

Psychologische Strategien in der Behandlung der Tabakabhängigkeit

Psychological Strategies in the Treatment of Nicotine Dependence

Sophie Meingassner & Alexandra M. Stummer

Themenschwerpunkt Gesundheits- & Verkehrspsychologie

Zusammenfassung

Die Behandlung der Nikotinabhängigkeit spielt eine grundlegend wichtige Rolle in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention tabakassoziierter Erkrankungen. Zunehmend wird mehr Augenmerk auf die Notwendigkeit der professionellen und evidenzbasierten Behandlung dieses Krankheitsbildes gelegt. Die Klinische Psychologie und die Gesundheitspsychologie bieten für die Entstehung und für die Aufrechterhaltung der Nikotinabhängigkeit adäquate Erklärungsmodelle an. Auch für die Behandlung dieser Suchterkrankung ist der klinisch-psychologische Methodenschatz, der auf einem bio-psycho-sozialen Ansatz basiert, in allen Stadien der Erkrankung sehr gut anwendbar. Dieser bietet ein umfassendes und wirkungsvolles Instrumentarium und hat sich in der Praxis als sinnvoll, effizient und langfristig wirksam herausgestellt. Für die unterschiedlichen Settings (ambulant, stationär, telefonisch, Einzel- und Gruppenberatung) gibt es eigens konzeptionierte und bewährte Behandlungsangebote. In diesem Artikel werden die psychologischen Grundlagen der Nikotinsucht und deren klinisch-psychologische Behandlung dargestellt. Das Medium Telefon wird als effizientes und bewährtes Medium in der psychologischen Tabakentwöhnung vorgestellt.

Abstract

The treatment of nicotine dependence plays a crucial role in the primary, secondary, and tertiary prevention of tobacco-related illnesses. Increased attention is now being paid to the necessity of professional, evidence-based treatment of this disease complex. Clinical and health psychology offer adequate explanatory models for the development and maintenance of nicotine dependence. Clinical psychological methodology, based on a bio-psycho-social approach, is highly applicable in all stages of treatment for this disorder as well. It provides comprehensive and effective instruments and has proven ex-

pedient, efficient, and successful in the long term in clinical practice. Distinct and established treatment concepts exist for different settings (e.g. outpatient, inpatient, telephone, individual, and group counseling). This article presents the psychological aspects of nicotine dependence and its clinical psychological treatment. The telephone is introduced as an efficient and reliable medium for psychological smoking cessation programs.

1. Einleitung

Die Zigarette ist ein multifunktionelles Wunderding. Beruhigungsmittel, Anregungsmöglichkeit, Stimmungsaufheller, Beschäftigung, Selbstbilddefinition, Appetitzügler, Kommunikationshilfe, Tagesstrukturgeber, Pausenfüller, Ablenkungsmanöver, FreundIn, Copingstrategie, Mittel gegen Einsamkeit und Langeweile, Stressbewältigungshilfe, Gruppenbildungsmöglichkeit und Diskussionsstoff sind funktionelle Aspekte dieses Produktes. Das bivalente Wirkungsspektrum und das starke Suchtpotential von Nikotin sowie die – sinkende – gesellschaftliche Toleranz geben dem Suchtstoff eine große Bedeutung im Leben vieler RaucherInnen. Ein Teil der RaucherInnen ist mit dem eigenen Rauchverhalten zufrieden und raucht uneingeschränkt genussvoll. Mehr als die Hälfte ist sich der körperlichen und psychischen Abhängigkeit bewusst und mit dem eigenen Verhalten unzufrieden.

Nicht das Rauchen an sich ist das Problem, sondern die massiven individuellen und gesellschaftlichen Folgewirkungen, die tabakassozierten Erkrankungen. Somit ist die Tabakentwöhnung und Tabakprävention eine der wirksamsten Methoden der Gesundheitsförderung und eine grundlegende Strategie der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Die klinische Psychologie und die Gesundheitspsychologie bieten für die Entstehung und für die Aufrechterhaltung der Nikotinabhängigkeit

adäquate Erklärungsmodelle an. Für die Behandlung dieses Krankheitsbildes ist der klinisch-psychologische Methodenschatz, der einen bio-psycho-sozialen Ansatz verfolgt, in allen Stadien der Erkrankung sehr gut anwendbar. Er bietet ein umfassendes und wirkungsvolles Instrumentarium und hat sich in der Praxis als sinnvoll, effizient und langfristig wirksam herausgestellt.

2. Psychologische Grundlagen der Nikotinsucht

Für die Behandlung der Nikotin- bzw. Tabakabhängigkeit ist das Wissen um Entstehungsbedingungen, aufrechterhaltende Faktoren sowie Methoden zur Einleitung einer Verhaltensänderung entscheidend.

Neben genetischen und biologischen Ursachen für die Abhängigkeit von Nikotin sind die Mechanismen des Modelllernens, klassische und operante Konditionierung sowie kognitive Ansätze maßgeblich am Erlernen und an der Aufrechterhaltung des Rauchverhaltens beteiligt.

Rauchen ist über die Lebensspanne hinweg kein stabiles Verhalten. Die RaucherIn durchläuft immer wieder verschieden ausgeprägte Phasen des Suchtverhaltens. Die einzelnen Phasen beschreibt das Transtheoretische Modell (Prohaska & DiClemente, 1983). Davon ausgehend wurde die Methode der Motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing, Miller & Rollnick, 2004) entwickelt. Um RaucherInnen zu einer Veränderung ihres Rauchverhaltens anzuregen und sie am Weg zur Rauchfreiheit zu unterstützen, bieten die kognitive Verhaltenstherapie sowie die Motivierende Gesprächsführung gut bewährte Werkzeuge an.

2.1. Erlernen und Aufrechterhaltung des Rauchverhaltens

Im Laufe des Heranwachsens versuchen die meisten Menschen zumindest einmal, eine Zigarette zu rauchen. Die erste Reaktion auf das Inhalieren des Tabakrauches zeigt sich meist in Husten, Schwindel, Übelkeit, brennenden oder tränenden Augen. Auf den ersten Gebrauch von Tabak folgen somit unmittelbar negative Konsequenzen. Wie ist es dann erklärbar, dass so häufig ein stabiles, abhängiges Rauchverhalten entwickelt wird?

