

**Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesaus-  
schusses über eine Änderung der Psychotherapie-  
Richtlinie: Klarstellung § 22 Absatz 2 Nummer 1a**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer  
vom 31. März 2015**

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Allgemeine Bewertung .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Psychotherapeutische Versorgungsrelevanz der Tabakabhängigkeit ..</b>	<b>7</b>
<b>III. Vorschlag zum weiteren Vorgehen .....</b>	<b>11</b>
<b>IV. Literatur .....</b>	<b>13</b>

## I. Allgemeine Bewertung

Die in dem vorliegenden Beschlussentwurf des G-BA vorgesehene Ergänzung in § 22 Absatz 2 Nummer 1a soll der Klarstellung der zulässigen Indikationen zur Anwendung der Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie dienen. Der G-BA hält diese Klarstellung zur Indikationsbeschreibung vor dem Hintergrund von Anfragen von rechtlichen Vertretern eines nicht näher bezeichneten wissenschaftlichen Arbeitskreises zur Auslegung der Psychotherapie-Richtlinie bezüglich § 22 Absatz 2 Nummer 1a für erforderlich und geeignet. Der G-BA bezieht sich dabei in den Tragenden Gründen zum vorliegenden Beschlussentwurf auf die Beratungen im G-BA, die mit dem Schreiben der damaligen Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Frau Sabine Bätzing, vom 27.05.2009 angestoßen wurden und in dem Beschluss des G-BA zur Änderung des § 22 Absatz 2 Nummer 1a und 1b der Psychotherapie-Richtlinie vom 14.04.2011 (Präzisierung der Indikation „Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten“) mündeten, welcher zum 8. Juli 2011 in Kraft getreten ist.

Zutreffend stellt der G-BA in den Tragenden Gründen zum Beschlussentwurf dar, dass Gegenstand der damaligen Beratungen zum einen die Voraussetzung der Abstinenz und der vorangegangenen Entgiftungsbehandlung für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung und zum anderen die besondere Situation Opiatabhängiger, die sich in einer substituionsgestützten Behandlung befinden, waren. Eine Erweiterung der Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie im Sinne der Diagnosen gemäß ICD-10 sei laut G-BA hierbei nicht diskutiert worden. Tatsächlich jedoch hat der G-BA mit seinem Beschluss vom 14.04.2011 explizit eine Erweiterung der Indikationen unter § 22 Absatz 2 Nummer 1a vorgenommen.

Während die alte Indikationsbeschreibung ausschließlich die Indikationen der Abhängigkeit von Alkohol, Drogen und Medikamenten umfasste, war die Präzisierung dieser Indikation gemäß Beschluss vom 14.04.2011 ausdrücklich mit der Erweiterung um den schädlichen Gebrauch von psychotropen Substanzen verbunden. Entsprechend wurde für die Beschreibung der Indikation die Bezeichnung des Abschnitts F1 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“

des entsprechenden ICD-10-Kapitels verwendet und in den Tragenden Gründen in diesem Sinne als Diagnosebereich F10 bis F19 mit der vierten Stelle = .1 (Schädlicher Gebrauch) oder =.2 (Abhängigkeitssyndrom) operationalisiert (Dilling, Mombour & Schmidt, 2010):

*„Bei Benennung der Indikationen unter Nr. 1a wurden die Begrifflichkeiten des Diagnoseschlüssels ICD-10, Kapitel F1, verwendet, der sowohl den „Schädlichen Gebrauch“ als auch das „Abhängigkeitssyndrom“ umfasst (F 1 = Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; vierte Stelle „.1“ in den Kategorien F10 – F19 = „Schädlicher Gebrauch“, vierte Stelle „.2“ = „Abhängigkeitssyndrom“).“*

(Seite 3 der Tragenden Gründe zum Beschluss des G-BA vom 14.04.2011)

