

Tabakentwöhnung

Raucher schaffen es nicht allein

Deutschland ist Entwicklungsland in Sachen professioneller, medizinisch unterstützter Suchttherapie für Raucher. Für ambulante wie für stationäre Maßnahmen verweigern die Krankenkassen beharrlich die Kostenerstattung. Unterstützende Pharmaka gelten zu Unrecht als Lifestyle-Medikation.

Mehr als 70 % derer, die mit dem Rauchen aufhören möchten, versuchen es zunächst allein, aber lediglich 3–7 % sind dann nach einem Jahr noch abstinenter (1). Mit professioneller Unterstützung lässt sich die Erfolgsrate auf bis zu 40 % steigern.

Wer diese jedoch hierzulande in Anspruch nehmen will, hat es schwer. Zwar versprechen bei Google die Anbieter von Entwöhnungskursen vollmundig: „Alle Krankenkassen zahlen“ (2). Schaut man jedoch ins Kleingedruckte, bleibt am Ende doch das Meiste am Patienten hängen.

Nicht nur gesetzliche Krankenkassen verweigern die Kostenübernahme für entwöhnende Medikamente oder Nikotinersatzprodukte, auch die privaten sind restriktiv. Zwar brüsten sie sich, für Akupunktur und Hypnose zur Raucherentwöhnung zu zahlen, just diese werden in den aktuellen Leitlinien aber nicht empfohlen (3).

Von den rund 20 Millionen Rauchern in Deutschland möchten viele endlich damit aufhören. Aber die meisten haben kaum Chancen, ohne Unterstützung dauerhaft abstinenter zu bleiben.

Auch wissenschaftlich ist verbrieft, dass die Tabakentwöhnung in Deutschland von den Kostenträgern stiefmütterlich behandelt wird (4). Dies steht aller Evidenz entgegen, erst kürzlich bestätigte ein Cochrane Review, dass die Kostenerstattung große Bedeutung für die Effektivität der Tabakentwöhnung hat (5). Hiesige Ärzte sind gleich in 2-facher Hinsicht ausgebremst: Weder stationär noch ambulant zählt Tabakentwöhnung zum Leistungsspektrum der Krankenkassen.

Daher hat die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP) den OPS „Tabakentwöhnung“ auf den Weg gebracht (6). Solch ein Operationen- und Prozeduren-Schlüssel ist notwendig, um im Fallpauschalensystem (DRG) abrechnen zu können. Der OPS 9-501 soll künftig die Kostenübernahme ermöglichen, wenn Kliniken in einem standardisierten Verfahren die Tabakentwöhnung

während eines stationären Aufenthaltes beginnen und dann den Patienten weiter in ambulante Strukturen überführen (*Kasten*). Dies gilt für alle stationär behandelten Raucher, ob sie wegen einer COPD, eines Infarktes oder einer Gelenkoperation eingewiesen worden sind.

Rauchstopp in der Klinik starten

„Wir wissen, dass Patienten in der Klinik sehr empfänglich dafür sind, mit dem Rauchen aufzuhören“, sagt Prof. Dr. med. Stefan Andreas, Chefarzt der Lungenfachklinik Immenhausen. Insbesondere, wenn das motivierende Interview (*Kasten*) von einem Arzt vorgenommen wird (7).

„Wir haben mitunter die paradoxe Situation, dass wir aufwendige und kostenintensive Therapien bei Rauchern vornehmen – etwa Gefäßbypässe anlegen –, dass wir jedoch den ‚teachable moment‘ verpassen, um während dieser Zeit in der Klinik eine Entwöhnung anzuregen“, kritisiert der Pneumologe. Insbesondere Patienten, die wegen einer durch Rauchen verursachten Erkrankung behandelt werden, sind eine lohnende Zielgruppe. Aber im Prinzip fallen alle Raucher unter das Programm.

Das könnten – je nach Klinik – bis zu 40 % der stationär behandelten Patienten sein. Kostenschätzungen zufolge wären für das multimodale Programm ungefähr 400 Euro je Fall zu veranschlagen (8). Mehrere pneumologische Kliniken und Fachpraxen haben mit dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) rund ein Jahrzehnt lang auf die Umsetzung hingearbeitet. Erste Beobachtungen nach Probenphasen zeigen, dass das Verfahren



Foto: Siegan Popovstock/istock.com

praktikabel ist und gute Entwöhnungsraten erzielt.

Sollte es zur Implementierung des OPS 9-501 kommen, ist die Finanzierung der nachfolgenden Entwöhnungstherapie in der ambulanten Praxis jedoch noch immer nicht gelöst.

