

# Motivierende Beratung am Beispiel der Raucherentwöhnung

A. Simmenroth, Bad Orb 2020



# Interessenskonflikte/Mitgliedschaften

- ▶ Workshop-Honorar
- ▶ Weitere Workshops:
  - Deutsche Balintgesellschaft
  - Ifh Hannover/Langeoog
  - „Tage der Allgemeinmedizin“ in Universitäten
- ▶ Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM)
- ▶ Gesellschaft für Hochschullehrer in der Allgemeinmedizin (GHA)
- ▶ Bayrischer Hausärzteverband

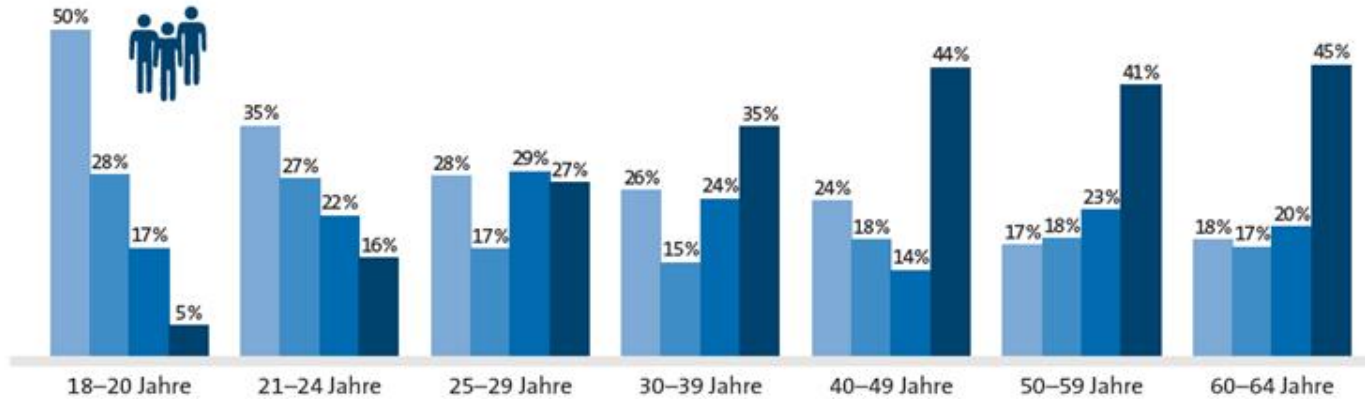
# Themen

- ▶ Epidemiologischer Zahlen zum Rauchen, vulnerable Gruppen, Suchtmechanismus
- ▶ Die motivierende Gesprächsführung
- ▶ Kurz und bündig: die „5 A“
- ▶ Praktische Übung
- ▶ Neues zur E-Zigarette

# Epidemiologische Kennzahlen zum Rauchen

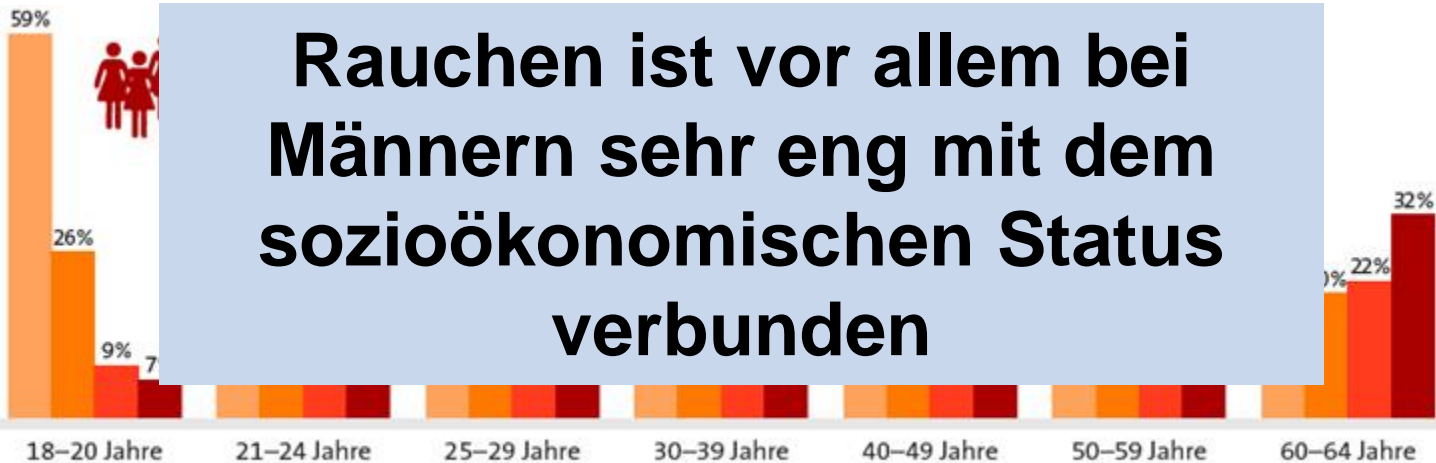


# Raucher ist nicht gleich Raucher



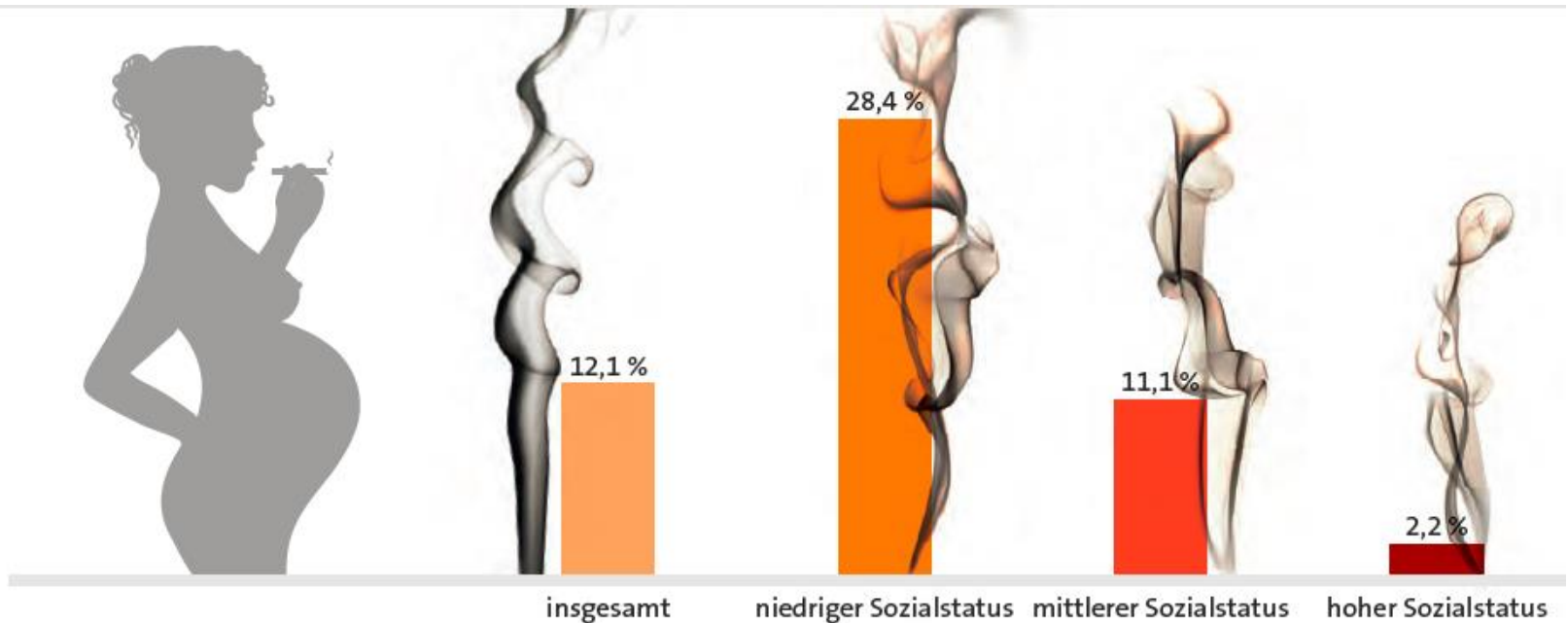
Häufigkeit und Menge des Rauchens bei erwachsenen männlichen Rauchern | nicht täglich, täglich bis 10 Zigaretten, täglich 11 bis 19 Zigaretten, täglich 20 Zigaretten oder mehr | Daten: Epidemiologischer Suchtsurvey 2012

