

# Änderungsvorschlag für den OPS 2017

## Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:  
*ops2017-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.docx*  
*kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein  
*namedesverantwortlichen* sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen  
**Beispiel: ops2017-komplexxkodefruehreha-mustermann.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2016** 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, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

**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 des OPS zu.

## Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung der personenbezogenen Daten



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 damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** der personenbezogenen Daten (Seite 1 und 2 des Vorschlagsformulars, Name des Verantwortlichen im Dateinamen) auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

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 *	Verband der Universitätsklinik Deutschland e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	VUD
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.uniklinika.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau
Name *	Preute-Hilbeck
Vorname *	Evelyn
Straße *	Hoppe-Seyler-Straße 6
PLZ *	72076
Ort *	Tübingen
E-Mail *	Evelyn.Preute-Hilbeck@med.uni-tuebingen.de
Telefon *	07071 29-80118

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

Organisation	Verband der Universitätsklinik Deutschland e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	VUD
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.uniklinika.de
Anrede (inkl. Titel)	Herr
Name	Fark
Vorname	Marcus
Straße	Alt-Moabit 96
PLZ	10559
Ort	Berlin
E-Mail	fark@uniklinika.de
Telefon	+49 (30) 3940517-12

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 1 und 2 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 1. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 3, also ab hier, veröffentlicht.

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

Zulassung OPS 9-501 auch für Leistungen im Bereich §17d

**4. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? \***

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

☐

Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Antrags seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

**5. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \***

(inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

1. Erfassung des Tabakkonsums nach Entaktualisierung der psychiatrischen Symptomatik
2. systematische Problematisierung des Tabakkonsums und
3. Durchführung von motivationalen Interventionen zur Förderung der Aufhörbereitschaft.
4. Im Falle einer Motivation zur Beendigung des Tabakkonsums Vermittlung in assoziierte, intramurale oder aber am Wohnort des Patienten identifizierte ambulante Angebote (über [www.anbieter-raucherberatung.de](http://www.anbieter-raucherberatung.de)) zur Tabakentwöhnung.

Eingebunden sind Psychologen, Ärzte und Mitarbeiter aus dem Pflegedienst.

Angestrebt wird eine leitlinienkonforme standardisierte Erfassung des Tabakkonsums (gemäß der S3-Leitlinie 'Tabakgebrauch, schädlicher und abhängiger: Screening, Diagnostik und Behandlung' <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-006.html>).

- Eingesetzt werden hierzu Anamnesebogen mit entsprechender Berücksichtigung der Suchtanamnese vor, verpflichtend durchgeführt wird auch die Erfassung der Stärke der Abhängigkeit mit dem Fagerströmtest bei Vorliegen eines Tabakkonsums.
- Nach Entaktualisierung der psychiatrischen Symptomatik werden auf der Basis der motivierenden Gesprächsführung Interventionen zur Bilanzierung der Vor- und Nachteile des Rauchens, speziell auch mit Bezug zur psychiatrischen Erkrankung durchgeführt.
- Die Interventionen erfolgen über einen Zeitraum von bis zu drei Wochen fraktioniert mit kumulativ mindestens 50 Minuten durch geschulte Mitarbeiter (Ärzte, Psychologen, Mitarbeiter aus dem Fachpflegeamt mit Zusatzqualifikation Tabakentwöhnung (Schulung analog dem Curriculum der Bundesärztekammer).
- Angeboten werden darüber hinaus Gruppengespräche mit mindestens 45 Minuten Dauer durch qualifiziertes Personal zur Förderung der kognitiven Dissonanz (Inhalte: Krankheitsbezogene Last des Rauchens, Vorteile der Abstinenz, Kohlenmonoxyd-Messung, Informationen über Aufhörmethoden, z.B. medikamentöse Unterstützung, psychotherapeutische Maßnahmen).
- Im Verlauf der Behandlung mindestens zwei Kohlenmonoxyd-Messungen in der Ausatemluft.
- Anmeldung zur ambulanten Behandlung in einem in der easy!-Präventionskursdatenbank (der Betriebskrankenkassen, der Knappschaft, der BIG direkt gesund, der IKK classic und der IKK Brandenburg und Berlin) anerkannten Tabakentwöhnungsprogramm.

