



in Zusammenarbeit mit dem Dezernat für Fortbildung und Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer und dem Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.

**Nr. 6
Juni
2005**

Editorial

Am Weltnichtrauchertag, der am 31. Mai mit dem Motiv „Schluss mit süchtig! – Wir helfen Rauchern. Die Gesundheitsberufe.“ die besondere Rolle und Verantwortung von Ärzten, Krankenschwestern, Hebammen, Apothekern, Zahnärzten, Psychologen und anderen Heilberufen betonte, wurde bei zahlreichen Aktionen und Informationsveranstaltungen ein größeres Engagement in der Tabakentwöhnung gefordert. „Es ist nicht zu bestreiten, dass Ärzte noch wesentlich aktiver als bisher rauchende Patienten auf ihre Sucht ansprechen, sie beraten und sie bei der Entwöhnung vom Nikotin begleiten sollten“, erklärte der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. Die Klinikärztegewerkschaft Marburger Bund (MB) forderte anlässlich des Weltnichtrauchertages, alle Kliniken in Deutschland zur rauchfreien Zone zu erklären. „Wir setzen hierbei auf positive Anreize in den Kliniken“, erklärte der Vorsitzende des MB, Dr. Frank-Ulrich Montgomery. Die Ärztegwerkschaft hat mit einer privaten Klinikette einen Tarifvertrag für ein hessisches Krankenhaus vereinbaren können, der für nichtrauchende Ärzte einen zusätzlichen Urlaubstag vorsieht.

Die Bundesdrogenbeauftragte Marion Caspers-Merk kritisierte in diesem Zusammenhang, dass von 2200 Krankenhäusern in Deutschland erst 50 rauchfrei sind. „Es ist nicht im Sinne der Patienten, wenn 40 Prozent des Pflegepersonals und 25 Prozent der Ärzte selber rauchen“, so die Staatssekretärin.

Dass es noch eine Menge zu tun gibt, wird auch an folgenden Zahlen deutlich: In Deutschland sind im vergangenen Jahr mindestens 370 Millionen Zigaretten pro Tag geraucht worden, wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden anlässlich des Weltnichtrauchertags mitteilte. Demnach sank zwar die Zahl der versteuerten Zigaretten im Jahr 2004 um fast ein Viertel gegenüber dem Höchststand von 2002 (398 Millionen) auf rund 305 Millionen pro Tag, während dieser Rückgang bei weitem nicht durch den Anstieg beim Konsum der Selbstgedrehten ausgeglichen wurde: Dieser nahm im selben Zeitraum um gut die Hälfte auf 66 Millionen pro Tag zu (2002: 42 Millionen).

Der Schwerpunkt dieser Ausgabe liegt auf den finanziellen Aspekten: In dem Beitrag von Dr. Wilfried Kunstmann werden die derzeit bestehenden Vergütungsmöglichkeiten der ärztliche Raucherberatung dargestellt. Dieser Artikel ist der Publikation „Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten – Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit“ entnommen (s. Newsletter Mail). Auf Seite 4 werden zwei aktuelle Studien kurz vorgestellt, die sich mit dem Einfluss der Kostenerstattung auf die Abstinenzquoten bzw. der Kosteneffektivität von rauchfreien

Inhaltsverzeichnis:

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	1-2
Schwerpunktthema: Ärztliche Raucherberatung: Brotlose Kunst oder qualifizierte Krankenbehandlung?	2-3
Neue Studien zur Tabakentwöhnung	4

Arbeitsplätzen und kostenloser Abgabe von Nikotinersatzpräparaten beschäftigen.

