

9. Juli 2025

Seite 1 | 9

Bundesministerium für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz - GHG)

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie
und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) ist mit 4.800 Mitgliedern die größte deutsche Fachgesellschaft, welche die Belange der Pneumologie und Beatmungsmedizin in Wissenschaft und Krankenversorgung vertritt. Innerhalb der Inneren Medizin ist sie die drittgrößte Schwerpunkt-Vertretung.

Zusammen mit Kardiologie, Onkologie und weiteren Fächern der Inneren Medizin ist die Pneumologie die Disziplin, die von den gesundheitlichen Konsequenzen des Nikotinkonsums /Tabakrauchens am stärksten betroffen ist. So gehen rund 90% aller Lungenkrebsfälle auf Zigarettenkonsum zurück. Viele weitere Lungenerkrankungen, wie die Volkskrankheit COPD, werden ebenfalls ursächlich durch Tabakrauch hervorgerufen. Aktuell greift aber immer noch über 30 Prozent der Bevölkerung in Deutschland zur Zigarette und verursacht durch Folgekrankheiten steigende Kosten im Gesundheitssystem.

Allgemeine Kommentare zum GHG

Der Gesetzentwurf definiert die Aufgaben der Tabak- und Nikotinprävention unzureichend. Die DGP fordert folgende Elemente:

1. Eine Verbesserung der Verhältnisprävention

Gesetzgeberische Maßnahmen können wesentlich dazu beitragen, die Raucherquote in Deutschland signifikant zu senken und dem sprunghaft angestiegenen Konsum von E-Zigaretten unter Kindern und Jugendlichen wirksam entgegenzutreten. Der in Deutschland

ANSCHRIFT

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
und Beatmungsmedizin e.V.
Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin

VORSTAND

Prof. Dr. med. W. Windisch, Präsident
Prof. Dr. med. C. Taube, Stellv. Präsident
Prof. Dr. med. A. M. Preisser, Schatzmeisterin
Prof. Dr. med. T. T. Bauer, Pastpräsident
Prof. Dr. med. A. Prasse, Vertreterin Ausschuss

VEREINSREGISTER

Vereinsregister-Nr.
Vereinsregister des Amtsgerichts
Marburg: VR 622

UMSATZSTEUER-IDENTIFIKATIONSNR.

USt-IdNr.: DE190100878

liegende Fokus auf Eigenverantwortung (Verhaltensprävention) wird einer Abhängigkeits-
erkrankung mit desaströsen Auswirkungen auf Gesundheit und Gesellschaft nicht gerecht,
löst das Problem nicht und ist daher im Sinne und Interesse der Tabakindustrie. Die DGP
fordert an dieser Stelle verhältnispräventive Maßnahmen, die u.a. in der vom Deutschen
Krebsforschungszentrum (DKFZ) veröffentlichten Publikation *Strategie für ein tabakfreies
Deutschland 2040* (1) formuliert wurden:

- Jährliche, deutliche Erhöhung der Tabaksteuern
- Ein vollständiges und unverzügliches Werbeverbot für alle Tabak- bzw. nikotinhalten-
gen Produkte
- Einführung standardisierter Verpackungen
- Ein Aromenverbot für E-Zigaretten (2) sowie ein Verbot von Einmal-E-Zigaretten (3)
- Deutliche Reduzierung der Verfügbarkeit von Tabak und verwandten Produkten
- Wirksamer Schutz vor Passivrauchen und Schaffung vollständig tabakfreier Lebens-
welten.

Die hier gelisteten Strategien sind ausgesprochen kosteneffektiv und erreichen insbeson-
dere sozial benachteiligte Gruppen. Dies ist bei vielen anderen im Gesetz dargestellten
Maßnahmen nicht der Fall. Auch öffentliche Kampagnen für das Nichtrauchen oder ggf.
gegen das Rauchen/Dampfen zeigen eine Effektstärke und werden in anderen Ländern
durchgeführt. Eine deutliche und spürbare Erhöhung der Tabaksteuer hat einen der größ-
ten Effekte auf das Verhindern des Einstiegs und gleichzeitig auf das Fördern des Ausstiegs
(4).

2. Die ausreichende Finanzierung einer strukturierten, evidenzbasierten Tabakentwöh- nung in den stationären und ambulanten Versorgungsbereichen (1, 5, 6, 7, 8)

Die Tabakentwöhnung – der Begriff Tabakentwöhnung schließt im Folgenden die Nikotin-
entwöhnung immer mit ein - ist bei Herz- Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen und

Lungenkrankheiten eine der wichtigsten therapeutischen Maßnahmen (9). Auch hier gehört Deutschland zu den Schlusslichtern in Europa (10).

