

## Gibt es eine Allgemein Chirurgie?

Edgar Ungeheuer



Das Gebiet „Chirurgie“ ist als Herz- und Kernstück der operativen Medizin seit über einem Jahrhundert fest etabliert. Es beinhaltet die allgemeine und spezielle Chirurgie. Eine sogenannte Allgemein Chirurgie als Restbestand unseres hochspezialisierten chirurgischen Gebietes oder als neu betiteltes Sonderfach unter anderen läßt sich weder geschichtlich noch wissenschaftlich oder praktisch-klinisch belegen. Chirurgie ist übergreifendes Wissen, um das sich jeder, auch der spezialisierte Kollege, mit anhaltendem Interesse bemühen muß. Darüber hinaus sollten wir größten Respekt haben vor den exzellenten Impulsen – und auch dankbar für sie sein –, die durch die fortschreitende Spezialisierung auf das gesamte Gebiet Chirurgie ausstrahlen. Diese Auswirkungen der Spezialisierung können quasi als Dankesbezeugung gegenüber der immer gebenden „Mutter Chirurgie“ angesehen werden. Wir wollen hoffen, daß diese wechselseitigen Befruchtungen unsere chirurgische Zukunft bestimmen!

In der derzeit gültigen Weiterbildungsordnung vom 28. Dezember 1977 (hessische Fassung, analog zur Musterberufsordnung des Deutschen Ärztetags) wird das Gebiet „Chirurgie“ wie folgt definiert:

„Die Chirurgie umfaßt die Erkennung, operative Behandlung von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen sowie die entsprechenden Voruntersuchungen, konservativen Behandlungsverfahren und ihre Nachsorge.“

Der Inhalt der Weiterbildung lautet u. a.:

„Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der allgemeinen Diagnostik und Differentialdiagnostik, vor allem den instrumentellen Untersuchungsverfahren; der Indikationsstellung sowie der operativen und

konservativen Behandlung chirurgischer Erkrankungen und Verletzungen einschließlich der selbständigen Durchführung aller üblichen Operationen . . .“

Unter den für die Medizingebiete aufgeführten Bezeichnungen wird der „Chirurg oder Arzt für Chirurgie“ genannt. Außerdem sind die Teilgebiete Gefäßchirurgie, Kinderchirurgie, Unfallchirurgie, plastische Chirurgie sowie Thorax- und Kardiovaskularchirurgie vermerkt.

▷ Eine Allgemein Chirurgie und ein Allgemein Chirurg sind in der Weiterbildungsordnung nicht erwähnt. Dennoch werden seit einigen Jahren in praktisch allen Kategorien der Krankenhäuser und Universitätskliniken sogenannte allgemein chirurgische Abteilungen mit den unterschiedlichsten Bezeichnungen – wie zum Beispiel: „Abdominalchirurgie“, „Ab-

## „Allgemeinchirurgie“

dominal- und Thoraxchirurgie“, „Viszeral- und Transplantationschirurgie“ etc. unterhalten.

Wie kam es zu dieser Entwicklung, die sich allein auf das Gebiet „Chirurgie“ beschränkt? In keinem anderen medizinischen Fach gibt es eine ähnliche Entwicklung. Eine Unterteilung oder eine andere Bezeichnung dieses Gebietes, die nicht der Weiterbildungsordnung entspräche, wird nicht gebraucht. Wir kennen nur die Bezeichnung „Arzt für Allgemeinmedizin“, für den niedergelassenen, entsprechend weitergebildeten Arzt.

Es erheben sich berechnete Fragen: Ist die sogenannte Allgemein-chirurgie etwas anderes als das Gebiet „Chirurgie“? Und worin unterscheiden sich beide?

Auf dem 1. Deutschen Chirurgenkongreß vor 111 Jahren wurde eine „Gesellschaft für Chirurgie“ gegründet, die nach § 1 des Gründungsstatutes „bei dem stets wachsenden Umfang der Wissenschaft“ den Zweck haben sollte – „die chirurgischen Arbeitskräfte zu einigen.“

Die Bezeichnung „Allgemeinchirurgie“ wurde damals nicht gebraucht. Dagegen war aber der Begriff „allgemeine“ Chirurgie wohl in Gebrauch. Dieser Begriff war schon im 19. Jahrhundert und bis in die Jetztzeit klar definiert.

