

# Änderungsvorschlag für den OPS 2018

## Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge 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:  
*ops2018-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2018-komplexxkodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2017** 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, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, [klassi@dimdi.de](mailto:klassi@dimdi.de)).

## Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die [‘Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS’](#) in der aktuellen Fassung:

[www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – Klassifikationen ... – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

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](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden 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.

## Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

## Erklärung zum Datenschutz

### Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

**Alle** im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

### Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern des OPS alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

**Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.**

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

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

|  |  |
|--|--|
| Organisation *   | Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden   |
| Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) | UKD  |
| Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)    | <a href="http://www.uniklinikum-dresden.de">www.uniklinikum-dresden.de</a>                     |
| Anrede (inkl. Titel) *                                 | Herr Prof. Dr. Dr.   |
| Name *   | Bauer  |
| Vorname *  | Michael  |
| Straße *   | Fetscherstr. 74  |
| PLZ *  | 01307  |
| Ort *  | Dresden  |
| E-Mail *   | <a href="mailto:michael.bauer@uniklinikum-dresden.de">michael.bauer@uniklinikum-dresden.de</a> |
| Telefon *  | 0351-458-2760  |

### Einräumung der Nutzungsrechte \*

- ☒ Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:  
'Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.'

### Erklärung zum Datenschutz \*

- ☒ Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten 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](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

## 2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation \*

Offizielles Kürzel der Organisation  
(sofern vorhanden)

Internetadresse der Organisation  
(sofern vorhanden)

Anrede (inkl. Titel) \*

Name \*

Vorname \*

Straße \*

PLZ \*

Ort \*

E-Mail \*

Telefon \*

### Erklärung zum Datenschutz \*



Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.



Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.



Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten 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](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

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

Einführung neuer OPS-Kodes für die parenterale Gabe von Aripiprazol-Depot

**4. Mitwirkung der Fachverbände \***

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- ☒ Dem/Der Vorschlagenden liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Abrechnung (DGMA)

**5. Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist \***

☒ Nein

☐ Ja

- a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

- b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung

**6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \***

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

Mit diesem Vorschlag wird ein Antrag auf die Neuaufnahme einer dosisdifferenzierten OPS-Schlüsselnummer für die parenterale Gabe von Aripiprazol-Depot gestellt.

Eine langwirksame Darreichungsform von Aripiprazol mit verzögerter Wirkstofffreisetzung wurde von der European Medicines Agency (EMA) Ende 2013 für die Erhaltungstherapie von schizophrenen Erwachsenen, die stabil mit oralem Aripiprazol eingestellt wurden, zugelassen.

Aripiprazol-Depot stellt damit einen etablierten Vertreter im Bereich der langwirksamen Depot-Antipsychotika (Long-acting injectable antipsychotics, LAIs) dar. Durch die langen Injektionsintervalle ergibt sich ein direkter Vorteil gegenüber der vormals üblichen täglichen oralen Medikation, da nachweislich die Adhärenz der entsprechenden Patienten erhöht wird und es seltener zu einem Krankheitsrezidiv kommt.

Die Verhinderung eines Rückfalls ist entscheidend für die Prognose des weiteren Krankheitsverlaufs. Die amerikanische Zulassungsstudie konnte belegen, dass Aripiprazol Depot das Rückfallrisiko signifikant

gegenüber Placebo reduziert (1). In der europäischen Zulassungsstudie war die Zeit bis zum Therapieabbruch jedweder Ursache signifikant verlängert gegenüber der oralen Gabe und einer subtherapeutischen Dosierung. Aripiprazol Depot 400 mg zeigte sich darüber hinaus der oralen Aripiprazol Gabe zum Studienendpunkt signifikant überlegen hinsichtlich der Veränderung der sekundären Endpunkte, des PANSS Gesamt Scores, sowie des CGI-S (2). In einer weiteren Studie konnte gezeigt werden, dass durch die Umstellung auf Aripiprazol-Depot die Gesamtraten für psychiatrische Hospitalisierungen im Vergleich mit den retrospektiv ermittelten Raten derselben Patienten, als diese mit oralen Standardtherapeutika behandelt wurden, erheblich reduziert werden konnten (3).

