

Für ein flächendeckendes Netz von Rauchstopp-Angeboten in Deutschland

Hintergrundpapier zum Thesenpapier

Präambel

In den letzten Jahren wurden in Deutschland verstärkt Bemühungen unternommen, das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung zum Rauchen zu stärken und die Prävalenz Rauchender zu senken. So hat das Büro der Drogenbeauftragten vor einigen Jahren damit begonnen, Rauchstopp-Kampagnen durchzuführen, und im Juli 2021 verabschiedete der Bundestag das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG), mit dem die Stigmatisierung der Tabakabhängigkeit als reines Lifestyle-Problem beendet und ihr eine Behandlungsbedürftigkeit als Erkrankung zuerkannt wurde. Darüber hinaus wurden Aktivitäten unterstützt, in den verschiedenen Sektoren der gesundheitlichen Versorgung Rauchstopp-Programme zu etablieren.

Dennoch haben diese Anstrengungen bislang keine spürbaren Effekte auf die Prävalenz der Rauchenden in Deutschland gezeigt¹. Vielmehr ist diese – zusätzlich befeuert durch die Corona-Pandemie und die Bewerbung neuer zusätzlicher Nikotinprodukte – in den letzten Jahren deutlich angestiegen, und selbst in der Gruppe der Jugendlichen, bei denen noch bis 2020 ein positiver Abwärtstrend festzustellen war, hat sich dieser inzwischen wieder umgekehrt und wird durch einen zunehmenden Konsum neuer Nikotinprodukte zusätzlich verstärkt²³. Im Vergleich der westeuropäischen Länder belegt Deutschland bei der Prävalenz der Rauchenden einen der hinteren Plätze.⁴

Eine relevante Ursache hierfür liegt in der Tatsache, dass es den Einrichtungen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung in Deutschland für eine dauerhafte Etablierung der Tabakentwöhnung weiterhin an den erforderlichen Rahmenbedingungen wie kostendeckender Gegenfinanzierung, ausreichendem und entsprechend qualifiziertem Personal sowie an Strukturen zur Ansprache, Behandlung und Weiterleitung betroffener Patientinnen und Patienten fehlt.^{5 6}

Internationale Daten zeigen, dass der Konsum von Tabak- und Nikotinprodukten in solchen Ländern erfolgreich bekämpft werden kann, die unterschiedliche Maßnahmen in einem „Policy-Mix“ miteinander verschränken und aufeinander abstimmen. Dieser Mix sollte sowohl Maßnahmen der Prävention und Behandlung wie auch die Schaffung gesetzgeberischer Rahmenbedingungen, vor

¹ Acar Z & Kotz D: Welchen Effekt hatte die Bundesinitiative „Rauchfrei leben – Deine Chance“? – Vortrag auf der 20. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle 2022

² Deutsche Studie zum Rauchverhalten (DEBRA). <https://www.debra-study.info/> (abgerufen 10 Oktober 2023).

³ Hanewinkel R, Hansen J. Konsum von Tabakzigaretten, E-Zigaretten und Wasserpfeifen bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Präventionsradars von 2016 bis 2023. *Pneumologie* dx.doi.org/10.1055/a-2146-7087

⁴ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1099197/umfrage/anteil-der-raucher-in-der-eu-nach-geschlecht/>

⁵ Batra A, Kunstmann W. Ärztliche Tabakentwöhnung: Wirksamkeit und Potenziale. *Dtsch Arztebl* 2021; 118(37): A-1635 / B-1356

⁶ Pankow W, Kunstmann W. Politische Rahmenbedingungen der Tabakentwöhnung. *Atemwegs- und Lungenkrankheiten*. 2023; 49:547-551.DOI 10.5414/ATX02728

31 allem hinsichtlich Besteuerung, Verkauf und Bewerbung von Tabak- und Nikotinprodukten,
32 umfassen.⁷

33 Das Aktionsbündnis Nichtraucher (ABNR), ein Zusammenschluss von achtzehn bundesweit im
34 Bereich der Tabakkontrolle und der Förderung des Nichtrauchens tätigen
35 Gesundheitsorganisationen, hat die aktuelle Situation der Behandlung von Rauchenden in
36 Deutschland intensiv diskutiert und in der Folge eine Arbeitsgruppe von Expertinnen und Experten
37 aus relevanten Gesundheitsorganisationen, der Krebsprävention sowie aus Wissenschaft und Praxis
38 einberufen, um ein Konzept für ein flächendeckendes Angebot evidenzbasierter Rauchstopp-
39 Angebote in Deutschland zu erarbeiten. Mit diesen sollen die bestehenden ambulanten und
40 stationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung bei der Behandlung von Patienten mit einer
41 Tabakabhängigkeit gestärkt bzw. ihnen eine Weitervermittlung von Patientinnen und Patienten in
42 spezialisierte Einrichtungen erleichtert werden.

43 Die Arbeitsgruppe sieht das nachfolgend dargestellte Konzept auch als Anregung zur strukturellen
44 Umsetzung der mit dem GVWG eingeleiteten Änderungen des §34 SGB V. Dieses ist zudem
45 hinsichtlich einer geplanten Umsetzung eines Lungenkrebscreenings sowie politischer Initiativen zur
46 Senkung der Herz-Kreislauf-Mortalität von hoher Relevanz.

47 Im Folgenden geht es um qualifizierte Behandlungsangebote für Konsumierende von Tabak- sowie
48 von Nikotinprodukten im weiteren Sinne. Da jeglicher Konsum dieser Produkte potenziell
49 gesundheitsschädigend ist, können sich Behandlungsangebote nicht nur auf Konsumierende mit
50 einem schädlichen oder abhängigen Konsum gemäß ICD 10 F17.x beschränken, sondern müssen auch
51 solche Konsumierende von Nikotinprodukten adressieren, die nicht unter eine der
52 Krankheitskategorien nach ICD F17.x subsumiert werden können. Entsprechend der Ausführungen
53 der S3-Leitlinie geht es bei der Zielgruppe um Rauchende, „die zur Konsumbeendigung motiviert sind
54 und denen bei Bedarf individualisierte, in der Intensität gestufte und an die individuelle Problematik
55 angepasste Unterstützungsangebote vermittelt werden sollen.“⁸

56 Diese gestuften Unterstützungsangebote umfassen sowohl präventive Maßnahmen der Aufklärung
57 und Motivierung zu einem Konsumstopp wie auch therapeutische Angebote zur Beendigung des
58 Tabak- bzw. Nikotinkonsums, die abhängig von der Schwere und individuellen Ausprägung der
59 Problemlage sowohl begleitende psychotherapeutische wie auch pharmakotherapeutische
60 Maßnahmen umfassen können.

61 Dabei hat sich für das gesamte Behandlungsspektrum der Begriff der „Tabak-“ bzw.
62 „Nikotinentwöhnung“ eingebürgert (s. auch §34 Abs. 2 SGB V), wenngleich suchtmmedizinisch der
63 Begriff der „Entwöhnung“ bei Abhängigkeitserkrankungen eine Leistung der medizinischen
64 Rehabilitation nach §40 SGB V bzw. §15 SGB VI darstellt. Insofern geht es im nachfolgenden Text um
65 Rauchstopp-Angebote, die den gesamten bei Nikotinkonsumierenden erforderlichen
66 Behandlungsprozess einschließlich Diagnostik, Motivierung, Entwöhnung und Nachsorge umfassen.

67 Die Erstellung eines Netzes qualifizierter Behandlungsangebote für den dargestellten Personenkreis
68 stellt auch einen Beitrag zur Umsetzung der in Artikel 14 Nr. 2 des Rahmenübereinkommens der
69 WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs eingegangenen Verpflichtungen dar, wonach die
70 vertragsunterzeichnenden Länder sich dazu verpflichten, „Maßnahmen zur Verminderung der

⁷ WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER Package
<https://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/> (2008).

⁸ AWMF (2021): S3-Leitlinie „ Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“
(Langversion) AWMF-Register Nr. 076-006

71 Nachfrage im Zusammenhang mit Tabakabhängigkeit und der Aufgabe des Tabakkonsums“ zu
72 ergreifen.⁹

73 A Wo stehen wir in Deutschland in der Prävention und Behandlung 74 Rauchender?

75 ad 1.¹⁰ Hohe Prävalenz Rauchender in Deutschland – mit steigender Tendenz

76 Seit 2019 fördert das Bundesministerium für Gesundheit mit der DEBRA-Studie¹¹ eine regelmäßige
77 Datenerhebung zum Konsumverhalten sowohl bei Zigarettenrauchenden als auch bei
78 Konsument:innen alternativer Produkte (E-Zigaretten, Tabakerhitzer). Die Ergebnisse zeigen, dass der
79 in Deutschland bereits hohe Tabakkonsum in den letzten Jahren weiter angestiegen ist. Demnach
80 rauchte Ende des Jahres 2022 ein Anteil von 35,5% der Gesamtbevölkerung Tabakprodukte. Bei den
81 Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 17 Jahre hat sich der Anteil von 2021 auf 2022 fast verdoppelt
82 und liegt inzwischen bei 15,9%. In der Gruppe der 18-24-Jährigen rauchen inzwischen 40,8%. Hinzu
83 kommt eine steigende Zahl an Konsumierenden neuer Nikotinabgabeprodukte wie e-Zigaretten oder
84 Tabakerhitzer. So ist der Anteil der E-Zigarettennutzenden in der Gruppe der 14-17-Jährigen von
85 0,5% im Jahr 2021 auf 2,5% im Jahr 2022 angestiegen, in der Gruppe der 18-24-Jährigen von 2,4% auf
86 4,0%.¹² Im Kindes- und Jugendalter ist die E-Zigarette mittlerweile das am häufigsten konsumierte
87 nikotinhaltige Produkt noch vor der Tabakzigarette und der Wasserpfeife.¹³

88 Seit 2022 ist festzustellen, dass die bis dahin rückläufige Entwicklung der Rauchprävalenzen bei allen
89 Altersgruppen eine Trendwende erfahren hat. In Übereinstimmung mit internationalen
90 Entwicklungen wird die Zunahme auf einen Einfluss der Lebensbedingungen während und nach der
91 Pandemie und insbesondere auf eine Wiederaufnahme früherer Rauchgewohnheiten bei Ex-
92 Rauchenden zurückgeführt. Dabei ist die Verdoppelung der Konsumprävalenzen bei Kindern und
93 Jugendlichen besonders alarmierend. Diese wird offensichtlich durch eine intensive multimediale
94 Bewerbung und Vermarktung neuer nikotinhaltiger, idR. aromatisierter Produkte befeuert,
95 einhergehend mit der Vermittlung eines Lifestyle-Gefühls, für das Jugendliche besonders
96 empfänglich sind.