2.1.1. Modelllernen

Heranwachsende beobachten Rauchverhalten an Erwachsenen oder innerhalb der Peergroup. Je enger die persönliche Beziehung zu rauchenden Menschen ist, je öfter positiv anmutende Wirkungen (z.B. Entspannung, Cool-Sein) des Rauchens beobachtet werden und je höher der soziale Status des Vorbildes (z.B. Popstar) ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass Heranwachsende das Rauchverhalten imitieren und wiederholen. Dieses Ler-

nen am Modell (Bandura, 1963) führt zur Aneignung der neuen Verhaltensweise Rauchen und ist für den Einstieg in die Raucherkarriere maßgeblich.

2.1.2. Klassische Konditionierung

Ab dem Konsum der ersten Zigarette beginnen durch die Wiederholung des Verhaltens Konditionierungsphänomene wirksam zu werden. Die klassische Konditionierung (Pawlow, 1953) erklärt hier die Koppelung der Verhaltensweise Rauchen an bestimmte auslösende, zuvor neutrale Reize, die den meisten RaucherInnen nicht bewusst ist. Durch oftmalige Wiederholung von Reiz-Reaktions-Verknüpfungen entwickelt sich eine Automatisierung des Rauchverhaltens. Folglich löst beispielsweise der Anblick der Zigarettenschachtel, das Klingeln des Telefons oder der Geruch von Kaffee den Griff zur Zigarette aus. Derartige Schlüsselreize führen zu einem sehr stabilen und lösungsresistenten Rauchverhalten. Typische konditionierte Auslöser für Tabakkonsum finden sich auf allen Ebenen: Kognitionen (u. a. Selbstzweifel), Emotionen (u. a. Ärger, Langeweile), soziale Faktoren (u. a. RaucherIn im Umfeld, Zigarettangebot) und physiologische Mechanismen (u. a. Entzugssymptome, Alkoholkonsum) tragen zur Aufrechterhaltung des Tabakkonsums bei. Zur Löschung sind daher oftmals Wiederholungen eines neuen Verhaltens erforderlich.

2.1.3. Operante Konditionierung

Ein weiterer Aspekt bei der Entwicklung des Rauchverhaltens ist das Lernen aus angenehm erlebten Konsequenzen. Dahinter steht das Lustprinzip der Lerntheorie (Skinner, 1938, 1953). Subjektiv positive Wirkungen des Rauchens, psychisch wie auch physisch, steigern die Häufigkeit des Rauchverhaltens. Nikotin wird binnen sieben Sekunden über Lunge und Blutkreislauf ins Gehirn transportiert und aufgenommen. Sobald das Nikotin an die entsprechenden Rezeptoren andockt, werden Botenstoffe freigesetzt, die angenehme Wirkungen wie ein allgemeines Wohlfühlgefühl, das Gefühl der Entspannung oder Sicherheit hervorrufen. Diese zeitlich kontingente Verstärkung führt dazu, dass Rauchen unmittelbar durch seine Wirkung belohnt (Unland, 1996 bzw. 2000). Folglich hegt die RaucherIn positive Erwartungen an den Konsum, der Kreislauf schließt sich und das Rauchverhalten wird aufgrund dieser angenehmen Wirkungen wiederholt. Am Beginn wird durch soziale Verstärkung ein bestimmtes Selbstbild geprägt. Für Jugendliche steht vor allem das Gefühl, erwachsen zu sein, zu einer Gruppe zu gehören oder „cool“ zu sein im Vordergrund. Nach mehrfachem Tabakkonsum zeigt sich die positive Verstärkung dann sowohl in physischen als auch psychischen Wirkungen wie beispielsweise erhöhter Konzentration, Entspannung, Unterdrückung von Hungergefühlen oder Angstreduktion. Neben der Verstärkung von angenehm erlebten Konsequenzen kommt das Vermeiden von negativen Konsequenzen hinzu und der Tabakgebrauch erfolgt nun auch zur Linderung von Entzugssymptomen

wie z.B. Nervosität und Unruhe.

2.1.4. Kognitive Aspekte

Auch kognitive Aspekte wurden auf ihren Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der Tabakabhängigkeit untersucht. Anhand des „S-O-R-K Schemas“ wird die hinter dem Substanzkonsum liegende Kognition als intervenierende Variable beschrieben (Reinecker, 1987; Kanfer et al., 2000). In einer Situation (S) treten bestimmte Gefühle, Bedürfnisse oder Erwartungen auf. Diese äußeren Reize machen sich beispielsweise durch Unruhe, Anspannung oder Angst im Organismus (O) bemerkbar und führen zur Reaktion (R) Rauchen, woraufhin bestimmte Konsequenzen (K) auftreten. Anhand dieses Schemas lassen sich die mit dem Suchtgedächtnis verknüpften Kognitionen (z.B. „Wenn ich jetzt eine Zigarette rauche, kann ich mich entspannen.“) beschreiben und können für die Veränderung des Rauchverhaltens genutzt werden.

Kognitive Ansätze haben gezeigt, dass die Erwartungen an die Wirkungen des Rauchens eine sehr wichtige Rolle bei der Entwicklung der Abhängigkeit spielen. Das Phänomen der Erwartungen an die positiven Wirkungen des Rauchens (z.B. Belohnungseffekt) bzw. die negativen Wirkungen des Nichtrauchens (z.B. Angst vor Entzugerscheinungen) stehen im Vordergrund (Beck et al., 1997).

2.1.5. Dissonantes Rauchverhalten und Kognitive Dissonanz

Dissonantes Verhalten ist jenes Verhalten, das nicht gänzlich mit den Überzeugungen und Wertvorstellungen der ausführenden Person übereinstimmt. Im Umgang mit der Thematik Nikotinabhängigkeit ist die Unterscheidung von konsonantem und dissonantem Rauchverhalten wesentlich. Nur wenige RaucherInnen sind mit ihrem Rauchverhalten zufrieden, sie werden als konsonante RaucherInnen bezeichnet. Der Großteil der RaucherInnen ist mit dem eigenen Rauchverhalten nicht zufrieden, raucht also trotz Dissonanz (Schoberberger, 2006).

