

Änderungsvorschlag für den OPS 2017

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge 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:
ops2017-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.docx
kurzbezeichnungdesinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein
namedesverantwortlichen sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen
Beispiel: ops2017-komplexxkodefruehreha-mustermann.docx
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2016** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten haben, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum 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.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

Einzelpersonen werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den 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.

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung der personenbezogenen Daten



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.



Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** der personenbezogenen Daten (Seite 1 und 2 des Vorschlagsformulars, Name des Verantwortlichen im Dateinamen) auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGAI
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	https://www.dgai.de/
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr. med.
Name *	Schleppers
Vorname *	Alexander
Straße *	Roritzerstraße 27
PLZ *	90419
Ort *	Nürnberg
E-Mail *	aschleppers@t-online.de
Telefon *	0911 - 93 37 80

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation	inspiring-health - Dr. Wilke GmbH
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.inspiring-health.de
Anrede (inkl. Titel)	Herr Dr. med.
Name	Wilke
Vorname	Michael
Straße	Waldmeisterstr. 72
PLZ	80935
Ort	München
E-Mail	michael.wilke@inspiring-health.de
Telefon	089/1890 8376-1

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 1 und 2 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 1. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 3, also ab hier, veröffentlicht.

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

Humanimmunglobulin, IgM-angereichert

4. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)



Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Antrags seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA)
 Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG)
 Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)

5. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Hinzunahme der Schlüsselnummer 8-812.b Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen, Humanimmunglobulin, IgM-angereichert

Hinzunahme folgender Schlüsselnummern:

8-812.b Human-Immunglobulin, IgM-angereichert

Exkl.: Human-Immunglobulin, polyvalent (8-810.w*)

Hinw.: IgM angereichertes Immunglobulin enthält mindestens 10% IgM

8-812.b0 1 g bis unter 2,5 g

Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben

8-812.b1 2,5 g bis unter 5 g

Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben

8-812.b2 5 g bis unter 10 g

Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben

8-812.b3 10 g bis unter 15 g

8-812.b4 15 g bis unter 25 g

8-812.b5 25 g bis unter 35 g

8-812.b6 35 g bis unter 45 g

8-812.b7 45 g bis unter 55 g

8-812.b8 55 g bis unter 65 g

8-812.b9 65 g bis unter 75 g

8-812.ba 75 g bis unter 85 g

8-812.bb 85 g bis unter 105 g
 8-812.bc 105 g bis unter 125 g
 8-812.bd 125 g bis unter 145 g
 8-812.be 145 g bis unter 165 g
 8-812.bf 165 g bis unter 185 g
 8-812.bg 185 g bis unter 205 g
 8-812.bh 205 g bis unter 225 g
 8-812.bj 225 g bis unter 245 g
 8-812.bk 245 g bis unter 285 g
 8-812.bm 285 g bis unter 325 g
 8-812.bn 325 g bis unter 365 g
 8-812.bp 365 g bis unter 445 g
 8-812.bq 445 g bis unter 525 g
 8-812.br 525 g bis unter 605 g
 8-812.bs 605 g bis unter 685 g
 8-812.bt 685 g bis unter 765 g
 8-812.bu 765 g bis unter 845 g
 8-812.bv 845 g und mehr

Redaktionelle Änderung bei 8-810.w Human-Immunglobulin, polyvalent

Hinzunahme Exklusivum:

Exkl.: Gabe von Humanimmunglobulin, IgM-angereichert (8-812.b*)

6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Mit der bestehenden Kodierung 8-810.w* wird derzeit die Gabe von zwei sehr unterschiedlichen Immunglobulinen verschlüsselt:

- Polyvalentes Immunglobulin, welches vornehmlich IgG enthält
- IgM-angereichertes Immunglobulin mit einem Anteil von mehr als 10% IgM

Für die beiden Arten von Immunglobulinen existieren zudem auch noch verschiedene Indikationen sowie eine Vielzahl von unterschiedlichen Dosierungen.

So ist z.B. bei der schweren Sepsis oder der Meningitis nur IgM-angereichertes Immunglobulin in den Leitlinien enthalten. Bei Neuropathien wird hingegen vornehmlich polyvalentes (IgG-haltiges) Immunglobulin verwendet [1,2,3,4].

Neuere Arbeiten zeigen, dass die adjunktive Gabe von IgM angereichertem Immunglobulin bei Patienten mit neu aufgetretener humoraler Sensibilisierung (neue donor-spezifische HLA-Antikörper im peripheren Blut) nach Lungentransplantation eine hoch signifikante Reduktion der frühen Mortalität, wohl durch Verringerung von Abstossungen aber auch von Infektionen, ermöglicht [5].

Wann spricht man von „IgM-angereichert“?

Natürliches Plasma und somit auch nicht angereicherte Immunglobuline enthalten >75% IgG und 5-8% IgM. Die restlichen Anteile verteilen sich mehrheitlich auf IgA und IgE [6]. Um eine Anreicherung von IgM zu erreichen sind komplexe Anreicherungsverfahren während der Herstellung und so genannte „hochtitrige“ Plasmen erforderlich, die zu deutlich höheren Kosten führen. Von „IgM-angereichertem Immunglobulin“ spricht man ab einem IgM-Anteil von mehr als 10% [7].

Aufgrund der stark unterschiedlichen Kosten (s. 6d, 6f) der beiden Zubereitungsformen kommt es zu einer Übervergütung der Fälle mit polyvalentem Immunglobulin (hauptsächlich IgG) und zu einer Untervergütung der Fälle mit IgM-angereichertem Immunglobulin.

