

Anil Batra · Kay Uwe Petersen
Sabine Hoffmann · Falk Kiefer
Hrsg.

S3-Leitlinie Rauchen und Tabakabhängigkeit

Screening, Diagnostik und Behandlung

2. Auflage

MOREMEDIA



Springer

S3-Leitlinie Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN);
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie
e. V. (DG-Sucht)

S3-Leitlinie

Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung

Langversion

2. Auflage 2021 (Redaktionell überarbeitet 2022)
(Gültig bis 31.12.2025)

publiziert bei



Herausgeber

- Prof. Dr. Anil Batra, Dt. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheil-
kunde e. V. (DGPPN) (Leitung)
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Tübingen
- Dr. Kay Uwe Petersen (Methodik)
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Tübingen
- Sabine Hoffmann (Methodik)
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg
- Prof. Dr. Falk Kiefer, Dt. Gesellschaft für Suchtforschung und -therapie e. V. (DG-Sucht) (Leitung)
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg

Herausgebende Fachgesellschaften

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

The logo consists of an orange square with a white Greek letter psi (Ψ) inside, followed by the text "dgppn" in a bold, orange, sans-serif font. Below this, in a smaller orange font, is the full name of the society: "Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V."		The logo is a blue line-art icon of a stylized human figure with its arms raised, enclosed within a square frame. The figure's torso is formed by the letters "ZI" in a stylized, interconnected font.	The logo features a stylized, horizontal, layered graphic above the text "Universitätsklinikum Tübingen" in a bold, black, sans-serif font.
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG SUCHT)	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI), Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg	Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Tübingen (UKPP)

Ergänzendes Material finden Sie unter <https://link.springer.com> nach Eingabe der ISBN unter dem Kapitel 3.

AWMF-Registernummer: 076-006

ISBN 978-3-662-63678-7 ISBN 978-3-662-63679-4 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-63679-4>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie.

Springer

© DGPPN; DG-Sucht 2015, 2022

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Mitarbeiter

Steuerungsgruppe

- Prof. Dr. Anil Batra, Dt. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Leitung)
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Tübingen
- Prof. Dr. Falk Kiefer, Dt. Gesellschaft für Suchtforschung und -therapie (Leitung)
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg
- Prof. Dr. Ina Kopp, AWMF (Externe methodische Beratung, Expertise und Moderation)
- Dr. Kay Uwe Petersen (Methodik)
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Tübingen
- Sabine Hoffmann (Methodik)
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg

Wissenschaftliche Leitung

- Prof. Dr. Anil Batra

Methodik/Koordination

- Dr. Kay Uwe Petersen, Carolin Sanzenbacher, Annika Deufel

Redaktionsteam

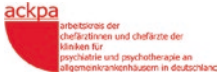
- Prof. Dr. Anil Batra, Dr. Kay Uwe Petersen, Carolin Sanzenbacher, Annika Deufel

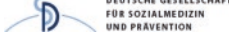
Verantwortlicher Ansprechpartner

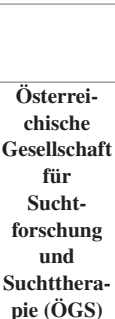
- Prof. Dr. Anil Batra, anil.batra@med.uni-tuebingen.de

Beteiligung der Interessengruppen

Weitere teilnehmende Fachgesellschaften, Berufsverbände und Organisationen zur Vertretung von Patientinnen und Patienten (alphabetisch):

			
Arbeitskreis der Chef-ärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkranken- häusern in Deutschland (ACKPA)	Bundesarbeitsge- meinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (BAG KJPP)	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT)	Bayerische Akademie für Suchtfragen e.V. (BAS)
			
Bundesärztekammer (BÄK)	Bundesdirektorenkonferenz, Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)	Bundespsycho- therapeu- tenkammer (BPtK)
			
Bundesverband für Stationäre Sucht- krankenhilfe (BUSS)	Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
			
Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.	DGB	Deutsche Akademie für Gynäkologie und Geburtshilfe	DGGPP

Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP)	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)
 Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft	 Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin		 Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi)	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)
 Deutsche Gesellschaft für Nikotin- und Tabakforschung e.V. German Society for Research on Nicotine and Tobacco	 MUND KIEFER GESICHT CHIRURGIE	 DGP	 dgpm
Deutsche Gesellschaft für Nikotin- und Tabakforschung e.V. (DGNTF)	Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
 DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PFLIEWISSENSCHAFT e.V.	 DGPs Deutsche Gesellschaft für Psychologie	 DGRW Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. - AG Bewegungstherapie -	 DG SAS Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe.
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)	Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS)
 DGS	 DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SOZIALMEDIZIN UND PRÄVENTION	 dg sps	 DHS
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS)	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)	Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie (dg-sps)	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

