

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin
(Direktor: Univ.- Prof. Dr. D. Nowak)

**Welchen Einfluss haben Patienten- und Arztmerkmale auf die
Indikation und Durchführung einer
Tabakentwöhnungstherapie?**

Stephanie Graßl

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ. - Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation: 1. apl. Prof. Dr. H. Hautmann
2. Univ. - Prof. Dr. D. Nowak

Die Dissertation wurde am 12.03.2008 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 18.03.2009 angenommen.

1. EINLEITUNG	1
<hr/>	
1.1 HINTERGRÜNDE	1
1.2 TABAKABHÄNGIGKEIT – ENTSTEHUNG UND SUCHTMECHANISMUS	2
1.3 TABAKENTWÖHNUNG - MÖGLICHKEITEN UND EFFEKTIVITÄT.....	3
1.4 TABAKENTWÖHNUNG BEIM HAUSARZT	4
1.5 DEFIZITE IN DER DATENLAGE.....	5
2. ZIELSETZUNG	6
<hr/>	
3. METHODEN UND DESIGN DER STUDIE	7
<hr/>	
3.1 AUFBAU DER SNICAS- STUDIE	7
3.2 STUDIENDESIGN	8
3.3 ERHEBUNGSINSTRUMENTE.....	8
3.4 GEWINNUNG DER REPRÄSENTATIVEN HAUSARZTSTICHPROBE	9
3.5 PATIENTENGUT AN DER STICHTAGSERHEBUNG	10
3.6 STATISTIK	11
4. ERGEBNISSE	13
<hr/>	
4.1 ASSOZIATION VON PATIENTEN- UND ARZTMERKMALEN MIT DURCHGEFÜHRTER TABAKENTWÖHNUNG	13
4.1.1 WELCHE PATIENTENMERKMALE LASSEN SICH MIT DER DURCHFÜHRUNG EINER TABAKENTWÖHNUNG DURCH DEN HAUSARZT ASSOZIIEREN?	13
4.1.2 WELCHE ARZTMERKMALE LASSEN SICH MIT DER DURCHFÜHRUNG EINER TABAKENTWÖHNUNG DURCH DEN HAUSARZT ASSOZIIEREN?	24
4.2 WELCHE TABAKENTWÖHNUNG WURDE DURCH DEN HAUSARZT ALS INDIZIERT GEGEHEN?	25
4.3 PATIENTEN- UND ARZTMERKMALE ASSOZIIERT MIT BERATUNG ALS INDIZIERTE THERAPIE	26
4.3.1 WELCHE PATIENTENMERKMALE SIND MIT DER BERATUNG ALS INDIZIERTE THERAPIE ASSOZIIERT?	26
4.3.2 WELCHE ARZTMERKMALE SIND MIT DER BERATUNG ALS INDIZIERTE THERAPIE ASSOZIIERT?	33

4.4 ASSOZIATION VON PATIENTEN- UND ARZTMERKMALEN MIT DER VERHALTENSTHERAPIE ALS TABAKENTWÖHNUNG	34
4.4.1 WELCHE PATIENTENMERKMALE SIND MIT DER VERHALTENSTHERAPIE ALS INDIZIERTE THERAPIE ASSOZIIERT?	34
4.4.2 WELCHE ARZTMERKMALE LASSEN SICH MIT DER VERHALTENSTHERAPIE ALS INDIZIERTE THERAPIE ASSOZIIEREN?	41
4.5 PATIENTEN- UND ARZTMERKMALE ASSOZIIERT MIT BUPROPION ALS INDIZIERTE THERAPIE	42
4.5.1 WELCHE PATIENTENMERKMALE SIND MIT DER INDIKATION ZUR GABE VON BUPROPION ASSOZIIERT?	42
4.5.2 WELCHE ARZTMERKMALE SIND MIT DER INDIKATION ZUR GABE VON BUPROPION ASSOZIIERT?	53
4.6 ASSOZIATION VON PATIENTEN- UND ARZTMERKMALEN MIT NIKOTINERSATZSTOFFEN ALS INDIZIERTE THERAPIE	54
4.6.1 WELCHE PATIENTENMERKMALE SIND MIT NIKOTINERSATZSTOFFEN ALS INDIZIERTE THERAPIE ASSOZIIERT?	54
4.6.2 WELCHE ARZTMERKMALE SIND MIT NIKOTINERSATZSTOFFEN ALS INDIZIERTE THERAPIE ASSOZIIERT?	62
<u>5. DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNG</u>	64
5.1 DISKUSSION DER METHODEN	64
5.1.1 REPRÄSENTATIVITÄT DER ÄRZTESTICHPROBE	64
5.1.2 REPRÄSENTATIVITÄT DER PATIENTENSTICHPROBE	66
5.1.3 RELIABILITÄT DER ERHEBUNGSINSTRUMENTE	66
5.2 DISKUSSION DER ERGEBNISSE	67
5.2.1 TABAKENTWÖHNUNG BEI AKTUELLEN RAUCHERN	67
5.2.2 PATIENTENMERKMALE BEI DURCHGEFÜHRTER TABAKENTWÖHNUNG	68
5.2.3 ARZTMERKMALE BEI DURCHGEFÜHRTER TABAKENTWÖHNUNG.....	70
5.2.4 INDIZIERTE TABAKENTWÖHNUNGSMAßNAHMEN IN ABHÄNGIGKEIT VON PATIENTEN- UND ARZTMERKMALEN.....	70
5.3 SCHLUSSFOLGERUNG	72
<u>6. ZUSAMMENFASSUNG</u>	74
<u>7. ANHANG</u>	76
7.1 LITERATURVERZEICHNIS	76

7.2	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	83
7.3	TABELLENVERZEICHNIS	85
7.4	FRAGEBÖGEN	86
7.4.1	PRAXISVORBOGEN	86
7.4.2	PATIENTENFRAGEBOGEN	94
7.4.3	ARZTFRAGEBOGEN	100
7.5	NIKOTINABHÄNGIGKEIT UND DIAGNOSTISCHE VERFAHREN	101
7.5.1	DIAGNOSE DER NIKOTINABHÄNGIGKEIT NACH DEN DSM-IV KRITERIEN.....	101
7.5.2	FAGERSTRÖM- TEST	101
7.5.3	STUFEN DER ÄNDERUNGSMOTIVATION NACH PROCHASKA UND DICLEMENTE.....	102
7.6	LEBENSLAUF.....	103
8.	DANKSAGUNG	105

1. Einleitung

Trotz der seit den siebziger Jahren stark gestiegenen Anzahl an Aufklärungskampagnen und des zunehmenden Bewusstseins über gesundheitliche und ökonomische Folgen des Tabakkonsums ist das Rauchen bis heute stark verbreitet. Die WHO schätzt, dass weltweit bis zu 1,3 Milliarden Menschen rauchen. Derzeit geht man davon aus, dass jährlich mehr als 5 Millionen Todesfälle auf den Gebrauch von Tabakprodukten zurückzuführen sind [85]. Auf Grund der weiterhin steigenden Zahlen erwartet die WHO im Jahr 2020 bis zu 10 Millionen Todesfälle pro Jahr, die durch Tabakkonsum verursacht werden. In den Industrieländern ist der Gebrauch von Tabak für ca. 24 % aller Todesfälle unter den Männern und für 7 % unter den Frauen verantwortlich [64].

Unter dem Ziel der WHO, den Tabakkonsum weltweit zu reduzieren, trat am 28. Februar 2005 die internationale Konvention zur Tabakkontrolle in Kraft. Die Rahmenkonvention, der mittlerweile mehr als 148 Staaten angehören, ist die erste internationale Vereinbarung über öffentliche Gesundheit unter der Aufsicht der WHO. Sie setzt internationale Standards für Tabaksteuern, Tabakwerbung, Warnhinweise, Schmuggel und Passivrauchen.

1.1 Hintergründe

Aufgrund der weltweit anhaltenden hohen Prävalenz des Tabakkonsums und insbesondere der Folgen für das Gesundheitswesen ist die Verringerung des Tabakkonsums in den meisten Ländern längst zu einem wichtigen Feld in der Gesundheitspolitik geworden.

In Deutschland sind mehr als 30 % der Bevölkerung regelmäßige Raucher [66], bezogen auf die Bevölkerung in Deutschland entspricht dies einer Zahl von 17 Millionen Rauchern [19]. 305 Millionen Zigaretten werden in Deutschland durchschnittlich täglich geraucht [18].

In den Industrieländern stellt der Tabakkonsum den größten gesundheitlichen Risikofaktor dar. Tabakrauch wird für 80-90% der chronischen Atemwegserkrankungen, 80-85% aller Lungenkrebs- und 25-43% der koronaren Herzerkrankungen verantwortlich gemacht [58]. Allein in Deutschland sterben jedes Jahr bis zu 140.000 Menschen an den Folgen ihres Tabakkonsums [44]. Die ökonomischen Folgebelastrungen für das Gesundheitswesen sind enorm, diese werden in Deutschland auf 21 Milliarden Euro geschätzt [61]. Der durch das Rauchen verursachte Kostenanteil bei Krankheiten wie COPD, Lungen- und Kehlkopfkrebs, sowie Herz- Kreislauf- Erkrankungen beträgt 47% [70]. Ökonomische

Schäden entstehen einerseits durch die Kosten der medizinischen Versorgung der an den Folgen des Rauchens erkrankten Patienten (sog. direkte Kosten) und andererseits durch die indirekten Kosten. Unter die indirekten Kosten fallen wirtschaftliche Auswirkungen, die durch Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung und vorzeitige Todesfälle entstehen. In Deutschland beläuft sich der Produktivitätsverlust durch das Rauchen auf 14,5 Milliarden Euro jährlich [82]. 22% der vorzeitigen Todesfälle unter den Männern und 5% unter den Frauen lassen sich auf Tabakkonsum zurückführen [83].

Besonders beunruhigend sind die hohen Raucherzahlen unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen, sowie dem damit verbundenen steigenden Anteil der tabakabhängigen Raucher [60]. Mit zunehmenden Alter nimmt der Anteil an stark rauchenden und abhängigen Rauchern zu [47]. Unter den 18-24 Jährigen sind die Raucheranteile am höchsten, 49% der männlichen und 44% der weiblichen Befragten rauchen [43]. Das Einstiegsalter der Männer und der Frauen lag bei mehr als 80% unter 20 Jahren.

1.2 Tabakabhängigkeit – Entstehung und Suchtmechanismus

Der suchterzeugende Stoff in Tabakprodukten ist das Nikotin [9, 50]. Nikotin weist ein ähnliches Suchtpotential auf wie Heroin oder Kokain, indem es das mesolimbische Dopaminsystem aktiviert [14]. Das Nikotin gelangt mit dem Inhalieren des Zigarettenrauchs in die Lunge, über die Alveolen in den Blutkreislauf und erreicht das Gehirn in 10-20 Sekunden [50]. Im Gehirn heftet sich das Nikotin an spezielle Acetylcholinrezeptoren an [21]. Bei der Bindung an die Rezeptoren kommt es zur Ausschüttung unterschiedlicher Neurotransmitter wie Dopamin, Serotonin, Noradrenalin und Endorphinen [51, 63]. Diese Stoffe werden für die anregende beziehungsweise beruhigende und damit für den Raucher als entspannend wahrgenommene Wirkung verantwortlich gemacht [59]. Das Hirnareal der Sucht ist der Nucleus accumbens [4], dort befindet sich das dopaminerge Belohnungssystem, eine entwicklungsgeschichtlich entscheidende Struktur für Funktionen wie Essen, Trinken und Sexualität. Nimmt der Spiegel an wirksamen Substanzen im Belohnungszentrum ab, führt dies zu intensivem Verlangen nach einer erneuten Dosis Nikotin.

Neben der pharmakologischen Nikotinwirkung wird für die Tabakabhängigkeit ebenso eine lernpsychologische Abhängigkeit verantwortlich gemacht. Es entsteht folglich eine physische und psychische Abhängigkeit. Physische Abhängigkeit zeichnet sich durch Toleranzentwicklung (Notwendigkeit der Dosissteigerung) sowie durch Auftreten von Entzugssymptomen (Schmerzen, Zittern, Krampfanfälle, Fieber) aus. Psychische

Abhängigkeit ist charakterisiert durch intensives Verlangen nach dem Suchtmittel, verminderter Kontrolle der Suchtmittelaufnahme, eine Einengung des Lebensstils auf den Suchtmittelkonsum sowie Vernachlässigung des sozialen Umfelds.

Tabak- bzw. Nikotinabhängigkeit ist eine der häufigsten psychischen Störungen der Bevölkerung. 80% der Raucher in der USA und 39% der Raucher in Europa werden als abhängig eingestuft [27]. Aufgrund des großen Abhängigkeitspotentials wurde die Nikotinabhängigkeit und ihre Diagnosekriterien in den Klassifikations- und Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-IV beschrieben.

Die Schwere der Abhängigkeit kann mit dem Fagerström-Test (siehe 7.5.2 Fagerström-Test) und den DSM-IV Kriterien (siehe 7.5.1 Diagnose der Nikotinabhängigkeit nach den DSM-IV Kriterien) ermittelt werden [9].

1.3 Tabakentwöhnung - Möglichkeiten und Effektivität

Zahlreiche Studien geben Aufschluss über Epidemiologie, Risikofaktoren und Folgen des Rauchens. Trotz vieler Präventivmaßnahmen und der Fortschritte in effektiven medikamentösen und nicht medikamentösen Raucherentwöhnungstherapien konnte die Tabakkonsumquote nicht wesentlich gesenkt werden [45]. Die Nikotinabhängigkeit wird als ein Hauptgrund für die fehlende Tabakabstinenz gesehen [40]. In einer Studie über 14-24 jährige Raucher in Deutschland konnte gezeigt werden, dass insgesamt 19% der jugendlichen Raucher, bzw. bis zu 52% der regelmäßig rauchenden Jugendlichen nach den DSM-IV Kriterien als abhängig gelten [60]. Die Mehrheit der Raucher äußert den Wunsch mit dem Rauchen aufzuhören. 72% aller Raucher haben versucht, das Rauchen zu reduzieren oder zu beenden [55], jedoch machen nur 5% Gebrauch von existierenden Raucherentwöhnungen [60].

Ohne therapeutische Hilfe ist der Rauchstopp nur selten erfolgreich, die Abstinenzrate nach sechs Monaten liegt bei 3%-7% [3, 34, 39].

Es existiert eine große Anzahl von Raucherentwöhnungsstrategien, von Selbsthilfemanualen über Verhaltenstherapie bis hin zu medikamentösen Therapien. Mit Hilfe von Beratung und Verhaltenstherapie können Handlungsmuster durchbrochen und Strategien erarbeitet werden, um Rückfallsituationen und Entzugssymptomen entgegen zu treten. Im Rahmen der pharmakologischen Raucherentwöhnung finden neben Nikotinersatzstoffen in Form von Nikotinplastern oder Kaugummis auch nikotinfreie Medikamente wie Bupropion Anwendung. Nikotinersatzstoffe haben selten Nebenwirkungen, stellen eine alternative Nikotinquelle für den Raucher dar und reduzieren

die Entzugssymptomatik. Die Abstinenzraten können weiter gesteigert werden, wenn Nikotinersatzstoffe mit einer Verhaltenstherapie kombiniert werden [6].

Seit Juli 2000 ist Bupropion, ein selektiver Dopamin- und Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer auf dem deutschen Markt zur Raucherentwöhnung zugelassen. Es verhindert die Wiederaufnahme von Dopamin und Noradrenalin durch die neuronale Synapse. Der Dopamingehalt im mesolimbischen System wird konstant gehalten, wodurch die Entzugssymptome und das starke Verlangen nach einer Zigarette verhindert werden. Die Aktivierung des Dopaminsystems scheint in der Suchtentwicklung eine entscheidende Rolle zu spielen.

Es konnte gezeigt werden, dass professionell geleitete oder medikamentös unterstützte Entwöhnungsmaßnahmen weit höhere Erfolge erreichen [22, 28]. Durch die Kombination aus verhaltenstherapeutischen Strategien und einer Nikotinsubstitution oder Bupropion oder durch den synchronen Einsatz zweier Substitutionsmethoden können die Abstinenzraten deutlich gesteigert werden [5, 6, 42]. Jedoch hat sich in der therapeutischen Praxis in Deutschland die Kombination aus medikamentöser und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung noch nicht durchgesetzt [47].

1.4 Tabakentwöhnung beim Hausarzt

Angesichts der zuvor aufgeführten gesundheitlichen Risiken des Rauchens besteht Konsens, dass eine breitere Verfügbarkeit an effektiven Tabakentwöhnungsmaßnahmen eine zentrale Aufgabe des Gesundheitssystems und speziell des Hausarztes darstellt [8, 67]. Nikotinabhängigkeit ist wie andere chronische Erkrankungen [23] behandlungsbedürftig. Der Hausarzt kann dabei eine Schlüsselrolle spielen, das Angebot einer Tabakentwöhnung sollte dabei zur Routinepraxis werden [37].

Es kann davon ausgegangen werden, dass Hausärzte ihre Patienten über einen längeren Zeitraum betreuen und damit über die Krankheiten und gesundheitlichen Risiken ihrer einzelnen Patienten besonders gut informiert sind. Die meisten Hausärzte sehen ihre Patienten mindestens einmal im Jahr [32]. Der meist langjährige, kontinuierliche Kontakt könnte den Patienten eine Thematisierung der Rauchproblematik und damit den Zugang zu einer Tabakentwöhnung erleichtern. Außerdem ist zu erwarten, dass Patienten wesentlich offener gegenüber einer Tabakentwöhnung durch ihren Hausarzt sind, als mit Hilfe psychiatrischer oder psychologischer Behandlung. Insbesondere die Motivation zum Rauchstopp, die in der Tabakentwöhnung eine Schlüsselrolle spielt, kann von den Hausärzten in motivierenden Gesprächen gefördert werden [74].

Diese zentrale Position der Hausärzte in Deutschland bei Vermittlung und Durchführung von Raucherentwöhnungen wird bis heute eklatant unterschätzt [58], dabei verfügen sie im medizinischen Bereich über das größte Potential, Raucher zu erreichen [88] und sie zum Rauchstopp zu motivieren [5, 37].

Eine wichtige Initialwirkung zum Rauchstopp ist der ärztliche Rat zum Rauchstopp. Es konnte gezeigt werden, dass jedem zehnten Raucher ein Rauchstopp auf Grund eines expliziten ärztlichen Rates gelingt [22]. Schon bereits eine Kurzberatung durch den Hausarzt unter drei Minuten führt zu einer Steigerung der 6-Monatsabstinenz (13,4%). Eine Beratung von 3 bis 10 Minuten steigert die 6 Monatsabstinenz auf 16% und eine intensivere Beratung über 10 Minuten auf bis zu 22% [22].

Obwohl die Relevanz der Raucherentwöhnung von den meisten Hausärzten als hoch eingestuft wird [33], erhalten nur wenige Raucher eine Entwöhnungstherapie durch ihren Hausarzt [47]. Neben möglichen Gründen, wie Zeitmangel, zu hohe Patientenzahlen, Kompetenzdefizit in der Tabakentwöhnung und mangelndes Interesse seitens der Patienten [31] ist ein wichtiger Grund vermutlich die fehlende Vergütung, da eine Tabakentwöhnung nicht regelhaft als Krankenbehandlung von den Kassen bezahlt wird [47].

1.5 Defizite in der Datenlage

Es ist bekannt, dass professionell geleitete Tabakentwöhnungsmaßnahmen weit höhere Abstinenzraten aufweisen als solche ohne professionelle Hilfe. Daher macht es Sinn, die Tabakentwöhnung speziell im Bereich der hausärztlichen Versorgung zu etablieren, da die Hausärzte flächendeckend eine hohe Anzahl an Rauchern in ihren Praxen erreichen und dabei ihre Patienten aufgrund vorliegender Erkrankungen, die zum Teil tabakassoziiert sind, zum Rauchstopp motivieren können. Dabei ist es nicht ausreichend, nur den Hausärzten diese Aufgabe zu übertragen. Besonders im primärärztlichen Versorgungsbereich fehlen sowohl Daten über das Ausmaß der von Hausärzten angebotenen Tabakentwöhnung [33] als auch Kenntnisse, welche Patienten und Arztmerkmale Einfluss auf die Indikation und Durchführung einer Tabakentwöhnung beim Hausarzt nehmen. Bis heute ist unklar, welche Patientenmerkmale in Bezug auf soziodemographische Merkmale, Rauchstatus und Rauchergeschichte sowie Aufhörbereitschaft mit einer Tabakentwöhnung assoziieren werden können. Weiterhin bestehen bedeutsame Wissensdefizite im Bereich differentieller Indikation. So ist nicht bekannt welche verschiedenen Therapieverfahren, sowohl medikamentös wie auch verhaltenstherapeutisch, sich mit bestimmten Patientenmerkmalen assoziieren lassen.

2. Zielsetzung

Angesichts der konstant hohen Raucherzahlen sowie der geringen Zahl der Anbieter und der Inanspruchnahme von Tabakentwöhnungsmaßnahmen ist es eine zentrale Aufgabe des Gesundheitssystems, effektive Raucherentwöhnungsmaßnahmen flächendeckend zu etablieren. Der Hausarzt als Primärversorger scheint dafür prädisponiert zu sein, da er beim Erkennen, Diagnostizieren und Behandeln von psychischen und körperlichen Erkrankungen eine bedeutende Rolle spielt und in Deutschland 70% der Raucher ihren Hausarzt mindestens einmal im Jahr aufsuchen [32].

Jenseits der wissenschaftlichen Erkenntnislage über effektive Therapien und deren erfolgversprechende Umsetzung besteht jedoch ein bedeutsames Wissensdefizit bezüglich deren differentieller Indikation. Das heißt, unklar bleibt, welchen Einfluss Patienten- und Arztmerkmale auf die Indikation und Durchführung einer Raucherentwöhnung nehmen.

Für die Optimierung der Raucherentwöhnung im primärärztlichen Bereich ist es wichtig dieses Wissensdefizit zu schließen.

Antworten auf bestehende Forschungsdefizite soll die epidemiologische Studie „Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening (SNICAS)“ geben. SNICAS ist Bestandteil des Suchtforschungsverbundes „Allocating Substance Abuse Treatments to Patient Heterogeneity“ (ASAT), der durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird. Ziel der SNICAS- Studie ist es, Daten über die aktuelle Situation der Raucherentwöhnung in der hausärztlichen Versorgung zu gewinnen, sowohl aus der Perspektive des Arztes als auch aus der Perspektive des Patienten [33].

Weitere Arbeiten, die auf den Daten der SNICAS- Studie basieren, geben Aufschluss über die ärztliche Erkennensrate von Rauchern bezüglich Patienten- und Arztmerkmalen in Deutschland, sowie das Rauchverhalten deutscher Hausärzte:

„Der Einfluss von Merkmalen des Patienten auf die ärztliche Erkennensrate von Rauchern“ (Almeida, Anna),

„Hauarztcharakteristika als Prädiktoren für die Erkennens- und Interventionsrate bei rauchenden Hausarztpatienten“ (Möhring, Julia),

„Das persönliche Rauchverhalten und die eigene Aufhörstrategie deutscher Hausärzte“ (Köhler, Katja).

3. Methoden und Design der Studie

3.1 Aufbau der SNICAS- Studie

Anhand der SNICAS-Studie („Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening“) sollen unter anderem Daten über die Häufigkeit rauchender und nikotinabhängiger Patienten im primärärztlichen Versorgungsbereich gewonnen, wie auch das Ausmaß der von Hausärzten angebotenen Raucherentwöhnungsmaßnahmen erfasst werden.

Die Studie wurde vom Institut für klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden und der Arbeitsgruppe für klinische Psychologie und Epidemiologie am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München in Kooperation mit dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Ludwig- Maximilians-Universität München durchgeführt. SNICAS wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung in Auftrag gegeben und mittels eines „unrestricted educational grant“ von GlaxoSmithKline GmbH &Co KG, München und GlaxoSmithKline Consumer Health Care GmbH & Co KG, Bülh gefördert.

Bei der SNICAS-Studie handelt es sich um eine epidemiologische und klinische Erhebung, die sich in drei Stufen gliedern lässt.

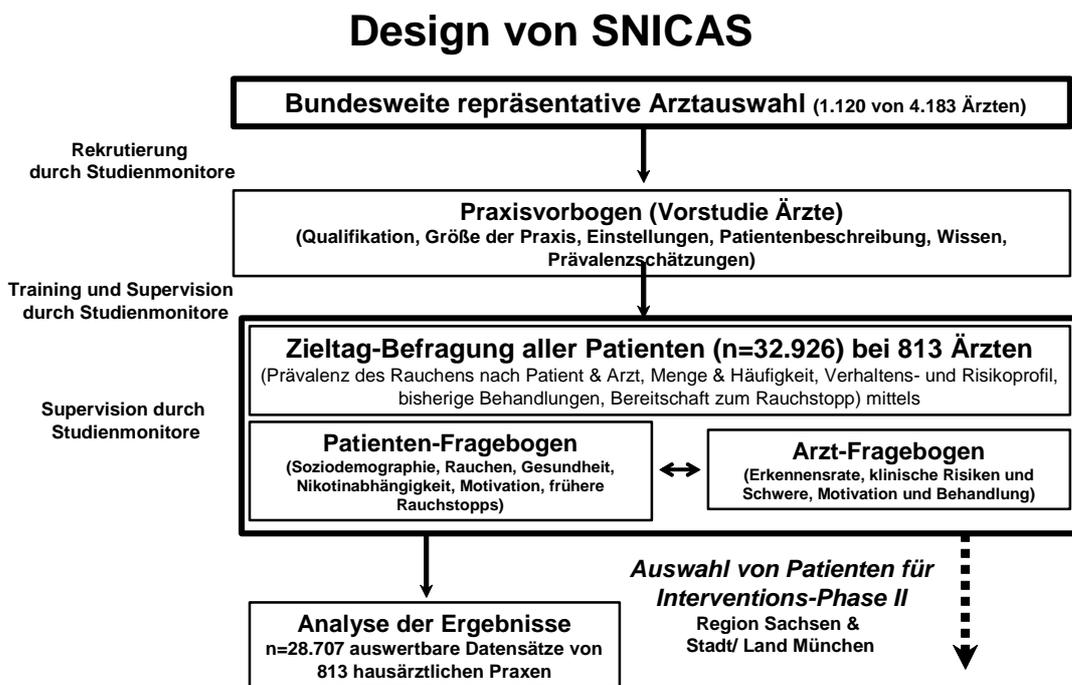


Abbildung 1: Studiendesign SNICAS [33]

3.2 Studiendesign

Stufe I (Vorstudie)

In Stufe I erfolgte eine repräsentative Auswahl an Hausärzten und deren Charakterisierung hinsichtlich ihrer Einstellung zum Thema Rauchen und Raucherentwöhnung, sowie ihrer Kenntnisse über Erkennen, Diagnostizieren und Behandeln von Rauchern und deren Nikotinabhängigkeit. Ebenso wurden anhand des Praxisvorbogens Erfahrungen aktueller und früher durchgeführter Tabakentwöhnungsinterventionen erfragt [33].

Stufe II (Zielbefragung aller Patienten)

In Stufe II fand eine Stichtagserhebung aller Patienten statt, die sich am 07. Mai 2002 in den teilnehmenden Arztpraxen befanden. Arzt- und Patientenfragebogen sollten Auskunft geben über Punkt- und Lebenszeitprävalenzen von gelegentlichen und regelmäßigen Rauchern sowie von nikotinabhängigen Rauchern. Weiterhin sollten soziodemographische und klinische Merkmale sowie psychische und physische Beeinträchtigungen des Rauchverhaltens erfragt werden. Ebenso sollte die Fragebögen Aufschluss bieten über Art und Anzahl stattgefundener Aufhörversuche sowie über Problembewusstsein und Motivation zum Rauchstopp [33, 57].

Stufe III (Interventionsstudie)

Stufe III erfolgte in Form einer longitudinal randomisierten Kontrollstudie und bot den am Stichtag aufhörbereiten Rauchern die Möglichkeit an einer von vier Raucherentwöhnungsoptionen (Bupropion, Nikotinersatzstoffe, kognitiv-verhaltenstherapeutisches Selbsthilfemanual oder unbehandelte Kontrollgruppe) teilzunehmen. Nikotinersatzstoffe, Bupropion, und eine nicht-pharmakologische Therapie wurden jeweils in Kombination mit einem Selbsthilfemanual mit einer unbehandelten Kontrollgruppe verglichen. Dieser Teil der Studie fand in den zwei ausgewählten Interventionsgebieten München und Dresden statt. Die Tabakabstinenz wurde unmittelbar nach der Therapie bzw. nach weiteren zwölf Monaten ermittelt [33], dies ist jedoch nicht Gegenstand der vorgelegten Arbeit.

3.3 Erhebungsinstrumente

Im Rahmen der Stichtagserhebung wurden folgende Erhebungsinstrumente verwendet [33, 57]:

- ein Praxisvorbogen
- ein Patientenfragebogen

- ein Arztfragebogen

Der Praxisvorbogen (siehe 7.4.1 Praxisvorbogen) erfasste Daten über die teilnehmenden Ärzte und Praxen. Er charakterisierte die Praxen hinsichtlich Größe, Lage, Anzahl der täglich einbestellten Patienten, Praxisqualifikationen und Schwerpunkten.

Der Patientenfragebogen (siehe 7.4.2 Patientenvorbogen) gibt Aufschluss über soziodemographische Merkmale wie Geschlecht, Alter, Familienstand und Beruf der Patienten. Weiterhin werden der Rauchstatus hinsichtlich Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten, Anzahl der Raucherjahre und die Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV Kriterien erfragt. Untersucht werden ebenso gesundheitliche Merkmale, bezogen einerseits auf die Einschätzung des eigenen körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes durch den Patienten selbst, (Angaben in den vier Kategorien: „sehr gut“, „eher gut“, „eher schlecht“, „sehr schlecht“), andererseits bezogen auf die Anzahl von Erkrankungen (Angabe durch den Patienten: „0- 2“, und Arzt: „0->4“). Aufschluss über die Einschätzung der Rauchproblematik angesichts des Gesundheitszustandes gaben die Hausärzte im Arztfragebogen, hierbei konnte ausgewählt werden zwischen „etwas problematisch“, „ausgeprägt problematisch“, „extrem problematisch“. Die Stadien der Änderungsmotivation werden nach dem Schema von Prochaska und DiClemente [65] erhoben. Die Einteilung erfolgte in „Precontemplation“, „Contemplation“ und „Preparation“ (siehe 7.5.3 Stufen der Änderungsmotivation nach Prochaska und DiClemente).

Der Arztfragebogen (siehe 7.4.3 Arztfragebogen) liefert Informationen über soziodemographische und klinische Daten des Patienten, aktuelle medizinische Diagnose, Rauchstatus sowie Art und Anzahl von Rauchstoppversuchen. Weiterhin liefert er Erkenntnisse über Problembewusstsein und Compliance zum Rauchstopp, sowie die Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme.

Sowohl Arzt- als auch Patientenfragebogen wurden von den Studienmonitoren am Abend des Stichtages, bzw. am folgenden Tag eingesammelt und zur statistischen Auswertung in die Studienzentrale weiterverschickt.

3.4 Gewinnung der repräsentativen Hausarztstichprobe

Die Stichprobengewinnung der Hausärzte erfolgte im Jahr 2001 aus dem Ärztereister des Instituts für medizinische Statistik (IMS). In Deutschland besteht die Gruppe der Hausärzte aus Allgemeinärzten, Praktischen Ärzten und Internisten (API- Ärzte), welche sich im Jahr 2001 auf eine Zahl von 68.583 registrierten Ärzten belaufen hat.

Das IMS Register gliedert alle Arztpraxen in regionale Segmente. Das Pharmaunternehmen GlaxoSmithKline, Co-Förderer der Studie, stellte seine Außendienstmitarbeiter als Studienmonitore für den Zeitabschnitt der Studie zur Verfügung. So konnten mit 183 Studienmonitoren 3980 Arztadressen abgedeckt werden, was einem Anteil von 5,8% aller Hausärzte in Deutschland entspricht [33].

Um für jeden Studienmonitor fünf zu betreuende Ärzte zu gewinnen, wurden aus jedem IMS-Segment jeweils 20 Arztadressen zufällig gezogen (erste randomisierte Stichprobenziehung), da man davon ausgehen musste, dass sich nur jeweils 50-60% der gezogenen Ärzte an der Studie beteiligen würden [33].

Anschließend erfolgte die zweite randomisierte Stichprobenziehung. Die Studienmonitore wurden aufgefordert, aus den ihnen zugeteilten Ärztelisten die ihnen bekannten Ärzte zu markieren. Ziel dieser Maßnahme war es, dass den Studienmonitoren nicht mehr als zwei Ärzte von den jeweils fünf zu betreuenden Ärzten bekannt waren, um eventuelle Verzerrungen zu vermeiden.

Per Zufall wurden nun fünf Ärzte aus der korrigierten Primärliste gezogen, die von den Studienmonitoren kontaktiert wurden. In den Interventionsgebieten München und Dresden erhielten die Studienmonitore 15 Arztadressen aus einer Liste von 40 Ärzten, um zu gewährleisten, dass sich genügend Ärzte an der Interventionsstudie beteiligten. Für eventuelle Ausfälle existierten Zusatzlisten, die nach demselben Prinzip aufgestellt wurden.

Demnach ließen sich 422 Primärärzte im Bundesgebiet gewinnen, was einer Ausschöpfungsrate von 50,5% entspricht. In den Interventionsgebieten beliefen sich die Zahlen in Dresden auf 55% und in München auf 35% Ausschöpfungsrate. Zusätzlich konnten aus den Zusatzlisten 263 Ärzte, in den Interventionsgebieten weitere 96 Ärzte rekrutiert werden, so dass insgesamt 889 Ärzte erreicht werden konnten, was 83% der Stichprobengröße von angestrebten 1075 Ärzten entsprach. Tatsächlich nahmen an der Studie 813 Arztpraxen teil [33].

3.5 Patientengut an der Stichtagserhebung

Am Tag der Stichtagserhebung (7. Mai 2002) wurden eine Vollerhebung durchgeführt und alle anwesenden Patienten in den teilnehmenden Praxen über die Studie informiert und zur Teilnahme gebeten. Die teilnehmenden Ärzte sollten am Stichtag idealer Weise allen anwesenden Patienten den auszufüllenden Patientenfragebogen aushändigen und die Patienten anschließend an Hand eines standardisierten, klinischen Arztfragebogenbogens

beurteilen. Außerdem sollten in den beiden Interventionsgebieten München und Dresden rauchende Patienten für die Teilnahme am Raucherentwöhnungsprogramm gewonnen werden [33, 57].

Arzt und Arzthelferinnen wurden angewiesen, nicht zwischen Rauchern und Nichtrauchern zu unterscheiden. Die Patienten erhielten den Patientenfragebogen, der von ihnen in ca. 15 Minuten im Wartezimmer vor dem Arztbesuch ausgefüllt werden sollte.

Folgende Kriterien führten zu einem Ausschluss an der Teilnahme:

- Patientenalter unter 16 Jahre
- deutliche Sprachschwierigkeiten
- sensomotorische Beeinträchtigung
- Notfälle
- kein persönlicher Kontakt zum Arzt, wie Rezeptabholer.

Am Stichtag befanden sich 64.897 Patienten in den 889 Arztpraxen, von den 54412 die Einschlusskriterien erfüllten. Abzüglich der Teilnahmeverweigerer (1,8%), der unvollständigen Datensätze (5,7%) und der nicht kontaktierten Patienten (39,9%) wurden insgesamt 28.707 Patienten rekrutiert, was einer Ausschöpfungsrate von 52,8% entspricht [33].

3.6 Statistik

Nachfolgende Daten beziehen sich auf die Angaben der Raucher, die sich am Stichtag unter den insgesamt 28.707 Patienten in den 813 teilnehmenden Arztpraxen befanden. 7.984 Raucher nahmen an der Studie teil.

Eine in der medizinischen Statistik häufig verwendete statistische Maßzahl ist die Odds Ratio (OR). Die Odds Ratio wird aus dem Quotienten der Odds zweier Gruppen errechnet. Das Odd („dt. Chance“) ist definiert als Quotient aus Wahrscheinlichkeit p und Gegenwahrscheinlichkeit $1-p$. ($Odd = p/(1-p)$) [30].

Um den Unterschied zweier Odds zu bewerten, verwendet man die so genannte Odds Ratio und kann damit Aussagen über die Stärke von Zusammenhängen machen. D.h. die Odds Ratio gibt Auskunft über einen möglichen Zusammenhang zwischen der Indikation und Durchführung einer Raucherentwöhnung und den jeweiligen Patienten- und Arztmerkmalen. In diesem Fall drückt die Odds Ratio aus, um wie viel größer die Chance ist, eine Tabakentwöhnung zu erhalten mit dem jeweils untersuchten Patientenmerkmal, verglichen mit der Gruppe ohne dieses Merkmal. Die Odds Ratio kann Werte zwischen

Null und Unendlich annehmen. Ist die Odds Ratio genau 1 bedeutet dies, dass es keinen Unterschied in den beiden Merkmalen gibt. Ist die OR >1 , tritt eine positive Assoziation auf. Ist die OR <1 tritt, eine negative Assoziation auf [30].

Mit Hilfe der multiplen logistischen Regression lässt sich der Einfluss verschiedener Variablen auf die Zielvariable (abhängige Variable), in diesem Fall Indikation und Durchführung der Tabakentwöhnung untersuchen [30]. Einfluss auf die Zielvariable nehmen die unabhängigen Variablen, wie soziodemographische Merkmale des Patienten (Alter, Geschlecht, Beruf, etc.), Rauchstatus (Anzahl gerauchter Zigaretten, gelegentlicher, regelmäßiger, abhängiger Raucher) und Anzahl durchgeführter Therapien, Gesundheitszustand und Einschätzung der Rauchproblematik des Patienten (Einschätzung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes, Anzahl vorliegender Erkrankungen, Stufen der Änderungsmotivation, etc.) sowie Arztmerkmale (Einschätzung der Kompetenz, Praxisschwerpunkt, Weiterbildungen, etc.).

Statistische Analysen wurden mit Stata software package, version 8.0 (Stata Corp. 2003) durchgeführt.

4. Ergebnisse

Folgenden Fragen soll nachgegangen werden:

- Wie häufig wurden Tabakentwöhnungen vom Hausarzt durchgeführt und welche Patienten- und Arztmerkmale sind damit assoziiert?
- Welche Tabakentwöhnungsmaßnahmen wurden als indiziert gesehen?
- Welche Patienten- und Arztmerkmale lassen sich insbesondere mit einer Beratung, Verhaltenstherapie, Bupropionbehandlung oder Nikotinersatzstofftherapie assoziieren?

Alle Daten beziehen sich immer auf den Anteil von Rauchern, die eine Tabakentwöhnung erhalten haben im Vergleich zu den Rauchern mit den entsprechenden Merkmalen, die keine Tabakentwöhnung erhalten haben.

Ein p-Wert $< 0,05$ wurde als statistisch signifikant bezeichnet und mit * gekennzeichnet, p-Werte $< 0,01$ gelten als hoch signifikant und sind mit ** gekennzeichnet worden, p-Werte $< 0,001$ sind höchst signifikant und sind mit *** gekennzeichnet worden.

4.1 Assoziation von Patienten- und Arztmerkmalen mit durchgeführter Tabakentwöhnung

Die Daten der SNICAS- Studie zeigen, dass bei lediglich 9,7% aller aktueller Raucher (n=7.984) eine Tabakentwöhnung (TE) durch den Hausarzt versucht wurde. Angesichts dieser geringen Zahl erscheint es relevant zu untersuchen, welche Patienten- und Arztmerkmale sich mit der Durchführung einer Tabakentwöhnung assoziieren lassen.

