

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

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

und dem

**Max-Planck-Institut für Psychiatrie München
Direktor: Prof. Dr. Dr. Florian Holsboer
Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Epidemiologie
Prof. Dr. Hans Ulrich Wittchen
Dr. rer. nat. Eva Hoch**

**DSM IV und Fagerström: Korrelation von Nikotinabhängigkeit, soziodemographischen
Faktoren und persönlichen Rauchgewohnheiten.**

**Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität München**

**Vorgelegt von
Andreas Baumann**

aus

Passau

2008

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. D. Nowak

Mitberichterstatter: Prof. Dr. M. Soyka
Priv. Doz. Dr. O. Pogarell

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

Dekan: Prof. Dr. med. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 13.03.2008

1	DIE EPIDEMIOLOGIE DES RAUCHENS	5
2	NIKOTINABHÄNGIGKEIT	9
2.1	ÄTIOLOGIE DER NIKOTINABHÄNGIGKEIT.....	9
2.1.1	Biologische Faktoren.....	9
2.1.2	Lernpsychologische Faktoren.....	11
2.1.3	Genetische Faktoren.....	12
2.2	DIE DIAGNOSTISCHEN KLASSIFIKATIONSSYSTEME	13
2.2.1	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (APA, 1994)	13
2.2.2	Der Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit	14
2.2.3	Gemeinsamkeiten und Unterschiede des DSM und des FTND.....	17
3	DAS HAUSARZTSETTING	19
4	METHODE UND MATERIAL	22
4.1	SNICAS-DESIGN	22
4.1.1	Aufbau der Studie.....	22
4.1.2	Ablauf der SNICAS-Studie.....	24
4.1.3	Interventionsstudie	26
4.2	BESCHREIBUNG DES ÄRZTE- UND PATIENTENKOLLEKTIVS.....	26
4.2.1	Ärzte.....	26
4.2.2	Beschreibung des Ärztekollektivs	28
4.2.3	Patienten.....	30
4.2.4	Beschreibung des Patientenkollektivs.....	30
4.3	MESS- UND AUSWERTINSTRUMENTE DER SNICAS-STUDIE	35
4.3.1	Praxiserhebungsbogen	35
4.3.2	Patienten- und Arztfragebögen	35
4.4	ZUSAMMENFASSUNG DER SNICAS-STUDIE UND AUSGANGSPUNKT DER EIGENEN ARBEIT.....	36
4.5	EIGENE MITWIRKUNG AN DER SNICAS-STUDIE UND ABGRENZUNG DER VORLIEGENDEN ARBEIT	37
5	ZIELSETZUNG.....	38
6	STATISTIK.....	40
7	ERGEBNISSE.....	41

7.1	GRÖßENORDNUNG DER NIKOTINABHÄNGIGKEIT BEI HAUSARZT-PATIENTEN..	41
7.1.1	Nikotinabhängigkeit und Geschlecht (n = 28707)	41
7.1.2	Nikotinabhängigkeit und Lebensalter (n = 28.707).....	41
7.1.3	Nikotinabhängigkeit, Rauchsituation und Rauchbiographie (n = 28.707) 44	
7.1.4	Gegenüberstellung der Ergebnisse des DSM und des FTND (n = 28.707) 45	
7.2	DIE 8.490 ALS RAUCHER KLASSIFIZIERTEN PROBANDEN	49
7.2.1	Raucher und ihr Geschlecht (n = 8490).....	51
7.2.2	Das Alter der Raucher (n = 8.490)	53
7.2.3	Die Rauchsituation im Umfeld der Probanden (n = 8.490)	59
7.2.4	Die Rauchbiographie (n = 8.490).....	63
8	DISKUSSION.....	69
8.1	DISKUSSION DER METHODE	69
8.1.1	Das Hausarztsetting.....	69
8.1.2	Stärken der Methode.....	69
8.1.3	Schwächen der Methode	70
8.2	DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....	72
8.3	FAZIT UND AUSBLICK	76
9	ZUSAMMENFASSUNG	80
10	ABBILDUNGSVERZEICHNIS:.....	82
11	TABELLENVERZEICHNIS:	83
12	LITERATURVERZEICHNIS.....	86
13	ANHANG.....	91
14	DANKSAGUNG	118
15	LEBENS LAUF.....	119

1 Die Epidemiologie des Rauchens

Zweifelsfrei ist das Rauchen die weltweit häufigste Todesursache.¹ Am Tabakkonsum sterben Jahr für Jahr mehr Menschen als – im Folgenden zusammengerechnet – an den großen Infektionskrankheiten unserer Zeit, HIV und Tuberkulose, und an Gewalt in Form von Mord, Selbstmord und Verkehrsunfällen. Die WHO schätzt, dass in den kommenden 20 Jahren mehr als 10 Millionen Menschen pro Jahr an den Folgen des Tabakkonsums versterben werden. Das entspricht einem Achtel der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland, und dies als Sterberate für jedes Jahr.

Der Begriff „Epidemiologie“ stammt ursprünglich aus der Forschung zu Epidemien, also zur Verbreitung und Verteilung übertragbarer und nicht übertragbarer Krankheiten. In der Psychologie befasst sich die Epidemiologie mit der Verteilung bzw. Verbreitung psychischer Störungen in der Bevölkerung sowie deren Determinanten. Die Prävalenz ist das in der epidemiologischen Forschung am häufigsten benutzte Maß. Man versteht darunter die Häufigkeit aller Krankheitsfälle in einer bestimmten Population zu einem Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder während einer Zeitperiode (Periodenprävalenz).² In Zusammenhang mit dem Rauchen wird häufig die Lebenszeitprävalenz, die 4- oder die 12-Monatsprävalenz bzw. die Wochenprävalenz dargestellt.

Die Folgen des Rauchens kann man aus zwei Blickwinkeln betrachten. Zum einen führt der Tabakkonsum zu einer großen Anzahl von Erkrankungen, zum anderen folgen aus dieser Schädigung der eigenen Gesundheit enorme Kosten für die Gemeinschaft.

Ein Blick in das deutsche Krebsregister zeigt, dass Tumoren bei Männern am häufigsten in den Lungen lokalisiert sind.³ Rund 30.000 Männer und über 10.000 Frauen erkranken pro Jahr an Lungenkrebs.⁴ Bereits 1995 konnten Boyle et al. zeigen, dass über 90 % der Tumoren im Bereich der Lunge durch die Meidung der Noxe Tabakrauch zu verhindern gewesen wären.⁵ Bei einer Mortalitätsrate des Lungenkarzinoms von 68 %⁴ entspricht dies rund 25.000 vermeidbaren Todesopfern im Jahr 2003.

Doll et al. beobachteten über 50 Jahre 34.439 männliche britische Ärzte mit dem Ergebnis, dass Rauchen die Inzidenz bestimmter Erkrankungen deutlich erhöht. So starben die zwischen 1900 und 1930 geborenen Raucher im Mittel um zehn Jahre früher als die im selben Zeitraum geborenen Nichtraucher. Die Wahrscheinlichkeit, zwischen dem 35. und 69. Lebensjahr zu versterben, lag bei den rauchenden Ärzten bei 42 % gegenüber nur 24 % bei den nichtrauchenden Ärzten. In Tabelle 1 ist dargestellt, um welchen Prozentsatz das Risiko, an der jeweiligen Erkrankung zu leiden, erhöht ist.^{6 7 8 9}

Tabelle 1: Durch Rauchen erhöhtes Risiko für folgende Erkrankungen

Krankheit	ICD 10	Attributables Risiko
Lungenmalignom	J 44.99	89 %
COPD	I 25.9	73 %
Kehlkopfmalignom	C 34.9	65 %
Mund- und Rachenmalignom	I 67.88	65 %
KHK	C 04.9	35 %
Cerebrovaskuläre Erkrankungen	I 70.9	28 %
Atherosklerose	C 14.0	28 %

(nach Ruff et al.⁶)

Insgesamt verursacht das Tabakrauchen 40–45 % aller Krebstodesfälle, 90–95 % aller Lungenkrebsfälle, 75 % aller COPD und 35 % aller Herz und Kreislaufkrankheiten.¹⁰ Abhängig von den individuellen Rauchgewohnheiten ist die Lebenserwartung eines Lebenszeit-Nichtrauchers gegenüber einem Raucher um 3–8 Jahre erhöht.¹¹ Setzt ein 20jähriger Raucher seine Rauchgewohnheiten ein Leben lang fort, so ist seine Lebenserwartung um 4,3 Jahre geringer als die eines Lebenszeit-Nichtrauchers. Das entspricht umgerechnet 7 Minuten pro Zigarette.¹²

Im Jahr 1996 beliefen sich die Gesamtkosten des Tabakrauchens für das deutsche Gesundheitssystem auf 16,6 Milliarden Euro. Das entspricht einer Belastung per capita von 205,96 Euro. Allein die COPD verursachte Kosten in Höhe von 5,5 Milliarden Euro. Nimmt man noch die übrigen Erkrankungen der Lunge und der Atemwege und die Lungenkarzinome dazu, summieren sich die Kosten im Jahr 1996 auf 8,1 Milliarden Euro, was in etwa 50 % der Gesamtkosten entspricht.

Die Tabelle 2 gibt Aufschluss über die Kostenverteilung auf die häufigsten rauchbedingten Erkrankungen.⁶

Tabelle 2: Kosten für das Gesundheitswesen verursacht durch Tabakrauchen

<i>Erkrankung</i>	<i>ICD 10</i>	<i>Kosten relativ in Tausend Euro</i>	<i>Kostenanteil an den Gesamtkosten in %</i>
COPD	J 44.99	5.471	33,0
KHK	I 25.9	4.963	29,9
Lungenkrebs	C 34.9	2.593	15,7
Cerebrovaskuläre Erkrankungen	I 67.88	1.774	10,7
Mund- und Rachenkrebs	C 04.9	771	4,7
Atherosklerose	I 70.9	762	4,6
Kehlkopfkrebs	C 14.0	226	1,4
<i>Gesamt</i>		<i>16.561</i>	<i>100,0</i>

(nach Ruff et al.⁶)

Die Mikrozensus-Befragung des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden ergab, basierend auf Daten vom Mai 2003, dass in Deutschland 33 % der Männer und 22 % der Frauen rauchten. In absoluten Zahlen sind dies rund 16,7 Millionen Menschen in Deutschland.¹³

Der Bundesgesundheitsurvey zeigte 1998, dass 37 % der Männer und 28 % der Frauen Raucher waren. Am höchsten ist der Anteil der Raucher in der Altersgruppe zwischen 18 und 24 Jahren: 49 % der männlichen Jugendlichen und 44 % der weiblichen konsumierten Tabak. Außerdem zeigte sich, dass das männliche Geschlecht nicht nur statistisch gesehen häufiger, sondern auch mengenmäßig mehr rauchte, und damit in einem jüngeren Lebensalter begann. Im Schnitt konsumierte ein männlicher Jugendlicher zwischen 18 und 24 Jahren 20 Zigaretten pro Tag, wohingegen weibliche Jugendliche gleichen Alters nur rund 16 Zigaretten pro Tag rauchten. 86 % der Männer starteten den Tabakkonsum unter 20 Jahren, 80 % in der weiblichen Vergleichsgruppe.¹⁴ Besonders erschreckend erscheint es, dass die Zahl der jugendlichen Raucher zunimmt.¹⁵ In keinem anderen Land rauchen so viele Jugendliche wie in Deutschland. Vergleicht man die Prävalenzrate für Rauchen von deutschen Jugendlichen (33 %) mit den Prävalenzraten in Großbritannien (24 %) oder Dänemark (19 %), dann wird das Ausmaß der Problematik deutlich.¹⁶ Alarmierend ist außerdem, dass die Häufigkeit der Nikotinabhängigkeit unter jüngeren Rauchern deutlich höher ist als bei älteren Rauchern.¹⁷

Wie Stapleton et al. zeigen konnten, korreliert das Ausmaß der Abhängigkeit in hohem Maße negativ mit dem Therapieerfolg einer Entwöhnung. Das heißt, je abhängiger ein Raucher ist, desto schwerer ist es für ihn, abstinent zu sein bzw. zu bleiben.¹⁸ Trotzdem hat im letzten Jahr fast jeder Dritte versucht, das Rauchen aufzugeben.¹⁴ Bei diesen Versuchen steht die Hilfe durch den Ehepartner oder die Familienangehörigen an erster Stelle. Professionelle Hilfen, z. B. in Form von Entwöhnungskursen, werden nur von einer Minderheit in Anspruch genommen.¹⁹

Im Jahr 2001 wurden in Deutschland pro Kopf 1.699 Zigaretten und 31 Zigarren geraucht. Das ergibt im Ganzen 139,6 Millionen Zigaretten, 2,5 Millionen Zigarren, 14,6 Tonnen Feinschnitt-Tabak und 909 Tonnen Pfeifentabak.¹⁰

Die Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychotroper Substanzen wird seit 1980 mit Hilfe eines Fragebogens aus den vier Themenbereichen Drogen, Alkohol, Medikamente und Tabak erstellt. Die Teilnehmer werden in zwei Schritten aus dem Einwohnermelderegister ausgewählt und dann nach Alter und Geschlecht gewichtet, um die demographische Grundstruktur der Grundgesamtheit besser abzubilden.

In der Tabelle 3 ist die Verteilung von Nichtrauchern, Ex-Rauchern und Rauchern im Jahr 2003 dargestellt und nach Alter und Geschlecht geordnet. Als Raucher werden Personen definiert, die in den letzten 30 Tagen geraucht haben. Nichtraucher sind Personen, die zwar schon Tabakwaren probiert haben, insgesamt aber nicht mehr als 100 Zigaretten oder Ähnliches geraucht haben. Ex-Raucher sind Personen, die in ihrem Leben mehr als 100 Zigaretten geraucht haben, derzeit aber abstinent sind.¹⁹

Tabelle 3: Raucher, Ex-Raucher und Nichtraucher in Deutschland

	<i>Geschlecht</i>			<i>Altersgruppen</i>					
	<i>Gesamt</i>	<i>Männer</i>	<i>Frauen</i>	<i>18–20</i>	<i>21–24</i>	<i>25–29</i>	<i>30–39</i>	<i>40–49</i>	<i>50–59</i>
<i>N (absolut)</i>	8.055	3.647	4.408	394	571	763	2.265	2.024	2.038
<i>Nichtraucher</i>	42,7	35,2	50,4	49,4	51,9	48,0	42,0	36,0	43,2
<i>Ex-Raucher</i>	22,5	25,8	19,0	5,6	7,4	14,4	20,1	29,0	32,6
<i>Raucher</i>	34,8	38,9	30,6	45,0	40,7	37,6	37,9	35,0	24,2

(nach Kraus und Augustin¹⁹)

2 Nikotinabhängigkeit

2.1 Ätiologie der Nikotinabhängigkeit

Die WHO definiert den Begriff „Sucht“ als einen Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, verursacht durch wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Substanz, die für das Individuum und die Gemeinschaft schädlich ist.²⁰ Man unterscheidet zwischen psychischer und physischer Abhängigkeit. Die psychische Abhängigkeit ist definiert als übermächtiges, unwiderstehliches Verlangen, eine bestimmte Substanz wieder einzunehmen, um Lust zu erzeugen oder um Unlust abzuwenden. Physische Abhängigkeit ist charakterisiert durch Toleranzentwicklung, verbunden mit stetig erforderlicher Dosissteigerung, sowie dem Auftreten von Entzugserscheinungen.²¹

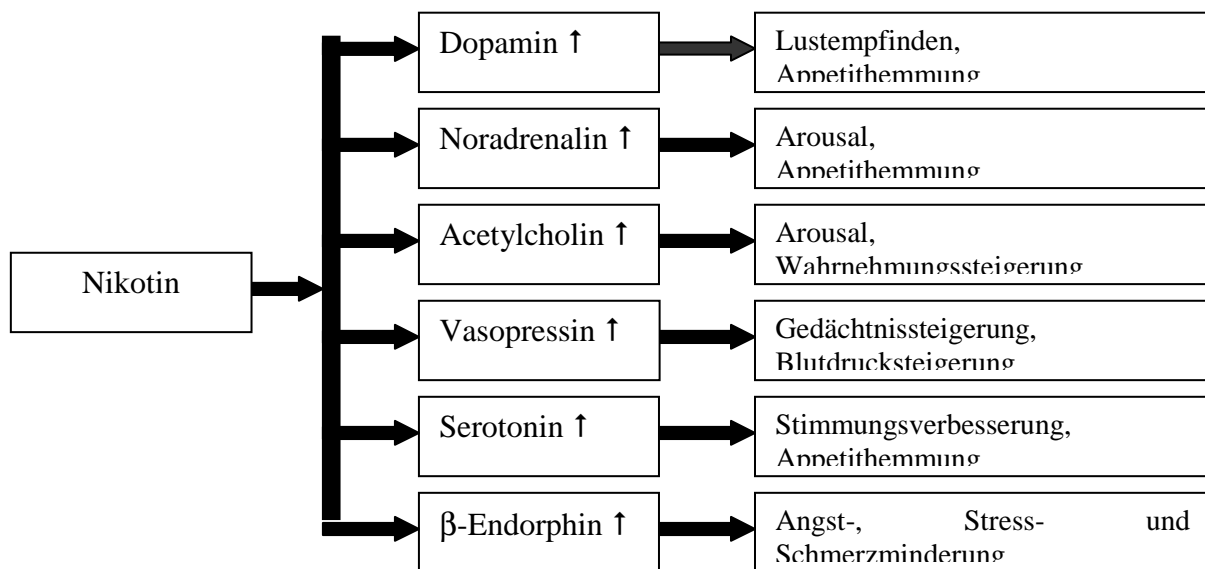
2.1.1 Biologische Faktoren

Im Rauch einer Zigarette findet man mehrere tausend unterschiedliche Substanzen. Für die Erzeugung von Abhängigkeit ist jedoch das Nikotin verantwortlich.²² Es wird beim Tabakrauchen inhaliert und gelangt über den Mechanismus des Gasaustausches in die Blutbahn. Ist das Nikotin einmal im Körper, findet es binnen weniger Sekunden seinen Weg ins zentrale Nervensystem, wo es an spezielle Rezeptoren dockt und eine Ausschüttung verschiedener Neurotransmitter initiiert. Dazu gehören sowohl inhibierende als auch aktivierende Transmittersysteme, wie z.B. das noradrenerge System, das adrenerge und das dopaminerge. Vor allem das Letztere spielt bei der Pathophysiologie der Nikotinsucht eine zentrale Rolle. Da das mesolimbisch-mesokortikale Dopaminsystem eine Art physiologisches Belohnungssystem unseres Körpers darstellt, kommt es zu einem intensiven Verlangen nach einer erneuten „Dopamindusche“ nach Abfall des Nikotinspiegels im Organismus.^{23 24}

Dieses „positive Verstärkersystem“ besteht bei Menschen, wie bei den meisten höheren Säugetieren, hauptsächlich aus dopaminergen Fasern des medialen Vorderhirnbündels, eines weit gestreuten subkortikalen Fasersystems, das vom Tegmentum des Mittelhirns ins Vorderhirn zieht. Fasern, die für positive Verstärkung verantwortlich gemacht werden, sind ausschließlich schnell leitende, myelinisierte Fasern. Diese Bahnen ziehen vom lateralen Hypothalamus durch das mediale Vorderhirnbündel in das ventrale Tegmentum und enden im Nucleus accumbens, welcher ein Teil des mesolimbischen Systems ist. In enger Nachbarschaft dazu liegen der Hypothalamus und das Septum.²⁵ Klinische Studien haben

zeigt, dass eine Stimulation dieser Regionen zu Glücksgefühlen, sozusagen einer inneren Befriedigung führt. Gibt man dem Individuum die Möglichkeit zur Selbststimulation, sei es elektrophysiologisch oder pharmakologisch, so reizt es sich selbst bis zur völligen Erschöpfung.²⁶ Voraussetzung für die Entstehung von Sucht ist eine direkte Erregung, z. B. durch Dopaminagonisten wie Nikotin, unabhängig von natürlichen Reizen und Kontingenzen, bei sinkendem zeitlichen Abstand. Sucht funktioniert somit nicht anders als andere natürliche Verstärkersysteme, wie z. B. Freude, Bindung und Appetit. Vor dem Hintergrund, dass viele Substanzen, wie z. B. Amphetamine, Kokain, Alkohol, Opiate und Barbiturate, dieses System in gleicher Art und verschiedener Intensität erregen, ist auch die Kreuztoleranz und die hohe Koinzidenz der genannten Substanzen mit dem Nikotinabusus zu erklären²⁷ (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Rauchen aus neurochemischer Sicht



(nach Schmidt und Thews²⁸)
 (Anm. ty: Bitte Änderung „Angst-“, prüfen.)

Für die rasch entstehende Entzugssymptomatik scheint das negative Verstärkersystem verantwortlich zu sein.²⁹ Für verschiedene suchtauslösende Substanzen existieren differente Aversionsgefühle, das heißt, sie besitzen unterschiedliche, zum Teil getrennte Entzugssysteme. Ob nun die Entzugserscheinungen durch Hypersensibilität der Synapsen der postsynaptischen Zellen dieser Aversionssysteme oder durch einen anderen Vorgang der Neuroadaptation bewirkt werden, dies ist unklar.²⁶ Typische Symptome dieses Entzugssyndroms sind dysphorische oder depressive Stimmungen, Schlaflosigkeit, Ablenkbarkeit, Enttäuschung oder Ärger, Angst, Konzentrationsschwierigkeiten, Unruhe, eine

verminderte Herzfrequenz, gesteigerter Appetit und Gewichtszunahme.³⁰

Eine sich allmählich entwickelnde Toleranz gegenüber Nikotin ist mit einer Erhöhung der Dichte an Nikotinrezeptoren im Gehirn zu erklären. So muss eine immer höhere Nikotindosis konsumiert werden, um eine ähnliche Wirkung zu erzielen.³¹

2.1.2 Lernpsychologische Faktoren

Neben den erwähnten psychoaktiven Wirkungen des Nikotins spielen auch klassische und operante Lernmechanismen sowie Modelllernen eine entscheidende Rolle für die Entstehung einer Nikotinabhängigkeit. Der russische Physiologe Iwan Petrowitsch Pawlow erkannte, dass Lernvorgänge durch zeitliche und räumliche Nähe von neutralen Reizen und konditionierten Reizen und – in der Folge – Verhalten stattfinden können. Dies nennen wir „klassische Konditionierung“. Tritt repetitiv ein neutraler Reiz (z. B. ein Geräusch) zusammen mit dem ursprünglichen Reiz (z. B. dem Futter) auf, dann entsteht eine enge Verknüpfung zwischen dem ursprünglichen und dem neutralen Reiz, der auf diese Weise zum konditionierten wird, was zur Folge hat, dass der konditionierte Reiz zum Auslöser für das Verhalten wird und dieses in Zukunft praktisch ohne Ursprungsreiz auslöst. Typische konditionierte Reize in diesem Sinne können z. B. der Anblick einer Tasse Kaffee, eine volle Zigarettenschachtel oder einfach Stress sein.

Unter „operanter Konditionierung“ verstehen wir das Lernen aus Konsequenzen, also Lernen unter Einfluss von Bestrafung/Belohnung. Es handelt sich um ein von Thorndike eingeführtes und von Skinner erweitertes Modell des Lernens durch Verstärkung. Positive Konsequenzen lassen das Verhalten häufiger werden, negative reduzieren es. Nikotin wirkt in diesem Sinne als schnell und angenehm wirkende Substanz und somit als positiver Verstärker.³²

Ein Bindeglied zwischen den oben genannten Reiz-Reaktionsketten stellen kognitive Prozesse, wie Erwartungen und Einstellungen, dar. Sie haben entscheidenden Anteil daran, ob auf einen Reiz auch ein Verhalten folgt. So spielen beim Rauchen Erwartungen an die angenehme Wirkung des Nikotins oder Befürchtungen vor den Konsequenzen des Nicht-Rauchen-Könnens eine große Rolle. Das S-O-R-K-Modell nach Kanfer und Phillips³³ ist ein heuristisches Modell und dient dem Verständnis und der Analyse des Verhaltens und seiner Bedingungen (Abbildung 2).

Abbildung 2: Verhaltensanalytisches S-O-R-K-Modell des Rauchens

S	O	R	K
<i>Situation</i>	<i>Organismus</i>	<i>Reaktion</i>	<i>Konsequenz</i>
Stress, Unsicherheit, Ärger, Nikotinmangel, Kaffeegeruch etc.	Körperliche und/oder seelische Unruhe, Unausgeglichenheit, Erwartung, dass das Rauchen diesen Zustand beendet	RAUCHEN	Kurzfristige angenehme Konsequenz: Beruhigung, Entspannung, Stressbewältigung etc.

(nach Hoch³⁴)

Lernen am Modell bzw. soziales Lernen geht auf Untersuchungen von Bandura zurück und spielt vor allem bei Kindern und Jugendlichen eine Rolle. Lösen sich Jugendliche von ihrem Elternhaus ab, so beginnen sie, sich zunehmend an ihrer „Peergroup“ zu orientieren. Auf diese Weise entstehen häufig positive Erlebnisse, die mit dem Rauchen assoziiert sind.³⁵

2.1.3 Genetische Faktoren

Zur Zeit ist noch unklar, ob einzelne Gene oder Genkombinationen eine Rolle bei der Entstehung von Abhängigkeit spielen. Unbestritten ist jedoch, dass bestimmte genetische Faktoren für Abhängigkeitsfaktoren mit verantwortlich sein können. Nervenzellen, welche die psychoaktive Wirkungsweise von Drogen vermitteln, werden über Rezeptoren aktiviert oder deaktiviert. An der Ausbildung dieser Rezeptoren sind Gene beteiligt. Bisher sind verschiedene Rezeptoren, wie z. B. Dopamin-, Opioid- und Serotoninrezeptoren, untersucht worden. Mit hoher Wahrscheinlichkeit ist es so, dass es nicht *das* Gen für Abhängigkeitserkrankungen gibt. Ein Zusammenspiel von genetischen Faktoren und Umweltfaktoren liegt aber nahe.³⁶

2.2 Die diagnostischen Klassifikationssysteme

Die beiden am häufigsten eingesetzten Instrumente zur Klassifikation der Nikotinabhängigkeit sind das „**Diagnostische und Statistische Manual der psychischen Erkrankungen**“ (DSM) sowie der Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit (FTND).

2.2.1 Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (APA, 1994)

2.2.1.1 Entstehung des DSM

Das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ wurde zum ersten Mal 1952 von der American Psychiatric Association als DSM I publiziert. Es ist eine Zusammenstellung von Erkrankungen der Psyche und des Geistes sowie den dazugehörigen diagnostischen Codes. Zu jeder Diagnose gibt es Informationen zur Erkrankung, zur Prävalenz, zu familiärer Disposition, Alters-, Kultur- und Geschlechtsspezifität. Es sind jedoch keine Angaben zu Therapie und Behandlung zu finden. Die erste Überarbeitung wurde 1968 als DSM II publiziert, die zweite 1980 als DSM III. Die heutige Version des DSM IV wurde 1994 veröffentlicht. In die deutsche Sprache übersetzt wurde die aktuelle Version von Saß et al. 1998.

