Leitfaden zur Kurzintervention bei Raucherinnen und Rauchern

rauchfrei!

BUNDESÄRZTEKAMMER

BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Inhalt

Vorwort der Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ... 4
Vorwort des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages ... 6

1

Teil 1 Einführung ... 8
- **Zum Gebrauch dieses Leitfadens (Wegweiser)** ... 8
- **Phasen einer Abstinenzkarriere** ... 14
- **Dimensionen der Tabakabhängigkeit** ... 18
- **Kurzanamnese zum Rauchverhalten** ... 21

Weitere Diagnostische Instrumente zur Ausstiegsmotivation ... 22
Diagnostische Instrumente zur Tabakabhängigkeit ... 23

- **Beratung bei Frühsymptomatiken und Folgeschäden** ... 25
- **Die Gestaltung einer hilfreichen Beziehung** ... 26

2

Teil 2 Gesprächsführung und Interventionstechniken ... 30
- **Grundlegende Elemente für die Gesprächsführung** ... 31
- **Gesprächstechniken zur Förderung der Änderungsbereitschaft** ... 32

Anklopfen ... 32
Offene Fragen ... 32
Aktiv zuhören und Rückmeldung geben ... 33
Beispiele für Rückmeldungen, wenn der Patient Widerstand äußert ... 33
Bestätigen und Ressourcen aktivieren ... 34

- **Gesprächstechniken zur Förderung der Änderungskompetenz** ... 35

Beispiele für offene Fragen zur Förderung der Änderungskompetenz ... 35
Vergangene Erfolge und individuelle Ressourcen aktivieren ... 35
Verschiedene Optionen aufzeigen, Wahlmöglichkeiten lassen ... 35

- **Weitere Techniken zur Strukturierung der Beratung** ... 36

Typischer Tag ... 36
Wichtigkeitsrating ... 36
Vor- und Nachteilsliste ... 36
Zuversichtsrating ... 37
Die Kosten-Nutzen-Analyse oder „Waage der Entscheidung“ ... 38
Veränderungsplan ... 39

- **Fallen und Fallstricke bei der Durchführung Motivierender Kurzintervention** ... 40

Die „Frage-Antwort-Falle“ ... 40
Die Falle „einseitig Partei ergreifen“ ... 40
Die Experten-Falle ... 41
Die Etiketten-Falle ... 41

3 **Teil 3 Intervention** ... 42

- **Intervention bei Patienten ohne akute Ausstiegsabsicht** ... 46
  - *Beziehungsaufnahme und Gesprächseröffnung* ... 46
  - *Hilfreiche Interventionen* ... 47
  - *Abschluss der Kurzintervention* ... 50
- **Intervention bei Patienten mit Ausstiegsabsicht und nicht- oder wenig abhängigem Konsum** ... 51
  - *Beziehungsaufnahme und Gesprächseröffnung* ... 51
  - *Hilfreiche Interventionen* ... 52
  - *Die Förderung der Ausstiegs- oder Änderungskompetenz* ... 54
  - *Einbeziehung der sozialen Umgebung* ... 57
  - *Abschluss der Kurzintervention* ... 58
- **Intervention bei Patienten mit Ausstiegsabsicht und abhängigem Konsum** ... 60
  - *Begleitende medikamentöse Entzugsbehandlung* ... 60
  - *Abschluss der Kurzintervention* ... 67
- **Weitere Begleitung und Weitervermittlung** ... 68
  - *Folgekontakte vereinbaren* ... 68
  - *Vermittlung an weiterführende Unterstützungsangebote* ... 72
- **Intervention bei Ex-Rauchern seit weniger als einem Jahr** ... 74
- **Intervention bei Nie-Rauchern und Ex-Rauchern seit mehr als einem Jahr** ... 75

4 **Teil 4 Literatur** ... 76

- **Broschüren und weiteres Informationsmaterial (für Patienten)** ... 78
- **Impressum** ... 80

Vorwort

der Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Das Rauchen ist in Deutschland in der Bevölkerung immer noch weit verbreitet. Nach den Angaben des Statistischen Bundesamts aus dem Jahr 2005 rauchen 27% der Bevölkerung im Alter von 15 Jahren und älter; das sind ca. 19 Millionen Bundesbürger. Im Vergleich zu den Vorjahren ist damit bisher nur ein leichter Rückgang im Rauchverhalten zu verzeichnen.

Dennoch sind in den letzten Jahren die Anzeichen für eine Änderung in den Einstellungen gegenüber dem Rauchen nicht zu übersehen. Die Vielzahl der Belege über die schädlichen Folgen des Rauchens und die negativen Konsequenzen des Passivrauchens zeigen ihre Wirkung und haben zu einer intensiven Diskussion in vielen gesellschaftlichen Bereichen um die Ausweitung des Nichtraucherschutzes und die Ausweitung der Angebote zum Rauchverzicht geführt.

Mit zu dieser Diskussion beigetragen hat auch, dass durch die Bundesregierung das Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren" zu einem der fünf vorrangig zu behandelnden Gesundheitsthemen erklärt worden ist. Um dieses Ziel zu erreichen, sind Maßnahmen in drei Bereichen notwenig: 1. Maßnahmen zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen, 2. Maßnahmen zur Förderung des Rauchverzichts und 3. Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen.

Eine Schlüsselstellung zur Erreichung des Gesundheitsziels in allen Maßnahmenbereichen hat die Ansprache und Beratung der Raucherinnen und Raucher durch die Ärzteschaft. Dies aus zwei Gründen. Zum einen sind die Ärztinnen und Ärzte täglich in der Klinik und der Praxis mit den oftmals dramatischen gesundheitlichen Folgen des Tabakkonsums bei ihren Patienten konfrontiert. Zum anderen bietet der oft regelmäßige Kontakt eine gute Möglichkeit, Raucherinnen und Raucher zu motivieren, mit dem Rauchen aufzuhören. Denn die wenigsten Raucherinnen und Raucher spielen nicht mit dem Gedanken, auf den Nikotinkonsum zu verzichten. In einer repräsentativen Bundesstudie aus dem Jahr 2000 hatten lediglich 20% der Raucher nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören, 37% spielten mit dem Gedanken aufzuhören, 10% standen kurz davor aufzuhören und wollten in den nächsten 4 Wochen einen Aufhörversuch starten oder hatten in den letzen 6 Monaten mit dem Rauchen aufgehört. 35% hatten bereits vor mehr als 6 Monaten aufgehört.

Der ärztliche Rat, mit dem Rauchen aufzuhören – insbesondere bei Vorliegen einer Erkrankung, die durch das Rauchen verursacht wird oder die in ihrem Verlauf durch den Nikotinkonsum negativ beeinflusst wird –, ist oft der entscheidende Anstoß, den Raucherinnen und Raucher brauchen, um den Rauchverzicht zu wagen.

Dass dieser Versuch erfolgreich verläuft und der Rauchverzicht tatsächlich gelingt, hängt neben der ärztlichen Aufforderung zum Rauch-Stopp aber auch davon ab, wie viel Unterstützung und begleitende Beratung ihnen angeboten wird, um Rückfälle in die alten Rauchgewohnheiten zu vermeiden.

Der vorliegende Beratungsleitfaden zur Kurzintervention bei Raucherinnen und Rauchern will Ihnen konkrete Hilfen geben, das Rauchverhalten bei Ihren Patienten anzusprechen und zielgerichtet Hilfestellung für das Aufhören mit dem Rauchen zu geben, so dass der Rauchverzicht gelingt. Bei der Entwicklung des Leitfadens haben wir viel Wert darauf gelegt, dass das Beratungskonzept in die vielfältigen Anforderungen des Praxisalltags integrierbar ist. Durch eine Reihe ergänzender Maßnahmen, wie zum Beispiel Broschüren, telefonische Beratungsmöglichkeiten und Internet-Angebote, hoffen wir, ein effektives Beratungssystem anbieten zu können, dass auch die häufig eng gesteckten zeitlichen Rahmenbedingungen in der ärztlichen Praxis berücksichtigt.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung versteht den Leitfaden als wichtigen Beitrag zur Erreichung des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren", indem Ärztinnen und Ärzte unterstützt werden, die zur Verhinderung der negativen Folgen des Tabakkonsums Verantwortung übernehmen und die sich in der Beratung zum Rauchverzicht engagieren. Mein besonderer Dank gilt in diesem Zusammenhang der Bundesärztekammer, die gemeinsam mit der BZgA diesen Leitfaden herausgibt, und damit auch zum Ausdruck bringt, welchen Stellenwert die Beratung zum Rauchverzicht einnimmt.

Ärztliche Beratung zum Nichtrauchen ist wirksam und unverzichtbar. Ich hoffe, dass es auf der Grundlage des Beratungsleitfadens und mit Unterstützung der Ärzteschaft gelingt, einen gesellschaftlichen Wandel zu erreichen, in dem das Rauchen die Ausnahme und das Nichtrauchen die Regel ist!

Dr. med. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Vorwort

des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Es ist längst bekannt, dass Tabakrauch an der Entstehung einer Vielzahl chronischer Krankheiten beteiligt ist. So ist für Raucher das Risiko, eine Herz-Kreislauf- oder eine obstruktive Atemwegserkrankung zu erleiden, gegenüber einem Nichtraucher mehr als verdoppelt. Es nimmt mit der Zahl der täglich gerauchten Zigaretten weiter zu. Über Zweidrittel aller Herzinfarkte und etwa 90% aller Lungenkrebserkrankungen lassen sich auf das Rauchen zurückführen. Dies gilt auch für weit über 100000 Todesfälle, die sich in Deutschland jährlich ereignen.

Für den Passivrauch liegt inzwischen eine Fülle wissenschaftlicher Erkenntnisse zu seiner Gesundheitsschädlichkeit vor. Besonders gefährdet sind in einem Raucherhaushalt lebende Kinder und Partner sowie solche Personen, die Passivrauch während ihrer Arbeitszeit ausgesetzt sind. Nach Berechnungen des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) sterben mehr als 3000 Menschen pro Jahr an den Folgen des Passivrauchs.

Deshalb ist es der Bundesärztekammer ein wichtiges Anliegen, die Raucherberatung und -entwöhnung zu einem festen Bestandteil der Patientenbehandlung zu machen. Schließlich lassen sich dadurch Raucher wie Nichtraucher gleichermaßen vor den gesundheitlichen Gefahren des Tabakrauchs schützen.

Rauchen wird immer noch gerne als liebgewordene Angewohnheit betrachtet. Aus medizinischer Sicht liegt jedoch in der Mehrzahl der Fälle eine manifeste Suchterkrankung nach den Kriterien des ICD-10 vor. Dazu gehören u.a. der innere Zwang zu rauchen, eine Toleranzentwicklung gegenüber Nikotin, eine eingeschränkte Kontrolle über Ort, Zeit und Menge des Tabakkonsums bis hin zum fortgesetzten Rauchen trotz vorhandener körperlicher Schädigungen. Dabei sollte uns bewusst sein, dass mehr als Zweidrittel aller Raucher es in der Vergangenheit bereits selber erfolglos versucht haben, von ihrem Tabakkonsum loszukommen. Somit fällt uns als Ärzten eine besondere Verantwortung zu, den Ausstieg aus der Tabakabhängigkeit zu unterstützen und zu begleiten.

Mit dem vorliegenden Leitfaden möchten wir Ihnen Wege aufzeigen, wie Sie den Tabakkonsum Ihren Patienten und Patientinnen gegenüber thematisieren, wie Sie zu einer Verhaltensänderung motivieren und möglicherweise auftretende Entzugssymptome helfen zu lindern. Dabei möchten wir Ihnen Mut machen, das Rauchen aktiv zum Gegenstand Ihres Arzt-Patienten-Kontakts zu machen. Schließlich ist aus internationalen Studien nachgewiesen, dass schon eine kurze gezielte Intervention durch den Arzt wirksam ist.

Voraussetzung dafür ist, dass in einem ersten Schritt der Raucherstatus von Patienten systematisch erhoben wird. Durch wenige einfache Fragen lässt sich die Motivation des Patienten mit dem Rauchen aufzuhören abklären. Alle weiteren Maßnahmen können dann auf den Grad der festgestellten Veränderungsbereitschaft abgestimmt werden, so dass Sie Ihre Intervention effizient gestalten können.

Mit dem vorliegenden Leitfaden möchten wir Ihnen eine Unterstützung für Ihren beruflichen Alltag in Praxis und Klinik bieten. Er eignet sich darüber hinaus als Lernmaterial im Rahmen der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ wie auch für die Präsenzeinheiten des neugeschaffenen Curriculums „Tabakentwöhnung“. Er ergänzt die bereits bestehenden Materialien zur Tabakentwöhnung wie das Stufenprogramm der Bundesärztekammer „Frei von Tabak“, die gemeinsam mit dem DKFZ erstellte Schrift zu den gesundheitlichen Folgen des Tabakkonsums „Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit“ und die Therapieempfehlung zur Tabakabhängigkeit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

Wir würden uns freuen, wenn sich der Leitfaden für die Beratung und Behandlung Ihrer Patientinnen und Patienten als hilfreich erweist und wünschen Ihnen für Ihre Arbeit viel Erfolg!

Prof. Dr. med. Dr. h.c. J.-D. Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer und des
Deutschen Ärztetages

1

Einführung

Zum Gebrauch dieses Leitfadens (Wegweiser)

Alle Raucher/-innen ansprechen

Als niedergelassener Arzt sind Sie die wichtigste Ansprechperson für rauchende Patienten. Durch das bestehende Vertrauensverhältnis zu Ihren Patienten, die Möglichkeit der kontinuierlichen Betreuung und die gute Erreichbarkeit ergibt sich in Ihrer Praxis eine ideale Konstellation zur Durchführung einer motivierenden Kurzberatung. Allerdings ist es nicht ganz einfach, solche Interventionen bei dem breiten Spektrum der in einer Praxis zu behandelnden Störungen und die damit einhergehenden schwierigen zeitlichen Bedingungen routinemäßig umzusetzen. Die wenigsten Patienten suchen erfahrungsgemäß von sich aus die Ärztin oder den Arzt mit dem Anliegen einer Tabakentwöhnung auf. Um dennoch die Chancen zu nutzen, die sich durch die besondere Beziehung zu Ihren Patienten ergeben, bedarf es eines guten Hintergrundwissens zur Tabakabhängigkeit und der Kompetenz bei der Beratung zur Tabakentwöhnung.

Nationale und internationale Leitlinien empfehlen nachdrücklich, Raucherinnen und Raucher bereits im Rahmen von Routinebefragungen auf den Tabakkonsum anzusprechen (proaktive Identifizierung), und nicht erst, wenn bereits tabakassoziierte Gesundheitsstörungen vorliegen oder die Patienten von sich aus Unterstützung bei der Tabakentwöhnung erbitten.
In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) findet sich dazu folgende Empfehlung:
„Alle Patienten sollten zu ihrem Tabakkonsum befragt werden; Tabakkonsum sollte auf regelmäßiger Basis dokumentiert werden (...) Klinische Erfassungssysteme wie die Aufnahme des Rauchstatus in die Liste der Vitalsymptome oder andere Erinnerungssysteme wie Sticker auf Karteikarten (...) tragen wesentlich zur regelmäßigen Erfassung, Dokumentation und Intervention bei.“ (Tabakbedingte Störungen: „Leitlinie Tabakentwöhnung“, gültig bis 3/2009).
Besonders ermutigend ist, dass die Effektivität gerade der ärztlichen Kurzintervention in der Tabakentwöhnung in vielen Studien überprüft worden und durch Metaanalysen gut belegt ist (Fiore et al. 2000, S. 58).

Bei etwa jedem fünften Raucher unter Ihren Patienten führt eine Zehn-Minuten-Ansprache zu einer dauerhaften Aufgabe des Tabakkonsums.

Obwohl die Tabakentwöhnung keine leichte Aufgabe ist, haben Ärztinnen und Ärzte eine hohe Erfolgsquote bei der Ansprache von Raucherinnen und Rauchern. Viele Raucher haben es selbst vergeblich versucht, andere sind trotz der schädigenden Wirkung nicht bereit, bald mit dem Rauchen aufzuhören. Die Hauptschwierigkeiten in der Beratung von Rauchenden bestehen in einer ungenügenden Ausstiegsmotivation und der Abhängigkeit vom Tabak.

Deshalb will dieser Leitfaden Sie dabei unterstützen

- *wie und zu welchem Zeitpunkt Sie das Rauchen gegenüber Ihren Patienten am sinnvollsten ansprechen,*
- *die Patientenmotivation zu identifizieren (wie Sie feststellen können, ob bei Ihren Patienten zZt. überhaupt eine Bereitschaft vorliegt, sich mit seinem Rauchverhalten auseinander zu setzen),*
- *wie Sie auch im zeitlich begrenzten Praxisalltag aussagekräftige und einfach zu handhabende diagnostische Instrumente einsetzen,*
- *wie Sie abhängig vom Grad der Änderungsbereitschaft und dem Ausmaß der Tabakabhängigkeit die passenden Interventionsstrategien einsetzen und in etwa 10 Minuten durchführen,*
- *grundlegende Techniken der Gesprächsführung zur Erleichterung von Verhaltensänderungen anzuwenden,*
- *wie Sie eine ambulante Tabakentwöhnung bei Ihren rauchenden Patienten erfolgreich durchführen,*
- *welche Patienten Sie an welche Stellen weitervermitteln sollten.*

Eine Unterscheidung in risikoarme, riskante, schädliche oder abhängige Konsummuster mit den dazu passenden Interventionen, wie sie beim Alkohol getroffen wird, ist bei Tabakkonsum nicht möglich, da bereits geringe Konsummengen mit eindeutigen gesundheitlichen Risiken einhergehen. Es gibt keinen Grenzwert für einen unbedenklichen Tabakkonsum. Allerdings kann es in der Beratung nichtausstiegswilliger Patienten durchaus zu einer Zielvereinbarung kommen, in der eine Veränderung des Konsummusters (reduzierter Konsum oder kontrollierter Konsum, z. B. nicht mehr in Innenräumen) gewählt wird. Auf weitergehende Informationen zu den durch Tabakkonsum verursachten Gesundheitsschäden wird in diesem Leitfaden ebenso verzichtet wie auf eine ausführliche Darstellung der medikamentösen Behandlungsoptionen. Hierzu verweisen wir auf: Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft 2001.

Alle Patienten auf das Rauchen ansprechen!

Da jede Zigarette schadet, ist es den Autoren dieses Leitfadens ein zentrales Anliegen, dass alle rauchenden Patientinnen und Patienten – unabhängig davon, ob tabakassoziierte Gesundheitsschäden vorliegen oder nicht – das Angebot einer Kurzintervention erhalten! Zwei von drei rauchenden Patienten halten ihr Rauchverhalten selbst für problematisch und wünschen, dieses zu ändern (Hoch et al. 2004). Der therapeutische Schwerpunkt liegt dabei auf der Förderung der Ausstiegsmotivation und der Einleitung einer an der Ausstiegsmotivation orientierten Verhaltensänderung.

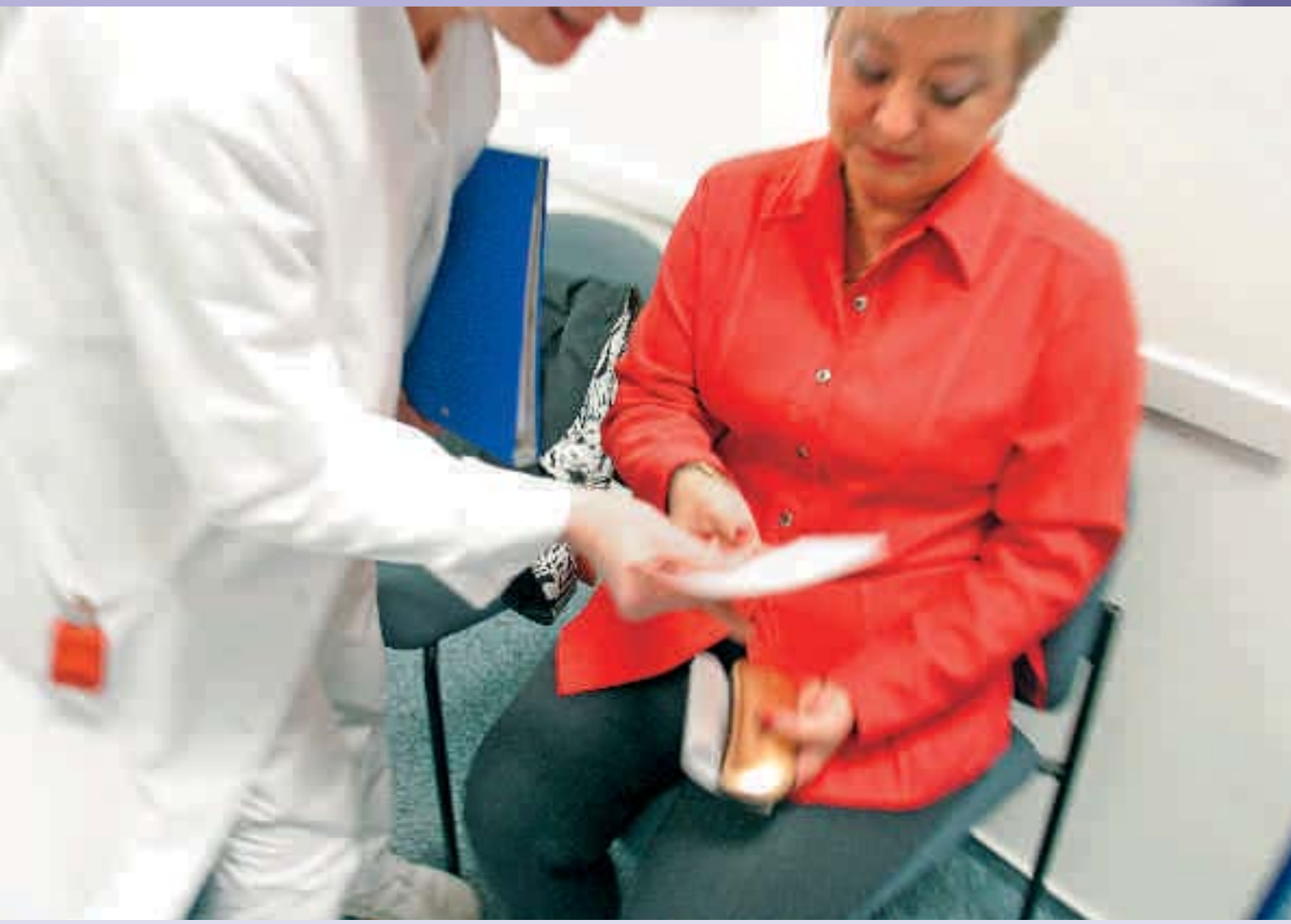
Dieser Leitfaden kann von Ihnen unmittelbar in der Beratung eingesetzt werden. Sie sollten sich zunächst mit dem gesamten Inhalt des Leitfadens vertraut machen und können sich in der Beratungssituation an der ***laminierten Kurzversion*** *(„Auszüge aus dem Leitfaden", s. Umschlagtasche) orientieren, die die wichtigsten Beratungsprinzipien übersichtlich darstellt oder direkt zu denjenigen Kapiteln übergehen, in denen die Möglichkeiten zur Intervention für den jeweiligen Patienten beschrieben sind. Wenn Sie zunächst den kompletten Leitfaden durcharbeiten, werden Ihnen Wiederholungen bei den Interventionen auffallen. Da Struktur und Methodik der Intervention bei ausstiegswilligen Patientinnen und Patienten unabhängig von der Stärke der Tabakabhängigkeit sehr ähnlich sind, sind diese Wiederholungen unvermeidlich.*

Es bietet sich an, bei allen Patienten die Kurzanamnese (s. Seite 19) zur Ermittlung des Rauchstatus und wichtiger Merkmale zu verwenden, die bereits im Wartezimmer ausgefüllt und vom Praxispersonal ausgewertet werden kann. Alternativ können die wesentlichen Patientenmerkmale, wie Änderungsbereitschaft und Tabakabhängigkeit, auch erst im Gesprächsverlauf erhoben werden (s. Diagnostik, Seite 20).

Für den Fall, dass die zeitlichen Ressourcen einmal sehr knapp sind, sollte mit einem Blick auf die Raucheranamnese zumindest eine Broschüre angeboten (s. Umschlagtasche) und kurz auf die bestehenden telefonischen Beratungseinrichtungen (s. Seite 71) hingewiesen werden. Diese Aufgaben können auch von Ihrem Praxispersonal übernommen werden.

Abgerundet werden die Behandlungsempfehlungen durch bestärkende Interventionen bei Nicht- und Exrauchern.

Häufig finden sich bei den Interventionen bereits Hinweise auf passende Gesprächstechniken, die aus dem Konzept der Motivierenden Gesprächsführung stammen. Der konkreten Gesprächsführung ist darüber hinaus ein eigenes Kapitel gewidmet, das Ihnen zusätzliche Techniken und Methoden zur erfolgreichen Gestaltung der Beratung an die Hand gibt.



Schließlich finden Sie die Adressen zur Weitervermittlung, Bezugsquellen für Broschüren und weiteres Informationsmaterial, Kopiervorlagen und Sticker für die Patientenakte sowie die Literaturempfehlungen in der Umschlagtasche. ***Besonders ans Herz gelegt sei Ihnen der Bogen zur Erfolgskontrolle, mit dem Sie vier Wochen nach dem Durcharbeiten dieses Leitfadens und dann nach jedem Quartal eine interne Qualitätssicherung vornehmen können und die laminierte Kurzversion.***

Um keine unrealistischen Erwartungen aufkommen zu lassen, soll bereits an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass nur mit einem Teil der rauchenden Patienten eine verbindliche Abstinenzvereinbarung getroffen werden kann (mit denjenigen, die ausstiegswillig sind und die notwendige Änderungskompetenz besitzen). Dennoch ist die Sorge unberechtigt, Patienten mit einer Intervention zur Tabakentwöhnung abzuschrecken: 65 % der Raucherinnen und Raucher haben bereits versucht, das Rauchen einzuschränken oder ganz einzustellen. ***Eine Kurzintervention kann auch dann als erfolgreich gelten, wenn sich bei Patienten ein Problembewusstsein entwickelt oder eine Verhaltensänderung in absehbarer Zeit in Erwägung gezogen wird.*** *Ihre Interventionen werden auf längere Sicht zu einem erfolgreichen Ausstieg beitragen! Wie auch bei anderen chronischen Gesundheitsstörungen, die vornehmlich durch Verhaltensänderungen beeinflussbar sind, brauchen Sie bei dieser Form der Abhängigkeit einen besonders „langen Atem".*

15 Minuten Zeit für die Beratung einer Raucherin/eines Rauchers

Aus Ihrer eigenen Erfahrung wissen Sie, dass sich ein Gespräch zwischen Arzt und Patient nicht auf die Minute genau planen lässt. Sie sollten durchschnittlich etwa 10 bis 15 Minuten pro Patient einplanen. Interventionen mit nicht ausstiegsbereiten Patienten werden eher kürzer ausfallen. Die Folgekontakte zur Abstinenzstabilisierung bzw. zum Rückfallmanagement sind in wenigen Minuten durchführbar.

