

Aus dem
Institut und der Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktor: Prof. Dr. med. Dennis Nowak

In Kooperation mit dem
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
der Technischen Universität Dresden
Direktor: Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen
und dem
Max-Planck-Institut für Psychiatrie München
Direktor: Prof. Dr. Dr. Florian Holsboer
Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Epidemiologie
Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen
Dr. rer. nat. Eva Hoch

**Welche Patienten-Merkmale bestimmen die Erkennensrate des
Raucherstatus?
Eine Querschnittsstudie bei Hausärzten**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität München
vorgelegt von
Anna von Schirnding de Almeida
aus Rosenheim
2008

Aus dem
Institut und der Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktor: Prof. Dr. med. Dennis Nowak

In Kooperation mit dem
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
der Technischen Universität Dresden
Direktor: Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen
und dem
Max-Planck-Institut für Psychiatrie München
Direktor: Prof. Dr. Dr. Florian Holsboer
Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Epidemiologie
Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen
Dr. rer. nat. Eva Hoch

**Welche Patienten-Merkmale bestimmen die Erkennensrate des
Raucherstatus?
Eine Querschnittsstudie bei Hausärzten**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität München
vorgelegt von
Anna von Schirnding de Almeida
aus Rosenheim
2008

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. D. Nowak

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Rolf Holle

Mitbetreuung durch die promovierte Mitarbeiterin: Dr. rer. nat. E. Hoch

Dekan: Prof. Dr. Dr. H. c. Maximilian Reiser

Tag der mündlichen Prüfung: 16.10.2008

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	6
1.1 EPIDEMIOLOGIE DES RAUCHENS WELTWEIT	6
1.2 EPIDEMIOLOGIE DES NIKOTINKONSUMS IN DER BRD.....	6
1.2.1 Prävalenz	6
1.2.2 Abhängigkeit.....	7
1.3 FOLGEN DES NIKOTINKONSUMS.....	8
1.3.1 Auswirkungen auf Gesundheit und Lebenserwartung.....	8
1.3.2 Kosten für das Gesundheitssystem.....	9
1.4 RAUCHERENTWÖHNUNG BEIM HAUSARZT.....	9
2. ZIELSETZUNG	11
3. METHODEN UND PROBANDEN.....	12
3.1 STUDIENDESIGN	12
3.2 ZIEHUNG DER BUNDESWEITEN REPRÄSENTATIVEN HAUSARZTSTICHPROBE	14
3.2.1 Konzeptuelle Überlegungen zur Stichprobengewinnung.....	14
3.2.2 Stichprobenziehung (Arztpraxen)	15
3.2.3 Rekrutierung der Ärzte und Ausschöpfungsrate	18
3.3 ERHEBUNGSINSTRUMENTE: ENTWICKLUNG, KONSTRUKTE UND VARIABLEN	19
3.3.1 Vorbereitung der Praxen und Auslieferung der Instrumente.....	20
3.3.2 Erhebungsinstrumente	20
3.4 AUSSCHÖPFUNGSRATE BEI DER STICHTAGSERHEBUNG	21
3.4.1 Ein- und Ausschlusskriterien der Patienten.....	21
3.4.2 Ausschöpfungsrate der Patienten	22
3.5 REPRÄSENTATIVITÄT DER ARZTSTICHPROBE.....	23
3.5.1 Verteilung der Ärzte in der Stichprobe und in Deutschland.....	23
3.5.2 Unterschiedliche Merkmale von den Monitoren bekannten und unbekannten Ärzten.....	24
3.6 STATISTISCHE AUSWERTUNG.....	26
3.6.1 Statistische Methoden	26
3.6.2 Verwendete Items und Skalen.....	26
4. ERGEBNISSE	29
4.1 ZUSAMMENHANG VON ERKENNENSRATE VON RAUCHERN UND SOZIODEMOGRAPHISCHEN VARIABLEN.....	29
4.1.1 Geschlecht.....	29
4.1.2 Alter.....	30
4.1.3 Body-Mass-Index.....	30
4.1.4 Berufstätigkeit	31
4.1.5 Familienstand.....	32
4.2 ERKENNENSRATE UND BESCHWERDEN/ERKRANKUNGEN DER PATIENTEN	32
4.2.1 Anlass des Arztbesuchs	32
4.2.2 Körperlicher Gesundheitszustand.....	37
4.2.3 Aktuelle Beschwerden	37
4.2 ERKENNENSRATE UND RAUCHVERHALTEN.....	43
4.2.1 Dauer in Jahren seit Rauchbeginn.....	43
4.2.2 Zigaretten pro Tag.....	43
4.2.3 Abhängigkeit nach DSM-IV und Fagerström (FTND).....	44
5. DISKUSSION	46
5.1 DISKUSSION DER METHODE.....	46
5.1.1 Repräsentativität der Arztstichprobe	46
5.1.2 Repräsentativität der Patientenstichprobe.....	47
5.1.3 Erhebungsinstrumente	47
5.2 DISKUSSION DER ERGEBNISSE	47
5.2.1 Erkennensrate im Zusammenhang mit persönlichen Daten der Raucher.....	48
5.2.3 Erkennensrate im Zusammenhang mit dem Anlass des Arztbesuchs.....	50
5.2.2 Erkennensrate im Zusammenhang mit aktuellen Erkrankungen.....	51
5.2.4 Erkennensrate im Zusammenhang mit dem Rauchverhalten.....	52

5.2.5 Schlussfolgerung.....	53
6. ZUSAMMENFASSUNG	54
6.1 ZIELSETZUNG.....	54
6.2 METHODEN UND PROBANDEN.....	54
6.3 ERGEBNISSE.....	54
6.4 DISKUSSION.....	55
7. ANHANG.....	57
7.1. ZUSÄTZLICHE TABELLEN.....	57
7.2. FRAGEBÖGEN.....	62
7.2.1. Arztfragebogen	62
7.2.2. Patientenfragebogen.....	65
7.3. TABELLENVERZEICHNIS	74
7.4. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	75
7.5. LITERATURVERZEICHNIS	75
7.6. SONSTIGES: INTERNATIONALE KRITERIEN FÜR NIKOTINABHÄNGIGKEIT	78
8. LEBENSLAUF	79
9. DANKSAGUNG	80

1. Einleitung

Nikotinkonsum hat zahlreiche schädliche Folgen für die Gesundheit. Diese sind durch eine Vielzahl an Studien belegt und den meisten Menschen hinreichend bekannt, nicht zuletzt aufgrund breit angelegter Antirauchkampagnen. Dennoch gehen die Zahlen an Rauchern weltweit gesehen nicht zurück. Auch in Deutschland ist der Nikotinkonsum nach wie vor stark verbreitet.

1.1 Epidemiologie des Rauchens weltweit

Schätzungen der WHO zufolge ist ca. ein Drittel der erwachsenen Weltbevölkerung Raucher, das sind ungefähr 1.1 Milliarden Menschen. Von den Männern sind weltweit 47% Raucher, von den Frauen rauchen 12%. Diese Zahlen variieren von Land zu Land. In den Entwicklungsländern rauchen durchschnittlich 49% der Männer und 7% der Frauen, während in den Industrieländern 42% der Männer und 24% der Frauen rauchen. Insgesamt rauchen jedoch mehr Männer als Frauen, auch wenn das Rauchverhalten der Frauen seit einigen Jahren ansteigt und sich vor allem in den Industrieländern dem der Männer immer mehr angleicht (1; 2) Auch das Alter, in dem zu rauchen begonnen wird, sinkt stetig. Dieser Trend bestätigt sich zum Beispiel in Großbritannien, wo rauchende Frauen im Jahr 1950 zu 24% im Alter von unter 20 Jahren zu rauchen angefangen hatten, während es 1990 schon 68% waren. Bei den rauchenden Männern stiegen diese Zahlen zwar auch, jedoch nicht so stark (von 76% im Jahr 1950 auf 83% im Jahr 1990) (3).

1.2 Epidemiologie des Nikotinkonsums in der BRD

1.2.1 Prävalenz

Für das Jahr 2005 wurde in der BRD ein Raucheranteil von 33% bei den Männern und 22% bei den Frauen erhoben, der Anteil an Rauchern insgesamt beträgt 27% (4). Trotz ständig steigender Tabaksteuer und verstärkter Nichtraucherkampagnen, Aufklärungsmaßnahmen und strengerer Nichtrauchergesetzgebung sind diese Zahlen bisher jedoch nur leicht rückläufig. Der Raucheranteil in der BRD ist von 1992 bis 1999 um nur 0,7 Prozent gesunken (5). Von 1999 bis 2003 sank der Raucheranteil bei Männern von 35% auf 33%, der Anteil der rauchenden Frauen blieb jedoch mit 22% gleich bleibend hoch (4; 5). Der Mikrozensus von 2005 bestätigt diese Zahlen, ein Rücklauf des Raucheranteils an der

Bevölkerung war bisher nicht zu verzeichnen (6). Die Erhebungen der WHO für die Bundesrepublik Deutschland für 2002-2005 ergaben sogar einen Raucheranteil von 33.9% an der Gesamtbevölkerung. Der Anteil an rauchenden Männern beträgt hier 37.1%, der Anteil an rauchenden Frauen 30.5% (7)

Ist in der Gruppe der 25- bis 39-Jährigen die Zahl der Raucher von 1997 bis 2000 leicht zurückgegangen, so ist bei den jungen Rauchern und vor allem Raucherinnen zwischen 15 und 24 Jahren eine zunehmende Anzahl an Rauchern zu verzeichnen (8). Für die Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen liegt der Raucheranteil für Männer bei 36%, für Frauen bei 35% (9). Diese Daten sind besonders alarmierend, da sich insbesondere im Jugendalter das Rauchverhalten entwickelt und verfestigt. Ungefähr die Hälfte der Probierkonsumenten werden zu regelmäßigen Rauchern (8; 9). Schon 10% der 12- bis 13-Jährigen bezeichnen sich als Raucher, bei den 14- bis 15-Jährigen sind es 29% und bei den 16- bis 17-Jährigen sogar 44% (10). Der Mikrozensus von 2003 stellt ähnliche Tendenzen fest: unter den 15- bis 20-Jährigen sind 27,3% Raucher, bei den 20- bis 25-Jährigen ist der Raucheranteil mit 45,6% am höchsten, bei 25- bis 40-Jährigen bleibt er mit ca. 43% relativ konstant und sinkt erst danach wieder. In der Gruppe der über 75-Jährigen sind nur noch 11,1% Raucher (4). Auch die Daten der WHO zeigen einen Anstieg des Raucheranteils unter Jugendlichen von 20% in den Jahren 1993-96 auf 33% (33,7% Frauen, 32,2% Männer) im Jahr 2005 (7).

1.2.2 Abhängigkeit

Rauchen kann gemäß dem internationalen Klassifikationssystem ICD 10 (11) und DSM-IV (12) zu einer Suchterkrankung führen. Nikotin ist eine psychotrope Substanz, die abhängig macht und die ähnliche Auswirkungen auf die Dopaminausschüttung im Gehirn hat wie Heroin, Amphetamine und Kokain. Die chronische Aufnahme von Nikotin führt zu cerebralen Veränderungen über eine Zunahme der Nikotinrezeptoren (13).

Abhängigkeit besteht aus einer psychischen und einer physischen Komponente. Psychische Abhängigkeit ist definiert als Substanzgenuss trotz negativer gesundheitlicher oder sozialer Folgen, da auf die psychische Wirkung nicht verzichtet werden kann. Physische Abhängigkeit liegt vor, wenn bei Nichteinnahme der Substanz Entzugsserscheinungen wie z.B. Angst, Unruhe und Zittern auftreten. Ein weiterer Aspekt der Abhängigkeit ist die Toleranzentwicklung, d.h. man benötigt für die gleiche Wirkung immer höhere Dosen der Substanz. Ob eine Substanzabhängigkeit besteht, kann im Wesentlichen mit drei verschiedenen Methoden diagnostiziert werden, der internationalen DSM-IV-Klassifikation (12), der Internationalen Klassifikation von Krankheiten ICD-10 (11) und dem Fagerström-Test (14). Die DSM-IV-Klassifikation und die ICD-10 fragen

Abhängigkeitskriterien ab, wie zum Beispiel Entzugssymptome, Kontrollminderung, Substanzgebrauch über längere Zeit oder in größeren Mengen und Toleranzentwicklung. Sie stellen qualitative Messsysteme dar. Der Fagerström-Test wurde speziell für Raucher entwickelt und enthält für den Zigarettenkonsum spezifische Fragen. Dieser Test misst quantitativ die Stärke der Abhängigkeit.

In Deutschland gelten nach dem Fagerström-Test (14) 35% der Raucher (38,5% der rauchenden Männer und 30% der rauchenden Frauen) als deutlich abhängig (Test-Score mit 4 oder mehr Punkten). Auch nimmt der prozentuale Anteil der abhängigen Raucher mit dem Alter zu. Untersucht man die Abhängigkeit jedoch nach den DSM-IV-Kriterien, ergibt sich ein geringerer Anteil an abhängigen Rauchern. So sind in der Gruppe der 40- bis 59-jährigen Raucher nach dem Fagerström-Test 42% deutlich abhängig, während es in der gleichen Gruppe nach den DSM-IV-Kriterien nur 17% sind (15).

1.3 Folgen des Nikotinkonsums

Durch das Zigarettenrauchen entstehen gravierende Folgen für die Gesundheit des Rauchers, aber auch für die des Passivrauchexponierten. Das Rauchen schadet jedoch nicht nur den unmittelbar betroffenen Personen, auch der sozio- und gesundheits-ökonomische Einfluss ist von Bedeutung.

1.3.1 Auswirkungen auf Gesundheit und Lebenserwartung

Das Rauchen von Zigaretten ist mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität assoziiert. Tabakrauch enthält mehr als 4000 Chemikalien, wovon 40 erwiesenermaßen Krebs erzeugend oder als Krebs erzeugend anzusehen sind (13). Neben Lungenkrebs gibt es eine Anzahl weiterer Krankheiten, die in direktem Zusammenhang mit dem Rauchen stehen. Zu diesen gehören vor allem die chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD = chronic obstructive pulmonary disease) wie chronische Bronchitis und Emphysem, die Atherosklerose, der Schlaganfall, die Koronare Herzkrankheit (KHK), der Herzinfarkt sowie Erkrankungen an Mundhöhlen- und Kehlkopfkrebs. Weiterhin ist der Nikotinkonsum ein Risikofaktor für erhöhte Infektanfälligkeit, Bluthochdruck, Impotenz und Unfruchtbarkeit, andere Krebserkrankungen wie Pankreas-, Harnblasen-, Gebärmutterkrebs sowie Verstärkung von Asthma (2; 16).

Vor allem durch die Verursachung der oben genannten körperlichen Erkrankungen hat das Rauchen einen negativen Einfluss auf die Lebenserwartung. Je nach Rauchgewohnheit verkürzt sie sich um drei bis acht Jahre (17). Die 40-Jahres-Follow-Up-Studie von Doll und Peto an männlichen britischen Ärzten ergab, dass die Hälfte der regelmäßigen Raucher

an den Folgen ihres Nikotinkonsums verstirbt (18). In der BRD waren 1993 117.000 Todesfälle dem Rauchen anzulasten (19), das sind 22% der Todesfälle bei Männern und 5% der Todesfälle bei Frauen.

1995 schätzte die WHO die durch das Rauchen verursachten Todesfälle in den Industrieländern auf 1.44 Millionen bei den Männern und 0.4 Millionen bei den Frauen. Aktuelle Zahlen der WHO sprechen von weltweit 3.4 Millionen Todesfällen pro Jahr. Für 2020 schätzt man einen Anstieg der Todesfälle durch regelmäßigen Nikotingenuss auf 10 Millionen pro Jahr (1). Somit wird das Rauchen mehr Todesopfer fordern als jede andere Krankheit, was umso gravierender ist, da es sich um eine vermeidbare Todesursache handelt.

1.3.2 Kosten für das Gesundheitssystem

Nicht nur die gesundheitlichen Schäden, die durch Nikotinkonsum verursacht werden, sondern auch die Kosten, die daraus für den Staat und besonders das Gesundheitssystem entstehen, sind enorm (16). Um die Kosten einzuschätzen, die durch das Rauchen entstehen, muss man neben direkten auch indirekte Kosten mit einbeziehen. Zu den direkten Kosten gehören vor allem die Arzt-, Krankenhaus- und Arzneimittelkosten, die durch die Behandlung von rauchassoziierten Krankheiten entstehen. Indirekte Kosten entstehen durch den Verlust an volkswirtschaftlicher Wertschöpfung, wie zum Beispiel verlorene Produktivität, Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. In Deutschland beliefen sich diese gesamten Kosten im Jahr 1993 auf ungefähr 17,3 Mrd. €, das sind ca. 800 € pro Raucher pro Jahr. Die Tabaksteuereinnahmen im gleichen Jahr betrugen 9.933 Mio. €. Für das Jahr 1996 ergeben sich folgende Zahlen: 16,6 Mrd. € tabakbedingte Kosten und 10.563 Mio. € Tabaksteuereinnahmen (20). Dabei darf nicht vergessen werden, dass besonders die direkten Kosten vor allem von den gesetzlichen Krankenversicherungen getragen werden und daher nicht durch höhere Tabaksteuern ausgleichbar sind. Es wird also deutlich, dass die gesundheitlichen Folgen des Nikotinkonsums ein beachtliches finanzielles Problem für das Gesundheitssystem der BRD darstellen.

1.4 Raucherentwöhnung beim Hausarzt

Der Hausarzt hat in unserer Gesellschaft verschiedene Aufgaben. Zu diesen gehören unter anderem die Prävention sowie das Erkennen und Behandeln von psychischen und physischen Krankheiten. Demnach ist es auch die Aufgabe des Hausarztes, unter seinen Patienten Raucher zu erkennen und sie für dieses Problem zu sensibilisieren, sie zum

Aufhören zu ermuntern und auch eine Entwöhnungstherapie anzubieten. Die Mehrheit der Allgemeinärzte zählt die Raucherentwöhnung auch zu ihrem Aufgabenbereich (21) und hat schon Erfahrung mit Arzneimitteln zur Raucherentwöhnung gesammelt (22). Außerdem wird die medizinische Untersuchung durch den Hausarzt als gute Möglichkeit angesehen, Patienten auf eine Raucherentwöhnung anzusprechen (23).

Bereits der ärztliche Rat zum Rauchstopp erhöht die Aufhörrate um 2,5% (24; 25). Auch die WHO spricht von einer Verbesserung der gelungenen Aufhörversuche um 2%, wenn ein Ansprechen durch Gesundheitspersonal stattgefunden hat (13).

Studien zufolge bevorzugen es die meisten Raucher, alleine und ohne Hilfsmittel aufzuhören (15; 26). Dennoch haben 72% der aktuellen Raucher schon erfolglos versucht, das Rauchen aufzugeben oder zu reduzieren (26). Diese hohen Misserfolgsraten sprechen dafür, dass eine professionelle Unterstützung durch den Arzt bei der Raucherentwöhnung von Nutzen sein könnte. Der Hausarzt ist nicht nur eine neutrale Person, deren Ratschlag im Allgemeinen respektiert wird, er ist außerdem ein Arzt, zu dem die Patienten oft jahrelange Kontakte pflegen (27). Dadurch hat er die Möglichkeit, persönlich und dennoch distanziert auf die Patienten einzugehen.

Bisher erhält aber nur ein geringer Teil der aufhörwilligen Raucher eine Raucherentwöhnungstherapie (28; 29; 30; 31). Laut Ferry (32) gibt es hierfür folgende Gründe: 1. der Nikotinabhängige sucht keine Hilfe, 2. mangelhafte Ausbildung der Ärzte, was Nikotinabhängigkeit und Raucherentwöhnung betrifft und 3. unzureichende finanzielle Unterstützung der Raucherentwöhnung durch die Krankenkassen. Aber auch die Einstellung der Ärzte, Raucherentwöhnung sei nicht effektiv, und die Frustration über die schlechte Compliance der Patienten spielen eine wichtige Rolle (33).

