

ZE01.01 ²⁾	Hämodialyse, intermittierend, Alter > 18
ZE01.02 ²⁾	Hämodialyse, intermittierend, Alter < 18
ZE02 ²⁾	Hämodiafiltration, intermittierend
ZE09	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe
ZE10	Künstlicher Blasenschließmuskel
ZE11	Wirbelkörperersatz
ZE17	Gabe von Gemcitabin, parenteral
ZE19	Gabe von Irinotecan
ZE30 ³⁾	
ZE36	



DRG-System 2018

Kodierhilfe K001n

ZE- & NUB-Handbuch

**Bundeseinheitliche und Krankenhaus-individuell vereinbarte
„Zusatzentgelte“ und „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“**

Katalog mit Schlagwortverzeichnis von A-Z und Hinweisen zur
Dokumentation und Abrechnung am Universitätsklinikum Bonn

Veröffentlichung:

30.12.2017 (Σ 211 Seiten [zzgl. 303 Seiten Anhang])

Herausgeber:

Universitätsklinikum Bonn
Medizinmanagement / Medizin-Controlling
Geschäftsbereich 5 des Ärztlichen Direktors und Vorstandsvorsitzenden
Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. mult. W. Holzgreve, MBA

gültig ab dem
1.1.2018

Einleitung

„Zusatzentgelte“ (ZE) und „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) sind Erlöse für hochspezialisierte und kostenträchtige Krankenhausleistungen, die kein Bestandteil der DRG-Fallpauschale sind. Sie müssen daher im DRG-System zusätzlich zur Fallpauschale abgerechnet werden.

Da diese Verfahren in der Regel mit dem Verbrauch hochpreisiger Arzneimittel oder Medizinprodukte Ihrer Kostenstelle verbunden sind, ist es für Ihr gesamtes Behandlungsteam wichtig, alle diese lückenlos und zeitnah zu erfassen, um Erlösverluste für die eigene Fachabteilung zu vermeiden.

In dieser Kodierhilfe haben wir für Sie alle aktuell gültigen „ZE“ und „NUB“ zusammengestellt. Um Ihnen die Erfassung zu erleichtern, sind die jeweiligen Einträge mit Hinweisen zur Leistungserfassung am UKB und weitergehenden Informationen (Beispiele für Handelspräparate, Medizinprodukte, etc.) ausgestattet. Die entsprechenden Hinweise wurden in ein Schlagwortverzeichnis am Ende dieser Kodierhilfe aufgenommen, sodass Sie sich durch Nutzung dieser Suchfunktion leicht über potenziell ZE- oder NUB-pflichtige Leistungen in Ihrem Arbeitsbereich informieren können. Zu Ihrer Information steht Ihnen auch ein aktuelles Arzneimittelplakat mit den Wirkstoffen und Beispielen für deren Handelspräparate als Download im UKB-Intranet zur Verfügung. Weitere Unterstützung erhalten Sie auch vom Institut für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin (IHT), das auch im Jahr 2018 den Lieferungen von Gerinnungsfaktoren einen Begleitschein mit Informationen zu deren sachgerechter Leistungserfassung in Orbis® beilegt.

Alle Kodierhilfen für das Jahr 2018 finden Sie im UKB-Intranet unter: www.ukb.intern/medco in der Rubrik „Kodierhilfen (DRG)“.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Medizin-Controlling



DIN-A3-Plakat
 „DRG-Arzneimittel“



Begleitschein für
 Gerinnungsfaktoren des IHT

Inhaltsverzeichnis

Einleitung und Inhaltsverzeichnis	Seite	2
1. Übersicht der Zusatzentgelte und NUB 2018	ab Seite	3
2. Erfassung von Zusatzentgelten im Klinischen Informationssystem (ORBIS®)	ab Seite	10
3. Bundeseinheitliche Zusatzentgelte 2018 (ZE01 - ZE165)	ab Seite	16
4. Krankenhaus-individuelle Zusatzentgelte 2018 (ZE2017-01 - ZE2017-152)	ab Seite	80
5. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB10f – NUB165b)	ab Seite	159
Schlagwortverzeichnis Zusatzentgelte und NUB	ab Seite	201
NUB-Anträge 2016	Anlage	
Begleitschein für Gerinnungsfaktoren des IHT 2018	Anlage	
DIN-A3-Plakat: DRG-Arzneimittel (Stand: 01.01.2018)	Anlage	

1. Übersicht der aktuell gültigen „Zusatzentgelte“ (ZE) und „Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB); Stand: 1.1.2018

Im Jahr 2018 werden folgende Leistungen im DRG-System neu oder verändert über Zusatzentgelte vergütet:

ZE162	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten
ZE163	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten
ZE164	aus ZE146 in 2017: Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten
ZE165	aus ZE147 in 2017: Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten
ZE2018-137	aus ZE2017-98: Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII
ZE2018-138	aus ZE2017-98: Gabe von Fibrinogenkonzentrat
ZE2018-139	aus ZE2017-98: Gabe von Blutgerinnungsfaktoren
ZE2018-140	aus NUB82 in 2017: Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral
ZE2018-141	aus NUB146 in 2017: Gabe von Enzalutamid, oral
ZE2018-142	aus NUB104 in 2017: Gabe von Aflibercept, intravenös
ZE2018-143	aus NUB109 in 2017: Gabe von Eltrombopag, oral
ZE2018-144	aus NUB107 in 2017: Gabe von Obinutuzumab, parenteral
ZE2018-145	aus NUB145 in 2017: Gabe von Ibrutinib, oral
ZE2018-146	Gabe von Ramucirumab, parenteral
ZE2018-147	aus ZE49 in 2017: Gabe von Bortezomib, parenteral
ZE2018-148	aus ZE66 in 2017: Gabe von Adalimumab, parenteral
ZE2018-149	aus ZE68 in 2017: Gabe von Infliximab, parenteral
ZE2018-150	aus ZE79 in 2017: Gabe von Busulfan, parenteral
ZE2018-151	aus ZE148 in 2017: Gabe von Rituximab, intravenös
ZE2018-152	Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik

Bundeseinheitliche DRG-Zusatzentgelte 2018 (ZE), siehe auch Kapitel 3

(Seit dem 1.1.2018 bundeseinheitlich gültige Entgelte nach DRG-Fallpauschalenkatalog 2018)

ZE01.01	Hämodialyse, intermittierend, Alter > 14 Jahre
ZE01.02	Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre
ZE02	Hämodiafiltration, intermittierend
ZE09	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil
ZE10	Künstlicher Blasenschließmuskel
ZE11	Wirbelkörperersatz
ZE17	Gabe von Gemcitabin, parenteral
ZE19	Gabe von Irinotecan, parenteral
ZE30	Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral
ZE36	Plasmapherese
ZE37	Extrakorporale Photopherese
ZE40	Gabe von Filgrastim, parenteral
ZE42	Gabe von Lenograstim, parenteral
ZE44	Gabe von Topotecan, parenteral
ZE47	Gabe von Antithrombin III, parenteral
ZE48	Gabe von Aldesleukin, parenteral
ZE50	Gabe von Cetuximab, parenteral
ZE51	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral
ZE52	Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral
ZE56	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate
ZE58	Hydraulische Penisprothesen
ZE60	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
ZE61	LDL-Apherese
ZE62	Hämofiltration, intermittierend
ZE63	Gabe von Paclitaxel, parenteral

ZE64	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral
ZE67	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral
ZE70	Gabe von C1-Esteraseinhibitor, parenteral
ZE71	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral
ZE72	Gabe von Pegyliertem liposomalen Doxorubicin, parenteral
ZE74	Gabe von Bevacizumab, parenteral
ZE75	Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal
ZE78	Gabe von Temozolomid, oral
ZE80	Gabe von Docetaxel, parenteral
ZE93	Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral
ZE95	Gabe von Palifermin, parenteral
ZE96	Gabe von Carmustin-Implantaten, intrathekal
ZE97	Gabe von Natalizumab, parenteral
ZE98	Gabe von Palivizumab, parenteral
ZE100	Implantation eines endobronchialen Klappensystems
ZE101	Medikamente-freisetzende Koronarstents
ZE105	Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper
ZE106	Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisationen
ZE107	Gabe von Erythrozytenkonzentraten
ZE108	Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten
ZE110	Gabe von Liposomalem Amphotericin B, parenteral
ZE113	Gabe von Itraconazol, parenteral
ZE115	Gabe von Anidulafungin, parenteral
ZE116	Gabe von Panitumumab, parenteral
ZE117	Gabe von Trabectedin, parenteral
ZE119	Hämofiltration, kontinuierlich
ZE120	Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)
ZE121	Hämodiafiltration, kontinuierlich
ZE122	Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)
ZE123	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)
ZE124	Gabe von Azacitidin, parenteral
ZE125	Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers
ZE126	Autogene / Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation
ZE128	Gabe von Micafungin, parenteral
ZE130	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
ZE131	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen
ZE132	Implantation eines Wachstumsstents
ZE133	Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems
ZE134	Verschiedene Harnkontinenztherapien
ZE135	Gabe von Vinflunin, parenteral
ZE136	Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen
ZE137	Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen
ZE138	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, mit Sondenimplantation
ZE139	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, ohne Sondenimplantation
ZE140	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation
ZE141	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation
ZE142	Gabe von Clofarabin, parenteral
ZE143	Gabe von Plerixafor, parenteral
ZE144	Gabe von Romiplostim, parenteral
ZE145	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
ZE146	Gabe von Thrombozytenkonzentraten

ZE147	Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten
ZE149	Gabe von Trastuzumab, intravenös
ZE150	Gabe von Posaconazol, oral, Suspension
ZE151	Gabe von Abatacept, intravenös
ZE152	Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Stentretreiver-Systems
ZE153	Zügeloperation mit alloplastischem Material, adjustierbar
ZE154	Gabe von Eculizumab, parenteral
ZE155	Gabe von Ofatumumab, parenteral
ZE156	Gabe von Decitabine, parenteral
ZE157	Gabe von Tocilizumab, intravenös
ZE158	Vagusnervstimulationssysteme, mit Sondenimplantation
ZE159	Vagusnervstimulationssysteme, ohne Sondenimplantation
ZE160	Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral
ZE161	Radiofrequenzablation Ösophagus
ZE162	neu in 2018: Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten
ZE163	neu in 2018: Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten
ZE164	aus ZE146 in 2017: Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten
ZE165	aus ZE147 in 2017: Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentr.

KH-individuelle DRG-Zusatzentgelte 2018 (ZE2018), siehe auch Kapitel 4

(Seit dem 1.3.2017 am UKB gültige Entgelte nach „Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung“ [AEB 2016, Stand 19.1.2017, Genehmigungsbescheid der Bezirksregierung Köln nach § 18 KHG, § 14 KHEntgG, § 14 BpflV und § 17a KHG vom 24.2.2017])

ZE2018-01	Beckenimplantate
ZE2018-02	Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)
ZE2018-03	ECMO und PECLA
ZE2018-04	Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich
ZE2018-05	Distraktion am Gesichtsschädel
ZE2018-07	Andere implantierbare Medikamentenpumpen
ZE2018-08	Sonstige Dialyse
ZE2018-09	Hämoperfusion
ZE2018-10	Leberersatztherapie
ZE2018-13	Immunadsorption
ZE2018-15	Zellapherese
ZE2018-16	Isolierte Extremitätenperfusion
ZE2018-17	Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes
ZE2018-18	Zwerchfellschrittmacher
ZE2018-22	IABP
ZE2018-24	Andere Penisprothesen
ZE2018-25	Modulare Endoprothesen
ZE2018-26	Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung
ZE2018-33	Gabe von Sargramostim, parenteral
ZE2018-34	Gabe von Granulozytenkonzentraten
ZE2018-35	Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen
ZE2018-36	Versorgung von Schwerstbehinderten
ZE2018-40	Naturheilkundliche Komplexbehandlung
ZE2018-41	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems
ZE2018-44	Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen, nach In-vitro-Aufbereitung
ZE2018-45	Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
ZE2018-46	Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral

ZE2018-49	Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion oder hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC) in Kombination mit Pleurektomie und ggf. mit Tumorreduktion
ZE2018-50	Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta
ZE2018-53	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm
ZE2018-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt
ZE2018-56	Gabe von Bosentan, oral
ZE2018-57	Gabe von Jod-131-MIBG (Metajodobenzylguanidin), parenteral
ZE2018-58	Gabe von Alpha-1-Proteinaseinhibitor human, parenteral
ZE2018-59	Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral
ZE2018-60	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral
ZE2018-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar
ZE2018-62	Mikroaxial-Blutpumpe
ZE2018-63	Gabe von Diboterminalfa, Implantation am Knochen
ZE2018-64	Gabe von Eptoterminalfa, Implantation am Knochen
ZE2018-65	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90- oder Rhenium-188-markierten Mikrosphären
ZE2018-66	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten
ZE2018-67	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal
ZE2018-69	Gabe von Hämin, parenteral
ZE2018-70	Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral
ZE2018-71	Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga
ZE2018-72	Distraktionsmarknagel, motorisiert
ZE2018-74	Gabe von Sunitinib, oral
ZE2018-75	Gabe von Sorafenib, oral
ZE2018-77	Gabe von Lenalidomid, oral
ZE2018-79	Gabe von Nelarabin, parenteral
ZE2018-80	Gabe von Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral
ZE2018-82	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)
ZE2018-84	Gabe von Ambrisentan, oral
ZE2018-85	Gabe von Temsirolimus, parenteral
ZE2018-86	Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen
ZE2018-88	Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen
ZE2018-91	Gabe von Dasatinib, oral
ZE2018-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren
ZE2018-99	Fremdbezug von Donor-Lymphozyten
ZE2018-101	Gabe von Mifamurtid, parenteral
ZE2018-103	Gabe von Rituximab, subkutan
ZE2018-104	Gabe von Trastuzumab, subkutan
ZE2018-105	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten
ZE2018-106	Gabe von Abatacept, subkutan
ZE2018-107	Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents
ZE2018-108	Implantation einer Irisprothese
ZE2018-109	Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran
ZE2018-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan
ZE2018-111	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral
ZE2018-112	Gabe von Abirateronacetat, oral
ZE2018-113	Gabe von Cabazitaxel, parenteral
ZE2018-115	Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern
ZE2018-116	Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung
ZE2018-117	Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion
ZE2018-118	Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalstimulator
ZE2018-119	Distraktionsmarknagel, nicht motorisiert
ZE2018-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral

ZE2018-121	Gabe von Etanercept, parenteral
ZE2018-122	Gabe von Imatinib, oral
ZE2018-123	Gabe von Caspofungin, parenteral
ZE2018-124	Gabe von Voriconazol, oral
ZE2018-125	Gabe von Voriconazol, parenteral
ZE2018-126	Gabe von Ipilimumab, parenteral
ZE2018-127	Gabe von L-Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi [Erwinase], parenteral
ZE2018-128	Gabe von nicht pegylierter Asparaginase, parenteral
ZE2018-129	Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral
ZE2018-130	Gabe von Belimumab, parenteral
ZE2018-131	Gabe von Defibrotid, parenteral
ZE2018-132	Gabe von Thiotepa, parenteral
ZE2018-133	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst
ZE2018-134	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst
ZE2018-135	Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen mit weiteren Maßnahmen
ZE2018-136	Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen
ZE2018-137	aus ZE2017-98: Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII
ZE2018-138	aus ZE2017-98: Gabe von Fibrinogenkonzentrat
ZE2018-139	aus ZE2017-98: Gabe von Blutgerinnungsfaktoren
ZE2018-140	aus NUB82 in 2017: Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral
ZE2018-141	aus NUB146 in 2017: Gabe von Enzalutamid, oral
ZE2018-142	aus NUB104 in 2017: Gabe von Aflibercept, intravenös
ZE2018-143	aus NUB109 in 2017: Gabe von Eltrombopag, oral
ZE2018-144	aus NUB107 in 2017: Gabe von Obinutuzumab, parenteral
ZE2018-145	aus NUB145 in 2017: Gabe von Ibrutinib, oral
ZE2018-146	neu in 2018: Gabe von Ramucirumab, parenteral
ZE2018-147	aus ZE49 in 2017: Gabe von Bortezomib, parenteral
ZE2018-148	aus ZE66 in 2017: Gabe von Adalimumab, parenteral
ZE2018-149	aus ZE68 in 2017: Gabe von Infliximab, parenteral
ZE2018-150	aus ZE79 in 2017: Gabe von Busulfan, parenteral
ZE2018-151	aus ZE148 in 2017: Gabe von Rituximab, intravenös
ZE2018-152	neu in 2018: Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), siehe auch Kapitel 5

(Seit dem 1.6.2017 am UKB gültige Entgelte nach „Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung“ [AEB 2017, Stand 10.5.2017, Genehmigungsbescheid der Bezirksregierung Köln nach § 18 KHG und § 14 KHEntG vom 31.5.2017])

NUB 10f	Fetoskopische Eröffnung von verengten Semilunarklappen und des Foramen ovale
NUB 10g	Fetoskopische Therapie von fetaler supraventrikulärer Tachykardie und Kehlkopf- bzw. Luftröhrenverschluss
NUB 10h	Fetoskopische Drainagetherapie (Intra-Uterine-Shunt, Somatex Medical)
NUB 10i	Verschluss von Nabelschnur- und intrafetalen Gefäßen mittels perkutaner ultraschallgesteuerter Radiofrequenzablation oder fetoskopischer Laserablation
NUB 10j	Fetoskopischer Tracheal-Ballonverschluss bei Zwerchfellhernie und bei vorzeitigem Blasensprung
NUB 12d	Bioaktive Coils – Hydrogel-Coils
NUB 12e	Bioaktive Coils - Aneurysmathherapie, hydrogelbeschichtete Mikrospirale
NUB 12f	Bioaktive Coils
NUB 16e-f	Kiefergelenksendoprothese (Totalersatz)
NUB 34b	Überlange Coils
NUB 35c-d	Ereignisrekorder
NUB 40a	Arsentrioxid, parenteral
NUB 43a-b-c-d	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße

NUB 49a	Häodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen und hirnversorgender Halsgefäße
NUB 52e-f	Everolimus oral (bei Neoplasie)
NUB 56	Nilotinib, oral
NUB 60	Temozolomid, intravenös
NUB 66	Pazopanib, oral
NUB 68a	Aszitesbehandlung mittels einer vollimplantierbaren Pumpe
NUB 71a	Intraaneurysmales häodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen
NUB 76	Perkutane Mitralklappenanulorrhaphie mit Spange
NUB 79a	Volumencoils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie
NUB 81a	Axitinib, oral
NUB 85	Vemurafenib, oral
NUB 91	Epiretinale Netzhautprothese (Argus-II-System)
NUB 94-a-b-c	Trepostinil, parenteral
NUB 95a	Therapie der Skoliose mittels magnetisch-kontrollierter Stangen
NUB 96a	Transapikale Mitralklappenrekonstrukt. durch Implant. von Neochordae (PTFE-Fäden)
NUB 98	Pomalidomid, oral
NUB 99a	Dabrafenib, oral
NUB 103	Posaconazol, intravenös
NUB 106	Crizotinib, oral
NUB 111a	Idelalisib, oral
NUB 112	Macitentan, oral
NUB 114a	Ustekinumab, parenteral
NUB 119a	Riociguat, oral
NUB 121a-b-c	Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, RVAD
NUB 122d-e-f	Übertragung von virusspez. Spender-Immunzellen nach allogener Stammzelltransplantation
NUB 123	Katheterbasiertes Implantat zur Behandlung linksventrikulärer kardialer Motilitätsstörungen
NUB 125	Endovaskuläre Mitralklappenanuloplastik mit Anuloplastie-Band
NUB 126b-c-d	Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik
NUB 128	Hybridcoils zur intrakraniellen Aneurysmabehandlung
NUB 130a	Radionuklidtherapie mit Lutetium-177-markiertem prostataspezifischen Membranantigen (PSMA) bei Prostata-Karzinom
NUB 133	Blinatumomab, parenteral
NUB 134a	Carfilzomib, parenteral
NUB 135a-b	Nivolumab, parenteral
NUB 136	Pembrolizumab, parenteral
NUB 137	Trametinib, oral
NUB 138	Ruxolitinib, oral
NUB 140a	Idarucizumab, parenteral
NUB 141	Secukinumab, parenteral
NUB 144	Teduglutid, parenteral
NUB 147	Isavuconazol, intravenös
NUB 148	Isavuconazol, oral
NUB 149	Daratumumab, parenteral
NUB 150	Alemtuzumab, parenteral
NUB 151	Pixantron, parenteral
NUB 152	Implantation des intrakardialen Pulsgenerators MICRA®
NUB 153	Elotuzumab, parenteral
NUB 154	Panobinostat, oral
NUB 155	Lenvatinib, oral
NUB 156a-b	Cabozantinib, oral
NUB 157	Olaratumab, parenteral
NUB 158	Selexipag, oral
NUB 159a-b	Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, LVAD

NUB 160	Dinutuximab beta, parenteral
NUB 161	Transapikale Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung
NUB 162	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Holmium-166-markierten Mikrosphären zur Radioembolisation
NUB 164	Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-Staplers
NUB 165a-b	Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung

2. Erfassung von ZE und NUB im Klinischen Informationssystem (ORBIS®)

Auf Grundlage von Kapitel P005 der „Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)“, dürfen bestimmte Prozeduren nur einmal pro stationärem Aufenthalt als Summe zu kodiert werden:

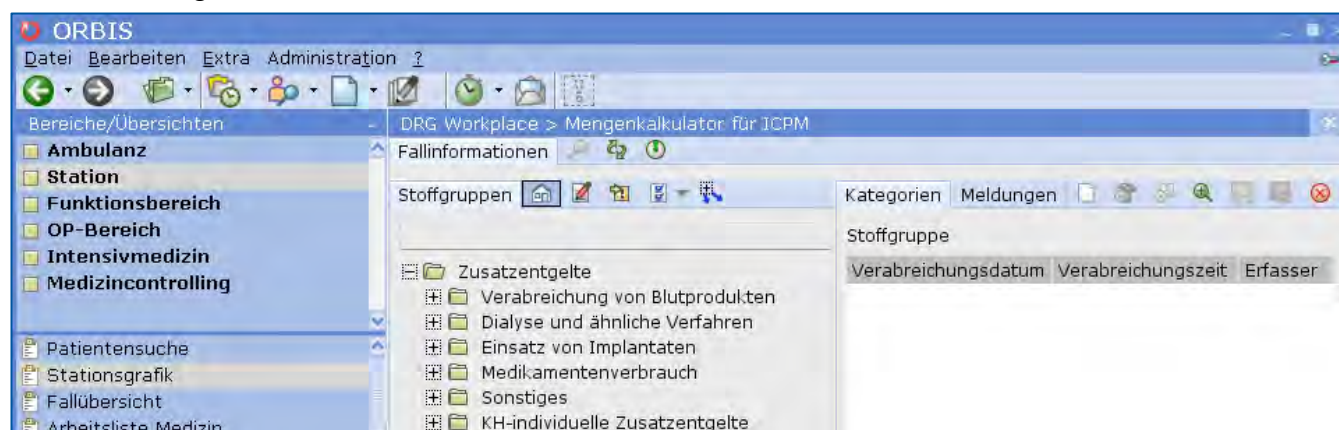
Tabelle 2: Prozeduren, die jeweils nur einmal pro stationärem Aufenthalt als Summe zu kodieren sind

- Applikation von Medikamenten (6-00)
- Maschinelle Beatmung über Maske oder Tubus (8-71)
- Transfusionen von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat (8-800)
- Transfusion von Leukozyten (8-802)
- Transfusion von Plasma, Plasmapbestandteilen und Infusion von Volumenersatzmitteln (8-81)

Bei wiederholter Leistungserbringung wird in diesen Fällen somit nicht bei jeder einzelnen Leistung ein einzelner OPS-Code, sondern (wie im nachfolgenden Beispiel aus dem Fallpauschalenkatalog 2018 ersichtlich) am Ende des stationären Aufenthaltes ein OPS-Summekode aus allen erbrachten Einzelleistungen gebildet, um den im Fallpauschalenkatalog hinterlegten (bzw. Krankenhaus-individuell vereinbarten) Erlös mit den Kostenträgern abrechnen zu können:

ZE	Bezeichnung	ZE _D	OPS Version 2018		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
ZE19	Gabe von Irinotecan, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 1: Irinotecan, parenteral	
		ZE19.14	6-001.3d	2.000 mg bis unter 2.200 mg	169,67 €
		ZE19.15	6-001.3e	2.200 mg bis unter 2.400 mg	186,09 €
		ZE19.16	6-001.3f	2.400 mg bis unter 2.600 mg	202,51 €
		ZE19.17	6-001.3g	2.600 mg bis unter 2.800 mg	218,93 €
		ZE19.18	6-001.3h	2.800 mg bis unter 3.000 mg	235,35 €
		ZE19.19	6-001.3j	3.000 mg oder mehr	251,77 €

Damit das Klinische Informationssystem (ORBIS®) diese Rechenleistung fehlerfrei erbringen kann, müssen alle von Zeit und Menge abhängigen Zusatzentgelte im „Mengenkalkulator“ durch den Leistungserbringer zeitnah erfasst werden, da es sonst zu Erlösverlusten für die Fachabteilung kommen kann:

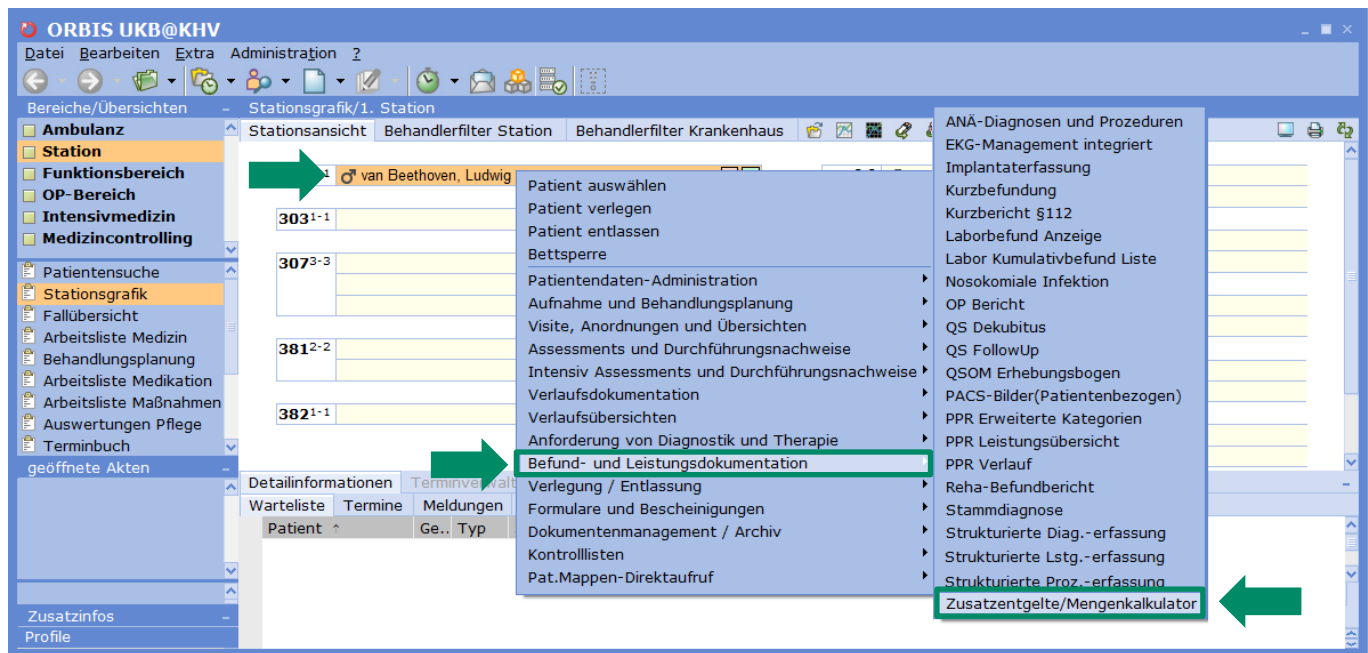


Die Information, ob ein Zusatzentgelt über den „Mengenkalkulator“ erfasst werden muss, finden Sie in den Kapiteln 3 und 4 dieser Kodierhilfe.

Durch unterschiedliche Berechtigungen der Berufsgruppen ist der Zugang zum „Mengenkalkulator“ unterschiedlich geregelt:

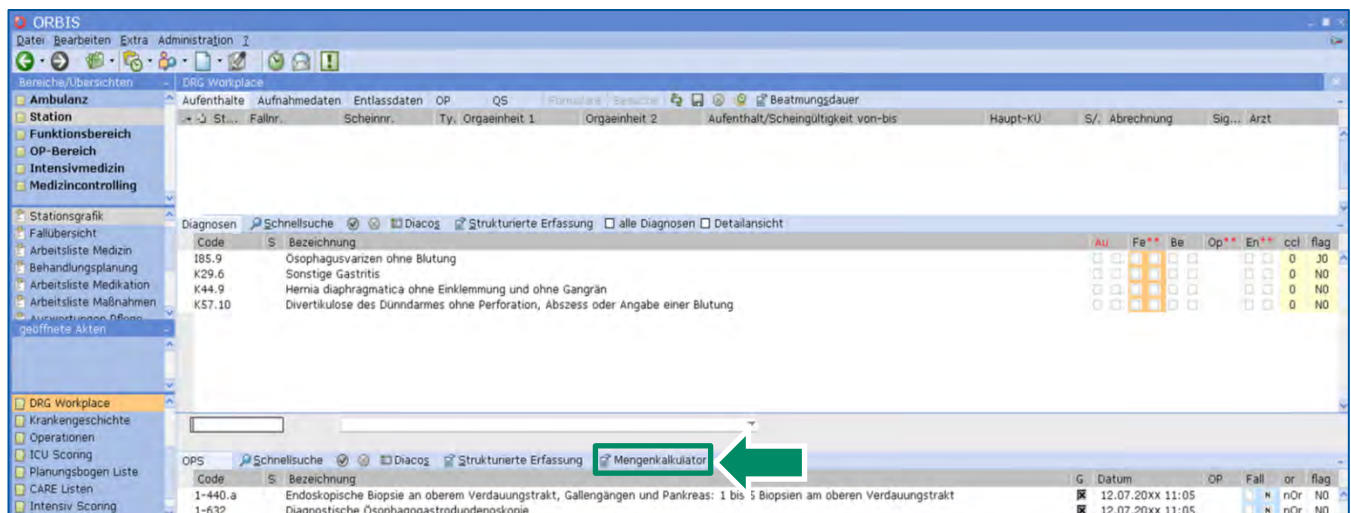
Zugang zum ORBIS®-Mengenkalkulator für Beschäftigte aus dem Pflegedienst

1. Wählen Sie in der „Stationsgrafik“ den Patienten aus
2. Klicken Sie auf die rechte Maustaste
3. Wählen Sie „Zusatzentgelte / Mengenkalkulator“



Zugang zum ORBIS®-Mengenkalkulator für Beschäftigte aus dem ärztlichen Dienst

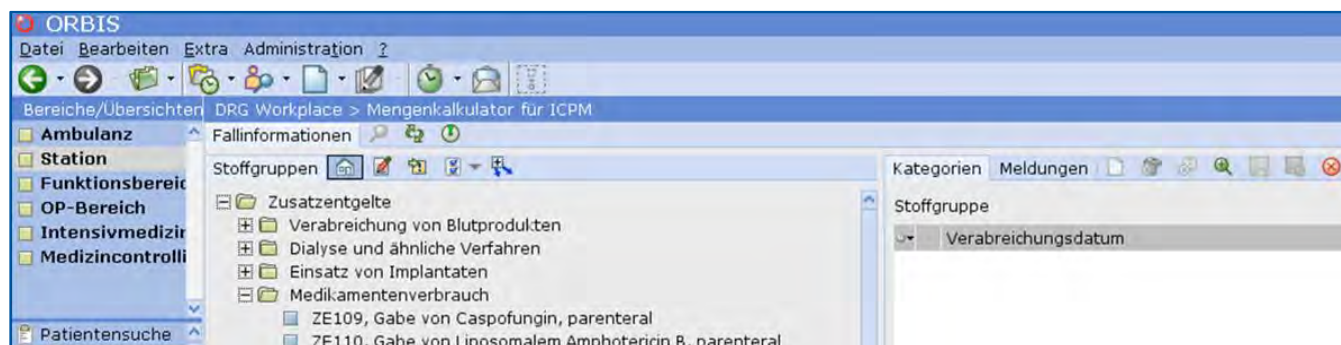
Klicken Sie im „DRG-Workplace“ auf den Button „Mengenkalkulator“



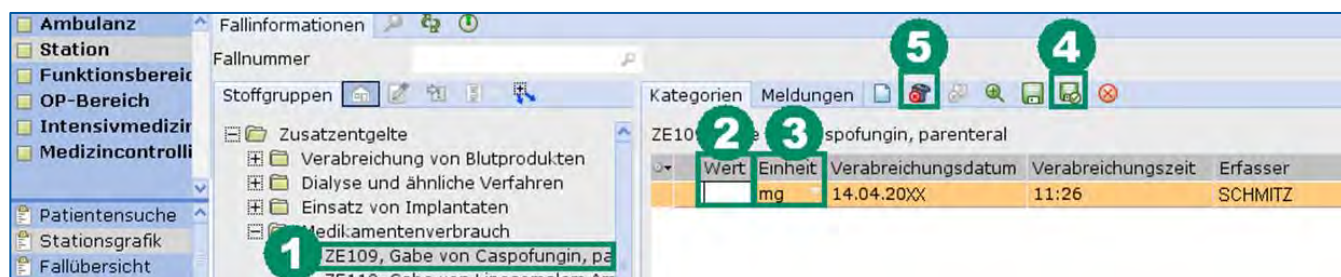
Erfassen von Zusatzentgelten im ORBIS®-Mengenkalkulator

Falls das entsprechende Zusatzentgelt im Mengenkalkulator erfasst werden muss, müssen Sie dort zuerst die in den Kapiteln 3 und 4 benannte Rubrik aufsuchen.

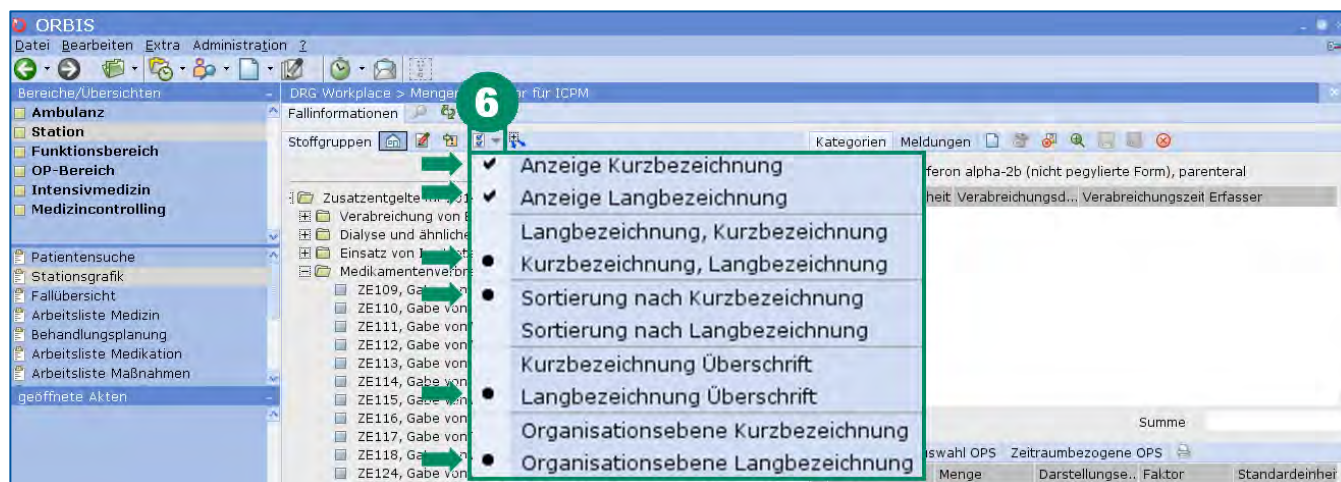
Durch Anklicken des -Symbols vor den jeweiligen Rubriken können Sie diese öffnen. In den Rubriken finden Sie dann die Erfassungsformulare für die einzelnen Zusatzentgelte:



Durch Mausklick können Sie das gewünschte Erfassungsformular (❶) öffnen. Geben Sie nun die verabreichte Menge im Feld „Wert“ (❷) an. Beachten Sie hierbei die im Feld „Einheit“ (❸) angegebene Mengeneinheit. Abschließend müssen Sie Ihre Eingabe durch Anklicken des Buttons „speichern und schließen“ (❹) abspeichern. Falls Sie eine fehlerhafte Eingabe löschen möchten, können Sie die gekennzeichnete Zeile über den Button „stornieren“ (❺) aus dem Datensatz entfernen:



Die Angaben in dieser Kodierhilfe beziehen sich auf die unten dargestellte Benutzer-spezifische Einstellung des Mengenkalkulators mit der Anzeige von Kurz- und Langbezeichnung der Zusatzentgelte. Die Einstellung Ihres Mengenkalkulators können Sie über das Menü „Anzeigeoptionen“ (❻) festlegen, bzw. ändern:

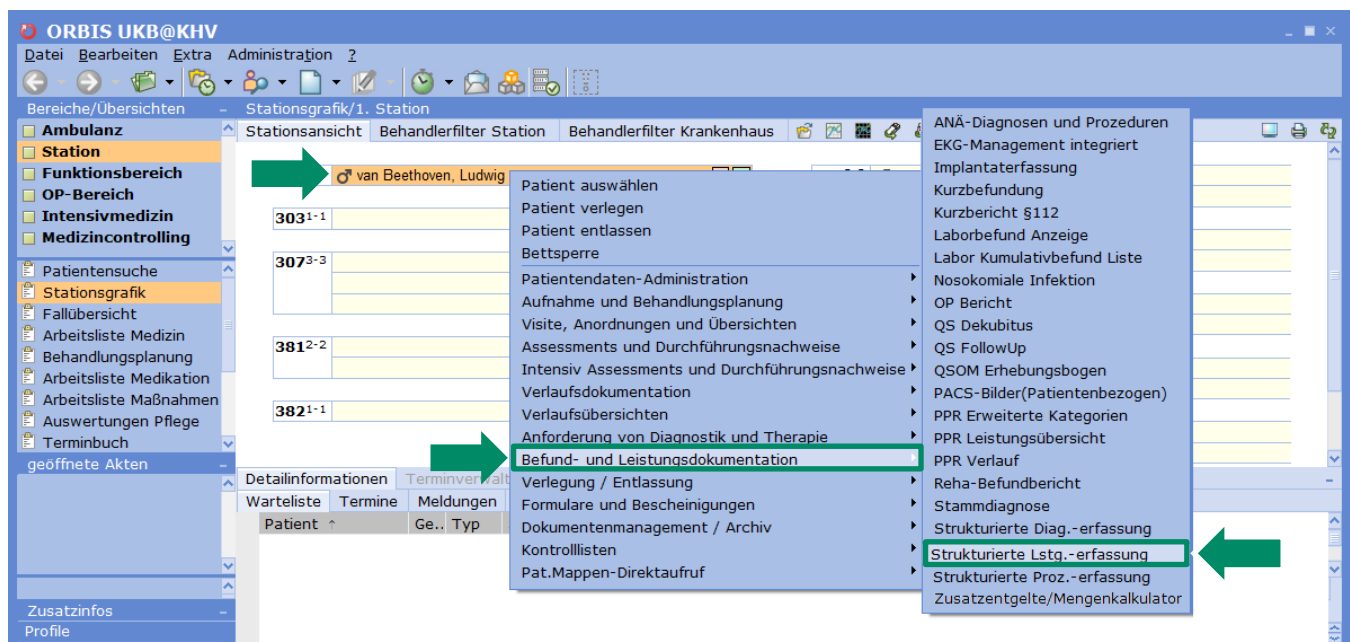


Erfassen von zusätzlich erforderlichen Abrechnungsinformationen über die „Strukturierte Leistungserfassung“

Da bei einigen Zusatzentgelten nicht alle abrechnungsrelevanten Informationen ausreichend über den Mengenkalkulator oder die Prozedureneingabe an die stationäre Abrechnung übertragen werden können, werden solche Zusatzinformationen über die „Strukturierte Leistungserfassung“ in Orbis® an die Abrechnung übermittelt.

Die Information, ob für ein Zusatzentgelt abrechnungsrelevante Informationen über die „Strukturierte Leistungserfassung“ übertragen werden müssen, finden Sie in den Kapiteln 3, 4 und 5 dieser Kodierhilfe. Um die „Strukturierte Leistungserfassung“ in Orbis® aufzurufen, müssen Sie wie folgt vorgehen:

1. Wählen Sie in der „Stationsgrafik“ oder der „Patientensuche“ den Patienten aus
2. Klicken Sie auf die rechte Maustaste
3. Wählen Sie „Befund- und Leistungsdokumentation“
4. Wählen Sie „Strukturierte Lstg.-Erfassung“



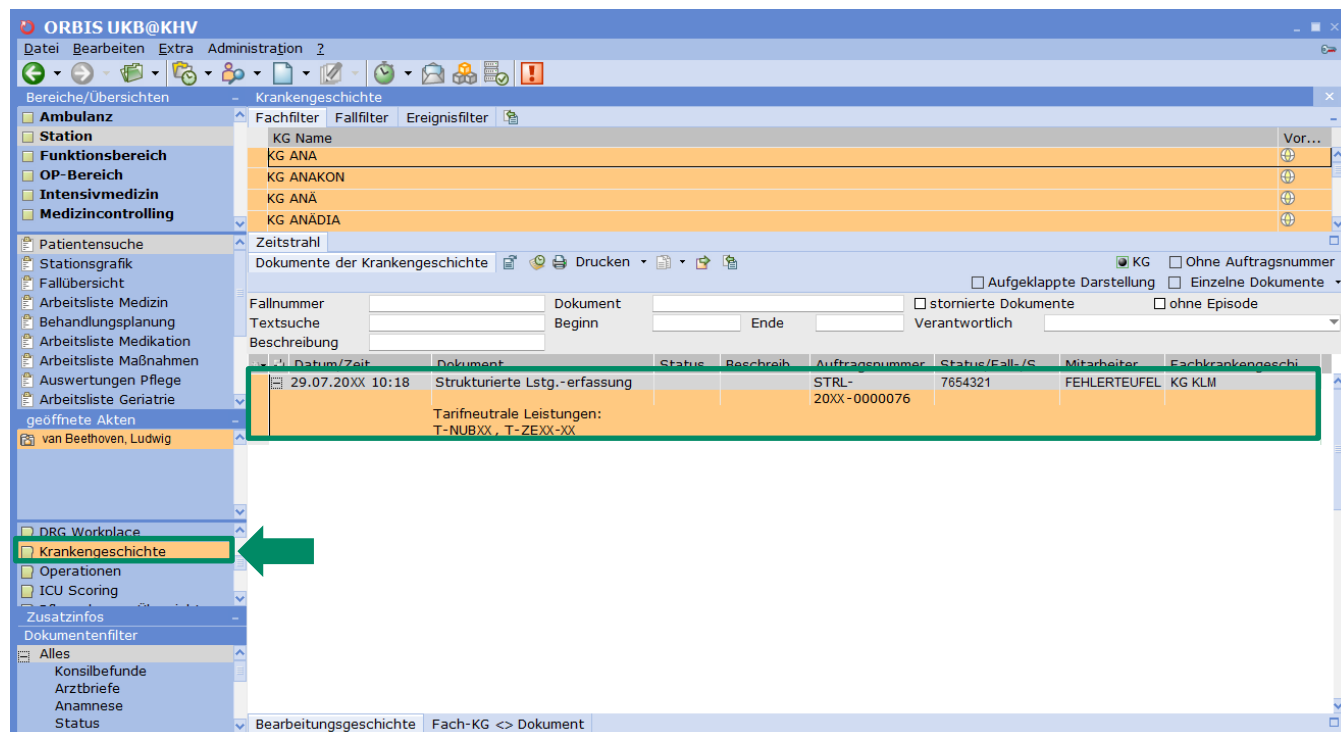
In der „Strukturierten Leistungserfassung“ können Sie nun den Ordner „Zusatzinformationen ZE & NUB“ durch Anklicken des -Symbols öffnen:

Um die entsprechenden Zusatzinformationen für das Zusatzentgelt angeben zu können, klicken Sie nun auf das -Symbol vor dem gewünschten Zusatzentgelt. Hierdurch öffnet sich das Formularfeld für die spezifische Leistungserfassung. Aktivieren Sie nun die ☒-Checkbox (❶) und geben Sie im Eingabefeld (❷) die erforderliche Abrechnungsinformation ein. Bitte beachten Sie hierbei unbedingt die zugeordnete Einheit bzw. Leistungsart (❸):

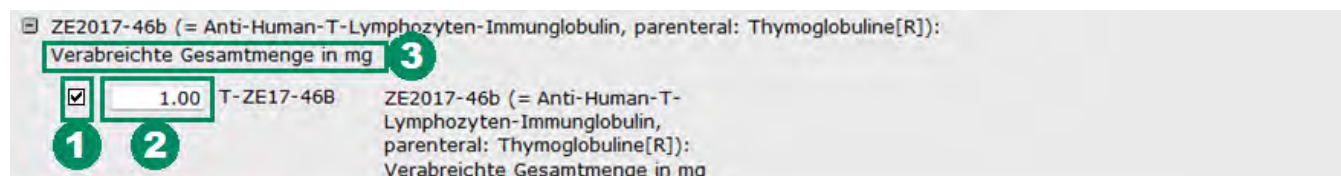
Um die eingegebenen Daten zur Abrechnung zu übertragen, müssen Sie Ihre Eingabe durch Anklicken des Buttons „Fertig“ (❹) im oberen Formularbereich abspeichern:

Korrektur fehlerhafter Eingaben in der „Strukturierten Leistungserfassung“

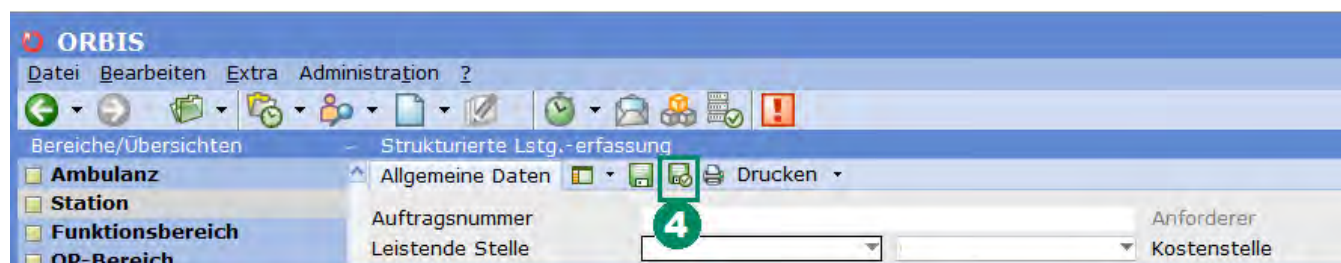
Fehlerhafte Eingaben im Formular "Strukturierte Lstg.-erfassung" können Sie in der „Orbis®-Krankengeschichte“ korrigieren. Rufen Sie hierzu das Formular „Strukturierte Leistungserfassung“ mit einem Doppelklick unter dem Erfassungsdatum auf:



Hierdurch öffnet sich das Formularfeld für die spezifische Leistungserfassung. Falls Sie die gesamte Eingabe komplett stornieren möchten, deaktivieren (= ☐) Sie hierzu die ☒-Checkbox (1). Falls Sie die nur die Menge ändern möchten, geben Sie die korrekte Menge im Eingabefeld (2) in der zugeordneten Einheit bzw. Leistungsart (3) an:



Um die Korrektur abzuschließen, müssen Sie Ihre Eingabe durch Anklicken des Buttons „Fertig“ (4) im oberen Formularbereich abspeichern:



3. Bundeseinheitliche Zusatzentgelte (ZE)

(Seit dem 1.1.2018 bundeseinheitlich gültige Entgelte nach DRG-Fallpauschalenkatalog 2018)

ZE01.01**Hämodialyse, intermittierend, Alter > 14 Jahre**

Schlagwortverzeichnis: HD, Dialyse, Hämodialyse

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE120 (Hämodialyse: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben [CVVHD]), ZE2018-08 (Sonstige Dialyse), ZE2018-109 (Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Dialyse und ähnliche Verfahren)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 oder der DRG L90B oder L90C und dem nach Anlage 3b krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelt L90A nicht möglich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE01.01	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	230,63 €
	8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	
	8-854.4	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	
	8-854.5	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	

ZE01.02**Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre**

Schlagwortverzeichnis: HD, Dialyse, Hämodialyse

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE120 (Hämodialyse: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben [CVVHD]), ZE2018-08 (Sonstige Dialyse), ZE2018-109 (Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Dialyse und ähnliche Verfahren)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 oder der DRG L90B oder L90C und dem nach Anlage 3b krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelt L90A nicht möglich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE01.02	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	425,51 €
	8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	
	8-854.4	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	
	8-854.5	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	

ZE02*Hämodiafiltration, intermittierend*

Schlagwortverzeichnis: HDF, Filtration (HDF), Hämodiafiltration

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE121 (Hämodiafiltration: kontinuierlich), ZE2018-08 (Sonstige Dialyse)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Dialyse und ähnliche Verfahren)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 oder der DRG L90B oder L90C und dem nach Anlage 3b krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelt L90A nicht möglich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE02	8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	239,69 €
	8-855.4	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	
	8-855.5	Hämodiafiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	
	8-855.6	Hämodiafiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	

ZE09*Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil*

Schlagwortverzeichnis: Medikamentenpumpe, Arzneimittelpumpe, Synchro-Med®II-Pumpe

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE56 (Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate), ZE2018-07 (Andere implantierbare Medikamentenpumpen)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten) oder OPS-Eingabe im OP-Protokoll			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE09	5-028.11	Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten: Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intraventrikulären Infusion: Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil	9.936,79 €
	5-038.41	Operationen am spinalen Liquorsystem: Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion: Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil	

ZE10**Künstlicher Blasenschließmuskel**

Schlagwortverzeichnis: Blasenschließmuskel, AMS800®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE134 (verschiedene Harnkontinenztherapien), ZE153 (Zügeloperation mit alloplastischem Material, adjustierbar)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten) oder OPS-Eingabe im OP-Protokoll			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE10	5-597.0*	Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter: Implantation	3.279,94 €
	5-597.30	Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter: Wechsel: Vollständig, bulbär, 1 Cuff	
	5-597.31	Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter: Wechsel: Vollständig, bulbär, 2 Cuffs	
	5-597.32	Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter: Wechsel: Vollständig, am Blasenhal	

ZE11**Wirbelkörperersatz**

Schlagwortverzeichnis: Wirbelkörperersatz, Obelisc®, Athlet®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE125 (Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers), NUB95a (Therapie der Skoliose mittels magnetisch-kontrollierter Stangen)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten) oder OPS-Eingabe im OP-Protokoll			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule: Wirbelkörperersatz durch Implantat	
ZE11.01	5-837.00	1 Wirbelkörper	909,62 €
ZE11.02	5-837.01	2 Wirbelkörper	1.579,24 €
ZE11.03	5-837.02	3 Wirbelkörper	2.248,86 €
ZE11.04	5-837.04	4 Wirbelkörper	2.918,48 €
ZE11.05	5-837.05	5 oder mehr Wirbelkörper	3.588,10 €

ZE17**Gabe von Gemcitabin, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Gemcitabin, Acadic-Gemcitabin®, Axigem®, Bendacitabin®, BW-gembin®, Citagem®, Gemci-cell®, Gemcisela®, Gemci Lyo®, Gemcitan®, Gemcitabine®, Gemcitom®, Gemcitabin...®, Gemedac®, Gensol-NC®, Gemzar®, Ribozar®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 1: Gemcitabin, parenteral (Zytostatikum / Antimetabolit, Pyrimidin-Analogon)	
ZE17.10	6-001.19	19,0 g bis unter 22,0 g	215,10 €
ZE17.11	6-001.1a	22,0 g bis unter 25,0 g	247,37 €
ZE17.12	6-001.1b	25,0 g bis unter 28,0 g	279,63 €
ZE17.13	6-001.1c	28,0 g bis unter 31,0 g	311,90 €

ZE- & NUB-Handbuch

ZE17.14	6-001.1d	31,0 g bis unter 34,0 g	344,16 €
ZE17.15	6-001.1e	34,0 g oder mehr	376,43 €

ZE19

Gabe von Irinotecan, parenteral

Schlagwortverzeichnis: Irinotecan, Axinotecan®, Campto®, Irino-NC®, Irino-onkovis®, Irinomedac®, Irinotesin®, Irinotom®, Irinotecan...®, Onivyde®, Riboirino®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 1: Irinotecan, parenteral (Antineoplastisches Mittel, Topoisomerase-I-Hemmer)	
ZE19.14	6-001.3d	2.000 mg bis unter 2.200 mg	169,67 €
ZE19.15	6-001.3e	2.200 mg bis unter 2.400 mg	186,09 €
ZE19.16	6-001.3f	2.400 mg bis unter 2.600 mg	202,51 €
ZE19.17	6-001.3g	2.600 mg bis unter 2.800 mg	218,93 €
ZE19.18	6-001.3h	2.800 mg bis unter 3.000 mg	235,35 €
ZE19.19	6-001.3j	3.000 mg oder mehr	251,77 €

ZE30 TFG

Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral

Schlagwortverzeichnis: Prothrombinkomplex, Beriplex®, Octaplex®, PPSB...®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE 2018-97 (Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren [ZE2018-97i – Prothrombinkomplex]), ZE2018-137 (Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII), ZE2018-138 (Gabe von Fibrinogenkonzentrat), ZE 2018-139 (Gabe von Blutgerinnungsfaktoren)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Verabreichung von Blutprodukten)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.			
Bei der Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren erfolgt die Abrechnung der Gabe von Prothrombinkomplex über das ZE2018-97i, die gleichzeitige Abrechnung des ZE30 ist ausgeschlossen.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex (Kombination der Prothrombinkomplex-Faktoren II, VII, IX und X)	
ZE30.02	8-812.53	3.500 IE bis unter 4.500 IE	856,64 €
ZE30.03	8-812.54	4.500 IE bis unter 5.500 IE	1.080,73 €
ZE30.04	8-812.55	5.500 IE bis unter 6.500 IE	1.304,33 €
ZE30.05	8-812.56	6.500 IE bis unter 7.500 IE	1.527,93 €
ZE30.06	8-812.57	7.500 IE bis unter 8.500 IE	1.751,53 €
ZE30.07	8-812.58	8.500 IE bis unter 9.500 IE	1.975,13 €
ZE30.08	8-812.59	9.500 IE bis unter 10.500 IE	2.198,73 €
ZE30.09	8-812.5a	10.500 IE bis unter 15.500 IE	2.720,47 €
ZE30.10	8-812.5b	15.500 IE bis unter 20.500 IE	3.838,47 €
ZE30.11	8-812.5c	20.500 IE bis unter 25.500 IE	4.956,47 €
ZE30.12	8-812.5d	25.500 IE bis unter 30.500 IE	6.074,47 €
ZE30.14	8-812.5f	30.500 IE bis unter 40.500 IE	7.378,80 €
ZE30.15	8-812.5g	40.500 IE bis unter 50.500 IE	9.614,80 €
ZE30.16	8-812.5h	50.500 IE bis unter 60.500 IE	11.850,80 €
ZE30.17	8-812.5j	60.500 IE bis unter 80.500 IE	14.645,80 €
ZE30.18	8-812.5k	80.500 IE bis unter 100.500 IE	19.117,80 €
ZE30.19	8-812.5m	100.500 IE bis unter 120.500 IE	23.589,80 €

ZE30.20	8-812.5n	120.500 IE bis unter 140.500 IE	28.061,80 €
ZE30.21	8-812.5p	140.500 IE bis unter 160.500 IE	32.533,80 €
ZE30.22	8-812.5q	160.500 IE bis unter 200.500 IE	38.123,80 €
ZE30.23	8-812.5r	200.500 IE oder mehr	47.067,80 €

ZE36 TFG**Plasmapherese**

Schlagwortverzeichnis: Plasmapherese, PP, DFPP

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE37 (Extrakorporale Photopherese), ZE61 (LDL-Apherese), ZE2018-15 (Zellapherese)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Dialyse und ähnliche Verfahren)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bei Plasmatransfusion: Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Therapeutische Plasmapherese	
ZE36.01	8-820.00	1 Plasmapherese	1.284,89 €
	8-820.10	1 Plasmapherese	
	8-820.20	1 Plasmapherese	
	8-826.*0	1 Doppelfiltrationsplasmapherese	
ZE36.02	8-820.01	2 Plasmapheresen	2.569,78 €
	8-820.11	2 Plasmapheresen	
	8-820.21	2 Plasmapheresen	
	8-826.*1	2 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.03	8-820.02	3 Plasmapheresen	3.854,67 €
	8-820.12	3 Plasmapheresen	
	8-820.22	3 Plasmapheresen	
	8-826.*2	3 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.04	8-820.03	4 Plasmapheresen	5.139,56 €
	8-820.13	4 Plasmapheresen	
	8-820.23	4 Plasmapheresen	
	8-826.*3	4 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.05	8-820.04	5 Plasmapheresen	6.424,45 €
	8-820.14	5 Plasmapheresen	
	8-820.24	5 Plasmapheresen	
	8-826.*4	5 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.06	8-820.08	6 Plasmapheresen	7.709,34 €
	8-820.18	6 Plasmapheresen	
	8-820.25	6 Plasmapheresen	
	8-826.*5	6 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.07	8-820.09	7 Plasmapheresen	8.994,23 €
	8-820.19	7 Plasmapheresen	
	8-820.26	7 Plasmapheresen	
	8-826.*6	7 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.08	8-820.0a	8 Plasmapheresen	10.279,12 €
	8-820.1a	8 Plasmapheresen	
	8-820.27	8 Plasmapheresen	
	8-826.*7	8 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.09	8-820.0b	9 Plasmapheresen	11.564,01 €
	8-820.1b	9 Plasmapheresen	
	8-820.28	9 Plasmapheresen	
	8-826.*8	9 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.10	8-820.0c	10 Plasmapheresen	12.848,90 €
	8-820.1c	10 Plasmapheresen	
	8-820.29	10 Plasmapheresen	
	8-826.*9	10 Doppelfiltrationsplasmapheresen	

ZE36.11	8-820.0d	11 Plasmapheresen	14.133,79 €
	8-820.1d	11 Plasmapheresen	
	8-820.2a	11 Plasmapheresen	
	8-826.*a	11 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.12	8-820.0e	12 Plasmapheresen	15.418,68 €
	8-820.1e	12 Plasmapheresen	
	8-820.2b	12 Plasmapheresen	
	8-826.*b	12 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.13	8-820.0f	13 Plasmapheresen	16.703,57 €
	8-820.1f	13 Plasmapheresen	
	8-820.2c	13 Plasmapheresen	
	8-826.*c	13 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.14	8-820.0g	14 Plasmapheresen	17.988,46 €
	8-820.1g	14 Plasmapheresen	
	8-820.2d	14 Plasmapheresen	
	8-826.*d	14 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.15	8-820.0h	15 Plasmapheresen	19.273,35 €
	8-820.1h	15 Plasmapheresen	
	8-820.2e	15 Plasmapheresen	
	8-826.*e	15 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.16	8-820.0j	16 bis 17 Plasmapheresen	21.200,69 €
	8-820.1j	16 bis 17 Plasmapheresen	
	8-820.2f	16 bis 17 Plasmapheresen	
	8-826.*f	16 bis 17 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.17	8-820.0k	18 bis 19 Plasmapheresen	23.770,47 €
	8-820.1k	18 bis 19 Plasmapheresen	
	8-820.2g	18 bis 19 Plasmapheresen	
	8-826.*g	18 bis 19 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.18	8-820.0m	20 bis 21 Plasmapheresen	26.340,25 €
	8-820.1m	20 bis 21 Plasmapheresen	
	8-820.2h	20 bis 21 Plasmapheresen	
	8-826.*h	20 bis 21 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.19	8-820.0n	22 bis 23 Plasmapheresen	28.910,03 €
	8-820.1n	22 bis 23 Plasmapheresen	
	8-820.2j	22 bis 23 Plasmapheresen	
	8-826.*j	22 bis 23 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.20	8-820.0p	24 bis 25 Plasmapheresen	31.479,81 €
	8-820.1p	24 bis 25 Plasmapheresen	
	8-820.2k	24 bis 25 Plasmapheresen	
	8-826.*k	24 bis 25 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.21	8-820.0q	26 bis 28 Plasmapheresen	34.692,03 €
	8-820.1q	26 bis 28 Plasmapheresen	
	8-820.2m	26 bis 28 Plasmapheresen	
	8-826.*m	26 bis 28 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.22	8-820.0r	29 bis 31 Plasmapheresen	38.546,70 €
	8-820.1r	29 bis 31 Plasmapheresen	
	8-820.2n	29 bis 31 Plasmapheresen	
	8-826.*n	29 bis 31 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.23	8-820.0s	32 bis 34 Plasmapheresen	42.401,37 €
	8-820.1s	32 bis 34 Plasmapheresen	
	8-820.2p	32 bis 34 Plasmapheresen	
	8-826.*p	32 bis 34 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.24	8-820.0t	35 bis 39 Plasmapheresen	47.540,93 €
	8-820.1t	35 bis 39 Plasmapheresen	
	8-820.2q	35 bis 39 Plasmapheresen	
	8-826.*q	35 bis 39 Doppelfiltrationsplasmapheresen	

ZE36.25	8-820.0u	40 bis 44 Plasmapheresen	53.965,38 €
	8-820.1u	40 bis 44 Plasmapheresen	
	8-820.2r	40 bis 44 Plasmapheresen	
	8-826.*r	40 bis 44 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.26	8-820.0v	45 bis 49 Plasmapheresen	60.389,83 €
	8-820.1v	45 bis 49 Plasmapheresen	
	8-820.2s	45 bis 49 Plasmapheresen	
	8-826.*s	45 bis 49 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE36.27	8-820.0w	50 oder mehr Plasmapheresen	66.814,28 €
	8-820.1w	50 oder mehr Plasmapheresen	
	8-820.2t	50 oder mehr Plasmapheresen	
	8-826.*t	50 oder mehr Doppelfiltrationsplasmapheresen	

ZE37**Extrakorporale Photopherese**

Schlagwortverzeichnis: Photopherese, ECP, ExP

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE36 (Plasmapherese), ZE61 (LDL-Apherese), ZE2018-15 (Zellapherese)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Dialyse und ähnliche Verfahren)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE37	8-824	Photopherese	1.292,64 €

ZE40**Gabe von Filgrastim, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Filgrastim, Accofil®, Filgrastim...®, Granulokine®, Grastofil®, Neupogen®, Nivestim®, Ratiograstim®, Tevagrastim®, Zarzio®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE71 (Gabe von Pegfilgrastim, parenteral), ZE160 (Lipegfilgrastim, parenteral)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 2: Filgrastim, parenteral (Immunstimulans, Wachstumsfaktor [G-CSF])	
ZE40.01	6-002.10	70 Mio. IE bis unter 130 Mio. IE (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	24,26 €
ZE40.02	6-002.11	130 Mio. IE bis unter 190 Mio. IE (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	40,44 €
ZE40.03	6-002.12	190 Mio. IE bis unter 250 Mio. IE (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	56,62 €
ZE40.04	6-002.13	250 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE	76,39 €
ZE40.05	6-002.14	350 Mio. IE bis unter 450 Mio. IE	103,35 €
ZE40.06	6-002.15	450 Mio. IE bis unter 550 Mio. IE	130,31 €
ZE40.07	6-002.16	550 Mio. IE bis unter 650 Mio. IE	157,27 €
ZE40.08	6-002.17	650 Mio. IE bis unter 750 Mio. IE	184,23 €
ZE40.09	6-002.18	750 Mio. IE bis unter 850 Mio. IE	211,19 €
ZE40.10	6-002.19	850 Mio. IE bis unter 950 Mio. IE	238,15 €
ZE40.11	6-002.1a	950 Mio. IE bis unter 1.050 Mio. IE	265,11 €
ZE40.12	6-002.1b	1.050 Mio. IE bis unter 1.250 Mio. IE	301,05 €
ZE40.13	6-002.1c	1.250 Mio. IE bis unter 1.450 Mio. IE	354,97 €
ZE40.14	6-002.1d	1.450 Mio. IE bis unter 1.650 Mio. IE	408,89 €
ZE40.15	6-002.1e	1.650 Mio. IE bis unter 1.850 Mio. IE	462,81 €
ZE40.16	6-002.1f	1.850 Mio. IE bis unter 2.050 Mio. IE	516,73 €

ZE40.17	6-002.1g	2.050 Mio. IE bis unter 2.250 Mio. IE	570,65 €
ZE40.18	6-002.1h	2.250 Mio. IE bis unter 2.450 Mio. IE	624,57 €
ZE40.19	6-002.1j	2.450 Mio. IE oder mehr	678,49 €

ZE42*Gabe von Lenograstim, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Lenograstim, Granozyte®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 2: Lenograstim, parenteral (Immunstimulans, Wachstumsfaktor [G-CSF])	
ZE42.01	6-002.20	75 Mio. IE bis unter 150 Mio. IE (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	54,40 €
ZE42.02	6-002.21	150 Mio. IE bis unter 225 Mio. IE (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	95,20 €
ZE42.03	6-002.22	225 Mio. IE bis unter 300 Mio. IE (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	136,00 €
ZE42.04	6-002.23	300 Mio. IE bis unter 400 Mio. IE	181,33 €
ZE42.05	6-002.24	400 Mio. IE bis unter 500 Mio. IE	235,73 €
ZE42.06	6-002.25	500 Mio. IE bis unter 600 Mio. IE	290,13 €
ZE42.07	6-002.26	600 Mio. IE bis unter 800 Mio. IE	362,67 €
ZE42.08	6-002.27	800 Mio. IE bis unter 1.000 Mio. IE	471,47 €
ZE42.09	6-002.28	1.000 Mio. IE bis unter 1.200 Mio. IE	580,27 €
ZE42.10	6-002.29	1.200 Mio. IE bis unter 1.400 Mio. IE	689,07 €
ZE42.11	6-002.2a	1.400 Mio. IE bis unter 1.600 Mio. IE	797,87 €
ZE42.12	6-002.2b	1.600 Mio. IE bis unter 1.800 Mio. IE	906,67 €
ZE42.13	6-002.2c	1.800 Mio. IE bis unter 2.000 Mio. IE	1.015,47 €
ZE42.14	6-002.2d	2.000 Mio. IE bis unter 2.200 Mio. IE	1.124,27 €
ZE42.15	6-002.2e	2.200 Mio. IE bis unter 2.400 Mio. IE	1.233,07 €
ZE42.16	6-002.2f	2.400 Mio. IE bis unter 2.600 Mio. IE	1.341,87 €
ZE42.17	6-002.2g	2.600 Mio. IE bis unter 2.800 Mio. IE	1.450,67 €
ZE42.18	6-002.2h	2.800 Mio. IE bis unter 3.000 Mio. IE	1.559,47 €
ZE42.19	6-002.2j	3.000 Mio. IE oder mehr	1.668,27 €

ZE44*Gabe von Topotecan, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Topotecan, Hycamtin®, Potactasol®, Ribocamtin®, Topotecan ...®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 2: Topotecan, parenteral (Antineoplastisches Mittel, Topoisomerase-I-Hemmer)	
ZE44.01	6-002.4c	30,0 mg bis unter 40,0 mg	80,70 €
ZE44.02	6-002.4d	40,0 mg bis unter 50,0 mg	104,91 €
ZE44.03	6-002.4e	50,0 mg bis unter 60,0 mg	129,11 €
ZE44.04	6-002.4f	60,0 mg bis unter 70,0 mg	153,32 €
ZE44.05	6-002.4g	70,0 mg oder mehr	177,53 €

ZE47 TFG*Gabe von Antithrombin III, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Antithrombin III, Anbinex®, AT III ...®, Kybernin®, Atenativ®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Verabreichung von Blutprodukten)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Antithrombin III (Thrombininhibitor)	
ZE47.01	8-810.g1	2.000 IE bis unter 3.500 IE (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	148,50 €
ZE47.02	8-810.g2	3.500 IE bis unter 5.000 IE (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	237,60 €
ZE47.03	8-810.g3	5.000 IE bis unter 7.000 IE (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	336,60 €
ZE47.04	8-810.g4	7.000 IE bis unter 10.000 IE	475,20 €
ZE47.05	8-810.g5	10.000 IE bis unter 15.000 IE	693,00 €
ZE47.06	8-810.g6	15.000 IE bis unter 20.000 IE	990,00 €
ZE47.07	8-810.g7	20.000 IE bis unter 25.000 IE	1.287,00 €
ZE47.08	8-810.g8	25.000 IE bis unter 30.000 IE	1.584,00 €
ZE47.09	8-810.ga	30.000 IE bis unter 40.000 IE	1.980,00 €
ZE47.10	8-810.gb	40.000 IE bis unter 50.000 IE	2.574,00 €
ZE47.11	8-810.gc	50.000 IE bis unter 60.000 IE	3.168,00 €
ZE47.12	8-810.gd	60.000 IE bis unter 70.000 IE	3.762,00 €
ZE47.13	8-810.ge	70.000 IE bis unter 90.000 IE	4.554,00 €
ZE47.14	8-810.gf	90.000 IE bis unter 110.000 IE	5.742,00 €
ZE47.15	8-810.gg	110.000 IE bis unter 130.000 IE	6.930,00 €
ZE47.16	8-810.gh	130.000 IE bis unter 150.000 IE	8.118,00 €
ZE47.17	8-810.gj	150.000 IE oder mehr	9.306,00 €

ZE48*Gabe von Aldesleukin, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Aldesleukin, Proleukin®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 1: Aldesleukin, parenteral (Immunstimulans, Zytokin)	
ZE48.01	6-001.80	45 Mio. IE bis unter 65 Mio. IE	1.076,30 €
ZE48.02	6-001.81	65 Mio. IE bis unter 85 Mio. IE	1.492,94 €
ZE48.03	6-001.82	85 Mio. IE bis unter 105 Mio. IE	1.909,57 €
ZE48.04	6-001.83	105 Mio. IE bis unter 125 Mio. IE	2.326,21 €
ZE48.05	6-001.84	125 Mio. IE bis unter 145 Mio. IE	2.742,84 €
ZE48.06	6-001.85	145 Mio. IE bis unter 165 Mio. IE	3.159,47 €
ZE48.07	6-001.86	165 Mio. IE bis unter 185 Mio. IE	3.576,11 €
ZE48.08	6-001.87	185 Mio. IE bis unter 205 Mio. IE	3.992,74 €
ZE48.09	6-001.88	205 Mio. IE bis unter 245 Mio. IE	4.548,25 €
ZE48.10	6-001.89	245 Mio. IE bis unter 285 Mio. IE	5.381,52 €
ZE48.11	6-001.8a	285 Mio. IE bis unter 325 Mio. IE	6.214,79 €
ZE48.12	6-001.8b	325 Mio. IE bis unter 365 Mio. IE	7.048,06 €

ZE48.13	6-001.8c	365 Mio. IE bis unter 405 Mio. IE	7.881,33 €
ZE48.14	6-001.8d	405 Mio. IE bis unter 445 Mio. IE	8.714,59 €
ZE48.15	6-001.8e	445 Mio. IE bis unter 485 Mio. IE	9.547,86 €
ZE48.16	6-001.8f	485 Mio. IE bis unter 525 Mio. IE	10.381,13 €
ZE48.17	6-001.8g	525 Mio. IE bis unter 565 Mio. IE	11.214,40 €
ZE48.18	6-001.8h	565 Mio. IE bis unter 625 Mio. IE	12.186,54 €
ZE48.19	6-001.8j	625 Mio. IE bis unter 685 Mio. IE	13.436,45 €
ZE48.20	6-001.8k	685 Mio. IE bis unter 745 Mio. IE	14.686,35 €
ZE48.21	6-001.8m	745 Mio. IE bis unter 805 Mio. IE	15.936,25 €
ZE48.22	6-001.8n	805 Mio. IE oder mehr	17.186,15 €

ZE50*Gabe von Cetuximab, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Cetuximab, Erbitux®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 1: Cetuximab, parenteral (Antineoplastisches Mittel, monoklonaler Antikörper)	
ZE50.01	6-001.a0	250 mg bis unter 350 mg	715,47 €
ZE50.02	6-001.a1	350 mg bis unter 450 mg	967,99 €
ZE50.03	6-001.a2	450 mg bis unter 550 mg	1.220,51 €
ZE50.04	6-001.a3	550 mg bis unter 650 mg	1.473,03 €
ZE50.05	6-001.a4	650 mg bis unter 750 mg	1.725,55 €
ZE50.06	6-001.a5	750 mg bis unter 850 mg	1.978,07 €
ZE50.07	6-001.a6	850 mg bis unter 1.050 mg	2.314,77 €
ZE50.08	6-001.a7	1.050 mg bis unter 1.250 mg	2.808,40 €
ZE50.09	6-001.a8	1.250 mg bis unter 1.450 mg	3.324,85 €
ZE50.10	6-001.a9	1.450 mg bis unter 1.650 mg	3.829,89 €
ZE50.11	6-001.aa	1.650 mg bis unter 1.850 mg	4.334,93 €
ZE50.12	6-001.ab	1.850 mg bis unter 2.150 mg	4.916,92 €
ZE50.13	6-001.ac	2.150 mg bis unter 2.450 mg	5.681,70 €
ZE50.14	6-001.ad	2.450 mg bis unter 2.750 mg	6.439,26 €
ZE50.15	6-001.ae	2.750 mg bis unter 3.050 mg	7.196,82 €
ZE50.16	6-001.af	3.050 mg bis unter 3.350 mg	7.954,38 €
ZE50.18	6-001.ah	3.350 mg bis unter 3.950 mg	8.964,46 €
ZE50.19	6-001.aj	3.950 mg bis unter 4.550 mg	10.479,58 €
ZE50.20	6-001.ak	4.550 mg oder mehr	11.994,70 €

ZE51 TFG**Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Immunglobulin (Hep.B), Hep.B-Immunglobulin, Hepatect CP®, Venbig®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE64 (Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral), ZE67 (Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral), ZE93 (Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral), ZE2018-46 (Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Verabreichung von Blutprodukten)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen (HBsAg) (spezif. Immunglobulin)	
ZE51.01	8-810.q0	2.000 IE bis unter 4.000 IE	1.638,80 €
ZE51.02	8-810.q1	4.000 IE bis unter 6.000 IE	3.277,60 €
ZE51.03	8-810.q2	6.000 IE bis unter 8.000 IE	4.916,40 €
ZE51.04	8-810.q3	8.000 IE bis unter 10.000 IE	6.555,20 €
ZE51.05	8-810.q4	10.000 IE bis unter 12.000 IE	8.194,00 €
ZE51.06	8-810.q5	12.000 IE bis unter 14.000 IE	9.832,80 €
ZE51.07	8-810.q6	14.000 IE bis unter 16.000 IE	11.471,60 €
ZE51.08	8-810.q7	16.000 IE bis unter 18.000 IE	13.110,40 €
ZE51.09	8-810.q8	18.000 IE bis unter 20.000 IE	14.749,20 €
ZE51.10	8-810.q9	20.000 IE bis unter 22.000 IE	16.388,00 €
ZE51.11	8-810.qa	22.000 IE bis unter 24.000 IE	18.026,80 €
ZE51.12	8-810.qb	24.000 IE bis unter 28.000 IE	19.665,60 €
ZE51.13	8-810.qc	28.000 IE bis unter 32.000 IE	22.943,20 €
ZE51.14	8-810.qd	32.000 IE bis unter 36.000 IE	26.220,80 €
ZE51.15	8-810.qe	36.000 IE bis unter 40.000 IE	29.498,40 €
ZE51.16	8-810.qf	40.000 IE bis unter 46.000 IE	32.776,00 €
ZE51.17	8-810.qg	46.000 IE bis unter 52.000 IE	37.692,40 €
ZE51.18	8-810.qh	52.000 IE bis unter 58.000 IE	42.608,80 €
ZE51.19	8-810.qj	58.000 IE bis unter 64.000 IE	47.525,20 €
ZE51.20	8-810.qk	64.000 IE oder mehr	52.441,60 €

ZE52**Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Doxorubicin (lipos.), Myocet®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE72 (Gabe von Pegyliertem liposomalen Doxorubicin, parenteral)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 1: Liposomales Doxorubicin, parenteral (Zytostatikum, zytotoxisches Antibiotikum);	
ZE52.01	6-001.b0	10 mg bis unter 20 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	296,07 €
ZE52.02	6-001.b1	20 mg bis unter 30 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	518,12 €
ZE52.03	6-001.b2	30 mg bis unter 40 mg	738,10 €
ZE52.04	6-001.b3	40 mg bis unter 50 mg	962,23 €
ZE52.05	6-001.b4	50 mg bis unter 60 mg	1.146,68 €
ZE52.06	6-001.b5	60 mg bis unter 70 mg	1.397,82 €

ZE52.07	6-001.b6	70 mg bis unter 80 mg	1.628,39 €
ZE52.08	6-001.b7	80 mg bis unter 90 mg	1.850,44 €
ZE52.09	6-001.b8	90 mg bis unter 100 mg	2.072,49 €
ZE52.10	6-001.b9	100 mg bis unter 110 mg	2.248,29 €
ZE52.11	6-001.ba	110 mg bis unter 120 mg	2.516,60 €
ZE52.12	6-001.bb	120 mg bis unter 140 mg	2.812,67 €
ZE52.13	6-001.bc	140 mg bis unter 160 mg	3.256,78 €
ZE52.14	6-001.bd	160 mg bis unter 180 mg	3.700,88 €
ZE52.15	6-001.be	180 mg bis unter 200 mg	4.144,99 €
ZE52.16	6-001.bf	200 mg bis unter 220 mg	4.589,10 €
ZE52.17	6-001.bg	220 mg bis unter 240 mg	5.033,20 €
ZE52.18	6-001.bh	240 mg bis unter 260 mg	5.477,31 €
ZE52.19	6-001.bj	260 mg bis unter 280 mg	5.921,41 €
ZE52.20	6-001.bk	280 mg bis unter 300 mg	6.365,52 €
ZE52.21	6-001.bm	300 mg bis unter 320 mg	6.809,63 €
ZE52.22	6-001.bn	320 mg oder mehr	7.253,73 €

ZE56**Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate**

Schlagwortverzeichnis: Medikamentenpumpe, Arzneimittelpumpe

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE09 (Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil), ZE2018-07 (Andere implantierbare Medikamentenpumpen)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten) oder OPS-Eingabe im OP-Protokoll			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE56	5-028.10	Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten: Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intraventrikulären Infusion: Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate	3.221,59 €
	5-038.40	Operationen am spinalen Liquorsystem: Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion: Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate	

ZE58**Hydraulische Penisprothesen**

Schlagwortverzeichnis: Penisprothese, AMS700®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-24 (Andere Penisprothesen)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten) oder OPS-Eingabe im OP-Protokoll			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE58	5-649.51	Andere Operationen am Penis: Implantation einer Penisprothese: Hydraulische Prothese	5.767,59 €
	5-649.a1	Andere Operationen am Penis: Wechsel einer semirigiden Penisprothese: In eine hydraulische Prothese	
	5-649.b1	Andere Operationen am Penis: Wechsel einer hydraulischen Penisprothese: Vollständig, in eine hydraulische Prothese	

ZE60**Palliativmedizinische Komplexbehandlung**

Schlagwortverzeichnis: Palliativmed. Komplexbehandlung, Komplexbehandlung (Palliativmed.)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE145 (Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung), ZE2018-133 (Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst), ZE2018-134 (Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Sonstiges)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE60.01	8-982.1	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	1.286,81 €
ZE60.02	8-982.2	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	1.507,85 €
ZE60.03	8-982.3	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage	2.238,12 €

ZE61**LDL-Apherese**

Schlagwortverzeichnis: LDL-Apherese, Apherese (LDL)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE36 (Plasmapherese), ZE37 (Extrakorporale Photopherese), ZE2018-15 (Zellapherese)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Dialyse und ähnliche Verfahren)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE61	8-822	LDL-Apherese	1.082,35 €

ZE62**Hämofiltration, intermittierend**

Schlagwortverzeichnis: HF, Filtration (HF), Hämofiltration

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE119 (Hämofiltration: kontinuierlich), ZE2018-08 (Sonstige Dialyse)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Dialyse und ähnliche Verfahren)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 oder der DRG L90B oder L90C und dem nach Anlage 3b krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelt L90A nicht möglich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE62	8-853.3	Hämofiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	270,23 €
	8-853.4	Hämofiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	
	8-853.5	Hämofiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	
	8-853.6	Hämofiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	

ZE63**Gabe von Paclitaxel, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Paclitaxel, Aritaxel®, Axitaxel®, Bendatax®, Celltaxel®, Eurotaxel®, Neotaxan®, Pacli HEXAL®, Paclit®, Paclitaxel...®, Paclitax®, Paxene®, Ribotax®, Taxol®, Taxomedac®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch

siehe auch ZE2018-111 (Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral)

Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in

Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)

Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung

ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 1: Paclitaxel, parenteral (Zytostatikum)	
ZE63.08	6-001.f7	1.320 mg bis unter 1.500 mg	109,99 €
ZE63.09	6-001.f8	1.500 mg bis unter 1.680 mg	124,33 €
ZE63.10	6-001.f9	1.680 mg bis unter 1.860 mg	138,68 €
ZE63.11	6-001.fa	1.860 mg bis unter 2.040 mg	153,02 €
ZE63.12	6-001.fb	2.040 mg bis unter 2.220 mg	167,37 €
ZE63.13	6-001.fc	2.220 mg bis unter 2.400 mg	181,72 €
ZE63.14	6-001.fd	2.400 mg oder mehr	196,06 €

ZE64 TFG**Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Immunglobulin (CMV), CMV-Immunglobulin, Zytomeg.-Immunglobulin, Cytotect®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch

siehe auch ZE51 (Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral), ZE67 (Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral), ZE93 (Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral), ZE2018-46 (Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral)

Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in

Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Verabreichung von Blutprodukten)

Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung

Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.

ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus (CMV) (spezifisches Immunglobulin)	
ZE64.01	8-810.s0	1,0 g bis unter 2,0 g (nur für Pat. mit einem Alter von unter 5 Jahren)	326,28 €
ZE64.02	8-810.s1	2,0 g bis unter 3,0 g (nur für Pat. mit einem Alter von unter 5 Jahren)	571,00 €
ZE64.03	8-810.s2	3,0 g bis unter 5,0 g (nur für Pat. mit einem Alter von unter 5 Jahren)	897,28 €
ZE64.04	8-810.s3	5,0 g bis unter 7,5 g	1.223,57 €
ZE64.05	8-810.s4	7,5 g bis unter 10,0 g	1.835,35 €
ZE64.06	8-810.s5	10,0 g bis unter 12,5 g	2.447,13 €
ZE64.07	8-810.s6	12,5 g bis unter 15,0 g	3.058,92 €
ZE64.08	8-810.s7	15,0 g bis unter 20,0 g	3.670,70 €
ZE64.09	8-810.s8	20,0 g bis unter 25,0 g	4.894,26 €
ZE64.10	8-810.s9	25,0 g bis unter 30,0 g	6.117,83 €
ZE64.11	8-810.sa	30,0 g bis unter 35,0 g	7.341,40 €
ZE64.12	8-810.sb	35,0 g bis unter 40,0 g	8.564,96 €
ZE64.13	8-810.sc	40,0 g bis unter 45,0 g	9.788,53 €
ZE64.14	8-810.sd	45,0 g bis unter 50,0 g	11.012,09 €
ZE64.15	8-810.se	50,0 g oder mehr	12.235,66 €

ZE67 TFG*Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Immunglobulin (VZV), VZV-Immunglobulin, Variz.-Zoster.-Immunglobulin, Varitect®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE51 (Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parent.), ZE64 (Gabe von Human-Immunglob., spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parent.), ZE93 (Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parent.), ZE2018-46 (Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglob., parent.)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Verabreichung von Blutprodukten)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus (VZV) (spezifisches Immunglobulin)	
ZE67.01	8-810.t0	250 IE bis unter 500 IE (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	315,43 €
ZE67.02	8-810.t1	500 IE bis unter 750 IE (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	552,01 €
ZE67.03	8-810.t2	750 IE bis unter 1.000 IE (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	788,58 €
ZE67.04	8-810.t3	1.000 IE bis unter 1.500 IE	946,30 €
ZE67.05	8-810.t4	1.500 IE bis unter 2.000 IE	1.419,45 €
ZE67.06	8-810.t5	2.000 IE bis unter 2.500 IE	1.892,60 €
ZE67.07	8-810.t6	2.500 IE bis unter 3.000 IE	2.365,75 €
ZE67.08	8-810.t7	3.000 IE bis unter 3.500 IE	2.838,90 €
ZE67.09	8-810.t8	3.500 IE bis unter 4.000 IE	3.312,05 €
ZE67.10	8-810.t9	4.000 IE bis unter 5.000 IE	3.785,20 €
ZE67.11	8-810.ta	5.000 IE bis unter 6.000 IE	4.731,50 €
ZE67.12	8-810.tb	6.000 IE bis unter 7.000 IE	5.677,80 €
ZE67.13	8-810.tc	7.000 IE bis unter 8.000 IE	6.624,10 €
ZE67.14	8-810.td	8.000 IE oder mehr	7.570,40 €

ZE70 TFG*Gabe von C1-Esteraseinhibitor, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: C1-Esteraseinhibitor, Berinert®, Cinryze®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Verabreichung von Blutprodukten)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: C1-Esteraseinhibitor (Enzyminhibitor)	
ZE70.01	8-810.h3	500 Einheiten bis unter 1.000 Einheiten	795,00 €
ZE70.02	8-810.h4	1.000 Einheiten bis unter 1.500 Einheiten	1.590,00 €
ZE70.03	8-810.h5	1.500 Einheiten bis unter 2.000 Einheiten	2.385,00 €
ZE70.04	8-810.h6	2.000 Einheiten bis unter 2.500 Einheiten	3.180,00 €
ZE70.05	8-810.h7	2.500 Einheiten bis unter 3.000 Einheiten	3.975,00 €
ZE70.06	8-810.h8	3.000 Einheiten bis unter 4.000 Einheiten	5.167,50 €
ZE70.07	8-810.h9	4.000 Einheiten bis unter 5.000 Einheiten	6.757,50 €
ZE70.08	8-810.ha	5.000 Einheiten bis unter 6.000 Einheiten	8.347,50 €
ZE70.09	8-810.hb	6.000 Einheiten bis unter 7.000 Einheiten	9.937,50 €
ZE70.10	8-810.hc	7.000 Einheiten bis unter 9.000 Einheiten	12.190,00 €
ZE70.11	8-810.hd	9.000 Einheiten bis unter 11.000 Einheiten	15.370,00 €
ZE70.12	8-810.he	11.000 oder mehr Einheiten	18.550,00 €

ZE71*Gabe von Pegfilgrastim, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Pegfilgrastim, Neulasta®, Ristempa®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE40 (Filgrastim, parenteral), ZE160 (Lipegfilgrastim, parenteral)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral (Immunstimulans, Zytokin)	
ZE71.01	6-002.70	1 mg bis unter 3 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	153,89 €
ZE71.02	6-002.71	3 mg bis unter 6 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	369,34 €
ZE71.03	6-002.72	6 mg bis unter 12 mg	362,89 €
ZE71.04	6-002.73	12 mg bis unter 18 mg	916,91 €
ZE71.05	6-002.74	18 mg bis unter 24 mg	1.470,92 €
ZE71.06	6-002.75	24 mg bis unter 30 mg	2.024,94 €
ZE71.07	6-002.76	30 mg oder mehr	2.578,95 €

ZE72*Gabe von Pegyliertem liposomalen Doxorubicin, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Doxorubicin (peg.-lipos.), Caelyx®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE52 (Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegyliertes liposomales Doxorubicin, parenteral (Zytostatikum, zytotoxisches Antibiotikum)	
ZE72.01	6-002.80	10 mg bis unter 20 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	454,27 €
ZE72.02	6-002.81	20 mg bis unter 30 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	794,98 €
ZE72.03	6-002.82	30 mg bis unter 40 mg	1.135,68 €
ZE72.04	6-002.83	40 mg bis unter 50 mg	1.476,39 €
ZE72.05	6-002.84	50 mg bis unter 60 mg	1.807,44 €
ZE72.06	6-002.85	60 mg bis unter 70 mg	2.157,80 €
ZE72.07	6-002.86	70 mg bis unter 80 mg	2.498,50 €
ZE72.08	6-002.87	80 mg bis unter 90 mg	2.839,09 €
ZE72.09	6-002.88	90 mg bis unter 100 mg	3.128,01 €
ZE72.10	6-002.89	100 mg bis unter 110 mg	3.493,59 €
ZE72.11	6-002.8a	110 mg bis unter 120 mg	3.861,32 €
ZE72.12	6-002.8b	120 mg bis unter 140 mg	4.315,60 €
ZE72.13	6-002.8c	140 mg bis unter 160 mg	4.997,01 €
ZE72.14	6-002.8d	160 mg bis unter 180 mg	5.678,42 €
ZE72.15	6-002.8e	180 mg bis unter 200 mg	6.359,83 €
ZE72.16	6-002.8f	200 mg bis unter 220 mg	7.041,24 €
ZE72.17	6-002.8g	220 mg bis unter 240 mg	7.722,65 €
ZE72.18	6-002.8h	240 mg oder mehr	8.404,06 €

ZE74*Gabe von Bevacizumab, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Bevacizumab, Avastin®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 2: Bevacizumab, parenteral (Antineoplastisches Mittel, human. monoklonaler Antikörper)	
ZE74.01	6-002.90	150 mg bis unter 250 mg	692,49 €
ZE74.02	6-002.91	250 mg bis unter 350 mg	1.070,21 €
ZE74.03	6-002.92	350 mg bis unter 450 mg	1.447,93 €
ZE74.04	6-002.93	450 mg bis unter 550 mg	1.825,65 €
ZE74.05	6-002.94	550 mg bis unter 650 mg	2.203,37 €
ZE74.06	6-002.95	650 mg bis unter 750 mg	2.581,09 €
ZE74.07	6-002.96	750 mg bis unter 850 mg	2.958,81 €
ZE74.08	6-002.97	850 mg bis unter 950 mg	3.336,53 €
ZE74.09	6-002.98	950 mg bis unter 1.150 mg	3.840,15 €
ZE74.10	6-002.99	1.150 mg bis unter 1.350 mg	4.595,59 €
ZE74.11	6-002.9a	1.350 mg bis unter 1.550 mg	5.351,03 €
ZE74.12	6-002.9b	1.550 mg bis unter 1.750 mg	6.106,47 €
ZE74.13	6-002.9c	1.750 mg bis unter 1.950 mg	6.861,91 €
ZE74.14	6-002.9d	1.950 mg bis unter 2.350 mg	7.869,17 €
ZE74.15	6-002.9e	2.350 mg bis unter 2.750 mg	9.380,05 €
ZE74.17	6-002.9g	2.750 mg bis unter 3.350 mg	11.142,74 €
ZE74.18	6-002.9h	3.350 mg bis unter 3.950 mg	13.409,06 €
ZE74.19	6-002.9j	3.950 mg bis unter 4.550 mg	15.675,38 €
ZE74.20	6-002.9k	4.550 mg oder mehr	17.941,70 €

ZE75*Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal*

Schlagwortverzeichnis: Cytarabin (lipos.), DepoCyte®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 2: Liposomales Cytarabin, intrathekal (Zytostatikum, Pyrimidin-Analogon)	
ZE75.01	6-002.a0	25 mg bis unter 50 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	1.333,28 €
ZE75.02	6-002.a1	50 mg bis unter 100 mg	1.999,92 €
ZE75.03	6-002.a2	100 mg bis unter 150 mg	3.999,83 €
ZE75.04	6-002.a3	150 mg bis unter 200 mg	5.999,75 €
ZE75.05	6-002.a4	200 mg oder mehr	7.999,66 €

ZE78**Gabe von Temozolomid, oral**

Schlagwortverzeichnis: Temozolomid, Temodal®, Temomedac®, Temotres®, Temozo-cell®, Temozolomid...®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch NUB60 (Temozolomid, intravenös)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 2: Temozolomid, oral (Zytostatikum, Alkylans)	
ZE78.01	6-002.e0	200 mg bis unter 350 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 5 Jahren)	32,00 €
ZE78.02	6-002.e1	350 mg bis unter 500 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 5 Jahren)	51,20 €
ZE78.03	6-002.e2	500 mg bis unter 750 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 5 Jahren)	74,67 €
ZE78.04	6-002.e3	750 mg bis unter 1.000 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 5 Jahren)	106,67 €
ZE78.05	6-002.e4	1.000 mg bis unter 1.250 mg	138,67 €
ZE78.06	6-002.e5	1.250 mg bis unter 1.500 mg	170,67 €
ZE78.07	6-002.e6	1.500 mg bis unter 1.750 mg	202,16 €
ZE78.08	6-002.e7	1.750 mg bis unter 2.000 mg	234,67 €
ZE78.09	6-002.e8	2.000 mg bis unter 2.250 mg	266,67 €
ZE78.10	6-002.e9	2.250 mg bis unter 2.500 mg	298,67 €
ZE78.11	6-002.ea	2.500 mg bis unter 2.750 mg	330,67 €
ZE78.12	6-002.eb	2.750 mg bis unter 3.000 mg	362,67 €
ZE78.13	6-002.ec	3.000 mg bis unter 3.500 mg	405,33 €
ZE78.14	6-002.ed	3.500 mg bis unter 4.000 mg	469,33 €
ZE78.15	6-002.ee	4.000 mg bis unter 4.500 mg	533,33 €
ZE78.16	6-002.ef	4.500 mg bis unter 5.000 mg	597,33 €
ZE78.17	6-002.eg	5.000 mg bis unter 5.500 mg	661,33 €
ZE78.18	6-002.eh	5.500 mg bis unter 6.000 mg	725,33 €
ZE78.19	6-002.ej	6.000 mg bis unter 7.000 mg	810,67 €
ZE78.20	6-002.ek	7.000 mg oder mehr	938,67 €

ZE80**Gabe von Docetaxel, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Docetaxel, Bendadoce®, Docefon®, Docetaxel...®, Doce...®, EuroDocetaxel®, Eurotere®, Ribodocel®, Taxceus®, Taxespira®, Taxodoce®, Taxotan®, Taxotere®, Tolnexa®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 2: Docetaxel, parenteral (Zytostatikum)	
ZE80.13	6-002.hc	720 mg bis unter 840 mg	123,20 €
ZE80.14	6-002.hd	840 mg bis unter 960 mg	142,65 €
ZE80.15	6-002.he	960 mg bis unter 1.080 mg	162,10 €
ZE80.16	6-002.hf	1.080 mg oder mehr	181,55 €

ZE93 TFG*Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Immunglobulin (polyv.), Beriglobin®, Biseko®, Flebogamma®, Gammagard®, Gammanorm®, Gamunex®, Hizentra®, Ig Vena®, Intratect®, Kiovig®, Octagam®, Pentaglobin®, Privigen®, Subcuvia®, Vivaglobin®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE51 (Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral), ZE64 (Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral), ZE67 (Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral), ZE2018-46 (Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Verabreichung von Blutprodukten)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent (polyvalentes Immunglobulin)	
ZE93.01	8-810.w0	2,5 g bis unter 5 g (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	119,46 €
ZE93.02	8-810.w1	5 g bis unter 10 g (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	238,93 €
ZE93.03	8-810.w2	10 g bis unter 15 g	363,77 €
ZE93.04	8-810.w3	15 g bis unter 25 g	657,05 €
ZE93.05	8-810.w4	25 g bis unter 35 g	1.015,45 €
ZE93.06	8-810.w5	35 g bis unter 45 g	1.373,84 €
ZE93.07	8-810.w6	45 g bis unter 55 g	1.732,23 €
ZE93.08	8-810.w7	55 g bis unter 65 g	2.090,63 €
ZE93.09	8-810.w8	65 g bis unter 75 g	2.449,02 €
ZE93.10	8-810.w9	75 g bis unter 85 g	2.807,41 €
ZE93.11	8-810.wa	85 g bis unter 105 g	3.285,27 €
ZE93.12	8-810.wb	105 g bis unter 125 g	4.002,06 €
ZE93.13	8-810.wc	125 g bis unter 145 g	4.718,84 €
ZE93.14	8-810.wd	145 g bis unter 165 g	5.435,63 €
ZE93.15	8-810.we	165 g bis unter 185 g	6.152,41 €
ZE93.16	8-810.wf	185 g bis unter 205 g	6.869,20 €
ZE93.17	8-810.wg	205 g bis unter 225 g	7.524,10 €
ZE93.18	8-810.wh	225 g bis unter 245 g	8.302,77 €
ZE93.19	8-810.wj	245 g bis unter 285 g	9.258,49 €
ZE93.20	8-810.wk	285 g bis unter 325 g	10.692,06 €
ZE93.21	8-810.wm	325 g bis unter 365 g	12.125,63 €
ZE93.22	8-810.wn	365 g bis unter 445 g	14.037,06 €
ZE93.23	8-810.wp	445 g bis unter 525 g	17.382,06 €
ZE93.24	8-810.wq	525 g bis unter 605 g	20.249,21 €
ZE93.25	8-810.wr	605 g bis unter 685 g	23.116,35 €
ZE93.26	8-810.ws	685 g bis unter 765 g	25.983,49 €
ZE93.27	8-810.wt	765 g bis unter 845 g	28.850,64 €
ZE93.28	8-810.wu	845 g oder mehr	31.717,79 €

ZE95*Gabe von Palifermin, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Palifermin

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Kein verkehrsfähiges Handelspräparat verfügbar; Das Zulassungsrecht bleibt von der Katalogaufnahme unberührt. Die Kostenträger entscheiden im Einzelfall, ob die Kosten dieser Medikamente übernommen werden.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 3: Palifermin, parenteral (Humaner Keratinozyten-Wachstumsfaktor)	
ZE95.01	6-003.20	1,25 mg bis unter 2,5 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	253,87 €
ZE95.02	6-003.21	2,5 mg bis unter 3,75 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	444,27 €
ZE95.03	6-003.22	3,75 mg bis unter 5,0 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	634,67 €
ZE95.04	6-003.23	5,0 mg bis unter 10,0 mg	1.015,47 €
ZE95.05	6-003.24	10,0 mg bis unter 15,0 mg	1.777,07 €
ZE95.06	6-003.25	15,0 mg bis unter 20,0 mg	2.538,67 €
ZE95.07	6-003.26	20,0 mg bis unter 25,0 mg	3.300,27 €
ZE95.08	6-003.27	25,0 mg bis unter 30,0 mg	4.061,87 €
ZE95.09	6-003.28	30,0 mg bis unter 35,0 mg	4.823,47 €
ZE95.10	6-003.29	35,0 mg bis unter 40,0 mg	5.585,07 €
ZE95.11	6-003.2a	40,0 mg bis unter 50,0 mg	6.600,54 €
ZE95.12	6-003.2b	50,0 mg oder mehr	8.123,74 €

ZE96*Gabe von Carmustin-Implantaten, intrathekal*

Schlagwortverzeichnis: Carmustin, Gliadel®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 3: Carmustin-Implantat, intrathekal (Zytostatikum, Alkylans)	
ZE96.01	6-003.30	4 Implantate bis unter 7 Implantate	7.798,22 €
ZE96.02	6-003.31	7 Implantate bis unter 10 Implantate	12.477,16 €
ZE96.03	6-003.32	10 oder mehr Implantate	17.156,09 €

ZE97*Gabe von Natalizumab, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Natalizumab, Tysabri®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 3: Natalizumab, parenteral (selektives Immunsuppressivum)	
ZE97.01	6-003.f0	300 mg bis unter 600 mg	2.032,02 €
ZE97.02	6-003.f1	600 mg bis unter 900 mg	4.064,04 €
ZE97.03	6-003.f2	900 mg oder mehr	6.096,06 €

ZE98*Gabe von Palivizumab, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Palivizumab, Synagis®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 4: Palivizumab, parenteral (Immunmodulator)	
ZE98.01	6-004.00	15 mg bis unter 30 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 3 Jahren)	238,37 €
ZE98.02	6-004.01	30 mg bis unter 45 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 3 Jahren)	417,15 €
ZE98.03	6-004.02	45 mg bis unter 60 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 3 Jahren)	595,94 €
ZE98.04	6-004.03	60 mg bis unter 75 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 3 Jahren)	774,72 €
ZE98.05	6-004.04	75 mg bis unter 90 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 3 Jahren)	953,50 €
ZE98.06	6-004.05	90 mg bis unter 120 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 3 Jahren)	1.191,87 €
ZE98.07	6-004.06	120 mg bis unter 150 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 3 Jahren)	1.549,43 €
ZE98.08	6-004.07	150 mg bis unter 180 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 3 Jahren)	1.906,99 €
ZE98.09	6-004.08	180 mg bis unter 240 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 3 Jahren)	2.383,74 €
ZE98.10	6-004.09	240 mg bis unter 300 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 3 Jahren)	3.098,86 €
ZE98.11	6-004.0a	300 mg bis unter 360 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 3 Jahren)	3.813,98 €
ZE98.12	6-004.0b	360 mg bis unter 420 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 3 Jahren)	4.529,11 €
ZE98.13	6-004.0c	420 mg bis unter 480 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 3 Jahren)	5.244,23 €
ZE98.14	6-004.0d	480 mg bis unter 540 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 3 Jahren)	5.959,35 €

ZE98.15	6-004.0e	540 mg bis unter 600 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 3 Jahren)	6.674,47 €
ZE98.16	6-004.0f	600 mg oder mehr (nur für Pat. mit einem Alter von unter 3 Jahren)	7.389,59 €

ZE100**Implantation eines endobronchialen Klappensystems**

Schlagwortverzeichnis: Klappensystem (endobronch.), EBV, Zephyr®-Endobronchialventil, Endobronchialventil, Lungenventil

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-136 (Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten) oder OPS-Eingabe im OP-Protokoll			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE100.01	5-339.50	Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Implantation oder Wechsel eines endobronchialen Klappensystems, endoskopisch: 1 Ventil	1.696,24 €
ZE100.02	5-339.51	Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Implantation oder Wechsel eines endobronchialen Klappensystems, endoskopisch: 2 Ventile	3.392,48 €
ZE100.03	5-339.52	Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Implantation oder Wechsel eines endobronchialen Klappensystems, endoskopisch: 3 Ventile	5.088,72 €
ZE100.04	5-339.53	Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Implantation oder Wechsel eines endobronchialen Klappensystems, endoskopisch: 4 Ventile	6.784,96 €
ZE100.05	5-339.54	Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Implantation oder Wechsel eines endobronchialen Klappensystems, endoskopisch: 5 oder mehr Ventile	8.481,20 €

ZE101

Medikamente-freisetzende Koronarstents

Schlagwortverzeichnis: Koronarstent, Stent (koronar), Cypher Select+®, Promus-Element®, Taxus®, XienceV®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch

siehe auch ZE132 (Implantation eines Wachstumsstents), ZE2018-107 (Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents)

Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in

Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten)

Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung

-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE101.01	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	68,75 €
	8-83d.20	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden selbstexpandierenden Stents: Ein selbstexpandierender Stent in eine Koronararterie	
ZE101.02	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	137,50 €
	8-837.m2	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien	
	8-83d.21	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden selbstexpandierenden Stents: 2 selbstexpandierende Stents in eine Koronararterie	
	8-83d.22	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden selbstexpandierenden Stents: 2 selbstexpandierende Stents in mehrere Koronararterien	
ZE101.03	8-837.m3	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie	206,25 €
	8-837.m4	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 3 Stents in mehrere Koronararterien	
	8-83d.23	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden selbstexpandierenden Stents: 3 selbstexpandierende Stents in eine Koronararterie	
	8-83d.24	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden selbstexpandierenden Stents: 3 selbstexpandierende Stents in mehrere Koronararterien	

ZE101.04	8-837.m5	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 4 Stents in eine Koronararterie	275,00 €
	8-837.m6	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 4 Stents in mehrere Koronararterien	
	8-83d.25	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden selbstexpandierenden Stents: 4 selbstexpandierende Stents in eine Koronararterie	
	8-83d.26	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden selbstexpandierenden Stents: 4 selbstexpandierende Stents in mehrere Koronararterien	
ZE101.05	8-837.m7	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 5 Stents in eine Koronararterie	343,75 €
	8-837.m8	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 5 Stents in mehrere Koronararterien	
	8-83d.27	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden selbstexpandierenden Stents: 5 selbstexpandierende Stents in eine Koronararterie	
	8-83d.28	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden selbstexpandierenden Stents: 5 selbstexpandierende Stents in mehrere Koronararterien	
ZE101.06	8-837.m9	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie	412,50 €
	8-837.ma	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien	
	8-83d.29	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden selbstexpandierenden Stents: Mindestens 6 selbstexpandierende Stents in eine Koronararterie	
	8-83d.2a	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden selbstexpandierenden Stents: Mindestens 6 selbstexpandierende Stents in mehrere Koronararterien	

ZE105**Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlussskörper**

Schlagwortverzeichnis: Metallspirale, Coil, Embolisation

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE106 (Selektive Embolisation mit Metallspiralen [Coils], andere Lokalisationen), NUB12d (Bioaktive Coils [Hydrogel-Coils]), NUB12e (Bioaktive Coils [Aneurysmatherapie, hydrogelbeschichtete Mikrospirale]), NUB12f (Bioaktive Coils), NUB34b (Überlange Coils), NUB49 (Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen und hirnvorsorgender Halsgefäße), NUB71a (Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen), NUB79a (Volumencoils zur intrakraniellen Aneurysmatherapie), NUB128 (Hybridcoils zur intrakraniellen Aneurysmabehandlung)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nur abrechenbar in Kombination mit einem der grau hinterlegten OPS-Kodes; Für eine Prozedur "(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen" in Kombination mit den Prozeduren 8-83b.34 und 8-83b.38 ist lokalisationsunabhängig ausschließlich das ZE105 abrechenbar.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
	8-836.m0	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäße intrakraniell	
	8-836.m1	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäße Kopf extrakraniell und Hals	
	8-836.mf	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäße spinal	
	8-83b.34	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Nicht gecoverter großlumiger Gefäßverschlussskörper [Vascular Plug]	
	8-83b.38	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Gecoverter großlumiger Gefäßverschlussskörper [Vascular Plug]	
ZE105.01	8-836.n1	1 Metallspirale	259,93 €
ZE105.02	8-836.n2	2 Metallspiralen	519,86 €
ZE105.03	8-836.n3	3 Metallspiralen	779,79 €
ZE105.04	8-836.n4	4 Metallspiralen	1.039,72 €
ZE105.05	8-836.n5	5 Metallspiralen	1.299,65 €
ZE105.06	8-836.n6	6 Metallspiralen	1.559,58 €
ZE105.07	8-836.n7	7 Metallspiralen	1.819,51 €
ZE105.08	8-836.n8	8 Metallspiralen	2.079,44 €
ZE105.09	8-836.n9	9 Metallspiralen	2.339,37 €
ZE105.10	8-836.na	10 Metallspiralen	2.599,30 €
ZE105.11	8-836.nb	11 Metallspiralen	2.859,23 €
ZE105.12	8-836.nc	12 Metallspiralen	3.119,16 €
ZE105.13	8-836.nd	13 Metallspiralen	3.379,09 €
ZE105.14	8-836.ne	14 Metallspiralen	3.639,02 €
ZE105.15	8-836.nf	15 Metallspiralen	3.898,95 €
ZE105.16	8-836.ng	16 Metallspiralen	4.158,88 €
ZE105.17	8-836.nh	17 Metallspiralen	4.418,81 €
ZE105.18	8-836.nj	18 Metallspiralen	4.678,74 €
ZE105.19	8-836.nk	19 Metallspiralen	4.938,67 €
ZE105.20	8-836.nm	20 Metallspiralen	5.198,60 €
ZE105.22	8-836.np	21 Metallspiralen	5.458,53 €
ZE105.23	8-836.nq	22 Metallspiralen	5.718,46 €
ZE105.24	8-836.nr	23 Metallspiralen	5.978,39 €
ZE105.25	8-836.ns	24 Metallspiralen	6.238,32 €
ZE105.26	8-836.nt	25 Metallspiralen	6.498,25 €
ZE105.27	8-836.nu	26 Metallspiralen	6.758,18 €

ZE105.28	8-836.nv	27 Metallspiralen	7.018,11 €
ZE105.29	8-836.nw	28 oder mehr Metallspiralen	7.278,04 €

ZE106**Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisationen**

Schlagwortverzeichnis: Metallspirale, Coil, Embolisation, Hilal®, Interlock®, Nester®, Tornado®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE105 (Selektive Embolisation mit Metallspiralen [Coils] an Kopf, Hals [intra- und extrakraniell] und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper), NUB12d (Bioaktive Coils [Hydrogel-Coils]), NUB12e (Bioaktive Coils [Aneurysmathherapie, hydrogelbeschichtete Mikrospirale]), NUB12f (Bioaktive Coils), NUB34b (Überlange Coils), NUB49 (Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen und hirnersorgender Halsgefäße), NUB71a (Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen), NUB79a (Volumencoils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie), NUB128 (Hybridcoils zur intrakraniellen Aneurysmabehandlung)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nur abrechenbar in Kombination mit einem der grau hinterlegten OPS-Kodes; Für eine Prozedur "(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen" in Kombination mit den Prozeduren 8-83b.34 und 8-83b.38 ist lokalisationsunabhängig ausschließlich das ZE105 abrechenbar.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
	8-836.m2	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäße Schulter und Oberarm	
	8-836.m3	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäße Unterarm	
	8-836.m4	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Aorta	
	8-836.m5	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Aortenisthmus	
	8-836.m6	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Ductus arteriosus apertus	
	8-836.m7	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: V. cava	
	8-836.m8	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Andere Gefäße thorakal	
	8-836.ma	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäße viszeral	
	8-836.mc	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäße Unterschenkel	
	8-836.md	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäßmalformationen	
	8-836.me	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Künstliche Gefäße	
	8-836.mg	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: V. portae	
	8-836.mh	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Andere Arterien abdominal und pelvin	
	8-836.mj	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Andere Venen abdominal und pelvin	
	8-836.mk	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Arterien Oberschenkel	
	8-836.mm	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Venen Oberschenkel	
	8-836.mx	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Sonstige	
	8-838.90	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Selektive Embolisation mit Partikeln oder Metallspiralen: Pulmonalarterie	

