



Leitfaden – ambulante RaucherInnenentwöhnung für Erwachsene in Gruppen

Behandlungsempfehlungen auf Basis aktueller wissenschaftlicher
Literatur

Auftraggeber: Hauptverband der Sozialversicherungsträger
Projektleitung: Willibald Moik, MSc (NÖGKK)
Erstellt von: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Edith Pickl (IfGP)

Unter der Mitarbeit von: Mag.^a Beate Atzler, MPH (VAEB)
Dr.ⁱⁿ Kathryn Hoffmann (STGKK)
Prim. Dr. Alfred Lichtenschopf (PVA)
Dr.ⁱⁿ Elisabeth Mayr-Frank, BHC (OÖGKK)
Willibald Moik, MSc (NÖGKK)
Mag. Ernst Neudorfer (IfGP)
Dr.ⁱⁿ Erika Saad (VAEB)
Mag.^a Alexandra M. Stummer (NÖGKK)
Mag. Stefan Spitzbart (HV)
Dr. Dietmar Windisch (WGKK)

Leitfaden Version 4.0

Dezember 2009

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Allgemeine Anforderungen an die Behandlung	5
2.1. Wissenschaftlichkeit	5
2.2. Inhaltliche Merkmale	5
2.3. AnbieterInnenqualifikation	6
3. Diagnostik	6
3.1. Kriterien der Abhängigkeit	6
3.2. Subjektive Maße der Abhängigkeit.....	7
3.3. Objektive Maße der Abhängigkeit	8
4. Ziel der Entwöhnung	9
5. Zielgruppe	10
6. Methode	10
6.1. Inhalte der Entwöhnung	11
6.1.1. Nichtmedikamentöse Unterstützung	11
6.1.2. Medikamentöse Unterstützung.....	13
6.2. Intensität der Beratung.....	14
6.2.1. Dauer der Beratung.....	14
6.2.2. Anzahl der Beratungseinheiten	14
6.2.3. Zeitpunkt der Beratungseinheiten und Gesamtkursdauer	15
7. Evaluation	16
7.1. Ausgangssituation/Anamnese	18
7.2. Beschreibung der Intervention.....	18
7.3. Erfolgskriterien	19
7.3.1. Wirksamkeit der Intervention am Ende der Beratung.....	19
7.3.2. KundInnenzufriedenheit	19
7.3.3. Wirksamkeit der Intervention.....	20
7.4. Empfehlung.....	21
7.5. Minimal Data Set.....	22
8. Literatur	24
9. Anhang	28
9.1. Minimal Data Set für Messzeitpunkt 1 (Anamnese).....	28
9.2. Minimal Data Set für Messzeitpunkt 2 (bei Beratungsende).....	30
9.3. Minimal Data Set für Messzeitpunkt 3 (6 Monate nach Beratungsende)....	32

1. Einleitung

1997 gab es in Österreich 1,89 Millionen RaucherInnen (ab 16 Jahren), das entspricht 29,3% der österreichischen Bevölkerung. 24,2% der Bevölkerung bzw. 82,3% aller RaucherInnen haben täglich geraucht¹. Eine aktuelle österreichweite Befragung kommt zu dem Ergebnis, dass 1,6 Millionen ÖsterreicherInnen (ab 15 Jahren) täglich rauchen. Das entspricht etwa 23,2% der österreichischen Bevölkerung, wobei der RaucherInnenanteil bei Männern über 15 Jahre mit 27,5% etwas höher liegt als bei Frauen über 15 Jahre (19,4%)². Eine EU-weite Befragung berichtet von einem durchschnittlichen RaucherInnenanteil von 32% innerhalb der europäischen Union³.

Der Tabakkonsum spielt bei vielen Erkrankungen, darunter einige schwerwiegende und tödlich verlaufende, eine bedeutende Rolle. Demnach ist Tabakrauch international die häufigste vermeidbare Ursache von Krankheit und vorzeitigem Tod. In der EU sterben jährlich 550.000 Personen an den Folgen des Tabakkonsums, in Österreich sind es ca. 9.000 Menschen⁴.

Dem gegenüber steht, dass österreichweit ca. 55% der RaucherInnen mit ihrem Rauchverhalten unzufrieden sind, d.h. sie wollen entweder mit dem Rauchen aufhören (18%) oder ihren Rauchkonsum reduzieren (37%)⁵. Nimmt man an, dass bei insgesamt 1,6 Mio. täglichen RaucherInnen nur 10% der unzufriedenen RaucherInnen aufhören und dazu eine professionelle Diagnostik und Beratung in Anspruch nehmen, wäre für knapp 90.000 Menschen ein Betreuungsangebot notwendig. Der Bedarf an Entwöhnungsangeboten ist gegeben und als zentrale Akteure im Gesundheitssektor bauen die Sozialversicherungsträger ihre Angebote zunehmend aus. Eine einheitliche Vorgehensweise nach evidenzbasierten Qualitätskriterien fehlt jedoch.

¹ Urbas & Klimont, 2002

² Klimont et al., 2007

³ Eurobarometer, 2007

⁴ Aigner, et al., 2005

⁵ Groman et al., 2000

Vor allem durch das hohe gesundheitliche Risiko des Rauchens hat die Behandlung der Tabakabhängigkeit einen besonderen Stellenwert als Präventionsmaßnahme. International liegen seit einigen Jahren Leitlinien zur Behandlung der Tabakabhängigkeit vor (US Guidelines^{6,7}, Empfehlungen der deutschen Arzneimittelkommission⁸, AMWF-Leitlinien⁹, etc.). In Österreich gibt es bislang ein Konsensus Statement der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin zur Raucherentwöhnung in der allgemeinmedizinischen Praxis¹⁰ sowie ein Konsensuspapier der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie zu den Standards in der Raucherentwöhnung¹¹.

Der vorliegende Leitfaden wurde vom Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH in Zusammenarbeit mit ExpertInnen aus interessierten Sozialversicherungsträgern (NÖGKK, WGKK, OÖGKK, STGKK, VAEB, PVA) im Auftrag des HVB erstellt und soll eine Empfehlung für ambulante Tabakentwöhnungsangebote (in Gruppen) innerhalb der Sozialversicherung darstellen. Der Leitfaden wurde aufgrund aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse erarbeitet und fasst Bedingungen zusammen, unter denen ein Beratungsangebot erfolgversprechend ist. Damit steht eine sozialversicherungsinterne Übersicht von qualitätsgesicherten Entwöhnungsformen und deren wissenschaftliche Evaluation zur Verfügung.

Eine trägerübergreifende Vorgehensweise in Bezug auf Angebote der ambulanten RaucherInnenentwöhnung soll einerseits die Kompetenz der Sozialversicherung stärken, andererseits aber auch Wirksamkeitsüberprüfungen und Benchmarks ermöglichen.

