

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

Die Raucherbiographie des Hausarztes und sein Interventionsverhalten – Gibt es einen Zusammenhang?

Eine vergleichende Studie zwischen
rauchenden und nicht rauchenden Hausärzten

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München
Vorgelegt von
Katja Köhler
Freiburg 2007

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

Die Raucherbiographie des Hausarztes und sein Interventionsverhalten – Gibt es einen Zusammenhang?

Eine vergleichende Studie zwischen
rauchenden und nicht rauchenden Hausärzten

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München
Vorgelegt von
Katja Köhler
Freiburg 2007

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. D. Nowak

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. A. Büttner

Mitbetreuung durch den promovierten Mitarbeiter: Dr. rer. nat. Eva Hoch

Dekan: Prof. Dr. med. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 26.04.2007

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG.....	6
1.1	Nikotinabhängigkeit: Eine relevante Suchterkrankung?	6
1.1.1	Epidemiologie der Nikotinabhängigkeit.....	7
1.1.2	Diagnostische Kriterien der Nikotinabhängigkeit	8
1.1.3	Pharmakologische Aspekte der Nikotinabhängigkeit.....	9
1.1.4	Genetische Aspekte der Nikotinabhängigkeit	11
1.1.5	Psychologische Aspekte der Nikotinabhängigkeit	11
1.1.6	Gesundheitliche Risiken des Inhalationsrauchens.....	12
1.1.7	Kosten des Inhalationsrauchens in Deutschland.....	14
1.2	Abhängigkeitserkrankungen bei deutschen Ärzten	14
1.2.1	Rauchverhalten der deutschen Ärzte	16
1.3	Gesundheitspolitische Bedeutsamkeit des Hausarztes im deutschen Gesundheitssystem	16
1.3.1	Die Rolle des Hausarztes in der Raucherentwöhnung.....	17
1.3.2	Einstellungen und Raucherentwöhnungsstrategien in der Praxis der deutschen Hausärzte	18
2	ZIELE UND FRAGESTELLUNG	19
3	METHODIK UND MATERIAL.....	21
3.1	Merkmale und Design der SNICAS Studie	21
3.1.1	Phase I/Vorstudie.....	22
3.1.2	Phase II/ Stichtagserhebung	23
3.1.3	Phase III/Interventionsstudie	23
3.2	Stichprobenermittlung	24
3.2.1	Strategie der Stichprobengewinnung.....	24
3.2.2	Stichprobenziehung und Rekrutierung der Arztpraxen	25
3.2.3	Ausschöpfungsrate der Patienten am Stichtag.....	27
3.3	Datenerhebung.....	28
3.3.1	Praxisvorbogen	28

3.3.2	Patienten-Fragebogen	29
3.3.3	Arztbogen	29
3.4	Datenaufbereitung	30
3.4.1	Statistische Auswertung	30
4	ERGEBNISSE	31
4.1	Die Raucherbiographie des Hausarztes.....	31
4.1.1	Der Rauchstatus der befragten Hausärzte.....	31
4.1.2	Eigene Entwöhnungsversuche und Strategien der ehemals bzw. aktuell noch rauchenden Hausärzte	31
4.2	Einstellungen der Hausärzte zum Thema „Raucherentwöhnung“ in der Praxis in Abhängigkeit von Ihrem Rauchverhalten.....	35
4.2.1	Gründe und Barrieren, keine Raucherentwöhnung durchzuführen	35
4.2.2	Ausbau und Implementierung von Raucherentwöhnung in der Praxis	38
4.2.3	Einschätzung der relevanten Kompetenzen bei der Raucherentwöhnung aus Sicht der Hausärzte	42
4.2.4	Medikamentöse und therapeutische Verfahren der Raucherentwöhnung	46
5	DISKUSSION	50
5.1	Diskussion der Methode.....	50
5.1.1	Repräsentativität	50
5.1.2	Reliabilität	52
5.1.3	Anmerkungen zum Vorfragebogen	52
5.2	Diskussion der Ergebnisse	53
5.2.1	Zusammenhang Raucherbiographie - Einstellungen zum Thema Raucherentwöhnung	53
5.2.2	Zusammenhang Raucherbiographie-Umsetzung der Raucherentwöhnung in der Praxis.....	54
5.2.2.1	Die Rolle der aktuell rauchenden Ärzte.....	54
5.2.2.2	Die Rolle der Ex-Raucher.....	56
5.2.3	Ergebnisse ohne signifikante Unterschiede.....	57
5.3	Schlussfolgerungen	58
6	ZUSAMMENFASSUNG	60

7	ANHANG	63
7.1	Literaturverzeichnis	63
7.2	Abbildungsverzeichnis	72
7.3	Tabellenverzeichnis	72
7.4	Fragebögen	73
7.4.1	Praxisvorbogen	73
7.5	Lebenslauf	84
8	DANKSAGUNG	85

1 Einleitung

In Deutschland werden nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (1) pro Tag durchschnittlich 386 Millionen Zigaretten geraucht.

Beim Rauchen und den damit verbundenen Folgeerkrankungen handelt es sich um eines der größten Gesundheitsprobleme unserer Zeit. Prinzipiell wird in medizinischen und psychologischen Fachkreisen die These vertreten, dass es eine zentrale Aufgabe des Gesundheitssystems und des Hausarztes ist, sich beim Thema „Raucherentwöhnung“ aktiv zu engagieren.

Fast alle Bundesbürger gehen mehrmals im Jahr zu ihrem Hausarzt (2). Speziell der Hausarzt sollte, was sich aus diesen Hausarztstudien schlussfolgern lässt, deswegen eine breite Palette von Raucherentwöhnungsmaßnahmen zur Verfügung stellen und Nikotinabusus bei seinen Patienten besonders aufmerksam verfolgen bzw. erfragen.

Um die Chancen und Barrieren der Tabakentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung zu prüfen, wurde am 7. Mai 2002 die auf diesem Gebiet weltweit größte Hausarztstudie SNICAS (Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening) bei über 800 Hausärzten in Deutschland durchgeführt.

Im Rahmen von SNICAS wurden über 28.000 Patienten exploriert, von ihrem Hausarzt hinsichtlich ihres Gesundheitsstatus, des Rauchverhaltens und der damit einhergehenden gesundheitlichen Risiken untersucht sowie bezüglich etwaiger bisheriger Raucherentwöhnungstherapien befragt (3). Zusätzlich wurden das Rauchverhalten der teilnehmenden Ärzte und ihre individuellen Entwöhnungsstrategien ermittelt. Zum besseren Verständnis werden im Folgenden die wichtigsten Aspekte der Nikotinabhängigkeit erläutert, und es wird auf die wirtschaftlichen Folgen eingegangen.

Um die therapeutische Rolle des Arztes bei Suchterkrankungen allgemein und speziell beim Rauchen objektiv beurteilen zu können, werden Hintergründe zum eigenen Rauchverhalten der Ärzte im zweiten Teil der Einleitung geliefert.

Im letzten Abschnitt der Einleitung wird gesondert auf den Aufgabenbereich und das Betreuungsprofil des Hausarztes speziell im Rahmen der Nikotinentwöhnung eingegangen.

1.1 Nikotinabhängigkeit: Eine relevante Suchterkrankung?

Rauchen gehört zu den wichtigsten vermeidbaren Risikofaktoren in unserer Gesellschaft (4).

Weltweit rauchen mehr als 1,1 Milliarden Menschen. 4 Millionen Menschen sterben jährlich an den Folgen des Rauchens (5). Trotzdem löst diese enorm hohe Zahl nicht die Betroffenheit - besonders bei den Ärzten - aus, die eigentlich zu erwarten wäre. Entsprechende Maßnahmen seitens der Akteure im Gesundheitswesen, der Politik und auch der WHO, um dieses Problem in das Bewusstsein der

Öffentlichkeit zu bringen, werden immer wieder durchgeführt (z.B. breit angelegte Aufklärungskampagnen, Erhöhung der Tabaksteuer etc.). Experten schätzen aber die derzeitige Versorgung von Rauchern mit entsprechenden Entwöhnungsstrategien als völlig unzureichend ein (6).

Eines der großen Probleme ist, dass die Tabak- bzw. Nikotinabhängigkeit - sowohl von vielen Konsumenten als auch vom Gesundheitswesen - als nicht vergleichbar mit anderen substanzgebundenen Abhängigkeiten angesehen wird (7). Das Rauchen, vor allem auch in der Öffentlichkeit, wird von einer hohen gesellschaftlichen Akzeptanz getragen. Auch innerhalb der Ärzteschaft ist der hohe gesundheitspolitische Stellenwert noch nicht durchgedrungen.

Hauptgrund ist, dass Nikotin kaum psychotoxisch wirkt (8), das heißt selbst starke Raucher sind in ihrem sozialen Verhalten nicht auffallend, anders als bei Alkoholikern oder Rauschgiftabhängigen. Im Unterschied zu anderen Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol etc.) führt Nikotin nicht zum sozialen Abstieg oder zur Zerstörung der Persönlichkeit (9).

Aber das hohe Suchtpotenzial und die Folgeerkrankungen sind von erheblicher Bedeutung, sowohl für den Konsumenten als auch für das Gesundheitssystem.

1.1.1 Epidemiologie der Nikotinabhängigkeit

Einen Überblick über das Rauchverhalten der deutschen Bevölkerung liefern die Zahlen der letzten Mikrozensus-Befragung von 2005 (10). Der Mikrozensus ist eine statistische Erhebung, bei der im Gegensatz zur Volkszählung nur nach bestimmten Zufallskriterien ausgewählte Haushalte beteiligt sind. Die Anzahl und Verteilung der Haushalte wird so gewählt, dass die Repräsentativität der Ergebnisse statistisch gesichert ist. An der Befragung sind jedes Jahr 1 % der Privathaushalte in Deutschland beteiligt, d. h. etwa 370.000 Haushalte mit 820.000 Menschen. Der Mikrozensus wird vom Statistischen Bundesamt durchgeführt.

Demnach rauchen in Deutschland 33,2% der Männer und 22,1% der Frauen. Dies entspricht bezogen auf die Bevölkerung einem Anteil von ca. 16,7 Mio. aktuellen Rauchern. 24% dieser Raucher gaben an, regelmäßig zu rauchen; 30% davon waren Männer, 19% Frauen.

Die neueste Repräsentativerhebung zum Tabakkonsum in Deutschland (11) aus dem Jahre 2003 liefert noch genauere Daten zur Altersverteilung des Rauchens. Sie zeigt, dass 37% der deutschen Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 59 Jahren rauchen, und zwar 39% der Männer und 31% der Frauen. Der Anteil der Raucher nimmt mit dem Alter ab. Allerdings zählen die Raucher im Alter tendenziell dann zu den starken Rauchern. Den höchsten Anteil stellen die 18-20jährigen mit 45%, den geringsten Anteil die 50-59jährigen mit 24,2%. Der Anteil der Ex-Raucher (insgesamt 22,5%) nimmt mit dem Alter tendenziell zu. Über 35% der Tabakkonsumenten zählen mit mehr als 20

Zigaretten pro Tag zu den starken Rauchern. Bezogen auf die Gruppe der 18-59jährigen sind das 5,8 Millionen. (Dabei ist ein deutlicher Geschlechterunterschied festzustellen: 41% der Männer und 28% der Frauen zählen hierzu.)

Zwischen dem elften und sechzehnten Lebensjahr haben bereits 80% der Jugendlichen in Deutschland eine Zigarette probiert (12). Ungefähr die Hälfte der Probierkonsumenten setzt das Rauchen fort. 38% der 12-25jährigen Jugendlichen fallen als ständige (23%) oder gelegentliche (15%) Konsumenten auf.

Nach den „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM IV) der amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie sind 8% der Gesamtbevölkerung als nikotinabhängig zu bezeichnen; hier liegen die 18-20jährigen mit 18% wieder an erster Stelle.

Eine überdurchschnittlich hohe Raucher - und unterdurchschnittlich geringe Aufhörprävalenz sind in den ökonomisch und sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen zu finden (13).

1.1.2 Diagnostische Kriterien der Nikotinabhängigkeit

Um die Quantität und Qualität des Rauchens des Rauchens zu thematisieren, wurden allgemein geltende Konventionen erstellt, die das aktuelle Rauchverhalten (über die letzten 4 Wochen betrachtet) einteilen.

- Nichtraucher: Person raucht aktuell nicht, hat aber im Lauf des Lebens geraucht
- Gelegentlicher Raucher: Person raucht aktuell, aber nicht täglich
- Regelmäßiger Raucher: Person rauchte in den letzten 4 Wochen mindestens täglich eine Zigarette
- Abhängiger Raucher: Person erfüllt momentan die Kriterien einer Nikotinabhängigkeit

In Deutschland wird „Abhängiges Rauchen“ im geläufigeren diagnostischen Klassifikationssystem ICD-10 unter „Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen“ eingeordnet (14). Es werden 6 Kriterien aufgestellt, von denen drei in den letzten 12 Monaten aufgetreten sein müssen, damit die Diagnose „Tabakabhängigkeit“ gestellt werden kann.

1. Toleranzentwicklung: Es müssen zunehmend höhere Dosen konsumiert werden, um eine Wirkung zu erzielen

2. Körperliche Entzugserscheinungen: Auftreten bei Reduzierung oder Beendigung des Konsums bzw. weiterer Konsum, um Entzugssymptome zu mildern

3. Starker Wunsch oder Drang nach Tabakkonsum

4. Fehlende bzw. eingeschränkte Kontrolle über Beginn, Menge und Beendigung des Konsums
5. Zunehmende Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen zugunsten des Konsums
6. Anhaltender Konsum trotz des Nachweises eindeutig schädlicher Folgen

Im diagnostischen und statistischen Manual der „American Psychiatric Association“ (15) finden sich anders formuliert etwa dieselben Kriterien. Allerdings wird das zusätzliche Item „hoher Zeitaufwand für den Konsum“ hinzugefügt. Außerdem werden auch die diagnostischen Kriterien für ein Nikotinentzugssyndrom wie Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen, Nervosität, Gewichtszunahme etc. beschrieben.

Für den Charakter der Sucht sprechen auch folgende Tatsachen:

1/3 der deutschen Raucher versucht laut Batra (16) mindestens 1x pro Jahr aufzuhören.

Obwohl bei der Mehrheit der Raucher eine starke Ausstiegsmotivation vorhanden ist, schaffen es nur ca. 2% aller Raucher pro Jahr, ohne therapeutische Hilfe aufzuhören (17).

Von den Rauchern, die an einem Entwöhnungsprogramm teilnehmen, sind ein Jahr danach noch zwanzig Prozent oder weniger Nichtraucher (18). Sie werden häufig kurz nach dem Behandlungsende wieder rückfällig. Meistens benötigen die Raucher mehrere Entwöhnungsversuche, um schließlich Nichtraucher zu werden (16).

Insgesamt gesehen weisen also alle genannten Daten und Fakten darauf hin, dass das Rauchen bzw. die Nikotinabhängigkeit eine Erkrankung ist, die alle Zeichen einer Abhängigkeitserkrankung aufweist. In der Fachliteratur werden verschiedenste Gründe diskutiert, die für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Nikotinabhängigkeit verantwortlich sind. Auf die wichtigsten pharmakologischen, genetischen und lerntheoretischen Ursachen wird im Folgenden kurz eingegangen.

1.1.3 Pharmakologische Aspekte der Nikotinabhängigkeit

Nikotin ist das Hauptalkaloid der Tabakpflanze. Es stimuliert mit jeweils unterschiedlicher Wirkung sowohl die muscarinergen als auch die nikotinergeren Rezeptoren des Parasympathicus (19,20).

Im Folgenden (8) sind die wichtigsten Wirkungen des Nikotins auf den Organismus zusammengefasst:

- Freisetzung von Adrenalin aus der Nebenniere, von Noradrenalin im Hypothalamus (zentrale Erhöhung des Sympathikotonus) und von Dopamin aus dem mesolimbischen System
- Anstieg der Katecholamine im strömenden Blut mit Beeinflussung des Blutdrucks, der Herzfrequenz und der Blutgerinnungsfaktoren, abhängig von der Dosis

- Unterschiedliche Steigerung der Magensäure-Sekretion, verminderte Durchblutung der Schleimhaut
- erregende Wirkung auf das ZNS: Tremor, Dämpfung von Emotionen, Steigerung des Konzentrationsvermögens
- atemstimulierende Wirkung über die Glomera carotica und aortica
- Stimulation des Brechzentrums
- Vergiftung (einmalige Gabe von 60mg beim nikotinunerfahrenen Menschen)
Kreislaufschock, Depolarisationsblock bei der neuromuskulären Übertragung, zentrale Atemlähmung

Nach mehreren Studien von Armitage und Koautoren (21,22) wird Nikotin je nach Aufnahmeform unterschiedlich schnell resorbiert. (Beim Rauchen von Zigarre oder Pfeife wird die größte Menge von Nikotin schon von der Mundschleimhaut resorbiert, da die Substanz dort am längsten verweilt.) Inhalatives Zigarettenrauchen ist der effektivste Weg, Nikotin ins Gehirn zu transportieren: Beim Rauchen werden ca. 30% des in der Zigarette enthaltenen Nikotins freigesetzt, wovon 95% beim intensiven Inhalieren resorbiert werden. 25% der Substanz wird extrem schnell von den Alveolen aufgenommen und gelangt mit einer pulsatilen Kinetik innerhalb von 20-30 sec. in das Gehirn.

Die Bindung des Nikotins an die ZNS-Rezeptoren führt zu einer erleichterten Freisetzung von Transmittern wie Dopamin, Noradrenalin, β -Endorphin und 5-Hydroxytryptamin (23).

Dies führt unter anderem zu stimulierenden Wirkungen auf die

- Stimmungslage: anxiolytisch, erregend
- Leistungsfähigkeit: Aufmerksamkeit und Leistung steigen
- Körpergewicht: beschleunigt Stoffwechselfvorgänge, Appetitminderung, Gewichtsverlust

Eine Reihe von neueren Studien (24,25) sprechen besonders der Aktivierung des Dopaminmechanismus in der Muschel des Nucleus accumbens eine entscheidende Rolle bei der Suchtentwicklung zu. Dieses kleine dopaminhaltige Gebiet gehört zum limbischen System des Vorderhirns und ist für Schmerz, emotionales Verhalten und insbesondere unser Wohlbefinden verantwortlich. Es wird vermutet, dass Beeinflussung des Dopaminstoffwechsels durch das Nikotin den Belohnungseffekt des Rauchens vermittelt. Bereits geringe Mengen von Nikotin (1 Zigarette) bewirken eine erhöhte Freisetzung von Dopamin im Nucleus accumbens.

Zusätzlich verursacht Nikotin eine Erhöhung der NoradrenalinKonzentration im Locus coeruleus, was vermutlich für die stimulierende Wirkung von Nikotin verantwortlich ist (26).

Eine chronische Nikotinaufnahme erhöht die Empfindlichkeit dieser Gehirnregion dauerhaft. Hört man nun auf zu rauchen, verringert sich der Gehalt an Dopamin wieder. Folge davon ist der Verlust der positiven Stimmung. Nach jahrelangem Nikotinabusus äußert sich dieser Genussverlust in den oben genannten Entzugssymptomen wie Unruhe, Nervosität, Bradykardien etc..

Bei der Entwöhnung spielt daher die Nikotinsubstitution eine entscheidende Rolle. Die Aufrechterhaltung selbst eines geringen Nikotinspiegels genügt, um die Nikotinrezeptoren zu blocken und ihre Anzahl zu normalisieren (27). Allerdings entfällt das pulsatile Anfluten wie beim Inhalationsrauchen, so dass die Sucht nicht entsprechend befriedigt wird (21).

1.1.4 Genetische Aspekte der Nikotinabhängigkeit

Starker Tabakkonsum bzw. der frühe Beginn eines regelmäßigen Konsums scheinen bis zu 60% durch genetische Faktoren begründbar zu sein (28). Vermutet wird eine genetisch manifestierte individuelle Vulnerabilität für Tabakkonsum. Es wird angenommen, dass es „Kandidatengene“ (29) gibt, wie z.B. für die nikotinergeren Acetylcholinrezeptoren oder für die dopaminergen Rezeptoren und Dopamintransporter. Nachgewiesen wurde auch, dass Träger eines nicht voll funktionsfähigen Enzyms (das für die Umwandlung des Nikotins im Stoffwechsel eine Rolle spielt) signifikant seltener eine Nikotinabhängigkeit aufweisen als Träger dieses voll funktionsfähigen Enzyms (30). Eine aktuelle Studie von Beuten (31) konnte bei der Untersuchung zweier großer Familienkollektive Hinweise auf ein Dispositionsgen für die Nikotinabhängigkeit finden. In den untersuchten Gruppen waren unterschiedliche Varianten im GABA b 2-Gen signifikant mit der Nikotinabhängigkeit assoziiert.

Zusätzlich weisen neuere Studien (32,33) neben den genetischen Polymorphismen neuronaler Rezeptoren auf eine zusätzliche genetische Disposition des peripheren Nikotinmetabolismus hin.

Die Untersuchungen zu diesem Thema sind von großer Wichtigkeit, da man mit ihrer Hilfe in Zukunft Menschen mit einem erhöhten Abhängigkeitsrisiko ermitteln bzw. eine individuell abgestimmte Pharmakotherapie einsetzen könnte.

1.1.5 Psychologische Aspekte der Nikotinabhängigkeit

Das Rauchen wird durch positive wie negative Verstärkung erworben und aufrechterhalten (34).

Die positiven Effekte des Rauchens werden individuell verschieden wahrgenommen. Rauchen verbessert bzw. erleichtert die Entspannung, die Konzentration sowie die Bewältigung von Stress oder Ärger. Somit spielt die psychologische Bewertung der durch die Inhaltsstoffe der Zigarette ausgelösten biologischen Effekte eine wichtige Rolle für das regelmäßige Rauchen (35).

Die wichtigsten Theorien für das Aneignen von Verhaltensweisen, hier modifiziert am Beispiel des Rauchens, werden im Folgenden kurz erläutert.

- Modelllernen: Nach Bandura (36) werden bestimmte Verhaltensweisen durch Beobachtung und Nachahmen von Vorbildern übernommen, dies spielt besonders bei Kindern eine große Rolle („Schokoladenzigarette“).
- Klassisches Konditionieren: Nach Pawlow (37) wird ein eigentlich neutraler Reiz (Rauch) von dem Betroffenen mit einem bedeutsamen Ereignis, dem konditionierten Reiz verknüpft (vermeintliche Stressentlastung).
- Operantes Konditionieren: Nach der Theorie von Skinner (38) tritt das Rauchen auf, wenn es mit einer Belohnung in Form von angenehmen Konsequenzen (vermeintlicher Entspannung) in Verbindung gebracht wird. Entzugserscheinungen wirken als negative Verstärker, die es durch erneutes Rauchen zu vermeiden gilt.

