

# OPS 9-501 Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung

Implementierung in InEK  
Kalkulationskrankenhäusern 2016

# **Zwischenstand & erste Erfahrungen**

## **Klinikum Chemnitz gGmbH**

*Klinik für Innere Medizin IV*

*(Pneumologie / Intensivmedizin / Onkologie / Allergologie / Schlaf- und  
Beatmungsmedizin)*

*CA Prof. Dr. Hammerschmidt*

## Vorbemerkung

- **Wichtig:** Der OPS ist keine stationäre Tabakentwöhnung, sondern eine niedrigschwellige, motivierende Behandlung zur Vermittlung in eine Tabakentwöhnung.
- Der OPS zielt auf Information, Beratung und Motivation und endet mit einer Vermittlung in ein nachstationäres Tabakentwöhnungsangebot.
- Im Rahmen der Komplexpauschale können auch vor- und nachstationäre Termine (bis zu 14 Tagen nach der Entlassung) zu einem Motivationsgespräch genutzt werden.
- **Qualifikation in Tabakentwöhnung** sollte aktuell aufgebaut werden, wird aber erst nach der Phase der Erhebung des OPS und erst nach Erlösrelevanz genau geprüft werden (Info aus Controlling).

## **Mindestmerkmale**

- 1. Standardisierte Erfassung der Raucheranamnese:** ausführlicher Fragebogen und Fagerström-Test
- 2. Durchführung und Dokumentation von Motivationsgesprächen:**
  - mind. **60 Min. durch qualifizierten Arzt** (Qualifikation Tabakentwöhnung)
  - plus mind. **120 Min. individuell/Gruppen durch qualifiziertes Personal** (Tabakentwöhnung, z.B. Psychologen, Pädagogen, Sozialpädagogen, Sozialwissenschaftler, Gesundheitswissenschaftler)
- 3. Aufklärung** über Einsatz und Wirkungsweise von nikotinhaltigen Präparaten und anderen **medikamentösen Hilfen** zur Tabakentwöhnung
- 4. Mindestens zwei Kohlenmonoxidbestimmungen** in der Ausatemluft oder im Blut (CO-Hb-Wert in der Blutgasanalyse) zur Verlaufsdokumentation
- 5. Dokumentierte Anmeldung** (unterzeichnet vom meldenden Krankenhaus und vom gemeldeten Patienten) an ein ambulantes, von den Krankenkassen **anerkanntes Tabakentwöhnungsprogramm**

# Prozedere Klinikum Chemnitz: Übersicht

Merkmals	Inhalt	Zeitraumen	Verantwortliche Einheit
Allgemeine Anamnese Raucheranamnese Fagerström (FTND)	gemäß S3-LL Tabakentwöhnung	30 Min.	MTA
CO-Messung 1 + 2	CO-Hb-Wert in der Blutgasanalyse		LuFu-Abteilung
Arztgespräch	„5 As/5 Rs“ + <b>Aufklärung</b> über Einsatz und Wirkungsweise von nikotin-haltigen Präparaten und anderen <b>medikamentösen Hilfen</b> zur Tabakentwöhnung	60 Min. (z.B. verteilt auf mehrere Visiten)	Qualifizierter Arzt (TE-zertifiziert)
Raucherberatung (Motivationsgespräch im <b>Einzelsetting</b> )	siehe Gesprächsleitfaden ( <b>5 As/5 Rs</b> ; ggfs. pharmakolog. Hilfen)	} i.d.R. mind. 120 Min.	Psychologin (RAC)
ggfs. Info-Veranstaltung (Motivationsgespräch im <b>Gruppensetting</b> )	s. Folie + unterschriebene Interessensbekundung ( <b>Kontaktanbahnung ambul. TE</b> )		Psychologin (RAC)

# Dokumentation OPS 9-501 „Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung“ stationäre Tabakentwöhnung“ in der Krankenakte

Datum \_\_\_\_\_

Patient (Aufkleber)

Maßnahme	Handzeichen
Standardisierte Erfassung der Raucheranamnese mit einem ausführlichen Fragebogen und standardisierte Erfassung der Zigarettenabhängigkeit unter Verwendung des <u>Fagerström-Tests</u>	
1. Kohlenmonoxidmessung	
2. Kohlenmonoxidmessung	
Arztgespräch 60 min.	
Motivationsgespräch 120 min.	
Aufklärung über medikamentöse Unterstützung	

Ptn. bestätigt hier + auf einem eigenen Formular die Anmeldung / Interesse an einem TE-Programm.