	8-838.91	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Selektive Embolisation mit Partikeln oder Metallspiralen: Pulmonalvene	
	8-838.92	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Selektive Embolisation mit Partikeln oder Metallspiralen: Aortopulmonale Kollateralgefäße (MAPCA)	
	8-838.93	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Selektive Embolisation mit Partikeln oder Metallspiralen: Gefäßmalformationen	
	8-838.94	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Selektive Embolisation mit Partikeln oder Metallspiralen: Künstliche aortopulmonale Shunts	
	8-838.95	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Selektive Embolisation mit Partikeln oder Metallspiralen: Künstliche Gefäße	
	8-838.9x	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Selektive Embolisation mit Partikeln oder Metallspiralen: Sonstige	
ZE106.01	8-836.n1	1 Metallspirale	67,34 €
ZE106.02	8-836.n2	2 Metallspiralen	134,68 €
ZE106.03	8-836.n3	3 Metallspiralen	202,02 €
ZE106.04	8-836.n4	4 Metallspiralen	269,36 €
ZE106.05	8-836.n5	5 Metallspiralen	336,70 €
ZE106.06	8-836.n6	6 Metallspiralen	404,04 €
ZE106.07	8-836.n7	7 Metallspiralen	471,38 €
ZE106.08	8-836.n8	8 Metallspiralen	538,72 €
ZE106.09	8-836.n9	9 Metallspiralen	606,06 €
ZE106.10	8-836.na	10 Metallspiralen	673,40 €
ZE106.11	8-836.nb	11 Metallspiralen	740,74 €
ZE106.12	8-836.nc	12 Metallspiralen	808,08 €
ZE106.13	8-836.nd	13 Metallspiralen	875,42 €
ZE106.14	8-836.ne	14 Metallspiralen	942,76 €
ZE106.15	8-836.nf	15 Metallspiralen	1.010,10 €
ZE106.16	8-836.ng	16 Metallspiralen	1.077,44 €
ZE106.17	8-836.nh	17 Metallspiralen	1.144,78 €
ZE106.18	8-836.nj	18 Metallspiralen	1.212,12 €
ZE106.19	8-836.nk	19 Metallspiralen	1.279,46 €
ZE106.20	8-836.nm	20 Metallspiralen	1.346,80 €
ZE106.22	8-836.np	21 Metallspiralen	1.414,14 €
ZE106.23	8-836.nq	22 Metallspiralen	1.481,48 €
ZE106.24	8-836.nr	23 Metallspiralen	1.548,82 €
ZE106.25	8-836.ns	24 Metallspiralen	1.616,16 €
ZE106.26	8-836.nt	25 Metallspiralen	1.683,50 €
ZE106.27	8-836.nu	26 Metallspiralen	1.750,84 €
ZE106.28	8-836.nv	27 Metallspiralen	1.818,18 €
ZE106.29	8-836.nw	28 oder mehr Metallspiralen	1.885,52 €

ZE107 TFG*Gabe von Erythrozytenkonzentraten*

Schlagwortverzeichnis: EK, Erythrozytenkonzentrat

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Verabreichung von Blutprodukten)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat	
ZE107.01	8-800.c1	6 TE bis unter 11 TE (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	633,09 €
ZE107.02	8-800.c2	11 TE bis unter 16 TE (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	1.045,98 €
ZE107.03	8-800.c3	16 TE bis unter 24 TE	1.541,45 €
ZE107.04	8-800.c4	24 TE bis unter 32 TE	2.202,07 €
ZE107.05	8-800.c5	32 TE bis unter 40 TE	2.862,69 €
ZE107.06	8-800.c6	40 TE bis unter 48 TE	3.523,31 €
ZE107.07	8-800.c7	48 TE bis unter 56 TE	4.183,93 €
ZE107.08	8-800.c8	56 TE bis unter 64 TE	4.844,55 €
ZE107.09	8-800.c9	64 TE bis unter 72 TE	5.505,17 €
ZE107.10	8-800.ca	72 TE bis unter 80 TE	6.165,79 €
ZE107.11	8-800.cb	80 TE bis unter 88 TE	6.804,39 €
ZE107.12	8-800.cc	88 TE bis unter 104 TE	7.707,24 €
ZE107.13	8-800.cd	104 TE bis unter 120 TE	9.028,48 €
ZE107.14	8-800.ce	120 TE bis unter 136 TE	10.349,73 €
ZE107.15	8-800.cf	136 TE bis unter 152 TE	11.670,97 €
ZE107.16	8-800.cg	152 TE bis unter 168 TE	12.992,21 €
ZE107.17	8-800.ch	168 TE bis unter 184 TE	14.313,45 €
ZE107.18	8-800.cj	184 TE bis unter 200 TE	15.634,69 €
ZE107.19	8-800.ck	200 TE bis unter 216 TE	16.955,93 €
ZE107.20	8-800.cm	216 TE bis unter 232 TE	18.277,18 €
ZE107.21	8-800.cn	232 TE bis unter 248 TE	19.598,42 €
ZE107.22	8-800.cp	248 TE bis unter 264 TE	20.919,66 €
ZE107.23	8-800.cq	264 TE bis unter 280 TE	22.240,90 €
ZE107.24	8-800.cr	280 TE oder mehr	23.562,14 €

ZE108 TFG*Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten*

Schlagwortverzeichnis: TK, Thrombozytenkonzentrat

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE146 (Gabe von Thrombozytenkonzentraten), ZE147 (Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten), ZE164 (Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten), ZE165 (Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Erfassung durch das Institut für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin (IHT) anhand der zurückgesandten Transfusionsprotokolle			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	
ZE108.01	8-800.60	1 patientenbezogenes Thrombozytenkonzentrat	414,94 €
ZE108.02	8-800.61	2 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	829,88 €
ZE108.03	8-800.62	3 bis unter 5 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	1.419,09 €
ZE108.04	8-800.63	5 bis unter 7 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	2.269,71 €
ZE108.05	8-800.64	7 bis unter 9 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	3.112,03 €
ZE108.06	8-800.65	9 bis unter 11 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	3.917,01 €
ZE108.07	8-800.66	11 bis unter 13 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	4.771,79 €
ZE108.08	8-800.67	13 bis unter 15 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	5.593,36 €
ZE108.09	8-800.68	15 bis unter 17 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	6.431,54 €
ZE108.10	8-800.69	17 bis unter 19 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	7.178,43 €
ZE108.11	8-800.6a	19 bis unter 23 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	8.298,76 €
ZE108.12	8-800.6b	23 bis unter 27 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	9.958,51 €
ZE108.13	8-800.6c	27 bis unter 31 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	11.618,26 €
ZE108.14	8-800.6d	31 bis unter 35 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	13.278,01 €
ZE108.15	8-800.6e	35 bis unter 39 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	14.937,76 €
ZE108.16	8-800.6g	39 bis unter 43 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	16.597,52 €
ZE108.17	8-800.6h	43 bis unter 47 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	18.257,27 €
ZE108.18	8-800.6j	47 bis unter 51 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	19.917,02 €
ZE108.19	8-800.6k	51 bis unter 55 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	21.576,77 €
ZE108.20	8-800.6m	55 bis unter 59 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	23.236,52 €
ZE108.21	8-800.6n	59 bis unter 63 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	24.896,27 €
ZE108.22	8-800.6p	63 bis unter 67 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	26.556,03 €
ZE108.23	8-800.6q	67 bis unter 71 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	28.215,78 €
ZE108.25	8-800.6s	71 bis unter 79 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	30.290,47 €
ZE108.26	8-800.6t	79 bis unter 87 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	33.609,97 €
ZE108.27	8-800.6u	87 bis unter 95 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	36.929,47 €
ZE108.28	8-800.6v	95 bis unter 103 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	40.248,98 €
ZE108.29	8-800.6w	103 bis unter 111 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	43.568,48 €
ZE108.30	8-800.6z	111 oder mehr patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	46.887,98 €

ZE110*Gabe von Liposomalem Amphotericin B, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Amphotericin B (lipos.), AmBisome®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-80 (Gabe von Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 2: Liposomales Amphotericin B, parenteral (Antimykotikum, Peptid-Antibiotikum)	
ZE110.01	6-002.q0	100 mg bis unter 175 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	235,58 €
ZE110.02	6-002.q1	175 mg bis unter 250 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	376,92 €
ZE110.03	6-002.q2	250 mg bis unter 350 mg	533,97 €
ZE110.04	6-002.q3	350 mg bis unter 450 mg	722,43 €
ZE110.05	6-002.q4	450 mg bis unter 550 mg	910,89 €
ZE110.06	6-002.q5	550 mg bis unter 650 mg	1.099,35 €
ZE110.07	6-002.q6	650 mg bis unter 750 mg	1.287,81 €
ZE110.08	6-002.q7	750 mg bis unter 850 mg	1.476,27 €
ZE110.09	6-002.q8	850 mg bis unter 950 mg	1.664,73 €
ZE110.10	6-002.q9	950 mg bis unter 1.150 mg	1.916,01 €
ZE110.11	6-002.qa	1.150 mg bis unter 1.350 mg	2.292,93 €
ZE110.12	6-002.qb	1.350 mg bis unter 1.550 mg	2.669,85 €
ZE110.13	6-002.qc	1.550 mg bis unter 1.750 mg	3.046,77 €
ZE110.14	6-002.qd	1.750 mg bis unter 1.950 mg	3.406,26 €
ZE110.15	6-002.qe	1.950 mg bis unter 2.150 mg	3.800,61 €
ZE110.16	6-002.qf	2.150 mg bis unter 3.150 mg	4.680,09 €
ZE110.17	6-002.qg	3.150 mg bis unter 4.150 mg	6.564,69 €
ZE110.18	6-002.qh	4.150 mg bis unter 5.150 mg	8.449,29 €
ZE110.19	6-002.qj	5.150 mg bis unter 6.150 mg	10.333,89 €
ZE110.20	6-002.qk	6.150 mg bis unter 8.650 mg	13.160,79 €
ZE110.21	6-002.qm	8.650 mg bis unter 11.150 mg	17.872,29 €
ZE110.22	6-002.qn	11.150 mg bis unter 13.650 mg	22.583,79 €
ZE110.23	6-002.qp	13.650 mg bis unter 18.650 mg	28.865,79 €
ZE110.24	6-002.qq	18.650 mg bis unter 23.650 mg	38.288,79 €
ZE110.25	6-002.qr	23.650 mg bis unter 28.650 mg	47.711,79 €
ZE110.26	6-002.qs	28.650 mg bis unter 33.650 mg	57.134,79 €
ZE110.27	6-002.qt	33.650 mg bis unter 38.650 mg	66.557,79 €
ZE110.28	6-002.qu	38.650 mg bis unter 43.650 mg	75.980,79 €
ZE110.29	6-002.qv	43.650 mg oder mehr	85.403,79 €

ZE113*Gabe von Itraconazol, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Itraconazol, Sempera®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 2: Itraconazol, parenteral (Antimykotikum)	
ZE113.01	6-002.c0	400 mg bis unter 800 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 10 Jahren)	184,00 €
ZE113.02	6-002.c1	800 mg bis unter 1.200 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 10 Jahren)	322,00 €
ZE113.03	6-002.c2	1.200 mg bis unter 1.600 mg	460,00 €
ZE113.04	6-002.c3	1.600 mg bis unter 2.000 mg	598,00 €
ZE113.05	6-002.c4	2.000 mg bis unter 2.400 mg	736,00 €
ZE113.06	6-002.c5	2.400 mg bis unter 2.800 mg	874,00 €
ZE113.07	6-002.c6	2.800 mg bis unter 3.200 mg	1.012,00 €
ZE113.08	6-002.c7	3.200 mg bis unter 3.600 mg	1.150,00 €
ZE113.09	6-002.c8	3.600 mg bis unter 4.000 mg	1.288,00 €
ZE113.10	6-002.c9	4.000 mg bis unter 4.800 mg	1.472,00 €
ZE113.11	6-002.ca	4.800 mg bis unter 5.600 mg	1.748,00 €
ZE113.12	6-002.cb	5.600 mg bis unter 6.400 mg	2.024,00 €
ZE113.13	6-002.cc	6.400 mg bis unter 7.200 mg	2.300,00 €
ZE113.14	6-002.cd	7.200 mg bis unter 8.000 mg	2.576,00 €
ZE113.15	6-002.ce	8.000 mg bis unter 8.800 mg	2.852,00 €
ZE113.16	6-002.cg	8.800 mg bis unter 10.400 mg	3.220,00 €
ZE113.17	6-002.ch	10.400 mg bis unter 12.000 mg	3.772,00 €
ZE113.18	6-002.cj	12.000 mg bis unter 13.600 mg	4.324,00 €
ZE113.19	6-002.ck	13.600 mg bis unter 16.800 mg	5.060,00 €
ZE113.20	6-002.cm	16.800 mg bis unter 20.000 mg	6.164,00 €
ZE113.21	6-002.cn	20.000 mg bis unter 23.200 mg	7.268,00 €
ZE113.22	6-002.cp	23.200 mg oder mehr	8.372,00 €

ZE115*Gabe von Anidulafungin, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Anidulafungin, Ecalta®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 3: Anidulafungin, parenteral (Antimykotikum)	
ZE115.01	6-003.k0	75 mg bis unter 125 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	317,14 €
ZE115.02	6-003.k1	125 mg bis unter 200 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	518,96 €
ZE115.03	6-003.k2	200 mg bis unter 300 mg	691,94 €
ZE115.04	6-003.k3	300 mg bis unter 400 mg	1.037,91 €
ZE115.05	6-003.k4	400 mg bis unter 500 mg	1.383,88 €
ZE115.06	6-003.k5	500 mg bis unter 600 mg	1.729,85 €

ZE115.07	6-003.k6	600 mg bis unter 700 mg	2.075,82 €
ZE115.08	6-003.k7	700 mg bis unter 800 mg	2.421,79 €
ZE115.09	6-003.k8	800 mg bis unter 900 mg	2.767,76 €
ZE115.10	6-003.k9	900 mg bis unter 1.000 mg	3.113,73 €
ZE115.11	6-003.ka	1.000 mg bis unter 1.200 mg	3.632,69 €
ZE115.12	6-003.kb	1.200 mg bis unter 1.400 mg	4.313,31 €
ZE115.13	6-003.kc	1.400 mg bis unter 1.600 mg	5.016,57 €
ZE115.14	6-003.kd	1.600 mg bis unter 1.800 mg	5.664,36 €
ZE115.15	6-003.ke	1.800 mg bis unter 2.000 mg	6.400,45 €
ZE115.16	6-003.kf	2.000 mg bis unter 2.400 mg	7.362,24 €
ZE115.17	6-003.kg	2.400 mg bis unter 2.800 mg	8.749,27 €
ZE115.18	6-003.kh	2.800 mg bis unter 3.200 mg	10.148,45 €
ZE115.19	6-003.kj	3.200 mg bis unter 4.000 mg	11.993,63 €
ZE115.20	6-003.kk	4.000 mg bis unter 4.800 mg	14.761,39 €
ZE115.21	6-003.km	4.800 mg bis unter 5.600 mg	17.529,15 €
ZE115.22	6-003.kn	5.600 mg bis unter 6.400 mg	20.296,91 €
ZE115.23	6-003.kp	6.400 mg bis unter 8.000 mg	23.987,25 €
ZE115.24	6-003.kq	8.000 mg bis unter 9.600 mg	29.522,77 €
ZE115.25	6-003.kr	9.600 mg bis unter 11.200 mg	35.058,29 €
ZE115.26	6-003.ks	11.200 mg bis unter 12.800 mg	40.593,81 €
ZE115.27	6-003.kt	12.800 mg oder mehr	46.129,33 €

ZE116*Gabe von Panitumumab, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Panitumumab, Vectibix®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 4: Panitumumab, parenteral (Antineoplastisches Mittel, monoklonaler Antikörper)	
ZE116.01	6-004.70	180 mg bis unter 300 mg	1.115,47 €
ZE116.02	6-004.71	300 mg bis unter 420 mg	1.723,90 €
ZE116.03	6-004.72	420 mg bis unter 540 mg	2.332,34 €
ZE116.04	6-004.73	540 mg bis unter 660 mg	2.925,26 €
ZE116.05	6-004.74	660 mg bis unter 780 mg	3.549,21 €
ZE116.06	6-004.75	780 mg bis unter 900 mg	4.157,65 €
ZE116.07	6-004.76	900 mg bis unter 1.020 mg	4.766,08 €
ZE116.08	6-004.77	1.020 mg bis unter 1.260 mg	5.577,33 €
ZE116.09	6-004.78	1.260 mg bis unter 1.500 mg	6.794,20 €
ZE116.10	6-004.79	1.500 mg bis unter 1.740 mg	8.011,07 €
ZE116.11	6-004.7a	1.740 mg bis unter 1.980 mg	9.227,95 €
ZE116.12	6-004.7b	1.980 mg bis unter 2.220 mg	10.444,82 €
ZE116.13	6-004.7c	2.220 mg bis unter 2.460 mg	11.661,69 €
ZE116.14	6-004.7d	2.460 mg oder mehr	12.878,56 €

ZE117*Gabe von Trabectedin, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Trabectedin, Yondelis®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 4: Trabectedin, parenteral (Zytostatikum)	
ZE117.01	6-004.a0	0,25 mg bis unter 0,50 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	836,44 €
ZE117.02	6-004.a1	0,50 mg bis unter 0,75 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	1.463,77 €
ZE117.03	6-004.a2	0,75 mg bis unter 1,00 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	2.091,10 €
ZE117.04	6-004.a3	1,00 mg bis unter 1,25 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	2.718,43 €
ZE117.05	6-004.a4	1,25 mg bis unter 1,50 mg	3.136,65 €
ZE117.06	6-004.a5	1,50 mg bis unter 1,75 mg	3.763,98 €
ZE117.07	6-004.a6	1,75 mg bis unter 2,00 mg	4.391,31 €
ZE117.08	6-004.a7	2,00 mg bis unter 2,25 mg	5.018,64 €
ZE117.09	6-004.a8	2,25 mg bis unter 2,50 mg	5.645,97 €
ZE117.10	6-004.a9	2,50 mg bis unter 2,75 mg	6.273,30 €
ZE117.11	6-004.aa	2,75 mg bis unter 3,00 mg	6.900,63 €
ZE117.12	6-004.ab	3,00 mg bis unter 3,25 mg	7.527,96 €
ZE117.13	6-004.ac	3,25 mg bis unter 3,50 mg	8.155,29 €
ZE117.14	6-004.ad	3,50 mg bis unter 4,00 mg	8.782,62 €
ZE117.15	6-004.ae	4,00 mg bis unter 4,50 mg	10.037,28 €
ZE117.16	6-004.af	4,50 mg bis unter 5,00 mg	11.291,94 €
ZE117.17	6-004.ag	5,00 mg bis unter 5,50 mg	12.546,60 €
ZE117.18	6-004.ah	5,50 mg bis unter 6,00 mg	13.801,26 €
ZE117.19	6-004.aj	6,00 mg oder mehr	15.055,92 €

ZE119*Hämofiltration: kontinuierlich*

Schlagwortverzeichnis: CAVH, CVVH, HF, Filtration, Hämofiltration

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE62 (Hämofiltration, intermittierend), ZE2018-08 (Sonstige Dialyse)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Dialyse und ähnliche Verfahren)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 oder der DRG L90B oder L90C und dem nach Anlage 3b krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelt L90A nicht möglich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE119.01	8-853.13	Arteriovenös (CAVH): Bis 24 Stunden	397,72 €
	8-853.70	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Bis 24 Stunden	
	8-853.80	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Bis 24 Stunden	
ZE119.02	8-853.14	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 24 bis 72 Stunden	954,53 €
	8-853.71	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 24 bis 72 Stunden	
	8-853.81	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden	
ZE119.03	8-853.15	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 72 bis 144 Stunden	1.988,60 €
	8-853.72	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 72 bis 144 Stunden	
	8-853.82	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 72 bis 144 Stunden	
ZE119.04	8-853.16	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 144 bis 264 Stunden	3.579,48 €
	8-853.73	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 144 bis 264 Stunden	
	8-853.83	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 144 bis 264 Stunden	
ZE119.05	8-853.17	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 264 bis 432 Stunden	5.965,80 €
	8-853.74	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 264 bis 432 Stunden	
	8-853.84	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 264 bis 432 Stunden	
ZE119.06	8-853.19	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 432 bis 600 Stunden	8.749,84 €
	8-853.76	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 432 bis 600 Stunden	
	8-853.86	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 432 bis 600 Stunden	
ZE119.07	8-853.1a	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 600 bis 960 Stunden	13.124,76 €
	8-853.77	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 600 bis 960 Stunden	
	8-853.87	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 600 bis 960 Stunden	
ZE119.08	8-853.1b	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	19.090,56 €
	8-853.78	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	
	8-853.88	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	
ZE119.09	8-853.1c	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	25.056,36 €
	8-853.79	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	
	8-853.89	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	

ZE119.10	8-853.1d	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	31.022,16 €
	8-853.7a	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	
	8-853.8a	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	
ZE119.11	8-853.1e	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	36.987,96 €
	8-853.7b	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	
	8-853.8b	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	
ZE119.12	8-853.1f	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 2.400 Stunden	42.953,76 €
	8-853.7c	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 2.400 Stunden	
	8-853.8c	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 2.400 Stunden	

ZE120*Hämodialyse: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)**Schlagwortverzeichnis: CVVHD, HD, Dialyse, Hämodialyse*

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE01 (Hämodialyse, intermittierend), ZE2018-08 (Sonstige Dialyse), ZE2018-109 (Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Dialyse und ähnliche Verfahren)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 oder der DRG L90B oder L90C und dem nach Anlage 3b krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelt L90A nicht möglich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE120.01	8-854.60	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Bis 24 Stunden	338,49 €
	8-854.70	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Bis 24 Stunden	
ZE120.02	8-854.61	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 24 bis 72 Stunden	812,38 €
	8-854.71	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden	
ZE120.03	8-854.62	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 72 bis 144 Stunden	1.692,45 €
	8-854.72	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 72 bis 144 Stunden	
ZE120.04	8-854.63	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 144 bis 264 Stunden	3.012,56 €
	8-854.73	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 144 bis 264 Stunden	
ZE120.05	8-854.64	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 264 bis 432 Stunden	4.806,56 €
	8-854.74	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 264 bis 432 Stunden	
ZE120.06	8-854.66	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 432 bis 600 Stunden	7.446,78 €
	8-854.76	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 432 bis 600 Stunden	
ZE120.07	8-854.67	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 600 bis 960 Stunden	11.170,17 €
	8-854.77	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 600 bis 960 Stunden	

ZE120.08	8-854.68	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	16.247,52 €
	8-854.78	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	
ZE120.09	8-854.69	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	21.324,87 €
	8-854.79	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	
ZE120.10	8-854.6a	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	26.402,22 €
	8-854.7a	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	
ZE120.11	8-854.6b	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	31.479,57 €
	8-854.7b	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	
ZE120.12	8-854.6c	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 2.400 Stunden	36.556,92 €
	8-854.7c	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 2.400 Stunden	

ZE121**Hämodiafiltration: kontinuierlich**

Schlagwortverzeichnis: CAVHDF, CVVHDF, HDF, Filtration, Hämodiafiltration

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE02 (Hämodiafiltration, intermittierend), ZE2018-08 (Sonstige Dialyse)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Dialyse und ähnliche Verfahren)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 oder der DRG L90B oder L90C und dem nach Anlage 3b krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelt L90A nicht möglich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE121.01	8-855.13	Arteriovenös (CAVHDF): Bis 24 Stunden	373,07 €
	8-855.70	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Bis 24 Stunden	
	8-855.80	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Bis 24 Stunden	
ZE121.02	8-855.14	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 24 bis 72 Stunden	932,68 €
	8-855.71	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 24 bis 72 Stunden	
	8-855.81	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden	
ZE121.03	8-855.15	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 72 bis 144 Stunden	1.828,04 €
	8-855.72	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 72 bis 144 Stunden	
	8-855.82	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 72 bis 144 Stunden	
ZE121.04	8-855.16	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 144 bis 264 Stunden	3.283,02 €
	8-855.73	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 144 bis 264 Stunden	
	8-855.83	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 144 bis 264 Stunden	
ZE121.05	8-855.17	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 264 bis 432 Stunden	5.596,05 €
	8-855.74	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 264 bis 432 Stunden	
	8-855.84	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 264 bis 432 Stunden	

ZE121.06	8-855.19	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 432 bis 600 Stunden	8.207,54 €
	8-855.76	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 432 bis 600 Stunden	
	8-855.86	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 432 bis 600 Stunden	
ZE121.07	8-855.1a	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 600 bis 960 Stunden	12.311,31 €
	8-855.77	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 600 bis 960 Stunden	
	8-855.87	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 600 bis 960 Stunden	
ZE121.08	8-855.1b	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	17.907,36 €
	8-855.78	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	
	8-855.88	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	
ZE121.09	8-855.1c	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	23.503,41 €
	8-855.79	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	
	8-855.89	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	
ZE121.10	8-855.1d	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	29.099,46 €
	8-855.7a	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	
	8-855.8a	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	
ZE121.11	8-855.1e	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	34.695,51 €
	8-855.7b	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	
	8-855.8b	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	
ZE121.12	8-855.1f	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 2.400 Stunden	40.291,56 €
	8-855.7c	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 2.400 Stunden	
	8-855.8c	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 2.400 Stunden	

ZE122

Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)

Schlagwortverzeichnis: Peritonealdialyse, Dialyse (peritoneal), IPD

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE123 (Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt [CAPD]), ZE2018-08 (Sonstige Dialyse), ZE2018-82 (Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt [APD])			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Dialyse und ähnliche Verfahren)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 oder der DRG L90B oder L90C und dem nach Anlage 3b krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelt L90A nicht möglich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE122	8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	275,25 €

ZE123*Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)*

Schlagwortverzeichnis: Peritonealdialyse, Dialyse (peritoneal), CAPD

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE122 (Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt [IPD]), ZE2018-08 (Sonstige Dialyse), ZE2018-82 (Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt [APD])			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Dialyse und ähnliche Verfahren)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 oder der DRG L90B oder L90C und dem nach Anlage 3b krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelt L90A nicht möglich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Peritonealdialyse: Kontinuierl., nicht masch. unterstützt (CAPD)	
ZE123.01	8-857.10	Bis 24 Stunden	204,20 €
ZE123.02	8-857.11	Mehr als 24 bis 72 Stunden	490,08 €
ZE123.03	8-857.12	Mehr als 72 bis 144 Stunden	1.041,42 €
ZE123.04	8-857.13	Mehr als 144 bis 264 Stunden	1.878,64 €
ZE123.05	8-857.14	Mehr als 264 bis 432 Stunden	3.063,00 €
ZE123.06	8-857.16	Mehr als 432 bis 600 Stunden	4.492,40 €
ZE123.07	8-857.17	Mehr als 600 bis 960 Stunden	6.738,60 €
ZE123.08	8-857.18	Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	9.801,60 €
ZE123.09	8-857.19	Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	12.864,60 €
ZE123.10	8-857.1a	Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	15.927,60 €
ZE123.11	8-857.1b	Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	18.990,60 €
ZE123.12	8-857.1c	Mehr als 2.400 Stunden	22.053,60 €

ZE124*Gabe von Azacitidin, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Azacitidin, Vidaza®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 5: Azacytidin, parenteral (Antineoplastisches Mittel, Pyrimidin-Analogon)	
ZE124.01	6-005.00	150 mg bis unter 225 mg	733,86 €
ZE124.02	6-005.01	225 mg bis unter 300 mg	1.068,95 €
ZE124.03	6-005.02	300 mg bis unter 375 mg	1.373,04 €
ZE124.04	6-005.03	375 mg bis unter 450 mg	1.710,32 €
ZE124.05	6-005.04	450 mg bis unter 600 mg	2.137,90 €
ZE124.06	6-005.05	600 mg bis unter 750 mg	2.779,27 €
ZE124.07	6-005.06	750 mg bis unter 900 mg	3.420,64 €
ZE124.08	6-005.07	900 mg bis unter 1.200 mg	4.275,80 €
ZE124.09	6-005.08	1.200 mg bis unter 1.500 mg	5.558,54 €
ZE124.10	6-005.09	1.500 mg bis unter 1.800 mg	6.841,28 €
ZE124.11	6-005.0a	1.800 mg bis unter 2.100 mg	8.124,02 €
ZE124.12	6-005.0b	2.100 mg bis unter 2.400 mg	9.406,76 €
ZE124.13	6-005.0c	2.400 mg bis unter 2.700 mg	10.689,50 €
ZE124.14	6-005.0d	2.700 mg bis unter 3.000 mg	11.972,24 €
ZE124.15	6-005.0e	3.000 mg oder mehr	13.254,98 €

ZE125*Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers*

Schlagwortverzeichnis: Spreizer (interspinös), DIAM-Spacer®, Superior®, X-Stop®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE11 (Wirbelkörperersatz), NUB95a (Therapie der Skoliose mittels magnetisch-kontrollierter Stangen)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten) oder OPS-Eingabe im OP-Protokoll			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE125.01	5-839.b0	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation eines interspinösen Spreizers: 1 Segment	477,19 €
	5-839.c0	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Wechsel eines interspinösen Spreizers: 1 Segment	
ZE125.02	5-839.b2	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation eines interspinösen Spreizers: 2 Segmente	954,38 €
	5-839.c2	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Wechsel eines interspinösen Spreizers: 2 Segmente	
ZE125.03	5-839.b3	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation eines interspinösen Spreizers: 3 oder mehr Segmente	1.431,57 €
	5-839.c3	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Wechsel eines interspinösen Spreizers: 3 oder mehr Segmente	

ZE126*Autogene / Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation*

Schlagwortverzeichnis: Chondrozytentransplantation, Novocart®-System

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Sonstiges) oder OPS-Eingabe im OP-Protokoll			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE126	5-801.k*	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation	3.748,36 €
	5-812.h*	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation	

ZE128*Gabe von Micafungin, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Micafungin, Mycamine®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 4: Micafungin, parenteral (Antimykotikum)	
ZE128.01	6-004.50	75 mg bis unter 150 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	302,42 €
ZE128.02	6-004.51	150 mg bis unter 250 mg	554,44 €
ZE128.03	6-004.52	250 mg bis unter 350 mg	856,86 €
ZE128.04	6-004.53	350 mg bis unter 450 mg	1.159,28 €
ZE128.05	6-004.54	450 mg bis unter 550 mg	1.461,70 €

ZE128.06	6-004.55	550 mg bis unter 650 mg	1.764,12 €
ZE128.07	6-004.56	650 mg bis unter 750 mg	2.066,54 €
ZE128.08	6-004.57	750 mg bis unter 850 mg	2.368,96 €
ZE128.09	6-004.58	850 mg bis unter 950 mg	2.671,38 €
ZE128.10	6-004.59	950 mg bis unter 1.150 mg	3.074,60 €
ZE128.11	6-004.5a	1.150 mg bis unter 1.350 mg	3.679,44 €
ZE128.12	6-004.5b	1.350 mg bis unter 1.550 mg	4.284,28 €
ZE128.13	6-004.5c	1.550 mg bis unter 1.950 mg	5.090,74 €
ZE128.14	6-004.5d	1.950 mg bis unter 2.350 mg	6.300,42 €
ZE128.15	6-004.5e	2.350 mg bis unter 2.750 mg	7.510,10 €
ZE128.16	6-004.5f	2.750 mg bis unter 3.150 mg	8.719,78 €
ZE128.17	6-004.5g	3.150 mg bis unter 3.950 mg	10.332,68 €
ZE128.18	6-004.5h	3.950 mg bis unter 4.750 mg	12.752,04 €
ZE128.19	6-004.5j	4.750 mg bis unter 5.550 mg	15.171,40 €
ZE128.20	6-004.5k	5.550 mg bis unter 6.350 mg	17.590,76 €
ZE128.21	6-004.5m	6.350 mg bis unter 7.950 mg	20.816,58 €
ZE128.22	6-004.5n	7.950 mg bis unter 9.550 mg	25.655,30 €
ZE128.23	6-004.5p	9.550 mg bis unter 11.150 mg	30.494,02 €
ZE128.24	6-004.5q	11.150 mg bis unter 12.750 mg	35.332,74 €
ZE128.25	6-004.5r	12.750 mg bis unter 14.350 mg	40.171,46 €
ZE128.26	6-004.5s	14.350 mg bis unter 15.950 mg	45.010,18 €
ZE128.27	6-004.5t	15.950 mg bis unter 17.550 mg	49.848,90 €
ZE128.28	6-004.5u	17.550 mg oder mehr	54.687,62 €

ZE130**Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen**

Schlagwortverzeichnis: PKMS, Pflegekomplexmaßnahmen

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE131 (Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen), ZE162 (Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten), ZE163 (Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten), ZE2018-36 (Versorgung von Schwerstbehinderten)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Erfassung durch Beauftragte der Pflegedirektion			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE130.01	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 43 bis 56 Aufwandspunkte	1.004,49 €
	9-200.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 57 bis 71 Aufwandspunkte	
	9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	
	9-200.5	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 101 bis 129 Aufwandspunkte	
ZE130.02	9-200.6	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 130 bis 158 Aufwandspunkte	2.457,12 €
	9-200.7	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 159 bis 187 Aufwandspunkte	
	9-200.8	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 188 bis 216 Aufwandspunkte	
	9-200.9	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 217 bis 245 Aufwandspunkte	
	9-200.a	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 246 bis 274 Aufwandspunkte	
	9-200.b	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 275 bis 303 Aufwandspunkte	
	9-200.c	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 304 bis 332 Aufwandspunkte	

ZE130.02	9-200.d	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 333 bis 361 Aufwandspunkte	2.457,12 €
	9-200.e	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 362 oder mehr Aufwandspunkte	

ZE131*Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen*

Schlagwortverzeichnis: PKMS, Pflegekomplexmaßnahmen

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE131 (Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen), ZE162 (Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten), ZE163 (Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten), ZE2018-36 (Versorgung von Schwerstbehinderten)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Erfassung durch Beauftragte der Pflegedirektion			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE131.01	9-201.01	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 43 bis 56 Aufwandspunkte	3.336,15 €
	9-201.02	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 57 bis 71 Aufwandspunkte	
	9-201.1	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	
	9-202.00	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 37 bis 42 Aufwandspunkte	
	9-202.01	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	
	9-202.02	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte	
	9-202.1	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 72 bis 100 Aufwandspunkte	
ZE131.02	9-201.5	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 101 bis 129 Aufwandspunkte	6.590,44 €
	9-201.6	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 130 bis 158 Aufwandspunkte	
	9-201.7	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 159 bis 187 Aufwandspunkte	
	9-201.8	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 188 bis 216 Aufwandspunkte	
	9-201.9	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 217 bis 245 Aufwandspunkte	
	9-201.a	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 246 bis 274 Aufwandspunkte	
	9-201.b	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 275 bis 303 Aufwandspunkte	
	9-201.c	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 304 bis 332 Aufwandspunkte	
	9-201.d	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 333 bis 361 Aufwandspunkte	
	9-201.e	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen: 362 oder mehr Aufwandspunkte	
	9-202.5	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 101 bis 129 Aufwandspunkte	
	9-202.6	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 130 bis 158 Aufwandspunkte	
	9-202.7	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 159 bis 187 Aufwandspunkte	

ZE131.02	9-202.8	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 188 bis 216 Aufwandspunkte	6.590,44 €
	9-202.9	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 217 bis 245 Aufwandspunkte	
	9-202.a	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 246 bis 274 Aufwandspunkte	
	9-202.b	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 275 bis 303 Aufwandspunkte	
	9-202.c	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 304 bis 332 Aufwandspunkte	
	9-202.d	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 333 bis 361 Aufwandspunkte	
	9-202.e	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern: 362 oder mehr Aufwandspunkte	

ZE132*Implantation eines Wachstumsstents*

Schlagwortverzeichnis: Koronarstent, Stent (koronar), CP-Stent, Cheatham-Platinum-Stent, Wachstumsstent, Growth-Stent®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE101 (Medikamente-freisetzende Koronarstents), ZE2018-107 (Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE132.01	8-838.k*	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Einlegen eines ungedeckten Wachstumsstents	1.103,02 €
	8-838.m*	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Einlegen eines gedeckten Wachstumsstents	
	8-845.0*	(Perkutan-)transluminale Implantation von ungedeckten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent	
	8-846.0*	(Perkutan-)transluminale Implantation von gedeckten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent	
	8-847	(Perkutan-)transluminale Implantation eines Wachstumsstents	
ZE132.02	8-845.1*	(Perkutan-)transluminale Implantation von ungedeckten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents	2.206,04 €
	8-846.1*	(Perkutan-)transluminale Implantation von gedeckten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents	

ZE133*Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems*

Schlagwortverzeichnis: Retriever, Mikrodrahtretriever, Bonnet®, Phenox-Clot-Retriever®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE152 (Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Stentretreiver-Systems)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Sonstiges)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nur abrechenbar in Kombination mit einem der grau hinterlegten OPS-Kodes.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
	8-836.60	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Fremdkörperentfernung: Gefäße intrakraniell	
	8-836.80	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Gefäße intrakraniell	

ZE133.01	8-83b.80	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Mikrodraht-retriever- oder Stentretreiver-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 1 Mikrodrahtretriever-System	1.603,30 €
ZE133.02	8-83b.82	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Mikrodraht-retriever- oder Stentretreiver-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 2 Mikrodrahtretriever-Systeme	3.206,60 €
ZE133.03	8-83b.83	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Mikrodraht-retriever- oder Stentretreiver-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 3 oder mehr Mikrodrahtretriever-Systeme	4.809,90 €

ZE134*Verschiedene Harnkontinenztherapien*

Schlagwortverzeichnis: Harnkontinenztherapie, Zügel-OP, Suspensions-OP, Argus®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE10 (Künstlicher Blasenschließmuskel), ZE153 (Zügeloperation mit alloplastischem Material, adjustierbar)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten) oder OPS-Eingabe im OP-Protokoll			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE134	5-596.73	Andere Harninkontinenzoperationen: Adjustierbare Kontinenztherapie: Wechsel des Ballons	1.667,61 €
	5-596.74	Andere Harninkontinenzoperationen: Adjustierbare Kontinenztherapie: Implantation unter den Harnblasenhals	
	5-596.75	Andere Harninkontinenzoperationen: Adjustierbare Kontinenztherapie: Implantation in die Region der bulbären Harnröhre	
	5-598.0	Suspensionsoperation [Zügeloperation] bei Harninkontinenz des Mannes: Mit alloplastischem Material	

ZE135*Gabe von Vinflunin, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Vinflunin, Javlor®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 5: Vinflunin, parenteral (Zytostatikum, Vinca-Alkaloid)	
ZE135.01	6-005.b0	100 mg bis unter 200 mg	756,08 €
ZE135.02	6-005.b1	200 mg bis unter 300 mg	1.323,14 €
ZE135.03	6-005.b2	300 mg bis unter 400 mg	1.890,20 €
ZE135.04	6-005.b3	400 mg bis unter 500 mg	2.457,26 €
ZE135.05	6-005.b4	500 mg bis unter 600 mg	3.024,32 €
ZE135.06	6-005.b5	600 mg bis unter 700 mg	3.547,36 €
ZE135.07	6-005.b6	700 mg bis unter 800 mg	4.158,44 €
ZE135.08	6-005.b7	800 mg bis unter 900 mg	4.725,50 €
ZE135.09	6-005.b8	900 mg bis unter 1.000 mg	5.292,56 €
ZE135.10	6-005.b9	1.000 mg bis unter 1.200 mg	6.048,64 €
ZE135.11	6-005.ba	1.200 mg bis unter 1.400 mg	7.182,76 €
ZE135.12	6-005.bb	1.400 mg bis unter 1.600 mg	8.316,88 €
ZE135.13	6-005.bc	1.600 mg bis unter 1.800 mg	9.451,00 €
ZE135.14	6-005.bd	1.800 mg bis unter 2.000 mg	10.585,12 €
ZE135.15	6-005.be	2.000 mg bis unter 2.200 mg	11.719,24 €

ZE135.16	6-005.bf	2.200 mg bis unter 2.400 mg	12.853,36 €
ZE135.17	6-005.bg	2.400 mg bis unter 2.600 mg	13.987,48 €
ZE135.18	6-005.bh	2.600 mg bis unter 2.800 mg	15.121,60 €
ZE135.19	6-005.bj	2.800 mg oder mehr	16.255,72 €

ZE136**Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen**

Schlagwortverzeichnis: Angioplastie, Ballon (Angioplastie), SeQuent®-Please, Falcon®, PTCA, DEB, Drug-eluting-ballon

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE137 (Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Sonstiges)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nur abrechenbar in Kombination mit einem der grau hinterlegten OPS-Kodes.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie	
	8-837.01	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien	
ZE136.01	8-83b.b6	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentenfreisetzender Ballon an Koronargefäßen	273,30 €
ZE136.02	8-83b.b7	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen	827,97 €
ZE136.03	8-83b.b8	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen	1.382,64 €
ZE136.04	8-83b.b9	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier oder mehr medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen	1.937,31 €

ZE137**Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen**

Schlagwortverzeichnis: Angioplastie, Ballon (Angioplastie), Biopath®, Pacific-plus®, PTA, DEB, Drug-eluting-ballon

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE136 (Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Sonstiges)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nur abrechenbar in Kombination mit einem der grau hinterlegten OPS-Kodes.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
	8-836.02	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Schulter und Oberarm	
	8-836.03	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Unterarm	
	8-836.08	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Andere Gefäße thorakal	
	8-836.0a	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße viszeral	
	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Unterschenkel	
	8-836.0e	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Künstliche Gefäße	
	8-836.0q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Andere Arterien abdominal und pelvin	
	8-836.0r	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Andere Venen abdominal und pelvin	

	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Arterien Oberschenkel	
	8-836.0t	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Venen Oberschenkel	
ZE137.01	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentenfreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	221,07 €
ZE137.02	8-83b.bb	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentenfreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	731,17 €
ZE137.03	8-83b.bc	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamentenfreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	1.241,27 €
ZE137.04	8-83b.bd	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier oder mehr medikamentenfreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	1.751,37 €

ZE138**Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, mit Sondenimplantation**

Schlagwortverzeichnis: Neurostimulator, Itrel®4, InterStim®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE139 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, ohne Sondenimplantation), ZE140 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation), ZE141 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation), ZE158 (Vagusnervstimulationssysteme, mit Sondenimplantation), ZE159 (Vagusnervstimulationssysteme, ohne Sondenimplantation), ZE2018-61 (Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar), ZE2018-86 (Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen), ZE2018-118 (Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalstimulator)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten) oder OPS-Eingabe im OP-Protokoll			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE138	5-039.e0	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	7.535,27 €
	5-039.k0	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
	5-059.c0	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	

ZE139**Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, ohne Sondenimplantation**

Schlagwortverzeichnis: Neurostimulator, Itrel®4, InterStim®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE138 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, mit Sondenimplantation), ZE140 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation), ZE141 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation), ZE158 (Vagusnervstimulationssysteme, mit Sondenimplantation), ZE159 (Vagusnervstimulationssysteme, ohne Sondenimplantation), ZE2018-61 (Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar), ZE2018-86 (Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen), ZE2018-118 (Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalstimulator)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten) oder OPS-Eingabe im OP-Protokoll			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE139	5-039.f0	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	6.099,52 €
	5-039.m0	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
	5-039.n0	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
	5-039.q0	Neu in 2018: Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
	5-059.d0	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
	5-059.g0	Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	

ZE140**Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation**

Schlagwortverzeichnis: Neurostimulator, Axium®, EonC®, Genesis®, InterStim®-Twin, PrimeAdvanced®, Synergy®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE138 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, mit Sondenimplantation), ZE139 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, ohne Sondenimplantation), ZE141 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation), ZE158 (Vagusnervstimulationssysteme, mit Sondenimplantation), ZE159 (Vagusnervstimulationssysteme, ohne Sondenimplantation), ZE2018-61 (Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar), ZE2018-86 (Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen), ZE2018-118 (Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalstimulator)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten) oder OPS-Eingabe im OP-Protokoll			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE140	5-039.e1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	11.980,20 €
	5-039.k1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
	5-059.c1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	

ZE141**Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation**

Schlagwortverzeichnis: Neurostimulator, Axium®, EonC®, Genesis®, InterStim®-Twin, PrimeAdvanced®, Synergy®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE138 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, mit Sondenimplantation), ZE139 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, ohne Sondenimplantation), ZE140 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation), ZE158 (Vagusnervstimulationssysteme, mit Sondenimplantation), ZE159 (Vagusnervstimulationssysteme, ohne Sondenimplantation), ZE2018-61 (Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar), ZE2018-86 (Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen), ZE2018-118 (Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalstimulator)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten) oder OPS-Eingabe im OP-Protokoll			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE141	5-039.f1	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	10.344,19 €
	5-039.m1	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
	5-039.n1	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
	5-059.q1	Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
	5-059.d1	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
	5-059.g1	Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	

ZE142**Gabe von Clofarabin, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Clofarabin, Clofarabin...®, Evoltra®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 3: Clofarabin, parenteral (Zytostatikum, Antimetabolit)	
ZE142.01	6-003.j0	10 mg bis unter 20 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 5 Jahren)	1.312,17 €
ZE142.02	6-003.j1	20 mg bis unter 30 mg	2.296,29 €
ZE142.03	6-003.j2	30 mg bis unter 40 mg	3.280,42 €

ZE142.04	6-003.j3	40 mg bis unter 50 mg	4.264,55 €
ZE142.05	6-003.j4	50 mg bis unter 60 mg	5.248,67 €
ZE142.06	6-003.j5	60 mg bis unter 70 mg	6.232,80 €
ZE142.07	6-003.j6	70 mg bis unter 80 mg	7.216,92 €
ZE142.08	6-003.j7	80 mg bis unter 100 mg	8.529,09 €
ZE142.09	6-003.j8	100 mg bis unter 120 mg	10.497,34 €
ZE142.10	6-003.j9	120 mg bis unter 140 mg	12.465,60 €
ZE142.11	6-003.ja	140 mg bis unter 160 mg	14.433,85 €
ZE142.12	6-003.jb	160 mg bis unter 180 mg	16.402,10 €
ZE142.13	6-003.jc	180 mg bis unter 200 mg	18.370,35 €
ZE142.14	6-003.jd	200 mg bis unter 220 mg	20.338,60 €
ZE142.15	6-003.je	220 mg bis unter 240 mg	22.306,86 €
ZE142.16	6-003.jf	240 mg bis unter 260 mg	24.275,11 €
ZE142.17	6-003.jg	260 mg bis unter 280 mg	26.243,36 €
ZE142.18	6-003.jh	280 mg bis unter 320 mg	28.867,70 €
ZE142.19	6-003.ji	320 mg bis unter 360 mg	32.804,20 €
ZE142.20	6-003.jk	360 mg bis unter 440 mg	38.052,87 €
ZE142.21	6-003.jm	440 mg bis unter 520 mg	45.925,88 €
ZE142.22	6-003.jn	520 mg bis unter 600 mg	53.798,89 €
ZE142.23	6-003.jp	600 mg bis unter 760 mg	64.296,23 €
ZE142.24	6-003.jq	760 mg bis unter 920 mg	80.042,25 €
ZE142.25	6-003.jr	920 mg bis unter 1.080 mg	95.788,26 €
ZE142.26	6-003.js	1.080 mg bis unter 1.320 mg	114.158,62 €
ZE142.27	6-003.jt	1.320 mg bis unter 1.560 mg	137.777,64 €
ZE142.28	6-003.ju	1.560 mg bis unter 1.800 mg	161.396,66 €
ZE142.29	6-003.jv	1.800 mg oder mehr	185.015,69 €

ZE143*Gabe von Plerixafor, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Plerixafor, Mozobil®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 5: Plerixafor, parenteral (Immunstimulans)	
ZE143.01	6-005.e0	2,5 mg bis unter 5,0 mg	959,54 €
ZE143.02	6-005.e1	5,0 mg bis unter 10,0 mg	1.919,08 €
ZE143.03	6-005.e2	10,0 mg bis unter 15,0 mg	3.358,39 €
ZE143.04	6-005.e3	15,0 mg bis unter 20,0 mg	4.797,70 €
ZE143.05	6-005.e4	20,0 mg bis unter 25,0 mg	6.237,00 €
ZE143.06	6-005.e5	25,0 mg bis unter 30,0 mg	7.676,31 €
ZE143.07	6-005.e6	30,0 mg bis unter 35,0 mg	9.115,62 €
ZE143.08	6-005.e7	35,0 mg bis unter 40,0 mg	10.554,93 €
ZE143.09	6-005.e8	40,0 mg bis unter 45,0 mg	11.770,66 €
ZE143.10	6-005.e9	45,0 mg bis unter 50,0 mg	13.433,55 €
ZE143.11	6-005.ea	50,0 mg bis unter 60,0 mg	15.352,62 €
ZE143.12	6-005.eb	60,0 mg bis unter 70,0 mg	18.231,24 €
ZE143.13	6-005.ec	70,0 mg bis unter 80,0 mg	21.109,86 €
ZE143.14	6-005.ed	80,0 mg bis unter 100,0 mg	24.948,01 €
ZE143.15	6-005.ee	100,0 mg bis unter 120,0 mg	30.705,25 €
ZE143.16	6-005.ef	120,0 mg bis unter 140,0 mg	36.462,48 €
ZE143.17	6-005.eg	140,0 mg bis unter 160,0 mg	42.219,72 €
ZE143.18	6-005.eh	160,0 mg bis unter 180,0 mg	47.976,95 €

ZE143.19	6-005.ej	180,0 mg bis unter 200,0 mg	53.734,18 €
ZE143.20	6-005.ek	200,0 mg bis unter 220,0 mg	59.491,42 €
ZE143.21	6-005.em	220,0 mg bis unter 240,0 mg	65.248,65 €
ZE143.22	6-005.en	240,0 mg oder mehr	71.005,89 €

ZE144*Gabe von Romiplostim, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Romiplostim, Nplate®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 5: Romiplostim, parenteral (Thrombozyten-Rezeptor-Antagonist)	
ZE144.01	6-005.90	100 µg bis unter 200 µg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	374,69 €
ZE144.02	6-005.91	200 µg bis unter 300 µg	655,71 €
ZE144.03	6-005.92	300 µg bis unter 400 µg	936,73 €
ZE144.04	6-005.93	400 µg bis unter 500 µg	1.217,75 €
ZE144.05	6-005.94	500 µg bis unter 600 µg	1.423,37 €
ZE144.06	6-005.95	600 µg bis unter 700 µg	1.779,79 €
ZE144.07	6-005.96	700 µg bis unter 800 µg	2.060,81 €
ZE144.08	6-005.97	800 µg bis unter 900 µg	2.341,83 €
ZE144.09	6-005.98	900 µg bis unter 1.000 µg	2.622,85 €
ZE144.10	6-005.99	1.000 µg bis unter 1.200 µg	2.997,55 €
ZE144.11	6-005.9a	1.200 µg bis unter 1.400 µg	3.559,59 €
ZE144.12	6-005.9b	1.400 µg bis unter 1.600 µg	4.121,63 €
ZE144.13	6-005.9c	1.600 µg bis unter 1.800 µg	4.683,67 €
ZE144.14	6-005.9d	1.800 µg bis unter 2.000 µg	5.245,71 €
ZE144.15	6-005.9e	2.000 µg bis unter 2.400 µg	5.995,09 €
ZE144.16	6-005.9f	2.400 µg bis unter 2.800 µg	7.119,17 €
ZE144.17	6-005.9g	2.800 µg bis unter 3.200 µg	8.243,25 €
ZE144.18	6-005.9h	3.200 µg bis unter 3.600 µg	9.367,33 €
ZE144.19	6-005.9j	3.600 µg bis unter 4.000 µg	10.491,41 €
ZE144.20	6-005.9k	4.000 µg bis unter 4.400 µg	11.615,49 €
ZE144.21	6-005.9m	4.400 µg bis unter 4.800 µg	12.739,57 €
ZE144.22	6-005.9n	4.800 µg bis unter 5.200 µg	13.863,65 €
ZE144.23	6-005.9p	5.200 µg bis unter 5.600 µg	14.987,73 €
ZE144.24	6-005.9q	5.600 µg oder mehr	16.111,81 €

ZE145**Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung**

Schlagwortverzeichnis: Palliativmed. Komplexbehandlung, Komplexbehandlung (Palliativmed.)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE60 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung), ZE2018-133 (Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst), ZE2018-134 (Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Sonstiges)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE145.01	8-98e.1	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	1.549,66 €
ZE145.02	8-98e.2	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	1.848,75 €
ZE145.03	8-98e.3	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage	2.913,26 €

ZE146 TFG**Gabe von Thrombozytenkonzentraten**

Schlagwortverzeichnis: TK, Thrombozytenkonzentrat

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE108 (Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten), ZE147 (Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten), ZE164 (Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten), ZE165 (Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Erfassung durch das Institut für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin (IHT) anhand der zurückgesandten Transfusionsprotokolle			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat	
ZE146.01	8-800.g1	2 Thrombozytenkonzentrate (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	532,48 €
ZE146.02	8-800.g2	3 Thrombozytenkonzentrate (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	798,72 €
ZE146.03	8-800.g3	4 Thrombozytenkonzentrate	1.064,97 €
ZE146.04	8-800.g4	5 Thrombozytenkonzentrate	1.331,21 €
ZE146.05	8-800.g5	6 bis unter 8 Thrombozytenkonzentrate	1.690,63 €
ZE146.06	8-800.g6	8 bis unter 10 Thrombozytenkonzentrate	2.225,78 €
ZE146.07	8-800.g7	10 bis unter 12 Thrombozytenkonzentrate	2.766,25 €
ZE146.08	8-800.g8	12 bis unter 14 Thrombozytenkonzentrate	3.317,37 €
ZE146.09	8-800.g9	14 bis unter 16 Thrombozytenkonzentrate	3.860,50 €
ZE146.10	8-800.ga	16 bis unter 18 Thrombozytenkonzentrate	4.363,69 €
ZE146.11	8-800.gb	18 bis unter 20 Thrombozytenkonzentrate	4.901,50 €
ZE146.12	8-800.gc	20 bis unter 24 Thrombozytenkonzentrate	5.591,07 €
ZE146.13	8-800.gd	24 bis unter 28 Thrombozytenkonzentrate	6.656,03 €
ZE146.14	8-800.ge	28 bis unter 32 Thrombozytenkonzentrate	7.721,00 €
ZE146.15	8-800.gf	32 bis unter 36 Thrombozytenkonzentrate	8.785,96 €
ZE146.16	8-800.gg	36 bis unter 40 Thrombozytenkonzentrate	9.850,93 €
ZE146.17	8-800.gh	40 bis unter 46 Thrombozytenkonzentrate	11.049,01 €
ZE146.18	8-800.gj	46 bis unter 52 Thrombozytenkonzentrate	12.646,46 €
ZE146.19	8-800.gk	52 bis unter 58 Thrombozytenkonzentrate	14.243,91 €
ZE146.20	8-800.gm	58 bis unter 64 Thrombozytenkonzentrate	15.841,36 €
ZE146.21	8-800.gn	64 bis unter 70 Thrombozytenkonzentrate	17.438,81 €

ZE146.22	8-800.gp	70 bis unter 78 Thrombozytenkonzentrate	19.169,37 €
ZE146.23	8-800.gq	78 bis unter 86 Thrombozytenkonzentrate	21.299,30 €
ZE146.24	8-800.gr	86 bis unter 94 Thrombozytenkonzentrate	23.429,23 €
ZE146.25	8-800.gs	94 bis unter 102 Thrombozytenkonzentrate	25.559,16 €
ZE146.26	8-800.gt	102 bis unter 110 Thrombozytenkonzentrate	27.689,10 €
ZE146.27	8-800.gu	110 bis unter 118 Thrombozytenkonzentrate	29.819,03 €
ZE146.28	8-800.gv	118 bis unter 126 Thrombozytenkonzentrate	31.948,96 €
ZE146.30	8-800.gz	126 bis unter 134 Thrombozytenkonzentrate	34.078,89 €
ZE146.31	8-800.m0	134 bis unter 146 Thrombozytenkonzentrate	36.475,06 €
ZE146.32	8-800.m1	146 bis unter 158 Thrombozytenkonzentrate	39.669,95 €
ZE146.33	8-800.m2	158 bis unter 170 Thrombozytenkonzentrate	42.864,85 €
ZE146.34	8-800.m3	170 bis unter 182 Thrombozytenkonzentrate	46.059,74 €
ZE146.35	8-800.m4	182 bis unter 194 Thrombozytenkonzentrate	49.254,64 €
ZE146.36	8-800.m5	194 bis unter 210 Thrombozytenkonzentrate	52.715,78 €
ZE146.37	8-800.m6	210 bis unter 226 Thrombozytenkonzentrate	56.975,64 €
ZE146.38	8-800.m7	226 bis unter 242 Thrombozytenkonzentrate	61.235,50 €
ZE146.39	8-800.m8	242 bis unter 258 Thrombozytenkonzentrate	65.495,36 €
ZE146.40	8-800.m9	258 bis unter 274 Thrombozytenkonzentrate	69.755,22 €
ZE146.41	8-800.ma	274 bis unter 294 Thrombozytenkonzentrate	74.281,32 €
ZE146.42	8-800.mb	294 bis unter 314 Thrombozytenkonzentrate	79.606,15 €
ZE146.43	8-800.mc	314 bis unter 334 Thrombozytenkonzentrate	84.930,97 €
ZE146.44	8-800.md	334 bis unter 354 Thrombozytenkonzentrate	90.255,80 €
ZE146.45	8-800.me	354 bis unter 374 Thrombozytenkonzentrate	95.580,63 €
ZE146.46	8-800.mf	374 oder mehr Thrombozytenkonzentrate	100.905,45 €

ZE147 TFG**Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten**

Schlagwortverzeichnis: ATK, Thrombozytenkonzentrat, Apherese-TK, TK

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE108 (Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten), ZE146 (Gabe von Thrombozytenkonzentraten), ZE164 (Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten), ZE165 (Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Erfassung durch das Institut für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin (IHT) anhand der zurückgesandten Transfusionsprotokolle			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat	
ZE147.01	8-800.f0	1 Apherese-Thrombozytenkonzentrat (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	378,45 €
ZE147.02	8-800.f1	2 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	756,90 €
ZE147.03	8-800.f2	3 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	1.135,35 €
ZE147.04	8-800.f3	4 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	1.513,80 €
ZE147.05	8-800.f4	5 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	1.892,25 €
ZE147.06	8-800.f5	6 bis unter 8 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	2.441,00 €
ZE147.07	8-800.f6	8 bis unter 10 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	3.201,68 €
ZE147.08	8-800.f7	10 bis unter 12 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	3.935,88 €
ZE147.09	8-800.f8	12 bis unter 14 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	4.700,35 €
ZE147.10	8-800.f9	14 bis unter 16 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	5.476,17 €
ZE147.11	8-800.fa	16 bis unter 18 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	6.229,28 €
ZE147.12	8-800.fb	18 bis unter 20 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	6.974,83 €
ZE147.13	8-800.fc	20 bis unter 24 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	7.947,44 €
ZE147.14	8-800.fd	24 bis unter 28 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	9.461,24 €
ZE147.15	8-800.fe	28 bis unter 32 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	10.975,04 €
ZE147.16	8-800.ff	32 bis unter 36 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	12.488,84 €

ZE147.17	8-800.fg	36 bis unter 40 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	14.002,64 €
ZE147.18	8-800.fh	40 bis unter 46 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	15.705,66 €
ZE147.19	8-800.fj	46 bis unter 52 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	17.976,36 €
ZE147.20	8-800.fk	52 bis unter 58 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	20.247,06 €
ZE147.21	8-800.fm	58 bis unter 64 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	22.517,76 €
ZE147.22	8-800.fn	64 bis unter 70 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	24.788,46 €
ZE147.23	8-800.fp	70 bis unter 78 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	27.248,38 €
ZE147.24	8-800.fq	78 bis unter 86 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	30.275,98 €
ZE147.25	8-800.fr	86 bis unter 94 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	33.303,57 €
ZE147.26	8-800.fs	94 bis unter 102 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	36.331,17 €
ZE147.27	8-800.ft	102 bis unter 110 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	39.358,77 €
ZE147.28	8-800.fu	110 bis unter 118 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	42.386,37 €
ZE147.29	8-800.fv	118 bis unter 126 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	45.413,96 €
ZE147.31	8-800.fz	126 bis unter 134 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	48.441,56 €
ZE147.32	8-800.k0	134 bis unter 146 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	51.847,61 €
ZE147.33	8-800.k1	146 bis unter 158 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	56.389,01 €
ZE147.34	8-800.k2	158 bis unter 170 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	60.930,40 €
ZE147.35	8-800.k3	170 bis unter 182 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	65.471,80 €
ZE147.36	8-800.k4	182 bis unter 194 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	70.013,19 €
ZE147.37	8-800.k5	194 bis unter 210 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	74.933,04 €
ZE147.38	8-800.k6	210 bis unter 226 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	80.988,24 €
ZE147.39	8-800.k7	226 bis unter 242 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	87.043,43 €
ZE147.40	8-800.k8	242 bis unter 258 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	93.098,63 €
ZE147.41	8-800.k9	258 bis unter 274 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	99.153,82 €
ZE147.42	8-800.ka	274 bis unter 294 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	105.587,47 €
ZE147.43	8-800.kb	294 bis unter 314 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	113.156,46 €
ZE147.44	8-800.kc	314 bis unter 334 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	120.725,45 €
ZE147.45	8-800.kd	334 bis unter 354 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	128.294,45 €
ZE147.46	8-800.ke	354 bis unter 374 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	135.863,44 €
ZE147.47	8-800.kf	374 oder mehr Apherese-Thrombozytenkonzentrate	143.432,44 €

ZE149**Gabe von Trastuzumab, intravenös**

Schlagwortverzeichnis: Trastuzumab, Herceptin®, Kadcyla®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-104 (Gabe von Trastuzumab, subkutan)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 1: Trastuzumab, intravenös (Antineoplastisches Mittel, Antikörper)	
ZE149.01	6-001.k0	100 mg bis unter 150 mg	592,20 €
ZE149.02	6-001.k1	150 mg bis unter 200 mg	846,00 €
ZE149.03	6-001.k2	200 mg bis unter 250 mg	1.087,33 €
ZE149.04	6-001.k3	250 mg bis unter 300 mg	1.353,60 €
ZE149.05	6-001.k4	300 mg bis unter 350 mg	1.607,40 €
ZE149.06	6-001.k5	350 mg bis unter 400 mg	1.861,20 €
ZE149.07	6-001.k6	400 mg bis unter 450 mg	2.115,00 €
ZE149.08	6-001.k7	450 mg bis unter 500 mg	2.368,80 €
ZE149.09	6-001.k8	500 mg bis unter 600 mg	2.707,20 €
ZE149.10	6-001.k9	600 mg bis unter 700 mg	3.199,91 €
ZE149.11	6-001.ka	700 mg bis unter 800 mg	3.722,40 €
ZE149.12	6-001.kb	800 mg bis unter 900 mg	4.230,00 €
ZE149.13	6-001.kc	900 mg bis unter 1.000 mg	4.737,60 €

ZE149.14	6-001.kd	1.000 mg bis unter 1.200 mg	5.414,40 €
ZE149.15	6-001.ke	1.200 mg bis unter 1.400 mg	6.429,60 €
ZE149.16	6-001.kf	1.400 mg bis unter 1.600 mg	7.444,80 €
ZE149.17	6-001.kg	1.600 mg bis unter 1.800 mg	8.460,00 €
ZE149.18	6-001.kh	1.800 mg bis unter 2.000 mg	9.475,20 €
ZE149.19	6-001.kj	2.000 mg bis unter 2.200 mg	10.490,40 €
ZE149.20	6-001.kk	2.200 mg bis unter 2.400 mg	11.505,60 €
ZE149.21	6-001.km	2.400 mg oder mehr	12.520,80 €

ZE150**Gabe von Posaconazol, oral, Suspension**

Schlagwortverzeichnis: Posaconazol (oral, Susp.), Noxafil® (oral, Susp.)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-105 (Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten), NUB103 (Posaconazol, intravenös)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Posaconazol, oral, Suspension (Antimykotikum)	
ZE150.01	6-007.00	1.000 mg bis unter 2.000 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 10 Jahren)	230,53 €
ZE150.02	6-007.01	2.000 mg bis unter 3.000 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 10 Jahren)	403,43 €
ZE150.03	6-007.02	3.000 mg bis unter 4.200 mg	587,86 €
ZE150.04	6-007.03	4.200 mg bis unter 5.400 mg	795,34 €
ZE150.05	6-007.04	5.400 mg bis unter 6.600 mg	1.002,82 €
ZE150.06	6-007.05	6.600 mg bis unter 7.800 mg	1.210,30 €
ZE150.07	6-007.06	7.800 mg bis unter 9.000 mg	1.417,78 €
ZE150.08	6-007.07	9.000 mg bis unter 11.400 mg	1.694,42 €
ZE150.09	6-007.08	11.400 mg bis unter 13.800 mg	2.109,38 €
ZE150.10	6-007.09	13.800 mg bis unter 16.200 mg	2.524,34 €
ZE150.11	6-007.0a	16.200 mg bis unter 18.600 mg	2.939,30 €
ZE150.12	6-007.0b	18.600 mg bis unter 21.000 mg	3.354,26 €
ZE150.13	6-007.0c	21.000 mg bis unter 25.800 mg	3.907,54 €
ZE150.14	6-007.0d	25.800 mg bis unter 30.600 mg	4.737,46 €
ZE150.15	6-007.0e	30.600 mg bis unter 35.400 mg	5.567,38 €
ZE150.16	6-007.0f	35.400 mg bis unter 40.200 mg	6.397,30 €
ZE150.17	6-007.0g	40.200 mg bis unter 45.000 mg	7.227,22 €
ZE150.18	6-007.0h	45.000 mg bis unter 54.600 mg	8.333,78 €
ZE150.19	6-007.0j	54.600 mg bis unter 64.200 mg	9.993,62 €
ZE150.20	6-007.0k	64.200 mg bis unter 73.800 mg	11.653,46 €
ZE150.21	6-007.0m	73.800 mg bis unter 83.400 mg	13.313,30 €
ZE150.22	6-007.0n	83.400 mg bis unter 93.000 mg	14.973,14 €
ZE150.23	6-007.0p	93.000 mg oder mehr	16.632,98 €

ZE151*Gabe von Abatacept, intravenös*

Schlagwortverzeichnis: Abatacept, Orenzia®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-106 (Gabe von Abatacept, subkutan)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 3: Abatacept, intravenös (Antirheumatikum, selektives Immunsuppressivum)	
ZE151.01	6-003.s0	125 mg bis unter 250 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	304,73 €
ZE151.02	6-003.s1	250 mg bis unter 500 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	609,47 €
ZE151.03	6-003.s2	500 mg bis unter 750 mg	914,20 €
ZE151.04	6-003.s3	750 mg bis unter 1.000 mg	1.371,30 €
ZE151.05	6-003.s4	1.000 mg bis unter 1.250 mg	1.828,40 €
ZE151.06	6-003.s5	1.250 mg bis unter 1.500 mg	2.285,50 €
ZE151.07	6-003.s6	1.500 mg bis unter 1.750 mg	2.742,60 €
ZE151.08	6-003.s7	1.750 mg bis unter 2.000 mg	3.199,70 €
ZE151.09	6-003.s8	2.000 mg bis unter 2.250 mg	3.656,80 €
ZE151.10	6-003.s9	2.250 mg bis unter 2.500 mg	4.113,90 €
ZE151.11	6-003.sa	2.500 mg bis unter 2.750 mg	4.571,00 €
ZE151.12	6-003.sb	2.750 mg bis unter 3.000 mg	5.028,10 €
ZE151.13	6-003.sc	3.000 mg oder mehr	5.485,20 €

ZE152*Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Stentretreiver-Systems*

Schlagwortverzeichnis: Retriever, Stentretreiver, Solitaire®, Capture®, pRESET®, Catch®, Catch-Mini®, Trevo®, 3D-Separator®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE133 (Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretreiver-Systems)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Sonstiges)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nur abrechenbar in Kombination mit einem der grau hinterlegten OPS-Kodes.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
	8-836.60	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Fremdkörperentfernung: Gefäße intrakraniell	
	8-836.80	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Gefäße intrakraniell	
ZE152.01	8-83b.84	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Mikrodrahtretreiver- oder Stentretreiver-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 1 Stentretreiver-System	1.959,38 €
ZE152.02	8-83b.85	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Mikrodrahtretreiver- oder Stentretreiver-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 2 Stentretreiver-Systeme	3.918,76 €
ZE152.03	8-83b.86	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Mikrodrahtretreiver- oder Stentretreiver-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 3 oder mehr Stentretreiver-Systeme	5.878,14 €

ZE153*Zügeloperation mit alloplastischem Material, adjustierbar*

Schlagwortverzeichnis: Zügel-OP, Schlingen-OP

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE10 (Künstlicher Blasenschließmuskel), ZE134 (verschiedene Harnkontinenztherapien)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten) oder OPS-Eingabe im OP-Protokoll			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE153	5-594.31	Suprapubische (urethrovesikale) Zügeloperation [Schlingenoperation]: Mit alloplastischem Material: Adjustierbar	115,16 €

ZE154*Gabe von Eculizumab, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Eculizumab, Soliris®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 3: Eculizumab, parenteral (Immunmodulator, hum. monoklon. Antikörper)	
ZE154.01	6-003.h0	300 mg bis unter 600 mg	5.567,22 €
ZE154.02	6-003.h1	600 mg bis unter 900 mg	11.134,44 €
ZE154.03	6-003.h2	900 mg bis unter 1.200 mg	16.701,66 €
ZE154.04	6-003.h3	1.200 mg bis unter 1.500 mg	22.268,88 €
ZE154.05	6-003.h4	1.500 mg bis unter 1.800 mg	27.836,10 €
ZE154.06	6-003.h5	1.800 mg bis unter 2.100 mg	33.403,32 €
ZE154.07	6-003.h6	2.100 mg bis unter 2.400 mg	38.970,54 €
ZE154.08	6-003.h7	2.400 mg bis unter 2.700 mg	44.537,76 €
ZE154.09	6-003.h8	2.700 mg bis unter 3.000 mg	50.104,98 €
ZE154.10	6-003.h9	3.000 mg bis unter 3.300 mg	55.672,20 €
ZE154.11	6-003.ha	3.300 mg bis unter 3.600 mg	61.239,42 €
ZE154.12	6-003.hb	3.600 mg bis unter 3.900 mg	66.806,64 €
ZE154.13	6-003.hc	3.900 mg bis unter 4.200 mg	72.373,86 €
ZE154.14	6-003.hd	4.200 mg bis unter 4.500 mg	77.941,08 €
ZE154.15	6-003.he	4.500 mg bis unter 4.800 mg	83.508,30 €
ZE154.16	6-003.hf	4.800 mg bis unter 5.100 mg	89.075,52 €
ZE154.17	6-003.hg	5.100 mg bis unter 5.400 mg	94.642,74 €
ZE154.18	6-003.hh	5.400 mg bis unter 5.700 mg	100.209,96 €
ZE154.19	6-003.hj	5.700 mg bis unter 6.000 mg	105.777,18 €
ZE154.20	6-003.hk	6.000 mg oder mehr	111.344,40 €

ZE155*Gabe von Ofatumumab, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Ofatumumab, Arzerra®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 6: Ofatumumab, parenteral (Immunmodulator, hum. monoklon. Antikörper)	
ZE155.01	6-006.40	300 mg bis unter 600 mg	879,21 €
ZE155.02	6-006.41	600 mg bis unter 900 mg	1.758,42 €
ZE155.03	6-006.42	900 mg bis unter 1.200 mg	2.637,63 €
ZE155.04	6-006.43	1.200 mg bis unter 1.500 mg	3.516,84 €
ZE155.05	6-006.44	1.500 mg bis unter 2.000 mg	4.396,05 €
ZE155.06	6-006.45	2.000 mg bis unter 4.000 mg	5.861,40 €
ZE155.07	6-006.46	4.000 mg bis unter 6.000 mg	11.722,80 €
ZE155.08	6-006.47	6.000 mg bis unter 8.000 mg	17.584,20 €
ZE155.09	6-006.48	8.000 mg bis unter 10.000 mg	23.445,60 €
ZE155.10	6-006.49	10.000 mg bis unter 12.000 mg	29.307,00 €
ZE155.11	6-006.4a	12.000 mg bis unter 14.000 mg	35.168,40 €
ZE155.12	6-006.4b	14.000 mg bis unter 16.000 mg	41.029,80 €
ZE155.13	6-006.4c	16.000 mg bis unter 18.000 mg	46.891,20 €
ZE155.14	6-006.4d	18.000 mg bis unter 20.000 mg	52.752,60 €
ZE155.15	6-006.4e	20.000 mg bis unter 22.000 mg	58.614,00 €
ZE155.16	6-006.4f	22.000 mg bis unter 24.000 mg	64.475,40 €
ZE155.17	6-006.4g	24.000 mg oder mehr	70.336,80 €

ZE156*Gabe von Decitabine, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Decitabine, Dacogen®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 4: Decitabine, parenteral (Cytidin-Desoxynucleosidanalogen)	
ZE156.01	6-004.40	30 mg bis unter 60 mg	1.050,24 €
ZE156.02	6-004.41	60 mg bis unter 90 mg	1.945,40 €
ZE156.03	6-004.42	90 mg bis unter 120 mg	2.779,14 €
ZE156.04	6-004.43	120 mg bis unter 150 mg	3.612,88 €
ZE156.05	6-004.44	150 mg bis unter 180 mg	4.446,62 €
ZE156.06	6-004.45	180 mg bis unter 210 mg	5.280,37 €
ZE156.07	6-004.46	210 mg bis unter 240 mg	6.060,75 €
ZE156.08	6-004.47	240 mg bis unter 270 mg	6.947,85 €
ZE156.09	6-004.48	270 mg bis unter 300 mg	7.781,59 €
ZE156.10	6-004.49	300 mg bis unter 330 mg	8.615,33 €
ZE156.11	6-004.4a	330 mg bis unter 360 mg	9.449,08 €
ZE156.12	6-004.4b	360 mg bis unter 390 mg	10.282,82 €
ZE156.13	6-004.4c	390 mg bis unter 420 mg	11.116,56 €
ZE156.14	6-004.4d	420 mg bis unter 450 mg	11.950,30 €
ZE156.15	6-004.4e	450 mg bis unter 480 mg	12.784,04 €

ZE- & NUB-Handbuch

ZE156.16	6-004.4f	480 mg bis unter 510 mg	13.617,79 €
ZE156.17	6-004.4g	510 mg oder mehr	14.451,53 €

ZE157*Gabe von Tocilizumab, intravenös*

Schlagwortverzeichnis: Tocilizumab, RoActemra®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-110 (Gabe von Tocilizumab, subkutan)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 5: Tocilizumab, intravenös (Immunsuppressivum, Interleukin-Inhibitor)	
ZE157.01	6-005.m0	80 mg bis unter 200 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	317,86 €
ZE157.02	6-005.m1	200 mg bis unter 320 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	635,71 €
ZE157.03	6-005.m2	320 mg bis unter 480 mg	953,57 €
ZE157.04	6-005.m3	480 mg bis unter 640 mg	1.377,38 €
ZE157.05	6-005.m4	640 mg bis unter 800 mg	1.785,53 €
ZE157.06	6-005.m5	800 mg bis unter 960 mg	2.224,99 €
ZE157.07	6-005.m6	960 mg bis unter 1.120 mg	2.648,80 €
ZE157.08	6-005.m7	1.120 mg bis unter 1.280 mg	3.072,61 €
ZE157.09	6-005.m8	1.280 mg bis unter 1.440 mg	3.496,42 €
ZE157.10	6-005.m9	1.440 mg bis unter 1.600 mg	3.920,22 €
ZE157.11	6-005.ma	1.600 mg bis unter 1.760 mg	4.344,03 €
ZE157.12	6-005.mb	1.760 mg bis unter 1.920 mg	4.767,84 €
ZE157.13	6-005.mc	1.920 mg bis unter 2.080 mg	5.191,65 €
ZE157.14	6-005.md	2.080 mg oder mehr	5.615,46 €

ZE158*Vagusnervstimulationssysteme, mit Sondenimplantation*

Schlagwortverzeichnis: Neurostimulator, Vagusstimulator, DEMIPULSE-DUO®-Generator, DEMIPULSE®-Generator, PULSE®-Generator (Modell 102 oder 102R)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE138 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, mit Sondenimplantation), ZE139 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, ohne Sondenimplantation), ZE140 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation), ZE141 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation), ZE159 (Vagusnervstimulationssysteme, ohne Sondenimplantation), ZE2018-61 (Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar), ZE2018-86 (Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen), ZE2018-118 (Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalstimulator)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten) oder OPS-Eingabe im OP-Protokoll			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE158	5-059.c8	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Vagusnervstimulationssystem	11.246,70 €

ZE159**Vagusnervstimulationssysteme, ohne Sondenimplantation**

Schlagwortverzeichnis: Neurostimulator, Vagusstimulator, DEMIPULSE-DUO®-Generator, DEMIPULSE®-Generator, PULSE®-Generator (Modell 102 oder 102R)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE138 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, mit Sondenimplantation), ZE139 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, ohne Sondenimplantation), ZE140 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation), ZE141 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation), ZE158 (Vagusnervstimulationssysteme, mit Sondenimplantation), ZE2018-61 (Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar), ZE2018-86 (Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen), ZE2018-118 (Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalstimulator)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten) oder OPS-Eingabe im OP-Protokoll			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE159	5-059.d8	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Vagusnervstimulationssystem	9.558,00 €

ZE160**Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Lipegfilgrastim, Longuex®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE40 (Filgrastim, parenteral), ZE71 (Gabe von Pegfilgrastim, parenteral)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Lipegfilgrastim, parenteral (Immunstimulans, Wachstumsfaktor [G-CSF])	
ZE160.01	6-007.70	1 mg bis unter 3 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	153,89 €
ZE160.02	6-007.71	3 mg bis unter 6 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	369,34 €
ZE160.03	6-007.72	6 mg bis unter 12 mg	362,89 €
ZE160.04	6-007.73	12 mg bis unter 18 mg	916,91 €
ZE160.05	6-007.74	18 mg bis unter 24 mg	1.470,92 €
ZE160.06	6-007.75	24 mg bis unter 30 mg	2.024,94 €
ZE160.07	6-007.76	30 mg oder mehr	2.578,95 €

ZE161**Radiofrequenzablation Ösophagus**

Schlagwortverzeichnis: Radiofrequenzablation, Ablation Ösophagus

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Sonstiges) oder OPS-Eingabe im OP-Protokoll			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE161	5-422.55	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus: Destruktion, endoskopisch: Radiofrequenzablation	1.576,68 €

ZE162**Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 1)**

Schlagwortverzeichnis: Pflegegrad, Pflegebedürftigkeit

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch	
siehe auch ZE130 (Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen), ZE131 (Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen), ZE163 (Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten), ZE2018-36 (Versorgung von Schwerstbehinderten)	
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in	
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Sonstiges)	
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung	
Das Zusatzentgelt ist ab einer Mindestverweildauer von 5 Belegungstagen und nur in Verbindung mit einer der genannten DRG-Fallpauschalen abrechenbar (Fallpauschalenkatalog 2018, Anhang 1 Tabelle 1): 801A, 863Z, A01A, A01B, A01C, A02Z, A03A, A03B, A04B, A04C, A04D, A04E, A05A, A05B, A06A, A06B, A06C, A07A, A07D, A07E, A07F, A11B, A11C, A11F, A11G, A13E, A13F, A13G, A15B, A15C, A17A, A17B, A18Z, A42B, A42C, A60B, A61A, A61B, A61C, A62Z, A63Z, A64Z, A66Z, A69Z, B01A, B02B, B04D, B05Z, B16A, B16B, B17A, B17B, B17D, B17E, B18C, B18D, B19B, B19C, B20A, B20C, B20E, B21B, B42B, B44A, B44D, B61A, B64Z, B66A, B66C, B67A, B68B, B69A, B71A, B71C, B72A, B74Z, B75Z, B76B, B76C, B76D, B76F, B77Z, B78A, B79Z, B80Z, B84Z, B86Z, C01A, C02A, C03A, C03C, C04A, C04B, C05Z, C07A, C07B, C08A, C08B, C10A, C10B, C10C, C12Z, C15Z, C16Z, C20A, C20B, C61Z, C62Z, C64Z, C65Z, D01B, D02B, D03B, D04Z, D05A, D05B, D06A, D08A, D12A, D12B, D13A, D16Z, D20B, D22A, D22B, D24B, D25A, D25B, D25D, D29Z, D30C, D33Z, D35Z, D36Z, D37A, D37B, D38Z, D39Z, D60C, D61Z, D62Z, D63Z, D64Z, D65Z, D67Z, E01B, E02C, E03Z, E05A, E05C, E06A, E06B, E07Z, E08A, E08D, E40C, E42Z, E60B, E63A, E63B, E64B, E65A, E66B, E69C, E69D, E69E, E70A, E70B, E71D, E73B, E75A, E75B, E76C, E79A, E79C, F01B, F02A, F02B, F03B, F03D, F03E, F05Z, F06A, F06B, F06C, F07A, F07B, F07C, F08C, F09A, F09B, F09C, F12B, F12C, F12D, F12E, F13B, F14A, F17A, F18A, F18D, F19B, F19D, F20Z, F21B, F27A, F28B, F36A, F39A, F39B, F41A, F49A, F49C, F49F, F49G, F50A, F50B, F50C, F56B, F58B, F59C, F59D, F62A, F62B, F67A, F67C, F67D, F68A, F68B, F70A, F71B, F74Z, F75A, F75B, F75C, F77Z, F95A, F95B, F98A, F98C, G01Z, G03B, G07A, G07B, G07C, G08B, G09Z, G10Z, G11A, G11B, G12C, G13A, G13B, G15Z, G16A, G16B, G19C, G21A, G22C, G23A, G23B, G23C, G24A, G24B, G24C, G26B, G27A, G29A, G29B, G33Z, G36C, G37Z, G38Z, G60B, G67C, G70A, G71Z, G72A, G74Z, G77B, H01A, H01B, H02B, H06C, H08B, H09C, H12B, H12C, H15Z, H16A, H16B, H29Z, H33Z, H38Z, H40A, H61A, H61B, H61C, H62A, H62C, I01Z, I05A, I05C, I06C, I08B, I08C, I08D, I08E, I08F, I08G, I08H, I08I, I09B, I09E, I09G, I10A, I10B, I10C, I10E, I10F, I10G, I11Z, I12B, I13B, I13E, I13G, I14Z, I15A, I15B, I16A, I16C, I17A, I17B, I18B, I19A, I19B, I20A, I20B, I20D, I20E, I20F, I20G, I20H, I21Z, I23A, I24Z, I26Z, I27A, I27B, I27E, I28A, I29A, I29B, I29C, I30A, I30B, I30D, I31C, I32B, I32C, I32D, I32E, I32F, I32G, I33Z, I36Z, I37Z, I41Z, I42A, I43A, I43B, I44B, I44C, I44D, I45A, I45B, I46B, I47A, I47B, I47C, I50B, I50C, I54B, I59Z, I60Z, I64A, I64C, I65A, I65C, I66A, I66C, I66D, I66F, I68B, I71A, I71B, I73Z, I74B, I74C, I75A, I76B, J01Z, J04Z, J06Z, J07A, J08A, J09A, J09B, J10B, J11B, J11C, J12Z, J14A, J14B, J16B, J17Z, J23Z, J24A, J24B, J24C, J24D, J26Z, J44Z, J61A, J62A, J62B, J64A, J65A, J65B, J77Z, K03A, K03B, K06A, K06C, K06D, K07Z, K09D, K14Z, K15A, K15C, K15D, K33Z, K38Z, K44Z, K60B, K60D, K62A, K63B, L02A, L02B, L02C, L04A, L04B, L04C, L06A, L06C, L06D, L08A, L08B, L09D, L10Z, L11Z, L13C, L16A, L16B, L16C, L17A, L19Z, L20B, L20C, L37Z, L40Z, L42A, L42B, L44Z, L60C, L62B, L62C, L63A, L63C, L63E, L64A, L64B, L64C, L64D, L68A, L68B, L69A, L72Z, L73Z, L74Z, M01A, M01B, M02B, M03A, M03B, M04B, M04C, M05Z, M06Z, M07Z, M09A, M09B, M10A, M10B, M11Z, M37Z, M38Z, M64Z, N01A, N01C, N02C, N05A, N05B, N06Z, N07Z, N08Z, N09B, N10Z, N13B, N14Z, N16A, N16B, N21B, N23Z, N25Z, N33Z, N34Z, N38Z, N60B, N62B, O01A, O01B, O01C, O01D, O01E, O01F, O01G, O01H, O02A, O02B, O03Z, O04A, O04B, O04C, O05A, O05B,	

O05C, O40Z, O60A, O60B, O60C, O60D, O61Z, O63Z, O65A, O65B, P02A, P02B, P02C, P03A, P03B, P03C, P04A, P04B, P05A, P05B, P05C, P06A, P06B, P06C, P61A, P61B, P61C, P61D, P61E, P62A, P62B, P62C, P62D, P63Z, P64Z, P65A, P65B, P65C, P65D, P66A, P66B, P66C, P66D, P67A, P67B, P67C, P67D, P67E, Q01Z, Q02A, Q02B, Q02C, Q03A, Q03B, Q60A, Q60B, Q60D, Q60E, Q63A, R01A, R01C, R01D, R04B, R11C, R12A, R12B, R12C, R13A, R14Z, R16Z, R36Z, R60A, R60B, R60C, R60D, R60E, R61C, R61D, R61G, R61H, R62A, R63A, R63B, R63C, R63D, R63E, R63F, R63H, R66Z, S01Z, S62Z, S63A, S65A, T01B, T44Z, T62A, T62B, T63B, T63C, T64A, T64B, U64Z, V40Z, V60B, V64Z, W01B, W01C, W04A, W36Z, W61B, X01C, X04Z, X05A, X05B, X06C, X07A, X07B, X33Z, X60Z, X62Z, X64Z, Y02A, Y02C, Y02D, Y03A, Y62A, Z01A, Z01B, Z03Z, Z64A, Z64B, Z64C, Z65Z, Z66Z			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE162	9-984.8	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	107,14 €
	9-984.9	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	
	9-984.a	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	

ZE163**Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2)**

Schlagwortverzeichnis: Pflegegrad, Pflegebedürftigkeit

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE130 (Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen), ZE131 (Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen), ZE162 (Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten), ZE2018-36 (Versorgung von Schwerstbehinderten)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Sonstiges)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Das Zusatzentgelt ist ab einer Mindestverweildauer von 5 Belegungstagen und nur in Verbindung mit einer der genannten DRG-Fallpauschalen abrechenbar (Fallpauschalenkatalog 2018, Anhang 1 Tabelle 2): 801B, 801C, 801D, 801E, 802A, 802B, 802C, 802D, A09B, A11A, A11D, A11E, A13A, A13B, A13D, A13H, A15D, B01B, B02A, B02D, B03Z, B04C, B07Z, B09Z, B12Z, B15Z, B17C, B18A, B18B, B20D, B36B, B39A, B39B, B39C, B42A, B44B, B45Z, B47A, B47B, B48Z, B60A, B63Z, B66B, B66D, B67B, B68A, B68C, B68D, B69B, B69C, B69D, B70A, B70B, B70C, B70D, B70E, B70F, B71B, B71D, B72B, B73Z, B76E, B76G, B78B, B81B, B82Z, B85A, B85B, B85C, B85D, C01B, C02B, C03B, C60Z, C63Z, C66Z, D02A, D06B, D08B, D09Z, D13B, D15A, D19Z, D20A, D28Z, D30B, E01A, E02A, E02B, E05B, E06C, E08B, E08C, E40A, E40B, E64A, E64C, E65B, E65C, E66A, E69B, E71A, E71B, E71C, E73A, E74Z, E75C, E77C, E77E, E79D, F01A, F01D, F03A, F03C, F03F, F08A, F08B, F08D, F08E, F08F, F12F, F12G, F12H, F12I, F13A, F13C, F14B, F15Z, F17B, F19A, F19C, F21C, F21D, F21E, F24A, F24B, F27B, F27C, F27D, F28A, F28C, F36B, F41B, F42Z, F43C, F48Z, F49B, F49D, F49E, F51A, F51B, F52A, F52B, F56A, F58A, F59A, F59B, F60A, F60B, F61A, F61B, F62C, F63A, F63B, F64Z, F65A, F65B, F66A, F66B, F67B, F69A, F69B, F70B, F71A, F72A, F72B, F73B, F75D, G02B, G03C, G04Z, G08A, G12A, G12B, G12D, G14Z, G17A, G18A, G18B, G18C, G18D, G19A, G19B, G21B, G21C, G22A, G22B, G27B, G35Z, G36A, G36B, G46A, G46B, G46C, G47Z, G48A, G48B, G50Z, G52Z, G60A, G64A, G64B, G65Z, G66Z, G67A, G67B, G70B, G73Z, G77A, H02A, H05Z, H06B, H07A, H07B, H08A, H09A, H12A, H41A, H41B, H41C, H41D, H44Z, H60Z, H62B, H63A, H63B, H63C, H64Z, H78Z, I02A, I02D, I03A, I03B, I04Z, I05B, I06A, I07Z, I08A, I09C, I09F, I09H, I09I, I10D, I12A, I12C, I13A, I13C, I13D, I13F, I20C, I22A, I22B, I27C, I28B, I28C, I31B, I32A, I34Z, I42B, I46C, I50A, I66B, I66E, I66G, I68C, I68D, I69A, I69B, I74A, I75B, I76A, I77Z, I79Z, I95Z, I98Z, J02A, J02B, J02C, J03Z, J08B, J08C, J10A, J11A, J16A, J18B, J21Z, J22Z, J25Z, J61B, J61C, J64B, J67Z, K09A, K09B, K09C, K15B, K25Z, K60C, K60E, K60F, K62B, K64A, K64B, K64C, K64D, L06B, L07Z, L09A, L09B, L09C, L12A, L12B, L13A, L18A, L18B, L20A, L33Z, L36Z, L60A, L60B, L60D, L62A, L63F, L69B, M02A, M03C, M04A, M60A, M60B, M60C, M61Z, M62Z, N01B, N01D, N02A, N02B, N04Z, N11B, N13A, N15Z, N60A, N61Z, N62A, Q60C, Q61A, Q61B, Q62Z, Q63B, R03Z, R04A, R05Z, R06Z, R07A, R60F, R61B, R61F, R62B, R62C, R63G, S65B, T01A, T01C, T01D, T01E, T36Z, T60A, T60C, T60E, T61Z, T63A, T64C, U40Z, U42B, U42C, U61Z, U63Z, V60A, V61Z, V63Z, W02A, W02B, W04B, W61A, X01A, X01B, X06A, X06B, Y02B, Y03B, Y62B, Z01C, Z64D			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE163	9-984.8	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	219,56 €
	9-984.9	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	
	9-984.a	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	

ZE164 TFG
Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten

Schlagwortverzeichnis: TK (pathogeninaktiv.), Thrombozytenkonzentrat (pathogeninaktiv.)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE108 (Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten), ZE146 (Gabe von Thrombozytenkonzentraten), ZE147 (Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten), ZE165 (Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Erfassung durch das Institut für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin (IHT) anhand der zurückgesandten Transfusionsprotokolle			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat	
ZE164.01	8-800.h1	2 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	667,47 €
ZE164.02	8-800.h2	3 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	1.001,21 €
ZE164.03	8-800.h3	4 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	1.334,94 €
ZE164.04	8-800.h4	5 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	1.668,68 €
ZE164.05	8-800.h5	6 bis unter 8 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	2.169,29 €
ZE164.06	8-800.h6	8 bis unter 10 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	2.836,76 €
ZE164.07	8-800.h7	10 bis unter 12 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	3.504,23 €
ZE164.08	8-800.h8	12 bis unter 14 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	4.171,70 €
ZE164.09	8-800.h9	14 bis unter 16 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	4.839,17 €
ZE164.10	8-800.ha	16 bis unter 18 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	5.506,65 €
ZE164.11	8-800.hb	18 bis unter 20 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	6.174,12 €
ZE164.12	8-800.hc	20 bis unter 24 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	7.008,46 €
ZE164.13	8-800.hd	24 bis unter 28 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	8.343,41 €
ZE164.14	8-800.he	28 bis unter 32 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	9.678,35 €
ZE164.15	8-800.hf	32 bis unter 36 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	11.013,29 €
ZE164.16	8-800.hg	36 bis unter 40 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	12.348,24 €
ZE164.17	8-800.hh	40 bis unter 46 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	13.850,05 €
ZE164.18	8-800.hj	46 bis unter 52 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	15.852,47 €
ZE164.19	8-800.hk	52 bis unter 58 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	17.854,89 €
ZE164.20	8-800.hm	58 bis unter 64 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	19.857,30 €
ZE164.21	8-800.hn	64 bis unter 70 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	21.859,72 €
ZE164.22	8-800.hp	70 bis unter 78 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	24.029,01 €
ZE164.23	8-800.hq	78 bis unter 86 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	26.698,90 €
ZE164.24	8-800.hr	86 bis unter 94 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	29.368,79 €
ZE164.25	8-800.hs	94 bis unter 102 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	32.038,68 €
ZE164.26	8-800.ht	102 bis unter 110 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	34.708,56 €
ZE164.27	8-800.hu	110 bis unter 118 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	37.378,45 €
ZE164.28	8-800.hv	118 bis unter 126 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	40.048,34 €
ZE164.29	8-800.hz	126 bis unter 134 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	42.718,23 €
ZE164.30	8-800.n0	134 bis unter 146 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	45.721,86 €
ZE164.31	8-800.n1	146 bis unter 158 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	49.726,69 €
ZE164.32	8-800.n2	158 bis unter 170 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	53.731,53 €
ZE164.33	8-800.n3	170 bis unter 182 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	57.736,36 €
ZE164.34	8-800.n4	182 bis unter 194 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	61.741,20 €
ZE164.35	8-800.n5	194 bis unter 210 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	66.079,77 €
ZE164.36	8-800.n6	210 bis unter 226 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	71.419,55 €
ZE164.37	8-800.n7	226 bis unter 242 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	76.759,33 €
ZE164.38	8-800.n8	242 bis unter 258 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	82.099,11 €
ZE164.39	8-800.n9	258 bis unter 274 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	87.438,88 €
ZE164.40	8-800.na	274 bis unter 294 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	93.112,40 €

ZE164.41	8-800.nb	294 bis unter 314 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	99.787,12 €
ZE164.42	8-800.nc	314 bis unter 334 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	106.461,85 €
ZE164.43	8-800.nd	334 bis unter 354 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	113.136,57 €
ZE164.44	8-800.ne	354 bis unter 374 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	119.811,30 €
ZE164.45	8-800.nf	374 oder mehr pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	126.486,02 €

ZE165 TFG**Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten**

Schlagwortverzeichnis: ATK (pathogeninaktiv.), Thrombozytenkonzentrat (pathogeninaktiv.), Apherese-TK (pathogeninaktiv.), TK (pathogeninaktiv.)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE108 (Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten), ZE146 (Gabe von Thrombozytenkonzentraten), ZE147 (Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten), ZE164 (Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Erfassung durch das Institut für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin (IHT) anhand der zurückgesandten Transfusionsprotokolle			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat	
ZE165.01	8-800.d0	1 pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	444,77 €
ZE165.02	8-800.d1	2 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	889,54 €
ZE165.03	8-800.d2	3 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	1.334,30 €
ZE165.04	8-800.d3	4 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	1.779,07 €
ZE165.05	8-800.d4	5 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	2.223,84 €
ZE165.06	8-800.d5	6 bis unter 8 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	2.890,99 €
ZE165.07	8-800.d6	8 bis unter 10 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	3.780,53 €
ZE165.08	8-800.d7	10 bis unter 12 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	4.670,06 €
ZE165.09	8-800.d8	12 bis unter 14 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	5.559,60 €
ZE165.10	8-800.d9	14 bis unter 16 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	6.449,14 €
ZE165.11	8-800.da	16 bis unter 18 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	7.338,67 €
ZE165.12	8-800.db	18 bis unter 20 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	8.228,21 €
ZE165.13	8-800.dc	20 bis unter 24 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	9.340,13 €
ZE165.14	8-800.dd	24 bis unter 28 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	11.119,20 €
ZE165.15	8-800.de	28 bis unter 32 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	12.898,27 €
ZE165.16	8-800.df	32 bis unter 36 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	14.677,34 €
ZE165.17	8-800.dg	36 bis unter 40 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	16.456,42 €
ZE165.18	8-800.dh	40 bis unter 46 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	18.457,87 €
ZE165.19	8-800.dj	46 bis unter 52 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	21.126,48 €
ZE165.20	8-800.dk	52 bis unter 58 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	23.795,09 €

ZE165.21	8-800.dm	58 bis unter 64 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	26.463,70 €
ZE165.22	8-800.dn	64 bis unter 70 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	29.132,30 €
ZE165.23	8-800.dp	70 bis unter 78 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	32.023,30 €
ZE165.24	8-800.dq	78 bis unter 86 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	35.581,44 €
ZE165.25	8-800.dr	86 bis unter 94 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	39.139,58 €
ZE165.26	8-800.ds	94 bis unter 102 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	42.697,73 €
ZE165.27	8-800.dt	102 bis unter 110 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	46.255,87 €
ZE165.28	8-800.du	110 bis unter 118 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	49.814,02 €
ZE165.29	8-800.dv	118 bis unter 126 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	53.372,16 €
ZE165.30	8-800.dz	126 bis unter 134 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	56.930,30 €
ZE165.31	8-800.j0	134 bis unter 146 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	60.933,22 €
ZE165.32	8-800.j1	146 bis unter 158 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	66.270,43 €
ZE165.33	8-800.j2	158 bis unter 170 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	71.607,65 €
ZE165.34	8-800.j3	170 bis unter 182 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	76.944,86 €
ZE165.35	8-800.j4	182 bis unter 194 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	82.282,08 €
ZE165.36	8-800.j5	194 bis unter 210 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	88.064,06 €
ZE165.37	8-800.j6	210 bis unter 226 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	95.180,35 €
ZE165.38	8-800.j7	226 bis unter 242 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	102.296,64 €
ZE165.39	8-800.j8	242 bis unter 258 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	109.412,93 €
ZE165.40	8-800.j9	258 bis unter 274 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	116.529,22 €
ZE165.41	8-800.ja	274 bis unter 294 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	124.090,27 €
ZE165.42	8-800.jb	294 bis unter 314 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	132.985,63 €
ZE165.43	8-800.jc	314 bis unter 334 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	141.880,99 €
ZE165.44	8-800.jd	334 bis unter 354 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	150.776,35 €
ZE165.45	8-800.je	354 bis unter 374 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	159.671,71 €
ZE165.46	8-800.jf	374 oder mehr pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	168.567,07 €

4. Krankenhaus-individuelle Zusatzentgelte (ZE 2018)

(Seit dem 1.3.2017 am UKB gültige Entgelte nach „Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung“ [AEB 2016, Stand 19.1.2017, Genehmigungsbescheid der Bezirksregierung Köln nach § 18 KHG, § 14 KHEntgG, § 14 BPflV und § 17a KHG vom 24.2.2017])

ZE2018-01**Beckenimplantate**

Schlagwortverzeichnis: Beckenimplantat

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/OP-Protokoll: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhaushausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
-	5-785.2d	Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Keramischer Knochenersatz: Becken	unverhandelt
-	5-785.3d	Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Keramischer Knochenersatz, resorbierbar: Becken	unverhandelt
ZE2016-01	5-785.4d	Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Metallischer Knochenersatz: Becken	13.485,45 €
-	5-785.5d	Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Keramischer Knochenersatz, resorbierbar mit Antibiotikumzusatz: Becken	unverhandelt

ZE2018-02**Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)**

Schlagwortverzeichnis: Kunstherz, Pumpe (Blut), Blutpumpe, Ventricular Assist System® (Fa. HeartWare)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-03 (ECMO und PECLA), ZE2018-22 (IABP), ZE2018-62 (Mikroaxial-Blutpumpe), NUB121a-b-c (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, RVAD), NUB123 (Katheterbasiertes Implantat zur Behandlung linksventrikulärer kardialer Motilitätsstörungen), NUB159a-b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, LVAD), NUB161 (Transapikale Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung), NUB165a-b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/OP-Protokoll: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhaushausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
-	5-376.20	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär: Implantation	unverhandelt
-	5-376.22	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär: Isolierter Pumpenwechsel, nicht offen chirurgisch	unverhandelt
-	5-376.23	Neu in 2018: Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär: Implantation, transapikal	unverhandelt

-	5-376.30	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), biventrikulär: Implantation	unverhandelt
-	5-376.33	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), biventrikulär: Isolierter Pumpenwechsel einer Pumpe, nicht offen chirurgisch	unverhandelt
-	5-376.34	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), biventrikulär: Isolierter Pumpenwechsel beider Pumpen, nicht offen chirurgisch	unverhandelt
ZE2016-02	5-376.40	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation	90.000,00 €
-	5-376.50	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, biventrikulär: Implantation	unverhandelt
-	5-376.60	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Kunstherz (totaler Herzersatz): Implantation	unverhandelt
-	5-376.70	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation	unverhandelt
-	5-376.72	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, univentrikulär: Isolierter Pumpenwechsel, nicht offen chirurgisch	unverhandelt
-	5-376.80	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, biventrikulär: Implantation	unverhandelt
-	5-376.83	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, biventrikulär: Isolierter Pumpenwechsel einer Pumpe, nicht offen chirurgisch	unverhandelt
-	5-376.84	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, biventrikulär: Isolierter Pumpenwechsel beider Pumpen, nicht offen chirurgisch	unverhandelt

ZE2018-03**ECMO und PECLA**

Schlagwortverzeichnis: ECMO, PECLA, Prä-ECMO, HLM, Herz-Lungen-Maschine

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-02 (Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme [„Kunstherz“]), ZE2018-22 (IABP), ZE2018-62 (Mikroaxial-Blutpumpe), NUB121a-b-c (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, RVAD), NUB123 (Katheterbasiertes Implantat zur Behandlung linksventrikulärer kardialer Motilitätsstörungen), NUB159a-b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, LVAD), NUB161 (Transapikale Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung), NUB165a-b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung	
ZE2016-03 (a)	8-852.00	Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden	9.296,52 €
ZE2016-03 (a)	8-852.01	Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden	12.155,02 €
ZE2016-03 (a)	8-852.03	Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden	15.478,02 €
ZE2016-03 (a)	8-852.04	Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden	23.344,04 €

ZE2016-03 (a)	8-852.05	Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden	26.781,62 €
ZE2016-03 (a)	8-852.06	Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden	29.815,12 €
ZE2016-03 (a)	8-852.07	Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden	40.281,26 €
ZE2016-03 (a)	8-852.08	Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden	47.084,83 €
ZE2016-03 (a)	8-852.09	Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden	57.612,68 €
ZE2016-03 (a)	8-852.0b	Neu seit 2017: Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden	62.024,81 €
ZE2016-03 (a)	8-852.0c	Neu seit 2017: Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden	62.024,81 €
ZE2016-03 (a)	8-852.0d	Neu seit 2017: Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden	62.024,81 €
ZE2016-03 (a)	8-852.0e	Neu seit 2017: Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden	62.024,81 €
		Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Extrakorporale Lungenunterstützung, pumpenlos (PECLA)	
ZE2016-03 (b)	8-852.20	Dauer der Behandlung bis unter 144 Stunden	3.262,24 €
ZE2016-03 (b)	8-852.21	Dauer der Behandlung 144 bis unter 288 Stunden	3.568,17 €
ZE2016-03 (b)	8-852.22	Dauer der Behandlung 288 bis unter 432 Stunden	3.901,90 €
ZE2016-03 (b)	8-852.23	Dauer der Behandlung 432 bis unter 720 Stunden	4.402,50 €
ZE2016-03 (b)	8-852.24	Dauer der Behandlung 720 bis unter 1.008 Stunden	7.654,45 €
ZE2016-03 (b)	8-852.25	Dauer der Behandlung 1.008 oder mehr Stunden	8.488,79 €
		Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine	
ZE2016-03 (c)	8-852.30	Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden	9.905,48 €
ZE2016-03 (c)	8-852.31	Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden	13.773,89 €
ZE2016-03 (c)	8-852.33	Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden	17.998,74 €
ZE2016-03 (c)	8-852.34	Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden	28.992,67 €
ZE2016-03 (c)	8-852.35	Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden	33.276,77 €
ZE2016-03 (c)	8-852.36	Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden	37.321,10 €
ZE2016-03 (c)	8-852.37	Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden	50.014,60 €
ZE2016-03 (c)	8-852.38	Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden	57.780,47 €
ZE2016-03 (c)	8-852.39	Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden	71.999,83 €
ZE2016-03 (c)	8-852.3b	Neu seit 2017: Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden	74.105,06 €
ZE2016-03 (c)	8-852.3c	Neu seit 2017: Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden	74.105,06 €
ZE2016-03 (c)	8-852.3d	Neu seit 2017: Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden	74.105,06 €
ZE2016-03 (c)	8-852.3e	Neu seit 2017: Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden	74.105,06 €

ZE2018-04

Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich

Schlagwortverzeichnis: Kranioplastik, Schädelimplantat, Gesichtsimplantat, CAD-Implantat, HTRPMI-01 (Biomet)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
Siehe auch NUB16e-f (Kiefergelenksendoprothese [Totalersatz])			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/OP-Protokoll: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-04	5-020.65	Kranioplastik: Rekonstruktion des Gesichtsschädels ohne Beteiligung des Hirnschädels bis zu 2 Regionen mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat]	4.110,81 €
ZE2016-04	5-020.66	Kranioplastik: Rekonstruktion des Gesichtsschädels ohne Beteiligung des Hirnschädels ab 3 Regionen mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat]	4.815,59 €
ZE2016-04	5-020.67	Kranioplastik: Rekonstruktion des Gehirnschädels mit Beteiligung von Orbita, Temporalregion oder frontalem Sinus (bis zu 2 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat]	4.815,59 €

ZE2016-04	5-020.68	Kranioplastik: Rekonstruktion des Gehirnschädels mit Beteiligung multipler Regionen des Gesichtsschädels (ab 3 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat]	4.815,59 €
-	5-020.6b	Neu in 2018: Kranioplastik: Rekonstruktion des Gesichtsschädels ohne Beteiligung des Hirnschädels bis zu 2 Regionen mit computerassistent vorgefertigtem Implantat, mit nicht resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration	unverhandelt
-	5-020.6c	Neu in 2018: Kranioplastik: Rekonstruktion des Gesichtsschädels ohne Beteiligung des Hirnschädels ab 3 Regionen mit computerassistent vorgefertigtem Implantat, mit nicht resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration	unverhandelt
-	5-020.6d	Neu in 2018: Kranioplastik: Rekonstruktion des Gehirnschädels mit Beteiligung von Orbita, Temporalregion oder frontalem Sinus (bis zu 2 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat, mit nicht resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration	unverhandelt
-	5-020.6e	Neu in 2018: Kranioplastik: Rekonstruktion des Gehirnschädels mit Beteiligung multipler Regionen des Gesichtsschädels (ab 3 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat, mit nicht resorbierbarem, mikroporösem Material mit fibrovaskulärer Integration	unverhandelt
ZE2016-04	5-020.71	Kranioplastik: Rekonstruktion des Hirnschädels ohne Beteiligung des Gesichtsschädels, mit alloplastischem Material: Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], einfacher Defekt	4.700,00 €
ZE2016-04	5-020.72	Kranioplastik: Rekonstruktion des Hirnschädels ohne Beteiligung des Gesichtsschädels, mit alloplastischem Material: Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], großer oder komplexer Defekt	5.669,64 €
ZE2016-04	5-774.71	Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Maxilla: Durch alloplastische Implantate: Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], einfacher Defekt	4.300,00 €
ZE2016-04	5-774.72	Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Maxilla: Durch alloplastische Implantate: Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], großer oder komplexer Defekt	5.669,64 €
ZE2016-04	5-775.71	Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Mandibula: Durch alloplastische Implantate: Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], einfacher Defekt	4.300,00 €
ZE2016-04	5-775.72	Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Mandibula: Durch alloplastische Implantate: Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], großer oder komplexer Defekt	5.669,64 €

ZE2018-05**Distraktion am Gesichtsschädel**

Schlagwortverzeichnis: Distraktion (Gesichtsschädel), Gesichtsschädeldistraktion

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/OP-Protokoll: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-05	5-776.6	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes: Verlagerung des Unterkiefers durch Distraktion mit Kontinuitätsdurchtrennung im aufsteigenden Mandibulaast	1.759,19 €
ZE2016-05	5-776.7	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes: Verlagerung der Mandibula durch Distraktion nach Osteotomie im horizontalen Mandibulaast	1.759,19 €
ZE2016-05	5-776.9	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes: Verlagerung des Alveolarfortsatzes durch horizontale Distraktion nach Osteotomie	1.759,19 €
ZE2016-05	5-777.*1	Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: Mit Distraktion	1.759,19 €

ZE2018-07**Andere implantierbare Medikamentenpumpen**

Schlagwortverzeichnis: Medikamentenpumpe, Arzneimittelpumpe

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE09 (Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil), ZE56 (Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/OP-Protokoll: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
-	5-028.1x	Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten: Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intraventrikulären Infusion: Sonstige	unverhandelt
-	5-038.4x	Operationen am spinalen Liquorsystem: Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion: Sonstige	unverhandelt

ZE2018-08**Sonstige Dialyse**

Schlagwortverzeichnis: HD, Dialyse, Hämodialyse, HDF, Filtration, Hämodiafiltration, HF, Hämofiltration, Peritonealdialyse, Dialyse (peritoneal)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE01 (Hämodialyse, intermittierend), ZE02 (Hämodiafiltration: intermittierend), ZE62 (Hämofiltration, intermittierend), ZE119 (Hämofiltration: kontinuierlich), ZE120 (Hämodialyse: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben [CVVHD]), ZE121 (Hämodiafiltration: kontinuierlich), ZE122 (Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt [IPD]), ZE123 (Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt [CAPD]), ZE2018-82 (Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt [APD]), ZE2018-109 (Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte; Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 oder der DRG L90B oder L90C und dem nach Anlage 3b krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelt L90A nicht möglich.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
-	8-853.x	Hämofiltration: Sonstige	unverhandelt
-	8-853.y	Hämofiltration: N.n.bez.	unverhandelt
-	8-854.x	Hämodialyse: Sonstige	unverhandelt
-	8-854.y	Hämodialyse: N.n.bez.	unverhandelt
-	8-855.x	Hämodiafiltration: Sonstige	unverhandelt
-	8-855.y	Hämodiafiltration: N.n.bez.	unverhandelt
-	8-857.x	Peritonealdialyse: Sonstige	unverhandelt
-	8-857.y	Peritonealdialyse: N.n.bez.	unverhandelt

ZE2018-09**Hämo-perfusion**

Schlagwortverzeichnis: Hämo-perfusion, Adsorba®300c

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
-	8-856	Hämo-perfusion	unverhandelt
-	8-821.2	Immunadsorption und verwandte Verfahren: Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular)	unverhandelt

ZE2018-10**Leberersatztherapie**

Schlagwortverzeichnis: Leberersatztherapie, Leberdialyse, MARS-Treatment-Kit®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
-	8-858	Extrakorporale Leberersatztherapie [Leberdialyse]	unverhandelt

ZE2018-13**Immunadsorption**

Schlagwortverzeichnis: Immunadsorption, Therasorb Ig-Flex Absorber-Kit 330-000-557 oder 330-000-46, Therapie-Set für Immunadsorption OctoNova® (TR-5-A1), IGG-Therasorbsäule® (Fa. Miltenyi), Glykosorb® (Fa. Miltenyi)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-13	8-821.10	Immunadsorption mit regenerierbarer Säule zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen: Ersteinsatz	13.118,84 €
ZE2016-13	8-821.10 plus 5-930.21	Immunadsorption mit regenerierbarer Säule zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen: Ersteinsatz Art des Transplantates: Allogen: AB0-nichtkompatibel	5.727,13 €
ZE2016-13	8-821.0	Immunadsorption mit nicht regenerierbarer Säule zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen	2.309,54 €
ZE2016-13	8-821.11	Immunadsorption mit regenerierbarer Säule zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen: Weitere Anwendung	1.212,00 €