Praxispersonal einbinden

Zusätzlich kann das Praxispersonal begleitend unterstützend mitwirken, z. B. durch Vermerke in der Patientenakte, Ansprache des Patienten beim nächsten Kontakt, ggf. telefonischen Zwischenkontakt o. Ä.

Phasen einer Abstinenzkarriere

Eine Veränderung des Rauchverhaltens ist bei vielen Raucherinnen und Rauchern ein langwieriger Prozess. Dass eine Vielzahl von Rauchern trotz der Flut von Beweisen für die Schädlichkeit nicht mit dem Rauchen aufhört, liegt im Wesentlichen an den folgenden Gründen:

Warum wird geraucht?

- *Verhaltensweisen, die ungesund sind, werden häufig in einem anderen Sinne als nützlich erlebt.*
- *Raucher sind nicht davon überzeugt, dass Rauchen für sie persönlich ein Problem darstellt.*
- *Rauchen ist eine soziale, kommunikative Angelegenheit.*
- *Rauchen wird mit Genuss, Nichtrauchen mit den negativen Entzugsgefühlen assoziiert.*
- *Manchen erscheint es nahezu unmöglich, diese Verhaltensweise zu verändern.*

Dass Raucherinnen und Raucher häufig ihrem Nikotinkonsum gegenüber ambivalent sind und ihm auch positive Seiten abgewinnen können, stellt ein zentrales wie auch natürliches Phänomen dar. Häufig setzen sie sich gedanklich und emotional lange mit der Thematik auseinander, bevor es zu einer konkreten Aktion wie der Festsetzung eines Ausstiegstermins kommt.
Verständnis aufzubringen für die positive Bewertung des Rauchens und die mangelnde Ausstiegsmotivation ihrer Patienten fällt Ärzten oder Therapeuten häufig schwer: „Wenn ein Patient nicht aufhören will, kann man nichts machen. Wenn er aufhören will, reicht es, wenn wir über die massiven Gesundheitsgefahren sprechen", lässt sich eine weit verbreitete Meinung zusammenfassen.

Stadienmodell der Verhaltensänderung

Einen entspannteren Umgang mit „veränderungsresistenten" Patienten kann Ihnen die Annahme eines einfachen wie plausiblen Modells zur Verhaltensänderung bringen: Das transtheoretische Modell nach Prochaska und DiClemente (Prochaska & DiClemente 1983, Prochaska & Velicer 1997) unterscheidet verschiedene Phasen, die bei der Änderung eines verfestigten Verhaltens, wie es auch das Rauchen darstellt, durchlaufen werden, bevor es zu einem neuen, dauerhaften Verhalten (Nichtrauchen) kommt.

Phase der Absichtslosigkeit

Hier fehlt die Auseinandersetzung mit dem Rauchen. Der Raucher bezeichnet sich selbst als jemand, der gerne raucht und keine Änderung des Rauchverhaltens beabsichtigt.
Der sprichwörtlich erhobene Zeigefinger der Ärzte beim Hinweis auf tabakassoziierte medizinische Krankheitsbefunde und gesundheitliche Gefährdungen wird hier nicht die erhoffte Wirkung erzielen. Informationen und Hinweise zur behutsamen Entwicklung eines Problembewusstseins, gesundheitliche Gefährdungen, zu erwartende Veränderungen durch eine konsequente Abstinenz und die Schilderung der therapeutischen Möglichkeiten können hilfreich sein.

Phase der Absichtsbildung

Hier findet eine zunehmende Auseinandersetzung mit dem Rauchen statt. Die rauchende Person schwingt hin und her zwischen dem Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören und dem Wunsch, einfach weiter zu rauchen. Diese deutliche Ambivalenz spiegelt einen natürlichen Prozess wider, bei dem der Arzt oder der Therapeut die Aufgabe hat, die passenden Anstöße zu geben, um dem Patienten den Übergang in das nächste Stadium zu erleichtern. Hier sind nicht nur Argumente zur Gefährlichkeit des Rauchens, sondern insbesondere auch positive Informationen zur Abstinenzwahrscheinlichkeit im Rahmen einer Entwöhnungsmaßnahme angebracht.

Vorbereitungsphase

Die Patientin/der Patient befindet sich in einer ernsthaften Auseinandersetzung mit der bevorstehenden Veränderung. Hier sollte die Person in der Planung konkreter und realistischer Schritte und bei der Wahl einer geeigneten Vorgehensweise möglichst umfassend unterstützt werden, z. B. durch Empfehlungen hinsichtlich der Bewältigung von Entzugssymptomen, durch eine Stärkung der Abstinenzerwartung oder aber auch durch Angebote einer weitergehenden therapeutischen Begleitung.

Handlungsphase

In der Handlungsphase erfolgt der Rauchstopp, und es werden erste Erfahrungen mit dem neuen Verhalten gesammelt. Auch wenn die Patienten bereits rauchfrei sind, erfordern die hohen Rückfallrisiken eine fortgesetzte Betreuung.

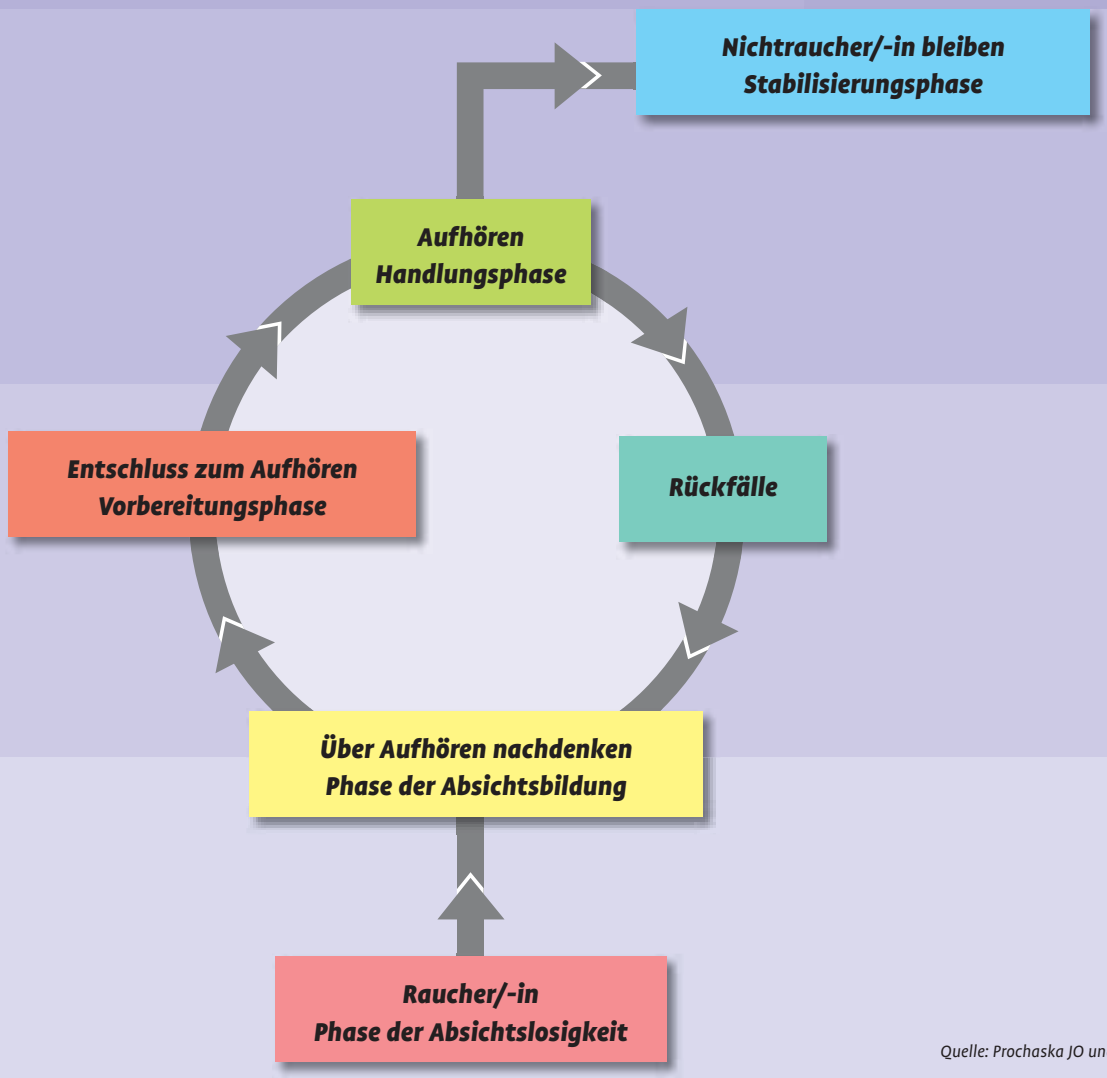
Stabilisierungsphase

In dieser Phase werden die erzielten Veränderungen gefestigt, bis es schließlich ein stabiles und dauerhaftes Verhalten geworden ist, das mit einer neuen Identität als Nichtraucher/-in einhergeht.

Rückfälle

Rückfälle sind normale Prozesse beim Durchlaufen der Änderungsphasen, ebenso wie rückwärtsgerichtete Stadienmigrationen. Nach einem Rückfall besteht das therapeutische Ziel darin, die Veränderungsabsicht wieder aufzunehmen und den Rückfall nicht als stabiles Stadium des Scheiterns zu verstehen. Das mehrmalige Durchlaufen des Veränderungskreislaufs ist eher die Regel als die Ausnahme.

Studien zeigen, dass sich zwei von drei rauchenden Patienten in Hausarztpraxen in der Phase der Absichts- oder Sorglosigkeit, einer von vier in der Phase der Absichtsbildung und nur etwa jeder 14. in der Phase der Vorbereitung auf einen Rauchstopp befinden. Lassen Sie sich von diesen Zahlen nicht entmutigen:
Wenn in Hausarztpraxen gefragt wird, ob rauchende Patienten zu einem Rauchstopp bereit wären, wenn ihnen ein geeignetes Programm offeriert würde, antworten zwei Drittel mit ja. Auch haben 65 % der Raucherinnen und Raucher bereits versucht, das Rauchen einzuschränken oder ganz einzustellen *(Hoch et al. 2004).*



Quelle: Prochaska JO und DiClemente CC (1983)

Bei einzelnen Patientinnen oder Patienten können die Phasen unterschiedlich lange dauern und der Übergang in die nächste Ausstiegsphase von ganz verschiedenen Schwierigkeiten begleitet werden. So kann sich ein Raucher durch ein besonderes Ereignis sehr schnell aus der Phase der Absichtslosigkeit in die Phase der Handlung arbeiten, dort aber längere Zeit mit großen Schwierigkeiten kämpfen. Andere haben große Mühe, aus der Phase der Absichtsbildung weiter voran zu kommen; nachdem dies aber geschafft ist, fallen die weiteren Schritte (Festsetzung des Ausstiegstermins, Bewältigung der akuten Ausstiegsphase, Aufbau einer Nichtraucher-Identität) recht leicht. Schließlich kann es bei manchen Patienten auch zu rückwärtsgerichteten Stadienmigrationen kommen.

Dimensionen der Tabakabhängigkeit

In beiden relevanten diagnostischen Klassifikations-Systemen, der Internationalen Klassifikation von Krankheiten der WHO (Dilling et al. 1991) und dem Diagnostischen und Statistischen Manual der American Psychiatric Association (Saß et al. 1996) findet sich die Diagnose „Tabakabhängigkeit" (ICD-10, F 17.2) bzw. „Nikotinabhängigkeit" im DSM IV (305.10). In Deutschland wird nach ICD-10 codiert.
Im ICD-10 werden sechs Kriterien genannt, von denen mindestens drei in den letzten zwölf Monaten gleichzeitig in Erscheinung getreten sein müssen, damit die Diagnose „Tabakabhängigkeit" gestellt werden kann (s. auch Umschlagtasche, Blatt III):

Tabakabhängigkeit erkennen

- *Starker Wunsch oder Zwang, Tabak zu konsumieren,*
- *eingeschränkte Kontrolle über Beginn, Beendigung und Menge des Konsums,*
- *Entzugserscheinungen bei Reduktion oder Beendigung des Konsums; Konsum, um die Entzugsymptome zu mildern,*
- *Toleranzentwicklung: Um eine gleich bleibende Wirkung zu erzielen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich,*
- *zunehmende Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen zugunsten des Konsums,*
- *anhaltender Konsum trotz des Nachweises von Folgeschäden.*

Etwa jede/r zweite Raucherin/Raucher weist ein klinisch bedeutsames Abhängigkeitssyndrom nach DSM IV auf (Hoch et al. 2004).

Frühmorgendliches Rauchen spricht für Tabakabhängigkeit

Da das Kriterium der Toleranzentwicklung im letzten Jahr nur von sehr wenigen, meist jüngeren Raucherinnen und Rauchern erfüllt wird, kann zum besseren Verständnis der Abhängigkeitsproblematik alternativ die Toleranzentwicklung seit der Aufnahme des Rauchverhaltens erfragt werden. Bei einem Konsum von etwa einer Schachtel Zigaretten pro Tag ist eine Toleranzentwicklung in jedem Fall gegeben. Ein wichtiger Indikator für die Diagnostik der Tabakabhängigkeit ist der Zeitpunkt der ersten Zigarette am Morgen. Wenn morgens innerhalb der ersten Stunde nach dem Aufstehen geraucht wird, spricht das für das Vorliegen einer körperlichen Abhängigkeit. Ebenso gelten ernsthafte, aber erfolglose Ausstiegsversuche in der Anamnese als diagnostisches Kriterium.

*Gut in der Praxis einsetzbar ist die Diagnostik der Nikotinabhängigkeit mithilfe des **F**agerström-**T**est for **N**icotine **D**ependence FTND (Heatherton et al. 1991, s. Umschlagtasche, Blatt I). Der Test ist zudem besonders zeitsparend und leicht verständlich. Er erfragt anhand von sechs situationsbezogenen Fragen nach dem Bedürfnis zu rauchen, um anhand der Antworten den Grad der Nikotinabhängigkeit einzuschätzen.*

Der FTND korreliert mit wichtigen biochemischen Werten (CO-Gehalt der Ausatemluft, Cotininspiegel) und stellt einen aussagekräftigen Prädiktor zur Vorhersage der kurz- und langfristigen Abstinenz nach einem Rauchstopp dar: Je höher der Wert im FTND, desto geringer die Abstinenzquoten.
Insgesamt 48,4 % der Raucher in Deutschland, die innerhalb der letzten 30 Tage geraucht hatten, erreichen einen FTND-Wert von drei oder höher (Kraus & Augustin 2001). Mehr als ein Drittel aller Rauchenden und damit 10 % aller Hausarztpatienten wiesen in einer Studie aus dem Jahre 2004 einen Fagerström-Wert von vier oder höher auf (Hoch et al. 2004).

Entzugssyndrom

Entzugssymptome beginnen wenige Stunden nach dem Rauchstopp und erreichen innerhalb der ersten zwei Tage einen Höhepunkt. Die meisten Symptome dauern einige Tage bis Wochen, sind aber oft nach sieben bis zehn Tagen deutlich abgeschwächt oder auch verschwunden (Hughes & Hatsukami 1986). Entzugssymptome fallen individuell höchst unterschiedlich aus und können bei besonders disponierten Personen auch nahezu ganz fehlen, was auch für andere Abhängigkeiten gilt. Die subjektive Wahrnehmung und Gewichtung von Entzugssymptomen erschwert die individuelle Vorhersage. So können Raucher mit einem Tageskonsum von etwa zehn Zigaretten durchaus von heftigen Entzugsbeschwerden berichten, während andere Personen mit einem Konsum von etwa 25 Zigaretten keinerlei störende Entzugssymptome schildern. Wenn von schweren Entzugssymptomen bei vorangegangenen Ausstiegsversuchen berichtet wird, ist dies ein Hinweis auf eine starke körperliche Abhängigkeit.

Die Kurzintervention orientiert sich – neben der Änderungsbereitschaft – an der Stärke der Tabakabhängigkeit: Stark abhängige Raucherinnen oder Raucher profitieren möglicherweise von einer Ausstiegsberatung und einer medikamentösen Unterstützung (s. Kapitel 3, ab Seite 40).

Entzug meist nach 10 Tagen geschafft

Im DSM IV (Saß et al. 1996) werden die folgenden Kriterien genannt, von denen mindestens vier bei plötzlicher Beendigung/Reduktion vorliegen müssen, damit von einem Entzugssyndrom gesprochen werden kann:

- *Depressive/dysphorische Stimmung*
- *Schlafstörungen*
- *Reizbarkeit, Nervosität oder Aggressivität*
- *Unruhe oder Besorgnis*
- *Verminderte Konzentrationsfähigkeit*
- *Verlangsamter Puls*
- *Gesteigerter Appetit oder Gewichtszunahme*

Ergänzend muss gelten:

- *Die Symptome verursachen Leiden in sozialen, beruflichen oder anderen Funktionsbereichen*
- *Die Symptome sind nicht besser durch medizinische oder psychische Krankheitsfaktoren erklärbar*

Kurzanamnese zum Rauchverhalten

Die Kurzanamnese dient der einfachen und standardisierten Erbebung der wichtigsten diagnostischen Daten. Sie kann bereits im Wartezimmer vom Patienten ausgefüllt und vom Praxispersonal ergänzt und ausgewertet werden (s. auch Kopiervorlage in der Umschlagtasche) .

Kurzanamnese zum Rauchverhalten

1. Welche Aussage trifft am ehesten auf Sie zu?		
a) Ich habe nie geraucht	○	**ja**
b) Ich rauche aktuell nicht, habe aber geraucht und vor mehr als einem Jahr damit aufgehört	○	**ja**
c) Ich rauche aktuell nicht, habe aber geraucht und in den letzten 12 Monaten damit aufgehört	○	**ja**
Wenn Sie **a)**, **b)** oder **c)** angekreuzt haben, ist dieser Fragebogen für Sie hier bereits zu Ende		
d) Ich rauche hin und wieder, aber nicht täglich	○	**ja**
e) Ich rauche täglich (weiter zu Frage 2)	○	**ja**
nur wenn **d)** oder **e)** mit „Ja" beantwortet wurde:		
f) Rauchen Sie ausschließlich Pfeife, Zigarren oder Zigarillos? Wenn ja: Wie viele pro Tag?		**Stück**
2. falls **d)** oder **e)**: **Wann rauchen Sie Ihre erste Zigarette nach dem Aufwachen?**		
Innerhalb von 5 Minuten		**3 Punkte**
Innerhalb von 6 bis 30 Minuten		**2 Punkte**
Innerhalb von 31 bis 60 Minuten		**1 Punkt**
Es dauert länger als 60 Minuten		**0 Punkte**
3. Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z. B. in der Kirche, in der Bibliothek, im Kino, usw.) auf das Rauchen zu verzichten?		
ja		**1 Punkt**
nein		**0 Punkte**
4. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?		
Die erste nach dem Aufstehen		**1 Punkt**
Eine andere		**0 Punkte**
5. Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?		
Mehr als 30		**3 Punkte**
21 – 30		**2 Punkte**
11 – 20		**1 Punkt**
weiniger als 10		**0 Punkte**
6. Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Aufwachen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?		
ja		**1 Punkt**
nein		**0 Punkte**
7. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?		
ja		**1 Punkt**
nein		**0 Punkte**
Auswertung Summenwert Fragen 2 bis 7 nach Heatherton et al. 1991:		
0 – 2 = sehr niedrig · 3 – 4 = niedrig · 5 = mittel · 6 – 7 = hoch · 8 – 10 = sehr hoch		
8. CO-Gehalt in der Ausatemluft (falls Messung möglich):		**ppm**
9. Wie groß ist Ihr Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören?		
sehr groß	○	
eher groß	○	
eher klein	○	
ich will gar nicht aufhören	○	

Weitere diagnostische Instrumente zur Ausstiegsmotivation

a Einfache, direkte Befragung zur Ausstiegsmotivation

Die akute Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören, kann qualitativ mittels einer einfachen, direkt auf die Interessen an einem Ausstieg gerichteten Frage ermittelt werden:

„ Wie sieht es bei Ihnen momentan mit Plänen aus, mit dem Rauchen aufzuhören?“
„ Planen Sie irgendwelche Veränderungen in Bezug auf das Rauchen?“
„ Wenn ich Ihnen ein passendes Angebot für eine Tabakentwöhnung machen würde, wären Sie dann bereit, einen Rauchstopp zu versuchen?“

In der Kurzanamnese wird die Ausstiegsmotivation mit Frage 9 über die Stärke des Ausstiegswunsches erfasst (Pisinger et al. 2005):

„ Wie groß ist Ihr Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören?“
- O *sehr groß*
- O *eher groß*
- O *eher klein*
- O *ich will gar nicht aufhören*

b Quantitative Ermittlung der Ausstiegsmotivation

Etwas komplexer ist die quantitative Ermittlung der Ausstiegsmotivation mittels einer 10-Punkte-Skala:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
O	O	O	O	O	O	O	O	O	O

„ Auf einer Skala von 1 bis 10, auf der 1 bedeutet ‚überhaupt nicht motiviert, mit dem Rauchen aufzuhören‘ und 10 bedeutet ‚100-prozentig motiviert‘ – welchen Wert würden Sie sich im Moment selbst geben?“

Diese Form der Motivationsermittlung erleichtert den Einstieg in die weitere Beratung. Je nach Ausstiegsmotivation kann die weitere Beratung nach dem in Kapitel 3 (Intervention) empfohlenen Vorgehen erfolgen.
Die Kurzintervention orientiert sich – neben der Stärke der Tabakabhängigkeit – an der Änderungsbereitschaft: Wenig Ausstiegsmotivierte erhalten eine motivierende Beratung, bevor die Ausstiegsberatung oder eine medikamentöse Unterstützung angeboten wird (s. Kapitel 3).

Diagnostische Instrumente zur Tabakabhängigkeit

Biochemische, objektive Erfassungsmethoden

An biochemischen Markern für die Intensität des Rauchens stehen die Messung der Nikotin-Plasma-Konzentration, die Ermittlung des Cotinin-Spiegels im Serum, Speichel und Urin oder die Messung der Kohlenmonoxidkonzentration (CO) in der Ausatemluft zur Verfügung.

Im Rahmen der ärztlichen Kurzintervention wird lediglich der Einsatz eines CO-Messgeräts in Frage kommen.
Ein CO-Wert < 5 ppm gilt allgemein als Nachweis der Abstinenz. Ein durchschnittlicher Raucher mit einem Tageskonsum von etwa 20 Zigaretten erzielt einen CO-Wert von 15 bis 30 ppm, während Raucher mit einem hohen Zigarettenkonsum (mehr als 25 Zigaretten/Tag) CO-Werte von > 40 ppm erreichen (Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft 2001). Der Einsatz eines CO-Messgeräts in der Kurzintervention ist zu empfehlen, da die sofortige Rückmeldung motivierend wirken kann und zudem einen zusätzlichen Gesprächseinstieg bietet. Vergleiche des ermittelten CO-Gehaltes mit eingängigen CO-Befunden aus der Alltagswahrnehmung können zur Problemverdeutlichung beitragen (CO-Gehalt im Straßenverkehr u. a.).
Der bei der Anamnese ermittelte CO-Gehalt kann in dem Beratungsgespräch als Indikator der Schadstoffbelastung durch das Rauchen herangezogen werden. Auch bei eventuellen Folgekontakten empfiehlt sich die neuerliche CO-Messung, um den erfolgreichen Behandlungsverlauf und die Beseitigung der Schadstoffbelastung zu dokumentieren und dem Patienten zurückmelden zu können.

Schadstoffbelastung objektiv rückmelden

Beratung bei Frühsymptomatiken und Folgeschäden

Tabakrauch bedingte Folgeschäden

Raucherinnen und Raucher sind für einen ärztlichen Ratschlag empfänglicher, wenn an einen medizinischen Befund angeknüpft wird (West et al. 2000). Folgende Symptome und Beschwerdebilder stehen häufig in einem engen Zusammenhang mit dem Rauchen und bieten sich als Beratungseinstieg an: Kurzatmigkeit, Durchblutungsstörungen, Erkältungen, Kopfschmerzen, Atemprobleme, Impotenz. Eine Aussicht auf unmittelbare Besserung der Beschwerden durch eine Veränderung des Rauchverhaltens kann für Patienten motivationsfördernd wirken.
Eine ausführliche Darstellung der Krankheitsbilder, die maßgeblich durch den Tabakkonsum hervorgerufen oder durch ihn ungünstig beeinflusst werden, findet sich in der Publikation: Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundesärztekammer (Hrsg.) Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten – Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit. Heidelberg und Berlin, 2005.