So hat Billroth 1875 in seinem Werk „Die allgemein-chirurgische Pathologie“ berichtet, daß die allgemeine Chirurgie ein Teil der allgemeinen Pathologie sei. Ihr gegenüber stellte er die *spezielle*, die anatomisch-topographische Chirurgie, deren Tätigkeitsfeld die chirurgischen Krankheiten einzelner Körperteile und Organe seien.

Noch 1967 hat Saegesser die „allgemeine Chirurgie“ folgendermaßen definiert: „Allgemein gültiges, in der Chirurgie aus Forschung, Lehre und Erfahrung am Krankenbett, somit die Grundlage alles Ur-

teilens und Handelns in der Chirurgie überhaupt.“

Die „allgemeine Chirurgie“ beinhaltet u. a. die Lehre von der Wunde, von den Reaktionen des Körpers z. B. auf Traumen und auf chirurgische Infektionen. Sie gibt die wissenschaftliche und praktische Darstellung über den Schock, den Flüssigkeits- und Elektrolytstoffwechsel sowie über Blutung und Blutersatz.

Die prä- und postoperative Behandlung sowie die Verhütung von allgemeinen postoperativen Komplikationen sind als Pathophysiologie in der allgemeinen Chirurgie enthalten. Auch Kenntnisse über die Tumorbologie, über Immunologie und über die Kreislauf-Pathophysiologie gehören zur allgemeinen Chirurgie.

### Allgemeinchirurgie neben Spinal- und Teilgebietsbezeichnungen – ist das nötig?

In dem vorgegebenen Rahmen können nicht alle Grundlagen der Chirurgie aufgeführt werden, aber es läßt sich unschwer erkennen, daß praktisch alle allgemein-chirurgischen Erkenntnisse und Fortschritte stets für die ganze Chirurgie, also auch für die Teil- und Spezialgebiete von existentieller Wichtigkeit waren und noch sind. Sie sind Fundamente, auf denen chirurgisches Tun und Handeln beruht. Oder anders ausgedrückt: Erst unter ihren Auswirkungen wurden die Entwicklungen der letzten 30 bis 40 Jahre zu den Spezialgebieten eröffnet und erschlossen.

Unter diesem Gesichtspunkt ist es vielleicht erklärlich, wenn in den letzten Jahrzehnten infolge der zunehmenden Spezialisierung in unserem Fach die Bezeichnung „Allgemeinchirurgie“ quasi als Abänderung des Begriffes „allgemeine Chirurgie“ den Spezial- und Teilgebietsbezeichnungen gegenübergestellt wurde. Je mehr es zu den Strukturänderungen oder zu den sogenannten „Reformen“ in

den Kliniken und Krankenhäusern kam, um so mehr wurde für das Gebiet Chirurgie der Begriff „Allgemeinchirurgie“ gebraucht.

Es fragt sich, ob dies nötig und sinnvoll war. Meistens war die sogenannte Allgemein-chirurgie nur noch die Abdominalchirurgie, aber noch nicht einmal diese wollten zum Beispiel Spezialisten der endokrinologischen Chirurgie ihr ganz überlassen. So ist es nicht verwunderlich, daß der sogenannte Allgemein-chirurg nicht nur von einigen Ärzten, sondern auch von Teilen der Öffentlichkeit, von Behörden, insbesondere von Krankenhausverwaltungen, als eine Art „Feld-, Wald- und Wiesenchirurgie“ angesehen wird. Sein Tätigkeitsbereich wäre dann der Teil der Chirurgie, der übrigbleibt, wenn man alle Teil- und Spezialgebiete abzieht – also Chirurgie minus System- bzw. Organspezialitäten.

Es ist sicherlich abwegig, wenn man, wie unlängst einem amerikanischen Beitrag zu entnehmen war, dem Allgemein-chirurgen nur die Bauchchirurgie und die Verwaltungsaufgaben zuordnet. In einem Editorial des „British Medical Journal“ aus dem Jahre 1981 spricht man von der Allgemein-chirurgie im Rahmen der zunehmenden Spezialisierung als von der „Cinderella-Surgery“ und meint damit die „Aschenputtel-Chirurgie“ insbesondere bei der Tumorbehandlung mit ihren hohen postoperativen Komplikationen und ihrem hohen Letalitätsrisiko.

Wiederum ein anderer Gesichtspunkt ist aber der, daß man gerade einen in allen Sätteln gerechten Allgemein-chirurgen alter Schule für Krankenhäuser der Peripherie, der Regelversorgung oder für die sogenannte dritte Welt zulassen möchte. In Groß- und Universitätskliniken käme der Allgemein-chirurgie dagegen nur eine begrenzte Rolle zu.

