Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte

Änderungsvorschlag für den OPS 2022

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung z.B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien ist nicht gestattet.

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge 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: ops2022-*kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2022-komplexkodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2021** an **vorschlagsverfahren@bfarm.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 (0228 99307-4945, klassi@bfarm.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das Vorschlagsverfahren wird gemäß Verfahrensordnung für die Festlegung von ICD-10-GM und OPS gemäß § 295 Absatz 1 Satz 9 und § 301 Absatz 2 Satz 7 SGB V durchgeführt.

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die "Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS" in der aktuellen Fassung:
www.dimdi.de – Klassifikationen – OPS – 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.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten (§3 Absatz 3 Verfahrensordnung), ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen und mit den schriftlichen Stellungnahmen dieser Fachverbände einzureichen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das BfArM 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.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter 1. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das BfArM führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

Einräumung der Nutzungsrechte und Erklärung zum Datenschutz

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem BfArM das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.
Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter: www.dimdi.de – Datenschutzerklärung

Im Geschäftsbereich des
Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Universitätsklinikum
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	UKT
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	
Anrede (inkl. Titel) *	Frau
Name *	Hilbeck
Vorname *	Evelyn
Straße *	Hoppe-Seyler-Str. 6
PLZ *	72076
Ort *	Tübingen
E-Mail *	evelyn.hilbeck@med.uni-tuebingen.de
Telefon *	

Einräumung der Nutzungsrechte

☒ * Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem BfArM 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 BfArM 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.“

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

☒ * Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

☒ 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 BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

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

Organisation *
Offizielles Kürzel der Organisation
(sofern vorhanden)
Internetadresse der Organisation
(sofern vorhanden)
Anrede (inkl. Titel) *
Name *
Vorname *
Straße *
PLZ *
Ort *
E-Mail *
Telefon *

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

☒ * Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

☒ Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

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

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

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 BfArM 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:

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 Neuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

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

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) 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/ll/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 Fachpflegeteam 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

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Die Raucherquote liegt in Deutschland bei 22.4 % (Statistisches Bundesamt 2017). 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 vorauseilende 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? *

sachgerechtere Abbildung relevanter Ressourcen

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

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

e. 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.

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

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

h. 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.)

8. Bisherige Kodierung des Verfahrens

(Bitte nennen Sie, falls möglich, die Kodes, die aus klassifikatorischer Sicht unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung in Entgeltsystemen zurzeit für das Verfahren anzugeben sind)

9. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 7.c. aufführen)