placebo	28	1,0	10,0
Nikotinpflaster	32	1,9 (1,7-2,2)	17,7 (16,0-19,5)

2 Zielsetzung

Angesichts der enormen Verbreitung und der Risiken des Tabakkonsums ist es auffällig, dass sich trotz verfügbarer effektiver Behandlungsmöglichkeiten, Präventionsmaßnahmen und Aufklärungskampagnen nicht der wünschenswerte Rückgang der Prävalenzraten des Rauchens zeigt.

Der Hausarzt in seiner Rolle als Primärversorger scheint prädestiniert, Raucherentwöhnung in weiten Teilen der Bevölkerung zu etablieren. Es besteht allerdings ein Datenmangel über die Bereitschaft und Kompetenz von Hausärzten bei der Behandlung von Nikotinabhängigkeit in Deutschland.

Um Antworten auf diese Forschungsdefizite zu finden, wurde die epidemiologische Studie Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening (SNICAS) entwickelt, die Bestandteil des Suchtforschungsverbundes Allocating Substance Abuse Treatments to Patient Heterogeneity (ASAT) ist. Zielsetzung der SNICAS-Studie war es unter anderem, Informationen über die aktuelle Situation der Raucherentwöhnung in der hausärztlichen Versorgung zu gewinnen. SNICAS wurde von 2001-2003 am Max-Planck-Institut für Psychiatrie München und an der Technischen Universität Dresden durchgeführt und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) sowie GlaxoSmithKline finanziell gefördert. Die vorliegende Auswertung erfolgt als Gemeinschaftsprojekt zwischen dem Institut und der Poliklinik für Arbeits- und Umweltmedizin und den vorgenannten Partnern.

Die Voraussetzung für jegliche Intervention von Seiten des Hausarztes ist, dass der Hausarzt seinen rauchenden Patienten, als solchen erkennt. Daten, die im Rahmen von SNICAS erhoben wurden, zeigten, dass weder die Erkennensrate von Rauchern noch die Rate an Raucherentwöhnungen optimal sind. Es stellt sich also die Frage, was ursächlich für diese Zahlen sein könnte. Es wäre anzunehmen, dass sowohl Merkmale des Arztes als auch des Patienten eine Rolle spielen.

Basierend auf Daten der SNICAS-Studie beschäftigt sich die vorliegende Arbeit damit, inwieweit Merkmale des Hausarztes (z.B. ärztliche Spezialisierung, Einstellungen, Motivation, Erfahrung) assoziiert sind mit der Erkennensrate des

Rauchstatus eines Patienten bzw. der Interventionsrate eines Arztes. Es ist wichtig herauszufinden, was die Rate des Erkennens und der Rauchentwöhnungen beeinflusst, um eine Verbesserung des Screenings und der Behandlung von Rauchern in der Primärversorgung zu erreichen.

An dieser Stelle sei auf vier weitere Arbeiten, die auf Daten der SNICAS-Studie basieren, hingewiesen (voraussichtliches Erscheinungsdatum 2005/06): „Der Einfluss von Merkmalen des Patienten auf die ärztliche Erkennensrate von Rauchern“, Anna Almeida; „Das persönliche Rauchverhalten und die eigenen Aufhörstrategien deutscher Hausärzte“, Katja Köhler; „Prädiktoren für die Art der durchgeführten Rauchentwöhnungen bei rauchenden Hausarztpatienten in Deutschland“, Steffi Grassl; „Änderungsmotivation von rauchenden Hausarztpatienten“, Eva Hoch.

3 Methoden und Material

3.1 Studie und Design

SNICAS basierte auf einem zweistufigen epidemiologischen Studiendesign, an das sich in einer dritten Stufe eine klinische Interventionsstudie anschloss.

In einer bundesweiten Vorstudie (Stufe 1) mit allen teilnehmenden Studienärzten (n=813), ging es darum, Daten zu gewinnen, die verschiedene Aspekte von Hausarztpraxen genauer charakterisieren, u.a. Qualifikation, Praxismerkmale, Wissen und Einstellungen.

Stufe 2 bestand aus einer bundesweiten Stichtagserhebung an zufällig ausgewählten Hausarztpatienten (n=28707), wobei es darum ging, deren biosoziale Merkmale, Rauchverhalten, Abhängigkeit, Änderungsmotivation usw. zu registrieren.

Hier schloss sich eine dritte Stufe - eine klinische Interventionsstudie – an. Dieser letzte Teil bestand aus einer randomisierten Zuordnung von Patienten, die zum Rauchstopp bereit waren, zu einer von insgesamt vier vom Arzt angebotenen Raucherentwöhnungsoptionen. Er konzentrierte sich auf die Regionen Dresden und München (Abbildung 1).

In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, inwieweit Zusammenhänge zwischen den Daten bezüglich der Hausarztcharakteristika (Stufe 1) und den Daten zu Erkennens – und Interventionsraten (Stufe 2) bestehen.

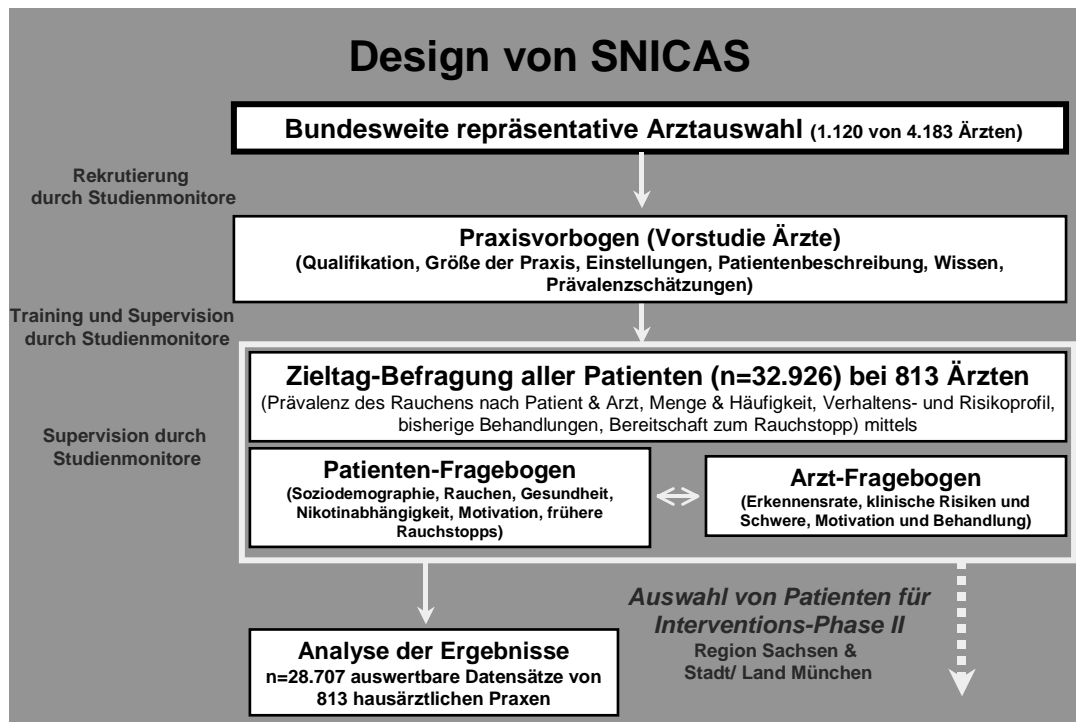


Abbildung 1: Studiendesign SNICAS

3.2 Ablauf der Studie

3.2.1 Bestimmung und Rekrutierung einer für Deutschland repräsentativen Hausarztstichprobe

Die Ärztstichprobe wurde im Jahr 2001 aus dem Ärztereister des Instituts für Medizinische Statistik (IMS) gezogen. Die Gruppe der Hausärzte in Deutschland besteht aus Allgemeinärzten, Praktischen Ärzten und Internisten (API-Ärzte). In dem so genannten IMS-Register waren im Jahr 2001 insgesamt 68583 API-Ärzte erfasst. Das IMS-Register gliedert alle Arztpraxen in 1060 regionale Einheiten (Segmente), die jeweils die entsprechende Anzahl von Arztpraxen in einem bestimmten geographischen Gebiet enthalten. Pharmaunternehmen organisieren das Einsatzgebiet ihrer Außendienste entsprechend der IMS-Segmentierung, deshalb sollten die Studienmonitore für SNICAS aus logistischen Gründen aus diesen Außendienstmitarbeitern rekrutiert werden. Es wurde eine Kooperation mit dem Pharmaunternehmen GlaxoSmithKline (Co-Förderer der SNICAS-Studie) aufgebaut. Die Rekrutierung der Ärzte wurde von den Studienmonitoren geleistet, die auch für weitere Betreuung und Motivierung der Ärzte verantwortlich waren.

Die Studienmonitore wurden in Workshops auf ihre Aufgabe vorbereitet und im Oktober 2001 begann der Rekrutierungsprozess. Hausärzte konnten an der Studie teilnehmen, wenn die Praxis am Stichtag geöffnet und der Arzt persönlich anwesend war. Die Auswahl eines Arztes wurde unabhängig von seinem Verschreibungsmuster und Engagement in der Raucherentwöhnung getroffen. Zwischen Oktober und November 2001 konnten 889 Primärärzte rekrutiert werden.

3.2.2 Erfassung von Hausarzt- und Praxischarakteristika (Vorstudie)

Die Ärzte, die zur Teilnahme bereit waren, erhielten einen Praxisvorbogen (3.4.1 und Anhang) und sollten diesen innerhalb von 14 Tagen an das Studienzentrum zurückschicken. 813 der 889 rekrutierten Ärzte füllte den Praxisvorbogen so vollständig aus, dass er in die statistische Auswertung einfließen konnte. Die Vorstudie an dieser bundesweiten Ärztestichprobe erlaubte eine umfassende Beschreibung der teilnehmenden Ärzte hinsichtlich ihres Hintergrunds zum Thema Raucherentwöhnung – Erfahrungen, Einstellungen und Engagement.

3.2.3 Stichtagsbefragung mittels eines Patienten- und eines Arztfragebogens

Ziel der Stichtagserhebung war ein fortlaufendes und unselektives Screening aller Patienten, die sich an einem bestimmten Tag in den Hausarztpraxen befanden. Als Erhebungsinstrumente dienten ein vom Patienten auszufüllender Fragebogen und ein anschließend vom Arzt ausgefüllter, kurzer klinischer Fragebogen (3.4.2 und Anhang).

Das Datum der Stichtagserhebung – Dienstag, 7. Mai 2002 – wurde sorgfältig ausgewählt. Es sollten möglichst in keinem Bundesland Schulferien sein. Der Dienstag erschien im Wochenverlauf der beste Tag zu sein, da andere Wochentage in der Allgemeinarztpraxis mehr durch Verwaltungsaufgaben, Weiterbildungsveranstaltungen, spezielle Dienste usw. geprägt sind. Im Idealfall bzw. soweit dies unter der hohen Belastung des Praxisalltags möglich war, sollten alle Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, angesprochen und zu einer Teilnahme an der Studie eingeladen werden. In den Interventionsgebieten sollten

alle rauchenden Patienten direkt auf die Möglichkeit zur Teilnahme an der Entwöhnungsstudie hingewiesen werden. Die Ärzte wurden gebeten, ihr übliches Einbestellungs-, Verschreibungs- und Therapieverhalten nicht zu ändern und eine systematische Vorauswahl von Patienten zu vermeiden (z.B. von rauchenden Patienten).

Ausschlusskriterien der Patienten

- Aus Gründen der Ethik und Validität wurden folgende Ausschlusskriterien angewandt:
- Alter unter 16 Jahren
- Deutliche Sprachschwierigkeiten
- Schwere kognitive (z.B. Demenz) oder sensomotorische Beeinträchtigungen (z.B. Brille vergessen)
- Notfälle, akutes Leiden (z.B. starke Schmerzen)
- Kein persönlicher Kontakt zum Arzt (z.B. Rezeptabholer)

3.2.4 Interventionsstudie

Die letzte Stufe von SNICAS bestand aus einer randomisierten Zuordnung von Patienten zu einer von insgesamt vier vom Arzt angebotenen Raucherentwöhnungsmethoden. Diese Komponente der Studie wurde ausschließlich an einer kleinen Teilstichprobe von Patienten in zwei Schwerpunktregionen durchgeführt (Dresden und München).

Auf diese Interventionskomponente wird im folgenden nicht genauer eingegangen, da sich die vorliegende Arbeit auf die erste Phase der Studie bezieht (Praxisvorfragebogen und Stichtagsbefragung).

3.3 Stichprobengewinnung und Ausschöpfungsrate

3.3.1 Ärzte

Stichprobengewinnung

Da aus organisatorischen Gründen Außendienstmitarbeiter von GlaxoSmithKline als Studienmonitore eingesetzt wurden, bestand die Gefahr eines systematischen

Fehlers. Dieser hätte entstehen können, wenn Ärzte, die den Studienmonitoren bekannt sind, sich in studienrelevanten Charakteristika von den unbekanntem Ärzten unterscheiden. Sie könnten z.B. generell ein größeres Interesse an Raucherentwöhnung haben. Um einen solchen Fehler zu vermeiden, wurde der Prozess der Stichprobengewinnung schrittweise durchgeführt.

Erste randomisierte Stichprobenziehung

Für jeden der 183 Studienmonitore wurden 20 Arztadressen aus einem Gebiet gezogen, bzw. 40 in den Interventionsgebieten München und Dresden. Man ging zwar davon aus, dass maximal 5 Ärzte von einem Studienmonitor betreut werden können, aber erwartungsgemäß war nur etwa die Hälfte der kontaktierten Ärzte zu einer Teilnahme bereit. Außerdem lassen sich durch größere Stichproben potentielle systematische Verzerrungen besser kontrollieren. Die erste randomisierte Nominierungsliste beinhaltete insgesamt 4300 Arztadressen. Diese Zahl reduzierte sich in der Anfangsphase auf insgesamt 3980 Adressen (5,8% der Hausärzte in Deutschland), weil einige Studienmonitore aus persönlichen Gründen ausfielen.

Stratifizierung

Die Studienmonitore mussten angeben, ob die Arztpraxen ihnen persönlich bekannt waren und bereits häufig besucht wurden. Das ermöglichte es die Stichprobe zu stratifizieren, und zwar in den Studienmonitoren bekannte und unbekannte Praxen.

Zweite randomisierte Stichprobenziehung mit Schichtung

Die Adresslisten wurden, stratifiziert nach Bekanntheit, von den Monitoren an das Studienzentrum zurückgeschickt. Dort wurden per Zufallsausfall aus jeder Liste fünf Ärzte ausgewählt, von denen nicht mehr als zwei den Studienmonitoren bekannt waren (die Primärliste). Die Monitore erhielten die Aufgabe, diese Ärzte zu kontaktieren und sie für die Studienteilnahme zu gewinnen. Falls diese Ärzte von der Primärliste die Teilnahme ablehnten, stand den Monitoren eine Zusatzliste mit weiteren fünf Ärzten zur Verfügung, von denen ihnen wiederum nur zwei bekannt waren. Dieses Vorgehen sollte gewährleisten, dass eine Rekrutierungsrate von mindestens 50% erreicht werden konnte. Als Ergebnis dieses schrittweisen

Verfahrens entstand eine Primärliste mit 1075 und eine Zusatzliste mit 1069 Arztadressen.

