

Raucherberatung (Minimal Intervention) in der Hausarztpraxis

NicoLei – ein Motivationsprojekt des Ärztevereins Leimental zum Nikotinstop

Paul Ruff, Elke Regenass, Rudolf Ott

Le service de consultation contre le tabagisme est partie intégrante de l'activité du médecin de famille. Les mesures conseillées (Minimal Intervention [MI]) sont liées au degré de motivation du patient. Dans un projet de l'Association des Médecins du Leimental, 20 médecins ont enregistré le nombre de consultations de fumeurs de mars à novembre 2004, avec le but d'augmenter le nombre des Minimal Interventions pendant la durée du projet. Pour chaque patient ont été enregistrés le niveau de motivation (Precontemplation, Contemplation, Preparation, Action), la disposition de la MI appropriée (5As, 5Rs) et le temps employé (TARMED). Une consultation répétée du même patient a comporté l'évaluation de son niveau de motivation et de son éventuelle augmentation et, par conséquent, la détermination de sa date d'abandon de la cigarette.

Résultats: Les 20 médecins participants ont enregistré 1015 Minimal Interventions auprès de 751 patients. La fréquence des consultations a été augmentée de 130%, c'est-à-dire de 0,96 MIs initiales par semaine à 2,20 MIs par semaine. 44,3% des patients se trouvaient au départ du projet au degré de motivation de Precontemplation, 30,1% au degré de Contemplation, 14,4 au degré de Preparation, 11,2% au degré de Action. 24% (n = 179) des patients ont recouru plusieurs fois aux consultations. On a pu constater un shift général (passage au degré de motivation supérieur) de 60%, et un shift de 28% à l'état de Action (passage du patient au degré de motivation de Action). Une Minimal Intervention est taxée en moyenne avec 21,9 points. 80% des consultations ont duré 5 minutes au maximum, 15% 10 minutes au maximum.

Conclusion: La consultation organisée des fumeurs est efficace; elle prend peu de temps, est peu coûteuse et est couronnée de succès. La fréquence des Minimal Interventions dépend finalement de la motivation du médecin traitant.

Die Raucherberatung ist eine wichtige Massnahme in der täglichen Hausarztstätigkeit. Der Inhalt der Raucherberatung (Minimal Intervention [MI]) hängt vom Motivationsstadium des Rauchers ab. Von März bis November 2004 registrierten 20 Ärzte des Ärztevereins Leimental ihre Raucherberatungen. Das Ziel des Projektes bestand in einer Steigerung der Anzahl Minimal Interventions während der Projektdauer. Dabei wurde das Motivationsstadium (Precontemplation, Contemplation, Preparation, Action) erfasst, die entsprechende MI (5As, 5Rs) durchgeführt und der Zeitbedarf (TARMED) dokumentiert. Bei wiederholten Beratungen desselben Patienten erfolgte die Beurteilung eines möglichen Stadiumshifts mit dem Ziel der Action und damit der Festlegung eines Rauchstopptermens.

Resultate: Die 20 Teilnehmer registrierten 1015 Minimal Interventions bei 751 Patienten. Die Häufigkeit der Beratungen konnte um 130% von initial 0,96 auf 2,2 MIs pro Woche gesteigert werden. Im Stadium der Precontemplation befanden sich 44,3% der Patienten, im Stadium der Contemplation 30,1%, im Stadium der Preparation 14,4% und im Stadium der Action 11,2%. Rund 24% der Patienten (n = 179) wurden mehrmals beraten. Dabei gelang 60% der Patienten ein Shift des Mo-

Warum es sich aus meiner Sicht lohnt, diesen Artikel zu lesen:

1. Hier wird gezeigt, dass auch in schweizerischen Hausarztpraxen Raucherberatung möglich ist.
2. Sie erfahren, welche TARMED-Position Sie für die Beratung anwenden können.
3. Lesen Sie, was strukturiertes Vorgehen bringt: Tabellen am Schluss des Artikels.
4. Die Arbeit ist in einem Qualitätszirkel entstanden und trägt sowohl die Handschrift der Hausärzte als auch diejenige des beratenden Pneumologen, der eine spezialärztliche spezifische Erfahrung zu diesem Thema mit sich bringt!