Nach der Markteinführung von Aripiprazol-Depot Mitte 2014 setzt diese innovative Therapieoption in der langfristigen Schizophrenie-Therapie neue Maßstäbe und wird im stationären psychiatrischen Bereich verbreitet zur Anwendung gebracht. Um die Gabe von Aripiprazol-Depot im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen stationären Versorgung auch adäquat abbilden zu können, ist eine dosisdifferenzierte OPS-Verschlüsselung notwendig. Hinzu kommt die dringende Notwendigkeit, die mit der Gabe von Aripiprazol-Depot verbundenen Arzneimittelkosten zukünftig sachgerecht im pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) abbilden zu können. Ein Antrag auf Abbildung im PEPP-Entgeltsystem 2018 über ein Entgelt nach Anlage 3 (PEPP-Entgeltkatalog) wurde daher parallel beim InEK gestellt.

#### Quellen:

- 1) Kane, JM et al. Aripiprazole intramuscular depot as maintenance treatment in patients with schizophrenia: a 52-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. J Clin Psychiatry 2012;73(5):617-624
- 2) Fleischhacker WW, Sanchez R, Perry PP, et al. Aripiprazole once-monthly for the treatment of schizophrenia: a double-blind, randomized, non-inferiority study vs. oral aripiprazole. Annual Meeting of the American Psychiatric Association, 18–22 May, 2013 (poster).
- 3) Kane JM, Sanchez R, Zhao J, Duca AR, Johnson BR, McQuade RD, Eramo A, Baker RA, Peters-Strickland T.J Med Econ. 2013 Jul;16(7):917-25. doi: 10.3111/13696998.2013.804411. Epub 2013 May 28.

Vorschlag für die neu zu definierenden OPS-Schlüssel auf Grundlage der klinischen Therapieempfehlungen:

#### 6-006 Applikation von Medikamenten, Liste 6:

##### 6-006.i- Gabe von Aripiprazol, parenteral

- 6-006.i0 160 mg bis unter 300 mg
- 6-006.i1 300 mg bis unter 600 mg
- 6-006.i2 600 mg bis unter 900 mg
- 6-006.i3 900 mg bis unter 1.200 mg
- 6-006.i4 1.200 mg bis unter 1.500 mg
- 6-006.i5 1.500 mg bis unter 1.800 mg
- 6-006.i6 1.800 mg oder mehr

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Aripiprazol-Depot kommt im Rahmen der Einstellung schizophrener Patienten auf ein langwirksames Depot-Antipsychotikum im stationären Bereich bereits verstärkt zur Anwendung. Das Präparat ist allerdings im Jahr 2017 nicht im OPS-Klassifikationssystem abbildbar. Daher kann die Gabe von Aripiprazol-Depot nach aktuellem Stand nicht adäquat in der Gruppierung der pauschalierenden Entgelte für die Abrechnung in der Psychiatrie und Psychosomatik berücksichtigt werden.

Depot-Antipsychotika werden in den deutschen Leitlinien zur Therapie der Schizophrenie – ähnlich der aktuellen Leitlinien des NICE (1) - aufgrund ihrer gesicherten Applikation und guten Bioverfügbarkeit als wirksame Alternative zur oralen Medikation empfohlen. Vor allem in den Fällen, in denen eine regelmäßige orale antipsychotische Medikation nicht sichergestellt ist, eine gesicherte Applikation aber dringend notwendig erscheint (z.B. schwere Fremd- oder Eigengefährdung im Rezidiv), oder wenn die Depot-Applikation eine Patientenpräferenz darstellt (2).

Aripiprazol-Depot ermöglicht dem klinischen Anwender durch die langen Applikationsintervalle und die konstanten Wirkstoffspiegel eine Optimierung der Schizophrenie-Therapie zu erzielen. Studien belegen, dass durch die Gabe von Aripiprazol-Depot das Rückfallrisiko signifikant gegenüber Placebo reduziert werden und die Schizophrenie langfristig effektiv behandelt werden kann (3, 4). Parallel steigt die Patientenzufriedenheit durch die erleichterte, einmalige Gabe und die Verträglichkeit von Aripiprazol-Depot deutlich an (4). Das Verträglichkeitsprofil ist dabei mit den oralen Darreichungsformen von Aripiprazol vergleichbar (4). Aripiprazol-Depot bietet dem Patienten statistisch signifikante Vorteile im Hinblick auf das wichtige psychosoziale Funktionsniveau (4, 6, 7).

Bemerkenswerte 93% der Patienten waren mit der Behandlung mit Aripiprazol-Depot zufrieden (7).

Aktuelle Untersuchungen zur Langzeitbehandlung mit Aripiprazol-Depot bestätigen die langfristig sehr gute Rezidivprophylaxe und das langfristige Verträglichkeitsprofil dieses Präparates. Mit einer Rate drohender Rezidive von nur 8,3 % erweist sich Aripiprazol-Depot damit als eine effektive und wirksame Option in der Langzeittherapie der Schizophrenie (8).