**Rauchen ist vor allem bei Männern sehr eng mit dem sozioökonomischen Status verbunden**



Häufigkeit und Menge des Rauchens bei erwachsenen Raucherinnen | nicht täglich, täglich bis 10 Zigaretten, täglich 11 bis 19 Zigaretten, täglich 20 Zigaretten oder mehr | Daten: Epidemiologischer Suchtsurvey 2012

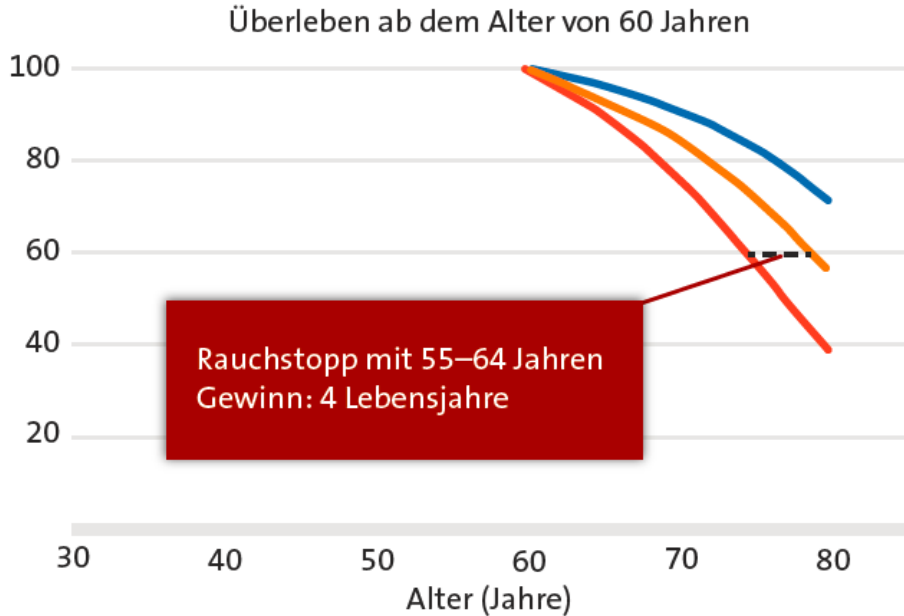
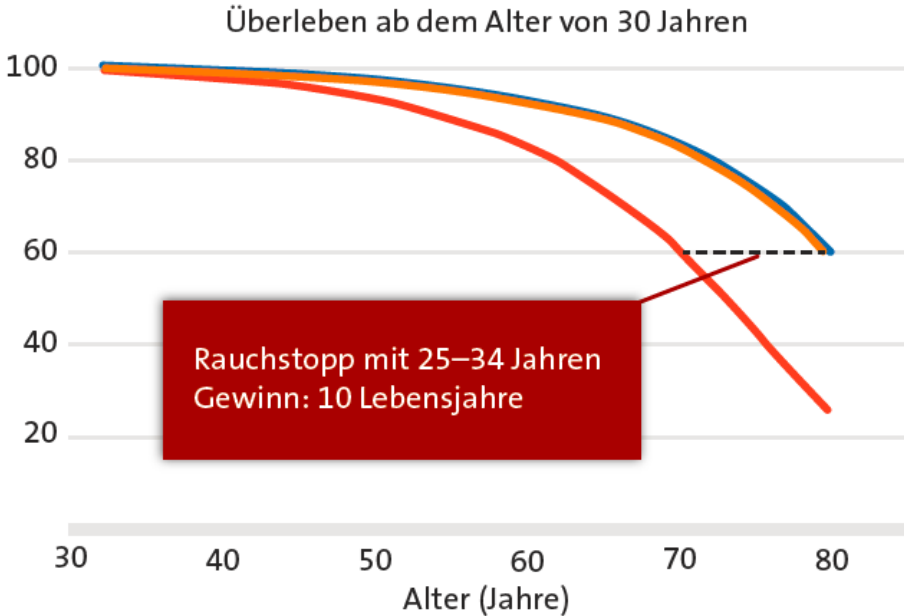
# Besonders vulnerable Gruppe - Schwangere



Anteile 0- bis 6-Jähriger, deren Mütter während der Schwangerschaft geraucht haben  
nach Sozialstatus | Daten: KiGGS 2009/2012

**Ziel: Reduktion des Anteil an Raucherinnen unter jungen Frauen zwischen 18 und 30 Jahren**

# Rauchen in DE und Industrienationen: häufigste durch Prävention vermeidbare Todesursache



Überlebensraten von ■ Rauchern, ■ Ex-Rauchern und ■ Nie-Rauchern  
Überleben ab dem Alter von 30 und 60 Jahren in Prozent

# Besonders betroffene Gruppe – Komorbidität mit anderen Suchterkrankungen

- ▶ Metaanalyse (54 Studien aus 1987-2013):

**31% ↔ 84%**

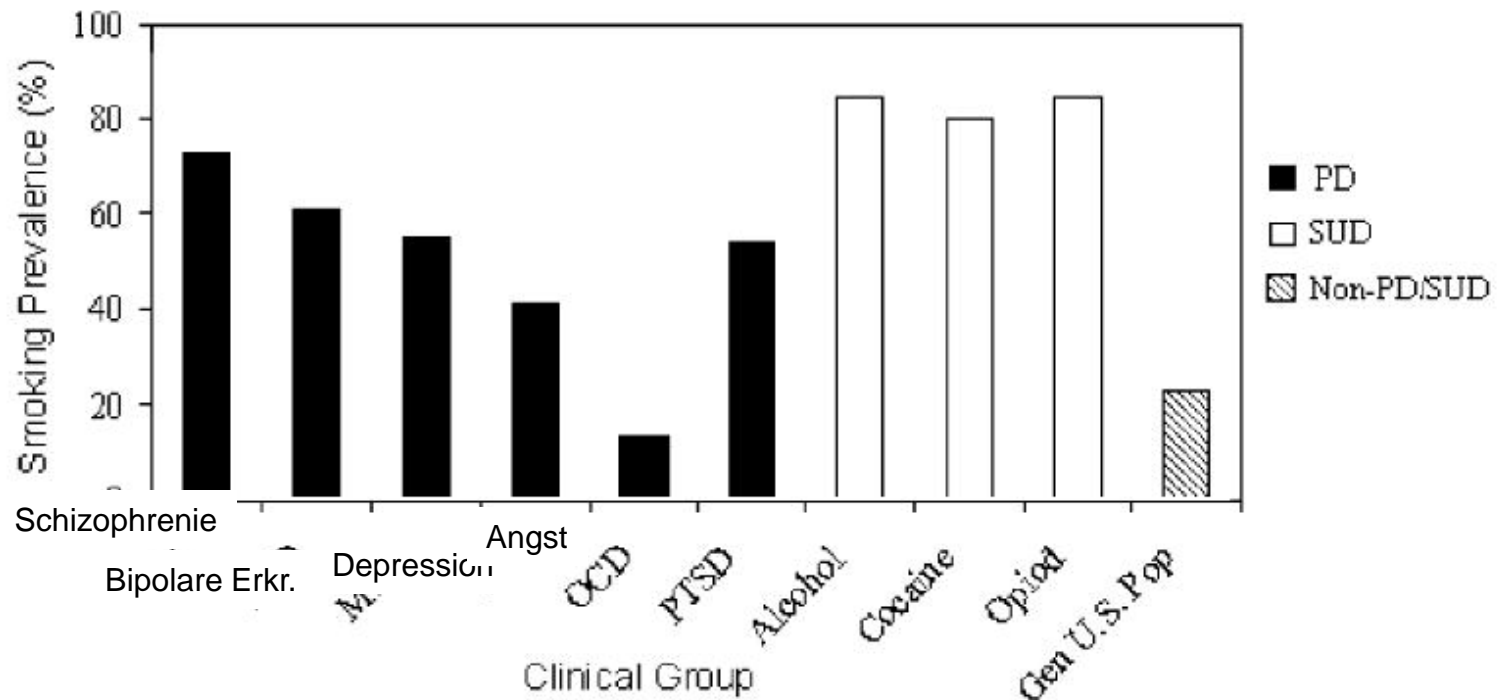
Gesamtbevölkerung: **31% Rauchprävalenz**