Seite 3 | 9

Bei der ambulanten wie der stationären Tabakentwöhnung sollte auf bereits vom IQTiG praxisnah ausgearbeitete Abläufe und Strukturen zurückgegriffen werden (11). Stichworte sind dabei: Beratung, partizipativer Ansatz, Kurzintervention mit Vermittlung in evidenzbasierte Maßnahmen (qualifizierte Entwöhnungsprogramme, Telefonberatung, DiGA), medikamentöse Begleitung, opt-out-Ansatz. Der opt-out-Ansatz beinhaltet, dass alle Raucherinnen und Raucher ungeachtet des Beratungsanlasses und der aktuellen Rauchstopp-motivation ein Behandlungsangebot bekommen (12, 13).

Das IQTiG hat Evaluationskennziffern zur Tabakentwöhnung definiert, die berücksichtigt werden sollten.

Stellungnahme zu den Einzelvorschlägen im Referentenentwurf Verordnung über Tabakerzeugnisse und verwandte Erzeugnisse

5. Reduzierung des Nikotinkonsums (S.3)

Die DGP begrüßt, dass die Tabak- und Nikotinentwöhnung als eine von sechs Regelungsschwerpunkten in den Entwurf aufgenommen wurde. Zur Reduzierung des Nikotinkonsums sollen die bestehenden gesetzlichen Regelungen zur medikamentösen Therapie (§ 34 Absatz 2 SGB V) ausgeweitet werden. Ein großer Fortschritt aus Sicht der DGP ist es, den Anspruch für gesetzlich Krankenversicherte auf Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung künftig nicht mehr auf eine „schwere Tabakabhängigkeit“ zu beschränken und auch häufiger als alle drei Jahre zu finanzieren. Allerdings muss aus Sicht der DGP an einigen Punkten nachgearbeitet werden:

In Leitlinien und Publikationen ist zumeist von der Tabakentwöhnung die Rede. Der Begriff Reduzierung (hier gemeint auf Bevölkerungsebene) könnte missverstanden werden, wenn er auf die individuelle Ebene transportiert wird. Es ist bekannt und wird an anderer Stelle

im Gesetzentwurf auch dargelegt, dass eine Reduzierung des Tabakkonsums lediglich einen kleinen Effekt auf Morbidität und Mortalität hat. Daher muss der vollständige Rauchstopp angestrebt werden.

Es besteht kein linearer Zusammenhang zwischen Exposition und klinischen Ereignissen. Daher ist z. B. die Passivrauchbelastung so problematisch (14). Zu bevorzugen ist der Begriff „Eindämmung des Tabakgebrauchs“, der im WHO-Rahmenübereinkommen Verwendung findet (21).

Die DGP begrüßt ausdrücklich, dass eine Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung nicht mehr auf schwere Tabakabhängigkeit beschränkt ist und auch häufiger als alle drei Jahre finanziert wird. Allerdings wird im weiteren Verlauf des Gesetzestextes deutlich, dass immer noch eine Tabakabhängigkeit gefordert wird. Dies ist aufgrund der vorliegenden Evidenz nicht zu begründen und wird tatsächlich im Gesetzestext auch nicht begründet. Das IQWiG hat auf Anfrage des G-BA kürzlich eindeutig dargelegt, dass es keine Evidenz gibt, die eine Wirksamkeit der Arzneimittel zur Tabakentwöhnung in Abhängigkeit von einem bestimmten Grad der Tabakabhängigkeit beschreibt. Weiter wurde deutlich, dass es keine zuverlässigen Grenzwerte gibt, um eine Tabakabhängigkeit sicher zu diagnostizieren. Außerdem erkennt diese Regelung die starke Suchtwirkung des Nikotins. Biologisch ist aufgrund der Literatur von einer Nikotinabhängigkeit auch dann auszugehen, wenn der Patient über keine Symptome berichtet. Eine detaillierte Diskussion der Evidenz hierzu finden Sie im Anschreiben der DGP an das IQWiG (15).

Es sollte hier an prominenter Stelle im Gesetzestext erwähnt werden, dass die Nikotin- und Tabakentwöhnung die effektivste Maßnahme bei koronarer Herzerkrankung ist. Hier ist im Schnitt eine Verringerung der Mortalität um 36 % beschrieben. Die Statintherapie verringert die Mortalität um 29 % (16). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch eine Cochrane Metaanalyse von Critchley 2003 (17).

Insgesamt ist der Punkt 5 bei der gegebenen Effektivität und klinischen Bedeutung der Tabakentwöhnung im Vergleich zu den anderen aufgeführten Punkten zu kurz ausgeführt.

