Zürcher Hochschule
Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften
für Angewandte Wissenschaften

Gesundheit

Das Potenzial der Rauchstopp-Mini-Intervention: Eine Interviewstudie bei Hausärzt:innen im Kanton St. Gallen

Vreni Sen

[redacted]

Departement: Gesundheit
Institut für Public Health
Studienjahr: 2020
Eingereicht am: 05.05.2023
Begleitende Lehrperson: Verena Biehl

Bachelorarbeit Gesundheitsförderung und Prävention

Abstract

Einleitung: Hausärzt:innen wird eine Schlüsselrolle zugeschrieben, um bei Patient:innen einen Rauchstopp anzustossen. Dennoch wird die Mehrheit der Patient:innen nicht auf das Rauchen angesprochen. Aus diesem Grund hat die Lungenliga St. Gallen-Appenzell eine Kurzintervention für Ärzt:innen namens Rauchstopp-Mini-Intervention (RMI) ausgearbeitet. In dieser Arbeit soll eruiert werden, wie Hausärzt:innen im Kanton St. Gallen das Potenzial der RMI einschätzen.

Fragestellung: Wie schätzen Hausärzt:innen im Kanton St. Gallen (Zielgruppe) das Potenzial ein, die RMI nachhaltig im Praxisalltag umzusetzen?

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden 6 Leitfadeninterviews mit Hausärzt:innen im Kanton St. Gallen durchgeführt. Die Daten wurden transkribiert und mit Hilfe der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz mit der Software MAXQDA ausgewertet.

Ergebnisse: Hausärzt:innen im Kanton St. Gallen schätzen das Potenzial der RMI als hoch ein, insbesondere im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen oder in Zusammenhang mit einer Erkrankung als direkte Ursache des Rauchens. Eine Umsetzung bei allen Patient:innen in jeder Konsultation kann sich die Hälfte der befragten Hausärzt:innen vorstellen.

Schlussfolgerung: Obwohl das Potenzial der RMI hoch eingestuft wird, werden dennoch Herausforderungen bei der Umsetzung durch Hausärzt:innen wahrgenommen. Zu diesen zählen Zeitaufwand, unmotivierte Patient:innen und Vergessen gehen im Praxisalltag. Diese Herausforderungen gilt es zu reduzieren, um eine nachhaltige Implementierung der RMI zu gewährleisten.

Keywords: Tabakabhängigkeit, Primärversorgung, Hausärzt:innen, Kurzberatung, Rauchstopp, Herausforderungen

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 5
1.1 Einführung in die Thematik 5
1.2 Begründung der Themenwahl 6
1.3 Relevanz für die Gesundheitsförderung und Prävention 6
1.4 Eingrenzung des Themas 7
1.5 Zielsetzung und Fragestellung 7
1.6 Überblick über den Aufbau der Arbeit 8
2. Theoretischer Hintergrund 9
2.1 Gründe für fehlende Ansprache 9
2.2 Tabakentwöhnungsmanagement in Schweizer Hausarztpraxen 9
2.3 Das Very-Brief-Advice (VBA)-Modell 10
2.3.1 Die Rauchstopp-Mini-Intervention (RMI) 12
3. Methode 13
3.1 Begründung der Methodenwahl 13
3.2 Gütekriterien 13
3.3 Rekrutierung der Studienteilnehmenden 13
3.4 Erarbeitung des Interviewleitfadens 14
3.5 Pretest und Datenerhebung 14
3.6 Datenauswertung 15
4. Ergebnisse 17
4.1 Beschreibung des Studiensamples 17
4.2 Codesystem 17
4.3 Eindruck der RMI 20
4.3.1 Nicht-Abfragen der Motivation 20
4.4 Potenzial Umsetzung 21

4.4.1 Potenzial Umsetzung in jeder Konsultation 21
4.5 Hürden und Herausforderungen 22
4.5.1 Zeitaufwand 22
4.5.2 Unmotivierte Patient:innen 23
4.5.3 Vergessen gehen im Praxisalltag 24
4.6 Ressourcen 24
4.6.1 Ortsnahe Standorte für Rauchstoppsprechstunden 24
4.6.2 Regelmässige Erinnerung 25
4.6.3 Einfach Anmeldung 25
4.6.4 Weiterbildung/Wissensaustausch 25
4.6.5 Materialien 26
4.6.6 Umsetzung durch gesamte Praxis 27
5. Diskussion 28
5.1 Zusammenfassen der Ergebnisse 28
5.2 Interpretation der Ergebnisse 29
5.3 Limitationen 32
6. Schlussfolgerung 33
6.1 Implikationen für die Gesundheitsförderung und Prävention 33
6.2 Ausblick 35
7. Literaturverzeichnis 36
8. Weitere Verzeichnisse 43
8.1 Tabellen 43
8.2 Abbildungen 43
9. Eigenständigkeitserklärung und Wortzahl 44
10. Anhang 45
Anhang A: Rubriken zur Rekrutierung der Studienteilnehmenden 45
Anhang B: Interviewleitfaden 46

Anhang C: Einwilligungserklärung 48
Anhang D: Transkriptionsregeln 49
Anhang E: Transkripte 50

1. Einleitung

In diesem Kapitel wird zunächst erläutert, weshalb die Ansprache des Rauchens durch Hausärzt:innen von Bedeutung ist. Nachfolgend wird in den Kapiteln 1.2 und 1.3 beschrieben, aus welchem Grund die Thematik gewählt wurde und welche Bedeutung sie für die Gesundheitsförderung und Prävention hat. Im Anschluss werden die Eingrenzungen des Themas dargelegt sowie die Zielsetzung und Fragestellung definiert. Abschliessend der Einleitung wird ein Überblick über die Arbeit gegeben.

1.1 Einführung in die Thematik

Im Jahr 2017 rauchten 27,1 % der Bevölkerung über 15 Jahren in der Schweiz (BFS, 2020). Gleichzeitig sind 10.2 % der gesamten Krankheitslast (DALYs) in der Schweiz auf den Tabakkonsum zurückzuführen. Rauchen ist in der Schweiz für rund 10'000 vorzeitige Todesfälle pro Jahr verantwortlich und verursacht jährlich direkte medizinische Kosten von drei Milliarden Franken (Mattli et al., 2019). Eine Schweizer Omnibuserhebung aus dem Jahr 2018 zum Thema «Gesundheit und Lifestyle» zeigt, dass 59.1 % der täglich Rauchenden aufhören möchten (BAG, 2019).

Ein Rauchstopp gelingt am besten mit einer professionellen Beratung in Kombination mit Medikamenten (Kotz et al., 2014). Ohne professionelle Unterstützung führen Rauchstoppversuche nur in drei bis fünf Prozent der Fälle zum Erfolg (Livingstone-Banks et al., 2019).

Hausärzt:innen wird eine wichtige Rolle zugeschrieben bei der Vermittlung zu einer professionellen Rauchstoppberatung (WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2003). Eine Studie aus England zeigt auf, dass Raucher:innen fast doppelt so häufig versuchen, mit dem Rauchen aufzuhören, wenn ihnen Hausärzt:innen Hilfe anbieten (Fidler et al., 2011). Auch in der Schweiz erwarten 60 % der Raucher:innen, dass Hausärzt:innen bei einer Konsultation über das Rauchen sprechen und 51 % wünschen sich eine Beratung, die ihnen hilft, mit dem Rauchen aufzuhören (Krebs et al., 2009). Trotzdem wird die Mehrheit der Patient:innen bei einer Arztkonsultation nicht nach ihrem Raucherstatus gefragt und demzufolge auch keine Unterstützung angeboten (Abi-Fadel et al., 2013; Dalkou & Clair, 2017; Geletko et al., 2022).

Mit dem Ziel, dass Ärzt:innen das Rauchen vermehrt in Sprechstunden thematisieren, wurde die «very brief advice» (VBA)-Intervention entwickelt. Bei der VBA-Intervention handelt es sich um eine Kurzintervention, die zum Ziel hat, einen Rauchstopp bei

Patient:innen einzuleiten. Sie ermöglicht es Ärzt:innen, das Rauchen in Sprechstunden in ca. 30 Sekunden systematisch anzusprechen (Roberts et al., 2013).

Die VBA-Intervention hat sich bereits in Grossbritannien und Neuseeland bewährt (Ministry of Health, 2021; Papadakis et al., 2020). Von der VBA-Intervention abgeleitet hat die Lungenliga St. Gallen-Appenzell in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital St. Gallen die Rauchstopp-Mini-Intervention (RMI) erstellt. Bis heute wurde die RMI lediglich im Kantonsspital St. Gallen implementiert. Nun hat die Lungenliga zum Ziel, die RMI zunächst in den Hausarztpraxen des Kantons St. Gallen und später in der ganzen Schweiz zu implementieren (Lungenliga St. Gallen-Appenzell, 2022b)[1].Jedoch wurde bis heute nicht in Erfahrung gebracht, welche Haltung Hausärzt:innen in der Schweiz bezüglich Rauchstopp-Kurzinterventionen einnehmen.

1.2 Begründung der Themenwahl

Die Entscheidung, sich mit dem Thema Tabakprävention in der Gesundheitsversorgung vertieft auseinanderzusetzen, wurde während des Praktikums bei der Lungenliga St. Gallen-Appenzell getroffen. Im Zuge des Praktikums war das Thema RMI sehr präsent, da unterschiedliche Aufgaben im Zusammenhang mit der Thematik anstanden wie beispielsweise die Suche nach einer geeigneten Plattform, um die RMI an Hausärzt:innen zu bringen. Zudem wurde durch die Auseinandersetzung mit der RMI die Relevanz von Tabakprävention, insbesondere auch in der medizinischen Grundversorgung, für die Gesundheitsförderung und Prävention nochmals hervorgehoben. Inwiefern Tabakprävention für die Gesundheitsförderung und Prävention bedeutsam ist, wird im nächsten Kapitel beschrieben.