Hinweisen möchten wir Sie zudem darauf, dass wegen der Sommermonate und Ferienzeit die nächste Ausgabe des Newsletters Tabakentwöhnung erst wieder im Monat September erscheint.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für erfolgreiche Tabakentwöhnung

Ihr Redaktionsteam
Martina Pötschke-Langer, Peter Lindinger,
Anil Batra, Wilfried Kunstmann

Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe

1. Heidelberger Curriculum Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung – Basiswissen und praktische Anleitungen. Empfohlen von der Bundesärztekammer für die Fachkunde Suchtmedizin. Ärztinnen und Ärzte erhalten 5 Fortbildungspunkte der Landesärztekammer Baden-Württemberg. **Termine:** 24. Juni (bereits ausgebucht), 23. September, 28. Oktober und 25. November 2005 (Novembertermin nur für Ärztinnen und Ärzte) (jeweils freitags 14–18 Uhr). Infos unter www.tabakkontrolle.de; Anmeldung unter who-cc@dkfz.de

2. Kursleiterschulung für das Gruppenprogramm „Eine Chance für Raucher – rauchfrei in 10 Schritten“ durch das Institut für Therapieforschung München. Infos unter <http://www.vtausbildung.de/praevention/10schritte.htm>; Anmeldung bei Olga Lichtig (E-mail: lichtig@ift.de) Tel.: 089/360804-68, Fax: 089/360804-69

3. „Crash-Kurs“ für Ärzte zum Erwerb von Kenntnissen zur Raucherentwöhnung. **Termine:** 10.09.2005, 15.10.2005, 12.11.2005. Infos bei der Landesärztekammer Thüringen, Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, Frau Schneider, Postfach 10 07 40, 07707 Jena

Kongresse/Tagungen

1. 6. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin
30. Juni – 02. Juli 2005 in München, Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung am 30.6 von 09:00–10:30 Uhr; Programm unter <http://www.suchtkongress.de/mic/veranstaltungen/873502.php>. Anmeldungen online (s.o) oder bei Anja Zöller; Tel.: +49 (0) 8191 125-479; Fax: +49 (0) 8191 125-600
E-mail: a.zoeller@m-i-c.de

2. 10. Tübinger Suchttherapietage (mit 20stündigem WAT-Curriculum Tabakentwöhnung) Termin: 28.–30. September 2005, Anmeldung bei Tübinger Suchttherapietage, Osianderstr. 24, 72076 Tübingen, Tel. 07071 / 2980922, Fax: 07071 / 295384 oder sucht@med.uni-tuebingen.de

3. Bitte schon vormerken:

3. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle, 07.12.–08.12.2005, Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg

SCHWERPUNKTTHEMA:

Ärztliche Raucherberatung: Brotlose Kunst oder qualifizierte Krankenbehandlung? Zu den Vergütungsmöglichkeiten innerhalb und außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung

von Dr. Wilfried Kunstmann

Die Behandlung der Tabakabhängigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

Tabakabhängigkeit stellt beim Vorliegen definierter Kriterien eine Krankheit gemäß ICD 10 dar. Die Cochrane Collaboration hat anhand der Auswertung wissenschaftlicher Studien nachgewiesen, dass Raucher durch ärztliche Beratung wirksam behandelt werden können (Lancaster et al. 2000). Dennoch ist die Tabakentwöhnung in Deutschland bislang nicht als vertragsärztliche Leistung anerkannt. Auch Medikamente, die nachweislich den Therapieerfolg verbessern, können in Deutschland nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verschrieben werden. Vielmehr konstatiert das Sozialgesetzbuch V: „Von der Versorgung sind ... Arzneimittel ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend ... zur Raucherentwöhnung,... dienen.“ (SGB V, § 34, Abs. 1)

Entsprechend spielt die Raucherberatung in der niedergelassenen Arztpraxis bislang nur eine untergeordnete Rolle. Zwar erachteten nach einer Studie des Heidelberger Zentrums für Altersforschung 90% der Allgemeinärzte die Tabakentwöhnung als ein wichtiges ärztliches Aufgabenfeld, 77% der Befragten gaben jedoch fehlende Vergütungsmöglichkeiten im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung als einen Hauptgrund dafür an, Raucherberatungen in der Praxis nur relativ selten durchzuführen (Twardella und Brenner 2005).

Bislang konnte die Entwöhnungsbehandlung eines Rauchers im Rahmen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die kassenärztliche Versorgung (EBM) neben den Grundvergütungen nur unspezifisch innerhalb des sog. „therapeutischen hausärztlichen Gesprächs“ (EBM-Nr.10, alte Fassung) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Diesem entspricht im seit 1. April 2005 gültigen EBM 2000+

Nr. 03120. Mit dieser Ziffer werden alle erforderlichen hausärztlichen Beratungsleistungen abgedeckt. Voraussetzung ist eine Gesprächsdauer von mindestens 10 Minuten. Die bislang gültige Fassung des EBM wies für diese Gesprächsleistung 300 Punkte aus, was bei dem in der Praxis selten erreichten kalkulatorischen Punktwert von 5,11 C ungefähr 15 € entsprach.