⁶ Fiore et al., 2008

⁷ Fiore et al., 2000

⁸ Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, 2001

⁹ Batra, et al., 2004

¹⁰ Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, 2005

¹¹ Aigner, et al., 2005

2. Allgemeine Anforderungen an die Behandlung¹²

2.1. Wissenschaftlichkeit

Die dem Tabakentwöhnungs- und Beratungsprogramm zugrunde liegende wissenschaftliche Methode (z.B. verhaltenstherapeutisch orientierte Intervention, medikamentöse Intervention) muss in mehreren methodisch einwandfreien Studien eindeutig die Aussage zur Wirksamkeit unter Beweis stellen (**Evidenzstärke: A**).¹³ Das Beratungsprogramm selbst muss einem theoretisch fundierten Konzept folgen, das zumindest in einer wissenschaftlichen Arbeit publiziert ist. Darüber hinaus soll die Effektivität des Programms in einem anerkannten wissenschaftlichen Design überprüft worden sein¹⁴ (**Evidenzklasse Ia, Ib oder IIa**)¹⁵. Empfehlungen dürfen nur auf repräsentativen Studien basieren, die Methode soll mit Richtlinien von anerkannten Fachgesellschaften, z.B. ÖGP¹⁶, AWMF-DG Sucht und DGPPN¹⁷, DHS¹⁸, USDHHS¹⁹, etc. übereinstimmen. Insgesamt soll das Vorgehen schlüssig, nachvollziehbar und sowohl für WissenschaftlerInnen als auch für entwöhnungswillige RaucherInnen transparent sein.

2.2. Inhaltliche Merkmale

Die Intervention muss sowohl die psychische als auch die physische Komponente des Suchtverhaltens berücksichtigen.

Die Intervention muss praktikabel sein, d.h. in einer ärztlichen/psychologischen/psychotherapeutischen Versorgung (z.B. Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe) umsetzbar sein.

Die individuelle Situation (z.B. physische Erkrankungen, tabakassoziierte Erkrankungen, psychiatrische Diagnosen, etc.) des/der Rauchers/in muss in der

¹² in Anlehnung an Batra et al., 2008

¹³ Fiore et al., 2008 S.29; http://www.treatobacco.net/en/page_170.html

¹⁴ West et al., 2005

¹⁵ Schmidt et al., 2006; Batra et al., 2008

¹⁶ Österreichische Gesellschaft für Pneumologie

¹⁷ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften – Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde

¹⁸ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

¹⁹ Guidelines U.S. Department of Health and Human Services

Entwöhnungsmethode Berücksichtigung finden bzw. ist mit einem ärztlichen Konsiliarius zusammenzuarbeiten. Außerdem ist ein Angebot zur Nachbetreuung empfehlenswert.

2.3. AnbieterInnenqualifikation

Die Durchführung der Beratung obliegt ÄrztInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und allen anderen ExpertInnen in Gesundheitsberufen (Hebammen, DGKP) mit einer anerkannten suchttherapeutischen Zusatzqualifikation im Bereich Tabakabhängigkeit und Entwöhnung.

Empfehlung:

Der Interventionsansatz muss wissenschaftlich fundiert sein, auf die physische und psychische Komponente der Tabakabhängigkeit eingehen und sowohl akute als auch längerfristige Folgen des Tabakkonsums behandeln. Darüber hinaus muss die Intervention umsetzbar sein und die aktuelle Situation des/der Rauchers/in berücksichtigen.

Die Beratung von entwöhnungswilligen RaucherInnen obliegt ÄrztInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen mit einer anerkannten suchttherapeutischen Zusatzqualifikation im Bereich Tabakabhängigkeit und Entwöhnung (z.B. Ausbildung der ÖGP, etc.).

3. Diagnostik

3.1. Kriterien der Abhängigkeit

Tabakkonsum erfüllt alle Kriterien eines Suchtverhaltens und findet sich als eigenständige Kategorie in der internationalen Klassifikation von Krankheiten (International Classification of Diseases, ICD 10) unter „Tabakabhängigkeit“ (F17.2) wieder²⁰.

²⁰ Dilling et al., 1991

Nach der ICD 10 müssen drei von den genannten sechs Kriterien in den letzten 12 Monaten aufgetreten sein, damit die Diagnose „Tabakabhängigkeit“ gestellt werden kann:

- starker Wunsch oder Zwang, Tabak zu konsumieren
- eingeschränkte Kontrolle über Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
- Entzugerscheinungen bei Reduktion oder Beendigung des Konsums
- Toleranzentwicklung
- zunehmende Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen zugunsten des Rauchens
- anhaltender Konsum trotz Nachweises von Folgeschäden

3.2. Subjektive Maße der Abhängigkeit

Die Diagnostik der Tabakabhängigkeit wird z. T. sehr uneinheitlich durchgeführt. Am häufigsten wird auch international der Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit²¹ (FNTD) eingesetzt. Der FNTD korreliert mit biochemischen Werten (CO-Gehalt in der Ausatemluft, Cotininspiegel) und ist ein aussagekräftiger Prädiktor zur Abschätzung der Schwere der körperlichen Abhängigkeit²². Hohe Punktwerte gehen mit der Notwendigkeit einer intensiven therapeutischen und medikamentösen Unterstützung einher²³.

Zur systematischen Erfassung des konkreten Konsumverhaltens können standardisierte Fragebögen zum Rauchverhalten und/oder Rauchtagebücher eingesetzt werden.²⁴ Ein standardisierter Fragenkatalog, der ausführliche Anamnesedaten erhebt, stellt z.B. das „Wiener Standard Raucherinventar“²⁵ dar. In der RaucherInnenenwöhnung wird es einerseits als umfassende Erstdiagnostik, aber auch als Begleitdiagnostik verwendet. Neben Aspekten des Rauchverhaltens ist es weiters sinnvoll eine eventuelle depressive Stimmungslage strukturiert zu erfassen (z.B. Beck II Depressions Inventar²⁶).