ZE2018-15**Zellapherese**

Schlagwortverzeichnis: Zellapherese

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE36 (Plasmapherese), ZE37 (Extrakorporale Photopherese), ZE61 (LDL-Apherese)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-15	8-823	Zellapherese	563,74 €
	8-825.*	Spezielle Zellaphereseverfahren	

ZE2018-16
Isolierte Extremitätenperfusion
Schlagwortverzeichnis: Extremitätenperfusion, Perfusion (Extremitäten)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-117 (Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
-	8-859	Isolierte Extremitätenperfusion	unverhandelt

ZE2018-17
Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes
Schlagwortverzeichnis: Transplantation (Re-), Retransplantation, Leberretransplantation, LTX

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/OP-Protokoll: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
-	5-125.5	Hornhaut-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes	unverhandelt
-	5-335.3*	Lungentransplantation: Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes	unverhandelt
-	5-375.3*	Herz-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes	unverhandelt
-	5-375.4	Herz-Lungen-Retransplantation (En-bloc) während desselben stationären Aufenthaltes	unverhandelt
-	5-467.9*	Dünndarm-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes	unverhandelt
ZE2016-17	5-504.3	Lebertransplantation: Retransplantation, komplett (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthaltes	21.806,00 €
-	5-504.4	Lebertransplantation: Retransplantation, partiell (Split-Leber) während desselben stationären Aufenthaltes	unverhandelt
-	5-504.5	Lebertransplantation: Retransplantation, auxiliär (linker Leberlappen zusätzlich zum vorhandenen Organ) während desselben stationären Aufenthaltes	unverhandelt
-	5-528.3	Retransplantation von Pankreasgewebe während desselben stationären Aufenthaltes	unverhandelt
-	5-528.4	Retransplantation eines Pankreassegmentes während desselben stationären Aufenthaltes	unverhandelt
-	5-528.5	Retransplantation des Pankreas (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthaltes	unverhandelt
-	5-555.6	Nierentransplantation: Retransplantation, allogene, Lebendspender während desselben stationären Aufenthaltes	unverhandelt
-	5-555.7*	Nierentransplantation: Retransplantation, allogene, Leichenniere während desselben stationären Aufenthaltes	unverhandelt
-	5-555.8	Nierentransplantation: Retransplantation, En-bloc-Transplantat während desselben stationären Aufenthaltes	unverhandelt

ZE- & NUB-Handbuch

ZE2018-18

Zwerchfellschrittmacher

Schlagwortverzeichnis: Zwerchfellschrittmacher, NeuRx DPS RA/4®, Schrittmacher (Zwerchfell)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/OP-Protokoll: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
-	5-347.6	Operationen am Zwerchfell: Implantation eines Zwerchfellschrittmachers	unverhandelt

ZE2018-22

IABP

Schlagwortverzeichnis: IABP, Mega IAB®, Sensation IAB®, Sensation Plus®, Linear IAB®, Fidelity IAB®, StatLock IAB®, Ballonpumpe (IABP)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-02 (Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme [„Kunstherz“]), ZE2018-03 (ECMO und PECLA), ZE2018-62 (Mikroaxial-Blutpumpe), NUB121a-b-c (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, RVAD), NUB123 (Katheterbasiertes Implantat zur Behandlung linksventrikulärer kardialer Motilitätsstörungen), NUB159a-b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, LVAD), NUB161 (Transapikale Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung), NUB165a-b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte; Die Dauer der Behandlung mit einer intraaortalen Ballonpumpe nach OPS 8-83a.0 ff. ist gesondert zu kodieren (Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator [Rubrik: UKB-interne Erweiterungen])			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-22	5-376.00	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intraaortale Ballonpumpe: Implantation	799,00 €
	8-839.0	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Perkutane Einführung einer intraaortalen Ballonpumpe	

ZE2018-24

Andere Penisprothesen

Schlagwortverzeichnis: Penisprothese, AMS650®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE58 (Hydraulische Penisprothesen)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/OP-Protokoll: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-24	5-649.50	Andere Operationen am Penis: Implantation einer Penisprothese: Semirigide Prothese	2.000,00 €

-	5-649.5x	Andere Operationen am Penis: Implantation einer Penisprothese: Sonstige	unverhandelt
-	5-649.a0	Andere Operationen am Penis: Wechsel einer semirigiden Penisprothese: In eine semirigide Prothese	unverhandelt
-	5-649.ax	Andere Operationen am Penis: Wechsel einer semirigiden Penisprothese: Sonstige	unverhandelt
-	5-649.b0	Andere Operationen am Penis: Wechsel einer hydraulischen Penisprothese: Vollständig, in eine semirigide Prothese	unverhandelt
ZE2016-24	5-649.b2	Andere Operationen am Penis: Wechsel einer hydraulischen Penisprothese: Isolierter Pumpenwechsel	2.000,00 €
ZE2016-24	5-649.b3	Andere Operationen am Penis: Wechsel einer hydraulischen Penisprothese: Isolierter Reservoirwechsel [Ballon]	2.000,00 €
ZE2016-24	5-649.b4	Andere Operationen am Penis: Wechsel einer hydraulischen Penisprothese: Isolierter Wechsel des Schwellkörperimplantats [Zylinder]	2.000,00 €
-	5-649.bx	Andere Operationen am Penis: Wechsel einer hydraulischen Penisprothese: Sonstige	unverhandelt

ZE2018-25

Modulare Endoprothesen

Schlagwortverzeichnis: Endoprothese (modular), Modulare Endoprothese

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/OP-Protokoll: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie zur Leistungsdefinition auch FAQ Nr. 5003 und 5004 auf www.dimdi.de ; Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz	
ZE2016-25a	5-829.k*	Ellenbogen	3.000,00 €
ZE2016-25b	5-829.k*	Knie	3.999,00 €
ZE2016-25c	5-829.k*	Schulter	1.560,66 €
ZE2016-25d	5-829.k*	Hüfte	4.056,31 €
		Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation von oder (Teil-) Wechsel in ein patientenindividuell angefertigtes Implantat bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität	
ZE2016-25e	5-829.m	Hüfte	4.078,32 €
ZE2016-25f	5-829.m	Knie	9.622,00 €

ZE2018-26**Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung**

Schlagwortverzeichnis: Anthroposophisch-medizinische KBH, Komplexbehandlung (Anthr.-med.)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
-	8-975.3	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung	unverhandelt

ZE2018-33**Gabe von Sargramostim, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Sargramostim

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Kein verkehrsfähiges Handelspräparat verfügbar; Das Zulassungsrecht bleibt von der Katalogaufnahme unberührt. Die Kostenträger entscheiden im Einzelfall, ob die Kosten dieser Medikamente übernommen werden; Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 1: Sargramostim, parenteral (Hämatopoetischer Wachstumsfaktor)	
-	6-001.40	2 mg bis unter 3 mg	unverhandelt
-	6-001.41	3 mg bis unter 4 mg	unverhandelt
-	6-001.42	4 mg bis unter 5 mg	unverhandelt
-	6-001.43	5 mg bis unter 6 mg	unverhandelt
-	6-001.44	6 mg bis unter 7 mg	unverhandelt
-	6-001.45	7 mg bis unter 8 mg	unverhandelt
-	6-001.46	8 mg bis unter 9 mg	unverhandelt
-	6-001.47	9 mg bis unter 10 mg	unverhandelt
-	6-001.48	10 mg bis unter 11 mg	unverhandelt
-	6-001.49	11 mg bis unter 12 mg	unverhandelt
-	6-001.4a	12 mg bis unter 13 mg	unverhandelt
-	6-001.4b	13 mg bis unter 14 mg	unverhandelt
-	6-001.4c	14 mg bis unter 15 mg	unverhandelt
-	6-001.4d	15 mg bis unter 16 mg	unverhandelt
-	6-001.4e	16 mg bis unter 17 mg	unverhandelt
-	6-001.4f	17 mg bis unter 18 mg	unverhandelt
-	6-001.4g	18 mg bis unter 19 mg	unverhandelt
-	6-001.4h	19 mg bis unter 20 mg	unverhandelt
-	6-001.4j	20 mg bis unter 22 mg	unverhandelt
-	6-001.4k	22 mg bis unter 24 mg	unverhandelt
-	6-001.4m	24 mg bis unter 26 mg	unverhandelt
-	6-001.4n	26 mg bis unter 28 mg	unverhandelt
-	6-001.4p	28 mg bis unter 30 mg	unverhandelt
-	6-001.4q	30 mg oder mehr	unverhandelt

ZE2018-34 TFG*Gabe von Granulozytenkonzentraten*

Schlagwortverzeichnis: Granulozytenkonzentrat, Leukozytenkonzentrat

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Transfusion von Leukozyten: Granulozyten	
ZE2016-34	8-802.60	1 Granulozytenkonzentrat	794,66 €
ZE2016-34	8-802.61	2 Granulozytenkonzentrate	1.589,32 €
ZE2016-34	8-802.62	3 bis unter 5 Granulozytenkonzentrate	3.178,64 €
ZE2016-34	8-802.63	5 bis unter 7 Granulozytenkonzentrate	4.767,96 €
ZE2016-34	8-802.64	7 bis unter 9 Granulozytenkonzentrate	6.357,28 €
ZE2016-34	8-802.65	9 bis unter 11 Granulozytenkonzentrate	7.946,60 €
ZE2016-34	8-802.66	11 bis unter 13 Granulozytenkonzentrate	9.535,92 €
ZE2016-34	8-802.67	13 bis unter 15 Granulozytenkonzentrate	11.125,24 €
ZE2016-34	8-802.68	15 bis unter 17 Granulozytenkonzentrate	12.714,56 €
ZE2016-34	8-802.69	17 bis unter 19 Granulozytenkonzentrate	14.303,88 €
ZE2016-34	8-802.6a	19 bis unter 21 Granulozytenkonzentrate	15.893,20 €
ZE2016-34	8-802.6b	21 oder mehr Granulozytenkonzentrate	17.482,52 €

ZE2018-35*Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen*

Schlagwortverzeichnis: Stammzellen (Fremdbezug)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-44 (Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen, nach In-vitro-Aufbereitung), NUB122d-f (Übertragung von virusspezifischen Spender-Immunzellen nach allogener Stammzelltransplant.)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der Lieferungen (ZE2018-35A = aus Deutschland, ZE2018-35B = aus Europa ohne Deutschland, ZE2018-35C = außerhalb von Europa)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen über Spenderdateien bei nicht-verwandten Spendern oder Bezug von hämatopoetischen Stammzellen von außerhalb Deutschlands bei Familienspendern	
ZE2016-35.01	-	Fremdbezug aus Deutschland	12.800,00 €
ZE2016-35.02	-	Fremdbezug aus Europa ohne Deutschland	21.954,14 €
ZE2016-35.03	-	Fremdbezug außerhalb von Europa	32.315,30 €

ZE2018-36*Versorgung von Schwerstbehinderten**Schlagwortverzeichnis: Schwerstbehinderung, Behinderung (Schwerst-), Pflege (Behinderung)*

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE130 (Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen), ZE131 (Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen), ZE162 (Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten), ZE163 (Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der Behandlungstage (ZE2018-36)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
-	-	Zusatzentgelt für Krankenhäuser, bei denen insbesondere wegen einer räumlichen Nähe zu entsprechenden Einrichtungen oder einer Spezialisierung eine Häufung von schwerstbehinderten Patienten auftritt. Vergütung des mit den DRG-Fallpauschalen nicht abgedeckten, wesentlichen zusätzlichen Aufwands, insbesondere im Pflegedienst	unverhandelt

ZE2018-40*Naturheilkundliche Komplexbehandlung**Schlagwortverzeichnis: Naturheilkundliche KBH, Komplexbehandlung (naturheilkundl.)*

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
-	8-975.23	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage und weniger als 2.520 Behandlungsminuten oder mindestens 10 bis höchstens 13 Behandlungstage und mindestens 1.680 Behandlungsminuten	unverhandelt
-	8-975.24	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage oder mindestens 14 Behandlungstage und mindestens 2.520 Behandlungsminuten	unverhandelt

ZE2018-41
Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems
Schlagwortverzeichnis: Bewegungssystem KBH, Komplexbehandlung (Bewegungssystem)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte; Die Bewertung des Zusatzentgeltes mittels einer Differenzkostenbetrachtung hat in Abhängigkeit der abzurechnenden DRG-Fallpauschalen zu erfolgen.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
-	8-977	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungss.	unverhandelt

ZE2018-44
Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen, nach In-vitro-Aufbereitung
Schlagwortverzeichnis: Stammzellboost

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-35 (Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen), NUB122d-f (Übertragung von virusspezifischen Spender-Immunzellen nach allogener Stammzelltransplant.)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-44	8-805.62	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen: Nach In-vitro-Aufbereitung	10.500,00 €

ZE2018-45
Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
Schlagwortverzeichnis: Diagnostik (hämatol.), Diagnostik (onkol.)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-88 (Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen), ZE2018-135 (Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen mit weiteren Maßnahmen), ZE2018-152 (Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-45	1-940	Komplexe Diagnostik: Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	2.372,70 €

ZE2018-46**Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Immunglobulin (Anti-Human-T-Lymph.), Anti-Human-T-Lymph.-Immunglobulin, Atgam®, Grafalon®, Lymphoglobulin®, Thymoglobuline®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE51 (Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral), ZE64 (Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral), ZE67 (Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral), ZE93 (Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (ZE2018-46A = Grafalon®, ZE2018-46B = Thymoglobuline®)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte; Das Zulassungsrecht bleibt von der Katalogaufnahme unberührt. Die Kostenträger entscheiden im Einzelfall, ob die Kosten dieser Medikamente übernommen werden.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen, parenteral	
ZE2016-46a	8-812.3	pro 100mg Grafalon®	434,65 €
ZE2016-46b	8-812.3	pro 25mg Thymoglobuline®	476,00 €
		Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Pferd, parenteral	
-	8-812.4	Atgam®, Lymphoglobulin®	unverhandelt

ZE2018-49

Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion oder hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC) in Kombination mit Pleurektomie und ggf. mit Tumorreduktion

Schlagwortverzeichnis: HIPEC, HITOC

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der durchgeführten Behandlungen (ZE2018-49 = HIPEC in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion, ZE2018-49A = HITOC in Kombination mit Pleurektomie und ggf. mit Tumorreduktion)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-49	8-546.0	Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC)	5.800,00 €
		in Kombinat. mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion	
-	8-546.1	Hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC)	unverhandelt
		in Kombination mit Pleurektomie und ggf. mit Tumorreduktion	

ZE2018-50*Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta*

Schlagwortverzeichnis: Aortenprothese, Hybrid-Prothese (Aorta), Contegra-Conduit PVC®, Vascutech Thorflex Hybrid®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2017-53 (Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm), ZE2018-67 (Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal), NUB126b-d (Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik), NUB 164 (Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-Staplers)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-50	5-384.8	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens, Aortenbogen oder Aorta descendens mit Hybridprothese	13.774,32 €
ZE2016-50	5-38a.a0	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Bei Hybridverfahren an Aorta ascendens, Aortenbogen oder Aorta thoracica: Mit Implantation einer Stent-Prothese	13.107,50 €
ZE2016-50	5-38a.a1	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Bei Hybridverfahren an Aorta ascendens, Aortenbogen oder Aorta thoracica: Mit Implantation von zwei Stent-Prothesen	28.903,07 €
ZE2016-50	5-38a.a2	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Bei Hybridverfahren an Aorta ascendens, Aortenbogen oder Aorta thoracica: Mit Implantation von drei oder mehr Stent-Prothesen	44.031,82 €
ZE2016-50	5-38a.b0	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Bei Hybridverfahren an der Aorta thoracoabdominalis: Mit Implantation einer Stent-Prothese	13.774,32 €
ZE2016-50	5-38a.b1	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Bei Hybridverfahren an der Aorta thoracoabdominalis: Mit Implantation von zwei Stent-Prothesen	28.903,07 €
ZE2016-50	5-38a.b2	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Bei Hybridverfahren an der Aorta thoracoabdominalis: Mit Implantation von drei oder mehr Stent-Prothesen	44.031,82 €

ZE2018-53

Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm

Schlagwortverzeichnis: Aortenprothese, Stentgraft-Prothese (Aorta), Zenith Endovascular Graft®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-50 (Implantation einer [Hybrid]-Prothese an der Aorta), ZE2018-67 (Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal), NUB126b-d (Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik), NUB 164 (Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-Staplers)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-53 (5-38a.72)	5-38a.7b	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracica: Stent-Prothese, mit 1 Öffnung	32.735,06 €
ZE2016-53 (5-38a.75)	5-38a.7b	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracica: Stent-Prothese, mit 1 Öffnung	32.735,06 €
ZE2016-53 (5-38a.73)	5-38a.7c	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracica: Stent-Prothese, mit 2 Öffnungen	34.929,98 €
ZE2016-53 (5-38a.76)	5-38a.7c	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracica: Stent-Prothese, mit 2 Öffnungen	34.929,98 €
ZE2016-53 (5-38a.78)	5-38a.7c	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracica: Stent-Prothese, mit 2 Öffnungen	34.929,98 €
ZE2016-53 (5-38a.74)	5-38a.7d	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracica: Stent-Prothese, mit 3 oder mehr Öffnungen	38.222,36 €
ZE2016-53 (5-38a.77)	5-38a.7d	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracica: Stent-Prothese, mit 3 oder mehr Öffnungen	38.222,36 €
ZE2016-53 (5-38a.79)	5-38a.7d	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracica: Stent-Prothese, mit 3 oder mehr Öffnungen	38.222,36 €
ZE2016-53 (5-38a.79a)	5-38a.7d	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracica: Stent-Prothese, mit 3 oder mehr Öffnungen	38.222,36 €
ZE2016-53 (5-38a.81)	5-38a.8c	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit 1 Öffnung	32.188,56 €
ZE2016-53 (5-38a.85)	5-38a.8c	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit 1 Öffnung	32.188,56 €
ZE2016-53 (5-38a.82)	5-38a.8d	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit 2 Öffnungen	33.964,31 €
ZE2016-53 (5-38a.86)	5-38a.8d	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit 2 Öffnungen	33.964,31 €
ZE2016-53 (5-38a.89)	5-38a.8d	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit 2 Öffnungen	33.964,31 €
ZE2016-53 (5-38a.83)	5-38a.8e	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit 3 Öffnungen	35.740,06 €
ZE2016-53 (5-38a.87)	5-38a.8e	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit 3 Öffnungen	35.740,06 €
ZE2016-53 (5-38a.8a)	5-38a.8e	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit 3 Öffnungen	35.740,06 €
ZE2016-53 (5-38a.84)	5-38a.8f	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit 4 oder mehr Öffn.	38.403,67 €
ZE2016-53 (5-38a.88)	5-38a.8f	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit 4 oder mehr Öffn.	38.403,67 €
ZE2016-53 (5-38a.8b)	5-38a.8f	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit 4 oder mehr Öffn.	38.403,67 €
ZE2016-53 (5-38a.1a)	5-38a.c1	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 1 Öffnung	20.706,73 €

ZE2016-53 (5-38a.13)	5-38a.c1	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 1 Öffnung	20.706,73 €
ZE2016-53 (5-38a.16)	5-38a.c1	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 1 Öffnung	20.706,73 €
ZE2016-53 (5-38a.1a)	5-38a.c1	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 1 Öffnung	20.706,73 €
ZE2016-53 (5-38a.1f)	5-38a.c1	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 1 Öffnung	20.706,73 €
ZE2016-53 (5-38a.1k)	5-38a.c1	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 1 Öffnung	20.706,73 €
ZE2016-53 (5-38a.1b)	5-38a.c2	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 2 Öffnungen	22.901,65 €
ZE2016-53 (5-38a.17)	5-38a.c2	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 2 Öffnungen	22.901,65 €
ZE2016-53 (5-38a.1g)	5-38a.c2	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 2 Öffnungen	22.901,65 €
ZE2016-53 (5-38a.1m)	5-38a.c2	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 2 Öffnungen	22.901,65 €
ZE2016-53 (5-38a.1q)	5-38a.c2	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 2 Öffnungen	22.901,65 €
ZE2016-53 (5-38a.1t)	5-38a.c2	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 2 Öffnungen	22.901,65 €
ZE2016-53 (5-38a.1c)	5-38a.c3	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 3 oder mehr Öffnungen	25.096,57 €
ZE2016-53 (5-38a.18)	5-38a.c3	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 3 oder mehr Öffnungen	25.096,57 €
ZE2016-53 (5-38a.19)	5-38a.c3	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 3 oder mehr Öffnungen	25.096,57 €
ZE2016-53 (5-38a.1d)	5-38a.c3	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 3 oder mehr Öffnungen	25.096,57 €
ZE2016-53 (5-38a.1h)	5-38a.c3	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 3 oder mehr Öffnungen	25.096,57 €
ZE2016-53 (5-38a.1j)	5-38a.c3	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 3 oder mehr Öffnungen	25.096,57 €
ZE2016-53 (5-38a.1n)	5-38a.c3	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 3 oder mehr Öffnungen	25.096,57 €
ZE2016-53 (5-38a.1p)	5-38a.c3	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 3 oder mehr Öffnungen	25.096,57 €
ZE2016-53 (5-38a.1r)	5-38a.c3	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 3 oder mehr Öffnungen	25.096,57 €
ZE2016-53 (5-38a.1s)	5-38a.c3	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 3 oder mehr Öffnungen	25.096,57 €
ZE2016-53 (5-38a.1u)	5-38a.c3	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 3 oder mehr Öffnungen	25.096,57 €
ZE2016-53 (5-38a.1v)	5-38a.c3	Neu seit 2017: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 3 oder mehr Öffnungen	25.096,57 €

ZE2018-54**Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt**

Schlagwortverzeichnis: Gastrointestinalprothese, SELFX ENDOSCOPIC®, Wallflex Duodenal Stent®, Wallstent®, Ultraflex Covered-Stent®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-54	5-429.j0	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, offen chirurgisch, eine Prothese ohne Antirefluxventil	844,51 €
ZE2016-54	5-429.j1	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese ohne Antirefluxventil	844,51 €
ZE2016-54	5-429.j3	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, offen chirurgisch, zwei Prothesen ohne Antirefluxventil	1.770,06 €
ZE2016-54	5-429.j4	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, zwei Prothesen ohne Antirefluxventil	1.770,06 €
ZE2016-54	5-429.j9	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, offen chirurgisch, mehr als zwei Prothesen ohne Antirefluxventil	2.965,17 €
ZE2016-54	5-429.ja	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, mehr als zwei Prothesen ohne Antirefluxventil	2.965,17 €
-	5-429.jb	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, offen chirurgisch, eine Prothese mit Antirefluxventil	unverhandelt
-	5-429.jc	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese mit Antirefluxventil	unverhandelt
-	5-429.jd	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, offen chirurgisch, zwei Prothesen, eine davon mit Antirefluxventil	unverhandelt
-	5-429.je	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, zwei Prothesen, eine davon mit Antirefluxventil	unverhandelt
-	5-429.jf	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, offen chirurgisch, mehr als zwei Prothesen, eine davon mit Antirefluxventil	unverhandelt
-	5-429.jg	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, mehr als zwei Prothesen, eine davon mit Antirefluxventil	unverhandelt
ZE2016-54	5-449.h*	Andere Operationen am Magen: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese	854,84 €
ZE2016-54	5-469.k*	Andere Operationen am Darm: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese	1.030,15 €
ZE2016-54	5-489.g0	Andere Operation am Rektum: Einlegen oder Wechsel einer Prothese, endoskopisch: Selbstexpandierend	1.246,49 €

ZE2016-54	5-513.m0	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungecoverten Stents: Ein Stent	809,98 €
ZE2016-54	5-513.m1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungecoverten Stents: Zwei Stents	1.687,38 €
ZE2016-54	5-513.m2	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungecoverten Stents: Drei oder mehr Stents	2.821,26 €
ZE2016-54	5-513.n0	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothesen: Eine Stent-Prothese	805,38 €
ZE2016-54	5-513.n1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothesen: Zwei Stent-Prothesen	1.682,78 €
ZE2016-54	5-513.n2	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothesen: Drei oder mehr Stent-Prothesen	2.816,19 €
ZE2016-54	5-517.0*	Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge: Einlegen oder Wechsel eines selbstexpandierenden ungecoverten Stents	825,23 €
ZE2016-54	5-517.1*	Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge: Einlegen oder Wechsel von zwei selbstexpandierenden ungecoverten Stents	1.702,63 €
ZE2016-54	5-517.2*	Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge: Einlegen oder Wechsel von drei selbstexpandierenden ungecoverten Stents	2.580,03 €
ZE2016-54	5-517.3*	Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge: Einlegen oder Wechsel von vier oder mehr selbstexpandierenden ungecoverten Stents	3.803,18 €
ZE2016-54	5-517.4*	Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothese	825,23 €
ZE2016-54	5-517.5*	Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge: Einlegen oder Wechsel von zwei selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothesen	1.702,63 €
ZE2016-54	5-517.6*	Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge: Einlegen oder Wechsel von drei selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothesen	2.580,03 €
ZE2016-54	5-517.7*	Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge: Einlegen oder Wechsel von vier oder mehr selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothesen	3.803,18 €
ZE2016-54	5-517.x*	Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge: Sonstige	810,36 €
ZE2016-54	5-517.y	Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge: N.n.bez.	810,36 €
ZE2016-54	5-526.e0	Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Einlegen einer Prothese: Selbstexpandierend	810,36 €
ZE2016-54	5-526.f0	Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Wechsel einer Prothese: Selbstexpandierend	810,36 €
ZE2016-54	5-529.g*	Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Einlegen einer selbstexpandierenden Prothese	810,36 €
ZE2016-54	5-529.j*	Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese	810,36 €
ZE2016-54	5-529.n4	Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Transgastrale Drainage einer Pankreaszyste: Endoskopisch mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents	2.000,00 €

ZE2016-54	5-529.p2	Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Endoskopische transgastrale Entfernung von Pankreasnekrosen: Mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents	2.000,00 €
-	5-529.r3	Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste: Endoskopisch mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents	unverhandelt
-	5-529.s2	Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Endoskopische transduodenale Entfernung von Pankreasnekrosen: Mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents	unverhandelt

ZE2018-56*Gabe von Bosentan, oral*

Schlagwortverzeichnis: Bosentan, Bosentan...®, Stayveer®, Tansnura®, Tracleer®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 2: Bosentan, oral (Antihypertonikum, Endothelin-Rezept.-Antagonist)	
ZE2016-56	6-002.f0	250 mg bis unter 500 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	667,50 €
ZE2016-56	6-002.f1	500 mg bis unter 750 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	1.112,50 €
ZE2016-56	6-002.f2	750 mg bis unter 1.000 mg	525,00 €
ZE2016-56	6-002.f3	1.000 mg bis unter 1.250 mg	675,00 €
ZE2016-56	6-002.f4	1.250 mg bis unter 1.500 mg	825,00 €
ZE2016-56	6-002.f5	1.500 mg bis unter 1.750 mg	975,00 €
ZE2016-56	6-002.f6	1.750 mg bis unter 2.000 mg	1.125,00 €
ZE2016-56	6-002.f7	2.000 mg bis unter 2.250 mg	1.275,00 €
ZE2016-56	6-002.f8	2.250 mg bis unter 2.500 mg	1.425,00 €
ZE2016-56	6-002.f9	2.500 mg bis unter 2.750 mg	1.575,00 €
ZE2016-56	6-002.fa	2.750 mg bis unter 3.000 mg	1.725,00 €
ZE2016-56	6-002.fb	3.000 mg bis unter 3.500 mg	1.950,00 €
ZE2016-56	6-002.fc	3.500 mg bis unter 4.000 mg	2.250,00 €
ZE2016-56	6-002.fd	4.000 mg bis unter 4.500 mg	2.550,00 €
ZE2016-56	6-002.fe	4.500 mg bis unter 5.000 mg	2.850,00 €
ZE2016-56	6-002.ff	5.000 mg bis unter 5.500 mg	3.150,00 €
ZE2016-56	6-002.fg	5.500 mg bis unter 6.000 mg	3.450,00 €
ZE2016-56	6-002.fh	6.000 mg bis unter 7.000 mg	3.900,00 €
ZE2016-56	6-002.fj	7.000 mg bis unter 8.000 mg	4.500,00 €
ZE2016-56	6-002.fk	8.000 mg bis unter 9.000 mg	5.100,00 €
ZE2016-56	6-002.fm	9.000 mg bis unter 10.000 mg	5.700,00 €
ZE2016-56	6-002.fn	10.000 mg bis unter 11.000 mg	6.300,00 €
ZE2016-56	6-002.fp	11.000 mg oder mehr	7.500,00 €

ZE2018-57**Gabe von Jod-131-MIBG (Metajodobenzylguanidin), parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Jod-131-MIBG, Metajodobenzylguanidin

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 2: Jod-131-Metajodobenzylguanidin (MIBG), parent. (Diagnostikum, spez. Radiotracer)	
ZE2016-57	6-002.g0	3 GBq bis unter 4 GBq	1.554,62 €
ZE2016-57	6-002.g1	4 GBq bis unter 5 GBq	1.820,52 €
ZE2016-57	6-002.g2	5 GBq bis unter 6 GBq	2.124,84 €
ZE2016-57	6-002.g3	6 GBq bis unter 7 GBq	2.429,16 €
ZE2016-57	6-002.g4	7 GBq bis unter 8 GBq	2.695,04 €
ZE2016-57	6-002.g5	8 GBq bis unter 9 GBq	2.999,37 €
ZE2016-57	6-002.g6	9 GBq bis unter 10 GBq	3.303,70 €
ZE2016-57	6-002.g7	10 GBq bis unter 11 GBq	3.570,49 €
ZE2016-57	6-002.g8	11 GBq oder mehr	4.020,53 €

ZE2018-58**Gabe von Alpha-1-Proteinaseinhibitor human, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Alpha-1-Proteinaseinhibitor, Prolastin®, Respreeza®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Alpha-1-Proteinaseinhibitor human, parenteral (Mittel bei hereditärem Alpha-1-Antitrypsinmangel);	
-	8-812.00	600 mg bis unter 1.200 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	unverhandelt
-	8-812.01	1.200 mg bis unter 1.800 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	unverhandelt
-	8-812.02	1.800 mg bis unter 2.400 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	unverhandelt
-	8-812.03	2.400 mg bis unter 3.000 mg	unverhandelt
-	8-812.04	3.000 mg bis unter 3.600 mg	unverhandelt
-	8-812.05	3.600 mg bis unter 4.200 mg	unverhandelt
-	8-812.06	4.200 mg bis unter 4.800 mg	unverhandelt
-	8-812.07	4.800 mg bis unter 5.400 mg	unverhandelt
-	8-812.08	5.400 mg bis unter 6.000 mg	unverhandelt
-	8-812.09	6.000 mg bis unter 7.200 mg	unverhandelt
-	8-812.0a	7.200 mg bis unter 8.400 mg	unverhandelt
-	8-812.0b	8.400 mg bis unter 9.600 mg	unverhandelt
-	8-812.0c	9.600 mg bis unter 10.800 mg	unverhandelt
-	8-812.0d	10.800 mg bis unter 13.200 mg	unverhandelt

-	8-812.0e	13.200 mg bis unter 15.600 mg	unverhandelt
-	8-812.0f	15.600 mg bis unter 18.000 mg	unverhandelt
-	8-812.0g	18.000 mg bis unter 20.400 mg	unverhandelt
-	8-812.0h	20.400 mg bis unter 22.800 mg	unverhandelt
-	8-812.0j	22.800 mg bis unter 25.200 mg	unverhandelt
-	8-812.0k	25.200 mg bis unter 27.600 mg	unverhandelt
-	8-812.0m	27.600 mg bis unter 30.000 mg	unverhandelt
-	8-812.0n	30.000 mg bis unter 34.800 mg	unverhandelt
-	8-812.0p	34.800 mg bis unter 39.600 mg	unverhandelt
-	8-812.0q	39.600 mg oder mehr	unverhandelt

ZE2018-59
Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral

Schlagwortverzeichnis: Interferon alfa 2a, RoferonA®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE 2018-60 (Gabe von Interferon alfa-2b [nicht pegylierte Form], parenteral)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Interferon alfa-2a, parenteral (Immunstimulans, Zytostatikum)	
-	8-812.10	100 Mio. IE bis unter 125 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.11	125 Mio. IE bis unter 150 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.12	150 Mio. IE bis unter 175 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.13	175 Mio. IE bis unter 200 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.14	200 Mio. IE bis unter 225 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.15	225 Mio. IE bis unter 250 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.16	250 Mio. IE bis unter 275 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.17	275 Mio. IE bis unter 300 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.18	300 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.19	350 Mio. IE bis unter 400 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.1a	400 Mio. IE bis unter 450 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.1b	450 Mio. IE bis unter 500 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.1c	500 Mio. IE bis unter 600 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.1d	600 Mio. IE bis unter 700 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.1e	700 Mio. IE bis unter 800 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.1f	800 Mio. IE bis unter 900 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.1g	900 Mio. IE bis unter 1.000 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.1h	1.000 Mio. IE bis unter 1.100 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.1j	1.100 Mio. IE bis unter 1.200 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.1k	1.200 Mio. IE bis unter 1.300 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.1m	1.300 Mio. IE bis unter 1.400 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.1n	1.400 Mio. IE oder mehr	unverhandelt

ZE2018-60**Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Interferon alfa 2b, IntronA®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE 2018-59 (Gabe von Interferon alfa-2a [nicht pegylierte Form], parenteral)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Interferon alfa-2a, parenteral (Immunstimulans, Zytostatikum)	
-	8-812.20	75 Mio. IE bis unter 100 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.21	100 Mio. IE bis unter 125 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.22	125 Mio. IE bis unter 150 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.23	150 Mio. IE bis unter 175 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.24	175 Mio. IE bis unter 200 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.25	200 Mio. IE bis unter 225 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.26	225 Mio. IE bis unter 250 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.27	250 Mio. IE bis unter 275 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.28	275 Mio. IE bis unter 300 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.29	300 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.2a	350 Mio. IE bis unter 400 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.2b	400 Mio. IE bis unter 450 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.2c	450 Mio. IE bis unter 500 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.2d	500 Mio. IE bis unter 600 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.2e	600 Mio. IE bis unter 700 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.2f	700 Mio. IE bis unter 800 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.2g	800 Mio. IE bis unter 900 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.2h	900 Mio. IE bis unter 1.000 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.2j	1.000 Mio. IE bis unter 1.100 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.2k	1.100 Mio. IE bis unter 1.200 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.2m	1.200 Mio. IE bis unter 1.300 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.2n	1.300 Mio. IE bis unter 1.400 Mio. IE	unverhandelt
-	8-812.2p	1.400 Mio. IE oder mehr	unverhandelt

ZE2018-61**Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar**

Schlagwortverzeichnis: Neurostimulator, ACTIVA®RC, Eon®, Eon mini®, Nevro Senza®, Prodigy®, RestoreADVANCED®, Restore Surescan MRI®, RestoreULTRA®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE138 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, mit Sondenimplantation), ZE139 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, ohne Sondenimplantation), ZE140 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation), ZE141 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation), ZE158 (Vagusnervstimulationssysteme, mit Sondenimplantation), ZE159 (Vagusnervstimulationssysteme, ohne Sondenimplantation), ZE2018-86 (Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen), ZE2018-118 (Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalstimulator)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-61	5-028.92	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	16.888,74 €
ZE2016-61	5-028.a2	Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten: Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	14.777,65 €
ZE2016-61	5-028.c2	Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten: Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	16.556,96 €
ZE2016-61	5-039.e2	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	28.499,75 €
ZE2016-61	5-039.f2	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	23.222,02 €
ZE2016-61	5-039.n2	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	23.222,02 €
ZE2016-61	5-059.c2	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, wiederaufladbar	28.499,75 €
ZE2016-61	5-059.d2	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, wiederaufladbar	21.110,93 €
ZE2016-61	5-059.g2	Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, wiederaufladbar	21.110,93 €

-	5-059.cc	Neu in 2018: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	unverhandelt
-	5-059.cd	Neu in 2018: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit induktiver Energieübertragung	unverhandelt
-	5-059.dc	Neu in 2018: Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	unverhandelt
-	5-059.dd	Neu in 2018: Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit induktiver Energieübertragung	unverhandelt
-	5-059.g3	Neu in 2018: Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	unverhandelt
-	5-059.g4	Neu in 2018: Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit induktiver Energieübertragung	unverhandelt

ZE2018-62**Mikroaxial-Blutpumpe**

Schlagwortverzeichnis: Mikroaxial-Blutpumpe, Blutpumpe (mikroaxial), Impella®, Pumpe (Blut)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-02 (Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme [„Kunstherz“]), ZE2018-03 (ECMO und PECLA), ZE2018-22 (IABP), NUB121a-b-c (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, RVAD), NUB123 (Katheterbasiertes Implantat zur Behandlung linksventrikulärer kardialer Motilitätsstörungen), NUB159a-b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, LVAD), NUB161 (Transapikale Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung), NUB165a-b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der durchgeführten Behandlungen (ZE2018-62A = univentrikulär, Pumpenleistung bis zu 2.5 Liter pro Minute, ZE2018-62B = biventrikulär, Pumpenleistung bis zu 2.5 Liter pro Minute, ZE2018-62C = univentrikulär, Pumpenleistung über 2.5 Liter pro Minute, ZE2018-62D = biventrikulär, Pumpenleistung über 2.5 Liter pro Minute)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte; Die Dauer der Behandlung mit einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung nach OPS 8-83a.3 ff. ist gesondert zu kodieren (Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator [Rubrik: UKB-interne Erweiterungen])			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Implantation oder Entfernung einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung: Implantation einer univentrikulären axialen Pumpe	
ZE2016-62	8-839.42	Pumpenleistung bis zu 2,5 Liter pro Minute	10.767,00 €
ZE2016-62	8-839.42	Pumpenleistung über 2,5 Liter pro Minute	19.837,73 €

		Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Implantation oder Entfernung einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung: Implantation einer biventrikulären axialen Pumpe	
ZE2016-62	8-839.43	Pumpenleistung bis zu 2,5 Liter pro Minute	10.767,00 €
ZE2016-62	8-839.43	Pumpenleistung über 2,5 Liter pro Minute	19.837,73 €

ZE2018-63*Gabe von Diboterminalfa, Implantation am Knochen*

Schlagwortverzeichnis: Diboterminalfa, InductOs®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE 2018-64 (Gabe von Eptoterminalfa, Implantation am Knochen)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 3: Diboterminalfa, Implantation am Knochen (Knochenwachstumsfaktor)	
-	6-003.40	12 mg bis unter 24 mg	unverhandelt
-	6-003.41	24 mg bis unter 36 mg	unverhandelt
-	6-003.42	36 mg oder mehr	unverhandelt

ZE2018-64*Gabe von Eptoterminalfa, Implantation am Knochen*

Schlagwortverzeichnis: Eptoterminalfa, Opgenra®, Osigraft®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE 2017-63 (Gabe von Diboterminalfa, Implantation am Knochen)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 3: Eptoterminalfa, Implantation am Knochen (Knochenwachstumsfaktor)	
-	6-003.53	3,3 mg bis unter 6,6 mg	unverhandelt
-	6-003.54	6,6 mg bis unter 9,9 mg	unverhandelt
-	6-003.55	9,9 mg oder mehr	unverhandelt

ZE2018-65**Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT)
mit Yttrium-90- oder Rhenium-188-markierten Mikrosphären**

Schlagwortverzeichnis: SIRT, Radionuklidtherapie (SIRT), Yttrium-90, Y90-Therasphere®, SIR-Spheres®, Rhenium-188

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-70 (Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral), ZE2018-71 (Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga), NUB130a (Radionuklidtherapie mit Lutetium-177-markiertem prostataspezifischen Membranantigen [PSMA] bei Prostata-Karzinom), NUB162 (Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie [SIRT] mit Holmium-166-markierten Mikrosphären zur Radioembolisation)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-65	8-530.a5	Therapie mit offenen Radionukliden: Intraarterielle Therapie mit offenen Radionukliden: Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90-markierten Mikrosphären	14.280,00 €
ZE2016-65	8-530.a6	Therapie mit offenen Radionukliden: Intraarterielle Therapie mit offenen Radionukliden: Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Rhenium-188-markierten Mikrosphären	14.280,00 €

ZE2018-66**Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten**

Schlagwortverzeichnis: Enzyersatztherapie, Imiglucerase, Cerezyme®, Agalsidase, Replagal®, Fabrazyme®, Galsulfase, Naglazyme®, Idursulfase, Elaprase®, Laronidase, Aldurazyme®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-66	6-003.7	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten	354,62 €

ZE2018-67*Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminale*

Schlagwortverzeichnis: Aortenprothese, Stent-Prothese (Aorta), Endurant®, Talent®, Valiant®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-50 (Implantation einer [Hybrid]-Prothese an der Aorta), ZE2017-53 (Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm), NUB126b-d (Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik), NUB 164 (Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-Staplers)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: Aorta	
ZE2016-67	8-840.04	Ein Stent	615,72 €
ZE2016-67	8-840.14	Zwei Stents	1.231,43 €
ZE2016-67	8-840.24	Drei Stents	1.847,15 €
ZE2016-67	8-840.34	Vier Stents	2.462,86 €
ZE2016-67	8-840.44	Fünf Stents	3.078,58 €
ZE2016-67	8-840.54	Sechs oder mehr Stents	3.694,30 €
		(Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: Aorta	
ZE2016-67	8-841.04	Ein Stent	2.087,01 €
ZE2016-67	8-841.14	Zwei Stents	4.174,03 €
ZE2016-67	8-841.24	Drei Stents	6.261,04 €
ZE2016-67	8-841.34	Vier Stents	8.348,05 €
ZE2016-67	8-841.44	Fünf Stents	10.435,07 €
ZE2016-67	8-841.54	Sechs oder mehr Stents	12.522,08 €
		(Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Aorta	
ZE2016-67	8-843.04	Ein Stent	2.482,38 €
ZE2016-67	8-843.14	Zwei Stents	4.141,02 €
ZE2016-67	8-843.24	Drei Stents	5.913,66 €
ZE2016-67	8-843.34	Vier Stents	9.273,23 €
ZE2016-67	8-843.44	Fünf Stents	10.645,00 €
ZE2016-67	8-843.54	Sechs oder mehr Stents	12.774,00 €
		(Perkutan-)transluminale Implantation von sonstigen ungecoverten großlumigen Stents: Aorta	
ZE2016-67	8-849.04	Ein Stent	571,87 €
ZE2016-67	8-849.14	Zwei oder mehr Stents	1.143,74 €
		(Perkutan-)transluminale Implantation von sonstigen gecoverten großlumigen Stents: Aorta	
ZE2016-67	8-84a.04	Ein Stent	571,87 €
ZE2016-67	8-84a.14	Zwei oder mehr Stents	1.143,74 €
		(Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: Aorta	
ZE2016-67	8-84b.04	Ein Stent	534,70 €
ZE2016-67	8-84b.24	Zwei Stents	1.112,53 €
ZE2016-67	8-84b.34	Drei Stents	1.690,36 €
ZE2016-67	8-84b.44	Vier Stents	2.268,19 €
ZE2016-67	8-84b.54	Fünf Stents	2.846,02 €
ZE2016-67	8-84b.64	Sechs oder mehr Stents	3.423,85 €

ZE2018-69 TFG*Gabe von Hämin, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Hämin, Normosang®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 4: Hämin, parenteral (Porphyritherapeutikum)	
ZE2016-69	6-004.10	100 mg bis unter 200 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	515,87 €
ZE2016-69	6-004.11	200 mg bis unter 400 mg	1.031,73 €
ZE2016-69	6-004.12	400 mg bis unter 600 mg	1.719,55 €
ZE2016-69	6-004.13	600 mg bis unter 800 mg	2.407,37 €
ZE2016-69	6-004.14	800 mg bis unter 1.000 mg	3.095,19 €
ZE2016-69	6-004.15	1.000 mg bis unter 1.400 mg	4.126,92 €
ZE2016-69	6-004.16	1.400 mg bis unter 1.800 mg	5.502,56 €
ZE2016-69	6-004.17	1.800 mg bis unter 2.200 mg	6.878,20 €
ZE2016-69	6-004.18	2.200 mg bis unter 2.600 mg	8.253,84 €
ZE2016-69	6-004.19	2.600 mg oder mehr	10.317,30 €

ZE2018-70*Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Ibritumomab-Tiuxetan (90Y-), Zevalin®, Radioimmuntherapie

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-65 (Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie [SIRT] mit Yttrium-90- oder Rhenium-188-markierten Mikrosphären), ZE2018-71 (Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloge), NUB130a (Radionuklidtherapie mit Lutetium-177-markiertem prostataspezifischen Membranantigen [PSMA] bei Prostata-Karzinom), NUB162 (Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie [SIRT] mit Holmium-166-markierten Mikrosphären zur Radioembolisation)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-70	6-003.6	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral (Radioimmuntherapeutikum)	14.268,10 €

ZE2018-71**Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga**

Schlagwortverzeichnis: DOTA, Radiorezeptorthherapie, Somatostatinanaloga (DOTA)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-65 (Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie [SIRT] mit Yttrium-90- oder Rhenium-188-markierten Mikrosphären), ZE2018-70 (Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral), NUB130a (Radionuklidtherapie mit Lutetium-177-markiertem prostataspezifischen Membranantigen [PSMA] bei Prostata-Karzinom), NUB162 (Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie [SIRT] mit Holmium-166-markierten Mikrosphären zur Radioembolisation)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-71	8-530.60	Therapie mit offenen Radionukliden: Intravenöse Therapie mit radioaktiven rezeptorgerichteten Substanzen: Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga	2.945,25 €
ZE2016-71	8-530.a0	Therapie mit offenen Radionukliden: Intraarterielle Therapie mit offenen Radionukliden: Intraarterielle Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga	2.945,25 €

ZE2018-72**Distraktionsmarknagel, motorisiert**

Schlagwortverzeichnis: Distraktionsmarknagel, Fitbone®-Nagel

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-119 (Distraktionsmarknagel, nicht motorisiert)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
-	5-786.j1	Osteosyntheseverfahren: Durch internes Verlängerungs- oder Knochentransportsystem: Motorisiert	unverhandelt

ZE2018-74**Gabe von Sunitinib, oral**

Schlagwortverzeichnis: Sunitinib, Sutent®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 3: Sunitinib, oral (Antineoplastisches Mittel, Protein-Tyrosinkinase-Inhibitor)	
ZE2016-74	6-003.a0	150 mg bis unter 200 mg	810,25 €
ZE2016-74	6-003.a1	200 mg bis unter 250 mg	1.041,75 €
ZE2016-74	6-003.a2	250 mg bis unter 300 mg	1.273,25 €
ZE2016-74	6-003.a3	300 mg bis unter 350 mg	1.504,75 €
ZE2016-74	6-003.a4	350 mg bis unter 400 mg	1.736,25 €

ZE2016-74	6-003.a5	400 mg bis unter 450 mg	1.967,75 €
ZE2016-74	6-003.a6	450 mg bis unter 500 mg	2.199,25 €
ZE2016-74	6-003.a7	500 mg bis unter 600 mg	2.546,50 €
ZE2016-74	6-003.a8	600 mg bis unter 700 mg	3.009,50 €
ZE2016-74	6-003.a9	700 mg bis unter 800 mg	3.472,50 €
ZE2016-74	6-003.aa	800 mg bis unter 900 mg	3.935,50 €
ZE2016-74	6-003.ab	900 mg bis unter 1.100 mg	4.630,00 €
ZE2016-74	6-003.ac	1.100 mg bis unter 1.300 mg	5.556,00 €
ZE2016-74	6-003.ad	1.300 mg bis unter 1.500 mg	6.482,00 €
ZE2016-74	6-003.ae	1.500 mg oder mehr	8.334,00 €

ZE2018-75*Gabe von Sorafenib, oral*

Schlagwortverzeichnis: Sorafenib, Nexavar®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 3: Sorafenib, oral (Antineoplastisches Mittel, Protein-Tyrosinkinase-Inhibitor)	
ZE2016-75	6-003.b0	2.400 mg bis unter 3.200 mg	584,59 €
ZE2016-75	6-003.b1	3.200 mg bis unter 4.000 mg	751,62 €
ZE2016-75	6-003.b2	4.000 mg bis unter 4.800 mg	918,64 €
ZE2016-75	6-003.b3	4.800 mg bis unter 5.600 mg	1.085,67 €
ZE2016-75	6-003.b4	5.600 mg bis unter 6.400 mg	1.252,69 €
ZE2016-75	6-003.b5	6.400 mg bis unter 7.200 mg	1.419,72 €
ZE2016-75	6-003.b6	7.200 mg bis unter 8.000 mg	1.586,74 €
ZE2016-75	6-003.b7	8.000 mg bis unter 9.600 mg	1.837,28 €
ZE2016-75	6-003.b8	9.600 mg bis unter 11.200 mg	2.171,33 €
ZE2016-75	6-003.b9	11.200 mg bis unter 12.800 mg	2.505,39 €
ZE2016-75	6-003.ba	12.800 mg bis unter 14.400 mg	2.839,44 €
ZE2016-75	6-003.bb	14.400 mg bis unter 16.000 mg	3.173,49 €
ZE2016-75	6-003.bc	16.000 mg bis unter 19.200 mg	3.674,57 €
ZE2016-75	6-003.bd	19.200 mg bis unter 22.400 mg	4.342,67 €
ZE2016-75	6-003.be	22.400 mg bis unter 25.600 mg	5.010,77 €
ZE2016-75	6-003.bf	25.600 mg bis unter 28.800 mg	5.678,87 €
ZE2016-75	6-003.bg	28.800 mg bis unter 32.000 mg	6.346,98 €
ZE2016-75	6-003.bh	32.000 mg oder mehr	8.017,20 €

ZE2018-77
Gabe von Lenalidomid, oral

Schlagwortverzeichnis: Lenalidomid, Revlimid®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 3: Lenalidomid, oral (Immunmodulator, Zytostatikum)	
ZE2016-77	6-003.g0	25 mg bis unter 50 mg	548,00 €
ZE2016-77	6-003.g1	50 mg bis unter 75 mg	913,33 €
ZE2016-77	6-003.g2	75 mg bis unter 100 mg	1.278,66 €
ZE2016-77	6-003.g3	100 mg bis unter 125 mg	1.643,99 €
ZE2016-77	6-003.g4	125 mg bis unter 150 mg	2.009,32 €
ZE2016-77	6-003.g5	150 mg bis unter 175 mg	2.374,65 €
ZE2016-77	6-003.g6	175 mg bis unter 200 mg	2.739,98 €
ZE2016-77	6-003.g7	200 mg bis unter 225 mg	3.105,31 €
ZE2016-77	6-003.g8	225 mg bis unter 250 mg	3.470,64 €
ZE2016-77	6-003.g9	250 mg bis unter 275 mg	3.835,97 €
ZE2016-77	6-003.ga	275 mg bis unter 300 mg	4.201,30 €
ZE2016-77	6-003.gb	300 mg bis unter 325 mg	4.566,63 €
ZE2016-77	6-003.gc	325 mg bis unter 350 mg	4.931,96 €
ZE2016-77	6-003.gd	350 mg bis unter 400 mg	5.479,95 €
ZE2016-77	6-003.ge	400 mg bis unter 450 mg	6.210,61 €
ZE2016-77	6-003.gf	450 mg bis unter 500 mg	6.941,27 €
ZE2016-77	6-003.gg	500 mg bis unter 600 mg	8.037,26 €
ZE2016-77	6-003.gh	600 mg bis unter 700 mg	9.498,58 €
ZE2016-77	6-003.gj	700 mg bis unter 800 mg	10.959,90 €
ZE2016-77	6-003.gk	800 mg oder mehr	14.028,67 €

ZE2018-79
Gabe von Nelarabin, oral

Schlagwortverzeichnis: Nelarabin, Atriance®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 3: Nelarabin, parenteral (Immunmodulator, Zytostatikum)	
ZE2016-79	6-003.e0	150 mg bis unter 600 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	649,92 €
ZE2016-79	6-003.e1	600 mg bis unter 1.050 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	1.429,82 €
ZE2016-79	6-003.e2	1.050 mg bis unter 1.500 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	2.209,73 €
ZE2016-79	6-003.e3	1.500 mg bis unter 2.000 mg	3.032,96 €
ZE2016-79	6-003.e4	2.000 mg bis unter 2.500 mg	3.899,52 €

ZE2016-79	6-003.e5	2.500 mg bis unter 3.000 mg	4.766,08 €
ZE2016-79	6-003.e6	3.000 mg bis unter 3.500 mg	5.632,64 €
ZE2016-79	6-003.e7	3.500 mg bis unter 4.000 mg	6.499,20 €
ZE2016-79	6-003.e8	4.000 mg bis unter 4.500 mg	7.365,76 €
ZE2016-79	6-003.e9	4.500 mg bis unter 5.000 mg	8.232,32 €
ZE2016-79	6-003.ea	5.000 mg bis unter 6.000 mg	9.532,16 €
ZE2016-79	6-003.eb	6.000 mg bis unter 7.000 mg	11.265,28 €
ZE2016-79	6-003.ec	7.000 mg bis unter 8.000 mg	12.998,40 €
ZE2016-79	6-003.ed	8.000 mg bis unter 9.000 mg	14.731,52 €
ZE2016-79	6-003.ee	9.000 mg bis unter 10.000 mg	16.464,64 €
ZE2016-79	6-003.ef	10.000 mg bis unter 12.000 mg	19.064,32 €
ZE2016-79	6-003.eg	12.000 mg bis unter 14.000 mg	22.530,56 €
ZE2016-79	6-003.eh	14.000 mg bis unter 16.000 mg	25.996,80 €
ZE2016-79	6-003.ej	16.000 mg bis unter 20.000 mg	31.196,16 €
ZE2016-79	6-003.ek	20.000 mg bis unter 24.000 mg	38.128,64 €
ZE2016-79	6-003.em	24.000 mg bis unter 28.000 mg	45.061,12 €
ZE2016-79	6-003.en	28.000 mg bis unter 32.000 mg	51.993,60 €
ZE2016-79	6-003.ep	32.000 mg bis unter 36.000 mg	58.926,08 €
ZE2016-79	6-003.eq	36.000 mg oder mehr	72.791,04 €

ZE2018-80**Gabe von Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Amphotericin-B-Lipidkomplex, Abelcet®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE110 (Gabe von Liposomalem Amphotericin-B, parenteral)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 3: Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral (Antimykotikum, Peptid-Antibiotikum)	
-	6-003.10	200 mg bis unter 400 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	unverhandelt
-	6-003.11	400 mg bis unter 600 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	unverhandelt
-	6-003.12	600 mg bis unter 800 mg	unverhandelt
-	6-003.13	800 mg bis unter 1.000 mg	unverhandelt
-	6-003.14	1.000 mg bis unter 1.400 mg	unverhandelt
-	6-003.15	1.400 mg bis unter 1.800 mg	unverhandelt
-	6-003.16	1.800 mg bis unter 2.200 mg	unverhandelt
-	6-003.17	2.200 mg bis unter 2.600 mg	unverhandelt
-	6-003.18	2.600 mg bis unter 3.400 mg	unverhandelt
-	6-003.19	3.400 mg bis unter 4.200 mg	unverhandelt
-	6-003.1a	4.200 mg bis unter 5.000 mg	unverhandelt
-	6-003.1b	5.000 mg bis unter 5.800 mg	unverhandelt
-	6-003.1c	5.800 mg bis unter 7.400 mg	unverhandelt
-	6-003.1d	7.400 mg bis unter 9.000 mg	unverhandelt
-	6-003.1e	9.000 mg bis unter 10.600 mg	unverhandelt
-	6-003.1f	10.600 mg bis unter 12.200 mg	unverhandelt
-	6-003.1g	12.200 mg bis unter 15.400 mg	unverhandelt
-	6-003.1h	15.400 mg bis unter 18.600 mg	unverhandelt
-	6-003.1j	18.600 mg bis unter 21.800 mg	unverhandelt
-	6-003.1k	21.800 mg bis unter 25.000 mg	unverhandelt
-	6-003.1m	25.000 mg bis unter 31.400 mg	unverhandelt

-	6-003.1n	31.400 mg bis unter 37.800 mg	unverhandelt
-	6-003.1p	37.800 mg bis unter 44.200 mg	unverhandelt
-	6-003.1q	44.200 mg bis unter 50.600 mg	unverhandelt
-	6-003.1r	50.600 mg bis unter 57.000 mg	unverhandelt
-	6-003.1s	57.000 mg bis unter 63.400 mg	unverhandelt
-	6-003.1t	63.400 mg oder mehr	unverhandelt

ZE2018-82

Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)

Schlagwortverzeichnis: Peritonealdialyse, Dialyse (peritoneal), APD

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE122 (Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt [IPD]), ZE123 (Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt [CAPD]), ZE2018-08 (Sonstige Dialyse)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte; Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 oder der DRG L90B oder L90C und dem nach Anlage 3b krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelt L90A nicht möglich.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten	
ZE2016-82	8-857.20	Bis 24 Stunden	171,83 €
ZE2016-82	8-857.21	Mehr als 24 bis 72 Stunden	343,67 €
ZE2016-82	8-857.22	Mehr als 72 bis 144 Stunden	773,25 €
ZE2016-82	8-857.23	Mehr als 144 bis 264 Stunden	1.460,58 €
ZE2016-82	8-857.24	Mehr als 264 bis 432 Stunden	2.491,59 €
ZE2016-82	8-857.26	Mehr als 432 bis 600 Stunden	3.694,42 €
ZE2016-82	8-857.27	Mehr als 600 bis 960 Stunden	5.584,58 €
ZE2016-82	8-857.28	Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	8.162,09 €
ZE2016-82	8-857.29	Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	10.739,60 €
ZE2016-82	8-857.2a	Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	13.317,10 €
ZE2016-82	8-857.2b	Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	15.894,60 €
ZE2016-82	8-857.2c	Mehr als 2.400 Stunden	20.791,86 €

ZE2018-84*Gabe von Ambrisentan, oral*

Schlagwortverzeichnis: Ambrisentan, Volibris®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 4: Ambrisentan, oral (Antihypertonikum, Endothelin-Rezeptor-Antagonist)	
ZE2016-84	6-004.20	10,0 mg bis unter 17,5 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	311,44 €
ZE2016-84	6-004.21	17,5 mg bis unter 25,0 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	481,32 €
ZE2016-84	6-004.22	25,0 mg bis unter 35,0 mg	679,51 €
ZE2016-84	6-004.23	35,0 mg bis unter 45,0 mg	906,02 €
ZE2016-84	6-004.24	45,0 mg bis unter 55,0 mg	1.132,52 €
ZE2016-84	6-004.25	55,0 mg bis unter 65,0 mg	1.359,03 €
ZE2016-84	6-004.26	65,0 mg bis unter 75,0 mg	1.585,53 €
ZE2016-84	6-004.27	75,0 mg bis unter 100,0 mg	1.981,92 €
ZE2016-84	6-004.28	100,0 mg bis unter 125,0 mg	2.548,18 €
ZE2016-84	6-004.29	125,0 mg bis unter 150,0 mg	3.114,44 €
ZE2016-84	6-004.2a	150,0 mg bis unter 200,0 mg	3.963,83 €
ZE2016-84	6-004.2b	200,0 mg bis unter 250,0 mg	5.096,35 €
ZE2016-84	6-004.2c	250,0 mg bis unter 300,0 mg	6.228,88 €
ZE2016-84	6-004.2d	300,0 mg bis unter 350,0 mg	7.361,40 €
ZE2016-84	6-004.2e	350,0 mg bis unter 400,0 mg	8.493,92 €
ZE2016-84	6-004.2f	400,0 mg bis unter 450,0 mg	9.626,45 €
ZE2016-84	6-004.2g	450,0 mg oder mehr	12.231,00 €

ZE2018-85*Gabe von Temsirolimus, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Temsirolimus, Torisel®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 4: Temsirolimus, parenteral (Antineoplastisches Mittel, mTOR-Inhibitor)	
-	6-004.e0	10,0 mg bis unter 17,5 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	unverhandelt
-	6-004.e1	17,5 mg bis unter 25,0 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	unverhandelt
ZE2016-85	6-004.e2	25,0 mg bis unter 50,0 mg	1.067,43 €
ZE2016-85	6-004.e3	50,0 mg bis unter 75,0 mg	2.134,86 €
ZE2016-85	6-004.e4	75,0 mg bis unter 100,0 mg	3.202,29 €
ZE2016-85	6-004.e5	100,0 mg bis unter 150,0 mg	4.269,72 €
ZE2016-85	6-004.e6	150,0 mg bis unter 200,0 mg	6.404,58 €

ZE2016-85	6-004.e7	200,0 mg bis unter 250,0 mg	8.539,44 €
ZE2016-85	6-004.e8	250,0 mg bis unter 325,0 mg	10.674,30 €
ZE2016-85	6-004.e9	325,0 mg bis unter 400,0 mg	13.876,59 €
ZE2016-85	6-004.ea	400,0 mg bis unter 475,0 mg	17.078,88 €
ZE2016-85	6-004.eb	475,0 mg bis unter 550,0 mg	20.281,17 €
ZE2016-85	6-004.ec	550,0 mg oder mehr	23.483,46 €

ZE2018-86**Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen**

Schlagwortverzeichnis: Neurostimulator, Neuroprothese, ActiGait®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE138 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, mit Sondenimplantation), ZE139 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, ohne Sondenimplantation), ZE140 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation), ZE141 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation), ZE158 (Vagusnervstimulationssysteme, mit Sondenimplantation), ZE159 (Vagusnervstimulationssysteme, ohne Sondenimplantation), ZE2018-61 (Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar), ZE2018-118 (Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalstimulator)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
-	5-029.4	Andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten: Implantation oder Wechsel einer Neuroprothese	unverhandelt
-	5-039.g	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Vorderwurzelstimulation mit Implantation oder Wechsel einer subduralen Elektrode	unverhandelt
-	5-039.h	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Wechsel eines Neurostimulators zur Vorderwurzelstimulation ohne Wechsel einer subduralen Elektrode	unverhandelt
-	5-039.p	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation eines Neurostimulators zur Vorderwurzelstimulation ohne Implantation einer subduralen Elektrode	unverhandelt
ZE2016-86	5-059.50	Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Implantation einer peripheren Neuroprothese: Zur Elektrostimulation der motorischen Anteile des N. peroneus communis	22.431,00 €
-	5-059.5x	Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Implantation einer peripheren Neuroprothese: Sonstige	unverhandelt
-	5-059.c4	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Kardiales Vagusnervstimulationssystem	unverhandelt
-	5-059.c6	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: System zur Barorezeptoraktivierung	unverhandelt
-	5-059.cb	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: System zur Phrenikusnerv-Stimulation	unverhandelt

-	5-059.d4	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Kardiales Vagusnervstimulationssystem	unverhandelt
-	5-059.d6	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: System zur Barorezeptoraktivierung	unverhandelt
-	5-059.db	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: System zur Phrenikusnerv-Stimulation	unverhandelt

ZE2018-88

Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen

Schlagwortverzeichnis: Diagnostik (neuropäd.)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-45 (Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen), ZE2018-135 (Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen mit weiteren Maßnahmen), ZE2018-152 (Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-88	1-942.1	Komplexe neuropädiatrische Diagnostik: Mit neurometabolischer Labordiagnostik und/oder infektiologischer/autoimmunentzündlicher Labordiagnostik	591,11 €
ZE2016-88	1-942.2	Komplexe neuropädiatrische Diagnostik: Mit erweiterter genetischer Diagnostik	1.847,21 €
ZE2016-88	1-942.3	Komplexe neuropädiatrische Diagnostik: Mit neurometabolischer Labordiagnostik und/oder infektiologischer/autoimmunentzündlicher Labordiagnostik und erweiterter genetischer Diagnostik	2.438,31 €

ZE2018-91

Gabe von Dasatinib, oral

Schlagwortverzeichnis: Dasatinib, Sprycel®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 4: Dasatinib, oral (Antineoplastisches Mittel, Proteinkinase-Inhibitor)	
-	6-004.30	200 mg bis unter 300 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	unverhandelt
-	6-004.31	300 mg bis unter 500 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	unverhandelt
-	6-004.32	500 mg bis unter 700 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	unverhandelt
ZE2016-91	6-004.33	700 mg bis unter 1.000 mg	1.096,61 €
ZE2016-91	6-004.34	1.000 mg bis unter 1.300 mg	1.483,65 €
ZE2016-91	6-004.35	1.300 mg bis unter 1.600 mg	1.870,69 €

ZE2016-91	6-004.36	1.600 mg bis unter 1.900 mg	2.257,73 €
ZE2016-91	6-004.37	1.900 mg bis unter 2.200 mg	2.644,77 €
ZE2016-91	6-004.38	2.200 mg bis unter 2.800 mg	3.225,33 €
ZE2016-91	6-004.39	2.800 mg bis unter 3.400 mg	3.999,40 €
ZE2016-91	6-004.3a	3.400 mg bis unter 4.000 mg	4.773,48 €
ZE2016-91	6-004.3b	4.000 mg bis unter 4.600 mg	5.547,56 €
ZE2016-91	6-004.3c	4.600 mg bis unter 5.200 mg	6.321,64 €
ZE2016-91	6-004.3d	5.200 mg bis unter 5.800 mg	7.095,72 €
ZE2016-91	6-004.3e	5.800 mg bis unter 6.400 mg	7.869,79 €
ZE2016-91	6-004.3f	6.400 mg bis unter 7.600 mg	9.030,91 €
ZE2016-91	6-004.3g	7.600 mg bis unter 8.800 mg	10.579,07 €
ZE2016-91	6-004.3h	8.800 mg oder mehr	13.623,77 €

ZE2018-97 TFG**Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren**

Schlagwortverzeichnis: Schlagwortverzeichnis: Gerinnungsfaktoren, Blutgerinnungsfaktoren

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch	
siehe auch ZE30 (Gabe von Prothrombinkomplex) bei „Nicht-Blutern“, ZE 2018-97 (Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren), ZE2018-137 (Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII), ZE2018-138 (Gabe von Fibrinogenkonzentrat), ZE 2018-139 (Gabe von Blutgerinnungsfaktoren)	
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung	
Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.	
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.	
Bei der Behandlung von Blutern mit Prothrombinkomplex erfolgt die Abrechnung der Applikation über das ZE2018-97. Die gleichzeitige Abrechnung des ZE30 ist ausgeschlossen.	
Die Abrechnung des ZE2018-97 ist möglich, sofern einer der grau hinterlegten ICD-Kodes bzw. ICD-Kodekombinationen zusammen mit einem der OPS-Kodes im DRG-Workplace erfasst ist. Um die Erfassung dieses Zusatzentgeltes für die Fachabteilungen zu vereinfachen, hat sich das Institut für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin (IHT) seit Oktober 2013 dazu bereit erklärt, bei allen Patienten, bei denen durch das IHT eine Gabe von Arzneimitteln aus dem Bereich ZE2018-97, ZE2018-137, ZE2018-138 und ZE2018-139 empfohlen wird, die veranlassende Gesundheitsstörung als ICD-Code im DRG-Workplace zu dokumentieren. Der ärztliche Dienst des IHT dokumentiert diese hierzu in der Fe-Spalte. Bitte beachten Sie, dass Sie diese ICD-Kodes bei Entlassung des Patienten unbedingt in die En-Spalte im DRG-Workplace übertragen müssen, um die entsprechenden Zusatzentgelte abrechnen zu können.	
D66	Hereditärer Faktor-VIII-Mangel
D67	Hereditärer Faktor-IX-Mangel
D68.00	Hereditäres Willebrand-Jürgens-Syndrom
D68.1	Hereditärer Faktor-XI-Mangel
D68.20	Hereditärer Faktor-I-Mangel
D68.21	Hereditärer Faktor-II-Mangel
D68.22	Hereditärer Faktor-V-Mangel
D68.23	Hereditärer Faktor-VII-Mangel
D68.24	Hereditärer Faktor-X-Mangel
D68.25	Hereditärer Faktor-XII-Mangel
D68.26	Hereditärer Faktor-XIII-Mangel
D68.28	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren
D68.31	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII
D68.32	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfakt.
D69.40	Sonstige primäre Thrombozytopenie, als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.41	Sonstige primäre Thrombozytopenie, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D82.0	Wiskott-Aldrich-Syndrom
M31.1	Thrombotische Mikroangiopathie
P61.0	Transitorische Thrombozytopenie beim Neugeborenen
D65.0 + U69.11!	Erworbene Afibrinogenämie + Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung

D65.1 + U69.11!	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC] + Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung		
D65.2 + U69.11!	Erworbene Fibrinolyseblutung+ Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung		
D68.01 + U69.11!	Erworbenes Willebrand-Jürgens-Syndrom+ Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung		
D68.09 + U69.11!	Willebrand-Jürgens-Syndrom, nicht näher bezeichnet+ Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung		
D68.38 + U69.11!	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper+ Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung		
D68.4 + U69.11!	Erworben Mangel an Gerinnungsfaktoren+ Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung; (Blutgerinnungsstörungen, die nur durch eine Lebertransplantation heilbar wären, sind dem ZE2018-97 zuzuordnen.)		
D68.8 + U69.11!	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien+ Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung		
D69.1 + U69.11!	Qualitative Thrombozytendefekte+ Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung		
D69.88 + U69.11!	Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen+ Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung		
P53 + U69.11!	Hämorrhagische Krankheit beim Fetus und Neugeborenen+ Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung		
P60 + U69.11!	Disseminierte intravasale Gerinnung beim Fetus und Neugeborenen+ Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung		
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-97b	8-810.6*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter aktivierter Faktor VII (Suchbegriffe: Eptacog alpha (aktiv.), Faktor VII [rekombinant], NovoSeven®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte: ZE2018-97b/ZE2018-137) je angefangene 50 KIE	833,53 €
ZE2016-97a	8-810.7*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VII (Suchbegriffe: Prokonvertin, Faktor VII [plasmatisch], Immu-Seven®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individ. Zusatzentgelte: ZE2018-97a/ZE2018-139a) je angefangene 600 IE	618,34 €
ZE2016-97e ZE2016-97e	8-810.8* 8-810.8*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter Faktor VIII (Suchbegriffe: Antihämophiles Glob. A [gentechn.], Octacog alpha, Faktor VIII [rekombinant], Advate®, Adynovi®, Afstyla®, NovoEight®, Kovaltry®, Obizur®, Nuwq®, Elocta®, Iblis®, Kogenate®, Re-Facto®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte: ZE2018-97e/ZE2018-139e) je angefangene 250 IE je angefangene 500 IE Obizur® (Indikation: D68.31)	214,10 € 1.725,50 €
ZE2016-97c2	8-810.9*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VIII (Suchbegriffe: Faktor VIII [plasmatisch], Antihämophiles Glob. A, Beriate®, Faktor VIII SDH INTERSERO®, Optivate®, Fanhdi®, Haemate®, Haemoctin®, IMMUNATE STIM®, Octanate®, Voncento®, Wilate®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte: ZE2018-97c2/ZE2018-139c2) je angefangene 250 IE	171,98 €

ZE2016-97o	8-810.a*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter Faktor IX (Suchbegriffe: Faktor IX [rekomb.], Nonacog alpha, Rixubis® Idelvion®, Alprolix®, BeneFIX®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte: ZE2018-97o/ZE2018-139o) je angefangene 250 IE	277,74 €
ZE2016-97g	8-810.b*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor IX (Suchbegriffe: Faktor IX [plasm.], Antihämophiles Globulin B, Christmas-Faktor, AlphaNine®, Berinin®, Faktor IX SDN Biotest®, IMMUNINE STIM®, Mononine®, Octanine®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte: ZE2018-97g/ZE2018-139g) je angefangene 250 IE	199,24 €
ZE2016-97h	8-810.c*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: FEIBA - Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität (Suchbegriffe: Prothrombinkomplex [FEIBA], Feiba®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte: ZE2018-97h/ZE2018-139h) je angefangene 500 IE	624,90 €
ZE2016-97c1	8-810.d*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Von-Willebrand-Faktor (Suchbegriffe: vWF, Von-Willebrand-Faktor, Willfact®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte: ZE2018-97c1/ZE2018-139c1) je angefangene 250 IE	171,98 €
ZE2016-97d	8-810.e*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Faktor XIII (Suchbegriffe: Faktor XIII, Fibrinstabilisierender Faktor, Fibrogammin®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individ. Zusatzentgelte: ZE2018-97d/ZE2018-139d) je angefangene 250 IE	60,90 €
ZE2016-97j	8-810.j*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat (Suchbegriffe: Faktor I, Fibrinogenkonzentrat, Haemocomplettan®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte: ZE2018-97j/ZE2018-138) je 1 mg	127,78 €
ZE2016-97i	8-812.5*	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex Bei der Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren erfolgt die Abrechnung der Gabe von Prothrombinkomplex über das ZE2017-97 die gleichzeitige Abrechnung des ZE30 ist ausgeschlossen. (Suchbegriffe: Prothrombinkomplex, Beriplex®, Octaplex®, PPSB...®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Verabreichung von Blutprodukten: ZE 30) je angefangene 50 IE	26,75 €

ZE2016-97q	8-812.9*	Transfusion von Plasma und anderen Plasmaproteinen: Humanes Protein C, parenteral (Suchbegriffe: Protein C, Ceprotin®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte: ZE2018-97q/ZE2018-139q) je angefangene 500 IE	1.305,50 €

ZE2018-99 TFG
Fremdbezug von Donor-Lymphozyten
Schlagwortverzeichnis: Lymphozyten, Donor-Lymphozyten

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der Lieferungen (ZE2018-99)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-99	-	Fremdbezug von Donor-Lymphozyten über Spenderdateien bei nicht-verwandten Spendern oder Bezug von Donor-Lymphozyten von außerhalb Deutschlands bei Familienspendern	9.322,36 €

ZE2018-101
Gabe von Mifamurtid, parenteral
Schlagwortverzeichnis: Mifamurtid, Mepact®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 5: Mifamurtid, parenteral (Immunstimulans)	
ZE2016-101	6-005.g0	1,0 mg bis unter 1,5 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren): je angefangene Ampulle (= 4mg)	3.428,63 €
ZE2016-101	6-005.g1	1,5 mg bis unter 2,0 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren): je angefangene Ampulle (= 4mg)	3.428,63 €
ZE2016-101	6-005.g2	2,0 mg bis unter 2,5 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren): je angefangene Ampulle (= 4mg)	3.428,63 €
ZE2016-101	6-005.g3	2,5 mg bis unter 3,0 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren): je angefangene Ampulle (= 4mg)	3.428,63 €
ZE2016-101	6-005.g4	3,0 mg bis unter 4,0 mg: je angefangene Ampulle (= 4mg)	3.428,63 €
ZE2016-101	6-005.g5	4,0 mg bis unter 5,0 mg: je angefangene Ampulle (= 4mg)	3.428,63 €
ZE2016-101	6-005.g6	5,0 mg bis unter 6,0 mg: je angefangene Ampulle (= 4mg)	3.428,63 €

Version	K001n_2018.sla, 2017deschka1230	Ausgabedatei	K001n_2018.pdf	Seite	121
Download	www.ukb.intern/medco (Kodierhilfen)				

ZE2016-101	6-005.g7	6,0 mg bis unter 8,0 mg: je angefangene Ampulle (= 4mg)	3.428,63 €
ZE2016-101	6-005.g8	8,0 mg bis unter 12,0 mg: je angefangene Ampulle (= 4mg)	3.428,63 €
ZE2016-101	6-005.g9	12,0 mg bis unter 16,0 mg: je angefangene Ampulle (= 4mg)	3.428,63 €
ZE2016-101	6-005.ga	16,0 mg bis unter 20,0 mg: je angefangene Ampulle (= 4mg)	3.428,63 €
ZE2016-101	6-005.gb	20,0 mg bis unter 24,0 mg: je angefangene Ampulle (= 4mg)	3.428,63 €
ZE2016-101	6-005.gc	24,0 mg bis unter 28,0 mg: je angefangene Ampulle (= 4mg)	3.428,63 €
ZE2016-101	6-005.gd	28,0 mg bis unter 32,0 mg: je angefangene Ampulle (= 4mg)	3.428,63 €
ZE2016-101	6-005.ge	32,0 mg bis unter 36,0 mg: je angefangene Ampulle (= 4mg)	3.428,63 €
ZE2016-101	6-005.gf	36,0 mg bis unter 40,0 mg: je angefangene Ampulle (= 4mg)	3.428,63 €
ZE2016-101	6-005.gg	40,0 mg bis unter 44,0 mg: je angefangene Ampulle (= 4mg)	3.428,63 €
ZE2016-101	6-005.gh	44,0 mg bis unter 48,0 mg: je angefangene Ampulle (= 4mg)	3.428,63 €
ZE2016-101	6-005.gj	48,0 mg oder mehr: je angefangene Ampulle (= 4mg)	3.428,63 €

ZE2018-103**Gabe von Rituximab, subkutan**

Schlagwortverzeichnis: Rituximab s.c., MabThera® s.c.

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE148 (Gabe von Rituximab, intravenös)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, subkutan (Antineoplastisches Mittel, Antikörper)	
ZE2016-103	6-001.j0	1.400 mg bis unter 2.800 mg	2.690,39 €
ZE2016-103	6-001.j1	2.800 mg bis unter 4.200 mg	5.380,78 €
ZE2016-103	6-001.j2	4.200 mg bis unter 5.600 mg	8.071,16 €
ZE2016-103	6-001.j3	5.600 mg bis unter 7.000 mg	10.761,55 €
ZE2016-103	6-001.j4	7.000 mg bis unter 8.400 mg	13.451,94 €
ZE2016-103	6-001.j5	8.400 mg oder mehr	18.832,71 €

ZE2018-104**Gabe von Trastuzumab, subkutan**

Schlagwortverzeichnis: Trastuzumab s.c., Herceptin® s.c.

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE149 (Gabe von Trastuzumab, intravenös)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikat. von Medikamenten, Liste 1: Trastuzumab, subkutan (Antineoplastisches Mittel, Antikörper)	
ZE2016-104	6-001.m0	600 mg bis unter 1.200 mg	3.623,14 €
ZE2016-104	6-001.m1	1.200 mg bis unter 1.800 mg	6.038,57 €
ZE2016-104	6-001.m2	1.800 mg bis unter 2.400 mg	8.453,99 €
ZE2016-104	6-001.m3	2.400 mg bis unter 3.000 mg	10.869,42 €
ZE2016-104	6-001.m4	3.000 mg bis unter 3.600 mg	13.284,85 €
ZE2016-104	6-001.m5	3.600 mg oder mehr	15.700,27 €

ZE2018-105**Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten**

Schlagwortverzeichnis: Posaconazol (oral, Tabl.), Noxafil®-Tabletten

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE150 (Gabe von Posaconazol, oral, Suspension), NUB103 (Posaconazol, intravenös)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Posaconazol, oral, Tabletten (Antimykotikum)	
ZE2016-105	6-007.10	1.500 mg bis unter 2.100 mg	781,20 €
ZE2016-105	6-007.11	2.100 mg bis unter 2.700 mg	1.041,60 €
ZE2016-105	6-007.12	2.700 mg bis unter 3.300 mg	1.302,00 €
ZE2016-105	6-007.13	3.300 mg bis unter 3.900 mg	1.562,40 €
ZE2016-105	6-007.14	3.900 mg bis unter 4.500 mg	1.822,80 €
ZE2016-105	6-007.15	4.500 mg bis unter 5.700 mg	2.213,40 €
ZE2016-105	6-007.16	5.700 mg bis unter 6.900 mg	2.734,20 €
ZE2016-105	6-007.17	6.900 mg bis unter 8.100 mg	3.255,00 €
ZE2016-105	6-007.18	8.100 mg bis unter 9.300 mg	3.775,80 €
ZE2016-105	6-007.19	9.300 mg bis unter 10.500 mg	4.296,60 €
ZE2016-105	6-007.1a	10.500 mg bis unter 12.900 mg	5.077,80 €
ZE2016-105	6-007.1b	12.900 mg bis unter 15.300 mg	6.119,40 €
ZE2016-105	6-007.1c	15.300 mg bis unter 17.700 mg	7.161,00 €
ZE2016-105	6-007.1d	17.700 mg bis unter 20.100 mg	8.202,60 €
ZE2016-105	6-007.1e	20.100 mg bis unter 22.500 mg	9.244,20 €
ZE2016-105	6-007.1f	22.500 mg bis unter 27.300 mg	10.806,60 €
ZE2016-105	6-007.1g	27.300 mg bis unter 32.100 mg	12.889,80 €
ZE2016-105	6-007.1h	32.100 mg oder mehr	16.717,68 €

ZE- & NUB-Handbuch

ZE2018-106

Gabe von Abatacept, subkutan

Schlagwortverzeichnis: Abatacept s.c., Orencia® s.c.

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE151 (Gabe von Abatacept, intravenös)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 3: Abatacept, subkutan (Antirheumatikum, selektives Immunsuppressivum)	
ZE2016-106	6-003.t0	250 mg bis unter 375 mg	871,88 €
ZE2016-106	6-003.t1	375 mg bis unter 500 mg	1.220,63 €
ZE2016-106	6-003.t2	500 mg bis unter 625 mg	1.569,38 €
ZE2016-106	6-003.t3	625 mg bis unter 750 mg	1.918,13 €
ZE2016-106	6-003.t4	750 mg bis unter 875 mg	2.266,88 €
ZE2016-106	6-003.t5	875 mg bis unter 1.000 mg	2.615,63 €
ZE2016-106	6-003.t6	1.000 mg bis unter 1.125 mg	2.964,38 €
ZE2016-106	6-003.t7	1.125 mg bis unter 1.250 mg	3.313,13 €
ZE2016-106	6-003.t8	1.250 mg bis unter 1.375 mg	3.661,88 €
ZE2016-106	6-003.t9	1.375 mg bis unter 1.500 mg	4.010,63 €
ZE2016-106	6-003.ta	1.500 mg oder mehr	4.882,50 €

ZE2018-107

Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents

Schlagwortverzeichnis: Koronarstent, Stent (koronar), Scaffold, Adsorb®, DeSolve®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE101 (Medikamente-freisetzende Koronarstents), ZE132 (Implantation eines Wachstumsstents)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Adsorb® = 8-83b.0c (Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer), DeSolve® = 8-83b.0d (Novolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung); Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden bioresorbierbaren Stents	
ZE2016-107	8-83d.00	Ein bioresorbierbarer Stent in eine Koronararterie	1.000,00 €
ZE2016-107	8-83d.01	2 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie	2.000,00 €
ZE2016-107	8-83d.02	2 bioresorbierbare Stents in mehrere Koronararterien	2.000,00 €
ZE2016-107	8-83d.03	3 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie	3.000,00 €
ZE2016-107	8-83d.04	3 bioresorbierbare Stents in mehrere Koronararterien	3.000,00 €
ZE2016-107	8-83d.05	4 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie	4.000,00 €
ZE2016-107	8-83d.06	4 bioresorbierbare Stents in mehrere Koronararterien	4.000,00 €
ZE2016-107	8-83d.07	5 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie	5.000,00 €
ZE2016-107	8-83d.08	5 bioresorbierbare Stents in mehrere Koronararterien	5.000,00 €
ZE2016-107	8-83d.09	Mindestens 6 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie	6.000,00 €
ZE2016-107	8-83d.0a	Mindestens 6 bioresorbierbare Stents in mehrere Koronararterien	6.000,00 €
-	8-83d.0x	Sonstige	unverhandelt

ZE2018-108*Implantation einer Irisprothese*Schlagwortverzeichnis: *Irisprothese, Irisdiaphragma, Artificialiris®*

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch NUB91 (Epiretinale Netzhautprothese [Argus-II-System])			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-108	5-137.6	Andere Operationen an der Iris: Operation mit Implantation eines künstlichen Irisdiaphragmas	3.156,50 €

ZE2018-109*Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran*Schlagwortverzeichnis: *HD (HCO), Dialyse (HCO), Hämodialyse (HCO), HCO-Dialyse*

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE01 (Hämodialyse, intermittierend), ZE120 (Hämodialyse: kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben [CVVHD]), ZE2017-08 (Sonstige Dialyse)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte; Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 oder der DRG L90B oder L90C und dem nach Anlage 3b krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelt L90A nicht möglich.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-109	8-854.8	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000	1.112,58 €

ZE2018-110*Gabe von Tocilizumab, subkutan*Schlagwortverzeichnis: *Tocilizumab s.c., RoActemra® s.c.*

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE157 (Gabe von Tocilizumab, intravenös)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 5: Tocilizumab, subkutan (Immunsuppressivum, Interleukin-Inhibitor)	
ZE2016-110	6-005.n0	162 mg bis unter 324 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	418,61 €
ZE2016-110	6-005.n1	324 mg bis unter 486 mg	837,22 €
ZE2016-110	6-005.n2	486 mg bis unter 648 mg	1.255,84 €
ZE2016-110	6-005.n3	648 mg bis unter 810 mg	1.674,45 €
ZE2016-110	6-005.n4	810 mg bis unter 972 mg	2.093,06 €
ZE2016-110	6-005.n5	972 mg bis unter 1.134 mg	2.511,67 €
ZE2016-110	6-005.n6	1.134 mg bis unter 1.296 mg	2.930,29 €
ZE2016-110	6-005.n7	1.296 mg bis unter 1.458 mg	3.348,90 €
ZE2016-110	6-005.n8	1.458 mg bis unter 1.620 mg	3.767,51 €

ZE2016-110	6-005.n9	1.620 mg bis unter 1.782 mg	4.186,12 €
ZE2016-110	6-005.na	1.782 mg bis unter 1.944 mg	4.604,73 €
ZE2016-110	6-005.nb	1.944 mg bis unter 2.106 mg	5.023,35 €
ZE2016-110	6-005.nc	2.106 mg bis unter 2.268 mg	5.441,96 €
ZE2016-110	6-005.nd	2.268 mg oder mehr	6.697,80 €

ZE2018-111**Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Nab-Paclitaxel, Abraxane®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE63 (Gabe von Paclitaxel, parenteral)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 5: Nab-Paclitaxel, parenteral (Zytostatikum)	
ZE2016-111	6-005.d0	150 mg bis unter 300 mg	1.142,40 €
ZE2016-111	6-005.d1	300 mg bis unter 450 mg	1.523,20 €
ZE2016-111	6-005.d2	450 mg bis unter 600 mg	2.284,80 €
ZE2016-111	6-005.d3	600 mg bis unter 750 mg	2.665,60 €
ZE2016-111	6-005.d4	750 mg bis unter 900 mg	3.427,20 €
ZE2016-111	6-005.d5	900 mg bis unter 1.050 mg	3.808,00 €
ZE2016-111	6-005.d6	1.050 mg bis unter 1.200 mg	4.569,60 €
ZE2016-111	6-005.d7	1.200 mg bis unter 1.350 mg	4.950,40 €
ZE2016-111	6-005.d8	1.350 mg bis unter 1.500 mg	5.712,00 €
ZE2016-111	6-005.d9	1.500 mg bis unter 1.650 mg	6.092,80 €
ZE2016-111	6-005.da	1.650 mg bis unter 1.800 mg	6.854,40 €
ZE2016-111	6-005.db	1.800 mg bis unter 1.950 mg	7.235,20 €
ZE2016-111	6-005.dc	1.950 mg bis unter 2.100 mg	7.996,80 €
ZE2016-111	6-005.dd	2.100 mg bis unter 2.250 mg	8.377,60 €
ZE2016-111	6-005.de	2.250 mg bis unter 2.400 mg	8.758,40 €
ZE2016-111	6-005.df	2.400 mg bis unter 2.550 mg	9.520,00 €
ZE2016-111	6-005.dg	2.550 mg bis unter 2.700 mg	10.281,60 €
ZE2016-111	6-005.dh	2.700 mg bis unter 2.850 mg	10.662,40 €
ZE2016-111	6-005.dj	2.850 mg bis unter 3.000 mg	11.043,20 €
ZE2016-111	6-005.dk	3.000 mg oder mehr	12.566,40 €

ZE2018-112**Gabe von Abirateronacetat, oral**

Schlagwortverzeichnis: Abirateronacetat, Zytiga®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 6: Abirateronacetat, oral (Antineoplastisches Mittel, Androgenbiosynthese-Inhibitor)	
ZE2016-112	6-006.20	3.000 mg bis unter 6.000 mg	589,05 €
ZE2016-112	6-006.21	6.000 mg bis unter 9.000 mg	981,75 €

ZE2016-112	6-006.22	9.000 mg bis unter 12.000 mg	1.374,45 €
ZE2016-112	6-006.23	12.000 mg bis unter 15.000 mg	1.767,15 €
ZE2016-112	6-006.24	15.000 mg bis unter 18.000 mg	2.159,85 €
ZE2016-112	6-006.25	18.000 mg bis unter 21.000 mg	2.552,55 €
ZE2016-112	6-006.26	21.000 mg bis unter 24.000 mg	2.945,25 €
ZE2016-112	6-006.27	24.000 mg bis unter 27.000 mg	3.337,95 €
ZE2016-112	6-006.28	27.000 mg bis unter 30.000 mg	3.730,65 €
ZE2016-112	6-006.29	30.000 mg bis unter 33.000 mg	4.123,35 €
ZE2016-112	6-006.2a	33.000 mg bis unter 36.000 mg	4.516,05 €
ZE2016-112	6-006.2b	36.000 mg bis unter 39.000 mg	4.908,75 €
ZE2016-112	6-006.2c	39.000 mg bis unter 42.000 mg	5.301,45 €
ZE2016-112	6-006.2d	42.000 mg bis unter 45.000 mg	5.694,15 €
ZE2016-112	6-006.2e	45.000 mg bis unter 48.000 mg	6.086,85 €
ZE2016-112	6-006.2f	48.000 mg bis unter 51.000 mg	6.479,55 €
ZE2016-112	6-006.2g	51.000 mg oder mehr	7.461,30 €

ZE2018-113
Gabe von Cabazitaxel, parenteral

Schlagwortverzeichnis: Cabazitaxel, Jevtana®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 6: Cabazitaxel, parenteral (Zytostatikum)	
ZE2016-113	6-006.10	30 mg bis unter 35 mg: je angefangene Ampulle (= 60 mg)	4.976,77 €
ZE2016-113	6-006.11	35 mg bis unter 40 mg: je angefangene Ampulle (= 60 mg)	4.976,77 €
ZE2016-113	6-006.12	40 mg bis unter 45 mg: je angefangene Ampulle (= 60 mg)	4.976,77 €
ZE2016-113	6-006.13	45 mg bis unter 50 mg: je angefangene Ampulle (= 60 mg)	4.976,77 €
ZE2016-113	6-006.14	50 mg bis unter 55 mg: je angefangene Ampulle (= 60 mg)	4.976,77 €
ZE2016-113	6-006.15	55 mg bis unter 60 mg: je angefangene Ampulle (= 60 mg)	4.976,77 €
ZE2016-113	6-006.16	60 mg bis unter 70 mg: je angefangene Ampulle (= 60 mg)	4.976,77 €
ZE2016-113	6-006.17	70 mg bis unter 80 mg: je angefangene Ampulle (= 60 mg)	4.976,77 €
ZE2016-113	6-006.18	80 mg bis unter 90 mg: je angefangene Ampulle (= 60 mg)	4.976,77 €
ZE2016-113	6-006.19	90 mg bis unter 100 mg: je angefangene Ampulle (= 60 mg)	4.976,77 €
ZE2016-113	6-006.1a	100 mg bis unter 110 mg: je angefangene Ampulle (= 60 mg)	4.976,77 €
ZE2016-113	6-006.1b	110 mg bis unter 120 mg: je angefangene Ampulle (= 60 mg)	4.976,77 €
ZE2016-113	6-006.1c	120 mg bis unter 130 mg: je angefangene Ampulle (= 60 mg)	4.976,77 €
ZE2016-113	6-006.1d	130 mg bis unter 140 mg: je angefangene Ampulle (= 60 mg)	4.976,77 €

ZE2016-113	6-006.1e	140 mg bis unter 160 mg: je angefangene Ampulle (= 60 mg)	4.976,77 €
ZE2016-113	6-006.1f	160 mg bis unter 180 mg: je angefangene Ampulle (= 60 mg)	4.976,77 €
ZE2016-113	6-006.1g	180 mg bis unter 200 mg: je angefangene Ampulle (= 60 mg)	4.976,77 €
ZE2016-113	6-006.1h	200 mg bis unter 220 mg: je angefangene Ampulle (= 60 mg)	4.976,77 €
ZE2016-113	6-006.1j	220 mg bis unter 240 mg: je angefangene Ampulle (= 60 mg)	4.976,77 €
ZE2016-113	6-006.1k	240 mg oder mehr: je angefangene Ampulle (= 60 mg)	4.976,77 €

ZE2018-115*Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD):**Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern**Schlagwortverzeichnis: Monitoring (MRD), MRD, Tumorlast (MRD), Resttumorlast (MRD)*

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-116 (Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-115	1-991.0	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD): Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern für die Bestimmung der Resttumorlast (Minimal Residual Diseases [MRD])	2.100,00 €

ZE2018-116*Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD):**Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung**Schlagwortverzeichnis: Monitoring (MRD), MRD, Tumorlast (MRD), Resttumorlast (MRD)*

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-115 (Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-116	1-991.1	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD): Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung der Resttumorlast (MRD-Monitoring)	350,00 €

ZE2018-117**Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion**

Schlagwortverzeichnis: Chemosaturation, Leberperfusion, Perfusion (Leber)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-16 (Isolierte Extremitätenperfusion)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
-	8-549.01	Perkutane geschlossene Organperfusion mit Chemotherapeutika: Leber: Mit externem Blutfilter	unverhandelt

ZE2018-118**Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalstimulator**

Schlagwortverzeichnis: Neurostimulator, Soletra®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE138 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, mit Sondenimplantation), ZE139 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, ohne Sondenimplantation), ZE140 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation), ZE141 (Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation), ZE158 (Vagusnervstimulationssysteme, mit Sondenimplantation), ZE159 (Vagusnervstimulationssysteme, ohne Sondenimplantation), ZE2017-61 (Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar), ZE2017-86 (Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-118	5-028.90	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	5.179,59 €
ZE2016-118	5-028.a0	Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	5.179,59 €
ZE2016-118	5-028.c0	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	5.179,59 €

ZE2018-119**Distraktionsmarknagel, nicht motorisiert**

Schlagwortverzeichnis: Distraktionsmarknagel, ISKD-Distraktionsmarknagel®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-72 (Distraktionsmarknagel, motorisiert)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
-	5-786.j0	Osteosyntheseverfahren: Durch internes Verlängerungs- oder Knochentransportsystem: Nicht motorisiert	unverhandelt

ZE2018-120**Gabe von Pemetrexed, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Pemetrexed, Albotiva®, Alimta®, Pemetrexed...®, Armisarte®, Ciambra®, Runarorn®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
FPK 2018: Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte. {FPK 2017: Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2017 ist für dieses Zusatzentgelt das bisherige bewertete Zusatzentgelt ZE53 aus 2016 bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.}			
ZE (FPK 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 1: Pemetrexed, parenteral (Zytostatikum, Antimetabolit)	
{ZE53 (2016)}	6-001.c0	600 mg bis unter 700 mg	{2.136,17 €}
{ZE53 (2016)}	6-001.c1	700 mg bis unter 800 mg	{2.473,46 €}
{ZE53 (2016)}	6-001.c2	800 mg bis unter 900 mg	{2.810,75 €}
{ZE53 (2016)}	6-001.c3	900 mg bis unter 1000 mg	{3.147,64 €}
{ZE53 (2016)}	6-001.c4	1000 mg bis unter 1100 mg	{3.406,87 €}
{ZE53 (2016)}	6-001.c5	1100 mg bis unter 1200 mg	{3.751,56 €}
{ZE53 (2016)}	6-001.c6	1200 mg bis unter 1400 mg	{4.272,35 €}
{ZE53 (2016)}	6-001.c7	1400 mg bis unter 1600 mg	{4.946,93 €}
{ZE53 (2016)}	6-001.c8	1600 mg bis unter 1800 mg	{5.621,51 €}
{ZE53 (2016)}	6-001.c9	1800 mg bis unter 2000 mg	{6.296,09 €}
{ZE53 (2016)}	6-001.ca	2000 mg bis unter 2200 mg	{6.870,46 €}
{ZE53 (2016)}	6-001.cb	2200 mg bis unter 2400 mg	{7.645,25 €}
{ZE53 (2016)}	6-001.cc	2400 mg bis unter 2600 mg	{8.319,83 €}
{ZE53 (2016)}	6-001.cd	2600 mg bis unter 2800 mg	{8.994,41 €}
{ZE53 (2016)}	6-001.ce	2800 mg bis unter 3000 mg	{9.668,99 €}
{ZE53 (2016)}	6-001.cf	3000 mg bis unter 3300 mg	{10.305,76 €}
{ZE53 (2016)}	6-001.cg	3300 mg bis unter 3600 mg	{11.467,88 €}
{ZE53 (2016)}	6-001.ch	3600 mg bis unter 3900 mg	{12.479,75 €}
{ZE53 (2016)}	6-001.cj	3900 mg oder mehr	{13.491,62 €}

ZE2018-121**Gabe von Etanercept, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Etanercept, Benepali®, Enbrel®, Erelzi®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
FPK 2018: Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte. <i>{FPK 2017: Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2017 ist für dieses Zusatzentgelt das bisherige bewertete Zusatzentgelt ZE76 aus 2016 bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.}</i>			
ZE (FPK 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 2: Etanercept, parenteral (Antirheumatikum, selektives Immunsuppressivum)	
{ZE76 (2016)}	6-002.b0	25 mg bis unter 50 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	{264,12 €}
{ZE76 (2016)}	6-002.b1	50 mg bis unter 75 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	{462,21 €}
{ZE76 (2016)}	6-002.b2	75 mg bis unter 100 mg	{594,27 €}
{ZE76 (2016)}	6-002.b3	100 mg bis unter 125 mg	{792,36 €}
{ZE76 (2016)}	6-002.b4	125 mg bis unter 150 mg	{990,45 €}
{ZE76 (2016)}	6-002.b5	150 mg bis unter 200 mg	{1.188,54 €}
{ZE76 (2016)}	6-002.b6	200 mg bis unter 250 mg	{1.584,72 €}
{ZE76 (2016)}	6-002.b7	250 mg bis unter 300 mg	{1.980,90 €}
{ZE76 (2016)}	6-002.b8	300 mg oder mehr	{2.377,09 €}

ZE2018-122**Gabe von Imatinib, oral**

Schlagwortverzeichnis: Imatinib, Amatiniv®, Glivec®, Imatinib...®, Imanivec®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
FPK 2018: Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte. <i>{FPK 2017: Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2017 ist für dieses Zusatzentgelt das bisherige bewertete Zusatzentgelt ZE92 aus 2016 bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.}</i>			
ZE (FPK 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 1: Imatinib, oral (Antineoplastisches Mittel, Protein-Tyrosinkinase-Inhibitor)	
{ZE92 (2016)}	6-001.g0	800 mg bis unter 1200 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	{244,53 €}
{ZE92 (2016)}	6-001.g1	1200 mg bis unter 2000 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	{384,27 €}
{ZE92 (2016)}	6-001.g2	2000 mg bis unter 2800 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	{593,87 €}
{ZE92 (2016)}	6-001.g3	2800 mg bis unter 4000 mg	{838,40 €}
{ZE92 (2016)}	6-001.g4	4000 mg bis unter 5200 mg	{1.152,80 €}
{ZE92 (2016)}	6-001.g5	5200 mg bis unter 6400 mg	{1.467,20 €}
{ZE92 (2016)}	6-001.g6	6400 mg bis unter 7600 mg	{1.781,60 €}
{ZE92 (2016)}	6-001.g7	7600 mg bis unter 8800 mg	{2.096,00 €}

{ZE92 (2016)}	6-001.g8	8800 mg bis unter 11200 mg	{2.515,20 €}
{ZE92 (2016)}	6-001.g9	11200 mg bis unter 13600 mg	{3.144,00 €}
{ZE92 (2016)}	6-001.ga	13600 mg bis unter 16000 mg	{3.772,80 €}
{ZE92 (2016)}	6-001.gb	16000 mg bis unter 18400 mg	{4.401,60 €}
{ZE92 (2016)}	6-001.gd	18400 mg bis unter 20800 mg	{5.030,40 €}
{ZE92 (2016)}	6-001.ge	20800 mg bis unter 23200 mg	{5.659,20 €}
{ZE92 (2016)}	6-001.gf	23200 mg bis unter 25600 mg	{6.288,00 €}
{ZE92 (2016)}	6-001.gg	25600 mg bis unter 30400 mg	{7.126,40 €}
{ZE92 (2016)}	6-001.gh	30400 mg bis unter 35200 mg	{8.384,00 €}
{ZE92 (2016)}	6-001.gj	35200 mg oder mehr	{9.641,60 €}

ZE2018-123
Gabe von Caspofungin, parenteral

Schlagwortverzeichnis: Caspofungin, Cancidas®, Caspofungin...®, Mymicyas®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
FPK 2018: Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPK 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte. {FPK 2017: Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPK 2017 ist für dieses Zusatzentgelt das bisherige bewertete Zusatzentgelt ZE109 aus 2016 bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.}			
ZE (FPK 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral (Antimykotikum)	
{ZE109 (2016)}	6-002.p0	35 mg bis unter 65 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 5 Jahren)	{298,12 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.p1	65 mg bis unter 100 mg	{480,59 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.p2	100 mg bis unter 150 mg	{772,91 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.p3	150 mg bis unter 200 mg	{1.104,15 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.p4	200 mg bis unter 250 mg	{1.435,40 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.p5	250 mg bis unter 300 mg	{1.766,64 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.p6	300 mg bis unter 350 mg	{2.097,89 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.p7	350 mg bis unter 400 mg	{2.429,13 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.p8	400 mg bis unter 450 mg	{2.760,38 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.p9	450 mg bis unter 500 mg	{3.091,63 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.pa	500 mg bis unter 600 mg	{3.533,29 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.pb	600 mg bis unter 700 mg	{4.195,78 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.pc	700 mg bis unter 800 mg	{4.858,27 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.pd	800 mg bis unter 900 mg	{5.520,76 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.pe	900 mg bis unter 1000 mg	{6.183,25 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.pf	1000 mg bis unter 1200 mg	{7.066,57 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.pg	1200 mg bis unter 1400 mg	{8.391,56 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.ph	1400 mg bis unter 1600 mg	{9.716,54 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.pj	1600 mg bis unter 2000 mg	{11.483,18 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.pk	2000 mg bis unter 2400 mg	{14.133,15 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.pm	2400 mg bis unter 2800 mg	{16.783,11 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.pn	2800 mg bis unter 3600 mg	{20.316,40 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.pp	3600 mg bis unter 4400 mg	{25.616,33 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.pq	4400 mg bis unter 5200 mg	{30.916,26 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.pr	5200 mg bis unter 6000 mg	{36.216,19 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.ps	6000 mg bis unter 6800 mg	{41.516,12 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.pt	6800 mg bis unter 7600 mg	{46.816,05 €}

{ZE109 (2016)}	6-002.pu	7600 mg bis unter 8400 mg	{52.115,98 €}
{ZE109 (2016)}	6-002.pv	8400 mg oder mehr	{57.415,90 €}

ZE2018-124
Gabe von Voriconazol, oral

Schlagwortverzeichnis: Voriconazol, VFend®, Voriconazol...®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-125 (Voriconazol, parenteral)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
FPK 2018: Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhaushausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte. <i>{FPK 2017: Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2017 ist für dieses Zusatzentgelt das bisherige bewertete Zusatzentgelt ZE111 aus 2016 bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.}</i>			
ZE (FPK 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 2: Voriconazol, oral (Antimykotikum)	
{ZE111 (2016)}	6-002.50	1,00 g bis unter 1,75 g (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	{246,78 €}
{ZE111 (2016)}	6-002.51	1,75 g bis unter 2,5 g (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	{394,84 €}
{ZE111 (2016)}	6-002.52	2,5 g bis unter 3,5 g	{559,36 €}
{ZE111 (2016)}	6-002.53	3,5 g bis unter 4,5 g	{756,78 €}
{ZE111 (2016)}	6-002.54	4,5 g bis unter 6,5 g	{1.020,01 €}
{ZE111 (2016)}	6-002.55	6,5 g bis unter 8,5 g	{1.414,85 €}
{ZE111 (2016)}	6-002.56	8,5 g bis unter 10,5 g	{1.809,69 €}
{ZE111 (2016)}	6-002.57	10,5 g bis unter 15,5 g	{2.401,95 €}
{ZE111 (2016)}	6-002.58	15,5 g bis unter 20,5 g	{3.389,05 €}
{ZE111 (2016)}	6-002.59	20,5 g bis unter 25,5 g	{4.376,15 €}
{ZE111 (2016)}	6-002.5a	25,5 g bis unter 30,5 g	{5.363,26 €}
{ZE111 (2016)}	6-002.5c	30,5 g bis unter 35,5 g	{6.350,36 €}
{ZE111 (2016)}	6-002.5d	35,5 g bis unter 40,5 g	{7.337,46 €}
{ZE111 (2016)}	6-002.5e	40,5 g bis unter 45,5 g	{8.324,56 €}
{ZE111 (2016)}	6-002.5f	45,5 g oder mehr	{9.311,66 €}

ZE2018-125
Gabe von Voriconazol, parenteral

Schlagwortverzeichnis: Voriconazol, VFend®, Voriconazol...®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-124 (Voriconazol, oral)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
FPK 2018: Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhaushausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte. <i>{FPK 2017: Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2017 ist für dieses Zusatzentgelt das bisherige bewertete Zusatzentgelt ZE112 aus 2016 bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.}</i>			
ZE (FPK 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 2: Voriconazol, parenteral (Antimykotikum)	
{ZE112 (2016)}	6-002.r0	0,4 g bis unter 0,6 g (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 10 Jahren)	{295,48 €}

{ZE112 (2016)}	6-002.r1	0,6 g bis unter 0,8 g (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 10 Jahren)	{422,12 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.r2	0,8 g bis unter 1,2 g	{569,23 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.r3	1,2 g bis unter 1,6 g	{825,96 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.r4	1,6 g bis unter 2 g	{1.095,75 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.r5	2 g bis unter 2,4 g	{1.340,22 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.r6	2,4 g bis unter 3,2 g	{1.688,48 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.r7	3,2 g bis unter 4 g	{2.195,03 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.r8	4 g bis unter 4,8 g	{2.701,58 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.r9	4,8 g bis unter 5,6 g	{3.208,12 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.ra	5,6 g bis unter 6,4 g	{3.714,67 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.rb	6,4 g bis unter 7,2 g	{4.221,21 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.rc	7,2 g bis unter 8,8 g	{4.896,60 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.rd	8,8 g bis unter 10,4 g	{5.909,70 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.re	10,4 g bis unter 12 g	{6.922,79 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.rf	12 g bis unter 13,6 g	{7.935,88 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.rg	13,6 g bis unter 16,8 g	{9.286,66 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.rh	16,8 g bis unter 20 g	{11.312,85 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.rj	20 g bis unter 23,6 g	{13.339,03 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.rk	23,2 g bis unter 26,4 g	{15.365,21 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.rm	26,4 g bis unter 32,8 g	{18.066,78 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.rn	32,8 g bis unter 39,2 g	{22.119,15 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.rp	39,2 g bis unter 45,6 g	{26.171,51 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.rq	45,6 g bis unter 52 g	{30.223,87 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.rr	52 g bis unter 64,8 g	{35.627,02 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.rs	64,8 g bis unter 77,6 g	{43.731,75 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.rt	77,6 g bis unter 90,4 g	{51.836,47 €}
{ZE112 (2016)}	6-002.ru	90,4 g oder mehr	{59.941,20 €}

ZE2018-126

Gabe von Ipilimumab, parenteral

Schlagwortverzeichnis: Ipilimumab, Yervoy®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
FPK 2018: Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPK 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte. {FPK 2017: Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPK 2017 ist für dieses Zusatzentgelt das unbewertete Zusatzentgelt ZE2016-114 aus 2016 bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.}			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 6: Ipilimumab, parenteral (Antineoplastisches Mittel, monoklonaler Antikörper)	
-	6-006.h0	Neu seit 2017: 50 mg bis unter 60 mg	unverhandelt
-	6-006.h1	Neu seit 2017: 60 mg bis unter 70 mg	unverhandelt
-	6-006.h2	Neu seit 2017: 70 mg bis unter 80 mg	unverhandelt
-	6-006.h3	Neu seit 2017: 80 mg bis unter 90 mg	unverhandelt
-	6-006.h4	Neu seit 2017: 90 mg bis unter 100 mg	unverhandelt
-	6-006.h5	Neu seit 2017: 100 mg bis unter 110 mg	unverhandelt
-	6-006.h6	Neu seit 2017: 110 mg bis unter 120 mg	unverhandelt
ZE2016-114 (6.006.30)	6-006.h7	Neu seit 2017: 120 mg bis unter 140 mg	11.360,42 €
ZE2016-114 (6.006.31)	6-006.h8	Neu seit 2017: 140 mg bis unter 160 mg	11.360,74 €

ZE2016-114 (6.006.32)	6-006.h9	Neu seit 2017: 160 mg bis unter 180 mg	15.147,64 €
ZE2016-114 (6.006.33)	6-006.ha	Neu seit 2017: 180 mg bis unter 200 mg	15.147,64 €
ZE2016-114 (6.006.34)	6-006.hb	Neu seit 2017: 200 mg bis unter 220 mg	18.934,03 €
ZE2016-114 (6.006.35)	6-006.hc	Neu seit 2017: 220 mg bis unter 240 mg	18.934,03 €
ZE2016-114 (6.006.36)	6-006.hd	Neu seit 2017: 240 mg bis unter 260 mg	18.934,03 €
ZE2016-114 (6.006.37/.38)	6-006.he	Neu seit 2017: 260 mg bis unter 300 mg (2016: OPS-Split 6.006.37/.38)	22.720,84 €
ZE2016-114 (6.006.39)	6-006.hf	Neu seit 2017: 300 mg bis unter 340 mg	26.507,64 €
ZE2016-114 (6.006.3a)	6-006.hg	Neu seit 2017: 340 mg bis unter 380 mg	26.507,64 €
ZE2016-114 (6.006.3b)	6-006.hh	Neu seit 2017: 380 mg bis unter 420 mg	30.294,45 €
ZE2016-114 (6.006.3c)	6-006.hj	Neu seit 2017: 420 mg bis unter 460 mg	34.081,25 €
ZE2016-114 (6.006.3d)	6-006.hk	Neu seit 2017: 460 mg bis unter 500 mg	37.868,06 €
ZE2016-114 (6.006.3e/.3f)	6-006.hm	Neu seit 2017: 500 mg bis unter 580 mg (2016: OPS-Split 6.006.3e/.3f)	41.654,87 €
ZE2016-114 (6.006.3g)	6-006.hn	Neu seit 2017: 580 mg bis unter 660 mg	49.228,48 €
ZE2016-114 (6.006.3h)	6-006.hp	Neu seit 2017: 660 mg bis unter 740 mg	53.015,29 €
ZE2016-114 (6.006.3j)	6-006.hq	Neu seit 2017: 740 mg bis unter 820 mg	60.588,90 €
ZE2016-114 (6.006.3k)	6-006.hr	Neu seit 2017: 820 mg bis unter 900 mg	64.375,70 €
ZE2016-114 (6.006.3m)	6-006.hs	Neu seit 2017: 900 mg bis unter 980 mg	71.949,32 €
ZE2016-114 (6.006.3n)	6-006.ht	Neu seit 2017: 980 mg bis unter 1060 mg	79.522,93 €
ZE2016-114 (6.006.3p)	6-006.hu	Neu seit 2017: 1060 mg bis unter 1140 mg	83.309,73 €
ZE2016-114 (6.006.3q)	6-006.hv	Neu seit 2017: 1140 mg bis unter 1220 mg	90.883,35 €
ZE2016-114 (6.006.3r)	6-006.hw	Neu seit 2017: 1.220 mg oder mehr	106.030,57 €

