

Für ein flächendeckendes Netz von Rauchstopp-Angeboten in Deutschland

A. Wo stehen wir in Deutschland in der Prävention und Behandlung Rauchender?

1. Hohe Prävalenz Rauchender in Deutschland – mit steigender Tendenz

In Deutschland ist der Tabakkonsum im internationalen Vergleich weiterhin hoch. Sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Jugendlichen zeichnet sich nach einem vorübergehenden Abwärtstrend inzwischen wieder eine deutliche Zunahme Rauchender ab. Hinzu kommt ein deutlicher Anstieg bei den e-Zigaretten-Konsumierenden¹, der für viele den Einstieg in die Nikotinabhängigkeit und einen späteren Tabakkonsum darstellt. Rauchen ist zudem ein wesentlicher Faktor für soziale Unterschiede in der Sterblichkeit in Deutschland.

Etwa die Hälfte der regelmäßig Rauchenden entwickelt eine Abhängigkeitserkrankung oder betreibt einen schädlichen Konsum gemäß ICD-10 F17x.²

In Deutschland sterben jährlich etwa 127.000 Menschen an den Folgen des Rauchens, was 13,3% der Gesamtmortalität entspricht.³

2. Hohe Belastungen der Sozialsysteme durch die Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen Rauchender

Durch das Rauchen werden jährlich hohe gesellschaftliche Kosten verursacht: So beliefen sich allein die direkten Kosten des Rauchens im Gesundheitswesen 2018 auf 30,32 Mrd. €, was 14,6% der Gesamtkosten entspricht. Hinzu kommen die durch das Rauchen bedingten indirekten Kosten durch frühzeitigen Tod, Arbeitsausfälle, Erwerbsminderungen, Reha- und Pflegebedürftigkeit in Höhe von 66,92 Mrd. € pro Jahr, die durch jährliche Tabaksteuereinnahmen von 14 Mrd. € bei weitem nicht ausgeglichen werden.⁴

In den Einrichtungen des Gesundheitswesens führt die Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen des Tabakkonsums zur Bindung nicht unerheblicher Ressourcen.

3. Mit der S3-Leitlinie “Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung” liegen wissenschaftlich fundierte und konsenterte Standards zur Behandlung Rauchender vor

Seit 2021 liegt für Deutschland die zweite Auflage der S3-Leitlinie “Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung” vor, die von ausgewiesenen Experten und 40 Gesundheitsorganisationen erarbeitet und konsentert wurde. Diese gibt detaillierte evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen für die Förderung der Abstinenzmotivation Rauchender und für die

¹ DEBRA Factsheet 09 Dezember 2022 (2022): Konsum von Tabak und E-Zigaretten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen über den Zeitraum Juni 2016 bis November 2022. Düsseldorf
DEBRA: aktuelle Studienergebnisse: <https://www.debra-study.info/about-debra>

² Kraus L, Möckl J, Lochbühler K, Rauschert C, Seitz NN, Olderbak S: Changes in the use of tobacco, alternative tobacco products, and tobacco alternatives in Germany. In: Dtsch Arztebl Int 2022; 119: 535–41. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0252?

³ DKFZ (2020): Tabakatlas Deutschland. Heidelberg

⁴ Effertz T (2015): Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlicher Konsumgüter – Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas. Frankfurt am Main

Behandlung einer Tabakabhängigkeit, die sich auf die Ergebnisse hochwertiger internationaler Studien und Cochrane-Reviews stützt.⁵

Die Leitlinie stellt klar, dass jegliches Rauchen die Gesundheit schädigt und deshalb einen interventionsbedürftigen Zustand darstellt. Deshalb sollen alle Raucherinnen und Raucher, die motiviert sind, ihren Konsum zu beenden, in der Intensität abgestufte und an die individuelle Problematik angepasste Unterstützungsangebote erhalten.

4. Für aufhörwillige Rauchende bestehen in Deutschland weiterhin gravierende Barrieren, einen niederschweligen Zugang zu einer wirksamen Versorgung zu finden

Im deutschen Gesundheitswesen fehlt es weiterhin an einer Kostenübernahme sowohl für verhaltenstherapeutische Maßnahmen als auch für eine medikamentöse Behandlung abhängiger Raucher:innen sowie an einer geeigneten und gestuften Angebots- und Behandlungsstruktur für Rauchende entsprechend ihrer individuellen Problemlage und Abhängigkeitsproblematik.