Hiermit bestätige ich, dass ich in Kenntnis gesetzt worden bin über a) die Möglichkeit zur Anbindung an den von Ihnen angebotenen TE-Kurs, b) über Ihr Angebot einer weiteren poststationären telefonischen Beratung.

# Motivationsgespräch

- Raucherberatung (Rauchersprechstunde):
  - jede Woche Donnerstag zwischen 9 und 11 Uhr
  - Einzelsetting [pro Ptn. mind. 20 Min. bis zu 2 h]
- interessierte Ptn. nehmen gleich im Anschluss an der Gruppen-Info-Veranstaltung teil:
  - jede Woche Donnerstag zwischen 11 und 13 Uhr

*Alternativ:* je nach Teilnehmerzahl od. individuellem Fall lange Einzelgespräche (> 1 h) zwischen 9 und 13 Uhr

## Gesprächsleitfaden Raucherberatung (Einzelsetting)



Raucherberatung  
Klinikum Chemnitz

### Raucheranamnese

1. Wie viel wird von anderen in Ihrer Umgebung geraucht?

	gar nicht	kaum	viel	sehr viel
In Ihrem Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An Ihrem Arbeitsplatz bzw. Arbeitsraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Ihrer Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Bemühen Sie sich, Ihren Zigarettenkonsum zu kontrollieren?

- mindestens einmal am Tag
- mehrmals in der Woche
- etwa 1 bis 2-mal im Monat
- eigentlich überhaupt nicht

3. Wieviel Geld haben Sie schon verraucht?

$$\frac{\text{Zigaretten pro Tag}}{\text{Zigaretten pro Tag}} \times 365 = \frac{\text{Zigaretten pro Jahr}}{\text{Zigaretten pro Jahr}}$$
$$\frac{\text{Zigaretten pro Jahr}}{\text{Zigaretten pro Jahr}} \times \frac{\text{Jahre als Raucher}}{\text{Jahre als Raucher}} = \frac{\text{Zigaretten}}{\text{Zigaretten}}$$
$$\frac{\text{Zigaretten}}{\text{Zigaretten}} \times 0,22 \text{ €} = \frac{\text{Gesamtsumme}}{\text{Gesamtsumme}} \text{ € habe ich schon ausgegeben.}$$

4. Ergebnis Ihres Fagerström-Tests: \_\_\_\_\_ Punkte

0 bis 2 Punkte	keine bzw. sehr geringe Nikotinabhängigkeit
3 bis 4 Punkte	geringe Nikotinabhängigkeit
5 Punkte	mittlere Nikotinabhängigkeit
6 - 7 Punkte	starke Nikotinabhängigkeit
Ab 8 Punkte	Sehr starke Nikotinabhängigkeit

5. Haben Sie schon einmal erfolglos versucht, das Tabakrauchen aufzugeben?

- ja
- nein



**6. Wie oft haben Sie bisher versucht, das Tabakrauchen aufzugeben?**

Insgesamt \_\_\_\_\_ mal.