D.2 Gesetzliche Krankenversicherung

Arzneimittel zur Tabakentwöhnung (S. 4)

Die jährlichen Mehrausgaben für die Arzneimittel zur Tabakentwöhnung sind im Gegensatz zu den Statinen nicht nachvollziehbar geschätzt. Auch sollte an dieser Stelle vermerkt werden, dass die Tabakentwöhnung eine der kosteneffektivsten Maßnahmen in der Medizin ist (18). Entsprechend sollte für die Tabakentwöhnung wie auch für die Statine eine Kosten-Nutzen-Rechnung an dieser Stelle aufgeführt werden.

Präventionsempfehlung (S. 4)

Die Erstattung einer Präventionsempfehlung ist sinnvoll, aber unzureichend. Die medikamentöse Unterstützung des Rauchstopps (s.o.) bedarf einer zusätzlichen ärztlichen Beratung, die bei einer entsprechenden Qualifikation unmittelbar mit der Verordnung eines suchthemmenden Medikaments verknüpft und gesondert honoriert werden sollte. Da es sich beim schädlichen oder abhängigen Konsum um Krankheiten nach ICD F17.x handelt, obliegt deren Behandlung approbierten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die aufgrund von § 11 Abs. 1 Nr. 4 i.V. § 27 SGB V regelhaft über die GKV finanziert werden muss.

Die DGP begrüßt, dass an dieser Stelle die Nikotin- und die Tabakentwöhnung gemeinsam genannt werden. Die Schädlichkeit eines Nikotinkonsums z. B. durch die E-Zigarette ist hinlänglich belegt. Von daher muss auch eine Entwöhnung bei chronischem Nikotin- bzw. E-Zigarettenkonsum möglich sein. Diese wird in der aktuellen WHO-Leitlinie explizit empfohlen (19).

Da die Tabakentwöhnung besser wirksam ist, wenn die Patienten intensiver angesprochen werden, ist die Einschränkung „in dem laufenden und den drei vorangegangenen Quartalen...“ nicht nachvollziehbar. Die Intervention sollte in jedem Quartal möglich sein. Es ist nicht zu vermitteln, dass die deutlich teurere Statintherapie kontinuierlich angewandt wird, die Tabakentwöhnung jedoch nur alle drei Quartale. Die DGP fordert, dass dies in jedem Quartal möglich ist.

Einsparungspotenzial.

Die DGP begrüßt, dass deutlich wird, dass bei der Prävention den Kosten ein deutlich höheres Einsparungspotenzial gegenübersteht. Allerdings ist die Schätzung nicht detailliert ausgearbeitet. Insbesondere sollten Schätzungen für die unterschiedlichen Therapiemodalitäten, insbesondere die Tabakentwöhnung, aufgeführt werden. Siehe dazu auch weiter oben. Eine 2018 publizierte Untersuchung beziffert die volkswirtschaftlichen Kosten des Rauchens auf ca. 97 Milliarden Euro / Jahr (20).

§ 129 Absatz 5e

Seite 12, 2. „eine jährliche Beratung mit Kurzintervention zur Prävention tabakassoziierter Erkrankungen“. Diese sollte detaillierter dargestellt werden. Das IQTIG hat als Bundesbehörde im Rahmen der Qualitätsverträge bereits evidenzbasierte, gut konsentierbare Maßnahmen publiziert (11). Der Beginn ist im stationären Setting, die tatsächliche Entwöhnung findet jedoch im ambulanten Setting statt und ist daher gut in das Gesetz integrierbar. Aufgeführt wird in den Qualitätsverträgen: Beratung, partizipativer Ansatz, Kurzintervention mit Vermittlung in evidenzbasierte Maßnahmen (Tabakentwöhnungsprogramme, Telefonberatung, DiGA), medikamentöse Begleitung, opt-out-Ansatz. Das IQTIG hat Evaluationskennziffern zur Tabakentwöhnung definiert, die berücksichtigt werden sollten (11).

§ 137g

Seite 17, 4. (4) Hier wären noch die strukturierten Behandlungsprogramme für COPD einzufügen.

Reduzierung des Nikotinkonsums Seite 25, 5.

Besser und etabliert ist der Begriff Tabakentwöhnung bzw. Tabak- und Nikotinentwöhnung bzw. Abstinenz. Auch im Text sollte von Tabak- und Nikotinentwöhnung gesprochen werden. Unter diesem Punkt sollten die verschiedenen Maßnahmen der Tabakentwöhnung mit ihren in Cochrane Metaanalysen gut abgesicherten Effektstärken berichtet werden.