Personen, die sich wegen anderer Suchterkrankungen in Therapie befinden: **84% Rauchprävalenz**

- ▶ Personen, die primär wegen Alkohol- oder Betäubungsmittelabhängigkeit therapiert werden, sterben eher an den Folgen des Tabakrauchens als an Folgen der anderen Substanzabhängigkeit

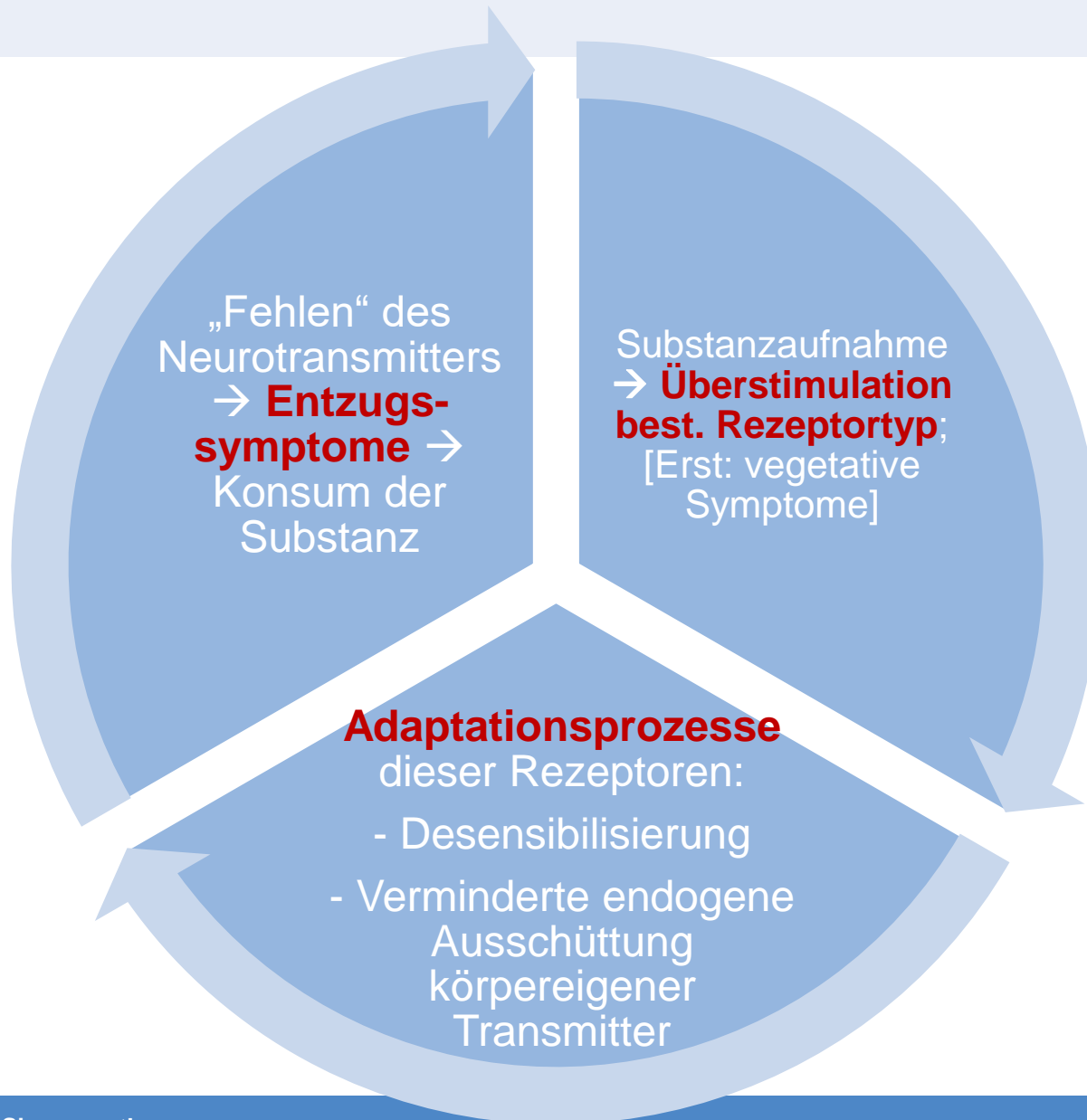


# Besonders betroffene und vulnerable Gruppe – Komorbidität mit psychischen Erkrankungen



Prevalence of cigarette smoking in clinical samples of individuals with PD and SUD. Data were compiled from clinical studies of smoking prevalence in major PD and SUD.<sup>4</sup> Abbreviations: SZ, schizophrenia; BPD, bipolar disorder; MDD, major depressive disorder; PD, panic disorder; OCD, obsessive-compulsive disorder; PTSD, post-traumatic stress disorder.

# Substanzabhängigkeit – Physische Komponente



Kreis mehrfach durchlaufen: Steigerung des Konsums über

- Dosis
- Zeitintervalle

Nikotinerge  
Azetylcholin–  
Rezeptoren  
ZNS  
Gefäße  
Muskulatur  
.....

# Die beiden Aspekte der Substanzabhängigkeit

## Psychischer Aspekt

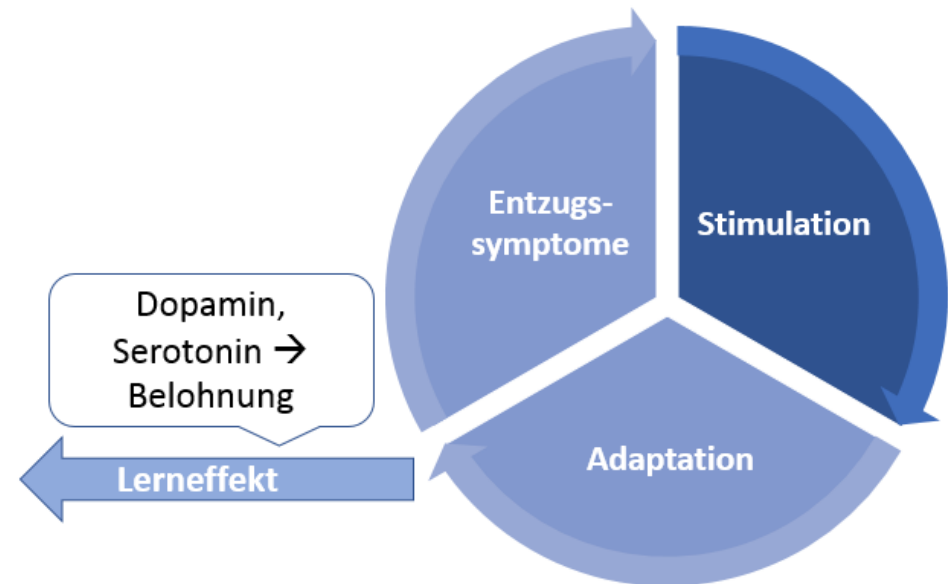
Bestimmte (Alltags)Situation  
+ Rauchen