Erwartet wird im Raucherentwöhnungsprogramm bei psychiatrischen Patienten eine Erfolgsquote von

zwischen 15 bis 30 %, bezogen auf die jeweilige Störung (Rüther et al. 2014). Einsparungen ergeben sich durch Reduktionen des täglichen Medikamentenkonsums sowie eine geringere Rehospitalisierungsrate im Behandlungsverlauf.

Literatur:

- [1]Batra A (2000) Tabakabhängigkeit und Raucherentwöhnung bei psychiatrischen Patienten. Fortschr Neurol Psychiatr 68: 80–92
- [2]Batra A, Hoch E, Mann KL, Petersen KU (Hrsg.) S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums. Springer, Heidelberg, 2015
- [3]Prochaska JJ, Hall SE, Delucchi K, Hall SM. Efficacy of initiating tobacco dependence treatment in inpatient psychiatry: a randomized controlled trial. Am J Public Health. 2014 Aug;104(8):1557-65
- [4]Rüther T, Bobes J, De Hert M, et al.: EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. Eur Psychiatry 2014; 29(2): 65-82
- [5]Statistisches Bundesamt. Fragen zur Gesundheit 2013: Stuttgart: Metzler-Pöschel; 2014

Die Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung OPS 9-501 sollte auch für Leistungen im Geltungsbereich des §17d KHG zugelassen werden.

## 6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Die Raucherquote liegt in Deutschland bei 24.5 % (Statistisches Bundesamt 2014). Sowohl auf suchtspezialisierten Behandlungsstationen wie auch im allgemein-psychiatrischen Setting hat das Rauchen eine große Bedeutung. In den psychiatrischen Kliniken liegt die durchschnittliche Raucherquote deutlich höher mit bis zu 90 % bei drogenabhängigen Patienten, ca. 65 % bei schizophrenen Patienten und ca. 40 % bei depressiven Patienten (Rüther et al. 2014).

Mit der erhöhten Raucherquote ist – nicht zuletzt bedingt durch die Interaktion mit den Psychopharmaka und Lebensstilen – die Übersterblichkeit von Patienten mit psychotischen Erkrankungen und einem Tabakkonsum um etwa 20 Jahre erhöht. Tabakabhängigkeit geht nicht nur mit schlechteren Behandlungsverläufen, einem erhöhten Medikamentenverbrauch und einer erhöhten Suizidalität einher, sondern ist in vielen Publikationen auch als voraussetzende Bedingung vor psychischen Störungen (Angst, Depression) beschrieben (Batra 2000).

Angebote zur Tabakentwöhnung haben bezogen auf das allgemeine Behandlungsziel eine unterstützende Wirkung. Mit der Tabakentwöhnung gehen geringere Medikamenteneinnahmen (Rüther et al. 2014, Batra 2000) aber auch geringe Hospitalisierungsraten einher (Prochaska et al. 2015). Damit ist die Tabakentwöhnung eine kosteneffiziente Maßnahme.

Motivierende Gesprächsführungen sind wirksame Maßnahmen zur Förderung der Abstinenz. Stationär begonnene Tabakentwöhnungen sind wirksam und hilfreich für die Aufrechterhaltung einer Abstinenz (Batra et al. 2015).

Die Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung OPS 9-501 sollte auch für Leistungen im Geltungsbereich des §17d KHG zugelassen werden.

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

bessere Abbildung relevanter Ressourcen

**c. Verbreitung des Verfahrens \***

- ☐ Standard      ☐ Etabliert      ☐ In der Evaluation  
☐ Experimentell      ☐ Unbekannt

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

Kosten des Verfahrens: Siehe Beispiel von Prof. Welte. Gesamtkosten von ca. 300 Euro pro Patient.  
Anteil Fälle: 3000 Aufnahmen pro Jahr, Raucherquote ca. 50 % im Mittel, 1500 Fälle pro Jahr.

**e. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt \*****f. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern) \*****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.)

**7. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)