Vor dem Hintergrund der Suchtentwicklung spricht vieles dafür, dass der Raucher die positiven Wirkungen des Rauches subjektiv stark überbewertet. Ein weiteres Charakteristikum ist seine ambivalente Haltung gegenüber dem Aufhören (39). Eine hohe Bereitschaft bzw. Motivation zum Rauchstopp ist aber notwendig, um sich auf konkrete Hilfsangebote für das Aufhören einzulassen. Die Angst vor dem Leben nach der letzten Zigarette und die Ungewissheit, welche schlimmen Folgen das Aufhören haben könnte, lähmen viele Raucher. Diese Ängste münden in einem *circulus vitiosus*, der letztendlich das Rauchen stabilisiert.

1.1.6 Gesundheitliche Risiken des Inhalationsrauchens

Insgesamt sterben in Deutschland nach Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren jährlich 140.000 Menschen vorzeitig durch das Inhalationsrauchen (9).

Ein Hauptgrund dafür ist, dass im Tabakrauch mehr als 40 Krebs erregende oder Krebs mit verursachende Substanzen enthalten sind (40). Zusätzlich sorgen diese Inhaltsstoffe dafür, dass die natürlichen Killerzellen, die das Immunsystem gegen Tumorzellen einsetzt, verringert werden.

Dauerhafter Tabakkonsum führt häufig zu einer obstruktiven Bronchitis und chronischen Schädigung des Lungenparenchyms in Form einer COPD bzw. eines Lungenemphysems (41).

Ein zusätzlicher Zusammenhang besteht zwischen Rauchen und Herz-Kreislaufkrankheiten. So beeinflusst der Zigarettenkonsum z.B. alle Phasen der Atherosklerose, von der endothelialen Dysfunktion bis zur Thrombose (42) und trägt signifikant zur Entstehung einer kardiovaskulären Erkrankung bei (43).

Im folgenden sind die wichtigsten kausal auf das Rauchen zurückzuführenden Krankheitsbilder zusammengefasst (44). Die Prozentzahlen geben jeweils den attributablen Anteil des Rauchens an.

- 1 Bronchial-Karzinom (89%)
- 2 COPD/Lungenemphysem (73%)
- 3 Mundhöhlen-Karzinom; Pharynx-Karzinom (65%)
4. Larynx-Karzinom (65%)
5. Koronare Herzkrankheit (35%)
6. Apoplex, cerebrovaskuläre Erkrankungen (28%)
7. Arterielle Verschlusskrankheit (28%)

Doll und Peto (45) konnten in ihrer 40jährigen Langzeitstudie über die Mortalität männlicher britischer Ärzte die bisher genannten Erläuterungen eindrucksvoll belegen.

Ihre Beobachtungen zeigen, dass das Risiko an folgenden Krankheiten zu sterben, mit regelmäßigem Tabakkonsum korreliert: Die rauchenden Ärzte erkrankten signifikant häufiger an Tumoren der Mundhöhle, des Ösophagus, des Pharynx, des Larynx, der Lunge, des Pankreas und der Blase, sowie an COPD, Emphysem, Gefäßerkrankungen und Magengeschwüren.

Sie fanden dabei auch heraus, dass die relative Sterblichkeitsrate von Rauchern zwischen 35-69 Jahren im Mittel 2-3 Mal so hoch liegt wie die von Nichtrauchern. Die durchschnittliche Differenz der Lebenserwartung zwischen Rauchern und Nichtrauchern beträgt 6,5 Jahre.

Ihre 2004 im BMJ publizierte „Jubiläums-Studie“ (46) liefert neue Daten zur Lebenserwartung von Rauchern. Doll kommt zu dem Ergebnis, dass die Zahlen der Raucher (als Raucher gilt, wer ca. 18 Zigaretten pro Tag konsumiert), die an den Folgen des Tabakkonsums sterben, deutlich höher sind als bisher angenommen. So zeigten z.B. Daten, dass Ärzte der Jahrgänge 1920-1929 im Durchschnitt 57 Jahre alt wurden, wenn sie nach dem Krieg weiterrauchten. Nichtraucher hatten im Vergleich dazu eine im Schnitt 10 Jahre längere Lebenserwartung. Ärzte der Jahrgänge 1900 bis 1930 wurden im Alter von 60 Jahren betrachtet. Von den Nichtrauchern erlebten noch 88% ihren 70. Geburtstag, bei den Rauchern waren es nur 71%. 26% der Nichtraucher wurden 90 Jahre oder älter, bei den Rauchern betrug dieser Anteil nur 5%.

Zusätzlich wurden in dieser Studie auch Daten zur Lebenserwartung ermittelt, die durch den Rauchstopp gewonnen werden können. Raucher, die im Alter von 30 Jahren aufhören, gewinnen zehn Jahre und erreichen fast die Lebenserwartung des lebenslangen Nichtrauchers. Und selbst ein Rauchstopp im Alter von 60 Jahren kann das Leben noch um ca. 3 Jahre verlängern.

Zusammenfassend belegen diese Studien eindeutig, dass Rauchen einen großen schädigenden Einfluss auf die Gesundheit mit Reduzierung der Lebenserwartung hat. Sie zeigen aber auch, dass ein Rauchstopp jederzeit sinnvoll ist und dadurch das Risiko, eine tabakassoziierte Erkrankung zu erleiden, minimiert werden kann.

1.1.7 Kosten des Inhalationsrauchens in Deutschland

Ruff et al. (44) zeigen mit folgenden Erläuterungen die Komplexität der wirtschaftlichen Folgen, die durch das Rauchen verursacht werden. Die Kosten, die auf Grund des Rauchens auftreten, belasten das deutsche Gesundheitssystem mit ca. 16,6 Mrd. Euro jährlich. Sie machen immerhin mehr als 6% der Gesundheitskosten in Deutschland aus. Jährlich sterben in der BRD insgesamt ca. 110.000 - 140.000 Menschen an den Folgen des Rauchens; das entspricht 22% aller vorzeitigen Todesfälle bei Männern und 5% bei Frauen. Von diesen befindet sich die Hälfte im erwerbsfähigen Alter. Die meisten der in Abschnitt 1.1.6 genannten Krankheiten sind chronisch und bedürfen einer umfangreichen medikamentösen Therapie mit oftmals stationären Behandlungen.

Es gilt zwischen direkten Kosten (51%) und indirekten Kosten (49%) zu unterscheiden. Direkte Kosten entstehen dadurch, dass die an den Folgen des Rauchens erkrankten Patienten medizinisch versorgt werden müssen. Indirekte Kosten entstehen durch den Ausfall von Arbeitskraft durch Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung und vorzeitige Todesfälle. Bei den chronischen Krankheiten wie Koronare Herzkrankheit und COPD beläuft sich der direkte Anteil durch das Rauchen auf über 63%. Alleine COPD verursacht Kosten von mehr als 5,47 Milliarden Euro pro Jahr. Bei den Tumorerkrankungen der Atemwege verursacht das Rauchen einen höheren indirekten Anteil. Behandlung im Krankenhaus macht 27% der direkten Kosten aus. Arbeitsausfall, Frührente und vorzeitiger Tod machen mit 28%, 33% und 39% einen hohen Anteil der indirekten Kosten aus. Zusätzliche Erkrankungen, die ebenfalls mit Rauchen assoziiert sind, wie Nierenzell- und Blasenkarzinom, Asthma und vor allem die Folgen des passiven Rauchens werden von diesen Berechnungen nicht erfasst. Also können die Gesamtkosten noch höher geschätzt werden.

1.2 Abhängigkeitserkrankungen bei deutschen Ärzten

Das sensible Thema „Suchtprobleme in der Ärzteschaft“ wird in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern (vor allem den USA) (47) mit weniger Engagement und wissenschaftlichen Studien behandelt. Canavan (48) hat schon 1983 in seinem Programm für abhängige Ärzte festgestellt, dass Sucht schon früh einen Einfluss auf die Qualität der Patientenversorgung hat. Seit Anfang der 90er Jahre sind zwar auf vielen Ebenen Verbesserungen erzielt worden. Landesärztekammern, andere berufsständische Organisationen und verschiedene Behandlungsstätten haben intensive

Hilfsprogramme zur Therapie abhängiger Ärzte entwickelt. Studien zu dieser Problematik gibt es jedoch in Deutschland nach wie vor kaum (49).

Denn entgegen üblichen Annahmen sind Ärzte vor Suchterkrankungen genauso wenig geschützt wie die Allgemeinbevölkerung (50).

Repräsentatives Zahlenmaterial lässt sich eher im Ausland finden. Eine große Studie dazu führten Hughes und Mitarbeiter (51) 1992 in den USA durch. 9600 Ärzte wurden im Rahmen einer anonymen Fragebogenaktion über ihr Suchtverhalten befragt. Dabei räumten 1,6% der Ärzte für das vergangene Jahr einen Missbrauch von Alkohol ein. 6% gaben an, zu irgendeinem Zeitpunkt in ihrem Leben einen Alkoholmissbrauch betrieben zu haben. 13,6% gaben nach Hughes einen momentanen Medikamentenmissbrauch (überwiegend Benzodiazepine und Opiate) zu. Insgesamt hatten 8% der Befragten irgendwann in ihrem Leben Probleme mit Abhängigkeit bzw. übten Substanzmissbrauch von Alkohol und Drogen aus.

Die Anzahl der Ärzte, die mehr als eine halbe Packung oder mehr pro Tag rauchen, betrug 3,9%. Dies ist deutlich niedriger als die Anzahl der nikotinabhängigen Raucher in der amerikanischen Allgemeinbevölkerung. Die Prävalenzrate der nikotinabhängigen Raucher wird in den USA mit 24% angegeben (52).

Eine Fragebogenaktion des kanadischen Gesundheitsministeriums (53) unter 1500 Ärzten bestätigte die Zahlen und Ergebnisse von Hughes. Sie zeigte ebenfalls eine Prävalenz von 6% bei Alkoholmissbrauch.

Insgesamt ergaben beide Untersuchungen eine höhere Prävalenz von Alkohol- und Medikamentenmissbrauch unter Ärzten als in der Allgemeinbevölkerung.

In Deutschland wird bei einer Gesamtzahl von 300.000 Ärzten von ca. 20.000 abhängigen Ärzten ausgegangen (54). Suchtstoff Nummer eins ist auch hier der Alkohol, gefolgt von Medikamentenmissbrauch, die beide bei Ärzten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung überproportional häufig auftreten. Eine der wenigen Studien in Deutschland dazu wurde von Mäulen (55) durchgeführt. Er fand bei einem Untersuchungskollektiv von 315 bereits abhängigen Ärzten bei 55% eine Alkohol- und bei 20% eine Medikamentenabhängigkeit, insbesondere von Benzodiazepinen. Nur 10% wiesen eine klinisch relevante Drogenabhängigkeit von Opiaten auf. Nach den derzeitigen Erkenntnissen ist also davon auszugehen, dass für 7-8% aller Ärzte zumindest passager eine Alkohol-, Drogen- oder/und Medikamentenabhängigkeit während ihres Berufslebens auftritt. In dieser Studie zeigte sich auch, dass bestimmte Fachgruppen innerhalb der Medizin besonders gefährdet waren. So war unter den Niedergelassenen Ärzten, Allgemeinmedizinern und Ärzten aus den operativen Fächern deutlich häufiger eine Abhängigkeitserkrankung zu finden.

Die Nikotinabhängigkeit wurde allerdings hier nicht erfragt.

Fazit ist, dass diese deutsche Studie keine Rückschlüsse auf epidemiologische Daten ermöglicht. Es lässt sich nur feststellen, dass Ärzte einem großen Abhängigkeitsrisiko hinsichtlich des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs unterliegen. Groß angelegte Studien mit repräsentativen Ergebnissen dazu fehlen in Deutschland allerdings noch.

1.2.1 Rauchverhalten der deutschen Ärzte

Insgesamt ist über das Rauchverhalten der deutschen Ärzte bisher noch wenig bekannt.

Einen repräsentativen Einblick bietet der Mikrozensus von 2003 (56). Von denen im Jahre 2003 456 befragten Medizinern und Apothekern äußerten sich 370 zu ihren Rauchgewohnheiten. 17% zählten zu den Rauchern, 83% zu den Nichtrauchern. Von den Rauchern waren 22% gelegentliche Raucher, 83,3% rauchten regelmäßig (täglich). 31% davon gaben an, stark zu rauchen (eine Schachtel und mehr pro Tag). Bei den Nichtrauchern gehörten ca. 1/4 zu den Ex-Rauchern.

Die neueste Studie zum Rauchverhalten liefern Twardella und Brenner (57) in ihrer Untersuchung zu Barrieren der Raucherentwöhnung bei deutschen Hausärzten. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde auch das Rauchverhalten der teilnehmenden Hausärzte untersucht.

Von 311 befragten Hausärzten zählten 157 (52%) zu den Nie-Rauchern, 125 (41%) zu den Ex-Rauchern und 29 (9,3%) zu den aktuellen Rauchern.

Beide Studien zeigen, dass im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (37% der Allgemeinbevölkerung rauchen (64)) der Anteil der Raucher unter den Ärzten deutlich niedriger ist.

Eine grosse repräsentative Studie von Kossler (58) zu den Rauchgewohnheiten niedergelassener Ärzte in Österreich kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Von 2105 befragten Hausärzten und Internisten zählten 7,1% zu den aktuellen Rauchern, 34% zu Ex-Rauchern, und ca. 62,5% hatten nie geraucht. Seine Untersuchungen zeigen ebenfalls, dass der Anteil der rauchenden Ärzte niedriger ist als in der österreichischen Allgemeinbevölkerung (29% der Allgemeinbevölkerung rauchen in Österreich (59)).

In Deutschland fehlt bisher eine Studie mit einer ähnlich großen Stichprobe zu dieser Thematik.

1.3 Gesundheitspolitische Bedeutsamkeit des Hausarztes im deutschen Gesundheitssystem

Um die spezielle Rolle des Hausarztes bei der Raucherentwöhnung zu untersuchen, sind als erster Schritt die Funktion und das Betreuungsprofil des Hausarztes in Deutschland zu klären.

Nach Angaben des letzten Bundesgesundheits-Surveys von 1998 (60) spielen die ca. 80.000 Hausärzte (Ärzte für Allgemeinmedizin, praktische Ärzte, Internisten mit Hausarztfunktion) in der

Rolle des „gate-keepers“ eine überaus wichtige Rolle im deutschen Gesundheitssystem. 90% der Bevölkerung besuchen ihren Hausarzt mindestens einmal pro Jahr; die durchschnittliche Frequenz der Arztbesuche beträgt 2,4 pro Jahr, wobei die Rate bei Menschen über 50 Jahre und älter 2 bis 3 mal höher ist. Studien über die Hausarztversorgung haben gezeigt, dass Patienten mit ihrem Hausarzt über Jahre in Kontakt bleiben (61). Es ist davon auszugehen, dass Hausärzte somit besser über die individuellen kurz- und langfristigen gesundheitlichen Risiken und den motivationalen Status ihrer Patienten informiert sind als Fachärzte. Den Hausärzten obliegt aus diesen Gründen zumeist die Hauptverantwortung für eine rechtzeitige Erkennung, die Überweisung zum Spezialisten und die Einleitung adäquater Behandlungsmaßnahmen (62).

Für die aktive Rolle der Hausärzte in Deutschland spricht auch die hohe Zahl an Patienten, die sie persönlich (im Durchschnitt 70 Patienten pro Arzt pro Tag) erreichen können (63).

1.3.1 Die Rolle des Hausarztes in der Raucherentwöhnung

Der Stellenwert in der hausärztlichen Versorgung in der Raucherentwöhnung wird als sehr hoch eingeschätzt: Der Patient ist besorgt um seine Gesundheit, sucht daher den Arzt auf und ist in Erwartung von Gesundheitsratschlägen besonders empfänglich für diese (64).

Welchen starken Einfluss Hausärzte konkret auf ihre Patienten haben können, berichtet Junge (65): Der „Rat des Arztes“ gilt als einflussreichster Faktor in Bezug auf den Wunsch, in der Zukunft mit dem Rauchen aufzuhören. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Boyle et al. (66) in ihrer Untersuchung zu Einstellungen der Raucher gegenüber dem Rauchstopp: Ärzten wird eine wichtige Aufgabe bei der Raucherentwöhnung ihrer Patienten beigemessen.

Eine ältere Studie von Cummings und Koautoren (67) ergibt, dass von 311 Patienten 68% auf Rat des Hausarztes eine Raucherentwöhnung versuchen würden.

Wissenschaftlich gut belegt ist, dass jede ärztliche Intervention effektiv ist und die Abstinenzrate erhöht, unabhängig von ihrer Dauer und Intensität (68).

Dennoch spielen Hausärzte als Anbieter von Maßnahmen zur Tabakentwöhnung bisher eine noch untergeordnete Rolle. Nach Hoch et al. (3) können einige mögliche Gründe die Folgenden sein: geringes ärztliches Bewusstsein für Größe und Umfang des Rauchproblems, Zeitmangel, ungenaue Kenntnis der Behandlungsmöglichkeiten, unzureichende Fertigkeiten bei der Durchführung von Raucherentwöhnung, fehlende Bereitschaft, diese Behandlung anzubieten und Unvermögen oder Unlust der Patienten, daran teilzunehmen.

1.3.2 Einstellungen und Raucherentwöhnungsstrategien in der Praxis der deutschen Hausärzte
Diese Thematik wird in Deutschland bisher erst in einigen kleineren Studien wissenschaftlich hinterfragt. Batra et al. (16) untersuchten in einer kontrollierten prospektiven Interventionsstudie die Etablierung von verhaltenstherapeutischen Raucherentwöhnungsprogrammen sowie die Beurteilung der Akzeptanz, Praktikabilität und Effektivität einer multimodalen Raucherentwöhnung in der Praxis. Überprüft und verglichen werden sollten die Verhaltens-/Gruppentherapie, die Bibliothherapie (Selbsthilfemanual) und Nikotinpflaster. Dazu wurden 106 internistische und allgemeinmedizinische Praxen rekrutiert, wovon letztendlich nur 30 Praxen mit insgesamt 232 Probanden die Teilnahme zusagten. 17% der angeschriebenen Praxen gaben an, kein Interesse an der Studie zu haben, 10% bevorzugten andere Behandlungsmethoden, die allerdings nicht dargelegt wurden. 6,7% der Ärzte war die Studie zu aufwendig und 5% die Organisation in der Praxis zu kompliziert.

Twardella und Brenner kamen in einer aktuellen Interventionsstudie (69) zur Raucherentwöhnung in der hausärztlichen Praxis (IRIS-Studie) zu ähnlichen Ergebnissen. Dabei wurden die Barrieren der Raucherentwöhnung bei 315 Hausärzten untersucht. Die konkreten Interventionsmöglichkeiten in der hausärztlichen Praxis wurden von fast zwei Dritteln der teilnehmenden Ärzte (62,9%) als schlecht eingestuft. Wenn keine Tabakentwöhnung durchgeführt wurde, wurde dies mit mangelnden Interesse der Patienten (55,4%), einem zu großen Zeitaufwand (47,4%) oder der mangelnden Vergütung (32,5%) begründet. Interessant waren auch die Unterschiede in den Rekrutierungszahlen. Praxen, die eine spezifische zweistündige Schulung zur Tabakentwöhnung erhalten hatten, konnten deutlich mehr Teilnehmer gewinnen als die einfache Kontrollgruppe. Erhielten die Ärzte zusätzlich zur Schulung eine Kostenerstattung für die Medikation und eine erfolgsabhängige Honorierung, konnten fast dreimal so viele Patienten gewonnen werden. Die Untersuchung, ob das eigene Rauchverhalten der Ärzte Einfluss auf diese Zahlen hatte zeigte allerdings keinen Zusammenhang.

Ein noch unveröffentlichtes Dokument des Deutschen Krebsforschungszentrum ergab in einer bundesweiten Befragung von über 11.000 angeschriebenen potenziellen Anbietern (Gesundheitseinrichtungen, Praxen etc.), dass nur 763 davon Tabakentwöhnung leisten (für die eine Wirksamkeit noch nicht empirisch nachgewiesen werden konnte).

2 Ziele und Fragestellung

Die gesundheitlichen Risiken und Folgen des Rauchens und die negativen wirtschaftlichen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem werden in zahlreichen Studien immer wieder belegt (70,71). Die Verringerung des Tabakkonsums steht in vielen Ländern gesundheitspolitisch an erster Stelle. Dennoch zeigt sich kein entsprechender Rückgang der Prävalenzraten des Rauchens.

In der Funktion als Primärversorger scheint der Hausarzt besonders prädisponiert für die Raucherentwöhnung zu sein. Hinsichtlich der Bereitschaft, Kompetenz und der bevorzugten Entwöhnungsstrategien der Hausärzte fehlen allerdings bisher groß angelegte Studien.

Um Antwort 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.

Ziel dieser Studie war es unter anderem, Informationen über die aktuelle Situation der Raucherentwöhnung in der hausärztlichen Praxis zu gewinnen. SNICAS wurde von 2001-2004 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 den vorgenannten Partnern und dem Institut für Arbeits- und Umweltmedizin der LMU.

Bisher ist noch unklar, welche Kernprädiktoren (eigene Raucherfahrung des Arztes, Praxismerkmale, Spezialisierungen, Fertigkeiten etc, Spezialisierung) eine erfolgreiche und etablierte Raucherentwöhnung vorhersagen können. Zu untersuchen wäre auch, ob der Arzt das Rauchen seines Patienten auch überhaupt erkennt. Bisherige Daten, die im Rahmen von SNICAS erhoben wurden, zeigten, dass weder die Erkennensrate von Rauchern noch die Rate der erfolgreichen Raucherentwöhnungen optimal sind.

Basierend auf Daten der SNICAS-Studie beschäftigt sich die vorliegende Arbeit damit, inwieweit und ob die eigene Raucherbiographie des Hausarztes sein Interventionsverhalten gegenüber rauchenden Patienten beeinflusst.