4.1.1 Welche Patientenmerkmale lassen sich mit der Durchführung einer Tabakentwöhnung durch den Hausarzt assoziieren?

Die teilnehmenden Ärzte wurden im Arztfragebogen (siehe 7.4.3 Arztfragebogen) gefragt, ob sie bei diesem Patienten bereits eine Tabakentwöhnung durchgeführt haben. Mittels multipler logistischer Modelle soll das Maß der Assoziation zwischen Patientenmerkmalen und durchgeführter Tabakentwöhnung durch den Hausarzt ermittelt werden.

Bei Frauen (9,7%) und Männern (9,8%) wurde gleich häufig eine Tabakentwöhnung durchgeführt (siehe Tabelle 1).

Tabakentwöhnung	Mann	Frau
Nein	90,2% N=3470	90,3% N=3736
Ja	9,8% N=378	9,7% N=400

Tabelle 1: durchgeführte Tabakentwöhnung nach Geschlecht

Ältere Patienten erhalten signifikant öfter eine Tabakentwöhnung als jüngere Patienten. Während in der Referenzgruppe (jüngste Altersgruppe 16-19 Jahre) nur 4,5% eine Tabakentwöhnung erhielten, waren dies in der ältesten Altersgruppe 14,2% (OR 3,8; 95% CI 2,6-6,5***), in der Altersgruppe der 50-59 Jährigen 13,3% (OR 3,5; 95% CI 2,2-5,6***), in der Altersgruppe der 40-49 Jährigen 11,3% (OR 3,3; 95% CI 2,1-5,1***), in der Altersgruppe der 30-39 Jährigen 8,6% (OR 2,7; 95% CI 1,8-4,1***) und in der Altersgruppe der 20-29 Jährigen 5,6% (OR 2,0; 95% CI 1,3-3,1**) (siehe Abbildung 2).

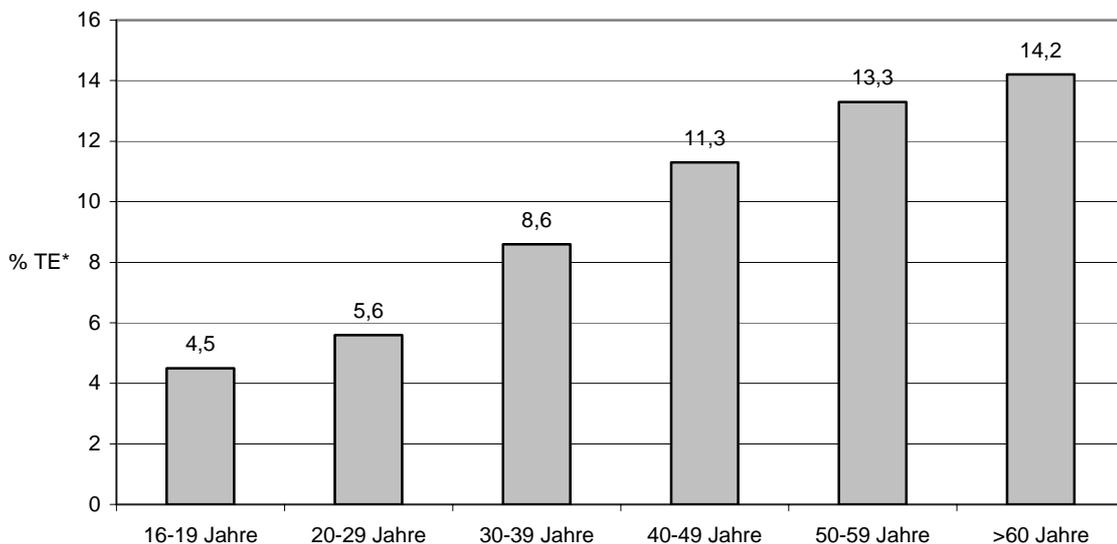


Abbildung 2: Altersverteilung bei durchgeführten Tabakentwöhnungen, *TE = Tabakentwöhnung

Bezüglich des Familienstandes wurden verheiratete Personen mit 11,7% (OR 2,0; 95% CI 1,7-2,4***), geschiedene Personen mit 11,5% (OR 2,0; 95% CI 1,5-2,6***) und verwitwete

Personen mit 13,6% (OR 2,4; 95%CI 1,6-3,5***), sowie getrennt lebende Personen mit 10,1% (OR 1,7; 95%CI 1,0-2,8*) signifikant häufiger behandelt als ihre Referenzgruppe der ledigen Personen mit 6,2%. (siehe Abbildung 3). Dieses Ergebnis sowie das folgende Ergebnis bezüglich des Familienstands muss allerdings unter dem Aspekt der Altersverteilung gewertet werden, da insbesondere die jüngeren Patienten ihren Familienstand häufiger als „Ledig“ angeben.

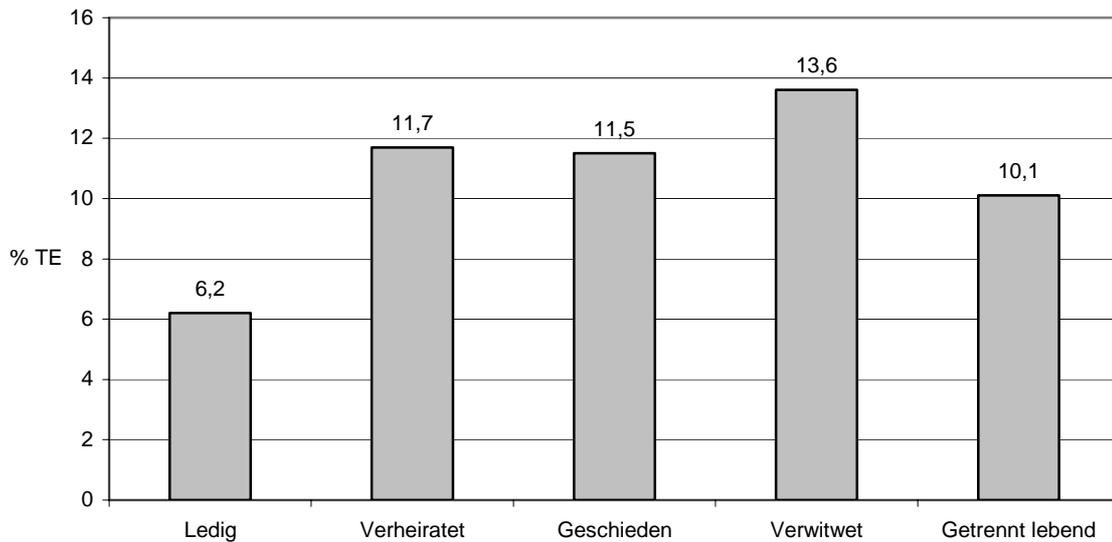


Abbildung 3: Assoziation Familienstand bezüglich Tabakentwöhnung

Rentner und Pensionierte (13,6%; OR 1,6; 95%CI 1,3-2,0***) erhielten signifikant häufiger eine Therapie als die Referenzgruppe der Berufstätigen (9,1%), gleiches gilt für Arbeitslose (10,2%; OR 1,1; 95%CI 0,9-1,5) und Hausfrauen (11,6%; OR 1,3; 95%CI 1,0-1,7). Signifikant seltener wurden Patienten behandelt, die ihren Beruf unter „Sonstiges“ angaben (6%; OR 0,6; 95%CI 0,4-0,9*) (siehe Abbildung 4)

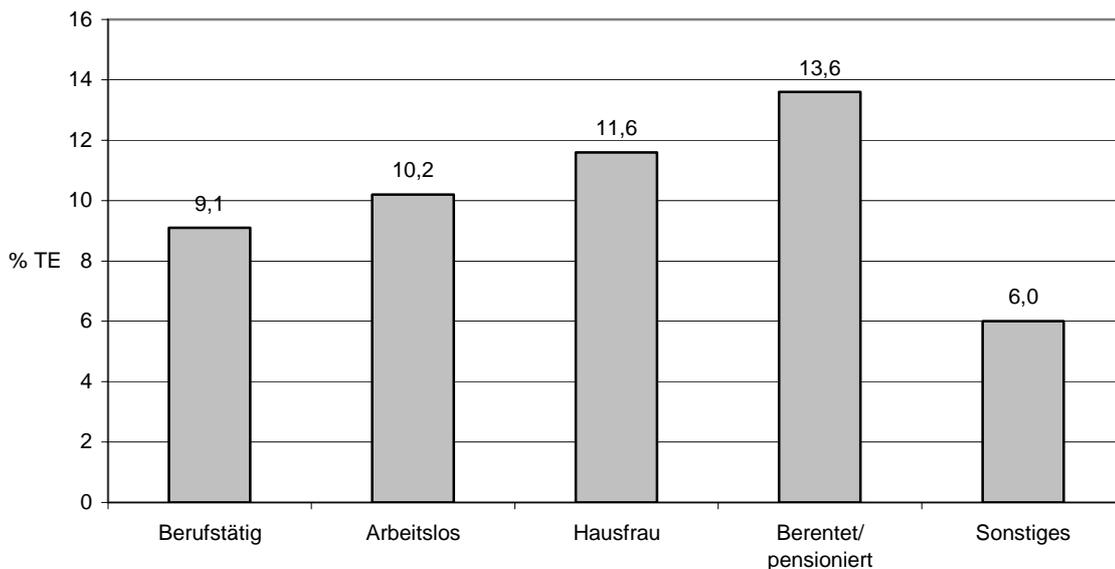


Abbildung 4: Assoziation Beruf bezüglich Tabakentwöhnung

Bei Rauchern, die die DSM-IV Kriterien (siehe 7.5.1 Diagnose der Nikotinabhängigkeit nach den DSM-IV Kriterien) für Abhängigkeit erfüllen (12,7%; OR 2,2; 95%CI 1,6-2,9***) und regelmäßigen Rauchern (7,4%, OR 1,2; 95%CI 0,9-1,6) wurde signifikant häufiger eine Tabakentwöhnung durchgeführt als in der Referenzgruppe der „gelegentlichen Raucher“ (6,3%) (siehe Abbildung 5).

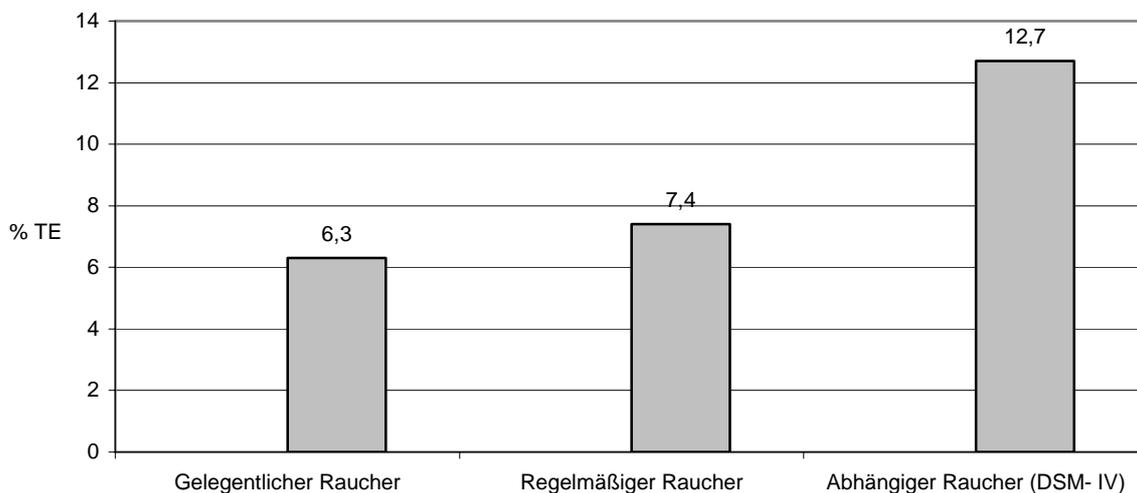


Abbildung 5: Assoziation Rauchstatus nach DSM-IV Kriterien bezüglich Tabakentwöhnung

Die Anzahl täglich gerauchter Zigaretten ist statistisch signifikant assoziiert mit der Durchführung einer Tabakentwöhnung durch den Hausarzt. Bei Rauchern, die über 20 Zigaretten täglich rauchen (12,3%; OR 1,8; 95%CI 1,3-2,4***) und bei Rauchern, die

zwischen 11 und 20 Zigaretten täglich rauchen (10,8%; OR 1,6; 95%CI 1,2-2,0***) wurde signifikant häufiger eine Tabakentwöhnung durchgeführt als in der Referenzgruppe der Raucher, die täglich zwischen 1 und 5 Zigaretten konsumieren (7,2%). Bei Rauchern, die zwischen 6 und 10 Zigaretten täglich rauchen, wurde mit 8,4% (OR 1,2; 95%CI 0,9-1,6) eine Tabakentwöhnung durchgeführt (siehe Abbildung 6).

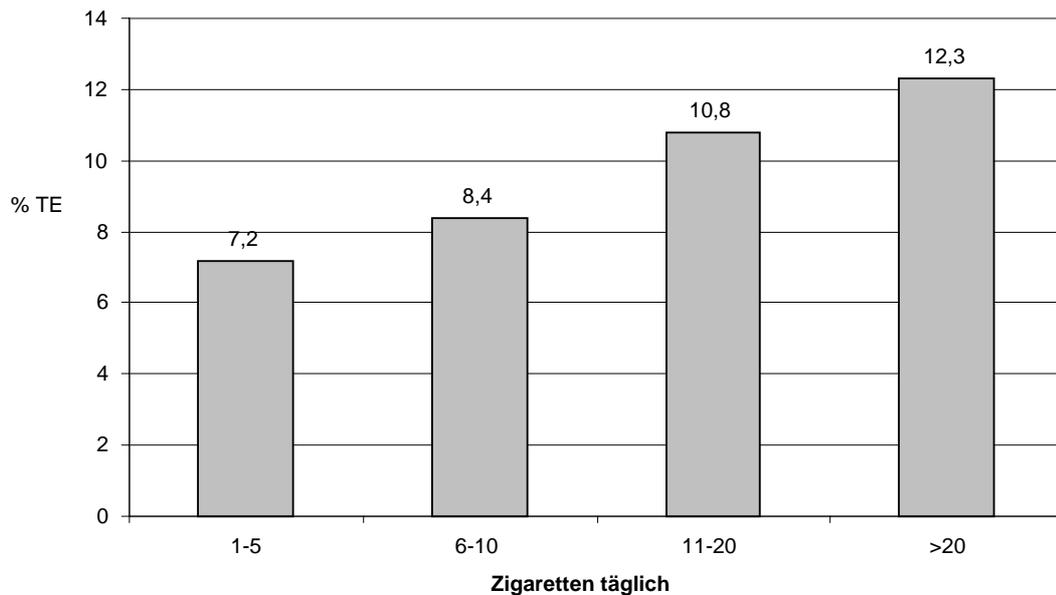


Abbildung 6: Assoziation täglich geraucher Zigaretten bezüglich Tabakentwöhnung

Statistisch signifikante Assoziationen lassen sich weiterhin in Bezug auf die „Dauer seit erstmaligem öfterem Rauchen“ und auf die „Dauer seit erstmaligem regelmäßigen Rauchen“ finden. Im Vergleich zu Rauchern, die erst seit einem Jahr (3,1%) erstmalig öfter rauchen, wurden Raucher, die seit über 20 Jahren (13,8%; OR 5,0; 95%CI 2,7-9-6***) erstmalig öfter rauchen, signifikant häufiger therapiert, gefolgt von Rauchern, die seit 11-20 Jahren (10,1%; OR 3,8; 95%CI 2,3-6,2***), bzw. seit 6-10 Jahren (7,5%; OR 2,0; 95%CI 1,3-4,9**) erstmalig öfter rauchen. Bei Rauchern, die seit 2-3 Jahren (OR 1,3; 95%CI 0,6-3,1) erstmalig öfter rauchen und bei Rauchern, die seit 4-5 Jahren (OR 2,0; 95%CI 1,0-4,0*) rauchen, wurde mit 4,2% und 6,1% eine Tabakentwöhnung durchgeführt (siehe Abbildung 7).

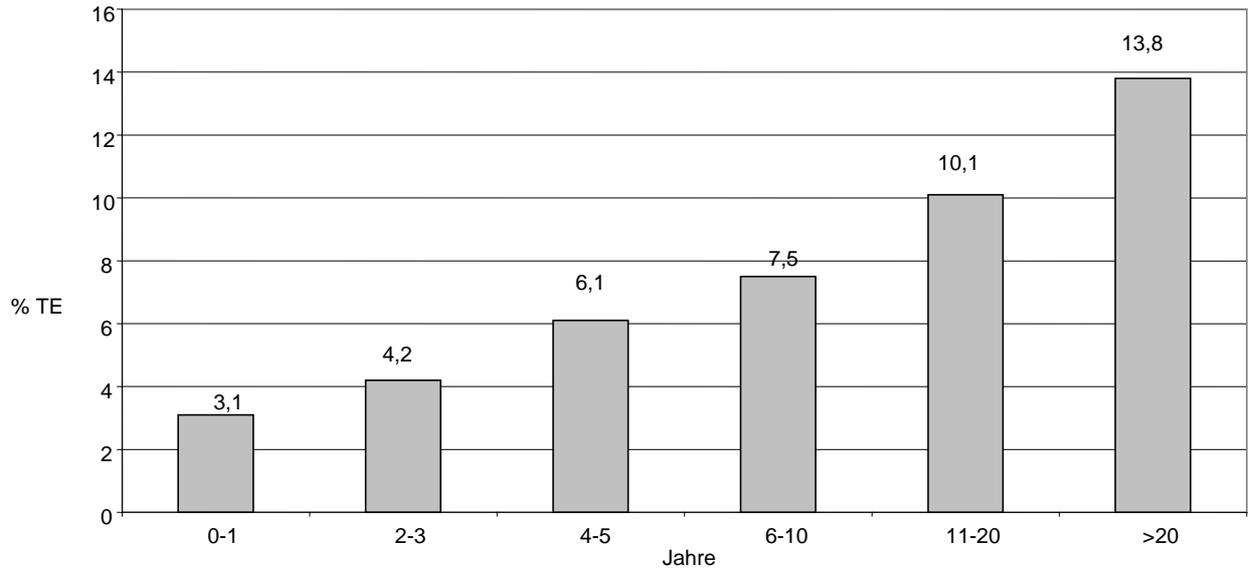


Abbildung 7: Assoziation Dauer seit erstmaligem öfterem Rauchen und Tabakentwöhnung

Raucher, die seit mehr als 20 Jahren erstmalig öfter rauchen, erhielten mit 14,7% (OR 5,0; 95%CI 3,0-8,1***) signifikant häufiger eine Tabakentwöhnung als die Referenzgruppe der Raucher, die erst seit unter einem Jahr (3,4%) erstmalig öfter rauchen. Raucher, die seit 11-20 Jahren erstmalig öfter rauchen, erhielten mit 11,6% (OR 3,8; 95%CI 2,3-6,2***) eine Therapie, Raucher, die seit 6-10 Jahren erstmalig öfter rauchen mit 8,4% (OR 2,6; 95%CI 1,6-4,3***), und Raucher, die seit 4-5 Jahren regelmäßig öfter rauchen mit 6,3% (OR 1,9, 95%CI 1,1-1,3*) eine Therapie. Raucher, die erst seit 2-3 Jahren erstmalig öfter rauchen, wurden unwesentlich häufiger einer Entwöhnung zugeführt als die Referenzgruppe (siehe Abbildung 8).

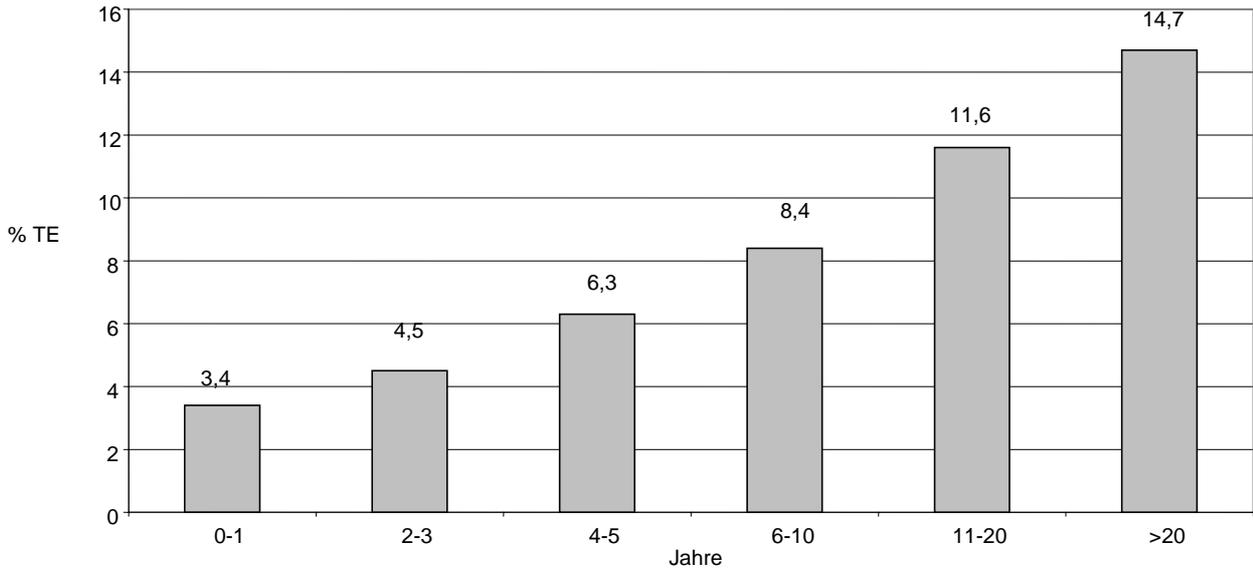


Abbildung 8: Assoziation Dauer seit erstmaligem regelmäßigem Rauchen und Tabakentwöhnung

Die Anzahl bereits vorgenommener Aufhörversuche und die Durchführung einer Tabakentwöhnung durch den Hausarzt waren signifikant assoziiert. Am häufigsten im Vergleich zur Referenzgruppe (kein Aufhörversuch, 4,2%) erhielten Raucher eine Therapie mit bereits vier Aufhörversuchen (13,8%; OR 3,6; 95%CI 2,6-5,1***), gefolgt von Rauchern mit mehr als fünf Aufhörversuchen (13,6%; OR 3,6; 95%CI 2,7-4,7***). Raucher mit einem Aufhörversuch erhielten mit 8,7% (OR 2,2; 95%CI 1,6-2,9***), Raucher mit zwei Aufhörversuchen mit 9% (OR 2,2; 95%CI 1,6-3,1***) und Raucher mit drei Aufhörversuchen mit 12,5% (OR 3,2; 95%CI 2,4-4,3***) eine Therapie (siehe Abbildung 9).

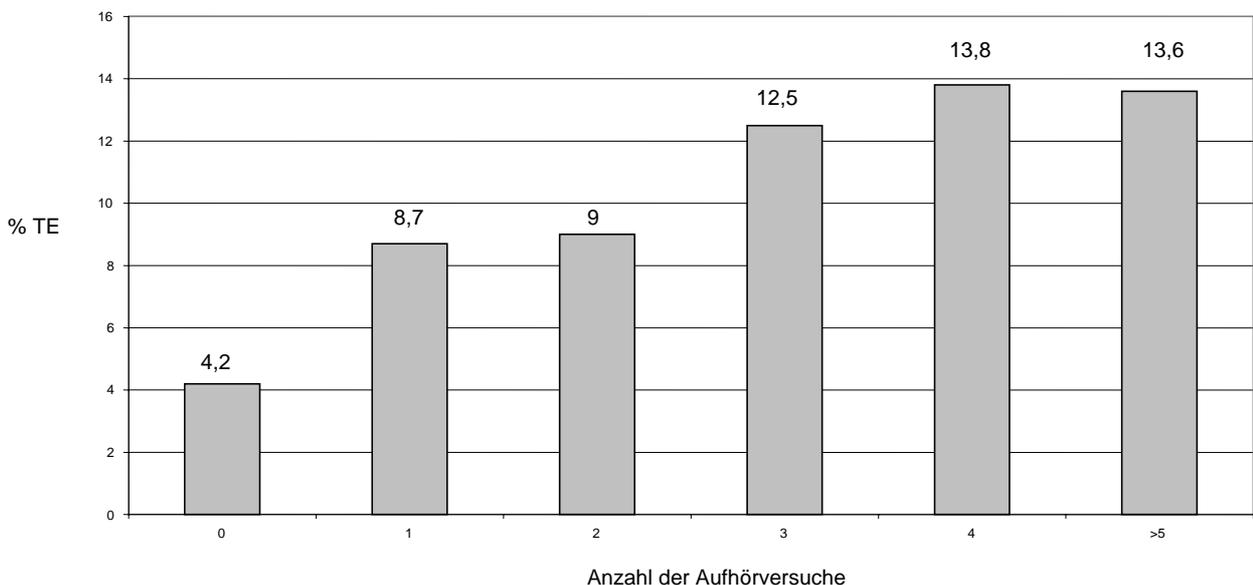


Abbildung 9: Anzahl der Aufhörversuche assoziiert mit Tabakentwöhnung

Weiterhin zeigten sich statistisch signifikante Assoziationen mit Tabakentwöhnungsmaßnahmen in Bezug auf die Variablen „Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes“ und „Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes“. Raucher deren körperlicher Gesundheitszustand als eher gut (10%; OR 1,4; 95%CI 1,0-1,8*) bzw. eher schlecht (10%; OR 1,4; 95%CI 1,0-1,8*) eingestuft wurde, erhielten häufiger eine Entwöhnungstherapie als Raucher, deren körperlicher Gesundheitszustand als sehr gut (7,5%) beschrieben wurde. Bei Rauchern mit sehr schlechtem körperlichem Gesundheitszustand fand sich keine signifikante Assoziation mit Maßnahmen der Tabakentwöhnung. Ähnliches konnte für die Variable „Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes“ nachgewiesen werden. Patienten mit eher gutem Gesundheitszustand (10%; OR 1,2; 95% CI 1,0-1,5*) bzw. eher schlechtem Gesundheitszustand (10,3%; OR 1,3; 95%CI 1,0-1,6*) erhielten öfter eine Tabakentwöhnung als Patienten mit sehr gutem (8,2%) psychischen Gesundheitszustand. Es zeigte sich keine statistisch signifikante Assoziation zwischen der Durchführung von Entwöhnungsmaßnahmen und einem sehr schlechten psychischen Gesundheitszustand (siehe Abbildung 10 und Abbildung 10)

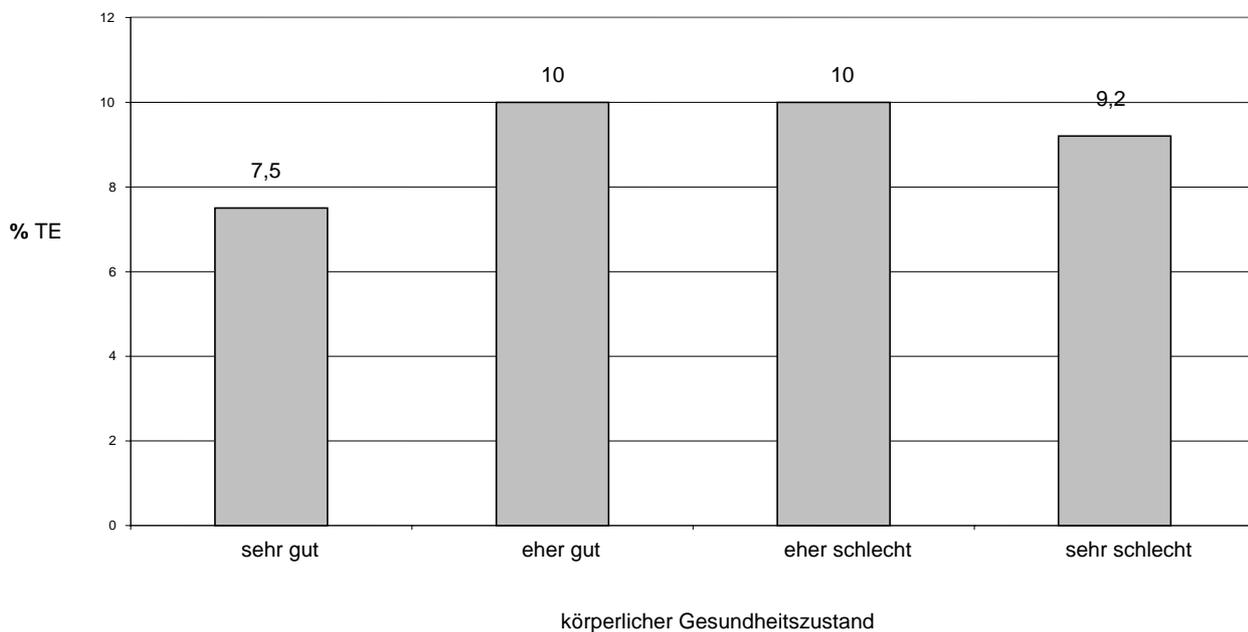


Abbildung 10: Assoziation Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes bezüglich Tabakentwöhnung

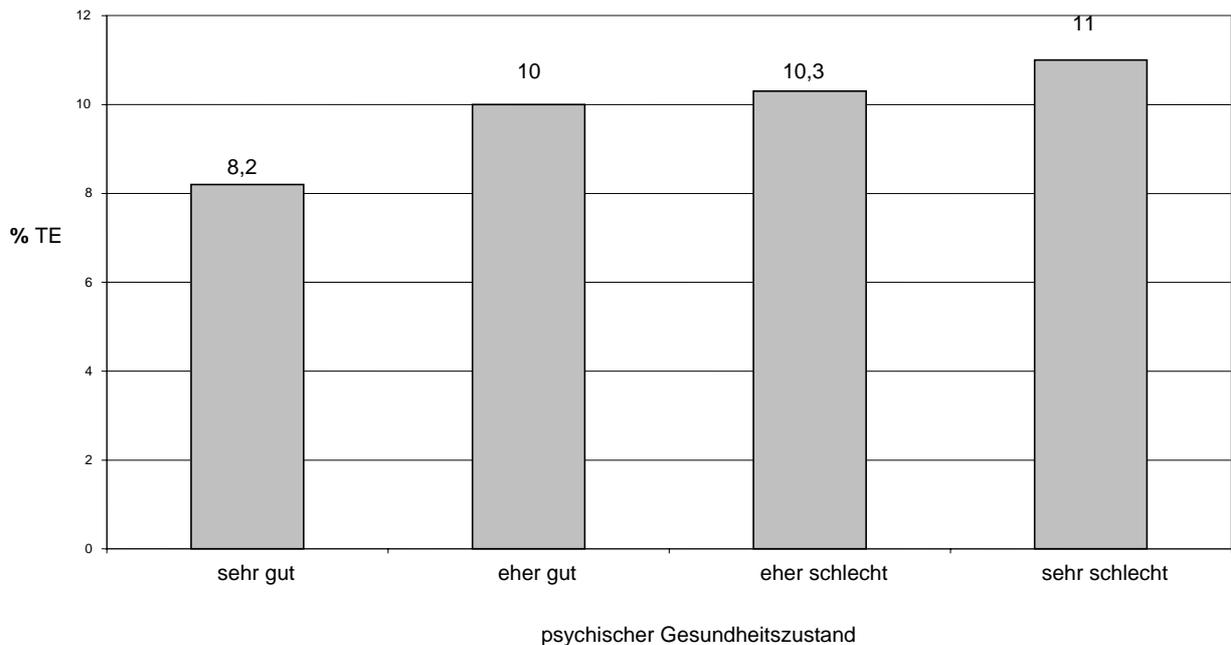


Abbildung 11: Assoziation Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes bezüglich Tabakentwöhnung

Die Variable „Anzahl vorliegender Erkrankungen“ (Angabe durch den Patienten und den Arzt) ist mit signifikant hohen Raten an durchgeführter Raucherentwöhnung assoziiert. Mit steigender Anzahl an Erkrankungen nimmt die Häufigkeit der durchgeführten Tabakentwöhnungen zu. Im Gegensatz zu Patienten ohne vorliegende Erkrankungen (5,1%) erhielten am häufigsten Patienten eine Tabakentwöhnung, die an vier oder mehr Krankheiten leiden (21,3%; OR 5,1; 95%CI 3,9-6,6***), gefolgt von Patienten mit drei Krankheiten (12,8%;OR 2,7; 95%CI 2,0-3,7***), zwei Krankheiten (10,9%; OR 2,3; 95%CI 1,7-3,0***) und einer Krankheit (6,4%; OR 1,3; 95%CI 1,0-1,7***) (siehe Abbildung 12).

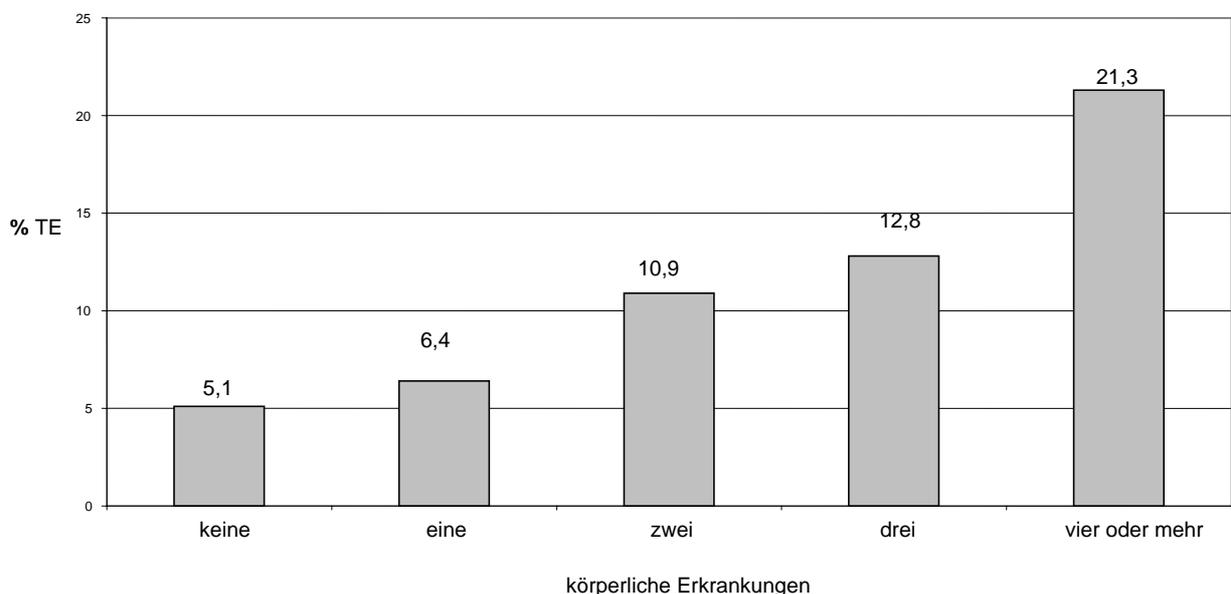


Abbildung 12: Anzahl körperlicher Erkrankungen assoziiert mit Tabakentwöhnung

Patienten, bei denen die Einschätzung der Rauchproblematik angesichts ihres Gesundheitszustandes als ausgeprägt problematisch (16,7%; OR 3,6; 95%CI 2,7-3,9***) bzw. als extrem problematisch (22,8%; OR 4,8; 95%CI 3,8-6,1***) durch den Arzt eingestuft wurde, haben im Vergleich zu Patienten bei denen der Gesundheitszustand als etwas problematisch (5,8%) eingestuft wurde, signifikant häufiger eine Tabakentwöhnung erhalten (siehe Abbildung 13).

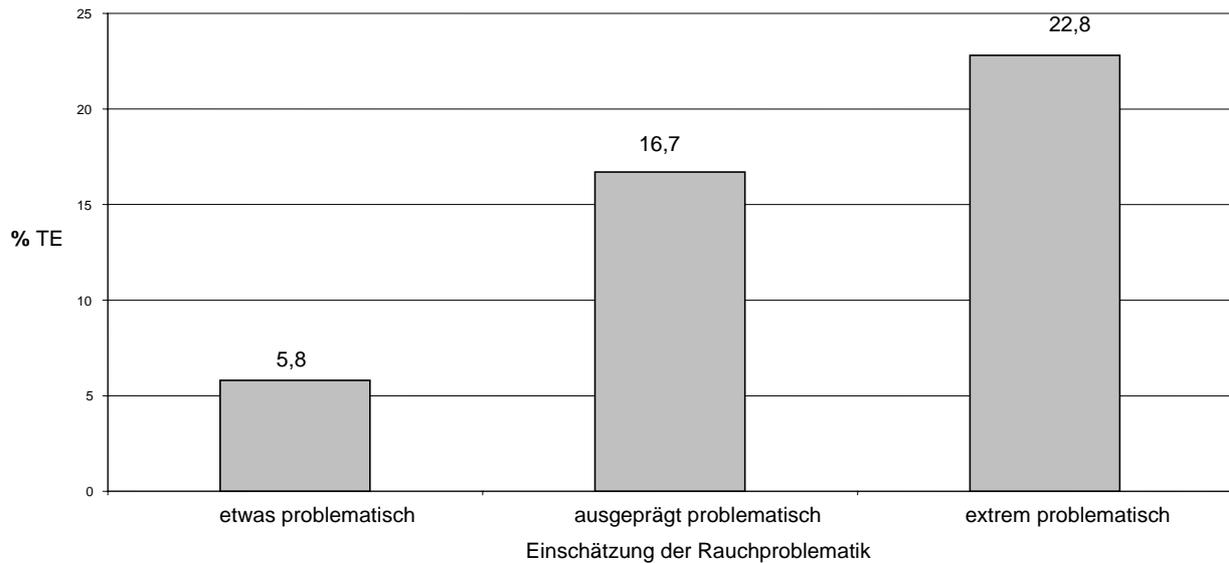
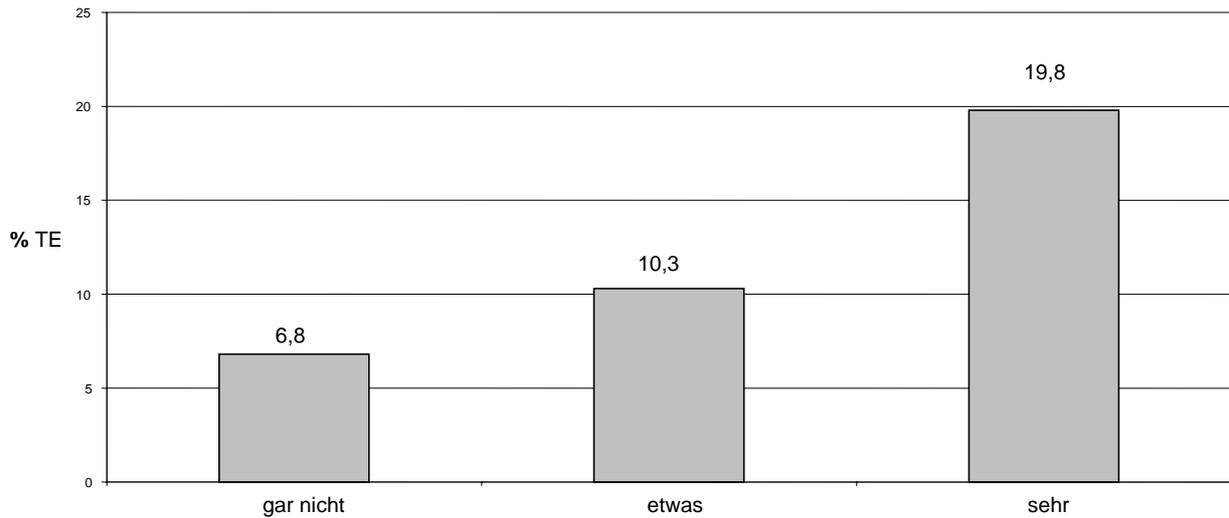


Abbildung 13: Assoziation zwischen Einschätzung der Rauchproblematik und Tabakentwöhnung

Weiterhin zeigte sich ein starker Zusammenhang zwischen Tabakentwöhnung und der Variable „Einschätzung der Aufgeschlossenheit des Patienten für eine Raucherentwöhnung“. Raucher, die als etwas (10,3%; OR 1,5; 95% CI 1,3-1,9***) bzw. sehr aufgeschlossen (19,8%; OR 3,4; 95% CI 2,6-4,3***) durch den Arzt eingestuft wurden erhielten signifikant häufiger eine Therapie als Patienten, die sich als gar nicht aufgeschlossen (6,8%) zeigten (siehe Abbildung 14).