2. Zielsetzung

Um die Raucherzahlen in Deutschland verringern zu können, müssen Möglichkeiten einer effektiven, kostengünstigen und flächendeckenden Raucherentwöhnung in Betracht gezogen werden. Dies könnte theoretisch durch die hausärztliche Versorgung gewährleistet werden.

Da bisher jedoch keine ausreichenden epidemiologischen Daten über a) deutsche Hausärzte, also niedergelassene Allgemeinmediziner, Internisten und praktische Ärzte, b) die Prävalenz der Nikotinabhängigkeit in der Allgemeinarztpraxis, c) die Erkennensrate des Rauchens durch Hausärzte sowie d) von diesen angebotene Entwöhnungstherapien zur Verfügung standen, wurde die SNICAS-Studie (Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening; 22; 34) durchgeführt. Das Ziel dieser Studie war die Erhebung epidemiologischer Daten zur Prävalenz des Rauchens und der Nikotinabhängigkeit in Deutschland, zum Rauchverhalten und zur Aufhörmotivation von Patienten und zur Einstellung zur und Erfahrung von Hausärzten mit Raucherentwöhnung.

Ein wichtiger Aspekt der gewonnenen Daten ist die Erkennensrate von Rauchern durch den Primär- bzw. Hausarzt. Nur wenn der Arzt weiß, ob der Patient raucht, kann er ihn ansprechen und zu einer Entwöhnung motivieren. Eine hohe Erkennensrate stellt daher die Voraussetzung für eine hohe Interventionsrate dar.

Diese Erkennensrate ist Thema vorliegender Arbeit. Es wird untersucht, welche Merkmale von Patienten es gibt, die in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Erkennensrate stehen. Das herauszufinden ist wichtig, um Prädiktoren für eine erfolgreiche Raucherentwöhnung ableiten zu können, denn nur als Raucher erkannte Patienten können einer Raucherentwöhnung zugeführt werden.

Die Erkennensrate wird in Bezug auf folgende unterschiedliche Patientenmerkmale untersucht: Geschlecht, Alter, Body-Mass-Index, Familienstand, Berufstätigkeit, Anlass des Arztbesuches, aktuelle Beschwerden und Erkrankungen, Nikotinabhängigkeit nach der DSM-IV-Klassifikation und nach dem Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (vgl. Kapitel 1.2.2).

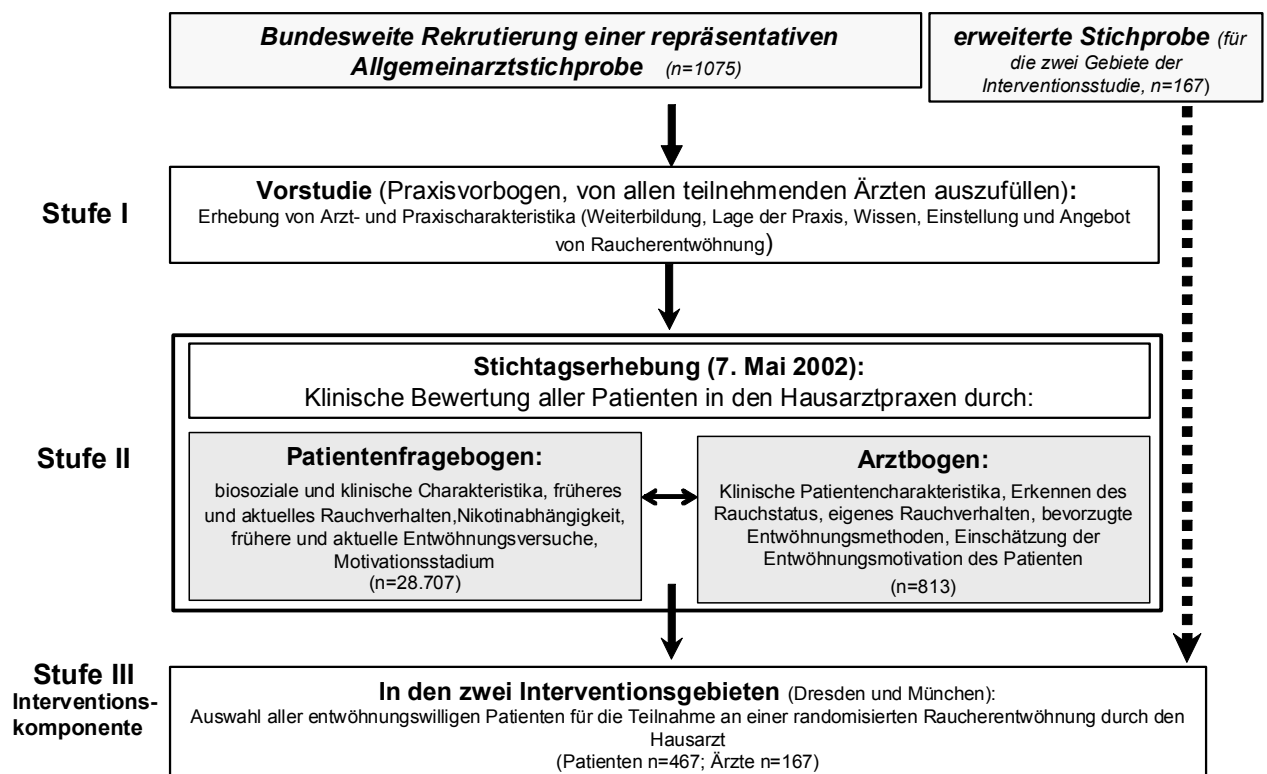
3. Methoden und Probanden

3.1 Studiendesign

SNICAS basiert auf einem dreistufigen epidemiologischen Studiendesign (Abbildung 1). Stufe 1 beinhaltet eine Vorstudie an allen teilnehmenden Ärzten und Ärztinnen (im Folgenden steht „Ärzte“ für Ärzte und Ärztinnen), Stufe 2 eine Stichtagserhebung an zufällig ausgewählten Hausarztpatienten und Stufe 3 eine sich anschließende Interventionsstudie (22; 34). Die Hauptmerkmale von SNICAS sind:

- Die Zusammenstellung einer für Deutschland repräsentativen Allgemeinarztstichprobe.
- Die Erfassung von Hausarztcharakteristika (Praxisvorbogen), insbesondere bezüglich Raucherentwöhnungspraktiken (SNICAS-Vorstudie: Stufe I).
- Ein unselektives Screening aller Patienten, die sich an einem bestimmten Tag (Zieltag) in den Hausarztpraxen befanden, unter Verwendung eines vom Patienten auszufüllenden Fragebogens (Patientenfragebogen) und eines Fragebogens (Arztfragebogen), in dem der Arzt anschließend eine klinische Bewertung über den jeweiligen Patienten abgibt (SNICAS-Zieltag: Stufe II).
- Eine klinische Komponente: In den zwei Schwerpunktgebieten München und Dresden wurden direkt im Anschluss an die Zieltagsbefragung alle rauchenden Patienten von ihrem Hausarzt eingeladen, an einer randomisierten Raucherentwöhnungsstudie teilzunehmen (Interventionskomponente. Stufe III)

Abbildung 1: SNICAS Studiendesign



Nach Hoch et al., 2004 (22)

Wie Abbildung 1 zeigt, war die Grundlage der Studie die Erstellung einer bundesweit repräsentativen Stichprobe von Primärärzten und einer damit einhergehenden unselektiven Stichprobe von Patienten. Die Vorstudie an einer bundesweiten Ärztstichprobe erlaubt eine umfassende Beschreibung der teilnehmenden Ärzte und deren Praxen hinsichtlich ihres Hintergrunds (Erfahrung und Training), der Anzahl der behandelten Patienten pro Tag, ihres Engagements im Bereich der Raucherentwöhnung und ihrer persönlichen Einstellungen zu diesem Thema.

Die Stichtagserhebung erfolgte am Dienstag, den 7. Mai 2002. Die Wahl fiel auf diesen Tag, da er in keinem Bundesland mit Schulferien zusammenfiel und da ein Dienstag aufgrund der Praxisabläufe am besten geeignet erschien. Andere Wochentage eignen sich weniger, da sie sich zum Beispiel durch vermehrte Notfälle (montags), zu erledigende Verwaltungsaufgaben und Weiterbildungsveranstaltungen (mittwochs) oder spezielle Dienstzeiten auszeichnen (freitags). Am Stichtag sollte jeder Patient einen Fragebogen (den Patientenfragebogen) ausfüllen und anschließend von seinem Arzt mittels eines standardisierten, klinischen Arztfragebogens beurteilt werden. Außerdem sollten alle

rauchenden, die Einschlusskriterien erfüllenden Patienten zu einer Teilnahme an der Interventionsstudie eingeladen werden.

3.2 Ziehung der bundesweiten repräsentativen Hausarztstichprobe

3.2.1 Konzeptuelle Überlegungen zur Stichprobengewinnung

Heterogenität der Hausärzte: Während der Stichprobengewinnung im Jahr 2001 waren in Deutschland insgesamt 68.000 Hausärzte registriert. Hausärzte bestehen in Deutschland relativ heterogen aus Allgemeinärzten, Praktischen Ärzten und Internisten mit Hausarztfunktion (in der Studie unter „API-Ärzte“ zusammengefaßt). Bei der Entwicklung des Konzepts mußte bedacht werden, dass sich diese Ärzte unter Umständen in verschiedener Hinsicht unterscheiden könnten. Deshalb sollte Stichprobe ausreichend groß sein, um Subgruppenanalysen berechnen und die Repräsentativität der Stichprobe für deutsche Hausärzte gewährleisten zu können.

Einsatz von Studienmonitoren: Die Studie konnte aufgrund der komplexen Erhebungsstrategie nicht einfach telefonisch oder durch postalische Versendung von Fragebögen durchgeführt werden. Um die Studienärzte bei der Durchführung der Studie zu unterstützen, anzuleiten und vorzubereiten, waren regionale Studienmonitore erforderlich. Ihre Aufgaben waren das Austeilen und Einsammeln der entsprechenden Fragebögen, Außerdem hatten sie dafür zu sorgen, dass die Datenerhebung im Sinne eines festgelegten Protokolls abläuft. Bei der Planung der Stichprobengewinnung mußte also auch folgendes bedacht werden:

- Ein Monitor konnte höchstens fünf Ärzte pro Tag kontaktieren.
- Die geographische Verteilung von Ärzten und potentiellen Studienmonitoren sollte möglichst repräsentativ sein.
- Die Zahl an Studienmonitoren war wegen finanzieller Einschränkungen begrenzt.

Strategie der Stichprobengewinnung:

Da bei einer Rekrutierung der Ärzte per Brief im Vergleich zur persönlichen Ansprache mit einer deutlich geringeren Antwortrate zu rechnen ist, wurde entschieden, bei der Ziehung der Ärztstichprobe auf das Ärztereister des Institutes für Medizinische Statistik (IMS) zurückzugreifen und entsprechend seiner Segmentierung die Studienmonitore zu bestimmen. In diesem Register (Stand 2001) sind insgesamt 68.583 API-Ärzte erfasst, darunter 19.583 Internisten. Das IMS-Segmentierungsregister gliedert alle Arztpraxen in

1.060 regionale Einheiten (Segmente). Jedes Segment enthält für ein bestimmtes regionales Gebiet die entsprechende Anzahl von Arztpraxen, inklusive Adressen. Sie bilden somit die Gesamtpopulation der Ärzte sehr gut ab.

Pharmaunternehmen organisieren das Einsatzgebiet ihrer Außendienste entsprechend der IMS-Segmentierung, deshalb sollte bei der Auswahl der Studienmonitore aus logistischen Gründen auf solche Außendienstmitarbeiter zurückgegriffen werden. Eine entsprechende Kooperation wurde mit dem Pharmaunternehmen GlaxoSmithKline (Co-Förderer der SNICAS-Studie) aufgebaut. GlaxoSmithKline stellte seinen Außendienst mit mehr als 200 Studienmonitoren vorübergehend für die Studie zur Verfügung. Die Außendienstmitarbeiter kennen die Region, für die sie verantwortlich sind, gut, und verfügen über ausreichend Fachwissen und Fertigkeiten, um die Ärzte für eine Teilnahme an der Studie gewinnen zu können und die Durchführung der Studie zu unterstützen. Um einen systematischen Fehler zu verhindern, da GlaxoSmithKline als Hersteller von Medikamenten zur Raucherentwöhnung bekannt ist, wurden sowohl bei der Stichprobengewinnung als auch in der Feldphase mehrere Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt (siehe unten).

Zunächst wurden 194 Außendienstmitarbeiter von GlaxoSmithKline kontaktiert und gefragt, ob sie der Studie als Monitore zur Verfügung stehen möchten. Jeder Mitarbeiter ist für drei bis sieben der 1.060 Segmente verantwortlich. 16 Monitore wurden den beiden Schwerpunktgebieten zugeteilt, in denen die anschließende Interventionsstudie durchgeführt werden sollte. Diese Zentren lagen im Großraum Dresden (8 Monitore) und München (8 Monitore). 11 Monitore fielen wegen Urlaub oder Krankheit aus, so dass insgesamt 183 Monitore für die Studie zur Verfügung standen. In den Segmenten, die von diesen Ausfällen betroffen waren, wurden die Aufgaben von Studienmitarbeitern aus benachbarten Segmenten übernommen. Zwei ausgefallene Mitarbeiter konnten nicht ersetzt werden. Zusätzlich dienten sieben Studienmonitore (klinische Psychologen) aus dem Forschungsteam des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München und der Technischen Universität Dresden als Supervisoren. Sie koordinierten zu einem späteren Zeitpunkt die Feldarbeit in den Studienzentren Dresden und München (22).

3.2.2 Stichprobenziehung (Arztpraxen)

Um einem systematischen Fehler durch den Einsatz von GlaxoSmithKline Außendienstmitarbeitern vorzubeugen, wurde die Stichprobengewinnung schrittweise durchgeführt. Ein möglicher Bias könnte entstehen, wenn die von den Studienmonitoren häufig

besuchten Ärzte eine Subgruppe darstellen, die generell ein größeres Interesse an Raucherentwöhnung oder speziellen Interventionsmethoden haben.

1. Erste randomisierte Stichprobenziehung: Im Studienzentrum wurden für jeden der 183 Studienmonitore insgesamt 20 Arztadressen aus einem Segment gezogen, obwohl man grundsätzlich davon ausging, dass jeder Monitor maximal fünf Ärzte betreuen kann. Es sind jedoch erfahrungsgemäß nur 50 bis 60% der kontaktierten Ärzte zu einer Studienteilnahme bereit, außerdem lassen sich durch größere Stichproben mögliche systematische Verzerrungen besser kontrollieren. Die Studienmonitore im Großraum München und Dresden erhielten aufgrund der sich anschließenden Interventionsstudie 40 statt 20 Adressen, um zu gewährleisten, dass genügend Ärzte für die Teilnahme an der Interventionsstudie zur Verfügung standen. Die erste randomisierte Ärzteliste beinhaltete insgesamt 4.300 Adressen. Da einige Studienmonitore in der Anfangsphase der Studie ausfielen, verringerte sich die Zahl auf insgesamt 3.980 Arztadressen. Das entspricht 5.8% der Hausärzte in Deutschland.

Tabelle 1: Rekrutierung der Ärzte und Antwortraten

	Primärliste	Zusatzliste	Insgesamt rekrutiert
Deutschland ohne Interventionsgebiete			
Angestrebte Zahl der Ärzte (n)	835	835	
Tatsächlich rekrutierte Ärzte (n)	422	263	685
Antwortrate	50,5%		
Interventionsgebiet 1 (Dresden)			
Angestrebte Zahl der Ärzte	120	120	
Tatsächlich rekrutierte Ärzte	66	44	110
Antwortrate	55,0%		
Interventionsgebiet 2 (München)			
Angestrebte Zahl der Ärzte	120	114	
Tatsächlich rekrutierte Ärzte	42	52	94
Antwortrate	35,0%		
Gesamt			
Angestrebte Zahl der Ärzte	1.075	1.069	
Tatsächlich rekrutierte Ärzte	530	359	889
Antwortrate	49,3%		

* Sechs Ärzte entfielen nach der Stichprobenziehung aus technischen Gründen (22)

2. Stratifizierung: Um Verzerrungen durch den Einsatz von Außendienstmitarbeitern zu vermeiden, wurden alle Monitore und Gebietsleiter von GlaxoSmithKline gebeten, für jede Arztpraxis anzugeben, ob sie ihnen vorher persönlich bekannt war und bereits häufig

besucht wurde. Dadurch konnte die Stichprobe stratifiziert werden in a) Ärzte, die dem Vertreterstab bekannt waren oder bereits häufig besucht worden sind und b) Ärzte, die den Monitoren bislang nicht bekannt waren. Durch die Stratifizierung sollten systematische Selektionseffekte vermieden bzw. in der Auswertung kontrollierbar gemacht werden.

3. Zweite randomisierte Stichprobenziehung mit Schichtung: Aus jeder Adressliste pro Monitor mit je 20 Adressen (Primärliste) wurden per Zufallsauswahl fünf Ärzte ausgewählt, von denen dem Monitor nicht mehr als zwei bekannt waren. Diese Ärzte wurden von den Studienmonitoren kontaktiert, um sie für die Studienteilnahme zu gewinnen. Zusätzlich erhielt jeder Monitor eine Ersatzliste mit weiteren fünf zufällig ausgewählten Ärzten (Zusatzliste), von denen ihm ebenfalls höchstens zwei persönlich bekannt sein durften. Die Ersatzliste kam nur zum Einsatz, falls einer der ersten fünf Ärzte die Teilnahme ablehnen würde. So konnte jeder Studienmonitor mindestens fünf zufällig ausgewählte Ärzte aus seinem Gebiet für die Teilnahme an der Studie gewinnen. Es wurde eine Rekrutierungsrate von mindestens 50% erreicht.

Aus dem Ergebnis der Stichprobengewinnung konnte die Ausschöpfungsrate der Ärzte berechnet werden. Es stellte sich heraus, dass an der Studie tatsächlich 55% den Studienmonitoren bekannte und nur 45% ihnen unbekannte Ärzte teilnahmen. Die den Monitoren bekannten Ärzte zeigten leicht erhöhte Antwortraten.

In den Schwerpunktgebieten München und Dresden erhielten die Studienmonitore je eine Liste mit insgesamt 15 Adressen, allerdings gab es wegen des Stratifizierungsprozesses in einem Gebiet (München) nicht genügend Adressen für die Zusatzliste. Dies führte zu einer um sechs Ärzte verringerten Fallzahl (Tabelle 1).

So entstanden eine Primärliste mit insgesamt 1.075 Arztadressen und eine Ersatzliste mit zusätzlichen 1.069 Arztadressen.

3.2.3 Rekrutierung der Ärzte und Ausschöpfungsrate

Rekrutierungsprozess: Die Studienmonitore begannen im Oktober 2001 mit dem zweimonatigen Rekrutierungsprozess. Zunächst kontaktierten sie die Ärzte der Primärliste mit einem standardisierten Rekrutierungspaket, bestehend aus:

- einem persönlichen Einladungsschreiben,
- einer Broschüre zu den Zielen und Hintergründen der Studie,
- einer Beschreibung des Studienablaufs,
- und einer zu unterzeichnenden Teilnahmeerklärung und Honorarvereinbarung von 5€ pro vollständig dokumentiertem Patienten.