Zahlreiche Studien zu dieser Thematik konnten nachweisen, dass Zusammenhänge zwischen Rauchverhalten von Ärzten und deren Interventionsverhalten gegenüber Patienten bestehen. Die in Abschnitt 1.3.1 erwähnte Studie von Cummings et al. (67) belegte schon 1987, dass rauchende Ärzte ihre Patienten signifikant seltener zum Rauchstopp motivieren als nicht rauchende Ärzte. Nardini (72), der sich in seiner Arbeit speziell mit dem Rauch- und Interventionsverhalten der italienischen

Thoraxchirurgen beschäftigte, fand heraus, dass diese die gesundheitlichen Gefahren des Rauchens signifikant mehr unterschätzen als ihre nicht rauchenden Kollegen. Die Vorbildfunktion, die ein Arzt beim Rauchen bzw. Nichtrauchen haben sollte, wurde von den rauchenden Ärzten ebenfalls signifikant weniger ernst genommen als von den nicht rauchenden Ärzten.

Eine der neueren Studien von Kossler und Koautoren (im Abschnitt 1.2.1 bereits erwähnt (58)) untersucht ähnliche Fragestellungen an österreichischen Hausärzten und Internisten. Er kommt zu denselben Ergebnissen: Rauchende Hausärzte und Internisten empfehlen ihren Patienten seltener, mit dem Rauchen aufzuhören als die nicht rauchenden Internisten und Hausärzte.

Da in Deutschland eine bisherige repräsentative Studie zu dieser Thematik fehlt, versucht diese Arbeit mit der Untersuchung der folgenden Fragen diese Lücke zu schließen.

- Wie verbreitet ist das Phänomen des Rauchens unter deutschen Hausärzten?
- Ist die Einstellung zum Thema Raucherentwöhnung vom Rauchstatus des Hausarztes abhängig?
- Wird das Interventionsverhalten der Hausärzte hinsichtlich der Raucherentwöhnung durch subjektive eigene Raucherfahrungen eventuell beeinflusst?
- Hängt die erfolgreiche Raucherentwöhnung durch den Hausarzt von seinem eigenen Rauchverhalten ab?
- Wie behandeln rauchende Hausärzte das Thema der Nikotinsucht bei sich und ihren Patienten?
- Empfehlen Hausärzte ihren Patienten vorrangig diejenige Strategie der Entwöhnung, mit der sie selbst erfolgreich aufgehört haben?

An dieser Stelle sei auf drei weitere Arbeiten hingewiesen, die auf Daten der SNICAS-Studie basieren: „Hausarztcharakteristika als Prädiktoren für die Erkennens- und Interventionsrate bei rauchenden Hausarztpatienten“ von Julia Möhring; „Der Einfluss von Merkmalen des Patienten auf die ärztliche Erkennensrate von Rauchern“ von Anna Almeida; „Prädiktoren für die Art der durchgeführten Raucherentwöhnungen bei rauchenden Hausarztpatienten in Deutschland“ von Steffi Grassl.

3 Methodik und Material

Die SNICAS-Studie wurde vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinische Psychologie und Epidemiologie, München in Zusammenarbeit mit dem Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden durchgeführt. Sie war Teil des Suchtforschungsverbundes ASAT (Allocating Substance Abuse Treatments to Patient Heterogeneity).

3.1 Merkmale und Design der SNICAS Studie

SNICAS basiert auf einem zweistufigen epidemiologischen Studiendesign und wurde an zufällig ausgewählten Hausarztpatienten durchgeführt. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die wesentlichen Komponenten der Studie und ihr Design.

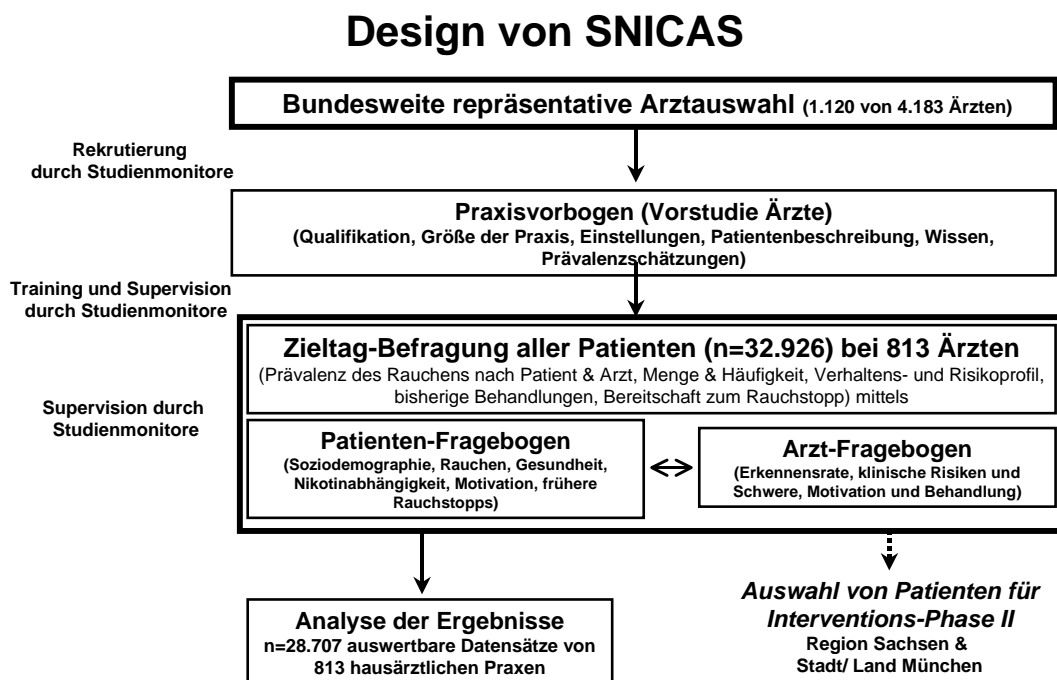


Abbildung 1: Design der SNICAS-Studie

Die Hauptmerkmale der Studie beruhen auf:

- Bestimmung und Rekrutierung einer Allgemeinarztstichprobe, die für Deutschland repräsentativ ist. Bei der Arztauswahl war wichtig, dass die Praxis am Zieltag geöffnet und

der Arzt persönlich anwesend war. Das Verschreibungsmuster und das Engagement in der Raucherentwöhnung der Ärzte waren keine Auswahlkriterien.

- Erfassung von Hausarztcharakteristika, insbesondere bezüglich Raucherentwöhnungspraktiken.
- Ein unselektives und fortlaufendes Screening aller Patienten, die sich an einem bestimmten Zieltag in den jeweiligen Hausarztpraxen befanden, mittels eines vom Patienten auszufüllenden Fragebogens und anschließender klinischer Bewertung durch den Arzt.
- Eine zusätzliche klinische Komponente: Direkt im Anschluss an die Zieltagsbefragung werden in zwei deutschen Schwerpunktregionen alle rauchenden Patienten von ihrem Hausarzt eingeladen mit dem Ziel, an einer randomisierten Raucherentwöhnungsstudie teilzunehmen. Dieses Vorhaben ist aber nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

Das Gesamtprojekt gliedert sich in 3 Einzelprojekte, welche in Form von Projektphasen miteinander verknüpft sind.

Sie basieren auf einer Vorstudie an allen teilnehmenden Studienärzten und einer Stichtagserhebung an zufällig ausgewählten Hausarztpatienten sowie einer sich anschließenden klinischen Interventionsstudie. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die jeweiligen Phasen gegeben.

3.1.1 Phase I/Vorstudie

Für die Teilnahme an der Studie wurden bundesweit 1.120 Ärzte in einem Zufallsverfahren aus dem Ärzteregister des Instituts für Medizinische Statistik (IMS) gezogen. Darunter wurden Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte und Internisten mit Hausarztfunktion („API-Ärzte“) ausgewählt.

Die teilnahmebereiten Ärzte (889) hatten einen „Praxis-Vorbogen“ auszufüllen. Dieser wurde eingesetzt, um praxisrelevante Eckdaten hinsichtlich Qualifikation, Praxisgröße, Einstellungen, Wissen etc. zu erfassen. Somit konnte man einen Eindruck von deren Charakteristika, vor allem hinsichtlich ihrer eigenen Raucherbiographie, der Anzahl der behandelten Patienten pro Tag und ihres bisherigen Engagements im Bereich der Raucherentwöhnung gewinnen. Auf dieser Merkmalsbeschreibung der Studienärzte baut die nächste Phase der Studie auf. 813 der 889 rekrutierten Ärzte füllten den Praxisvorbogen so vollständig aus, dass er in die statistische Auswertung einfließen konnte.

3.1.2 Phase II/ Stichtagserhebung

An einem bundesweiten Stichtag (Dienstag, 7. Mai 2002) wurden alle Patienten der teilnehmenden (813) Praxen aufgefordert, einen mehrseitigen Fragebogen zum eigenen Gesundheitszustand und Tabakkonsum auszufüllen, der jeweils durch eine standardisierte kurze klinische Bewertung aus ärztlicher Sicht ergänzt wurde, so dass pro Patient ein Datensatz, bestehend aus einem Patienten- und dazugehörigen Arztfragebogen, entstand. Auf diese Weise wurden 28.707 auswertbare Datensätze gewonnen. Die Studienärzte in den Interventionsgebieten sollten zudem ihre rauchenden Patienten auf die Möglichkeit einer Teilnahme an einer hausärztlich betreuten Raucherentwöhnung ansprechen. Um die erhobenen Daten möglichst repräsentativ zu halten, musste bei der Wahl des Stichtages Folgendes berücksichtigt werden:

- Es sollten möglichst keine Schulferien in verschiedenen Bundesländern stattfinden.
- Die bestehenden Abläufe im Praxisalltag waren zu beachten; z.B. zeichnen sich bestimmte Wochentage durch Besonderheiten aus. So gibt es montags vermehrt Notfälle, mittwochs werden vielfach Verwaltungsaufgaben erledigt, freitags fallen spezielle Dienste an.

3.1.3 Phase III/Interventionsstudie

Ausgewählte Praxen der ersten Projektphase im Großraum Dresden sowie in und um München wurden gebeten, den am Stichtag identifizierten Rauchern eine Tabakentwöhnungsbehandlung in der jeweiligen Arztpraxis anzubieten. Bei entwöhnungswilligen Patienten erfolgte eine randomisierte Zuordnung von insgesamt vier vom Arzt angebotenen Raucherentwöhnungsoptionen. Zur Verfügung standen

- a) Therapie mit Bupropion
- b) Therapie mit Nikotinersatzmitteln
- c) Nicht-pharmakologische Therapie mit Hilfe eines kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Selbsthilfemanuals
- d) Kontrollgruppe. Diese Gruppe erhielt lediglich den Rat des Arztes, mit dem Rauchen aufzuhören.

Auf den weiteren Verlauf dieser Teilstudie wird hier nicht ausführlicher eingegangen.

3.2 Stichprobenermittlung

Um eine repräsentative Stichprobe zu ermitteln, müssen zum einem Überlegungen zum Berufsbild der Hausärzte erstellt werden, und zum anderen muss der Einsatz von Studienmonitoren gut überlegt sein.

Zum Zeitpunkt der Stichprobengewinnung im Jahre 2001 waren in Deutschland insgesamt 68.000 Hausärzte (einschließlich hausärztlich tätiger Internisten) im IMS Register registriert. Bei der Konzeption der Studie wurde in Betracht gezogen, dass sich diese Ärzte in verschiedener Hinsicht unterscheiden können. Daher sollte eine ausreichend große Stichprobe gezogen werden, damit einerseits die Repräsentativität der Stichprobe für alle deutschen Hausärzte nach Möglichkeit gewährleistet wurde und andererseits Subgruppenanalysen berechnet werden konnten

Der Einsatz von Studienmonitoren war unbedingt erforderlich, da aufgrund der spezifischen Fragestellungen und der komplexen Erhebungsstrategie die Studie nicht ohne weiteres telefonisch oder durch das Versenden von Fragebögen hätte durchgeführt werden können.

Studienmonitore vor Ort sollten die Studienärzte bei der Durchführung der Studie trainieren, anleiten und unterstützen. Sie hatten auch organisatorisch-verwaltungstechnische Aufgaben zu übernehmen, wie z.B. das Austeilen und Einsammeln der Fragebögen etc.

Da die Arbeit sehr umfangreich und die geographische Verteilung von Ärzten und potentiellen Studienmonitoren zu berücksichtigen war, sollte jeder Monitor pro Tag maximal 5 Ärzte kontaktieren. Die Anzahl der Studienmonitore war jedoch aufgrund finanzieller Einschränkungen begrenzt.

3.2.1 Strategie der Stichprobengewinnung

Bei der Ziehung der Ärztestichprobe wurde das Ärztereister des Instituts für Medizinische Statistik (IMS) in Anspruch genommen. In diesem Register sind insgesamt 68.583 API-Ärzte in Deutschland erfasst, darunter 19.583 Internisten. Das „IMS“ - Segmentierungsregister gliedert alle Arztpraxen in 1.060 regionale Einheiten mit deren Adressen. Diese Segmente werden mit den Arztregistern der Gesundheitsbehörden regelmäßig verglichen und aktualisiert.

Pharmaunternehmen organisieren das Einsatzgebiet ihrer Außendienste ebenfalls nach der IMS - Segmentierung.

Aus logistischen Gründen sollte bei der Erstellung der Studienmonitore auf diese Außendienstmitarbeiter zurückgegriffen werden. Daher wurde eine Kooperation mit dem Co-Förderer der SNICAS Studie, dem Pharmaunternehmen GlaxoSmithKline, aufgebaut. Dieser setzte

vorübergehend seinen Außendienst als Studienmonitore der SNICAS-Studie ein. GlaxoSmithKline deckte daher mit mehr als 200 Studienmonitoren die API-Ärzte aller Segmente des Ärztereisters ab. Trotz der vielen Vorteile dieser Strategie (Monitore kennen Region und potentielle Studienärzte bereits persönlich etc.) muss bedacht werden, dass GlaxoSmithKline als Hersteller von Medikamenten zur Raucherentwöhnung bekannt ist. Da das Unternehmen Nikotinersatzmittel und vor allem Bupropion (Zyban®) produziert und vertreibt, könnte dies zu einem systematischen Fehler beim Rekrutierungs- und Monitoringprozess führen. Aus diesem Grunde wurden sowohl bei der Stichprobengewinnung als auch in der Feldphase mehrere Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt.

Insgesamt standen nach diversen Ausfällen wegen Urlaub, Erkrankung etc. 183 Monitore für die Feldarbeit zur Verfügung. Jeder Mitarbeiter war für drei bis sieben regionale Einheiten (Segmente) zuständig.

Zusätzlich dienten sieben Studienmonitore aus dem Suchtforschungsteam der TU Dresden und des MPI in München als Supervisoren.

3.2.2 Stichprobenziehung und Rekrutierung der Arztpraxen

Der Prozess der Stichprobenziehung wurde schrittweise durchgeführt, um einem systematischen Bias durch den Einsatz von GSK Außendienstmitarbeitern als Studienmonitore vorzubeugen. Ein solcher Bias könnte z.B. entstehen, wenn den Studienmonitoren bekannte und von ihnen häufig besuchte Ärzte eine atypische Subgruppe darstellen, die generell ein größeres Interesse an Raucherentwöhnung oder spezifischen Interventionspräferenzen hätten.

Die Stichprobenziehung gliedert sich wie folgt:

- erste randomisierte Stichprobe: Für jeden der 183 Studienmonitore wurden insgesamt 20 Arztadressen aus einer regionalen Einheit (Segment) gezogen. Durch diese größere Stichprobe lassen sich potentielle systematische Verzerrungen besser kontrollieren, und die Erfahrung zeigt, dass nur 50-60% der kontaktierten Ärzte zu einer Studienteilnahme bereit sind.

Die erste randomisierte Nominierungsliste beinhaltete insgesamt 4300 Arztadressen. Da einige Studienmonitore aus persönlichen Gründen ausfielen, reduzierte sich diese Zahl auf insgesamt 3980 Arztadressen. Dies sind 5,8% aller Allgemeinärzte in Deutschland.

Die nächste Maßnahme galt der Stratifizierung der Stichprobe. Alle Monitore von GlaxoSmithKline sollten für jede Arztpraxis angeben, ob sie ihnen persönlich bekannt war

und bereits häufig besucht wurde. Dadurch sollten mögliche Verzerrungen durch den Einsatz von Außendienstmitarbeitern kontrolliert werden, und die Stichprobe konnte untergliedert werden in

- Ärzte, die dem Vertreterstab bekannt waren
 - Ärzte, die den Monitoren bislang nicht bekannt waren
- zweite randomisierte Stichprobenziehung mit Schichtung:

Per Zufallsauswahl wurden aus den korrigierten, stratifizierten Listen jeweils fünf Ärzte ausgewählt. Die Voraussetzung war, dass von diesen nicht mehr als zwei dem Studienmonitor bekannt waren. Die Monitore erhielten den Auftrag, diese Primärärzte zu kontaktieren und sie für eine Studienteilnahme zu gewinnen. Aus dem Ergebnis dieses Rekrutierungsprozesses konnte die Ausschöpfungsrate der Ärzte für die Studie berechnet werden. Falls diese „Primärärzte“ die Teilnahme ablehnten, stand den Monitoren eine Zusatzliste mit noch einmal fünf Ärzten mit denselben Bedingungen zur Verfügung. Dieses Vorgehen sollte gewährleisten, dass eine Rekrutierungsrate von mindestens 50% erreicht werden konnte. Als Ergebnis dieses schrittweisen Verfahrens entstanden eine Primärliste mit 1075 und eine Zusatzliste mit 1069 Arztadressen.

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

Die Studienmonitore wurden in Workshops trainiert, damit im Oktober 2001 der zweimonatige Rekrutierungsprozess beginnen konnte. Die Ärzte der Primärliste wurden von ihnen kontaktiert und erhielten ein standardisiertes Rekrutierungspaket, bestehend aus:

- einem persönlichen Einladungsschreiben
- einer Broschüre zu den Zielen und Hintergründen der Studie
- einer Beschreibung des Studienablaufs
- einer zu unterzeichnenden Teilnahmeerklärung und Honorarvereinbarung (5 Euro pro vollständig dokumentiertem Patienten)

Waren Ärzte zu einer Teilnahme an dieser Studie bereit, wurde ihnen ein Praxisvorbogen (s.u.) zugeschickt, der innerhalb von 14 Tagen wieder an das Studienzentrum in einem frankierten Rückumschlag zurückgesandt werden sollte. Für das Ausfüllen dieses Vorfragebogens erhielten die Ärzte kein Honorar. Die Teilnahmebereitschaft oder Ablehnung wurde für alle Ärzte dokumentiert.

Für Fragen von Ärzten oder Studienmonitoren wurde während des gesamten Studienverlaufs eine Telefon-Hotline eingerichtet.

3.2.3 Ausschöpfungsrate der Patienten am Stichtag

Am Stichtag selbst sollten die Ärzte und das Praxispersonal jeden Patienten über die Studie informieren und sein Einverständnis zur Teilnahme erbitten.

Aus Gründen der Ethik, Validität und vor allem der Praktikabilität wurden bei der Patientenrekrutierung folgende Ausschlusskriterien angewendet:

- Alter unter 16 Jahren
- deutliche Sprachschwierigkeiten (Probleme beim Lesen oder Verstehen der Fragebögen - Items)
- Schwere kognitive oder sensomotorische Beeinträchtigungen (z.B. Brille vergessen, Demenz)
- Notfälle, akutes Leiden oder schwerer Schmerz
- kein persönlichen Kontakt zum Arzt (z.B. Rezeptabholer)

Von den 64.853 Patienten, die sich am Stichtag in allen 813 teilnehmenden Arztpraxen befanden, erfüllten 54.412 (=100%) 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 nicht auf die Teilnahme angesprochen werden. Andere Gründe waren Verweigerung der Teilnahme und unvollständige oder nicht eindeutig zuzuordnende Arzt- oder Patientenfragebögen. Letztendlich standen 28707 auswertbare Datensätze aus 813 Arztpraxen zur Verfügung. Von den ursprünglich also 889 teilnehmenden Arztpraxen konnten die Fragebögen von 66 Arztpraxen mangels unvollständiger Ausfüllung des Praxisvorbogens statistisch nicht gewertet werden. In der Tabelle Nr. 1 sind die Charakteristika kurz dargestellt.

Patienten nach Alter und				Anlass des Arztbesuchs am			
	Total	(%)	Männer (n)	Frauen (n)	Stichtag	Total	(%)
16-17	501	(1,8%)	201	300	Schmerzen	8.244	30,1%
18-39	8.534	(29,7%)	3.380	5.154	Anderer körperliche B.	5.628	20,6%
40-59	9.790	(34,1%)	4.210	5.580	Anderer Anlass	5.550	20,3%
60-79	9.024	(31,4%)	4.078	4.946	Routineuntersuchung	5.325	19,4%
80+	858	(3,0%)	298	560	Kreislaufprobleme	3.847	14,0%
Total	28.707	(100%)	12.167	16.540	Erkältung / Grippe	3.847	14,0%
					Herzprobleme	2.554	9,3%
					Schlafprobleme	2.169	7,9%
					Depression	1.550	5,7%
					Verletzung / Notfall / Unfall	1.145	4,2%
					Angst	866	3,2%
					Anderer psychische Probleme	664	2,4%
					Rauchprobleme	441	1,6%

Tabelle 1: Charakteristika der SNICAS-Patienten (n=28707)

3.3 Datenerhebung

Die Fragebögen wurden speziell für die Anforderungen der SNICAS-Studie entwickelt. Allerdings war man bestrebt, bereits etablierte Fragen einzusetzen, die hinsichtlich ihrer Reliabilität, Validität und Durchführbarkeit getestet wurden. Fast alle Items und Beurteilungsinstrumente wurden bereits empirisch validiert, mit ihren psychometrischen Eigenschaften veröffentlicht oder in Raucherstudien, epidemiologischer Forschung oder Allgemeinarztstudien eingesetzt.

Auch war die Durchführbarkeit von Variablen im Arzt- und Patientenfragebogen sowie der anderen verwendeten Instrumente in den bereits oben genannten Allgemeinarztstudien als erfolgreich erachtet worden. Bei dem Aufbau der Fragebögen wurde besonders darauf geachtet, dass ihr Einsatz zu keiner größeren Störung im Arbeitsablauf der Allgemeinarztpraxen führte.

Die drei Erhebungsinstrumente werden im Folgenden kurz erläutert.