²¹ Heatherton et al., 1991

²² Fiore et al., 2000

²³ Batra et al., 2005

²⁴ Riemann & Gerber, 2000

²⁵ Schoberberger et al., 1998

²⁶ Hautzinger et al., 2006

Folgende Indikatoren sind Bestandteil einer ausführlichen Anamnese:

- ⇒ FNTD
- ⇒ Abhängigkeitskriterien nach ICD 10
- ⇒ Art und Anzahl der gerauchten Zigaretten
- ⇒ Rauchertyp (Spiegel,- Spitzenraucher, nächtliches Rauchen)
- ⇒ Einstiegsalter und Dauer der Rauchkarriere
- ⇒ Zeitpunkt bis zur ersten Zigarette am Morgen
- ⇒ Auftreten der Entzugssymptomatik bei Rauchverzicht
- ⇒ nächtliches, den Schlaf störendes Verlangen nach Zigaretten
- ⇒ bereits vorhandene Folgeschäden
- ⇒ bisherige Abstinenzversuche und -phasen
- ⇒ bisherige Therapieerfahrungen
- ⇒ Motivation zur Verhaltensänderung
- ⇒ Zuversicht hinsichtlich Gelingen der Verhaltensänderung
- ⇒ vorhandene soziale Unterstützung
- ⇒ Medikamenteneinnahme
- ⇒ Erkrankungen, insbesondere tabakassoziierte Erkrankungen (Atemwegs- und Lungenerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Depressionen etc.)

3.3. Objektive Maße der Abhängigkeit

Aufgrund der eingeschränkten Validität von Selbstauskünften zum Rauchverhalten und zur Tabakabstinenz nach einem Rauchstopp ist der Einsatz von objektiven Messverfahren sinnvoll und empfehlenswert²⁷.

Mit der Überprüfung des Kohlenmonoxidgehaltes in der Ausatemluft können subjektive Daten objektiviert werden²⁸. CO-Werte von 0-4 ppm gelten als Indikatoren für gesicherte Tabakabstinenz während der vergangenen acht Stunden, bei Werten von 5-9 ppm sind mäßiges Rauchen oder Passivrauchen nicht auszuschließen. CO-

²⁷ Andreas et al., 2008

²⁸ West et al., 2005

Werte von > 10 ppm treten bei RaucherInnen auf. Darüber hinaus können Nikotin und sein Metabolit Kotinin in Blut, Speichel und Urin gemessen werden²⁹.

Empfehlung:

Folgende Aspekte sind Bestandteil der Diagnostik:

- ⇒ *Abhängigkeit nach FNTD*
- ⇒ *CO-Messung*
- ⇒ *Ausführliche Rauchanamnese (Rauchbeginn, Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten, Rauchdauer, Gesundheitsstörungen und aktuelle Medikation, bisherige Entwöhnungsversuche, Auftreten von Entzugserscheinungen, Abstinenzmotivation, Risikofaktoren für einen Rückfall, soziale Unterstützung, etc.)*

4. Ziel der Entwöhnung

Durch eine RaucherInnenentwöhnung soll einerseits dem Auftreten vieler mit dem Rauchen assoziierter Krankheiten entgegengewirkt sowie andererseits bereits aufgetretene Erkrankungen behandelt und/oder gebessert werden. Neben der Stärkung der Gesundheit und Förderung des Gesundheitsbewusstseins von RaucherInnen wird auch das Ziel des NichtraucherInnenschutzes verfolgt.

Einer Intervention soll die langfristige und dauerhafte Abstinenz folgen. Tabakabhängigkeit ist eine chronische Erkrankung, welche oft wiederholte, manchmal auch lebenslange Interventionen nötig macht. Darüber hinaus sind auf dem Weg zur langfristigen Abstinenz Rückfälle nicht ungewöhnlich und durchaus möglich. Zahlreiche RaucherInnen sind aber auch gar nicht in der Lage, das Rauchen völlig aufzugeben, sodass in diesen Fällen eine Reduktionsbehandlung bzw. partielle Entwöhnung im Sinne einer „Schadensbegrenzung“ (harm reduction) erfolgen sollte³⁰.

²⁹ Andreas et al., 2008

³⁰ Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, 2001

Empfehlung:

Primäres Ziel ist die dauerhafte Abstinenz. Reduziertes Rauchen oder zeitlich begrenztes Rauchverhalten sind nicht vorrangiges Ziel der Intervention, jedoch bei Unfähigkeit zur Abstinenz als alternatives Therapieziel zu erwägen.

Darüber hinaus soll die Entwöhnung jedenfalls auch zur Informationsweitergabe und Motivationsförderung zur Verhaltensänderung dienen.

5. Zielgruppe

Zielgruppe sind erwachsene RaucherInnen, die eine Veränderung ihres Rauchverhaltens anstreben. In Bezug auf das Setting „Gruppenberatung“ werden jedoch einige Ausschlusskriterien definiert. Demnach werden für RaucherInnen, welche wegen

- ⇒ mangelnder Gruppenfähigkeit
- ⇒ akuter physischer oder psychischer Erkrankungen und/oder
- ⇒ sprachlicher Barrieren

nicht an der Entwöhnung in der Gruppe teilnehmen können, alternative Interventionen empfohlen.

6. Methode

Tabakabhängigkeit ist nicht nur eine biologisch bedingte Erkrankung, sondern wird auch durch psychosoziale und umgebungsbedingte Faktoren beeinflusst³¹. Die Intervention sollte immer die körperliche als auch psychische Abhängigkeit berücksichtigen und sowohl akut- als auch langwirksame Beratungselemente enthalten. Die höchste Effektivität bringt die Kombination einer medikamentösen und einer psychotherapeutischen Maßnahme³². Insbesondere stark abhängige

³¹ Fagerström, 2005

³² Fiore et al., 2000; Fiore et al., 2008

RaucherInnen können von einer intensiven Beratung in Kombination mit einer medikamentösen Unterstützung profitieren.

Besonderheit Gruppenberatung. Untersuchungen zeigen, dass in Bezug auf Tabakabhängigkeit Gruppenentwöhnungen wirksam, der Einzelberatung jedoch nicht überlegen sind. Derzeit gibt es keinen Hinweis dafür, welche der beiden Interventionsformen besser geeignet ist³³. RaucherInnenberatung im Gruppensetting ist unter dem Aspekt der gleichzeitigen Betreuung mehrerer PatientInnen jedoch kostengünstiger.

Darüber hinaus können im Vergleich zur Beratung im Einzelsetting bei der Gruppenberatung folgende Aspekte unterstützend wirken³⁴:

- ⇒ Erfahrungen von anderen Gruppenmitgliedern
- ⇒ positive Bewältigungsstrategien
- ⇒ Lernen durch geteilte Erfahrung
- ⇒ Wirkung eines subtilen Gruppendrucks (Abstinenz wird zum gemeinsamen Ziel und zur Gruppennorm)
- ⇒ gegenseitige soziale Unterstützung.