Edy Riesen

tivationsstadiums, 28% der Shift zur Action. Eine Minimal Intervention wurde durchschnittlich mit 21,9 Taxpunkten honoriert. Gut 80% der Beratungen dauerten maximal 5 Minuten, 15% maximal 10 Minuten.

Fazit: Die definierte Raucherberatung in der hausärztlichen Tätigkeit ist wenig zeitintensiv, kostengünstig und erfolgreich. Die Häufigkeit der Minimal Interventions ist abhängig von der Motivation des Arztes.

möglich vom Stadium der Precontemplation in jenes der Action geführt werden [3, 4].

In einem Projekt untersuchte und förderte der Ärzteverein Leimental als gut organisierte, eng vernetzte und regional überschaubare Ärzteorganisation in den Praxen den Schritt zur Nikotinfreiheit. Damit wurde das Disease-Management des Rauchers den niedergelassenen Ärzten nähergebracht und gleichzeitig ein erster Schritt in die Richtung eines therapeutischen Angebots an die Raucher im Bereich der Grundversorger unternommen.

Grundlage

Das Disease-Management des Rauchers, insbesondere die Minimal Intervention (MI), sollte in der Praxis der niedergelassenen Ärzte gefördert werden [1]. Unter einer Minimal Intervention wird die gezielte, inhaltlich definierte Beratung des Rauchers verstanden [2]. Sie ist inhaltlich dem Motivationsstadium des Rauchers angepasst und bezweckt, einen Shift des Motivationsstadiums zu erzielen, das heisst den Raucher in seiner Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören, zu stärken. Das Ziel besteht im Erreichen des Stadiums der Action, das heisst der Festlegung eines Rauchstopptermens.

Raucher sollten während der Konsultation in der Praxis in bezug auf das Motivationsstadium erfasst, durch Massnahmen der Minimal Intervention in ihrer Motivation zum Rauchstop gestärkt und wenn

Fragestellungen


Der teilnehmende Arzt wollte die Häufigkeit der Minimal Intervention in seiner Praxis in Erfahrung bringen und diese mit dem teilnehmenden Kollektiv vergleichen (Qualitätszirkel). Kann die Häufigkeit der Minimal Intervention in der Praxis im Studienzeitraum gesteigert werden?

In welchem Motivationsstadium bezüglich einer Verhaltensänderung seiner Rauchgewohnheiten befindet sich der angesprochene Patient?

Wie häufig gelingt ein Wechsel des Motivationsstadiums durch die Minimal Intervention?

Wie häufig wird das Stadium der Action erreicht, also die Terminierung eines definitiven Rauchstops?

Wie gross ist der Zeitaufwand der Minimal Intervention für den Arzt?



NicoLei-Minimal Intervention Projekt

Erfassungsblatt

Pat.-Identifikation: _____ Arzt-Identifikation: _____ Datum: _____

Aktuelles Motivationsstadium Precontemplation Contemplation
 Preparation Action

Datum des geplanten Rauchstopps: _____

Stadiumwechsel ist erfolgt

Durchgeführte Minimal Intervention Erstinformation 5 R's

Zeitaufwand bis 5 min 6-10 min 11-15 min 16-20 min

Anregungen/Bemerkungen: _____ Signatur Arzt: _____

Frau Elke Regenass: 079 584 80 74 _____

Per Fax an Projektsekretariat senden: 061 402 05 25 _____

Abbildung 1
Erfassungsformular.

Welches sind die Kosten der Minimal Intervention für das Gesundheitswesen (TARMED)?

Zielsetzung

Die Zielsetzung lag in der Etablierung und Förderung der Minimal Intervention im Disease-Management des Rauchers in der täglichen Praxis.

Im Zeitraum von März bis November 2004 sollte die Häufigkeit der durchgeführten Minimal Interventions gesteigert werden. Im ersten Projektmonat bestand das Ziel in der Durchführung und Erfassung der Minimal Intervention von einem Raucher pro Woche. Danach erfolgte eine sukzessive Steigerung mit der Absicht, bis im November 2004 auf eine Zahl von sechs Rauchern pro Woche zu gelangen. Damit war das Ziel von durchschnittlich einer Anwendung der Minimal Intervention pro Tag erreicht.

Methodik

In unserem Projekt erfassten wir folgende Variablen: das aktuelle Motivationsstadium, einen eventuellen Stadiumswechsel, eine mögliche Festlegung eines

Rauchstopptermens, die Art der Minimal Intervention und die Konsultationszeit.