97 Hohe Konsumprävalenzen sind traditionell insbesondere bei Bevölkerungsgruppen mit geringerem
98 Einkommen und in Arbeiterberufen sowie unter Arbeitslosen festzustellen. Dadurch wird Rauchen zu
99 einem wesentlichen Faktor für soziale Unterschiede in der Sterblichkeit in Deutschland. Dies zeigt
100 auch eine aktuelle Studie des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BiB), die vor allem eine
101 soziodemografisch bedingte unterschiedliche Verteilung der Raucherprävalenz als Ursache für
102 regionale Unterschiede in der Mortalität in Deutschland identifizierte.¹⁴

⁹ WHO (2003): Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)- Artikel 14

¹⁰ Dieser sowie alle nachfolgenden Absätze nehmen Bezug auf das Thesenpapier des ABNR „Für ein flächendeckendes Netz von Rauchstopp-Angeboten in Deutschland“

¹¹ www.debra-study.info

¹² Deutsche Befragung zum Rauchverhalten DEBRA. <https://www.debra-study.info/> abgerufen am 10.11.2023

¹³ Hanewinkel R, Hansen J. Konsum von Tabakzigaretten, E-Zigaretten und Wasserpfeifen bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Präventionsradars von 2016 bis 2023. *Pneumologie* dx.doi.org/10.1055/a-2146-7087

¹⁴ Grigoriev P, Klüsener S, van Raalte A. Quantifying the contribution of smoking to regional mortality disparities in Germany: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2022;12:e064249. doi:10.1136/bmjopen-2022-064249

103 Insgesamt sterben in Deutschland jährlich etwa 127.000 Menschen an den Folgen des Rauchens, was
104 13,3% der Gesamtmortalität entspricht.¹⁵

105 Zudem ist zu bedenken, dass etwa die Hälfte der regelmäßig Rauchenden einen abhängigen oder
106 schädlichen Konsum betreibt. Laut den Ergebnissen der bevölkerungsbezogenen ESA-Studie aus dem
107 Jahr 2021 lagen bei ca. 30% der Rauchenden im Alter von 18 bis 64 Jahren Hinweise auf eine
108 Abhängigkeit von konventionellen Tabakprodukten vor.¹⁶ Hinzu kommen diejenigen, die trotz
109 körperlicher, psychischer oder sozialer Folgeschäden ihren Konsum fortsetzen. Nach der ICD-10
110 F17.1+2 werden sowohl der schädliche wie auch der abhängige Konsum als behandlungswürdige
111 Krankheiten klassifiziert.

112 Während in Deutschland nur jede/r 12. Raucher- bzw. Raucherin pro Jahr versucht, mit dem Rauchen
113 aufzuhören (8,6%¹⁷), trifft dies in den USA z.B. für jede bzw. jeden Zweiten (55,1%¹⁸) und in
114 Schweden für 43% der Raucher und Raucherinnen zu.¹⁹

115 ad 2. Hohe Belastungen der Sozialsysteme durch die Behandlung von Begleit- und 116 Folgeerkrankungen Rauchender

117 Durch das Zigarettenrauchen sterben in den Industrieländern jährlich mehr Menschen als durch
118 Verkehrsunfälle, AIDS, Alkohol, illegale Drogen, Tötungsdelikte und Suizide zusammen. Allein in
119 Deutschland sind dies jährlich etwa 127.000 Menschen.²⁰

120 Hinzu kommen die durch das Rauchen bedingten Erkrankungen, die - neben dem damit verbundenen
121 menschlichen Leid - hohe Kosten für das Gesundheitswesen und die Sozialversicherungssysteme
122 verursachen: So mussten in Deutschland im Jahr 2019 insgesamt 458.000 Patientinnen und Patienten
123 infolge einer raucherspezifischen Erkrankung stationär behandelt werden.

124 Allein diese Zahlen deuten bereits darauf hin, dass in den Einrichtungen des Gesundheitswesens
125 durch die Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen des Tabakkonsums erhebliche personelle
126 und materielle Ressourcen gebunden werden.

127 Die direkten Kosten des Rauchens im Gesundheitswesen beliefen sich im Jahr 2018 auf 30,32 Mrd. €,
128 was 14,6% der Gesamtkosten im Gesundheitssystem entspricht. Hinzu kommen die durch das
129 Rauchen bedingten indirekten Kosten wie z.B. durch frühzeitigen Tod, Arbeitsausfälle und
130 Erwerbsminderungen, so dass Effertz die gesellschaftlichen Gesamtkosten des Rauchens pro Jahr auf
131 66,92 Mrd.€ beziffert. Dem stehen Tabaksteuereinnahmen gegenüber, die sich jährlich lediglich auf
132 einen Betrag von ca. 14 Mrd. € belaufen.²¹

133 In den Zahlen zu den Kosten des Rauchens sind bislang noch nicht solche Erkrankungen
134 einberechnet, die zukünftig möglicherweise durch den Konsum von E-Zigaretten entstehen können.

¹⁵ DKFZ (2020): Tabakatlas Deutschland 2020. Heidelberg

¹⁶ Rauschert C, Möckl J, Seitz NN, Wilms N, Olderbak S, Kraus L: The use of psychoactive substances in Germany—findings from the Epidemiological Survey of Substance Abuse 2021. Dtsch Arztebl Int 2022; 119: 527–34. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0244

¹⁷ Kotz D, Batra A, Kastaun S: aktuelle Erhebungsdaten von 07/2023

¹⁸ Creamer MR, Wang TW, Babb S, et al. Tobacco Product Use and Cessation Indicators Among Adults — United States, 2018. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2019;68:1013–1019 [accessed 2020 May 21].

¹⁹ 8th ECToH 2020, Factsheet Smoking Cessation, Berlin

²⁰ DKFZ, 2020: Tabakatlas Deutschland 2020. Heidelberg

²¹ Effertz T. Die Kosten des Rauchens in Deutschland im Jahr 2018—aktuelle Situation und langfristige Perspektive. Atemwegs- und Lungenkrankheiten. 2019;45(7):307.

135 Mehrere Studien und Metaanalysen geben Hinweise darauf, dass durch diese auch Erkrankungen der
136 Atemwege und des Herz-Kreislaufsystems verursacht werden können.^{22,23}

137 Es zeigt sich somit, dass es in Deutschland weiterhin dringend umfangreicher Anstrengungen bedarf,
138 um die Zahl der durch Tabak- und Nikotinkonsum geschädigten und getöteten Menschen und der
139 damit verbundenen Kosten substantziell zu senken.

140 *Exkurs 1: Nikotin – eine Substanz mit hohem Abhängigkeitspotenzial*

141 Nikotin verursacht epidemiologisch betrachtet die bedeutsamste Substanzkonsumstörung: Die
142 Nikotinabhängigkeit und damit auch die Abhängigkeit von Produkten, die Nikotin enthalten
143 (konventionelle Tabakprodukte, neue Produkte wie elektronische Zigaretten und Tabakerhitzer).
144 ²⁴„Sucht“ ist klinisch definiert als der missbräuchliche und mit ernstesten körperlichen bzw.
145 psychosozialen Konsequenzen verbundene Konsum einer psychotropen Substanz, der mit
146 Kontrollverlust, Toleranzentwicklung und die Entwicklung einer körperlichen Abhängigkeit
147 einhergeht. Für die andauernde Sensitivierung gegenüber dem Nikotin sind neuroanatomische
148 Strukturveränderungen und komplexe Konditionierungsprozesse verantwortlich. Die
149 lernpsychologischen Vorgänge bei der Entstehung des sog. „Suchtgedächtnisses“ sind beim Rauchen
150 besonders deutlich. Die trotz fehlender intensiver Rauschzustände hohe Suchtpotenz beim
151 Tabakrauchen resultiert unter anderem daraus, dass das Gehirn eines Gewohnheitsrauchers mit
152 einem durchschnittlichen Tageskonsum täglich 200- bis 400-mal Nikotin ausgesetzt ist und Nikotin
153 über das inhalative Rauchen eine extrem schnelle Anflutung erfährt. Nikotin gilt neben Heroin als der
154 Stoff mit dem höchsten „reinen Suchtpotenzial“, wie es in tierexperimentellen Studien bestimmt
155 wird (Mühlig, Sehl & Fuchs, 2008).

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

159 Gemäß der seit 2021 vorliegenden zweiten Auflage der S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit:
160 Screening, Diagnostik und Behandlung“²⁵ sollen alle Patientinnen und Patienten in Einrichtungen des
161 Gesundheitswesens systematisch und in geeigneter Weise nach ihrem Konsum von Tabak oder E-
162 Zigaretten oder verwandten Produkten befragt werden. Sie stellt zudem klar, dass jegliches Rauchen
163 die Gesundheit schädigt und deshalb einen interventionsbedürftigen Zustand darstellt. Deshalb
164 sollen alle Raucherinnen und Raucher, die motiviert sind, ihren Konsum zu beenden, in der Intensität
165 abgestufte und an die individuelle Problematik angepasste Unterstützungsangebote erhalten.