Einschätzung der Aufgeschlossenheit für eine Tabakentwöhnung

Abbildung 14: Assoziation zwischen Einschätzung der Aufgeschlossenheit eines Patienten gegenüber einer Tabakentwöhnung und Durchführung einer Tabakentwöhnung

Außerdem konnten für die Stufen der Änderungsmotivation nach Prochaska und DiClemente [20, 65] (siehe 7.5.3 Stufen der Änderungsmotivation nach Prochaska und DiClemente) und einer Tabakentwöhnung statistisch signifikante Assoziationen nachgewiesen werden. Ein Patient, der sich in der Stufe der „Contemplation“ (12,7%; OR 1,7; 95% CI 1,4-2,1***) oder bereits in der Stufe der „Preparation“ (14,4%; OR 2,0; 95% CI 1,5-2,7***) befand, wurde signifikant häufiger therapiert, als der Patient, der sich noch im Stadium der „Precontemplation“ befindet (7,8%) (siehe Abbildung 15) .

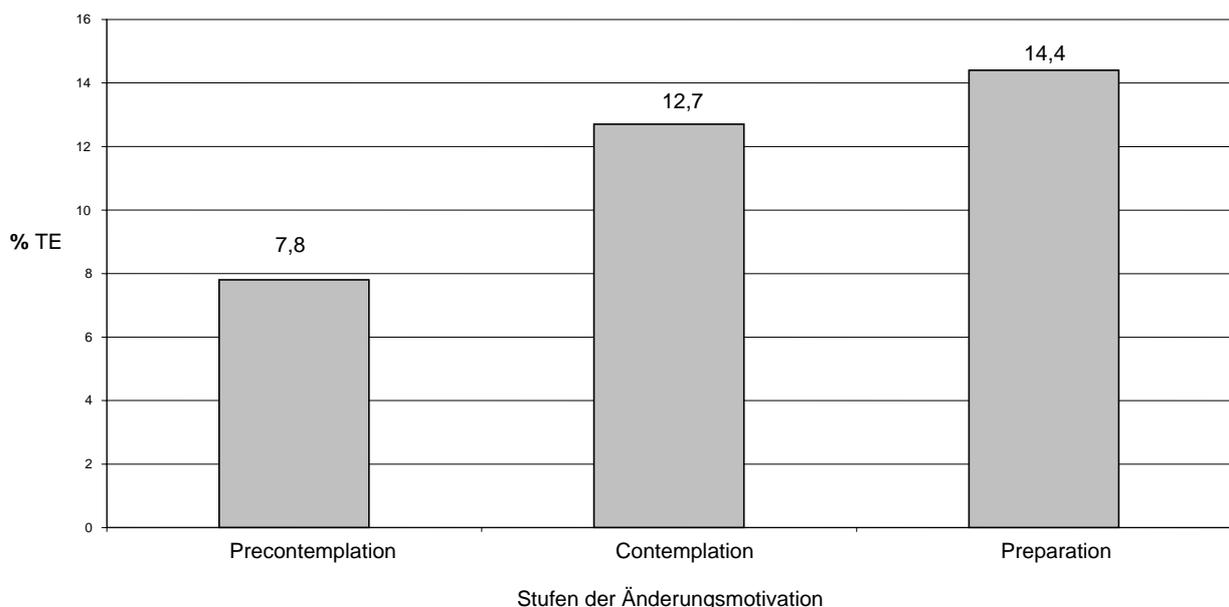


Abbildung 15: Assoziation zwischen Stufen der Änderungsmotivation und Tabakentwöhnung

4.1.2 Welche Arztmerkmale lassen sich mit der Durchführung einer Tabakentwöhnung durch den Hausarzt assoziieren?

Nur wenige der untersuchten Arztmerkmale waren statistisch signifikant assoziiert mit der Durchführung einer Tabakentwöhnung. Nicht statistisch signifikant assoziiert waren die Variablen „Lage der Praxis“, „Fachrichtung des Arztes“ (Internist, Allgemeinarzt, Praktischer Arzt), „Anzahl an Praxisjahren“ und „Bedeutung der Tabakentwöhnung in der Praxis“. Signifikant häufiger führten Ärzte eine Tabakentwöhnung durch, die ihren Praxisschwerpunkt als Pneumologie angaben (13,5%; OR 1,5; 95% CI 1,1-2,1**), als Ärzte ohne diesen Schwerpunkt (siehe Tabelle 2). Es bestand kein Unterschied in der Häufigkeit der Durchführung von Tabakentwöhnungsmaßnahmen von Ärzten mit anderen Praxisschwerpunkten wie z.B. HNO und Kardiologie.

Tabakentwöhnung	Praxis mit Schwerpunkt Pneumologie	Praxis ohne Schwerpunkt Pneumologie
Nein	86,5% N=761	90,7% N=5796
Ja	13,5% N=119	9,3% N=594

Tabelle 2: durchgeführte Tabakentwöhnung in Praxen mit Schwerpunkt Pneumologie

Ärzte, die ein Seminar zur Weiterbildung bezüglich Tabakentwöhnung besuchten, führten im Vergleich zur Referenzgruppe (Ärzte ohne Weiterbildungen, 8,8%) (siehe Tabelle 3) signifikant häufiger Tabakentwöhnungen durch (11,6%; OR 1,4, 95% CI 1,1-1,8*).

Tabakentwöhnung	Weiterbildung	Keine Weiterbildung
Nein	88,4% N=2285	91,2% N=4269
Ja	11,6% N=301	8,8% N=412

Tabelle 3: durchgeführte Tabakentwöhnung bezüglich Weiterbildung

Bezüglich allgemeiner und spezifischer Weiterbildung konnte kein statistisch signifikanter Unterschied ermittelt werden. Ärzte, die ihre Kompetenz bezüglich Tabakentwöhnung als

eher schlecht einschätzten, führten signifikant seltener Tabakentwöhnungen durch (7,5%; OR 0,5, 95% CI 0,3-0,9*), als Ärzte, die ihre Kompetenz als sehr gut (13,6%) einschätzten.

4.2 Welche Tabakentwöhnung wurde durch den Hausarzt als indiziert gesehen?

Anhand deskriptiver Analyse soll untersucht werden, welche Tabakentwöhnung durch den Arzt als indiziert gesehen wurde, wenn dieser den Patienten als Raucher erkannte. Diesbezüglich wurden die Ärzte im Arztfragebogen (siehe 7.4.3 Arztfragebogen) befragt. Hierbei konnten die Ärzte aus einer Liste von Tabakentwöhnungsmaßnahmen auswählen, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Aus folgenden Maßnahmen konnten gewählt werden:

- Keine Maßnahme, Überweisung an Spezialisten
- Beratung, Gespräch, Motivation
- Verhaltenstherapie
- Nikotin-Kaugummi
- Nikotin-Pflaster
- Nikotin-Nasenspray
- Bupropion
- Andere Methoden

Nachfolgende Abbildung (siehe Abbildung 16) zeigt die Verteilung der Therapieoptionen, die von den Hausärzten als indiziert gesehen wurden. Dabei zeigt sich, dass die Indikation zur Beratung mit 25,4% am häufigsten erkannt wurde, gefolgt von der Verhaltenstherapie mit 12,5% und der medikamentösen Behandlung mittels Bupropion (11,9%). Die Indikation für Nikotinersatzstoffe lag bei 5,3% und die Überweisung an den Spezialisten bei 1,4%.

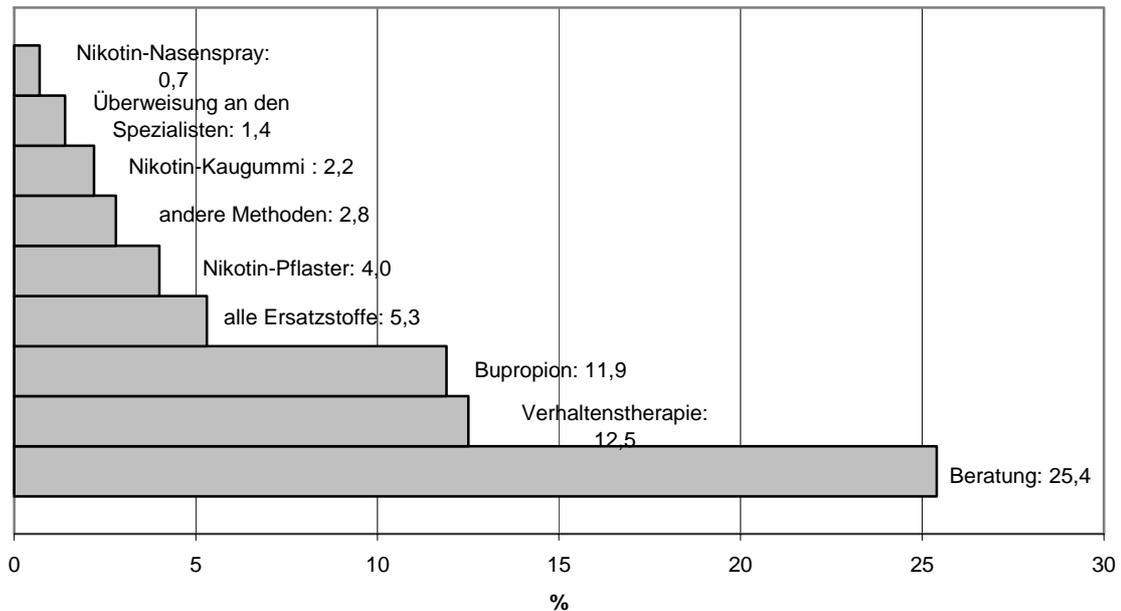


Abbildung 16: Häufigkeiten indizierter Tabakentwöhnungsmaßnahmen

4.3 Patienten- und Arztmerkmale assoziiert mit Beratung als indizierte Therapie

In den folgenden Abschnitten soll untersucht werden, in wie weit ein Zusammenhang zwischen der Beratung als Therapieoption und Patienten- und Arztmerkmalen gefunden werden kann.

4.3.1 Welche Patientenmerkmale sind mit der Beratung als indizierte Therapie assoziiert?

Bei den Variablen „Geschlecht“ und „Beruf“ zeigten sich keine signifikanten Assoziationen mit der Beratung als indizierte Therapie. Die verschiedenen Altersgruppen wurden mit der Gruppe der jüngsten Patienten (16-19 Jahre) verglichen, statistisch signifikant assoziiert mit einer Beratung war lediglich die Altersgruppe der 40-49 Jährigen (siehe Abbildung 17). Die Indikation in dieser Altersgruppe liegt bei 26% (OR 1,3; 95% CI 1,0-1,7), in der jüngsten Altersgruppe bei 24,4%. Alle anderen Altersgruppen waren nicht statistisch signifikant mit der Beratung assoziiert.

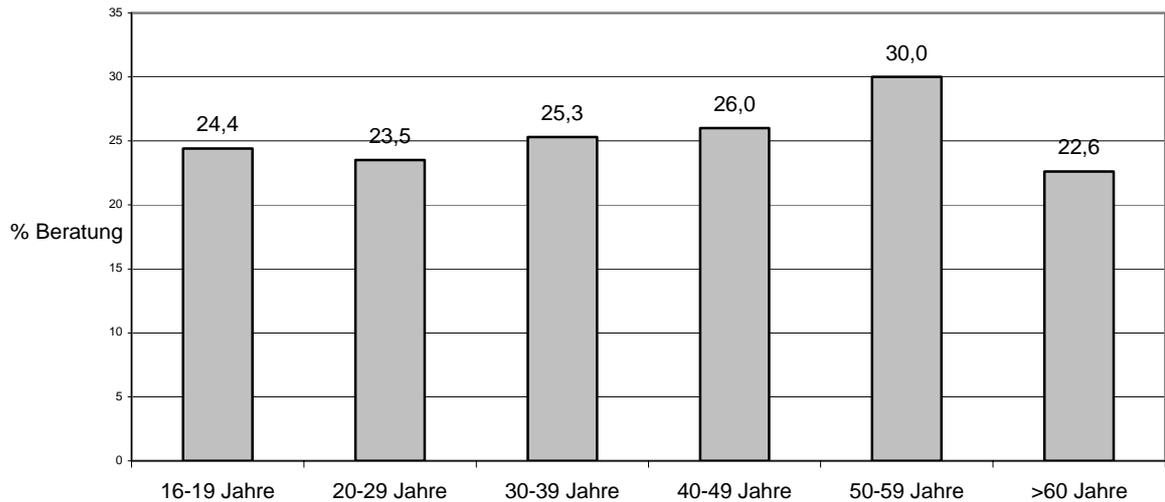


Abbildung 17: Beratung assoziiert mit Patientenalter

Bei verheirateten Personen wird signifikant häufiger die Indikation zu einer Beratung (27,2%; OR 1,2; 95% CI 1,1-1,4***) erkannt, als bei ledigen Personen (23,3%). Bei geschiedenen, verwitweten oder getrennt lebenden Personen kann keine statistisch signifikante Assoziation nachgewiesen werden (siehe Abbildung 18).

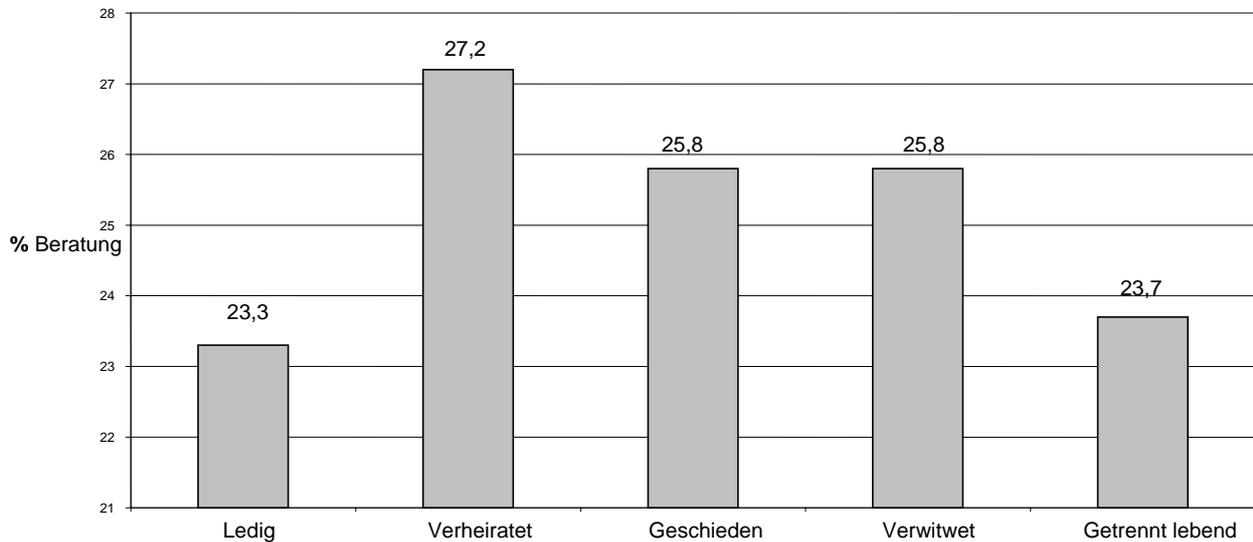


Abbildung 18: Beratung assoziiert mit Familienstand

Bei abhängigen Rauchern, die die DSM-IV Kriterien für Abhängigkeit (siehe 7.5.1 Diagnose der Nikotinabhängigkeit nach den DSM-IV Kriterien) erfüllen (27,6%; OR 1,5; 95% CI 1,3-1,8***) und bei regelmäßigen Rauchern (24,8%; OR 1,3; 95% CI 1,1-1,6**) wurden signifikant häufiger eine Beratung vorgenommen, als bei der Referenzgruppe der gelegentlichen Raucher (siehe Abbildung 19).

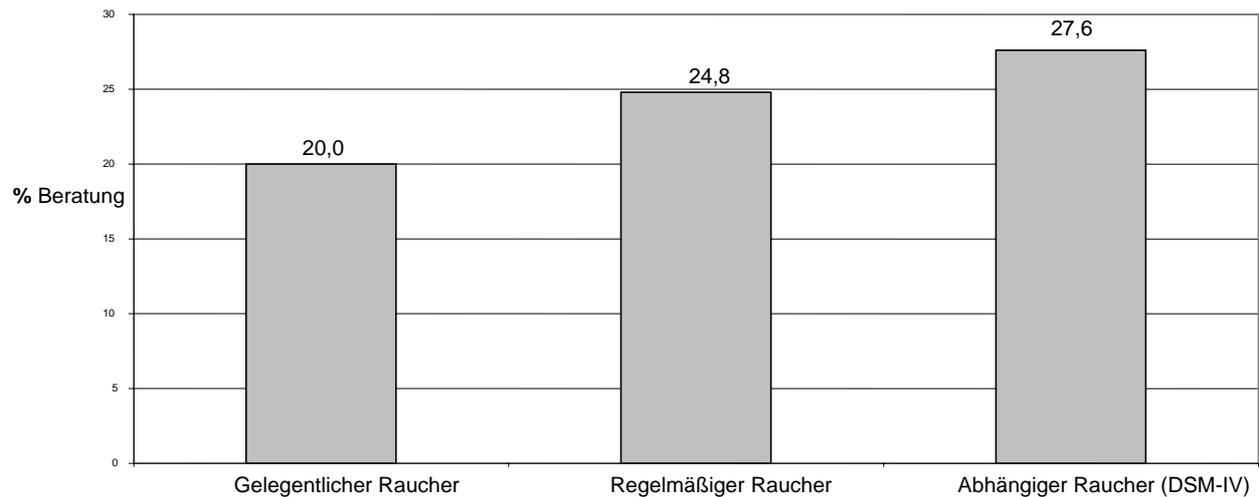


Abbildung 19: Beratung assoziiert mit Rauchstatus

Es zeigte sich eine statistisch signifikante Assoziation zwischen der Anzahl täglich gerauchter Zigaretten und der Beratung. Am häufigsten, im Vergleich zu Patienten mit täglichem Zigarettenkonsum von 0-5 Zigaretten (19,3%), wird die Indikation zur Beratung mit 28,1% erkannt bei Patienten, die zwischen 11-20 Zigaretten (OR 1,6; 95%CI 1,4-1,9***) täglich rauchen, gefolgt von Patienten mit 27,5%, die zwischen 6-10 Zigaretten (OR 1,6; 95% CI 1,3-1,9***) täglich rauchen und bei Patienten mit 24,7%, die mehr als 20 Zigaretten täglich rauchen (OR 1,4; 95%CI 1,1-1,7**) (siehe Abbildung 20).

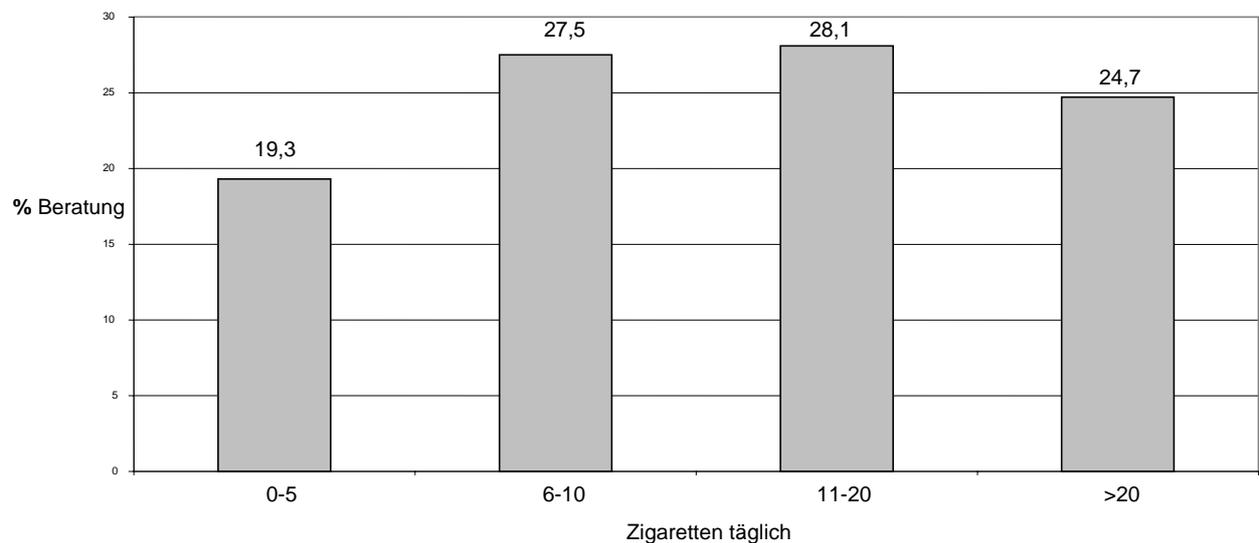


Abbildung 20: Beratung assoziiert mit täglichem Zigarettenkonsum

Bezüglich der „Anzahl an Aufhörversuchen“ liegt die Indikation zur Beratung signifikant höher bei Patienten mit Aufhörversuch, als bei Patienten ohne Aufhörversuch (siehe Abbildung 21). Am höchsten liegt die Indikation bei Rauchern mit vier stattgefundenen

Aufhörversuchen mit 32% (OR 1,8; 95%CI 1,5-3,2***). Bei mehr als fünf Aufhörversuchen wird die Indikation mit 29,1% (OR 1,6; 95%CI 1,4-1,9***) erkannt, bei drei Aufhörversuchen mit 29% (OR 1,6; 95%CI 1,3-1,9***) und bei zwei Aufhörversuchen mit 25,2% (OR 1,3; 95%CI 1,1-1,6***). Ein einziger Aufhörversuch wirkt sich nicht statistisch signifikant auf die Indikation einer Beratung aus.

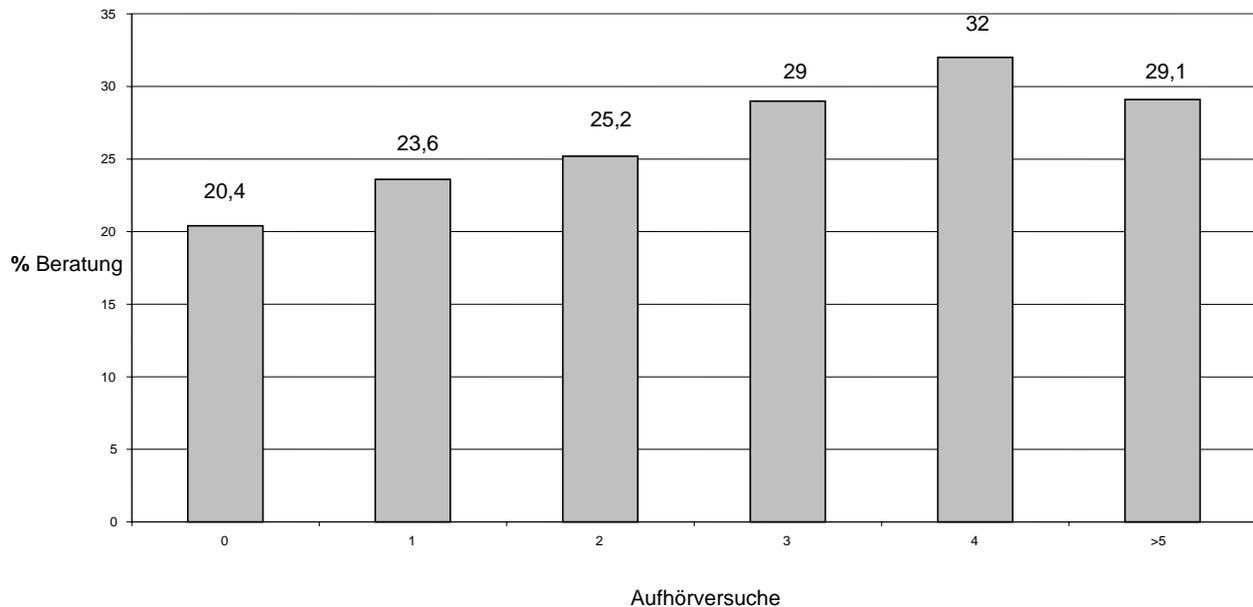


Abbildung 21: Beratung assoziiert mit der Anzahl an Aufhörversuchen

Die Variablen „Einschätzung des körperlichen wie psychischen Gesundheitszustands“ ließen statistisch signifikante Assoziationen mit der Beratung erkennen (siehe Abbildung 22 und Abbildung 23). Im Vergleich zu Patienten mit sehr gutem körperlichem Gesundheitszustand (17,8%) wurde die Indikation bei Patienten mit eher gutem körperlichem Gesundheitszustand mit 25,2% (OR 1,6; 95%CI 1,3-1,9***), bei eher schlechtem Gesundheitszustand mit 27,9% (OR 1,8; 95%CI 1,4-2,2***) bzw. bei sehr schlechtem Gesundheitszustand mit 27,2% (OR 1,7; 95%CI 1,1-2,7*) erkannt. Bezüglich des psychischen Gesundheitszustands zeigte sich eine signifikante Assoziation mit der Beratung bei Patienten, die einen eher guten (26,3%; OR 1,3; 95%CI 1,1-1,5***) bzw. einen eher schlechten psychischen Gesundheitszustand (26,8%; OR 1,3; 95%CI 1,1-1,5***) angaben. Die Indikation liegt bei 30,4% bei Patienten mit sehr schlechtem psychischem Gesundheitszustand (OR 1,6; 95%CI 1,1-2,3*).

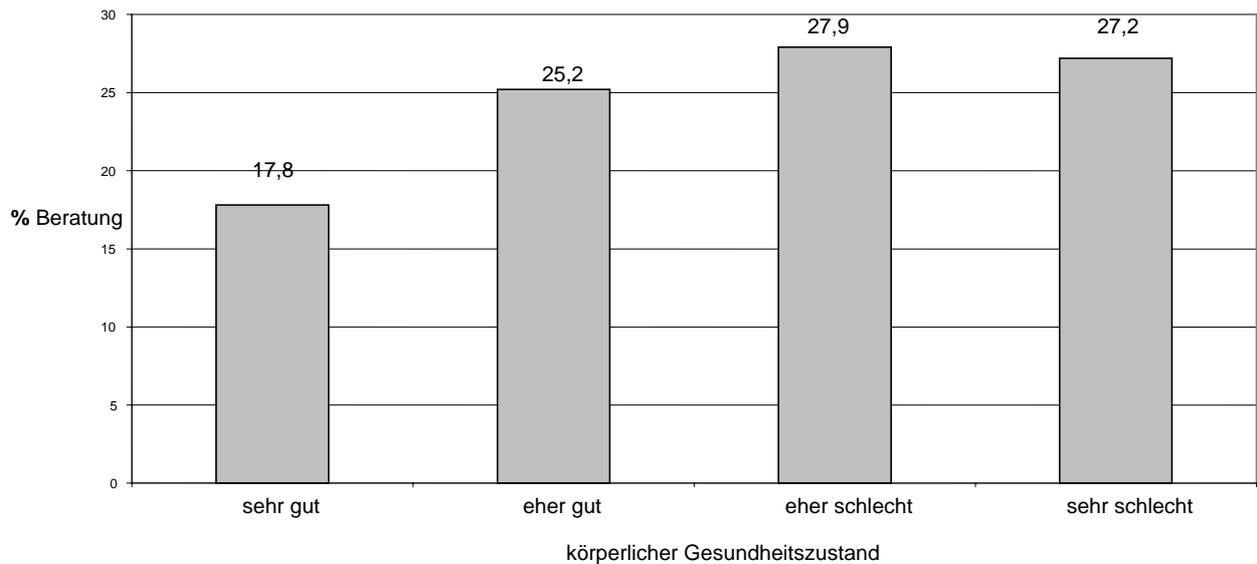


Abbildung 22: Beratung assoziiert mit körperlichem Gesundheitszustand

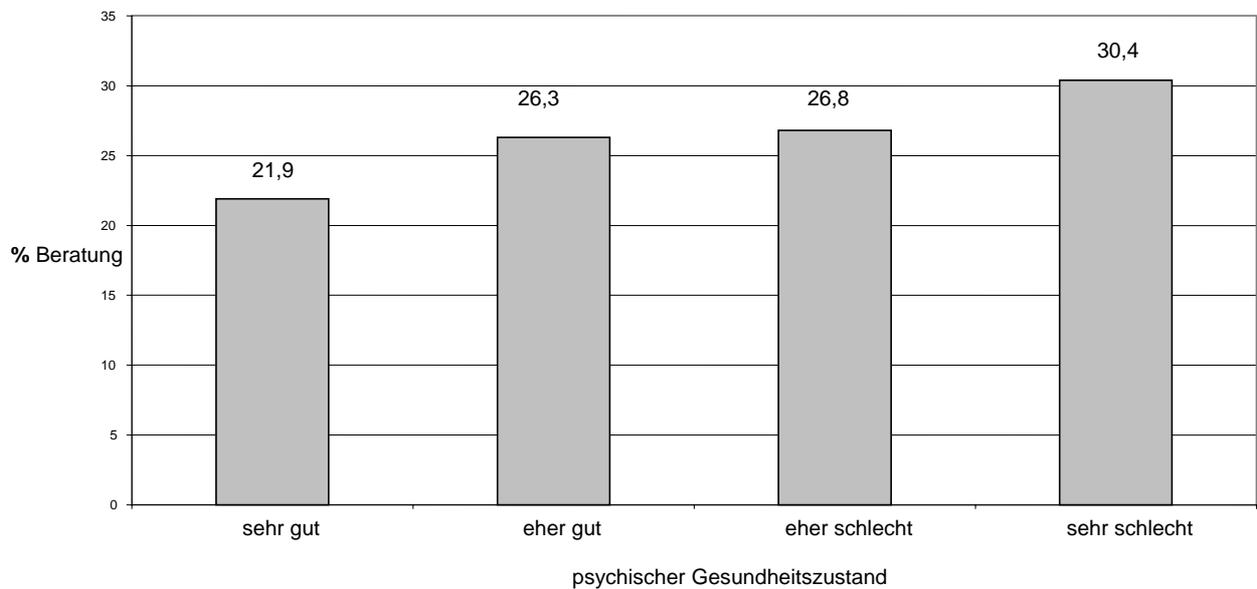


Abbildung 23: Beratung assoziiert mit psychischem Gesundheitszustand

Es ließ sich eine statistisch signifikante Assoziation zwischen der Beratung und der „Anzahl an vorliegenden Krankheiten“ nachweisen. Leidet ein Patient an vier oder mehr Krankheiten liegt die Indikation bei 30% (OR 1,7; 95% CI 1,4-2,1***), in der Referenzgruppe der Patienten ohne Erkrankungen liegt diese bei 20,3%. Bei zwei Krankheiten liegt die Indikation bei 29% (OR 1,6; 95%CI 1,3-1,9***), bei drei Krankheiten liegt die Indikation bei 27,6% (OR 1,5; 95%CI 1,2-1,9***) und bei einer Krankheit bei 24,3% (OR 1,3; 95%CI 1,1-1,3**) (siehe Abbildung 24).

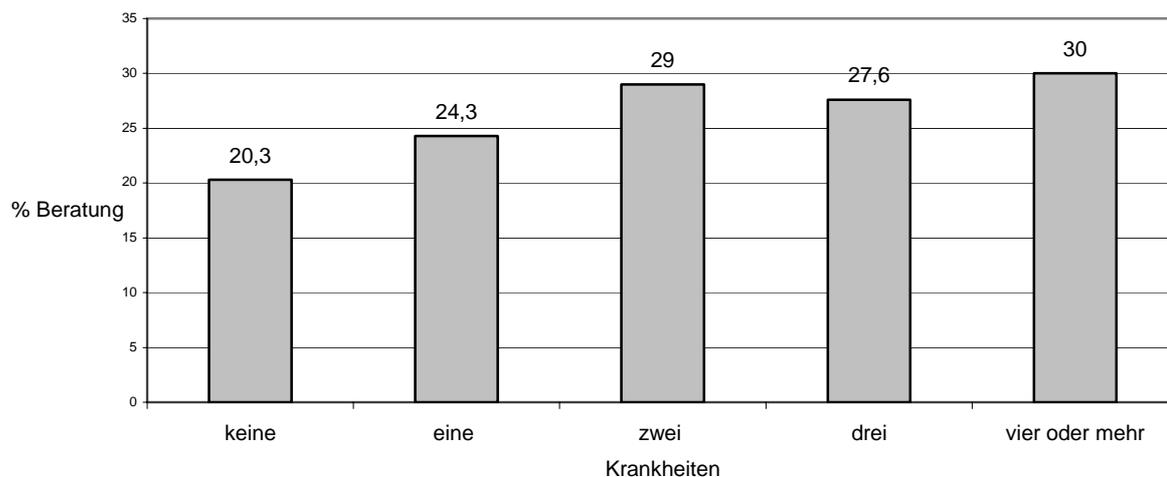


Abbildung 24: Beratung assoziiert mit der Anzahl an Erkrankungen

Ebenfalls signifikant häufiger wird die Indikation zur Beratung bei Patienten erkannt, deren Rauchproblematik angesichts ihres Gesundheitszustandes als ausgeprägt problematisch (29,9%; OR 1,3; 95%CI 1,1-1,5***) durch den Arzt angegeben wird, im Vergleich zu denen, deren Gesundheitszustand als etwas problematisch eingestuft wird (25,1%) (siehe Abbildung 25).

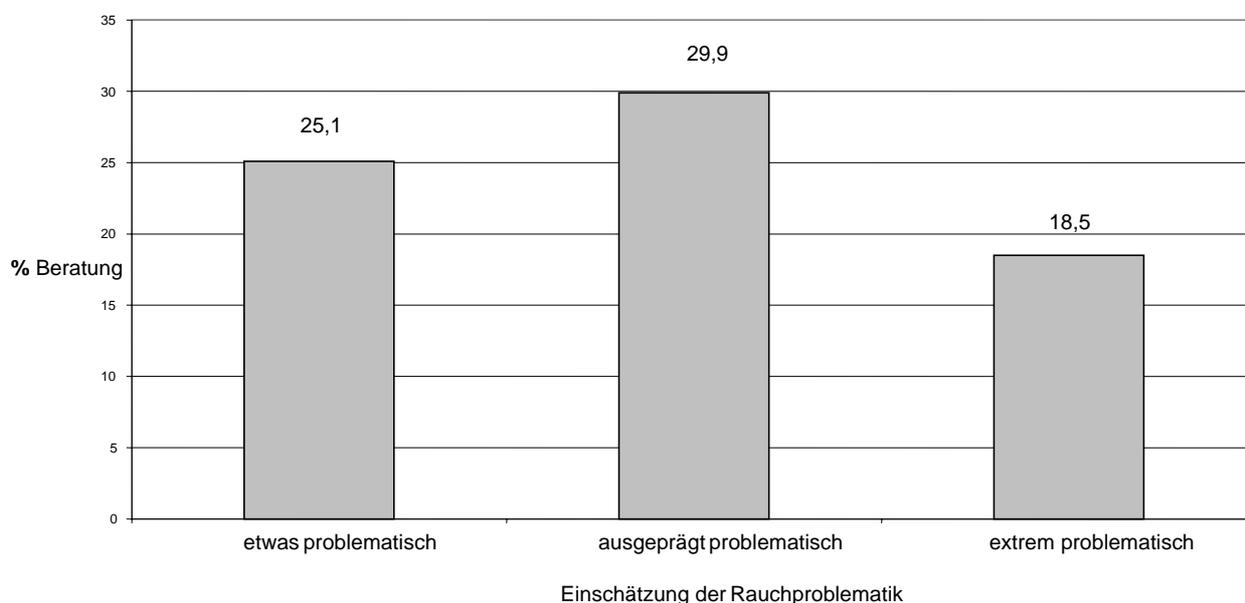
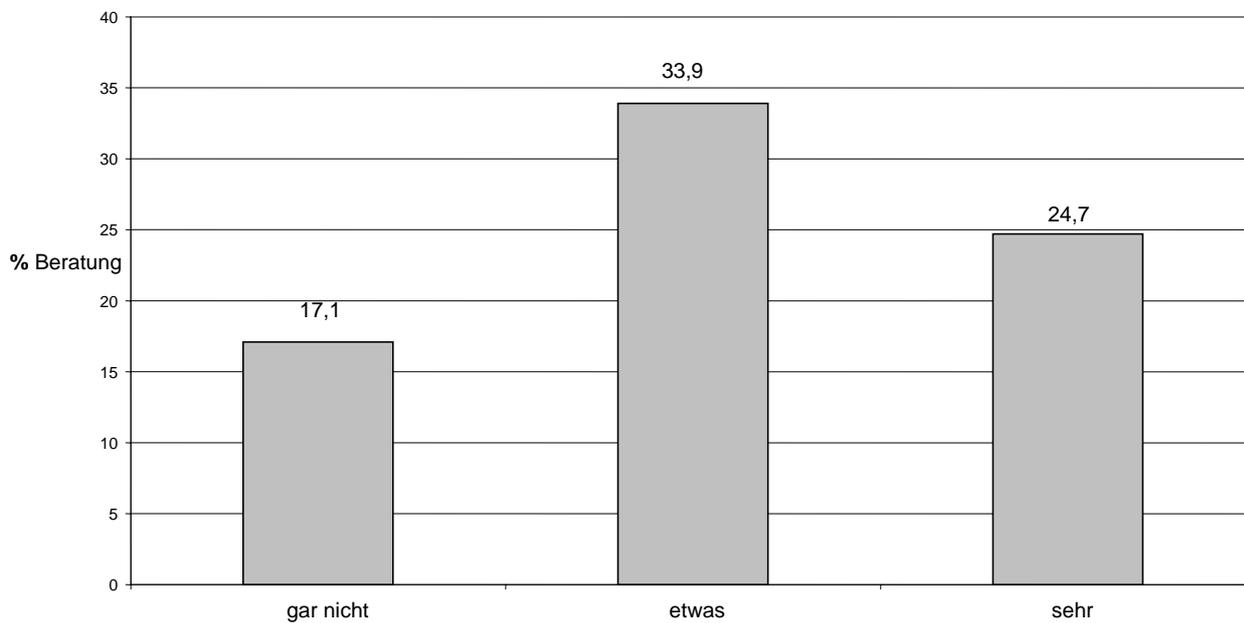


Abbildung 25: Beratung assoziiert mit der Einschätzung der Rauchproblematik

Für die Variable „Einschätzung der Aufgeschlossenheit des Patienten für eine Raucherentwöhnung“ mittels Beratung konnte eine statistisch signifikante Assoziation nachgewiesen werden wenn die Raucher als etwas (33,9%; OR 2,5; 95%CI 2,2-2,8***)

bzw. sehr aufgeschlossen (24,7%; OR 1,6; 95%CI 1,3-2,0***) von ihrem Arzt eingeschätzt wurden. Die Indikation in der Referenzgruppe der Raucher, die als gar nicht aufgeschlossen wirkten lag bei 17,1% (siehe Abbildung 26).