Das Motivationsstadium wird gemäss der Definition von Prochaska in die Stadien Precontemplation, Contemplation, Preparation und Action eingeteilt [10]. Die jeweilige Definition ist auf dem Erfassungsbogen (Abb. 1) dargestellt.

Entsprechend dem jeweiligen Motivationsstadium erfolgt eine individuelle Beratung mit freiem Beratungsinhalt, jedoch nach den «Regeln» der Erstinformation und der sogenannten 5R. Der jeweilige Beratungsrahmen ist auf Abbildung 2 dargestellt.

Ein Stadiumswechsel ist dann erfolgt, wenn sich bei einer zweiten oder weiteren Konsultation das Motivationsstadium gegenüber dem Vorstadium verändert hat.

Die Häufigkeit der Minimal Interventions pro Woche pro Arzt wurde in unserem Projekt aus der Anzahl der ans Projektsekretariat gefaxten Erfassungsbögen ermittelt. Dabei wurden Abwesenheiten der Ärzte berücksichtigt, wenn diese mindestens eine Woche betragen.

Eine Steigerung der Anzahl an Minimal Interventions ist dann erreicht, wenn die errechnete Anzahl Minimal Interventions pro Woche für die Teilnehmer zugenommen hat.

Precontemplation

- Raucher hat keine Absicht, sein Verhalten in den nächsten 6 Monaten zu verändern.

Contemplation

- Raucher hat die Absicht, sein Verhalten in den nächsten 6 Monaten zu verändern, hat bisher aber noch nichts verändert.

Preparation

- Raucher hat die Absicht, sein Verhalten in den nächsten 30 Tagen zu verändern **und** hat bereits kleine Verhaltensänderungen umgesetzt.

Action

- Raucher ist erschienen zum Konsultationstermin zum Nikotinstopp oder hat diesen bereits innerhalb der letzten 30 Tage durchgeführt.

Erstinformation

Sie ist die bevorzugte Minimal Intervention im Stadium der Precontemplation.

- Markieren Sie ein «Kreuz», wenn Sie die folgenden drei Informationen an den Raucher gegeben haben:**

- Empfehlen Sie dem Raucher aufzuhören.
- Erklären Sie: Rauchen schadet der Gesundheit.
- Bieten Sie ihm Ihre Unterstützung an, falls er einen Rauchstopp plant.

5 R

Sie ist die bevorzugte Minimal Intervention im Stadium der Contemplation und Preparation.

- Markieren Sie ein «Kreuz», wenn Sie zumindest ein R (Risk, Reward oder Roadblock) mit dem Raucher besprochen haben.**

Relevance:

- Bezugnahme auf die individuelle Situation des Rauchers

Risk:

- Diskussion über die für den gegebenen Patienten spezifischen gesundheitsschädlichen Auswirkungen des Rauchens

Rewards:

- Diskussion über die für den gegebenen Patienten spezifischen positiven Veränderungen eines Rauchstopps

Roadblocks:

- Diskussion über die für den gegebenen Patienten spezifischen Barrieren gegenüber einem Rauchstopp

Repetition:

- Erneute Minimal Intervention bei der nächsten Konsultation

Abbildung 2
Beratungsrahmen.

Teilnehmer

Teilnehmer waren niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Leimental (BL und SO), meist Mitglieder des Ärztevereins Leimental.

Organisation

Die Organisation wurde gemeinsam durch den Ärzteverein Leimental und Smoke-Off, Institut für medizinisch begleitete Raucherentwöhnung GmbH (repräsentiert durch Dr. Paul Ruff, FMH Innere Medizin, FMH Pneumologie, Oberwil) getragen. Für die fachliche Planung und Überwachung der Studie war Smoke-Off zuständig. Dazu waren eine Instruktion der Ärzteschaft in das Prinzip der Minimal Intervention sowie die Betreuung der teilnehmenden Ärzte durch eine Fachkraft notwendig.

Finanzierung

Das Projekt wurde finanziell unterstützt durch die Sophie und Karl Binding Stiftung, Basel, Astra-Zeneca, durch die Novartis Pharma OTC und die GABA International.

