

# Raucherentwöhnung – Ansprechen hilft!

Wenn Sie einen Raucher fragen, ob er mit dem Rauchen aufhören möchte, werden Sie in der Regel eine positive Antwort erhalten. Zumindest wird die Ambivalenz gegenüber dem eigenen Rauchverhalten mit großer Wahrscheinlichkeit deutlich werden. Nach den Daten des International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC) bedauern es 78 % der deutschen Raucher, jemals mit dem Rauchen angefangen zu haben, 25 % wollen in den nächsten 6 Monaten aufhören und 43 % wollen irgendwann in der Zukunft aufhören. Dass Rauchen gesundheitsschädlich ist und die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung chronischer Erkrankungen wie beispielsweise Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf- oder auch Krebserkrankungen vervielfacht, ist auch Rauchern bekannt. Der Tabakkonsum hat im letzten Jahrzehnt dank der Bemühungen von Gesundheitsinstitutionen und einer zunehmend kritischen Presse deutlich an Akzeptanz verloren. Rauchfreie Arbeitsplätze, öffentliche Einrichtungen und Verkehrsmittel und eine mittlerweile großenteils rauchfreie Gastronomie helfen Rauchern, ihr Verhalten nicht nur aus gesundheitlichen Gründen zu überdenken.

Es hat sich gezeigt, dass der ärztliche Rat oder der Rat durch eine andere Pro-

fession im Bereich der Gesundheitsversorgung für Raucher oft ein entscheidender Anstoß zum Aufhören ist. Das regelmäßige Ansprechen des ohnehin für den Raucher zumeist dissonant erlebten Themas und ggf. das Angebot und die Durchführung von Kurzinterventionen hat sich als äußerst effektiv im Hinblick auf das Erreichen langfristiger Abstinenz erwiesen.

## Epidemiologie

Die zunehmende öffentliche Diskussion und Wahrnehmung der Gesundheitsgefahren des Rauchens und Passivrauchens ist neben der Erhöhung der Tabaksteuern sicherlich ein wesentlicher Faktor für den Rückgang der Raucheranteile in den letzten Jahren.

Rauchen ist der wichtigste vermeidbare Risikofaktor für Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, bestimmte Krebserkrankungen und Typ 2 Diabetes. Rauchen verursacht bis zu 90 % aller Lungenkrebstodesfälle und ist die Hauptursache für die Entwicklung von chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD). Raucher haben ein mehr als doppelt so hohes Risiko für Schlaganfälle wie Nichtraucher.

Das ganze Ausmaß der Erkrankungs- und Sterberisiken lässt sich mit der so-

genannten tabakattributablen Mortalität verdeutlichen. Die Ermittlung des tabakattributablen Risikos erfolgt auf der Basis der Anteile der Raucher und ehemaligen Raucher und deren relativem Risiko, an tabakassoziierten Erkrankungen zu versterben. Auf der Datenbasis der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes in Relation zu den bekannten Sterberisiken wurden für Deutschland für das Jahr 2007 107.000 tabakattributable Sterbefälle berechnet, darunter ein hoher Anteil von Krebstodesfällen sowie Todesfällen infolge kardiovaskulärer und Atemwegserkrankungen. Demnach sind insgesamt etwa 13 % aller Todesfälle in Deutschland auf das Rauchen zurückzuführen.

Entsprechend der hohen Morbiditäts- und Mortalitätslast sind auch die direkten und indirekten Kosten des Rauchens im Gesundheitssektor immens. Während die direkten Kosten die aufgewendeten Leistungen infolge tabakbedingter Folgeerkrankungen und der damit im Zusammenhang verbrauchten Güter wie Arzneimittel, medizinische Dienstleistungen wie Operationen und Rehabilitationsmaßnahmen erfassen, bilden die indirekten Kosten beispielsweise die infolge Arbeitsunfähigkeit aufgrund tabakbedingter Folgeerkrankungen entstandenen Produktivitätsausfälle ab. Die entsprechend dieser Definition ermittelten direkten Kosten des Rauchens betragen im Jahr 2007 in Deutschland 8,6 Milliarden Euro und die indirekten Kosten sogar 24,89 Milliarden Euro. Insgesamt betragen also direkte und indirekte Kosten rund 34 Milliarden Euro. Dieser Wert stellt sogar eher noch eine untere Grenze der Schätzung dar, da Faktoren wie die Einschränkung der Lebensqualität von Betroffenen und ihrer Familien hierbei nicht berücksichtigt wurden.