Krebserkrankungen
- Lungenkrebs
- Kehlkopfkrebs
- Speiseröhrenkrebs
- Harnleiterkrebs
- Blasenkrebs
- Gebärmutterhalskrebs
- Nierenkrebs
- Leukämie
- Mundhöhlenkrebs
- Bauchspeicheldrüsenkrebs
- Magenkrebs

Herz- und Gefäßerkrankungen
- Koronare Herzerkrankungen (Herzinfarkt)
- Zerebrovaskuläre Erkrankungen (Schlaganfall)
- Bauchaortenaneurysma
- Ateriosklerose

Atemwegserkrankungen und -beschwerden
- Chronisch obstruktive Lungenentzündungen
- akute und chronische Lungenentzündungen

Außerdem
- Unfruchtbarkeit bei Frauen
- Impotenz bei Männern
- Schwangerschaftskomplikationen
- Grauer Star (bei Frauen)
- Niedrige Knochendichte (bei Frauen nach der Menopause)
- Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür

Tabelle 1: *Tabakrauchverursachte Krankheitsbilder. Quellen: International Agency for Research on Cancer, 2004, US Department of Health and Human Services, 2004*

Ein möglicher Einstieg in eine Kurzintervention zur Tabakentwöhnung kann sich auch bei Hinweisen auf Beschwerdebilder bei Familienangehörigen von rauchenden Patienten ergeben (z. B. bei Eltern eines asthmakranken Kindes, s. Tabelle oben).

Für nebenstehende Krankheiten, Beschwerdebilder und Todesursachen ist ein Zusammenhang mit dem Passivrauchen belegt:

Krebserkrankungen
- *Lungenkrebs*

Herz- und Gefäßerkrankungen
- *Akute und chronische koronare Herzerkrankungen*
- *Herzinfarkt*
- *Schlaganfall*

Entwicklungsstörungen
- *Verzögertes Wachstum des Fetus*
- *Geringeres Geburtsgewicht*
- *Plötzlicher Säuglingstod (SIDS)*

Atemwegserkrankungen und -beschwerden
- *Asthma (Entstehung und Verschlimmerung)*
- *Lungenentzündung (Entstehung und Verschlimmerung)*
- *Bronchitis (Entstehung und Verschlimmerung)*
- *Mittelohrentzündung bei Kindern*
- *Verringerte Lungenfunktionswerte*
- *Reizung der Nase und Augen*
- *Reizung der Atemwege mit der Folge von Husten, pfeifenden Atemgeräuschen und Auswurf*

Für nebenstehende Krankheiten, Beschwerdebilder und Todesursachen wird ein Zusammenhang mit dem Passivrauchen vermutet:

Krebserkrankungen
- *Weitere Krebserkrankungen, z. B. Gebärmutterhalskrebs*
- *Lymphome (bei Kindern)*

Atemwegserkrankungen
- *Verschlimmerung der Mukoviszidose*

Entwicklungsstörungen
- *Fehlgeburten*
- *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern*
- *Lernschwierigkeiten bei Kindern*

Außerdem
- *Meningokokkeninfektion bei Kindern*

***Tabelle 2**: Ursächliche und mutmaßliche passivrauchverursachte Krankheitsbilder. Quellen: California Environmmental Protection Agency, 1997, Environmental Protection Agency, 1993, International Agency for Research on Cancer, 2004*

Optional können zusätzlich folgende Parameter erhoben werden: (s. auch Übersicht in der Umschlagtasche)

- *Bisherige Abstinenzphasen und frühere Abstinenzversuche (stellen einen Beratungsinhalt bei der Förderung der Änderungskompetenz dar, siehe Seite 28)*
- *Einnahme von (insbesondere psychotropen) Medikamenten*
- *Begleiterkrankungen (kardiovaskulär, gastrointestinal, Allergien, Karzinome, Lungenerkrankungen, psychische Störungen) und therapierelevante Einflussfaktoren (Gravidität, Zahnprothesen, s. auch Gegenanzeigen bei medikamentösen Entwöhnungshilfen)*
- *Risikofaktoren für einen frühen Rückfall (Depressionen, Suchterkrankungen, Gewichtsprobleme, Rauchverhalten in der Umgebung)*

Die Gestaltung einer hilfreichen Beziehung

Der Gestaltung einer vertrauensvollen und förderlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient kommt gerade in der Arbeit mit ansonsten gesunden Raucherinnen und Rauchern, die nicht wegen einer Tabakentwöhnung in die Praxis kommen, eine enorme Bedeutung zu. Durch eine grundsätzlich ***verständnisvolle, fragende*** *und* ***wertschätzende*** *Haltung des Arztes oder des Therapeuten ist es für Patienten leichter, die für ihn selbst entscheidenden Aspekte einer Veränderung zu erkennen und mitzuteilen. In einem einseitigen Appell zur Aufgabe des Rauchens überreden zu wollen, wird oft als belehrend empfunden. Nach der Theorie der Motivierenden Gesprächsführung stellt dies keine effektive Form der Beratung dar.*

Oftmals mag man geneigt sein, durch konfrontierende Diagnosen („nach diesem Testergebnis sind Sie hochgradig tabakabhängig") und pathologisierende Prognosen („wenn Sie so weiter rauchen, werden Sie nicht mehr lange …") einen zusätzlichen Leidensdruck zu erzeugen, der dann eine Veränderungsmotivation auslösen oder verstärken soll. Auch wenn bei dem einen oder anderen Patienten eine solche Form der Ansprache zum gewünschten Ergebnis führen kann, sind negative Reaktionen wie Widerstand, Rechtfertigungen, Rückzug, Ärger, Verzweiflung oder Schein-Zustimmung häufiger zu erwarten.

Es sollte auf jeden Fall vermieden werden, Patienten wegen des eigenen persönlichen Konsumverhaltens oder einer nur geringen Änderungsbereitschaft zu kritisieren. Auch eine überzeugend vorgetragene Argumentation, in der die Vorteile der Verhaltensänderung aufgelistet werden, wird in den meisten Fällen der subjektiven Situation der Person nicht gerecht werden und ist nicht förderlich für eine hilfreiche Beziehung (Arbeitsbündnis). Nur wenn es gelingt, bei wenig änderungsbereiten Patienten auch ein Voranschreiten in kleinen Schritten anzuerkennen (siehe dazu Phasen einer Abstinenzkarriere auf S. 12–15) und mögliche Rückschritte zu akzeptieren, können die Patienten Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten ausbilden und sich als Experten der Veränderung wahrnehmen. Deshalb ist es wichtig, als Arzt oder Therapeut nicht aus einem vermeintlichen Expertenstatus heraus beliebig Rückmeldungen, Informationen und Ratschläge zu geben, sondern ein Menü von Möglichkeiten anzubieten, aus dem der Patient eine eigene Auswahl treffen kann. Ratschläge sind nicht tabu, sollten aber wohldosiert und nur dann angeboten werden, wenn sie angenommen werden können. Besonders hervorzuheben ist dabei, dass das riskante Verhalten für die Person immer auch positive Seiten hat (Rauchen schmeckt mir, entspannt, gehört einfach dazu etc.). Diese gerade für Ärzte „neue" Sicht sollte in der Beratung besonders beachtet werden, um der Sichtweise des Patienten gerecht zu werden und diese sich verstanden fühlen.

Der charakteristische Behandlungsstil der motivierenden Gesprächsführung (Miller & Rollnik 2002, 2004) basiert auf folgenden Grundsätzen:

Kollaboration (statt Konfrontation)

Der Beratungsstil besteht aus Unterstützung und Förderung statt Überredung und Beweisführung. Angestrebt wird eine positive zwischenmenschliche Atmosphäre, die eher fördert und nicht forciert oder erzwingt.

Erwecken und Hervorrufen (statt Belehren)

Ressourcen und Veränderungsmotivation sind innerhalb des Klienten angesiedelt; diese intrinsische Motivation wird durch den Bezug auf die persönliche Sichtweise, das Ziel und das Wertesystem des Klienten gestärkt.

Autonomie (statt Autorität)

Der Arzt oder der Therapeut bekräftigt die Eigenverantwortung der Patienten und erleichtert die Entscheidungsfindung auf der Grundlage aller notwendigen Informationen. Ein autoritärer Stil wäre dann gegeben, wenn der Arzt oder der Therapeut vorgibt, was zu tun sei. Wenn der Patient bereits an einer tabakassoziierten Erkrankung leidet, kann der Arzt oder der Therapeut die Sorge um die gesundheitliche Gefährdung allerdings anbringen.

Als Merkhilfe für die wesentlichen Elemente einer erfolgreichen Kurzintervention eignet sich das Akronym FRAMES:

- ***F**eedback* *(Rückmeldung geben),*
- ***R**esponsibility* *(Eigenverantwortung wahren),*
- ***A**dvice* *(Ratschläge geben, die passen),*
- ***M**enu* *(Angebot verschiedener Behandlungsmöglichkeiten),*
- ***E**mpathy* *(Empathie zeigen),*
- ***S**elf-Efficacy* *(Zuversicht stärken).*

Motivierende Gesprächsführung lässt sich nicht reduzieren auf bestimmte Techniken, sondern steht für einen spezifischen, egalitären Behandlungsstil. Ein Therapeutenverhalten, das die Selbstverantwortlichkeit in den Vordergrund stellt, wird wenig Widerstand erzeugen und darauf abzielen, die Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten zu steigern. Aufhörmotivation ist demzufolge nicht ein vom Patienten allein beeinflusster Zustand, sondern hängt in großem Maße auch vom Therapeutenverhalten ab. Die zugewandte, empathische Grundeinstellung lässt sich nicht einfach aus einem Leitfaden ablesen und anwenden; dazu bedarf es einer ausreichend intensiven Schulung und fortgesetztem Training.

Schulungen Fortbildungen

- *Die Teilnahme an Schulungsmaßnahmen zur Suchtmedizinischen Grundversorgung, in dem die Motivierende Gesprächsführung einen wesentlichen Teil einnimmt, wird ausdrücklich empfohlen.*

- *Adressen und Termine zu ärztlichen Fortbildungsangeboten zum Thema und zur Qualifikation Tabakentwöhnung sind von den jeweiligen Landesärztekammern oder über die Bundesärztekammer zu erfragen.*

Bundesärztekammer
Dezernat Fortbildung und Gesundheitsförderung
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

oder
Postfach 12 08 64
10598 Berlin
Telefon: 030/400456-0

2 Gesprächsführung und Interventionstechniken

Die motivierende Gesprächsführung hat vor allem zwei Ziele:

1. Ziel

Die Förderung der Änderungsbereitschaft

Wenn Patienten wenig Änderungsbereitschaft signalisieren, steht die Förderung der intrinsischen (inneren) Motivation am Anfang – und im Zentrum – der Intervention.

2. Ziel

Förderung der Änderungskompetenz

Bei bestehender Änderungsbereitschaft steht die Klärung der Frage „Wie genau kann ich die Veränderung erreichen?“ im Vordergrund. In dieser Phase ist die Förderung der Änderungskompetenz Ziel der Intervention.

Zur Umsetzung dieser Ziele bietet die motivierende Gesprächsführung verschiedene Interventionstechniken an, von denen einige eher Grundlagencharakter haben und andere eher der Förderung der Änderungsbereitschaft oder der Förderung der Änderungskompetenz dienen.

Grundlegende Elemente für die Gesprächsführung

Empathie zeigen

Empathie ist eine conditio sine qua non der Motivierenden Gesprächsführung. Empathie bedeutet ein großes Einfühlungsvermögen und die Fähigkeit, sich in eine Person und deren andere Werthaltungen und Normen hineinzuversetzen. Die empathische Grundhaltung zeichnet sich durch eine grundsätzlich ***verständnisvolle, fragende*** *und* ***wertschätzende*** *Vorgehensweise aus. Vermittelt wird Empathie u. a. durch eine besondere Form des Zuhörens, bei der auf der verbalen, nonverbalen und Beziehungsebene signalisiert wird, dass der Arzt oder der Therapeut die Sichtweise der Patienten ernst nimmt, versteht und würdigt. Dazu dient insbesondere die Gesprächstechnik „Aktives Zuhören und Rückmelden".*

Diskrepanzen offen legen

Über die Entwicklung von Diskrepanzen zwischen den eigenen Lebenszielen (z. B. Vorbild für die Kinder sein; Erhaltung der Gesundheit) und dem aktuellen Konsummuster (morgendliches Rauchen; Rauchen, um besser nachdenken zu können) kann eine Motivation zur Veränderung aufgebaut werden. Es ist darauf zu achten, ***dass dies nicht moralisierend oder vorwurfsvoll passiert!***
Die Ambivalenz eines Patienten kommt in der ***Kosten-Nutzen-Analyse*** *und der Liste* ***„Das Gute und das nicht so Gute"*** *(s. Seiten 34/36 und Patientenbogen in der Umschlagtasche Blatt V) deutlich zum Ausdruck. Durch eine reflektierende und neutrale Rückmeldung der Vor- und Nachteile des Rauchens kann diese Diskrepanz bewusst gemacht werden, ohne Gefahr zu laufen, den Widerstand des Patienten zu aktivieren.*

Zuversicht stärken

Neben einer ausreichenden Bereitschaft zur Veränderung ist die Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten zur Veränderung (Selbstwirksamkeit) ein entscheidender Faktor für eine erfolgreiche Umsetzung eines Veränderungsplans. Aus dem ***Zuversichtsrating*** *(s. Seite 35) lassen sich Ausprägung der Selbstwirksamkeit ablesen. Hinweise auf eine bereits erfolgreich bewältigte Verhaltensänderung und auf individuelle Stärken und Ressourcen können die Zuversicht vergrößern.*

Widerstand aufnehmen

Defensive Äußerungen eines Patienten sind Ausdruck der Ambivalenz und müssen dementsprechend verstanden und ernst genommen werden. Manchmal wird Widerstand dadurch erzeugt oder verstärkt, dass ein Vorschlag des Arztes oder des Therapeuten nicht zur Änderungsphase des Patienten passt (also „zu früh kommt", s. Phasen einer Abstinenzkarriere auf den Seiten 12–15). Widerstand ist eine häufig vorkommende und natürliche Reaktion, die dem Kontrollwunsch eines jeden Menschen über seine Lebensführung entspricht. Dem Widerstand sollte mit aktivem Zuhören und Rückmeldungen begegnet werden, um die Entscheidungsfreiheit des Patienten zu unterstreichen.

Gesprächstechniken zur Förderung der Änderungsbereitschaft

Anklopfen

Beratung auf der Basis des Motivational Interviewing setzt eine Beziehung auf Augenhöhe voraus. Gerade zu Beginn einer solchen Beratung ist es wichtig, sich zu vergewissern, dass ein Gespräch über das „Problemverhalten" in beiderseitigem Interesse ist. Dazu dient das „Anklopfen", um sich auf das Thema Rauchen zu verständigen:

„Ich würde mich gerne mit Ihnen über das Rauchen unterhalten. Was halten Sie davon?"
„Wären Sie damit einverstanden, wenn ich mit Ihnen noch über das Rauchen spreche?"

Offene Fragen

Die Gesprächstechnik der „offenen Fragen" dient nicht primär der Informationsbeschaffung oder diagnostischen Erkenntnisgewinnung, sondern ist ein geeignetes Instrument, um die Selbstexploration des Patienten zu erleichtern und zu unterstützen. Dabei wird die Auseinandersetzung mit dem eigenen Rauchverhalten gefördert. Der Patient übernimmt bei dieser Form der Gesprächsführung eine aktive Rolle.

Geschlossene Fragen

Geschlossene Fragen sind bei bestimmten Gelegenheiten, z. B. zur Klärung von Sachverhalten sinnvoll, verleiten aber dazu, kurze und einfache Antworten („ja", „nein") zu geben und bieten wenig Gelegenheit, die eigene Motivation zu erforschen.

Offene Fragen können sich sowohl auf die Förderung der Änderungsbereitschaft, als auch auf die Änderungskompetenz beziehen.
Beispiele für offene Fragen zur Förderung der Änderungsbereitschaft:

„Haben Sie in letzter Zeit je daran gedacht, irgendetwas in Bezug auf das Rauchen zu unternehmen?"
„Was wissen Sie über den Zusammenhang von Rauchen und der Gesundheit Ihrer Familie?"
„Was gefällt Ihnen, was mögen Sie am Rauchen?"
„Was belastet Sie an der aktuellen Situation?"

Aktiv zuhören und Rückmeldung geben

Der Arzt gibt die wesentlichen Inhalte der Patientenmitteilung in seinen eigenen Worten wieder und überprüft damit auch, ob die Sichtweise des Patienten richtig erfasst wurde. Der Patient erlebt dabei die Bereitschaft zur Unterstützung und Kooperation und fühlt sich dadurch in einem Schutzraum, in dem es leichter fällt, von belastenden und unangenehmen Umständen zu erzählen. Zudem ermöglicht das aktive und reflektierende Zuhören dem Patienten ein tieferes Verständnis für die Thematik.

„Das Rauchen hilft Ihnen dabei, sich zu entspannen. Und wenn Sie sich über etwas geärgert haben, lassen Sie erst einmal Dampf ab und rauchen eine Zigarette."

Aber auch wenn der Patient selbst motivierende Aussagen macht, ist es wichtig, mit kurzen Rückmeldungen die Exploration zu unterstützen:

Patientin/Patient:
„Rauchen wird mir langsam zu teuer."
Ärztin/Arzt:
„Wenn die Zigaretten teurer werden, wäre das ein Ausstiegsgrund für Sie."
Eine besondere Form der Rückmeldung sind die sog. zweiseitigen Reflexionen:
„Auf der einen Seite wollen Sie Ihren Kindern ein gutes Vorbild sein und möglichst verhindern, dass sie selbst mit dem Rauchen anfangen, auf der anderen Seite wollen Sie nicht auf die Zigaretten verzichten, weil sie Ihnen beim Nachdenken helfen."

Beispiele für Rückmeldungen, wenn der Patient Widerstand äußert

Patientin/Patient:
„Ich rauche schon ganz leichte Zigaretten und tue damit doch schon etwas für meine Gesundheit."
„Ich achte auf meine Ernährung und mein Gewicht und trinke auch kaum Alkohol."
Ärztin/Arzt:
„Sie sind schon sehr bemüht, gesund zu leben".
Patientin/Patient:
„Wenn Rauchen wirklich so gefährlich wäre, würden nicht so viele Ärzte rauchen."
Ärztin/Arzt:
„Sie wundern sich, dass selbst Ärzte rauchen, die doch Bescheid wissen müssten."

Bestätigen und Ressourcen aktivieren

Es mag schwer fallen, selbst wenig änderungsbereite Patienten zu bestärken. Üblicherweise geht es für Angehörige der Gesundheitsberufe darum, Krankheiten oder Gesundheitsgefahren zu erkennen und zu lindern, zu heilen oder zu minimieren. Nach dem Behandlungsansatz der Motivierenden Gesprächsführung wird die Veränderungsbereitschaft einer Person sich eher dann entwickeln, wenn sie nicht nur als behandlungsbedürftiger „Fall" angesprochen wird, sondern auch mit ihren Kompetenzen und bisherigen Problembewältigungen.

Bringen Sie deshalb Ihre Anerkennung ...

„ Es fällt Ihnen nicht leicht, auf die Zigarette nach dem Essen zu verzichten, aber Sie machen sich Gedanken darüber, wie Sie das in den Griff bekommen könnten. Sie machen es sich nicht leicht."

„ Sie haben schon einmal eine lange Zeit nicht geraucht und bringen alles mit, was für einen erfolgreichen Ausstieg notwendig ist."

und Ihr Verständnis ...

„ Sie haben im Moment mit vielen Belastungen zu kämpfen und da ist die Zigarette für Sie momentan die einfachste Form der Entspannung."

... zum Ausdruck und sprechen Sie Lob aus.

„ Da haben Sie einen wichtigen Punkt angesprochen."

„ Das halte ich für einen sehr guten Weg, im Auto nicht mehr zu rauchen."

„ Das hört sich nach einem richtig guten Plan an."

„ Ich habe den Eindruck, das könnte Sie wirklich weiterbringen."

Gesprächstechniken zur Förderung der Änderungskompetenz

Beispiele für Offene Fragen zur Förderung der Änderungskompetenz

„Haben Sie kürzlich mal daran gedacht, mit dem Rauchen aufzuhören?“
„Wie wird es Ihrer Ansicht nach sein, mit dem Rauchen aufzuhören?“
„Was wären Vorteile, wenn Sie mit dem Rauchen aufhören würden?“
„Wenn Sie an Aufhören denken, welche Befürchtungen werden damit bei Ihnen ausgelöst?“
„Was hält Sie davon ab, einfach mal zu versuchen aufzuhören?“
„Wie könnte ich Sie dabei unterstützen?“
„Was würde Sie sicherer machen, es zu schaffen?“
„Wie wichtig ist es für Sie, mit dem Rauchen aufzuhören?“

Vergangene Erfolge und individuelle Ressourcen aktivieren

Eine optimistische Grundhaltung und die Festigung der Selbstwirksamkeit eines Patienten können den Behandlungserfolg günstig beeinflussen. Wenn die Person vermittelt bekommt, dass sie über die erforderlichen individuellen Ressourcen verfügt, wird sie eher geneigt sein, eine Veränderung des Rauchverhaltens in Betracht zu ziehen. Dazu gehört auch ein Rückblick auf bisherige Erfahrungen und Erfolge im Umgang mit anderen schwierigen Situationen. Das kann mittels offener Fragen oder bestätigender Äußerungen geschehen:

„Haben Sie sich früher schon einmal zu einer Veränderung von Dingen in Ihrem Leben entschlossen und diese erfolgreich umgesetzt? Welche Erfolge haben Sie damit erzielt?“
„Wie sind Sie dabei vorgegangen?“
„Das war sicher nicht ganz einfach. Was gab es dabei für Schwierigkeiten und wie sind Sie damit umgegangen?“
„Welche Stärken haben Sie, die Ihnen dabei helfen könnten, mit dem Rauchen aufzuhören? Wer könnte Sie dabei unterstützen?“
„Sie haben in der Vergangenheit schon manche schwierige Hindernisse überwunden. Solche Erfahrungen können auch jetzt dabei helfen, erfolgreich mit dem Rauchen aufzuhören.“

Verschiedene Optionen aufzeigen, Wahlmöglichkeiten lassen

Ratschläge sollten in dieser Kurzintervention eher sparsam eingesetzt werden. Statt eine einzelne Strategie vorzuschlagen („Versuchen Sie doch, nach dem Essen einen zuckerfreien Kaugummi zu kauen, statt eine Zigarette zu rauchen.“), ist es meist besser, verschiedene Optionen aufzuzeigen und die Person in ihrer aktiven Rolle zu unterstützen, wenn sie selbst nach einer Alternative oder Lösung sucht.

„Es gibt verschiedene Möglichkeiten sich abzulenken.“
„Aus wissenschaftlichen Untersuchungen wissen wir, dass …“
„Anderen in einer ganz ähnlichen Situation hat es geholfen, wenn sie …“

Weitere Techniken zur Strukturierung der Beratung

Typischer Tag

*Zum Einstieg in ein Gespräch über das Rauchverhalten kann aufgefordert werden, einen **typischen Tag** zu schildern.*

„ Um Sie besser zu verstehen, würde ich gerne etwas über Ihren Alltag erfahren. Könnten Sie mir vielleicht einmal schildern, wie Ihr Tag gestern oder vorgestern ausgesehen hat?“
„ Und welche Rolle hat das Rauchen an diesem Tag gespielt?“

Wichtigkeitsrating

Diese Technik dient der genaueren Erfassung und Stärkung der Änderungsbereitschaft.

„ Ich würde gerne erfahren, ob Sie in absehbarer Zeit etwas an Ihrem Rauchverhalten verändern wollen. Auf einer Skala von 1 bis 10, auf der 1 bedeutet ‚es ist gar nicht wichtig, mit dem Rauchen aufzuhören‘ und 10 bedeutet ‚extrem wichtig‘ – welchen Wert würden Sie sich im Moment selbst geben?“
„ Wie kommt es, dass Sie den Wert … und nicht eins oder zwei angegeben haben?“
„ Was müsste passieren, damit sich Ihre Motivationsstärke von … auf … erhöht?“

Es ist nicht unbedingt notwendig, eine Zahlenskala zu verwenden. Es geht darum, zu wissen, wie wichtig und dringlich ein Ausstieg für den Patienten ist, um von diesem Level aus zu weiteren Schritten zu beraten.

Vor- und Nachteilsliste

„ Was mögen Sie, was finden Sie gut am Rauchen?“

Wenn der Patient Vorteile aufgezählt hat, kann der Arzt oder Therapeut die wichtigsten noch einmal kurz wiederholen und sich nach weiteren Plus-Punkten erkundigen. Als Nächstes werden die Nachteile bzw. das „Nicht so Gute“ betrachtet:

„ Gibt es auch etwas, was Sie nicht mögen, was Sie nicht gut finden am Rauchen?“

Anschließend sollte der Arzt oder der Therapeut beide Aspekte noch einmal zusammenfassen und zur Vertiefung nachfragen:

„ Wie hört sich das jetzt an für Sie, was denken Sie darüber?“

Zuversichtsrating

Diese Technik dient der genaueren Erfassung und Stärkung der Änderungskompetenz.

„ Wenn Sie sich jetzt entscheiden würden, mit dem Rauchen aufzuhören – wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie es schaffen würden? Auf einer Skala von 1 bis 10, auf der 1 bedeutet ‚überhaupt nicht zuversichtlich, es zu schaffen' und 10 bedeutet ‚100-prozentig zuversichtlich, aufhören zu können und Nichtraucher/-in zu bleiben' – welchen Wert würden Sie sich im Moment selbst geben?"

„ Wie kommt es, dass Sie den Wert … und nicht eins oder zwei angegeben haben?"

Die Erfolgszuversicht kann noch weiter exploriert werden:

„ Was müsste passieren, damit sich Ihre Erfolgszuversicht von fünf auf acht oder sogar neun erhöht?"