Ablauf

Nach der Instruktion des Projektteilnehmers (inkl. Abgabe von Unterlagen) erhielt jeder einen Erfassungsbogen (A5), den er auf seinem Schreibtisch bereithielt. Die Minimal Interventions im Rahmen der ärztlichen Sprechstunde wurden erfasst. Der Erfassungsbogen enthielt eine praxisinterne Erfassungsnr. des Patienten, das Datum, eine Ärztenummer, die Bezeichnung des aktuellen Motivationsstadiums, eine Bemerkung im Verlauf zu einem eventuellen Stadiumshift sowie die Art der applizierten Minimal Interventions. Es wurde ausserdem festgehalten, wie gross der Zeitaufwand für die Minimal Intervention war.

Dieses anonyme Erfassungsblatt wurde nach dem Ausfüllen durch den Arzt an die Zentrale gefaxt oder als Kopie per Post geschickt.

Jeder Teilnehmer erhielt individuelle Unterstützung durch die betreuende Fachkraft.

Im Verlauf des Projektes, ungefähr Ende Mai, fand eine Veranstaltung zum gemeinsamen Meinungsaustausch statt.

Die Medien wurden zu Beginn und am Ende des Projektes informiert.

Dauer

Die Minimal Interventions wurden vom 8. März 2004 bis zum 30. November 2004 erfasst. Das Projekt wurde im Dezember 2004 evaluiert.

Auswertung

Die Auswertung umfasste die Analyse der eingeschickten Erfassungsblätter. Die Ergebnisse wurden als freie Mitteilung an der Jahrestagung der SGIM 2005 präsentiert. Die Printmedien wurden über die Resultate informiert.

Resultate

Während der Projektzeit von März bis November 2004 wurden von den 20 Ärzten bei 751 Patienten 1015 Minimal Interventions durchgeführt. Die Beratungsfrequenz lag zu Beginn bei 0,96 MIs pro Woche und konnte um 130% auf 2,2 MIs pro Woche gesteigert werden.

Die Beurteilung des Motivationsstadiums zeigte 44,3% der Patienten im Stadium der Precontemplation, 30,1% im Stadium der Contemplation, 14,4% im Stadium der Preparation sowie 11,2% im Stadium der Action (Abb. 3).

Von den 751 Patienten wurden 179 (24%) mehrmals beraten. Dabei gelang es in 60% der Minimal Interventions einen Stadiumshift zu erzielen, in 28% der MIs sogar den Shift zur Action, zur Festlegung eines Rauchstopptermens (Abb. 4).

Eine Minimal Intervention wurde durchschnittlich mit 21,9 Taxpunkten abgerechnet. Dabei dauerten 80% der Beratungen maximal 5 Minuten, 15% maximal 10 Minuten und nur 5% länger als 10 Minuten (Abb. 5).

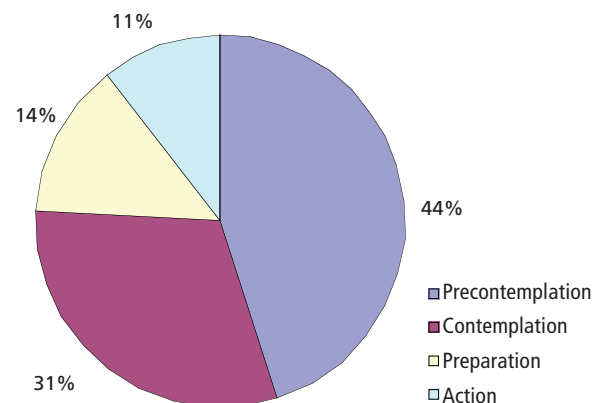


Abbildung 3
Motivationsstadium.

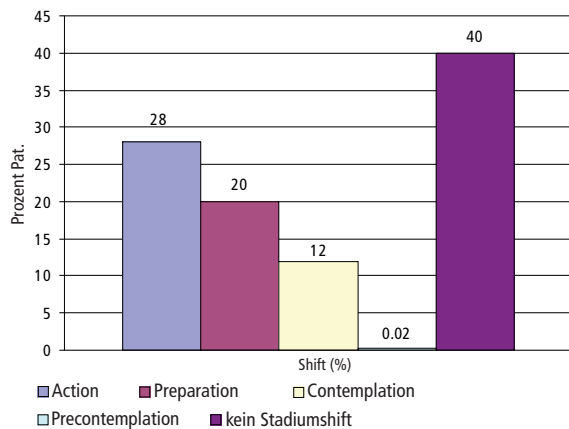


Abbildung 4 Stadiumshift.