Ärzte, die zu einer Studienteilnahme bereit waren, erhielten einen Praxisvorbogen (siehe Anhang), der ausgefüllt innerhalb von 14 Tagen in einem adressierten Rückumschlag an das Studienzentrum geschickt werden sollte. Das Ausfüllen des Vorbogens wurde finanziell nicht vergütet. Für alle Ärzte wurde Teilnahmebereitschaft oder Ablehnung dokumentiert. Es stand während des gesamten Studienablaufs eine Telefonhotline am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München zur Verfügung.

Die Rekrutierung in den Interventionsgebieten war aufwändiger als im restlichen Bundesgebiet, da die Ärzte hier auch mit allen Elementen der Interventionsstudie einverstanden sein mussten. Diese forderte die Bereitschaft zu regelmäßiger Weiterbildung, zur Rekrutierung von Patienten für die Behandlung, zur Anleitung und Motivation von Patienten im Sinne des Studienprotokolls (mindestens sechsmonatige Teilnahme bis zum Abschluss der Nachuntersuchung) und zu einer ausführlichen Dokumentation im gesamten Studienverlauf.

Ausschöpfungsrare der Ärzte: Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, konnten von Oktober bis Dezember 2001 bundesweit 422 Primärärzte für die Studienteilnahme gewonnen werden, was einer Ausschöpfungsrare von 50,5% entspricht. In Dresden war die Ausschöpfungsrare mit 55,0% etwas höher, in München mit 35% deutlich niedriger als im Bundesgebiet. Da der Rekrutierungszeitraum begrenzt war, konnten nicht mehr alle Ärzte der Zusatzliste kontaktiert werden. Die Anzahl von 263 zusätzlichen Ärzten im Bundesgebiet und jeweils 52 beziehungsweise 44 zusätzlichen Ärzten in den Interventionsgebieten weist darauf hin, dass die angestrebte Stichprobengröße von insgesamt 1.057 Ärzten nahezu erreicht werden konnte (83%, n=889). Alle teilnehmenden Ärzte füllten den Praxisvorbogen aus. 76 der insgesamt 889 Fragebögen waren unvollständig, so dass 813 Bögen für die statistische Auswertung verwendet werden konnten (22).

3.3 Erhebungsinstrumente: Entwicklung, Konstrukte und Variablen

Es wurden drei verschiedene Erhebungsinstrumente eingesetzt:

- ein Praxisvorbogen (Vorstudie)
- ein Patientenfragebogen (Stichtagserhebung)
- ein Arztbogen (Stichtagserhebung)

Bei ihrer Entwicklung wurden etablierte Fragebögen eingesetzt, die in Bezug auf Reliabilität, Validität und Durchführbarkeit getestet waren (22). Die meisten der

verwendeten Erhebungs- und Beurteilungsinstrumente wurden bereits empirisch validiert, mit ihren psychometrischen Eigenschaften veröffentlicht oder in Raucherstudien, epidemiologischer Forschung oder Allgemeinarztstudien eingesetzt. Die Tauglichkeit der verwendeten Variablen im Arzt- und Patientenfragebogen wurde in den bereits oben genannten Allgemeinarztstudien gezeigt (35; 36).

3.3.1 Vorbereitung der Praxen und Auslieferung der Instrumente

Zur Vorbereitung der Arztpraxen auf den Ablauf der Studie erhielt jeder Arzt ein Studienpaket, bestehend aus:

- je 50 Patienten- und Arztfragebögen,
- Patienteninformationen,
- zwei Plakaten für das Wartezimmer,
- Anleitungen für Arzt und Praxispersonal

Die Arztpraxen erhielten daraufhin innerhalb von vier Wochen eine individuelle Einweisung durch einen Monitor. Die Ärzte in den Interventionsgebieten erhielten eine zusätzliche Einweisung für die drei standardisierten Raucherentwöhnungstherapien.

3.3.2 Erhebungsinstrumente

Praxisvorbogen: Der Praxisvorbogen wurde in der Vorstudie eingesetzt, um die Charakteristika der teilnehmenden Ärzte und Praxen zu erfassen. Er sollte dazu dienen, Prädiktoren für erfolgreiches ärztliches Diagnostizieren und Behandeln von Nikotinabhängigkeit zu identifizieren.

Patientenfragebogen: Der Patientenfragebogen wurde eingesetzt, um Patientendaten zu erheben, beispielsweise zum körperlichen und psychischen Gesundheitszustand und über Einstellung und Verhalten zu den Themen Rauchen und Gesundheit. Auf einem Teil der Fragen dieses Fragebogens beruhen die Untersuchungen vorliegender Arbeit. Es handelt sich um Merkmale der Patienten wie Alter (Frage 1), Geschlecht (Frage 2), Größe und Gewicht (Frage 3), Berufstätigkeit (Frage 4), Familienstand (Frage 5), Anlässe des Arztbesuchs (Frage 6), körperlicher Gesundheitszustand (Frage 7), aktuelle Erkrankungen und Beschwerden (Frage 13) und Fragen zum Rauchverhalten (Fragen 16 bis 39, siehe Anhang).

Arztbogen: Mit dem Arztbogen sollte der Arzt für jeden Patienten eine ärztliche Einschätzung zum aktuellen Rauchstatus, zur Nikotinabhängigkeit sowie zur Compliance und Motivation zum Rauchstopp des jeweiligen Patienten vorgenommen werden. Im Vergleich mit den Selbstaussagen der Patienten im Patientenfragebogen lässt sich so die Erkennensrate von aktuellen Rauchern durch den Hausarzt bestimmen, was die Grundlage für diese Arbeit ist. Durch die „Clinical Global Impression Scale“ (CGI: Erkrankung liegt vor/ nicht vor; Schweregrad: leicht, mäßig, schwer) sollten zusätzlich weitere 20 körperliche und psychische Erkrankungen beurteilt und eingeschätzt werden, inwiefern diese rauchbedingt sind. Darüber hinaus wurden Informationen über bisherige Versuche mit dem Rauchen aufzuhören, angewendete Entwöhnungsmethoden, aufgetretene Schwierigkeiten und Gründe für Misserfolge erfasst. Die Ärzte sollten zum Schluss angeben, was für eine Behandlung sie bei dem jeweiligen Patienten vorziehen würden, und eine Einschätzung über den Behandlungsbedarf und erwartete Schwierigkeiten angeben (siehe Anhang).

3.4 Ausschöpfungsrare bei der Stichtagserhebung

3.4.1 Ein- und Ausschlusskriterien der Patienten

Am 7. Mai 2002 (Stichtag) sollten die Ärzte und das Praxispersonal jeden Patienten über die Studie informieren und das Einverständnis des Patienten für die Teilnahme erbitten. Nach Möglichkeit sollten alle Patienten, die am Erhebungstag in die Praxis kamen, unabhängig von ihrem Beschwerdebild und Rauchstatus, auf ihre Teilnahmebereitschaft angesprochen werden.

Es wurden folgende Ausschlusskriterien aus Gründen der Ethik, Praktikabilität und Validität angewendet:

- Alter unter 16 Jahren,
- deutliche Sprachschwierigkeiten (Probleme beim Lesen oder Verstehen des Fragebogens)
- schwere kognitive (z.B. Demenz) oder sensomotorische Beeinträchtigungen (z.B. Sehbehinderung)
- Notfälle, akutes Leiden oder schwerer Schmerz,
- kein persönlicher Kontakt zum Arzt (Rezeptabholer, Laboruntersuchungen)

3.4.2 Ausschöpfungsrare der Patienten

Es wurde aufgrund der Angaben der Ärzte erwartet, dass sich am Stichtag insgesamt 64.853 Patienten in allen 889 Praxen befanden, davon 5.592 im Interventionsgebiet I und 6.617 im Interventionsgebiet II (Tabelle 2). Von diesen erfüllten 54.412 (=100%) die Einschlusskriterien. Die untere Zeile von Tabelle 2 erfasst die Anzahl der Patienten, die die Teilnahme verweigerten, von denen nur unvollständige Datensätze vorlagen oder die wegen Arbeitsüberlastung oder logistischen Problemen in der Arztpraxis nicht teilnehmen konnten.

Nur 1,8% der Patienten insgesamt verweigerten die Teilnahme, der Anteil an Verweigerungen war in allen Erhebungsgebieten ähnlich niedrig (1,7%-2,4%). Der Anteil an unvollständigen Datensätzen war deutlich höher (5,7%). Insgesamt lag der Anteil an vollständig ausgefüllten Fragebögen bei 52,8%, im Interventionsgebiet I bei 51,2%, im Interventionsgebiet II bei 71,9% und im restlichen Bundesgebiet bei 50,6%. Im Interventionsgebiet II war die Ausschöpfung besser, weil hier nur wenige Patienten durch logistische Probleme in den Praxen ausfielen. Beinahe 40% der nicht teilnehmenden Patienten schieden aufgrund von unsystematischen Faktoren aus (d.h. die Mehrzahl wurde aus logistischen Gründen nicht auf eine Teilnahme angesprochen). Die tatsächliche Ausfallquote lag bei nur 7,5% (Teilnahmeverweigerung, unvollständiger Fragebogen), was deutliche Selektionseffekte bei der Schätzung der Patientenparameter ausschließt.

Tabelle 2: Patientenzahl am Stichtag und verwertbare Fragebögen

	insgesamt	Interventionsgebiet 1	Interventionsgebiet 2	<i>Bundesweit ohne Interventionsgebiete</i>
Patientenzahl am Stichtag in den 899 Arztpraxen	64.605	5.592	6.617	52.396
Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten	54.412 (100%)	4.714 (100%)	5.578 (100%)	43.969 (100%)
Davon:				
Verweigerungen	970 (1.8%)	80 (1.7%)	135 (2.4%)	755 (1.7%)
Unvollständig ausgefüllte Fragebögen	3.073 (5.7%)	249 (5.3%)	443 (7.9%)	2.381 (5.4%)
Nicht zur Teilnahme aufgefordert	21.662 (39.9%)	1.945 (41.3%)	988 (17.7%)	18.578 (42.3%)
<i>Vollständig ausgefüllte, verwertbare Fragebögen</i>	28.707 (52.8%)	2.440 (51.8%)	4.012 (71.9%)	22.255 (50.6%)

Nach Hoch et al. (22)

3.5 Repräsentativität der Arztstichprobe

3.5.1 Verteilung der Ärzte in der Stichprobe und in Deutschland

Der Vergleich der geographischen Verteilung von API-Ärzten im Bundesregister (2001) mit der ersten gezogenen Stichprobe von 1.075 Ärzten und der endgültigen Stichprobe von 889 Ärzten an der Stichtagserhebung zeigte keine Unterschiede. In allen drei Stichproben stimmte der Arztanteil in den einzelnen Bundesländern überein. Nur in den beiden Bundesländern, in denen die Interventionsgebiete liegen, zeigten sich deutliche Abweichungen, da dort der Arztanteil der Studienstichprobe höher war als im Bundesregister.

Außerdem wurde die Verteilung der Hausärzte und Internisten der SNICAS-Stichprobe im Vergleich zum Bundesgebiet analysiert. Auch hier zeigten sich keine auffallenden Unterschiede (28,6% Bundesregister, 24,6% SNICAS) (22).

3.5.2 Unterschiedliche Merkmale von den Monitoren bekannten und unbekannten Ärzten

Wie bereits erwähnt, musste damit gerechnet werden, dass sich Ärzte, die den Studienmonitoren bekannt waren, von Ärzten, die den Monitoren nicht bekannt waren, systematisch unterscheiden. Sie könnten zum Beispiel eine höhere Bereitschaft zur Durchführung von Raucherentwöhnung besitzen, was sich wiederum in einem größeren Anteil Nikotinabhängiger an der Praxisklientel niederschlagen könnte. Tabelle 3 zeigt jedoch, dass die beiden Subgruppen in Bezug auf die meisten untersuchten Arztmerkmale keine sichtbaren Unterschiede aufwiesen. Eine Ausnahme besteht allerdings: Die den Studienmonitoren bekannten Ärzte besuchen etwas häufiger Weiterbildungsveranstaltungen zum Thema Rauchen und Nikotinabhängigkeit als diesen nicht bekannte Ärzte (32,9% versus 26,4%).

Tabelle 3: Unterschiede zwischen Ärzten, die den Monitoren bekannt waren und Ärzten, die den Monitoren nicht bekannt waren

	Ärzte, die den Monitoren nicht persönlich bekannt waren		Ärzte, die den Monitoren persönlich bekannt waren		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Praxischarakteristika (Vorfragebogen)						
Patienten pro Tag						
<20	4	1,11	6	1,36	10	1,25
20-39	40	11,08	32	7,26	72	8,98
40-59	95	26,32	97	22	192	23,94
60-79	87	24,1	102	23,13	189	23,57
80+	135	37,4	204	46,26	339	42,27
Gesamt	361	100	441	100	802	100
Rauchstatus des Arztes						
Nichtraucher	296	85,3	384	89,3	680	87,52
Raucherr	51	14,7	46	10,7	97	12,48
Gesamt	347	100	430	100	777	100
Besuch von Fortbildungen zum Thema Rauchen im letzten Jahr						
Nein	265	73,61	300	67,11	565	70,01
Ja	95	26,39	147	32,89	242	29,99
Gesamt	360	100	447	100	807	100
Anwendung von Entwöhnungstherapien an Patienten im letzten Jahr						
Nein	53	15,54	43	10,29	96	12,65
Ja	288	84,46	375	89,71	663	87,35
Gesamt	341	100	418	100	759	100
Interesse des Arztes an Raucherentwöhnung						
Überhaupt keins	1.631	38,61	2.147	40,12	3.778	39,45
Ein bißchen	1.812	42,9	2.301	42,99	4.113	42,95
Stark	781	18,49	904	16,89	1.685	17,6
Gesamt	4.224	100	5.352	100	9.576	100
Erfahrung des Arztes mit Raucherentwöhnungstherapien						
Nein	3.928	88,45	4.935	87,87	8.863	88,13
Ja	513	11,55	681	12,13	1.194	11,87
Gesamt	4.441	100	5.616	100	10.057	100
Patientencharakteristika						
Aktueller Rauchstatus der Patienten am Stichtag nach Einschätzung des Arztes						
Nichtraucher	8.545	68,65	10.890	68,34	19.435	68,48
Gelegenheitsraucher	583	4,68	763	4,79	1.346	4,74
Leichter Raucher	1.735	13,94	2.267	14,23	4.002	14,1
Schwerer Raucher	1.584	12,73	2.014	12,64	3.598	12,68
Gesamt	12.447	100	15.934	100	28.381	100
Anteil an Patienten mit Abhängigkeit nach DSM-IV (Patientenfragebogen)						
Nein	10.864	86,07	13.851	86,12	24.715	86,09
Ja	1.759	13,93	2.233	13,88	3.992	13,91
Gesamt	12.623	100	16.084	100	28.707	100

Nach Hoch et al. 2004 (22)

3.6 Statistische Auswertung

3.6.1 Statistische Methoden

Zur Datenaufbereitung dieser Dissertationsschrift wurde das Statistikprogramm STATA (Version 7.0: Stata Corp., 2000) verwendet. Als statistisches Verfahren für die vorliegende Arbeit wurde die logistische Regression angewandt.

Zunächst erfolgte die Bestimmung absoluter und relativer Häufigkeiten der Erkennensrate, die durch Kreuztabellen dargestellt wurden. Mögliche Zusammenhänge zwischen dem Nichterkennen von Rauchern durch den behandelnden Arzt und Merkmalen des Patienten wurden anhand der Odds Ratio durch multiple logistische Regressionsmodelle ermittelt. Die Odds Ratio und das Konfidenzintervall beziehen sich hier immer auf die Patienten, die nicht als Raucher erkannt wurden. Eine Irrtumswahrscheinlichkeit p von kleiner 0.05 wurde als signifikant bezeichnet.

Für diese Arbeit ist die ärztliche Erkennensrate die abhängige Variable, unabhängige Variablen sind die Patientenmerkmale Geschlecht, Alter, Body-Mass-Index, Berufstätigkeit und Familienstand, der Anlass des Arztbesuchs, der körperliche Gesundheitszustand und aktuelle Beschwerden, Dauer in Jahren seit Rauchbeginn, die Zigaretten, die der Patient pro Tag raucht und die Abhängigkeit nach DSM-IV und dem Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (14).

3.6.2 Verwendete Items und Skalen

Die verwendeten Items wurden dem Patientenfragebogen entnommen. Die persönlichen Patientenmerkmale und ihre Skalierung sind:

-Geschlecht: männlich;

weiblich

-Alter: Alter 1: 16-39 Jahre;

Alter 2: 40-59 Jahre;

Alter 3: ab 60 Jahre

-Body-Mass-Index, berechnet aus Körpergröße und Gewicht

Kategorie 1: Normalgewicht 18,5-<25;

Kategorie 2: Untergewicht <18;

Kategorie 3: Präadipositas 25-<30,

Kategorie 4: Adipositas 1 30-<35,

Kategorie 5: Adipositas 2 35-<40,

Kategorie 6: Adipositas 3 40 und höher

-Berufstätigkeit:

berufstätig;
arbeitslos,
Hausfrau/-mann,
berentet/pensioniert,
Sonstiges

-Familienstand:

ledig,
verheiratet,
geschieden,
verwitwet,
getrennt lebend

-Anlass des Arztbesuchs:

- 1.Schmerzen,
- 2.Probleme mit dem Herzen,
- 3.Probleme mit dem Kreislaufsystem,
- 4.Erkältungs- oder Grippe-symptome,
- 5.Angstprobleme,
- 6.Niedergeschlagenheit/Depression,
- 7.Andere psychische Probleme,
- 8.Probleme im Zusammenhang mit dem Rauchen,
- 9.Probleme im Zusammenhang mit Alkohol,
- 10.Routineuntersuchung,
- 11.Schlafprobleme,
- 12.Verletzung,Unfall, Notfall,
- 13.Andere körperliche Probleme und Erkrankungen,
- 14.Anderer Anlass (z.B. Rezeptabholung).

Mehrfachnennungen waren möglich.

-Körperlicher Gesundheitszustand:

sehr gut,
eher gut,
eher schlecht,
sehr schlecht

-Aktuelle Beschwerden:

gar nicht,
eher wenig,
eher stark
sehr stark

Zur statistischen Berechnung wurden diese Bewertungen dichotomisiert, und zwar in „gar nicht“ und „eher wenig“ verglichen mit „eher stark“ und „sehr stark“ und zur Kontrolle „gar nicht“ gegen „eher wenig“, „eher stark“ und „sehr stark“. Durch die unterschiedliche Dichotomisierung ergaben sich jedoch nur geringe Unterschiede in den Ergebnissen. Deshalb werden die Ergebnisse anhand der Gruppierung „gar nicht“ und „eher wenig“ im Vergleich zu „eher stark“ und „sehr stark“ präsentiert.

- Dauer des Nikotinkonsums in Jahren wurde in folgende vier Gruppierungen unterteilt:

1. 0-4 Jahre;
2. 5-9 Jahre;
3. 10-19 Jahre;
4. 20 Jahre und mehr.

-Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag:

- Gruppe 1: 1-5 Zigaretten pro Tag;
Gruppe 2: 6-10 Zigaretten pro Tag;
Gruppe 3: 11-20 Zigaretten pro Tag;
Gruppe 4: mehr als 20 Zigaretten pro Tag.

-Aus den Fragen 19 bis 39 des Patientenfragebogens kann die Abhängigkeit von Nikotin nach der DSM-IV-Klassifikation und nach Fagerström berechnet werden

- Für die DSM-IV-Klassifikation wurden die Ergebnisse eingeteilt in Abhängigkeit und keine Abhängigkeit.

- Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit: Die Ergebnisse wurden eingeteilt in: nicht bzw. ganz leicht abhängig (0-2 Punkte), leicht (3-4 Punkte), mittel (5 Punkte), schwer (6 Punkte), sehr schwer abhängig (ab 7 Punkten).

