



Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

---

# Tabakabhängigkeit behandeln!

Memorandum der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

## Inhaltsübersicht

1.	PRÄAMBEL.....	3
2.	GESUNDHEITSSCHÄDIGENDE WIRKUNGEN DES TABAKKONSUMS.....	4
3.	MERKMALE ABHÄNGIGEN RAUCHENS.....	4
4.	INDIKATIONEN ZUR BEHANDLUNG DES RAUCHENS.....	5
5.	BEHANDLUNG DER TABAKABHÄNGIGKEIT.....	6
6.	EFFEKTIVITÄT DER BEHANDLUNG VON ABHÄNGIGEN RAUCHERN.....	7
7.	EFFEKTE DER KOSTENERSTATTUNG AUF INANSPRUCHNAHME UND WIRKSAMKEIT DER RAUCHERBEHANDLUNG.....	7
8.	ANFORDERUNGEN AN DIE BEHANDLUNG.....	8
9.	SOZIALRECHTLICHE ASPEKTE.....	9
10.	LITERATUR.....	11
11.	EXPERTENGRUPPE / AUTOREN.....	14

## 1. PRÄAMBEL

Tabak stellt die am zweithäufigsten konsumierte abhängigkeiterzeugende Substanz in Deutschland dar. Alkohol wird zwar von mehr Menschen konsumiert, weist jedoch ein deutlich geringeres Abhängigkeitspotenzial als Tabak auf. Die Zahl der Tabakabhängigen liegt deutlich höher als die der Alkoholabhängigen.

Neben dem Abhängigkeitspotenzial des Suchtmittels Tabak sind vor allem seine besonderen gesundheitsschädigenden Wirkungen zu betonen. Tabakkonsum führt nach längeren Jahren des Konsums mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zu schweren Erkrankungen und vorzeitigem Tod.

Deshalb hat die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen das vorliegende Memorandum in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Kuratorium der DHS von führenden deutschen Expertinnen und Experten der Erforschung und Behandlung der Tabakabhängigkeit sowie der Tabakpolitik erarbeiten lassen.

Das Memorandum befasst sich mit der Konsumentengruppe der abhängigen Raucherinnen und Raucher, für die effektive Methoden der

Behandlung zur Verfügung stehen. Es zeigt wissenschaftlich begründet auf, dass:

- qualifizierte und differenzierte Behandlungsangebote zur Tabakabhängigkeit flächendeckend erforderlich sind,
- deren Inanspruchnahme sowohl im vitalen Interesse der Tabakkonsument/-innen wie auch im Interesse der Bevölkerungsgesundheit liegt,
- die Behandlung der Tabakabhängigkeit zu den versicherungsfinanzierten Versorgungsangeboten abhängiger Raucher zählen muss.

Zur Verbesserung der Lesbarkeit wird im Folgenden nur noch von Rauchern gesprochen, worunter selbstverständlich sowohl rauchende Männer als auch rauchende Frauen zu verstehen sind.

Dieses Memorandum ist vom Vorstand der DHS verabschiedet. Die DHS bedankt sich ausdrücklich bei den beteiligten Expertinnen und Experten für ihre engagierte ehrenamtliche Mitarbeit.

## 2. GESUNDHEITSSCHÄDIGENDE WIRKUNGEN DES TABAKKOSUMS

Rauchen ist die häufigste vermeidbare Ursache von Erkrankungen und vorzeitigen Todesfällen. Langzeitstudien belegen, dass schon das Rauchen von 1-4 Zigaretten pro Tag ein deutlich erhöhtes Gesundheitsrisiko bedingt. So ist bereits bei diesen Konsummengen das Risiko für Lungenkrebs bei Frauen 5-fach und bei Männern 3-fach erhöht. Darüber hinaus gibt es einen direkten Zusammenhang zwischen der Anzahl der gerauchten Zigaretten und dem Auftreten von Folgeerkrankungen (Bjartveit and Tverdal 2005). Vor allem steigt das Risiko von Krebserkrankungen der Atemwege mit der Dauer und Höhe des Tabakkonsums an (Ramroth et al. 2006). Die häufigsten Erkrankungen des Rauchens mit Todesfolge sind kardiovaskuläre Erkrankungen, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen und Lungenkrebs (Ezzati and Lopez 2003).

Der Alterungsprozess von Körperzellen wird durch das Rauchen beschleunigt. Das Rauchen einer Packung Zigaretten pro Tag über einen Zeitraum von 40 Jahren bewirkt eine zusätzliche Alterung von ca. 7 Jahren (Peto et al. 1996, Valdes et al. 2005). Bei operativen Eingriffen treten Wundheilungsstörungen (Silverstein 1992) und erhöhte Infektionsrisiken auf (Nagachinta et al. 1987). Das Rauchen der

Eltern beeinträchtigt das Wachstum und die Entwicklung des ungeborenen Kindes (Chung et al. 2000, Sasco und Vainio 1999, Huizink und Mulder 2006). Weiterhin erhöht das Passivrauchen bei Kindern das Risiko für Atemwegserkrankungen, Asthma, Allergien, Mittelohrentzündungen und den plötzlichen Kindstod (Cook und Strachan 1999, USDHHS 2001).