Die Evidenz, so die einschlägigen Leitlinien, spricht für eine Kombination aus Verhaltenstherapie und medikamentöser Unterstützung (9, 1). Bezahlt wird beides nicht. So müssen die Betroffenen zum Beispiel Pharmaka zur Unterstützung der Entwöhnung selbst zahlen: Das sind vor allem die verschiedenen Nikotinersatztherapien (NRT als Nikotin-Pflaster, -Kaugummis, -Tabletten, -Mundspray und -Inhaler), dann Vareniclin als partieller Agonist des nikotinischen Acetylcholinrezeptors $\alpha 4\beta 2$ und schließlich das Antidepressivum Bupropion.

Entwöhnungstherapie einklagen

Diese Medikamente würden zu Unrecht vom Gesetzgeber als Lifestyle-Medikation herabgewürdigt und so von der Erstattung durch die Krankenkassen ausgeschlossen, kritisieren die „Lungenfachärzte im Netz“ (10). Alle 3 pharmakologischen Ansätze sind effektiv, eine Kombination mehrerer Applikationsformen kann die Wirksamkeit der NRT ebenso steigern wie deren Kombination mit Vareniclin oder Bupropion.

Die Tabakentwöhnung gilt zudem als entscheidende Unterstützung bei der Behandlung von Patienten mit COPD, Lungenkrebs, Asthma und Tuberkulose (11). So senkt beispielsweise der Rauchstopp die Komplikationsrate nach pulmonalen Resektionen, verbessert die Prognose und das Ansprechen der Chemotherapie (12). Und besser als Statine, Betablocker oder ACE-Hemmer senkt dies die Mortalität der Koronaren Herzkrankheit (13).

„Aus diesem Grund haben wir bereits vor Jahren eine Klageinitiative zur Gleichbehandlung der Tabakabhängigkeit als Suchterkrankung in die Wege geleitet“, erklärt Prof. Dr. med. Anil Batra, Leiter der Sektion Suchtmedizin und Sucht-

forschung an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Tübingen und Vorsitzender des Wissenschaftlichen Aktionskreises Tabakentwöhnung (WAT). Die Begrenzung von Erstattungsleistungen auf Low-cost-Präventionsangebote (§ 20 SGBV) müsse dringend aufgehoben werden (14).

Diese Klage liegt derzeit auf Eis, weil zwischenzeitlich ein Verfahren mit dem gleichen Ziel beim Bun-

„E-Zigaretten als Entwöhnungshilfe zu empfehlen, was derzeit angepriesen und umgesetzt wird, ist unverantwortlich.“

Kenneth Johnson

desverfassungsgericht anhängig ist. In Deutschland sind Raucher somit gezwungen, für die Erstattung ihrer Therapie vor das Bundesverfassungsgericht ziehen.

Wenngleich vermutlich das Rauchen von E-Zigaretten für den individuellen Raucher weniger Schadenspotenzial birgt als Tabakrauch, ist es kein Mittel zur Raucherentwöhnung, wie dies zurzeit promotet wird. Andreas erteilt solchen Ansätzen eine klare Absage. Vor Kurzem zeigte eine Untersuchung aus 28 europäischen Staaten, dass der Griff zur E-Zigarette die Raucherentwöhnung womöglich sogar behindert (15). „Oft rauchen die Patienten dann beides parallel“, so Andreas. Die Studie belegt eben-

falls, dass am Ende in der Bevölkerung eher mehr als weniger geraucht wurde.

Unlängst brachte in einer Debatte Prof. Dr. Paul Aveyard von der Universität Oxford sogar den Vorschlag, E-Zigaretten so wie Nikotinersatztherapie zu verschreiben. Prof. Dr. Kenneth C. Johnson von der Universität Ottawa hielt dagegen, dass in einer Langzeitbeobachtung von 11–18 Jahre alten Schü-

lern, der Einstieg über die E-Zigarette das Risiko, als Tabakraucher zu enden, verzehnfacht hatte (16).

Er verwies zudem darauf, dass fast die Hälfte aller mit Rauchen assoziierten Todesfälle auf das Konto von Herzerkrankungen geht. Die Gefäße würden nach wie vor vom Nikotin geschädigt. E-Zigaretten-Konsum ginge daher ebenfalls mit einem erheblichen kardialen und zerebralen Infarktrisiko einher. Sie als Entwöhnungshilfe zu empfehlen, sei „unverantwortlich“, resümiert Johnson.

Dr. med. Martina Lenzen-Schulte

Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit3118
oder über QR-Code.



