

## Änderungsvorschlag für den OPS 2016

### Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulare Daten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOC-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. ß und Unterstrich):  
*icd-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc*  
*kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.  
*namedesverantwortlichen* sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.  
**Beispiel: icd-diabetesmellitus-mustermann.doc**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag/Ihre Vorschläge unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2015** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten haben, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, [klassi@dimdi.de](mailto:klassi@dimdi.de))

### Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

**Einzelpersonen** werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die 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 und die Vorschläge nicht mehr fristgerecht bearbeitet werden können.

**Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den 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 der ICD-10-GM zu.

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

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter [dsb@dimdi.de](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	DGP
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	www.pneumologie.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Welte
Vorname *	Tobias
Straße *	Stadtfelddamm 65
PLZ *	30625
Ort *	Hannover
E-Mail *	welte.tobias@mh-hannover.de
Telefon *	0511-532-3530

### 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	DGP
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	www.pneumologie.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med
Name *	Andreas
Vorname *	Stefan
Straße *	Robert-Koch-Str. 3
PLZ *	34376
Ort *	Immenhausen
E-Mail *	sandreas@lungenfachklinik-immenhausen.de
Telefon *	05673-501-111

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

Verband Pneumologischer Kliniken (VPK)

Bundesverband der Pneumologen (BDP)

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht)

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK)

Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen seitens der beteiligten Fachgesellschaften über die Unterstützung des Antrags vor.

### 4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \*

Qualifizierte Motivationsbehandlung und Einleitung einer multimodalen Tabakentwöhnung

## 5. Art der vorgeschlagenen Änderung \*

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
  - Neuaufnahme von Schlüsselnummern
  - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
  - Änderungen von Klassentiteln 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)

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Standardisierte Erfassung der Raucheranamnese mit einem ausführlichen Fragebogen und standardisierte Erfassung der Nikotinabhängigkeit unter Verwendung des Fagerström-Tests
- Durchführung und Dokumentation von Motivationsgesprächen zur Beendigung des Tabakkonsums von insgesamt mindestens 60 Minuten durch einen Arzt mit der Qualifikation zur Tabakentwöhnung (Voraussetzung ist eine zertifizierte Befähigung zur Tabakentwöhnung, z.B. über das Curriculum der Bundesärztekammer der DGP und BDP)
- Durchführung und Dokumentation von Motivationsgesprächen individuell oder in Gruppen von insgesamt mindestens 120 Minuten durch Personal mit der Qualifikation zur Tabakentwöhnung (Psychologen, Pädagogen, Sozialpädagogen, Sozialwissenschaftler, Gesundheitswissenschaftler, Pflegefachkräfte oder medizinische Fachangestellte)
- Aufklärung über Einsatz und Wirkungsweise von nikotinhaltigen Präparaten und anderen medikamentösen Hilfen zur Tabakentwöhnung
- Mindestens zwei Kohlenmonoxidbestimmungen in der Ausatemluft oder im Blut (CO-Hb-Wert in der Blutgasanalyse) zur Verlaufsdokumentation
- Dokumentierte Anmeldung (unterzeichnet von meldendem Krankenhaus und gemeldetem Patienten) an ein ambulantes, von den Krankenkassen anerkanntes Tabakentwöhnungsprogramm

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Rauchen ist als wichtigster Risikofaktor für den größten Verlust an adjustierten (disability adjusted) Lebensjahren verantwortlich (1). Dies gilt sowohl für Männer als auch für Frauen (2). Ein Tabakkonsum besteht in Deutschland bei etwa 30% der stationären Patienten. Die Tabakentwöhnung als wichtigste therapeutische Maßnahme trägt wesentlich zur Verbesserung der Symptomatik und Prognose von Patienten mit COPD, Asthma und interstitiellen Lungenerkrankungen bei. Entsprechendes gilt auch für kardiovaskuläre Erkrankungen und eine Vielzahl anderer Erkrankungen. Die Tabakentwöhnung ist die wichtigste therapeutische Einzelmaßnahme bei Patienten mit COPD (3 / 4 / 5) und kardiovaskulären Erkrankungen (6) (7). Während lediglich 3-7 % der Raucher ohne Unterstützung abstinent bleiben, werden die 1- Jahres Abstinenzraten mit professioneller Behandlung auf bis zu 40 % erhöht (8). Die Tabakentwöhnung hat starke positive Effekte auf Morbidität und Mortalität. Weiter verbessert die Tabakentwöhnung auch die Lebensqualität.