Darüber hinaus umfasste die alte Indikationsbeschreibung des § 22 Absatz 2 Nummer 1 der Psychotherapie-Richtlinie in der Fassung der Bekanntmachung vom 17.07.2008 „Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz“ bereits die Indikation Tabakabhängigkeit (F17.2), da Tabak bzw. Nikotin als nachgewiesenermaßen psychotrope Substanzen (Heinz & Batra, 2003) begrifflich eindeutig unter dem Begriff „Drogen“ zu subsumieren sind. Häufig findet sich in der wissenschaftlichen Literatur wie auch in der gesundheitspolitischen Debatte eine Unterscheidung zwischen illegalen und legalen Drogen. Sowohl im wissenschaftlichen Diskurs wie auch im allgemeinen Sprachverständnis wird dabei jedoch Tabak bzw. Nikotin als Droge definiert. Auch die Definition „psychotroper bzw. psychoaktiver Substanzen“ als Wirkstoffe, die zu Veränderungen der Psyche und des Bewusstseins eines Menschen führen, rechtfertigt keine Andersbehandlung von Tabak/Nikotin. Zwar erzeugt Tabak/Nikotin keinen starken Rauschzustand mit substanzieller Beeinträchtigung der Steuerungs- und Handlungsfähigkeit, aber psychische und Bewusstseinsveränderungen, die mit denen anderer anerkannter psychoaktiver Substanzen wie Koffein, Psychopharmaka, Analgetika vergleichbar sind (Heinz & Batra, 2003, Buchkremer & Batra, 2009).

Somit fiel die Tabakabhängigkeit grundsätzlich bereits vor der am 17. Juli 2011 in Kraft getretenen Änderung der Psychotherapie-Richtlinie unter die Indikationen

nach § 22 Absatz 2 Nummer 1. Damit die Tabakabhängigkeit jedoch real eine Indikation für eine ambulante Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie begründen konnte, mussten weitere Bedingungen gegeben sein. Damals wie heute muss es sich hierbei um eine Seelische Krankheit gemäß § 2 der Psychotherapie-Richtlinie handeln, psychische Faktoren müssen einen wesentlichen pathogenetischen Anteil an der Erkrankung oder deren Auswirkungen haben und es muss sich ein Ansatzpunkt für die Anwendung von Psychotherapie bieten.

Vor Inkrafttreten der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie mit Beschluss vom 14. April 2011 galt darüber hinaus, dass eine Entgiftungsbehandlung vorangegangen sein musste und die Behandlung somit im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz erfolgen konnte. Insbesondere diese Bedingung führte zu einem faktischen Ausschluss der allermeisten Patienten mit Tabakabhängigkeit von ambulanten psychotherapeutischen Leistungen nach Psychotherapie-Richtlinie.

Mit der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie mit Beschluss des G-BA vom 14.04.2011 wurde dann präzisiert, dass psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zunächst generell eine Indikation für die Anwendung von Psychotherapie darstellen, im Falle des schädlichen Gebrauchs ohne weitere indikationsspezifische Voraussetzungen, im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen mit der Voraussetzung der Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz und abweichend davon auch, wenn die Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal 10 Behandlungsstunden erreicht werden kann:

*„Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen beschränkt auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz. Abweichend davon ist eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit von psychotropen Substanzen dann zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal 10 Behandlungsstunden erreicht werden kann. Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise der Abstinenz nach Ablauf dieser Behandlungsstunden ist in einer nicht von der*

*Therapeutin oder von dem Therapeuten selbst ausgestellten ärztlichen Bescheinigung festzustellen. Diese Feststellung hat anhand geeigneter Nachweise zu erfolgen. Sie ist von der Therapeutin oder von dem Therapeuten als Teil der Behandlungsdokumentation vorzuhalten und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen. Kommt es unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzgebrauch, ist die ambulante Psychotherapie nur fortzusetzen, wenn unverzüglich geeignete Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit bzw. Abstinenz ergriffen werden.“*

(Wortlaut des § 22 Absatz 2 Nummer 1a der gültigen Psychotherapie-Richtlinie)

