

## Änderungsvorschlag für den OPS 2009

### Hinweise zum Ausfüllen und Benennen des Formulars

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an [vorschlagsverfahren@dimdi.de](mailto:vorschlagsverfahren@dimdi.de). Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulare Daten können nur unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments angenommen werden.

**Bitte stellen Sie für inhaltlich nicht unmittelbar zusammenhängende Änderungsvorschläge getrennte Anträge!**

Bitte fügen Sie die spezifischen Informationen an den folgenden, kursiv gekennzeichneten Textstellen in den Dateinamen ein. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich):

***ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc***

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* soll dabei nicht länger als ca. 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* soll dem unter 1. (Feld „Name“ s.u.) genannten Namen entsprechen.

**Beispiel: ops-komplexbefruehrea-mustermann.doc**

### Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zum **OPS** entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

**Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen** möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden ([www.bqs-online.de](http://www.bqs-online.de)).

### Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

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.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter [dsb@dimdi.de](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. c/o Klinikum Kassel GmbH
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGN
Internetadresse der Organisation *	www.dgn.org
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Ferbert
Vorname *	Andreas
Straße *	Mönchebergstraße 41-43
PLZ *	34125
Ort *	Kassel
E-Mail *	ferbert@klinikum-kassel.de
Telefon *	0561/980-3090

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

Organisation *	Paracelsus-Elena-Klinik
Offizielles Kürzel der Organisation *	PEKK
Internetadresse der Organisation *	www.paracelsus-kliniken.de/kassel
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med
Name *	Claudia
Vorname *	Trenkwalder
Straße *	Klinikstr. 16
PLZ *	34128
Ort *	Kassel
E-Mail *	trenkwalder@pk-mx.de
Telefon *	0561/6009-200

### 3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? \* (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

DGN

Dem Antragsteller liegt eine/liegen schriftliche Erklärung/en seitens der beteiligten Fachgesellschaft/en über die Unterstützung des Antrags vor.

### 4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlag (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \*

Kontinuierliche, subkutane Infusion von Apomorphin bei Morbus Parkinson/Spätphase

### 5. Art der vorgeschlagenen Änderung \*

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
- Neuaufnahme von Schlüsselnummern
  - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
  - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
  - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
  - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
  - Streichung von Schlüsselnummern

### 6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \* (inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Neuaufnahme und Neuordnung einer OPS zu:

#### 8. Nichtoperative Therapeutische Maßnahmen

8-015 Kontinuierliche, subkutane Infusion von Apomorphin zur Behandlung des ideopathischen Morbus Parkinson in der Spätphase

8-015.1 Apomorphintest

8-015.2 Erstmalige Einstellung eines Patienten: Dosisfindung und Anlegen einer Apomorphinpumpe

8-015.3 Schulung der Anwender auf die Applikationstechnik mittels Apomorphinpumpe, auch mehrmalig.

8-015.4 Dosis- und Therapiekontrolle in periodischen Abständen (kontinuierliche Apomorphingabe, 16h/Tag i.R. mittels Pumpe), Dauer weniger 7 Tage.

8-015.5 dto. 7 - 14 Tage

8-015.6 dto. 14 Tage und länger

Beschreibung der Apomorphin - Therapie:

1. Indikation: Zur Behandlung von Parkinson Patienten mit motorischen Komplikationen, die trotz optimierter oraler Therapie mittels L-Dopa und oder anderen Dopamin-Agonisten weiterbestehen.

G20.1- Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung

Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr

G20.2- Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung

Stadium 5 nach Hoehn und Yahr

2. Untersuchungen vor der Einstellung: Neuropsychiatrische und kognitive Untersuchung, EKG, Schellongtest, Laborwerte mit Coombstest, Blutbild.

3. Vorbereitende Massnahmen: 1 - 2 Tage vor Durchführung eines Apomorphintests Prämedikation mit Domperidon mit einer adäquaten Dosis von z.B. 3 x 20mg/Tag. Absetzen der oralen Parkinson - Medikation 12h vor Test.

Alternativ: Langsame Reduzierung von oralen Dopamin-Agonisten vor dem Apomorphintest. Dopamin-Agonisten mit langer Eliminations - Halbwertszeit sollten bereits vor dem Apomorphintest abgesetzt worden sein.