Konditionierung

Gewohnheit  
Ritual

Rauchen als  
Suchterkrankung

## Physischer Aspekt

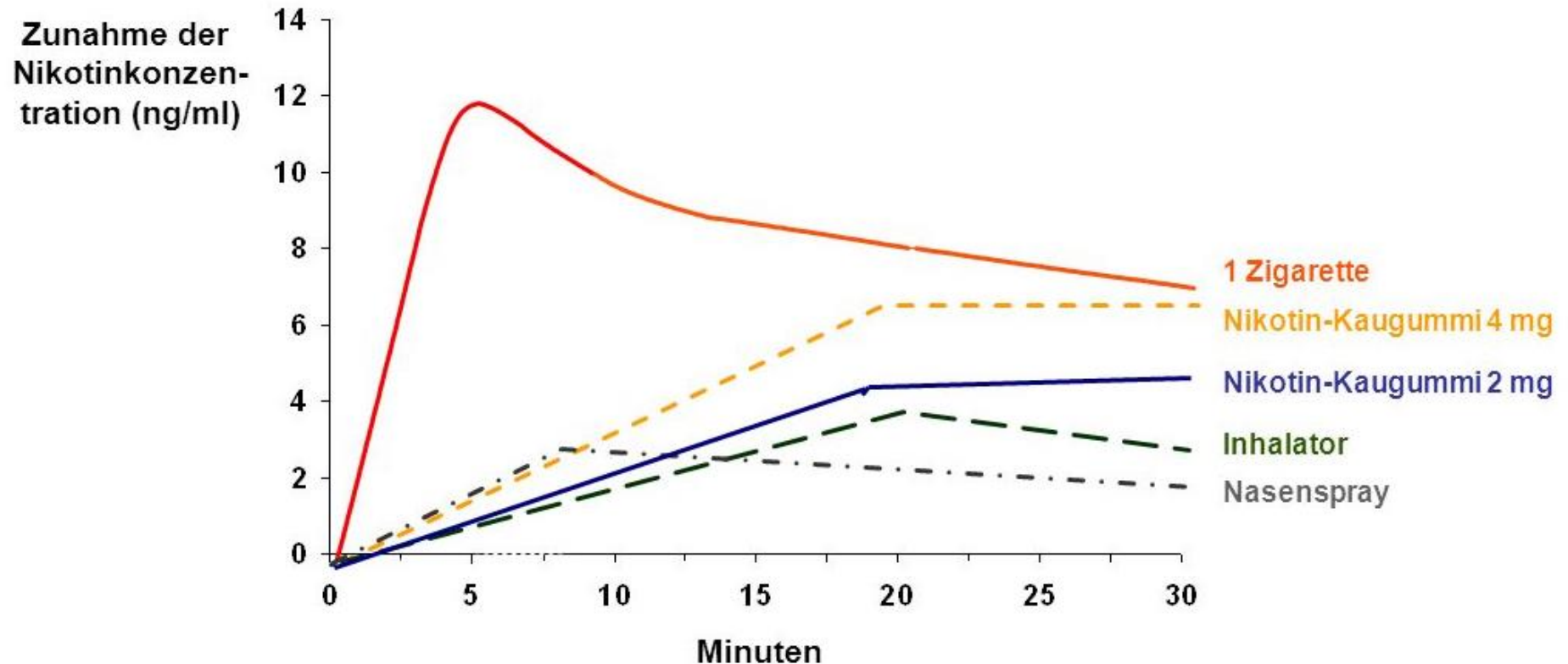


# ... Vorteile des Rauchstopps

	Vorteile eines Rauchstopps
Lungenkrebs	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bereits innerhalb einiger Jahre sinkt das Erkrankungsrisiko für die meisten Krebsarten deutlich – je früher der Betreffende mit dem Rauchen aufhört, umso besser ist die Wirkung.</li><li>• Zehn Jahre nach einem Rauchstopp hat der Exraucher ein nur noch halb so hohes Risiko für Lungenkrebs, als wenn er dauerhaft weitergeraucht hätte.</li></ul>
Herz-Kreislaufkrankungen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bereits eine Woche nach einem Rauchstopp sinkt der Blutdruck.</li><li>• Zwei Jahre nach einem Rauchstopp hat ein Exraucher fast das gleiche Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen wie ein Nichtraucher.</li><li>• Ein Rauchstopp verbessert die medikamentöse Therapie bei Herz-Kreislaufkrankungen.</li></ul>
Atemwegserkrankungen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Schon drei Tage nach der letzten Zigarette bessert sich die Funktion der Atemwege.</li><li>• Ein Rauchstopp bessert auch die Symptome der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), verlangsamt deren Verlauf und verlängert das Leben.</li></ul>
Unfruchtbarkeit/Impotenz	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ein Rauchstopp vor und auch noch während der Schwangerschaft verringert das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen.</li><li>• Rauchende Männer leiden häufiger unter Impotenz als nichtrauchende Männer.</li></ul>
Infektionen der Atemwege	<ul style="list-style-type: none"><li>• Drei bis neun Monate nach einem Rauchstopp verbessern sich Husten und Atemwegsbeschwerden.</li></ul>

# Anflutung des Nikotins

## ► Verschiedene Applikationsformen:



# Übersicht Therapieoptionen

## Nichtmedikamentös

- ▶ Verbale Minimalintervention (3 Min., very brief advice)
- ▶ Verbale Kurzintervention (10 Min., 5As)
- ▶ Verhaltenstherapie (Einzel-oder Gruppentherapie)

## Medikamentös

# Medikamentöse Therapieoptionen...

## 1. Wahl:

- ▶ Nikotinersatztherapie (NET) in verschiedenen Applikationsformen (transdermal, oral, inhalativ)

Bei mehrfachem Therapieversagen von NET:

## 2. Wahl

- ▶ Vareniclin (Champix®)
  - Partieller Agonist an nACh-Rezeptoren
  - Wichtige KI\*: Schwangerschaft, Stillzeit (absolute KI); Kardiale und psychiatrische Vorerkrankung (relative KI)
- ▶ Bupropion (Zyban®)
  - Amphetaminartig, Wirkung z.T. unklar
  - Wichtige KI\*: Schwangerschaft, Epilepsie (absolute KI), Psychosen, Manie

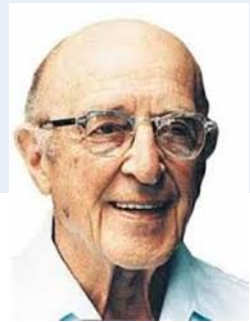
\*Auswahl

# Motivierende Gesprächsführung mit Suchtpatienten

- ▶ Alter Ansatz: Konfrontation → Selbsterkenntnis → Verhaltensänderung
  - oft konfrontativ, paternalistisch, frustrierend
- ▶ 90iger Jahre (Miller & Rollnik)
  - Rückgriff auf Prinzipien von Rogers
  - Non-konfrontativ, Stellen von offenen Fragen, Anregung der Selbstreflexion
  - Vermeidung von Drohen, Mahnen, Predigen etc.



# Ärztlich-therapeutische Grundhaltung



1902-1987

Carl Rogers, Psychologe, Psychotherapeut

→ Klienten-zentrierte Gesprächstherapie, gilt für jegliche „Klienten-Kommunikation“ (pädagogisch, medizinisch, u.a.)

- Empathie, auf „Augenhöhe“
- Wertschätzung, Wahrung der Autonomie des Klienten
- Kongruenz mit sich selbst

# Attributionstheorie (Heider 1958)

internal	external
Erfolg	Misserfolg

übersteigert:

unreif,  
narzistisch

internal	external
Misserfolg	Erfolg

depressiv,  
erlernte  
Hilflosigkeit

- ▶ Stabil/variabel
- ▶ Verhaltensänderung, Erfahrung von Selbstwirksamkeit:
- ▶ Nur möglich durch intrinsische Motivation

# Kognitive Dissonanz...

- ▶ ...als unangenehme Emotion entsteht beim Widerspruch zwischen **Einstellung** und (freiwilligem) **Verhalten**
- ▶ **Menschen streben nach Auflösung der Dissonanz**
- ▶ z.B. durch partielle „Korrektur“ der Einstellung, Rechtfertigung
  - „Helmut Schmidt ist ja auch uralt geworden“
  - „Es gibt auch Lungenkrebs ohne Rauchen“
- ▶ oder durch Verhaltensänderung!
- ▶ Konfrontative Beratung erhöht die Dissonanz beim Klienten, führt ggf. zu Abwehr durch Rechtfertigung → Kreislauf