Die in dem Beschlussentwurf vorgeschlagene Klarstellung zur Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ durch die Klammerergänzung „(Alkohol, Drogen und Medikamente)“ führt damit weder zu der vom G-BA intendierten Klarstellung, dass Tabakabhängigkeit (sowie Schädlicher Gebrauch von Tabak) keine Indikation zur Anwendung von Psychotherapie im Sinne des § 22 Psychotherapie-Richtlinie ist, noch stellte ein hierdurch beschlossener Ausschluss der Tabakabhängigkeit als Indikation für die Anwendung von Psychotherapie eine reine Klarstellung einer bereits bestehenden Regelung dar, sondern beinhaltete vielmehr einen nachträglich vorgenommenen Leistungsausschluss für eine klinisch hochrelevante Patientengruppe, die eines angemessenen Zugangs zu ambulanten psychotherapeutischen Leistungen zur Entwöhnungsbehandlung bedarf. Vor diesem Hintergrund lehnt die BPTK die in dem Beschlussentwurf vorgeschlagene Änderung des § 22 Absatz 2 Nummer 1a der Psychotherapie-Richtlinie ab.

## II. Psychotherapeutische Versorgungsrelevanz der Tabakabhängigkeit

Tabakabhängigkeit zählt zu den häufigsten psychischen Störungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Dabei variieren der Schweregrad der Abhängigkeit und das damit verbundene Gesundheitsrisiko ganz erheblich.

Nach der aktuellen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) erfüllen 13,1 Prozent der Erwachsenen zwischen 18 und 79 Jahren im Laufe eines Jahres die Kriterien für eine Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV (Jacobi, Höfler & Siebert, 2014). Männer sind dabei mit einer Prävalenzrate von 14,6 Prozent etwas häufiger betroffen als Frauen (11,7 Prozent). Mit zunehmendem Alter sinkt die Prävalenzrate von 18,9 Prozent in der Altersgruppe der 18 bis 34 Jährigen auf 11,7 Prozent in der Gruppe der 50 bis 64 Jährigen und 4,0 Prozent in der Altersgruppe der 65 bis 79 Jährigen.

Der Anteil der gelegentlichen oder täglichen Raucher (unabhängig vom Merkmal der Abhängigkeit) beträgt bezogen auf die Bevölkerung der 18- bis 79-Jährigen den Daten des DEGS zufolge 29,7 Prozent (Lambert, 2013). Die Daten des DEGS zeigen weiterhin, dass unter den 18- bis 29-Jährigen 40 Prozent der Frauen und 47 Prozent der Männer täglich oder gelegentlich rauchen. Erst in der Altersgruppe ab 60 Jahren fällt die Prävalenz des Tabakkonsums auf unter 10 Prozent bei Frauen bzw. 20 Prozent bei Männern (Lambert, 2014). Dabei geht insbesondere der Anteil der Gelegenheits- und leichten Raucher mit dem Alter rapide zurück, während der Anteil der sehr starken und starken Raucher überproportional zunimmt. Somit erfüllen circa die Hälfte der gegenwärtigen Tabakkonsumenten die Kriterien einer Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV bzw. einer Tabakabhängigkeit nach ICD-10 nicht.

Wenngleich auch bei einer wesentlichen Teilgruppe der Patienten, bei denen eine Tabakabhängigkeit diagnostiziert werden kann, ein klinisch relevanter Leidensdruck und eine Beeinträchtigung in den psychosozialen Funktionen im Alltag nur eingeschränkt festgestellt werden kann, existiert eine klinisch hochbedeutsame

Subgruppe von Patienten mit Tabakabhängigkeit, bei denen aufgrund der Schwere der Tabakabhängigkeit oder somatischer Komorbiditäten, insbesondere tabakassoziierter Erkrankungen, ein erhebliches somatisches Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko besteht. Im Langzeitverlauf zählt die Tabakabhängigkeit zu den psychischen Erkrankungen mit besonders hohen direkten und indirekten Krankheitskosten, ausgeprägten Einschränkungen der Lebensqualität und der höchsten Mortalitätsrate (Batra et al., 2015).

