

## Änderungsvorschlag für den OPS 2020

### Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge 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 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:  
*ops2020-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2020-komplexeinzelreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2019** 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, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, [klassi@dimdi.de](mailto:klassi@dimdi.de)).

### Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die "Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS" in der aktuellen Fassung:

[www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – Klassifikationen – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

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.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten, ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren 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 Fachverbänden 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.

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

### Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

### Erklärung zum Datenschutz

#### Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

**Alle** im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

#### Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern des OPS alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit

**Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.**

**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)	<a href="https://www.pneumologie.de">https://www.pneumologie.de</a>
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr. med.
Name *	Pfeifer
Vorname *	Michael
Straße *	Robert-Koch-Platz 9
PLZ *	10115
Ort *	Berlin
E-Mail *	<a href="mailto:info@pneumologie.de">info@pneumologie.de</a>
Telefon *	030/29362701

### Einräumung der Nutzungsrechte \*

- Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:  
„Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.“

### Erklärung zum Datenschutz \*

- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten 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.

## 2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Lungenfachklinik Immenhausen
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	LKI
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="http://www.lungenfachklinik-immenhausen.de">http://www.lungenfachklinik-immenhausen.de</a>
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr. med.
Name *	Andreas
Vorname *	Stefan
Straße *	Robert-Koch-Str. 3
PLZ *	34376
Ort *	Immenhausen
E-Mail *	<a href="mailto:sandreas@lungenfachklinik-immenhausen.de">sandreas@lungenfachklinik-immenhausen.de</a>
Telefon *	05673/501111

### Erklärung zum Datenschutz \*

- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten 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.

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

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

Anpassung des OPS 9-501 an aktuelle Erkenntnisse

**4. Mitwirkung der Fachverbände \***

(siehe **Hinweise** am Anfang des Formulars)

- Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- Dem DIMDI werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

Die Fachgesellschaften des initialen Antrages von 2015 waren:

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)

Bis auf die DG-Sucht, die wir nicht erreichen konnten, haben jetzt alle Fachgesellschaften der Anpassung zugestimmt.

**5. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist \***

- Nein
- Ja

**a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)**

**b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung**

## 6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \*

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

9-501 Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden.

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 Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin und oder des Bundesverband der Pneumologen)
- Durchführung und Dokumentation von Motivationsgesprächen individuell oder in Gruppen von insgesamt mindestens 120 Minuten durch Personal mit der Qualifikation zur Tabakentwöhnung (z.B. Psychologen, Pädagogen, Sozialpädagogen, Sozialwissenschaftler, Gesundheitswissenschaftler)
- Aufklärung über Einsatz und Wirkungsweise von nikotinhaltenen Präparaten und anderen medikamentösen Hilfen zur Tabakentwöhnung
- Mindestens zwei Kohlenmonoxid-Bestimmungen in der Ausatemluft oder im Blut (CO-Hb-Wert in der Blutgasanalyse) zur Verlaufsdokumentation
- Planung und Dokumentation eines Folgetermins

Oder alternative Formulierung für den letzten Punkt:

- Dokumentierte Anmeldung an ein ambulantes, von den Krankenkassen anerkanntes Tabakentwöhnungsprogramm, an eine Rehabilitationseinrichtung, ein Internet oder ein Telefonangebot

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Die Kodierung des OPS 9-501 wurde wissenschaftlich begleitet. Es zeigt sich dass 87% der Patienten die Kontaktaufnahme und die Möglichkeit einer Tabakentwöhnung im Rahmen des OPS positiv beurteilen. (Abstract, Pneumologie 2017; 71(S 01): S1-S125) DOI: 10.1055/s-0037-1598574 A Blau, et al.) Die Entwöhnungsrate 30 Tage nach Einschluss lag bei 51%. In ein ambulantes Entwöhnungs-Programm konnten lediglich 21% eingeschlossen werden. Trotz großer Mühen konnte mithin der OPS 9-501 nur bei einem geringen Teil der Patienten verschlüsselt werden. Ursächlich hierfür ist insb. das geringe Angebot von Evidenz-basierten Tabakentwöhnungsprogrammen in strukturschwachen oder ländlichen Regionen.

Folgende Maßnahmen sind geeignet Abhilfe zu schaffen und eine adequate Weiterbetreuung nach dem stationärem Aufenthalt zu ermöglichen:

- Nutzung von Telefon oder Internet-basierte Entwöhnungsprogrammen (BzGA, Telefonberatung und Onlineprogramm, Nichtraucherhelden etc.)
- Tabakentwöhnung in Rehakliniken.

Unverändert ist der folgende Text relevant: 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 2018
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 2018; 72: 253
5. Andreas S et al. Tabakentwöhnung bei COPD - S3 Leitlinie. Pneumologie 2014; 68: 237-258
6. European Guidelines on cardiovascular disease prevention. EHJ 2012; 33: 1635-1701
7. ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. EHJ 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 R, 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. Mittelfristig kommt es zu einer Reduktion kostenintensiver medizinischer Maßnahmen bei Patienten mit tabakassoziierten Erkrankungen.

#### c. Verbreitung des Verfahrens \*

- Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)
- Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)
- In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)
- Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)
- Unbekannt

#### Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

Leitlinie zur Diagnostik Therapie von Patienten mit COPD. Pneumologie 2018; 72: 253  
 S3 Leitlinie Tabakentwöhnung bei COPD. Pneumologie 2014; 68: 237-258  
 S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit Asthma. Pneumologie 2017; 71: 849-919  
 S3 Leitlinie Lungenkarzinom. AWMF Registernummer: 020/007OL, 2018  
 S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabak-konsums. AWMF-Register Nr. 076-006, 2015

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

Siehe auch Antrag von 2016

Die Berechnung beruht auf Angaben des Deutschen Krankenhaus Instituts. Dabei werden pro Vollkraft Arzt 95.000 € und pro Vollkraft Pflegedienst 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 ca. 10.000 Patienten die stationäre Tabakentwöhnung, wie im OPS definiert, zur Anwendung kommen.

Bevor eine geregelte Vergütung besteht, wird der sehr Personal- und Kostenintensive OPS deutlich seltener kodiert werden.

**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 Nichtraucher-schutzes 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. Bei der Zertifizierung von Lungenkrebszentren (Deutsche Krebshilfe bzw OnkoZert) wird eine multimodale Tabakentwöhnung als Strukturmerkmal im Erhebungsbogen gefordert. Eine Auswahl wichtiger pneumologischer und kardiovaskulärer Leitlinien, die die Tabakentwöhnung als wesentliche Therapie hervorheben sind unter 5 erwähnt.



## 8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Auf eine angebotene, großzügige Beteiligung der Industrie wurde in dem Prozess bewusst verzichtet, um diese Versorgungsform unabhängig zu entwickeln und mögliche Interessenkonflikte zu vermeiden.

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 unter Berücksichtigung der medikamentösen Therapie formuliert.