Trotz des leichten Rückgangs des Rauchens lag die Raucherprävalenz im Jahr 2005 bei Männern bei 32% und bei Frauen bei 27%. Dabei müssen 56% bzw. 80% aller Raucher als abhängige Konsumenten gelten (Hoch et al. 2004 bzw. Fagerstrom 1996).

Der Rückgang ist im internationalen Vergleich in Deutschland nur gering und liegt weit hinter den Forderungen der WHO zurück, bei Jugendlichen ist das Einstiegsalter des Rauchkonsums sogar gesunken (BZgA 2004).

Speziell die Abhängigkeit ist der wesentliche Grund für die erfolglosen Versuche, das Rauchen ohne fachkundige Behandlung zu beenden (John et al. 2004).

## 3. MERKMALE ABHÄNGIGEN RAUCHENS

Der starke oder gesundheitsschädigende Tabakkonsum psychotroper Substanzen ist nicht zwangsläufig mit einer Abhängigkeit gleichzusetzen. Zur Abhängigkeit gehört ein Konsummuster, das durch eine Einschränkung der freien Willensbildung bezüglich Zeitpunkt und Umfang des Tabakkonsums („Kontrollminderung“) charakterisiert ist. Weitere Merkmale sind u. a. die Unfähigkeit zur anhaltenden Abstinenz und eine körperliche Abhängigkeit mit Entzugserscheinungen.

Die Diagnose der Abhängigkeit erfolgt mit Hilfe der „International Classification of Diseases“ ICD 10 (WHO 2001), einem international aner-

kannten diagnostischen Klassifikationssystem, das auch in Deutschland verwendet wird. Mindestens drei der sechs nachfolgend genannten Kriterien müssen im Verlauf des letzten Jahres gleichzeitig aufgetreten sein, um bei einem Raucher die Diagnose der „Tabakabhängigkeit“ stellen zu können:

- Ein starker Wunsch oder Zwang, Tabak zu konsumieren
- Eine eingeschränkte Kontrolle über Dauer und Umfang des Konsums
- Entzugserscheinungen bei Reduktion oder Beendigung des Rauchens; Konsum, um die Entzugssymptome zu mildern

- Um eine gleich bleibende Wirkung zu erzielen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (Toleranzentwicklung)
- Anhaltender Konsum trotz des Nachweises von Folgeschäden
- Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen zugunsten des Rauchens

Die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen besteht in der Regel lebenslang. Auf der Basis neurobiologischer und klinischer Forschungsergebnisse ist davon auszugehen, dass bei abhängigen Rauchern der kontrollier-

te Konsum von Tabakprodukten zeitlebens nicht mehr möglich ist.

Der Schweregrad der Abhängigkeit kann durch den **Fagerström-Test for Nicotine Dependence** (FTND; Heatherton et al. 1991, Bleich et al. 2002) bestimmt werden. Je höher der Punktwert des FTND, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen einer Abstinenz (Fiore et al. 2000). Mehr als drei Punkte im Fagerström-Test gelten als Hinweis auf eine mittelschwere bis schwere Abhängigkeit. Der Einsatz des Fagerström-Tests wird in den Behandlungsleitlinien (Batra et al. 2006) als diagnostisches Instrument empfohlen.

## Neurobiologie der Nikotinabhängigkeit

Zahlreiche Studien haben belegt, dass Nikotin diejenige Substanz im Tabakrauch ist, die eine Abhängigkeit hervorruft. Die angenehmen Effekte von Nikotin werden im so genannten Belohnungs- und Verstärkungssystem (Nucleus accumbens) des menschlichen Gehirns angenommen (Corrigall & Coen 1989). Nikotin, wie auch Amphetamin, Kokain oder Opioide, führen im Nucleus accumbens zu einer vermehrten Freisetzung des Botenstoffs Dopamin (Corrigall et al. 1992), welche mit den positiven Wirkeffekten verbunden ist, die zur Entwicklungen der psychischen Abhängigkeit und des Suchtgedächtnisses beitragen (Havemann und Kuschinsky 1982, Balfour 1994, Dani und Heinemann 1996, Böning 2001).

Ein Nikotinverzicht verursacht nach vorangegangener länger dauerndem Konsum Entzugssymptome, die durch eine erneute Nikotinverabreichung aufgehoben werden können (Epping-Jordan et al. 1998). Als eine

Ursache wird die bei Rauchern beobachtete Erhöhung der Nikotinrezeptordichte im Gehirn vermutet (Perry et al. 1999).