2.2.1.2 Die diagnostischen Kriterien der Nikotinabhängigkeit nach DSM IV

Das DSM IV definiert Nikotinabhängigkeit durch das Vorhandensein dreier der folgenden Kriterien innerhalb eines 12-Monats-Zeitraumes:

1. Toleranzentwicklung, definiert nach einem der folgenden Kriterien:
 - Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen.
 - Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.

2. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
 - Charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz (Kriterien A und B der Kriterien für Entzug von den spezifischen Substanzen).

- Dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.
3. Die Substanz wird häufiger in großen Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
 4. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
 5. Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen.
 6. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzgebrauches aufgegeben oder eingeschränkt.
 7. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurde und wird.

2.2.2 Der Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit

2.2.2.1 Entstehung des Fagerströmtests

Der schwedische Arzt K. O. Fagerström publizierte 1978 erstmals seinem Artikel „Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment.“ Damit war der „Fagerström Tolerance Questionnaire“, kurz FTQ, geschaffen. Im Jahre 1991 überarbeiteten Fagerström, Heatherton, Kozlowski und Frecker in einer Studie an 254 Rauchern den FTQ und schufen damit den bis heute anerkannten und weltweit häufig eingesetzten „Fagerström Test for Nicotin Dependence“, kurz „FTND“. Fagerström et. al. erkannten in dieser Studie, dass die beiden bisherigen Hauptkriterien, „Nikotinrating“ und „Inhalation“, nicht mit den biochemischen Messgrößen korrelieren. Vielmehr sind es der Abstand zwischen dem Erwachen und dem Rauchen der ersten morgendlichen Zigarette sowie die Gesamtzahl der über 24 Stunden konsumierten Zigaretten, die eine Aussage über den Grad der Nikotinabhängigkeit zulassen.

2.2.2.2 Die diagnostischen Kriterien der Nikotinabhängigkeit nach Fagerström (Heatherton et al. 1991)

Der Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit teilt die Raucher nach einem Punktesystem von sehr gering abhängig bis sehr schwer abhängig ein.

Der Gesamtpunktwert ergibt sich aus den folgenden sechs Fragen, deren möglichen Antworten jeweils ein bestimmter Punktwert zugeordnet wurde (vgl. Tabelle 4 bis Tabelle 9). Durch Addition der erreichten Punktwerte lässt sich der Patient gemäß der Tabelle 10 kategorisieren:

Tabelle 4: 1. Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

Innerhalb von 5 Minuten	3
Nach 6–30 Minuten	2
Nach 31–60 Minuten	1
Nach mehr als 60 Minuten	0

Tabelle 5: 2. Finden Sie es schwierig, an Orten, an denen das Rauchen verboten ist, nicht zu rauchen?

Ja	1
Nein	0

Tabelle 6: 3. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen ?

Die Erste am Morgen	1
Andere	0

Tabelle 7: 4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?

Bis zu 10	0
11 bis 20	1
21 bis 30	2
Mehr als 30	3

Tabelle 8: 5. Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als während des Rests des Tages?

Ja	1
Nein	0

Tabelle 9: 6. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie so krank sind, dass Sie den ganzen Tag überwiegend im Bett verbringen müssen?

Ja	1
Nein	0

Tabelle 10: Punkteskala des Fagerströmtests

<i>Punktezahl</i>	<i>Grad der Abhängigkeit</i>
0–2	Sehr geringe Abhängigkeit
3–4	Geringe Abhängigkeit
5	Mittelschwere Abhängigkeit
6–7	Schwere Abhängigkeit
8–10	Sehr schwere Abhängigkeit

Im weiteren Verlauf der Arbeit wird zwischen nikotinabhängigen und nicht nikotinabhängigen Probanden unterschieden. Die Grenze zwischen abhängig und nicht abhängig wurde analog der Einteilung in der gängigen Literatur und der Anwendung in Forschung und Wissenschaft im FTND bei > 4 Punkten gezogen. Erreicht ein Patient 4 oder weniger Punkte, dann gilt er als nicht nikotinabhängig. Bei Punktwerten > 4 gilt er als abhängig.

In der Klassifikation nach DSM IV gilt ein Patient laut Definition als abhängig, wenn er 3 der 7 Items mit „Ja“ beantwortet.

2.2.3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede des DSM und des FTND

Während das DSM nur ein rein dichotomes Ja/Nein-Antwortsystem kennt und somit nur eine Ja- oder Nein-Aussage zulässt, ermöglicht der Fagerströmtest eine Abstufung der Antworten von null bis drei. Eine skalierte Einteilung oder Abstufung in verschiedene Stadien der Abhängigkeit ist im DSM IV nicht möglich. Beim Fagerströmtest dagegen ist es sehr wohl möglich, eine Abstufung nach dem Grad der Abhängigkeit vom Nikotin vorzunehmen. Durch die skalierte Formulierung der Fragen kommt man am Ende des Tests zu einem Punktwert, der eine Einteilung der Raucher nach der Stärke ihrer Nikotinabhängigkeit zulässt (vgl. Tabelle 10).

Weiterhin ist der Fagerströmtest sehr leicht durchzuführen. Er benötigt wenig Zeit, er kommt ohne großen technischen Aufwand aus und ist deshalb sehr ökonomisch.

Ein weiterer Nachteil des DSM IV gegenüber dem Fagerströmtest liegt in der Annahme, dass die Symptome der Abhängigkeit über verschiedene Substanzklassen hinweg gleich sind. Demzufolge sind die Abhängigkeitskriterien allgemein – also substanzunspezifisch – gehalten. Der Fagerströmtest hingegen wurde ausschließlich entwickelt, um geeignete Kandidaten für eine Nikotinersatztherapie auszuwählen. Keines der beiden Verfahren berücksichtigt jedoch die Ätiologie des Rauchens, d. h., sie sind beide als rein deskriptive anzusehen.

Betrachtet man die bekannten epidemiologischen Zahlen beider Verfahren im Vergleich, so wird offenbar, dass deutliche Unterschiede in den Prävalenzen für Nikotinabhängigkeit zwischen dem DSM IV und dem FTND bestehen.

Die 12-Monatsprävalenz der Nikotinabhängigkeit liegt insgesamt bei rund 8 %. Mit 9 % erfüllten etwas mehr Männer als Frauen (7,4 %) in den letzten 12 Monaten die Kriterien einer Nikotinabhängigkeit nach DSM IV.¹⁹ Vergleicht man die Prävalenzen nach Altersgruppen, so fällt auf, dass nach DSM IV die Prävalenz der Nikotinabhängigkeit mit steigendem Alter unabhängig vom Geschlecht abnimmt. Beim FTND jedoch steigt die Prävalenz mit zunehmendem Alter unabhängig vom Geschlecht an (vgl. Tabelle 11 und Tabelle 12).

Tabelle 11: DSM IV und FTND im Vergleich – Zwölfmonatsprävalenz der Nikotinabhängigkeit bei Männern

	<i>18–29 Jahre</i>	<i>30–39 Jahre</i>	<i>40–59 Jahre</i>
<i>DSM IV</i>	29,8	19,3	18,3
<i>FTND</i>	30,7	38,2	45,1

(nach Kraus und Augustin¹⁹)

Tabelle 12: DSM IV und FTND im Vergleich – Zwölfmonatsprävalenz der Nikotinabhängigkeit bei Frauen

	<i>18–29 Jahre</i>	<i>30–39 Jahre</i>	<i>40–59 Jahre</i>
<i>DSM IV</i>	32,1	21,0	16,1
<i>FTND</i>	21,9	30,2	37,1

(nach Kraus und Augustin¹⁹)

Als Ursache wird allgemein postuliert, dass im DSM IV mit zunehmendem Alter nur die sehr starken Raucher übrigbleiben bzw. erfasst werden. Ein Großteil der weniger stark abhängigen Raucher schafft es vermutlich im Verlauf der Jahre, das Rauchen aufzugeben. Doch eine Literaturrecherche belegt, dass es zu diesen Auffälligkeiten und offenen Fragen bislang keine Studie gibt, die beide Verfahren im Hausarztbereich gegenüberstellt. Diese Lücke soll mit der vorliegenden Arbeit geschlossen werden.

3 Das Hausarztsetting

Der Deutsche Hausärzteverband hat bei seiner jährlichen Pressekonferenz im Jahr 2003 Zahlen vorgestellt, nach denen jeder Deutsche durchschnittlich drei Arztkontakte pro Quartal, also 12 Arztbesuche im Jahr, wahrnimmt. Aufgrund dessen stellt der Hausarzt eine wichtige – wohl die wichtigste – Schnittstelle zum Patienten dar. Die Rund 80.000 Hausärzte in Deutschland sind die „Gatekeeper“ unseres Gesundheitssystems. Keine andere Gruppe von Gesundheitsberufen hat die Möglichkeit, so weit gestreute Kontakte zu Rauchern herzustellen und Raucherentwöhnung anzubieten. Keine andere Berufsgruppe in der Medizin hat die Möglichkeit und das Potenzial, so viele Raucher zu Nichtrauchern zu machen wie die Hausärzte.

Dem Hausarzt kommt eine Schlüsselposition in der Behandlung der Nikotinabhängigkeit zu, und zwar aus folgenden Gründen (vgl. Tabelle 13):^{37 38}

Tabelle 13: Die Schlüsselposition des Hausarztes

Gründe:

 Detailliertes medizinisches Fachwissen

 Unausgelesenes Patientengut

 Ruf als unabhängige und fürsorgende Gesundheitsexperten

 Beratungsfunktion in Gesundheitsangelegenheiten

 Möglichkeit, Patienten individuell zu beraten

 Kontakte zu Entscheidungsträgern

 Gesellschaftliche Position als allgemein respektierte und finanziell unabhängige Persönlichkeiten

(nach Braun und Mader³⁹)

Die SNICAS-Studie benutzte für ihre Untersuchung das Patientengut der deutschen Primärärzte. Für diesen Ansatz spricht zum einen das große Vertrauen, das ein Patient seinem Hausarzt entgegenbringt, und zum anderen das große und unausgelesene Patientengut, das dem Hausarzt tagtäglich begegnet. Die Verbindung zwischen Raucherentwöhnung und Hausarzt rückt umso mehr in den Blickpunkt, wenn man weiß, dass bereits das Screening des

Rauchstatus von ärztlicher Seite einen großen Vorteil für die Raucherentwöhnung birgt. Allein durch den mündlichen ärztlichen Rat und eine kurze Beratung lassen sich die Abstinenzraten der Raucher verbessern. Eine wesentliche Steigerung dieses Effekts lässt sich durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen und pharmakologische Therapien erzielen.⁴⁰ Fiore gibt in seiner Arbeit einen Überblick über den Zusammenhang von ärztlicher Intervention, verhaltenstherapeutischen Maßnahmen sowie pharmakologischen Therapien und der Abstinenzrate (vgl. Tabelle 14, Tabelle 15 und Tabelle 16).

Beeindruckend ist vor allem, dass bereits ein ärztlicher Ratschlag oder eine Beratung unter drei Minuten die Abstinenzrate um 3 % im Vergleich zur Kontrollgruppe erhöht. Enttäuschend ist dagegen, dass Therapien ohne Therapeut, wie z. B. Selbsthilfegruppen, die Abstinenzrate nur unwesentlich um 0,7 % vergrößern. Am aussichtsreichsten erscheint demnach eine Kombination aus verhaltenstherapeutischen Maßnahmen und pharmakologischer Therapie.⁴⁰

Es ist unbestritten, dass der Hausarzt der ideale Zugang zum rauchenden Patienten ist. Durch seine einmalige Vertrauens- und Gatekeeperposition ist er in der Lage, eine Auswahl der Patienten zu treffen, um diesen dann den individuell am besten geeigneten Weg zur Rauchfreiheit nahezubringen.

Tabelle 14: Zusammenhang zwischen ärztlicher Intervention und der Abstinenzrate

	<i>Studien n =</i>	<i>Abstinenzrate in %</i>		<i>Odds Ratio</i>
		<i>Interventionsgruppe</i>	<i>Kontrollgruppe</i>	
<i>Screening Rauchstatus</i>	3	6,4	3,1	2
<i>Ärztlicher Ratschlag</i>	10	10,2	7,9	1,3
<i>Beratung < 3min</i>	19	13,4	10,9	1,3
<i>Beratung 3–10 min</i>	16	16		1,6
<i>Beratung > 10 min</i>	55	22,1		2,3

(nach Fiore et al.⁴⁰)

Tabelle 15: Zusammenhang zwischen Verhaltenstherapie und der Abstinenzrate

Therapie	Studien <i>n</i> =	Abstinenzrate in % <i>Interventionsgruppe</i>	<i>Kontrollgruppe</i>	Odds Ratio
<i>Ohne Therapeut</i>	47	10,9	10,2	1,1
<i>Ohne ärztliche Leitung</i>	39	15,8		1,7
<i>Mit ärztlicher Leitung</i>	11	19,9		2,2
<i>Gruppentherapie</i>	52	13,9	10,8	1,3
<i>Einzeltherapie</i>	67	16,8		1,7
<i>Verhaltenstherapeutische Intervention</i>	104	19,9	11,2	1,3

(nach Fiore et al.⁴⁰)

Tabelle 16: Zusammenhang zwischen pharmakologischer Therapie und Abstinenzrate

	Studien <i>n</i> =	Abstinenzrate in % <i>Interventionsgruppe</i>	<i>Kontrollgruppe</i>	Odds Ratio
<i>Buproponion SR</i>	4	30,5	17,3	2,1
<i>Nikotinkaugummi</i>	18	23,7	17,1	1,5
<i>Nikotinplaster</i>	32	17,7	10	1,9
<i>Nikotinnasenspray</i>	3	30,5	13,9	2,7

(nach Fiore et al.⁴⁰)

4 Methode und Material

4.1 SNICAS-Design

Der vorliegenden Arbeit liegen Daten zugrunde, die im Rahmen der „Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening“-Studie, kurz SNICAS-Studie, erhoben wurden. Im Folgenden werden diese Studie und ihre Ergebnisse vorgestellt, da diese Arbeit an die Aussagen der SNICAS-Studie anknüpft und auf ihren Ergebnissen aufbaut.

4.1.1 Aufbau der Studie

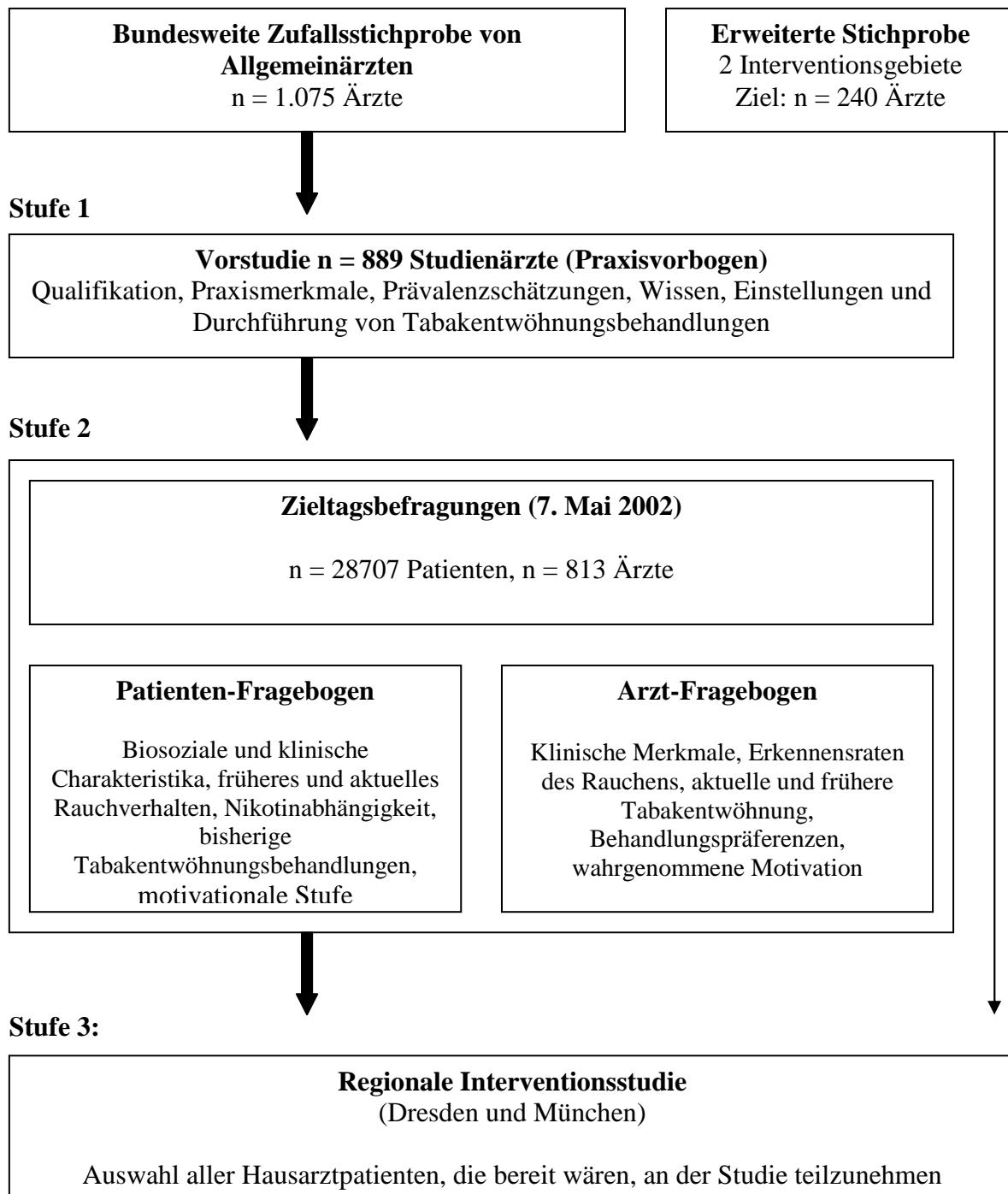
Die Studie „Smoking and Nicotin Dependance Awareness and Screening“ (SNICAS) basiert auf einem zweistufigen epidemiologischen Studiendesign, an das sich eine dritte Stufe in Form einer klinischen Interventionsstudie anschließt.

Eine bundesweite Vorstudie (Stufe 1) hatte zum Zweck, Daten zu gewinnen, um Hausarztpraxen von $n = 813$ Studienärzten genauer zu charakterisieren, und dies in Hinblick auf die Qualifikation der Ärzte, ihre Einstellungen zum Thema Rauchen, Raucherentwöhnung und die Ausstattungsmerkmale der Praxen.

In der Stufe 2 wurden an einem ausgewählten Tag alle Patienten, außer Rezeptabholern und akuten Notfallpatienten, die in die Praxen der $n = 813$ -Studienärzte kamen, mit einem Fragebogen befragt. Zielpunkte dieser Befragung waren biosoziale Merkmale des Patienten, Rauchverhalten, Abhängigkeit, Änderungsmotivation und die Einstellung zu Gesundheit, dem eigenen Körper und dem eigenen Einfluss auf die Gesundheit.

Die Stufe 3 in Form einer klinischen Interventionsstudie bestand in einer randomisierten Zuordnung von Patienten, die zum Rauchstopp bereit waren, zu einer von insgesamt vier vom Arzt angebotenen Raucherentwöhnungsoptionen. Diese Studie konzentrierte sich auf den Raum München und Dresden (Abbildung 3).

Abbildung 3: Studiendesign von SNICAS



(modifiziert nach Hoch et al.⁴¹)

4.1.2 Ablauf der SNICAS-Studie

4.1.2.1 Bestimmung und Rekrutierung einer für Deutschland repräsentativen Hausarztstichprobe.

Die Ärztstichprobe wurde im Jahr 2001 aus dem Ärzteregeister des Instituts für Medizinische Statistik (IMS) gezogen. Dies ist eine statistische Zusammenstellung aller in Deutschland tätigen Ärzte, nach Fachrichtung unterteilt und in geographische Einheiten zusammengefasst. So lassen sich Auswahlvorgänge gezielt nach Fachrichtung und Ort, Landkreis, Regierungsbezirk, Bevölkerungsdichte oder Bebauungsdichte treffen.

Als Hausärzte sind in Deutschland praktische Ärzte, Allgemeinärzte und Internisten tätig. In diesem sogenannten IMS-Register waren 2001 insgesamt 68.583 Hausärzte erfasst. Das Register gliedert die Praxen dieser Ärzte in 1.060 regionale Einheiten, die jeweils die entsprechende Anzahl an Arztpraxen in einem bestimmten geographischen Gebiet enthalten. Die Pharmaindustrie gliedert die Zuständigkeit ihres Außendienstes entsprechend diesen IMS-Einheiten. Aus logistischen Gründen sollen diese Außendienstmitarbeiter, also die jeweils örtlich zuständigen Vertreter der Pharmafirma, als Studienmonitore die Ärzte für die SNICAS-Studie akquirieren und betreuen. Zu diesem Zweck wurde eine Kooperation mit dem Pharmaunternehmen GlaxoSmithKline (Co-Förderer der SNICAS Studie) aufgebaut. Die Studienmonitore wurden in Workshops auf ihre Aufgabe, geeignete Ärzte auszuwählen und diese durch die Studie zu führen, vorbereitet, woraufhin im Oktober 2001 der Rekrutierungsprozess begonnen werden konnte. Teilnehmen konnten alle Hausärzte, die am Stichtag ihre Praxis geöffnet hatten und persönlich anwesend waren. Die Auswahl der Ärzte wurde anhand ihres Verschreibungsmusters und ihres Engagements zur Raucherentwöhnung getroffen. In der Zeit zwischen Oktober und November 2001 konnten 898 Primärärzte gewonnen werden.

Bei der Mitwirkung einer Pharmafirma an einer wissenschaftlichen Studie muss immer die Frage nach ethischen Konflikten durch die Beteiligung eines nach Gewinn strebenden Wirtschaftsunternehmens an Forschung und Lehre gestellt werden. Die Finanzierung der SNICAS-Studie war zweigeteilt: Die Stichtagserhebung wurde von der Firma „GlaxoSmithKline“ finanziert, die Interventionsstudie vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Die Firma GlaxoSmithKline hatte zum Ziel, die bestehende Datenlücke zur Epidemiologie des Rauchens und der Nikotinabhängigkeit zu schließen. Die Finanzierung erfolgte jedoch im Rahmen eines „unrestricted educational grant“. Eine Produkteinführung

bzw. -vermarktung erfolgte nicht. Aufgrund dessen wird vom Ersteller dieser Arbeit und von seinen Betreuern kein ethischer Konflikt durch die Beteiligung der Pharmafirma GlaxoSmithKline gesehen.

4.1.2.2 Erfassung von Hausarzt- und Patientencharakteristika

Alle 898 rekrutierten Ärzte erhielten einen Praxiserhebungsbogen (siehe Anhang 1) und hatten 14 Tage Zeit, diesen vollständig ausgefüllt an das Studienzentrum zurückzuschicken. Es konnten insgesamt 813 vollständig ausgefüllte Fragebögen hinsichtlich der Einstellung des Arztes zu den Themen Rauchen, Raucherentwöhnung, und hinsichtlich der Kenntnisse und Fähigkeiten des Arztes in der Erkennung der Nikotinabhängigkeit und der Raucherentwöhnung ausgewertet werden.

4.1.2.3 Stichtagsbefragung aller Patienten mittels eines Patienten- und eines Arztfragebogens

Das Ziel der Stichtagserhebung war ein fortlaufendes und unselektiertes Screening aller Patienten, die zu einem bestimmten Zeitpunkt eine deutsche Hausarztpraxis aufsuchen. Als Erhebungsinstrument dienten Fragebögen (siehe Anhang 2a und 2b), von denen der Patient einen und der Arzt anschließend den anderen auszufüllen hatte.

Diese Stichtagserhebung fand am Dienstag, den 7. Mai 2002, statt. Der Termin für dieses Vorhaben wurde nicht zufällig ausgewählt, sondern erfüllte eine Vielzahl strategischer Kriterien. So sollten in keinem Bundesland Schulferien sein. Der Wochentag wurde ausgewählt, weil dieser im Wochenverlauf als der günstigste erachtet wurde. Soweit der Praxisablauf es zuließ, sollten alle Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten und innerhalb dieses Tages in die Praxis kamen, zur Teilnahme an SNICAS motiviert werden. Alle Patienten, die als Raucher bekannt waren oder als solche identifiziert wurden, sollten direkt auf die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Entwöhnungsstudie hingewiesen werden. Die Studienärzte wurden im Vorfeld gebeten, ihr übliches Einbestellungs-, Verschreibungs- und Therapieverhalten nicht zu ändern, um eine beabsichtigte oder unbeabsichtigte Vorauswahl der Patienten zu vermeiden.

Aus Gründen der Ethik und der Validität wurden folgende Ausschlusskriterien gewählt (siehe Tabelle 17):

Tabelle 17: Ausschlusskriterien der SNICAS-Studie

<i>Ausschlusskriterien</i>
Alter unter 16 Jahren
Deutliche Sprachschwierigkeiten
Schwere kognitive (z. B. Demenz) oder sensomotorische Beeinträchtigung (z. B. Blindheit)
Notfälle – akutes Leiden – starke Schmerzen
Kein persönlicher Kontakt zum Arzt

4.1.3 Interventionsstudie

In der letzten Stufe der SNICAS-Studie wurde in zwei Schwerpunktregionen (Dresden und München) einigen ausgewählten Patienten eine Raucherentwöhnungstherapie angeboten. Die Zuordnung erfolgte randomisiert zu vier verschiedenen Entwöhnungsmethoden. Nach Abschluss der Therapie erfolgte eine abschließende Nachbefragung zur Effektivität der stattgehabten Therapie und zum derzeitigen Rauchstatus des Probanden. Die Interventionsstudie ist jedoch nicht Grundlage der vorliegenden Arbeit, deshalb wird nicht näher auf das Setting und die Ergebnisse eingegangen.

4.2 Beschreibung des Ärzte- und Patientenkollektivs

4.2.1 Ärzte

Da als Studienmonitore Außendienstmitarbeiter der Pharmafirma GlaxoSmithKline dienten, bestand die Gefahr, dass es willkürlich oder unwillkürlich zu Unterschieden in der Auswahl der Studienärzte in Hinblick auf ihre Einstellung und ihre Motivation zur Raucherentwöhnung kommen könnte, und zwar vor dem Hintergrund, dass es einen Unterschied macht, ob es sich um den Vertretern bekannte oder den Vertretern unbekannt Mediziner handelt. Um einen

systematischen Fehler bei der Stichprobengewinnung zu verhindern, erfolgte folgende Vorgehensweise:

Erste randomisierte Stichprobenziehung

Für jeden der 183 Studienmonitore wurden 20 Arztadressen aus seinem Gebiet gezogen, bzw. 40 in den Interventionsgebieten Dresden und München. Man ging davon aus, dass ein Studienmonitor maximal 5 Ärzte betreuen sollte. Erwartungsgemäß war nur etwa die Hälfte der angesprochenen Ärzte überhaupt bereit, an der Studie teilzunehmen. Die erste randomisierte Stichprobe enthielt 4.300 Arztadressen, aufgrund des Ausfalls einiger Studienmonitore erniedrigte sich diese Zahl dann auf 3.980. Das entspricht 5,8 % aller Hausärzte in Deutschland.