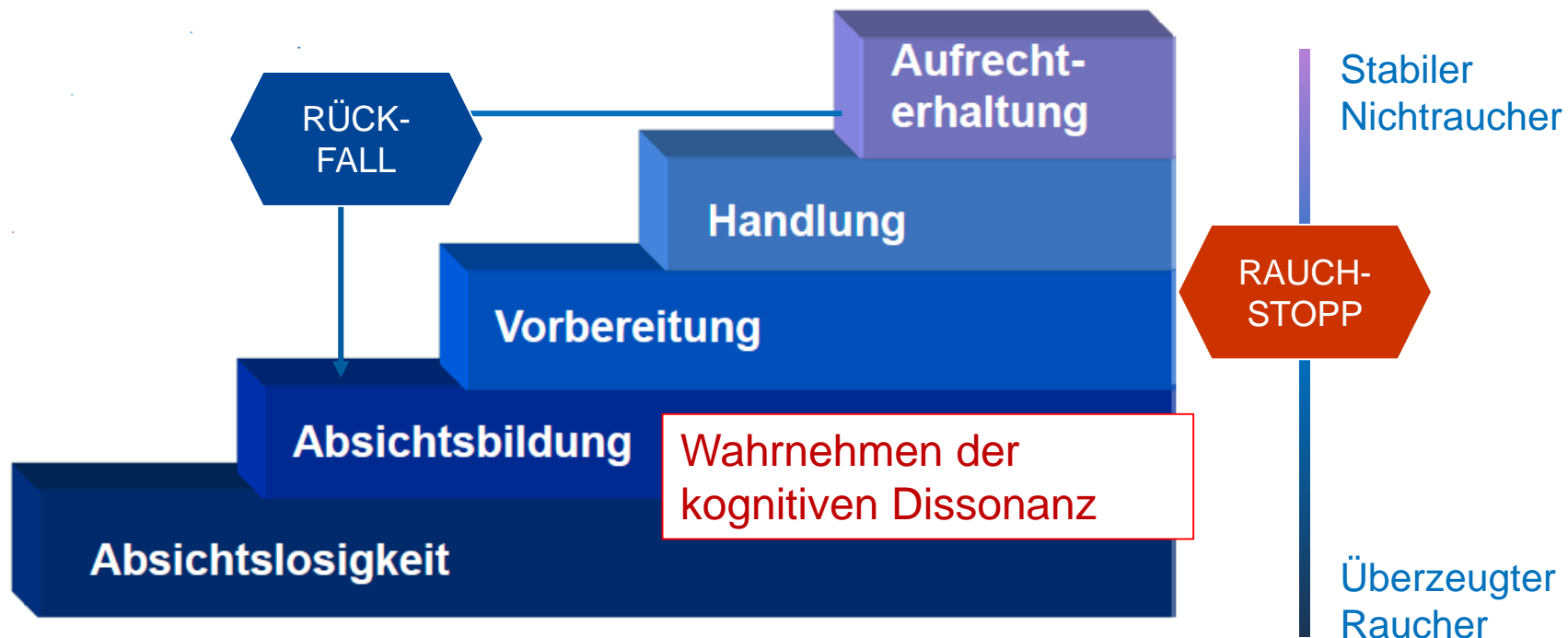


THE BEST THING YOU CAN DO IS GIVE UP SMOKING, DRINKING AND FRIED FOOD

WHAT'S THE SECOND BEST?

# Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung

(Prochaska & DiClemente, 1997)



# Kurz-Übung zur motivierenden Beratung

- ▶ Identifizieren Sie für sich einen konkreten Bereich, in dem Sie eine Verhaltensänderung/eine Gewohnheit schon immer angehen wollten, es aber bisher nicht geschafft haben.
- ▶ Überlegen Sie, ob Sie eine kognitive Dissonanz identifizieren können
- ▶ Geben Sie auf einer Skala von 1-10 an, wie motiviert Sie in diesem Augenblick sind, die Verhaltensänderung anzugehen.
- ▶ Fragen sie sich, was nötig wäre, um auf der Skala 2 Punkte weiter nach oben zu kommen
- ▶ Machen Sie einen konkreten Plan, wie Sie ihr Ziel in den nächsten 7 Tagen umsetzen könnten – bitte zunächst Teilschritte überlegen!



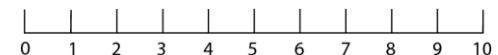
Beurteilung der Wichtigkeit:

Wie dringend/wichtig ist es Ihnen, etwas daran zu verändern?



Beurteilung der Änderungszuversicht:

Wie zuversichtlich sind Sie, dass Ihnen die Änderung gelingt?



## Jetzt zur Praxis....

### die „Five A“

- ▶ fassen theoretische Grundlagen zusammen
- ▶ geben eine Kurz-Anweisung für verbale Interventionen in der ärztlichen Praxis
- ▶ sind vielfach validiert worden, durch Studien gestützt
- ▶ WHO-Empfehlung

# Raucherberatung nach dem 5A-Schema

- ▶ **ASK:** Abfrage Raucherstatus (immer!)
  - „very brief advice“: Ansprechen allein hat bereits Wirkung
- ▶ **ADVISE:** Zum Aufhören raten
- ▶ **ASSESS:** Motivationsstatus ermitteln
- ▶ **ASSIST:** Unterstützen
- ▶ **ARRANGE:** Weitere Termine vereinbaren



# 1. **ASK**: Abfragen des Rauchstatus und Anamnese

- ▶ Bei **jedem** Patienten **wiederholt** ansprechen
- ▶ Keep it simple: „Rauchen Sie/wie sieht es zurzeit mit dem Rauchen aus?“

## Was gehört zur Rauchanamnese?

- ▶ **Konkrete** Nachfrage zur Anzahl Zigaretten/Tag aktuell, früher, Abstinenzphasen
- ▶ Grad der Nikotinabhängigkeit einschätzen (z.B. Fagerströmtest)

# Fagerströmtest

austeilen

Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette (in Minuten)?

Innerhalb 5 Min	3 Punkte
Innerhalb 6-30 Min.	2 Punkte
Innerhalb 30-60 Min.	1 Punkt
> 60 Min.	0 Punkte

Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?

Die erste am Morgen	1 Punkt
Andere	0 Punkte

Rauchen Sie in den Stunden nach dem Erwachen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

Ja	1 Punkt
Nein	0 Punkte

Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich am Tag?

> 30	3 Punkte
21-30	2 Punkte
11-20	1 Punkt
<10	0 Punkte

Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

Ja	1 Punkt
Nein	0 Punkte

Finden Sie es schwierig, an Orten, an denen das Rauchen verboten ist (z.B. Kirche, Bibliothek, Kino), das Rauchen sein zu lassen?

Ja	1 Punkt
Nein	0 Punkte

Abhängigkeit:

gering	0-2P
mittel	3-5P
stark	6-7P
sehr stark	8-10P

Rauchverhalten nach dem Aufstehen

Gesamtzahl der Zigaretten/Tag

Rauchen bei Krankheit

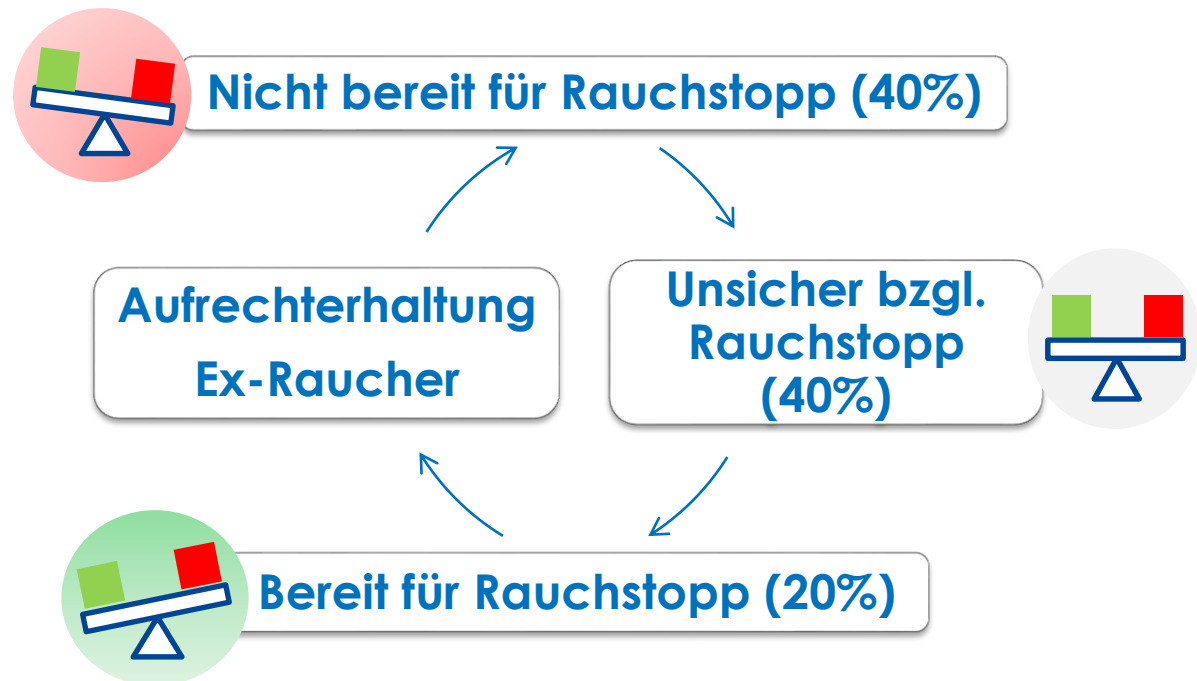
## 2. Advise: Zum Aufhören raten

- ▶ Klar und deutlich
  - „das Beste, was Sie für Ihre Gesundheit tun können, ist ein Rauchstopp“
- ▶ Falls möglich, Zusammenhang zu aktuellen Beschwerden herstellen
- ▶ Individuelle Benefits eines Rauchtopps darstellen
- ▶ Wenn aktuell ohne Beschwerden: Motivierendes Gespräch, z.B.: „Stört Sie irgend etwas an Ihrem Rauchen?“