3.3.1 Praxisvorbogen

Der Praxisvorbogen wurde eingesetzt, um die Charakteristika der teilnehmenden Ärzte und Praxen zu erfassen (s. Tabelle 2 auf Seite 29). Das wichtigste Ziel bestand darin, die Prädiktoren für erfolgreiches ärztliches Diagnostizieren und Behandeln von Nikotinabhängigkeit zu identifizieren. Zusätzlich sollten Erkenntnisse über das persönliche Rauchverhalten von Hausärzten gewonnen werden. Auch Details wie Lage der Praxis (Stadt versus Land) und Anzahl der jährlich besuchten Weiterbildungen zum Thema Nikotinsucht etc. wurden erfragt.

Lage der Arztpraxis:

	Total	(%)
Großstadt	304	(37,7%)
Kleinstadt	244	(30,3%)
Ländliches Gebiet	256	(32,0%)
Total	806	(100%)

Fachrichtung:

	Total	(%)
Praktischer Arzt	124	(15,4%)
Allgemeinarzt	485	(60,0%)
Internist	199	(24,6%)
Total	808	(100%)

Praxisschwerpunkt im Zusammenhang mit rauchbedingten Erkrankungen:

	Total	(%)
Kardiologe	69	(8,6%)
Pneumologe	96	(11,9%)
HNO	3	(0,4%)
andere	68	(8,5%)
Total	805	(100%)

Angebot von Maßnahmen aus dem Igel-Katalog:

	Total	(%)
Ja	235	(29,0%)
Nein	576	(71,0%)
Total	811	(100%)

Tabelle 2: Charakteristika der SNICAS-Ärzte (n=813)

3.3.2 Patienten-Fragebogen

Der Patienten-Fragebogen bei der Stichtagserhebung wurde eingesetzt, um Patientendaten wie beispielsweise den Grund ihres Arztbesuches, ihren aktuellen körperlichen und psychischen Gesundheitszustand, Einstellungen und Verhaltensweisen zum Thema Rauchen und Gesundheit zu erheben. Auch biographische Daten wie Alter, Beruf, Gewicht etc. wurden erfragt. Zusätzlich diente der Patienten-Fragebogen einer Beschreibung des früheren und aktuellen Rauchverhaltens sowie der Änderungsmotivation. Der Patientenfragebogen sollte vor dem Arztbesuch in ca. 15 Min. im Wartezimmer ausgefüllt werden.

3.3.3 Arztbogen

Im Arztbogen sollte für jeden einzelnen Patienten ein ärztliches Rating zum aktuellen Rauchstatus, Nikotinabhängigkeit und Motivation zum Rauchstopp bzw. Compliance zur Teilnahme an einer Raucherentwöhnung vorgenommen werden. Da zusätzlich auch die Selbstaussagen der Patienten zu ihrem persönlichen Rauchstatus im Patienten-Fragebogen erhoben wurden, lassen sich hausärztliche Erkennensraten für das aktuelle Rauchen bestimmen. Zusätzlich sollten zusätzlich 20 weitere somatische (z.B. Lungenerkrankungen) und psychische Störungen (z.B. Depression) beurteilt werden. In diesem Zusammenhang sollten die Ärzte auch einschätzen, inwiefern die Beschwerden rauchbedingt sein könnten. Darüber hinaus wurden Informationen über bisherige Rauchstoppversuche, angewendete Entwöhnungsmethoden, aufgetretene Schwierigkeiten und Gründe für Behandlungsmisserfolge erfasst.

Die Ärzte sollten schließlich noch für jeden einzelnen Patienten ihre persönliche Behandlungspräferenz und erwartete Schwierigkeiten angeben. Der Bogen war so kurz gehalten, dass er vom Arzt in ca. 5 Minuten ausgefüllt werden konnte.

3.4 Datenaufbereitung

Die Daten der SNICAS-Studie werden mit Hilfe des Statistikprogramms STATA (Version 7.0:Stata Corp., 2000) aufbereitet.

3.4.1 Statistische Auswertung

Zunächst erfolgte die Bestimmung der relativen und absoluten Häufigkeiten hinsichtlich des Rauchverhaltens der Hausärzte. Die Einstellung zur Raucherentwöhnung und zum Rauchen allgemein wurde mittels Vierfeldertafel ausgewertet.

Um den Grad der Korrelation zweier Merkmale zu bestimmen und die Frage zu klären, ob mehrere Faktoren einen Einfluss auf die abhängige Größe haben, wird das Verfahren der multiplen logistischen Regression verwendet. Voraussetzung für diese Anwendung ist die Normalverteilung der Residuen. In den jeweiligen Graphiken bzw. Tabellen werden die Irrtumswahrscheinlichkeit (p) und die Anzahl der beantworteten Fragen (n) angegeben. Die statistische Signifikanz (p -Wert) sagt aus, wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, dass der gemessene Unterschied auf Zufall basiert. Dabei bedeutet p kleiner als 0.05, dass die Wahrscheinlichkeit kleiner als 5 % ist, der gemessene Unterschied zwischen den zwei Vergleichsgruppen (z. B. rauchender Hausarzt, nicht rauchender Hausarzt) beruhe nur auf Zufall. (Der p -Wert ist ein rein statistischer Ausdruck und sagt nichts aus über die praktische klinische Relevanz des Ergebnisses.)

Um die Zusammenhänge verschiedener Merkmale zu beschreiben, werden die odds ratios (OR) berechnet. Sie sind ein Maß für die Stärke des Zusammenhangs zwischen einer unabhängigen (z.B. rauchender Hausarzt, nicht rauchender Hausarzt) und einer abhängigen Variable (z.B. Motivation zur Raucherentwöhnung in der Hausarztpraxis). Ein Wert größer als 1 beschreibt ein Risiko für ein Ereignis, ein Wert kleiner als 1 beschreibt einen „Schutz“ vor einem Ereignis.

4 Ergebnisse

4.1 Die Raucherbiographie des Hausarztes

Im ersten Teil der Ergebnisdarstellung wird das Rauchverhalten der Hausärzte im Allgemeinen beschrieben. Des Weiteren wird untersucht, welche Tabakentwöhnungsmaßnahmen deutsche Hausärzte selbst beim eigenen Rauchstopp einsetzten. Die Ergebnisse werden in Form von Kreuztabellen dargestellt.

Die statistischen Abkürzungen, die ab Tabelle 6 verwendet werden, bedeuten folgendes:

OR = Odds ratio

CI in den Tabellen bzw. Conf.Int: im Text = Confidenz-Intervall

4.1.1 Der Rauchstatus der befragten Hausärzte

Von den 813 teilnehmenden Arztpraxen waren 800 der zurückgesandten Vorfragebögen verwertbar. Der Rauchstatus wird in Tabelle 3 dargestellt. 55%, mehr als die Hälfte dieser Hausärzte, hat nie geraucht. Etwa 32% zählen zu den Ex-Rauchern und 12% dieser Hausärzte rauchen aktuell.

Rauchstatus der Hausärzte	Absolute Häufigkeit (n)	Relative Häufigkeit (%)
Nie Raucher	444	55,50
Ex-Raucher	259	32,38
Aktuelle Raucher	97	12,13
Total	800	100.00

Tabelle 3: Rauchstatus der deutschen Hausärzte

4.1.2 Eigene Entwöhnungsversuche und Strategien der ehemals bzw. aktuell noch rauchenden Hausärzte

Zu dieser Thematik konnten nur die Ex-Raucher bzw. die aktuellen Raucher befragt werden. Insgesamt wurden die Antworten von 259 Ex-Rauchern sowie von 97 aktuell rauchenden Hausärzten verglichen. Die Entwöhnungsversuche der aktuell rauchenden Hausärzte gelten per definitionem bisher als noch nicht erfolgreich, sonst hätte sich der Rauchstatus geändert. Um einen Überblick zu haben, wird in den nächsten 2 Tabellen (Tab. 4+5) dargestellt, wie viele der Raucher den Rauchstopp überhaupt versucht haben und ob generell Hilfsmittel in Anspruch genommen wurden.

78,9% der aktuellen Raucher haben schon mehrfach versucht aufzuhören. 21% haben bisher noch nicht versucht, das Rauchen einzuschränken bzw. aufzugeben.

Raucherentwöhnung	Aktuelle Raucher (n)	Aktuelle Raucher (%)
Bisher mehrfach versucht	71	78,89%
Bisher nicht versucht	19	21,11%
Total	90	100%

Tabelle 4: Anzahl der aktuellen Raucher, die Rauchstopp versucht bzw. nicht versucht haben

Von den Ex-Rauchern haben 69,4% Hilfe beim Rauchstopp gebraucht, 30,5% haben einfach aufgehört, ohne weitere Hilfsmittel in Anspruch zu nehmen. Von den aktuellen Rauchern haben 75% bei ihren Versuchen auf diverse Hilfsmittel zurückgegriffen, 24% haben ohne Hilfsmittel einen Rauchstopp versucht.

Anspruchnahme von Hilfsmitteln bei der Nikotinentwöhnung	Ex-Raucher (%)	Aktuelle Raucher (%)	Gesamt (%)
ja	69,49%	75,56	71,17
nein	30,51%	24,5	28,83
Total	100%	100	100

Tabelle 5: Anspruchnahme von Hilfsmitteln bei der Nikotinentwöhnung

Verschiedene Möglichkeiten zur Raucherentwöhnung wurden zur Wahl gestellt. Darunter fielen medikamentöse (Bupropion = Zyban®), verhaltenstherapeutische und alternative (Akupunktur) Verfahren. Aber auch Möglichkeiten der individuellen, selbstständigen Entwöhnung wie der „eigene Wille“ oder „Rat und Unterstützung von Familienmitgliedern“ konnten angekreuzt werden.

Die entscheidenden signifikanten Ergebnisse dazu sind in den Tabellen 6-9 dargestellt. Die anderen Maßnahmen zur Raucherentwöhnung sind der Übersichtlichkeit wegen in Abbildung 2 wiedergegeben.

Der „eigene starke Wille“ als Entwöhnungsmethode dominiert sowohl bei den Ex-Rauchern als auch bei den aktuellen Rauchern. Bei den Ex-Rauchern stand der „starke Wille“ mit 47,8 % bei den Entwöhnungsstrategien an erster Stelle. Der eigene Wille als Entwöhnungsstrategie wurde von den

Ex-Rauchern im Vergleich zu den aktuellen Rauchern signifikant häufiger angegeben (OR = 0,49; Conf.Int: 0,29-0,82; p = 0,007; Tab. 6).

Entscheidende Entwöhnungsstrategie: „mein starker Wille“ (n=326)	Ex-Raucher (%)	Aktuelle Raucher		Gesamt (%)
		(%)	OR (95% CI) p	
nein	52,12	68,89	1	56,75
ja	47,88	31,11	0,49 (0,29-0,82) 0,007	43,25

Tabelle 6:entscheidende Entwöhnungsstrategie der Hausärzte: „Mein starker Wille“

Die medikamentösen Verfahren wie Nikotinsubstitution und die Entwöhnung mit Hilfe von Bupropion (Zyban®) wurde von den aktuell rauchenden Hausärzten (bei der Nikotinsubstitution: OR 3,23; Conf.Int.: 1,06-9,90; p=0,04; bei Bupropion: OR 2,9; Conf.Int.: 1,29-6,52; p= 0,01) signifikant häufiger in Anspruch genommen als von den ex-rauchenden Hausärzten (Tab 7 und 8).

Entscheidende Entwöhnungsstrategie: Nikotinsubstitution (n=326)	Ex-Raucher (%)	Aktuelle Raucher		Gesamt %
		(%)	OR(95%CI) p	
Keine Nikotinsubstitution	97,46	92,22	1	96,01
Erfolgreiche Nikotinsubstitution	2,548	7,78	3,23 (1,06-9,90) 0,04	3,99

Tabelle 7:Entwöhnungsstrategie mit Nikotinsubstitution

Entscheidende Entwöhnungsstrategie : Bupropion (Zyban®) (n=326)	Ex-Raucher %	Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR(95%CI) p	
Keine Zybaneinnahme	94,49	85,56	1	92,02
Erfolgreiche Zybaneinnahme	5,51	14,44	2,9 (1,29-6,52) 0,01	7,98

Tabelle 8: Entwöhnungsstrategie mit Bupropion (Zyban®)

Die Möglichkeit „Sonstige Maßnahmen“ als Entwöhnungsstrategie haben die aktuell rauchenden Hausärzte signifikant weniger zur Raucherentwöhnung verwendet als die Hausärzte, die Ex-Raucher

waren (OR 0,38; Conf.Int.: 0,17-0,84; p = 0.017). In der folgenden Tabelle 9 ist dieses Ergebnis dargestellt.

Entscheidende Entwöhnungsstrategie: „Sonstige Maßnahmen (n=326)	Ex-Raucher %	Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR(95% CI) p	
Keine sonstige Maßnahmen	79,66	91,11	1	82,82
Sonstige Maßnahmen erfolgreich	20,34	8,89	0,38(0,17-0,84) 0,017	17,18

Tabelle 9: Sonstige Maßnahmen zur Raucherentwöhnung

Andere in dem Fragebogen angebotene Maßnahmen zur Raucherentwöhnung ergaben keine signifikanten Ergebnisse. Sie sind in folgender Abbildung 2 wiedergegeben. Die Angabe in Prozent wurde bewusst in einer Skala von 0-50% gewählt, da keiner der erhobenen Werte über 50% lag.

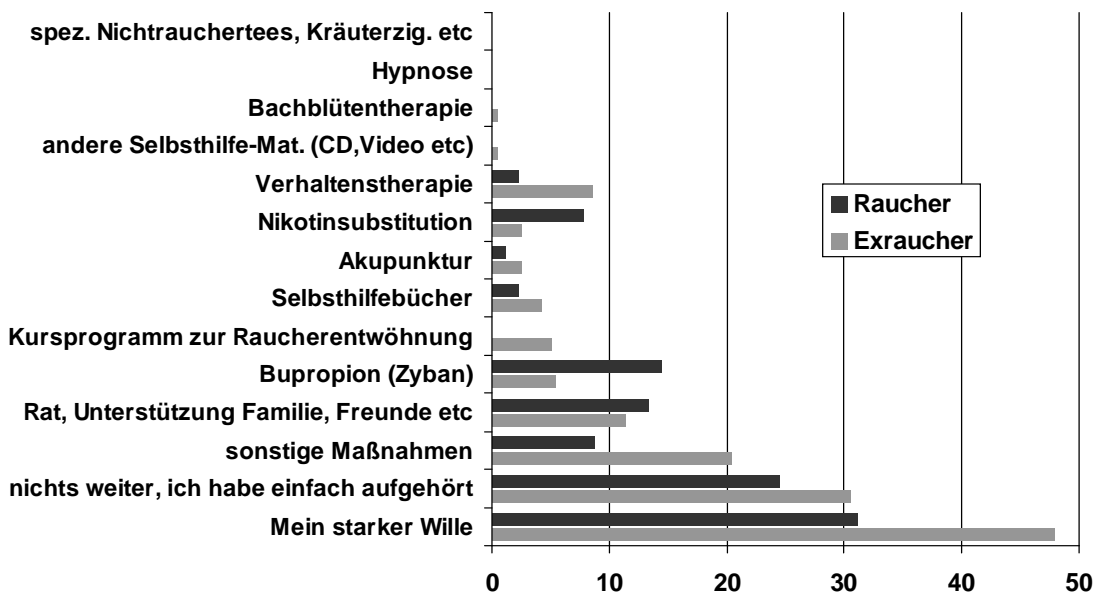


Abbildung 2: Persönliche Raucherentwöhnungsstrategien der Ex-rauchenden bzw. aktuell rauchenden Hausärzte

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die aktuell rauchenden Hausärzte für die eigene Raucherentwöhnung Medikamente wie die Nikotinsubstitution bzw. Bupropion (Zyban®) häufiger bevorzugen als die Ex-Raucher. Insgesamt gesehen sind die diversen Raucherentwöhnungsprogramme (Selbsthilfebücher etc) weniger erfolgreich. Psychologische

Maßnahmen wie „Rat und Unterstützung“ und persönliche Charaktereigenschaften wie „starker Wille“ sind mit Abstand von den Hausärzten mit eigener Raucherfahrung als am wirkungsvollsten bewertet worden.

4.2 *Einstellungen der Hausärzte zum Thema „Raucherentwöhnung“ in der Praxis in Abhängigkeit von Ihrem Rauchverhalten*

In diesem zweiten Teil der Ergebnisdarstellung wird untersucht, inwieweit das persönliche Rauchverhalten der Hausärzte ihr Interventionsverhalten bzw. ihre Einstellungen gegenüber rauchenden Patienten in der eigenen Praxis beeinflusst. Für Teile der Abschnitte 4.2.1-4.2.4 definierten Stufen der Wichtigkeit bei Beantwortung der Fragen werden folgende Bezeichnungen gewählt:

- Völlig unwichtig
- Eher unwichtig
- Eher wichtig
- Sehr wichtig

Zur Vereinfachung und aufgrund der Verteilung werden bei der statistischen Berechnung diese vier Stufen in jeweils zwei zusammengefasst und zwar in

- Völlig unwichtig/eher unwichtig
- Eher wichtig/sehr wichtig

Mit Hilfe der logistischen Regression wird die Assoziation zwischen Rauchverhalten des Hausarztes und Einstellung gegenüber Themen berechnet, die mit der Raucherentwöhnung in der Praxis zusammenhängen. Um eine Vergleichsmöglichkeit zu haben, werden auch die Antworten der nicht rauchenden Hausärzte untersucht und mit denen der aktuell rauchenden bzw. ehemals rauchenden Hausärzte in Beziehung gesetzt.

4.2.1 Gründe und Barrieren, keine Raucherentwöhnung durchzuführen

Das Thema „Raucherentwöhnung bei Patienten in ihrer Praxis“ ist den aktuell rauchenden Hausärzten signifikant weniger wichtig (OR= 0,51; Conf.Int.: 0,29-0,87; p= 0,015; Tab. 10) als den nie rauchenden Hausärzten. Zwischen den nicht rauchenden Hausärzten und den ehemals rauchenden Hausärzten gibt es bei dieser Thematik keinen signifikanten Unterschied.

Einschätzung zum Thema „Rauchentwöhnung bei Patienten i.d. Praxis“ (n=792)	Nie-Raucher %	Ex-Raucher		Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR(95% CI) p	%	OR(95% CI) p	
Unwichtig/eher unwichtig	67,80	70,47	1	80,41	1	70,20
Wichtig/sehr wichtig	32,20	29,53	0,88(0,63-1,23) 0,46	19,59	0,51(0,29-0,87) 0,015	29,80

Ex-Raucher/Aktuelle Raucher: OR(95% CI): 0,58(0,32-1,02) p=0,062

Tabelle 10: Einschätzung der Hausärzte zu dem Thema „Rauchentwöhnung bei Patienten in der Praxis

Hinsichtlich der Barrieren, die die Hausärzte davon abhalten könnten, in ihrer Praxis Raucherentwöhnung durchzuführen, wurden den Hausärzten verschiedene mögliche Gründe zur Auswahl genannt. Diese sind kurz zusammengefasst folgende:

- Mangelndes Interesse - Raucherbehandlung ist nicht Aufgabe des Hausarztes
- Rauchen ist keine Krankheit
- Raucherentwöhnungen sind zu zeitaufwendig
- Raucherentwöhnungsmaßnahmen sind nicht effektiv genug
- Mangelndes Interesse seitens der Patienten
- Lässt sich nicht gut abrechnen.

Folgende signifikanten Ergebnisse konnten daraus gewonnen werden: Die Aussage „Rauchen ist keine Krankheit“ ist für die aktuell rauchenden Hausärzte ein signifikant häufigerer Grund (OR=5,97; Conf.Int.: 1,57-22,69; p=0,009), keine Raucherentwöhnung durchzuführen als für die nicht rauchenden. Auch ist das „mangelnde Interesse von Seiten der Patienten“ bei den aktuell rauchenden Hausärzten eine signifikant häufigere Barriere (OR= 1,64; Conf.Int.: 1,04-2,59; p=0,031) als bei den nicht rauchenden Ärzten. Das Antwortverhalten der ehemaligen Raucher ähnelt in diesen Fragen denen der nicht rauchenden Ärzte. (siehe Tabellen 11 und 12)

Gründe gegen eine Raucherentwöhnung in der Praxis (n=800)	Nie-Raucher %	Ex-Raucher		Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR(95%CI) p	%	OR(95%CI) p	
Rauchen ist eine Krankheit	99,10	98,07	1	94,85	1	98,25
Rauchen ist keine Krankheit	0,90	1,93	2,16(0,57-8,13) 0,25	5,15	5,97(1,57-22,69) 0,009	1,75

Ex-Raucher/Aktuelle Raucher: OR(95%CI): 2,76(80,78-9,755) p=0,115

Tabelle 11: Gründe und Barrieren, in der Praxis keine Raucherentwöhnung durchzuführen: Rauchen ist keine Krankheit

Gründe gegen eine Raucherentwöhnung in der Praxis (n=800)	Nie-Raucher %	Ex-Raucher		Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR(95%CI)-p	%	OR(95%CI)-p	
Interesse seitens der Patienten vorhanden	48,20	41,70	1	36,08	1	44,63
Mangelndes Interesse seitens der Patienten	51,80	58,30	1,30(0,95-1,77) 0,096	63,92	1,64(1,04-2,59) 0,031	55,38

Ex-Raucher/Aktuelle Raucher: OR(95%CI): 1,26(0,78-2,05) p=0,336

Tabelle 12: Gründe und Barrieren, in der Praxis keine Raucherentwöhnung durchzuführen: Mangelndes Interesse seitens der Patienten

Die anderen Gründe wie „mangelndes Interesse von Seiten der Ärzte“, „zu zeitaufwendig“, „nicht effektiv“, „lässt sich nicht gut abrechnen“ etc. zeigten keine Unterschiede hinsichtlich des Rauchstatus des Arztes und den angegebenen Barrieren. Sie sind in folgender Abbildung 3 graphisch zusammengefasst.