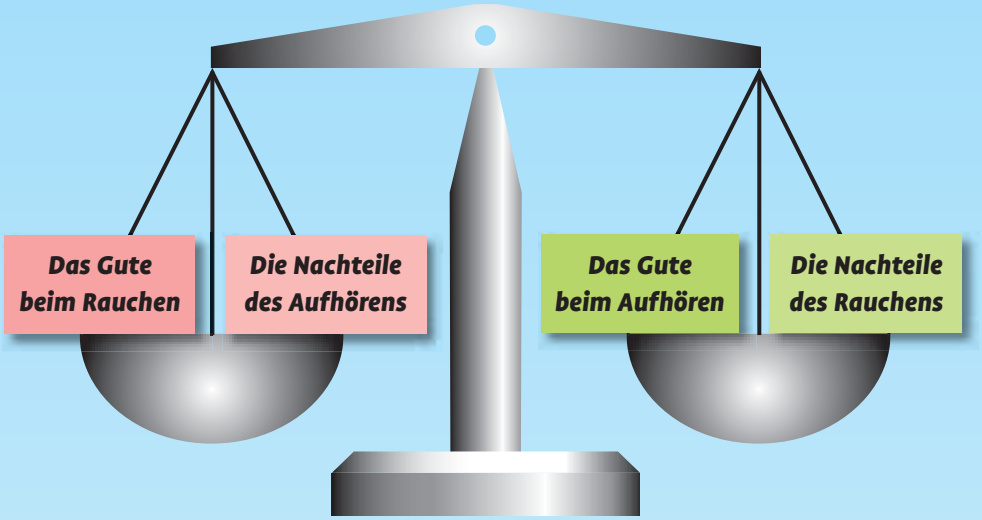
„ Wie könnte ich dazu beitragen, dass sich Ihre Erfolgszuversicht von fünf auf acht oder neun verändert?"

Auch beim Zuversichtsrating muss nicht notwendigerweise eine Zahlenskala verwendet werden. Hier geht es darum, zu wissen, wie zuversichtlich ein Patient ist, einen Ausstieg umsetzen zu können.

Die Kosten-Nutzen-Analyse oder „Waage der Entscheidung“

Die Kosten-Nutzen-Analyse besteht darin, die Dinge, die der Patient besonders gut findet, den Dingen, die er besonders ungünstig findet, gegenüberzustellen und darauf aufbauend eine „Waage der Entscheidung“ zu erstellen.
In der „Waage der Entscheidung“ sind alle relevanten Informationen zur persönlichen Motivation eines Patienten zusammengefasst:

- ***Die Vorteile der gegenwärtigen Situation als Raucher/-in***
- ***Die Nachteile der gegenwärtigen Situation als Raucher/-in***
- ***Die Vorteile einer Veränderung der gegenwärtigen Situation (Nichtraucher/-in werden)***
- ***Die Nachteile einer Veränderung der gegenwärtigen Situation (Nichtraucher/-in werden)***



Auf der linken Seite der Waage finden sich die Argumente, die gegen eine Veränderung sprechen. Auf der rechten Seite finden sich die Motive, die für eine Veränderung in Richtung Rauchstopp sprechen. (Eine Kopiervorlage für die Kosten-Nutzen-Analyse findet sich in der Umschlagtasche, Blatt V)

Beispiele für Patientenäußerungen zu den Vorteilen des Rauchens:

„Ich habe das Gefühl, dass das Rauchen mir in schwierigen Situationen hilft.“
„Die besten Ideen kommen mir, wenn ich ganz in Ruhe eine Zigarette rauche.“
„Eigentlich schmecken die Zigaretten wirklich gut!“

Beispiele für Patientenäußerungen zu den Nachteilen des Rauchens:

„Es ärgert mich schon manchmal, wenn ich wieder zum Automaten rennen muss, weil die Packung alle ist.“

„Ich habe mir schon Sorgen gemacht, dass meine Kinder auch mit dem Rauchen anfangen.“
„Es ist lästig, jede Stunde rausgehen zu müssen, um eine Zigarette zu rauchen.“

Beispiele für Patientenäußerungen zu den Nachteilen des Aufhörens:

„Ich glaube nicht, dass ich genug Willenskraft habe, um aufzuhören.“
„Ich habe mir das Aufhören ernsthaft überlegt, aber ich habe solche Angst zuzunehmen und dick zu werden.“

Beispiele für Patientenäußerungen zu den Vorteilen des Aufhörens:

„Wenn ich mir vorstelle, was ich mit dem Geld alles machen könnte, das ich für Zigaretten ausgebe.“
„Ich glaube, dass dieser Husten am Morgen verschwinden würde, wenn ich nicht mehr rauche.“
„Einfach sitzen zu bleiben nach dem Essen und nicht schnell eine Zigarette rauchen zu müssen – da freue ich mich drauf.“

Veränderungsplan

Der Veränderungsplan identifiziert Hochrisikosituationen und bietet Lösungen oder Alternativen. Dabei werden mehrere Optionen angeboten oder Ideen gesammelt, aus denen der Patient auswählen kann.
Erfahrungen aus vergangenen Teilerfolgen oder anderen erfolgreichen Änderungen können herangezogen werden:

„Können Sie einige Situationen beschreiben, in denen das Rauchverlangen sehr stark ist und es Ihnen besonders schwer fallen kann, Ihren Plan durchzuhalten?“
„Was können Sie tun, um nach dem Essen nicht so stark in Versuchung zu geraten?“
„Sie haben ja in der Vergangenheit schon einmal erfolgreich aufgehört. Wie haben Sie das gemacht?“
„Wann haben Sie sich schon einmal zu einer Veränderung entschlossen und diese umgesetzt?“
„Was gab es dabei für Hindernisse und wie haben Sie diese überwunden?“
„Nun, es gibt ja mehrere Möglichkeiten: Sie könnten versuchen, gleich nach dem Essen aufzustehen und das Geschirr abzuräumen. Oder Sie benutzen einen Kaugummi oder ein Pfefferminz-Bonbon. Anderen in einer vergleichbaren Situation hat geholfen, eine Nikotin-Lutschtablette oder einen Nikotinkaugummi zu verwenden. Oder die Mittagspause an einem anderen Ort zu verbringen, zumindest in der ersten Woche.“

Die Techniken zur Strukturierung der Behandlung finden Sie auch im Kapitel 3, „Intervention“ (Seite 40).

Fallen und Fallstricke bei der Durchführung Motivierender Kurzintervention

Die Motivierende Gesprächsführung lässt sich nicht auf bestimmte Techniken reduzieren, sondern gründet sich vielmehr auf einen charakteristischen Behandlungsstil, der erlernt werden muss. Nachfolgend sind einige systematische Behandlungsfehler aufgeführt, die in der Anwendung der Motivierenden Gesprächsführung auftauchen können:

Die „Frage-Antwort-Falle“

„ Wir sollten einmal das Rauchen ansprechen, das finden Sie doch auch, oder?“
„ Finden Sie denn nicht auch, dass Sie zu viel rauchen?“
„ Sind Sie denn ausreichend über die Gesundheitsgefahren des Rauchens informiert?“

Auch wenn diese Fragen wichtige Informationen beinhalten und auf den ersten Blick zielführend erscheinen mögen, so lassen sie nur sehr eingeschränkte Antwortmöglichkeiten. Der Patient wird in eine Rolle gedrängt, in der kurze und einfache Antworten ohne großen Informationsgehalt gegeben werden. In dieser Rollenverteilung bleibt kaum Spielraum, die eigene Motivation zu erkunden.
Diese Falle kann umgangen werden, indem die für die Kurzintervention wichtigen Informationen mittels eines vorab ausgehändigten Fragebogens (s. Kurzanamnese) erhoben werden.
Dann sollte darauf geachtet werden, dass nicht mehr als zwei, maximal drei offene Fragen hintereinander gestellt werden. Die Reaktion des Arztes oder des Therapeuten auf die Aussagen des Patienten sollten eher in einem verständnisvollen, aktiven Zuhören bestehen als in einer erneuten Fragestellung.

Diese Falle lässt sich gewöhnlich dadurch vermeiden, dass die Patientenäußerung zunächst einmal reflektiert wird, bevor die nächste offene Frage gestellt wird.

Die Falle „einseitig Partei ergreifen“

Auch wenn es natürlich ist, dass ein Arzt Rauchern einen baldigen Rauchstopp wünscht, so ist es für die Änderungsbereitschaft nicht förderlich, wenn einseitig eine Advokatenrolle für die Veränderung Richtung Rauchstopp ergriffen wird. Dies fördert nämlich die Tendenz, den Ist-Zustand zu verteidigen und Argumente gegen eine Veränderung anzuführen.

Solange Ärzte und Therapeuten respektieren und akzeptieren, dass Patienten gute Gründe für ihr Rauchverhalten haben und es nicht darum geht, sie so schnell wie möglich zu kurieren, lässt sich auch diese Falle vermeiden.

Die Experten-Falle

Damit ist gemeint, dass der Arzt oder der Therapeut mit dem eigenen Wissen und Erfahrung den Eindruck erwecken kann, das Problem des Patienten schnell ausfindig gemacht zu haben und die Lösung auch gleich parat hat. Diese Haltung überlässt dem Patienten nur eine passive und unterlegene Rolle. Auch wenn es im späteren Verlauf einer Kurzintervention einen Zeitpunkt gibt, zu dem die Expertenmeinung gefragt ist, sollte die Expertenrolle dem Patienten zugestanden werden: keiner weiß besser darüber Bescheid, in welcher Lebenssituation sie/er sich befindet, welche Ziele und welche Möglichkeiten es gibt.

Keine noch so gut ausgebildete Expertin, kein noch so gut ausgebildeter Experte kann besser einschätzen, wie sich eine Veränderung auf die gesamte Lebenssituation eines Menschen auswirken wird, als dieser Mensch selbst.

Die Etiketten-Falle

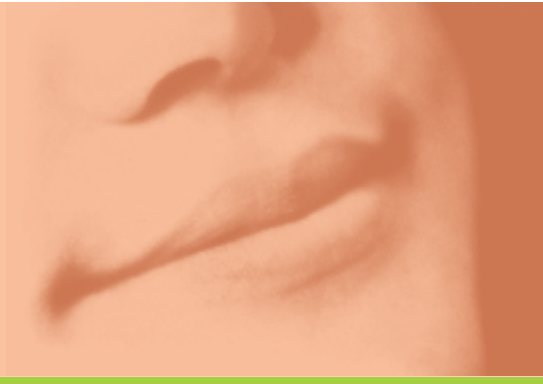
„Nicht kooperativ“ oder „hochgradig abhängig“ stellen Etikettierungen dar, die für das Verständnis der Problematik eines Patienten unnötig sind. Entscheidend ist, wie der Patient die Situation selbst sieht. Wenn der Patient jedoch von sich aus die eigene Abhängigkeit zur Sprache bringt, um beispielsweise starkes Rauchverlangen oder gescheiterte Ausstiegsversuche in der Vergangenheit zu erklären, gibt es keine gewichtigen Gründe, dieser Selbsterkenntnis zu widersprechen.

Wer mit Motivierender Gesprächsführung arbeitet, sollte sich stets vor Augen halten, dass Diskussionen und Debatten über Etikettierungen bei diesem Ansatz keinen Platz haben und für den Fortgang der Behandlung weder notwendig noch dienlich sind.

3 Intervention

Der erste Schritt in der Behandlung der Tabakabhängigkeit ist die Identifizierung von Raucherinnen und Rauchern. Die Ermittlung eines gegenwärtigen oder zurückliegenden Tabakkonsums kann zu vier verschiedenen Resultaten führen (Fiore et al. 2000):

- ***Die Patientin/der Patient raucht und ist jetzt bereit, mit dem Rauchen aufzuhören.***
- ***Die Patientin/der Patient raucht und ist nicht bereit, mit dem Rauchen aufzuhören.***
- ***Die Patientin/der Patient hat einmal geraucht und ist inzwischen Ex-Raucher.***
- ***Die Patientin/der Patient hat nie geraucht.***



Raucht die Patientin/der Patient gegenwärtig?

Wenn ja:

Ist der Patient jetzt bereit, mit dem Rauchen aufzuhören?

Wenn nein:

Klären und verhelfen Sie zu einer Ausstiegsmotivation

(s. Seite 44)

Intervention bei Patienten ohne Ausstiegsabsicht

Wenn ja:

Bieten Sie wirksame Behandlungsformen an

(s. Seiten 49 und 58)

Intervention bei Patienten mit Ausstiegsabsicht

Wenn nein:

Hat der Patient in den letzten 12 Monaten Tabakprodukte konsumiert?

Wenn ja:

Bieten Sie Rückfallprävention an

(s. Seite 72)

Intervention bei Ex-Rauchern seit weniger als einem Jahr

Wenn nein:

Keine Intervention notwendig

(s. Seite 73)

Intervention bei Nie-Rauchern und Ex-Rauchern seit mehr als einem Jahr

Ob rauchende Patienten einen erfolgreichen Rauchstoppversuch absolvieren oder nicht, hängt im Wesentlichen von der Ausstiegsmotivation und der Abhängigkeitsstärke ab. In der Kurzanamnese werden deshalb beide Merkmale erhoben.

Motivation ist deshalb so wichtig, weil eine Behandlung mit dem Ziel der Tabakentwöhnung nur bei motivierten Raucherinnen und Rauchern greifen wird. Bei geringer Motivation kann die Vereinbarung eines konkreten Ausstiegstermins nicht das Ziel einer Kurzintervention sein; bei diesen Patienten geht es vielmehr um die Förderung der Änderungsbereitschaft und die Schaffung eines Problembewusstseins.
Je nach Ausprägung von Motivation und Tabakabhängigkeit ergeben sich unterschiedliche Interventionsziele (West 2004):

		Motivation	
		niedrig (eher klein, gar nicht)	***hoch (sehr groß, eher groß)***
Abhängigkeit	***niedrig (FTND<5)***	> *Ein Ausstieg ist unwahrscheinlich, könnte aber ohne Unterstützung geschehen.* > *Hauptsächliches Ziel einer Intervention ist die Motivationsstärkung.*	> *Ein Ausstieg mit Minimalunterstützung ist wahrscheinlich.* > *Hauptsächliches Ziel einer Intervention ist der Anstoß eines Ausstiegsversuchs.*
	hoch (FTND 5 und mehr)	> *Ein Ausstieg ist unwahrscheinlich.* > *Hauptsächliches Ziel einer Intervention ist zunächst die Motivationsstärkung, um die Patientin/den Patienten für eine Behandlung zugänglich zu machen.*	> *Ein spontaner Ausstieg ohne Unterstützung fällt schwer; diese Patienten profitieren besonders von der Unterstützung durch eine Behandlung.* > *Hauptsächliches Ziel einer Intervention ist es, eine Behandlung zu offerieren.*

Die in der Kurzanamnese erhobenen Daten zur Tabakabhängigkeit (FTND, Fragen 2 bis 7) und Ausstiegsmotivation (Frage 9, s. Umschlagtasche, Blatt I) ermöglichen eine unmittelbare Zuordnung von einzelnen Patienten in eines der vier Felder. An diesem Schema orientieren sich die im Folgenden gegebenen Empfehlungen zur Kurzintervention bei rauchenden Patienten.

Die routinemäßige Erfassung aller Raucher und die Einführung von Erinnerungssystemen mittels Sticker sind unaufwändige und gleichfalls effektive Maßnahmen. Folgende Symbole werden zur Kennzeichnung von Rauchstatus und Änderungsbereitschaft verwendet:

Raucher/-in
keine akute Änderungsbereitschaft

Raucher/-in
akute Änderungsbereitschaft oder
Kurzzeit-Exraucher
in der Aktionsphase

Ex-Raucher/-in
seit weniger als 12 Monaten

Ex-Raucher/-in
seit mehr als 12 Monaten

Nie-Raucher/-in

Wenn der Sticker „keine akute Änderungsbereitschaft" in eine Patientenakte eingegeben wurde, sollte eine automatische Wiedervorlage erfolgen. Zu beachten ist außerdem, dass Sticker ausgetauscht werden müssen, wenn sich der Rauchstatus eines Patienten ändert.

Intervention bei Patienten ohne akute Ausstiegsabsicht

Ausstiegswunsch eher klein oder gar nicht vorhanden, Sticker: „Raucher/-in, keine akute Änderungsbereitschaft“

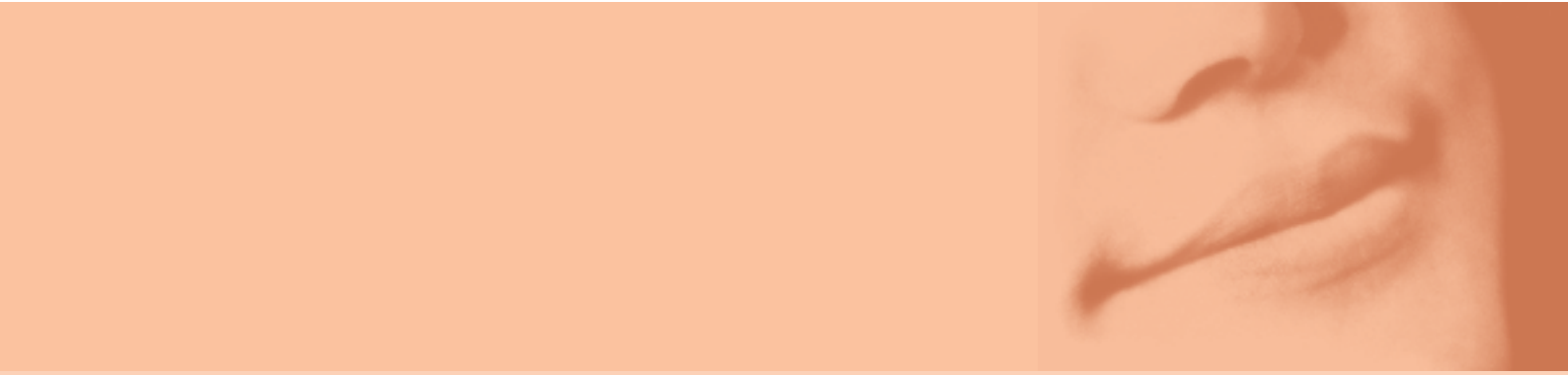
Abhängigkeit	Motivation: niedrig (eher klein, gar nicht)	Motivation: hoch (sehr groß, eher groß)
niedrig (FTND <5)	> Ein Ausstieg ist eher unwahrscheinlich, könnte aber ohne Unterstützung geschehen. > Hauptsächliches Ziel einer Intervention ist die Motivationsstärkung.	> Ein Ausstieg mit Minimalunterstützung ist wahrscheinlich. > Hauptsächliches Ziel einer Intervention ist der Anstoß eines Ausstiegsversuchs.
hoch (FTND 5 und mehr)	> Ein Ausstieg ist sehr unwahrscheinlich. > Hauptsächliches Ziel einer Intervention ist zunächst die Motivationsstärkung, um die Patientin/den Patienten für eine Behandlung zugänglich zu machen.	> Ein spontaner Ausstieg ohne Unterstützung fällt schwer; diese Patienten profitieren besonders von der Unterstützung durch eine Behandlung. > Hauptsächliches Ziel einer Intervention ist es, den Patienten eine Behandlung zu offerieren.

Beziehungsaufnahme und Gesprächseröffnung

In aller Regel wird die Patientin oder der Patient die Praxis wegen eines anderen Anliegens aufgesucht haben. Nachdem dieses Anliegen besprochen und behandelt worden ist, kann mit der Kurzintervention zum Tabakkonsum begonnen werden. Wenn Symptomatiken wie Kurzatmigkeit, Durchblutungsstörungen, Erkältungen, Kopfschmerzen, Atemprobleme oder Impotenz vorliegen, sind Informationen über den Zusammenhang mit dem Tabakkonsum auch möglich. Es bietet sich an, das Gespräch über das Rauchen behutsam mit offenen Fragen und vertrauensbildenden Zusagen zu eröffnen („Anklopfen“), zum Beispiel mit:

„Sie haben angegeben, dass Sie rauchen. Welche Sorte Raucher sind Sie? Wollen Sie mir etwas über Ihr Rauchen erzählen? Möglicherweise sind Sie es leid, von anderen Leuten über das Rauchen belehrt zu werden. Mich würde interessieren, was Sie über das Rauchen denken und was Sie dabei empfinden.“

Unter Bezugnahme auf die Tabakabhängigkeit und Motivationsstärke, die in der Kurzanamnese erfasst wurden, kann die Zuordnung zu einem der vier Felder erfolgen und das Gespräch weitergeführt werden.



Hilfreiche Interventionen

Ein niederschwelliger Einstieg in ein Gespräch über das Rauchverhalten kann gefunden werden, wenn die Patientin oder der Patient einen ***typischen Tag*** *schildert (s. auch Seite 34).*

„ Um Sie besser zu verstehen, würde ich gerne etwas über Ihren Alltag erfahren. Könnten Sie mir vielleicht einmal schildern, wie Ihr Tag gestern oder vorgestern ausgesehen hat?“
„ Und welche Rolle hat das Rauchen an diesem Tag gespielt?“

Dann geht es darum, dem Patienten ein genaueres und vertieftes Verständnis seiner eigenen Haltung dem Rauchen gegenüber zu vermitteln. Ein bewährtes Werkzeug dazu stellt das ***Wichtigkeitsrating*** *dar:*

„ Sie haben in dem Fragebogen angegeben, dass Sie nicht vorhaben, in absehbarer Zeit etwas an Ihrem Rauchverhalten zu verändern. Auf einer Skala von 1 bis 10, auf der 1 bedeutet ‚es ist gar nicht wichtig, mit dem Rauchen aufzuhören‘ und 10 bedeutet ‚extrem wichtig‘ – welchen Wert würden Sie sich im Moment selbst geben?“

Nachdem die Patientin oder der Patient eine Einschätzung geäußert hat, kann nach den Hintergründen dieser Einschätzung gefragt werden:

„ Wie kommt es, dass Sie den Wert … und nicht die eins oder zwei angegeben haben?“
Patient/Patientin:
„ Ewig will ich nicht so weitermachen, da macht wohl meine Gesundheit auch nicht mit!“
„ Es wird mir langsam zu teuer.“

Das sind selbst motivierende Aussagen des Patienten, die durch eine Rückmeldung des Arztes oder Therapeuten bekräftigt werden können. Durch solche verstärkenden Rückmeldungen können weitere selbst motivierende Aussagen ausgelöst werden.

„ Sie wollen also nicht Ihr ganzes Leben lang weiter rauchen.“
„ Wenn Sie aufhören würden, läge das auch an den Kosten.“

Schließlich können noch die Bedingungen erfragt werden, die zu einer Verstärkung der Motivation führen könnten:

„ Was müsste passieren, damit sich Ihre Motivationsstärke von … auf … erhöht?“

Eine weitere Intervention, die dazu geeignet ist, einen Prozess der Auseinandersetzung mit der Thematik in Gang zu setzen ist die ***Vor- und Nachteilsliste*** *bzw.* ***Das Gute und das nicht so Gute (siehe auch Seite 36):***

„Was mögen Sie, was finden Sie gut am Rauchen?“

Wenn Vorteile aufgezählt wurden, kann der Arzt bzw. Therapeut die wichtigsten noch einmal kurz wiederholen und sich nach weiteren Plus-Punkten erkundigen. Dabei ist es wichtig, diese Gründe zu akzeptieren und Verständnis dafür aufzubringen. Als Nächstes werden die Nachteile bzw. das „Nicht so Gute“ betrachtet:

„Gibt es auch etwas, was Sie nicht mögen, was Sie nicht gut finden am Rauchen?“

Anschließend sollte der Arzt bzw. Therapeut beide Aspekte noch einmal zusammenfassen und zur Vertiefung nachfragen:

„Wie hört sich das jetzt an für Sie, was denken Sie darüber?“
„Wie wirkt das jetzt auf Sie?“
„Welche Schlussfolgerungen ziehen Sie daraus?“

Bei Patienten ohne konkrete Ausstiegsabsicht

Auch Patienten ohne konkrete Ausstiegsabsicht können ***nicht-wertende Informationen*** *über die persönlichen Risiken angeboten werden:*

„Wäre es für Sie von Interesse, etwas über Ihre ganz persönlichen Risiken zu erfahren?“

Eine andere Möglichkeit besteht darin – falls eine CO-Messung gemacht wurde – Rückmeldung zu den Daten aus der Kurzanamnese anzubieten:

„Sie haben vorher in ein Messgerät gepustet, das die Konzentration von Kohlenmonoxid in Ihrer Atemluft misst. Damit wird die Schadstoffbelastung durch das Rauchen angezeigt. Nichtraucher haben einen Wert von 5 oder weniger, und ganz starke Raucher mit etwa zwei Schachteln pro Tag können Werte über 40 erzielen. Sie haben einen Wert von … ppm (Wert, der durch Patient angegeben wurde, nennen) erreicht. Was meinen Sie zu diesem Wert?“

Die Einschätzung der eigenen Zuversicht wird in aller Regel erst bei ***Raucherinnen und Rauchern in der Absichtsbildungsphase*** *einsetzen.*

„Wenn Sie sich jetzt entscheiden würden, mit dem Rauchen aufzuhören – wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie es schaffen würden? Auf einer Skala von 1 bis 10, auf

der 1 bedeutet ‚überhaupt nicht zuversichtlich, es zu schaffen' und 10 bedeutet ‚100-prozentig zuversichtlich, aufhören zu können und Nichtraucher/-in zu bleiben' – welchen Wert würden Sie sich im Moment selbst geben?"

Es ist nicht zu erwarten, dass Raucher in frühen Phasen hohe Werte angeben. Entscheidend ist die Abweichung gegenüber einem Wert von eins:

„Wie kommt es, dass Sie den Wert … und nicht die eins oder zwei angegeben haben?"

Die Antworten haben die Funktion der Bestätigung der eigenen Fähigkeiten, einen Rauchstoppversuch erfolgreich umsetzen zu können ***(Selbstwirksamkeit)****.*

Patient/Patientin:
„Ich habe fünf gesagt und nicht zwei, weil ich weiß, dass ich es zumindest für einige Zeit schaffen kann, wenn ich es wirklich will."

Die Erfolgszuversicht kann noch weiter exploriert werden:

„Was müsste passieren, damit sich Ihre Erfolgszuversicht von fünf auf acht oder sogar neun erhöht?"
„Was könnte ich dazu beitragen, dass sich Ihre Erfolgszuversicht von fünf auf acht oder neun verändert?"

Mit diesen offenen Fragen wird bereits eine Überleitung in die Förderung der Änderungskompetenz geleistet. Wenn der Arzt bzw. Therapeut den Eindruck hat, dass eine Patientin oder ein Patient an dem Übergang von der Phase der Absichtsbildung in die Phase der Vorbereitung arbeitet, kann zu diesem Zeitpunkt ein passendes Ausstiegsprogramm angeboten und gemeinsam ein ***Veränderungsplan*** *(s. Seite 37) erstellt werden.*

„Könnten Sie sich einen baldigen Rauchstopp vorstellen, wenn wir ein für Sie geeignetes Ausstiegsprogramm finden?"

