



**Die Rauchersprechstunde –
Beratungskonzepte für Gesundheitsberufe**

Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle Band 1:
Die Rauchersprechstunde – Beratungskonzept für Gesundheitsberufe

© 2000, Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg

4., überarbeitete Auflage, 2004 • Bestell-Nr.: 31810000

Zitierweise:

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.):
Die Rauchersprechstunde – Beratungskonzept für Gesundheitsberufe,
Heidelberg, 4., überarbeitete Auflage, 2004.

Fotografien, Konzept und Design:

Ashvin Gatha & Tushita Bosonet Living Color, CH-1807 Blonay

Verantwortlich für den Inhalt:

Deutsches Krebsforschungszentrum
Stabsstelle Krebsprävention
und
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle

Leiterin:

Dr. med. Martina Pötschke-Langer
Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg

Telefon: 06221 – 42 30 07

Telefax: 06221 – 42 30 20

E-Mail: who-cc@dkfz.de

Internet: <http://www.dkfz.de>

Mit Unterstützung der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
im Rahmen der „rauchfrei“-Kampagne



Rote Reihe
Tabakprävention und Tabakkontrolle
Band 1

Die Rauchersprechstunde – Beratungskonzept für Gesundheitsberufe

Dipl.-Psych. Peter Lindinger, Heidelberg

in Zusammenarbeit mit:

- PD Dr. med. Anil Batra, Tübingen
- Dr. med. Pal Laszlo Bölcskei, Nürnberg
- Prof. Dr. med. Knut-Olaf Haustein, Erfurt
- Dr. rer. soz. Christoph Kröger, München
- Dr. med. Frank Lehmann, Köln
- Prof. Dr. med. Karl Mann, Mannheim
- Dr. med. Martina Pötschke-Langer, Heidelberg

im Rahmen des WHO-Partnerschaftsprojektes Tabakabhängigkeit

Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg

Die Rauchersprechstunde – Beratungskonzept für Gesundheitsberufe

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	5
1. Einleitung	7
2. Die Rauchersprechstunde	7
3. Anamnese (Dauer ca. 5 min, Anamnesebogen 10.1)	9
4. Identifikation von individuellen Risikoprofilen (Dauer ca. 5 min, Fragebogen 10.2)	10
5. Die Stadien der Änderungsbereitschaft und stadienspezifische Interventionen (Dauer ca. 10 min)	
5.1 Die frühen Stadien – stabile und absichtsvolle Raucher	11
5.2 Raucher in der Vorbereitungsphase (Festlegen des 1. rauchfreien Tages)	12
5.3 Die späten Stadien – Rückfallprophylaxe, Rückfall und dauerhafte Abstinenz	13
6. Aufbau förderlicher Einstellungen zum Ausstieg (Dauer ca. 3 min, Arbeitsblatt 11.4)	15
7. Praktisch-verhaltensbezogene und mentale Maßnahmen für rückfallkritische Situationen (Dauer ca. 1 min, Arbeitsblatt 11.6 und evtl. 11.7)	15
8. Erstellen eines Nachsorgefahrplans (Dauer ca. 3 min, Dokumentationsbogen 10.3)	16
9. Checkliste: Hilfestellungen für schwierige Situationen in der Tabakentwöhnung	17
Exkurse:	
Das Stadienmodell der Verhaltensänderung	17
Rauchen als Sucht	18
Medikamentöse Therapie	19
Abbau hinderlicher Einstellungen	22
Ausgewählte Literatur	23
Anhang:	
10. Dokumentationsbogen für den Berater	
10.1 Anamnesebogen	
10.2 Fragebogen zur Selbstwirksamkeit	
10.3 Dokumentation Erstkontakt	
10.4 Dokumentation Folgekontakt	
11. Arbeitsblätter zur Weitergabe an den Raucher	
11.1 Fagerström-Fragebogen zur Nikotinabhängigkeit	
11.2 Kosten-Nutzen-Analyse	
11.3 Raucherkarte	
11.4 Motivationsbogen	
11.5 Ich helfe mit-Bogen	
11.6 Von der Entscheidung für den Ausstieg zum Umgang mit kritischen Situationen	
11.7 Wie lässt sich eine Gewichtszunahme vermeiden?	

Vorwort

Durch Zigarettenrauchen sterben in den Industrieländern mehr Menschen als durch Verkehrsunfälle, AIDS, Alkohol, illegale Drogen, Morde und Selbstmorde zusammen. Die Weltgesundheitsorganisation berechnete auf der Basis fundierter epidemiologischer Studien, dass im Jahr 2000 weltweit 4 Millionen Menschen an den Folgen ihres Rauchverhaltens sterben. In Deutschland sind dies jährlich über 100 000 Menschen, das heißt etwa 300 Todesfälle pro Tag. Wenn 300 Tote jeden Tag durch Flugzeugabstürze oder Zugunglücke zu beklagen wären, würden sofortige Sicherheitsmaßnahmen erfolgen und die Verursacher zur Verantwortung gezogen.

Und wie verhält es sich mit den Tabakopfern?

Raucher sterben unspektakulär. Sie sterben einsam und sie sterben häufig mit Schuldgefühlen, insbesondere wenn sie in ihren mittleren Lebensjahren ihre Familien unversorgt zurücklassen. Zunehmend befinden sich junge Mütter und Väter unter den Sterbenden – Frauen und Männer, die im Alter von 10 bis 15 Jahren zu rauchen begonnen haben und nach 20 bis 30 Jahren, das heißt im Alter von 35 bis 45 Jahren, beispielsweise an Lungenkrebs sterben.

Nach Angaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) rauchten im Jahr 2000 26% aller 12 bis 17-Jährigen in Westdeutschland, 34% in Ostdeutschland, und in der Altersgruppe der 18 bis 25-Jährigen 49% in Westdeutschland und 56% in Ostdeutschland. Sollten diese jungen Menschen fortgesetzt weiterrauchen, so wird die Hälfte von ihnen an den Folgen ihres Rauchverhaltens sterben.

Tabakprävention und Tabakkontrolle müssen daher in Deutschland eine noch größere Bedeutung erhalten als dies bisher geschehen ist. Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) bemüht sich seit Jahren gemeinsam mit anderen Einrichtungen und Gesundheitsorganisationen die Politik zu ermutigen, wirkungsvolle Maßnahmen gegen den Tabakkonsum durchzusetzen. „Den Einstieg verhindern, den Ausstieg erleichtern“ ist dabei das gemeinsame Ziel, welches 1992 bis 2000 von der „Koalition gegen das Rauchen“ und seit 2003 vom „Aktionsbündnis Nichtraucher“ verfolgt wird.

Folgende Aktivitäten wurden federführend vom Deutschen Krebsforschungszentrum durchgeführt:

- Abfassung von zwei Heidelberger Erklärungen zur Tabakprävention 1997 und 1999 mit der Darlegung von Grundsätzen für dringend notwendige politische Maßnahmen. Hierzu gehören u.a. ein Abgabeverbot von Tabakwaren an Kinder und Jugendliche, die Abschaffung der frei zugänglichen Zigarettenautomaten, ein Tabakwerbeverbot und rauchfreie Schulen, Ausbildungsstätten und Jugendeinrichtungen.
- Entwicklung eines Curriculums zur Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung für Gesundheitsberufe und die vorliegende Entwicklung der Rauchersprechstunde als Beratungskonzept für Gesundheitsberufe im Rahmen des Projektes der Weltgesundheitsorganisation „WHO Partnership Project to reduce Tobacco dependence“. Dieses Projekt wurde von 1999 bis 2001/02 in vier Ländern (Deutschland, Frankreich, England, Polen) durchgeführt. Mit finanzieller Unterstützung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung koordinierte die „Koalition gegen das Rauchen“ das WHO-Projekt in Deutschland.
- Durchführung einer Befragung von über 10 000 Einrichtungen und Einzelpersonen zur Frage von Angeboten und Maßnahmen in der Tabakentwöhnung gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahr 2000. Deutlich wurde, dass noch viel zu wenige Beratungsmöglichkeiten für Raucher bestehen: Nur 763 Einrichtungen beziehungsweise Suchttherapeuten gaben an, Raucherberatungen durchzuführen. Viele von ihnen gaben dabei an, dass sie Methoden verwenden, für welche bisher keine Wirksamkeit in evidenzbasierten Studien nachgewiesen wurde.
- Durchführung der Nichtraucherkampagnen „Rauchfrei bis Mai; Quit and Win 2000“ und „Rauchfrei 2002“ gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Hilfsorganisationen der „Koalition gegen das Rauchen“. Im Jahr 2000 nahmen rund 25 000 Raucher/innen und im Jahr 2002 über 90 000 Raucher/innen an der Kampagne teil und verpflichteten sich schriftlich, mindestens einen Monat rauchfrei zu

leben. Die Nachbefragung der Teilnehmer der Kampagne des Jahres 2000 ergab nach zwölf Monaten, dass immerhin noch 30% der Teilnehmer rauchfrei geblieben sind.

- Herausgabe der Publikation „Gesundheit fördern, Tabakkonsum reduzieren: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland“ im Jahr 2002 in Zusammenarbeit mit über 30 Experten aus Wissenschaft, Medizin und Kommunikation.
- Herausgabe der Publikation „Passivrauchende Kinder in Deutschland – frühe Schädigungen für ein ganzes Leben“ im Jahr 2003 mit der Absicht, Politik und Öffentlichkeit auf die Problematik des Passivrauchens insbesondere von Kindern aufmerksam zu machen und junge Eltern zum Rauchstopp zu bewegen.

Im Jahr 2002 erhielt die Stabsstelle Krebsprävention des Deutschen Krebsforschungszentrums die Anerkennung als „WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle“.

Die vorliegende Publikation „Die Rauchersprechstunde – Beratungskonzept für Gesundheitsberufe“ wurde von Dipl.-Psych. Peter Lindinger im Rahmen des WHO-Partnerschaftsprojektes und in Zusammenarbeit mit Experten in der Tabakentwöhnung entwickelt sowie mit dem Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakabhängigkeit (WAT) abgestimmt. Alle Beteiligten haben dieses Konzept sorgfältig überdacht und diese Publikation in hervorragender Zusammenarbeit möglich gemacht. Ihnen allen gilt mein besonderer Dank.

Die Publikation erschien als erster Band einer neuen Reihe des Deutschen Krebsforschungszentrums, der „Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle“. Diese Publikationsreihe ergänzt bestehende Publikationen der BZgA und der Deutschen Hauptstelle für die Suchtfragen, Einrichtungen, mit denen eine langjährige Zusammenarbeit besteht.

Die „Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle“ richtet sich an Experten, Politiker und Journalisten, die dazu beitragen wollen, das Rauchverhalten in Deutschland deutlich zu vermindern. Die Farbe Rot wurde gewählt wegen ihrer Signalwirkung: Es müssen alle Anstrengungen unternommen werden, um wirksame Konzepte gegen tabakrauchbedingte Morbidität und Mortalität zu entwickeln. Angesichts von über 300 tabakrauchbedingten Todesfällen pro Tag, davon über die Hälfte krebsbedingt, müssen Antworten aus Wissenschaft und Medizin erfolgen.

Wir können nicht länger warten.

Heidelberg im Herbst 2003

Dr. med. Martina Pötschke-Langer

1. Einleitung

Aus epidemiologischen Studien und einzelnen genetischen Untersuchungen gibt es Hinweise für eine genetische Prädisposition des abhängigen Rauchverhaltens (für eine Übersicht s. Batra 2000).

Die Psychologie beschäftigt sich mit der Entstehung und Aufrechterhaltung des Rauchverhaltens. Dabei steht die Analyse des Rauchverhaltens unter Berücksichtigung der situativen Bedingungen und Konsequenzen im Vordergrund. Die Verhaltenstheorie liefert dabei konkrete Maßnahmen zur Tabakentwöhnung.

Über die Hälfte der Jugendlichen in Deutschland hat irgendwann einmal eine Zigarette probiert; fast alle erleben mindestens ein unangenehmes körperliches Symptom. Diejenigen, die trotz dieser schlechten Erfahrung in kurzem Abstand erneut zu einer Zigarette greifen und bis zur vierten Zigarette weiterrauen, laufen Gefahr, dauerhaft in die Raucherkarriere einzusteigen.

Die Einstiegsphase wird in erster Linie von psychischen und sozialen Faktoren bestimmt. Darunter fallen die leichte Verfügbarkeit – beispielsweise durch über 800 000 Zigarettenautomaten in Deutschland –, die wachsende Neugierde, das Aufbegehren gegen die gutgemeinten Anordnungen von Autoritäten sowie die Vorwegnahme des Erwachsenseins. In der Gruppe der Gleichaltrigen und etwas Älteren entsteht leicht ein sozialer Druck, der den Heranwachsenden zur Zigarette greifen lässt, um soziale Nachteile zu vermeiden. Modelllernen in der Gruppe der Gleichaltrigen und bei den Eltern spielt ebenfalls eine Rolle. Nicht unterschätzt werden darf auch der Einfluss der direkten und indirekten Tabakwerbung, die Kindern und Jugendlichen auf überdimensionalen Werbeflächen, Litfaßsäulen sowie in Kino- und Fernsehfilmen Zigaretten als alltägliches Konsumgut von erfolgreichen, gutgelaunten und erotischen Menschen präsentiert.

Die Phase der Aufrechterhaltung des Rauchens wird durch das Zusammenspiel pharmakologischer und psychosozialer Faktoren bestimmt. Nikotin und seine psychotropen Effekte spielen hier die entscheidende Rolle; sofortige positive Konsequenzen (z.B. Aktivierung/Entspannung), Vermeidung negativer Effekte wie Entzugssymptome und unerwünschter Gefühlslagen (Angst, Unsicherheit...) sowie die starke Bindung an eine Vielzahl von Situationen und Tätigkeiten (Kaffee trinken, Telefonieren, Ausgehen...) dienen als Verstärker für das Rauchen. Auch das Vergnügen beim In-den-Fingern-Halten, dem Anzünden und Inhalieren führt in Verbindung mit dem Wohlbefinden und der Entspannung bei der Beendigung einer Mahlzeit (oder dem Konsum von Kaffee und alkoholischen Getränken) zu der Wahrnehmung, dass Rauchen ein echter Genuss sei. Bei der Aufrechterhaltung des Rauchens sind alle Elemente der Lerntheorie – klassische und operante Konditionierung, Modelllernen sowie kognitives Lernen – zu beobachten.