Neben den Erwartungen an die Wirkungen des Rauchens haben viele RaucherInnen auch Erwartungen an die Folgen der Abstinenz. Sobald diese beiden Aspekte, die Vorzüge des Rauchens und die Vorteile eines rauchfreien Lebens, gegenüber gestellt werden, entsteht Ambivalenz oder kognitive Dissonanz (Festinger, 1957; Herkner, 1996). Um „in Ruhe“ weiterrauchen zu können, suchen RaucherInnen nach Strategien, diese einander widerstrebenden Kräfte zu reduzieren. Sie orientieren sich anhand von selektiver Wahrnehmung an gesunden starken RaucherInnen, idealisieren die positiven Aspekte des Rauchens und bagatellisieren die negativen Konsequenzen. Weiters wird der Ausstieg aus dem Rauchverhalten dämonisiert (z.B. „Ich kann mir ein Leben ohne Zigarette gar nicht vorstellen.“). Gleichzeitig tritt eine überhöhte Einschätzung der Veränderungskompetenz zu Tage (z.B. „Wenn ich wollte, könnte ich aufhören. Aber ich rauche so gerne.“). Rauchen wird somit auf eine reine

Willensentscheidung reduziert und beibehalten.

Die Ambivalenz im Bezug auf das eigene Rauchverhalten beinhaltet das Potential der Verhaltensänderung und ist der Ansatzpunkt der therapeutischen Interventionen. Die Suche nach Reduktionsstrategien der kognitiven Dissonanz ist nicht gleichmäßig und stabil, es gibt Phasen, in denen der Wunsch und die Motivation zur Veränderung des Rauchverhaltens überwiegen.

2.2. Spezifische Konzepte

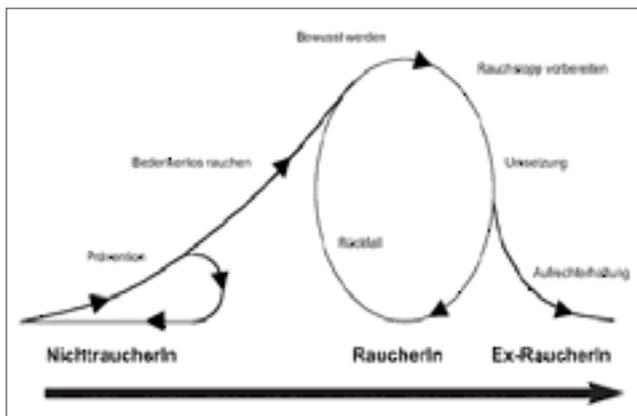
Der Beginn einer Verhaltensänderung liegt in der Änderung der dahinter liegenden Einstellungen. Mit den Techniken der Motivierenden Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 2004) sowie der Methode des Sokratischen Dialogs (Rational-emotive Therapie, Ellis, 1978) kann ein erster Umdenkprozess eingeleitet werden. Für die Behandlung gilt es, das aktuelle Motivationsstadium zur Verhaltensänderung der RaucherIn zu beachten. Eine gute Orientierung dafür bietet das Transtheoretische Modell (Prochaska & DiClemente, 1983).

2.2.1. Das Transtheoretische Modell (TTM)

Prochaska und DiClemente unterscheiden verschiedene Phasen, die bei der Änderung des Rauchverhaltens durchlaufen werden, bevor es zum stabilen Abstinenzverhalten kommt (siehe Abb. 1). Einen guten Einstieg bietet die Frage: „Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, mit dem Rauchen aufzuhören?“. In der „Phase der Absichtslosigkeit“ hat sich die RaucherIn noch nicht mit ihrem Tabakkonsum auseinander gesetzt. Hier ist es sinnvoll, grundlegende Informationen zu geben, um die Entwicklung des Problembewusstseins zu forcieren. Die „Phase der Absichtsbildung“ zeigt eine erste Auseinandersetzung mit dem eigenen Rauchverhalten und ist durch Ambivalenz gekennzeichnet. Um die Ausstiegsmotivation zu fördern, sind hier u. a. Informationsvermittlung zu Entwöhnungsmöglichkeiten sowie die Aussicht auf positive Veränderungen nach dem Rauchstopp dienlich. In der „Vorbereitungsphase“ geht es um die konkrete Planung des Rauchausstiegs. Dabei unterstützt die PsychologIn bei der Stärkung der Abstinenzernwartung sowie bei der Wahl der individuell passenden Strategien des Entzugsmanagements. Teilweise führt eine Reduktion der Zigarettenmenge bereits zur Erprobung alternativer Verhaltensweisen. Die „Handlungsphase“ beginnt mit dem Rauchstopp. Erste Erfahrungen mit dem neuen Verhalten Nichtrauchen werden gemacht. Weitere Beratungen können zur Bewältigung von Entzugssymptomen beitragen und mit einem positiven Blick auf erste Erfolgserlebnisse bestärken. Daraufhin folgt die „Stabilisierungsphase“. Der Alltag ohne Tabakkonsum wird zum „Normalzustand“ und die ehemalige RaucherIn identifiziert sich als ExraucherIn bzw. als NichtraucherIn. „Rückfälle“ treten gerade beim Krankheitsbild der Tabakabhängigkeit sehr häufig auf. Vor allem Life-Events, Stress und Alkoholkonsum bergen das Risiko, wieder in das

alte Verhaltensmuster zurück zu fallen. Entscheidend ist es, die Veränderungsabsicht wieder zu bestärken und den Rückfall als Teil des Entwöhnungsprozesses zu betrachten, dessen Erfahrungen bei der Suche nach neuen Handlungsalternativen nützlich sind. Das TTM bietet einen Orientierungsrahmen, dessen Kreislauf in der Regel mehrmals durchlaufen wird. Oft treten Rückschritte in vorhergehende Phasen auf, bevor die dauerhafte Abstinenz erreicht wird.