Abb. 1: Raucheranteil in der Altersgruppe 25–69-jähriger Männer und Frauen.  
Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum: Tabakatlas Deutschland 2009

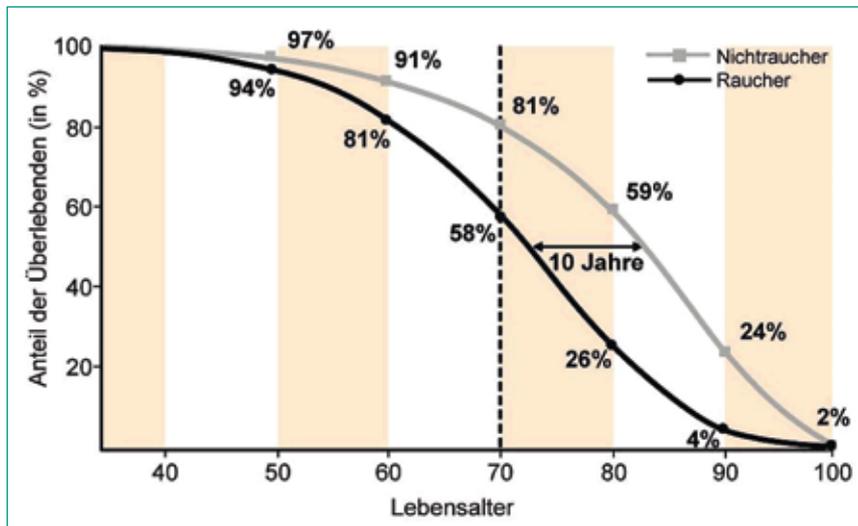


Abb. 2: Mortalität und Lebenszeitverlust bei Rauchern.  
 Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Gesundheit fördern- Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland, Heidelberg 2002

### Inhaltsstoffe und deren Wirkung

Tabakrauch ist ein komplexes Giftgemisch aus über 4.800 verschiedenen Substanzen. Darunter finden sich zahlreiche giftige und krebserzeugende Stoffe. Das Deutsche Krebsforschungszentrum hat die verfügbaren Daten der unabhängigen International Agency for Research on Cancer (IARC) und der MAK-Kommission der Deutschen Forschungsgesellschaft (DFG) zusammen geführt und etwa 90 Substanzen des Tabakrauchs gelistet, die krebserregend sind oder im Verdacht stehen, Krebs zu erzeugen. Manche dieser Substanzen entstehen erst durch die chemischen Prozesse infolge der Verbrennung des Tabaks. Auch werden Zusatzstoffe dem Tabak beigemischt, wie beispielsweise Menthol, was die Inhalationstiefe verstärkt, oder auch Ammoniumverbindungen, die den freien Nikotinanteil im Tabakrauch erhöhen. Dem Tabak zugesetzte Aromen dienen außerdem dazu, negative Geschmackssensationen und unerwünschte Wirkungen wie Übelkeit, Atemwegsreizungen etc. zu mindern. Die genannten Beimischungen führen letztlich dazu, dass sich das Abhängigkeitspotential erhöht, weil aversive Reize im Zusammenhang mit dem Rauchen gemildert und positive Emp-

findungen verstärkt oder in ihrem Auftreten beschleunigt werden.

### Pharmakologie und Abhängigkeitsentwicklung

Bis zu 60 % der Raucher entwickeln bei regelmäßigem Konsum eine Tabakabhängigkeit. Um den Prozess der Abhängigkeitsentwicklung verstehen zu können, müssen die neuropsycho-