Die Phase des Ausstiegs wird oft durch Angst vor oder bereits bestehende Gesundheitsbeeinträchtigungen oder nachlassende körperliche Fitness eingeläutet. Der Kostenfaktor – meist über 1000 € pro Jahr für Zigaretten – kann eine gewisse Rolle spielen. Ästhetische Gesichtspunkte und der Beginn des Alterns treten stärker in den Vordergrund. Der Wunsch der Mitmenschen nach einer rauchfreien Umgebung findet sein Echo im eigenen Bedürfnis nach Selbstbeherrschung und -bestimmung.

2. Die Rauchersprechstunde

Die Rauchersprechstunde ist als Einzelberatung konzipiert und will eine vorhandene Lücke schließen zwischen Kurzberatung und intensiven Gruppenprogrammen. Das Konzept Rauchersprechstunde ist modular aufgebaut, um den unterschiedlichen Ansprüchen und organisatorischen Rahmenbedingungen in Kliniken, Praxen, Beratungsstellen, Gesundheitsämtern und anderen Einrichtungen gerecht zu werden. Nicht alle Module werden in allen Einrichtungen Eingang finden.

Die Rauchersprechstunde sollte fester Bestandteil des jeweiligen Versorgungsangebots sein und im stationären Bereich zum Pflichtprogramm gehören. Die Rauchersprechstunde kann von Ärzten, Apothekern, Psychologen, Sozialarbeitern, Sozialpädagogen, Krankenschwestern und Krankenpflegern und examinierten Mitarbeitern anderer Gesundheitsberufe durchgeführt werden. Die Zusammenarbeit mit einem Arzt ist grundsätzlich zu empfehlen, insbesondere wenn eventuell bestehende Risikofaktoren und Erkrankungen zu diagnostizieren und adäquat zu behandeln sind. Die Rauchersprechstunde versteht sich auch als Ergänzung zum Stufenprogramm zur

Raucherberatung und Rauchertherapie in der Arztpraxis „Frei von Tabak“ der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Rauchersprechstunde ist insbesondere bei Raucherinnen und Rauchern mit schwerer Tabakabhängigkeit einzusetzen.

Kenntnisse und Erfahrungen in Gesprächsführung und Tabakentwöhnungsmaßnahmen sind Voraussetzungen für eine wirksame Rauchersprechstunde.

Um die Durchführung der Rauchersprechstunde zu erleichtern, wurden Dokumentationsbogen für den Therapeuten entwickelt (10.1 bis 10.4) und Arbeitsblätter (11.1 bis 11.7), die zur Weitergabe an Raucher vorgesehen sind. Dazu können die Bogen und Arbeitsblätter fotokopiert werden. Eine Checkliste (S. 13) fasst den Einsatz der Empfehlungen für schwierige Situationen zusammen.

Im Regelfall hat die Rauchersprechstunde folgenden Ablauf:

	Dokumentationsbogen	Arbeitsblatt	Zeitbedarf
1. Anamnese	10.1	11.1, evtl. 11.5	ca. 5 min
2. Identifikation von individuellen Risikoprofilen	10.2		ca. 5 min
3. Stadienspezifische Interventionen und Beratung zu medikamentösen Therapien		11.2, 11.3	ca. 10 min
4. Erarbeiten eines persönlichen Motivationsbündels		11.4	ca. 3 min
5. Praktisch-verhaltensbezogene und mentale Tipps		11.6, evtl. 11.7	ca. 1 min
6. Dokumentation Erstkontakt und Erstellen eines Nachsorgefahrplans	10.3		ca. 6 min
Gesamt:			ca. 30 min

Die Rauchersprechstunde sollte systematisch dokumentiert und evaluiert werden. Dazu dienen zum einen die Daten aus der Anamnese. Wo immer es möglich ist, eine kontinuierliche CO-Messung durchzuführen, sollte dieses Biofeedback eingesetzt werden. Zusätzlich können folgende Daten erhoben werden:

■ Tabakbezogene Symptome:	■ Tabakbezogene Krankheiten:
<ul style="list-style-type: none"> ● Infektanfälligkeit ● Raucherhusten ● Diffuse Leistungsschwäche ● Angina pectoris 	<ul style="list-style-type: none"> ● Chronische Atemwegserkrankungen ● Lungenemphysem ● Lungenentzündung ● Krebserkrankungen (Lunge, Kehlkopf, Mundhöhle, Rachen, Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Harnblase, Gebärmutter, Leukämie) ● Asthma ● Bluthochdruck ● Arterielle Verschlusskrankheiten ● Herzinfarkt ● Nierenerkrankungen ● Impotenz und Infertilität

Wenn die Tabakentwöhnungsmaßnahme von einem Arzt oder an einer Klinik durchgeführt wird und die Raucher einer der Hochrisikogruppen (Herz- Kreislauf-, Krebs-, Asthma, Emphysempatienten) angehören, sollte eine symptombezogene Untersuchung mit ausführlicher Anamnese erfolgen und zusätzlich Blutdruck und Puls gemessen werden.

Die bei der ersten Rauchersprechstunde vereinbarten Maßnahmen werden im Dokumentationsbogen Erstkontakt (10.3) erfasst. Bei allen folgenden Kontakten ist der Dokumentationsbogen Nachtermin (10.4) empfehlenswert.

3. Anamnese (Dauer ca. 5 min, Heidelberger Anamnesebogen 10.1)

Nach der persönlichen Begrüßung folgt die Anamnese. Sie dient der Strukturierung der Rauchersprechstunde und stellt eine wichtige Dokumentation dar. Die Fragen unterstützen die Selbstexploration des Rauchers. Aus der Anamnese leiten sich die zentralen Aufgaben für den weiteren Therapieverlauf ab. Die Daten werden innerhalb des natürlichen Gesprächsverlaufs eingetragen, wenn der Raucher aktiv erzählt; sonst empfiehlt es sich, den Fragen des Anamnesebogens zu folgen.

Variante 1: Bei sehr begrenzter Zeit kann der Raucher die Fragebogen 11.1 (Fagerström-Test zur Nikotinabhängigkeit) und 10.2 (Fragebogen zu Risikosituationen) vor der Rauchersprechstunde ausfüllen; im Anamnese-gespräch wird dann auf diese Daten eingegangen.

Variante 2: Die Fragebogen 11.1 (Fagerström-Test zur Nikotinabhängigkeit) und 10.2 (Fragebogen zu Risiko-situationen) werden innerhalb der Rauchersprechstunde ausgefüllt.

Heidelberger Anamnesebogen Tabakentwöhnung

Name, Vorname: _____
Alter: _____ Jahre
Geschlecht: Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/>
Wie lange rauchen Sie schon? _____ Jahre
In welchem Alter haben Sie mit dem Rauchen angefangen?: _____ Jahre
Hat in der letzten Zeit ein Raucher aus Ihrer näheren Umgebung aufgehört? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ist in der letzten Zeit ein Raucher aus Ihrer näheren Umgebung schwer erkrankt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Raucht Ihr Partner/Ihre Partnerin? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> kein Partner <input type="checkbox"/>
Punktwert Fagerström-Fragebogen (11.1): _____ Punkte Tabakabhängigkeit: gering (0 bis 4 Punkte) <input type="checkbox"/> mittel (5 bis 6 Punkte) <input type="checkbox"/> stark (7 bis 10 Punkte) <input type="checkbox"/>
Planen Sie ernsthaft, bald mit dem Rauchen aufzuhören? ja <input type="checkbox"/> → weiter zur nächsten Frage nein <input type="checkbox"/> → Stadium stabiler Raucher
Haben Sie in der letzten Zeit ernsthaft versucht, mit dem Rauchen aufzuhören? ja <input type="checkbox"/> → weiter zur nächsten Frage nein <input type="checkbox"/> → Stadium absichtsvoller Raucher
Waren Sie in den letzten vier Wochen längere Zeit vollkommen rauchfrei? ja <input type="checkbox"/> → Stadium rückfälliger Raucher nein <input type="checkbox"/> → Raucher in der Vorbereitungsphase
Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Ausstiegsversuch unternommen und dabei mindestens 24 Stunden nicht geraucht? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Welche Hilfsmittel haben Sie bei vergangenen Aufhörversuchen benutzt?			
Keine Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	Hypnose	<input type="checkbox"/>
Nikotinpflaster	<input type="checkbox"/>	Gruppenprogramm	<input type="checkbox"/>
Nikotinkaugummi	<input type="checkbox"/>	Buch	<input type="checkbox"/>
Nikotin-Nasalspray	<input type="checkbox"/>	Broschüre	<input type="checkbox"/>
Bupropion	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>
Akupunktur	<input type="checkbox"/>		

Kommentar zur Anamnese:

Die Dauer der Raucherkarriere und das Einstiegsalter liefern Hinweise auf die gesundheitliche Gefährdung; je früher mit dem Rauchen begonnen wurde und je länger das Rauchverhalten besteht, desto größer das Erkrankungsrisiko – was dem Patienten auch mitgeteilt werden sollte.

Wenn der Lebensgefährte raucht und nicht mit dem Klienten zusammen aufhören will, wird dieser spezifische Risikofaktor angesprochen. Bewährt hat sich die Einbeziehung des weiterrauchenden Lebensgefährten über eine Anfrage, was dieser denn freiwillig und gerne bereit wäre zu tun, den ausstiegswilligen Raucher dabei zu unterstützen. Der **Ich helfe mit-Bogen** (11.5) kann hier zusätzlich eingesetzt werden.

Als weiterer Selbstbeurteilungsbogen wird der **Fagerström-Test zur Nikotinabhängigkeit** (11.1) dem Raucher ausgehändigt. Er füllt diesen Test aus, gibt ihn zur Auswertung zurück und kann ihn anschließend mit nach Hause nehmen. Bei starker Abhängigkeit (Punktwert im Fagerström-Test > 6) muss mit schweren Entzugssymptomen gerechnet werden, die durch die Verwendung von Nikotinersatztherapie bzw. Bupropion gemildert werden können. Es wird empfohlen, diese Abhängigkeit zu thematisieren und im weiteren Verlauf von „Überwindung der Tabakabhängigkeit“ statt Tabakentwöhnung zu sprechen. Für stark abhängige Raucher scheint die Kombination von unterschiedlichen Produkten (z.B. Nikotinpflaster als Basismedikation sowie zusätzlich Nasalspray oder Nikotinkaugummi) effektiv zu sein (s. Exkurs **Medikamentöse Entwöhnungstherapie**, S. 19ff).

In der Anamnese erfolgt auch die Bestimmung des Stadiums der Änderungsbereitschaft (s. Exkurs **Das Stadienmodell der Verhaltensänderung**, S. 17).

Häufig haben bisherige Aufhörversuche zumindest zu einer vorübergehenden Abstinenz geführt, so dass die damals angewandten Maßnahmen zumindest teilweise erfolgreich waren. Aus diesen gescheiterten Versuchen werden Teilerfolge, die das Fundament für den neuerlichen Versuch bilden. Aus den damaligen Rückfallbedingungen ergeben sich wichtige Hinweise auf zukünftige Rückfallrisiken. Bei Rückfall nach Nikotinersatztherapie sind die korrekte Anwendung und Anwendungsdauer sowie eventuelle Nebenwirkungen (allergische Reaktionen, Schlafstörungen bei 24h-Pflaster) zu eruieren; häufig wird das Medikament zu früh abgesetzt oder nicht optimal angewandt (z.B. das Kaugummi zu schnell und kurz gekaut).

4. Identifikation von individuellen Risikoprofilen (Dauer ca. 5 min, Arbeitsblatt 10.2)

Bei Variante 1 kommt der bereits vorher ausgefüllte Fragebogen zu **Risikosituationen** zum Einsatz, bei Variante 2 füllt der Raucher nach der Anamnese den Fragebogen zu **Risikosituationen** (10.2) aus.

Bei Rauchern lassen sich zumeist charakteristische negative Kognitionen aufzeigen, die v.a. die ersten Monate des Entwöhnungsvorgangs betreffen und sowohl die Wahrscheinlichkeit konkreter Entscheidungen und entsprechender Handlungen drastisch senken als auch die des möglichen Erfolgs.

Selbstwirksamkeit oder Kompetenzvertrauen (Self-efficacy) bezeichnet die Überzeugung eines Menschen, dass er bestimmte Verhaltensweisen ausführen kann, die notwendig sind, um ein gewünschtes Ergebnis zu erzielen. Das wahrgenommene Kompetenzvertrauen ist es, das in Verbindung mit Umgebungsfaktoren und Motivation unser Verhalten maßgeblich steuert.

Erfolgreiche Interventionen sollen das Kompetenzvertrauen wesentlich erhöhen, d.h. die Einschätzung der eigenen Fähigkeit, dem Verlangen zu rauchen in kritischen Situationen widerstehen zu können.

Im Fragebogen zu Risikosituationen sind typische Situationen beschrieben, in denen Raucher besonderes Verlangen zu rauchen verspüren:

- Emotionale Regulierung
- Belohnungssituationen
- Soziale Rituale
- Dämpfung von Entzugssymptomen
- Alkoholkonsum und Beenden von Mahlzeiten.

Oft ist mit einem Blick auf den Fragebogen zu erkennen, ob ein Patient in bestimmten Kategorien auffallend häufig oder fast immer raucht. Diese Situationen können als besonders rückfallkritisch gelten. Es wird dann angesprochen, dass der Patient in diesen Situationen erhöhte Achtsamkeit walten lassen muss und eine gute Vorbereitung auf diese Situationen vonnöten ist. Erste mögliche Bewältigungsmaßnahmen (z.B. klare Absprachen mit Freunden/Arbeitskollegen) werden genannt.

Der Fragebogen zu Risikosituationen gibt auf der anderen Seite auch Hinweise auf Ressourcen: Bereiche, in denen der Patient fast nie oder nur selten raucht, stellen eine Art „Schutzraum“ dar, die er vor allem nach dem Ausstieg verstärkt aufsuchen kann.