1.3 Relevanz für die Gesundheitsförderung und Prävention

Angesichts der hohen Krankheitslast und der milliardenschweren Gesundheitskosten sind Interventionen im Bereich der Tabakprävention von zentraler Bedeutung für die Gesundheitsförderung und Prävention. Im Rahmen der NCD-Strategie wurde ein Return on Investment (ROI) für die Schweiz untersucht. Dabei konnte gezeigt werden, dass jeder in die Tabakprävention investierte Franken einen nachweisbaren Nutzen von 41 Franken generiert (BAG & GDK, 2016). Zudem kann Tabakprävention sozialen Ungleichheiten entgegenwirken (Salis Gross, 2017). Denn die tabakbedingte Krankheitslast ist in der Gesellschaft ungleich verteilt. Die höchsten Raucherinzidenzen weisen Männer mit einem

[1] Organisationsinternes Dokument der Lungenliga St. Gallen-Appenzell (nicht öffentlich zugänglich)

niedrigen Bildungsstand auf. Insbesondere arbeitslose Personen rauchen mit einer Prävalenz von 42 % am häufigsten (Gmel et al., 2017). Gleichzeitig besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Konsumhäufigkeit und der Entstehung von Erkrankungen (Hackshaw et al., 2018; Pope et al., 2011). So tritt Lungenkrebs, der zu etwa 90 % auf das Rauchen zurückzuführen ist, bei Personen mit niedrigem Einkommen 6-Mal häufiger auf. Ausserdem wurde beobachtet, dass der Rückgang des Tabakkonsums bei Personen mit einem höheren Einkommen deutlich höher ist als bei Personen mit einem tieferen Einkommen (BAG, 2018). Demzufolge tragen soziale Determinanten dazu bei, dass Personen häufiger rauchen und dadurch häufiger an den Folgen des Tabakkonsums erkranken und sterben (BAG, 2018). Aus diesem Grund kann mit gezielter Tabakprävention zur gesundheitlichen Chancengleichheit beigetragen werden (Salis Gross, 2017).

1.4 Eingrenzung des Themas

Die Forschungsfrage in dieser Arbeit bezieht ausschliesslich Hausärzt:innen im Kanton St. Gallen mit ein. Dadurch, dass lediglich Hausärzt:innen befragt wurden, war eine Fokussierung auf eine spezifische Gruppe von medizinischen Fachpersonen möglich. Eine breitere Auswahl von medizinischen Fachpersonen, wie beispielsweise Fachärzt:innen oder Krankenpflegepersonal, würde die Untersuchung in verschiedene Richtungen erweitern, was im Rahmen dieser Bachelorarbeit zu umfangreich gewesen wäre. Darüber hinaus sind Hausärzt:innen oft erste Ansprechpartner:innen für Patient:innen und können eine wichtige Rolle bei der Förderung von Verhaltensänderungen spielen (WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2003). Obwohl aus ressourcentechnischen Gründen lediglich Hausärzt:innen im Kanton St. Gallen interviewt wurden, kann die Arbeit dazu beitragen, das Verständnis für die Anwendung der RMI in den Hausarztpraxen der Schweiz zu verbessern und Implikationen für die Gesundheitsförderung und Prävention zu formulieren.

1.5 Zielsetzung und Fragestellung

Am Ende des Kapitels 1.1 wurde erwähnt, dass bis heute nicht bekannt ist, welche Haltung Hausärzt:innen in der Schweiz gegenüber Rauchstopp-Kurzinterventionen einnehmen. Deshalb verfolgt diese Bachelorarbeit das Ziel herauszufinden, wie Hausärzt:innen im Kanton St. Gallen das Potenzial einschätzen, die RMI nachhaltig in ihrem Praxisalltag umzusetzen. Zusätzlich soll eruiert werden, welche Hürden und Herausforderungen Hausärzt:innen bei der Umsetzung der RMI wahrnehmen und welche

Ressourcen aus Sicht der Hausärzt:innen für eine Umsetzung im Praxisalltag benötigt werden.

Aus der obengenannten Zielsetzung ergeben sich folgende Fragestellungen:

Hauptfragestellung:

Wie schätzen Hausärzt:innen im Kanton St. Gallen (Zielgruppe) das Potenzial ein, die RMI nachhaltig im Praxisalltag umzusetzen?

Subfragen, welche die Hauptfrage ergänzen:

Welche Hürden und Herausforderungen sehen Hausärzt:innen im Kanton St. Gallen bei einer Umsetzung der RMI im Praxisalltag?

Welche Ressourcen werden von der Zielgruppe für die Umsetzung der RMI im Praxisalltag benötigt?

1.6 Überblick über den Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit besteht aus sechs Kapiteln. Die Einleitung dient der Einführung in die Thematik. Der theoretische Hintergrund (Kapitel 2) soll ein vertieftes Verständnis der für die Arbeit relevanten Begriffe und Theorien sowie einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand geben. Im anschliessenden Methodenteil (Kapitel 3) werden die einzelnen Schritte der Vorgehensweise aufgezeigt, um Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Im Ergebnisteil (Kapitel 4) werden die Erkenntnisse aus den Interviews dargestellt. In der anschliessenden Diskussion (Kapitel 5) werden die Erkenntnisse nochmals zusammengefasst und in Kontext der bisherigen Forschung gestellt. Des Weiteren werden die Limitationen der Arbeit aufgezeigt. In der Schlussfolgerung (Kapitel 6) werden die zentralsten Erkenntnisse der Arbeit nochmals erläutert. Es werden Implikationen für die Gesundheitsförderung und Prävention formuliert und der weitere Forschungsbedarf aufgezeigt. Abschliessend folgen Verzeichnisse und Anhänge, auf welche stellenweise in der Arbeit verwiesen wird.

2. Theoretischer Hintergrund

In der Einleitung wurde einerseits deutlich, wie relevant es aus Sicht der Gesundheitsförderung und Prävention ist, dass Hausärzt:innen ihre Patient:innen auf das Rauchen ansprechen. Andererseits konnte aufgezeigt werden, dass eine Ansprache oftmals nicht stattfindet. In diesem Kapitel werden zunächst Gründe für die fehlende Ansprache aus der Literatur erläutert. Anschliessend wird ein Blick auf das Tabakentwöhnungsmanagement in Schweizer Hausarztpraxen geworfen. Dabei wird verdeutlicht, inwiefern diese Herangehensweise von Hausärzt:innen eine weitere Hürde für die Inanspruchnahme einer Rauchentwöhnungstherapie durch Patient:innen darstellen könnte. Anschliessend wird in Kapitel 2.3 das Very-Brief-Advice (VBA)-Modell, von welchem sich die RMI ableitet, vorgestellt. In der VBA-Intervention bzw. der RMI wird eine Strategie gesehen, welche die zuvor identifizierten Hürden berücksichtigt und darauf abzielt, diese zu senken.

Anmerkung: In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe "Rauchstopp" und "Raucherentwöhnung" synonym verwendet. Beide Begriffe bezeichnen einen Prozess, bei dem eine Person aufhört zu rauchen. Ziel des Rauchstopps bzw. der Raucherentwöhnung ist es, die körperliche Abhängigkeit von Nikotin zu überwinden (Manolios et al., 2021).

2.1 Gründe für fehlende Ansprache

In der Literatur werden unterschiedliche Gründe genannt, weshalb Hausärzt:innen das Rauchen während einer Konsultation oftmals nicht ansprechen. Zu diesen Gründen zählen mangelndes Wissen über mögliche Strategien, fehlendes Vertrauen in die Intervention bei Raucher:innen, Zeitmangel sowie die Befürchtung einer negativen Beeinflussung der Beziehung zu Patient:innen (Coleman et al., 2000; Gottlieb et al., 2001; Vogt et al., 2005).

Letzteres kommt insbesondere daher, dass Patient:innen oftmals mit Widerstand reagieren, wenn das Rauchen angesprochen wird (Pilnick & Coleman, 2010). Die Studie von Pilnick und Coleman (2010) weist nach, dass dieser Widerstand vorwiegend auftritt, wenn Hausärzt:innen das Rauchen in Zusammenhang mit Beschwerden von Patient:innen ansprechen (Pilnick & Coleman, 2010).

2.2 Tabakentwöhnungsmanagement in Schweizer Hausarztpraxen

Die derzeitige Strategie, die in der Schweiz und in den meisten Ländern gelehrt wird, besagt, dass die Beratung zur Raucherentwöhnung an den Motivationsgrad von Patient:innen angepasst werden soll (Richter & Ellerbeck, 2015).

In den Leitlinien wird empfohlen, dass medizinische Fachpersonen ihre Patient:innen zunächst fragen, ob sie bereit sind, mit dem Rauchen aufzuhören. In den meisten Fällen wird anschliessend nur denjenigen eine Behandlung angeboten, die zum Zeitpunkt der Konsultation für einen Rauchstopp bereit sind (Richter & Ellerbeck, 2015).

Dieser Ansatz schränkt die Reichweite des Tabakentwöhnungsmanagements ein. Über zwei Drittel der Schweizer Raucher:innen wollen aufhören, doch nur ein kleiner Teil möchte dies innerhalb der nächsten ein bis zwei Monate tun (Marques-Vidal et al., 2011). Daher wird der Mehrheit der Raucher:innen weder Medikamente zur Raucherentwöhnung verschrieben noch erhalten sie Verhaltensunterstützung (Pololi & Potter, 1996; Richter & Ellerbeck, 2015).

2.3 Das Very-Brief-Advice (VBA)-Modell

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, handelt es sich beim VBA-Modell um eine Intervention von ca. 30 Sekunden, um eine Rauchentwöhnung bei rauchenden Patient:innen einzuleiten. Das VBA-Modell zeichnet sich dadurch aus, dass das Motivationsstadium von Patient:innen nicht abgefragt wird. Zudem soll eine Intervention nach dem VBA-Modell unabhängig des Krankheitsbildes von Patient:innen durchgeführt werden. Das VBA-Modell ist so konzipiert, dass eine Durchführung in nahezu jeder Konsultation möglich ist. Der Fokus liegt bei einer Intervention nach dem VBA-Modell auf dem Angebot von Unterstützung (Verhaltensunterstützung und Pharmakotherapie) für einen Aufhörversuch (McEwen et al., 2019).

Diese Vorgehensweise wird durch klinische Studien gestützt, die gezeigt haben, dass Raucher:innen ohne Intention in ähnlichem Ausmass aufhören zu rauchen wie Raucher:innen mit Intention, wenn sie Unterstützung erhalten (Aveyard et al., 2012; Pisinger et al., 2005; Richter & Ellerbeck, 2015).

Darüber hinaus wird durch das Nicht-Abfragen der Motivation Zeit eingespart. Interventionen, bei denen die Motivation erörtert wird, nehmen im Durchschnitt ca. 5 -10 Minuten in Anspruch. Diese Zeit für Gespräche über das Rauchen aufzubringen, ist für viele Ärzt:innen schwierig, da Sprechstundengespräche oftmals zeitlich begrenzt sind (Roberts et al., 2013).

Nachfolgende Abbildung 1 zeigt die einzelnen Schritte der VBA-Intervention, wie sie in Grossbritannien durchgeführt wird.