Entzugssymptome beginnen wenige Stunden nach dem Rauchstopp und erreichen innerhalb der ersten zwei Tage ihren Höhepunkt. Physiologische Merkmale des akuten Nikotinentzugs sind eine vorübergehende Senkung des Blutdrucks, ein verlangsamter Puls, Durchschlafstörungen (Tsuda et al. 1996, Tate et al. 1996). Häufig zu beobachten sind auch eine depressive/dysphorische Stimmung, Reizbarkeit, Nervosität oder Aggressivität, Unruhe oder Besorgnis, verminderte Konzentrationsfähigkeit, gesteigerter Appetit oder Gewichtszunahme. Die Entzugssymptome sind nicht lebensbedrohlich, beeinflussen jedoch die Rückfallquote bei abstinentwilligen Rauchern.

## 4. INDIKATIONEN ZUR BEHANDLUNG DES RAUCHENS

Da Tabakrauch auch in geringer Konzentration eindeutig gesundheitsschädigende Auswirkungen hat, besteht bei jedem Raucher die Indikation für eine Abstinenz.

Bei Vorliegen einer Abhängigkeit besteht die medizinische Indikation für eine spezifische Behandlung. Das Ziel einer Behandlung ist die

dauerhafte Abstinenz des Rauchers, die oft erst im Wiederholungsfall erreicht wird.

Eine besondere Abstinenznotwendigkeit ist auch dann gegeben, wenn körperliche Gesundheitsstörungen drohen oder schon eingetreten sind und die eigentliche Abhängigkeitserkrankung noch nicht entstanden ist. Bei

schwangeren und stillenden Raucherinnen ist aufgrund der schädlichen Auswirkungen des Rauchens auf das ungeborene bzw. neugeborene Kind eine Tabakabstinenz dringend geboten. Schwangere Frauen sollten so früh wie möglich in der Schwangerschaft aufgefordert werden, den Tabakkonsum einzustellen. Sie können hierdurch die tabakvermittelte Gefährdung des Kindes nahezu beseitigen (Klesges et al. 2001). Für Schwangere wurden spezifische Angebote entwickelt, die effektiver sind als Standardmaßnahmen (Lumley et al. 2004).

Bei Rauchern mit kardiovaskulären Erkrankungen sowie Lungenerkrankungen (z. B. COPD) und Karzinomen reduziert eine Tabakabstinenz die jeweilige Morbidität und Mortali-

tät. Spezielle Programme wurden ausgearbeitet (Ludvig et al. 2005).

Die hohe Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung bei einem starken Tabakkonsum in jungem Alter rechtfertigt die frühe Intervention bei Kindern und Jugendlichen, auch wenn die Abhängigkeitskriterien noch nicht erfüllt sind (Moolchan et al. 2000).

Der starke Tabakkonsum bei Rauchern mit einer psychischen Erkrankung und die daraus resultierende erhöhte Morbidität und Mortalität macht eine auf die psychische Begleiterkrankung zugeschnittene intensiviertere Behandlung erforderlich. Ziel der Behandlung ist die Tabakabstinenz, wenigstens jedoch der reduzierte Tabakkonsum (Batra 2000).

## 5. BEHANDLUNG DER TABAKABHÄNGIGKEIT

**Kurzinterventionen** zur Behandlung von Rauchern sollten sich leitliniengerecht an den 5 A's (Fiore et al. 2000, Schmidt 2001, Batra et al. 2006) orientieren:

- Abfragen des Rauchstatus ("Ask") zur Feststellung der Rauchgewohnheiten bei allen Rauchern und Konsultationen
- Anraten des Rauchverzichts ("Advise") zur Empfehlung eines Rauchstopps
- Ansprechen der Aufhörmotivation ("Assess") zum Erkennen der Bereitschaft
- Assistieren beim Rauchverzicht ("Assist") zur aktiven Unterstützung bei dem Rauchstoppsversuch
- Arrangieren der Nachbetreuung ("Arrange") im Sinne einer Vereinbarung von Nachfolgeterminen zur Rückfallprophylaxe

Raucherbehandlung sollte die folgenden **psychotherapeutischen Maßnahmen** umfassen:

- Basisinformationen zur Tabakabhängigkeit und zu erfolgreichen Behandlungsmöglichkeiten im Sinne einer Psychoedukation
- Funktionelle Analyse des Rauchverhaltens
- Motivationsförderung
- Rückfallidentifikation, -prävention und -management
- Soziale Unterstützung innerhalb und außerhalb der Behandlungssituation

Der Einsatz von **Arzneitherapeutika** sollte dem jeweils anerkannten Stand medizinischer Erkenntnis folgen.

## 6. EFFEKTIVITÄT DER BEHANDLUNG VON ABHÄNGIGEN RAUCHERN

Die nachhaltige Wirksamkeit der Raucherbehandlung ist vielfach unter Beweis gestellt worden. Da eine deutliche Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Beratungsintensität und dem Erfolg besteht und intensivere Maßnahmen effektiver sind als die schlichte Beratung, sollten diese zum Einsatz kommen, wann immer es möglich ist. Dabei sollte eine Therapie sowohl die körperliche als auch die psychische Abhängigkeit berücksichtigen und sowohl akut- als auch langwirksame Therapieelemente beinhalten (Batra et al. 2006). Die Wirksamkeit der Nikotinersatztherapie wurde in zahlreichen klinischen Studien bestätigt.