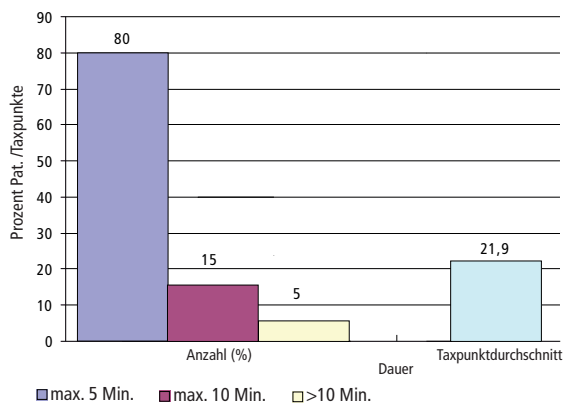


Abbildung 5 Konsultationsdauer und Kosten.

Schlussfolgerungen

Ausserhalb der eigentlichen Zielsetzungen des Projektes ist mit grosser Genugtuung festzustellen, dass im Ärzteverein Leimental eine über Monate dauernde Arbeit mit Enthusiasmus, Interesse und Freude geleistet wurde. Kriterien eines Qualitätszirkels, erlernte, wissenschaftlich validierte Beratungsstrategien gemäss gültigen Guidelines in der Praxis in ihrer Effizienz zu überprüfen, wurden erfüllt. Die Zielsetzung, die Häufigkeit der Minimal Interventionen innerhalb der Projektdauer von einer MI pro Woche auf eine MI pro Tag zu steigern, konnte nicht erreicht werden. Trotzdem konnte eine Steigerung um 130% konstatiert werden. Dies besagt, dass etwa 5% der Konsultationen von Rauchern in der Praxis dazu benutzt werden, eine MI durchzuführen. Die Gründe dieser unbewussten Selektion dazu wurden nicht untersucht, werden aber in der Diskussion der teilnehmenden Ärzte sehr unterschiedlich be-

urteilt [7]. Die Anzahl der MIs ist wahrscheinlich abhängig von der Altersstruktur der Patienten einer Praxis, der Zeitdauer der bereits erfolgten Betreuung, vom Konsultationsgrund, der Befindlichkeit des Arztes und von vielem mehr.

Das Projekt zeigt, dass die vom Arzt erbrachte Minimal Intervention sehr erfolgreich ist. Die Resultate bestätigen, dass eine stadiunggerechte individualisierte Beratung in zwei Drittel der Fälle zum Stadiumshift und zum Rauchstoppversuch führen. Jede dritte Beratung führte bereits zur Action, zur Festlegung eines Rauchstopptermens. Der Arzt ist ein effizienter Berater von Rauchern.

Die Minimal Intervention ist eine wenig zeitintensive und kosteneffiziente Beratungstätigkeit [9]. Rund 80% der Beratungen dauerten maximal 5 Minuten. Sie belasten die Limitation der Konsultationsdauer von 20 Minuten im TARMED nicht, da die Minimal Intervention über eine spezifische Tarifposition verfügt (Pos. 00.0520).

Die Resultate dieses Projektes zeigen, dass die bisher vermuteten Barrieren (Erfolgsangst, hoher Zeitbedarf, fehlende Kostenvergütung), welche die Beratungstätigkeit des Arztes in der Frage der Nikotinabhängigkeit hemmen, in der Realität nicht bestehen [1, 6]. Der Arzt ist kompetent, erfolgreich, hat genügend Zeit und arbeitet wirtschaftlich. Die Selektion des Arztes jedoch, bei welchen Patienten er eine MI durchführt, führt am Ende zu einem ungenügenden Disease-Management des Rauchers in der Hausarztpraxis [8]. Es braucht vermutlich Jahre, bis ein Arzt alle seine Patienten mit Nikotinabhängigkeit einer MI zugeführt hat, wenn dies überhaupt gelingt. Dies können wir uns nicht leisten, wollen wir die Morbiditätsentwicklung und damit auch die Mortalität der Nikotinabhängigkeit reduzieren. Es müssen Wege in der Praxis gefunden werden, um die Häufigkeit der MI zu erhöhen.