4. Ergebnisse

Vorliegende Arbeit untersucht, inwiefern es Zusammenhänge zwischen der Erkennensrate von Rauchern durch den Arzt und bestimmten Patientenmerkmalen gibt. Alle verwendeten Daten entstammen der Datenerhebung im Rahmen der SNICAS-Studie. Für die vorliegende Arbeit wurde eine spezielle Fragestellung (siehe Zielsetzung) entwickelt, bestimmt, welcher Anteil der erhobenen Daten hierfür sinnvollerweise auszuwerten ist, und die entsprechenden statistischen Berechnungen durchgeführt. Den Berechnungen liegen die Daten aus den Patientenfragebögen von deutschlandweit insgesamt 28.707 Patienten und den dazugehörigen Arztbögen über die jeweiligen Patienten zugrunde. Bei einzelnen Variablen reduziert sich die Zahl der Patienten wegen fehlender Angaben.

4.1 Zusammenhang von Erkennensrate von Rauchern und soziodemographischen Variablen

Von den 28.707 Patienten gaben 8.490 an, derzeit zu rauchen. Davon liegt bei 8.071 Patienten eine Angabe des Arztes vor, ob er dieses wusste oder nicht, woraus sich die Erkennensrate errechnen lässt. Es ergibt sich eine Erkennensrate von 70,3%, d.h. 29,7% der Raucher wurden nicht als solche erkannt wurden (Tabelle 4).

Tabelle 4: Erkennensrate

Raucher wurde vom Arzt als Raucher erkannt	n	%
Ja	5.672	70,3%
Nein	2.399	29,7%
Gesamt	8.071	100%

4.1.1 Geschlecht

Männer wurden signifikant häufiger als Raucher durch ihren Hausarzt erkannt als Frauen (Männer: 72%, Frauen: 69%). Während 31% der Frauen nicht erkannt wurden (OR=1,2, KI 95% 1.1-1.3), ist die Rate der nicht als Raucher Erkannten unter den Männern mit 28% signifikant niedriger (Tabelle 5).

Tabelle 5: Erkennensrate im Zusammenhang mit dem Geschlecht

Geschlecht	Als Raucher erkannt (n=5.672)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.399)		
	n	%	n	%	OR (95% KI)
Männer (n=3.883)	2.796	72	1.087	28	1
Frauen (n=4.188)	2.876	68,7	1.312	31,3	1,2*(1,1-1,3)

*p<0,05

4.1.2 Alter

Es wurden Assoziationen zwischen Alter des Patienten und ärztlicher Erkennensrate berechnet. Dabei zeigen die Ergebnisse der logistischen Regression, dass die Erkennensrate mit zunehmendem Alter besser wird. Im Vergleich zur Gruppe der 16- bis 39-Jährigen werden Raucher der Altersgruppe 40-59 Jahre signifikant seltener nicht als Raucher erkannt (40-59 Jahre vs. 16-39 Jahre: OR=0,5, KI 95%=0,5-0,6). Raucher der Gruppe der über 60-jährigen werden am seltensten nicht als Raucher erkannt (60+ Jahre vs. 16-39 Jahre: OR=0,4, KI 95%=0,3-0,5). Das heißt, mit dem Alter der Patienten steigt die Erkennensrate durch den Hausarzt (Tabelle 6).

Tabelle 6: Erkennensrate im Zusammenhang mit dem Lebensalter

Alter (n=8071)	Als Raucher erkannt (n=5.672)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.399)		
	n	%	n	%	OR (95% KI)
16-39 Jahre (n=3.988)	2.494	62,5	1.494	37,5	1
40-59 Jahre (n=3.055)	2.351	77	704	23	0,5*(0,5-0,6)
60+Jahre (n=1.028)	827	80,4	201	19,6	0,4*(0,3-0,5)

*p<0,05

4.1.3 Body-Mass-Index

Hier zeigte sich, dass für Präadipöse (BMI 25-<30) und leicht Adipöse (BMI 30-<35) die Erkennensrate etwas höher ist als für Normalgewichtige (Tabelle 7). Im Vergleich zu Normalgewichtigen (zu 31,6% nicht als Raucher erkannt) werden Präadipöse (zu 26,7% nicht erkannt) und leicht Adipöse (zu 26,9% nicht erkannt) signifikant seltener nicht als Raucher erkannt (Präadipös vs. Normalgewicht: OR=0,7, KI 95%=0,7-0,9; leicht adipös vs.

Normalgewicht: OR=0,8; KI 95%=0,7-0,9). Für die anderen Body-Mass-Index-Kategorien ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 7: Erkennensrate im Zusammenhang mit dem Body-Mass-Index

Body-Mass-Index	Als Raucher erkannt (n=5.446)		Nicht als Raucher erkannt(n=2.301)		
	n	%	n	%	OR (95% KI)
Normalgewicht (n=4.080)	2.791	68,4	1.289	31,6	1
Untergewicht (n=311)	204	65,6	107	34,4	1,1
Prä-adipositas (n=2.344)	1.718	73,3	626	26,7	0,8*(0,7-0,9)
Adipositas 1 (n=765)	559	73,1	206	26,9	0,8*(0,7-0,9)
Adipositas 2 (n=163)	117	71,8	46	28,2	0,8
Adipositas 3 (n=84)	57	67,9	27	32,1	1

*p<0,05

4.1.4 Berufstätigkeit

31,1% der berufstätigen Raucher wurden vom Arzt nicht als Raucher erkannt, 24,4%, der Arbeitslosen, 29.7% der Hausfrauen, 18.4% der Rentner, 43.3% der Schüler, Studenten, Azubis u.a.) wurden nicht als Raucher erkannt (Tabelle 8). Im Vergleich zu Berufstätigen wurden Arbeitslose (Arbeitslos vs. berufstätig: OR=0,7; KI 95%=0,6-0,9) und Rentner (berentet vs. berufstätig: OR=0,5, KI 95%=0,4-0,6) signifikant seltener nicht als Raucher erkannt. Für die Gruppe Sonstiges ist die Erkennensrate am schlechtesten (Sonstiges vs. berufstätig: OR=1,7; KI 95%=1,4-2,0).

Tabelle 8: Erkennensrate im Zusammenhang mit Berufstätigkeit

	Als Raucher erkannt (n=5.576)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.372)		
Berufstätigkeit	n	%	n	%	OR (95%KI)
berufstätig (n=4.912)	3.387	68,9	1.525	31,1	1
arbeitslos (n=799)	604	75,6	195	24,4	0,7*(0,6-0,9)
Hausfrau/-mann (n=559)	393	70,3	166	29,7	0,9
Berentet/pensioniert (n=966)	788	81,6	178	18,4	0,5*(0,4-0,6)
Sonstiges (n=712)	404	56,7	308	43,3	1,7*(1,4-2,0)

*p<0,05

4.1.5 Familienstand

22,6% der verwitweten Raucher und 23,9% der Geschiedenen wurden nicht als Raucher erkannt (verwitwet vs. ledig: p=0,000, OR=0,5; KI=0,4-0,7; geschieden vs. ledig: p=0,000, OR=0,5; KI=0,5-0,6). Sie haben im Vergleich zu Ledigen, die zu 37,1% nicht als Raucher erkannt wurden, eine signifikant höhere Erkennensrate (Tabelle 9). Für verheiratete Raucher, die zu 25,6% nicht als solche erkannt wurden, ist die Erkennensrate im Vergleich zu den ledigen Rauchern signifikant besser (verheiratet vs. ledig: p=0,000, OR=0,6; KI=0,5-0,7).

Tabelle 9: Erkennensrate im Zusammenhang mit dem Familienstand

	Als Raucher erkannt (n=5.591)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.353)		
Familienstand	n	%	n	%	OR (95% KI)
ledig (n=2.880)	1.813	62,9	1.067	37,1	1
verheiratet (n=3.702)	2.755	74,4	947	25,6	0,6*(0,5-0,7)
geschieden (n=890)	677	76,1	213	23,9	0,5*(0,5-0,6)
verwitwet (n=275)	213	77,4	62	22,6	0,5*(0,4-0,7)
getrennt lebend (n=197)	133	67,5	64	32,5	0,8

*p<0,05

4.2 Erkennensrate und Beschwerden/Erkrankungen der Patienten

4.2.1 Anlass des Arztbesuchs

Schmerzen: Rauchende Patienten, die wegen Schmerzen zum Arzt kommen, werden signifikant seltener nicht als Raucher erkannt als Raucher, die nicht wegen Schmerzen

zum Arzt kommen (Schmerzen vs. keine Schmerzen: OR=1,2; KI 95%=1,1-1,3) (Tabelle 10).

Tabelle 10: Erkennensrate im Zusammenhang mit Schmerzen als Anlass des Arztbesuchs

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
Schmerzen	n	%	n	%	OR (95% KI)
Nein (n=5.259)	3.763	71,6	1.496	28,4	1
Ja (n=2.492)	1.693	67,9	799	32,1	1,2*(1,1-1,3)

*p<0,05

Probleme mit dem Herzen: 19,7% der rauchende Patienten, die mit Herzproblemen zum Arzt kommen, werden nicht als Raucher erkannt (Tabelle 11). Der Unterschied zu rauchenden Patienten ohne Herzprobleme ist statistisch signifikant (OR=0,6; KI 95%=0,4-0,7).

Tabelle 11: Erkennensrate im Zusammenhang mit Herzproblemen als Anlass des Arztbesuchs

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
Herzprobleme	n	%	n	%	OR (95% KI)
Nein (n=7.385)	5.162	69,9	2.223	30,1	1
Ja (n=366)	294	80,3	72	19,7	0,6*(0,4-0,7)

*p<0,05

Probleme mit dem Kreislaufsystem: Hier ergab sich kein signifikanter Unterschied in der Erkennensrate. Patienten, die Kreislaufprobleme angeben, werden zu 27,1% nicht als Raucher erkannt, die ohne Kreislaufprobleme zu 29,9% (siehe Tabelle 34 im Anhang).

Erkältungs- oder Grippe-symptome: Für Patienten, die nicht wegen Grippe-symptomen zum Arzt kommen, ist die Erkennensrate signifikant schlechter als für Patienten, die wegen Grippe oder Erkältung zum Arzt gehen (Grippe vs. keine Grippe: OR=1,4; KI 95%=1,2-1,6) (Tabelle 12).

Tabelle 12: Erkennensrate im Zusammenhang mit Erkältungs- oder Grippe-symptomen als Anlass des Arztbesuchs

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
Erkältungs- o. Grippe-symptome	n	%	n	%	OR (95% KI)
Nein (n=6.379)	4.556	71,6	1.813	28,4	1
Ja (n=1.372)	890	64,9	482	35,1	1,4*(1,2-1,6)

*p<0,05

Angstprobleme: Patienten, die Angstprobleme angeben, haben mit 19,3% eine signifikant niedrigere Nicht-Erkennensrate als Patienten ohne Angstprobleme mit 30,0% (Angstprobleme vs. keine Angstprobleme: OR=0,6; KI 95%=0,4-0,7) (Tabelle 13).

Tabelle 13: Erkennensrate im Zusammenhang mit Angstproblemen als Anlass des Arztbesuchs

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
Angstprobleme	n	%	n	%	OR (95% KI)
Nein (n=7.455)	5.217	70	2.238	30	1
Ja (n=296)	239	80,7	57	19,3	0,6*(0,4-0,7)

*p<0,05

Niedergeschlagenheit/Depression: Auch hier zeigt sich eine signifikant niedrigere Nicht-Erkennensrate für Patienten mit diesen Beschwerden (24,2%), als für Patienten, die dies nicht angeben (30,0%), (OR=0,7, KI 95%=0,6-0,9) (Tabelle 14), d.h. rauchende Patienten mit Depression werden eher als Raucher erkannt.

Tabelle 14: Erkennensrate im Zusammenhang mit Niedergeschlagenheit/Depression als Anlass des Arztbesuchs

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
Niedergeschlagenheit /Depression	n	%	n	%	OR (95% KI)
Nein (n=7.234)	5.071	70	2.172	30	1
Ja (n=508)	385	75,8	123	24,2	0,7*(0,6-0,9)

*p<0,05

Andere psychische Probleme: Hier ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Erkennensrate. 24,7% rauchende Patienten mit „anderen psychischen Problemen“ wurden nicht als solche erkannt, rauchende Patienten, für die dies kein Anlass für den Arztbesuch war, hingegen zu 29,8% (andere psychische Probleme vs. keine anderen psychischen Probleme: OR=0,5; KI 95%=0,6-1,0). (siehe Tabelle 35 im Anhang)

Probleme im Zusammenhang mit dem Rauchen: Patienten, die Probleme im Zusammenhang mit dem Rauchen angegeben haben, werden eher als Raucher erkannt, als Patienten ohne solche Probleme (Tabelle 15). Der Unterschied ist statistisch signifikant (Probleme mit dem Rauchen vs. keine Probleme: OR=0,5; KI 95%=0,4-0,7).

Tabelle 15: Erkennensrate und Probleme im Zusammenhang mit dem Rauchen als Anlass des Arztbesuchs

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
	n	%	n	%	OR (95% KI)
Probleme im Zusammenhang mit dem Rauchen					
Nein (n=7.386)	5.157	69,8	2.229	30,2	1
Ja (n=365)	299	81,9	66	18,1	0,5*(0,4-0,7)

*p<0,05

Probleme im Zusammenhang mit dem Alkohol: Für Patienten, die Alkoholprobleme als Anlass des Arztbesuchs angegeben hatten, ist die Rate an nicht erkannten Rauchern mit 9,2% niedriger als für rauchende Patienten ohne Probleme im Zusammenhang mit dem Alkohol mit 29,9% (Probleme mit Alkohol vs. keine Probleme: OR=0,2; KI 95%=0,1-0,4) (Tabelle 16).

Tabelle 16: Erkennensrate und Probleme im Zusammenhang mit Alkohol als Anlass des Arztbesuchs

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
	n	%	n	%	OR (95% KI)
Probleme im Zusammenhang mit Alkohol					
Nein (n=7.631)	5.347	70,1	2.284	29,9	1
Ja (n=120)	109	90,8	11	9,2	0,2*(0,1-0,4)

*p<0,05

Routineuntersuchung: Die Rate an nicht erkannten Rauchern, die wegen einer Routineuntersuchung zum Arzt kamen, beträgt 23,7%, für nicht erkannte Raucher, die nicht wegen einer Routineuntersuchung kamen sie 30,6% (Tabelle 17). Es besteht ein statistisch signifikanter Unterschied (Routineuntersuchung vs. keine Routineuntersuchung: $p=0.000$; $OR=0,7$; $KI=0,6-0,8$).

Tabelle 17: Erkennensrate im Zusammenhang mit Routineuntersuchung als Anlass des Arztbesuchs

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
Routineuntersuchung	n	%	n	%	OR (95% KI)
Nein (n=6.657)	4.621	69,4	2.036	30,6	1
Ja (n=1.094)	835	76,3	259	23,7	0,7*(0,6-0,8)

* $p<0,05$

Schlafprobleme: Rauchende Patienten, die als aktuellen Anlass des Arztbesuchs Schlafprobleme angaben, werden zu 25,1% nicht als Raucher erkannt, die, die nicht unter derartigen Beschwerden litten, zu 30,0% (Schlafprobleme vs. keine Schlafprobleme: $p=0.018$; $OR=0,8$; $KI=0,6-1,0$), (Tabelle 18).

Tabelle 18: Erkennensrate im Zusammenhang mit Schlafproblemen als Anlass des Arztbesuchs

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
Schlafprobleme	n	%	n	%	OR (95% KI)
Nein (n=7.173)	5.023	70	2.150	30	1
Ja (n=578)	433	74,9	145	25,1	0,8*(0,6-1,0)

* $p<0,05$

Verletzung, Unfall, Notfall Für diese Variable ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied der Erkennensraten. Die Nicht-Erkennensraten von Rauchern sind hier 34,1% für Raucher, die wegen Verletzungen kamen und 29,4% (für Raucher, die nicht wegen Verletzungen kamen (Verletzung vs. keine Verletzung: $p=0.064$, $OR=1,2$ und $KI=1,0-1,6$) (siehe Tabelle 36 im Anhang).

Andere körperliche Probleme und Erkrankungen: Für Patienten ohne andere körperliche Beschwerden ist die Rate an nicht erkannten Rauchern 29,4%, für Patienten, die diese Antwort als Anlass für den Arztbesuch angaben, beträgt sie 30,4% (siehe Tabelle 37 im

Anhang). Diese Erkennensraten unterscheiden sich nicht signifikant (andere körperliche Probleme vs. keine anderen körperlichen Probleme: $p=0.442$; $OR=1,0$; $KI=0,9-1,2$).

Anderer Anlass (z.B. Rezeptabholung): Für rauchenden Patienten, die wegen einem anderen Anlass z.B. Rezeptabholung kamen, ist die Rate an nicht erkannten Rauchern mit 25,9% signifikant niedriger als für Patienten, die nicht wegen Rezeptabholung kamen, mit 30,5% (anderer Anlass vs. kein anderer Anlass: $p=0.001$, $OR=0,8$ und $KI=0,7-0,9$ (Tabelle 19).

Tabelle 19: Erkennensrate im Zusammenhang mit anderen Anlässen des Arztbesuchs (z.B. Rezeptabholung)

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
Anderer Anlass	n	%	n	%	OR (95% KI)
Nein (n=6.238)	4.335	69,5	1.903	30,5	1
Ja (n=1.513)	1.121	74,1	392	25,9	0,8*(0,7-0,9)

* $p<0,05$

4.2.2 Körperlicher Gesundheitszustand

Raucher, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ angegeben haben, wurden zu 29,5% nicht als Raucher erkannt, Patienten, die „eher gut“ angegeben haben, zu 30,5%, Patienten, die „eher schlecht“ angegeben haben, zu 29,2%, und Patienten, die „sehr schlecht“ angegeben haben, zu 25,0%. Diese Unterschiede sind statistisch nicht signifikant (siehe Tabelle 38 im Anhang).

4.2.3 Aktuelle Beschwerden

Herz-/Kreislaufprobleme oder -erkrankungen: Die Rate an nicht erkannten Rauchern ist für Patienten, die unter Herz-/Kreislaufproblemen eher stark oder sehr stark leiden mit 24,0% signifikant niedriger als für Patienten, die gar nicht oder eher wenig darunter leiden, mit 30,4% (Herzkreislaufbeschwerden vs. keine Herzkreislaufbeschwerden: $p=0.000$; $OR=0,7$; $KI=0,6-0,9$) (Tabelle 20).

Tabelle 20: Erkennensrate im Zusammenhang mit Herz-/Kreislaferkrankungen

Herz/Kreislaufprobleme	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
	n	%	n	%	OR (95% KI)
Gar nicht o. eher wenig (n=7.192)	5.004	69,6	2.188	30,4	1
Eher stark o. sehr stark (n=508)	668	76	211	24	0,7*(0,6-0,9)

*p<0,05

Durchblutungsstörungen im Gehirn: Die Nicht-Erkennensrate von Rauchern beträgt 29,9% für Patienten, die nicht oder nur leicht unter Gehirndurchblutungsstörungen leiden, für Patienten mit derartigen Beschwerden ist sie 18,9% (Gehirndurchblutungsstörungen vs. keine Gehirndurchblutungsstörungen: p=0.012; OR=0,6; KI=0,3-0,9) (Tabelle 21).

Tabelle 21: Erkennensrate im Zusammenhang mit Durchblutungsstörungen im Gehirn

Durchblutungsstörungen des Gehirns	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
	n	%	n	%	OR (95% KI)
Gar nicht o. eher wenig (n=7.939)	5.565	70,1	2.374	29,9	1
Eher stark o. sehr stark (n=132)	107	81,1	25	18,9	0,6*(0,3-0,9)

*p<0,05

Durchblutungsstörungen in den Beinen: Patienten mit Durchblutungsstörungen in den Beinen werden signifikant schlechter als Raucher erkannt (18,6%) als Patienten ohne Durchblutungsstörungen an den Beinen mit 30,5% (Tabelle 22). (Beindurchblutungsstörungen vs. keine derartigen Beschwerden: p=0.000; OR=0,5; KI=0,4-0,7).