 Deutsche Rentenversicherung Bund	 DVE	 dkfz. DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT Forschen für ein Leben ohne Krebs	
Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)	Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE)	Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)	Deutsche Suchtmedizinische Gesellschaft (DSMG)
 DVSG Gemeinsam für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.	 dvt	 FACT Frauen aktiv contra Tabak e.V.	 Fachverband Sucht e.V.
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)	Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)	Frauen aktiv contra Tabak (FACT)	Fachverband Sucht (FVS)
 M·E·G Milton H. Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose e.V.	 WAT	 Deutsche Suchtstiftung	
Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose (MEG)	Wissenschaftlicher Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT)	Deutsche Suchtstiftung	
 dgvt Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.		 Diakonie GVS Gesamtverband für Suchthilfe e.V.	 bkj Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten e.V.
Deutscher Bundesverband der Chefärztinnen und Chefärzte von Suchtfachkliniken (DBCS)	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)	Österreichische Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (ÖGS)	Gesamtverband für Suchthilfe (GVS)
			Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (BKJ)

Arbeitsgruppenleiterinnen und -leiter, Autorinnen und Autoren (alphabetische Reihenfolge)

Prof. Dr. Stefan Andreas, Prof. Dr. Anil Batra (Ltg.), Prof. Dr. Dr. Dörthe Brüggmann, PD Dr. Tobias Effertz, Dr. Dieter Geyer, Prof. Dr. Helmut Gohlke (Ltg.), Dr. Thomas Hering, PD Dr. Andreas Jähne, Dr. Julia Jückstock, Dr. Marianne Klein (Ltg.), Michael Kölch, Prof. Dr. Daniel Kotz, Dr. Christoph Kröger, Dr. Timo Krüger, Evelyn Lesta, Peter Lindinger, Dr. Johannes Lindenmeyer, PD Dr. Ute Mons (Ltg.), Prof. Dr. Stephan Mühlig (Ltg.), PD Dr. Tim Neumann, Dr. Kay Uwe Petersen, Dr. Thomas Polak, Dr. Martina Pötschke-Langer (Ltg.), Prof. Dr. Ulrich Preuss (Ltg.), Dr. Ulf Ratje, Christa Rustler (Ltg.), PD Dr. Tobias Rüter, Sophie Luise Schiller, Prof. Dr. Christiane Schwarz, Dr. Cornelia Schweizer, Prof. Dr. Rainer Thomasius (Ltg.), Prof. Dr. Sabina Ulbricht (Ltg.), Dr. Clemens Veltrup, Dr. Volker Weissinger.

Arbeitsgruppenleiterinnen und -leiter, Autorinnen und Autoren der vorherigen Leitlinienversion (alphabetische Reihenfolge)

Prof. Dr. Stefan Andreas, Gabriele Bartsch, Prof. Dr. Anil Batra (Ltg.), Dr. Tobias Effertz, Prof. Dr. Helmut Gohlke, Dr. Andreas Jähne, Dr. Christoph Kröger (Ltg.), Peter Lindinger, Prof. Dr. Stephan Mühlig (Ltg.), PD Dr. Tim Neumann, Dr. Kay Uwe Petersen, Dr. Martina Pötschke-Langer, Dr. Ulf Ratje (Ltg.), Dr. Tobias Rüter, Dr. Cornelia Schweizer, Prof. Dr. Norbert Thürauf, Dr. Sabina Ulbricht.

Externe Bewertung potenzieller Interessenkonflikte: Prof. Dr. Gerhard Bühringer, Dr. Robert Czernecka.

Vorwort

Zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr raucht in Deutschland immer noch ein Drittel der Männer und ein Viertel der Frauen. Etwa die Hälfte der Raucherinnen und Raucher erfüllt die Kriterien des ICD-10 für eine Tabakabhängigkeit. Alle anderen Raucher betreiben einen riskanten oder „schädlichen Tabakkonsum“.