Die 2021 mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) verabschiedete Novellierung des §34 SGB V beschränkt sich nur auf die medikamentöse Behandlung schwer Tabakabhängiger und befristet diese zudem auf ein Dreijahres-Zeitfenster.⁶

Selbst für chronisch Kranke, die sich in einem strukturierten Behandlungsprogramm nach §137f SGB V eingeschrieben befinden, werden bislang die Kosten zu einer begleitenden medikamentösen Behandlung der Tabakabhängigkeit nicht übernommen.⁷

In der stationären Versorgung fehlt es bislang an Vergütungsmöglichkeiten für eine Behandlung und Weitervermittlung Rauchender. Inzwischen eröffnen sich hierzu jedoch Möglichkeiten durch Qualitätsverträge nach § 110a SGB V, die sich derzeit noch in der Umsetzung befinden.^{8 9}

Die Psychotherapie-Richtlinie ermöglicht zwar die Behandlung „Psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“. Die Behandlung einer durch Nikotin verursachten Verhaltensstörung, wie sie ICD-10 F17.x definiert, wird in ihr jedoch explizit ausgeschlossen.¹⁰ Damit erfolgt im GKV-System eine Ungleichbehandlung von Abhängigkeitserkrankungen je nach zugrundeliegender Substanz.

Die durch die Zentrale Prüfstelle Prävention (ZPP) zertifizierten Nichtraucher-Gruppenprogramme, deren Kosten von den Gesetzlichen Krankenversicherungen im Rahmen ihrer Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung nach §20 SGB V erstattet werden, sind Präventionsangebote zur Förderung des Nichtrauchens¹¹ und insofern für die Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung nach ICD 10 F17.2 oder von Rauchenden mit einer ernsten tabakassoziierten somatischen Folgeerkrankung nicht vorgesehen.

⁵ AWMF (2021): S3-Leitlinie „ Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“ (Langversion) AWMF-Register Nr. 076-006

⁶ Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vom 11. Juli 2021

⁷ Landessozialgericht (LSG) der Länder Berlin und Brandenburg, Urteil vom 27.05.2015 - L 9 KR 309/12 KL

⁸ DIMDI: OPS 9-501: Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung

⁹ DGP- Task Force Tabakentwöhnung (2023): Positionspapier Tabakentwöhnung bei hospitalisierten Patienten:innen – Stationär einleiten, ambulant fortführen.

¹⁰ Gemeinsamer Bundesausschuss (2021): Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) - in Kraft getreten am 18. Februar 2021

¹¹ GKV-Spitzenverband (2023): Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V - in der Fassung vom 27. März 2023. Berlin

5. Bisher unternommene Maßnahmen und Gesetzesinitiativen greifen zu kurz oder sind bislang nur unvollständig umgesetzt

Mit Ratifizierung des internationalen WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs hat sich Deutschland 2004 dazu verpflichtet, „Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage im Zusammenhang mit Tabakabhängigkeit und der Aufgabe des Tabakkonsums“ zu ergreifen.¹² Dazu gehört auch, wirksame Maßnahmen zu einer angemessenen Behandlung der Tabakabhängigkeit zu implementieren und den Zugang zu bezahlbaren Behandlungen der Tabakabhängigkeit einschließlich pharmazeutischer Produkte zu erleichtern.

Mit der Verabschiedung des „Nationalen Gesundheitsziels Tabakkonsum reduzieren“ wurde 2015 ein weitgesteckter Maßnahmenkatalog der Prävention, Gesetzgebung und Therapie entwickelt, durch den der Einstieg in das Tabakrauchen erschwert, der Ausstieg erleichtert und vor Passivrauchen geschützt werden soll.¹³

Bislang wurden die in dem WHO-Rahmenübereinkommen wie auch in dem Nationalen Gesundheitsziel getroffenen Vereinbarungen jedoch nicht oder nur unvollständig umgesetzt.

B. Was benötigen wir in Deutschland für die Behandlung Rauchender?

6. Durch Prävention und eine frühzeitige Behandlung Rauchender können Folgeerkrankungen verhindert und die Sozialsysteme von Kosten entlastet werden

Ein Großteil der bislang durch den Tabakkonsum anfallenden direkten und indirekten Kosten könnte durch eine frühzeitige Ansprache und Motivierung Rauchender zum Rauchstopp, begleitet durch mediale Kampagnen und gesetzgeberische Maßnahmen zur Tabakkontrolle, noch vor einer Chronifizierung ihres Konsums zukünftig vermieden werden.