Effektive medikamentöse Hilfen für den aufhörwilligen, abhängigen Raucher stehen mit dem Nikotinpflaster, Nikotinkaugummi, Nikotinnasalspray sowie der Nikotinlutsch- und -sublingualtablette zur Verfügung. Die Kombination mehrerer Substitutionsformen ist möglich, sollte dann aber der ärztlichen Indikationsstellung vorbehalten und überwacht werden.

Praktische Erfahrungen zeigen, dass die alleinige Anwendung eines Nikotinersatzpräparates nicht so wirksam ist, wie die Kombination

mit einer niederschweligen beratenden Begleitung durch den Hausarzt oder Therapeuten bzw. eine Kombination mit einer verhaltenstherapeutischen Raucherbehandlung (Batra et al. 2006).

Behandlungen mittels verhaltenstherapeutisch basiertem Rückfallmanagement und sozialer Unterstützung verbessern die Ergebnisse der Raucherbehandlung nachhaltig. Darauf basierende Gruppenprogramme verdoppeln die Abstinenzquoten im Vergleich zu Selbsthilfe-Interventionen (Stead & Lancaster 2004).

Die Kombination einer psychotherapeutischen und einer medikamentösen Maßnahme erbringt die höchste Effektivität (Fiore et al. 2000). Es ist davon auszugehen, dass insbesondere stark abhängige Raucher von einer intensiveren Behandlung deutlich besser profitieren als lediglich von einer Beratungsmaßnahme. Die höchsten Aussichten sind durch eine professionell geleitete Einzel- oder Gruppentherapie in Verbindung mit der medikamentösen Unterstützung gegeben (Batra et al. 2006).

## 7. EFFEKTE DER KOSTENERSTATTUNG AUF INANSPRUCHNAHME UND WIRKSAMKEIT DER RAUCHERBEHANDLUNG

Die Erstattung der Kosten für verhaltenstherapeutische Therapien/Interventionen und medikamentöse Therapien verbessert sowohl die konsequente Inanspruchnahme als auch die Abstinenzquoten entscheidend. Rauchende Mitglieder einer holländischen Krankenversicherung hatten deutlich häufiger Ausstiegshilfen genutzt, wenn diese erstattet wurden. Mit einer Erstattungsregelung konnte die Abstinenzquote nach sechs Monaten nahezu verdoppelt werden (Kaper et al. 2005).

In einer Interventionsstudie zur Raucherbehandlung in der hausärztlichen Praxis in Deutschland konnte nachgewiesen werden,

dass Ärzte, die eine Kostenerstattung für eine wirksame Medikation und eine erfolgsabhängige finanzielle Honorierung erhielten, fast dreimal so viele Teilnehmer gewinnen konnten wie Ärzte ohne Kostenerstattung oder zusätzliche Honorierung. Der Behandlungserfolg nach zwölf Monaten war nahezu fünfmal größer, wenn Raucher von Ärzten behandelt wurden, die sich in der Interventionsgruppe „Training + kostenfreie Medikamente“ befanden hatten (Twardella & Brenner 2004).

Die Annahme, dass die Erfolgsquoten steigen, wenn die finanzielle Eigenbeteiligung höher ist, kann hingegen nicht belegt werden.

## 8. ANFORDERUNGEN AN DIE BEHANDLUNG

Behandlungsangebote müssen folgende Merkmale erfüllen<sup>1</sup>:

### 1. Wissenschaftliche Merkmale

Wissenschaftliche Fundierung der Interventionsmethode: Das Behandlungskonzept muss einem wissenschaftlich fundierten theoretischen Konzept entspringen, das zumindest in einer wissenschaftlichen Arbeit publiziert wurde.

Angaben zur Effektivität der Interventionsmethode: Die langfristige Erfolgsaussicht einer Behandlungsmethode muss in einem wissenschaftlichen anerkannten Design (West et al. 2005) überprüft worden sein.

Qualität der Studien zur Interventionsmethode: Die Qualität der Studie muss einen Evidenzgrad Ia, b oder IIa nach den Empfehlungen der ÄZQ (AWMF und ÄZQ 2001) erfüllen.

Generalisierbarkeit der Studienergebnisse: Empfehlungen für die Gesamtheit der Raucher dürfen nur aus repräsentativen Studien gewonnen werden.

### 2. Inhaltliche Merkmale

Ausgewogenheit der Interventionsmethode: Interventionen müssen psychische und physische Komponenten der Tabakabhängigkeit berücksichtigen.

Praktikabilität der Interventionsmethode: Die Behandlungsmethode sollte in einer ärztlichen oder psychologischen / psychotherapeutischen Regelversorgung oder Einrichtung der Suchtkrankenhilfe umsetzbar sein. Früherkennung ist Aufgabe der medizinischen Regelversorgung wie auch der Suchthilfe.