Zu den tabakassozierten Erkrankungen, welche für die hohen Mortalitätsraten verantwortlich sind, zählen insbesondere Gefäßprozesse, die zu kardialen Infarkten, zu cerebralen Insulten oder peripheren Gefäßverschlüssen führen, Neubildungen, darunter vor allem Lungenkarzinome, aber auch andere Malignome, die durch das Rauchen begünstigt werden, sowie Lungenerkrankungen wie die COPD (Batra et al., 2015). Jedes Jahr sind in Deutschland ca. 140.000 Todesfälle auf die Folgen eines langjährigen Tabakkonsums zurückzuführen (Peto et al., 1996; Mons, 2011). Ein langjähriger Tabakkonsum verkürzt das Leben um durchschnittlich etwa zehn Jahre (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014).

Im Rahmen einer bevölkerungsbasierten Kohortenstudie in Dänemark mit einem Nacherhebungszeitraum von 31 Jahren konnte gezeigt werden, dass das Inzidenzrisiko für Lungenkarzinome insbesondere bei abstinenten Rauchern (die im ersten Drittel des Untersuchungszeitraum einen Rauchstopp erreichten), aber auch bei Rauchreduktion (um mindestens 50 Prozent) im Vergleich zu kontinuierlichen starken Rauchern erheblich vermindert ist (Godtfredsen, Prescott & Osler, 2005). Auch für die COPD konnte in einem systematischen Review über 25 Studien ein signifikanter Effekt des Rauchstopps, aber nicht der Rauchreduktion auf die Verbesserung der Lungenfunktion gezeigt werden (Pisinger & Godtfredsen, 2007). Ebenso konnten für koronare Herzkrankheiten die positiven Effekte des Rauchstopps auf die Morbidität und Mortalität von KHK-Patienten im Rahmen eines Cochrane-Reviews über 20 RCT gezeigt werden (Critchley & Capewell, 2003). Dabei ist auch die Wirksamkeit psychologisch-psychotherapeutischer Interventionen zur Tabakentwöhnung mit Abstinenzziel bei Patienten mit KHK in einem Cochrane-Review über 16 RCT gut belegt (Barth, Critchley & Bengel, 2006).



Insgesamt konnte in zahlreichen empirischen Studien und systematischen Reviews die Wirksamkeit insbesondere der verhaltenstherapeutischen Gruppeninterventionen wie auch der verhaltenstherapeutischen Einzelinterventionen zur Tabakentwöhnung nachgewiesen werden (Stead & Lancaster, 2005; Mottillo, Filion & Bélisle, et al., 2009). Vor dem Hintergrund dieser Evidenz für verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppeninterventionen empfiehlt die aktuelle S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ jeweils mit dem Empfehlungsgrad A (Schlüsselempfehlungen 4.3.3.1 und 4.3.3.2 der S3-Leitlinie), dass verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen und verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden sollen (Batra et al., 2015). Der „klinische Algorithmus Psychotherapie“ der Leitlinie sieht hierbei vor, dass Rauchern, die zum Rauchstopp mit unterstützender Behandlung motiviert bzw. motivierbar sind, zunächst eine verhaltenstherapeutische Gruppenbehandlung angeboten werden soll. Wird von den Patienten eine Gruppenbehandlung abgelehnt, soll eine verhaltenstherapeutische Einzelbehandlung angeboten werden. Wird auch eine verhaltenstherapeutische Einzelbehandlung abgelehnt, kann Patienten eine alternative Behandlungsform (zum Beispiel Hypnotherapie) angeboten werden (mit der Empfehlungsstärke 0).

Zusammenfassend kann somit festgestellt werden, dass die zentralen Bestimmgrößen der psychotherapeutischen Versorgungsrelevanz von Anwendungsbereichen der Psychotherapie im Fall der Tabakabhängigkeit als zutreffend und zumindest für eine Teilgruppe der Patienten als stark ausgeprägt einzustufen sind:

- Bevölkerungsepidemiologische Daten zur Tabakanhängigkeit unterstreichen die quantitative Relevanz dieser psychischen Erkrankung.
- Der Schweregrad der Erkrankung ist für eine Teilgruppe der Patienten hinsichtlich der Beeinträchtigung der Lebensqualität, aber auch der Symptom schwere der tabakassoziierten somatischen Erkrankungen als hoch einzustufen.
- Unter prognostischen Gesichtspunkten kommt es insbesondere bei den starken Rauchern zu einer Chronifizierung der Störung, die häufig bis ins

höhere Lebensalter anhält, zur Entwicklung sekundärer Erkrankungen sowie einer erhöhten Vulnerabilität für andere psychische Störungen wie bspw. rezidivierende Major Depression und damit einhergehend zur Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus bzw. zum vorzeitigen Versterben führt.

