

MEthoden der TAbakentwöhnung: Wahrnehmung der Effektivität und Bereitschaft zur Nutzung bei rauchenden Patientinnen und Patienten in Hausarztpraxen (META)

Fragebogen

Version 3.0 | 30. März 2022

Erklärungen

Anweisungen an den Fragensteller, die für diesen sichtbar sind, sind in blauer Farbe gekennzeichnet; Antwortoptionen mit Mehrfachnennung sind durch viereckige Kästchen gekennzeichnet.

1. Rauchen Sie Tabak?

- ☐ Ja, ich rauche Zigaretten oder Tabak in anderer Form (zum Beispiel Pfeife oder Zigarre)
- ☐ Nein, aber ich habe früher geraucht ([Für den/die Patient*in endet der Fragebogen hier](#))
- ☐ Nein, ich habe noch nie geraucht (zumindest nie länger als ein Jahr) ([Für den/die Patient*in endet der Fragebogen hier](#))

2. Wie viele Filterzigaretten oder selbstgedrehte oder selbstgestopfte Zigaretten oder Zigarren/ Pfeifen rauchen Sie normalerweise oder rauchten Sie bevor Sie kürzlich mit dem Rauchen aufhörten? Geben Sie die Menge pro Tag oder, wenn Sie gelegentlicher Raucher sind, pro Woche oder Monat an. [\[Mehrere Antworten möglich\]](#)

- a) Filterzigaretten: pro Tag _____ oder pro Woche _____ oder pro Monat _____
- b) Selbstgedrehte Zigaretten: pro Tag _____ oder pro Woche _____ oder pro Monat _____
- a) Selbst gestopfte Zigaretten: pro Tag _____ oder pro Woche _____ oder pro Monat _____
- b) Zigarren: pro Tag _____ oder pro Woche _____ oder pro Monat _____
- c) Zigarrillos: pro Tag _____ oder pro Woche _____ oder pro Monat _____
- d) Pfeife: pro Tag _____ oder pro Woche _____ oder pro Monat _____
- e) Shishas: pro Tag _____ oder pro Woche _____ oder pro Monat _____

3. Wie schnell rauchen Sie nach dem Aufwachen Ihre erste Zigarette?

- ☐ Innerhalb von 5 Minuten
- ☐ 6-30 Minuten
- ☐ 31-60 Minuten
- ☐ Mehr als 60 Minuten

4. Benutzen Sie E-Zigaretten?

- ☐ Ja, ich benutze E-Zigaretten
- ☐ Nein, aber ich habe früher mal E-Zigaretten benutzt
- ☐ Nein, ich habe noch nie E-Zigaretten benutzt

5. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?

- ☐ Ich will nicht mit dem Rauchen aufhören.
- ☐ Ich sollte mit dem Rauchen aufhören, aber ich möchte eigentlich nicht.
- ☐ Ich will mit dem Rauchen aufhören, habe aber noch nicht darüber nachgedacht, wann.
- ☐ Ich will **unbedingt** mit dem Rauchen aufhören, habe aber noch nicht darüber nachgedacht, wann.
- ☐ Ich will mit dem Rauchen aufhören und hoffe, dies in naher Zukunft zu tun.
- ☐ Ich will **unbedingt** mit dem Rauchen aufhören und habe vor, dies in den nächsten drei Monaten zu tun.
- ☐ Ich will **unbedingt** mit dem Rauchen aufhören und habe vor, dies im nächsten Monat zu tun.

6. Haben Sie jemals einen ernsthaften Versuch unternommen, mit dem Rauchen aufzuhören? Mit ernsthaftem Versuch meine ich, dass Sie vorhatten nie wieder zu rauchen.

- ☐ Ja, mindestens einen
- ☐ Nein, ich habe noch nie einen ernsthaften Rauchstoppversuch unternommen

7. Es gibt verschiedene Methoden, einen Rauchstoppversuch zu unterstützen. Ich möchte Sie nun bei jeder folgenden Methode um **Ihre Einschätzung** bitten, wie wirksam die jeweilige Methode einen Rauchstopp unterstützen kann. Was ich damit meine ist: wenn man bei einem Rauchstoppversuch die Methode einsetzt, hat man eine größere Chance, langfristig rauchfrei zu bleiben. Sie können dabei folgende Antworten geben: die jeweilige Methode ist Ihrer Meinung nach **sehr wirksam**, **ein wenig wirksam** oder **nicht wirksam**. Sie können auch angeben, dass Sie die Methode nicht kennen.
(Die Reihenfolge der Antwortmöglichkeiten wird variiert um order bias zu reduzieren)

Methode	Nicht wirksam	Ein wenig wirksam	Sehr wirksam	Kenne ich nicht
a) Beratung durch einen Hausarzt oder eine Hausärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Beratung durch einen anderen Facharzt oder eine Fachärztin (z.B. Kardiologe, Orthopäde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Raucherentwöhnungskurs oder eine Einzeltherapie zur Rauchentwöhnung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Telefonische Beratung zur Rauchentwöhnung (Rauchertelefon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Nikotinersatztherapie (zum Beispiel Nikotinpflaster oder Nikotinkaugummi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Das Medikament Zyban (mit dem Wirkstoff Bupropion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Das Medikament Champix (mit dem Wirkstoff Vareniclin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Das Medikament Asmoken (mit dem Wirkstoff Cytisin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) E-Zigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Tabakerhitzer (ein elektronische Gerät, das Tabak erhitzt und verdampft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) App zur Rauchentwöhnung auf einem Smartphone oder Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Internetseite zur Rauchentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Ein Buch über Rauchentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Hypnosetherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Akupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Haben sie ein oder mehrere der soeben genannten Rauchstoppmethoden schon einmal **bei einem eigenen Rauchstoppversuch** genutzt?

