

Änderungsvorschlag für den OPS 2019

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:
ops2019-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2019-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 2018** 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).

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 – 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, 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 *	Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	VUD
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	https://www.uniklinika.de/
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr. med.
Name *	Wolff-Menzler
Vorname *	Claus
Straße *	von-Siebold-Str. 5
PLZ *	37075
Ort *	Göttingen
E-Mail *	claus.wolff-menzler@med.uni-goettingen.de
Telefon *	0551 - 39 666 07

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 erreichen.

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

Organisation *	Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	VUD
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	https://www.uniklinika.de/
Anrede (inkl. Titel) *	Herr
Name *	Fark
Vorname *	Marcus
Straße *	Alt-Moabit 96
PLZ *	10559
Ort *	Berlin
E-Mail *	fark@uniklinika.de
Telefon *	+49 (0)30 3940517-14

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 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) *

OPS Code für Intramuskuläre Gabe von Aripiprazol-IM

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:

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)

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

6-006 Applikation von Medikamenten,
6-006.x- Gabe von Aripiprazol-IM, parenteral
6-008.x0 bis 300 mg
6-008.x1 bis 600 mg
6-008.x2 bis 900 mg
6-008.x3 bis 1.200 mg

6-008.x4 bis 1.500 mg
6-008.x5 bis 1.800 mg
6-008.x6 mehr als 1.800 mg

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Aripiprazol-IM ist ein Depot- Antipsychotikum, das intramuskulär zur Therapie der Schizophrenie verabreicht wird. Die Zulassung für Aripiprazol (Abilify Maintena®) erfolgte im November 2013. Bei der Depotform dieses Wirkstoffes ergeben sich Injektionsintervalle von 4 Wochen. Die erhältlichen Einzeldosierungen liegen bei 300 mg oder 400 mg

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 Facharztdichte im psychiatrischen 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 Aripiprazol-IM 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 Aripiprazol-IM zu etablieren. 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 verbunden Arzneimittelkosten zukünftig sachgerecht im pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) abbilden zu können.

Einführung eines neuen OPS -Kodes für die intramuskuläre Gabe von Aripiprazol-IM.

Die bei Gabe von Aripiprazol-Depot entstehenden Mehrkosten (475,31 € pro Anwendung inkl. MwSt., entspricht 15,85 € pro Tag bei einem Applikationsintervall von 30 Tagen) werden aktuell nicht in der Kalkulation der PEPP-Entgelte berücksichtigt.

Das InEK bestätigt zudem in seinem Abschlussbericht zum PEPP-Entgeltsystem 2014, dass es bei der Anwendung von Depot-Neuroleptika (bzw. Antipsychotika) 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 unbewertetes Zusatzentgelt im PEPP-Entgeltkatalog Anlage 4 definiert (ZP2014-26). Dieses Zusatzentgelt ist auch im PEPP-Entgeltkatalog 2017 weiterhin identisch 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.

Die Anwendung von Aripiprazol-Depot verursacht nachweislich höhere Kosten in der Klinik, als die

Therapie mit 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 Depot-Antipsychotikum (Paliperidon, Xeplion®) ist bereits über einen dosisgestaffelten OPS-Schlüssel und ein entsprechendes Zusatzentgelt umfassend im PEPP-System 2017 abgebildet. Um dem klinischen Anwender hier keinen Fehlanreiz zu bieten, ist eine Abbildung weiterer psychopharmakologischer Präparate im OPS-Klassifikationssystem zwingend erforderlich. Ohne diese Abbildung ist eine sinnvolle und sachgerechte Weiterentwicklung des gesamten PEPP-Abrechnungssystems nur schwer möglich.

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

Differenzierte Abbildung relevanter Kosten.

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)

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Die Monatstherapiekosten liegen für eine Dosis von 300 mg bis 400 mg Aripiprazol-Depot bei ca. 476 €

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

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

- 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.)

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)