5. Die Stadien der Änderungsbereitschaft und stadienspezifische Interventionen (Dauer ca. 10 min, Arbeitsblätter 11.2, 11.3)

Das therapeutische Vorgehen sollte sich am Stadium der Änderungsbereitschaft orientieren (s. Exkurs **Das Stadienmodell der Verhaltensänderung**, S. 17), das bereits im Anamnesebogen festgestellt wurde. Dabei ist folgende Vorgehensweise in der Beratung sinnvoll:

5.1 Die frühen Stadien – stabile Raucher und Raucher mit Aufhörabsicht

Raucher in dem Stadium „Stabiler Raucher“ sind nicht bereit, bald mit dem Rauchen aufzuhören, da sie die Nachteile des Aufhörens höher bewerten als die Vorteile. Der Umgang mit stabilen Rauchern stellt ein besonderes Problem dar, gilt es doch, ein Argumentieren oder Überzeugen-Wollen auf jeden Fall zu vermeiden. In einem stationären Setting ist eine Informationsveranstaltung in einem größeren Kreis (mit Verpflichtungscharakter) als Vorstufe denkbar. Bei stabilen Rauchern ist ein aktives Kontaktangebot besonders vonnöten, um diese überhaupt zu erreichen. Das Überreichen von Faltblättern und kurzen Informationsbroschüren ist für die Schaffung eines Problembewusstseins dienlich. Informationen zu den gesundheitlichen (v.a. bei bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen) und persönlichen Vorteilen eines Rauchstopps werden neutral vermittelt. Im Einzelgespräch wird der Klient angeleitet, in den Lebensbereichen Gesundheit, Fitness/Wohlbefinden, Geld, Ästhetik/Kosmetik, Vorbildfunktion und Selbstbild einen konkreten Nutzen für einen hypothetischen Rauchstopp irgendwann in der Zukunft zu formulieren.

„Wenn Sie mit dem Rauchen aufhören würden, welche Vorteile hätte das möglicherweise für Sie?“

Bei einem günstigen Interaktionsverlauf kann der Arzt/Therapeut abschließend die Bereitschaft erkunden, ob der Patient noch Interesse an dem Führen einer **Raucherkarte** (11.3) für 24 Stunden habe oder er für sich eine individuelle **Kosten-Nutzen-Analyse** (11.2) durchführen möchte. **In jedem Fall sollte ein Folgekontakt arrangiert werden, bei dem das Thema Rauchen erneut zur Sprache kommt. An dieser Stelle soll ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass die Vereinbarung eines Rauchstopps nicht Ziel der Beratung eines stabilen Rauchers sein kann – es geht lediglich darum, diesen zum Überdenken seiner bisherigen Haltung zum Ausstieg bzw. Weiterräumen anzuregen.**

„Raucher mit Aufhörabsicht“ erwägen einen ernsthaften Aufhörversuch innerhalb der nächsten sechs Monate. Vor- und Nachteile des Rauchstopps halten sich die Waage. Das kann dazu führen, dass absichtsvolle Raucher trotz anderslautender Absichten jahrelang in diesem Stadium verbleiben. Die Hälfte aller Raucher in diesem Stadium unternimmt keinen 24-Stunden-Rauchstoppversuch innerhalb von 12 Monaten. Diese Raucher können angeleitet werden, auf dem Motivationsbogen (11.4) ihre persönlichen und gesundheitlichen Vorteile eines Rauchstopps zu formulieren.

Die Gründe, die den Klienten davon abhalten, innerhalb dieser Rauchersprechstunde den Ausstieg zu vereinbaren, müssen geklärt werden. Konkret kann nach folgenden Gründen gefragt werden:

- Angst, es nicht zu schaffen
- Angst vor Entzugssymptomen
- Angst vor Gewichtszunahme
- Entscheidungsschwierigkeiten
- Ungünstige Lebensumstände
- Niedrige Selbstwirksamkeitswerte

Schließlich sollte auf die zusätzlichen Entwöhnungshilfen Bezug genommen werden:

„Im Moment können wir noch nicht genau sagen, welche zusätzlichen Hilfen für Sie persönlich am effektivsten sind. Das lässt sich in unserem Gespräch klären, wenn Sie etwas über ihre bisherige Raucherkarriere erzählen können.“

5.2 Raucher in der Vorbereitungsphase (Festlegen des 1. rauchfreien Tages)

Raucher in der „Vorbereitungsphase“ wollen innerhalb des nächsten Monats aufhören (oder haben in den letzten 12 Monaten einen Rauchstoppversuch unternommen) und haben bereits einen Plan, wie sie das umsetzen. Sie haben die Überzeugung, dass Nichtrauchen vorteilhaft ist, sind sich aber nicht sicher, ob sie die notwendigen Voraussetzungen mitbringen, um bei dem Aufhörversuch Erfolg zu haben. Diese Gruppe ist die primäre Zielgruppe aller Tabakentwöhnungsmaßnahmen.

Bei diesen Rauchern wird unmittelbar ein konkreter erster rauchfreier Tag geplant:

Die konkrete Ansprache kann z.B. lauten: *„Wir haben die Erfahrung gemacht, dass ein Aufhörversuch innerhalb der nächsten Tage die besten Erfolgsaussichten hat. Gibt es einen konkreten Tag, der Ihnen besonders günstig erscheint?“*

„Wir sollten jetzt Ihren ersten rauchfreien Tag gleich festlegen: Ist ein Wochentag besser als ein Tag am Wochenende?“

Wenn der Raucher schwere Bedenken äußert oder sich nicht auf einen Tag festlegen kann, ist das Fragenstellen grundsätzlich günstiger als das sofortige Anbieten von Lösungen und Rezepten. Nicht alle Bedenken können ausgeräumt werden. Als Bild bietet sich ein Prüfungstermin an; auch dort steht zunächst der Termin, und erst dann wird intensiv an der Vorbereitung gearbeitet. Niemand kann vorhersehen, wie die Prüfung ausgeht, aber wenn man nicht antritt, kann man sie auch nicht bestehen.

„Was würde Ihre Bereitschaft vergrößern, bald aufzuhören?“

„Welche Situation ist für Sie besonders schwierig?“

„Was machen Sie, wenn andere Raucher anwesend sind?“

„Was genau passiert morgens nach dem Aufstehen?“

„Wie können Sie mit Niedergeschlagenheit oder Angespanntheit umgehen?“

Folgende Schwierigkeiten finden sich bei der Arbeit mit Rauchern häufig:

Problem	Intervention
Ausstiegsängste	Entdramatisieren: „Vielleicht wird es nicht so schlimm, wie Sie im Moment befürchten.“ Vermittlung realistischer Erwartungen an die Schwierigkeiten des Rauchstopps, z.B.: „Es ist nicht ganz einfach, aber auch nicht unendlich schwierig.“ und „Jedes Jahr hören etwa 1 Million Menschen in Deutschland auf zu rauchen.“
Angst vor Entzugssymptomen	„Diese Symptome werden Sie nicht ununterbrochen plagen und sind nur vorübergehend. Es gibt wirksame Medikamente, um diese Symptome zu mildern.“
Angst vor Gewichtszunahme	s. Arbeitsbogen 11.7
Negative Erwartungen	Aufzeigen einer kurzfristig positiven Zukunftsperspektive: „Sie werden in den ersten Tagen nach dem Ausstieg manchmal richtig euphorisch sein und sich über die spürbaren Verbesserungen des Wohlbefindens freuen.“ „Als Ihr Tabakentwöhnungs-Experte will ich Ihnen sagen, dass das Aufhören die wichtigste Maßnahme zur Erhaltung und Steigerung Ihres Wohlbefindens ist.“
Entscheidungsschwierigkeiten	„In sechs Monaten wären Sie vielleicht froh, Sie hätten den Ausstieg schon hinter sich. Wichtig ist, jetzt eine Entscheidung zu treffen – auch wenn wir nicht wissen, wie es ausgeht. Nur wenn Sie sich nicht für einen Ausstieg entscheiden, steht der Misserfolg schon fest.“
Niedrige Selbstwirksamkeitswerte	„Sie bekommen so viel Unterstützung, wie Sie benötigen. Hier haben wir die Möglichkeit, die für Sie passende und richtige Methode zu finden.“ „Häufig sind gerade die Situationen, die Ihnen jetzt als besonders schwierig erscheinen, viel leichter zu bewältigen, als Sie jetzt denken.“
Ungünstige Lebensumstände	„Auch wenn Ihnen diese schwierige Zeit sehr zu schaffen macht: die Zigarette ist Ihnen keine Hilfe und löst keine Probleme, sondern schafft nur zusätzliche.“

Rauchern mit konkreten Ausstiegsplänen sollten immer über medikamentöse Entwöhnungshilfen informiert werden; genaue Kenntnisse über medikamentöse Therapien sind unbedingt erforderlich. Hinweise hierzu finden sich im Anhang. Empfehlungen für die konkrete Gestaltung des Vorabends und des ersten rauchfreien Tages sind auf dem Arbeitsbogen „Von der Entscheidung für den Ausstieg zum Umgang mit kritischen Situationen“ (11.6) zusammengefasst.

5.3 Die späten Stadien – Rückfallprophylaxe, Rückfall und dauerhafte Abstinenz

Ex-Raucher in der Aktionsphase und Kurzzeit-Nichtraucher sind bereits rauchfrei, aber noch intensiven Rückfallgefahren ausgesetzt. An erster Stelle steht das Aussprechen von Lob oder Glückwünschen für die erbrachte Leistung. Situative Bedingungen (andere Raucher anwesend), körperliche Befindlichkeit (Entzugssymptome) und ungünstige Zuschreibungen („ich halte das nicht mehr lange aus“) können mittels einer Verhaltensanalyse erkannt werden. Die Maßnahmen zum Umgang mit schwierigen Situationen werden diskutiert. Die persönlichen Motive für den Ausstieg werden erneut angesprochen. Abschließend kann die Konzentration auf positive Veränderungen und Prozesse eingeübt werden.

Rückfällige Raucher nach einem Ausstiegsversuch mit vorübergehender Abstinenz haben dann eine Chance, die Abstinenz wiederzuerlangen, wenn das Rauchverhalten noch nicht wieder alltäglich geworden ist.

Es wird unterschieden zwischen „Ausrutscher“ und „Rückfall“: Ein Ausrutscher bezeichnet das einmalige Rauchen einer oder mehrerer Zigaretten und die anschließende Rückkehr zum Nichtrauchen. Bei Rückfälligen findet sich der Abstinenz-Verletzungs-Effekt nach einem Ausrutscher. Dieser Effekt beinhaltet eine interne („es

liegt an mir“), stabile („es wird immer so sein“) und globale („es ist bei allen Dingen so“) Erklärung (der psychologische Fachbegriff: „Ursachenzuschreibung“) bezüglich eines Ausrutschers („mangelnde Willenskraft“, „ich schaffe es eh nicht“) und die entsprechende emotionale Reaktion auf diesen Ausrutscher. Hier sind v.a. Enttäuschung, Wut, Trauer, Niedergeschlagenheit und Selbstvorwürfe zu nennen. Diese Gemütszustände liefern auch den optimalen Nährboden für einen vollständigen Rückfall nach dem einmaligen Ausrutscher.

Auch hier steht die Betonung des Teilerfolges an erster Stelle; die Unterscheidung zwischen einem Ausrutscher und einem Rückfall soll den Klienten in die Lage versetzen, sich wieder als Nichtraucher zu verstehen. Die situativen und persönlichen Umstände des Ausrutschers werden analysiert und Alternativen für den künftigen Umgang mit diesen Bedingungen erarbeitet.

Im Falle eines Ausrutschers bzw. Rückfalles werden die persönlichen (d.h. emotionalen, kognitiven und physiologischen) und situativen Bedingungen analysiert, unter denen es zu diesem kritischen Ereignis kam:

<i>Situative Faktoren</i>	<i>Andere Raucher anwesend, Party/Fest, Zigarettenangebote, Zigarettenfund, Vorrat an Zigaretten</i>
<i>Emotionale Faktoren</i>	<i>Ärger, Niedergeschlagenheit, Langeweile, Anspannung, Aggressivität</i>
<i>Kognitive Faktoren</i>	<i>Selbstzweifel, Idealisieren, Illusion der Kontrolle, Zigaretten-Probe</i>
<i>Physiologische Faktoren</i>	<i>Entzugssymptome, starkes Verlangen, Übermüdung, Hunger, Alkoholkonsum, Kaffeekonsum</i>

Folgende Fragen bieten sich an:

„Versuchen Sie, den Auslöser für den Ausrutscher zu erfassen. Was haben Sie denn gefühlt oder gedacht, bevor Sie die Zigaretten besorgt oder die Zigarette angesteckt haben?“

„Was könnten Sie das nächste Mal in exakt der gleichen Situation anders machen?“

Dann wird an der Zuschreibung des Misserfolgs gearbeitet; es lag nicht an den mangelnden Fähigkeiten der Person, sondern an spezifischen internen und externen Bedingungen:

„Sie werden erkennen, dass dies eine ganz bestimmte Situation war, bei der einige ungünstige Bedingungen zusammengekommen sind. Zum Teil waren das auch gefühlsmäßige oder mentale Faktoren, die da eine Rolle gespielt haben.“

Natürlich muss der Ausrutscher auch praktisch aufgearbeitet werden:

„Beenden Sie das Rauchen auf der Stelle. Vernichten Sie alle Zigaretten, die Sie besitzen; diese Maßnahme ist kostenfrei, denn Sie haben die Zigaretten bereits bezahlt.“

Schließlich wird der Teilerfolg in das Zentrum der Betrachtung gerückt:

„Rufen Sie sich ins Bewusstsein, dass Sie einen kleinen Ausrutscher hatten: Ein Ausrutscher heißt, dass Sie einen kleinen Rückschlag hatten und ein oder zwei Zigaretten geraucht haben. Auch die allerersten ein oder zwei Zigaretten haben aus Ihnen noch keinen Raucher gemacht; genauso wird dieser kleine Rückschlag aus Ihnen nicht wieder zwangsläufig einen Raucher machen.“

Gehen Sie nicht so hart mit sich ins Gericht: Ein Ausrutscher bedeutet nicht, dass Sie versagt haben und Sie nicht fähig sind, Nichtraucher zu sein. Wichtig ist nur, dass Sie sofort wieder auf den Nichtraucherzug aufspringen.“

Langzeit-Nichtraucher bleiben mit wenig Aufwand Nichtraucher und sind kaum Rückfallgefahren ausgesetzt. Nach 5 Jahren guter Erfahrungen mit dem Nichtrauchen haben diese Ex-Raucher ein 100%iges Vertrauen darin, nicht wieder rückfällig zu werden. In der Rauchersprechstunde kann die gewählte Ausstiegsmethode noch einmal reflektiert sowie die persönlichen und gesundheitlichen Verbesserungen in den Mittelpunkt gestellt werden. Lob und Glückwünsche schließen das Gespräch ab.