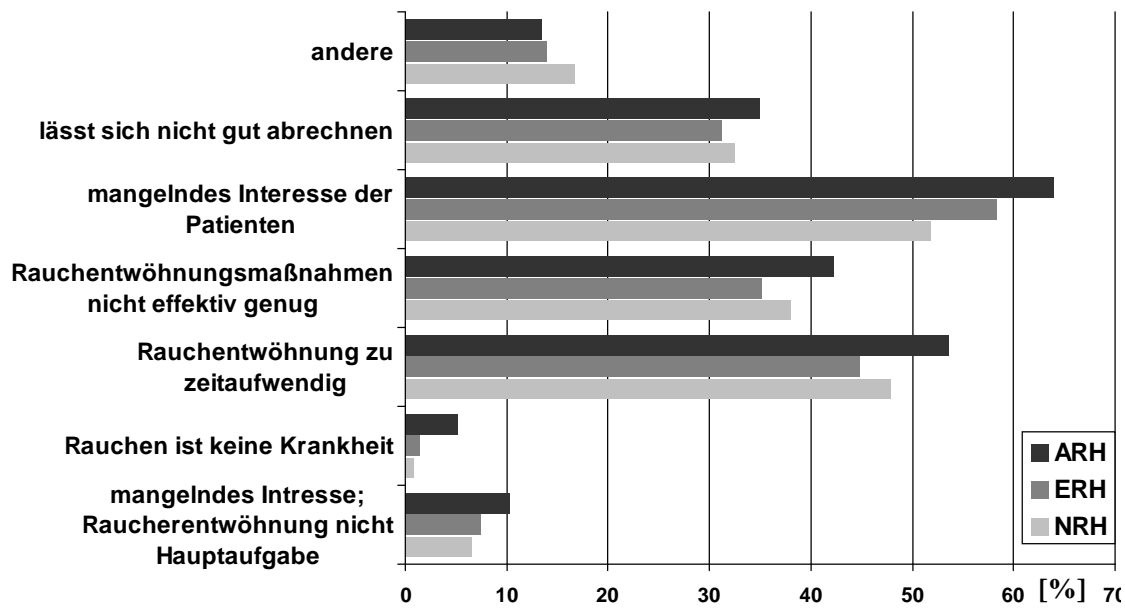


Abbildung 3: Gründe und Barrieren seitens der Hausärzte, keine Raucherentwöhnung durchzuführen

(ARH= Aktuelle rauchende Hausärzte; ERH = Ex-rauchende Hausärzte; NRH = Nie rauchende Hausärzte)

4.2.2 Ausbau und Implementierung von Raucherentwöhnung in der Praxis

Hier wurden die Hausärzte zuerst zu Ihrer Einstellung hinsichtlich Ausbau und Implementierung von Raucherentwöhnung in ihrer Praxis befragt. Die aktuell rauchenden Hausärzte halten, wie aus Tabelle 13 ersichtlich, diese Maßnahme für signifikant weniger wichtig als die Ex-Raucher (OR=0,47; Conf.Int.: 0,26-0,84 p=0,011) und die Nie-Raucher (OR = 54; Conf.Int.: 0,31-0,92; p = 0,024).

Einschätzung zum Thema Raucherentwöhnung/ Implementierung in der Praxis (n=789)	Nie-Raucher %	Ex-Raucher		Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR(95%CI) p	%	OR(95%CI) p	
Unwichtig/sehr unwichtig	15,49	13,73	1	25,26	1	16,10
Eher wichtig/sehr wichtig	84,51	86,27	1,15(0,74-1,78) 0,52	74,74	0,54(0,31-0,92) 0,024	83,90

Ex-Raucher/Aktuelle Raucher: OR(95%CI): 0,47(0,26-0,84) p=0,011

Tabelle 13: Die Wichtigkeit und Bedeutung der Raucherentwöhnung/Implementierung in der Praxis in Abhängigkeit vom Rauchstatus der Befragten Hausärzte

Den Hausärzten wurden diverse Aussagen über Raucher und die Möglichkeiten der Entwöhnung in der Praxis angeboten, denen sie entweder „voll, teilweise oder gar nicht“ per Ankreuzen zustimmen konnten. Sie sind in Abbildung 4 komplett formuliert und graphisch dargestellt.

Die Antworten wurden in Abhängigkeit vom Rauchstatus der Befragten verglichen und ausgewertet. Aufgrund der speziellen Fragestellung ändert sich die Gesamtzahl (n) der Befragten Ärzte immer wieder. Signifikante Ergebnisse enthalten die Antworten für die Aussage „Raucher sollen an spezielle Einrichtungen überwiesen werden“. Die aktuell rauchenden Hausärzte stimmten signifikant häufiger (OR = 3,82; Conf.Int.: 1,29-11,35; p = 0,015) zu als die Ex-Raucher (Tabelle 14).

Raucher sollen an spezielle Einrichtungen überwiesen werden (n=781)	Nie-Raucher %	Ex-Raucher		Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR(95%CI) p	%	OR(95%CI) p	
		Keine/teilweise Zustimmung	95,85	97,63	1	
Volle Zustimmung	4,15	2,37	0,56(0,21-1,43) 0,227	8,51	2,14(0,90-5,10) 0,083	4,10

Ex-Raucher/Aktuelle Raucher: OR(95%CI): 3,82(1,29-11,35) p=0,015

Tabelle 14: Aussage: „Raucher sollen an spezielle Einrichtungen überwiesen werden“ in Abhängigkeit vom Rauchstatus der Befragten

Aktuelle Raucher stimmten der Aussage „Es gibt in meiner Region solche speziellen Einrichtungen“ signifikant häufiger zu als die Nichtraucher (OR = 3,96; Conf.Int.: 1,17-13,35; p = 0,026) (Tabelle 15).

Wissen um spezielle Einrichtungen in der Region (n=623)	Nie-Raucher %	Ex-Raucher		Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR(95%CI) p	%	OR(95%CI) p	
		Keine/teilweise Zustimmung	98,23	97,61	1	
Volle Zustimmung	1,77	2,39	1,36(0,40-4,54) 0,615	6,67	3,96(1,17-13,35) 0,026	2,57

Ex-Raucher/Aktuelle Raucher: OR (95%CI): 2,91(0,81-10,36) p = 0,099

Tabelle 15: Aussage: „Es gibt in meiner Region solche speziellen Einrichtungen“ in Abhängigkeit vom Rauchstatus der Befragten

Der Aussage „Raucher haben häufiger psychische Probleme“ stimmten die aktuellen Raucher signifikanter weniger häufig voll zu als die Ex-Raucher und die Nicht-Raucher (37,35% vs. 22,92%; OR = 0,49; Conf.Int.: 0,29-0,85; p = 0,012 bzw. 35,84% vs. 22,92; OR = 0,53; Conf.Int.: 0,31-0,89; p= 0,016)(Tabelle 16).

Raucher haben häufig psychische Probleme (n=783)	Nie-Raucher %	Ex-Raucher		Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR(95%CI) p	%	OR(95%CI) p	
Keine/teilweise Zustimmung	64,16	62,65	1	77,08	1	65,26
Volle Zustimmung	35,84	37,35	1,06(0,77-1,47) 0,69	22,92	0,53(0,31-0,89) 0,016	34,74

Ex-Raucher/Aktuelle Raucher: OR(95%CI): 0,49(0,29-0,85) p =0,012

Tabelle 16: Aussage: „Raucher haben häufig psychische Probleme“ in Abhängigkeit vom Rauchstatus der Befragten

Der Aussage „Die ernsthaften Risiken für Zyban (Wirkstoff Bupropion) werden häufig unterschätzt“ stimmten die aktuell rauchenden Ärzten signifikant häufiger zu als die nicht rauchenden Ärzte (OR = 1,85; Conf.Int.: 1,03-3,33; p = 0,037). (Tabelle 17)

die ernsthaften Risiken von Zyban werden häufig unterschätzt (n=754)	Nie-Raucher %	Ex-Raucher		Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR(95%CI) p	%	OR(95%CI) p	
Keine/teilweise Zustimmung	88,01	83,95	1	85,68	1	85,68
Volle Zustimmung	11,99	16,05	1,40(0,89-2,20) 0,14	20,21	1,85(1,03-3,33) 0,037	14,32

Ex-Raucher/Aktuelle Raucher: OR(95%CI): 1,32(0,72-2,43) p =0,365

Tabelle 17: Aussage: „Die ernsthaften Risiken von Zyban werden häufig unterschätzt“ in Abhängigkeit vom Rauchstatus der Befragten

In Abbildung 4 sind auch folgende nicht signifikante Ergebnisse dargestellt.

„Raucher, die aufhören wollen, schaffen das auch ohne ärztliche Hilfe“: Die Mehrheit der Hausärzte lehnten diese Aussage unabhängig von ihrem persönlichen Rauchverhalten ab.

Hausärzte stehen der Behandlung der Raucher in der hausärztlichen Praxis insgesamt positiv gegenüber. Nur 8% der Nichtraucher (bzw. 7% der Ex-Raucher) und 11,4% der aktuell rauchenden Hausärzte sind der Meinung, dass Raucher in der Praxis schlecht zu behandeln sind.

Die Mehrheit der Hausärzte stimmten der Aussage „Rauchentwöhnung ist für mich eine große Herausforderung“ nicht bzw. nur teilweise zu. Besonders die aktuell rauchenden Hausärzte sehen mit über 70% darin keine große Herausforderung.

77% der Hausärzte halten die medikamentöse Raucherentwöhnung für wenig effektiv. Besonders deutlich ist die Einstellung der aktuell rauchenden Hausärzte. 82% lehnten die Aussage „Die medikamentöse Raucherentwöhnung ist sehr wirksam“ ab.

Alle Gruppen geben aber mit über 95% an, schon einmal Medikamente bei entwöhnungswilligen rauchenden Patienten verwendet zu haben.

Informationsmaterial zum Thema „Rauchen“ haben 78% der aktuell rauchenden Ärzte in der Praxis ausliegen, bei den Ex-Rauchern sind es nur 62,5 %.

Die Auffassung, „schlechte Compliance“ sei das Hauptproblem bei der Raucherentwöhnung, ist für die Hälfte aller Hausärzte ein Grund für den mangelnden Erfolg. Hier gibt es kaum bzw. geringfügige Unterschiede hinsichtlich der eigenen Raucherbiographie.

Der Aussage „Ich muss Raucher selbst behandeln, da kein Spezialist in der Nähe ist“ stimmten die Ex-Raucher und die Nichtraucher mit 56 % und 58% häufiger voll zu als die aktuellen Raucher mit nur 48%.

Auf Raucherentwöhnung spezialisierte Einrichtungen sind den aktuell rauchenden Ärzten besser bekannt als den nicht rauchenden bzw. ehemals rauchenden Hausärzten. Mit über 8% stimmten sie dieser Aussage voll zu.

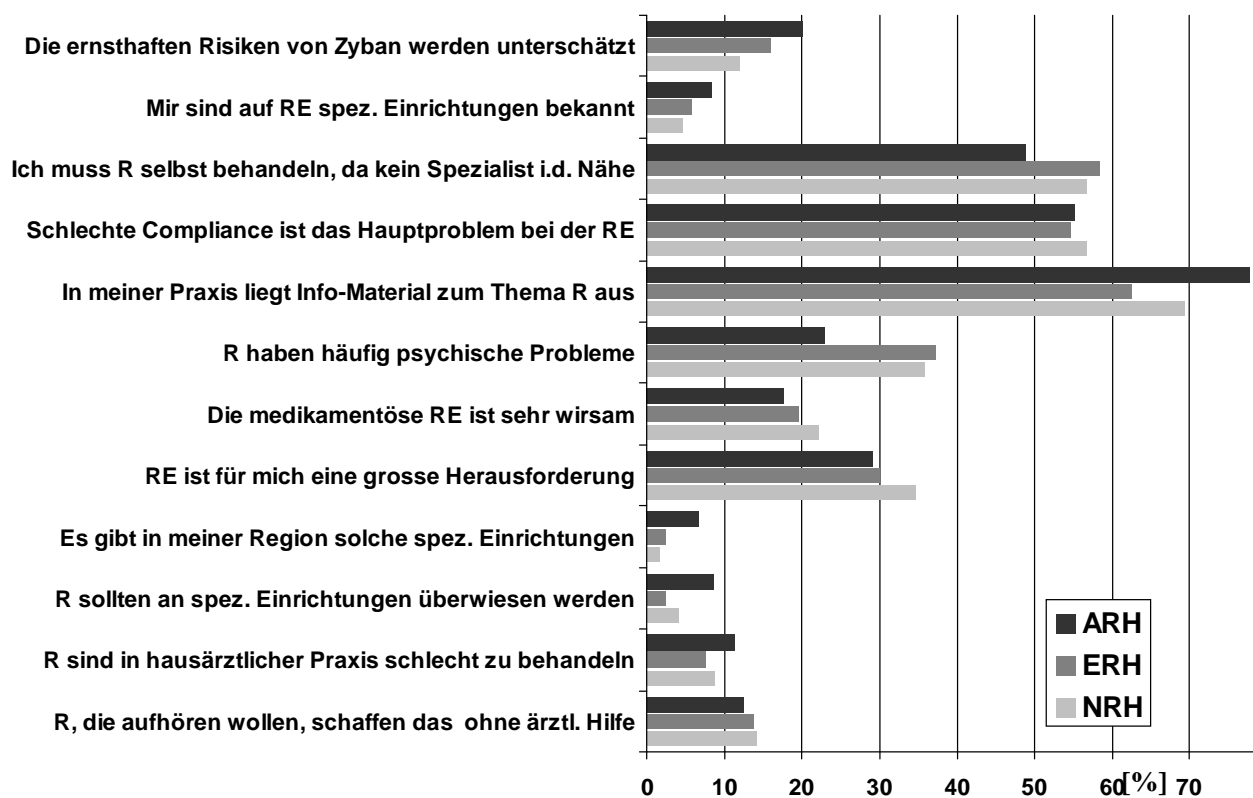


Abbildung 4: Standardisierte Aussagen der Hausärzte zum Thema „Rauchen“

(R = Raucher; RE = Raucherentwöhnung; ARH = Aktuelle rauchende Hausärzte; ERH = Ex-rauchende Hausärzte; NRH = Nie rauchende Hausärzte)

4.2.3 Einschätzung der relevanten Kompetenzen bei der Raucherentwöhnung aus Sicht der Hausärzte

Im Rahmen der Vorstudie sollten die Hausärzte bewerten, welche Kompetenzen sie als bedeutsam für die Raucherentwöhnung einschätzen. Es zeigte sich, dass die Bewertung in einigen Bereichen signifikant von der persönlichen Raucherbiographie abhängt.

Bei der Untersuchung der hausärztlichen Kompetenzen wurden den Ärzten insgesamt 9 verschiedene Fähigkeiten/Fertigkeiten zur Raucherentwöhnung zur Auswahl angeboten, die von „sehr wichtig“ bis „ganz unwichtig“ bewertet werden konnten.

Aufgrund der Übersicht werden die angegebenen erwünschten Fähigkeiten in der Abbildung 5 komplett dargestellt. Die signifikanten Ergebnisse sind in den Tabellen 18-20 dargestellt.

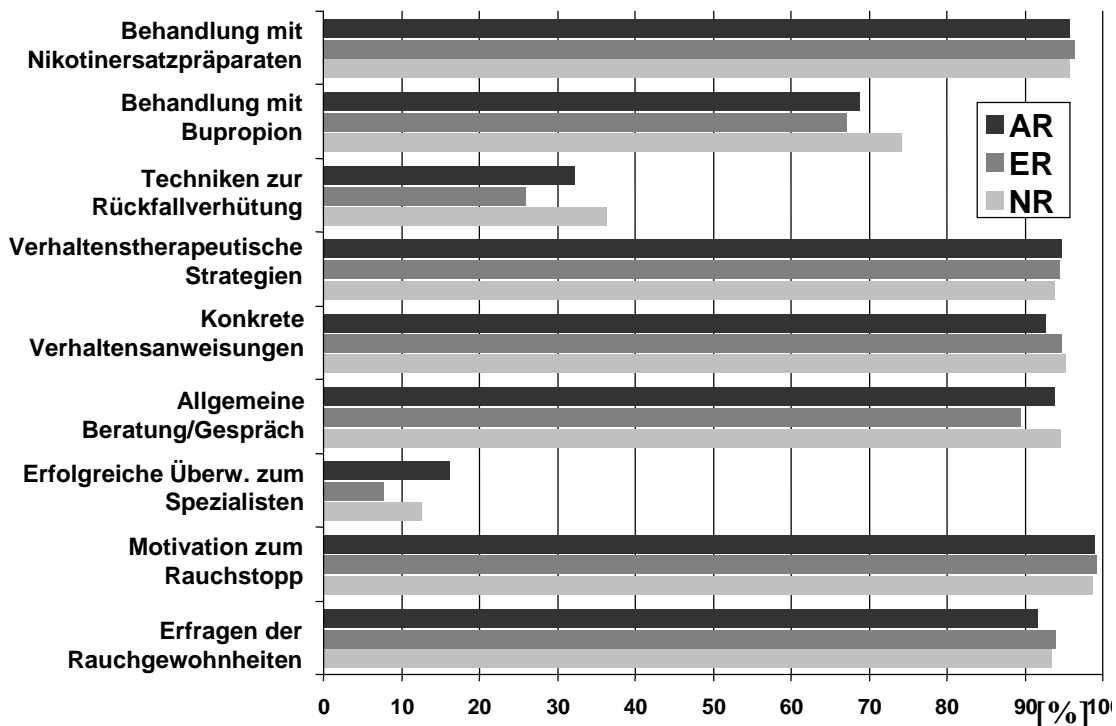


Abbildung 5: Wichtige Fähigkeiten/Fertigkeiten der Hausärzte zur erfolgreichen Raucherentwöhnung

(R = Raucher; RE = Raucherentwöhnung; AR = Aktuell rauchende Hausärzte; ER = Ex-rauchende Hausärzte; NR = Nie rauchende Hausärzte)

Abbildung 5 zeigt, dass das Anwenden von Verhaltenstherapie von Seiten des Hausarztes allen 3 Gruppen mit über 93% wichtig bzw. sehr wichtig ist. Die Nikotinsubstitution bei entwöhnungswilligen Patienten stufen alle 3 Gruppen ebenfalls mit 95-96% als sehr wichtig ein. Das Thema „Rückfallverhütung“ finden nur 26% der Ex-Raucher, 32% der aktuellen Raucher, aber über 36% der Nie-Raucher wichtig.

Die signifikanten Ergebnisse sind im folgenden dargestellt.

Die „Überweisung zum Spezialisten“ ist den aktuellen Rauchern signifikant wichtiger als den Ex - Rauchern (OR=2,27; Conf.Int.: 1,10-4,69; p=0,026), um ihre Patienten erfolgreich behandeln zu können als den Ex-Rauchern.

Erfolgreiche Überweisung zum Spezialisten (n=742)	Nie-Raucher %	Ex-Raucher		Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR (95%CI) p	%	OR (95%CI) p	
Keine/teilweise Zustimmung	87,29	92,12	1	83,70	1	88,41
Volle Zustimmung	12,71	7,88	0,58 (0,33-1,01) 0,059	16,30	1,33 (0,71-2,49) 0,362	11,59

Ex-Raucher/Aktuelle Raucher: OR(95%CI): 2,27(1,10-4,69) p =0,026

Tabelle 18: Hausärztliche Fertigkeit zur Raucherentwöhnung: „Erfolgreiche Überweisung zum Spezialisten“

Die Kompetenz der allgemeinen Beratung/des Gesprächs“ ist den Ex-Rauchern signifikant weniger wichtig (OR = 0,47; Conf.Int.: 0,26-0,85; p = 0,013) als den nie rauchenden Ärzten (Tabelle 19).

Allgemeine Beratung/Gespräch (n=776)	Nie-Raucher %	Ex-Raucher		Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR (95%CI) p	%	OR (95%CI) p	
Keine/teilweise Zustimmung	5,31	10,53	1	6,25	1	7,09
Volle Zustimmung	94,6	89,47	0,47 (0,26-0,85) 0,013	93,75	0,84 (0,33-2,12) 0,71	92,91

Ex-Raucher/Aktuelle Raucher: OR(95%): 1,76(0,7-4,43) p =0,23

Tabelle 19: Hausärztliche Fertigkeit zur Raucherentwöhnung: „Allgemeine Beratung/Gespräch“

Die Fertigkeit „Techniken zur Rückfallverhütung“ ist den Ex-Rauchern ebenfalls signifikant weniger wichtig (OR = 0,61; Conf.Int.: 0,43-0,86; p = 0,006) als den Nie-Rauchern (Tabelle 20).

Techniken zur Rückfallverhütung (n=766)	Nie-Raucher %	Ex-Raucher		Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR (95%CI) p	%	OR (95%CI) p	
Keine/teilweise Zustimmung	63,55	73,98	1	67,74	1	67,41
Volle Zustimmung	36,45	26,02	0,61 (0,43-0,86) 0,006	32,26	0,83 (0,515-1,33) 0,445	32,59

Ex-Raucher/Aktuelle Raucher: OR(95%): 1,35(0,80-2,27) p =0,25

Tabelle 20: Hausärztliche Fähigkeit zur Raucherentwöhnung: „Techniken zur Rückfallverhütung“

Zu klären wäre jetzt noch, ob das Weiterbildungsverhalten zum Thema Raucherentwöhnung und der jeweiligen Rauchstatus signifikant voneinander abhängen.

Im Vorfragebogen wurden den Ärzten wieder verschiedene Inhalte und Übungskomponenten möglicher Weiterbildungen zur Auswahl angeboten.

Es zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Rauchverhalten und Teilnahme an Weiterbildung.

Die Ex-Raucher haben signifikant weniger (OR = 0,67; Conf.Int.: 0,46-0,98; p = 0,042) Seminare zum Thema „Rauchen und spezifische rauchbedingte Erkrankungen“ besucht als die Nie-Raucher. Das Wissen um die „Praktische Durchführung der Entwöhnung nach bestimmten Plänen“ stößt bei den aktuellen Rauchern auf signifikant weniger Teilnahme (OR = 0,32; Conf.Int.: 0,11-0,92; p = 0,035) als bei den Nie-Rauchern und ehemals rauchenden Ärzten (Tabelle 21 und 22).