logischen Effekte des Rauchens berücksichtigt werden. Das bivalente Wirkungsspektrum des Nikotins mit seiner einerseits stimulierenden und andererseits sedierenden (und sogar anxiolytischen bis antidepressiven) Wirkung verankert im Suchtgedächtnis eine positive Erwartungshaltung in Bezug auf den Effekt des Rauchens. Die kurzfristige, substanzstimulierte Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit, verbunden mit einer positiven Stimmungsmodulation, wird oft als angenehm und spannungsreduzierend empfunden und schließlich infolge der Abhängigkeitsentwicklung vom Raucher zur Wiederherstellung der eigenen Ausgeglichenheit benötigt. Dem gegenüber wird das Absinken des Nikotinspiegels vom Organismus mit unangenehmen Entzugserscheinungen wie Anspannung, Gereiztheit oder Unruhe, Konzentrations- und Schlafstörungen bis hin zu dem Gefühl des Neben-Sich-Stehens oder depressiven Zuständen beantwortet. Rauchverlangen stellt sich ein, das Auffüllen der Nikotinspeicher wird zur Notwendigkeit, um die unangenehme Befindlichkeit zu beenden und sich wieder „normal“ bzw. ausgeglichen zu fühlen.

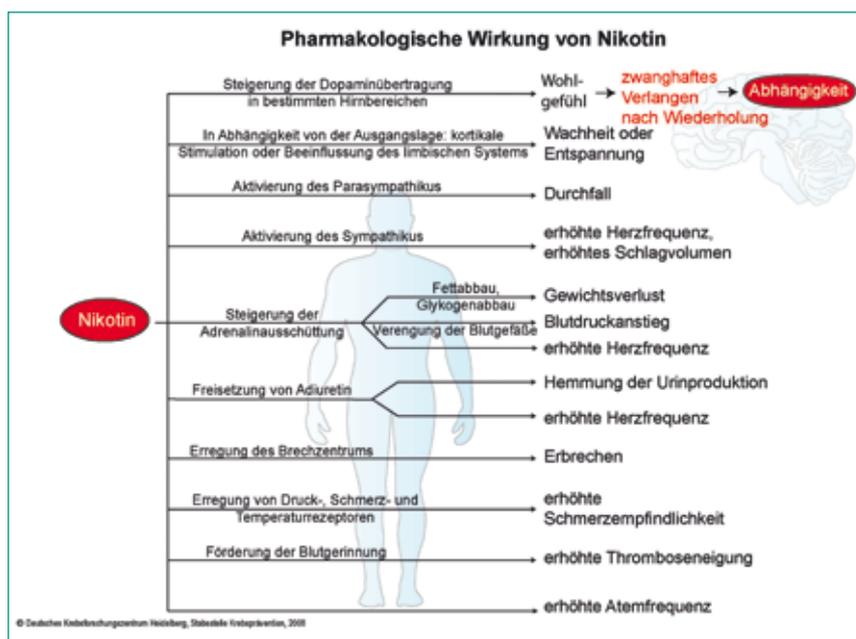


Abb. 3: Pharmakologische Wirkung von Nikotin.  
 Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Nikotin. Pharmakologische Wirkung und Entstehung der Abhängigkeit, Heidelberg 2008

Die Toleranzentwicklung für Nikotin setzt sehr schnell ein, es kommt einerseits zu einer Desensibilisierung der nikotinergeren Acetylcholinrezeptoren und in der Folge zu einer Erhöhung der Rezeptordichte, andererseits zu neuroadaptiven Veränderungen im dopaminergen System. Durch das schnelle Anfluten des Nikotins und seine nachhaltige Wirkung auf den Hirnstoffwechsel ist es in seinem Abhängigkeitspotential dem Heroin oder Kokain vergleichbar. Die Diagnose der Nikotinabhängigkeit erfolgt nach den Kriterien von ICD-10 oder DSM-IV bzw. auch über psychologische Testverfahren wie den Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA), der wichtige Dimensionen der Tabakabhängigkeit erfasst und mit biochemischen Prädiktoren wie CO-Gehalt der Ausatemluft oder Cotininspiegel hoch korreliert. Der Fagerström-Test erfasst über eine Selbstbeurteilungsskala nikotinrelevante Suchtkriterien und ermöglicht neben der Diagnosestellung auch die graduelle Einschätzung der Nikotinabhängigkeit. Das Verfahren besteht aus sechs Items, anhand derer der Schweregrad der Abhängigkeit ermittelt wird.

### Leicht umsetzbare Minimal- und Kurzinterventionen

Die Leitlinie der deutschen Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und die amerikanische Leitlinie enthalten beide die Empfehlung, dass Ärzte alle Patienten bei Konsultationen regelmäßig zu ihrem Rauchverhalten befragen und bei Rauchern einen Rauchstopp anregen sollten. Es empfiehlt sich, den jeweiligen Rauchstatus zu dokumentieren.

