

Änderungsvorschlag für den OPS 2011

Hinweise zum Ausfüllen und Benennen des Formulars

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an vorschlagsverfahren@dimdi.de. Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulare Daten können nur unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments angenommen werden.

Bitte stellen Sie für inhaltlich nicht unmittelbar zusammenhängende Änderungsvorschläge getrennte Anträge!

Bitte fügen Sie die spezifischen Informationen an den folgenden, kursiv gekennzeichneten Textstellen in den Dateinamen ein. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich):

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* soll dabei nicht länger als ca. 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* soll dem unter 1. (Feld „Name“ s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiel: ops-komplexbcodefruehreha-mustermann.doc

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zum **OPS** entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden (www.bqs-online.de).

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben werden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unsere Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation * Verband Pneumologischer Kliniken e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation * VPK
Internetadresse der Organisation * www.vpneumo.de (in Vorbereitung !)
Anrede (inkl. Titel) * Dr.med.
Name * Kemmer
Vorname * Hans-Peter
Straße * Theo-Funcciusstr. 1
PLZ * 58675
Ort * Hemer
E-Mail * HP.Kemmer@lkhemer.de
Telefon * 02372/908-2205

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin
Offizielles Kürzel der Organisation * DGP
Internetadresse der Organisation * www.pneumologie.de
Anrede (inkl. Titel) * Prof. Dr. med.
Name * Loddenkemper
Vorname * Robert
Straße * Walterhöferstr. 11
PLZ * 14165
Ort * Berlin
E-Mail * rloddenkemper@dzk-tuberkulose.de
Telefon * 030-81021164

3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? * (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.
Deutsche Krebsgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
Weitere unterstützende Gesellschaften siehe Begleitschreiben aus Vorschlagsverfahren 2010

Dem Antragsteller liegt eine/liegen schriftliche Erklärung/en seitens der beteiligten Fachgesellschaft/en über die Unterstützung des Antrags vor.

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlag (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

"Stationäre Motivationsbehandlung zur Einleitung einer Tabakentwöhnung"

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
 - Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
 - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
 - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
 - Streichung von Schlüsselnummern

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags * (inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Die Tabakentwöhnung ist eine der wirksamsten und kosteneffektivsten Einzelmaßnahmen bei Patienten mit einer Vielzahl von Erkrankungen. Ein Krankenhausaufenthalt stellt eine besonders günstige Situation zur Einleitung einer erfolgreichen Tabakentwöhnung dar (Rigotti N, Munafo' MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD001837. DOI: 10.1002/14651858.CD001837.pub2.).

Die Integration der Raucherberatung und Tabakentwöhnung erfordert jedoch die Berücksichtigung des zeitlichen Aufwands der Intervention durch qualifiziertes Personal. Eine größere Anzahl von Kliniken, die eine Vielzahl von Rauchern behandelt, führt bereits erfolgreich eine Tabakentwöhnung durch. Nationale und internationale Leitlinien fordern übereinstimmend eine Tabakentwöhnung auch im Setting der Akutkrankenhäuser. Der vorgelegte Entwurf stützt sich auf nationale Leitlinien, die unter Beteiligung einer Vielzahl von Fachgesellschaften geschrieben wurden.

Daher wird hiermit ein gesonderter Prozedurenkode:

9-501 Strukturierte Motivationsberatung zur Tabakentwöhnung

beantragt, der den Aufwand einer strukturierten Beratung mit Einleitung der Weiterbehandlung zur Tabakentwöhnung nach definierten Kriterien abbildet:

- A) Erfassung des Tabakkonsums
 1. Der Tabakkonsum wird in der Patientenakte dokumentiert.
 2. Bei vorliegendem Tabakkonsum wird eine standardisierte, leitliniengerechte Abfrage des Rauchverhaltes durchgeführt. Diese beinhaltet den Fagerström-Test und fakultativ eine CO-Messung.
- B) Beratung der Raucher
 1. Alle Raucher werden eindringlich, ausführlich und mit persönlichem Bezug dazu motiviert, den Tabakkonsum zu beenden. Das Gespräch wird dokumentiert.
 2. Zusätzlich wird bei Einverständnis des Patienten eine individuelle oder Gruppenberatung von mind. 20 Minuten Dauer durch ausgebildetes Fachpersonal durchgeführt.
 3. Eine medikamentöse Unterstützung eines Aufhörversuchs wird bei regelmäßigen Rauchern entsprechend der Leitlinien empfohlen.