ZE2018-127**Gabe von L-Asparaginase aus *Erwinia chrysanthemi* (Erwinase), parenteral**

Schlagwortverzeichnis: L-Asparaginase, Asparaginase, Crisantaspase, Erwinase®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-128 (Gabe von nicht pegylierter Asparaginase, parenteral), ZE2018-129 (Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhaushausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Gabe von L-Asparaginase aus <i>Erwinia chrysanthemi</i> (Erwinase), parenteral (Antineoplastisches Mittel)	
-	6-003.r0	2500 IE bis unter 5000 IE (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	unverhandelt
-	6-003.r1	5000 IE bis unter 10000 IE	unverhandelt
-	6-003.r2	10000 IE bis unter 15000 IE	unverhandelt
-	6-003.r3	15000 IE bis unter 20000 IE	unverhandelt
-	6-003.r4	20000 IE bis unter 25000 IE	unverhandelt
-	6-003.r5	25000 IE bis unter 30000 IE	unverhandelt
-	6-003.r6	30000 IE bis unter 35000 IE	unverhandelt
-	6-003.r7	35000 IE bis unter 40000 IE	unverhandelt
-	6-003.r8	40000 IE bis unter 45000 IE	unverhandelt
-	6-003.r9	45000 IE bis unter 50000 IE	unverhandelt
-	6-003.ra	50000 IE bis unter 60000 IE	unverhandelt
-	6-003.rb	60000 IE bis unter 70000 IE	unverhandelt
-	6-003.rc	70000 IE bis unter 80000 IE	unverhandelt
-	6-003.rd	80000 IE bis unter 90000 IE	unverhandelt
-	6-003.re	90000 IE bis unter 100000 IE	unverhandelt
-	6-003.rf	100000 IE bis unter 120000 IE	unverhandelt
-	6-003.rg	120000 IE bis unter 140000 IE	unverhandelt
-	6-003.rh	140000 IE bis unter 160000 IE	unverhandelt
-	6-003.rj	160000 IE bis unter 180000 IE	unverhandelt
-	6-003.rk	180000 IE bis unter 200000 IE	unverhandelt
-	6-003.rm	200000 IE bis unter 240000 IE	unverhandelt
-	6-003.rn	240000 IE bis unter 280000 IE	unverhandelt
-	6-003.rp	280000 IE bis unter 320000 IE	unverhandelt
-	6-003.rq	320000 IE bis unter 360000 IE	unverhandelt
-	6-003.rr	360000 IE bis unter 400000 IE	unverhandelt
-	6-003.rs	400000 IE oder mehr	unverhandelt

ZE2018-128**Gabe von nicht pegylierter Asparaginase, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Asparaginase, Asparaginase medac®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-127 (Gabe von L-Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi [Erwinase], parenteral), ZE2018-129 (Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 3: Nicht pegylierte Asparaginase, parenteral (Antineoplastisches Mittel)	
-	6-003.n0	25000 IE bis unter 50000 IE (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	unverhandelt
-	6-003.n1	50000 IE bis unter 75000 IE	unverhandelt
-	6-003.n2	75000 IE bis unter 100000 IE	unverhandelt
-	6-003.n3	100000 IE bis unter 125000 IE	unverhandelt
-	6-003.n4	125000 IE bis unter 150000 IE	unverhandelt
-	6-003.n5	150000 IE bis unter 175000 IE	unverhandelt
-	6-003.n6	175000 IE bis unter 200000 IE	unverhandelt
-	6-003.n7	200000 IE bis unter 250000 IE	unverhandelt
-	6-003.n8	250000 IE bis unter 300000 IE	unverhandelt
-	6-003.n9	300000 IE bis unter 350000 IE	unverhandelt
-	6-003.na	350000 IE bis unter 400000 IE	unverhandelt
-	6-003.nb	400000 IE oder mehr	unverhandelt

ZE2018-129**Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Asparaginase, Oncospar®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-127 (Gabe von L-Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi [Erwinase], parenteral), ZE2018-128 (Gabe von nicht pegylierter Asparaginase, parenteral)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 3: Pegylierte Asparaginase, parenteral (Antineoplastisches Mittel)	
-	6-003.p0	625 IE bis unter 1250 IE (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	unverhandelt
-	6-003.p1	1250 IE bis unter 2500 IE	unverhandelt
-	6-003.p2	2500 IE bis unter 3750 IE	unverhandelt
-	6-003.p3	3750 IE bis unter 5000 IE	unverhandelt
-	6-003.p4	5000 IE bis unter 6250 IE	unverhandelt
-	6-003.p5	6250 IE bis unter 7500 IE	unverhandelt
-	6-003.p6	7500 IE bis unter 8750 IE	unverhandelt
-	6-003.p7	8750 IE bis unter 10000 IE	unverhandelt
-	6-003.p8	10000 IE bis unter 11250 IE	unverhandelt
-	6-003.p9	11250 IE bis unter 12500 IE	unverhandelt
-	6-003.pa	12500 IE bis unter 13750 IE	unverhandelt
-	6-003.pb	13750 IE bis unter 15000 IE	unverhandelt

-	6-003.pc	15000 IE bis unter 17500 IE	unverhandelt
-	6-003.pd	17500 IE bis unter 20000 IE	unverhandelt
-	6-003.pe	20000 IE bis unter 22500 IE	unverhandelt
-	6-003.pf	22500 IE bis unter 25000 IE	unverhandelt
-	6-003.pg	25000 IE bis unter 27500 IE	unverhandelt
-	6-003.ph	27500 IE bis unter 30000 IE	unverhandelt
-	6-003.pj	30000 IE bis unter 35000 IE	unverhandelt
-	6-003.pk	35000 IE bis unter 40000 IE	unverhandelt
-	6-003.pm	40000 IE bis unter 45000 IE	unverhandelt
-	6-003.pn	45000 IE bis unter 50000 IE	unverhandelt
-	6-003.pp	50000 IE bis unter 60000 IE	unverhandelt
-	6-003.pq	60000 IE bis unter 70000 IE	unverhandelt
-	6-003.pr	70000 IE bis unter 80000 IE	unverhandelt
-	6-003.ps	80000 IE bis unter 90000 IE	unverhandelt
-	6-003.pt	90000 IE bis unter 100000 IE	unverhandelt
-	6-003.pu	100000 IE oder mehr	unverhandelt

ZE2018-130**Gabe von Belimumab, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Belimumab, Benlysta®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte) plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 1,5ml-Durchstechflaschen (ZE2018-130)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 6: Belimumab, parenteral (Selektives Immunsuppressivum)	
NUB83 (2016)	6-006.60	200 mg bis unter 400 mg: (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren) je angefangene Durchstechflasche zu 1,5 ml (= 120 mg)	154,90 €
NUB83 (2016)	6-006.61	400 mg bis unter 600 mg: je angefangene Durchstechflasche zu 1,5 ml (= 120 mg)	154,90 €
NUB83 (2016)	6-006.62	600 mg bis unter 800 mg: je angefangene Durchstechflasche zu 1,5 ml (= 120 mg)	154,90 €
NUB83 (2016)	6-006.63	800 mg bis unter 1000 mg: je angefangene Durchstechflasche zu 1,5 ml (= 120 mg)	154,90 €
NUB83 (2016)	6-006.64	1000 mg bis unter 1200 mg: je angefangene Durchstechflasche zu 1,5 ml (= 120 mg)	154,90 €
NUB83 (2016)	6-006.65	1200 mg bis unter 1400 mg: je angefangene Durchstechflasche zu 1,5 ml (= 120 mg)	154,90 €
NUB83 (2016)	6-006.66	1400 mg bis unter 1600 mg: je angefangene Durchstechflasche zu 1,5 ml (= 120 mg)	154,90 €
NUB83 (2016)	6-006.67	1600 mg bis unter 2000 mg: je angefangene Durchstechflasche zu 1,5 ml (= 120 mg)	154,90 €
NUB83 (2016)	6-006.68	2000 mg bis unter 2400 mg: je angefangene Durchstechflasche zu 1,5 ml (= 120 mg)	154,90 €
NUB83 (2016)	6-006.69	2400 mg bis unter 2800 mg: je angefangene Durchstechflasche zu 1,5 ml (= 120 mg)	154,90 €
NUB83 (2016)	6-006.6a	2800 mg bis unter 3200 mg: je angefangene Durchstechflasche zu 1,5 ml (= 120 mg)	154,90 €
NUB83 (2016)	6-006.6b	3200 mg bis unter 3600 mg: je angefangene Durchstechflasche zu 1,5 ml (= 120 mg)	154,90 €

NUB83 (2016)	6-006.6c	3600 mg bis unter 4000 mg: je angefangene Durchstechflasche zu 1,5 ml (= 120 mg)	154,90 €
NUB83 (2016)	6-006.6d	4000 mg bis unter 4400 mg: je angefangene Durchstechflasche zu 1,5 ml (= 120 mg)	154,90 €
NUB83 (2016)	6-006.6e	4400 mg bis unter 4800 mg: je angefangene Durchstechflasche zu 1,5 ml (= 120 mg)	154,90 €
NUB83 (2016)	6-006.6f	4800 mg bis unter 5200 mg: je angefangene Durchstechflasche zu 1,5 ml (= 120 mg)	154,90 €
NUB83 (2016)	6-006.6g	5200 mg oder mehr: je angefangene Durchstechflasche zu 1,5 ml (= 120 mg)	154,90 €

ZE2018-131**Gabe von Defibrotid, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Defibrotid, Defitelio®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte) plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 200mg-Ampullen (ZE2018-131)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 5: Defibrotid, parenteral (Antikoagulans)	
NUB89 (2016)	6-005.k0	250 mg bis unter 500 mg: (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren) je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.k1	500 mg bis unter 1000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.k2	1000 mg bis unter 1500 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.k3	1500 mg bis unter 2000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.k4	2000 mg bis unter 3000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.k5	3000 mg bis unter 4000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.k6	4000 mg bis unter 5000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.k7	5000 mg bis unter 6000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.k8	6000 mg bis unter 8000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.k9	8000 mg bis unter 10000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.ka	10000 mg bis unter 12000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.kb	12000 mg bis unter 14000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.kc	14000 mg bis unter 18000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.kd	18000 mg bis unter 22000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.ke	22000 mg bis unter 26000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €

NUB89 (2016)	6-005.kf	26000 mg bis unter 30000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.kg	30000 mg bis unter 38000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.kh	38000 mg bis unter 46000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.kj	46000 mg bis unter 54000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.kk	54000 mg bis unter 70000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.km	70000 mg bis unter 86000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.kn	86000 mg bis unter 102000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.kp	102000 mg bis unter 118000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.kq	118000 mg bis unter 150000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.kr	150000 mg bis unter 182000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.ks	182000 mg bis unter 214000 mg: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €
NUB89 (2016)	6-005.kt	214000 mg oder mehr: je angefangene 200 mg Ampulle	506,94 €

ZE2018-132
Gabe von Thiotepa, parenteral

Schlagwortverzeichnis: Thiotepa, Tepadina®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
	6-007.n*	Applikation von Medikamenten, Liste 7: Thiotepa, parenteral (Antineoplastisches Mittel)	
-	6-007.n0	50 mg bis unter 100 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	unverhandelt
-	6-007.n1	100 mg bis unter 150 mg (nur für Pat. mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren)	unverhandelt
-	6-007.n2	150 mg bis unter 200 mg	unverhandelt
-	6-007.n3	200 mg bis unter 250 mg	unverhandelt
-	6-007.n4	250 mg bis unter 300 mg	unverhandelt
-	6-007.n5	300 mg bis unter 350 mg	unverhandelt
-	6-007.n6	350 mg bis unter 400 mg	unverhandelt
-	6-007.n7	400 mg bis unter 500 mg	unverhandelt
-	6-007.n8	500 mg bis unter 600 mg	unverhandelt
-	6-007.n9	600 mg bis unter 700 mg	unverhandelt
-	6-007.na	700 mg bis unter 800 mg	unverhandelt
-	6-007.nb	800 mg bis unter 900 mg	unverhandelt
-	6-007.nc	900 mg bis unter 1000 mg	unverhandelt
-	6-007.nd	1000 mg bis unter 1200 mg	unverhandelt
-	6-007.ne	1200 mg bis unter 1400 mg	unverhandelt
-	6-007.nf	1400 mg bis unter 1600 mg	unverhandelt
-	6-007.ng	1600 mg bis unter 1800 mg	unverhandelt

-	6-007.nh	1800 mg bis unter 2000 mg	unverhandelt
-	6-007.nj	2000 mg bis unter 2200 mg	unverhandelt
-	6-007.nk	2200 mg bis unter 2400 mg	unverhandelt
-	6-007.nm	2400 mg bis unter 2600 mg	unverhandelt
-	6-007.nn	2600 mg bis unter 2800 mg	unverhandelt
-	6-007.np	2800 mg oder mehr	unverhandelt

ZE2018-133**Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst**

Schlagwortverzeichnis: Palliativmed. Komplexbehandlung, Komplexbehandlung (Palliativmed.)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE60 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung), ZE145 (Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung), ZE2018-134 (Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Ein Kode aus diesem Bereich ist nur zu verwenden, wenn der Palliativdienst des Krankenhauses, in dem der Patient stationär behandelt wird, die palliativmedizinische Behandlung durchführt. Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst	
-	8-98h.00	Bis unter 2 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.01	2 bis unter 4 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.02	4 bis unter 6 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.03	6 bis unter 9 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.04	9 bis unter 12 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.05	12 bis unter 15 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.06	15 bis unter 20 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.07	20 bis unter 25 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.08	25 bis unter 35 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.09	35 bis unter 45 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.0a	45 bis unter 55 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.0b	55 oder mehr Stunden	unverhandelt

ZE2018-134**Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst**

Schlagwortverzeichnis: Palliativmed. Komplexbehandlung, Komplexbehandlung (Palliativmed.)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE60 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung), ZE145 (Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung), ZE2018-133 (Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Ein Kode aus diesem Bereich ist nur zu verwenden, wenn der Palliativdienst eines externen Leistungserbringers die palliativmedizinische Behandlung durchführt. Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst	
-	8-98h.10	Bis unter 2 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.11	2 bis unter 4 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.12	4 bis unter 6 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.13	6 bis unter 9 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.14	9 bis unter 12 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.15	12 bis unter 15 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.16	15 bis unter 20 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.17	20 bis unter 25 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.18	25 bis unter 35 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.19	35 bis unter 45 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.1a	45 bis unter 55 Stunden	unverhandelt
-	8-98h.1b	55 oder mehr Stunden	unverhandelt

ZE2018-135**Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex****bei Neugeborenen und Säuglingen mit weiteren Maßnahmen**

Schlagwortverzeichnis: Diagnostik (Basis Ngb./Sgl.), Basisdiagnostik (Ngb./Sgl.)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-45 (Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen), ZE2018-88 (Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen), ZE2018-152 (Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen	
-	1-944.1	Mit erweiterter molekulargenetischer Diagnostik	unverhandelt
-	1-944.2	Mit Chromosomenanalyse (Zytogenetische Diagnostik)	unverhandelt
-	1-944.3	Mit erweiterter molekulargenetischer Diagnostik und Chromosomenanalyse (Zytogenetische Diagnostik)	unverhandelt

ZE2018-136**Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen**

Schlagwortverzeichnis: Nitinolspiralen, Lungenvolumenreduktion, RePneu Lung Volume Reduction Coils, LVRC, Metallspirale, Coil, Lungencoil

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE100 (Implantation eines endobronchialen Klappensystems)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der eingebrachten Nitinolspiralen (ZE2018-136)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen, bronchoskopisch	
NUB93 (2016)	5-339.80	1 bis 2 Nitinolspiralen: je Nitinolspirale	999,00 €
NUB93 (2016)	5-339.81	3 bis 4 Nitinolspiralen: je Nitinolspirale	999,00 €
NUB93 (2016)	5-339.82	5 bis 6 Nitinolspiralen: je Nitinolspirale	999,00 €
NUB93 (2016)	5-339.83	7 bis 8 Nitinolspiralen: je Nitinolspirale	999,00 €
NUB93 (2016)	5-339.84	9 bis 10 Nitinolspiralen: je Nitinolspirale	999,00 €
NUB93 (2016)	5-339.85	11 bis 12 Nitinolspiralen: je Nitinolspirale	999,00 €
NUB93 (2016)	5-339.86	13 bis 14 Nitinolspiralen: je Nitinolspirale	999,00 €
NUB93 (2016)	5-339.87	15 bis 16 Nitinolspiralen: je Nitinolspirale	999,00 €
NUB93 (2016)	5-339.88	17 oder mehr Nitinolspiralen: je Nitinolspirale	999,00 €

ZE2018-137 TFG*Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII*

Schlagwortverzeichnis: Schlagwortverzeichnis: Gerinnungsfaktoren, Blutgerinnungsfaktoren, Eptacog alpha (aktiv.), Faktor VII [rekombinant], NovoSeven®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch	
siehe auch ZE30 (Gabe von Prothrombinkomplex) bei „Nicht-Blutern“, ZE 2018-97 (Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren), ZE2018-138 (Gabe von Fibrinogenkonzentrat), ZE 2018-139 (Gabe von Blutgerinnungsfaktoren)	
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung	
Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.	
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.	
Für das Jahr 2018 gilt ein Schwellenwert in Höhe von 20.000 € für den im Rahmen der Behandlung des Patienten angefallenen Betrag für die Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII. Ab Überschreitung dieses Schwellenwertes ist der gesamte für die Behandlung des Patienten angefallene Betrag für die Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII abzurechnen.	
Die Abrechnung des ZE2018-137 ist möglich, sofern einer der grau hinterlegten ICD-Kodes bzw. ICD-Kodekombinationen zusammen mit einem der OPS-Kodes im DRG-Workplace erfasst ist. Um die Erfassung dieses Zusatzentgeltes für die Fachabteilungen zu vereinfachen, hat sich das Institut für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin (IHT) seit Oktober 2013 dazu bereit erklärt, bei allen Patienten, bei denen durch das IHT eine Gabe von Arzneimitteln aus dem Bereich ZE2018-97, ZE2018-137, ZE2018-138 und ZE2018-139 empfohlen wird, die veranlassende Gesundheitsstörung als ICD-Code im DRG-Workplace zu dokumentieren. Der ärztliche Dienst des IHT dokumentiert diese hierzu in der Fe-Spalte. Bitte beachten Sie, dass Sie diese ICD-Kodes bei Entlassung des Patienten unbedingt in die En-Spalte im DRG-Workplace übertragen müssen, um die entsprechenden Zusatzentgelte abrechnen zu können.	
D65.9	Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet
D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)
D68.34	Hämorrhagische Diathese durch Heparine
D68.35	Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzen
D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet
D69.0	Purpura anaphylactoides
D69.2	Sonstige nichtthrombozytopenische Purpura
D69.3	Idiopathische thrombozytopenische Purpura
D69.52	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I
D69.53	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II
D69.57	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet
D69.60	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.80	Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer
D69.9	Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet
D65.0 + U69.12!	Erworbene Afibrinogenämie + Temporäre Blutgerinnungsstörung
D65.1 + U69.12!	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC] + Temporäre Blutgerinnungsstörung
D65.2 + U69.12!	Erworbene Fibrinolyseblutung+ Temporäre Blutgerinnungsstörung
D68.01 + U69.12!	Erworbenes Willebrand-Jürgens-Syndrom+ Temporäre Blutgerinnungsstörung
D68.09 + U69.12!	Willebrand-Jürgens-Syndrom, nicht näher bezeichnet+ Temporäre Blutgerinnungsstörung
D68.38 + U69.12!	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper+ Temporäre Blutgerinnungsstörung
D68.4 + U69.12!	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren+ Temporäre Blutgerinnungsstörung; (Blutgerinnungsstörungen, die nur durch eine Lebertransplantation heilbar wären, sind mit der Kodekombination D68.4 + U69.11! zu verschlüsseln, wodurch automatisch das ZE2018-97 zugeordnet wird)

D68.8 + U69.12!	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien+		
	Temporäre Blutgerinnungsstörung		
D69.1 + U69.12!	Qualitative Thrombozytendefekte+		
	Temporäre Blutgerinnungsstörung		
D69.88 + U69.12!	Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen+		
	Temporäre Blutgerinnungsstörung		
P53 + U69.12!	Hämorrhagische Krankheit beim Fetus und Neugeborenen+		
	Temporäre Blutgerinnungsstörung		
P60 + U69.12!	Disseminierte intravasale Gerinnung beim Fetus und Neugeborenen+		
	Temporäre Blutgerinnungsstörung		
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter aktivierter Faktor VII (Suchbegriffe: Eptacog alpha (aktiv.), Faktor VII [rekombinant], NovoSeven®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte: ZE2018-97b/ ZE2018-137)	
ZE2016-98b	8-810.6*	je angefangene 50 KIE	833,53 €

ZE2018-138 TFG**Gabe von Fibrinogenkonzentrat**

Schlagwortverzeichnis: Schlagwortverzeichnis: Gerinnungsfaktoren, Blutgerinnungsfaktoren, Faktor I, Fibrinogenkonzentrat, Haemocomplettan®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch	
siehe auch ZE30 (Gabe von Prothrombinkomplex) bei „Nicht-Blutern“, ZE 2018-97 (Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren), ZE2018-137 (Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII), ZE 2018-139 (Gabe von Blutgerinnungsfaktoren)	
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung	
Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.	
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.	
Für das Jahr 2018 gilt ein Schwellenwert in Höhe von 2.500 € für den im Rahmen der Behandlung des Patienten angefallenen Betrag für die Gabe von Fibrinogenkonzentrat. Ab Überschreitung dieses Schwellenwertes ist der gesamte für die Behandlung des Patienten angefallene Betrag für die Gabe von Fibrinogenkonzentrat abzurechnen.	
Die Abrechnung des ZE2018-138 ist möglich, sofern einer der grau hinterlegten ICD-Kodes bzw. ICD-Kodekombinationen zusammen mit einem der OPS-Kodes im DRG-Workplace erfasst ist. Um die Erfassung dieses Zusatzentgeltes für die Fachabteilungen zu vereinfachen, hat sich das Institut für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin (IHT) seit Oktober 2013 dazu bereit erklärt, bei allen Patienten, bei denen durch das IHT eine Gabe von Arzneimitteln aus dem Bereich ZE2018-97, ZE2018-137, ZE2018-138 und ZE2018-139 empfohlen wird, die veranlassende Gesundheitsstörung als ICD-Kode im DRG-Workplace zu dokumentieren. Der ärztliche Dienst des IHT dokumentiert diese hierzu in der Fe-Spalte. Bitte beachten Sie, dass Sie diese ICD-Kodes bei Entlassung des Patienten unbedingt in die En-Spalte im DRG-Workplace übertragen müssen, um die entsprechenden Zusatzentgelte abrechnen zu können.	
D65.9	Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet
D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)
D68.34	Hämorrhagische Diathese durch Heparine
D68.35	Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzen
D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet
D69.0	Purpura anaphylactoides
D69.2	Sonstige nichtthrombozytopenische Purpura
D69.3	Idiopathische thrombozytopenische Purpura
D69.52	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I
D69.53	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II
D69.57	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet

D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet		
D69.60	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, als transfusionsrefraktär bezeichnet		
D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet		
D69.80	Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer		
D69.9	Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet		
D65.0 + U69.12!	Erworbene Afibrinogenämie + Temporäre Blutgerinnungsstörung		
D65.1 + U69.12!	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC] + Temporäre Blutgerinnungsstörung		
D65.2 + U69.12!	Erworbene Fibrinolyseblutung+ Temporäre Blutgerinnungsstörung		
D68.01 + U69.12!	Erworbenes Willebrand-Jürgens-Syndrom+ Temporäre Blutgerinnungsstörung		
D68.09 + U69.12!	Willebrand-Jürgens-Syndrom, nicht näher bezeichnet+ Temporäre Blutgerinnungsstörung		
D68.38 + U69.12!	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper+ Temporäre Blutgerinnungsstörung		
D68.4 + U69.12!	Erworbenener Mangel an Gerinnungsfaktoren+ Temporäre Blutgerinnungsstörung; (Blutgerinnungsstörungen, die nur durch eine Lebertransplantation heilbar wären, sind mit der Kodekombination D68.4 + U69.11! zu verschlüsseln, wodurch automatisch das ZE2018-97 zugeordnet wird		
D68.8 + U69.12!	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien+ Temporäre Blutgerinnungsstörung		
D69.1 + U69.12!	Qualitative Thrombozytendefekte+ Temporäre Blutgerinnungsstörung		
D69.88 + U69.12!	Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen+ Temporäre Blutgerinnungsstörung		
P53 + U69.12!	Hämorrhagische Krankheit beim Fetus und Neugeborenen+ Temporäre Blutgerinnungsstörung		
P60 + U69.12!	Disseminierte intravasale Gerinnung beim Fetus und Neugeborenen+ Temporäre Blutgerinnungsstörung		
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-98j	8-810.j*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat (Suchbegriffe: Faktor I, Fibrinogenkonzentrat, Haemocomplettan®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte: ZE2018-97j/ZE2018-138) je 1 g	127,78 €

ZE2018-139 TFG*Gabe von Blutgerinnungsfaktoren**Schlagwortverzeichnis: Schlagwortverzeichnis: Gerinnungsfaktoren, Blutgerinnungsfaktoren*

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch	
siehe auch ZE30 (Gabe von Prothrombinkomplex) bei „Nicht-Blutern“, ZE 2018-97 (Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren), ZE2018-137 (Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII), ZE2018-138 (Gabe von Fibrinogenkonzentrat)	
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung	
Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.	
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.	
Für das Jahr 2018 gilt ein Schwellenwert in Höhe von 6.000 € für die Summe der im Rahmen der Behandlung des Patienten mit diesen Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Beträge. Ab Überschreitung dieses Schwellenwertes ist der gesamte für die Behandlung des Patienten mit diesen Blutgerinnungsfaktoren angefallene Betrag abzurechnen.	
Die Abrechnung des ZE2018-139 ist möglich, sofern einer der grau hinterlegten ICD-Kodes bzw. ICD-Kodekombinationen zusammen mit einem der OPS-Kodes im DRG-Workplace erfasst ist. Um die Erfassung dieses Zusatzentgeltes für die Fachabteilungen zu vereinfachen, hat sich das Institut für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin (IHT) seit Oktober 2013 dazu bereit erklärt, bei allen Patienten, bei denen durch das IHT eine Gabe von Arzneimitteln aus dem Bereich ZE2018-97, ZE2018-137, ZE2018-138 und ZE2018-139 empfohlen wird, die veranlassende Gesundheitsstörung als ICD-Kode im DRG-Workplace zu dokumentieren. Der ärztliche Dienst des IHT dokumentiert diese hierzu in der Fe-Spalte. Bitte beachten Sie, dass Sie diese ICD-Kodes bei Entlassung des Patienten unbedingt in die En-Spalte im DRG-Workplace übertragen müssen, um die entsprechenden Zusatzentgelte abrechnen zu können.	
D65.9	Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet
D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)
D68.34	Hämorrhagische Diathese durch Heparine
D68.35	Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzen
D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet
D69.0	Purpura anaphylactoides
D69.2	Sonstige nichtthrombozytopenische Purpura
D69.3	Idiopathische thrombozytopenische Purpura
D69.52	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I
D69.53	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II
D69.57	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet
D69.60	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.80	Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer
D69.9	Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet
D65.0 + U69.12!	Erworbene Afibrinogenämie + Temporäre Blutgerinnungsstörung
D65.1 + U69.12!	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC] + Temporäre Blutgerinnungsstörung
D65.2 + U69.12!	Erworbene Fibrinolyseblutung+ Temporäre Blutgerinnungsstörung
D68.01 + U69.12!	Erworbenes Willebrand-Jürgens-Syndrom+ Temporäre Blutgerinnungsstörung
D68.09 + U69.12!	Willebrand-Jürgens-Syndrom, nicht näher bezeichnet+ Temporäre Blutgerinnungsstörung
D68.38 + U69.12!	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper+ Temporäre Blutgerinnungsstörung
D68.4 + U69.12!	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren+ Temporäre Blutgerinnungsstörung; (Blutgerinnungsstörungen, die nur durch eine Lebertransplantation heilbar wären, sind mit der Kodekombination D68.4 + U69.11! zu verschlüsseln, wodurch automatisch das ZE2017-97 zugeordnet wird)
D68.8 +	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien+

U69.12!	Temporäre Blutgerinnungsstörung		
D69.1 + U69.12!	Qualitative Thrombozytendefekte+ Temporäre Blutgerinnungsstörung		
D69.88 + U69.12!	Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen+ Temporäre Blutgerinnungsstörung		
P53 + U69.12!	Hämorrhagische Krankheit beim Fetus und Neugeborenen+ Temporäre Blutgerinnungsstörung		
P60 + U69.12!	Disseminierte intravasale Gerinnung beim Fetus und Neugeborenen+ Temporäre Blutgerinnungsstörung		
ZE (AEB 2016)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
ZE2016-98a	8-810.7*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VII (Suchbegriffe: Prokonvertin, Faktor VII [plasmatisch], ImmuSeven®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte: ZE2018-97a/ ZE2018-139a) je angefangene 600 IE	618,34 €
ZE2016-98e	8-810.8*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter Faktor VIII (Suchbegriffe: Antihämophiles Glob. A [gentechn.], Octacog alpha, Faktor VIII [rekombinant], Advate®, Adynovi®, Afstyla®, NovoEight®, Kovaltry®, Nuwiq®, Elocta®, Iblis®, Kogenate®, Re-Facto®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte: ZE2018-97e/ ZE2018-139e) je angefangene 250 IE	214,10 €
ZE2016-98c2	8-810.9*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VIII (Suchbegriffe: Faktor VIII [plasm.], Antihämophiles Glob. A, Beriate®, Faktor VIII SDH INTERSERO®, Optivate®, Fanhdi®, Haemate®, Haemoctin®, IMMUNATE STIM®, Octanate®, Voncento®, Wilate®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte: ZE2018-97c2/ ZE2018-139c2) je angefangene 250 IE	171,98 €
ZE2016-98o	8-810.a*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter Faktor IX (Suchbegriffe: Faktor IX [rekomb.], Nonacog alpha, Rixubis®, Idelvion®, Alprolix®, BeneFIX®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte: ZE2018-97o/ ZE2018-139o) je angefangene 250 IE	277,74 €
ZE2016-98g	8-810.b*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor IX (Suchbegriffe: Faktor IX [plasm.], Antihämophiles Globulin B, Christmas-Faktor, AlphaNine®, Berinin®, Faktor IX SDN Biotest®, IMMUNINE STIM®, Mononine®, Octanine®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte: ZE2018-97g/ ZE2018-139g) je angefangene 250 IE	199,24 €

ZE2016-98h	8-810.c*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: FEIBA - Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität (Suchbegriffe: Prothrombinkomplex [FEIBA], Feiba®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte: ZE2018-97h/ ZE2018-139h) je angefangene 500 IE	624,90 €
ZE2016-98c1	8-810.d*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Von-Willebrand-Faktor (Suchbegriffe: VWF, Von-Willebrand-Faktor, Willfact®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte: ZE2018-97c1/ ZE2018-139c1) je angefangene 250 IE	171,98 €
ZE2016-98d	8-810.e*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Faktor XIII (Suchbegriffe: Faktor XIII, Fibrinstabilisierender Faktor, Fibrogammin®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte: ZE2018-97d/ ZE2018-139d) je angefangene 250 IE	60,90 €
ZE2016-98q	8-812.9*	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Humanes Protein C, parenteral (Suchbegriffe: Protein C, Ceprotin®); Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in: Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte: ZE2018-97q/ ZE2018-139q) je angefangene 500 IE	1.305,50 €

ZE2018-140**Brentuximabvedotin, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Brentuximabvedotin, Adcetris®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte) plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 50mg-Durchstechflaschen (ZE2018-140).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte das bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 6: Brentuximabvedotin, parenteral (Antineoplastisches Mittel, Antikörper-Wirkstoff-Konjugat)	
NUB82a (2017)	6-006.b0	25 mg bis unter 50 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren): je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	3.748,50 €
NUB82a (2017)	6-006.b1	50 mg bis unter 75 mg: je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	3.748,50 €
NUB82a (2017)	6-006.b2	75 mg bis unter 100 mg: je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	3.748,50 €
NUB82a (2017)	6-006.b3	100 mg bis unter 125 mg: je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	3.748,50 €

NUB82a (2017)	6-006.b4	125 mg bis unter 150 mg: je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	3.748,50 €
NUB82a (2017)	6-006.b5	150 mg bis unter 175 mg: je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	3.748,50 €
NUB82a (2017)	6-006.b6	175 mg bis unter 200 mg: je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	3.748,50 €
NUB82a (2017)	6-006.b7	200 mg bis unter 225 mg: je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	3.748,50 €
NUB82a (2017)	6-006.b8	225 mg bis unter 250 mg: je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	3.748,50 €
NUB82a (2017)	6-006.b9	250 mg bis unter 300 mg: je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	3.748,50 €
NUB82a (2017)	6-006.ba	300 mg bis unter 350 mg: je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	3.748,50 €
NUB82a (2017)	6-006.bb	350 mg bis unter 400 mg: je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	3.748,50 €
NUB82a (2017)	6-006.bc	400 mg bis unter 450 mg: je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	3.748,50 €
NUB82a (2017)	6-006.bd	450 mg bis unter 500 mg: je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	3.748,50 €
NUB82a (2017)	6-006.be	500 mg bis unter 550 mg: je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	3.748,50 €
NUB82a (2017)	6-006.bf	550 mg bis unter 600 mg: je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	3.748,50 €
NUB82a (2017)	6-006.bg	600 mg bis unter 650 mg: je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	3.748,50 €
NUB82a (2017)	6-006.bh	650 mg bis unter 700 mg: je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	3.748,50 €
NUB82a (2017)	6-006.bj	700 mg oder mehr: je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	3.748,50 €

ZE2018-141**Enzalutamid, oral**

Schlagwortverzeichnis: Enzalutamid, Xtandi®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch

-

Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in

Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte) **plus** Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (ZE2018-141).

Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung

Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte das bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.

ZE (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Enzalutamid, oral (Antineoplastisches Mittel, Nichtsteroidales Antiandrogen)	
NUB146 (2017)	6-007.60	480 mg bis unter 960 mg: je 40mg	31,09 €
NUB146 (2017)	6-007.61	960 mg bis unter 1.440 mg: je 40mg	31,09 €
NUB146 (2017)	6-007.62	1.440 mg bis unter 1.920 mg: je 40mg	31,09 €
NUB146 (2017)	6-007.63	1.920 mg bis unter 2.400 mg: je 40mg	31,09 €
NUB146 (2017)	6-007.64	2.400 mg bis unter 2.880 mg: je 40mg	31,09 €
NUB146 (2017)	6-007.65	2.880 mg bis unter 3.360 mg: je 40mg	31,09 €

NUB146 (2017)	6-007.66	3.360 mg bis unter 3.840 mg: je 40mg	31,09 €
NUB146 (2017)	6-007.67	3.840 mg bis unter 4.320 mg: je 40mg	31,09 €
NUB146 (2017)	6-007.68	4.320 mg bis unter 4.800 mg: je 40mg	31,09 €
NUB146 (2017)	6-007.69	4.800 mg bis unter 5.280 mg: je 40mg	31,09 €
NUB146 (2017)	6-007.6a	5.280 mg bis unter 5.760 mg: je 40mg	31,09 €
NUB146 (2017)	6-007.6b	5.760 mg bis unter 6.240 mg: je 40mg	31,09 €
NUB146 (2017)	6-007.6c	6.240 mg bis unter 6.720 mg: je 40mg	31,09 €
NUB146 (2017)	6-007.6d	6.720 mg bis unter 7.200 mg: je 40mg	31,09 €
NUB146 (2017)	6-007.6e	7.200 mg bis unter 7.680 mg: je 40mg	31,09 €
NUB146 (2017)	6-007.6f	7.680 mg bis unter 8.160 mg: je 40mg	31,09 €
NUB146 (2017)	6-007.6g	8.160 mg oder mehr: je 40mg	31,09 €

ZE2018-142**Aflibercept, intravenös**

Schlagwortverzeichnis: Aflibercept, Eylea®, Zaltrap®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte) plus Orbis/Strukturierte Leistungserfass.: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 100mg-Infusionskonzentrate (ZE2018-142).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte das bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Aflibercept, intravenös (Antineoplastisches Mittel)	
NUB104a (2017)	6-007.30	150 mg bis unter 250 mg: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €
NUB104a (2017)	6-007.31	250 mg bis unter 350 mg: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €
NUB104a (2017)	6-007.32	350 mg bis unter 450 mg: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €
NUB104a (2017)	6-007.33	450 mg bis unter 550 mg: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €
NUB104a (2017)	6-007.34	550 mg bis unter 650 mg: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €
NUB104a (2017)	6-007.35	650 mg bis unter 750 mg: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €
NUB104a (2017)	6-007.36	750 mg bis unter 850 mg: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €
NUB104a (2017)	6-007.37	850 mg bis unter 950 mg: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €
NUB104a (2017)	6-007.38	950 mg bis unter 1.150 mg: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €
NUB104a (2017)	6-007.39	1.150 mg bis unter 1.350 mg: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €

NUB104a (2017)	6-007.3a	1.350 mg bis unter 1.550 mg: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €
NUB104a (2017)	6-007.3b	1.550 mg bis unter 1.750 mg: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €
NUB104a (2017)	6-007.3c	1.750 mg bis unter 1.950 mg: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €
NUB104a (2017)	6-007.3d	1.950 mg bis unter 2.150 mg: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €
NUB104a (2017)	6-007.3e	2.150 mg bis unter 2.550 mg: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €
NUB104a (2017)	6-007.3f	2.550 mg bis unter 2.950 mg: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €
NUB104a (2017)	6-007.3g	2.950 mg bis unter 3.350 mg: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €
NUB104a (2017)	6-007.3h	3.350 mg bis unter 3.750 mg: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €
NUB104a (2017)	6-007.3j	3.750 mg bis unter 4.150 mg: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €
NUB104a (2017)	6-007.3k	4.150 mg bis unter 4.550 mg: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €
NUB104a (2017)	6-007.3m	4.550 mg oder mehr: je angebrochenes 100mg-Infusionskonzentrat	357,00 €

ZE2018-143**Eltrombopag, oral**Schlagwortverzeichnis: *Eltrombopag, Revolade®*

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte) plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (ZE2018-143).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte das bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Eltrombopag, oral (Antihämorrhagikum)	
NUB109b (2017)	6-006.00	150 mg bis unter 300 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren): je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.01	300 mg bis unter 450 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.02	450 mg bis unter 600 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.03	600 mg bis unter 750 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.04	750 mg bis unter 900 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.05	900 mg bis unter 1.050 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.06	1.050 mg bis unter 1.200 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.07	1.200 mg bis unter 1.350 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.08	1.350 mg bis unter 1.500 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.09	1.500 mg bis unter 1.800 mg: je 25mg	42,85 €

NUB109b (2017)	6-006.0a	1.800 mg bis unter 2.100 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.0b	2.100 mg bis unter 2.400 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.0c	2.400 mg bis unter 2.700 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.0d	2.700 mg bis unter 3.000 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.0e	3.000 mg bis unter 3.600 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.0f	3.600 mg bis unter 4.200 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.0g	4.200 mg bis unter 4.800 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.0h	4.800 mg bis unter 5.400 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.0j	5.400 mg bis unter 6.000 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.0k	6.000 mg bis unter 6.600 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.0m	6.600 mg bis unter 7.200 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.0n	7.200 mg bis unter 7.800 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.0p	7.800 mg bis unter 8.400 mg: je 25mg	42,85 €
NUB109b (2017)	6-006.0q	8.400 mg oder mehr: je 25mg	42,85 €

ZE2018-144**Obinutuzumab, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Obinutuzumab, Gazyvaro®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte) plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 1.000mg-Infusionskonzentrate (ZE2018-144).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte das bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Obinutuzumab, parenteral (Antineoplastisches Mittel, Monoklon. Antikörper)	
NUB107 (2017)	6-007.j0	1.000 mg bis unter 2.000 mg: je angebrochenes 1.000mg-Infusionskonzentrat	3.824,73 €
NUB107 (2017)	6-007.j1	2.000 mg bis unter 3.000 mg: je angebrochenes 1.000mg-Infusionskonzentrat	3.824,73 €
NUB107 (2017)	6-007.j2	3.000 mg bis unter 4.000 mg: je angebrochenes 1.000mg-Infusionskonzentrat	3.824,73 €
NUB107 (2017)	6-007.j3	4.000 mg bis unter 5.000 mg: je angebrochenes 1.000mg-Infusionskonzentrat	3.824,73 €
NUB107 (2017)	6-007.j4	5.000 mg bis unter 6.000 mg: je angebrochenes 1.000mg-Infusionskonzentrat	3.824,73 €
NUB107 (2017)	6-007.j5	6.000 mg bis unter 7.000 mg: je angebrochenes 1.000mg-Infusionskonzentrat	3.824,73 €

NUB107 (2017)	6-007.j6	7.000 mg bis unter 8.000 mg: je angebrochenes 1.000mg-Infusionskonzentrat	3.824,73 €
NUB107 (2017)	6-007.j7	8.000 mg bis unter 9.000 mg: je angebrochenes 1.000mg-Infusionskonzentrat	3.824,73 €
NUB107 (2017)	6-007.j8	9.000 mg bis unter 10.000 mg: je angebrochenes 1.000mg-Infusionskonzentrat	3.824,73 €
NUB107 (2017)	6-007.j9	10.000 mg oder mehr: je angebrochenes 1.000mg-Infusionskonzentrat	3.824,73 €

ZE2018-145*Ibrutinib, oral*

Schlagwortverzeichnis: Ibrutinib, Imbruvica®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte) plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (ZE2018-145).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte das bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Ibrutinib, oral (Antineoplastisches Mittel, Proteinkinase-Inhibitor)	
NUB110 (2017)	6-007.e0	1.400 mg bis unter 2.100 mg: je 140mg	71,97 €
NUB110 (2017)	6-007.e1	2.100 mg bis unter 2.800 mg: je 140mg	71,97 €
NUB110 (2017)	6-007.e2	2.800 mg bis unter 3.500 mg: je 140mg	71,97 €
NUB110 (2017)	6-007.e3	3.500 mg bis unter 4.200 mg: je 140mg	71,97 €
NUB110 (2017)	6-007.e4	4.200 mg bis unter 4.900 mg: je 140mg	71,97 €
NUB110 (2017)	6-007.e5	4.900 mg bis unter 5.600 mg: je 140mg	71,97 €
NUB110 (2017)	6-007.e6	5.600 mg bis unter 6.300 mg: je 140mg	71,97 €
NUB110 (2017)	6-007.e7	6.300 mg bis unter 7.000 mg: je 140mg	71,97 €
NUB110 (2017)	6-007.e8	7.000 mg bis unter 8.400 mg: je 140mg	71,97 €
NUB110 (2017)	6-007.e9	8.400 mg bis unter 9.800 mg: je 140mg	71,97 €
NUB110 (2017)	6-007.ea	9.800 mg bis unter 11.200 mg: je 140mg	71,97 €
NUB110 (2017)	6-007.eb	11.200 mg bis unter 12.600 mg: je 140mg	71,97 €
NUB110 (2017)	6-007.ec	12.600 mg bis unter 14.000 mg: je 140mg	71,97 €
NUB110 (2017)	6-007.ed	14.000 mg bis unter 16.800 mg: je 140mg	71,97 €
NUB110 (2017)	6-007.ee	16.800 mg bis unter 19.600 mg: je 140mg	71,97 €
NUB110 (2017)	6-007.ef	19.600 mg bis unter 22.400 mg: je 140mg	71,97 €
NUB110 (2017)	6-007.eg	22.400 mg bis unter 25.200 mg: je 140mg	71,97 €

ZE- & NUB-Handbuch

NUB110 (2017)	6-007.eh	25.200 mg oder mehr: je 140mg	71,97 €

ZE2018-146
Ramucirumab, parenteral

Schlagwortverzeichnis: Ramucirumab, Cyramza®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für diese Zusatzentgelte das bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Ramucirumab, parenteral (Antineoplastisches Mittel, Monoklon. Antikörper)	
-	6-007.m0	300 mg bis unter 450 mg	unverhandelt
-	6-007.m1	450 mg bis unter 600 mg	unverhandelt
-	6-007.m2	600 mg bis unter 750 mg	unverhandelt
-	6-007.m3	750 mg bis unter 900 mg	unverhandelt
-	6-007.m4	900 mg bis unter 1.050 mg	unverhandelt
-	6-007.m5	1.050 mg bis unter 1.200 mg	unverhandelt
-	6-007.m6	1.200 mg bis unter 1.500 mg	unverhandelt
-	6-007.m7	1.500 mg bis unter 1.800 mg	unverhandelt
-	6-007.m8	1.800 mg bis unter 2.100 mg	unverhandelt
-	6-007.m9	2.100 mg bis unter 2.400 mg	unverhandelt
-	6-007.ma	2.400 mg bis unter 2.700 mg	unverhandelt
-	6-007.mb	2.700 mg bis unter 3.000 mg	unverhandelt
-	6-007.mc	3.000 mg bis unter 3.600 mg	unverhandelt
-	6-007.md	3.600 mg bis unter 4.200 mg	unverhandelt
-	6-007.me	4.200 mg bis unter 4.800 mg	unverhandelt
-	6-007.mf	4.800 mg bis unter 5.400 mg	unverhandelt
-	6-007.mg	5.400 mg bis unter 6.000 mg	unverhandelt
-	6-007.mh	6.000 mg bis unter 6.600 mg	unverhandelt
-	6-007.mj	6.600 mg bis unter 7.200 mg	unverhandelt
-	6-007.mk	7.200 mg bis unter 7.800 mg	unverhandelt
-	6-007.mm	7.800 mg bis unter 8.400 mg	unverhandelt
-	6-007.mn	8.400 mg oder mehr	unverhandelt

ZE2018-147
Gabe von Bortezomib, parenteral

Schlagwortverzeichnis: Bortezomib, Bortezomib...®, Velcade®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für dieses Zusatzentgelt das bisherige bewertete Zusatzentgelt ZE49 aus 2017 bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (FPK 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 1: Bortezomib, parenteral (Zytostatikum, Proteasom-Inhibitor)	
ZE49.01 (2017)	6-001.90	1,5 mg bis unter 2,5 mg	802,09 €
ZE49.02 (2017)	6-001.91	2,5 mg bis unter 3,5 mg	1.189,25 €
ZE49.03 (2017)	6-001.92	3,5 mg bis unter 4,5 mg	1.677,10 €

Version	K001n_2018.sla, 2017deschka1230	Ausgabedatei	K001n_2018.pdf	Seite	155
Download	www.ukb.intern/medco (Kodierhilfen)				

 weitere Informationen unter www.ukb.intern/medco

ZE49.04 (2017)	6-001.93	4,5 mg bis unter 5,5 mg	2.114,61 €
ZE49.05 (2017)	6-001.94	5,5 mg bis unter 6,5 mg	2.552,11 €
ZE49.06 (2017)	6-001.95	6,5 mg bis unter 7,5 mg	2.989,61 €
ZE49.07 (2017)	6-001.96	7,5 mg bis unter 8,5 mg	3.427,12 €
ZE49.08 (2017)	6-001.97	8,5 mg bis unter 9,5 mg	3.864,62 €
ZE49.09 (2017)	6-001.98	9,5 mg bis unter 10,5 mg	4.302,13 €
ZE49.10 (2017)	6-001.99	10,5 mg bis unter 11,5 mg	4.735,79 €
ZE49.11 (2017)	6-001.9a	11,5 mg bis unter 13,5 mg	5.322,97 €
ZE49.12 (2017)	6-001.9b	13,5 mg bis unter 15,5 mg	6.197,98 €
ZE49.13 (2017)	6-001.9c	15,5 mg bis unter 17,5 mg	7.072,99 €
ZE49.14 (2017)	6-001.9d	17,5 mg bis unter 19,5 mg	7.948,00 €
ZE49.15 (2017)	6-001.9e	19,5 mg bis unter 21,5 mg	8.823,01 €
ZE49.16 (2017)	6-001.9f	21,5 mg bis unter 23,5 mg	9.698,02 €
ZE49.17 (2017)	6-001.9g	23,5 mg bis unter 25,5 mg	10.573,03 €
ZE49.18 (2017)	6-001.9h	25,5 mg bis unter 27,5 mg	11.448,04 €
ZE49.19 (2017)	6-001.9j	27,5 mg bis unter 29,5 mg	12.323,05 €
ZE49.20 (2017)	6-001.9k	29,5 mg oder mehr	13.198,06 €

ZE2018-148**Gabe von Adalimumab, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Adalimumab, Amgevita®, Humira®, Imraldi®, Solymbic®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für dieses Zusatzentgelt das bisherige bewertete Zusatzentgelt ZE66 aus 2017 bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (FPK 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral (Immunsuppressivum, TNF-Antagonist)	
ZE66.01 (2017)	6-001.d0	10 mg bis unter 25 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	309,55 €
ZE66.02 (2017)	6-001.d1	25 mg bis unter 40 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	619,10 €
ZE66.03 (2017)	6-001.d2	40 mg bis unter 80 mg	825,46 €
ZE66.04 (2017)	6-001.d3	80 mg bis unter 120 mg	1.650,92 €
ZE66.05 (2017)	6-001.d4	120 mg bis unter 160 mg	2.476,38 €
ZE66.06 (2017)	6-001.d5	160 mg bis unter 200 mg	3.301,84 €
ZE66.07 (2017)	6-001.d6	200 mg bis unter 240 mg	4.127,30 €
ZE66.08 (2017)	6-001.d7	240 mg bis unter 280 mg	4.952,76 €
ZE66.09 (2017)	6-001.d8	280 mg bis unter 320 mg	5.778,22 €
ZE66.10 (2017)	6-001.d9	320 mg bis unter 360 mg	6.603,68 €
ZE66.11 (2017)	6-001.da	360 mg bis unter 400 mg	7.429,14 €
ZE66.12 (2017)	6-001.db	400 mg bis unter 440 mg	8.254,60 €
ZE66.13 (2017)	6-001.dc	440 mg oder mehr	9.080,06 €

ZE2018-149**Gabe von Infliximab, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Infliximab, Flixabi®, Inflectra®, Remicade®, Remsima®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für dieses Zusatzentgelt das bisherige bewertete Zusatzentgelt ZE68 aus 2017 bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (FPK 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral (Immunsuppressivum)	
ZE68.01 (2017)	6-001.e0	50 mg bis unter 100 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	375,74 €
ZE68.02 (2017)	6-001.e1	100 mg bis unter 150 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	657,55 €
ZE68.03 (2017)	6-001.e2	150 mg bis unter 200 mg	915,87 €
ZE68.04 (2017)	6-001.e3	200 mg bis unter 300 mg	1.247,63 €
ZE68.05 (2017)	6-001.e4	300 mg bis unter 400 mg	1.746,59 €
ZE68.06 (2017)	6-001.e5	400 mg bis unter 500 mg	2.299,01 €
ZE68.07 (2017)	6-001.e6	500 mg bis unter 600 mg	2.851,98 €
ZE68.08 (2017)	6-001.e7	600 mg bis unter 700 mg	3.428,22 €
ZE68.09 (2017)	6-001.e8	700 mg bis unter 800 mg	3.973,58 €
ZE68.10 (2017)	6-001.e9	800 mg bis unter 900 mg	4.524,76 €
ZE68.11 (2017)	6-001.ea	900 mg bis unter 1.000 mg	5.079,04 €
ZE68.12 (2017)	6-001.eb	1.000 mg bis unter 1.200 mg	5.732,43 €
ZE68.13 (2017)	6-001.ec	1.200 mg bis unter 1.400 mg	6.909,44 €
ZE68.14 (2017)	6-001.ed	1.400 mg bis unter 1.600 mg	8.172,35 €
ZE68.15 (2017)	6-001.ee	1.600 mg bis unter 1.800 mg	9.299,57 €
ZE68.16 (2017)	6-001.ef	1.800 mg bis unter 2.000 mg	10.426,79 €
ZE68.17 (2017)	6-001.eg	2.000 mg oder mehr	11.554,01 €

ZE2018-150**Gabe von Busulfan, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Busulfan, Busilvex®, Busulfan...®, Isolfan®, Myerlan®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: KH-individuelle Zusatzentgelte)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für dieses Zusatzentgelt das bisherige bewertete Zusatzentgelt ZE79 aus 2017 bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (FPK 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 2: Busulfan, parenteral (Zytostatikum, Alkylans)	
ZE79.01 (2017)	6-002.d0	25 mg bis unter 50 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	201,07 €
ZE79.02 (2017)	6-002.d1	50 mg bis unter 75 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	351,88 €
ZE79.03 (2017)	6-002.d2	75 mg bis unter 100 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	502,68 €
ZE79.04 (2017)	6-002.d3	100 mg bis unter 150 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	703,76 €

ZE79.05 (2017)	6-002.d4	150 mg bis unter 200 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	1.005,37 €
ZE79.06 (2017)	6-002.d5	200 mg bis unter 250 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	1.306,98 €
ZE79.07 (2017)	6-002.d6	250 mg bis unter 300 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	1.608,59 €
ZE79.08 (2017)	6-002.d7	300 mg bis unter 350 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	1.910,20 €
ZE79.09 (2017)	6-002.d8	350 mg bis unter 400 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	2.211,81 €
ZE79.10 (2017)	6-002.d9	400 mg bis unter 450 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	2.513,42 €
ZE79.11 (2017)	6-002.da	450 mg bis unter 500 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	2.815,03 €
ZE79.12 (2017)	6-002.db	500 mg bis unter 600 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	3.217,17 €
ZE79.13 (2017)	6-002.dc	600 mg bis unter 700 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	3.820,39 €
ZE79.14 (2017)	6-002.dd	700 mg bis unter 800 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	4.423,61 €
ZE79.15 (2017)	6-002.de	800 mg bis unter 900 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	5.026,83 €
ZE79.16 (2017)	6-002.df	900 mg bis unter 1.000 mg (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	5.630,05 €
ZE79.17 (2017)	6-002.dg	1.000 mg oder mehr (nur für Pat. mit einem Alter von unter 15 Jahren)	6.233,27 €

ZE2018-151

Gabe von Rituximab, intravenös

Schlagwortverzeichnis: Rituximab, MabThera®, Ritemvia®, Rixathon®, Riximyo®, Turixma®, Truxella®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-103 (Gabe von Rituximab, subkutan)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Medikamentenverbrauch)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2018 ist für dieses Zusatzentgelt das bisherige bewertete Zusatzentgelt ZE148 aus 2017 bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.			
ZE (FPK 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös (Antineoplastisches Mittel, Antikörper)	
ZE148.01 (2017)	6-001.h0	150 mg bis unter 250 mg	680,85 €
ZE148.02 (2017)	6-001.h1	250 mg bis unter 350 mg	1.052,22 €
ZE148.03 (2017)	6-001.h2	350 mg bis unter 450 mg	1.423,59 €
ZE148.04 (2017)	6-001.h3	450 mg bis unter 550 mg	1.794,96 €
ZE148.05 (2017)	6-001.h4	550 mg bis unter 650 mg	2.166,33 €
ZE148.06 (2017)	6-001.h5	650 mg bis unter 750 mg	2.537,70 €
ZE148.07 (2017)	6-001.h6	750 mg bis unter 850 mg	2.880,88 €
ZE148.08 (2017)	6-001.h7	850 mg bis unter 950 mg	3.274,69 €
ZE148.09 (2017)	6-001.h8	950 mg bis unter 1.050 mg	3.651,81 €
ZE148.10 (2017)	6-001.h9	1.050 mg bis unter 1.250 mg	4.146,97 €
ZE148.11 (2017)	6-001.ha	1.250 mg bis unter 1.450 mg	4.889,71 €
ZE148.12 (2017)	6-001.hb	1.450 mg bis unter 1.650 mg	5.632,45 €
ZE148.13 (2017)	6-001.hc	1.650 mg bis unter 1.850 mg	6.375,19 €
ZE148.14 (2017)	6-001.hd	1.850 mg bis unter 2.050 mg	7.117,93 €
ZE148.15 (2017)	6-001.he	2.050 mg bis unter 2.450 mg	8.108,25 €
ZE148.16 (2017)	6-001.hf	2.450 mg bis unter 2.850 mg	9.593,73 €

ZE148.17 (2017)	6-001.hg	2.850 mg bis unter 3.250 mg	11.079,21 €
ZE148.18 (2017)	6-001.hh	3.250 mg bis unter 3.650 mg	12.564,69 €
ZE148.19 (2017)	6-001.hj	3.650 mg oder mehr	14.050,17 €

ZE2018-152
Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik

Schlagwortverzeichnis: Diagnostik (päd.-mehrdimens.), Pädiatrische Diagnostik (mehrdimens.)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-45 (Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen), ZE2018-88 (Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen), ZE2018-135 (Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen mit weiteren Maßnahmen)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
-			
ZE	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
-	1-945.0	Komplexe Diagnostik: Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit: Ohne weitere Maßnahmen	unverhandelt
-	1-945.1	Komplexe Diagnostik: Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit: Mit Durchführung von mindestens einer spezifisch protokollierten Fallkonferenz	unverhandelt

5. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

(Seit dem 1.6.2017 am UKB gültige Entgelte nach „Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung“ [AEB 2017, Stand 10.5.2017, Genehmigungsbescheid der Bezirksregierung Köln nach § 18 KHG und § 14 KHEntg vom 31.5.2017])

NUB 10f**Fetoskopische Eröffnung von verengten Semilunarklappen und des Foramen ovale**

Schlagwortverzeichnis: Fetalchirurgie, Foramen ovale (Eröffnung), Herzklappen (Eröffnung)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch NUB 10g (Fetoskopische Therapie von fetaler supraventrikulärer Tachykardie und Kehlkopf- bzw. Luftröhrenverschluss), NUB 10h (Fetoskopische Drainagetherapie), NUB 10i (Verschluss von Nabelschnur- und intrafetalen Gefäßen mittels perkutaner ultraschallgesteuerter Radiofrequenzablation oder fetoskopischer Laserablation), NUB 10j (Fetoskopischer Tracheal-Ballonverschluss bei Zwerchfellhernie und bei vorzeitigem Blasensprung)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 5-755.3 oder 5-755.4			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1715762 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			GEB (30)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 10f (AEB-NUB10f)	5-755.3	Andere intrauterine Operationen am Feten: Vorgeburtliche Eröffnung einer Herzklappe	3.650,00 €
	5-755.4	Andere intrauterine Operationen am Feten: Vorgeburtliche Eröffnung des Foramen ovale	

NUB 10g**Fetoskopische Therapie von fetaler supraventrikulärer Tachykardie und Kehlkopf- bzw. Luftröhrenverschluss**

Schlagwortverzeichnis: Fetalchirurgie, Herzrhythmusstörungen (Überstimulation), EXIT-Operation, Kehlkopf- oder Luftröhrenverschluss (Eröffnung)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch NUB 10f (Fetoskopische Eröffnung von verengten Semilunarklappen und des Foramen ovale), NUB 10h (Fetoskopische Drainagetherapie), NUB 10i (Verschluss von Nabelschnur- und intrafetalen Gefäßen mittels perkutaner ultraschallgesteuerter Radiofrequenzablation oder fetoskopischer Laserablation), NUB 10j (Fetoskopischer Tracheal-Ballonverschluss bei Zwerchfellhernie und bei vorzeitigem Blasensprung)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 5-755.2 oder 5-755.5 oder 5-755.9			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantr. Fachabteilung zur NUB-spezif. Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1715758 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			GEB (30)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 10g (AEB-NUB10g)	5-755.2	Andere intrauterine Operationen am Feten: Fetoskopische Überstimulation bei Herzrhythmusstörungen	625,58 €
	5-755.5	Andere intrauterine Operationen am Feten: EXIT (Ex utero intrapartum treatment)-Operation beim Feten mit Kehlkopf- oder Luftröhrenverschluss unter Entbindung	
	5-755.9	Andere intrauterine Operationen am Feten: Eröffnung eines Kehlkopf- oder Luftröhrenverschlusses	

NUB 10h**Fetoskopische Drainagetherapie (Intra-Uterine-Shunt, Somatex Medical)**

Schlagwortverzeichnis: Fetalchirurgie, Drainagetherapie-intrauterin, Shunt (feto-amnial), Harnklappen-posteriore (Eröffnung), Intra-Uterine-Shunt®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch NUB 10f (Fetoskopische Eröffnung von verengten Semilunarklappen und des Foramen ovale), NUB 10g (Fetoskopische Therapie von fetaler supraventrikulärer Tachykardie und Kehlkopf- bzw. Luftröhrenverschluss), NUB 10i (Verschluss von Nabelschnur- und intrafetalen Gefäßen mittels perkutaner ultraschallgesteuerter Radiofrequenzablation oder fetoskopischer Laserablation), NUB 10j (Fetoskopischer Tracheal-Ballonverschluss bei Zwerchfellhernie und bei vorzeitigem Blasensprung)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 5-754.10 oder 5-754.3 oder 5-754.6			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1715760 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			GEB (30)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 10h (AEB-NUB10a)	5-754.10	Intrauterine Therapie des Feten: Anlegen von Drainagen: Intrauterine Drainagetherapie am Feten	1.133,94 €
	5-754.3	Intrauterine Therapie des Feten: Anlegen eines feto-amnialen Shunts	
	5-755.6	Andere intrauterine Operationen am Feten: Fetoskopische Eröffnung von posterioren Harnklappen	

NUB 10i**Verschluss von Nabelschnur- und intrafetalen Gefäßen mittels perkutaner ultraschallgesteuerter Radiofrequenzablation oder fetoskopischer Laserablation**

Schlagwortverzeichnis: Fetalchirurgie, Lasertherapie, Hochfrequenzablation

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch NUB 10f (Fetoskopische Eröffnung von verengten Semilunarklappen und des Foramen ovale), NUB 10g (Fetoskopische Therapie von fetaler supraventrikulärer Tachykardie und Kehlkopf- bzw. Luftröhrenverschluss), NUB 10h (Fetoskopische Drainagetherapie [Intra-Uterine-Shunt, Somatex Medical]), NUB 10j (Fetoskopischer Tracheal-Ballonverschluss bei Zwerchfellhernie und bei vorzeitigem Blasensprung)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 5-754.4 oder 5-754.6			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1715761 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			GEB (30)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 10i (AEB-NUB10c)	5-754.4	Intrauterine Therapie des Feten: Lasertherapie (z.B. bei Gefäßanastomosen)	1.950,29 €
	5-754.6	Intrauterine Therapie des Feten: Hochfrequenzablation von Tumorgefäßen und/oder Plazentagefäßen	

NUB 10j**Fetoskopischer Tracheal-Ballonverschluss bei Zwerchfellhernie und bei vorzeit. Blasensprung**

Schlagwortverzeichnis: Fetalchirurgie, Trachea (Ballonverschluss)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch NUB 10f (Fetoskopische Eröffnung von verengten Semilunarklappen und des Foramen ovale), NUB 10g (Fetoskopische Therapie von fetaler supraventrikulärer Tachykardie und Kehlkopf- bzw. Luftröhrenverschluss), NUB 10h (Fetoskopische Drainagetherapie [Intra-Uterine-Shunt, Somatex Medical]), NUB 10i (Verschluss von Nabelschnur- und intrafetalen Gefäßen mittels perkutaner ultraschallgesteuerter Radiofrequenzablation oder fetoskopischer Laserablation)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 5-755.0			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1715754 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			GEB (30)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 10j (AEB-NUB10d)	5-755.0	Andere intrauterine Operationen am Feten: Fetoskopischer temporärer Verschluss der Luftröhre durch Latexballons	1.870,82 €

NUB 12d**Bioaktive Coils – Hydrogel-Coils**

Schlagwortverzeichnis: Coils (bioaktiv – Hydrogel-Coils), Hydrofill®, Hydro hypersoft®, Hydroframe®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE105 (Selektive Embolisation mit Metallspiralen [Coils] an Kopf, Hals [intra- und extrakraniell] und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper), ZE106 (Selektive Embolisation mit Metallspiralen [Coils], andere Lokalisationen), NUB12e (Bioaktive Coils [Aneurysmatherapie, hydrogelbeschichtete Mikrospirale]), NUB12f (Bioaktive Coils), NUB34b (Überlange Coils), NUB49 (Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen und hirnersorgender Halsgefäße), NUB71a (Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen), NUB79a (Volumencoils zur intrakraniellen Aneurysmatherapie), NUB128 (Hybridcoils zur intrakraniellen Aneurysmabehandlung)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten: ZE105 [grau hinterlegte OPS-Kodes]) plus Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 8-83b.30 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der eingebrachten Coils (NUB12D).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
NUB nur abrechenbar in Kombination mit den zugeordneten (grau hinterlegten) OPS-Kodes. Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1711364 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1 für die Lokalisation intrakraniell, Status 4 für alle übrigen Lokalisationen			RAD (15)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 12d (AEB-NUB12b)	8-83b.30	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Hydrogel-beschichtete Metallspiralen, normallang	**401,10 €
	8-836.m0	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäße intrakraniell	
	8-836.n*	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Anzahl der Metallspiralen	

** Betrag pro Coil zuzüglich Erlös für ZE105

NUB 12e**Bioaktive Coils - Aneurysmatherapie, hydrogelbeschichtete Mikrospirale**

Schlagwortverzeichnis: Coils (bioaktiv – Aneurysmatherapie/hydrogelbeschichtete-Mikrospirale), Azur®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch

siehe auch ZE105 (Selektive Embolisation mit Metallspiralen [Coils] an Kopf, Hals [intra- und extrakraniell] und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper), ZE106 (Selektive Embolisation mit Metallspiralen [Coils], andere Lokalisationen), NUB12d (Bioaktive Coils [Hydrogel-Coils]), NUB12f (Bioaktive Coils), NUB34b (Überlange Coils), NUB49 (Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen und hirnersorgender Halsgefäße), NUB71a (Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen), NUB79a (Volumencoils zur intrakraniellen Aneurysmatherapie), NUB128 (Hybridcoils zur intrakraniellen Aneurysmabehandlung)

Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in

Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten: ZE105 [grau hinterlegte OPS-Kodes]) **plus** Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 8-83b.39 **plus** Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der eingebrachten Coils (NUB12E).

Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung

NUB nur abrechenbar in Kombination mit den zugeordneten (grau hinterlegten) OPS-Kodes. Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1711364 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.

NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])**Beantragende Fachabteilung**

1 für die Lokalisation intrakraniell, Status 4 für alle übrigen Lokalisationen

RAD (15)

Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V

Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntg nicht erstmals gestellt.

NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 12e (AEB-NUB12c)	8-83b.39	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Mikrospiralen aus Hydrogel	**401,10 €
	8-836.m0	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäße intrakraniell	
	8-836.n*	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Anzahl der Metallspiralen	

** Betrag pro Coil zuzüglich Erlös für ZE105

NUB 12f**Bioaktive Coils**

Schlagwortverzeichnis: Coils (bioaktiv), Presidio®, Cerecyte®, Codman®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch

siehe auch ZE105 (Selektive Embolisation mit Metallspiralen [Coils] an Kopf, Hals [intra- und extrakraniell] und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper), ZE106 (Selektive Embolisation mit Metallspiralen [Coils], andere Lokalisationen), NUB12d (Bioaktive Coils [Hydrogel-Coils]), NUB12e (Bioaktive Coils [Aneurysmatherapie, hydrogelbeschichtete Mikrospirale]), NUB34b (Überlange Coils), NUB49 (Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen und hirnersorgender Halsgefäße), NUB71a (Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen), NUB79a (Volumencoils zur intrakraniellen Aneurysmatherapie), NUB128 (Hybridcoils zur intrakraniellen Aneurysmabehandlung)

Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in

Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten: ZE105 [grau hinterlegte OPS-Kodes]) **plus** Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe 8-83b.31 oder 8-83b.32 **plus** Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der eingebrachten Coils (NUB12F)

Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung

NUB nur abrechenbar in Kombination mit den zugeordneten (grau hinterlegten) OPS-Kodes. Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1721735 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.

NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])**Beantragende Fachabteilung**

1 für die Lokalisation intrakraniell, Status 4 für alle übrigen Lokalisationen

RAD (15)

Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V

Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.

NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 12f (AEB-NUB12a)	8-83b.31	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Sonstige bioaktive Metallspiralen, normallang (Hinw.: Metallspiralen werden ab einer Länge von über 30 cm als überlang eingestuft)	**320,85 €
	8-83b.32	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Bioaktive Metallspiralen, überlang (Hinw.: Metallspiralen werden ab einer Länge von über 30 cm als überlang eingestuft)	
	8-836.m0	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäße intrakraniell	
	8-836.n*	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Anzahl der Metallspiralen	

** Betrag pro Coil zuzüglich Erlös für ZE105

NUB 16e, NUB 16f**Kiefergelenksendoprothese (Totalersatz)**

Schlagwortverzeichnis: Kiefergelenksendoprothese

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
Siehe auch ZE2018-04 (Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe 5-773.a0 oder 5-773.a1			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1723471 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKG (17)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 16e (AEB-NUB16a)	5-773.a0	Arthroplastik am Kiefergelenk: Implantation einer Endoprothese: Totalendoprothese mit vorgefertigten Komponenten	7.000,00 €
NUB 16f (AEB-NUB16b)	5-773.a1	Arthroplastik am Kiefergelenk: Implantation einer Endoprothese: Totalendoprothese mit CAD-CAM-gefertigten Komponenten	13.000,00 €

NUB 34b**Überlange Coils**

Schlagwortverzeichnis: Coils (überlang), Target-Coil®, Hydrocoil®, Presidio®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE105 (Selektive Embolisation mit Metallspiralen [Coils] an Kopf, Hals [intra- und extrakraniell] und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper), ZE106 (Selektive Embolisation mit Metallspiralen [Coils], andere Lokalisationen), NUB12d (Bioaktive Coils [Hydrogel-Coils]), NUB12e (Bioaktive Coils [Aneurysmatherapie, hydrogelbeschichtete Mikrospirale]), NUB12f (Bioaktive Coils), NUB49 (Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen und hirnersorgender Halsgefäße), NUB71a (Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen), NUB79a (Volumencoils zur intrakraniellen Aneurysmatherapie), NUB128 (Hybridcoils zur intrakraniellen Aneurysmabehandlung)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten: ZE105 [grau hinterlegte OPS-Kodes]) plus Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe 8-83b.33 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der eingebrachten Coils (NUB34B).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
NUB nur abrechenbar in Kombination mit den zugeordneten (grau hinterlegten) OPS-Kodes. Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1724504 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1 für die Lokalisation intrakraniell, Status 4 für alle übrigen Lokalisationen			RAD (15)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 34b (AEB-NUB34)	8-83b.33	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Nicht bioaktive Metallspiralen, überlang (Hinw.: Metallspiralen werden ab einer Länge von über 30 cm als überlang eingestuft)	**320,85 €
	8-836.m0	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäße intrakraniell	
	8-836.n*	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Anzahl der Metallspiralen	

** Betrag pro Coil zuzüglich Erlös für ZE105

NUB 35c, NUB 35d**Ereignisrekorder**

Schlagwortverzeichnis: Ereignisrekorder, Reveal®XT, Reveal®LINQ

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 5-377.8 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl d. eingebrachten Ereignisrekorder (NUB35C=Reveal®LINQ, NUB35D=Reveal®XT).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1707442 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1: ausschließlich in DRG F50A, die auch ohne Implantation eines Ereignisrekorders dort eingruppiert würden. Bei allen anderen Fällen Status 2.			Herzzentrum (19, 24)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 35c (AEB-NUB35a)	5-377.8	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder; (Reveal®LINQ)	3.324,38 € (DRG F50A)
NUB 35d (AEB-NUB35b)	5-377.8	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder; (Reveal®XT)	2.078,40 € (DRG F50A)

NUB 40a**Arsentrioxid, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Arsentrioxid, ATO, Trisenox®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-005.5 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 10mg-Ampullen (NUB40A).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in den NUB-Anfragen N1708029 und N1711056 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26), KHO (21)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren techn. Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 5: Arsentrioxid, parenteral (Antineoplastisches Mittel)	
NUB 40a (AEB-NUB40)	6-005.5	Arsentrioxid, parenteral: je angebrochene 10mg-Ampulle	584,08 €

NUB 43a, NUB 43b, NUB 43c, NUB 43d*Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße*

Schlagwortverzeichnis: Stent (bioaktiv), GoreViabahn®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 8-842.* in Kombination mit den zugeordneten (grau hinterlegten) OPS-Kodes plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der eingebrachten Stents (NUB43A = 2.5 und 5cm, NUB43B = 10cm, NUB43C = 15cm, NUB43D = 25cm).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
NUB nur abrechenbar in Kombination mit den zugeordneten (grau hinterlegten) OPS-Kodes. Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1710515 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe. Kalkulationshinweis: Grundsätzlich sind die im Vergleich zur DRG des Falles plausiblen Mehrkosten zu berücksichtigen, insbesondere unter Würdigung der Gruppierungsrelevanz der Leistung in der Basis-DRG F59.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			RAD (15)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 43a (AEB-NUB43a) Länge: 2,5 und 5 cm	8-842.*	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)	1.792,32 €
	8-83b.e1	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Beschichtung von Stents: Bioaktive Oberfläche bei gecoverten Stents	
NUB 43b (AEB-NUB43b) Länge: 10 cm	8-842.*	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)	2.231,02 €
	8-83b.e1	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Beschichtung von Stents: Bioaktive Oberfläche bei gecoverten Stents	
	8-83b.f1	Zusatzinformationen zu Materialien: Länge peripherer Stents: 100 mm bis unter 150 mm	
NUB 43c (AEB-NUB43c) Länge: 15 cm	8-842.*	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)	2.686,17 €
	8-83b.e1	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Beschichtung von Stents: Bioaktive Oberfläche bei gecoverten Stents	
	8-83b.f2	Zusatzinformationen zu Materialien: Länge peripherer Stents: 150 mm bis unter 200 mm	
NUB 43d (AEB-NUB43d) Länge: 25 cm	8-842.*	Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)	3.928,77 €
	8-83b.e1	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Beschichtung von Stents: Bioaktive Oberfläche bei gecoverten Stents	
	8-83b.f4	Zusatzinformationen zu Materialien: Länge peripherer Stents: 250 mm oder mehr	

NUB 49a**Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen und hinversorgender Halsgefäße**

Schlagwortverzeichnis: Flow-Diverter, FRED®, phenox p64®, Pipeline®, Silk-Plus-Flow®, Streamline®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE105 (Selektive Embolisation mit Metallspiralen [Coils] an Kopf, Hals [intra- und extrakraniell] und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper), ZE106 (Selektive Embolisation mit Metallspiralen [Coils], andere Lokalisationen), NUB12d (Bioaktive Coils [Hydrogel-Coils]), NUB12e (Bioaktive Coils [Aneurysmatherapie, hydrogelbeschichtete Mikrospirale]), NUB12f (Bioaktive Coils), NUB34b (Überlange Coils), NUB71a (Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen), NUB79a (Volumencoils zur intrakraniellen Aneurysmatherapie), NUB128 (Hybridcoils zur intrakraniellen Aneurysmabehandlung)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 8-84b.* plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung Angabe der Gesamtanzahl der eingebrachten Flow-Diverter (NUB49A).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1722726 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			RAD (15)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 49a (AEB-NUB49)	8-84b.00	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: Gefäße intrakraniell (1 Stent)	11.000,00 €
	8-84b.0h	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: A. carotis n.n.bez. (1 Stent)	
	8-84b.0j	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: A. carotis communis (1 Stent)	
	8-84b.0k	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: A. carotis interna extrakraniell (1 Stent)	
	8-84b.0m	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis (1 Stent)	
	8-84b.0n	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: A. carotis externa (1 Stent)	
	8-84b.0p	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: A. vertebralis extrakraniell (1 Stent)	
NUB 49a (AEB-NUB49)	8-84b.20	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: Gefäße intrakraniell (2 Stents)	22.000,00 €
	8-84b.2h	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: A. carotis n.n.bez. (2 Stents)	
	8-84b.2j	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: A. carotis communis (2 Stents)	
	8-84b.2k	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: A. carotis interna extrakraniell (2 Stents)	

NUB 49a (AEB-NUB49)	8-84b.2m	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis (2 Stents)	22.000,00 €
	8-84b.2n	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: A. carotis externa (2 Stents)	
	8-84b.2p	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation: (Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen: A. vertebralis extrakraniell (2 Stents)	

Nach Rücksprache mit dem Antrag-stellenden Neuroradiologen praktisch maximal 2 Flow-Diverter in einer Sitzung üblich.

NUB 52e, NUB 52f

Everolimus oral (bei Neoplasie)

Schlagwortverzeichnis: Everolimus, Afinitor®, Votubia®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-005.8 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (NUB52E = Afinitor®, NUB52F = Votubia®).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in den NUB-Anfragen N1708033 und N1722028 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26), URO (16)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 5: Everolimus, oral (Selektives Immunsuppressivum, Antineoplastisches Mittel)	
NUB 52e (AEB-NUB52a)	6-005.8	Everolimus, oral: Afinitor®: bis 10mg	150,40 €
NUB 52f (AEB-NUB52b)	6-005.8	Everolimus, oral: Votubia®: je 2.5mg	52,83 €

NUB 56*Nilotinib, oral*

Schlagwortverzeichnis: Nilotinib, Tasigna®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-004.6 <u>plus</u> Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (NUB56).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1708034 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 4: Nilotinib, oral (Antineoplastisches Mittel, Proteinkinase-Inhibitor)	
NUB 56 (AEB-NUB56)	6-004.6	Nilotinib, oral: je 200mg	45,10 €

NUB 60*Temozolomid, intravenös*

Schlagwortverzeichnis: Temozolomid, Temodal i.v.®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE78 (Temozolomid, oral)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-005.c plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 100mg Durchstechflaschen (NUB60).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1711053 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			KHO (21)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 4: Temozolomid, parenteral (Zytostatikum, Alkylans)	
NUB 60 (AEB-NUB60)	6-005.c	Temozolomid, parenteral: je angebrochene 100mg-Durchstechflasche	333,20 €

NUB 71a**Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen**

Schlagwortverzeichnis: Web®, pCANvas®, Medina Embolization Device®, Luna AES®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE105 (Selektive Embolisation mit Metallspiralen [Coils] an Kopf, Hals [intra- und extrakraniell] und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper), ZE106 (Selektive Embolisation mit Metallspiralen [Coils], andere Lokalisationen), NUB12d (Bioaktive Coils [Hydrogel-Coils]), NUB12e (Bioaktive Coils [Aneurysmatherapie, hydrogelbeschichtete Mikrospirale]), NUB12f (Bioaktive Coils), NUB34b (Überlange Coils), NUB49 (Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen und hirnversorgender Halsgefäße), NUB79a (Volumencoils zur intrakraniellen Aneurysmatherapie), NUB128 (Hybridcoils zur intrakraniellen Aneurysmabehandlung)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 8-83c.8 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der eingebrachten Nitinol-Implantate (NUB71A).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1723048 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			RAD (15)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 71a (AEB-NUB71)	8-83c.8	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation durch intraaneurysmales Nitinolimplantat, intrakraniell	12.725,00 €

NUB 76**Perkutane Mitralklappenanulorrhaphie mit Spange**

Schlagwortverzeichnis: Mitralklappenanulorrhaphie, Anulorrhaphie (Mitralklappe [Spange]), Carillon®, Spange

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch NUB96a (Transapikale Mitralklappenrekonstruktion durch Implantation von Neochordae [PTFE-Fäden]), NUB 125 (Endovaskuläre Mitralklappenanuloplastik mit Anuloplastie-Band)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 5-35a.45			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1711051 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			Herzzentrum (19, 24)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 76 (AEB-NUB76)	5-35a.45	Neu ab 2018: Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenanuloplastik, über den Koronarsinus, Inkl.: Mitralklappenanulorrhaphie mit Spange	19.350,86 €
NUB 76 (AEB-NUB76)	5-35a.20	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Endovaskuläre Mitralklappenanuloplastik: Perkutane Mitralklappenanulorrhaphie mit Spange	19.350,86 €

NUB 79a**Volumencoils zur intrakraniellen Aneurysmatherapie**

Schlagwortverzeichnis: Volumencoil, Coil (Volumencoil), Penumbra 400® Volumencoils, DeltaMAXX®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE105 (Selektive Embolisation mit Metallspiralen [Coils] an Kopf, Hals [intra- und extrakraniell] und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper), ZE106 (Selektive Embolisation mit Metallspiralen [Coils], andere Lokalisationen), NUB12d (Bioaktive Coils [Hydrogel-Coils]), NUB12e (Bioaktive Coils [Aneurysmatherapie, hydrogelbeschichtete Mikrospirale]), NUB12f (Bioaktive Coils), NUB34b (Überlange Coils), NUB49 (Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen und hirnersorgender Halsgefäße), NUB71a (Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen), NUB128 (Hybridcoils zur intrakraniellen Aneurysmabehandlung)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten: ZE105 [grau hinterlegte OPS-Kodes]) plus Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 8-83b.35 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der eingebrachten Volumencoils (NUB79A).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
NUB nur abrechenbar in Kombination mit den zugeordneten (grau hinterlegten) OPS-Kodes. Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1724519 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1 für die Lokalisation intrakraniell, Status 4 für alle übrigen Lokalisationen			RAD (15)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 79a (AEB-NUB79)	8-83b.35	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Großvolumige Metallspiralen [Volumencoils] (Hinw.: Volumencoils haben einen Durchmesser von mindestens 0,51 mm im Einführungszustand)	912,22 €
	8-836m.0	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen Gefäße intrakraniell	
	8-836.n*	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Anzahl der Metallspiralen	

** Betrag pro Coil zuzüglich Erlös für ZE105

NUB 81a**Axitinib, oral**

Schlagwortverzeichnis: Axitinib, Inlyta®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-006.g <u>plus</u> Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (NUB81A).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in den NUB-Anfragen N1708030 und N1721999 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26), URO (16)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 6: Axitinib, oral (Antineoplastisches Mittel, Tyrosinkinase-Inhibitor)	
NUB 81a (AEB-NUB81)	6-006.g	Axitinib, oral: je 1mg	12,27 €

NUB 85*Vemurafenib, oral*

Schlagwortverzeichnis: Vemurafenib, Zelboraf®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 6-006.f plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (NUB85).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1716774 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			DER (05)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 6: Vemurafenib, oral (Antineoplastisches Mittel, Proteinkinase-Inhibitor)	
NUB 85 (AEB-NUB85)	6-006.f	Vemurafenib, oral: je 240mg	24,54 €

NUB 91*Epiretinale Netzhautprothese (Argus-II-System)*

Schlagwortverzeichnis: Netzhautprothese, Argus-II-Retinal-Prothesis-System®, Auge - bionisch

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-108 (Implantation einer Irisprothese)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 5-156.a1			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1701182 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			AUG (01)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 91 (AEB-NUB91)	5-156.a1	Andere Operationen an der Retina: Implantation einer Netzhautprothese: Epiretinale Netzhautprothese	78.110,00 €

NUB 94, NUB 94a, NUB 94b, NUB 94c**Trepostinil, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Trepostinil, Remodulin®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-004.b plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der jeweils angebrochenen Durchstechflaschen (NUB94 = 20mg-Durchstechflasche, NUB94A = 200mg-Durchstechflasche, NUB94B = 50mg-Durchstechflasche, NUB94C = 100mg-Durchstechflasche).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1710445 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			Herzzentrum (19, 24)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 4: Trepostinil, parenteral (Antihypertonikum, Prostazyklin-Analogen)	
NUB 94 (AEB-NUB94a)	6-004.b	Trepostinil, parenteral: je angebrochene 20mg-Durchstechflasche	4.283,00 €
NUB 94a (AEB-NUB94d)	6-004.b	Trepostinil, parenteral: je angebrochene 200mg-Durchstechflasche	22.130,43 €
NUB 94b (AEB-NUB94b)	6-004.b	Trepostinil, parenteral je angebrochene 50mg-Durchstechflasche	7.904,58 €
NUB 94c (AEB-NUB94c)	6-004.b	Trepostinil, parenteral je angebrochene 100mg-Durchstechflasche	13.230,42 €

NUB 95a**Therapie der Skoliose mittels magnetisch-kontrollierter Stangen**

Schlagwortverzeichnis: Magec®, Stangen, Skoliose, Magnetic-Expansion-Control-System

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE11 (Wirbelkörperersatz), ZE125 (Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 5-838.e*			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1717110 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			UCH/ORT (08/14)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 95a (AEB-NUB95)	5-838.e*	Andere komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule: Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von extrakorporal expandierbaren Stangen (Entgeltbemessung für zwei Stangen)	15.000,00 €

NUB 96a
Transapikale Mitralklappenrekonstruktion durch Implantation von Neochordae (PTFE-Fäden)
Schlagwortverzeichnis: NeoChord Artificial Chordae Delivery System®, Mitralklappenrekonstruktion

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch NUB76 (Perkutane Mitralklappenanulorrhaphie mit Spange), NUB 125 (Endovaskuläre Mitralklappenanuloplastik mit Anuloplastie-Band)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe 5-35a.42			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1715161 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			Herzzentrum (19, 24)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 96a (AEB-NUB96)	5-35a.42	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion: Mitralklappensegelplastik, transapikal; Inkl.: Implantation von Neochordae (PTFE)	17.600,00 €

NUB 98
Pomalidomid, oral
Schlagwortverzeichnis: Pomalidomid, Imnovid®

Schlagwortverzeichnis: 1. Gmaldomid, iminevidu

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-007.a plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (NUB98).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1708037 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])		Beantragende Fachabteilung	
1		MKO (26)	
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgebl. auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Pomalidomid, oral (Antineoplastisches Mittel [Immunmodulator])	
NUB 98 (AEB-NUB98)	6-007.a	Pomalidomid, oral: je 4mg	445,54 €

NUB 99a*Dabrafenib, oral*

Schlagwortverzeichnis: Dabrafenib, Tafinlar®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-007.5 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (NUB99A).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in den NUB-Anfragen N1708032 und N1716765 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26), DER (05)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Dabrafenib, oral (Antineoplastisches Mittel, Proteinkinase-Inhibitor)	
NUB 99a (AEB-NUB99)	6-007.5	Dabrafenib, oral: je 50mg	39,72 €

NUB 103*Posaconazol, intravenös*

Schlagwortverzeichnis: Posaconazol, Noxafil®-Inf.-Konzentrat

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE150 (Gabe von Posaconazol, oral, Suspension), ZE2018-105 (Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-007.k plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 300mg-Infusionskonzentrate (NUB103).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1708028 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Posaconazol, parenteral (Antimykotikum, Azol)	
NUB 103 (AEB-NUB103)	6-007.k	Posaconazol, parenteral: je angebrochenes 300mg-Infusionskonzentrat	451,01 €

NUB 112*Macitentan, oral*

Schlagwortverzeichnis: Macitentan, Opsumit®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-007.h <u>plus</u> Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (NUB112).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1710446 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			Herzzentrum (19, 24)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Macitentan, oral (Antihypertonikum, Endothelin-Rezeptor-Antagonist)	
NUB 112 (AEB-NUB112)	6-007.h	Macitentan, oral: je 10mg	89,41 €

NUB 114a*Ustekinumab, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Ustekinumab, Stelara®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-005.j plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 45mg-, 90mg- und 130mg-Fertigspritzen (NUB114A).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1716815 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			DER (05)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 7: Ustekinumab, parenteral (Immunsuppressivum, Interleukin-Inhibitor)	
NUB 114a (AEB-NUB114)	6-005.j	Ustekinumab, parenteral: je angebrochene 45mg-, 90mg- oder 130mg-Fertigspritze	4.819,50 €

NUB 119a*Riociguat, oral*

Schlagwortverzeichnis: Riociguat, Adempas®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-008.0 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (NUB119A).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1710468 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			Herzzentrum (19, 24)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgebl. auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 8: Riociguat, oral (Antihypertonikum, sGC-Stimulator)	
NUB 119a (AEB-NUB119)	6-008.0	Riociguat, oral: je 0.5mg	28,03 €

NUB 121a, NUB 121b, NUB 121c**Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, RVAD**

Schlagwortverzeichnis: TandemHeart® (RVAD), Zentrifugalpumpe (RVAD), Pumpe (Zentrifugal- [RVAD])

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-02 (Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme [„Kunstherz“]), ZE2018-03 (ECMO und PECLA), ZE2018-22 (IABP), ZE2018-62 (Mikroaxial-Blutpumpe), NUB123 (Katheterbasiertes Implantat zur Behandlung linksventrikulärer kardialer Motilitätsstörungen), NUB159a-b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, LVAD), NUB161 (Transapikale Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung), NUB165a-b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 8-839.a1 plus 8-839.a5 bei NUB 121b und NUB121c plus bei NUB 121b und NUB121c: Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Gesamtanzahl der erbrachten Leistungen (NUB121B = mit doppellumiger Kanüle, NUB121C = mit doppellumiger Kanüle und zweiter PA-Kanüle).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
NUB 121b und NUB 121c nur abrechenbar in Kombination mit den zugeordneten (grau hinterlegten) OPS-Kodes. Die Dauer der Behandlung mit einer extrakorporalen univentrikulären Pumpe ist gesondert zu kodieren (Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe OPS 8-83a.1 ff.). Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in den NUB-Anfragen N1714961, N1714996 und N1715002 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			Herzzentrum (19, 24)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 121a (AEB-NUB121a)	8-839.a1	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Endovaskuläre Implantation oder Entfernung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung: Implantation einer univentrikulären Zentrifugalpumpe, rechter Ventrikel; (RVAD mit 2 Kanülen)	32.743,31 €
NUB 121b (AEB-NUB121b)	8-839.a1	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Endovaskuläre Implantation oder Entfernung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung: Implantation einer univentrikulären Zentrifugalpumpe, rechter Ventrikel; (RVAD mit doppellumiger Kanüle)	30.138,61 €
	8-839.a5	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Anwendung eines doppellumigen Katheters als Kanüle	
NUB 121c (AEB-NUB121c)	8-839.a1	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Endovaskuläre Implantation oder Entfernung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung: Implantation einer univentrikulären Zentrifugalpumpe, rechter Ventrikel; (RVAD mit doppellumiger Kanüle und zweiter PA Kanüle)	32.999,86 €
	8-839.a5	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Anwendung eines doppellumigen Katheters als Kanüle	

NUB 122d, NUB 122e, NUB 122f

Übertragung von virusspezifischen Spender-Immunzellen nach allogener Stammzelltransplant.

Schlagwortverzeichnis: Stammzelltransplantation, Spender-Immunzellen, Streptama-Verfahren, Cytovir CMV®, CliniMACs®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-35 (Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen), ZE2018-44 (Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen, nach In-vitro-Aufbereitung)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 8-802.42 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Gesamtanzahl der erbrachten Leistungen (NUB122D = mit Streptama-Verfahren, NUB122E = mit CliniMACS®-Verfahren, NUB122F = mit Cytovir-CMV®-Verfahren).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in den NUB-Anfragen N1708027 und N1711042 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe. Das Zulassungsrecht bleibt von der Anerkennung als Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode unberührt. Die Kostenträger entscheiden im Einzelfall, ob die Kosten dieses Verfahrens übernommen werden.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			KHO (21), MKO (26)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgeb. auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 122d (AEB-NUB122a)	8-802.42	Transfusion von Leukozyten: Lymphozyten vom gleichen Spender nach Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen: Mit virusspezifischer In-vitro-Aufbereitung; (Streptama-Verfahren)	20.486,00 €
NUB 122e (AEB-NUB122c)	8-802.42	Transfusion von Leukozyten: Lymphozyten vom gleichen Spender nach Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen: Mit virusspezifischer In-vitro-Aufbereitung; (CliniMACs®)	21.864,00 €
NUB 122f (AEB-NUB122b)	8-802.42	Transfusion von Leukozyten: Lymphozyten vom gleichen Spender nach Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen: Mit virusspezifischer In-vitro-Aufbereitung; (Cytovir CMV®)	30.000,00 €

NUB 123**Katheterbasiertes Implantat zur Behandlung linksventrikulärer kardialer Motilitätsstörungen**

Schlagwortverzeichnis: Motilitätsstörungen (kardial), Partitionierungsimplantat (ventrikulär), Parachute®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-02 (Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme [„Kunstherz“]), ZE2018-03 (ECMO und PECLA), ZE2018-22 (IABP), ZE2018-62 (Mikroaxial-Blutpumpe), NUB121a-b-c (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, RVAD), NUB159a-b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, LVAD), NUB161 (Transapikale Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung), NUB165a-b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 5-37a.0			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabt. zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1707324 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			Herzzentrum (19, 24)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 123 (AEB-NUB123)	5-37a.0	Andere Operationen an Herz und Perikard: Minimalinvasiv. Rekonstruktion des Perikardes und des Herzens: Transarterielle Implantation eines ventrikulären Partitionierungsimplantates	14.900,00 €

NUB 125**Endovaskuläre Mitralklappenanuloplastik mit Anuloplastie-Band**

Schlagwortverzeichnis: Mitralklappenanuloplastik, Anuloplastik (Mitralklappe [Band]), Kardiband, Cardioband®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch NUB76 (Perkutane Mitralklappenanulorrhaphie mit Spange), NUB96a (Transapikale Mitralklappenrekonstruktion durch Implantation von Neochordae [PTFE-Fäden])			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 5-35a.21			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1714925 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			Herzzentrum (19, 24)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 125 (AEB-NUB125)	5-35a.44	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenanuloplastik, transvenös Inkl.: Mitralklappenanulorrhaphie mit Band	23.500,00 €

NUB 126b, NUB 126c, NUB 126d**Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik**

Schlagwortverzeichnis: Aortenprothese, Stent-Prothese (Aorta), Chimney, Zenith®, Endurant®, Excluder®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch

siehe auch ZE2018-50 (Implantation einer [Hybrid]-Prothese an der Aorta), ZE2017-53 (Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm), ZE2018-67 (Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal), NUB 164 (Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-Staplers)

Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in

Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 5-38a.7f oder 5-38a.8h oder 5-38a.c5 **plus** Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Gesamtanzahl der erbrachten Leistungen (NUB126B = Versorgung mit 2 Seitenarmen, NUB126C = Versorgung mit 3 Seitenarmen, NUB126D = Versorgung mit 4 Seitenarmen).

Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung

Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1721095 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe und die Hinweise zur Verwendung des Codes im OPS 2017.

NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])**Beantragende Fachabteilung**

1: für zwei und mehr Chimney-Stents, Status 2: für einen Chimney-Stent

RAD (15)

Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V

Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.

NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 126b (AEB-NUB126b)	5-38a.7f	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracica: Stent-Prothese, mit Versorgung von zwei oder mehr Gefäßabgängen in Chimney-Technik (2 Seitenarme)	2.477,52 €
	5-38a.8h	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit Versorgung von zwei oder mehr Gefäßabgängen in Chimney-Technik (2 Seitenarme)	
	5-38a.c5	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit Versorgung von zwei oder mehr Gefäßabgängen in Chimney-Technik (2 Seitenarme)	
NUB 126c (AEB-NUB126c)	5-38a.7f	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracica: Stent-Prothese, mit Versorgung von zwei oder mehr Gefäßabgängen in Chimney-Technik (3 Seitenarme)	4.955,04 €
	5-38a.8h	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit Versorgung von zwei oder mehr Gefäßabgängen in Chimney-Technik (3 Seitenarme)	
	5-38a.c5	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit Versorgung von zwei oder mehr Gefäßabgängen in Chimney-Technik (3 Seitenarme)	
NUB 126d (AEB-NUB126d)	5-38a.7f	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracica: Stent-Prothese, mit Versorgung von zwei oder mehr Gefäßabgängen in Chimney-Technik (4 Seitenarme)	7.432,56 €
	5-38a.8h	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit Versorgung von zwei oder mehr Gefäßabgängen in Chimney-Technik (4 Seitenarme)	
	5-38a.c5	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit Versorgung von zwei oder mehr Gefäßabgängen in Chimney-Technik (4 Seitenarme)	

NUB 128*Hybridcoils zur intrakraniellen Aneurysmabehandlung*

Schlagwortverzeichnis: Coil (Hybridcoil), SMART®-Coil

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE105 (Selektive Embolisation mit Metallspiralen [Coils] an Kopf, Hals [intra- und extrakraniell] und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper), ZE106 (Selektive Embolisation mit Metallspiralen [Coils], andere Lokalisationen), NUB12d (Bioaktive Coils [Hydrogel-Coils]), NUB12e (Bioaktive Coils [Aneurysmathherapie, hydrogelbeschichtete Mikrospirale]), NUB12f (Bioaktive Coils), NUB34b (Überlange Coils), NUB49 (Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranielle Aneurysmen und hirnersorgender Halsgefäße), NUB71a (Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen), NUB79a (Volumencoils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: Mengenkalkulator (Rubrik: Einsatz von Implantaten: ZE105 [grau hinterlegte OPS-Kodes]) plus Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 8-83b.3a plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der eingebrachten Coils (NUB128)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
NUB nur abrechenbar in Kombination mit den zugeordneten (grau hinterlegten) OPS-Kodes. Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1703899 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1 für die Lokalisation intrakraniell, Status 4 für alle übrigen Lokalisationen			RAD (15)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntg nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 128 (AEB-NUB128)	8-83b.3a	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Hybrid-Mikrospiralen; Hinw.: Eine Hybrid-Mikrospirale besteht aus mindestens drei unterschiedlich weichen Segmenten	**712,73 €
	8-836.m0	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäße intrakraniell	
	8-836.n*	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Anzahl der Metallspiralen	

** Betrag pro Coil zuzüglich Erlös für ZE105 (siehe Kodierhilfe K001 „DRG-Zusatzentgelte 2017“)

NUB 130a**Radionuklidtherapie mit Lutetium-177-markiertem prostataspezifischen Membranantigen (PSMA) bei Prostata-Karzinom**

Schlagwortverzeichnis: Radionuklidtherapie (PSMA), PSMA, Lutetium-177, Prostata-Ca. (PSMA)

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-65 (Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie [SIRT] mit Yttrium-90- oder Rhenium-188-markierten Mikrosphären), ZE2018-70 (Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral), ZE2018-71 (Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga), NUB162 (Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie [SIRT] mit Holmium-166-markierten Mikrosphären zur Radioembolisation)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 8-530.d0 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtzahl der verabreichten GBq (NUB130A)			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1715381 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe. Das Zulassungsrecht bleibt von der Anerkennung als Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode unberührt. Die Kostenträger entscheiden im Einzelfall, ob die Kosten dieses Verfahrens übernommen werden. Eine Therapie gilt dann als abgeschlossen, wenn mittels Dosimetrie die zu erzielende therapeutische Dosis ermittelt worden ist. Bei mehrfacher Durchführung einer Therapie mit offenen Radionukliden während eines stationären Aufenthaltes ist für jede Therapie ein Code anzugeben.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])		Beantragende Fachabteilung	
1		NUK (20)	
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 130a (AEB-NUB130)	8-530.d0	Therapie mit offenen Radionukliden: Intravenöse Radioliganden-Therapie: Therapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden: je 1 verabreichten GBq (nur bei Indikation Prostata-Karzinom)	495,00 €

NUB 133**Blinatumomab, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Blinatumomab, Blincyto®

Schlüsselwortverzeichnis: Blinatumomab, Blinato			
Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-008.7 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 38.5 Mikrogramm-Ampullen (NUB133).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in den NUB-Anfragen N1703849 und N1711045 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26), KHO (21)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren techn. Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 8: Blinatumomab, parenteral (Antineoplastisches Mittel, Antikörperkonstrukt)	
NUB 133 (AEB-NUB133)	6-008.7	Blinatumomab, parenteral: je angebrochene 38,5µg-Ampulle	2.690,72 €

NUB 134a*Carfilzomib, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Carfilzomib, Kyprolis®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-008.9 <u>plus</u> Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (NUB134A).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1703850 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren techn. Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 8: Carfilzomib, parenteral (Antineoplastisches Mittel)	
NUB 134a (AEB-NUB134)	6-008.9	Carfilzomib, parenteral: je 10mg	237,70 €

NUB 135a, NUB 135b*Nivolumab, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Nivolumab, Nivolumab BMS®, Obdivo®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-008.m plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der jeweils angebrochenen Durchstechflaschen (NUB135A = 40mg-Durchstechflaschen, NUB135B = 100mg-Durchstechflaschen).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in den NUB-Anfragen N1708035, N1716770 und N1722046 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])		Beantragende Fachabteilung	
1		DER (05), URO (16), MKO (26)	
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren techn. Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 8: Nivolumab, parenteral (Antineoplastisches Mittel, Monoklonaler Antikörper)	
NUB 135a (AEB-NUB135a)	6-008.m	Nivolumab, parenteral: je angebrochene 40mg-Durchstechflasche	545,02 €
NUB 135b (AEB-NUB135b)	6-008.m	Nivolumab, parenteral je angebrochene 100mg-Durchstechflasche	1.362,55 €

NUB 138*Ruxolitinib, oral*

Schlagwortverzeichnis: Ruxolitinib, Jakavi®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-009.4 <u>plus</u> Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (NUB138).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1703859 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren techn. Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 9: Ruxolitinib, oral (Antineoplastisches Mittel, Proteinkinase-Inhibitor)	
NUB 138 (AEB-NUB138)	6-009.4	Ruxolitinib, oral: je 5mg	33,77 €

NUB 140a*Idarucizumab, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Idarucizumab, Praxbind®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-008.f plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 5g-Sets (NUB140A).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1714688 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			Herzzentrum (19, 24)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren techn. Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 8: Idarucizumab, parenteral (Antidot)	
NUB 140a (AEB-NUB140)	6-008.f	Idarucizumab, parenteral: je angebrochenes 5g-Set (2 Ampullen)	2.082,50 €

NUB 141*Secukinumab, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Secukinumab, Cosentyx®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-009.5 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 150mg-Fertigspritzen und/oder Fertigpens (NUB141).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1716805 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			DER (05)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren techn. Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 9: Secukinumab, parenteral (Immunsuppressivum, Interleukin-Inhibitor)	
NUB 141 (AEB-NUB141)	6-009.5	Secukinumab, parenteral: je angebrochene(r) 150mg-Fertigspritze/Fertigpen	844,75 €

NUB 144*Teduglutid, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Teduglutid, Revestive®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-008.4 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 5mg-Durchstechflaschen (NUB144).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1710928 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			CHI (02)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren techn. Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 8: Teduglutid, parenteral (GLP-2-Rezeptor-Agonist)	
NUB 144 (AEB-NUB144)	6-008.4	Teduglutid, parenteral: je angebrochene 5mg-Durchstechflasche	727,45 €

NUB 147*Isavuconazol, intravenös*

Schlagwortverzeichnis: Isavuconazol, Cresemba®/IV

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch NUB148 (Isavuconazol, oral)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-008.g plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 200mg-Infusionslösungen (NUB147).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1711940 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren techn. Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 8: Isavuconazol, parenteral (Antimykotikum, Azol)	
NUB 147 (AEB-NUB147)	6-008.g	Isavuconazol, parenteral: je angebrochene 200mg-Infusionslösung	637,86 €

NUB 148*Isavuconazol, oral*

Schlagwortverzeichnis: Isavuconazol, Cresemba®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch NUB147 (Isavuconazol, intravenös)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-008.h plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (NUB148).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1711940 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren techn. Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 8: Isavuconazol, oral (Antimykotikum, Azol)	
NUB 148 (AEB-NUB148)	6-008.h	Isavuconazol, oral: je 100mg	61,64 €

NUB 149*Daratumumab, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Daratumumab, Darzalex®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-009.a plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 100mg-Infusionslösungen (NUB149).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1711316 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren techn. Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 9: Daratumumab, parenteral (Antineoplastisches Mittel, Monoklonaler Antikörper)	
NUB 149 (AEB-NUB149)	6-009.a	Neu in 2018: Daratumumab, parenteral (ie angebrochene 100mg-Infusionslösung)	669,47 €

NUB 150*Alemtuzumab, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Alemtuzumab, Lemtrada®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-001.0* plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 12mg-Durchstechflaschen (NUB150).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1732373 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			UCH/ORT (08/14)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren techn. Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 1: Alemtuzumab, parenteral (Immunmodulator, Monoklonaler Antikörper)	
NUB 150 (AEB-NUB150)	6-001.00	30mg bis unter 60mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB 150 (AEB-NUB150)	6-001.01	60mg bis unter 90mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB 150 (AEB-NUB150)	6-001.02	90mg bis unter 120mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB 150 (AEB-NUB150)	6-001.03	120mg bis unter 150mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB 150 (AEB-NUB150)	6-001.04	150mg bis unter 180mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB 150 (AEB-NUB150)	6-001.05	180mg bis unter 210mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB 150 (AEB-NUB150)	6-001.06	210mg bis unter 240mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €

NUB 150 (AEB-NUB150)	6-001.07	240mg bis unter 270mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB 150 (AEB-NUB150)	6-001.08	270mg bis unter 300mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB 150 (AEB-NUB150)	6-001.09	300mg bis unter 330mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB 150 (AEB-NUB150)	6-001.0a	330mg bis unter 390mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB 150 (AEB-NUB150)	6-001.0b	390mg bis unter 450mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB 150 (AEB-NUB150)	6-001.0c	450mg bis unter 510mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB 150 (AEB-NUB150)	6-001.0d	510mg bis unter 570mg: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €
NUB 150 (AEB-NUB150)	6-001.0e	570mg oder mehr: je angebrochene 12mg-Durchstechflasche	10.287,55 €

NUB 151**Pixantron, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Pixantron, Pixuvri®

Schlagwortverzeichnis: Pixantron, Pixantron

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-006.e plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 29mg-Ampullen (NUB151).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1713119 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])		Beantragende Fachabteilung	
1		MKO (26)	
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren techn. Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 8: Pixantron, parenteral (Zytostatikum, Aza-Anthracyclin)	
NUB 151 (AEB-NUB151)	6-006.e	Pixantron, parenteral: je angebrochene 29mg-Ampulle	446,25 €

NUB 152*Implantation des intrakardialen Pulsgenerators MICRA®*

Schlagwortverzeichnis: Pulsgenerator, Micra®, Kardiokapsel, TPS

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 5-377.8			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1707481 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			Herzzentrum (19, 24)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 152 (AEB-NUB152)	8-83d.3	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Implantation eines intrakard. Pulsgenerators	7.587,00 €

NUB 153*Elotuzumab, parenteral*

Schlagwortverzeichnis: Elotuzumab, Empliciti®

Schlagwortverzeichnis: Elotuzumab, parenteral			
Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-009.d plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 100mg-Ampullen (NUB153).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1703853 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren techn. Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 9: Elotuzumab, parenteral (Antineoplastisches Mittel, Monoklonaler Antikörper)	
NUB 153 (AEB-NUB153)	6-009.d	Neu in 2018: Elotuzumab, parenteral: je angebrochene 100mg-Ampulle	468,56 €

NUB 156a, NUB 156b**Cabozantinib, oral**

Schlagwortverzeichnis: Cabozantinib, Cabometyx®, Cometriq®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-008.8 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in mg (NUB156A = bei Nierenzell-Ca, NUB156B = bei Schilddrüsen-Ca).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1722009 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			URO (16)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren techn. Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 8: Cabozantinib, oral (Antineoplastisches Mittel, Proteinkinase-Inhibitor)	
NUB 156a (AEB-NUB156a)	6-008.8	Cabozantinib, oral: je 20mg (bei Nierenzellkarzinom)	99,00 €
NUB 156b (AEB-NUB156b)	6-008.8	Cabozantinib, oral: je 10mg (bei Schilddrüsenkarzinom)	16,00 €

NUB 157**Olaratumab, parenteral**

Schlagwortverzeichnis: Olaratumab, Latruvo®

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-009.h plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 500mg-Ampullen (NUB157).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1713148 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			MKO (26)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren techn. Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 9: Olaratumab, parenteral (Antineoplastisches Mittel, Monoklonaler Antikörper)	
NUB 157 (AEB-NUB157)	6-009.h	Neu in 2018: Olaratumab, parenteral: je angebrochene 500mg-Ampulle	1.824,98 €

NUB 158*Selexipag, oral**Schlagwortverzeichnis: Selexipag, Uptravi®*

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-009.k plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der verabreichten Gesamtmenge in Mikrogramm (NUB158).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1710420 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			Herzzentrum (19, 24)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren techn. Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 9: Selexipag, parenteral (Selektiver Prostacyclin-IP-Rezeptor-Agonist)	
NUB 158 (AEB-NUB158)	6-009.k	Neu in 2018: Selexipag, parenteral: je 200µg	85,58 €

NUB 159a, NUB 159b**Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, LVAD**

Schlagwortverzeichnis: TandemHeart® (LVAD), Zentrifugalpumpe (LVAD), Pumpe (Zentrifugal- [LVAD])

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-02 (Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme [„Kunstherz“]), ZE2018-03 (ECMO und PECLA), ZE2018-22 (IABP), ZE2018-62 (Mikroaxial-Blutpumpe), NUB121a-b-c (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, RVAD), NUB123 (Katheterbasiertes Implantat zur Behandlung linksventrikulärer kardialer Motilitätsstörungen), NUB161 (Transapikale Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung), NUB165a-b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 8-839.a0 plus (nur bei NUB159b) 8-839.a5			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
NUB 159b nur abrechenbar in Kombination mit dem zugeordneten (grau hinterlegten) OPS-Kode. Die Dauer der Behandlung mit einer extrakorporalen univentrikulären Pumpe ist gesondert zu kodieren (Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe OPS 8-83a.1 ff.). Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in den NUB-Anfragen N1714941 und N1714949 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			Herzzentrum (19, 24)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 159a (AEB-NUB159a)	8-839.a0	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Endovaskuläre Implantation oder Entfernung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung: Implantation einer univentrikulären Zentrifugalpumpe, linker Ventrikel; (LVAD mit 2 Kanülen)	32.743,31 €
NUB 159b (AEB-NUB159b)	8-839.a0	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Endovaskuläre Implantation oder Entfernung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung: Implantation einer univentrikulären Zentrifugalpumpe, linker Ventrikel; (LVAD mit doppelummiger Kanüle)	30.138,61 €
	8-839.a5	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Anwendung eines doppelummigen Katheters als Kanüle	

NUB 160*Dinutuximab beta, parenteral*Schlagwortverzeichnis: *Dinutuximab beta, Unituxin®, Isqette®*

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
-			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe: 6-009.b plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der angebrochenen 17.5mg-Durchstechflaschen (NUB157).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1711046 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			KHO (18)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren techn. Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht". Das Zulassungsrecht bleibt von der Anerkennung als Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode unberührt. Die Kostenträger entscheiden im Einzelfall, ob die Kosten dieses Verfahrens übernommen werden.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
		Applikation von Medikamenten, Liste 9: Dinutuximab beta, parenteral (Antineoplastisches Mittel, Monoklonaler Antikörper)	
NUB 160 (AEB-NUB160)	6-009.b	Neu in 2018: Dinutuximab beta, parenteral: je angebrochene 17,5mg-Durchstechflasche	13.090,00 €

NUB 161*Transapikale Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung*Schlagwortverzeichnis: *TandemHeart® (LVAD-transapikal), Zentrifugalpumpe (LVAD-transapikal), Pumpe (Zentrifugal- [LVAD-transapikal])*

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch			
siehe auch ZE2018-02 (Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme [„Kunstherz“]), ZE2018-03 (ECMO und PECLA), ZE2018-22 (IABP), ZE2018-62 (Mikroaxial-Blutpumpe), NUB121a-b-c (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, RVAD), NUB123 (Katheterbasiertes Implantat zur Behandlung linksventrikulärer kardialer Motilitätsstörungen), NUB159a-b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, LVAD), NUB165a-b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenier.)			
Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in			
Orbis/DRG-Workplace oder OP-Protokoll: OPS-Eingabe: 8-839.a0 plus 8-839.a5 plus Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der transapikalen Implantationen (NUB161).			
Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung			
NUB nur abrechenbar in Kombination mit dem zugeordneten (grau hinterlegten) OPS-Code. Die Dauer der Behandlung mit einer extrakorporalen univentrikulären Pumpe ist gesondert zu kodieren (Orbis/DRG-Workplace: OPS-Eingabe OPS 8-83a.1 ff.). Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in der NUB-Anfrage N1714957 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.			
NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])			Beantragende Fachabteilung
1			Herzzentrum (19, 24)
Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V			
Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.			
NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 161 (AEB-NUB161)	8-839.a0	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Endovaskuläre Implantation oder Entfernung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung: Implantation einer univentrikulären Zentrifugalpumpe, linker Ventrikel	32.999,86 €
	8-839.a5	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Anwendung eines doppelumigen Katheters als Kanüle	

Version	K001n_2018.sla, 2017deschka1230	Ausgabedatei	K001n_2018.pdf	Seite	199
Download	www.ukb.intern/medco (Kodierhilfen)				

NUB 165a, NUB 165b*Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenier.*

Schlagwortverzeichnis: TandemLung®, Zentrifugalpumpe (TandemLung®),

Pumpe (Zentrifugal- [TandemLung®]), ECMO, RA-PA ECMO

Hinweis(e) auf andere ZE- und/oder NUB-Leistungen in diesem Handbuch

siehe auch ZE2018-02 (Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme [„Kunstherz“]), ZE2018-03 (ECMO und PECLA), ZE2018-22 (IABP), ZE2018-62 (Mikroaxial-Blutpumpe), NUB121a-b-c (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, RVAD), NUB123 (Katheterbasiertes Implantat zur Behandlung linksventrikulärer kardialer Motilitätsstörungen), NUB159a-b (Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, LVAD), NUB161 (Transapikale Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung)

Erfassung dieser ZE-/NUB-Leistung durch den/die Leistungserbringer/in

Orbis/Strukturierte Leistungserfassung: Angabe der Gesamtanzahl der Leistungen (NUB165A = mit doppellumiger Kanüle, NUB165B = mit doppellumiger Kanüle und femoraler Kanüle).