- Die sozialmedizinischen und gesundheitsökonomischen Folgen der Tabakabhängigkeit sind aufgrund der tabakassoziierten Erkrankungen bei einer substanziellen Teilgruppe als gravierend zu beurteilen.
- Vor dem Hintergrund zahlreicher systematischer Reviews zur verhaltenstherapeutischen Einzel- und Gruppenbehandlung zur Entwöhnungsbehandlung bei Tabakabhängigen liegen hinreichende Ansatzpunkte für eine erfolgversprechende psychotherapeutische Behandlung bei hierfür motivierten Patienten vor.
- Hinsichtlich der Versorgungsepidemiologie ist schließlich festzuhalten, dass aufgrund der Auslegung der Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie zur Indikation Tabakabhängigkeit bislang praktisch kein Zugang für diese Patientengruppe zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bestand. Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen zur primären Prävention nach § 20 SGB V können zwar auch Programme zur Förderung des Nichtrauchens in medizinischen und psychosozialen Settings einschließen. Da es sich hierbei ausdrücklich um Maßnahmen zur primären Prävention handelt, sind hierbei jedoch Kontraindikationen auszuschließen. Dies trifft sowohl auf Patienten mit vorhandener Tabakabhängigkeit (F17.2 nach ICD-10) als auch mit schädlichem Gebrauch von Tabak (F17.1 nach ICD-10) zu. Diese Patientengruppen kommen für die entsprechend Angebote zur Förderung des Nichtrauchens nach § 20 SGB V nicht in Betracht. Entsprechend ist für diese Patientengruppe ein angemessener Zugang zu psychotherapeutischen Behandlungsangeboten zur Tabakentwöhnung in der gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen.

### III. Vorschlag zum weiteren Vorgehen

Das bisherige Inanspruchnahmeverhalten in Bezug auf die von Krankenkassen im Rahmen der Satzungsleistungen nach § 20 SGB V finanzierten Tabakentwöhnungsmaßnahmen deutet nicht darauf hin, dass bei Auslegung der Indikationsbeschreibung in § 22 Absatz 2 Nummer 1a in dem Sinne, dass diese auch die Indikation Tabakabhängigkeit einschließt, eine intensive Inanspruchnahme von Leistungen der ambulanten Psychotherapie aufgrund dieser Indikation zu erwarten wäre. Laut Präventionsbericht 2011 des GKV-Spitzenverbandes zusammen mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und der Krankenkassenverbände auf Bundesebene, nahmen im Berichtsjahr 2010 lediglich 12.714 Versicherte an Kursen zur Reduktion des Suchtmittelkonsums teil (GKV-SV et al., 2012). Gegenüber dem Berichtsjahr 2008 sank damit die Teilnehmerzahl um über 4.000 Versicherte. Bei circa 20 Millionen Rauchern in Deutschland entspricht dies einem Anteil von 0,06 Prozent der Betroffenen, die pro Jahr über ein entsprechendes Angebot der Gesetzlichen Krankenkassen zur primären Prävention erreicht werden. Diese Zahlen verdeutlichen, dass es gegenwärtig für Patienten mit Tabakabhängigkeit kein suffizientes Behandlungsangebot zur Tabakentwöhnung gibt.