Angebote zur Tabakentwöhnung im Krankenhaus haben eine hohe Zielgruppenerreichung mit erhöhter Ausstiegsmotivation der rauchenden Patienten aufgrund des akuten Krankheitserlebens. Eine stationär begonnene Tabakentwöhnung ist wirksam (9). Eine Nachbetreuung bzw. eine ambulante Anbindung ist sinnvoll. Es zeigt sich eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Beratungsintensität und dem Erfolg der Maßnahme. Die Einbindung von speziell ausgebildetem nicht-ärztlichem Personal zur Tabakentwöhnung ist durch Metaanalysen abgesichert (10) und international etabliert.

Eine effektive Maßnahme in der Tabakentwöhnung ist das Motivierende Interview (11). Besonders wirksam ist das Motivierende Interview bei Durchführung durch einen Arzt (Relative Risiko - RR= 3,49).

Die Tabakentwöhnung ist eine der kosteneffektivsten medizinischen Maßnahmen, um qualitätsvolle Lebensjahre zu erhalten (12 - 15). Die Tabakentwöhnung ist auch aus der Perspektive der gesamten Volkswirtschaft positiv zu bewerten (z.B. 16).

In Deutschland gibt es im Gegensatz zu anderen entwickelten Ländern eine besonders geringe Anzahl von tabakpräventiven Maßnahmen (17). Die qualifizierten Maßnahmen zur Einleitung und Durchführung einer stationären Tabakentwöhnung sind zurzeit im OPS nicht abgebildet. Die Implementierung des OPS wird daher die von allen Akteuren im Gesundheitssystem geforderte Prävention in den Krankenhäuser und dem ambulanten Sektor nachhaltig fördern. Neben einer verbesserten Lebensqualität der Patienten lassen sich für die Krankenkassen und für die Gesellschaft nachhaltige Kostenersparnisse realisieren.

#### Literaturverzeichnis:

1. Murray CJ et al. UK health performance: findings of the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 381: 997–1020
2. Pirie K et al. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet* 2013; 381: 133-141
3. GOLD Empfehlung 2014
4. Vogelmeier C et al. Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit COPD. *Pneumologie* 2007; 61: e1-e40
5. Andreas S et al. Tabakentwöhnung bei COPD - S3 Leitlinie. *Pneumologie* 2014; 68: 237-258
6. European Guidelines on cardiovascular disease prevention. *EJH* 2012; 33: 1635-1701
7. ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. *EJH* 2013; 34: 2949-3003
8. Andreas S et al. Tabakentwöhnung bei COPD. S3 Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. *Pneumologie* 2014; 68: 237-258
9. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD001837
10. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD001188
11. Lai DT, Cahill K, Qin Y et al. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane*

Database Syst Rev 2010; 1: CD006936

12. Kahn R et al. The Impact of Prevention on Reducing the Burden of Cardiovascular Disease. *Circulation* 2008; 118: 576-585

13. Hoogendoorn M et al. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. *Thorax*. 2010; 65: 711-718

14. Lewis K, Stern M. British Thoracic Society Recommendations for Hospital Smoking Cessation Services for Commissioners and Health Care Professionals. *British Thoracic Society Reports* 2012; 4: ISSN 2040-2023

15. Atsouk K, Chouaid C, Hejblum G. Simulation-based estimates of effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *PLoS ONE* 2011; 6: e24870