Einschätzung der Aufgeschlossenheit für eine Tabakentwöhnung

Abbildung 26: Beratung assoziiert mit der Einschätzung der Aufgeschlossenheit des Patienten für eine Tabakentwöhnung

Es konnte eine Assoziation zwischen der Indikation zur Beratung als Tabakentwöhnung und den „Stufen der Änderungsmotivation“ (siehe 7.5.3 Stufen der Änderungsmotivation nach Prochaska und DiClemente) ermittelt werden. Befindet sich ein Patient im Stadium der Contemplation (29,9%; OR 1,4; 95%CI 1,2-1,5***) oder im Stadium der Preparation (30,1%; OR 1,4; 95%CI 1,1-1,8***) liegt die Indikation signifikant höher als bei Patienten, die sich im Stadium der Precontemplation befinden (23,8%) (siehe Abbildung 27).

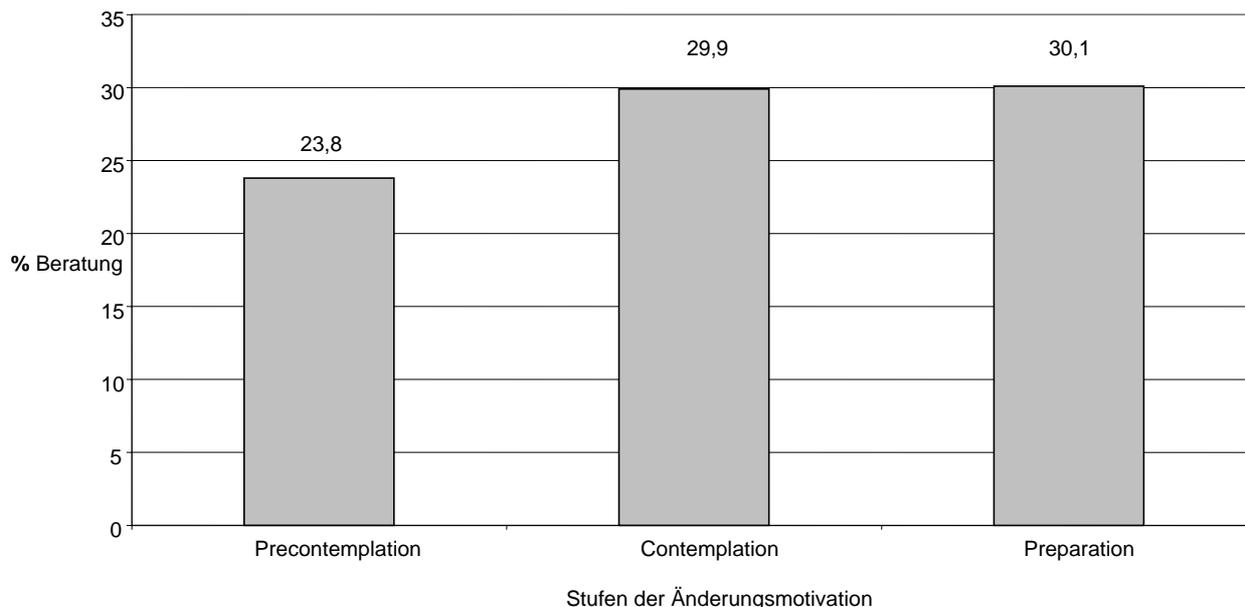


Abbildung 27: Beratung assoziiert mit den Stufen der Änderungsmotivation

4.3.2 Welche Arztmerkmale sind mit der Beratung als indizierte Therapie assoziiert?

Nur für wenige untersuchte Arztmerkmale konnte eine statistisch signifikante Assoziation für die Beratung als indizierte Therapie ermittelt werden. Kein Unterschied in der Häufigkeit und der Indikation zur Beratung bestand für die Variablen „Lage der Praxis“, „Fachrichtung“, „Anzahl der Weiterbildungen zum Thema Tabakentwöhnung“, „Bedeutung der Tabakentwöhnung in der Praxis“ und „Einschätzung der Kompetenz“. Die Variablen „Praxisschwerpunkt“ und „Anzahl der Praxisjahre als niedergelassener Arzt“ ließen eine statistisch signifikante Assoziation mit der Beratung erkennen. Die Indikation zur Beratung in Praxen mit Schwerpunkt HNO lag mit 13,3% (OR 0,4; 95%CI 0,2-0,8**) signifikant niedriger als bei Praxen ohne Schwerpunkt HNO (25,6%) (siehe Tabelle 4).

Indikation zur Beratung	Praxis ohne Schwerpunkt HNO	Praxis mit Schwerpunkt HNO
Nein	74,4% N=5065	86,7% N=13
Ja	25,6% N=1743	13,3% N=2

Tabelle 4: Assoziation Beratung mit Praxisschwerpunkt HNO

Ärzte, die mehr als 20 Jahre niedergelassen sind, erkennen mit 20,6% (OR 0,7; 95%CI 0,5-1,0*) die Indikation zur Beratung signifikant seltener als ihre Kollegen, die unter 6 Jahren niedergelassen sind (26,8%) (siehe Abbildung 28).

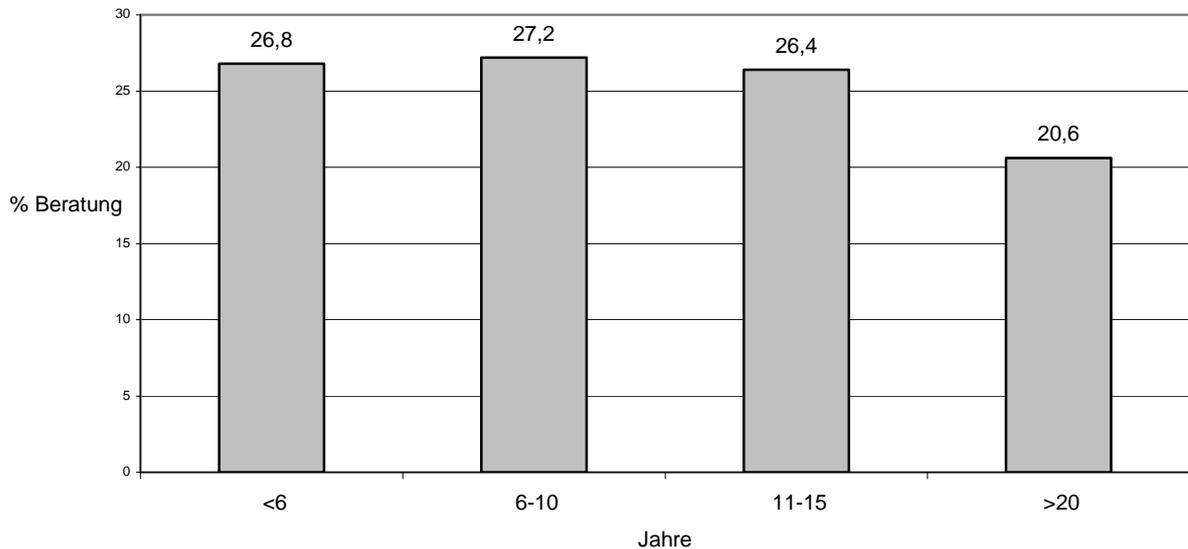


Abbildung 28: Beratung assoziiert mit der Anzahl der Jahre seit der Niederlassung

4.4 Assoziation von Patienten- und Arztmerkmalen mit der Verhaltenstherapie als Tabakentwöhnung

Die Verhaltenstherapie (VT) wird nach der Beratung mit 12,5% als zweithäufigste indizierte Therapiemaßnahme von den teilnehmenden Ärzten angegeben.

4.4.1 Welche Patientenmerkmale sind mit der Verhaltenstherapie als indizierte Therapie assoziiert?

Es zeigten sich keine statistisch signifikanten Assoziationen zwischen der Indikation zur Verhaltenstherapie (VT) und den Variablen „Geschlecht“, „Alter“ und „Beruf“. In Bezug auf die Variable „Familienstand“ konnte im Vergleich zur Referenzgruppe der ledigen Personen (11,2%), für verheiratete Patienten mit 13,1% (OR 1,2; 95%CI 1,0-1,4) und für verwitwete Patienten mit 16,3% (OR 1,5; 95%CI 1,0-2,2) eine statistisch signifikante Assoziation ermittelt werden (siehe Abbildung 29).

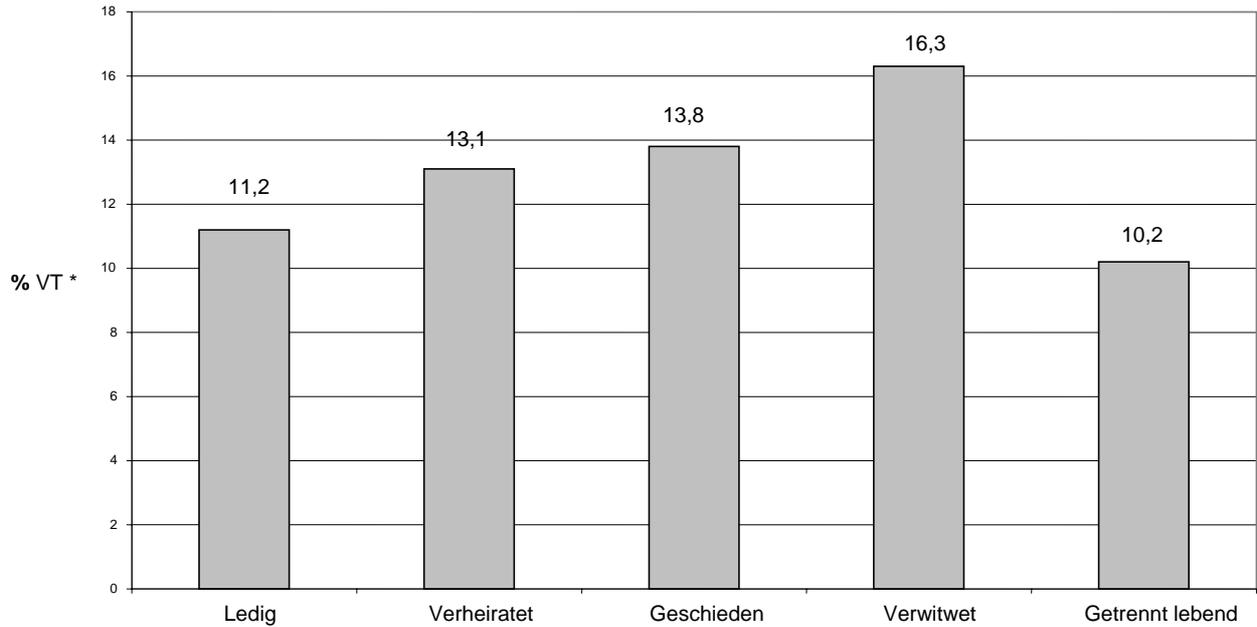


Abbildung 29: Verhaltenstherapie assoziiert mit Familienstand, * VT= Verhaltenstherapie

Bei abhängigen Rauchern, die die DSM-IV Kriterien für Abhängigkeit (siehe 7.5.1 Diagnose der Nikotinabhängigkeit nach den DSM-IV Kriterien) erfüllen, wird mit 14,1% (OR 1,7; 95%CI 1,4-2,2***) und bei regelmäßigen Rauchern mit 12% (OR 1,4; 95%CI 1,1-1,8**) die Indikation zur Verhaltenstherapie erkannt, wohingegen in der Referenzgruppe der gelegentlichen Raucher, diese nur mit 8,7% erkannt wird (siehe Abbildung 30).

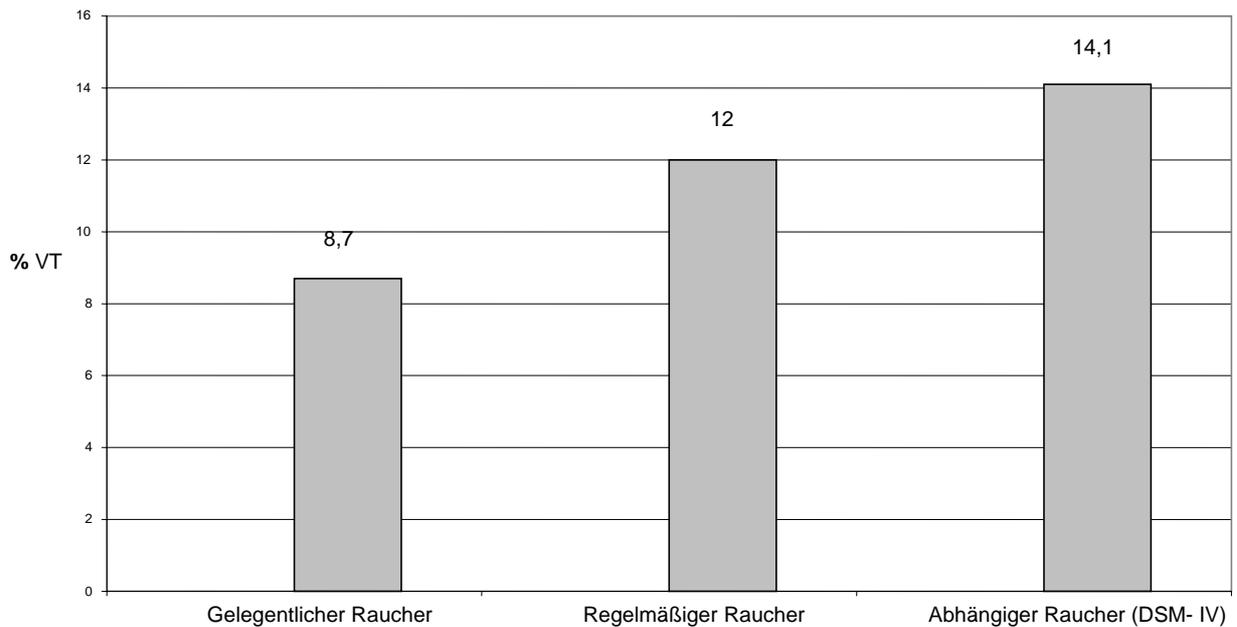


Abbildung 30: Verhaltenstherapie assoziiert mit Rauchstatus

Für die Verhaltenstherapie als indizierte Therapie konnte eine signifikante Assoziation mit der Anzahl täglich gerauchter Zigaretten (siehe Abbildung 31) nachgewiesen werden. Am häufigsten, im Vergleich zu Patienten mit täglichem Zigarettenkonsum von 0-5 Zigaretten (8,9%), wird die Indikation zur Verhaltenstherapie mit 14,3% bei Patienten erkannt, die zwischen 11-20 Zigaretten täglich rauchen (OR 1,7; 95%CI 1,4-2,2***), gefolgt von Patienten mit 12,9%, die über 20 Zigaretten täglich rauchen (OR 1,5; 95%CI 1,1-2,0**) und von Patienten mit 12,6%, die zwischen 6 und 10 Zigaretten (OR 1,5; 95%CI 1,2-1,9***) rauchen.

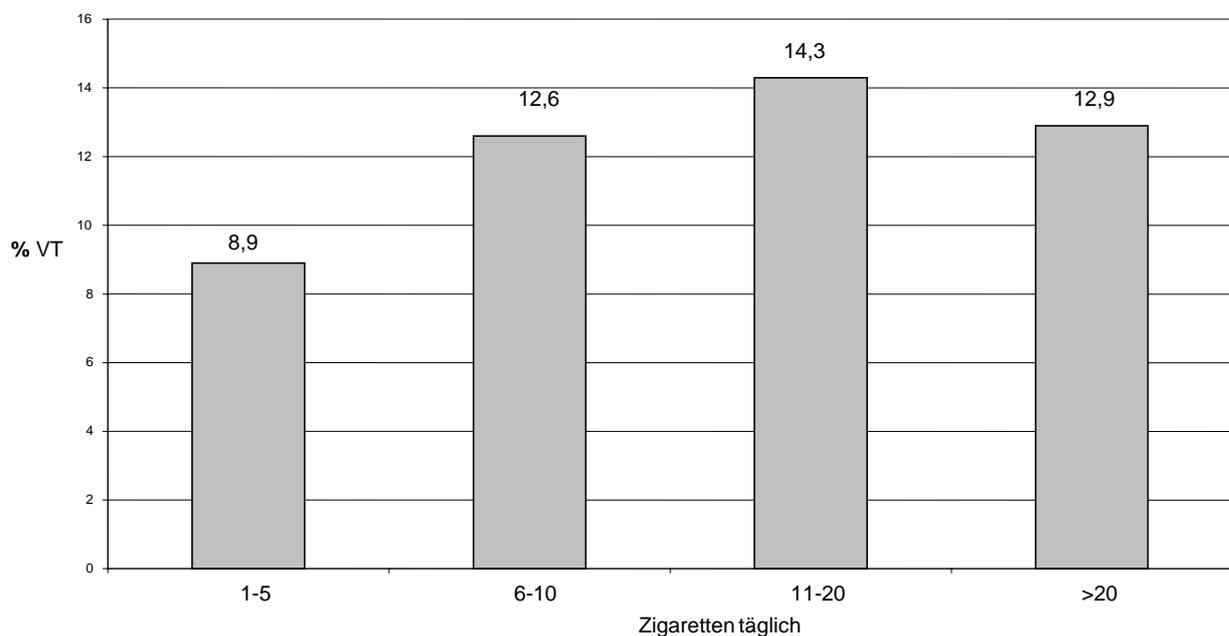


Abbildung 31: Verhaltenstherapie assoziiert mit täglichem Zigarettenkonsum

Die Indikation zur Verhaltenstherapie wird signifikant häufiger bei Patienten mit Rauchstoppversuch als bei Patienten ohne Rauchstoppversuch (Referenzgruppe 9,5%) erkannt (siehe Abbildung 32). Am höchsten liegt die Indikation mit 16,9% bei Rauchern mit vier stattgefundenen Aufhörversuchen (OR 1,9; 95%CI 1,4-2,6***). Mit drei Aufhörversuchen liegt die Indikation bei 14,1% (OR 1,6; 95 %CI 1,2-2,0***), mit mehr als fünf Aufhörversuchen bei 14% (OR 1,6; 95%CI 1,2-2,0***) und mit zwei Aufhörversuchen bei 12,3% (OR 1,3; 95%CI 1,1-1,7**). Bei Patienten mit nur einem Aufhörversuch lag die Indikation bei 12,7% (OR 1,4; 95%CI 1,1-1,8*).

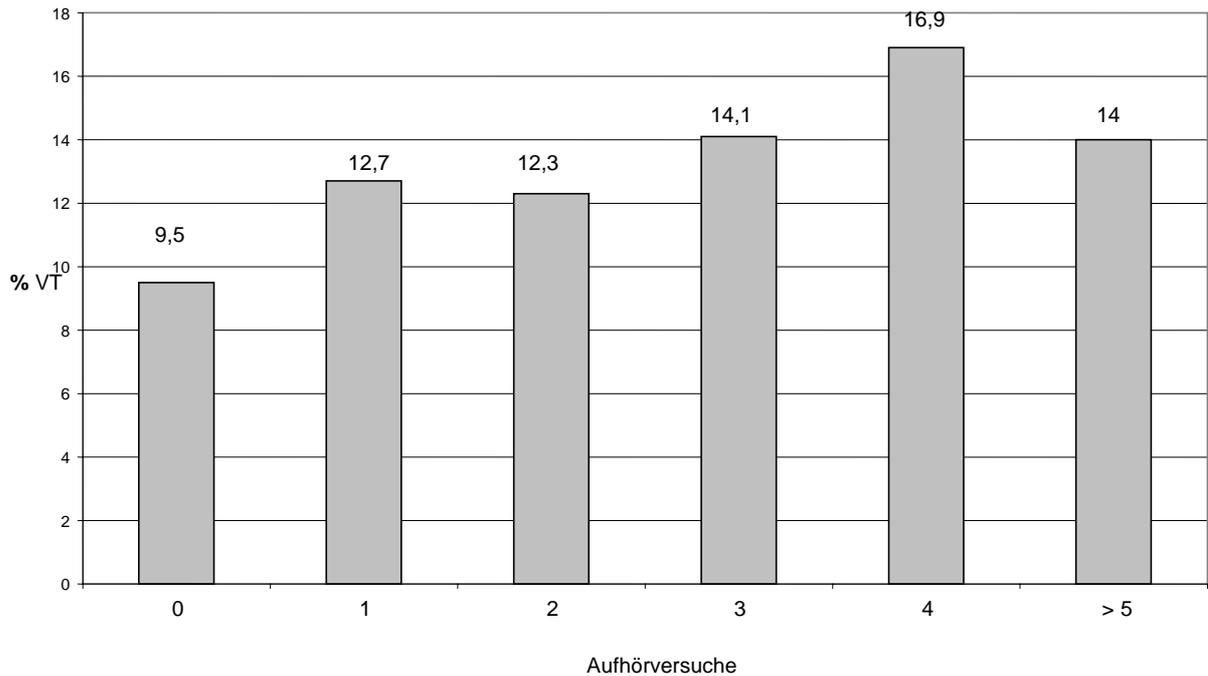


Abbildung 32: Verhaltenstherapie assoziiert mit Aufhörversuchen

Es zeigten sich weiterhin statistisch signifikante Assoziationen zwischen der Verhaltenstherapie und den Variablen „Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustands“ und „Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands“. Im Vergleich zu Patienten der Referenzgruppe mit sehr gutem körperlichen Gesundheitszustand (8,4%) wurde die Indikation zur Verhaltenstherapie bei Patienten mit sehr schlechtem Gesundheitszustand mit 19,1% (OR 2,6; 95% CI 1,6-4,2***), bei Patienten mit eher schlechtem Gesundheitszustand mit 14% (OR 1,8; 95% CI 1,3-2,4***), bzw. bei Patienten mit eher gutem Gesundheitszustand mit 12,1% (OR 1,5; 95% CI 1,1-2,0 **) erkannt (siehe Abbildung 33).

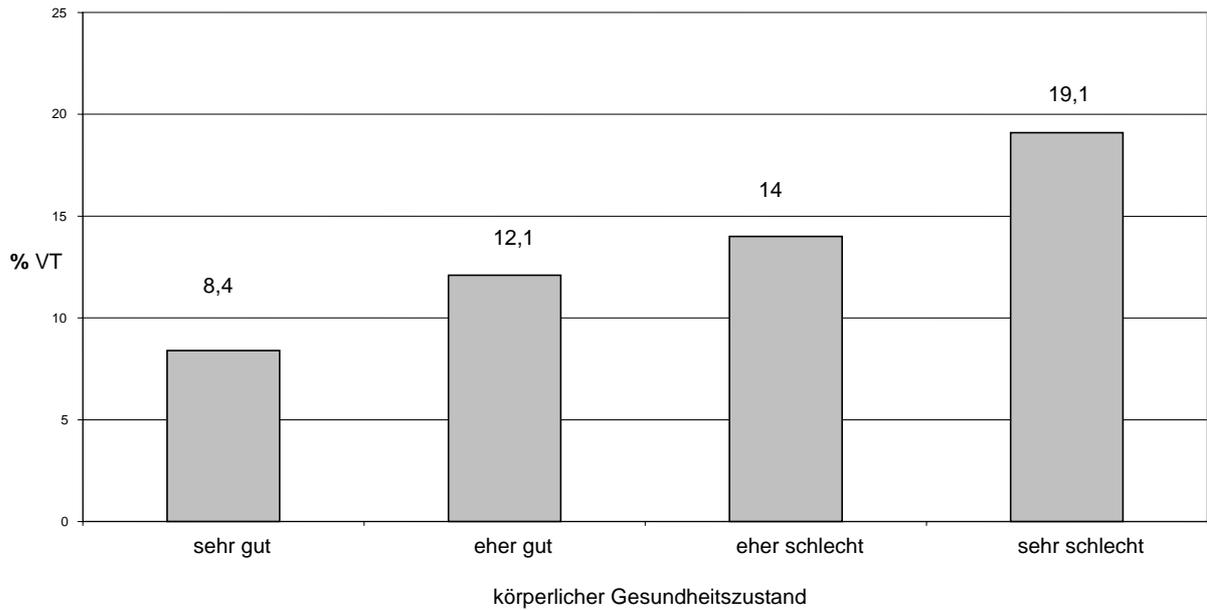


Abbildung 33: Verhaltenstherapie assoziiert mit körperlichem Gesundheitszustand

Für die Variable „psychischer Gesundheitszustand“ konnten signifikante statistische Assoziationen ermittelt werden. Die Indikation zur Verhaltenstherapie lag für Patienten mit sehr schlechtem psychischen Gesundheitszustand bei 25,7% (OR 3,2; 95%CI 2,2-4,8***), mit eher schlechtem psychischen Gesundheitszustand bei 13,5% (OR 1,5, 95%CI 1,2-1,8***) bzw. mit eher gutem psychischen Gesundheitszustand bei 12,1% (OR 1,4, 95%CI 1,1-1,7***) (siehe Abbildung 34).

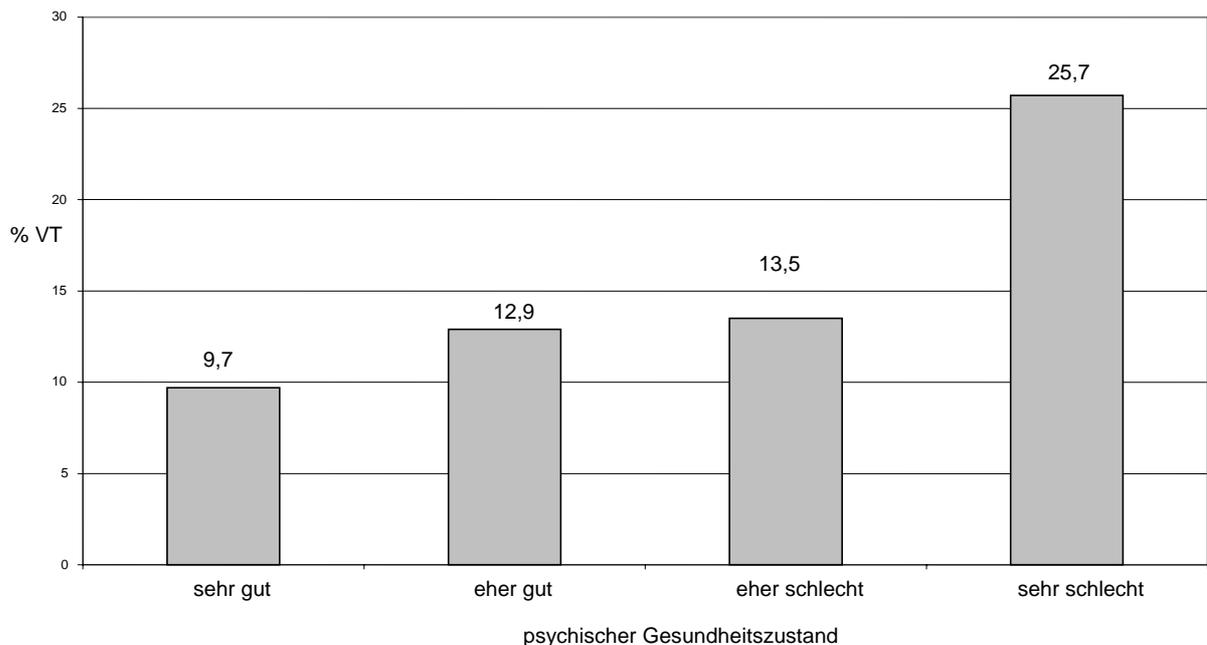


Abbildung 34: Verhaltenstherapie assoziiert mit psychischem Gesundheitszustand

Weiterhin ist die Verhaltenstherapie als indizierte Therapie signifikant assoziiert mit der „Anzahl an vorliegenden Erkrankungen“ (siehe Abbildung 35). Leidet ein Patient an vier oder mehr Krankheiten liegt die Indikation zur Verhaltenstherapie bei 19% (OR 2,5; 95%CI 1,9-3,4***), im Vergleich zu Patienten ohne Erkrankungen bei 8,4%. Bei zwei Erkrankungen liegt die Indikation bei 14,8% (OR 1,9; 95%CI 1,5-2,4***), bei drei Erkrankungen bei 13,8% (OR 1,7; 95%CI 1,3-2,4***) und bei einer Krankheit bei 10,9% (OR 1,3; 95%CI 1,1-1,7**).

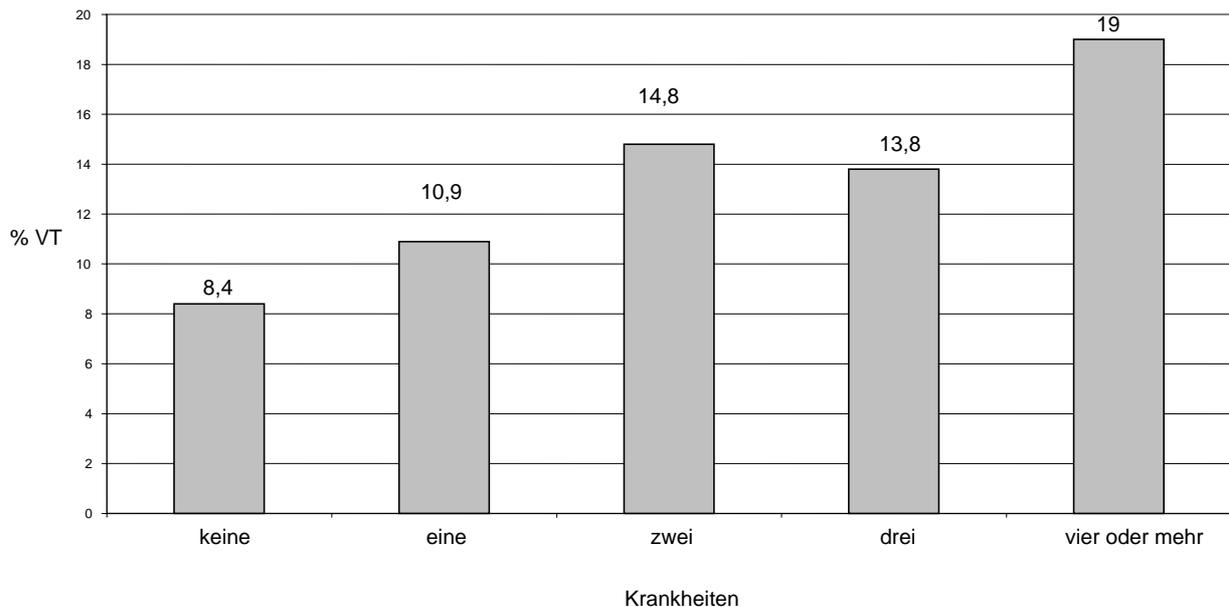


Abbildung 35: Verhaltenstherapie assoziiert mit der Anzahl an vorliegenden Erkrankungen

Die Indikation zur Verhaltenstherapie zeigte eine statistisch signifikante Assoziation, wenn die Rauchproblematik angesichts des Gesundheitszustands des Patienten als ausgeprägt problematisch gesehen wird (17,6%; OR 1,7; 95%CI 1,4-2,0***). In der Referenzgruppe der Raucher, deren Rauchproblematik als etwas problematisch angesehen wird, wird die Indikation zur Verhaltenstherapie mit 11% erkannt. Keine statistisch signifikante Assoziation mit der Verhaltenstherapie liegt vor, wenn die Rauchproblematik als extrem problematisch eingestuft wird (siehe Abbildung 36).

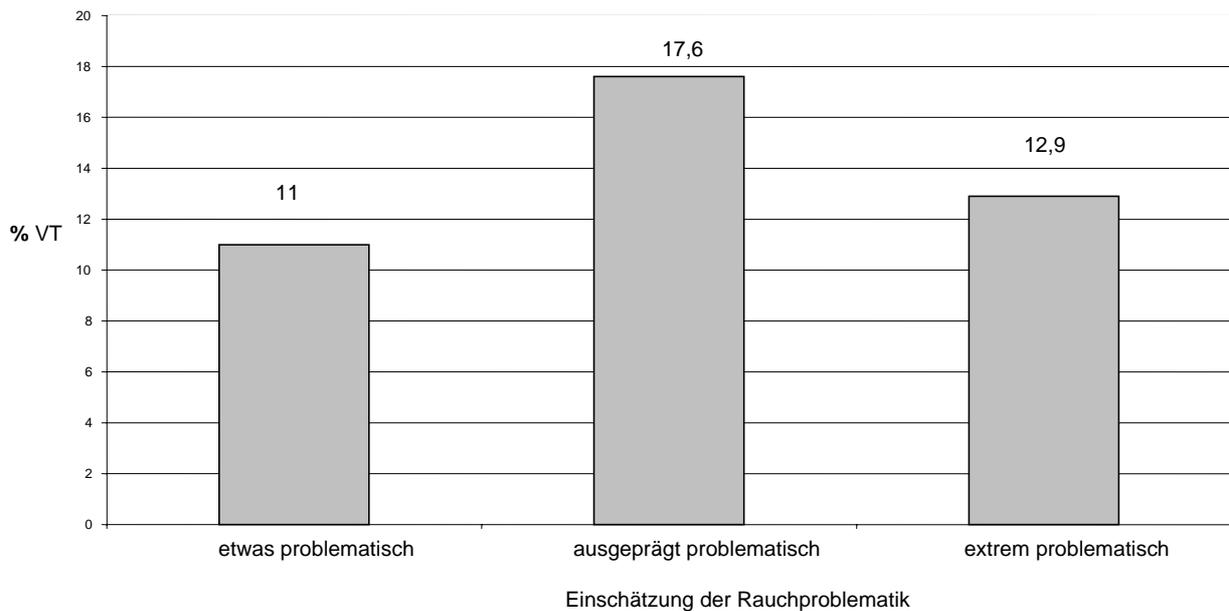


Abbildung 36: Verhaltenstherapie assoziiert mit der Einschätzung der Rauchproblematik

In Bezug auf die Variable „Einschätzung der Aufgeschlossenheit des Patienten für eine Tabakentwöhnung“ mittels Verhaltenstherapie konnten signifikante Assoziationen für Patienten ermittelt werden, die als etwas aufgeschlossen (16,9%; OR 2,4; 95%CI 2,0-2,9***) bzw. als sehr aufgeschlossen (13,3%; OR 1,8; 95% CI 1,4-2,4***) von ihrem Arzt eingestuft wurden. Die Referenzgruppe bildeten Raucher, die sich gar nicht aufgeschlossen zeigten (7,9%) (siehe Abbildung 37).

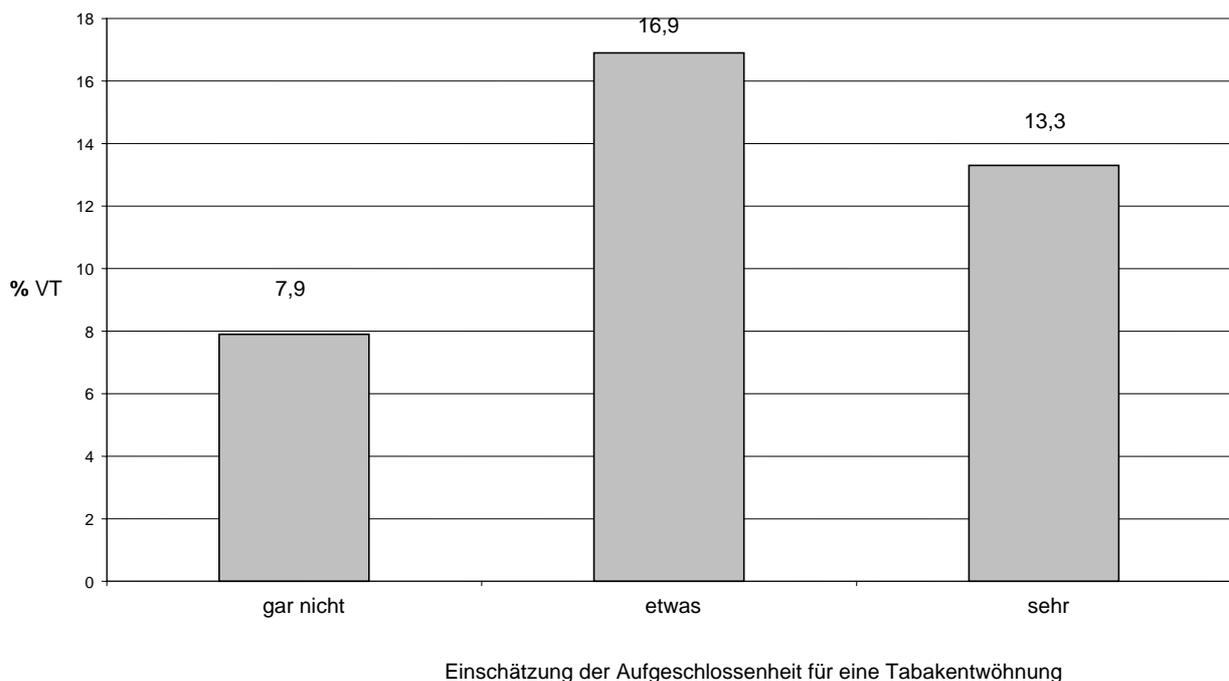


Abbildung 37: Verhaltenstherapie assoziiert mit der Einschätzung der Aufgeschlossenheit des Patienten für eine Tabakentwöhnung

Bezüglich der Variable „Stufen der Änderungsmotivation“ (siehe 7.5.3 Stufen der Änderungsmotivation nach Prochaska und DiClemente) zeigte sich eine statistisch signifikante Assoziation für Raucher, die sich im Stadium der Contemplation (15,2%; OR 1,4; 95%CI 1,2-1,6***) befanden. Die Referenzgruppe bildeten Patienten, die sich im Stadium der Precontemplation befanden (11,6%) (siehe Abbildung 38).

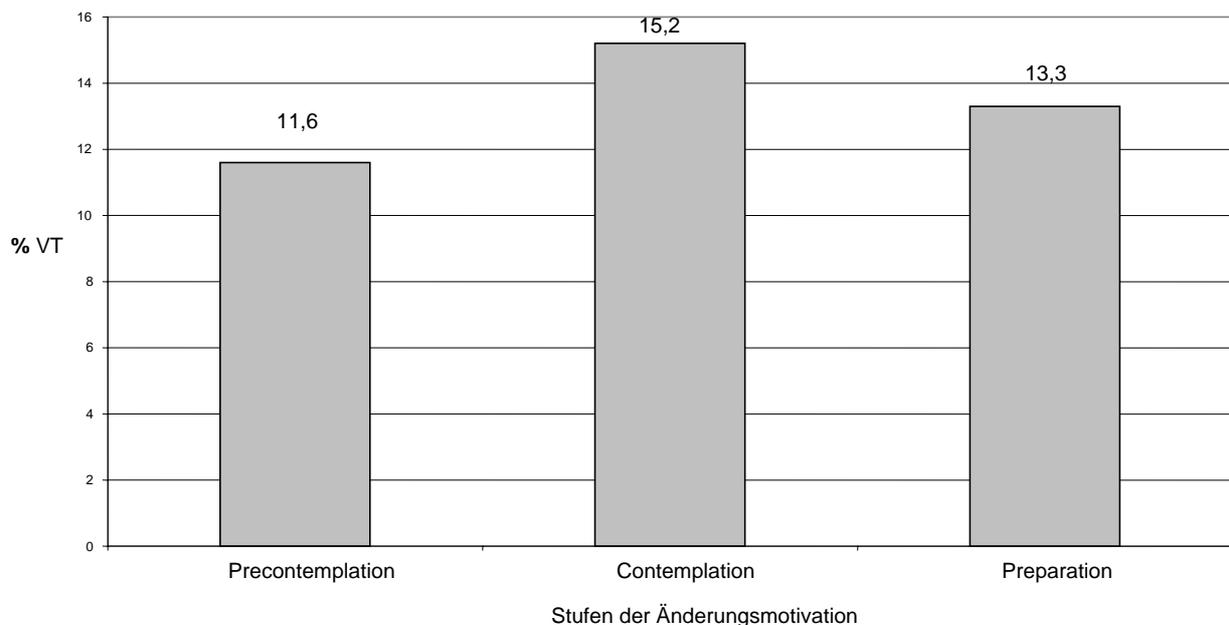


Abbildung 38: Verhaltenstherapie assoziiert mit Stufen der Änderungsmotivation

4.4.2 Welche Arztmerkmale lassen sich mit der Verhaltenstherapie als indizierte Therapie assoziieren?

Keine Unterschiede in der Indikation zur Verhaltenstherapie konnten ermittelt werden für die Variablen „Lage der Praxis“, „Fachrichtung“, „Schwerpunkt in der Praxis“, „Anzahl der Praxisjahre“, „Bedeutung der Raucherentwöhnung in der Praxis“ und Einschätzung der Kompetenz“. Es zeigte sich eine statistisch signifikante Assoziation mit der Variablen „Anzahl an Weiterbildungen zum Thema Tabakabhängigkeit“ und der Verhaltenstherapie. Ärzte, die ein Seminar zur Weiterbildung bezüglich Tabakentwöhnung besuchten, erkannten die Verhaltenstherapie als indizierte Therapie mit 14,8% (OR 1,3; 95%CI 1,0-1,6*) signifikant häufiger als Ärzte ohne Weiterbildung (11,9%) (siehe Tabelle 5).