Die ärztliche Kurzintervention wurde in Neuseeland seit 2007 vom Gesundheitsministerium offenbar mit gutem Erfolg auf alle Gesundheitsberufe erweitert. Die neue neuseeländische Leitlinie zur Tabakentwöhnung propagiert den sogenannten „ABC-Approach“. Ziel dieses Ansatzes ist, durch das Anraten des Rauchverzichts und den Hinweis auf verfügbare Behandlungsmöglichkeiten

Aufhörversuche anzuregen. Es wird ein differenziertes Vorgehen in drei Schritten Ask, Brief advice und Cessation angeregt. Während alle im Gesundheitswesen Tätigen (Gemeindeschwestern, Physiotherapeuten, Krankenschwestern, Ärzte, Zahnärzte, Psychologen und Psychiater, Suchtberater etc.) aufgerufen sind, ihre Patienten auf ihr Rauchverhalten einerseits anzusprechen und andererseits kurze Hinweise im Hinblick auf die Planung und Durchführung eines Rauchstopps zu geben, wird die Entwöhnungsberatung (Cessation) von speziell dazu ausgebildeten Fachkräften durchgeführt.

Es handelt sich dabei gewissermaßen um eine Reduzierung des in den amerikanischen Leitlinien propagierten und in die AWMF Leitlinie übernommenen Modells der 5 A's (Ask, Advise, Assess, Assist und Arrange), wonach zunächst das Abfragen des Rauchstatus (Ask), dann das Anraten des Rauchverzichts (Advise) und wiederholt das Erfragen der konkreten Aufhörbereitschaft (Assess) erfolgen soll, bevor schließlich die konkrete Unterstützung beim Rauchverzicht (Assist) und eine anschließende Nachbetreuung arrangiert (Arrange) werden soll.

Folgt man dem **transtheoretischen Modell** der Stadien der Verhaltensänderung von Prochaska, so können in Abhängigkeit von der Veränderungsbereitschaft unterschiedliche therapeutische Interventionen erfolgen. Bereits die Aufforderung zum Rauchverzicht hat bemerkenswerter Weise einen signifikanten Effekt auf die Durchführung von Aufhörversuchen bzw. auf das Erreichen langfristiger Abstinenz. Es ist durchaus sinnvoll, die Ausstiegsbereitschaft von Rauchern zu ermitteln, sie zum Ausstieg zu motivieren und ggf. konkrete Unterstützung bei der Umsetzung des Rauchverzichts anzubieten bzw. auf Hilfsangebote wie Beratungstelefone, Entwöhnungsgruppen oder Selbsthilfematerialien zu verweisen. Bei ehemaligen Rauchern sollte die Abstinenzmotivation bekräftigt und die erreichte Rauchfreiheit gewürdigt werden. Rückfälle und erfolglose

Rauchstopp-Versuche sollten nach Möglichkeit näher analysiert bzw. auf typische Rückfall-Trigger und -Dynamiken hin untersucht werden. Im Rahmen verhaltenstherapeutischer Interventionen sollte auf ein gezieltes Erkennen und verbessertes Management von Risikosituationen hingearbeitet werden.

Sofern zum aktuellen Befragungszeitpunkt noch keine Aufhörmotivation besteht (Prochaska, **Phase der Absichtslosigkeit**) der Raucher sich noch nicht bzw. unzureichend mit der Problematik des Rauchens auseinander gesetzt und noch keine Veränderungsabsicht entwickelt hat, sollte auf die grundsätzliche aber vor allem auch individuelle Gesundheitsgefährdung durch das Rauchen, also das individuelle Risikoprofil, ebenso wie auf Unterstützungsmöglichkeiten beim Rauchstopp hingewiesen werden.

