



Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

Mechthild Dyckmans

Drogenbeauftragte der Bundesregierung
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18 441-1452

FAX +49 (0)30 18 441-4960

E-MAIL drogenbeauftragte@bmg.bund.de

Berlin, im April 2013

**Rede der Drogenbeauftragten der Bundesregierung
zum Thema: „Die Sicht der Drogenbeauftragten zur Kostenerstattung der
Behandlung der Tabakabhängigkeit“**

Sehr geehrter Herr Prof. Batra,
sehr geehrter Herr Prof. Mühlig,
sehr geehrter Herr Dr. Hering,
sehr geehrte Damen und Herren,

Zunächst möchte ich mich recht herzlich beim wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung e.V. für die Einladung bedanken. Tabakabhängigkeit und ihre Behandlung, die Tabakentwöhnung, muss aus meiner Sicht im deutschen Gesundheitssystem eine viel größere Bedeutung zukommen. Deshalb begrüße ich es außerordentlich, dass sich der wissenschaftliche Aktionskreis Tabakentwöhnung e.V. dieser Thematik angenommen hat und sich seit mittlerweile 23 Jahren aktiv mit der Thematik Tabakentwöhnung befasst.

Rauchen ist nach wie vor das bedeutendste vermeidbare Gesundheitsrisiko in der Bundesrepublik Deutschland und stellt ein vorrangiges und vor allem vermeidbares Gesundheitsproblem dar. Insbesondere Folgeerkrankungen wie Karzinome, Herz – Kreislauf oder Lungenerkrankungen können durch eine Behandlung der Tabakabhängigkeit abgewendet bzw. in ihrem Verlauf abgemildert werden.

Rund 26 % der Bevölkerung ab 15 Jahren rauchen bis heute. Dies betrifft ca. 30,5 % der Männer und ca. 21,2 % der Frauen. Während bei

den jungen Menschen im Alter von 12 bis 17 Jahren ein großer Rückgang zu verzeichnen ist, geht in der Gruppe der Erwachsenen der Anteil der Rauchenden nur leicht zurück.

Rauchen ist und bleibt der bedeutendste Risikofaktor für eine Vielzahl von Erkrankungen und vorzeitigen Tod. Dies bereits ab einem mittleren Lebensalter. Neben einem Verlust an durchschnittlich 10 bis 14 Lebensjahren durch das Rauchen, beträgt nicht zuletzt auch der volkswirtschaftliche Schaden etwa 21 Mrd. Euro, zu einem Drittel an direkten Kosten für die Behandlung, sowie zu zwei Dritteln an indirekten Kosten durch Frühverrentung und Arbeitsunfähigkeit.

16 Millionen Menschen in Deutschland rauchen gelegentlich oder ständig. Etwa drei Viertel von ihnen haben den Wunsch aufzuhören. Doch nur ein Teil von ihnen schafft es allein, ohne Hilfe, die anderen brauchen eine fachliche Unterstützung. Diese Fakten sind allseits unstrittig. Welche Folgerungen daraus zu ziehen sind, inwieweit Tabakabhängigkeit als Suchterkrankung anzuerkennen ist, und welche Behandlung unser Hilfesystem bereitstellen muss, darüber gehen die Ansichten leider auseinander.

Als Drogenbeauftragte, habe ich mich in den letzten dreieinhalb Jahren intensiv mit Fragen der Suchtabhängigkeit und den erforderlichen Behandlungsansätzen beschäftigt. Ich komme zu Ergebnissen, die so nicht (oder noch nicht!) von der Bundesregierung und hier insbesondere von dem Gesundheitsministerium geteilt werden. Dies bitte ich Sie bei meinen weiteren Ausführungen zu berücksichtigen. Ich gebe meine eigene Auffassung wieder, nicht die der Bundesregierung.

Wir wissen, ein Rauchstopp lohnt sich in jeder Altersstufe, insbesondere nach Eintritt einer tabakbezogenen Erkrankung. So sinkt bereits fünf Jahre nach der letzten Zigarette das Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung um mehr als 40 %. Daher muss es unser Ziel sein, Menschen bei der Überwindung der Tabakabhängigkeit und damit bei der Tabakentwöhnung die erforderliche Unterstützung zu geben, die sie benötigen. Sie müssen begleitet werden und es ist ihnen die Hilfe anzubieten, die dem aktuellsten wissenschaftlichen und medizinischen Stand entspricht.