6.1. Inhalte der Entwöhnung

6.1.1. Nichtmedikamentöse Unterstützung

Sehr viele Methoden aus dem Bereich der verhaltenstherapeutischen Intervention werden in der RaucherInnenberatung erfolgreich eingesetzt, sind als evidenzbasiert anzusehen und sollten daher in allen Programmen enthalten sein³⁵:

- ⇒ Psychoedukation
- ⇒ Selbstbeobachtung
- ⇒ Verhaltensanalysen
- ⇒ Entwicklung von Verhaltensalternativen

³³ Stead & Lacaster, 2005

³⁴ Aigner et al., 2005

³⁵ Batra et al., 2008

- ⇒ Kognitive Umstrukturierung
- ⇒ Selbstkontrolltechniken, Problemlösetraining, Fertigkeitentraining
- ⇒ Soziale Unterstützung innerhalb wie außerhalb der Beratung
- ⇒ Verhaltenstherapeutisch orientiertes Rückfallmanagement
- ⇒ Telefonische Nachbetreuung

Nach vorliegenden Untersuchungen³⁶ sind verhaltenstherapeutische Techniken und Problemlöseansätze sowie Maßnahmen zur sozialen Unterstützung wirksam. Vor allem haben sich verhaltenstherapeutisch orientierte Ansätze bewährt, die auch ein Rückfallsmanagement integrieren³⁷. Darüber hinaus können Aspekte der sozialen Unterstützung innerhalb und außerhalb der Beratungssituation die Abstinenzraten nachhaltig verbessern.

Empfehlenswerte Bestandteile einer erfolgreichen Intervention sind:

- ✓ *Psychoeduktion (Aufklärung und Information)*
- ✓ *Analyse des persönlichen Rauchverhaltens*
- ✓ *Festlegen eines persönlichen Rauchstopps*
- ✓ *Verhaltensänderung durch Aufbau von Handlungsalternativen*
- ✓ *Problemlösetraining und Training von allgemeinen Bewältigungsverhalten*
- ✓ *Unterstützung innerhalb der Tabakentwöhnungsbehandlung*
- ✓ *Motivationsförderung*
- ✓ *soziale Unterstützung außerhalb der Behandlungsmaßnahme initiieren*
- ✓ *Rückfallsprophylaxe*
- ✓ *Telefonische Nachbetreuung*

³⁶ Fiore et al., 2000

³⁷ Batra et al., 2004

6.1.2. Medikamentöse Unterstützung

Die Kombination von Beratung und Medikation ist effektiver als Beratung oder Medikation alleine³⁸. Folgende pharmakologische Komponenten werden derzeit in der RaucherInnenentwöhnung eingesetzt, wobei zwischen Nikotinersatzpräparaten und Medikamenten unterschieden werden kann:

Nikotinersatzpräparate

- Nikotinkaugummi
- Nikotininhaler
- Nikotintablette
- Nasalspray
- Nikotinpflaster

Medikamente in der RaucherInnenentwöhnung

- Bupropionhydrochlorid
- Varenicline

Effektiv sind einzelne Nikotinersatzpräparate sowie die Kombinationen von verschiedenen Nikotinersatzpräparaten je nach körperlicher Abhängigkeit der KlientInnen.³⁹ Darüber hinaus ist der Einsatz von Bupropionhydrochlorid und Varenicline erfolgversprechend.⁴⁰ Demnach ist die Vermittlung des positiven Einflusses von Nikotinersatzpräparaten und Medikamenten durch EntwöhnungsberaterInnen Bestandteil einer wirksamen RaucherInnenentwöhnung. Pharmakologische Unterstützungsmaßnahmen sollten immer zusammen mit Beratung erfolgen. Die Wahl der geeigneten Darreichungsform richtet sich nach dem persönlichen Rauchprofil, den Wünschen und der Verträglichkeit der KlientInnen und schließt auch die Kostenaspekte mit ein.

³⁸ Fiore et al., 2008

³⁹ Fiore et al., 2008

⁴⁰ Fiore et al., 2008

Empfehlung:

Die Entwöhnungsmethode soll sowohl die körperliche als auch die psychische Abhängigkeit berücksichtigen. In diesem Zusammenhang sind Interventionsansätze nicht nur auf die Milderung der Entzugssymptomatik auszurichten (medikamentöse Unterstützung). Idealerweise beinhalten Umsetzungskonzepte eine Kombination aus verhaltenstherapeutischen und pharmakologischen Komponenten.

6.2. Intensität der Beratung

Die Evidenz zeigt eine klare Dosis-Wirkungs-Beziehung. Untersuchungen weisen auf einen klaren Zusammenhang zwischen Beratungsdauer und Behandlungserfolg hin. Die Erfolge zeigen sich unabhängig von Alter, Geschlecht und Nationalität der RaucherInnen⁴¹. Im Folgenden wird die Intensität der Beratung durch die Parameter Dauer und Anzahl der Beratungseinheiten beschrieben.

6.2.1. Dauer der Beratung

Eine Metaanalyse⁴¹ zeigte, dass eine Einzelberatungsdauer von weniger als 3 Minuten pro RaucherIn zu einer Odds Ratio von 1,3 (KI 95% 1,02-1,6) im Vergleich zu keiner Beratung führt, eine Beratungsdauer von mehr als 10 Minuten erhöht die Odds Ratio wesentlich auf 2,3 (KI 95% 2,0–2,7). Verhaltenstherapeutische Gruppenprogramme umfassen normalerweise Einheiten mit einer Dauer von je 60 bis 90 Minuten⁴², wobei eine optimale Gruppengröße bei 6 bis 12 TeilnehmerInnen vorliegt.

6.2.2. Anzahl der Beratungseinheiten

Während eine Metaanalyse⁴³ über 46 Studien bei 4-8 Treffen bereits einen Wert von 1,9 (CI 95% 1,6–2,2) im Vergleich zu einer Einheit aufweist, ist bei mehr als 8 Beratungen bereits eine Odds Ratio von 2,3 (CI 95% 2,3–3,0) nachweisbar. In den

⁴¹ Fiore et al., 2008

⁴² Batra et al., 2008

⁴³ Fiore et al., 2008 (http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf)

amerikanischen Leitlinien wird jedoch darauf hingewiesen, dass eine höhere Beratungsintensität zwar höhere Abstinenzraten zur Folge hat, jedoch eine geringere Anzahl von RaucherInnen erreicht. Nicht alle RaucherInnen sind an einer intensiven Entwöhnung interessiert oder haben die Möglichkeit in diesem Ausmaß teilzunehmen, sodass unter diesem Aspekt auch weniger intensive Angebote sinnvoll erscheinen.

6.2.3. Zeitpunkt der Beratungseinheiten und Gesamtkursdauer

In Bezug auf den optimalen Zeitpunkt der einzelnen Treffen geht aus der klinischen Erfahrung hervor, dass der zweite Termin innerhalb einer Woche nach dem Rauchstopp gelegt werden sollte⁴⁴. Für die weiteren Treffen werden wöchentliche Intervalle empfohlen.