Es werden daher nicht nur Behandlungsempfehlungen für abhängige Raucher benötigt, sondern darüber hinaus Strategien, die im Rahmen einer Frühintervention die Motivation von Tabakkonsumentinnen und -konsumenten zur Änderung des Rauchverhaltens fördern. Sowohl Motivationsstrategien als auch Behandlungsansätze mit psychologischen oder somatischen und pharmakologischen Mitteln wurden in den letzten Jahrzehnten vielfach untersucht. Entsprechend breit ist die Evidenzlage für unterschiedlichste motivationsfördernde, frühinterventionelle und therapeutische Maßnahmen. Dieses Wissen ist disziplinenübergreifend und interprofessionell in die Praxis umzusetzen und bezieht professionelle Helferinnen und Helfer aus dem gesamten Bereich des Gesundheitswesens ein.

Das bis 2014 vorhandene Wissen war in der 1. Auflage der S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung von schädlichem und abhängigem Tabakkonsum“ gebündelt worden. Daraus waren evidenzbasierte Empfehlungen für den Umgang mit Raucherinnen und Rauchern in verschiedenen Setting-Bedingungen abgeleitet worden. Der Forschungsstand hat sich seither erheblich weiterentwickelt. Zudem fordern die strengen Kriterien der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) nach fünf Jahren eine Überarbeitung und Neuabstimmung der S3-Leitlinien, damit sie weiterhin ihre Funktion als aktuelle Leitlinien erfüllen können.

An dieser S3-Leitlinie, die in den letzten zwei Jahren zeitgleich mit der S3-Leitlinie für alkoholbezogene Störungen überarbeitet und neu abgestimmt wurde, waren mehr als 50 Expertinnen und Experten beteiligt, die rund 50 Fachgesellschaften, Verbände und Organisationen vertraten. Ganz besonderer Dank gebührt den beiden federführenden Fachgesellschaften, der DGPPN und der DG-Sucht, die mit finanzieller und fachlicher Unterstützung, sowie der AWMF, insbesondere Frau Prof. Dr. Ina Kopp, die mit ihrer methodischen Expertise zum Gelingen der Leitlinie beigetragen haben.

Mit Ausnahme der im Projekt beschäftigten Methodikteams arbeiteten alle anderen beteiligten Expertinnen und Experten, Delegierte von Fachverbänden und -gruppen ehrenamtlich und honorarfrei an den Leitlinien mit. Gemeinsam wurden auf der Basis der Ergebnisse der Arbeitsgruppen in den Konsensus-Konferenzen praxisorientierte Empfehlungen entwickelt, die durch die Einbeziehung unterschiedlichster Fachvertreter interdisziplinär und unabhängig gestaltet wurden.

Diese überarbeitete S3-Leitlinie erfüllt die höchsten Qualitätskriterien der AWMF. Die Methodik, der Entwicklungsprozess sowie alle fachlichen Diskussionen der daran beteiligten Institutionen und Personen sind ausführlich im Leitlinienreport beschrieben worden (siehe Content-Plus-Kapitel“). Der Einfluss von Interessenskonflikten wurde stets sorgfältig geprüft, Delegierte mit potenziellen Interessenskonflikten aufgrund von fachlichen oder finanziellen Verflechtungen mit Interessensverbänden bzw. pharmazeutischen Firmen wurden von den jeweiligen Abstimmungsrunden ausgeschlossen.

Wir hoffen, mit dieser Leitlinie Raucherinnen und Rauchern sowie professionellen Helfenden im Gesundheitswesen einen Leitfaden für den Umgang mit Raucherinnen und Rauchern bzw. mit der Unterstützung eines Aufhörprozesses an die Hand zu geben.

Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an den S3-Leitlinien sei sehr herzlich gedankt: Den Mitgliedern der Steuergruppe, den Arbeitsgruppenleiterinnen und -leitern, allen Expertinnen und Experten als Mitglieder der Arbeitsgruppen, den Vertreterinnen, Vertretern und Vorständen von Fachgesellschaften, Berufs- und Angehörigenverbänden, allen im Hintergrund unterstützenden wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sich im Gesamtprozess einbrachten, gilt unser Dank für ihre Expertise, Ideen, Energie, Zeit, Motivation und ideelle Unterstützung, durch die dieses Projekt realisiert werden konnte.