Weiterbildung: Rauchen und spezifische rauchbedingte Erkrankungen (n=794)	Nie-Raucher %	Ex-Raucher		Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR (95% CI) p	%	OR (95% CI)- p	
Nicht besucht	74,6	81,32	1	81,25	1	77,58
besucht	25,4	18,68	0,67 (0,46-0,98) 0,042	18,75	0,67 (0,38-1,19) 0,170	22,42

Ex-Raucher/Aktuelle Raucher: OR (95%): 1,0 (0,55-1,83) p=0,98

Tabelle 21: Weiterbildungsbesuche zum Thema „Rauchen und spezifische rauchbedingte Erkrankungen“

Weiterbildung: Praktische Durchführung der Entwöhnung (n=794)	Nie-Raucher %	Ex-Raucher		Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR (95% CI) p	%	OR (95% CI) p	
Nicht besucht	88,21	91,44	1	95,83	1	90,18
besucht	11,79	8,56	0,70 (0,41-1,18) 0,183	4,17	0,32 (0,11-0,92) 0,035	9,82

Ex-Raucher/Aktuelle Raucher: OR (95% CI): 0,46 (0,155-1,38) p=0,168

Tabelle 22: Weiterbildungsbesuche: „Praktische Durchführung der Entwöhnung“

4.2.4 Medikamentöse und therapeutische Verfahren der Raucherentwöhnung

Wichtige Hinweise, ob das Interventionsverhalten der Hausärzte vom eigenen Rauchstatus abhängt, liefern auch die Fragen nach dem Einsatz medikamentöser und anderer therapeutischer Verfahren.

Die Hausärzte wurden befragt, mit welchen Präparaten sie bereits Erfahrung gesammelt haben und wie geeignet sie diese für den Einsatz in Ihrer Praxis halten.

Bei den Präparaten zur Raucherentwöhnung haben die aktuellen Raucher mit den Nikotinpflastern der Marke „Niquitin“ (OR = 1,74; Conf.Int.: 1,021-2,97; p = 0,042) und „Nikorette“ (OR = 1,85; ConfInt.: 1,08-3,1; p = 0,025) signifikant häufiger Erfahrung als die Nie-Raucher (Tabellen 23 und 24).

Nikotinpflaster Niquitin (n=689)	Nie-Raucher %	Ex-Raucher		Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR (95% CI) p	%	OR (95% CI) p	
Kenne ich nicht/bisher keine Erfahrung	78,7	72,5	1	67,9	1	75,47
Erfahrung	21,3	27,43	1,39(0,95-2,04) 0,085	32,05	1,74(1,021-2,97) 0,042	24,53

Ex-Raucher/Aktuelle Raucher: OR (95%CI): 1,24 (0,71-2,18) p=0,43

Tabelle 23: Hausärztliche Erfahrung mit Nikotinpflaster „Niquitin“

Nikotinpflaster Nikorette (n=731)	Nie-Raucher %	Ex-Raucher		Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR (95% CI) p	%	OR (95% CI) p	
Kenne ich nicht/bisher keine Erfahrung	35,66	30,45	1	22,99	1	32,42
Erfahrung	64,343	69,55	1,26 (0,89-1,78) 0,17	77,01	1,85 (1,08-3,1) 0,025	67,58

Ex-Raucher/Aktuelle Raucher: OR (95%): 1,46 (0,83-2,5) p =0,18

Tabelle 24: Hausärztliche Erfahrung mit Nikotinpflaster „Nikorette“

Mit dem Nikotinkaugummi der Marke „Nikorette“ haben aktuelle Raucher (OR=2,29; ConfInt.: 1,24-4,22; p= 0,008) und Ex-Raucher (OR=1,51; Conf.Int.: 1,05-2,18; p=0,025) signifikant häufiger Erfahrung als die Nie-Raucher. Siehe dazu folgende Tabelle 25:

Nikotinkaugummi Nikorette (n=745)	Nie-Raucher %	Ex-Raucher		Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR (95% CI) p	%	OR (95% CI) p	
Kenne ich nicht/bisher keine Erfahrung	30,56	22,49	1	16,09	1	26,17
Erfahrung	69,44	77,51	1,51 (1,05-2,18) 0,025	83,91	2,29 (1,24-4,22) 0,008	73,83

Ex-Raucher/Aktuelle Raucher: OR (95%CI): 1,51 (0,79-2,88) p=0,208

Tabelle 25: Hausärztliche Erfahrung mit Nikotinkaugummi „Nikorette“

Die Tabelle 26 zeigt, daß mit anderen medikamentösen Maßnahmen wie SSRI oder Phytotherapie die aktuellen Raucher (OR = 1,76; Conf.Int.: 1,08-2,87; p = 0,022) und Ex-Raucher (OR = 1,48; Conf.Int.: 1,05-2,09; p= 0,023) ebenfalls signifikant mehr Erfahrung haben als die Nie-Raucher.

Andere (SSRI etc.) (n=659)	Nie-Raucher %	Ex-Raucher		Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR (95% CI) p	%	OR (95% CI) p	
Kenne ich nicht/bisher keine Erfahrung	64,41	54,91	1	50,62	1	59,48
Erfahrung	35,59	45,09	1,48 (1,05-2,09) 0,023	49,38	1,76 (1,08-2,87) 0,022	40,52

Ex-Raucher/Aktuelle Raucher: OR (95%CI): 1,18(0,71-1,97) p =0,507

Tabelle 26: Hausärztliche Erfahrung mit anderen medikamentösen (z.B. SSRI, Phytotherapie) Maßnahmen zur Raucherentwöhnung

Konkret wurden die Hausärzte zu ihren therapeutischen Verfahren bzw. Vorgehensweisen zur Raucherentwöhnung im letzten Quartal befragt.

Die aktuellen Raucher setzten „Konkrete Verhaltensanweisungen“ signifikant weniger häufiger ein als ihre Kollegen (53% vs 35,08% OR= 0,47; Conf.Int 0,29-0,74; p=0,001 bzw. 53% vs. 36,55%; OR= 0,5; ConfInt.; 0,31-0,82; p = 0,006); auch hinsichtlich einer Ernährungs- und

Bewegungsberatung sind sie signifikant weniger aktiv als die Nie-Rauchenden (OR=0,52; Conf.Int.: 0,33-0,84; p=0,007) und Exraucher (OR = 0,49; Conf.Int.: 0,30-0,81; p = 0,005) (Tabellen 27 und 28).

Konkrete Verhaltensanweisungen zur Raucherentwöhnung (n=747)	Nie-Raucher %	Ex-Raucher		Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR (95% CI) p	%	OR (95% CI)- p	
Nicht eingesetzt	35,08	36,55	1	53,33	1	37,75
eingesetzt	64,92	63,45	0,93 (0,67-1,30) 0,705	46,67	0,47 (0,29-0,74) 0,001	62,25

Ex-Raucher/Aktuelle Raucher: OR (95% CI): 0,5 (0,31-0,82) p =0,006

Tabelle 27: Einsatz zur Raucherentwöhnung: „Konkrete Verhaltensanweisungen“

Einsatz von Ernährungs- und Bewegungsberatung (n=747)	Nie-Raucher %	Ex-Raucher		Aktuelle Raucher		Gesamt %
		%	OR (95% CI) p	%	OR (95% CI)- p	
Nicht eingesetzt	44,15	42,44	1	60,0	1	45,52
eingesetzt	55,85	57,56	1,072 (0,78-1,48) 0,67	40,0	0,52 (0,33-0,84) 0,007	54,48

Ex-Raucher/Aktuelle Raucher: OR (95% CI): 0,49 (0,30-0,81) p =0,005

Tabelle 28: Einsatz zur Raucherentwöhnung: „Ernährungs- und Bewegungsberatung“

Zur besseren Übersicht sind sämtliche im letzten Quartal eingesetzten Maßnahmen zur Raucherentwöhnung in der Abbildung 6 dargestellt. 19% der aktuellen Raucher setzten im letzten Quartal überhaupt keine therapeutischen Verfahren zur Raucherentwöhnung ein. Bei den Ex-Rauchern und den Nie-Rauchern gibt es mit 11,76% und 11,69% keinen Unterschied. Ebenso sind die Nichtraucher und die Ex-Raucher mit der Nennung mindestens einer Maßnahme mit 88% deutlich engagierter als die aktuellen Raucher mit 81%.

Bei der Maßnahme „Motivation zum Rauchstopp“ gibt es einen relevanten, aber nicht signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. 67% der aktuellen Raucher haben diese Maßnahme angewendet, aber 75% der anderen beiden Gruppen.

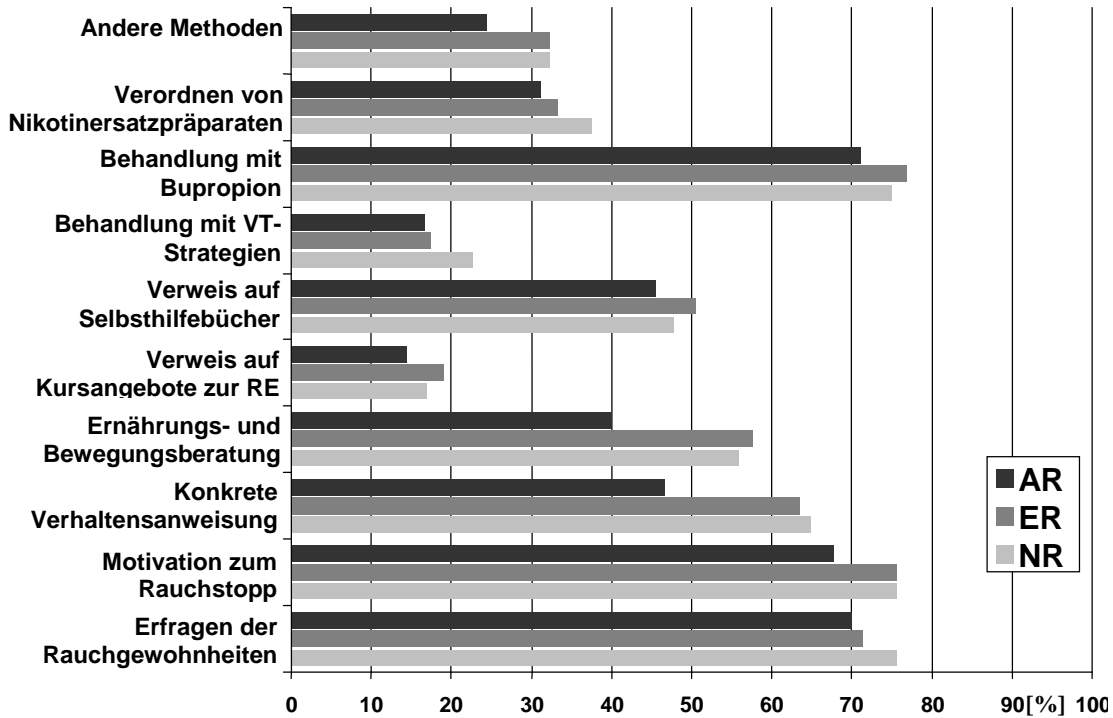


Abbildung 6: Häufigkeit der im letzten Quartal eingesetzten therapeutischen Verfahren zur Raucherentwöhnung

(R = Raucher; RE = Raucherentwöhnung; AR = Aktuell rauchende Hausärzte; ER= Ex-rauchende Hausärzte; NR = Nie rauchende Hausärzte; VT = Verhaltenstherapie; RE = Raucherentwöhnung)

5 Diskussion

Hauptsächliches Ziel dieser Arbeit war es herauszuarbeiten, ob das persönliche Rauchverhalten des Arztes sein Interventionsverhalten gegenüber seinen rauchenden Patienten beeinflusst. Anhand des Antwortverhaltens der Ärzte auf den Vorfragebogen konnten dazu wesentliche Erkenntnisse gewonnen werden. Es stellte sich heraus, dass der Anteil der Raucher unter den Hausärzten deutlich unter demjenigen in der deutschen Allgemeinbevölkerung liegt. Insgesamt misst der aktuell rauchende Hausarzt dem Thema „Raucherentwöhnung“ deutlich weniger Wichtigkeit bei als die Nie-Raucher bzw. die Ex-Raucher. Die Ergebnisse zeigen, dass dieser Aspekt einen großen Einfluss auf das Interventionsverhalten hat und dass eine erfolgreiche Raucherentwöhnung in vielen Bereichen vom Rauchverhalten des Hausarztes beeinflusst wird.

Um die Ergebnisse besser bewerten zu können, wird im Folgenden vorab die Methode der SNICAS – Studie diskutiert.

5.1 Diskussion der Methode

5.1.1 Repräsentativität

Im Folgenden wird betrachtet, inwieweit die Rekrutierung einer bundesweit repräsentativen Allgemeinarztstichprobe gelungen ist.

Die Ziehung einer bundesweiten Zufallsstichprobe von Ärzten - sicherlich die einfachste Methode - war wegen zeitlicher, logistischer und finanzieller Restriktionen nicht möglich. Zusätzlich hätten dazu schriftliche Einladungen zur Teilnahme erfolgen müssen, die bei Studien oft zu geringen Antwortraten führen. Eine regional geclusterte Stichprobenziehung war erforderlich, da die Allgemeinärzte in allen Phasen der Studie individuell durch Studienmonitore trainiert und unterstützt werden sollten. Diese sollten schnell verfügbar und kostengünstig einsetzbar sein.

Um diese Voraussetzung zu erfüllen, eignet sich das regelmäßige aktualisierte Bundesärztereister. Es enthält regional geclusterte Adressen von Allgemeinarztpraxen und ist für viele deutsche Pharmafirmen die Organisationsgrundlage für ihre Außendienstmitarbeiter. Diese Lösung hatte den Vorteil, dass GlaxoSmithKline als Co-Förderer der Studie seine Außendienstmitarbeiter für die Feldarbeit zur Verfügung stellen konnte.

Aus folgenden Gründen funktionierte diese Strategie gut:

- die ursprünglich konservativ angenommene Antwortrate der zufällig ausgewählten und kontaktierten Ärzte lag bei 51%.

- die tatsächliche lag aber bei 66%, da 15% der Arztpraxen die Teilnahme aus studienunabhängigen Gründen ablehnten.

So gesehen ist trotz des eigentlichen hohen zeitlichen Aufwands der Studie für die Ärzte die Antwortrate relativ hoch.

Bundesweit waren also mehr als 50% der gefragten Ärzte zu einer Teilnahme an der Studie bereit. Man muss aber die Möglichkeit in Betracht ziehen, dass besonders die Ärzte teilnahmen, die grundsätzlich dem Thema Raucherentwöhnung in der Praxis motivierter und interessierter gegenüber stehen. Drei indirekte Hinweise lassen jedoch vermuten, dass diese Annahme unwahrscheinlich ist. Erstens konnten 15% der Ärzte aus wohl objektiven Gründen nicht an der Studie teilnehmen. Zweitens ergab ein detaillierter Vergleich der geographischen Verteilung und fachlichen Ausrichtung der SNICAS - Ärzte und Ärzte des Bundesregisters keine auffallenden Unterschiede. Drittens konnten durch den Vergleich von ausgewählten Patienten und Arztvariablen weitgehend ausgeschlossen werden, dass der Einsatz von Studienmonitoren, die wegen des Vertriebs von pharmakologischen Produkten zur Raucherentwöhnung bereits Kontakt zu den Ärzten hatten, die Repräsentativität der Studie beeinträchtigte (3).

Insgesamt konnte also auf Grund der Samplingstrategie eine bundesweite Stichprobe von Primärärzten erfolgreich rekrutiert werden, die als repräsentativ für die Gesamtstichprobe der deutschen Allgemeinärzte erachtet werden kann.

Es könnte auch vermutet werden, dass sich die Ärzte, die den Studienmonitoren schon vorher (aufgrund der Produktvertreibung) bekannt waren, systematisch von den nicht bekannten unterscheiden. Beispielsweise könnte eine höhere Bereitschaft zur Durchführung von Raucherentwöhnung vorhanden sein, die sich in einer größeren Anzahl an rauchenden oder nikotinabhängigen Patienten niederschlägt. Es wurde aber ermittelt, dass sich die beiden Subgruppen hinsichtlich der meisten untersuchten Arztmerkmale kaum unterscheiden. Eine Ausnahme besteht allerdings hinsichtlich der Besuche von Weiterbildungsveranstaltungen zum Thema Rauchen und Nikotinabhängigkeit: Sie wurden von den bekannten Ärzten etwas häufiger besucht als von den nicht bekannten Ärzten (32,9% vs. 26,4%)

Bedenken gab es auch, ob Ärzte mit einer geringeren Anzahl an untersuchten Patienten evtl. mehr Raucher in die Studie eingeschlossen haben als Ärzte mit einer höheren Patientenzahl. Dies hätte zu einem Bias in der Stichprobe führen können. Um dies zu umgehen, wurde die Anzahl der Fragebögen pro Arztpraxis in vier Kategorien eingeteilt. Kreuztabellen wurden für ausgewählte Variablen aus dem Patienten-Fragebogen (Geschlecht, Alter etc.) und Arztbogen (aktuelle Erkrankung)

durchgeführt. Beim Vergleich dieser Gruppen konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden.

5.1.2 Reliabilität

Die Frage, inwieweit die beantworteten Fragebögen als zuverlässig gelten können, ist hier besonders wichtig. Gerade im Vorfragebogen kann die Frage nach dem persönlichen Rauchverhalten zu einem systematischen Messfehler führen. Es ist vorstellbar, dass die teilnehmenden rauchenden Ärzte nicht die wahre Antwort geben, sondern aufgrund der „sozialen Erwünschtheit“ sich als Nichtraucher bezeichnen. Den Ärzten wurde zwar die Anonymität ihrer Angaben mehrfach versichert, aber um diesen Fehler sicher ausschließen zu können, hätte man bei solchen sozialwissenschaftlichen Fragen eine Messwiederholung durchführen müssen (Retest - method).

Zu beachten ist auch der so genannte Erinnerungsfehler. Die Erhebung von Daten mittels Fragebogen bringt immer einige Einschränkungen mit sich. Fehlende oder verdrängte Erinnerungen zählen dazu und können das Antwortverhalten - besonders bei Fragen, die auf persönlichen Erfahrungen/Einstellungen etc. basieren - erheblich verzerren. Im Zusammenhang mit der Beantwortung der Fragen über das Rauch- und Interventionsverhalten der Hausärzte könnte dies einen Einfluss haben. Gerade die Antworten zu persönlichen Erfahrungen hinsichtlich des eigenen Rauchverhaltens und des Einsatzes medikamentöser und therapeutischer Verfahren der Raucherentwöhnung könnten durch den Erinnerungsfehler verzerrt werden.

5.1.3 Anmerkungen zum Vorfragebogen

Um das Rauchverhalten der Hausärzte noch eingehender zu betrachten, wäre es von Vorteil gewesen, mit einer Frage noch zusätzlich das Geschlecht zu erheben. Es gibt in der Literatur zahlreiche Hinweise, dass das Rauchverhalten zwischen den Geschlechtern unterschiedlich ist (11). In der Allgemeinbevölkerung rauchen, wie bereits in Punkt 1.1.1 erwähnt, mehr Männer als Frauen. Interessant wäre gewesen zu erfahren, ob die Hausärzte das gleiche Verhalten zeigen. Die tschechische Studie von Widimsky und Koautoren (73), die das Rauchverhalten von 673 Ärzten untersucht, stellt hierzu fest, dass in dieser Stichprobe die männlichen Ärzte deutlich weniger rauchen als die männliche Allgemeinbevölkerung (24,2% vs. 44,9%) und die weiblichen Ärzte dafür etwas mehr rauchen als es sonst unter Frauen üblich ist (27,4% vs. 26,6%).

Auch die Untersuchung von Zanetti et al. (74), die das Rauchverhalten in einer großen Stichprobe von 2453 Krankenhausangestellten untersuchte, belegt ähnliche Ergebnisse. Die höchste Zahl von Rauchern wurde mit 41% unter den Frauen gefunden, wobei die Frauen in der Regel die leichten Zigaretten bevorzugten und insgesamt weniger Zigaretten pro Tag rauchten als die Männer. Der

Vorteil dieser Studie von Zanetti et al. ist zusätzlich noch, dass sie das eigentliche Rauchverhalten genauer erfragt. Diese Differenzierung wäre auch in dem SNICAS - Vorfragebogen sinnvoll gewesen, denn hier wurde nur generell gefragt, ob der Arzt selbst aktuell Raucher ist oder ob er jemals überhaupt geraucht hat. Es wäre interessant gewesen zu wissen, ob sich unter den Hausärzten viele regelmäßige bzw. abhängige Raucher befinden oder ob sie nur Gelegenheitsraucher sind. Allerdings hätte diese zusätzliche Unterscheidung sicherlich den Aufwand der Studie weiter erhöht und war auch nicht Gegenstand der eigentlichen Fragestellung von SNICAS.

5.2 *Diskussion der Ergebnisse*

5.2.1 Zusammenhang Raucherbiographie - Einstellungen zum Thema Raucherentwöhnung

Die in der Arbeit untersuchten Daten geben signifikante Hinweise darauf, dass die Einstellung des Hausarztes zum Thema „Raucherentwöhnung“ und sein Interventionsverhalten durch seine Raucherbiographie beeinflusst wird. Insgesamt lässt sich feststellen, dass

- die aktuellen Raucher dem Thema „Raucherentwöhnung“ in ihrer Praxis deutlich weniger Wichtigkeit beimessen als die Nie-Raucher bzw. Ex-Raucher.
- die aktuellen Raucher häufiger der Meinung sind, dass Rauchen keine Krankheit sei.
- die Aussage „Raucher haben häufiger psychische Probleme“ von den aktuellen Rauchern signifikant häufiger verneint wurde.
- die aktuellen Raucher das Interesse ihrer Patienten zum Thema Raucherentwöhnung viel negativer einschätzen als ihre Kollegen.

Zusammenfassend konnte also in der SNICAS - Studie nachgewiesen werden, dass das Interesse für das Thema Raucherentwöhnung vom Rauchstatus des Hausarztes abhängt. Die Tatsache, dass der Hausarzt selber raucht, korreliert somit eindeutig mit einer mangelnden Einsicht hinsichtlich der Gefahren der Nikotinabhängigkeit.

Mit den folgenden Ergebnissen:

- Rauchende Ärzte unterschätzen die gesundheitlichen Gefahren des Rauchens signifikant mehr als ihre nicht rauchenden Kollegen.
- Sie empfehlen ihren rauchenden Patienten seltener einen Rauchstopp als die nicht rauchenden Ärzte.

bestätigt SNICAS frühere Studien (58,67,72). (Siehe auch Punkt 2 „Ziele und Fragestellungen“).

Eine Erklärung dafür wäre, dass sich die rauchenden Hausärzte bei ihrer eigenen Raucherentwöhnung bzw. Aufhörungsbereitschaft auf der „niedrigsten Stufe“ befinden. Kognitiv - affektive Strategien, die in den frühen Stufen (Vorabsichtsbildung, Absichtsbildung, Vorbereitung) stattfinden, beinhalten eine Steigerung des Problembewusstseins und eine Neubewertung der Umwelt (75). Diese Art der Verhaltensänderung gegenüber dem Rauchen ist bei den aktuell rauchenden Hausärzten anhand dieser Ergebnisse definitiv nicht festzustellen.