Tabelle 22: Erkennensrate im Zusammenhang mit Durchblutungsstörungen der Beine

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
Durchblutungsstörungen der Beine	n	%	n	%	OR (95% KI)
Gar nicht o. eher wenig (n=7.528)	5.230	69,5	2.298	30,5	1
Eher stark o. sehr stark (n=543)	442	81,4	101	18,6	0,5*(0,4-0,7)

*p<0,05

Häufige Infekte, Grippe, Erkältungen: Für Patienten, die diese Frage mit eher stark oder sehr stark beantwortet haben, liegt die Rate an nicht erkannten Rauchern bei 32,9%, für Patienten, die dies nicht als Problem angegeben haben, ist sie mit 29,2% dagegen niedriger (Infekte vs. keine Infekte: p=0.01; OR=1,2; KI=1.0-1,4) (Tabelle 23).

Tabelle 23: Erkennensrate im Zusammenhang mit häufigen Infekten, Grippe, Erkältungen

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
Häufige Infekte, Grippe	n	%	n	%	OR (95% KI)
Gar nicht o. eher wenig (n=6.857)	4.857	70,8	200	29,2	1
Eher stark o. sehr stark (n=1.214)	815	67,1	399	32,9	1,2*(1,0-1,4)

*p<0,05

Atemwegs- oder Lungenerkrankungen, Asthma: Für Patienten mit Atemwegserkrankungen ist die Rate an nicht erkannten Rauchern 23,6% und damit signifikant niedriger als für Raucher ohne oder mit nur leichten Atemwegserkrankungen mit 30,4% (Atemwegserkrankungen vs. keine Atemwegserkrankungen: p=0.000; OR=0,1; KI=0,6-0,8) (Tabelle 24).

Tabelle 24: Erkennensrate im Zusammenhang mit Atemwegs- oder Lungenerkrankungen, Asthma

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
	n	%	n	%	OR (95% KI)
Atemwegserkrankungen, Asthma					
Gar nicht o. eher wenig (n=7.239)	5.036	69,6	2.203	30,4	1
Eher stark o. sehr stark (n=832)	636	76,4	196	23,6	0,1*(0,6-0,8)

*p<0,05

Magen-/Darmerkrankungen, Magengeschwüre: Hier ergeben sich für Patienten mit und ohne Beschwerden dieser Art fast gleiche Erkennensraten (Magen-Darmerkrankungen vs. keine Magen-Darmerkrankungen: p=0.757; OR=1,0 und KI= 0,9-1,2 (siehe Tabelle 39 im Anhang).

Diabetes: Nur 18,8% der rauchenden Diabetiker werden nicht als Raucher erkannt, rauchende Patienten, die angaben, nicht oder nur leicht unter Diabetes zu leiden, wurden dagegen zu 30,1% nicht als Raucher erkannt (Diabetes vs. kein Diabetes: p=0.000; OR=0,5; KI=0,4-0,8) (Tabelle 25).

Tabelle 25: Erkennensrate im Zusammenhang mit Diabetes

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
	n	%	n	%	OR (95% KI)
Diabetes					
Gar nicht o. eher wenig (n=7.837)	5.482	69,9	2.355	30,1	1
Eher stark o. sehr stark (n=234)	190	81,2	44	18,8	0,5*(0,4-0,8)

*p<0,05

Krampfanfälle, neurologische Erkrankungen: Für diese Krankheitsgruppe konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Erkennensrate von Rauchern gefunden werden (siehe Tabelle 40 im Anhang). Die Raten an nicht erkannten Rauchern sind 29,8% für Patienten, die nicht oder nur wenig angegeben haben und 24,8% für unter neurologischen Erkrankungen Leidende.

Krebserkrankungen: Raucher, die angegeben haben, eher stark oder sehr stark unter Krebserkrankungen zu leiden ((aus der Formulierung wird man nicht wirklich schlau, also hatten die Krebs oder nicht)), werden zu 16,5% nicht als Raucher identifiziert, rauchende

Patienten, die angaben, gar nicht oder eher wenig an Krebserkrankungen zu leiden, dagegen zu 29,9% (Tabelle 26). Diese Ergebnisse unterscheiden sich signifikant (Krebserkrankungen vs. keine Krebserkrankungen: $p=0.010$; $OR=0,5$; $KI=0,3-0,8$).

Tabelle 26: Erkennensrate im Zusammenhang mit Krebserkrankungen

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
	n	%	n	%	OR (95% KI)
Krebserkrankungen					
Gar nicht o. eher wenig (n=7.992)	5.606	70,1	2.386	29,9	1
Eher stark o. sehr stark (n=79)	66	83,5	13	16,5	0,5*(0,3-0,8)

* $p<0,05$

Wundheilungsstörungen: Für Patienten, die diese Frage mit eher stark oder sehr stark beantwortet haben, beläuft sich die Nicht-Erkennensrate von Rauchern auf 24,2% und ist somit etwas niedriger als die für Patienten mit höchstens leichten Wundheilungsstörungen mit 29,8% (siehe Tabelle 41 im Anhang). Der Unterschied ist statistisch jedoch nicht signifikant (Wundheilungsstörungen vs. keine Wundheilungsstörungen: $p=0.199$; $OR=0,8$; $KI=0,5-1,2$).

Depressionen: Die Rate an nicht erkannten rauchenden Patienten, die stark unter Depressionen leiden, liegt bei 24,7%, für Patienten, die unter höchstens unter leichten Depressionen leiden, beträgt sie 30,2% (Tabelle 27) (Depression vs. keine Depression: $p=0.002$; $OR=0,8$; $KI=0,6-0,9$).

Tabelle 27: Erkennensrate im Zusammenhang mit Depressionen

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
	n	%	n	%	OR (95% KI)
Depressionen					
Gar nicht o. eher wenig (n=7.378)	5.150	69,8	2.228	30,2	1
Eher stark o. sehr stark (n=693)	522	75,3	171	24,7	0,8*(0,6-0,9)

* $p<0,05$

Angststörungen: Für rauchende Patienten, die unter Angststörungen leiden, ist die Rate an nicht erkannten Rauchern statistisch nicht signifikant niedriger als für Patienten, die diese Frage mit gar nicht oder eher wenig beantwortet haben (25,7% vs. 30,0%: $p=0.054$, $OR=0,8$ und $KI=0,7-1,0$) (siehe Tabelle 42 im Anhang).

Alkoholprobleme: Raucher mit Alkoholproblemen werden mit nur 12,7% besser als solche erkannt als Patienten, die nicht oder eher wenig unter Alkoholproblemen leiden (Tabelle 28). Für diese Gruppe ist die Rate an nicht erkannten Rauchern 30,1% (Alkoholprobleme vs. keine Alkoholprobleme: $p=0.000$; $OR=0,3$; $KI=0,2-0,5$).

Tabelle 28: Erkennensrate im Zusammenhang mit Alkoholproblemen

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
	n	%	n	%	OR (95% KI)
Gar nicht o. eher wenig (n=7.913)	5.534	69,9	2.379	30,1	1
Eher stark o. sehr stark (n=158)	138	87,3	20	12,7	0,3*(0,2-0,5)

* $p<0,05$

Rauchbedingte Probleme: Die Erkennensrate von Rauchern mit eher starken bis sehr starken durch das Rauchen bedingten Problemen liegt bei 82,0%. Für Raucher, die höchstens wenig unter Problemen durch das Rauchen leiden, ist sie 69,0% (Tabelle 29) (Rauchbedingte Probleme vs. keine rauchbedingten Probleme: $p=0.000$; $OR=0,5$; $KI=0,4-0,6$).

Tabelle 29: Erkennensrate im Zusammenhang mit rauchbedingten Problemen

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
	n	%	n	%	OR (95% KI)
Rauchbedingte Probleme					
Gar nicht o. eher wenig (n=7.284)	5.027	69	2.257	31	1
Eher stark o. sehr stark (n=787)	645	82	142	18	0,5*(0,4-0,6)

* $p<0,05$

Andere Probleme/Erkrankungen: Hier ergeben sich fast gleiche Nicht-Erkennensraten für Patienten, die derzeit stark unter anderen Problemen (29,4%) litten, und für Patienten, die höchstens leicht oder gar nicht unter anderen Erkrankungen (29,8%) litten. Diese Ergebnisse unterscheiden sich jedoch nicht statistisch signifikant ($p=0.795$; $OR=1,0$, $KI=0,9-1,1$) (siehe Tabelle 43 im Anhang).

4.2 Erkennensrate und Rauchverhalten

Weiterhin wurde untersucht, ob es Zusammenhänge zwischen der Erkennensrate von Rauchern und deren Rauchverhalten gibt.

4.2.1 Dauer in Jahren seit Rauchbeginn

Es hat sich gezeigt, dass der Prozentsatz an nicht erkannten Rauchern mit der Dauer des Nikotinkonsums abnimmt. Für Patienten, seit 0-4 Jahren rauchen, liegt die Nicht-Erkennensrate bei 44,8%, für die, die 5-9 Jahre rauchen bei 41,1% (41,1% vs. 44,8%: $p=0.176$; $OR=0,9$; $KI=0,7-1,1$), für die, die 10-19 Jahre rauchen, bei 34,8% ($p=0.000$; $OR=0,7$; $KI=0,5-0,8$) und für die Gruppe der Patienten, die 20 oder mehr Jahre rauchen, bei 23,6% ($p=0.000$; $OR=0,4$; $KI=0,3-0,5$) (Tabelle 30).

Tabelle 30: Erkennensrate im Zusammenhang mit der Dauer in Jahren seit Rauchbeginn

	Als Raucher erkannt (n=5.296)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.240)		
Jahre seit Rauchbeginn	n	%	n	%	OR (95% KI)
0-4 Jahre (n=511)	282	55,2	229	44,8	1
5-9 Jahre (n=1.049)	618	58,9	431	41,1	0,9 (0,7-1,1)
10-19 Jahre (n=1.506)	982	65,2	524	34,8	0,7*(0,5-0,8)
20 und mehr Jahre (n=4.470)	3.414	76,4	1.056	23,6	0,4*(0,3-0,5)

* $p<0,05$

4.2.2 Zigaretten pro Tag

Für die Rate an nicht erkannten Rauchern wurden folgende Zahlen berechnet: für die Patienten, die 1-5 Zigaretten pro Tag rauchen, 42,4%, für die, die 6-10 Zigaretten rauchen, 33,5% (33,5% vs. 42,4%: $p=0,000$, $OR=0,7$; $KI=0,6-0,8$), für die, die 11-20 Zigaretten rauchen, 25,5% (25,5% vs. 42,4%: $p=0,000$, $OR=0,5$; $KI=0,4-0,5$) und für die Patienten, die mehr als 20 Zigaretten pro Tag rauchen, nur noch 20,0% (20,0% vs. 42,4%: $p=0,000$, $OR=0,3$; $KI=0,3-0,4$). Das heißt, je mehr ein Patient raucht, umso besser ist die Erkennensrate durch den Arzt (Tabelle 31).

Tabelle 31: Erkennensrate im Zusammenhang mit Zigaretten pro Tag

Zigaretten pro Tag	Als Raucher erkannt (n=5.364)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.261)		
	n	%	n	%	OR (95% KI)
0-5 Zigaretten (n=1.358)	782	57,6	576	42,2	1
6-10 Zigaretten (n=1.890)	1.257	66,5	633	33,5	0,7*(0,6-0,8)
11-20 Zigaretten (n=3.216)	2.396	74,5	820	25,5	0,5*(0,4-0,5)
Mehr als 20 Zigaretten (n=1.161)	929	80	232	20	0,3*(0,3-0,4)

*p<0,05

4.2.3 Abhängigkeit nach DSM-IV und Fagerström (FTND)

DSM-IV-Klassifikation:

3.849 von 8.071 Rauchern, also 47,7% der Raucher, erfüllten die Abhängigkeitskriterien. Für die abhängigen Raucher beläuft sich die Erkennensrate auf 74,0%, für die nicht abhängigen Raucher liegt sie bei 66,9%, d.h. abhängige Raucher wurden zu 26,0% nicht als solche erkannt, nicht abhängige Raucher dagegen zu 33,1% (Abhängigkeit vs. keine Abhängigkeit: p=0.000; OR=0,7; KI=0,6-0,8) (Tabelle 32).

Tabelle 32: Erkennensrate im Zusammenhang mit der Abhängigkeit nach DSM-IV

Abhängigkeit	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
	n	%	n	%	OR (95% KI)
Nein (n=4.222)	2.825	66,9	1.397	33,1	1
Ja (n=3.849)	2.847	74	1.002	26	0,7*(0,6-0,8)

*p<0,05

Fagerström-Test (FTND): Der Fagerström-Test klassifiziert Raucher anhand von sechs Fragen zum Rauchverhalten je nach dem Grad ihrer Nikotinabhängigkeit (geringe Abhängigkeit: 0-2 Punkte, mittlere Abhängigkeit: 3-5 Punkte, starke Abhängigkeit: 6-7 Punkte, sehr starke Abhängigkeit: 8-10 Punkte). Nimmt man alle abhängigen Raucher der SNICAS-Befragung zusammen, die leicht abhängigen (0-2 Punkte) ausgeschlossen, ergibt sich hier eine Zahl von 3.969 abhängigen Rauchern, also 49,2% der Raucher, von denen

917 d.h. 23,1% nicht als Raucher erkannt wurden. Auch hier zeigt das Ergebnis, dass bei abhängigen Rauchern die Rate an nicht erkannten Rauchern niedriger ist als bei nicht oder nur leicht abhängigen Rauchern mit 36,1% (für alle abhängigen Raucher zusammen bezogen auf die Gruppe der leicht Abhängigen, d.h. 23,1% vs. 36,1%: $p=0.000$; $OR=0,7$; $KI=0,7-0,8$) (Tabelle 33).

Tabelle 33: Erkennensrate im Zusammenhang mit der Abhängigkeit nach Fagerström

Abhängigkeit	Als Raucher erkannt (n=5.672)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.399)		
	n	%	n	%	OR (95% KI)
Ganz leicht (n=4.120)	2.620	63,9	1.482	36,1	1
Leicht-sehr schwer (n=3.969)	3.052	76,9	917	23,1	0,7*(0,7-0,8)

* $p<0,05$

5. Diskussion

5.1 Diskussion der Methode

SNICAS ist die erste bundesweite Studie über aktuelles und früheres Rauchverhalten und über Nikotinabhängigkeit unter Hausarztpatienten in dieser Größenordnung. Zusätzlich wurden soziodemographische Daten über Hausarztpatienten, die Einstellung der Ärzte zu den Themen Nikotinabhängigkeit und Raucherentwöhnung und die Erkennensrate von Rauchern durch die Hausärzte erhoben. Zu diesem Zweck wurde ein komplexes epidemiologisches Zweistufendesign angewendet.

5.1.1 Repräsentativität der Arztstichprobe

Für die Hausarztstichprobenziehung wurde das Bundesärztereister genutzt, welches regelmäßig aktualisiert wird. Es enthält nach regionalen Segmenten geclusterte Adressen von API-Ärzten (Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Internisten). Fast alle deutschen Pharmaunternehmen verwenden dieses System als Organisationsgrundlage ihres Außendienstes. Da GlaxoSmithKline als Co-Förderer dieser Studie seine Außendienstmitarbeiter für die Feldarbeit zur Verfügung stellte, lag es nah, sich für die Stichprobenziehung auch nach diesem System zu orientieren.

GSK ist Hersteller des Antidepressivums Bupropion, welches zur medikamentösen Tabakentwöhnung verwendet wird. Um dadurch eventuell entstehende systematische Fehler zu vermeiden, wurden in der Feldphase mehrere Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt (siehe Methodenteil).

Trotz des hohen zeitlichen Aufwands durch die Studie für die Ärzte waren mehr als 83% zu einer Teilnahme bereit. Die Frage ist nun, ob die teilnehmenden Ärzte grundsätzlich motivierter waren, sich mit den Themen Rauchverhalten und Raucherentwöhnung in der Hausarztpraxis auseinanderzusetzen und ob die Ärzte der Stichprobe repräsentativ für die Gesamtheit deutscher API-Ärzte sind.

Folgende Hinweise sprechen für die Repräsentativität dieser Stichprobe: 1. Aus der Gruppe der Ärzte, die nicht teilnehmen konnten, hatte fast ein Drittel organisatorische Gründe dafür (z.B. Praxis am Stichtag geschlossen, Gemeinschaftspraxis). 2. Zwischen den Ärzten der SNICAS-Studie und den Ärzten des Bundesregisters ergaben sich keine auffallenden Unterschiede hinsichtlich geographischer Verteilung und fachlicher Ausrichtung (siehe

Tabelle 44 im Anhang). Es ist also anzunehmen, dass die bundesweite Arztstichprobe unserer Studie als repräsentativ für die deutschen Hausärzte erachtet werden kann.

5.1.2 Repräsentativität der Patientenstichprobe

Die Ausschöpfungsrate von 52,8% führte wahrscheinlich nicht zu einer verringerten Repräsentativität der Patientenstichprobe. Auch ein gravierender systematischer Fehler lässt sich höchstwahrscheinlich ausschließen. Hierfür gibt es folgende Gründe: Nur ein äußerst geringer Teil der Patienten (2%) verweigerte die Teilnahme. Der Großteil der Patienten, die nicht teilnahmen, konnte dies aus logistischen Problemen der Arztpraxen nicht tun. Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung durch zum Teil bis zu 60 Patienten pro Tag und Praxis wurden entgegen der Planung bedauerlicherweise doch nicht alle Patienten auf eine Teilnahme angesprochen.

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

5.1.3 Erhebungsinstrumente

Obwohl fast 6% der Patienten- und Arztbögen unvollständig ausgefüllt wurden und deshalb nicht ausgewertet werden konnten, wurden die Erhebungsinstrumente insgesamt von Ärzten und Patienten positiv aufgenommen. Dennoch sind ein paar Formulierungen verbesserungswürdig (z.B. die Skalierung der Beschwerden in „wenig“, „eher wenig“, „eher stark“, „stark“, ist bei bestimmten Krankheiten nicht ganz logisch). Es war jedoch kaum anders möglich, da man differenzierte Antworten erhalten und gleichzeitig die Daten statistisch auswerten können wollte. Offen bleibt auch inwieweit Arzt und Patient unter den zu beurteilenden Aussagen das gleiche verstehen, vor allem wenn es sich um medizinische Begriffe handelt.

Für die Fragebögen wurden überwiegend Fragen und Skalen verwendet, die bereits in anderen Studien auf ihre Akzeptanz und Durchführbarkeit getestet worden waren (36; 37; 38). Allerdings wurden außer dem CIDI-Modul für Nikotinabhängigkeit (39), dem Fagerström-Fragebogen (FTND) (14) und einigen Faktoren zur Beurteilung von Motivationsstufen (40) weder die Einzelitems noch der Gesamtfragebogen auf Reliabilität und Validität untersucht.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Die SNICAS-Studie hat gezeigt, dass die Erkennensrate von Rauchern durch Hausärzte in der BRD bei 70,3% liegt. Bisher gibt es keine anderen Studien zu diesem Thema, die

andere oder gleiche Zahlen liefern würden. Eine Erkennensrate von 70,3% bedeutet, dass 29,7% der rauchenden Hausarztpatienten nicht als Raucher erkannt werden. Diese Zahl ist erstaunlich hoch, wenn man bedenkt, dass das Erfragen des Rauchstatus eines Patienten zu den Routinefragen einer Anamnese gehören sollte.

