

## Änderungsvorschlag für den OPS 2015

### 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). Die eingegebenen Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur strukturell unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments im DOC-Format angenommen werden.

### Stellen Sie getrennte Anträge für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge!

Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß dem unten stehenden Beispiel. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. ß und Unterstrich):

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

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

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

**Beispiel: ops-komplexxodefruehreha-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. **Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den von ihm eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet.** Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS zu.

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 dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA, [www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de)) abgestimmt werden.

### 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 *	Caritas Trägergesellschaft West
Offizielles Kürzel der Organisation *	ctw
Internetadresse der Organisation *	www.ct-west.de
Anrede (inkl. Titel) *	Dr.
Name *	von Depka
Vorname *	Norbert
Straße *	Holzstraße 1
PLZ *	52349
Ort *	Düren
E-Mail *	ndepka@ct-west.de
Telefon *	02421-599151

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

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

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

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) \*

Einführung eines neuen OPS -Kodes für die intramuskuläre Gabe von Olanzapin-Pamoat

## 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)

Dieser Antrag beinhaltet einen Vorschlag für die Neuaufnahme einer dosisabhängigen OPS Schlüsselnummer für die intramuskuläre Gabe von Olanzapin-Pamoat zur Behandlung der Schizophrenie.

Olanzapin-Pamoat ist ein Depot- Antipsychotikum, das intramuskulär zu Therapie der Schizophrenie verabreicht wird. Die Zulassung für Olanzapin wurde im November 2008 erteilt.

Bei der Depotform dieses Wirkstoffes ergeben sich flexible Injektionsintervalle von 2 bis 4 Wochen. Diese flexiblen Applikationsintervalle stellen eine positive Behandlungsoption für die Patienten dar weil eine individuelle Dosisanpassung möglich ist. Dies kann zu einer Entlastung für die ambulanten psychiatrischen Weiterbehandler führen durch Stabilisierung der Patienten und einer Verbesserung der Compliance. Dies ist von Relevanz auch weil es aufgrund hoher Patientenzahlen und sinkender Facharztichte im psychiatrisch-neurologischen Bereich häufig zu langen Wartezeiten auf Behandlungstermine kommt.

Wenn sich durch eine kontinuierliche Behandlung die Rezidivprophylaxe verbessert, kann dies dazu führen, dass die Leistungsfähigkeit der Patienten erhalten werden könnte und zudem Kosten eingespart werden könnten.

Es ist davon auszugehen, dass die Gabe von Olanzapin-Depot in psychiatrischen Kliniken ansteigen wird.

Durch die lange Wirkdauer von einem Monat in der Erhaltungstherapie kann erwartet werden, dass die Entlassung der Patienten in die ambulante Weiterbetreuung erleichtert und die Gefahr von Unterbrechungen der antipsychotischen Therapie vermindert und somit stationäre Wiederaufnahmen und damit verbundene assoziierte öfter Kosten vermieden werden können (Drehtüreffekt).

Zur adäquaten Abbildung im PEPP-System ist es notwendig, einen dosisabhängigen OPS-Schlüssel für die Gabe von Olanzapin-Depot etablieren.

Die Dosisklassen sind analog zu einem ebenfalls eingereichten ZE-Antrag beim InEK festgelegt worden.

Vorschlag:

OPS 6-006h Applikation von Medikamenten, Liste 5

6-006.h Olanzapin, intramuskulär

.h0 150 mg bis unter 300 mg

.h1 300 mg bis unter 420 mg

.h2 420 mg bis unter 620 mg

.h3 620 mg bis unter 850 mg

.h4 850 mg bis unter 1280 mg

.h5 1280 mg bis unter 1800 mg

- .h6 1800 mg bis unter 2050 mg
- .h7 2050 mg bis unter 2750 mg
- .h8 2750 mg und mehr

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Die Einstellung von an Schizophrenie erkrankten Patienten auf eine langwirksame Therapie mit einem Depotpräparat erfolgt überwiegend während eines stationären Aufenthaltes.

Depot-Antipsychotika werden in den Leitlinien zur Therapie der Schizophrenie aufgrund ihrer gesicherten Applikation und guten Bioverfügbarkeit als wirksame Alternative zur oralen Medikation empfohlen (1). Vor allem bei Patienten mit fehlender Compliance bei denen eine regelmäßige orale antipsychotische Medikation nicht sichergestellt werden kann, eine solche Applikation aber dringend notwendig erscheint (z.B. wegen negativer Folgen auf die soziale und berufliche Integration oder Fremd- oder Eigengefährdung), oder wenn die Depot-Applikation vom Patienten gewünscht wird.

In 2012 wurden 37 Mio. Tagesdosen orales Olanzapin (Generika und Original) verzeichnet. Viele schizophrene Patienten werden im Krankheitsverlauf also mit dem atypischen Antipsychotikum Olanzapin oral behandelt und zeigen gute Response (2). Daher ist es wichtig diesen Therapieerfolg bei vorbehandelten Patienten auch mit dem entsprechenden Depot-Antipsychotikum weiterzuführen.