Alternativ bestand im EBM alter Fassung die Möglichkeit, die Tabakabhängigkeit als psychiatrische Erkrankung im Sinne der ICD 10 zu behandeln: EBM-Nr. 11 beinhaltete die „Diagnostik und/oder Behandlung einer psychischen Destabilisierung oder psychischen Krankheit durch hausärztliches Gespräch“ und bewertete sie – analog zum therapeutischen hausärztlichen Gespräch – mit 300 Punkten. Eine parallele Abrechnung der EBM-Nr. 10 war in diesem Falle ausgeschlossen. Für beide Gesprächsleistungen nach EBM-Nr. 10 und 11 konnte ein Zuschlag in Höhe von 300 Punkten abgerechnet werden, wenn das Gespräch länger als 30 Minuten in Anspruch genommen hatte (EBM-Nr. 18, a.F.).

Der EBM 2000+ sieht nun neben den Struktur- und Grundleistungen für das hausärztliche Beratungsgespräch (EBM-Nr. 03120) eine Staffelung vor, die für jede vollendete 10 Minuten eine Abrechnung von 150 Punkten erlaubt. Im Bedarfsfall können für eine „orientierende Erhebung des psychopathologischen Status“ entsprechend der Leistung Nr. 03313 zusätzlich 175 Punkte in Ansatz gebracht werden.

Die im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung ggf. zusätzlich erforderliche körperliche Untersuchung wird über die „Erhebung des Ganzkörperstatus“ abgedeckt (EBM-Nr. 60, a.F./ EBM-Nr. 03311, Fassung 2000+). Diese kann einmal pro Behandlungsfall und Quartal geltend gemacht werden. Waren hierfür bislang 320 Punkte veranschlagt, so weist der EBM 2000+ für dieselbe Leistung noch 300 Punkte aus.

Obgleich die ärztliche Raucherberatung bislang nicht als vertragsärztliche Leistung anerkannt ist und die Entwöhnungsbehandlung nicht speziell im EBM abgebildet ist, wird sie im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V wie auch in den Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses¹ zur Ausgestaltung strukturierter Behandlungsprogramme sowohl für koronare Herzkrankheiten als auch für chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, Asthma bronchiale und Diabetes mellitus Typ 2 als zentraler Bestandteil der Therapie aufgeführt und fließt in die entsprechenden Leistungsvergütungen mit ein (Koordinierungsausschuss 2003, Gemeinsamer Bundesausschuss 2004).

Vergütung der Raucherberatung außerhalb vertragsärztlicher Leistungen

Wenn die Raucherberatung und -entwöhnung nicht im Rahmen einer kurativen Behandlung erfolgt und damit nicht GKV-Leistung ist, kann sie nur als sog. „individuelle Gesundheitsleistung“ (IGeL) durchgeführt werden. IGeL-Leistungen sind ärztliche Leistungen, die von Versicherten außerhalb des GKV-Leistungskatalogs nachgefragt werden. Sie setzen eine intensive Aufklärung des Versicherten über den medizinischen Nutzen und das medizinische Risiko sowie den Abschluss eines schriftlichen Behandlungsvertrages voraus (Hess u. Klakow-Franck 2005). IGeL-Leistungen sind privatärztliche Leistungen und werden demgemäß auf der Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet.