16. Koskenvuo K et al. Smoking strongly predicts disability retirement due to COPD: the Finnish Twin Cohort Study. *Eur Respir J* 2011; 37: 26

17. Borland R et al. Cessation assistance reported by smokers in 15 countries participating in the International Tobacco Control policy evaluation surveys. *Addiction* 2011; 107: 197-205

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

Es müssen komplexe personelle und strukturelle Voraussetzungen für die multimodale Tabakentwöhnung, wie in dieser OPS beschrieben, vorgehalten werden. Die Tabakentwöhnung ist personalintensiv. Der Aufwand der stationären Tabakentwöhnung erhöht die Fallkosten bei rauchenden Patienten, die wegen einer pulmonalen, kardialen oder anderen tabakassoziierten Erkrankung stationär behandelt werden. Um den Mehraufwand sachgerecht kalkulieren zu können und ggf. einen Kostentrenner zu definieren, ist die spezifische Abbildbarkeit dieses Leistungskomplexes erforderlich.

Die OPS Tabakentwöhnung ermöglicht den Krankenhäusern zusammen mit ambulanten Strukturen nachhaltig die Gesundheit von Patienten mit tabakassoziierten Erkrankungen zu verbessern. Langfristig kommt es zu einer Reduktion kostenintensiver medizinischer Maßnahmen bei Patienten mit tabakassoziierten Erkrankungen.

**c. Verbreitung des Verfahrens**

- Standard                       Etabliert                       In der Evaluation  
 Experimentell                       Unbekannt

**d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens**

Die Berechnung beruht auf Angaben des Deutschen Krankenhaus Instituts. Dabei werden pro Vollkraft Arzt 95.000 € und pro Vollkraft Pfegedienst 43.500 € Jahresgehalt kalkuliert (Medizinisch-technisches Personal 45.500 €). Das Gehalt von Psychologen und Pädagogen ist im Bereich des ärztlichen Gehaltes. Bei einer 38,5 Stundenwoche geht der Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) von 1.563 Stunden je Vollkraft aus. Daraus ergeben sich Kosten von 60,78 € für eine Arztstunde und 29,11 für eine MTA-Stunde.

30 Min MTA	14,56 €
60 Min Arzt	60,78 €
120 Min Psychologe (Arzt)	121,56 €
Kohlenmonoxidbestimmung: 617 Gasanalyse in der Expirationsluft Satz: 2,3 2x 45,72€	91,44 €
Summe:	ca. 288,34 €

Zusätzlich fallen noch Kosten für Fortbildungen, Fragebögen und Organisation an, so dass insgesamt Kosten von circa 300€ pro Patient realistisch sind.

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

Es ist davon auszugehen, dass initial bei Einführung der Komplexbehandlung die Fallzahlen nicht hoch sind, da die definierten personellen und strukturellen Voraussetzungen nur an wenigen, qualifizierten Kliniken erfüllt werden können. Insgesamt wird pro Jahr lediglich bei 10.000 - 30.000 Patienten die stationäre Tabakentwöhnung, wie im OPS definiert, zur Anwendung kommen.

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

Im Vergleich zum bisherigem Vorgehen kommt es durch eine multimodale Tabakentwöhnung im Krankenhaus zu einer Kosten-Reduktion, wenn die Kosten über den direkten Krankenhausaufenthalt hinaus betrachtet werden. Tabakentwöhnung reduziert z.B. die Rate an den kostenintensiven COPD-Exazerbationen deutlich. Nach ausführlicher Analyse in verschiedenen Gesundheitssystemen kommt es bei einem durchschnittlichem COPD Patient zu einer Reduktion von krankheitsbezogenen Kosten in Höhe von 5.000€ bis 25.000€ in den verbleibenden Lebensjahren (PloS ONE 2011; 6: e24870 / Lang, Wasem PharmacoEconomics 2008, 6:111). Diese Kostenreduktion übertrifft die Kosten einer Tabakentwöhnung bei weitem. Auch wenn für Asthma und interstitielle Lungenerkrankungen noch keine so detaillierten Kostenrechnungen publiziert sind, ist von vergleichbaren Daten auszugehen. Auch bei den kardiovaskulären Erkrankungen resultiert die Tabakentwöhnung in einer Reduktion der kostenintensiven Interventionen (2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. EHJ 2013; 34: 2949). Aktuelle Zahlen der DAK belegen z.B., dass durch die simple Intervention des Nichtraucherschutzes in Deutschland die Zahl der Behandlungen aufgrund eines akuten Koronarsyndromes signifikant reduziert wurde.