Multimodale stationäre Therapie zur Tabakentwöhnung

- Standardisierte Erfassung der Raucheranamnese mit einem ausführlichen Fragebogen und standardisierte Erfassung der Nikotinabhängigkeit (Fagerström-Test)
- Durchführung und Dokumentation von Motivationsgesprächen zur Beendigung des Tabakkonsums von insgesamt mindestens 60 Minuten durch einen Arzt mit der Qualifikation zur Tabakentwöhnung (Voraussetzung ist eine zertifizierte Befähigung zur Tabakentwöhnung, z. B. über das Curriculum der Bundesärztekammer der DGP und BDP)
- Durchführung und Dokumentation von Motivationsgesprächen individuell oder in Gruppen von insgesamt mindestens 120 Minuten durch Personal mit der Qualifikation zur Tabakentwöhnung (Psychologen, Pädagogen, Sozialpädagogen, Sozialwissenschaftler, Gesundheitswissenschaftler, Pflegefachkräfte oder medizinische Fachangestellte)
- Aufklärung über Einsatz und Wirkungsweise von nikotinhaltenen Präparaten und anderen medikamentösen Hilfen zur Tabakentwöhnung
- Mindestens 2 Kohlenmonoxidbestimmungen in der Ausatemluft oder im Blut (CO-Hb-Wert in der Blutgasanalyse) zur Verlaufsdokumentation
- Dokumentierte Anmeldung (unterzeichnet von meldendem Krankenhaus und gemeldetem Patienten) an ein ambulantes, von den Krankenkassen anerkanntes Tabakentwöhnungsprogramm

Zusatzmaterial Heft 31–32/2018, zu:

Tabakentwöhnung

Raucher schaffen es nicht allein

Deutschland ist Entwicklungsland in Sachen professioneller, medizinisch unterstützter Suchttherapie für Raucher. Für ambulante wie für stationäre Maßnahmen verweigern die Krankenkassen beharrlich die Kostenerstattung. Unterstützende Pharmaka gelten zu Unrecht als Lifestyle-Medikation.

Literatur

- Andreas S, Batra A, Behr J, et al.: Tabakentwöhnung bei Patienten mit COPD. *Pneumologie* 2014; 68: 237–58.
- <https://gluecklicher-nichtraucher.de/raucherentwoehnung-frankfurt-main/>.
- <https://www.private-krankenversicherungen.net/raucherentwoehnung/>
- Borland R, Li L, Driezen P, et al.: Cessation assistance reported by smokers in 15 countries participating in the International Tobacco Control (ITC) policy evaluation surveys. *Addiction* 2012; 107: 197–205.
- van den Brand FA, Nagelhout GE, Reda AA, et al.: Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 9: CD004305.
- DIMDI: OPS <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/index.htm> (last accessed on 20 June 2018).
- Lai DT, Cahill K, Qin Y, et al.: Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; (1): CD006936.
- Andreas S, Jany B, Hering T, et al.: OPS „Tabakentwöhnung“ im DRG-System – eine lohnende Perspektive für Patienten und Klinik. *Pneumologie* 2018; 72: 103–5.
- AWMF: S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums. 2015 Register Nr. 076–006. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Tabak_2015-02.pdf (last accessed on 13 June 2018).
- Lungenärzte im Netz: Strukturierte Tabakentwöhnung sollte für alle Raucher und Raucherinnen erstattet werden. Pressemitteilung vom 04.05.2017. <https://www.lunge-naerzte-im-netz.de/news-archiv/meldung/article/strukturierte-tabakentwoehnung-sollte-fuer-alle-raucher-und-raucherinnen-erstattet-werden/> (last accessed on 13 June 2018).
- Jiménez-Ruiz CA, Andreas S, Lewis KE, et al.: Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. *Eur Resp J* 2015; 46: 61–79.
- Andreas S, Rittmeyer A, Hinterthaler M, et al.: Tabakentwöhnung bei Lungenkrebs – durchführbar und wirksam. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110 (43): 719–24.
- Critchley JA, Capewell S: Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA.* 2003; 290 (1): 86–97.
- Wissenschaftlicher Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e. V.: <http://www.wat-ev.de/ueber-den-wat/> (last accessed on 13 June 2018).
- Filippidis FT, Lavery AA, Gerovasili V, et al.: Two-year trends and predictors of e-cigarette use in 27 European Union member states. *Tob Control.* 2017; 26 (1): 98–104.
- Aveyard P, Arnott D, Johnson KC: Should we recommend e-cigarettes to help smokers quit? *BMJ* 2018; 361: k1759.