Tübingen, Mannheim
Januar 2021

Anil Batra
Kay Uwe Petersen
Sabine Hoffmann
Falk Kiefer

Inhaltsverzeichnis

- 1 Zusammenfassung der Leitlinie 1**
Anil Batra und Kay Uwe Petersen
 - 1.1 Einleitung..... 1
 - 1.2 Methode 2
 - 1.3 Ergebnisse und Diskussion 4

- 2 Einleitung und Begriffsdefinitionen 7**
Anil Batra, Tobias Effertz, Stephan Mühlig, Christoph Kröger,
Ulf Ratje und Kay Uwe Petersen
 - 2.1 Einleitung..... 8
 - 2.2 Phänomenologie und Epidemiologie..... 12
 - 2.3 Gesundheitskosten..... 16
 - 2.4 Lebensqualität 17
 - 2.5 Ätiologie 18
 - 2.6 Behandlungsbezogene ökonomische Faktoren 22

- 3 Diagnostik und Dokumentation 25**
Anil Batra, Kay Uwe Petersen, Thomas Hering, Christoph Kröger,
Peter Lindinger und Daniel Kotz
 - 3.1 Begriffe und Definitionen 26
 - 3.2 Diagnostik: Kategorial und dimensional 29
 - 3.3 Dokumentation..... 37

4 Behandlung von schädlichem und abhängigem Tabakkonsum 41
 Stefan Andreas, Anil Batra, Dörthe Brüggmann, Dieter Geyer,
 Helmut Gohlke, Thomas Hering, Andreas Jähne, Julia Jückstock,
 Marianne Klein, Daniel Kotz, Christoph Kröger, Timo Krüger,
 Michael Kölch, Evelyn Lesta, Johannes Lindenmeyer, Peter Lindinger,
 Ute Mons, Stephan Mühlig, Tim Neumann, Kay Uwe Petersen,
 Thomas Polak, Ulrich W. Preuss, Martina Pötschke-Langer,
 Christa Rustler, Tobias Rüther, Sophie Luise Schiller, Christiane Schwarz,
 Cornelie Schweizer, Rainer Thomasius, Sabina Ulbricht und Clemens Veltrup
 4.1 Motivationsbehandlung und Kurzinterventionen. 44
 4.2 Harm Reduction. 60
 4.3 Psychotherapeutische Interventionen. 68
 4.4 Arzneimittel zur Entzugsbehandlung und Rückfallprophylaxe. 86
 4.5 Somatische Therapieverfahren. 105
 4.6 Gender- und Altersaspekte (Jugendliche, Frauen, Schwangere
 und ältere Menschen). 112
 4.7 Somatische Komorbidität. 133
 4.8 Psychische Komorbidität 146
 4.9 Setting, Versorgungssituation und Aspekte der Finanzierung 164

Anhang 173
Literatur. 185



Zusammenfassung der Leitlinie

1

Anil Batra und Kay Uwe Petersen

Inhaltsverzeichnis

1.1	Einleitung	1
1.2	Methode	2
1.3	Ergebnisse und Diskussion	4

1.1 Einleitung

Tabakrauch gehört zu den gefährlichsten Substanzgemischen mit psychotropen Inhaltsstoffen. Mit der regelmäßigen Inhalation des Tabakrauchs werden große Mengen karzinogener, teratogener und atherogener Stoffe aufgenommen, ohne dass regelmäßige Raucherinnen und Raucher kurzfristig eine störend wahrgenommene Beeinträchtigung ihrer körperlichen, psychischen oder sozialen Funktionsfähigkeit erleben. Obwohl nahezu alle Raucherinnen und Raucher von den mittel- und langfristigen gesundheitlichen Gefahren des Rauchens wissen, raucht in Deutschland immer noch mehr etwa ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung (vgl. Abschn. 2.2.2). Die Ursachen dafür sind vielfältig: persönliche und aus der Umgebung stammende Werthaltungen, im Zusammenhang mit dem Zigarettenrauchen entwickelte Verhaltensgewohnheiten, der Umgang mit der kognitiven

A. Batra (✉)

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Eberhard-Karls-Universität,
Tübingen, Deutschland
e-mail: anil.batra@med.uni-tuebingen.de

K. U. Petersen

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Eberhard-Karls-Universität, Tübingen,
Deutschland
e-mail: Kay.Petersen@med.uni-tuebingen.de

© DGPPN; DG-Sucht 2022

A. Batra et al. (Hrsg.), *S3-Leitlinie Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung*, https://doi.org/10.1007/978-3-662-63679-4_1

Dissonanz und eine bei etwa der Hälfte der Rauchenden bestehende physische oder psychische Abhängigkeit fördern den Einstieg oder erschweren den Ausstieg aus dem Tabakkonsum und machen ihn zu einem langwierigen und von Rückfällen geprägten, vielfach lebenslangen Prozess.