Indikation zur Verhaltenstherapie	Weiterbildung	Keine Weiterbildung
Nein	85,2% N=2045	88,1% N=3888
Ja	14,8% N=355	11,9% N= 524

Tabelle 5: Verhaltenstherapie assoziiert mit Weiterbildung bezüglich Tabakentwöhnung

Besuchten die Ärzte eine spezifische Weiterbildung so sahen sie die Indikation zur Verhaltenstherapie mit 20,4% (OR 1,8; 95%CI 1,2-2,8) signifikant häufiger als Ärzte ohne spezifische Weiterbildung (12,4%) (siehe Tabelle 6).

Indikation zur Verhaltenstherapie	Spezifische Weiterbildung	Keine spezifische Weiterbildung
Nein	80% N=359	87,6% N=5574
Ja	20,4% N= 92	12,4% N=787

Tabelle 6: Verhaltenstherapie assoziiert mit spezifischer Weiterbildung

4.5 Patienten- und Arztmerkmale assoziiert mit Bupropion als indizierte Therapie

Die Indikation für Bupropion liegt bei 11,9%, sofern Ärzte einen Handlungsbedarf bezüglich Tabakentwöhnung bei ihrem Patienten erkennen.

4.5.1 Welche Patientenmerkmale sind mit der Indikation zur Gabe von Bupropion assoziiert?

Die Variable „Geschlecht“ zeigt keine statistisch signifikante Assoziation mit Bupropion als indizierte Therapie. Bezüglich der Variable „Alter“ wurden die verschiedenen

Altersgruppen mit der Gruppe der jüngsten Patienten verglichen (Alter 16-19 Jahre). Am häufigsten wird mit 14,8% (OR 2,8; 95%CI 1,7-4,5***) die Indikation zu Bupropion gesehen bei Patienten in der Altersgruppe der 50-59 Jährigen, in der Vergleichsgruppe der 16-19 Jährigen hingegen nur mit 4,4% (OR 2,2; 95%CI 1,4-3,4***). In der Altersgruppe der 40-49 Jährigen liegt die Indikation bei 13,9% (OR 3,7; 95%CI 2,4-5,8***), bei den 30-39 Jährigen bei 13,4% (OR 3,5; 95%CI 2,3-5,4***), bei den über 60 Jährigen bei 11,4% (OR 2,0; 95%CI 1,1-3,6**) und bei den 20-29 Jährigen bei 9,2% (OR 3,4; 95%CI 2,1-5,2***) (siehe Abbildung 39).

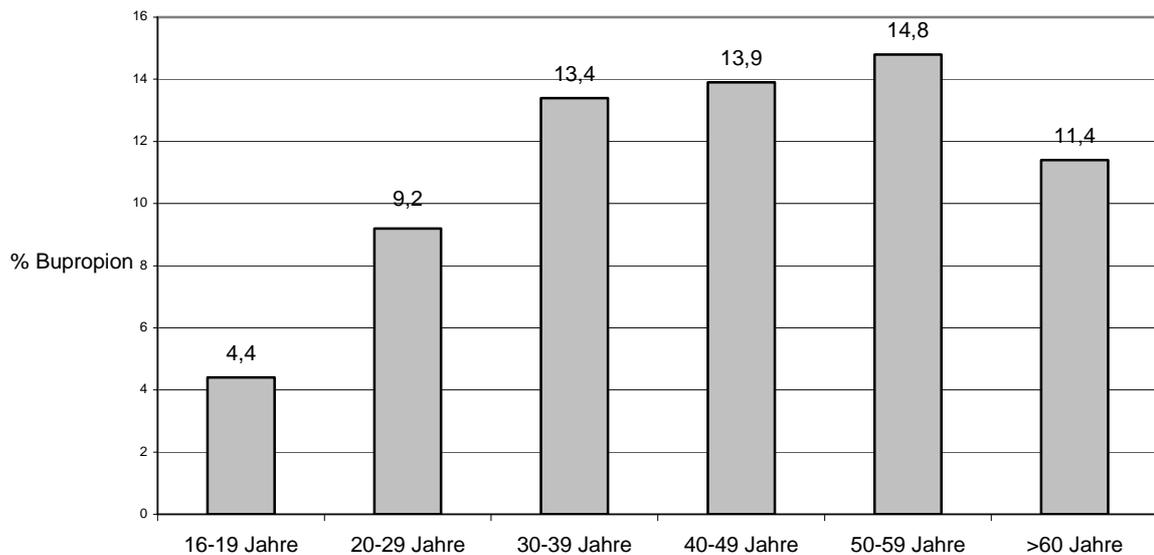


Abbildung 39: Bupropion assoziiert mit Patientenalter

Die folgenden Variablen „Familienstand“ und „Beruf“ müssen unter dem Aspekt der Altersverteilung bewertet werden, da insbesondere die jüngeren Patienten ihren Familienstand als „ledig“ und ihren Beruf unter „Sonstiges“ angeben. In Bezug auf den „Familienstand“ und der Indikation zu Bupropion liegen statistisch signifikante Assoziationen vor. Bei geschiedenen Patienten liegt die Indikation bei 14,7% (OR 1,9; 95%CI, 1,5-2,4***), bei verheirateten Patienten bei 13,9% (OR 1,8; 95%CI, 1,4-2,1***) und bei verwitweten Personen bei 12,3% (OR 1,5; 95%CI 1,0- 2,3*). Die Indikation in der Referenzgruppe der ledigen Patienten lag nur bei 8,4% (siehe Abbildung 40). Getrennt lebende Patienten waren nicht signifikant assoziiert.

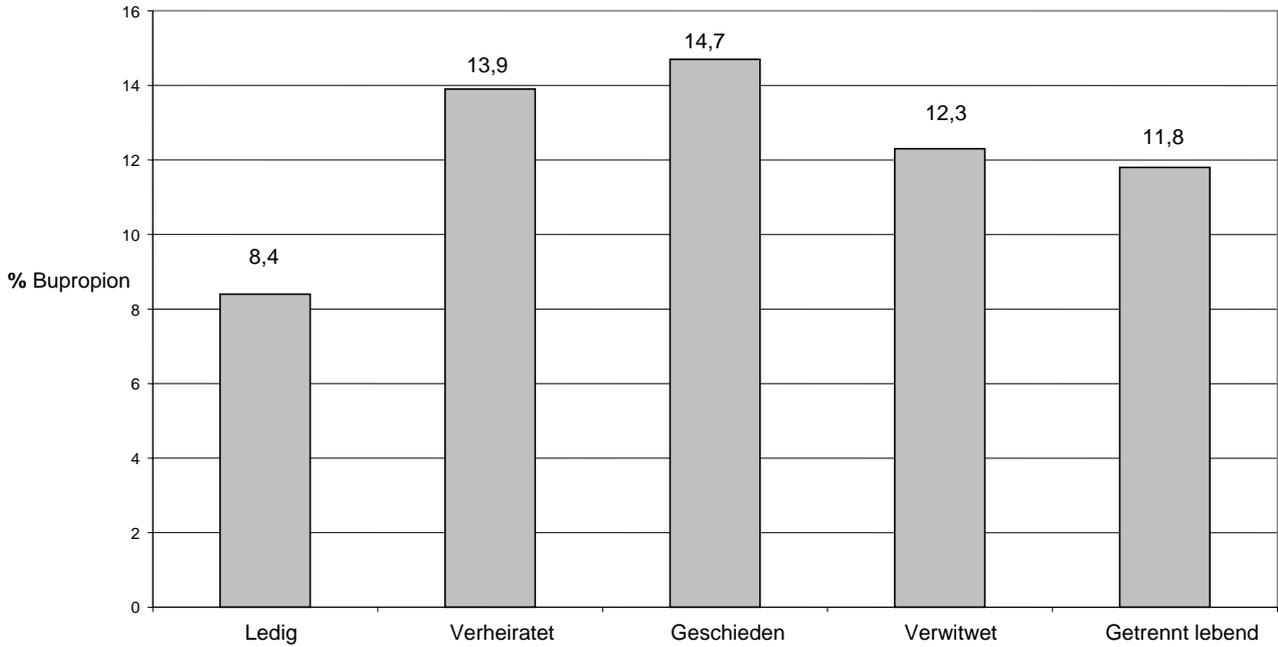


Abbildung 40: Bupropion assoziiert mit Familienstand

Eine statistisch signifikante Assoziation zeigte sich für die Variable „Beruf“ und Bupropion nur für Patienten, die ihren Beruf unter „Sonstiges“ angaben. In dieser Gruppe lag die Indikation für eine Bupropiontherapie signifikant niedriger (6,9%; OR 0,5; 95%CI 0,4-0,7***) als bei Patienten, die sich als berufstätig (12,1%) bezeichneten. Unter „Sonstiges“ fallen z.B. Studenten, Schüler, Auszubildende. Bei allen anderen Berufsgruppen lag keine statistisch signifikante Assoziation vor (siehe Abbildung 41).

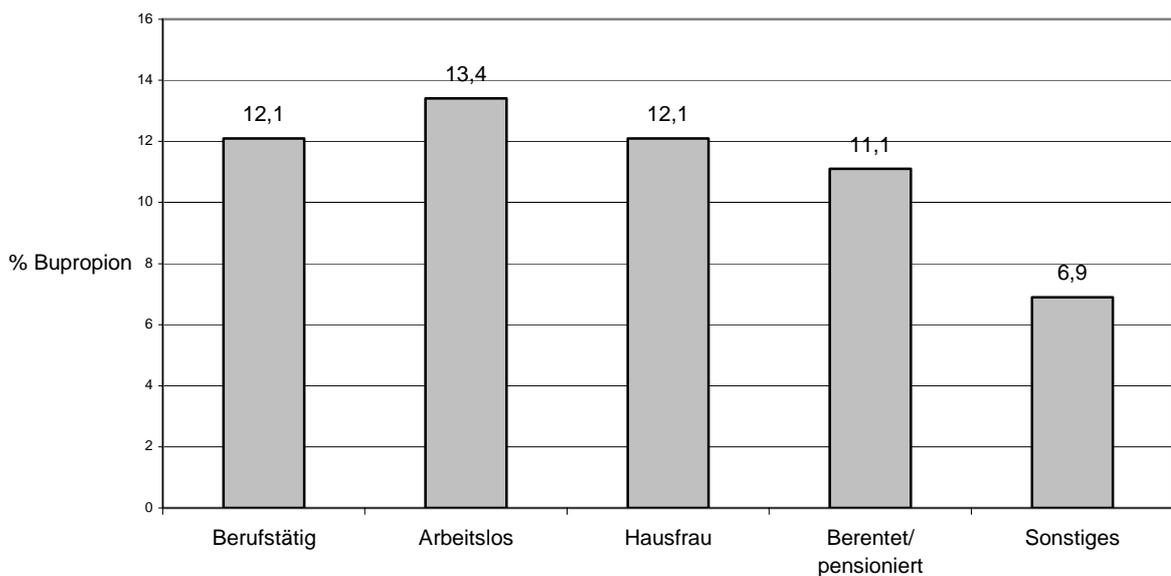


Abbildung 41: Bupropion assoziiert mit Beruf

Bei abhängigen Rauchern, die die DSM-IV Kriterien für Abhängigkeit (siehe 7.5.1) erfüllen, wird mit 14,3% (OR 2,5; 95%CI 1,9-3,3***) und bei regelmäßigen Rauchern mit 11% (OR 1,9; 95%CI 1,4-2,4***) die Indikation zur Tabakentwöhnung mittels Bupropion erkannt, wohingegen in der Referenzgruppe der gelegentlichen Raucher diese nur mit 6,2% erkannt wird (siehe Abbildung 42).

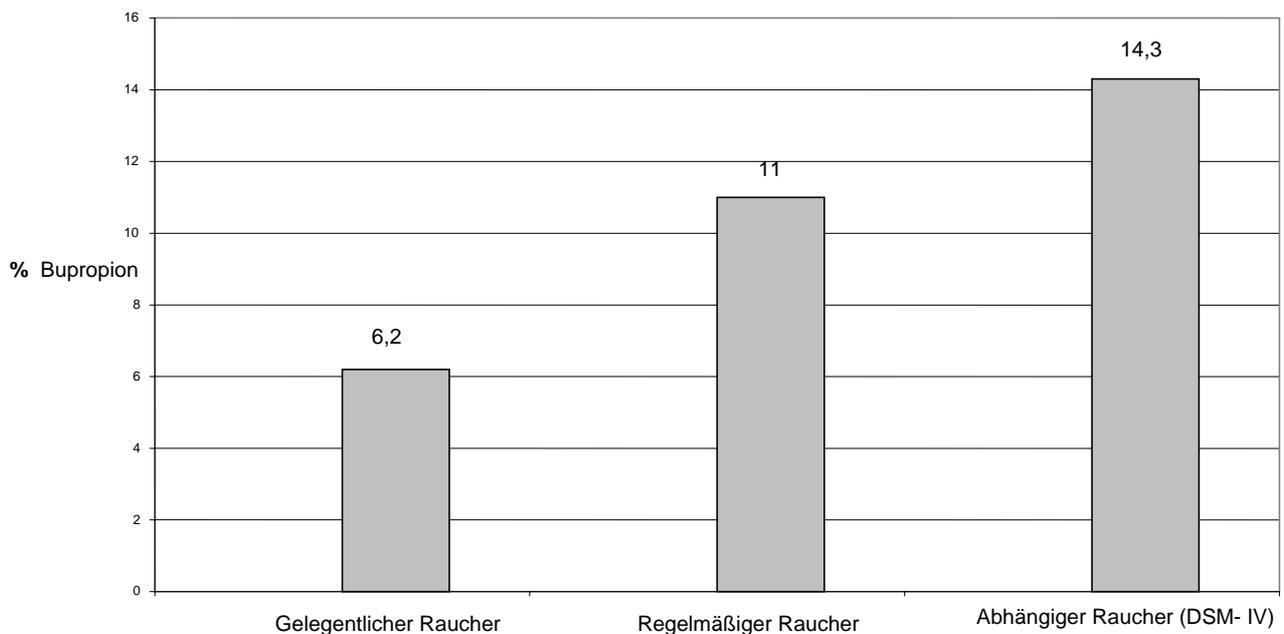


Abbildung 42: Bupropion assoziiert mit Rauchstatus

Weiterhin konnte eine signifikante Assoziation mit der Anzahl täglich gerauchter Zigaretten und der Indikation für Bupropion ermittelt werden (siehe Abbildung 43). Am häufigsten, im Vergleich zu Patienten mit täglichem Zigarettenkonsum von 0-5 Zigaretten (5,5%), wird die Indikation zu Bupropion mit 15,2% bei Patienten gesehen, die zwischen 11-20 Zigaretten täglich rauchen (OR 3,0; 95%CI 2,3-4,0***), gefolgt von Patienten mit 13,7%, die über 20 Zigaretten täglich rauchen (OR 2,7; 95%CI 2,0-3,6***) und von Patienten mit 10,5%, die zwischen 6-10 Zigaretten rauchen (OR 2,0; 95%CI 1,5-2,6***)).

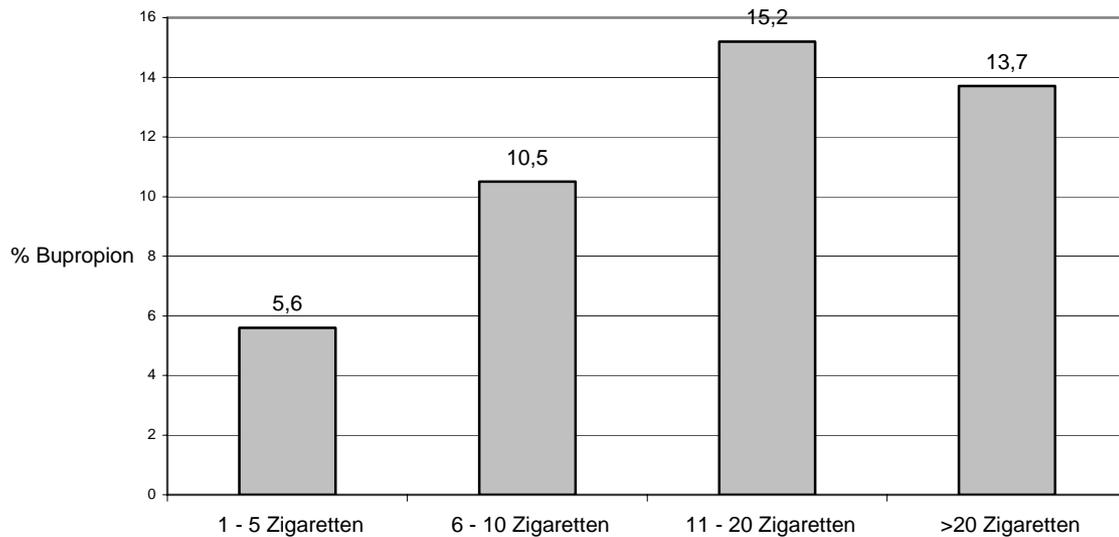


Abbildung 43: Bupropion assoziiert mit täglichem Zigarettenkonsum

Statistisch signifikante Assoziationen mit der Indikation für Bupropion lassen sich weiterhin in Bezug auf die „Dauer seit erstmaligem öfterem Rauchen“ und die „Dauer seit erstmaligem regelmäßigem Rauchen“ finden. Im Vergleich zu Rauchern, die erst seit einem Jahr (5,8%) erstmalig öfter rauchen, werden Raucher, die seit 6-10 Jahren (11,8%; OR 2,2; 95%CI 1,3-3,7**), bzw. seit 11-20 Jahren (14,1%; OR 2,7; 95%CI 1,6-4,5***) und seit über 20 Jahren (13,4%; OR 2,5; 95%CI 1,5-4,2***) erstmalig öfter rauchen, signifikant häufiger therapiert (siehe Abbildung 44).

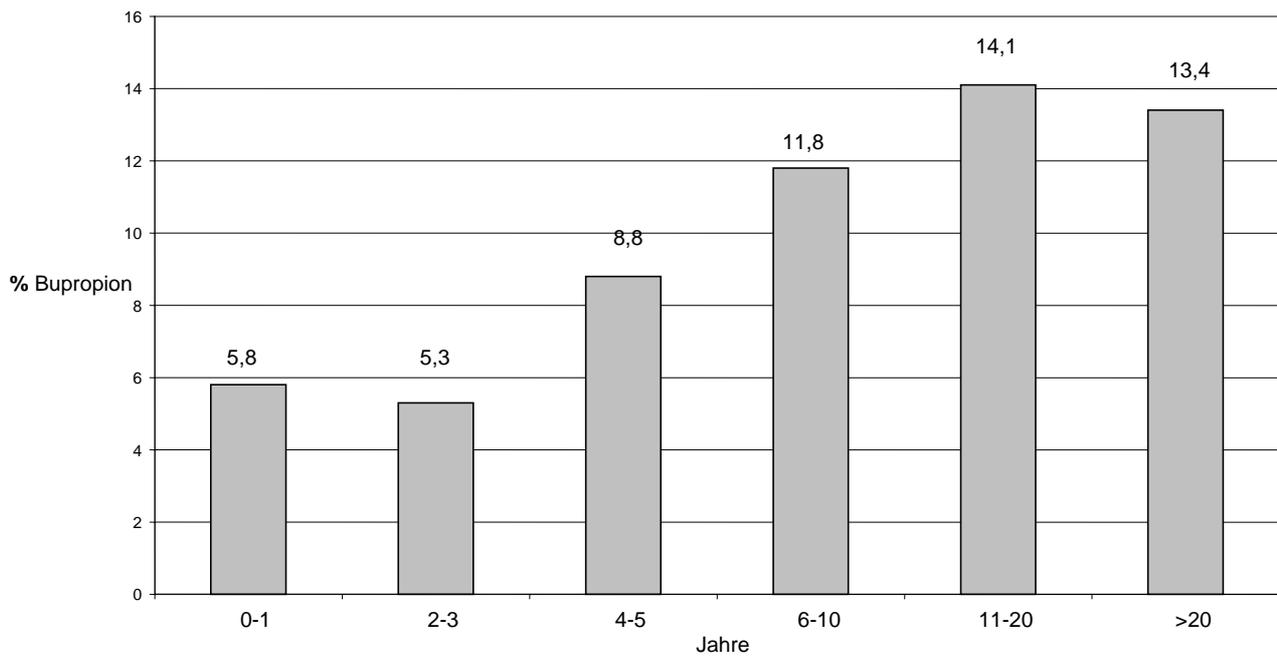


Abbildung 44: Bupropion assoziiert mit der Dauer seit erstmaligem öfterem Rauchen

Im Vergleich zu Rauchern, die erst seit einem Jahr erstmalig regelmäßig rauchen (4,7%), erhalten Raucher signifikant häufiger eine Therapie, die seit 4-5 Jahren erstmalig regelmäßig rauchen (9,8%; OR 2,2; 95%CI 1,4-3,4***), gefolgt von Rauchern mit 13,2%, die seit 6-10 Jahren erstmalig regelmäßig rauchen (OR 3,1; 95%CI 2,0-4,7***) und von Rauchern mit 13,8%, die seit 11-20 Jahren erstmalig regelmäßig rauchen (OR 3,3; 95%CI 2,1-5,0***). Die Indikation zu Bupropion bei Rauchern, die seit mehr als 20 Jahren erstmalig regelmäßig rauchen wurde mit 13,6% (OR 3,2; 95%CI 2,1-4,8***) gesehen (siehe Abbildung 45).

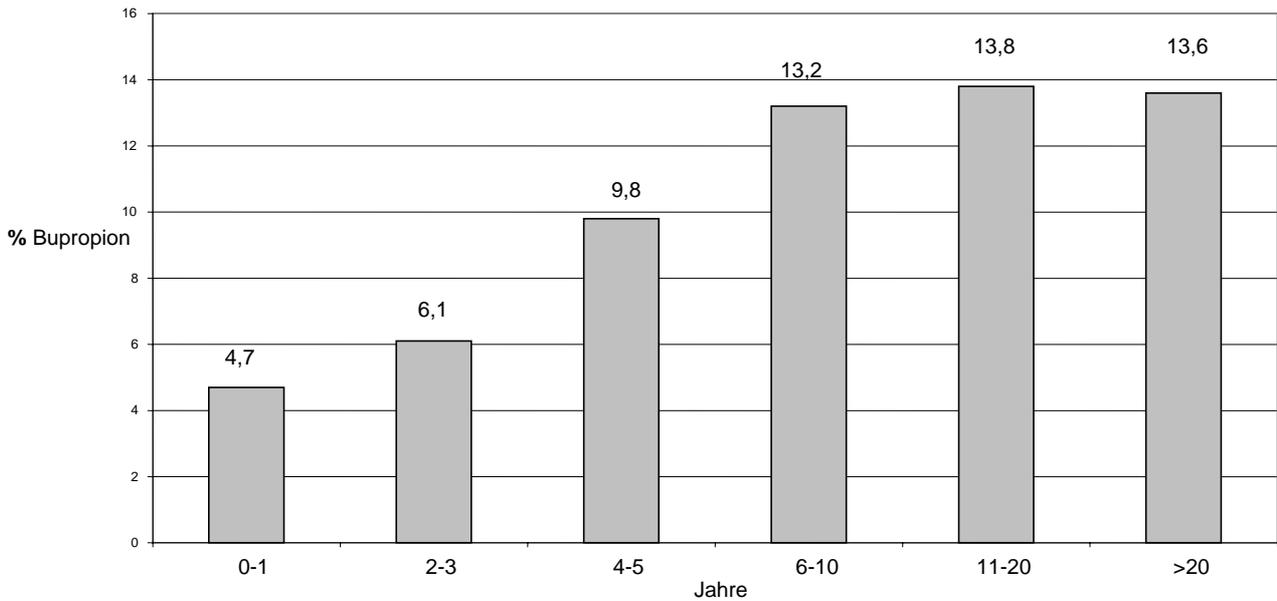


Abbildung 45: Bupropion assoziiert mit der Dauer seit erstmaligem regelmäßigem Rauchen

Bezüglich der Variable „Anzahl an Aufhörversuchen“ liegt die Indikation für Bupropion signifikant höher bei Patienten mit Aufhörversuchen als bei Patienten ohne Aufhörversuche (siehe Abbildung 46). Am häufigsten wurde die Indikation erkannt bei Patienten mit vier vorangegangenen Aufhörversuchen mit 16,1% (OR 2,2; 95%CI 1,6-3,0***). Mit drei Aufhörversuchen lag die Indikation bei 14% (OR 1,8; 95%CI 1,4-2,4***), mit mehr als fünf Aufhörversuchen bei 13,9% (OR 1,9; 95%CI 1,4-2,3***) und mit zwei Aufhörversuchen bei 12,7% (OR 1,7; 95%CI 1,3-2,1***).

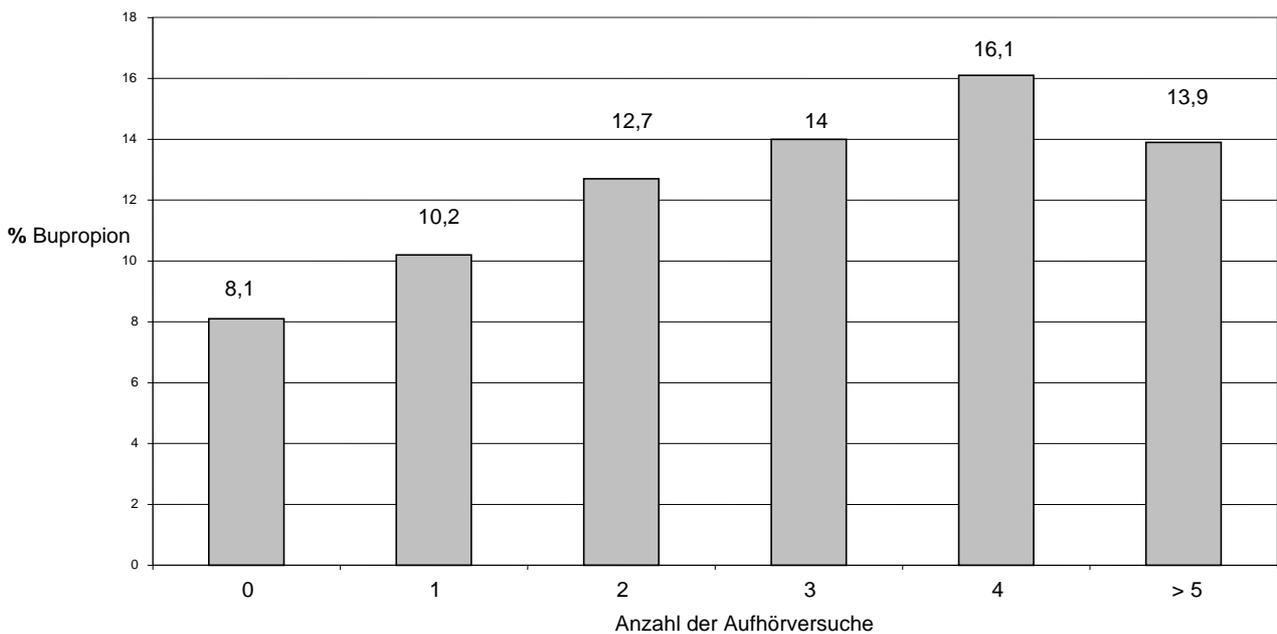


Abbildung 46: Bupropion assoziiert mit der Anzahl an Aufhörversuchen

Weiterhin ließen die Variablen „Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustands“ und „Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands“ (siehe Abbildung 47 und Abbildung 48) statistisch signifikante Assoziationen mit der Indikation zu Bupropion erkennen. Im Vergleich zu Patienten der Referenzgruppe mit sehr gutem körperlichen Gesundheitszustand (9,1%) wurde die Indikation zur Gabe von Bupropion für Patienten mit sehr schlechtem Gesundheitszustand (16,2%; OR 1,9; 95%CI 1,1-3,2**) und für Patienten mit eher schlechtem Gesundheitszustand (12,9%; OR 1,5; 95%CI 1,1-2,0**) häufiger gesehen.

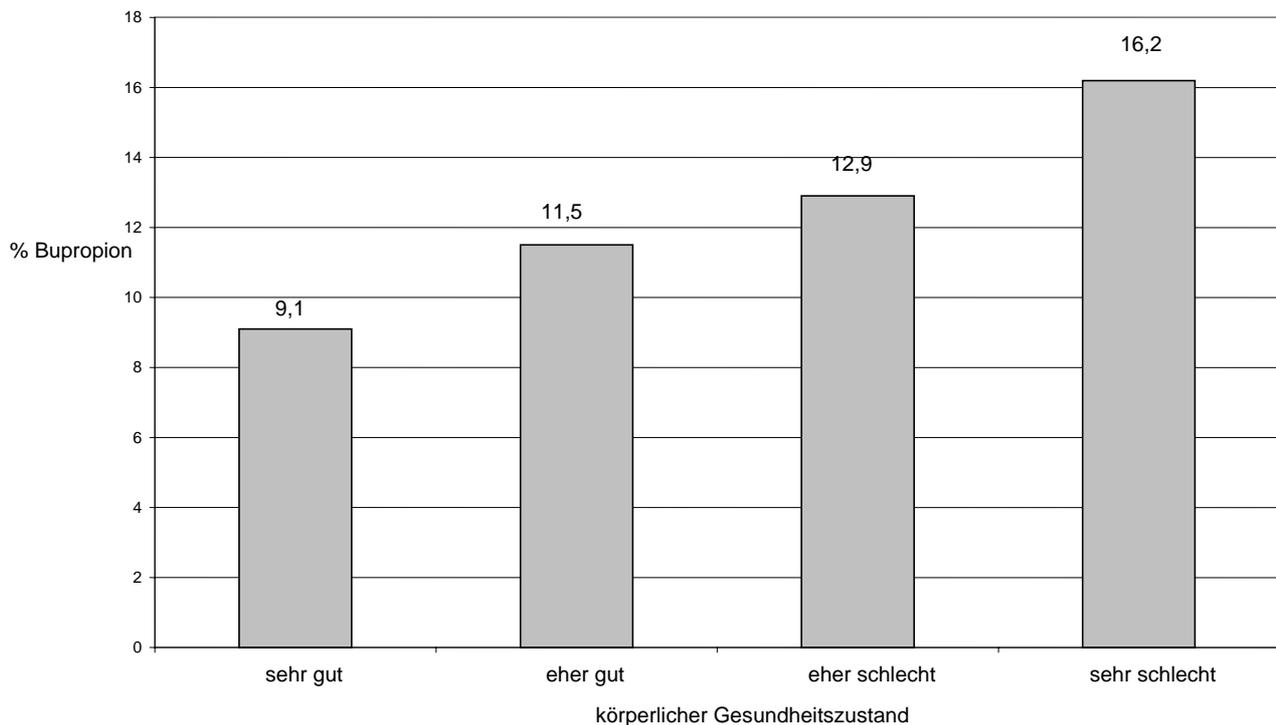


Abbildung 47: Bupropion assoziiert mit der Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustands

Für Patienten mit sehr schlechtem psychischem Gesundheitszustand konnte keine statistisch signifikante Assoziation hinsichtlich der Indikation für Bupropion ermittelt werden. Für Patienten mit eher schlechtem psychischen Gesundheitszustand lag die Indikation bei 13,4% (OR 1,4; 95%CI 1,1-1,7**) und für Patienten mit eher gutem psychischem Gesundheitszustand bei 12% (OR 1,2; 95%CI 1,0-1,4*).

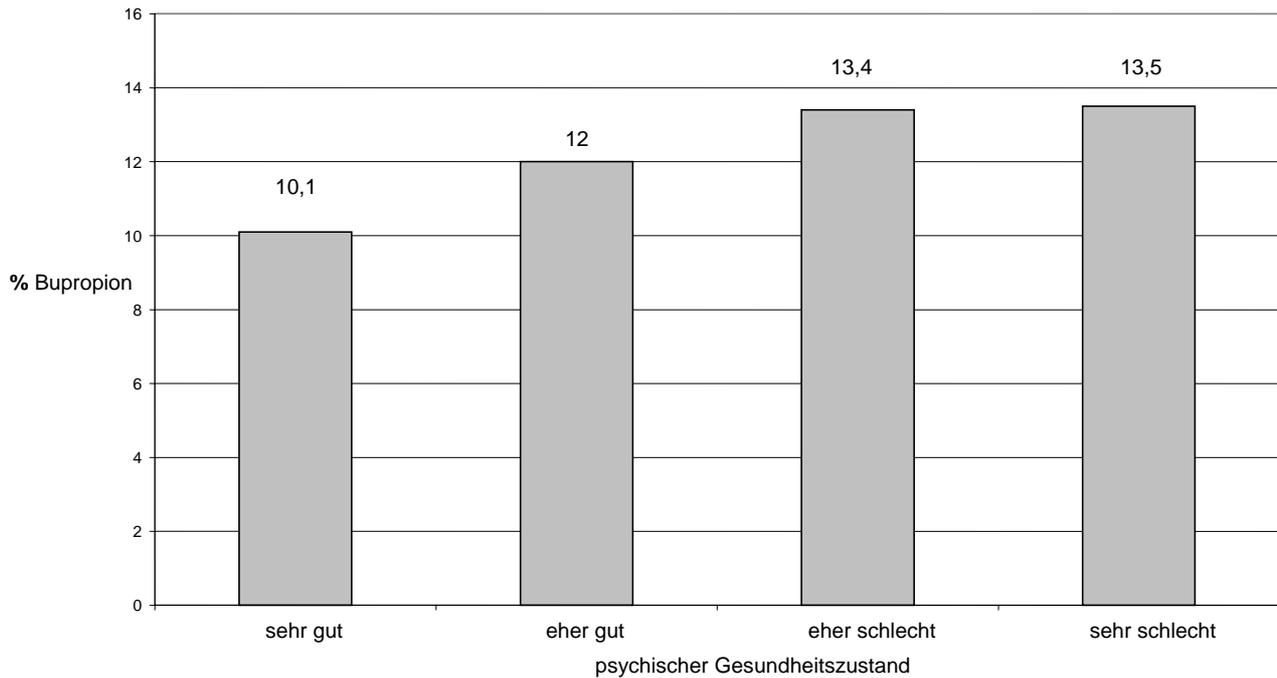


Abbildung 48: Bupropion assoziiert mit der Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands

Keine statistisch signifikante Assoziation zwischen der „Anzahl an vorliegenden Krankheiten“ und Bupropion liegt vor, wenn der Patient nur an einer Erkrankung leidet. Leidet ein Patient an vier oder mehr Krankheiten, liegt die Indikation für Bupropion bei 16,4% (OR 2,1; 95%CI 1,6-2,6***). Bei Patienten ohne Erkrankungen liegt die Indikation im Vergleich dazu nur bei 8,7%. Bei drei Krankheiten liegt die Indikation bei 14,7% (OR 1,8; 95%CI 1,4-2,3***) und bei zwei Krankheiten bei 13,2% (OR 1,6; 95%CI 1,3-2,0***) (siehe Abbildung 49).

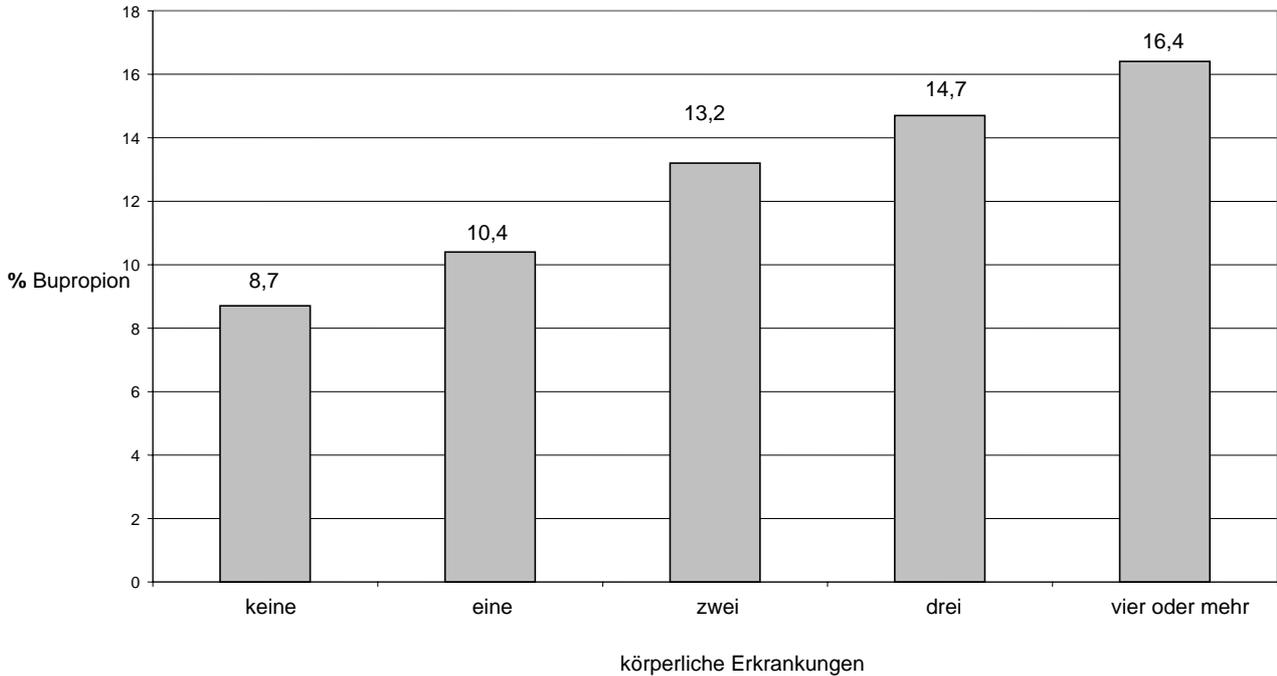


Abbildung 49: Bupropion assoziiert mit der Anzahl an vorliegenden Krankheiten

In Bezug auf die Variable „Einschätzung der Rauchproblematik angesichts des Gesundheitszustandes des Patienten“ ist die Indikation zu Bupropion signifikant assoziiert mit Patienten, deren Rauchproblematik als ausgeprägt problematisch eingestuft wird (16,5%; OR 1,7; 95%CI 1,5-2,0***). In der Referenzgruppe der Patienten, deren Rauchproblematik als etwas problematisch betrachtet wird, lag die Indikation bei 10,5%. Keine statistisch signifikante Assoziation lag vor, wenn der Gesundheitszustand des Patienten als extrem problematisch eingestuft wird (siehe Abbildung 50).