Stratifizierung

Die Studienmonitore mussten angeben, ob die Arztpraxis persönlich bekannt war oder nicht und ob sie vom Außendienstmitarbeiter häufig besucht wurde oder nicht. So wurde es möglich, die Stichprobe in Arztpraxen aufzuteilen, die dem Monitor bekannt und die ihm unbekannt waren.

Zweite randomisierte Stichprobenziehung mit Schichtung

Die Listen der Arztadressen wurden, getrennt nach bekannt und unbekannt, an die Studienleitung zurückgegeben. Dort wurden aus jeder Liste nach dem Zufallsprinzip fünf Ärzte ausgewählt, von denen nicht mehr als zwei dem Studienmonitor bekannt sein durften. Die Außendienstmitarbeiter erhielten die Aufgabe, diese jeweils fünf Ärzte anzusprechen und zur Mitarbeit in der Studie zu akquirieren. Für den Fall, dass es nicht gelungen war, alle diese fünf Ärzte anzuwerben, gab es eine Ersatzliste mit weiteren fünf Ärzteadressen, von denen dem Monitor wiederum maximal zwei persönlich bekannt waren. Insgesamt enthielt die Primärliste 1.075 und die Ersatzliste 1.069 Arztadressen. Angestrebt wurde ein Rekrutierungsgrad von mindestens 50 %.

Ausschöpfungsrate

Im Zeitraum vom Oktober bis zum Dezember 2001 konnten bundesweit 422 Ärzte von der Primärliste und 359 Ärzte von der Zusatzliste für die Teilnahme an der SNICAS-Studie gewonnen werden. Die angestrebte Stichprobengröße von $n = 1075$ konnte mit $n = 889$ (entspricht 83 %) nahezu erreicht werden.

4.2.2 Beschreibung des Ärztekollektivs

Anhand der folgenden Zahlen soll das Kollektiv der Studienärzte und das Profil ihrer Praxen näher charakterisiert werden.

Aus geographischer Sicht waren die Praxen relativ gleichmäßig über Großstädte (38,6 %), Kleinstädte (30,2 %) und ländliche Regionen (31,2 %) verteilt (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18: Lage der Praxis

<i>Lage der Praxis</i>	<i>n = 862</i>	<i>%</i>
<i>Großstadt</i>	333	38,6
<i>Kleinstadt</i>	260	30,2
<i>Land</i>	269	31,2

(nach Hoch et al.⁴¹)

Den größten Teil der Studienärzte stellten die Allgemeinmediziner mit 59,6 %, gefolgt von den Internisten mit 24,4 % und den Praktischen Ärzten mit 15,8 % (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19: Fachrichtung des Arztes

<i>Fachrichtung</i>	<i>n = 866</i>	<i>%</i>
<i>Allgemeinarzt</i>	518	59,7
<i>Internist</i>	211	24,5
<i>Praktischer Arzt</i>	137	15,8

(nach Hoch et al.⁴¹)

Besonders fällt auf, dass nur 12 % der Studienärzte sich als aktuelle Raucher bezeichneten. 32,6 % der Studienärzte haben im Laufe ihres Lebens einmal geraucht und 53,9 % bezeichneten sich als Niemals-Raucher (vgl. Tabelle 20).

Tabelle 20: Rauchstatus des Arztes

<i>Rauchstatus</i>	<i>n = 872</i>	<i>%</i>
<i>Nie-Raucher</i>	470	53,9
<i>Ex-Raucher</i>	284	32,6
<i>Aktueller Raucher</i>	105	12,5

(nach Hoch et al.⁴¹)

In Tabelle 1 sind die häufigsten mit dem Rauchen assoziierten Krankheiten genannt. Legt man diese zugrunde, setzte nur ein Fünftel aller Studienärzte den Schwerpunkt ihrer hausärztlichen Tätigkeit in einem Fachgebiet, dem eine dieser Erkrankungen zugerechnet wird (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21: Schwerpunkte der Studienpraxen in Bezug auf rauchbedingte Erkrankungen

<i>Schwerpunkt</i>	<i>n = 805</i>	<i>%</i>
<i>Pneumologie</i>	96	11,9
<i>Kardiologie</i>	69	8,6
<i>HNO</i>	3	0,4
<i>Kein Schwerpunkt</i>	637	79,1

(nach Hoch et al.⁴¹)

4.2.3 Patienten

Errechnet man aus den Angaben der Studienärzte zu ihrer täglichen Frequentierung die zu erwartende Patientenzahl, so kann man erwarten, dass am Stichtag 64.853 Patienten in den 813 Praxen erscheinen. Tatsächlich erfüllten 54.412 Patienten die Einschlusskriterien der SNICAS-Studie. Der Anteil an vollständig ausgefüllten Fragebögen lag insgesamt bei 52,8 %. Die meisten der nicht teilnehmenden Patienten (n = 21.662 entspricht 39,9 %) konnten aus logistischen Gründen nicht zur Teilnahme motiviert werden. Und n = 970 verweigerten die Teilnahme (1,8 %), n = 3073 Fragebögen waren unvollständig oder konnten dem Arztfragebogen nicht eindeutig zugeordnet werden (5,7 %). In der Summe standen 28.707 vollständige Datensätze, bestehend aus je einem Patienten- und dem dazugehörigen Arztfragebogen, zur Verfügung.

4.2.4 Beschreibung des Patientenkollektivs

Insgesamt nahmen 28.707 Patienten an der Studie teil. Anhand der folgenden Zahlen soll das Kollektiv der teilnehmenden Patienten näher charakterisiert werden.

Der größte Anteil der Patienten war zwischen 40 und 59 Jahren alt (9.790; 34,1 %). An zweiter Stelle stehen die 60- bis 79-Jährigen (9024; 34,4%), vor den 18- bis 39-Jährigen (8.534; 29,7%) (Tabelle 22 und Abbildung 4). Knapp weniger als die Hälfte der Patienten waren Männer (12.167; 42,4 %). Die weiblichen Patienten waren also knapp in der Überzahl (16.540; 57,6 %) (Tabelle 23).

Tabelle 22: Altersverteilung der SNICAS-Probanden in Jahren

<i>16–17 Jahre</i>	<i>18–39 Jahre</i>	<i>40–59 Jahre</i>	<i>60–79 Jahre</i>	<i>> 80 Jahre</i>	<i>Gesamt</i>
501	8534	9790	9024	858	28707

(nach Hoch et al.⁴¹)

Abbildung 4: Altersverteilung der SNICAS-Probanden in Jahren

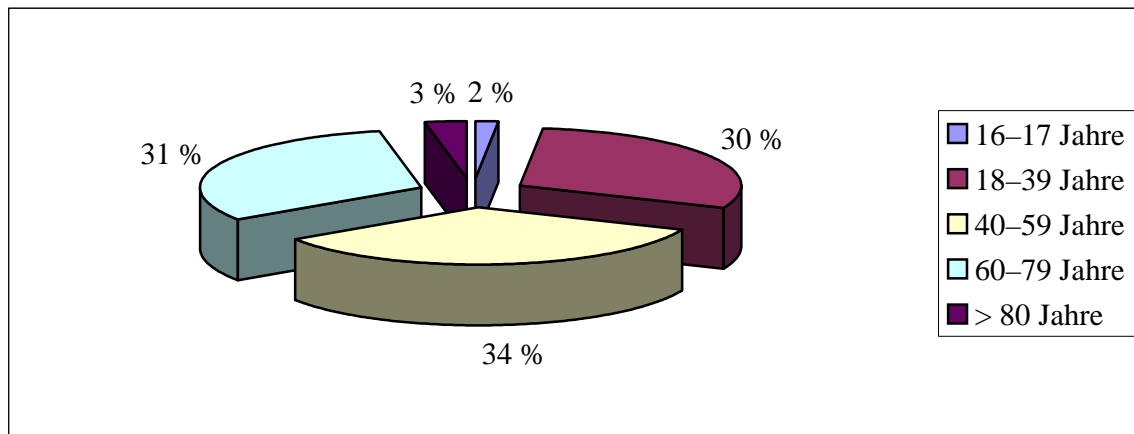


Tabelle 23: Patientenkollektiv der SNICAS-Studie nach Geschlecht

<i>Geschlecht</i>	<i>n = 28707</i>	<i>%</i>
<i>Männlich</i>	12.167	42,4
<i>Weiblich</i>	16.540	57,6

(nach Hoch et al.⁴¹)

Im Durchschnitt waren die Probanden der SNICAS-Studie 75 kg schwer und 170 cm groß. Der leichteste Patient wog 35 kg, der schwerste 150 kg. Der kleinste Patient am Stichtag war 140 cm klein, der größte 206 cm groß (vgl. Tabelle 24).

Tabelle 24: Körperindizes der SNICAS-Probanden

	<i>Mittelwert</i>	<i>Standardabweichung</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
<i>Körpergewicht</i>	75 kg	16 kg	35 kg	150 kg
<i>Körpergröße</i>	170 cm	9 cm	140 cm	206 cm

(nach Hoch et al.⁴¹)

Insgesamt zählten sich fast drei Viertel aller Patienten am Stichtag zu den Rauchern bzw. Ex-Rauchern. 57,3 % bezeichneten sich als regelmäßige Raucher bzw. Ex-Raucher; 14,2 % als Gelegenheitsraucher. Nur 28,6 % der teilnehmenden Patienten sind Niemals-Raucher. Als Raucher werden Personen definiert, die in den letzten 30 Tagen geraucht haben. Nichtraucher sind Personen, die zwar schon Tabakwaren probiert haben, insgesamt aber nicht mehr als 100 Zigaretten oder Ähnliches geraucht haben. Ex-Raucher sind Personen, die in ihrem Leben mehr als 100 Zigaretten geraucht haben, derzeit aber abstinent sind (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25: Patientenkollektiv nach Rauchstatus der SNICAS-Probanden

<i>Rauchstatus</i>	<i>n = 28707</i>	<i>%</i>
<i>Niemals-Raucher</i>	8.199	28,6
<i>Gelegenheitsraucher</i>	4.062	14,2
<i>Regelmäßiger Raucher</i>	16.446	57,3

(nach Hoch et al.⁴¹)

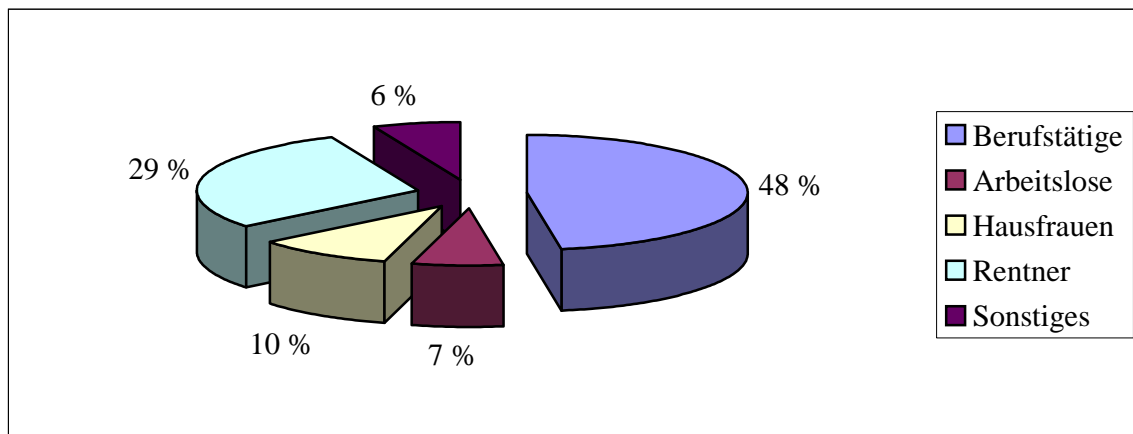
Zu der beruflichen Situation konnten 28.078 (97,8 %) aller Probanden erfolgreich befragt werden. Etwa die Hälfte aller Patienten am Stichtag (13.312; 46,4 %) waren berufstätig. Cirka ein Drittel aller Befragten (1.822; 6,3 %) gab an, bereits im Ruhestand zu sein. Arbeitslos waren 1.907 (6,6 %), 2.804 (9,8 %) der Probanden waren Hausfrauen (vgl. Tabelle 26 und Abbildung 5).

Tabelle 26: Soziodemographische Daten der SNICAS-Probanden

<i>Berufstätige</i>	<i>Arbeitslose</i>	<i>Hausfrauen</i>	<i>Rentner</i>	<i>Sonstiges</i>	<i>Gesamt</i>
13.312	1.907	2.804	8.233	2.451	28.707
46,4 %	6,6 %	9,8 %	28,7 %	8,5 %	

(nach Hoch et al.⁴¹)

Abbildung 5: Soziodemographische Daten der SNICAS-Probanden



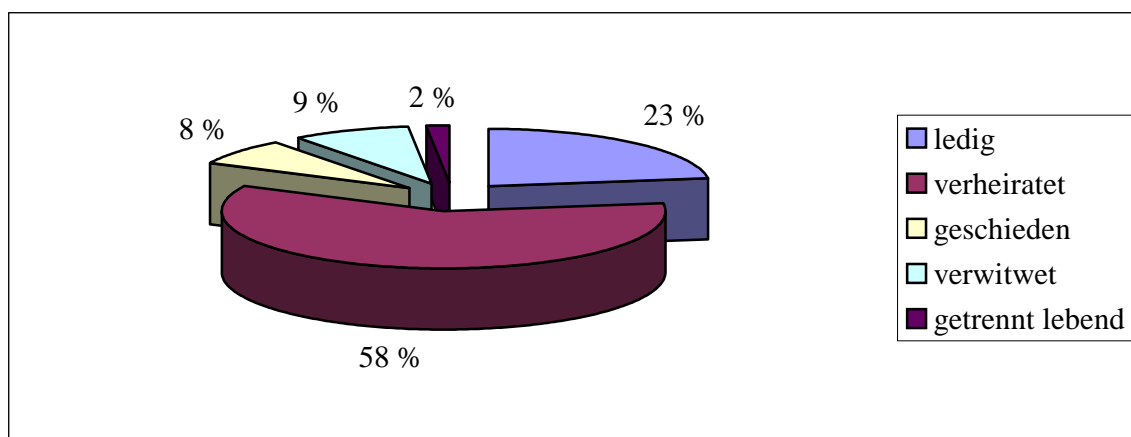
Zur familiären Situation konnten 28.238 (98,4 %) der Patienten erfolgreich befragt werden. Über die Hälfte der Probanden gab an, in einer ehelichen Gemeinschaft zu leben (16.761; 58,4 %). Cirka ein Fünftel war ledig (6.426; 22,4 %), etwa gleich große Teile gaben an, geschieden oder verwitwet zu sein (2.152; 7,5 % bzw. 2.427; 8,5 %) (vgl. Tabelle 27 und Abbildung 6).

Tabelle 27: Familienstand der SNICAS-Probanden

<i>ledig</i>	<i>verheiratet</i>	<i>geschieden</i>	<i>verwitwet</i>	<i>getrennt lebend</i>	<i>Gesamt</i>
6.426	16.761	2.152	2.427	472	28.238
22,4 %	58,4 %	7,5 %	8,5 %	1,6 %	98,4 %

(nach Hoch et al.⁴¹)

Abbildung 6: Familienstand der SNICAS-Probanden



4.3 Mess- und Auswertinstrumente der SNICAS-Studie

4.3.1 Praxiserhebungsbogen

Der Praxiserhebungsbogen (siehe Anhang 1) dient zur Charakterisierung des Hausarztes und seiner Praxis. Besonders eingehend sollen hier die bestehende Einstellung zum Thema Rauchen und Raucherentwöhnung sowie Kenntnisse beim Erkennen, Diagnostizieren und Behandeln von Rauchern und Nikotinabhängigkeit in den Blick genommen werden. Außerdem waren aktuelle und frühere Erfahrungen beim Anbieten und Durchführen von Raucherentwöhnungstherapien von Interesse. Auch die eigene Rauchbiographie des Arztes wurde erfragt.

4.3.2 Patienten- und Arztfragebögen

Die Patienten- und Arztfragebögen (siehe Anhang 2 und Anhang 3) hatten zum Ziel, das Patientenkollektiv zum Zeitpunkt der Stichtagserhebung hinsichtlich folgender Faktoren einzuschätzen (siehe Tabelle 28)

Tabelle 28: Der Arzt/Patientenfragebogen

Arzt-/Pat.-Fragebogen

Punkt- und Lebenszeitprävalenz von Rauchen und Nikotinabhängigkeit
Biosoziale und klinische Merkmale
Psychische und physische Beeinträchtigung
Rauchverhalten
Abhängigkeit nach DSM IV-Kriterien
Abhängigkeit nach FTND-Kriterien
Art und Schwere von (tabakassoziierten) Gesundheitsproblemen
Art und Anzahl von bisherigen Aufhörversuchen
Problembewusstsein und Motivation zum Rauchstopp

Die Kriterien nach FTND wurden im Patientenfragebogen mit den Fragen 19 bis 24 abgefragt. Die DSM IV-Kriterien mit den Fragen 25 bis 34.

4.4 Zusammenfassung der SNICAS-Studie und Ausgangspunkt der eigenen Arbeit

Aufgrund der Auswertungsergebnisse der SNICAS-Studie lässt sich feststellen, dass die Mehrzahl der Primärärzte die Relevanz der Raucherentwöhnung hoch einschätzen, diese gleichzeitig jedoch relativ selten durchführen. Ein Grund für diese Diskrepanz zwischen ausgeprägtem Problembewusstsein einerseits und mangelnder Handlungsbereitschaft andererseits könnte in der überwiegend pessimistischen Einstellung der Ärzte gegenüber der Machbarkeit von Raucherentwöhnungstherapien in der Praxisroutine liegen.

Trotz der in der Wahrnehmung der Hausärzte begrenzten Möglichkeiten zur Raucherentwöhnung in der eigenen Praxis kennen 80 % von ihnen keine spezialisierten Anbieter von Entwöhnung in ihrer Region. Auch kennt eine Mehrzahl der Hausärzte die internationalen Diagnosekriterien für eine Anhängigkeit nicht.

Als zentrales Problem für eine erfolgreiche Raucherentwöhnung sehen die Primärärzte die Non-Compliance (97 %) sowie die mangelnde Motivation des Patienten (55 %) an. Offenbar

sind sich die meisten Ärzte sich aber darüber bewusst, dass die Raucherentwöhnung in erster Linie durch professionelle Beratung und verhaltensnahe Interventionen erfolgen muss, da die Mediziner vor allem psychologisch-beraterischen Kompetenzen hohe Bedeutung zusprechen. Zusätzlich wird der supportiven medikamentösen Therapie eine große Wichtigkeit zuerkannt. Kenntnisse und partielle Erfahrungen in der Raucherentwöhnung sind in der Ärzteschaft zwar weit verbreitet, münden aber nur selten in routinemäßige Versorgungsangebote in der eigenen Praxis. Einerseits hat fast jeder Arzt (96 %) bereits Erfahrungen mit Raucherentwöhnungsmedikamenten gesammelt und beurteilt die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten generell als effektiv (93 %), andererseits ist die Anzahl der tatsächlich in der eigenen Praxis behandelten Patienten eher gering.

4.5 Eigene Mitwirkung an der SNICAS-Studie und Abgrenzung der vorliegenden Arbeit

Im Folgenden soll kurz auf die Mitwirkung des Autors der vorliegenden Arbeit an der SNICAS-Studie eingegangen und die vorliegende Arbeit als eigenständiges Werk des Doktoranden von den übrigen Publikationen zu SNICAS abgegrenzt werden.

Der Autor dieser Arbeit war an der Konzeption der SNICAS-Studie nicht beteiligt. Sein Beitrag zu SNICAS bestand lediglich in der telefonischen Befragung der Probanden im Rahmen der Interventionsstudie gemäß Fragebogen. Das vorliegende Datenmaterial wurde dem Doktoranden unausgewertet in Form einer Exceltabelle überlassen. Die Konzeption der vorliegenden Arbeit erfolgte eigenverantwortlich, ebenso wie die Auswertung der zur Verfügung gestellten Daten. Auf Textbausteine oder bestehende, bereits ausgewertete Datensätze wurde nicht zurückgegriffen. Alle von den Fragebögen abgeleiteten Daten, statistischen Kennzahlen und Auswertungen wurden durch den Doktoranden mit den abgegebenen Hilfsmitteln selbst ausgewertet und interpretiert.

5 Zielsetzung

Bereits Cohen et. al. stellten die Frage, inwiefern DSM IV und Fagerström korrelieren. Um diese Frage zu beantworten, verglichen sie beide Verfahren an 67 erwachsenen Rauchern. 85 % dieser Probanden wurden nach dem DSM IV als nikotinabhängig eingestuft, wobei 43 % von ihnen mindestens sechs der sieben möglichen Punkte erreichten. Im Fagerströmtest erreichten nur 18 % derselben Raucher sechs oder mehr Punkte, was, wenn dies zuträfe, für schwere Abhängigkeit spräche. Als nikotinabhängig wurden 78 % identifiziert.

Von 15 Patienten, die vom Fagerströmtest als nicht abhängig eingestuft wurden, erfüllten 11 (73 %) die Kriterien für Nikotinabhängigkeit nach DSM IV. Von 10 Patienten, die das DSM IV als nicht abhängig einstuft, erkennt der Fagerströmtest 6 (60 %) als nikotinabhängig an (siehe Tabelle 29).

Tabelle 29: Nikotinabhängigkeit nach DSM IV und Fagerström in direkter Gegenüberstellung

DSM IV	Fagerströmtest on Nicotine Dependence		
	Nicht abhängig	Nikotinabhängig	Gesamt
Nicht abhängig	40 % (4)	60 % (6)	100 % (10)
Nikotinabhängig	19 % (11)	81 % (46)	100 % (57)
Gesamt	22 % (15)	78 % (52)	100 % (67)

(nach Cohen et. al.⁴²)

Im Vergleich zwischen der Diagnose Nikotinabhängigkeit im DSM IV und dem Fagerströmtest zeigte sich ein Spearman-Koeffizient von nur $r = 0,24$. Vergleicht man die Anzahl an positiven Testantworten, so ergibt sich ein Spearman-Koeffizient von $r = 0,22$ (siehe Tabelle 30).

Tabelle 30: Korrelation zwischen dem Testergebnis und den Fragen der Testansätze

Frage nach...	DSM IV		FGS	
	r =	p =	r =	p =
Rauchfrequenz-/Quantität	0,11	0,38	0,30	0,13
Lebensalter zum Zeitpunkt des ersten Tabakkonsums	0,10	0,44	0,35	0,003
Bereitschaft zum Rauchstopp	0,15	0,22	-0,22	0,07
Entzugserscheinungen (nach Cohen et. al. ⁴²)	0,23	0,08	0,13	0,35

Cohen konnte somit zeigen, dass beide Untersuchungsverfahren nur in sehr eingeschränktem Maße aufeinander übertragbar sind. Dies mag am ehesten an der Vielschichtigkeit der Nikotinabhängigkeit liegen. Keines der beiden Verfahren deckt alle Variablen ab, vielmehr gilt es zu zeigen, welcher Raucher-Typ von welchem Verfahren am besten abgebildet wird.⁴² An genau dieser Stelle soll die vorliegende Arbeit anknüpfen.

In dieser Arbeit soll versucht werden, die Zuverlässigkeit beider Methoden, DSM IV und Fagerström, in Abhängigkeit von einer Vielzahl soziodemographischer und rauchspezifischer Faktoren zu überprüfen und ein Ergebnis zu finden, das es erlaubt, Raucher nach ihrem Alter, ihrem Geschlecht, ihrer Rauchhistorie und ihren Rauchgewohnheiten zuverlässig einem der beiden Verfahren zuzuordnen.

6 Statistik

Zur Datenaufbereitung wurde das Statistikprogramm STATA verwendet (Version 7.0: Stata Corp., 2000). Die deskriptive Auswertung der Daten erfolgte anhand von Kreuztabellen. Der Einfluss unabhängiger kategorialer Variablen auf dichotome abhängige Variablen wurde anhand von logistischen Regressionsanalysen bestimmt. Unterschiede zwischen nikotinabhängigen und nicht nikotinabhängigen Rauchern wurden, sofern es sich bei den unabhängigen Variablen um kategoriale handelte, mit logistischen Regressionsanalysen bestimmt. Metrische Daten wurden vor der Analyse mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung und dem Levene-Test auf Varianzhomogenität geprüft. Lag keine Normalverteilung vor, wie bei den Variablen „Anzahl diagnostizierter DSM IV-Kriterien“, „Dauer des Rauchens“ und „Anzahl täglich gerauchter Zigaretten“, dann wurde der H-Test von Kruskal und Wallis zur Analyse von Unterschieden verwendet. Metrische Variablen, wie z. B. das Alter, welche den Voraussetzungen einer Varianzanalyse genügten, wurden mit dieser auch berechnet.

Multiple logistische Regressionen geben Aufschluss darüber, welche der Prädiktoren in unmittelbarem Zusammenhang mit der abhängigen Variable stehen. Regressionsanalysen wurden mit der Methode „Einschluss“ gerechnet. Außerdem werden Odds Ratios angegeben. Sie bilden das Wahrscheinlichkeits- oder Chancenverhältnis von zwei Ereignissen ab.

Unterstützt wurde die Auswertung der statistischen Ergebnisse durch das Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden und das Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München, in Kooperation mit dem Institut und der Poliklinik für Arbeits- und Umweltmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München.

7 Ergebnisse

Im ersten Teil dieser Auswertung der Ergebnisse finden alle 28.707 Probanden, die einen verwertbaren Fragebogen ausgefüllt haben, Betrachtung. Im zweiten Teil werden dann nur noch die 8.490 Probanden betrachtet, die als Raucher eingeordnet wurden.

7.1 Größenordnung der Nikotinabhängigkeit bei Hausarzt-Patienten

7.1.1 Nikotinabhängigkeit und Geschlecht (n = 28707)

Bei Betrachtung der Resultate des DSM IV und auch nach FTND – getrennt nach Geschlecht – fällt auf, dass in beiden Ansätzen Männer höhere Abhängigkeitsraten aufweisen als Frauen. Relativ sind dies 16,0 % vs. 12,4 % im DSM bzw. 8,3 % vs. 5,1 % im FTND (Tabellen 31 und 32).

7.1.2 Nikotinabhängigkeit und Lebensalter (n = 28.707)

Wertet man die Ergebnisse des DSM IV nach dem Alter der Probanden aus, so zeigt sich, dass die Abhängigkeitsrate bei den 18- bis 39-Jährigen am größten ist. Im Vergleich zu den 40- bis 59-Jährigen nimmt sie um rund 9 Prozentpunkte ab. Ausgehend von dieser Altersgruppe zu den 60- bis 79-Jährigen zeigt sich eine Abnahme um weitere 9 Prozentpunkte. Bei gleicher Auswertung unter Verwendung des FTND zeigt sich ein gleiches Muster. Auch hier ist die Abhängigkeitsrate bei den 18- bis 39-Jährigen am größten. Mit steigendem Alter sinken die Abhängigkeitsraten gegen null (Tabellen 33 und 34).