166 Die Schwere der Tabakabhängigkeit kann anhand des Fagerström-Tests für Zigarettenabhängigkeit
167 (FTZA) oder nach den Diagnosekriterien des ICD-10 festgestellt werden. In einer Kurzberatung sollen
168 Rauchende über die Folgen des Tabakkonsums informiert und zu einem Rauchstopp motiviert
169 werden. Die Kurzberatung nach dem ABC Schema betont die Wichtigkeit der Vermittlung in eine

²² Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks (SCHEER): Opinion on electronic cigarettes, 2021

²³ Asfar T, Jebai R, Li W, et al. Risk and safety profile of electronic nicotine delivery systems (ENDS): an umbrella review to inform ENDS health communication strategies. Tobacco Control Published Online First: 08 September 2022. doi: 10.1136/tc-2022-057495

²⁴ Seitz NN, Lochbühler K, Atzendorf J, Rauschert C, Pfeiffer-Gerschel T, Kraus L: Trends in substance use and related disorders—analysis of the Epidemiological Survey of Substance Abuse 1995 to 2018. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 585–91. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0585

²⁵ AWMF (2021): S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“ (Langversion) AWMF-Register Nr. 076-006

170 weiterführende evidenzbasierte Maßnahme.²⁶ Raucherinnen und Rauchern, die aufhörwillig sind,
171 hierbei jedoch einer Unterstützung bedürfen, sollen zunächst Angebote für niederschwellige
172 Verfahren (Telefonberatung oder Internet- bzw. Smartphone-gestützte Verfahren,
173 Selbsthilfematerialien sowie Selbsthilfe- oder Kurs-Programme) gemacht werden. Wenn eine
174 intensivere Behandlung benötigt und gewünscht wird, soll eine verhaltenstherapeutisch orientierte
175 Einzel- oder Gruppenbehandlung im Sinne klassischer „Rauchentwöhnungsgruppen“ oder eine
176 begleitende Psychotherapie vorgeschlagen werden, die medikamentös unterstützt werden können
177 („stepped-care“ Ansatz). Insbesondere bei einer Entzugssymptomatik sollen Medikamente verordnet
178 werden. Wenn sich eine Nikotinersatztherapie (z.B. Nikotinpflaster + schnell wirksames
179 Nikotinpräparat) als nicht wirksam erweist, soll nach Prüfung von Indikationen bzw.
180 Kontraindikationen Vareniclin oder Bupropion oder auch Cytisin angeboten werden. Hingegen
181 werden E-Zigaretten zur Förderung eines Rauchstopps nicht empfohlen.

182 Darüber hinaus enthält die Leitlinie Empfehlungen für die Behandlung spezieller Zielgruppen wie
183 Personen mit besonderen gesundheitlichen Risiken und Begleiterkrankungen sowie Kinder und
184 Jugendliche oder Schwangere.

185 Die entsprechenden Empfehlungen der Leitlinie sind durch eine Vielzahl von Studien und Cochrane-
186 Reviews gestützt, auf deren Basis sie von einer Expert:innenkommission und 40
187 Gesundheitsorganisationen konsentiert und 2021 von der AWMF als S3-Leitlinie publiziert wurden.

188 Insofern fehlt es in Deutschland nicht an wissenschaftlich abgesicherten Behandlungsstandards,
189 sondern an den erforderlichen personellen, institutionellen und finanziellen Strukturen zu deren
190 flächendeckenden Umsetzung.

191 ad 4. Für aufhörwillige Rauchende bestehen in Deutschland weiterhin gravierende 192 Barrieren, einen niederschweligen Zugang zu einer wirksamen Versorgung zu finden

193 Trotz einer weiterhin hohen Raucherprävalenz und den in der S3-Leitlinie niedergelegten
194 Behandlungsstandards wird in Deutschland weiterhin eine im internationalen Vergleich nur geringe
195 Zahl an Rauchstoppversuchen unternommen (s. Pt.1). Ursächlich hierfür sind fehlende Strukturen in
196 den Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Ansprache, Behandlung und Weitervermittlung
197 Betroffener sowie eine fehlende Kostenerstattung für Rauchstoppmaßnahmen und
198 Entwöhnungsbehandlungen, die eine völlig unzureichende Angebotslage wissenschaftlich gesicherter
199 Ausstiegsprogramme zur Folge haben. Die gemeinsame Datenbank von DKFZ und BZgA weist
200 bundesweit lediglich 444 Anbieter von Tabakentwöhnungsprogrammen aus²⁷, durch die nur ein
201 geringer Anteil des potenziellen Behandlungsbedarfs abgedeckt werden kann. Zudem ist bei den in
202 der Datenbank aufgeführten Angeboten zu berücksichtigen, dass viele von diesen durch nicht-
203 ärztliches Personal geleitet werden, weshalb eine ggfls. erforderliche Begleitmedikation nicht im
204 Rahmen des angebotenen Therapieprogramms erfolgen kann.²⁸ Gemäß der S3-Leitlinie der AWMF
205 „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“ sollen zur Erreichung der
206 Tabakabstinenz „Verhaltenstherapeutische Gruppen- oder Einzelinterventionen“ (4.3.3.1 und
207 4.3.3.2) und bei Personen mit hoher Tabakabhängigkeit „Kombinationstherapien aus Psychotherapie
208 und Pharmakotherapie“ (4.3.3.7) angeboten werden.

²⁶ Kastaun, S., et al., Training general practitioners in the ABC versus 5As method of delivering stop-smoking advice: a pragmatic, two-arm cluster randomised controlled trial. ERJ Open Res, 2021. 7(3).

²⁷ <https://www.anbieter-raucherberatung.de/anbieter.php>, zuletzt abgerufen am 5.11.2023

²⁸ <https://www.anbieter-raucherberatung.de/anbieter.php> – letzter Zugriff vom 5. November 2023. Nicht darin enthalten sind Nichtraucher-Gruppenkurse der Krankenkassen

209 Im Ergebnis führt die mangelhafte Angebotsstruktur auf Seite der Rauchenden zu einer geringen
210 Nachfrage nach wissenschaftlich abgesicherten Ausstiegshilfen. Von den Rauchenden, die im
211 zurückliegenden Jahr mindestens einen Rauchstoppversuch unternommen hatten, griffen lediglich
212 13,0% auf eine evidenzbasierte Methode zurück.²⁹ Nicht-unterstützte spontane Aufhörversuche
213 weisen hingegen lediglich eine Erfolgsquote von 3-7% auf³⁰, während mit einer evidenzbasierten
214 Tabakentwöhnung entsprechend den Empfehlungen der S3 Leitlinie die Erfolgsrate auf 30-50%
215 gesteigert werden könnte.³¹

216 In der hausärztlichen Praxis besteht eine Abrechnungsmöglichkeit für die Behandlung von
217 Rauchenden derzeit nur über eine „verbale Intervention bei psychosomatischen
218 Krankheitszuständen“ (EBM-Ziff. 35110), die mindestens 15 Minuten umfassen muss und eine
219 Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen voraussetzt. Die hierfür im EBM
220 hinterlegten 193 Punkte entsprechen etwa einem Vergütungssatz von 22,- €.

221 Da mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 Medikamente zur Beendigung des Rauchens nach
222 §34 (1) SGB V als sog. Lifestyle-Arzneimittel eingestuft wurden, sind diese von der
223 Erstattungsfähigkeit durch die GKV ausgeschlossen worden, wodurch die Behandlungsmöglichkeiten
224 in einer Kassenarztpraxis weiter erschwert werden.

225 Inzwischen wurde mit dem am 11. Juni 2021 beschlossenen „Gesetz zur Weiterentwicklung der
226 Gesundheitsversorgung“ die bisherige Regelung des §34 (1) SGB V dahingehend geändert, dass
227 zukünftig „Versicherte, bei denen eine bestehende schwere Tabakabhängigkeit festgestellt wurde,
228 Anspruch auf eine einmalige Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung im Rahmen von
229 evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung“ erhalten sollen. Eine erneute Versorgung ist
230 laut Gesetzestext frühestens drei Jahre nach Abschluss einer Behandlung möglich (s. §34
231 Abs. 2 SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss wird mit dem Gesetz beauftragt, in einer Richtlinie
232 festzulegen, „welche Arzneimittel und unter welchen Voraussetzungen Arzneimittel zur
233 Tabakentwöhnung im Rahmen von evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung verordnet
234 werden können.“

235 Mit der gesetzlichen Neuregelung wird der medikamentöse Erstattungsanspruch allerdings auf
236 „schwer Tabakabhängige“, die sich in einem evidenzbasierten Programm zur Tabakentwöhnung
237 befinden, und auf einen Drei-Jahres-Zeitraum beschränkt. Dabei ist der Begriff einer „schweren
238 Tabakabhängigkeit“ wissenschaftlich nicht eindeutig definiert, die ICD F17.x unterscheidet als
239 Krankheitsentitäten lediglich zwischen einem schädlichen oder abhängigen Konsum (s. Pt.1).
240 Hingegen empfiehlt die S3-Leitlinie eine Behandlung aller Rauchenden, die sich in gestuften
241 Maßnahmen von einer Kurzberatung bis hin zu einer Kombination aus Psychotherapie und
242 medikamentöser Unterstützung erstrecken können (s. Pt.3).