Abbildung 1

VBA-Intervention (Standard UK Model)

Im Folgenden werden die einzelnen Schritte erläutert (McEwen et al., 2019):

1. Identifikation des Raucherstatus (Ask): Ärzt:innen sollen den Raucherstatus von Patient:innen feststellen, indem sie eine gezielte Frage nach dem Rauchen stellen: "Rauchen Sie?" Wenn der Raucherstatus bereits festgestellt wurde, wird gefragt: «Rauchen Sie noch?».
2. Empfehlung (Advice): Wenn Patient:innen rauchen, soll eine Empfehlung für eine professionelle Rauchstoppberatung in Kombination mit Medikamenten ausgesprochen werden.
3. Unterstützung (Act): Je nachdem wie Patient:innen auf die Empfehlung reagieren, sollen Ärzt:innen Patient:innen an eine örtliche Rauchstoppberatungsstelle überweisen und/oder alternative Unterstützung wie die Verschreibung von Medikamenten anbieten. Wenn Patient:innen äussern, dass sie vorerst nicht mit dem Rauchen aufhören wollen, soll eine erneute Ansprache in einer späteren Konsultation erfolgen. Abschliessend wird dokumentiert, was erreicht werden konnte.

2.3.1 Die Rauchstopp-Mini-Intervention (RMI)

Wie bereits erwähnt, leitet sich die RMI vom VBA-Modell ab. In Abbildung 2 sind die einzelnen Schritte der RMI zu sehen. Der Unterschied zum VBA-Modell besteht darin, dass bei der RMI ein vierter Schritt für die Anmeldung bei der Rauchstoppsprechstunde aufgelistet ist. Zudem besagt die RMI, dass eine Intervention ca. 60 Sekunden andauert, da aufgrund der Anmeldung mehr Zeit eingerechnet wird als beim VBA-Modell (Lungenliga St. Gallen-Appenzell, 2022a).

Abbildung 2

Schritte der RMI

Anmerkung: Heruntergeladen auf: Infomaterial - Lungenliga St. Gallen

3. Methode

In diesem Kapitel wird zunächst die Wahl der Methode begründet. Danach wird beschrieben, inwiefern Gütekriterien in der Arbeit berücksichtigt wurden. Darauffolgend wird die Vorgehensweise von der Rekrutierung der Studienteilnehmenden bis und mit der Auswertung der Daten dargelegt.

3.1 Begründung der Methodenwahl

Da diese Arbeit darauf abzielt, Einblicke in die Meinungen und Perspektiven der Hausärzt:innen zur Thematik zu erlangen, wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Qualitative Methoden bieten die Möglichkeit, die subjektive Wahrnehmung der Studienteilnehmenden zu einem bestimmten Thema zu erforschen (Perkhofer et al., 2016).

Zur Erhebung der Daten wurden semistrukturierte Leitfadeninterviews durchgeführt. Diese Erhebungsform eignet sich im Anbetracht der Forschungsfrage besonders, weil sie ermöglicht, Erhebungsfragen vorzuformulieren, sodass das Interview auf das Thema fokussiert bleibt. Gleichzeitig besteht Spielraum, zusätzliche Fragen zu stellen oder das Gespräch in eine andere Richtung zu lenken, wenn angenommen wird, dass dadurch vertieftere Informationen zur Thematik eingeholt werden können (Ritchie et al., 2013).

3.2 Gütekriterien

In der qualitativen Forschung bestehen anders als in der quantitativen Forschung keine allgemeingültigen Gütekriterien. Jedoch gibt es bestimmte Richtlinien, die als Anspruch an die qualitative Forschung verfolgt werden können (Flick, 2014). Zu diesen zählen die Begründung der Methodenwahl, die detaillierte Beschreibung der Vorgehensweise, die Benennung der Ziel- und Qualitätsansprüche sowie Transparenz bei der Darstellung der Vorgehensweise (Flick, 2014). Diese Richtlinien werden in der vorliegenden Arbeit verfolgt.

3.3 Rekrutierung der Studienteilnehmenden

Für die Rekrutierung der Studienteilnehmenden wurden die Kriterien Berufserfahrung, Region und Geschlecht vordefiniert. Es wurden dementsprechend Hausärzt:innen angeschrieben, die unterschiedlich lange (<20 Jahre, >20 Jahre) und in unterschiedlichen Regionen des Kantons St. Gallen (Stadt, Land) tätig sind sowie unterschiedliche Geschlechter (männlich, weiblich) aufweisen. Genannte Kriterien wurden definiert, um eine möglichst für die Zielgruppe repräsentative Stichprobe zu erhalten. Anhand der

Kriterien-Definition wurden acht Rubriken gebildet (siehe Anhang A). Auf der Plattform doctorfmh.ch – das Ärzteverzeichnis der FMH wurde anhand dieser Rubriken nach Hausärzt:innen gesucht. Pro Rubrik wurden fünf Hausärzt:innen per E-Mail angeschrieben, dies entspricht insgesamt 40 Hausärzt:innen.

3.4 Erarbeitung des Interviewleitfadens

Ausgehend vom Forschungsziel bzw. der Forschungsfrage wurden die Themenbereiche *Erfahrungen mit Rauchstoppinterventionen, Meinung zur RMI, Einschätzung der Umsetzbarkeit der RMI, wahrgenommene Herausforderungen* und *benötigte Ressourcen* definiert. Ableitend dieser Themenbereiche wurden offene, aber dennoch spezifische Leitfragen formuliert (siehe Anhang B). Einzelne Leitfragen wurden zudem zur Vertiefung durch Subfragen ergänzt. Bei der Anordnung der Leitfragen wurde auf eine Reihenfolge geachtet, die einen möglichst flüssigen Interviewverlauf gewährleistet.

3.5 Pretest und Datenerhebung

Um Verständnisprobleme während der Interviews zu vermeiden, wurde im Vorfeld ein Pretest gemacht. Laut Perkhofer et al. (2016) sollte ein Pretest mit repräsentativen Personen der zukünftigen Studienteilnehmenden durchgeführt werden. Da Apotheker:innen ebenfalls mit dem Thema Rauchstopp vertraut sind, wurde ein Pretest mit zwei Apothekern durchgeführt. Die Rückmeldungen zeigten, dass die einzelnen Leit- und Subfragen verständlich waren und daher aus ihrer Sicht nicht optimiert werden mussten.

Die Interviewgespräche erfolgten zwischen dem 11.01.23 und dem 20.02.23. Sie wurden auf Deutsch und Schweizerdeutsch gehalten, je nach Muttersprache der Interviewpartner:innen. Die Interviews wurden in den Praxen der Hausärzt:innen durchgeführt und per Handy aufgezeichnet. Zu Beginn der Interviews wurde die genaue RMI-Abfolge sowie die Differenzierung zu anderen Rauchstoppinterventionen erläutert. Anschliessend wurden die Interviewpartner:innen darauf hingewiesen, dass die Aufnahmen nach Fertigstellung der Arbeit gelöscht und die Daten lediglich für die Bachelorarbeit und in anonymisierter Form verwendet werden. Nach Unterzeichnung der Einwilligungserklärung (siehe Anhang C) wurde das Interview eröffnet und mit der Aufnahme des Gesprächs begonnen. Während des gesamten Interviews achtete die Interviewerin auf eine neutrale Haltung, um die Antworten nicht zu beeinflussen. Die Interviews dauerten zwischen 15 und 20 Minuten.

3.6 Datenauswertung

Die einzelnen Audiodateien wurden innerhalb einer Woche nach den Interviews wörtlich transkribiert. Die dabei verwendeten Transkriptionsregeln sind in Anhang D zu finden. Interviews, die auf Schweizerdeutsch gehalten wurden, wurden bei der Transkription direkt auf Hochdeutsch übersetzt. Die anschliessende Auswertung erfolgte nach den sieben Schritten der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018). Diese Methode ermöglicht ein deduktives und induktives Vorgehen im Wechselspiel, da Codes einerseits aus der Forschungsfrage und/oder den theoretischen Grundlagen (deduktiv) und andererseits aus den Interviewdaten (induktiv) definiert werden können. Durch diese Kombination von induktivem und deduktivem Vorgehen kann ein vertieftes Verständnis der Daten ermöglicht werden (Schreier, 2014).

Im Folgenden werden die einzelnen Schritte erläutert, die bei der Auswertung nach Kuckartz (2018) mit Hilfe der Software MAXQDA durchgeführt wurden.

Schritt 1: Es erfolgte eine erste Auseinandersetzung mit den Daten. Erste Gedanken wurden durch das Erstellen von Memos festgehalten. Zudem wurden Farbcodes verwendet, um relevante Auffälligkeiten zu markieren.

Schritt 2: Erste Codes wurden deduktiv anhand der Forschungsfrage respektive den ableitenden Erhebungsfragen erstellt. Jeder erstellte Code erhielt eine Definition sowie ein Ankerbeispiel, dadurch kann die Anwendungsart der Codes nachvollzogen werden (Kuckartz, 2018).

Schritt 3: Anhand deduktiv erzeugter Codes wurde eine erste Kodierung des Datenmaterials vorgenommen.

Schritte 4 und 5: Es erfolgte eine induktive Ausdifferenzierung der Codes. Anzumerken ist, dass die Schritte 4 und 5 in einem Mal durchgeführt wurden. Dies ist mit Hilfe der Software MAXQDA möglich, und zwar durch den Arbeitsbereich von MAXQDA «Liste der codierten Segmente». In diesem Arbeitsbereich werden alle codierten Segmente der deduktiv erstellten Codes angezeigt. Diese Segmente können nun induktiv ausdifferenziert werden (Rädiker & Kuckartz, 2019). Bei der induktiven Ausdifferenzierung wurden neue Codes sowie Subcodes erstellt und auf das Datenmaterial angewendet.

Schritt 6: Das gesamte Datenmaterial wurde nochmals durchgegangen. Es erfolgte eine Überprüfung, ob aus Sicht der Forscherin die einzelnen Codes sinngemäss und vollständig angewendet wurden.

Schritt: 7 Nach der vollständigen Codierung wurde eine kategorienbasierte Analyse entlang der Codes vorgenommen.

Aufgrund der geringen Fallzahlen in diesem Forschungsprojekt wurde auf eine Frequenzanalyse der Interviewantworten verzichtet. Interviewaussagen der Codes bzw. Subcodes wurden zusammengefasst und deskriptiv wiedergegeben. Bei der Zusammenfassung der Aussagen eines Codes wurde entsprechend der Überschaubarkeit (je nach Anzahl, Länge, Komplexität der Aussagen) direkt oder in mehreren Schritten zusammengefasst. Wenn die Liste der Aussagen eines entsprechenden Codes als nicht überschaubar eingestuft wurde, erfolgte eine schrittweise Zusammenfassung mit Hilfe der Tools «Summary Grid» und «Summary Tabellen» von MAXQDA. Dabei wurde eine fallbezogene thematische Zusammenfassung vorgenommen. Das bedeutet, es wurde für die Aussagen jeder Person innerhalb des Codes eine Reduktion erstellt. Durch die Reduktionen können die Aussagen der einzelnen Personen besser zueinander in Beziehung gesetzt und entsprechend zusammengefasst werden (Rädiker & Kuckartz, 2019).

