

**Motivierende Gesprächsführung zur Lebensstil-Modifikation**

SB MuU, Seminar 3 (Woche 3) der Allgemeinmedizin

**Arbeitsmaterialien**

Ausgabe am Ende von Seminar 2

Bitte lesen Sie die nachstehenden Kurztex te zur hausärztlichen Präventivberatung und – therapie zur Änderung selbstschädigenden Verhaltens (*klausur-relevant*).

Interessierte finden in ILIAS eine in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin erschienene Kurzdarstellung (7 S. ) der S3-Leitlinie der DEGAM zur hausärztlichen Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention sowie die Leitlinie selbst (111 S.).

**Nicht-medikamentöse Therapie: Motivation zur Verhaltensänderung und psychosoziale Unterstützung**

Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht sind Verhaltensweisen bzw. deren Folge, welche das kardiovaskuläre Risiko direkt oder indirekt erheblich erhöhen. Rauchstop, regelmäßiges körperliches Ausdauertraining und das Halten von Normalgewicht sind Maßnahmen von enormer Wirkung für die Vorbeugung kardiovaskulärer (und anderer) Erkrankungen – deutlich wirksamer als die medikamentöse Therapie von Risikofaktoren.

Dieser Sachverhalt ist den meisten Ärzten bekannt – und doch haben viele aufgrund jahrelanger frustrierender Erfahrung die Hoffnung aufgegeben, bei ihren Patienten eine Veränderung selbst-schädigender Lebensgewohnheiten erreichen zu können.

Richtig ist jedoch, daß viele Patienten Veränderungen wünschen und dankbar sind, wenn ihre Ärzte sie aktiv ermutigen. Studien zeigen, daß regelmäßige Unterstützungsangebote durch Ärzte etwa die Rate erfolgreicher Nikotinentwöhnung verdoppeln können. **Entscheidend hierfür ist, daß der Arzt zunächst erkundet, wo der Patient im Prozeß der Absichtsbildung steht,** und erst dann seine entsprechend angepaßte Beratung beginnt.

Ein in der hausärztlichen Praxis gerade am Beispiel Rauchen bewährtes Modell der Verhaltensänderung postuliert 5 Stadien der Veränderung, die der ärztlichen Einschätzung als Orientierungshilfe dienen können:

**Stadien der Veränderung nach dem Trans-Theoretischen-Modell (Prochaska und Di Clemente):**

<b>Absichtslosigkeit</b>	Durch eine entsprechend gezielte Anamnese kann der Arzt in Erfahrung bringen, in welchem dieser Stadien der Patient sich bezogen auf die Verhaltensweise befindet und welche Intervention am besten geeignet ist, den Patienten „dort abzuholen, wo er steht“.
↓	
<b>Absichtsbildung</b>	
↓	
<b>Vorbereitung</b>	
↓	
<b>Handlung</b>	
↓	
<b>Stabilisierung</b>	

*Beispiel:* Beim Patienten im Stadium der Absichtslosigkeit („ich rauche gern“) sollte zunächst eruiert werden, welche Kenntnisse über die Risiken des Rauchens vorhanden sind, um dann zu erkunden, ob und wie eine Begleitung zur Distanzierung vom Rauchen (Absichtsbildung) gelingen kann. Ein anderer Patient, der immer wieder die Abstinenz versucht, aber stets einen Rückfall erleidet, kann dagegen ohne Umschweife auf der Handlungsebene angesprochen werden.

Ein weniger bekannter, aber ebenfalls in Studien gut belegter Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen ist **psychosozialer Distress**, z.B. eine dauerhafte „Gratifikationskrise“ (= subjektive Wahrnehmung eines krassen Mißverhältnisses zwischen der geleisteten Arbeit und der dafür erhaltenen Anerkennung). Eine gute primärpräventive Beratung beinhaltet daher stets auch eine **psychosoziale Anamnese** sowie entsprechende **Angebote im Rahmen der psychosozialen Grundversorgung** und / oder Weiterleitung an geeignete Therapeuten.