Ausschöpfungsrate

Von Oktober bis Dezember 2001 konnten bundesweit 422 Ärzte von der Primärliste rekrutiert werden. Im gesamten Bundesgebiet und in den Interventionsgebieten kamen noch 359 Ärzte von der Zusatzliste dazu. Die angestrebte Stichprobengröße von 1075 Ärzten konnte also nahezu erreicht werden (83%, n=889).

3.3.2 Patienten

Anhand der vom Arzt im Praxisvorbogen angegebenen Anzahl von Patienten pro Tag wurde erwartet, dass sich am Stichtag 64853 Patienten in den 889 teilnehmenden Praxen befinden. Von diesen erfüllten 54512 die Einschlusskriterien. Der Anteil an vollständig ausgefüllten Fragebögen lag im gesamten Bundesgebiet bei 52,8 %. Die meisten der nicht teilnehmenden Patienten konnten aus logistischen Gründen (n=21662, 39,9%) nicht auf die Teilnahme angesprochen werden. Andere Gründe waren Verweigerung der Teilnahme (n=970, 1,8%), unvollständige oder nicht eindeutig zuzuordnende Arzt- oder Patientenfragebögen (n=3073, 5,7%). Letztendlich standen 28707 vollständige Datensätze (je ein Patienten- und passender Arztbogen) zur Verfügung.

3.3.3 Beschreibung des Arztkollektivs

Anhand der folgenden Tabellen soll das Kollektiv der Ärzte genauer charakterisiert werden bzgl. der Lage der Praxis, der Fachrichtung und dem eigenen Rauchstatus. Die untersuchten Praxen waren relativ gleichmäßig verteilt in der Großstadt (38,6%), in der Kleinstadt (30,2%) und auf dem Land (31,2%) angesiedelt. Bezüglich der Fachrichtung stellten die Allgemeinärzte mit circa zwei Dritteln die größte Gruppe. Die Gruppe der aktuell rauchenden Ärzte liegt mit 12% deutlich unter dem Bevölkerungsdurchschnitt (3)(Tabelle 3-5).

Tabelle 3: Lage der Praxis

Lage der Praxis	n=862	%
Großstadt	333	38,6
Kleinstadt	260	30,2
Ländliche Gegend	269	31,2

Tabelle 4: Fachrichtung des Arztes

Fachrichtung	n=866	%
Praktischer Arzt	137	15,8
Allgemeinarzt	518	59,6
Internist	211	24,4

Tabelle 5: Rauchstatus des Arztes

Rauchstatus	n=872	%
Nie-Raucher	470	53,9
Ex-Raucher	284	32,6
Aktueller Raucher	105	12

Weniger als ein Viertel der Ärzte, die an der Studie teilgenommen hatten, waren internistisch tätig mit einem Schwerpunkt, der im Zusammenhang mit Rauchfolgeerkrankungen steht (Tabelle 6).

Tabelle 6: Schwerpunkt im Zusammenhang mit rauchbedingten Erkrankungen

Schwerpunkt	n=805	%
Pneumologie	96	11,9
Kardiologie	69	8,6
HNO	3	0,4
kein Schwerpunkt	637	79,1

3.3.4 Beschreibung des Patientenkollektivs

Es folgt die Beschreibung des Patientenkollektivs anhand der Verteilung von Alter, Geschlecht und Rauchstatus. Zwei Drittel der Patienten war zum Zeitpunkt der Erhebung älter als 45 Jahre. Etwas mehr Frauen als Männer füllten am Stichtag den

Patientenbogen aus. Der Anteil der Raucher unter den Patienten, die am Stichtag ihren Hausarzt konsultierten, lag bei cirka 57% (Tabelle 7-8).

Tabelle 7: Alter der Patienten

Alter	n=28707	%
16-35 Jahre	6927	24,1
36-44 Jahre	4791	16,7
45+ Jahre	16989	59,2

Tabelle 8: Geschlecht der Patienten

Geschlecht	n=28707	%
Männer	12167	42,4
Frauen	16540	57,6

Tabelle 9: Rauchstatus der Patienten

Rauchstatus	n=28707	%
Nie-Raucher	8199	28,6
Gelegenheitsraucher	4062	14,2
regelmäßiger Raucher	16446	57,3

3.4 Messinstrumente

3.4.1 Praxiserhebungsbogen

Mit Hilfe des Praxiserhebungsbogens (siehe Anhang) sollten die Praxis und der Hausarzt charakterisiert werden (besonders bezüglich der bestehenden Einstellungen zum Thema Rauchen und Raucherentwöhnung, sowie Kenntnissen beim Erkennen, Diagnostizieren und Behandeln von Rauchen und Nikotinabhängigkeit). Außerdem waren aktuelle und frühere Erfahrungen beim Anbieten und Durchführen von Raucherentwöhnungsinterventionen von Interesse. Es wurde auch die eigene Raucherbiographie des Arztes erfragt.

3.4.2 Patientenfragebogen und Arztfragebogen

Die Patienten- und Arztfragebögen (siehe Anhang) hatten die Aufgabe, das Patientenkollektiv zum Zeitpunkt der Stichtagserhebung einzuschätzen hinsichtlich:

- Punkt- und Lebenszeitprävalenzen von Rauchen und Nikotinabhängigkeit
- Biosozialen und klinischen Merkmalen, psychischen und physischen Beeinträchtigungen, Rauchverhalten, Art und Schwere von (tabak-assoziierten) Gesundheitsproblemen.
- Art und Anzahl von bisherigen Aufhörversuchen
- Problembewusstsein und Motivation zum Rauchstopp

3.5 Statistik

Zur Datenaufbereitung der SNICAS-Studie wurde das Statistikprogramm STATA verwendet (Version 7.0: Stata Corp., 2000). Es wurden logistische Regressionen mit den abhängigen Variablen („Erkennen des Rauchstatus“, „Interventionsrate“) und den unabhängigen Variablen („Lage der Praxis“, „Fachrichtung des Arztes“, „Rauchstatus des Arztes“, „Schwerpunkt im Zusammenhang mit rauchbedingten Erkrankungen“, „Eigeneinschätzung der Kenntnis der Internationalen Kriterien für Tabakabhängigkeit“, „Arzt hat vier richtige Kriterien angekreuzt“, „Eigeneinschätzung der Kompetenz beim Erkennen von Tabakabhängigkeit“, „Einschätzung der Wichtigkeit des Themas Raucherentwöhnung in der eigenen Praxis“, „Häufigkeit von Weiterbildungen zu Tabakabhängigkeit“, „Derzeitiges Angebot von Maßnahmen zur Raucherentwöhnung“) berechnet.

3.5.1 Auswertung

Zunächst erfolgte die Bestimmung der absoluten und relativen Häufigkeiten, hierfür wurden einfache Kreuztabulierungen verwendet. Anhand multipler logistischer Regressionsmodelle wurden dann die Odds Ratios für einen möglichen Zusammenhang zwischen der Erkennensrate von rauchenden Hausarztpatienten durch den behandelnden Arzt und Merkmalen von Seiten des Arztes (z.B. Lage der Praxis, Berufserfahrung, Interesse an Weiterbildung usw.) bestimmt. Das gleiche Vorgehen wurde gewählt, um eine Assoziation zwischen der Interventionsrate und

Merkmale des Hausarztes zu ermitteln. Ein p-Wert von kleiner 0,05 wurde als statistisch signifikant bezeichnet.

Theoretischer Hintergrund

Wenn p den Anteil der Individuen mit dem entsprechenden Merkmal beschreibt, dann ist $p-1$ der Anteil der Individuen, die dieses Merkmal nicht aufweist. Der Quotient aus Wahrscheinlichkeit und Gegenwahrscheinlichkeit $p/p-1$ heißt Odds (dt. „Chance“). Der Quotient aus den Odds in zwei Gruppen heißt Odds Ratio (OR). Es kann Werte von Null bis Unendlich annehmen. Ist die $OR=1$, so unterscheiden sich die zu vergleichenden Gruppen hinsichtlich des Risikos oder der Chance für das Auftreten eines Merkmals nicht. Ist die OR größer 1, so bedeutet das, dass das Risiko für eine Gruppe im Vergleich zur anderen Gruppe höher ist.

4 Ergebnisse

4.1 Deskriptive Daten

Im folgenden werden die Erkennensraten von Rauchern bzw. die Rate von versuchten Rauchentwöhnungen durch den Hausarzt an allen rauchenden Patienten, die am Stichtag eine der teilnehmenden Praxen besuchten, dargestellt. Außerdem werden die in der Vorstudie erhobenen Merkmale von Seiten des Arztes dargestellt, die später (siehe 4.2) auf Assoziationen mit der Erkennensrate bzw. mit der Rate von versuchten Rauchentwöhnungen überprüft werden.

Die Rate der Raucher, bei denen der Hausarzt Kenntnis über deren Suchtkrankheit hatte, betrug 70,3%. Bei gut jedem zehnten Raucher war in dessen Vergangenheit schon einmal ein Versuch zur Rauchentwöhnung unternommen worden.

Tabelle 10: Erkennensrate von rauchenden Hausarztpatienten (Arztfragebogen)

Patient als Raucher erkannt	n=8071	%
Ja	5672	70,3
Nein	2399	29,7

Tabelle 11: Rate von versuchten Rauchentwöhnungen (Arztfragebogen)

Bereits Rauchentwöhnung versucht	n=4944	%
Ja	568	11,4
Nein	4426	88,6

Auf eine Charakteristik des Arzt- bzw. Patientenkollektivs wurde bereits im Rahmen des Methodenteils eingegangen, im folgenden sollen die Einstellungen des Arztes bezüglich des Rauchens genauer beschrieben werden.

Der Arzt wurde im Praxiserhebungsbogen der Vorstudie gefragt, ob er die international gültigen Kriterien für Tabakabhängigkeit kennt (Tabelle 12). In der

darauffolgenden Frage wurde überprüft, ob der Arzt aus elf möglichen Kriterien vier aus sechs richtigen herausfinden kann (Tabelle 13).

Tabelle 12: Eigeneinschätzung der Kenntnis der Internationalen Kriterien für Tabakabhängigkeit (Praxiserhebungsbogen)

Kriterien bekannt	n=794	%
Nein	624	78,6
Ja	170	21,4

Tabelle 13: Arzt hat vier richtige Kriterien angekreuzt (Praxiserhebungsbogen)

Vier Richtige angekreuzt	n=797	%
Nein	577	72,4
Ja	220	27,6

60% der Ärzte schätzten ihre Kompetenz hinsichtlich des Erkennens von Tabakabhängigkeit als eher gut, 30% als eher schlecht ein (Tabelle 14). Fast 90% der befragten Ärzte befanden das Thema Raucherentwöhnung bei den Patienten ihrer Praxis als eher wichtig oder sehr wichtig (Tabelle 15).

Tabelle 14: Eigeneinschätzung der Kompetenz beim Erkennen von Tabakabhängigkeit (Praxiserhebungsbogen)

Kompetenz beim Erkennen	n=791	%
Sehr gut	60	7,6
Eher gut	474	59,9
Eher schlecht	246	31,1
Sehr schlecht	11	1,4

Tabelle 15: Einschätzung der Wichtigkeit des Themas Raucherentwöhnung in der eigenen Praxis (Praxiserhebungsbogen)

Wichtigkeit	n=805	%
Völlig unwichtig	4	0,5
Eher unwichtig	81	10
Eher wichtig	482	59,9
Sehr wichtig	238	29,6

70% der Ärzte verneinten die Frage, ob sie in den letzten 12 Monaten Weiterbildungsveranstaltungen zum Thema „Erkennen und Behandeln von Tabakabhängigkeit“ besucht haben (Tabelle 16). Ebenfalls 70% gaben an, zur Zeit keine Maßnahmen zur Raucherentwöhnung im Rahmen des IGEL-Katalogs (Individuelle Gesundheitsleistung) anzubieten (Tabelle 17).

Tabelle 16: Häufigkeit von Weiterbildungen zu Tabakabhängigkeit (Praxiserhebungsbogen)

Weiterbildungen besucht	n=807	%
Keine	565	70
1	115	14,3
2	87	10,8
3+	40	5

Tabelle 17: Derzeitiges Angebot von Maßnahmen zur Raucherentwöhnung (Praxiserhebungsbogen)

Raucherentwöhnung IGEL	n=811	%
Nein	576	71
Ja	235	29

4.2 Multiple logistische Modelle

4.2.1 Assoziation zwischen Arztmerkmalen und Erkennensrate

Die unter 4.1 dargestellten Merkmale von Seiten des Arztes, die mit Hilfe des Praxiserhebungsbogens erhoben wurden, wurden in multiple logistische Modelle integriert. So konnte das Maß ihrer Assoziation mit der Erkennensrate und der Rate

an versuchten Rauchentwöhnungen überprüft werden. Für die im folgenden dargestellten Diagramme wurde bewusst eine Skala von 50-100% gewählt, da sich keiner der erhobenen Werte unter 50% befand.

Genauere Charakteristik der Praxis

Die Lage der Praxis, ein Schwerpunkt in einem Fachgebiet (Kardiologie, Pneumologie, HNO) sowie die Länge der Berufserfahrung hatten keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Erkennensrate (Tabelle 18-21).

Tabelle 18: Erkennensrate und Lage der Praxis

Raucher wurde als solcher erkannt	Großstadt n=2826	Kleinstadt n=2140	ländliche Gegend n=7360
Ja	71,4%	67,8%	70,6%
Nein	28,6%	32,2%	29,4%

Tabelle 19: Erkennensrate und Schwerpunkt

Raucher wurde als solcher erkannt	Schwerpunkt n=1702	Kein Schwerpunkt N=5643
Ja	70,4%	70%
Nein	29,6%	30%

Tabelle 20: Erkennensrate und Länge der Berufserfahrung

Raucher wurde als solcher erkannt	Über 6 J. n=1246	Über 10 J. n=3920	Über 20 J. n=1205
Ja	70,4%	71,1%	68,6%
Nein	29,6%	28,9%	31,4%

Es zeigte sich allerdings, dass die Fachrichtung des Arztes eine Rolle spielt – Allgemeinärzte erzielten eine signifikant niedrigere Erkennensrate als Internisten (68,2% vs. 74%; OR=0,75; Conf.Int.: 0,62-0,92; p=0,006)(Abbildung 2).

