

Änderungsvorschlag für den OPS 2013

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. Die eingegebenen Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur strukturell unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments im DOC-Format angenommen werden.

Stellen Sie getrennte Anträge für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge!

Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß dem unten stehenden Beispiel. 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 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. **Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den von ihm eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet.** Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS zu.

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 dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA, www.aqua-institut.de) abgestimmt werden.

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/unseres 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 * Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin
Offizielles Kürzel der Organisation * DGP
Internetadresse der Organisation * www.pneumologie.de
Anrede (inkl. Titel) * Prof. Dr. med.
Name * Pfeifer
Vorname * Michael
Straße * Ludwigstr. 38
PLZ * 93093
Ort * Donaustauf
E-Mail * michael.pfeifer@klinik.uni-regensburg.de
Telefon * 09403-80215

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) * Herr Prof. Dr. med.
Name * Andreas
Vorname * Stefan
Straße * Robert-Koch-Str. 3
PLZ * 34376
Ort * Immenhausen
E-Mail * sandreas@lungenfachklinik-immenhausen.de
Telefon * 0'5673-501111

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

Berufsverband der deutschen Chirurgen (BDC)
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Verband Pneumologischer Kliniken (VPK)

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) *

Qualifizierte stationäre 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)

Komplexbehandlung 8.98?

Qualifizierte Beratung und Einleitung einer Tabakentwöhnung bei chronischen Lungenerkrankungen (COPD)

Die Codierung setzt folgende Maßnahmen voraus:

Einmal vor Beginn der Behandlung:

- standardisierte Erfassung der Raucheranamnese mit einem ausführlichen Fragebogen)
 - standardisierte Erfassung der Nikotinabhängigkeit (Fagerström-Test)
- (beides zusammen über mindestens 45 min durch qualifizierte RaucherberaterIn (Voraussetzung ist eine zertifizierte Befähigung als RaucherberaterIn, z.B. durch Schulungskurse des Deutschen Netzes rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen)
- Motivationsgespräch mit einer Mindestdauer von 60 min und Dokumentation durch einen qualifizierten Arzt (Voraussetzung ist eine zertifizierte Befähigung zur Tabakentwöhnung, z.B. über das Curriculum der Bundesärztekammer)
 - Einleitung der Entwöhnungsbehandlung mit einer weiteren individuellen ärztlichen Beratung (mindestens 45 min)
- Mehrmals im Verlauf der stationären Behandlung:
- medikamentöse Unterstützung der Tabakentwöhnung (Nikotinsubstitution oder medikamentöse Entwöhnung z.B. mit Bupropion, Vareniclin)
 - mindestens 1x/ Werktag eine individuelle oder Gruppenberatung von mindestens 20 Minuten
 - Überwachung der Entwöhnungsbehandlung mit mindestens einer weiteren ärztlichen Beratung (mindestens 20 min)
 - mindestens 2x CO-Bestimmung in der Ausatemluft oder im Blut (CO-Hb-Wert in der Blutgasanalyse)

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags ***a. Problembeschreibung**

Rauchen ist einer der größten (vermeidbaren) Risikofaktoren für Lungenkrankheiten und kardiovaskuläre Krankheiten. Eine Nikotinabhängigkeit liegt bei den stationär aufgenommenen Rauchern in etwa 60% vor. Die Tabakentwöhnung als wichtigste Präventionsmaßnahme trägt wesentlich zur Verbesserung der Prognose von Patienten mit COPD (und Herz-Kreislauf-Erkrankungen) bei. Die Tabakentwöhnung gilt bei der COPD als die wichtigste therapeutische Einzelmaßnahme überhaupt (Vogelmeier C et al. Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem 2007 (COPD). Pneumologie 2007; 61: e1-e40; Andreas S et al. Tabakentwöhnung bei COPD - S3 Leitlinie. Pneumologie 2008; 62: 255-272). Sie ist zudem kosteneffektiv (Hoogendoorn M et al. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. Thorax. 2010; 65: 711-718).

Angebote zur Tabakentwöhnung im Krankenhaus haben eine hohe Zielgruppenerreichung mit erhöhter Ausstiegsmotivation der rauchenden Patienten aufgrund des akuten Krankheitserlebens.

Darüber hinaus verbessern sich nach einem Rauchstopp die postoperativen Komplikationsraten mit entsprechender Verkürzung der stationären Behandlungsdauer. Während lediglich 3-7 % der Raucher ohne Unterstützung wieder abstinent werden, können die Abstinenzraten mit professioneller Behandlung auf bis zu 40-50 % erhöht werden.

Eine stationär begonnene Tabakentwöhnung ist besonders dann dauerhaft wirksam, wenn sie ambulant weitergeführt wird (Rigotti NA, et al. Smoking cessation interventions in hospitalized smokers: a systematic review. Arch Intern Med 2008; 168: 1050-60). Es zeigt sich dabei eine deutliche Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Beratungsintensität und dem Erfolg der Maßnahme.

Die qualifizierten ärztlichen Maßnahmen zur Einleitung und Durchführung einer stationären Tabakentwöhnung sind zurzeit mit dem OPS nicht abbildbar, sodass der zusätzliche Aufwand im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht abgebildet wird.

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

Der Aufwand der stationären Tabakentwöhnung erhöht die Fallkosten bei Patienten, die wegen einer chronischen Lungenerkrankung (COPD) konservativ oder operativ behandelt werden. Um den Mehraufwand sachgerecht kalkulieren zu können und ggf. einen Kostentrenner zu definieren, ist die spezifische Abbildbarkeit dieses Leistungskomplexes erforderlich.

c. Verbreitung des Verfahrens

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Standard | <input checked="" type="checkbox"/> Etabliert | <input type="checkbox"/> In der Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Experimentell | <input type="checkbox"/> Unbekannt | |

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Summe: ca 250-300 €

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

500-1.000 pro Jahr

Es ist davon auszugehen, dass bei Einführung der Komplexbehandlung die Fallzahlen nur gering sein werden, da z.T. zunächst die Voraussetzungen für die personellen Qualifikationen zu erfüllen sind.

Nach Angaben des Spitzenverbandes der GKV buchten 2009 nur 5.674 Versicherte einen ambulanten Tabakentwöhnungskurs.

Diese im Vergleich zur Prävalenz von chronischen Lungen- (und Herz-Kreislauf-)Krankheiten geringe Anzahl wird für Deutschland - im Gegensatz zu anderen Ländern - bestätigt durch eine kürzliche Publikation (Borland R et al. Cessation assistance reported by smokers in 15 countries participating in the International Tobacco Control (ITC) policy evaluation surveys. Addiction 2011; 107: 197-205).

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 dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) abgestimmt werden.

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