Methode	Schon selber mal genutzt
a) Beratung durch einen Hausarzt oder eine Hausärztin	<input type="checkbox"/>
b) Beratung durch einen anderen Facharzt oder eine Fachärztin (z.B. Kardiologe, Orthopäde)	<input type="checkbox"/>
c) Raucherentwöhnungskurs oder eine Einzeltherapie zur Rauchentwöhnung)	<input type="checkbox"/>
d) Telefonische Beratung zur Rauchentwöhnung (Rauchertelefon)	<input type="checkbox"/>
e) Nikotinersatztherapie (zum Beispiel Nikotinpflaster oder Nikotinkaugummi)	<input type="checkbox"/>
f) Das Medikament Zyban (mit dem Wirkstoff Bupropion)	<input type="checkbox"/>
g) Das Medikament Champix (mit dem Wirkstoff Vareniclin)	<input type="checkbox"/>
h) Das Medikament Asmoken (mit dem Wirkstoff Cytisin)	<input type="checkbox"/>
i) E-Zigarette	<input type="checkbox"/>
j) Tabakerhitzer (ein elektronische Gerät, das Tabak erhitzt und verdampft)	<input type="checkbox"/>
k) App zur Rauchentwöhnung auf einem Smartphone oder Tablet	<input type="checkbox"/>
l) Internetseite zur Rauchentwöhnung	<input type="checkbox"/>
m) Ein Buch über Rauchentwöhnung	<input type="checkbox"/>
n) Hypnosetherapie	<input type="checkbox"/>
o) Akupunktur	<input type="checkbox"/>
p) Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>

9. Es gibt Rauchstoppmethoden, von denen wissenschaftlich belegt ist, dass sie einen Rauchstoppversuch wirksam unterstützen können. Beispielsweise haben Raucherinnen und Raucher eine besonders große Chance, langfristig rauchfrei zu bleiben, wenn sie sich **von ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin beraten lassen** und zusätzlich **eine Nikotinersatztherapie (zum Beispiel ein Nikotinplaster oder Nikotinkaugummi)** einsetzen.

Angenommen, die Kosten für eine solche Behandlung würden vollständig von der Krankenkasse bezahlt: könnten Sie sich vorstellen, eine solche Behandlung bei einem zukünftigen Rauchstoppversuch in Anspruch zu nehmen? Bitte drücken Sie dies aus in einem **Wert von 0 (das kann ich mir überhaupt nicht vorstellen) bis 10 (das kann ich mir absolut sicher vorstellen)** aus.

Wert: _____ [Ganze Zahl zwischen 0 und 10 erlauben]

10. Sie haben den Wert **(siehe Antwort Frage 9)** genannt. Warum haben Sie keinen höheren Wert gewählt? Warum haben Sie keinen niedrigeren Wert gewählt? **[Wenn die Frage nicht verstanden wird ergänzen: „Warum können Sie sich nicht (absolut sicher) vorstellen, hausärztliche Beratung und Nikotinersatztherapie in Anspruch zu nehmen?“. Offene Frage: Antworten bitten aufschreiben.]**

Offene Antwort: _____

11. Zum Schluss habe ich noch ein paar Fragen zu Ihrer Person. Wie alt sind Sie?

Alter: _____ Jahre

12. Was ist Ihr Geschlecht?

- ☐ Mann
☐ Frau
☐ Divers

13. Welchen **höchsten** allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie oder streben Sie zukünftig an?

- ☐ Keinen Schulabschluss
- ☐ Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss, Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8. oder 9. Klasse)
- ☐ Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife (Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse)
- ☐ Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule
- ☐ Abitur (allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife)

14. Wie hoch ist ungefähr das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushalts insgesamt, als das Einkommen nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben? (Falls unklar erläutern: gemeint ist dabei die Summe, die sich aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Arbeitslosengeld, Bafög, Rente oder Pension ergibt)

- ☐ Bis unter € 1.500
- ☐ € 1.500 bis unter € 4.000
- ☐ € 4.000 oder mehr

15. Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind 14 Jahre alt oder älter? [Offene Frage: Antworten bitten aufschreiben.]

Anzahl Personen \geq 14 Jahre: _____

16. Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind jünger als 14 Jahre alt? [Offene Frage: Antworten bitten aufschreiben.]

Anzahl Personen $<$ 14 Jahre: _____

Das war's schon. Ich bedanke mich recht herzlich für Ihre Mitarbeit!