

Abstract

Die Abhängigkeitserkrankung von Tabak ist kein Life Style-Problem

- Die Behandlung der Abhängigkeitserkrankung ist derzeit (anders als bei der Behandlung von der Alkoholabhängigkeit) sowohl von der medikamentösen als auch psychotherapeutischen Behandlung ausgeschlossen. Diese Position entspricht nicht dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis und widerspricht den Qualitätsansprüchen an das Gesundheitswesen.
- Wir setzen uns für eine Implementierung von heilkundlichen, medikamentösen und präventiven Einzelmaßnahmen ein, die im Rahmen einer bedarfsgerechten Tabakabhängigkeitsbehandlung zum Einsatz kommen sollen.
- Die Evidenz und Kosteneffizienz einer Tabakentwöhnungs- und -abhängigkeitsbehandlung ist wissenschaftlich bewiesen und wird von den medizinischen Fachgesellschaften in ihren Leitlinien empfohlen und bereits in anderen Ländern angewendet

Konkreter Lösungsvorschlag:

Der Gesetzgeber ist gefordert, in §34 SGB V die Begriffe „zur Rauchentwöhnung“ zu streichen und eine bedarfsgerechte Behandlung nach wissenschaftlichen Standards in die Wege zu leiten.

Anhang

Kosten, Nutzen und Evidenz ambulanter Tabakabhängigkeitsbehandlungen

A. Angestrebte Maßnahme

Wir setzen uns für die Implementierung der ambulanten Tabakabhängigkeitsbehandlung in der Krankenversorgung ein durch

- a) die Aufnahme einer verhaltenstherapeutischen Tabakabhängigkeitsbehandlung in die Regelversorgung durch entsprechende Ergänzung in § 27 Abs. 2 Nr. 1a PT-RL und die Stärkung der ambulanten Therapie gegenüber stationären Angeboten,
- b) die Stärkung der ambulanten (fach-)ärztlichen Tabakabhängigkeits- und -entwöhnungsbehandlung im Rahmen einer nachgewiesenen suchtherapeutischen Fachexpertise,
- c) die Zulassung von Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung und die Aufhebung des Verbots in § 34 Abs. 1 S. 4 SGB V,
- d) die Kostenübernahme für eine leitlinienorientierte Tabakentwöhnung im Rahmen weiterer DMPS sowie die flächendeckende Übernahme evaluierter Modellprojekte zur Tabakentwöhnung im Rahmen des § 20 und des § 43 SGB V.

B. Begründung

Die Behandlung der Tabakabhängigkeit wird in der Gesetzlichen Krankenversicherung lediglich als Maßnahme bewertet, bei der die „Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht“ (§ 34 SGB V). Entsprechend wird auch die Tabakentwöhnungstherapie nicht als Behandlungsverfahren nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie bewertet (z.B. BSG-Urteils vom 28.04.2004 (B 6 KA 125/03 B)).

Diese Bewertung ist angesichts der eindeutigen Evidenzen wissenschaftlich nicht mehr haltbar und angesichts der erheblichen gesamtgesellschaftlichen Folgekosten und Folgeerkrankungen nicht mehr vertretbar. Im Übrigen lassen sich Differenzierungen zwischen Tabakabhängigkeit und anderen Stoffabhängigkeiten nicht begründen.

Krankheitskosten Raucher	27.315,88 Mio
Krankheitskosten durch passives Rauchen	1.095,06 Mio
Krankheitskosten Kinder passiv	239,05 Mio
Pflegekosten	692,79 Mio
Rehabilitationsmaßnahmen	543,61 Mio
Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben	151,57 Mio
Ressourcenverlust durch Mortalität	22.925,67 Mio
Langfristige Arbeitslosigkeit	16.563,96 Mio
Erwerbsminderung	6.541,17 Mio
Pfleg	803,24 Mio
Reha	785,18 Mio

¹ <https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Tabakatlas-2015-final-web-dp-small.pdf>

Prävalenz

Hier werden die Personen fokussiert, die unter einer ICD 10 Diagnose F17.2, also einer Tabakabhängigkeitserkrankung leiden. Nach Daten des Mikrozensus aus dem Jahr 2017 rauchte in Deutschland ein Anteil von 22,4% der deutschen Gesamtbevölkerung über dem 15. Lebensjahr. Der Raucheranteil betrug bei Frauen 19% und bei Männern 26% (Statistisches Bundesamt 2018).

Derzeit gibt es in Deutschland ca. 20 Millionen Raucher, davon sind ca. 10 Millionen abhängig, von diesen 10 Millionen sind ungefähr 5% aufhörbereit. Den meisten Rauchern (76%) gelingt der Ausstieg ohne zusätzliche Hilfen, oft allerdings sehr spät, nachdem bereits Folgeerkrankungen eingetreten sind. (Vgl. DKFZ, P. 3.5.) ¹

Derzeitige Krankheitskosten

Aus dem Sucht- und Drogenbericht von 2019 wird auch deutlich, dass die wirtschaftlichen Folgekosten des Rauchens im Vergleich von 2008 – 2012 um 19,3% gestiegen sind. Insgesamt sind 14,6% der Gesamtausgaben im Gesundheitssektor durch das Tabakrauchen verursacht. Ein Anstieg ist sowohl bei den direkten als auch den indirekten Kosten zu verzeichnen, die durch eine adäquate Behandlung drastisch gesenkt werden können.