Auch wenn es schwierig ist für das deutsche Gesundheitswesen eine exakte Kostenreduktion durch die Tabakentwöhnung zu errechnen, ist unstrittig, dass die Tabakentwöhnung, anders als eine Vielzahl von medizinischen Verfahren und Interventionen insgesamt die Kosten keinesfalls erhöht.

**g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)**

Die Tabakentwöhnung ist integraler Bestandteil der maßgeblichen kardiovaskulären und pneumologischen nationalen wie internationalen Leitlinien. In zwei dieser S3 Leitlinien ist die Tabakentwöhnung als Qualitätsindikator an erster Stelle aufgeführt (Tabakentwöhnung bei COPD und Lungenkarzinom). Bei der Zertifizierung von Lungenkrebszentren (Deutsche Krebshilfe) wird eine multimodale Tabakentwöhnung als Strukturmerkmal gefordert. Eine Auswahl wichtiger pneumologischer und kardiovaskulärer Leitlinien seien hier erwähnt:

COPD (Pneumologie 2007; 61: e1-70)

Tabakentwöhnung bei COPD (Pneumologie 2014; 68: 237-258)

Asthma Leitlinie (Pneumologie 2006; 60: 139)

Ambulant erworbene Pneumonie (Pneumologie 2009; 63: e1-e68)

Lungenkarzinom (Pneumologie 2010; 64: Supplement 2: e1-e164)

European Guidelines on cardiovascular disease prevention. EHJ 2012; 33, 1635

2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. EHJ 2013; 34: 2949

**8. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Am 12.11.2014 fand zu dem OPS Tabakentwöhnung eine Sitzung unter Leitung von Dr. Birgit Krause (DIMDI) statt. Teilnehmer waren: Prof. Stefan Andreas (DGP, DGIM), Dr. Thomas Hering (BDP), Dr. Justus De Zeeuw (Verband pneumologischer Kliniken), Dr. Matthias Dettloff (GKV-Spitzenverband), Prof. Dr. Jürgen Fritze (PKV), Dr. Norbert Sigmond (DIMDI).

Nach ausführlicher und fruchtbarer Diskussion wurde im Konsens die unter 6 aufgeführten

Mindestmerkmale für den OPS definiert. Weiter wurde der initiale Vorschlag, der lediglich auf pneumologische Erkrankungen fokussiert war, auf alle Patienten, die im Krankenhaus behandelt werden und rauchen, erweitert. Falls sich dies in der weiteren Diskussion als Problem darstellen sollte, wäre eine Eingrenzung auf den initialen Vorschlag oder einzelne pneumologische und kardiologische Erkrankungen unproblematisch möglich.

Augenblicklich gelten Pharmaka zur Tabakentwöhnung nach dem Sozialgesetzbuch noch als 'Lifestyle Medikamente'. Dies ist medizinisch nicht mehr zu rechtfertigen, bewirkt jedoch, dass die Kostenübernahme durch die Krankenkassen nicht verpflichtend ist. Im Konsens mit den Vertretern der Krankenkassen wurden daher die o.g. Mindestmerkmale formuliert und die Kosten für die Medikamente in der Kostenkalkulation nicht berücksichtigt.