4. Ergebnisse

Folgend werden zuerst die quantitativen Resultate zur Beschreibung des Studiensamples und anschliessend die inhaltlichen Resultate der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse dargelegt. Für die Überschriften der inhaltlichen Resultate wurden die Bezeichnungen der Codes des Codesystems verwendet. Das Codesystem befindet sich in Kapitel 4.2. Zitate von Hausärzt:innen wurden mit der Interviewnummer, die jedes Interview erhalten hat, und der Position in entsprechendem Interview angegeben. Die Transkripte der Interviews befinden sich in Anhang E.

4.1 Beschreibung des Studiensamples

Insgesamt haben sechs Hausärzt:innen aus dem Kanton St. Gallen an der Studie teilgenommen. Diese Zahl ergab sich aus den 40 angeschriebenen Hausärzt:innen, von denen sechs für ein Interview zugesagt haben. Drei der Hausärzt:innen waren zum Zeitpunkt der Befragung über 20 Jahre in ihrem Beruf tätig und drei hatten weniger als 20 Jahre Berufserfahrung. Das Studiensample bestand aus vier weiblichen und zwei männlichen Hausärzt:innen. Zudem praktizierten vier der Hausärzt:innen in der Stadt und zwei auf dem Land.

4.2 Codesystem

Zur Orientierung beim Lesen der Ergebnisse wird in Tabelle 1 das Codesystem wiedergegeben. Die Codes sind fett gedruckt und werden unter Beschreibung erklärt. Unter der Beschreibung befindet sich das Ankerbeispiel. Die Subcodes sind unterhalb der Codes eingerückt aufgelistet. Auf der rechten Seite der Tabelle ist unter «Häufigkeit» die Anzahl Codierungen ersichtlich. Da im Verlaufe der Datenauswertung die einzelnen Codes in Subcodes unterteilt wurden, beträgt die Codier-Häufigkeit bei den Codes null.

Tabelle 1

Codesystem

Liste der Codes	Memo	Häufigkeit
Codesystem		90
Eindruck der RMI	Beschreibung: Antworten auf die Frage, was von der RMI gehalten wird. [redacted]	0

negativer Eindruck		0
positiver Eindruck		8
Nicht-Abfragen Motivation	Beschreibung: Die RMI zeichnet sich dadurch aus, dass die Motivation von Patient:innen nicht abgefragt wird. Hausärzt:innen wurden gefragt, welchen Eindruck sie von dieser Vorgehensweise haben. Je nachdem, wie die Antwort ausfiel, wurde der entsprechende Subcode angewendet (siehe Subcodes). [redacted]	0
positiv gewertet		4
eher kritische Haltung		1
irrelevant, ob Motivation thematisiert		1
Potenzial Umsetzung	Beschreibung: Hausärzt:innen wurden gefragt, inwiefern sie sich vorstellen können, die RMI im Praxisalltag umzusetzen. Antworten auf diese Frage wurden mit "Potenzial Umsetzung" und anschliessend mit den Subcodes "Potenzial hoch" und "Potenzial tief" codiert. Des Weiteren wurden "Potenzial hoch"-Kodierungen erneut unterteilt in "in jeder Konsultation", wenn aufgrund der Aussage interpretiert wurde, dass eine Umsetzung bei allen Patient:innen in jeder Konsultation vorstellbar ist und "nicht in jeder Konsultation", wenn eine Umsetzung unter bestimmen Bedingungen vorstellbar ist. [redacted]	0
Potenzial hoch		5
in jeder Konsultation		3
nicht in jeder Konsultation		5
Potenzial tief		0
Hürden & Herausforderungen	Beschreibung: Alle von den Hausärzt:innen wahrgenommenen Herausforderungen in Zusammenhang mit der RMI. Je nach Art der Herausforderung wurde erneut mit den entsprechenden Subcodes codiert. [redacted]	0

	[redacted]	
keine wahrgenommenen Herausforderungen		1
unmotivierte Patient:innen		8
Zeitaufwand		4
Vergessen gehen im Praxisalltag		6
Ressourcen	Beschreibung: Faktoren, die Hausärzt:innen nennen, um zuvor genannte Herausforderungen zu bewältigen oder Faktoren, die sie benötigen, um die RMI überhaupt umzusetzen oder Faktoren, die sie motivieren würden, die RMI umzusetzen. [redacted].	0
ortsnahe Standorte für Rauchstoppsprechst.		2
regelmässige Erinnerung		4
einfache Anmeldung (Schritt 4 RMI)		3
Weiterbildung/Wissensaustausch		8
Materialien		7
Umsetzung durch gesamte Praxis		4

Anmerkung: Export des Codesystems aus MAXQDA

4.3 Eindruck der RMI

Alle befragten Hausärzt:innen äusserten sich positiv auf die Frage, was sie von der RMI halten. Folgend drei Antworten zur Verdeutlichung:

[redacted]

[redacted].

[redacted]

4.3.1 Nicht-Abfragen der Motivation

Dass bei der RMI die Motivation nicht abgefragt wird, wurde von vier Hausärzt:innen positiv eingestuft. Als positiv wurde gewertet, dass dadurch möglicherweise auch unentschlossene Patient:innen einen Rauchstopp versuchen. Folgend eine Aussage aus Interview 4 Pos.15:

[redacted]

Eine Person äusserte sich eher kritisch dazu, als sie gefragt wurde, was sie davon hält, die Motivation nicht abzufragen. Sie äusserte die Befürchtung, dass sich Patient:innen bevormundet fühlen könnten, wenn sie nicht nach ihrer Motivation gefragt werden. Sie meinte zudem, dass der Wille von Patient:innen vorhanden sein müsse für einen Rauchstopp.

In einem anderen Interview wurde ebenfalls die Meinung geäussert, dass die Motivation der Patient:innen für einen Rauchstopp vorhanden sein müsse. Darüber hinaus war diese Person der Meinung, dass es keine Rolle spiele, ob die Motivation abgefragt werde oder nicht (Interview 2, Pos. 15):

[redacted].

4.4 Potenzial Umsetzung

Das Potenzial, die RMI im Praxisalltag umzusetzen, wurde von den Studienteilnehmenden hoch eingestuft:

[redacted]

4.4.1 Potenzial Umsetzung in jeder Konsultation

Aus den Interviews ging hervor, dass sich drei Hausärzt:innen zum Zeitpunkt der Befragung nicht vorstellen konnten, die RMI in jeder Konsultation umzusetzen:

[redacted]

Stattdessen wurde eine situative Umsetzung im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen oder bei der Betreuung von chronisch erkrankten Personen sowie im Zusammenhang mit einer Erkrankung als direkte Ursache des Rauchens für möglich gehalten. Folgende Aussage verdeutlicht dies:

[redacted]

[redacted]

Aus den anderen drei Interviews konnte abgeleitet werden, dass sich die Hausärzt:innen eine Durchführung der RMI bei jeder Konsultation vorstellen können, sofern daran gedacht wird und es nicht zu längeren Diskussionen mit Patient:innen kommt.

4.5 Hürden und Herausforderungen

Die Hausärzt:innen nahmen unterschiedliche Herausforderungen bei einer möglichen Umsetzung der RMI wahr. Herausforderungen, welche besonders thematisiert wurden, werden folgend beschrieben.

4.5.1 Zeitaufwand

Von zwei Hausärzt:innen wurde der zusätzliche Zeitaufwand, der durch die RMI anfällt, als mögliche Herausforderung wahrgenommen:

[redacted]

Insbesondere wurden Bedenken geäussert, dass die Anmeldung für die Rauchstoppsprechstunde als letzter Schritt der RMI die 60 Sekunden überschreiten könnte:

[redacted]

Als weiterer Faktor, der zusätzliche Zeit benötigen und daher eine Herausforderung darstellen könnte, wurde die mögliche Diskussion mit den Patient:innen genannt, sobald das Thema Rauchen angesprochen wird:

[redacted]

4.5.2 Unmotivierte Patient:innen

Vier Hausärzt:innen nannten für einen Rauchstopp nicht motivierte Patient:innen, die mit Widerstand auf das Angebot einer Rauchentwöhnungssprechstunde reagieren, als eine Herausforderung für die Umsetzung der RMI. Sie berichteten, dass bei Patient:innen die Motivation oftmals nicht hoch ist, mit dem Rauchen aufzuhören. Wenn dies der Fall ist, können sich die befragten Hausärzt:innen mehrheitlich nicht vorstellen, dass eine Ansprache zielführend ist. Besonders bei Patient:innen, bei denen im Vorhinein bereits eine ablehnende Antwort vermutet wird, könnte eher auf eine Ansprache verzichtet werden:

[redacted]

Zudem befürchtete ein:e Hausärzt:in, dass sich Patient:innen in letzter Sekunde, wenn es um eine Anmeldung bei der Rauchstoppsprechstunde geht, dagegen entscheiden könnten:

[redacted]

Die interviewte Person erklärte diese Aussage mit dem Grund, dass Patient:innen mit einem spezifischen Anliegen in die Praxis kommen. Daher könnte es schwierig sein, einen Rauchstopp zu vermitteln, wenn dieser nicht auf der Agenda von Patient:innen ist.

4.5.3 Vergessen gehen im Praxisalltag

Vier der interviewten Hausärzt:innen äusserten Bedenken, die RMI könnte im Praxisalltag untergehen. Insbesondere zu Beginn der Implementierung und bei jungen Personen, welche die Praxis nicht regelmässig aufsuchen, besteht laut den befragten Hausärzt:innen die Wahrscheinlichkeit, dass eine Durchführung der RMI vergessen geht:

[redacted]

4.6 Ressourcen

Die Hausärzt:innen nannten unterschiedliche Ressourcen, die ihnen als Hilfestellung bei der Umsetzung der RMI dienen könnten oder die sie motivieren würden, die RMI umzusetzen. Die genannten Ressourcen werden folgend erläutert.