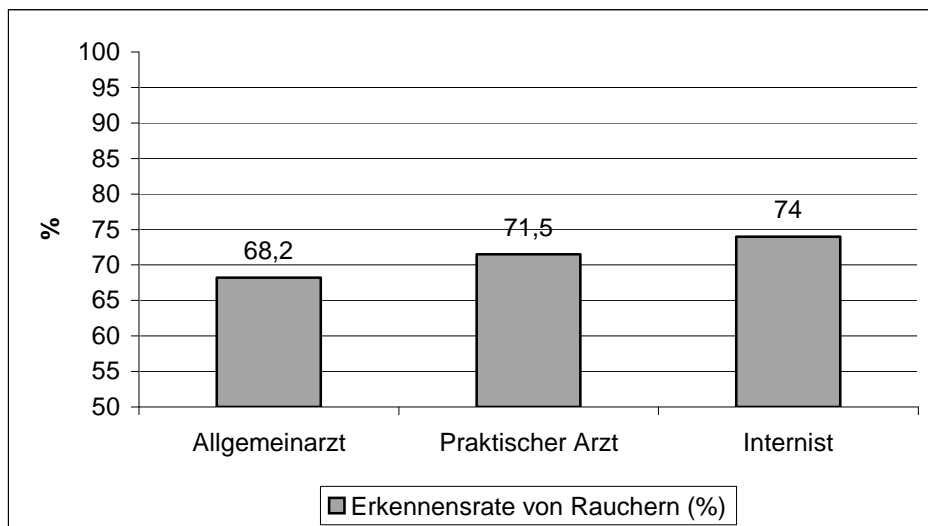


Abbildung 2: Erkennensrate in Abhängigkeit von der Facharzttrichtung

Interesse für das Thema Rauchen, Tabakabhängigkeit und Entwöhnung

Bei dem oben (siehe 4.1) beschriebenen Vorgehen zur Überprüfung der Kenntnis der internationalen Kriterien für Tabakabhängigkeit (siehe Anhang), zeigten sich in den verschiedenen Gruppen statistisch signifikante Assoziationen mit der Erkennensrate. Die Ärzte, denen die Kriterien nicht bekannt waren (69,3%) erzielten signifikant schlechtere Erkennensraten als die Gruppe der Ärzte, die angab die Kriterien zu kennen. Das gilt sowohl für die, die in einem Wissenstest in der Vorstudie auch tatsächlich die Kriterien richtig benannten (76,2% vs. 69,3%; OR=0,62; Conf.Int.:0,41-0,94; p=0,024) als auch für die, die sich irrten (74,5% vs. 69,3%; OR=0,77; Conf.Int.:0,62-0,97; p=0,026)(Abbildung 3).

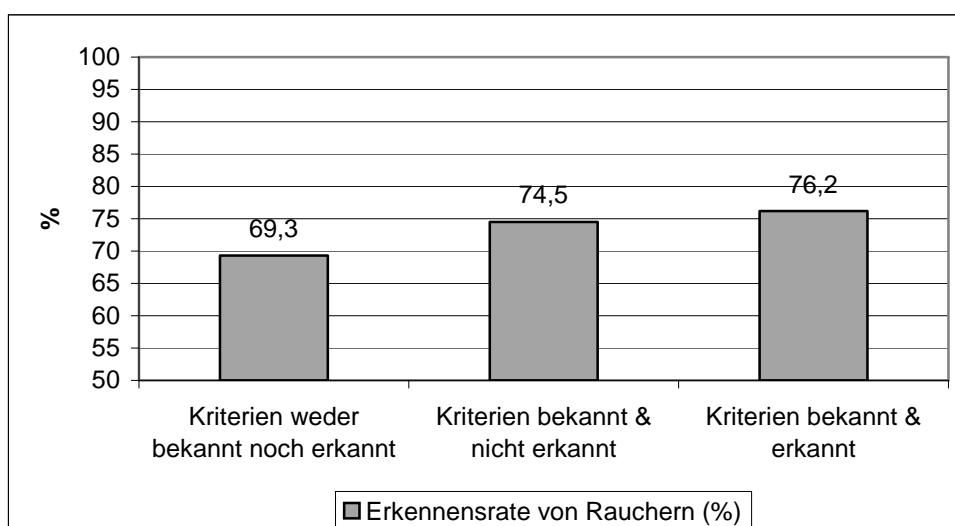


Abbildung 3: Erkennensrate in Abhängigkeit von der Kenntnis der Kriterien von Tabakabhängigkeit

Ebenfalls signifikant niedriger war die Erkennensrate bei den Ärzten, die ihre eigene Kompetenz bzgl. des Erkennens von Rauchern als schlecht einschätzten (67.7% vs. 71,6%; OR=0,83; Conf.Int.:0,7-1; p=0,039) (Abbildung 4) und die Raucherentwöhnung bei den Patienten ihrer Praxis als unwichtig einstufen (64.4% vs. 73,2%; OR=0,66; Conf.Int.:0,5-0,89; p=0,006) (Abbildung 5).

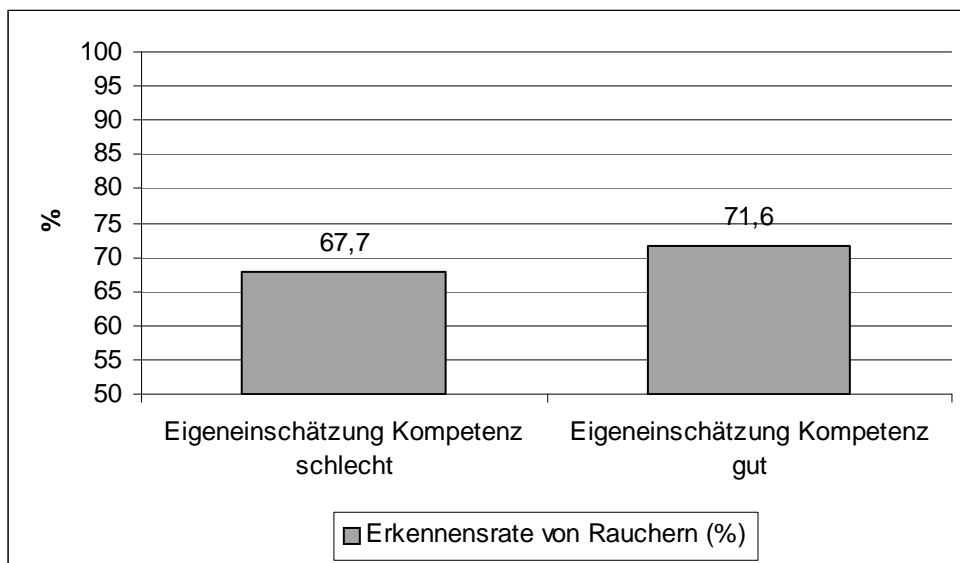


Abbildung 4: Erkennensrate in Abhängigkeit von der Einschätzung der eigenen Kompetenz bzgl. Rauchererkennung

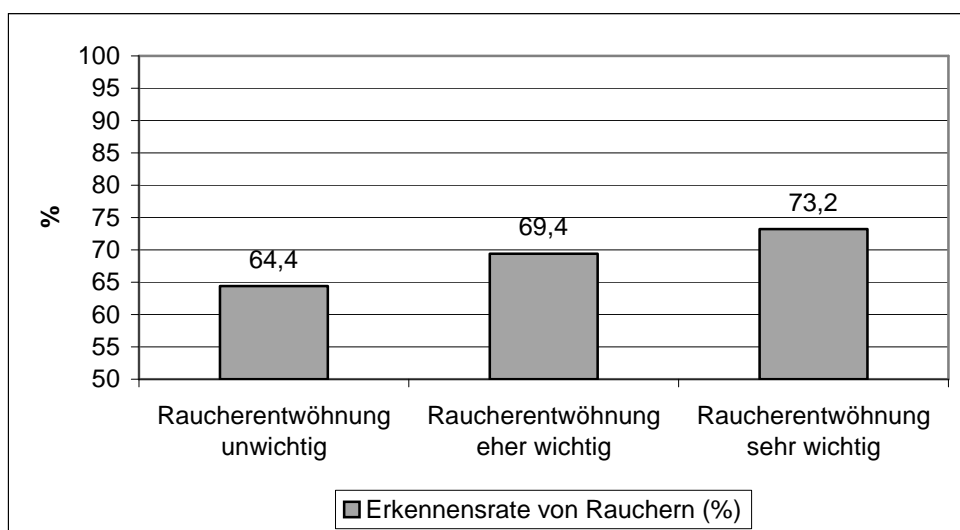


Abbildung 5: Erkennensrate in Abhängigkeit von der Einschätzung der Wichtigkeit von Raucherentwöhnung

Besuchen von Weiterbildungsveranstaltungen zum Thema Tabakabhängigkeit in den letzten 12 Monaten war nicht mit signifikant höheren Erkennensraten assoziiert, verglichen mit der Gruppe derer, die keine Weiterbildungen besucht hatten (70,9% vs. 69,5%; OR=0,94; Conf.Int.:0,79-1,1; p=0,46) (Tabelle 21). Die Ärzte, deren Weiterbildungen Übungskomponenten enthielten, hatten tendenziell bessere Erkennensraten, als die, die keine Übungskomponenten hatten (73,2% vs. 70,9%).

Die Ärzte, die aktuell Maßnahmen zur Raucherentwöhnung im Rahmen des IGEL-Katalogs anboten, erzielten keine bessere Erkennensrate, als ihre Kollegen, die keine anboten (69% vs. 70,4%; OR=0,75; Conf.Int.:0,89-1,28; p=0,49) (Tabelle 22).

Tabelle 21: Erkennensrate und Besuch von Weiterbildungen (WB)

Raucher wurde als solcher erkannt	Keine besucht n=4731	WB WB besucht n=2612
Ja	69,5%	70,9%
Nein	30,5%	29,1%

Tabelle 22: Erkennensrate und Angebot von Raucherentwöhnung als IGEL-Leistung

Raucher wurde als solcher erkannt	RE als IGEL n=2158	keine RE als IGEL n=5218
Ja	69,1%	70,4%
Nein	30,9%	29,6%

Eigener Rauchstatus des Arztes

Die eigene Raucherbiographie des Arztes hatte keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Erkennensrate. Tendenzuell waren die Ex-Raucher etwas besser im Erkennen als ihre aktuell rauchenden Kollegen (71% vs.69,7%; OR=0,88; Conf.Int.: 0,7-1,09; p=0,23)(Tabelle 23).

Tabelle 23: Einfluss des Rauchstatus des Arztes auf die Erkennensrate

Raucher wurde als solcher erkannt	Ex-Raucher n=2312	Nie-Raucher n=3968	Aktuelle Raucher n=944
Ja	71%	70,3%	69,7
Nein	29%	29,7%	30,3

4.2.2 Assoziationen zwischen Arztmerkmalen und Interventionsrate

Im Arztbogen wurde erfasst, ob bei einem rauchenden Patienten bereits eine Rauchentwöhnung durch den Hausarzt versucht wurde. Im folgenden wird analysiert, inwieweit Arztmerkmale Einfluss auf die Interventionsraten haben. Für die im folgenden dargestellten Diagramme wurde bewusst eine Skala von 0-30% gewählt, da sich keiner der erhobenen Werte über 30% befand.

Allgemeine Merkmale des Arztes

Die Lage der Praxis in der Stadt oder auf dem Land, die Fachrichtung des Arztes und die Dauer seiner Berufserfahrung haben keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Rate der bereits versuchten Rauchentwöhnungen (Tabelle 24-26). Ärzte mit Schwerpunkt im Zusammenhang mit rauchbedingten Erkrankungen (Kardiologie, Pneumologie, HNO) haben signifikant häufiger eine Rauchentwöhnung versucht, als ihre Kollegen aus anderen Fachgebieten. Allerdings sind die Pneumologen die einzige Gruppe, bei der sich, im Vergleich zu Ärzten ohne Schwerpunkt, ein statistisch signifikanter Unterschied zeigt (15,6% vs. 11,5%; OR=1,42; Conf.Int.: 1,04-1,94; p=0,026 (Tabelle 27).

Tabelle 24: Interventionsraten und Lage der Praxis

Rauchentwöhnung versucht	Großstadt n=3518	Kleinstadt n=2658	ländliche Gegend n=3040
Ja	12,4%	12%	11,7%
Nein	87,6%	88%	88,3%

Tabelle 25: Interventionsraten und Fachgebiet

Rauchentwöhnung versucht	Praktischer Arzt n=1659	Allgemeinarzt n=5606	Internist n=1930
Ja	11,3%	11,8%	13,4%
Nein	88,7%	88,2%	86,6%

Tabelle 26: Interventionsraten und Länge der Berufserfahrung

Rauchentwöhnung versucht	Berufserfahrung über 6 Jahre n=1545	Berufserfahrung über 10 Jahre n=4918	Berufserfahrung über 20 Jahre n=1517
Ja	12,7%	12,2%	12%
Nein	87,3%	87,8%	88%

Tabelle 27: Interventionsraten und Einfluss des Schwerpunkts

Rauchentwöhnung bereits versucht	Schwerpunkt Kardiologie n=711	Schwerpunkt Pneumologie n=1119	Schwerpunkt HNO n=25	Kein Schwerpunkt n=7057
Ja	13,9%	15,6%	12%	11,5%
Nein	86,1%	84,4%	88%	89%

Interesse für das Thema Rauchen, Tabakabhängigkeit und Entwöhnung

Es hatte keinen Einfluss auf die Rate der bereits versuchten Rauchentwöhnungen, ob der Arzt grundsätzlich Raucherentwöhnung im Rahmen des IGEL-Katalogs anbietet oder nicht (11,4% vs. 12,3%; OR=0,92; Conf.Int.: 0,72-1,18; p=0,518) (Tabelle 28).

Tabelle 28: Interventionsraten und Angebot von Raucherentwöhnung als IGEL-Leistung

Rauchentwöhnung versucht	keine RE als IGEL	RE als IGEL
-----------------------------	-------------------	-------------

	n=6389	n=2846
Ja	12,3%	11,5%
Nein	87,7%	88,5%

Die Ärzte, die angaben, die Internationalen Kriterien für Tabakabhängigkeit zu kennen, hatten eine signifikant höhere Rate an bereits versuchten Rauchentwöhnungen (15,6% vs. 10,9%; OR=1,52; Conf.Int.: 1,16-2; p=0,003). Dasselbe gilt für die, die Weiterbildungen zum Thema Rauchen besucht hatten (mit oder ohne Übungskomponente) (16,9% vs. 10,6%; OR=1,43; Conf.Int.: 1,14-1,8; p=0,002), die ihre eigene Kompetenz bzgl. Erkennen von Tabakabhängigkeit als gut einschätzten (13,8% vs. 8,9%; OR=1,65; Conf.Int.: 1,33-2,04; p=0,000) und die, die die Raucherentwöhnung für ein wichtiges Thema hielten (16,6% vs. 6%; OR=3,14; Conf.Int.: 2,19-4,52; p=0,000) (Abbildung. 6-9).