Tabelle 31: Ergebnisse nach DSM IV – Auswertung aller Probanden nach dem Geschlecht

<i>Geschlecht/DSM</i>	<i>DSM negativ</i> (n = 24.715)	<i>DSM positiv</i> (n = 3.992)
♂ (n = 12167)	84,0 %	16,0 %
♀ (n = 16540)	87,6 %	12,4 %
Gesamt	86,1 %	13,9 %

Tabelle 32: Ergebnisse nach Fagerström (FTND) – Auswertung aller Probanden nach dem Geschlecht

<i>Geschlecht/FTND</i>	≤ 4 (n = 26.894)	> 4 (n = 1.813)
♂ (n = 12.167)	91,7 %	8,3 %
♀ (n = 16.540)	91,2 %	5,1 %
Gesamt	93,7 %	6,4 %

Tabelle 33: Ergebnisse nach DSM IV – Auswertung aller Probanden nach dem Alter

<i>Alter/DSM</i>		<i>DSM negativ</i> (n = 24.715)	<i>DSM positiv</i> (n = 3.992)
<i>16–17 Jahre</i>	(n = 501)	74,3 %	25,7 %
<i>18–39 Jahre</i>	(n = 8.534)	66,0 %	34,0 %
<i>40–59 Jahre</i>	(n = 9.790)	85,0 %	15,0 %
<i>60–79 Jahre</i>	(n = 9.024)	95,7 %	4,3 %
<i>> 80 Jahre</i>	(n = 858)	98,7 %	1,3 %
<i>Gesamt</i>		86,1 %	13,9 %

Tabelle 34: Ergebnisse nach Fagerström (FTND) – Auswertung aller Probanden nach dem Alter

<i>Alter/FTND</i>		≤ 4 (n = 25.836)	> 4 (n = 2.871)
<i>16–17 Jahre</i>	(n = 501)	88,2 %	11,8 %
<i>18–39 Jahre</i>	(n = 8.534)	84,5 %	15,5 %
<i>40–59 Jahre</i>	(n = 9.880)	87,6 %	12,4 %
<i>60–79 Jahre</i>	(n = 9.024)	97,1 %	2,9 %
<i>>80 Jahre</i>	(n = 828)	99,3 %	0,7 %
<i>Gesamt</i>		90,0 %	10,0 %

7.1.3 Nikotinabhängigkeit, Rauchsituation und Rauchbiographie (n = 28.707)

Unter Punkt- und Lebenszeitprävalenz versteht man den Rauchstatus des Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt (SNICAS: in den letzten vier Wochen) bzw. in seinem Leben. Beim Rauchverhalten wurde hauptsächlich nach den Kriterien des DSM IV und des Fagerströmtests gefragt. Biosoziale und klinische Merkmale bzw. psychische und physische Beeinträchtigungen sollten den Patienten hinsichtlich seiner geistigen, seelischen, aber auch somatischen Gesundheit charakterisieren und seine privaten Verhältnisse, Lebensumstände und seine Familiensituation näher beleuchten.

Auf die Frage nach der Rauchbiographie antworteten 14.350 (50 %) der Befragten, dass sie schon einmal in ihrem Leben geraucht hätten. Fast ebenso viele Probanden, nämlich 14.357 (50 %), gaben an, noch nie in ihrem Leben geraucht zu haben. Nach dem aktuellen Rauchstatus befragt, gaben 8.490 (29,6 %) an, in den letzten vier Wochen gelegentlich oder regelmäßig geraucht zu haben. 20.217 (70,4 %) sagten, sie hätten in diesem Zeitraum nicht geraucht (Tabellen 35 und 36).

Tabelle 35: Haben Sie schon einmal regelmäßig geraucht? (Lebenszeitprävalenz)

	<i>n</i> =	%
<i>Ja</i>	14.350	50
<i>Nein</i>	14.357	50

Tabelle 36: Haben Sie in den vergangenen 4 Wochen regelmäßig geraucht? (Punktprävalenz)

	<i>n</i> =	%
<i>Ja, gelegentlich</i>	6.623	23,1
<i>Ja, regelmäßig</i>	1.867	6,5
<i>Nein</i>	20.217	70,4

7.1.4 Gegenüberstellung der Ergebnisse des DSM und des FTND (n = 28.707)

Stellt man die Ergebnisse des DSM IV und des Fagerströmtests, dargestellt nach dem Geschlecht und dem Alter der Probanden, direkt gegenüber, so zeigt sich, dass 2.702 Personen (9,4 % der Gesamtprobanden bzw. 67,7 % der DSM IV-positiven Probanden) vom DSM IV als abhängig erkannt wurden, obwohl sie einen Fagerströmindex kleiner vier aufweisen. 523 Personen (1,8 % der Gesamtprobanden bzw. 0,3 % der DSM IV-negativen Probanden) erreichten einen Fagerströmindex größer vier, obwohl das DSM IV sie als nicht abhängig klassifiziert. Bei umgekehrter Betrachtung erreichten im Fagerströmtest 938 Personen (3,3 % der Gesamt-Probanden) Werte größer vier – Personen, die im DSM IV als nicht abhängig eingestuft wurden (Tabellen 37, 38 und 40).

Tabelle 37: Ergebnisse nach DSM IV und Fagerström (FTND) in direkter Gegenüberstellung

<i>Geschlecht/FTND-Score</i>		<i>0-2</i> (n=24.633)	<i>3-4</i> (n=2.261)	<i>5</i> (n = 775)	<i>6-7</i> (n = 751)	<i>8-10</i> (n = 287)
<i>DSM IV-pos.</i>	(n = 3.992)	36,5 %	31,2 %	12,3 %	14,0 %	6,0 %
<i>DSM IV-neg</i>	(n = 24.715)	93,8 %	4,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %

Tabelle 38: Ergebnisse nach DSM IV und Fagerström (FTND) in direkter Gegenüberstellung – Auswertung nach dem Geschlecht

<i>Geschlecht/FTND-Score</i>		<i>0-2</i> (n=24.633)	<i>3-4</i> (n=2.261)	<i>5</i> (n=775)	<i>6-7</i> (n=751)	<i>8-10</i> (n=287)
<i>Männliche Probanden:</i>						
<i>DSM IV-pos.</i>	(n = 2.049)	41,4 %	30,0 %	11,6 %	12,3 %	4,3 %
<i>DSM IV-neg.</i>	(n = 14.491)	95,1 %	3,3 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
<i>Weibliche Probanden:</i>						
<i>DSM IV-pos</i>	(n = 1.943)	31,0 %	32,3 %	13,1 %	15,8 %	7,8 %
<i>DSM IV-neg.</i>	(n = 10.224)	91,8 %	5,3 %	1,4 %	1,0 %	0,1 %

Tabelle 39: Ergebnisse nach DSM IV und Fagerström (FTND) in direkter Gegenüberstellung: Auswertung nach dem Alter in Jahren (1)

<i>Alter/FTND-Score</i>		0-2 (n=24.639)	3-4 (n=2.255)	5 (n = 775)	6-7 (n = 751)	> 8 (n = 287)
DSM IV-positive Probanden:						
<i>16-17 Jahre</i>	(n = 129)	55,8 %	27,9 %	10,0 %	4,7 %	0,2 %
<i>18-39 Jahre</i>	(n = 2.000)	38,0 %	31,3 %	11,8 %	13,2 %	5,8 %
<i>40-59 Jahre</i>	(n = 1.463)	31,2 %	31,2 %	13,5 %	16,7 %	7,3 %
<i>60-79 Jahre</i>	(n = 389)	42,4 %	31,8 %	11,6 %	11,5 %	3,0 %
<i>> 80 Jahre</i>	(n = 11)	54,6 %	9,0 %	9,0 %	9,0 %	18,2 %
DSM IV-negative Probanden:						
<i>16-17 Jahre</i>	(n = 372)	90,0 %	6,7 %	1,9 %	1,3 %	0,0 %
<i>18-39 Jahre</i>	(n = 6.534)	90,3 %	6,3 %	2,0 %	1,2 %	0,1 %
<i>40-59 Jahre</i>	(n = 8.327)	92,0 %	5,0 %	1,4 %	1,2 %	0,1 %
<i>60 - 79Jahre</i>	(n = 8.641)	97,8 %	1,7 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
<i>> 80 Jahre</i>	(n = 841)	100 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Tabelle 40: Ergebnisse nach DSM IV und Fagerström (FTND) in direkter Gegenüberstellung – Auswertung nach dem Alter in Jahren (2)

<i>Alter/DSM-Score</i>		<i>DSM IV-pos</i> (n = 12.305)	<i>DSM IV-neg</i> (n = 16.402)
16–17 Jahre alte Probanden:			
<i>FTND > 4</i>	(n = 59)	66,1 %	33,9 %
<i>FTND </= 4</i>	(n = 442)	20,4 %	79,6 %
18–39 Jahre alte Probanden:			
<i>FTND > 4</i>	(n = 1.326)	70,5 %	29,5 %
<i>FTND </= 4</i>	(n = 7.208)	14,8 %	85,2 %
40–59 Jahre alte Probanden:			
<i>FTND > 4</i>	(n = 1.223)	64,8 %	35,1 %
<i>FTND </= 4</i>	(n = 8.567)	7,4 %	45,2 %
60–79 Jahre alte Probanden:			
<i>FTND > 4</i>	(n = 257)	63,0 %	37,0 %
<i>FTND </= 4</i>	(n = 8.767)	2,6 %	97,4 %
> 80 Jahre alte Probanden:			
<i>FTND > 4</i>	(n = 6)	66,7 %	33,3 %
<i>FTND </= 4</i>	(n = 852)	0,2 %	99,8 %

7.2 Die 8.490 als Raucher klassifizierten Probanden

Im folgenden Teil der Auswertung finden von den 28.707 Teilnehmern der SNICAS-Studie nur die 8.490 Probanden Beachtung, die als Raucher eingestuft wurden. Alle Zahlen und Daten beziehen sich also nur auf die Gesamtzahl der Raucher, die an der SNICAS-Studie teilgenommen haben.

Von den 8.490 Rauchern der SNICAS-Studie konnten 3.992 (47,0 %) als nikotinabhängig gemäß DSM IV-Kriterien klassifiziert werden (vgl. Tabelle 41). Dies bedeutet, dass 4.498 (53 %) aller teilnehmenden Raucher von der DSM IV-Klassifikation nicht als nikotinabhängig eingestuft wurden. Nach den Ergebnissen des Fagerströmtests gelten 6.677 (78,7 %) Teilnehmer als sehr gering bzw. gering abhängig. Als mittelschwer, schwer bzw. sehr schwer abhängig wurden 1.813 der Raucher (21,3 %) eingestuft (vgl. Tabelle 41, Tabelle 42 und Tabelle 43 sowie Abbildung 7).

Tabelle 41: Abhängigkeitsraten nach DSM IV

<i>DSM IV-positiv</i>	<i>DSM IVnegativ</i>	<i>Gesamt</i>
3.992	4.498	8.490
47,0 %	53,0 %	

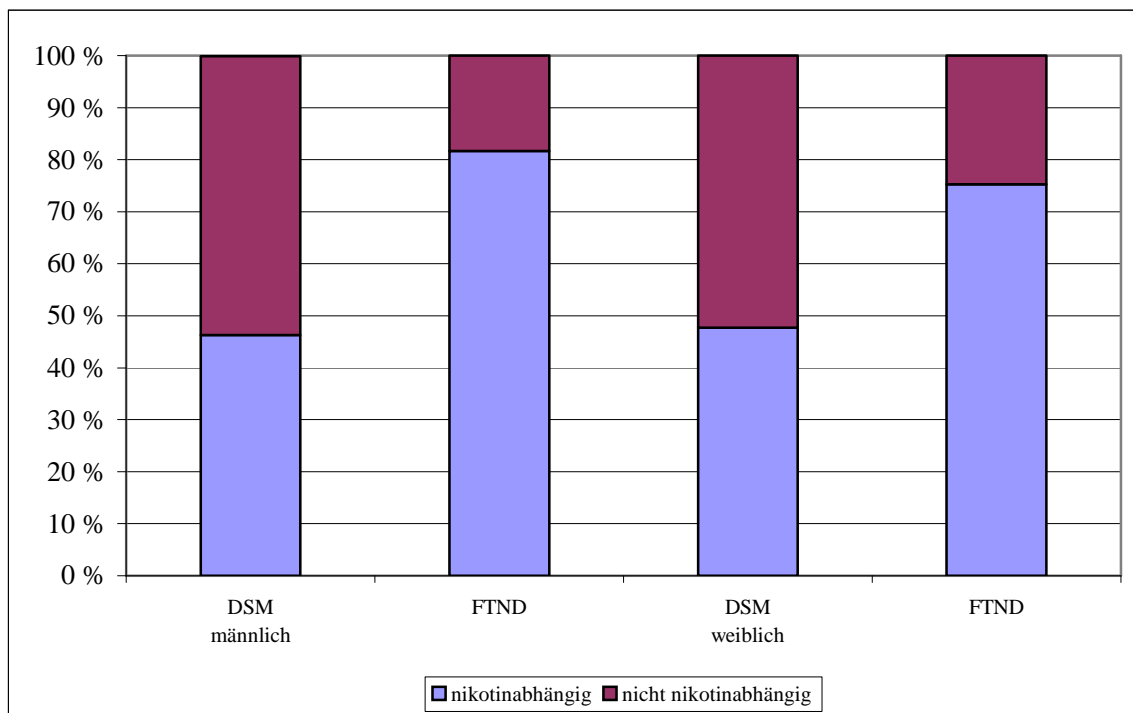
Tabelle 42: Abhängigkeitsraten (1) nach Fagerström (FTND)

<i>FTND > 4</i>	<i>FTND <= 4</i>	<i>Gesamt</i>
1.813	6.677	8.490
21,3 %	78,7 %	

Tabelle 43: Abhängigkeitsraten (2) nach Fagerström (FTND)

<i>Punkte FTND</i>	<i>n =</i>	<i>%</i>
0-2	4.416	52,0
3-4	2.261	26,6
5	775	9,1
5-7	751	8,8
8-10	287	3,4

Abbildung 7: Ergebnisse nach DSM IV und Fagerström (FTND) – Auswertung nach Klassifikation der Nikotinabhängigkeit



7.2.1 Raucher und ihr Geschlecht (n = 8490)

In den folgenden Tabellen werden die Ergebnisse des DSM IV und des Fagerströmtests getrennt nach der Variable „Geschlecht“ dargestellt. Während laut DSM-Kriterien 2.049 (46,3 %) männliche Probanden als nikotinabhängig eingestuft wurden, konnten bei den weiblichen Probanden durch die DSM IV-Kriterien nur 1.943 (47,7 %) als nikotinabhängig eingestuft werden (OR 0,9 95 % KI 0,8–0,9; Referenzkategorie: männliche Raucher). 3.610 Männer (81,7 %) erreichten einen Fagerströmscore größer vier. Bei den Frauen konnten hingegen nur 3.067 (75,3 %) einen Score größer vier erreichen (OR 0,7 95 % KI 0,6–0,7; Referenzkategorie: männliche Raucher). Auch mittels logistischer Regressionskontrolle konnte gezeigt werden, dass Frauen seltener nikotinabhängig sind als Männer (vgl. dazu Tabelle 44, Tabelle 45 und Abbildung 8).

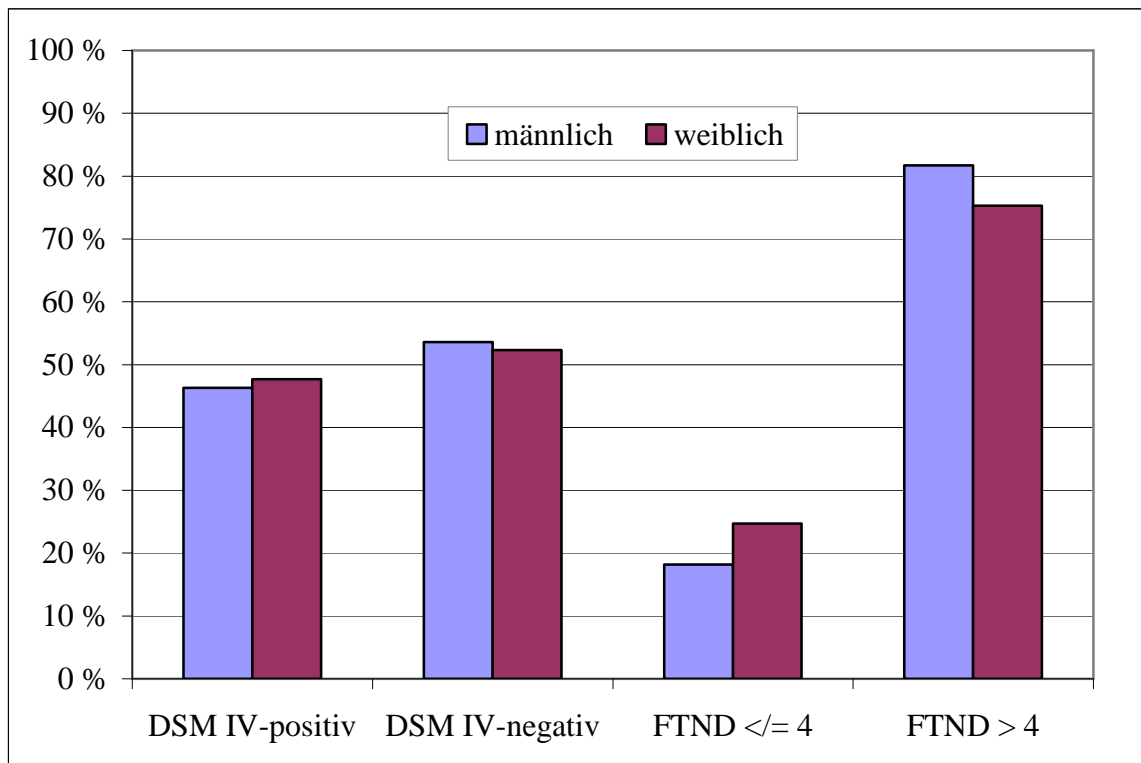
Tabelle 44: Ergebnisse nach DSM IV – Auswertung nach dem Geschlecht

		<i>DSM IV-positiv</i>	<i>DSM IV-negativ</i>
<i>Männlich</i>	(n = 4.418)	46,3 %	53,6 %
<i>Weiblich</i>	(n = 4.072)	47,7 %	52,3 %
<i>Gesamt</i>		47,0 %	52,3 %

Tabelle 45: Ergebnisse nach Fagerström (FTND) – Auswertung nach dem Geschlecht

		<i>FTND <= 4</i>	<i>FTND > 4</i>
<i>Männlich</i>	(n = 4.418)	18,3 %	81,7 %
<i>Weiblich</i>	(n = 4.072)	24,7 %	75,3 %
<i>Gesamt</i>		21,3 %	78,6 %

Abbildung 8: Ergebnisse nach DSM IV und Fagerström (FTND) – Auswertung nach dem Geschlecht



7.2.2 Das Alter der Raucher (n = 8.490)

Im Folgenden wird Nikotinabhängigkeit gemessen mit DSM IV-Kriterien sowie den FTND für unterschiedliche Kohorten dargestellt. Im Mittel sind die nach DSM abhängigen Raucher 40,6 Jahre alt. Raucher mit einem Fagerströmscore größer vier waren im Mittel 42,0 Jahre alt. Der größte Anteil der abhängigen Raucher entfällt auf die Gruppe der 18- bis 39-Jährigen mit 2.000 (23,6 % der Gesamtprobanden) gemäß DSM IV bzw. 839 (9,6 % der Gesamtprobanden) nach Fagerström. An zweiter Stelle stehen die 40- bis 59-Jährigen mit 1.463 (17,2 % der Gesamtprobanden) nach DSM IV und 790 (9,2 % der Gesamtprobanden) gemäß Fagerström (siehe Tabelle 46 bis Tabelle 51 und Abbildung 9 und 10).

Tabelle 46: Ergebnisse nach DSM IV – Auswertung nach dem Alter in Jahren

	<i>Mittelwert</i>	<i>Standardabweichung</i>
<i>DSM IV-pos.</i>	40,6 Jahre	17,6 Jahre
<i>DSM IV-neg.</i>	47,9 Jahre	16,3 Jahre

Tabelle 47: Ergebnisse nach Fagerström (FTND) – Auswertung nach dem Alter in Jahren (1)

	<i>Mittelwert</i>	<i>Standardabweichung</i>
<i>FTND \leq 4</i>	42,0 Jahre	14,6 Jahre
<i>FTND $>$ 4</i>	50,5 Jahre	18,4 Jahre

Tabelle 48: Ergebnisse nach Fagerström (FTND) – Auswertung nach dem Alter in Jahren (2)

<i>FTND</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Standardabweichung</i>
0–2	45,8 Jahre	18,1 Jahre
3–4	43,7 Jahre	14,6 Jahre
5	38,1 Jahre	15,4 Jahre
6–7	45,0 Jahre	16,9 Jahre
8–10	44,8 Jahre	16,5 Jahre

In den folgenden Tabellen werden die Ergebnisse der DSM IV-Erhebung nach dem Alter dargestellt. In den Gruppen der 16–17- sowie der 18–39-Jährigen zeigt sich keine signifikante Veränderung der Abhängigkeitsraten (OR 1,0 95 % KI 0,8–1,4). Ausgehend von diesen beiden Gruppen nimmt die Abhängigkeitsrate jedoch stetig ab. Im Vergleich zu den 16–17-Jährigen ist die Abhängigkeitsrate der 40–59-Jährigen um 4 % niedriger (OR 0,85 95 % KI 0,7–0,9). Bei den 60–79-Jährigen ist die Abhängigkeitsrate im Vergleich zur selben Gruppe um 13,5 % geringer (OR 0,53 95 % KI 0,4–0,7), bei den über 80-Jährigen um 29 % niedriger (OR 0,32 95 % KI 0,1–0,7) (vgl. dazu Tabelle 49 und Tabelle 50).

Tabelle 49: Ergebnisse nach DSM IV – Auswertung nach dem Alter in Jahren

		<i>DSM IV–pos.</i>	<i>DSM IV–neg.</i>
<i>16–17 Jahre</i>	(n = 259)	49,8 %	50,2 %
<i>18–39 Jahre</i>	(n = 3.914)	51,1 %	48,9 %
<i>40–59 Jahre</i>	(n = 3.193)	45,8 %	54,2 %
<i>60–79 Jahre</i>	(n = 1.071)	36,3 %	63,7 %
<i>> 80 Jahre</i>	(n = 53)	20,8 %	79,2 %
Gesamt		47,0 %	53,0 %

Tabelle 50: Ergebnisse nach DSM IV – Anhängigkeitsraten statistisch kontrolliert, Referenzgruppe: 16–17 Jahre alte Raucher

	<i>OR (95 % KI)</i>	<i>Referenzkategorie</i>
<i>Alter 18–39</i>	1,0	0,8–1,4
<i>Alter 40–59</i>	0,85	0,7–0,9
<i>Alter 60–79</i>	0,53	0,4–0,7
<i>Alter > 80</i>	0,32	0,1–0,7

In den folgenden Tabellen werden die Abhängigkeitsraten der Ergebnisse des Fagerströmtests nach dem Alter dargestellt. Ausgehend von der Gruppe der 16–17-Jährigen nimmt die Abhängigkeitsrate bis zur Altersgruppe der 40–59-Jährigen zu, um mit weiter steigendem Alter stetig kleiner zu werden. Im Vergleich zur Altersgruppe der 16–17-Jährigen steigt die Abhängigkeitsrate bei den 18–39-Jährigen um 7 Prozentpunkte (OR 1,5 95 % KI 1,0–2,0) und bei den 40–59-Jährigen um 10,3 Prozentpunkte (OR 1,7 95 % KI 1,2–2,4). Bei den 60–79-Jährigen sind die Abhängigkeitsraten im Vergleich zur selben Gruppe der 16–17-Jährigen gleich (OR 0,7 95 % KI 0,5–1,1) und sinken bei den über 80-Jährigen um 3,5 Prozentpunkte ab (OR 0,4 95 % KI 0,1–0,9).

Tabelle 51: Ergebnisse nach Fagerström (FTND) – Auswertung nach dem Alter in Jahren (1)

<i>Alter/FTND-Score</i>	<i></= 4</i>	<i>> 4</i>
<i>Alter 16–17</i> (n = 261)	86,6 %	13,4 %
<i>Alter 18–39</i> (n = 3.921)	78,6 %	21,4 %
<i>Alter 40–59</i> (n = 3.193)	75,3 %	24,7 %
<i>Alter 60–79</i> (n = 1.071)	86,6 %	13,4 %
<i>Alter > 80</i> (n = 44)	90,9 %	9,9 %
<i>Gesamt</i>	78,5 %	18,5 %

Tabelle 52: Ergebnisse nach Fagerström (FTND) – Auswertung nach dem Alter in Jahren (2)

<i>Alter/FTND-Score</i>		<i>0–2</i>	<i>3–4</i>	<i>5</i>	<i>6–7</i>	<i>> 8</i>
<i>Alter 16–17</i>	(n = 259)	63,7 %	23,6 %	7,7 %	4,2 %	0,1 %
<i>Alter 18–39</i>	(n = 3.921)	52,2 %	26,4 %	9,3 %	8,7 %	3,4 %
<i>Alter 40–59</i>	(n = 3.193)	47,4 %	27,9 %	10,0 %	10,7 %	4,0 %
<i>Alter 60–79</i>	(n = 1.071)	61,5 %	25,0 %	6,7 %	5,3 %	1,5 %
<i>Alter > 80</i>	(n = 44)	75,0 %	16,0 %	2,3 %	2,3 %	4,5 %

Tabelle 53: Ergebnisse nach Fagerström (FTND) – Anhängigkeitsraten statistisch kontrolliert, Referenzgruppe: 16–17 Jahre alte Raucher

	<i>OR (95 % KI)</i>	<i>Referenzkategorie</i>
<i>Alter 18–39</i>	1,5	1,0–2,0
<i>Alter 40–59</i>	1,7	1,2–2,4
<i>Alter 60–79</i>	0,7	0,5–0,9
<i>Alter > 80</i>	0,4	0,1–0,9

Stellt man die Ergebnisse der DSM IV-Kriterien und die des Fagerströmtests direkt gegenüber, so zeigt sich, dass die Abhängigkeitsrate nach DSM IV-Kriterien in der Altersgruppe der 18 bis 39-Jährigen am größten ist und mit zunehmendem Alter geringer wird. So wurden bei den 18 bis 39-Jährigen 2.000 (51,1 %) Probanden nach DSM IV als nikotinabhängig eingestuft, während in der Gruppe der 40 bis 59-Jährigen nur noch 1.463 (45,8 %) und in der Gruppe der 60 bis 79-Jährigen nur noch 389 (36,3 %) Personen als nikotinabhängig klassifiziert wurden.

Bei gleicher Betrachtung zeigt der Fagerströmtest die höchsten Abhängigkeitsraten in dem mittleren Altersrang der 40 bis 59-Jährigen (n = 790; 24,7 %). In den jüngeren Altersklassen steigt die Abhängigkeitsrate bis zu der Altersgruppe der 40–59-Jährigen an und fällt danach mit zunehmendem Alter wieder ab.