243 Somit ist zu befürchten, dass Raucher und Raucherinnen, die keine „schwere Tabakabhängigkeit“
244 aufweisen oder innerhalb einer Dreijahresfrist wieder rückfällig werden, auch nach einer Umsetzung
245 der novellierten gesetzlichen Bestimmungen §34 Abs. 2 SGB V durch den Gemeinsamen
246 Bundesausschuss darauf angewiesen sein werden, sich ihre Behandlung selber zu finanzieren,
247 obgleich in Deutschland für gesetzlich Krankenversicherte gemäß §11 Abs. 1 Nr. 4 i.V. §27 SGB V ein
248 Leistungsanspruch für die Behandlung einer Krankheit besteht.

²⁹ Kotz D, Batra A, Kastaun S. Smoking Cessation Attempts and Common Strategies Employed. Dtsch Arztebl Int. 2020 Jan 6;117(1-2):7-13. doi: 10.3238/arztebl.2020.0007. PMID: 32008606; PMCID: PMC7008148. x

³⁰ Fiore MC, Jaén C, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. US: Department of Health and Human Services Public Health Service; 2008

³¹ xxxxx

249 Auch Rauchende, die bereits tabakassoziierte Begleiterkrankungen oder eine psychische
250 Komorbidität aufweisen, werden von dem geänderten §34 SGB V nicht erfasst, solange bei ihnen
251 keine „schwere Tabakabhängigkeit“ vorliegt.

252 Selbst für GKV-Versicherte, die wegen einer chronischen Erkrankung wie z.B. einer Chronisch
253 obstruktiven Lungenerkrankung, einer Koronaren Herzkrankheit, einem Diabetes Typ I oder einem
254 Asthma in ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach §137f SGB V eingeschrieben sind, besteht
255 bislang keine Möglichkeit der Erstattung einer begleitenden medikamentösen Behandlung³²,
256 obgleich wissenschaftlich gesichert ist, dass z.B. für die Entstehung einer Chronisch obstruktiven
257 Lungenerkrankung in 80-90% der Fälle das Rauchen mitverantwortlich ist.³³

258 Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung können zwar nach §27 („Indikationen zur
259 Anwendung von Psychotherapie“) der Psychotherapie-Richtlinie „Psychische und
260 Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ behandelt werden. §27 Abs. 2 Nr. 1a
261 beschränkt diese jedoch auf Verhaltensstörungen durch Alkohol, Drogen oder Medikamente, sodass
262 eine durch Nikotin verursachte Verhaltensstörung von einer psychotherapeutischen
263 Behandlungsmöglichkeit ausgeschlossen ist. Damit fehlt es auch in der Psychotherapie-Richtlinie an
264 einer Anerkennung der Tabakabhängigkeit bzw. eines schädlichen Gebrauchs als zu behandelnde
265 Krankheiten, wie sie in der ICD F17.x klassifiziert sind.

266 Vor dem dargestellten Hintergrund ist es für ärztliche oder psychotherapeutische Praxen in
267 Deutschland nicht möglich, professionelle Tabakentwöhnungsmaßnahmen entsprechend der S3-
268 Leitlinie erstattungsfähig anzubieten.

269 Eine stationäre Behandlung kann ein günstiges Zeitfenster bieten, um Patienten auf ihren
270 Tabakkonsum anzusprechen, sie für eine Entwöhnungsmaßnahme zu motivieren und diese
271 einzuleiten. Doch auch in diesem Versorgungsbereich fehlt es an den erforderlichen finanziellen und
272 personellen Ressourcen, um entsprechende Maßnahmen anzubieten. Zwar wurde für die stationäre
273 Versorgung 2016 ein Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 9-501 „Multimodale stationäre
274 Behandlung zur Tabakentwöhnung“ mit Elementen standardisierter Erfassung der
275 Raucheranamnese, Motivationsgesprächen zum Rauchstopp, Aufklärung über medikamentöse
276 Unterstützung und Anmeldung an ein nachstationäres ambulantes Tabakentwöhnungsprogramm
277 formal eingeführt³⁴, jedoch fehlt es bislang auch für diese Leistung an einem Vergütungsäquivalent.³⁵

278 Die Gesetzlichen Krankenversicherungen bieten im Rahmen ihrer Leistungen zur primären Prävention
279 und Gesundheitsförderung nach §20 SGB V Gruppenkurse zur Förderung des Nichtrauchens an, die
280 als Präventionskurse jedoch für die Behandlung einer Krankheit gemäß ICD 10 F17.x („Psychische und
281 Verhaltensstörungen durch Tabak“) oder von Rauchenden mit einer ernsten tabakassoziierten

³² GBA-Anforderungen-Richtlinie: Anlage 11: Chronische obstruktive Lungenerkrankung – Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm) – Auszug: Ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen wirksame Hilfen zur Tabakentwöhnung angeboten werden. Dazu gehören nicht-medikamentöse, insbesondere verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten Tabakentwöhnung und geeignete Medikamente, auch soweit deren Kosten von Patientinnen und Patienten selbst zu tragen sind. - Jede rauchende Patientin und jeder rauchende Patient mit COPD soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogramm erhalten.

³³ U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014

³⁴ DIMDI: OPS 9-501: Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung

³⁵ Raspe M, Bals R; Bölükbas S et al. Tabakentwöhnung bei hospitalisierten Patienten:innen – Stationär einleiten, ambulant fortführen. Pneumologie 2023, 77, 341–349, <https://doi.org/10.1055/a-2071-8900>.

282 somatischen Folgeerkrankung nicht vorgesehen sind. Zudem ist anzumerken, dass die
283 Nichtraucherurse der Krankenkassen jährlich weniger als 0,04% aller erwachsenen Raucherinnen
284 und Raucher in Deutschland erreichen.³⁶

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

287 Bislang hat Deutschland nur zaghafte Schritte einer wirksamen Tabakkontrollpolitik einschließlich des
288 Aufbaus eines flächendeckenden Angebots wirksamer Ausstiegshilfen unternommen.

289 2004 hatte sich Deutschland mit Ratifizierung des internationalen WHO-Rahmenübereinkommen zur
290 Eindämmung des Tabakgebrauchs in Artikel 14 dazu verpflichtet, „Maßnahmen zur Verminderung
291 der Nachfrage im Zusammenhang mit Tabakabhängigkeit und der Aufgabe des Tabakkonsums“ zu
292 ergreifen. Das Rahmenübereinkommen nennt hierzu insbesondere

- 293 - die Erarbeitung und Verbreitung wissenschaftlicher Richtlinien,
- 294 - wirksame Maßnahmen zur Förderung der Aufgabe des Tabakkonsums und einer
295 angemessenen Behandlung der Tabakabhängigkeit,
- 296 - die Entwicklung und Umsetzung wirksamer Programme mit dem Ziel der Förderung der
297 Aufgabe des Tabakkonsums,
- 298 - die Einbeziehung von Diagnose und Behandlung der Tabakabhängigkeit und
299 Beratungsdiensten zur Aufgabe des Tabakkonsums in nationale Gesundheits- und
300 Bildungsprogramme, -pläne und -strategien,
- 301 - die Schaffung von Programmen zur Diagnose, Beratung, Vorbeugung und Behandlung der
302 Tabakabhängigkeit in Gesundheitseinrichtungen und Rehabilitationszentren,
- 303 - die Erleichterung des Zugangs zu bezahlbaren Behandlungen der Tabakabhängigkeit
304 einschließlich pharmazeutischer Produkte.³⁷

305 Wie unter Punkt 3 dargestellt wurde inzwischen zwar unter dem Dach der AWMF eine S3-Leitlinie
306 „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“ erstellt, jedoch mangelt es
307 weiterhin an entsprechenden heilkundlichen Behandlungsangeboten sowie an einer
308 Kostenübernahme für die Behandlung und Medikation im Rahmen der Gesetzlichen
309 Krankenversicherung (s. Pt. 4).

310 Im Rahmen des Kooperationsverbundes Gesundheitsziele.de wurde bereits vor einigen Jahren von
311 einer multidisziplinär besetzten Arbeitsgruppe aus Vertretern relevanter suchttherapeutischer
312 Verbände eine Bedarfsanalyse zur Reduktion des Tabakkonsums durchgeführt. Dabei wurden
313 Informationsdefizite über bestehende Angebote bei Tabakkonsumierenden wie auch bei
314 Therapeutinnen und Therapeuten, eine unzureichende Vernetzung bestehender Angebote, ein
315 Mangel an qualifizierten Therapeut:innen, Defizite in der Aus- bzw. Weiterbildung, das Fehlen

³⁶ GKV-Präventionsbericht 2022

Die ESA-Studie errechnet für das Jahr 2021 11,6 Mio. Raucherinnen und Raucher im Alter von 18-65-Jahren, während der GKV-Präventionsbericht für dasselbe Jahr 4.297 Teilnahmen GKV-Versicherter an suchtbezogenen Präventionsangeboten ausweist. Vorausgesetzt, dass die Teilnehmer jeweils nur einen Kurs pro Jahr genutzt haben und dies v.a. Nichtraucherurse gewesen sind, entspräche dieses Ergebnis einer Erreichungsquote von lediglich 0,037%.

³⁷ WHO (2003): Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)

316 einheitlicher Qualitätsmerkmale und eine unzureichende Finanzierung bestehender Angebote
317 identifiziert.

318 Zur Bewältigung der festgestellten Defizite wurde ein weitgesteckter Maßnahmenkatalog der
319 Prävention, Gesetzgebung und Therapie entwickelt, durch den der Einstieg in das Tabakrauchen
320 erschwert, der Ausstieg erleichtert und vor Passivrauchen geschützt werden kann. Zudem wurden
321 jeweils relevante gesellschaftliche Akteure zur Umsetzung der Einzelmaßnahmen benannt. Das auf
322 dieser Basis formulierte „Nationale Gesundheitsziel Tabakkonsum reduzieren“ wurde 2015
323 gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit konsentiert und anschließend publiziert.³⁸

324 Das Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ fand mit dem Präventionsgesetz von 2015 Eingang in
325 §20 Abs. 3 SGB V, womit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auferlegt wird, dieses im
326 Rahmen seiner Aufgabenwahrnehmung in der primären Prävention und Gesundheitsförderung zu
327 berücksichtigen.