Individualisierung der Interventionsmethode: Der Einsatz der Behandlungsmethode sollte die Ausgangsmotivation des Rauchers sowie individuelle Probleme von Untergruppen ggf. unter Einbeziehung eines ärztlichen Konsiliariums berücksichtigen. Hierzu gehören begleitende somatische Probleme (Herz-Kreislauf- oder pulmonale Erkrankungen, Schwangerschaft u.a.) sowie psychische Störungen (Depression, Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit u.a.).

### 3. Qualifikationsmerkmale

Qualifikation der Anbieter: Die Durchführung der Interventionen obliegt Angehörigen von Berufsgruppen mit einer anerkannten suchtherapeutischen Zusatzqualifikation oder mit einer Qualifikation im

Bereich der psychosozialen Gesundheit. Die spezifische Qualifikation zur Durchführung der Interventionsmethode muss in einem anerkannten und etablierten Ausbildungscurriculum erworben worden sein (s.u.).

Qualifikation von Ausbildungscurricula: Inhalte der Ausbildungscurricula im Umfang von wenigstens 20 Ausbildungsstunden müssen sowohl die Vermittlung von Grundlagenkenntnissen (Epidemiologie, tabakrauchassoziierte Gesundheitsstörungen, Merkmale der Abhängigkeit) als auch der spezifischen Vorgehensweise der Therapiemethode beinhalten. Das Ausbildungscurriculum sollte durch eine unabhängige Institution zertifiziert sein.

---

<sup>1</sup> Unter Berücksichtigung der Vorgaben der deutschen und US-amerikanischen evidenzbasierten Behandlungsleitlinien (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2001, Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Batra et al. 2006), Fiore et al. 2000) sowie der Qualitätskriterien für evidenzbasierte Behandlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF 2001), der modifizierten Qualitätsstandards nach Batra (2002), Bregelmann (1976) und Hajek (1994) sowie der Empfehlungen für methodische Standards von Tabakentwöhnungsstudien nach West et al. (2005).

## 9. SOZIALRECHTLICHE ASPEKTE

### Grundlagen

Lässt sich die Behandlung einer Tabakabhängigkeit als Krankenbehandlung definieren, kommt eine Finanzierung nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (§§ 27 ff. SGB V) sowie dem Sozialhilferecht (§ 48 SGB XII) in Betracht. Andernfalls ist die Finanzierung als Maßnahme einer medizinischen Rehabilitation zu prüfen, für die die in § 6 Abs. 1 i.V.m. § 5 Ziffer 1 SGB IX genannten Rehabilitationsträger zuständig sind. Ein Blick in Rechtsprechung und juristische Literatur zeigt, dass

die Problematik bisher nicht diskutiert worden ist. Die Beantwortung der Frage, ob die Voraussetzungen für die Finanzierung der Behandlung der Tabakabhängigkeit vorliegen, ist demzufolge daran zu orientieren, ob die Tabakabhängigkeit mit anderen Abhängigkeitserkrankungen (z. B. Alkohol- oder Drogenabhängigkeit) zu vergleichen ist, bei denen die Finanzierung von Behandlung, von Therapien bereits von den Trägern der Sozialversicherungen und Sozialhilfe anerkannt worden ist.

### Einzelne Aspekte

#### 1. Krankenbehandlung<sup>2</sup>

Die Finanzierung der Behandlung der Tabakabhängigkeit im Rahmen einer Krankenbehandlung nach § 27 ff. SGB V setzt zunächst das Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen bei den abhängigen Rauchern voraus, §§ 5 ff. SGB V. Hervorzuheben ist, dass der größte Teil der Bevölkerung, d.h. Arbeitnehmer, Arbeitslose als Empfänger von SGB III-Leistungen wie von SGB II-Leistungen und zahlreiche weitere Personengruppen vom SGB V erfasst sind. Entscheidend ist, ob die Tabakabhängigkeit als eine Krankheit im Sinne dieser Vorschrift anzusehen ist. Krankheit im Sinne von §§ 27 SGB V ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, dessen Eintritt entweder allein die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder zugleich oder ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat<sup>3</sup>.

Bei den Abhängigkeitserkrankungen „Alkohoholabhängigkeit“ oder „Drogenabhängigkeit“ wird dies vor allem mit dem Hinweis bejaht, dass die Abhängigkeitserkrankung durch das „Nicht mehr aufhören können“ bzw. den Verlust der Steuerungsfähigkeit gekennzeichnet ist<sup>4</sup>. Entscheidend ist also, ob die Tabakabhängigkeit (im Gegensatz zum bloßen Tabakkonsum ohne Abhängigkeit) als ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand zu bezeichnen ist. Dies ist im Hinblick auf das bei einer Tabakabhängigkeit vorhandene Phänomen des „Nicht mehr nein sagen Könnens“ ohne weiteres zu bejahen. Denn diese Einschränkung des Patienten steht im Gegensatz zu dem grundsätzlichen „freien“ Körperzustand, frei über die Einnahme oder Nichteinnahme von Genussmitteln zu entscheiden.