Insgesamt fällt auf, dass die Differenz der Abhängigkeitsraten zwischen DSM IV und FTND mit zunehmendem Alter kleiner wird. So beträgt die Differenz bei den 18–39-Jährigen noch

1.161 Raucher (2.000 zu 839), bei den 40 bis 50-Jährigen sinkt die Differenz auf 673 (1.463 zu 720) und bei den 60 bis 79-Jährigen beträgt sie nur noch 244 (389 zu 145) (siehe Abbildungen 9 und 10).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sowohl laut DSM IV als auch laut FTND mehr Männer als Frauen als nikotinabhängig eingestuft werden.

Beim Alter zeigt sich ebenfalls in beiden Verfahren eine ähnliche Tendenz. Je älter die Probanden, desto geringer sind die Abhängigkeitsraten.

Abbildung 9: Nikotinabhängigkeit nach DSM IV und Fagerström (FTND) in direkter Gegenüberstellung – Abbildung nach dem Alter in Jahren (1)

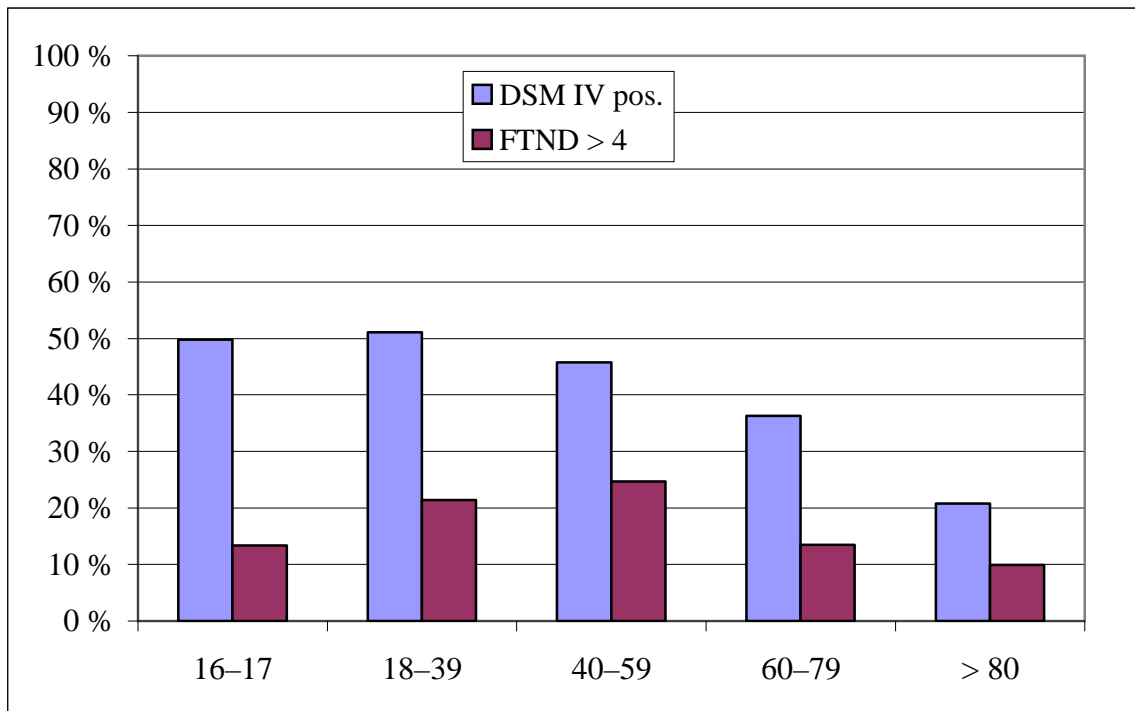
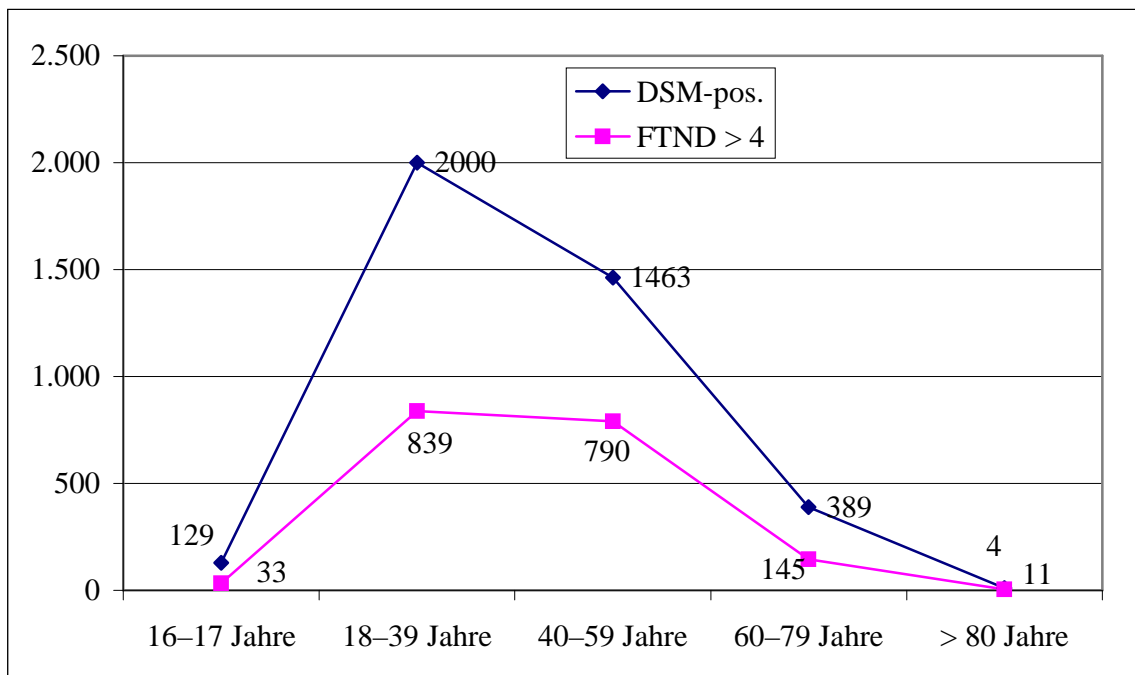


Abbildung 10: Nikotinabhängigkeit nach DSM IV und Fagerström (FTND) in direkter Gegenüberstellung nach der absoluten Zahl der Raucher und dem Alter der Raucher in Jahren (2)



7.2.3 Die Rauchsituation im Umfeld der Probanden (n = 8.490)

Im Weiteren wird die Rauchsituation im Umfeld der Probanden einer näheren Betrachtung unterzogen. Auf die Frage „War Ihr Vater Raucher?“ antworteten 5.966 (70,3 %) mit „Ja“. Und 4.491 (75,3 %) dieser Probanden erreichten beim Fagerströmtest einen Wert über vier (OR 1,52 95 % KI 1,4–1,7). Das DSM IV konnte 2.974 (49,8 %) von ihnen als abhängig erkennen (OR 1,4 95 % KI 1,2–1,5). Bei der Frage nach der Rauchsituation der Mutter antworteten 3.256 (38,3 %) der Befragten, dass ihre Mutter geraucht habe. Von den 5.234 Probanden, deren Mütter Nichtraucher waren, erreichten 4.173 (79,7 %) einen Fagerströmscore größer vier (OR 1,6 95 % KI 1,4–1,7). Das DSM IV erkannte 2.334 (44,6 %) der gleichen Patientengruppe als abhängig (OR 1,2 95 % KI 1,1–1,4) (siehe Tabellen 54, 55 und Abbildungen 11 sowie 12).

Auf die Frage, ob der Ehepartner rauche, antworteten 4.438 (52,3 %) der Probanden mit „Ja“. Im Fagerströmindex erreichten 3.223 (72,6 %) von diesen einen Wert über 4 (OR 1,0 95 % KI 1,0–1,2). Das DSM IV konnte 2.224 (50,1 %) von diesen als abhängig identifizieren (OR 1,42 95 % KI 1,3–1,6) (vgl. Tabelle 56 und Abbildung 13).

Tabelle 54: Mein Vater war Raucher

		<i>DSM IV-pos.</i>	<i>DSM IV-neg.</i>	<i>FTND > 4</i>	<i>FTND ≤ 4</i>
<i>Ja</i>	(n=5.966)	49,8 %	50,2 %	75,3 %	24,7 %
<i>Nein</i>	(n=2.524)	42,4 %	57,6 %	81,0 %	19,0 %

Abbildung 11: Mein Vater war Raucher

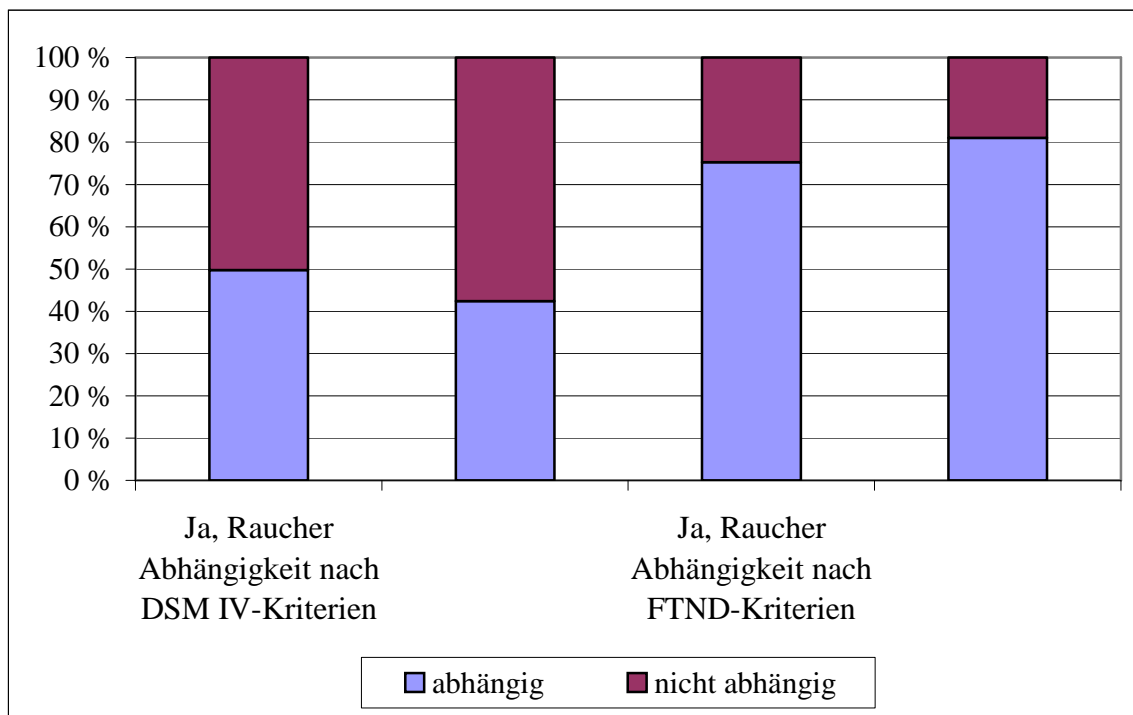


Tabelle 55: Meine Mutter war Raucher

		<i>DSM IV-pos.</i>	<i>DSM IV-neg.</i>	FTND > 4	FTND ≤ 4
<i>Ja</i>	(n = 3.256)	52,5 %	47,5 %	72,9 %	27,1 %
<i>Nein</i>	(n = 5.234)	44,6 %	55,4 %	79,7 %	20,3 %

Abbildung 12: Meine Mutter war Raucher

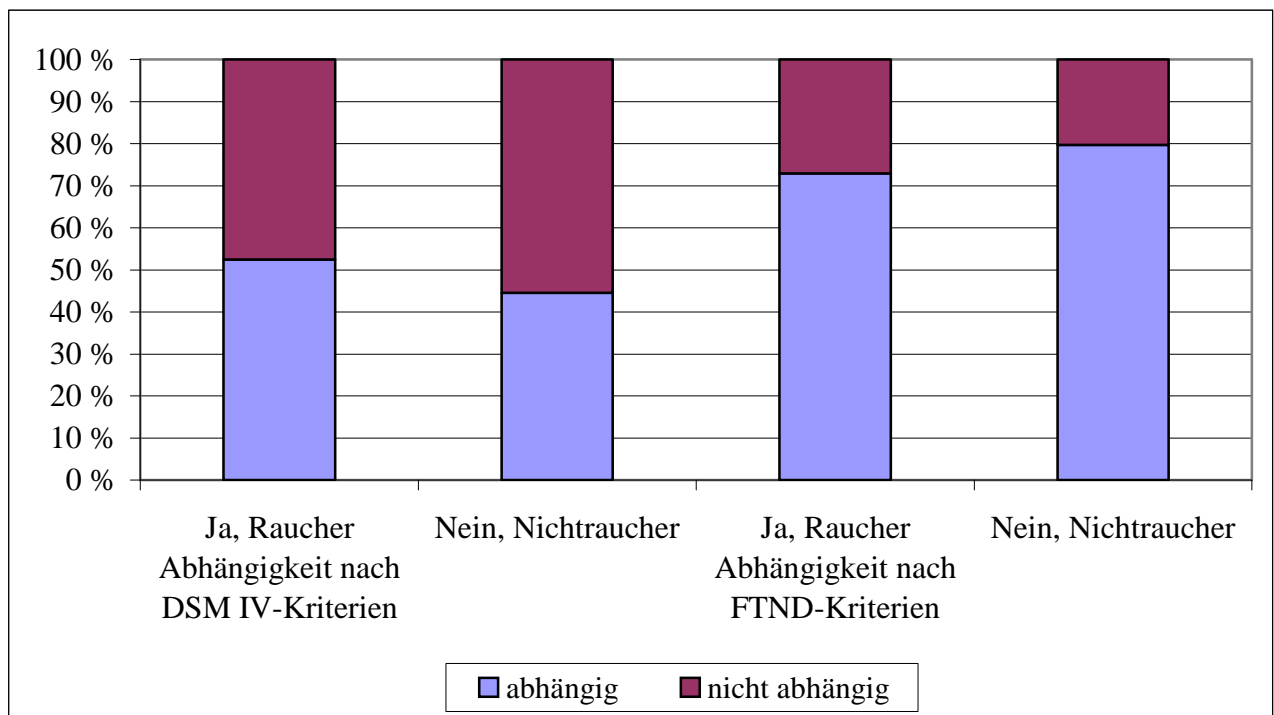
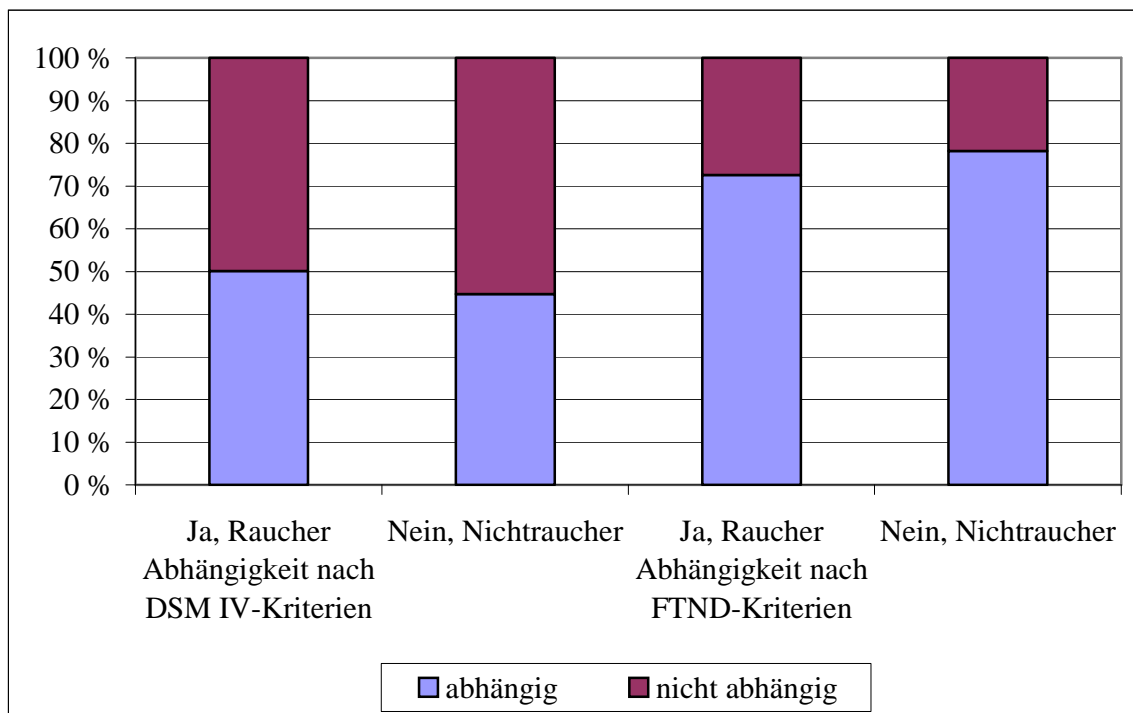


Tabelle 56: Mein Ehepartner war/ist Raucher

		<i>DSM IV-pos.</i>	<i>DSM IV-neg.</i>	FTND > 4	FTND ≤ 4
<i>Ja</i>	(n = 4.438)	50,1 %	49,9 %	72,6 %	27,4 %
<i>Nein</i>	(n = 4.052)	44,7 %	55,3 %	78,2 %	21,8 %

Abbildung 13: Mein Ehepartner war/ist Raucher



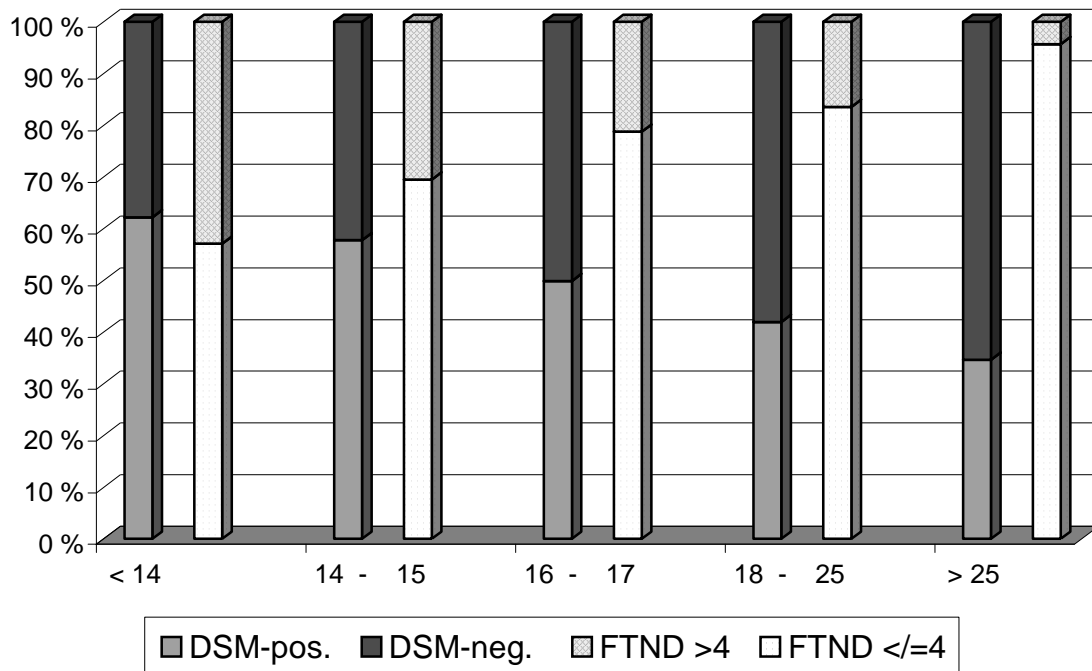
7.2.4 Die Rauchbiographie (n = 8.490)

Die meisten Raucher in der SNICAS-Studie haben im Alter zwischen 18 und 25 Jahren zum ersten Mal geraucht. 2.558 Probanden gaben an, in diesem Altersrang ihre erste Zigarette geraucht zu haben. 2.138 (83,6 %) von ihnen erreichten im Fagerströmtest einen Score größer vier. Und 1.075 (42,0 %) dieser Patientengruppe wurde vom DSM IV als positiv erfasst. In der Gruppe der Probanden, die zwischen dem 16. und 17. Lebensjahr zum ersten Mal geraucht haben, ergibt sich ein ähnliches Bild. 2.197 Personen gaben an, in diesem Altersrang ihre erste Zigarette konsumiert zu haben. 1.733 (78,8 %) von ihnen erreichten im Fagerströmtest einen Wert größer vier. Das DSM IV kategorisierte 1.097 (49,9 %) dieser Probanden als abhängig (Tabelle 57 und Abbildung 14).

Tabelle 57: In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal geraucht?

	<i>DSM IV-pos.</i>	<i>DSM IV-neg.</i>	<i>FTND > 4</i>	<i>FTND <= 4</i>
<hr/>				
< 14 Jahre:				
(n = 564)	62,2 %	37,8 %	57,1 %	42,9 %
<hr/>				
14–15 Jahre:				
(n = 1.526)	57,8 %	42,2 %	69,5 %	30,5 %
<hr/>				
16–17 Jahre:				
(n = 2.197)	49,9 %	50,1 %	78,8 %	21,2 %
<hr/>				
18–25 Jahre:				
(n = 2.558)	42,0 %	58,0 %	83,6 %	16,4 %
<hr/>				
> 25 Jahre:				
(n = 327)	34,3 %	64,7 %	95,7 %	4,3 %
<hr/>				

Abbildung 14: In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal geraucht?



Unter dem Rauchpeak versteht man den Zeitpunkt im Leben eines Menschen, an dem er das Maximum an Rauchwaren konsumiert.

Mit dem „Rauchpeak nach Alter“ ist das Lebensalter gemeint, in dem ein Mensch seinen Rauchpeak erreicht hat. 4.628 Probanden der SNICAS-Studie geben ihren „Rauchpeak nach Alter“ zwischen dem 18. und 39. Lebensjahr an. 3.622 (78,3 %) von ihnen überschritten im Fagerströmtest die Vier-Punkte-Grenze. 2.261 (48,9 %) stuft das DSM IV als abhängig ein.

Unter dem „Rauchpeak nach Anzahl an Zigaretten“ wird die Anzahl an konsumierten Zigaretten während des Rauchpeaks des Individuums gefasst.

Auf die Frage, wie viele Zigaretten die Probanden in ihrem Leben maximal pro Tag geraucht hätten, nannten 2.289 ihren Rauchpeak in einem Bereich zwischen 19 und 25 Zigaretten, was in etwa einer handelsüblichen Schachtel entspricht. Über zwei Drittel dieser Gruppe (2.289 Probanden bzw. 80,3 %) erreichten einen Fagerströmscore größer vier. Die Hälfte (1.491 bzw. 52,3 %) wurden gemäß der DSM IV-Klassifikation als abhängig eingestuft (vgl. Tabelle 58 und Abbildung 15 sowie Tabelle 59 und Abbildung 16).

Tabelle 58: Rauchpeak nach Alter

	<i>DSM IV-pos.</i>	<i>DSM IV-neg.</i>	<i>FTND > 4</i>	<i>FTND </= 4</i>
<hr/>				
< 16 Jahre:				
(n = 282)	55,3 %	44,7 %	73,8 %	26,2 %
<hr/>				
16–17 Jahre:				
(n = 696)	54,3 %	45,7 %	81,5 %	18,5 %
<hr/>				
18–39 Jahre:				
(n = 4.628)	48,9 %	51,1 %	78,3 %	21,7 %
<hr/>				
40–59 Jahre:				
(n = 855)	56,3 %	43,7 %	71,9 %	28,1 %
<hr/>				
60–79 Jahre:				
(n = 66)	43,9 %	56,1 %	83,3 %	16,7 %
<hr/>				
> 80 Jahre:				
(n = 0)	0	0	0	0
<hr/>				

Tabelle 59: Rauchpeak nach Anzahl an Zigaretten

	<i>DSM IV-pos.</i>	<i>DSM IV-neg.</i>	<i>FTND > 4</i>	<i>FTND <= 4</i>
<hr/>				
0–6 Zigaretten:				
(n = 457)	16,8 %	83,2 %	97,2 %	2,8 %
<hr/>				
7–10 Zigaretten:				
(n = 899)	26,0 %	74,0 %	97,8 %	2,2 %
<hr/>				
11–18 Zigaretten:				
(n = 974)	41,6 %	58,4 %	97,2 %	2,8 %
<hr/>				
19–25 Zigaretten:				
(n = 2.849)	52,3 %	47,7 %	80,3 %	19,7 %
<hr/>				
26–36 Zigaretten:				
(n = 1.094)	67,9 %	32,1 %	58,3 %	41,7 %
<hr/>				
> 36 Zigaretten:				
(n = 1.006)	68,3 %	31,7 %	41,9 %	58,1 %
<hr/>				

Abbildung 15: Rauchpeak nach Alter

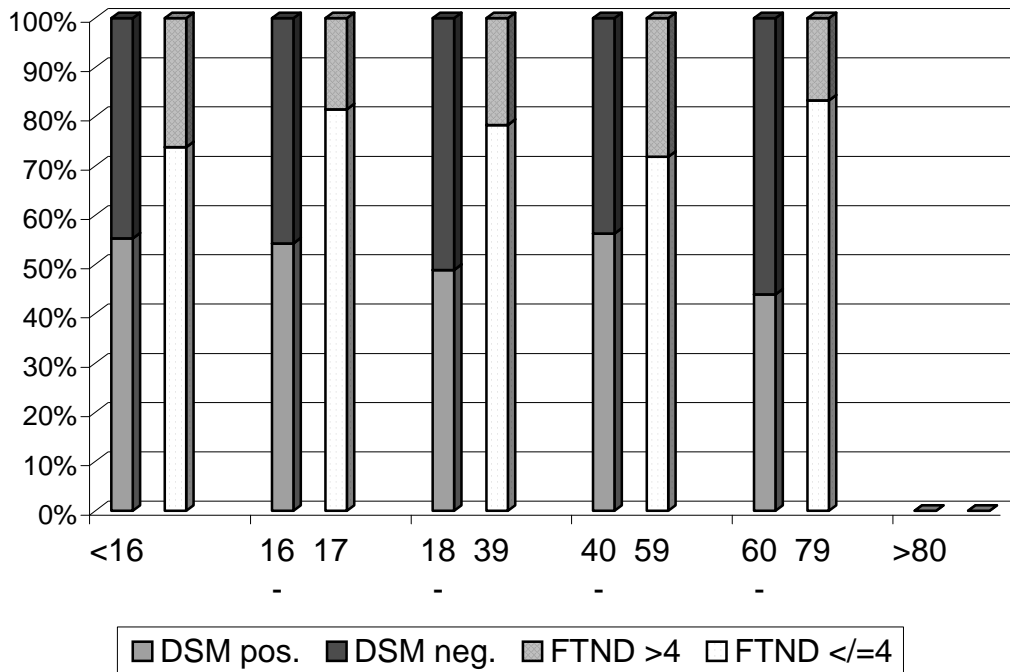
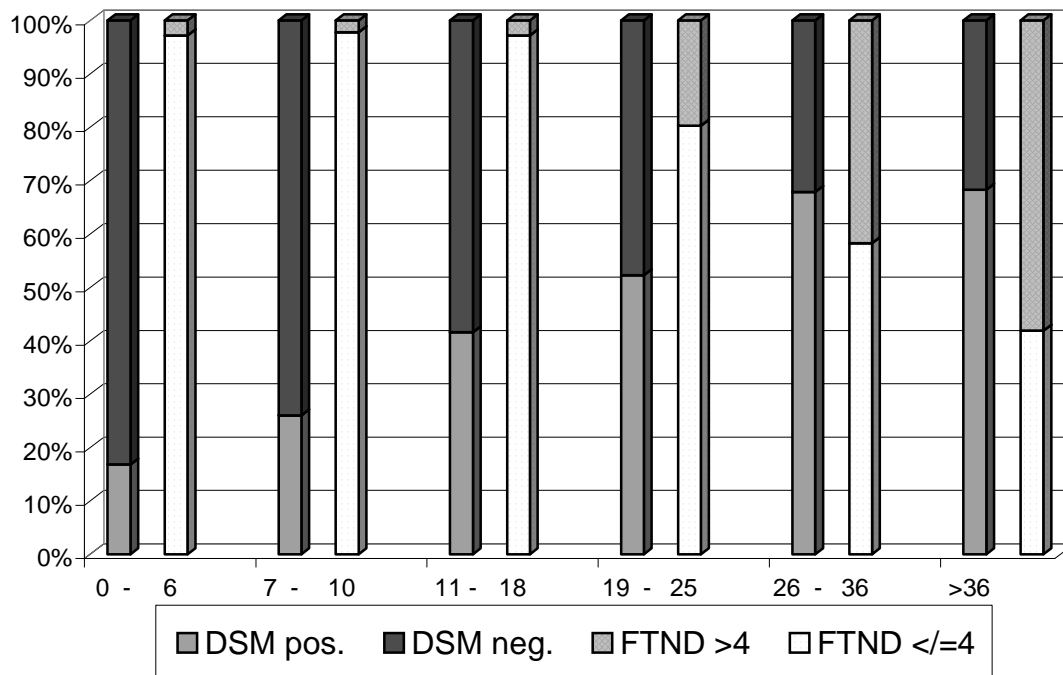


Abbildung 16: Rauchpeak nach Anzahl an Zigaretten



Auf die Frage „Hatten Sie jemals das Gefühl, von Tabak abhängig zu sein?“ antworteten 4.517 der Probanden mit „Ja“. 3.109 (68,8 %) von ihnen erreichten dabei einen Fagerströmscore größer vier. Ein sehr ähnliches Ergebnis lieferte die Auswertung nach den DSM-Kriterien. 2.956 (65,4 %) der gleichen Gruppe wurden vom DSM IV als abhängig eingestuft. Von den 3.449 Personen, die diese Frage mit „Nein“ beantworteten, erreichten 3.094 (89,7 %) einen Punktwert über vier im Fagerströmtest. Jedoch nur 961 (27,9 %) von ihnen konnte das DSM als abhängig klassifizieren (vgl. Tabelle 60).