Für einen Arzt ist der erste Schritt, seine Patienten bei der Raucherentwöhnung zu unterstützen, eine Vorbildfunktion einzunehmen und selbst nicht zu rauchen. Aufgrund der hohen Morbidität und Mortalität des Rauchens sollten sich alle Ärzte, unabhängig von ihren eigenen Rauchgewohnheiten, die Problematik des Rauchens bewusst machen und sich damit auseinandersetzen (76).

5.2.2 Zusammenhang Raucherbiographie-Umsetzung der Raucherentwöhnung in der Praxis
Wichtig signifikante Erkenntnisse lassen sich auch aus den Untersuchungen zum Einfluss der Raucherbiographie des Hausarztes auf sein Interventionsverhalten gewinnen.

5.2.2.1 Die Rolle der aktuell rauchenden Ärzte

Bei der Untersuchung der Rolle der aktuell rauchenden Ärzte in Bezug zu ihrem Interventionsverhalten in der Praxis hat die eigene Raucherbiographie sowohl negative als auch positive Einflüsse.

Zu den negativen Aspekten zählt:

- Die aktuellen Raucher haben signifikant weniger Seminare zum Thema „Praktische Durchführung der Entwöhnung nach bestimmten Plänen“ besucht als die nie rauchenden Hausärzte.
- Die aktuellen Raucher setzten bei Fähigkeiten/Fertigkeiten zur Raucherentwöhnung „Konkrete Verhaltensweisen“ signifikant weniger ein als ihre Kollegen.
- Die aktuellen Raucher setzten die Ernährungs- und Bewegungsberatung signifikant weniger häufig ein als die nie rauchenden Ärzte.

Die SNICAS - Studie bestätigt somit frühere Arbeiten: Diese zeigen, dass Ärzte, die selbst rauchen, weniger Raucherentwöhnungsintervention betreiben als Ärzte, die nie geraucht haben (77,78). Raucht der betreuende Arzt selbst, ist es weniger wahrscheinlich, dass er seine Aufgaben in der Raucherentwöhnung wahrnimmt. (79). In der Studie von Cummings und Koautoren (67) berichteten die Patienten, dass der rauchende Arzt sie wesentlich seltener dazu aufforderte, das Rauchen aufzugeben bzw. einzuschränken. Bei der Befragung der Ärzte stellte sich heraus, dass die

rauchenden Ärzte viel pessimistischer waren in Bezug auf die Einstellung ihrer Patienten, das Rauchen aufzugeben. Sie waren vielfach der Meinung, die Patienten würden diesen Rat ohnehin nicht befolgen. Dies deckt sich hervorragend mit den Ergebnissen dieser Arbeit. Eine andere Untersuchung (80) über die Effektivität der Weiterbildung im Bereich der Raucherentwöhnung zeigt auf, dass Ärzte, die eine solche Maßnahme besucht haben, ihre rauchenden Patienten wesentlich effektiver beraten. Ihre Interventionen hatte auch deutlich mehr Erfolg: Die Anzahl der Patienten, die erfolgreich das Rauchen aufgaben, war wesentlich höher als die Anzahl der Ärzte, die in dieser Thematik nicht geschult waren. Da die SNICAS-Studie belegt, dass die Motivation zur Weiterbildung vom Rauchstatus abhängt, sollten speziell die rauchenden Ärzte dazu angehalten werden, regelmäßig Schulungen/Seminare etc. zu besuchen.

In einer Studie von Abramson und Koautoren (81) konnte nachgewiesen werden, dass die persönlichen Sportgewohnheiten von Ärzten einen Einfluss auf ihre Präventivfunktion gegenüber Patienten haben. Sportliche Ärzte wiesen ihre Patienten viel häufiger auf die Wichtigkeit der Bewegung etc. hin als Ärzte, die wenig oder gar keinen Sport betrieben. Vergleicht man diese Aussage mit dem Ergebnis der SNICAS-Studie, so lässt sich vermuten, dass die aktuellen Raucher insgesamt „ungesünder“ leben und auch in dieser Beziehung ihre Patienten schlechter beraten. Sie üben signifikant seltener eine Ernährungs- und Bewegungsberatung aus. Die aktuellen Raucher tendieren dazu, die Aufgabe des Hausarztes bezüglich Präventivmaßnahmen weniger konsequent zu verfolgen als die Ärzte, die nie geraucht haben. Diese Einstellung gilt es in entsprechenden Aufklärungsprogrammen, Weiterbildungen etc. zu verändern und den aktuellen Rauchern verständlich zu machen, welchen Stellenwert die Präventivmedizin in der Praxis hat.

Interessanterweise zeigen die SNICAS-Ergebnisse auch erstmalig positive Aspekte bezüglich des Rauchverhaltens der Ärzte und ihres Interventionsverhaltens. Diese Tatsache wurde bisher in der Literatur nicht erwähnt bzw. es gibt keine gleichartigen Ergebnisse dazu. Daher lassen sich für die Ursachen nur Vermutungen bzw. Hypothesen anstellen.

Zu den positiven Aspekten zählt:

- Die aktuellen Raucher sind der Meinung, dass die ernsthaften Risiken von Bupropion (Zyban®) häufiger unterschätzt werden.
- Die aktuell rauchenden Ärzte sind häufiger der Meinung, dass eine Überweisung zum Spezialisten bzw. speziell Einrichtungen bei der Raucherentwöhnung wichtig ist.

- Die aktuellen Raucher sind über solche speziellen Einrichtungen in ihrer Umgebung wesentlich besser informiert als ihre Kollegen.
- Die aktuellen Raucher haben mehr Erfahrung mit der medikamentösen Raucherentwöhnung (Nikotinpflaster, Nikotinkaugummi, SSRI etc.) als die Ärzte, die nie geraucht haben.

Es ist anzunehmen, dass die rauchenden Ärzte aufgrund eigener Entwöhnungsversuche bzw. Entwöhnungsabsichten besser über die medikamentöse Raucherentwöhnung und ihre Risiken informiert sind. Sie geben selber die Medikamenteneinnahme bei ihren eigenen Entwöhnungsversuchen signifikant häufiger an als die Ex-Raucher.

Es lässt sich daraus die Vermutung aufstellen, dass rauchende Ärzte eher wissen, wie schwer es ist aufzuhören und daher der Meinung sind, das Thema Raucherentwöhnung gehöre in die Hände von Spezialisten. Da sie es selber nicht geschafft haben aufzuhören, ist zu vermuten, dass die Ärzte sich bewusst sind, ihre Patienten selbst nur unzureichend beraten zu können.

Diese Ressourcen und dieses Problembewusstsein der rauchenden Ärzte sollten auch in der Praxis unbedingt z.B. in Form von extra darauf zugeschnittenen Fortbildungen weiterverfolgt und genutzt werden.

5.2.2.2 Die Rolle der Ex-Raucher

Hat ein Arzt einmal erfolgreich das Rauchen aufgegeben, so dass er sich zu den Ex-Rauchern zählen kann, hat dies trotzdem noch Einfluss auf sein Interventionsverhalten in der Praxis.

Die Bedeutung der Ex-Raucher ist bisher in der Literatur nicht speziell untersucht worden. Daher können die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bedeutsam sein.

Die SNICAS-Studie ist die erste Studie in diesem Zusammenhang, die die Rolle der Ex-Raucher untersucht hat und auch folgende signifikante Ergebnisse dazu liefern kann:

- Die Ex-Raucher haben weniger Seminare zum Thema „Rauchen und spezifische rauchbedingte Erkrankungen“ besucht als die Ärzte, die nie geraucht haben ($p = 0,042$).
- Die Ex-Raucher finden die Fähigkeit/Fertigkeit „Techniken zur Rückfallverhütung“ signifikant weniger wichtig als die Nie-Raucher ($p=0,006$).
- Die Ex-Raucher beurteilen die hausärztliche Fertigkeit der „Allgemeinen Beratung/des Gespräches“ zur erfolgreichen Raucherentwöhnung als weniger wichtig als die Ärzte, die nie geraucht haben ($p=0,013$).

- Die Ex-Raucher haben mehr Erfahrung mit der medikamentösen Raucherentwöhnung (Nikotinkaugummi/SSRI) als die Ärzte, die nie geraucht haben (Nikotinkaugummi $p = 0,025$; SSRI etc. $p = 0,023$).

Die Ex-Raucher, die signifikant weniger Seminare zum Thema „spezifische rauchbedingte Erkrankungen“ besucht haben als die Ärzte, die nie geraucht haben, verdrängen möglicherweise ihre eigene Raucherbiographie. Andererseits könnte man annehmen, dass gerade die Ex-Raucher infolge ihrer eigenen Erfahrung besonders gut über die Schädlichkeit des Rauchens und Aufhörstrategien informiert sind. Sie sind evtl. der Meinung, gerade deswegen diese Fortbildungen nicht mehr zu benötigen.

Daher ist es unbedingt notwendig, den Ex-Rauchern verständlich zu machen, dass gerade das „Allgemeine Gespräch“ einen wesentlichen Beitrag zur Raucherentwöhnung leistet. Jung und Fiore (68) haben ausreichend belegt, dass schon ein kurzer Rat des Hausarztes Patienten zum Aufhören motivieren kann.

Hier spielt wahrscheinlich die persönliche Erfahrung eine besondere Rolle. Haben es die Ex-Raucher laut ihrer eigenen Angaben am häufigsten doch mit dem „starken Willen“ geschafft aufzuhören. Diese Einstellung übertragen sie vermutlich auf ihre Patienten.

5.2.3 Ergebnisse ohne signifikante Unterschiede

Auch wenn die folgenden Ergebnisse keine Signifikanzen aufweisen, liefern sie interessante Aspekte zum Thema Raucherentwöhnung in der hausärztlichen Praxis.

Die Bedeutung der Verhaltenstherapie zur Raucherentwöhnung wird in allen Subgruppen als sehr wichtig angesehen. Dies steht im Gegensatz zur eigenen Raucherfahrung: die aktuellen Raucher und die Ex-Raucher haben bei sich selbst sehr selten Verhaltenstherapie eingesetzt. Ebenso ist allen die Nikotinsubstitution sehr wichtig, obwohl gerade die Ex-Raucher sie bei sich selbst zum Entwöhnen kaum eingesetzt haben.

Hausärzte sind der Meinung, dass sie bei der Raucherentwöhnung eine wichtige Rolle spielen. Denn mehr als 85% glauben, dass Raucher, die aufhören wollen, es nicht ohne ärztliche Hilfe schaffen.

Mit über 90% vertreten sie auch die Ansicht, dass Raucher in der hausärztlichen Praxis gut zu behandeln sind und die Raucherentwöhnung für sie auch keine große Herausforderung ist. Diese Aussagen zeigen eine positive Grundhaltung gegenüber der Raucherentwöhnung und deuten auf ein großes Entwicklungspotential hin. Es gibt einige Hinweise aus internationalen Studien, dass etablierte Raucherentwöhnungsverfahren auch vom Hausarzt effektiv umsetzbar sind (82,83,84).

Andere Studien belegen wiederum, dass vermutlich nur eine Minderheit aller Entwöhnungswilligen eine Raucherentwöhnung vom Hausarzt erhält (2,64). Die Ursache dafür ist bislang unklar (6). Nach

Hoch (85) könnten einige mögliche Gründe folgende sein: 1. geringes ärztliches Bewusstsein für Größe und Umfang des Rauchproblems; 2. Zeitmangel; 3. ungenaue Kenntnisse der Behandlungsmöglichkeiten; 4. unzureichende Fertigkeiten bei der Durchführung der Raucherentwöhnung; 5. Fehlende Bereitschaft, diese Behandlung anzubieten.

Insofern ist anzunehmen, dass die teilnehmenden Hausärzte der SNICAS-Studie sich bzgl. ihrer ärztlichen Fertigkeit, was die Raucherentwöhnung angeht, etwas überschätzen bzw. Theorie und Praxis weit auseinander liegen.

Trotzdem sollte dieses Potential genutzt werden. Raucherberatungen bzw. Tabakentwöhnungsstrategien sollten die Hausärzte fest in ihr Programm aufnehmen und ihnen entscheidende Funktionen zuweisen.

Allgemein zeigt sich, dass sich die Hausärzte, die nie geraucht haben und die Ex - rauchenden Ärzte in ihrem Antwortverhalten meist wenig unterscheiden, während die aktuellen Raucher häufig etwas andere Prioritäten bei der Raucherentwöhnung zeigen. Dies lässt Rückschlüsse auf ihr eigenes Verhalten zu.

5.3 Schlussfolgerungen

Nach den vorausgegangenen Erläuterungen lassen sich aus den gewonnen Daten und Analysen einige wichtige Schlussfolgerungen ziehen. Das Rauchen ist unter den Hausärzten ein verbreitetes Phänomen. In der untersuchten Gruppe rauchen derzeit noch 12%. Damit liegen sie deutlich unter dem Raucheranteil in der vergleichbaren Allgemeinbevölkerung. Die Ergebnisse zeigen, dass der aktuelle Rauchstatus des Hausarztes eindeutig einen Einfluss auf sein Interventionsverhalten hat. Negativ fällt auf, dass rauchende Hausärzte dazu tendieren, das Thema Rauchen bei sich und ihren Patienten zu „verdrängen“. Positiv ist zu bemerken, dass sie über die Möglichkeiten der medikamentösen Raucherentwöhnung besser informiert sind und die Raucherentwöhnung auch eher einem Spezialisten überlassen würden. Rauchende Hausärzte kennen also in diesem Bereich ihre Grenzen.

Die Ex-Raucher sind bezüglich der Empfehlung der effektivsten Maßnahmen zur Raucherentwöhnung (Techniken der Rückfallverhütung etc.) nicht sehr engagiert. Dieser Aspekt sollte in Zukunft noch näher untersucht werden. Es zeigt sich in dieser Studie, dass nicht nur aktuell rauchende Ärzte eine andere Sichtweise der Thematik haben, sondern auch die ehemaligen Raucher sich in manchen Bereichen von ihrer Ex-Raucherbiographie beeinflussen lassen.

Prinzipiell ist das entscheidende Ergebnis, dass die Raucherbiographie das Interventionsverhalten beeinflusst - ein bekanntes Phänomen in der Literatur. Viele der in der Einleitung erwähnten und im

Diskussionsteil bewerteten Studien sind schon über 15 Jahre alt. Da die SNICAS-Studie ähnliche Ergebnisse liefert wie ältere Untersuchungen geringeren Stichprobenumfangs, zeigt sie, dass sich an der Situation bisher wenig geändert hat und dass immer noch dringender Handlungsbedarf besteht. Insofern ist es von essenzieller Notwendigkeit, Rauchern und Ex-Rauchern in der Hausärzteschaft diese Thematik praxisnah darzustellen und auf Umsetzung zu drängen. Dazu würden sich Veröffentlichungen in medizinischen Fachzeitschriften anbieten, die von Hausärzten breit gelesen werden. Wünschenswert wären auch regelmäßige Informationen der kassenärztlichen Vereinigungen zu diesem Thema. Zusätzlich sollte schon im Rahmen des Medizinstudiums und in der späteren Arbeit als Assistenzarzt immer wieder durch die Ausbildung darauf hingewiesen werden, wie sehr das persönliche Rauchverhalten des Arztes Einfluss auf die Arbeit mit seinen Patienten hat. Es sollte auch generell darauf gedrängt werden, dass gerade Ärzte, die eigentlich eine Vorbildfunktion bezüglich des Rauchens erfüllen sollten, prinzipiell Nicht- oder Exraucher sind. Denn bei der Beratung zum Nikotinstopp ist ein nicht rauchender Arzt für Raucher wesentlich glaubwürdiger als ein rauchender Arzt (64).

Ziel der rauchenden Ärzte sollte ebenfalls sein, das Thema Rauchen bei sich und ihren Patienten nicht zu verdrängen, sondern offen anzugehen. Es könnten z. B. von geschulten Trainern Kurse/Wochenendseminare angeboten werden, in denen gerade die Ärzte lernen, ihre eigene Suchtproblematik offensiv anzugehen. Es lässt sich die Hypothese ableiten, dass der Arzt, der gegenüber seinem rauchenden Patienten eine Nikotinabhängigkeit eingesteht, den Patienten bei der Raucherentwöhnung erfolgreicher unterstützen kann, als wenn er seine eigene Sucht negiert oder nicht anspricht.

Außerdem sollte in Zukunft generell die Rolle des Hausarztes in der Raucherentwöhnung bei Entwöhnungsprogrammen in Deutschland stärker berücksichtigt werden. Dafür ist es wichtig, dessen Verhalten und seine Einstellungen weiter zu untersuchen. Nur anhand konkreter Zahlen können auf ihn zugeschnittene Fort- und Weiterbildungen etc. entwickelt werden, damit die Raucherentwöhnung beim Hausarzt erfolgreicher ist als in den Jahren zuvor. Die gewonnenen Daten sollten für die Entwicklung von angemessenen und effizienten Vorgehensweisen bei der Raucherentwöhnung in der hausärztlichen Versorgung verwendet werden. Auch sollen die Zahlen Grundlagen für eine mögliche Kostenbeteiligung der Krankenkassen an der Raucherentwöhnung liefern.

6 Zusammenfassung

In Deutschland ist trotz intensiver Aufklärungskampagnen etc. immer noch kein konsistenter Rückgang des Tabakkonsums zu verzeichnen. Hausärzten wird aufgrund ihrer Nähe zur Zielgruppe und ihrer gate-keeper Funktion eine zentrale Rolle bei der Raucherentwöhnung zugesprochen. Bislang fehlen in Deutschland allerdings zuverlässige epidemiologische Daten über den Rauchstatus der Hausärzte, die Rolle der Hausärzte in der Raucherentwöhnung und das Ausmaß der von Hausärzten angebotenen Raucherentwöhnungsmaßnahmen.

Das eigene Rauchverhalten und die Einstellung des Hausarztes zur Raucherentwöhnung stellen wichtige Grundlagen für eine erfolgreiche Intervention dar und sollten untersucht werden.

Fragestellung:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Raucherbiographie des Hausarztes und seinem Interventionsverhalten gegenüber rauchenden Patienten in der Praxis?

Methode: Die SNICAS-Studie basiert auf einem zweistufigen epidemiologischen Studiendesign, woran sich eine klinische Interventionsstudie anschloss. In Stufe I wurde anhand eines Vorstudien-Fragebogens eine repräsentative Auswahl von 889 Ärzten hinsichtlich Erfahrungen und Einstellungen zu Raucherentwöhnungsmethoden befragt und charakterisiert. In Stufe II wurden an einem Stichtag in diesen Praxen alle Patienten mittels eines Patientenfragebogens befragt (n = 28.707). Im Anschluss daran wurde die Beurteilung des Arztes anhand eines unabhängigen standardisierten Fragebogens (Erhebung des Rauchstatus, Gesundheitszustand etc.) erhoben. In der anschließenden Interventionsstudie wurde untersucht, wie erfolgreich vorher festgelegte Entwöhnungsmethoden im hausärztlichen Praxisalltag waren.

Ergebnisse:

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Rauchen unter den Hausärzten ein weit verbreitetes Phänomen ist. 12% sind aktuelle Raucher; mehr jedoch haben den Tabakkonsum erfolgreich beendet (32% Ex-Raucher). Rückblickend wird nur der eigenen Aufhörmotivation (eigener Wille $p = 0,007$) eine dominante Rolle zugewiesen. Verhaltenstherapie und medikamentöse Raucherentwöhnungsmethoden wurden nur sehr selten als hilfreich bei der persönlichen Entwöhnung genannt.

Es zeigte sich, dass sich die Einstellung des aktuell rauchenden Hausarztes bezüglich der Raucherentwöhnung in einigen Bereichen deutlich von den Ex-Rauchern bzw. Nie-Rauchern unterscheidet. Im Vergleich zu den Ärzten, die nie geraucht haben, hielten sie das Thema „Raucherentwöhnung bei Patienten“ für weniger wichtig ($p = 0,015$). Bei den Barrieren, die die

Hausärzte davon abhalten könnten, in ihrer Praxis eine Raucherentwöhnung durchzuführen, waren die Aussagen „Rauchen ist keine Krankheit“ ($p = 0,009$) und „mangelndes Interesse seitens der Patienten“ ($p = 0,031$) für die aktuell rauchenden Ärzte die ausschlaggebenden Gründe. Die Wichtigkeit der Raucherentwöhnung bzw. der Implementierung in der Praxis war für die aktuellen Raucher im Vergleich zu den Nie-Rauchern ($p = 0,024$) und den Ex-Rauchern ($p = 0,011$) weniger gegeben.

Auch vertreten die aktuellen Raucher unter den Hausärzten im Vergleich zu den Nie-Rauchern ($p = 0,016$) und Ex-Rauchern ($p = 0,012$) seltener die Auffassung, dass „Raucher häufig psychische Probleme haben“.

Positiv ist zu vermerken, dass die aktuell rauchenden Hausärzte im Vergleich zu den Ex-Rauchern die Raucher eher an spezielle Einrichtungen ($p = 0,015$) bzw. zum Spezialisten ($p = 0,026$) überweisen würden ($p = 0,015$) und im Vergleich zu den Nicht-Rauchern über solche Möglichkeiten in ihrer Region besser informiert sind ($p = 0,026$). Hausärzte, die rauchen, sorgen sich stärker um Bupropion-Nebenwirkungen als ihre Kollegen, die nie geraucht haben ($p = 0,037$).

Bei den zur Raucherentwöhnung wichtigen hausärztlichen Fähigkeiten sind die aktuellen Raucher bei einigen bedeutenden Punkten signifikant anderer Auffassung als ihre Kollegen. Sie haben weniger Seminare zum Thema „Praktische Durchführung der Entwöhnung nach bestimmten Plänen“ besucht ($p = 0,035$), setzten „Konkrete Verhaltensweisen“ seltener ein als die Nie- ($p = 0,001$) und Ex-Raucher ($p = 0,006$). Ihre Patienten erhielten weniger Ernährungs- und Bewegungsberatung als die der Nie- ($p = 0,007$) und Ex-Raucher ($p = 0,005$).