Mit der Kenntnis des Stadienmodells wird die Bewertung, ob eine Maßnahme erfolgreich ist oder nicht, unter neuen Gesichtspunkten erfolgen können. Nicht nur die Totalabstinenz dient als Erfolgsmaß. Der Weg zu Rauchfreiheit wird als Prozess betrachtet, wo Ausrutscher, Rückfälle und erneute Rauchfreiheit Bestandteile sind. Solange Raucherinnen und Raucher dabei sind, Fortschritte zu machen in Richtung auf das ultimative Ziel – völlig rauchfrei zu sein – sollte dieses Voranschreiten als Erfolg gewertet und angesprochen werden.

6. Aufbau förderlicher Einstellungen zum Ausstieg (Dauer ca. 3 min, Arbeitsblatt 11.4)

Zum Rauchen haben die meisten Raucher ein ambivalentes Verhältnis. Ambivalenz bezeichnet hier die gleichzeitige Anwesenheit widersprüchlicher Gefühle zu ein und demselben Thema. Beim Rauchen finden sich simultan das „eigentlich rauche ich gerne“ und das „eigentlich will ich schon lange damit aufhören“. Die Entscheidung, ob und wann ein Klient mit dem Rauchen aufhören will, kann ihm nicht abgenommen werden. Wenn der Ausstieg zunächst wie ein unüberschaubarer Berg erscheint, kann auf das Unterteilen in kleine Schritte hingearbeitet werden. Die Ambivalenz wird angesprochen und der Klient wird zum Experimentieren angeregt: *„Sie wollen schon länger Nichtraucher werden und haben dennoch weitergeraucht. Jetzt können wir den Spieß doch umdrehen: Rauchen Sie nicht mehr, obwohl Sie manchmal noch gerne rauchen würden.“*

Die Bewertung der Vor- und Nachteile des Rauchens verändert sich im Laufe der Zeit: Gerade wenn sich Raucher in der Vorbereitung des Ausstiegs befinden, gewinnen die Vorteile des Nichtrauchens enorm an Bedeutung. Die eigene Ausstiegsmotivation kann durch das Erstellen einer ganz persönlichen Motivationsliste geklärt und verstärkt werden. Wenn Raucher die Gründe für ihren Rauchstopp in eigene Worte gefasst haben und sich intensiv mit diesen Vorteilen beschäftigen, haben sie größere Erfolgsaussichten.

Nichtrauchen bringt ganz konkrete Vorteile, die bei jedem Raucher etwas anders gelagert sind. Wenn eine medizinische Indikation für den Rauchstopp besteht, sollte die Bedeutung des Ausstiegs für den Gesundheitszustand des Klienten deutlich gemacht werden. Darüber hinaus finden die anderen Lebensbereiche Eingang in das persönliche Motivbündel.

Der Motivationsbogen (11.4) wird dem Raucher nach einer kurzen Information zum Bearbeiten mitgegeben. Fällt es dem Klienten schwer, konkrete Vorteile zu formulieren, erhält er in einem oder zwei Bereichen Hilfestellung; entscheidend ist jedoch, dass er in seinen Worten die für ihn emotional bedeutsamen Vorteile beschreibt und im Motivationsbogen (11.4) festhält. Verstärkt werden kann dessen Effekt, wenn der Patient weitere Bogen anfertigt, die beispielsweise am Badezimmerspiegel angebracht oder in der Geldbörse aufbewahrt werden können.

7. Praktisch-verhaltensbezogene und mentale Maßnahmen für rückfallkritische Situationen (Dauer ca. 1 min, Arbeitsblatt 11.6 und evtl. 11.7)

Raucher benötigen eine ganze Fülle von Tipps, die sie in schwierigen Situationen anwenden können, um die Verlangensattacke zu überwinden. Diese Tipps sind auf dem Arbeitsbogen „Von der Entscheidung für den Ausstieg zum Umgang mit kritischen Situationen“ (11.6) zusammengestellt.

Mit folgenden Worten kann dieser Arbeitsbogen übergeben werden: *„Die nachfolgenden Tipps lesen sich fast wie eine Speisekarte, und so sollten Sie diese auch benutzen: Schauen Sie zuerst, in welchem Stadium Sie sich gerade befinden. Wählen Sie dann aus, was zu Ihnen passt und was Sie für vielversprechend halten.“*

Wenn die Angst vor einer Gewichtszunahme thematisiert wird, können die Informationen auf dem Arbeitsbogen „Wie lässt sich eine Gewichtszunahme vermeiden?“ (11.7) übermittelt und dieser Arbeitsbogen anschließend an den Klienten ausgehändigt werden.

8. Erstellen eines Nachsorgefahrplans (Dauer ca. 3 min, Dokumentationsbogen 10.3)

Ein Nachsorgefahrplan ist unbedingt notwendig, um die einmal erlangte Abstinenz durch therapeutische Unterstützung über die rückfallkritische Zeit zu stabilisieren. Dieser Fahrplan muss niederschwellig und rückfallsensitiv organisiert sein, am besten am 1., 3., 7., 14. und 30. Tag nach dem Ausstieg und weitere Termine nach 3, 6 und 12 Monaten. Am einfachsten ist eine telefonische Nachsorge zu organisieren. Diese kann proaktiv (der Anruf geht vom Tabakentwöhnungsexperten aus) oder reaktiv (der Anruf geht vom Ex-Raucher aus) angeboten werden. Persönliche Nachsorgekontakte sollten die telefonischen Kontakte ergänzen. Auch können die Telefonberatung zur Raucherentwöhnung der BZgA (01805/31 31 31, Mo – Do: 10 – 22 Uhr, Fr – So: 10 – 18 Uhr) und das Rauchertelefon (06221 - 42 42 00, Mo – Fr: 15 – 19 Uhr) einbezogen werden. Beide Einrichtungen versenden kostenfreie Broschüren, in denen auf die Telefonnummern hingewiesen wird.

Die getroffenen Vereinbarungen werden im Dokumentationsbogen Erstkontakt (10.3) unter „Folgekontakt“ festgehalten.

Bei den Folgekontakten (Dauer ca. 5 bis 10 min) kann der Risikosituationenbogen erneut gegeben und die Veränderungen seit dem Erstkontakt thematisiert werden. Die Konzentration auf positive Prozesse nach dem Aufhören steht im Falle eines erfolgreichen Ausstiegs im Vordergrund:

Lebensbereich	Positive Veränderungen
Gesundheit und Wohlbefinden	sich fitter und leistungsfähiger fühlen, Rückgang von Symptomen wie Kurzatmigkeit und sonstigen Beschwerden der Atemwege, Reduktion der Angst vor Lungenkrebs u.Ä.
Materielle Kosten	dauerhafte Einsparungen von i.d.R. mindestens 1000 € „netto“ pro Jahr
Soziale Aspekte	Übernahme der Vorbildfunktion für Partner, Kinder, Patienten, Kollegen u.a.; Wegfall von Konflikten wegen des Rauchens; Wegfall des schlechten Gefühls, andere durch Tabakqualm zu belästigen
Selbstbild	das Gefühl, frei zu sein und Herr im eigenen Haus; zu erfahren, dass man erreichen kann, was man sich vornimmt; stolz zu sein auf die eigene große Leistung

Bei Patienten mit wiederholten Rückfällen wird sich möglicherweise die Frage stellen, ob durch Konsumreduktion wenigstens eine Schadensbegrenzung erzielt werden kann. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist für folgende Patienten eine Reduzierung des Zigarettenkonsums zu erwägen, wenn trotz mehrerer gut geplanter Entwöhnungsversuche das Abstinenzziel nicht erreicht werden konnte:

- Patienten mit psychiatrischer Komorbidität
- Patienten mit fortgeschrittenen arteriellen Verschlusskrankheiten

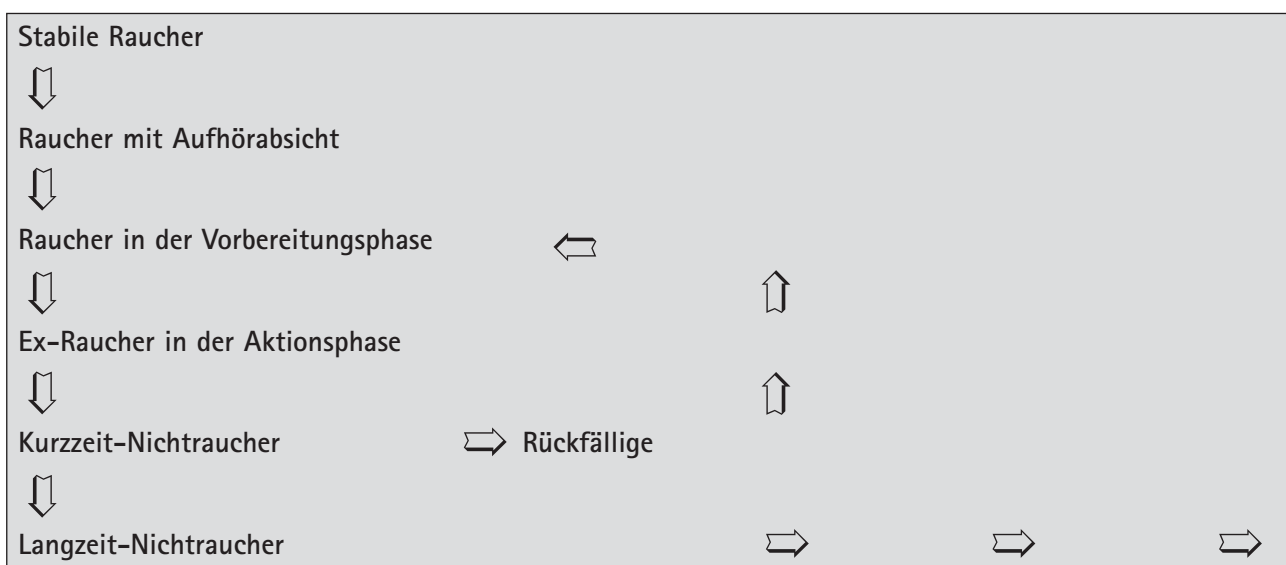
Bei Rückfällen bzw. Ausrutschern kommen die unter 5.3 genannten Maßnahmen zum Einsatz.

9. Checkliste: Hilfestellungen für schwierige Situationen in der Tabakentwöhnung

Enge zeitliche Ressourcen	⇒	Fagerström- und Risikosituationen-Fragebogen (11.1 und 10.2) vorher ausfüllen lassen
Raucher ohne Ausstiegsabsicht	⇒	Kosten-Nutzen-Analyse (11.2); evtl. Motivationsbogen (11.4) und Raucherkarte (11.3) Folgetermin vereinbaren!
Starke Abhängigkeit laut Fagerström-Test (11.1) (Punktwert > 6)	⇒	Empfehlung Nikotinersatztherapie oder Bupropion prüfen (S. 19ff.)
Einbeziehung weiterrauchender Lebensgefährten	⇒	Ich helfe mit-Bogen (11.5) mitgeben
Unklare Ausstiegsmotivation	⇒	Gemeinsames Formulieren von Vorteilen (Motivationsbogen 11.4)
Angst vor Gewichtszunahme	⇒	Arbeitsbogen 11.7 verwenden und aushändigen
Probleme, Nachfolgekontakte in Eigenregie anzubieten	⇒	Verweis an das Rauchertelefon (06221 – 42 42 00) oder die Telefonberatung zur Raucherentwöhnung (01805/31 31 31)
Stabilisierung der Abstinenz und Rückfallprophylaxe	⇒	Ansprechen positiver Veränderungen (S. 16)
Einmalige Abstinenzverletzung nach Rauchstopp	⇒	Analyse der Rückfallbedingungen und Vereinbarung eines neuen Ausstiegs (S. 14)

Exkurs: Das Stadienmodell der Verhaltensänderung

Nach dem „Stadienmodell der Verhaltensänderung“ von Prochaska und Di Clemente (1983) ist das Aufhören des Rauchens kein diskretes Ereignis, sondern ein dynamischer Phasenprozess:



Die Bestimmung des Stadiums der Änderungsbereitschaft bei rauchenden Patienten kann mit folgenden Fragen während der Anamnese erfolgen:

1. Frage: *Planen Sie ernsthaft, bald mit dem Rauchen aufzuhören?*

Wenn nein: Stadium stabiler Raucher

Wenn ja:

2. Frage: *Haben Sie in der letzten Zeit ernsthaft versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?*

Wenn nein: Stadium Raucher mit Aufhörabsicht

Wenn ja:

3. Frage: *Waren Sie in den letzten vier Wochen längere Zeit vollkommen rauchfrei?*

Wenn nein: Stadium Raucher in der Vorbereitungsphase

Wenn ja: Stadium rückfälliger Raucher

Analog wird das Stadium der Änderungsbereitschaft bei nichtrauchenden Patienten ermittelt:

1. Frage: *Haben Sie innerhalb der letzten sechs Monate mit dem Rauchen aufgehört?*

Wenn ja: Stadium Kurzzeit-Nichtraucher

Wenn nein: Stadium Langzeit-Nichtraucher

Exkurs: Rauchen als Sucht

Nikotin ist eine anregende Droge, aber paradoxerweise kann beim Konsum sowohl Anregung als auch Entspannung empfunden werden (sog. bivalentes Wirkungsspektrum). Die geistige und körperliche Verfassung des Rauchers und die Situation, in der geraucht wird, haben einen großen Einfluss auf die psychologische Wahrnehmung einer bestimmten Zigarette.

