

OPS „Tabakentwöhnung“ im DRG-System – eine lohnende Perspektive für Patienten und Klinik



Tabakentwöhnung – durchführbar und effektiv

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 stationär behandelten 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] und kardiovaskulären Erkrankungen [5,6].

Während lediglich 3–7% der Raucher ohne Unterstützung abstinent bleiben, werden die 1-Jahres-Abstinenzraten mit professioneller Behandlung auf bis zu 40% erhöht [4]. 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 [7]. Eine Nachbetreuung bzw. eine ambulante Anbindung ist sinnvoll und erhöht den Behandlungserfolg der Tabakentwöhnung. Die Einbindung von speziell ausgebildetem nicht ärztlichem Personal zur Tabakentwöhnung ist durch Metaanalysen abgesichert [8] und international etabliert. Eine effektive Maßnahme in der Tabakentwöhnung

ist das Motivierende Interview [9]. Besonders wirksam ist das Motivierende Interview bei Durchführung durch einen Arzt (Relative Risiko – RR = 3,5).

Die Tabakentwöhnung ist eine der kosteneffektivsten medizinischen Maßnahmen, um qualitätsvolle Lebensjahre zu gewinnen [10–13]. Mittel- und längerfristig lassen sich für die Krankenkassen und die Gesellschaft nachhaltige Kostenersparnisse realisieren [13,14]. Die Tabakentwöhnung ist auch aus der Perspektive der gesamten Volkswirtschaft positiv zu bewerten (z. B. [15]). Trotzdem gibt es in Deutschland im Gegensatz zu anderen entwickelten Ländern eine besonders geringe Anzahl von tabakpräventiven Maßnahmen [16].

Die Tabakentwöhnung in Leitlinien

Die Tabakentwöhnung ist integraler Bestandteil kardiovaskulärer und pneumologischer nationaler wie internationaler Leitlinien. In zwei der deutschen S3-Leitlinien ist die Tabakentwöhnung als Qualitätsindikator an erster Stelle aufgeführt (Tabakentwöhnung bei COPD und Lungenkarzinom). Bei der Zertifizierung von Lungenkrebszentren (Deutsche Krebsgesellschaft) wird eine multimodale Tabakentwöhnung als Strukturmerkmal gefordert. Eine Auswahl wichtiger Leitlinien sei hier erwähnt:

- Chronisch obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). *Pneumologie* 2007; 61: e1 – e70
- GOLD COPD 2017. *Am J Respir Crit Care Med* 2017; 195: 557 – 582
- Tabakentwöhnung bei COPD. *Pneumologie* 2014; 68: 237 – 258
- S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit Asthma. *Pneumologie* 2017; 71: 849 – 919

- Ambulant erworbene Pneumonie. *Pneumologie* 2016; 70: 151 – 200
- Lungenkarzinom. *Pneumologie* 2010; 64: Supplement 2: e1 – e164
- European Guidelines on cardiovascular disease prevention. *European Heart Journal* 2016; 37: 2315 – 2381
- 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. *EJH* 2013; 34: 2949
- 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal* 2016; 37, 2129 – 2200
- S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums. AWMF-Register Nr.076 – 006, 2015

Der OPS „Tabakentwöhnung“ – nach vielen Jahren kurz vor dem Durchbruch

Bisher gibt es für die Krankenhäuser keine Möglichkeit, den erheblichen Aufwand, den eine professionelle Tabakentwöhnung bedeutet, im G-DRG-System abzubilden. Es besteht oft sogar die Situation, dass aufwendige und kostenintensive Prozeduren bei Rauchern durchgeführt werden, ohne dass die medizinisch notwendige und ausgesprochen kostengünstige Tabakentwöhnung genutzt wird. Bei professioneller Betreuung nehmen die meisten Patienten die Möglichkeit einer Tabakentwöhnung gut an.

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie hatte daher erstmalig 2009 in enger Abstimmung mit den Kostenträgern und dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) Gespräche zur Etablierung eines OPS „Tabakentwöhnung“ geführt. Schließlich wurde unter Einbeziehung des Verbandes pneumologischer Kliniken (VPK), des

Bundesverbandes deutscher Pneumologen (BDP) und weiterer wissenschaftlicher Fachgesellschaften sowie der Kostenträger und des DIMDI gemeinsam der OPS 9–501 „Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung“ formuliert (siehe Box). Zentral ist hierbei, dass die Tabakentwöhnung im Krankenhaus begonnen wird und dann eine Anmeldung an ambulante Strukturen erfolgt.

2016 wurden über 200 Fälle fast ausschließlich in pneumologischen Kliniken kodiert und vom Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) detailliert ausgewertet. Für die Berechnung eines Zusatzentgeltes bzw. eines Kostentrenners im G-DRG-System lagen noch nicht genügend Datensätze vor. Damit der OPS Entgelt-relevant wird, müssen jetzt im Jahr 2018 weitere Fälle, insbesondere Fälle aus Nicht-Kalkulationskliniken kodiert werden. Neben pneumologischen sollen selbstverständlich auch kardiologische, onkologische, chirurgische etc. Kliniken kodieren. Der OPS 9–501 kann bei allen rauchenden Patienten angewendet werden. Das Angebot trifft gerade bei komorbiden Risikopatienten auf eine zumeist motivierte und zunehmende Zielgruppe.