Folgende Hinweise sprechen dafür, dass nun der geeignete Zeitpunkt gekommen ist, über eine konkrete Verhaltensänderung zu sprechen (nach Kremer 2000):

- *Patienten stellen weniger Fragen zur Problematik und äußern gehäuft selbst motivierende Ansichten,*
- *nach dem Änderungsentschluss stellt sich eine spürbar entspannte und entlastete Stimmung ein,*
- *es tauchen verstärkt Fragen zur Veränderung auf,*
- *es überwiegt eine positive Zukunftsperspektive und die Bereitschaft, eine Veränderung auszuprobieren.*

Abschluss der Kurzintervention

Bei Patienten, die noch keine konkrete Änderungsbereitschaft besitzen, wird das Erstgespräch meist nicht zu einem konkreten Veränderungsplan führen. Dessen ungeachtet ist auch der erste Schritt, sich bewusster mit dem Zigaretten- oder Tabakkonsum auseinander zu setzen, eine wichtige Etappe.
Unbedingt zu beachten ist dabei, dass der Patient das Tempo und die Richtung der Veränderung bestimmt.
Als Arzt bzw. Therapeut sollten Sie die Vorwärtsbewegung unterstützen und auch die vermeintlichen Umwege begleiten. Machen Sie deutlich, dass Sie ein „unbefristetes Hilfsangebot" aufrechterhalten wollen:

„Im Moment fällt es Ihnen schwer, sich weitere Gedanken über eine Veränderung zu machen. Das muss nicht so bleiben. Sollen wir es zunächst einmal damit belassen?"

Wenn Patienten bereits an einer tabakassoziierten Erkrankung leiden, kann der Sorge wegen der gesundheitlichen Gefährdung Ausdruck verliehen werden, aber keinesfalls sollte eine Weiterbehandlung von der Änderungsabsicht der Person abhängig gemacht werden.

„Ich will ehrlich zu Ihnen sein und Ihnen sagen, dass es mir Sorgen bereitet, wenn Sie weiterrauchen. Wahrscheinlich können wir auch ein für Sie geeignetes Ausstiegsprogramm finden, und ich stehe gerne zur Verfügung, wenn Sie glauben, dass der richtige Zeitpunkt gekommen ist, um etwas zu ändern."

Als unbefristeter Ansprechpartner anbieten

Schließlich kann der Arzt bzw. Therapeut dem Patienten die aktuelle Broschüre der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (s. Umschlagtasche) anbieten:

„Manchmal ergeben sich im Nachhinein noch Fragen zu Dingen, über die wir jetzt gar nicht gesprochen haben. Auf die meisten Fragen kann Ihnen eine Broschüre Antwort geben, die ich Ihnen einfach gerne mit nach Hause geben würde. Was halten Sie davon?" *(Ein Muster der Broschüre befindet sich in der Umschlagtasche.)*

Achtung: Ein Mehr an Behandlung oder Engagement ist nicht immer die bessere Behandlung!

Eine höhere Intensität der Behandlung bringt bei Absichtslosen keine besseren Resultate, sondern kann den Widerstand gegen eine Verhaltensänderung noch verstärken. Absichtslose können nicht zu einer Verhaltensänderung gebracht werden, aber dabei unterstützt werden, sich zu einem Schritt in Richtung Absichtsbildung zu motivieren.

Nachdem die Patientin oder der Patient das Zimmer verlassen hat, sollte sichergestellt werden, dass der passende Sticker auf der Patientenakte angebracht wurde und eine Wiedervorlage erfolgt. Beim nächsten Termin sollte erneut auf das Rauchen Bezug genommen werden.

Intervention bei Patienten mit Ausstiegsabsicht und nicht- oder wenig abhängigem Konsum

Ausstiegswunsch groß oder sehr groß – im Fagerström-Test Wert 0–4
Sticker: „Raucher/-in, akute Änderungsbereitschaft

Abhängigkeit	Motivation: niedrig (eher klein, gar nicht)	Motivation: hoch (sehr groß, eher groß)
niedrig (FTND <5)	> Ein Ausstieg ist unwahrscheinlich, könnte aber ohne Unterstützung geschehen. > Hauptsächliches Ziel einer Intervention ist die Motivationsstärkung.	> Ein Ausstieg mit Minimalunterstützung ist wahrscheinlich. > Hauptsächliches Ziel einer Intervention ist der Anstoß eines Ausstiegsversuchs.
hoch (FTND 5 und mehr)	> Ein Ausstieg ist unwahrscheinlich. > Hauptsächliches Ziel einer Intervention ist zunächst die Motivationsstärkung, um die Patienten für eine Behandlung zugänglich zu machen.	> Ein spontaner Ausstieg ohne Unterstützung fällt schwer; diese Patienten profitieren besonders von der Unterstützung durch eine Behandlung. > Hauptsächliches Ziel einer Intervention ist es, den Patienten eine Behandlung zu offerieren.

Beziehungsaufnahme und Gesprächseröffnung

Wenn die Änderungsbereitschaft schon vorhanden ist und ein großer Wunsch nach einem Rauchstopp besteht, bildet die Förderung der Änderungskompetenz den Fokus der Beratung. Ungeachtet dessen ist auch bei ausstiegswilligen Patienten eine vertrauensvolle Gesprächseröffnung und Beziehungsaufnahme erforderlich.
Bei Rauchern, die die Kurzanamnese bereits ausgefüllt haben, ist es sinnvoll, das Gespräch über das Rauchen nach der Behandlung des Patientenanliegens unter Bezugnahme auf die Angaben in der Kurzanamnese zu eröffnen. Die Selbstangaben zu den Fragen des Fagerström-Tests wie dem durchschnittlichen Tageskonsum und dem Zeitpunkt der ersten Zigarette sind in den allermeisten Fällen ausreichend valide.

„Sie haben in dem Fragebogen angegeben, dass Sie momentan pro Tag etwa … Zigaretten rauchen, aber dass Ihr Wunsch groß (oder sehr groß) ist, mit dem Rauchen aufzuhören. Dabei würde ich Sie gerne unterstützen. Wollen Sie darüber noch mehr erzählen?“

Falls die Kurzanamnese nicht verwendet wurde, *kann die Ausstiegsmotivation direkt erfragt werden:*

„ Wie sieht es bei Ihnen momentan mit Plänen aus, mit dem Rauchen aufzuhören?“
„ Planen Sie irgendwelche Veränderungen in Bezug auf das Rauchen?“

oder die Frage 9 aus Kurzanamnese verbal gestellt werden:

„ Wie groß ist Ihr Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören?“

- *sehr groß*
- *eher groß*
- *eher klein*
- *ich will gar nicht aufhören*

Zur Ermittlung der Schwere der Abhängigkeit sollte der Fagerström-Test (s. Umschlagtasche, Blatt I) zum Selbstausfüllen ausgegeben werden. Erst nach Kenntnis der Tabakabhängigkeit und Ausstiegsmotivation kann die Zuordnung zu dem Feld „niedrige Abhängigkeit, hohe Motivation“ erfolgen.

Hilfreiche Intervention

Mit dem ***„Zuversichtsrating“*** *kann die Überleitung in die Förderung der Änderungskompetenz vorbereitet werden.*

„ Wenn Sie sich jetzt entscheiden würden, mit dem Rauchen aufzuhören – wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie es schaffen würden? Auf einer Skala von 1 bis 10, auf der 1 bedeutet ‚überhaupt nicht zuversichtlich, es zu schaffen‘ und 10 bedeutet ‚100-prozentig zuversichtlich, aufhören zu können und Nichtraucher/-in zu bleiben‘ – welchen Wert würden Sie sich im Moment selbst geben?“

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
O	O	O	O	O	O	O	O	O	O

Nachdem die Patienten die Angabe gemacht haben, kann nach den Gründen gefragt werden:

„ Wie kommt es, dass Sie den Wert ... und nicht eins oder zwei angegeben haben?“

In der Antwort des Patienten kommt das Vertrauen in seine persönlichen Änderungskompetenzen zum Ausdruck.

Patientin/Patient:
„ Ich habe sieben gesagt und nicht zwei, weil ich Dinge, die ich mir vornehme, meistens auch schaffe.“
„ Ich bin so zuversichtlich, weil es mir nicht schwer fällt, einen ganzen Tag einfach nicht zu rauchen.“

Wenn die Erfolgszuversicht durch die nachfolgenden Fragen weiter exploriert wird, kommen die Verhaltensbereiche zur Sprache, in denen die Förderung der Änderungskompetenz besonders wichtig ist (Hochrisikosituationen):

„ Was müsste passieren, damit sich Ihre Erfolgszuversicht von sechs auf acht oder sogar neun erhöht?“

Patientin/Patient:
„ Ich bin noch unsicher, wie ich das machen soll, wenn ich am Wochenende mit meinen Freunden ausgehe. Die rauchen fast alle. So ganz ohne Zigarette kann ich mir das gar nicht richtig vorstellen.“
„ Wenn es mir nicht so gut geht, habe ich das Gefühl, dass mir die Zigarette irgendwie über den Berg hilft. Wenn ich etwas anderes finden würde, könnte ich es sicher schaffen!“

Für die hier genannten Problembereiche (Zusammensein mit anderen Rauchenden, Stimmungsmanagement) werden im nächsten Schritt Lösungen erarbeitet. Zunächst jedoch können die Erwartungen an die Rolle des Arztes oder Therapeuten erfragt werden.

Arzt bzw. Therapeut:
„ Wie könnte ich dazu beitragen, dass sich Ihre Erfolgszuversicht von fünf auf acht oder neun verändert?“

Für die meisten Behandelnden ist die Vereinbarung eines konkreten Abstinenztermins die wichtigste und wertvollste Intervention bei der Beratung von Rauchern. Um hier die Patienten nicht zu drängen und zu schnell zum Ziel kommen zu wollen, kann es hilfreich sein, auch diejenigen Aspekte anzusprechen, die für die Tabakabstinenz hinderlich sein könnten. Analog dem „Guten und dem nicht so Guten des Rauchens" kann über das Gute und das nicht so Gute der Abstinenz gesprochen werden. Hierzu kann eine Kopie der ***Kosten-Nutzen-Analyse*** *als Vorlage benutzt werden, die im Gesprächsverlauf zusammen oder allein zu Hause ausgefüllt bzw. ergänzt werden kann (s. Vorlage in der Umschlagtasche, Blatt V).*

Ärztin/Arzt:

„ Hier habe ich eine Kosten-Nutzen-Analyse oder Vor- und Nachteilliste, die wir zusammen bearbeiten können. Vielleicht fangen wir bei den Vorteilen des Rauchens an: Was mögen Sie derzeit am Rauchen?"

Im Uhrzeigersinn können die weiteren Felder der ***Kosten-Nutzen-Analyse*** *erfragt werden. Dabei sollten die Patienten jeweils einen Vor- bzw. Nachteil direkt eintragen. Der Inhalt des letzten Feldes „Nachteil des Nichtrauchens" sollte bei den nachfolgenden Problemlösungen noch einmal zur Sprache kommen.*

Die Förderung der Ausstiegs- oder Änderungskompetenz

Änderungskompetenz wird im Wesentlichen dadurch gefördert, dass Lösungen oder Alternativen für Hochrisikosituationen erarbeitet werden ***(Veränderungsplan)****. Dabei werden jedoch keine Lösungen vorgegeben, sondern mehrere Optionen angeboten oder Ideen gesammelt, aus denen dann die passend erscheinende ausgewählt wird.*
Dabei sollten zunächst eher grundsätzliche Problembereiche identifiziert werden wie:

- *Angst vor Gewichtszunahme*
- *Zusammensein mit anderen Rauchern*
- *Stress*
- *Umgang mit Stimmungen: Stimmungsmanagement*

Beispiele:

„ Können Sie einige Situationen beschreiben, in denen es Ihnen vielleicht besonders schwer fallen wird, Ihren Plan durchzuhalten?"

„ Was können Sie tun, um nach dem Essen nicht so stark in Versuchung zu geraten?"

Es sollte möglichst vermieden werden, sofortige, einfache Lösungen für einzelne Problemssituationen anzubieten (s. auch Experten-Falle im Kapitel 2, Seite 38 „Gesprächsführung und Interventionstechniken“).

Stattdessen sollten Patienten ermutigt werden, Ideen zu nennen, die funktionieren könnten. Dabei kann auf bereits erzielte Teilerfolge oder andere erfolgreiche Änderungen zurückgegriffen werden:

„ Sie haben ja in der Vergangenheit schon einmal zeitweise erfolgreich aufgehört. Wie haben Sie das gemacht?“
„ Wann haben Sie sich schon einmal zu einer Veränderung entschlossen und diese umgesetzt? Was gab es dabei für Hindernisse und wie haben Sie diese überwunden?“

Auch wilde Spekulationen („brainstorming“) sind erlaubt.

„ Welche Ideen kommen Ihnen in den Sinn, die funktionieren könnten, auch wenn sie sich vielleicht verrückt anhören?“

Diese Ideensammlung kann mit den Ideen des Arztes oder Therapeuten ergänzt werden, bevor die Patientin oder der Patient die besten Optionen auswählt.

„ Nun, es gibt ja mehrere Möglichkeiten: Sie könnten versuchen, gleich nach dem Essen aufzustehen und das Geschirr abzuräumen. Oder Sie benutzen einen Kaugummi oder ein Pfefferminz-Bonbon. Anderen in einer vergleichbaren Situation hat geholfen, die Mittagspause in der ersten Woche an einem anderen Ort zu verbringen. Oder direkt am Tisch darüber zu reden, dass sie gespannt sind, wie sie nach dem Essen ohne Zigarette zurechtkommen würden.“

Einfache Beispiele für Verhaltensalternativen in typischen Hochrisikosituationen

Typische Rauchsituation	***Mögliche Alternativen***
Morgens nach dem Frühstück	> *Ein Glas Fruchtsaft* > *Duschen mit wechselnden Temperaturen* > *Gleich das Geschirr abräumen und aufstehen*
Bei Ärger	> *Entspannungsübung* > *Ärger aussprechen* > *Die Situation kurz verlassen („abhauen“)*
Zum Kaffee	> *Auf Tee umsteigen* > *Mit Nichtrauchenden Kaffee trinken* > *In rauchfreien Zonen Kaffee trinken*
Bei Stress	> *Tief durchatmen* > *Sich auf den nächsten Schritt konzentrieren* > *Ablenken, indem man sich klarmacht, dass gar keine Zeit zum Rauchen ist*

Angebote, aus denen die Patienten auswählen können, steigern die Motivation und die Eigenverantwortlichkeit, Vorgaben nicht.

Als Abstinenztechnik können auch die ***„4 A“*** *angeboten werden:*

- ***Ausweichen***
- ***Abhauen***
- ***Ablenken***
- ***Aufschieben***

Eine Liste mit Tipps für die letzten Tage als Raucher/-in und die ersten Tage als Nichtraucher/-in findet sich in der Umschlagtasche und kann an dieser Stelle angeboten werden. Dadurch erhält die Patientin oder der Patient ein weiteres Angebot an Strategien zur Bewältigung von Risikosituationen, was sich günstig auf seine Ausstiegskompetenz auswirken kann.

Einbeziehung der sozialen Umgebung

Als weitere Technik zur Steigerung der Änderungskompetenz soll die Aktivierung von sozialer Unterstützung im Umfeld von Patienten genannt werden.

„Wer wäre denn eine wichtige Stütze für Sie in der ersten Zeit ohne Zigaretten?“
„Wie könnten Ihre Familie, Freunde oder Arbeitskollegen Sie bei Ihrem Vorhaben unterstützen?“
„Wie könnten Sie Ihre Familie um Unterstützung bitten?“

Denkbar ist jedoch auch, dass ein hoher Anteil von Rauchern im sozialen Umfeld eine zusätzlich Hürde darstellt.

„Wenn es in Familie oder Freundeskreis viele Raucher gibt, kann das einen Einfluss auf Ihre Ausstiegschancen haben. Wie ist das bei Ihnen?“

Ein Arbeitsblatt für Partner, Freunde oder Kollegen findet sich in der Umschlagtasche und kann den Patienten angeboten werden.

Information zu medikamentösen Therapien

Unter drei Bedingungen können Informationen zu medikamentösen Therapien hilfreich sein, auch wenn keine weiteren Indikatoren für Tabakabhängigkeit aus der Kurzanamnese vorliegen:

- *Wenn die Patienten nach medikamentösen Therapien fragen.*
- *Wenn der durchschnittliche Tageskonsum bei 20 Zigaretten oder mehr liegt.*
- *Wenn vergangene Versuche wegen starker Entzugssymptomatik oder starker Gewichtszunahme gescheitert sind oder befürchtet wird, dass heftige Entzugssymptome auftreten.*

Abschluss der Kurzintervention

Förderung der Verbindlichkeit – Verständigung auf ein konkretes Ausstiegsdatum

Wenn die Ausstiegsmotivation gegeben und die Kompetenz zur Veränderung über die vorgenannten Interventionen gestärkt ist, kann die Verständigung auf einen konkreten Ausstiegstermin angeboten werden.

„Sie haben vor, in den nächsten Wochen mit dem Rauchen aufzuhören und wir haben viele gute Ideen gesammelt, damit das auch klappt. Was würden Sie davon halten, wenn wir jetzt zum Abschluss ein konkretes Datum für Ihren Ausstieg auswählen?“

Wenn die Patientin oder der Patient einwilligt und sich für ein bestimmtes Datum innerhalb der nächsten Wochen entscheidet, sollte der Arzt bzw. Therapeut mit einer bestärkenden Rückmeldung antworten:

„Ich halte das für eine sehr gute Idee.“
„Ich denke, das könnte klappen.“

Die Kurzintervention ist mit dem ersten Beratungskontakt noch nicht beendet!

Der erste Beratungstermin schließt mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Gesprächsinhalte und der getroffenen Vereinbarungen.
Zusätzlich wird ein Folgekontakt vereinbart, der möglichst zeitnah am Ausstiegstermin, in jedem Fall aber innerhalb der ersten Woche nach dem ersten rauchfreien Tag liegen sollte. Das Vorgehen beim Folgekontakt ist auf Seite 66 beschrieben.

Zusätzlich Hilfen anbieten

*Wenn die Patienten trotz ursprünglich geäußerter Abstinenzabsicht sich nicht für eine verbindliche Vereinbarung entscheiden wollen, muss die Autonomie und Selbstverantwortlichkeit der Person unbedingt respektiert werden. Machen Sie deutlich, dass Sie jederzeit für weitere Hilfen zur Verfügung stehen und bieten Sie die Broschüre **„Ja, ich werde rauchfrei“** (s. Umschlagtasche) oder die passenden Patientenbögen (Raucherprotokoll, gesundheitliche Vorteile, Blätter VI und VII in der Umschlagtasche) an.*
*Es kann auch auf das Ausstiegsprogramm **www.rauchfrei-info.de** im Internet hingewiesen werden. Dieser Hinweis sollte auch eine kurze Vorstellung des Programms enthalten:*

*„Es gibt auch die Möglichkeit, das Internet-Ausstiegsprogramm der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu nutzen. Unter **www.rauchfrei-info.de** finden Sie das Rauchfrei-Ausstiegsprogramm. Dieses Programm kann Sie auf dem Weg in ein rauchfreies Leben unterstützen und Ihnen dabei zahlreiche Hilfestellungen in Form von Tipps und Informationen geben. Das Rauchfrei-Ausstiegsprogramm ist wie eine Art stützendes ‚Geländer‘ bzw. wie ein ‚Wegweiser‘ gedacht. Ein großer Teil des Programms widmet sich positiven Alternativen zum Rauchen. Dazu gehören zum Beispiel auch Anleitungen zur Entspannung und für ein etwas Mehr an körperlicher Aktivität. Wäre das eine gute Möglichkeit für Sie?“*

Nachdem die Patientin oder der Patient das Zimmer verlassen hat, sollte sichergestellt werden, dass der passende Sticker auf der Patientenakte angebracht wurde. Im Falle einer Veränderung des Rauchstatus zum Zeitpunkt der Folgekontakte muss der Sticker nach vier Wochen Abstinenz ausgetauscht werden.

Intervention bei Patienten mit Ausstiegsabsicht und abhängigem Konsum

Im Fagerström-Test Wert 5 oder höher
Sticker: „Raucher/-in, akute Änderungsbereitschaft“

		Motivation	
		niedrig (eher klein, gar nicht)	**hoch (sehr groß, eher groß)**
Abhängigkeit	**niedrig (FTND <5)**	> *Ein Ausstieg ist unwahrscheinlich, könnte aber ohne Unterstützung geschehen.* > *Hauptsächliches Ziel einer Intervention ist die Motivationsstärkung.*	> *Ein Ausstieg mit Minimalunterstützung ist wahrscheinlich.* > *Hauptsächliches Ziel einer Intervention ist der Anstoß eines Ausstiegsversuchs.*
	hoch (FTND 5 und mehr)	> *Ein Ausstieg ist unwahrscheinlich.* > *Hauptsächliches Ziel einer Intervention ist zunächst die Motivationsstärkung, um die Patienten für eine Behandlung zugänglich zu machen.*	> *Ein spontaner Ausstieg ohne Unterstützung fällt schwer; diese Patienten profitieren besonders von der Unterstützung durch eine Behandlung.* > *Hauptsächliches Ziel einer Intervention ist es, den Patienten eine Behandlung zu offerieren.*

Die Interventionen bei diesen Personen sind mit den in Kapitel 3, Seite 49 beschriebenen Interventionen identisch. Zusätzlich wird eine medikamentöse Entzugsbehandlung empfohlen.

Begleitende medikamentöse Entzugsbehandlung

Nikotin ist die wichtigste suchterzeugende Substanz im Tabakrauch. Über die Stimulation neuronaler und nikotinerger Acetylcholinrezeptoren kommt es zur mittelbaren Beeinflussung dopaminerger, adrenerger, cholinerger, serotonerger und opioiderger Strukturen im Gehirn mit den Folgen einer Anregung, Konzentrationssteigerung, aber auch Beruhigung. Im Lauf der regelmäßigen Zufuhr von Nikotin bildet sich eine Toleranz der Neurone und Rauchende müssen zur Erzielung der gleichen Wirkung die Dosis steigern. Sobald die Nikotinzufuhr unterbrochen oder reduziert wird, stellt sich als Folge der abgelaufenen Neuroadaptation und Toleranzentwicklung in der Regel ein

Entzugssyndrom ein, das als starkes Rauchverlangen, aber auch Nervosität, Unruhe und dysphorische Stimmung wahrgenommen wird und häufig zu einem raschen Rückfall führt. Das Abhängigkeitspotenzial von Tabak wird häufig unterschätzt.
Die Vorteile einer Entzugsbehandlung mittels medikamentöser (Nikotinersatz-) Therapie können ausstiegswilligen und geeigneten Personen (Gegenanzeigen und Nebenwirkungen s. u.) über folgende Erklärungen nahe gebracht werden:

„Was würden Sie davon halten, wenn ich Ihnen in einigen wenigen Sätzen versuche zu erklären, wie diese Nikotinpräparate/diese Medikamente wirken?“

„Nikotin ist die wichtigste suchterzeugende Substanz im Tabakrauch. Es vermittelt über Empfängerstellen im Gehirn bestimmte positive Wirkungen wie Anregung, Konzentrationssteigerung oder Beruhigung. Nach längerem Konsum gewöhnen sich diese Zellen an den Stoff – sie entwickeln eine Toleranz. Das bedeutet, dass die Wirkung weniger stark wahrgenommen wird oder die Dosis gesteigert werden muss, um den gewünschten Effekt zu erzielen.

Wenn nun kein Nikotin mehr zugeführt wird, reagieren diese Empfängerstellen ‚gereizt‘, und diese Reaktionen werden als Entzugserscheinungen wahrgenommen.
Zur Erleichterung des Entwöhnungsprozesses kann das Nikotin aus der Zigarette durch die medikamentöse Gabe von Nikotin ersetzt werden. Diese ‚Nikotinersatztherapie‘, die eine allmähliche und schonende Reduktion des Nikotins vorsieht, mildert die körperliche Entzugssymptomatik.“

Nikotin ist nicht gleich Tabak

*Wichtig für das Verständnis der Wirkungsweise der Nikotinersatztherapie ist die Unterscheidung von **Nikotin** und **Tabak**: Nikotin ist nicht für die massiven Gesundheitsschäden in Zusammenhang mit dem Rauchen verantwortlich zu machen. Diese Gesundheitsschäden werden durch die etwa 4000 Inhaltsstoffe des Tabakrauchs, darunter über 40 krebserzeugende Substanzen, hervorgerufen. Nikotinersatzpräparate geben Nikotin zwar langsamer und weniger befriedigend ab, aber auch sicherer und viel weniger suchterzeugend als Zigaretten. Sie enthalten auch keine der vielen im Tabakrauch enthaltenen krebserregenden Substanzen. Unabhängig von der rezeptfreien Abgabe der Nikotinersatzpräparate ist die Verwendung unter ärztlicher Kontrolle bzw. Beratung sinnvoll, um mögliche Nebenwirkungen, Kontraindikationen zu diskutieren und Anwendungstipps zu geben.*

Nikotinersatztherapie

Die Wirksamkeit der Nikotinersatztherapie wurde in zahlreichen klinischen Studien bestätigt. Effektive medikamentöse Hilfen für entwöhnungswillige, abhängige Rauchende stehen mit dem Nikotinpflaster, Nikotinkaugummi, der Lutsch- und Sublingualtablette sowie Nikotinnasalspray zur Verfügung. Die Behandlung gilt als sicher. Nikotinersatzpräparate sind mit Ausnahme des Nasalsprays nicht verschreibungspflichtig. Die Kosten für die Nikotinersatztherapie liegen in der Regel niedriger als die Kosten für die entsprechende Zigarettenmenge. Die Kombination mehrerer Substitutionsformen bei stark Abhängigen ist möglich, sollte aber der ärztlichen Indikationsstellung vorbehalten sein und überwacht werden.