Sobald sich ein Raucher mit dem eigenen Rauchverhalten auseinander zu setzen und dieses zu problematisieren beginnt, befindet er sich nach dem Modell von Prochaska et al. in der **Phase der Absichtsbildung**. In dieser Phase hat es sich als förderlich für den Prozess der Entscheidungsfindung und anschließenden Umsetzung des Rauchverzichts erwiesen, auf konkrete Unterstützungsmöglichkeiten und positive Abstinenzwahrscheinlichkeiten bei ernsthaften Rauchausstiegsversuchen hinzuweisen. Befindet sich ein Raucher bereits in der **Vorbereitungsphase** oder auch der **Aktionsphase** entsprechend dem Prochaskaschen Modell, können konkrete Handlungsempfehlungen für die Bewältigung von Entzugssymptomen und Risikosituationen im Sinne der verhaltenstherapeutischen Vermittlung von Problemlösestrategien entlastend und unterstützend für den Betroffenen sein. Maßnahmen zur rauchfreien Bewältigung von Anspannungs- und Stresssituationen, Versuchungssituationen, sozialer Verführung oder Belohnungswünschen sind individuell auszuarbeiten, zu erproben und weiter zu entwickeln. Die Förderung der Bemühungen zur Aufrechterhaltung der Abs-

tinenz und die fortgesetzte Anpassung der Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe entsprechend der individuellen Erfahrungen des Patienten sollten in der sogenannten **Erhaltungsphase** erfolgen. Das Thematisieren und Durchspielen individuell relevanter Risikosituationen ist dabei ebenso wichtig wie eine funktionale Verhaltensanalyse (Wozu dient das Rauchen in welchem Fall?), das Verinnerlichen bewährter Bewältigungsstrategien und die Festigung bisheriger Bewältigungskompetenzen.

Sofern die Aufhörtmotivation noch unzureichend gegeben ist, kann auch mit den sogenannten 5 Rs (**R**elevanz, **R**isiken, **R**ewards, **R**oadblocks, **R**epetition) zur Strukturierung des Beratungsprozesses gearbeitet werden, die in aktuellen Behandlungsleitlinien als weitere Methode zur Kurzintervention angeregt werden. Zunächst einmal geht es dabei darum, dem Patienten die **Relevanz** des Problems aufzuzeigen, die individuellen **Risiken** zu benennen und schließlich die Vorteile (Therapiebaustein „**Rewards**) eines Rauchverzichts zu verdeutlichen. Dabei sollte auch auf Bedenken des Patienten eingegangen und mögliche Hindernisse (englisch „**Roadblocks**“) wie Versagensängste, Befürchtungen von Gewichtszunahme, Angst vor Entzugserscheinungen oder frühere Misserfolge sowie Maßnahmen zu deren Überwindung angesprochen werden. Die Abstinenzempfehlung wie auch der Hinweis zur möglichen effektiven Überwindung von Hindernissen sollte wiederholt erfolgen (Therapiebaustein „**Repetition**“).

### Nikotinsubstitution und medikamentöse Behandlung

Da die Entzugssymptomatik bei den meisten aufhörwilligen Rauchern entweder dazu führt, dass sie gar nicht erst einen Rauchstopp-Versuch unternehmen oder aber rückfällig werden, ist eine Nikotinsubstitution grundsätzlich in Erwägung zu ziehen, sofern keine Kontraindikation besteht. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass eine Kombination aus Niko-

tinsubstitution bzw. medikamentöser Therapie und Verhaltenstherapie zu signifikant höheren Ausstiegsquoten führt als nur eine dieser therapeutischen Methoden allein. Dies gilt allgemein für den durchschnittlichen Raucher. Allerdings gibt es Subgruppen von Rauchern,

die infolge beispielsweise psychischer Erkrankung wie Depressionsneigung oder starker Abhängigkeit deutlich erschwerte Ausstiegsbedingungen haben. Für diese Subgruppen erscheint eine störungsspezifisch angepasste Therapie erfolgversprechender als standardisierte Behandlungsangebote, beispielsweise längerfristige, ausreichend hoch dosierte Nikotinsubstitution sowie zusätzliche Vermittlung störungsspezifischer Coping-Strategien bei depressiven Rauchern. Während sich im Allgemeinen die sogenannte Schlusspunktmethode, also der Rauchverzicht ab einem definierten Zeitpunkt, als beste Aufhörstrategie erwiesen hat, ist bei den genannten Subgruppen auch die Möglichkeit einer Reduzierung des täglichen Zigarettenkonsums als probates Mittel mit dem langfristigen Ziel des kompletten Rauchausstiegs zu erwägen.