Ungeachtet dessen erreichen viele Raucherinnen und Raucher im Lauf ihres Lebens aus eigener Vorsatzbildung und Anstrengung heraus eine Abstinenz. Für Raucherinnen und Raucher, die bei ernsthaften Rauchstoppversuchen aus eigener Kraft die Abstinenz nicht erreicht haben, ist eine therapeutische Unterstützung indiziert.

Um den Prozess der Absichtsbildung zur Verhaltensänderung, den Aufhörprozess selbst und die erfolgreiche Bewältigung von rückfallgefährlichen Situationen zu unterstützen, wurde eine Vielzahl von psychologischen und pharmakologischen Interventionsmethoden entwickelt, von denen einige nachgewiesenermaßen effektiv, andere aber den Nachweis ihrer Wirksamkeit schuldig geblieben sind. Anders als bei vielen anderen gesundheitlichen Interventionen schlägt den Betroffenen in der Regel nicht ein ärztlicher Berater die nach wissenschaftlichem Erkenntnisstand effektivste Methode vor. Vielmehr informieren sich die Betroffenen häufig selbst auf einem wenig regulierten Markt von Tabakentwöhnungsangeboten. Für jeden professionellen Beratenden, für jede Therapeutin und jeden Therapeuten ist es daher sinnvoll, auf eine Sammlung des Wissens über erfolgreiche Tabakentwöhnungsmethoden und eine wissenschaftlich fundierte, evidenzbasierte Sammlung von Behandlungsempfehlungen zugreifen zu können.

Für die Sammlung und Verbreitung des Wissens über Behandlungsverfahren hat die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) strenge methodische Kriterien entwickelt, damit eine diesen Qualitätskriterien entsprechende und daraus entwickelte Behandlungsleitlinie den aktuellen Wissenstand maximal objektiv und nicht interessengeleitet wiedergibt.

Den höchsten Qualitätsstandard der AWMF stellt die S3-Leitlinie dar, so auch die vorliegende interdisziplinäre S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“ (im Folgenden kurz „Tabakleitlinie“).

1.2 Methode

Die von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) initiierte und 2014 eingereichte S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ war in einem fünfjährigen Erarbeitungsprozess entstanden und damals die erste deutsche Tabakleitlinie auf diesem Niveau. Wie alle AWMF-Leitlinien war sie allerdings nur fünf Jahre gültig. Im Jahr 2019 übernahmen die DGPPN und DG-Sucht den geplanten Auftrag zur Aktualisierung und Überarbeitung der Leitlinie.

Während bei der Erstellung der ersten Version der Tabakleitlinie noch 17 Autorinnen und Autoren aktiv waren, wurde diese Zahl bei der Überarbeitung mit 34 verdoppelt. Ins-

besondere gelang es, den Anteil der beteiligten Frauen von nur 4 auf 11 zu erhöhen. Die Überarbeitung der Tabakleitlinie wurde von insgesamt mehr als 50 am Entstehungsprozess des Textes beteiligten Personen in weit überwiegend ehrenamtlicher Tätigkeit entwickelt. Dies geschah innerhalb von nur zwei Jahren. Für die zwischen Januar 2019 (Planungsbeginn) und Dezember 2020 (Einreichung der Leitlinie bei der AWMF) entstandenen Kosten wurden ausschließlich nicht interessengeleitete Spenden (z. B. Beiträge der DG-PPN und der DG-Sucht), aber auch Zuwendungen in Form personeller Unterstützungen durch die Sektion (Suchtforschung und Suchtmedizin in Tübingen) verwendet und insbesondere keine Drittmittel privater Unternehmen angenommen.

Die Tabakleitlinienüberarbeitung entstand in einem parallelen, von der AWMF wissenschaftlich unterstützten und von einer gemeinsamen Steuergruppe aus Suchtforschern geleiteten methodischen Prozess zusammen mit der S3-Behandlungsleitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. Die konstituierende Telefonkonferenz dieser Steuergruppe fand am 09.01.2019 statt.

Nach Zusammensetzung des Methodikteams der Tabakleitlinienüberarbeitung wurde – bezogen auf die Fragestellungen der 1. Auflage der Tabakleitlinie – eine Systematische Recherche zu den seit der Fertigstellung erschienen Systematischen Reviews und Metaanalysen sowie Quellleitlinien geplant und durchgeführt. Sämtliche deutsch- oder englischsprachigen Quellen wurden beschafft.