Differenzielle Indikation nach Rauchcharakteristika

Abhängigkeitsgrad:	***abhängige Raucher/-in, mittlere Abhängigkeit***
Rauchcharakteristika:	*< 20 Zigaretten und Tag, FTND 4–5;*
Intervention:	*Nikotinpflaster, alternativ Nikotinkaugummi (4 mg) oder Nikotinlutschtablette (4 mg)*
Abhängigkeitsgrad:	***abhängige Raucher/-in, mittelschwere bis schwere Abhängigkeit***
Rauchcharakteristika:	*20–30 Zigaretten und Tag, FTND 5–6;*
Intervention:	*Nikotinpflaster, alternativ Nikotinkaugummi (4 mg), alternativ Nikotinlutschtablette (4 mg) oder Nasalspray, bei starken Entzugszeichen Kombinationsbehandlung aus Pflaster und Kaugummi oder Lutschtablette (4 mg); evtl. längerdauernde Substitution bei Abstinenzgefährdung*
Abhängigkeitsgrad:	***abhängige Raucher/-in, schwere bis sehr schwere Abhängigkeit***
Rauchcharakteristika:	*> 30 Zigaretten und Tag, FTND 7 oder höher*
Intervention:	*Nikotinpflaster in Verbindung mit Nikotinkaugummi oder Nikotinlutschtablette (4 mg), alternativ Nasalspray; evtl. längerdauernde Substitution bei Abstinenzgefährdung*

*(**FTND** = **F**agerström-**T**est for **N**icotine **D**ependence)*

Manche Patienten haben eine negative oder ablehnende Haltung gegenüber der Nikotinersatztherapie, die häufig auf negativen Vorinformationen über Anwendungsrisiken und Nebenwirkungen beruht. Wenn bereits einmal Nikotinersatzpräparate angewendet und negative Vorerfahrungen berichtet werden, sollte deren korrekte Anwendung anschaulich erklärt werden (Kau-Rhythmus bei der Anwendung des Kaugummis, tägliches Wechseln der Hautstelle beim Pflaster). Hierbei kann bereitgestelltes Anschauungsmaterial nützliche Dienste leisten. Schwellenängste können durch die Abgabe von kostenlosen Einzelproben abgebaut werden.

Bupropion

Bupropion ist ein Antidepressivum, das in den USA sowohl zur Behandlung von depressiven Störungen als auch zur Tabakentwöhnung eingesetzt wird, hier dagegen nur eine Zulassung zur Tabakentwöhnung erfahren hat. Durch eine Wiederaufnahmehemmung von Dopamin und Noradrenalin wird ein Teil der Wirkung womöglich imitiert. Berichte über mögliche Nebenwirkungen (Soyka 2004) erfordern eine sorgfältige Nutzen-/Risikoabschätzung. Insbesondere Risiken im Sinne einer Gefahr epileptischer Anfälle sollten sorgfältig bedacht werden. Aufgrund der erschwerten Handhabung des Medikamentes wird häufig den Nikotinersatztherapeutika aus pragmatischen Gründen der Vorzug gegeben, sofern hiermit nicht bereits eine erfolglose Therapie durchgeführt worden ist.

Nebenwirkungen und Gegenanzeigen der Nikotinersatztherapie

Cave: *Manche der Entzugserscheinungen werden von Patienten als „Nebenwirkungen" erlebt! Bei sachgemäßer Anwendung sind für Rauchende, die an den Effekt von Nikotin aus der Zigarette gewöhnt sind, abgesehen von den spezifischen Nebenwirkungen durch ungewohnte Applikationsweise, kaum Nebenwirkungen zu erwarten.*

Allgemeine Nebenwirkungen

Cerebral/psychisch:
- *Kopfschmerzen, Schwindel, Ängstlichkeit, Depressionen, Schlafstörungen.*

Gastrointestinal:
- *Übelkeit, Verstopfung, Diarrhöe, Blähungen.*

Kardial:
- *Tachykardie, Palpitationen, eine leichte Hypertonie, sehr selten reversibles Vorhofflimmern.*

Generalisierte allergische Reaktionen:
- *Hautrötung, Urtikaria.*
- *Beschrieben werden auch unspezifische körperliche Sensationen, z. B. Hitzegefühl, Geschmacksanomalien, Gehörsensationen, eine gesteigerte Miktion, o. Ä.*

Spezifische Nebenwirkungen

Nikotinkaugummi:
- *Irritationen im Mund oder Hals, vermehrter Speichelfluss, Schluckauf, gastrointestinale Beschwerden (Sodbrennen oder Magenschmerzen), Mundaphten.*

Nikotinpflaster:
- *Lokale allergische Hauterscheinungen (< 5 %), kurzdauernde Hautveränderungen, Erytheme, Juckreiz, Brennen oder Ödeme (< 20 %).*

Nikotintablette:
- *Irritationen in Mund oder Hals, gastrointestinale Beschwerden, Schluckauf, Schmerzen im Mund oder Rachen, trockener Mund, Brennen im Mund, Rhinitis und Husten.*

Nikotinnasalspray:
- *(Passagere) Nasenreizungen, laufende Nase, Niesen, Rhinitis, gelegentlich treten Kopfkribbeln, Nasenbluten, Pharyngitis, Halsreizungen und eine wunde, empfindliche Nase sowie Gehörsensationen auf.*

Allgemeine Gegenanzeigen und Anwendungsbeschränkungen

Frischer Myokardinfarkt, Prinzmetal-Angina, instabile Angina pectoris, schwere Herzrhythmusstörungen, kürzlich aufgetretener Schlaganfall.
Bekannte Überempfindlichkeit gegen Nikotin.

Relative Kontraindikationen:
- *(Einsatz nur nach vorheriger Abwägung von Nutzen und Risiken durch eine Ärztin/einen Arzt):*
  Schwere kardiovaskuläre Erkrankungen, Phäochromozytom, stabile Angina pectoris, hochgradige Hypertonie, cerebrovaskuläre Erkrankungen, Vasospasmen, schwere Herzinsuffizienz, schwere Leber- oder Niereninsuffizienz, Schilddrüsenüberfunktion, insulinpflichtiger Diabetes mellitus, akute Magen- und Darmgeschwüre, Schwangerschaft, Personen unter 18 Jahren.

Spezifische Gegenanzeigen und Anwendungsbeschränkungen

Nikotinkaugummi: > *Gebissprothesen*
Nikotinpflaster: > *Pflasterallergien, chronisch generalisierte Hauterkrankungen*
Nikotinnasalspray: > *(Psoriasis, chronische Dermatitis, Urtikaria).*
Überempfindlichkeit gegen Parabene (Alkyl-4-hydroxybenzoate), Nasenbluten, chronische Erkrankungen der Nasenschleimhaut.

Wechselwirkungen mit anderen Pharmaka
Nach Beendigung des Zigarettenkonsums kann es zu einer Veränderung in den Plasmakonzentrationen der zuvor beschleunigt abgebauten Medikamente kommen, dazu gehören:
Koffein, Theophyllin, Paracetamol, Phenazon, Phenylbutazon, Pentazocin, Lidocain, Benzodiazepine, trizyklische Antidepressiva, Neuroleptika, Vitamin B 12 und Östrogen. Unter Umständen muss eine Dosisreduktion vorgenommen werden.

Symptome der Nikotinintoxikation
Nikotin ist eine potenziell toxische Substanz, die bei Überdosierung Vergiftungserscheinungen hervorruft. Nikotin ist nicht zum Einsatz bei Nichtrauchenden empfohlen. Kinder und nichtrauchende Jugendliche können durch die Zufuhr von Nikotin lebensbedrohliche Zustände erleiden!
Bei einer Nikotinintoxikation treten dosisabhängig folgende Symptome auf:
Schwindel, Mattigkeit, Übelkeit, vermehrter Speichelfluss, Tremor, Schweißausbrüche, Stuhldrang, Diarrhöe, Erbrechen.
Bei einer stärkeren Überdosierung treten auf: hochfrequenter Puls, Leibschmerzen, Blutdruck- oder Temperaturabfall, Atemnot, Durchfälle, Hör- und Sehstörungen, kardiale Arrhythmie sowie Krämpfe und Bewusstlosigkeit. Im Extremfall kann es zum Koma und zum Exitus im Atem- und Herz-Kreislaufstillstand kommen.
Als tödliche Dosis für Nichtrauchende gilt 1 mg pro Kilogramm Körpergewicht.

Behandlung der Nikotinintoxikation
Unterbrechung der Nikotinsubstitution; bei Verschlucken von Zigaretten/anderen Nikotinprodukten:
Induktion von Erbrechen, gegebenenfalls Magenspülung
Bei Krämpfen:
Einsatz von Biperiden, Diazepam oder Chloralhydrat
Bei schwersten Intoxikationen mit Bewusstlosigkeit:
künstliche Beatmung, Kontrolle der Körpertemperatur, ggf. Erwärmung, intensivmedizinische Kontrolle des kardiovaskulären Systems und Behandlung des Blutdruckabfalls (evtl. Adrenalin).

Nebenwirkungen und Gegenanzeigen der Therapie mit Bupropion

*Bei der Behandlung von Rauchenden mit **Bupropion** ist eine sorgfältige Anamneseerhebung und körperliche Untersuchung sowie Indikationsstellung unbedingt indiziert. Die Produktempfehlungen schließen die Anwendung des Präparates bei Patienten mit früheren Krampfanfällen, Schädeltraumata, Tumoren oder im akuten Alkoholentzug oder einem Benzodiazepinentzug aus. Andere Ursachen für eine Senkung der Krampfschwelle (Medikamente, Diabetes) führen ebenfalls zum Ausschluss von der Behandlung mit Bupropion.*

Kontraindikationen liegen vor bei Überempfindlichkeit gegenüber Bupropion, Bulimie/Anorexie, schwere Leberzirrhose sowie bipolarer Erkrankung. Patienten mit einem derzeitigen Krampfleiden oder jeglicher Anamnese von Krampfanfällen sollten von der Behandlung ausgeschlossen werden. Medikamentengruppen, die die Krampfschwelle herabsetzen (Antipsychotika, Antidepressiva, Theophyllin und systemische Steroide, Antimalariamittel, Tramadol, Chinolone, sedierende Antihistaminika), dürfen nicht gleichzeitig gegeben werden. Für rauchende Schwangere ist Bupropion nicht geeignet.

Abschluss der Kurzintervention

Verständigung auf ein konkretes Ausstiegsdatum

Wenn die Kompetenz zur Veränderung über die vorgenannten Interventionen gestärkt wurde und eine medikamentöse Behandlungskomponente verwendet werden soll, ist die Verständigung auf einen konkreten Ausstiegstermin notwendig. Erst ab diesem Termin kann mit der Nikotinersatztherapie begonnen werden.

„Sie haben vor, in den nächsten Wochen mit dem Rauchen aufzuhören und wir haben viele gute Ideen gesammelt, damit das auch klappt. Was würden Sie davon halten, wenn wir jetzt zum Abschluss ein konkretes Datum für Ihren Ausstieg auswählen, an dem Sie dann auch mit dem Nikotinpflaster beginnen?“

Wenn Patienten einwilligen und sich für ein bestimmtes Datum innerhalb der nächsten Wochen entscheiden, sollte der Arzt bzw. Therapeut mit einer bestärkenden Rückmeldung antworten:

„Ich freue mich über Ihre Entschlossenheit.“
„Das ist eine gute Entscheidung. Ich glaube, das könnte funktionieren“.

Folgekontakte vereinbaren

Der erste Beratungstermin endet mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Gesprächsinhalte und der getroffenen Vereinbarungen. ***Zusätzlich wird ein Folgekontakt vereinbart, der möglichst zeitnah am Ausstiegstermin, in jedem Fall aber innerhalb der ersten Woche nach dem ersten rauchfreien Tag liegen sollte. Das Vorgehen beim Folgekontakt ist ab Seite 66 beschrieben.***

Die Kurzintervention ist mit dem ersten Beratungskontakt noch nicht beendet!
Wenn Patienten trotz ursprünglich geäußerter Abstinenzabsicht sich nicht für eine verbindliche Vereinbarung entscheiden wollen, muss die Autonomie und Selbstverantwortlichkeit der Person unbedingt respektiert werden. Weisen Sie noch einmal darauf hin, dass die Nikotinersatztherapie erst eingesetzt werden soll, wenn nicht mehr geraucht wird.
Machen Sie deutlich, dass Sie jederzeit für weitere Hilfen zur Verfügung stehen und bieten Sie die Broschüre ***„Ja, ich werde rauchfrei“*** *und die passenden Patientenbögen an oder verweisen Sie auf die Möglichkeit der Unterstützung durch das Ausstiegsprogramm* ***www.rauchfrei-info.de*** *im Internet.*

Nachdem die Patientin oder der Patient das Zimmer verlassen hat, sollte sichergestellt werden, dass der passende Sticker auf der Patientenakte angebracht wurde. Im Falle einer Veränderung des Rauchstatus zum Zeitpunkt der Folgekontakte muss der Sticker nach vier Wochen Abstinenz ausgetauscht werden.

Weitere Begleitung und Weitervermittlung

Folgekontakte vereinbaren

Idealerweise schließen sich bei Patientinnen und Patienten, mit denen eine Abstinenzvereinbarung getroffen wurde, zeitnah an den Erstkontakt weitere Folgekontakte an. Eine Ausstiegsintervention, die mehrere Kontakte umfasst, ist wirksamer als eine einmalige Intervention (Fiore et al. 2004, S. 60). Der erste Folgekontakt sollte innerhalb weniger Tage nach dem vereinbarten Ausstiegstermin stattfinden.
Zum Abschluss des ersten Folgekontaktes werden nach Möglichkeit zwei weitere Kontakte innerhalb der nächsten vier Wochen vereinbart, die sich thematisch an dem hier beschriebenen Vorgehen orientieren können.
Bei den Folgekontakten sollte unmittelbar auf das Rauchen Bezug genommen und jeder Abstinenzerfolg beglückwünscht werden, um zu weiterer Abstinenz zu ermutigen.

„Ich würde gerne noch mit Ihnen darüber sprechen, wie es Ihnen seit unserem letzten Gespräch über das Rauchen ergangen ist."

In den allermeisten Fällen wird bereits mit den ersten Worten des Patienten deutlich, welchen Verlauf die Entwicklung genommen hat:

a ***Die Person ist vollkommen rauchfrei.***
b ***Die Person ist nicht ganz rauchfrei, hat aber das Rauchverhalten verändert.***
c ***Die Person hat einen Ausstiegsversuch unternommen und hatte zwischenzeitlich einen Rückfall.***
d ***Die Person hat nicht ernsthaft versucht, mit dem Rauchen aufzuhören und raucht unverändert weiter.***

a Die Person ist vollkommen rauchfrei

Zunächst sollten Patienten zur erfolgreichen Verhaltensänderung beglückwünscht werden. Im Sinne einer ***Rückfallprävention*** *sollten auch diese Personen ausdrücklich ermutigt werden, über mögliche Schwierigkeiten zu sprechen. Dabei sollten offene Fragen formuliert werden, um das Problemlöseverhalten anzuregen (z. B.: „Wie ist es Ihnen seit dem Ausstieg ergangen?" oder „Gibt es auch Situationen, die für Sie eher schwierig sind?"). Folgende Themen sollten aktiv diskutiert werden:*

Der Nutzen (v. a. auch gesundheitliche Verbesserungen) des Ausstiegs.
- *Jeder Erfolg, den die Patientin oder der Patient beim Ausstieg erlebt (zunehmende*
- *Abstinenzdauer, Rückgang der Entzugssymptome etc.).*
Die tatsächlich erlebten und die noch zu befürchtenden Schwierigkeiten (wie Entzugs-
- *symptome, Angst zu scheitern, Gewichtszunahme, fehlende Unterstützung, Depression, nachlassende Motivation und Verlustgefühle).*
Die Maßnahmen für den Umgang mit schwierigen Situationen,
- *Messung des CO-Gehalts und Vergleich mit früheren Messungen.*

Bei abstinenten Patienten trägt der deutlich reduzierte Kohlenmonoxid-Wert zur Verstärkung des erzielten Erfolgs bei. Für die berichteten Schwierigkeiten sollte jeweils eine mögliche Erklärung geliefert und ***Hilfestellung*** *angeboten werden:*

„ Niedergeschlagenheit und schlechte Laune können auch vorübergehende Entzugssymptome sein.“
„ Neben den medikamentösen Hilfen können erholsame Spaziergänge, heiße Bäder oder Dehn- und Streckübungen helfen.“
„ Gibt es ganz bestimmte Situationen, in denen Ihnen das Nichtrauchen besonders schwer fällt?“

Es sollte ermittelt werden, inwieweit die identifizierten Situationen zukünftig verändert oder vermieden werden können.

„ Was könnten Sie in der Situation anders machen, damit es Ihnen etwas leichter fällt?“

Möglicherweise kann auch eine Entspannungsmethode wie Autogenes Training oder Progressive Muskelentspannung zur Verbesserung der Befindlichkeit beitragen.
Bei Personen, die eine ***begleitende medikamentöse Entzugsbehandlung*** *erhalten und über anhaltende Entzugssymptome klagen, sollte die korrekte Anwendung überprüft werden und eventuell eine Dosisanpassung vorgenommen werden.*
Wenn Patienten kurz nach dem Ausstieg über Verstimmungen klagen und von Schwierigkeiten berichten, angenehme und belohnende Aktivitäten abseits des Rauchens zu finden, sollte gemeinsam nach Möglichkeiten gesucht werden, kleinere lustvolle Aktivitäten in den Alltag einzuplanen. Dazu einige Beispiele:

- ***Sich fein anziehen***
- ***Sich oder einem nahe stehenden Menschen einen Blumenstrauß kaufen***
- ***Einen Ort aufsuchen, der eine besondere Bedeutung für Sie hat***
- ***Etwas besonders Leckeres kochen***
- ***Ein ausgefallenes Kleidungsstück kaufen***
- ***Ein Magazin zu einem interessanten Thema lesen***
- ***Einem alten Freund/einer alten Freundin einen Brief schreiben***
- ***Ein Thermalbad oder Wellnessbad besuchen***
- ***Einen Spaziergang machen***
- ***Einen besonderen Film im Kino ansehen***
- ***Etwas anpflanzen (im Garten oder im Topf)***
- ***Mit Kindern auf den Spielplatz gehen und mitspielen***
- ***Lieblingsmusik hören und dazu tanzen***
- ***Sich gegenseitig ausgefallene Geschichten erzählen***
- ***Sich in einem Fitnessstudio für ein Probetraining anmelden***

b

Die Person ist nicht ganz rauchfrei, hat aber ihr Rauchverhalten verändert

Wenn Patienten über eine Veränderung des Rauchverhaltens berichten, ohne Abstinenz erreicht zu haben, sollte die gute Absicht zunächst verstärkt und diese Veränderung als Teilerfolg gewürdigt werden.
Danach kann die Bereitschaft für eine neue Abstinenzvereinbarung erkundet und ein Angebot unterbreitet werden, wie es in Kapitel 3, Seite 65 (Förderung der Verbindlichkeit – Verständigung auf ein konkretes Ausstiegsdatum) beschrieben ist.

c

Die Person hat einen Ausstiegsversuch unternommen und hatte zwischenzeitlich einen Rückfall

Wenn Patienten einen Ausstiegsversuch unternommen und zwischenzeitlich einen Rückfall hatten, sollte eine Intervention zum Rückfallmanagement angeboten werden. Rückfällig gewordenen Personen sollte über eine verständnisvolle Analyse der Rückfallumstände ermöglicht werden, den Rückfall als normalen Prozess beim Durchlaufen der Änderungsphasen und nicht als stabile Phase des Scheiterns zu verstehen (= entdramatisieren). Dann besteht auch die Chance, die Veränderungsabsicht wieder aufzunehmen. Zunächst sollten sie dafür gelobt und bestärkt werden, dass sie ihren Rückfall mitteilen.

Ärztin/Arzt:
„Ich schätze das hoch ein, dass Sie so ehrlich von Ihrem Rückfall berichten. Auch bei guter Vorbereitung kommt es immer wieder zu Rückfällen. Das gehört mit zum Ausstieg dazu. Damit ist aber nicht alles vorbei. Die meisten erfolgreichen Ex-Raucher haben mehr als einen Anlauf gebraucht. Welche weiteren Pläne haben Sie im Moment?“

Nach folgendem Schema kann das Rückfallgeschehen analysiert werden: Im Falle eines Ausrutschers bzw. Rückfalls werden die persönlichen (d. h. emotionale, kognitive und physiologische) und situativen Bedingungen analysiert, unter denen es zu diesem kritischen Ereignis kam.

„Ich möchte gerne mit Ihnen darüber sprechen, wie es zum Rückfall gekommen ist.“

Welche situativen Faktoren waren gegeben?

- *Andere Raucher anwesend, Party/Fest, Zigarettenangebote, Zigarettenfund, Vorrat an Zigaretten*

Welche emotionalen Faktoren waren gegeben?

- *Ärger, Niedergeschlagenheit, Langeweile, Anspannung, Aggressivität*

Welche Gedanken hatte die Patientin/der Patient?

- *Selbstzweifel, Idealisieren, Illusion der Kontrolle, Zigaretten-Probe*

Wie waren die körperlichen Bedingungen?

- *Entzugssymptome, starkes Verlangen, Übermüdung, Hunger, Alkoholkonsum, Kaffee-Konsum*

Folgende Fragen bieten sich für die Analyse an:

„ Was war denn Ihrer Ansicht nach der Auslöser für den Vorfall/den Ausrutscher? Wissen Sie noch, was Sie gefühlt oder gedacht haben, bevor Sie die Zigaretten besorgt haben?“
„ Haben Sie eine Idee, was Sie das nächste Mal in exakt der gleichen Situation anders machen könnten?“

Entdramatisieren bedeutet auch, die Ursachen des Rückfalls nicht an den mangelnden Fähigkeiten der Person festzumachen, sondern an spezifischen internen und externen Bedingungen:

„ Es kommt mir so vor, als ob einige ungünstige Bedingungen zusammengekommen sind. Was hat den Ihrer Ansicht nach den Ausschlag gegeben, dass Sie genau dort wieder geraucht haben?“
„ Haben Sie sich an diesem Tag vor der ersten Zigarette anders gefühlt, oder hat sich diese Zigarette sonst irgendwie angekündigt?“

Natürlich muss der Ausrutscher auch praktisch aufgearbeitet werden:

„ Was wollen Sie als Nächstes unternehmen? Wie sehen Ihre Pläne aus?“

Es kann an dieser Stelle hilfreich sein, eine neue Einschätzung der Ausstiegsmotivation vorzunehmen:

„ Wie wichtig ist Ihnen im Moment, an Ihren Ausstiegplänen festzuhalten?“
„ Wie groß ist Ihr Ausstiegswunsch zum jetzigen Zeitpunkt?“

Möglicherweise ergibt die Rückfallanalyse, dass die Patientin/der Patient eine intensivere Unterstützung für den Ausstieg benötigt (s. Kapitel 3, Seite 70).

d Die Person hat nicht ernsthaft versucht, mit dem Rauchen aufzuhören und raucht unverändert weiter

Wenn es im Verlauf des Erstkontaktes zu einer Abstinenzvereinbarung gekommen war, der Patient jedoch keinen ernsthaften Ausstiegsversuch unternommen hat und unverändert weiterraucht, sollte der Arzt oder Therapeut zunächst eine Brücke bauen und zu einem neuerlichen Ausstiegsversuch ermutigen. Reden Sie vorwurfslos über die Gründe und Hindernisse, warum das Vorhaben fallen gelassen wurde. Bieten Sie sich als Begleiter für einen neuen Ausstiegsversuch an.
Im Falle einer Zustimmung kann eine neue Abstinenzvereinbarung getroffen werden, wie in Kapitel 3, Seite 65 (Förderung der Verbindlichkeit – Verständigung auf ein konkretes Ausstiegsdatum) beschrieben ist.

Vermittlung an weiterführende Unterstützungsangebote

Wenn keine Ausstiegbereitschaft erkennbar wird, sollten die Gründe dafür erfragt werden, wobei unbedingt die Autonomie und Selbstverantwortlichkeit der Person zu respektieren sind. Machen Sie auch in dieser Situation deutlich, dass Sie jederzeit für weitere Hilfen zur Verfügung stehen und bieten Sie – falls noch nicht geschehen – das Selbsthilfeprogramm „Ja, ich werde rauchfrei“ oder passende Patientenbögen an (Schachtelwickel, gesundheitliche Vorteile, s. Umschlagtasche, Blätter VI und VII).

Wenn die Weiterbegleitung und Nachbetreuung nach einer Abstinenzvereinbarung in der eigenen Praxis erfolgen soll, ist darauf zu achten, dass möglichst zeitnahe Kontakte in der ersten Woche der Abstinenz angeboten werden. Dies kann auch telefonisch erfolgen.
Wenn aufwändige Bewältigungsstrategien notwendig erscheinen oder eine Weiterbetreuung in der Praxis aus pragmatischen Gründen nicht möglich ist, kann an dieser Stelle ein externes Behandlungsangebot vermittelt werden.

Auch für den Fall, dass die zeitlichen Ressourcen einmal sehr knapp sind, sollte zumindest die Broschüre „Ja, ich werde rauchfrei“ (s. Umschlagtasche) angeboten und kurz auf die bestehenden telefonischen Beratungseinrichtungen hingewiesen werden (Telefonnummer findet sich auch auf der Umschlag-Rückseite der Broschüre „Ja, ich werde rauchfrei“).

Adressen von Anbietern intensiver Tabakentwöhnungsprogramme können bei den Beratungstelefonen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) erfragt werden. Zusätzlich verfügen der Arbeitskreis Raucherentwöhnung Tübingen und das Institut für Therapieforschung München als Ausbildungsinstitute für verhaltenstherapeutische Entwöhnungskurse über Therapeutenadressen.