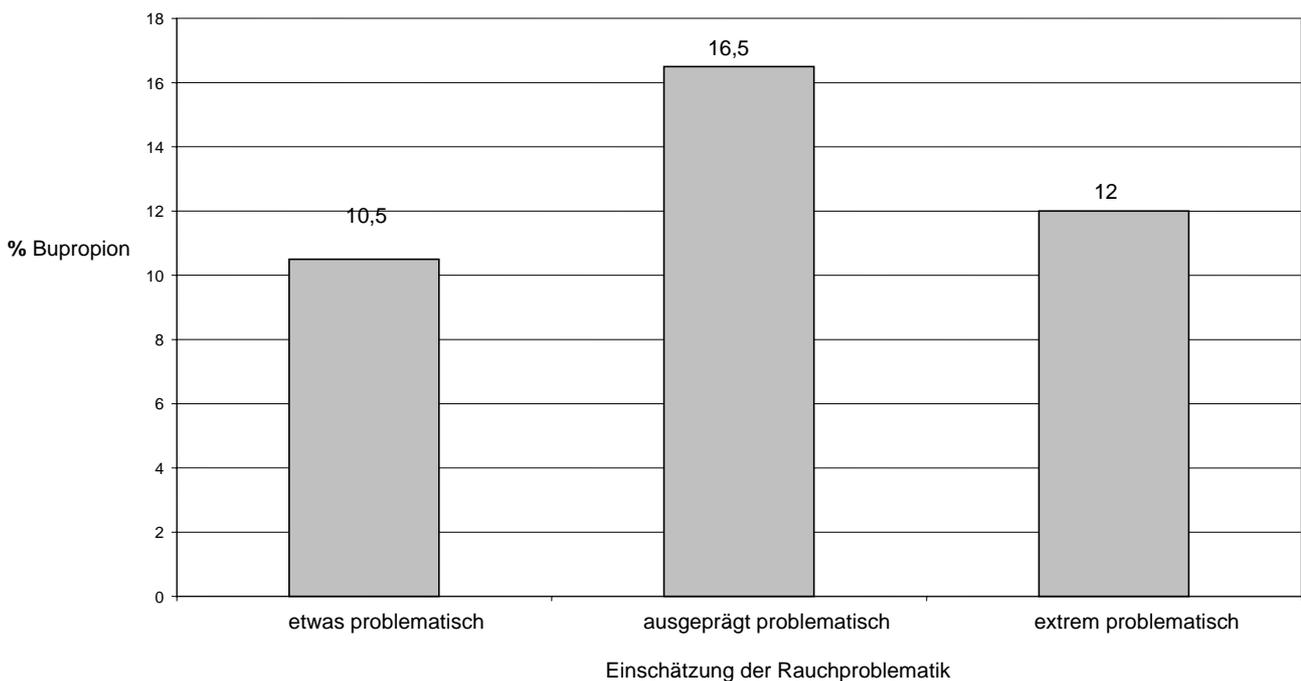


Abbildung 50: Bupropion assoziiert mit der Einschätzung der Rauchproblematik

Die Variable „Einschätzung der Aufgeschlossenheit des Patienten für eine Tabakentwöhnung“ zeigt eine statistisch signifikante Assoziation mit Bupropion als indizierte Therapie. Zeigt sich ein Patient als etwas aufgeschlossen, wird die Indikation mit 15,9% erkannt (OR 2,4; 95%CI 2,0-2,9***), zeigt sich ein Patient als sehr aufgeschlossen, liegt die Indikation bei 14,1% (OR 2,1; 95%CI 1,6-2,7***). In der Referenzgruppe der Patienten, die sich gar nicht aufgeschlossen zeigten, lag die Indikation bei 7,3% (siehe Abbildung 51).

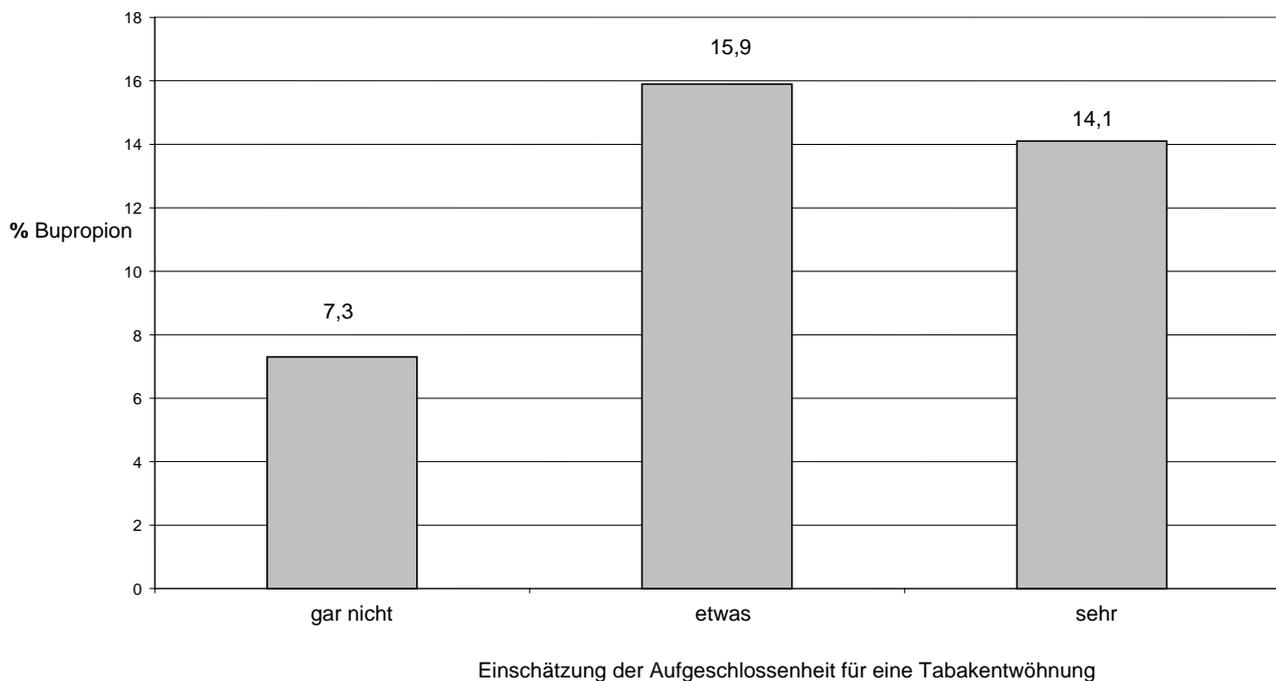


Abbildung 51: Bupropion assoziiert mit der Einschätzung der Aufgeschlossenheit des Patienten für eine Tabakentwöhnung

In Bezug auf die „Stufen der Änderungsmotivation“ (siehe 7.5.3 Stufen der Änderungsmotivation nach Prochaska und DiClemente) waren Patienten im Stadium der Contemplation (16,5%; OR 1,7; 95%CI 1,5-2,0***) und im Stadium der Preparation (14,3%; OR 1,5; 95%CI 1,1-1,9**) signifikant mit der Gabe von Bupropion assoziiert. Bei Patienten der Vergleichsgruppe im Stadium der Precontemplation lag die Indikation bei 10,3% (siehe Abbildung 52).

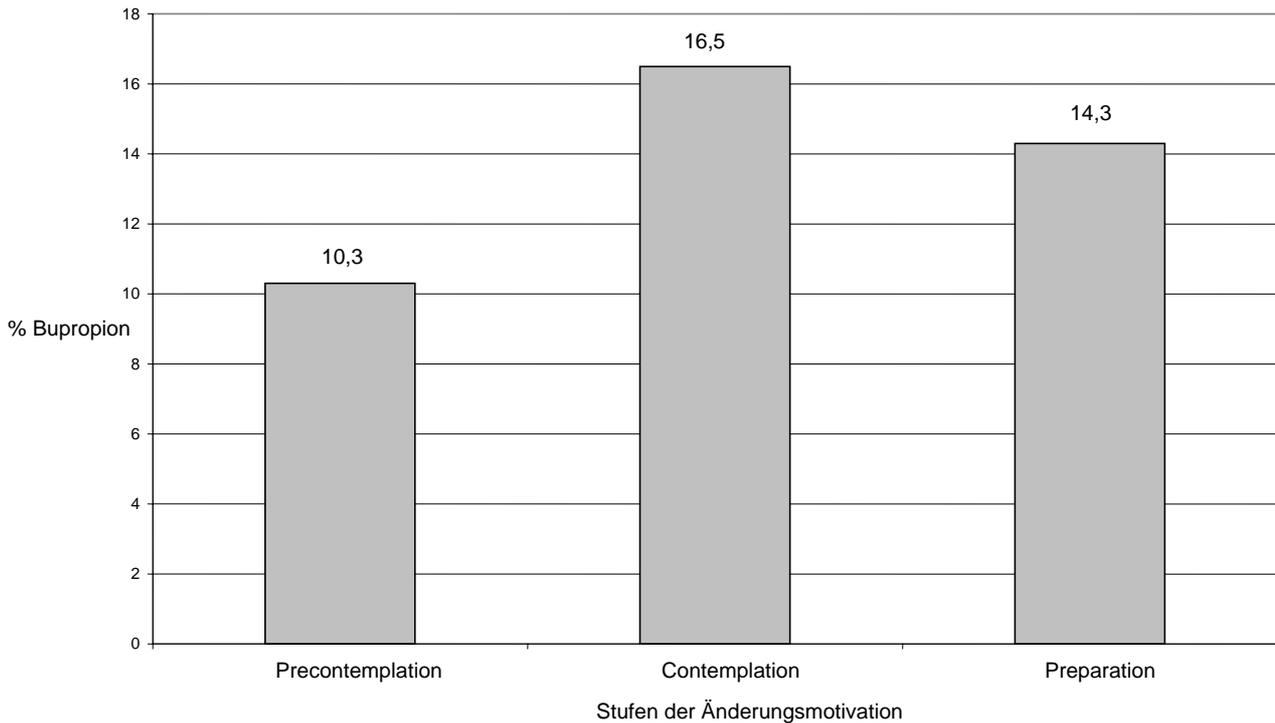


Abbildung 52: Bupropion assoziiert mit den Stufen der Änderungsmotivation

4.5.2 Welche Arztmerkmale sind mit der Indikation zur Gabe von Bupropion assoziiert?

Es zeigten sich keine statistisch signifikante Assoziationen bezüglich der Variablen „Lage der Praxis“, „Fachrichtung“, „Schwerpunkt der Praxis“, „Anzahl der Praxisjahre“, „Bedeutung der Raucherentwöhnung in der Praxis“ und „Einschätzung der Kompetenz bezüglich Tabakentwöhnung“ und der Indikation zur Gabe von Bupropion. Ärzte, die angaben, eine Weiterbildung bezüglich Tabakentwöhnung besucht zu haben, sahen die Indikation für Bupropion mit 14,4% (OR 1,4; 95% CI 1,1-1,8**) häufiger als Ärzte ohne Weiterbildung (10,9%) (siehe Tabelle 7).

Indikation für Bupropion	Weiterbildung	Keine Weiterbildung
Nein	85,6%	89,1%
	N=2055	N=3931
Ja	14,4%	10,9%
	N=345	N=481

Tabelle 7: Bupropion assoziiert mit Weiterbildung

4.6 Assoziation von Patienten- und Arztmerkmalen mit Nikotinersatzstoffen als indizierte Therapie

Die Indikation für Nikotinersatzstoffe (NRT) wird im Vergleich zu den voran besprochenen Therapieoptionen mit 5,4% am geringsten erkannt.

4.6.1 Welche Patientenmerkmale sind mit Nikotinersatzstoffen als indizierte Therapie assoziiert?

Die Variable „Geschlecht“ zeigt keine statistisch signifikante Assoziation bezüglich Nikotinersatzstoffe als indizierte Therapie. Statistisch signifikante Assoziationen konnten für die Variable „Alter“ und der Indikation zur Gabe von Nikotinersatzstoffen ermittelt werden. Am häufigsten, im Vergleich zu Patienten im Alter von 16-19 Jahre (2,3%), wird die Indikation für Nikotinersatzstoffe gesehen bei Patienten im Alter von 50-59 Jahre mit 7,7% (OR 2,1; 95%CI 1,1-4,0*), gefolgt von Patienten im Alter von 30-39 Jahre mit 6,2% (OR 2,0; 95%CI 1,1-3,4*) und von Patienten im Alter von 40-49 Jahre mit 5,3% (OR 2,9; 95%CI 1,6-5,2***). Bei Patienten im Alter von 20-29 Jahren liegt die Indikation bei 3,7% (OR 2,3; 95%CI 1,3-4,0**) (siehe Abbildung 53).

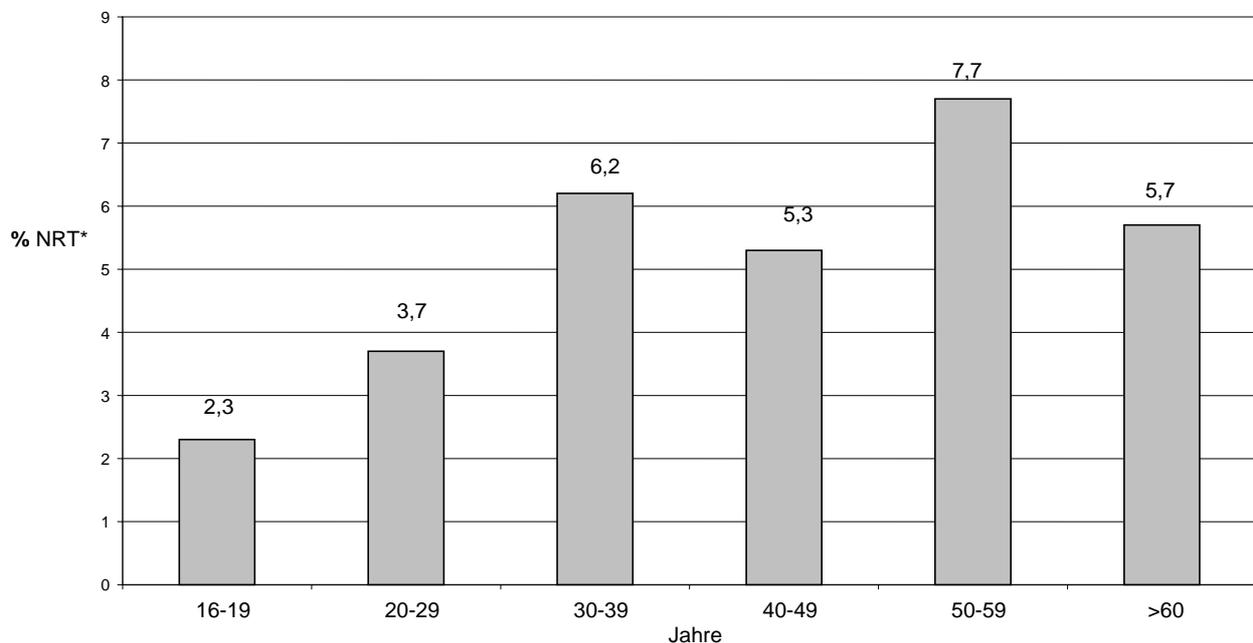


Abbildung 53: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit Patientenalter, * NRT= Nicotine Replacement Therapy

Signifikant häufiger als in der Referenzgruppe der ledigen Personen (4,5%) wird die Indikation zu Nikotinersatzstoffen bei verheirateten Patienten mit 6,1% (OR 1,4; 95%CI

1,1-1,8**) gesehen. Keine statistisch signifikante Assoziation und der Indikation zur Gabe von Nikotinersatzstoffen liegt vor bei geschiedene, verwitwete und getrennt lebende Personen (siehe Abbildung 54).

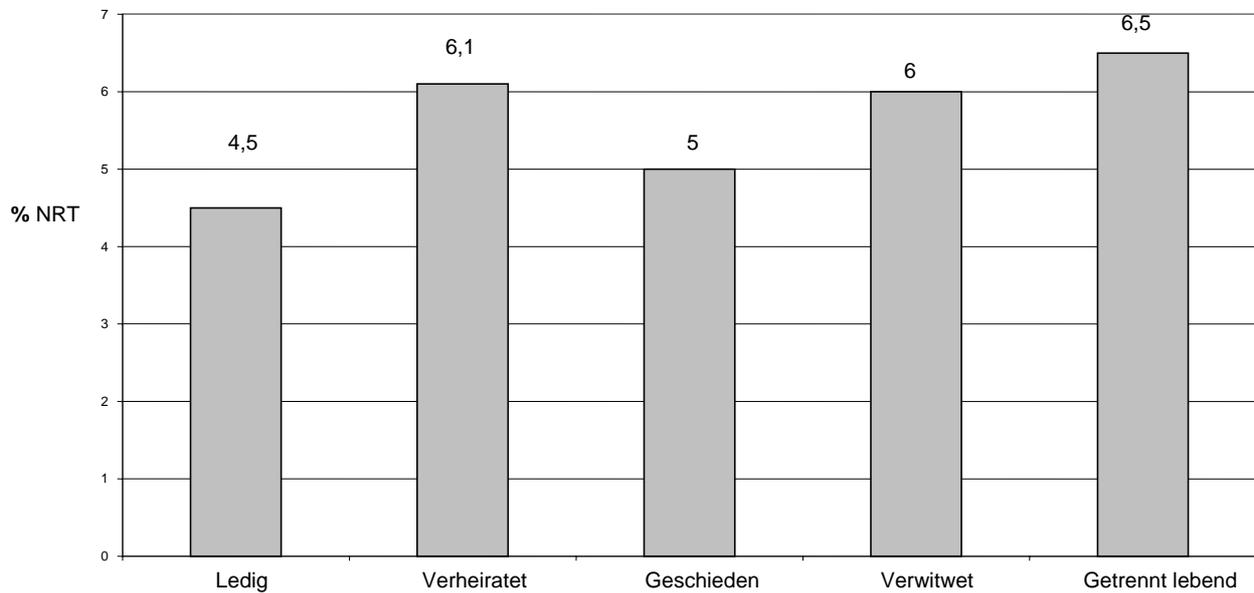


Abbildung 54: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit Familienstand

Für Patienten, die ihren Beruf unter „Sonstiges“ angaben, konnte in Bezug auf die Indikation für Nikotinersatzstoffe eine statistisch signifikante Assoziation ermittelt werden. In dieser Gruppe lag die Indikation mit 3% (OR 0,5; 95%CI 0,3-0,8**) am geringsten, in der Vergleichsgruppe der berufstätigen Patienten wurde die Indikation bei 5,6% (siehe Abbildung 55) gesehen.

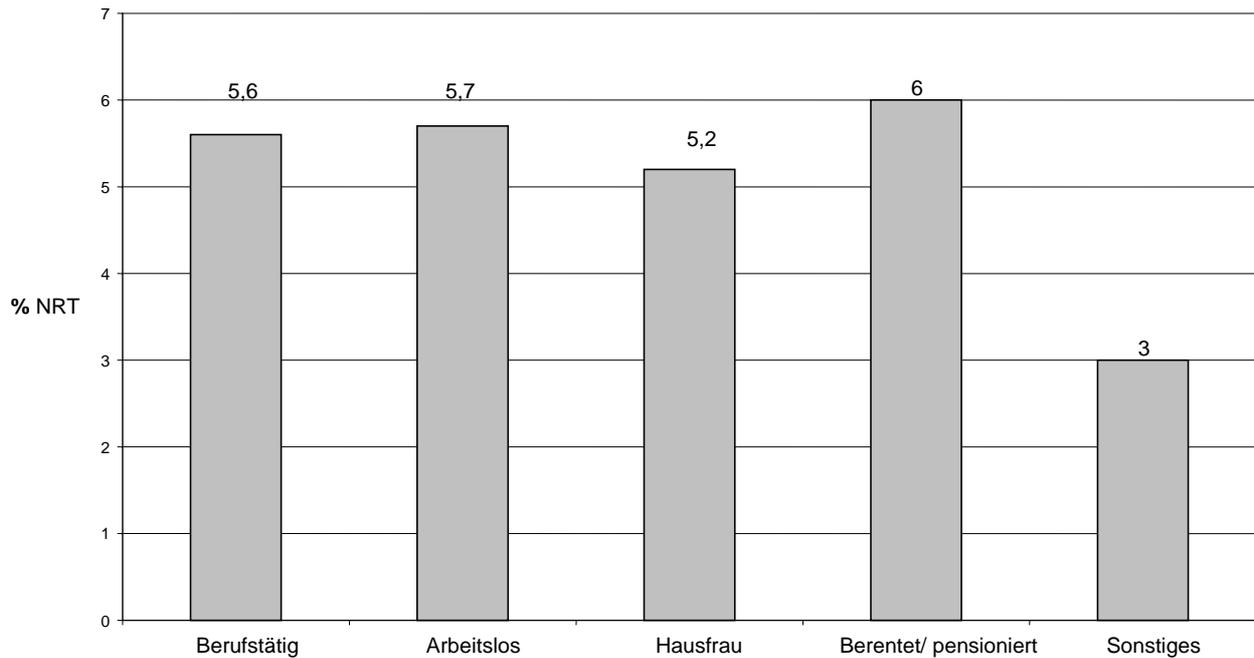


Abbildung 55: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit Beruf

Bei abhängigen Rauchern, die die DSM-IV Kriterien für Abhängigkeit (siehe 7.5.1) erfüllen, wird mit 6,5% (OR 2,2; 95%CI 1,5-3,1***) und bei regelmäßigen Rauchern mit 4,8% (OR 1,6; 95%CI 1,1-2,2*) die Indikation zu Nikotinersatzstoffen erkannt, wohingegen in der Referenzgruppe der gelegentlichen Raucher diese nur mit 3,1% erkannt wird (siehe Abbildung 56).

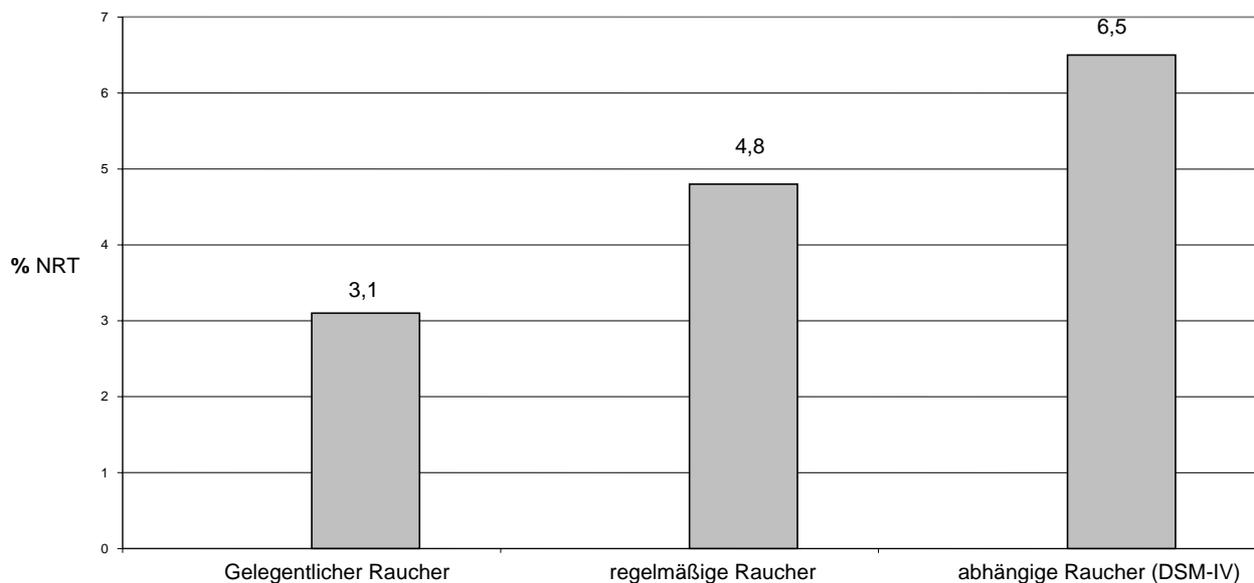


Abbildung 56: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit Rauchstatus

Es kann eine statistisch signifikante Assoziation in Bezug auf die Anzahl täglich geraucher Zigaretten und der Indikation für die Gabe von Nikotinersatzstoffen ermittelt

werden. Am häufigsten, im Vergleich zu Patienten mit täglichem Zigarettenkonsum von 0-5 Zigaretten (2,7%), wird die Indikation zu Nikotinersatzstoffen mit 6,3% erkannt bei Patienten, die zwischen 11-20 Zigaretten täglich rauchen (OR 2,5; 95%CI 1,7-3,5***), gefolgt von Patienten mit 5 %, die zwischen 6-10 Zigaretten täglich rauchen (OR 1,9; 95%CI 1,3-2,7***) und von Patienten mit 4,1%, die mehr als 20 Zigaretten täglich rauchen (OR 2,8; 95%CI 1,9-4,2***) (siehe Abbildung 57).

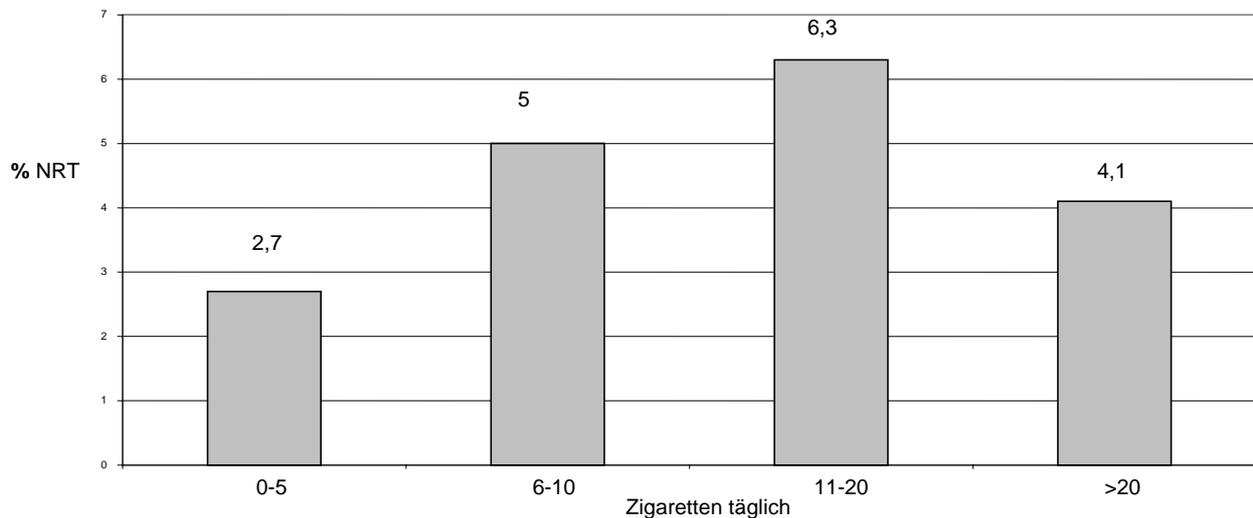


Abbildung 57: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit durchschnittlichem Zigarettenkonsum

Bezüglich der „Anzahl an Aufhörversuchen“ liegt die Indikation zu Nikotinersatzstoffen signifikant höher bei Patienten mit Aufhörversuch, als bei Patienten ohne Aufhörversuch. Am häufigsten, im Vergleich zu Patienten ohne Aufhörversuch (3,9%), liegt die Indikation bei Patienten mit mehr als fünf Aufhörversuchen (7,5%; OR 2,0; 95%CI 1,4-2,7***) und bei Patienten mit drei Aufhörversuchen (7,1%; OR 1,9; 95%CI 1,3-2,6***) (siehe Abbildung 58).

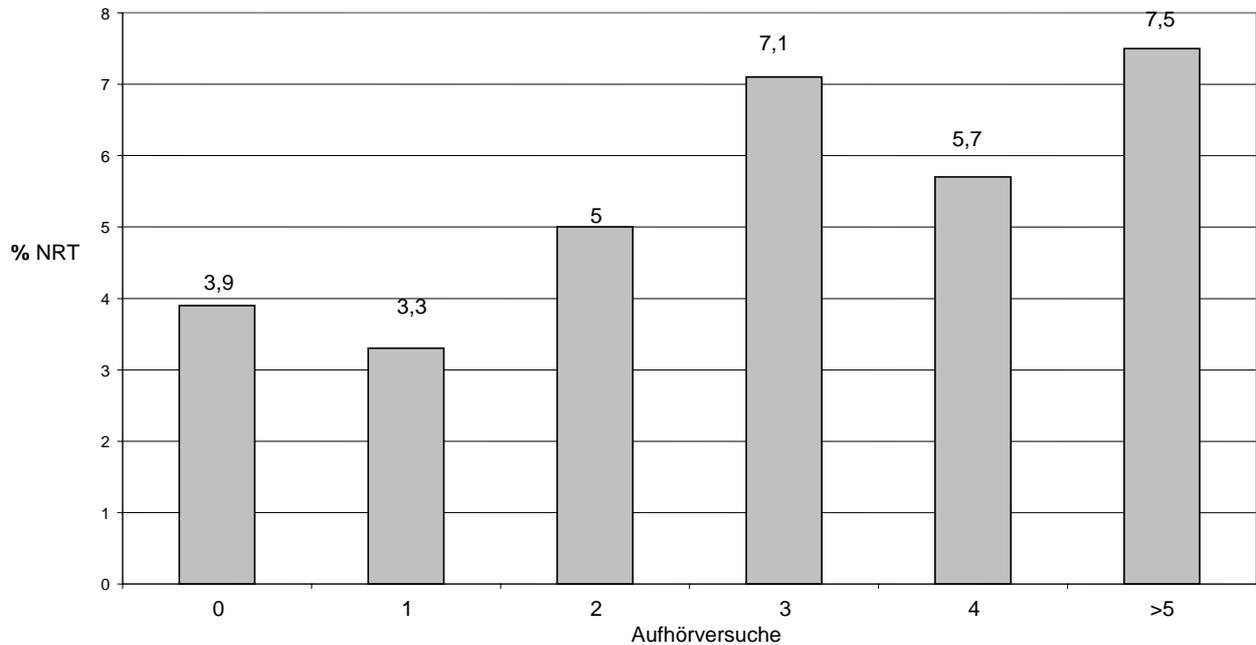


Abbildung 58: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit der Anzahl an Aufhörversuchen

Statistisch signifikante Assoziationen ließen sich nachweisen in Bezug auf die Einschätzung des körperlichen wie psychischen Gesundheitszustands. Im Vergleich zu Patienten mit sehr gutem körperlichen Gesundheitszustand (3%), wurde die Indikation zur Gabe von Nikotinersatzstoffen häufiger gesehen für Patienten mit sehr schlechtem körperlichem Gesundheitszustand (7,4%; OR 2,6; 95%CI 1,1-6,0*) sowie mit eher schlechtem Gesundheitszustand (6,2%; OR 2,2; 95%CI 1,3-3,7**) bzw. mit einem eher gutem Gesundheitszustand (5,2%; OR 1,8; 95%CI 1,1-3,0*) (siehe Abbildung 59).

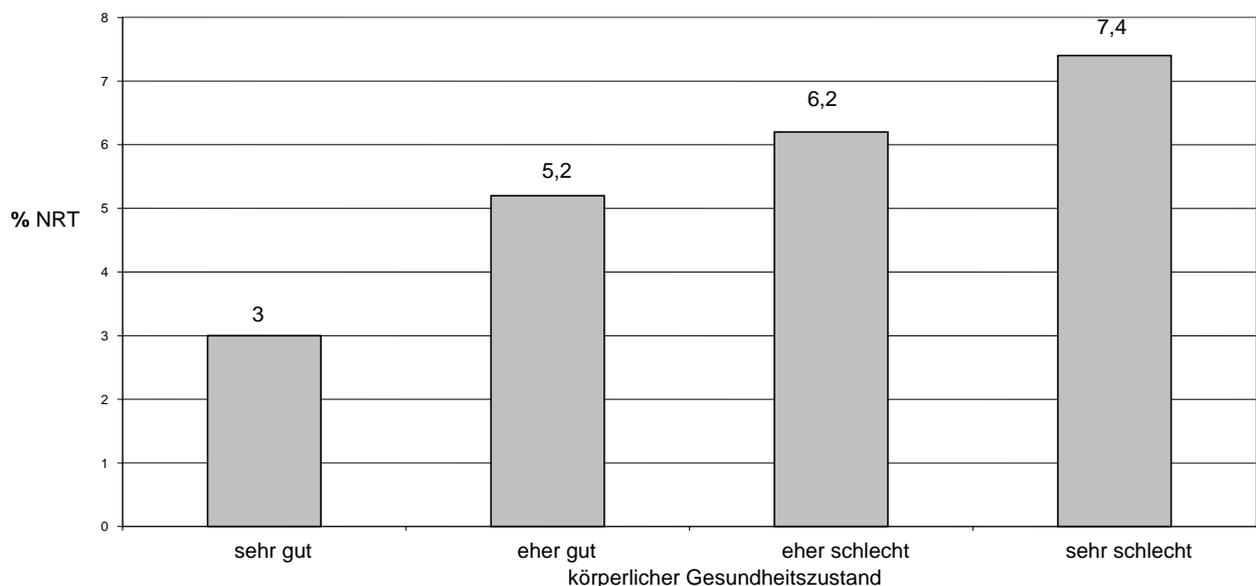


Abbildung 59: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit körperlichen Gesundheitszustand

In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand wurde die Indikation zur Gabe von Nikotinersatzstoffen häufiger erkannt bei Patienten mit einem sehr schlechtem Gesundheitszustand (8,8%; OR 2,4; 95%CI 1,3-4,3**) sowie bei einem eher schlechtem Gesundheitszustand (6,4%; OR 1,7; 95%CI 1,2-2,3**). Die Indikation bei Patienten mit einem eher gutem psychischen Gesundheitszustand lag bei 5,4% (OR 1,4; 95%CI 1,1-1,9**) (siehe Abbildung 60).

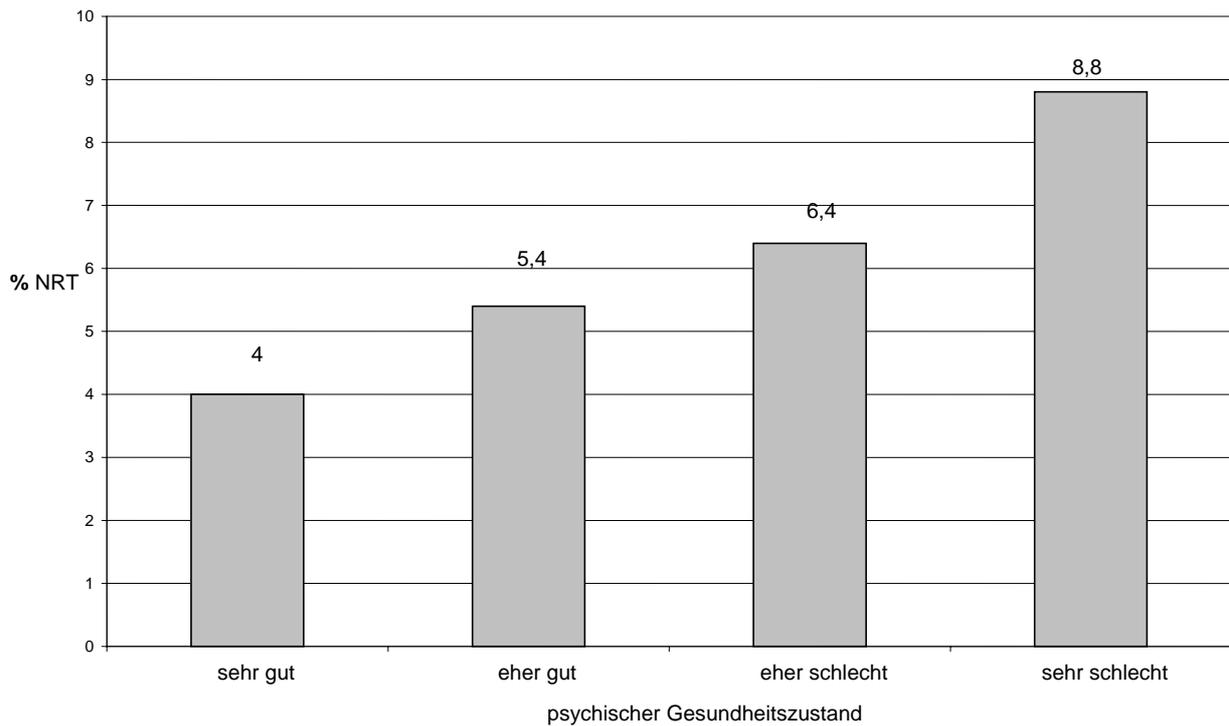


Abbildung 60: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit psychischem Gesundheitszustand

Die „Anzahl an vorliegenden Krankheiten“ zeigte eine signifikante Assoziation mit der Indikation zur Gabe von Nikotinersatzstoffen. Leidet ein Patient an vier oder mehr Krankheiten, so wird die Indikation für Nikotinersatzstoffe mit 8,1% gesehen (OR 2,2; 95%CI 1,5-3,1***). Mit drei Erkrankungen liegt die Indikation bei 7,3% (OR 1,9; 95%CI 1,3-2,8***) und mit zwei Erkrankungen bei 5,9% (OR 1,5; 95%CI 1,1-2,2*). In der Referenzgruppe der Patienten ohne Erkrankungen lag die Indikation bei 3,9% (siehe Abbildung 61).

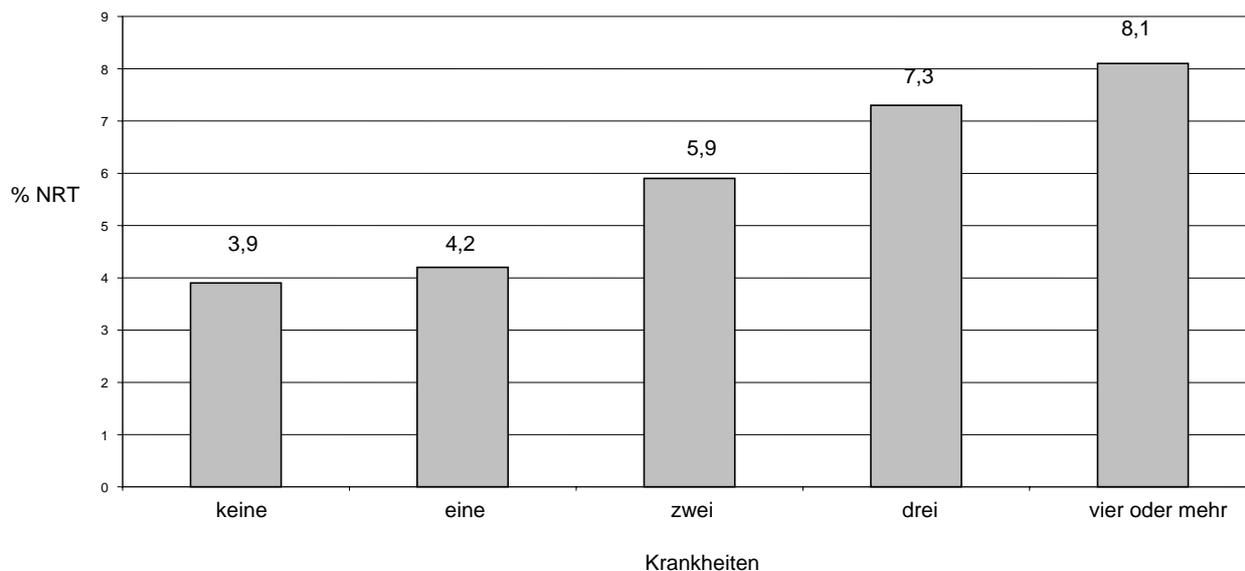


Abbildung 61: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit der Anzahl an Erkrankungen

In Bezug auf die Variable „Einschätzung der Rauchproblematik angesichts des Gesundheitszustandes des Patienten“, wird die Indikation für Nikotinersatzstoffe signifikant häufiger erkannt, wenn die Rauchproblematik als ausgeprägt problematisch eingestuft wird (7,7%; OR 1,6; 95%CI 1,3-2,1***). In der Vergleichsgruppe der Patienten, deren Rauchproblematik als etwas problematisch betrachtet wird, lag die Indikation bei 4,8%. Keine statistisch signifikante Assoziation liegt vor, wenn der Gesundheitszustand des Patienten als extrem problematisch eingestuft wird (siehe Abbildung 62).