Empfehlung:

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Beratungsintensität und -erfolg, wobei mindestens 4 Einheiten zu je 60 bis 90 Minuten empfehlenswert sind. Die optimale Gruppengröße liegt bei 6 bis 12 TeilnehmerInnen.

⁴⁴ Aigner, K. et al., 2005

7. Evaluation

Es steht eine Vielzahl an Angeboten zur Tabakentwöhnung zur Verfügung, auch die Effektivität ist wissenschaftlich gut belegt⁴⁵. Die Erfolgsraten unterliegen jedoch oft Schwankungsbreiten von bis zu 100%, da die Erfolgs- und Evaluationskriterien stark differieren.⁴⁶ Um innerhalb der Sozialversicherung eine trägerübergreifende Evaluation der Angebote im Bereich der ambulanten Tabakentwöhnung in Gruppen durchzuführen und in einem weiteren Schritt auch zwischen den Angeboten der einzelnen Träger einen Benchmark zu ermöglichen, braucht es einheitliche Evaluationskriterien.

Aus der wissenschaftlichen Literatur sind die sog. Russel Standard Kriterien⁴⁷ bekannt, in deren Anlehnung die folgenden „best practice“ Kriterien definiert wurden. Diese Kriterien sind geschaffen worden, um einen Mindeststandard für wissenschaftliche Studien hinsichtlich Tabakentwöhnung einzuführen. Da die von den meisten Sozialversicherungsträgern angebotenen Programme jedoch bereits mittels Studien evaluiert wurden, ist der „Russell Standard“ als „best practice“ anzusehen. Ziel der trägerübergreifenden Erstellung von Evaluationskriterien ist nicht eine wissenschaftliche Studie, sondern die Qualitätssicherung der bestehenden Programme sowie die Überprüfung der Übertragbarkeit der Abstinenzraten auf bereits publizierte Ergebnisse.

„Russel Standard“ Kriterien:

1) *Dauer der Abstinenz*

Die Follow up-Messung erfolgt mind. 6 Monate nach der Intervention, wobei der optimale Zeitpunkt bei 12 Monaten nach der Entwöhnung liegt.

2) *Abstinenz*

Abstinenz ist definiert als die subjektive Angabe darüber, rauchfrei zu sein. Diese Aussage kann durch biochemische Messungen (CO-Wert) verifiziert werden.

⁴⁵ Fiore et al., 2008

⁴⁶ West et al., 2005

⁴⁷ West et al., 2005

3) *Biochemische Verifikation*

Zum letzten Messzeitpunkt ist eine objektive Messung des Raucherstatus empfehlenswert, wobei der cutt-off Wert lt. Herstellerhinweise bei 9 ppm liegt. Demnach sind Personen unter 10 ppm als rauchfrei zu bewerten.

4) *Intention to treat Ansatz*

Alle TeilnehmerInnen werden in die Analyse miteinbezogen, unabhängig davon ob sie gestorben, unerreichbar verzogen, etc. sind. Alle TeilnehmerInnen, die zum Evaluationszeitpunkt nicht erreicht werden können, werden als RaucherInnen gezählt. Auch sog. *AbbrecherInnen* (=TeilnehmerInnen, die die Intervention abbrechen und auch nicht zu den follow-up Einheiten kommen) werden als RaucherInnen gewertet. Darüber hinaus werden *TeilnehmerInnen, welche die Behandlungsregeln verletzen* (z.B. nehmen nicht deklarierte Medikation, nehmen unregelmäßig an Treffen teil), an den follow-up Einheiten jedoch teilnehmen, entsprechend ihres Raucherstatus klassifiziert und nicht aus der Untersuchung ausgeschlossen oder als RaucherInnen gewertet.

5) *Sammlung der follow up Daten erfolgt anonym in Bezug auf die Zugehörigkeit der Behandlungsgruppe („blind follow up“). Die follow-up Raten sollten für jede Vergleichsgruppe separat berichtet werden.*

Durch ein blind-follow-up, wird die Möglichkeit vermieden, in den unterschiedlichen Entwöhnungsgruppen einen unterschiedlichen Aufwand in Bezug auf die Rekrutierung der TeilnehmerInnendaten zu betreiben.

Empfehlung:

Die Abstinenz wird mind. 6 Monate (optimal 12 Monate) nach der Intervention durch eine subjektive Angabe des/der Klienten/in erhoben. Abstinenz wird dabei als Rauchfreiheit definiert. Eine Verifizierung durch ein objektives Messverfahren (z.B. CO-Messung) ist empfehlenswert.

7.1. Ausgangssituation/Anamnese

Eine ausführliche Erhebung der Ausgangssituation der/des Raucherin/Rauchers ermöglicht einen guten Überblick über die Ausgangssituation der/des Klientin/Klienten zu erhalten. Folgende Aspekte können nach Einwilligung der/des Teilnehmerin/Teilnehmers über die Befragung mittels Unterschrift unter eine Einverständniserklärung beim Erstkontakt erfragt werden.

- ⇒ allgem. Daten (Alter, Geschlecht, Gewicht)
- ⇒ Sozialstatistik (derzeitiger Beruf, höchster Bildungsgrad, etc.)
- ⇒ FNTD
- ⇒ CO-Werte
- ⇒ Aufhörmotivation
- ⇒ Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten
- ⇒ Dauer des Rauchens
- ⇒ Rauchverhalten (Spiegel-/Spitzen-/GelegenheitsraucherIn)
- ⇒ Anzahl bisheriger Entwöhnungsversuche
- ⇒ tabakassoziierte Erkrankungen
- ⇒ Medikamenteneinnahme
- ⇒ Ausmaß der sozialen Unterstützung

7.2. Beschreibung der Intervention

Um Angebote und deren Erfolge vergleichbar zu machen, ist auch eine genauere Beschreibung der Intervention notwendig. In diesem Zusammenhang sind folgende Informationen von Interesse:

- ⇒ Länge der Beratung
- ⇒ Anzahl/Dauer der Einheiten
- ⇒ Anzahl der besuchten Einheiten
- ⇒ Inhalte der Intervention
- ⇒ Zusatzinterventionen (z.B. Entspannungstechniken, Ernährungsberatung etc.)