4. Durchführung Apomorphintest: s.c. Injektion von 2 mg Apomorphin bei Patienten mit langjähriger Therapie mit dopaminergen Medikamenten in einer Off-Phase. (allein das UPDRS-Rating 2x15 Min. zusätzlich!)

Ermittlung UPDRS Teil III Scores vor und nach Apomorphin-Gabe. Zusätzliche Gabe von 20 – 30mg Domperidon 1h vor Testbeginn. Startdosis: 2 mg Apomorphin s.c. Bei fehlendem Ansprechen weiter mit 3mg. Erhöhung der Dosis in 1mg Schritten bis maximal 10mg. Die Wartezeit zwischen den einzelnen Injektionen muss min. 45 min. betragen.

Beurteilungskriterien und Ziel: Finden einer Schwellendosis, die beim Patienten aus einer OFF-Phase heraus eine ca. 45min „ON“ – Phase und eine UPDRS III  $\geq$  20% Verbesserung des Ausgangswertes bewirkt. Beurteilung Motorik, Blutdruck und Puls 15, 30 und 45 min. nach Injektion.

RR- und Pulsmessung alle 15 Min.

5. Einführung einer kontinuierlichen Apomorphintherapie:

a) Startdosis: 1mg/h s.c. oder 2mg/h s.c. mittels Apomorphinpumpe. Erhöhung der Dosis in 0,5mg/h/Tag Intervallen bis zur optimalen Wirkung.

b) Mit zunehmender Apomorphindosis weitere Reduzierung von oralen Dopamin-Agonisten, Selegelin, COMT-Hemmern, Amantadin, langsam und schrittweise bis auf "Null".

c) Zum Schluss: Reduzierung von L-Dopa, um Dyskinesien zu reduzieren. Ziel: Min. 50%ige L-Dopa Reduzierung.

Zeitbedarf einer Ersteinstellung: ca. 14 Tage.

Hinweise: Kontinuierliche Infusionen in der Regel nur in der Wachphase (16h Protokoll). Ausnahme: Schwere motorische Komplikationen während der Nacht (24h Protokoll).

6. Dosis- und Therapiekontrolle: Frühstens 3 Monate oder spätestens 6 Monate nach der Ersteinstellung.

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Problembeschreibung:

Die Therapie mit Apomorphin ist eine der wenigen Optionen für Patienten im fortgeschrittenen Zustand der Erkrankung.

Sie ist geeignet bei L-Dopa Wirkfluktuationen, d.h. unter ON/OFF-Problemen und bei Patienten, die außerdem während der Zeiten guter Medikamentenwirkung teils massive Überbewegungen (Dyskinesien) haben, um diese langfristig auszugleichen.

Da Apomorphin nicht in Tablettenform verabreicht werden kann, muss es subkutan appliziert werden. Die kontinuierliche subkutane Verabreichung durch eine spezielle Pumpe ermöglicht eine sehr gleichmäßige Wirkstoffkonzentration im Blutspiegel (kontinuierliche dopaminerge Stimulation), wodurch die Symptome sehr gut kontrolliert werden können.

Mit dieser seit 2004 für die Behandlung des Morbus Parkinson zugelassenen Therapie können Patienten behandelt werden, bei denen keine suffiziente Besserung der Akinesen und Hyperkinesen durch eine orale Therapie mehr erreicht werden kann. Es kommen auch Patienten für eine Apomorphintherapie in Frage, die aus verschiedenen Gründen nicht operativ mittels Tiefenhirnstimulation versorgt werden können oder wollen.

Aufgrund der zunehmenden Anzahl von Patienten mit fortgeschrittenem Morbus Parkinson wird sich die Zahl der Betroffenen in den nächsten Jahren noch deutlich erhöhen.

Langzeitstudien an umschriebenen Patientenkollektiven konnten bisher zeigen, dass eine langfristige Therapieeffizienz über mehrere Jahre mit der kontinuierlichen subkutanen Apomorphintherapie bei Morbus Parkinson besteht.

**Begründung:**

Die Einstellung eines Patienten auf Apomorphin ist sehr zeit- und kostenintensiv. Außer der noch aufwendigeren intrajejunalen Duodopa-Pumpe gibt es keine vergleichbaren medikamentösen Verfahren und damit auch keine vergleichbaren Ziffern, die zur Anwendung kommen könnten.