Auf einer, mit Unterstützung aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit am 29.04.2019 in Mannheim durchgeführten, Fachtagung mit dem Titel „Neue Impulse zur Optimierung der Behandlung von Tabakabhängigkeit“ diskutierten 30 Delegierte unterschiedlicher Fachgesellschaften über neue Entwicklungen der Behandlung der Tabakabhängigkeit. Die Ergebnisse dieser Fachtagung flossen in den Entstehungsprozess der Leitlinie ein.

Nachfolgend wurden elf Arbeitsgruppen gebildet: (1) Diagnostik und Dokumentation, (2) Motivationsbehandlung und Kurzintervention, (3) Harm Reduction, (4) Psychotherapeutische Interventionen, (5) Arzneimittel zur Entzugsbehandlung, (6) Somatische Therapieverfahren, (7) Jugendliche und Ältere, (8) Frauen und Schwangere, (9) Somatische Komorbiditäten, (10) Psychische Komorbiditäten, (11) Setting, Versorgungssituation und Aspekte der Finanzierung. Die Arbeitsgruppen wurden im Verlauf durch weitere Expertinnen und Experten ergänzt. Ebenso wurden weitere Systematische Literaturrecherchen (z. B. eine de novo-Recherche zur elektronischen Zigarette) und zwei Aktualisierungsrecherchen bis November 2019 durchgeführt. Auf der Basis dieser Literatur sollten die Arbeitsgruppen die Empfehlungen der alten Tabakleitlinie auf ihren Veränderungsbedarf hinterfragen sowie neue Empfehlungen entwickeln, wo dies notwendig und begründbar erschien.

Das Ziel der Leitlinienarbeit ist im Kern die Formulierung von Behandlungsempfehlungen: Was soll, sollte oder kann Raucherinnen und Rauchern im Allgemeinen oder in speziellen Konstellationen zur Motivation oder zur Unterstützung der Tabakentwöhnung angeboten werden? Auch Fragen zum Screening, zur Diagnostik und Dokumentation und zum adäquaten Setting wurden beantwortet. Empfehlungen können darüber hinaus auch

problematische Vorgehensweisen thematisieren, die nicht angeboten werden sollten oder sollen.

Den Empfehlungen zugeordnete Evidenzgrade („Level of Evidence“ – LoE) informieren darüber hinaus, in welcher Qualität und damit wie zuverlässig die wissenschaftliche Information zu dieser Empfehlung vorliegt. Die Empfehlungsgrade (A: starke Empfehlung, formuliert mit „soll“, B: „sollte“, O: „kann“) ergeben sich aus einer komplexen Abwägung des LoE im Hinblick auf die klinische Relevanz, das Nutzen-Risiko-Verhältnis, Patientenpräferenzen, Umsetzbarkeit in der Versorgung und ggf. weitere Einflussgrößen. Wurde keine Systematische Literaturrecherche durchgeführt, konnten als notwendig erachtete Empfehlungen auch als „Klinische Konsenspunkte“ (KKP) formuliert werden.

Die Organisatoren hatten für zwei Termine in der ersten Hälfte 2020 Präsenzkonferenzen in Tübingen organisiert, jedoch erlaubte jeweils das deutschlandweite Infektionsgeschehen in Bezug auf Covid-19 die Anreise der Delegierten nicht.

Sämtliche durch Hintergrundtexte begründete Empfehlungen, Empfehlungsgrade und Einschätzungen der Evidenzlevel wurden in zwei Onlinevorabstimmungen im Frühjahr 2020 sowie auf einer von einer Vertreterin der AWMF moderierten Onlinekonferenz am 30.06.2020 den Delegierten der beteiligten Fachgesellschaften vorgelegt. Der potenzielle Einfluss von Interessenskonflikten wurde bei allen Abstimmungen beachtet: Von allen Delegierten und Autorinnen/Autoren vorliegende Erklärungen zu potenziellen oder tatsächlichen Interessenkonflikten dienten als Grundlage, um von dritter Seite zu entscheiden, ob Delegierte an Abstimmungen in Bereichen, wo potenzielle Interessenkonflikte deklariert worden waren, teilnehmen durften.

Die Anzahl der Empfehlungen stieg nach der Überarbeitung im Vergleich zur alten Tabakleitlinie von 78 auf jetzt 80, zugleich stieg auch die mittlere Zustimmung zu den Empfehlungen im Konsensusprozess von 95,2 % auf 98 % für die Empfehlungen der Überarbeitung (s. Tab. 1.1).

Eine detaillierte Beschreibung der Methodik kann dem dieser Leitlinie zugeordneten Leitlinienreport entnommen werden.