Fraglich und im Einzelfall zu klären ist die Notwendigkeit einer Heilbehandlung (sog. Behandlungsbedürftigkeit). Es gibt eine große Zahl von Rauchern, bei denen ohne die erforderliche Hilfe die Abhängigkeitserkrankung nicht geheilt werden kann. Liegen demnach die Anspruchsvoraussetzungen dem Grund nach vor, hat der Versicherte Anspruch auf die notwendige Heilbehandlung, d.h. die nach den § 27 ff. SGB V genannten Leistungen. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass – entsprechend der Diskussion im Rahmen der Drogensubstitution<sup>5</sup> - Maßnahmen der Krankenversicherung nur geschuldet

<sup>2</sup> § 27 ff. SGB V, § 48 SGB XII

<sup>3</sup> St. Rspr., vgl. BSGE 28, 114; E 33, 201=NJW 1972, 1157; Krauskopf-Wagner, a.a.O., § 27 Rn. 4; Jahn-Sommer, a.a.O., § 27 Rn. 21; Maaßen/Schermer/Wiegand/Zipperer – Zipperer, a.a.O., § 27 Rn. 12; Wannagat-Mrozynski, a.a.O., § 27 Rn. 10.

<sup>4</sup> Vgl. auch § 1 Abs. 2 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4.5.2001, [http://www.vdak-ev.de/vertragspartner/Vorsorge\\_und\\_Rehabilitation/grundsatzpapiere/abhaengigkeitserkrankung/abh\\_vereinb\\_040501.pdf](http://www.vdak-ev.de/vertragspartner/Vorsorge_und_Rehabilitation/grundsatzpapiere/abhaengigkeitserkrankung/abh_vereinb_040501.pdf); BSG SozR 3-2500, § 27 Nr. 5; Krauskopf-Wagner, a.a.O., § 27 Rn. 5; Jahn-Sommer, a.a.O., § 27 Rn. 19; Maaßen/Schermer/Wiegand/Zipperer – Zipperer, a.a.O., § 27 Rn. 18.

<sup>5</sup> Vgl. dazu BSG SozR 3-2500, § 27 Nr. 5, 6; Jahn-Sommer, a.a.O., § 27 Rn. 31.

werden, wenn sie die Tabakabhängigkeit beenden sollen. Stellen sie nur Hilfen im Bereich der Lebensführung der Betroffenen dar, scheidet eine Finanzierung über die gesetzliche Krankenversicherung aus. Liegen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des SGB V nicht vor, kommt eine Finanzierung über § 48 SGB XII, d.h. Sozialhilferecht, in Betracht, welche entsprechend den einschlägigen Vorschriften des SGB V (hier §§ 27 ff. SGB V) erbracht wird.

## **2. Medizinische Rehabilitation<sup>6</sup>**

Zu bedenken ist auch die Möglichkeit der Finanzierung der Behandlung von abhängigen Rauchern im Rahmen der medizinischen Rehabilitation. Dabei müssen die spezifischen Voraussetzungen der einzelnen Gesetze (z. B. versicherungsrechtliche Voraussetzungen, Versicherungsfall, im Rahmen von Sozialhilfe z. B. Bedürftigkeit u. Ä.) erfüllt sein. Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung sind z. B. versicherungsrechtliche Voraussetzungen, allgemein §§ 1 ff. SGB VI und speziell § 11 SGB VI, sowie spezielle persönliche Voraussetzungen gemäß § 10 SGB VI (z. B. „Erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit“) gemeint. Liegen diese vor, besteht ein Anspruch auf Leistungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation gemäß §§ 26 ff. SGB IX nach den entsprechenden Vorschriften in den jeweiligen Leistungsgesetzen, z. B. §§ 9 ff., 15 f. SGB VI.

## **Zusammenfassung**

Aus sozialrechtlicher Sicht ist erheblich, ob die Tabakabhängigkeit als Krankheit mit der Folge anzuerkennen ist, dass sie den bereits anerkannten Abhängigkeitserkrankungen gleichzusetzen ist. Wie zuvor dargelegt, ist dies zu bejahen. Hinzu kommt die Behandlungsbedürftigkeit, die im Einzelfall zu prüfen ist. Liegt beides vor, hat dies zur Folge, dass die Behandlung von Tabakabhängigkeit entsprechend der Rechtslage bezüglich der bereits anerkannten Abhängigkeitserkrankungen finanziert werden muss.

---

<sup>6</sup> §§ 26 ff. SGB IX, Vorschriften und Verweise in den betreffenden Leistungsgesetzen (vgl. §§ 5, 6 SGB IX: u.a. SGB V, SGB VI, SGB VII, SGB VIII, SGB XII).