Die klinische Einstellung auf eine Depotmedikation erleichtert darüber hinaus die adäquate Weiterbetreuung im ambulanten Bereich. Gerade vor dem Hintergrund einer sinkenden Facharztdichte und der schon jetzt dramatischen Wartezeiten im ambulanten Bereich trägt Aripiprazol-Depot dazu bei, ein Therapieversagen aufgrund einer zwischenzeitlichen Unterbrechung der Therapie zu verhindern (9, 10, 11, 12). Eine 1 bis 10 Tage dauernde Non-Adhärenz verdoppelt das Rehospitalisierungsrisiko (11). Daher kann durch die sichere und langfristige medikamentöse Einstellung der Patienten die Zahl der stationären Wiederaufnahmen gesenkt werden (Drehtüreffekt) und so insgesamt Behandlungskosten eingespart werden (4, 12, 13).

Aripiprazol-Depot wird dabei einmal monatlich injiziert, wobei die Standarddosierung 400 mg pro Applikation beträgt. Patientenindividuell kann die Dosis auch auf 160 mg bis 300 mg pro Monat reduziert werden (14). Nach der ersten Injektion wird empfohlen, für 14 Tage Aripiprazol in oraler Form (10-20 mg täglich) zusätzlich zu geben, da die Absorption der Substanz aus dem Depot langsam erfolgt. Bei einer Injektion in den Glutealmuskel wird die maximale Plasmakonzentration im Median nach  $t_{max}$  = 7 Tagen erreicht und bei einer Injektion in den Deltamuskel nach 4 Tagen (14).

#### Ökonomische Betrachtung:

Bei der initialen Einstellung auf Aripiprazol-Depot entstehen in der Klinik direkte Mehrkosten durch die Applikation der ersten Depotspritze (475,31 € pro Anwendung inkl. MwSt.). Parallel muss die orale Gabe sichergestellt werden, um ausreichend hohe Wirkstoffspiegel zu erreichen. Diese initiale Gabe, sowie weitere im stationären Aufenthalt notwendigen Applikationen (bei einer Verweildauer von länger als 30 Tagen), sind im Vergleich zu der konventionellen oralen Therapie direkt mit Mehrkosten für die Klinik verbunden. Diese Kosten für die Initialdosierung und die Erhaltungsdosis sind bei fehlender Kodierbarkeit im OPS-Klassifikationssystem aktuell im PEPP-Abrechnungssystem 2017 nicht berücksichtigt. Auch fehlt aufgrund der fehlenden OPS-Klassifikation die Möglichkeit, die Gabe von Aripiprazol-Depot in den Daten nach §21 KHEntgG und den Daten der entsprechenden PEPP-Kalkulationshäuser für die Entwicklung der zukünftigen PEPP-Entgeltkataloge sachgerecht kalkulieren zu können.

Die Implikation eines entsprechenden dosisdifferenzierten OPS-Schlüssels für Aripiprazol-Depot (s.o.)



ist auf der Grundlage der hier dargestellten Situation daher dringend geboten.

Quellen:

- 1) NHS Clinical Guideline 'Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management, last update: march 2014, Quelle: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- 2) S3 Praxisleitlinie zur Behandlung der Schizophrenie, Stand: 01.11.2005 (in Überarbeitung), Quelle: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>
- 3) Fleischhacker WW, Sanchez R, Perry PP, et al. Aripiprazole once-monthly for the treatment of schizophrenia: a double-blind, randomized, non-inferiority study vs. oral aripiprazole. Poster presented at the Annual Meeting of the APA, May 18–22, 2013. San Francisco, CA, USA.
- 4) Sanchez R et al.: Patient –reported outcomes with Aripiprazole Once-Monthly for Long-term Maintenance Treatment in Schizophrenia. Poster presented at the 64th Institute on Psychiatric Services meeting, October 4–7, 2012, New York, NY.
- 5) Fleischhacker WW et al. Effects of Aripiprazole Once-Monthly on Symptoms and Functioning of Patients with an Acute Episode of Schizophrenia Stratified by Age; Poster presented at the 53rd annual American College of Neuropsychopharmacology (ACNP) congress; December 7-11, 2014; Phoenix, Arizona
- 6) Kane JM et al. Effects of Aripiprazole Once-monthly on Functioning in Patients with Schizophrenia; Poster presented at the 27th annual European College of Neuropsychopharmacology congress; October 18-21, 2014; Berlin, Germany
- 7) Carson WH, Perry P, Sanchez R, et al. Effects of a Once-Monthly Formulation of Aripiprazole on Secondary Efficacy Outcomes in Maintenance Treatment of Schizophrenia. Institute on Psychiatric Services meeting, October 4–7, 2012 (Poster)
- 8) Peters-Strickland T et al. Aripiprazole once-monthly 400 mg for long-term treatment of schizophrenia: a 52-week open-label study. npj Schizophrenia (2015) 1, Article number: 15039; doi:10.1038/npjSchz.2015.39
- 9) Weiden PJ et al. Partial Compliance and Risk of Rehospitalization among California Medicaid Patients with Schizophrenia. Psychiatr Serv. 2004;55(8):886-891.
- 10) Emsley R et al. Treatment response after relapse in a placebo-controlled maintenance trial in schizophrenia. Schizophr Res. 2012;138(1):29-34.
- 11) Almond S et al. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. Br J Psychiatry. 2004;184:346-351.
- 12) Kane JM, Sanchez R, Zhao J, et al. Hospitalization rates in patients switched from oral antipsychotics to aripiprazole oncemonthly for the management of schizophrenia. J Med Econ 2013;16(7):917–925.
- 13) Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. Am J Psychiatry 2005;162(3):441–449.
- 14) Fachinformation Aripiprazol (Abilify Maintena)