# 3. Assess: Motivationsstatus ermitteln



- ▶ Auf welcher Stufe der Verhaltensänderung steht der Patient - Absichtsbildung?
- ▶ Vereinfachung des transtheoretischen Modells. Ausgangslage:



# Wie motiviert ist mein Patient?

	Ja	Unsicher	Nein
Möchten Sie rauchfrei werden?			
Denken Sie, Sie schaffen das?			



Bereit für Rauchstopp

## 4. ASSIST: Unterstützen

- ▶ Erarbeiten eine Rauchstopp-Plans (**STAR**)
  - **Set** a Date (konkretes Datum innerhalb 1-2 Wo.)
  - **Tell** family and friends (Einbeziehung des sozialen Umfelds)
  - **Anticipate** Challenges (Trigger, Schwierigkeiten und Bewältigungsstrategien) **Vorschläge d. Patienten**
  - **Remove** tobacco products (Verhältnisprävention)
- ▶ Medikamentöse Therapie
  - 1. Wahl NET
  - 2. Wahl: Bupropion oder Varenicilin

## 5. ARRANGE: Weitere Termine vereinbaren

- ▶ Weitere Termine vereinbaren (proaktiv)
  - Innerhalb der ersten Woche nach Rauchstopp
  - Im ersten Monat nach Rauchstopp
- ▶ Offenheit für weitere Termine und Gespräche signalisieren (falls nötig)
- ▶ Beratungsangebote vorstellen
  - Regionale Projekte und Gruppen
  - Telefonberatung BZgA 01805/313131
- ▶ Zusammenfassen, (Rezeptieren) offene Fragen klären

# Bei Misserfolgen...

- ▶ Immer Würdigung des Teilerfolges
- ▶ Hinweis, dass es die meisten Raucher nicht auf Anhieb schaffen
- ▶ Scheitern als Üb-Erfolg umdeuten
  
- ▶ Eruieren, wo die Probleme lagen
  - Pat. neue Vorschläge machen lassen
  
- ▶ Arzt-Patientenbeziehung darf nicht leiden, Vertrauen muss bestehen bleiben



# Setting

- ▶ Zu Ihnen kommt ein/e Patient/In zur Gesundheitsuntersuchung
- ▶ **Da es sich um einen Raucher/eine Raucherin handelt, wollen Sie ein kurzes Beratungsgespräch zur Raucherentwöhnung durchzuführen.**
- ▶ Beachten Sie die eben besprochenen „5 A“ und versuchen Sie, diese einzusetzen.
- ▶ Patient: Sie befinden sich in der Phase der Absichtsbildung, glauben aber, dass Sie es mit Hilfe schaffen können. Überlegen Sie sich typische Alltagssituationen (z.B. im Beruf), in die das Rauchen stark integriert ist.
- ▶ 7 Minuten Übung, 7 Min. Feedback, ein Wechsel

# Übung: die „5 A“

## Aufteilung in 3er-Gruppen: Pjler/Patient/Beobachter

Übung: Möglichst **7 Minuten** ohne Unterbrechung







Feedback-Runde: Arzt – Patient – Beobachter

- ▶ Was ist Ihnen als gut, was weniger gut gelungen?
- ▶ Wie haben Sie als Patient das Gespräch erlebt?
- ▶ Beobachter: Feedback zu Beobachtungsaufgaben
- ▶ **Inhaltlich:** Gesprächseinstieg, 5 A, Gesprächsabschluss, roter Faden
- ▶ **Nonverbales** (Gestik/Mimik, Körperhaltung, Blick, Veränderungen im Gesprächsverlauf)
- ▶ **Sprache** (Stimme, Sprechtempi/Lautstärke, Vokabular (Fremdworte?), Redeanteile von Arzt/Patient)
- ▶ **Beziehungsaufbau** (Empathie, Atmosphäre)
- ▶ ***Motivierender, positiver und nicht-wertender Kommunikationsstil***

# Plenum

- ▶ Was war leicht?
- ▶ Was war schwer?
- ▶ Was bleibt offen?

# Wie motiviert ist mein Patient?

	Ja	Unsicher	Nein
Möchten Sie rauchfrei werden?			
Denken Sie, Sie schaffen das?			



Bereit für Rauchstopp

# Exkurs: Die 5R's – manchmal braucht es einen Umweg

- ▶ Roter/grauer Bereich: Patient ist nicht bereit, mit dem Rauchen aufzuhören
- ▶ Neue Situation, neue Gesprächsstrategie: **5R's**
- ▶ **Relevance**
- ▶ **Risks**
- ▶ **Rewards**
- ▶ **Roadblocks**
- ▶ **Repetition**



# Wie Aufhören?

- ▶ „Quitting immediately“ vs. „cutting down to quit“
  - Nach 6 Monaten: 18% Erfolg vs. 4% (Ho et al 2018) und nach 12 Monaten 12% vs. 4%
  - Kontrollgruppe: Empfehlung m. Reduktionsplan und Ziel: nach 6 Monaten abstinent sein. Entspricht NET wie Pflaster/Kaugummi
  - Interventionsgruppe: sofort aufhören

# E-Zigarette

## ► Aufbau:



## ► Verdampfen statt Verbrennen

## ► Inhalt E-Zigarette:

- Kein Tabak
- Nikotinzusätze üblich, plus Aromastoffe

# E-Zigarette: Prävalenz in Deutschland

- ▶ Befragung von etwa 4000 Personen (Eichler et al., 2016):
  - Fast jeder 8. Deutsche hat E-Zigarette ausprobiert (Hochrechnung)
  - Aber: regelmäßiger Konsum fast nur bei Rauchern (4,3%) und Ex-Rauchern (5,6%)

		E-Zigarette probiert (%) [95-%-KI]	Aktueller regelmäßiger E-Zigarettenkonsum (%) [95-%-KI]
Alter	14-19 Jahre	13,9 [8,2; 18,2]	0,9 [0,2; 2,6]
	20-39 Jahre	16,1 [13,9; 18,4]	2,4 [1,6; 3,5]
	40-59 Jahre	6,2 [5,0; 7,6]	1,8 [1,1; 2,6]
	Ab 60 Jahre	2,3 [1,6; 3,3]	0,3 [0,1; 0,8]



# Ausblick: E-Zigarette

10. September 2019, 19:11 Uhr E-Zigarette

## Mysteriöse Todesfälle



Vor allem unter jungen US-Amerikanern sind E-Zigaretten sehr beliebt. (Foto: Ciprian Tudor/ Unsplash)

**Fünf Menschen sind in den USA nach dem Konsum von E-Zigaretten gestorben, 450 könnten erkrankt sein. Was steckt hinter der rätselhaften Dampfer-Krankheit?**

E-ZIGARETTEN

## Amerikanische Justizbehörden ermitteln gegen Juul

AKTUALISIERT AM 24.09.2019 - 08:30



Da die Zahl der Lungenverletzungen nach dem Gebrauch von E-Zigaretten in Amerika stark gestiegen ist, steht Juul in der Kritik. In Deutschland können die E-Zigaretten des Unternehmens inzwischen nicht mehr ohne weiteres vertrieben werden.