## 10. LITERATUR

1. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung (2001): Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. 2. Auflage. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 95, Supplement II.
2. Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (Hg.) (2001): Therapieempfehlungen Tabakabhängigkeit. Arzneiverordnungen in der Praxis, Sonderheft.
3. Balfour, D.J.K. (1994): Neural mechanisms underlying nicotine dependence. *Addiction*, 89, 1419-1423.
4. Batra, A. (2002): Tabakabhängigkeit – evidenzbasierte Strategien der Behandlung. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 96, 281-286.
5. Batra, A. (2000): Tabakabhängigkeit und Raucherentwöhnung bei psychiatrischen Patienten. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.*, 68, 80-92.
6. Batra, A.; Schütz, C.G.; Lindinger, P. (2006): Tabakabhängigkeit. In: Schmidt, L.G. (u.a.) (Hg.): Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen. Köln: Dt. Ärzte-Verlag. 91-142.
7. Bjartveit, K.; A. Tverdal (2005): Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tob. Control*, 14(5), 315-320.
8. Bleich S, Havemann-Reinecke U, Kornhuber J (2002): Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit. Beltz Test GmbH, Göttingen, Hogrefe Verlag Göttingen
9. Böning, J. (2001): Neurobiology of an addiction memory *J Neural Transm* 108: 755-765
10. Brengelmann, J.C. (1976): Informationen und Anleitungen zur Behandlung des Rauchens. Stuttgart: Kohlhammer. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit; 27).
11. BZgA, November 2004, Teilband Rauchen, [www.bzga.de](http://www.bzga.de)
12. Chung KC, Kowalski CP, Kim HM, Buchman SR (2000) Maternal cigarette smoking during pregnancy and the risk of having a child with cleft lip/palate. *Plast Reconstr Surg* 105:485-91.
13. Cook, D.G., Strachan, D. P., *Health effects of passive smoking-10: Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research*. Thorax, 1999. 54: 357-366.
14. Corrigall, W. A. (et al.) (1992): The mesolimbic dopamine system is implicated in the reinforcing effects of nicotine. *Psychopharmacology*, 107(2-3), 285-289.
15. Corrigall, W.A.; Coen, K.M. (1989): Nicotine maintains robust self-administration in rats on a limited access schedule. *Psychopharmacology*, 99(4), 473-478.
16. Dani, J.A.; Heinemann, S. (1996): Molecular and cellular aspects of nicotine abuse. *Neuron*, 16, 905-908.
17. Epping-Jordan, M.P. (et al.) (1998): Dramatic decreases in brain reward function during nicotine withdrawal. *Nature*, 393, 76-79.
18. Ezzati, M.; Lopez, A.D. (2003): Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*, 362, 847-852.
19. Fagerstrom, K.O. (et al.) (1996): Nicotine dependence versus smoking prevalence. Comparisons among countries and categories of smokers. *Tob. Control*, 5, 52-56.
20. Fiore, M.C. (et al.) (2000): Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Am. J. Public Health Service. Rockville: US Department of Health and Human Services.
21. Hajek, P. (1994): Treatment for smokers. *Addiction*, 89, 1543-1549.
22. Havemann U, Kuschinsky K (1982): Neurochemical aspects of opioid-induced „catatonia“. *Neurochemistry Internat* 4:199-215
23. Heatherton, T.F. (et al.) (1991): The Fagerström Test for Nicotine Dependence. A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br. J. Addiction*, 89, 1119-1127.
24. Hoch, E. (et al.) (2004): How prevalent is smoking and nicotine dependence in primary care in Germany? *Addiction* 99(12), 1586-1598.
25. Hughes, J.R.; Stead, L.F.; Lancaster, T. (2004): Antidepressants for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).
26. Huizink AC, Mulder EJ (2006) Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neuro-behavioral and cognitive functioning in human offspring. *Neurosci Biobehav Rev* 30:24-41.
27. Jahn, K. (2005): SGB V. München: Beck. (Loseblatt Stand: 2005).