Abb. 1: Stadienmodell der Verhaltensänderung



2.2.2. Die Motivierende Gesprächsführung

Ausgehend vom Transtheoretischen Modell entwickelten Miller und Rollnick in den 80er Jahren die Methode der Motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI) speziell für die Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Dabei handelt es sich um ein zielgerichtetes, klientenzentriertes Beratungskonzept zur Lösung ambivalenter Einstellungen gegenüber Verhaltensänderungen, das den humanistischen Therapieschulen zuzuordnen ist (Rogers, 1951). Anhand eines unterstützenden und fördernden Beratungsstils wird die intrinsische Motivation der KlientIn gestärkt und die Autonomie in Form der Eigenverantwortung erarbeitet. Den Ausgangspunkt bildet die grundlegende Annahme, dass jeder Mensch Motivation in sich trägt. Die Frage ist daher lediglich: „Wozu ist die KlientIn motiviert?“ Die Antwortmöglichkeiten sind vielfältig und können vom Mitnehmen einer Informationsbroschüre, einem Gespräch über die ambivalenten Gedanken bezüglich des eigenen Rauchverhaltens, der Bereitschaft zur Konsumreduktion bis hin zum Rauchstopp reichen.

Anhand des „Change-Talk“, der selbst motivierenden Sprache, wird die Verhaltensänderung erleichtert, indem individuelle Gründe und Vorteile in der Person selbst hervorgerufen werden. Die Inhalte umfassen die Nachteile des Status Quo, die Vorteile einer Veränderung, den Optimismus hinsichtlich und die Absicht zur Veränderung. Die Grundelemente der Motivierenden Gesprächsführung sind:

- Empathie ausdrücken: durch Akzeptanz und aktives Zuhören.
- Diskrepanz entwickeln: Argumente für die Veränderung müssen von der KlientIn selbst kommen und

werden hinsichtlich ihrer persönlich wichtigen Werte und Ziele betrachtet.

- Widerstand umlenken: Die KlientIn selbst ist die beste Quelle für Antworten und Lösungen.
- Selbstwirksamkeit fördern: Das zentrale Element ist das Vertrauen der KlientIn, sich verändern zu können. Die Entscheidung zur Veränderung und die Verantwortung für die Umsetzung liegen bei der KlientIn selbst.

2.3. Motivation und motivationshemmende Faktoren

Die Motivation zur Verhaltensänderung ist ein zentraler Aspekt in der Arbeit mit Suchterkrankungen und entsteht meist aufgrund von kognitiver Dissonanz. Unzureichende Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten zur Umsetzung des Rauchstopps und nachrangige Dringlichkeit des Rauchstopps werden oft als mangelnde Motivation fehlinterpretiert. Zur Erhebung der Motivation ist die Abklärung, inwieweit sich die KlientIn die Kompetenzen zum Rauchstopp und zur Aufrechterhaltung der Abstinenz zutraut, ausschlaggebend. Ein guter Ausgangspunkt ist die Vorgabe einer Selbsteinschätzung auf einer Skala von 1 bis 10 (z.B. „Wie zuversichtlich sind Sie, den Rauchstopp umzusetzen?“). Des Weiteren gilt es, den Zeitpunkt der Veränderung abzuklären. Die Bereitschaft, die Verhaltensänderung in Angriff zu nehmen, hängt immer von der aktuellen Lebenssituation ab und davon, ob andere Themen aktuell eine höhere Dringlichkeit besitzen. Auch dabei kann eine Selbsteinschätzung Klarheit verschaffen (z.B. „Wie dringend ist es für Sie, den Rauchstopp umzusetzen?“).

Stark motivationshemmend sind hinderliche Kognitionen und Krankheitshypothesen. Die Motivation zur Umsetzung einer geplanten Änderung des Rauchverhaltens kann durch unterschiedlichste Ängste und Befürchtungen blockiert werden. Oftmals ist es wichtig, Katastrophenerwartungen hinsichtlich des Rauchstopps zu besprechen (z.B. „Ich werde schreckliche Entzugsserscheinungen haben.“). Häufig müssen vorab auch unrealistische Forderungen an die Entwöhnungsmethode ausgeräumt werden (z.B. „Ich erwarte mir, dass Sie einen Schalter in meinem Kopf umlegen, damit es Klick macht.“). Vor allem bei Vorliegen einer starken körperlichen Abhängigkeit kann das Gefühl, der Sucht hilflos ausgeliefert zu sein, auftreten (z.B. „Die Zigarette ist stärker als ich.“).

3. Die gesundheitspsychologische Behandlung in der Tabakentwöhnung

Die Nikotinabhängigkeit wird wie die meisten Krankheitsbilder, mit denen die Gesundheitspsychologie und die klinische Psychologie arbeiten, aus einem bio-psycho-sozialen Blickwinkel betrachtet. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt auf der Arbeit mit den individuel-

len Verhaltensmustern, Lernerfahrungen, Kognitionen und Motivationsaspekten, die im Rahmen der Tabakabhängigkeit bestehen.

Die Grundlagen der klinisch-psychologischen Behandlung in der Nikotinentwöhnung sind bewährte kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze und Methoden. Abhängig vom Setting des Behandlungsangebotes, der Abstinenzmotivation der KlientInnen und der spezifischen Zielgruppe (z.B. Jugendliche, Schwangere, COPD-PatientInnen) werden unterschiedliche Zielsetzungen, Unterstützungsmaßnahmen und Interventionen geplant.

Der Zeitrahmen und die Beratungshäufigkeit sind je nach Setting ebenfalls unterschiedlich. Bewährt haben sich beim ambulanten und beim telefonischen Setting ungefähr sechs Beratungsgespräche im Zeitraum von sechs Wochen (Batra, 2006). Sowohl Kurzinterventionen anhand eines einmaligen Beratungsgesprächs als auch stationäre Behandlung mit einer Aufenthaltsdauer von bis zu drei Wochen werden angeboten.