Wenn man dies alles hört und liest, könnte man zu dem Schluß

kommen, die Allgemeinchirurgie sei eine Art Pottwal oder bengalischer Tiger und wie diese vom Aussterben bedroht.

### Wieder zu dem Begriff „Chirurgie“ zurückfinden!

Betrachtet man dagegen die Angaben von Linder, die er 1979 in San Francisco zu der Frage der Allgemeinchirurgie auf dem Internationalen Chirurgenkongreß bezüglich seines eigenen Krankengutes machte, und dies könnte von vielen anderen Krankenhauschirurgen nachvollzogen werden, so kommt man zu einem ganz anderen Ergebnis. Unter den Notfalloperationen der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg waren 55 Prozent der sogenannten Allgemeinchirurgie zuzuordnen.

Das heißt, sie gehörten zu dem Gebiet „Chirurgie“ – dazu entfielen noch 34 Prozent auf die Traumatologie und 4 Prozent auf die Gefäßchirurgie.

Mit anderen Worten: Rund 93 Prozent aller Operationen gehörten zu jenen Eingriffen, die in dem Operationsverzeichnis des Gebietes Chirurgie der Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung in Gebieten aufgeführt sind!

▷ Gerade unter diesem Aspekt sollten wir wieder zu dem Begriff „Chirurgie“ zurückfinden, der nicht nur in unserer Weiterbildungsordnung als Gebietsbezeichnung definiert und verankert ist, sondern auch vom Zukunftsausschuß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im März 1979 anstatt der Bezeichnung „Allgemeinchirurgie“ empfohlen wurde. In einer Erklärung heißt es dort: „Es erscheint daher richtiger, das Gebiet Chirurgie zur Abgrenzung von den Teilgebieten nicht als ‚Allgemein- und/oder Visceralchirurgie‘, sondern als ‚Chirurgie‘ zu bezeichnen.“ Dieser Empfehlung schloß sich auch das Präsidium der Gesellschaft im Oktober 1982 an.

Es gibt also kein Gebiet und auch kein Teilgebiet „Allgemeinchirurgie“, und dies darf es auch nicht geben! Die Einheit der Chirurgie ist nur gut gegen Angriffe zu verteidigen, wenn diese von einem geistig-wissenschaftlichen und funktionellen Band zusammengehalten wird. Ein solches liefert das große Gebiet der Chirurgie mit seiner allgemeinen und speziellen Chirurgie, und ein Zusammenhalt ist auch möglich ungeachtet aller fortschreitenden Spezialisierungen.

Zugegebenermaßen ist die Einheit der Chirurgie im Hinblick auf ihre Spezialisierungen für den oberflächlichen Betrachter oft nur noch schwer erkennbar, aber das Berufsbild des Chirurgen wird geprägt durch die Weiterbildung im Gebiet Chirurgie, mit der *jeder* Arzt, *der chirurgisch tätig sein will*, beginnen muß.

Die heutigen Zweifel und Mißverständnisse hinsichtlich des Standortes und der Stellung der Chirurgie bzw. der sogenannten Allgemeinchirurgie hängen damit zusammen, daß der rasante medizinische Fortschritt der letzten Jahrzehnte und der sich daraus ergebende Zwang zur Spezialisierung intellektuell noch nicht verarbeitet werden konnte. Dieser Trend zur Spezialisierung ist bekanntlich keine Domäne der Chirurgie oder der Medizin allein, sondern findet sich in allen Lebensbereichen.

Schon Karl Marx hat – wie wir alle wissen – in der Arbeitsteilung und der daraus folgenden Entfremdung der Arbeit ein Grundphänomen der kapitalistischen Gesellschaft gesehen. Man braucht nicht Marxist zu sein, um die Wichtigkeit dieser Beobachtung zu erkennen.

### Spezialisierung – aber auf den gemeinsamen Fundamenten der Chirurgie

Das soll jedoch keineswegs besagen, daß der Trend zur Spezialisie-

rung in der Medizin eine Abkehr von der intensiven Beschäftigung mit dem jeweiligen Gebiet, in unserem Falle der Chirurgie, bedeutete. Daß jeder chirurgisch tätige Arzt, gleichgültig welche Subspezialität er beherrschen möchte, sich mit den drei Grundpfeilern der Chirurgie beschäftigen muß – nämlich der Physiologie, der Pathologie und der Therapie –, wird von niemandem bestritten. Ohne diese Grundlagen der „Materia medica chirurgica“ fehlt dem chirurgisch tätigen Arzt der Unterbau und das Fundament, auf dem er sein spezielles Handeln aufbauen kann.