Literatur

- 1 Abelin T, Grüniger U, Minder C. Aspekte der Prävention in der ärztlichen Primärversorgung. Schlussbericht Projekt 32-9530.88 Schweizerischer Nationalfonds. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern;1995.
- 2 Kviz FJ. Patients' perceptions of their physician's role in smoking cessation by age and readiness to stop smoking. *Prev Med* 1997;26:340-4.
- 3 DiClemente CC, Prochaska JO. Self change and therapy change of smoking behaviour. A comparison of process of change in cessation and maintenance. *Addict Behav* 1982;7:135-42.
- 4 Etter JF, Pernegger TV. Associations between the stages of change and the pros and cons of smoking in a longitudinal study of swiss smokers. *Addict Behav* 1999;24:419-24.
- 5 Etter JF. Distributions of smokers by stage. *Prev Med* 1997;26:580-5.

- 6 Ward JE, Gordon J, Sanson-Fisher RW. Strategies to increase preventive care in general practice. *Med J Aust* 1991;154: 523–31.
- 7 Underner M, Laforgue AV, Chabaud F, Meurice JC. Influence of doctor's smoking habits on minimal advice for smoking cessation. *Presse Med* 2004;33:927–9.
- 8 Milch CE, Edmunson JM, Beshansky JR. Smoking cessation in primary care. A clinical effectiveness trial of two simple interventions. *Prev Med* 2004;38:284–94.
- 9 Tengs TO, Adams ME, Pliskin JS. Five-hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness. *Risk Analysis* 1995;15:369–90.
- 10 Prochaska J, Velicer W. The transtheoretical model of health behaviour change. *Am J Health Promot* 1997;12:38–48.

Dr. med. Paul Ruff
FMH Innere Medizin
FMH Pneumologie
Bahnhofstrasse 1, 4104 Oberwil

Elke Regenass
Lange Gasse 71, 4104 Oberwil

Dr. med. Rudolf Ott
FMH Allgemeine Medizin
Langgartenstrasse, 4105 Biel-Benken

Ärzteverein Leimental
Langgartenstrasse 2, 4105 Biel-Benken

Smoke-Off
Bahnhofstrasse 19, 4104 Oberwil
www.smokeoff.ch



DEMONSTRATION VOM 1.4.06 14:00 UHR IN BERN: VON DER GEFAHR, SICH LÄCHERLICH ZU MACHEN!

Es gibt nach wie vor nicht wenige Kollegen und Kolleginnen, welche immer noch zögern, an der Kundgebung vom 1.4.06 in Bern teilzunehmen. «Wir wollen uns doch nicht der Lächerlichkeit aussetzen, wenn die Demo zum Flop wird!», so lautet die Argumentation.

Die Veranstaltung wird dann zur Farce, wenn nicht der überwiegende Teil der Hausärzte nach Bern kommt. Die öffentliche Meinung wird bestimmt nicht unterscheiden zwischen Hausärzten, welche teilgenommen, und solchen, die sich vornehm zurückgehalten haben. Spätestens in dieser Situation wird die Solidarität funktionieren, nämlich diejenige «der kollektiven Lächerlichkeit». Die einzige Chance, glaubhaft zu bleiben, ist die Teilnahme an der Demo!

Es gibt kein zurück! Entweder Ihr kommt alle am 1.4.06 nach Bern, oder die Hausärzte nimmt in Zukunft niemand mehr ernst!

Margot Enz Kuhn

MANIFESTATION DU 1^{ER} AVRIL 2006 À 14 H À BERNE: DU DANGER D'ÊTRE RIDICULISÉ!

Il y a encore quelques collègues qui hésitent à participer à la manifestation du 1^{er} avril à Berne. «Nous ne voulons pas être ridiculisés si la manifestation tournait à l'échec!», telle est l'argumentation.

Mais la manifestation tournera à la farce si la majeure partie des médecins de premier recours ne viennent pas à Berne. L'opinion publique ne fera certainement pas la différence entre les médecins de premier recours qui ont participé et ceux qui se sont abstenus avec superbe. Alors la solidarité, celle du «ridicule collectif» fonctionnera automatiquement au plus tard dans cette situation. La seule chance de rester crédibles est de participer à la manifestation!

Reculer n'est pas possible! Ou bien vous venez tous le 1^{er} avril à Berne, ou bien plus personne ne prendra les médecins de premier recours au sérieux à l'avenir!

Margot Enz Kuhn