Für die Nikotinsubstitution bieten sich je nach Störungsbild verschiedene Darreichungsformen an. Bei stark abhängigen Rauchern beispielsweise ist neben der ausreichenden Nikotinsubstitution die Entkopplung von Konsumzwang und Nikotinwirkung ein wichtiger Aspekt der Behandlung, was am besten durch die Anwendung von Nikotinplastern gewährleistet ist. Diese sind seit kurzem in Deutschland auch in höheren Abgabedosen bis zu 25 mg pro Pflaster erhältlich. In Dänemark durchgeführte Studien haben gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit für Langzeitabstinenz sich infolge der Höherdosierung der Nikotinsubstitution erhöht. Gelegentlich auftretende, anderweitig nicht zu bewältigende Verlangensattacken können durch (ggf. zusätzlich zum Pflaster verabreichte) Bedarfsmedikation mit schneller anflutenden Nikotinpräparaten wie Kaugummi oder Lutschtablette überbrückt werden.

Die beiden in Deutschland zugelassenen Medikamente Bupropion und Vareniclin sollten nicht gänzlich unerwähnt bleiben. Das 1988 in den USA ursprünglich als Antidepressivum entwickelte Bupropion hemmt die Wiederaufnahme von Dopamin und Noradrenalin und mildert dadurch die mit dem Nikotinentzug normalerweise verbundenen negativen Stimmungszustände, während der Wirkstoff Vareniclin als partieller Agonist der nikotinergen ACh-Rezeptoren diesen Rezeptortyp besetzt hält und die Nikotinwirkung direkt am Rezeptor imitiert. Würde der Raucher, bei dem sich daraufhin zumindest kein neurobiologisch begründetes Rauchverlangen mehr entwickelt, dennoch rauchen, würde sich infolge des Rauchens nicht der erwartete „Belohnungseffekt“ einstellen. Die Wirksamkeit beider Medikamente als Anti-Craving Substanzen ist belegt. Allerdings sollte die Verschreibung gut abgewogen werden, da die Nebenwirkungsprofile beider Substanzen von Erniedrigung der Krampfschwelle bis zu depressiven Verstimmungen die Verwendbarkeit deutlich einschränken. Außerdem weisen sie gegenüber der weniger nebenwirkungsreichen Nikotinsubstitution nur geringfügig höhere Erfolgsraten im Hinblick auf eine Langzeitabstinenz auf.

### Aufhörtmotivation anregen und weiter vermitteln

Die vielfältigen Arbeitsaufgaben in der Praxis lassen nicht immer genügend Raum für die Realisierung grundsätzlich wichtiger Präventionsanliegen. In Bezug auf das Thema Rauchen zeigt die Kosten-Nutzen-Analyse deutlich, dass der geringe Aufwand des Abfragens des Rauchstatus bereits unter Umständen kognitive Dissonanz in diesem Punkt verdeutlichen und eine Veränderungsbereitschaft beim Raucher anstoßen kann. Bereits Minimalinterventionen von wenigen Minuten Gesprächsdauer haben einen deutlichen Einfluss auf die Aufhörtquoten. Bei zeitlich limitierten Möglichkeiten der Intervention emp-

fiehlt es sich, Patienten mit entsprechendem Bedarf an intensiverer Beratung oder sogar Therapie an qualifizierte Entwöhnungsexperten weiter zu vermitteln.

Das Deutsche Krebsforschungszentrum hat in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) auf der Website [www.anbieter-raucherberatung.de](http://www.anbieter-raucherberatung.de) eine Datenbank zusammengestellt, auf der, nach Postleitzahlenbezirken geordnet, Anbieter von Raucherentwöhnungskursen und unterschiedlichen Einzelentwöhnungsverfahren gelistet sind.

#### Rauchertelefon des DKFZ:

Telefon: 0 62 21-42 42 00  
Rauchertelefon für Krebspatienten des DKFZ:  
Telefon: 0 62 21-42 42 24  
Mo–Do 14.00–17.00 Uhr

#### BZgA Beratungstelefon:

Telefon: 0 18 05-31 31 31  
Mo–Do 10.00–22.00 Uhr  
Fr–So 10.00–18.00 Uhr

Die Raucherberatungstelefone des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bieten ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern qualifizierte Entwöhnungsberatung an.