4.6.1 Ortsnahe Standorte für Rauchstoppsprechstunden

In einem Interview wurde betont, dass es wichtig sei, den Patient:innen ortsnahe Standorte für die Rauchstoppsprechstunde anbieten zu können. Die Praxis, in der das Interview stattgefunden hat, lag ländlich gelegen. Wenn keine ortsnahen Standorte für Rauchstoppsprechstunden bestehen, könnte dies eine Barriere für Patient:innen darstellen:

[redacted]

4.6.2 Regelmässige Erinnerung

Im Kapitel *4.5.3 Vergessen gehen im Praxisalltag* wird deutlich, dass es eine Herausforderung darstellen könnte, an die Umsetzung der RMI zu denken. Um dem entgegenzuwirken, nannten drei Hausärzt:innen, dass es hilfreich wäre, wenn eine regelmässige Erinnerung stattfinden würde. Folgend ein genanntes Beispiel, wie eine Erinnerung aussehen könnte:

[redacted]

4.6.3 Einfach Anmeldung

Wie bereits im Kapitel *4.5.1 Zeitaufwand* erwähnt, wird in einer umfangreichen Anmeldung eine Herausforderung gesehen. Eine einfache Anmeldung (Schritt 4 der RMI), die schnell getätigt werden kann, stellt eine Voraussetzung dar für die Umsetzung der RMI.

[redacted]

> [redacted]

Ein vorgefertigtes Formular wurde als Option genannt, wie eine Anmeldung schnell ablaufen könnte.

4.6.4 Weiterbildung/Wissensaustausch

Aus allen Interviews geht hervor, dass eine weitere Thematisierung der RMI in Form einer Weiterbildung oder eines Wissensaustausches als gewinnbringend angesehen wird.

Zwei der befragten Hausärzt:innen äusserten, dass eine Weiterbildung vor Ort oder in Form einer Hausarztfortbildung sinnvoll wäre, um die RMI nochmals vermittelt zu bekommen.

Die anderen Teilnehmenden waren der Meinung, dass eine Weiterbildung zu umfangreich für eine Kurzintervention wie die RMI sei:

[redacted]

Anstelle einer Schulung wurde ein Wissensaustausch im Rahmen eines Qualitätszirkels oder Kongresses oder eine Veranstaltung seitens der Lungenliga genannt, um die RMI zu thematisieren und voneinander Tipps einzuholen im Umgang mit abwehrenden Patient:innen:

[redacted]

[redacted]

4.6.5 Materialien

Die Hausärzt:innen nannten unterschiedliche Informationsmaterialien in Form von Flyer, Factsheets und Plakaten, die ihnen bei der Umsetzung der RMI als Hilfestellung dienen würden. Genannte Materialien und deren Zweck werden folgend aufgelistet:

- Informationen zur Rauchstoppsprechstunde → Patient:innen wissen, was in der Rauchstoppsprechstunde auf sie zukommt und sind möglicherweise dadurch motivierter
- Factsheet, das die Vorteile eines Rauchstopps aufzeigt
- Unterschiedliche Flyer zum Thema für den Wartebereich
- Einschüchternde Werbeplakate → Aufmerksam machen, wie schädlich Rauchen für den Körper ist
- Wiederholte Versendung des RMI-Flyers → Erinnerungsstütze für Hausärzt:innen

In einem Interview wurde insbesondere auch auf Informationsmaterialien hingewiesen, die den Ablauf in einer Rauchstoppsprechstunde aufzeigen. Dadurch könne besser eingeschätzt werden, inwiefern die Durchführung der RMI bei bestimmten Patient:innen in Frage kommt:

[redacted]

4.6.6 Umsetzung durch gesamte Praxis

Zwei Hausärzt:innen gaben an, dass die gesamte Praxis für die RMI sensibilisiert werden sollte und dadurch eine Umsetzung sowohl durch sie selbst als auch durch Medizinische Praxisassistent:innen (MPA) möglich wäre:

[redacted]

[redacted]

5. Diskussion

In diesem Kapitel werden zunächst die wichtigsten Ergebnisse nochmals zusammengefasst. Im Anschluss werden die Ergebnisse anhand der Studienlage diskutiert und die Limitationen der Arbeit dargelegt.

5.1 Zusammenfassen der Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, herauszufinden, wie Hausärzt:innen das Potenzial der RMI einschätzen. Bei der RMI handelt es sich um eine Intervention von 60 Sekunden, um einen Rauchstopp bei Patient:innen in der medizinischen Grundversorgung einzuleiten. Dazu wurden sechs Leitfadeninterviews mit Hausärzt:innen aus dem Kanton St. Gallen geführt.

Die Ergebnisse zeigen, dass das Potenzial einer RMI-Umsetzung im Praxisalltag hoch eingeschätzt wird, vor allem im Rahmen von Vorsorgeuntersuchung oder in Zusammenhang mit einer Erkrankung als direkte Ursache des Rauchens. Eine Umsetzung in jeder Konsultation bei allen Patient:innen kann sich die Hälfte der befragten Hausärzt:innen vorstellen, jedoch lediglich, wenn daraus keine längeren Diskussionen mit Patient:innen entstehen. Dass das Motivationsstadium bei der RMI nicht abgefragt wird, erachtet die Mehrheit der Hausärzt:innen als positiv. Zwei Hausärzt:innen bezweifelten jedoch, dass durch das Nicht-Abfragen der Motivation mehr Patient:innen für einen Rauchstopp abgeholt werden können. Sie waren der Meinung, dass die Motivation von Patient:innen eine Voraussetzung für einen Rauchstopp darstellt.

Die fehlende Motivation von Patient:innen für einen Rauchstopp wurde insgesamt als Herausforderung angesehen. Bei Patient:innen, bei denen bereits im Vorhinein angenommen wird, dass sie nicht motiviert sind, würde daher auf eine Umsetzung der RMI verzichtet werden. Als weitere Herausforderung wurde die knappe Zeit genannt, die für eine Sprechstunde zur Verfügung steht. Wenn die RMI die vorgesehenen 60 Sekunden überschreiten würde, würde dies eine Hürde darstellen. Eine Überschreitung wird vor allem bei der Anmeldung (Schritt 4 der RMI) und durch Diskussionen mit Patient:innen befürchtet. Eine weitere Herausforderung wird darin gesehen, die RMI im Gedächtnis zu behalten. Besonders zu Beginn der Umsetzung wird von den Hausärzt:innen befürchtet, dass die RMI im Praxisalltag untergehen könnte oder auch bei Patient:innen, welche die Praxis nicht regelmässig aufsuchen.

Als mögliche Ressource wurde in Zusammenhang mit dem «Nicht vergessen gehen» eine Erinnerungshilfe genannt, die beispielsweise jeweils im Computersystem erscheint. Des Weiteren wird die Chance, dass die RMI durchgeführt wird, durch eine schnelle Anmeldung (Schritt 4 der RMI) erhöht. Eine Ressource wird ebenfalls in einer wohnortnahen Rauchstoppberatungsstelle für Patient:innen gesehen. Bezüglich des Nutzens einer Weiterbildung, in der die RMI nochmals näher thematisiert wird, waren sich die Hausärzt:innen uneinig. Während zwei Hausärzt:innen eine Weiterbildung über die RMI als gewinnbringend erachteten, waren die anderen der Meinung, dass eine Weiterbildung für eine Intervention im Umfang der RMI nicht nötig sei. Anstelle einer Weiterbildung könnte die RMI im Rahmen eines Qualitätszirkels oder Kongresses im Sinne einer Miniwerbung oder einer Kurzvorstellung auf die Agenda gebracht werden. In einem Wissensaustausch unter den Hausärzt:innen wurde ebenfalls eine Möglichkeit gesehen, um voneinander Tipps zur Umsetzung der RMI einzuholen. Des Weiteren wurden verschiedene Materialien genannt (siehe Kapitel 4.6.5), die eine Umsetzung der RMI unterstützen könnten.

5.2 Interpretation der Ergebnisse

Obwohl die Hausärzt:innen angaben, dass sie das **Potenzial** der RMI hoch einschätzen, wurden gleichzeitig Hürden und Herausforderungen in Zusammenhang mit der RMI wahrgenommen. Zu diesen zählen **Zeitaufwand**, **unmotivierte Patient:innen** und das **Vergessen gehen im Praxisalltag**.

Unmotivierte Patient:innen und **Zeitaufwand** werden in der Literatur ebenfalls als mögliche Gründe beschrieben, weshalb das Thema Rauchen durch Hausärzt:innen in vielen Fällen nicht angesprochen wird (siehe theoretischer Hintergrund Kapitel 2.1). Im Review von Manolios et al. (2021) wird hervorgehoben, dass selbst Hausärzt:innen, denen Interventionen nach dem VBA-Modell bekannt sind, diese lediglich in 50 % der Fälle umsetzen (Manolios et al., 2021). Diese Tendenz widerspiegelt die Erkenntnisse dieser Arbeit. So kann sich die Hälfte der befragten Hausärzt:innen eine Umsetzung der RMI lediglich im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen und bei Patient:innen, die eine Erkrankung aufgrund des Rauchens haben, vorstellen. Wenn die RMI lediglich unter diesen Rahmenbedingungen durchgeführt wird, könnte dies dazu führen, dass vielen Patient:innen, trotz Kenntnis der RMI, keine Unterstützung beim Rauchstopp angeboten wird. Darüber hinaus könnte eine Ansprache in Zusammenhang mit dem Krankheitsbild von Patient:innen zu Widerstand seitens Patient:innne führen. Das Phänomen, dass

Patient:innen oftmals mit Widerstand reagieren, wenn eine Ansprache des Rauchens in Zusammenhang mit den Beschwerden erfolgt, konnte durch eine Studie von Pilnick und Coleman (2010) nachgewiesen werden. Es besteht daher die Gefahr, dass Hausärzt:innen negative Erfahrungen machen, wenn sie bei einer RMI-Durchführung die Patientient:innen gleichzeitig auf ihren Gesundheitszustand ansprechen. Dies wiederum könnte dazu führen, dass die RMI mit schlechten Erfahrungen assoziiert wird und somit die Zurückhaltung bei der Durchführung steigt.

Aus zwei der Interviews geht hervor, dass die **Motivation** der Patient:innen vorhanden sein müsse, damit die RMI erfolgreich sein könne. Eine Befragung von McEwen et al. (2001) kam zu ähnlichen Ergebnissen. Hausärzt:innen waren der Meinung, dass sie vor allem Raucher:innen unterstützen sollten, die für einen Rauchstopp motiviert sind. Die Bereitschaft, routinemässig bei allen Patient:innen den Raucherstatus zu überwachen und Unterstützung anzubieten, war hingegen gering (McEwen et al., 2001). Dieses Phänomen könnte mit dem im theoretischen Hintergrund in Kapitel 2.2 erläuterten Tabakentwöhnungsmanagement zusammenhängen. Dieses besagt, dass Hausärzt:innen ihre Patient:innen zunächst nach der Motivation fragen sollen. Anschliessend soll lediglich denjenigen, die eine Motivation zum Rauchstopp äussern, Unterstützung angeboten werden. Dieses Vorgehen widerspricht jedoch den Ergebnissen einiger Studien (siehe Kapitel 2.3 im theoretischen Hintergrund). In diesen Studien konnte gezeigt werden, dass Raucher:innen, die zum Zeitpunkt der Konsultation nicht bereit für einen Rauchstopp sind, in ähnlichem Masse einen Rauchstoppversuch machen, wenn ihnen Unterstützung angeboten wird. Die Überzeugung der Hausärzt:innen, dass die Motivation bei Patient:innen vorhanden sein muss, um einen Rauchstoppversuch zu wagen, kann dazu führen, dass das Potenzial der RMI nicht ausgeschöpft wird.