Durch eine Trennung der Codes kann die Fehlvergütung mittelfristig behoben werden.

b. I
nwi
ewe
t ist
der
Vor
schl
ag
für
die
Weit
eren
twic

klung der Entgeltsysteme relevant? *

Der Vorschlag ist hoch relevant für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems. Wie in 6a ausgeführt, kommt es mit der heutigen – ungenauen – Abbildung der verschiedenen Zubereitungsformen von Immunglobulinen zu einer Fehlvergütung. Fälle mit der Gabe von vornehmlich IgG-haltigem (polyvalenten) Immunglobulin werden übervergütet, Fälle, bei denen IgM-angereichertes Immunglobulin gegeben wird, sind untervergütet (siehe 6d, 6f). In Deutschland werden Zusatzentgelte in Höhe von 79.882.901,88 € für alle Dosierungen von Immunglobulinen unter dem Kode 8-810.w* vergütet (Quelle Abfrage DeStatis, Datenjahr 2014).

c. Verbreitung des Verfahrens *

- ☒ Standard
 ☐ Etabliert
 ☐ In der Evaluation
☐ Experimentell
 ☐ Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Die Kosten sind abhängig von der gegebenen Menge.

5g IgM-angereichertes Immunglobulin kosten 439,05 € (inkl. MwSt.).

Gibt man es bei der schweren Sepsis eines Erwachsenen (75kg KG) über 3 Tage in einer Dosis von 0,25g/kg KG, so ergibt sich eine Dosis von 56,25g oder Kosten von 4.939,23 € Mit dem ZE93 werden in 2016 2.077,26 € erstattet und es ergibt sich eine Unterfinanzierung von -2.826,06 €

Gibt man IgM-angereichertes Immunglobulin nach Lungentransplantation so ergeben sich Kosten von 13.171,52 € (150g) und eine Unterdeckung von -7.780,22 €.

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

Lt. DeStatis wurden Codes aus 8-810.w* in Deutschland 2014 28.892 mal kodiert. Der Anteil der Fälle, die eine Infektion als Hauptdiagnose oder eine Lungentransplantation als Operation hatten, betrug 17%. Vergleicht man – abgeleitet aus den Codes - die mittleren Mengen in Gramm, so ergibt sich ein ungefähres Verhältnis von Infektionen und Transplantationen zu anderen Indikationen von 10% zu 90%.

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

Polyvalentes Immunglobulin, das vornehmlich IgG enthält kostet 178,50 € für 5g.

Das ZE93 schüttet 2016 bei 5g 237,40 € aus, es kommt also zu einer Übervergütung von 58,90 €.

Bei einem Patienten mit einer schweren Neuropathie (z.B. MMN) werden (Basis 75kg KG) 150g verabreicht. Den Kosten von 5.355,00 € stehen Erlöse von 5.391,30 € entgegen. Auch hier ergibt sich eine – allerdings geringfügige – Überzahlung.

Das Gleiche gilt auch für Lymphompatienten, wo beim Erwachsenen (75kg KG) z.B. 15g zum Einsatz kommen. Kosten von 535,50 € stehen Erlöse von 652,85 € gegenüber.

g. 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.)

Nicht relevant

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Gemäß mündlicher Rückmeldung aus dem DIMDI zu der Ablehnung desselben Antrags im Jahr 2015 (für 2016) werden OPS-Kodes, die Medikamente oder Blutprodukte betreffen nur geändert, wenn das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) der Änderung zustimmt. In einem Telefonat mit dem InEK wurde vereinbart, parallel zu diesem OPS-Antrag einen Änderungsantrag für das ZE93 „Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent“ (G-DRG Version 2016) zu stellen. Hiermit wird darauf hingewiesen, dass der Antrag beim InEK zum 31.03.2016 erfolgen wird und das InEK in diesem Antrag dann nochmalig über den OPS-Änderungsantrag informiert wird.

Zudem wird im Rahmen des ZE-Änderungsantrags eine gesonderte Datenlieferung der Kalkulationskrankenhäuser angeregt, um die Kostenunterschiede ermitteln zu können.

Literatur für diesen Antrag:

1) Reinhart et al. (2010). Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge der Sepsis, 1. Revision der S-2k Leitlinien der Deutschen Sepsis-Gesellschaft e.V. (DSG) und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI).

2) Kreymann, K.G. et al. (2007). Use of polyclonal immunoglobulins as adjunctive therapy for sepsis or septic shock, Crit Care Med 2007; 35(12):2677-85.

3) RKI: Meningokokken-Ratgeber für Ärzte.
http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Meningokokken.html#doc2374538bodyText2 (letzter Zugriff: 27.01.2016)

4) Lang, C. et al. (2003). Intensivmedizinische Besonderheiten beim toxischen Schocksyndrom ('toxic-shock-syndrom', TSS). Der Anaesthesist, 52(9), 805-813.

5) Ius, Fabio et al. (2015). IgM-Enriched Human Intravenous Immunoglobulin-Based Treatment of Patients With Early Donor Specific Anti-HLA Antibodies After Lung Transplantation, www.transplantjournal.com, Transplantation 2015; 00: 00-00

6) Murphy, Kenneth, M. et al. (2009): Janeway Immunologie, 7. Auflage, Berlin/ Heidelberg, S. 204

7) Wahn, Volker (2007): Klinischer Einsatz von Immunglobulinen, 4. Auflage, Bremen, S.19