

Julia Katerina Heimann-Jessen

Dr. med.

Evaluation der Umsetzung von Empfehlungen zur Tabakentwöhnung im Praxisalltag Vergleichende Untersuchung zwischen Pneumologie und Gynäkologie

Fach: Innere Medizin

Doktorvater: Professor Dr. med. Michael Kreuter

Tabakrauchen ist einer der wichtigsten vermeidbaren Risikofaktoren für eine Vielzahl von Erkrankungen und vorzeitiges Sterben. Tabakentwöhnungsmaßnahmen sind durch aktuelle Leitlinien empfohlen und können im Rahmen der Sekundär- und Tertiärprävention von Tabakrauch-assoziierten Erkrankungen effektiv zur Senkung des individuellen und gesellschaftlichen Krankheitsrisikos eingesetzt werden.

Die „5 A“ zur Minimalinterventionen sind effektiv und in wenigen Minuten anzuwenden. Allerdings zeigten Daten zur hausärztlichen Umsetzung in Deutschland, dass das **Potenzial** bei Weitem noch nicht ausgeschöpft wurde. Erhebungen zu Umsetzung im Praxisalltag von niedergelassenen Fachärzten gab es bislang nach meinem Kenntnisstand nicht.

Anhand semistrukturierter Interviewfragebögen wurden insgesamt neun pneumologische und gynäkologische Ärzte (Teil A) und deren Neupatienten in den Monaten Mai – Juli 2013 (Teil C; Pneumologie (P) n=84, Gynäkologie (G) n=76) befragt. Bezüglich der Umsetzung der Minimalintervention mittels der „5 A“ (Teil B) wurden die Patientenakten von Neupatienten (P n=1509, G n=1039) über 4 Jahre (2010-2013, jeweils Mai – Juli) evaluiert. Die Aussagen der Untersuchung werden im Sinne fehlender Verallgemeinerbarkeit durch die monozentrische Betrachtung, die Spezialisierung der Praxen, sowie die damit zusammenhängende Geschlechter- und Altersverteilung der Patienten limitiert. Diese Unterschiede wurden in der Berechnung und Beurteilung berücksichtigt. Die Ergebnisse waren dennoch in vielen Punkten mit anderen Studien vergleichbar und sind primär als deskriptive Betrachtung des Status quo zu beurteilen.

Die Fachärzte in dieser Erhebung hatten ausgehend von einem Raucheranteil von 21,7 % (P) und 19,7 % (G) jeweils durchschnittlich 86 (P) und 33 (G) rauchende Neupatienten im Jahr. Alle Ärzte dieser Befragung sahen die TE-Beratung ihrer rauchenden Patienten als in ihrem Fachgebiet wichtige, **ärztliche Aufgabe**. Alle hier befragten gynäkologischen Ärzte bestätigten, dass häufige **Hinderungsgründe** für ein TE-Angebot die fehlende Vergütung (100 %), zeitliche und personelle Ressourcenknappheit (100 %), und die nicht ausreichende Qualifikation (100 %) sind. Eine Ausbildung während des Studiums fehlt gänzlich. Festzustellen ist dementsprechend, dass bezüglich der Wirksamkeit und dem effektiven Einsatz von TE-Maßnahmen auch bei den Fachärzten noch Weiterbildungsbedarf besteht.

Den **Rauchstatus (A 1)** hielten die Ärzte bei 78 % der Neupatienten in der Anamnese fest, bei Rauchern lag die Quote höher (P 90 %, G 87 %). Interessanterweise machten, entgegen der vermuteten sozialen Erwünschtheit, nahezu alle Raucher (P 100 %, G 97 %) im Ausfüllbogen Angaben zum Rauchstatus. Dies impliziert zum einen den Wunsch des Rauchers nach Erfassung aller Risikofaktoren zur Diagnostik und Behandlung, und lässt zum anderen vermuten, dass der Patient auch erwartet zu diesem Thema beraten zu werden. Eine Passivrauchbelastung wurde in nur sehr seltenen Fällen dokumentiert (P 2 %

G 0,1 %). Ebenso wurden „Reminder“ auf der Kartei (Rauchersymbol oder -diagnose) nicht regelmäßig verwendet (P 44 %, G 27 %). Diese Hilfsmittel sollten eingesetzt werden um, die Erhebung der Informationen zu vereinfachen, weiterzugeben (Arztbrief), bei Wiedervorstellung daran erinnert zu werden und eine Minimalintervention zur TE effektiver zu gestalten.