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

Derzeit besteht für diesen Wirkstoff in Depotform im Jahr 2017 keine Möglichkeit, die Gabe von Aripiprazol-Depot über dosisgestaffelte OPS-Schlüssel abzubilden.

Bei Anwendung des Medikamentes entstehen relevante Mehrkosten im Vergleich zur oralen Standardbehandlung der Patienten im Rahmen einer Schizophrenie, die sich nicht in den vom InEK kalkulierten Tagesarzneimittelkosten in den entsprechenden PEPPs (v.a. PA03A und PA03B) widerspiegeln. Laut dem PEPP-Browser für das Jahr 2016 betragen die durchschnittlichen Arzneimittelkosten 0,74 € (in der PA03A) bzw. 0,63 € in der (PA03B) pro Tag.

Die bei Gabe von Aripiprazol-Depot entstehenden Mehrkosten (475,31 € pro Anwendung inkl. MwSt., entspricht 15,84 € pro Tag bei einem Applikationsintervall von 30 Tagen) werden aktuell nicht in der Kalkulation der PEPP-Entgelte berücksichtigt. Hier werden die vom InEK kalkulierten Tagesarzneimittelkosten je nach Liegedauer des Patienten um das 25 bis 40-Fache überschritten.

Das InEK bestätigt zudem in seinem Abschlussbericht zum PEPP-Entgeltsystem 2014, dass es bei der

Anwendung von Depot-Neuroleptika zu relevant höheren Kosten in der entsprechenden Diagnosegruppe (F20.-) kommt (Abschlussbericht zum PEPP-Entgeltsystem 2014, Seite 14, InEK). Im Jahr 2014 wurde daher für die Gabe von Paliperidon-Depot ein eigener OPS-Kode, sowie ein unbewertetes Zusatzentgelt im PEPP-Entgeltkatalog Anlage 4 definiert (ZP2014-26). Dieses Zusatzentgelt ist auch im PEPP-Entgeltkatalog 2017 weiterhin identisch und als einziges psychopharmakologisches Präparat überhaupt abgebildet.

Die Kosten der Gabe von Aripiprazol-Depot können bei fehlender Kodierbarkeit im OPS-Klassifikationssystem aktuell noch nicht im PEPP-Abrechnungssystem adäquat berücksichtigt werden. Bei den dargestellten existenten Mehrkosten ist eine Abbildung im PEPP-Entgeltsystem über ein eigenes Zusatzentgelt zwingend erforderlich. Die dafür notwendige, neu zu definierende OPS-Klassifikation wird hiermit beantragt.

### c. Verbreitung des Verfahrens \*

- ☒ Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)
- ☒ Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)
- ☐ In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Unbekannt

Falls für die Bearbeitung des Vorschlags relevant: Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

- 1) NHS Clinical Guideline 'Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management, last update: march 2014, Quelle: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- 2) S3 Praxisleitlinie zur Behandlung der Schizophrenie, Stand: 01.11.2005 (in Überarbeitung), Quelle: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>

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

Bei Anwendung von Aripiprazol-Depot entstehen pro Applikation (300 mg oder 400 mg) relevante Mehrkosten im Vergleich zu den konventionellen oralen Therapieformen. Es ist mit Kosten in Höhe von mindestens 475,31 € pro Anwendung zu rechnen. Bei einer entsprechend langen stationären Verweildauer (> 30 Tage) kann es zu einer erneuten Applikationen im Rahmen der Erhaltungsdosis im gleichen Aufenthalt kommen (monatliche Gabe). Hier entstehen für jede weitere Anwendung in der Klinik erneut Kosten in Höhe von 475,31 € und damit arzneimittelbezogene Kosten in Höhe von mindestens 950,62 €.