Auch wenn eine starke Anstiegsmotivation vorhanden ist, fällt es vielen Rauchern schwer, mit dem Rauchen aufzuhören. Tabakabhängigkeit ist die Ursache der niedrigen Erfolgsquoten bei der Entwöhnung: So führen Ausstiegsversuche über Spontanentschlüsse nur bei 3% zu langfristiger Abstinenz, und von den Rauchern, die an einem Entwöhnungsprogramm teilnehmen, sind ein Jahr danach noch 20% oder weniger Nichtraucher (Batra 1996). Die mittels professioneller Raucherentwöhnung abstinent gewordenen Probanden werden häufig kurz nach dem Behandlungsende rückfällig (Batra 2000). Die meisten Raucher werden erst nach mehreren Aufhörversuchen schließlich Nichtraucher.

Abhängiges Rauchen ist als „Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanz“ klassifiziert. In beiden relevanten diagnostischen Klassifikations-Systemen – der Internationalen Klassifikation von Krankheiten der WHO (ICD-10, Dilling et al. 1991) und dem Diagnostischen und Statistischen Manual der American Psychiatric Association (Saß et al. 1996) – findet sich das Syndrom „Tabakabhängigkeit“ bzw. „Nikotinabhängigkeit“ im DSM-IV. International ist das DSM-IV gebräuchlich, in Deutschland wird in der Regel nach ICD-10 kodiert.

In der ICD-10 werden sechs Kriterien aufgestellt, von denen drei in den letzten 12 Monaten in Erscheinung getreten sein müssen, damit die Diagnose „Tabakabhängigkeit“ gestellt werden kann:

- Toleranzentwicklung: Um eine Wirkung zu erzielen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich
- Körperliche Entzugserscheinungen bei Reduktion oder Beendigung des Konsums oder Konsum, um die Entzugssymptome zu mildern
- Starker Wunsch oder Drang, Tabak zu konsumieren
- Eingeschränkte Kontrolle über Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
- Zunehmende Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen zugunsten des Konsums
- Anhaltender Konsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen

Im DSM-IV finden sich – anders formuliert – dieselben Kriterien und als zusätzliches Kriterium „hoher Zeitaufwand für den Konsum“. Dort werden auch diagnostische Kriterien für ein Nikotinentzugssyndrom beschrieben. Diese umfassen Symptome wie depressive/dysphorische Stimmung, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Nervosität oder Aggressivität, Unruhe oder Besorgnis, verminderte Konzentrationsfähigkeit, verlangsamter Puls und gesteigerter Appetit oder Gewichtszunahme. Ein weiteres Kriterium besteht darin, dass diese Symptome Leiden in sozialen, beruflichen oder anderen Funktionsbereichen verursachen und nicht besser durch medizinische oder psychische Krankheitsfaktoren erklärbar sind.

Neuronale Grundlagen der Tabakabhängigkeit bestehen in der erhöhten Dichte nikotinerger Acetylcholin-

rezeptoren und der damit einhergehenden vermehrten Bindungskapazitäten des gesamten Nervensystems. Zusätzlich wird eine Stimulation der Dopaminfreisetzung durch Nikotin vermutet (Batra 2000).

Unter Zugrundelegung der ICD-10-Kriterien können 70 bis 80% aller Raucher in Deutschland als abhängig bezeichnet werden (Junge 1999, Batra & Fagerström 1997, Fagerström et al. 1996). Laut der neuesten Repräsentativerhebung (Kraus und Augustin 2001) erreichen etwa 35% aller befragten Raucher einen Wert von vier oder mehr Punkten auf dem Fagerström-Test (Fagerström & Schneider 1989) und können damit als „deutlich abhängig“ bezeichnet werden; lediglich bei 27,5% der Raucher wurde ein Fagerström-Wert von null ermittelt.

Auch Raucher mit einem Tageskonsum von fünf oder weniger Zigaretten berichten zur Hälfte von mindestens einem Indikator einer Abhängigkeit (Giovino et al. 1995). Bei Kindern und Jugendlichen, die mit dem Rauchen begonnen haben, entwickeln sich häufig schon innerhalb weniger Tage oder Wochen Symptome wie Unruhe, Ängstlichkeit oder ein starker Drang zum Rauchen. Viele Kinder, die täglich rauchten, gaben außerdem an, dass die Abhängigkeits-Symptome Anlass für ihr Rauchverhalten waren (DiFranza et al. 2000).

Welches Ausmaß Tabakabhängigkeit annehmen kann, wird durch die Tatsache verdeutlicht, dass Raucher häufig nicht in der Lage sind, aufzuhören, auch wenn sie einen chirurgischen Eingriff infolge tabakbedingter Krankheiten vor oder hinter sich haben. In England versuchen etwa 40% der Patienten, denen der Kehlkopf entfernt wurde, bald nach der Operation weiterzurauchen, und die Hälfte aller ehemals rauchenden Lungenkrebspatienten nehmen nach der Operation das Rauchen wieder auf (Stolerman & Jarvis 1995).

Exkurs: Medikamentöse Entwöhnungstherapie (insbesondere nach Empfehlungen von Anil Batra)

Persönliche Motivation und Eigenleistung sind wichtige Voraussetzungen für einen erfolgreichen Rauchstopp. Tabakentwöhnung ist nicht vergleichbar mit der Behandlung von Infektionskrankheiten, bei denen eine Impfung oder eine medikamentöse Therapie eine ausreichende Behandlungsform darstellt. Auch wenn sich viele Raucher wünschen, dass es ähnliche Behandlungsmethoden zur Tabakentwöhnung gäbe – sie selbst sind es, die die Änderung des Rauchverhaltens herbeiführen müssen.

Rauchern kann aber eine medikamentöse Hilfestellung bei der Entwöhnung empfohlen werden. Sie ist bei richtiger Verwendung wirksam und sicher. Tabakentwöhnungstherapeuten sollten Rauchern genaue Informationen und Ratschläge über medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten (Nikotinersatztherapie oder Bupropion) geben. Wenn der Klient eine medikamentöse Behandlung ablehnt, ist diese Haltung zu akzeptieren und das Thema Entzugssymptome und Umgang mit Entzugssymptomen intensiviert zu behandeln. In diesem Fall stehen als zentrale Strategien das Aushalten der Symptome („Entzug pur“) sowie körperliche (Aktivität) und mentale (Gedankenstopp, Aufmerksamkeitsverlagerung) Bewältigungsmaßnahmen im Vordergrund.

Im Folgenden sollen die beiden medikamentösen Strategien vorgestellt werden:

Nikotin gilt als die wichtigste konsumerhaltende und suchterzeugende Substanz im Tabakrauch. Es vermittelt über bestimmte Empfängerstellen im Gehirn sowohl anregende als auch beruhigende Wirkungen (Stimulation, Verbesserung von Konzentration und Aufmerksamkeit, 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 Entzugerscheinungen wahrgenommen.

Zur Erleichterung des Entwöhnungsprozesses kann das Nikotin aus der Zigarette durch die medikamentöse Gabe von Nikotin ersetzt werden. Diese Nikotinersatztherapie mildert die Entzugssymptomatik.

Nikotin steht seit 1983 in Deutschland als Medikament für die Raucherentwöhnung zur Verfügung. Nach und nach wurden die verschiedenen Darreichungsformen „Nikotinkaugummi“, „Nikotinplaster“ und „Nikotinasenspray“ eingeführt. Das Nasenspray wurde Anfang 2003 wieder vom Markt genommen und ist nur noch über den internationalen Handel erhältlich. Mittlerweile sind auch die „Nikotin-Sublingualtablette“ sowie der

„Nikotininhaler“ zugelassen. Verschreibungspflicht besteht für das Nasenspray sowie Nikotininhaler, die anderen Produkte sind ohne Rezept in der Apotheke erhältlich.

Neu auf dem Markt ist eine Nikotinlutschtablette. Dieses Präparat wird in zwei Stärken angeboten und ist verschreibungspflichtig.

Wichtig für das Verständnis der Wirkungsweise der Nikotinersatztherapie ist die Unterscheidung von Nikotin und Tabak: Nikotin ist als psychisch wirksame Substanz zwar verantwortlich für die Ausbildung der Abhängigkeit, ist aber 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 krebs-erzeugende Substanzen, hervorgerufen. Nikotinersatzpräparate geben Nikotin zwar langsamer und weniger befriedigend ab, aber auch sicherer und weniger suchterzeugend als Zigaretten, und sie enthalten – anders als Zigarettenrauch – keinen Teer, kein Kohlenmonoxid und keine der vielen im Tabakrauch enthaltenen krebserregenden Substanzen.

Nikotinersatztherapie ist kein Wundermittel. Wie allerdings gute wissenschaftliche Studien zeigen, kann die Nikotinersatztherapie die Erfolgchancen von entwöhnungswilligen Rauchern nahezu verdoppeln. Diese Verdoppelung ist weitgehend unabhängig von der Intensität der begleitenden Entwöhnungsmaßnahme, wird also bei einer Kurzberatung, Intensivberatung oder verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie gleichermaßen erreicht.

Anwendungsempfehlungen für den Einsatz von Nikotin

Die Anwendung der Nikotinersatztherapie ist einfach und bei sachgemäßer Anwendung für Raucher ungefährlich. Die Präparate sollten erst mit dem Beginn der Abstinenz benutzt werden. Bei Nichtrauchern sollte Nikotin nicht zum Einsatz kommen.

Eigenschaften der verschiedenen Präparate

Nikotinpflaster

Dieses Präparat zielt auf eine Dämpfung des Rauchverlangens und der Entzugssymptomatik durch Erzeugung eines kontinuierlichen Nikotinspiegels. Durch die kontinuierliche Nikotinzufuhr werden Nikotinwirkung und bisheriges Suchtverhalten entkoppelt.

Die Nikotinpflaster setzen über die Klebeschicht oder eine Zwischenmembran eine bestimmte Menge Nikotin frei. Ein ausreichender Nikotinspiegel wird frühestens 30 bis 60 Minuten nach dem Anbringen des Pflasters erreicht. Für eine „notfallmäßige“ Anwendung ist das Pflaster also nicht geeignet. Die Nikotinpflaster werden in drei Stärken angeboten und sollen 10, 20 oder 30 täglich gerauchte Zigaretten in 16 bzw. 24 Stunden ersetzen. Das Pflaster wird täglich gewechselt und sollte dann auf eine andere trockene und unbehaarte Hautstelle geklebt werden.

Das Pflaster wird „ausschleichend“ angewandt; die höchste Pflasterdosierung kann vier bis sechs Wochen lang angewendet werden, die mittlere und geringste Dosierungsstufe jeweils zwei Wochen lang. Es gibt keine Hinweise, dass es bei der Anwendung von Nikotinpflaster zu einer Abhängigkeitsentwicklung kommt.

Nikotinkaugummi

Beim Kauen des Nikotinkaugummis wird Nikotin freigesetzt und über die Mundschleimhaut aufgenommen. Mit Hilfe des Nikotinkaugummis gelingt es, innerhalb von 15 bis 30 Minuten wirksame Nikotinspiegel aufzubauen.

Es sollte nur so lange langsam und vorsichtig gekaut werden, bis der Effekt von Nikotin spürbar wird. Bei schnellem und heftigem Kauen wird die Mund- und Magenschleimhaut gereizt. Sobald ausreichende Mengen an Nikotin abgegeben wurden, sollte es in der Bocktasche „geparkt“ werden.

Aufgrund der höheren Wirksamkeit sollte ab einem Konsum von 25 Zigaretten der 4-mg-Kaugummi zum Einsatz kommen.

Es kann etwa ein Kaugummi pro Stunde gekaut werden, maximal 16 Stück pro Tag. Nach sechs bis acht Wochen sollte die durchschnittliche Dosis reduziert und bis zur 12. Woche ganz ausgeschlichen werden. In sehr seltenen Fällen kommt es zu einer Abhängigkeitsentwicklung von Nikotinkaugummi.

Nikotinlutschtablette

Bei der Lutschtablette wird das Nikotin durch einfaches Lutschen über einen Zeitraum von 20 bis 30 Minuten freigesetzt und über die Mundschleimhaut aufgenommen. Die Anflutungsgeschwindigkeit verhält sich dabei wie bei den Kaugummis, so dass ebenfalls innerhalb von 15 bis 30 Minuten wirksame Spiegel aufgebaut werden. Bei der Anwendung der Lutschtablette werden höhere Blutspiegel im Vergleich zu den entsprechenden Kaugummis erreicht. Wird innerhalb von 30 Minuten nach dem Aufwachen die erste Zigarette geraucht, dann wird die 4-mg-Lutschtablette empfohlen, ansonsten die 2-mg-Lutschtablette.

Es kann etwa alle 90 Minuten eine Tablette gelutscht werden, maximal 15 pro Tag. Danach wird die Dosis schrittweise über einen Zeitraum von insgesamt 12 Wochen reduziert. Zur Abhängigkeitsentwicklung bei der Nikotinlutschtablette liegen noch keine Befunde vor.

Nikotinnasenspray

Mit Nikotinnasenspray kann Nikotin sehr rasch und hochdosiert zugeführt werden. Aus diesem Grund ist dieses Präparat für Raucher mit hohem Tageskonsum, starker Nikotinabhängigkeit oder bei unstillbarem Verlangen nach einer Zigarette geeignet. Nikotinnasenspray sollte zwar in erster Linie stark abhängigen Rauchern angeboten werden, kann aber auch von Rauchern mit Unverträglichkeiten gegenüber Nikotinkaugummi oder -pflaster benutzt werden.

Nikotinnasenspray wird über die Nasenschleimhaut aufgenommen. Die anfängliche Tagesdosis von maximal 1 bis 2 Anwendungen/Stunde sollte innerhalb von acht bis zwölf Wochen ausgeschlichen werden.

Bei der Anwendung besteht die Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung von Nikotinnasenspray, besonders bei einer häufigen Anwendung nach Bedarf und ohne therapeutische Unterstützung. Etwa 10% der Anwender benutzen das Nasenspray länger oder öfter als vorgeschrieben.