Hinweis(e)/Information(en) zu dieser ZE-/NUB-Leistung

Bitte beachten Sie die Hinweise der beantragenden Fachabteilung zur NUB-spezifischen Indikationsstellung und Leistungserbringung in den NUB-Anfragen N1709576 und N1709577 (Stand Oktober 2016) im Anhang der PDF-Ausgabe dieser Kodierhilfe.

NUB-Status (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK])**Beantragende Fachabteilung**

1: wenn das ZE2017-03 nicht geltend gemacht werden kann; Status 2: bei
Voraussetzungen zur Abrechnung des unbewerteten ZE2017-03

Herzzentrum (19, 24)

Information des InEK bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V

Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals gestellt.

NUB (AEB 2017)	OPS 2018	OPS-Text 2018	Betrag
NUB 165a (AEB-NUB165a)	Ohne	Ohne: Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung RA-PA ECMO: Mit doppellumiger Kanüle	42.792,67 €
NUB 165b (AEB-NUB165b)	Ohne	Ohne: Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung RA-PA ECMO: Mit doppellumiger Kanüle + femoraler Kanüle	47.735,03 €

Schlagwortverzeichnis ZE & NUB

3D-Separator® (»ZE152)
A
Abatacept (» i.v. ZE151, s.c. ZE2018-106)
Abelcet® (» ZE2018-80)
Abirateronacetat (» ZE2018-112)
Ablation Ösophagus (»ZE161)
Abraxane® (» ZE2018-111)
Acadic-Gemcitabin® (» ZE17)
Accofil® (» ZE40)
ActiGait® (»ZE2018-86)
ACTIVA®RC (»ZE2018-61)
Adalimumab (» ZE2018-148)
Adcetris® (» ZE2018-140)
Adempas® (» NUB119a)
Adsorb® (»ZE2018-107)
Adsorba®300c (»ZE2018-09)
Advate® (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Adynovi® (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Afinitor® (» NUB52e)
Aflibercept (» ZE2018-142)
Afstyla® (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Agalsidase (» ZE2018-66)
Albotiva® (» ZE2018-120)
Aldesleukin (» ZE48)
Aldurazyme® (» ZE2018-66)
Alemtuzumab (» NUB150)
ALFApump® (»NUB68)
Alimta® (» ZE2018-120)
Alpha-1-Proteinaseinhibitor (» ZE2018-58)
AlphaNine® (» ZE2018-97g/ZE2018-139g)
Alprolix® (» ZE2018-97o/ZE2018-139o)
Amativin® (» ZE2018-122)
AmBisome® (» ZE110)
Ambrisentan (» ZE2018-84)
Amgevita® (» ZE2018-148)
Amphotericin B (liposomal) (» ZE110)
Amphotericin-B-Lipidkomplex (» ZE2018-80)
AMS650® (»ZE2018-24)
AMS700® (» ZE58)
AMS800® (» ZE10)
Anbinex® (» ZE47)
Angioplastie (»ZE136, ZE137)
Anidulafungin (» ZE115)
Anthroposophisch-medizinische KBH (»ZE2018-26)
Antihämophiles Globulin A (» ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)

Antihämophiles Globulin A [gent.] (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Antihämophiles Globulin B (» ZE2018-97g/ZE2018-139g)
Anti-Human-T-Lymph.-Immunglob. (» ZE2018-46)
Antithrombin III (» ZE47)
Anuloplastik (Mitralklappe [Band]) (NUB125)
Anulorrhaphie (»NUB76)
Aortenprothese (»ZE2018-50, ZE2018-53, ZE2018-67, NUB126)
APD (»ZE2018-72)
Apherese (LDL) (» ZE61)
Apherese-TK (»ZE147, pathogeninaktiv. ZE165)
Argus® (»ZE134)
Argus-II-Retinal-Prothesis-System® (»NUB91)
Aritaxel® (» ZE63)
Armisarte® (» ZE2018-120)
Arsentrioxid (» NUB40a)
Artificialiris® (»ZE2018-108)
Arzerra® (» ZE155)
Arzneimittelpumpe (» ZE09, ZE56, ZE2018-07)
Asparaginase (» ZE2018-127, ZE2018-128, ZE2018-129)
Asparaginase medac® (» ZE2018-128)
Aszitespumpe (»NUB68)
AT III ...® (» ZE47)
Atenativ® (» ZE47)
Atgam® (» ZE2018-46)
Athlet (» ZE11)
ATK (»ZE147, pathogeninaktiv. ZE165)
ATO (» NUB40a)
Atriance® (» ZE2018-79)
Auge - bionisch (»NUB91)
Avastin® (» ZE74)
Axigem® (» ZE17)
Axinotecan® (» ZE19)
Axitaxel® (» ZE63)
Axitinib (» NUB81a)
Axium® (»ZE140, ZE141)
Azacitidin (» ZE124)
Azur® (» NUB12e)

B

Ballon (Angioplastie) (»ZE136, ZE137)
Ballonpumpe (IABP) (»ZE2018-22)
Basisdiagnostik (Ngb./Sgl.) (»ZE2018-135)
Beckenimplantat (»ZE2018-01)
Behinderung (Schwerst-) (»ZE2018-36)
Belimumab (» ZE2018-130)
Bendacitabin® (» ZE17)
Bendadocel® (» ZE80)
Bendatax® (» ZE63)
BeneFIX® (» ZE2018-97o/ZE2018-139o)
Benepali® (» ZE2018-121)
Benlysta® (» ZE2018-130)
Beriate® (» ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Beriglobin® (» ZE93)
Beriner® (» ZE70)
Berinin® (» ZE2018-97g/ZE2018-139g)
Beriplex® (» ZE30, ZE2018-97i)
Bevacizumab (» ZE74)
Bewegungssystem KBH (»ZE2018-41)
Biopath® (»ZE137)
Biseko® (» ZE93)
Blasenschließmuskel (» ZE10)
Blinatumomab (» NUB133)
Blincyto® (» NUB133)
Blutgerinnungsfaktoren (»ZE30, ZE2018-97, ZE2018-137, ZE2018-138, ZE2018-139)
Blutpumpe (»ZE2018-02)
Blutpumpe (mikroaxial) (»ZE2018-62)
Bonnet® (»ZE133)
Bortezomib (» ZE2018-147)
Bortezomib...® (» ZE2018-147)
Bosentan (» ZE2018-56)
Bosentan...® (» ZE2018-56)
Brentuximabvedotin (» ZE2018-140)
Busilvex® (» ZE2018-150)
Busulfan (» ZE2018-150)
Busulfan...® (» ZE2018-150)
BW-gembin® (» ZE17)

C

C1-Esteraseinhibitor (» ZE70)
Cabazitaxel (» ZE2018-113)
Cabometyx® (» NUB156)
Cabozantinib (» NUB156)
CAD-Implantat (»ZE2018-04)
Caelyx® (» ZE72)
Campto® (» ZE19)
Cancidas® (» ZE2018-123)

CAPD (»ZE123)
Capture® (»ZE152)
Cardioband® (NUB125)
Carfilzomib (» NUB134a)
Carillon® (»NUB76)
Carmustin (» ZE96)
Caspofungin (» ZE2018-123)
Caspofungin...® (» ZE2018-123)
Catch® (»ZE152)
Catch-Mini® (»ZE152)
CAVH (»ZE119)
CAVHDF (»ZE121)
Celltaxel® (» ZE63)
Ceprotrin® (» ZE2018-97q/ZE2018-139q)
Cerecyme® (» ZE2018-66)
Cerecyte® (»NUB12f)
Cetuximab (» ZE50)
Cheatham-Platinum-Stent (»ZE132)
Chemosaturation (»ZE2018-117)
Chimney (NUB126)
Chondrozytentransplantation (»ZE126)
Christmas-Faktor (» ZE2018-97g/ZE2018-139g)
Ciambra® (» ZE2018-120)
Cinryze® (» ZE70)
Citagem® (» ZE17)
CliniMACs® (NUB122)
Clofarabin (» ZE142)
Clofarabin...® (» ZE142)
CMV-Immunglobulin (» ZE64)
Codman® (»NUB12f)
Coil (» ZE105, ZE106)
Coil (»ZE2018-136)
Coil (bioaktiv - Aneurysmatherapie/ hydrogel-beschichtete-Mikrospirale) (»NUB12e)
Coil (bioaktiv – Hydrogel-Coils) (»NUB12d)
Coil (bioaktiv) (»NUB12f)
Coil (überlang) (»NUB34)
Coil (Volumencoil) (»NUB79)
Coil (Hybridcoil) (NUB128)
Cometriq® (» NUB156)
Contegra-Conduit PVC® (»ZE2018-50)
Cosentyx® (» NUB141a)
CP-Stent (»ZE132)
Creseмба® (» NUB148)
Creseмба®IV (» NUB147)
Crisantaspase (» ZE2018-127)
Crizotinib (» NUB106)
CVVH (»ZE119)
CVVHD (»ZE120)
CVVHDF (»ZE121)
Cypher Select+® (» ZE101)

Cyramza® (» ZE2018-146)

Cytarabin (lipos.) (» ZE75)

Cytotect® (» ZE64)

Cytovir CMV® (NUB122)

D

Dabrafenib (» NUB99a)

Dacogen® (» ZE156)

Daratumumab (» NUB149)

Darzalex® (» NUB149)

Dasatinib (» ZE2018-91)

DEB (» ZE136, ZE137)

Decitabine (» ZE156)

Defibrotid (» ZE2018-131)

Defitelio® (» ZE2018-131)

DeltaMAXX® (» NUB79)

DEMIPULSE®-Generator (» ZE158, ZE159)

DEMIPULSE-DUO®-Generator (» ZE158, ZE159)

DepoCyt® (» ZE75)

DeSolve® (» ZE2018-107)

DFPP (» ZE36)

Diagnostik (Basis Ngb./Sgl.) (» ZE2018-135)

Diagnostik (hämatol.) (» ZE2018-45)

Diagnostik (neuropäd.) (» ZE2018-88)

Diagnostik (onkol.) (» ZE2018-45)

Diagnostik (päd.-mehrdimens.) (» ZE2018-152)

Dialyse (» ZE01, ZE120, ZE2018-08)

Dialyse (HCO) (» ZE2018-109)

Dialyse (peritoneal)
(» ZE122, ZE123, ZE2018-08, ZE2018-72)

DIAM-Spacer® (» ZE125)

Diboterminal alfa (» ZE2018-63)

Dinutuximab beta (» NUB160)

Distraktion (Gesichtsschädel) (» ZE2018-05)

Distraktionsmarknagel (» ZE2018-72, ZE2018-119)

Doce...® (» ZE80)

Docefon® (» ZE80)

Docetaxel (» ZE80)

Docetaxel...® (» ZE80)

Donor-Lymphozyten (» ZE2018-99)

DOTA (» ZE2018-71)

Doxorubicin (lipos.) (» ZE52)

Doxorubicin (peg.-lipos.) (» ZE72)

Drainagetherapie-intrauterin (» NUB10h)

Drug-eluting-ballon (» ZE136, ZE137)

E

EBV (» ZE100)

Ecalta® (» ZE115)

ECMO (» ZE2018-03, NUB165)

ECP (» ZE37)

Ecilizumab (» ZE154)

EK (» ZE107)

Elaprase® (» ZE2018-66)

Elocta® (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)

Elotuzumab (» NUB153)

Eltrombopag (» ZE2018-143)

Embolisation (» ZE105, ZE106)

Empliciti® (» NUB153)

Enbrel® (» ZE2018-121)

Endobronchialventil (» ZE100)

Endoprothese (modular) (» ZE2018-25)

EndoStapler® (NUB164)

EndoStapling-System® (NUB164)

Endurant® (» ZE2018-67, NUB126)

Enzalutamid (» ZE2018-141)

Eon mini® (» ZE2018-61)

Eon® (» ZE2018-61)

EonC® (» ZE140, ZE141)

Eptacog alpha (aktiv) (» ZE2018-97b/ZE2018-137)

Eptomerin alfa (» ZE2018-64)

Erbitux® (» ZE50)

Ereignisrekorder (» NUB35)

Erelzi® (» ZE2018-121)

Erwinase® (» ZE2018-127)

Erythrozytenkonzentrat (» ZE107)

Etanercept (» ZE2012-121)

EuroDocetaxel® (» ZE80)

Eurotaxel® (» ZE63)

Eurotere® (» ZE80)

Everolimus (» NUB52...)

Evoltra® (» ZE142)

Excluder® (NUB126)

EXIT-Operation (» NUB10g)

ExP (» ZE37)

Extremitätenperfusion (» ZE2018-16)

Eylea® (» ZE2018-142)

F

Fabrazyme® (» ZE2018-66)

Faktor I (» ZE2018-97j/ZE2018-138)

Faktor IX [plasmatisch] (» ZE2018-97g/ZE2018-139g)

Faktor IX [rekombinant] (» ZE2018-97o/ZE2018-139o)

Faktor IX SDN Biotest® (» ZE2018-97g/ZE2018-139g)

Faktor VII [plasmatisch] (» ZE2018-97a/ZE2018-139a)

Faktor VII [rekombinant] (» ZE2018-97b/ZE2018-137)

Faktor VIII [plasmat.] (» ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)

Faktor VIII [rekomb.] (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)

Faktor VIII SDH INTERSERO®

(» ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)

Faktor VIII-Inhibitor (» ZE2018-97h/ZE2018-139h)
Faktor XIII [human] (» ZE2018-97d/ZE2018-139d)
Falcon® (» ZE136)
Fanhdi® (» ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Farydak® (» NUB154)
Feiba® (» ZE2018-97h/ZE2018-139h)
Fetalchirurgie (» NUB10)
Fibrinogenkonzentrat (» ZE2018-97j/ZE2018-138)
Fibrinstabilisierender Faktor (» ZE2018-97d/ZE2018-139d)
Fibrogammin® (» ZE2018-97d/ZE2018-139d)
Fidelity IAB® (» ZE2018-22)
Filgrastim (» ZE40)
Filgrastim...® (» ZE40)
Filtration (HDF) (» ZE02)
Filtration (HF) (» ZE62, ZE119, ZE121, ZE2018-08)
Fitbone®-Nagel (» ZE2018-72)
Flebogamma® (» ZE93)
Flixabi® (» ZE2018-149)
Flow-Diverter (» NUB49)
Foramen ovale (Eröffnung) (» NUB10f)
FRED® (» NUB49)

G

Galsulfase (» ZE2018-66)
Gammagard® (» ZE93)
Gammanorm® (» ZE93)
Gamunex® (» ZE93)
Gastrointestinalprothese (» ZE2018-54)
Gazyvaro® (» ZE2018-144)
Gemci Lyo® (» ZE17)
Gemci-cell® (» ZE17)
Gemcisela® (» ZE17)
Gemcitabin (» ZE17)
Gemcitabin...® (» ZE17)
Gemcitabine® (» ZE17)
Gemcitan® (» ZE17)
Gemcitom® (» ZE17)
Gemedac® (» ZE17)
Gemsol-NC® (» ZE17)
Gemzar® (» ZE17)
Genesis® (» ZE140, ZE141)
Gerinnungsfaktoren (» ZE30, ZE2018-97, ZE2018-137, ZE2018-138, ZE2018-139)
Gesichtsimplantat (» ZE2018-04)
Gesichtsschädeldistraktion (» ZE2018-05)
Gliadel® (» ZE96)
Glivec® (» ZE2018-122)
Glykosorb® (» ZE2018-13)
GoreViabahn® (» NUB43)

Grafalon® (» ZE2018-46)
Granozyte® (» ZE42)
Granulokine® (» ZE40)
Granulozytenkonzentrat (» ZE2018-34)
Grastofil® (» ZE40)
Growth-Stent® (» ZE132)

H

Haemate® (» ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Haemocomplettan® (» ZE2018-97j/ZE2018-138)
Haemocin® (» ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Hämin (» ZE2018-69)
Hämodiafiltration (» ZE02)
Hämodiafiltration (» ZE121, ZE2018-08)
Hämodialyse (» ZE01, ZE120, ZE2018-08)
Hämodialyse (HCO) (» ZE2018-109)
Hämofiltration (» ZE62, ZE119, ZE2018-08)
Hämoperfusion (» ZE2018-09)
Harnklappen-posteriore (Eröffnung) (» NUB10h)
Harnkontinenztherapie (» ZE134)
HCO-Dialyse (» ZE2018-109)
HD (» ZE01, ZE120, ZE2018-08)
HD (HCO) (» ZE2018-109)
HDF (» ZE02, ZE121, ZE2018-08)
HeliFX Aortic Securement System® (NUB164)
Hep.B-Immunglobulin (» ZE51)
Hepatect CP® (» ZE51)
Herceptin® (» i.v. ZE149, s.c. ZE2018-104)
Herzklappen (Eröffnung) (» NUB10f)
Herz-Lungen-Maschine (» ZE2018-03)
Herzrhythmusstör. (Überstimulation) (» NUB10g)
HF (» ZE62, ZE119, ZE2018-08)
Hilal® (» ZE106)
HIPEC (» ZE2018-49)
HITOC (» ZE2018-49)
Hizentra® (» ZE93)
HLM (» ZE2018-03)
Hochfrequenzablation (» NUB10i)
Holmium-166 (NUB162)
HTRPMI-01 (Biomet) (» ZE2018-04)
Humira® (» ZE2018-148)
Hybrid-Prothese (Aorta) (» ZE2018-50)
Hycamtin® (» ZE44)
Hydro hypersoft® (» NUB12d)
Hydrocoil® (» NUB34)
Hydrofill® (» NUB12d)
Hydroframe® (» NUB12d)

I

IABP (»ZE2018-22)
Ibias® (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Ibritumomab-Tiuxetan (90Y-) (»ZE2018-70)
Ibrutinib (» ZE2018-145)
Idarucizumab (» NUB140a)
Idelalisib (» NUB111a)
Idelvion® (» ZE2018-97o/ZE2018-139o)
Idursulfase (» ZE2018-66)
Ig Vena® (» ZE93)
IGG-Therasorbsäule® (»ZE2018-13)
Imatinib (» ZE2018-122)
Imatinib...® (» ZE2018-122)
Imavec® (»ZE2018-122)
Imbruvica® (» ZE2018-145)
Imiglucerase (» ZE2018-66)
Immunadsorption (»ZE2018-13)
IMMUNATE STIM® (» ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Immunglobulin (Anti-Hum.-T-Lymph.) (» ZE2018-46)
Immunglobulin (CMV) (» ZE64)
Immunglobulin (Hep.B) (» ZE51)
Immunglobulin (polyv.) (» ZE93)
Immunglobulin (VZV) (» ZE67)
IMMUNINE STIM® (» ZE2018-97g/ZE2018-139g)
ImmuSeven® (» ZE2018-97a/ZE2018-139a)
Imnovid® (» NUB98)
Impella® (»ZE2018-62)
Imraldi® (» ZE2018-148)
InductOs® (» ZE2018-63)
Inflectra® (» ZE2018-149)
Infliximab (» ZE2018-149)
Inlyta® (» NUB81a)
Interferon alfa 2a (» ZE2018-59)
Interferon alfa 2b (» ZE2018-60)
Interlock® (»ZE106)
InterStim® (»ZE138, ZE139)
InterStim®-Twin (»ZE140, ZE141)
Intratect® (» ZE93)
Intra-Uterine-Shunt® (»NUB10h)
IntronA® (» ZE2018-60)
IPD (»ZE122)
Ipilimumab (» ZE2018-126)
Irinomedac® (» ZE19)
Irino-NC® (» ZE19)
Irino-onkovis® (» ZE19)
Irinotecan (» ZE19)
Irinotecan...® (» ZE19)
Irinotesin® (» ZE19)
Irinotom® (» ZE19)
Irisdiaphragma (»ZE2018-108)

Irisprothese (»ZE2018-108)
Isavuconazol (» NUB147, NUB148)
ISKD-Distraktionsmarknagel® (»ZE2018-119)
Isolfan® (» ZE2018-150)
Isqette® (» NUB160)
Itraconazol (» ZE113)
Itrel®4 (»ZE138, ZE139)

J

Jakavi® (» NUB138)
Javlor® (» ZE135)
Jevtana® (» ZE2018-113)
Jod-131-MIBG (» ZE2018-57)

K

Kadcyla® (» ZE149)
Kardioband (NUB125)
Kardiokapsel (NUB152)
Kehlkopf- o. Luftröhrenver. (Eröffnung) (»NUB10g)
Keytruda® (» NUB136)
Kiefergelenksendoprothese (»NUB16)
Kiovig® (» ZE93)
Kisplyx® (» NUB155)
Klappensystem (endobronch.) (» ZE100)
Kogenate® (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Komplexbehandlung (Anthr.-med.) (»ZE2018-26)
Komplexbehandlung (Bewegungssys.) (»ZE2018-41)
Komplexbehandlung (naturheilkundl.) (»ZE2018-40)
Komplexbehandlung (Palliativm.) (» ZE60, ZE145)
Komplexbehandlung (Palliativmed.) (»ZE2018-133, ZE2018-134)
Koronarstent (» ZE101, ZE132, ZE2018-107)
Kovaltry® (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Kranioplastik (»ZE2018-04)
Kunstherz (»ZE2018-02)
Kybernin® (» ZE47)
Kyprolis® (» NUB134a)

L

Laronidase (» ZE2018-66)
Lasertherapie (»NUB10i)
L-Asparaginase (» ZE2018-127)
Latruvo® (» NUB157)
LDL-Apherese (» ZE61)
Leberdialyse (»ZE2018-10)
Leberersatztherapie (»ZE2018-10)
Leberperfusion (»ZE2018-117)
Leberretransplantation (»ZE2018-17)
Lemtrada® (» NUB150)

Lenalidomid (» ZE2018-77)
Lenograstim (» ZE42)
Lenvatinib (» NUB155)
Lenvima® (» NUB155)
Leukozytenkonzentrat (»ZE2018-34)
Linear IAB® (»ZE2018-22)
Lipegfilgrastim (» ZE160)
Lonquex® (» ZE160)
LTX (»ZE2018-17)
Luna AES® (»NUB71)
Lungencoil (»ZE2018-136)
Lungenventil (» ZE100)
Lungenvolumenreduktion (»ZE2018-136)
Lutetium-177 (NUB130)
LVRC (»ZE2018-136)
Lymphoglobulin® (» ZE2018-46)
Lymphozyten (»ZE2018-99)

M

MabThera® (» s.c. ZE2018-103, i.v. ZE2018-151)
Macitentan (» NUB112)
Magec® (NUB95)
Magnetic-Expansion-Control-System (NUB95)
MARS-Treatment-Kit® (»ZE2018-10)
Medikamentenpumpe (» ZE09, ZE56, ZE2018-07)
Medina Embolization Device® (»NUB71)
Mega IAB® (»ZE2018-22)
Mekinist® (» NUB137)
Mepact® (» ZE2018-101)
Metajodobenzylguanidin (» ZE2018-57)
Metallspirale (» ZE105, ZE106, ZE2018-136)
Micafungin (» ZE128)
Micra® (NUB152)
Mifamurtid (» ZE2018-101)
Mikroaxial-Blutpumpe (»ZE2018-62)
Mikrodrahtretriever (»ZE133)
Mitralklappenanuloplastik (NUB125)
Mitralklappenanulorrhaphie (»NUB76)
Mitralklappenrekonstruktion (NUB96)
Modulare Endoprothese (»ZE2018-25)
Monitoring (MRD) (»ZE2018-115, ZE2018-116)
Mononine® (» ZE2018-97g/ZE2018-139g)
Motilitätsstörungen (kardial) (NUB123)
Mozobil® (» ZE143)
MRD (»ZE2018-115, ZE2018-116)
Mycamine® (» ZE128)
Myerlan® (» ZE2018-150)
Mymicyas® (» ZE2018-123)
Myocet® (» ZE52)

N

Nab-Paclitaxel (» ZE2018-111)
Naglazyme® (» ZE2018-66)
Natalizumab (» ZE97)
Naturheilkundliche KBH (»ZE2018-40)
Nelarabin (» ZE2018-79)
NeoChord Artif. Chord. Delivery System® (NUB96)
Neotaxan® (» ZE63)
Nester® (»ZE106)
Netzhautprothese (»NUB91)
Neulasta® (» ZE71)
Neupogen® (» ZE40)
Neuroprothese (»ZE2018-86)
Neurostimulator (»ZE138, ZE139, ZE140, ZE141, ZE158, ZE159, ZE2018-61, ZE2018-86, ZE2018-118)
NeuRx DPS RA/4® (»ZE2018-18)
Nevro Senza® (»ZE2018-61)
Nexavar® (» ZE2018-75)
Nilotinib (» NUB56)
Nitinolspiralen (»ZE2018-136)
Nivestim® (» ZE40)
Nivolumab (» NUB135)
Nivolumab BMS® (» NUB135)
Nonacog alpha (» ZE2018-97o/ZE2018-139o)
Normosang® (» ZE2018-69)
Novocart®-System (»ZE126)
NovoEight® (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)
NovoSeven® (» ZE2018-97b/ZE2018-137)
Noxafil® (oral, Susp.) (» ZE150)
Noxafil®-Inf.-Konzentrat (» NUB103)
Noxafil®-Tabl. (» ZE2018-105)
Nplate® (» ZE144)
Nuwiq® (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)

O

Obdivo® (» NUB135)
Obelisc® (» ZE11)
Obinutuzumab (» ZE2018-144)
Obizur® (» ZE2018-97e)
Octagam® (» ZE93)
Octanate® (» ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Octanine® (» ZE2018-97g/ZE2018-139g)
Octaplex® (» ZE30, ZE2018-97i)
Octocog alpha (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)
OctoNova® (»ZE2018-13)
Ofatumumab (» ZE155)
Olaratumab (» NUB157)
Oncaspar® (» ZE2018-129)
Onivyde® (» ZE19)

ZE- & NUB-Handbuch

Opgenra® (» ZE2018-64)
Opsumit® (» NUB112)
Optivate® (» ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Orencia® (» i.v. ZE151, s.c. ZE2018-106)
Osigraft® (» ZE2018-64)

P

Pacific-plus® (»ZE137)
Pacli HEXAL® (» ZE63)
Paclit® (» ZE63)
Paclitax® (» ZE63)
Paclitaxel (» ZE63)
Paclitaxel...® (» ZE63)
Pädiatrische Diagnostik (mehrdim.) (»ZE2018-152)
Palifermin (» ZE95)
Palivizumab (» ZE98)
Palliativmed. Komplexbehandlung (»ZE60, ZE145, ZE2018-133, ZE2018-134)
Panitumumab (» ZE116)
Panobinostat (» NUB154)
Parachute® (NUB123)
Partitionierungsimplantat (ventrikulär) (NUB123)
Paxene® (» ZE63)
Pazopanib (» NUB66)
pCANvas® (»NUB71)
PECLA (»ZE2018-03)
Pegfilgrastim (» ZE71)
Pembrolizumab (» NUB136)
Pemetrexed (» ZE2018-120)
Pemetrexed...® (» ZE2018-120)
Penisprothese (» ZE58, ZE2018-24)
Pentaglobin® (» ZE93)
Penumbra 400® Volumencoils (»NUB79)
Perfusion (Extremitäten) (»ZE2018-16)
Perfusion (Leber) (»ZE2018-117)
Peritonealdialyse (»ZE122, ZE123, ZE2018-08, ZE2018-72)
Pflege (Behinderung) (»ZE2018-36)
Pflegebedürftigkeit (»ZE162, ZE163)
Pflegegrad (»ZE162, ZE163)
Pflegekomplexmaßnahmen (»ZE130, ZE131)
phenox p64® (»NUB49)
Phenox-Clot-Retriever® (»ZE133)
Photopherese (» ZE37)
Pipeline ® (»NUB49)
Pixantron (» NUB151)
Pixuvri® (» NUB151)
PKMS (»ZE130, ZE131)
Plasmapherese (» ZE36)
Plerixafor (» ZE143)

Pomalidomid (» NUB98)
Posaconazol (» NUB103)
Posaconazol (oral, Susp.) (» ZE150)
Posaconazol (oral, Tabl.) (» ZE2018-105)
Potactasol® (» ZE44)
PP (» ZE36)
PPSB...® (» ZE30, ZE2018-97i)
Prä-ECMO (»ZE2018-03)
Praxbind® (» NUB140a)
pRESET® (»ZE152)
Presidio® (»NUB12f)
Presidio® (»NUB34)
PrimeAdvanced® (»ZE140, ZE141)
Privigen® (» ZE93)
Prodigy® (»ZE2018-61)
Prokonvertin (» ZE2018-97a/ZE2018-139a)
Prolastin® (» ZE2018-58)
Proleukin® (» ZE48)
Promus-Element® (» ZE101)
Prostata-Ca. (PSMA) (NUB130)
Protein C (human) (» ZE2018-97q/ZE2018-139q)
Prothrombinkomplex (FEIBA) (» ZE2018-97h/ZE2018-139h)
Prothrombinkomplex (» ZE30, ZE2018-97i)
PSMA (NUB130)
PTA (»ZE137)
PTCA (»ZE136)
PULSE®-Generator (»ZE158, ZE159)
Pulsgenerator (NUB152)
Pumpe (Aszites-) (»NUB68)
Pumpe (Blut) (»ZE2018- 02, ZE2018-62)
Pumpe (Zentrifugal- [LVAD]) (NUB159)
Pumpe (Zentrifugal- [LVAD-transapikal]) (NUB161)
Pumpe (Zentrifugal- [RVAD]) (NUB121)
Pumpe (Zentrifugal- [TandemLung®]) (NUB165)

Q

QuiremSpheres® (NUB162)

R

Radiofrequenzablation (»ZE161)
Radioimmuntherapie (»ZE2018-70)
Radionuklidtherapie (PSMA) (NUB130)
Radionuklidtherapie (SIRT) (»ZE2018-65, NUB162)
Radiorezeptorthherapie (»ZE2018-71)
Ramucirumab (» ZE2018-146)
RA-PA ECMO (NUB165)
Ratiograstim® (» ZE40)
Re-Facto® (» ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Remicade® (» ZE2018-149)
Remodulin® (» NUB94...)

Remsima® (» ZE2018-149)
Replagal® (» ZE2018-66)
RePneu Lung Volume Reduct. Coils (»ZE2018-136)
Respreeza® (» ZE2018-58)
Restore Surescan MRI® (»ZE2018-61)
RestoreADVANCED® (»ZE2018-61)
RestoreULTRA® (»ZE2018-61)
Resttumorlast (MRD) (»ZE2018-115, ZE2018-116)
Retransplantation (»ZE2018-17)
Retriever (»ZE133, ZE152)
Reveal®LINQ (»NUB35)
Reveal®XT (»NUB35)
Revestive® (» NUB144)
Revlimid® (» ZE2018-77)
Revolade® (» ZE2018-143)
Rhenium-188 (»ZE2018-65)
Ribocamtin® (» ZE44)
Ribodocel® (» ZE80)
Riboirino® (» ZE19)
Ribotax® (» ZE63)
Ribozar® (» ZE17)
Riociguat (» NUB119a)
Ristempa® (» ZE71)
Ritemvia® (» ZE2018-151)
Rituximab (» ZE2018-151)
Rituximab s.c. (» ZE2018-103)
Rixathon® (» ZE2018-151)
Riximyo® (» ZE2018-151)
Rixubis® (» ZE2018-97o/ZE2018-139o)
RoActemra® (» i.v. ZE157, s.c. ZE2018-110)
RoferonA® (» ZE2018-59)
Romiplostim (» ZE144)
Runarorn® (» ZE2018-120)
Ruxolitinib (» NUB138)

S

Sargramostim (» ZE2018-33)
Scaffold (»ZE2018-107)
Schädelimplantat (»ZE2018-04)
Schlingen-OP (»ZE153)
Schrittmacher (Zwerchfell) (»ZE2018-18)
Schwerstbehinderung (»ZE2018-36)
Secukinumab (» NUB141a)
Selexipag (» NUB158)
SELFX ENDOSCOPIC® (»ZE2018-54)
Sempera® (» ZE113)
Sensation IAB® (»ZE2018-22)
Sensation Plus® (»ZE2018-22)
SeQuent®-Please (»ZE136)

Shunt (feto-amnial) (»NUB10h)
Silk-Plus-Flow® (»NUB49)
SIR-Spheres® (»ZE2018-65)
SIRT (»ZE2018-65, NUB162)
Skoliose (NUB95)
SMART®-Coil (NUB128)
Soletra® (»ZE2018-118)
Soliris® (» ZE154)
Solitaire® (»ZE152)
Solymbic® (» ZE2018-148)
Somatostatinanaloge (DOTA) (»ZE2018-71)
Sorafenib (» ZE2018-75)
Spange (»NUB76)
Spender-Immunzellen (NUB122)
Spreizer (interspinös) (»ZE125)
Sprycel® (» ZE2018-91)
Stammzellboost (»ZE2018-44)
Stammzellen (Fremdbezug) (»ZE2018-35)
Stammzelltransplantation (NUB122)
Stangen (NUB95)
StatLock IAB® (»ZE2018-22)
Stayveer® (» ZE2018-56)
Stelara® (» NUB114a)
Stent (bioaktiv) (»NUB43)
Stent (koronar) (» ZE101, ZE132, ZE2018-107)
Stentgraft-Prothese (Aorta) (»ZE2018-53)
Stent-Prothese (Aorta) (»ZE2018-67, NUB126)
Stent-Prothese (Reparatur) (NUB164)
Stentretreiver (»ZE152)
Streamline® (»NUB49)
Streptama-Verfahren (NUB122)
Subcuvia® (» ZE93)
Sunitinib (» ZE2018-74)
Superion® (»ZE125)
Suspensions-OP (»ZE134)
Sutent® (» ZE2018-74)
Synagis® (» ZE98)
Synchro-Med®II-Pumpe (» ZE09)
Synergy® (»ZE140, ZE141)

T

Tafinlar® (» NUB99a)
Talent ® (»ZE2018-67)
TandemHeart® (LVAD) (NUB159)
TandemHeart® (LVAD-transapikal) (NUB161)
TandemHeart® (RVAD) (NUB121)
TandemLung® (NUB165)
Tansnura® (» ZE2018-56)
Target-Coil® (»NUB34)
Tasigna® (» NUB56)
Taxceus® (» ZE80)

Taxespira® (» ZE80)
Taxodoce® (» ZE80)
Taxol® (» ZE63)
Taxomedac® (» ZE63)
Taxotan® (» ZE80)
Taxotere® (» ZE80)
Taxus® (» ZE101)
Teduglutid (» NUB144)
Temodal i.v. (» NUB60)
Temodal® (» oral ZE78, i.v.: NUB60)
Temomedac®, (» ZE78)
Temotres® (» ZE78)
Temozo-cell® (» ZE78)
Temozolomid (» NUB60)
Temozolomid (» oral ZE78, i.v.: NUB60)
Temozolomid...® (» ZE78)
Temsirolimus (» ZE2018-85)
Tepadina® (» ZE2018-132)
Tevagrastim® (» ZE40)
Therasorb Ig-Flex Absorber-Kit® (»ZE2018-13)
Thiotepa (» ZE2018-132)
Thrombozytenkonzentrat (»ZE108, ZE146, ZE147, ZE164, ZE165)
Thymoglobuline® (» ZE2018-46)
TK (»ZE108, ZE146, ZE147, ZE164, ZE165)
Tocilizumab (» i.v. ZE157, s.c. ZE2018-110)
Tolnixa® (» ZE80)
Topotecan (» ZE44)
Topotecan ...® (» ZE44)
Torisel® (» ZE2018-85)
Tornado® (»ZE106)
TPS (NUB152)
Trabectedin (» ZE117)
Trachea (Ballonverschluss) (»NUB10j)
Tracleer® (» ZE2018-56)
Trametinib (» NUB137)
Transplantation (Re-) (»ZE2018-17)
Trastuzumab (» i.v. ZE149, s.c. ZE2018-104)
Trepostinil (» NUB94...)
Trevo® (»ZE152)
Trisenox® (» NUB40a)
Truxella® (» ZE2018-151)
Tumorlast (MRD) (»ZE2018-115, ZE2018-116)
Turixma® (» ZE2018-151)
Tysabri® (» ZE97)

U

Ultraflex Covered-Stent® (»ZE2018-54)
Unituxin® (» NUB160)
Uptravi® (» NUB158)
Ustekinumab (» NUB114a)

V

Vagusstimulator (»ZE158, ZE159)
Valiant® (»ZE2018-67)
Varitect® (» ZE67)
Variz.-Zoster.-Immunglobulin (» ZE67)
Vascutec Thorflex Hybrid® (»ZE2018-50)
Vectibix® (» ZE116)
Velcade® (» ZE2018-147)
Vemurafenib (» NUB85)
Venbig® (» ZE51)
Ventricular Assist System® (»ZE2018-02)
VFEND® (» ZE2018-124, ZE2018-125)
Vidaza® (» ZE124)
Vinflunin (» ZE135)
Vivaglobin® (» ZE93)
Volibris® (» ZE2018-84)
Volumencoil (»NUB79)
Voncento® (» ZE2018-97c1/ZE2018-139c1)
Von-Willebrand-Faktor (» ZE2018-97c1/ZE2018-139c1)
Voriconazol (» ZE2018-124, ZE2018-125)
Voriconazol...® (» ZE2018-124, ZE2018-125)
Votrient® (» NUB66)
Votubia® (» NUB52f)
vWF (» ZE2018-97c1/ZE2018-139c1)
VZV-Immunglobulin (» ZE67)
Wachstumsstent (»ZE132)
Wallflex Duodenal Stent® (»ZE2018-54)
Wallstent® (»ZE2018-54)
Web® (»NUB71)
Wilate® (» ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Willfact® (» ZE2018-97c1/ZE2018-139c1)
Wirbelkörperersatz (» ZE11)

X

Xalkori® (» NUB106)
XienceV® (» ZE101)
X-Stop® (»ZE125)
Xtandi® (» ZE2018-141)

Y

Y90-Therasphere® (»ZE2018-65)

Yervoy® (» ZE2018-126)

Yondelis® (» ZE117)

Yttrium-90 (»ZE2018-65)

Z

Zaltrap® (» ZE2018-142)

Zarzio® (» ZE40)

Zelboraf® (» NUB85)

Zellapherese (»ZE2018-15)

Zenith Endovascular Graft® (»ZE2018-53)

Zenith® (NUB126)

Zentrifugalpumpe (LVAD) (NUB159)

Zentrifugalpumpe (LVAD-transapikal) (NUB161)

Zentrifugalpumpe (RVAD) (NUB121)

Zentrifugalpumpe (TandemLung®) (NUB165)

Zephyr®-Endobronchialventil (» ZE100)

Zevalin® (» ZE2018-70)

Zügel-OP (»ZE134, ZE153)

Zwerchfellschrittmacher (»ZE2018-18)

Zydelig® (» NUB111a)

Zytiga® (» ZE2018-112)

Zytomeg.-Immunglobulin (» ZE64)



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1715760 NUB 10h (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1715760
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	29.10.2016 21:28
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Thomas
Name	Lück
Abteilung	ka
Straße	Sigmund-Freud-Straße 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715915
Telefax	
E-Mail	Thomas.Lueck@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Kooperationspartner: Uniklinik Bonn
Benennung	Minimal-invasive Fetalchirurgie Drainagetherapie der Blase und von fetalen Pleuraergüssen (Hydrothorax)
Alternative Bezeichnung	
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1605237
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	nicht bekannt
Handelsname	1.) Harrison Fetal Bladder Stent Set, Cook Ireland, Limerick, Irland; 2.) Intra-Uterine Shunt, Somatex Medical, Teltow, Deutschland
CE-Kennzeichnung	1.) CE 0088; 2.) CE 0482
Beschreibung	Minimal-invasive Fetalchirurgie - Drainagetherapie Minimal-invasive Therapie wegen kompletter Harnabflußverlegung durch posteriore Harnröhrenklappen bei männlichen Feten. Bei einem vorgeburtlichen Verschluss der fetalen Harnröhre bei männlichen Ungeborenen mit posterioren Urethra Klappen, können beide Nieren durch den

Feld	Wert
	chronischen Aufstau von Urin so stark geschädigt werden, dass sie bis zur Geburt zerstört werden oder in den ersten Lebenswochen oder Jahren ihre Funktion verlieren. Da bei einer kompletten Verlegung des Urinabflusses die Fruchtwassermenge stark abnimmt, wird zusätzlich das Lungenwachstum betroffener Ungeborener behindert. Bis zum Zeitpunkt der Geburt ist in schwersten Fällen daher nicht nur die Nierenfunktion sondern auch die Lungenfunktion verloren gegangen. Durch serielle fetale Ultraschalluntersuchungen in Kombination mit wiederholter Bestimmung der fetalen Urinzusammensetzung, werden - in enger Zusammenarbeit mit Kindernierenspezialisten - diejenigen Ungeborenen erkannt, bei denen eine perkutane Ultraschall-gesteuerte Drainagetherapie der Blase mit dem Ziel der dauerhaften vorgeburtlichen Urinableitung (vesikoamniotischer Shunt) noch Aussicht auf Erfolg versprechen könnte. Dieser Eingriff wird ab der 14. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Wegen regelmäßig auftretender Verstopfung oder Dislokation ist meistens eine wiederholte Drainageeinlage erforderlich. Minimal invasive Therapie bei ausgedehnten einseitigen und beidseitigen Pleuraergüsse (Hydrothoraces) des Feten. Wohl in Folge von lokalen Lymphabflußstörungen können Feten in der Regel am der 18. SSW ausgedehnte Pleuraergüsse (Hydrothoraces) einseitig oder beidseitig entwickeln. Diese führen einerseits zur Kompression der Lungen in dieser für die Lungen entscheidenden Entwicklungsphase, was bei Nichtbehandlung nach Geburt in einer zumeist tödlichen Lungenhypoplasie mündet. Viele Kinder versterben allerdings auch bereits intrauterin, da aufgrund des enorm erhöhten Druckes im Thoraxraum der Lymphabfluss, der Venenzufluss zum Herzen und schließlich die Herzfunktion beeinträchtigt werden und in der Folge die Feten zunächst einen generalisierten Hydrops fetalis, Hydrops placentae und schwere Polyhydramnie entwickeln und in der letzten Phase der Erkrankung aufgrund der kardialen Funktionseinschränkung auch einen low cardiac output failure, der dann in Hypoxie und Tod des Feten mündet. Die Drainagen werden einseitig, häufiger aber beidseits gelegt. Wenn sie nicht mehr fördern oder dislozieren, ist in der Regel die erneute Einlage einer Drainage erforderlich.
Indikation	siehe bitte 1.3: Ungeborene mit posterioren Urethralklappen und mit ein- oder beidseitigen Pleuraergüssen (Hydrothoraces).
Ablösung / Ergänzung	Blase: Bislang außer vorzeitiger Entbindung keine Alternative. Eine vorzeitige Entbindung ist aber erst ab etwa der 30. Schwangerschaftswoche mit geringem Risiko für das Kind denkbar. Bis dahin sind allerdings durch posteriore Klappen irreversible, letale Schäden aufgetreten. Hydrothorax: Eine Behandlungsmöglichkeit wäre die vorzeitige Entbindung, die aber bei der Mehrzahl der Feten aufgrund der extremen Unreife und der schweren Gesundheitsbeeinträchtigung keine Alternative darstellt, da sie zum Tode des Kindes führt. Alternativ können seriell ultraschallgesteuerte Punktionen der Pleuraergüsse erfolgen. Da die hierbei entnommenen Mengen (zwischen 20 und 80 ml) aber aufgrund des gestörten Lymphabfluss innerhalb weniger Stunden wieder nachlaufen, in die serielle Pleurapunktion ebenfalls keine effiziente Therapiemaßnahme.
Was ist neu?	Bis auf die fetoskopische Lasertherapie bei Zwillingstransfusionssyndrom handelt es sich bei dem Gebiet der minimal-invasiven Fetalchirurgie grundsätzlich um neue experimentelle Behandlungsverfahren.
Verweildauer	Im Rahmen der Durchführung fetalchirurgischer Maßnahmen ist zunächst für die Schwangere, aber auch später nach der Geburt für das Kind ein stationärer Aufenthalt in der Klinik verbunden. Ohne die Durchführung des vorgeburtlichen Eingriffs wäre bei posterioren Urethralklappen ein Krankenhausaufenthalt der Schwangeren nicht von Nöten. Erfolgt keine fetalchirurgische Maßnahme muss in Kauf genommen werden, dass die betroffenen Ungeborenen fast ausnahmslos versterben.
Methode in Deutschland	Sporadisch wird die Drainagetherapie in verschiedenen pränatalmedizinischen Zentren schon seit Jahren in Deutschland durchgeführt. Dennoch ist das Verfahren nicht etabliert.
Medikament zugelassen	-
Methode im Krankenhaus	Ab Juli 2002

Feld	Wert
Methode in Krankenhäusern	Von den unter 1.3 aufgeführten Krankheitsbildern wird die Methode an den verschiedenen pränatalmedizinischen Zentren der Universitätskliniken in Deutschland sporadisch verwendet.
Patienten letztes Jahr	36
Patienten dieses Jahr	28
Patienten Zukunft	30
Mehrkosten	Durch den Eingriff, der wegen Drainageverstopfung oder Dislokation in der Regel mindestens zwei bis dreimal über den Schwangerschaftsverlauf durchgeführt werden muss entstehen, je nach Erkrankung, Mehrkosten in Höhe von bis zu 4.000,- Euro. je Eingriff: Sachkosten 1.265 € Personalkosten 272 €
nicht im G-DRG-System abgebildet	ICD-Codes: O35.8 Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) sonstige Anomalie oder Schädigung des Feten O36.2 Betreuung der Mutter wegen Hydrops fetalis OPS: 5-754.10 können im G-DRG System 2017 folgende DRG ansteuern O05C oder O05B Alle DRGs sind medizinisch inhaltlich nicht mit den o.g. fetalchirurgischen Leistungen zu vergleichen. Eine einfache Erweiterung dieser DRGs auf die o.g. fetalchirurgischen Leistungen verbietet sich aber auch daher, weil die derzeitige Vergütung für die aufwändigen fetalchirurgischen Leistungen nicht im entferntesten kostendeckend ist. Um die Leistungen im DRG-System 2017 abbilden zu können, beantragen wir die erneute Anerkennung der o.g. Methoden nach § 6 Absatz 2 KHEntgG als sog. NUB. Für 2012-2016 wurde bereits ein NUB-Antrag gestellt, der Status 1 erhielt.
Prozeduren - Beschreibung	5-754.10 5-754.3
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	O05B O05C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-754.10 5-754.3



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1715761 NUB 10i (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1715761
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	29.10.2016 21:20
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Thomas
Name	Lück
Abteilung	ka
Straße	Sigmund-Freud-Straße 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715915
Telefax	
E-Mail	Thomas.Lueck@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Kooperationspartner: Uniklinik Bonn
Benennung	Minimalinvasive Fetalchirurgie - Verschluss der Nabelschnur, von intrafetalen Gefäßen beim "Parasitenzwilling" oder von Tumorgefäßen beim Steißbeinteratom (Radiofrequenz-Ablation)
Alternative Bezeichnung	
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1605238
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	nicht bekannt
Handelsname	Übliche fetalchirurgische Medizinprodukte (Nadel, Führungsdraht, Schleuse, Trokar mit diversen Optiken, Laserfaser, bipolare Zange)
CE-Kennzeichnung	nicht bekannt
Beschreibung	Perkutane Ultraschall-gesteuerte Radiofrequenzablation bei Ungeborenen Diskordante Zwillingsschwangerschaften Bei Vorliegen einer eineiigen Zwillingsschwangerschaft teilen sich beide Ungeborene häufig einen Mutterkuchen. In seltenen Fällen kann einer der

Feld	Wert
	Zwillinge an einer schon vorgeburtlich tödlichen Fehlbildung eines Organs erkrankt sein ("Diskordante monochoriale Gemini"). Verstirbt er, besteht auch für den gesunden Zwilling ein hohes Risiko zu versterben oder eine Hirnschädigung zu erfahren, da es über den gemeinsamen Mutterkuchen zu Blutverschiebungen zwischen den beiden Feten kommen kann. In einer solchen Situation kann die Nabelschnur des infaust erkrankten Feten mittels einer perkutanen Ultraschall-gesteuerten Radiofrequenzablation verschlossen werden, so dass das Risiko von Blutverschiebungen zwischen den beiden Feten minimiert werden kann. Dieser Eingriff wird zwischen der 20. bis 32. Woche durchgeführt. "Parasitenzwilling" Acranius acardius Bei eineiigen Zwillingsschwangerschaften mit nur einem Mutterkuchen kommt es in sehr seltenen Fällen in der frühesten Entwicklung zu einer Blutflußumkehr in der Nabelschnur eines der Ungeborenen. Hierdurch kommt es zu einer schwersten, nicht überlebenden Fehlentwicklung aller Organsysteme inklusive seines Herzens. In dieser Situation wird der Kreislauf des fehlgebildeten Ungeborenen durch das normal entwickelte Ungeborene aufrechterhalten. In bis zu der Hälfte der Fälle kommt es hierbei zur Überlastung des Kreislaufs, so dass auch für das normal entwickelte Ungeborene ein hohes Risiko besteht, schon vor der Geburt zu versterben. In einer solchen Situation kann jederzeit die Nabelschnur des fehlentwickelten Ungeborenen mittels einer perkutanen Ultraschall-gesteuerten Radiofrequenzablation, wie bei diskordanten Zwillingsschwangerschaften, verschlossen werden, so dass das normal entwickelte Ungeborene überleben kann. Verschluss von Tumorgefäßen bei fetalem Herzversagen durch Steißbeinteratom Bei Steißbeinteratomen handelt es sich um Fehlbildungstumore im Bereich des fetalen unteren Rückens, welche bis in das Becken des Ungeborenen vorwachsen können. Eine Untergruppe dieser Tumoren wird so stark durchblutet, dass hierdurch ein schweres fetales Herzversagen bis hin zum Versterben des Ungeborenen auftreten kann. In einer solchen Situation kann minimal - invasiv eine Verminderung der Tumordurchblutung und eine Verbesserung der Kreislauftsituation mittels der perkutanen Ultraschall-gesteuerten Radiofrequenzablation erreicht werden. Der Eingriff ist prinzipiell der gleiche, wie bei diskordanten Zwillingsschwangerschaften und wird zwischen der 20. bis 32. Woche durchgeführt.
Indikation	siehe bitte 1.3: Diskordante Zwillingsschwangerschaften, fetale Steißbeinteratome und Parasiten-Zwilling (Acranius Acardius)
Ablösung / Ergänzung	Die fetoskopische Nabelschnurligatur.
Was ist neu?	Bei der perkutanen Ultraschall-gesteuerten Radiofrequenzablation bei Ungeborenen handelt es sich um ein neues Behandlungsverfahren, das bislang nur an der Universitätsklinik in Bonn durchgeführt wird.
Verweildauer	Im Rahmen der Durchführung fetalchirurgischer Maßnahmen ist zunächst für die Schwangere, aber auch später nach der Geburt für das Kind ein stationärer Aufenthalt in der Klinik verbunden. Ohne die Durchführung des vorgeburtlichen Eingriffs wäre bei den meisten Indikationen ein Krankenhausaufenthalt der Schwangeren nicht, oder nur von kürzerer Dauer von Nöten. Erfolgt keine Radiofrequenzablation oder Nabelschnurligatur muss in Kauf genommen werden, dass dann die überwiegende Mehrzahl von Ungeborenen mit diesen lebensbedrohlichen Erkrankungen versterben würden. Durch fetalchirurgische Maßnahmen ist es möglich, etwa 70% der so behandelten Ungeborenen das Leben zu retten. In den meisten Fällen ist mit einer normalen Lebensqualität zu rechnen.
Methode in Deutschland	Ab Januar 2003 in der Universitätsklinik Bonn (Abt. für Geburtshilfe und Pränatalmedizin, Direktor Hr. Prof. Dr. Ulrich Gembruch).
Medikament zugelassen	-
Methode im Krankenhaus	Ab Januar 2003
Methode in Krankenhäusern	Die perkutane Ultraschall-gesteuerte Radiofrequenzablation wird unseres Wissens nach in Deutschland nur am Universitätsklinikum Bonn durchgeführt.
Patienten letztes Jahr	0

Feld	Wert
Patienten dieses Jahr	1
Patienten Zukunft	4
Mehrkosten	Durch die OP entstehende Mehrkosten sind: Sachkosten 1.788 € Personalkosten 54 €
nicht im G-DRG-System abgebildet	ICD-Codes: O35.8 Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) sonstige Anomalie oder Schädigung des Feten O36.2 Betreuung der Mutter wegen Hydrops fetalis OPS: 5-754.6 "Hochfrequenzablation von Tumorgefäßen und / oder Plazentagefäßen" können im G-DRG System 2017 folgende DRG ansteuern O05B oder O65C Beide DRGs sind medizinisch inhaltlich nicht mit den o.g. fetalchirurgischen Leistungen zu vergleichen. Eine einfache Erweiterung dieser DRGs auf die o.g. fetalchirurgischen Leistungen verbietet sich aber auch daher, weil die derzeitige Vergütung für die aufwändigen fetalchirurgischen Leistungen nicht im entferntesten kostendeckend ist. Um die Leistungen im DRG-System 2017 abbilden zu können, beantragen wir die erneute Anerkennung der o.g. Methoden nach § 6 Absatz 2 KHEntgG als sog. NUB. Für 2012 bis 2016 wurde bereits ein NUB-Antrag gestellt, der Status 1 erhielt.
Prozeduren - Beschreibung	5-754.6
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	O05B O65C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-754.6



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1715754 NUB 10j (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1715754
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	29.10.2016 20:55
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Thomas
Name	Lück
Abteilung	ka
Straße	Sigmund-Freud-Straße 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715915
Telefax	
E-Mail	Thomas.Lueck@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Kooperationspartner: Uniklinik Bonn
Benennung	Minimal-invasive Fetalchirurgie Ballon
Alternative Bezeichnung	Perkutaner fetoskopischer Tracheal-Ballonverschluss bei Ungeborenen mit lebensbedrohlicher Lungenunterentwicklung durch vorzeitigen Blasensprung und Ahydramnion vor der 20. Schwangerschaftswoche und bei Ungeborenen mit lebensbedrohlicher Zwerchfellhernie
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1605235
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	nicht bekannt
Handelsname	Goldbal 2, Balt extrusion, Montmorency, Frankreich
CE-Kennzeichnung	CE0459
Beschreibung	Minimalinvasive Fetalchirurgie Ballon (nach vorzeitigem Blasensprung und Ahydramnion vor der 20. Schwangerschaftswoche) Durch ein vorzeitiges Platzen der Fruchtblase (vorzeitiger Blasensprung) vor der 20. Schwangerschaftswoche kommt es durch das Fehlen von Fruchtwasser (Ahydramnion) in der Mehrheit betroffener Schwangerschaften

Feld	Wert
	zu einer schweren Unterentwicklung der fetalen Lunge (Lungenhypoplasie), die nach der Geburt lebensbedrohlich für das Neugeborene ist. Aus diesem tragischen Grund wird bei dieser Diagnose meistens ein Abbruch der Schwangerschaft durchgeführt, obwohl die Ungeborenen ansonsten völlig gesund sind. Von dieser Komplikation sind pro Jahr mehrere Hundert Schwangerschaften in ganz Deutschland betroffen. Wenn betroffene Schwangere sich in dieser Situation zu einer Weiterführung der Schwangerschaft entscheiden und keine Infektion auftritt, kann ab der 26./27. Schwangerschaftswoche die Lungengröße sonographisch und kernspintomographisch untersucht werden. Bei Ungeborenen mit extrem kleinen Lungen können wir minimal-invasiv durch ein nur wenige Millimeter messendes Röhrchen die Luftröhre des Ungeborenen für ein bis zwei Wochen verschliessen. Wie bei der Anwendung des Verfahrens bei Ungeborenen mit Zwerchfellhernie kann, durch dieses Verfahren noch ein lebensrettendes Aufholwachstum der Lungen erreicht werden. Dieses Verfahren wurde von unserer Arbeitsgruppe tierexperimentell entwickelt und am 28. August 2006 bei uns auch weltweit erstmalig klinisch eingeführt. Publikation: Kohl T et al. Temporary fetoscopic tracheal balloon occlusion enhanced by hyperoncotic distension: Is there a role in the treatment of fetal pulmonary hypoplasia from early preterm premature rupture of membranes? Fetal Diagn Ther 2007;22(6):462-465 Minimalinvasive Fetalchirurgie Ballon (bei Zwerchfellhernie) Eine Zwerchfellhernie wird nach der Geburt bei einem von 2500 Kindern beobachtet. In etwa der Hälfte der Fälle tritt sie isoliert, das heißt ohne weitere Fehlbildungen auf. Durch den fehlenden Verschluss des Zwerchfells sind Bauch und Brusthöhle nicht voneinander getrennt, so dass die Verlagerung von Bauchorganen, wie Magen, Milz und Darm, in die fetale Brusthöhle begünstigt wird. In Abhängigkeit vom Volumen der vorgefallenen Organe, werden die Lungen des Ungeborenen in ihrer Entwicklung mehr oder weniger schwer beeinträchtigt. Für die Mehrzahl der Ungeborenen ist die Erkrankung lebensbedrohlich, da die Lungen nach der Geburt zu klein sind, um Sauerstoff aufzunehmen und Kohlendioxid abzugeben. Diese schwerst betroffenen Ungeborenen lassen sich heutzutage bei guter Bildqualität recht zuverlässig durch eine gezielte Ultraschalluntersuchung (Lung-to-head Ratio 0.9 und intrathorakal mit herniierter Leberanteil) bestimmen. Um das Leben schwerst erkrankter Ungeborener mit isolierten Zwerchfellhernien zu retten, werden seit fast zwanzig Jahren vorgeburtliche Behandlungsmethoden entwickelt. Die aktuellste Methode erfordert den zeitweisen Verschluss der Luftröhre des Ungeborenen durch ein nur wenige Millimeter messendes Operationsendoskop. Dieses Verfahren wurde von unserer Arbeitsgruppe tierexperimentell mitentwickelt und am 10. Februar 2003 klinisch eingeführt.
Indikation	siehe bitte auch Punkt 1.3: Ungeborene mit lebensbedrohlicher Lungenunterentwicklung nach vorzeitigem Blasensprung vor der 20. Schwangerschaftswoche und Ungeborene mit lebensbedrohlichen Zwerchfellhernien, welche sich heutzutage mit immer größerer Zuverlässigkeit durch vorgeburtliche sonographische und kernspintomographische Untersuchungen identifizieren lassen.
Ablösung / Ergänzung	Bislang keine echte Alternative. Der Versuch das Fruchtwasser wieder aufzufüllen ist in der Mehrzahl der Fälle erfolglos, da das Wasser durch den Defekt im Fruchtsack wieder abläuft.
Was ist neu?	Es handelt sich bei der fetoskopischen Tracheal-Ballon-Therapie grundsätzlich um ein neues Behandlungsverfahren. (siehe bitte Punkt 1.3). Die Methode wird zur Zeit international nur noch von der Eurofetus Gruppe in Leuven unter Leitung von Herrn Professor Jan Deprest durchgeführt und wissenschaftlich untersucht. Die am Universitätsklinikum Bonn in einer kleinen Serie schwerstkranker Ungeborener erzielten Behandlungsergebnisse gehören weltweit zu den besten. Literaturhinweis: Kohl T et al. Temporary fetoscopic tracheal balloon occlusion enhanced by hyperoncotic distension: Is there a role in the treatment of fetal pulmonary hypoplasia from early preterm premature rupture of membranes? Fetal Diagn Ther 2007;22(6):462-465. Kohl et al. Encouraging early clinical experience with deliberately delayed fetoscopic tracheal occlusion for the prenatal treatment of life-threatening right and left congenital diaphragmatic hernias. Fetal Diagn Ther 2006;21:314-318.
Verweildauer	Im Rahmen der Durchführung fetalchirurgischer Maßnahmen ist zunächst für die Schwangere, aber auch später nach der Geburt für das Kind ein stationärer Aufenthalt in der Klinik verbunden. Ohne die Durchführung des vorgeburtlichen Eingriffs wird bei dieser

Feld	Wert
	Indikation die Schwangerschaft meistens abgebrochen. Bei überlebenden Kindern ist mit einer annähernd normalen Lebensqualität zu rechnen.
Methode in Deutschland	Ab 2006 in der Universitätsklinik Bonn (Abt. für Geburtshilfe und Pränatalmedizin, Direktor Hr. Prof. Dr. Ulrich Gembruch).
Medikament zugelassen	-
Methode im Krankenhaus	Ab Februar 2006
Methode in Krankenhäusern	Von dem unter 1.3 aufgeführten Krankheitsbild werden minimal-invasive Eingriffe nahezu ausnahmslos am Universitätsklinikum Bonn durchgeführt.
Patienten letztes Jahr	11
Patienten dieses Jahr	12
Patienten Zukunft	12
Mehrkosten	Durch die OP entstehende Mehrkosten: a) Implantationen Sachkosten 927 € Personalkosten 254 € b) Explantationen: Sachkosten 330 € Personalkosten 290 €
nicht im G-DRG-System abgebildet	ICD-Codes: O35.8 Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) sonstige Anomalie oder Schädigung des Feten OPS: 5-755.0 "Fetoskopisch temporärer Verschluss der Luftröhre durch Latexballon" 5-755.1 " Fetoskopische Entfernung eines Latexballons" können im G-DRG System 2016 folgende DRG ansteuern O05A oder O65C Beide DRGs sind medizinisch inhaltlich nicht mit den o.g. fetalchirurgischen Leistungen zu vergleichen. Eine einfache Erweiterung dieser DRGs auf die o.g. fetalchirurgischen Leistungen verbietet sich aber auch daher, weil die derzeitige Vergütung für die aufwändigen fetalchirurgischen Leistungen nicht im entferntesten kostendeckend ist. Um die Leistungen im DRG-System 2016 abbilden zu können, beantragen wir die erneute Anerkennung der o.g. Methoden nach § 6 Absatz 2 KHEntgG als sog. NUB. Für 2012-2016 wurde bereits ein NUB-Antrag gestellt, der Status 1 erhielt.
Prozeduren - Beschreibung	5-755.0 5-755.1
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	O65C O05A
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-755.0 5-755.1



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1715762 NUB 10f (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1715762
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	29.10.2016 21:15
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Thomas
Name	Lück
Abteilung	ka
Straße	Sigmund-Freud-Straße 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715915
Telefax	
E-Mail	Thomas.Lueck@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Kooperationspartner: Uniklinik Bonn
Benennung	Minimal-invasive Fetalchirurgie Herzkatheter
Alternative Bezeichnung	Minimal-invasive fetoskopische Therapie von: Hochgradigen Verengungen der fetalen Semilumarklappen.
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1605239
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	nicht bekannt
Handelsname	Emerge-Ballons der Firma Boston Scientific, Trek Ballons (mini-Trek) der Firma Abbot, Quantum Maverick der Firma Boston Scientific, STENTS Coroflex blue neo von Braun
CE-Kennzeichnung	Alle genannten Medizinprodukte sind CE-Zertifiziert. Die CE-Nummer ist nicht bekannt.
Beschreibung	Durch diese vorgeburtlich bei knapp 10% aller Feten mit Herzfehlern beobachteten Erkrankungen kann eine ausgeprägte Minderentwicklung der betroffenen Herzhälfte mit beträchtlichen Folgeschäden an der linken oder rechten Hauptkammer sowie der Herzklappe zwischen der jeweiligen Vorkammer und Hauptkammer verursacht werden. Bei normaler Weiterführung der Schwangerschaft ist damit zu rechnen, dass die Funktion

Feld	Wert
	der jeweiligen Herzkammer noch vor der Geburt ganz verloren geht. In diesem Fall kämen nachgeburtlich am ehesten solche Operationsverfahren zur Anwendung, die zum Ziel hätte, einen Kreislauf aufzubauen, der nur von einer Herzkammer unterhalten werden müsste (sogenannter Ein-Kammer Kreislauf). Hierdurch wird die nachgeburtliche Prognose zum Teil erheblich eingeschränkt. Obwohl erwartet werden kann, dass mit dem Ein-Kammer Kreislauf ein Überleben bis ins Erwachsenenalter erreicht werden kann, erscheint eine annähernd normale Lebenserwartung nach derzeitigem wissenschaftlichen Kenntnisstand sehr unwahrscheinlich. Bei beiden Erkrankungen besteht zwischen der 22. und 32. Schwangerschaftswoche die Möglichkeit die betroffene Herzklappe vorgeburtlich mittels eines fetoskopischen und Ultraschall-gesteuerten Verfahrens zu eröffnen. Wird dieses Ziel erreicht, ist mit einer deutlich besseren Prognose für die Lebensqualität, das Langzeitüberleben sowie mit einer deutlichen Erleichterung für die Durchführbarkeit nachgeburtlicher Behandlungsmaßnahmen zu rechnen. Minimal-invasive Therapie von: Hochgradige Verengungen des Foramen ovale beim Feten. Beim hypoplastischen Linksherzsyndrom und der Transposition der großen Gefäße kann zusätzlich eine hochgradige Verengung oder ein kompletter Verschluss der vorgeburtlich normalerweise vorhandenen Kreislaufverbindung zwischen den beiden Vorkammern des fetalen Herzens ("Foramen ovale") vorliegen. Dieses Problem stellt einen bedeutenden Risikofaktor für die nachgeburtliche Kreislaufumstellung dar. Daneben kommt es beim hypoplastischen Linksherzsyndrom und restriktivem Foramen ovale durch den Aufstau des Lungenvenenbluts über den Verlauf der Schwangerschaft zu einer zusätzlichen schweren Schädigung der Lungenstrombahn mit deutlicher Zunahme der nachgeburtlichen Operationsterblichkeit. Bei beiden Erkrankungen besteht zwischen der 22. und 36. Schwangerschaftswoche die Möglichkeit das Foramen ovale mittels eines fetoskopisch und Ultraschall-gesteuerten Verfahrens vorgeburtlich zu eröffnen. Wird dieses Ziel erreicht, ist mit einer deutlich besseren Prognose für die nachgeburtliche Kreislaufanpassung, das Überleben sowie einer deutlichen Erleichterung für die Durchführbarkeit nachgeburtlicher Behandlungsmaßnahmen zu rechnen.
Indikation	siehe bitte 1.3: Hochgradige Verengungen der fetalen Semilumarklappen und des Foramen ovale beim Feten.
Ablösung / Ergänzung	Bislang außer vorzeitiger Entbindung keine Alternative. Eine vorzeitige Entbindung ist aber erst ab etwa der 30. Schwangerschaftswoche mit geringem Risiko für das Kind denkbar. Bis dahin sind allerdings irreversible Schäden aufgetreten.
Was ist neu?	Bei den unter 1.3 beschriebenen perkutanen Fetoskopie und Ultraschall-gesteuerten Interventionen am fetalen Herzen handelt es sich um vollständig neue Behandlungsverfahren. Diese werden zur Zeit in Deutschland nahezu ausnahmslos an der Universitätsklinik in Bonn durchgeführt.
Verweildauer	Im Rahmen der Durchführung fetalchirurgischer Maßnahmen ist zunächst für die Schwangere, aber auch später nach der Geburt für das Kind ein stationärer Aufenthalt in der Klinik verbunden. Ohne die Durchführung des vorgeburtlichen Eingriffs wäre bei den meisten Indikationen ein Krankenhausaufenthalt der Schwangeren nicht, oder nur von kürzerer Dauer von Nöten. Erfolgt keine fetalchirurgische Maßnahme muss in Kauf genommen werden, dass dann die überwiegende Mehrzahl von Ungeborenen, welche mit lebensbedrohlichen Herzerkrankungen als Kandidaten für die Fetalchirurgie in Frage gekommen wären, entweder versterben oder eine erheblich eingeschränkte Langzeitprognose haben.
Methode in Deutschland	Ab August 2003 in der Universitätsklinik Bonn (Abt. für Geburtshilfe und Pränatalmedizin, Direktor Hr. Prof. Dr. Ulrich Gembruch).
Medikament zugelassen	-
Methode im Krankenhaus	Ab August 2003
Methode in Krankenhäusern	Von den unter 1.3 aufgeführten Krankheitsbildern werden minimal-invasive Eingriffe nahezu ausnahmslos am Universitätsklinikum Bonn durchgeführt.
Patienten letztes Jahr	2

Feld	Wert
Patienten dieses Jahr	4
Patienten Zukunft	6
Mehrkosten	Durch die OP entstehende Mehrkosten sind: Sachkosten 3.282 € Personalkosten 992 €
nicht im G-DRG-System abgebildet	ICD-Codes: O35.8 Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) sonstige Anomalie oder Schädigung des Feten O36.2 Betreuung der Mutter wegen Hydrops fetalis OPS: 5-755.3 "vorgeburtliche Eröffnung einer Herzklappe" 5-755.4 "vorgeburtliche Eröffnung des Foramen ovale" können im G-DRG System 2017 folgende DRG ansteuern O05A oder O65C Beide DRGs sind medizinisch inhaltlich nicht mit den o.g. fetalchirurgischen Leistungen zu vergleichen. Eine einfache Erweiterung dieser DRGs auf die o.g. fetalchirurgischen Leistungen verbietet sich aber auch daher, weil die derzeitige Vergütung für die aufwändigen fetalchirurgischen Leistungen nicht im entferntesten kostendeckend ist. Um die Leistungen im DRG-System 2017 abbilden zu können, beantragen wir die erneute Anerkennung der o.g. Methoden nach § 6 Absatz 2 KHEntgG als sog. NUB. Für 2012 bis 2016 wurde bereits ein NUB-Antrag gestellt, der Status 1 erhielt.
Prozeduren - Beschreibung	5-755.3 5-755.4
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	O65C O05A
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-755.3 5-755.4



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1715758 NUB 10g (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1715758
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	29.10.2016 21:04
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Thomas
Name	Lück
Abteilung	ka
Straße	Sigmund-Freud-Straße 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715915
Telefax	
E-Mail	Thomas.Lueck@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Kooperationspartner: Uniklinik Bonn
Benennung	Minimal-invasive Fetalchirurgie Fetoskopie
Alternative Bezeichnung	Fetoskopie (seltene potentiell lebensrettende Eingriffe bei verschiedensten lebensbedrohlichen Erkrankungen)
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1605236
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	nicht bekannt
Handelsname	Übliche fetalchirurgische Medizinprodukte (Nadel, Führungsdraht, Schleuse, Trokar mit diversen Optiken, Laserfaser, bipolare Zange)
CE-Kennzeichnung	nicht bekannt
Beschreibung	Minimal-invasive fetoskopische Therapie von: Kehlkopfverschlüssen beim Feten Bei einem Verschluss des fetalen Kehlkopfes kommt es zu Störungen der Lungenentwicklung. Durch eine begleitende Herzschwäche wird häufig auch eine ausgeprägte Ergussbildung bei betroffenen Ungeborenen beobachtet. Unbehandelt ist die Erkrankung fast ausnahmslos tödlich. Bei dieser Erkrankung besteht die Möglichkeit

Feld	Wert
	durch ein spezielles Entbindungsverfahren (EXIT-Prozedur) - unter Einbeziehung von Narkoseärzten, Neugeborenenmedizinem, Hals-Nasen-Ohren Ärzten und Geburtshelfern - die Beatmungstherapie einzuleiten. Für Ungeborene, welche sehr unreif sind und ausgeprägte Zeichen der Herzschwäche haben, dass sie die Schwangerschaft nicht überleben würden, steht ein potentiell lebensrettendes minimal invasives fetoskopische Operationsverfahren zur Verfügung, um die Atemwege schon vorgeburtlich zu eröffnen. Das Verfahren ist ab der 18. Schwangerschaftswoche durchführbar.
Indikation	siehe bitte 1.3 therapieresistente fetale supraventrikuläre Tachykardie, Kehlkopf- und Luftröhrenverschlüsse beim Feten.
Ablösung / Ergänzung	Bislang außer vorzeitiger Entbindung keine Alternative. Eine vorzeitige Entbindung ist aber erst ab etwa der 30. Schwangerschaftswoche mit geringem Risiko für das Kind denkbar. Bis dahin sind allerdings wohl die meisten Ungeborenen mit therapieresistenter Tachykardie oder komplettem Luftröhrenverschluss verstorben.
Was ist neu?	Die fetoskopische Überstimulation therapieresistenter fetaler Tachykardien sowie die fetoskopische Eröffnung eines verschlossenen fetalen Kehlkopfes sind vollständig neue potentiell lebensrettende Behandlungsmethoden (Aktuelle Literaturhinweise: Kohl et al. Percutaneous fetoscopic and ultrasound-guided decompression of the fetal trachea permits normalization of fetal hemodynamics in a human fetus with Fraser syndrome and congenital high-airway obstruction syndrome (CHAOS) from laryngeal atresia. Ultrasound Obstet Gynecol 2005;27:84-88; Kohl et al. Kohl et al. Fetal transesophageal electrocardiography and stimulation in sheep - Fetoscopic techniques aimed at diagnosis and therapy of incessant fetal tachycardias. Circulation 1999;100(7):772-776.)
Verweildauer	Im Rahmen der Durchführung fetalchirurgischer Maßnahmen ist zunächst für die Schwangere, aber auch später nach der Geburt für das Kind ein stationärer Aufenthalt in der Klinik verbunden. Ohne die Durchführung des vorgeburtlichen Eingriffs wäre bei den Indikationen therapieresistente Tachykardie und Kehlkopfverschluss ein Krankenhausaufenthalt der Schwangeren nicht, oder nur von kürzerer Dauer von Nöten. Erfolgt keine fetalchirurgische Maßnahme muss in Kauf genommen werden, dass die Ungeborenen versterben würden.
Methode in Deutschland	Ab Juli 2002 in der Universitätsklinik Bonn (Abt. für Geburtshilfe und Pränatalmedizin, Direktor Hr. Prof. Dr. Ulrich Gembruch).
Medikament zugelassen	-
Methode im Krankenhaus	Ab Januar 2003 die fetoskopische Eröffnung des verschlossenen Kehlkopfes. Bislang keine fetoskopische Überstimulation, da sich die meisten fetalen Tachykardien durch Medikamentengabe an die Mutter gut behandeln lassen.
Methode in Krankenhäusern	Von den unter 1.3 aufgeführten Krankheitsbildern werden minimal-invasive Eingriffe bei Kehlkopfverschluß ausnahmslos am Universitätsklinikum Bonn durchgeführt.
Patienten letztes Jahr	1
Patienten dieses Jahr	1
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	Mehrkosten Sachkosten: 330 € Personalkosten: 290 €
nicht im G-DRG-System abgebildet	ICD-Codes: O35.8 Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) sonstige Anomalie oder Schädigung des Feten OPS: 5-755.2 "Fetoskopische Überstimulation bei Herzrhythmusstörungen" 5-755.5 "EXIT-Operation beim Feten mit Kehlkopf- oder Luftröhrenverschluss unter Entbindung" 5-755.6 "Fetoskopische Eröffnung von posterioren Harnklappen" 5-755.9" Eröffnung eines Kehlkopf- oder Luftröhrenverschlusses" können im G-DRG System 2017 folgende DRG ansteuern O05A oder O65C Beide DRGs sind medizinisch inhaltlich nicht mit den o.g. fetalchirurgischen Leistungen zu vergleichen. Eine einfache Erweiterung dieser DRGs auf die o.g. fetalchirurgischen Leistungen verbietet sich aber auch daher, weil die derzeitige Vergütung für die aufwändigen fetalchirurgischen Leistungen nicht im entferntesten

Feld	Wert
	kostendeckend ist. Um die Leistungen im DRG-System 2017 abbilden zu können, beantragen wir die erneute Anerkennung der o.g. Methoden nach § 6 Absatz 2 KHEntgG als sog. NUB. Für 2012-2016 wurde bereits ein NUB-Antrag gestellt, der Status 1 erhielt.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	O65C O05A
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-755.2 5-755.5 5-755.9 5-755.6



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1711364 NUB 12de (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1711364
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1 bzw. 4
letzte Änderung	22.10.2016 20:48
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Carsten
Name	Meyer
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Str. 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715762
Telefax	
E-Mail	carsten.meyer@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dr. Bosch Healthcare Consulting Mathias Bosch
Benennung	Implantation von Mikrospiralen aus Hydrogel, peripher, abloesbar und nicht abloesbar
Alternative Bezeichnung	Reine Hydrogel-Coil, andere Lokalisationen, "detachable" und "pushable"
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	Es wurde bisher keine Anfrage an den G-BA gestellt, da NUB schon in 2016 beantragt wurde.
Handelsname	AZUR
CE-Kennzeichnung	nicht bekannt
Beschreibung	Sowohl die Rekanalisationsrate nach Coiling, als auch Artefakte bei CT und MR stellen größere Probleme bei der Versorgung von Patienten mit Malformationen, arteriovenösen Fisteln, Aneurysmen oder Endoleaks dar. Auch Patienten mit Gerinnungsstörungen können nur suboptimal durch Platincoils (Metall- oder Mikrospiralen aus Platin) versorgt werden. Hier setzt das neue und in dieser Anfrage beschriebene Verfahren an. Diese

Feld	Wert
	Coils bestehen hierbei nicht mehr aus beschichtetem Platin, sondern nur aus einem Hydrogelpolymer und weisen somit eine Vielzahl von Vorteilen auf. Der Coil quillt nach Kontakt mit Blut innerhalb von 3 Minuten soweit auf, dass er für einen raschen Gefäßverschluss sorgt. Durch die allmähliche Deprotonierung der Carboxylsäuregruppen wird Wasser in die Polymermatrix aufgenommen. Der Coil füllt das Gefäßinnere dann lückenlos aus. Er ist besonders geeignet für Patienten, die zusätzlich zur bestehenden Indikation eine herabgesetzte Blutgerinnung aufweisen, da sich bei dieser Patientengruppe die Zeit für einen stabilen Gefäßverschluss mit der Verwendung des reinen Hydrogel-Coils wesentlich verkürzt. Zudem zeigt sich im Vergleich zu gefaserten Coils eine deutlich verringerte Rekanalisationsrate von mindestens 50%. Ein weiteres Herausstellungmerkmal ist, dass die reinen Hydrogel-Coils keine Expansionskräfte auf die Gefäßwand ausüben und somit das Risiko einer Aneurysmabildung oder einer Restperfusion des zu verschließenden Gefäßes minimieren. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass aufgrund des Polymers bei CT- oder MR-Aufnahmen die Artefaktbildung deutlich geringer als bei Platincoils ist. Das kann für die Schnittbilddiagnostik vor allem bei Tumorpatienten von Bedeutung sein. Durch Beimischung von Bariumsulfat bleiben die Coils dennoch auf Röntgenbildern gut sichtbar. Die Coils stehen seit 2014 als ablösbare ("detachable") und nicht-ablösbare ("pushable") Coils zur Verfügung. Bei den "detachable" Coils besteht zudem die Besonderheit, dass eine Ablösung per Knopfdruck sekundenschnell möglich ist. Eine LED-Lampe zeigt an, dass der Mechanismus aktiviert wurde. Diese Form der Embolisation ist besonders für high-flow Gebiete und komplizierte anatomische Verhältnisse geeignet.
Indikation	Die reinen Hydrogel-Coils sind für die interventionelle radiologische Behandlung zum mechanischen Verschluss von peripheren Gefäßen von z.B. gastrointestinalen Blutungen, viszerale Aneurysmen, pulmonalen, arteriovenösen Malformationen und bei Traumen, renalen, pulmonale oder arteriovenösen Fisteln, Endoleaks und anderen Läsionen des peripheren Gefäßbaums vorgesehen. Die Hydrogel-Coils sind ferner zur Vorbereitung weiterführender onkologisch interventioneller Therapien, die eine präventiven Gefäßverschluss benötigen (z.B. SIRT-Behandlung mit radioaktiven Mikrosphären), indiziert. Die Hydrogel-Coils sind aufgrund des mechanischen Gefäßverschlusses besonders geeignet bei Patienten mit herabgesetzter Blutgerinnung, sowie Unfallpatienten und bei größeren Gefäßen mit hoher Flussrate.
Ablösung / Ergänzung	Es werden insbesondere Platincoils ersetzt. Das Verfahren trägt dazu bei, dass offene Gefäßeingriffe, die zur Versorgung der aufgeführten Krankheitsbilder notwendig sind, ersetzt werden.
Was ist neu?	Die Behandlung mit dem ablösbaren, reinen Hydrogel-Coil, peripher, ist völlig neu. Das Verfahren ist in Deutschland erst ab 2014 einsetzbar. Der spezifische OPS steht erst seit 2015 zur Verfügung.
Verweildauer	Kein Einfluss auf die Verweildauer
Methode in Deutschland	2014
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	In ca. 10 Kliniken.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	15
Mehrkosten	Materialkosten: Das Verfahren ist neu und bislang nicht vollständig durch vorhandene Zusatzentgelte refinanziert. Bei der Berechnung nach Fallpauschalenkatalog 2015 (ZE 106) würden für eine peripheren Coil nur 91,20 EUR erstattet. Ein ablösbarer, reiner

Feld	Wert
	Hydrogel-Coil kostet 650,00 EUR (inkl. USt.), ein reiner Hydrogel-Coil als nicht-ablösbarer ("pushable") Coil hingegen nur 190,00 EUR (inkl. USt.). Bei einem durchschnittlichen Einsatz von drei ablösbaren und vier nicht-ablösbaren Coils entsteht somit ein Differenzbetrag (Unterdeckung) von 2.071,60 EUR entsteht (736,89 EUR - 1,950,00 EUR - 760,00 EUR). Die Personalkosten bleiben gleich.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Ein spezifischer OPS war erst ab 2015 verfügbar. Deshalb können die deutlich höheren Kosten der Mikrospiralen aus Hydrogel noch gar nicht im derzeitigen DRG-System enthalten sein.
Prozeduren - Beschreibung	Der spezifische OPS (8-83b.39) steht erst seit 2015 zur Verfügung.
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	F59B
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-836.m 8-83b.39



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1721735 NUB 12f (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1721735
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1 bzw. 4
letzte Änderung	30.10.2016 10:34
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr. med.
Vorname	Christian
Name	Mayer
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Strasse 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828716505
Telefax	
E-Mail	christian.mayer@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	Aneurysma--Therapie mit bioaktiven Coils
Alternative Bezeichnung	Aneurysma--Therapie mit bioaktiven Metall- oder Mikrospiralen
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1617201
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	Es wurde bisher keine Anfrage an den G--BA gestellt, da NUB schon in 2016 beantragt wurde.
Handelsname	Presidio/Cerecyte, Codman
CE-Kennzeichnung	nicht bekannt
Beschreibung	Bei der interventionellen Therapie intrakranieller Aneurysmen bzw. Re--Coiling bei rekanalisierten Aneurysmen kann durch Verwendung bioaktiver Coils (Beschichtung mit bioaktiven oder oberflächenaktiven Substanzen, die eine bessere Narbenbildung und einen besseren Verschluss hervorrufen) die primäre Verschlussrate gegenüber der Verwendung unbeschichteter Coils („bare coils“) erhöht und damit auch die

Feld	Wert
	Rekanalisierungsrate gesenkt werden. Die im Vergleich zu den bare--Coils höheren vollständigen Verschlussraten (Evidenz Level 1a) und geringeren Rekanalisationsraten der bioaktiven Coils konnten insbesondere in größeren randomisierten Studien und mittlerweile vielen weiteren Beobachtungsstudien bestätigt werden (s. u.a. Metanalyse Broeders JA et al. J Neurointerv Surg 2015). Erhielt 2013 als NUB--Antrag Nr. 94, 2014 als NUB--Antrag Nr. 111, 2015 als NUB--Antrag Nr. 127 und 2016 als NUB--Antrag Nr. 155 den Status 1 für die Lokalisation intrakraniell (Status 4 für alle übrigen Lokalisationen).
Indikation	Die Coils sind praktisch bei jedem Aneurysma (auch in Kombination mit Stent oder Ballon) anwendbar und verbessern die Behandlungsergebnisse. Vor allem vermindern sie die Rezidivrate und damit die Re--Behandlungsrate.
Ablösung / Ergänzung	Es handelt sich um eine ergänzende Methode des Aneurysma--Coilings für Aneurysmen.
Was ist neu?	Es handelt sich um eine Verbesserung der interventionellen Aneurysma--Therapie. Durch diese Methode sind Aneurysmen behandelbar, welche früher mit chirurgischen Methoden aus dem Kreislauf ausgeschaltet werden mussten. Es handelt sich also um eine Ausweitung der Therapieindikation der interventionellen Aneurysmathherapie. Durch die Entwicklung bioaktiver Coils kam es zu einer realen Bereicherung der Aneurysmabehandlung.
Verweildauer	Weniger Patienten müssen künftig operiert werden, weshalb die Verweildauer im Krankenhaus, insbesondere auf der Intensivstation, kürzer sein wird. Insbesondere müssen weniger Patienten an einem rekanalisierten Aneurysma behandelt werden.
Methode in Deutschland	Die Möglichkeit besteht seit der Markteinführung geeigneter bioaktiver Coils (u.a. Matrix, Cerecyte, Hydrogel, Nexus, Axiom) in den letzten 5 Jahren.
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2010
Methode in Krankenhäusern	Ca. 180
Patienten letztes Jahr	3
Patienten dieses Jahr	3
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Die Behandlung mit bioaktiven Coils ist teurer, da diese Coils bis zu doppelt so teuer sind wie bare--Platinum--Coils. Weil sie aber zu höheren Verschlussraten führen (s. Metanalyse J Neurointerv Surg 2015) und damit signifikant die Rezidive reduzieren, verursachen sie durch Vermeidung der Wiederholungseingriffe (Vermeidung erneuter stationärer Aufnahmen) insgesamt eine Kostenersparnis für das Gesundheitssystem. Die zusätzlichen Kosten für spezielle bioaktive Coils beläuft sich (im Durchschnitt) auf ca. 2.500 Euro, Mikrodrähte und Anschluss--Systeme belaufen sich auf ca. 1.500 €. Bei den Personalkosten muss man berücksichtigen, dass die Eingriffe auch hier nur von erfahrenen Interventionalisten ausreichend sicher durchgeführt werden können. Sachkosten in Form von Materialkosten: Bioaktive Coils: 600-800 € (je nach Art der Coils)
nicht im G-DRG-System abgebildet	In dem derzeit gültigen G--DRG--System ist lediglich die konventionelle Aneurysmathherapie sachgerecht abgebildet. Zusätzliche Methoden wie die Verwendung bioaktiver Coils sind in diesem System nicht berücksichtigt. Die zusätzlichen Kosten sind nicht berücksichtigt. Ein entsprechender NUB--Antrag erhielt in den Vorjahren bereits Status 1 (für die intrakranielle Indikation).
Prozeduren - Beschreibung	
	Nein

Feld	Wert
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	
DRGs	B20E, B02D
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-83b.31 8-83b.32



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1723471 NUB 16 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1723471
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 10:14
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Thomas
Name	Lück
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Straße 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715915
Telefax	
E-Mail	Thomas.Lueck@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dr. Teschke Uniklinik Bonn
Benennung	Kiefergelenkendoprothese (123)
Alternative Bezeichnung	Kiefergelenk-TEP
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1612301
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	
Handelsname	Stock Prothese Firma Zimmer, TMJ-TEP (Tempero-Mandibular-Joint Total Endo Prothese), TMJ-PMI (Tempero-Mandibular-Joint Patient Matched Implant) , Custom made-Prothese Firma Biomet/Zimmer
CE-Kennzeichnung	CE-01517 (TMJ), andere Prothesen nicht bekannt
Beschreibung	Eine Gelenkendoprothese stellt ein alloplastisches Produkt zum Ersatz eines natürlichen Gelenkes dar. An verschiedenen Gelenken, z.B. dem Hüftgelenk, ist der künstliche Gelenkersatz die Standardtherapie. Der erfolgreiche künstliche Kiefergelenkersatz (bei wenigen Indikationen) ist erst seit einigen Jahren sicher möglich. Dabei wird, im

Feld	Wert
	Gegensatz zu früheren, nicht erfolgreich verwendeten Systemen, eine zweiteilige Prothese eingesetzt. Die mandibuläre Komponente besteht aus Titan, die Fossakomponente aus einem Kunststoff (ultra high molecular weight polyethylen). Dieser Werkstoff hat sich im Hüft- und Knieersatz langjährig bewährt. Die Fossakomponente verhindert die Arosion der Schädelbasis. Beide Komponenten werden mit Osteosyntheseschrauben befestigt. Endoprothesen älterer Generation bestanden häufig lediglich aus einer Komponente zum Ersatz des Gelenkkopfanteils. Auch zum temporären Kiefergelenkersatz nach Tumorchirurgie wurden und werden derartige Systeme verwendet. Dabei mussten mehrfach katastrophale Ergebnisse mit Verletzung der Gelenkpfanne und Einbruch in die mittlere Schädelgrube beobachtet werden. Aktuell sind Systeme neuer Generation anwendungsreif. Für weniger komplexe Fälle kann die „Stock“- Prothese als ein Produkt der der Firma ehemals Lorenz®, dann Biomet®, jetzt Zimmer® verwendet werden. Die Prothesenkomponenten stehen vorgefertigt in verschiedenen Größen und Formen zur Verfügung. Für komplexe Fälle werden individuelle, nach CAD/CAM-Technologie angefertigte Prothesen („custom-made“-Prothese), empfohlen. Auf Basis eines CT-Datensatzes werden die Komponenten (Fossa und mandibulärer Teil) entweder modellbasiert über ein wax up hergestellt (Firma TMJ-Concepts®) oder mittels CAD/CAM Technologie auf Basis einer virtuellen Planung (Firma Zimmer/Biomet). Auch die Prothese der Firma TMJ-Concepts® kann auf Basis eines nach virtueller Planung hergestellten Stereolithographiemodells angefertigt werden. Diese genannten hochwertigen Endoprothesensysteme neuer Generation werden seit seit wenigen Jahren in Deutschland angewendet.
Indikation	Ankylose, Rezidivankylose, exzessive heterotope Knochenbildung -schwere Arthrosis deformans, Revision nach autologem Gelenkersatz, Revision nach alloplastischem Gelenkersatz, Verlust an vertikaler Höhe und/oder occlusaler Verhältnisse, Gelenkresorption Trauma Fehlbildungen -schwere Polyarthrititis mit Kiefergelenk-Beteiligung -idiopathische Kondylusresorption
Ablösung / Ergänzung	Bisher ist es Standard, komplette Kiefergelenke durch autologe Knochentransplantate, z.B. Rippenknochen oder Beckenknochen zu ersetzen. Gerade im Fall des schlecht perfundierten Lagers ist der autologe Gewebeersatz oft nur durch mikrochirurgischen Gewebetransfer (Fibula, Becken, Scapula) ausgesprochen unvollständig möglich. Bei kritischer Anschlußgefäßsituation ist diese Methode nur eingeschränkt verwendbar. Grundsätzlich ist das funktionelle Ergebnis bei den o.g. Indikationen nach autologem Gelenkersatz zum größten Teil unbefriedigend. Die Gelenkanteile können nur grob modelliert und angepasst werden. Im Fall der Ankylose wird ein, nach Resektion der Ankylose, zuvor geschaffener Spalt mit Knorpelchips, Muskeltransplantaten oder auch alloplastisch mit einem Silasticblock aufgefüllt. Typische Komplikation ist eine häufig überschießende heterotope Knochenbildung, die oft in kurzer Zeit zu einer Rezidivankylose mit oft vollständigem Verlust der Mundöffnung führt. Grundsätzlich steht zur Behandlung degenerativer und entzündlicher Gelenkerkrankungen als minimal invasive Methode die Arthroskopie mit Lavage zur Verfügung. Dadurch kann der Krankheitsprogress verzögert werden, bei fortgeschrittenen Erkrankungen ist diese Methode weder möglich noch sinnvoll.
Was ist neu?	Kiefergelenkendoprothesen älterer Generation werden international und in Deutschland selten aber bereits seit längerer Zeit verwendet. Aufgrund häufiger Misserfolge nach Einsatz von Kiefergelenkendoprothesen (vor allem der einteiligen, mandibulären Systeme) ist aktuell der autologe Gelenkersatz noch immer Standardtherapie. Die oben beschriebenen Endoprothesensysteme neuer Generation sind ausgereift und in klinischen Studien bewährt. Sie sind CE-zertifiziert und FDA-zugelassen. In Deutschland werden diese klinisch vereinzelt (ca. <100 Stück) ab ca 2001 eingesetzt. Bisher stellt die Methode aber keinen klinischen Standard dar. Somit sollte der Einsatz dieser Systeme letzter Generation als neue Methode des alloplastischen Kiefergelenkersatzes betrachtet werden.
Verweildauer	Aufgrund fehlender Entnahmemorbidität im Bereich des Spenderareals, fehlender Notwendigkeit einer intermaxillären Immobilisation sowie früherer Kaubelastbarkeit ist mit einer Verkürzung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer zu rechnen. Zusätzlich muß in Anrechnung kommen, daß im Fall der Implantation eines alloplastischen Spacers, mögliche Komplikationen, mit den häufig erneuten stationären Aufenthalten, entfallen.

Feld	Wert
Methode in Deutschland	Erste klinisch-experimentelle Anwendung in Deutschland ca. 2001, als Standardtherapie bisher in Deutschland nicht eingeführt. Erste experimentell klinische Erfahrungen international mit Systemen erster Generation seit Ende der sechziger Jahre, mit den Endoprothesen neuerer Generation seit den neunziger Jahren.
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	Mit Bewilligung des entsprechenden NUB-Antrages mit Status 1 in 2007 wurde die Methode 2007 in unserer Klinik eingeführt.
Methode in Krankenhäusern	<10
Patienten letztes Jahr	10
Patienten dieses Jahr	9
Patienten Zukunft	15
Mehrkosten	Die wesentlichen Mehrkosten entstehen durch die Materialkosten. Stock-Prothese: ca. 10.500 Euro, Custom made-Prothese, TMJ-concepts: ca. 13.910 Euro (jeweils pro Gelenk) + 4.000 Euro Virtuelle Planung, Biomet/Zimmer-Prothese: ca. 11.000 Euro Die übrigen Kosten sind vergleichbar.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Aufgrund der hohen Materialkosten, sowohl bei den vorgefertigten Prothesen (ca. 10.500 €), als auch speziell bei den aktuellen Möglichkeiten der CAD/CAM-Fertigung (ca. 11.000 - 14.000 + 4.000 Euro virtuelle Planung), ist die alloplastische Kiefergelenkersatztherapie im aktuellen DRG-System nicht adäquat abgebildet. Bei Angabe der entsprechenden DRG ergibt sich bei dem aktuellen Basisfallwert des Universitätsklinikums Bonn von 3190,81 € und einer angenommenen Liegedauer von 10 Tagen ein Erlös von 10.867,89 €. Es ist davon auszugehen, dass aktuell lediglich einfachste, heute in den o.g. Fällen nicht mehr verwendbare, einteilige Prothesensysteme älterer Generation abgebildet sind. Zusätzlich wurden in der Vergangenheit verschwindend wenig Kiefergelenkendoprothesen in Deutschland inseriert, so dass eine realistische Einbeziehung in den DRG-Katalog nicht möglich war. 2008 wurde der OPS-Katalog um beide o.g. Prothesen erweitert, die bisher aber keine eigene DRG getriggert haben, so dass die Finanzierung davon unbeeinflusst bleibt. Im Fallpauschalenkatalog 2009 wurde die DRG D15 um die Implantation einer Kiefergelenkprothese erweitert. Eine Differenzierung in o.g. zwei Prothesensysteme wird dabei nicht berücksichtigt. Unter den aktuellen DRG-Bedingungen ist es in Deutschland nicht möglich, diese Behandlungsmethode zu etablieren und unseren Patienten anzubieten. Somit erscheint es sinnvoll, die Kiefergelenkendoprothesen neuer Generation weiter als neue Behandlungsmethode zu betrachten.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	D15A
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-773.a 5-779.2 5-775.72



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1724504 NUB 34 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1724504
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1 bzw. 4
letzte Änderung	30.10.2016 11:17
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr. med.
Vorname	Christian
Name	Mayer
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Strasse 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828716505
Telefax	
E-Mail	christian.mayer@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	Überlange Coils zur intrakraniellen Aneurysmatherapie
Alternative Bezeichnung	Überlange Mikrospiralen zur intrakraniellen Aneurysmatherapie
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1617164
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	Es wurde bisher keine Anfrage an den G---BA gestellt, da NUB schon in 2016 beantragt wurde
Handelsname	Target Coils Fa. Stryker, Hydrocoils Fa. Microvention, Presidio Fa. Codmann
CE-Kennzeichnung	nicht bekannt
Beschreibung	Die Behandlung von intrakraniellen Aneurysmen mit ablösbaren Platinspiralen durch die Neuroradiologie ist bereits eine akzeptierte und auch in den DRG festgehaltene Behandlungsmethode. Die Platzierung der ersten Coil ist eine der wichtigsten Momente der Behandlung. Beim Erstellen eines stabilen Rahmens durch die erste Coil ist die Basis der erfolgreichen Ausschaltung des Aneurysmas gelegt. Besonders wichtig ist dies bei

Feld	Wert
	den breitbasigen Aneurysmen, welche häufig nur mit zusätzlichen Stents oder in Ballon---Remodelling---Technik behandelt oder --- trotz im Allgemeinen ungünstigerem Behandlungserfolg bei der chirurgischen Lösung --- operiert werden müssen. Die Stents sind teuer und erfordern auch eine lang anhaltende, teure medikamentöse Nachbehandlung. Die Häufigkeit der durch Stent hervorgerufenen intimalen Hyperplasie ist auch noch nicht geklärt. Durch die Anwendung neuer überlanger Coils (30cm Länge und länger) --- i.d.R. eingesetzt als erste 3D---Coil --- kann man häufig auch bei den oben erwähnten problematischen Aneurysmen einen stabilen Rahmen erstellen, welcher mit üblichen Standard---Coils ausgefüllt werden kann. In vielen Fällen kann man auf einen Stent verzichten. Zudem erlauben überlange Coils eine Befüllung des Aneurysmas mit insgesamt weniger Coils. Pflichtfelder sind mit * gekennzeichnet. Die Methode erhielt 2013 als NUB---Antrag Nr. 95, 2014 als NUB---Antrag Nr. 112 2015 als NUB---Antrag Nr. 128 und 2016 als NUB---Antrag Nr. 156 den Status 1 für die Lokalisation intrakraniell, Status 4 für alle übrigen Lokalisationen.
Indikation	Die überlangen Coils sind bei einer Vielzahl von Aneurysmen anwendbar und verbessern die Behandlungsergebnisse. Bei größeren Aneurysmen und solchen mit einem weiten Hals ist ihr Effekt am deutlichsten. Die überlangen Coils verkürzen die Untersuchungszeit und reduzieren auch die Zahl der notwendigen Coils.
Ablösung / Ergänzung	Die neue Methode ergänzt die Embolisation der Aneurysmen mit ablösbaren Mikrospiralen. Diese Behandlung wird dadurch noch effektiver. Die Zahl der zu operierenden Aneurysmen nimmt ab. Mit Anwendung dieser Coil kann man teilweise auf die Anwendung der teuren Aneurysmastents verzichten.
Was ist neu?	Es handelt sich um eine neu entwickelte Coil. Bis zu diesem Zeitpunkt bestand die Möglichkeit, mit zwei getrennten Coil eine vergleichbare Aneurysmafüllung zu erreichen. Dies war aber weniger sicher und zudem teurer.
Verweildauer	Weniger Patienten müssen künftig operiert werden, weshalb die Verweildauer im Krankenhaus, insbesondere die auf der Intensivstation, kürzer sein wird.
Methode in Deutschland	Die überlangen Coils sind seit ca. 6 Jahren auf dem Markt.
Medikament zugelassen	entfällt
Methode im Krankenhaus	2010
Methode in Krankenhäusern	ca. 150
Patienten letztes Jahr	3
Patienten dieses Jahr	5
Patienten Zukunft	10
Mehrkosten	Durch die Einführung der neuen Coils reduzieren sich die Gesamtkosten, weil der Preis der Coil geringer ist, als der von zwei sonst üblichen Coils vergleichbarer Coil---Länge. Auch nimmt die Zeit des Eingriffes durch die insgesamt geringere Zahl der Coils ab. Die Sachkosten der überlangen Coils liegen höher als die der normallangen Coils. Sachkosten in Form von Materialkosten: Überlange Coils: 600,00--- 900,00 € (je nach Art der Coils)
nicht im G-DRG-System abgebildet	In dem derzeit gültigen G---DRG---System ist lediglich die konventionelle Aneurysmathherapie sachgerecht abgebildet. Die Behandlung der Aneurysmen ist in den DRG abgebildet. Auch die Zahl der angewendeten Coils ist in die Abrechnung implementiert. In diesem Fall benutzt man aber eine teurere Coil, womit man aber i.d.R. zwei Standard---Coils ersetzt. Für den Kostenträger ist die Anwendung dieser Coil finanziell günstiger, weil die Gesamtkosten niedriger sind als bei den zwei entsprechenden Standard---Coils. Für den Anwender ist sie aber nachteilig, weil er weniger Coils als Zusatzentgelt abrechnen kann und dazu die überlange Coil noch teurer

Feld	Wert
	einkaufen muss. Ein entsprechender NUB--Antrag erhielt in den Vorjahren bereits Status 1.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	B20E B02D
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-83b.33 8-83b.32



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1707442 NUB 35 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1707442
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1 bzw. 2
letzte Änderung	21.10.2016 11:54
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Renate
Name	Dahmen
Abteilung	Kardiologie
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715171
Telefax	
E-Mail	Renate.Dahmen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Biotronik Thomas Lips
Benennung	Ablation bei Tachyarrhythmie und Implantation eines EREIGNIS-REKORDER in einem Krankenhausaufenthalt (8)
Alternative Bezeichnung	Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1612680
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	
Handelsname	BioMonitor 2-S, BioMonitor 2-AF
CE-Kennzeichnung	I7150210275363
Beschreibung	Ereignisrecorder (ICM) sind implantierbare Systeme zur kontinuierlichen Rhythmuskontrolle bei Patienten nach erfolgter Ablationsbehandlung bei Tachyarrhythmie, insbesondere Vorhofflimmern. Die Implantation dieser Systeme wird innerhalb eines Krankenhausaufenthaltes erbracht. Der ICM der Fa. BIOTRONIK wird als BioMonitor 2-AF bezeichnet. Die Ablation, insbesondere von paroxysmale Vorhofflimmern, ist eine

Feld	Wert
	wirksame Methode und der Behandlung mit antiarrhythmischen Medikamenten überlegen (1,2). Dennoch kommt es auch bei der Ablation zu Vorhofflimmer-Rezidiven (1,2). Vorhofflimmer-Rezidive nach AF-Ablation sind häufig asymptomatisch. Mittels wiederholter 7-Tage EKGs wurde nachgewiesen, dass der Anteil von Patienten mit ausschließlich asymptomatischen AF-Episoden von 5% vor der Ablation auf 37% nach 6 Monate post-AF-Ablation ansteigt (3). D.h. eine Erkennung von AF allein durch Symptome, die der Patient bemerkt, ist keine verlässliche Strategie, um Vorhofflimmer-Rezidive zu diagnostizieren. Kontinuierliches Langzeitmonitoring ist dafür notwendig. Grundsätzlich steigt die Wahrscheinlichkeit AF-Rezidive zu detektieren durch eine längere Monitoringperiode (z.B. einmaliges EKG schlechter als serielles 24 h EKG) (4). Mit Hilfe einer Computersimulation auf der Basis von klinischen Daten wurde die Sensitivität der AF-Erkennung mittels konventioneller Holter-EKGs (24h bis 30d Holtermonitoring, Einzelmessung und repetitive Anwendung) und eines implantierbaren kardialen Monitors (ICM) mit kontinuierlichem AF-Monitoring verglichen (5). Das konventionelle Holtermonitoring ist dem kontinuierlichen AF-Monitoring mit einem ICM signifikant unterlegen. Die klinischen Vorteile einer hochsensitiven und sicheren Erkennung von Vorhofflimmer-Rezidiven nach AF-Ablation sind vielfältig. So eröffnet das AF-Monitoring mit einem ICM (z.B. Biomonitor 2-AF) die Möglichkeit einer zielgenauen Steuerung der OAC. 1) Morillo et al. JAMA 2014; 311(7):692-700 2) Raatikainen et al. Int J Cardiol. 2015 - 198:108-14 3) Hindricks et al. Circulation 2015, 112:307-313 4) Eitel et al. 2009, Herzschr. & Elektrophys. 2009; 20: 173-8 5) Charitos et al. 2013, Circulation 126:806-814
Indikation	Bei Patienten, die zum Zwecke einer Ablation bei Tachyarrhythmie (insbes. ablativ Verfahren im linken Vorhof oder Ventrikel nach Vorhofflimmern) stationär versorgt werden, kommt die Implantation eines Ereignis-Rekorders während desselben Krankenhausaufenthalts in Frage.
Ablösung / Ergänzung	Die Therapiekontrollen erfolgten bisher ausschließlich über Holter-EKGs, die nur in größeren Zeitabständen möglich waren, was dazu führte, dass ein sehr hoher Prozentsatz von Rezidiven nicht erfasst wurde. Dies wiederum schränkt medizinische Entscheidungen sehr stark ein. Das neue Verfahren ermöglicht bei Implantation des Ereignis-Rekorder-Systems "BioMonitor 2-AF" der Fa. BIOTRONIK eine "24h / 7Tage"-Langzeitbeobachtung über mehrere Jahre bei täglicher telemedizinischer Übertragung von bis zu 6 EKG.
Was ist neu?	Die Implantation eines Ereignis-Rekorders während eines Krankenhausaufenthaltes mit Ablation bei Tachyarrhythmie ist bereits seit einigen Jahren eine gängige Methode, die seit dem Jahr 2012 auch bereits über die DRG-Fallpauschale F50A Eingang in das G-DRG-System gefunden hat. Allerdings ist mit der Abbildung über die DRG F50A noch keine sachgerechte vollumfängliche Refinanzierung gegeben, welches daran deutlich wird, dass die entsprechenden NUB-Anträge auch für das Jahr 2016 mit dem Status 1 bewertet wurden - mit dem Hinweis "ausschließlich bei Fällen in der DRG F50A, die auch ohne Implantation eines Ereignisrekorders dort eingruppiert würden". Da auch im G-DRG-System 2017 keine Änderung innerhalb der Basis-DRG F50 bzw. insbesondere bei der DRG F50A zu erkennen ist, ist dieser Leistungskomplex insbesondere hinsichtlich (hoch-)komplexer Ablationen immer noch nicht sachgerecht im G-DRG-System abgebildet und insofern eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode.
Verweildauer	
Methode in Deutschland	2008
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	
Patienten letztes Jahr	27

Feld	Wert
Patienten dieses Jahr	7
Patienten Zukunft	30
Mehrkosten	Insbesondere bei ablativen Verfahren, die auch ohne zusätzlichen Implantation eines Ereignis-Rekorders mit der DRG F50A vergütet werden, ist die Implantation eines Ereignis-Rekorders nicht sachgerecht refinanziert. Mehrkosten für den zusätzlichen Implantationsaufwand (Personal- und Sachkosten, insbesondere für das Aggregat) entstehen in Höhe von etwa 3.000 Euro.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Wie bereits dargelegt, sind insbesondere ablative Verfahren, die auch ohne zusätzliche Implantation eines Ereignis-Rekorders mit der DRG F50A vergütet werden, in Verbindung mit der Implantation eines Ereignis-Rekorders auf Grund der zusätzlichen Kosten nicht adäquat refinanziert. Gleiches gilt partiell auch für Verfahren, die ohne Ereignis-Rekorder-Implantation über die DRG-Fallpauschalen F50B und F50C vergütet werden. Die Höherstufung in die F50A bei zusätzlicher Ereignis-Rekorder-Implantation deckt die Mehrkosten nicht vollumfänglich ab.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	F50A
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-377.8 8-835.