328 Wie bereits dargestellt hat der Gesetzgeber mit dem am 11. Juni 2021 beschlossenen „Gesetz zur
329 Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“ zwar inzwischen die Weichen für eine
330 Kostenregelung für die medikamentöse Behandlung Tabakabhängiger im Rahmen der gesetzlichen
331 Krankenversicherung gestellt (s. Pt.4), jedoch fehlt es mehr als zwei Jahre danach noch immer an
332 einer entsprechenden Umsetzungsrichtlinie des G-BA. Damit ist weiterhin nicht geklärt, wer
333 zukünftig zum Kreis der anspruchsberechtigten Personen gehören soll, welche Medikamente für die
334 Behandlung zu Lasten der GKV verordnet werden können und welche Anforderungen zukünftig an
335 evidenzbasierte Programme zur Tabakentwöhnung gestellt werden und durch wen sie durchgeführt
336 werden können.

337 Trotz einzelner politischer und gesetzgeberischer Initiativen fehlt weiterhin ein konsistentes Konzept
338 zur Reduzierung des Tabakkonsums in der Bevölkerung.

339 Die WHO hat wiederholt darauf hingewiesen, dass eine spürbare Reduktion der Prävalenz
340 Rauchender nur dann erreicht werden kann, wenn entsprechende Maßnahmen in ein umfassendes
341 politisches Konzept zur Tabakkontrolle eingebunden sind.³⁹

342 Der „Europe’s Beating Cancer Plan“ der Europäischen Kommission fordert eine „Tabakfreie
343 Generation bis zum Jahr 2040“.⁴⁰ Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) hat hierzu
344 zusammen mit einem breiten Spektrum von Gesundheitsorganisationen eine Strategie für ein
345 Tabakfreies Deutschland 2040 erstellt, mit dem in einem Stufenprogramm eine Reduktion der
346 Raucherprävalenz auf weniger als 5% bis zum Jahr 2040 erreicht werden soll.⁴¹ Dieses Programm
347 basiert ebenfalls auf einem Policy-Mix, in dem Rauchende beim Rauchstopp unterstützt und eine
348 Kostenübernahme der Behandlung der Tabakabhängigkeit gewährleistet werden soll.

349 Konsens ist somit, dass medizinische und verhaltenstherapeutische Maßnahmen nur dann auf
350 Bevölkerungsebene wirksam werden können, wenn sie von verhältnisbezogenen Maßnahmen wie
351 umfassenden Werbeverboten für nikotinhaltige Konsumprodukte, einer wirksamen Besteuerung,

38

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziel_e/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Tabakkonsum_reduzieren.pdf

³⁹ WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER Package
<https://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/> (2008).

⁴⁰ https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf

41

(https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/2021_Strategie-fuer-ein-tabakfreies-Deutschland-2040_dp.pdf?m=1622221957&)

352 von gesetzlich geregelten Rauchverboten sowie umfassenden Präventionsmaßnahmen begleitet
353 werden.

354 **ad B Was benötigen wir in Deutschland für die Behandlung Rauchender?**

355 Das nachfolgend dargestellte Konzept zielt darauf ab, bestehende Angebote zur Tabakabstinenz zu
356 stärken, Lücken in der Versorgung zu schließen und somit Strukturen zu schaffen, durch die eine
357 flächendeckende Versorgung mit evidenzbasierten Behandlungsangeboten für Rauchende in
358 Deutschland geschaffen werden kann.

359 **ad 6. Durch Prävention und eine frühzeitige Behandlung Rauchender können** 360 **Folgeerkrankungen verhindert und die Sozialsysteme von Kosten entlastet werden**

361 Rauchstopp verbessert die Lebensqualität und rettet Lebensjahre. Eine wirksame Prävention auf
362 verhaltens- wie auch verhältnisbezogener Ebene kann einen frühzeitigen Einstieg in den
363 Tabakkonsum verhindern helfen und Rauchende zum Konsumausstieg bewegen, wodurch Kosten für
364 die Behandlung tabakbedingter Erkrankungen vermieden bzw. spürbar reduziert werden können⁴².
365 Die dafür aufzubringenden Mittel sind im Vergleich zu anderen medizinischen Maßnahmen wie der
366 medikamentösen Therapie der Koronaren Herzerkrankung sehr viel geringer⁴³. Hering et al.
367 untersuchten die ökonomischen Effekte einer verhaltenstherapeutischen Raucherentwöhnung bei
368 Patienten mit einer COPD. Dazu wurde eine Reduktion der Rauchenden-Quote von 26 % auf 16 %
369 angenommen. Unter Einbeziehung der Behandlungs- und Medikamentenkosten ergab sich eine
370 Absenkung der Behandlungskosten für die COPD um 10,5%, wobei reduzierte Kosten bei
371 Komorbiditäten noch nicht berücksichtigt waren.⁴⁴

372 **ad 7. Es muss ein flächendeckendes Netz an professionellen evidenzbasierten** 373 **Behandlungsangeboten für Rauchende im deutschen Gesundheitswesen geschaffen** 374 **werden**

375 Das deutsche Gesundheitswesen verfügt über ein weitgehend gut ausgebautes Netz an
376 niederschweligen Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung. Um diese für eine
377 qualifizierte Behandlung von Raucherinnen und Rauchern zu stärken, müssen zusätzliche finanzielle
378 Ressourcen für die Behandlung bereitgestellt und das Personal der Einrichtungen für diese Tätigkeit
379 verstärkt qualifiziert werden. Die Einrichtungen müssen gestufte Behandlungsangebote für
380 unterschiedliche Patientengruppen und individuelle Problemlagen entsprechend der Leitlinien-
381 Empfehlungen vorhalten („stepped-care“ Ansatz - s. Pt 3). Dies umfasst die Ansprache, Beratung und
382 Motivierung Rauchender sowie bedarfsabhängig ihre verhaltenstherapeutische und
383 pharmakologische Behandlung einschl. der Nachsorge und eines Rückfallmanagements.

⁴² Ekpu VU, Brown AK. The Economic Impact of Smoking and of Reducing Smoking Prevalence: Review of Evidence. *Tob Use Insights*. 2015 Jul 14;8:1-35. doi: 10.4137/TUI.S15628. PMID: 26242225; PMCID: PMC4502793.

⁴³ Parrott S, Godfrey C. Economics of smoking cessation. *BMJ*. 2004 Apr 17;328(7445):947-9. doi: 10.1136/bmj.328.7445.947. PMID: 15087348; PMCID: PMC390220.

⁴⁴ Hering T, Batra A, Mühlig S, Nowak D, Rütger T, Schwarzkopf L. Das Einsparpotenzial der Behandlungskosten bei COPD durch Rauchstopp – Modellierung für DMP COPD in Deutschland. *Pneumologie*. 2021 Aug;75(8):577-582. German. doi: 10.1055/a-1479-0876. Epub 2021 Jun 28. PMID: 34182578; PMCID: PMC8352717.

384 Da es sich beim schädlichen oder abhängigen Konsum um Krankheiten nach ICD F17.x handelt,
385 obliegt deren Behandlung approbierten Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen, die aufgrund von
386 §11 Abs. 1 Nr. 4 i.V. §27 SGB V regelhaft über die GKV finanziert werden muss.

387 Neben den bereits bestehenden internet- und telefongestützten Angeboten besteht für Ärztinnen
388 und Ärzten seit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) vom 19. Dezember 2019 auch die
389 Möglichkeit, die Behandlung Rauchender durch die Verordnung einer Digitalen
390 Gesundheitsanwendung (DiGA) zur Tabakentwöhnung zu unterstützen. Deren Kosten werden von
391 der GKV getragen, wenn das Programm zuvor in das DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgenommen
392 wurde. Verschiedene Studien und Metaanalysen konnten inzwischen zeigen, dass digitale
393 Anwendungen zum Rauchstopp die Erfolgsquote verbessern können.⁴⁵⁴⁶⁴⁷ DiGA sind für
394 Therapeuten/Ärzte und Rauchende ressourcenschonend anwendbar und können in der Behandlung
395 unterstützend und überbrückend sowie in der Nachsorge eingesetzt werden.

396 Nachdem das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) sich positiv zu einem Lungenkrebs-
397 Screening für Raucher:innen und ehemaligen Raucher:innen per Niedrigdosis-
398 Computertomographie⁴⁸ (CT) geäußert und das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) hierzu ebenfalls
399 eine positive Bewertung abgegeben hat⁴⁹, sind die wissenschaftlichen Voraussetzungen für eine
400 Aufnahme einer entsprechenden Früherkennungsuntersuchung in den Leistungskatalog der GKV
401 durch den GBA gegeben. Dabei soll eine Beratung zum Rauchstopp mit weitergehenden
402 Therapieangeboten Bestandteil dieser Leistung sein.⁵⁰ Es ist somit zu erwarten, dass nach einer
403 positiven Entscheidung des GBA der Bedarf an professionellen evidenzbasierten Rauchstopp-
404 Angeboten weiter zunehmen wird.

405 Für die Implementierung der Tabakentwöhnung in Gesundheitseinrichtungen steht ein auf
406 europäischer Ebene getestetes Instrument auf der Basis internationaler Standards zur Verfügung
407 [DNRfK]. Mit ihm werden alle relevanten Implementierungsfaktoren systematisch abgefragt und
408 Handlungsbedarfe identifiziert. Die Praktikabilität des Instruments für die Implementierung der
409 Tabakentwöhnung sowie das interne und externe Monitoring von Gesundheitseinrichtungen wurde
410 in Studien getestet und belegt.⁵¹⁵²

⁴⁵ Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y, Dobson R. Mobile phone text messaging and app-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Oct 22;10(10):CD006611. doi: 10.1002/14651858.CD006611.pub5. PMID: 31638271; PMCID: PMC6804292.