Der Empfehlungskatalog individueller Gesundheitsleistungen, der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und ärztlichen

1) bis 1.1.2004 Koordinierungsausschuss

Berufsverbänden zusammengestellt wurde, führt in Kapitel 7 unter „Ärztlichen Serviceleistungen“ u. a. die „Raucherentwöhnung“ auf (KBV 2001). Nach der GOÄ kann die Raucherentwöhnung, wenn der jeweilige Leistungsinhalt erfüllt wird, nach den folgenden abrechnungsfähigen Einzelleistungen abgerechnet werden, wobei zu berücksichtigen ist, dass nicht alle aufgeführten Nummern parallel abrechenbar sind:

- Beratung (GOÄ-Nr. 1) oder eingehende Beratung von mindestens 10 Minuten Dauer (GOÄ-Nr. 3, nur einzeln oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nummern 5, 6, 7, 8, 800 oder 801 abrechenbar),
- strukturierte Schulung einer Einzelperson durch den Arzt mit einer Mindestdauer von 20 Minuten (GOÄ-Nr. 33, pro Jahr höchstens 3x abrechenbar, zudem nicht in Verbindung mit Nr. 1 und 20),
- Erhebung des Ganzkörperstatus (GOÄ-Nr. 8),
- Aufstellung eines Entwöhnungsplans (GOÄ-Nr. 76 analog, nicht in Verbindung mit Nr. 3 abrechenbar) sowie z. B. auch
- eine ruhespirographische Untersuchung (GOÄ-Nr. 605),
- die Erstellung einer Flussvolumenkurve bei Spirographie (GOÄ-Nr. 605a) und weitere, ggf. ergänzend erforderliche diagnostische Untersuchungen (Hess u. Klakow-Franck 2005, Hering 2005).

Jede der aufgeführten Leistungen ist in der GOÄ mit einer eigenen Punktzahl ausgewiesen, über die sich nach Multiplikation mit dem gesetzlich festgelegten Punktwert der Gebührensatz ergibt. Dieser kann vom Arzt in Abhängigkeit von der Leistungsart mit einem entsprechenden Faktor multipliziert werden („persönlich-ärztliche Leistungen“: Faktor 1–3,5 / „medizinisch-technische Leistungen“: Faktor 1–2,5 / „Laborleistungen“: Faktor 1–1,3), wobei ein festgelegter Schwellenwert ohne Begründung des Einzelfalls nicht überschritten werden darf. Der Schwellenwert beträgt bei „persönlich-ärztlichen Leistungen“ das 2,3-fache, bei „medizinisch-technischen Leistungen“ das 1,8-fache und bei „Laborleistungen“ das 1,15-fache des Gebührensatzes. (Hess u. Klakow-Franck 2005).

Innovative Vergütungsmodelle für die ärztliche Raucherberatung

Einen Weg, wie die Entwöhnungsbehandlung bei Rauchern auch im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden kann, hat ein 2001 von der AOK Thüringen initiiertes Modellversuch aufgezeigt: Ärzte, die erfolgreich an einer von der Landesärztekammer anerkannten Fortbildung zur Raucherberatung teilgenommen haben, erhalten 200 € für jeden AOK-Versicherten, bei dem innerhalb von drei Monaten acht Konsultationen (einschließlich einer Eingangs- und Schlussberatung) durchgeführt wurden. Die Kosten für die zur Unterstützung der Entwöhnungsbehandlung verschriebenen Nikotinsubstitutionspräparate müssen in diesem Modell allerdings weiterhin vom Patienten getragen werden (Haustein 2001, 2003).

Eine vergleichbare Option eröffnet § 135, Abs. 2 des SGB V, nach der die Partner der Bundesmantelverträge miteinander Qualitätssicherungsvereinbarungen für solche ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen abschließen können, „welche wegen der Anforderungen an ihre Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besonderer Kenntnisse und Erfahrungen (Fachkundenachweis) sowie einer besonderen Praxisausstattung oder weiterer Anforderungen an die Strukturqualität bedürfen. Über diese Verträge werden „einheitlich entsprechende Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen“ vereinbart (SGB V, § 135, Abs. 2).