Schon im 19. Jahrhundert, unter den vermehrt auftretenden Einflüssen des technischen Fortschrittes, begann die „Mutter Chirurgie“ immer neue Spezialgebiete zu „entbinden.“ Den Anfang machte die Augenheilkunde im Jahre 1864; es folgten die Gynäkologie, die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, die Kieferchirurgie, die Orthopädie und die Neurochirurgie; mit der Urologie war vor mehr als 20 Jahren als letzte „Entbindung“ ein Abschluß gefunden.

Die in der jetzt gültigen Weiterbildungsordnung verankerten und oben erwähnten Teilgebiete des Gebietes Chirurgie sind fest etablierte Einheiten der derzeit bestehenden Gliederung. Es ist nicht anzunehmen, daß in absehbarer Zeit die Entwicklung eines weiteren chirurgischen Teilgebietes stattfindet, da keine Veranlassung besteht, sogenannte Arbeitsgemeinschaften, wie zum Beispiel Onkologie, Endoskopie, Proktologie etc., auf die Stufe eines Teilgebietes anzuheben.

So wie diese Einteilungen den praktischen Gegebenheiten und auch dem tatsächlichen wissenschaftlichen Stand der Erkenntnisse entsprechen, so darf man doch nicht übersehen, daß sie hin und wieder die besondere Rolle, die die Chirurgie im Rahmen des gesamten Gebietes spielt oder jedenfalls spielen sollte, verdunkeln. ▷

## „Allgemeinchirurgie“

Wir in der Chirurgie tätigen Ärzte sollten aber die Einheit unseres Berufes durch eine bewußte Pflege des geistigen Bandes, das wir durch unsere Ausbildung und Weiterbildung erhalten haben, dokumentieren. Dies geht aber nur dann, wenn wir eine geistig- und wissenschaftlich-klinische Verbundenheit mit allen Spezialisierungen der Chirurgie pflegen! Nur dann wird auch dem oberflächlichen Betrachter erst klar, daß die Bezeichnung „Allgemeinchirurgie“ ungenügend und irreführend ist.

Das Gebiet „Chirurgie“ ist die Basis jeder chirurgischen Versorgung, auf der sich erst die Spezialitäten erfolgreich aufbauen lassen. Die Chirurgie ist das natürliche Zentrum und die Organisationszentrale für die Rotation in der Weiterbildung sowie für alle übergreifenden Organisationen selbst. Sie sollte u. a. auch das pflegen, was außerhalb der naturwissenschaftlichen Medizin gelegen ist, zum Beispiel die anthropologische Medizin. Wissen wir doch, daß die naturwissenschaftliche und die reale Chirurgie nicht immer deckungsgleich sind. Der Chirurg sollte – wie jeder andere Arzt – nicht nur seine Aufgabe als Naturwissenschaftler und Techniker sehen; er muß die Krankheit behandeln, aber auch den ganzen Menschen betreuen. Er darf sich nicht nur als Techniker mit Zuständigkeit für ganz bestimmte Störungen fühlen; er ist kein Biotechniker und kein routinierter Pannenhelfer, sondern er muß die Einheit des Arztberufes und wahrhaft ärztliches Handeln auch in seiner chirurgischen Tätigkeit wahren.

Eine weitere Aufgabe der Mutterchirurgie ist auch die Rückkoppelung anderer operativer Gebiete oder unserer Teilgebiete, das heißt, wir sollten dafür Sorge tragen, daß beispielsweise Fortschritte bei der Herzchirurgie im Gebiet und auch in den anderen Teilgebieten, bekanntgemacht werden. In diesem Sinne wurden

seit Jahren auf den Deutschen Chirurgenkongressen auch die Fortschritte in den Teilgebieten wissenschaftlich abgehandelt. Zur Erhaltung der Einheit unseres Gebietes und zur Herausstellung der Wichtigkeit des Mutterbodens „Chirurgie“ für die Teilgebiete erwuchs so unserer wissenschaftlichen Gesellschaft eine zentrale Aufgabe, die zu übernehmen und zu lösen sie bisher durch die Gestaltung der Kongresse auch immer wieder versucht hat. So wurde auf unseren Kongressen die operative Medizin als Ganzes dargestellt und abgehandelt.