Die Zeitbindung im ärztlichen Dienst kann nach drei Jahren des erprobten klinischen Einsatzes als dem ca. 1,5-fachen ärztlicherseits pro Patient i.Vgl. zu anderen Applikationsformen eingestuft werden, da es sich:

1. in der Grundgesamtheit um stärker betroffene Patienten handelt und
2. die Aufklärung, Eindosierung und Überwachung muss in einem noch engeren Zeitraster überprüft werden als dies für Patienten mit oraler Therapie der Fall ist. Vergleichbares gilt für den Pflegedienst im Hinblick auf Anlage, Kontrolle wiederholte Einübung und Schulung der Pumpentherapie.

Die Einzelschritte sind unter Ziff. 6 beschrieben. Kosten unter Ziff. 7d.

Diese beantragte OPS soll nur die Apomorphintherapie selbst darstellen. Weitere für Parkinson - Patienten eingesetzte Übungs- und Begleittherapien (z.B. physikalische Therapie, Logopädie, oder deren Komplexe) sind nicht Bestandteil einer Apomorphintherapie. Inhaltlich besteht somit keine Verbindung zu derzeit erprobten 8-97d.x. Die Begleittherapie der Apomorphinpatienten kann aufgrund der Krankheitsausprägung und des Schweregrades ohnehin nicht die Vorgaben der 8-97d.x erfüllen.

Die Apomorphintherapie ist Bestandteil der Leitlinien im Kompetenznetz Parkinson und damit ein anerkanntes Verfahren, das bisher nicht stationär abgegolten werden kann. Damit steht diese effektive Therapie den Patienten in den meisten neurologischen Abteilungen aus finanziellen Gründen nicht zur Verfügung!

Weiterhin soll eine Apomorphintherapie den Patienten vor einer zunehmenden Immobilität und damit erhöhten Pflegestufe bewahren.

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

Durch diese in spezialisierten Neurologischen Fachkrankenhäusern anzubietende Therapieoption ist die anzustrebende ökonomische Homogenität der i.R. der Entgeltkalkulation gezeigten Fallgruppen nicht mehr gegeben. (s. Ziff. d.) Ohne Dokumentationsmöglichkeit dieser ca. 50 Sonderleistungen im Jahr ist es nicht möglich, die anfallenden Kosten verursachungsgerecht zuzuordnen. Es findet eine unsachgemäße Verteilung über alle kalkulierten Fälle der in 2006 B67 a und B67 b DRG statt.

Wir empfehlen daher die Neueinrichtung der OPS-Komplexes:

1. Erst- oder Neueinstellung auf Apomorphin
2. Dosis- und Therapiekontrolle in periodischen Abständen (erstmalig 3 - 4 Monate nach Ersteinstellung)
3. Mit Verweildauersplits bei der stationären Ersteinstellung (siehe Punkt 6., 8-015.4 bis 6).

**c. Verbreitung des Verfahrens**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Standard      | <input checked="" type="checkbox"/> Etabliert | <input type="checkbox"/> In der Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Experimentell | <input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt |  |

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

1. Erst- oder Neueinstellung auf Apomorphin : Euro 6.860 Euro
2. Dosis- und Therapiekontrolle in periodischen Abständen (erstmalig 3 - 4 Monate nach Ersteinstellung):
  - 8-015.4 4.550 Euro
  - 8-015.5 5.990 Euro
  - 8-015.6 7.420 Euro

Durchschnittskosten 2007 über 1.655 Patienten: 4.680 Euro

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

inkl. 2007 ca. 400 Patienten bundesweit mit dem Setting versorgt, ca. + 250 jährlich neu. Bei einer OPS - Zuteilung kann mit einer massiven Zunahme der Fallzahlen von ca. 400 - 500 Fällen pro Jahr gerechnet werden.

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

Zu den oben beschriebenen Kosten gibt es bis auf das oben erwähnte Duodopa-Verfahren keine Vergleichsalternative, da es sich hier um eineneue separate Versorgungsform handelt.

**g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden.)**

Der Vorschlag ist hier nicht relevant

**8. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)**

InEK-Antrag wird gesondert gestellt.

Die PEKK wird auch im Jahr 2008 an der Kalkulation der G-DRG teilnehmen.

Vor erneuter Ablehnung des Antrages empfehlen wir die Kontaktaufnahme zur DGN oder zur Klinik direkt.