Es bestätigte sich, dass Internisten (P) häufiger einen Ratschlag zum Rauchstopp erteilen, als Ärzte in den primär chirurgischen Fächern (G). Dennoch verließen zwei Drittel der pneumologischen und drei Viertel der gynäkologischen Raucher die Praxis ohne einen **Advice (A 2)**. Damit liegen die Fachärzte hinter den Hausärzten in Deutschland. Die Erhebungsrate der **Aufhormotivation (A 3)** der Raucher ist noch geringer (P 6 %, G 3 %). Bei nur 14 % der P- und 1 % der G-Patienten wurde eine **Unterstützung zum Rauchstopp (A 4)** dokumentiert. Ein **Folgetermin (A 5)** wurde durch die Fachärzte dieser Erhebung nicht vereinbart (P 0,3 %, G 0).

Die Dokumentation von Ask, Advise und Assist besserte sich über die Erhebungsjahre. Diese Entwicklung läuft parallel zu der Angliederung des Tabakentwöhnungszentrums und der damit wahrscheinlich gesteigerten Aufmerksamkeit für das Thema. Wiederholte Weiterbildungsmaßnahmen könnten ähnliche Effekte erzielen. Auch Erfassung der (höher als erwarteten) Patientenmotivation kann die Behandlungsmotivation des Arztes erhöhen. Für Deutschland sollten diese Aspekte in weiteren Untersuchungen genauer evaluiert werden.

Jeder fünfte Raucher beklagte immer bzw. täglich **Symptome** wie Husten und Auswurf zu haben, mehr als die Hälfte der P-Raucher und mehr als ein Drittel der G-Raucher empfand ein starkes bis eher starkes Verlangen nach Zigaretten. Im Fagerströmtest hatten diese Patienten eine schwere bis sehr schwere Abhängigkeit. Durch das Aufgreifen der körperlichen Beeinträchtigungen im Rahmen der TE kann ein „**teachable moment**“ geschaffen werden. Die meisten Raucher stehen einer Beratung wahrscheinlich offen gegenüber: Zwei Drittel der Raucher gaben in der Patientenbefragung an, einen Rauchstopp bereits versucht zu haben. Pneumologische, ältere Patienten wollten zwar etwas seltener aufhören (P 42 % vs. G 50 %), der **Aufhormwusch** war jedoch stärker ausgeprägt als in der G. Im Rahmen dieses „hardening“ der Raucherpopulation sind ältere Raucher möglicherweise schwieriger zu Entwöhnen. Auch die Evaluation **soziodemographischer Aspekte** der rauchenden Patienten deutet auf Hochrisikogruppen für die Rauchprävalenz und Tabakabhängigkeit hin. In der pneumologischen Praxis hatten zudem mindestens ¼ der Patienten auffällige Screeningwerte für Angst und Depressivität. Die Kenntnis dieser Charakteristika der Patienten in deutschen Facharztpraxen ist nicht nur für den Erfolg, sondern auch für eine ressourcenfreundliche Anwendung von TE-Maßnahmen wichtig und sollte im Einzelnen genauer untersucht werden.

Die Minimalintervention kann entscheidend zur Beeinflussung des individuellen Gesundheitsverhaltens beitragen. Sie bildet die Grundlage für einen Rauchstopp. Einer Vielzahl von strukturellen und finanziellen Hemmnissen sowie Missständen in der Aus- und Weiterbildung muss in Deutschland noch begegnet werden, nicht zuletzt durch politische Veränderungen. Nur dadurch kann eine Integration in den Praxisalltag erfolgreich sein und hinreichende, flächendeckende Beratung von Rauchern und die Behandlung der Tabakabhängigkeit in Zukunft gewährleistet werden.