⁴⁶ Chu KH, Matheny SJ, Escobar-Viera CG, et al. Smartphone health apps for tobacco Cessation: A systematic review. *Addictive Behaviors.* 2021 Jan;112:106616. DOI: 10.1016/j.addbeh.2020.106616. PMID: 32932102; PMCID: PMC7572657.

⁴⁷ Bricker JB, Watson NL, Mull KE, Sullivan BM, Heffner JL. Efficacy of Smartphone Applications for Smoking Cessation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2020 Nov 1;180(11):1472-1480. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.4055. PMID: 32955554; PMCID: PMC7506605.

⁴⁸ IQWiG: Lungenkrebscreening mittels Niedrigdosis-Computertomografie. Abschlussbericht – 19.10.2020

⁴⁹ Bundesamt für Strahlenschutz (BfS): Lungenkrebsfrüherkennung mittels Niedrigdosis-Computertomographie - Wissenschaftliche Bewertung des Bundesamtes für Strahlenschutz gemäß § 84 Absatz 3 Strahlenschutzgesetz. August 2021; <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0221-2021082028027>

⁵⁰ Blum TG, Vogel-Claussen J, Andreas S et al.

Positionspapier zur Implementierung eines nationalen organisierten Programms in Deutschland zur Früherkennung von Lungenkrebs in Risikopopulationen mittels Low-dose-CT-Screening inklusive Management von abklärungsbedürftigen Screeningbefunden. *Pneumologie.* 2023 Oct 10. German. doi: 10.1055/a-2175-4580.

⁵¹ Mühlig S, Haorig F, Teumer G et al. German Network for Tobacco-Free Hospitals & Health-Care Services. *Gesundheitswesen* 2013; 75: e168–

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

413 In den Einrichtungen des Gesundheitswesens sollen alle Patientinnen und Patienten systematisch
414 und in geeigneter Weise nach ihrem Konsum von Tabak oder E-Zigaretten oder verwandten
415 Produkten befragt werden (s. auch Pt. 2). Eine leitliniengerechte Behandlung Rauchender umfasst –
416 neben einer geeigneten Diagnostik nach Fagerström-Test oder ICD-Kriterien - eine Kurzberatung über
417 die Folgen des Tabakkonsums und ihre Motivierung zu einem Rauchstopp. Aufhörwilligen
418 Raucherinnen und Rauchern sollen zunächst Angebote für niederschwellige Verfahren gemacht
419 werden. Bei Bedarf nach einer intensiveren Behandlung sollen eine verhaltenstherapeutisch
420 orientierte Einzel- oder Gruppenbehandlung oder eine begleitende Psychotherapie angeboten
421 werden, die medikamentös unterstützt werden können („stepped-care“ Ansatz).

422 Die Empfehlungen der S3-Leitlinie müssen zum Behandlungsstandard in den ambulanten und
423 stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens werden. Hierfür müssen in diesen die
424 erforderlichen Strukturen zu ihrer Umsetzung geschaffen werden.

425 ad 9. Die ambulante Behandlung Rauchender muss verbessert werden

426 Die haus- und fachärztlichen Praxen sind für die meisten Rauchenden die erste Anlaufstelle bei
427 gesundheitlichen Problemen. Daher sind sie ein geeigneter Ort, um das Rauchen selber sowie
428 bereits eingetretene Folgeerkrankungen zu thematisieren und zu einer Rauchstopp-Behandlung zu
429 motivieren. Das in den Praxen tätige medizinische Fachpersonal muss für das Thema sensibilisiert
430 und für eine entsprechende Ansprache Betroffener qualifiziert werden. Die Abklärung des
431 Raucherstatus muss auch hier zu einem festen Bestandteil der Anamneseerhebung werden. Auch
432 nicht motivierte Rauchende müssen standardisiert eine Kurzberatung - z.B. nach dem ABC Schema⁵³ -
433 erhalten und über Angebote der telefonischen und internetgestützten Raucherberatung,
434 Selbsthilfematerialien und regionale Kursangebote informiert und bei Bedarf an geeignete Angebote
435 weitervermittelt werden.⁵⁴

436 Praxen, die über ein für die Tabakentwöhnung qualifiziertes Personal verfügen⁵⁵, sollen ein
437 umfassendes Behandlungskonzept für Rauchende anbieten, das - abhängig von der individuellen
438 Problemlage des Patienten oder der Patientin entsprechend der Leitlinien-Empfehlungen - eine
439 medikamentöse Behandlung und verhaltenstherapeutische Einzel- oder Gruppenangebote wie auch
440 Psychotherapie umfassen kann. Letztere kann entweder in der Praxis selber oder in Kooperation mit
441 niedergelassenen Psychotherapeut:innen durchgeführt werden.

442 Für die Behandlung abhängig Rauchender können regionale Schwerpunktpraxen geschaffen werden.
443 Bisher gibt es nur einzelne große ambulante Entwöhnungszentren wie z. B. an der TU Chemnitz, am

e174 doi:10.1055/s-0032-1333221

⁵² Martinez C, Fu M, Martinez-Sanchez JM et al. Tobacco control policies in hospitals before and after the implementation of a national smoking ban in Catalonia, Spain. BMC Public Health 2009; 9: 160
doi:10.1186/1471-2458-9-160

⁵³ Kastaun, S., et al., Training general practitioners in the ABC versus 5As method of delivering stop-smoking advice: a pragmatic, two-arm cluster randomised controlled trial. ERJ Open Res, 2021. 7(3).

⁵⁴ s. auch Konzept der Bundesärztekammer 2020: Stärkung der ärztlichen Primärprävention in der hausärztlichen Versorgung

⁵⁵ Die Landesärztekammern bieten auf Grundlage des Curriculums „Ärztlich begleitete Tabakentwöhnung“ eine insg. 28-std. Qualifikation für Ärztinnen und Ärzte an. (s. BÄK 2022: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Fortbildung/BAEK-Curricula/BAEK-Curriculum_AErztlich_begleitete_Tabakentwoehnung.pdf)

444 Universitätsklinikum Tübingen, an der LMU München, am Klinikum Nürnberg oder am Vivantes-
445 Klinikum Neukölln in Berlin.

446 Eine gestufte ambulante Behandlung Rauchender setzt eine entsprechende Anpassung des EBM für
447 die damit verbundenen medizinischen und verhaltenstherapeutischen Leistungen, eine Änderung
448 des §27 Abs. 2 Nr. 1a der Psychotherapie-Richtlinie hinsichtlich eines Einbezugs der
449 Nikotinabhängigkeit sowie eine Erstattung der für die Tabakentwöhnung erforderlichen
450 Medikamente durch die GKV voraus.

451 Exkurs 3: Beispielhafte Versorgungsangebote und Vergütungsregelungen auf regionaler 452 Ebene

453 Nach § 73b SGB V müssen die Krankenkassen ihren Versicherten Verträge zur hausärztlichen
454 Versorgung anbieten, die dem hausärztlichen Versorgungsbedarf im besonderen Maße gerecht
455 werden sollen. In verschiedenen Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung nach §73b SGB V
456 werden präventive und Gesprächsleistungen bereits gestärkt.

457 In einigen dieser Verträge wurden z.B. Pauschalen für eine umfassende Gesundheitsuntersuchung,
458 Pauschalen für besonders intensive Gesprächsleistungen oder Betreuungspauschalen für chronisch
459 kranke Patient:innen geschaffen, die über die üblichen GKV-Leistungen hinausgehen⁵⁶ und sich auch
460 für die Beratung und Behandlung Rauchender einsetzen lassen.

461 Der Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg zwischen der AOK Baden-
462 Württemberg und der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG) beinhaltet z.B. als Teil des
463 „Check 18+“ ein eigenes Vorsorgethema Rauchen mit strukturierten Materialien für die
464 Raucherberatung wie den Fagerström-Test oder eine Übersicht zur Anwendung der 5As „als
465 minimale Intervention zur Unterstützung bei Abhängigkeitserkrankungen“.⁵⁷

466 Einige Selektivverträge in der ambulanten pneumologischen Versorgung richten sich an Rauchende,
467 die bereits tabakassoziierte Begleiterkrankungen aufweisen:

468 Die AOK PLUS und der Berufsverband der Pneumologen in Sachsen e. V. haben in Kooperation mit
469 der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen auf Basis von § 43 SGB V („Ergänzende Leistungen zur
470 Rehabilitation“) einen Vertrag zur Durchführung des Tabakentwöhnungsprogramms "Rauchfrei
471 durchatmen“ geschlossen. Der Vertrag wurde inzwischen auch auf das Bundesland Thüringen
472 ausgeweitet. Das Programm richtet sich an Versicherte der AOK PLUS, die das 18. Lebensjahr erreicht
473 haben und länger als acht Wochen an einem chronischen Raucherhusten, an einer chronischen
474 Bronchitis oder an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) sowie deren Vor- oder
475 Frühformen leiden. Inzwischen ist auch die IKK classic in Sachsen dem Vertrag beigetreten.