Während bei den wahrgenommenen Herausforderungen die Anmeldung, welche zu viel Zeit in Anspruch nehmen könnte, geäussert wurde, wurde bei den Ressourcen eine **schnell durchgeführte Anmeldung** genannt. Die Relevanz einer schnellen Anmeldung wird auch in der Literatur thematisiert. Ein Grossteil der Hausärzt:innen, denen Kurzinterventionen bekannt sind, fragen zwar nach dem Raucherstatus und empfehlen einen Rauchstopp, lassen aber die Anmeldung bei der Rauchstoppberatung aus Zeitgründen weg (Bartsch et al., 2016; Martínez et al., 2017). Es ist daher anzunehmen, dass Hausärzt:innen im Kanton St. Gallen eine Anmeldung ebenfalls weglassen könnten, wenn diese nicht in wenigen «Klicks» getätigt werden kann. Dies wäre insbesondere

problematisch, da gerade das Angebot von Unterstützung mit einer höheren Aufhörquote einhergeht (Park et al., 2015).

Die Relevanz der oben genannten Ressource **«regelmässiges Erinnern»** wird auch dadurch untermauert, dass sie ebenfalls in den neuseeländischen Leitlinien aufgeführt wird (Ministry of Health, 2021). Es wird empfohlen, in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens Instrumente und Systeme zu implementieren, die das Gesundheitspersonal dazu ermutigen, die verschiedenen Elemente der Kurzintervention durchzuführen (Ministry of Health, 2021)

Im Hinblick auf **Weiterbildungen** geht aus den Ergebnissen hervor, dass lediglich zwei Hausärzt:innen in Schulungen über die RMI eine Ressource sehen. Die anderen Hausärzt:innen waren der Meinung, dass eine Schulung bei einer Kurzintervention wie der RMI nicht nötig sei. Im Gegensatz dazu zeigen Studien den hohen Nutzen von Schulungen. Eine aktuelle Studie aus Deutschland kam zum Ergebnis, dass eine einzige Schulung in der Beratung zur Rauchentwöhnung nach dem VBA-Modell zu einer dreifachen Steigerung der Beratungsquote und zu einer siebenfachen Steigerung des Unterstützungsangebots führte (Kastaun et al., 2021). Ähnliche Resultate konnten auch durch eine Studie aus Griechenland festgehalten werden. Schulungen führten zu einer erhöhten Selbstwirksamkeit bei Hausärzt:innen und daher zu einer höheren Durchführungsrate der Kurzintervention (Girvalaki et al., 2018). Auch die Autorin dieser Arbeit geht davon aus, dass den wahrgenommenen Herausforderungen der befragten Hausärzt:innen durch eine Schulung entgegengewirkt werden kann. Ähnlich den Ergebnissen der Studie von Girvalaki et al. (2018) könnte eine Schulung bei den Hausärzt:innen im Kanton St. Gallen die Selbstwirksamkeit erhöhen und dazu führen, dass sie sich vorstellen könnten, die RMI in jeder Konsultation durchzuführen.

Zwei Hausärzt:innen gaben an, dass sie eine Umsetzung der RMI auch durch Medizinische Praxisassistent:innen (MPA) als gewinnbringend erachten würden, sodass ein gemeinsamer Ansatz verfolgt würde. Es konnten jedoch keine Studien gefunden werden, die einen solchen Ansatz untersucht haben. Eine Umsetzung durch MPA könnte den Vorteil haben, dass Hausärzt:innen entlastet werden. Allerdings besteht auch der Nachteil, dass das Vertrauensverhältnis als geeignete Voraussetzung für die Ansprache des Rauchens wegfallen könnte. Studien belegen, dass sich Hausärzt:innen insbesondere aufgrund dieser Vertrauensbasis für eine Ansprache des Rauchens eignen (Duaso &

Cheung, 2002; Richmond et al., 1996; WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2003). Ausserdem müsste bei einem solchen gemeinsamen Ansatz definiert werden, in welchen Fällen die Hausärzt:innen die RMI umsetzen und in welchen Fällen die MPA, um ein systematisches Vorgehen sicherzustellen.

5.3 Limitationen

Die vorliegende Arbeit weist einige Limitationen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen.

Zunächst beschränkte sich die Stichprobengrösse auf sechs Hausärzt:innen aus dem Kanton St. Gallen. Aufgrund dieser begrenzten Stichprobe sind die Ergebnisse nicht repräsentativ für alle Hausärzt:innen im Kanton St. Gallen. Besonders auch im Hinblick darauf, dass lediglich zwei Hausärzt:innen, die auf dem Land praktizieren, für die Arbeit rekrutiert werden konnten. Auch die Verteilung der Geschlechter fiel nicht gleichmässig aus. Es konnten doppelt so viele Frauen wie Männer für die Interviews gewonnen werden. Eine grössere und diversere Stichprobe würde eine breitere Perspektive ermöglichen und zu robusteren Ergebnissen führen.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Autorin der Arbeit zum ersten Mal selbstständig Interviews durchgeführt hat. Obwohl darauf geachtet wurde, offene Fragen zu stellen und möglichst wertungsfrei zu agieren, verliefen die Interviews nicht fehlerfrei. Beispielsweise ist der Autorin bei der Transkription aufgefallen, dass sie die Sprechpausen der Interviewpartner:innen teilweise etwas länger hätte aushalten können. Dies hätte möglicherweise zu weiteren Erkenntnissen geführt.

Die Auswertung der Daten erfolgte ebenfalls lediglich durch die Autorin. Eine Codierung der Daten durch eine weitere Person könnte dazu beitragen, die Zuverlässigkeit der Ergebnisse zu erhöhen.

6. Schlussfolgerung

In Bezug auf die Fragestellung konnte aufgezeigt werden, dass Hausärzt:innen im Kanton St. Gallen das Potenzial, die RMI in den Praxisalltag zu integrieren, hoch einschätzen. Ob es sich dabei um eine nachhaltige Integration handelt, bleibt offen, da sich die Hälfte der befragten Hausärzt:innen eine Umsetzung in jeder Konsultation nicht vorstellen kann. Diese Erkenntnis könnte mit den Herausforderungen zusammenhängen, welche die Hausärzt:innen bei einer Umsetzung der RMI sehen. Die Herausforderungen «unmotivierte Patient:innen», «Zeitaufwand» und «im Praxisalltag vergessen gehen» wurden von den Hausärzt:innen besonders wahrgenommen. Demgegenüber wurden die Ressourcen «einfache Anmeldung (Schritt 4 der RMI)», um möglichst Zeit zu sparen, «regelmässige Erinnerung» und «Materialien» zur Sensibilisierung der Patient:innen genannt.

6.1 Implikationen für die Gesundheitsförderung und Prävention

Aus den Ergebnissen der Interviews und der Diskussion der Ergebnisse lassen sich Implikationen für die Gesundheitsförderung und Prävention ableiten.

Trotz positiver Einschätzung des Potenzials der RMI nehmen die befragten Hausärzt:innen Hürden und Herausforderungen bei einer Umsetzung wahr. Diese Hürden gilt es zu senken, sodass sich die Hausärzt:innen in der Lage sehen, die RMI bei allen Patient:innen in jeder Konsultation umzusetzen, ohne darin eine Belastung wahrzunehmen. Dies ist elementar, da Studien zeigen, dass die Überzeugungen von Hausärzt:innen bezüglich einer Rauchstopp-Intervention entscheidend dafür sind, ob und wie häufig Patient:innen Unterstützung beim Rauchstopp erhalten (Manolios et al., 2021; Vogt et al., 2005).

Die von den Hausärzt:innen erwähnten Herausforderungen wurden einerseits in Zusammenhang mit den gegebenen Strukturen und andererseits basierend auf Erfahrungen und Überzeugungen geäussert.

Zu den geäusserten Herausforderungen, welche sich auf die Strukturen bezogen, gehört einerseits die Anmeldung bei der Rauchstoppsprechstunde (Schritt 4 der RMI). Es wurde geäussert, dass diese zu viel Zeit in Anspruch nehmen könnte. Daher gilt es sicherzustellen, dass die Anmeldung mit wenigen «Klicks» erfolgen kann. Andererseits wurde geäussert, dass ortsnahe Rauchstoppsprechstunden wichtig sind, damit die Hürde für Patient:innen, diese aufzusuchen, möglichst gering ist. In Bezug auf die Standorte ist

daher ebenfalls zu prüfen, inwieweit in den verschiedenen Regionen Standorte vorhanden sind und wo allenfalls noch bessere Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen. Des Weiteren äusserten die befragten Hausärzt:innen die Gefahr, dass die RMI im hektischen Alltag untergeht. Eine regelmässige Erinnerung ist daher unabdingbar. Ein:e Hausärzt:in erläuterte, dass eine Erinnerung jeweils im Computersystem erscheinen sollte. Es ist zu klären, welche Möglichkeiten es dafür gibt und welche weiteren Instrumente dazu beitragen können, dass die RMI im Praxisalltag nicht vergessen geht.

Bei den wahrgenommenen Herausforderungen, die auf Erfahrungen und Überzeugungen basieren, sprachen die Hausärzt:innen unmotivierte Patient:innen an, die mit Widerstand auf die Ansprache des Rauchens reagieren. In Zusammenhang mit dieser Herausforderung ist es wichtig, Hausärzt:innen zu sensibilisieren und zu empowern, die RMI auch bei Patient:innen umzusetzen, bei denen im Vorhinein eine Ablehnung vermutet wird. Denn wie beschrieben, versuchen Patient:innen, die zum Zeitpunkt der Konsultation nicht bereit für einen Rauchstopp sind, trotzdem einen Rauchstopp, wenn ihnen Unterstützung angeboten wird (Aveyard et al., 2012; Pisinger et al., 2005; Richter & Ellerbeck, 2015). Dies sollte den Hausärzt:innen aufgezeigt werden. Zudem sollte bei der Sensibilisierung der Hausärzt:innen thematisiert werden, dass eine Ansprache des Rauchens in Zusammenhang mit den Beschwerden der Patient:innen nicht zielführend ist, da dies, wie bereits erläutert, zu Widerstand führen kann (Pilnick & Coleman, 2010).