Grundlegend kann bei den meisten Angeboten nach der ausführlichen Anamnese die Behandlung der Tabakabhängigkeit in drei Phasen gegliedert werden:

1. Motivationsabklärung, Zieldefinition und Verhaltensanalyse
2. Vorbereitung der Abstinenz und Umsetzung des Rauchstopps (bzw. der substantiellen Reduktion)
3. Rückfallprophylaxe und langfristige Aufrechterhaltung des abstinenter (bzw. substantiell reduzierten) Verhaltens

3.1. Diagnostik

Die ausführliche Diagnostik und Anamnese sind der Grundstein für die weitere Therapieplanung und die Zuweisung zum passenden Setting. Im Anamnesegespräch sind die Kriterien der Suchterkrankung nach ICD 10 (Dilling, 2005), Kodierung F 17.2 Nikotinabhängigkeitssyndrom meist offensichtlich und klar zu erheben:

- starker Wunsch, die Substanz einzunehmen
- Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren
- anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen
- körperliches Entzugssyndrom
- Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben
- Toleranzerhöhung

Mindestens drei dieser Kriterien müssen über einen Zeitraum von zwölf Monaten aufgetreten sein, um die Diagnose des Nikotinabhängigkeitssyndroms zu stellen.

3.2. Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)

Der Grad der Abhängigkeit wird mit dem Fagerström Test, einem international üblichen Fragebogen zur Er-

fassung der Nikotinabhängigkeit, abgeklärt. Zehn Fragen ergeben eine Einteilung der Abhängigkeit in sehr niedrig (0 – 2), niedrig (3 – 4), mittel (5), hoch (6 – 7) und sehr hoch (8 – 10). Das Ergebnis des Tests korreliert mit den zu erwartenden Entzugssymptomen und mit der Abstinenzaussicht (Heather et al., 1991).

3.3. Kohlenmonoxidmessung

Die Kohlenmonoxidmessung (CO-Messung) mittels Smokerlyzer dient zur Feststellung des Anteils von Kohlenmonoxid in der Atemluft. Für die KlientInnen wird so deutlich sichtbar, wie viel Prozent ihrer roten Blutkörperchen mit Kohlenmonoxid besetzt sind. Dadurch wird der Sauerstofftransport im Blut herabgesetzt. Der CO-Gehalt sinkt bei Abstinenz meist schon nach 24 Stunden auf Nichtraucherwerte.

Neben der Diagnostik dient die Messung auch zur Rückmeldung über Reduktion oder Abstinenz. Für die meisten KlientInnen ist die messbare Verringerung eines Belastungsparameters eine starke Motivation zur weiteren Reduktion bzw. zur Aufrechterhaltung der Abstinenz.

3.4. Anamnesegespräch

Im Anamnesegespräch werden Fragen nach dem Einstieg ins Rauchverhalten, nach bisherigen Rauchstoppversuchen, Erfahrungen mit Nikotinersatztherapie und erfolgreichen Abstinenzzeiten sowie Auslösern für Rückfälle erhoben. Die wichtigsten zu erhebenden Aspekte sind der aktuelle Rauchstatus, die körperliche Abhängigkeit, die individuelle Raucherkarriere, psychosoziale Faktoren, die Therapie- bzw. Abstinenzmotivation und das individuelle Ziel der KlientIn. Auch Erfahrungen mit Medikamenten, Selbsthilfestrategien und diversen alternativen Therapien sind relevant für die geplante Behandlung. Psychische und körperliche Komorbiditäten müssen erfragt werden, da sowohl die Therapieplanung als auch die Zieldefinition davon beeinflusst werden.

Die Unterscheidung zwischen konsonanten und dissonanten RaucherInnen, zwischen SpiegelraucherIn und SpitzenraucherIn, zwischen stark körperlich und stark psychisch abhängigen RaucherInnen ist anfänglich wichtig. Das Auftreten von nächtlichem Rauchverlangen (Nocturnal Sleep Disturbance Nicotine Craving) und Heißhungerattacken (Craving for Carbohydrates) wird ebenfalls erfragt (Schoberberger & Kunze, 1999).

Auch motivationshemmende Faktoren wie die Angst vor starker Gewichtszunahme oder vor depressiver Verstimmung werden erhoben. Weiters sind Umgebungsbedingungen wie RaucherInnen in der Familie, im Freundeskreis und am Arbeitsplatz relevant für die Behandlung.

Eine Zusammenstellung der einzelnen Anamnesebereiche findet sich im Wiener Standard Raucher Inventar (Schoberberger, 1998).

3.5. Motivationsabklärung, Zieldefinition und Verhaltensanalyse

Ein wichtiger Bereich gilt der Abklärung der Motivation. Besteht der geäußerte Abstinenzwunsch durch Eigenmotivation oder durch Fremdmotivation (z.B. „Der Arzt hat mich geschickt, er schimpft sonst mit mir!“)? Befürchtete Schwierigkeiten und die mögliche kognitive Dissonanz, die sich in Ambivalenz zum Stoppwunsch äußert, sollen thematisiert werden, bevor das Ziel der Behandlung konkretisiert wird.

3.5.1. Motivationsarbeit

Die motivationspsychologische Arbeit ist jener Aspekt, der sich durch alle Stadien der Therapie zieht. Von der anfänglichen Erwägung einer Verhaltensänderung bis hin zur Rückfallprophylaxe ist die Motivationsarbeit zur Rauchfreiheit zentraler Bestandteil der psychologischen Behandlung, auch deshalb, weil sich die Motive zum Rauchstopp und zur Abstinenz bei vielen KlientInnen im Lauf der Behandlung verändern. Neben der wiederholten Thematisierung ist die „Motivationswaage“ ein praktikables Instrument. Auf diesem Arbeitsblatt werden die positiven und negativen Aspekte des Rauchens und des Nichtrauchens gegenüber gestellt und verdeutlicht. Vor allem die positiv erlebten Aspekte des Rauchens, die noch bestehen und das Rauchverhalten aufrechterhalten, bedürfen einer genauen Analyse.

Alle hier genannten Arbeitsblätter (kursiv gedruckt) finden sich als Download im Serviceteil von www.rauchertelefon.at.

3.5.2. Zieldefinition

Die Beantwortung der Frage nach dem persönlichen Ziel der KlientIn eröffnet den Zugang zur Bearbeitung des Therapieziels. Die Formulierung von Teilschritten ermöglicht es, den Rauchstopp realistisch und umsetzbar zu gestalten. Es ist notwendig, die individuellen Vorstellungen der KlientInnen auf ihre tatsächliche Umsetzbarkeit zu überprüfen. So wird oft der Wunsch nach „Gelegenheitsrauchen“ oder „reduziertem Rauchen“ geäußert, der sich bei näherer Betrachtung für nikotinabhängige KlientInnen als langfristig nicht umsetzbar erweist. Hier spielt die Psychoedukation eine wichtige Rolle.