476 Das Programm beinhaltet eine fachärztliche Diagnostik und eine umfassende Beratung, an die sich
477 ein Gruppen-Intensivkurs mit drei Schulungsterminen (á 120 Minuten) anschließt, der sich über zwei
478 bis drei Monate erstreckt. Hierauf folgt ein zweites Arztgespräch. Die Teilnehmer können bis zu zwölf
479 Monate nach Kursende telefonisch durch ihre pneumologische Praxis nachbetreut werden, um

⁵⁶ siehe z.B. Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung zwischen AOK Rheinland/Hamburg
und dem Hausärzterverband Nordrhein e.V.
https://www.hausaerzteverband.de/fileadmin/user_upload/2023_07_01_Anlage_3_AOK_RH_NO_final_Stand_25.05.2023.pdf

⁵⁷

https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/Aerzte_Psychotherapeuten/Vertraege_Vereinbarungen/Hausarztzentrierte_Versorgung/Baden-Wuerttemberg/bw_gesamtvertrag_hzv_ohne_anlage_17.pdf

hier insb.: Anhang 9.2 zu Anlage 12

480 Rückfälle zu vermeiden bzw. diese therapeutisch aufzuarbeiten. Am Ende des Programms steht ein
481 ärztliches Abschlussgespräch. Das ärztliche Erstgespräch wird mit 50 € vergütet, das Folge- und
482 Abschlussgespräch mit 35 €, jeweils inkl. CO-Messung. Pro Schulungseinheit können pro Person 75 €
483 abgerechnet werden. Bis zu drei Einheiten können innerhalb von 26 Quartalen beansprucht werden.
484 Zusätzlich sind bis zu sechs telefonische Beratungen zur Kursbegleitung oder Nachbetreuung für je 12
485 € abrechnungsfähig. Aufgrund der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen können allerdings auch
486 in diesem Programm bislang keine Präparate zur Tabakentwöhnung erstattet werden.

487 Im Rahmen des nach § 140a SGB V zwischen der AOK Baden-Württemberg, der Bosch-BKK und dem
488 Mediverbund geschlossenen „Selektivvertrags Pneumologie“⁵⁸ werden eine intensivierete Einzel-
489 Beratung zum Rauchstopp bei Asthma/COPD oder sonstigen Erkrankungen, eine Psychoedukative
490 Gruppenschulung zum Rauchstopp, eine Raucherberatung in der Arztpraxis als Einzeltherapie sowie
491 eine Raucherberatung in der Arztpraxis als Gruppentherapie vergütet.

492 Strukturierte Behandlungsprogrammen nach § 137f dienen der verbesserten Versorgung chronisch
493 Kranker. In ihnen soll die Behandlung „nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft
494 unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren
495 Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors“ erfolgen (§137f Abs. 2 Nr.1
496 SGB V). Raucherberatung bzw. Tabakentwöhnung sind Bestandteil der Disease Management
497 Programme (DMP) für koronare Herzerkrankungen, Diabetes mellitus I, Asthma bronchiale und
498 Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen.

499 In den DMP-Verträgen, die die regionalen Krankenkassen mit den Leistungserbringern zur
500 Durchführung der DMP schließen, werden die Leistungen auf Grundlage der DMP-Anforderungen-
501 Richtlinie des G-BA konkretisiert. Aufgrund eines Urteils des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg
502 (AZ: L 9 KR 309/12 KL)⁵⁹ können bislang auch in diesen Programmen keine Medikamente zur
503 Tabakentwöhnung zu Lasten der GKV verordnet werden.

504 Im DMP-Bayern Asthma-Vertrag umfasst die Raucherberatung bzw. Tabakentwöhnung bei Asthma
505 bronchiale intensivierete Beratungsgespräche in der Gruppe (6 – 12 Patienten, pro Einheit 60 min,
506 max. 9 Einheiten à 25,00 €) sowie anschließend zwei Telefontermine von je 10 min (12,50 € pro
507 Telefontermin und Patient) sowie Sachkosten für Schulungsunterlagen in Höhe von 20,00 €.⁶⁰

508 ad 10. Die Ansprache Rauchender muss im Rahmen stationärer Behandlungen gestärkt 509 werden

510 Nach einer Untersuchung in deutschen Gesundheitseinrichtungen rauchen 36,9 % aller stationären
511 Patienten.⁶¹

512 Nach den Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening,
513 Diagnostik und Behandlung“ sollen evidenzbasierte Interventionen zur Förderung des Rauchstopps in
514 allen Einrichtungen des Gesundheitswesens und somit auch in Krankenhäusern systematisch
515 implementiert und Bestandteil von Qualitätszielen werden.

⁵⁸ <https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/aok-bw-bosch-bkk-pneumologie/>

⁵⁹ LSG der Länder Berlin und Brandenburg, Urteil vom 27.05.2015 - L 9 KR 309/12 KL

⁶⁰ Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. www.kvb.de. Schreiben an DMP Ärzte vom 12.04.2019 und Anlage)

⁶¹ Guertler, D., et al., Proactive multipurpose health risk screening in health care settings: Methods, design, and reach. *Int J Methods Psychiatr Res*, 2019. 28(1): p. e1760

516 Wenngleich die meisten Rauchenden den Wunsch haben, den Tabakkonsum zu beenden, und ein
517 stationärer Aufenthalt besonders gute Möglichkeiten der Ansprache und Motivierung für eine
518 Tabakentwöhnung bietet, wird diese jedoch bislang kaum angeboten.

519 Dabei zeigt eine Cochrane-Analyse, dass für Rauchstopp-Interventionen, die im Krankenhaus
520 begannen und nach der Entlassung mindestens einen Monat lang fortgesetzt wurden, ein
521 signifikanter Effekt für die Abstinenz sechs Monate poststationär nachweisbar war (RR 1,37; 95%-KI
522 1,27-1,48). Auch zeigte sich, dass eine Nikotinersatztherapie die Effektivität zusätzlich zu steigern
523 vermochte (RR 1,54; 95%-KI 1,34-1,79). Neuere Studien und Übersichten zum Thema unterstützen
524 das Ergebnis des Cochrane-Reviews⁶².

525 In aktuellen Arbeiten wurde ebenfalls der Frage nachgegangen, welche Faktoren den Outcome einer
526 stationär begonnenen Entwöhnung begünstigen. Dabei zeigen insbesondere multimodale
527 Interventionen unter Einsatz verschiedener verhaltenstherapeutischer Techniken in Verbindung mit
528 einer medikamentösen Unterstützung während der Entzugsphase sowie einer entsprechender
529 Ressourcen-Unterstützung gute Ergebnisse. Zudem war eine Koppelung des Angebots der
530 Tabakentwöhnung an die Leistungsvergütung von Kliniken wirksam. Innerhalb von drei Jahren
531 verdoppelte sich so z.B. die Anzahl der an Tabakentwöhnungsprogrammen teilnehmenden
532 Patienten:innen (33,7 % in 2011 vs. 62,8% in 2013) sowie die Anzahl der Kliniken, die sich am
533 Programm beteiligten (76% in 2009 auf 96% in 2013).⁶³ Die Evidenz einer stationär eingeleiteten
534 Tabakentwöhnung bei hospitalisierten Patienten:innen wurde in einem aktuellen Positionspapier von
535 10 deutschen medizinischen Fachgesellschaften bewertet⁶⁴. Auch im Rahmen der Rehabilitation
536 zeigen strukturierte Tabakentwöhnungsprogramme eine gute Wirksamkeit.⁶⁵

537 Ergänzend zur stationären Behandlung müssen die erforderlichen Überleitungsstrukturen in eine
538 nachfolgende ambulante Weiterbehandlung geschaffen werden. Auch diese muss sich an den in der
539 S3-Leitlinie dargestellten Standards orientieren. Sie kann durch verschiedene fachlich qualifizierte
540 Personen oder Einrichtungen erfolgen oder auch durch Telefon-Quitlines, qualitätsgesicherte
541 Internetangebote oder digitale Gesundheitsanwendungen gestützt werden.⁶⁶

542 In einem aktuellen Positionspapier der Taskforce Tabakentwöhnung der Deutschen Gesellschaft für
543 Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) findet sich eine Zusammenfassung der relevanten
544 Studienergebnisse zu einer in einer stationären Einrichtung initiierten Tabakentwöhnung.⁶⁷

545 Über das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) wurde bereits 2016 der OPS 9-501
546 „Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung“ in den OPS-Katalog aufgenommen,

⁶² Shoesmith A, Hall A, Wolfenden L et al. Barriers and facilitators influencing the sustainment of health behaviour interventions in schools and childcare services: a systematic review. *Implement Sci.* 2021 Jun 12;16(1):62. doi: 10.1186/s13012-021-01134-y. PMID: 34118955; PMCID: PMC8199827.

⁴⁸ Amaral LMD, Macedo A, Lanzieri IO et al. Promoting cessation in hospitalized smoking patients: a systematic review. *Rev Assoc Med Bras (1992)* 2020; 66: 849–860 doi:10.1590/1806-9282.66.6.849

⁶³ Mullen KA, Walker KL, Hobler LA et al. Performance Obligations to Improve Delivery of Hospital-Initiated Smoking Cessation Interventions: A Before-and-After Evaluation. *Nicotine Tob Res* 2021; 23: 77–84 doi:10.1093/ntr/ntz186

⁶⁴ Raspe M, Bals R; Bölükbas S et al. Tabakentwöhnung bei hospitalisierten Patienten:innen – Stationär einleiten, ambulant fortführen. *Pneumologie* 2023, 77, 341–349, <https://doi.org/10.1055/a-2071-8900>.

⁶⁵ xxxxx

⁶⁶ DGP- Task Force Tabakentwöhnung (2023): Positionspapier Tabakentwöhnung bei hospitalisierten Patienten:innen – Stationär einleiten, ambulant fortführen.

⁶⁷ DGP- Task Force Tabakentwöhnung (2023): Positionspapier Tabakentwöhnung bei hospitalisierten Patienten:innen – Stationär einleiten, ambulant fortführen.