1.3 Ergebnisse und Diskussion

Wenn Menschen als Patientinnen und Patienten mit dem Gesundheitssystem in Kontakt kommen, soll systematisch in geeigneter Weise der Rauchstatus erfragt werden. Diese Information soll auch in die Patientendokumentation einfließen. Soll im Rahmen weiterführender Diagnostik die Stärke der Tabakabhängigkeit festgestellt werden, soll dies durch den Fagerströmtest für Zigarettenabhängigkeit (FTCD; deutsch: FTZA) erfolgen. Raucherinnen und Rauchern, die sich als aufhörwillig, wenn auch als nicht ohne Unterstützung aufhörfähig einschätzen, sollen zunächst Angebote niederschwelliger Verfahren (insbesondere Kurzberatung, Telefonberatung oder Internet- bzw. Smartphone-gestützte Verfahren) gemacht werden. Wenn eine intensivere Behandlung benötigt und gewünscht

Tab. 1.1 Übersicht über die Empfehlungen der Tabakleitlinie

Teilkapitel	Empfehlungsgrade						Anzahl der Empfehlungen	Mittlere Zustimmung
	A (+)	B (+)	0	B (-)	A (-)	KKP		
Diagnostik und Dokumentation	2	-	-	-	-	1	3	100 %
Motivationsbehandlung und Kurzintervention	3	4	1	-	-	-	8	100 %
Harm Reduction	-	1	-	-	-	2	3	98 %
Psychotherapeutische Interventionen	3	-	2	1	-	1	7	100 %
Arzneimittel	6	-	5	1	-	1	13	99 %
Somatische Therapieverfahren	-	-	-	-	-	1	1	89 %
Frauen	-	1	-	-	-	-	1	100 %
Schwangere	2	1	1	-	-	1	5	100 %
Kinder und Jugendliche	2	2	-	-	-	1	5	100 %
Ältere	4	-	-	-	-	1	5	100 %
Somatische Komorbidität	9	-	-	-	-	1	10	100 %
Psychische Komorbidität	4	2	3	-	-	4	13	100 %
Setting, Versorgungssituation	-	-	-	-	-	6	6	100 %
Gesamt:	35	11	12	2	-	20	80	98 %

Anmerkungen. Die Empfehlungsgrade: A (starke Empfehlung, „soll angeboten werden“) B (Empfehlung, „sollte angeboten werden“) 0 (unklare Empfehlung, „kann angeboten werden“). (+) die Empfehlung, etwas anzubieten, (-) die Empfehlung, etwas *nicht* anzubieten. KKP ist eine Entscheidung im klinischen Konsens (Klinischer Konsens-Punkt), d. h. nicht auf der Basis eines systematischen Reviews. Konsensregel: > 75 % = Konsens; > 95 % = starker Konsens

wird, soll eine verhaltenstherapeutische Einzel- oder Gruppenbehandlung, ggf. in Verbindung mit Medikamenten, vorgeschlagen werden. Bei einer Entzugssymptomatik sollen Medikamente vorgeschlagen werden. Wenn eine Nikotinersatztherapie (z. B. Pflaster + schnell wirksames Nikotinpräparat) nicht wirksam sein sollte, soll nach Prüfung von Indikationen bzw. Kontraindikationen Vareniclin oder Bupropion angeboten werden. Cytisin kann ebenfalls vorgeschlagen werden. Kinder, Jugendliche und Schwangere sollten keine Medikamente zur Unterstützung des Rauchstopps einnehmen, nur in genau spezifizierten Ausnahmefällen kann Nikotinersatz eingesetzt werden. Rauchenden Patientinnen mit Tabak-assoziierten Erkrankungen, sowie Menschen mit psychischen Störungen soll eine leitliniengerechte Behandlung angeboten werden; ebenso bei Krankenhausaufenthalt vor Operationen.

Maßnahmen zur Beratung und Behandlung von Rauchern sollen insgesamt stärker in die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen integriert werden. Evidenzbasierte Interventionen zur Förderung des Rauchstopps sollen in allen Einrichtungen/Settings des Gesundheitswesens systematisch implementiert und in Qualitätsziele aufgenommen wer-

den. Insbesondere sollen alle Angehörige von Gesundheitsberufen in der Kurzberatung zur Förderung des Rauchstopps qualifiziert werden.