Hierbei und im Text sollte auch die durch RCT und Metaanalysen abgesicherte DiGA beschrieben werden. In Deutschland ist eine solche DiGA extrabudgetär zu Lasten der KV verordnungsfähig.

Seite 7 | 9

Die ärztliche Empfehlung wirkt immer und sollte daher unabhängig von einer Aufhörmotivation gegeben werden. Daher ist der Satz missverständlich, und das Wort Aufhörmotivation sollte ersetzt werden. Es sollte hier klar die Kurzintervention mit Vermittlung in eine evidenzbasierte nachfolgende Maßnahme erwähnt werden. Hier kann wieder auf die bereits vom IQTiG erarbeiteten Qualitätsverträge zurückgegriffen werden.

Seite 40 „Tabakrauchen ist bei weitem ...“. Dieser relevante Absatz sollte unter a Problem und Ziel aufgeführt werden.

Neben der S3-Leitlinie sollte noch die nationale Versorgungsleitlinie COPD erwähnt werden, die zur Tabakentwöhnung aktuell Stellung nimmt (6).

Seite 42 zu Buchstabe b. Qualitätsziele. Das IQTiG hat für die Tabakentwöhnung bereits Qualitätsziele publiziert. Diese sollten genutzt werden.

1. Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040, <https://www.dkfz.de/de/krebs-praevention/strategie-tabakfrei-2040.html>
2. Rupp A et. al. Medizinische Fachgesellschaften fordern ein Verbot von Aromen in E-Zigaretten. Pneumologie 2024; 78(05): 320-324
3. Reglementierung von Einweg-E-Zigaretten. Stellungnahme der DGP vom 10. Feb. 2023. https://pneumologie.de/storage/app/media/uploaded-files/20230210_DGP_Einweg-E-Zigaretten_reglementieren.pdf
4. Chater N, Loewenstein G. The i-frame and the s-frame: How focusing on individual-level solutions has led behavioral public policy astray behavioral and brain sciences , Volume 46 , 2023 , e147 DOI: <https://doi.org/10.1017/S0140525X22002023>
5. Raspe M et al. Tabakentwöhnung bei hospitalisierten Patienten:innen – Stationär einleiten, ambulant fortführen. Pneumologie 2023; 77(06): 341-349
6. Andreas S et al. Tabakentwöhnung bei COPD. Pneumologie 2023; 77(04): 206-219
7. S3-Leitlinie Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-006>
8. S3-Leitlinie Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms - Living Guideline. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-007OL>
9. Klug entscheiden in der Pneumologie. <https://www.klug-entscheiden.com/empfehlungen/pneumologie>
10. Joossens L et al. The Tobacco Control Scale 2021 in Europe. Brussels: Smoke Free Partnership, Catalan Institute of Oncology; 2022. Available from: <http://www.tobaccocontrolscales.org/TCS2021>
11. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. Erweiterung des Evaluationskonzepts zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V Abschlussbericht. Published online August 25, 2023. Accessed June 12, 2024. https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Qualitaetsvertraege_Erweiterung-Evaluationskonzept_Abschlussbericht_2023-08-25_01.pdf
12. Richter KP, Ellerbeck EF. It's time to change the default for tobacco treatment. Addiction (Abingdon, England). 2015;110(3):381-6.
13. Kotz D. Implementation of a new 'opt-out' default for tobacco treatment is urgently needed, but requires free access to evidence-based treatments. Addiction (Abingdon, England). 2015;110(3):387-8.
14. Raupach T / Andreas S. European Heart Journal 2006; 27:386

15. https://www.iqwig.de/download/a22-34_tabakentwoehnung-bei-schwerer-tabakabhaengigkeit_abschlussbericht_v1-o.pdf (S.332 ff)
16. 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. doi:10.1001/jama.290.1.86
17. Critchley JA, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.: CD003041. DOI: 10.1002/14651858.CD003041.pub2. Accessed 03 July 2024.
18. Hering T, Batra A, Muhlig S, Nowak D, Ruther T, Schwarzkopf L. Das Einsparpotenzial der Behandlungskosten bei COPD durch Rauchstopp - Modellierung für DMP COPD in Deutschland. [Potential Savings in Treatment Costs of COPD through Smoking Cessation: Modeling for DMP COPD in Germany - Scientific Action Group on Tobacco Cessation (WAT) e. V.]. Pneumologie. 2021;75(8):577-82.
19. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.).
20. Effertz T. Die Kosten des Rauchens in Deutschland im Jahr 2018 – aktuelle Situation und langfristige Perspektive. Atemwegs- und Lungenkrankheiten. 2019;45(7):307-14.
21. Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (2004) https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/fctc/FCTC_deutsche_Uebersetzung.pdf