Zwar handelt es sich bei der Tabakentwöhnung sicherlich um kein neues Verfahren, jedoch ist es im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bislang völlig unbeachtet geblieben, nicht zuletzt auch deshalb, weil das Abhängigkeitspotenzial des Nikotins lange Zeit weitgehend unterschätzt und der Tabakkonsum als freie Willensentscheidung des Einzelnen bewertet wurde. Mit der von der Bundesärztekammer auf den Weg gebrachten ärztlichen Qualifikation „Tabakentwöhnung“ eröffnet sich die Möglichkeit, auch für die Raucherentwöhnung eine Qualitätssicherungsvereinbarung nach SGB § 135, Abs. 2 zu schaffen. Als einzige Alternative bliebe die Anerkennung der ärztlichen Beratungs- und Behandlungsleistung bei Tabakabhängigkeit durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Literatur:

Gemeinsamer Bundesausschuss (2004): „Anforderungen“ an die Ausgestaltung strukturierter Behandlungsprogramme für Patienten mit chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen Teil I: Asthma bronchiale, Sieburg

Gemeinsamer Bundesausschuss (2004): „Anforderungen“ an die Ausgestaltung strukturierter Behandlungsprogramme für Patienten mit chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen Teil II: COPD, Sieburg

Haustein K-O. (2003): Raucher und Raucherentwöhnung in Deutschland – Einige kritische Bemerkungen zur Gesundheitspolitik. In: *Ärztebl. Thüring.* 12, S. 761–763

Haustein K-O. (2001): Welche Aufgabe soll ein Institut für Nikotinforschung und Raucherentwöhnung übernehmen? In: *Ärztebl. Thüring.* 12, S. 147–148

Hering T. (2005): Tabakentwöhnung in der pneumologischen Praxis – Voraussetzungen, Chancen, Umsetzung. In: Käßner F.: *Igel-Leistungen in der Pneumologie.* medical text books, Hamburg

Hess R., Klakow-Franck R. (Hg.) (2005): *Igel-Kompendium für die Arztpraxis.* Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

Kassenärztliche Bundesvereinigung u. ärztliche Berufsverbände (2001): *Empfehlungskatalog individueller Gesundheitsleistungen.* New Medical Services http://www.igelarzt.de/09/pdf/igel_liste.pdf

Koordinierungsausschuss (2003): „Anforderungen“ an die Ausgestaltung strukturierter Behandlungsprogramme für Patienten mit koronarer Herzkrankheit, Sieburg

Koordinierungsausschuss (2003): *Anforderungen an die Ausgestaltung strukturierter Behandlungsprogramme für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2,* Sieburg

Lancaster T., Stead L., Silagy C., Sowden A. (2000): Regular review: Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. In: *BMJ,* Aug 2000; 321: 355–358.

Twardella D, Brenner H. (2005): Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. *Eur J Public Health* doi: 10.1093/eurpub/cki123 Advance Access published on 8 March 2005

Herausgeber:
Deutsches Krebsforschungszentrum
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle in Zusammen-
arbeit mit dem Dezernat für Fortbildung und Gesundheits-
förderung der Bundesärztekammer und dem
Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. Martina Pötschke-Langer

Redaktion:
Dr. Martina Pötschke-Langer, Dipl.-Psych. Peter Lindinger,
PD Dr. Anil Batra, Dr. Wilfried Kunstmann

Neue Studien zur Tabakentwöhnung

1) Kostenerstattung für evidenzbasierte Therapien können die Abstinenzraten verdoppeln.

Nur ein kleiner Teil entwöhnungswilliger Raucher nimmt Beratung oder medikamentöse Therapien in Anspruch. Neben anderen Gründen könnte dies an den vergleichsweise hohen Kosten liegen. Eine Gruppe niederländischer Wissenschaftler konnte jetzt nachweisen, dass eine Erstattung der Kosten für medikamentöse Therapien (Nikotinersatzpräparate und Bupropion) und verhaltenstherapeutische Beratung sowohl die Inanspruchnahme als auch die Abstinenzquoten nach sechs Monaten entscheidend verbesserte. Dazu wurden rauchende Mitglieder einer holländischen Krankenversicherung rekrutiert und randomisiert zwei Gruppen zugewiesen: Teilnehmer der Interventionsgruppe erhielten – im Unterschied zu Teilnehmern der Kontrollgruppe – ein Angebot zur Kostenerstattung für medikamentöse Therapien und verhaltenstherapeutische Beratung. Im Verlauf der sechsmonatigen Erstattungsperiode haben 10,8% der Raucher in der Interventionsgruppe Ausstiegshilfen genutzt (s. Tabelle 1), während es in der Kontrollgruppe lediglich 4,1% waren (OR = 2,9, 95% KI 1,8–4,7). Keine Unterschiede wurden in Bezug auf die Ausstiegsversuche beobachtet: In der Interventionsgruppe gaben 23,4% an, zumindest einen Ausstiegsversuch unternommen zu haben, in der Kontrollgruppe waren es immerhin noch 20,8% (OR = 1,2, 95% KI 0,9–2,4).