Olanzapin-Depot zeigt in Studien genau wie Olanzapin oral eine zuverlässige Rezidivprophylaxe (3), Verträglichkeit vergleichbar mit Olanzapin oral (4), eine anhaltende Verbesserung der Symptomatik während der Therapie mit Olanzapin-Depot (5) und eine sehr gute Patientenzufriedenheit mit dem Olanzapin-Depot.

Die flexiblen Injektionstermine im 2- oder 4-wöchigen Intervall wie auch die flexible Dosierung, die eine Einstellung nach individuellen Patientenbedürfnissen ermöglichen, stellen sowohl eine wichtige Behandlungsoption für die Patienten dar, als auch eine Entlastung für die ambulanten psychiatrischen Weiterbehandler. Denn aufgrund hoher Patientenzahlen und sinkender Facharztdichte im psychiatrisch-neurologischen Bereich kommt es häufig zu langen Wartezeiten auf Behandlungstermine. Durch die verbesserte Rezidivprophylaxe und den Erhalt der Leistungsfähigkeit der Patienten können zudem Kosten eingespart werden.

Im Jahr 2012 wurde bei schätzungsweise 500 Fällen pro Jahr Olanzapin-Depot während des stationären Aufenthaltes eingesetzt. Im Jahr 2010 gab es laut Krankenhaus-Statistik (Stat. Bundesamt) ca. 90.000 F20-Fälle (Schizophrenie) in Deutschland, d.h. nur ca 0,5 % der schizophrenen Patienten wurden mit Olanzapin-Depot in 2012 behandelt.

Da ein nicht unerheblicher Anteil der Patienten mit oralen Olanzapin behandelt wird und zunehmend Neueinstellungen auf Olanzapin-Depot erfolgen, kann davon ausgegangen werden, dass im Jahre 2013 schätzungsweise 800 schizophrene Patienten während des stationären Aufenthaltes mit Olanzapin-Depot behandelt wurden.

- (1) [https://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-praxisleitlinien-bd1-schizophrenie.pdf](https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-praxisleitlinien-bd1-schizophrenie.pdf) (18.2.2014)
- (2) Boter H et al. Schizophrenia Res 2009; 115:97-103
- (3) Kane JM et al. Olanzapine Long-Acting Injection: A 24-Week, Randomized, Double-Blind Trial of Maintenance Treatment in Patients with Schizophrenia. Am J Psychiatry 2010;167:181-189
- (4) McDonnell D. Hum. Psychopharmacol Clin Exp 2011; 26: 422-433
- (5) McDonnell D et al. Clinical Medical Insights: Psychiatry 2011:3

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

Die Therapie mit Olanzapin-Depot stellt eine etablierte medizinisch sinnvolle Therapieform dar. Eine Abbildung dieser Therapie im OPS-Katalog wegen des Fehlens eines entsprechenden Schlüssels ist bisher nicht möglich.

Die Therapie mit Olanzapin-Depot ist im PEPP-System daher nicht erfassbar und nicht differenziert zu bewerten.

Die Einführung eines OPS-Schlüssels ermöglicht die differenzierte Bewertung im System und ist die Voraussetzung der Aufnahme dieser Therapie in den Zusatzentgeltkatalog.

**c. Verbreitung des Verfahrens**

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

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

Zum Erreichen einer therapeutischen Dosis sind je nach vorbestehender oraler Medikation im Mittel ca. 300 mg Olanzapin-Depot erforderlich, als Erhaltungsdosis sind ca. 200mg Olanzapin bei 2-wöchigem Intervall erforderlich

Die Kosten hierfür belaufen sich auf ca. 310 € (Initialdosis) bzw. 450 € (Erhaltungsdosis).

Die Erhaltungsdosis liegt zwischen 150mg bis 300mg im Intervall von 2 Wochen, 100mg der Substanz kosten ca 150€.

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

Wie oben bereits dargestellt wurden im Jahr 2012 bei schätzungsweise 500 Fällen pro Jahr Olanzapin-Depot während des stationären Aufenthaltes eingesetzt.

Da ein hoher Anteil der Patienten mit oralen Olanzapin behandelt wird und zunehmend Neueinstellungen auf Olanzapin-Depot erfolgen, kann davon ausgegangen werden, dass im Jahre 2013 schätzungsweise 800 schizophrene Patienten während des stationären Aufenthaltes mit Olanzapin-Depot behandelt wurden

Die Tendenz Olanzapin-Depot einzusetzen wird weiter steigen

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

Bei der Behandlung mit Olanzapin-Depot entstehen höhere Kosten als bei der Gabe von den herkömmlichen Präparaten. Analoge Wirkstoffe wie Quetiapin, Risperidon, Haloperidol und Flupentixol werden als Generica zu entsprechend günstigen Preisen auf dem Markt vertrieben.

- g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) abgestimmt werden.

Es besteht keine Relevanz für die extern Qualitätssicherung des AQUA Institutes

## **8. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Ein Antrag beim InEK auf die Vergütung von Olanzapin-Depot in Form eines Zusatzentgeltes wird beim InEK gesondert gestellt