3.5.3. Funktionsanalyse der Zigarette

Aufgrund des bivalenten Wirkungsspektrums von Nikotin kann der Effekt der Zigarette individuell durch die Art der Inhalation gesteuert werden: Beruhigung bei Stress oder Anregung bei negativer Stimmungslage. Der Konsum einer Zigarette ermöglicht auch die Strukturierung des Tagesablaufs, Auszeiten und Pausen vom Arbeitsstress, Belohnung und Rückzug. Erst wenn die grundlegenden Bedürfnisse, die sich hinter dem Verlangen nach einer Zigarette verstecken, geklärt werden, ist es möglich, Al-

ternativen zu erarbeiten.

3.5.4. Verhaltensanalyse

Die Aufmerksamkeit differenziert auf das Rauchverhalten zu lenken, es zu analysieren und für Veränderungen zu öffnen, ist ein anfänglicher Aspekt in der Tabakentwöhnung. Das Rauchprotokoll ist dafür ein ideales Instrument. Über einige Tage wird jede gerauchte Zigarette unmittelbar vor dem Konsum genau protokolliert. Im Rahmen dieser Beobachtungsphase kommt es bei einigen KlientInnen schon zu einer Reduktion des Zigarettenkonsums, da auf jene Zigaretten, die bisher nebenbei und unaufmerksam geraucht wurden, verzichtet wird.

3.5.5. Psychoedukation

Die ausführliche Psychoedukation ist wiederholter Bestandteil der psychologischen Behandlung. Vor allem die Informationsvermittlung über die Wirkung von Nikotin und seine Suchtmechanismen, die Anwendung von Nikotinersatzprodukten, Entzugssymptomatika sowie Auftreten und Ablauf von Verlangensattacken (Craving) ist für die meisten KlientInnen erforderlich. Verschobene Krankheitshypothesen und unrichtige Kontrollüberzeugungen bedürfen der Überprüfung, um eine realistische Erfolgserwartung und Selbsteinschätzung zu erreichen.

Arbeitsmaterialien: Rauchprotokoll – Motive und Gründe für ein rauchfreies Leben – Funktion der Zigarette – diverse Informationsblätter

3.6. Vorbereitung der Abstinenz und Umsetzung des Rauchstopps

Nach der Festlegung eines individuellen Ziels ist die Vorbereitung auf den Rauchstopp, die manchmal vorerst über eine Reduktion erfolgt, der nächste Schritt. Die Schlusspunkt-Methode, bei der ein konkreter Tag für den Rauchstopp festgelegt wird, erweist sich für die meisten RaucherInnen als sinnvoll.

3.6.1. Verhaltensalternativen

Der Aufbau von Handlungsalternativen zum jahrelang und vielfach wiederholten Handlungsmuster Rauchen stellt viele KlientInnen vor eine große Herausforderung. Der Vergleich mit der Zusammenstellung einer Werkzeugkiste, aus der bei Bedarf das passende Instrument geholt werden kann, ist ein gutes Bild für die Erarbeitung individueller Verhaltensalternativen.

Die Nutzung der vorhandenen Ressourcen, das Erlernen von spezifischen Entspannungstechniken, die Umsetzung konkreter Alternativen wie die „3 A's“ (Ablenken, Abhauen, Abwarten) dienen der Vorbereitung des rauchfreien Verhaltens. Im Gruppensetting stellt auch das Rollenspiel eine gute Möglichkeit dar, alternative Verhaltensweisen in sozialen Situationen zu erproben.

Besonderes Augenmerk muss darauf gelegt werden, dass alternative Verhaltensweisen gesundheitsfördernd sind und nicht zu einer Suchtverlagerung, z.B. in Form einer starken Gewichtszunahme, führen.

3.6.2. Stressbewältigung

Der Konsum von Tabak wird oftmals zur emotionalen Regulation eingesetzt. ExraucherInnen müssen den konstruktiven Umgang mit unterschiedlichen Emotionslagen erst (wieder) erlernen. Neben dem Zulassen und Aushalten von positiven oder negativen Emotionen, sind v. a. beim Umgang mit Stress Bewältigungsstrategien gefordert. Sowohl kurzfristig einsetzbare Handlungsalternativen als auch bewusste Entspannungseinheiten haben sich bewährt. Gemeinsam mit der KlientIn kann hier eine „Werkzeugkiste“ zusammengestellt werden, die u. a. Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Atemtechniken und Genusstraining enthält.

3.6.3. Medikamentöse Unterstützung

Die Anwendung von Nikotinersatztherapie und medikamentöser Unterstützung beim körperlichen Entzug ist bei sehr vielen mittel bis stark abhängigen RaucherInnen indiziert und erhöht die Erfolgswahrscheinlichkeit der Abstinenz (Fiore, 2008).

Aufbauend auf einer umfassenden Diagnostik kann die behandelnde PsychologIn über alle Möglichkeiten informieren und Empfehlungen aussprechen. Bezüglich Nikotinersatzpräparate kann ein Verweis zur ApothekerIn erfolgen. Verschreibungspflichtige Medikamente, Buprobion (Zyban®) oder Varenicline (Champix®) sowie der Nasalspray, ein Nikotinersatzprodukt für stark abhängige RaucherInnen, fallen in den Kompetenzbereich der ÄrztIn.

In diesem Bereich stellt sich die Notwendigkeit einer ausführlichen Informationsvermittlung und Patientenschulung über die Wirkungsweise und Art der Anwendung der Nikotinersatzprodukte und der Medikamente zur Tabakentwöhnung. Viele KlientInnen haben unzureichendes Wissen und eine oft ungerechtfertigte Abneigung bzw. schlechte Erfahrungen aufgrund von Anwendungsfehlern. Andererseits werden häufig stark überhöhte Erwartungen an die Medikamente geäußert.

3.6.4. Vorbereitung des Rauchstopps

Die Vorbereitung des Rauchstopptages, des „Tag X“, ist bei den meisten KlientInnen mit positiver Aufregung oder Spannung verbunden.