„Multimodale stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit“ – ein Gewinn für Patienten und Kliniken

Das Fazit der ersten Phase der Implementierung ist: Die Durchführung des OPS in einer Akutklinik ist praktikabel und gut möglich. Erste Beobachtungen und Ergebnisse zeigen, dass dieses systematische Vorgehen mit dem OPS eine sehr gute Akzeptanz und Entwöhnungsraten zeigt [17].

Die Implementierung bzw. Kodierung des OPS 9–501 bietet für die Kliniken folgende Vorteile:

- Verbesserung der Versorgung und der Prognose der rauchenden Patienten
- Dokumentation des Aufwandes und der vorgehaltenen therapeutischen Exzellenz auch gegenüber den Patienten, Zuweisern und Kostenträgern

OPS 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 Zigarettenabhängigkeit 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 des Bundesverbandes 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 Kohlenmonoxidbestimmungen in der Ausatemluft oder im Blut (CO-Hb-Wert in der Blutgasanalyse) zur Verlaufsdokumentation
- Dokumentierte Anmeldung (unterzeichnet vom meldenden Krankenhaus und vom gemeldeten Patienten) an ein ambulantes, von den Krankenkassen anerkanntes Tabakentwöhnungsprogramm

- Abrechnung der Leistung mit ca. 400 € pro Fall, sollte zukünftig der OPS im G-DRG-System zusatzentgeltfähig werden

Die DGP unterstützt zusammen mit dem VPK, dem BDP und dem Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen effektiv die Organisation. Briefe mit der Bitte um Unterstützung werden von der DGP versendet. Die erfolgreiche Implementierung des OPS wird die, von allen Akteuren im Gesundheitssystem geforderte, Prävention in den Krankenhäusern und dem ambulanten Sektor nachhaltig fördern.

Detaillierte Informationen sowie Unterstützung zur Implementierung und Kodierung des OPS 9–501 finden Sie auf der Webseite des Deutschen Netzes Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen DNRfK e.V. unter <http://www.dnrk.de/index.php?id=663>.

Autorinnen/Autoren

S. Andreas^{1,2}, B. Jany³, T. Hering⁴, C. Rustler⁵, C. Grah⁶, M. Pfeifer⁷

- 1 Lungenfachklinik Immenhausen
- 2 Abteilung Kardiologie und Pneumologie, Universitätsmedizin Göttingen
- 3 Missionsärztliche Klinik Würzburg
- 4 Lungenpraxis Tegel, Berlin
- 5 Geschäftsführung DNRfK e.V., Berlin
- 6 Abteilung für Pneumologie, Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe
- 7 Universität Regensburg

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Stefan Andreas

Lungenfachklinik Immenhausen,
34376 Immenhausen und
Abteilung Kardiologie und Pneumologie
Universitätsmedizin Göttingen
37075 Göttingen
stefan.andreas@med.uni-goettingen.de

Literatur

- [1] Murray CJ, Richards MA, Newton JN et al. UK health performance: findings of the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 381: 997 – 1020. doi:10.1016/S0140-6736(13)60355-4.
- [2] Pirie K, Peto R, Reeves GK 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. doi:10.1016/S0140-6736(12)61720-6.
- [3] Vogelmeier CF, Criner GJ, Martinez FJ et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report. GOLD Executive Summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2017; 195: 557 – 582
- [4] Andreas S, Batra A, Behr J et al. [Smoking cessation in patients with COPD]. *Pneumologie* 2014; 68: 237 – 258. doi: 10.1055/s-0034-1365052
- [5] Perk J, De Backer G, Gohlke H et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2012; 33: 1635 – 1701. doi:10.1093/eurheartj/ehs092.
- [6] Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2013; 34: 2949 – 3003. doi:10.1093/eurheartj/ehs296.
- [7] Rigotti NA et al. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 16.05. 2012: CD001837. doi:10.1002/14651858.CD001837.pub3
- [8] Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004: CD001188. doi:10.1002/14651858.CD001188.pub2
- [9] Lai DT et al. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 20.01. 2010: CD006936. doi:10.1002/14651858.CD006936.pub2
- [10] Kahn R, Robertson RM, Smith R et al. The impact of prevention on reducing the burden of cardiovascular disease. *Circulation* 2008; 118: 576 – 585. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190186
- [11] Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT et al. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. *Thorax* 2010; 65: 711 – 718. doi:10.1136/thx.2009.131631
- [12] 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: 1 – 17. ISSN 2040-2023
- [13] Atsou 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. doi:10.1371/journal.pone.0024870.
- [14] Lang K, Wasem J, Aidelsburger P. Cost-effectiveness of Nicotine Replacement Therapy (NRT) in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): A decision-analytic model. *Pharmacoeconomics German Research Articles* 2008; 6: 111 – 123
- [15] Koskenvuo K, Broms U, Korhonen T et al. Smoking strongly predicts disability retirement due to COPD: the Finnish Twin Cohort Study. *Eur Respir J* 2011; 37: 26 – 31. doi:10.1183/09031936.00008910.
- [16] Borland R, Li L, Driezen P et al. Cessation assistance reported by smokers in 15 countries participating in the International Tobacco Control (ITC) policy evaluation surveys. *Addiction* 2012; 107: 197 – 205. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03636.x
- [17] Blau A, Weiß JM, Kurzeja A et al. Erste Erfahrungen mit multimodaler stationärer Behandlung zur Tabakentwöhnung (OPS 9–501). *Pneumologie* 2017; 71: S115

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0044-101117>
Pneumologie 2018; 72: 103–105
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0934-8387