5.2.1 Erkennensrate im Zusammenhang mit persönlichen Daten der Raucher

Geschlecht: Die Untersuchungen der vorliegenden Arbeit haben gezeigt, dass das Erkennen von Rauchern mit bestimmten persönlichen Daten der Patienten in einem signifikanten Zusammenhang steht. So hat sich zum Beispiel herausgestellt, dass die Erkennensrate bei Männern höher ist als bei Frauen. Hier stellt sich die Frage, was für Ursachen das haben könnte. Ein Erklärungsansatz wäre, dass die Prävalenz von Nikotinkonsum bis vor einigen Jahren bei Männern um einiges höher war als bei Frauen. Erst in den letzten Jahren nähern sich die Raucherzahlen von Frauen und Männern einander an. Da dies historisch gesehen eine relativ neue Entwicklung ist, könnte man annehmen, dass einigen Primärärzten diese Veränderung noch nicht so bewusst ist und sie deshalb bei Patientinnen eher vergessen, den Nikotinkonsum zu erfragen. Niedrige Erkennensraten bedeuten auch, dass die Patienten von ihrem Hausarzt seltener auf Raucherentwöhnung angesprochen werden. Man weiß, dass es unter älteren Menschen mehr männliche als weibliche Ex-Raucher gibt (22). Hierfür werden mehrere Gründe angeführt, unter anderem, dass für Frauen die soziale Komponente beim Rauchen eine wichtigere Rolle spielt und dass sie eher als Männer den Tabakkonsum zur Gewichtskontrolle einsetzen. Vielleicht sind die niedrigere Erkennensrate und der daraus entstehende Mangel an Raucherentwöhnungsangeboten ein weiterer Grund. Unter Umständen könnte man mit einer höheren Erkennensrate eine höhere Rate an Raucherentwöhnungsversuchen bei Frauen und dadurch höhere Ex-Raucherinnen-Raten hervorrufen. Daher wäre es wichtig, den Ärzten die stetig steigenden Raucherzahlen unter Frauen ins Bewusstsein zu rufen, sei es durch Kampagnen, Veröffentlichung von Studien dieser Art in Broschüren und wissenschaftlichen Zeitschriften für Hausärzte oder durch Informationsveranstaltungen und Fortbildungen.

Alter: Ältere Raucher werden häufiger als Raucher erkannt als jüngere. Das ist insofern von Bedeutung, als in den letzten Jahren die Zahl an jungen Rauchern erschreckend zugenommen hat (1; 2) und man weiß, dass der Nikotinkonsum in jungen Jahren besonders schädlich ist. Man muss annehmen, dass die Veränderung im Rauchverhalten der jungen Menschen noch nicht tief genug in das Bewusstsein vieler Ärzte eingedrungen ist, um

daraus die Konsequenz zu ziehen, besonders bei Jugendlichen auf das Rauchverhalten einzugehen. Ein weiterer Grund für die niedrigere Erkennensrate könnte sein, dass bei jungen Patienten nur im seltensten Fall Folgeerkrankungen des Nikotinkonsums auftreten und dass bei ihnen deshalb das Erfragen des Rauchstatus in den Hintergrund gerückt wird. Fest steht, dass junge Raucher besonders selten eine Raucherentwöhnung durch den Hausarzt erfahren (22). Viele Jugendliche sind Probierkonsumenten und noch nicht stark abhängig, weshalb sie besonders geeignet für kostengünstige Entwöhnungsstrategien sind (22). Deshalb wäre es gerade bei jungen Rauchern wichtig, dass die Hausärzte über den Nikotinkonsum Bescheid wissen, um gezielt Aufklärungsarbeit leisten und Entwöhnungstherapiemöglichkeiten ansprechen zu können.

Body-Mass-Index: Im Zusammenhang mit dem Body-Mass-Index ergibt sich für Präadipöse und leicht Adipöse eine höhere Erkennensrate als für Normalgewichtige. Für die anderen Gewichtsklassen unterscheiden sich die Erkennensraten nicht signifikant. Interessant ist, dass für stark Adipöse die Erkennensrate nicht signifikant höher ist. Adipositas ist ein Risikofaktor unter anderem für koronare Herzkrankheit, Schlaganfälle und Thrombosen. Diese Erkrankungen werden auch durch langjährigen Nikotinkonsum hervorgerufen. Bei gleichzeitigem Auftreten von Adipositas und Nikotinkonsum potenziert sich das Risiko für die Entstehung der oben genannten Krankheiten. Die Vermutung liegt deshalb nahe, dass Ärzte bei adipösen Patienten verstärkt auf das Rauchverhalten achten, um zusätzliche Gesundheitsrisiken auszuschließen. Gleichzeitig weiß man, dass einige Menschen nicht zu rauchen aufhören, weil sie Angst haben, zuzunehmen (22). Eventuell könnte dies einen Erklärungsansatz bieten, warum extrem Adipöse keine signifikant höhere Erkennensrate in Bezug auf ihr Rauchverhalten haben. Außerdem könnte es sein, dass die starke Adipositas andere gesundheitliche Probleme in den Hintergrund drängt. Wichtig ist jedoch vor allem, dieses Ergebnis zur Kenntnis zu nehmen, denn besonders für stark adipöse Menschen stellt Nikotinkonsum ein großes vermeidbares Gesundheitsrisiko dar.

Berufstätigkeit: Arbeitslose und Rentner, die rauchen, haben eine höhere Erkennensrate als Berufstätige. Es ist bekannt, dass Arbeitslose einen höheren Raucheranteil haben als andere Bevölkerungsgruppen, unter Rentnern dagegen findet man weniger Raucher, diese sind jedoch langjährige und tendenziell stärkere Raucher (22). Vielleicht entsprechen diese Patientengruppen auch eher dem Bild des Tabakkonsumenten und werden deshalb vom Hausarzt häufiger auf ihr Rauchverhalten angesprochen. Andererseits ist nicht bekannt, ob

die Ärzte wussten, welcher Berufstätigkeitsgruppe ihre Patienten jeweils angehören, ob dieses Wissen also überhaupt einen Einfluss haben kann. Da man weiß, dass allein die Empfehlung des Arztes, mit dem Rauchen aufzuhören, mit einer kleinen Intervention zu vergleichen ist (24; 25), müsste man annehmen, dass Rentner und Arbeitslose durch die bessere Erkennensrate häufiger auf Entwöhnungstherapiemöglichkeiten angesprochen werden und häufiger mit dem Rauchen aufhören. Man weiß jedoch, dass ökonomisch und sozial Schwache, zu denen Rentner und Arbeitslose gehören, höhere Raucherraten haben und dass ihnen der Ausstieg aus dem Nikotinkonsum seltener gelingt (41; 42). In diesem Fall scheint die bessere Erkennensrate nicht mit vermehrten Entwöhnungsversuchen und einer höheren Abstinenzrate im Zusammenhang zu stehen. Vielleicht sind diese Gruppen weniger zugänglich für Arzttratschläge oder die Hausärzte wissen zwar Bescheid über deren Nikotinkonsum, sprechen die Patienten aber seltener auf Entwöhnungstherapien an. Wünschenswert wären eine Verbesserung der Entwöhnungsraten bei Patientengruppen trotz guter Erkennensrate und eine Verbesserung der Erkennensrate von Berufstätigen.

Familienstand: Für Verheiratete, Geschiedene und Verwitwete sind die Rauchererkennensraten signifikant höher als für ledige Raucher. Da man intuitiv davon ausgehen würde, dass Menschen in schwierigeren Lebenssituationen wie z.B. nach einer Scheidung oder nach Verwitwung mehr rauchen und die SNICAS-Studie dies auch bestätigt hat (22), war dieses Ergebnis zu erwarten gewesen. Verwunderlich ist hingegen, dass die Erkennensrate für Verheiratete besser als für Ledige ist. Es gibt keine Studien, die ähnliche Ergebnisse gebracht haben oder die unsere Ergebnisse widerlegen würden. Vielleicht sind verheiratete Raucher tendenziell häufiger langjährige Raucher, die schon an Folgeerscheinungen des Nikotinkonsums leiden, so dass sich die Frage nach dem Rauchverhalten eher aufdrängt. Es könnte auch zusätzliche Merkmale geben, die im Zusammenhang mit der Erkennensrate stehen, die in der SNICA-Studie nicht abgefragt wurden, in denen sich verheiratete und ledige Raucher unterscheiden. Hier besteht weiterer Forschungs- und Aufklärungsbedarf, damit Patientengruppen nicht durch das Raster fallen und benachteiligt werden.

5.2.3 Erkennensrate im Zusammenhang mit dem Anlass des Arztbesuchs

Für die Erkennensrate in Bezug auf den Anlass des Arztbesuchs ergeben sich interessante Ergebnisse. Die Erkennensrate für rauchende Patienten, die wegen psychischen Problemen wie Angstprobleme, Niedergeschlagenheit/Depression, Schlafstörungen und Probleme mit dem Alkohol zum Arzt kamen, ist höher als für Menschen, die dies nicht als Anlass angaben. Für Anlässe wie Schmerzen, Probleme mit dem Herzen, Probleme im Zusammenhang mit dem Rauchen ist die Erkennensrate ebenfalls signifikant erhöht. Bei

Problemen wie Verletzung, Unfall, Notfall, andere psychische und andere körperliche Probleme und Erkrankungen ist die Erkennensrate von Rauchern nicht erhöht.

Diese Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass Ärzte bei gewissen Krankheiten auf das Erkennen bzw. Erfragen des Rauchstatus sensibilisiert sind, vor allem wenn es sich um Beschwerden handelt, die durch Nikotinkonsum beeinflusst oder sogar hervorgerufen werden. Trotzdem ist sogar bei der Rubrik „Probleme im Zusammenhang mit dem Rauchen“ die Erkennensrate nur 81,9%. Es scheint also insgesamt nicht selbstverständlich zu sein, routinemäßig jeden Patienten nach dessen Rauchverhalten zu fragen. Hierfür gibt es mehrere Erklärungsmöglichkeiten. Es könnte sein, dass Ärzte aus Zeitmangel nur bei Patienten nach dem Nikotinkonsum fragen, die an Krankheiten leiden, die mit Nikotinkonsum assoziiert sind. Ein weiterer Grund könnte sein, dass manche Ärzte die Gefahren des Nikotinkonsums für die Gesundheit unterschätzen oder die Raucherentwöhnung und alles, was dazu gehört, nicht als ihre Verantwortung ansehen. Nur ein Drittel der in SNICAS befragten Hausärzte schätzten die Raucherentwöhnung in ihrer Praxis als sehr wichtig ein, und gerade die persönliche Einstellung des Arztes zur Raucherentwöhnung steht in einem signifikanten Zusammenhang mit einer guten Erkennensrate (43).

5.2.2 Erkennensrate im Zusammenhang mit aktuellen Erkrankungen

Betrachtet man die Erkennensrate in Bezug auf die Beschwerden, mit denen die Patienten am Tag der Befragung zu ihrem Hausarzt gekommen waren, ergeben sich bemerkenswerte Zusammenhänge.

Patienten mit Beschwerden, die man wahrscheinlich zum Teil auch als Laie mit dem Rauchen assoziieren würde, wie beispielsweise die Durchblutung der Beine oder des Gehirns, Atemwegs- und Lungenerkrankungen, durch Nikotinkonsum bedingte Probleme und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, haben eine signifikant höhere Erkennensrate als rauchende Patienten, die dies nicht als Beschwerden angegeben haben. Auch bei rauchenden Patienten, die wegen Angststörungen, Depression und Alkoholproblemen in die Praxis kamen, ist die Erkennensrate höher als bei Patienten ohne solche Probleme. Interessanterweise sind dagegen Beschwerden wie Krampfanfälle, neurologische Erkrankungen, Magen-Darm-Erkrankungen, Wundheilungsstörungen und die so genannten „anderen Probleme“ nicht mit einer höheren Erkennensrate verbunden.

Auch hier ergibt sich die Frage, ob Ärzte selektiv bei bestimmten Beschwerden eher nachfragen, ob der Patient raucht, als bei anderen Beschwerden. Denn auch hier zeigt sich die Tendenz, dass die gesundheitlichen Probleme, die häufig mit Nikotinkonsum assoziiert sind, mit einer höheren Erkennensrate einhergehen (87,3% bei Alkoholproblemen), viele

andere jedoch eine niedrigere Erkennensrate haben (67,1% bei Erkältungs- und Grippe-symptomen). Diese Unausgewogenheit muss angeglichen werden, und das kann nur durch Sensibilisierung der Ärzte sowie durch systematisches Abfragen von Rauchverhalten erreicht werden.

5.2.4 Erkennensrate im Zusammenhang mit dem Rauchverhalten

Dauer in Jahren seit Rauchbeginn: Je länger ein Mensch raucht, umso höher ist die Erkennensrate durch den Hausarzt. Im Laufe der Jahre treten sichtbare Zeichen des dauerhaften Nikotinkonsums auf wie gelbe Zähne, fahle Haut und der Geruch nach altem Zigarettenrauch, was ein Erkennen durch den Hausarzt wahrscheinlich vereinfacht. Zusätzlich manifestiert sich der Zigarettenkonsum mit der Zeit für den Arzt durch seine Folgeerkrankungen (13; 16). Sind schon Folgeerkrankungen aufgetreten, müsste der Arzt spätestens jetzt das Rauchverhalten erfragen. Diese These wird gestützt durch die oben genannte höhere Erkennensrate für Patienten mit Krankheiten, die mit dem Rauchen zusammenhängen (siehe Kapitel 5.2.3 und 5.2.4).

Zigaretten pro Tag: Je größer sein Zigarettenkonsum pro Tag ist, umso besser erkennt der Hausarzt den Patienten als Raucher. Dieses Ergebnis war zu erwarten gewesen, denn je mehr ein Patient raucht, umso eher erkennt man den Zigarettenkonsum an Äußerlichkeiten wie z.B. Geruch nach Zigarettenrauch und gelben Zähnen. Problematisch ist, dass Patienten, die wenig rauchen, eine schlechtere Erkennensrate haben und dadurch seltener auf Entwöhnungstherapien angesprochen werden können. Es wäre sinnvoll, die Ärzte zu schulen, auch Wenig-Raucher besser zu erkennen. Man weiß, dass die Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören, umso höher ist, je weniger Zigaretten ein Patient raucht (15), d.h. diese Gruppe wäre motivierter, Entwöhnungsmöglichkeiten wahrzunehmen.

Abhängigkeit nach DSM-IV und Fagerström: Nimmt man die Einteilung nach DSM-IV und vergleicht diese Erkennensraten mit denen der Nikotinabhängigkeit nach den Fagerström-Kriterien, wird deutlich, dass Raucher besser als solche erkannt werden, je höher der Grad der Nikotinabhängigkeit ist. Auch dieses Ergebnis ist nicht verwunderlich, da man bei abhängigen Rauchern tendenziell häufiger Merkmale erwarten würde wie z.B. zitterige Hände und Geruch nach Zigarettenrauch, die ein Erkennen des Nikotinkonsums erleichtern.

Ein weiterer Erklärungsansatz für das Nicht-Erkennen von Gelegenheits- und Wenig-Rauchern ist, dass die Validität der Selbstaussage von Rauchern über ihren Nikotinkonsum

eher gering ist. Möglicherweise erscheint es Patienten, die noch nicht unter ihrer Nikotinabhängigkeit leiden und noch keine direkten gesundheitlichen Probleme durch das Rauchen haben, nicht nötig, dass ihr Arzt von ihrem Rauchverhalten weiß.

Problematisch ist, dass nicht abhängige Raucher und solche, die wenig und noch nicht lange rauchen, von den Ärzten signifikant schlechter erkannt werden als starke, abhängige und langjährige Raucher. Dabei wäre es vor allem für Raucher, die noch nicht stark abhängig sind, einfacher, mit dem Rauchen aufzuhören. Hier hätten die Hausärzte eventuell höhere Erfolgsquoten bei Raucherentwöhnungstherapien und dadurch weniger frustrierende Erlebnisse. Auch wäre hier eine Prävention späterer Folgeerkrankungen noch möglich. So könnten nicht nur den Patienten unangenehme Folgen erspart bleiben, sondern auch Kosten für das Gesundheitssystem verringert werden.

5.2.5 Schlussfolgerung

Diese Arbeit zeigt, dass es klare Zusammenhänge zwischen Patientenmerkmalen und der Erkennensrate des Raucherstatus durch Hausärzte gibt. Am höchsten ist die Erkennensrate für stark nikotinabhängige, ältere, männliche Raucher und für Patienten mit Krankheiten und Beschwerden, die entweder durch das Rauchen verursacht werden (Krebserkrankungen, Durchblutungsstörungen) oder damit in Zusammenhang stehen (Depression, Alkoholismus). Besonders niedrig ist die Erkennensrate dagegen bei jungen, nicht oder nur leicht abhängigen Raucherinnen.

Für Hausärzte sowie Patienten ist eine Verbesserung der Erkennensrate vonnöten. Die Ärzte sollten ihr Augenmerk besonders auf die Gruppen lenken, die sonst als Raucher leicht übersehen werden. Schließlich steckt hier das Potential, leicht abhängige Raucher anzusprechen, für die Problematik zu sensibilisieren und gegebenenfalls mit diesen Patienten eine Raucherentwöhnung durchzuführen, noch bevor die Abhängigkeit eine Entwöhnung schwierig macht und bevor vermeidbare Folgeerkrankungen und dauerhafte Schäden aufgetreten sind.

Das Problem, dass die Validität der Selbstaussagen bezüglich des Tabakkonsums limitiert ist, kann von Ärzteseite schwer geändert werden. Nur wenn der Arzt die Erhebung des Rauchstatus routinemäßig durchführt, besteht die Möglichkeit, viele Patienten annähernd richtig einzuschätzen.

Die Verbesserung der Erkennensrate könnte mit intensivierten Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen zum Thema Nikotinkonsum und Raucherentwöhnung erreicht werden. Außerdem ist es wichtig, neue Erkenntnisse über Rauchergruppen publik zu machen, die bisher durch niedrigere Erkennensraten benachteiligt waren.

6. Zusammenfassung

6.1 Zielsetzung

Grundlage für die vorliegende Arbeit ist die bundesweite SNICAS Studie, die Daten zum Rauchverhalten von deutschen Hausarztpatienten liefert, aus welchen die Erkennensrate von rauchenden Patienten durch den Arzt errechnet werden konnte. Das Ziel dieser Arbeit war nun, herauszufinden, ob es Patientenmerkmale gibt, die in statistisch signifikantem Zusammenhang mit der Erkennensrate von rauchenden Patienten durch den Hausarzt stehen. Es sollte untersucht werden, ob beispielsweise das Alter, das Geschlecht, der Grad der Abhängigkeit oder die Art der Erkrankung einen Einfluss darauf haben, dass der Arzt seinen Patienten als Raucher erkennt oder nicht erkennt.

6.2 Methoden und Probanden

Die SNICAS Studie beruht auf einem dreistufigen epidemiologischen Studiendesign, bestehend aus einer Vorstudie an allen teilnehmenden Ärzten, einer Stichtagserhebung an zufällig ausgewählten Hausarztpatienten sowie einer sich anschließenden Interventionsstudie.

6.3 Ergebnisse

Die Erkennensrate von Rauchern durch den Hausarzt beträgt 70,3%. Für Männer liegt sie bei 72,0%, für Frauen dagegen bei 68,7%. Die Untersuchungen haben gezeigt, dass es persönliche Merkmale von Patienten gibt, die die Erkennensrate von Rauchern beeinflussen. So werden zum Beispiel junge Raucher (16-39 Jahre) nur zu 62,5%, ältere (über 80 Jahre) dagegen zu 80,4% als Raucher erkannt. Die Erkennensrate ist für prä-adipöse und adipöse Patienten signifikant höher als für normal-, unter- oder stark übergewichtige Patienten.