In einem nächsten Schritt ist zu klären, in welchem Rahmen eine Sensibilisierung für die genannten Punkte sowie die Thematisierung der RMI erfolgen sollte. Dazu könnte beispielsweise in Erfahrung gebracht werden, in welcher Art und Weise eine Sensibilisierung in Grossbritannien oder Neuseeland stattgefunden hat. Damit bei der Erarbeitung von Sensibilisierungsmassnahmen weitere entscheidungsrelevante Anliegen und Sichtweisen eingebracht werden können, ist es essentiell, Vertreter:innen der Hausärzt:innen partizipativ einzubinden.

6.2 Ausblick

Für eine gesamtschweizerische Umsetzung der RMI ist es wichtig, eine breitere Perspektive auf das Thema zu erhalten. Bisher wurden die Leitfadeninterviews lediglich im Kanton St. Gallen durchgeführt, was möglicherweise nicht ausreicht, um Empfehlungen für die ganze Schweiz zu formulieren. Daher ist es wichtig, auch Hausärzt:innen in anderen Kantonen zu befragen, um ihre Sichtweisen und Bedürfnisse zu erfassen und potenzielle regionale Unterschiede zu berücksichtigen.

Des Weiteren wäre es zentral in einem weiteren Schritt zu eruieren, was Hausärzt:innen benötigen, um die RMI in jeder Konsultation umzusetzen respektive welche Massnahmen ergriffen werden müssen, um die wahrgenommenen Hürden von Hausärzt:innen zu senken.

Auch die Frage, ob eine Implementierung der RMI durch MPA in Frage kommt, sollte weiter untersucht werden. Dazu wäre es wichtig, deren Meinung zur RMI ebenfalls einzuholen. Wenn sowohl Ärzt:innen als auch MPA die RMI durchführen würden, müsste weiter abgeklärt werden, wie eine Umsetzung durch beide Professionen am besten erfolgen könnte.

In Kapitel 1.3 wurde beschrieben, dass Personen mit niedrigem Bildungsniveau häufiger rauchen und daher auch häufiger an tabakbedingten Erkrankungen leiden. Vor diesem Hintergrund ist es von zentraler Bedeutung, dass Massnahmen der Tabakprävention insbesondere auch auf sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen abzielen. Inwieweit sozial benachteiligte Personen durch die RMI zum Rauchstopp motiviert werden können, gilt es nach einer Implementierung der RMI zu evaluieren.

7. Literaturverzeichnis

Abi-Fadel, F., Gorga, J., & Fahmy, S. (2013). Smoking cessation counselling: Who does best — pulmonologists or GPs? *Primary Care Respiratory Journal*, *22*, Article 1. https://doi.org/10.4104/pcrj.2013.00028

Aveyard, P., Begh, R., Parsons, A., & West, R. (2012). Brief opportunistic smoking cessation interventions: A systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance: Brief interventions for smoking cessation. *Addiction*, *107*(6), 1066–1073. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03770.x

BAG, B. für G. (2018, September 30). *Chancengleichheit und Gesundheit*. Bundesamt für Gesundheit BAG. https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-chancengleichheit.html

BAG, B. für G. (2019, Oktober 17). *Erhebung Gesundheit und Lifestyle*. Bundesamt für Gesundheit BAG. https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/ressortforschung-evaluation/forschung-im-bag/forschung-nichtuebertragbare-krankheiten/monitoring-systemncd/erhebung-gesundheit-lifestyle.html

BAG, & GDK. (2016). *NCD-Strategie_2017-2024_-_Kurzversion.pdf*. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/2-pgv/NCD-Strategie_2017-2024_-_Kurzversion.pdf

Bartsch, A.-L., Härter, M., Niedrich, J., Brütt, A. L., & Buchholz, A. (2016). A Systematic Literature Review of Self-Reported Smoking Cessation Counseling by Primary Care Physicians. *PLOS ONE*, *11*(12), 1–18. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168482

BFS. (2020, Februar 18). *Tabakkonsum in der Schweiz—Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 | Publikation*. Bundesamt für Statistik BFS. https://www.bfs.admin.ch/asset/de/11827016

Coleman, T., Murphy, E., & Cheater, F. (2000). Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: A qualitative study. *The British Journal of General Practice*, *50*(452), 207–210.

Dalkou, S., & Clair, C. (2017). Tabagisme, vapotage et risque cardiovasculaire: Mise au point. *Rev Med Suisse*, *566*, 1186–1190.

Duaso, M. J., & Cheung, P. (2002). Health promotion and lifestyle advice in a general practice: What do patients think? *Journal of Advanced Nursing*, *39*(5), 472–479. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02312.x

Fidler, J. A., Shahab, L., West, O., Jarvis, M. J., McEwen, A., Stapleton, J. A., Vangeli, E., & West, R. (2011). „The smoking toolkit study“: A national study of smoking and smoking cessation in England. *BMC Public Health*, *11*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-479

Flick, U. (2014). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In J. Blasius & N. Baur (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 411–423). Springer Fachmedien Wiesbaden.

Geletko, K. W., Graves, K., Lateef, H., & Harman, J. (2022). Tobacco Cessation Counseling and Medications Provided by Physicians to Tobacco Users During Primary Care Visits. *Journal of Primary Care & Community Health*, *13*, 1–7. https://doi.org/10.1177/21501319221093115

Girvalaki, C., Papadakis, S., Vardavas, C., Pipe, A. L., Petridou, E., Tsiligianni, I., & Lionis, C. (2018). Training General Practitioners in Evidence-Based Tobacco Treatment: An Evaluation of the Tobacco Treatment Training Network in Crete (TiTAN-Crete) Intervention. *Health Education & Behavior*, *45*(6), 888–897. https://doi.org/10.1177/1090198118775481

Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., & Gmek, C. (2017, Juli 1). *Suchtmonitoring Schweiz Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016*. Sucht Schweiz. https://zahlen-fakten.suchtschweiz.ch/docs/library/gmel_lngiyqayzn2q.pdf

Gottlieb, N. H., Guo, J. L., Blozis, S. A., & Huang, P. P. (2001). Individual and contextual factors related to family practice residents' assessment and counseling for tobacco cessation. *The Journal of the American Board of Family Practice*, *14*(5), 343–351.

Hackshaw, A., Morris, J. K., Boniface, S., Tang, J.-L., & Milenković, D. (2018). Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: Meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ*, *360*, 1–15. https://doi.org/10.1136/bmj.j5855

Kastaun, S., Leve, V., Hildebrandt, J., Funke, C., Klosterhalfen, S., Lubisch, D., Reddemann, O., McRobbie, H., Raupach, T., West, R., Wilm, S., Viechtbauer, W., & Kotz, D. (2021). Training general practitioners in the ABC *versus* 5As method of delivering stop-smoking advice: A pragmatic, two-arm cluster randomised controlled trial. *ERJ Open Research*, *7*(3). https://doi.org/10.1183/23120541.00621-2020

Kotz, D., Brown, J., & West, R. (2014). 'Real-world' effectiveness of smoking cessation treatments: A population study: Smoking cessation treatment in the real world. *Addiction*, *109*(3), 491–499. https://doi.org/10.1111/add.12429

Krebs, H., Keller, R., Radtke, T., & Hornung, R. (2009). Raucherberatung in der ärztlichen und zahnmedizinischen Praxis aus Sicht der Rauchenden und ehemals Rauchenden (Befragung 2007-2008). *Ecomed*, *06*, 55–60. https://doi.org/10.5167/UZH-101730

Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Aufl.). Beltz Juventa.

Livingstone-Banks, J., Norris, E., Hartmann-Boyce, J., West, R., Jarvis, M., & Hajek, P. (2019). Relapse prevention interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2019*(2), 1–142. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003999.pub5

Lungenliga St. Gallen-Appenzell. (2022a). *Rauchstopp-Mini-Intervention—Lungenliga St. Gallen*. Lungenliga. https://www.lungenliga.ch/de/lungenliga-stgallen-appenzell/fuer-fachpersonen/rauchstopp-mini-intervention.html

Lungenliga St. Gallen-Appenzell. (2022b). *Strategiecheck RMI [Finanzierungsgesuch]*. file:///O:/03%20GFP/35%20Erwachsene/Rauchstopp/formular_strategiecheck_RMI_Grundversorgung_LLSGA_7_final.pdf

Manolios, E., Sibeoni, J., Teixeira, M., Révah-Levy, A., Verneuil, L., & Jovic, L. (2021). When primary care providers and smokers meet: A systematic review and metasynthesis. *Npj Primary Care Respiratory Medicine*, *31*(1), 1–8. https://doi.org/10.1038/s41533-021-00245-9

Marques-Vidal, P., Melich-Cerveira, J., Paccaud, F., Waeber, G., Vollenweider, P., & Cornuz, J. (2011). Prevalence and factors associated with difficulty and intention to quit smoking in Switzerland. *BMC Public Health*, *11*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-227

Martínez, C., Castellano, Y., Andrés, A., Fu, M., Antón, L., Ballbè, M., Fernández, P., Cabrera, S., Riccobene, A., Gavilan, E., Feliu, A., Baena, A., Margalef, M., & Fernández, E. (2017). Factors associated with implementation of the 5A's smoking cessation model. *Tobacco Induced Diseases*, *15*(1), 41. https://doi.org/10.1186/s12971-017-0146-7

Mattli, R., Farcher, R., Dettling, M., Syleouni, M.-E., & Wieser, S. (2019, März 6). *Die Krankheitslast des Tabakkonsums in der Schweiz: Schätzung für 2015 und*

Prognose bis 2050. Sucht Schweiz. https://www.suchtschweiz.ch/publication/die-krankheitslast-des-tabakkonsums-in-der-schweiz-schaetzung-fuer-2015-und-prognose-bis-2050/

McEwen, A., Akotia, N., & West, R. (2001). General Practitioners' views on the English national smoking cessation guidelines. *Addiction*, *96*(7), 997–1000. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.9679978.x

McEwen, A., Pooler, J., Lionis, C., Papadakis, S., Tsiligianni, I., Anastasaki, M., An, P. L., Vinh, N. N., Binh, P. D. U., Quỳnh, N. N., Tuãn, T. D., Talant, S., Tabyshova, A., Beyshenbekova, A., Marazhapov, N., & Sheraliev, U. (2019). Adapting Very Brief Advice (VBA) on smoking for use in low-resource settings: Experience from the FRESH AIR project. *Journal of Smoking Cessation*, *14*(3), 190–194. https://doi.org/10.1017/jsc.2019.4

Ministry of Health. (2021). *The New Zealand guidelines for helping people to stop smoking: 2021 update*. Ministry of Health.