Bundesweite telefonische Beratungsangebote	***0 18 05 / 31 31 31*** *(14 Cent/Min.)*	*BZgA – Telefonberatung zur Raucherentwöhnung*
	0 62 21 / 42 42 00	*Rauchertelefon, Deutsches Krebsforschungszentrum und Hotline „Rauchfrei am Arbeitsplatz“*
	0 62 21 / 42 42 24	*Rauchertelefon für Krebspatienten und deren Angehörige, Deutsches Krebsforschungszentrum und Deutsche Krebshilfe*
Informationen zu Kursangeboten	***0 70 71 / 2 98 73 46***	*Arbeitskreis Raucherentwöhnung, Tübingen*
	0 89 / 36 08 04 68	*Institut für Therapieforschung, München*
Weitere regionale telefonische Beratungseinrichtungen für Raucherinnen und Raucher	***08 00 / 1 41 81 41***	*Helpline Bayern wird rauchfrei*
	01 80 / 5 09 95 55	*Raucherberatungstelefon für Schwangere, Dresden*

Internet-Ausstiegsprogramm

*Es kann auch auf das Ausstiegsprogramm **www.rauchfrei-info.de** im Internet hingewiesen werden. Dieser Hinweis sollte auch eine kurze Vorstellung des Programms enthalten:*

*„Es gibt auch die Möglichkeit, unser Internet-Ausstiegsprogramm der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu nutzen. Unter **rauchfrei-info.de** finden Sie das Rauchfrei-Ausstiegsprogramm. Dieses Programm kann Sie auf dem Weg in ein rauchfreies Leben unterstützen und Ihnen dabei zahlreiche Hilfestellungen in Form von Tipps und Informationen geben. Das Rauchfrei-Ausstiegsprogramm ist wie eine Art stützendes ‚Geländer‘ bzw. wie ein ‚Wegweiser‘ gedacht. Ein großer Teil des Programms widmet sich positiven Alternativen zum Rauchen. Dazu gehören zum Beispiel auch Anleitungen zur Entspannung und etwas mehr körperliche Aktivität. Wäre das eine gute Möglichkeit für Sie?“*

Intervention bei Ex-Rauchern seit weniger als einem Jahr

Sticker: „Ex-Raucher/-in seit mehr als 12 Monaten“

Die Konzentration auf positive Prozesse nach dem Aufhören erleichtert das Zurechtfinden im neuen Dasein als Nichtraucher/-in und hat abstinenzfördernde Funktion. Es bietet sich an, die Patienten danach zu fragen, welches das bisher schönste Ereignis seit der Beendigung des Rauchens war. Für eine intensivere Auseinandersetzung mit den positiven Veränderungen können Fragen zu positiven Veränderungen in wichtigen Lebensbereichen nützlich sein:

- ***„Hat sich Ihr körperliches Wohlbefinden oder Ihre gesundheitliche Verfassung in irgendeiner Weise verändert, seit Sie mit dem Rauchen aufgehört haben?“***
- ***„Wie reagieren Ihre Familie und Ihre Freunde auf die Tatsache, dass Sie Ihren Ausstiegsplan erfolgreich umgesetzt haben?“***
- ***„Was freut Sie am meisten an Ihrem erfolgreichen Ausstieg?“***
- ***„Wie haben Sie sich dafür belohnt, dass Sie dieses wichtige Ziel erreicht haben?“***

Zur Veranschaulichung der gesundheitlichen Verbesserungen kann auch eine (erneute) CO-Messung erfolgen und der aktuelle Wert mit dem früheren CO-Wert als Raucher/-in verglichen werden.

Bei akuter Rückfallgefährdung

sollte der Patient die Rückfallgefährdung auf einer Skala selbst einschätzen:

- ***stark/mittel/schwach oder von 1 (sehr schwach) bis 10 (sehr stark).***

Wichtige Fragen sind auch:

- ***Ist die Patientin oder der Patient aktuell im Besitz von Zigaretten?***
- ***Gab es einen Vorfall oder Ausrutscher, d. h., wurde seit dem ersten rauchfreien Tag wieder geraucht?***
- ***Wenn ja, wie wurde dieses Ereignis verarbeitet?***
- ***Wie sehen die weiteren Pläne in Bezug auf das Rauchen aus?***

Weiteres Eruieren von rückfallbegünstigenden Bedingungen:

- ***In welchen Situationen erscheint Rauchen attraktiv?***
- ***Welche angenehmen Konsequenzen werden vermutet?***
- ***Gewichtszunahme? … kg seit Rauchstopp***
- ***Körpergröße/Gewicht/BMI***

Die weitere Beratung sollte darauf abzielen, den Patienten in der Fortsetzung der Abstinenz zu ermutigen und auf das schon Erreichte hinzuweisen. Dazu gilt es, „leichtsinnige Spielchen mit dem Feuer“ zu vermeiden und keine unnötigen Risiken einzugehen.

Nachdem die Patientin oder der Patient das Zimmer verlassen hat, sollte sichergestellt werden, dass der passende Sticker auf die Patientenakte angebracht wird und nach über einem Jahr Abstinenz durch den passenden Sticker ersetzt wird.

Intervention bei Nie-Rauchern und Ex-Rauchern seit mehr als einem Jahr

Sticker: „Ex-Raucher/-in seit mehr als 12 Monaten“
Sticker: „Nie-Raucher/-in“

Hier ist keine Intervention notwendig; die Patienten können zu ihrer Haltung bekräftigt und zu anhaltender Abstinenz ermutigt werden.
Anschließend kann der Sticker mit dem entsprechenden Symbol „Nichtraucher/-in“ über die Praxissoftware auf der Patientenakte angebracht werden.

„Dass Sie jetzt so lange schon nicht mehr rauchen (nie geraucht haben) ist eine gute Nachricht. Damit tun Sie sich selbst und Ihrer Umgebung etwas richtig Gutes.“
„Als Nichtraucher/-in bleiben Sie länger gesund und sind anderen ein gutes Vorbild.“

4 Literatur

Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (2001) *Therapieempfehlungen Tabakabhängigkeit. Arzneiverordnungen in der Praxis, Sonderheft*

Batra A, Buchkremer G (2004) *Tabakentwöhnung – ein Leitfaden für Therapeuten. Stuttgart: Kohlhammer Verlag*

Batra A, Schütz CG, Lindinger P (2006) *Tabakabhängigkeit. In: Schmidt LG, Gastpar M, Falkai P, Gaebel W (Hrsg.) Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Deutscher Ärzte-Verlag. S. 91–142*

Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (Hrsg.) *Rauchfreie Schwangerschaft. Motivierende Gesprächsführung – ein Leitfaden für Hebammen und Gynäkologen/innen. Sturm, Bremen, 2003*

Colby SM, Monti PM , Barnett NP, Rohsenow DJ, Weissman K, Spirito A, Woolard RH, Lewander WJ. (1998) *Brief Motivational Interviewing in a hospital setting for Adolescent Smoking: A preliminanry study. J Cons Clin Psychol.; 66 (3): 574–578*

Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundesärztekammer (Hrsg.) *Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten – Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit. Heidelberg und Berlin, 2005*

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) *Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Heidelberg, 2002*

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) *Die Rauchersprechstunde – Beratungskonzept für Gesundheitsberufe, Heidelberg, 3. überarbeitete Auflage, 2003*

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Göttingen, Huber, 5. Aufl. 2005*

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. (2000) *Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service*

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker R, Fagerström K (1991) *The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addiction. 1991; 86: 1119–1127*

Hoch E, Franke A, Sonntag H et al. (2004) *Raucherentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung – Chance oder Fiktion? Ergebnisse der "Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening (SNICAS)"-Studie. Suchtmed, 6 (1), 47–51*

Hoch E, Muehlig S, Höfler M et al. (2004) *How prevalent is smoking and nicotine dependence in primary care in Germany? Addiction, 99, 1586–1598*

Kraus L, Augustin R (2001) *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. Sucht. 47, Sonderheft 1*

Kremer G (2000) *Grundlagen motivierender Gesprächsführung. In: Poehlke T et al. (Hrsg.) Suchtmedizinische Versorgung – Grundlagen der Behandlung. Springer, Berlin Heidelberg New York 2000*

Kröger C (2000) *Raucherentwöhnung in Deutschland. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln*

Miller WR & Rollnick S (2002) *Motivational Interviewing (2nd Edition) Preparing People For Change. Guilford, New York*

Miller WR & Rollnick S (2004) *Motivierende Gesprächsführung. Lambertus, Freiburg*

Pisinger C, Vestbo J et al. (2005) *Smoking cessation intervention in a large randomised population-based study. The Inter99 study. Preventive Medicine, 40, 285–292*

Poehlke T, Flenker I, Reker M, Reker T, Kremer G, Batra A (Hrsg.) *Suchtmedizinische Versorgung 3: Alkohol – Tabak – Medikamente. Springer, Berlin Heidelberg New York 2000*

Prochaska JO, Di Clemente, CC *Stages and processes of self-change of smoking. Toward an integrative model of change. J Cons Clin Psychol. 1983; 51(3): 390–395*

Prochaska JO, Velicer, WF (1997) *The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 12: 38–48*

Rollnick S, Butler CC, Stott N (1997) *Helping smokers make decisions: The enhancement of brief interventions for general medical practise. Patient Education and Counseling, 31, 191–203*

Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U & John U (1995) *Deutsche Übersetzung des „Stages of Change"-Algorithmus zum Rauchen. Greifswald: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin; Lübeck: Klinik für Psychiatrie*

Saß H, Wittchen HU & Zaudig M (1996) *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe*

Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G (2004) *Nicotine replacement therapy for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3*

Stotts AL, DiClemente CC, Dolan-Mullen P (2002) *One-to-one: A motivational intervention for resistant pregnant smokers. Addictive Behavoirs, 27, 275–292*

Tabakbedingte Störungen *„Leitlinie Tabakentwöhnung", Leitlinien der Dt. Ges. f. Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), AWMF-Leitlinien-Register 076/006, Entwicklungsstufe 2; www.awmf-online.de (auch: www.leitlinien.net)*

US Department of Health and Human Services (1989) *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services*

West R (2004) *Assessment of dependence and motivation to stop smoking. BMJ, 328, 338–339*

West R, McNeill A & Raw M (2000) *Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax, 55, S. 987–999*

Unter der Adresse ***www.motivatehealthyhabits.com/smoking-old/task1.php3?slidenum=01*** *findet sich ein kurzes englischsprachiges Demo-Video, in dem Ausschnitte einer Kurzintervention mit einer nicht akut ausstiegswilligen Patientin gezeigt werden.*

Broschüren und weiteres Informationsmaterial (für Patienten)

Broschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung können kostenlos bestellt werden unter:

BZgA, 51101 Köln oder
order@bzga.de oder
Fax 02 21 / 8 99 22 57
(Faxbestellformular in der Umschlagtasche)

Bestellformular

XI

Sie können diese Vorlage kopieren und als Fax oder Brief für eine kostenlose Bestellung verwenden.

Postadresse: **BZgA, 51101 Köln** oder
E-Mail: **order@bzga.de** oder
Fax-Nr.: **02 21 / 8 99 22 57**

An die
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
BZgA
51101 Köln

Absender:

> Name
> Institution
> Straße/Haus-Nr.
> PLZ/Ort
> Telefon
> Datum/Unterschrift ×

Bitte gewünschte Anzahl eintragen:

☐☐☐☐	**„Ja, ich werde rauchfrei“**	(Bestell-Nr.: 31350000)
	Eine praktische Anleitung für ein rauchfreies Leben für alle Raucher/-innen, Broschüre	
☐☐☐☐	**„rauchfrei“**	(Bestell-Nr.: 31350001)
	Tisch-Aufsteller	
☐☐☐☐	**Kalender „rauchfrei“**	(Bestell-Nr.: 31350003)
	für die ersten 100 Tage rauchfrei	
☐☐☐☐	**Rauchfrei-Startpaket** (nur Einzelexemplare)	(Bestell-Nr.: 31350100)
☐☐☐☐	**„Ich bekomme ein Baby – rauchfrei“**	(Bestell-Nr.: 31500000)
	Ratgeber für Schwangere und ihre Partner, Broschüre	
☐☐☐☐	**„Das Baby ist da – rauchfrei“**	(Bestell-Nr.: 31510000)
	Ratgeber für Mütter und Väter, Broschüre	
☐☐☐☐	**„Ihr Kind raucht mit“**	
	Flyer zum Passivrauchen	(Bestell-Nr.: 31540000)
☐☐☐☐	**„Rauchfrei am Arbeitsplatz“**	
	Information für Arbeitnehmer	(Bestell-Nr.: 31041000)
☐☐☐☐	**Basisinformation Tabak**	(Bestell-Nr.: 33230002)
	Informationen für Ärztinnen und Ärzte, Broschüre	
☐☐☐☐	**Tabakabhängigkeit**	
	Suchtmedizinische Reihe Band 2	(Bestell-Nr.: 33221202)
☐☐☐☐	**Medienübersicht „Suchtprävention“**	(Bestell-Nr.: 33110100)
	Broschüre	
☐☐☐☐	**Medienübersicht „audiovisuelle Medien“**	(Bestell-Nr.: 99000000)
	Broschüre	

Die Faltblätter

Die Faltblätter ***„Raucherentwöhnung leichter gemacht“*** *können kostenlos beim* ***Rauchertelefon des Deutschen Krebsforschungszentrum,*** ***Telefon: 0 62 21 / 42 42 00*** *oder unter* ***who-cc@dkfz.de*** *bestellt werden.*

Therapiemanuale für Ärzte und Therapeuten

- ***„Frei von Tabak – Ein Stufenprogramm zur Raucherberatung und -therapie in der Arztpraxis“*** *Bestelladresse (gegen Schutzgebühr)* ***Deutscher Ärzteverlag, Telefon: 0 22 34 / 7 01 13 35 · Fax: 0 22 34 / 7 01 14 70***

- ***Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.)*** *Die Rauchersprechstunde – Beratungskonzepte für Gesundheitsberufe. Heidelberg, 3. überarbeitete Auflage, 2003*

- ***Batra A, Schütz CG, Lindinger P (2006)*** *Tabakabhängigkeit. In: Schmidt LG, Gastpar M, Falkai P, Gaebel W (Hrsg.) Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Deutscher Ärzte-Verlag. S. 91–142*

Ärztliche Fortbildung

- ***Bundesärztekammer Dezernat Fortbildung und Gesundheitsförderung Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin*** *oder* ***Postfach 12 08 64, 10598 Berlin Telefon: 0 30 / 40 04 56-0***

- *Die Adressen der Landesärztekammern und die von ihnen angebotenen Fortbildungsmaßnahmen sind über die Homepage der Bundesärztekammer* ***www.bundesaerztekammer.de*** *abrufbar*

- ***Heidelberger Curriculum Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung – Basiswissen und praktische Anleitungen.*** *Empfohlen von der Bundesärztekammer für die Fachkunde Suchtmedizin. Ärztinnen und Ärzte erhalten 5 Fortbildungspunkte der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Informationen unter* ***who-cc@dkfz.de***

- *Aus dem* ***Fortbildungskalender des Bayrischen Ärzteblattes*** *sowie unter* ***www.blaek.de*** *können Seminartermine für Raucherberatung und Tabakentwöhnung für Ärzte in Bayern entnommen werden.*

- ***„Crash-Kurs“ für Ärzte zum Erwerb von Kenntnissen zur Raucherentwöhnung.*** *Informationen bei der Landesärztekammer Thüringen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung Frau Schneider, Postfach 10 07 40, c, 07707 Jena*

Impressum

Herausgeber
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
Bundesärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern

BZgA Projektleitung
Peter Lang

Autoren
Dipl.-Psych. Peter Lindinger,
Prof. Dr. Anil Batra,
Dr. Martina Pötschke-Langer

Anmerkung
Einige der Texte bzw. Materialien gehen auf Vorarbeiten des Deutschen Krebsforschungszentrums als auch des Arbeitskreises Raucherentwöhnung in Tübingen zurück und sind Bestandteile der AWMF-Leitlinien zur Behandlung der Tabakabhängigkeit.

In Zusammenarbeit mit
Univ. Doz. Dr. Pal Bölcskei,
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie, Nürnberg/München

Prof. Dr. Klaus Jork,
Fachbereich Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt

Dr. Christoph Kröger,
Institut für Therapieforschung, München

Dr. Wilfried Kunstmann,
Dezernat Fortbildung und Gesundheitsförderung Bundesärztekammer, Berlin

Prof. Dr. Karl Mann *und* ***Dr. Alexander Diehl,***
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Dr. Robert Stracke,
Rehabilitationsfachklinik Hansenbarg für Alkohol-, Tabak- und Medikamentenabhängigkeit, Hanstedt bei Hamburg

Gestaltung *bild-werk, Dortmund*

Bildnachweis *bild-werk/G.P.Müller, Dortmund*

Druck *Warlich, Meckenheim*

Auflage *1.30.11.06*

Bestellung *Diese Schrift wird von der BZgA kostenlos abgegeben.*
Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin /
den Empfänger oder Dritte bestimmt.
Internet: www.bzga.de

Bestell-Nr.: *311192000*

Kurzanamnese zum Rauchverhalten

1. Welche Aussage trifft am ehesten auf Sie zu?		
a) *Ich habe nie geraucht*	○	***ja***
b) *Ich rauche aktuell nicht, habe aber geraucht und vor mehr als einem Jahr damit aufgehört*	○	***ja***
c) *Ich rauche aktuell nicht, habe aber geraucht und in den letzten 12 Monaten damit aufgehört*	○	***ja***
*Wenn Sie **a)**, **b)** oder **c)** angekreuzt haben, ist dieser Fragebogen für Sie hier bereits zu Ende*		
d) *Ich rauche hin und wieder, aber nicht täglich*	○	***ja***
e) *Ich rauche täglich (weiter zu Frage 2)*	○	***ja***
*nur wenn **d)** oder **e)** mit „Ja" beantwortet wurde:*		
f) *Rauchen Sie ausschließlich Pfeife, Zigarren oder Zigarillos? Wenn ja: Wie viele pro Tag?*		***Stück***
2. *falls **d)** oder **e)**:* ***Wann rauchen Sie Ihre erste Zigarette nach dem Aufwachen?***		
Innerhalb von 5 Minuten		***3 Punkte***
Innerhalb von 6 bis 30 Minuten		***2 Punkte***
Innerhalb von 31 bis 60 Minuten		***1 Punkt***
Es dauert länger als 60 Minuten		***0 Punkte***
3. Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist		
(z. B. in der Kirche, in der Bibliothek, im Kino, usw.) auf das Rauchen zu verzichten?		
ja		***1 Punkt***
nein		***0 Punkte***
4. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?		
Die erste nach dem Aufstehen		***1 Punkt***
Eine andere		***0 Punkte***
5. Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?		
Mehr als 30		***3 Punkte***
21 – 30		***2 Punkte***
11 – 20		***1 Punkt***
weiniger als 10		***0 Punkte***
6. Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Aufwachen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?		
ja		***1 Punkt***
nein		***0 Punkte***
7. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?		
ja		***1 Punkt***
nein		***0 Punkte***
Auswertung Summenwert Fragen 2 bis 7 nach Heatherton et al. 1991:		
0 – 2 = sehr niedrig · 3 – 4 = niedrig · 5 = mittel · 6 – 7 = hoch · 8 – 10 = sehr hoch		
8. CO-Gehalt in der Ausatemluft (falls Messung möglich):		***ppm***
9. Wie groß ist Ihr Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören?		
sehr groß	○	
eher groß	○	
eher klein	○	
ich will gar nicht aufhören	○	

Zusätzliche diagnostische Parameter

Anzahl Abstinenzphasen:	>
Dauer (von – bis):	>
Längste Abstinenzphase:	>
Frühere Abstinenzversuche mit: *(z. B. Verhaltenstherapie, Nikotinsubstitution, Bupropion, Akupunktur, Hypnose)*	>
	>
	>
	>
	>
Einnahme von Medikamenten:	>
	>
	>
Begleiterkrankung/Risikofaktoren:	>
Kardiovaskulär	>
Gastrointestinal	>
Pulmonal	>
Karzinome	>
Allergien	>
Gravidität	>
Zahnprothesen	>
Psychische Erkrankung	>
Andere	>
	>
	>
	>

Diagnostische Kriterien für Tabakabhängigkeit und Tabakentzugssyndrom

Diagnostische Kriterien für Tabakabhängigkeit nach ICD-10

Im ICD-10 werden sechs Kriterien genannt, von denen drei in den letzten 12 Monaten gleichzeitig in Erscheinung getreten sein müssen, damit die Diagnose „Tabakabhängigkeit" gestellt werden kann:

- ***Starker Wunsch oder Zwang, Tabak zu konsumieren***
- ***Eingeschränkte Kontrolle über Beginn, Beendigung und Menge des Konsums***
- ***Entzugserscheinungen bei Reduktion oder Beendigung des Konsums; Konsum, um die Entzugsymptome zu mildern***
- ***Toleranzentwicklung: Um eine gleich bleibende Wirkung zu erzielen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich***
- ***Zunehmende Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen zugunsten des Konsums***
- ***Anhaltender Konsum trotz des Nachweises von Folgeschäden***

Diagnostische Kriterien für ein Nikotinentzugssyndrom nach DSM IV

Mindestens vier dieser Kriterien müssen bei plötzlicher Beendigung/Reduktion vorliegen, damit von einem Entzugssyndrom gesprochen werden kann:

- ***Depressive/dysphorische Stimmung***
- ***Schlafstörungen***
- ***Reizbarkeit, Nervosität oder Aggressivität***
- ***Unruhe oder Besorgnis***
- ***verminderte Konzentrationsfähigkeit***
- ***verlangsamter Puls***
- ***gesteigerter Appetit oder Gewichtszunahme***

Ergänzend muss gelten:

- ***Die Symptome verursachen Leiden in sozialen, beruflichen oder anderen Funktionsbereichen***
- ***Die Symptome sind nicht besser durch medizinische oder psychische Krankheitsfaktoren erklärbar***

Adressen zur Weitervermittlung

Adressen von Anbietern intensiver Tabakentwöhnungsprogramme gibt es bei den Beratungstelefonen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ).
Zusätzlich verfügen der Arbeitskreis Raucherentwöhnung Tübingen und das Institut für Therapieforschung München als Ausbildungsinstitute für verhaltenstherapeutische Entwöhnungskurse über Therapeutenadressen.

Bundesweite telefonische Beratungsangebote	**0 18 05 / 31 31 31** *(14 Cent pro Minute)*	*BZgA – Telefonberatung zur Raucherentwöhnung*
	0 62 21 / 42 42 00	*Rauchertelefon, Deutsches Krebsforschungszentrum und Hotline „Rauchfrei am Arbeitsplatz“*
	0 62 21 / 42 42 24	*Rauchertelefon für Krebspatienten und deren Angehörige, Deutsches Krebsforschungszentrum und Deutsche Krebshilfe*
Informationen zu Kursangeboten	**0 89 / 36 08 04 68**	*Arbeitskreis Raucherentwöhnung, Tübingen*
	0 70 71 / 2 98 73 46	*Institut für Therapieforschung, München*
Weitere regionale telefonische Beratungseinrichtungen für Raucherinnen und Raucher:	**08 00 / 141 81 41**	*Helpline „Bayern wird rauchfrei“*
	0 18 05 / 09 95 55 *(14 Cent pro Minute)*	*Raucherberatungstelefon für Schwangere, Dresden*
Internet-Ausstiegsprogramm	**www.rauchfrei-info.de**	*Internetangebot der BZgA mit Informationsteil und Ausstiegsprogramm*

Kosten-Nutzen-Analyse

Das gefällt mir beim Rauchen

Das gefällt mir nicht beim Rauchen

Diese Vorteile sehe ich beim Nichtrauchen

Diese Nachteile sehe ich beim Nichtrauchen

Rauchprotokoll

Wickeln Sie diesen Protokollbogen um Ihre Zigarettenpackung und befestigen Sie diesen mit einem starken Gummiband. Immer, wenn Sie eine Zigarette aus der Schachtel nehmen, tragen Sie

- *die Uhrzeit ein,*
- *kreuzen die Aktivität an, mit der Sie gerade beschäftigt sind,*
- *markieren die Worte, die am besten Ihre momentane Stimmung beschreiben und*
- *geben an, wie stark das Verlangen nach dieser Zigarette ist.*

❶ *bedeutet: sehr stark* ❷ *bedeutet: mittel* ❸ *bedeutet: gering*

	Zeit	*Essen und/oder Alkohol*	*Entspannung*	*Arbeit*	*Mit Anderen*	*Autofahren*	*Sonstiges (bitte beschreiben)*	*ärgerlich*	*angespannt*	*gelangweilt*	*deprimiert*	*frustriert*	*glücklich*	*entspannt*	*müde*	❶ ***starkes Verlangen***	❷ ***mittel starkes Verlangen***	❸ ***geringes Verlangen***
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		

Gesundheitliche Verbesserungen durch einen Rauchstopp

Die amerikanische Krebsgesellschaft hat die vielen Vorteile eines Rauchstopps für die Gesundheit deutlich gemacht. Bereits kurze Zeit nach der letzten Zigarette lassen sich folgende Veränderungen feststellen:

Nach 20 Minuten

- *Der Blutdruck sinkt nahezu auf einen Wert wie vor der letzten Zigarette. Die Temperatur in Händen und Füßen steigt wieder auf normale Werte.*

Nach 8 Stunden

- *Der Kohlenmonoxid-Spiegel im Blut sinkt auf normale Werte.*

Nach 24 Stunden

- *Das Risiko von Herzanfällen verringert sich.*

Nach 2 Wochen bis 3 Monaten

- *Die Kreislaufsituation und die Lungenfunktion verbessern sich.*

Nach 1 bis 9 Monaten

- *Hustenanfälle, Verstopfung der Nasennebenhöhlen, Müdigkeit und Kurzatmigkeit gehen zurück. Die Flimmerhärchen der Atemwege gewinnen wieder ihre Reinigungsfähigkeit, so dass eine normale Lungenfunktion erreicht wird. Die Infektanfälligkeit wird vermindert.*

Nach 1 Jahr

- *Das erhöhte Risiko einer Koronaren Herzkrankheit sinkt auf die Hälfte des Risikos einer Raucherin/eines Rauchers.*

Nach 5 Jahren

- *Das Schlaganfallrisiko ist nur noch halb so groß wie bei einer Raucherin/einem Raucher, die/der weiterraucht.*

Nach 10 Jahren

- *Das Risiko, an Lungenkrebs zu sterben, verringert sich fast um die Hälfte. Das Risiko einer Krebserkrankung in der Mundhöhle, Luftröhre, Speiseröhre, Harnblase, in den Nieren und in der Bauchspeicheldrüse sinkt.*

Nach 15 Jahren

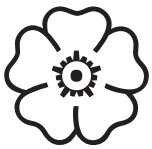
- *Das Risiko einer Koronaren Herzkrankheit ist das eines lebenslangen Nichtrauchers.*