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1708029 NUB 40 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1708029
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:25
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Arsentrioxid (31)
Alternative Bezeichnung	ATO, Trisenox®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1616162
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Arsentrioxid ist zur Induktion einer Remission und Konsolidierung bei erwachsenen Patienten mit rezidivierender/refraktärer akuter Promyelozytenleukämie (APL), einer Unterform der akuten myeloischen Leukämie bestimmt. Der Wirkmechanismus von Arsentrioxid ist nicht vollständig geklärt. Arsentrioxid induziert in vitro morphologische Veränderungen und eine Fragmentierung der Desoxyribonukleinsäure (DNS), wie sie für

Feld	Wert
	die Apoptose von NB4-Zellen der menschlichen Promyelozytenleukämie charakteristisch sind. Arsentrioxid verursacht darüber hinaus eine Schädigung bzw. den Abbau des Fusionsproteins PML/RARalpha, das ebenfalls für diese Art der Leukämie typisch ist. Bei APL Rezidiv ist die Therapie heutzutage der medizinische Standard. Für die Erstlinientherapie liegen positive Daten vor (s.u.). Eine Therapie einer APL unterteilt sich in eine Induktions- sowie eine Konsolidierungsphase nach Erreichen einer kompletten Remission. Induktionstherapie (APL): Arsentrioxid ist täglich intravenös mit einer gleich bleibenden Dosierung von 0,15 mg/kg/Tag zu geben, bis eine Knochenmarkremission erreicht wird (bis der Blastenanteil weniger als 5 % der Knochenmarkzellen ausmacht und keine leukämischen Zellen mehr nachweisbar sind). Die Konsolidierungsbehandlung ist 3 bis 4 Wochen nach Beenden der Induktionstherapie einzuleiten. Arsentrioxid wird auch bei der Konsolidierungstherapie intravenös mit einer Dosierung von 0,15 mg/kg/Tag gegeben. Die Therapie erfolgt täglich an fünf Tagen pro Woche, gefolgt von zwei Tagen Pause, evtl. in Kombination mit weiteren Medikamenten.
Indikation	Bei Patienten mit rezidivierender/refraktärer akuter Promyelozytenleukämie (APL), s. 1.3. Arsentrioxid gilt für diese Indikation derzeit als Therapie der Wahl. Für einen Einsatz in der Erstlinientherapie liegen erfolgversprechende klinische Daten vor (LoCoco et al. NEJM 2013 und mehrere weitere Publikationen), die dazu geführt haben, dass ATO in verschiedenen Leitlinien für die Erstlinientherapie empfohlen wird. ATO ist für die Erstlinientherapie bei der EMA eingereicht. (Einreichung im März 2016).
Ablösung / Ergänzung	Alternativ kann im Rezidiv wie bei Erstdiagnose mit Chemotherapie plus All-Trans-Retinsäure (ATRA) therapiert werden. Die Ergebnisse sind jedoch schlechter. ATRA und Chemotherapie werden nur teilweise abgelöst, da sie in manchen Therapiekonzepten als Baustein weiter enthalten sind. Die Alternative während der Erstlinientherapie ist eine Kombination aus ATRA mit einer intensiven Chemotherapie
Was ist neu?	Arsentrioxid hat keine Verwandtschaft mit anderen bereits länger verfügbaren Medikamenten. Obwohl schon seit längerem zugelassen, ist es erst seit wenigen Jahren fester Bestandteil der Therapiekonzepte bei refraktärer akuter promyelozytärer Leukämie. Arsentrioxid hat lt. den "Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntG für 2016: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" den Status 1 (Ild. Nr. 33) erhalten.
Verweildauer	Zu dieser Frage liegen bisher keine publizierten Daten vor. Im Vergleich zu einer Kombinationschemotherapie sind eher kürzere Aufenthalte zu erwarten. Eine teilweise ambulante Therapieführung in der Konsolidierung ist möglich.
Methode in Deutschland	Seit der Zulassung. Davor Anwendung in Studien.
Medikament zugelassen	Zulassung durch die EMEA 2002
Methode im Krankenhaus	Ca. 2010
Methode in Krankenhäusern	Keine sicheren Informationen vorhanden. Für 2016 von 229 Häusern als NUB beantragt
Patienten letztes Jahr	3
Patienten dieses Jahr	3
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Die Therapie teilt sich in Induktions- und Konsolidierungsphase. Aufgrund der Schwere der Erkrankung und der schwerwiegenden Begleitscheinungen (Leukopenie, Gerinnungsstörungen) wird die Induktionstherapie üblicherweise unter stationären Bedingungen durchgeführt. Die Induktionstherapie erfolgt bis zum Erreichen der kompletten Remission. In der Phase der Induktionstherapie sind i.d.R. 25-50 Tagesgaben von Arsentrioxid nötig. Trisenox® kostet 5.841 € je Packung mit 10 x 10mg (Apothekeneinkaufspreis, brutto). In der Induktionsphase entstehen bei einem Patient mit 67 Kilogramm folgende Arzneimittelkosten (Beispiel, wenn genau eine Ampulle/Dosis verbraucht wird). Therapiedauer bis CR: 30 Tage: 17.523 Euro (3 Packungen) 40 Tage:

Feld	Wert
	23.364 Euro (4 Packungen) 50 Tage: 29.205 Euro (5 Packungen) 60 Tage: 35.046 Euro (6 Packungen) Bei schwereren Patienten werden die Kosten höher. Die Konsolidierungstherapie erfolgt häufig ambulant bzw. in Tageskliniken. Personalkosten: demgegenüber zu vernachlässigen Eingesparte Sachkosten: In den konventionellen Therapieprotokollen, die Arsentrioxid ablöst, ist in der Regel Idarubicin mit 12 mg/m ² an 4 Tagen gegeben worden zusammen mit ATRA. Die Kosten einer solchen konventionellen Therapie sind für z.B. Idarubicin an 4 Tage zu 12 mg/kg ca 3000€ und für ATRA ca 30€ pro Tag, somit für 25 Tage ca 750 €. Gesamtsumme: 3750€. Allerdings qualifiziert eine intensivere Chemotherapie für
nicht im G-DRG-System abgebildet	Arsentrioxid wurde im Jahr 2002 zugelassen. Arsentrioxid taucht jedoch aufgrund der Seltenheit der Erkrankungen, für die es eingesetzt wird (kleine Untergruppe der AML), in der regulären Kostenkalkulation für Leukämie - DRGs nicht in hinreichender Zahl auf. Außerdem kann es bisher nicht ausreichend mit einem spezifischen OPS-Kode erfasst werden (Kode nicht gestaffelt). Die Kosten der Behandlung mit Arsentrioxid in der Induktionstherapie in der Größenordnung von über 10.000€ können die Kosten der gesamten DRG-Erlöse für diese Patienten übersteigen (zumal in der Regel nicht die Split-relevanten Codes für intensive Chemotherapie kodiert werden können), sodass hier eine eindeutige Schieflage vorliegt. Gleiches gilt für kurze relativ unkomplizierte Aufenthalte zur Konsolidierung (über 4.000€ für Arsentrioxid bei DRG Erlösen i.d.R. unter 3.000€).
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	Basis DRG R60
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-005.5



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1711056 NUB 40 (2016)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1711056
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 16:16
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr. med.
Vorname	Stefan
Name	Schönberger
Abteilung	
Straße	Adenauerallee 119
PLZ	53113
Ort	Bonn
Telefon	0228-287-33300
Telefax	0228-287-33301
E-Mail	stefan.schoenberger@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie e.V. formuliert. Über die Notwendigkeit der Antragstellung besteht zwischen der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. und der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie e.V. einvernehmen.
Benennung	Arsentrioxid zur Behandlung der APL
Alternative Bezeichnung	ATO, Trisenox®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1616162
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Arsentrioxid ist zur Induktion einer Remission und Konsolidierung bei erwachsenen Patienten und Kindern mit neudiagnostizierter oder rezidivierender/refraktärer akuter Promyelozytenleukämie (APL), einer Unterform der akuten myeloischen Leukämie

Feld	Wert
	bestimmt. Der Wirkmechanismus von Arsentrioxid ist nicht vollständig geklärt. Arsentrioxid induziert in vitro morphologische Veränderungen und eine Fragmentierung der Desoxyribonukleinsäure (DNS), wie sie für die Apoptose von NB4-Zellen der menschlichen Promyelozytenleukämie charakteristisch sind. Arsentrioxid verursacht darüber hinaus eine Schädigung bzw. den Abbau des Fusionsproteins PML/RARalpha, das ebenfalls für diese Art der Leukämie typisch ist. Bei APL-Rezidiv ist die Therapie mit Arsentrioxid heutzutage Therapie der Wahl. Eine Therapie einer APL unterteilt sich in eine Induktions- sowie eine Konsolidierungsphase nach Erreichen einer kompletten Remission. Induktionstherapie (APL): Arsentrioxid ist täglich intravenös mit einer gleich bleibenden Dosierung von 0,15 mg/kg/Tag zu geben, bis eine Knochenmarkremission erreicht wird (bis der Blastenanteil weniger als 5% der Knochenmarkzellen ausmacht und keine leukämischen Zellen mehr nachweisbar sind). Die Konsolidierungsbehandlung ist 3 bis 4 Wochen nach Beenden der Induktionstherapie einzuleiten. Arsentrioxid wird auch in der Konsolidierungstherapie intravenös mit einer Dosierung von 0,15 mg/kg/Tag gegeben. Die Therapie erfolgt täglich an fünf Tagen pro Woche, gefolgt von zwei Tagen Pause, z.T. in Kombination mit weiteren Medikamenten. Literatur: 1. Lo-Coco F, Hasan SK, Montesinos P, Sanz MA. Biology and management of therapy-related acute promyelocytic leukemia. Curr Opin Oncol. 2013; 25(6): 695-700 2. Chen L, Wang J, Hu X, Xu X. Meta-analysis of all-trans retinoic acid-linked arsenic trioxide treatment for acute promyelocytic leukemia. Hematology. 2014; 19(4): 202-207 3. Mayor S. Arsenic trioxide combination improves survival in APL. Lancet Oncol. 2013 Aug;14(9):e346 4. Lengfelder E, Hofmann WK, Nowak D. Treatment of acute promyelocytic leukemia with arsenic trioxide: clinical results and open questions. Expert Rev Anticancer Ther. 2013 Sep;13(9):1035-1043 5. Cheng Y, Zhang L, Wu J, Lu A, Wang B, Liu G. Long-term prognosis of childhood acute promyelocytic leukaemia with arsenic trioxide administration in induction and consolidation chemotherapy phases: a single-centre experience. Eur J Haematol. 2013; 91(6): 483-489 6. Efficace F, Mandelli F, Avvisati G, Cottone F, Ferrara F, Di Bona E, Specchia G, Breccia M, Levis A, Sica S, Finizio O, Kropp MG, Fioritoni G, Cerqui E, Vignetti M, Amadori S, Schlenk RF, Platzbecker U, Lo-Coco F. Randomized Phase III Trial of Retinoic Acid and Arsenic Trioxide Versus Retinoic Acid and Chemotherapy in Patients With Acute Promyelocytic Leukemia: Health-Related Quality-of-Life Outcomes. J Clin Oncol. 2014 Sep 22.
Indikation	Bei Patienten mit neudiagnostizierter oder rezidivierender/refraktärer akuter Promyelozytenleukämie (APL). Arsentrioxid gilt für diese Indikation als Therapie der Wahl. Weiterhin hat Arsentrioxid von der EMA für weitere Indikationen den Status einer Orphan Drug bekommen (Akute myeloische Leukämie, Myelodysplastisches Syndrom, Multiples Myelom). Für alle diese Indikationen und die neu diagnostizierte APL liegen klinische Daten zur Wirksamkeit und Verträglichkeit vor, jedoch bisher noch keine Zulassung.
Ablösung / Ergänzung	Alternativ kann, wie bei der Erstdiagnose mit Chemotherapie plus All-Trans-Retinsäure (ATRA) therapiert werden. Die Ergebnisse sind jedoch schlechter. ATRA und Chemotherapie werden nur teilweise abgelöst, da sie in manchen Therapiekonzepten weiter enthalten sind.
Was ist neu?	Arsentrioxid hat keine Verwandtschaft mit anderen, bereits länger verfügbaren Medikamenten. Obwohl schon seit längerem zugelassen, ist es erst jetzt fester Bestandteil der Therapiekonzepte bei rezidivierender/refraktärer akuter promyelozytärer Leukämie. In Studien wurde der Einsatz in der Primärtherapie geprüft. In den Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für 2014 erhielt Arsentrioxid den Status 1 (Position 26).
Verweildauer	Auf diese Frage liegen keine publizierten Daten vor. Im Vergleich zu einer Kombinationschemotherapie sind eher kürzere Aufenthalte zu erwarten.
Methode in Deutschland	Seit der Zulassung 2002, davor Anwendung in Studien.
Medikament zugelassen	Zulassung durch die EMA 2002.
Methode im Krankenhaus	2012

Feld	Wert
Methode in Krankenhäusern	Arsentrioxid ist geschätzt in mehr als 100 Kliniken in Deutschland im Einsatz. Es wurde und wird international unter anderem auch in Deutschland in Studien zur Primärtherapie der Akuten Promyelozytenleukämie eingesetzt und für diese Indikation geprüft.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	1
Mehrkosten	Die Therapie teilt sich in eine Induktions- und Konsolidierungsphase. Aufgrund der Schwere der Erkrankung und der schwerwiegenden Begleitscheinungen (Leukopenie, Gerinnungsstörungen) wird die Induktionstherapie üblicherweise unter stationären Bedingungen durchgeführt. Die Induktionstherapie erfolgt bis zum Erreichen der kompletten Remission. In der Induktionstherapie sind i. d. R. 25 - 50 Tagesgaben von Arsentrioxid nötig. Arsentrioxid Trisenox® kostet 461,72 € (Krankenhausapothekeneinkaufspreis, inkl. MwSt.) je Ampulle mit 10 mg. In der Induktionsphase entstehen bei einem Patient mit 67 kg Körpergewicht folgende Arzneimittelkosten (Bsp. wenn genau eine Ampulle/Dosis verbraucht wird). Therapiedauer bis CR: 30 Tage: 13.815,60 € (inkl. MwSt., 3 Packungen a 10 Ampullen) 40 Tage: 18.468,80 € (inkl. MwSt., 4 Packungen a 10 Ampullen) 50 Tage: 23.086,00 € (inkl. MwSt., 5 Packungen a 10 Ampullen) Die Konsolidierungstherapie erfolgt häufig ambulant bzw. in Tageskliniken. Personalkosten: zu vernachlässigen Eingesparte Sachkosten: In den konventionellen Therapieprotokollen, die durch Arsentrioxid abgelöst werden, ist in der Regel Idarubicin mit 12 mg/m² an 4 Tagen gegeben worden zusammen mit ATRA. Die Kosten einer solchen konventionellen Therapie sind für z. B. Idarubicin an 4 Tagen zu 12 mg/m² ca 3.000 € und für ATRA ca 30 € pro Tag, somit für 25 Tage ca. 750 €. Gesamtsumme: 3.750 €. Allerdings qualifiziert eine intensive Chemotherapie für andere DRGs.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Arsentrioxid wurde im Jahr 2002 zugelassen. Für Arsentrioxid gibt es bisher keinen spezifischen OPS-Code. Aufgrund der Seltenheit der Erkrankungen, für die es indiziert ist und eingesetzt wird (APL im Rezidiv als kleine Untergruppe der AML), liegen ungenügende Kosten- und Leistungsinformationen in den Krankenhäusern vor, so dass bei Ermittlung des G-DRG-Fallpauschalen-Katalogs 2012 und 2013 eine sachgerechte Abbildung nicht möglich war. Die Kosten der Behandlung mit Arsentrioxid in der Induktions- und Konsolidierungstherapie werden i.d.R. die Kosten der gesamten DRG-Erlöse für diese Patienten übersteigen.
Prozeduren - Beschreibung	Arsentrioxid, parenteral, wird seit 2010 über den OPS-Code 6-005.5 verschlüsselt. Ein dosisgestaffelter OPS-Code für diese Methode ist bisher nicht definiert worden. (Anmerkung: Chemotherapie mit einem Code aus 8.542 bis 8.544. Wenn keine Kombinationstherapie gegeben wird, wird in der Regel nur 8.542 zu kodieren sein.)
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	R60
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-005.5



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1710515 NUB 43 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1710515
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	22.10.2016 20:32
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Carsten
Name	Meyer
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Str. 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715762
Telefax	
E-Mail	carsten.meyer@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dr. Bosch Healthcare Consulting Mathias Bosch
Benennung	Gecovert Stent-Grafts mit bioaktiver Oberfläche fuer periphere Gefaesse
Alternative Bezeichnung	Gore Viabahn Gefäßendoprothesen mit bioaktiver Propaten-Oberfläche
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1609106
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	Es wurde bisher keine Anfrage an den G-BA gestellt, da NUB schon in 2016 beantragt und ein Status 1 vergeben wurde.
Handelsname	Gore Viabahn
CE-Kennzeichnung	nicht bekannt
Beschreibung	Gefäßstenosen und Verschlüsse von Ober- und Unterschenkelarterien können erfolgreich mit perkutan-transluminalen Stentimplantationen behandelt werden. Zur Zeit werden zu diesem Zweck Stents ohne oder mit Medikamentenfreisetzung sowie sogenannte "gecovert" Stents eingesetzt, die über eine innere Schicht aus Polytetrafluorethylen verfügen. Als innovative Weiterentwicklung ist es gelungen, die pharmakologisch nicht

Feld	Wert
	wirksamen "Endpunkte" von Heparin-Molekülen über stabile kovalente Bindungen in die innenseitige Oberfläche dieser Stent-Grafts zu integrieren, so dass die bioaktiven Bindungsstellen der Heparin-Moleküle freiliegen und mit dem Blut in Wechselwirkung treten können. Dabei ist es weder erforderlich noch gewünscht, dass es zu einer Freisetzung des Wirkstoffes kommt. Die beobachtete Auswaschrates ist klinisch nicht relevant, das Wirkprinzip unterscheidet sich somit grundsätzlich von medikamenten-freisetzenden Stents. Die bioaktiven Stellen der Heparin-Moleküle ermöglichen die Bindung von Antithrombin (AT), an das sich Thrombin (T) bindet und so ein neutraler AT-T-Komplex entsteht. Dadurch wird das Thrombin neutralisiert und kann nicht mehr als Katalysator für die Umwandlung von Fibrinogen zu Fibrin wirken. Nach Ablösung der AT-Thrombin-Komplexe von den Oberflächen-fixierten Heparinmolekülen stehen diese erneut für diesen Vorgang zur Verfügung und verhindern so kontinuierlich eine lokale Thrombusbildung. Die Wirksamkeit der bioaktiven Oberfläche konnte bisher in zahlreichen Studien mit Gefäßprothesen und Bypassen an Ober- und Unterschenkelgefäßen nachgewiesen werden (s. Literatur). Es ist daher zu erwarten, dass auch durch den innovativen Einsatz von Stent-Grafts mit einer bioaktiven Oberfläche die Häufigkeit von Rezidivstenosen und -verschlüssen signifikant gesenkt werden kann. So eröffnet sich die Möglichkeit, die Rate der Extremitätenerhaltung im Gesamtverlauf der Erkrankung bzw. Behandlung positiv zu beeinflussen. Dies dürfte ferner zu einer verbesserten Lebensqualität des Patienten beitragen. Zur Abgrenzung der neuen gecoverten Stent-Grafts mit bioaktiver Oberfläche von einfachen gecoverten Stents-Grafts ist im OPS der Zusatzcode 8-83b.e1 vorgesehen. Literatur: Heparin-bonded covered stents versus bare metal stents for complex femoro-popliteal artery lesions: the randomized VIASTAR trial Original Research Article, Journal of the American College of Cardiology, In Press, Accepted Manuscript, Available online 10 July 2013, Johannes Lammer et al. Walluscheck (2006) J Vasc Endovasc Surg 13:137-47 Bosiers et al. (2006) J Vasc Surg 43:313-318, Heyligers et al. (2006) J Vasc Surg 43:587-591 Peeters et al. (2006) J Cardiovasc Surg 47:407-413 Battaglia et al. (2006), J Cardiovasc Surg 47:41-47 Dorigo et al. (2005) J Vasc Endovasc Surg 12:75-81 Walluscheck (2005) J Cardiovasc Surg 46:425-430
Indikation	Die neuen gecoverten Stent-Grafts mit bioaktiver Oberfläche sollen bei Patienten mit peripherer chronischer arterieller Verschlusskrankheit ab Stadium IIb vom Oberschenkeltyp zum Einsatz kommen. Kontraindikationen sind Heparin-Unverträglichkeiten oder Heparin-induzierte Thrombozytopenie (HIT) Typ II.
Ablösung / Ergänzung	Mit den neuen Stent-Grafts sollen einfache Stents sowie gecoverte Stent-Grafts ohne bioaktive Oberfläche in der Verwendung abgelöst werden sowie die gefäßchirurgischen Behandlungsmöglichkeiten der peripheren chronischen arteriellen Verschlusskrankheit durch Bypass und/oder Thrombendarteriektomie (TEA) ergänzt werden.
Was ist neu?	Gecoverte Stent-Grafts mit bioaktiver Oberfläche wurden erstmalig im September 2007 in den USA und im Dezember 2008 in Deutschland für die Behandlung von peripheren Gefäßverschlüssen zugelassen.
Verweildauer	Kein Einfluss auf die Verweildauer
Methode in Deutschland	Ca. 2009
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2009
Methode in Krankenhäusern	Ca. 200 Kliniken
Patienten letztes Jahr	15
Patienten dieses Jahr	15
Patienten Zukunft	45

Feld	Wert
Mehrkosten	Mehrkosten entstehen durch die im Vergleich zu den konventionellen Stents höheren Sachkosten. Für den endoluminalen Bypass werden Stents mit einer Länge bis 25 cm verwendet. Dabei ergeben sich Mehrkosten in Höhe von bis ca. 5.500 €.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Bei der Kalkulation der Sachkosten für Implantate / Transplantate wurden laut G-DRG-Browser Version 2015 lediglich 260,40 € bei F59A und 244,27 € bei F59B sowie € 469,94 bei F59C zugrunde gelegt. Dieser durch Mischkalkulation ermittelte Sachkostenanteil erlaubt selbst bei konventionellen Stents nur eine Kostendeckung aufgrund einer Kompensation durch andere Kostenarten. Dies wird bei den neuen gecoverten Stent-Grafts mit bioaktiver Oberfläche jedoch nicht möglich sein, da die Materialkosten bereits im Regelfall den gesamten DRG-Erlös erreichen oder überschreiten. Diese Methode erhielt deshalb auch in 2015 erneut den Status 1 (NUB Nr. 03).
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	F59A F59B F59C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-38a.x 8-842.0b 8-842.0c 8-842.1b 8-842.1c 8-842.2b 8-842.2c 8-842.3b 8-842.3c 8-842.4b 8-842.4c 8-842.5b 8-842.5c 8-83b.e1



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1722726 NUB 49 (2016)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1722726
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 10:50
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr. med.
Vorname	Christian
Name	Mayer
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Strasse 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828716505
Telefax	
E-Mail	christian.mayer@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	Flow--Diverter in der zerebralen Aneurysmathherapie
Alternative Bezeichnung	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen; Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1617192
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	Es wurde bisher keine Anfrage an den G--BA gestellt, da NUB schon in 2016 beantragt wurde.
Handelsname	bspw. FRED (Microvention), phenox p64, Pipeline,Silk Plus Flow, Streamline (Stryker)
CE-Kennzeichnung	nicht bekannt
Beschreibung	Die Behandlung breitbasiger intrakranieller Aneurysmen mit speziellen Mikrostants und anschließender Embolisation mit Platinspiralen ist bereits eine akzeptierte, im DRG--System abgebildete Behandlungsmethode.Seit 2008 sind sehr flexible, speziell designte, interventionell einsetzbare Gefäßprothesen (sog"Flow--Diverter") verfügbar. Ein spezielles tubuläres Maschendesign führt neben einer Remodellierung des aneurysmatragenden

Feld	Wert
	Gefäßabschnittes vor allem zu einer günstigen Umstellung der Hämodynamik im Aneurysma. Die so behandelten (breitbasigen) Aneurysmen können damit unter Erhalt des Trägergefäßes häufig ohne nachfolgende Befüllung des Aneurysmas mit Platinspiralen verschlossen werden. Ein wichtiger Vorteil dieses neuen Stents ist zudem, dass durch die günstige Beeinflussung der Hämodynamik zwar das Aneurysma verschlossen werden kann, aber basisnah am/im Aneurysma abgehende Gefäße offen bleiben. Insbesondere können mit dieser Methode auch bisher nicht endovaskulär behandelbare Aneurysmen ausgeschaltet werden. Die für diese komplexen Aneurysmen bisher eingesetzte, häufig mit höherer Morbidität einhergehenden neurochirurgisch-operativen Therapie kann entfallen. Nach heutigem Kenntnisstand ist eine angeborene Gefäßwandschwäche eine Ursache für die Entstehung von Aneurysmen. Infolge der hämodynamischen Dauerbelastung durch den Blutfluss kommt es im Laufe der Zeit zur Ausbildung eines Aneurysmas. Die neue Methode der "Flowdiversion" kann dabei beides behandeln. Durch Umstellung des Blutflusses wird die hämodynamische Belastung des Aneurysmas beseitigt. Zudem kann der Stent die Gefäßwand verstärken und damit auch die lokale Gefäßwandschwäche behandeln. Ein weiterer Vorteil der Methode ist, dass die nachfolgende Befüllung des Aneurysmas mit Coils nicht mehr erforderlich ist oder zumindest dafür deutlich weniger Coils benötigt werden. Die Methode erhielt 2012 als NUB-Antrag Nr.24, 2013 als NUB-Antrag Nr. 18, 2014 als NUB-Antrag Nr. 37, 2015 als NUB-Antrag Nr. 41 und 2016 als NUB-Antrag Nr. 53 den Status 1.
Indikation	Die Methode wird i.d.R. bei Patienten mit einem breitbasigen oder fusiformen Aneurysma angewandt, soweit die Indikation zur Behandlung des Aneurysmas besteht und die interventionelle "Standard"-Behandlung (Behandlung mit Platinspiralen) wegen des weiten Halses oder der fusiformen Konfiguration nicht möglich ist. Auch bei Anwendung des "stentgestützten Coilings" gibt es Aneurysmen, die interventionell nicht behandelbar sind, bei denen beispielsweise aus dem Aneurysma oder aus dem Aneurysmahals ein Gefäß abgeht. Bei der herkömmlichen endovaskulären Intervention (Coilembolisation), aber häufig auch bei der Operation, würden die abgehenden, in der Regel sehr wichtigen perforierenden Gefäße verschlossen. Folge sind sekundäre Infarkte, v.a. in den Stammganglien oder im Hirnstamm.
Ablösung / Ergänzung	Abgelöst wird vor allem die operative Ausschaltung bisher nicht oder nur sehr komplex endovaskulär behandelbarer Aneurysmen. In einigen Fällen wird auch das stentgestützte Aneurysma-Coiling abgelöst. Diese Methode braucht in der Regel keine Coils oder nur sehr wenige Coils. Die Methode kann also insgesamt die Indikationen der minimalinvasiven Behandlung erweitern. Die Zahl der zu operierenden Aneurysmen nimmt dadurch ab.
Was ist neu?	Abgelöst wird vor allem die operative Ausschaltung bisher nicht oder nur sehr komplex endovaskulär behandelbarer Aneurysmen. In einigen Fällen wird auch das stentgestützte Aneurysma-Coiling abgelöst. Diese Methode braucht in der Regel keine Coils oder nur sehr wenige Coils. Die Methode kann also insgesamt die Indikationen der minimalinvasiven Behandlung erweitern. Die Zahl der zu operierenden Aneurysmen nimmt dadurch ab.
Verweildauer	Diese Patienten mit komplexen Aneurysmen müssen nicht mehr operiert werden. Bei Einsatz der komplikationsärmeren endovaskulären Methode wird die Verweildauer im Krankenhaus insgesamt kürzer sein. Dies gilt insbesondere für die Intensivstation.
Methode in Deutschland	2008
Medikament zugelassen	entfällt
Methode im Krankenhaus	2010
Methode in Krankenhäusern	ca. 150 Kliniken
Patienten letztes Jahr	4

Feld	Wert
Patienten dieses Jahr	4
Patienten Zukunft	5
Mehrkosten	Die Preise der neuverfügbaren Flow-Diverter sind hoch. Die Materialkosten der bisher verfügbaren Stents sind derzeit: SILK PLUS, Flow-Diverter (Fa.Balt), PIPELINE Embolization Device Flow-Diverter (Fa.ev3/Covidien/Medtronic), P64 Flow-Diverter (Fa.phenox), FRED (MicroVention), NeuroEndoGraft (Surpass/Stryker), Liberty (Penumbra), Derivo (Arcandis), Bravo (CodmanNeurovascular) - alle jeweils 10.800,- bis 12.800,-€ (inkl. MwSt). Die zusätzlichen Kosten für spezielle Mikrokatheter (z.B.Vasco, Marksman, Headway Mikrokatheter, PX400, etc. 900,-€), Mikrodrähte und Anschluss-Systeme belaufen sich auf ca 2.000€. Die Personalkosten entsprechen denen der sonstigen Aneurysmabehandlungsmethoden. Zuberücksichtigen ist, dass bei dieser neuen Methode in der Regel eine Embolisation des Aneurysmas mit Coils nicht oder in deutlich geringerem Umfang erforderlich ist. Die hohen Kosten der Gefäßprothesen werden dadurch teilweise relativiert. Für die Gefäßprothesen können keine Zusatzentgelte abgerechnet werden.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die Methode ist vollständig neu und deshalb bisher nicht kostendeckend im DRG-System abgebildet. Entsprechende NUB-Anfragen erhielten in den Vorjahren Status 1.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	B20B
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-84b.*0



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1708033 NUB 52 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1708033
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:31
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Everolimus bei Neoplasie (35)
Alternative Bezeichnung	Afinitor, Votubia
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1616247
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: Everolimus ist ein selektiver Hemmstoff des Enzyms mammalian target of rapamycin (mTOR). mTOR ist ein zentrales Molekül der intrazellulären Signaltransduktion, dessen Aktivität in vielen Tumoren hochreguliert ist. Everolimus bindet an das Protein FKBP-12. Dabei wird ein Komplex gebildet, der die Aktivität des mTOR-Komplex-1 (mTORC1) inhibiert. Die Inhibierung des mTORC1-Signalweges interferiert mit

Feld	Wert
	der Translation und Synthese von Proteinen, die an der Regulation des Zellzyklus, der Angiogenese und der Glykolyse beteiligt sind. Auf diese Weise unterdrückt Everolimus die Teilung von Tumorzellen und verringert ihre Versorgung mit Blut und verlangsamt so das Wachstum und die Ausbreitung von Tumoren. Evidenzlage: Der Wirksamkeitsnachweis beim Nierenzellkarzinom basiert auf einer randomisierten, doppelblinden, multizentrischen Phase-III-Studie, die eine Verlängerung des progressionsfreien Überlebens von 1,9 Monaten auf 4,9 Monate sowie eine Reduktion des Progressionsrisikos um 67% zeigt. In einer randomisierten Phase III Studie konnte gezeigt werden, dass die Inhibierung von mTOR durch Gabe von Everolimus 10 mg/Tag bei neuroendokrinen Tumoren pankreatischen Ursprungs im Vergleich zu Placebo zu einer signifikanten Verlängerung des progressionsfreien Überlebens (11,0 Monate versus 4,6 Monate) führt. In einer randomisierten Phase III Studie wurde gezeigt, dass Everolimus bei fortgeschrittenen neuroendokrinen Tumoren mit gastrointestinalem oder pulmonalem Ursprung eine signifikante Verlängerung des progressionsfreien Überlebens bewirkt (11,01 versus 3,91 Monate). Bezüglich des Gesamtüberlebens (Overall Survival, OS) liegt ein positiver Trend zugunsten von Everolimus vor. Eine Bestätigung wird mit den nächsten Interimsanalysen erwartet. Die Wirksamkeit beim Mammakarzinom wurde in einer randomisierten, multizentrischen, doppelblinden Phase III Studie gezeigt: im Vergleich mit Exemestan + Placebo führte die Kombinationstherapie von Everolimus + Exemestan zu einer signifikanten Verlängerung des progressionsfreien Überlebens.. Everolimus ist die erste und einzige medikamentöse Therapie zur Behandlung von Patienten mit subependyalem Riesenzellastrozytom (SEGA) oder renalem Angiomyolipom (AML) aufgrund einer tuberösen Sklerose. Der Wirksamkeitsnachweis basiert auf einer klinischen Studie, in der gezeigt werden konnte, dass Everolimus das SEGA-Volumen signifikant reduziert ($p < 0,001$). In einer weiteren Studie erreichten 55 Prozent der mit Everolimus behandelten Patienten nach sechs Monaten eine Reduktion des AML-Volumens um $\geq 50\%$, wohingegen in der Placebogruppe kein Patient ein solches Ansprechen erreichte. Dosis: Die empfohlene tägliche Dosis bei der Behandlung des Mammakarzinoms, des pankreatischen neuroendokrinen Tumor, des endokrinen Tumors mit Ursprung im Gastrointestinaltrakt oder der Lunge, des Nierenzellkarzinoms und in der Indikation TSC/AML beträgt 10 mg p.o.. Bei schwerwiegenden und/oder inakzeptablen Nebenwirkungen kann eine Anpassung der Dosierung auf 5 mg p.o. erfolgen. Die Tagesdosis in der Indikation TSC/SEGA beträgt abhängig von der Körperoberfläche des Patienten zwischen 2,5 mg und 7,5 mg p.o..
Indikation	Everolimus wird zur Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom eingesetzt, bei denen es während oder nach einer gegen VEGF gerichteten Therapie zur Krankheitsprogression kommt. Everolimus wird weiterhin angewandt für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit inoperablen oder metastasierten, gut oder mäßig differenzierten (G1/G2) neuroendokrinen Tumoren pankreatischen Ursprungs mit progressiver Erkrankung und zur Behandlung von inoperablen oder metastasierten, gut differenzierten (Grad 1 oder Grad 2) nicht-funktionellen neuroendokrinen Tumoren gastrointestinalen oder pulmonalen Ursprungs bei Erwachsenen mit progressiver Erkrankung. Zusätzlich wird Everolimus in Kombination mit Exemestan zur Therapie des Hormonrezeptor-positiven, HER2/neu-negativen, fortgeschrittenen Mammakarzinoms bei postmenopausalen Frauen ohne symptomatische viszerale Metastasierung eingesetzt, nachdem es zu einem Rezidiv oder einer Progression nach einem nicht-steroidalen Aromataseinhibitor gekommen ist. Everolimus wird außerdem angewendet bei Patienten ab 3 Jahren mit subependyalem Riesenzellastrozytom aufgrund einer tuberösen Sklerose (TSC), die eine therapeutische Maßnahme benötigen, für die aber ein chirurgischer Eingriff nicht angemessen ist sowie bei erwachsenen Patienten mit renalem Angiomyolipom assoziiert mit einer tuberösen Sklerose (TSC), bei denen ein Risiko für Komplikationen vorliegt (aufgrund von Faktoren wie Tumorgroße oder vorhandenem Aneurysma oder multiplen bzw. beidseitigen Tumoren), die jedoch nicht unmittelbar operiert werden müssen.
Ablösung / Ergänzung	Die bestehende Therapie des metastasierten Mammakarzinoms wird durch Everolimus ergänzt und verbessert. Everolimus wird nach Versagen einer gegen VEGF gerichteten Therapie beim fortgeschrittenen Nierenzellkarzinom eingesetzt. Everolimus ist die erste Therapie die zur Folgetherapie nach einer TKI-Therapie zugelassen wurde und ergänzt

Feld	Wert
	die therapeutischen Optionen in dieser Indikation. Everolimus ist bei neuroendokrinen Tumoren pankreatischen Ursprungs neben einem TKI die einzige zugelassene Antitumor-Therapie. Bei neuroendokrinen Tumoren mit Ursprung im Gastrointestinaltrakt und in der Lunge ergänzt Everolimus die therapeutischen Möglichkeiten. Bei neuroendokrinen Tumoren mit Ursprung im Gastrointestinaltrakt ist Everolimus neben Somatostatin-Analoga die einzige zugelassene Behandlungsmöglichkeit, bei Ursprung in der Lunge die erste zugelassene Therapiemöglichkeit. Everolimus ist das erste und einzige zur Behandlung von TSC/SEGA und TSC/AML zugelassene Medikament und eröffnet damit erstmals die Möglichkeit einer medikamentösen Behandlung dieser Erkrankung.
Was ist neu?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 hat Everolimus den Status 1 (Position 6 der NUB-Liste 2016)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	Im Rahmen klinischer Studien seit April 2007. In der Versorgung seit August 2009.
Medikament zugelassen	Zulassung am 3. August 2009 für das Nierenzellkarzinom. Zulassung seit September 2011 für die Indikation pankreatische neuroendokrine Tumore und das subependymale Riesenzellastrozytom aufgrund einer tuberösen Sklerose. Zulassung seit Juli 2012 für das Mammakarzinom. Zulassung seit November 2012 für das TSC-assoziierte renale Angiomyolipom.
Methode im Krankenhaus	2009
Methode in Krankenhäusern	Everolimus bei Neoplasie wird schätzungsweise in ca. 347 Kliniken in Deutschland eingesetzt
Patienten letztes Jahr	3
Patienten dieses Jahr	3
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	Sachkosten: Durch die Gabe von Everolimus 10 mg p.o. entstehen Zusatzkosten für die je Patient zu verabreichende Therapie in Höhe von rund 157 € pro Tag. Personalkosten in Zeiteinheiten angeben: Für die Zubereitung: ca. 5 Minuten (MTD Apotheke) Für die Applikation: ca. 5 Minuten (ÄD) und ca. 5 Minuten (PD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Everolimus wurde im Jahr 2009 zur Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms zugelassen und ist seit Ende 2009 in Deutschland auf dem Markt. Im September 2011 wurde die Indikation ausgeweitet auf neuroendokrine Tumoren pankreatischen Ursprungs (p-NET) und TSC/SEGA. Bei allen drei Indikationen handelt es sich um seltene Krebserkrankungen. Im Juli 2012 erfolgte die Zulassung für die Behandlung des fortgeschrittenen Mammakarzinoms. Im November 2012 erfolgte die Zulassung für die seltene Erkrankung TSC/AML. Im Mai 2016 wurde die Zulassung für neuroendokrine Tumore mit Ursprung im Gastrointestinaltrakt oder der Lunge erteilt. Für das Datenjahr 2015 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein ist, als dass genügend Kosten- und Leistungsdaten aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2017 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von rund 157 € pro Tag können mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden und Everolimus ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	

Feld	Wert
	Basis DRG L62, H61, G60, B66, J62 und alle anderen DRGs, wenn der Tumor nicht die Hauptdiagnose ist, die Therapie aber fortgeführt werden muss.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-005.8



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1722028 NUB 52 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1722028
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 14:23
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Jörg
Name	Ellinger
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Strasse 25
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 14249
Telefax	
E-Mail	joerg.ellinger@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. v o r f o r m u l i e r t .
Benennung	Everolimus (138)
Alternative Bezeichnung	Afinitor® Votubia®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1616247
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: Everolimus ist ein selektiver Hemmstoff des Enzyms mammalian target of rapamycin (mTOR). mTOR ist ein zentrales Molekül der intrazellulären Signaltransduktion, dessen Aktivität in vielen Tumoren hochreguliert ist. Everolimus bindet an das Protein FKBP-12. Dabei wird ein Komplex gebildet, der die Aktivität des mTOR-Komplex-1 (mTORC1) inhibiert. Die Inhibierung des mTORC1-Signalweges interferiert mit

Feld	Wert
	der Translation und Synthese von Proteinen, die an der Regulation des Zellzyklus, der Angiogenese und der Glykolyse beteiligt sind. Auf diese Weise unterdrückt Everolimus die Teilung von Tumorzellen und verringert ihre Versorgung mit Blut und verlangsamt so das Wachstum und die Ausbreitung von Tumoren. Evidenzlage: Der Wirksamkeitsnachweis beim Nierenzellkarzinom basiert auf einer randomisierten, doppelblinden, multizentrischen Phase-III-Studie, die eine Verlängerung des progressionsfreien Überlebens von 1,9 Monaten auf 4,9 Monate sowie eine Reduktion des Progressionsrisikos um 67% zeigt. In einer randomisierten Phase III Studie konnte gezeigt werden, dass die Inhibierung von mTOR durch Gabe von Everolimus 10 mg/Tag bei neuroendokrinen Tumoren pankreatischen Ursprungs im Vergleich zu Placebo zu einer signifikanten Verlängerung des progressionsfreien Überlebens (11,0 Monate versus 4,6 Monate) führt. In einer randomisierten Phase III Studie wurde gezeigt, dass Everolimus bei fortgeschrittenen neuroendokrinen Tumoren mit gastrointestinalem oder pulmonalem Ursprung eine signifikante Verlängerung des progressionsfreien Überlebens bewirkt (11,01 versus 3,91 Monate). Bezüglich des Gesamtüberlebens (Overall Survival, OS) liegt ein positiver Trend zugunsten von Everolimus vor. Eine Bestätigung wird mit den nächsten Interimsanalysen erwartet. Die Wirksamkeit beim Mammakarzinom wurde in einer randomisierten, multizentrischen, doppelblinden Phase III Studie gezeigt: im Vergleich mit Exemestan + Placebo führte die Kombinationstherapie von Everolimus + Exemestan zu einer signifikanten Verlängerung des progressionsfreien Überlebens.. Everolimus ist die erste und einzige medikamentöse Therapie zur Behandlung von Patienten mit subependyalem Riesenzellastrozytom (SEGA) oder renalem Angiomyolipom (AML) aufgrund einer tuberösen Sklerose. Der Wirksamkeitsnachweis basiert auf einer klinischen Studie, in der gezeigt werden konnte, dass Everolimus das SEGA-Volumen signifikant reduziert ($p < 0,001$). In einer weiteren Studie erreichten 55 Prozent der mit Everolimus behandelten Patienten nach sechs Monaten eine Reduktion des AML-Volumens um $\geq 50\%$, wohingegen in der Placebogruppe kein Patient ein solches Ansprechen erreichte. Dosis: Die empfohlene tägliche Dosis bei der Behandlung des Mammakarzinoms, des pankreatischen neuroendokrinen Tumor, des endokrinen Tumors mit Ursprung im Gastrointestinaltrakt oder der Lunge, des Nierenzellkarzinoms und in der Indikation TSC/AML beträgt 10 mg p.o.. Bei schwerwiegenden und/oder inakzeptablen Nebenwirkungen kann eine Anpassung der Dosierung auf 5 mg p.o. erfolgen. Die Tagesdosis in der Indikation TSC/SEGA beträgt abhängig von der Körperoberfläche des Patienten zwischen 2,5 mg und 7,5 mg p.o..
Indikation	Everolimus wird zur Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom eingesetzt, bei denen es während oder nach einer gegen VEGF gerichteten Therapie zur Krankheitsprogression kommt. Everolimus wird weiterhin angewandt für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit inoperablen oder metastasierten, gut oder mäßig differenzierten (G1/G2) neuroendokrinen Tumoren pankreatischen Ursprungs mit progressiver Erkrankung und zur Behandlung von inoperablen oder metastasierten, gut differenzierten (Grad 1 oder Grad 2) nicht-funktionellen neuroendokrinen Tumoren gastrointestinalen oder pulmonalen Ursprungs bei Erwachsenen mit progressiver Erkrankung. Zusätzlich wird Everolimus in Kombination mit Exemestan zur Therapie des Hormonrezeptor-positiven, HER2/neu-negativen, fortgeschrittenen Mammakarzinoms bei postmenopausalen Frauen ohne symptomatische viszerale Metastasierung eingesetzt, nachdem es zu einem Rezidiv oder einer Progression nach einem nicht-steroidalen Aromataseinhibitor gekommen ist. Everolimus wird außerdem angewendet bei Patienten ab 3 Jahren mit subependyalem Riesenzellastrozytom aufgrund einer tuberösen Sklerose (TSC), die eine therapeutische Maßnahme benötigen, für die aber ein chirurgischer Eingriff nicht angemessen ist sowie bei erwachsenen Patienten mit renalem Angiomyolipom assoziiert mit einer tuberösen Sklerose (TSC), bei denen ein Risiko für Komplikationen vorliegt (aufgrund von Faktoren wie Tumorgroße oder vorhandenem Aneurysma oder multiplen bzw. beidseitigen Tumoren), die jedoch nicht unmittelbar operiert werden müssen.
Ablösung / Ergänzung	Die bestehende Therapie des metastasierten Mammakarzinoms wird durch Everolimus ergänzt und verbessert. Everolimus wird nach Versagen einer gegen VEGF gerichteten Therapie beim fortgeschrittenen Nierenzellkarzinom eingesetzt. Everolimus ist die erste Therapie die zur Folgetherapie nach einer TKI-Therapie zugelassen wurde und ergänzt

Feld	Wert
	die therapeutischen Optionen in dieser Indikation. Everolimus ist bei neuroendokrinen Tumoren pankreatischen Ursprungs neben einem TKI die einzige zugelassene Antitumor-Therapie. Bei neuroendokrinen Tumoren mit Ursprung im Gastrointestinaltrakt und in der Lunge ergänzt Everolimus die therapeutischen Möglichkeiten. Bei neuroendokrinen Tumoren mit Ursprung im Gastrointestinaltrakt ist Everolimus neben Somatostatin-Analoga die einzige zugelassene Behandlungsmöglichkeit, bei Ursprung in der Lunge die erste zugelassene Therapiemöglichkeit. Everolimus ist das erste und einzige zur Behandlung von TSC/SEGA und TSC/AML zugelassene Medikament und eröffnet damit erstmals die Möglichkeit einer medikamentösen Behandlung dieser Erkrankung.
Was ist neu?	n den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 hat Everolimus den Status 1 (Position 6 der NUB-Liste 2016)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	Im Rahmen klinischer Studien seit April 2007. In der Versorgung seit August 2009.
Medikament zugelassen	Zulassung am 3. August 2009 für das Nierenzellkarzinom. Zulassung seit September 2011 für die Indikation pankreatische neuroendokrine Tumore und das subependymale Riesenzellastrozytom aufgrund einer tuberösen Sklerose. Zulassung seit Juli 2012 für das Mammakarzinom. Zulassung seit November 2012 für das TSC-assoziierte renale Angiomyolipom. Zulassung seit Mai 2016 für neuroendokrine Tumoren mit Ursprung im Gastrointestinaltrakt oder in der Lunge.
Methode im Krankenhaus	2010
Methode in Krankenhäusern	Everolimus bei Neoplasie wird schätzungsweise in ca. 347 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anträge 2016).
Patienten letztes Jahr	3
Patienten dieses Jahr	3
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Sachkosten: Durch die Gabe von Everolimus 10 mg p.o. entstehen Zusatzkosten für die je Patient zu verabreichende Therapie in Höhe von rund 157 € pro Tag. Personalkosten in Zeiteinheiten angeben: Für die Zubereitung: ca. 5 Minuten (MTD Apotheke) Für die Applikation: ca. 5 Minuten (ÄD) und ca. 5 Minuten (PD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Everolimus wurde im Jahr 2009 zur Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms zugelassen und ist seit Ende 2009 in Deutschland auf dem Markt. Im September 2011 wurde die Indikation ausgeweitet auf neuroendokrine Tumoren pankreatischen Ursprungs (p-NET) und TSC/SEGA. Bei allen drei Indikationen handelt es sich um seltene Krebserkrankungen. Im Juli 2012 erfolgte die Zulassung für die Behandlung des fortgeschrittenen Mammakarzinoms. Im November 2012 erfolgte die Zulassung für die seltene Erkrankung TSC/AML. Im Mai 2016 wurde die Zulassung für neuroendokrine Tumore mit Ursprung im Gastrointestinaltrakt oder der Lunge erteilt. Für das Datenjahr 2015 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein ist, als dass genügend Kosten- und Leistungsdaten aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2017 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von rund 157 € pro Tag können mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden und Everolimus ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein

Feld	Wert
DRGs	Basis DRG L62, H61, G60, B66, J62 und alle anderen DRGs, wenn der Tumor nicht die Hauptdiagnose ist, die Therapie aber fortgeführt werden muss.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-005.8



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1708034 NUB 56 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1708034
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:32
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Nilotinib (36)
Alternative Bezeichnung	Tasigna®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1616258
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: Nilotinib ist ein oral verfügbarer Multi-Tyrosinkinaseinhibitor, der selektiv bcr-abl hemmt, indem er mit ATP um die ATP-Bindungsstelle des Fusionsproteins konkurriert. Nilotinib hat eine hohe Affinität und Selektivität für bcr-abl. Eine Wirksamkeit besteht auch gegen c-kit und PDGFR. In vitro ist Nilotinib aktiv gegen 32/33 untersuchten bcr-abl Mutationen. Evidenzlage: In der ENESTnd-Studie (Kantarjian H M et al, Lancet Oncol

Feld	Wert
	2011; 12: 841-51) war die Rate kompletter zytogenetischer Remissionen und molekularer Remissionen bei Patienten mit chronisch myeloischer Leukämie (First line Therapie) nach 12 Monaten signifikant höher als in der etablierten Erstlinientherapie. 2015 wurden die Daten dieser Studien nach einer Beobachtung von 6 Jahren erneut veröffentlicht: Im Vergleich zu Imatinib war die Progressionsrate signifikant niedriger. Die Therapie wird bei Ansprechen bis zur Krankheitsprogression fortgesetzt. Ebenso wird es bei Resistenz gegen Imatinib eingesetzt. Dosis: Die empfohlene Initialdosierung von Nilotinib beträgt 2 x 300 mg / Tag bzw. 2 x 400 mg/Tag in Abhängigkeit des Krankheitsstadium (Indikation 1 bzw. 2).
Indikation	Erwachsenen mit bcr-abl-positiver chronischer myeloischer Leukämie (CML) in chronischer und akzelerierter Phase in der Erstlinientherapie. Erwachsene mit einer Resistenz oder Unverträglichkeit gegenüber einer Vorbehandlung mit Imatinib.
Ablösung / Ergänzung	Es handelt sich um eine Erweiterung der bisherigen Therapieoptionen, da eine Überlegenheit in der Rate zytogenetischer und molekularer Remissionen gegenüber der bisherigen Erstlinientherapie der CML gezeigt werden konnte. Durch den Einsatz in der Zweitlinienbehandlung der CML wird die Zahl der allogenen Stammzelltransplantationen bei der CML weiter zurückgehen.
Was ist neu?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 hat Nilotinib den Status 1 (Position 20 der NUB-Liste 2016)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	Im Rahmen klinischer Studien: seit April 2005. In der Versorgung seit 2007
Medikament zugelassen	November 2007
Methode im Krankenhaus	2007
Methode in Krankenhäusern	Nilotinib wird schätzungsweise in ca. 200 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anträge 2016).
Patienten letztes Jahr	3
Patienten dieses Jahr	3
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Sachkosten: 600mg bzw. 800mg Tagesdosis in Abhängigkeit der Indikation und Krankheitsstadium, zu geben an jedem Tag des stationären Aufenthalts.). Die Behandlung mit Nilotinib ist eine orale Dauertherapie, die sowohl stationär als auch ambulant erbracht werden kann. Für den Fall einer stationären Behandlungsindikation (auch unabhängig der Grundkrankheit) muss eine Therapie mit Nilotinib fortgeführt werden. Durchschnittlich verabreichte Menge pro stationären Aufenthalt bei einer angenommenen VD von 7 Tagen: 4200 bzw. 5600 mg Packungsgröße: 4x28 Tabletten á 150 mg oder 4 x 28 Tabletten á 200mg Preis pro Packung: 3743,03 € bzw. 5354,60 € Kosten pro Aufenthalt bei angenommener VD von 7 Tagen ca. 930 bzw. 1315 € Kosten pro Tag ca. 133 bzw. 188 € Personalkosten: Für die Applikation: ca. 5 Minuten (PD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Nilotinib wurde im Jahr 2007 zugelassen. Für das Datenjahr 2015 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein ist, als dass genügend Kosten- und Leistungsdaten aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2017 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 1315 € pro Applikation können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden und Nilotinib ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	

Feld	Wert
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	J62
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-004.6



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1711053 NUB 60 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1711053
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 16:15
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr. med.
Vorname	Stefan
Name	Schönberger
Abteilung	
Straße	Adenauerallee 119
PLZ	53113
Ort	Bonn
Telefon	0228-287-33300
Telefax	0228-287-33301
E-Mail	stefan.schoenberger@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie e.V. formuliert.
Benennung	Temozolomid intravenös
Alternative Bezeichnung	Temodal® intravenös
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1616288
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Temozolomid war bisher schon in der oralen Applikationsform für Patienten im Alter > 3 Jahre für die Behandlung hochgradiger (WHO°3 und 4) Gliome parallel und im Anschluss an eine Radiotherapie zugelassen. Die Vergütung des oralen Temozolomid erfolgt über ein Zusatzentgelt (Katalog ZE78). Neu ist die intravenöse Applikationsform von

Feld	Wert
	Temozolomid, die die sichere Applikation bei Patienten mit Schluckstörungen, Aspirationsgefahr oder rezidivierendem Erbrechen gestattet.
Indikation	Die neue Applikationsform ist vor allem für Patienten gedacht, die nicht in der Lage sind, Kapseln zu schlucken (Kinder, ältere Patienten, Patienten mit Schluckbeschwerden, Aspirationsgefahr und Erbrechen) und Patienten, von denen eine unzuverlässige Compliance zu erwarten ist. Laut Zulassungstext ist Temozolomid intravenös angezeigt zur Behandlung von: 1. erwachsenen Patienten mit erstmalig diagnostiziertem Glioblastoma multiforme begleitend zur Radiotherapie und anschließend als Monotherapie. 2. Kindern ab 3 Jahren, Jugendlichen und erwachsenen Patienten mit einem nach Standardtherapie rezidivierenden oder progredienten malignen Gliom, wie z.B. Glioblastoma multiforme, oder anaplastischem Astrozytom. Darüber hinaus wird Temozolomid bei anderen malignen Hirntumoren (Medulloblastome, Ependymome); ZNS-Lymphomen sowie bei peripheren soliden Tumoren im Kindes- und Jugendalter (z.B. Ewing-Sarkom, Neuroblastom) in der Rezidivsituation und in der Erstlinientherapie bei Versagen der Standardtherapien eingesetzt.
Ablösung / Ergänzung	Es steht nun zusätzlich zur oralen Form von Temozolomid auch die intravenöse Form zur Verfügung. Insofern kommt es lediglich zu einer Verschiebung der oralen in die intravenöse Applikationsform.
Was ist neu?	Bis 2009 war Temozolomid nicht als intravenöse Formulierung erhältlich. Die Methode ist insofern neu, als dass jetzt für alle Patientengruppen Temozolomid verfügbar ist, auch für diejenigen Patienten, die keine Kapseln schlucken können (Kinder, ältere Patienten, Patienten mit Schluckbeschwerden, Aspirationsgefahr, Erbrechen) und Patienten, von denen eine unzuverlässige Compliance zu erwarten ist. In den Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntg für 2016 erhielt Temozolomid iv den Status 1 (Position 32).
Verweildauer	Es sind keine Veränderungen der Verweildauer zu erwarten.
Methode in Deutschland	Die Produkteinführung auf dem deutschen Markt war Anfang Juli 2009.
Medikament zugelassen	Temozolomid-Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung ist seit dem 17.02.2009 in Deutschland zugelassen.
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	Hierzu liegen keine Informationen vor. Sämtliche hoch spezialisierte neuroonkologische Zentren werden Temozolomid intravenös einsetzen, wenn es aufgrund der spezifischen Patientensituation erforderlich ist.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	1
Mehrkosten	Sachkosten: Eine Ampulle Temozolomid intravenös a 100 mg kostet 316,54 € (inkl. MwSt.). Die Tagestherapiekosten für einen Patienten liegen je nach Dosis bei: Erwachsene: 150 mg/m ² /Tag KOF: z.B. 2,0 m ² , abs. 300 mg: 949,62 € (3 Amp.), für 5 Tage 4.748,10 € 200 mg/m ² /Tag KOF: z.B. 2,0 m ² , abs. 400 mg: 1.266,16 € (4 Amp.), für 5 Tage 6.330,80 € Kinder: 150 mg/m ² /Tag KOF: z.B. 1,0 m ² , abs. 150 mg: 474,81 € (1,5 Amp.), für 5 Tage 2.374,05 € 200 mg/m ² /Tag KOF: z.B. 1,0 m ² , abs. 200 mg: 633,08 € (2 Amp.); für 5 Tage 3.165,40 € Pro stationärem Aufenthalt ist mit einem Zyklus Chemotherapie zu rechnen. Je nach Therapieschema umfasst ein Zyklus 5 bis 7 Tage a 150 bis 200 mg/m ² /Tag alle 3-4 Wochen oder bis zu 49 Tage a 75 mg/m ² /Tag während einer Strahlentherapie. Im Rahmen einer metronomischen Therapie über 42 Tage sind kumulativ deutlich höhere Therapiekosten zu erwarten: 75 mg/m ² /Tag KOF: z.B. 2,0 m ² , abs. 150 mg: 474,81 € (1,5 Amp.), für 42 Tage 19.942,02 € 75 mg/m ² /Tag KOF: z.B. 1,0 m ² , abs. 75 mg: 237,40 € (0,75 Amp.), für 42 Tage 9.970,80 € Die Therapiekosten betragen etwa das 3fache gegenüber der oralen Gabe von Temozolomid. Personalkosten: ca. 10 Pflegeminuten, 10 Arztminuten, 10 Min Apotheke.

Feld	Wert
nicht im G-DRG-System abgebildet	Temozolomid i.v. wurde erst 2009 zugelassen. Dementsprechend liegen noch ungenügende Kosten- und Leistungsinformationen in den Krankenhäusern vor, so dass bei Ermittlung des G-DRG Fallpauschalen-Katalogs 2015 und 2016 eine sachgerechte Abbildung noch nicht möglich war. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es ohne Abbildung im G-DRG-System zum Beispiel als Dosis-gestaffelter OPS-Code analog Temozolomid oral (ZE78) zu einer Schieflage in der Vergütung in den betroffenen DRGs. Die deutlich höheren Kosten der iv-Applikationsform erfordern eine vom oralen Temozolomid unabhängige Vergütung.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	B15 B16 B66
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-005.c



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1709707 NUB 66 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1709707
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:37
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Pazopanib (42)
Alternative Bezeichnung	Votrient®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1616264
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Pazopanib ist ein potenter oraler Inhibitor von verschiedenen Proteintyrosinkinasen („multi-targeted drug“). Diese Enzyme sind durch Weiterleitung der Signale verschiedener Rezeptoren an Tumorwachstum, Tumorangiogenese und Metastasenbildung beteiligt. Pazopanib hemmt die über die Tyrosinkinasen vermittelte Wirkung der Rezeptoren von VEGFR 1, 2 und 3 sowie PDGFR-α, PDGFR-β und c-kit. Dadurch kommt es gleichzeitig

Feld	Wert
	zu einer antiproliferativen und antiangiogenetischen Wirkung. Die klinische Wirksamkeit und Verträglichkeit wurden in jeweils einer Phase II und einer Phase III Studie für Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom (RCC) und für Patienten mit fortgeschrittenem Weichteilsarkom (STS) untersucht. In der randomisierten, placebo-kontrollierten Phase III-Studie bei RCC verlängerte Pazopanib signifikant das progressionsfreie Überleben gegenüber Placebo sowohl für die nicht vorbehandelten als auch für die Patienten mit vorheriger Zytokintherapie. In der randomisierten, placebo-kontrollierten Phase III-Studie bei STS verlängerte Pazopanib signifikant das progressionsfreie Überleben gegenüber Placebo. Pazopanib wird als Dauertherapie oral verabreicht mit einer Dosis von 800 mg 1 x täglich
Indikation	Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom. Patienten mit bestimmten Subtypen von Weichteilsarkomen mit Progression.
Ablösung / Ergänzung	Heute sind für die Behandlung des metastasierten Nierenzellkarzinoms u.a. die oralen Tyrosinkinaseinhibitoren Sunitinib (ZE2016-74) und Sorafenib (ZE2016-75) zugelassen. Beide sind Bestandteil des Zusatzentgelt-Kataloges 2016, Anlage 4. Pazopanib ergänzt als neue Therapieoption die Behandlungsmöglichkeiten des metastasierten Nierenzellkarzinoms sowie die Zweitlinientherapie des Weichteilsarkoms.
Was ist neu?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntg für 2016 hat Pazopanib den Status 1 (Position 10 der NUB-Liste 2016) Pazopanib hat als Multityrosinkinaseinhibitor ein anderes Affinitätsprofil bzgl. der verschiedenen Tyrosinkinasen als bisher zugelassene Tyrosinkinaseinhibitoren
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	In Studien: Mai 2009 In der klinischen Versorgung: Juni 2010 beim Nierenzellkarzinom, beim Weichteilsarkom 2012
Medikament zugelassen	Die European Medicines Agency (EMA) hat am 14.6.2010 Pazopanib (Votrient®) die Zulassung zur Therapie des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms erteilt, die Erweiterung auf Weichteilsarkome erfolgte am 3.8. 2012.
Methode im Krankenhaus	2009
Methode in Krankenhäusern	Pazopanib wird schätzungsweise in ca. 300 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anträge 2016).
Patienten letztes Jahr	3
Patienten dieses Jahr	3
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Sachkosten: 800mg an jedem Tag des stationären Aufenthalts Durchschnittlich verabreichte Menge pro stationären Aufenthalt: 5600 mg bei 7 Tagen VD Packungsgröße: 60 Tabletten á 400 mg Preis pro Packung: 4589,88 € Kosten pro Aufenthalt ca. 1081 € bei einer angenommenen VD von 7 Tagen Kosten pro Tag ca. 153 € Pazopanib wird als orale Dauertherapie in einer festen Dosis von 800 mg pro Tag verabreicht. Somit kann es Kosten in allen Fallpauschalen verursachen, da die Therapie in der Regel fortgesetzt wird, auch wenn der Patient auf Grund einer anderen Erkrankung stationär behandelt wird. Die Höhe der Kosten ist abhängig von der Verweildauer in der jeweiligen Fallpauschale Abgelöst werden andere Tyrosinkinaseinhibitoren wie Sunitinib, Sorafenib oder Trabectedin (alle ZE), somit entstehen Kosten zusätzlich zu den Kosten einer Fallpauschale. Personalkosten Für die Applikation: ca. 5 Minuten (ÄD) und ca. 5 Minuten (PD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Pazopanib wurde im Jahr 2010 für das Nierenzellkarzinom und 2012 für Weichteilsarkome zugelassen. Für das Datenjahr 2015 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein ist, als dass genügend Kosten- und Leistungsdaten aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG

Feld	Wert
	System 2017 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 153 € pro Tag können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden und Pazopanib ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten im Gegensatz zu den anderen Tyrosinkinaseinhibitoren, die Pazopanib u.U. ablöst. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen Fallpauschale. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	L61 I65
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-005.a



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1722054 NUB 66 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1722054
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 14:25
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Jörg
Name	Ellinger
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Strasse 25
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 14249
Telefax	
E-Mail	joerg.ellinger@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	Pazopanib (141)
Alternative Bezeichnung	Votrient
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Pazopanib ist ein potenter oraler Inhibitor von verschiedenen Proteintyrosinkinasen („multi-targeted drug“). Diese Enzyme sind durch Weiterleitung der Signale verschiedener Rezeptoren an Tumorentstehung, Tumorentstehung und Metastasenbildung beteiligt. Pazopanib hemmt die über die Tyrosinkinasen vermittelte Wirkung der Rezeptoren von VEGFR1, 2 und 3 sowie PDGFR-α, PDGFR-β und c-kit. Dadurch kommt es gleichzeitig zu einer antiproliferativen und antiangiogenetischen Wirkung. Die klinische Wirksamkeit und Verträglichkeit wurden in jeweils einer Phase II und einer Phase III Studie für Patienten mit fortgeschrittenem

Feld	Wert
	Nierenzellkarzinom (RCC) und für Patienten mit fortgeschrittenem Weichteilsarkom (STS) untersucht. In der randomisierten, placebo-kontrollierten Phase III-Studie bei RCC verlängerte Pazopanib signifikant das progressionsfreie Überleben gegenüber Placebo sowohl für die nichtvorbehandelten als auch für die Patienten mit vorheriger Zytokintherapie. In der randomisierten, placebo-kontrollierten Phase III-Studie bei STS verlängerte Pazopanib signifikant das progressionsfreie Überleben gegenüber Placebo. Pazopanib wird als Dauertherapie oral verabreicht mit einer Dosis von 800 mg 1 x täglich
Indikation	atienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom. Patienten mit bestimmten Subtypen von Weichteilsarkomen mit Progression.
Ablösung / Ergänzung	Heute sind für die Behandlung des metastasierten Nierenzellkarzinoms u.a. die oralen Tyrosinkinaseinhibitoren Sunitinib (ZE2016-74) und Sorafenib (ZE2016-75) zugelassen. Beide sind Bestandteil des Zusatzentgelt- Kataloges 2016, Anlage 4. Pazopanib ergänzt als neue Therapieoption die Behandlungsmöglichkeiten des metastasierten Nierenzellkarzinoms sowie die Zweitlinientherapie des Weichteilsarkoms.
Was ist neu?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 hat Pazopanib den Status 1 (Position 10 der NUB-Liste 2016) Pazopanib hat als Multityrosinkinaseinhibitor ein anderes Affinitätsprofil bzgl. der verschiedenen Tyrosinkinasen als bisher zugelassene Tyrosinkinaseinhibitoren.
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	In Studien: Mai 2009 In der klinischen Versorgung: Juni 2010 beim Nierenzellkarzinom, beim Weichteilsarkom 2012
Medikament zugelassen	Die European Medicines Agency (EMA) hat am 14.6.2010 Pazopanib (Votrient®) die Zulassung zur Therapie des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms erteilt, die Erweiterung auf Weichteilsarkome erfolgte am 3.8.2012.
Methode im Krankenhaus	2011
Methode in Krankenhäusern	Pazopanib wird schätzungsweise in ca. 300 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anträge 2016)
Patienten letztes Jahr	6
Patienten dieses Jahr	4
Patienten Zukunft	5
Mehrkosten	Sachkosten: 800mg an jedem Tag des stationären Aufenthalts Durchschnittlich verabreichte Menge pro stationären Aufenthalt: 5600 mg bei 7 Tagen VD Packungsgröße: 60 Tabletten á 400 mg Preis pro Packung: 4589,88 € Kosten pro Aufenthalt ca. 1081 € bei einer angenommenen VD von 7 Tagen Kosten pro Tag ca. 153 € Pazopanib wird als orale Dauertherapie in einer festen Dosis von 800 mg pro Tag verabreicht. Somit kann es Kosten in allen Fallpauschalen verursachen, da die Therapie in der Regel fortgesetzt wird, auch wenn der Patient auf Grund einer anderen Erkrankung stationär behandelt wird. Die Höhe der Kosten ist abhängig von der Verweildauer in der jeweiligen Fallpauschale Abgelöst werden andere Tyrosinkinaseinhibitoren wie Sunitinib, Sorafenib oder Trabectedin (alle ZE), somit entstehen Kosten zusätzlich zu den Kosten einer Fallpauschale. Personalkosten Für die Applikation: ca. 5 Minuten (ÄD) und ca. 5 Minuten (PD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Pazopanib wurde im Jahr 2010 für das Nierenzellkarzinom und 2012 für Weichteilsarkome zugelassen. Für das Datenjahr 2015 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein ist, als dass genügend Kosten- und Leistungsdaten aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2017 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 153 € pro Tag können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden und Pazopanib ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten im Gegensatz zu den anderen Tyrosinkinaseinhibitoren, die Pazopanib u.U. ablöst. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen Fallpauschale. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	

Feld	Wert
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	L61 I65
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-005.a



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1716451 NUB 68 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1716451
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 14:42
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Christian
Name	Jansen
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Str. 25
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	022828715507
Telefax	
E-Mail	Christian.Jansen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Universitätsklinikum Bonn Thomas Lück
Benennung	Anlegen eines peritoneovesikalen Shunters mit Implantation einer wiederaufladbaren Pumpe
Alternative Bezeichnung	ALFApump
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1607111
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	
Handelsname	alpha Pumpe
CE-Kennzeichnung	CE0086
Beschreibung	Das Anlegen eines peritoneovesikalen Shunters mit Implantation einer wiederaufladbaren Pumpe ist ein innovatives und einzigartiges Verfahren, welches für Patienten entwickelt wurde, die unter refraktärem Aszites leiden. Diese neuartige Technologie ermöglicht eine selbsttätige und kontinuierliche Abführung von überschüssigen Flüssigkeitsmengen aus dem Abdomen über einen Katheter in die Harnblase. Von dort aus scheidet der Patient

Feld	Wert
	die Flüssigkeit auf natürlichem Wege aus. Gegenwärtig existiert keine vergleichbare Methode einer Flüssigkeitsabführung im Rahmen der Behandlung von refraktärem Aszites. Refraktärer Aszites ist definiert als Aszites, der nicht durch medikamentöse Therapie mobilisiert oder dessen frühzeitiges Wiederauftreten nach einer therapeutischen Parazentese nicht medikamentös verhindert werden kann. Das Verfahren stellt folglich erstmalig eine Alternative zu existierenden Behandlungsmethoden (z.B. Parazentese) dar, die einem ausgewählten Patientenkollektiv zu Gute kommt, welches sich bislang in einer Therapielücke zwischen erfolgloser medikamentöser Therapie und Versorgung mit einer Volumenparazentese als gegenwärtige Standardtherapie befand. Für diese Aszites-Patienten bietet der neuartige Therapieansatz das Potential einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität. Bei dem Verfahren handelt es sich um ein voll implantierbares, batteriebetriebenes System, dessen Kerntechnologie aus insgesamt 6 Komponenten besteht: eine batteriebetriebene Pumpe, spezielle Peritoneal- und Blasenkatheeter, ein externes kabelloses Ladegerät mit Ladestation und kabelloser Computersoftware sowie einer Flusskontrollsoftware (FlowControl). Das System aus Pumpe und Kathetern wird unter allgemeiner Anästhesie oder Lokalanästhesie chirurgisch implantiert. Die minimal-invasive Prozedur dauert hierbei zirka 60 Minuten. Das Verfahren bedarf mit Ausnahme des täglichen Aufladens der Batterie von ca. 20-30 Minuten keiner weiteren Interaktion des Patienten. Das Pumpensystem arbeitet damit vollautomatisch. Drucksensoren an der Pumpe verhindern, dass die Pumpe fördert, wenn sich keine überschüssige Flüssigkeit im Abdomen befindet. Mit Hilfe einer Software ermöglicht das Verfahren dem zuständigen Arzt sowohl Pumpparameter auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten anzupassen als auch Daten der Pumpfähigkeit abzurufen, zu analysieren und zu dokumentieren. Bisherige Studienergebnisse belegen die Wirksamkeit und Sicherheit des Anlegens eines peritoneovesikalen Shunt mit Implantation einer wiederaufladbaren Pumpe bei der Therapie von refraktärem Aszites infolge von Leberzirrhose (1-3, 11). Hierbei konnte eine Erfolgsquote in der Beseitigung von Aszites durch den Einsatz eines peritoneovesikalen Shunt mit Implantation einer wiederaufladbaren Pumpe von 83% bzw. 96% nachgewiesen werden. Darüber hinaus konnte im Rahmen der europaweit initiierten PIONEER-Studie eine signifikante Reduktion von Parazentese-Prozeduren von monatlich 3,4 Prozeduren pro Patient auf monatlich 1 Prozedur pro Patient erzielt werden (4). Insgesamt bedurften ca. 50% der Aszites-Patienten keiner weiteren Parazentese-Prozedur nach der Implantation. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse wird gegenwärtig vorbereitet.
Indikation	Das Verfahren wurde speziell für Patienten entwickelt, die unter refraktärem Aszites als eine Form von kompliziertem Aszites leiden. Diese Patienten gelten als refraktär, da entweder eine gängige Behandlung mit Diuretika in Kombination mit einer Natriumreduktion bei diesen nur bedingt eine Wirkung aufzeigt oder diese assoziierte Komplikationen (z.B. Nierenversagen) gegenüber einer Diuretika-Therapie aufweisen (5). Als eine Ursache für refraktären Aszites gilt Leberzirrhose oder eine maligne Grunderkrankung. Die einzige Therapiemöglichkeit bei Leberzirrhose besteht in einer Lebertransplantation. 50% aller Patienten mit Leberzirrhose entwickeln im Krankheitsverlauf einen Aszites, wobei 10% refraktär sind und mit einer Kombination aus Diät und Diuretika behandelt werden. Die Prognose von Patienten bei der Diagnose refraktärer Aszites ist im Allgemeinen schlecht. Studien zeigen in diesem Zusammenhang, dass die Überlebenswahrscheinlichkeit von Patienten mit refraktärem Aszites (n=75) innerhalb von sechs Monaten bei 52% und innerhalb von zwei Jahren bei 45% liegt (6). Das Anlegen eines peritoneovesikalen Shunt mit Implantation einer wiederaufladbaren Pumpe empfiehlt sich folglich für Patienten, die infolge einer Leberzirrhose an einem anhaltenden refraktären Aszites leiden und nicht länger mit Hilfe von etablierten Therapieverfahren (z.B. TIPS, Parazentese) behandelt werden können. Für diese Patienten bietet der neue Therapieansatz eine Alternative zur gängigen Parazentese. Damit trägt das Verfahren wesentlich zu einer besseren Versorgung von Aszites-Patienten und deren Lebensqualität bei. Inzwischen wurde die ALFApump auch zur Therapie des malignen Aszites unabhängig von der Tumorart zugelassen. Hierbei handelt es sich um ein palliatives Verfahren mit dem Ziel der Steigerung der Lebensqualität und der Vermeidung stationärer Aufenthalte oder häufiger ambulanter Vorstellungen zur Aszitespunktion.

Feld	Wert
Ablösung / Ergänzung	Gegenwärtig etablierte Therapiemöglichkeiten zur Behandlung von Patienten mit refraktärem Aszites bestehen in der Implantation eines transjugularen intrahepatischen portosystemischen Shunts (TIPS) und in der Parazentese (Aszitesdrainage). Bei der Parazentese wird über eine großlumige Nadel sowie einen Katheter die Flüssigkeit aus dem Abdomen in regelmäßigen Intervallen möglichst vollständig abgeführt. Diese Volumenparazentese (LVP) in Zusammenhang mit einer intravenösen Albumingabe stellt gegenwärtig die Standardtherapie bei der Behandlung von refraktärem Aszites dar (7). Die häufige Wiederholung der Behandlung (wöchentliche bzw. vierzehntägig) stellt sowohl für den Patienten als auch für das gesamte Gesundheitssystem eine große Belastung dar. Darüber hinaus ist mit der Parazentese ein hohes Risiko verbunden. So kann die schnelle Beseitigung eines hohen Flüssigkeitsvolumens zu Funktionsstörungen der Niere und des Kreislaufs führen. Weitere Risiken bestehen in dem Auftreten von Blutungen oder Infektionen. Für ausgewählte Patienten mit refraktärem Aszites löst das Anlegen eines peritoneo- vesikalen Shuntes mit Implantation einer wiederaufladbaren Pumpe die wiederholte Volumenparazentese ab. Das Verfahren trägt darüber hinaus signifikant zu einer reduzierten Albumingabe bei. Die alternative Therapie TIPS ermöglicht in manchen Fällen die Ansammlung von Bauchwasser zu verhindern. Dennoch sind TIPS mit einem hohen Risiko assoziiert eine hepatische Enzephalopathie (40-50%) zu verursachen. Die Entscheidung für eine Therapie mit TIPS ist folglich auf Patienten beschränkt, die keine Evidenz für eine hepatische Enzephalopathie oder eine kardiale Dysfunktion aufweisen. Als Konsequenz stellt die Volumenparazentese die gängige Therapie für Patienten mit refraktärem Aszites dar. Das Anlegen eines peritoneovesikalen Shuntes mit Implantation einer wiederaufladbaren Pumpe stellt einen zukunftsweisenden Meilenstein im Aszites-Management dar. Das Verfahren wird für Patienten empfohlen, die derzeit mit Volumenparazentese behandelt werden und für die keine alternativen Therapien in Frage kommen. In diesen Fällen ist das Anlegen eines peritoneovesikalen Shuntes mit Implantation einer wiederaufladbaren Pumpe die gegenwärtig einzige existierende Alternative.
Was ist neu?	Das Anlegen eines peritoneovesikalen Shuntes mit Implantation einer wiederaufladbaren Pumpe, welches im Juli 2011 CE-zertifiziert wurde, ist die erste und bisher einzige Methode für ein langsames, schmerzfreies und kontinuierliches Aszites-Management betroffener Patienten. Das Verfahren erhielt im vergangenen NUB-Antragsverfahren 2015 Status 1. Gegenwärtig ist keine vergleichbare Methode der Flüssigkeitsabführung bekannt. Im Vergleich zur Standardtherapie (Volumenparazentese) weist das neue Verfahren zur Behandlung von refraktärem Aszites folgende Vorteile auf: - Signifikante Reduktion der Anzahl an notwendigen Parazentesen und folglich auch der Anzahl der Krankenhausaufenthalte; - Aufhebung der Kosten für Albumin; - Reduktion der Einnahme von Diuretika und damit verbundenen Risiken einer hochdosierten Diuretika-Behandlung; - Steigerung des Appetits und damit Verbesserung der Nahrungsaufnahme; - Verbesserung der Lebensqualität.
Verweildauer	Die Auswirkung auf die Verweildauer kann noch nicht abschließend beurteilt werden.
Methode in Deutschland	Das Anlegen eines peritoneovesikalen Shuntes mit Implantation einer wiederaufladbaren Pumpe erfolgte erstmalig in Deutschland im Rahmen der europaweiten klinischen Studie (PIONEER) im Februar 2010. In den Jahren 2010 bis 2011 wurden insgesamt 40 Leberzirrhose-Patienten mit refraktärem Aszites in den neun involvierten europäischen Zentren behandelt. An der PIONEER-Studie beteiligten sich u.a. das Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt, das Universitätsklinikum Regensburg, die Charité Berlin sowie das Universitätsklinikum Bonn.
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	Die erste ALFA-Pumpe wurde im Rahmen der PIONEER-Studie erstmals am 13.07.2010 in unserer Klinik eingesetzt. Die aktive Phase der Pioneer-Studie ist inzwischen abgeschlossen. Seit dem 14.06.2011 können keine weiteren Patienten im Rahmen der Studie behandelt werden.
Methode in Krankenhäusern	Nach unserem Kenntnisstand wird das Verfahren gegenwärtig in der Johann Wolfgang-Goethe Universitätsklinik Frankfurt, der Universitätsklinik Bonn, der Universitätsklinik Regensburg, der Universitätsklinik Leipzig, der Universitätsklinik Mannheim, der

Feld	Wert
	Universitätsklinik Homburg / Saar, der Universitätsklinik München, der Charité Berlin sowie dem Klinikum Frankfurt Höchst angewandt.
Patienten letztes Jahr	5
Patienten dieses Jahr	4
Patienten Zukunft	5 -10
Mehrkosten	Das Anlegen eines peritoneovesikalen Shunters mit Implantation einer wiederaufladbaren Pumpe erfolgt in einem durchschnittlich einstündigen minimal-invasiven operativen Eingriff unter Lokal- oder Allgemeinanästhesie. Die Kosten für den Eingriff werden durch die DRG 901D ("Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne andere Eingriffe an Kopf und Wirbelsäule, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie") oder die DRG H06C ("Andere OR-Prozedur an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, ohne selektive Embolisation") abgedeckt, welche beide den durchschnittlichen medizinischen Aufwand und Sachkostenaufwand widerspiegeln. Die Mehrkosten bestehen hauptsächlich in den Sachkosten des Implantats. Der aktuelle Listenpreis beträgt laut Herstellerangaben 24.075,00 EUR inklusive der gesetzlichen Mehrwertsteuer (7%).
nicht im G-DRG-System abgebildet	Das Anlegen eines peritoneovesikalen Shunters mit Implantation einer wiederaufladbaren Pumpe zur Therapie von refraktärem Aszites ist gegenwärtig nicht eindeutig im G-DRG-System abgebildet. Sowohl für den Anwender als auch für Kostenträger ist es von Relevanz, diese Leistung und die damit verbundenen signifikanten Kosten zukünftig eindeutig identifizieren zu können. Eine entsprechende Antragstellung zur Einführung eines Zusatzentgelts erfolgte im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Klassifikationssystems im Jahr 2013 fristgerecht zum 31.03.2012. Literatur: 1. Von Schaewen, M.: Treatment of a 69-year-old patient with refractory ascites due to liver cirrhosis with a new medical device - The ALFApump System. Case Report by the Department of Medicine of the University Hospital Charité Berlin. 2. Appenrodt, B. / Sauerbruch, T.: A 54-year-old patient with liver cirrhosis and refractory ascites treated with a new technology - The ALFApump System. Case report by the Department of Medicine of the University Hospital Bonn. 3. Deutsches Ärzteblatt, abrufbar unter: http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/51005 , vom 25.07.2012. 4. Klinikum der J. W. Goethe-Universität (2012): Einzigartige Behandlung für Bauchwasser bei Leberzirrhose. In: Medical Society, Vol. 4, S. 19. 5. Moore, K. P. / Wong, F. et al. (2003): The management of ascites in cirrhosis: report on the consensus conference of the International Ascites Club. In: Journal of Hepatology, Vol. 38 (1), S. 258-266. 6. Moreau, R. / Valla, D. C. et al. (2004): Clinical characteristics and outcome of patients with cirrhosis and refractory ascites. In: Liver International, Vol. 24 (5), S. 457-464. 7. Gerbes, A. L. / Gülberg, V. / Sauerbruch, T. / Wiest, R. / Appenrodt, B. / Bahr, M. J. / Dollinger, M. M. / Rössle, M. / Schepke, M. (2011): S3-Leitlinie "Aszites, spontant bakterielle Peritonitis, hepatorenales Syndrom". In: Zeitschrift für Gastroenterologie, Vol. 49 (1), S. 749- 779. 8. Ginés, P. / Angeli, D. et al. (2010): EASL clinical practice guideline on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. In: Journal of Hepatology, Vol. 53 (3), S. 397-417. 9. Salerno, F. / Camma, C. / Enea, M. / Rössle, M. / Wong, F. (2007): Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt for refractory ascites: a meta-analysis of individual patient data. In: Gastroenterologie, Vol. 133 (3), S. 825-834. 10. Sanyal, A. J. / Genning, C. / Reddy, K. R, Wong, F., Kowdley K. V., Benner, K., McCashland, T. (2003): The North American Study for the treatment of refractory ascites. In: Gastroenterology, Vol. 124(3), S. 634-641. 11. Bellot P. et.al., Automated low flow pump System for the Treatment of refractory ascites: a multi-Center safety and efficacy study. In: J Hepatol 2013 May, 58 (5): 922-7
Prozeduren - Beschreibung	5-549.6
	Ja

Feld	Wert
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	
DRGs	DRG 901D DRG H06C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-549.6



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1723048 NUB 71 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1723048
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 11:00
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr. med.
Vorname	Christian
Name	Mayer
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Strasse 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828716505
Telefax	
E-Mail	christian.mayer@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	Intraaneurysmale Flow--Diverter für intrakranielle Aneurysmen
Alternative Bezeichnung	Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1617189
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	Es wurde bisher keine Anfrage an den G--BA gestellt, da NUB schon in 2016 beantragt wurde.
Handelsname	Web, Fa.Sequent; pCANvas, Fa.phenox; Medina Embolization Device, Fa.Covidien; Luna AES, NFocus)
CE-Kennzeichnung	nicht bekannt
Beschreibung	Die Behandlung intrakranieller Aneurysmen an Gefäßbifurkationen mit speziellen Mikrostents und anschließender Embolisation mit Platinspiralen ist bereits eine akzeptierte und auch im G-DRG-System festgehaltene Behandlungsmethode. Sie birgt jedoch den erheblichen Nachteil, dass die verwendeten Stents eine der zuführenden

Feld	Wert
	Gefäße überspannen und immer eine langfristige medikamentöse Therapie zur Gerinnungshemmung erfolgen muss. Diese gerinnungshemmende Therapie macht den Einsatz von Stents bei rupturierten (blutenden) Aneurysmen nur sehr bedingt möglich. Seit Mitte 2011 sind spezielle Implantate verfügbar, die nicht in das Trägergefäß, sondern direkt in das Aneurysma implantiert werden (Intraaneurysmale FlowDiverter). Das spezielle drahtgeflechtartige (z.T.mikroporöse) Design ermöglicht eine schnelle Thrombosierung des Aneurysmas, sodass die Therapie prinzipiell auch für rupturierte Aneurysmen geeignet ist. Ferner wird durch das Design die Bildung einer neuen Gefäßinnenwand (Neointima) im Bereich des Aneurysmahalses begünstigt. Die Platzierung im Aneurysma ermöglicht in der Regel den Verzicht auf die bei herkömmlichen Flow--Divertern notwendige gerinnungshemmende Therapie. Durch das intraaneurysmale Design muss zudem in der Regel für jedes Aneurysma nur ein Implantat verwendet werden. Herkömmliche Flow--Diverter werden eher ineinander platziert, für die Behandlung eines Aneurysmas in d z.B.im Durchschnitt 1,7 herkömmliche Implantate erforderlich. Mit der neuen Methode können auch bisher nicht endovaskulär behandelbare (Bifurkations-) Aneurysmen ausgeschaltet werden. Die für diese komplexen Aneurysmen bisher eingesetzte, komplexe Therapie mit mehreren Stents und Coils oder gar die häufig mit höherer Morbidität einhergehenden neurochirurgisch-operative Therapie kann entfallen. Ein zusätzlicher, entscheidender Vorteil der neuen Methode ist, dass die nachfolgende Behandlung des Aneurysmas mit Coils nicht mehr erforderlich ist, da das Aneurysma vom intraaneurysmalen Flow--Diverter bereits vollständig ausgefüllt bzw. der Aneurysmaeingang abgedichtet wird. Die Bedeutung dieser neuen Entwicklung wird von den Meinungsführern der Neuroradiologie als sehr hoch eingeschätzt. Weltweit sind bislang mehr als 3.000 Fälle (Stand September 2016) innerhalb und außerhalb klinischer Studien mit einem intraaneurysmalen Flow--Diverter behandelt worden. Mittlerweile sind außerdem mehrere Publikationen erschienen, welche Daten aus klinischen Studien berichten. Diese Ergebnisse sowie die klinische Erfahrungen außerhalb von Studien bestätigen bereits jetzt die Erwartungen an die Methode als eine sichere, rasch durchführbare, komplikationsarme und wirksame Behandlungsmethode, die auch langfristig stabile Behandlungsergebnisse bietet (u.a. verringerte Rekanalisierungsrate im Vergleich zu etablierten Therapien). Die einfache Durchführung der neuen Behandlung erlaubt es zudem, ergänzende Maßnahmen einfach und rasch vorzunehmen, falls klinische Gegebenheiten dies notwendig machen. Mittlerweile liegen Ergebnisse von Analysen aus verschiedenen Studien (WEBCAST Studie sowie Registerstudie Frankreich) für eine Nachbeobachtungszeit von mehr als 12 Monaten vor. Ein adäquater Verschluss der schwierig zubehandelnden Aneurysmen mit breitem Hals wurde bei 83,5% der Fälle festgestellt (n=91). Bei 96,3% der Fälle (n=107) war keine weitere Behandlung innerhalb der 12 Monate nach der Implantation notwendig geworden – diese musste lediglich bei 3,7 % der Fälle durchgeführt werden. Die Ergebnisse der Studien zeigen darüberhinaus eine sehr niedrige Komplikationsrate mit einer 30--Tage--Mortalität von 0 % und einer 30-Tage-Morbidität von 2,7%(n=113). Unterstützt werden die Langzeitdaten für das Verfahren durch weitere, publizierte, post-interventionelle Ergebnisse mit einer Nachbeobachtung von mindestens sechs Monaten. Alle verfügbaren Daten weisen auf eine hohe Stabilität der klinischen Ergebnisse im mittel--bis längerfristigen Verlauf hin. Die Methode erhielt in 2013 als NUB--AntragNr. 33, 2014 als NUB--AntragNr.48, 2015 als NUB--AntragNr. 49 und 2016 als NUB--AntragNr. 53 jeweils den Status 1.
Indikation	Die Methode wird vor allem bei Patienten mit breitbasigen intrakraniellen Aneurysmen an Gefäßbifurkationen angewendet, wenn eine konventionelle Behandlung mit Coils wegen des weiteren Halses nicht möglich ist. Bifurkationsaneurysmen sind im Allgemeinen mit herkömmlichen Methoden, auch mit stentgestütztem Coiling nicht behandelbar, da immer ein Gefäßarm mit einem Stent überbrückt werden muss. Die Hauptdiagnose entsprechen der Fälle wird im ICD--10--GM 2015 durch den Code I67.10 "Zerebrales Aneurysma (erworben)" beschrieben.
Ablösung / Ergänzung	Abgelöst wird zum einen die neurochirurgische Intervention bei Aneurysmen, die nur sehr komplex endovaskulär behandelbar sind, z.B. mit aufwendigen und teuren Coil-Stent--Kombinationen. Außerdem wird die Behandlung von Aneurysmen ermöglicht, die neurochirurgisch aufgrund ihrer Lokalisation gar nicht behandelt werden können (z.B. Aneurysmen an der Basilaris-Spitze) und die auch mit herkömmlichen interventionellen

Feld	Wert
	Methoden sehr komplexe Ansätze benötigen. Die Methode erweitert somit die Indikation zur minimalinvasiven Behandlung. Die Zahl der neurochirurgisch zu versorgenden Aneurysmen nimmt ab, und es eröffnen sich Behandlungsmöglichkeiten für Patienten, die bisher nur unter Schwierigkeiten neurochirurgisch oder interventionell versorgt werden konnten.
Was ist neu?	Die Methode ist vollständig neu. Die ersten Implantate sind seit Mitte 2011 kommerziell verfügbar und mit einem CE Zeichen versehen. Neu ist die Methode vor allem hinsichtlich der intraaneurysmalen Platzierung des Implantats, die mehrere wesentliche Vorteile bringt. Vor allem benötigt der Patient keine gerinnungshemmende Therapie mehr, und konzeptbedingt wird das Aneurysma mit einem Implantat ausgeschaltet. Somit wird die teure Anwendung von mehreren konventionellen Flow--Divertern oder gar aufwendige Coil--Stent-Kombinationen vermieden. Die Implantate sind in der Zwischenzeit deutlich weiter entwickelt worden und mittlerweile in verschiedenen Ausführungen (einlagiges und zweilagiges Design), Durchmessern und Formen (tönnchenförmig, oval, tulpenförmig, coilförmig) verfügbar. Die neusten Weiterentwicklung (einlagig, oval, sehr kleiner Durchmesser) bzw. schlauchförmige Drahtgeflechte ermöglichen ferner die Behandlung von schwer zugänglichen, kleinen Aneurysmen mit Hilfe von Mikrokathetern mit entsprechend kleinem Durchmesser. Seit Herbst 2012 sind zusätzlich speziell für die Platzierung der neuen Implantate entwickelte Mikrokatheter verfügbar. Alle die Implantate der neuesten Generation verfügen über eine Technologie, welche die Implantate unter Röntgenkontrolle vollständig sichtbar macht. Ferner sind alle Implantate vollständig MR--kompatibel.
Verweildauer	Im Vergleich zu Operationen bei (Bifurkations--)Aneurysmen (wovon viele nicht mehr operiert werden müssen), ist die Verweildauer erheblich verkürzt. Im Vergleich zur bisherigen interventionellen Therapie ist durch den Wegfall der gerinnungshemmenden Therapie die postoperative Nachsorge komplikationsärmer. Somit sind positive Effekte auf die Verweildauer, insbesondere auf der Intensivstation, zu erwarten. Im Vergleich zu Operationen bei (Bifurkations--) Aneurysmen (wovon viele nicht mehr operiert werden müssen), ist die Verweildauer erheblich verkürzt. Im Vergleich zur bisherigen interventionellen Therapie ist durch den Wegfall der gerinnungshemmenden Therapie die postoperative Nachsorge komplikationsärmer. Somit sind positive Effekte auf die Verweildauer, insbesondere auf der Intensivstation, zu erwarten.
Methode in Deutschland	Die Behandlung unter Anwendung der intraaneurysmalen Flow--Diverter wurde 2011 erstmals in Deutschland angewandt.
Medikament zugelassen	entfällt
Methode im Krankenhaus	2014
Methode in Krankenhäusern	ca 130
Patienten letztes Jahr	1
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	5
Mehrkosten	Im Vergleich zu neurochirurgischen Verfahren entstehen bei der neuen Methode Mehrkosten primär durch die Materialkosten der intraaneurysmalen Flow--Diverter. Die Kosten (Listenpreise 2016) belaufen sich auf ca. 10.800 bis 12.500,- pro Implantat (Web, Fa. Sequent; pCANvas, Fa. Phenox; Medina Embolization Device, Fa. Covidien/Medina; Luna AES, NFocus). Zusatzmaterialien (Katheter, Drähte etc.) sind im Vergleich mit herkömmlichen interventionellen Methoden nicht notwendig. Somit sind die Kosten mit denen eines herkömmlichen Flow--Diverters vergleichbar. Allerdings wird bei der neuen Methode in der Regel nur ein Implantat pro Patientenprozedur benötigt (im Gegensatz zu durchschnittlich 1, 7 bei den konventionellen Flow--Divertern). Seit Einführung der OPS 8-83c.8 führen die entsprechenden Behandlungsfälle vor allem in die DRGs B20E (für

Feld	Wert
	Fälle mit PCCL<4) und B02D (für Fälle mit PCCL>3). DRG B20E wird derzeit mit 7236,65 vergütet (G-DRG 2016, Normallieger). Die Kalkulation der DRG B20E (G-DRG V 2014/2016 HA-Report Browser) weist kalkulierte Implantatkosten von lediglich 501,81,20 € auf (Implantate OP Bereich + Radiologie). DRG B20D wird in 2016 mit 7154,33 € vergütet. (G-DRG 2016, Normallieger). Die Kalkulation der DRG B20D (G-DRG V2014/2016HA--Report Browser) weist kalkulierte Implantatkosten von lediglich 195,34 € auf. Bei der derzeit am häufigsten betroffenen DRGs sind daher nicht in der Lage die Gesamtkosten der Behandlungsfälle mit dem intranaeurysmalen Implantat zu decken. Darüberhinaus sind die DRGs wesentlich auf Basis operativer Verfahren kalkuliert (vor allem Kraniotomien) und nicht auf Basis katheterbasierter, interventioneller Eingriffe mit speziellen Implantaten. Folglich weisen die DRGs eine nicht sachgerechte Kostenstruktur und kaum kalkulierte Implantatkosten auf. Die Mehrkosten der neuen Methode im Vergleich zu diesen DRG-Erlösen sind somit beträchtlich und liegen pro Fall mindestens ca. in der Höhe der Materialkosten der Implantate.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die Methode ist völlig neu und im gültigen G-DRG-System nicht abgebildet. Ein spezifischer OPS steht erst seit 2013 zur Verfügung. Somit konnten bislang noch kaum Kosten- und Leistungsdaten gesammelt und in den Revisionen des G-DRG-Systems berücksichtigt werden, weshalb eine sachgerechte Abbildung im G-DRG Fallpauschalenkatalog nicht gegeben ist.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	B20 E, B20D
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-83c.8



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1711051 NUB 76 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1711051
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 12:44
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Renate
Name	Dahmen
Abteilung	Kardiologie
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715171
Telefax	
E-Mail	Renate.Dahmen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Cardiac Dimensions Andreas Ramoeller
Benennung	CARILLON_Perkutane Mitralklappenanuloraphie mit Spange
Alternative Bezeichnung	Carillon Mitral Contour System
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1609012
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	Es handelt sich um ein Implantat ähnlich einem Stent, das im Koronarvenensinus dauerhaft implantiert wird. Es wird keine elektr. Energie abgegeben.
Handelsname	Carillon Mitral Contour System
CE-Kennzeichnung	CE 0344
Beschreibung	Bei Patienten mit ischämischer oder nicht-ischämischer Kardiomyopathie kommt es durch Erweiterung des linken Ventrikels und des Mitralklappenringes zu einer funktionellen Insuffizienz der Mitralklappe. Aufgrund des erweiterten Durchmessers des Mitralklappenringes können die Mitralklappensegel systolisch nicht mehr aneinanderschlagen. Durch minimalinvasives Implantieren einer Spange

Feld	Wert
	(Carillon®-Spange der Firma Cardiac Dimensions) in den Koronarsinus wird der Mitralklappenring gerafft. Der Durchmesser des Mitralklappenringes verkleinert sich. Die Mitralsegel schlagen wieder systolisch aneinander. Die Mitralklappeninsuffizienz wird reduziert/behoben. Die Implantation der Carillon®-Spange erfolgt über einen Herzkatheter, der über die V. jugularis, die V. cava sup., das rechte Atrium in den Koronarsinus eingebracht wird. Parallel hierzu werden eine Koronarangiographie und eine transösophageale Echokardiographie durchgeführt. Aus diesem Grund wird empfohlen, den Eingriff in Allgemeinanästhesie durchzuführen. Der Koronarsinus wird mittels Standardtechnik kanüliert und ein 9-French Freisetzungskatheter distal in die große Herzvene in der Nähe der anterioren Kommissur der Mitralklappe positioniert. Ein Venogramm wird durchgeführt, um die Länge und den Durchmesser des Koronarsinus bzw. der großen Herzvene zu ermitteln. Abhängig von der arteriovenösen Anatomie wird eine passende Größe des Implantats ausgesucht. Die Freisetzung des distalen helixförmigen Ankers besteht aus zwei Schritten: 1. Rückzug des Freisetzungskatheters, um eine passive Expansion des vorgeformten Nitinoldrahts zu erlauben. 2. Vorschub des Freisetzungskatheters, um den Anker zu seinem maximalen Durchmesser zu expandieren. Die Anker sind überdimensioniert bezogen auf den venösen Durchmesser, um so einen umlaufenden Andruck und dadurch eine stabile Verankerung zu gewährleisten. Nachdem der distale Anker des Implantats freigesetzt ist, wird eine manuelle Traktion auf das Freisetzungssystem ausgeübt, um das perianuläre Gewebe zu raffen. Durch eine Kombination von transösophagealer Echokardiographie und Fluoroskopie wird die finale Position des proximalen Ankers bestimmt. Aufgrund der unmittelbaren Nähe des Ramus circumflex der linken Koronararterie wird eine Koronarangiographie während des Implantationsvorgangs durchgeführt. Bevor das Implantat endgültig vom Freisetzungskatheter abgekoppelt wird, muss per Koronarangiographie bestätigt werden, dass der Koronarfluss nicht signifikant eingeschränkt wird. Gleichzeitig wird mittels transösophagealer Echokardiographie überprüft, ob eine quantitative Reduktion der mitralen Regurgitation erreicht werden konnte. Andernfalls wird das Implantat wieder mit Hilfe des Freisetzungskatheters entfernt und ein anderes Implantat eingebracht, welches aufgrund seiner Größe besser den anatomischen Gegebenheiten Rechnung trägt.
Indikation	Die perkutane Mitralklappenanuloraphie soll bei Patienten mit (ischämischer) dilatativer Kardiomyopathie mit hochgradig eingeschränkter LV-Funktion und funktioneller höhergradiger Mitralklappeninsuffizienz eingesetzt werden. Von dem neuen, minimal-invasiven Verfahren profitieren insbesondere Patienten, bei denen ein Eingriff am offenen Herzen aufgrund eines extremen Eingriffsrisikos nicht möglich ist. Insbesondere für Patienten, die älter als 70 Jahre sind und einen Logistic Euroscore von 20+ (Herzchirurgischer Risikoscore) aufweisen, bietet sich dieses Verfahren an.
Ablösung / Ergänzung	Die bisherige Behandlungsmethode für oben beschriebenes Patientenklentel besteht in einem operativen Mitralklappenersatz bzw. einer operativen Mitralklappenrekonstruktion. Seit 2013 gibt es ein weiteres Verfahren zur Behandlung der Mitralklappeninsuffizienz, das sogenannte Clipping (MitraClip), welches mit der OPS 5.35a.41 abgerechnet wird und in die DRG F98C führt. Die OPS 5-35a.2 führt jedoch NICHT in diese DRG.
Was ist neu?	Es handelt sich um eine vollständig neue Behandlungsmethode. Eine CE-Zulassung für die Carillon-Spange wurde im August 2011 erteilt. Im Gegensatz zum operativen Mitralklappenersatz bzw. zur operativen Mitralklappenrekonstruktion - einem großen herzchirurgischen Eingriff - handelt es sich um ein minimal invasives Verfahren unter Verwendung eines Herzkatheters. Mit dieser neuen Methode ist es möglich, die Morbidität und Mortalität zu reduzieren. Auch im Vergleich zum Clipping ist dieses Verfahren neu. Während beim Clipping auf der arteriellen Seite und über einen transseptalen Zugang ein Implantat an den Segeln der Mitralklappe befestigt (geclipt) wird, wird bei der Spange über einen venösen Zugang ein Implantat im Koronarvenensinus und der Großen Herzvene eingesetzt. Risiken einer Verletzung der Klappensegel bzw. Chordae tendineae werden somit vermieden.
Verweildauer	Die Verweildauer der Patienten, die mit dieser Methode behandelt werden, wird in der Regel bei ein bis zwei Tagen liegen und somit deutlich kürzer sein, als bei den bisherigen chirurgischen Behandlungsmethoden. Gegenüber dem Clipping ist die Verweildauer nur geringfügig reduziert (ca. 1 Tag).