Der erste Schritt zum Rauchstopp sollte dabei immer zunächst die Ansprache des Rauchers und die Motivation zur Aufgabe des Rauchens sein, z.B. durch Beratung und Angebote zur Tabakentwöhnung, aber eben auch durch die Thematisierung in der Öffentlichkeit z.B. zum Jahreswechsel. Hier gibt es immer wieder Raucher, die es aus eigenem Antrieb und ohne weitere Unterstützung von einem Tag auf den anderen schaffen, Nichtraucher zu werden. Wir alle kennen die Beispiele. Aber – sind wir ehrlich: das sind die Ausnahmen und leider werden viele wieder rückfällig.

In der Regel braucht der Tabakabhängige Unterstützung und das ist dann die Vermittlung in eine begleitende Verhaltenstherapie und daneben eventuell Tabakpflaster oder Kaugummis. Und wenn auch diese Schritte aus ärztlicher Sicht nicht ausreichen, weil die Suchtabhängigkeit zusätzliche Hilfen erforderlich macht, ist eine begleitende medikamentöse Therapie mit verschreibungspflichtigen Nikotinersatzpräparaten in die Tabakentwöhnung einzubeziehen.

Diese Kombination in der Tabakentwöhnung ist bei schwerer Tabakabhängigkeit, also die Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer und medikamentöser Therapie, national wie international als „Goldstandard“ anerkannt. Aus medizinisch-therapeutischer Sicht ist die Evidenz der begleitenden Nikotinersatztherapie auf der Basis von weit mehr als 100 Studien wissenschaftlich unstrittig.

Insbesondere die Verdoppelung der Erfolgswahrscheinlichkeit eines Rauchstopp mit medikamentöser Unterstützung bei schwerer Tabakabhängigkeit wird von allen relevanten Institutionen in Deutschland sowie auch international als belegt anerkannt. Damit werden Sie sich heute in den folgenden Vorträgen ausführlich beschäftigen.

Anders als zum Beispiel bei der Alkoholabhängigkeit bleibt eine Kostenübernahme der Tabakentwöhnungsbehandlung durch die Krankenkassen aufgrund der bestehenden Regelungen im Sozialgesetzbuch aber ein Hindernisfaktor. Wie kommen wir in Deutschland an dieser Stelle weiter? In Deutschland werden die Kosten der Tabakentwöhnung bisher gemäß

§ 20 SGB V ausschließlich nur im Rahmen einer Primärprävention von den Kassen unterstützt und anteilig nach Abschluss der Behandlung erstattet. Schon hier zeigt sich, dass nicht die Tabakabhängigkeit als die zu behandelnde Erkrankung angesehen wird, sondern es um die Verhinderung der durch das Rauchen entstehenden Folgeerkrankungen geht. § 20 SGB V betrifft ja Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und nicht die Erkrankung selbst.

Eine gesonderte Finanzierung der ärztlichen Behandlung zur Tabakentwöhnung gibt es nicht. Die Kostenerstattung einer ärztlich verordneten medikamentösen Unterstützung seitens der Kassen ist sogar – wie sie alle wissen – in § 34 des SGB V explizit ausgeschlossen. Diese Medikamente müssen von den Rauchern selber getragen werden. Dem Anspruch jedes Versicherten aus § 23 Abs. 1 SGB V auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arzneimitteln zur Verhinderung des Entstehens oder der Verschlimmerung einer Erkrankung und aus § 27 SGB V auf ärztliche Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, steht § 34 SGB V gegenüber, der bestimmte Arznei-, Heil- und Hilfsmittel von der Versorgung zu Lasten der Krankenkassen ausdrücklich ausschließt.