Auch im Rahmen von Fallzusammenfassungen nach §2 und §3 PEPPV 2017 sind mehrfache Gaben von Aripiprazol-Depot zu erwarten. Hier ist nach den Abrechnungsregeln (DKR-Psych 2017, PP012e) als relevante Gesamtdosis für den Behandlungsfall entsprechend ein Vielfaches der Kosten von 400 mg zu berücksichtigen.

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

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes weist im Jahr 2014 ca. 90.000 stationäre Patienten mit der Diagnose F20.- (Schizophrenie) aus. Bei dem dargestellten Nutzen des innovativen Präparates in der stationären Therapie der Schizophrenie kann von einer relevant hohen Anzahl an Behandlungsfällen ausgegangen werden, die für eine Therapie mit Aripiprazol-Depot in Frage kommen.

Angenommen werden können hier 8.000 Fälle im Jahr 2017. In den Folgejahren wird Aripiprazol-Depot erwartungsgemäß bei noch mehr klinischen Behandlungsfällen zur Anwendung kommen.



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

Die Anwendung von Aripiprazol-Depot verursacht nachweislich höhere Kosten in der Klinik, als die Therapie mit konventionellen oralen Antipsychotika. Durch die Gabe der entsprechend verordneten Dosis (300 mg oder 400 mg) in der Initialtherapie, sowie der notwendigen monatlichen Erhaltungstherapie (häufig noch im Laufe des stationären Aufenthaltes) entstehen fallbezogene Mehrkosten für die Klinik, die aktuell nicht über die eigentlichen PEPP-Entgelte abgebildet sind. Ein anderes Schizophrenie-Depotpräparat ist bereits über einen dosisgestaffelten OPS-Schlüssel und ein entsprechendes Zusatzentgelt umfassend im OPS-Katalog 2017, sowie im PEPP-System 2017 abgebildet. Um dem klinischen Anwender hier keinen Fehlanreiz zu bieten, ist eine Abbildung weiterer psychopharmakologischer Präparate im OPS-Klassifikationssystem 2018 zwingend erforderlich. Ohne diese Abbildung ist eine sinnvolle und sachgerechte Weiterentwicklung des gesamten PEPP-Abrechnungssystems nur schwer möglich.

**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.)

Im Zuge der Neuausrichtung des Psych-Entgeltsystems nach den Maßgaben des PsychVVGs wird die lokale Verhandlungsebene gestärkt und es erfolgt die Vereinbarung der Klinikbudgets unabhängig von der ursprünglich angedachten Landeskonvergenz. Die hierzu notwendige Darstellung aller relevanten Therapieleistungen der einzelnen Klinik wird zukünftig nur mit einheitlichen OPS-Kodes möglich sein, die eine differenzierte Leistungsabbildung ermöglichen. Dies setzt eine umfassende Abbildung aller für die Psychiatrie und Psychosomatik relevanten Therapie- und Versorgungsleistungen im OPS-Katalog voraus. Ohne eine umfassende Abbildung der relevanten Leistungen kann hier sicherlich keine valide Einschätzung getroffen werden.

Hinzu kommt die nachgewiesene Relevanz von Aripiprazol-Depot im Zuge der Leitlinien-konformen Einstellung schizophrener Patienten auf eine entsprechende Depot-Medikation. Nur eine Erfassungsmöglichkeit weiterer Depot-Antipsychotika über das OPS-Klassifikationssystem lässt eine Analyse der Routinedaten in Bezug auf die Verordnungshäufigkeit dieser Präparate in der psychiatrischen Versorgung zu.

Die aktuelle Forderung der Bundesregierung einer Leitlinien- und Qualitätsorientierten Versorgung und Vergütung im stationären Bereich kann ebenfalls nur bei entsprechender Erfassungsmöglichkeit der therapeutischen und medikamentösen Einzelleistungen sichergestellt werden. Auch in diesem Kontext ist eine Erweiterung der bestehenden OPS-Klassifikation im Bereich der psychopharmakologischen Präparate dringend erforderlich.

**8. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Parallel erfolgte die Antragsstellung beim InEK zur Abbildung von Aripiprazol-Depot im PEPP-Entgeltsystem 2018 über ein Entgelt nach Anlage 3 (PEPP-Entgeltkatalog).