Feld	Wert
Methode in Deutschland	Das System wurde im Rahmen von Studien (AMADEUS®, TITAN®, TITAN II®) in Deutschland eingesetzt. Die AMADEUS®-Studie begann im Jahr 2005 und wurde 2008 abgeschlossen. Die TITAN®-Studie begann im Jahr 2008 und wurde 2009 abgeschlossen. Für die TITAN II®-Studie wurden die letzten Patienten im Februar 2012 eingeschlossen; publiziert wurden die Daten 2016. Das System kann seit seiner CE-Zertifizierung in Deutschland verwendet werden. Erste Implantationen außerhalb von Studien finden seit Mitte 2012 statt.
Medikament zugelassen	KEIN Medikament
Methode im Krankenhaus	2015
Methode in Krankenhäusern	Diese Methode wurde 2016 in über 20 deutschen Krankenhäusern eingesetzt.
Patienten letztes Jahr	13
Patienten dieses Jahr	4
Patienten Zukunft	20
Mehrkosten	Die Kosten für die Carillon®-Spange inklusive Spezialkatheter zur Einbringung der Spange belaufen sich auf 19.795 Euro inkl. MwSt.. Die Einbringung der Spange wird im Herzkatheterlabor mit zwei Ärzten plus Assistenzpersonal durchgeführt und dauert etwa 60 Minuten. Insofern sind für die Personal- und sonstigen Sachkosten in Anlehnung an eine Herzkatheteruntersuchung (siehe DRG F49G Kostenstelle Kardiologie, InEK-Kalkulationsbrowser 2010/12) mindestens 600 Euro zu veranschlagen. Aufgrund der empfohlenen Allgemeinanästhesie sind für einen Anästhesisten plus Assistenzpersonal nochmals etwa 300 Euro anzusetzen. Im Vergleich zu den bisher durchgeführten Verfahren (herzchirurgische Eingriffe) liegen die entstehenden Kosten möglicherweise in ähnlicher Größenordnung. Dies ist allerdings aufgrund der unterschiedlichen Eingruppierung der Fälle nicht von Relevanz. Vielmehr entscheidend ist die nicht ausreichende Finanzierung des Verfahrens durch den Erlös der DRGs F19A bzw. C. Die OPS 5-35a.2 führt derzeit nicht in die DRG F98C (wohingegen das Clipping mit OPS 5.35a.41 in die DRG F98C führt).
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die perkutane Mitralklappenanuloraphie wurde außerhalb von klinischen Studien seit August 2011 in gut 20 Krankenhäusern in Deutschland eingesetzt (ca. 70 Eingriffe in Einrichtungen in 2015 und 2016, die ihre Kosten an die InEK berichten und ca. 100 zusätzliche Eingriffe in anderen Häusern). Dementsprechend standen dem InEK bisher kaum Kostendaten zu diesem Verfahren zur Verfügung, welche in die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen einfließen hätten können. Die oben genannten Kosten des Verfahrens in der Größenordnung von 21.500 Euro (19.795 Euro Implantatkosten zuzüglich 900 Euro für die Herzkatheteruntersuchung und geschätzter 800 Euro für zwei Tage stationären Aufenthalt) werden durch den Erlös der DRG F19C (5.400 Euro) bzw. F19A (8000 Euro) nicht gedeckt. Es besteht eine erhebliche Finanzierungslücke von 19.795 Euro für das Implantat (inkl. MwSt.). Insofern liegt derzeit keine sachgerechte Abbildung des Verfahrens vor. Sollte die Spange ähnlich wie das Clipping zur DRG F98C führen, so wäre ein NUB nicht mehr nötig. Dies ist derzeit jedoch nicht der Fall. Seit Markteinführung wurden ca. 350 Eingriffe mit dieser Methode in Deutschland ausserhalb von klinischen Studien durchgeführt. Der für Carillon etablierte OPS-Kode 5-35a.2 wurde seinerzeit bei der Etablierung als chirurgischer Code angelegt. Aus heutiger Sicht macht dies zwar keinen Sinn, da das Verfahren ohne jegliche chirurgische Unterstützung rein interventionell vom Kardiologen durchgeführt wird. Zu Beginn der katheterbasierten Klappenverfahren ist man noch davon ausgegangen, dass für Klappeneingriffe immer eine chirurgische Unterstützung zur Verfügung stehen müsste. Die Erfahrung der jüngsten Vergangenheit zeigt, dass das Verfahren komplett von interventionellen Kardiologen gemanagt werden kann.
Prozeduren - Beschreibung	

Feld	Wert
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	F19C F19A
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-35a.2



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1724519 NUB 79 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1724519
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1 bzw. 4
letzte Änderung	30.10.2016 11:19
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr. med.
Vorname	Christian
Name	Mayer
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Strasse 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828716505
Telefax	
E-Mail	christian.mayer@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	Volumencoils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie (146)
Alternative Bezeichnung	
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1617162
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	Es wurde bisher keine Anfrage an den G---BA gestellt, da NUB schon in 2016 beantragt wurde.
Handelsname	Penumbra 400 Volumencoils (Fa. Penumbra), DeltaMAXX (Codman)
CE-Kennzeichnung	nicht bekannt
Beschreibung	Die endovaskuläre Behandlung von intrakraniellen Aneurysmen mit ablösbaren Platinspiralen durch die Neuroradiologie ist bereits eine akzeptierte und auch in den DRG festgehaltene Behandlungsmethode. Unverändert ein Problem stellen die großen Aneurysmen dar, deren endovaskuläre Behandlung nach der herkömmlichen Coilingmethode eine Vielzahl an Coils erfordert und gleichzeitig unverändert hohe

Feld	Wert
	Rekanalisierungsraten aufweisen. Auch bei den komplexeren endovaskulären Behandlungsformen des stentgeschützten Coilings und selbst bei Verwendung von Flow---Divertern werden nicht selten Rest--- und Rezidivaneurysmen beobachtet. Wünschenswert wäre daher ein einfach anzuwendendes Coilsystem, das unmittelbar eine höhere Packungsdichte im Aneurysma erzielen kann und damit auch die Rekanalisationsraten --- insbesondere bei den größeren Aneurysmen --- weiter reduzieren kann. Seit 9/2010 sind sehr flexible, speziell designte, interventionell einsetzbare großvolumige und überlange Coils ("Volumencoils") verfügbar. Im Vergleich zu den bisher verfügbaren Coils weisen die "Volumencoils" ein bis zu 400% höheres Volumen auf. Dadurch sind insbesondere bei den großen Aneurysmen insgesamt weniger Coils erforderlich, und es kann in kurzer Zeit eine höhere Packungsdichte erzielt werden. Im Pflichtfelder sind mit * gekennzeichnet. Verlauf zeigen die mit Volumencoils behandelten Patienten zudem eine geringere Rekanalisationsrate. Erhielt 2013 als NUB---Antrag Nr. 96, 2014 als NUB---Antrag Nr. 113 2015 als NUB---Antrag Nr. 129 und 2016 als NUB---Antrag Nr. 157 für die intrakranielle Anwendung den Status 1.
Indikation	Die Methode wird insbesondere bei Patienten mit einem größeren Aneurysma angewandt. Die Volumencoil kann auch in Kombination mit Stents und Flow---Divertern bei breitbasigen Aneurysmen eingesetzt werden, soweit die Indikation zur Behandlung des Aneurysmas besteht.
Ablösung / Ergänzung	Die neue Methode ergänzt die Embolisation der Aneurysmen mit ablösbaren Platinspiralen insbesondere bei den größeren Aneurysmen. Diese Behandlung wird damit noch effektiver. Die Zahl der zu operierenden Aneurysmen nimmt ab. Mit Anwendung dieser Coil kann man eventuell auf die Anwendung der teuren Aneurysmastents verzichten.
Was ist neu?	Die Methode ist vollständig neu. Die Volumencoils sind erst seit September 2010 verfügbar. Neu ist v.a. das neuartig konzipierte, großvolumige und gleichzeitig sehr flexible Coildesign, das eine sehr dichte, im Vergleich zu den herkömmlichen Coils deutlich höhere Bepackung des Aneurysmas bei insgesamt geringer Coilanzahl erlaubt. Damit reduziert sich auch die Interventionszeit insgesamt, wodurch eine verringerte Komplikationsrate (und geringere Durchleuchtungszeiten / geringere Strahlendosis) erwartet werden kann. Zudem zeigen die ersten Verlaufsuntersuchungen eine signifikant geringere Rekanalisationsrate.
Verweildauer	Diese Patienten/komplexen Aneurysmen müssen nicht mehr operiert werden. Die großvolumige und gleichzeitig flexible Volumencoil ermöglicht vor allem bei den großen Aneurysmen eine sehr dichte Bepackung des Aneurysmas bei insgesamt deutlich geringer Coilanzahl. Damit reduzieren sich die Behandlungskosten insgesamt. Auch die Pflichtfelder sind mit * gekennzeichnet. Interventionszeit wird sich bei weniger Coils verringern, die Komplikationsrate dadurch weiter sinken. Bei Einsatz der komplikationsärmeren endovaskulären Methode wird die Verweildauer im Krankenhaus insgesamt, insbesondere auf der Intensivstation kürzer sein. Zudem zeigen die ersten Verlaufsuntersuchungen eine geringere Rekanalisationsrate und damit eine geringere Rate an stationären Wiederaufnahmen zur Nachbehandlung.
Methode in Deutschland	2010
Medikament zugelassen	entfällt
Methode im Krankenhaus	2010
Methode in Krankenhäusern	ca. 130
Patienten letztes Jahr	3
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	5

Feld	Wert
Mehrkosten	Aufgrund des bis zu 4-fachen Materialanteils und der aufwendigeren Fertigung sind die Preise der neu verfügbaren, speziell konzipierten Volumencoil höher als die bisher verfügbaren Coils. Sachkosten in Form von Materialkosten: --- Penumbra 400 Volumencoils (Fa. Penumbra): 900,00--- 1.500,00 € (je nach Art der Coils) --- DeltaMAXX (Codman): 800,00 --- 1.100,00 € (je nach Art der Coils) Die zusätzlichen Kosten für spezielle Mikrokatheter, Mikrodrähte und Anschluss--- Systeme belaufen sich auf ca. 1.200 €. Pflichtfelder sind mit * gekennzeichnet. Die Personalkosten entsprechen denen der sonstigen Aneurysmabehandlungsmethoden. Zu berücksichtigen ist, dass bei dieser neuen Methode deutlich weniger Coils für eine vollständige Embolisation des Aneurysmas erforderlich sind, als dies mit den bisherigen Coils der Fall ist. Die höheren Kosten der Volumencoil werden dadurch relativiert. So ist im Vergleich zu den herkömmlichen Coils mit den neuen Volumencoils insbesondere bei den größeren Aneurysmen eine bis zu 75% geringere Coilanzahl erforderlich und dennoch resultieren die Volumencoils in einer höheren Packungsdichte.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Das Design der Volumencoil ist vollständig neu und deshalb bisher nicht im DRG---System abgebildet. Im Vergleich zu den bisher verfügbaren Coils hat die Volumencoil ein bis zu 400% höheres Volumen, dadurch resultieren höhere Material---/Fertigungskosten. Die Kosten der Volumencoils sind im G---DRG---System nicht abgebildet. Ein entsprechender NUB---Antrag erhielt bereits in den Vorjahren Status 1 (für die intrakranielle Indikation)
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	B20E B02D
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-83b.35



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1708030 NUB81 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1708030
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:27
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Axitinib (32)
Alternative Bezeichnung	Inlyta®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1616198
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Axitinib ist ein potenter Inhibitor von verschiedenen Proteintyrosinkinasen („Multitarget Inhibitor“). Diese Enzyme sind durch Weiterleitung der Signale verschiedener Rezeptoren an Tumorwachstum, Tumorangiogenese und Metastasenbildung beteiligt. Axitinib hemmt die über die Tyrosinkinasen vermittelte Wirkung der Rezeptoren von VEGF (VEGF-R -1, -2, -3). Dadurch kommt es zu einer gleichzeitig antiproliferativen und

Feld	Wert
	antiangiogenetischen Wirkung. Die Wirksamkeit von Axitinib in der Tumorthherapie wurde in einer randomisierten Phase III-Studie (AXIS-Studie 1032) im Vergleich zu Sorafenib an Patienten mit metastasierten Nierenzellkarzinomen nach Versagen oder Unverträglichkeit einer Sunitinib-, Bevacizumab + IFN- α -, Temsirolimus- oder Zytokintherapie geprüft. Mit Axitinib behandelte Patienten hatten ein signifikant längeres progressionsfreies Überleben im Vergleich zu Sorafenib (6,7 Monate vs. 4,7 Monate, $p < 0,0001$) und eine höhere Ansprechrate (19,4% vs. 9,4%, $p = 0,0001$). Die empfohlene Dosis beträgt zweimal täglich 5 mg mit der Option auf 10 mg zu erhöhen. Bei schwerwiegenden und/oder inakzeptablen Nebenwirkungen kann eine Anpassung der Dosierung auf weniger als 5 mg erfolgen.
Indikation	Axitinib wird zur Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom nach Versagen von vorangegangener Therapie mit Sunitinib oder einem Zytokin eingesetzt.
Ablösung / Ergänzung	Bisher gibt es verschiedene Optionen in der Zweitlinientherapie von Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom (z.B. Sorafenib, Everolimus und Nivolumab). Axitinib stellt eine neue Therapieoption nach Versagen einer Therapie mit Sunitinib oder einem Zytokin dar.
Was ist neu?	Für die Behandlung des metastasierten Nierenzellkarzinoms sind u.a. die Tyrosinkinaseinhibitoren Sunitinib und Sorafenib sowie der mTOR-Inhibitor Everolimus und der PD-1-Inhibitor Nivolumab zugelassen. Sunitinib ist als Standard für die Erstlinientherapie zu betrachten. In der Zweitlinie ist Axitinib die am häufigsten eingesetzte Substanz. Axitinib stellt als Multikinaseinhibitor der VEGF-Rezeptoren 1, 2 und 3 ein neues Therapieprinzip dar. In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 hat Axitinib den Status 1 (Position 23 der NUB-Liste 2016)
Verweildauer	Zu dieser Frage liegen, wegen bisheriger Nicht-Verfügbarkeit von Axitinib im Krankenhaus keine Daten vor.
Methode in Deutschland	01.10.2012
Medikament zugelassen	01.10.2012
Methode im Krankenhaus	2013
Methode in Krankenhäusern	Axitinib wurde 2016 von 283 Kliniken im Rahmen des NUB Verfahrens beantragt.
Patienten letztes Jahr	3
Patienten dieses Jahr	3
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Sachkosten: Durch die Gabe von Axitinib entstehen Zusatzkosten für die je Patient zu verabreichende Therapie in Höhe von: Tagesdosis 10 mg, zu geben an jedem Tag des stationären Aufenthalts Mittlere Verweildauer der Fallpauschale (siehe Punkt 4.2 des Antrages): 5 Tage Durchschnittlich verabreichte Menge pro stationären Aufenthalt: 50 mg Packungsgröße: 56 Tabletten á 5 mg Preis pro Packung: 3597,08 € Kosten pro Aufenthalt ca. 642 € Kosten pro Tag ca. 128 € Personalkosten: Durch die orale Therapieform sind die zusätzlichen Personalkosten vernachlässigbar klein (ca. 5 Arztminuten / Tag, ca. 5 Pflegeminuten / Tag).
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die Zulassung für Axitinib erfolgte am 01.10.2012. Für das Datenjahr 2015 und 2016 sollten aus den Kalkulationshäusern daher Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe zu klein ist, als dass genügend Kosten- und Leistungsdaten aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2017 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 128 € pro Tag können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden und Axitinib ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Die Kosten von Sorafenib und Sunitinib (Medikamente, die beim metastasierten Nierenzellkarzinom ebenfalls zur Anwendung kommen und durch Axitinib evt. ersetzt werden) sind Zusatzentgelte und sind

Feld	Wert
	somit in den kalkulierten Kosten der entsprechenden DRG nicht entsprechend berücksichtigt. Aufgrund der hohen Kosten von Axitinib kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	L62, allerdings wird Axitinib als orale Dauertherapie in einer festen Dosis von 10mg pro Tag verabreicht. Somit kann es Kosten in allen Fallpauschalen verursachen, da die Therapie in der Regel fortgesetzt wird, auch wenn der Patient auf Grund einer anderen Erkrankung stationär behandelt wird. Die Höhe der Kosten ist abhängig von der Verweildauer in der jeweiligen Fallpauschale.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1721999 NUB81 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1721999
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 14:17
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Jörg
Name	Ellinger
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Strasse 25
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 14249
Telefax	
E-Mail	joerg.ellinger@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. vorformuliert .
Benennung	Axitinib (135)
Alternative Bezeichnung	Inlyta
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1616198
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Axitinib ist ein potenter Inhibitor von verschiedenen Proteintyrosinkinasen („Multitarget Inhibitor“). Diese Enzyme sind durch Weiterleitung der Signale verschiedener Rezeptoren an Tumorwachstum, Tumorangiogenese und Metastasenbildung beteiligt. Axitinib hemmt die über die Tyrosinkinasen vermittelte Wirkung der Rezeptoren von VEGF (VEGF-R -1, -2, -3). Dadurch kommt es zu einer gleichzeitig antiproliferativen und antiangiogenetischen Wirkung. Die Wirksamkeit von Axitinib in der Tumorthherapie wurde in einer randomisierten Phase III-Studie (AXIS-

Feld	Wert
	Studie 1032) im Vergleich zu Sorafenib an Patienten mit metastasierten Nierenzellkarzinomen nach Versagen oder Unverträglichkeit einer Sunitinib-, Bevacizumab+IFN- α -, Temsirolimus- oder Zytokintherapie geprüft. Mit Axitinib behandelte Patienten hatten ein signifikant längeres progressionsfreies Überleben im Vergleich zu Sorafenib (6,7 Monate vs. 4,7 Monate, $p < 0,0001$) und eine höhere Ansprechrate (19,4% vs. 9,4%, $p = 0,0001$). Die empfohlene Dosis beträgt zweimal täglich 5 mg mit der Option auf 10 mg zu erhöhen. Bei schwerwiegenden und/oder inakzeptablen Nebenwirkungen kann eine Anpassung der Dosierung auf weniger als 5 mg erfolgen.
Indikation	Axitinib wird zur Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom nach Versagen von vorangegangener T herapie mit Sunitinib oder einem Zytokin eingesetzt.
Ablösung / Ergänzung	Bisher gibt es verschiedene Optionen in der Zweitlinientherapie von Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom (z.B. Sorafenib, Everolimus und Nivolumab). Axitinib stellt eine neue T herapieoption nach Versagen einer T herapie mit Sunitinib oder einem Zytokin dar.
Was ist neu?	Für die Behandlung des metastasierten Nierenzellkarzinoms sind u.a. die Tyrosinkinaseinhibitoren Sunitinib und Sorafenib sowie der mTOR-Inhibitor Everolimus und der PD-1-Inhibitor Nivolumab zugelassen. Sunitinib ist als Standard für die Erstlinientherapie zu betrachten. In der Zweitlinie ist Axitinib die am häufigsten eingesetzte Substanz. Axitinib stellt als Multikinaseinhibitor der VEGF-Rezeptoren 1, 2 und 3 ein neues T herapieprinzip dar. In den Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 hat Axitinib den Status 1 (Position 23 der NUB-Liste 2016)
Verweildauer	Zu dieser Frage liegen, wegen bisheriger Nicht-Verfügbarkeit von Axitinib im Krankenhaus keine Daten vor.
Methode in Deutschland	01.10.2012
Medikament zugelassen	01.10.2012
Methode im Krankenhaus	2013
Methode in Krankenhäusern	Axitinib wurde 2016 von 283 Kliniken im Rahmen des NUB Verfahrens beantragt.
Patienten letztes Jahr	2
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	4
Mehrkosten	Sachkosten: Durch die Gabe von Axitinib entstehen Zusatzkosten für die je Patient zu verabreichende Therapie in Höhe von: Tagesdosis 10 mg, zugeben an jedem Tag des stationären Aufenthalts Mittlere Verweildauer der Fallpauschale (siehe Punkt 4.2 des Antrages): 5 Tage Durchschnittlich verabreichte Menge pro stationären Aufenthalt: 50 mg Packungsgröße: 56 Tabletten à 5 mg Preis pro Packung: 3597,08 € Kosten pro Aufenthalt ca. 642 € Kosten pro Tag ca. 128 € Personalkosten: Durch die orale Therapieform sind die zusätzlichen Personalkosten vernachlässigbar klein (ca. 5 Arztminuten / Tag, ca. 5 Pflegenminuten / Tag).
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die Zulassung für Axitinib erfolgte am 01.10.2012. Für das Datenjahr 2015 sollten aus den Kalkulationshäusern daher Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe zu klein ist, als dass genügend Kosten- und Leistungsdaten aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2016 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 128 € pro Tag können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden und Axitinib ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Die Kosten von Sorafenib und Sunitinib (Medikamente, die beim metastasierten Nierenzellkarzinom ebenfalls zur Anwendung kommen und durch Axitinib evtl. ersetzt werden) sind Zusatzentgelte und sind somit in den kalkulierten Kosten der entsprechenden DRG nicht entsprechend berücksichtigt. Aufgrund der hohen Kosten von Axitinib kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	

Feld	Wert
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	L62, allerdings wird Axitinib als orale Dauertherapie in einer festen Dosis von 10mg pro Tag verabreicht. Somit kann es Kosten in allen Fallpauschalen verursachen, da die Therapie in der Regel fortgesetzt wird, auch wenn der Patient auf Grund einer anderen Erkrankung stationär behandelt wird. Die Höhe der Kosten ist abhängig von der Verweildauer in der jeweiligen Fallpauschale.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-006.g



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1708031 NUB 82 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1708031
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:28
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Brentuximabvedotin (33)
Alternative Bezeichnung	Adcetris®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1617689
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: Brentuximabvedotin ist ein Antikörper-Wirkstoff-Konjugat (ADC), welcher einen monoklonalen CD30-Antikörper beinhaltet, der mithilfe eines durch eine Protease abspaltbaren Linkers an das potente, synthetische Zytostatikum Monomethyl-Auristatin E (MMAE) gebunden sind. Für das Konjugat wird ein Linkersystem verwendet, das in der Blutbahn stabil bleibt, aber nach Aufnahme innerhalb von CD30-exprimierenden

Feld	Wert
	Tumorzellen das Zytostatikum MMAE freisetzt. Dieser Wirkmechanismus ermöglicht die selektive Zerstörung der CD30-exprimierenden malignen Zellen. Evidenzlage: In einer Phase II Studie wurden 102 Patienten mit rezidierten und refraktären Hodgkin-Lymphom behandelt, die nach einer Hochdosis-Chemotherapie und autologen Stammzelltransplantation rezidiert waren. Insgesamt waren 71% dieser Patienten refraktär auf die initiale Therapie; die mittlere Zahl der Vortherapien betrug 3,5. Trotz dieser schlechten Voraussetzungen erreichten insgesamt 75% aller Patienten durch Brentuximabvedotin eine Remission (PR und CR), wobei in 34% eine komplette Remission vorlag. Bei 96 der 102 eingeschlossenen Patienten konnte eine Tumorreduktion beobachtet werden (94%). Da nach einer medianen Beobachtungszeit von 29,5 Monaten das mediane Gesamtüberleben weiterhin nicht erreicht ist, ist davon auszugehen dass durch Brentuximabvedotin ein mindestens um 1 Jahr verlängertes Gesamtüberleben erreicht werden kann. Die Wirksamkeit und Sicherheit von Brentuximabvedotin wurde in einer randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten, zweiarmigen, multizentrischen Studie bei 329 Patienten mit HL und erhöhtem Rezidiv- und Progressionsrisiko nach einer ASCT untersucht. Es zeigte sich ein Vorteil für Brentuximabvedotin im progressionsfreien Überleben (42,9 Monate vs 24,1 Monate). Die bei 58 Patienten mit Therapie-refraktärem oder rezidiertem ALCL (anaplastisches großzelliges Lymphom) durchgeführte Phase II Studie zeigte eine Ansprechrate von 86%, wobei die Rate kompletter Remissionen in dieser Studie 57% betrug. Sowohl beim Hodgkin Lymphom als auch beim ALCL werden damit mit Brentuximabvedotin Ergebnisse erzielt, die in dieser Situation bisher nicht erreichbar waren. Dosis: Die empfohlene Dosierung von Brentuximabvedotin liegt bei 1,8 mg/kg und wird alle drei Wochen als intravenöse Infusion über 30 min verabreicht. Die Therapiedauer liegt in Abhängigkeit vom Ansprechen der Therapie, Krankheitsprogression oder nicht tolerierbarer Toxizität bei maximal 16 Behandlungszyklen.
Indikation	Brentuximabvedotin wird angewendet bei der Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidiertem oder refraktärem (r/r) CD30+Hodgkin-Lymphom (HL): 1) nach einer autologen Stammzelltransplantation (ASCT) oder 2) nach mindestens zwei vorhergegangenen Therapien bei Patienten, wenn eine autologe Stammzelltransplantation oder eine Kombinationschemotherapie nicht in Frage kommt. Brentuximabvedotin wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit CD30+ HL mit erhöhtem Rezidiv- oder Progressionsrisiko nach einer ASCT. Brentuximabvedotin wird angewendet bei der Behandlung von erwachsenen Patienten mit rezidiertem oder refraktärem (r/r) systemischen anaplastischen großzelligem Lymphom (sALCL).
Ablösung / Ergänzung	Für Patienten mit r/r HL gibt es keine einheitlichen Therapiestandards für die Behandlung in der Drittlinientherapie. Die in den Leitlinien derzeit genannten therapeutischen Optionen umfassen die allogene Stammzelltransplantation mit dosisreduzierter Konditionierung bzw. eine weitere autologe Stammzelltransplantation. Für Patienten, die für eine weitere Stammzelltransplantation nicht geeignet sind, bestehen therapeutische Alternativen in einer palliativen Mono- oder Polychemotherapie, Radiotherapie bei lokalisiertem Residualtumor oder Best Supportive Care (z.B. adäquate Schmerztherapie). Die Prognose dieser Patienten ist schlecht. Die klinischen Ergebnisse dieser Alternativen sind nicht zufriedenstellend. Für Patienten mit hohem Rezidivrisiko nach einer ASCT existiert bisher keine Standardtherapie. Durch den Einsatz von Brentuximabvedotin kann in dieser Situation die Zeit bis zum Progress verlängert werden. Für Patienten mit r/r sALCL ist derzeit weder in Deutschland noch international ein Therapiestandard definiert. Internationale Leitlinien und Experten der „Deutschen Studiengruppe hochmaligne Non-Hodgkin-Lymphome“ (DSHNHL) empfehlen eine patientenindividualisierte Therapie und möglichst den Einschluss in eine klinische Studie. Als Behandlungsoptionen bei Rezidiv nach Erstbehandlung des sALCL kommt bisher primär die autologe Stammzelltransplantation in Betracht. Weitere Therapieoptionen bestehen in der Chemotherapie (gegebenenfalls kombiniert mit Bestrahlung), der palliativen Behandlung oder Best Supportive Care.
Was ist neu?	Brentuximabvedotin ist ein neuer, Wirkstoff zur Behandlung des Morbus Hodgkin und des ALCL. In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntg für 2016 hat Brentuximabvedotin den Status 1 (Position 24 der NUB-Liste 2016)

Feld	Wert
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	Brentuximabvedotin wurde im Dezember 2012 in Deutschland eingeführt.
Medikament zugelassen	Die EMA-Zulassung erfolgte am 25.10.2012.
Methode im Krankenhaus	2012
Methode in Krankenhäusern	Brentuximabvedotin wurde 2016 von 279 Kliniken im Rahmen des NUB Verfahrens beantragt.
Patienten letztes Jahr	2
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Sachkosten: Brentuximabvedotin wird im Abstand von drei Wochen als intravenöse Infusion über 30 min verabreicht. Die empfohlene Dosierung beträgt 1,8 mg/kg. Bei Patienten mit einem Gewicht größer 100 kg wird die Dosierung entsprechend für 100 kg verwendet. Die Dauer der Therapie richtet sich nach dem Ansprechen auf die Behandlung. Patienten die keine Progression erkennen lassen, sollen mit mindestens 8 Infusionen behandelt werden. Die maximale Anzahl der Infusionen ist 16 (Empfehlungen analog der bei der EMA eingereichten Zulassung). Es ist davon auszugehen, dass zwei bis drei Durchstechflaschen Brentuximabvedotin (50 mg) pro Anwendung benötigt werden. Sachkosten: Derzeit beträgt der Preis pro Durchstechflasche 3918 € (Rote Liste Preis) Somit liegen die Kosten pro Infusion bei ca. 7836 € für den Gebrauch von zwei Durchstechflaschen pro Infusion und bei ca. 11.754 € bei drei Durchstechflaschen. Personalkosten: Für die Zubereitung: ca. 10 Minuten (MTD Apotheke) Für die Applikation: ca. 30 Minuten (ÄD) und ca. 20 Minuten (PD) Für die Überwachung: ca. 30 Minuten (PD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Brentuximabvedotin ist seit 12/2012 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2015, 2016 können aus den Kalkulationshäusern ausreichende Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Ein geringfügiger stationärer Einsatz bei der seltenen Erkrankung macht eine Kalkulation u.U. schwierig. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System wird damit nicht möglich. Die zusätzlichen Kosten von ca. 7836€ bis 11.754 € pro Applikation können mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	R61C, D, E, F, G, H
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1716774 NUB 85 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1716774
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 14:02
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Thorsten
Name	Hornung
Abteilung	
Straße	Sigmund Freud. Str. 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 15370
Telefax	
E-Mail	thorsten.hornung@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Universitätsklinikum Bonn Thomas Lück
Benennung	Vemurafenib bei fortgeschrittenem Melanom
Alternative Bezeichnung	Zelboraf®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1608638
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Vemurafenib ist ein oral verabreichter Inhibitor des onkogenen Proteins BRAF, dessen Aktivität spezifisch gehemmt wird. Mutationen des BRAF-Gens führen zu einer konstitutiven Aktivierung des BRAF-Proteins, welche eine unkontrollierten Zellproliferation bewirkt. Onkogene BRAF-Mutationen sind in etwa der Hälfte der kutanen Melanome nachzuweisen, die häufigste anzutreffende Mutation betrifft das V600-Kodon. Vemurafenib hemmt bei Patienten mit vorliegender BRAF-V600E-Mutation selektiv die

Feld	Wert
	BRAF-Kinase-Aktivität, bewirkt dadurch eine Hemmung der Zellproliferation und führt zu einer klinischen Tumorregression in einem Großteil der behandelten Patienten. In einer klinischen Phase-III-Studie im Jahre 2010 an 675 Patienten mit nachgewiesener BRAF-V600E-Mutation wurde Vemurafenib mit DTIC als Standard-Chemotherapie verglichen. In dieser Studie verringerte Vemurafenib signifikant das Sterberisiko der Melanom-Patienten gegenüber der Chemotherapie (Hazard-Ratio 0,37; $p < 0,001$) und das Risiko für das Fortschreiten der Erkrankung um (HR 0,26; $p < 0,001$). Diese Daten aus einer ersten Effektivitätsanalyse im Dezember 2010 führten auf Betreiben der Zulassungsbehörden zu einer Öffnung der Studie in ein cross-over Design, um auch den Patienten in der DTIC-Gruppe die Behandlung mit Vemurafenib zu ermöglichen. Bereits im August 2011 erfolgte die Zulassung des Medikamentes in den USA. In einer weiter fortgeschrittenen Analyse der Daten konnten die Verbesserung des Gesamtüberlebens (HR 0,70; $p < 0,001$) und des progressionsfreien Überlebens (HR 0,38; $p < 0,001$) bestätigt werden. Mit den hier vorgelegten Daten zeigte sich eine mediane Gesamtüberlebenszeit von 13,6 Monaten unter Vemurafenib gegenüber 9,7 Monaten bei den mit DTIC behandelten Patienten. Die progressionsfreie Überlebenszeit betrug 6,9 Monate für Vemurafenib gegenüber 1,6 Monaten für DTIC. Die Ansprechrates in der Patientengruppe mit Vemurafenib war mit 57,0% deutlich höher als in der Gruppe mit Chemotherapie (8,6%). Die Wirksamkeit des Medikamentes war unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen prognostischen Faktoren. Verträglichkeit und Sicherheit der Behandlung mit Vemurafenib wurden als akzeptabel beschrieben. Unerwünschte Ereignisse unter der Behandlung mit Vemurafenib betreffen insbesondere epitheliale Neubildungen an der Haut mit einem Spektrum von Papillomen, Keratoakanthomen und hochdifferenzierten Plattenepithelkarzinomen, die eine dermatologische Kontrolle und gegebenenfalls operative Therapie nötig machen. Mit Beschluss vom 6.9.2012 erkannte der Gemeinsame Bundesausschuss Vemurafenib "Hinweis auf beträchtlichen Zusatznutzen" in der Therapie des metastasierten Melanoms zu. Literatur: Chapman PB, Hauschild A, Robert C, et al. Improved survival with vemurafenib in melanoma with BRAF V600E mutation. N Engl J Med. 2011; 364(26): 2507. McArthur GA, Chapman PB, Robert C, et al. Safety and efficacy of vemurafenib in BRAF(V600E) and BRAF(V600K) mutation-positive melanoma (BRIM-3): extended follow-up of a phase 3, randomised, open-label study. Lancet Oncol. 2014; 15(3): 323.
Indikation	Vemurafenib ist angezeigt zur Behandlung von Patienten mit einem nicht resezierbaren oder metastasierten Melanom und einer BRAF-V600 Mutation
Ablösung / Ergänzung	Bis zur Einführung von Vemurafenib war der Behandlungsstandard von Patienten mit metastasiertem Melanom in der Erstlinientherapie die Chemotherapie, insbesondere mit Dacarbazin (DTIC). Allerdings waren die Ergebnisse mit der Chemotherapie im Hinblick auf Ansprechrates und Gesamtüberleben nicht zufriedenstellend. Für Patienten mit einer BRAF-V600-Mutation wird diese Option durch die neue Behandlungsmethode mit Vemurafenib abgelöst. Im Rahmen der Nutzenbewertung nach §35a SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuß hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) dem Medikament einen "beträchtlichen Zusatznutzen" bei fortgeschrittenem Melanom bescheinigt. Die aktuell konsentrierte Fassung der S3-Leitlinie zum malignen Melanom empfiehlt die Behandlung mit Vemurafenib für Patienten mit einer BRAF V600-Mutation.
Was ist neu?	Vemurafenib wirkt über eine spezifische und zielgerichtete Hemmung des Mitogen-aktivierten Proteinkinase (MAPK)-Signalweges mit dem Ziel, die Proliferation und das Überleben der Tumorzellen zu unterbinden. Dieser Wirkungsmechanismus ist ein komplett neuer Ansatz in der Behandlung des malignen Melanoms und Vemurafenib ist das erste Medikament mit diesem Wirkprinzip auf dem Markt
Verweildauer	Zum jetzigen Zeitpunkt liegen zu dieser Frage noch keine validen Erkenntnisse vor. Wegen der prinzipiell ambulant durchführbaren oralen Therapie wird die Verabreichung von Vemurafenib unter stationären Bedingungen im Wesentlichen bei Patienten erfolgen, die aus anderen Gründen stationärer Behandlung bedürfen.
Methode in Deutschland	Das Medikament wurde seit 2010 im Rahmen klinischer Prüfungen eingesetzt. Die Zulassung von Vemurafenib erfolgte im Februar 2012.
	Die Zulassung erfolgte am 17.02.2012.

Feld	Wert
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	Mit der Zulassung 2012
Methode in Krankenhäusern	Es wird in der Mehrzahl der 87 Onkologischen Zentren in Deutschland eingesetzt, in den 46 zertifizierten Hautkrebszentren sowie weiteren der 256 Kliniken, die für 2015 einen NUB-Antrag für Vemurafenib gestellt haben.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	1
Mehrkosten	Sachkosten: Vemurafenib wird oral eingenommen, die zugelassene Tagesdosis beträgt 1.920 mg (zweimal täglich 4 Tabletten à 240 mg). Eine Packung Zelboraf® enthält 56 Tabletten, das entspricht 7 Tagesdosen. Der Einkaufspreis (APU + Mwst.) für Vemurafenib liegt bei ca. 1.781,43€ pro Packung. Damit ergeben sich geschätzte Therapiekosten von 1.781,43€ für einen einwöchigen stationären Aufenthalt. Dagegenzusetzen wären einzusparende Kosten für eine konventionelle Chemotherapie (z.B. Dacarbazin). Der Mutationsnachweis ist in der OPS 1-992.0 verschlüsselt. Wird der Test mit einem validierten System durchgeführt, ist mit laufenden Kosten von etwa 100 - 120 € pro Testprobe zu rechnen Dieser Test wird jedoch nur einmalig zu Beginn der Therapie benötigt. Personalkosten: Keine relevanten Kosten bei Personal auf Station und Apotheke, da orale Einnahme. Damit fallen wesentlich die Sachkosten für die Behandlung mit Vemurafenib an. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte ist in der Bilanz bei einem mehrtägigen stationären Aufenthalt des Patienten mit Mehrkosten zu rechnen, die das Budget erheblich belasten. Da Patienten im fortgeschrittenen Stadium einer Melanomerkrankung häufig wegen unterschiedlicher Gründe stationär behandelt werden und Vemurafenib eine orale Dauertherapie ist, ist eine Erstattung auch im stationären Bereich erforderlich.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Vemurafenib wurde im ersten Quartal 2012 in der EU zugelassen. Die Kosten für das Medikament sind noch nicht sachgerecht in der DRG-Systematik abgebildet. Bei einem mehrtägigen stationären Aufenthalt (mittlere Verweildauer für J61C 6,1 Tage) bei Patienten im Spätstadium der Erkrankung ist mit einer sehr deutlichen Mehrbelastung für das Budget zu rechnen. Wie bei anderen innovativen onkologischen Behandlungsoptionen ist die Vergütung als NUB und später als ZE zu prüfen.
Prozeduren - Beschreibung	Ein spezifischer OPS Code für diese Methode steht mit der Schlüsselnummer 6-006.f zur Verfügung. Der BRAF-V600-Mutationstest ist derzeit als Genmutationsanalyse in OPS 1-992.0 verschlüsselt.
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	Bei einer Aufnahme mit der Hauptdiagnose malignes Melanom (C43.-) und konservativer Therapie sind dies in der Regel die DRG J68A oder J61C. Daneben sind auch stationäre Behandlungen unter anderen DRGs mit laufender oraler Dauertherapie denkbar
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-006.f



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1701182 NUB 91 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1701182
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 14:37
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Martina
Name	Hofmann
Abteilung	AUG
Straße	Ernst-Abbe-Str. 2
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 14748
Telefax	0228 287 11506
E-Mail	Martina.Hofmann@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	Epiretinale Sehprothese (16)
Alternative Bezeichnung	Argus II Netzhautimplantat-System, Retina-Implantat System, bionische Auge
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1604313
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	
Handelsname	Argus II-Retinal Prothesis System
CE-Kennzeichnung	3804130CE01 seit 10-Feb-2011
Beschreibung	Mithilfe des Argus II Netzhautimplantates soll bei Blinden eine künstliche Seh Wahrnehmung erzielt werden, so dass die erblindeten Menschen einen Teil ihrer Sehfähigkeit wieder erlangen, was zu einer verbesserten Orientierung und zu einer erheblich besseren Lebensqualität führt. Das Argus II System besteht aus implantierten und externen Komponenten. Der implantierte Teil besteht im Wesentlichen aus einer Empfangsspule, einem Mikrokabel und einem Netzhautstimulator mit 60 Elektroden, der

Feld	Wert
	auf der Netzhaut angebracht ist. Die externen Komponenten umfassen eine Brille mit Minikamera, einen am Körper zu tragenden Sehprozessor (Video Processing Unit, VPU), der die Bildinformation in netzhautspezifische Pulssequenzen umrechnet und eine Sendespule, die diese Daten und Befehle an das Implantat sendet. Ein Kabel verbindet die Brille mit der VPU. Die etwa 4-stündige Implantation findet unter Vollnarkose statt. Dabei wird das Implantat durch eine Öffnung im Augapfel in das Auge eingeführt und der vordere Teil des Implantates auf der Netzhaut befestigt. Der hintere Teil des Implantates wird am Augapfel so angebracht, dass er von außen nicht sichtbar ist. Nach der operativen Versorgung mit dem Retina Implantat müssen in regelmäßigen Abständen (etwa 10 Sitzungen während der ersten 4-6 Monate nach Implantation) die Einstellungen des Systems optimiert (computerassistiertes "Fitting") sowie spezielle Sehtests durchgeführt werden, um den Zustand des Auges und eine mögliche Wahrnehmungsverbesserung zu dokumentieren. Begleitend erfolgt - beginnend etwa 2 Monate nach der Implantation – die Rehabilitation, die 6-12 Monate dauert (etwa 70 Stunden klinische- und Rehabilitation zuhause) und ein umfassendes Trainingsprogramm beinhaltet. Das Rehabilitationsprogramm ist unabdingbar, weil sich das Gehirn erst an die neuen Reize und Eindrücke gewöhnen muss und die neuen Seheindrücke erst Stück für Stück erlernt werden müssen. Das Argus II Netzhautimplantatsystem wurde im Rahmen einer Studie 30 Patienten eingesetzt. Die Ergebnisse dieser Studie wurden u.a. für die Zulassung des CE-Zeichens bereits 2011 und die Anerkennung der FDA im Jahre 2013 verwendet. Seit der Zulassung als CE zertifiziertes Medizinprodukt wurde Argus II bereits mehr als 100 Patienten weltweit implantiert, davon etwa ein Drittel in Deutschland. Alle Patienten, die ein Implantat erhalten haben, konnten durch die elektrische Stimulation von Argus II bestimmte Lichtmuster wahrnehmen. Die Studie hat darüber hinaus gezeigt, dass einige Patienten nicht nur Licht und Linien von Objekten wahrnehmen konnten, sondern auch einzelne Buchstaben und unbekannte Objekte identifizieren konnten. Literatur: 1. Long-Term Results from an Epiretinal Prosthesis to Restore Sight to the Blind Allen C. Ho, MD et al. Ophthalmology June 2015 2. FLORA™: Phase I development of a functional vision assessment for prosthetic vision users Duane R Gerasch* PhD et al. Clinical & Experimental Optometry 2015 3. da Cruz L, et al. The Argus II epiretinal prosthesis system allows letter and word reading and long-term function in users with profound vision loss. Br J Ophthalmol 2013;97:632-6 1. The Detection of Motion by Blind Subjects with the Epiretinal 60-Electrode (Argus II) Retinal Prosthesis Dorn JD, Ahuja AK, Caspi A, da Cruz L, Dagnelie G, Sahel JA, Greenberg RJ, McMahon MJ, Argus II Study Group. JAMA Ophthalmol. 2013 Feb;131(2):183-9 2. Humayun MS, Dorn JD, da Cruz L et al. Results from the international trial of Second Sight's visual prosthesis. Ophthalmology. Published online first: 11 January 2012. 3. Weiland JD, Faraji B, Greenberg RJ et al. Assessment of MRI issues for the Argus II retinal prosthesis. Magnetic Resonance Imaging. Published online first: 18 January 2012. 4. Interim Results from the International Trial of Second Sight's Visual Prosthesis Humayun MS, Dorn JD, da Cruz L, Dagnelie G, Sahel JA, Stanga PE, Cideciyan AV, Duncan JL, Elliott D, Filley E, Ho AC, Santos A, Safran AB, Arditi A, Del Priore LV, Greenberg RJ. Doheny Eye Institute, University of Southern California, Los Angeles, California. Interim Results from the International Trial of Second Sight's Visual Prosthesis. Ophthalmology Volume 119, April 2012, Pages 779-788 5. Nanduri D, Fine I, Horsager A et al. Frequency and amplitude modulation have different effects on the percepts elicited by retinal stimulation. IOVS 2012;53:205-214. Published online first: November 22, 2011 6. Ahuja, AK et al.: Blind subjects implanted with the Argus II retinal prosthesis are able to improve performance in a spatial-motor task. Br J Ophthalmol bjo.2010.179622 7. The functional performance of the Argus II retinal prosthesis Stronks HC, Dagnelie G. Expert Rev Med Devices. 2014 Jan;11(1):23-30 8. Humayun MS et al.: Interim Performance Results from the Second Sight® ArgusTM II Retinal Prosthesis Study. IOVS 2011; 307; ARVO 9. Agrawal, RN et al.: Outcomes of Surgical Techniques and Chronic Implantation of the SSMP Argus II Intraocular Retinal Prosthesis Implant Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 2008, 49
Indikation	Das Retina Implantat System richtet sich in erster Linie an erblindete Patienten mit degenerativen Erkrankungen der Netzhaut wie Retinitis pigmentosa (RP), Usher Syndrom und andere Makuladegenerationen der Netzhaut, für die es bisher keine ausreichenden Therapien gibt. Geeignete Kandidaten dürfen nicht bereits von Geburt an blind und ihre Sehbahn muss intakt sein. Bisher müssen potentielle Patienten für ein Argus II Retina

Feld	Wert
	Implantat System folgende weitere Kriterien erfüllen: - erwachsen, Alter 25 Jahre oder älter; - Netzhautdegeneration im Endstadium; - Geringes Restsehvermögen (wenn keinerlei Restsehvermögen vorhanden, muss die Netzhaut nachweislich auf Elektrostimulation reagieren); - Patient hat früher Formen wahrnehmen können
Ablösung / Ergänzung	Nach unserem heutigen Wissenstand gibt es bisher keine zugelassene Behandlungsmöglichkeit für Patienten mit fortgeschrittener Retinitis Pigmentosa (RP), die sowohl das CE Kennzeichen besitzt als auch die Zulassung der FDA erhalten hat.
Was ist neu?	Das Argus II Netzhautimplantat-System ist eine vollständig neue Behandlungsmethode, die 2011 die CE-Zulassung und die FDA Approval im Jahr 2013 erlangte. Verschiedene Forschergruppen forschen weltweit an Retina Implantssystemen, es gibt jedoch kein weiteres System welches bisher beide Zulassungen, CE- Zulassung und die FDA Approval, erhalten hat.
Verweildauer	Keine
Methode in Deutschland	Das Argus II Retina Implantatsystem wurde Mitte 2011 in Deutschland eingeführt.
Medikament zugelassen	n.a.
Methode im Krankenhaus	Bisher nicht, 2017 geplant
Methode in Krankenhäusern	2015 etwa 5-7 Krankenhäuser
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	2-3
Mehrkosten	Die Versorgung mit einer Netzhautprothese umfasst die Voruntersuchungen, die operative Versorgung, die Einstellung (Fitting) sowie die Rehabilitation. Die dabei anfallenden Kosten belaufen sich schätzungsweise auf insgesamt ca. 86.000 € pro Patient. Eine geschätzte Aufstellung der einzelnen Kostenpositionen umfasst die folgenden fünf Komponenten: - Diagnostik (Augenuntersuchung, Testung, etc) 320 € - Argus II Retina Implant System 73.000 € + Mehrwertsteuer - OP 1100 € - zusätzlicher Aufwand nach der OP während des stationären Aufenthalts: 1700 € - Training und langfristige Nachsorge 2500 €
nicht im G-DRG-System abgebildet	Es gibt bis heute keine adäquate G-DRG Zuordnung für Retina-Implantate. Die Zuordnung des OPS-Kodes 5-156.a1 zu der G-DRG C63Z (Kostengewicht: 0,528; d.h. 1748.73€ in 2016) ist offenkundig nicht sachgerecht, so dass eine Finanzierung über NUB auch für das Jahr 2017 unabdingbar ist.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	C64Z
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-156.a1



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1710445 NUB 94 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1710445
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 12:40
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Renate
Name	Dahmen
Abteilung	Kardiologie
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715171
Telefax	
E-Mail	Renate.Dahmen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	Trepostinil, parenteral
Alternative Bezeichnung	Remodulin®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1620999
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Treprostinil ist ein stabiles Prostazyklin-Analog, das kontinuierlich, subkutan oder intravenös, über eine tragbare Minipumpe (ähnlich wie in der intensivierten Insulintherapie) verabreicht wird. Subkutanen Treprostinil konnte in einer grossen multizentrischen randomisierten placebokontrollierten Studie (Am J Respir Crit Care Med. 2002 Mar 15;165(6):800-4) die physische Belastbarkeit, den klinischen Allgemeinzustand, die NYHA Klasse, die pulmonale Hämodynamik, und die Lebensqualität von Patienten mit

Feld	Wert
	pulmonaler arterieller Hypertension (PAH) signifikant verbessern. Die PAH ist eine sehr seltene Erkrankung (sog. Orphan Disease), die ohne Behandlung eine extrem schlechte Prognose aufweist. Das Langzeitüberleben von Patienten mit pulmonaler arterieller Hypertension ist unter Behandlung mit subkutanem Treprostinil vergleichbar mit den Therapieresultaten unter intravenösem Epoprostenol (Goldstandard). Remodulin bewirkt neben dem blutdrucksenkenden Effekt im kleinen Kreislauf auch eine Antikoagulation und wirkt antiproliferativ im Sinne der Unterdrückung des pathologischen Wachstums und der daraus resultierenden Degeneration der Lungenendstrombahn. Treprostinil weist mit etwa 3,5 Stunden eine erheblich längere Halbwertszeit wie Epoprostenol (2-3 min) auf. Dadurch lässt sich die Gefahr eines lebensbedrohlichen Rebound Phänomens im Sinne eines massiven plötzlichen Druckanstieges im kleinen Kreislauf minimieren. Die Treprostinilbehandlung kann mit typischen Prostanoid-Nebenwirkungen einhergehen. Diese sind dosisabhängig Gesichtsrötung, Kieferschmerzen, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Diarrhoe. Eine treprostinilspezifische Nebenwirkung ist Schmerz und Rötung an der Infusionsstelle. Diese tritt dosisunabhängig auf und führt bei 7-10% der Patienten zum Therapieabbruch
Indikation	Treprostinil ist indiziert zur Behandlung von primärer pulmonaler arterieller Hypertonie zur Verbesserung der Belastbarkeit und zur Milderung der Krankheitssymptome bei Patienten mit NYHA-Klasse III.
Ablösung / Ergänzung	Treprostinil wird als parenterales Prostanoid dann eingesetzt, wenn weniger invasive Therapieformen keine ausreichende Wirksamkeit mehr aufweisen oder bedingt durch die Schwere der Erkrankung nicht als First Line Therapien in Frage kommen. Weniger invasive Therapien zur Behandlung der pulmonaler arteriellen Hypertension sind gegenwärtig: Bosentan, Ambrisentan, Sildenafil, Tadalafil, Epoprostenol und inhalatives Iloprost.
Was ist neu?	Treprostinil ist das einzige Prostanoid das alternativ zur i.v.-Gabe auch subkutan verabreicht werden kann. Diese Form der parenteralen Verabreichung geht anders als die intravenöse Therapie mit Epoprostenol oder Iloprost mit keiner signifikanten Infektions-/ Sepsisgefahr einher. Durch die höhere physikalische Stabilität des Wirkstoffs (Lichtempfindlichkeit, Thermostabilität) sind unter Treprostiniltherapie keinerlei Kühlungs- und/oder Lichtschutzmaßnahmen notwendig, die ebenfalls die therapiecompliance negativ beeinflussen.
Verweildauer	Durch die Rekompensation der rechtsventrikulären Funktion und die Verminderung des pulmonalen arteriellen Drucks (mPAP) kann die stationäre Verweildauer der Patienten verkürzt werden. Weiterhin wird durch die Medikation häufig die Dauer der intensivmedizinischen Betreuung abgekürzt. In der Regel erfolgt im Rahmen eines stationären Aufenthalts eine ca. 3-4 tägige Einstellung (Titration) des Wirkstoffs, danach kann der Patient entlassen werden, weitere Dosisanpassungen können per Regulierung der Flussrate der Infusionspumpe im niedergelassenen Bereich vorgenommen werden.
Methode in Deutschland	Januar 2007
Medikament zugelassen	Juni 2006
Methode im Krankenhaus	2013
Methode in Krankenhäusern	25
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	5
Patienten Zukunft	5
Mehrkosten	Sachkosten: Es entstehen Mehrkosten im Bereich der Arzneimittel und des speziellen Applikationssets (rund 590 €). Die verabreichte Dosis und analog dazu die Kosten des Medikamentes hängen vom Körpergewicht des Patienten ab. Die Therapie beginnt mit

Feld	Wert
	der Dosierung in Höhe von 1,25 ng. Ab 10 ng Treprostinil befindet man sich dann im therapeutischen Bereich. Die Kosten für Treprostinil betragen 3599,16 € netto (1 mg/ml, 20 ml Flasche). Personalkosten: Es entstehen Mehrkosten in Höhe von rund 15 Arztminuten/ Pflegeminuten für Handhabung, Zubereitung und Applikation zusammen.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Es handelt sich um eine erst 2007 eingeführte neue Methode, die bis 2011 nur in wenigen spezialisierten Kliniken zum Einsatz gekommen ist. Gemäß den Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntG für 2014, Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, gehört Treprostinil momentan zu den angefragten Methoden/Leistungen, welche die Kriterien der NUB-Vereinbarung der Vertragsparteien erfüllen. Diese wurde von 41 Krankenhäusern angefragt.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	F46A F46B F75A F75B F75C F75D F62
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-004.b



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1717110 NUB95 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1717110
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:07
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Sonja
Name	Parbs
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Strasse 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828714470
Telefax	
E-Mail	sonja.parbs@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	MAGEC (MAGnetic Expansion Control System) Therapie der Skoliose mittels magnetisch-kontrollierter Stangen
Alternative Bezeichnung	• Therapie der Skoliose durch Implantation von extrakorporal expandierbaren Stangen • Ferngesteuert expandierbare Implantate zur Aufrichtung der Wirbelsäule bei Skoliose ohne notwendige invasive Nachjustierung • MAGEC MAGnetic Expansion Control System
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1605782
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	
Handelsname	MAGEC
CE-Kennzeichnung	Certificate registration no. 451319 MR2, Certificate unique ID 170622227, Effective date 2015-05-21
Beschreibung	Die Therapie der Skoliose mittels magnetisch-kontrollierter Stangen wird zur operativen Behandlung der Skoliose im Kindesalter (5.-12. Lebensjahr) eingesetzt. Das System besteht aus einer/mehreren sterilen magnetisch-kontrollierten Stangen (Implantat) zum

Feld	Wert
	Einmalgebrauch, die mittels geeigneter, kommerziell erhältlicher Fixationsprodukte (z. B. Pedikelschrauben, Haken und/oder Konnektoren) minimal-invasiv implantiert wird. In der Regel werden zwei magnetisch-kontrollierte Stangen beidseits der Wirbelsäule verwendet. Jede magnetisch-kontrollierte Stange enthält einen kleinen internen Magneten, der eine Millimeter genaue Verlängerung des Implantates mittels einer extrakorporalen Fernsteuerung ermöglicht, die ein magnetisches Feld zur Justierung der Stangenlänge generiert, ohne das hierfür ein operativer Eingriff nötig ist. Die Fernsteuerung wird zu verschiedenen Zeitpunkten nach der Implantation benutzt, um im Rahmen einer ambulanten Behandlung den implantierten Wirbelsäulenstab nicht-invasiv magnetisch-kontrolliert zu verlängern oder ggf. zu verkürzen. Wenn nun die Wirbelsäule longitudinal wächst, so wächst der Magnetstab mit. Bei Implantation von zwei Stangen ist jede individuell einstellbar. Das Längenwachstum der Patienten kann präzise nachreguliert werden, woraus sich ein deutlich besseres Behandlungsergebnis gegenüber konventionellen Methoden (s. u.) ergibt. Somit sind im Rahmen der gesamten Skoliose-Behandlung des Kindes / des Jugendlichen mittels magnetisch-kontrollierter Stangen in der Regel nur zwei minimal-invasive operative Eingriffe an der Wirbelsäule notwendig (ein Eingriff für die Implantation der magnetisch-kontrollierter Stange(n) und ein Eingriff für die Explantation). Alle zwischenzeitlich notwendigen regelmäßigen Längeneinstellungen der Implantate können im Rahmen einer ambulanten Vorstellung, mittels der Fernbedienung vorgenommen werden. Selbstverständlich erfüllt die Methode die internationalen Sicherheitsvorgaben für Magnetfelder am menschlichen Körper. Zusätzliche operative Eingriffe zur Verlängerung der Implantate, wie bei den konventionellen Verfahren (s. Abschnitt Welche bestehende Methode wird durch die neue Methode abgelöst oder ergänzt?) verbunden mit den üblichen Risiken für operative Eingriffe an der Wirbelsäule entfallen für den Patienten. Ein kurzes Informationsvideo ist bei Interesse unter folgendem Link abrufbar: http://www.ellipse-tech.com/?q=msvideo Das beschriebene Verfahren der Therapie der Skoliose mittels magnetisch-kontrollierter Stangen erhielt bereits für 2013, 2014 und 2015 den NUB-Status 1.
Indikation	Die Skoliosekorrektur mittels Implantation von transkutan magnetisch kontrollierten (verstellbaren) Stangen (Implantatstäben) wird bei Kindern / Jugendlichen mit dekomensierter, d. h. konservativ nicht mehr zu beherrschender Skoliose im Alter von in der Regel 5 bis 12 Jahren angewendet.
Ablösung / Ergänzung	Durch die neue Methode werden die Distractionsspondylodese mit halbjährlichen bis jährlichen Nachoperationen zur Nachstellung und Anpassung der Implantate sowie das VEPTR-Verfahren (Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation vertikal expandierbarer prothetischer Titanrippen) abgelöst bzw. ergänzt. Beispielhaft werden beim VEPTR-Verfahren in der Länge adjustierbare Stangen zwischen der Wirbelsäule und den Rippen operativ implantiert, die in den folgenden Jahren der Therapie regelmäßig im Rahmen weiterer operativer Eingriffe nachjustiert werden müssen, um sich dem Wachstum des Patienten anzupassen. In der Wachstumsphase des Kindes / des Jugendlichen sind in der Regel pro Jahr zwei Operationen zur Verlängerung der Implantate nötig, was über die Dauer der gesamten Skoliosebehandlung mehr als 10 zusätzliche Operationen nötig machen kann. Hierbei bestehen bei jeder einzelnen Operation die bekannten Risiken von operativen Eingriffen (z. B. Blutungen, Infektionen etc.) sowie zusätzlich die Gefahr von Materiallockerung und spontaner Versteifung der Wirbelsäule.
Was ist neu?	Es handelt sich um eine in Teilen neue Behandlungsmethode. Der wesentliche innovative Charakter der neuen Methode sind die magnetisch-kontrollierten Stangen, die die notwendigen Nachjustierungen der Implantate aufgrund des physiologischen Längenwachstums des Patienten von extrakorporal Millimeter genau und für jedes Implantat individuell ermöglichen. Durch diese Innovation ergeben sich die wesentlichen Vorteile der neuen Methode gegenüber anderen verfügbaren konventionellen Methoden, wie z. B. dem VEPTR-Verfahren (s. Abschnitt Welche bestehende Methode wird durch die neue Methode abgelöst oder ergänzt?), da sämtliche Nachoperationen zur Längenanpassung der Implantate entfallen. Dies bedeutet eine schonendere, weil weniger invasive Behandlung für den Patienten und geringere Kosten (bezogen auf die gesamte Dauer der Skoliosetherapie) für das Gesundheitssystem.
Verweildauer	

Feld	Wert
	Bezgl. der Verweildauer im Krankenhaus muss zwischen der Verweildauer zur Erstimplantation der magnetisch-kontrollierten Stangen und der gesamten stationären Verweildauer zur Therapie der Skoliose des Kindes / des Jugendlichen unterschieden werden. Die Verweildauer im Krankenhaus zur Erstimplantation der magnetisch-kontrollierten Stangen ist gegenüber der stationären Verweildauer von konventionellen Therapieverfahren, wie z. B. dem VEPTR-Verfahren identisch. Bezogen auf die gesamte stationäre Verweildauer zur Therapie der Skoliose eines Kindes / Jugendlichen führt die Implantation von magnetisch-kontrollierten Stangen jedoch zu einer deutlichen Verweildauerreduktion. Wie im Abschnitt „Welche bestehende Methode wird durch die neue Methode abgelöst oder ergänzt?“ beschrieben, entfallen ca. 10 stationäre operative Eingriffe mit einer durchschnittlichen Verweildauer von ca. 3-4 Tagen - in der Summe demnach ca. 30 bis 40 stationäre Verweildauertage bei unkompliziertem Verlauf.
Methode in Deutschland	Seit April 2011 wird die beschriebene Behandlung in Deutschland durchgeführt. Die CE-Kennzeichnung datiert von Oktober 2009.
Medikament zugelassen	kein Medikament
Methode im Krankenhaus	2013
Methode in Krankenhäusern	Für das Jahr 2013 war von 15-20 Kliniken auszugehen. 26 Kliniken haben für das Jahr 2014 einen NUB-Antrag für diese Methode gestellt. Im Jahr 2015 haben ca. 34 Kliniken dieses Verfahren eingesetzt.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	Im Rahmen der Erstimplantation der magnetisch-kontrollierten Stangen resultieren Sachkosten für (in der Regel 2 magnetisch kontrollierte Stangen) in Höhe von 18.500Euro inkl. MwSt. und für Material zur Fixierung der Stangen (min. 8 Pedikelschrauben u. a.) in Höhe von 2.500 Euro inkl. MwSt..Die Personalkosten für die Operation und den stationären Aufenthalt sind mit den Kosten, die gegenüber den alternativen konventionellen Therapieverfahren, wie z. B. dem VEPTR-Verfahren anfallen vergleichbar. Bezogen auf die Gesamtbehandlung der Skoliose können gegenüber den alternativen konventionellen Therapieverfahren, wie z. B. dem VEPTR-Verfahren durch die ambulant möglichen Folgebehandlungen zur magnetischen Adjustierung der Stangen jedoch stationäre Behandlungskosten in erheblichem Umfang (s. o.) eingespart werden. Hierdurch resultiert eine deutliche finanzielle Entlastung der Kostenträger.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Für die beschriebene Methode der Therapie der Skoliose mittels magnetisch-kontrollierter Stangen gibt es seit der OPS-Version 2013 spezifische OPS-Kodes. Es handelt sich um eine sehr spezifische Therapie, die nur in vergleichsweise geringer Fallzahl und nur von wenigen spezialisierten Zentren in Deutschland (z. B. der Werner-Wicker-Klinik) angewendet wird. Dem InEK können daher nur eingeschränkt Kostendaten zu dieser Methode im Rahmen des regulären Kostenkalkulationsverfahrens vorliegen. Das VEPTR-Verfahren, welches durch die Implantation magnetisch-kontrollierter Stangen ergänzt bzw. abgelöst wurde (s. o.), wurde in der G-DRG-Version 2013 unabhängig von der Anzahl der Implantate der G-DRG I06A zugeordnet. Für die G-DRG-Versionen 2014 und 2015 wurde diese Zuordnung modifiziert. Die Implantation von einem VEPTR-Implantat wurde der G-DRG I09A zugeordnet, während die Verwendung von mehr als einem VEPTR-Implantat weiter in die G-DRG I06A gruppiert wurde. Der G-DRG HA V2013/2015 Report Browser weist für die G-DRG I09A einen Implantatkostenanteil von 3.041 € aus, für die G-DRG I06A von 6.336 €. Die mittlere Verweildauer der I09A beträgt 19,5 Tage, die der I06A 23,3 Tage. Die spezifischen OPS-Kodes für die Therapie der Skoliose mittels magnetisch-kontrollierter Stangen (5-838.e*) werden seit der G-DRG-Version 2015 ebenfalls in Abhängigkeit der Anzahl der verwendeten Implantate zwei verschiedenen G-DRGs zugeordnet. Entsprechend dem VEPTR-Verfahren wird die Verwendung von mehr als einem magnetisch kontrollierten Implantat der G-DRG I06A zugeordnet

Feld	Wert
	(5-838.e1, .e2 und .e3). Sofern nur ein magnetisch kontrolliertes Implantat verwendet wird (5-838.e0), erfolgte allerdings die Zuordnung zur G-DRG I10D. In der G-DRG-Systemversion 2016 wird die Verwendung von einer magnetisch-kontrollierten Stange nun auch der G-DRG I09A zugeordnet und ab einer Verwendung von zwei magnetisch-kontrollierten Stangen erfolgt weiterhin die Eingruppierung in die G-DRG I06A. Wie beschrieben, entstehen bei der Erstimplantation von zwei magnetisch-kontrollierter Stangen Implantatkosten in Höhe von ca. 21.000€, die durch die in der DRG enthaltenen 6.336 € Implantaterlöse (Report Browser 2015) nicht ausreichend refinanziert werden. Dies macht deutlich, dass die Methode der Therapie mittels magnetisch-kontrollierter Stangen auch in der G-DRG-Systemversion 2016 nicht sachgerecht im G-DRG-System abgebildet ist, weil die G-DRG I06A in der überwiegenden Zahl Fallkonstellationen beinhaltet, die mit deutlich geringeren Sachkosten einhergehen. Die im 2015 Report-Browser kalkulierten Implantatkosten (s. o.) sind zu gering, um die oben beschriebenen Kosten der magnetisch-kontrollierten Stangen und der Materialien zur Fixierung der Stangen an der Wirbelsäule (Pedikelschrauben u. a.) zu decken, sodass aus Sicht der Antragsteller die Methode der Therapie der Skoliose mittels magnetisch-kontrollierter Stangen auch für das Jahr 2016 mit dem NUB-Status 1 bewertet werden sollte.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	I06A
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-838.e



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1715161 NUB 96 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1715161
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 13:22
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Renate
Name	Dahmen
Abteilung	Kardiologie
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715171
Telefax	
E-Mail	Renate.Dahmen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	inspiring-health, Dr. Wilke GmbH Nadine Tränkner
Benennung	Transapikale Mitralklappenrekonstruktion durch Implantation von Neochordae (PTFE)
Alternative Bezeichnung	Mitralklappenrekonstruktion durch Implantation von Neochordae aus PTFE (minimalinvasiv, transapikal) Minimalinvasive Implantation von mitralen Neochordae am schlagenden Herzen über einen transapikalen Zugang
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1609651
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	
Handelsname	NeoChord Artificial Chordae Delivery System, Model DS 1000
CE-Kennzeichnung	Dezember 2012, BSI (CE 0086) CE-Zulassung Klasse III Medizinprodukt (CE Referenznummer 591644).
Beschreibung	Das von der Firma NeoChord entwickelte Verfahren (NeoChord Artificial Chordae Delivery System, Model DS 1000) bietet einen minimalinvasiven Ansatz zur Behandlung einer Mitralklappeninsuffizienz aufgrund rupturierter oder ausgedehnter Sehnenfäden der Mitralklappe. Bei der transapikalen Mitralklappenrekonstruktion durch Implantation von

Feld	Wert
	Neochordae (PTFE) wird das Herz durch eine linksseitige laterale Thorakotomie (fünf Zentimeter langer Schnitt am fünften oder sechsten interkostalen Zwischenraum) erreicht. Dieses ist ein Standardverfahren, das auch bei anderen kardialen Eingriffen durchgeführt wird, etwa beim minimalinvasiven transapikalen Aortenklappenersatz (TAVI), sodass eine Sternotomie vermieden wird. Zunächst werden zwei Tabakbeutelnähte an der Herzspitze vorgelegt. Das Applikationssystem wird dann nach Punktion der Herzspitze unter transösophagealer echokardiographischer (TEE) Kontrolle in die linke Herzkammer eingeführt. Mit Hilfe des NeoChord DS1000 werden das prolabierende Klappensegel am schlagenden Herzen erfasst und die Neochordae fixiert. Das Gerät und die am Segel befestigten Neochordae werden aus dem Herzen zurückgezogen und die Spannung der Neochordae unter transösophagealer echokardiographischer Kontrolle optimiert, um einen angemessenen Schluss der Klappensegel sicherzustellen. Im Standardverfahren werden bis zu vier Neochordae je Segel eingesetzt. Nachdem der Herzchirurg bzw. Kardiologe sich anhand der Echokardiographie vergewissert hat, dass die Mitralklappeninsuffizienz behoben ist, können die Neochordae unter angemessener Spannung an der Herzspitze fixiert und die losen Enden abgeschnitten werden. Weitere Details zur Methode sowie Abbildungen sind unter folgendem Link verfügbar: http://neochord.com Das Verfahren kann im Normalfall innerhalb zweieinhalb Stunden durchgeführt werden. Die transapikale Mitralklappenrekonstruktion durch Implantation von Neochordae lässt das Sternum unversehrt und vermeidet den kardiopulmonalen Bypass. Durch die Wahl des Zugangs über die Spitze des Herzens kann die Ursache des Mitralklappenprolapses durch die Implantation des Neochordae anatomisch korrekt behoben werden.
Indikation	Die Methode wird bei Patienten mit degenerativer Mitralklappeninsuffizienz, die durch Verlängerung oder Ruptur einer oder mehrerer mitraler chordae tendinae (Typ II Mitralklappeninsuffizienz nach Carpentier, oder Mitralklappenprolaps) verursacht ist, angewendet (ICD-10 GM: I34.0 / I34.1). Die Methode eignet sich insbesondere für Patienten, die aufgrund ihres Allgemeinzustandes nicht mehr mit einem großen kardiochirurgischen Eingriff behandelt werden können.
Ablösung / Ergänzung	Derzeit werden hauptsächlich Patienten behandelt, für die aufgrund ihres Alters und ihres Allgemeinzustandes ein großer kardiochirurgischer Eingriff mit Sternotomie und Herz-Lungenmaschine nicht mehr in Frage kommt. Die Behandlung mit NeoChord DS1000 kann bei einigen Patienten auch das perkutan- transseptale Mitralklappenverfahren (z.B. Mitralklappen-Clipping) ersetzen, bei dem durch das Zusammenklippen der beiden Segel die Öffnungsfläche deutlich reduziert und in zwei Öffnungen geteilt wird. In Einzelfällen kann auch ein transfemoraler oder transapikaler Mitralklappenersatz durch die Methode ersetzt werden.
Was ist neu?	Die minimal invasive Implantation von mitralen Neochordae am schlagenden Herzen über einen transapikalen Zugang ist ein vollkommen neues Verfahren, das eine hämodynamische Optimierung der Mitralklappenfunktion durch Anpassung der Länge der Neochordae am schlagenden Herzen über einen minimalinvasiven transapikalen Zugang erlaubt. Durch dieses Verfahren kann die ursprüngliche Klappenanatomie und die physiologische Klappenbewegung wieder hergestellt werden. Obwohl das Verfahren in seiner Ganzheit neu ist, basiert es auf klinisch etablierten Techniken. Es kann als eine Kombination von linkslateraler Thorakotomie (dem transapikalen Zugang wie er beim TAVI-Verfahren angewendet wird) und der offen- chirurgischen Mitralklappenrekonstruktion mit expandierten Polytetrafluorethylen-(PTFE) Neochordae (Loop-Technik) angesehen werden. Das Verfahren hat 2014, 2015 und 2016 einen NUB-Status 1 erhalten. Dies ist ein weiterer Beleg dafür, dass die Methode neu ist.
Verweildauer	Die mittlere Verweildauer der derzeit getroffenen DRG – F19C – beträgt 4,7 Tage. Bei anderen minimalinvasiven transapikalen Eingriffen wird die DRG F98A mit einer VwD von 15,6 Tagen getroffen. Erfahrungen aus den bisher durchgeführten Transapikalen Mitralklappenrekonstruktionen durch Implantation von Neochordae (PTFE) legen eine Verweildauer von etwa 8 Tagen nahe.
Methode in Deutschland	Die erste Implantation in Deutschland wurde im Rahmen von Studien im März 2010 durchgeführt. Markteinführung 2013

Feld	Wert
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2012
Methode in Krankenhäusern	Die Methode wurde 2016 in etwa zehn deutschen Kliniken durchgeführt
Patienten letztes Jahr	7
Patienten dieses Jahr	10
Patienten Zukunft	35
Mehrkosten	Die Kosten der Methode unterteilen sich in: - Kosten für den stationären Aufenthalt - Personalkosten OP & Anästhesie - Sachkosten OP & Anästhesie Um die generellen Kosten des stationären Aufenthalts abschätzen zu können, wird zunächst die DRG F98A – in diese DRG fallen typischerweise die transapikalen Herzklappenersatzverfahren – herangezogen. Die mittlere Verweildauer beträgt hier 15,6 Tage, bei der transapikalen Mitralklappenrekonstruktion durch Implantation von Neochordae (PTFE) beträgt sie 8 Tage. Die Kosten KSt.Grp 01, 02, 09, 10 und 11 wurden entsprechend relativ abgesenkt. Die OP-Dauer beträgt 2,5 – 3h. Damit ergeben sich in den Modulen 4.1-4.4b, 4.6a-4.8 sowie in der KSt.Grp. 5 analoge Kosten wie in der F98A. Die Kosten in der KSt.Grp 7 sind durch Einflüsse minimal invasiver Eingriffe im Katheterlabor für die NeoChord Methode zu hoch. Sie wurden daher komplett gestrichen und die diagnostischen Kosten pauschal mit € 100.- angenommen. Die Sachkosten der Methode sind bestimmt durch das NeoChord DS1000-System, das von der Herstellerfirma NeoChord zu einem Listenpreis von € 14.500 (zzgl. USt.) angeboten wird. Das System besteht aus mehreren Einmalkomponenten (siehe auch Details unter: http://neochord.com) und wird vom Hersteller zu einem Komplettpreis von € 14.500 (zzgl.USt.) angeboten. Somit ergeben sich im Modul 4.6b unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Werte Kosten von € 16.728,10. Die Implantatkosten in der DRG (Modul 4.5) wurden wiederum gestrichen. Insgesamt entstehen also Kosten von € 23.874,79. In der DRG F19C sind Kosten von insgesamt € 5.388,27 abgedeckt. Somit ergeben sich – gemäß den Vorgaben der Differenzkostenrechnungen – Mehrkosten von € 18.486,52. Quellen: InEK G-DRG Reportbrowser 2014_16; Herstellerangaben
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die nicht sachgerechte Abbildung im DRG System wird mit folgenden Fragen überprüft: - Verursacht die Methode erhebliche Mehrkosten? - Liegt bei Nicht-Finanzierung der Methode eine Schieflage in der Leistungserbringung vor? - Gibt es NUB-Status Ergebnisse aus Vorjahren? Mehrkosten Mehrkosten gelten als erheblich, wenn, sie min. 100% der StAbw. der jeweiligen DRG erreichen. Die errechneten Mehrkosten betragen € 18.486,52. Die Standardabweichung der DRG F19C beträgt € 2.765,40. Die Mehrkosten betragen somit 668% der Standardabweichung und können als erheblich bezeichnet werden. Schieflage: Die neue Methode fällt derzeit in die DRG F19C. Als häufigster Eingriff ist dort die Rotablation genannt. Diese wird auch nur auf wenige andere DRGs abgebildet. Die Rotablation (OPS 8-837.50) wird in 282 Häusern erbracht. Somit kann man davon ausgehen, dass die DRG F19C auch in der gleichen Anzahl von Häusern erbracht wird. Die transapikale Mitralklappenrekonstruktion durch Implantation von Neochordae (PTFE) wird derzeit in maximal 10 Zentren eingesetzt. Durch die Strukturvorgaben des G-BA für transapikale Klappeneingriffe kommen maximal Zentren mit gleichzeitiger Anwesenheit eines Herzchirurgen infrage. Dies sind maximal ca. 80 Krankenhäuser in Deutschland. Es liegt also derzeit und mittelfristig eine Schieflage vor, so lange die Methode über die DRG F19C finanziert wird. Frühere NUB Status: Die Methode hat bereits in 2014, 2015 und 2016 einen NUB-Status 1 erhalten. Ergebnis: Zusammenfassend wird festgestellt, dass die Methode erhebliche Mehrkosten verursacht, eine ausgeprägte Schieflage besteht und schon seit drei Jahren ein NUB-Status 1 existiert. Somit ist sie derzeit im G-DRG-System nicht sachgerecht abgebildet. Quellen: - G-BA: Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2014; - InEK: §21-Browser 2014-15 - Herstellerangaben

Feld	Wert
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	F19C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-35a.42



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1708037 NUB 98 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1708037
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:34
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Pomalidomid (39)
Alternative Bezeichnung	Imnovid
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1616270
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: Pomalidomid ist eine Nachfolgesubstanz der Medikamente Thalidomid und Lenalidomid, die beide ebenfalls in der Therapie des multiplen Myeloms eingesetzt werden. Pomalidomid besitzt eine direkt gegen die Erkrankung Multiples Myelom gerichtete, tumorizide Wirkung, immunmodulierende Wirkungen und hemmt die durch Stromazellen vermittelte Unterstützung des Tumorzellwachstums beim Myelom.

Feld	Wert
	Insbesondere hemmt Pomalidomid die Proliferation und induziert die Apoptose hämatopoetischer Tumorzellen. Darüber hinaus hemmt Pomalidomid die Proliferation von Lenalidomid-resistenten Zelllinien des multiplen Myeloms und wirkt sowohl in Lenalidomid-sensitiven als auch in Lenalidomid-resistenten Zelllinien synergistisch mit Dexamethason zur Induktion der Tumorzellapoptose. Pomalidomid verstärkt die durch T-Zellen und durch natürliche Killerzellen (NK) vermittelte Immunität und hemmt die Bildung von proinflammatorischen Zytokinen (wie z. B. TNF-α und IL-6) durch Monozyten. Pomalidomid hemmt außerdem die Angiogenese durch Blockade der Migration und Adhäsion von Endothelzellen. Evidenzlage: In einer randomisierten Studie bei Patienten nach Versagen von mindestens 2 anderen Therapielinien (incl. Lenalidomid) hat Pomalidomid gegenüber Dexamethason sowohl im progressionsfreien Überleben als auch im Gesamtüberleben eine deutliche Verbesserung gezeigt. Ausgehend von den Ergebnissen für die Endpunkte PFS und OS empfahl das für diese Studie gebildete DMC (Data Monitoring Committee), die Studie zu beenden und die Patienten des HD-Dex-Arms in den Pom + LD-Dex-Arm zu übernehmen. Dosis: Die empfohlene Initialdosis Pomalidomid beträgt 4mg einmal täglich oral an den Tagen 1 – 21 der sich wiederholenden 28-Tage- Zyklen. Die empfohlene Dosis Dexamethason beträgt 40mg einmal täglich oral an den Tagen 1, 8, 15 und 22 eines jeden 28-Tage-Zyklus. Die Dosierung wird auf der Basis von klinischen Befunden und Laborbefunden fortgesetzt oder modifiziert.
Indikation	Pomalidomid ist in Kombination mit Dexamethason indiziert für die Behandlung des rezidierten oder refraktären multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten, die mindestens zwei vorausgegangene Therapien, darunter Lenalidomid und Bortezomib, erhalten haben und unter der letzten Therapie eine Progression gezeigt haben.
Ablösung / Ergänzung	Nach dem Versagen der sogenannten „neuen Substanzen“ Bortezomib und Lenalidomid existieren für dieses Patientenklientel keine eindeutigen Therapiestandards. Ebenfalls sehr kostenintensive Neuentwicklungen sind Carfilzomib, Panobinostat und Daratumomab und Elotuzumab
Was ist neu?	Es handelt sich um ein neu entwickeltes Arzneimittel. Erstzulassung in Europa am 05. August 2013. Die Zulassung in den USA durch die FDA erfolgte im Februar 2013. Eine Austauschbarkeit mit den Vorgängersubstanzen ist nicht gegeben (wirksam teilweise auch bei Versagen dieser Vorgängersubstanzen). In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 hat Pomalidomid den Status 1 (Position 26 der NUB-Liste 2016) 2.4 Welche Auswirkungen hat die Methode auf die Verweildauer im Krankenhaus
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können keine belastbaren Aussagen getroffen werden.
Methode in Deutschland	Pomalidomid ist seit 2. September 2013 unter dem Namen Imnovid® in Deutschland im Handel.
Medikament zugelassen	Die EMA-Zulassung erfolgte am 05. August 2013
Methode im Krankenhaus	2013
Methode in Krankenhäusern	Keine Aussage möglich. 260 Krankenhäuser haben einen NUB Antrag für das Jahr 2016 gestellt.
Patienten letztes Jahr	2
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	Sachkosten: Der Erstattungsbetrag (Rote Liste) für eine Packung von 21 Kapseln je 4mg beträgt 10.428 € brutto. Die 3 mg Kapseln haben den gleichen Preis wie die 4 mg Kapseln. Die Tagestherapiekosten betragen somit über 450 €. Für das verwandte Präparat Lenalidomid existiert ein Zusatzentgelt (ZE 2016-77). Konventionelle Zytostatika oder Dexamethason sind im Vergleich dazu wesentlich preisgünstiger. Personalkosten: gering

Feld	Wert
nicht im G-DRG-System abgebildet	Pomalidomid ist seit dem Jahr 2013 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2015 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein ist, als dass genügend Kosten- und Leistungsinformationen aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2017 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von über 400 € pro Therapietag können mit den Fallpauschalen allein nicht ausreichend abgebildet werden. Zum einen ist es möglich, dass das mit dem Medikament behandelte Myelom nur eine Nebendiagnose darstellt und der Patient aus anderem Anlass im Krankenhaus behandelt wird (Infekt, Herzerkrankung, Operation usw.). In diesem Fall sollte die orale Dauertherapie mit Pomalidomid nicht unterbrochen werden, führt aber zu erheblichen Kosten und wird durch die DRGs nicht abgebildet. Zum anderen ist es möglich, dass das Myelom die Hauptdiagnose darstellt, der Patient jedoch aufgrund von Komplikationen stationär behandelt werden muss. Die Kosten für das extrem teure Pomalidomid sind hier ebenfalls nicht eingepreist. Da die hohen Tagestherapiekosten für das verwandte Präparat Lenalidomid durch Zusatzentgelt abgedeckt sind, sollte auch für Pomalidomid eine Abrechnungsmöglichkeit zusätzlich zur DRG gegeben werden.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	Am häufigsten vermutlich Basis-DRG R61. Zahlreiche andere DRGs können betroffen sein, wenn das multiple Myelom Nebendiagnose ist und sich der Patient zum Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes unter einer Therapie mit Pomalidomid befindet
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-007.a



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1708032 NUB 99 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1708032
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:30
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) vorformuliert.
Benennung	Dabrafenib (34)
Alternative Bezeichnung	Tafinlar ®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1608608
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkmechanismus: Dabrafenib ist ein oral verfügbarer BRAF-Inhibitor, der selektiv die Aktivität der BRAF V600 Kinase hemmt. Aktivierende BRAF-Mutationen, die bei ca. 50% der Melanome auftreten, führen zu einer konstitutiven Aktivierung des MAP-Kinase-Signalwegs und damit zu unregulierter Zellproliferation. Dabrafenib kann durch die Inhibition von BRAF das Tumorwachstum hemmen und durch Apoptose eine Regression

Feld	Wert
	des Tumors erzielen. Durch die gleichzeitige Hemmung von BRAF und MEK mit der Kombinationstherapie von Trametinib und Dabrafenib kann die hemmende Wirkung auf das Tumorstwachstum verstärkt und die Resistenzentwicklung verzögert werden, sowie die unter BRAF-Monotherapie auftretenden kutanen Nebenwirkungen deutlich reduziert werden. Evidenzlage: Monotherapie In einer Phase III Studie wurden 250 Patienten mit fortgeschrittenem/metastasiertem Melanom und nachgewiesener BRAF-V600E-Mutation im Verhältnis 3:1 randomisiert und mit Dabrafenib bzw. Dacarbazin, der Standard-Chemotherapie, behandelt. Patienten, bei denen unter Dacarbazin eine Tumorstprogression auftrat, hatten die Möglichkeit Dabrafenib zu erhalten. Das progressionsfreie Überleben, der primäre Endpunkt der Studie, war unter Dabrafenib gegenüber der Chemotherapie signifikant verlängert (HR = 0,37; $p < 0,0001$; medianes PFS 6,9 vs. 2,7 Monate, s. Fachinformation Tafinlar®). Die Ansprechrate lag in der Dabrafenib-Gruppe bei 59%, in der Gruppe mit Dacarbazin bei 24%. Daten zum Gesamt-Überleben aus einer weiteren Post-hoc-Analyse zeigten eine 12-Monats Überlebensrate von 63 % unter DTIC versus 70 % unter Dabrafenib; das mediane Gesamtüberleben mit Dabrafenib lag bei 20,1 Monaten. Kombinationstherapie Die Überlegenheit der Kombinationstherapie aus Dabrafenib in Kombination mit Trametinib gegenüber einer Monotherapie mit einem BRAF-Inhibitor in Bezug auf das Gesamtüberleben (OS), das progressionsfreie Überleben (PFS) und das Ansprechen (ORR) wurde in zwei Phase III-Studien gezeigt. In der Phase-III-Studie COMBI-v zeigte sich beim Gesamtüberleben der Dabrafenib-Trametinib-Kombination gegenüber Vemurafenib bei Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem BRAF-V600E/K-Mutation-positivem Melanom bei der Interimsanalyse eine signifikante Senkung des Mortalitätsrisikos (HR = 0,69 [0,53-0,89]; $p = 0,005$). Auch die Ergebnisse des zweiten Datenschnitts belegen eine Reduktion der Mortalitätsrate um 34% und bestätigen somit die Überlegenheit der Kombination (HR = 0,66 [0,53-0,81]; $p < 0,001$). Das mediane Gesamtüberleben konnte dabei von 18,0 Monaten im Vemurafenib-Arm auf 25,6 Monate im Kombinationsarm verlängert werden. Das mediane progressionsfreie Überleben war mit 12,6 Monaten im Vergleich zu 7,3 Monaten im Kombinationsarm signifikant länger als im Vemurafenib-Arm (HR = 0,61 [0,51-0,73]; $p < 0,001$). Die Gesamtansprechrate war im Kombinationsarm ebenfalls höher als im Komparator-Arm (66% vs. 53%; $p = 0,0005$). Die mediane Dauer des Ansprechens betrug 13,8 Monate unter der Kombination aber nur 8,5 Monate unter Vemurafenib. In der Phase III-Studie COMBI-d betrug das mediane Gesamtüberleben 25,1 Monate für die Dabrafenib/Trametinib-Kombination vs. 18,7 Monate für die Dabrafenib-Monotherapie (HR 0,71, [0,55–0,92]; $p=0.0107$). Die 3-Jahres-Überlebensrate lag für die Kombination bei 44% vs. 32% für die Monotherapie. Die Ergebnisse zum PFS und der ORR bestätigen ebenfalls die Überlegenheit der Kombination (medianes PFS 11,0 vs. 8,8 Monate und ORR 69% vs. 53%). Mutationstest: Für eine Behandlung mit Dabrafenib ist der Nachweis einer BRAF-V600-Mutation mithilfe einer validierten Testmethode (PCR, Sequenzierung) erforderlich. Dosis: Die Tagesdosis beträgt 300 mg. Die Behandlung sollte so lange weitergeführt werden, bis der Patient keinen Nutzen mehr davon hat oder inakzeptable Toxizitäten auftreten.
Indikation	Dabrafenib ist angezeigt als Monotherapie oder in Kombination mit Trametinib zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht-resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation
Ablösung / Ergänzung	Die verfügbaren Studiendaten deuten auf eine signifikante und klinisch relevante Überlegenheit der Kombinationstherapie von Trametinib und Dabrafenib gegenüber einer Monotherapie mit einem BRAF-Inhibitor hinsichtlich der Effektivität hin; zudem treten kutane Nebenwirkungen einschließlich kutaner Neoplasien wie Plattenepithelkarzinomen unter der Kombination seltener auf als unter BRAF-Monotherapie. Die Kombinationstherapie mit Trametinib und Dabrafenib hat die Monotherapie mit einem BRAF-Inhibitor (Dabrafenib oder Vemurafenib) größtenteils abgelöst.
Was ist neu?	Dabrafenib ist ein neues Medikament, das am 26. August 2013 von der EMA zugelassen wurde. Die Zulassungserweiterung für die Kombinationstherapie von Trametinib und Dabrafenib erfolgte im August 2015. In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 hat Dabrafenib den Status 1 (Position 34 der NUB-Liste 2016) erhalten.
Verweildauer	Krankenhaus? Zum jetzigen Zeitpunkt liegen zu dieser Frage noch keine validen Daten vor.

Feld	Wert
Methode in Deutschland	In Studien 2010. In der Versorgung: Die Zulassung bei der EMA erfolgte am 26.8.2013, die Markteinführung von Dabrafenib erfolgte im September 2013
Medikament zugelassen	Die Zulassung bei der EMA erfolgte am 26.8.2013, die Markteinführung von Dabrafenib erfolgte im September 2013
Methode im Krankenhaus	2013
Methode in Krankenhäusern	Dabrafenib wird schätzungsweise in ca. 225 Kliniken in Deutschland eingesetzt.
Patienten letztes Jahr	4
Patienten dieses Jahr	4
Patienten Zukunft	4
Mehrkosten	Sachkosten: Dabrafenib wird zweimal täglich oral eingenommen. Die zugelassene Tagesdosis beträgt 300 mg und wird morgens und abends verabreicht (150 mg in Form von je 2 Kapseln à 75 mg, b. i. d.). Eine Packung Dabrafenib enthält 120 Kapseln und kostet 7936,81 € . Bei der empfohlenen Tagesdosierung von 300 mg = 4 Kapseln à 75 mg betragen die Tagestherapiekosten etwa 265 €. Bei der Gabe von Dabrafenib in Kombination mit Trametinib fallen zusätzlich die Kosten für Trametinib an. Die zugelassene Tagesdosis von Trametinib beträgt 2 mg und wird in Form einer Tablette einmal täglich oral eingenommen. Eine Packung Trametinib enthält 30 Kapseln. Bei der empfohlenen Tagesdosierung von 2 mg = 1 Tablette à 2mg betragen die Tagestherapiekosten rund 305 € (Stand: September 2016). Bei einem mehrtägigen stationären Aufenthalt, der bei Patienten mit fortgeschrittenem/metastasiertem Melanom üblich ist, ist folglich mit erheblichen Mehrkosten zu rechnen, die über den DRG-Erlös nicht finanziert werden können. Personalkosten: Keine relevanten Personalkosten, da orale Einnahme.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Dabrafenib wurde im Jahr 2013 zugelassen und ist seit dem Jahr 2013 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2015 könnten aus den Kalkulationshäusern erste Kostendaten für den Einsatz vorliegen, sehr wahrscheinlich aber nicht in ausreichendem Umfang, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2017 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 265 € pro Tag (570 € in Kombination mit Trametinib) können mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden, Dabrafenib ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	J68A und J61C. Dabrafenib wird als orale Dauertherapie in einer festen Dosis von 300 mg pro Tag verabreicht. Somit kann es Kosten in allen Fallpauschalen verursachen, da die Therapie in der Regel fortgesetzt wird, auch wenn der Patient auf Grund einer anderen Erkrankung stationär behandelt wird. Die Höhe der Kosten ist abhängig von der Verweildauer in der jeweiligen Fallpauschale.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-007.5



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1708028 NUB 103 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1708028
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:24
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Med. Klinik 3
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Posaconazol Infusionslösung (30)
Alternative Bezeichnung	NOXAFIL® Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1617681
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: Posaconazol ist ein Breitspektrum-Antimykotikum (Triazol-Derivat) zur systemischen Therapie und systemischen Prophylaxe invasiver Pilzkrankungen. Bisher war Posaconazol ausschließlich in oralen Darreichungsformen (Suspension, Tablette) verfügbar. Die Resorption der Suspension ist abhängig von Nahrungsaufnahme und Magensaft pH. Die Infusionslösung gewährleistet eine gute Bioverfügbarkeit,

Feld	Wert
	intraindividuelle Schwankungen der Wirkspiegel sind geringer. Die i.v. Lösung ermöglicht die Gabe von Posaconazol auch bei Patienten denen eine orale Medikamentenaufnahme nicht möglich ist (z.B. Patienten mit ausgeprägter Mukositis, Intensivpatienten). Die Applikation muss in der Regel über einen zentralvenösen Zugang erfolgen. Evidenzlage: In einer Phase III Studie erreichten 94% der Patienten den angestrebten Zielspiegel zwischen 500 und 2.500 ng/ml. Dosis: Die empfohlene Dosis für Posaconazol i.v. ist zweimal 300 mg am ersten Tag, dann 1 x 300 mg pro Tag.
Indikation	1. Behandlung invasiver Pilzkrankungen bei Erwachsenen bei Therapieresistenz oder Unverträglichkeit - Invasive Aspergillose gegenüber Amphotericin B oder Itraconazol - Fusariose gegenüber Amphotericin B - Chromoblastomykose und Myzetom gegenüber Itraconazol bzw. bei Unverträglichkeit von Itraconazol; - Kokzidioidomykose, gegenüber Amphotericin B, Itraconazol oder Fluconazol bzw. bei Unverträglichkeit dieser Arzneimittel 2. Zur Prophylaxe invasiver Pilzkrankungen bei - Patienten, die eine Remissions-induzierende Chemotherapie bei akuter myeloischer Leukämie (AML) oder myelodysplastischen Syndromen (MDS) erhalten, die zu einer längerfristigen Neutropenie führt, und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Pilzinfektionen besteht; - Patienten mit hämatopoetischer Stammzelltransplantation, die eine Hochdosis-ImmunsuppressionsTherapie bei einer Graft-versus-Host Disease erhalten und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Pilzkrankungen besteht.
Ablösung / Ergänzung	Bei Patienten bei denen eine orale Medikation nicht möglich ist oder die Resorption über den Darm krankheitsbedingt erschwert ist wird die bisher verfügbare orale Suspension durch die intravenöse Formulierung ergänzt werden
Was ist neu?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2015 hat Posaconazol den Status 1 (Position 8 der NUB-Liste 2015)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden
Methode in Deutschland	Das Medikament wurde im Oktober 2014 in Deutschland in den Markt eingeführt
Medikament zugelassen	Die Zulassung erfolgte am 18.09.2014.
Methode im Krankenhaus	oral seit langem i.v. 2016
Methode in Krankenhäusern	Posaconazol wird schätzungsweise in ca. 305 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anträge 2014).
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	10
Patienten Zukunft	10
Mehrkosten	Sachkosten: 300 mg Posaconazol kosten 490,16 € (öffentlicher Apothekenpreis) Personalkosten: Für die Zubereitung: ca. 10 Minuten (MTD Apotheke) Für die Applikation: ca. 5 Minuten (ÄD) und ca. 5 Minuten (PD) Posaconazol i.v. ist über einen zentralen venösen Zugang, etwa einem Zentralvenenkatheter oder einen peripher gelegten zentralen Katheter (PICC) durch langsame intravenöse (IV) Infusion über eine Dauer von ca. 90 Minuten zu verabreichen.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Das Präparat stand bisher nicht als Infusionslösung zur Verfügung und ist daher bisher im G-DRG System nicht sachgerecht abgebildet: Im derzeitigen DRG-System wird Posaconazol oral als Suspension in Dosierungen ab 1.000mg (ZE 114) vergütet. Es ist von einem zusätzlichen Einsatz der Posaconazol Infusionslösung auszugehen. Da das ZE 114 durch die orale Gabe von Posaconazol definiert ist, kann Posaconazol i.v. nicht darüber abgerechnet werden. Die Arzneimittelkosten für eine durchschnittliche Therapiedauer von 23 Tagen betragen: i.v.: € 490,16 x 24 = € 11.763,84 (1. Tag = doppelte Dosis, 2 Durchstechflaschen) Die Behandlungskosten von Posaconazol

Feld	Wert
	Infusionslösung zur Prophylaxe und Therapie von Pilzinfektionen sind erheblich und über die jeweiligen Fallpauschalen nicht sachgerecht abgebildet.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	A03A, A03B, A05A, A05B, A06A, A06B, A07A, A07B, A07C, A07D, A07E, A09A, A09B, A09C, A11A, A11B, A11C, A11D, A13A, A13B, A13C, E40A, E40B, F07A, F07B, R60A, R60B, R60C, R63B, A36A, A61Z
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-007.k



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1709703 NUB 104 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1709703
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:35
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Aflibercept intravenös (41)
Alternative Bezeichnung	Zaltrap®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1615514
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Aflibercept ist ein rekombinantes humanes Fusionsprotein, das die Interaktion von VEGF-A, VEGF-B und dem plazentalen Wachstumsfaktor (PlGF) mit ihren Rezeptoren verhindert. Aflibercept in Kombination mit 5-Fluoruracil und Irinotecan verbessert das Gesamtüberleben beim metastasierten, vorbehandelten kolorektalen Karzinom.

Feld	Wert
Indikation	Aflibercept in Kombination mit einer Chemotherapie aus Irinotecan, 5-Fluoruracil/ Folinsäure (FOLFIRI) wird angewendet bei Erwachsenen mit metastasiertem kolorektalen Karzinom bei Progress unter oder nach einem oxaliplatinhaltigen Regime.
Ablösung / Ergänzung	Die Chemotherapie mit 5-Fluoruracil und Irinotecan wird ergänzt durch die Zugabe von Aflibercept, jedoch nicht abgelöst
Was ist neu?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 hat Aflibercept den Status 1 (Position 9 der NUB-Liste 2016).
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	ca. 2013
Medikament zugelassen	Die Zulassung durch die EMA erfolgte im Februar 2013
Methode im Krankenhaus	2014
Methode in Krankenhäusern	Mehr als 150 Kliniken.
Patienten letztes Jahr	2
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	Sachkosten: Durch die Gabe von Aflibercept entstehen Zusatzkosten für die je Patient zu verabreichende Therapie: Dosis 4mg/kg, bei 70kg somit 280 mg am Tag 1 der FOLFIRI-Chemotherapie: Packungsgröße: 200 mg in 8ml Lösung oder 100mg in 4 ml Lösung Preis pro Packung: 1045,19€ € (8ml) oder 528,09€ (4ml) Preis ohne Verwurf, obiges Beispiel: 1463,27€ Preis mit Verwurf (Verwendung der Packung (1 x 8 ml + 1 x 4ml) nur für einen Patienten): 1573,28 € Wiederholung am Tag 14 Personalkosten: Für die Zubereitung: ca. 10 Minuten (MTD Apotheke) Für die Applikation: ca. 5 Minuten (ÄD) und ca. 5 Minuten (PD) Für die Überwachung: ca. 30 Minuten (PD), ca. 10 Minuten (ÄD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Aflibercept ist seit 2013 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2015 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein ist, als dass genügend Kosten- und Leistungsinformationen aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2017 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 1500 € pro Applikation können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden und Aflibercept ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Andere hochpreisige Medikamente wie z.B. Cetuximab, das auch in Kombination mit der o.g. Chemotherapie gegeben wird, sind im DRG-System als ZE vergütet. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG (Bei der DRG G60B sind bei der Kostenkalkulation INEK Browser 2016 nur ca 100€ veranschlagt) .
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	G60A, G60B
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-007.3



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1703852 NUB 106 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1703852
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:15
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Med 3
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. vorformuliert
Benennung	Crizotinib (21)
Alternative Bezeichnung	Xalkori®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1608307
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Bei 2-7% der Nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinomen ist das anaplastic lymphoma kinase- Gen (ALK) mutiert oder transloziert. Crizotinib hemmt die spezifisch die Tyrosinphosphorylierung der aktivierten ALK. In der Studie von Kwak et al (NEJM, Oktober 2010, Vol 363; 1693-1703) zeigten 82 vorbehandelte Patienten unter der Therapie mit Crizotinib eine Ansprechrage von 57% und eine stabile Erkrankung in 34%

Feld	Wert
	der Fälle. Bisher übliche Secondline-Therapien haben in der Regel ein Ansprechen von ca. 10-20%. Weitere Studien haben die Wirksamkeit von Crizotinib bestätigt, z.B. Shaw et al (NEJM, Juni 2013, Vol 368 No 25, 2385-2394) mit einem progressionsfreien Überleben von 7,7 Monaten versus 3,0 Monate bei einer herkömmlichen secondline-Chemotherapie. Ebenso war die Ansprechrate deutlich höher (65 versus 20%).
Indikation	Crizotinib ist indiziert zur Behandlung des vorbehandelten ALK-positiven fortgeschrittenen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC). Die Untergruppe der ALK positiven nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms betrifft ca. 3-5 % aller Lungenkarzinome. Crizotinib ist in den Empfehlungen der NCCN Leitlinien (National Comprehensive Cancer Network) aufgeführt.
Ablösung / Ergänzung	Es ist ein neues Medikament, das beim ALK positiven nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinom eine second-line Chemotherapie mit z.B. Docetaxel oder Gemcitabine ablöst.
Was ist neu?	Neues Medikament. In den Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für 2015 erhielt Crizotinib den Status 1 (Position 20 der NUB Liste).
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	In Studien im Jahre 2011
Medikament zugelassen	Am 26.8.2011 wurde Crizotinib von der FDA zugelassen für das ALK-positive fortgeschrittene nicht-kleinzellige Lungenkarzinom (NSCLC). Am 23.10..2012 wurde Crizotinib von der EMA . zugelassen
Methode im Krankenhaus	Die Methode wurde 2013 im ambulanten Bereich eingeführt
Methode in Krankenhäusern	Allen großen onkologischen Kliniken
Patienten letztes Jahr	1
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	Sachkosten: Die Dosierung beträgt 2 x 250 mg p.o.als Dauermedikation oder 2 x 200 mg p.o. als Dauermedikation bei Dosisreduktion wegen Unverträglichkeit der höheren Dosis. Packungsgröße: 60 Kps zu je 250 oder 200mg, Packungspreis (unabhängig der mg Menge der Einzeldosis)r 60 Kps zu 5.854,80€ Kosten pro Tag 195,16 € Kosten pro Aufenthalt (7 Tage angenommen): 1.366,12 € Personalkosten: Für die Applikation: ca. 5 Minuten (PD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Crizotinib wurde Mitte des Jahres 2012 zugelassen und ist seit Ende 2012 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2014 könnten aus den Kalkulationshäusern erste Kostendaten für den Einsatz vorliegen, sehr wahrscheinlich aber nicht in ausreichendem Umfang, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2017 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 1.400€ pro Aufenthalt können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden und Crizotinib ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	E71A, E71B
stellvertretend für KH	

Feld	Wert
Prozeduren	6-006.c



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1703858 NUB 107 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1703858
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:22
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Med. Klinik 3
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Obinutuzumab (27)
Alternative Bezeichnung	Gazyvaro®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1608384
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkmechanismus: Obinutuzumab ist ein neuartiger rekombinanter monoklonaler humanisierter Typ II CD20 Antikörper vom IgG1 Isotyp mit spezifisch modifizierter Glykosylierung der Fc-Region. Wirksamkeit: In der randomisierten, 3-armigen, offenen, multizentrischen, Phase III Studie CLL11 (BO 21004) wurden Sicherheit und Wirksamkeit von Obinutuzumab plus Chlorambucil (G-Clb) vs. Rituximab plus Chlorambucil (RClb) vs.

Feld	Wert
	Chlorambucil und von G-Clb vs. R-Clb verglichen. Die Daten zeigen für die Kombination aus Obinutuzumab plus Clb eine klinisch relevante und statistisch hoch signifikante Verlängerung der progressionsfreien Zeit (PFS). Außerdem wurden in einigen sekundären Endpunkten signifikante Verbesserungen (< 0.05) erzielt. Die Overall Survival Daten sind beim aktuellen Datenschnitt aufgrund der niedrigen Anzahl an Todesfällen noch sehr unreif und zeigen keinen statistisch signifikanten Unterschied. Das mediane PFS betrug 29,9 Monate mit G-Clb gegenüber 11,1 Monate mit Clb mono (HR 0,18; 95% CI: 0,14- 0,24; $p<0,0001$) (Stufe 1). Das mediane PFS wurde um 13,8 Monate gegenüber der Therapie mit R-Clb verbessert (29,2 vs. 15,4 Monate; HR 0,40; 95% CI: 0,33-0,50; $p<0,001$) (Stufe 2). Darüber hinaus bestätigt die finale Datenanalyse einen OS-Vorteil für die Patienten im G-Clb-Arm verglichen mit den Patienten, die Clb als Monotherapie erhalten haben (HR 0,47; 95% CI: 0,29-0,76; $p=0,0014$) (Stufe 1). Der in der Stufe 2 Analyse gefundene Unterschied im Gesamtüberleben zwischen Patienten, die Obinutuzumab plus Chlorambucil gegenüber jenen, die mit Rituximab plus Chlorambucil therapiert wurden, war zum Zeitpunkt der Analyse statistisch nicht signifikant (HR 0,70; 95% CI: 0,47-1,02; $p=0,0632$) (Stufe 2). Dosierung und Art der Anwendung: Intravenöse Gabe von 100 mg (Tag 1, Zyklus 1) gefolgt von einer 900 mg i.v. (Tag 1 oder 2, Zyklus 1) und 1.000 mg an Tag 8 und Tag 15 (Zyklus 1). In den Zyklen 2-6 jeweils 1.000 mg i.v. an Tag 1. Der Abstand zwischen den Zyklen beträgt 28 Tage.
Indikation	Obinutuzumab wird in Kombination mit Chlorambucil bei erwachsenen Patienten mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) angewendet, die aufgrund von Begleiterkrankungen für eine Therapie mit einer vollständigen Dosis von Fludarabin nicht geeignet sind. Obinutuzumab in Kombination mit Bendamustin, gefolgt von einer Obinutuzumab Erhaltungstherapie, befindet sich im Zulassungsverfahren für Patienten mit follikulärem Lymphom (FL), die auf eine Behandlung mit Rituximab oder einem Rituximab-haltigen Regime nicht angesprochen haben oder während bzw. bis zu 6 Monate nach der Behandlung progredient waren
Ablösung / Ergänzung	Derzeitiger Standard in der Therapie körperlich fitter Patienten mit neu diagnostizierter behandlungsbedürftiger CLL mit normaler Nierenfunktion und Fehlen einer klinisch relevanten Komorbidität ist die Kombinationstherapie Rituximab, Fludarabin und Cyclophosphamid (FCR). Der überwiegende Teil der CLL-Patienten ist allerdings bereits im fortgeschrittenen Alter und häufig durch altersbedingte organische Funktionseinschränkungen und/ oder Begleiterkrankungen beeinträchtigt. Für diese Patienten sind die Behandlungsmöglichkeiten begrenzt, da eine aggressive Chemotherapie wie FC oft nicht möglich ist. Für Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion und/oder Komorbiditäten standen bislang zwei zugelassene Therapieoptionen zur Verfügung - eine Chemotherapie mit Chlorambucil oder eine Rituximab basierte Chemoimmuntherapie. Mit Obinutuzumab in Kombination mit Chlorambucil steht für diese Patientengruppe eine dem bisherigen Standard überlegene Chemoimmuntherapie zur Verfügung. Patienten mit Nachweis einer del(17p13) bzw. einer TP53 -Mutation haben eine niedrigere Ansprechrate und kürzeres progressionsfreies Überleben sowie Gesamtüberleben nach Chemo- und Chemoimmuntherapie (Chlorambucil, Fludarabin-haltige Schemata, Bendamustin, auch in Kombination mit Rituximab). Bei Patienten ohne relevante Komorbidität mit therapiepflichtiger CLL und del (17p13)/ TP53 -Mutation stehen alternative Ansätze wie Ibrutinib, Idelalisib/Rituximab oder Alemtuzumab auch für die Erstlinientherapie zur Verfügung (DGHO Leitlinie CLL; Stand: November 2014). Indikation FL: Der etablierte Standard in der Erstlinienbehandlung von FL-Patienten ist das Chemoimmuntherapie-Protokoll RCHOP (Rituximab (R)-, Cyclophosphamide (C), Doxorubicin(H), Vincristine(O), Prednisolon (P). Rituximab plus Bendamustin wird ebenso eingesetzt [Quelle: DGHO Leitlinie follikuläres Lymphom Stand Mai 2012]. Bei vorbehandelten Patienten mit follikulärem Lymphom (FL), die auf Rituximab nicht mehr ansprechen oder während einer Rituximab-haltigen Therapie progredient werden, gibt es keinen definierten Standard. Die Behandlungsoptionen umfassen eine Bendamustin-Monotherapie (bei Bendamustin-naiven Patienten) bzw. eine Bendamustin-Re-Therapie, wenn der Abstand zur ersten Bendamustingabe klinisch gesehen ausreichend groß ist. In dieser Hinsicht stellt Obinutuzumab in Kombination mit Bendamustin die einzige klinisch geprüfte Therapie mit Überlegenheit gegenüber der Mono- ggf. Re-Therapie mit Bendamustin bei Patienten, die auf Rituximab nicht mehr

Feld	Wert
	ansprechen. Für FL-Patienten mit mindestens zwei Vortherapien steht eine Monotherapie mit Idelalisib in den weiteren Therapielinien zur Verfügung
Was ist neu?	Obinutuzumab ist ein neuartiges Medikament, das im Juli 2014 in Europa zur Behandlung der chronischen lymphatischen Leukämie (CLL) bei nicht vorbehandelten Patienten zugelassen wurde. Obinutuzumab erweitert die Behandlungsmöglichkeiten in der zugelassenen Indikation und kann aufgrund besserer Wirksamkeit bei vergleichbarem Sicherheitsprofil zum neuen Therapiestandard in dieser Indikation werden. Darüber hinaus bietet Obinutuzumab bei Patienten mit follikulärem Lymphom (FL), die auf eine Rituximab-haltige Therapie nicht mehr ansprechen, eine neue Behandlungsoption in dieser Krankheitssituation an. Bislang gibt es keine anderen randomisierten Phase-III-Studien in diesem Anwendungsgebiet.
Verweildauer	Durch die Anwendung der Methode ist keine Verlängerung der Verweildauer im Krankenhaus zu erwarten.
Methode in Deutschland	Juli 2014
Medikament zugelassen	Obinutuzumab wurde durch EMA im 23.07.2014 in der Indikation CLL zugelassen. Für die Indikation FL befindet sich Obinutuzumab im Zulassungsverfahren. Die Zulassung durch die EMA wird im 2. Quartal 2016 erwartet.
Methode im Krankenhaus	noch nicht eingeführt für 2016 geplant
Methode in Krankenhäusern	In Deutschland gibt es Erfahrungen mit dem Medikament in ca. 40 Krankenhäusern im Rahmen klinischer Studien. Seit Zulassung wurde Obinutuzumab laut Herstellerangaben in etwa 200 Kliniken eingesetzt. 243 Häuser hatten die Vergütung als NUB für 2015 beantragt.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	Sachkosten: Obinutuzumab wird in einer fixen Dosis von 1000 mg appliziert. Die Applikation wird im ersten Zyklus Tag 8 und 15 wiederholt, in den Folgezyklen erfolgt die Gabe alle 28 Tage. Der öffentliche Apothekenpreis für den Antikörper beträgt 3996,79 Euro. Das alternativ zu verwendende Präparat Rituximab wird über Zusatzentgelte vergütet. Personalkosten: Bei den Personalkosten sind keine wesentlichen Änderungen zu anderen Antikörpertherapien zu erwarten. Für Handling, Zubereitung und Verabreichung sind ca. 50-100 Euro anzusetzen.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die Kosten für Antikörpertherapien sind in der DRG R61 nicht abgedeckt. Das alternativ zu verwendende Präparat Rituximab wird über Zusatzentgelte vergütet, eine entsprechende Regelung für Obinutuzumab über ein NUB-Entgelt und später über ein ZE wäre daher wünschenswert. Obinutuzumab erhielt bereits für 2015 den NUB-Status 1. Da es sich um eine erst 2014 zugelassene Therapie in einer seltenen Indikation handelt, können vermutlich keine belastbaren Daten für die DRG-Kalkulation für 2016 herangezogen werden. Zudem ist die einkalkulierte DRGVergütung für Arzneimittel in R61 ausreichend nur für die Begleit- und Standardmedikation in der mittleren Verweildauer dieser Patientengruppe von jeweils 5 und 10 Tagen. Durch die einmalige Gabe von Obinutuzumab innerhalb eines Krankenhausaufenthaltes entstehen Arzneimittelkosten i. H. v. ca. 4.500-4.900 €/Fall, die die rechnerische Standardabweichung der DRG-Entgelte übersteigen und die vollen DRG-Erlöse ausschöpfen können. Dies ist insbesondere in den Fällen mit DRG R61H eindeutig (Quelle: InEK-G-DRG-Report-Browser- 2015). Dieser Sachverhalt zeigt eine erhebliche Schieflage in der DRG-Finanzierung auf. Diese Argumentation wird auch dadurch gestärkt, dass bereits Zusatzentgelte für Antikörper in verwandten Indikationen definiert worden sind, z. B. das ZE148 Gabe von Rituximab intravenös.
Prozeduren - Beschreibung	

Feld	Wert
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	Basis DRG R61 bei Hauptdiagnose CLL und Antikörpertherapie. Bei längeren Krankenhausaufenthalten aufgrund anderer Diagnosen muss gegebenenfalls die Therapie der CLL fortgesetzt werden. In diesem Fall können viele unterschiedliche DRGs betroffen sein
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-007.j



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1703854 NUB 109 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1703854
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:17
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Med. Klinik 3
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Eltrombopag (23)
Alternative Bezeichnung	Revolade®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1608314
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: Eltrombopag ist ein oraler Thrombopoetin-Rezeptor-Agonist (TPO-RA), der im Knochenmark die körpereigene Thrombozytenproduktion stimuliert. Evidenzlage: Eltrombopag wurde in einer randomisierten, Placebo-kontrollierten Phase III Studie an 197 Patienten mit chronischer idiopathischer Thrombozytopenie (ITP) und einer Thrombozytenzahl von < 30.000 /µl untersucht (Eltrombopag: n = 135, davon 50

Feld	Wert
	splenektomierte und 85 nicht-splenektomierte Patienten; Placebo: n = 62) Die Dosierung betrug je nach Ansprechen 25 bis 75 mg 1 x tgl. Patienten in der Eltrombopag-Gruppe zeigten ein signifikant höheres Gesamtansprechen (81%) als solche in der Placebo-Gruppe (18%) (Gesamtansprechen = Erhöhung der Thrombozytenzahl auf $\geq 50.000/\mu\text{l}$ für mind. 4 Wochen während des 6-monatigen Behandlungszeitraums). Dies galt sowohl für splenektomierte als auch für nicht-splenektomierte Patienten. Eltrombopag verringerte darüber hinaus auch die Zahl der Blutungsereignisse. Häufigkeit und Schwere von unerwünschten Ereignissen waren in der Eltrombopag- und in der Placebo-Gruppe weitgehend vergleichbar. Eltrombopag wurde in einer einarmigen, monozentrischen offenen Studie (Desmond et al, Blood 2014) an 43 Patienten mit schwerer aplastischer Anämie und refraktärer Thrombozytopenie nach mindestens einer vorangegangenen immunsuppressiven Therapie (IST) und einer Thrombozytenzahl von $\leq 30.000/\mu\text{l}$ untersucht. Der primäre Studienendpunkt bestand im hämatologischen Ansprechen in mindestens einer der folgenden Zelllinien: Thrombozyten, Erythrozyten, Neutrophile, beurteilt nach einer 12-wöchigen Behandlung mit Eltrombopag. Die Rate des hämatologischen Ansprechens belief sich auf 40 % (17/43 Patienten). Es wurde mehrheitlich ein Ansprechen einer Zelllinie sowie 3-mal in zwei Zelllinien und 1-mal in drei Zelllinien beobachtet. Während der Behandlung mit Eltrombopag erreichten 59 % (23/39) der Patienten eine Unabhängigkeit von Thrombozytentransfusionen und 27 % (10/37) eine Unabhängigkeit von Erythrozytentransfusionen. 14 Patienten, die ansprachen, führten die Behandlung in einer Expansionsphase der Studie fort. Bei 9 dieser Patienten wurde ein Ansprechen multipler Zelllinien dokumentiert. Bei 5 Patienten, die in allen 3 Zelllinien stabil ansprachen, wurde die Behandlung mit Eltrombopag bei anhaltendem Ansprechen ausgeschlichen. Dosis: Eltrombopag wird als orale Dauertherapie in einer initialen Dosis von 50mg pro Tag (mögliche Dosierungen: 25, 50 und 75 mg, 1 x tgl.) verabreicht.
Indikation	Eltrombopag ist indiziert für die Behandlung der Thrombozytopenie bei erwachsenen Patienten mit chronischer idiopathischer thrombozytopenischer Purpura, bzw. Immunthrombozytopenie (ITP), nach Splenektomie oder falls eine Splenektomie kontraindiziert ist
Ablösung / Ergänzung	Patienten mit chronischer ITP werden heute in der Erstlinientherapie vorwiegend mit Steroiden behandelt, bei deren Versagen ist i.d.R. eine Splenektomie indiziert. Eine weitere - jedoch nicht zugelassene - Therapiemöglichkeit stellt die Gabe von Rituximab dar. Nach einer Splenektomie wurden die Patienten bei persistierender Thrombozytopenie mit weiteren Immunsuppressiva oder auch Immunglobulinen behandelt. Eltrombopag gehört zur Substanzklasse der Thrombopoetinrezeptor-Agonisten, ebenso wie das bereits für die s.c. Gabe zugelassene Romiplostim, und stellt eine orale Therapieoption dar für splenektomierte Patienten sowie für Patienten, bei denen eine Splenektomie nicht möglich ist. Eltrombopag kann auch als add-on zu bisherigen Standardtherapieschemata (Kortikosteroide und/oder Immunsuppressiva) gegeben werden.
Was ist neu?	Eltrombopag ist die erste orale Therapieform zur Stimulation der körpereigenen Thrombozytenanzahl. In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2012 hat Eltrombopag den Status 1 (Position 12 der NUB-Liste 2012) erhalten, für 2013 den Status 2 (Position 98 der NUB-Liste 2013) und für 2014 wiederum den Status 2 (Position 116 der NUB-Liste 2014), im Jahr 2015 dann den Status 1 (Position 27 der NUB Liste 2015).
Verweildauer	Zu dieser Frage liegen bisher keine publizierten Daten vor.
Methode in Deutschland	In Studien: 2005 In der klinischen Versorgung: März 2010
Medikament zugelassen	In den USA erfolgte die Zulassung von Eltrombopag im November 2008. Eltrombopag wurde von der European Medicines Agency (EMA) am 11. März 2010 zugelassen.
Methode im Krankenhaus	Die Methode wurde im ambulanten Bereich 2010 eingeführt
Methode in Krankenhäusern	Eltrombopag wird schätzungsweise in 221 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anträge für 2015).
	1

Feld	Wert
Patienten letztes Jahr	
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	Sachkosten: Eltrombopag wird als orale Dauertherapie in einer initialen Dosis von 50 mg pro Tag verabreicht. Eltrombopag verursacht Tagestherapiekosten von 95,58 €. Bei einer erwarteten Behandlungsdauer mit Eltrombopag von durchschnittlich 5 – 21 Tagen ergeben sich für einen typischen Fall (Neueinstellung eines Patienten nach Einlieferung wegen akutem Ereignis (z.B. Blutung)) damit zusätzliche Kosten von 477,90 € – 2.007,18 € pro stationärem Aufenthalt. Die Notwendigkeit zur Gabe von Eltrombopag bei stationären Patienten ergibt sich vor allem bei ausgeprägt vorththerapierten steroidrefraktären Patienten, die mit Blutungskomplikationen eingeliefert werden. Darüberhinaus können die Kosten für Eltrombopag auch in DRGs mit nicht hämatologischen Hauptdiagnosen auftreten, wenn ein unter Dauertherapie stehender Patient mit einem anderen Problem stationär behandelt werden muss. Wegen der Chronizität der Krankheit sind auch noch weitere stationäre Kontakte zu erwarten. Personalkosten: Durch die orale Therapieform entsteht nur sehr geringer zusätzlicher Personalaufwand.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Eltrombopag wurde im Jahr 2010 zugelassen und ist seit dem Jahr 2010 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2014 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Bei den im DRG-System für die DRG Q60 ausgewiesenen Arzneimittelkosten sind die zusätzlichen Kosten von 477,90 € – 2007,18€ pro stationärem Aufenthalt mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	Q60
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-006.0