Eine Gesamtübersicht über die allgemeinen Behandlungsempfehlungen der Tabakleitlinie geben die drei klinischen Algorithmen (Abschn. [4.2.7](#), [4.3.7](#) und [4.4.7](#)). Die Empfehlungen der vorliegenden Leitlinie decken sich in weitgehender Übereinstimmung mit anderen neueren nationalen und internationalen Leitlinien zur Tabakentwöhnung. Lediglich bezüglich der pharmakologischen Interventionen legt die deutsche Tabakleitlinie im internationalen Vergleich mehr Wert auf die Abschätzung potenzieller Risiken und Kontraindikationen.



Einleitung und Begriffsdefinitionen

2

Anil Batra, Tobias Effertz, Stephan Mühlig, Christoph Kröger,
Ulf Ratje und Kay Uwe Petersen

Inhaltsverzeichnis

2.1	Einleitung	8
2.1.1	Vorbemerkungen	8
2.1.2	Schädlicher Gebrauch	10
2.1.3	Abhängigkeit	10
2.1.4	Klinische Algorithmen	11
2.2	Phänomenologie und Epidemiologie	12
2.2.1	Tabakkonsum bei Jugendlichen	12
2.2.2	Tabakkonsum bei Erwachsenen	14
2.2.3	Konsummuster	15
2.3	Gesundheitskosten	16
2.4	Lebensqualität	17

A. Batra (✉)

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Eberhard-Karls-Universität,
Tübingen, Deutschland

e-mail: anil.batra@med.uni-tuebingen.de

T. Effertz

S. Mühlig

C. Kröger

U. Ratje

K. U. Petersen

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Eberhard-Karls-Universität,
Tübingen, Deutschland

e-mail: Kay.Petersen@med.uni-tuebingen.de

2.5	Ätiologie	18
2.5.1	Psychologie: Entstehung und Verlauf des Tabakkonsums	18
2.5.2	Neurobiologie und Pharmakologie	21
2.6	Behandlungsbezogene ökonomische Faktoren	22

2.1 Einleitung

Kay Uwe Petersen und Anil Batra

2.1.1 Vorbemerkungen

Diese Leitlinie beschreibt als Ergebnis eines aufwendigen methodischen Prozesses eine Bewertung des Forschungsstandes zum Screening, zur Diagnostik und zur Behandlung „des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“.

Alle Formen des Tabakkonsums (Rauchen, Schnupfen, Kauen) führen langfristig zu gesundheitlichen Problemen – es gibt keinen unschädlichen Tabakkonsum. Die schädlichste Form des Tabakkonsums ist allerdings die Inhalation der Tabak-Verbrennungsprodukte (U.S. Department of Health and Human Services 2014). Diese Leitlinie fokussiert daher auf die am meisten verbreitete Tabakkonsumform: das Rauchen von Zigaretten. Zu anderen Tabakkonsumformen (dem Rauchen von Tabakpfeifen, Zigarren oder Shishas, sowie dem verbrennungsfreien Konsum von Tabak (Kauen, Schnupfen, „heat-not-burn“) reicht der Forschungsstand derzeit nicht aus, um evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen entwickeln zu können.

Behandlungsleitlinien beziehen sich primär auf die Behandlung von Krankheiten. Tabakkonsum ist per se ist keine Krankheit, sondern in seinem langfristigen Resultat primär ein selbstschädigendes Verhalten. Neben dem Konsum sind diagnostische Kategorien wie der „schädliche Gebrauch“ genauso wie die Entwicklung einer Abhängigkeit eine mögliche Folge des regelmäßigen Konsums. Daher werden in den folgenden Abschn. 2.1.2 und 2.1.3 die diagnostischen Kriterien des ICD-10 für den „schädlichen Gebrauch“ (F10.1) und die „Tabakabhängigkeit“ (F10.2) eingeführt und definiert.

Unabhängig von der klinischen Zuordnung zu einer dieser beiden Störungskategorien schädigt das Rauchen die Gesundheit kontinuierlich und bedeutsam. Somit liegt im Sinne der Prävention ein interventionsbedürftiger Zustand vor, der ganz pragmatisch eine Reaktion erfordert, die ebenfalls Teil der Leitlinie sein muss. Die Leitlinie hat daher in der Konzeption eine strenge Trennung zwischen der Behandlung tabakbezogener seelischer Störungen und der Prävention von Folgeerkrankungen des Rauchens vermieden. Es geht in dieser Leitlinie folglich nicht nur um die nach der ICD-10-Diagnostik behandlungsbedürftige Raucherin bzw. den Raucher, sondern letztlich um alle Raucherinnen und Raucher, die zur Konsumbeendigung motiviert sind und denen bei Bedarf individualisierte, in