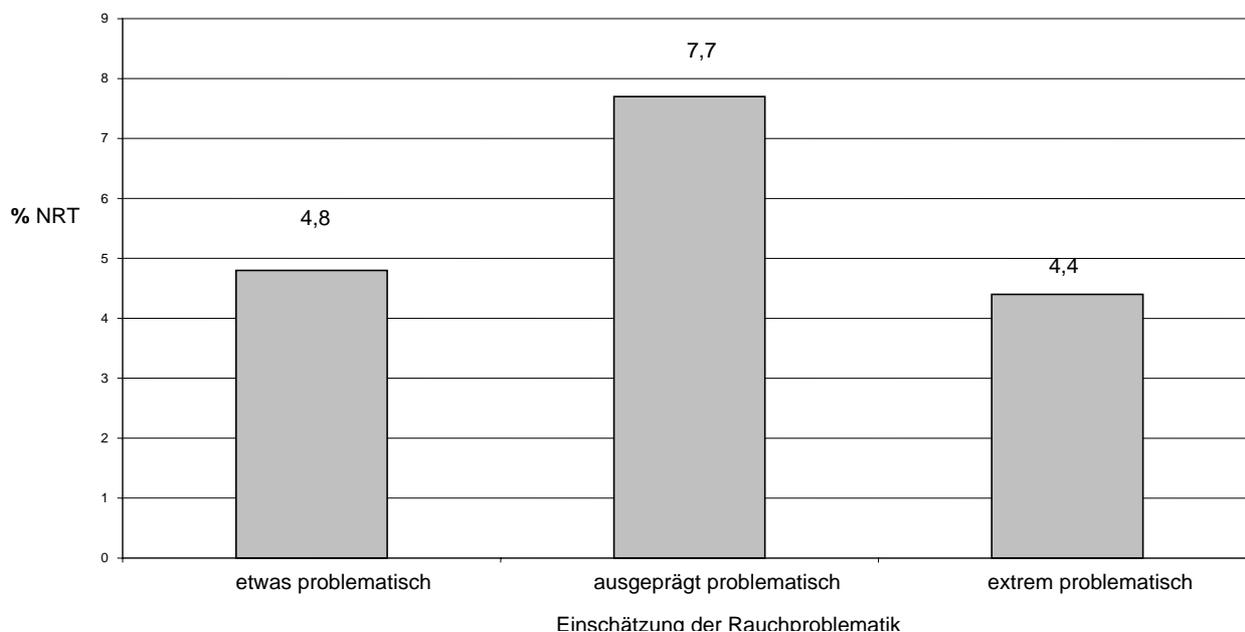


Abbildung 62: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit der Einschätzung der Rauchproblematik

Hinsichtlich der Variablen „Einschätzung der Aufgeschlossenheit des Patienten für eine Raucherentwöhnung“ kann festgestellt werden, dass bei Patienten, die etwas (7,2%; OR

2,5; 95%CI 1,9-3,2***), bzw. sehr aufgeschlossen (7%; OR 2,4; 95%CI 1,7-3,6***) gegenüber einer Raucherentwöhnung eingestuft werden, die Indikation signifikant häufiger erkannt wird als bei Rauchern, die als gar nicht aufgeschlossen eingestuft werden (3%) (siehe Abbildung 63).

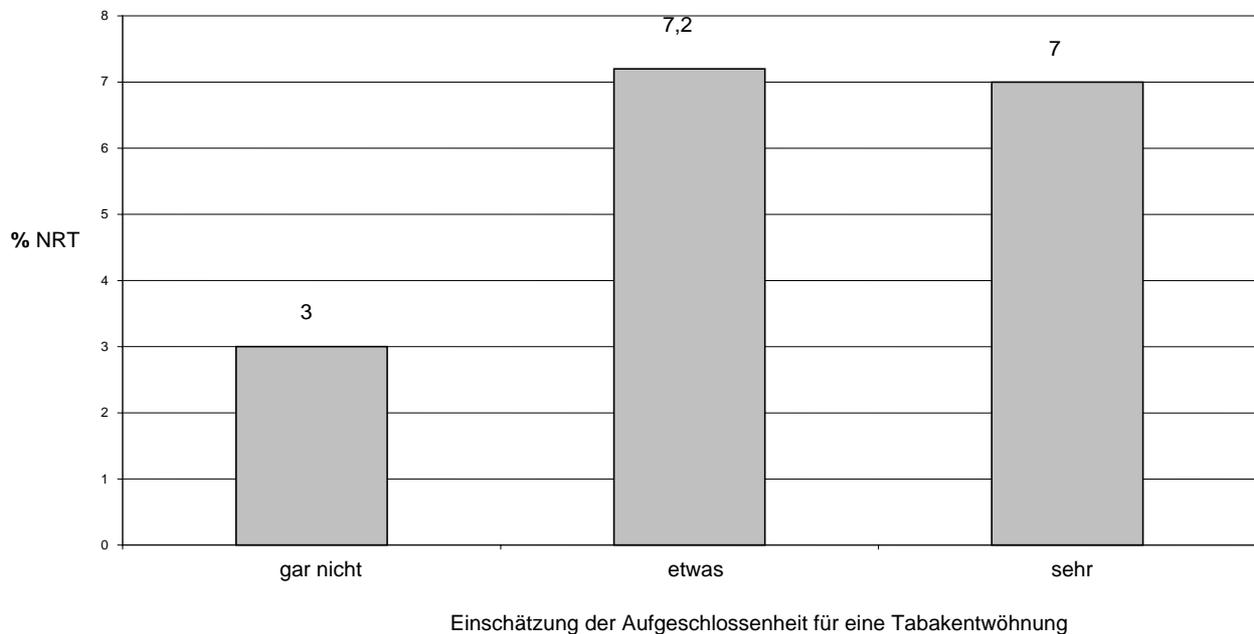


Abbildung 63: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit der Einschätzung der Aufgeschlossenheit des Patienten für eine Tabakentwöhnung

Betrachtet man die Variable „Stufen der Änderungsmotivation“ (siehe 7.5.3 Stufen der Änderungsmotivation nach Prochaska und DiClemente) konnte eine statistisch signifikante Assoziation für Patienten und der Indikation zur Gabe von Nikotinersatzstoffen nachgewiesen werden, die sich in der Stufe der Preparation (8,1%; OR 1,7, 95%CI 1,2-2,5**) und in der Stufe der Contemplation (6,6%; OR 1,3, 95%CI 1,1-1,7**) befanden. In der Vergleichsgruppe lag die Indikation bei 5% (siehe Abbildung 64)

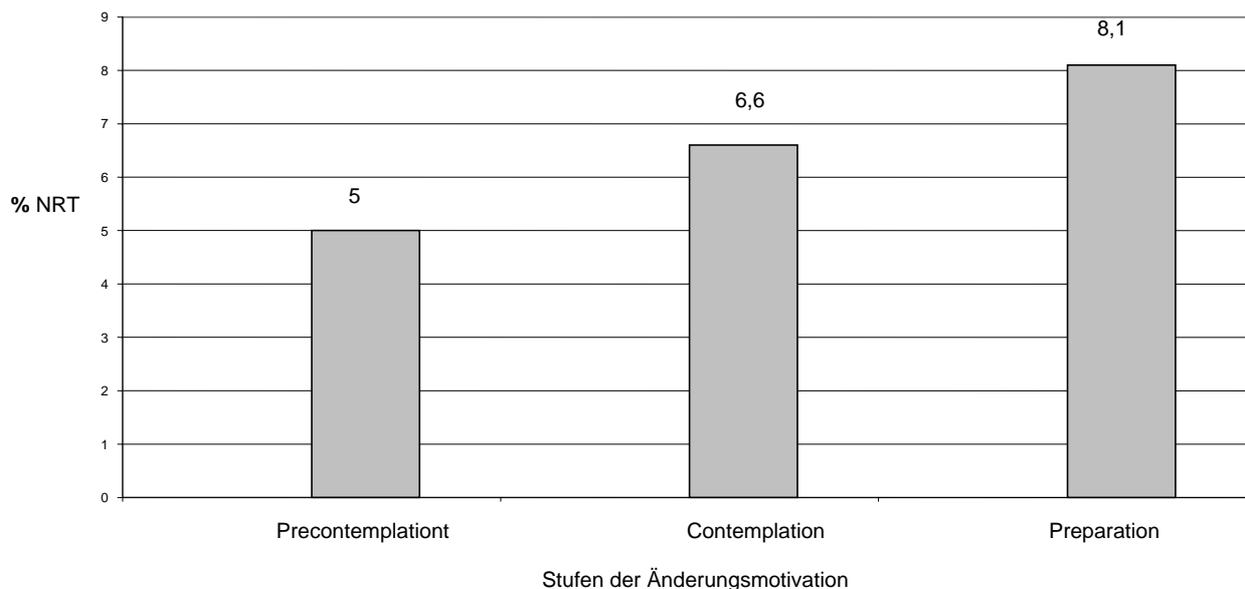


Abbildung 64: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit den Stufen der Änderungsmotivation

4.6.2 Welche Arztmerkmale sind mit Nikotinersatzstoffen als indizierte Therapie assoziiert?

Die Variablen „Lage der Praxis“, „Fachrichtung“, „Schwerpunkt der Praxis“, „Anzahl der Praxisjahre“ und „Einschätzung der Kompetenz bezüglich Tabakentwöhnung“ waren nicht statistisch signifikant mit der Indikation zur Tabakentwöhnung mittels Nikotinersatzstoffen assoziiert. Ärzte, die angaben, eine Weiterbildung zum Thema Tabakentwöhnung besucht zu haben, haben mit 7,3% (OR 1,7; 95% 1,3-2,4***) signifikant häufiger die Indikation für Nikotinersatzstoffe erkannt als Ärzte ohne Weiterbildung (4,3%) (siehe Tabelle 8).

Indikation für Nikotinersatzstoffe	Weiterbildung	Keine Weiterbildung
Nein	92,8% N= 2226	95,7 N=4223
Ja	7,3% N=174	4,3% N=189

Tabelle 8: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit Weiterbildung

Ärzte mit spezifischer Weiterbildung zum Thema Nikotinersatzstoffe sahen die Indikation für Nikotinersatzstoffe mit 10,2% häufiger (OR 2,1; 95% CI 1,3-3,5**), als Ärzte ohne spezifische Weiterbildung (5%) (siehe Tabelle 9).

Indikation für Nikotinersatzstoffe	Weiterbildung	Keine Weiterbildung
Nein	90% N=405	95,2% N=6044
Ja	10,2% N=46	5% N=317

Tabelle 9: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit spezifischer Weiterbildung

Für Ärzte, die die Bedeutung der Raucherentwöhnung in der Praxis als eher wichtig (5,7%; OR 1,1; 95%CI 0,5-2,3***) bzw. als sehr wichtig einstufen (5,3%; OR 1,0; 95%CI 0,4-2,2***), konnte eine statistisch signifikante Assoziation und der Indikation zur Gabe von Nikotinersatzstoffen ermittelt werden (siehe Abbildung 65).

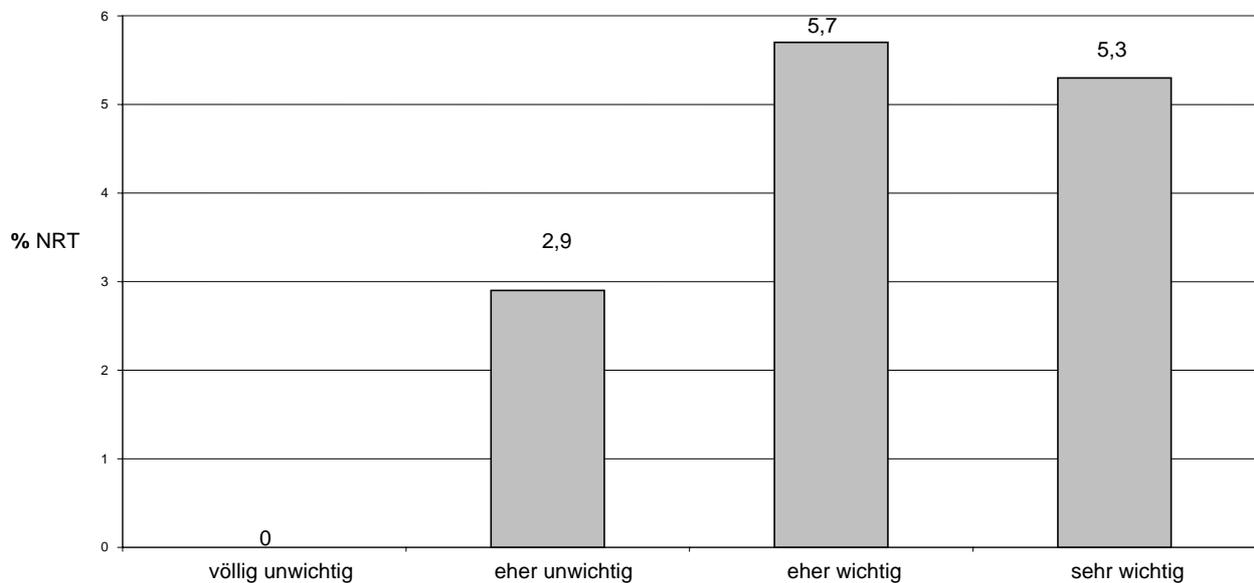


Abbildung 65: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit der Bedeutung der Raucherentwöhnung in der Praxis

5. Diskussion und Schlussfolgerung

Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, welchen Einfluss Patienten- und Arztmerkmale auf die Durchführung und Indikation einer Tabakentwöhnung beim Hausarzt nehmen. Diesbezüglich wurde untersucht, in wie weit eine Tabakentwöhnung vom Hausarzt durchgeführt wurde und welche Patienten- und Arztmerkmale sich damit assoziieren ließen. Weiterhin wurde die Häufigkeit der einzelnen Tabakentwöhnungsmaßnahmen untereinander verglichen. Zusätzlich wurde ausgearbeitet, welche Patienten- und Arztmerkmale sich insbesondere mit einer Beratung, Verhaltenstherapie, Bupropionbehandlung und Nikotinersatzstofftherapie assoziieren ließen. Die Einzelergebnisse wurden im vorangehenden Teil ausführlich dargestellt. Im folgenden Teil sollen zunächst die Methode der SNICAS- Studie diskutiert und anschließend die wichtigsten Ergebnisse im Rahmen einer Gesamtdiskussion bewertet werden.

5.1 Diskussion der Methoden

5.1.1 Repräsentativität der Ärztstichprobe

Um die Repräsentativität der Ärztstichprobe zu gewährleisten, wurde unter anderem die geographische Verteilung der SNICAS- Ärzte im Vergleich zur Ärzteverteilung des Bundesregisters verglichen, sowie die Effekte bei der Nominierung und Gewinnung der Studienärzte untersucht.

Für die Gewinnung der Studienärzte wurde auf das aktuelle Bundesärztereister des Instituts für Medizinische Statistik (IMS) zurückgegriffen. Im Jahr 2001 konnten 68.583 API-Ärzte (Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und Internisten) registriert werden. Für die Durchführung der Studie wurde auf die Außendienstmitarbeiter des Pharmaunternehmens GlaxoSmithKline, Co-Förderer der Studie, zurückgegriffen. Bei der Rekrutierung der teilnehmenden Ärzte bestand die Gefahr, dass sich den Studienmonitoren bekannte Ärzte eher für die Studie rekrutieren ließen als unbekannte, beziehungsweise, dass Ärzte, die Raucherentwöhnungen in ihren Praxen durchführen, größeres Interesse an der Studie zeigten als Ärzte, die keine spezifische Erfahrung in Tabakentwöhnung haben. Der Vergleich der geographischen Verteilung von API-Ärzten (Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Internisten) im Bundesregister (2001) mit der ersten gezogenen Stichprobe von 1075 SNICAS- Ärzten und der endgültigen Stichprobe von 871 (für 18 Arztpraxen fehlten die Werte aus dem Vorfagebogen) Ärzten bei der Stichtagserhebung zeigte allerdings

keine wesentlichen Unterschiede [33]. In allen drei Stichproben stimmte der Arztanteil mit dem jeweiligen Arztanteil der einzelnen Bundesländern überein (siehe Abbildung 66).

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

Abbildung 66: Geographische Verteilung von API-Ärzten und SNICAS-Ärzten [33]

5.1.2 Repräsentativität der Patientenstichprobe

Am Stichtag (07. Mai 2002) sollten die Ärzte und das Praxispersonal der teilnehmenden Praxen jeden Patienten über die Studie informieren und deren Einverständnis an der Teilnahme erbitten. Nur in 2% der Fälle verweigerten die Patienten die Teilnahme an der Studie. Ca 40 % der am Stichtag in den Arztpraxen befindlichen Patienten konnten aus logistischen Gründen wie z.B. durch hohe Arbeitsbelastung der Praxen nicht rekrutiert werden. Eine systematische Vorauswahl der teilnehmenden Patienten sollte vermieden werden. Die Hypothese, dass Ärzte und Personal eine bestimmte Auswahl von Patienten mit spezifischen Merkmalen vorgenommen haben wurde überprüft, indem Patientenmerkmale in Praxen mit hoher Ausschöpfungsrate mit denen von Arztpraxen mit geringer Ausschöpfungsrate verglichen wurden. Hierbei konnten keine spezifischen Unterschiede festgestellt werden [33].

Letztlich konnten 7.984 Patienten für die Studie gewonnen werden.

5.1.3 Reliabilität der Erhebungsinstrumente

Um die Testgüte in Bezug auf Validität, Reliabilität und Objektivität zu gewährleisten, wurden standardisierte diagnostische Erhebungsinstrumente verwendet. Der Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit [29] und die Items zur Beurteilung der Veränderungsmotivation [20] [38] sowie das CIDI-Modul für Nikotinabhängigkeit [48, 86] sind bereits auf ihre Reliabilität untersucht worden.

Allerdings können insbesondere Messfehler in Bezug auf das persönliche Rauchverhalten der Patienten aufgetreten sein, da davon ausgegangen werden muss, dass aufgrund der „sozialen Erwünschtheit“, bzw. durch verdrängte Erinnerungen nicht immer wahre Angaben gemacht wurden.

Für die Auswertung konnten 6% aller Patienten- und Arztfragebögen nicht verwendet werden, da sie unvollständig ausgefüllt waren [33].

5.2 Diskussion der Ergebnisse

5.2.1 Tabakentwöhnung bei aktuellen Rauchern

Von 8.490 Patienten der SNICAS- Studie, die angaben, aktuell zu rauchen, liegen von 7.984 Patienten Angaben vor, ob der Arzt jemals versucht hatte, eine Raucherentwöhnung durchzuführen. Bei nur 778 Patienten (9,7%) wurde eine Raucherentwöhnung durch den Hausarzt versucht. Allerdings ist bekannt, dass ohne professionelle Hilfe oder Einsatz von anerkannten Methoden die Tabakentwöhnung nur selten zum Erfolg führt [34, 39]. Lediglich 7,3% der Raucher ohne Intervention bleiben für mehr als 10 Monate abstinent [3].

Vor dem Hintergrund der oben genannten Ergebnisse sowie der Tatsache, dass die Mehrheit der Primärärzte der Tabakentwöhnung eine eher große bzw. sehr große Bedeutung zuschreiben [32], erstaunt dieses geringe Ergebnis an durchgeführter Tabakentwöhnung von deutschen Hausärzten.

Die Auswertung der SNICAS-Daten bezüglich aktuell indizierter Maßnahmen zur Tabakentwöhnung ergab, dass als Therapiemaßnahme die Beratung mit 25,4% am häufigsten als indiziert gesehen wird, gefolgt von der Verhaltenstherapie (12,5%) und der Anwendung von Bupropion (11,9%). Mit nur 5,3% sehen die Ärzte eine Indikation zu Nikotinersatzstoffen. Die Indikation zur Überweisung an einen Spezialisten erfolgt in nur 1,4 % der Fälle.

Studien anderer europäischer Staaten wie in Dänemark und Großbritannien [46, 53, 54], zeigen, dass dort insbesondere Interventionen Anwendung finden, die wenig zeitintensiv sind. Das sind vor allem medikamentöse Interventionen, wie z.B. die Anwendung von Bupropion und Nikotinersatzstoffen. Eine Überweisung an einen Spezialisten zur Tabakentwöhnung findet wie in Deutschland ebenfalls nur in sehr geringem Ausmaß statt. Die Effektivität von Nikotinersatzstoffen und Medikamenten wie Bupropion wurde in den letzten Jahren in vielen Studien untersucht und in mehreren Metaanalysen [22, 77, 87] zusammengefasst. Nikotinersatzstoffe können den Prozess der Tabakentwöhnung unterstützen und erleichtern [76] und Medikamente wie Bupropion können die Abstinenzraten bei der Tabakentwöhnung im Vergleich zur Placebogruppe ohne Bupropion deutlich steigern [1].

Es konnte aber auch belegt werden, dass die Beratung eine durchaus effektive Methode ist. Allein der ärztliche Rat mit dem Rauchen aufzuhören kann die Abstinenzraten der Patienten steigern [22, 49].

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die höchsten Abstinenzraten unter Kombination von mehreren Tabakentwöhnungsmethoden und einer Verhaltenstherapie erzielt werden [5, 22, 42, 77]. Für den Hausarzt ist wichtig, dass er Behandlungsmethoden zu Verfügung stellt [22], den Patienten zum Rauchstopp motiviert und gegebenenfalls eine Überweisung an den Spezialisten vornimmt [56, 74, 84].

5.2.2 Patientenmerkmale bei durchgeführter Tabakentwöhnung

Die SNICAS- Studie zeigt, dass bei Männern und Frauen gleich häufig eine Raucherentwöhnung durchgeführt wurde. Die Frage, ob die Raucherentwöhnungsrate abhängig vom Geschlecht ist, wurde bereits in vielen Studien ausführlich diskutiert. Letztendlich konnte festgestellt werden, dass sich die Raucherentwöhnungsrate unter älteren Frauen und Männern angleicht, Frauen erzielen im gebärfähigen Alter und Männer im mittleren Alter deutlich höhere Raten als die jeweils gegengeschlechtliche Vergleichsgruppe [39]. In der SNICAS- Studie wurden insbesondere ältere Personen häufiger einer Tabakentwöhnung zugeführt als junge Personen. Verwitwete und pensionierte Personen waren ebenfalls häufiger mit einer Tabakentwöhnung assoziiert. Letzteres Ergebnis muss unter dem Aspekt der Altersverteilung bewerten werden, da verwitwete und pensionierte Personen in der Regel ein höheres Lebensalter erreicht haben und somit eher in den Bereich der älteren Personen fallen.

Bei dem Versuch, Prädiktoren für eine erfolgreiche Tabakabstinenz zu finden [25, 69], konnte auch in anderen Studien festgestellt werden, dass insbesondere ältere Raucher, wahrscheinlich auf Grund ihres höheren Gesundheitsbedürfnisses[13], motivierter sind mit dem Rauchen auf zu hören und damit auch eher auf das Angebot einer Tabakentwöhnung beim Hausarzt ansprechen.

Bedauerlich ist, dass nur 4,5 % der 16-19 Jährigen in der SNICAS- Studie eine Raucherentwöhnung erhalten, vor allem in Anbetracht der Tatsache, dass Jugendliche insbesondere dann erfolgreich abstinent bleiben, solange noch keine Nikotinabhängigkeit eingetreten ist [72]. Spezielle Programme zur Tabakentwöhnung und Rauchprävention bei Jugendlichen sind nötig [8, 17, 26, 52], insbesondere im Hinblick auf die Tatsache, dass das Einstiegsalter immer niedriger wird und die Raucherzahlen insbesondere unter den weiblichen Jugendlichen [62] weiterhin zunehmen.

Patienten, die nach den DSM-IV Kriterien als abhängig gelten, über 20 Zigaretten täglich oder seit mehr als 20 Jahren, öfter oder regelmäßig rauchen, erhalten nach den Daten der SNICAS- Studie häufiger eine Therapie als Patienten, die diese Kriterien nicht erfüllen.

Große Studien in Amerika und Kanada über Prädiktoren bei der Tabakentwöhnung konnten jedoch zeigen, dass insbesondere die Tabakabhängigkeit einen negativen Einfluss auf die Abstinenzraten nimmt [35, 36] und abhängige Personen mit einem hohen täglichen Tabakkonsum nach einer Tabakentwöhnung seltener erfolgreich abstinent bleiben als nicht abhängige Personen. Besonders erfolgreich waren demnach männliche und ältere Personen, die einen niedrigen täglichen Zigarettenkonsum sowie eine kürzere Raucheranamnese vorwiesen [36]. Um die Effektivität einer Tabakentwöhnung zu steigern, sollten von den Hausärzten insbesondere Patienten angesprochen werden, die nach den DSM- IV Kriterien noch nicht als abhängig gelten, eine kurze Raucheranamnese aufweisen und einen niedrigen täglichen Zigarettenkonsum haben.

Nach den Daten der SNICAS- Studie erhalten Patienten, die aus eigener Motivation noch keinen Aufhörversuch unternommen haben, nur mit 8,1% eine Tabakentwöhnung, Patienten hingegen, die bereits vier Aufhörversuche gemacht haben, erhalten mit 16,1% deutlich häufiger eine Tabakentwöhnung. Auch andere Studien konnten zeigen, dass Raucher, deren Aufhörversuche bisher vergeblich waren, doppelt so häufig Hilfsmaßnahmen in Anspruch nahmen als erfolgreiche Aufhörer [47], d.h. die Bereitschaft Hilfsmaßnahmen durch den Hausarzt anzunehmen, steigt mit der Anzahl an gescheiterten Tabakentwöhnungsversuchen. Raucher benötigen in der Regel 5-7 Aufhörversuche bis sie letztendlich erfolgreich abstinent bleiben [80].

Betrachtet man hingegen die Anzahl vorliegender Erkrankungen, kann man feststellen, dass die Häufigkeit einer Raucherentwöhnung stark mit der steigenden Anzahl von Erkrankungen assoziiert ist. Wenn der Patient nach eigenen Angaben an mehr als zwei Krankheiten leidet, wurde mit 12,8% eine Raucherentwöhnung durchgeführt. Weist der Patient nach Angaben des Arztes mehr als vier Krankheiten auf, wurde mit 21,3% eine Tabakentwöhnung durchgeführt. Letztendlich bleibt offen, ob die Hausärzte erst zu diesem Zeitpunkt die Dringlichkeit einer Tabakentwöhnung erkennen oder ob sie sich die gesteigerte Motivation zum Rauchstopp zu nutze machen, die stark mit dem körperlichen Befinden und dem Vorliegen nikotinabhängiger Erkrankungen assoziiert ist [15, 16].

Interessant ist ebenfalls, dass die durchgeführte Tabakentwöhnung stets abhängig ist von der Änderungsmotivation und der Aufgeschlossenheit des Patienten für eine Raucherentwöhnung. Lediglich 7,8% der rauchenden Patienten erhalten eine Tabakentwöhnung, wenn sie sich im Stadium der Absichtslosigkeit befinden, 12,7 % im Stadium der Absichtsbildung und 14,4% im Stadium der Vorbereitung. Die Bereitschaft

und der Erfolg eines Rauchstoppversuchs hängt wesentlich von der Stufe der Änderungsmotivation ab [71].

5.2.3 Arztmerkmale bei durchgeführter Tabakentwöhnung

Im Vergleich der Fachrichtungen konnte kein wesentlicher Unterschied zwischen Praktischem Arzt, Allgemeinarzt und Internist festgestellt werden. Gaben die Ärzte einen Schwerpunkt ihrer Praxis an, so konnte festgestellt werden, dass vor allem Ärzte mit dem Schwerpunkt Pneumologie Raucherentwöhnungen veranlassten. Dies stimmt auch mit den Ergebnissen einer Studie in Dänemark überein [46]. Hierbei muss davon ausgegangen werden, dass vor allem die Pneumologen mit den typischen Folgekrankheiten des Rauchens konfrontiert werden. Allerdings messen die Hausärzte in Deutschland der Raucherentwöhnung generell eine sehr große Bedeutung zu und halten diese für wichtig [57].

Weiterhin konnte festgestellt werden, dass die Ärzte, die in den letzten 12 Monaten zum Thema Tabakentwöhnung an Weiterbildungen teilgenommen haben, häufiger Raucherentwöhnungen durchführten als Ärzte, die an keiner Weiterbildung teilgenommen haben. Die fachliche Kompetenz im Bereich der Tabakentwöhnung ist wichtig [75], da die Anwendung von intensiven Interventionen einen stärkeren Effekt auf die Rauchstopprate hat [49] als der alleinige ärztliche Rat. Das gezielte und effektive Durchführen einer Tabakentwöhnung beim Hausarzt setzt die Kenntnis über Abhängigkeitskriterien voraus. Allerdings werden diese nur von einem geringen Anteil deutscher Hausärzten erkannt [57]. Neben der bei Weiterbildungen vermittelten fachlichen Kompetenz ist insbesondere wichtig, dass Ärzte die diagnostischen Kriterien für eine Nikotinabhängigkeit kennen, und damit häufiger eine Tabakentwöhnung durchführen.

5.2.4 Indizierte Tabakentwöhnungsmaßnahmen in Abhängigkeit von Patienten- und Arztmerkmalen

Bei keiner der untersuchten Raucherentwöhnungstherapien konnte ein Unterschied hinsichtlich der Indikation zwischen Frauen und Männern festgestellt werden. Das Alter beeinflusst die Auswahl der therapeutischen Maßnahme zur Raucherentwöhnung. Pharmakologische Tabakentwöhnungsmaßnahmen finden unter Jugendlichen generell nur gering Anwendung [17]. Die Indikation für Bupropion liegt nach den Daten der SNICAS-

Studie in dieser Altersstufe (16-19 Jahren) nur bei 4%, wohingegen in der Altersgruppe der 50-59 Jährigen die Indikation bei 14,8% gesehen wird. Sowohl bei Bupropion wie auch bei den Nikotinersatzstoffen liegt der Anteil in den jüngeren Altersgruppen, bei denen diese Therapiemaßnahmen Anwendung finden sollen, sehr niedrig.

Großen Einfluss auf die Indikation jeglicher therapeutischer Maßnahmen nehmen eine hohe Anzahl von Rauchstoppversuchen, hoher täglicher Zigarettenkonsum (>11 Zigaretten) und Tabakabhängigkeit (nach DSM-V), ein reduzierter Gesundheitszustand (>4 Erkrankungen), aber auch Änderungsmotivation und Aufgeschlossenheit des Patienten gegenüber einer Raucherentwöhnung. In der Literatur konnten für eine erfolgreiche und längerfristige Tabakabstinenz folgende Prädiktoren ausfindig gemacht werden: höheres Alter, hohe Änderungsmotivation, niedriges Abhängigkeitslevel, höherer Sozialstatus und geringe Zeit, die mit Rauchen verbracht wird [41, 69]. Da abhängige Raucher am wenigsten von selbst einen Rauchstopp beginnen und längerfristig abstinent bleiben, müssen Therapiemaßnahmen geschaffen werden, die diese Patientengruppe ansprechen [78].

Auf der Suche nach Prädiktoren für eine erfolgreiche Tabakentwöhnung mittels Bupropion konnten in der vorliegenden Arbeit keine Patientenmerkmale ermittelt werden, die sich ausschließlich mit der Indikation zu Bupropion assoziieren ließen. Auch in der Literatur konnten keine Prädiktoren ausfindig gemacht werden, die erkennen ließen, dass einzelne Subgruppen mehr von einer Therapie mit Bupropion profitierten als andere [2]. An der Effektivität von Bupropion in der Tabakentwöhnung besteht allerdings kein Zweifel [1, 2]. Auch für die anderen untersuchten Tabakentwöhnungsmaßnahmen wie Nikotinersatzstoffe, Verhaltenstherapie und Beratung konnten keine Patientenmerkmale ermittelt werden, die sich in besonderen Maße mit der Indikation einer speziellen Tabakentwöhnung assoziieren ließen.

Patientenmerkmale, die mit der Anwendung von Nikotinpflastern assoziiert werden, sind hauptsächlich Patientenmerkmale [25], die sich nicht wesentlich von denen aller anderen Tabakentwöhnungstherapien unterscheiden und somit mit den Ergebnissen vorliegender Arbeit übereinstimmen. Fest steht, dass Nikotinersatzstoffe bei noch nicht zum Aufhören motivierten Rauchern die tägliche Zigarettenanzahl reduzieren können und die Abstinenzraten bei aufhöbereiten Rauchern im Vergleich zum Placebo deutlich steigert [7]. Beratung und Verhaltenstherapie sind zusätzlich sinnvoll um auf lange Zeit eine erfolgreiche Abstinenz zu gewährleisten [12].

Bezüglich der untersuchten Arztmerkmale konnte nicht festgestellt werden, dass sich bestimmte Arztmerkmale nur mit einer spezifischen Maßnahme der Tabakentwöhnung assoziieren ließen. Der Besuch einer Weiterbildung im Bereich Tabakentwöhnung war bei allen Tabakentwöhnungsmaßnahmen stark mit der Indikation einer Tabakentwöhnung assoziiert. Vor allem die seit kurzem verfügbaren effektiveren medikamentösen und nicht medikamentösen Therapien, sowie Präventivmaßnahmen und Aufklärungskampagnen lassen ohne spezifische Weiterbildungen eine deutliche Kompetenzlücke entstehen. Die Indikation zur Beratung nimmt mit steigender Anzahl an Praxisjahren ab und lässt hinsichtlich der hohen Rückfallquoten eine gewisse Frustration erahnen [5].

5.3 Schlussfolgerung

Die in der SNICAS- Studie erhobenen Daten liefern ein Querschnittsbild der aktuellen Situation von Tabakentwöhnungstherapien und Indikation zur Raucherentwöhnung im primärärztlichen Versorgungsbereich in Deutschland.

Die professionelle Unterstützung mittels medikamentöser Therapieprogramme gekoppelt an eine Verhaltenstherapie und begleitende Beratung ist wichtig, da nur so die ohnehin hohen Rückfallquoten [3] minimiert werden können. Die Tabakentwöhnung beim Hausarzt ist sinnvoll, da meist über mehrere Jahre ein enger Kontakt zu den Patienten besteht und der Hausarzt frühzeitig auf Erkrankungen hinweisen kann, die Folgen des Tabakkonsums sind. Es konnte gezeigt werden, dass die Motivation zum Rauchstopp deutlich mit dem Vorliegen von tabakassoziierten Krankheiten korreliert [16].

Dennoch sollte eine Tabakentwöhnung nicht erst stattfinden, wenn bereits, wie in der SNICAS- Studie ermittelt, eine Reihe von Erkrankungen vorliegen, sondern im besten Fall bereits vor der Tabakabhängigkeit, da die Tabakabhängigkeit maßgeblich den Erfolg der Tabakentwöhnung minimiert [10, 40]. Folglich ist es Aufgabe des Hausarztes, Patienten anzusprechen, die erst seit kurzer Zeit regelmäßig rauchen, eine kurze Raucheranamnese aufweisen und einen niedrigen täglichen Zigarettenkonsum haben. Dies trifft insbesondere auf die jungen Patienten zu, die besonders selten eine Tabakentwöhnung beim Hausarzt erhalten.

In Anbetracht der hohen Rückfallquoten [34], auch unter verbesserter Planung und Abstimmung von Therapiemaßnahmen, sowie medizinischer Versorgung muss vor allem die Prävention gefördert werden, so dass eine Tabakabhängigkeit erst gar nicht entsteht.

Mit dem Inkrafttreten des Nichtraucherschutzgesetzes in den meisten deutschen Bundesländern wird neben dem Schutz von Nichtrauchern auch ein weiterer Meilenstein im Bereich der Prävention gesetzt.

Neben den erhobenen Daten aus dem Bereich der Patientenmerkmale ist unter den Arztmerkmalen erkenntlich, dass regelmäßige Weiterbildungen im Bereich der Tabakentwöhnung wichtig sind. Fortbildungen vermitteln nicht nur Kompetenz im Bereich der unterschiedlichen Therapiemaßnahmen, sondern gewährleisten auch eine regelmäßige Sensibilisierung der Hausärzte zum Thema Tabakentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung. Zusätzliches Ziel der Fortbildungen sollte sein, Barrieren bei der Anwendung von medikamentösen Therapien abzubauen, die vor allem auf Angst vor unerwünschten Nebenwirkungen basieren [81].

Auf der Suche nach Prädiktoren für Patienten- und Arztmerkmale, die sich mit der Indikation einer bestimmten Tabakentwöhnung assoziieren lassen, konnten keine Merkmale ermittelt werden, die nur auf eine bestimmte Tabakentwöhnungsmaßnahme zutreffen. Wichtig ist, dass der Hausarzt seinen Patienten Tabakentwöhnungstherapien anbietet [8, 79], denn angebotene Tabakentwöhnungen durch den Hausarzt werden durchaus von einem Großteil der Raucher in Anspruch genommen [24]. Insbesondere die Anwendung von Nikotinersatzstoffen und Bupropion ist neben der Verhaltenstherapie und der Beratung sinnvoll, da sie die Tabakabstinenzraten deutlich steigern kann [11, 42, 67, 68].

6. Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund:

Im Bereich der Tabakentwöhnung bestehen inzwischen solide Erkenntnisse über Effektivität einzelner therapeutischer Maßnahmen und deren Kombination. Dennoch ist die Inanspruchnahme vorhandener Entwöhnungstherapien bzw. die Durchführung durch den Hausarzt sehr gering. Den Hausärzten wird auf Grund ihrer „gatekeeper“-Funktion eine besondere Rolle in Präventiv- wie auch Therapiemaßnahmen zugeschrieben. Um die Tabakentwöhnung vor allem im primärärztlichen Bereich weiter zu etablieren, ist es wichtig, die Wissenslücken bezüglich der differentiellen Indikation einzelner Therapiemaßnahmen zu schließen.

Fragestellung:

Welche Patienten- und Arztmerkmale lassen sich mit der Durchführung und Indikation von Raucherentwöhnungstherapien assoziieren?

Methode:

SNICAS („Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening“) beruht auf einem zweistufigen, epidemiologischen Studiendesign, an das sich in einer dritten Stufe eine klinische Interventionsstudie anschloss. In der Stufe I wurden 889 Ärzte (Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und Internisten) hinsichtlich ihrer Erfahrung und Einstellung zu Raucherentwöhnung charakterisiert. In der Stufe II wurde an einem Stichtag in diesen Praxen eine epidemiologische Querschnittserhebung mittels Patientenfragebogen mit 28.707 Patienten durchgeführt. Daran schloss sich bei jedem Patienten eine Arztbeurteilung an, die Daten über Rauchstatus, Gesundheitszustand und stattgefundene Interventionen lieferte.