- ⇒ NRT, Medikation
- ⇒ Art der Intervention (Gruppe- vs. Einzelberatung)
- ⇒ Zielgruppe (z.B. Erwachsene, Jugendliche, Schwangere, etc.)
- ⇒ Vorhandensein von Nachbetreuungsangeboten

7.3. Erfolgskriterien

7.3.1. Wirksamkeit der Intervention am Ende der Beratung

Um eine erste Beurteilung der Wirksamkeit der Beratung zu erhalten, werden in der letzten Beratungseinheit folgende Punkte erfasst:

- ⇒ Kontinuierliche Abstinenz (Rauchfreiheit) bzw. Reduktion (subjektive Angabe)
- ⇒ CO-Wert (objektive Messung der Abstinenz empfehlenswert)
- ⇒ Verwendung von Nikotinersatz und Medikation
- ⇒ Rückfälle und deren Gründe
- ⇒ Gewichtszunahme und dadurch gefühlte Beeinträchtigung
- ⇒ ev. Nutzung von weiteren Unterstützungsangeboten

7.3.2. KundInnenzufriedenheit

Die KundInnenzufriedenheit wird am Ende der Beratung erhoben und kann mit folgenden Parametern erfasst werden.

- ⇒ Beurteilung der Organisation
 - Anmeldemodalität
 - Kurstermine/Zeitpunkt der Beratungseinheiten
 - Veranstaltungsort/Räumlichkeiten
- ⇒ Qualität der Beratung
 - Fachliche Qualität
 - Soziale Atmosphäre
 - Fachliche Kompetenz der BeraterInnen

- Freundlichkeit der BeraterInnen
 - Nützlichkeit der Beratungseinheiten für das Aufhören mit dem Rauchen
- ⇒ Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit der RaucherInnenberatung
- ⇒ Würden PatientInnen den Kurs weiterempfehlen?

7.3.3. Wirksamkeit der Intervention

Um die Wirksamkeit der Beratung beurteilen zu können, werden mindestens 6 Monate (optimal 12 Monate) nach der Intervention

- ⇒ Abstinenz (totale Rauchfreiheit) bzw. Reduktion (subjektive Angabe)
- ⇒ CO-Wert (objektive Messung der Abstinenz empfehlenswert)
- ⇒ Verwendung von Nikotinersatz und Medikation
- ⇒ Rückfälle und deren Gründe
- ⇒ Gewichtszunahme und dadurch gefühlte Beeinträchtigung
- ⇒ ev. Nutzung von Nachbetreuungsangeboten
- ⇒ ev. Nutzung von weiteren Unterstützungsmaßnahmen erfasst.

7.4. Empfehlung

Empfehlung:

In Bezug auf die Beschreibung der Intervention werden folgende Aspekte erhoben:

- *Länge der Beratung*
- *Anzahl/Dauer der Einheiten*
- *Anzahl der besuchten Einheiten*
- *Zielgruppe*
- *Art der Intervention (Gruppen- vs. Einzelberatung)*

Zu Beginn der Entwöhnung werden die angeführten Anamnesedaten erfragt:

- *allgem. Daten (Alter, Geschlecht)*
- *FNTD*
- *CO-Werte*
- *Anzahl der Zigaretten/Dauer des Rauchens*
- *Anzahl der bisherigen Entwöhnungsversuche*
- *Tabakassoziierte Erkrankungen*
- *Unterstützung durch soziales Umfeld*
- *RaucherInnen im sozialen Umfeld*

Am Beratungsende werden im Zuge der Wirksamkeitsprüfung

- *Abstinenz, ggf. Reduktion (subjektiv)*
- *Verwendung von Nikotinersatz und/oder Medikation*
- *Gewichtszunahme (Beeinträchtigung dadurch)*
- *Rückfälle (u. Gründe)*
- *Abbrecherquote (u. Gründe)*
- *ggf. Inanspruchnahme von weiteren Unterstützungsangeboten*
- *KundInnenzufriedenheit*

erhoben.

Mindestens 6 Monate nach der Intervention werden im Zuge der Wirksamkeitsprüfung

- *Abstinenz, ggf. Reduktion (subjektiv)*
- *Verwendung von Nikotinersatz und/oder Medikation*
- *Gewichtszunahme (Beeinträchtigung dadurch)*
- *Rückfälle (u. Gründe)*
- *Abbrecherquote (u. Gründe)*
- *ggf. Inanspruchnahme von Nachbetreuungsangeboten und weiteren Unterstützungsangeboten*

Um die Rücklaufquote zu erhöhen, wird empfohlen einige Zeit nach dem Aussenden der Fragebögen PatientInnen zur Evaluationsteilnahme zu erinnern, indem ein sog. „reminder“ ausgesendet wird. Die Teilnahme an der Evaluation kann auch durch die Organisation von Nachbetreuungseinheiten zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten erhöht werden.

7.5. Minimal Data Set

Das Ziel der österreichischen Sozialversicherung ist es, deren Angebote im Bereich der RaucherInnenentwöhnung zukünftig kontinuierlich und trägerübergreifend standardisiert zu evaluieren. Damit soll ein internes Benchmarking zwischen den verschiedenen Trägern ermöglicht werden, was insgesamt zu einer Qualitätssicherung der Angebote beitragen soll. Wie eine erste Testevaluation gezeigt hat, werden die RaucherInnenentwöhnungsangebote in den SV-Trägern sehr unterschiedlich dokumentiert und evaluiert. Aus diesem Grund wurde vom Projektteam „SV-Tabakpräventionsstrategie“ ein sogenanntes **Minimal Data Set** definiert. Unter einem Minimal Data Set versteht man einen klar definierten Datensatz, der zur Sammlung von einheitlichen und vergleichbaren Daten dient. **Explizit sei darauf hingewiesen, dass dieses Minimal Data Set keine Diagnostik oder Umfeldanalyse ersetzt, sondern lediglich zur standardisierten und für die Evaluation nutzbaren (Minimal-) Datensammlung dient.** Der Datensatz stellt eine

Mindestanforderung zur trägerübergreifenden Evaluation dar, darüber hinausgehend kann jeder Träger weitere Daten erheben.

Beim Minimal Data Set wurden drei verschiedene Zeitpunkte definiert: zu Beratungsbeginn, am Beratungsende sowie 6 Monate nach Beratungsende. Für jeden dieser drei Messzeitpunkte wurde ein Basis-Datensatz definiert (Minimal Data Set), den alle Träger zur Dokumentation/Evaluation verwenden sollen. Im Anhang befinden sich diese drei Fragebögen.

8. Literatur

Aigner, K., Homeier, I., Koessler, W., Zwick, H. & Lichtenschopf, A. (2005). Standards der Raucherentwöhnung. Konsensus der ÖGP, Beilage zur Wiener Klinischen Wochenzeitschrift, 117.

Andreas, S., Batra, A., Behr, J., Berck, H., Chenot, J.-F., Gillissen, A., Hering, T., Herth, F., Meierjürgen, R., Mühlig, S., Nowak, D., Pfeifer, M., Raupach, T., Schultz, K., Sitter, H. & Worth, H. (2008). Tabakentwöhnung bei COPD. S3 Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. Pneumologie, 62, 255-272.