Falls von den Bänken des G-BA ein Regelungsbedarf in Bezug auf die Indikationsbeschreibung in der Psychotherapie-Richtlinie dahingehend gesehen wird, über eine Präzisierung der Indikationsbeschreibung in § 22 Absatz 2 Nummer 1a eine massive Ausweitung der Inanspruchnahme der ambulanten Psychotherapie durch Patienten mit „leichter“ Tabakabhängigkeit und ohne relevanten somatische Komorbidität zu Lasten von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen zu verhindern, schlägt die BPtK vor, eine entsprechende Präzisierung der Regelung vor dem Hintergrund eines sachgerechten Einbezugs der Expertise von Experten in der Diagnostik und Behandlung der Tabakabhängigkeit zu erarbeiten. Die Präzisierung der Indikation Tabakabhängigkeit sollte dabei insbesondere auf die Patienten mit einer schweren Ausprägung der Abhängigkeitserkrankung bei relevanter somatischer Komorbidität bzw. klinisch bedeutsa-

men somatischen Morbiditätsrisiko ausgerichtet sein („Tabakabhängigkeitsbehandlung“). Möglichkeiten zur Identifikation und Differenzierung von schweren Tabakabhängigkeiten sind mit der aktuellen S3-Leitlinie gegeben.

Aus Sicht der BPTK ist es vordringlich, dass eine ambulante psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeit für diejenigen Patienten mit Tabakabhängigkeit erhalten bleibt bzw. durch eine sachgerechte Auslegung der Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie geschaffen wird, bei denen ein klinisch bedeutsames Morbiditätsrisiko bzw. Mortalitätsrisiko besteht und die bisher keine Abstinenz erreichen konnten, aber zu einer psychotherapeutischen Behandlung motiviert sind.

## IV. Literatur

- Barth, J., Critchley, J. & Bengel, J. (2006). Efficacy of psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review and metaanalysis. *Ann Behav Med*,; 32(1):10-20.
- Buchkremer, G. & Batra, A. (2009). Tabakabhängigkeit und -entwöhnung. In Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3. Auflage, pp. 371-382). Heidelberg: Springer.
- Batra, A. et al. (2015). S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums. Abrufbar unter: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-006l\\_S3\\_Tabak\\_2015-02.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Tabak_2015-02.pdf).
- Critchley, J.A. & Capewell, S. (2003). Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA*, 290(1):86-97.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2014). Drogen- und Suchtbericht 2014. Abrufbar unter: <http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien/dba/Presse/Downloads/Drogen- und Suchtbericht 2014 Gesamt WEB 07.pdf>
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2010). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber.
- GKV-Spitzenverband, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) & Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene (2012). Präventionsbericht 2011. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2010. Abrufbar unter: [http://www.mds-ev.de/media/pdf/Praeventionsbericht\\_2011\\_final\\_ungschuetzt%282%29.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/Praeventionsbericht_2011_final_ungschuetzt%282%29.pdf)
- Godtfredsen, N. S., Prescott, E. & Osler, M. (2005). Effect of smoking reduction on lung cancer risk. *JAMA*, 294(12):1505-10.
- Heinz, A. & Batra, A. (2003). Alkohol- und Nikotinabhängigkeit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J. et al. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res*, 2014. doi: 10.1002/mpr.1439.
- Lambert, T. (2013). Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in

- Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56 (5-6): 802-808.
- Lambert, T. (2014). Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. S. 64-89.
- Mons U. (2011). Tabakattributable Mortalität in Deutschland und in den deutschen Bundesländern – Berechnungen mit Daten des Mikrozensus und der Todesursachenstatistik. *Gesundheitswesen*. 73(4):238-246.
- Mottillo, S., Filion, K.B., Bélisle, P., et al. (2009) Behavioural Interventions for Smoking Cessation: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *European Heart Journal*, 30, 718-730.
- Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J., Thun, M., Heath, C., Doll, R. (1996). Mortality from smoking worldwide. *Br Med Bul*,; 52(1):12-21.
- Pisinger C. & Godtfredsen N. S. (2007). Is there a health benefit of reduced tobacco consumption? A systematic review. *Nicotine Tob Res*, 9, 631–646.
- Stead, L.F. & Lancaster, T. (2005). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, Issue 2. Art. No.: CD001007. doi: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.