Ziel des Gesetzgebers war es, damit u.a. solche Arzneimittel aus dem Leistungskatalog auszuschließen, die primär nicht darauf abzielen eine Erkrankung zu bekämpfen, sondern „bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht“. Zu diesen – im alltäglichen Sprachgebrauch „Lifestyle-Arzneimitteln“ gehören ausdrücklich auch Arzneimittel zur Behandlung der Raucherentwöhnung. Bei der Tabakentwöhnung geht es aber nicht um Lifestyle, sondern zum einen um die Behandlung einer schweren Abhängigkeitserkrankung und zum anderen um die Verhinderung bzw. positive Beeinflussung von schwerwiegenden Folgeerkrankungen. Um eine Verordnung von medikamentösen Tabakentwöhnungsmitteln zu Lasten der GKV bei Bedarf zu ermöglichen, ist aus meiner Sicht daher eine gesetzliche Änderung des § 34 notwendig.

Was macht diese Änderung so schwer durchsetzbar? Aus gesundheitsökonomischer Sicht wird befürchtet, dass eine solche Veränderung des § 34 SGB V wegen der großen Anzahl von Raucherinnen und Rauchern zu erheblichen Mehrausgaben für die Kassen führt. Wissenschaftliche Daten

belegen dies nicht. Mittelfristig und langfristig sind für die GKV keine höheren Ausgaben, sondern deutliche Kosteneinsparungen durch die Aufgabe des Rauchens zu erwarten.

So geht beispielsweise aus einer 2012 durchgeführten Studie hervor, dass durch die Einführung der Nichtraucherschutzgesetze 2007 und 2008, die Anzahl der Klinik-Behandlungen wegen Herzinfarkten um rund 8,6 % zurück gegangen ist. Somit wurden 35.000 schwere Herz-Kreislauf - Erkrankungen verhindert, wofür die Krankenkassen sonst ca. 150 Millionen Euro hätten ausgeben müssen.

Weiterhin wird immer wieder angeführt, dass es sich beim Tabakkonsum um ein selbstverschuldetes Problem handelt. Es wird daher vielfach gefordert, dass die Kosten für eine medikamentöse Therapie selbst zu tragen sind. Zum einen, weil die täglichen Kosten für die medikamentöse Therapie geringer wären als die Ausgaben für eine Schachtel Zigaretten mit etwa 5 € pro Tag. Aber: Muss ich bei anderen Erkrankungen Kosten in Höhe von ca. 100€ pro Monat selbst tragen? Zum anderen würde die Bereitschaft des Patienten, die Kosten selbst zu tragen, ein Zeichen für eine echte Motivation sein, die zu einer langfristigen erfolgreichen Raucherentwöhnung erforderlich sei.

Die Frage, ob eine Krankheit selbstverschuldet ist, darf nicht zum Entscheidungskriterium dafür werden, ob eine Leistungserstattung im GKV-System erfolgt oder nicht. Was würde dies für andere Krankheiten bedeuten, wie Diabetes, koronare Herzerkrankungen oder insgesamt für das Solidaritätsprinzip. Nochmals: Tabakabhängigkeit ist kein „Lifestyle“. Und ein ärztliches, als notwendig für die Entwöhnungsbehandlung, erachtetes Medikament ist kein Lifestylemedikament. Nichtrauchen ist zweifellos der gesunde Lebensstil und muss entsprechend gefördert werden. Eine langjährige schwere Tabakabhängigkeit ist jedoch eine Suchterkrankung, die nach dem Stand des ärztlichen Wissens behandelt werden muss.

Tabaksucht führt zu einem verschlechterten Gesundheitszustand und erhöht die Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung in maßgeblicher Weise. Wir brauchen deshalb eine Änderung des § 34 SGB V, um betroffe-

ne Raucherinnen und Raucher die Behandlungsangebote zukommen zu lassen, die sie entsprechend ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung nötig haben. Dabei geht es nicht um die Erstattung des Nikotinpflasters für den Raucher, der mal versuchen will, aufzuhören. Es geht hier um aus ärztlicher Sicht notwendige Medikamente, damit die Entwöhnungsbehandlung gelingen kann.

Der Wissenschaftliche Aktionskreis Tabakentwöhnung e.V. setzt sich seit vielen Jahren für die Erstattungsfähigkeit der Raucherentwöhnungspräparate ein. Überdies hat der G-BA Beschlüsse zur Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) sowie zu Asthma Bronchiale gefasst, wonach im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen verhaltenstherapeutische und gegebenenfalls unterstützende medikamentöse Maßnahmen angeboten werden sollen. Alle Versuche scheiterten an der gegenwärtigen Rechtslage im SGB V.