547 ohne dass für diese jedoch eine Abrechnungsmöglichkeit hinterlegt wurde.⁶⁸ Wie Beispiele aus
548 anderen klinischen Handlungsfeldern zeigen, bestünde für das Bundesministerium für Gesundheit die
549 Möglichkeit, dem InEK die Festsetzung eines entsprechenden Zusatzentgelts für diese stationäre
550 Leistung anzuordnen.

551 Inzwischen könnten auch Qualitätsverträge nach §110a SGB V zur Finanzierung einer stationären
552 Beratung und Behandlung genutzt werden, die zwischen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen
553 von Krankenkassen mit dem Krankenhausträger geschlossen werden. Der Gemeinsame
554 Bundesausschuss definiert hierzu entsprechende Leistungen oder Leistungsbereiche. Der von der
555 Deutschen Krankenhausgesellschaft gestellte Antrag zur Aufnahme eines Leistungsbereichs
556 „Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit“ wurde am 21. Juli 2022 vom G-BA positiv
557 beschlossen. Für dessen Umsetzung in Qualitätsverträgen muss vom Institut für Qualitätssicherung
558 und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zunächst noch ein entsprechendes
559 Evaluationskonzept erstellt werden. Das starre Fallpauschalensystem in der Krankenhausfinanzierung
560 soll zukünftig um eine Vorhaltepauschale ergänzt werden. Dadurch könnte sich die Möglichkeit
561 eröffnen, diese Pauschalen über Qualitätsziele auch zur stationären Behandlung des Tabakkonsums
562 einzusetzen und damit zu einer flächendeckenden Sicherstellung dieses Versorgungsangebots
563 beizutragen.

564 ad 11. Nichtraucherurse und Suchtberatungsstellen erfüllen wichtige Aufgaben in der 565 Prävention und Nachsorge

566 §20 SGB V definiert die Leistungen der Krankenkassen „zur Verhinderung und Verminderung von
567 Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten
568 gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung)“ (§20 Abs. 1 SGB V).

569 Die darunter von den Krankenkassen angebotenen Nichtraucherurse können somit nur präventive
570 Funktionen zur Beendigung eines Rauchverhaltens wahrnehmen, das auf der Basis von ICD-10 noch
571 nicht als Krankheitsentität klassifizierbar ist, oder stützende Funktionen zur Begleitung oder
572 Nachsorge einer medizinischen Behandlung übernehmen.

573 Suchtberatungsstellen können eine Erstansprache Rauchender sicherstellen und zu ihrer Motivierung
574 für eine Behandlung beitragen. Zudem können sie ebenfalls stützende Aufgaben in der Nachsorge
575 übernehmen.

576 Fazit

577 Für eine wirksame Behandlung Rauchender, die die Problemlagen unterschiedlicher Rauchergruppen
578 berücksichtigt und eine Behandlung im Sinne eines „stepped-care“-Ansatzes ermöglicht, müssen die
579 verschiedenen Versorgungsebenen im ambulanten und stationären Bereich gestärkt, miteinander
580 vernetzt und weiter ausgebaut werden.

581 Die haus- und fachärztlichen Praxen müssen flächendeckend für ein Screening, eine diagnostische
582 Abklärung von Rauchenden, eine Kurzberatung und ggfl. Weitervermittlung qualifiziert und
583 ausgestattet werden. Sie müssen eng vernetzt mit regionalen Fachangeboten zusammenarbeiten,
584 um an diese weitervermitteln zu können. Sie müssen eine zielgruppengerechte Versorgung durch
585 entsprechende Kooperationen sicherstellen können. Ihre Basisleistungen müssen im EBM abgebildet
586 werden.

⁶⁸ <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/erwopshtml21/index.htm?g9-40.htm+>

587 Abhängig Rauchende oder solche mit schädlichem und abhängigem Konsum gemäß ICD-10 bedürfen
588 einer suchtttherapeutischen Behandlung, die je nach individueller Problemlage medikamentös
589 und/oder verhaltens-/psychotherapeutisch begleitet oder durch Gruppenprogramme, DiGAs oder
590 Telefonberatung unterstützt wird. Hierfür qualifizierte Praxen sollen die erforderliche Behandlung
591 selber anbieten oder mit ergänzenden Angeboten vernetzt zusammenarbeiten. Ihr
592 Behandlungsangebot muss auch die besonderen Bedürfnisse verschiedener Zielgruppen (alters-,
593 kultur- und gendersensible Angebote, Berücksichtigung von somatischen und psychischen
594 Störungen/Begleiterkrankungen, Angebote für Schwangere) berücksichtigen. Eine adäquate
595 Abbildung ihrer Behandlungsangebote als heilkundliche Regelleistung im EBM muss sichergestellt,
596 zudem erforderliche Medikationen zur Tabakentwöhnung zeitlich unabhängig zu Lasten der GKV
597 erstattet werden. Die Psychotherapierichtlinien sind um die Indikation der Nikotin-
598 Tabakabhängigkeit im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Kurzzeittherapie bzw. in
599 Ausnahmefällen Langzeittherapie zu ergänzen.

600 Regional sollen Schwerpunktpraxen bzw. Entzugs-/Entwöhnungsambulanzen/-zentren für abhängig
601 erkrankte Rauchende mit besonderem Behandlungsbedarf eingerichtet und entsprechend personell
602 ausgestattet werden.

603 Rauchende, deren Nikotinkonsum noch nicht die Kriterien des ICD-10 erfüllt und die noch keine
604 behandlungsbedürftigen tabakassoziierten Begleit- oder Folgeerkrankungen aufweisen, sollen in den
605 Einrichtungen des Gesundheitswesens zum Rauchstopp motiviert werden. Bei entsprechender
606 Motivation sollen ihnen präventive Gruppenprogramme, eine begleitende Medikation sowie
607 Beratungsangebote von Suchtberatungsstellen oder Selbsthilfematerialien angeboten werden.

608 Krankenhäuser sollen regelhaft rauchende Patienten identifizieren, diagnostizieren und für einen
609 Rauchstopp motivieren und diesen stationär einleiten. Sie müssen hierzu mit geeigneten ambulanten
610 Einrichtungen der Region zusammenarbeiten, um eine poststationäre Überleitung in diese
611 sicherstellen zu können. Hierfür sollen ihnen die entsprechenden Vorhaltungskosten erstattet und
612 Leistungen vergütet werden. Nikotinentwöhnungsmittel müssen dabei zu Lasten der GKV eingesetzt
613 werden können.

614 Die Behandlung eines schädlichen Substanzkonsums oder einer Abhängigkeitserkrankung gemäß ICD-
615 10 ist eine genuin ärztliche bzw. psychotherapeutische Aufgabe. Personen mit suchtttherapeutischer
616 Qualifikation sollen in die zielgruppenspezifische Ansprache und Motivationsarbeit bzw.
617 psychotherapeutisch orientierten Behandlung eingebunden werden.

618 Alle Einrichtungen, die eine qualifizierte Behandlung Rauchender anbieten, müssen die
619 Behandlungsstandards gemäß der S3-Leitlinie erfüllen. Ihre Mitarbeitenden müssen entsprechend
620 qualifiziert und die erbrachten Leistungen gegenfinanziert werden. Die Einrichtungen müssen eine
621 Prozessqualität (Dokumentation, Qualitätsmanagement, Supervision/Fortbildung, Vernetzung und
622 Kooperation) sicherstellen, die auch die Nachbetreuung und ein Rückfallmanagement sowie die
623 Erstellung von Katamnesen umfasst.

624 Seitens des Gesetzgebers bzw. der Partner im Gesundheitswesen muss eine vollumfängliche
625 Gegenfinanzierung von Tabakentwöhnungsangeboten sichergestellt werden. Studien zeigen, dass
626 hierdurch die Inanspruchnahme verdreifacht und der Abstinenzserfolg um 77% verbessert werden
627 kann.⁶⁹

628

⁶⁹ van den Brand FA, Nagelhout GE, Reda AA, Winkens B, Evers SMAA, Kotz D, van Schayck OC. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Sep 12;9(9):CD004305. doi: 10.1002/14651858.CD004305.pub5. PMID: 28898403; PMCID: PMC6483741.

- 629 ***Das vorliegende Papier wurde erstellt durch die Mitglieder der AG Tabakentwöhnung des ABNR:***
- 630 Dr. Wilfried Kunstmann – ehem. Leiter des Bereichs Sucht&Drogen/Prävention der
631 Bundesärztekammer, wiss. Beirat des ABNR (AG-Leitung / Schriftführung)
- 632 Prof. Dr. Wulf Pankow - Vorstandsmitglied des Aktionsbündnis Nichtrauchen (ABNR), Vertreter der
633 Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin im ABNR, ehemaliger Chefarzt der
634 Abteilung für Pneumologie am Vivantes-Klinikum Neukölln (stv. AG-Leitung)
- 635 Prof. Dr. med. Stefan Andreas, Facharzt für Innere Medizin, Ärztlicher Leiter der Lungenfachklinik
636 Immenhausen, Zentrum Innere Medizin der Georg-August-Universität Göttingen.
- 637 Prof. Dr. Anil Batra - Stellv. Ärztlicher Direktor, Leiter der Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung
638 des Universitätsklinikums Tübingen, wiss. Beirat des ABNR
- 639 Prof. Dr. Stephan Mühlig – Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Leiter der
640 Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Technischen Universität Chemnitz
- 641 Dr. med. Alexander Rupp - Internist, Pneumologe, Allergologe, Suchtmediziner. Pneumologische
642 Praxis im Zentrum Stuttgart. Leiter der AG Tabakentwöhnung im Bundesverband der Pneumologie,
643 Schlaf- und Beatmungsmedizin.
- 644 Christa Rustler – Geschäftsführerin Health Care Plus UG - Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser
645 & Gesundheitseinrichtungen (DNRfK) e.V.
- 646