Die Berechnungen haben weiterhin gezeigt, dass die Erkennensrate variiert, je nachdem aus welchem Anlass der Patient zum Arzt kam und je nach aktuellen Beschwerden der Patienten. So ergaben sich signifikant höhere Erkennensraten für Raucher, die wegen Schmerzen, Herzproblemen, Erkältungs- und Grippe-symptomen, Angstproblemen, Depression, Problemen im Zusammenhang mit dem Rauchen, Alkoholproblemen, Routineuntersuchung oder Schlafproblemen in die Praxis kamen, als für Raucher ohne diese Beschwerden. Keine signifikanten Unterschiede ließen sich zwischen den Erkennensraten von Rauchern feststellen, die wegen Problemen mit dem Herz-Kreislaufsystem, anderen psychischen Problemen, Verletzung/Notfall, anderen

körperlichen Problemen und anderen Anlässen (Rezeptabholung) zum Arzt kamen und Rauchern, die dies nicht als Anlass angegeben hatten.

Für die Erkennensraten bezogen auf die aktuellen Beschwerden der Patienten ergaben sich signifikante Unterschiede bei folgenden Krankheiten: Herz-/Kreislaufprobleme, Durchblutungsstörungen im Gehirn, Durchblutungsstörungen in den Beinen, Atemwegs- oder Lungenerkrankungen, Diabetes, Krebserkrankungen, Depressionen, Alkoholprobleme und rauchbedingte Probleme. Keine unterschiedlichen Erkennensraten ergaben sich bei Beschwerden wie häufige Infekte, Magen-/Darmerkrankungen, neurologische Erkrankungen, Wundheilungsstörungen und Angststörungen.

Raucher, die erst kurz rauchen, werden nur zu 55,2%, solche, die über 20 Jahre lang rauchen, werden dagegen zu 76,4% erkannt. Eine ähnliche Tendenz ließ sich auch für die Menge der gerauchten Zigaretten pro Tag aufzeigen. Je mehr ein Patient raucht, umso besser ist die Erkennensrate durch den Arzt. Genau so verhalten sich auch die Erkennensraten bezogen auf die Nikotinabhängigkeit der Raucher. Abhängige Raucher nach der DSM-IV-Klassifikation werden zu 74,0%, nicht abhängige Raucher nur zu 66,9% als solche erkannt. Die Berechnungen zur Abhängigkeit nach Fagerström unterstützen dieses Ergebnis. Es zeigt sich also, dass die Erkennensraten umso besser sind, je mehr und je länger ein Patient raucht, und je höher der Grad der Nikotinabhängigkeit ist.

6.4 Diskussion

Durch die aufwändige Prozedur der Stichprobenziehung (siehe oben) und den Vergleich mit dem Bundesärztereister, wo sich keine großen Unterschiede in geographischer Verteilung und Facharztrichtung ergaben, kann die Arztstichprobe als repräsentativ angesehen werden. Auch bei der Patientenstichprobe kann davon ausgegangen werden, dass sie für die deutsche Hausarztclientel repräsentativ ist, da nur 2% der Patienten die Teilnahme verweigerten, der Rest dagegen aus logistischen Gründen nicht teilnehmen konnte.

Zur Epidemiologie des Rauchens gibt es weltweite (z.B. WHO) und deutsche (z.B. Bundesgesundheitsurvey) Studien, die den Daten der SNICAS-Studie entsprechen, so dass man von einer korrekten Datenerhebung ausgehen kann. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass bestimmte Merkmale der Patienten in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Erkennensrate durch den Hausarzt stehen. Da keine anderen Arbeiten zu diesem Thema bekannt sind, können keine Vergleiche angestellt werden, inwieweit die Ergebnisse allgemeingültig sind oder nicht.

Einige Erklärungsansätze dafür, dass die Erkennensraten je nach Patientenmerkmalen variieren, sind: 1. Nicht routinemäßiges Erfragen von Rauchverhalten bei der Anamnese. 2. Erheben des Rauchstatus besonders bei bestimmten, mit dem Nikotinkonsum zusammenhängenden Krankheiten, bei anderen dagegen nicht. 3. Mangelndes Wissen der Ärzte von dem Trend, dass immer mehr Frauen ,und hier besonders junge, rauchen.

7. Anhang

7.1. Zusätzliche Tabellen

Tabelle 34: Erkennensrate im Zusammenhang mit Problemen mit dem Kreislaufsystem als Anlass des Arztbesuchs

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
Probleme mit dem Kreislaufsystem	n	%	n	%	OR (95% KI)
Nein (n=6.895)	4.832	70,1	2.063	29,9	1
Ja (n=856)	624	72,9	232	27,1	0,87 (0,75-1,01)

p=0,076

Tabelle 35: Erkennensrate im Zusammenhang mit anderen psychischen Problemen als Anlass des Arztbesuchs

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
Andere psychische Probleme	n	%	n	%	OR (95% KI)
Nein (n=7.492)	5.261	70,2	2.231	29,8	1
Ja (n=259)	195	75,3	64	24,7	0,77*(0,57-1,04)

p=0,095

Tabelle 36: Erkennensrate im Zusammenhang mit Verletzung, Unfall als Anlass des Arztbesuchs

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
Verletzung, Unfall, Notfall	n	%	n	%	OR (95% KI)
Nein (n=7.340)	5.185	70,6	2.155	29,4	1
Ja (n=411)	271	65,9	140	34,1	1,24 (0,99-1,56)

p=0,064

Tabelle 37: Erkennensrate im Zusammenhang mit anderen körperlichen Erkrankungen als Anlass des Arztbesuchs

	Als Raucher erkannt (n=5.456)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.295)		
Andere körperliche Erkrankungen	n	%	n	%	OR (95% KI)
Nein (n=6.195)	4.371	70,6	1.822	29,4	1
Ja (n=1.558)	1.085	69,6	473	30,4	1,04 (0,93-1,17)

p=0,442

Tabelle 38: Erkennensrate im Zusammenhang mit dem körperlichen Gesundheitszustand

	Als Raucher erkannt (n=5.566)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.366)		
Körperlicher Gesundheitszustand	n	%	n	%	OR (95% KI)
Sehr gut (n=798)	563	70,5	235	29,5	1
Eher gut (n=4.178)	2.905	69,5	1.273	30,5	1,05 (0,88-1,25)
Eher schlecht (n=2.812)	1.990	70,8	822	29,2	0,99 (0,82-1,19)
Schlecht (n=144)	108	75	36	25	0,80 (0,54-1,18)

p>0,05

Tabelle 39: Erkennensrate im Zusammenhang mit Magen-/Darmerkrankungen

	Als Raucher erkannt (n=5.672)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.399)		
Magen-Darmerkrankungen	n	%	n	%	OR (95% KI)
Gar nicht o. eher wenig (n=7.263)	5.108	70,3	2.155	29,7	1
Eher stark o. sehr stark (n=808)	564	69,8	244	30,2	1,02 (0,87-1,20)

p=0,76

Tabelle 40: Erkennensrate im Zusammenhang mit neurologischen Erkrankungen, Krampfanfällen

	Als Raucher erkannt (n=5.672)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.399)		
Neurologische Erkrankungen, Krampfanfälle	n	%	n	%	OR (95% KI)
Gar nicht o. eher wenig (n=7.914)	5.554	70,2	2.360	29,8	1
Eher stark o. sehr stark (n=157)	118	75,2	39	24,8	0,78 (0,54-1,12)

p=0,18

Tabelle 41: Erkennensrate im Zusammenhang mit Wundheilungsstörungen

	Als Raucher erkannt (n=5.672)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.399)		
Wundheilungsstörung n	n	%	n	%	OR (95% KI)
Gar nicht o. eher wenig (n=7.951)	5.581	70,2	2.370	29,8	1
Eher stark o. sehr stark (n=102)	91	75,8	29	24,2	0,75 (0,48-1,16)

p=0,20

Tabelle 42: Erkennensrate im Zusammenhang mit Angststörungen

	Als Raucher erkannt (n=5.672)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.399)		
Angststörungen	n	%	n	%	OR (95% KI)
Gar nicht o. eher wenig (n=7.608)	5.328	70	2.280	30	1
Eher stark o. sehr stark (n=463)	344	74,3	119	25,7	0,81 (0,65-1,0)

p=0,054

Tabelle 43: Erkennensrate im Zusammenhang mit anderen Problemen/Erkrankungen

	Als Raucher erkannt (n=5.672)		Nicht als Raucher erkannt (n=2.399)		
Andere Probleme/Erkrankungen	n	%	n	%	OR (95% KI)
Gar nicht o. eher wenig (n=7.050)	4.951	70,2	2.099	29,8	1
Eher stark o. sehr stark (n=1.021)	721	70,6	300	29,4	0,98 (0,85-1,13)

p=0,79

Tabelle 44: Verteilung der API-Ärzte und Ärzte der SNICAS-Studie

	API-Ärzte in Deutschland (Vergleichspopulation des IMS-Register)		SNICAS Ausgangsstich- probe (Vorstudie) (n=1,075)		SNICAS tatsächliche Stichprobe (Stichtagserhe- bung) (n=889)	
	n	%	n	%	n	%
Bayern*	12,388	18.1	203	18.9	152	17.5
Baden-Württemberg	8,797	12.8	103	9.6	86	9.9
Hessen	5,314	7.7	48	4.5	43	4.9
Saarland	997	1.5	3	0.3	2	0.2
Rheinland-Pfalz	3,485	5.1	42	3.9	40	4.6
NRW	13,579	19.8	217	20.2	179	20.6

Niedersachsen	6,360	9.3	95	8.8	71	8.2
Schleswig-Holstein	2,407	3.5	14	1.3	9	1.0
Bremen	544	0.8	4	0.4	2	0.2
Hamburg	1,579	2.3	16	1.5	8	0.9
Berlin	2,691	3.9	51	4.7	44	5.1
Sachsen*	3,369	4.9	120	11.2	105	12.1
Sachsen-Anhalt	1,870	2.7	37	3.4	33	3.8
Mecklenburg- Vorpommern	1,434	2.1	38	3.5	27	3.1
Thüringen	1,926	2.8	13	1.2	9	1.0
Brandenburg	1,843	2.7	71	6.6	64	7.4
Gesamt	68,583	100.0	1,075	100.0	871**	100.0

* Die Stichproben in Bayern (München) und Sachsen (Dresden) wurden wegen der Interventionskomponente größer angelegt

** für 18 Arztpraxen fehlende Daten (Vorfragebogen)

7.2. Fragebögen

7.2.1. Arztfragebogen

Arztbogen SNICAS (vom behandelnden Arzt während oder nach der Konsultation auszufüllen)

1. Geburtsdatum / /

2. Geschlecht ☐ w ☐ m

3. Wurde der Patientenbogen eingesehen? ☐ ja ☐ nein

4. Ist der Patient krankgeschrieben? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, wie viele Tage? Tage

5. Krankenkasse ☐ AOK ☐ BKK ☐ EK ☐ privat ☐ andere

6. Liegt eine der folgenden
Erkrankungen beim Patienten vor?

Schweregrad
Erkrankung

Falls Patient raucht
rauchbedingt?

	nein	ja	leicht	mäßig	schwer	Ja	?	nein
Herzerkrankungen (welche?)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Durchblutungsstörungen im Gehirn	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Durchblutungsstörungen in den Beinen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kreislaufstörungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bluthochdruck	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Häufige Infekte, Grippe, Erkältungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Atemwegserkrankungen, Bronchitis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Asthma bronchiale	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lungenerkrankungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Magen-/Darmerkrankungen, Magengeschwüre	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diabetes mellitus	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Krampfanfälle, neurologische Erkrankungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Krebserkrankungen (welche?)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wundheilungsstörungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Depressionen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Angststörungen (Panikstörung, Generalisierte Angst)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Alkoholprobleme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rauchbedingte Probleme (z.B. Raucherhusten)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Probleme / Erkrankungen (welche?)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Ist oder war der Patient Raucher? ☐ ja ☐ nein
(wenn nein, hier Ende)

8. Ist der Patient derzeit

Gelegenheitsraucher? ☐ ja ☐ nein

regelmäßiger, leichter Raucher? ☐ ja ☐ nein

regelmäßiger, schwerer Raucher? ☐ ja ☐ nein

Ihr Patient raucht . . .

9. . . . wußten Sie dies vor dem heutigen Tag?

☐ ja ☐ nein

10. . . . haben Sie mit ihm bereits darüber gesprochen?

☐ nein ☐ ja, einmal ☐ ja, öfter

11. Wie problematisch ist das Rauchen angesichts des Gesundheitsstatus?

☐ etwas ☐ ausgeprägt ☐ extrem

12. Besteht Einsicht in Rauchproblematik?

☐ ja ☐ nein

13. Aufgeschlossenheit zur Rauchentwöhnung?

☐ gar nicht ☐ etwas ☐ sehr

14. Haben Sie bei diesem Patienten bereits eine Rauchentwöhnung versucht?

☐ nein (*gehe zu 16*)

☐ ja, (welche?)

15. Falls kein oder unbefriedigender Therapieerfolg, warum?

- ☐ Patient hat Arzneimittel nicht vertragen (UAW)
- ☐ ausgeprägte Entzugsbeschwerden
- ☐ Patient bei Therapiebeginn nicht ausreichend motiviert
- ☐ Patient war starkem Stress / Lebenskrise ausgesetzt
- ☐ Rauchen des (Ehe-)/Partners des Patienten
- ☐ starke Verführung am Arbeitsplatz
- ☐ starke Verführung in Freizeit / bei geselligen Anlässen
- ☐ Gewichtszunahme
- ☐ Anwendungsprobleme der Therapie (zu kompliziert)
- ☐ andere Gründe (welche?)

16. Aktueller Handlungsbedarf durch Sie?

☐ nein (*hier Ende*) ☐ fraglich ☐ dringend

17. Welche Maßnahmen wären indiziert?

- ☐ A keine durch mich, Überweisung an Spezialisten notwendig
- ☐ B Beratung / Gespräch zur Motivation
- ☐ C Verhaltenstherapie
- ☐ D Nikotin-Kaugummi
- ☐ E Nikotin-Pflaster
- ☐ F Nikotin-Nasenspray
- ☐ G Bupropion (Zyban)
- ☐ H andere Methoden, (welche?)

18. Ihre persönliche Präferenz (Buchstaben einfügen)

1. ____ / ____ / 2. ____ / ____ / 3. ____ / ____ /

Glossar – bitte wenden!

.....

19. Befürchtete Erschwernisse bei diesem Patienten?

- ☐ zu zeitaufwendig ☐ zu kompliziert für Patienten
☐ Verfahren kontraindiziert ☐ mangelnde Motivation Patient
☐ schlechte Compliance ☐ Zeitpunkt ungünstig
☐ bin zu unerfahren in ☐ Patient zu gestört
indizierter Therapie
☐ andere Gründe (welche?)

7.2.2. Patientenfragebogen

Warum sind Sie heute beim Arzt?

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

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

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

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

Wenn Sie Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an die Arzthelferin.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Befragung!

Professor Dr. Hans-Ulrich Wittchen

Anleitung:

Bitte beantworten Sie alle Fragen! Das Ausfüllen ist leicht – hier zwei Beispiele, die Ihnen das Ausfüllen

erleichtern sollen: Bei manchen Fragen sollen Sie Zahlen angeben, z.B. bei der ersten Frage:

1. Ihr Geburtsdatum: **31 05 1959**
Tag Monat Jahr

Bei anderen Fragen haben Sie mehrere Antwortmöglichkeiten, und Sie sollen alle auf Sie zutreffenden

ankreuzen – die nicht zutreffenden Kästchen lassen Sie einfach leer! z.B. bei Frage 8

8. Mein psychischer Gesundheitszustand ist derzeit . . .

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ eher schlecht ☒ sehr schlecht

A. Zur Person:

1. Ihr Geburtsdatum: Alter

2. Ihr Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

3. Ihre Körpergröße und Ihr Gewicht: Größe cm Gewicht kg

4. Sind Sie derzeit . . . ☐ berufstätig ☐ Hausfrau/-mann ☐ Sonstiges ☐ arbeitslos
☐ berentet/pensioniert

5. Ihr Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ getrennt lebend

6. Anlässe Ihres heutigen Arztbesuches sind . . . Bitte alle Gründe angeben!

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| ☐ Schmerzen | ☐ Probleme im Zusammenhang mit dem Rauchen |
| ☐ Probleme mit dem Herzen | ☐ Probleme im Zusammenhang mit Alkohol |
| ☐ Probleme mit dem Kreislaufsystem | ☐ Routineuntersuchung |
| ☐ Erkältungs- oder Grippe-symptome | ☐ Schlafprobleme |
| ☐ Angstprobleme | ☐ Verletzung, Unfall, Notfall |
| ☐ Niedergeschlagenheit / Depression | ☐ Andere körperliche Probleme und Erkrankungen |
| ☐ Andere psychische Probleme | ☐ Anderer Anlass (z.B. Rezeptabholung) |

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

.....

7. Mein körperlicher Gesundheitszustand ist derzeit . . .

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

8. Mein psychischer Gesundheitszustand ist derzeit . . .

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

9. Wie oft waren Sie (in den letzten 12 Monaten) bei folgenden Ärzten oder Einrichtungen?

..... mal beim Allgemeinarzt / Praktischen Arzt mal beim Psychiater / Neurologen
..... mal beim Facharzt mal beim Psychotherapeuten
..... Tage stationär im Krankenhaus

10. An wie vielen Tagen (in den letzten 4 Wochen) **waren Sie wegen körperlicher Beschwerden nicht in der Lage, Ihren beruflichen und Alltagsaktivitäten nachzugehen?**

☐ keinen Tag ☐ an.....Tagen

11. An wie vielen Tagen (in den letzten 4 Wochen) **waren Sie wegen seelischer Beschwerden nicht in der Lage, Ihren beruflichen und Alltagsaktivitäten nachzugehen?**

☐ keinen Tag ☐ an.....Tagen

12. An wie vielen Tagen (in den letzten 4 Wochen) **waren Sie wegen körperlicher oder seelischer Beschwerden zumindest leicht eingeschränkt?**

☐ keinen Tag ☐ an.....Tagen

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

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

14. Stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

nein ja

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

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

- ☐ nein
- ☐ ja, die Vorwahl lautet: die Telefonnum-
mer:
mein Vorname lautet: der Nachname:

B. Nun einige Fragen zum Rauchen**16. Haben Sie schon jemals in Ihrem Leben eine Zigarette, Zigarre oder Pfeife geraucht?**

- ☐ nein, nie (*Ende des Fragebogens. Danke für Ihre Mitarbeit!*)
- ☐ ja, einmal oder nur wenige Male (*Ende des Fragebogens. Danke für Ihre Mitarbeit!*)
- ☐ ja, öfter Wenn ja, in welchem Alter zum ersten Mal? Im Alter von Jahren

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

- ☐ nein, nie (*Ende des Fragebogens. Danke für Ihre Mitarbeit!*)
- ☐ ja Wenn ja, in welchem Alter zum ersten Mal? Im Alter von Jahren

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

- ☐ nein, nie (*Ende des Fragebogens. Danke für Ihre Mitarbeit!*)
☐ ja, gelegentlich Wenn ja, wie viele ungefähr pro Tag?
☐ ja, regelmäßig Wenn ja, wie viele ungefähr pro Tag?

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

- ☐ innerhalb von 5 Minuten ☐ 6 – 30 Minuten ☐ 31 – 60 Minuten ☐ Nach mehr als 60 Minuten

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

- ☐ ja ☐ nein

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

- ☐ die erste am Morgen ☐ andere

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

- ☐ ja ☐ nein

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

- ☐ ja ☐ nein

24. Denken Sie nun an die Zeit in Ihrem gesamten Leben, in der Sie am meisten geraucht haben. Wieviel haben Sie da ungefähr pro Tag geraucht ?