Daher befürworte und unterstütze ich auch als Juristin die Klage des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung e.V. (WAT), der deutschen Gesellschaft für Suchtforschung sowie der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde: Tabakabhängigkeit muss auch in Deutschland als Suchterkrankung anerkannt werden! Dies ist meine persönliche Meinung, - denn in den Ressorts im BMG und seitens der Kassen wird dies anders gesehen.

In der Vergangenheit gab es verschiedene Ansätze: So z.B. den Vorschlag, § 23 des SGB V dahingehend zu erweitern, dass eine begrenzte Zulassung der Tabakentwöhnungsbehandlung im Rahmen eines „strukturierten Behandlungsprogramms“ möglich wird, welcher dann als eigenständiger § 23 (a) im SGB V geführt wird. Ob damit eine Ausnahme für den Ausschluss der Tabakentwöhnung in § 34 als „Lifestyle“- Arzneimittel gefunden wäre, ist aber fraglich.

Deutschland hat sich 2005 mit der Unterzeichnung der Tabakrahmenkonvention verpflichtet, den Tabakkonsum zu reduzieren und eine geeignete Unterstützung und Therapie anzubieten, die sich an den Bedürfnissen des Einzelnen orientiert. Artikel 14 der Konvention gibt auch den Hinweis, eine medikamentöse Therapie mit in die Behandlung einzuschlie-

ßen. In der Leitlinie zu Artikel 14 der Tabakrahenkonvention wird als Umsetzungsempfehlung für die Vertragsstaaten angeregt, betroffenen Raucherinnen und Rauchern eine medikamentöse Entwöhnungsbehandlung zugänglich zu machen sowie diese auch kostenlos bzw. erschwinglich anzubieten.

Darüber hinaus weist die Tabakrahenkonvention auch darauf hin, wie wichtig es ist, insbesondere die Aufklärung und Beratung zur Tabakentwöhnung als festes Angebot im Gesundheitssektor einzubeziehen. Dies umfasst vor allem die Ärzte und die Pflegekräfte, welche im intensiven Kontakt mit den Patienten stehen. Wir haben in Deutschland zwar schon einiges erreichen können um den Tabakkonsum zu reduzieren, jedoch sollten wir vor dem Hintergrund des gesundheitlichen Bedarfs und der zur Verfügung stehenden professionellen Ressourcen innerhalb des Gesundheitsversorgungssystems, der Tabakentwöhnung eine größere Bedeutung beimessen. Der Kontakt zwischen Arzt und Patient sollte für die Tabakentwöhnungsbehandlung gezielt genutzt werden.

Die AOK NordWest hat ein Konzept zur Tabakentwöhnung für Erwachsene entwickelt, das seitens des BMG evaluiert werden soll. Im Mittelpunkt steht dabei der Aufbau von lokalen Netzwerken zwischen der AOK-NordWest und niedergelassenen Ärzten, um tabakabhängigen Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder chronisch obstruktiver Lungenerkrankung im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit einen Weg zum Rauchstopp zu ermöglichen und sie dabei als Lotse zu begleiten.

Warum wenden wir uns gerade an die niedergelassenen Ärzte? Patienten mit einer chronischen Erkrankung befinden sich dauerhaft in ärztlicher Behandlung bei einem niedergelassenen Arzt. Zwischen Arzt und Patient besteht häufig ein enges Vertrauensverhältnis, zudem besitzt der „ärztliche Rat“ für viele Menschen eine hohe Akzeptanz. Zugleich haben die Ärzte durch den direkten Kontakt mit den Patienten die Möglichkeit, ihn über die positiven Wirkungen der Tabakentwöhnung zu informieren, zu beraten, ihn während der Therapie aktiv zu begleiten und zu unterstützen.

Wie wichtig der ärztliche Anstoß bei der Tabakentwöhnung für die Betroffenen ist, darauf verweist auch die Bundesärztekammer. Diese hat ein Curriculum im Rahmen der Suchtmedizinischen Grundversorgung zur „Qualifikation Tabakentwöhnung“ für Ärzte entwickelt, welches vom wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung e.V. zertifiziert wurde. Diese Qualifikationsmaßnahme beinhaltet einen 20-stündigen Kurs, der als begleitender Online-Präsenzkurs aufgebaut ist und Ärzte mit Informationen, Hilfestellungen und Anleitungen in der Tabakentwöhnungsbehandlung qualifiziert. Aber auch dieses Projekt kann nur ein weiterer Baustein in der Tabakentwöhnung sein.