Tipps für die letzten Rauchtage und die ersten Tage als Nichtraucher/-in

Tipps für die letzten Tage als Raucher/-in

1. *Gehen Sie auch mal ohne Zigaretten aus dem Haus. Leeren Sie die Aschenbecher nicht mehr in den Müll. Legen Sie stattdessen ein „Kippenmuseum“ an, in dem Sie die abgerauchten Kippen in einem durchsichtigen Glas sammeln.*
2. *Vereinbaren Sie einen Zeitrahmen – mindestens zehn Tage – mit sich selbst, wo Sie etwas „mehr Leidensbereitschaft“ aufbringen.*
3. *Am Vorabend des ersten rauchfreien Tags: Rauchutensilien wie Zigaretten, Aschenbecher oder Feuerzeuge vernichten, wegwerfen, verschenken oder vergraben.*
4. *Vereinbaren Sie jetzt schon einen Termin beim Zahnarzt, um sich die Zähne reinigen und polieren zu lassen.*

Tipps für die ersten Tage als Nichtraucher/-in



1. *Waschen Sie alle Ihre Kleidungsstücke, um den Geruch nach Rauch herauszubekommen. Kaufen Sie frische Blumen. Gehen Sie zum Zahnarzt und lassen Sie Ihre Zähne reinigen und polieren.*
2. *Fertigen Sie eine Wunschliste an und berechnen Sie die Kosten in der Einheit „Anzahl von rauchfreien Tagen“. Wenn Sie sich z. B. einen schicken Schal wünschen, der € 30,– kostet und Sie pro Tag etwa 25 Zigaretten geraucht haben, haben Sie sich den Schal in einer Woche „verdient“.*
3. *Halten Sie sich am ersten Tag mit langen Spaziergängen, Kino, Schwimmen oder Radfahren auf Trab.*
4. *Bleiben Sie vorübergehend weg von anderen Rauchenden, die Ihren Ausstieg gefährden könnten. Und seien Sie vorsichtig mit Alkohol: er weicht das Durchhaltevermögen auf!*
5. *Wenn Sie das Rauchverlangen plagt: Abhauen, ablenken, ausweichen oder aufschieben. Nach 10 Tagen lässt das Rauchverlangen deutlich nach.*
6. *Lassen Sie sich von Familie, Freunden und Kollegen unterstützen.*
7. *Schneiden Sie einen Trinkhalm auf Zigarettengröße zu und inhalieren Sie – Luft!*
8. *Setzen Sie positive Gedanken ein: Sie haben sich freiwillig entschlossen, Nichtraucher/-in zu sein, und haben dafür viele gute Gründe.*
9. *Schauen Sie sich um nach Menschen, die nicht rauchen, speziell nach Kindern, und machen Sie sich bewusst, dass diese sich auch wohl fühlen ohne Zigaretten.*
10. *Beschäftigen Sie sich mit Aktivitäten, die nicht zum Rauchen passen und das Nichtrauchen leichter machen wie Gartenarbeit, Waschen und Putzen, leichte Gymnastik.*

Kurzintervention zum Tabakkonsum (Auszüge aus dem Leitfaden)

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Ermittlung des Rauchstatus, der Änderungsbereitschaft und der Tabakabhängigkeit

entweder:
Mittels Kurzanamnese vor dem Gespräch
- *Tabakabhängigkeit (FTND[1])*
- *Ausstiegsmotivation[2]*
- *CO-Messung*
(im Wartezimmer, CO-Messung und Auswertung durch Praxismitarbeiter)

oder:
Im Verlauf des Gesprächs
- *Tabakabhängigkeit (FTND[1])*
- *Ausstiegsmotivation[2]*
- *CO-Messung*

Zuordnung nach Rauchstatus, Änderungsmotivation und Tabakabhängigkeit

Absichtslosigkeit und Absichtsbildung (keine akute Bereitschaft)	***Vorbereitung (akute Bereitschaft), keine oder geringe Tabakabhängigkeit***	***Vorbereitung (akute Bereitschaft), mittlere oder schwere Tabakabhängigkeit***	***Aktion (seit weniger als 12 Monaten Ex-Raucher/-in***
Intervention			
Wichtigkeitsrating[3] *Vor- und Nachteilsliste* *Rückmeldungen zu Risiken* *Zuversichtsrating[3] (ab Stadium Absichtsbildung)*	*Zuversichtsrating[3]* *Kosten-Nutzen-Analyse* *Verhaltensplan* *Soziale Unterstützung* *Ausstiegsplan „Neun Kästchen“* *Konkreten Ausstiegstermin festlegen* *Vereinbarung von Folgekontakten*	*Zuversichtsrating[3]* *Kosten-Nutzen-Analyse[4]* *Verhaltensplan* *Soziale Unterstützung* *Medikamentöse Therapien* *Konkreten Ausstiegstermin festlegen* *Vereinbarung von Folgekontakten*	*Loben und bestärken* *Positive Veränderungen ansprechen* *Belohnungen anregen*
Weitere Aktionen/Maßnahmen			
Selbsthilfebroschüre und passende Patientenbögen anbieten *Sticker*	*Selbsthilfebroschüre und passende Patientenbögen anbieten* *Sticker* *Rückfallmanagement und -prävention* *CO-Messung*	*Selbsthilfebroschüre und passende Patientenbögen anbieten* *Sticker* *Rückfallmanagement und -prävention* *CO-Messung* *Eventuell Weitervermittlung*	*Sticker* *CO-Messung*

Gesprächsführung bei rauchenden Patienten

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Gesprächsführung bei rauchenden Patienten[4,5]

Grundlagen von Motivation

Bei dem häufig langwierigen Prozess der Veränderung des Rauchverhaltens stellt Ambivalenz ein zentrales und natürliches Phänomen dar. Vor einer konkreten Aktion wie der Festsetzung eines Ausstiegstermins findet in der Regel eine komplexe kognitive und emotionale Auseinandersetzung statt, die in verschiedenen Stadien verläuft. Bei einzelnen Patienten können die Stadien unterschiedlich lange dauern und der Übergang in die nächste Ausstiegsphase von ganz verschiedenen Schwierigkeiten begleitet werden.
Nur mit einem Teil der rauchenden Patienten kann eine verbindliche Abstinenzvereinbarung getroffen werden (mit denjenigen, die ausstiegswillig sind und die notwendige Änderungskompetenz besitzen).
Eine Kurzintervention ist aber auch dann erfolgreich, wenn sich beim Patienten ein Problembewusstsein entwickelt oder eine Verhaltensänderung in absehbarer Zukunft ins Auge gefasst wird.

Regeln und Gesprächstechniken

Grundsätze der Motivierenden Gesprächsführung[4,5]

Kollaboration (statt Konfrontation)
Der Beratungsstil besteht aus Unterstützung und Förderung statt Überredung und Beweisführung

Erwecken und Hervorrufen (statt Belehren)
Ressourcen und Veränderungsmotivation sind innerhalb des Klienten angesiedelt

Autonomie (statt Autorität)
Der Arzt oder Therapeut bekräftigt die Rechte des Klienten auf Eigenverantwortung und erleichtert dessen Entscheidungsfindung auf der Grundlage aller notwendiger Informationen

***Empathie zeigen** durch eine verständnisvolle, fragende und wertschätzende Vorgehensweise*

***Diskrepanzen offen legen** durch eine reflektierende und neutrale Rückmeldung der Vor- und Nachteile des Rauchens*

***Zuversicht stärken und Widerstand aufnehmen** durch Aktivierung von Ressourcen und Betonung der persönlichen Entscheidungsfreiheit des Patienten*

Gesprächstechniken[4,5]

***Offene Fragen stellen**, um die Selbstexploration des Patienten zu erleichtern*

***Aktiv zuhören und Rückmeldung geben**, um dem Patienten ein tieferes Verständnis für die Thematik zu ermöglichen*

***Bestätigen und Ressourcen aktivieren**, um die Änderungskompetenz zu stärken*

***Vergangene Erfolge und individuelle Ressourcen** ansprechen*

***Wissen weitergeben und Vorschläge machen**, um den Patienten in seiner aktiven Rolle zu unterstützen*

Fallstricke vermeiden:
nicht mehr als drei offene Fragen hintereinander und keine Fragen mit eingeschränkter Antwortmöglichkeiten;

*nicht einseitig **für** die Veränderung Partei ergreifen, keine einfachen und schnellen Lösungen liefern, den Patienten nicht etikettieren*

Literatur

***1) Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker R, Fagerström K (1991)** The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addiction. 1991; 86: 1119 – 1127*
***2) Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U & John U (1995)** Deutsche Übersetzung des „Stages of Change"-Algorithmus zum Rauchen. Greifswald: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin; Lübeck: Klinik für Psychiatrie*
***3) Rollnick S, Butler CC, Stott N (1997)** Helping smokers make decisions: The enhancement of brief interventions for general medical practise. Patient Education and Counseling, 31, 191 – 203*
***4) Miller WR & Rollnick S (2002)** Motivational Interviewing (2nd Edition) Preparing People For Change. Guilford, New York.*
***5) Miller WR & Rollnick S (2004)** Motivierende Gesprächsführung. Lambertus. Freiburg*

Impressum: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Bundesärztekammer (Hrsg.), 2006, Kurzintervention bei Rauchern mit einem Schwerpunkt auf der „Motivierenden Gesprächsführung". Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Köln, Autoren: P. Lindinger, A. Batra*

Erfolgskontrolle nach jedem Quartal

X

Vier Wochen, nachdem Sie diesen Leitfaden durchgearbeitet haben und dann nach jedem Quartal, empfiehlt sich eine Erfolgskontrolle.

Nehmen Sie sich dazu die Patientenakten der letzten Woche vor und beziehen Sie das Praxispersonal mit ein.

1. *Wie viele Patienten haben Sie in der letzten Woche insgesamt behandelt?* .....
2. *Wie viele Patienten haben die Kurzanamnese ausgefüllt oder wurden von Ihnen zum Rauchen befragt?* .....
3. *Wie viele Raucher/-innen haben Sie in der letzten Woche identifiziert?* .....
4. *Auf wie vielen Patientenakten befindet sich dieser Sticker?* .....
5. *Auf wie vielen Patientenakten befindet sich dieser Sticker?* .....
6. *Auf wie vielen Patientenakten befindet sich dieser Sticker?* .....
7. *Auf wie vielen Patientenakten befindet sich dieser Sticker?* .....
8. *Auf wie vielen Patientenakten befindet sich dieser Sticker?* .....
9. *Mit wie vielen Patienten haben Sie eine Kurzintervention durchgeführt?* .....
10. *Wie oft haben Sie bei Patienten ohne akute Bereitschaft zum Ausstieg die folgenden Interventionen angeboten:*
    - *Wichtigkeitsrating* .....
    - *Die Vor- und Nachteilsliste* .....
    - *Rückmeldungen zu Risiken* .....
    - *Zuversichtsrating* .....
11. *Wie oft haben Sie bei Patienten mit akutem Ausstiegswunsch die folgenden Interventionen angeboten:*
    - *Zuversichtsrating* .....
    - *Kosten-Nutzen-Analyse* .....
    - *Verhaltensplan* .....
    - *Soziale Unterstützung* .....
    - *Ausstiegsplan „Neun Kästchen“* .....
    - *Konkreter Ausstiegstermin* .....
12. *Wie häufig haben Sie eine medikamentöse Unterstützung vorgeschlagen?* .....
13. *Nikotinersatzpräparate* .....
14. *Wie häufig haben Sie die Broschüre „ja, ich werde rauchfrei“ ausgehändigt?* .....
15. *Wie häufig haben Sie auf telefonische Beratungsmöglichkeiten oder das Internetprogramm hingewiesen?* .....
16. *Wie viele Folgekontakte hatten Sie im letzten Quartal?* .....
17. *Bei wie vielen der rauchenden Patienten ist es zu einer positiven Veränderung des Rauchverhaltens gekommen?* .....
18. *Wie viele der ursprünglich rauchenden Patienten sind abstinent geworden?* .....
19. *Bei wie vielen der rauchenden Patienten ist es nicht zu einer positiven Veränderung des Rauchverhaltens gekommen?* .....
20. *Sind Sie mit dem Erreichten zufrieden?* .....
21. *Was können Sie noch verbessern?* .....

.....

.....

.....

Bestellformular

Sie können diese Vorlage kopieren und als Fax oder Brief für eine kostenlose Bestellung verwenden.

Postadresse: ***BZgA, 51101 Köln*** *oder*
E-Mail: ***order@bzga.de*** *oder*
Fax-Nr.: ***02 21 / 8 99 22 57***

An die
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
BZgA
51101 Köln

Absender:

> _____
Name
> _____
Institution
> _____
Straße/Haus-Nr.
> _____
PLZ/Ort
> _____
Telefon
> _____ ×
Datum/Unterschrift

Bitte gewünschte Anzahl eintragen:

___	***„Ja, ich werde rauchfrei“*** ..... *(Bestell-Nr.: 31350000)* *Eine praktische Anleitung für ein rauchfreies Leben für alle Raucher/-innen, Broschüre*
___	***„rauchfrei“*** ..... *(Bestell-Nr.: 31350001)* *Tisch-Aufsteller*
___	***Kalender „rauchfrei“*** ..... *(Bestell-Nr.: 31350003)* *für die ersten 100 Tage rauchfrei*
___	***Rauchfrei-Startpaket*** *(nur Einzelexemplare)* ..... *(Bestell-Nr.: 31350100)*
___	***„Ich bekomme ein Baby – rauchfrei“*** ..... *(Bestell-Nr.: 31500000)* *Ratgeber für Schwangere und ihre Partner, Broschüre*
___	***„Das Baby ist da – rauchfrei“*** ..... *(Bestell-Nr.: 31510000)* *Ratgeber für Mütter und Väter, Broschüre*
___	***„Ihr Kind raucht mit“*** *Flyer zum Passivrauchen* ..... *(Bestell-Nr.: 31540000)*
___	***„Rauchfrei am Arbeitsplatz“*** *Information für Arbeitnehmer* ..... *(Bestell-Nr.: 31041000)*
___	***Basisinformation Tabak*** ..... *(Bestell-Nr.: 33230002)* *Informationen für Ärztinnen und Ärzte, Broschüre*
___	***Tabakabhängigkeit*** *Suchtmedizinische Reihe Band 2* ..... *(Bestell-Nr.: 33221202)*
___	***Medienübersicht „Suchtprävention“*** ..... *(Bestell-Nr.: 33110100)* *Broschüre*
___	***Medienübersicht „audiovisuelle Medien“*** ..... *(Bestell-Nr.: 99000000)* *Broschüre*

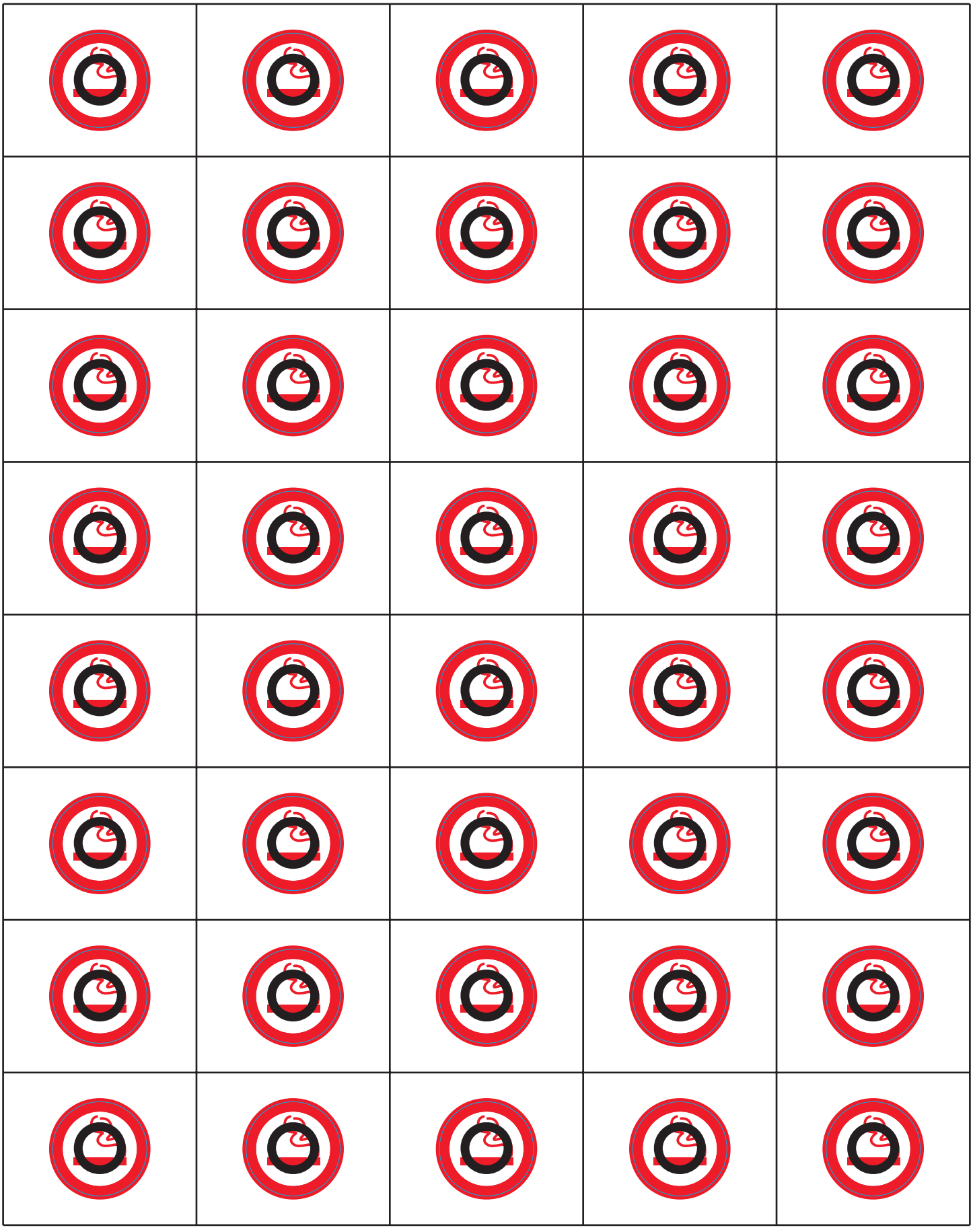
Sticker für die Patientenakte

Raucher/-in – kein Ausstiegstermin

Sticker für die Patientenakte

XII

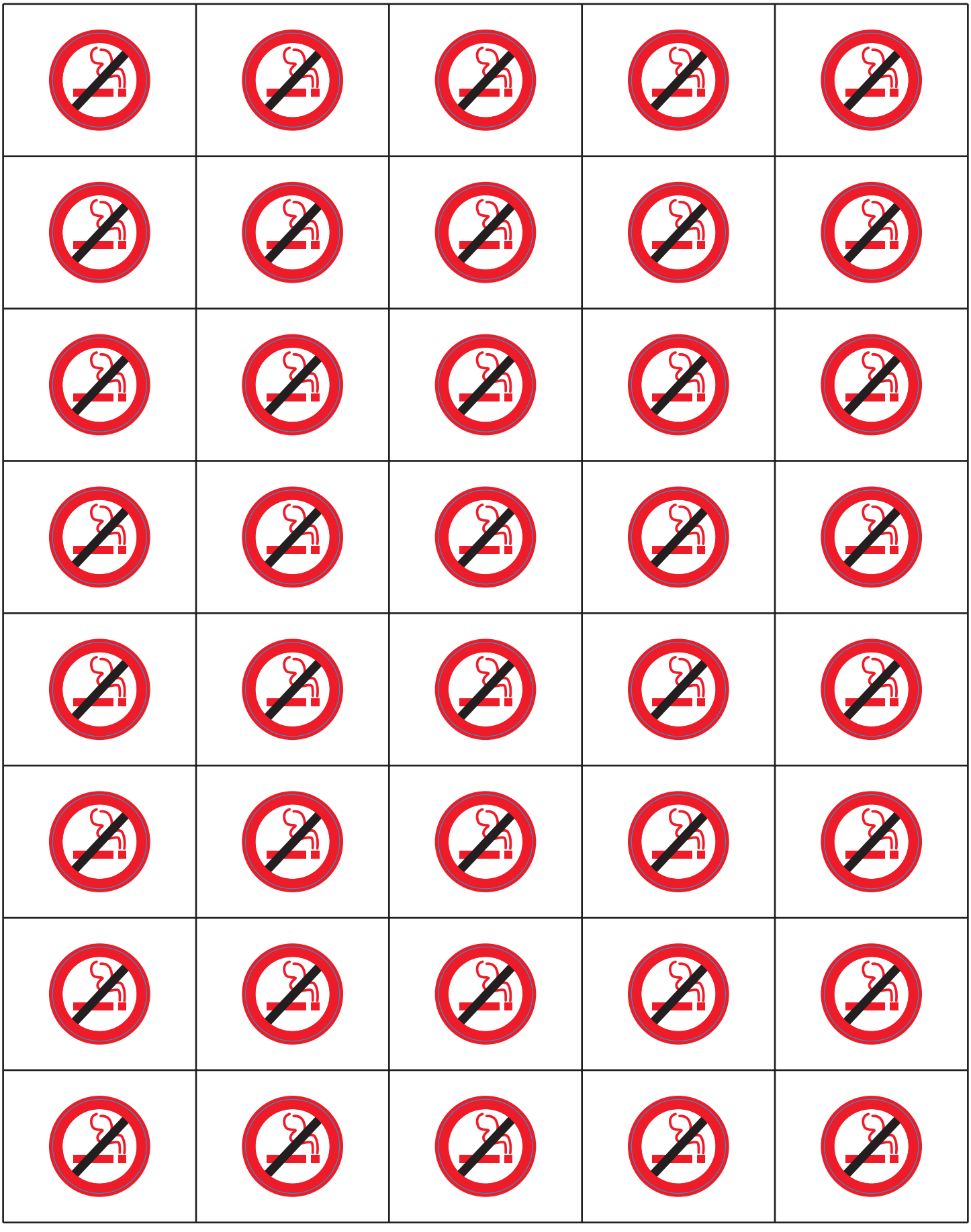
Raucher/-in – mit Ausstiegstermin



Sticker für die Patientenakte

XII

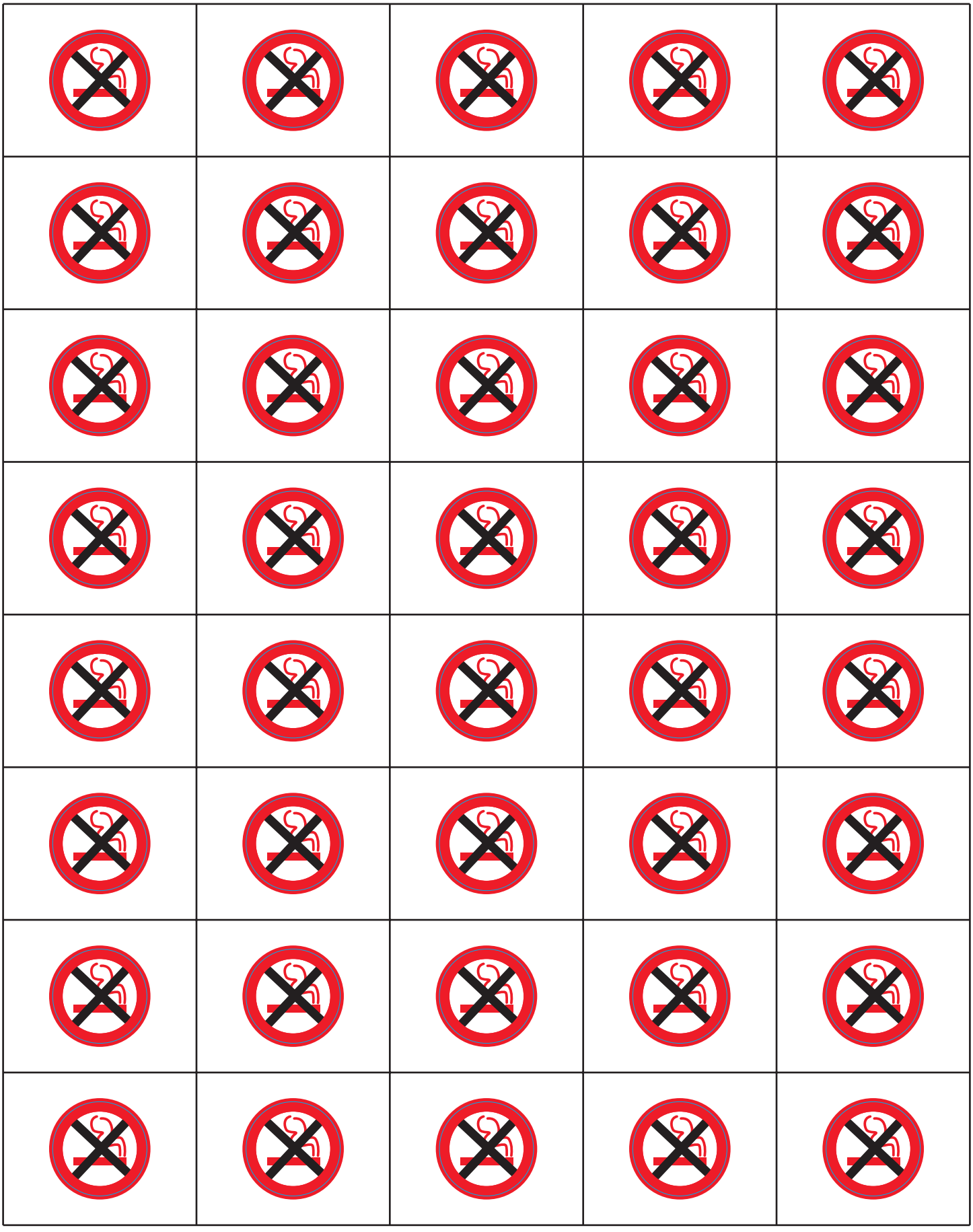
Ex-Raucher/-in – seit weniger als einem Jahr



Sticker für die Patientenakte

XII

Ex-Raucher/-in – seit mehr als einem Jahr



Sticker für die Patientenakte

Nie-Raucher/-in