Der praktisch tätige Chirurg – auch wenn er in einem Teilgebiet tätig ist – wird sich nur dann in seiner täglichen Arbeit sicher und legitimiert fühlen, wenn auch seine Fachgesellschaft dafür Sorge trägt, daß er zumindest auf dem großen nationalen Kongreß immer wieder eine Darstellung der neuesten Erkenntnisse aus Klinik und Forschung in ihrer ganzen Breite dargeboten erhält.

### Der Preis für wissenschaftlichen und technischen Fortschritt

Um nicht mißverstanden zu werden: Die Spezialisierung in der Medizin – und besonders in unserem Fach – ist unabdingbar und notwendig. Sie ist der Preis, den wir für den enormen wissenschaftlichen und technischen Fortschritt der letzten Jahrzehnte, insbesondere für den immer umfangreicher werdenden Wissensstoff, zu zahlen haben. Der Chirurg, der mit gleicher Leichtigkeit Hirnabszesse, Herzklappen und einen Lungentumor oder einen Magenkrebs operieren kann – er war schon früher selten, dürfte heute endgültig ausgestorben sein! Der Begründer der modernen Hirnchirurgie, Harvey Cushing, pflegte, um nicht aus der Übung zu kommen, von Zeit zu Zeit eine einfache Leistenhernie zu operieren. Diese heroischen Zeiten sind vorbei! Dazu haben nicht unwesentlich auch die sogenannten Kunstfehlerprozesse in

den USA während der fünfziger und sechziger Jahre beigetragen. Nach einem aufsehenerregenden Prozeß begann damals eine neue Ära. Ein Patient verlor während einer Gefäßoperation, die von einem „General Surgeon“ ausgeführt worden war, ein Bein. Im Zeugenstand trat ein Gefäßchirurg gegen den Beklagten auf.

Andererseits sind aber auch die Gefahren der Spezialisierung nicht zu verkennen. So führt sie leicht zur Einseitigkeit, zu einem verengten Horizont, zu leerer Routine und zur rein technischen Virtuosität.

Ein Chirurg, der die totale Betreuung seiner operierten Patienten auf der Intensivstation anderen überläßt, hat der ärztlichen Gesamtverantwortung gegenüber abgedankt. Es gibt keine wichtigere Lektion, die den weiterzubildenden Assistenten immer wieder eingeimpft werden muß, als die, daß der Chirurg nicht nur für die Operation selbst, sondern auch für die Diagnostik, die postoperative Betreuung, die Pflege und die Nachsorge verantwortlich ist.

Es soll auch nicht unerwähnt bleiben, daß Behandlungsfehler nicht nur dem nicht spezialisierten Chirurgen (sogenannter Allgemeinchirurg) unterlaufen können, der sich auf ein Spezialgebiet wagt. Auch das Umgekehrte kommt vor. So zum Beispiel bei der Versorgung der polytraumatisierten Patienten, bei denen zwar in hervorragender Weise von Spezialisten Extremitätenverletzungen durch Osteosynthesen oder Gefäßrupturen durch rekonstruktive Eingriffe versorgt, aber die massiven intraabdominellen oder intrathorakalen Verletzungen zu spät erkannt werden.

Gerade die Versorgung des polytraumatisierten Patienten ist ein klassisches Beispiel für die zentrale Figur des Chirurgen, nicht nur in der Diagnostik, sondern vor allem in der Indikation zu speziellen chirurgischen Maßnahmen, deren

sinnvollen Einsatz er in Zusammenarbeit mit dem Anästhesiologen und entsprechenden Spezialisten koordinieren muß.

### ... etwas anderes ist die tägliche ärztliche Praxis“

Größte Gefahr des bedenkenlosen und extremen Spezialistentums liegt sicher in den zentrifugalen Tendenzen, die sich daraus für die Gesamtchirurgie ergeben müssen. K. H. Bauer war weder ein Utopist noch ein Reaktionär, wenn er schon 1952 feststellte: „Für die Wissenschaft ist die Spezialisierung schlechthin ihr Schicksal.