- C) Einleitung einer Behandlung
- 1. Bei aufhörwilligen Patienten wird, wenn möglich, eine Entwöhnungsbehandlung begonnen, die leitliniengerecht sowohl medikamentöse Unterstützung als auch psychosoziale Unterstützung umfasst, bzw. an eine entsprechende Entwöhnungsbehandlung vermittelt. Alternativ ist die Vermittlung an eine proaktive Telefonberatung möglich.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Ausgangslage

Rauchen ist einer der größten Risikofaktoren für die Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen, chronisch obstruktiver Atemwegserkrankungen, von Lungenkrebs und von Parodontitis (Bergström 2006). Weitere Erkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus, Hauterkrankungen oder auch Osteoporose sind eng mit dem Rauchen assoziiert. Rauchen ist somit die häufigste vermeidbare Ursache von Erkrankungen und vorzeitigen Todesfällen. Allein in Deutschland sterben pro Jahr zwischen 110.000 und 140.000 Menschen an den Folgen des Tabakkonsums. Dies entspricht 22% der Todesfälle der Männer und 5% der Frauen.

Die Raucherprävalenz liegt in Deutschland in der erwachsenen Bevölkerung weiterhin bei über 30%. Jedes Jahr versucht ein Drittel der Raucher, wieder vom Tabakkonsum loszukommen.

Diese Versuche sind insbesondere dadurch erschwert, dass bei über der Hälfte der Raucher eine Abhängigkeitserkrankung nach den Kriterien der „International Classification of Diseases“ ICD 10 (WHO 2001) vorliegt (Batra & Fagerström 1997).

Tabakentwöhnung im Krankenhaus

Der Anteil der Raucher unter den Krankenhauspatienten ist aufgrund ihres erhöhten Morbiditätsrisikos überdurchschnittlich hoch. Auch weisen sie deutlich längere Liegezeiten als Nichtraucher auf (Møller 2002, 2007). Während ca. 10% der Nichtraucher einmal jährlich in einem Krankenhaus behandelt werden, sind es unter den Rauchern 13% (Statistisches Bundesamt 2008, Rumpf & Hüllinghorst 2003).

Angebote zur Tabakentwöhnung im Krankenhaus haben daher den Vorteil einer hohen Zielgruppenerreichung, und aufgrund des akuten Krankheitserlebens ist die Ausstiegsmotivation der rauchenden Patienten erhöht. Mehr als ein Drittel der Raucher denkt während des Krankenhausaufenthaltes über einen Rauchstopp nach. Darüber hinaus verbessern sich nach einem Rauchstopp die postoperativen Komplikationsraten (Møller et al. 2007, Kyriss 2007).

Wissenschaftliche Erkenntnisse

Qualifizierte Behandlungsangebote zur Tabakabhängigkeit im Krankenhaus können das Komplikationsrisiko verringern und die stationären Aufenthaltszeiten verkürzen. Während lediglich 3-7% der Raucher ohne Unterstützung wieder abstinent werden (Kröger & Lohmann 2007), können die Abstinenzraten mit professioneller Behandlung auf bis zu 40-50% erhöht werden (Fagerström 2005, Andreas S et al. 2008). Eine stationär begonnene Tabakentwöhnung ist v.a. dann dauerhaft wirksam, wenn sie poststationär weitergeführt wird (Rigotti, Munafo' & Stead 2007). Es zeigt sich dabei eine deutliche Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Beratungsintensität und dem Erfolg der Maßnahme (Batra et al. 2006, Fiore et al. 2008).

Literatur

Andreas S et al. (2008): Tabakentwöhnung bei COPD - S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. In: Pneumologie 2008; 62: 255–272

Batra A, Schütz CG, Lindinger P (2006): Tabakabhängigkeit. In: Schmidt, L.G. (u.a.) (Hg.): Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen. Köln: Dt. Ärzte-Verlag. 91-142.