Ergebnisse:

Es konnte gezeigt werden, dass unter den in der SNICAS- Studie untersuchten Rauchern zu 9,7% eine Tabakentwöhnung durch den Hausarzt durchgeführt wurde. Dabei wurden als Therapiemaßnahmen insbesondere die Beratung und Verhaltenstherapie angewandt, in wesentlich geringerem Ausmaß fand die Anwendung von medikamentösen Therapien mit Bupropion und Nikotineratzstoffen statt. Das Geschlecht der untersuchten rauchenden Patienten nahm keinen Einfluss auf die Durchführung und Indikation einer Raucherentwöhnung. Großen Einfluss auf die Indikation und Durchführung jeglicher therapeutischer Maßnahmen nahmen eine hohe Anzahl von Rauchstoppversuchen, hoher täglicher Zigarettenkonsum, Tabakabhängigkeit, ein reduzierter Gesundheitszustand sowie

Änderungsmotivation und Aufgeschlossenheit des Patienten gegenüber einer Raucherentwöhnung.

Hinsichtlich der Arztmerkmale wurde festgestellt werden, dass kein Unterschied in Bezug auf die Fachrichtung (Internist, Allgemeinarzt, Praktischer Arzt) besteht. Ärzte mit der Teilnahme an Weiterbildungen erkennen die Indikation zur Raucherentwöhnung häufiger als Ärzte ohne Weiterbildung. Es konnten keine bestimmten Patienten- und Arztmerkmale ermittelt werden, die sich nur mit der Indikation für eine spezielle Tabakentwöhnungsmaßnahme assoziieren ließen. Auffallend war, dass die Anwendung von medikamentösen Therapien unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen besonders niedrig ausfiel.

Schlussfolgerung:

Um den hohen Raucherzahlen unter den jungen Erwachsenen entgegen zu wirken, ist es wichtig, dass bereits den jungen Patienten frühzeitig eine Raucherentwöhnung angeboten wird. Da die Tabakabhängigkeit der limitierende Faktor in der längerfristig erfolgreichen Tabakabstinenz ist, ist es wünschenswert, wenn Hausärzte die Indikation einer Raucherentwöhnung auch dann erkennen, solange noch keine Tabakabhängigkeit vorliegt, bzw. beträchtliche gesundheitliche Folgeschäden aufgetreten sind.

Um das Bewusstsein für die Rauchproblematik zu stärken und auch die Handlungskompetenz in der Raucherentwöhnung im primärärztlichen Bereich zu schulen, sind Fortbildungen in diesem Bereich in regelmäßigen Abständen wichtig. Insbesondere die geschulte Anwendung von Nikotinersatzstoffen oder Bupropion in Kombination mit einer Verhaltenstherapie und Beratung ist sinnvoll, da diese die ohnehin hohen Rückfallquoten deutlich minimieren können.

Die Motivation zur Veränderung des Rauchverhaltens ist ein zentraler Punkt in der angestrebten Nikotinabstinenz. Der Hausarzt hat durch seinen meist langjährigen vertrauensvollen Kontakt die Möglichkeit frühzeitig auf tabakbezogene Erkrankungen hinzuweisen und die Patienten zum Rauchstopp zu motivieren. Ein breites Spektrum an Möglichkeiten erlaubt dem Hausarzt eine individuelle und damit auch möglichst erfolgreiche Therapie.

7. Anhang

7.1 Literaturverzeichnis

1. Ahluwalia JS, Harris KJ, Catley D, Okuyemi KS, Mayo MS. Sustained-release bupropion for smoking cessation in African Americans: a randomized controlled trial. *Jama* **2002**;288:468-474
2. Aubin HJ, Lebagry F, Berlin I, Bidaut-Mazel C, Chemali-Hudry J, Lagrue G. Efficacy of bupropion and predictors of successful outcome in a sample of French smokers: a randomized placebo-controlled trial. *Addiction* **2004**;99:1206-1218
3. Baillie AJ, Mattick RP, Hall W. Quitting smoking: estimation by meta-analysis of the rate of unaided smoking cessation. *Aust J Public Health* **1995**;19:129-131
4. Balfour DJ. The neurobiology of tobacco dependence: a commentary. *Respiration* **2002**;69:7-11
5. Batra A. [Tobacco dependence--evidence-based treatment strategies]. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* **2002**;96:281-286
6. Batra A, Buchkremer G. [Smoking cessation with the nicotine patch]. *Z Arztl Fortbild (Jena)* **1995**;89:505-509
7. Batra A, Klingler K, Landfeldt B, Friederich HM, Westin A, Danielsson T. Smoking reduction treatment with 4-mg nicotine gum: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Clin Pharmacol Ther* **2005**;78:689-696
8. Batra V, Patkar AA, Weibel S, Leone FT. Tobacco smoking as a chronic disease: notes on prevention and treatment. *Prim Care* **2002**;29:629-648
9. Benowitz NL. Nicotine addiction. *Prim Care* **1999**;26:611-631
10. Breslau N, Johnson EO, Hiripi E, Kessler R. Nicotine dependence in the United States: prevalence, trends, and smoking persistence. *Arch Gen Psychiatry* **2001**;58:810-816
11. Buchkremer G, Minneker E. Efficiency of multimodal smoking cessation therapy combining transdermal nicotine substitution with behavioral therapy. *Methods Find Exp Clin Pharmacol* **1989**;11:215-218
12. Buchkremer G, Minneker E, Block M. Smoking-cessation treatment combining transdermal nicotine substitution with behavioral therapy. *Pharmacopsychiatry* **1991**;24:96-102
13. Bühler A, Metz K, Kröger C. Vergleich von Teilnehmern an Tabakentwöhnungskursen in unterschiedlichen Settings - Welche Implikationen ergeben sich für eine Tabakentwöhnung? *Suchtmed* **2004**;6:52-60

14. Clarke PB. Mesolimbic dopamine activation--the key to nicotine reinforcement? *Ciba Found Symp* **1990**;152:153-162; discussion 162-158
15. Coleman T, Barrett S, Wynn A, Wilson A. Comparison of the smoking behaviour and attitudes of smokers who believe they have smoking-related problems with those who do not. *Fam Pract* **2003**;20:520-523
16. Curry SJ, Grothaus L, McBride C. Reasons for quitting: intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a population-based sample of smokers. *Addict Behav* **1997**;22:727-739
17. Curry SJ, Sporer AK, Pugach O, Campbell RT, Emery S. Use of tobacco cessation treatments among young adult smokers: 2005 National Health Interview Survey. *Am J Public Health* **2007**;97:1464-1469
18. Deutschland SB. 305 Millionen Zigaretten werden pro Tag geraucht. In: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2005/05/PD05_238_734psml, Stand: 11.12.2007
19. Deutschland SB. Jeder Vierte über 15 Jahr raucht regelmäßig. In: <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm/2000/p2760091htm>, Stand: 11.12.2007
20. DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol* **1991**;59:295-304
21. Dybing E, Sanner T. [Nicotine dependence--medico-biological aspects]. *Tidsskr Nor Laegeforen* **2002**;122:302-305
22. Fiore MC. US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respir Care* **2000**;45:1200-1262
23. Fiore MC, Baker TB. Smoking cessation treatment and the good doctor club. *Am J Public Health* **1995**;85:161-163
24. Fiore MC, McCarthy DE, Jackson TC, Zehner ME, Jorenby DE, Mielke M, Smith SS, Guiliani TA, Baker TB. Integrating smoking cessation treatment into primary care: an effectiveness study. *Prev Med* **2004**;38:412-420
25. Gourlay SG, Forbes A, Marriner T, Pethica D, McNeil JJ. Prospective study of factors predicting outcome of transdermal nicotine treatment in smoking cessation. *Bmj* **1994**;309:842-846
26. Grimshaw GM, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev* **2006**:CD003289
27. Groman E, Fagerstrom K. Nicotine dependence: development, mechanisms, individual differences and links to possible neurophysiological correlates. *Wien Klin Wochenschr* **2003**;115:155-160

28. Hausteil KO. [Antidepressive drug against nicotine. A method for smoking cessation]. *MMW Fortschr Med* **2000**;142:44-46
29. Heatheron TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* **1991**;86:1119-1127
30. Hilgers RD, Bauer P, Scheiber V. *Einführung in die Medizinische Statistik*. Berlin: Springer, **2000**:217-240
31. Hoch E, Franke A, Sonntag H, Jahn B, Mühlig S, Wittchen HU. Raucherentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung - Chance oder Fiktion. *Suchtmed* **2004**;6:47-51
32. Hoch E, Muehlig S, Hofler M, Lieb R, Wittchen HU. How prevalent is smoking and nicotine dependence in primary care in Germany? *Addiction* **2004**;99:1586-1598
33. Hoch E, Mühlig S, Höfler M, Sonntag H, Pittrow D, Wittchen HU. Raucherentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung: Ziele, Design und Methoden der "Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening (SNICAS)"- Studie. *Suchtmed* **2004**;6:32-46
34. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, Valliere WA, Cruser K, Pepper S, Shea P, Solomon LJ, Flynn BS. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol* **1992**;11:331-334
35. Hyland A, Li Q, Bauer JE, Giovino GA, Steger C, Cummings KM. Predictors of cessation in a cohort of current and former smokers followed over 13 years. *Nicotine Tob Res* **2004**;6 Suppl 3:S363-369
36. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TF, Hartwell TD. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control* **1997**;6 Suppl 2:S57-62
37. Jackson G, Bobak A, Chorlton I, Fowler G, Hall R, Khimji H, Matthews H, Stapleton J, Steele C, Stillman P, Sutherland G, Swanton RH. Smoking cessation: a consensus statement with special reference to primary care. *Int J Clin Pract* **2001**;55:385-392
38. Jäkle C. KS, Baum E. & Basler HD. Skalen zur Selbstwirksamkeit und Entscheidungsbalance im Prozess der Verhaltensänderung von Rauchern. *Diagnostica* **1999**;45 (3):138-146
39. Jarvis MJ. Patterns and Predictors of Smoking Cessation in the General Population. In: *The Tobacco Epidemic Progress in respiratory research*. Basel: Karger, **1997**:151-164
40. John U, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ. Nicotine dependence and lifetime amount of smoking in a population sample. *Eur J Public Health* **2004**;14:182-185

41. John U, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U. Relation among stage of change, demographic characteristics, smoking history, and nicotine dependence in an adult German population. *Prev Med* **2003**;37:368-374
42. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, Smith SS, Muramoto ML, Daughton DM, Doan K, Fiore MC, Baker TB. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* **1999**;340:685-691
43. Junge B, Nagel M. [Smoking behavior in Germany]. *Gesundheitswesen* **1999**;61 Spec No:S121-125
44. Junge B, Thamm M. Tabak- Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Neuland, ed. *Jahrbuch Sucht*. Geesthacht: DHS, **2003**:34-61
45. Khurana S, Batra V, Patkar AA, Leone FT. Twenty-first century tobacco use: it is not just a risk factor anymore. *Respir Med* **2003**;97:295-301
46. Kotz D, Wagena EJ, Wesseling G. Smoking cessation practices of Dutch general practitioners, cardiologists, and lung physicians. *Respir Med* **2007**;101:568-573
47. Kröger C, Heppekausen K, Kraus L. Epidemiologie des Tabakkonsums und die Situation der Raucherentwöhnung in Deutschland *Z Med Psychol* **2002**;11:149-155
48. Lachner GW, H.U. *Das Composite International Diagnostic Interview Substance Abuse Module (CIDI-SAM)*. Stuttgart: Gustav Fischer, **1996**
49. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* **2004**:CD000165
50. Le Houezec J. Role of nicotine pharmacokinetics in nicotine addiction and nicotine replacement therapy: a review. *Int J Tuberc Lung Dis* **2003**;7:811-819
51. Lebargy F. [Nicotine dependence]. *Rev Pneumol Clin* **2000**;56:177-183
52. Marshall L, Schooley M, Ryan H, Cox P, Easton A, Heaton C, Jackson K, Davis KC, Homs G. Youth tobacco surveillance--United States, 2001-2002. *MMWR Surveill Summ* **2006**;55:1-56
53. McEwen A, West R, Owen L. General Practitioners' views on the provision of nicotine replacement therapy and bupropion. *BMC Fam Pract* **2001**;2:6
54. McEwen A, West R, Owen L. GP prescribing of nicotine replacement and bupropion to aid smoking cessation in England and Wales. *Addiction* **2004**;99:1470-1474
55. Meyer C, Rumpf H, Hapke U, John U. Inanspruchnahme von Hilfen zur Erlangung der Nikotinabstinenz. *Sucht* **2000**;6:398-407
56. Montalto NJ. Recommendations for the treatment of nicotine dependency. *J Am Osteopath Assoc* **2002**;102:342-348

57. Muehlig S, Hoch E, Hoefler M, Pittrow D, Wittchen HU. Aims, design and methods of the Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening (SNICAS) study. *Int J Methods Psychiatr Res* **2003**;12:208-228
58. Muehlig S, Nowak D. Neun Thesen zur Raucherentwöhnung. *Suchtmed* **2004**;6:88-90
59. Munteanu I, Didilescu C. [Nicotine addiction--diagnosis and treatment]. *Pneumologia* **2007**;56:151-156
60. Nelson CB, Wittchen HU. Smoking and nicotine dependence. Results from a sample of 14- to 24-year-olds in Germany. *Eur Addict Res* **1998**;4:42-49
61. Neubauer S, Welte R, Beiche A, Koenig HH, Buesch K, Leidl R. Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany: update and a 10-year comparison. *Tob Control* **2006**;15:464-471
62. Nowicka-Sauer K, Laska M, Sadlak-Nowicka J, Antkiewicz H, Bochniak M. Tobacco smoking problem in a group of 18-year-old high school students in the city of Gdansk--finding causes and preventive methods. *Adv Med Sci* **2006**;51 Suppl1:145-150
63. Okamura T, Toda N. Mechanism underlying nicotine-induced relaxation in dog saphenous arteries. *Eur J Pharmacol* **1994**;263:85-91
64. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C, Jr., Doll R. Mortality from smoking worldwide. *Br Med Bull* **1996**;52:12-21
65. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif* **1992**;28:183-218
66. Raupach T, Nowak D, Hering T, Batra A, Andreas S. [Smoking and pulmonary diseases, positive effects of smoking cessation]. *Pneumologie* **2007**;61:11-14
67. Richmond RL. Physicians can make a difference with smokers: evidence-based clinical approaches. Presentation given during the Symposium on Smoking Cessation at the 29th World Conference of the IUATLD/UICTMR and Global Congress on Lung Health, Bangkok, Thailand, 23-26 November 1998. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. *Int J Tuberc Lung Dis* **1999**;3:100-112
68. Richmond RL, Kehoe L. Ten-year survival outcome of the nicotine transdermal patch with cognitive behavioural therapy. *Aust N Z J Public Health* **2007**;31:282-285
69. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction* **1993**;88:1127-1135
70. Ruff LK, Volmer T, Nowak D, Meyer A. The economic impact of smoking in Germany. *Eur Respir J* **2000**;16:385-390

71. Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U, Dilling H, John U. [Stages of motivation to change in smokers of the general population]. *Gesundheitswesen* **1998**;60:592-597
72. Sargent JD, Mott LA, Stevens M. Predictors of smoking cessation in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* **1998**;152:388-393
73. Saß H, Wittchen, H.-U., Zaudig M. . *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe, **1996**
74. Schmidt LG. [Helping smokers kick the habit]. *MMW Fortschr Med* **2004**;146:34, 36, 38-39
75. Silagy C, Lancaster T, Gray S, Fowler G. Effectiveness of training health professionals to provide smoking cessation interventions: systematic review of randomised controlled trials. *Qual Health Care* **1994**;3:193-198
76. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* **2004**:CD000146
77. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* **1994**;343:139-142
78. Siqueira LM, Rolnitzky LM, Rickert VI. Smoking cessation in adolescents: the role of nicotine dependence, stress, and coping methods. *Arch Pediatr Adolesc Med* **2001**;155:489-495
79. Sutherland G. Smoking: can we really make a difference? *Heart* **2003**;89 Suppl 2:25-27; discussion 35-27
80. US Department of Health and Human Services. National trends in smoking cessation In: *The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*. Washington, DC: US Government Printing Office, **1990**:580-616
81. Vogt F, Hall S, Marteau TM. General practitioners' beliefs about effectiveness and intentions to prescribe smoking cessation medications: qualitative and quantitative studies. *BMC Public Health* **2006**;6:277
82. Wegner C, Gutsch A, Hessel F, Wasem J. [Smoking-attributable productivity loss in Germany--a partial sickness cost study based on the human capital potential method]. *Gesundheitswesen* **2004**;66:423-432
83. Welte R, König H-H, Leidl R. The costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. *European Journal of Public Health* **2000**;10:31-38
84. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. *Thorax* **2000**;55:987-999
85. WHO. Facts and figures about tobacco. In: <http://www.who.int/tobacco/framework/cop/en/index.html>, Stand: 11.12.2007

86. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review *Journal of Psychiatric Research* **1994**;28(1):57-84
87. Wu P, Wilson K, Dimoulas P, Mills EJ. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* **2006**;6:300
88. Zwar NA, Richmond RL. Role of the general practitioner in smoking cessation. *Drug Alcohol Rev* **2006**;25:21-26

7.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studiendesign SNICAS [33].....	7
Abbildung 2: Altersverteilung bei durchgeführten Tabakentwöhnungen, *TE = Tabakentwöhnung.....	14
Abbildung 3: Assoziation Familienstand bezüglich Tabakentwöhnung.....	15
Abbildung 4: Assoziation Beruf bezüglich Tabakentwöhnung.....	16
Abbildung 5: Assoziation Rauchstatus nach DSM-IV Kriterien bezüglich Tabakentwöhnung.....	16
Abbildung 6: Assoziation täglich gerauchter Zigaretten bezüglich Tabakentwöhnung.....	17
Abbildung 7: Assoziation Dauer seit erstmaligem öfterem Rauchen und Tabakentwöhnung.....	18
Abbildung 8: Assoziation Dauer seit erstmaligem regelmäßigem Rauchen und Tabakentwöhnung.....	19
Abbildung 9: Anzahl der Aufhörversuche assoziiert mit Tabakentwöhnung.....	19
Abbildung 10: Assoziation Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes bezüglich Tabakentwöhnung.....	20
Abbildung 11: Assoziation Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes bezüglich Tabakentwöhnung.....	21
Abbildung 12: Anzahl körperlicher Erkrankungen assoziiert mit Tabakentwöhnung.....	21
Abbildung 13: Assoziation zwischen Einschätzung der Rauchproblematik und Tabakentwöhnung.....	22
Abbildung 14: Assoziation zwischen Einschätzung der Aufgeschlossenheit eines Patienten gegenüber einer Tabakentwöhnung und Durchführung einer Tabakentwöhnung.....	23
Abbildung 15: Assoziation zwischen Stufen der Änderungsmotivation und Tabakentwöhnung.....	23
Abbildung 16: Häufigkeiten indizierter Tabakentwöhnungsmaßnahmen.....	26
Abbildung 17: Beratung assoziiert mit Patientenalter.....	27
Abbildung 18: Beratung assoziiert mit Familienstand.....	27
Abbildung 19: Beratung assoziiert mit Rauchstatus.....	28
Abbildung 20: Beratung assoziiert mit täglichem Zigarettenkonsum.....	28
Abbildung 21: Beratung assoziiert mit der Anzahl an Aufhörversuchen.....	29
Abbildung 22: Beratung assoziiert mit körperlichem Gesundheitszustand.....	30
Abbildung 23: Beratung assoziiert mit psychischem Gesundheitszustand.....	30
Abbildung 24: Beratung assoziiert mit der Anzahl an Erkrankungen.....	31
Abbildung 25: Beratung assoziiert mit der Einschätzung der Rauchproblematik.....	31
Abbildung 26: Beratung assoziiert mit der Einschätzung der Aufgeschlossenheit des Patienten für eine Tabakentwöhnung.....	32
Abbildung 27: Beratung assoziiert mit den Stufen der Änderungsmotivation.....	33
Abbildung 28: Beratung assoziiert mit der Anzahl der Jahre seit der Niederlassung.....	34
Abbildung 29: Verhaltenstherapie assoziiert mit Familienstand, * VT= Verhaltenstherapie.....	35
Abbildung 30: Verhaltenstherapie assoziiert mit Rauchstatus.....	35
Abbildung 31: Verhaltenstherapie assoziiert mit täglichem Zigarettenkonsum.....	36
Abbildung 32: Verhaltenstherapie assoziiert mit Aufhörversuchen.....	37
Abbildung 33: Verhaltenstherapie assoziiert mit körperlichem Gesundheitszustand.....	38
Abbildung 34: Verhaltenstherapie assoziiert mit psychischem Gesundheitszustand.....	38
Abbildung 35: Verhaltenstherapie assoziiert mit der Anzahl an vorliegenden Erkrankungen.....	39

Abbildung 36: Verhaltenstherapie assoziiert mit der Einschätzung der Rauchproblematik.....	40
Abbildung 37: Verhaltenstherapie assoziiert mit der Einschätzung der Aufgeschlossenheit des Patienten für eine Tabakentwöhnung	40
Abbildung 38: Verhaltenstherapie assoziiert mit Stufen der Änderungsmotivation	41
Abbildung 39: Bupropion assoziiert mit Patientenalter.....	43
Abbildung 40: Bupropion assoziiert mit Familienstand	44
Abbildung 41: Bupropion assoziiert mit Beruf	44
Abbildung 42: Bupropion assoziiert mit Rauchstatus	45
Abbildung 43: Bupropion assoziiert mit täglichem Zigarettenkonsum	46
Abbildung 44: Bupropion assoziiert mit der Dauer seit erstmaligem öfterem Rauchen	47
Abbildung 45: Bupropion assoziiert mit der Dauer seit erstmaligem regelmäßigem Rauchen	48
Abbildung 46: Bupropion assoziiert mit der Anzahl an Aufhörversuchen.....	48
Abbildung 47: Bupropion assoziiert mit der Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustands.....	49
Abbildung 48: Bupropion assoziiert mit der Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands	50
Abbildung 49: Bupropion assoziiert mit der Anzahl an vorliegenden Krankheiten.....	51
Abbildung 50: Bupropion assoziiert mit der Einschätzung der Rauchproblematik.....	51
Abbildung 51: Bupropion assoziiert mit der Einschätzung der Aufgeschlossenheit des Patienten für eine Tabakentwöhnung.....	52
Abbildung 52: Bupropion assoziiert mit den Stufen der Änderungsmotivation.....	53
Abbildung 53: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit Patientenalter, * NRT= Nicotine Replacement Therapy....	54
Abbildung 54: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit Familienstand.....	55
Abbildung 55: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit Beruf	56
Abbildung 56: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit Rauchstatus	56
Abbildung 57: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit durchschnittlichem Zigarettenkonsum.....	57
Abbildung 58: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit der Anzahl an Aufhörversuchen	58
Abbildung 59: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit körperlichen Gesundheitszustand	58
Abbildung 60: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit psychischem Gesundheitszustand.....	59
Abbildung 61: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit der Anzahl an Erkrankungen	60
Abbildung 62: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit der Einschätzung der Rauchproblematik	60
Abbildung 63: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit der Einschätzung der Aufgeschlossenheit des Patienten für eine Tabakentwöhnung	61
Abbildung 64: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit den Stufen der Änderungsmotivation	62
Abbildung 65: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit der Bedeutung der Raucherentwöhnung in der Praxis.....	63
Abbildung 66: Geographische Verteilung von API-Ärzten und SNICAS-Ärzten [33].....	65

7.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: durchgeführte Tabakentwöhnung nach Geschlecht.....	14
Tabelle 2: durchgeführte Tabakentwöhnung in Praxen mit Schwerpunkt Pneumologie.....	24
Tabelle 3: durchgeführte Tabakentwöhnung bezüglich Weiterbildung.....	24
Tabelle 4: Assoziation Beratung mit Praxisschwerpunkt HNO	33
Tabelle 5: Verhaltenstherapie assoziiert mit Weiterbildung bezüglich Tabakentwöhnung.....	42
Tabelle 6: Verhaltenstherapie assoziiert mit spezifischer Weiterbildung.....	42
Tabelle 7: Bupropion assoziiert mit Weiterbildung.....	53
Tabelle 8: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit Weiterbildung	62
Tabelle 9: Nikotinersatzstoffe assoziiert mit spezifischer Weiterbildung	63

7.4 Fragebögen

7.4.1 Praxisvorbogen

Arzt/Name:.....

Arztcode: .../ .../ .../ .../ .../ .../

----- ✂ -----> (wird abgetrennt)

Praxiserhebungsbogen SNICAS

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

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

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

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

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



Ihr Professor Dr. H.-U. Wittchen

-
- Ihre Praxis liegt in...** einer Großstadt (ab 100.000 Einwohner) einer Kleinstadt (< 100.000 Einwohner) ländlichem Gebiet
 - Ihre Fachrichtung ist...** Praktischer Arzt Allgemeinarzt Internist
 - Haben Sie in Ihrer Praxis einen Schwerpunkt im Zusammenhang mit rauchbedingten Erkrankungen?**
 nein ja wenn ja, welcher Bereich? Kardiologie Pneumologie HNO anderer
 - Führen Sie weitere Zusatztitel** (einschließlich Psychotherapie) **einer Fachgesellschaft oder Ärztekammer?**
 nein ja, wenn ja, welche?
 - Seit wie vielen Jahren sind Sie als Arzt niedergelassen tätig?**
seit Jahren

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

keine [weiter bei **Frage 8**]

allgemeine Weiterbildungen *ohne* Übungskomponenten Anzahl:.....

spezifische Weiterbildungen *mit* Übungskomponenten Anzahl:.....

7. **Was waren die Inhalte und Übungskomponenten dieser Weiterbildungen?**

Rauchen und spezifische rauchbedingte Erkrankungen

Motivation zur Rauchentwöhnung/Beratung zur Unterstützung von Rauchentwöhnung

Praktische Durchführung der Entwöhnung nach bestimmten Plänen (z.B. 5-Tage-Plan)
und zwar:.....

Psychologische Verfahren/Verhaltenstherapie

Nikotinsubstitution (wie NiQuitin, Nicorette, Nicotinell)

Bupropion (Zyban)

andere (welche?)

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

nein

ja

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

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

Vorliegen von Entzugsbeschwerden beim Aufhören oder Einschränken des Tabakkonsums

erfolglose Versuche, den Tabakkonsum einzuschränken oder ganz damit aufzuhören

starke Hustenanfälle am Morgen („Raucherhusten“)

Einschränken sozialer, beruflicher oder Freizeitaktivitäten aufgrund des Tabakkonsums

Konsum von Tabak mit hohem Nikotingehalt

Zeitdauer vom Aufwachen am Morgen bis zum ersten Tabakkonsum

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

das Rauchen filterloser Zigaretten

es wird häufig mehr oder länger Tabak konsumiert als ursprünglich beabsichtigt

„Kettenrauchen“

10. **Kennen Sie einen Fragebogen für Patienten, der die oben genannten Kriterien überprüft?**

nein

ja, wenn ja, welchen?

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

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

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

- sehr gut eher gut eher schlecht sehr schlecht

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

..... Anzahl der Patienten/Tag

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

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

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

Gelegenheitsraucher: Anzahl

leichte Raucher: Anzahl

starke Raucher: Anzahl

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

..... Anzahl

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

..... Anzahl

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

..... Anzahl

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

..... Anzahl

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

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

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

völlig unwichtig eher unwichtig eher wichtig sehr wichtig

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

ja, sehr gern eher nein weiß nicht

23. Welche Gründe und „Barrieren“ könnten Sie davon abhalten, in Ihrer Praxis Rauchentwöhnung durchzuführen? (Mehrfachnennungen möglich)

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

24. Bieten Sie derzeit in Ihrer Praxis Maßnahmen zur Rauchentwöhnung im Rahmen des 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"/>
Verhaltenstherapeutische Strategien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandlung mit Bupropion (Zyban)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandlung mit Nikotinersatzpräparaten (wie NiQuitin, Nicorette, Nicotinell)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Techniken zur Rückfallverhütung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

ja nein weiß nicht

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

ja nein habe ich bereits, wenn ja, welche?

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

nein ja

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- sehr wichtig eher wichtig eher unwichtig völlig unwichtig

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

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

Nikotinersatzstoffen:

Bupropion:

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

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

nein ja wenn ja, welche?

Orientieren Sie sich in Ihrer Praxis daran? nein ja

37. In welchem Ausmaß stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

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

Ihr Platz für Kommentare zur Zyban-Diskussion:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

1. Sind Sie selbst aktuell Raucher?

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

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

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

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit!

7.4.2 Patientenfragebogen

Warum sind Sie heute beim Arzt?

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

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

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

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

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Befragung!

Professor Dr. Hans-Ulrich Wittchen

Anleitung:

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

1. Ihr Geburtsdatum:

31	05	1959
Tag	Monat	Jahr

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

8. Mein psychischer Gesundheitszustand ist derzeit ...

eher gut

eher gut

eher schlecht

sehr schlecht

A. Zur Person:

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

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

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

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

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

14. Stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

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

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

nein

ja, die Vorwahl lautet: die Telefonnummer:

mein Vorname lautet: der Nachname:

B. Nun einige Fragen zum Rauchen

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

nein, nie

(Ende des Fragebogens. Danke für Ihre Mitarbeit!)

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

ja, öfter

▶ Wenn ja, in welchem Alter zum ersten Mal?

Im Alter von Jahren

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

nein, nie

(Ende des Fragebogens. Danke für Ihre Mitarbeit!)

ja

▶ Wenn ja, in welchem Alter zum ersten Mal?

Im Alter von Jahren

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

nein, nie

(Ende des Fragebogens. Danke für Ihre Mitarbeit!)

ja, gelegentlich

▶ Wenn ja, wie viele ungefähr pro Tag?

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

ja, regelmäßig

▶ Wenn ja, wie viele ungefähr pro Tag?

..... Zigarren/Zigarillos pro Tag

..... Pfeifen pro Tag

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

innerhalb von 5 Minuten

6 – 30 Minuten

31 – 60 Minuten

Nach mehr als 60 Minuten

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

ja

nein

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

die erste am Morgen

andere

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

ja

nein

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

ja

nein

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

Wieviel haben Sie da ungefähr pro Tag geraucht ?

..... Zigaretten pro Tag

Wann war das?

Im Alter von Jahren

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

ja

nein

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

ja

nein

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

7.4.3 Arztfragebogen

Arztbogen SNICAS

(vom behandelnden Arzt während oder nach der Konsultation auszufüllen)

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

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

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

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

Ihr Patient raucht ... 9. ... wußten Sie dies vor dem heutigen Tag? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 10. ... haben Sie mit ihm bereits darüber gesprochen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, einmal <input type="checkbox"/> ja, öfter 11. Wie problematisch ist das Rauchen angesichts des Gesundheitsstatus? <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> ausgeprägt <input type="checkbox"/> extrem 12. Besteht Einsicht in Rauchproblematik? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 13. Aufgeschlossenheit zur Raucherentwöhnung? <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> etwas <input type="checkbox"/> sehr 14. Haben Sie bei diesem Patienten bereits eine Raucherentwöhnung versucht? <input type="checkbox"/> nein ▶ (gehe zu 16) <input type="checkbox"/> ja, (welche?) _____	17. Welche Maßnahmen wären indiziert? <input type="checkbox"/> A keine durch mich, Überweisung an Spezialisten notwendig <input type="checkbox"/> B Beratung / Gespräch zur Motivation <input type="checkbox"/> C Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> D Nikotin-Kaugummi _____ <input type="checkbox"/> E Nikotin-Pflaster _____ <input type="checkbox"/> F Nikotin-Nasenspray _____ <input type="checkbox"/> G Bupropion (Zyban) <input type="checkbox"/> H andere Methoden, (welche?) _____ 18. Ihre persönliche Präferenz (Buchstaben einfügen) 1. ____ / ____ / ____ 2. ____ / ____ / ____ 3. ____ / ____ / ____
---	--

19. Befürchtete Erschwernisse bei diesem Patienten? <input type="checkbox"/> zu zeitaufwendig <input type="checkbox"/> zu kompliziert für Patienten <input type="checkbox"/> Verfahren kontraindiziert <input type="checkbox"/> mangelnde Motivation Patient <input type="checkbox"/> schlechte Compliance <input type="checkbox"/> Zeitpunkt ungünstig <input type="checkbox"/> bin zu unerfahren in indizierter Therapie <input type="checkbox"/> Patient zu gestört <input type="checkbox"/> andere Gründe (welche?) _____

7.5 Nikotinabhängigkeit und diagnostische Verfahren

7.5.1 Diagnose der Nikotinabhängigkeit nach den DSM-IV Kriterien

Die Nikotinabhängigkeit wird anhand der Diagnosesysteme DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), Herausgeber: American Psychiatric Association (APA) und ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) klassifiziert [73]. Mindestens drei der folgenden Kriterien müssen für die Dauer von zwölf Monaten aufgetreten sein.

1. Toleranzentwicklung
2. Entzugssymptome
3. Kontrollverlust
4. Fortgesetzter Nikotinkonsum trotz Kenntnis eindeutiger gesundheitsschädlicher Folgen
5. Einengung sozialer/beruflicher Aktivitäten
6. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch und Erholung
7. Substanzgebrauch länger und in größeren Mengen

7.5.2 Fagerström- Test

Der Fagerström- Test wird als diagnostische Methode zur Bestimmung der Nikotinabhängigkeit verwendet. Der Test umfasst folgende Fragen:

1. Wann rauchen Sie die erste Zigarette nach dem Aufstehen?
2. Haben Sie große Mühe damit, wenn Sie an einem Ort nicht rauchen dürfen?
3. Auf welche Zigarette möchten sie auf keinen Fall verzichten?
4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?
5. Rauchen Sie in der Regel morgens mehr als in der übrigen Zeit des Tages?
6. Kommt es vor, dass Sie auch in einer Krankheitsphase rauchen, auch wenn Sie im Bett bleiben müssen?

Die einzelnen Antwortmöglichkeiten werden mit Punkten bewertet, anhand deren Summe der Grad der Nikotinabhängigkeit ermittelt werden kann.

7.5.3 Stufen der Änderungsmotivation nach Prochaska und DiClemente

Prochaska und DiClemente entwickelten ein universelles transtheoretisches Modell zur Einstellungs- und Verhaltensänderung [20]. Das Modell besteht aus sechs Stadien der Verhaltensänderung:

1. Im Stadium der „Absichtslosigkeit“ (Precontemplation) befinden sich Personen, die in den nächsten sechs Monaten keine Absichtsänderung haben.
2. Im Stadium der „Absichtsbildung“ (Contemplation) befinden sich Personen, die innerhalb der nächsten sechs Monate eine Verhaltensänderung realisieren wollen.
3. Im Stadium der Vorbereitung („Preparation“) planen Personen konkret, demnächst ihr problematisches Verhalten zu ändern und unternehmen erste Schritte in Richtung einer Verhaltensänderung.
4. Im Handlungsstadium („Action“) vollziehen Personen eine Verhaltensänderung.
5. Im Stadium der Aufrechterhaltung („Maintenance“) haben Personen seit einem längeren Zeitraum das problematische Verhalten aufgegeben.
6. Im Stadium der Aufrechterhaltung erfolgt das Beibehalten des neuen Verhaltens („Termination“).

Die ersten drei Stadien waren für die Auswertung der Daten dieser Arbeit relevant.

7.6 Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Graßl, Stephanie
Geburtsdatum: 23.12.1979
Geburtsort: München
Familienstand: ledig
Konfession: katholisch

Schule:

09/1986 - 07/1990: Grundschule Gröbenzell
09/1990 - 07/1997: Gymnasium Puchheim
09/1997 - 07/1999: Elsa- Brändström- Gymnasium
07/1999: Allgemeine Hochschulreife

Studium:

04/2000 - 09/2002: Ludwig- Maximilians- Universität München
Humanmedizin, Vorklinischer Abschnitt
10/2002 - 10/2007: Technische Universität München
09/2003: Erste Ärztliche Prüfung
09/2005: Zweite Ärztliche Prüfung
10/2007: Dritte Ärztliche Prüfung

Auslandsaufenthalt:

09/2004 - 01/2005: Universität Barcelona, Spanien, Medizinische Fakultät

Famulaturen:

02/2003: Unfallklinikum Murnau
Anästhesie
02/2004: Orthopädisches Fachzentrum Weilheim
Orthopädie
08/2004: Praxis Dr. med. Erhard, Wegscheid
Allgemeinmedizin
03/2005: Kantonsspital Stans, Schweiz
Unfallchirurgie und Orthopädie

Praktisches Jahr:

- 10/2006 - 02/2007: Rotkreuzklinikum, München
Innere Medizin
- 02/2007 - 06/2007: Kantonsspital, Stans, Schweiz
Chirurgie
- 06/2007- 09/2007: Rotkreuzklinikum, München
Gynäkologie

Fortbildungen:

- WS/2003 - SS/2003: Kurs über Sportmedizin und Sportorthopädie
Klinikum Rechts der Isar, TU München
Kursleiter: Univ.- Prof. Dr. Jeschke und Univ.- Prof. Dr. Imhoff
- 01/2007: Sonographie- Seminar, Ultraschall Abdomen und Retroperitoneum-
Thorax- Schilddrüse- Grundkurs
Kursleiterin: Dr. B. Gergelyfy in Zusammenarbeit mit der
Bayerischen Landesärztekammer

Sonstige Tätigkeiten/ Qualifikationen:

- 09/1996 - 07/1997: Schülersprecherin des Gymnasium Puchheim
- 09/1998 - 09/2002: Gruppenleiterin bei der Deutschen Pfadfinderschaft Sankt Georg,
Stamm St. Johann Baptist, Gröbenzell
- 09/2002 - 09/2004: ehrenamtliche Tätigkeit im Jugendwerk Sankt Georg e.V. München
- 10/2005 - 10/2006: Weltreise mit dem Fahrrad, Südamerika, Nepal, Neuseeland
- 03/2007: Ausbildung zur Fachübungsleiterin Skibergsteigen,
Deutscher Alpenverein
- 12/2007: Tätigkeit als qualifizierte Touren- und Kursleiterin im Bereich
Skibergsteigen für den Deutschen Alpenverein, Sektionen München
und Oberland

- Interessen:** Bergsteigen, Klettern, Skitouren, Mountainbike, Reisen,
Klavier

8. Danksagung

Prof. Dr. med. D. Nowak danke ich für Möglichkeit, meine Dissertation an seinem Lehrstuhl zu verfassen, sowie für seine ständige Gesprächsbereitschaft, engagierte Unterstützung und stets schnelle Bearbeitung meiner Anliegen.

Dipl. –Psychologin Dr. E. Hoch danke ich für die hervorragende Betreuung, insbesondere für die vielen Denkanstöße und wertvollen Tipps, sowie für die Anregungen zum Schreiben einer wissenschaftlichen Arbeit.

Prof. Dr. H.-U. Wittchen danke ich für die Überlassung der Daten der SNICAS- Studie, auf denen meine Arbeit beruht.

Dipl.- Stat. M. Höfler danke ich für die freundliche Unterstützung bei der statistischen Auswertung.

Frau Prof. Dr. K. Radon danke ich für ihren Kurs „Praktische Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten“.

Weiterhin möchte ich mich bei meinen Eltern und meinem Freund bedanken, die mir mit sehr viel Motivation und guten Ratschlägen zur Seite standen. Besonderer Dank gilt meiner Schwester, die mir mit ihrer PC-Kenntnis sehr oft tatkräftig und effektiv weitergeholfen hat.

Außerdem möchte ich mich auch bei allen Mitarbeitern der AG Klinische Psychologie des Max- Planck- Instituts für Psychiatrie München und des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der LMU München bedanken, die immer wieder ein offenes Ohr für anstehende Probleme hatten.