Aufbauend auf individuellen Erfahrungen bisheriger Rauchstoppversuche werden der Rauchstopptag und die ersten rauchfreien Tage sorgfältig geplant. Simple und effiziente Strategien wie die Vermeidung von Koffein und Alkohol, das anfängliche Vermeiden von Risikosituationen, die richtige Anwendung des Nikotinersatzes, ausreichend Schlaf und Bewegung sowie soziale Unterstützungsmöglichkeiten werden durchgesprochen. Nicht

selten besteht der Wunsch nach einem besonderen Abschiedsritual von der Zigarette am Vorabend des Tag X, um den neuen Lebensabschnitt klar zu markieren. Meist ist es gut, das soziale Umfeld einzuweihen, um Unterstützung und Rücksichtnahme für die erste anspruchsvolle Zeit einfordern zu können. Eine Checkliste für den „Tag X“ hilft bei der Vorbereitung. Eine Vereinbarung zum Rauchstopptag an einem konkreten Datum, die zwischen KlientIn und PsychologIn getroffen und unterzeichnet wird, ist ebenfalls für viele motivierend, sich verbindlich an die Entscheidung zu halten.

Bei KlientInnen, die sich einen Rauchstopptag noch nicht vorstellen können, aber hoch motiviert sind, hat sich ein „Experimenttag“ als sinnvoll herausgestellt. Die Erfahrung, vorerst einmal 24 Stunden rauchfrei zu sein, nimmt vielen die Angst vor einem Leben ohne Zigarette und bereitet den Rauchstopp gut vor.

Arbeitsmaterialien: Drei A's und noch mehr Alternativen – Checkliste zum Rauchstopp – Belohnungen

3.7. Rückfallprophylaxe und langfristige Aufrechterhaltung der Abstinenz

Nach der Entscheidung und der Umsetzung des Rauchstopps gilt es, die Abstinenz aufrecht zu erhalten. Der körperliche Entzug dauert bei der Nikotinentwöhnung verhältnismäßig kurz an, individuell können starke Entzugssymptomaten erlebt werden. Die Zeit direkt nach dem Rauchstopp ist besonders rückfallsensibel. Die Entzugerscheinungen sind in dieser Phase am intensivsten, die alternativen Verhaltensweisen sind noch nicht oft erprobt und es gibt in verschiedenen Situationen noch wenige Erfahrungen als „NichtraucherIn“. Eine intensive Betreuung direkt nach dem Rauchstopp wird deshalb empfohlen (Zhu, 1996). Für die langfristige Abstinenz ist es sinnvoll, bei Bedarf und in Rückfallkrisen unkomplizierte und niederschwellige Kurzberatung anzubieten.

3.7.1. Entzugsmanagement

Motivationsarbeit und Psychoedukation, vor allem die Information über Craving und den Ablauf des körperlichen Entzugs, spielen in diesem Abschnitt eine besonders wichtige Rolle. Die Analyse und Vermeidung von Risikosituationen ist zu diesem Zeitpunkt sinnvoll. Auch die Festigung des Selbstbildes als NichtraucherIn mittels Visualisierungstechniken kann als hilfreich empfunden werden. Die Definition und Planung einer Belohnung (z.B. durch das gesparte Geld) ist ebenfalls motivierend, um die erste harte Zeit durchzuhalten. Motivationsätze wie „Heute bleibe ich rauchfrei.“ stellen für viele „frische“ ExraucherInnen eine einfache und sehr effiziente Hilfe dar.

Wenn die körperliche Symptomatik als zu quälend empfunden wird, ist eine Adaption der Nikotinersatzprodukte notwendig.

Die Konzentration auf die positiven Aspekte des Nichtrauchens ist immer wieder erforderlich, da die ne-

gativen Sichtweisen bei KlientInnen in der Tabakentwöhnung besonders deutlich und hartnäckig sind.

3.7.2. Rückfallprophylaxe und Stabilisierung der Abstinenz

Nach der erfolgreichen Umstellung des Verhaltens gilt es, die Abstinenz langfristig aufrecht zu erhalten und Rückfällen vorzubeugen. Die Analyse von Risikosituationen und die Erarbeitung von Verhaltensmöglichkeiten für diese spezifischen Situationen ist eine gute Grundlage für die Rückfallprophylaxe. Im Gruppensetting stellt auch hier das Rollenspiel eine Möglichkeit dar, den Umgang mit kritischen Situationen im sozialen Umfeld zu erproben.

Der Blickwinkel auf positive Aspekte des Rauchstopps und Motivationsarbeit sind in diesem Stadium weiterhin hilfreich. Psychoedukation ist wichtig, um darauf hinzuweisen, dass auch „nur eine Zigarette“ nach längerer Zeit der erfolgreichen Abstinenz meist der Grund für einen Rückfall, aufgrund vermeintlicher Kontrolle über die Zigarette, ist. „Man kann nur das Nichtrauchen kontrollieren, das Rauchen nicht.“ ist ein Satz, der diese Erfahrungen zusammenfasst.

Hilfreich ist eine „Notfallkarte“, die in die Geldbörse gesteckt wird und so jederzeit verfügbar ist. Auf dieser Karte werden drei bis vier individuelle Notfallstrategien von „Ablenken“, über „Rauchertelefon anrufen“ bis hin zu „Nikotinkaugummi verwenden“ notiert.

Arbeitsmaterialien: Notfallkarte – Krisenplan

4. Das Rauchertelefon – ein sinnvolles Medium in der Tabakentwöhnung

Quitlines zum Rauchstopp gibt es weltweit bereits seit den 1980er Jahren, deren Effizienz wurde nachgewiesen (Fiore, 2008). Für Österreich steht seit 2006 mit dem Rauchertelefon ein niederschwelliges Beratungsangebot zur Verfügung. Die Beratung erfolgt durch Klinische und GesundheitspsychologInnen, die eine spezielle Ausbildung in den Bereichen Tabakentwöhnung und Telefonberatung aufweisen. Das Angebot umfasst telefonische Beratung und Begleitung beim Rauchstopp sowie Informationsvermittlung rund um das Thema Tabak und Nikotin. Weiters vermittelt das Rauchertelefon als österreichweite Schnittstelle an ambulante und stationäre Raucherentwöhnungsangebote weiter. Eine eigene Homepage und ein Forum zum Austausch sind unter www.rauchertelefon.at zu finden. Informations- und Unterstützungsmaterialien sind als Download auf der Homepage verfügbar.