Worin besteht also der zukünftige Handlungsbedarf? Wir verfügen über viele Elemente einer qualifizierten –insbesondere auch ärztlichen – Tabakentwöhnung, die zusammengefügt werden müssen. Damit die ärztliche Tabakentwöhnungsbehandlung zu einem Standard wird, muss sie auch erstattungsfähig sein!

Wir müssen daher einerseits die Grundlagen für die nichtmedikamentöse ärztliche Behandlung schaffen und deren Finanzierung regeln. Zum anderen darf die ärztlich verordnete medikamentöse Nikotinersatztherapie nicht länger als „Lifestyle-Behandlung“ angesehen werden. Denn Tabakabhängigkeit ist kein „Lifestyle“-Problem. Dazu brauchen wir eine Gesetzesänderung im § 34 des SGB V.

Wir müssen die Ausstiegsbereitschaft der rauchenden Bevölkerung mehr unterstützen. Es sollte eine Pflichtaufgabe des Gesundheitssystems werden, Raucherinnen und Raucher bei der Entwöhnung aktiv zu unterstützen. Gerade hier liegt eine große Chance. In Krankenhäusern können Raucher und Raucherinnen gezielt angesprochen und über die Gefahren des Rauchens informiert und aufgeklärt werden. Mitarbeiter können dabei einen wichtigen Anstoß geben. Dazu müssen Ansprache des Rauchens und Angebote zur Tabakentwöhnung zum Standard von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern bzw. Gesundheitseinrichtungen werden. Daher unterstütze ich als Schirmherrin des Deutschen Netzes Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen (DNRfK) auch das Projekt „rauchfrei +“ für rauchfreie Krankenhäuser.

In diesem Sinne möchte ich Sie bei Ihrem Vorhaben mit unterstützen, die Tabakentwöhnung voranzubringen und auf eine gute Grundlage stellen. Lassen Sie die Anerkennung der Tabakabhängigkeit als Krankheit prüfen. Es ist an der Zeit, dass die Tabakabhängigkeit als eigenständige Suchterkrankung, ebenso wie die Alkoholabhängigkeit 1968, als Krankheit in Deutschland anerkannt wird.

Ich möchte die Gelegenheit an dieser Stelle nutzen und Prof. Batra für seine Bemühungen bei der Förderung Rauchfreier Krankenhäuser danken. Prof. Batra hat den Aufbau des Netzes Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen im Projektbeirat seit 2005 fachlich und persönlich begleitet. Die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen ist seit Beginn Mitglied im Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen. Ihr Engagement war entscheidend für die Überführung des Projekts in eine stabile Struktur und für die inhaltliche Weiterentwicklung.

Seit 2005 erfüllt die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie die internationalen Anforderungen für das Silber Zertifikat des ENSH-Global Network for Tobacco Free Health Care Services und hat sich wiederholt den Re-Zertifizierungsverfahren gestellt. International war die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie lange die einzige Silber zertifizierte Klinik dieser Fachrichtung. Sein dauerhafter Einsatz für die Behandlung tabakabhängiger Patienten wurde nun auch von der gesamten Uniklinik Tübingen aufgegriffen und es ist ihm gelungen, dass schrittweise alle Kliniken die Zertifizierungen anstreben.

Als Schirmherrin freue ich mich, ihm bei der heutigen Tagung das Mitgliedszertifikat überreichen zu können. Ich wünsche Ihnen, lieber Herr Prof. Batra, dass Sie diese wichtige Arbeit noch lange weiterführen. Ich wünsche Ihnen allen viel Freude bei den folgenden Vorträgen und interessante Diskussionen!

A handwritten signature in black ink, reading 'Mechthild Dyckmans'. The script is cursive and fluid, with the first name 'Mechthild' written in a larger, more prominent hand than the last name 'Dyckmans'.

Mechthild Dyckmans, MdB

Drogenbeauftragte der Bundesregierung