..... Zigaretten pro Tag Wann war das? Im Alter von Jahren

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

- ☐ ja ☐ nein

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

Trifft dies auch auf Sie zu ?

- ☐ ja ☐ nein

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

..... Zigarren/Zigarillos pro Tag

..... Pfeifen pro Tag

27. Haben Sie schon einmal erfolglos versucht, das Rauchen über einige Tage einzuschränken oder ganz aufzugeben?

- ☐ ja ☐ nein

28. Wie oft haben Sie bisher insgesamt versucht, das Rauchen ganz aufzugeben oder einzuschränken ?

Insgesamt mal (Anzahl, grobe Schätzung reicht)

29. Manche Menschen beobachten bei sich bestimmte Beschwerden, wenn sie versuchen, gar nicht oder weniger zu rauchen. Haben Sie selbst auch schon einmal irgendwelche der folgenden Beschwerden bei sich selbst erlebt?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? (Bitte ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| ☐ Schlafprobleme | ☐ Vermehrter Appetit oder Gewichtsprobleme |
| ☐ Vermehrte Ängstlichkeit, Angstgefühle | ☐ Erhöhte Reizbarkeit |
| ☐ Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren | ☐ Niedergedrückte Stimmung |
| ☐ Verstärkte Nervosität, Ruhelosigkeit | ☐ Kreislaufprobleme |

30. Hat Rauchen bei Ihnen schon mehr als einmal körperliche Beschwerden hervorgerufen, wie anhaltender Husten, Herzbeschwerden, Kreislaufprobleme oder Probleme mit der Lunge?

☐ ja ☐ nein

31. Hat Rauchen (oder das Nichtrauchen) Sie schon mehr als einmal unruhig oder nervös gemacht oder irgendwelche anderen psychischen Beschwerden hervorgerufen oder verschlimmert ?

☐ ja ☐ nein

32. Hatten Sie jemals das Gefühl, Tabak zu brauchen oder von Tabak abhängig zu sein ?

☐ ja ☐ nein

33. Haben Sie schon einmal wichtige Aktivitäten, wie Sport, Ihre Arbeit oder Treffen mit Freunden oder Verwandten wegen des Rauchens aufgegeben oder wesentlich eingeschränkt?

☐ ja ☐ nein

34. Haben Sie schon einmal viele Zigaretten (bzw. Zigarren/Zigarillos/Pfeifen) in schneller Folge hintereinander („eine nach der anderen“) geraucht („Kette geraucht“) ?

☐ ja ☐ nein

35. Finden Sie Ihr aktuelles Rauchverhalten problematisch oder möchten Sie irgendetwas daran verändern?

☐ nein, überhaupt nicht ☐ etwas (z.B.: ich möchte weniger rauchen) ☐ ja, sehr

36. Wie sicher sind Sie, dass Sie etwas an Ihrem Rauchverhalten verändern wollen ?

☐ zu 100% entschlossen ☐ nahezu sicher (75–99%) ☐ eher unsicher ☐ sehr unsicher

37. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu? (Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an!)

- ☐ Ich habe derzeit nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören.
☐ Ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören.
☐ Ich habe vor, in den nächsten sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören.

38. Wie häufig haben Sie in den vergangenen sechs Monaten bewusst versucht, für mindestens 24 Stunden nicht zu rauchen? (Bitte kreuzen Sie die entsprechende Anzahl an!)

☐ 0 mal ☐ 1–2 mal ☐ 3–4 mal ☐ 5–6 mal ☐ 7 mal oder öfter

39. Wären Sie bereit, sofort mit dem Rauchen aufzuhören, wenn Ihr Arzt Ihnen ein geeignetes Behandlungsangebot machen würde?

☐ ja, vielleicht ☐ eher nicht ☐ sicher nicht

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

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

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

☐ nein ☐ ja Wenn ja, wann war das zuletzt? Vor Jahren

42. Was waren Ihre wichtigsten persönlichen Gründe für Ihren Aufhörversuch?

(Mehrfachnennungen möglich)

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

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

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

7.3. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rekrutierung der Ärzte und Antwortraten	17
Tabelle 2: Patientenzahl am Stichtag und verwertbare Fragebögen.....	23
Tabelle 3: Unterschiede zwischen Ärzten, die den Monitoren bekannt waren und Ärzten, die den Monitoren nicht bekannt waren	25
Tabelle 4: Erkennensrate	29
Tabelle 5: Erkennensrate im Zusammenhang mit dem Geschlecht.....	30
Tabelle 6: Erkennensrate im Zusammenhang mit dem Lebensalter	30
Tabelle 7: Erkennensrate im Zusammenhang mit dem Body-Mass-Index	31
Tabelle 8: Erkennensrate im Zusammenhang mit Berufstätigkeit	32
Tabelle 9: Erkennensrate im Zusammenhang mit dem Familienstand	32
Tabelle 10: Erkennensrate im Zusammenhang mit Schmerzen als Anlass des Arztbesuchs	33
Tabelle 11: Erkennensrate im Zusammenhang mit Herzproblemen als Anlass des Arztbesuchs.....	33
Tabelle 12: Erkennensrate im Zusammenhang mit Erkältungs- oder Grippe-symptomen als Anlass des Arztbesuchs	34
Tabelle 13: Erkennensrate im Zusammenhang mit Angstproblemen als Anlass des Arztbesuchs.....	34
Tabelle 14: Erkennensrate im Zusammenhang mit Niedergeschlagenheit/Depression als Anlass des Arztbesuchs	34
Tabelle 15: Erkennensrate und Probleme im Zusammenhang mit dem Rauchen als Anlass des Arztbesuchs.....	35
Tabelle 16: Erkennensrate und Probleme im Zusammenhang mit Alkohol als Anlass des Arztbesuchs.....	35
Tabelle 17: Erkennensrate im Zusammenhang mit Routineuntersuchung als Anlass des Arztbesuchs.....	36
Tabelle 18: Erkennensrate im Zusammenhang mit Schlafproblemen als Anlass des Arztbesuchs.....	36
Tabelle 19: Erkennensrate im Zusammenhang mit anderen Anlässen des Arztbesuchs (z.B. Rezeptabholung)	37
Tabelle 20: Erkennensrate im Zusammenhang mit Herz-/Kreislauf-erkrankungen	38
Tabelle 21: Erkennensrate im Zusammenhang mit Durchblutungsstörungen im Gehirn....	38
Tabelle 22: Erkennensrate im Zusammenhang mit Durchblutungsstörungen der Beine....	39
Tabelle 23: Erkennensrate im Zusammenhang mit häufigen Infekten, Grippe, Erkältungen	39
Tabelle 24: Erkennensrate im Zusammenhang mit Atemwegs- oder Lungenerkrankungen, Asthma.....	40
Tabelle 25: Erkennensrate im Zusammenhang mit Diabetes	40
Tabelle 26: Erkennensrate im Zusammenhang mit Krebserkrankungen	41
Tabelle 27: Erkennensrate im Zusammenhang mit Depressionen	41
Tabelle 28: Erkennensrate im Zusammenhang mit Alkoholproblemen	42
Tabelle 29: Erkennensrate im Zusammenhang mit rauchbedingten Problemen	42
Tabelle 30: Erkennensrate im Zusammenhang mit der Dauer in Jahren seit Rauchbeginn.	43
Tabelle 31: Erkennensrate im Zusammenhang mit Zigaretten pro Tag.....	44
Tabelle 32: Erkennensrate im Zusammenhang mit der Abhängigkeit nach DSM-IV	44
Tabelle 33: Erkennensrate im Zusammenhang mit der Abhängigkeit nach Fagerström....	45
Tabelle 34: Erkennensrate im Zusammenhang mit Problemen mit dem Kreislaufsystem als Anlass des Arztbesuchs	57

Tabelle 35: Erkennensrate im Zusammenhang mit anderen psychischen Problemen als Anlass des Arztbesuchs	57
Tabelle 36: Erkennensrate im Zusammenhang mit Verletzung, Unfall als Anlass des Arztbesuchs	58
Tabelle 37: Erkennensrate im Zusammenhang mit anderen körperlichen Erkrankungen als Anlass des Arztbesuchs	58
Tabelle 38: Erkennensrate im Zusammenhang mit dem körperlichen Gesundheitszustand	58
Tabelle 39: Erkennensrate im Zusammenhang mit Magen-/Darmerkrankungen	59
Tabelle 40: Erkennensrate im Zusammenhang mit neurologischen Erkrankungen, Krampfanfällen	59
Tabelle 41: Erkennensrate im Zusammenhang mit Wundheilungsstörungen	60
Tabelle 42: Erkennensrate im Zusammenhang mit Angststörungen	60
Tabelle 43: Erkennensrate im Zusammenhang mit anderen Problemen/Erkrankungen	60
Tabelle 44: Verteilung der API-Ärzte und Ärzte der SNICAS-Studie	60

7.4. *Abbildungsverzeichnis*

Abbildung 1: SNICAS Studiendesign	13
---	----

7.5. *Literaturverzeichnis*

- 1 WHO: Tobacco or health: a global status report. Geneva: World Health Organization, 1997
- 2 WHO: Gemeinsam handeln-Tabakkonsum reduzieren: Dokumentation der Abschlusskonferenz des WHO-Partnerschaftsprojektes Tabakabhängigkeit (1999-2002)
- 3 Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ* 2000; 321(7257): 323-329.
- 4 Statistisches Bundesamt (2004). Mikrozensus 2003-Fragen zur Gesundheit-Rauchgewohnheiten der Bevölkerung im Mai 2003. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- 5 Statistisches Bundesamt (2000). Mikrozensus 1999-Fragen zur Gesundheit-Rauchverhalten der Bevölkerung. Metzler-Poeschel, Stuttgart 2000
- 6 Statistisches Bundesamt. Mikrozensus 2005-Fragen zur Gesundheit; <http://www.destatis.de>
- 7 WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. <http://data.euro.who.int.hfadn>
- 8 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2000), Die Drogenaffinitätsstudie Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland-Wiederholungsbefragung 2001. BZgA-Bericht: Köln
- 9 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. BZgA: Köln
- 10 Kröger C, Heppekausen K, Kraus L. Epidemiologie des Tabakkonsums und die Situation der Raucherentwöhnung in Deutschland. *Z Med Psychol* 11 (2002), 149-155
- 11 World Health Organization (WHO) (1990). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health.

- 12 Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I. (1998). Diagnostische Kriterien DSM-IV. Göttingen: Hogrefe
- 13 WHO: Raucherentwöhnung leicht gemacht-Empfehlungen für Gesundheitsberufe-Informationsschrift der „Koalition gegen das Rauchen“ (1999)
- 14 Heatherton T, Kozlowski L, Frecker R, Fagerström K (1991). The Fagerström-Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86 (9), 1119-1127
- 15 Kraus L, Augustin R (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 47 (suppl. 1)
- 16 Ruff L, Volmer T, Nowak D, Meyer A: The economic impact of smoking in Germany. *European Respiratory Journal* 16 (2000) 363-390
- 17 West R R. Smoking: its influence on survival and causes of death. *JR Coll Physicians Lond* 1992; 26: 357-366
- 18 Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observation on male British doctors. *BMJ* 1994; 309(6959): 901-911
- 19 Welte R, König H H, Leidl R (2000). The costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. *European Journal of Public Health*, 10, 31-38.
- 20 Bellach B M, Knopf H. Der Bundesgesundheitsurvey 1997/98. *Das Gesundheitswesen* 2004; 60 (Sonderheft 2): 59-68
- 21 McEwen A, West R (2001). Smoking cessation activities of general practitioners and nurses. *Tobacco Control*, 10, 27-32.
- 22 Hoch E, Muehlig S. Raucherentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung: Ziele, Design und Methoden der „Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening (SNICAS)“-Studie. *Suchtmed* (2004); 6:32-46
- 23 Flatten G, Karsa L, Kerek-Bodden H E, Lang A (1991). Monitoring der Gesundheitsuntersuchung gemäß §25 SGB V. Deskriptiver Bericht der Untersuchungsergebnisse im 1.Halbjahr 1990. Köln: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.
- 24 Silagy C, Stead L F (2004). Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- 25 Fiore M C, Bailey W C, Cohen S J et al. (2000). Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- 26 Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2000). Inanspruchnahme von Hilfen zur Erlangung der Nikotin-Abstinenz, *Sucht* 46 (6), 398–407.
- 27 Wittchen, H.-U., Muehlig, S. & Beesdo, K. (2003). Mental Disorders in Primary Care. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 6, 115-128.
- 28 Fowler G (1997). Smoking cessation: the role of general practitioners, nurses and pharmacists. In C.T. Bolliger, K.O. Fagerström (Hrsg.). *The tobacco epidemic. Progress in Respiratory Research*, pp.165-177, Basel: Karger.
- 29 Jarvis M.J (1997). Patterns and predictors of smoking cessation in the general population In C.T. Bolliger, K.O. Fagerström (Hrsg.). *The tobacco epidemic. Progress in respiratory research*, pp. 151-164. Basel: Karger.
- 30 Sonntag H, Hoch E, Jahn B, Spiegel B, Pfister H, Wittchen H-U (2003). Tabakentwöhnungsmaßnahmen in der allgemeinärztlichen Versorgung: Implementierung, Effektivität und Wege einer optimierten Allokation. *Suchtmedizin*, 5 (2), 137-141.

- 31 Wittchen H-U, Sonntag H, Nowak D, Kröger C, Schmidt L G (2002).
Raucherentwöhnung beim Hausarzt – Illusion oder Perspektive? *Der Hausarzt*,
6, 49-53.
- 32 Ferry L H (1999). Overcoming barriers to nicotine dependence treatment.
Primary care, 26 (3). 707 – 46 + Sept 1999.
- 33 Mühlig S, Hagenau K, Hoch E, Sonntag H, Höfler M, Wittchen H-U (2003).
Rauchentwöhnung in der primärärztlichen Praxis: Einstellungen, Therapieerfah-
rungen und therapeutische Präferenzen von Hausärzten. *Suchttherapie*, 4, 51-58.
- 34 Muehlig Mühlig S, Hoch E, Hoefler M, Pittrow D, Wittchen H-U (2003).
Design and Methods of SNICAS study. *International Journal of Methods in
Psychiatric Research*, 12 (4), 208-228.
- 35 Wittchen H-U, Perkonig A, Lachner G, Nelson C B (1998). “Early develop-
mental stages of psychopathology study (EDSP)”- Objectives and design. *Euro-
pean Addiction Research*, 4 (1-2), 18-27.
- 36 Wittchen H-U (Hrsg.) (2000). Depression 2000. Eine bundesweite Depressions-
Screening-Studie in Allgemeinarztpraxen. *MMW-Fortschritte der Medizin*, 118
(suppl. I/2000), 1-4.
- 37 Winter S, Wittchen H-U, Höfler M, Spiegel B, Ormel H, Mueller N, Pfister H
(2000). Design und Methoden der Studie "Depression 2000". *MMW Fortschrit-
te der Medizin*, 118 (suppl. 1), 11-21.
- 38 Krause P, Wittchen H-U, Küpper B, Sharma A M, Ritz E, Göke B, Lehnert H,
Unger T, Kirch W, Pittrow D, Tschöpe D (2002). The Hypertension and Diabe-
tes Screening and Awareness Study (HYDRA): Aims, design and methods of an
innovative epidemiological approach. *European Journal of Public Health*, 12
(suppl.), 70
- 39 Robins J, Wing L N, Wittchen H-U, Helzer J E, Babor T F, Burke J, Farmer A,
Jablenski A, Pickens R, Regier D A (1988b) The Composite International Di-
agnostic Interview. An epidemiologic Instrument suitable for use in conjunction
with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General
Psychiatry* 45, 1069–1077
- 40 Jaekle C, Keller S, Baum E, Basler H-D (1999). Skalen zur Selbstwirksamkeit
und Entscheidungsbalance im Prozess der Verhaltensänderung von Rauchern.
Diagnostica, 45 (3), 138-146
- 41 Helmert U, Shea S, Baumann K (1999). Social correlates of cigarette smoking
cessation: findings from the 1995 microcensus survey in Germany. *Reviews on
Environmental Health*, 14, 239-249.
- 42 Mielck A (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse,
Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Verlag Hans Huber.
- 43 Möhring J (2006). Hausarztcharakteristika als Prädiktoren für die Erkennensrate
und die Rate an versuchten Rauchentwöhnungen bei rauchenden Hausarztptati-
enten in Deutschland. Dissertationsschrift

7.6. Sonstiges: Internationale Kriterien für Nikotinabhängigkeit

Internationale Kriterien für Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV:

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

Um eine Abhängigkeit diagnostizieren zu können, müssen von diesen sechs Kriterien mindestens drei gleichzeitig für mindestens einen Monat bestanden haben, oder mindestens drei gleichzeitig für einen kürzeren Zeitraum, dafür aber wiederholt innerhalb von 12 Monaten.

8. Lebenslauf

Name: Anna von Schirnding de Almeida
Adresse: Zennerstr.3, 81379 München
e-mail: annaalmeida@gmx.de
Geburtsdatum: 26.04.1980
Geburtsort: Rosenheim

Ausbildung:

1999 Abitur am Sophie-Scholl-Gymnasium, München
2000-2007 Medizinstudium an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Berufserfahrung:

2003-2005: Anästhesieassistenz in der kinderchirurgischen Praxis Dr. Angerpointner, München
Juni 2005-2006: freie Autorin für „Sean Monks Ärzte-im-Netz“
Seit Juni 2007: Assistenzärztin, Neonatologie, Universitätsfrauenklinik Maistraße, München

Praktische Tätigkeiten im medizinischen Bereich:

Famulaturen: Pädiatrie Kinderklinik „Rauchfuss“ St Petersburg, Russland
Chirurgie Praxis Hall/Braun für ambulante Chirurgie, München
Pädiatrie Dr. von Hauner'schen Kinderspital, München
Anästhesie kinderchirurgische Praxis Dr. Angerpointner, München

Praktisches Jahr: Pädiatrie Dr. von Haunersches Kinderspital München
Chirurgie CHU Pointe-à-Pitre, Guadeloupe
Innere Medizin Hôpital Saint-Antoine, Paris

Doktorarbeit: Kooperation der Arbeits- und Umweltmedizin, LMU und des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, München, bei Prof. Dr. Nowak:
„Welche Patientenmerkmale bestimmen die Erkennensrate des Raucherstatus- Eine Querschnittsstudie bei Hausärzten“

Fremdsprachenkenntnisse:

Englisch: sehr gute Kenntnisse
Französisch: sehr gute Kenntnisse
Russisch: gute Kenntnisse
Spanisch: Grundkenntnisse
Italienisch: Grundkenntnisse
Japanisch: Grundkenntnisse

Interessen: Musik, Theater, Sprachen

9. Danksagung

Ich danke Prof. Dr. med. D. Nowak für die Überlassung des Themas, die freundliche Unterstützung und die hilfreichen Korrekturen.

Dr. Eva Hoch danke ich für die sehr engagierte Betreuung. Sie hat mich mit fachlicher Kompetenz und viel Geduld unterstützt.

Bei Dipl.-Stat. Michael Höfler bedanke ich mich für die große Hilfe bei den statistischen Auswertungen.

Ich danke Frau PD Dr. Radon für den hilfreichen Kurs „Praktische Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten“.

Ich danke Prof. Dr. H-U Wittchen für die Möglichkeit, diese Arbeit aufgrund der Daten der SNICAS-Studie erstellen zu dürfen.

Außerdem bedanke ich mich sehr herzlich bei Dr. Julia Möhring und Dr. Katja Köhler, meinen Kolleginnen und Mitstreiterinnen, die mir mit Rat und Tat zur Seite standen.