Papadakis, S., Anastasaki, M., Papadakaki, M., Antonopoulou, M., Chliveros, C., Daskalaki, C., Varthalis, D., Triantafyllou, S., Vasilaki, I., McEwen, A., & Lionis, C. (2020). 'Very brief advice' (VBA) on smoking in family practice: A qualitative evaluation of the tobacco user's perspective. *BMC Family Practice*, *21*(1), 121. https://doi.org/10.1186/s12875-020-01195-w

Park, E. R., Gareen, I. F., Japuntich, S., Lennes, I., Hyland, K., DeMello, S., Sicks, J. D., & Rigotti, N. A. (2015). Primary Care Provider-Delivered Smoking Cessation Interventions and Smoking Cessation Among Participants in the National Lung Screening Trial. *JAMA Internal Medicine*, *175*(9), 1509. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.2391

Perkhofer, S., Gebhart, V., Tucek, G., Wertz, F. J., Weigl, R., Ritschl, V., Ritschl, H., Höhsl, B., Prinz-Buchberger, B., Stamm, T., Mewes, J. S., Maasz, M., Chapparo, C., Tatzer, V. C., Plunger, P., Reitinger, E., & Heimerl, K. (2016). Qualitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 67–135). Springer.

Pilnick, A., & Coleman, T. (2010). 'Do your best for me': The difficulties of finding a clinically effective endpoint in smoking cessation consultations in primary care. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, *14*(1), 57–74. https://doi.org/10.1177/1363459309347489

Pisinger, C., Vestbo, J., Borch-Johnsen, K., & Jørgensen, T. (2005). It is possible to help smokers in early motivational stages to quit. *Preventive Medicine*, *40*(3), 278–284. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.06.011

Pololi, L. H., & Potter, S. (1996). Behavioral change in preventive medicine: An efficacy assessment of a physician education module. *Journal of General Internal Medicine*, *11*(9), 545–547. https://doi.org/10.1007/BF02599603

Pope, C. A., Burnett, R. T., Turner, M. C., Cohen, A., Krewski, D., Jerrett, M., Gapstur, S. M., & Thun, M. J. (2011). Lung Cancer and Cardiovascular Disease Mortality Associated with Ambient Air Pollution and Cigarette Smoke: Shape of the Exposure–Response Relationships. *Environmental Health Perspectives*, *119*(11), 1616–1621. https://doi.org/10.1289/ehp.1103639

Rädiker, S., & Kuckartz, U. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA: Text, Audio und Video*. Springer Fachmedien.

Richmond, R., Kehoe, L., Heather, N., Wodak, A., & Webster, I. (1996). General practitioners' promotion of healthy life styles: What patients think. *Australian and*

New Zealand Journal of Public Health, *20*(2), 195–200. https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.1996.tb01818.x

Richter, K. P., & Ellerbeck, E. F. (2015). It's time to change the default for tobacco treatment: Changing the default. *Addiction*, *110*(3), 381–386. https://doi.org/10.1111/add.12734

Ritchie, J., Lewis, J., Lewis, P. of S. P. J., Nicholls, C. M., & Ormston, R. (2013). *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers*. SAGE.

Roberts, N. J., Kerr, S. M., & Smith, S. M. S. (2013). Behavioral Interventions Associated with Smoking Cessation in the Treatment of Tobacco Use. *Health Services Insights*, *6*, 79–85. https://doi.org/10.4137/HSI.S11092

Salis Gross, C. (2017). Erfolgsfaktoren für die Tabakprävention bei benachteiligten Gruppen. *ZORA*, *5*, 27–31. https://doi.org/10.5167/UZH-168644

Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum, qualitative social research*, *15*(1).

Vogt, F., Hall, S., & Marteau, T. M. (2005). General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: A systematic review. *Addiction*, *100*(10), 1423–1431. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01221.x

WHO Framework Convention on Tobacco Control. (2003). WHO Framework Convention on Tobacco Control. *Convention-Cadre de l' OMS Pour La Lutte Antitabac*, 4–36.

ZHAW. (2020). *Information Teilleistung B im Modul BA.XX.111*. file:///C:/Users/senvr/Downloads/HS20_Teilleistung_B_Information_V7.4_final.pdf

8. Weitere Verzeichnisse

8.1 Tabellen

Tabelle 1: Codesystem 17

8.2 Abbildungen

Abbildung 1: VBA-Intervention (Standard UK Model) 11
Abbildung 2: Schritte der RMI 12

9. Eigenständigkeitserklärung und Wortzahl

«Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne fremde Hilfe und mit den angegebenen Quellen verfasst habe.»

[redacted]

[redacted] 5. Mai 2023 Vreni Sen

Wortzahl des Abstracts: 202

Wortzahl der Arbeit[2]: 8284

[2] exkl. Titelblatt, Abstract, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge

10. Anhang

Anhang A: Rubriken zur Rekrutierung der Studienteilnehmenden

[redacted]

Anmerkung: R steht für Rubrik

Anhang B: Interviewleitfaden

Leitfragen für Leitfadeninterview

Thema: Wahrgenommenes Potenzial der Rauchstopp-Mini-Intervention durch Hausärztinnen und Hausärzte

Vorab möchte ich Sie darauf hinweisen, dass alle Daten lediglich für die Bachelorarbeit verwendet werden. Die Daten werden anonymisiert und die Aufnahmen nach Fertigstellung der Arbeit gelöscht.

Was ist die RMI?
Im Rahmen einer Zusammenarbeit zwischen dem Kantonsspital St. Gallen und der Lungenliga wurden das Konzept und die Umsetzung einer Rauchstopp-Kurzintervention für medizinische Fachpersonen erarbeitet. Diese Kurzintervention nennt sich Rauchstopp-Mini-Intervention (RMI). Die RMI ist eine evidenzbasierte Methode, welche medizinischen Fachpersonen ermöglicht, den Rauchstopp systematisch innerhalb von 60 Sekunden in jeder Konsultation anzustossen. Die Abfolge der RMI besteht aus vier Schritten:

- *Rauchstatus erheben und dokumentieren*
- *Rauchstopp empfehlen*
- *Die effektivste Methode anbieten (Rauchstoppberatung in Kombination mit Medikamenten)*
- *Patient:in direkt anmelden*

Die RMI zeichnet sich dadurch aus, dass allen rauchenden Patient:innen unabhängig vom Motivationsstadium einen Rauchstopp empfohlen und gleichzeitig die wirksamste Aufhörmethode angeboten wird.

Durch das Interview soll erörtert werden, inwiefern Hausärztinnen und Hausärzte sich eine Umsetzung im Praxisalltag vorstellen könnten.

Fragen:

Frage 1: Welche Erfahrungen haben Sie bereits mit Rauchstoppintervention im Praxisalltag gemacht?

Frage 2: Was halten Sie von der RMI?

Was halten Sie von der Vorgehensweise unabhängig des Motivationsstadiums allen rauchenden Patient:innen Unterstützung beim Rauchstopp anzubieten?

Weshalb schätzen Sie dies so ein?

Frage 3: Wie schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, dass Sie die RMI in Ihrem Praxisalltag umsetzen?

Weshalb schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit einer potenziellen Umsetzung so ein?

Inwiefern könnten Sie sich vorstellen, die RMI bei jeder Konsultation umzusetzen?

Frage 4: Welche Herausforderungen sehen Sie bei einer Umsetzung in Ihrem Praxisalltag?

Frage 5: Was bräuchten Sie, um die RMI nachhaltig im Praxisalltag umzusetzen?

Welche Faktoren würden Sie zusätzlich für eine Umsetzung der RMI motivieren würden?

Frage 6: Was braucht es Ihrer Meinung nach, dass Ihre Arztkolleg:innen die RMI im Praxisalltag umsetzen?

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Anhang C: Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Leitfadeninterview zur Thematik «Wahrgenommenes Potenzial der Rauchstopp-Mini-Intervention durch Hausärztinnen und Hausärzte». Das Interview erfolgt im Rahmen einer Bachelorarbeit.

Ich erkläre mich damit einverstanden, am Interview zum Thema «Wahrgenommenes Potenzial der Rauchstopp-Mini-Intervention durch Hausärztinnen und Hausärzte» teilzunehmen. Ich nehme an dieser Studie freiwillig teil und kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen.

Alle von mir gemachten Aussagen und Angaben werden nur in anonymisierter Form weiterverwendet. Alle persönlichen Daten werden vertraulich behandelt, sind ausschliesslich für die Bachelorarbeit bestimmt und werden nicht an Dritte weitergegeben.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass das Gespräch als Audio aufgezeichnet wird. Das Audiomaterial wird ausschliesslich zur Verarbeitung der Antworten verwendet und dient als Protokollierungshilfe. Die Aufnahmen werden nach der Verschriftlichung gelöscht.

Name	Datum	Unterschrift

Soziodemographische Angaben zur Person

Geschlecht	O männlich O weiblich O divers
Alter	……
Nationalität	……....

Anhang D: Transkriptionsregeln

Die Transkriptionsregeln wurden einem internen Dokument der ZHAW entnommen (ZHAW, 2020)[3]:

- Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
- Anonymisierungen sind zu kennzeichnen; z.B. „Frau L. (Name anonymisiert).“
- Jeder Sprecherbeitrag erhält einen eigenen Absatz. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Die interviewende Person wird durch ein „I“, die befragte Person durch ein „B“ gekennzeichnet.
- Besonders betonte Wörter / Äusserungen werden durch Grossbuchstaben gekennzeichnet (z. B: NEIN).
- Deutlich leiseres Sprechen wird mit kursiver Schreibweise gekennzeichnet (z.B. nein).
- Pausen werden je nach Länge durch Auslasspunkte in Klammern markiert. Hierbei steht (.) für ca. eine Sekunde, (...) für ca. zwei Sekunden, (…) für ca. drei Sekunden und (Zahl) für mehr als drei Sekunden.
- Verständnissignale und Fülllaute des Interviewers und des Befragten („mhm, ja, aha, ähm“ etc.) werden transkribiert.
- Emotionale nonverbale Äusserungen der befragten Person oder der Interviewerin/des Interviewers werden in Klammern notiert, z.B. (lacht, weint, winkt ab).
- Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet.
- Wort- und Satzabbrüche werden mit einem Schrägstrich („/“) dargestellt.

[3] Quelle aus dem Intranet (nicht öffentlich zugänglich) von ZHAW

Anhang E: Transkripte

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

[redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

[redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

[redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted].

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

[redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]