Tabelle 60: “Hatten Sie jemals das Gefühl, von Tabak abhängig zu sein?”

		<i>DSM IV-pos.</i>	<i>DSM IV-neg.</i>	<i>FTND > 4</i>	<i>FTND ≤ 4</i>
<i>Ja</i>	(n = 4.517)	65,4 %	34,6 %	68,8 %	31,2 %
<i>Nein</i>	(n = 3.449)	27,9 %	72,1 %	89,7 %	10,3 %

8 Diskussion

8.1 Diskussion der Methode

8.1.1 Das Hausarztsetting

Alle Analysen dieser Arbeit erfolgten im Rahmen der epidemiologischen „Smoking and Nicotine Dependent Awareness and Screening (SNICAS)“-Studie. Das Studiendesign ist durch mehrere methodische Aspekte gekennzeichnet. Zunächst wurde per Zufallsprinzip eine repräsentative, bundesweite Stichprobe von 813 Hausärzten ausgewählt und rekrutiert. Diese Ärzte wurden im Rahmen der ersten Erhebungsstufe (Voruntersuchung) mit Hilfe eines Praxiserhebungsbogens ausführlich charakterisiert. In einer zweiten Erhebungsuntersuchung wurde im Querschnittsdesign eine Erhebung bei allen Patienten durchgeführt, die sich am Stichtag (7. Mai 2002) in den Praxen der Studienärzte vorstellten. Für 28.707 unselektierte, konsekutive Patienten wurde eine Vielzahl von Merkmalen, wie z. B. soziodemographische Variablen, Raucherbiographie, Nikotinabhängigkeit, bisherige Therapien und Vorerkrankungen, zeitgleich mit Hilfe eines Arzt- und eines Patientenfragebogens erhoben.

8.1.2 Stärken der Methode

SNICAS gilt derzeit als die größte Hausarztstudie zum Thema Rauchen, in der ein solch umfangreiches Assessment vorgenommen wurde.

Durch das breite, unausgelesene Patientengut, das sich Tag für Tag in den Praxen der Primärärzte vorstellt, konnte ein repräsentativer Querschnitt der Bevölkerung zur Teilnahme an der SNICAS-Studie rekrutiert werden. Nur 2 % aller Probanden verweigerten die Teilnahme an der Studie. Die Ausschöpfungsrate liegt bei 52,8 %. Ein gravierender systemischer Bias ist aus den folgenden Gründen wenig wahrscheinlich:

Es zeigte sich kein Unterschied zwischen Patientenmerkmalen in Praxen mit geringeren und höheren Ausschöpfungsraten. Das spricht gegen eine systemische Auswahl von Patienten mit spezifischen Merkmalen durch die Studienärzte.⁴¹

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass mit Hilfe der ausgewählten Ziehungsstrategie eine Stichprobe von Hausarztpatienten befragt werden konnte, die als repräsentativ für alle Hausarztpatienten in Deutschland erachtet werden kann.

Die Studienärzte waren den Monitoren nur zu 55 % persönlich bekannt. 45 % der teilnehmenden Arztpraxen waren den Studienmonitoren unbekannt. Geographische Analysen

zeigen, dass die geographische Verteilung der rekrutierten Arztstichprobe mit der des Bundesärztereisters übereinstimmte. Signifikante Merkmalsunterschiede zwischen den Ärzten, die den Studienmonitoren bekannt waren, und denen, die ihnen unbekannt waren, konnten nicht festgestellt werden.

Folglich kann die Aussage getroffen werden, dass mit Hilfe der ausgewählten Methode der Stichprobenziehung eine bundesweite Stichprobe von Primärärzten gewonnen wurde, die als weitgehend repräsentativ für die Gesamtheit der deutschen Hausärzte erachtet werden kann.

Ein wesentliches Merkmal der querschnittlichen Stichtagserhebung ist die umfassende Charakterisierung von Hausärzten und ihren Patienten mit Hilfe standardisierter diagnostischer Erhebungsinstrumente. Angaben zur Testgüte, wie Objektivität, Reliabilität und Validität, lagen für eine Vielzahl der verwendeten Messinstrumente vor. Außerdem kamen spezifische Skalen zum Einsatz, die entweder bereits in anderen Hausarztstudien auf ihre Akzeptanz und Durchführbarkeit getestet oder eigens für die SNICAS-Studie entwickelt wurden.

8.1.3 Schwächen der Methode

Die vorliegende Stichtagserhebung beinhaltet eine Querschnittsuntersuchung der Population von 28.707 Hausarztpatienten, die sich am 7. Mai 2002 bei den teilnehmenden Studienärzten vorstellten.

Diese Form der Befragung zu einem einzigen Messzeitpunkt erlaubt Aussagen über einen aktuellen Zustand oder retrospektive Informationen über Vergangenes, gibt jedoch kaum Aufschluss über die individuelle Veränderung von Merkmalen im zeitlichen Verlauf.⁴³

Bei den gefundenen Assoziationen kann z. B. wegen der unklaren zeitlichen Reihenfolge des Auftretens dieser Merkmale nicht von kausalen Zusammenhängen ausgegangen werden.⁴⁴

Auch eine Unterscheidung zwischen Risikofaktoren und prognostischen Faktoren ist unzulässig.⁴⁵ Darüber hinaus können die gefundenen Assoziationen nicht kausal interpretiert werden, weil die Ursachen der Zusammenhänge in nicht berücksichtigten oder nicht erhobenen Drittvariablen liegen könnten, die den beiden anderen Variablen vorausgehen. Außerdem sind eventuelle Messfehler zu berücksichtigen. Dennoch gilt das querschnittliche Studiendesign als besonders geeignet, um Charakteristika einer Zielpopulation zu beschreiben, wenn die befragte Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation ist.⁴⁶

Die hier präsentierten Ergebnisse der bundesweiten Querschnittserhebung sind in ihrem Gültigkeitsbereich auf das primärärztliche Setting in der Bundesrepublik Deutschland eingeschränkt. Eine Generalisierung der Ergebnisse ist aufgrund systemspezifischer

Merkmale nicht ohne Weiteres in Anwendung auf andere Länder möglich.⁴⁷

Alle Patienten, die am Stichtag ihren Hausarzt aufsuchten, wurden gebeten, im Wartezimmer den Patientenfragebogen auszufüllen, bevor sie Kontakt zum Arzt hatten. Während dieser Fragebogenuntersuchung könnten aus mehreren Gründen Fehler entstanden sein. Die Selbstaussagen der Probanden könnten durch ihr momentanes Befinden (z. B. Schmerzen, Krankheit, Leid), Stimmungen oder mangelnde medizinische Kenntnisse in ihrer Reliabilität und Validität eingeschränkt sein. Außerdem kann es sein, dass Raucher Fragen zum Rauchverhalten, der Nikotinabhängigkeit und der Motivation zum Rauchstopp im Sinne der sozialen Erwünschtheit positiver beantwortet haben.⁴⁸ Die Differenz zwischen der Lebenszeitprävalenz des Rauchens (70 %) und der Prävalenz des Rauchens in den letzten vier Wochen (30 %) deutet auf das Vorliegen einer solchen Antworttendenz in der SNICAS-Studie hin. In diesem Falle müsste die vorliegende Punktprävalenz als konservative Schätzung betrachtet und von einer noch stärkeren Verbreitung des aktuellen Tabakkonsums unter Hausarztpatienten ausgegangen werden.

Die Qualität der Datenerhebung hängt maßgeblich von der Handhabbarkeit der Messinstrumente in der hausärztlichen Praxisroutine ab. Um dies zu gewährleisten, wurde der Patientenfragebogen inhaltlich in zwei Abschnitte unterteilt. Der Erste enthielt Items, die von allen Patienten ausgefüllt werden sollten, wie z. B. biosoziale Variablen, aktueller physischer und psychischer Gesundheitszustand, aktuelles und früheres Rauchverhalten, Einstellungen zum Rauchen und zur Gesundheit etc. Im zweiten Teil des Bogens wurden Nikotinabhängigkeit, Veränderungsmotivation sowie bisherige Aufhörversuche erfasst. Diesen Abschnitt des Fragebogens sollten jedoch nicht mehr alle Patienten, sondern nur noch die aktuellen Tabakkonsumenten ausfüllen. Dies trug dazu bei, dass sich die Befragungszeit vieler Probanden verkürzen ließ und somit ein reibungsloser Ablauf der Praxisorganisation gewährleistet war. Bedauerlicherweise führte dieses Prozedere aber auch zum Verlust einiger sehr interessanter Informationen. Ein Vergleich von aktuellen und ehemaligen Rauchern hinsichtlich biosozialer und psychologischer Charakteristika oder der Auswahl und Anwendung von Aufhörstrategien kann beispielsweise nicht vorgenommen werden.

Leider konnten fast 6 % der Fragebögen nicht ausgewertet werden, da sie fehlerhaft oder unvollständig ausgefüllt waren. Auch konnten aufgrund der hohen Arbeitsbelastung in den Arztpraxen zum Teil nicht alle Patienten auf eine Teilnahme angesprochen werden.

8.2 Diskussion der Ergebnisse

Alle in der vorliegenden Arbeit genannten Zahlen und Ergebnisse beruhen auf der „Smoking and Nicotine Dependent Awareness and Screening (SNICAS)“-Studie. In einem zweistufigen Setting wurden insgesamt 28.707 Hausarztpatienten in 813 Hausarztpraxen an einem gemeinsamen Stichtag zu ihren Rauchgewohnheiten befragt.

Mit 14.350 Probanden gaben die Hälfte aller Befragten an, in ihrem Leben schon einmal geraucht zu haben. 14.357 Probanden verneinten diese Frage. Das heißt, die Lebenszeitprävalenz für das Rauchen liegt in der SNICAS-Studie bei 50 %. Die Punktprävalenz für das Rauchen innerhalb der letzten vier Wochen dagegen liegt in dieser Studie nur bei 29,6 %. Das bedeutet, dass 20.217 Probanden angaben, in den letzten vier Wochen nicht geraucht zu haben.

Die Kriterien für Abhängigkeit nach DSM IV wurden von 13,9 % der Gesamtprobanden erreicht. Im Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit erreichten 6,4 % aller Befragten mehr als vier Punkte. Bei grundsätzlicher Betrachtung der Auswertung aller 28.707 Fragebögen wird deutlich, dass insgesamt mehr Männer als Frauen nikotinabhängig sind. Sowohl in der Anwendung des DSM IV sind Männer mit einer Abhängigkeitsrate von 16 % versus 12,4 % bei den Frauen an der Spitze der Abhängigkeit. Im FTND liegt das männliche Geschlecht mit 8,3 % versus 5,1 % vorn.

Betrachtet man die Nikotinabhängigkeit nach dem Lebensalter bei allen 28.707 Probanden, so zeigen sich sowohl im DSM IV als auch im Fagerström sinkende Abhängigkeitsraten mit steigendem Lebensalter, ausgehend von den 16–39-Jährigen. So sinkt die Abhängigkeitsrate im DSM IV von 25,7 % bei den 16–17-Jährigen bzw. 34,0 % bei den 18–39-Jährigen auf 15,0 % bei den 40–59-Jährigen, 4,3 % bei den 60–79-Jährigen und schließlich 1,3 % bei den über 80-Jährigen. Im FTND zeigt sich das gleiche Bild: Die Abhängigkeitsraten der 16–17-Jährigen liegen mit 11,8 % gleichauf mit den 18–39-Jährigen (15,5 %) und fallen mit weiter steigendem Lebensalter auf 12,4 % bei den 30–59-Jährigen bzw. 2,9 % bei den 60–79-Jährigen und schließlich auf 0,7 % bei den über 80-Jährigen.

Diese Arbeit hat zum Ziel, die Gemeinsamkeiten und die Unterschiede zwischen DSM IV und FTND darzustellen und Wege aufzuzeigen, unter Praxisaspekten das richtige Verfahren für den richtigen Raucher zur Anwendung bringen zu können. Um zu überprüfen, inwieweit beide Ansätze kongruent sind und wo Abweichungen entstehen, wurden die Ergebnisse beider Verfahren direkt gegenübergestellt. Beide Klassifikationssysteme kamen an allen 28.707 Probanden zur Anwendung, wobei 2.702 der Befragten (9,4 %) vom DSM IV als nikotinabhängig erkannt wurden, obgleich sie vier oder weniger Punkte im FTND erreicht

hatten. Dagegen wurden nur 523 (1,8 %) der Hausarztpatienten vom DSM IV als nicht nikotinabhängig eingestuft, obwohl sie mehr als vier Punkte im Fagerström erreichten.

Differenziert man bei den Testergebnissen nach dem Geschlecht, so zeigt sich, dass 1.472 (5,1 %) aller Männer vom DSM IV als nikotinabhängig erkannt wurden, obwohl sie im FTND nur vier oder weniger Punkte erreichten und somit laut Fagerström als nicht abhängig gelten. Bei den Frauen wurden 1.230 Probandinnen (4,3 %) vom DSM als abhängig eingestuft, obgleich sie einen FTND kleiner/gleich vier erreichten. Eine Überlegenheit eines der beiden Verfahren konnte für kein Geschlecht nachgewiesen werden.

Differenziert man beide Ansätze nach dem Lebensalter der Befragten, so wird deutlich, dass die Inkongruenz beider Katalogisierungsinstrumente mit steigendem Lebensalter abnimmt. So erreichen 21,6 % aller 16–17-Jährigen ein positives Ergebnis laut DSM IV, während sie im FTND nicht mehr als vier Punkte erreichten. Bei den 18–39-Jährigen (1.386 Probanden bzw. 16,2 %) sowie den 40–59-Jährigen (912 Probanden bzw. 9,3 %) verkleinert sich die Differenz zwischen den im DSM IV positiven und den im FTND negativen Probanden. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den 60–79-Jährigen (228 Patienten bzw. 3,2 %) und den über 80-Jährigen (12 Personen bzw. 1,4 %). Es scheint, dass bei jüngerem Lebensalter die Wahl des Verfahrens größeren Einfluss auf die Erkennensrate habe als bei älteren Probanden.

Stellt man die Ergebnisse der FTND-negativen Probanden denen der DSM IV-positiven gegenüber, so zeigt sich, dass die Differenz zwischen den beiden Ansätzen mit steigendem Lebensalter ebenfalls geringer wird. So wurden 90 Patienten (18,0 %) vom FTND als nicht abhängig einsortiert, obwohl sie im DSM IV als positiv erkannt wurden. Bei den 18–39-Jährigen wurden nur noch 12,5 % (1.065 Probanden) vom FTND als positiv eingestuft, bei den 40–59-Jährigen 6,8 % (670 Probanden) und bei den 60–79-Jährigen nur noch 2,5 % (227 Patienten), obwohl sie gemäß DSM IV als nikotinabhängig gelten. Bei den über 80-Jährigen waren es gar nur 0,1 % bzw. 7 Hausarztpatienten. Dies unterstreicht den Eindruck, dass bei der Wahl des richtigen Verfahrens das Lebensalter des Probanden eine wichtige Rolle spielt.

Da mit der vorliegenden Arbeit die Zuordnung eines der beiden Verfahren für den individuellen Raucher versucht werden soll, wurde im weiteren Verlauf der Datenauswertung die Gruppe der aktuellen Raucher (n = 8.490) näher untersucht.

Während im DSM IV die Abhängigkeitsraten mit steigendem Alter abnehmen, erkennt man im FTND ein Plateau der maximalen Nikotinabhängigkeit bei den 40–59-Jährigen. Interessant erscheint in diesem Zusammenhang, dass das Durchschnittsalter der Probanden, die im FTND einen Wert > 4 erreichten, in diesem Rang bei 50,5 Jahren liegt. Mit sinkendem wie mit steigendem Lebensalter kommt es zu einer Verkleinerung der Abhängigkeitsraten.

Ebenfalls auffällig ist die Verkleinerung der Differenz zwischen den Abhängigkeitsraten mit steigendem Alter, was wieder für die große Rolle des Lebensalters bei der Auswahl des passenden Verfahrens spricht.

Um zu zeigen, bei welcher Altersgruppe welcher Ansatz Verwendung finden soll, wurden die Abhängigkeitsraten der Raucher nach den Altersklassen gegenübergestellt. Es zeigte sich, dass das DSM IV in den Altersgruppen der 16–17-Jährigen (50,2 % vs. 13,4 %) und der 18–39-Jährigen (48,9 % vs. 21,4 %) höhere Abhängigkeitsraten lieferte als der FTND. Bei den älteren Rauchern verkleinert sich die Differenz zwischen FTND und DSM IV. Es ist also davon auszugehen, dass bei jungen Rauchern unter 40 Jahren das DSM IV überlegen zu sein scheint. Über 40 Jahren scheint keines der beiden Verfahren eine deutliche Überlegenheit zu haben.

Auch in der Kohorte der Raucher zeigte sich, dass Frauen insgesamt seltener nikotinabhängig sind als Männer. Von den 4.072 rauchenden Frauen konnte das DSM IV 47,7 %, der FTND 75,3 % als nikotinabhängig einstufen. Bei den Männern identifizierte das DSM IV 46,3 %, der Fagerströmtest 81,7 % als abhängig.

Als weiterer Aspekt zur Auswahl des geeigneten Verfahrens soll die Rauchsituation im Umfeld des Probanden Beachtung finden. Auf die Frage „War Ihr Vater Raucher?“ antworteten 5.966 (70,3 %) der Probanden mit „Ja“. Das DSM IV konnte 49,8 % von ihnen als nikotinabhängig erkennen, der FTND dagegen 75,3 %. Auf die Frage, ob die Mutter des Probanden Raucher sei bzw. gewesen sei, antworteten 3.256 (38,4 %) der Befragten mit „Ja“. Das DSM IV konnte 52,5 % dieser Probanden positiv identifizieren, der FTND 72,9 %. Auch bei der Frage nach einem rauchenden Ehepartner zeigt sich ein ähnliches Bild. Auf die Frage „Raucht ihr Ehepartner?“ antworteten 4.438 (52,3 %) der Hausarztpatienten mit „Ja“. 50,1 % von ihnen stufte das DSM IV als nikotinabhängig ein, 72,6 % der FTND. Es scheint, als eigne sich der Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit besser für Patienten, die auf Grundlage des Lernens am Modell rauchen, als das DSM IV.

Ein ebenfalls sehr interessant erscheinender Gesichtspunkt sind die Rauchbiographien der Probanden. So wurden die 8.490 Raucher gefragt, in welchem Alter sie zum ersten Mal geraucht hätten. Bei den Patienten, die vor dem 14. Lebensjahr ihre erste Zigarette geraucht hatten, konnte das DSM IV 62,2 % als nikotinabhängig identifizieren. Mit steigendem Lebensalter werden die Abhängigkeitsraten nach DSM IV kleiner. So konnten bei den Probanden, die zwischen dem 14. und dem 15. Lebensjahr zum ersten Mal Rauchwaren konsumiert hatten, noch 57,8 %, zwischen dem 16. und 17. Lebensjahr noch 49,9 %, bei den 18–25-Jährigen noch 42,0 % und bei den über 25-Jährigen noch 34,3 % der Probanden als

nikotinabhängig gemäß DSM IV erkannt werden. Der Fagerströmtest verhält sich in diesem Punkt gegenläufig. So konnten bei den unter 14-Jährigen nur 57,1 % mehr als 4 Punkte erreichen, bei den 14–15-Jährigen 69,5 %, bei den 16–17-Jährigen 78,8 %, bei den 18–25-Jährigen 83,6 %. Bei den über 25-Jährigen konnten sogar 95,7 % der Probanden als nikotinabhängig laut FTND klassifiziert werden. Es scheint, dass bei Probanden, die in sehr jungen Jahren zum ersten Mal geraucht hatten, das DSM IV zu genaueren Ergebnissen führt, und bei Patienten, die nach dem 18. Lebensjahr zum ersten Mal Rauchwaren konsumierten, der FTND höhere Abhängigkeitsraten zeigt.

Unter dem Rauchpeak versteht man den Zeitpunkt im Leben eines Menschen, an dem er das Maximum an Rauchwaren konsumiert. Der „Rauchpeak nach Alter“ meint das Lebensalter, in dem ein Mensch seinen Rauchpeak erreicht. Und der „Rauchpeak nach Anzahl an Zigaretten“ erfasst die Anzahl an konsumierten Zigaretten während des Rauchpeaks des Individuums.

Zieht man den Rauchpeak nach Alter in den Blickpunkt des Vergleichs beider Verfahren, so ergibt sich ein ausgeglichenes Bild. Sowohl das DSM IV erkennt gleichwertig zwischen 43,9 % und 56,3 % der Probanden als nikotinabhängig. Ein Zusammenhang zwischen dem Rauchpeak nach Alter und dem DSM IV scheint nicht zu bestehen. Der Fagerströmtest erkennt ebenso gleichwertig zwischen 71,9 % und 83,3 % der Befragten als positiv, ohne dass ein Zusammenhang zwischen dem Rauchpeak nach Alter und den Ergebnissen des FTND zu bestehen scheint.

Beim Rauchpeak nach Anzahl an Zigaretten wird ein deutlicher Unterschied zwischen DSM IV und FTND offensichtlich. Je mehr der Proband rauchte, desto größer war die Erkennensrate durch den DSM IV. So konnten nur 16,8 % der Patienten, die zwischen 0 und 6 Zigaretten rauchten, als nikotinabhängig erkannt werden. Mit steigender Anzahl an Zigaretten werden die Abhängigkeitsraten dann größer. So konnten 26,0 % der 7–10 Zigaretten rauchenden, 41,6 % der 11–18 Zigaretten rauchenden, 52,3 % der 19–25 Zigaretten rauchenden, 67,9 % der 26–36 Zigaretten rauchenden Probanden und 68,3 % der mehr als 36 Zigaretten rauchenden Personen als nikotinabhängig klassifiziert werden.

Im Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit konnten vor allem bei weniger stark rauchenden Patienten große Abhängigkeitsraten erzielt werden, die mit steigender Anzahl an konsumierten Rauchwaren kleiner wurden. So konnten bei den Probanden, die zum Zeitpunkt ihres Rauchpeaks 0–6 Zigaretten rauchten, 97,2 % als nikotinabhängig erkannt werden, bei den 7–10 Zigaretten rauchenden 97,8 %, bei den 11–18 Zigaretten rauchenden 97,2 %, bei den 19–25 Zigaretten rauchenden 80,3 %, bei den 26–36 Zigaretten rauchenden 58,3 % und bei den mehr als 36 Zigaretten rauchenden 41,9 %.

Es scheint, als wäre das DSM IV für Patienten, die eine sehr starke Abhängigkeit aufweisen, besser geeignet als der Fagerströmtest.

Eine sehr interessante Frage besteht im Zusammenhang der Selbsteinschätzung des Patienten bezüglich seiner Abhängigkeitssituation und den Erkennensraten des DSM IV und des FTND. Auf die Frage „Hatten Sie jemals das Gefühl, von Tabak abhängig zu sein?“ antworteten 4.517 (53,2 %) der Probanden mit „Ja“. Das DSM IV konnte 65,4 % von ihnen, der FTND 68,8 % als nikotinabhängig einstufen. Bei den Patienten, die niemals das Gefühl hatten, von Tabak abhängig zu sein, zeigt sich eine deutlichere Tendenz. Das DSM IV konnte nur 27,9 % von ihnen als nikotinabhängig erkennen, während der FTND eine Abhängigkeitsrate von 89,7 % ermittelte. Das DSM IV scheint also für Patienten, die eine Abhängigkeitssymptomatik bei sich selbst erkennen, dem FTND in Hinsicht auf Darstellungsgenauigkeit zu entsprechen. Bei Patienten, die sich selbst nicht als abhängig fühlen, scheint der FTND jedoch präziser zu sein.

8.3 Fazit und Ausblick

Im Rahmen der „Smoking and Nicotine Dependent Awareness and Screening (SNICAS)“-Studie wurden 28.707 Patienten in 813 Hausarztpraxen zu ihren soziodemographischen Daten, ihrem Rauchverhalten und ihrer Rauchbiographie befragt. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sowohl die Stichprobe der Hausarztpatienten als auch die Stichprobe der Hausärzte als repräsentativ für die Hausarztpatienten und die Hausärzte in Deutschland erachtet werden kann.

Insgesamt wurden 13,9 % der 28.707 Probanden vom DSM IV als nikotinabhängig eingestuft. Im Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit erreichten 6,4 % der Befragten mehr als vier Punkte und gelten damit als nikotinabhängig.