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2001). Therapieempfehlungen Tabakabhängigkeit. Arzneimittelverordnungen in der Praxis. Sonderheft.

Batra, A., Kröger, C., Lindinger, P., Pötschke-Langer, M. (2008). Qualitätsmerkmale von Raucherbehandlungen – die Notwendigkeit für definierte Standards. Sucht, 54 (2), 95-100.

Batra, A., Böning, J., Buchkremer, G. et al. (2008) Tabakabhängigkeit behandeln. Memorandum der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen.

Batra, A. (2005). Die deutschen Leitlinien zur Behandlung des Rauchers. In A. Batra (Hrsg.) Tabakabhängigkeit – wissenschaftliche Grundlagen und Behandlung. Kohlhammer. Stuttgart. S. 97-108.

Batra, A., Lindinger, P. & Schütz, C. (2004). Tabakbedingte Störungen „Leitlinie Tabakentwöhnung“. In: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.

Dilling, H., Monbour, W., Schmidt, MH, 1991, (Hrsg.) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD 10, Kapitel V (F). Huber, Göttingen.

Eurobarometer (2007). Attitudes of Europeans towards tobacco. Download am 29.07.2007: http://ec.europa.eu/public_opinion.

Fagerström, K.O. (2005). Raucherentwöhnung – wie effektiv kann sie sein? In A. Batra (Hrsg.) Tabakabhängigkeit – wissenschaftliche Grundlagen und Behandlung. Kohlhammer. Stuttgart. S. 93-96.

Fiore, M.C., Jaen, C.R., Baker, T.B. et al. (2008) Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update. Clinical Practice Guideline. MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Rockville.

Fiore, M.C., Baily, W.C., Cohen, S.J. et al. (2000) Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Rockville.

Groman, E., Bayer, P., Kunze, U., Schmeisser-Rieder, A. & Schoberberger, R. (2000). Diagnostik und Therapie der Tabakabhängigkeit – eine Analyse des Bedarfs in Österreich. Wiener Medizinische Wochenschrift, 150, 109-114.

Hautzinger, M., Kühner, C. & Keller, F. (2006). Beck II Depression Inventar. Harcourt Test Services.

Heatherton et al. (1991). zit. nach Kasper, P. & Batra A. (2003). Pharmako- und Psychotherapie der Tabakabhängigkeit. In H.J. Rumpf & R. Hüllinghorst (Hrsg). Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen, S. 358-374, Freiburg, Lambertus.

Klimont, J., Kytir, J. & Leitner, B. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Statistik Austria Österreich, i. A. des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien. Download am 17. 09. 2007: <http://www.bmgfj.gv.at>

Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (2005). Raucherentwöhnung in der allgemeinmedizinischen Praxis. 2. ergänzte Auflage. Konsensus Meeting & Statement unter der Ägide der ÖGAM in Zusammenarbeit mit dem Nikotinstitut Wien. Download am 11. 12. 2009: <http://www.aks.or.at/versteckter-ordner-fuer-randspalte/texte-fuer-randspalte/rauchfrei/oegam-lietfaden-fuer-aerzte-zur-raucherentwoehnung.pdf>

Riemann, K. & Gerber, U. (2000) Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung. 4ed. BZgA. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Schmidt, L.G., Gastpar, M., Falkai, W., Gaebel, W. (Hrsg.) (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Deutscher Ärzte Verlag, Köln.

Schoberberger, R., Kunze, U., Schmeiser-Rieder, A., Gromane, E. & Kunze, M. (1998). Wiener Standard zur Diagnostik der Nikotinabhängigkeit: Wiener Standard Raucher Inventar (WSR). Wiener Medizinische Wochenschrift, 145, 70-73.

Stead, LF. & Lacaster, T. (2005). Group behavior therapy programmes for smoking cessation. Chochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2.

Uhl, A.; Kobra, U.; Bachmayer, S. (2006). Factsheet: Rauchverhalten in Österreich - Ergebnisse unterschiedlicher aktueller Quellen einschließlich der österreichweiten repräsentativen Bevölkerungsumfrage BMGF/LBISucht/market Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien.

Uhl A., Springer A., Kobrna U., Gnambs T. & Pfarrhofer D. (2005). Österreichweite Repräsentativerhebung zum Substanzgebrauch. Erhebung 2004. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung, Wien.

Urbas, E. & Klimont, J. (2002). Rauchgewohnheiten. Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997. Statistik Austria, Wien.

West, R., Hajek, P., Stead, L. & Stapleton, J. (2005). Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*, 100, 299-303.

9. Anhang

9.1. Minimal Data Set für Messzeitpunkt 1 (Anamnese)

Art der Beratung	<input type="checkbox"/> ambulante Einzelberatung	<input type="checkbox"/> stationäre Gruppenberatung
	<input type="checkbox"/> ambulante Gruppenberatung	<input type="checkbox"/> Einzelberatung von Schwangeren
Dieses Datenblatt wurde ...	<input type="checkbox"/> vom Klienten/ von der Klientin selbst ausgefüllt.	
	<input type="checkbox"/> von einem/einer BeraterIn ausgefüllt (in Form eines Interviews).	

A. Allgemeine Angaben des/der Rauchers/in

Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich				
Alter	<input type="checkbox"/> < 20 Jahre	<input type="checkbox"/> 20 – 29 J.	<input type="checkbox"/> 30 – 39 J.	<input type="checkbox"/> 40 – 49 J.	<input type="checkbox"/> 50 – 59 J.	<input type="checkbox"/> 60 u. älter
höchste abgeschlossene Ausbildung	<input type="checkbox"/> Pflichtschule	<input type="checkbox"/> Lehre	<input type="checkbox"/> BMS	<input type="checkbox"/> AHS/BHS	<input type="checkbox"/> Universität/FH	

B. RaucherInnenanamnese

Wie alt waren Sie, als Sie anfangen regelmäßig Zigaretten zu rauchen?	Alter in Jahren: _____									
Wie viele Zigaretten rauchen Sie zurzeit gewöhnlich pro Tag?	Anzahl der Zigaretten: _____									
Wie oft haben Sie bisher versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> 1 bis 5 mal	<input type="checkbox"/> >5 mal							
Wie groß ist Ihre Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören?	sehr gering-----mittel-----sehr hoch <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10									
Warum wollen Sie aufhören? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> gesundheitl. Gründe	<input type="checkbox"/> finanzielle Gründe	<input type="checkbox"/> Abhängigkeit	<input type="checkbox"/> (geplante) Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> sonstige Gründe					