Seit der Eröffnung am Weltnichtrauchertag 2006 wurden rund 4.500 Gespräche geführt. Die Hälfte der Anrufer beim Rauchertelefon wünscht Informationen zum Thema Tabak und Auskünfte über Beratungsangebote in ganz Österreich. Die zweite Hälfte nimmt das Beratungsangebot in Anspruch. Eine einmalige Beratung beinhaltet

die Klärung wichtiger aktueller Fragen der AnruferIn, bei Bedarf wird an ambulante oder stationäre Entwöhnungsangebote weiter verwiesen. Proaktive Beratung (d.h. Rückrufe durch das Beratungsteam für mehrmalige Beratungsgespräche) wird angeboten, wenn sich die RaucherIn einen Rauchstopp oder eine substantielle Reduktion des täglichen Zigarettenkonsums als Ziel setzt.

5. Ausblick

Die Folgeerscheinungen der Nikotinabhängigkeit in Form von verschiedenen tabakassoziierten Erkrankungen stellen sowohl eine dramatische Beeinflussung der Lebensqualität von RaucherInnen als auch eine enorme Belastung des Gesundheitssystems dar. Die zunehmende gesellschaftliche Debatte um die Schädigung durch Passivrauch und die Gefahren des Rauchens bewirken bei deutlich mehr RaucherInnen dissonantes Rauchverhalten und die Motivation, einen Abstinenzversuch zu unternehmen. Die Klinische- und Gesundheitspsychologie kann mit wissenschaftlich fundierten und umfassenden Behandlungskonzepten sowohl individuell als auch gesellschaftlich einen wichtigen und effizienten Beitrag zur Therapie dieser weit verbreiteten Suchterkrankung leisten und somit die Prävention tabakassoziiierter Erkrankungen forcieren. Entwicklungsmöglichkeiten bestehen in der Behandlung von spezifischen Zielgruppen, wie jugendliche oder schwangere RaucherInnen sowie RaucherInnen mit körperlichen und psychischen Komorbiditäten. Ein spannender und gesundheitspolitisch relevanter Aufgabenbereich fordert hier die Kompetenz der Klinischen und GesundheitspsychologInnen.

Literatur

- BANDURA, A., ROSS, D. & ROSS, S. A. (1963). Imitation of film-mediated aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 3 – 11.
- BATRA, A. & BUCHKREMER, G. (2006). *Nichtrauchen! Erfolgreich aussteigen in sechs Schritten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- BATRA, A. & BUCHKREMER, G. (2004). *Tabakentwöhnung. Ein Leitfaden für Therapeuten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- BECK, A. WRIGHT, F. D., NEWMAN, C. F. & LIESE, B. S. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: PVU.
- DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M. H. (Hrsg.) (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F) (5. Aufl.)*. Göttingen: Huber.
- ELLIS, A. (1978). *Rational-emotive Therapie*. München: Pfeiffer.
- FIORE, M. et al. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- FAGERSTRÖM, K. O., SCHNEIDER, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 159-182.
- HEATHERTON, T. F., KOZLOWSKI, L., FRECKER, R. C. & FAGERSTRÖM, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.
- HELGASON, A. R. et al. (2004). Factors related to abstinence in a telephone helpline for smoking cessation. *European Journal of Public Health*, 14, 3, 306-310.

- HERKNER, W. (1996). Lehrbuch Sozialpsychologie (5. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- KANFER, F. H., REINECKER, H., SCHMELZER, D. (2000). Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer.
- LINEN, M. & HAUTZINGER, M. (Hrsg.). (1996). Verhaltenstherapie (3. überarb. u. erw. Auflage). Heidelberg: Springer-Verlag.
- MEINGASSNER, S., STADLHOFER, U. & STUMMER, A. M. (2008). Rauchertelefon: Jahresbericht 2007. St. Pölten: NÖGKK.
- MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. (2004). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- PAWLOW, I. P. (1953). Sämtliche Werke. Berlin: Akademie Verlag.
- PROHASKA, 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, 3, 390-395.
- PROHASKA, J. O. & DICLEMENTE, C. C. (1993). Self-change progress, self-efficacy and decisional balance across the five stages of smoking cessation. In P. Engstrom (Hrsg.), *Advances in Cancer Control* (S. 113-140). New York: Alan R. Liss, Inc.
- ROGERS, C. R. (1951). Client-centered Therapy. Its current practice, implications and theory. Boston: Houghton Mifflin Company.
- SCHÖBERBERGER, R. & KUNZE, M. (1999). Nikotinabhängigkeit: Diagnostik und Therapie. Wien: Springer.
- SCHÖBERBERGER, R. (2006). F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen – Störungen durch Tabak. In W. Beiglböck (Hrsg.), *Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung* (S. 101 – 119). Wien: Springer.
- SCHÖBERBERGER, R., KUNZE, U., SCHUMEISER-RIEDER, A., GROMAN E. & KUNZE, M. (1998). Wiener Standard zur Diagnostik der Nikotinabhängigkeit: Wiener Standard Raucherinventar (WSR). *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 148, 52-64.
- UNLAND, H. (2000). Der Raucher-Ratgeber: Nichtraucher werden und bleiben. München: CP-Medien.
- UNLAND, H. (1996). Psychologische Raucherentwöhnung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie (Band 1)*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- ZHU, S.-H. et al. (1996). Telephone counseling for smoking cessation: effect of single-session and multiple-session interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1, 202-211.

www.rauchertelefon.at (Linkliste für Arbeitsmaterialien)

Autorinnen

Mag. Sophie Meingassner

Psychologisches Leitungsteam Rauchertelefon

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
Kremser Landstraße 3
A-3100 St. Pölten
Telefon: 05 08 99-6219
sophie.meingassner@noegkk.at



Mag. Alexandra M. Stummer

Psychologisches Leitungsteam Rauchertelefon

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
Kremser Landstraße 3
A-3100 St. Pölten
Telefon: 05 08 99-6220
alexandra.stummer@noegkk.at