Folgende derzeitige Gesundheitskosten sind (entnommen aus dem Sucht- und Drogenbericht²) in € aufgelistet:

² https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien/dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2019/2019_IV.Q/DSB_2019_mj_barr.pdf S. 43/44ff

Evidenz einer Behandlung

Im Rahmen der bisherigen Tabakentwöhnung gilt:

„Die Aufhorraten des Tabakrauchens sind in Deutschland leider immer noch sehr niedrig. (...) Mehrere epidemiologische Studien belegen, dass weniger als 10 % der ehemaligen Raucher beim Konsumstopp Gebrauch von den existierenden Entwöhnungshilfen machten (Kraus & Augustin, 2001; Meyer, Rumpf, Hapke & John, 2000; Nelson & Wittchen, 1998)“.

Dies ist bedauerlich, weil die Wirksamkeit der Tabakentwöhnungstherapie durch zahlreiche randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) und über 40 Cochrane-Metaanalysen nachgewiesen ist und in die einschlägigen Leitlinien zur Behandlung der Tabakabhängigkeit sowie die Beschlüsse und Empfehlungen des IQWiG und des Gemeinsamen Bundesausschusses Eingang gefunden hat (Vgl. u.a. S – 3 Leitlinie³). Dies gilt insbesondere für die Interventionen Verhaltenstherapie und pharmakologische Behandlung).

Durch Cochrane Systematic Reviews (Goldstandard der klinischen Wirksamkeitsforschung) ist belegt, dass eine vollfinanzierte Tabakentwöhnung die Abstinenzwahrscheinlichkeit um 77% steigert.

Kosten und Nutzen der Maßnahmen

Zum Nutzen: Langfristige Tabakabstinenz ist mit einem enormen Gesundheitseffekten und

damit Einsparpotenzial für das Gesundheitswesen verbunden. Allein die jährlichen Behandlungskosten eines COPD-Ptn. des Schweregrades I (GOLD) in Deutschland übersteigen die mittleren Kosten der einmaligen Raucherkurskosten um das ca. das Doppelte. In Stufe 2 betragen die direkten Kosten je Patienten und Jahr rund 800 €, in Stufe 3 bereits das Doppelte und in Stufe 4 schließlich weit über 5.000 €. Gelingt durch einen rechtzeitigen Rauchstopp eine Abschwächung der Progredienz, d.h. eine Verhinderung oder Verzögerung des Switches zum nächsthöheren Schweregrad bspw. von 2 auf Stufe 3 entspräche das pro Patienten einer Einsparung von 800 € jedes Jahr.

Bei einem Gesamtpotenzial von geschätzt rund 500.000 aufhörbereiten Rauchern ist davon auszugehen, dass davon rund 76 Prozent (rund 380.000 Personen) keine weiteren Hilfestellungen benötigen. Hierbei handelt es sich nicht um Jahreswerte, sondern um das Gesamtpotenzial. Von den verbleibenden rund 120.000 Personen nutzen derzeit ausweislich des Präventionsberichts 2020⁴ bundesweit weniger als 8.000 Teilnehmer Kurse zur Tabakentwöhnung.

Von dieser Zahl ausgehend bewerten wir die Kosten für eine stufenweise Erweiterung des Leistungsangebotes als eher gering. Modellversuche wie die ATEMM-Studie⁵ belegen dass die Inanspruchnahme professioneller Tabakentwöhnungskurse mit ärztlich begleiteter verhaltenstherapeutischer Entwöhnungsgruppe sowie Verordnung von Arzneimitteln mit

³ https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006k_S3_Rauchen-_Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-01.pdf

⁴ Präventionsbericht 2020 des GKV-SV und des MDS, <https://www.gkv->

[spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2020_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf](https://www.spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2020_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf)

⁵ ATEMM-Studie, <https://www.tu-chemnitz.de/hsw/psychologie/professuren/klinpsy/forschung/ATEMM/>

Einzelkosten von rund 600 EURO p.P durchgeführt werden können. Nur ein Teil der besonders abhängigen Patient*innen benötigte psychotherapeutische

Kurzzeitgruppentherapieangebote (z.B. KZT2 mit minimaler Sprechstunde und max. 25 Therapiestunden mit Einzelkosten von rund 1.700 EURO).



Hendrikje ter Balk, Suchttherapeutin

h.terbalk@kwb-stiftung.de

Dr. Stephan Porten,
Rechtsanwalt / Fachanwalt für
Medizinrecht

stephan.porten@inmove-legal.de

Unter Mitwirkung von:

Prof. Dr. Michael Klein,
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Köln