Das Rauchertelefon des Deutschen Krebsforschungszentrums bietet auch einen Beratungsservice für in Gesundheitsberufen Tätige an, die sich mit ihren fachspezifischen Fragestellungen direkt telefonisch oder aber per Mail ([rauchertelefon@dkfz.de](mailto:rauchertelefon@dkfz.de)) an suchttherapeutisch ausgebildete Psychologische Psychotherapeutinnen wenden können. □

Dipl. Psych. A. Albrecht  
Psychologische Psychotherapeutin LPK-BW  
Deutsches Krebsforschungszentrum  
Heidelberg

#### Literaturhinweise

- [1] AWMF Leitlinie (2006): Tabakbedingte Störungen „Leitlinie Tabakentwöhnung“ ICD-10:F 17.xx
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (2008) MAK- und BAT-Werte-Liste 2008, Maximale Arbeitsplatzkonzentrationen und Biologische Arbeitsstofftoleranzwerte; Mitteilung 44. Wiley-VCH, Weinheim
- Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundesärztekammer (Hrsg.): Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten – Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit, Heidelberg und Berlin 2005
- Deutsches Krebsforschungszentrum, Tabakatlas Deutschland 2009, S. 29
- Fiore, MC, Bailey, WC, Cohen, SJ et al. (2008) Treating Tobacco Use and Dependence: Update. U.S. Department of Health and Human Services.

- Heatherton, T. F., Koziowski, L. T., Frecker, R. C., Fagerström, K. O.: The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Brit. J. Addict* 86 (1991), 1119–1127
- IARC Monographs Volumes 1–99, overall evaluations of carcinogenicity to humans, last update 28.04.08, available online at: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/crthalllist.php>
- Kraus, L., Rösner, S., Baumeister, S., Pabst, A. & Steiner, S. (2008). Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin (IFT-Berichte Bd. 167). München: IFT Institut für Therapieforchung
- [2] Nervenarzt 2009, DOI 10.1007/s00115-009-2744-y, Batra, A., Friederich, H.M. & Lutz, U., Therapie der Nikotinabhängigkeit, Springer Medizin Verlag

## Der Beitrag der psychiatrischen Klinik

zur beruflichen Integration psychisch kranker und behinderter Menschen

### Einführung

Der Anteil der durch psychische Krankheiten verursachten Arbeitsunfähigkeitstage, wie auch die Zahl deswegen notwendigen Frühberentungen zeigen, dass die Konsequenzen psychischer Erkrankungen auf die berufliche Integration über die Bedeutung für den betroffenen Menschen hinaus eine erhebliche gesellschaftliche Bedeutung haben. Sicherlich hat in den letzten Jahren die Stigmatisierung psychisch Kranker abgenommen. Dadurch werden psychisch Krankheiten auch häufiger als solchen benannt, sodass die gegenwärtigen Zahlen ein etwas realistischeres Bild vermittelt. Psychisch Krankheiten sind häufig und dauern vielfach auch länger an, als somatische Krankheiten. Zudem ist die Gefahr der Chronifizierung über alle seelischen Krankheiten hinweg gegeben. Gegen eine verbreitete Annahme nimmt dagegen die Zahl psychischer Krankheiten nicht zu. Es gibt aber viele Hinweise, dass die gegenwärtigen Anforderungen in der Arbeitswelt Auswirkungen auf die Auslösung und die

Dr. Ewald Rahn  
Stellv. Ärztlicher Direktor  
der LWL Klinik Warstein,  
Chefarzt der Abteilung  
Allgemeine Psychiatrie  
der LWL-Kliniken  
Warstein und Lippstadt



Folgen psychischer Erkrankungen haben. Die Öffentlichkeitswirksame Suizidwelle in großen französischen Firmen (Renault, France Telecom) ist ein jüngstes Beispiel für diesen Zusammenhang. Angesichts der Bedeutung des Problems ist natürlich zu fragen, wie auf diese Entwicklung angemessen reagiert werden kann und wie der Beitrag der psychiatrischen Klinik bei der Lösung der Probleme aussehen kann.

### Ausgangspunkt

Die Aufgabenstellung der klinischen psychiatrischen Versorgung hat sich in den letzten Jahrzehnten erheblich gewandelt. Die Behandlungszyklen sind