Der Rolle der Ex-Raucher wurde näher nachgegangen. Es zeigte sich dass die Ex-Raucher trotz eigener erfolgreicher Nikotinentwöhnung bezüglich ihres Interventionsverhaltens immer noch in manchen Bereichen der Raucherentwöhnung beeinflusst werden. So haben die Ex-Raucher signifikant weniger Seminare zum Thema „Rauchen und spezifische rauchbedingte Erkrankungen“ besucht ($p = 0,042$) als die Ärzte, die nie geraucht haben. Die Vermittlung von „Techniken zur Rückfallverhütung“ ($p = 0,006$) und die „Allgemeine Beratung/Gespräch“ ($p = 0,013$) war den Ex-Rauchern weniger wichtig als den nie rauchenden Ärzten. Ein wesentlicher Vorteil der Ex-Raucher ist allerdings, dass sie mehr Erfahrung mit der medikamentösen Raucherentwöhnung haben (Nikotinkaugummi $p = 0,025$; SSRI u. andere $p = 0,023$) haben als die nie rauchenden Ärzte.

Schlussfolgerung:

In dieser Arbeit ist abschließend deutlich geworden, daß das Rauchen unter den Hausärzten ein nicht zu unterschätzendes Problem darstellt und ihr Interventionsverhalten gegenüber den Patienten prinzipiell beeinflusst. Hier besteht im Hinblick auf eine erfolgreiche Raucherentwöhnung bei

Patienten in weiterer Zukunft Handlungsbedarf, insbesondere seitens der Selbstverwaltung (Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer).

7 Anhang

7.1 Literaturverzeichnis

(1) Statistisches Bundesamt 2004: www.destatis.de

Ref Type: Data File

(2) Wittchen HU, Sonntag H, Nowak D, Kröger C und Schmidt LG.

Raucherentwöhnung beim Hausarzt, Illusion oder Perspektive?

Der Hausarzt 2002; 6:49-53.

(3) Hoch E, Mühlig 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.

(4) Murray CJL, Lopez AD.

Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease study.

Lancet 1997; 349:1269-76.

(5) Tobacco-Health Facts; Tobacco dependence WHO Fact Sheet N°221-222.

www.who.int/inf-fs/en/fact221.html.1999

Ref. Type: Data file

(6) Sonntag H, Hoch E.

Tabakentwöhnungsmaßnahmen in der allgemeinärztlichen Versorgung: Implementierung, Effektivität und Wege einer optimierten Allokation.

Suchtmed 2003; 5:137-141.

(7) Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren 2004:

www.dhs.de

Ref.Type: Report

(8) Haustein KO.

Tabakabhängigkeit - Gesundheitliche Schäden durch das Rauchen

Deutscher Ärzte-Verlag Köln. 2001

- (9) Tabakabhängigkeit.
Suchtmedizinische Reihe 2003
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Hamm
- (10) Statistisches Bundesamt 2005:
www.destatis.de
Ref type: Data file
- (11) Kraus L, Augustin R.
Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland
2003.
Sucht 2005; 51 (Sonderheft 1):29-39.
- (12) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
Die Drogenaffinitätsstudie Jugendlicher in der BRD-Wiederholungsbefragung 2001.
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) - Bericht Köln 2001
- (13) Kröger Ch, Heppekausen K, Kraus L.
Epidemiologie des Tabakkonsums und die Situation der Raucherentwöhnung in Deutschland.
Med Psychol 2002; 11:149-155.
- (14) Dilling H, Mombour W, Schmidt H.
Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V.
Klinisch-diagnostische Leitlinien 1991.
Huber Verlag, Göttingen. 1991
- (15) Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I.
Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM
IV
Hogrefe Verlag, Göttingen. 1998
- (16) Batra A.
Tabakabhängigkeit: Biologische und psychosoziale Entstehungsbedingungen und
Therapiemöglichkeiten.
Steinkopff Verlag, Darmstadt. 2000
- (17) Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft 2001:
Empfehlungen zur Therapie der Tabakabhängigkeit.
Eigenverlag Köln. 2001

(18) Batra A, Fagerström KO.

Neue Aspekte der Nikotinabhängigkeit und Raucherentwöhnung.

Sucht 1997; 43:277-282.

(19) Benowitz, NL.

Nicotine addiction.

Prim Care 1999; 26:611-631.

(20) Tomizawa M, Casida JE.

Selective toxicity of neonicotinoids attributable to specificity of insect and mammalian nicotinic Receptors.

Annu Rev Entomol 2003; 48:339-364.

(21) Armitage AK, Dollery CT, George CF, Houseman TH, Lewis PJ, Turner DM.

Absorption and metabolism of nicotine from cigarettes.

BMJ 1975; 8:313-310.

(22) Armitage A, Dollery C, Houseman T, Kohner E, Lewis PJ, Turner D.

Absorption of nicotine from small cigars.

Clin Pharmacol Ther 1978; 23:143-151.

(23) Okamura T, Toda N.

Mechanism underlying nicotine-induced relaxation in dog saphenous arteries.

Eur J Pharmacol 1994; 263:85-91.

(24) Balfour DJ.

The neurobiology of tobacco dependence.

Respiration 2002; 69: 7-11.

(25) Zocchi A, Girlanda E.

Dopamine responsiveness to drugs of abuse: A shell core investigation in the nucleus accumbens of the mouse.

Synapse 2003; 15:293-302.

(26) Sachs DP, Leischow SJ.

Pharmacologic approaches to smoking cessation.

Clin Chest Med 1991; 12:769-91.

(27) Balfour DJK, Fagerström KO.

Pharmacology of nicotine and its therapeutic use in smoking cessation and neurodegenerative disorders.

Pharmacol Ther 1996; 72:51-81.

(28) Sullivan PF, Kendle KS.

The genetic epidemiology of Smoking.

Nicotin Tob Res 1999; 1:51-7.

(29) Sullivan PF, Neale BM.

Candidate genes for nicotine dependence via linkage, epistasis, and bioinformatics.

Am J Med Genetik 2004; 126:23-36.

(30) Schorberger R, Kunze M.

Nikotinabhängigkeit: Diagnostik und Therapie.

Springer Verlag, New York, Wien. 1998

(31) Beuten J, Ma JZ, Payne TJ, Dupont RT, Crews KM, Somes G, Williams NJ.

Single-and multilocus allelic variants within the GABA(B) receptor subunit 2 (GABAB2) gene are significantly associated with nicotine dependence.

Am J Hum Genet 2005; 76:859-64.

(32) Tricker AR.

Nicotine metabolism, human drug metabolism polymorphisms and smoking behaviour.

Toxicol 2003; 183:151-73.

(33) Hukkanen J, Jacob P, Benowitz NL.

Metabolism and disposition kinetics of nicotine.

Pharmacol Rev 2005; 57:79-115.

(34) Hoch E, Kröger CH.

Nikotinabhängigkeit.

Lehrbuch für Verhaltenstherapie. Kapitel 35

Springer Verlag, Berlin. 2006

(35) Thompson GH, Hunter DA.

Nicotine replacement therapy.

Ann Pharmacother 1998; 32:1067-75.

(36) Bandura A.

Sozial-kognitive Lerntheorie.

Klett-Cotta Verlag Stuttgart. 1979

- (37) Pawlow J.
Conditioned reflexes.
Oxford Clarendon. 1921
- (38) Skinner BF.
The behavior of organism.
Appleton-Century-Crofts, New York. 1938
- (39) Hoch E, Franke A, Sonntag H, Jahn B, Mühlig S, Wittchen HU.
Raucherentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung-Chance oder Fiktion? Ergebnisse der „Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening (SNICAS)“ Studie.
Suchtmed 2004; 6:47-51.
- (40) Smith CJ, Hansch C.
The relative toxicity of compounds in mainstream cigarette smoke condensate.
Food Chem Toxicol 2000; 38:637-46.
- (41) Fletcher C, Peto R.
The natural history of chronic airflow obstruction.
Br Med J 1977; 1:1645-8.
- (42) Ambrose JA, Barua RS.
The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: An update.
J Am Coll Cardiol 2004; 19:1731
- (43) Leone A.
Relationship between cigarette smoking and other coronary risk factors in atherosclerosis: risk of cardiovascular disease and preventive measures.
Curr Pharm Des 2003; 9:2417-23.
- (44) Ruff LK, Volmer T, Nowak D, Meyer A.
The economic impact of smoking in Germany.
Eur Respir J 2000; 16:385-390.
- (45) Doll R, Peto R.
Mortality in relation to smoking: 40 year's observation on male British doctors.
BMJ 1994; 309:901-911.
- (46) Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I.
Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male british doctors.
BMJ 2004; 328:1519.

- (47) Schifferdecker M, Schmidt R, Loevenich A, Krahl A.
Drug dependence among physicians.
Z Arztl Fortbild 1996; 90: 295-300.
- (48) Canavan DL.
The impaired physician program. The impaired physician and the family.
J Med Soc NJ 1983; 80:637-638.
- (49) Leesemann S.
Suchtkranke Ärzte-Analyse eines bislang vernachlässigten Themas.
Unveröffentlichte medizinische Dissertation. Köln. 1994
- (50) www.aerztegesundheits.de
Ref.Type: Data file
- (51) Hughes PH, Brandenburg N.
Prevalence of substance use among US physicians.
JAMA 1992; 267:2333-9.
- (52) Breslau N, Johnson E, Hiripi E, Kessler R.
Nicotine Dependence in the United States.
Arch Gen Psychiatry 2001; 58:810-816.
- (53) Brewster JM.
Drug use among Canadian professionals-Executive summary of final report.
Minister of Supply and Services, Canada 1999.
- (54) Mäulen B, Gottschaldt M, Damm K.
Hilfsmöglichkeiten für abhängige Ärzte. Unterstützung durch die Ärztekammer.
Dtsch. Ärzteblatt 1995; 47:3305-3306.
- (55) Mäulen B, Gottschaldt M, Feuerlein W, Bonitz G.
Abhängigkeit bei Ärzten.
MMW Munch Med Wochenschr 1991;133:446-449.
- (56) Statistisches Bundesamt 2003:
www.destatis.de
Ref type: Data file
- (57) Twardella D, Brenner H.
Strategies to promote smoking cessation in General Practice: Results of a cluster-randomized trial
Poster Presentation.
12. Weltkongress für Biomedizin. Heidelberg 2004
-

- (58) Kossler W, Lanzenberger M, Zwick H.
Smoking habits of office-based general practitioners and internists in Austria and their smoking cessation efforts.
Wien Klin Wochenschr 2002; 114:742-743.
- (59) Groman E, Bayer P, Kunze U, Schmeiser-Rieder A, Schorberger R.
Diagnostik und Therapie der Tabakabhängigkeit – eine Analyse des Bedarfs in Österreich.
Med Wochenschr 2000; 150:109-114.
- (60) Wittchen HU, Jacobi F.
Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheits surveys 1998.
Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2001; 10:993-1000.
- (61) Wittchen HU et al.
Depression 2000. Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinarztpraxen.
Fortschr Med. 2000; 118:11-21.
- (62) Wittchen HU, Lieb R, Wunderlich U, Schuster P.
Comorbidity in primary care: presentation and consequences.
J.Clin Psychiatry 1999; 60:29-36.
- (63) Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, Ustun TB, Vicente B, Vollebergh WA, Walters EE, Wittchen HU.
The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries.
Health Aff 2003; 22:122-33.
- (64) Fowler G.
Smoking cessation: The Role of General Practitioners, Nurses and Pharmacists. In:
Bollinger CT, Fagerström KO., editors. The Tobacco Epidemic.
Prog Respir Res. Basel: Karger, 1997:165-177
- (65) Junge B.
Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren.
Jahrbuch Sucht 2000.
Neuland-Verlag, Geesthacht: 1999:22-51.
- (66) Boyle, P Gandini S, Robertson C.
International Smokers Survey Group. Characteristics of smokers attitudes towards stopping. Survey of 10295 Smokers in representative samples from 17 European countries.
Eur J Public Health 2000;10:5-14.

- (67) Cummings KM, Giovino G, Sciandra R.
Physician Advice to Quit smoking: Who Gets It and Who Doesn't.
Am J Prev Med 1987; 3:69-75.
- (68) Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP.
Methods used to quit smoking in the United States: Do cessation programs help?
JAMA 1990; 263:2760-2765.
- (69) Twardella D, Brenner H.
Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among
general practitioners in Germany.
Eur J Public Health 2005; 15:140-5.
- (70) Lodenkemper R, Sybrecht GW.
Health care costs of smoking.
Eur Respir J 2000; 16: 377-378.
- (71) Schön S, Nowak D.
Medikamentöse Verfahren zur Raucherentwöhnung.
Suchtmed 2002; 4:189-199.
- (72) Nardini S, Bertoletti R, Rastelli V, Donner CF.
The Influence of personal tobacco smoking on the clinical practice of Italian chest physicians.
Eur Respir J 1998; 12:1450-3.
- (73) Widimsky J, Skibova J, Skodova Z, Valenta Z.
Smoking habits of male and female physicians in the Czech Republic.
Vnitr Lek 1992; 38:1208-14.
- (74) Zanetti F, Gambi A, Bergamaschi A, Gentilini F, de Luca G, Monti C, Stampi S.
Smoking habits, exposure to passive smoking and attitudes to a non-smoking policy among hospital
staff.
Public Health 1998; 112 :57-62.
- (75) Prochaska JO, DiClemente CC.
Stages and Processes of self-change in smoking: Towards an integrative model of change.
J Consult Clin Psychol 1991; 59:295-304.
- (76) David B, Coultas MD.
The Physicians Role in Smoking Cessation.
Clinics in Chest Medicine 1991; 4:755-768.

- (77) Lewis CE, Wells KB, Ware J.
A model for predicting the counseling practices of physicians.
J Gen Intern Med 1986; 1:14-19.
- (78) Lewis CE, Clancy C.
The counseling practices of internists.
Ann Intern Med 1991; 114:54-58.
- (79) Sachs DP.
Treatment of cigarette dependency. What American pulmonary physicians do.
Am Rev Respir Dis 1984; 129:1010-3.
- (80) Cummings SR, Coats TJ, Richard RJ, Hansen B.
Training physicians in counselling about smoking cessation. A randomized trial of the "Quit for Life" program.
Am Intern Med 1989; 110:640-7.
- (81) Abramson S, Stein J, Schauffele M, Frales E, Rogan S.
Personal exercise habits and counselling practices of primary care physicians: a national survey.
Clin J Sport Med 2000; 10:40-8.
- (82) Fagerström KO.
Combined use of nicotine replacement products.
Health Val 1994; 18:15-20.
- (83) Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ.
Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline.
Rockville MD: Department of Health and Human Service 2000.
- (84) Batra A, Buchkremer G.
Raucherentwöhnung mit dem Nikotinpflaster.
Z Ärztl Fortbild 1995; 89:505-509.
- (85) Hoch E.
Tabakentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung-Ergebnisse der klinisch epidemiologischen SNICAS-Studie.
Dresden. Dissertationsschrift 2005

7.2 *Abbildungsverzeichnis*

Abbildung 1	Design der SNICAS-Studie	21
Abbildung 2	Persönliche Raucherentwöhnungsstrategien der Ex-rauchenden bzw. aktuell rauchenden Hausärzte	34
Abbildung 3	Gründe und Barrieren seitens der Hausärzte keine Raucherentwöhnung durchzuführen	38
Abbildung 4	Standardisierte Aussagen der Hausärzte zum Thema Rauchen	42
Abbildung 5	Wichtige Fähigkeiten/Fertigkeiten der Hausärzte zur erfolgreichen Raucherentwöhnung	43
Abbildung 6	Häufigkeit der im letzten Quartal eingesetzten therapeutischen Verfahren zur Raucherentwöhnung	49

7.3 *Tabellenverzeichnis*

Tabelle 1	Charakteristika der SNICAS-Patienten	28
Tabelle 2	Charakteristika der SNICAS-Ärzte	29
Tabelle 3	Rauchstatus der Hausärzte	31
Tabelle 4	Anzahl der aktuellen Raucher, die Rauchstopp versucht bzw. nicht versucht haben	32
Tabelle 5	Anspruchnahme von Hilfsmitteln bei der Nikotinentwöhnung	32
Tabelle 6	Entwöhnungsstrategien der Hausärzte: „Mein starker Wille“	33
Tabelle 7	Entwöhnungsstrategie mit Nikotin	33
Tabelle 8	Entwöhnungsstrategie mit Zyban	33
Tabelle 9	Sonstige Maßnahme zur Raucherentwöhnung	34
Tabelle 10	Einschätzung der Hausärzte zu dem Thema „Raucherentwöhnung bei Patienten in der Praxis“	36
Tabelle 11	Gründe und Barrieren, in der Praxis keine Raucherentwöhnung durchzuführen: “Rauchen ist keine Krankheit“	37
Tabelle 12	Gründe und Barrieren in der Praxis keine Raucherentwöhnung durchzuführen: Mangelndes Interesse seitens der Patienten	37

Tabelle 13	Die Wichtigkeit und Bedeutung der Raucherentwöhnung/Implementierung in der Praxis in Abhängigkeit vom Rauchstatus der Befragten Hausärzte	38
Tabelle 14	Aussage: „Raucher sollen an spezielle Einrichtungen überwiesen werden“ in Abhängigkeit vom Rauchstatus der Befragten	39
Tabelle 15	Aussage: „Es gibt in meiner Region solche speziellen Einrichtungen“ in Abhängigkeit vom Rauchstatus der Befragten	39
Tabelle 16	Aussage: „Raucher haben häufig psychische Probleme“ in Abhängigkeit vom Rauchstatus der Befragten	40
Tabelle 17	Aussage: „Die ernsthaften Risiken von Zyban werden häufig unterschätzt“ in Abhängigkeit vom Rauchstatus der Befragten	40
Tabelle 18	Hausärztliche Fertigkeit zur Raucherentwöhnung: “Erfolgreiche Überweisung zum Spezialisten“	44
Tabelle 19	Hausärztliche Fertigkeit zur Raucherentwöhnung “Allgemeine Beratung/Gespräch	44
Tabelle 20	Hausärztliche Fertigkeit zur Raucherentwöhnung “Techniken zur Rückfallverhütung	44
Tabelle 21	Weiterbildungsbesuche zum Thema “Rauchen und spezifische rauchbedingte Erkrankungen“	45
Tabelle 22	Weiterbildungsbesuche „Praktische Durchführung der Entwöhnung	45
Tabelle 23	Hausärztliche Erfahrung mit Nikotinpflaster „NiQuitin	46
Tabelle 24	Hausärztliche Erfahrung mit Nikotinpflaster „Nikorette	46
Tabelle 25	Hausärztliche Erfahrung mit Nikotinkaugummi „Nikorette“	47
Tabelle 26	Hausärztliche Erfahrung mit anderen medikamentösen (z.B. SSRI) Maßnahmen zur Raucherentwöhnung	47
Tabelle 27	Einsatz zur Raucherentwöhnung „Konkrete Verhaltensanweisungen“	48
Tabelle 28	Einsatz zur Raucherentwöhnung: „Ernährungs-und Bewegungsberatung	48

7.4 Fragebögen

7.4.1 Praxisvorbogen

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 einer Kleinstadt ländlichem Gebiet
(ab 100.000 Einwohner) (< 100.000 Einwohner)
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, 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 IGEL-Kataloges an?

- nein ja wenn ja, welche?

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

ab Punkten pro Patient

26. Welche Fähigkeiten/Fertigkeiten zur Rauchentwöhnung 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 Rauchentwöhnung an Ihre Patienten ausgeben?

ja nein habe ich bereits, wenn ja, welche?
.....

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

nein ja

30. Mit welchen der folgenden Präparate zur Rauchentwöhnung 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 aeeianet	eher schlecht aeeianet	gänzlich unaeianet
<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 Raucherentwöhnung spezialisierte Ärzte: Anzahl

Ärztliche Psychotherapeuten:Anzahl

Psychologische Psychotherapeuten: Anzahl

Spezialisierte stationäre Einrichtungen (z.B. Kurkliniken): Anzahl

33. In welchen Bereichen der Raucherentwöhnung 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 Raucherentwöhnung 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 Rauchentwöhnung?

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 Rauchentwöhnung?

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"/>
Rauchentwöhnung ist für mich eine große Herausforderung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die medikamentöse Rauchentwöhnungstherapie 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 Rauchentwöhnung.	<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 Rauchentwöhnung spezialisierte Einrichtungen bekannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die ernsthaften Risiken von Zyban werden häufig unterschätzt.

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, Kräuterzigaretten/-zigarren
- Bachblüten-Therapie oder andere alternative Heilverfahren
- Sonstiges:

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit!

7.5 Lebenslauf

Katja Köhler, Lettow-Vorbeck Str. 3, 82256 Fürstenfeldbruck, katja_koehler@01019freenet.de

<u>Zur Person:</u>	geb.02.05.1974 in Freiburg i. Brg., verheiratet, 2 Kinder
<u>Schulabschluss:</u>	Abitur im Juni 1993 am Priv. Gymnasium „Maria Königin“ in Lennestadt
<u>Ausbildung:</u>	Examinierte Krankenschwester im November 1996 am Klinikum Großhadern/München
<u>Berufspraxis:</u>	
Nov.1996-August 1997 Klinikum	Berufsausübung auf einer chirurgischen Allgemeinstation im Großhadern
Okt. 1998-Dez. 1999	Tätigkeit als Krankenschwester auf der interdisziplinären Intensivstation im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder/Nymphenburg
Jan. 2000-Oktober 2005	Weiterhin Ausübung der Tätigkeit beim selben Arbeitgeber auf Aushilfsbasis
<u>Medizinstudium:</u>	
Mai 2000-17.5.06	Studium der Medizin an der LMU mit Abschluss Ärztin
<u>Sonstiges:</u>	
Sep. 1997-Juli 1998	Weltreise (Australien/Asien/Neuseeland/Amerika)
Seit November 2002	Freiberufliche medizinjournalistische Aktivitäten bei der Medienagentur „monks“ (München)
<u>Sprachen:</u>	
Englisch	
Französisch	

8 Danksagung

Prof. Dr. med. D. Nowak danke ich für die Überlassung des Themas und die engagierte Unterstützung.

Dr. Eva Hoch danke ich für die hervorragende Betreuung, die Anleitung zum wissenschaftlichen Arbeiten und für viele gute Denkanstöße.

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“.

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

Danken möchte ich auch meinem Vater Prof. Dr. Dieter Köhler und meinem Ehemann Michael Ludatschka, die mich beide während der Erstellung dieser Arbeit sehr unterstützt haben und viel Geduld bewiesen haben.