Wer hier wirklich Neues leisten will, kann es nur durch Beschränkung auf ein oder später vielleicht auf mehrere Gebiete. Den großen Berg des Unerforschten kann man nur durch Arbeitsteilung abtragen.“ Aber er fügt hinzu: „Etwas anderes ist die Wissenschaft, etwas anderes die tägliche ärztliche Praxis. Hier ist das Substrat, unser Gegenüber, immer ein ganzer Mensch.“

Physiologische Methoden und physikalisches Denken haben in weiten Bereichen in den letzten Jahrzehnten die Chirurgie geprägt. Organaustausch, maschinelle Übernahme vitaler Funktionen, Implantationen von Kunststofforganen und Prothesen und noch vieles andere haben zunehmend eine dynamische Umstellung von der alten statischen Operationstechnik auf eine mehr funktionelle Chirurgie bewirkt. Die damit verbundene Spezialisierung – und moderne Entwicklung – in unserem Fach wird bei Aufrechterhaltung des gegenseitigen Kontaktes auch weiterhin eine lebendige Entfaltung des Gebietes „Chirurgie“ zulassen.

Anschrift des Verfassers:  
Prof. Dr. med. Edgar Ungeheuer  
Chirurgische Klinik  
Krankenhaus Nordwest  
Steinbacher Hohl 2–26  
6 Frankfurt am Main 90

## Rauchen – Meditation zum Abgewöhnen

Sabine Schonert

Die Erfahrung zeigt: Das Wissen um die Schädlichkeit des Rauchens reicht nicht, um vom Rauchen zu lassen. Die Verfasserin schlägt einen auf den ersten Blick überraschenden Weg vor, Meditation – verstanden als eine psychologisch fundierte Technik. Die Autorin hat ihre eigenen Meditationserfahrungen: Sie ist bei einer der Baghwan-Bewegung zugehörenden Einrichtung – „Prem Sangeet“ – tätig.

„Rauchen schadet der Gesundheit“. So warnt selbst der Gesundheitsminister auf jeder Zigarettenschachtel. Jeder weiß es und ist über die möglichen Folgen des Rauchens aus der Gesundheitsaufklärung informiert. Trotz dieses Wissens und oftmaliger guter Vorsätze wollen und können viele Raucher ihre Gewohnheit nicht ablegen. Die Ursache dafür liegt in den psychologischen Mechanismen, die jeder Gewohnheit, auch der des Rauchens, zugrunde liegen. Der Raucher verspricht sich unbewußt Bedürfnisbefriedigung von der Zigarette, ohne seine tatsächlichen Bedürfnisse genau zu kennen oder zu erforschen. Seine Erwartungen sind tiefer verwurzelt als die verstandesmäßige Einsicht in die gesundheitlichen Folgen seiner Angewohnheit. Alle Argumente und Ratschläge aus beruflichem Munde nutzen so lange nichts, wie wider besseres intellektuelles Wissen die Ansicht vorherrscht, Rauchen sei notwendig.

Was hat nun Rauchen mit Meditation zu tun? Meditation ist ein Zustand höchster persönlicher Klarheit und Eindeutigkeit. Er ermöglicht die genaue Wahrnehmung der eigenen Person, ihrer Eigenarten und Eigenschaften. Dieser Zustand wird durch fortwährende Übungen erreicht, in denen die Wahrnehmung der eigenen Handlungen, Gedanken und Gefühle im

Mittelpunkt stehen. Jede Handlung des täglichen Lebens kann als Meditationsübung, also als Wahrnehmungsübung benutzt werden. Das gilt für jeden Ort, zu jeder Zeit und in jeder Lebenssituation – auch in der des Rauchens.

Die Methode besteht beim Rauchen aus mehreren Schritten und ist denkbar einfach. Entscheidend ist dabei eine positive und akzeptierende Grundhaltung gegenüber der eigenen Person und deren Angewohnheiten.

Im ersten Schritt akzeptiert der Raucher zunächst einmal seine Gewohnheit, um sie dann sorgfältig zu beobachten und wahrzunehmen. Wenn das Bedürfnis nach einer Zigarette auftritt, gibt der Raucher ihm bewußt nach. Unterdrückung und Ablenkung würden viel Energie kosten und die positive Einstellung verhindern.

Bevor sich der Raucher die Zigarette anzündet, hält er dann einen Augenblick inne und stellt sich folgende Fragen:

▷ In welcher objektiven Lage befinde ich mich? (Arbeit, Freizeit, Gesellschaft, allein)?

▷ Wie ist mein körperliches Befinden (müde, frisch, angespannt, entspannt)? ▷