### **Hausärztliche Kurzberatung zur Tabakentwöhnung** (D. Kotz, S. Kastaun)

Rauchen zählt zu den wichtigsten vermeidbaren Risikofaktoren für Morbidität und Mortalität. In Deutschland sterben jährlich etwa 125.000 Menschen an tabakassoziierten Erkrankungen. Dennoch rauchen immer noch 28% der Bevölkerung (32% Männer, 25% Frauen). Raucher/innen verbringen einen Großteil ihres Lebens in schlechterer Gesundheit als Nichtraucher/innen und verlieren ab dem 30. Lebensjahr durchschnittlich 3 Lebensmonate für jedes weitere Rauchjahr. Die Tabakabhängigkeit ist physischer sowie psychischer Natur. Deshalb schaffen es nur <5% der Raucher/innen, ohne Unterstützung/Hilfsmittel langfristig abstinent zu werden. Folgende Methoden erhöhen nachweislich die Chance auf die lebenswichtige langfristige Tabakabstinenz: verhaltenstherapeutische Entwöhnungsmaßnahmen, pharmakologische Angebote (z.B. Nikotinersatztherapie (NET), Vareniclin = partieller Nikotinrezeptor-Agonist) und die ärztliche Kurzberatung.

Eine Schlüsselempfehlung der S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“<sup>1</sup> lautet, dass Hausärzte/innen ihren rauchenden Patienten/innen routinemäßig Kurzberatung zur Tabakentwöhnung anbieten sollen (stärkster Empfehlungsgrad A). Pharmakologische Therapien wirken vor allem dann effektiv, wenn sie mit ärztlicher/therapeutischer (Kurz-)Beratung kombiniert werden, da so die psychische und physische Abhängigkeit adressiert wird. Die Kurzberatung wird als motivierendes Gespräch durchgeführt. Es gibt verschiedene Kurzberatungsmodelle, die in ihrer Länge zwischen 2 und 20 Minuten variieren. Alle Modelle beinhalten die konkrete Empfehlung zum Rauchstopp, die Aufklärung über Therapieoptionen und das Einleiten der Behandlung.

---

<sup>1</sup> S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“. AWMF-Register Nr. 076-006: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) 2015. [www.awmf.org/leitlinien](http://www.awmf.org/leitlinien)

Das in Deutschland traditionell angewandte **5A-Modell** beinhaltet fünf Beratungsschritte: **A**bfragen des Rauchstatus, **A**nraten des Rauchverzichts, **A**ufhörtmotivation erfragen, **A**ssistieren mit Unterstützungsmaßnahmen (1-3, s.u.) und **A**rrangieren eines zeitnahen Nachfolgetermins.

Folgende **Unterstützungsmaßnahmen** sollen nach S3-Leitlinie den Patienten/innen angeboten werden:

1. verhaltenstherapeutische Gruppen-/Einzelinterventionen (in Entwöhnungsambulanz/hausärztlicher Praxis);
2. pharmakologische Unterstützung: zunächst NET (bei starken Raucher/innen: langsam wirkende NET wie Pflaster mit schnell wirksamer NET wie Kaugummi oder Sprays kombinieren), ansonsten Vareniclin oder Bupropion;
3. telefonische Beratung, (internetbasierte) Selbsthilfematerialien z.B. durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (z.B. <http://www.rauchfrei-info.de> der BZgA).

Folgende **Techniken zur Verhaltensänderungen** sollten in der Beratung empfohlen werden:

- Stopp-Tag festlegen und gut vorbereiten, insbesondere Rauchutensilien entsorgen und NET besorgen,
- vorzugsweise abrupt am Stopp-Tag mit dem Rauchen aufhören (der langsame Abbau ist weniger effektiv), und
- individuelle „Coping“-Strategien zur Rückfallprophylaxe besprechen (z.B. Alternativhandlungen: körperlich betätigen, Wasser trinken, Apfel essen, Vertrauensperson kontaktieren).

Bei Patienten/innen ohne Rauchstoppmotivation soll eine **Kurzintervention zur Motivationsförderung durchgeführt werden nach dem 5R-Schema**, abgestimmt auf die individuelle Situation des Patienten/in: **R**elevanz des Rauchstopps für Patienten/in erläutern, individuelle **R**isiken des Weiterrauchens ansprechen, **R**eize bzw. Vorteile des Rauchstopps aufzeigen, **R**iegel bzw. Vorbehalte und Befürchtungen erfragen, **R**epetition = Wiederholung der Motivationsförderung bei Folgekontakten). Außerdem sollte diesen Patienten/innen Unterstützung für eventuelle spätere Rauchstoppversuche angeboten werden (z.B. eine Infobroschüre oder Adressen zu Beratungsangeboten mitgeben). Denn die Mehrheit der Raucher/innen unternimmt irgendwann einen Rauchstoppversuch, der dann optimal unterstützt sein sollte.

Ärztliche Kurzberatung zur Tabakentwöhnung steigert effektiv die Anzahl erfolgreicher Rauchstoppversuche. Bereits eine kurze Ansprache des Themas im Rahmen der Beratung ist wirkungsvoller als keine Ansprache.