C. Erkrankungen

Haben Sie derzeit eine der folgenden Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Atemwegs- oder Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, Bronchitis, COPD etc.) <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall etc.) <input type="checkbox"/> Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes) <input type="checkbox"/> Depression, Burnout <input type="checkbox"/> psychische/psychiatrische Erkrankungen <input type="checkbox"/> andere Abhängigkeiten (z.B. Alkohol, Drogen) <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
----------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

D. Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit

Gesamtpunkte: _____

E. Kohlenmonoxidwert in der Ausatemluft

Gemessener Kohlenmonoxid-Wert in der Ausatemluft: _____ ppm

9.2. Minimal Data Set für Messzeitpunkt 2 (bei Beratungsende)

Art der Beratung	<input type="checkbox"/> ambulante Einzelberatung	<input type="checkbox"/> stationäre Gruppenberatung
	<input type="checkbox"/> ambulante Gruppenberatung	<input type="checkbox"/> Einzelberatung von Schwangeren
Dieses Datenblatt wurde ...	<input type="checkbox"/> vom Klienten/ von der Klientin selbst ausgefüllt.	
	<input type="checkbox"/> von einem/einer BeraterIn ausgefüllt (in Form eines Interviews).	

A. Allgemeine Angaben des/der Rauchers/in

Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich				
Alter	<input type="checkbox"/> < 20 Jahre	<input type="checkbox"/> 20 – 29 J.	<input type="checkbox"/> 30 – 39 J.	<input type="checkbox"/> 40 – 49 J.	<input type="checkbox"/> 50 – 59 J.	<input type="checkbox"/> 60 u. älter
höchste abgeschlossene Ausbildung	<input type="checkbox"/> Pflichtschule	<input type="checkbox"/> Lehre	<input type="checkbox"/> BMS	<input type="checkbox"/> AHS/BHS	<input type="checkbox"/> Universität/FH	

B. RaucherInnenanamnese

Rauchen Sie derzeit (d.h. in den letzten 24 Stunden)?	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja: Wie viele Zigaretten in den letzten 24 Stunden? _____	
	<input type="checkbox"/> nein	Wenn nein: Wie lange rauchen Sie schon nicht mehr? seit _____ Tagen	
Wie hat sich ihr Gewicht seit Beginn der Beratung/ Behandlung verändert?	<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme um ca. _____ kg	<input type="checkbox"/> gleich geblieben	<input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme um ca. _____ kg
Verwenden Sie derzeit medikamentöse Unterstützung?	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja: welche?	
		<input type="checkbox"/> Nikotin-Pflaster	<input type="checkbox"/> Nikotin-Inhalator
		<input type="checkbox"/> Nikotin-Kaugummi	<input type="checkbox"/> Nikotin-Nasalspray
		<input type="checkbox"/> Nikotin-Lutschtablette	<input type="checkbox"/> Zyban®
		<input type="checkbox"/> Nikotin-Sublingualtablette bzw. Microtab	<input type="checkbox"/> Champix®
			<input type="checkbox"/> Sonstige: _____
	<input type="checkbox"/> nein		

C. weitere Unterstützungsangebote

Nehmen Sie noch weitere Unterstützungsangebote in Anspruch?	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja: welche?
		<input type="checkbox"/> Akupunktur, Hypnose
		<input type="checkbox"/> Literatur bzw. Selbsthilfematerialien
		<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe
		<input type="checkbox"/> Internetprogramm
		<input type="checkbox"/> Rauchertelefon
		<input type="checkbox"/> Informationsangebot aus Apotheken
	<input type="checkbox"/> nein	

D. Kohlenmonoxidwert in der Ausatemluft

Gemessener Kohlenmonoxid-Wert in der Ausatemluft: _____ppm

E. KundInnenzufriedenheit

Wie zufrieden waren Sie mit...	sehr zufrieden	zufrieden	weniger zufrieden	unzufrieden
...der Organisation (Anmeldemodalität, Kurstermine, Zeitpunkt der Treffen, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...der Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dem/r BeraterIn insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Würden Sie RaucherInnen diese Beratung weiterempfehlen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

9.3. Minimal Data Set für Messzeitpunkt 3 (6 Monate nach Beratungsende)

Art der Beratung	<input type="checkbox"/> ambulante Einzelberatung	<input type="checkbox"/> stationäre Gruppenberatung
	<input type="checkbox"/> ambulante Gruppenberatung	<input type="checkbox"/> Einzelberatung von Schwangeren

A. Allgemeine Angaben des/der Rauchers/in

Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich				
Alter	<input type="checkbox"/> < 20 Jahre	<input type="checkbox"/> 20 – 29 J.	<input type="checkbox"/> 30 – 39 J.	<input type="checkbox"/> 40 – 49 J.	<input type="checkbox"/> 50 – 59 J.	<input type="checkbox"/> 60 u. älter
höchste abgeschlossene Ausbildung	<input type="checkbox"/> Pflichtschule	<input type="checkbox"/> Lehre	<input type="checkbox"/> BMS	<input type="checkbox"/> AHS/BHS	<input type="checkbox"/> Universität/FH	

B. RaucherInnenstatus

Rauchen Sie derzeit?	<input type="checkbox"/> ja		
	<input type="checkbox"/> nein	Wenn nein: Wie lange rauchen Sie schon nicht mehr? seit ____ Wochen	
Haben Sie seit Ende der Beratung insgesamt mehr als 5 Zigaretten geraucht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie im Rahmen der Raucherentwöhnung medikamentöse Unterstützung verwendet?	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja: welche und wie lange? <input type="checkbox"/> Nikotinersatztherapie, für ca. ____ Wochen <input type="checkbox"/> Zyban®, für ca. ____ Wochen <input type="checkbox"/> Champix®, für ca. ____ Wochen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____, für ca. ____ Wochen	
	<input type="checkbox"/> nein		
Haben Sie ein Nachbetreuungsangebot in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja: welche? <input type="checkbox"/> Rauchertelefon <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
	<input type="checkbox"/> nein		
Wie hat sich ihr Gewicht seit Beginn der Beratung/ Behandlung verändert?	<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme um ca. ____ kg	<input type="checkbox"/> gleich geblieben	<input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme um ca. ____ kg

C. weitere Unterstützungsangebote

Nehmen Sie noch weitere Unterstützungsangebote in Anspruch?

- ja Wenn ja: welche?
- zusätzliche Beratung durch eine/n GesundheitsprofessionalIn (Arzt/Ärztin, PsychologIn)
 - Rauchertelefon
 - Akupunktur, Hypnose
 - Informationsangebot aus Apotheken
 - Literatur bzw. Selbsthilfematerialien
 - Selbsthilfegruppe
 - Internetprogramm
- nein
-