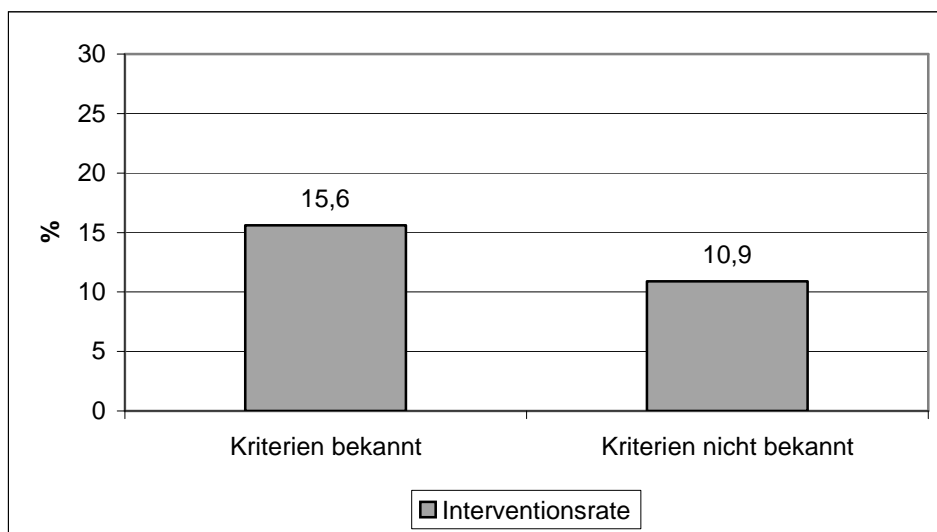


Abbildung. 6: Interventionsraten in Abhängigkeit von der Eigeneinschätzung der Kenntnis der Kriterien für Tabakabhängigkeit

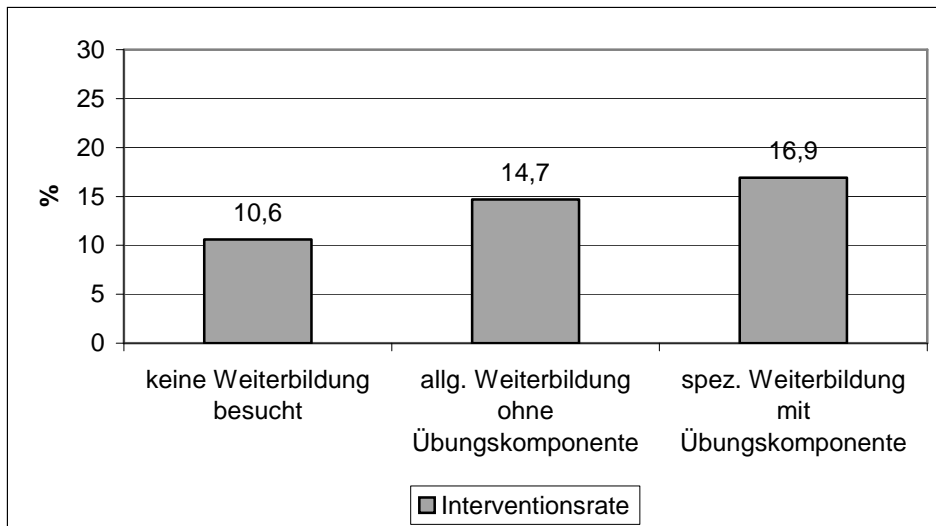


Abbildung 7: Interventionsraten in Abhängigkeit vom Besuchen von Weiterbildungen

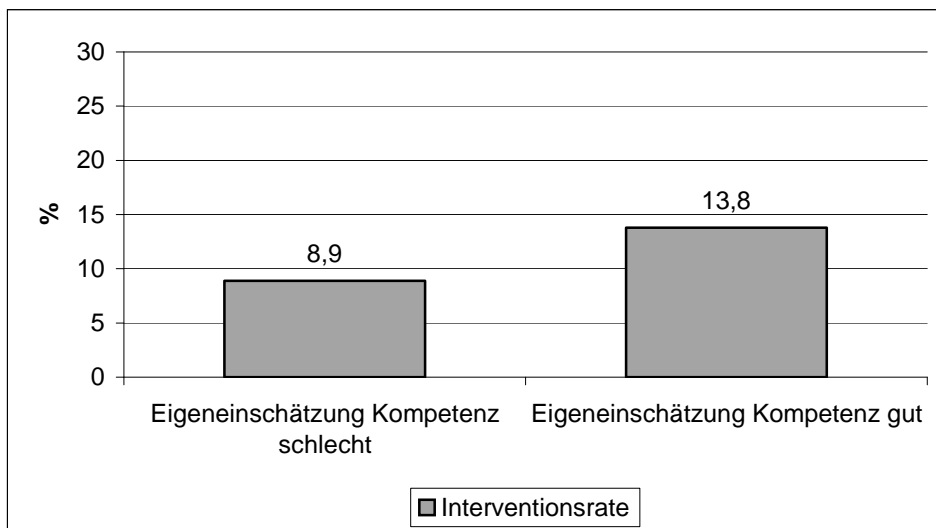


Abbildung 8: Interventionsraten in Abhängigkeit von der Einschätzung der eigenen Kompetenz

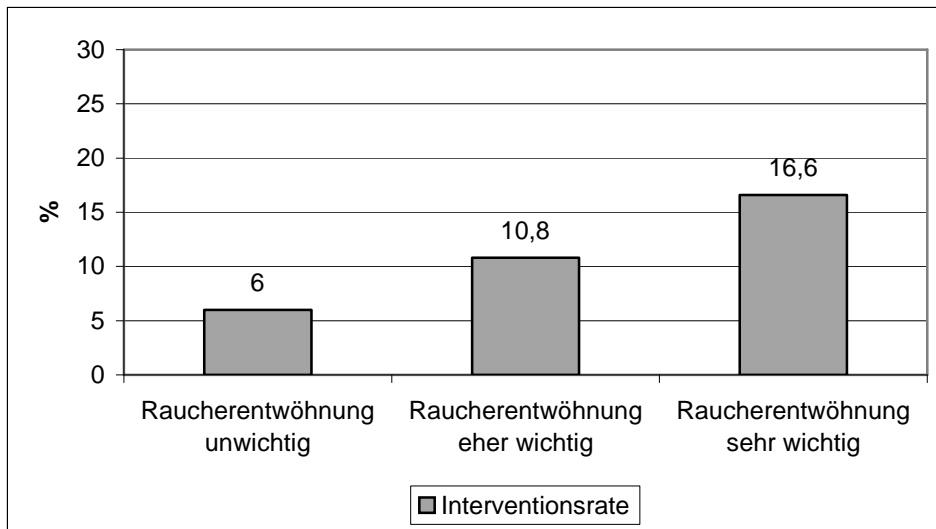


Abbildung 9: Interventionsraten in Abhängigkeit von der Einschätzung der Wichtigkeit von Raucherentwöhnung

5 Diskussion und Schlussfolgerung

5.1 SNICAS – die Studie

Das Anliegen der SNICAS-Studie bestand darin, Daten zu Bedarf, Motivationslage und Durchführbarkeit von Raucherentwöhnung in der Primärversorgung zu erheben. Daten in dieser Größenordnung waren bisher weder auf nationaler noch auf internationaler Ebene verfügbar. Um ein breites Spektrum an Fragestellungen abdecken zu können, wurde ein komplexes, epidemiologisches Zweistufendesign angewendet. SNICAS analysiert ausführlich, wie gut Hausärzte rauchende Patienten erkennen und mit welcher Häufigkeit Raucherentwöhnungstherapien angeboten werden.

5.2 Diskussion der Methode

5.2.1 Repräsentativität der Arztstichprobe

Zuerst soll geklärt werden, inwieweit die Rekrutierung einer bundesweiten, repräsentativen Hausarztstichprobe gelungen ist. Für die Stichprobenziehung wurde das regelmäßig aktualisierte Bundesärzteregeister genutzt. Es enthält nach regionalen Segmenten geclusterte Adressen von API-Ärzten (Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Internisten). Dieses System dient auch als Organisationsgrundlage für den Außendienst von fast allen deutschen Pharmaunternehmen. Diese Lösung war insofern praktikabel, als GlaxoSmithKline als Co-Förderer der Studie seine Außendienstmitarbeiter für die Feldarbeit zur Verfügung stellen konnte. GSK ist Hersteller des Bupropion mit der Indikation zur Tabakentwöhnung. Um die sich hieraus ergebende Gefahr eines systematischen Fehlers zu vermeiden, wurden in der Feldphase mehrere Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt. Die theoretisch optimale Strategie der Ziehung einer bundesweiten Zufallsstichprobe war wegen zeitlicher, finanzieller und logistischer Restriktionen nicht möglich.

Insgesamt ist beachtlich, dass, trotz des hohen zeitlichen Aufwands durch die Studie für die Ärzte, mehr als 83% zu einer Teilnahme an der Studie bereit waren. Bleibt die Frage, ob die Stichprobe für alle deutschen Hausärzte repräsentativ war. Es bestand die Gefahr, dass teilnehmende Ärzte grundsätzlich motivierter waren, sich mit dem

Thema Raucherentwöhnung in der Allgemeinarztpraxis auseinander zu setzen. Die folgenden Hinweise lassen jedoch vermuten, dass diese Annahme unwahrscheinlich ist. Aus der Gruppe der Ärzte, die nicht teilnehmen konnten, hatten fast ein Drittel organisatorische Gründe dafür (z.B. Praxis am Stichtag geschlossen, Gemeinschaftspraxis). Außerdem ergaben sich im Vergleich von SNICAS-Ärzten und Ärzten des Bundesregisters keine auffallenden Unterschiede hinsichtlich geographischer Verteilung und fachlicher Ausrichtung (30).

Tabelle 29: Geographische Verteilung von SNICAS – Ärzten und API – Ärzten

	API-Ärzte		in SNICAS		SNICAS	
	n	%	n	%	n	%
Deutschland						
(Vergleichs-			Ausgangsstichprobe		Tatsächliche	
population des IMS-			(Vorstudie)		Stichprobe	
Registers)			(n=1.075)		(Stichtagserhebung)	
					(n=889)	
Bayern	12.388	18,1	203	18,9	152	17,5
Baden-	8.797	12,8	103	9,6	86	9,9
Württemberg						
Hessen	5.314	7,7	48	4,5	43	4,9
Saarland	997	1,5	3	0,3	2	0,2
Rheinland-	3.485	5,1	42	3,9	40	4,6
Pfalz						
NRW	13.579	19,8	217	20,2	179	20,6
Niedersachsen	6.360	9,3	95	8,8	71	8,2
Schleswig-	2.407	3,5	14	1,3	9	1,0
Holstein						
Bremen	544	0,8	4	0,4	2	0,2
Hamburg	1.579	2,3	16	1,5	8	0,9
Berlin	2.691	3,9	51	4,7	44	5,1
Sachsen*	3.369	4,9	120	11,2	105	12,1
Sachsen-	1.870	2,7	37	3,4	33	3,8
Anhalt						
Mecklenburg-	1.434	2,1	38	3,5	27	3,1
Vorpommern						
Thüringen	1.926	2,8	13	1,2	9	1,0
Brandenburg	1.843	2,7	71	6,6	64	7,4
Total	68.583	100,0	1.075	100,0	871	100,0

Es ist also anzunehmen, dass die bundesweite Stichprobe als repräsentativ für die Gesamtstichprobe der deutschen Hausärzte erachtet werden kann.

5.2.2 Repräsentativität der Patientenstichprobe

Wahrscheinlich führte die Ausschöpfungsrate von 52,8% nicht zu einer verringerten Repräsentativität der Patientenstichprobe. Auch ein gravierender systematischer Bias lässt sich höchstwahrscheinlich ausschließen. Dafür spricht, dass nur ein äußerst geringer Teil der Patienten die Teilnahme verweigerte (2%), der Großteil der Patienten, die nicht teilnahmen, konnten das aus logistischen Problemen der Arztpraxen nicht tun. Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung (z.T. mehr als 60 Patienten/Tag) wurden entgegen der Planung bedauerlicherweise letztlich doch nicht alle Patienten auf eine Teilnahme angesprochen.

Es zeigte sich kein Unterschied zwischen den Patientenmerkmalen in Praxen mit geringerer und höherer Ausschöpfung. Das spricht gegen die Hypothese, dass die Ärzte eine systematische Auswahl von Patienten mit spezifischen Merkmalen vornahmen (30).

5.2.3 Erhebungsinstrumente

Es wurden zwar fast 6% der Patienten- und Arztbögen unvollständig ausgefüllt und konnten deshalb nicht ausgewertet werden, aber insgesamt wurden die Instrumente von Ärzten und Patienten positiv aufgenommen. Diese positive Resonanz kann darauf zurückgeführt werden, dass überwiegend Skalen, Fragen und Items verwendet wurden, die bereits in anderen Studien auf ihre Akzeptanz und Durchführbarkeit getestet worden waren. Allerdings wurden, außer dem CIDI-Modul für Nikotinabhängigkeit, dem Fagerström-Fragebogen und einigen Faktoren zur Beurteilung von Motivationsstufen, weder die Einzelitems noch der Gesamtfragebogen auf ihre Reliabilität und Validität untersucht.

5.3 Diskussion der Ergebnisse

5.3.1 Interesse für das Thema Raucherentwöhnung

Die in der vorliegenden Arbeit ausgewerteten Daten geben Hinweise darauf, inwieweit das Bewusstsein deutscher Hausärzte für das Thema Raucherentwöhnung in ihrer Praxis als gut einzuschätzen ist.

Immerhin schätzten zwei Drittel der Ärzte das Thema Raucherentwöhnung in ihrer Praxis als eher wichtig ein, aber nur ein Drittel als sehr wichtig. Mehr als die Hälfte der Ärzte sah die eigene Kompetenz bezüglich des Erkennens von Rauchern als eher gut an (60%), allerdings war nur ein Fünftel der Meinung die Internationalen Kriterien für Nikotinabhängigkeit zu kennen. Das Fehlen dieser Kenntnisse schließt das Erkennen von Tabakabhängigkeit nicht aus. Würde aber der Grad der Abhängigkeit mit standardisierten Fragen nach international gültigen Kriterien festgelegt, dann wäre die Verlaufskontrolle und der Dialog mit z.B. einem weiterbehandelnden Spezialisten auf einer anderen Ebene möglich.

Eine Möglichkeit solche fundiertere Kenntnisse zum Thema Tabakabhängigkeit zu erwerben, wäre das Besuchen von Weiterbildungsveranstaltungen. 30% der befragten Ärzte nahmen dieses Angebot in den vorangegangenen 12 Monaten wahr. Auch das Interesse Raucherentwöhnung als spezielle und extra honorierte Leistung anzubieten, wie es im Rahmen des IGeL-Katalogs möglich ist, ist nicht allzu hoch. 70% der Befragten verneinten die Frage, ob sie derzeit Raucherentwöhnung im Rahmen des IGeL-Katalogs anbieten würden.

Angesichts der gravierenden Gesundheitsschäden, mit denen Raucher zu rechnen haben, wäre es wünschenswert, wenn in Zukunft ein Großteil der Ärzte zu dem Ergebnis kommen würde, dass Raucherentwöhnung als sehr wichtig einzuschätzen ist. Vielleicht könnten dazu groß angelegte Informationskampagnen beitragen, die speziell Hausärzte ansprechen.