Nebenwirkungen und Gegenanzeigen

Manche der Entzugserscheinungen werden von Rauchern als „Nebenwirkungen“ erlebt! Bei korrekter Anwendung sind für den Raucher, der an den Effekt von Nikotin aus der Zigarette gewöhnt ist, kaum Nebenwirkungen zu erwarten.

Bei Nikotinkaugummis und Nikotinlutschtabletten kann es zu vermehrtem Speichelfluss, Schluckauf, Sodbrennen oder Magenschmerzen kommen.

Das Nikotinpflaster kann an der Stelle, an der es angebracht wird, eine allergische Hautreaktion hervorrufen.

Das Nikotinnasenspray kann vorübergehend die Nase reizen, und zu laufender, wunder oder empfindlicher Nase sowie Niesen oder Halsreizungen führen.

Welche Präparate sind für welche Raucher besonders geeignet:

Nikotinkaugummi

Wenn eine nur geringe bis mittelstarke Abhängigkeit vorliegt (weniger als 5 Punkte auf dem Fagerström-Test), bei Tageskonsum von max. 15 Zigaretten, und wenn nicht gleichmäßig geraucht wird, sondern bevorzugt unter bestimmten Bedingungen (bei Konflikten, in Geselligkeit, abends ...)

Nikotinlutschtablette

Bei mittelstarker bis starker Tabakabhängigkeit und relativ hohem, eher ungleichmäßigem Tageskonsum.

Nikotinpflaster

Für Raucher mit einer mittelstarken bis starken Tabakabhängigkeit und einem gleichmäßig über den Tag verteilten, relativ hohen Konsum (10 bis 40 Zigaretten) verwenden.

Nikotinnasenspray

Für stark abhängige Raucher (mehr als 6 Punkte auf dem Fagerström-Test) mit einem Konsum von mehr als 30 Zigaretten.

Kombination von zwei Präparaten

Für manche Raucher reicht ein Nikotinpflaster oder -kaugummi nicht aus, v.a. bei einer starken Tabakabhängigkeit (mehr als 6 Punkte und mehr als 30 Zigaretten pro Tag). In diesen Fällen kann für 8 bis 12 Wochen Nikotinpflaster angewendet werden und zusätzlich ein rasch wirksames Präparat (Nikotinkaugummi, Nikotinnasenspray oder Nikotinlutschtablette), das innerhalb von 4 bis 6 Wochen ausgeschlichen werden sollte.

Wenn Sie eine solche kombinierte Behandlung in Betracht ziehen, sollten Sie vorher einen Arzt aufsuchen.

Auch hier ist zu beachten, dass die Gefahr der Aufrechterhaltung der Tabakabhängigkeit durch die Kombination mit einem schneller verfügbaren Nikotinersatzpräparat verstärkt wird.

Neben der Nikotinersatztherapie gibt es noch einen zweiten, zur Behandlung der Tabakabhängigkeit zugelassenen Wirkstoff, Bupropion, das Rauchern vielleicht besser unter dem Handelsnamen Zyban® bekannt ist. Die Wirksamkeit einer Behandlung mit Bupropion ist wissenschaftlich belegt. Das Medikament ist verschreibungspflichtig, so dass die Behandlung mit Bupropion nur in Zusammenarbeit mit einem Arzt möglich ist. Notwendig ist eine sorgfältige körperliche Untersuchung sowie die Feststellung, ob das Medikament aus medizinischer Sicht für den Einzelnen geeignet ist.

Anwendungsempfehlungen für den Einsatz von Bupropion

In den ersten sieben Tagen sollte eine Tablette Bupropion am Morgen eingenommen werden, nach einer Woche kann die Dosis bei guter Verträglichkeit auf zwei Tabletten pro Tag erhöht werden. Der Abstand zwischen beiden Einnahmen sollte wenigstens acht Stunden betragen, wobei die zweite Einnahme nicht nach 16.00 Uhr erfolgen sollte, um schwerwiegenden Schlafstörungen in der Nacht vorzubeugen.

In der ersten Woche der Tabletteneinnahme kann weitergeraucht werden, der erste rauchfreie Tag liegt in der zweiten Woche der Behandlung. Danach sollte die Behandlung für wenigstens sechs Wochen weitergeführt werden.

Die möglichen Nebenwirkungen der Behandlung sind Mundtrockenheit, Schlaflosigkeit, Zittern, Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen, Schwindel, Unruhe, Hautausschläge, Schwitzen, Blutdrucksteigerungen, Übelkeit und Verstopfung. Zu den schwerwiegenden Nebenwirkungen zählen allergische Reaktionen und Krampfanfälle (etwa in einem von 1000 Fällen).

Exkurs: Abbau hinderlicher Einstellungen bei „schwierigen Fällen“

„Schwierige Fälle“ zeichnen sich häufig durch folgende Lebensweisen und Kognitionen (Gedanken und Einstellungen) aus:

Wenn ich aufhöre, werde ich mich schlecht fühlen

... nur noch ein Nervenbündel sein

... aggressiv und ungenießbar sein

... meine Arbeit wird darunter leiden

... mein Leiden wird groß und von langer Dauer sein

... es wahrscheinlich sowieso nicht schaffen und mich dann wie ein Versager fühlen

... oder bestenfalls zu einem lustfeindlichen, ungemütlichen, langweiligen und militanten Nichtraucher werden.

An diesen typischen hinderlichen Kognitionen lassen sich die Möglichkeiten von gezielten Interventionen aufzeigen. Diese Kognitionen spielen sowohl im Vorfeld einer Entscheidung für oder gegen das Weiterrauchen als auch für die Erfolgsprognose nach dem Ausstieg eine entscheidende Rolle. Folgende Gesprächsstrategien sind hier gut anwendbar:

Prozess	Konkrete Intervention
Konkretisierung:	<p>„Was glauben Sie, wie es Ihnen in den ersten Wochen ohne Zigaretten geht?“</p> <p>„Entzugssymptome und die Angst davor sind in Anbetracht der Nikotingewöhnung ganz normal; Nikotinersatztherapien und Bupropion mildern diese Entzugssymptome.“</p>
Strukturierung:	<p>„Auch wenn Ihnen das zunächst wie ein unüberschaubarer Berg vorkommt – beginnen Sie mit Ihrem ersten Schritt. Einen hohen Berg besteigen Sie auch in kleinen Schritten!“</p> <p>„Die ersten 1 bis 2 Wochen sind schon eine Zeit der Umstellung; aber das wird von Tag zu Tag besser.“</p>
Betonung des Lernprozesses:	<p>„Nicht-mehr-Rauchen ist lernbar und nicht Schicksal. Eine gute Vorbereitung schafft günstige Voraussetzungen. Auf eine wichtige Prüfung bereiten Sie sich auch gut vor. Sie können viel zum Erfolg beitragen.“</p>
Phasen- und Feineinteilung mit entlastender Perspektive:	<p>„Man fühlt sich natürlich auch in den ersten zwei Wochen nicht ununterbrochen schlecht; manche frischgebackenen Nichtraucher berichten von fast euphorischen Zuständen.“</p> <p>„Von Verlangensattacken und -gefühlen werden Sie sich mit einfachen und wirksamen Mitteln ablenken können. Rauchen ist ja kein natürliches Bedürfnis wie Essen und Trinken; je länger Sie nicht mehr rauchen, umso seltener und schwächer wird das Verlangen zu rauchen – im Gegensatz zum Bedürfnis nach Essen.“</p>
Ressourcen:	<p>„Sie werden ja nicht alleine dastehen – sondern Sie bekommen die Unterstützung, die für Sie notwendig ist. Ich selbst, aber auch Ihre Familie und Freunde werden Ihnen zur Seite stehen. Außerdem vereinbaren wir gleich weitere Termine und die Möglichkeit, mich in Krisenzeiten telefonisch zu erreichen.“</p> <p>„Das Rauchertelefon steht Ihnen Montag bis Freitag von 15 bis 19 Uhr unter der Telefonnummer 06221 – 42 42 00 zur Seite.“</p>

Ausgewählte Literatur:

- (1) Batra, A. (1996): Tabakentwöhnung – aktueller Stand und künftige Entwicklungen. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 34, 73–77
- (2) Batra, A. (2000): Tabakabhängigkeit: biologische und psychosoziale Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten. Darmstadt: Steinkopff
- (3) Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (1997): Frei von Tabak – ein Stufenprogramm zur Raucherberatung und Rauchertherapie in der Arztpraxis. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung. Band 7, 2. Auflage, Köln
- (4) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 1997. Köln
- (5) DiClemente C. C., Prochaska J. O., Fairhurst S. K. et al. (1991): The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. Journal of Consulting and Clinical psychology, 59, 295–304
- (6) Fagerström K. O., Schneider N. G. (1989): Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Journal of Behavioral Medicine, 12, 159–182

- (7) Fiore M. C., Bailey W. C., Cohen S. J. et al. (2000): Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, M. D.: US Department of Health and Human Services, Public Health Service
- (8) Fiore M. C., Bailey W. C., Cohen S. J. et al. (1996): Smoking cessation. Clinical practice guideline No 18. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services, Publication No. 96-0692
- (9) Jorenby D. E., Leischow S. J., Nides M. A. et al. (1999): A controlled trial of sustained-released bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Medicine, 340, 685-691
- (10) Kraus L., Bauernfeind R. (1998): Tabak. Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Sucht, 44, Sonderheft 1, 3-82
- (11) Lichtenstein E., Glasgow R. E. (1992): Smoking cessation: What have we learned over the past decade. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 518-527
- (12) Lindinger P., Mitschele U. (1996): Das Freiburger Versorgungsangebot für entwöhnungswillige Raucher – Bausteine, Erfolge, Prädiktoren. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 9, Heft 34, 107-113
- (13) Peto R., Lopez A. D., Boreham J. et al. (1994): Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford University Press, Oxford
- (14) Prochaska J. O., DiClemente C. C. (1983): Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 390-395
- (15) Raw M., Mc Neill A., West R. (1998): Smoking cessation guidelines and their cost effectiveness. Thorax 53, Sub 5
- (16) Rumpf H. J., Meyer C., Hapke U. et al. (1998): Stadien der Änderungsbereitschaft bei Rauchern in der Allgemeinbevölkerung. Das Gesundheitswesen, 60, 592-597
- (17) Saß H., Wittchen H. U., Zaudig M. (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- (18) Shiffman S. (1993): Smoking cessation treatment: Any progress? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 718-722
- (19) Silagy C., Mant D., Fowler G., Lancaster T. (2000): Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software.

Kostenfreie Materialien zur Auslage in Beratungsstellen, Praxen und Kliniken sind erhältlich bei

1. Beratungstelefon zum Nichtrauchen der BZgA: 0 18 05 / 31 31 31 (12 Cent/Min.),
Mo-Do: 10-22 Uhr, Fr-So: 10-18 Uhr
z.B. die Broschüre: Ja, ich werde rauchfrei. (Bestell-Nummer 31350000)
2. Rauchertelefon des Deutschen Krebsforschungszentrums:
0 62 21 / 42 42 00, Mo-Fr: 15-19 Uhr,
Titel des Faltblatts: Raucherentwöhnung leichter gemacht

CO-Messgeräte sind unter folgenden Adressen in Deutschland zu beziehen:

PiCO Smoherlyzer € 275 + MwSt
 EC50-Micro-III Handmessgerät € 760 + MwSt
 Neomed GmbH, Hannengasse 9, 41352 Korschenbroich
 Tel.: 02161-64 42 19, Fax: 02161-64 47 46

MicroCO mit Software-Paket CoBRA
 Micro direkt Deutschland, Mühlstr. 33, 72379 Hechingen
 Tel.: 07471-50 30, Fax: 07471-50 40

Vitalograph BreathCO € 510 + MwSt
 Vitalograph GmbH, Jacobsenweg 12, 22525 Hamburg
 Tel.: 040-54 73 910, Fax: 040-54 73 91 40

10.1 Heidelberger Anamnesebogen

Name, Vorname: _____	
Alter: _____ Jahre	
Geschlecht:	Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/>

Wie lange rauchen Sie schon? _____ Jahre	
In welchem Alter haben Sie mit dem Rauchen angefangen?: _____ Jahre	
Hat in der letzten Zeit ein Raucher aus Ihrer näheren Umgebung aufgehört?	
ja	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>
Ist in der letzten Zeit ein Raucher aus Ihrer näheren Umgebung schwer erkrankt?	
ja	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>
Raucht Ihr Partner/Ihre Partnerin?	
ja	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>
kein Partner	<input type="checkbox"/>

Punktwert Fagerström-Fragebogen (11.1):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Punkte
Tabakabhängigkeit:	
gering (0 bis 4 Punkte)	<input type="checkbox"/>
mittel (5 bis 6 Punkte)	<input type="checkbox"/>
stark (7 bis 10 Punkte)	<input type="checkbox"/>

Planen Sie ernsthaft, bald mit dem Rauchen aufzuhören?	
ja	<input type="checkbox"/> → weiter zur nächsten Frage
nein	<input type="checkbox"/> → Stadium stabiler Raucher
Haben Sie in der letzten Zeit ernsthaft versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?	
ja	<input type="checkbox"/> → weiter zur nächsten Frage
nein	<input type="checkbox"/> → Stadium absichtsvoller Raucher
Waren Sie in den letzten vier Wochen längere Zeit vollkommen rauchfrei?	
ja	<input type="checkbox"/> → Stadium rückfälliger Raucher
nein	<input type="checkbox"/> → Raucher in der Vorbereitungsphase
Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Ausstiegsversuch unternommen und dabei mindestens 24 Stunden nicht geraucht?	
ja	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>

Welche Hilfsmittel haben Sie bei vergangenen Aufhörversuchen benutzt?			
Keine Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	Hypnose	<input type="checkbox"/>
Nikotinpflaster	<input type="checkbox"/>	Gruppenprogramm	<input type="checkbox"/>
Nikotinkaugummi	<input type="checkbox"/>	Buch	<input type="checkbox"/>
Nikotinasenspray	<input type="checkbox"/>	Broschüre	<input type="checkbox"/>
Bupropion	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>
Akupunktur	<input type="checkbox"/>		

10.2 Fragebogen zu Risikosituationen

Nachfolgend sind einige Situationen beschrieben, in denen das Rauchverlangen sehr stark sein kann. Diese Situationen können als Signale oder Auslöser wirken. Wenn diese Auslöser erkannt werden, lassen sich besser Alternativen finden, die statt des Rauchens ausgeführt werden können.