**7. Wie lang war Ihre längste rauchfreie Zeit?**

- Tage \_\_\_\_\_
- Wochen \_\_\_\_\_
- Monate \_\_\_\_\_
- Jahre \_\_\_\_\_

**Wann war Ihre letzte rauchfreie Zeit?**

- Im letzten Monat
- Zwischen 1 und 6 Monaten zurück
- Zwischen 6 und 12 Monaten zurück
- Zwischen 1 und 5 Jahre zurück
- Vor mehr als 5 Jahren

**8. Wie wichtig ist es für Sie, mit dem Rauchen aufzuhören?**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

gar nicht wichtig

sehr wichtig

**9. Wie zuversichtlich sind Sie, mit dem Rauchen aufzuhören?**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

gar nicht zuversichtlich

sehr zuversichtlich

**Wenn aufhörmotiviert:**

**10. Ihre drei wichtigsten Gründe, mit dem Rauchen aufzuhören:**

---

---

---

**11. Was hält Sie noch an der Zigarette? – Ihre Entscheidungswaage:**

Welche positiven Aspekte, welche Vorteile hat das Rauchen für Sie?

Welche negativen Aspekte sehen Sie selbst am Rauchen? Welche Risiken birgt das Rauchen für Sie?

Welche Schwierigkeiten/ Hindernisse befürchten Sie beim Aufhören?

Welche positiven Aspekte, welche Vorteile hätten Sie durch das Aufhören?

**12. Vorbereitung Ihres Rauchstopps**

Welche Hindernisse/ Schwierigkeiten erwarten Sie, wenn Sie mit dem Rauchen aufhören? Gibt es Situationen, in denen es Ihnen besonders schwer fällt, auf die Zigarette zu verzichten? Welche sind dies?

Was können Sie nach dem Rauchstopp in den genannten Situationen tun, um nicht zur Zigarette zu greifen?

**COPD Assessment Test™ (CAT)**

Dieser Fragebogen wird Ihnen und Ihrem Arzt helfen, die Auswirkungen der COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) auf Ihr Wohlbefinden und Ihr tägliches Leben festzustellen. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, was derzeit am besten auf Sie zutrifft. Kreuzen Sie (X) in jeder Zeile bitte nur eine Möglichkeit an.

Beispiel: Ich bin sehr glücklich ① ● ② ③ ④ ⑤ Ich bin sehr traurig

Ich huste nie	① ② ③ ④ ⑤	Ich huste ständig
Ich bin überhaupt nicht verschleimt	① ② ③ ④ ⑤	Ich bin völlig verschleimt
Ich spüre keinerlei Engegefühl in der Brust	① ② ③ ④ ⑤	Ich spüre ein sehr starkes Engegefühl in der Brust
Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich nicht außer Atem	① ② ③ ④ ⑤	Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich sehr außer Atem
Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten nicht eingeschränkt	① ② ③ ④ ⑤	Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten sehr stark eingeschränkt
Ich habe keine Bedenken, trotz meiner Lungenerkrankung das Haus zu verlassen	① ② ③ ④ ⑤	Ich habe wegen meiner Lungenerkrankung große Bedenken, das Haus zu verlassen
Ich schlafe tief und fest	① ② ③ ④ ⑤	Wegen meiner Lungenerkrankung schlafe ich nicht tief und fest
Ich bin voller Energie	① ② ③ ④ ⑤	Ich habe überhaupt keine Energie

**MRC-Dyspnoe-Skala**

Ich gerate fast nie in Atemnot, außer unter hoher körperlicher Anstrengung	<input type="checkbox"/>
Ich werde kurzatmig, wenn ich eilig gehe oder bei leichten Anstiegen	<input type="checkbox"/>
Ich laufe aufgrund meiner Kurzatmigkeit langsamer, als Menschen meines Alters ODER ich muss beim Gehen pausieren, um Luft zu holen.	<input type="checkbox"/>
Ich muss aufgrund von Atemproblemen nach einigen Minuten Gehen auf ebener Strecke (nach ca. 100m pausieren, um Luft zu holen)	<input type="checkbox"/>
Ich bin zu kurzatmig, um das Haus zu verlassen ODER ich gerate beim An- und Ausziehen in Atemnot	<input type="checkbox"/>

**Gesundheitsfragebogen für Patienten (Kurzform PHQ-D)**

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht weiblich  männlich  Datum: \_\_\_\_\_