Hunderte Fälle von Lungenleiden in den USA

## Massachusetts verbietet E-Zigaretten

Stand: 25.09.2019 14:40 Uhr

# E-Zigarette: Nutzen zur Entwöhnung? (I)

## ► Hajek et al. 2019:

- Methode: NET oder E-Zigarette UND freiwillige Verhaltenstherapie

**Table 2.** Abstinence Rates at Different Time Points and Smoking Reduction at 52 Weeks.\*

Outcome	E-Cigarettes (N = 438)	Nicotine Replacement (N = 446)	Primary Analysis: Relative Risk (95% CI)†
Primary outcome: abstinence at 52 wk — no. (%)	79 (18.0)	44 (9.9)	1.83 (1.30–2.58)

- Langjährigen Rauchern gelingt es mithilfe der E-Zigarette im Vergleich zu NET doppelt so häufig auf Tabakrauchen zu verzichten (nach einem Jahr 18% vs. 9,9%)
- 80% der Abstinenten aus E-Zigaretten-Gruppe nutzen weiterhin E-Zigaretten, nur 9% aus NET-Gruppe

# E-Zigarette: Gefahren

- ▶ **Gateway-Hypothese** (Einstieg ins Rauchen durch E-Zigarette); Renormalisierung; Aufrechterhalten der Abhängigkeit
- ▶ Gefahr durch E-Zigaretten selbst: „**Juulen**“ unter Jugendlichen
  - Seit 2015 verfügbar in den USA
    - 2018: 21% der 10.Klässler Konsum von E-Zigaretten mit Nikotin in den letzten 30 Tagen (Verdoppelung zu 2017, Johnston et al., 2018)
    - Höchster Anstieg eines Substanzkonsums unter Jugendlichen innerhalb eines Jahres seit 1975 in den USA
  - Seit Dezember 2018 erhältlich in Deutschland; Hoher Nikotingehalt (aber niedriger als in den USA)
  - **Langzeitfolgen (Kancerogenität, COPD) nicht absehbar!**

# E-Zigarette: Nutzen zur Entwöhnung? (II)

- ▶ Weaver et al. 2015, 16 und 19
  - Methode: ENDS (electronic nicotine delivery systems) vs. no ENDS; Fragebogenstudie
  - Endpunkte:
    - Primär: Erfolgreicher Rauchstopp (>30d); (OR = 0.17)
    - Sekundär: Rauchstopp-Versuch;
- ▶ Noch sehr dürftige bzw. **kontroverse Studienlage**,
- ▶ keine generelle Empfehlung für E-Zigaretten zum Entwöhnen
  - Kanzerogenität durch Nikotin und Aromastoffe?
  - Kontamination mit Keimen? (Ausbruch in Wisconsin Aug. 2019)

# Motivierende Beratung

- ▶ Immer: Empathie zeigen
- ▶ Pro- Kontra-Diskussion mit Patient vermeiden

Je nach Änderungsstadium:

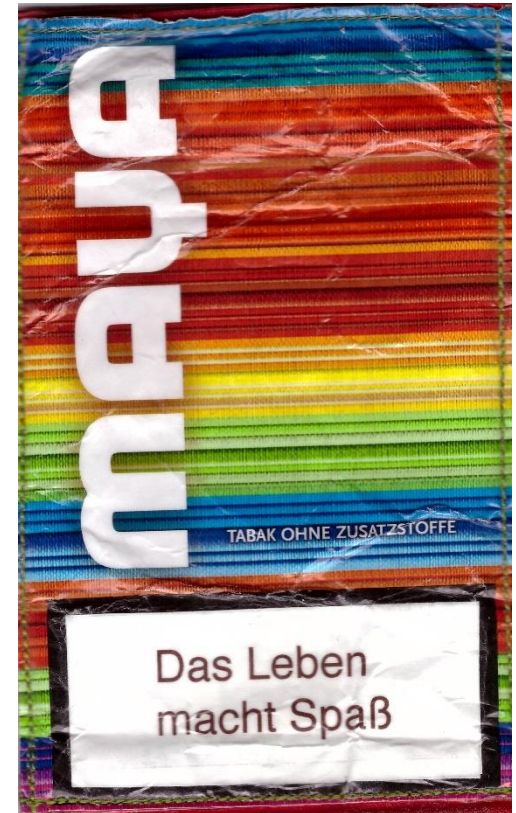
- ▶ Ambivalenzen des Patienten ermitteln und benennen
- ▶ Widerstände nachvollziehen und Bewältigungsstrategien vorschlagen
- ▶ Selbstwirksamkeit stärken, Motivieren
- ▶ Frühere (mislungene) Abstinenzversuche loben

## ...falls wir zu viel reden:

- ▶ Der Einzige, der über eine Entscheidung in Richtung Verhaltensänderung trifft, ist der Patient
- ▶ Der Einzige, der sein Verhalten konkret ändern wird, ist der Patient
- ▶ Der Einzige, der weiß, warum die Verhaltensänderung bisher noch nicht geklappt hat, ist der Patient
- ▶ Der Einzige, der einen realistischen Plan zur Umsetzung des neuen Verhaltens machen kann, ist der Patient 😊

# Take home Messages

- ▶ Rauchen weitverbreitete Suchterkrankung und häufigste durch Prävention vermeidbare Todesursache in DE
- ▶ Kombination aus verbalen Kurzinterventionen und ggf. medikamentöser Therapie
- ▶ 5A-Modell als Leitfaden bei der Beratung: Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange.
- ▶ Kommunikationsstil: Nicht wertend, ängstigend oder verurteilend, sondern positiv und motivierend







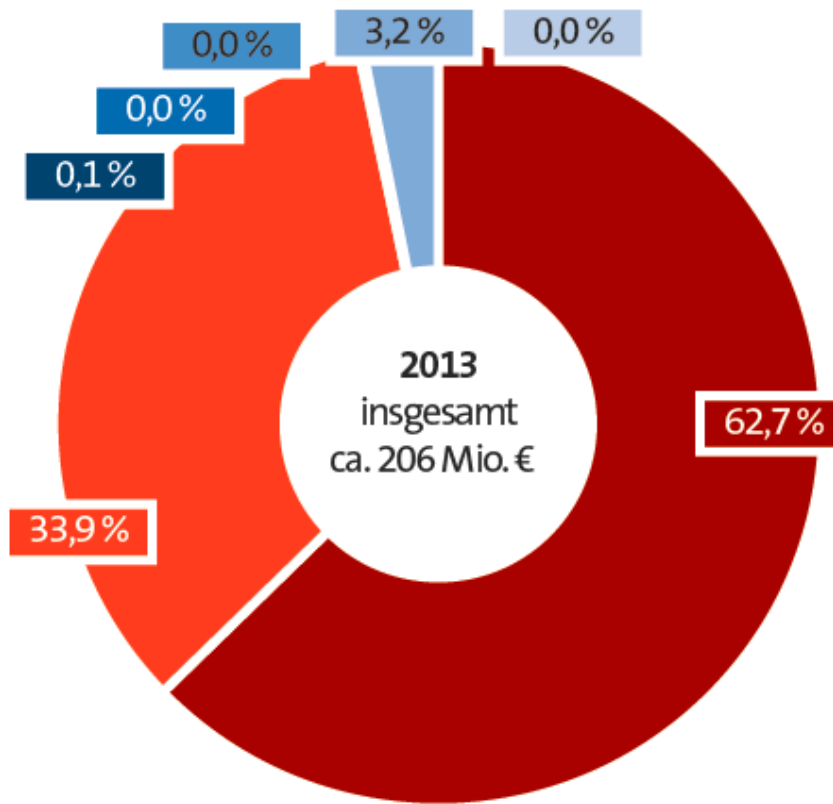
**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**