	Ich rauche	fast nie	selten	häufig	fast immer
1	wenn ich mit Rauchern zusammen bin				
2	wenn ich mich über jemanden ärgere				
3	wenn ich mich ängstlich fühle				
4	nach dem Essen				
5	sofort nach dem Aufwachen				
6	auf dem Weg zur Arbeit				
7	den ganzen Tag über gleichviel				
8	kurz vor dem Einschlafen				
9	auf der Straße				
10	bei Gesprächen mehr als sonst				
11	wenn ich jemanden rauchen sehe				
12	bei jeder sich bietenden Gelegenheit				
13	wenn ich Verlangen nach Zigaretten habe				
14	zum Kaffee				
15	wenn ich Wein oder Bier trinke				
16	wenn ich nervös bin				
17	wenn ich etwas Tolles geleistet habe				
18	wenn ich mich mit einem schwierigen Problem beschäftige				
19	wenn ich niedergeschlagen bin				
	in anderen Situationen:				
20					
21					
22					
23					

10.3 Dokumentation Erstkontakt

Welche Vereinbarungen wurden getroffen?	Rauchstopp	<input type="checkbox"/>	
	Ausstiegstermin	<input type="checkbox"/>	
	Nikotinpflaster	Stärke	
		16 Std.	<input type="checkbox"/>
		24 Std.	<input type="checkbox"/>
	Nikotinkaugummi	Stärke	
		2 mg	<input type="checkbox"/>
		4 mg	<input type="checkbox"/>
	Nikotinlutschtablette	Stärke	
		2 mg	<input type="checkbox"/>
		4 mg	<input type="checkbox"/>
	Nikotinnasenspray	<input type="checkbox"/>	
	Bupropion	<input type="checkbox"/>	
	Andere Medikamente, und zwar	_____	
Gruppenprogramm	<input type="checkbox"/>		
Veranstalter	_____		
Beginn	_____		
Broschüre/Buchempfehlung	<input type="checkbox"/>		
Rauchertelefon	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		
CO-Messung	Wert:	_____	
	Folgekontakt		
	Persönlich		
	Datum:	_____	
	Telefonisch		
	Datum:	_____	
	Reaktiv	_____	
	Proaktiv	_____	

10.4 Dokumentation Folgekontakt

Punktwert Fagerström-Fragebogen (s. Anamnese): Welche Maßnahmen wurden ergriffen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Punkte	
	Stärke	
	Nikotinpflaster	16 Std. <input type="checkbox"/>
		24 Std. <input type="checkbox"/>
	Stärke	
	Nikotinkaugummi	2 mg <input type="checkbox"/>
		4 mg <input type="checkbox"/>
	Stärke	
	Nikotinlutschtablette	2 mg <input type="checkbox"/>
		4 mg <input type="checkbox"/>
	Nikotinnasenspray	<input type="checkbox"/>
	Bupropion	<input type="checkbox"/>
Weiteres Medikament, und zwar: _____		
Gruppenprogramm	<input type="checkbox"/>	
Broschüre/Buchempfehlung	<input type="checkbox"/>	
Rauchertelefon	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	
Aktueller Raucherstatus	Abstinent <input type="checkbox"/>	
	Reduzierter Konsum <input type="checkbox"/>	
	Gleicher Konsum <input type="checkbox"/>	
	Erhöhter Konsum <input type="checkbox"/>	
	Ernsthafte Ausstiegsversuche mit zeitweiser Abstinenz _____	
	Dauer der Abstinenz _____	
CO-Messung	Wert: _____	
Aufhörpläne in der Zukunft	Neues Ausstiegsdatum _____	
Wie hilfreich war die Beratung?	Sehr hilfreich <input type="checkbox"/>	
	Hilfreich <input type="checkbox"/>	
	Nicht besonders hilfreich <input type="checkbox"/>	
Weitere Nachsorgetermine	Persönlich	
	Datum: _____	
	Telefonisch reaktiv/proaktiv	
	Datum: _____	

11.1 Der Fagerström-Fragebogen zur Nikotinabhängigkeit

Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?	innerhalb von 5 min	3
	6 bis 30 min	2
	31 bis 60 min	1
	nach 60 min	0
Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino usw.), das Rauchen zu unterlassen?	ja	1
	nein	0
Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?	die erste am Morgen	1
	andere	0
Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?	bis 10	0
	11 bis 20	1
	21 bis 30	2
	31 und mehr	3
Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?	Ja	1
	nein	0
Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?	Ja	1
	nein	0
Gesamtpunktzahl:		

11.2 Kosten–Nutzen–Analyse

Unten finden Sie fünf Äußerungen, die sich auf den **Nutzen** des Rauchens beziehen; geben Sie bei jeder Äußerung an, wie stark Sie dieser Äußerung zustimmen.

(1 bedeutet: ich stimme gar nicht zu, 4 bedeutet einen mittleren Zustimmungsgrad, 7 bedeutet: ich stimme voll und ganz zu).

1-----4-----7
 (gar nicht) (mittel) (voll und ganz)

1) Mir schmeckt jede einzelne Zigarette so richtig gut	_____
2) Wenn ich mich in einer schwierigen Situation befinde hilft mir das Rauchen	_____
3) Durch das Rauchen kann ich mich gut entspannen	_____
4) Rauchen ist einfach angenehm und gemütlich	_____
5) Für mich ist Rauchen wie eine Belohnung	_____
Zählen Sie zusammen; so viele Punkte bringt Ihnen Rauchen	_____

Jetzt kommen fünf Äußerungen, wo die **Kosten** des Rauchens im Vordergrund stehen; geben Sie jeweils an, wie stark die einzelnen Kostenfaktoren bei Ihnen eine Rolle spielen.

(1 bedeutet wieder: ich stimme gar nicht zu, 7 bedeutet, ich stimme voll zu)

1) Ich fühle mich abhängig vom Rauchen, und das macht mir zu schaffen	_____
2) Rauchen kann ganz schön lästig sein	_____
3) Das Rauchen kostet mich eine Menge Geld	_____
4) Ich fühle mich körperlich nicht mehr so wohl	_____
5) Ich mache mir manchmal ganz schön Sorgen wegen des Rauchens	_____
Zählen Sie wieder zusammen:	_____

So viel kostet Sie das Rauchen. Vergleichen Sie die beiden Zahlen. Wie sieht Ihre Bilanz aus? Wo sind mehr Punkte zusammengekommen? Sie können diesen Bogen mehrmals ausfüllen und dabei beobachten, dass sich die Bewertung der Vor- und Nachteile verändert.

11.3 Raucherkarte

(mit freundlicher Genehmigung von U. Mitschele –
Freiburger Raucher-Entwöhnungs-Programm)

Rauchen Sie so normal wie möglich und führen Sie Buch. Dabei ist unbedingt darauf zu achten, dass Sie die entsprechende Eintragung machen, bevor die Zigarette brennt.

Raucherkarte für _____ Datum: _____

Zahl	Uhrzeit	Ich rauche alleine/ mit jemandem zusammen	Begierde: 0 = gering 5 = sehr stark	Stimmung: ++ / + / 0 / - / -	Stichwort zur Stimmung	Stichwort zur Situation
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Analysieren Sie Ihre Raucherkarte: Zu welchen Zeiten rauchen Sie besonders viel und wann kommen Sie stundenlang ohne aus? Wie oft haben Sie bei Grad der Begierde eine 4 oder eine 5 eingetragen? Wie schwer ist es gefallen, die Eintragung immer vorher zu machen? Rauchen Sie eher, wenn es Ihnen gut geht oder eher, wenn es Ihnen nicht gut geht?

11.4 Motivationsbogen

Die eigene Ausstiegsmotivation kann durch das Erstellen einer ganz persönlichen Motivationsliste verstärkt werden. Raucher, die gute Gründe haben, mit dem Rauchen aufzuhören, haben größere Erfolgsaussichten. Die Bewertung der Vor- und Nachteile des Rauchens verändert sich im Laufe der Zeit: Gerade wenn Sie sich in der Vorbereitung des Ausstiegs befinden, gewinnen die Vorteile des Nichtrauchens enorm an Bedeutung.

Formulieren Sie einen ganz persönlichen Nutzen, den das Nichtrauchen in den unterschiedlichen Bereichen Ihres Lebens bringt und fügen Sie diesen Nutzen hier ein:

Mein Nutzen im gesundheitlichen Bereich:

Mein Nutzen im Bereich Fitness und Wohlbefinden:

Mein Nutzen im ästhetisch-kosmetischen Bereich:

Mein Nutzen im sozialen Bereich:

Mein Nutzen im finanziellen Bereich:

Mein Nutzen im Bereich Selbstbild:

Zusätzliche Vorteile finden sich, wenn Sie an Zigaretten-Zwangspausen, Vorratshaltung oder Beschaffungszwang, Ängste vor schlimmen Erkrankungen, Streit und Konflikte, körperliche Übelkeit oder Vorwürfe von anderen denken. Fertigen Sie zwei zusätzliche, kleinere Motivationsbogen an. Tragen Sie den einen immer bei sich – beispielsweise zusammengefasst in der Geldbörse – und bringen Sie den anderen an einem Ort an, wo er Ihnen am Tage mehrmals ins Auge fällt (z.B. am Badezimmerspiegel, an einer Zimmertür).

11.5 Ich helfe mit – für Lebensgefährten, Familienangehörige oder Freunde von Rauchern

Ihr Partner ist einzigartig – deshalb kann es auch keine Patentrezepte geben, wie Sie Ihren Partner oder Ihre Partnerin dabei unterstützen können. Sprechen Sie miteinander; fragen Sie nach, was Sie tun können, um zu helfen. Wichtiger als das Befolgen einzelner Verhaltensregeln ist Ihre Haltung insgesamt: Geben Sie Ihrem Partner Vertrauen, Rückhalt und einen Überziehungskredit! Damit ist gemeint, dass Sie in der Übergangsphase Bereitschaft signalisieren, erst einmal etwas für Ihren Partner zu tun, ohne auf eine Gegenleistung zu warten. Über kurz oder lang wird dieser vorübergehende Kredit wieder ausgeglichen. Wir wollen Ihnen allerdings nicht verheimlichen, was frischgebackene Nichtraucher in der Regel als besonders hilfreich empfinden. Diese Tipps gelten gleichermaßen für rauchende oder nichtrauchende Partner.

Als hilfreich haben ausstiegswillige Partner folgende Verhaltensweisen bezeichnet:

- dabei zu helfen, an Ersatz für Zigaretten zu denken und zu benutzen
- etwas gemeinsam zu unternehmen, um nicht ans Rauchen denken zu müssen
- Freude über den Aufhörversuch auszudrücken
- das Aufhören gemeinsam zu feiern
- zum Durchhalten zu ermutigen
- Zuversicht äußern, dass es diesmal klappt
- zur Entscheidung gratulieren, es mit dieser Methode anzupacken
- dabei zu helfen, sich in Stresssituationen oder Gereiztheit zu beruhigen

Als ganz und gar nicht hilfreich werden die folgenden Verhaltensweisen eingestuft:

- darum zu bitten, mit dem Rauchen aufzuhören
- sich über „mangelndes Durchhaltevermögen“ zu äußern
- die Bemerkung zu machen, dass Rauchen eine schlechte Angewohnheit sei
- zu verbieten, dass im Haus/in der Wohnung geraucht wird
- daran zu zweifeln, dass der Aufhörversuch erfolgreich verläuft

Sollte es der Fall sein, dass Ihr Partner aufhört und Sie weiterräumen, geht es in erster Linie darum, gemeinsam Regeln zu finden, die die veränderten Bedingungen berücksichtigen. Lassen Sie bitte keine Zigaretten oder Zigarettenschachteln im gemeinsamen Wohnbereich herumliegen. Was sind Sie gerne und freiwillig bereit zu tun, um Ihrem jetzt (bald) nichtrauchenden Partner entgegenzukommen?

11.6 Von der Entscheidung für den Ausstieg zum Umgang mit kritischen Situationen

1. Die Entscheidung Vorbereitung des Ausstiegs

Listen Sie Ihren Nutzen des Ausstiegs auf. Rufen Sie sich jeden Abend vor dem Zubettgehen einen Nutzen auf und wiederholen ihn fünfmal.

Entscheiden Sie sich aktiv und freiwillig für das Aufhören. Beschäftigen Sie sich jetzt nicht mehr mit den vermeintlich großen Problemen des Ausstiegs.

Bringen Sie sich in eine gute Ausstiegsform: leichte Fitnessgymnastik, viel Flüssiges, ausreichend schlafen und Übermüdung vermeiden.

Seien Sie realistisch - aufhören ist nicht einfach, aber es ist auch nicht unmöglich. Immerhin hören jährlich knapp eine Million Deutsche mit dem Rauchen auf.

Etwa 24 Stunden nach dem abrupten Absetzen reagiert der Körper auf den wahrgenommenen Nikotimangel – aber Entzugssymptome gehen bald vorüber und sind ein Zeichen der Genesung.

Die Mehrzahl der Rückfälle passieren innerhalb der ersten und zweiten Woche, wenn die Entzugssymptome zu beobachten sind. Wenn Sie denken, dass Sie das nicht aushalten können, schwächen Sie Ihre Erfolgchancen. Für diese kritische Zeit sollten Sie alle Unterstützungsmöglichkeiten mobilisieren.

Sagen Sie Ihren Freunden, der Familie und Ihren Kollegen, dass Sie dabei sind, mit dem Rauchen aufzuhören. Ihre Umgebung kann eine wichtige Unterstützungsquelle für die Zeit des Ausstiegs und danach sein. Versuchen Sie, einen Partner für den Ausstieg zu finden.

2. Tipps für die letzten Rauchertage

Gehen Sie auch mal ohne Zigaretten aus dem Haus und leeren Sie die Aschenbecher nicht mehr. Legen Sie ein Kippenmuseum an, in dem Sie die abgerauchten Kippen in einem durchsichtigen Glas sammeln.