5.3.2 Die Erkennensrate

„Ihr Patient raucht, wussten sie das vor dem heutigen Tag?“ 68% der befragten Hausärzte konnten diese Frage mit „Ja“ beantworten. Das heißt, gut zwei Drittel der deutschen Hausärzte erfüllen die Grundvoraussetzung für jegliche Intervention das Rauchen betreffend – sie erkennen ihren rauchenden Patienten als solchen. Mehrere Studien haben allerdings gezeigt, dass bereits das simple Erfragen der Rauchgewohnheiten als minimale Form der Intervention die Abstinenzraten erhöht (Tabelle 2). Es ist deshalb zu fordern den Rauchstatus in das routinemäßige Erheben der Grundparameter mit einzuschließen, beispielsweise nach dem Feststellen von Blutdruck, Herzfrequenz, Größe und Gewicht. Dies könnte zum Beispiel in Form

eines standardisierten Stempels in die Krankenakte möglich sein, der eben u.a. auch Platz für den Rauchstatus des Patienten lässt (28; 31; 32).

Es ist ermutigend, dass die Ärzte bei einem Großteil ihrer Patienten über den Rauchstatus Bescheid wissen. Es wären aber noch höhere Werte zu erwarten, wenn das Erfragen der Rauchgewohnheiten in der Routine des Praxisalltags etabliert würde.

5.3.3 Der Einfluss von Arztmerkmalen auf die Erkennensrate

Es zeigte sich, dass weniger die äußeren Umstände, wie beispielsweise die Berufserfahrung oder die geographische Lokalisation der Praxis (Stadt/Land), einen Einfluss auf die Erkennensrate hatten, als vielmehr die persönliche Einstellung des Arztes. Eine bessere Erkennensrate erzielten die Ärzte, die mehr Selbstvertrauen bezüglich der Kenntnis der Internationalen Kriterien für Nikotinabhängigkeit, bzw. mehr Vertrauen in die eigene Kompetenz bzgl. des Erkennens von Rauchern hatten. Diejenigen, die Raucherentwöhnung als wichtig ansahen erzielten ebenfalls eine bessere Erkennensrate. Internisten erzielten etwas bessere Ergebnisse als ihre allgemeinmedizinisch tätigen Kollegen, was vielleicht daran liegen könnte, dass sie spezieller mit Rauchfolgekrankheiten konfrontiert werden.

Da in anderen Studien (33; 34) und auch anhand der SNICAS-Daten gezeigt werden konnte, dass Ärzte, die selber rauchen, weniger Rauchentwöhnungsintervention betreiben, wäre zu erwarten gewesen, dass sie auch ihre rauchenden Patienten schlechter erkennen, was aber nicht der Fall war.

5.3.4 Die Interventionsrate

Von den knapp 9000 rauchenden Patienten, die am Stichtag ihren Hausarzt konsultierten, war bei knapp 12% bereits ein Versuch zur Rauchentwöhnung gemacht worden.

Ein Erklärungsversuch wäre möglich auf der Grundlage des Phasenmodells der Änderungsmotivation(35; 36). Sutherland stellt fest, dass der Versuch der Raucherentwöhnung nur Sinn macht bei Patienten, die sich bereits in der Phase der Vorbereitung bzw. des Handelns befinden (22). Der Bundesgesundheitsurvey 1998

zeigte z.B., dass sich nur ein Drittel der Raucher in etwa dieser Phase befinden (3). Es ist also anzunehmen, dass nicht 100% der Raucher empfänglich für eine Intervention wären, was aber nicht ausreichend erklärt, warum bei einem Großteil der Raucher der SNICAS-Studie noch keine Entwöhnung versucht wurde.

Es ist angesichts der Erkennensrate (s.o.) davon auszugehen, dass der Hausarzt sich gar nicht bei all seinen Patienten im Klaren über deren Rauchstatus ist, geschweige denn darüber, in welche Phase der Änderungsmotivation sie sich gerade befinden. Dem muss nicht zwangsläufig eine unvollständige Anamnese des Arztes zugrunde liegen, es könnte auch ursächlich sein, dass der Patient seine Suchterkrankung verschweigt. Bestimmt spielt es auch eine Rolle, dass der Hausarzt in Deutschland sich betreffs der Tabakentwöhnung mit verschiedenen Hindernissen konfrontiert sieht (z.B. nicht genügend Zeit, keine angemessene Vergütung, schlechte Ausbildung bzgl. Tabakentwöhnung usw.) (37).

5.3.5 Der Einfluss von Arztmerkmalen auf die Interventionsrate

Nun bleibt noch zu klären, wie sich Arzt- und Patientenmerkmale sowie persönliche Einstellungen der Ärzte auf die Rate an versuchten Rauchentwöhnungen auswirken.

Ähnlich wie bei der Untersuchung der Erkennensrate zeigte sich, dass eher die persönliche Einstellung des Arztes betreffs Wichtigkeit des Themas und Einschätzung der eigenen Kompetenz einen Einfluss auf die Raucherentwöhnungen hatte, als die äußeren Umstände. Im Unterschied zur Erkennensrate spielte hier allerdings das Besuchen von Weiterbildungen durchaus eine Rolle. Ärzte, die angaben, im vergangenen Jahr Weiterbildungen zum Thema besucht zu haben, hatten signifikant häufiger bereits eine Rauchentwöhnung bei ihren Patienten versucht. Ein fachärztlicher Schwerpunkt, der in Beziehung zu Rauchfolgeerkrankungen steht, hat ebenfalls einen positiven Effekt auf die Interventionsrate. Wobei die Pneumologen häufiger Rauchentwöhnung anboten, als ihre Kollegen aus der HNO und Kardiologie. Das könnte damit zu tun haben, dass sich Pneumologen häufig mit Krankheiten konfrontiert sehen, deren Risiko durch Rauchen stark erhöht wird (z.B. COPD, Lungenkarzinom)(Tabelle 1). Also wirkte sich neben der persönlichen Einstellung des Arztes auch die fachliche Qualifikation positiv auf die Interventionsrate aus.

5.3.6 Schlussfolgerungen

Wie Sonntag et al. darstellen konnten, sehen sich Hausärzte in Deutschland verschiedenen Schwierigkeiten gegenüber, was das Thema Raucherentwöhnung betrifft. Erstens ist der Arzt mit einer im europäischen Vergleich hohen Anzahl von Patientenbesuchen am Tag konfrontiert, die durchschnittlich nur wenige Behandlungsminuten pro Patient erlaubt. Zweitens fehlen finanzielle Anreize, die dem hohen Aufwand der Maßnahmen zur Tabakentwöhnung entsprechen. Drittens sind die Ärzte kaum ausgebildet in modernen Methoden der Tabakentwöhnung. Viertens stehen den Hausärzten sehr eingeschränkte Überweisungsmöglichkeiten zu Tabakentwöhnungs-Spezialisten zur Verfügung. Und nicht zuletzt stellt auch die mangelnde Akzeptanz bezüglich einer Tabakentwöhnung seitens des Patienten ein Problem dar (36).

Trotz all dieser Hindernisse und Vorbehalte zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass ein Interesse und Bewusstsein für die Problematik der Tabaksucht in deutschen Hausarztpraxen durchaus vorhanden ist. Und die Beschäftigung mit dem Thema der Raucherentwöhnung gehört per definitionem auch in den Bereich der primärärztlichen Versorgung (1.2.1). Der Hausarzt würde seiner Filter- und Steuerfunktion gerecht werden, indem er Raucher an Entwöhnungsspezialisten überweist. Außerdem würde er der Gesundheitsbildungsfunktion Rechnung tragen, indem er Tabakabhängigkeit im Patientengespräch thematisiert und Hilfe anbietet.

Die Erhebung der vorliegenden Arbeit ergab, dass die Erkennens- und Interventionsrate niedriger ist bei Ärzten, die ihre Kompetenz bzgl. Raucherentwöhnung negativ einschätzen oder für die das Thema wenig Bedeutung hat. Die Behandlungsraten wurden ebenfalls beeinflusst durch die Qualifikation der Ärzte (Fachrichtung, Weiterbildung).

Vor dem Hintergrund, dass ein Kennen des Rauchstatus Grundlage jeglicher Intervention ist und dass jeder vom Arzt initiierte Entwöhnungsversuch eine Chance auf Erfolg in sich birgt, erscheint es als notwendig und wünschenswert die Erkennens- und Interventionsrate zu optimieren.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse wäre es also hilfreich, das Bewusstsein der Hausärzte für Tabakabhängigkeit zu schärfen, z.B. durch große Informationskampagnen. Außerdem sollte ihr Vertrauen in die eigene Kompetenz, z.B. durch vermehrte Weiterbildung, gestärkt werden. Die Verbesserung der fachlichen Qualifikation, die infolge des Besuchs von Weiterbildungen zu erwarten wäre, würde sich positiv auf die Interventionsrate auswirken und vermutlich die Abstinenzquoten bundesweit erhöhen.

Solche Maßnahmen müssten natürlich auch mit einer Verbesserung der oben beschriebenen schlechten Bedingungen einhergehen, wie z.B. einer angemessenen finanziellen Vergütung für die ärztliche Beratungs- und Behandlungstätigkeit im Rahmen der Rauchentwöhnung.

Wenn das Erfragen des Rauchstatus und das Angebot von Hilfe zur Rauchentwöhnung in der Routine des Praxisalltags in jedem Arzt-Patientengespräch seinen festen Platz finden würde, könnte die Situation der Tabakentwöhnung in Deutschland sicherlich verbessert werden.

6 Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund: Der Tabakkonsum in Deutschland ist trotz intensivierter Präventionsmaßnahmen, Aufklärungsprogramme und strengerer Tabakkontrollgesetzgebung bisher nicht rückläufig. Hausärzten wird aufgrund ihrer Nähe und Kontinuität zur Zielgruppe der Raucher sowie ihrer Funktion als gatekeeper für spezialisierte Angebote seit längerem eine wichtige Rolle bei Präventions- und Therapiemaßnahmen für Raucher zugewiesen. Zwingende Voraussetzung und Grundlage für jede Art von Intervention ist jedoch, dass der Hausarzt seinen rauchenden Patienten als solchen erkennt.

Fragestellung: Gibt es Merkmale von Seiten des Arztes, die mit der Erkennensrate von Rauchern und der Rate von versuchten Rauchentwöhnungen in der Hausarztpraxis assoziiert sind, und wenn ja welche?

Methode: SNICAS basierte auf einem zweistufigen epidemiologischen Studiendesign, an das sich in einer dritten Stufe eine klinische Interventionsstudie anschloss. In der ersten Stufe wurde eine Vorstudie zur Charakterisierung von bundesweit 889 Ärzten mit Allgemeinartzfunktion vorgenommen. In Stufe II wurde an einem Stichtag eine epidemiologische Querschnittserhebung an 28 707 Patienten durchgeführt. Über jeden Patient füllte der Arzt zusätzlich eine Arztbeurteilung aus.

Ergebnisse: Es zeigte sich, dass weniger die äußeren Umstände (wie z.B. die Lage der Praxis oder die Länge der Berufserfahrung) als vielmehr die persönliche Einstellung des Hausarztes assoziiert war mit einer besseren Erkennensrate von rauchenden Patienten und einem häufigeren Angebot von Rauchentwöhnungen. Die Erkennensrate (70.3%) wurde positiv beeinflusst von der fachlichen Qualifikation ($p=0,006$), der Kenntnis der Kriterien für Tabakabhängigkeit ($p=0,026$), der positiven Einschätzung der eigenen Kompetenz ($p=0,039$) und der Wichtigkeit von Rauchentwöhnung ($p=0,006$). Die Interventionsrate (11,4%) wurde ebenfalls positiv beeinflusst von der Kenntnis der Kriterien für Tabakabhängigkeit ($p=0,003$), der positiven Einschätzung der eigenen Kompetenz ($p=0,000$) und der Wichtigkeit von Rauchentwöhnung ($p=0,000$). Außerdem wurde sie zusätzlich positiv beeinflusst vom Besuchen von Weiterbildungen ($p=0,002$).

Schlussfolgerung: Um die Zahlen betreffs der Erkennensrate und der Rate an versuchten Rauchentwöhnungen beim rauchenden Hausarztpatienten zu optimieren, scheint es sinnvoll, den Fokus der Aufmerksamkeit darauf zu richten, das Bewusstsein der Ärzte für die Problematik des Rauchens zu schärfen und ihre Handlungskompetenz zu stärken.

7 Anhang

7.1 Literaturverzeichnis

- (1) Raucherentwöhnung leicht gemacht -Empfehlungen für Gesundheitsberufe-. Informationsschrift der "Koalition gegen das Rauchen" der WHO Genf . 1999.
- (2) Metzler-Poeschel. Statistisches Bundesamt(Hg.): Fachserie12: Gesundheitswesen, Reihe S.3:Fragen zur Gesundheit 1999. 2000.
- (3) Junge B, Nagel M. [Smoking behavior in Germany]. Gesundheitswesen 1999; 61 Spec No:S121-S125.
- (4) Tobacco-Health Facts; Tobacco dependence WHO Fact Sheet N°221-222. www.who.int/inf-fs/en/fact221.html. 1999.
- (5) Schorberger RKM. Nikotinabhängigkeit Diagnostik und Therapie. Wien, New York: Springer, 1999.
- (6) U.S.Surgeon General's Report. <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports.htm>. 2004.
- (7) Möller H-J, Laux.G., Deister A. Abhängigkeit und Sucht. Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2001: 306-348.
- (8) <http://www.psychologynet.org/dsm.html>. 2004.
- (9) <http://www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm>. 2004.
- (10) Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. BMJ 1994; 309(6959):901-911.
- (11) Boyle P, Maisonneuve P. Lung cancer and tobacco smoking. Lung Cancer 1995; 12(3):167-181.
- (12) Jeremy JY, Mikhailidis DP, Pittilo RM. Cigarette smoking and cardiovascular disease. J R Soc Health 1995; 115(5):289-295.
- (13) Chollat-Traquet C. Women and Tobacco. 38. 1992. Genf, Schweiz, World Health Organization.
- (14) Ruff LK, Volmer T, Nowak D, Meyer A. The economic impact of smoking in Germany. Eur Respir J 2000; 16(3):385-390.
- (15) Boffetta P. Involuntary smoking and lung cancer. Scand J Work Environ Health 2002; 28 Suppl 2:30-40.
- (16) Radon K, Nowak D. [Passive smoking--current position of science]. Dtsch Med Wochenschr 2004; 129(4):157-162.