Batra A & Fagerström KO (1997): Neue Aspekte der Nikotinabhängigkeit und Raucherentwöhnung. In: Sucht 43 (4), S.277ff

Bergström J (2006) Periodontitis and smoking: An evidence-based appraisal. J Evid Base Dent Pract 2006;6:33-41

Fagerström KO (2005): Raucherentwöhnung – wie effektiv kann sie sein? In: Batra, A. (Hrsg.): Tabakabhängigkeit. Kohlhammer Stuttgart

Fiore MC et al. (2008): Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service

Kröger C, Lohmann B (2007): Tabakkonsum und Tabakabhängigkeit. Hogrefe Göttingen

Kyriss T (2007): Rauchen und chirurgische Komplikationen. In: Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundesärztekammer (Hrsg.): Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten – Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit, Heidelberg und Berlin, 2005, S. 31-32

Møller AM, Villebro N, Pedersen T et al. (2002): Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. Lancet 2002 Jan 12;359:114–7

Møller et al. (2007): The impact of smoking on the peri-operative course and the effect of pre-operative smoking intervention. In: Acta Anaesthesiologica Scandinavica, Vol. 51 Issue 3, Pages 380 – 381

Rigotti N, Munafo' MR, Stead LF (2007): Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD001837. DOI: 10.1002/14651858.CD001837.pub2.

Rumpf H-J, Hüllinghorst R (Hrsg.) (2003): Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Statistisches Bundesamt (2008) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Wiesbaden

b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant?

Der Aufwand für eine strukturierte Raucherberatung und Einleitung einer Tabakentwöhnung wurde bisher bei der Kalkulation der Fallpauschalen nicht berücksichtigt. Daher wird hiermit der gesonderter Prozedurencode (9-501 Strukturierte Motivationsberatung zur Tabakentwöhnung) beantragt, der den Aufwand einer strukturierten Beratung mit Einleitung der Weiterbehandlung nach definierten Kriterien wie oben beschrieben abbildet. Hieraus ist eine entsprechende Kostenkalkulation ableitbar und damit sollte eine Integration dieses relativ aufwändigen Verfahrens in das DRG-System möglich sein.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Kostenkalkulation	
Abfrage des Rauchverhaltens / Fagerström-Test 20min Krankenschwester	6,50 €
Durchführung und Dokumentation Motivationsgespräch 30min (Arzt)	22,50 €
Individuelle Beratung incl. Vor-Nachbereitung 30min (Arzt)	22,50 €
Einleitung der Entwöhnungsbehandlung 20min (Arzt)	15,00 €
Kohlenmonoxidbestimmung 617 Gasanalyse in der Expirationsluft Satz: 1,5	29,82 €
Nikotinpflaster 24h ca. 2,50€/Stück incl. Distribution, Lagerung etc, z.B. 1Stck./Tag x 5Tage	12,50 €
Nikotinkaugummi incl. Distribution, Lagerung etc ca. 0,25€/Stück z.B. 5Stck./Tag x 5Tage	6,25 €
Oder z.B. Vareniclin Starterpackung	
Summe:	115,07 €

e. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt

Aus aktueller Sicht ist eine Fallzahl im stationären Sektor nur schätzungsweise anzunehmen, da eine entsprechende Erfassung, wenn überhaupt, nur im Rahmen der Anamnese und dort der Frage nach Tabakgenuss erfolgt. Als Anhalt können allerdings z.B. die Daten aus nachfolgender Publikation zur Prävalenz des Rauchens unter Patienten im Allgemeinkrankenhaus aus 2008 herangezogen werden

In einer Erhebung unter Patienten (n=13.878) aus vier Allgemeinkrankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern zeigte sich eine Raucherquote von 19,6%. Der Anteil der Raucher ist unter den Frauen (24,2%) höher als bei den Männern (16,3%). Am stärksten ausgeprägt ist die Raucherquote in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen (33,1%). Mit zunehmendem Alter zeigt sich eine stetige Abnahme des Anteils der Raucher. So rauchen in der Alterskohorte der 50- bis 64-Jährigen nur noch 11,3 Prozent. Auf den internistischen Stationen zeigte sich eine geringere Raucherquote (16,0 %) als auf Stationen der Chirurgie (22,1%) und der Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen (HNO) (21,5%) (Coder, 2008).

Coder, B.; Freyer-Adam, J.; Rumpf, H.-J.; Hapke, U.: Tabakrauchen und problematischer Alkoholkonsum unter Allgemeinkrankenhauspatienten. In: Prävention und Gesundheitsförderung Volume 3 (2008) Nr.1 S.34-37

Bezogen auf ca. 15 Mio. stationäre Krankheitsfälle bei Erwachsenen und einem durchschnittlichen Anteil an Rauchern von 20% könnte man daher von mindestens 1 Mio.

(incl. geschätzter Abzug wegen Mehrfachaufnahmen) potentiellen Fällen ausgehen.

f. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern)

g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden.)

8. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)