Denken Sie nicht an „nie mehr rauchen“; denken Sie in kleinen Zeiteinheiten wie „erstmal einen Tag schaffen“. Vereinbaren Sie einen Zeitrahmen (mindestens 7 Tage) mit sich selbst, innerhalb dessen Sie bereit sind, etwas „mehr Leidensbereitschaft“ aufzubringen.

Am Vorabend: Rauchutensilien vernichten! Wegwerfen, verschenken oder vergraben.

3. Tipps für die ersten rauchfreien Tage

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.

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 60,- kostet und Sie pro Tag etwa 25 Zigaretten geraucht haben, haben Sie sich den Schal in 8 Tagen „verdient“.

Halten Sie sich am ersten Tag auf Trab; Kino, schwimmen, lange Spaziergänge, Radfahren ...

Bleiben Sie vorübergehend weg von anderen Rauchern, die Ihren Ausstieg gefährden könnten. Vorsicht: Alkohol weicht das Durchhaltevermögen auf!

Seien Sie sich darüber im Klaren, dass eine Zigarette bereits den Rückfall bedeuten kann.

4. Was Sie mit Verlangensattacken tun können

Lassen Sie nicht zu, den Entschluss rückgängig zu machen. Rufen Sie sich zuallererst ins Bewusstsein, dass Sie sich freiwillig dazu entschlossen haben, Nichtraucher zu sein.

Nehmen Sie zur Kenntnis, dass Sie gerade eine Verlangensattacke erleben; dies ist in Anbetracht der Dauer und Intensität Ihrer Raucherkarriere ein ganz normaler Vorgang.

Wenden Sie Ihre Aufmerksamkeit von dem Verlangen nach einer Zigarette ab und richten Sie Ihre Gedanken auf etwas anderes: wiederholen Sie (auch laut, wenn Sie können), welche Vorteile es Ihnen bringt, nicht zu rauchen. Sie stellen fest, dass die Lust zu rauchen Sie kurze Zeit belästigt hat; die Verlangensattacke ist dann schwächer geworden und Sie konnten leicht mit ihr fertig werden. Meist ist sie innerhalb einer Minute vorüber; schauen Sie auf die Uhr, die wird es Ihnen bestätigen. Nachdem Sie aktiv Ihre Aufmerksamkeit auf etwas anderes gelenkt haben, können Sie ein Bewältigungsverhalten Ihrer Wahl ausführen.

Wie Sie bereits wissen, kommt die nächste Verlangensattacke bestimmt. Sie haben jetzt schon Erfahrung mit der Aufmerksamkeitsverlagerung und wenden dieses Prinzip erneut an.

Das Verlangen wird vorübergehen, ob Sie rauchen oder nicht!

Installieren Sie ein Frühwarnsystem für Gefahrensignale und wappnen Sie sich:
Fummelersatz mitführen und benutzen (Murmel, Schmuckstein, Holz ...)

Finden Sie Aktivitäten heraus, die es schwer machen zu rauchen (Gartenarbeit, Fitnessgymnastik, Autowaschen, Duschen ...)

Stecken Sie sich etwas anderes zwischen die Lippen: getrocknete Karotten, Sonnenblumenkerne, Äpfel, Stangensellerie, Rosinen, zuckerfreie Kaugummis etc. Wenn Sie es auf die Spitze treiben wollen: Schneiden Sie einen Trinkhalm auf Zigarettengröße zu und inhalieren Sie – Luft!

Benutzen Sie eine Munddusche bzw. Mundspülung.

Verändern Sie auch Ihre Umgebungsbedingungen, sobald eine Verlangensattacke auftaucht: aufstehen, herumlaufen, Fenster öffnen, umziehen ... Suchen Sie in Restaurants, Zügen etc. bewusst rauchfreie Zonen auf.

Tragen Sie ein Gummiband um Ihr Handgelenk: Wenn Sie das Gefühl haben, unbedingt eine Zigarette rauchen zu wollen, lassen Sie das Band einige Male „zuschnappen“. Stellen Sie sich ein rotes STOPP-Schild vor, während Sie das tun.

Präparieren Sie sich für die „ersten Male“ als Nichtraucher: Das erste Mal allein zu Hause, die erste lange Autofahrt, der erste Ärger, das erste Gefühl von Langeweile ... Auf jede Situation mit hoher Rückfallgefahr sollten Sie sich einen Plan zurechtlegen.

Verändern Sie alltägliche Abläufe, um Verhaltensmuster und Gewohnheiten zu durchbrechen: Stehen Sie nach den Mahlzeiten auf, putzen Sie Ihre Zähne oder machen ein paar Schritte. Verändern Sie die Reihenfolge bei der morgendlichen Routine. Meiden Sie anfangs Ihren Lieblingsplatz. Nehmen Sie Ihre Mittagsmahlzeit an einem anderen Ort ein.

Setzen Sie positive Gedanken ein: Wenn Sie negative Gedanken plagen, rufen Sie sich ins Bewusstsein, dass Sie sich freiwillig entschlossen haben, Nichtraucher zu sein, und dass Sie dafür viele gute Gründe haben.

Legen Sie sich einen Tagtraum zu; beispielsweise können Sie Ihren Traumurlaub planen: Arbeiten Sie weiter an diesem Plan, wenn die Gedanken an Zigaretten Sie in Gefahr bringen.

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.

Setzen Sie Entspannungstechniken ein: Atmen Sie langsam und tief ein, während Sie bis fünf zählen, und atmen Sie langsam aus, während Sie wieder bis fünf zählen. Machen Sie 10 Atemzüge und halten Sie den letzten, während Sie ein Streichholz anzünden. Atmen Sie langsam aus und blasen dabei das Streichholz aus.

Wenn Sie das Gefühl haben, Sie können sich nicht konzentrieren: Keine Sorge, wenn es erforderlich ist, wird es funktionieren.

5. Sie haben wieder geraucht – was nun?

Beenden Sie das Rauchen auf der Stelle. Vernichten Sie alle Zigaretten, die Sie besitzen. Diese Maßnahme ist kostenfrei: Sie haben die Zigaretten bereits bezahlt.

Rufen Sie sich ins Bewusstsein, dass Sie einen kleinen Ausrutscher hatten: Ein Ausrutscher heißt, dass Sie einen kleinen Rückschlag hatten und ein oder zwei Zigaretten geraucht haben. Auch die allerersten ein oder zwei Zigaretten haben aus Ihnen noch keinen Raucher gemacht; genauso wird dieser kleine Rückschlag aus Ihnen nicht wieder zwangsläufig einen Raucher machen.

Gehen Sie nicht so hart mit sich ins Gericht: Ein Ausrutscher bedeutet nicht, dass Sie versagt haben und Sie nicht fähig sind, Nichtraucher zu sein.

Wichtig ist nur, dass Sie sofort wieder auf den Nichtraucherzug aufspringen.

Sie sollten wissen, dass die meisten erfolgreichen Exraucher mehr als einen Anlauf genommen haben.

Versuchen Sie, den Auslöser für den Ausrutscher zu erfassen. Sie werden erkennen, dass diese Situation spezifisch, veränderbar und teilweise von außen gesteuert war. Das nächste Mal werden Sie sich in exakt der gleichen Situation anders verhalten können.

Schließen Sie einen Vertrag mit sich selbst, dass Sie Nichtraucher bleiben wollen.

Was haben Sie zu erwarten, wenn Sie mit dem Rauchen aufhören?

20 Minuten nach der letzten Zigarette gleicht sich die Körpertemperatur an Füßen und Händen derjenigen des Nichtrauchers an.

Schon 8 Stunden nach der letzten Zigarette hat sich das Kohlenmonoxid in den Blutbahnen verflüchtigt. Bereits einen Tag nach dem Rauchstopp wird das Herzinfarktrisiko kleiner. Zwei Wochen bis 3 Monate nach dem Aufhören verbessert sich die Durchblutung und die Lungenkapazität kann sich um bis zu 30% erhöhen.

Ein Jahr nach dem Rauchstopp ist das Risiko von Erkrankungen der Herzkranzgefäße nur noch halb so groß wie bei Rauchern. Fünf Jahre nach dem Rauchstopp ist das Schlaganfallrisiko auf fast normale Werte abgesunken.

10 Jahre nach dem Rauchstopp ist das Risiko, an Lungenkrebs zu sterben nur noch halb so groß wie unter den weiterhin Rauchenden.

15 Jahre nach dem Rauchstopp ist das Risiko von Herzkranzgefäßkrankheiten gleich groß wie bei lebenslangen Nichtrauchern.

Quelle: American Cancer Society

11.7 Wie lässt sich eine Gewichtszunahme vermeiden?

Machen Sie sich klar, was im Körper passiert:

Die meisten Raucherinnen und Raucher nehmen etwas zu, wenn sie aufhören zu rauchen. Diese Gewichtszunahme stellt im Vergleich zu drohenden Gesundheitsschäden durch Weiterrauchen einen zu vernachlässigenden Risikofaktor dar. Die vermehrte Aufnahme von Kalorien und der Wegfall von Nikotin als kalorienverbrennende Substanz sind für den zu beobachtenden Gewichtsanstieg verantwortlich.

Fallen Sie nicht einem Vorurteil zum Opfer:

Rauchen macht definitiv nicht schlank. Bei 4000 untersuchten Personen binnen sieben Jahren gab es keine Anzeichen für einen Zusammenhang zwischen Rauchen und Abnehmen.

Was können Sie konkret dagegen tun?

Sie sollten nicht nur darauf achten, dass Sie nicht mehr Kilokalorien zu sich nehmen. Zusätzlich müssen Sie diese 200 Kilokalorien, die Sie ohne Nikotin weniger verbrennen, auf anderem Wege verbrennen. Treppen steigen statt Aufzug, mit dem Fahrrad zum Bäcker, Abendspaziergänge statt Fernsehabende und Tanzen gehen ist ein Einstieg zum Ankurbeln des Stoffwechsels.

Reduzieren Sie Gewicht, solange Sie noch rauchen:

Wenn Sie in zwei oder drei Wochen mit dem Rauchen aufhören werden, können Sie ohne größere Anstrengung zwei bis drei Kilogramm Gewicht reduzieren. Dieses lässt sich hervorragend koppeln mit dem Auffüllen Ihrer Vitaminedeps. Essen Sie dazu große Mengen von Gemüse (auch roh) und ein halbes Pfund Obst täglich.

Auch medikamentöse Entwöhnungshilfen können helfen

Nikotinersatztherapie und Bupropion haben die erwünschte Nebenwirkung, dass eine eventuelle Gewichtszunahme verzögert wird. Sie können damit die Gewichtskontrolle aufschieben.

Nach dem Rauchstopp: Bloß keine Diät – dafür ein neues körperliches Gleichgewicht!

Während einer Diät erhält der Körper laufend die Information, dass er sich in einer Notsituation befindet, wo ein vorrangiges Ziel darin besteht, Reserven zu mobilisieren und Umsatz zu reduzieren. Ist diese künstlich herbeigeführte Notsituation Diät vorbei, bleibt der Kalorienverbrauch noch eine Zeitlang reduziert. Hinzu kommt, dass der Körper sich weiter bemüht, Reserven für die nächste Not anzulegen. Auf der psychischen Ebene passiert Ähnliches: Das, was wir uns laufend verbieten, gewinnt immer mehr an Attraktivität. Der massiv unterdrückte Wunsch danach macht sich dann in unkontrollierbaren Gelüsten und Hungerattacken bemerkbar.

Essen Sie bewusst und mit Genuss

Es macht erheblich mehr Sinn, bewusst zu essen und das Essen zu genießen, statt sich mit Diäten zu kasteien. Speisen Sie also mit offenen Sinnen und nicht nur nebenbei. Isst man nebenbei oder in Hektik und schlingt das Essen hinunter, hat man viel weniger das Gefühl, wirklich etwas vom Essen gehabt zu haben und wird schneller wieder Gelüste haben.

Das Essen beginnt beim Einkaufen

Regelmäßiges Essen in 3 Haupt- und 2 Zwischenmahlzeiten ist günstiger als andere Aufteilungen. So kann der Körper die Kalorien am besten verbrennen, die Leistungsfähigkeit bleibt erhalten und das Körpergefühl ist besser als z.B. bei zwei großen Mahlzeiten. Bei Lust auf ungesundes Essen (fett, süß etc. ...) sollten Sie bewusst davon essen und das Körpergefühl genau beobachten – vielleicht verliert es dadurch an Attraktivität.

Ruhe und Aktivität gehören zusammen

Um gesund zu sein oder zu werden, braucht der Körper Aktivität und Ruhe in einem ausgewogenen Verhältnis. Im Alltag können Sie Ihr Wohlbefinden durch kurze Bewegungsphasen wie Treppen steigen und Gymnastik, aber genauso durch kurze Entspannungspausen (tief durchatmen, an etwas Schönes denken, Entspannungsübung) herstellen. Diese Pausen helfen, konzentriert und leistungsfähig zu bleiben.

Ausdauersport ist gesund, macht zufrieden und hält schlank

Nutzen Sie Ihre wiedergewonnene Energie zur Ausübung einer Ausdauersportart wie Radfahren, Schwimmen oder Laufen. Fühlen Sie Ihr neues Gleichgewicht, indem Sie mit jedem Atemzug so viel Sauerstoff aufnehmen, wie Sie bei der aktuellen Anstrengung zur Versorgung Ihres Körpers benötigen. Fangen Sie heute damit an; steigen Sie langsam ein. Wichtig ist nur, dass Sie es tun – grübeln Sie nicht lange darüber nach, ob Sie wirklich Lust haben.

Kostenfreie Materialien zur Auslage in Beratungsstellen, Praxen und Kliniken sind erhältlich bei

1. Beratungstelefon zum Nichtrauchen der BZgA 0 18 05 / 31 31 31 (12 Cent/Min.),
Mo–Do: 10–22 Uhr, Fr–So: 10–18 Uhr
z.B. die Broschüre: Ja, ich werde rauchfrei. (Bestell-Nummer 31350000)
2. Rauchertelefon des Deutschen Krebsforschungszentrums
0 62 21 / 42 42 00, Mo–Fr: 15–19 Uhr,
Titel des Faliblatts: Raucherentwöhnung leichter gemacht