- (17) Welte R. KHLR. The costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in germany. Eur J Public Health 2000; 10:31-38.
- (18) NFPA Fact Sheet "Smoking material-related fires". 203.
www.nfpa.org/Research/NFPAFactSheets/Smoking/Smoking.asp, National Fire Protection Association.
- (19) Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. BMJ 2000; 321(7257):323-329.
- (20) Sonntag H., Wittchen HU, Hoch E. Rauchfrei leben! Rauchfrei leben 2002.
- (21) Khurana S, Batra V, Patkar AA, Leone FT. Twenty-first century tobacco use: it is not just a risk factor anymore. Respir Med 2003; 97(4):295-301.
- (22) Sutherland G. Smoking: can we really make a difference? Heart 2003; 89 Suppl 2:ii25-ii27.
- (23) DEGAM Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin. Fachdefinition Allgemeinmedizin. 1. 21-9-2002. www.degam.de/fachdefinition.htm.
- (24) Bellach BM, Knopf H. Der Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98. Das Gesundheitswesen 2004; 60 (Sonderheft 2):59-68.
- (25) David B, Coultas M. The Physician's Role in Smoking Cessation. Clinics in Chest Medicine 1991; 12:755-765.
- (26) Simpson D. Ärzte und Tabak. 2000.
- (27) Fowler G. Smoking cessation: The Role of General Practitioners, Nurses and Pharmacists. In: Bolliger CT, Fagerström KO., editors. The Tobacco Epidemic. Prog Respir Res. Basel: Karger, 1997: 165-177.
- (28) Milch CE, Edmunson JM, Beshansky JR, Griffith JL, Selker HP. Smoking cessation in primary care: a clinical effectiveness trial of two simple interventions. Prev Med 2004; 38(3):284-294.
- (29) Fiore MC, Bailey WC, et al. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. 2000. Rockville, Maryland, U.S. Department of Health and Human Services.
- (30) Hoch E, Muehlig S. Raucherentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung: Ziele, Design und Methoden der "Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening (SNICAS)"-Studie. Suchtmed 2004; 6:32-46.
- (31) Khurana S, Batra V, Patkar AA, Leone FT. Twenty-first century tobacco use: it is not just a risk factor anymore. Respir Med 2003; 97(4):295-301.
- (32) Robinson MD, Laurent SL, Little JM Jr. Including smoking status as a new vital sign: it works! J Fam Pract 1995; 40:556-561.
- (33) Lewis CE, Wells KB. A model for predicting the counseling practices of physicians. J Gen Intern Med 1986; 1:14-19.
- (34) Lewis CE, Clancy C. The counseling practices of internists. Ann Intern Med 1991; 114:54-58.

- (35) Diclemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59(2):295-304.
- (36) Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and Processes of self-change in smoking: Towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51:390-395.
- (37) Sonntag H., Hoch E. Tabakentwöhnungsmaßnahmen in der allgemeinärztlichen Versorgung. *Suchtmed* 2003; 5:137-141.

7.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studiendesign SNICAS _____	14
Abbildung 2: Erkennensrate in Abhängigkeit von der Facharztrichtung _____	27
Abbildung 3: Erkennensrate in Abhängigkeit von der Kenntnis der Kriterien von Tabakabhängigkeit _____	28
Abbildung 4: Erkennensrate in Abhängigkeit von der Einschätzung der eigenen Kompetenz bzgl. Rauchererkennung _____	28
Abbildung 5: Erkennensrate in Abhängigkeit von der Einschätzung der Wichtigkeit von Raucherentwöhnung _____	29
Abbildung. 6: Interventionsraten in Abhängigkeit von der Eigeneinschätzung der Kenntnis der Kriterien für Tabakabhängigkeit _____	32
Abbildung 7: Interventionsraten in Abhängigkeit vom Besuchen von Weiterbildungen _____	33
Abbildung 8: Interventionsraten in Abhängigkeit von der Einschätzung der eigenen Kompetenz _____	33
Abbildung 9: Interventionsraten in Abhängigkeit von der Einschätzung der Wichtigkeit von Raucherentwöhnung _____	34

7.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Erhöhtes Risiko für folgende Erkrankungen (14)	3
Tabelle 2: Metaanalytische Befunde zu Rauchentwöhnungstherapien	10
Tabelle 3: Lage der Praxis	19
Tabelle 4: Fachrichtung des Arztes	19
Tabelle 5: Rauchstatus des Arztes	19
Tabelle 6: Schwerpunkt im Zusammenhang mit rauchbedingten Erkrankungen	19
Tabelle 7: Alter der Patienten	20
Tabelle 8: Geschlecht der Patienten	20
Tabelle 9: Rauchstatus der Patienten	20
Tabelle 10: Erkennensrate von rauchenden Hausarztpatienten (Arztfragebogen)	23
Tabelle 11: Rate von versuchten Rauchentwöhnungen (Arztfragebogen)	23
Tabelle 12: Eigeneinschätzung der Kenntnis der Internationalen Kriterien für Tabakabhängigkeit (Praxiserhebungsbogen)	24
Tabelle 13: Arzt hat vier richtige Kriterien angekreuzt (Praxiserhebungsbogen)	24
Tabelle 14: Eigeneinschätzung der Kompetenz beim Erkennen von Tabakabhängigkeit (Praxiserhebungsbogen)	24
Tabelle 15: Einschätzung der Wichtigkeit des Themas Raucherentwöhnung in der eigenen Praxis (Praxiserhebungsbogen)	25

Tabelle 16: Häufigkeit von Weiterbildungen zu Tabakabhängigkeit (Praxiserhebungsbogen)	25
Tabelle 17: Derzeitiges Angebot von Maßnahmen zur Raucherentwöhnung (Praxiserhebungsbogen)	25
Tabelle 18: Erkennensrate und Lage der Praxis	26
Tabelle 19: Erkennensrate und Schwerpunkt	26
Tabelle 20: Erkennensrate und Länge der Berufserfahrung	26
Tabelle 21: Erkennensrate und Besuch von Weiterbildungen (WB)	29
Tabelle 22: Erkennensrate und Angebot von Raucherentwöhnung als IGEL-Leistung	29
Tabelle 23: Einfluss des Rauchstatus des Arztes auf die Erkennensrate	30
Tabelle 24: Interventionsraten und Lage der Praxis	30
Tabelle 25: Interventionsraten und Fachgebiet	31
Tabelle 26: Interventionsraten und Länge der Berufserfahrung	31
Tabelle 27: Interventionsraten und Einfluss des Schwerpunkts	31
Tabelle 28: Interventionsraten und Angebot von Raucherentwöhnung als IGEL-Leistung	31
Tabelle 29: Geographische Verteilung von SNICAS – Ärzten und API – Ärzten	37

7.4 Fragebögen

7.4.1 Praxisvorbogen

Praxiserhebungsbogen SNICAS

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir freuen uns, dass Sie uns bei diesem wichtigen multizentrischen Forschungsvorhaben, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) sowie der Firma GlaxoSmithKline gefördert wird, unterstützen wollen.

Mit diesem Fragebogen wollen wir – in Vorbereitung des SNICAS Erhebungstages am **7. Mai** – einige Informationen über Ihre Praxis sowie Ihre diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen bei Patienten mit Raucherproblemen und Tabakabhängigkeit sowie assoziierten Folgeerkrankungen erfragen.

Diese Angaben behandeln wir natürlich vertraulich! Ihre Angaben werden verschlüsselt und anonymisiert erfasst, so dass Ihre persönlichen Angaben keinem Dritten zugänglich sind. Sollten Sie den Wunsch haben, dass auch unsere Studienmonitore als Mitarbeiter der Firma GlaxoSmithKline keine Einsicht nehmen können, bitten wir Sie, den ausgefüllten Bogen in einem beim Studienmonitor erhältlichen Umschlag verschlossen zu übergeben. Das Ausfüllen des Fragebogens wird ca. 15 Minuten in Anspruch nehmen.

Mit herzlichem Dank für Ihre Bereitschaft und in Vorfreude auf unsere gemeinsame Studie



Ihr Professor Dr. H.-U. Wittchen

-
1. Ihre Praxis liegt in... einer Großstadt (ab 100.000 Einwohner) einer Kleinstadt (< 100.000 Einwohner) ländlichem Gebiet

 2. Ihre Fachrichtung ist... Praktischer Arzt Allgemeinarzt Internist

 3. Haben Sie in Ihrer Praxis einen Schwerpunkt im Zusammenhang mit rauchbedingten Erkrankungen?
 nein ja wenn ja, welcher Bereich? Kardiologie Pneumologie HNO anderer

 4. Führen Sie weitere Zusatztitel (einschließlich Psychotherapie) einer Fachgesellschaft oder Ärztekammer?
 nein ja, wenn ja, welche?

 5. Seit wie vielen Jahren sind Sie als Arzt niedergelassen tätig?
seit Jahren
-

6. Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten Weiterbildungsveranstaltungen zum Thema „Erkennen und Behandeln von Tabakabhängigkeit“ (einschließlich Folgeerkrankungen) besucht?
- keine [weiter bei Frage 8]
- allgemeine Weiterbildungen ohne Übungskomponenten Anzahl:.....
- spezifische Weiterbildungen mit Übungskomponenten Anzahl:.....
7. Was waren die Inhalte und Übungskomponenten dieser Weiterbildungen?
- Rauchen und spezifische rauchbedingte Erkrankungen
- Motivation zur Rauchentwöhnung/Beratung zur Unterstützung von Rauchentwöhnung
- Praktische Durchführung der Entwöhnung nach bestimmten Plänen (z.B. 5-Tage-Plan) und zwar:.....
- Psychologische Verfahren/Verhaltenstherapie
- Nikotinsubstitution (wie NiQuitin, Nicorette, Nicotinell)
- Bupropion (Zyban)
- andere (welche?)
8. In den letzten Jahren wird über das Rauchverhalten eines Patienten hinaus auch eine Überprüfung des Vorliegens einer Tabakabhängigkeit gefordert. Kennen Sie die international gültigen Kriterien für das Vorliegen einer Tabakabhängigkeit?
- nein ja
9. Welche 4 Kriterien sind Ihrer Meinung nach entscheidend für das Vorliegen einer Tabakabhängigkeit? (Bitte kreuzen Sie maximal 4 Kriterien an)
- Anzahl der pro Tag gerauchten Zigaretten (bzw. Menge des konsumierten Tabaks)
- Vorliegen von Entzugsbeschwerden beim Aufhören oder Einschränken des Tabakkonsums
- erfolglose Versuche, den Tabakkonsum einzuschränken oder ganz damit aufzuhören
- starke Hustenanfälle am Morgen („Raucherhusten“)
- Einschränken sozialer, beruflicher oder Freizeitaktivitäten aufgrund des Tabakkonsums
- Konsum von Tabak mit hohem Nikotingehalt
- Zeitdauer vom Aufwachen am Morgen bis zum ersten Tabakkonsum
- fortgesetzter Tabakkonsum trotz Wissens um körperliche oder psychische Probleme, die durch den Tabakkonsum verursacht oder verschlimmert wurden
- das Rauchen filterloser Zigaretten
- es wird häufig mehr oder länger Tabak konsumiert als ursprünglich beabsichtigt
- „Kettenrauchen“
10. Kennen Sie einen Fragebogen für Patienten, der die oben genannten Kriterien überprüft?
- nein ja, wenn ja, welchen?

11. Wie häufig haben Sie im letzten Quartal diagnostische bzw. Screening-Fragebogen eingesetzt?

- gar nicht 1-5 mal 6-10 mal mehr als 10 mal

12. Wie gut ist insgesamt Ihre Kompetenz bezüglich des Erkennens der Tabakabhängigkeit?

- sehr gut eher gut eher schlecht sehr schlecht

13. Wie viele Patienten sehen Sie durchschnittlich pro Tag in Ihrer Praxis (bitte schätzen Sie anhand der Fälle im letzten Quartal und schließen Sie dabei alle Patienten ein, auch Rezeptabholer und Patienten zur Laborkontrolle)?

..... Anzahl der Patienten/Tag

14. Unter all Ihren Patienten: wie viele davon sind aktuell Raucher?

unter den bis 35-jährigen: (Anz.), 36-50-jährigen: (Anz.), > 50-jährigen: (Anz.)

15. Wie viele Ihrer Raucher bezeichnen Sie als ...

Gelegenheitsraucher: Anzahl

leichte Raucher: Anzahl

starke Raucher: Anzahl

16. Wie viele Ihrer rauchenden Patienten würden Sie als *tabakabhängig* bezeichnen?

..... Anzahl

17. Wie viele Ihrer rauchenden Patienten haben Ihrer Meinung nach *rauchbedingte Folgeerkrankungen*?

..... Anzahl

18. Wie viele Ihrer Patienten waren darüber hinaus früher einmal Raucher (mit/ohne Folgeerkrankungen)?

..... Anzahl

19. Wie viele Ihrer rauchenden Patientinnen sind schwanger bzw. stillen?

..... Anzahl

20. Unten sehen Sie eine Liste möglicherweise mit dem Rauchen assoziierter Folgeerkrankungen. Wie häufig sind diese (in %) bei Ihren rauchenden bzw. nichtrauchenden Patienten? (grobe Schätzung reicht)

bei Rauchern	bei Nichtrauchern	
—	—	Koronare Herzerkrankungen
—	—	Durchblutungsstörungen im Gehirn (z.B. cerebraler Insult)
—	—	Periphere Durchblutungsstörungen
—	—	Krebserkrankungen (z.B. Larynx-, Lungen-, Bronchial-Karzinom)
—	—	Kh. d. resp. Systems (z.B. chron.-obstrukt. Bronchitis, Lungenemphysem)
—	—	erhöhte Infektanfälligkeit
—	—	Magen-Darm-Erkrankungen (z.B. Ulcera)
—	—	Diabetes Typ II
—	—	Essentielle Hypertonie
—	—	aktuelle/Vorgeschichte von Krampfanfällen <input type="radio"/> weiß nicht
—	—	andere körperliche Erkrankungen (welche?)
—	—	Angsterkrankung
—	—	depressive Erkrankung
—	—	Alkoholabhängigkeit
—	—	andere psychische Erkrankungen (welche?)

21. Wie wichtig ist Ihnen das Thema Rauchentwöhnung bei den Patienten in Ihrer Praxis?
- völlig unwichtig eher unwichtig eher wichtig sehr wichtig
22. Würden Sie gerne in Ihrer Praxis an einer Studie zur hausärztlichen Rauchentwöhnung bei Ihren Patienten teilnehmen?
- ja, sehr gern eher nein weiß nicht
23. Welche Gründe und „Barrieren“ könnten Sie davon abhalten, in Ihrer Praxis Rauchentwöhnung durchzuführen? (Mehrfachnennungen möglich)
- mangelndes Interesse – die Raucherbehandlung sehe ich nicht als meine Hauptaufgabe an
- Rauchen ist keine Krankheit
- Rauchentwöhnungen sind zu zeitaufwendig
- Rauchentwöhnungsmaßnahmen sind nicht effektiv genug
- mangelndes Interesse auf Seiten der Patienten
- lässt sich nicht gut abrechnen
- andere:
24. Bieten Sie derzeit in Ihrer Praxis Maßnahmen zur Rauchentwöhnung im Rahmen des IGEK-Kataloges an?
- nein ja wenn ja, welche?

25. Mit wie vielen Punkten müsste Raucherentwöhnung bewertet werden, damit Sie bereit wären, diese entwöhnungswilligen Rauchern in Ihrer Praxis routinemäßig anzubieten?
 ab Punkten pro Patient

26. Welche Fähigkeiten/Fertigkeiten zur Raucherentwöhnung wären oder sind Ihnen am wichtigsten, um erfolgreich Ihre Patienten behandeln zu können?