7. Es muss ein flächendeckendes Netz an professionellen evidenzbasierten Behandlungsangeboten für Rauchende im deutschen Gesundheitswesen geschaffen werden

Die Ansprache und Motivierung Rauchender sowie ihre Behandlung müssen sowohl in der haus- und fachärztlichen wie auch in der stationären und rehabilitativen Versorgung gestärkt und ein breites Behandlungsangebot für Rauchende geschaffen werden.

Dazu müssen das Personal im Gesundheitswesen für eine Raucherberatung sowie für eine Rauchstopp-Behandlung ausreichend qualifiziert und die Einrichtungen entsprechend vergütet werden.

Die Behandlung einer Tabakabhängigkeit sowie die Durchführung einer Entzugsbehandlung von psychisch und/oder somatisch komorbiden Rauchenden erfordern eine heilkundliche Therapie durch approbierte Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen als Regelleistung der GKV.

Wissenschaftlich evaluierte DiGAs können unterstützend und überbrückend in der Behandlung eingesetzt werden.

¹² WHO (2003): Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)

¹³

Zudem sei darauf hingewiesen, dass die geplante Einführung eines Lungenkrebscreening den Bedarf an professionellen evidenzbasierte Rauchstopp-Angeboten weiter deutlich steigern wird.

8. Leitliniengerechte Behandlungsstandards müssen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens implementiert werden

Entsprechend der Empfehlungen der S3-Leitlinie muss die Abklärung des Raucherstatus in den Einrichtungen des Gesundheitswesens zu einem festen Bestandteil der Anamneseerhebung werden. Rauchende müssen eine Kurzberatung zu den Risiken und Folgen ihres Konsums erhalten und über weitergehende Beratungs- und Behandlungsangebote informiert und bei Bedarf weitervermittelt werden.

Abhängig von der individuellen Problemlage sollen Patientinnen und Patienten auch die Möglichkeit einer medikamentösen Behandlung sowie der Teilnahme an verhaltenstherapeutischen Einzel- oder Gruppenangeboten oder einer Psychotherapie erhalten.

Insgesamt müssen gestufte Behandlungsangebote für Rauchende in Abhängigkeit von ihrer individuellen Problemlage und dem Schweregrad ihrer Abhängigkeitsproblematik geschaffen und somit eine Gleichstellung mit anderen Suchterkrankungen im deutschen Gesundheitswesen ermöglicht werden.

9. Die ambulante Behandlung Rauchender muss verbessert werden

Die haus- und fachärztlichen Praxen sind für die meisten Rauchenden die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen, weshalb sie besonders geeignet sind, um das Rauchen selbst sowie bereits eingetretene Folgeerkrankungen zu thematisieren, zu einer Rauchstopp-Behandlung zu motivieren und eine Behandlung entsprechend der S3-Leitlinie durchzuführen.

Für Rauchende, die in den bestehenden Einrichtungen nicht ausreichend behandelt werden können, sollen regionale Schwerpunktpraxen geschaffen werden.

10. Die Ansprache und einleitende Behandlung Rauchender muss in der stationären Versorgung gestärkt werden

Eine stationäre Behandlung bietet ein günstiges Zeitfenster, um Patienten auf ihren Tabakkonsum anzusprechen, sie für eine Rauchstopp-Maßnahme zu motivieren und diese einzuleiten.

Mit einer flächendeckenden Ausweitung von Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V könnten Kliniken die Kosten für diese Maßnahmen zukünftig finanziert bekommen. Alternativ könnte auch über den Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS 9.5010 „multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung“ eine Vergütung erreicht werden.

Ergänzend müssen erforderliche Überleitungsstrukturen in eine nachfolgende ambulante Weiterbehandlung geschaffen werden.

11. Nichtraucherurse und Suchtberatungsstellen erfüllen wichtige Aufgaben in der Prävention und Nachsorge

Die bestehenden Anbieter von Nichtraucher-Kursen der GKV nach §20 SGB V sowie die Suchtberatungsstellen sollen auch zukünftig Aufgaben im Bereich der Prävention und Motivierung Rauchender ohne Krankheitssymptomatik sowie in der Nachsorge wahrnehmen.