Die Lebenszeitprävalenz für das Rauchen wurde bei 50 % ermittelt. Die Punktprävalenz für Tabakkonsum innerhalb der letzten vier Wochen beträgt jedoch lediglich 29,6 %. Wenn diese Zahlen als realistisch angesehen werden, müsste die Punktprävalenz als konservative Schätzung betrachtet und von einer noch stärkeren Verbreitung des aktuellen Tabakkonsums ausgegangen werden.

Sowohl bei Betrachtung der Gesamtprobanden als auch bei der Kohorte der Raucher zeigt sich, dass insgesamt mehr Männer als Frauen nikotinabhängig sind. In der Gesamtheit der Befragten wie auch in der Teilgruppe der Raucher wurden deutlich mehr männliche als weibliche Probanden als nikotinabhängig eingestuft, unabhängig davon, welcher der beiden

Ansätze Anwendung fand.

Stellt man nun beide Verfahren gegenüber, so wird schnell eine Inkongruenz der Ergebnisse offenbar. Fast 3.000 Patienten (9,4 %) wurden vom DSM IV als nikotinabhängig eingestuft, obwohl sie nur vier oder weniger Punkte im FTND-Score erreichten. Umgekehrt wurden aber nur 1,8 % vom DSM IV als nicht nikotinabhängig eingestuft, obwohl sie mehr als vier Punkte im Fagerströmtest erreicht hatten. Um eine Zuordnung von Rauchern nach ihrer persönlichen Lebens- und Rauchsituation zu einem der beiden Verfahren vorzunehmen, wurden die Ergebnisse des DSM IV und des FTND – getrennt nach verschiedenen Variablen – gegenübergestellt.

Folgende Fragen sollten dabei Beantwortung finden:

1. Hängt die Wahl des Verfahrens vom Geschlecht ab?

Knapp 1.500 (5,1 %) Männer wurden vom DSM IV als positiv erachtet, obwohl sie im FTND nicht mehr als vier Punkte erreichten. Bei den weiblichen Probanden lag die Abhängigkeitsrate mit 1.230 Probanden bzw. 4,3 % ähnlich hoch.

Eine Zuordnung zu einem der beiden Verfahren ist also nicht vom Geschlecht abhängig.

2. Hängt die Wahl des Verfahrens vom Lebensalter des Probanden ab?

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen der Nikotinabhängigkeit und dem Lebensalter, so zeigen sich sinkende Abhängigkeitsraten mit steigendem Lebensalter, und dies sowohl in der Gesamtgruppe der 28.707 Befragten wie auch in der Kohorte der Raucher – unabhängig davon, welches der beiden Verfahren verwendet wurde. Jedoch zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den beiden Ansätzen. Die Inkongruenz beider Verfahren wird mit steigendem Alter kleiner, was den Schluss nahelegt, dass bei jüngeren Patienten die Wahl des richtigen Verfahrens größere Bedeutung hat als bei älteren Patienten.

Um zu zeigen, bei welcher Altersgruppe welcher Ansatz Verwendung finden soll, wurden die Abhängigkeitsraten der Gesamtbefragten nach den Altersklassen gegenübergestellt. Es zeigte sich, dass das DSM IV in den Altersgruppen der 16–17- und der 18–39-Jährigen höhere Abhängigkeitsraten lieferte als der FTND. Deshalb empfiehlt es sich, bei jungen Patienten bis 40 Jahren den DSM IV zu verwenden.

3. Hängt die Wahl des Verfahrens vom Alter ab, in dem der Patient zum ersten Mal geraucht hat ?

Bei Probanden, die in sehr jungen Jahren zum ersten Mal geraucht hatten, führt das DSM IV zu genaueren Ergebnissen. Bei Patienten, die nach dem 18. Lebensjahr zum ersten Mal Rauchwaren konsumierten, weist der FTND höhere Abhängigkeitsraten auf.

4. Hängt die Wahl des Verfahrens von der Ätiologie des Rauchens ab?

Bei den Fragen nach dem Rauchverhalten der Eltern sowie des Lebenspartners zeigte sich eine Überlegenheit des Fagerströmtests. Er lieferte bei den Probanden, die angaben, dass ihr Vater, ihre Mutter oder ihr Ehepartner rauche, deutlich höhere Abhängigkeitsraten als das DSM IV. Es empfiehlt sich also, den Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit bei Patienten einzusetzen, bei denen das Rauchen Folge eines Modellernens zu sein scheint.

5. Hängt die Wahl des Verfahrens vom Rauchpeak nach Alter ab?

Unabhängig davon, welches der beiden Verfahren Anwendung fand, zeigten sich in allen Altersklassen gleichmäßige Abhängigkeitsraten zwischen DSM IV und FTND. Keiner der beiden Ansätze lässt hier eine Überlegenheit erkennen.

6. Hängt die Wahl des Verfahrens vom Rauchpeak nach Zigaretten ab?

Beim Rauchpeak nach Anzahl an Zigaretten tritt ein deutlicher Unterschied zwischen DSM IV und FTND hervor. Je mehr der Patient zum Zeitpunkt seines Rauchpeaks konsumiert hat, desto größer sind die Erkennensraten im DSM IV. Je kleiner der Konsum an Rauchwaren zum Zeitpunkt des Rauchpeaks ist, desto größer sind die Erkennensraten des FTND. Die Grenze zwischen DSM IV und FTND verläuft etwa bei 25 Zigaretten, also bei cirka einer Schachtel pro Tag. Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass für Patienten, die mehr als eine Schachtel am Tag rauchen, der DSM IV besser geeignet ist, und für Personen, die weniger als cirka 25 Zigaretten konsumieren, der FTND eine genauere Erfassung bietet.

7. Hängt die Wahl des Verfahrens von der Selbsteinschätzung des Patienten ab?

In der SNICAS-Studie wurden alle Raucher gefragt, ob sie jemals das Gefühl hatten, von Tabak abhängig zu sein. Bei Patienten, die diese Frage mit „Nein“ beantworteten, zeigte der Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit deutliche Vorteile gegenüber dem DSM IV. Bei Patienten die diese Frage bejahten, zeigte das DSM IV größere Abhängigkeitsraten. Das DSM IV ist also bei Patienten anzuwenden, die subjektiv ein Abhängigkeitsgefühl aufweisen. Bei Patienten, die sich selbst nicht abhängig fühlen, sollte der Fagerströmtest eingesetzt werden.

Da diese Untersuchung zeigte, dass die Wahl des richtigen Verfahrens unter anderem vom Alter des Probanden abhängt, und erste Analysen der hausärztlichen Behandlungsraten zeigen, dass jüngere Nikotinabhängige eine unterversorgte Rauchergruppe sind, die besonders selten eine Entwöhnung durch den Hausarzt erhalten haben,⁴⁹ ist es wichtig, dass Rauchverhalten von jungen Menschen vermehrt im ärztlichen Diagnose- und Therapieverhalten zu berücksichtigen. Hausärzte haben künftig die Möglichkeit, mit verfeinertem Instrumentarium die Diagnose Nikotinabhängigkeit zu stellen und jüngere wie ältere Raucher konkret auf eine Therapie anzusprechen. Gerade junge Raucher sind aus sozioökonomischer Perspektive eine ideale Zielgruppe für Entwöhnungsmaßnahmen, da sie kostengünstig entwöhnt werden können, noch bevor sie für die Volkswirtschaft teure tabakassoziierte Folgeerkrankungen entwickeln.

Leider sind die Ergebnisse dieser Studie nur lokal aussagekräftig, da sie nicht auf andere Länder übertragbar ist. Das deutsche Gesundheitswesen unterscheidet sich in vielen Details von den Systemen anderer Länder. Eine Replikation dieser Studie auf internationaler Ebene wäre sehr wünschenswert, da sie eine Einordnung der Befunde und die Analyse systemspezifischer Besonderheiten erlauben würde.

Es ist sehr schade, dass die vorliegende Arbeit keine Zusammenhänge zwischen der Nikotinabhängigkeit, den Katalogisierungsinstrumenten der Nikotinabhängigkeit und anderen psychischen Störungen bzw. anderen Abhängigkeitserkrankungen (z. B. Alkohol) herstellen konnte. Es wäre also für die Zukunft sehr wünschenswert und auch erforderlich, die demographischen Informationen durch weitere Studien und Erhebungen im Bereich der Koinzidenz von psychischen Störungen und sonstigen Abhängigkeitserkrankungen und der Nikotinabhängigkeit zu präzisieren und zu vergrößern. Und es sollte untersucht werden, welcher der beiden Ansätze, FTND oder DSM IV, bei welchen Nebenerkrankungen Vorteile aufweist.

9 Zusammenfassung

Rauchen ist weltweit die häufigste Todesursache. In den nächsten 20 Jahren werden nach Schätzungen der WHO jährlich mehr als 10 Millionen Menschen an den Folgen des Tabakkonsums sterben. In der Bundesrepublik waren laut der Mikrozensus-Befragung im Mai 2003 rund 33 % der Männer und 22 % der Frauen Raucher. Absolut sind das 16,7 Millionen Menschen. Die meisten Raucher finden sich in der Bevölkerungsgruppe der 18 bis 24-Jährigen. 49 % der männlichen und 44 % der weiblichen Jugendlichen sind Raucher.

Zur Klassifizierung der Nikotinabhängigkeit finden vor allem das DSM IV (**D**iagnostisches und **S**tatistisches **M**anual **P**sychischer **S**törungen **I**V) und der Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit (FTND) Anwendung. Während das DSM IV nur eine Ja/Nein-Antwort kennt, katalogisiert der Fagerströmtest in fünf Stadien von „sehr geringer Abhängigkeit“ bis hin zu „sehr schwerer Abhängigkeit“.

Wendet man beide Ansätze auf die gleiche Patientengruppe an, so wie es Cohen et al. 2002 zeigten, so erhält man sehr unterschiedliche Ergebnisse für identische Patienten. Ziel dieser Arbeit war es deshalb, anhand einer Vielzahl von soziodemographischen und rauchspezifischen Faktoren die Raucher zu untersuchen und ein Ergebnis zu finden, das es erlaubt, sie nach ihrem Alter, ihrem Geschlecht, ihrer Rauchhistorie und ihren Rauchgewohnheiten sicher einem der beiden Verfahren zuzuordnen.

Als Grundlage der vorliegenden Arbeit diente die SNICAS-Studie (Smoking and Nicotin Dependence Awareness and Screening-Studie) von Wittchen et al. In einer zweistufigen epidemiologischen Studie wurden insgesamt 28.707 Patienten in 813 Arztpraxen zu ihrem Rauchverhalten und ihren soziodemographischen und biosozialen Merkmalen befragt.

Folgende Ergebnisse konnten gefunden werden:

1. Das Geschlecht des Probanden hat keinen Einfluss auf die Erkennensraten der beiden Verfahren. Eine Zuordnung zu einem der beiden Verfahren ist nicht vom Geschlecht abhängig.
2. Die Inkongruenz beider Verfahren wird mit steigendem Alter kleiner, was den Schluss nahelegt, dass bei jüngeren Patienten die Wahl des richtigen Verfahrens größere Bedeutung hat als bei älteren Patienten.
3. Es empfiehlt sich, bei jungen Patienten bis 40 Jahren das DSM IV zu verwenden.

4. Bei Probanden, die in sehr jungen Jahren zum ersten Mal geraucht hatten, führt das DSM IV zu genaueren Ergebnissen. Bei Patienten, die nach dem 18. Lebensjahr zum ersten Mal Rauchwaren konsumierten, weist der FTND höhere Abhängigkeitsraten auf.
5. Es empfiehlt sich, den Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit bei Patienten einzusetzen, bei denen das Rauchen Folge eines Modellerns zu sein scheint.
6. Unter dem Rauchpeak versteht man den Zeitpunkt im Leben eines Menschen, an dem er das Maximum an Rauchwaren konsumiert. Der „Rauchpeak nach Alter“ meint das Lebensalter, in dem ein Mensch seinen Rauchpeak erreicht. Die Wahl des Verfahrens hängt nicht vom Rauchpeak nach Alter ab.
7. Es lässt sich der Schluss ziehen, dass für Patienten, die mehr als eine Schachtel am Tag rauchen, das DSM IV besser geeignet ist und für Personen, die weniger als cirka. 25 Zigaretten konsumieren, der FTND exaktere Ergebnisse liefert.
8. In der SNICAS-Studie wurden alle Raucher gefragt, ob sie jemals das Gefühl hatten, von Tabak abhängig zu sein. Das DSM IV ist bei Patienten anzuwenden, die subjektiv ein Abhängigkeitsgefühl aufweisen. Bei Patienten, die sich selbst nicht abhängig fühlen, sollte der Fagerströmtest eingesetzt werden.

Für die Zukunft gilt es, Nikotinabhängigkeit mit noch genaueren Werkzeugen zu untersuchen und vor allem die Gruppe der jungen Raucher ärztlich besser zu betreuen. Studien zeigen, dass sie die Kohorte der Raucher sind, die besonders selten eine Entwöhnung durch den Hausarzt erhalten.

Leider ist die SNICAS-Studie nur auf das deutsche Gesundheitssystem anwendbar. Es wäre dringend geboten, ähnliche Studien auf internationaler Ebene durchzuführen, um die Befunde besser einordnen und eine Analyse systembezogener Besonderheiten durchführen zu können. Auch sollte es ein vorrangiges Ziel sein, den Zusammenhang zwischen anderen psychischen Störungen, sonstigen Abhängigkeitserkrankungen und der Nikotinabhängigkeit mit geeigneten und aussagekräftigen Katalogisierungsinstrumenten zu untersuchen.

10 Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Rauchen aus neurochemischer Sicht.....	10
Abbildung 2: Verhaltensanalytisches S-O-R-K-Modell des Rauchens	12
Abbildung 3: Studiendesign von SNICAS.....	23
Abbildung 4: Altersverteilung der SNICAS-Probanden in Jahren	31
Abbildung 5: Soziodemographische Daten der SNICAS-Probanden	33
Abbildung 6: Familienstand der SNICAS-Probanden	34
Abbildung 7: Ergebnisse nach DSM IV und Fagerström (FTND) – Auswertung nach Klassifikation der Nikotinabhängigkeit	50
Abbildung 8: Ergebnisse nach DSM IV und Fagerström (FTND) – Auswertung nach dem Geschlecht	52
Abbildung 9: Nikotinabhängigkeit nach DSM IV und Fagerström (FTND) in direkter Gegenüberstellung – Abbildung nach dem Alter in Jahren (1).....	58
Abbildung 10: Nikotinabhängigkeit nach DSM IV und Fagerström (FTND) in direkter Gegenüberstellung nach der absoluten Zahl der Raucher und dem Alter der Raucher in Jahren (2).....	58
Abbildung 11: Mein Vater war Raucher	60
Abbildung 12: Meine Mutter war Raucher	61
Abbildung 13: Mein Ehepartner war/ist Raucher	62
Abbildung 14: In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal geraucht?.....	64
Abbildung 15: Rauchpeak nach Alter	67
Abbildung 16: Rauchpeak nach Anzahl an Zigaretten.....	67

11 Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Durch Rauchen erhöhtes Risiko für folgende Erkrankungen.....	6
Tabelle 2: Kosten für das Gesundheitswesen verursacht durch Tabakrauchen	7
Tabelle 3: Raucher, Ex-Raucher und Nichtraucher in Deutschland	8
Tabelle 4: 1. Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?	15
Tabelle 5: 2. Finden Sie es schwierig, an Orten, an denen das Rauchen verboten ist, nicht zu rauchen?	15
Tabelle 6: 3. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen ?	15
Tabelle 7: 4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?	16
Tabelle 8: 5. Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als während des Rests des Tages?.....	16
Tabelle 9: 6. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie so krank sind, dass Sie den ganzen Tag überwiegend im Bett verbringen müssen?	16
Tabelle 10: Punkteskala des Fagerströmtests	16
Tabelle 11: DSM IV und FTND im Vergleich – Zwölfmonatsprävalenz der Nikotinabhängigkeit bei Männern.....	18
Tabelle 12: DSM IV und FTND im Vergleich – Zwölfmonatsprävalenz der Nikotinabhängigkeit bei Frauen	18
Tabelle 13: Die Schlüsselposition des Hausarztes	19
Tabelle 14: Zusammenhang zwischen ärztlicher Intervention und der Abstinenzrate	20
Tabelle 15: Zusammenhang zwischen Verhaltenstherapie und der Abstinenzrate.....	21
Tabelle 16: Zusammenhang zwischen pharmakologischer Therapie und Abstinenzrate	21
Tabelle 17: Ausschlusskriterien der SNICAS-Studie	26
Tabelle 18: Lage der Praxis.....	28
Tabelle 19: Fachrichtung des Arztes	29
Tabelle 20: Rauchstatus des Arztes.....	29
Tabelle 21: Schwerpunkte der Studienpraxen in Bezug auf rauchbedingte Erkrankungen	30
Tabelle 22: Altersverteilung der SNICAS-Probanden in Jahren.....	31
Tabelle 23: Patientenkollektiv der SNICAS-Studie nach Geschlecht.....	31
Tabelle 24: Körperindizes der SNICAS-Probanden	32
Tabelle 25: Patientenkollektiv nach Rauchstatus der SNICAS-Probanden	32
Tabelle 26: Soziodemographische Daten der SNICAS-Probanden	33
Tabelle 27: Familienstand der SNICAS-Probanden	34

Tabelle 28: Der Arzt/Patientenfragebogen.....	36
Tabelle 29: Nikotinabhängigkeit nach DSM IV und Fagerström in direkter Gegenüberstellung	38
Tabelle 30: Korrelation zwischen dem Testergebnis und den Fragen der Testansätze.....	39
Tabelle 31: Ergebnisse nach DSM IV – Auswertung aller Probanden nach dem Geschlecht.	42
Tabelle 32: Ergebnisse nach Fagerström (FTND) – Auswertung aller Probanden nach dem Geschlecht	42
Tabelle 33: Ergebnisse nach DSM IV – Auswertung aller Probanden nach dem Alter	43
Tabelle 34: Ergebnisse nach Fagerström (FTND) – Auswertung aller Probanden nach dem Alter.....	43
Tabelle 35: Haben Sie schon einmal regelmäßig geraucht? (Lebenszeitprävalenz).....	44
Tabelle 36: Haben Sie in den vergangenen 4 Wochen regelmäßig geraucht? (Punktprävalenz)	44
Tabelle 37: Ergebnisse nach DSM IV und Fagerström (FTND) in direkter Gegenüberstellung	46
Tabelle 38: Ergebnisse nach DSM IV und Fagerström (FTND) in direkter Gegenüberstellung – Auswertung nach dem Geschlecht	46
Tabelle 39: Ergebnisse nach DSM IV und Fagerström (FTND) in direkter Gegenüberstellung: Auswertung nach dem Alter in Jahren (1)	47
Tabelle 40: Ergebnisse nach DSM IV und Fagerström (FTND) in direkter Gegenüberstellung – Auswertung nach dem Alter in Jahren (2)	48
Tabelle 41: Abhängigkeitsraten nach DSM IV	49
Tabelle 42: Abhängigkeitsraten (1) nach Fagerström (FTND).....	49
Tabelle 43: Abhängigkeitsraten (2) nach Fagerström (FTND).....	50
Tabelle 44: Ergebnisse nach DSM IV – Auswertung nach dem Geschlecht	51
Tabelle 45: Ergebnisse nach Fagerström (FTND) – Auswertung nach dem Geschlecht.....	51
Tabelle 46: Ergebnisse nach DSM IV – Auswertung nach dem Alter in Jahren	53
Tabelle 47: Ergebnisse nach Fagerström (FTND) – Auswertung nach dem Alter in Jahren (1)	53
Tabelle 48: Ergebnisse nach Fagerström (FTND) – Auswertung nach dem Alter in Jahren (2)	54
Tabelle 49: Ergebnisse nach DSM IV – Auswertung nach dem Alter in Jahren	54
Tabelle 50: Ergebnisse nach DSM IV – Anhängigkeitsraten statistisch kontrolliert, Referenzgruppe: 16–17 Jahre alte Raucher.....	55

Tabelle 51: Ergebnisse nach Fagerström (FTND) – Auswertung nach dem Alter in Jahren (1)	55
Tabelle 52: Ergebnisse nach Fagerström (FTND) – Auswertung nach dem Alter in Jahren (2)	56
Tabelle 53: Ergebnisse nach Fagerström (FTND) – Anhängigkeitsraten statistisch kontrolliert, Referenzgruppe: 16–17 Jahre alte Raucher.....	56
Tabelle 54: Mein Vater war Raucher	60
Tabelle 55: Meine Mutter war Raucher	61
Tabelle 56: Mein Ehepartner war/ist Raucher.....	62
Tabelle 57: In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal geraucht?.....	63
Tabelle 58: Rauchpeak nach Alter	65
Tabelle 59: Rauchpeak nach Anzahl an Zigaretten.....	66
Tabelle 60: “Hatten Sie jemals das Gefühl, von Tabak abhängig zu sein?”	68

12 Literaturverzeichnis

- [1] Raucherentwöhnung leicht gemacht – Empfehlungen für Gesundheitsberufe – Informationsschrift der “Koalition gegen das Rauchen der WHO“. Genf, 1999.
- [2] Baumann, U. und Perrez, M. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie (2. Auflage). Hans Huber Verlag, Bern, 1998.
- [3] Arbeitsgemeinschaft bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland: „Krebs in Deutschland – Gesamtprogramm zur Krebsbekämpfung“. Verfügbar unter: www.rki.de/GBE/KREBS/KID2004/KID2004_.PDF
- [4] www.rki.de/GBE/KREBS/KREBS.HTM
- [5] Boyle, P., Maisonneuve, P.: Lung cancer and tobacco smoking. Lung Cancer 12 (3), 1995: 167–181.
- [6] Ruff, L. K., Volmer, T., Nowak, D., Meyer, A.: The economic impact of smoking in Germany. Eur. Resp J 16 (3), 2000: 385–390.
- [7] McBride, P. E.: The health consequences of smoking. Cardiovascular diseases. Med Clin North Am 76, 1992: 333–353.
- [8] Doll, R., Peto R., Wheatley, K., Gray, R., Sutherland, I.: Mortality in relation to smoking: 40 years’ observations on male British doctors. BMJ 309 (6959), 1994: 901–911.
- [9] Jeremy, J. Y., Mikhailidis, D. P., Pittilo, R. M.: Cigarette smoking and cardiovascular disease. J R Soc Health 115(5), 1995: 289–295.
- [10] John, U., Meyer, C., Junge, B.: Jahrbuch Sucht 2002. Verlag Neuland, Geesthacht, 2001.

- [11] West, R. R.: Smoking: it's influence on survival and causes of death. JR Coll Physicians Lond 26, 1992: 357–366.
- [12] Choi, B. C., Nethercott, J. R.: The economic impact of smoking in Canada. Int J Health Plann Manage 3, 1988: 197–205.
- [13] Statistisches Bundesamt Deutschland. Verfügbar unter:
www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab7.php
- [14] Junge, B., Nagel, M.: Das Rauchverhalten in Deutschland. Gesundheitswesen. Spec No 61, 1999: 121–125.
- [15] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 2001.
- [16] WHO (2004): Why is tobacco a public health priority ?
Verfügbar unter: <http://who.int/tobacco/about/en>
- [17] Hoch, E., Muehlig, S., Höfler, M., Lieb, R. und Wittchen, H.-U. (2004): How prevalent is smoking and nicotine dependence in primary care in Germany ? Addiction 99: 1586–1598.
- [18] Stapleton, J. A., Russel, M. A., Feyerabend, C., Wiseman, S. M. et al. (1995): Dose effects and predictors of outcome in a randomized trial of transdermal nicotine patches in general practice. Addiction 90: 31–42.
- [19] Kraus, L., Augustin, R.: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. Sucht, 47, Sonderheft 1, 2001: 3–86.
- [20] WHO: A five year active plan. World Health Organization, 2004.
Verfügbar unter: www.euro.who.int/tobaccofree.

- [21] Möller, H.-J., Laux, G., Deister, A.: *Abhängigkeit und Sucht. Psychiatrie und Psychotherapie.* Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2001: 306–348.
- [22] Uchtenhagen, A., Zieglgänsberger, W. (Hrsg.): *Suchtmedizin (1. Auflage).* Urban und Fischer, München, 2000.
- [23] Schorberger, R. K. M.: *Nikotinabhängigkeit – Diagnostik und Therapie.* Springer, Wien/New York, 1999.
- [24] Olds, J.: *Behavioral studies of hypothalamic functions, Drives and reinforcements.* Raven/New York, 1997.
- [25] Rolls, E. T.: *The brain and reward.* Pergamon. Oxford, 1975.
- [26] Schmidt, R. F. (Hrsg.): *Neuro- und Sinnesphysiologie.* Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York, 1993: 180–182.
- [27] Wise, R.: *The neurobiology of craving.* *J Abnorm Psychol* 97, 1998: 118–132.
- [28] Schmidt, R., Thews, G.: *Physiologie des Menschen,* Springer Verlag, Berlin, 1997.
- [29] Maston, S. T.: *Catecholamines and behavior.* Cambridge University Press, Cambridge, 1984.
- [30] Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houben, I.: *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV.* Hogrefe, Göttingen, 1998.
- [31] Friedrich, H. M., Batra, A.: *Biologische und psychosoziale Bedingungen der Tabakabhängigkeit.* *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 11, 2002: 157–163.
- [32] Skinner, B. F.: *Science and Human Behavior.* Macmillan, New York, 1953.
- [33] Kanfer, F. H., Phillips, J. S.: *Learning Foundations of Behavior Therapy.* Wiley and Sons, New York, 1970.

- [34] Hoch, E.: Therapie der Nikotinabhängigkeit. TU Dresden.
Verfügbar unter: www.psychologie.tu-dresden.de
- [35] Bandura, A., Walters, R. H.: Social Learning and personality development. New York, 1963.
- [36] Scott, F., Hinrichs, A., Saccone, N. et al.: Cholinergic nicotinic receptor genes implicated in a nicotine dependence association study targeting 348 candidate genes with 3713 SNP's. Human Molecular Genetics, Vol. 16, No. 1, 2007,: 36–49.
- [37] Simpson, D.: Ärzte und Tabak. Ressourcenzentrum für die Bekämpfung des Rauchens (TCRC) der British Medical Association. 2000.
- [38] Hoch, E., Francke, A., Sonntag, H., Jahn, B., Mühlig, S., Wittchen, H.-U.:
Raucherentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung – Chance oder Fiktion?
Ergebnisse der SNICAS-Studie. Suchtmedizin, 6, 2004: 92–96.
- [39] Braun, R., Mader, F.: Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin. Springer Verlag, Berlin, 2003.
- [40] Fiore, M. C., Bailey, W. C. et al.: Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. Rockville, Maryland, U. S. Department of Health and Human Services. 2000.
- [41] Hoch, E., Mühlig, S., Höfler, M., Sonntag, H., Pittrow, D., Wittchen, H.-U.:
Rauchentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung: Ziele, Design und Methoden der „Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening (SNICAS)“-Studie. Suchtmedizin 6, 2004: 32–46.
- [42] Cohen, L., Myers, M., Kelly, J.-F.: Assessment of Nicotine Dependence Among Substance, Abusing Adolescent Smokers: A Comparison of the DSM IV Criteria and the Modified Fagerström Tolerance Questionnaire. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, Vol. 24, No. 4, December 2002: 225–233

- [43] Höfler, M.: Statistik in der epidemiologie psychischer Störungen. Springer, Berlin/Heidelberg/New York, 2004.
- [44] Bortz, J., Lienert, G. A.: Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Springer, Berlin, 2003.
- [45] Kleinbaum, D. G., Kupper, L. L., Morgenstern, H.: Epidemiologic Research. Principles and Quantitative Methods. Van Nostrand Reinhold, New York, 1982.
- [46] Feinstein, A. R.: The architecture of cross-sectional research (conclusion). *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 23, 1978: 481–493.
- [47] Wittchen, H. U., Muehlig, S., Beesdo, K.: Mental Disorders in Primary Care. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 6, 2003: 115–128.
- [48] Riemann, K. und V., Troschke, J.: Soziale Erwünschtheit in Befragungen zum Rauchen. *Prävention* (2), 1989.
- [49] Hoch, E., Wittchen, H.-U.: Smokers in German Primary Care – Who gets treatment ? (Presentation) 6th annual Conference of the Society for Research on Nicotine Tobacco Europe. Tübingen, 2004.