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	ganz unwichtig
Erfragen der Rauchgewohnheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motivation zum Rauchstopp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erfolgreiche Überweisung zum Spezialisten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine Beratung/Gespräch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konkrete Verhaltensanweisungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verhaltenstherapeutische Strategien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandlung mit Bupropion (Zyban)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandlung mit Nikotinersatzpräparaten (wie NiQuitin, Nicorette, Nicotinell)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Techniken zur Rückfallverhütung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Wären Sie daran interessiert, an einer Schulung in „Motivational Interviewing“ (ca. 3-minütiges Gespräch mit Patienten zur Erfassung und zum Aufbau der Motivation) teilzunehmen?

ja nein weiß nicht

28. Würden Sie gerne Ratgeber zum Thema Raucherentwöhnung an Ihre Patienten ausgeben?

ja nein habe ich bereits, wenn ja, welche?

29. Haben Sie jemals bei entwöhnungswilligen Rauchern Arzneimittel zur Unterstützung bei der Raucherentwöhnung eingesetzt?

nein ja

30. Mit welchen der folgenden Präparate zur Raucherentwöhnung haben Sie bereits Erfahrungen gesammelt und für wie geeignet halten Sie sie für den Einsatz in Ihrer Praxis?

kenne ich nicht	bisher keine Erfahrung		eher gut geeignet	eher schlecht geeignet	gänzlich ungeeignet
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nikotinpflaster „NiQuitin“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nikotinpflaster „Nicotinell“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nikotinpflaster „Nicorette“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nikotinkaugummi „Nicorette“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nikotinkaugummi „Nicotinell“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nasalspray „Nicorette“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bupropion (Zyban)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	andere (z.B. SSRI, Phytotherapie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Wie häufig haben Sie selbst im letzten Quartal die unten aufgeführten therapeutischen Verfahren/Vorgehensweisen zur Rauchentwöhnung eingesetzt? (Mehrfachnennungen möglich)

- gar nicht im letzten Quartal:
- Erfragen der Rauchgewohnheiten bei Patienten
- Motivation zum Rauchstopp bei Patienten
- Konkrete Verhaltensanweisungen bei Patienten
- Ernährungs- und Bewegungsberatung bei Patienten
- Verweis auf Kursangebote zur Rauchentwöhnung bei Patienten
- Verweis auf Selbsthilfebücher bei Patienten
- Behandlung mit verhaltenstherapeutischen Strategien bei Patienten
- Behandlung mit Bupropion (Zyban) bei Patienten
- Verordnen/Empfehlen von Nikotinersatzpräparaten bei Patienten
- anderen Methoden (z.B. Hypnose, Akupunktur) bei Patienten

32. Und wie häufig haben Sie Patienten zur Behandlung an andere Kollegen überwiesen?

- gar nicht
- Andere auf Rauchentwöhnung spezialisierte Ärzte: Anzahl
- Ärztliche Psychotherapeuten: Anzahl
- Psychologische Psychotherapeuten: Anzahl
- Spezialisierte stationäre Einrichtungen (z.B. Kurkliniken): Anzahl

33. In welchen Bereichen der Rauchentwöhnung wünschen Sie sich von uns für Ihre Praxis weitergehende Hilfe und Unterstützung?

- | | ja | nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Erfragen der Rauchgewohnheiten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Motivation zum Rauchstopp | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Allgemeine Beratung/Gespräch | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Konkrete Verhaltensanweisungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ernährungs-, Bewegungsberatung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Verhaltenstherapeutische Strategien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Behandlung mit Nikotinersatzpräparaten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Behandlung mit Bupropion | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| andere (welche?) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

34. Wie wichtig sind Ihnen grundsätzlich die Implementierung oder der Ausbau von Rauchentwöhnung in Ihrer Praxis?

- sehr wichtig eher wichtig eher unwichtig völlig unwichtig

35. **Kennen Sie Ausschlusskriterien für den Einsatz von Nikotinersatz-Präparaten (wie NiQuitin, Nicorette, Nicotinell) und Bupropion (Zyban) zur Unterstützung bei der Raucherentwöhnung?**

nein ja wenn ja, nennen Sie bitte die Ihrer Meinung nach wichtigsten Ausschlusskriterien für den Einsatz von ...:

Nikotinersatzstoffen:

Bupropion:

- | | |
|---------|---------|
| 1. | 1. |
| 2. | 2. |
| 3. | 3. |
| 4. | 4. |
| 5. | 5. |

36. **Kennen Sie therapeutische Leitlinien (ggf. auch aus dem Ausland stammende) zur Raucherentwöhnung?**

nein ja wenn ja, welche?

Orientieren Sie sich in Ihrer Praxis daran? nein ja

37. **In welchem Ausmaß stimmen Sie folgenden Aussagen zu?**

	voll	teilweise	gar nicht
Raucher, die aufhören wollen, schaffen das auch ohne ärztliche Hilfe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raucher sind in hausärztlicher Praxis schlecht zu behandeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raucher sollten an spezielle Einrichtungen überwiesen werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt in meiner Region solche speziellen Einrichtungen. (welche?).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raucherentwöhnung ist für mich eine große Herausforderung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die medikamentöse Raucherentwöhnungstherapie ist sehr wirksam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raucher haben häufig psychische Probleme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In meiner Praxis liegt Informationsmaterial zum Thema Rauchen aus.			
Schlechte Compliance ist das Hauptproblem bei der Raucherentwöhnung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich muss Raucher selbst behandeln, da kein Spezialist in der Nähe ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir sind auf Raucherentwöhnung spezialisierte Einrichtungen bekannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die ernsthaften Risiken von Zyban werden häufig unterschätzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ihr Platz für Kommentare zur Zyban-Diskussion:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Abschließend noch einige sehr persönliche Fragen zu Ihrem
eigenen Rauchverhalten:**
(Beantwortung freigestellt)

1. **Sind Sie selbst aktuell Raucher?**

ja nein Wenn nein: Waren Sie jemals Raucher? ja nein

2. **Wenn es Ihnen schon einmal oder mehrfach gelungen ist, das Rauchen einzuschränken oder ganz aufzugeben, was hat Ihnen persönlich dabei geholfen?** (Mehrfachnennungen möglich)

- trifft nicht auf mich zu
- nichts weiter, ich habe einfach aufgehört
- mein starker Wille
- Rat und Unterstützung von Familienmitgliedern, Freunden, Kollegen oder Bekannten
- Selbsthilfebücher
- andere Selbsthilfe-Materialien (CD, Kassette, Video)
- Verhaltenstherapie
- Kursprogramm zur Rauchentwöhnung (welches? Titel des Kurses?).....
- Akupunktur
- Hypnose
- Nikotinsubstitution (wie NiQuitin, Nicorette, Nicotinell)
- Bupropion (Zyban)
- spezielle Nichtraucher-Tees, Kräutertzigaretten/-zigarren
- Bachblüten-Therapie oder andere alternative Heilverfahren
- Sonstiges:

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit!

7.4.2 Arztfragebogen

Arztbogen SNICAS

(vom behandelnden Arzt während oder nach der Konsultation auszufüllen)

1. Geburtsdatum _____ / _____ / _____		2. Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m		3. Wurde der Patientenbogen eingesehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
4. Ist der Patient krankgeschrieben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Wenn ja, wie viele Tage? _____ Tage			
5. Krankenkasse		<input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> EK <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> andere			

6. Liegt eine der folgenden Erkrankungen beim Patienten vor?		Schweregrad			Falls Patient raucht: Erkrankung rauchbedingt?			
	nein	ja	leicht	mäßig	schwer	ja	?	nein
Herzerkrankungen (welche?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen im Gehirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Infekte, Grippe, Erkältungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen, Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-/Darmerkrankungen, Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfanfälle, neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen (welche?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundheilungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angststörungen (Panikstörung, Generalisierte Angst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchbedingte Probleme (z.B. Raucherhusten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Probleme / Erkrankungen (welche?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Ist oder war der Patient Raucher? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ▶ (wenn nein, hier Ende)	15. Falls kein oder unbefriedigender Therapieerfolg, warum? <input type="checkbox"/> Patient hat Arzneimittel nicht vertragen (UAW) <input type="checkbox"/> ausgeprägte Entzugsbeschwerden <input type="checkbox"/> Patient bei Therapiebeginn nicht ausreichend motiviert <input type="checkbox"/> Patient war starkem Stress / Lebenskrise ausgesetzt <input type="checkbox"/> Rauchen des (Ehe-)/Partners des Patienten <input type="checkbox"/> starke Verführung am Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> starke Verführung in Freizeit / bei geselligen Anlässen <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme <input type="checkbox"/> Anwendungsprobleme der Therapie (zu kompliziert) <input type="checkbox"/> andere Gründe (welche?) _____
--	---

8. Ist der Patient derzeit Gelegenheitsraucher? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ... regelmäßiger, leichter Raucher? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ... regelmäßiger, schwerer Raucher? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	16. Aktueller Handlungsbedarf durch Sie? <input type="checkbox"/> nein ▶ (hier Ende) <input type="checkbox"/> fraglich <input type="checkbox"/> dringend
--	---

Ihr Patient raucht ...	17. Welche Maßnahmen wären indiziert? <input type="checkbox"/> A keine durch mich, Überweisung an Spezialisten notwendig <input type="checkbox"/> B Beratung / Gespräch zur Motivation <input type="checkbox"/> C Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> D Nikotin-Kaugummi _____ <input type="checkbox"/> E Nikotin-Pflaster _____ <input type="checkbox"/> F Nikotin-Nasenspray _____ <input type="checkbox"/> G Bupropion (Zyban) <input type="checkbox"/> H andere Methoden, (welche?) _____
------------------------	---

9. ... wußten Sie dies vor dem heutigen Tag? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	18. Ihre persönliche Präferenz (Buchstaben einfügen) 1. ____ / ____ / ____ 2. ____ / ____ / ____ 3. ____ / ____ / ____
---	---

10. ... haben Sie mit ihm bereits darüber gesprochen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, einmal <input type="checkbox"/> ja, öfter	19. Befürchtete Erschwernisse bei diesem Patienten? <input type="checkbox"/> zu zeitaufwendig <input type="checkbox"/> zu kompliziert für Patienten <input type="checkbox"/> Verfahren kontraindiziert <input type="checkbox"/> mangelnde Motivation Patient <input type="checkbox"/> schlechte Compliance <input type="checkbox"/> Zeitpunkt ungünstig <input type="checkbox"/> bin zu unerfahren in indizierter Therapie <input type="checkbox"/> Patient zu gestört <input type="checkbox"/> andere Gründe (welche?) _____
---	--

11. Wie problematisch ist das Rauchen angesichts des Gesundheitsstatus? <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> ausgeprägt <input type="checkbox"/> extrem	
12. Besteht Einsicht in Rauchproblematik? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
13. Aufgeschlossenheit zur Rauchentwöhnung? <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> sehr	
14. Haben Sie bei diesem Patienten bereits eine Rauchentwöhnung versucht? <input type="checkbox"/> nein ▶ (gehe zu 16) <input type="checkbox"/> ja, (welche?) _____ _____	

Glossar – bitte wenden!

7.4.3 Patientenfragebogen

Warum sind Sie heute beim Arzt?

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir bitten Sie herzlich darum, diesen Fragebogen auszufüllen – es nimmt nur wenige Minuten in Anspruch!

Diese Praxis wurde für eine wissenschaftliche Befragung ausgewählt, die am heutigen Tag in 800 Arztpraxen in ganz Deutschland stattfindet. Diese Untersuchung wird von Ihrem Hausarzt in Zusammenarbeit mit dem Max-Planck-Institut in München und der Technischen Universität Dresden durchgeführt. Die Befragung wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert und von der Firma GlaxoSmithKline organisatorisch und finanziell unterstützt.

Mit dieser Studie möchten wir herausfinden, ob und wie viele Patienten unter bestimmten gesundheitlichen und seelischen Problemen leiden. Des weiteren möchten wir Informationen über Ihr derzeitiges und früheres Rauchverhalten gewinnen. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie uns durch das Ausfüllen dieses Fragebogens unterstützten. Alle Angaben sind natürlich vertraulich und werden anonym ausgewertet. Die Arzthelferin wird Ihnen sagen, wo und wann Sie den Fragebogen ausfüllen können. Geben Sie den Bogen danach persönlich bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin oder bei der Arzthelferin ab!

Selbstverständlich ist die Teilnahme freiwillig. Sollten Sie nicht an dieser Untersuchung teilnehmen wollen oder können, vermerken Sie dies bitte auf der zweiten Seite des Fragebogens (in diesem Fall bitte unbedingt zumindest die Fragen 1 bis 6 auf der nächsten Seite beantworten). Wenn Sie Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an die Arzthelferin.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Befragung!

Professor Dr. Hans-Ulrich Wittchen

Anleitung:

Bitte beantworten Sie alle Fragen! Das Ausfüllen ist leicht – hier zwei Beispiele, die Ihnen das Ausfüllen erleichtern sollen: Bei manchen Fragen sollen Sie Zahlen angeben, z.B. bei der ersten Frage:

1. Ihr Geburtsdatum:

31	05	1959
Tag	Monat	Jahr

Bei anderen Fragen haben Sie mehrere Antwortmöglichkeiten, und Sie sollen alle auf Sie zutreffenden ankreuzen – die nicht zutreffenden Kästchen lassen Sie einfach leer! z.B. bei Frage 8

8. Mein psychischer Gesundheitszustand ist derzeit ...

sehr gut

eher gut

eher schlecht

sehr schlecht

A. Zur Person:

1. Ihr Geburtsdatum: _____ Alter _____
 Tag Monat Jahr
2. Ihr Geschlecht: weiblich männlich
3. Ihre Körpergröße und Ihr Gewicht: Größe _____ cm Gewicht _____ kg
4. Sind Sie derzeit ... berufstätig Hausfrau /-mann Sonstiges
 arbeitslos berentet/pensioniert
5. Ihr Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet getrennt lebend
6. Anlässe Ihres heutigen Arztbesuches sind ... Bitte alle Gründe angeben! (Mehrfachnennungen möglich)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Probleme im Zusammenhang mit dem Rauchen |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit dem Herzen | <input type="checkbox"/> Probleme im Zusammenhang mit Alkohol |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit dem Kreislaufsystem | <input type="checkbox"/> Routineuntersuchung |
| <input type="checkbox"/> Erkältungs- oder Grippe-symptome | <input type="checkbox"/> Schlafprobleme |
| <input type="checkbox"/> Angstprobleme | <input type="checkbox"/> Verletzung, Unfall, Notfall |
| <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit / Depression | <input type="checkbox"/> Andere körperliche Probleme und Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Andere psychische Probleme | <input type="checkbox"/> Anderer Anlass (z.B. Rezeptabholung) |

Falls Sie diesen Fragebogen absolut nicht weiter ausfüllen wollen, geben Sie bitte hier Ihren Hauptgrund an:

7. Mein körperlicher Gesundheitszustand ist derzeit ...
 sehr gut eher gut eher schlecht sehr schlecht
8. Mein psychischer Gesundheitszustand ist derzeit ...
 sehr gut eher gut eher schlecht sehr schlecht
9. Wie oft waren Sie (in den letzten 12 Monaten) bei folgenden Ärzten oder Einrichtungen?
_____ mal beim Allgemeinarzt / Praktischen Arzt _____ mal beim Psychiater / Neurologen
_____ mal beim Facharzt _____ mal beim Psychotherapeuten
_____ Tage stationär im Krankenhaus
10. An wie vielen Tagen (in den letzten 4 Wochen) waren Sie wegen körperlicher Beschwerden nicht in der Lage, Ihren beruflichen und Alltagsaktivitäten nachzugehen?
 keinen Tag an _____ Tagen
11. An wie vielen Tagen (in den letzten 4 Wochen) waren Sie wegen seelischer Beschwerden nicht in der Lage, Ihren beruflichen und Alltagsaktivitäten nachzugehen?
 keinen Tag an _____ Tagen
12. An wie vielen Tagen (in den letzten 4 Wochen) waren Sie wegen körperlicher oder seelischer Beschwerden zumindest leicht eingeschränkt?
 keinen Tag an _____ Tagen

13. Wie stark leiden Sie derzeit unter den folgenden Krankheiten oder Beschwerden?

Darunter leide ich ...	gar nicht	eher wenig	eher stark	sehr stark
Herz-/Kreislaufprobleme oder -erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen im Gehirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen in den Beinen (Krampfadern, „offene Beine“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Infekte, Grippe, Erkältungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegs- oder Lungenerkrankungen, Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-/Darmerkrankungen, Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfanfälle, neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundheilungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angststörungen (z.B. Panikstörung, Generalisierte Angst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchbedingte Probleme (z.B. Raucherhusten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Probleme / Erkrankungen (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

	nein	ja
Ich achte sehr auf gesunde und ausgewogene Ernährung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Probleme, mein Gewicht auf Normalgewicht zu bringen / zu halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich achte strikt auf regelmäßige körperliche und sportliche Betätigung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich meinen Belastungen, Sorgen und Stress hilflos ausgeliefert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bereits an Kursen zur Stressbewältigung teilgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe regelmäßig zu Vorsorge- und ärztlichen Routineuntersuchungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vermeide Kneipen, Restaurants und andere Orte, wo viel geraucht wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich achte sehr darauf, immer genügend Schlaf zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lese regelmäßig Gesundheitsratgeber und entsprechende Zeitschriften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei mir zuhause wird überhaupt nicht geraucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein(e) (Ehe-)Partner(in) ist Raucher(in).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Vater ist oder war Raucher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Mutter ist oder war Raucherin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meiner Familie gab es ernsthafte <u>Herz-/Kreislaufkrankungen</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meiner Familie gab es ernsthafte <u>Krebserkrankungen</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Gesundheit ist in der Hauptsache eine Frage von guter Anlage und Glück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es liegt stets an mir, wenn etwas mit meiner Gesundheit nicht stimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was meine Gesundheit anbetrifft, so kann ich nur tun, was der Arzt mir sagt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was ich selbst tue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überwiegend bestimmen Ärzte meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe meine Gesundheit überwiegend in meiner eigenen Hand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um Krankheit zu vermeiden ist es gut, wenn man regelmäßig zum Arzt geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ob ich gesund bleibe, ist vor allem eine Frage zufälliger Ereignisse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es liegt vor allem an mir selbst, wie schnell ich bei einer Krankheit wieder gesund werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Dürfen wir Sie gegebenenfalls in etwa 3 und 6 Monaten telefonisch kurz erneut zu Ihrer Gesundheit befragen?

nein

ja, die Vorwahl lautet: die Telefonnummer:

mein Vorname lautet: der Nachname:

B. Nun einige Fragen zum Rauchen

16. Haben Sie schon jemals in Ihrem Leben eine Zigarette, Zigarre oder Pfeife geraucht?

nein, nie

(Ende des Fragebogens. Danke für Ihre Mitarbeit!)

ja, einmal oder nur wenige Male (Ende des Fragebogens. Danke für Ihre Mitarbeit!)

ja, öfter

▶ Wenn ja, in welchem Alter zum ersten Mal?

Im Alter von Jahren

17. Haben Sie schon einmal regelmäßig geraucht (Damit meinen wir: über mehrere Wochen hinweg eine oder mehrere Zigaretten bzw. Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen täglich oder fast täglich) ?

nein, nie

(Ende des Fragebogens. Danke für Ihre Mitarbeit!)

ja

▶ Wenn ja, in welchem Alter zum ersten Mal?

Im Alter von Jahren

18. Und während der vergangenen vier Wochen haben Sie da auch regelmäßig oder zumindest gelegentlich geraucht?

nein, nie

(Ende des Fragebogens. Danke für Ihre Mitarbeit!)

ja, gelegentlich

▶ Wenn ja, wie viele ungefähr pro Tag?

..... Zigaretten pro Tag / bevorz. Marke?

ja, regelmäßig

▶ Wenn ja, wie viele ungefähr pro Tag?

..... Zigarren/Zigarillos pro Tag

..... Pfeifen pro Tag

19. Wie bald, nachdem Sie aufwachen, rauchen Sie Ihre erste Zigarette (Zigarren, Zigarillos, Pfeifen) ?

innerhalb von 5 Minuten

6 – 30 Minuten

31 – 60 Minuten

Nach mehr als 60 Minuten

20. Finden Sie es schwierig, an Orten nicht zu rauchen, wo es verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino etc.) ?

ja

nein

21. Auf welche Zigarette (bzw. Zigarre, Zigarillo, Pfeife) würden Sie am wenigsten verzichten wollen?

die erste am Morgen

andere

22. Rauchen Sie morgens (in den ersten Stunden nach dem Aufwachen) mehr als am Rest des Tages?

ja

nein

23. Rauchen Sie, wenn Sie so krank sind, dass Sie den größten Teil des Tages im Bett verbringen?

ja

nein

24. Denken Sie nun an die Zeit in Ihrem gesamten Leben, in der Sie am meisten geraucht haben.

Wieviel haben Sie da ungefähr pro Tag geraucht ?

..... Zigaretten pro Tag

Wann war das? Im Alter von Jahren

25. Manche Menschen nehmen sich beim Rauchen häufig eine Obergrenze vor; haben Sie häufig über mehrere Tage hinweg wesentlich mehr geraucht als Sie sich eigentlich vorgenommen hatten?

ja

nein

26. Manche Menschen merken, dass nach einiger Zeit des regelmäßigen Rauchens die gewünschte Wirkung nachlässt, so dass sie wesentlich mehr rauchen als ursprünglich (oder sogar eine stärkere Zigaretten- oder Tabakmarke benutzen).
Trifft dies auch auf Sie ?

ja

nein

27. Haben Sie schon einmal erfolglos versucht, das Rauchen über einige Tage einzuschränken oder ganz aufzugeben?
 ja nein
28. Wie oft haben Sie bisher insgesamt versucht, das Rauchen ganz aufzugeben oder einzuschränken ?
 Insgesamt _____ mal (Anzahl, grobe Schätzung reicht)
29. Manche Menschen beobachten bei sich bestimmte Beschwerden, wenn sie versuchen, gar nicht oder weniger zu rauchen. Haben Sie selbst auch schon einmal irgendwelche der folgenden Beschwerden bei sich selbst erlebt?
 nein ja ► Wenn ja, welche? (Bitte ankreuzen)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schlafprobleme | <input type="checkbox"/> Vermehrter Appetit oder Gewichtsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Vermehrte Ängstlichkeit, Angstgefühle | <input type="checkbox"/> Erhöhte Reizbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren | <input type="checkbox"/> Niedergedrückte Stimmung |
| <input type="checkbox"/> Verstärkte Nervosität, Ruhelosigkeit | <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme |
30. Hat Rauchen bei Ihnen schon mehr als einmal körperliche Beschwerden hervorgerufen, wie anhaltender Husten, Herzbeschwerden, Kreislaufprobleme oder Probleme mit der Lunge ?
 ja nein
31. Hat Rauchen (oder das Nichtrauchen) Sie schon mehr als einmal unruhig oder nervös gemacht oder irgendwelche anderen psychischen Beschwerden hervorgerufen oder verschlimmert ?
 ja nein
32. Hatten Sie jemals das Gefühl, Tabak zu brauchen oder von Tabak abhängig zu sein ?
 ja nein
33. Haben Sie schon einmal wichtige Aktivitäten, wie Sport, Ihre Arbeit oder Treffen mit Freunden oder Verwandten wegen des Rauchens aufgegeben oder wesentlich eingeschränkt?
 ja nein
34. Haben Sie schon einmal viele Zigaretten (bzw. Zigarren/Zigarillos/Pfeifen) in schneller Folge hintereinander („eine nach der anderen“) geraucht („Kette geraucht“)?
 ja nein
35. Finden Sie Ihr aktuelles Rauchverhalten problematisch oder möchten Sie irgendetwas daran verändern?
 nein, überhaupt nicht etwas (z.B.: ich möchte weniger rauchen) ja, sehr
36. Wie sicher sind Sie, dass Sie etwas an Ihrem Rauchverhalten verändern wollen ?
 zu 100% entschlossen nahezu sicher (75–99%) eher unsicher sehr unsicher
37. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu? (Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an!)
- Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören.
 Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören.
 Ich habe vor, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören.
38. Wie häufig haben Sie in den vergangenen sechs Monaten bewusst versucht, für mindestens 24 Stunden nicht zu rauchen? (Bitte kreuzen Sie die entsprechende Anzahl an!)
- 0 mal 1–2 mal 3–4 mal 5–6 mal 7 mal oder öfter
39. Wären Sie bereit, sofort mit dem Rauchen aufzuhören, wenn Ihr Arzt Ihnen ein geeignetes Behandlungsangebot machen würde?
 ja, vielleicht eher nicht sicher nicht

40. Welche der unten aufgeführten Methoden oder Hilfen zur Rauchentwöhnung haben Sie persönlich bereits ausprobiert?

	Eigene Erfahrung?		Wie lange hatten Sie Erfolg (rauchfreie Tage)?			
	Keine	Bereits ausprobiert	max. 1 Tag	bis zu 30 Tage	31 Tage bis 3 Monate	mehr als 3 Monate
<input type="checkbox"/> keine						
Einfach so, „von heute auf morgen“ aufhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin-Pflaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin-Kaugummi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin-Nasenspray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zyban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kursprogramm (z.B. Verhaltenstherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfe-Material (Buch, Kassette, CD, Video)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (z.B. Hypnose, Akupunktur) – (welche?):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Haben Sie es schon mal geschafft, mindestens 6 Monate lang überhaupt nicht zu rauchen?

nein ja ► Wenn ja, wann war das zuletzt? Vor _____ Jahren

42. Was waren Ihre wichtigsten persönlichen Gründe für Ihren Aufhörversuch? (Mehrfachnennungen möglich)

- Allgemeine gesundheitliche Gründe („Rauchen schadet der Gesundheit“)
- Konkrete eigene gesundheitliche Probleme durch das Rauchen
- Rat der Ärztin bzw. des Arztes
- Drängen des (Ehe-)Partners / der (Ehe-)Partnerin, der Familie oder von Freunden
- Rauchen beherrschte zunehmend mein Leben und Denken
- Ein einschneidendes Lebensereignis (z.B. Tod eines Angehörigen durch rauchbedingte Erkrankung)
- Rauchen wurde mir zu teuer
- Rauchen wird immer weniger akzeptiert (z.B. am Arbeitsplatz, in der Öffentlichkeit)
- Anderes (Bitte notieren):

43. Wenn die von Ihnen ausprobierten Aufhörmethoden nicht erfolgreich waren, was waren die wichtigsten Gründe dafür? (Mehrfachnennungen möglich)

- Arzneimittel nicht vertragen (z.B. Nebenwirkungen von Nikotin-Pflaster, Zyban etc.)
- Anwendungsprobleme der Methode (zu kompliziert)
- Einfach nicht geschafft (mangelnde Motivation, Wille nicht stark genug)
- Ausgeprägte Entzugsbeschwerden
- Belastende Ereignisse und Situationen (starker Stress, Lebenskrise)
- Rauchen des (Ehe-)Partners bzw. der (Ehe-)Partnerin
- Starke Verführung am Arbeitsplatz
- Starke Verführung in Freizeit / bei geselligen Anlässen
- Von anderen Personen zum Rauchen verführt
- Gewichtszunahme
- Andere Gründe (welche?):

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

7.5 Sonstiges

7.5.1 Internationale Kriterien für Nikotinabhängigkeit

3 von 6 Kriterien müssen zusammen für mindestens einen Monat lang bestanden haben. Falls sie nur für einen kürzeren Zeitraum gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von 12 Monaten wiederholt bestanden haben.

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Tabak zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Tabakkonsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Tabakkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen.(8)

7.6 Lebenslauf

Julia Tina Möhring, Geyerstraße 9, 80469 München, mail4juli@web.de

Geburtsdatum,-ort: 19.01.1980 in Tett nang

Schulabschluss: Abitur im Juli 1999 am Hans-Multscher-Gymnasium in Leutkirch

Freiwilliges Soziales Jahr: September 1999 bis April 2000 Altenpflege, Diakoniestation Schwabing-Maxvorstadt in München

Medizinstudium: Eingeschrieben seit Mai 2000 an der Ludwig-Maximilians-Universität in München

Prüfungen:

- März 2002 Physikum
- März 2003 1.Staatsexamen
- voraussichtlich März 2005 2.Staatsexamen

Famulaturen:

- Aug/Sep 2002 Gynäkologie und Geburtshilfe am Klinikum im Friedrichshain in Berlin
- Aug 2003 Viszeralchirurgie am Universitätsspital Zürich, Schweiz
- Sep/Okt 2003 Innere Medizin am Hôpital Saint Antoine in Paris, Frankreich
- März 2004 Chirurgische Notaufnahme Ludwig-Maximilians-Universität in München
- Sep 2004 Allgemeinarztpraxis in Leutkirch

Sprachen:

Englisch; Französisch

8 Danksagung

Prof. Dr. med D. Nowak danke ich für die Überlassung des Themas, für die engagierte Unterstützung, die stetige Gesprächsbereitschaft und so manchen Denkanstoß.

Ich danke Dipl.-Psych. Eva Hoch für die hervorragende Betreuung, die Anleitung zum wissenschaftlichen Arbeiten, die Hilfe bei Planung und Durchführung der Arbeit und nicht zuletzt für die vielen guten Ideen.

Prof. Dr. H.-U. Wittchen danke ich für die Möglichkeit, die Arbeit basierend auf Daten der SNICAS-Studie zu erstellen.

Dipl.-Stat. Michael Höfler danke ich für die engagierte Unterstützung bei der statistischen Auswertung.

PD Dr. Radon danke ich für die wertvollen Tipps im Rahmen des Kurses „Praktische Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten“.

Außerdem möchte ich mich bei allen Mitarbeitern der AG Klinische Psychologie des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie München und des Instituts für Arbeit –und Umweltmedizin der LMU München bedanken, für aktive Unterstützung zu jeder Zeit.

Und nicht zuletzt danke ich meinen Eltern, die mich bei der Durchführung dieser Arbeit immer unterstützt haben.