- 1** Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?
- |   | Überhaupt nicht          | An einzelnen Tagen       | An mehr als der Hälfte der Tage | Beinahe jeden Tag        |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
- 2** Fragen zum Thema „Angst“.
- |  | NEIN                     | JA                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 3.</b>   |                          |                          |
| b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf – d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder -klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 3** Wenn eines oder mehrere der in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:
- | Überhaupt nicht erschwert | Etwas erschwert          | Relativ stark erschwert  | Sehr stark erschwert     |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

KODIERUNG: Ab/Da: Sie; wenn fünf oder mehr der Fragen 1a–f mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet sind und Frage 1a oder 1b darunter sind (11 auch mitzählen, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist). An/Da: Sie; wenn zwei, drei oder vier der Fragen 1a–f mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet sind und Frage 1a oder 1b darunter sind (11 auch mitzählen, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist). Pa: Sie; wenn alle Fragen 2a–e mit „JA“ beantwortet sind.

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ)“ durch E. Löwe, S. Zipfel und W. Herzig, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999). © 2002 PHQ

# Inhalte der Gruppen-Info-Veranstaltung

- Kurze Vorstellungsrunde inkl. Anlass des KH-Aufenthaltes, Krankheitsgeschichte, alltagsbezogene Funktionsbeeinträchtigungen und Gesundheitszustand aktuell (was geht, was geht nicht mehr)
- Lebensstilvariablen: beruflich, privat → Abzielen auf Funktionsbeeinträchtigungen
- Prospektiv: wie in Zukunft mit der Krankheit leben wollen, was haben Sie noch vor? (Lebensziele)
- Rauchstatus
- Was hat Rauchen mit der Krankheit zu tun?
- Gemeinsam überlegen, wie sich die Krankheit prognostisch weiterentwickelt: mit vs. ohne Rauchen
- Wie viele der TN bereits Aufhörversuche gemacht - Warum gescheitert? Welche Schwierigkeiten?
- Pros und Cons des Rauchens sammeln (inkl. wovor haben sie Angst?)
- Was könnte man tun, wenn man aufhören wollte? Angebot Raucherambulanz; keiner zwingt, alles ist offen, einfach Versuch starten mit Hilfe, oft mehrere Versuche nötig, „probieren kostet fast nix“ (Kursgebühr von GKV komplett od. anteilig erstattet), formale + inhaltliche Bedingungen vorstellen
- ...

Einwilligung  
Kontaktaufnahme:

## Patientenerklärung

Hiermit bestätige ich,

a) meine Anmeldung an ein ambulantes, von den Krankenkassen anerkanntes Tabakentwöhnungsprogramm

b) über Ihr Angebot einer weiteren nachstationären telefonischen Beratung informiert worden zu sein.

*Auflistung von Namen, Adressen,  
Telefonnummern + Unterschrift*



**aktuell n=18 von N=24 Beratern für OPS relevant**

# Allgemeine Überlegungen

- Prozedere etwas überfrachtet mit 3 Gesprächen untersch. Länge (MTA, Arzt, Psychologe) → Redundanzen, Motivierung i.d.R. schneller möglich
- hilfreich, wenn externe Arbeitskraft hinzukommt; vermutlich Schwierigkeiten, dies im Klinikalltag unterzubekommen → wenn doch klinikintern: jemand benötigt, der das „hauptverantwortlich“ in die Hand nimmt
- ca. 300 € Klinik + ca. 150/200 € für ambulanten TE-Kurs
- Generelle Erfahrungen (Prof. Mühlig): finanz. Ressourcen für *Nachbetreuung* wären sinnvoll = entscheidender Unterschied für den Langzeiterfolg → man müsste auch überlegen, wie man Verstetigung erreichen kann (z.B. soll Langfristbetreuung auch Aufgabe der Klinik sein? + delegiert diese Aufgabe an Raucherambulanz)

Vielen Dank!

[jeanine.paulick@psychologie.tu-chemnitz.de](mailto:jeanine.paulick@psychologie.tu-chemnitz.de)