28. John, U. (et al.) (2004): Nicotine dependence, quit attempts, and quitting among smokers in a regional population sample from a country with a high prevalence of tobacco smoking. *Prev. Med.* 38(3), 350-358.
29. Kaper, J. (et al.) (2005): Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate. Results of a randomized trial. *Addiction*, 100, 1012-1020.
30. Klesges, L.M. (et al.) (2001): Smoking cessation in pregnant women. *Obstet Gynecol. Clin. North Am.*, 28, 269-282.
31. Krauskopf, D. (2005): Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung. München: Beck. (Loseblatt Stand: September 2005).
32. Ludvig J, Miner B, Eisenberg MJ (2005) Smoking cessation in patients with coronary artery disease. *Am Heart J* 149: 565-572.
33. Lumley, J, Oliver, S, Waters, E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, Update Software, Oxford, 2004.
34. Maaßen, H.J. (u.a.) (2006): SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, GKV. Kommentar. Heidelberg: Decker. (Loseblatt Stand: März 2006).
35. Miller, N. (et al.) (2005): Effectiveness of a large-scale distribution programme of free nicotine patches. A prospective evaluation. *Lancet*, 365, 1849-1854.
36. Moolchan ET, Ernst M, Henningfield JE (2000): A review of tobacco smoking in adolescents: treatment implications. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 39: 682-693.
37. Nagachinta, T. (et al.) (1987): Risk factors for surgical-wound infection following cardiac surgery. *J. Infect. Dis.*, 156(6), 967-973.
38. Perry, D.C. (et al.) (1999): Increased nicotinic receptors in brains from smokers. Membrane binding and autoradiographic studies. *J. Pharmacol. Exp. Ther.*, 289, 1545-1552.
39. Peto, R. (et al.) (1996): Mortality from smoking worldwide. *Br. Med. Bull.*, 52(1), 12-21.
40. Ramroth, H.; Dietz, A.; Becher, A. (2006): Rauchen und Alkohol sind Hauptrisikofaktoren für Kehlkopfkrebs. Ergebnisse einer deutschen Fall-Kontroll-Studie im europäischen Vergleich. *Dt. Ärzteblatt*, 103(16), A 1078-1083.
41. Sasco AJ, Vainio H (1999) From in utero and childhood exposure to parental smoking to childhood cancer: a possible link and the need for action. *Hum Exp Toxicol* 18:192-201.
42. Schmidt, L.G. (2001): Tabakabhängigkeit und ihre Behandlung. *Dt. Ärzteblatt*, 98, 1826-1833.
43. Silagy, C. (et al.) (2004): Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
44. Silverstein, P. (1992): Smoking and wound healing. *Am. J. Med.* 93(1A), 22S-24S.
45. Statistisches Bundesamt (2006): Ergebnisse der Mikrozensus-Befragung im Jahr 2005. <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab7.php>
46. Stead, L.F.; Lancaster, T. (2004): Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). *Cochrane Library*, (3).
47. Tate, J.C. (et al.) (1996): Assessing the validity of nicotine abstinence effects by self- and observer ratings under "blinded" conditions. *Exp. Clin. Psychopharmacol.*, 4, 330-335.
48. Twardella, D.; Brenner, H. (2004): Strategies to promote smoking cessation in general practice. Results of a cluster-randomized trial. Poster präsentiert beim 12. Weltkongress für Biomedizinische Alkoholforschung, Heidelberg / Mannheim, 29. September bis 2. Oktober 2004.
49. Tsuda, A. (et al.) (1996): Cigarette smoking and psychophysiological stress responsiveness. Effects of recent smoking and temporary abstinence. *Psychopharmacology*, 126, 226-233.
50. U.S. Department of Health and Human Services, *Women and Smoking: A report of the Surgeon General*. 2001, 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: Atlanta.
51. Valdes, A.M. (et al.) (2005): Obesity, cigarette smoking, and telomere length in women. *Lancet*, 366, 662-664.
52. Wannagat, G. (2005): Sozialgesetzbuch, Gesetzliche Krankenversicherung. München: Beck (Loseblatt Stand: März 2005).

53. West, R. (et al.) (2005): Outcome criteria in smoking cessation trials. Proposal for a common standard. *Addiction*, 100, 299-303.
54. World Health Organization (1997): *Tobacco or Health. A global status report*. Genf.
55. Weltgesundheitsorganisation (WHO): *Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen*. 2. Auflage, Verlag Hans Huber 2001.

## 11. EXPERTENGRUPPE / AUTOREN

Prof. Dr. med. Anil Batra  
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen  
(Kapitel: 3, 4, 8)

Prof. Dr. med. Jobst Böning  
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Hamm

Prof. Dr. med. Gerhard Buchkremer  
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen

Dr. phil. Raphael Gaßmann  
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Hamm

Dr. phil. Ulfert Hapke, Dipl. Psych., Dipl. Soz. Päd.  
Ernst Moritz Arndt Universität, Medizinische Fakultät, Greifswald  
(Kapitel: 2)

Prof. Dr. rer. nat. Ursula Havemann-Reinecke, Ärztin, Dipl. Biol.  
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Göttingen

Prof. Dr. jur. Rolf Jox  
Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln  
(Kapitel: 9)

Dr. rer. soc. Christoph Kröger, Dipl. Psych.  
IFT Institut für Therapieforschung, München  
(Kapitel: 5)

Dr. rer. nat. Johannes Lindenmeyer, Dipl. Psych.  
Salus Klinik, Lindow

Dipl.-Psych. Peter Lindinger  
WHO-Kollaborationszentrum Tabakkontrolle im Deutschen Krebsforschungszentrum, Heidelberg  
(Kapitel: 5, 6, 7)

Prof. Dr. med. Karl Mann, Lehrstuhl für Suchtforschung der Universität Heidelberg, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Prof. Dr. med. Werner Müller-Fahrnow, Dipl. Psych.  
Charité Universitätsmedizin, Berlin

Prof. Dr. med. Lutz G. Schmidt, Dipl. Psych.  
Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Johannes Gutenberg Universität, Mainz

Dr. rer. medic. Edith Weiß-Gerlach, Dipl. Psych.  
Charité Universitätsmedizin, Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Berlin