Nach sechs Monaten wurde die 7-Tage-Punktprävalenz-Abstinenzquote erhoben und biochemisch verifiziert (Abstinenz definiert als CO-Wert < 7ppm). Danach betrug die Rate bei den Teilnehmern der Interventionsgruppe 5,5% und in der Kontrollgruppe 2,8% (OR = 2,3, 95% KI 1,2–4,1).

	Kontrolle N (%)	Intervention N (%)	OR
N	634	632	
Hilfen benutzt davon:	26 (4,1)	68 (10,8)	2,9 (1,8–4,7)
NRT	6 (0,9)	23 (3,6)	4,0 (1,6–9,9)
Bupropion	6 (0,9)	27 (4,3)	5,0 (2,0–12,2)
Beratung	7 (1,1)	32 (5,1)	5,1 (2,2–11,6)
Ausstieg versucht	132 (20,8)	148 (23,4)	1,2 (0,9–1,6)
Abstinenz (Selbstangabe)	35 (5,5)	49 (7,8)	1,5 (0,9–2,4)
Abstinenz (verifiziert)	18 (2,8)	35 (5,5)	2,3 (1,2–4,1)

Tabelle 1: Einfluss der Kostenerstattung auf Einsatz von Therapien, Ausstiegsversuche und Abstinenz

Auch wenn der Anteil der Raucher, die die kostenfreien Therapien genutzt haben, zunächst niedrig erscheint (10,8%), muss berücksichtigt werden, dass fast jeder zweite Teilnehmer der Interventionsgruppe, der einen Ausstiegsversuch unternahm, eine solche Unterstützung in Anspruch nahm (68 von 148).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine finanzielle Erstattung die Nutzung evidenzbasierter Therapien verbessert und die Anzahl erfolgreicher Ausstiege in etwa verdoppeln dürfte. Die gesundheitspolitische Bedeutung dieser Ergebnisse ist eindeutig, stößt allerdings bei den Verantwortlichen in Politik und Gesundheitssystem bislang nicht auf entsprechende Resonanz. Die niederländische und die deutsche Regierung entschieden gegen eine Kostenerstattung evidenzbasierter Therapien. In Großbritannien und einigen Staaten in den USA ist die Kostenerstattung für evidenzbasierte Tabakentwöhnung bereits verfügbar, wenn auch nicht in dem Umfang, wie von den US-Leitlinien gefordert.

Literatur:

Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, van Schayck CP (2005) Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial. *Addiction*, in press.

2) Kosteneffektivität von freier Nikotinersatztherapie und rauchfreien Arbeitsplätzen

Tabakkontrollmaßnahmen und Angebote zur Tabakentwöhnung sollten sich ergänzen. Bei einem Vergleich der Kosteneffektivität eines Programms mit freier Abgabe von Nikotinersatztherapie und rauchfreien Arbeitsplätzen im gesamten Bundesstaat Minnesota, USA, erwies sich die Regelung zu den rauchfreien Arbeitsplätzen als erheblich kosteneffektiver: Nach einem Jahr konnten durch die kostenfreie Nikotinersatztherapie 18 500 erfolgreiche Aussteiger bei Kosten in Höhe von 7020 US-Dollar je Aussteiger erreicht werden. Durch landesweit rauchfreie Arbeitsplätze konnten 10 400 erfolgreiche Ex-Raucher bei Kosten in Höhe von 799 US-Dollar je Aussteiger gewonnen werden, womit diese Maßnahme etwa 9mal kosteneffektiver war.

Literatur:

Ong MK, Glantz SA (2005) Free Nicotine Replacement Therapy Programs vs Implementing Smoke-Free Workplaces: A Cost-Effectiveness Comparison. *Am J Public Health*. Jun; 95(6): 969–975.