13 Anhang

Anhang 1: Praxiserhebungsbogen

1. Ihre Praxis liegt in...

- einer Großstadt (> 100.000 Einwohner)
- einer Kleinstadt (< 100.000 Einwohner)
- ländlichem Gebiet

2. Ihre Fachrichtung ist

- Praktischer Arzt
- Allgemeinarzt
- Internist

3. Haben Sie in Ihrer Praxis einen Schwerpunkt im Zusammenhang mit rauchbedingten Erkrankungen ?

- nein
- ja, wenn ja, welche:
 - Kardiologie
 - Pneumonologie
 - HNO
 - andere

4. Führen Sie weitere Zusatztitel ?

- nein
- ja, wenn ja, welche: _____

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

Seit _____ Jahren

6. Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten Weiterbildungsveranstaltungen zum Thema „Erkennen und Behandeln von Tabakabhängigkeit“ (einschließlich Folgeerkrankungen besucht ?

- keine [weiter bei Frage 8]
- allgemeine* Weiterbildung *ohne* Übungskomponenten Anzahl: _____
- spezifische* Weiterbildung *mit* Übungskomponenten Anzahl: _____

7. Was waren die Inhalte und Übungskomponenten dieser Weiterbildung ?

Rauchen und spezifische rauchbedingte Erkrankungen

Motivation zur Raucherentwöhnung/Beratung zur Unterstützung von Raucherentwöhnung

Praktische Durchführung der Entwöhnung nach bestimmten Plänen
und zwar: _____

Psychologische Verfahren/Verhaltenstherapie

Nikotinsubstitution (wie NiQuit, Nicorette, Nicotinell)

Bupropion (Zyban)

andere

und zwar: _____

8. In den letzten Jahren wird über das Rauchverhalten eines Patienten hinaus auch eine Überprüfung des Vorliegens einer Tabakabhängigkeit gefordert. Kennen Sie die international gültigen Kriterien für das Vorliegen einer Tabakabhängigkeit ?

nein

ja

9. Welche 4 Kriterien sind Ihrer Meinung nach entscheidend für das Vorliegen einer Tabakabhängigkeit? (Bitte max. 4 kreuzen)

Anzahl der pro Tag gerauchten Zigaretten (bzw. Menge des konsumierten Tabaks)

Vorliegen von Entzugsbeschwerden beim Aufhören oder Einschränken des Tabakkonsums

erfolglose Versuche, den Tabakkonsum einzuschränken oder ganz aufzuhören

starke Hustenanfälle am Morgen („Raucherhusten“)

Einschränken sozialer, beruflicher oder Freizeitaktivitäten aufgrund Tabakkonsums

Fortgesetzter Tabakkonsum trotz Wissens um körperliche oder psychische Probleme, die durch den Tabakkonsum verursacht oder verschlimmert wurden

das Rauchen filterloser Zigaretten

es wird häufig mehr oder länger Tabak konsumiert als ursprünglich beabsichtigt

„Kettenrauchen“

10. Kennen Sie eine Fragebogen für Patienten, der die oben genannten Kriterien prüft ?

nein

ja, wenn ja, welchen ? _____

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

gar nicht

1-5 mal

6-10 mal

mehr als 10 mal

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

sehr gut

eher gut

eher schlecht

sehr schlecht

13. Wie viele Patienten sehen Sie durchschnittlich pro Tag in Ihrer Praxis ?

Anzahl Patienten pro Tag: _____

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

Anzahl Patienten bis 35 Jahre: _____

Anzahl Patienten 36 –50 Jahre: _____

Anzahl Patienten über 50 Jahren: _____

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

Anzahl Gelegenheitsraucher: _____

Anzahl leichte Raucher: _____

Anzahl starke Raucher: _____

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

Anzahl: _____

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

Anzahl: _____

18. Wie viele Ihrer Patienten waren darüber hinaus früher einmal Raucher

Anzahl: _____

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

Anzahl: _____

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

bei Rauchern bei Nichtrauchern

_____	_____	Koronare Herzerkrankung	
_____	_____	Durchblutungsstörungen im Gehirn	
_____	_____	periphere Durchblutungsstörungen	
_____	_____	Krebserkrankungen	
_____	_____	Krankheiten des respiratorischen Systems	
_____	_____	erhöhte Infektanfälligkeit	
_____	_____	Magen-Darm-Erkrankungen	
_____	_____	Diabetes Mellitus Typ II	
_____	_____	Essentielle Hypertonie	
_____	_____	Krampanfälle	<input type="radio"/> weiß ich nicht
_____	_____	andere körperlichen Erkrankungen (welche?)	
_____	_____	Angsterkrankungen	
_____	_____	depressive Erkrankungen	
_____	_____	Alkoholabhängigkeit	
_____	_____	andere psychische Erkrankungen (welche ?)	

21. Wie wichtig ist Ihnen das Thema Raucherentwöhnung bei den Patienten in Ihrer Praxis ?

- völlig unwichtig
- eher unwichtig
- eher wichtig
- sehr wichtig

22. Würden Sie gerne in Ihrer Praxis an einer hausärztlichen Raucherentwöhnung bei Ihren Patienten teilnehmen ?

- ja, sehr gerne
- eher nein
- weiß ich nicht

23. Welche Gründe und „Barrieren“ könnten Sie davon abhalten, in Ihrer Praxis Raucherentwöhnung durchzuführen (mehrfach Nennung möglich)

- mangelndes Interesse – die Raucherbehandlung sehe ich nicht als meine Hauptaufgabe an
- Rauchen ist keine Krankheit
- Raucherentwöhnung ist zu zeitaufwendig
- Raucherentwöhnungsmaßnahmen sind nicht effektiv genug
- mangelndes Interesse auf Seiten der Patienten
- lässt sich nicht gut abrechnen
- andere: _____

24. Bieten Sie derzeit in Ihrer Praxis Maßnahmen zur Raucherentwöhnung im Rahmen des IGEL-Kataloges an?

- nein
- ja, wenn ja, welche: _____

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

Ab _____ Punkten pro Patient

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

	Sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	ganz unwichtig
Erfragen der Rauchgewohnheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motivation zum Rauchstopp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erfolgreiche Überweisung zum Spezialisten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine Beratung/Gespräch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konkrete Verhaltensanweisungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verhaltenstherap. Strategien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandlung mit Bupropion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandlung mit Nikotinersatz-Präparaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Techniken zur Rückfallverhütung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Wären Sie daran interessiert, an einer Schulung in „Motivational Interviewing“ teilzunehmen?

- ja
- nein
- weiß nicht

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

- ja
- nein
- habe ich bereits, wenn ja, welche: _____

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

- nein
- ja

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

kenne ich nicht	bisher keine Erfahrung		eher gut geeignet	eher schlecht geeignet	gänzlich ungeeignet
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nikotinpflaster „NiQuitt“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nikotinpflaster „Nicotinell“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nikotinpflaster „Nicorette“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nik.kaugummi „Nicorette“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nik.kaugummi „Nicotinell“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nasalspray „Nicorette“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bupropion („Zyban“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	andere (SSRI, Phytotherap.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Wie häufig haben Sie selbst im letzten Quartal die unten aufgeführten therapeutischen Verfahren/Vorgehensweisen zur Raucherentwöhnung eingesetzt?

- Gar nicht im letzten Quartal
- Erfragen der Rauchgewohnheiten bei _____ Patienten
- Motivation zum Rauchstopp bei _____ Patienten
- Konkrete Verhaltensanweisungen bei _____ Patienten
- Ernährungs- und Bewegungsberatung bei _____ Patienten
- Verweis auf Kursangebote zur Raucherentwöhnung bei _____ Patienten
- Verweis auf Selbsthilfebücher bei _____ Patienten
- Behandlung mit verhaltenstherapeut. Strategien bei _____ Patienten
- Behandlung mit Bupropion („Zyban“) bei _____ Patienten
- Verordnung/Empfehlung von Nikotinersatzpräparaten? bei _____ Patienten
- Andere Methoden (Hypnose, Akupunkt.) bei _____ Patienten

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

- Gar nicht im letzten Quartal
- Andere auf Raucherentwöhnung spezialisierte Ärzte bei _____ Patienten
- Ärztliche Psychotherapeuten bei _____ Patienten
- Psychologische Psychotherapeuten bei _____ Patienten
- Spezialisierte stationäre Einrichtungen bei _____ Patienten

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

	Ja	Nein
Erfragen der Rauchgewohnheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motivation zum Rauchstopp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine Beratung/Gespräch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konkrete Verhaltensanweisungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ernährungs- und Bewegungsberatung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verhaltenstherapeutische Strategien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandlung mit Nikotinersatzpräparaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandlung mit Bupropion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere: welche ? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

- sehr wichtig
- eher wichtig
- eher unwichtig
- völlig unwichtig

35. Kennen Sie Ausschlusskriterien für den Einsatz von Nikotinersatzpräparaten (wie NiQuitt, Nicorette, Nicotinell) und Bupropion („Zyban“) zur Unterstützung bei der Raucherentwöhnung?

- nein
- ja, wenn ja, welche: _____

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

nein

ja, wenn ja, welche: _____

37. In welchem Ausmaß stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

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

Abschließend noch einige sehr persönliche Fragen zu Ihrem eigenen Rauchverhalten:

1. Sind Sie selbst aktuell Raucher?

ja

nein, wenn nein: Waren Sie jemals Raucher: ja nein

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

trifft auch mich nicht zu

nichts weiter, ich habe einfach aufgehört

mein starker Wille

Rat und Unterstützung von Familienangehörigen, Freunden, Kollegen etc.

Selbsthilfebücher

andere Selbsthilfematerialien (z.B. CD, Kassette, Video)

Verhaltenstherapie

Kursprogramm zur Raucherentwöhnung (welches?)

Akupunktur

Hypnose

Nikotinsubstitution (wie z.B. NiQuitt, Nicotinell, Nicorette)

Bupropion („Zyban“)

spezielle Nichtraucher-Tees, Kräuterzigaretten/-zigarren

Bachblüten-Therapie oder andere alternative Heilverfahren

Sonstiges: _____

Anhang 2: Patientenfragebogen

IHR GEBURTSDATUM:

_____._____._____ Alter: _____

1. Ihr Geschlecht:

weiblich männlich

2. Ihre Körpergröße und Ihr Gewicht:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

3. Sie sind derzeit...

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

4. Ihr Familienstand:

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet
- getrennt lebend

5. Anlässe Ihres heutigen Arztbesuches sind... (Mehrfachnennungen möglich)

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

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

6. Mein körperlicher Zustand ist derzeit...

- sehr gut
- eher gut
- eher schlecht
- sehr schlecht

7. Mein psychischer Gesundheitszustand ist derzeit...

- sehr gut
- eher gut
- eher schlecht
- sehr schlecht

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

___ mal beim Allgemeinarzt/Praktischer Arzt

___ mal beim Facharzt

___ mal beim Psychiater/Neurologen

___ mal beim Psychotherapeuten

___ Tage stationär im Krankenhaus

9. An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen waren Sie wegen körperlicher Beschwerden nicht in der Lage Ihren beruflichen Aktivitäten nachzugehen?

an keinem Tag

an _____ Tagen

10. An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen waren Sie wegen seelischer Beschwerden nicht in der Lage Ihren beruflichen Aktivitäten nachzugehen?

an keinem Tag

an _____ Tagen

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

an keinem Tag

an _____ Tagen

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

<i>Darunter leide ich...</i>	<i>gar nicht</i>	<i>eher wenig</i>	<i>eher stark</i>	<i>sehr stark</i>
Herz-/Kreislaufprobleme oder –erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchblutungsstörungen im Gehirn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchblutungsstörungen in den Beinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufige Infekte, Grippe, Erkältungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemwegs- oder Lungenerkrankungen, Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/Darmerkrankungen, Magengeschwüre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes Mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krampfanfälle, neurologische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wundheilungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angststörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkoholprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchbedingte Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Probleme/Erkrankungen (welche?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

	Ja	Nein
Ich achte sehr auf gesunde und ausgewogene Ernährung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Probleme mein Gewicht auf Normalgewicht zu halten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich achte strikt auf regelmäßige körperliche und sportliche Betätigung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich meinen Belastungen, Sorgen, Stress hilflos ausgeliefert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe bereits an Kursen zur Stressbewältigung teilgenommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nein
Ich gehe regelmäßig zu Vorsorge- und ärztlichen Routineuntersuchungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vermeide Kneipen, Restaurants und andere Orte, wo viel geraucht wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich achte sehr darauf, immer genügend Schlaf zu bekommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich lese regelmäßig Gesundheitsratgeber und entsprechende Zeitschriften	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei mir zuhause wird überhaupt nicht geraucht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein(e) (Ehe-)Partner(in) ist Raucher(in).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Vater ist oder war Raucher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Mutter ist oder war Raucher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In meiner Familie gab es ernsthafte Herz-/Kreislaferkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In meiner Familie gab es ernsthafte Krebserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Gesundheit ist in der Hauptsache eine Frage von guter Anlage und Glück.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es liegt stets an mir, wenn etwas mit meiner Gesundheit nicht stimmt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was meine Gesundheit anbetrifft, so kann ich nur tun, was der Arzt mir sagt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was ich selbst tue.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überwiegend bestimmen Ärzte meine Gesundheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe meine Gesundheit überwiegend selbst in der Hand.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um Krankheiten zu vermeiden ist es gut, wenn man regelmäßig zum Arzt geht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ob ich gesund bleibe, ist vor allem eine Frage zufälliger Ereignisse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es liegt vor allem an mir selbst, wie schnell ich bei einer Krankheit wieder gesund werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Dürfen wir Sie ggf. in etw. 3 und 6 Monaten telefonisch kurz erneut zu Ihrer Gesundheit befragen?

nein

ja, die Vorwahl lautet: _____ die Telefonnummer: _____
mein Vorname lautet: _____ der Nachname: _____

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

nein nie (ENDE DES FRAGEBOGENS!)

ja einmal oder nur wenige Male (ENDE DES FRAGEBOGENS!)

ja, öfter

wenn ja, in welchem Alter zum ersten Mal ? Im Alter von _____ Jahren.

16. Haben Sie schon einmal regelmäßig geraucht?

nein, nie (ENDE DES FRAGEBOGENS!)

ja

wenn ja, in welchem Alter zum ersten Mal ? Im Alter von _____ Jahren.

17. Und während der vergangenen 4 Wochen haben Sie da auch regelmäßig oder zumindest gelegentlich geraucht?

nein, nie (ENDE DES FRAGEBOGENS!)

ja, gelegentlich

wenn ja, wie viele ungefähr pro Tag? _____ Zigaretten pro Tag

ja, regelmäßig

wenn ja, wie viele ungefähr pro Tag? _____ Zigaretten pro Tag

18. Wie bald, nachdem Sie aufwachen, rauchen Sie Ihre erste Zigarette/Zigarre/Pfeife?

innerhalb von 5 Minuten

6-30 Minuten

31-60 Minuten

Nach mehr als 60 Minuten

19. Finden Sie es schwierig, an Orten nicht zu rauchen, wo es verboten ist?

- ja
- nein

20. Auf welche Zigarette/Zigarre/Pfeife würden Sie am wenigsten verzichten wollen?

- die erste am Morgen
- andere

21. Rauchen Sie morgens, in der ersten Stunde nach dem Aufwachen mehr als am Rest des Tages ?

- ja
- nein

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

- ja
- nein

23. Denken Sie nun an die Zeit in Ihrem Leben, in der Sie am meisten geraucht haben. Wie viel haben Sie da ungefähr pro Tag geraucht?

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

24. Manchen 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

25. Manchen Menschen merken, dass nach einiger Zeit des regelmäßigen Rauchens die gewünschte Wirkung nachlässt, so dass die wesentlich mehr rauchen als ursprünglich. Trifft dies auch auf Sie zu?

- ja
- nein

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

- ja
- nein

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

Insgesamt _____ mal.

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

- ja
- nein

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

- ja
- nein

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

- ja
- nein

- 31. Hatten Sie jemals das Gefühl, Tabak zu brauchen oder von Tabak abhängig zu sein?**
- ja
 - nein
- 32. 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
- 33. Haben Sie schon einmal viel Zigaretten in schneller Folge hintereinander geraucht? („Kette geraucht“)**
- ja
 - nein
- 34. Finden Sie Ihr aktuelles Rauchverhalten problematisch oder möchten Sie irgendwas daran verändern?**
- nein, überhaupt nicht
 - etwas (z.B. ich möchte weniger rauchen)
 - ja, sehr.
- 35. Wie sicher sind Sie, dass Sie etwas an Ihrem Rauchverhalten verändern wollen?**
- zu 100% entschlossen
 - nahezu sicher (75%-99%)
 - eher unsicher
 - sehr unsicher
- 36. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu? (nur eine Antwort!)**
- 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 6 Monaten mit dem Rauchen aufzuhören

37. Wie häufig haben Sie in den vergangenen 6 Monaten bewusst versucht, für mindestens 24 Stunden nicht zu rauchen?

- 0 mal
- 1-2 mal
- 3-4 mal
- 5-6 mal
- 7 mal oder öfter

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

- ja, vielleicht
- eher nicht
- sicher nicht

39. Welche der unten aufgeführten Methoden oder Hilfen zur Raucherentwöhnung haben Sie persönlich bereits ausprobiert?

	keine Erfahrungen		Wie lange hatten Sie Erfolg?			
	Keine Ausprobiert	bereits Ausprobiert	max. 1 Tag	bis zu 30 Tage	31 Tage bis 3 Monate	mehr als 3 Monate
Einfach so, „von heute auf morgen“ aufhören.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nikotin-Pflaster	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nikotin-Kaugummi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nikotin-Nasenspray	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zyban	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kursprogramm (z.B. Verhaltenstherapie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbsthilfe-Material (Buch, Kassette, CD, Video)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere (z.B. Hypnose, Akupunktur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

welche? _____

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

nein

ja

wenn ja, wann war das zuletzt ? Vor _____ Jahren

**41. Was waren Ihre wichtigsten persönlichen Gründe für Ihre Aufhörversuche?
(Mehrfachnennung 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 Erkrankungen

Rauchen wurde mir zu teuer

Rauchen wird immer weniger akzeptiert (z.B. am Arbeitsplatz, i.d. Öffentlichkeit)

Anderes, was ?

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

Arzneimittel nicht vertragen (z.B. Nebenwirkungen von Nikotin-Pflaster 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?

Anhang 3: Arztfragebogen

1. Geburtsdatum

____.____.____

2. Geschlecht

weiblich

männlich

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?

Herzerkrankung (welche?)

ja

nein

Schweregrad:

leicht

mittel

schwer

Erkrankung rauchbedingt?

ja

?

nein

Durchblutungsstörungen im Gehirn

ja

nein

Schweregrad:

leicht

mittel

schwer

Erkrankung rauchbedingt?

ja

?

nein

Schlaganfall

ja nein Schweregrad: leicht mittel schwer
Erkrankung rauchbedingt? ja ? nein

Durchblutungsstörungen in den Beinen

ja nein Schweregrad: leicht mittel schwer
Erkrankung rauchbedingt? ja ? nein

Kreislaufstörungen

ja nein Schweregrad: leicht mittel schwer
Erkrankung rauchbedingt? ja ? nein

Bluthochdruck

ja nein Schweregrad: leicht mittel schwer
Erkrankung rauchbedingt? ja ? nein

Häufige Infekte, Grippe, Erkältungen

ja nein Schweregrad: leicht mittel schwer
Erkrankung rauchbedingt? ja ? nein

Atemwegserkrankungen, Bronchitis

ja nein Schweregrad: leicht mittel schwer
Erkrankung rauchbedingt? ja ? nein

Asthma bronchiale

ja nein Schweregrad: leicht mittel schwer
Erkrankung rauchbedingt? ja ? nein

Lungenerkrankungen

ja nein Schweregrad: leicht mittel schwer
Erkrankung rauchbedingt? ja ? nein

Magen-/Darmerkrankungen, Magengeschwüre

ja nein Schweregrad: leicht mittel schwer
Erkrankung rauchbedingt? ja ? nein

Diabetes Mellitus

ja nein Schweregrad: leicht mittel schwer
Erkrankung rauchbedingt? ja ? nein

Krampfanfälle, neurologische Erkrankungen

ja nein Schweregrad: leicht mittel schwer
Erkrankung rauchbedingt? ja ? nein

Krebserkrankungen (welche?)

ja nein Schweregrad: leicht mittel schwer
Erkrankung rauchbedingt? ja ? nein

Wundheilungsstörungen

ja nein Schweregrad: leicht mittel schwer
Erkrankung rauchbedingt? ja ? nein

Depressionen

ja nein Schweregrad: leicht mittel schwer
Erkrankung rauchbedingt? ja ? nein

Angststörungen

ja nein Schweregrad: leicht mittel schwer
Erkrankung rauchbedingt? ja ? nein

Alkoholprobleme

ja nein Schweregrad: leicht mittel schwer
Erkrankung rauchbedingt? ja ? nein

Rauchbedingte Probleme

ja nein Schweregrad: leicht mittel schwer
Erkrankung rauchbedingt? ja ? nein

Andere Probleme/Erkrankungen (welche?)

ja nein Schweregrad: leicht mittel schwer
Erkrankung rauchbedingt? ja ? nein

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 Raucherentwöhnung?

- gar nicht
- etwas
- sehr

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

nein

[GEHE ZU FRAGE 16]

ja

15. Falls kein oder unbefriedigender Therapieerfolg, warum?

- Arzneimittel nicht vertragen (UAW)
 - Ausgeprägte Entzugsbeschwerden
 - Pat. bei Therapiebeginn nicht ausreichend motiviert
 - 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
 - Anwendungsprobleme der Methode (zu kompliziert)
 - Gewichtszunahme
 - 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 Methode. Welche? _____

18. Ihre persönliche Präferenz? (Bitte Buchstabe einfügen?)

1. ___/___ 2. ___/___ 3. ___/___

19. Befürchtet Erschwernisse bei diesem Patienten?

- Zu zeitaufwendig
- Verfahren kontraindiziert
- schlechte Compliance
- bin zu unerfahren in indizierter Therapie
- zu kompliziert für diesen Patienten
- mangelnde Motivation des Patienten
- Zeitpunkt ungünstig
- Patient zu gestört
- Andere Gründe. Welche? _____

14 Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. D. Nowak danke ich für die Überlassung des Themas. Er gab mir die Möglichkeit dieses Thema zu verwirklichen und war mit seiner langjährigen Forschungserfahrung eine wichtige Bereicherung und gab meiner Arbeit entscheidende Impulse.

Frau Dr rer. nat. Eva Hoch danke ich besonders für ihre Hilfsbereitschaft, ihre große Mühe und ihren unbeschreiblichen Einsatz beim Verwirklichen dieser Arbeit. Die Zusammenarbeit war hervorragend und ohne Frau Dr. Hoch wäre die vorliegende Arbeit niemals entstanden. Auch wenn mein Beitrag zur SNICAS Studie im Vergleich geradezu marginal ist, gab sie mir durch Ihren hohen persönlichen Einsatz die Möglichkeit diese Dissertation zu verfassen.

Auch danke ich allen Mitarbeitern des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Umweltmedizin der Ludwig Maximilians Universität München sowie der Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Epidemiologie am Max Planck Institut für Psychiatrie in München, die dazu beigetragen haben, dass ich dieses Thema mit Freude bearbeiten konnte.

Meiner Lebensgefährtin Frau Elisabeth Oberauer sowie meinen Eltern Günter und Marianne Baumann danke ich für die liebevolle Unterstützung während meines Studiums und darüber hinaus.

15 Lebenslauf

I. Persönliches:

Name: Andreas Baumann

geboren: 20.10.1978 in Passau

Adresse: Fuchsbauerweg 23a
94036 Passau

Eltern: Günter Baumann (Groß- und Einzelhandelskaufmann)
Marianne Baumann (Verwaltungsangestellte)

II. Schulbildung:

Grundschule: Sept. 1985 – Juli 1989 Grundschule Passau Hacklberg

Gymnasium: Sept. 1989 – Juli 1998 Auersperg Gymnasium Passau
Abschluss: allgemeine Hochschulreife

III. Wehrdienst:

Wehrersatzdienst im erweiterten Katastrophenschutz gem. §13 Wehrdienstgesetz beim Malteser Hilfsdienst in Passau von November 1997 bis November 2003.

IV. Berufsausbildung:

Juli 1998 – Feb. 1999 Berufsfachschule für Rettungsassistenten
Werdau (Freistaat Sachsen)

Abschluss: staatl. gepr. Rettungsassistent

V. Studium der Medizin:

Vorklinik:	SS 1999 – SS 2001	Ludwig Maximilians Universität München
Klinischer Teil:	WS 2001 – SS 2004	Technische Universität München
Famulaturen:	18.02.02 – 12.04.02	Innere Medizin Klinikum Passau, 1. Medizinische Klinik
	01.09.03 – 10.10.03	Allgemeinmedizin Praxis Dr. med. W. Pikal, Tiefenbach
	16.02.04 – 16.04.04	Anästhesie Deutsches Herzzentrum München
Praktisches Jahr:	WS 2004 – SS 2005	Universität Regensburg
	1. Tertial: Unfallchirurgie	Klinikum Passau Klinik für Unfallchirurgie Chefarzt Dr. med. E. Oberhuber
	2. Tertial: Innere Medizin	Klinikum Passau 1. Medizinische Klinik Chefarzt Prof. Dr. med. J. Zehner
	3. Tertial: Anästhesie	Klinikum Passau Klinik für Anästhesiologie Chefarzt Dr. med. J. Nusser

VI. Beruflicher Werdegang:

06/2006 – 12/2006

Krankenhaus Vilshofen
Abt. für Chirurgie und Unfallchirurgie
Chefärzte Dr. med. G. Kohlbacher und
Dr. med. H. Rieger

01/2007 – 06/2007

Krankenhaus Vilshofen
Abteilung für Anästhesiologie
Chefarzt Dr. med. univ. R. Sladek

Seit 07/2007

Klinikum Deggendorf
Institut für Anästhesiologie
Chefarzt Dr. med. H. Nold