# Quellen

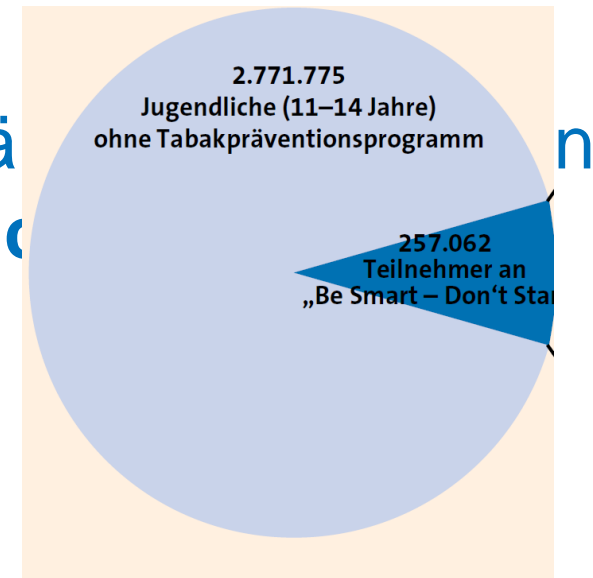
- ▶ Balfour DJ, Fagerstrom KO (1996): Pharmacology of nicotine and its therapeutic use in smoking cessation and neurodegenerative disorders *Pharmacol Ther* 72, 51-81
- ▶ Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T (2013): Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis *Cochrane Database Syst Rev*, Cd009329
- ▶ <https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Tabakatlas-2015-final-web-sp-small.pdf>; Zugriff am 17.08.2018
- ▶ Fagerström K (2002): The epidemiology of smoking *Drugs* 62, 1-9
- ▶ Guydish J, Passalacqua E, Pagano A, Martinez C, Le T, Chun J, Tajima B, Docto L, Garina D, Delucchi K (2016): An international systematic review of smoking prevalence in addiction treatment *Addiction* 111, 220-230
- ▶ Hser YI, McCarthy WJ, Anglin MD (1994): Tobacco use as a distal predictor of mortality among long-term narcotics addicts *Prev Med* 23, 61-69
- ▶ Hurt RD, Offord KP, Croghan IT, Gomez-Dahl L, Kottke TE, Morse RM, Melton LJ, 3rd (1996): Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort *Jama* 275, 1097-1103
- ▶ Kalman D, Morissette SB, George TP (2005): Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders *Am J Addict* 14, 106-123
- ▶ Margham J, McAdam K, Forster M, Liu C, Wright C, Mariner D, Proctor C (2016): Chemical Composition of Aerosol from an E-Cigarette: A Quantitative Comparison with Cigarette Smoke *Chem Res Toxicol* 29, 1662-1678
- ▶ Murin S, Rafii R, Bilello K (2011): Smoking and smoking cessation in pregnancy *Clin Chest Med* 32, 75-91
- ▶ Organization WH (2014): Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care
- ▶ Pötschke-Langer DM (2014): Tabakprävention in Deutschland – was wirkt wirklich? Deutsches Krebsforschungszentrum
- ▶ Richmond R (1999): Teaching medical students about tobacco *Thorax* 54, 70-78
- ▶ Richmond R, Zwar N, Taylor R, Hunnisset J, Hyslop F (2009): Teaching about tobacco in medical schools: a worldwide study *Drug Alcohol Rev* 28, 484-497
- ▶ Simansalam S, Brewster JM, Nik Mohamed MH (2015): Training Malaysian Pharmacy Undergraduates with Knowledge and Skills on Smoking Cessation *Am J Pharm Educ* 79, 71
- ▶ Spangler JG, George G, Foley KL, Crandall SJ (2002): Tobacco intervention training: current efforts and gaps in US medical schools *Jama* 288, 1102-1109
- ▶ Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T (2013): Physician advice for smoking cessation *Cochrane Database Syst Rev*, Cd000165
- ▶ Stolz D, Langewitz W, Meyer A, Pierer K, Tschudi P, S'Ng C T, Strobel W, Perruchoud AP, Fagerstrom K, Tamm M (2012): Enhanced educational methods of smoking cessation training for medical students--a randomized study *Nicotine Tob Res* 14, 224-228

# Exkurs: Werbung vs. Aufklärungskampagnen



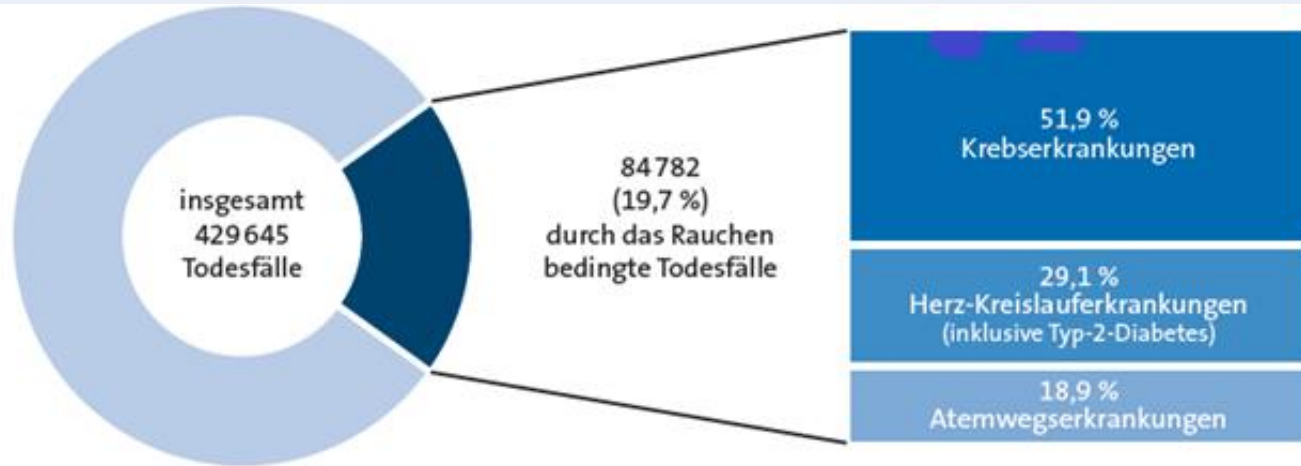
Werbung der Tabakindustrie  
ca. 200 Mio. €

Aufklä

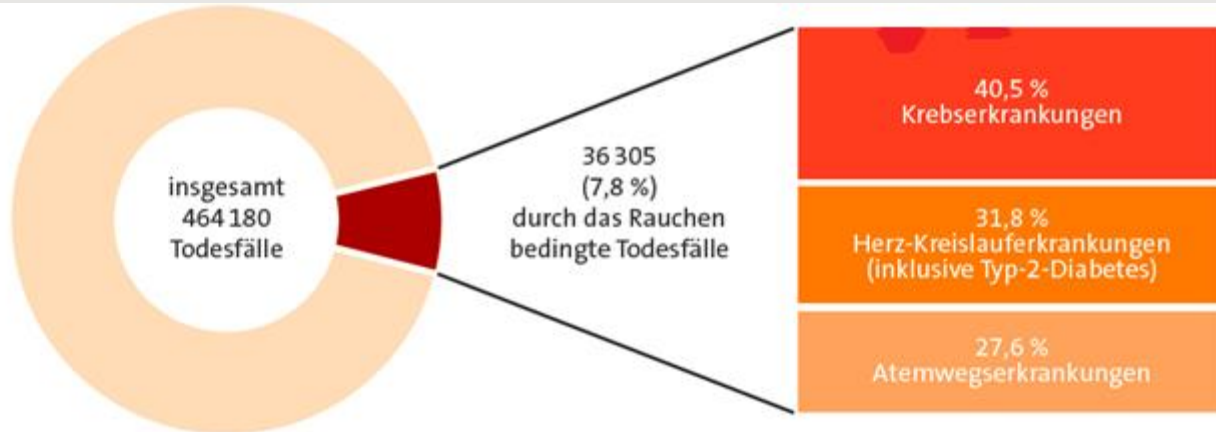


**Marketingausgaben der Tabakindustrie** | Anteile der Ausgaben für Promotion, Außenwerbung, Werbung in Printmedien, Werbung im Kino, Werbung im Internet, Sponsoring, sonstige Werbung/keine Zuordnung an den Gesamtmarketingausgaben vor (2005) und nach (2013) Einführung weiterer Tabakwerbeverbote im Jahr 2006 | bislang ohne Werbebeschränkungen

# Durch Rauchen bedingte Todesfälle



Gesamttodesfälle und Anteile der durch Rauchen bedingten Todesfälle infolge von Krebs-, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen bei Männern | Daten: Mikrozensus 2013, Todesursachenstatistik 2013



Gesamttodesfälle und Anteile der durch Rauchen bedingten Todesfälle infolge von Krebs-, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen bei Frauen | Daten: Mikrozensus 2013, Todesursachenstatistik 2013