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1703855 NUB 110 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1703855
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:18
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Med Klinik 3
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Ibrutinib (24)
Alternative Bezeichnung	Imbruvica®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1608329
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: Ibrutinib ist der erste klinisch anwendbare Inhibitor der Bruton-Tyrosinkinase. Dieses Enzym ist Teil der Signalkette, über die Wachstumsimpulse des B-Zell-Rezeptors ins Zellinnere geleitet werden. Eine Hemmung dieser Signalkette vermittelt zytotoxische Wirkungen. Evidenzlage: Mantelzelllymphom: In einer einarmigen, offenen Phase-II-Studie (PCYC 1104) wurde die Wirksamkeit von Ibrutinib (Tagesdosis 560 mg) bei 111

Feld	Wert
	Patienten mit MCL, die nach einer Therapie einen Rückfall erlitten oder nicht darauf ansprechen, untersucht. Es wurde eine Ansprechrate von 68 % festgestellt, die mit 21 % auf vollständiges Ansprechen und 47 % auf teilweises Ansprechen entfällt. Der geschätzte Mittelwert für die Nachbeobachtungszeit betrug 15,3 Monate, der geschätzte Mittelwert für die Ansprechdauer betrug 17,5 Monate und der geschätzte Mittelwert für ein Überleben ohne Fortschreiten der Erkrankung betrug 13,9 Monate. Wang ML et al., N Engl J Med 2013; 369(6): 507-16. Chronisch lymphatische Leukämie: In einer randomisierten, offenen, internationalen Phase-III-Studie wurde Ibrutinib mit dem monoklonalen Antikörper Ofatumumab verglichen. An der Studie nahmen 391 Patienten mit CLL/SLL teil, die nach einer Therapie einen Rückfall erlitten oder nicht auf die Therapie angesprochen hatten. Es wurde eine statistisch signifikante Verbesserung beim Überleben ohne Fortschreiten der Erkrankung (progression-free survival, PFS), dem Gesamtüberleben (overall survival, OS) und der Gesamtansprechrate (overall response rate, ORR) im Vergleich zu den mit Ofatumumab behandelten Patienten verzeichnet. Der Medianwert für das PFS in der Ofatumumab-Gruppe betrug 8,1 Monate und wurde bei der Ibrutinib-Gruppe noch nicht erreicht. Der Medianwert für das OS wurde in beiden Gruppen nicht erreicht, doch die Ergebnisse zeigen bei Ibrutinib-Patienten eine Senkung des Sterberisikos um 57 % im Vergleich zur Ofatumumab-Gruppe. Die Ergebnisse waren in allen vor Behandlungsbeginn gebildeten Untergruppen, einschließlich derer mit einer 17p-Deletion, konsistent. N Engl J Med 2014;371:213-23. Dosis: Die empfohlene Dosis für Ibrutinib beträgt für das Mantelzell-Lymphom 560 mg p.o. (fortlaufend täglich), für die CLL 420 mg p.o. (fortlaufend täglich).
Indikation	Ibrutinib ist zu gelassen für die Behandlung erwachsener Patienten, die an einem Mantelzelllymphom (mantle cell lymphoma, MCL) leiden und nach einer Therapie einen Rückfall erlitten bzw. nicht auf die Therapie angesprochen haben. Ibrutinib ist zugelassen für erwachsene Patienten mit chronischer lymphatischer Leukämie (CLL), die auf mindestens eine Vortherapie nicht angesprochen haben oder progredient sind oder als First-line-Therapie bei Patienten mit einer 17p-Deletion oder einer Mutation von TP53, für die eine Chemoimmunotherapie nicht infrage kommt. Ibrutinib ist zugelassen zur Behandlung erwachsener Patienten mit Morbus Waldenstrom (MW), die mindestens eine vorangehende Therapie erhalten haben
Ablösung / Ergänzung	Ibrutinib ergänzt die therapeutischen Möglichkeiten bei den genannten B-Zell-Lymphomen. Beim Mantelzelllymphom steht mit Ibrutinib bei einem Wiederauftreten oder fehlendem Ansprechen ein weiteres Medikament zur Verfügung, löst also keine Methode ab. Bei der CLL und dort vor allem bei bestimmten Untergruppen können evtl. andere Medikamente (monoklonale Antikörper) ersetzt werden.
Was ist neu?	Die Methode ist neu, das Medikament ist erst 2014 zugelassen worden.
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden
Methode in Deutschland	Juli 2014
Medikament zugelassen	Ibrutinib wurde am 24. Juli 2014 von der EMA zugelassen, seit 2012 besteht bereits der Status als orphan drug
Methode im Krankenhaus	ambulant Juni 2014
Methode in Krankenhäusern	In allen größeren Kliniken
Patienten letztes Jahr	1
Patienten dieses Jahr	3
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Sachkosten: Durch die Gabe von Ibrutinib entstehen Zusatzkosten für die je Patient zu verabreichende Therapie in Höhe von: 420 mg Tagesdosis (3 Kps), zu geben an jedem Tag des stationären Aufenthalts Angenommene Verweildauer 7 Tage Durchschnittlich

Feld	Wert
	verabreichte Menge pro stationären Aufenthalt: 2940 mg (21 Kps) Packungsgröße: 90 Kps á 140 mg Preis pro Packung: 8387,00 € (Rote Liste Preis) € Kosten pro Aufenthalt ca. 1957 € Kosten pro Tag ca. 280 € Personalkosten: Für die Applikation: ca. 5 Minuten (PD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Ibrutinib ist erst seit Juli 2014 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2014 können aus den Kalkulationshäusern keine ausreichenden Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System wird damit nicht möglich. Die zusätzlichen Kosten von ca. 1957 € pro Aufenthalt können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	R61H (evt auch andere DRG des Basis-DRG R61 in Abhängigkeit der Komorbiditäten).
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-007.e



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1703856 NUB 111 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1703856
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:18
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Med. Klinik 3
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie vorformuliert.
Benennung	Idelalisib (25)
Alternative Bezeichnung	Zydelig®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1608330
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: Idelalisib ist ein oral verfügbarer, potenter niedermolekularer Inhibitor der Delta-Isoform der Phosphatidylinositol 3-Kinase (PI3-Kinase). Diese Isoform spielt eine bedeutende Rolle bei der Aktivierung, Proliferation und Migration von B-Lymphozyten und somit auch bei verschiedenen malignen B-Zell-Erkrankungen wie der chronischen lymphatischen Leukämie (CLL) und dem follikulärem Lymphom (FL). Da die Expression

Feld	Wert
	dieser Isoform auf hämatopoetische Zellen beschränkt ist, wirkt Idelalisib selektiv - der PI3Kinase-Signalweg in nicht-neoplastischen Zellen bleibt unbeeinflusst. Evidenzlage: Die klinische Wirksamkeit und Verträglichkeit wurden in jeweils einer Phase II und einer Phase III Studie für Patienten mit vorbehandelter CLL und für Patienten mit refraktärem indolentem Non-Hodgkin Lymphom (iNHL) untersucht. In der randomisierten, Placebo-kontrollierten Phase III-Studie bei CLL verlängerte Idelalisib signifikant das progressionsfreie Überleben gegenüber Rituximab. In der einarmigen Phase II-Pivotalstudie bei iNHL konnte für diese sehr stark vorbehandelten und auf Rituximab und alkylierenden Substanzen refraktären Patienten eine Gesamt-Ansprechrage von 57% erzielt werden. Dosis: Zwei Mal täglich 150mg als orale Dauertherapie
Indikation	Idelalisib wird in Kombination mit Rituximab zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit CLL angewendet, die mindestens eine vorangehende Therapie erhalten haben, oder als Erstlinientherapie bei Vorliegen einer 17p- Deletion oder TP53-Mutation bei Patienten, die für eine Chemoimmuntherapie ungeeignet sind. Idelalisib wird als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit FL, das refraktär gegenüber zwei vorausgegangenen Therapielinien ist, angewend
Ablösung / Ergänzung	Idelalisib wird angewandt bei Patienten, bei denen andere Therapien versagt haben. Es löst also keine Methode ab, sondern stellt für diese schwer erkrankten CLL- und FL-Patienten eine zusätzliche Therapieoption dar. Aufgrund des neuen Wirkmechanismus kann auch ein Ansprechen bei mehrfach rezidierten oder doppeltrefraktären Patienten erreicht werden. Heute werden für die Behandlung der CLL und des refraktären FL verschiedene Chemotherapien (z.B. Fludarabin), Chemo-Immuntherapien (z.B. BR, R-CHOP), die Radiotherapie (z.B. Yttrium-90-markiertes Ibritumomab) sowie die allogene, bzw. autologe Stammzelltransplantation eingesetzt
Was ist neu?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2015 hat Idelalisib den Status 1 (Position 35 der NUB-Liste 2015)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	Innerhalb klinischer Studien: seit 2010 In der medizinischen Versorgung: September 2014
Medikament zugelassen	Zulassung durch die FDA: 23. Juli 2014 Zulassung durch die EMA: 18. September 2014
Methode im Krankenhaus	Sommer 2014
Methode in Krankenhäusern	Im NUB Verfahren 2015 beantragten 186 Kliniken Idelalisib
Patienten letztes Jahr	1
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	Sachkosten: Idelalisib wird als orale Dauertherapie 2 mal täglich mit 150 mg verabreicht. Der Preis liegt bei 5572,97 € für 60 Kapseln. Somit entstehen für Idelalisib Tagestherapiekosten in Höhe von 185,77 € pro Tag. Personalkosten: pro Tag etwa 5 Minuten ärztlicher Dienst 5 Minuten pflegerischer Dienst
nicht im G-DRG-System abgebildet	Idelalisib ist erst seit dem 18.9.2014 in Deutschland zugelassen. Für das Datenjahr 2014 können aus den Kalkulationshäusern keine ausreichenden Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System wird damit nicht möglich. Die zusätzlichen Kosten von ca. 185,77 € pro Tag können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
	Nein

Feld	Wert
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	
DRGs	DRG R61. Jede andere DRG ist möglich, wenn die CLL oder das FL nicht den Hauptaufnahmegrund für den stationären Krankenhausaufenthalt darstellt.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-007.f



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1710446 NUB 112 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1710446
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 12:41
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Renate
Name	Dahmen
Abteilung	Kardiologie/Pneumologie
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715171
Telefax	
E-Mail	Renate.Dahmen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch den Hersteller (Actelion Pharmaceuticals Deutschland GmbH) vorformuliert.
Benennung	Macitentan_Opsumit®
Alternative Bezeichnung	Macitentan_Opsumit®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1608542
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Der Wirkstoff in Opsumit®, Macitentan (ein Pyrimidinderivat mit der Summenformel C ₁₉ H ₂₀ Br ₂ N ₆ O ₄ S, Entwicklungsbezeichnung ACT 064992), ist ein kompetitiver Inhibitor der beiden Endothelinrezeptoren ETRA und ETRB. Der natürliche Ligand dieser Endothelinrezeptoren ist u.a. das Endothelin 1, das vom Endothel, der innersten Zellschicht von Blutgefäßen, gebildet wird. Endothelin 1 ist eine der stärksten

Feld	Wert
	vasokonstriktiven Substanzen, die bekannt sind, und führt durch Bindung an die Endothelinrezeptoren ETRA und ETRB außer zur genannten Vasokonstriktion zu einer Proliferation der mittleren Gefäßschicht (Intima), einer Fibrosierung des Gewebes und einer Entzündungsreaktion. Das zunehmende Remodelling mit Verengung der Gefäße führt zu einem erhöhten Durchflusswiderstand im pulmonalen Gefäßbett, was zur Aufrechterhaltung des erforderlichen Herzzeitvolumens kompensatorisch zu einer Nachlasterhöhung des rechten Ventrikels mit Druck- und Volumenbelastung führt. Dies wird als pulmonale Hypertonie (PAH) oder Lungenhochdruck bezeichnet. Das rechte Herz versucht durch Hypertrophie diese Druckbelastung zu überwinden. Da der Widerstand im Gefäßbett der Lunge oft jedoch immer weiter steigt, führt die Erkrankung ultimativ zu einem Rechtsherzversagen und zum Tod. Zu den klinischen Merkmalen der Erkrankung zählen u.a. belastungsassoziierte Dyspnoe, Synkopen und schnelle Erschöpfung. Die Lebenserwartung ab Diagnose liegt bei Vorliegen der WHO funktionellen Klasse III unbehandelt bei etwa 2,8 Jahren, bei Patienten der WHO funktionellen Klasse IV nur bei 6 Monaten. Dieser „vicious cycle“ des Druckanstieges, der wiederum eine erhöhte Endothelinausschüttung bewirkt, wird durch das orale Medikament Macitentan unterbrochen. Macitentan bindet mit hoher Affinität und langer Rezeptorbindungs-Dauer an die beiden Endothelinrezeptoren ETRA und ETRB. Macitentan ist indiziert zur oralen Behandlung der PAH mit einmal täglicher Gabe.
Indikation	Macitentan ist indiziert zur oralen Behandlung der PAH mit einmal täglicher Gabe. Der Zulassungstext der Fachinformation dazu lautet: „Opsumit, als Monotherapie oder in Kombination, ist indiziert für die Langzeitbehandlung der pulmonal arteriellen Hypertonie (PAH) bei erwachsenen Patienten mit funktioneller WHO-/NYHA-Klasse II bis III. Die Wirksamkeit wurde bei Patienten mit PAH nachgewiesen, einschließlich idiopathischer und erblicher PAH, PAH in Assoziation mit Bindegewebserkrankungen sowie PAH in Assoziation mit korrigierten einfachen angeborenen Herzfehlern“.
Ablösung / Ergänzung	Die Behandlung der Pulmonalen Arteriellen Hypertonie (PAH) ist multimodal und adressiert verschiedene Teilbereiche. Im fortgeschrittenen Stadium (entsprechend der WHO funktionellen Klasse FC III-IV) können als Basisbehandlung je nach Indikation eine Marcumarisierung, Diuretika zur Nachlastsenkung des Herzens und Einschränkung möglicher Ödeme sowie Sauerstoff zum Einsatz kommen. Zusätzlich zu dieser Basisversorgung werden – entsprechend den gemeinsamen europäischen Leitlinien zu Pulmonaler Hypertonie der Fachgesellschaften für Pneumologie und Kardiologie - spezifische Medikamente eingesetzt. Diese teilen sich in drei verschiedene, vom Wirkansatz her unterschiedliche Untergruppen auf. Es werden orale Inhibitoren der Phosphodiesterase 5 (Pde5i), inhalative oder intravenöse Prostacyclinderivate sowie Endothelinrezeptor-Antagonisten eingesetzt. Bei zunehmender Schwere der Erkrankung können und sollten die Medikamente, konform mit den europäischen Leitlinien, in Kombination, z. B. sequentiell, eingesetzt werden. Bedingt durch die Schwere der Erkrankung, den progressiven Verlauf und die gleichzeitige Einnahme verschiedener Medikamente besteht ein Bedarf für Medikamente mit geringen Nebenwirkungen und geringen Medikamentenwechselwirkungen. Der Wirkstoff Macitentan, Opsumit®, wurde entwickelt, um bei einem günstigen Nebenwirkungsprofil und gleichzeitig verbesserten pharmakologischen Eigenschaften (z. B. einer erhöhten Rezeptoraffinität und verlängerter Rezeptorblockade bei gleichzeitig geringem pharmakologischen Wechselwirkungsprofil) bei den Patienten die Krankheitsprogression zu verzögern und einen signifikant positiven Einfluss auf die Langzeitergebnisse zu haben. Macitentan, Opsumit® soll sukzessive als Nachfolger von Bosentan (im FP-Katalog als ZE2015–56 gelistet) eingeführt werden und damit diese Methode ablösen.
Was ist neu?	Der Wirkstoff Macitentan gehört zur Gruppe der Endothelinrezeptor-Antagonisten. In diesem Bereich sind derzeit zwei Substanzen zugelassen mit den Wirkstoffen Bosentan und Ambrisentan. Bei beiden Wirkstoffen kommt es dosisabhängig zu verstärkten Nebenwirkungen (bei Bosentan sind dies Leberwerterhöhungen, insbesondere ein möglicher Anstieg der Lebertransaminasen ALS und AST auf über das Dreifache des oberen Normalwertes, bei Ambrisentan eine verstärkte Ödembildung bei höherer Dosierung und oder älteren Patienten). Aus den zulassungsrelevanten Studien beider Medikamente ist bekannt, dass die jeweils eingesetzten höheren Wirkstoffgaben einen deutlicheren Effekt auf die hämodynamischen Parameter hatten in Studien, die über 12-

Feld	Wert
	16 Wochen gingen. Die im klinischen Alltag verwendeten bzw. in den jeweiligen Fachinformationen empfohlene Dosierung entspricht nicht der maximal effektiven, sondern – nebenwirkungsbedingt – einer niedrigeren Dosierung. Die Entwicklung des Wirkstoffes Macitentan für die Erkrankung der Pulmonalen arteriellen Hypertonie ermöglicht eine klinisch wirksame Dosis bei gleichzeitig günstigem Nebenwirkungsprofil und ist damit im Gegensatz zu bisher eingesetzten Medikamenten geeignet, das Potential der Endothelinrezeptorblockade voll auszuschöpfen. Insofern handelt es sich hier um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode.
Verweildauer	Über die Auswirkung des Verfahrens auf die stationäre Verweildauer im Krankenhaus liegen derzeit keine gesicherten Erkenntnisse vor.
Methode in Deutschland	Macitentan befindet sich seit dem 1. Februar 2014 in Deutschland in Verkehr
Medikament zugelassen	Seit dem 20.12.2013 ist Macitentan als Orphan Drug von der EMA für den deutschen Markt zugelassen.
Methode im Krankenhaus	2015
Methode in Krankenhäusern	Macitentan soll sukzessive bei größeren Zentren als Nachfolger von Bosentan eingeführt werden
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	1
Patienten Zukunft	10
Mehrkosten	Bei Anwendung des Codes I27.0 (Primäre pulmonale Hypertonie) als Hauptdiagnose ergibt sich in der Regel die DRG F75 A/D mit einem Relativgewicht von 1,844 bzw. 0,763 und einem Entgelt von 5.532,00 € bzw. 2289,00 € bei einem angenommenen Basisfallwert von 3.000 € (DRG-Version 2015). Gemäß Kostenmatrix für die DRG F75 A/D sind in diesem Betrag 291,89 € bzw. 61,54 € für Arzneimittel enthalten. Demgegenüber verursacht die Gabe von Macitentan durchschnittlich Kosten in Höhe von 1.591,98 € bzw. 734,76 € für einen erwachsenen Patienten, die sich wie folgt errechnen: Mittlere Verweildauer (F75A): 13 Tage x 122,46 € (Tagesmedikamentenkosten Macitentan) = 1.591,98 € Mittlere Verweildauer (F75D): 6 Tage x 122,46 € (Tagesmedikamentenkosten Macitentan) = 734,76 € Die übrigen Sachkosten und die Personalkosten sind weitgehend unverändert.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Der Wirkstoff Macitentan wurde Ende des Jahres 2013 in der EU zugelassen und ist am Markt noch gering repräsentiert. Die fehlende spezifische Kodierbarkeit der Methode im derzeitigen OPSSystem schließt überdies eine Identifikation betroffener Behandlungsfälle im Rahmen der Kostenkalkulation noch aus. Insofern werden bei fehlender Refinanzierung der Mehrkosten (vgl. 4.1) die wenigen Zentren, die diese Leistung erbringen, systematisch benachteiligt, so dass es zu einer erheblichen Finanzierungsschieflage dieser Kliniken kommt. Somit besteht angesichts der hohen zusätzlichen Kosten das Risiko einer ökonomisch determinierten Leistungseinschränkung.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	F75 A/D bzw. F49B/E (DRG-Version 2015)
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-007.h



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1716815 NUB 114 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1716815
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 13:59
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Thorsten
Name	Hornung
Abteilung	
Straße	Sigmund Freud. Str. 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228-287-15370
Telefax	
E-Mail	thorsten.hornung@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	NUB-Antrag Arzneimittel für 2016 Janssen-Cilag GmbH 12.08.2015
Benennung	Wirkstoff Ustekinumab
Alternative Bezeichnung	(Arzneimittel: Stelara®) Systemische Therapie der Plaque-Psoriasis und der aktiven Psoriasis Arthritis
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1616979
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Anwendungsgebiete Ustekinumab ist - für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis indiziert, bei denen andere systemische Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA nicht angesprochen haben, kontraindiziert sind oder nicht vertragen wurden. - für die Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren indiziert, die unzureichend auf andere systemische Therapien oder Phototherapien angesprochen oder

Feld	Wert
	sie nicht vertragen haben. - allein oder in Kombination mit Methotrexat für die Behandlung der aktiven psoriatischen Arthritis bei erwachsenen Patienten indiziert, wenn das Ansprechen auf eine vorherige nicht-biologische krankheitsmodifizierende antirheumatische (DMARD) Therapie unzureichend gewesen ist. Dosierung und Anwendung Nach einer initialen Injektion zu Therapiebeginn, erfolgt die nächste Injektion 4 Wochen später und dann alle 12 Wochen. Die Standarddosierung pro Injektion bei erwachsenen Patienten, sowie bei Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren beträgt 45mg bei einem Körpergewicht ≤ 100kg. Bei Patienten mit einem Körpergewicht > 100 kg beträgt die empfohlene Dosierung 90 mg. Die Dosierung bei Kindern und Jugendlichen mit einem Gewicht < 60 kg erfolgt Gewichtsadaptiert. Pro kg Körpergewicht werden hierbei 0,75mg Ustekinumab appliziert. Ustekinumab ist als Injektionslösung in einer Fertigspritze mit einer Wirkstoffmenge von 45mg oder 90mg verfügbar. Zur gewichtsadaptierten Dosierung bei Kindern und Jugendlichen steht eine Durchstechflasche mit 45mg Ustekinumab zur Verfügung. Die Lösung ist jeweils subkutan zu injizieren. Wirkmechanismus Ustekinumab ist ein rein humaner monoklonaler IgG1κ-Antikörper, der mit hoher Affinität und Spezifität an die gemeinsame p40-Protein-Untereinheit der humanen Zytokine Interleukin (IL)-12 und IL-23 bindet. Ustekinumab hemmt die Bioaktivität von humanem IL-12 und IL-23, indem es p40 daran hindert, an das IL-12Rβ1-Rezeptorprotein, das auf der Oberfläche von Immunzellen exprimiert wird, zu binden. Beide Zytokine wirken an den Immunfunktionen mit: IL-12 stimuliert natürliche Killerzellen (NK) und vermittelt die Differenzierung von CD4+ T-Zellen zum Phänotyp T-Helferzelle 1 (Th1), IL-23 induziert den T-Helfer-17-Pfad und eine anomale IL-12- und IL-23-Regulierung wurde mit immunvermittelten Krankheiten wie Psoriasis und psoriatischer Arthritis assoziiert. Durch Bindung der IL-12 und IL-23 gemeinsamen p40-Untereinheit kann Ustekinumab seine klinischen Effekte sowohl bei Plaque-Psoriasis als auch bei aktiver psoriatischer Arthritis durch Unterbrechung der Th1- und Th17-Zytokinpfade ausüben, die beide eine zentrale Rolle in der Pathologie dieser Krankheiten spielen. Klassifizierung ATC-Code: L04AC05 Pharmakotherapeutische Gruppe: Interleukin-Rezeptor-Inhibitoren. Sicherheit und Wirksamkeit Plaque-Psoriasis Die Wirksamkeit und Sicherheit von Ustekinumab in der Therapie der Plaque-Psoriasis konnte bei 1996 Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis in zwei randomisierten, doppel-blinden, placebo-kontrollierten Phase III - Studien , gezeigt werden (PHOENIX 1, PHOENIX 2). Zudem wurde zusätzlich eine direkte Vergleichsstudie gegen Etanercept mit 903 Patienten durchgeführt (ACCEPT). Mittlerweile liegen publizierte Wirksamkeits - und Verträglichkeitsdaten , , , aus den Zulassungsstudien über eine Nachbeobachtungszeit von drei bis fünf Jahren vor. Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen Die Wirksamkeit von Ustekinumab wurde in einer multizentrischen, randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Phase-III Studie mit 110 pädiatrischen Patienten im Alter von 12 bis 17 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis untersucht (CADMUS) . Es konnte gezeigt werden, dass Ustekinumab die Anzeichen und Symptome sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren verbessert. Aktive Psoriasis-Arthritis Ustekinumab verbessert mit der Therapie in der aktiven Psoriasis Arthritis die Anzeichen und Symptome, die körperliche Funktion und die Lebensqualität in Bezug auf die Gesundheit bei erwachsenen Patienten mit aktiver PsA. Sicherheit und Wirksamkeit von Ustekinumab wurden in zwei randomisierten, placebo-kontrollierten Doppelblind-Studien , an 927 Patienten mit aktiver PsA (≥ 5 geschwollene Gelenke und ≥ 5 druckschmerzhafter Gelenke) trotz Therapie mit nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) oder krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) untersucht. Im Vergleich zu Placebo resultierte die Behandlung mit Ustekinumab in Woche 24 in signifikanten Verbesserungen bei den Messungen der Krankheitsaktivität. Der Anteil der Patienten der ein Ansprechen auf die modifizierten PSA response criteria (PsARC) erzielte, war in den Ustekinumab-Gruppen in Woche 24 im Vergleich zu Placebo signifikant größer. Das Ansprechen war bei Patienten in den Ustekinumab-Behandlungsgruppen mit begleitendem MTX oder ohne MTX ähnlich. Bei Patienten mit den Begleitmanifestationen einer aktiven Psoriasis Arthritis Enthesitis und/oder Daktylitis bei Aufnahme wurde in Studie 1 in der Ustekinumab-Gruppe in Woche 24 im Vergleich zu Placebo eine signifikante Verbesserung der Enthesitis- und Daktylitis-Scores beobachtet.
Indikation	

Feld	Wert
	Plaque-Psoriasis Ustekinumab wird zur Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis bei erwachsenen Patienten eingesetzt, die auf andere systemische Therapien, inklusive Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA nicht angesprochen oder diese nicht vertragen haben, oder bei denen diese Therapien kontraindiziert sind. Ab dem Jahr 2015 ist Ustekinumab nun auch für die Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren indiziert, die unzureichend auf andere systemische Therapien oder Phototherapien angesprochen oder sie nicht vertragen haben. Die Behandlung einer mittelschweren bis schweren Plaque Psoriasis ist in Abhängigkeit vom Alter der Patienten hauptsächlich in folgenden DRGs abgebildet (G-DRG Version 2015): HD: ICD L40.0 (Psoriasis vulgaris) DRG J61B Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose DRG J61C Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag Aktive Psoriasis Arthritis Ustekinumab wird zudem allein oder in Kombination mit Methotrexat für die Behandlung der aktiven psoriatischen Arthritis bei Erwachsenen, wenn das Ansprechen auf eine vorherige Therapie mit nicht-biologischen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzureichend gewesen ist. Die Behandlung der Psoriasis Arthritis ist typischerweise in folgender DRG abgebildet (G-DRG Version 2015): HD: ICD L40.5 (Psoriasis Arthropathie) DRG I66B Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC oder Frakturen an Becken und Schenkelhals
Ablösung / Ergänzung	Ustekinumab ergänzt die systemische Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis und der aktiven Psoriasis Arthritis. Der Einsatz von Ustekinumab ersetzt sodann eine andere systemische Therapie.
Was ist neu?	Ustekinumab ist ein Wirkstoff zur Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis und der aktiven Psoriasis Arthritis mit innovativem Wirkmechanismus. Ustekinumab bindet an freies Interleukin IL-12 und IL-23 und verhindert deren Bindung an den Zielrezeptor auf naiven T-Zellen. Im Vergleich zu existierenden Biologika (TNF-α Inhibitoren) in den oben genannten Indikationen wird Ustekinumab in der Erhaltungstherapie im Gegensatz zu wöchentlichen oder zweiwöchentlichen Gaben in einem großen Intervall (alle zwölf Wochen) appliziert. Zudem erfolgte im Jahr 2015 die Ausweitung des Indikationsbereiches auf die Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab einem Alter von 12 Jahren.
Verweildauer	Die Therapie mit Ustekinumab hat voraussichtlich keine Auswirkung auf die stationäre Verweildauer, da die Therapie eine andere systemische Therapie ersetzt statt zusätzlich erforderlich zu sein.
Methode in Deutschland	Die Meldung von Ustekinumab in der Lauer-Taxe (Inverkehrbringen) erfolgte am 15. Februar 2009.
Medikament zugelassen	Die EMA (European Medicines Agency) erteilte die Zulassung für Ustekinumab zur Behandlung der Plaque-Psoriasis bei erwachsenen Patienten am 16. Januar 2009. Die Zulassung für Ustekinumab in der aktiven Psoriasis Arthritis wurde am 19. September 2013 erteilt. Am 22. Juni 2015 hat die Europäische Kommission Ustekinumab nun auch für die Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei jugendlichen Patienten ab einem Alter von 12 Jahren zugelassen.
Methode im Krankenhaus	2009
Methode in Krankenhäusern	Es ist von mindestens 140 Kliniken auszugehen, die für das Jahr 2015 einen NUB-Antrag gestellt haben, den das InEK mit dem Status 1 eingestuft hat. Die tatsächliche Anzahl der Kliniken, die Ustekinumab außerhalb dieses Verfahrens einsetzen, ist nicht referenzierbar. Beantragende Kliniken in der Vergangenheit, jeweils Bewertung mit Status 1: Im Jahr 2011: 30 Krankenhäuser/Kliniken Im Jahr 2012: 35 Krankenhäuser/Kliniken Im Jahr 2013: 91 Krankenhäuser/Kliniken Im Jahr 2014: 167 Krankenhäuser/Kliniken Im Jahr 2015: 140 Krankenhäuser/Kliniken
Patienten letztes Jahr	60

Feld	Wert
Patienten dieses Jahr	60
Patienten Zukunft	20
Mehrkosten	Es entstehen keine Mehrkosten durch den Einsatz von Ustekinumab. Die Anwendung ersetzt andere systemische Therapien auf vergleichbarem Preisniveau. Ustekinumab (Stelara®) ist als Fertigspritze mit 45mg (PZN 6435986) und 90mg (PZN 6435992), sowie als Durchstechflasche mit 45mg in der Packungsgröße N1 (jeweils 1 Stk.) verfügbar. Der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers (ApU) Janssen-Cilag GmbH beträgt für eine Fertigspritze mit 45mg oder mit 90mg Ustekinumab oder für eine Durchstechflasche mit 45mg inkl. MwSt. 4.819,50 € je Anwendung. Die Dosierung ist in der Therapie von erwachsenen Patienten mit Plaque-Psoriasis und mit aktiver Psoriasis Arthritis identisch. Die Standarddosierung pro Injektion bei erwachsenen Patienten beträgt 45mg bei einem Körpergewicht ≤ 100kg. Bei Patienten mit einem Körpergewicht > 100 kg beträgt die Dosis 90mg in der Behandlung der Plaque-Psoriasis. In der Behandlung der aktiven Psoriasis Arthritis können bei diesen Patienten alternativ zu 45 mg auch 90 mg verabreicht werden. Die empfohlene Dosierung bei Kindern und Jugendlichen mit Psoriasis variiert in Abhängigkeit vom Patientengewicht. Bei einem Gewicht zwischen 60 und 100kg beträgt die empfohlene Dosis 45 mg, bei einem Gewicht > 100 kg entsprechend 90mg. Bei Kindern und Jugendlichen mit einem Gewicht < 60 kg werden 0,75mg Ustekinumab pro kg Körpergewicht kalkuliert. Hierbei wird in Abhängigkeit des Patientengewichtes jeweils eine Durchstechflasche genutzt, aus der die passende Dosis aufgezogen wird. Nicht verwendete Arzneimittelreste, die in der Durchstechflasche verblieben sind, dürfen nicht weiter verwendet werden. Daher entstehen unabhängig von der tatsächlich applizierten Dosis auch bei Kindern und Jugendlichen mit einem geringeren Körpergewicht ebenfalls Kosten in Höhe von 4.819,50 €. Artikelbezeichnung Packungsgröße PZN ApU ApU inkl. MwSt. STELARA® 45 mg N1, 1 Fertigspritze 6435986 4.050,00 € 4.819,50 € STELARA® 90 mg N1, 1 Fertigspritze 6435992 4.050,00 € 4.819,50 € STELARA® 45 mg N1, 1 Durchstechflasche 11088386 4.050,00 € 4.819,50 €
nicht im G-DRG-System abgebildet	Ustekinumab ist seit dem 16. Januar 2009 für die Behandlung der Plaque-Psoriasis und seit dem 19.09.2013 für die Behandlung der aktiven Psoriasis Arthritis zugelassen. Seitdem wurden jeweils NUB-Anträge für den Einsatz von Ustekinumab gestellt und mit dem Status 1 beschieden. Entgegen des tatsächlichen Einsatzes von Ustekinumab in der stationären Versorgung von Psoriasispatienten und PsA-Patienten ist die systemische Therapie in der jeweiligen DRG oder einem Zusatzentgelt aktuell noch nicht berücksichtigt worden. Durch die nun erfolgte Indikationserweiterung für die Behandlung von Jugendlichen in der Plaque-Psoriasis kommen weitere potentielle stationäre Behandlungsfälle hinzu. Eine Berücksichtigung der Arzneimittelkosten von Ustekinumab ist daher dringend notwendig, da diese die Erlöse in den hauptsächlich angesteuerten DRGs J61B, J61C bzw. I66B nach den Vorgaben des DRG-Abrechnungssystems 2015 deutlich übersteigen: Ustekinumab in der Plaque-Psoriasis: Die Diagnose der Plaque-Psoriasis (L.40.0) ist mit einem Anteil von ca. 60,66% in der DRG J61B abgebildet. Die DRG wird im Jahr 2015 mit einem Relativgewicht von 1,086 bewertet. Bei einem Bundesbasisfallwert von 3.231,20 € wird die DRG mit einem Betrag von insgesamt 3.509,08 € vergütet. Davon entfallen lediglich 17,61 € auf die Arzneimittelkosten. Eine einmalige Applikation Ustekinumab erfolgt innerhalb eines stationären Aufenthaltes gemäß DRG J61B, ausgehend von den festgelegten Verweildauergrenzen (3 bis 18 Tage). Die Kosten einer Ustekinumab-Gabe (in der Erhaltungstherapie alle zwölf Wochen) betragen 4.819,50 € inkl. MwSt. (siehe 4.1 dieses Antrages). Die anteilig in der DRG abgebildeten Arzneimittelkosten von 17,61 € decken diese Kosten nicht. Auch der durchschnittliche Gesamterlös aus der gesamten DRG in Höhe von 3.509,08 € deckt die Kosten der Ustekinumab-Gabe nicht. In der DRG J61C (für Patienten unter 18 Jahren) beläuft sich der DRG-Erlös bei einem Relativgewicht von 0,718 im Jahr 2015 auf 2.320,00 €. Die hier veranschlagten Kosten für Arzneimittel betragen 27,19 €. Auch hier übersteigen die Kosten für die einmalige Gabe von Ustekinumab die anteiligen Arzneimittelkosten in der DRG J61C um ein Vielfaches. Auch der durchschnittliche Gesamterlös aus der gesamten DRG in Höhe von 2.320,00 € deckt die Kosten der Ustekinumab-Gabe nicht. Ustekinumab in der aktiven Psoriasis Arthritis: Die Diagnose

Feld	Wert
	der Psoriasis Arthritis (L.40.5) ist mit einer Anzahl von 3.322 Patienten hauptsächlich in der DRG I66B abgebildet. Die DRG wird mit einem Relativgewicht von 0,845 bewertet . Bei einem Bundesbasisfallwert von 3.231,20 € wird die DRG mit einem Betrag von insgesamt 2.730,36 € vergütet. Davon entfallen 28,59 € auf die Arzneimittelkosten . Eine einmalige Applikation Ustekinumab erfolgt innerhalb eines stationären Aufenthaltes gemäß DRG I66B, ausgehend von den festgelegten Verweildauergrenzen (3 bis 15 Tage). Die Kosten einer Ustekinumab-Gabe betragen 4.819,50 € inkl. MwSt. (siehe 4.1 dieses Antrages). Die anteilig in der DRG abgebildeten Arzneimittelkosten von 28,59 € decken diese Kosten nicht. Auch der durchschnittliche Gesamterlös aus der gesamten DRG in Höhe von 2.730,36 € deckt die Kosten der Ustekinumab-Gabe nicht.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	G-DRG Version 2015: Plaque-Psoriasis DRG J61B Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose DRG J61C Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag Aktive Psoriasis Arthritis DRG I66B Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC oder Frakturen an Becken und Schenkelhals
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-005.j



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1710468 NUB119 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1710468
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 12:42
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Renate
Name	Dahmen
Abteilung	Kardiologie
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715171
Telefax	
E-Mail	Renate.Dahmen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	RIOCIGUAT_Adempas®
Alternative Bezeichnung	Riociguat_Adempas®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1608579
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Das oral zu verabreichende Arzneimittel Adempas® (Wirkstoff: Riociguat) wurde am 27.03.2014 erstmalig von der Europäischen Kommission in zwei Indikationen als Arzneimittel für seltene Erkrankungen zugelassen: Chronisch thromboembolische pulmonale Hypertonie (CTEPH): Adempas® ist indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten der WHO-Funktionsklassen (FK) II bis III mit • inoperabler CTEPH, • persistierender oder rezidivierender CTEPH nach chirurgischer Behandlung, zur

Feld	Wert
	Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Pulmonal arterielle Hypertonie (PAH): Adempas®, als Monotherapie oder in Kombination mit Endothelin-Rezeptorantagonisten, ist indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit pulmonal arterieller Hypertonie (PAH) der WHO-Funktionsklassen (FK) II bis III zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Die Wirksamkeit wurde in einer PAH-Population einschließlich Ätiologien einer idiopathischen oder hereditären PAH oder einer mit einer Bindegewebserkrankung assoziierten PAH nachgewiesen. Riociguat ist der erste Vertreter einer neuen Wirkstoffklasse, der Stimulatoren löslicher Guanylatzyklase (sGC-Stimulator). Mit einem dualen Wirkmechanismus wirkt Riociguat sowohl synergistisch mit endogenem Stickstoffmonoxid (NO) als auch direkt stimulierend auf die sGC, unabhängig von der Gegenwart von NO. Riociguat kann so die Funktion des NO-sGC-cGMPPfades wieder herstellen, was eine signifikante Verbesserung der Hämodynamik in den Lungengefäßen und eine Zunahme der körperlichen Belastbarkeit zur Folge hat.
Indikation	Riociguat wird in zwei Patientenpopulationen angewendet: CTEPH: Erwachsene Patienten der WHO-Funktionsklassen II bis III mit inoperabler CTEPH, persistierender oder rezidivierender CTEPH nach chirurgischer Behandlung. PAH: Erwachsene Patienten mit PAH der WHO-Funktionsklassen II bis III der Ätiologien idiopathische oder hereditäre PAH oder einer mit einer Bindegewebserkrankung assoziierten PAH.
Ablösung / Ergänzung	Für erwachsene CTEPH-Patienten der WHO-Funktionsklassen II bis III ist Riociguat die erste zugelassene medikamentöse Therapiemöglichkeit bei inoperabler CTEPH bzw. persistierender oder rezidivierender CTEPH nach chirurgischer Behandlung. Ein vergleichbares Verfahren bzw. ein vergleichbarer OPS liegt im Anwendungsgebiet CTEPH derzeit nicht vor. Im Anwendungsgebiet PAH ist Riociguat eine Alternative für die Monotherapie zu anderen zugelassenen medikamentösen Therapien, z.B. Bosentan (OPS 6-002.f; ZE 2014-56), Ambrisentan (OPS 6-004.2; ZE 2014-84) oder Treprostinil (OPS 6-004.b; NUB Nr. 53). Riociguat ist zudem die erste zugelassene Kombinationstherapie mit Endothelin-Rezeptor-Antagonisten (ERA) (z.B. Bosentan und Ambrisentan). Die gleichzeitige Anwendung von PDE 5-Hemmern (Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil) ist kontraindiziert
Was ist neu?	Der Wirkstoff Riociguat wurde am 27.03.2014 in der EU erstmalig durch die Europäische Kommission als Arzneimittel für seltene Erkrankungen zugelassen. Er ist zudem der erste Vertreter einer neuen Wirkstoffklasse, der Stimulatoren löslicher Guanylatzyklase (sGC-Stimulator).
Verweildauer	Keine: In den Publikationen zu den Zulassungsstudien CHEST-1 und PATENT-1 werden keine Hinweise auf eine Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus durch die Riociguat-Therapie berichtet.
Methode in Deutschland	
Medikament zugelassen	Der Wirkstoff Riociguat wurde am 27.03.2014 in der EU erstmalig durch die Europäische Kommission zugelassen.
Methode im Krankenhaus	2015
Methode in Krankenhäusern	Wir schätzen, dass derzeit ca. 20 Kliniken Riociguat einsetzen
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	10
Mehrkosten	Die Fachinformation sieht eine dreimal tägliche Gabe mit je einer Filmtablette vor. Der Klinikpreis je Tagesdosis (= 3 Filmtabletten) beträgt 129,51 € [84er-Packung = 3.626,42 € / 84 * 3], unabhängig von der Wirkstärke und der Packungsgröße. Bei einem zehntägigen Klinikaufenthalt ergeben sich daher signifikante Mehrkosten von 1295,15 €. Die Personalkosten ändern sich aufgrund der oralen Gabe nicht

Feld	Wert
nicht im G-DRG-System abgebildet	Riociguat wurde erstmalig im Jahr 2014 in der EU zugelassen. Entsprechend konnten keinerlei Kosten- und Leistungsinformationen bei der Ermittlung des G-DRG-Fallpauschalen-Kataloges 2015 berücksichtigt werden. Die Kosten für Riociguat übersteigen die mit der DRG verbundenen Erlöse erheblich.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-008.0



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1714957 NUB 121 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1714957
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 13:16
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Renate
Name	Dahmen
Abteilung	Kardiologie
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715171
Telefax	
E-Mail	Renate.Dahmen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	BCGH UG (haftungsbeschränkt) Karin Frankenstein
Benennung	Transapikale Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung -- LVAD mit einer doppellumigen Kanuele
Alternative Bezeichnung	Transapikale, extrakorporale Zentrifugal-Pumpe zur temporären (bis zu 30 Tage) Kreislaufunterstützung des linken Ventrikels mit einer doppellumigen Kanuele mit äußerer Ansaugkanüle im linken Ventrikel (LV) und innenliegender direkter Auswurfkanüle in der Aorta ascendens.
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	Antrag in den vergangenen Jahren durch andere Krankenhäuser gestellt.
Handelsname	TandemHeart
CE-Kennzeichnung	CE 549433; CE 549434
Beschreibung	Die transapikale, Doppellumen-Kanüle-basierte Methode fasst in einer gemeinsamen Kanüle die Ansaugkanüle (außen liegend) und die Auswurfkanüle (innen liegend) zusammen. Damit werden die zwei Implantationsschritte in einem zusammengefasst, was

Feld	Wert
	die Anwendungsbereitschaft deutlich schneller herstellt und gleichzeitig das Risiko lokaler Komplikationen quasi halbiert. Sie siedelt sich sowohl bezüglich Invasivität, als auch Indikationsspektrum zwischen der Implantation einer perkutanen extrakorporalen Zentrifugal-Blutpumpe und der offen-chirurgischen Implantation eines Linksherzunterstützungssystems an. Die Implantation erfolgt ohne Sternotomie und Öffnen des Brustkorbes – jedoch über den direkten transthorakalen (transapikalen) Zugang. Diese neue Methode wird vor allem in der Herzchirurgie bei Patienten im hämodynamischen Versagen des Herzens verwendet. Darüber hinaus werden diese Systeme zur Entwöhnung von der Herz-Lungen-Maschine eingesetzt. In einer solchen Situation ist eine Klasse IIb-Leitlinienindikation für Herzunterstützungssysteme allgemein ausgesprochen worden (Fachgesellschaften: AHA, ACCF, SCAI). Der transapikale Zugangsweg kommt dann zum Tragen, wenn bei bestehender Indikation zur Kreislaufunterstützung die Gefäße des Patienten einen transvasalen Zugang aus anatomischen Gründen nicht möglich erscheinen lassen. Dann kann kein Gerät aus der Systemklasse der interventionell implantierbaren Kreislaufunterstützungssysteme implantiert werden. In einer solchen Situation war bis zur Einführung der neuen Methode die offen chirurgische Implantation die einzige Möglichkeit. Gegenüber der offen-chirurgischen Implantation ergeben sich folgende Vorteile für den transapikalen Zugang mit einer singulären doppellumigen Kanüle: -off pump Implantation -Minimierung des chirurgischen Trauma -Vermeidung einer Sternotomie -Minimierung Blutverlust, Transfusion und post-operativer Inflammation -kurze Implantationszeit Über nur einen transapikalen Zugang wird durch die doppellumige Kanüle aus dem linken Ventrikel das Blut absaugt und zurück durch die Aortenklappe mit innenliegender direkter Auswurfkanüle in die Aorta ascendens pumpst. Auf gleichem Weg wird die Kanüle auch wieder entfernt. Das Unterstützungssystem verbleibt nach der Intervention noch für mehrere Tage am intensiv betreuten Patienten, bis sich seine Herzleistung wieder stabilisiert oder aber erholt hat. Für den Patienten bedeutet die Anwendung der neuen Methode eine substantielle, aktive Entlastung des linken Ventrikels durch maßgebliche Unterstützung der Pumpleistung des Ventrikels, eine Erhöhung der Auswurfleistung des Ventrikels, eine Reduzierung des Sauerstoffverbrauchs des Herzmuskels, eine Anhebung des durchschnittlichen aortalen Blutdruckes, eine Verbesserung der Koronardurchblutung sowie eine Verbesserung der Endorganperfusion. Zusätzlich können positiv inotrope Stoffe, die aufgrund des steigenden Metabolismus des Myokards im Verringerungsfall nicht oder nur im nicht zu vermeidenden Umfang indiziert sind, reduziert werden. Eine endovaskuläre Kurzzeit-Kreislaufunterstützung bis zu 30 Tagen mit einer Leistung von bis zu 5,0 L/min mit einer aktiven Entlastung des linken Ventrikels und Auswurf in der Aorta ascendens war bis zur Einführung dieser Methode nicht verfügbar. Das System besteht im Einzelnen aus der neuentwickelten Konsole zur Steuerung des Systems, sowie eines Links-Herz-Prozeduren-KIT's, welches aus der extrakorporalen Pumpe, dem Infusions-Zubehör-SET, sowie der neuartigen 31 F doppellumigen trans-apikalen und innenliegenden Auswurfkanüle in der Aorta ascendens mit den jeweiligen Applikatoren besteht. Die Pumpe sorgt in Kombination mit der neuartigen 31 F doppellumigen trans-apikalen mit Auswurf-Kanüle in der Aorta ascendens für eine Pumpleistung von bis zu 5,0 l/min. Die Gabe inotroper Substanzen kann durch den Einsatz dieser Methode entscheidend reduziert werden. Ebenso befindet sich der Druck von 90 mmHg im physiologischen Niveau eines gesunden Herzens. Alle bisher verfügbaren linksventrikulären Axial-Systeme arbeiten nur mit einem deutlich geringeren Druck von 60 mmHg. Im Vergleich zum Cardio-Pulmonalen-Bypass (CPB) / veno-arteriell Extra-Korporal-Membran-Oxygenierung (VA ECMO) liefert die doppellumige Kanüle mit Absaugen aus dem linken Vorhof (LA) folgende signifikanten Vorteile: -Reduzierung des Pressure-Volume-Area (PVA) -Reduzierung des LV Druckes -Reduzierung des LV Volumens -Reduzierung der notwendigen Herzmuskelbelastung Durch den Auswurf in der Aorta ascendens ergeben sich weitere signifikante Vorteile: -antegrader Blutfluss -erhöhte Koronarperfusion -höhere SaO2 Sättigung in den Kopfgefäßen -keine Wasserscheide von antegraden und retrograden Fluss Aufgrund des Designs der Pumpe und deren magnetische Lagerung ist eine gegenüber konventionellen Systemen deutlich langsamere Drehzahl möglich. Das führt zu einer signifikant geringeren Hämolyse als zum Beispiel mit einer transvasal platzierte axiale Pumpe. Abbildung 1 zeigt die Methode in der Konfiguration mit Kanülierung von transapikal. Siehe Anlage Bilder NUB LVAD. Eine

Feld	Wert
	transapikale Kurzzeit-Herzunterstützung bis zu 30 Tagen mit einer Leistung von bis zu 5,0 L/min war bis zur Einführung dieser Methode nicht verfügbar. Bisher konnten Patienten, wenn nicht chirurgisch per Thorakotomie, nicht mit einer so leistungsfähigen Pumpe unterstützt werden. Die Alternative war lediglich eine medikamentöse Unterstützung, die intra-aortale Ballonpumpe (IABP) oder eine transvasal platzierte axiale Pumpe, alle jedoch mit kürzerer Anwendungszeit von wenigen Tagen und geringer Pumpleistung, sowie einer deutlich höheren Hämolyse. Im 2015 publizierten Expert Consensus Statement zu mechanischer Kreislaufunterstützung wurde von den kardiologischen und herzchirurgischen Fachgesellschaften (AHA und STS) diese Methode besonders empfohlen: -bietet überlegenen Hämodynamischen Support als eine medikamentöse Therapie -Patienten profitieren von einem rechtzeitigen Einsatz -größerer Nutzen als IABP und ECMO und sollten adäquat erstattet werden -ebenso bei Right Ventricular Failure einzusetzen -erste Analysen bestätigen eine Kosteneffektivität Aktuelle Literatur über Links-Herz-Unterstützung mit dieser neuen Methode: - Gregoric_2008_Percutaneous Ventricular Assist Device Support in a Patient with a Post-MI VSD - Kar_2011-02-JACC_The Percutaneous Ventricular Assist Device in Severe Refractory Cardiogenic Shock - Froesch_2011_Catheterization and Cardiovascular Interventions 78:304–313 (2011) Clinical Use of Temporary Percutaneous Left Ventricular - Kapur_2013_JACC_Mechanical Circulatory Support for Right Ventricular Failure - Kapur_2015_Heart Failure Clin_ Hemodynamic Support with Percutaneous Devices in Patients with Heart Failure - Rihal_2015_JACC_Clinical Expert Consensus Statement on the Use of Percutaneous Mechanical Circulatory Support Devices in Cardio-vascular Care
Indikation	Die neue Methode wird bei Patienten mit Versagen des Linken Ventrikel (LV) angewendet, zum Beispiel im Akuten-Myokard-Infarkt oder im Kardiogenen Schock, sowie nach Herztransplantation und bei Patienten mit Ventricle Septum Defect (VSD) vor, während und nach Verschluss eingesetzt.
Ablösung / Ergänzung	Für selektierte Patienten (s. 2.1.) soll die neue Methode die offen-chirurgische Implantation vergleichbarer leistungsstarker linksventrikulärer Unterstützungssysteme und die interventionelle, perkutane Implantation einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung ergänzen. Darüber hinaus soll sie auch verfügbare, ineffektive transarterielle komplementäre Systeme (IABP) ablösen.
Was ist neu?	Es gibt bisher keine vergleichbare transapikale Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des Linken Ventrikels (LVAD) – völlig unabhängig von Pumpleistung oder Liege-Dauer – in Europa. Ein vollständig transapikaler Zugang, mit Blut gepumpt durch eine doppellumige Kanüle vom Linken Ventrikel (LV) direkt in die Aorta Ascendens ist bislang nicht möglich. Die grundlegende CE-Zulassung für die Methode besteht in Europa für den ESCORT Controller seit dem 23.04.2012. Das Links-Herz-Prozeduren KIT, bestehend aus der doppellumigen 29 F trans-apikalen Kanüle und der innenliegenden Auswurfkanüle sowie Applikatoren, Zentrifugalpumpe und Infusionssystem ist seit dem 12.03.2015 CE zertifiziert. Dieses Verfahren bietet perkutane mechanische Unterstützung auf einem Niveau, das vergleichbar ist mit chirurgisch implantierten Systemen. Die Methode ist in allen wesentlichen Aspekten neu – besonders in Hinblick auf die relevanten technologischen und Design-Aspekte. Zur Technologie: • Der ESCORT Controller ist vollständig neu in allen Teilen: o treibt die Pumpe mit bis zu 8 L/min an (für Links-Herz-Unterstützung mit doppellumiger trans-apikaler Kanüle 31 F bis zu 5 L/min o kleineres, platzsparendes und leichteres Design o Batterie Unterstützung bis zu 1 h für Transport und Mobilisation o Spezieller Sensor für akkurate Fluss-Messung • die doppellumige Kanüle 31 F mit innenliegender Auswurfkanüle in der Aorta Ascendens ist vollständig neu in allen Teilen (CE 2016): o Co-axiales Design mit 18 Fr Lumen in der Innenkanüle bis an die Spitze (Auswurfkanüle Aorta Ascendens) und 31 Fr Lumen an der äußeren Absaugkanüle im linken Vorhof o Omni-direktionale Flussöffnungen für eine gleichmäßige Leistung ohne Neuplatzierung o 14 Seitenlöcher für optimiertes Absaugen o Hochflexibel und hoher Knickwiderstand o Röntgenmarkierungen an der Spitze der Kanüle für bessere Sichtbarkeit während Fluoroskopie o Fixierhilfe der Kanüle mit Nahtflügeln zur sicheren Befestigung am Patienten • In der Konsequenz werden durch die Kombination von Controller, Pumpe und doppellumiger trans-apikaler Kanüle 31 F ein maximaler Fluss von bis 5,0 L/min. Zum Design: • das Konzept, eine endovaskuläre,

Feld	Wert
	extrakorporale Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung für den linken Ventrikel, mit nur einem Zugang via Jugular-Vene ist vollständig neu • physiologisches Niveau von Druck 90 mmHg und Fluss (bis zu 5 L/min) • Auswurfkanüle Aorta Ascendens • bis zu 30 Tagen Unterstützung
Verweildauer	Die neue transapikale Methode verkürzt die mittlere statistische Verweildauer des Patienten-Kollektivs im Krankenhaus durch die Vermeidung von offenen, invasiven chirurgischen Eingriffen sowohl zu der Implantation, als auch zu der Entfernung des Systems. Die methodenbedingten Kosten eines Einsatzes werden durch erhebliche Einsparungen an zukünftigen Behandlungskosten (verkürzte Verweildauer) überkompensiert, sowie durch eine schnellere Mobilisierung des Patienten erreicht. Ebenso wird die Gabe inotroper Substanzen entscheidend reduziert. Durch die Vermeidung von einer invasiven Operation zur Entfernung des Assist Devices entstehen weitere deutliche Einsparungen (Entfernung bett-seitig).
Methode in Deutschland	Erste Anwendungsbeobachtungen gab es 2015, eine systematisch mögliche Anwendung 2016
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	ca. 10
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	20
Mehrkosten	Die vergleichbaren chirurgischen Verfahren gruppieren in die u.a. DRG. Der OPS 8-839.a*, welcher die interventionellen, perkutanen, endovaskulären Zentrifugal-Pumpen abbildet, ist gemäß Definitionshandbuch 2016 in den Basis-DRG F01 (F01-V4), F07 und F09, sowie der DRG F05Z gruppiert- bzw. splitrelevant. Die beschriebene Methode löst signifikante Mehrkosten aus, vor allem in den Kostenartengruppen 05 (Impl./Transpl.) und 06 (übr. med. Bedarf). Die Materialkosten für das Links-Herz-Prozeduren KIT (Einmalprodukte) bestehend aus Infusions Zubehör Set, die Zentrifugal-Pumpe, der doppelumigen Kanüle mit der innenliegenden Auswurfkanüle & Applikator werden kumulativ mit 36.850 Euro veranschlagt. Im Vergleich dazu liegen die für die einzelnen DRG aufgeschlüsselten jeweiligen Sachmittel für 2016 (selbst kumulativ über alle Kostenstellen) zwischen 1.675€ in der F09A und 12.428€ in der F42Z. Innerhalb der Basis-DRG für die Implantation eines Defibrillators mit den entsprechenden Implantatekosten liegen die Sachmittel zwischen 8.803€ in der F01D und 13.692€ in der F01A. Die neue Leistung streut über die u.a. DRG sporadisch. Allerdings ist die Erbringung innerhalb der Basis-DRG F01 aus der medizinischen Anwendungskonstellation heraus relativ unwahrscheinlich. Die trans-axialen Assist-Systeme, welche das unbepreiste ZE2015-62 auslösen, sind allenfalls in Ansätzen vergleichbar, aber deutlich weniger effektiv in Fluss und Druck und führen zu einer deutlich höheren Hämolyse bei einer Anwendung von wenigen Stunden oder Tagen. Umgekehrt entsteht für die Personalkosten ein relatives Einsparpotential in deutlich geringerer Höhe als die Sachkosten, da die Implantation deutlich einfacher, schneller und weniger Personalintensiv als vergleichbare, offen chirurgische Verfahren ist.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die transapikale Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des Linken Ventrikels (LVAD) mit nur einem Zugang mit einer doppelumigen 31 F Kanüle erhielt das CE-Zertifikat 2016. Bislang wurde sie im Routinebetrieb nur von wenigen Häusern eingesetzt, ansonsten im Wesentlichen im Rahmen von Studien. Es existiert kein spezifischer OPS zur Verschlüsselung der Methode (ergänzen ab August). Somit können aktuell keine ausreichenden Kosten- oder Leistungsinformationen vorliegen, die für die Kalkulation der Fallpauschale herangezogen werden. Für die offen-chirurgische

Feld	Wert
	Implantation existiert aufgrund der Streuung der Leistung und des sporadischen Auftretens ohne regelhaften Bezug das unbepreiste Zusatzentgelt ZE2016-02. Dieses kann mit dem o.g. OPS nicht ausgelöst werden. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG-System ist daher noch nicht möglich – es entsteht somit ein signifikanter Erlösnachteil für die einsetzenden Häuser.
Prozeduren - Beschreibung	Implantation oder Entfernung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung, nicht offen chirurgisch, transapikaler Zugang
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	F05Z, F07A, F07B, F09A, F09B, F09C, F30Z, F36A, F36B, F36C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-839.a1 8-83a.1 8-839.a3



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1714961 NUB 121 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1714961
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 13:17
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Renate
Name	Dahmen
Abteilung	Kardiologie
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715171
Telefax	
E-Mail	Renate.Dahmen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	BCGH UG (haftungsbeschränkt) Karin Frankenstein
Benennung	Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung -- RVAD mit zwei Kanülen Zugang via Femoral-Vene(n)
Alternative Bezeichnung	Endovaskuläre, extrakorporale Zentrifugal-Pumpe zur temporären (bis zu 30 Tage) Kreislaufunterstützung des rechten Ventrikels mit femoraler Ansaugkanüle und getrennter femoraler bzw. jugularer direkter, pulmonaler Auswurfkanüle.
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	Antrag in den vergangenen Jahren durch andere Krankenhäuser gestellt.
Handelsname	TandemHeart
CE-Kennzeichnung	CE 549433; CE 549434
Beschreibung	Die Implantation von Ventricular Assist Devices (VAD) als Brücke zur Transplantation (BTT), Erholung oder End-Therapie (DT) ist eine Standard Therapie bei Patienten mit Herzversagen.(1) Frühes rechter Ventrikel (RV) Versagen bei Empfängern von links-Ventrikel-Unterstützungs-Systemen (LVAD) ist eine erhebliche Komplikation, welche mit

Feld	Wert
	einer erhöhten Erkrankung und Sterblichkeit bei bis zu 30% der Patienten auftritt.(2) Die berichtete Sterblichkeit schwankt zwischen 40 und 50 %.(3) Dies hat multifaktorielle Ursachen, welche in perioperativen und anatomischen Faktoren begründet liegen.(4) Es liegt kein Evidenz basiertes Management vor.(5) . In einer solchen Situation ist eine Klasse IIb-Leitlinienindikation für Herzunterstützungssysteme allgemein ausgesprochen worden (Fachgesellschaften: AHA, ACCF, SCAI). Die Implantation von Bi-ventrikel Assist Device (BiVAD) ist eine etablierte Behandlungsoption(1), aber die Ergebnisse sind signifikant schlechter als in Patienten mit isoliertem LVAD.(5) Durch die neue Methode wird das Problem zuverlässig gelöst. Eine endovaskuläre Kurzzeit-Kreislaufunterstützung bis zu 30 Tagen mit einer Leistung von bis zu 5,0 L/min mit einer aktiven Entlastung des rechten Ventrikels war bis zur Einführung dieser Methode nicht verfügbar. Bisher konnten Patienten, wenn nicht chirurgisch per Thorakotomie, nicht mit einer so leistungsfähigen Pumpe endovaskulär mit Abgabe durch die Kanülen in die Pulmonal-Arterie unterstützt werden. Die Alternative war lediglich eine medikamentöse Unterstützung. Die extrakorporale Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des rechten Ventrikels (RVAD) ist ein endovaskuläres Herzunterstützungs-system, das ohne Öffnen des Brustkorbes über perkutane Zugänge in der Leiste via Femoral-Vene durch eine EP 62 Kanüle aus dem rechten Vorhof (RA) das Blut abgesaugt und via Femoral-Vene oder rechte Jugular-Vene in die Pulmonal-Arterie (PA) zurück pumpt. Auf gleichem Wege werden die Kanülen auch wieder entfernt. Das System besteht im Einzelnen aus der neu entwickelten Konsole zur Steuerung des Systems, sowie eines Rechts-Herz-Prozeduren-KITs, welches aus der extrakorporalen Pumpe, dem Infusions-Zubehör-SET, sowie den neuartigen EF 62 und EF 72 Kanülen mit den jeweiligen Applikatoren besteht. Für den Patienten wird durch die Anwendung der neuen Methode eine substantielle aktive Entlastung des rechten Ventrikels durch maßgebliche Unterstützung der Pumpleistung des Ventrikels, eine Erhöhung der Auswurfleistung des Ventrikels, sowie eine Reduzierung des Sauerstoffverbrauchs des Herzmuskels erreicht. Zusätzlich können positiv inotrope Stoffe, die aufgrund des steigenden Metabolismus des Myokards im Verringerungsfall nicht oder nur im nicht zu vermeidenden Umfang indiziert sind, reduziert werden. Die Pumpe sorgt in Kombination mit der EF 62 Kanüle und der EF 72 pulmonalen Auswurfkanüle für eine Pumpleistung von bis zu 5,0 l/min. Die Gabe inotroper Substanzen kann durch den Einsatz dieser Methode entscheidend reduziert werden. Bei der Anwendung zur Rechtsherzunterstützung mit 2 Kanülen sind 2 verschiedene Zugangswege für die pulmonale Auswurfkanüle möglich, von der Femoral-Vene oder von der rechten Jugular-Vene. Die Spitze der in jedem Fall von der Femoral-Vene kommenden Absaugkanüle (EF 62) kommt im rechten Atrium (RA) zu liegen. Aus dem RA wird das Blut abgesaugt. Die pulmonale Auswurfkanüle (EF 72) führt das Blut in den Körper des Patienten zurück. Deren Spitze befindet sich bei beiden Zugangswegen (Femoral-Vene oder rechte Jugular-Vene) in der Pulmonal-Arterie (PA). Der Aufwand für die Implantation des Systems lässt sich mit einer Rechts-Herz-Katheter-Untersuchung (Swan-Ganz Katheter) vergleichen. Abbildung 1 zeigt die Methode in der Konfiguration mit Kanülierung von der Femoral-Vene zur Femoral-Vene. Siehe Anlage Bilder NUB RVAD Abb. 1: Methode bei der Rechtsherzunterstützung mit Kanülierung von der Femoral-Vene zur Femoral-Vene. Abbildung 2 zeigt die Methode in der Konfiguration mit Kanülierung von der Femoral-Vene zur rechten Jugular-Vene. Siehe Anlage Bilder NUB RVAD. Abb. 2: Methode bei der Rechtsherzunterstützung mit Kanülierung von der Femoral-Vene zur Jugular-Vene Eine interventionelle Kurzzeit-Herzunterstützung bis zu 30 Tagen mit einer Leistung von bis zu 5,0 L/min war bis zur Einführung dieser Methode nicht verfügbar. Bisher konnten Patienten, wenn nicht chirurgisch per Thorakotomie, nicht mit einer so leistungsfähigen Pumpe unterstützt werden. Die Alternative war lediglich eine medikamentöse Unterstützung. Im 2015 publizierten Expert Consensus Statement zu mechanischer Kreislaufunterstützung (6) wurde von den kardiologischen und herzchirurgischen Fachgesellschaften (AHA und STS) diese Methode besonders empfohlen: -bietet überlegenen Hämodynamischen Support als eine medikamentöse Therapie -Patienten profitieren von einem rechtzeitigen Einsatz -größerer Nutzen als IABP und ECMO und sollten adäquat erstattet werden -ebenso bei Right Ventricular Failure einzusetzen -erste Analysen bestätigen eine Kosteneffektivität Aktuelle Literatur über Rechts-Herz-Unterstützung mit dieser Methode: - Kapur_2013_JACC_Mechanical Circulatory Support for Right Ventricular Failure -(1) McMurray JJ, 2012 European Heart

Feld	Wert
	Journal -(2) Kirklin JK 2014, JHLT Aissaoui N 2013, JTCVS Noly PE 2014, ICVTS -(3) Scherer M 2010, EJCTS, Aissaoui N 2013, JTCVS -(4) Slaughter MS, 2010, JHLT -(5) Intermacs quarterly report June 2014 -(6) Rihal_2015_JACC_Clinical Expert Consensus Statement on the Use of Percutaneous Mechanical Circulatory Support Devices in Cardiovascular Care - Kapur_2015_Heart Failure Clin_ Hemodynamic Support with Percutaneous Devices in Patients with Heart Failure
Indikation	Die neue Methode wird bei Patienten mit Versagen des Rechten Ventrikel (RV) angewendet, zum Beispiel nach Bypass-OP oder nach Links-Herz-Unterstützungs-System (LVAD) Implantation eingesetzt.
Ablösung / Ergänzung	Für selektierte Patienten (s. 2.1.) soll die neue Methode sowohl die chirurgische Implantation eines LVAD auf den rechten Ventrikel ablösen als auch die Extra-Korporale-Membran-Oxygenierung (ECMO) ergänzen.
Was ist neu?	Es gibt bisher keine vergleichbare endovaskuläre Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des Rechten Ventrikels (RVAD) in Europa. Ein vollständig endovaskulärer Zugang, mit Blut gepumpt vom rechten Atrium (RA) direkt in die Pulmonal Arterie (PA) ist bislang nicht möglich. Die grundlegende CE-Zulassung für die Methode besteht in Europa für den ESCORT Controller seit dem 23.04.2012. Für das Rechts-Herz-KIT, bestehend aus EF72 Kanüle und EF62 pulmonale Auswurfkanüle sowie Applikatoren, Zentrifugalpumpe und Infusionssystem besteht seit dem 31.07.2014. Die Methode ist in allen wesentlichen Aspekten neu – besonders in Hinblick auf die relevanten technologischen und Design-Aspekte. Zur Technologie: • Der ESCORT Controller ist vollständig neu in allen Teilen: o treibt die Pumpe mit bis zu 8 L/min an (für Rechts-Herz-Support mit EP 62 und EP 72 pulmonale Auswurfkanüle bis zu 5 L/min) o kleineres, platzsparendes und leichteres Design o Batterie Support 1 h für Transport und Mobilisation o Fluss-Sensor für akkurate Fluss-Messung • die EP 62 Kanüle und die EP 72 pulmonale Auswurfkanüle sind in den wesentlichen Charakteristika neu: o 14 Seitenlöcher für optimiertes Absaugen o Spulenwicklungs-/ Polyurethane Design für dünnere Kanülen-Wand. Dies optimiert bei einer French Größe von 21 Fr das innere Lumen und führt zu einem maximalen Fluss (5 L/min). o Hochflexibel und hoher Knickwiderstand o 3 Röntgenmarkierungen an der Spitze der Kanüle für bessere Sichtbarkeit während Fluoroskopie o Fixierhilfe der Kanüle mit Nahtflügeln zur sicheren Befestigung am Patienten o der Aufwand für die Implantation des Systems lässt sich mit einer Rechts-Herz-Katheter-Untersuchung (Swan-Ganz Katheter) vergleichen • In der Konsequenz werden durch die Kombination von Controller, Pumpe und EP 62 und EP 72 Kanülen ein maximaler Fluss von bis 5,0 L/min erreicht. Zum Design: • das Konzept, eine endovaskuläre, extrakorporale Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung für den rechten Ventrikel, ist vollständig neu • physiologisches Niveau von Druck und Fluss (bis zu 5 L/min) • pulmonale Auswurfkanüle • bis zu 30 Tagen Unterstützung
Verweildauer	Die neue perkutane Methode verkürzt die mittlere statistische Verweildauer des Patienten-Kollektivs im Krankenhaus durch die Vermeidung von invasiven chirurgischen Eingriffen sowohl zu der Implantation, als auch zu der Entfernung des Systems. Die methodenbedingten Kosten eines Einsatzes werden durch erhebliche Einsparungen an zukünftigen Behandlungskosten (verkürzte Verweildauer) überkompensiert, sowie durch eine schnellere Mobilisierung des Patienten erreicht. Ebenso wird die Gabe inotroper Substanzen entscheidend reduziert. Durch die Vermeidung von einer invasiven Operation zur Entfernung des Assist Devices entstehen weitere deutliche Einsparungen (Entfernung bett-seitig).
Methode in Deutschland	Erste Anwendungsbeobachtungen gab es 2012, eine systematisch mögliche Anwendung 2014
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2015
Methode in Krankenhäusern	ca. 60
	0

Feld	Wert
Patienten letztes Jahr	
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	20
Mehrkosten	Der OPS 8-839.a* ist gemäß Definitionshandbuch 2016 in den Basis-DRG F01 (F01-V4), F07 und F09, sowie der DRG F05Z groupier- bzw. splitrelevant. Die beschriebene Methode löst signifikante Mehrkosten aus, vor allem in den Kostenartengruppen 05 (Impl./Transpl.) und 06 (übr. med. Bedarf). Die Materialkosten für das Rechts-Herz-Prozeduren KIT (Einmalprodukte) bestehend aus Infusions Zubehör Set, die Zentrifugal-Pumpe, die EP62 Kanüle und Applikator & die EP72 Kanüle und Applikator werden kumulativ mit EUR 31.750 netto (EUR 37.782,50) veranschlagt. Im Vergleich dazu liegen die für die einzelnen DRG aufgeschlüsselten jeweiligen Sachmittel für 2016 (selbst kumulativ über alle Kostenstellen) zwischen 1.675€ in der F09A und 12.428€ in der F42Z. Innerhalb der Basis-DRG für die Implantation eines Defibrillators mit den entsprechenden Implantatekosten liegen die Sachmittel zwischen 8.803€ in der F01D und 13.692€ in der F01A. Die neue Leistung streut über die u.a. DRG sporadisch. Die trans-axialen Assist-Systeme, welche das unbepreiste ZE2015-62 auslösen, sind allenfalls in Ansätzen vergleichbar, aber deutlich weniger effektiv in Fluss und Druck und führen zu einer deutlich höheren Hämolyse bei einer Anwendung von wenigen Stunden oder Tagen. Umgekehrt entsteht für die Personalkosten ein relatives Einsparpotential in deutlich geringerer Höhe als die Sachkosten, da die Implantation deutlich einfacher, schneller und weniger Personalintensiv wie vergleichbare, offen chirurgische Verfahren ist.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die Endovaskuläre Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des Rechten Ventrikels (RVAD) mit 2 Kanülen erhielt das CE-Zertifikat 2014. Bislang wurde sie im Routinebetrieb nur von wenigen Häusern eingesetzt, ansonsten im Wesentlichen im Rahmen von Studien eingesetzt. Sie wurde im Verfahren für das Jahr 2015 erstmals als NUB beantragt und erhielt jeweils Status 1. Für die offen-chirurgische Implantation existiert aufgrund der Streuung der Leistung und des sporadischen Auftretens ohne regelhaften Bezug das unbepreiste Zusatzentgelt ZE2015-02. Dieses kann über den für 2015 neu geschaffenen OPS nicht ausgelöst werden, Zuvor war eine spezifische Erfassung der Endovaskulären Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des Rechten Ventrikels (RVAD) mit 2 Kanülen derzeit nicht möglich, da ein spezifischer OPS Code erst seit 2015 existiert. Aufgrund der resultierenden Implantationszahlen liegen aktuell noch keine ausreichenden Kosten- oder Leistungsinformationen vorliegen, die für die Kalkulation der Fallpauschale herangezogen werden. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG-System ist daher schwierig – es entsteht somit ein signifikanter Erlösnachteil für die einsetzenden Häuser.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	F01A, F01B, F01D, F05Z, F07A, F07B, F09A, F09B, F09C, F42Z
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-839.a1 8-839.a3 8-83a.1



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1715002 NUB 121 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1715002
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 13:18
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Renate
Name	Dahmen
Abteilung	Kardiologie
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715171
Telefax	
E-Mail	Renate.Dahmen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	BCGH UG (haftungsbeschränkt) Karin Frankenstein
Benennung	Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung -- RVAD mit einer doppellumigen Kanüle Zugang via Jugular-Vene
Alternative Bezeichnung	Endovaskuläre, extrakorporale Zentrifugal-Pumpe zur temporären (bis zu 30 Tage) Kreislaufunterstützung des rechten Ventrikels mit nur einem Zugang via Jugular-Vene mit äußerer Ansaugkanüle im rechten Atrium (RA) und innenliegender jugularer direkter, pulmonaler Auswurfkanüle.
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1609632
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	
Handelsname	TandemHeart
CE-Kennzeichnung	CE 549433; CE 549434
Beschreibung	Die endovaskuläre, Doppellumen-Kanüle-basierte Methode fasst in einer gemeinsamen Kanüle die Ansaugkanüle (außen liegend) und die Auswurfkanüle (innen liegend)

Feld	Wert
	zusammen. Damit werden die zwei Implantationsschritte in einem zusammengefasst, was die Anwendungsbereitschaft deutlich schneller herstellt und gleichzeitig das Risiko lokaler Komplikationen quasi halbiert. Die Implantation von Ventricular Assist Devices (VAD) als Brücke zur Transplantation (BTT), Erholung oder End-Therapie (DT) ist eine Standard Therapie bei Patienten mit Herzversagen.(1) Frühes rechter Ventrikel (RV) Versagen bei Empfängern von links-Ventrikel-Unterstützungs-Systemen (LVAD) ist eine erhebliche Komplikation, welche mit einer erhöhten Erkrankung und Sterblichkeit bei bis zu 30% der Patienten auftritt.(2) Die berichtete Sterblichkeit schwankt zwischen 40 und 50 %.(3) Dies hat multifaktorielle Ursachen, welche in perioperativen und anatomischen Faktoren begründet liegen.(4) Es liegt kein Evidenz basiertes Management vor.(5) . In einer solchen Situation ist eine Klasse IIb-Leitlinienindikation für Herzunterstützungssysteme allgemein ausgesprochen worden (Fachgesellschaften: AHA, ACCF, SCAI). Die Implantation von Bi-ventrikel Assist Device (BiVAD) ist eine etablierte Behandlungsoption (1), aber die Ergebnisse sind signifikant schlechter als in Patienten mit isoliertem LVAD. (6) Durch die neue Methode wird das Problem zuverlässig gelöst. Eine endovaskuläre Kurzzeit-Kreislaufunterstützung bis zu 30 Tagen mit einer Leistung von bis zu 4,0 L/min mit einer aktiven Entlastung des rechten Ventrikels war bis zur Einführung dieser Methode nicht verfügbar. Bisher konnten Patienten, wenn nicht chirurgisch per Thorakotomie, nicht mit einer so leistungsfähigen Pumpe endovaskulär mit einer doppelumigen Kanüle mit Abgabe in die Pulmonal-Arterie unterstützt werden. Die Alternative war lediglich eine medikamentöse Unterstützung. Die extrakorporale Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des rechten Ventrikels (RVAD) ist ein endovaskuläres Herzunterstützungs-system, das ohne Öffnen des Brustkorbes über nur einen perkutanen Zugang in der Jugular-Vene durch eine doppelumige Kanüle aus dem rechten Atrium (RA) das Blut abgesaugt und im Innenlumen der gleichen Kanüle in die Pulmonal-Arterie (PA) zurück pumpt. Auf gleichem Wege werden die Kanülen auch wieder entfernt. Das System besteht im Einzelnen aus der neu entwickelten Konsole zur Steuerung des Systems, sowie eines Rechts-Herz-Prozeduren-KITs, welches aus der extrakorporalen Pumpe, dem Infusions-Zubehör-SET, sowie der neuartigen doppelumigen Kanüle mit den jeweiligen Applikatoren besteht. Für den Patienten wird durch die Anwendung der neuen Methode eine substantielle aktive Entlastung des rechten Ventrikels durch maßgebliche Unterstützung der Pumpleistung des Ventrikels, eine Erhöhung der Auswurfleistung des Ventrikels, sowie eine Reduzierung des Sauerstoffverbrauchs des Herzmuskels erreicht. Zusätzlich können positiv inotrope Stoffe, die aufgrund des steigenden Metabolismus des Myokards im Verringerungsfall nicht oder nur im nicht zu vermeidenden Umfang indiziert sind, reduziert werden. Die Pumpe sorgt in Kombination mit der doppelumigen Kanüle, die Spitze befindet sich in der Pulmonal Arterie (PA), für eine Pumpleistung von bis zu 4,0 l/min (mit 29 F Kanuele) und von bis zu 4,5 L/min (mit 31 F Kanüle). Die Gabe inotroper Substanzen kann durch den Einsatz dieser Methode entscheidend reduziert werden. Bei der Anwendung zur Rechtsherzunterstützung mit der doppelumigen Kanüle besteht nur ein Zugang über die rechte Jugular-Vene. Im Außenlumen der Kanüle wird das Blut im rechten Atrium (RA) abgesaugt und in die Pumpe transportiert. Im Innenlumen der Kanüle wird das Blut von der Pumpe in den Körper des Patienten über die rechte Jugular-Vene zurückgeführt. Deren Spitze befindet sich in der Pulmonal-Arterie (PA) und leitet dort das Blut in den Kreislauf. Durch den Zugang über die Jugular-Vene wird eine schnellere Mobilisierung des Patienten erreicht. Da keine Kanülen mehr in den Beingefäßen vorhanden sind, kann der Patient aufrecht im Bett sitzen. Die Pumpe wird in einer Manschette am Brustkorb des Patienten fixiert. Die Batterie der Konsole ermöglicht bis zu 1 h Support. Somit wird eine Mobilisierung des Patienten erreicht, welche erst mit dieser neuen Methode zur Verfügung steht. Außerdem kann der Patient bis zu 1 h mit Pumpe und Konsole aufstehen und gehen. Der Aufwand für die Implantation des Systems lässt sich mit einer Rechts-Herz-Katheter-Untersuchung (Swan-Ganz Katheter) vergleichen. Abbildung 1 zeigt die Methode mit Kanülierung von der rechten Jugular-Vene. Siehe Anlage Bilder NUB RVAD. Abb. 1: Methode bei der Rechtsherzunterstützung mit Kanülierung von der rechten Jugular-Vene und Blutfluss vom rechten Atrium (RA zur Pulmonal-Arterie (PA). Eine interventionelle Kurzzeit-Herzunterstützung bis zu 30 Tagen mit einer Leistung von bis zu 4,0 L/min (29 F Kanuele) und bis zu 4,5 L/min (31 F Kanuele) mit einer doppelumigen Kanüle mit nur einem Zugang war bis zur Einführung dieser Methode nicht verfügbar. Bisher konnten Patienten, wenn nicht chirurgisch per

Feld	Wert
	Thorakotomie, nicht mit einer so leistungsfähigen Pumpe unterstützt werden. Die Alternative war lediglich eine medikamentöse Unterstützung. Im 2015 publizierten Expert Consensus Statement zu mechanischer Kreislaufunterstützung (6) wurde von den kardiologischen und herzchirurgischen Fachgesellschaften (AHA und STS) diese Methode besonders empfohlen: -bietet überlegenen Hämodynamischen Support als eine medikamentöse Therapie -Patienten profitieren von einem rechtzeitigen Einsatz -größerer Nutzen als IABP und ECMO und sollten adäquat erstattet werden -ebenso bei Right Ventricular Failure einzusetzen -erste Analysen bestätigen eine Kosteneffektivität Aktuelle Literatur über Rechts-Herz-Unterstützung mit dieser Methode: - Kapur_2013_JACC_Mechanical Circulatory Support for Right Ventricular Failure --press release: CardiacAssist Announces the First Human Use of Its PROTEK DUO™; 09.2014 -(1) McMurray JJ, 2012 European Heart Journal -(2) Kirklin JK 2014, JHLT Aissaoui N 2013, JTCVS Noly PE 2014, ICVTS -(3) Scherer M 2010, EJCTS, Aissaoui N 2013, JTCVS -(4) Slaughter MS, 2010, JHLT -(5) Intermacs quarterly report June 2014 -(6) Rihal_2015_JACC_Clinical Expert Consensus Statement on the Use of Percutaneous Mechanical Circulatory Support Devices in Cardio- vascular Care - Kapur_2015_Heart Failure Clin_ Hemodynamic Support with Percutaneous Devices in Patients with Heart Failure
Indikation	Die neue Methode wird bei Patienten mit Versagen des Rechten Ventrikel (RV) angewendet, zum Beispiel nach Bypass-OP oder nach Links-Herz-Unterstützungs-System (LVAD) Implantation eingesetzt.
Ablösung / Ergänzung	Für selektierte Patienten (s. 2.1.) soll die neue Methode sowohl die chirurgische Implantation eines LVAD auf den rechten Ventrikel ablösen als auch die Extra-Korporale-Membran-Oxygenierung (ECMO) ergänzen.
Was ist neu?	Es gibt bisher keine vergleichbare endovaskuläre Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des Rechten Ventrikels (RVAD) in Europa. Ein vollständig endovaskulärer Zugang mit nur einem Zugang einer doppellumigen Kanüle, mit Blut gepumpt vom rechten Atrium (RA) direkt in die Pulmonal Arterie (PA) ist bislang nicht möglich. Die grundlegende CE-Zulassung für die Methode besteht in Europa für den Controller seit dem 23.04.2012. Das Rechts-Herz-KIT, bestehend aus doppellumiger Kanüle 29 F oder 31 F sowie Applikatoren, Zentrifugalpumpe und Infusionssystem ist seit dem 12.03.2015 CE-markiert. Die Methode ist in allen wesentlichen Aspekten neu – besonders in Hinblick auf die relevanten technologischen und Design-Aspekte. Zur Technologie: • Der ESCORT Controller ist vollständig neu in allen Teilen: o treibt die Pumpe mit bis zu 8 L/min an (für Rechts-Herz-Unterstützung mit doppellumiger Kanüle 29 F bis zu 4 L/min, mit doppellumiger Kanüle 31 F bis zu 4,5 L/min) o kleineres, platzsparendes und leichteres Design o Batterie Unterstützung bis zu 1 h für Transport und Mobilisation o Spezieller Sensor für akkurate Fluss-Messung • die doppellumige Kanüle 29 F oder 31 F mit pulmonaler Auswurfkanüle ist vollständig neu in allen Teilen: o Co-axiales Design mit 16 Fr Lumen in der Innenkanüle bis an die Spitze (pulmonale Auswurfkanüle) und 29 Fr Lumen an der äußeren Absaugkanüle o Co-axiales Design mit 18 Fr Lumen in der Innenkanüle bis an die Spitze (pulmonale Auswurfkanüle) und 31 Fr Lumen an der äußeren Absaugkanüle o Omni-direktionale Flussöffnungen für eine gleichmäßige Leistung ohne Neuplatzierung o 14 Seitenlöcher für optimiertes Absaugen o Hochflexibel und hoher Knickwiderstand o Röntgenmarkierungen an der Spitze der Kanüle für bessere Sichtbarkeit während Fluoroskopie o Fixierhilfe der Kanüle mit Nahtflügeln zur sicheren Befestigung am Patienten o der Aufwand für die Implantation des Systems ist mit einer Rechts-Herz-Katheter-Untersuchung (Swan-Ganz Kath) vergleichbar • In der Konsequenz werden durch die Kombination von Controller, Pumpe und doppellumiger Kanüle 29 F ein maximaler Fluss von bis 4,0 L/min und mit doppellumiger Kanüle 31 F ein maximaler Fluss von bis 4,5 L/min erreicht. Zum Design: • das Konzept, eine endovaskuläre, extrakorporale Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung für den rechten Ventrikel, mit nur einem Zugang ist vollständig neu • physiologisches Niveau von Druck und Fluss (bis zu 4 sowie 4,5 L/min) • pulmonale Auswurfkanüle • bis zu 30 Tagen Unterstützung
Verweildauer	Die neue perkutane Methode verkürzt die mittlere statistische Verweildauer des Patienten-Kollektivs im Krankenhaus durch die Vermeidung von invasiven chirurgischen Eingriffen sowohl zu der Implantation, als auch zu der Entfernung des Systems. Die

Feld	Wert
	methodenbedingten Kosten eines Einsatzes werden durch erhebliche Einsparungen an zukünftigen Behandlungskosten (verkürzte Verweildauer) überkompensiert, sowie durch eine schnellere Mobilisierung des Patienten erreicht. Ebenso wird die Gabe inotroper Substanzen entscheidend reduziert. Durch die Vermeidung von einer invasiven Operation zur Entfernung des Assist Devices entstehen weitere deutliche Einsparungen (Entfernung bett-seitig). Durch den Zugang über die Jugular-Vene wird eine schnellere Mobilisierung des Patienten erreicht. Da keine Kanülen mehr in den Beingefäßen vorhanden sind, kann der Patient aufrecht im Bett sitzen. Die Pumpe wird in einer Manschette am Brustkorb des Patienten fixiert. Die Batterie der Konsole ermöglicht bis zu 1 h Unterstützung. Somit wird eine Mobilisierung des Patienten erreicht, welche erst mit dieser neuen Methode zur Verfügung steht. Außerdem kann der Patient bis zu 1 h mit Pumpe und Konsole aufstehen und gehen.
Methode in Deutschland	Erste Anwendungsbeobachtungen gab es 2012, eine systematisch mögliche Anwendung 2014
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	Cirka 60 Kliniken
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	20
Mehrkosten	Der OPS 8-839.a* ist gemäß Definitionshandbuch 2016 in den Basis-DRG F01 (F01-V4), F07 und F09, sowie der DRG F05Z groupier- bzw. splitrelevant. Die beschriebene Methode löst signifikante Mehrkosten aus, vor allem in den Kostenartengruppen 05 (Impl./Transpl.) und 06 (übr. med. Bedarf). Die Materialkosten für das Rechts-Herz-Prozeduren KIT (Einmalprodukte) bestehend aus Infusions Zubehör Set, die Zentrifugal-Pumpe, die doppellumige Kanüle und Applikator & Applikator werden kumulativ mit EUR 28.850 netto (EUR 34.331,50 brutto) veranschlagt. Im Vergleich dazu liegen die für die einzelnen DRG aufgeschlüsselten jeweiligen Sachmittel für 2016 (selbst kumulativ über alle Kostenstellen) zwischen 1.675€ in der F09A und 12.428€ in der F42Z. Innerhalb der Basis-DRG für die Implantation eines Defibrillators mit den entsprechenden Implantatekosten liegen die Sachmittel zwischen 8.803€ in der F01D und 13.692€ in der F01A. Die neue Leistung streut über die u.a. DRG sporadisch. Die trans-axialen Assist-Systeme, welche das unbepreiste ZE2015-62 auslösen, sind allenfalls in Ansätzen vergleichbar, aber deutlich weniger effektiv in Fluss und Druck und führen zu einer deutlich höheren Hämolyse bei einer Anwendung von wenigen Stunden oder Tagen. Umgekehrt entsteht für die Personalkosten ein relatives Einsparpotential in deutlich geringerer Höhe als die Sachkosten, da die Implantation deutlich einfacher, schneller und weniger Personalintensiv wie vergleichbare, offen chirurgische Verfahren ist.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die endovaskuläre Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des Rechten Ventrikels (RVAD) mit nur einem Zugang mit einer doppellumigen Kanüle erhielt das CE-Zertifikat 2014. Bislang wurde sie im Routinebetrieb nur von wenigen Häusern eingesetzt, ansonsten im Wesentlichen im Rahmen von Studien. Sie wurde im Verfahren für das Jahr 2015 erstmals als NUB beantragt und erhielt jeweils Status 1. Für die offen-chirurgische Implantation existiert aufgrund der Streuung der Leistung und des sporadischen Auftretens ohne regelhaften Bezug das unbepreiste Zusatzentgelt ZE2016-02. Dieses kann über den für 2015 neu geschaffenen OPS nicht ausgelöst werden. Derzeit ist eine spezifische Erfassung der endovaskulären Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des Rechten Ventrikels (RVAD) mit nur einem Zugang mit einer doppellumigen Kanüle nicht möglich, da ein spezifischer OPS Code erst seit 2015 existiert. Aufgrund der resultierenden Implantationszahlen liegen aktuell noch keine ausreichenden Kosten- oder Leistungsdaten vorliegen, die für die Kalkulation der

Feld	Wert
	Fallpauschale herangezogen werden. Eine sachge-rechte Abbildung im G-DRG-System ist daher schwierig – es entsteht somit ein signifikanter Erlösnachteil für die einsetzenden Häuser.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	F01A, F01B, F01D, F05Z, F07A, F07B, F09A, F09B, F09C, F42Z
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-839.a1 8-839.a5 8-83a.1 8-839.a3



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1708027 NUB 122 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1708027
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:23
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Med. Klinik 3
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde gemeinsam durch die Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie e.V. (GPOH), der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. (DGHO) formuliert und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Blutstammzelltransplantation (DAG-KBT) vorformuliert
Benennung	Übertragung von virusspezifischen Spender-Immunzellen nach allogener Stammzelltransplantation (SZT) (29)
Alternative Bezeichnung	Gabe von separierten Antigen-spezifischen CD4+ und CD8+ T-Zellen bei viraler Infektion nach allogener Stammzelltransplantation (Gewinnung mit CliniMACS®-System). Cytovir CMV®. Donor-Lymphozyten mit in-vitro-Aufbereitung bei schweren Infektionen nach Stammzelltransplantation. Adoptiver T-Zelltransfer von CMV-spezifischen zytotoxischen T-Zellen. Adoptiver T-Zelltransfer von EBV-spezifischen zytotoxischen T-Zellen. Adoptiver T-Zelltransfer von Adenovirus-spezifischen zytotoxischen T-Zellen. Adoptiver T-Zelltransfer zur Therapie viraler Infektionen nach allogener Stammzelltransplantation
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1617671
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1

Feld	Wert
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	In-vitro-aufbereitete Spender-Lymphozyten, werden dem Patienten gegeben bzw. übertragen, der nach einer allogenen Stammzelltransplantation (SZT) an einer Virusinfektion leidet, die mit Virostatika (Chemotherapie gegen Viren) nicht beherrschbar ist. Diese speziell für diesen Patienten aufbereiteten Spenderlymphozyten sind spezifisch gegen die Virusinfektion gerichtet, an der der Patient leidet. Die Herstellung erfolgt in GMP-Laboren einzelner Kliniken und ist teilweise (CliniMACS® (Cytokine Capture System)) oder ganz kommerziell (Cytovir CMV® der Firma Cell Medica GmbH Berlin) erhältlich. Der Herstellungsprozess dieser Zellen erfolgt in zwei gering unterschiedlichen Prozessen bezüglich der Selektion der Zellen. Gemeinsam ist, dass die T- Lymphozyten eines gesunden, seropositiven (für die zu behandelnde Virusinfektion besteht eine Immunantwort beim Spender) Spenders selektiert und dann dem Patienten mittels einer Infusion/Transfusion gegeben werden. Das Immunsystem des Patienten ist dann mit Hilfe dieser Zellen in der Lage, die Infektion gezielt und langanhaltend zu bekämpfen und zu kontrollieren. Die Selektion kann entweder mit Streptameren oder mittels Cytokin-CaptureAssay durchgeführt werden. Beide Methoden werden in GMP-Labore einzelner Kliniken eingesetzt. Die Streptamer-Methode ist inzwischen auch kommerziell unter dem Namen Cytovir CMV® verfügbar, steht aber nur für die Behandlung von CMV - Infektionen zur Verfügung. Beim Cytokin-Capture System mittels CliniMACS® ist nur ein Teil des Prozesses (das Cytokin-Capture-Assay) kommerziell erhältlich (hier können aber nicht nur gegen CMV-gerichtete Lymphozyten, sondern auch gegen andere Viren gerichtete Lymphozyten hergestellt werden). In den klinischen Ergebnissen ist bisher kein Unterschied in der Wirksamkeit gesehen worden, auch wenn eine vergleichende Studie bisher fehlt. Evidenz Nachdem in früheren Jahren in mehreren Arbeiten einzelne Fälle beschreiben wurden, die auf die Therapie mit adoptivem T-Zell-Transfer ansprachen (Dong L et al., J Pediatr Hematol. Oncol 2010;32:e31-e37; Schmitt et al. Transfusion 2011; 51:591-599; Feuchtinger T et al. Br J Haematol 2006; 134:64-76; Einsele et al. Blood 2002; 99:3916-3922 u.a.) sind nun auch Serien mit einer größeren Anzahl von Patienten publiziert worden: Feuchtinger et al, Blood 2010; 116:4360-4367: Von 18 Patienten mit einer CMV-Infektion, die auf Virostatika nicht ansprachen, wurde bei 15 (davon zwei mit Virusencephalitis) eine sehr starke Reduktion der Viruslast bis z. T. unter die Nachweisgrenze erreicht; Icheva V et al. J Clin Oncol 2013;31:39-48: Bei 7 von 10 Patienten mit schwerer EBV-Infektion nach Transplantation wurde ein klinisches, immunologisches und virales Ansprechen beobachtet, keiner der Patienten verstarb an der Infektion. Von den 3 Patienten ohne Ansprechen sind 2 an der Infektion verstorben; Uhlin et al. Clinical infectious diseases 2012; 55:1064-1073): 6 von 7 Patienten mit schweren Virusinfektion nach SZT leben 90 Tage nach SZT noch; .Haque et al. Blood 2007; 15;110:1123-31: Von 33 Patienten mit therapierefraktärem PTLD hatten 52% nach adoptivem T-Zelltransfer eine Remission nach 6 Monaten; Moosmann et al. Blood 2010;115:2960-2970: 6 Patienten mit PTLD wurden mit adoptivem T-Zell Transfer behandelt, bei 3 Patienten in sehr fortgeschrittenem Stadium mit Multiorganversagen sprach die Therapie nicht mehr an, 3 Patienten mit einem früheren Stadium der Erkrankung zeigten eine komplette und anhaltende Remission des PTLD. Patienten mit CMV- oder Adenovirus (ADV)-Reaktivierung nach allogener SZT, die nach 2-wöchiger Virostatika- Therapie kein Absinken der Virus-DNA zeigten, wurden an verschiedenen pädiatrischen und internistischen Abteilungen an deutschen Universitätskliniken (Berlin, Freiburg, Ulm, Tübingen, Würzburg, Dresden, Hannover, Gießen, Essen, Münster, Leipzig, etc.) mit separierten CMV- bzw. ADV-spezifischen T-Zellen behandelt. Die Anzahl der verabreichten T-Zellen variierte zwischen 300 - 75.000 T-Zellen pro kg Körpergewicht. Eine Wirksamkeit, d.h. ein Absinken der Viruslast, setzte nach ein bis vier Wochen ein und war mit einem Anstieg der Virus-spezifischen T-Zellen im Blut des Patienten verbunden. Weitere Fallserien und Publikationen zeigen die Wirksamkeit der Therapie: Meyers J D, Flournoy N, Donnall Thomas E. Risk Factors for Cytomegalovirus Infection after Human Marrow Transplantation. Journal of Infectious Diseases 1986; 153: 478-488. Peggs K S, Verfuert S, Pizzey A, Khan, Naeem, et al. Adoptive cellular therapy for early cytomegalovirus infection after allogeneic stem-cell transplantation with virus-

Feld	Wert
	specific T-cell lines. Lancet 2003; 362:1375–1377. Peggs K S, Verfuert S, Pizzey A, Chow, Shoon-Ling C. et al. Cytomegalovirus-specific T cell immunotherapy promotes restoration of durable functional antiviral immunity following allogeneic stem cell transplantation. Clin Infect Dis 2009; 49:1851–1860. Bao et al. Adoptive immunotherapy with CMV-specific cytotoxic T lymphocytes for Stem Cell Transplant Patients with refractory CMV infections. J Immunother 2012; 35: Number 3, 2012 Reviews über verschiedene Methoden und deren Potenzial sind inzwischen publiziert, u.a.: Saglio F, Hanley P, Bollard C (Cytotherapy, 2014; 16:149-159): The time is now: moving toward virus-specific T cells after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation as the standard of care. Hier wurden die Ergebnisse der bisher publizierten Studien und Fallserien für den Einsatz der Immunzellen bei CMV-, ADV- und EBV-Infektionen aufgeführt als auch die Vor- und Nachteile der Unterschiede der Zellseparationsmethoden diskutiert. RJ O' Reilly, G Koehne, AN Hasan, E Doubrovina and S Prockop (Bone Marrow Transplantation (2015) 50, S43– S50): T-cell depleted allogeneic hematopoietic cell transplants as a platform for adoptive therapy with leukemia selective or virus-specific T-cells .
Indikation	Indikation: Therapierefraktäre Erkrankung durch eines der folgenden Viren. 1) CMV : kein Ansprechen der Viruslast auf Ganciclovir bzw. Salvagetherapie mit Foscarnet oder Cidofovir, oder rezidivierende CMV-Reaktivierungen trotz Therapie mit Virostatika, oder es bestehen Kontraindikationen (Knochenmark- oder Nieren-Insuffizienz) für die Anwendung der oben genannten Virostatika. 2) ADV: steigende Viruslast nach der zweiten Gabe von Cidofovir (quantitative PCR aus Serum), oder es bestehenden Kontraindikationen (z.B. Niereninsuffizienz) für die (z.B. Niereninsuffizienz) für die Anwendung von Cidofovir. 3) EBV: ansteigender Virustiter trotz Anwendung von antiviraler Therapie (z.B. Cidofovir) und Rituximab, oder es bestehenden Kontraindikationen (z.B. Niereninsuffizienz) für die Anwendung der oben genannten Virostatika. 4) EBV-assoziiertes PTLT: Hinweis für Rezidiv nach Erstlinien-Therapie mit Rituximab, z.B. erneut ansteigender Virustiter oder CD20-Downregulation auf den Zielzellen (nachweisbar mittels FACS). Cytovir CMV® ist nur geeignet für die unter 1) genannte CMV-Infektion. Patienten nach allogener Stammzelltransplantation (SZT) haben ein stark erhöhtes Risiko, Infektionen durch Virus-Reaktivierung zu erleiden. Die Rekonstitution des Immunsystems des Patienten nach SZT ist abhängig von der Intensität der Vorbehandlung des Patienten, dem Grad der T-Zell Depletion des Transplantates sowie der Immunsuppression des Patienten nach SZT und dauert in der Regel mehrere Monate bis über ein Jahr. In dieser Phase der Immunrekonstitution haben transplantierte Patienten meist keine ausreichende T-Zell vermittelte Immunabwehr, wodurch insbesondere die Reaktivierung latent persistierender Viren wie Cytomegalovirus (CMV), Adenovirus (ADV) oder Epstein-Barr-Virus (EBV) eine grosse Gefahr für den Patienten darstellt. Insbesondere gilt dies bei der Transplantation von virus-naiven Stammzellspendern. Antivirale Medikamente werden prophylaktisch, präemptiv oder therapeutisch zur Vorbeugung bzw. Behandlung viraler Infektionen nach allogener SZT eingesetzt. Bei ansteigender Viruslast und fehlendem Ansprechen auf diese Medikamente besteht für den Patienten jedoch ein hohes Risiko, an den Folgen der Infektion zu versterben oder ausgeprägte Organ- oder Gewebsschäden zu erleiden. Da die Reaktivierung dieser Viren mit einer verschlechterten Prognose assoziiert ist und die orale virostatische Therapie meist unzureichend ist, bringt die Behandlung lange stationäre Aufenthalte mit sich. Insbesondere bei ADV und EBV und bei der überwiegenden Zahl an reaktivierten oder primären CMV Infektionen kann die orale und/oder intravenöse virostatische Therapie nur eine passagere Kontrolle der Virusreplikation bewirken, nicht jedoch eine dauerhafte Kontrolle (Clearance) der Virusinfektion.
Ablösung / Ergänzung	Die Übertragung von viruspezifischen Spender-Immunzellen ist eine neue Behandlungsmethode bei viraler Infektion nach allogener Stammzelltransplantation (SZT). Sie ergänzt oder reduziert möglicherweise die Gabe antiviraler Medikamente, wenn die Wirkung dieser Medikamente unzureichend ist und kann die Medikamentengabe evtl. sogar ersetzen. Darüber hinaus stellt der adoptive T-Zelltransfer für Patienten ohne Ansprechen auf eine antivirale Chemotherapie die einzige Behandlungsoption einer andernfalls meist tödlich verlaufenden Virusinfektion dar. Es erfolgt somit keine Ablösung sondern eine Ergänzung der medikamentösen, antiviralen Therapie als zusätzliche

Feld	Wert
	Behandlungsoption. Aufgrund der unterschiedlichen Nebenwirkungen der meisten antiviralen Medikamente ist aber langfristig eine Ablösung der medikamentösen Behandlung zugunsten einer Gabe von Antigen-spezifischen T-Zellen möglich.
Was ist neu?	Bei der Übertragung virusspezifischen Spender-T-Zellen handelt es sich um eine vollständig neue Behandlungsmethode bei viralen Infektionen nach allogener Stammzelltransplantation, die vereinzelt in Studien ab 1996 eingesetzt wurde. Zwar wurden Antigen-spezifische T-Zellen bereits in der Vergangenheit erfolgreich zur Bekämpfung viraler Infektionen nach allogener Stammzelltransplantation eingesetzt, das Hauptproblem bei der Therapie mit Antigen-spezifischen T-Zellen stellt aber deren Generierung dar. Bis zur Verfügbarkeit einer Separationsmöglichkeit war die Generierung von Antigen-spezifischen T-Zellen nur durch ein aufwändiges und mehrere Wochen bis Monate dauerndes in vitro Restimulationsverfahren möglich. In vielen Fällen war der Patient bereits verstorben, noch ehe das zelluläre Präparat fertig hergestellt war. Daher kam eine Anwendung von Antigen-spezifischen T-Zellen vor Etablierung einer entsprechenden Separationstechnik (ab 2004 Ramser et al Blood 2004) als Standardanwendung nicht in Frage. Seither haben sich 2 sehr ähnliche Separationstechniken (Streptamer oder mittels Cytokin-Capture Assay) entwickelt, die bisher bei der klinischen Wirksamkeit keine entscheidende Unterschiede aufweisen und beide eingesetzt werden. In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2015 hat die Übertragung von virusspezifischen Spender- Immunzellen nach allogener Stammzelltransplantation den Status 1 (Position 64 der NUB-Liste 2015)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können keine exakten Aussagen gemacht werden, da die Länge des stationären Aufenthalt von dem klinischen Zustand des Patienten abhängt und nicht so sehr von der Gabe der spezifischen Lymphozyten. Allerdings ist eine Gabe von Virus-spezifischen T-Zellen deutlich kürzer als die über Tage (Wochen) mit entsprechender Toxizität durchzuführende antivirale Chemotherapie.
Methode in Deutschland	
Medikament zugelassen	Die mittels des Streptamerverfahrens hergestellten allogen-gerichteten Antigen-spezifischen T-Lymphozyten (Donorlymphozyten) sind als Blutzubereitung gem. § 4 Abs. 2 AMG einzustufen. Allogene Blutzubereitungen bedürfen in Deutschland keiner Zulassung oder Genehmigung für das Inverkehrbringen. Eine Zulassungspflicht oder Genehmigungspflicht zum Inverkehrbringen nach §21a AMG entfällt daher für dieses Medikament. Dieses Medikament wird in Deutschland aufgrund einer Herstellungserlaubnis in Verkehr gebracht. Für das beantragte Medikament liegt die erforderliche Herstellungserlaubnis vor bzw. wird bei Herstellung im GMP-Labor einzelner Kliniken dort vorgelegt.
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	10 bis 12
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	StreptamerVerfahren Cytokin- CaptureAssay GMP-Labor Kliniken Cytovir CMV® GMP-Labor Kliniken Spendervoruntersuchung / Auswahl 1.000,00 € 1.000,00 € Gewinnung von Spenderlymphozyten (extern) (gewichteter Preis der beiden Organisationen DKMS und anderer Register) 4.564,00 € 4.564,00 € Transport der Spenderlymphozyten an GMPLabor bzw. Firma 500,00 € 500,00 € Personal wissenschaftlicher Mitarbeiter 12 Stunden 616,08 € 1.000,00 € Medizinsch technische Assistenten/innen 2 x 16 Stunden 865,92 € Verbrauchsmaterial Verbrauchsmaterialien (inkl. Qualitätsprüfung und Reinstauraumpauschale) 8.000,00 € 9.500,00 € sonstige Kosten Kosten für regulatorische Aufwendungen / GMP-QM 1.000,00 € 1.000,00 € Medizinische und nichtmedizinische

Feld	Wert
	Infrastruktur 2.800,00 € 2.800,00 € Transport der gegen Viren gerichteten Immunzellen an die Klinik / Kryokonservierung 1.500,00 € inklusive 1.500,00 € Preis 30.000,00 € Gesamtkosten 20.846,00 € 30.000,00 € 21.864,00 €
nicht im G-DRG-System abgebildet	Um bewerten zu können, ob eine Methode im G-DRG System nicht sachgerecht abgebildet ist, können verschiedene Kriterien herangezogen werden: - Mehrkosten übersteigen die Standardabweichung der DRG - Mehrkosten überstiegen die bisherigen Kosten in den entsprechenden Kostenmodulen (hier "4b Arzneimittel - Einzelfallzuordnung") erheblich. - Schiefelage bei der Leistungserbringung Die oben gezeigten Mehrkosten übersteigen sowohl die Standardabweichungen (2015 = 4.682 €, Quelle: G-DRG Reportbrowser 2013-2015) in der DRG T63A als auch die Kosten im Kostenmodul 4b (768€) . Die neue Methode wird nur in wenigen Zentren eingesetzt, auch nicht in allen Transplantationszentren. Laut Abfrage der DRG-Statistik bei DeStatis wurde 2013 die DRG „T63A“ von 155 Kliniken abgerechnet, während nur 11 Zentren den OPS-Kode „8-802.41“ erbracht haben (insgesamt 27 Fälle). Es entsteht also eine deutliche Schiefelage in der Leistungserbringung. Zusammenfassend sind alle o.g. Kriterien erfüllt und es ist gezeigt, dass die Methode derzeit im G-DRG System nicht sachgerecht abgebildet ist. In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2015 hat die Übertragung von virusspezifischen Spender- Immunzellen nach allogener Stammzelltransplantation den Status 1 (Position 64 der NUB-Liste 2015)
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	T63A
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-802.42 8-802.22 8-802.40



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1711042 NUB 122 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1711042
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 16:08
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr. med.
Vorname	Stefan
Name	Schönberger
Abteilung	Abt. für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie
Straße	Adenauerallee 119
PLZ	53113
Ort	Bonn
Telefon	0228-287-33300
Telefax	0228-287-33301
E-Mail	stefan.schoenberger@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde gemeinsam durch die Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie. (GPOH), der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. (DGHO) formuliert und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Blutstammzelltransplantation e.V. (DAG-KBT) vorformuliert.
Benennung	Übertragung von virusspezifischen Spender-Immunzellen nach allogener Stammzelltransplantation (SZT) Status 1
Alternative Bezeichnung	• Gabe von separierten Antigen-spezifischen CD4+ und CD8+ T-Zellen bei viraler Infektion nach allogener Stammzelltransplantation (Gewinnung mit CliniMACS®-System). • Cytovir CMV®. • Donor-Lymphozyten mit in-vitro-Aufbereitung bei schweren Infektionen nach Stammzelltransplantation. • Adoptiver T-Zelltransfer von CMV-spezifischen zytotoxischen T-Zellen. • Adoptiver T-Zelltransfer von EBV-spezifischen zytotoxischen T-Zellen. • Adoptiver T-Zelltransfer von Adenovirus-spezifischen zytotoxischen T-Zellen. • Adoptiver T-Zelltransfer zur Therapie viraler Infektionen nach allogener Stammzelltransplantation
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1617671
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Nein

Feld	Wert
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	In-vitro-aufbereitete Spender-Lymphozyten, werden dem Patienten gegeben bzw. übertragen, der nach einer allogenen Stammzelltransplantation (SZT) an einer Virusinfektion leidet, die mit Virostatika (Chemotherapie gegen Viren) nicht beherrschbar ist. Diese speziell für diesen Patienten aufbereiteten Spenderlymphozyten sind spezifisch gegen die Virusinfektion gerichtet, an der der Patient leidet. Die Herstellung erfolgt in GMP-Laboren einzelner Kliniken und ist teilweise (CliniMACS® (Cytokine Capture System)) oder ganz kommerziell (Cytovir CMV® der Firma Cell Medica GmbH Berlin) erhältlich. Der Herstellungsprozess dieser Zellen erfolgt in zwei gering unterschiedlichen Prozessen bezüglich der Selektion der Zellen. Gemeinsam ist, dass die T- Lymphozyten eines gesunden, seropositiven (für die zu behandelnde Virusinfektion besteht eine Immunantwort beim Spender) Spenders selektiert und dann dem Patienten mittels einer Infusion/Transfusion gegeben werden. Das Immunsystem des Patienten ist dann mit Hilfe dieser Zellen in der Lage, die Infektion gezielt und langanhaltend zu bekämpfen und zu kontrollieren. Die Selektion kann entweder mit Streptameren oder mittels Cytokin-CaptureAssay durchgeführt werden. Beide Methoden werden in GMP-Labore einzelner Kliniken eingesetzt. Die Streptamer-Methode ist inzwischen auch kommerziell unter dem Namen Cytovir CMV® verfügbar, steht aber nur für die Behandlung von CMV -Infektionen zur Verfügung. Beim Cytokin-Capture System mittels CliniMACS® ist nur ein Teil des Prozesses (das Cytokin-Capture-Assay) kommerziell erhältlich (hier können aber nicht nur gegen CMV-gerichtete Lymphozyten, sondern auch gegen andere Viren gerichtete Lymphozyten hergestellt werden). In den klinischen Ergebnissen ist bisher kein Unterschied in der Wirksamkeit gesehen worden, auch wenn eine vergleichende Studie bisher fehlt. Evidenz Nachdem in früheren Jahren in mehreren Arbeiten einzelne Fälle beschreiben wurden, die auf die Therapie mit adoptivem T-Zell-Transfer ansprachen (Dong L et al., J Pediatr Hematol. Oncol 2010;32:e31-e37; Schmitt et al. Transfusion 2011; 51:591-599; Feuchtinger T et al. Br J Haematol 2006; 134:64-76; Einsele et al. Blood 2002; 99:3916-3922 u.a.) sind nun auch Serien mit einer größeren Anzahl von Patienten publiziert worden: Feuchtinger et al, Blood 2010; 116:4360-4367: Von 18 Patienten mit einer CMV-Infektion, die auf Virostatika nicht ansprachen, wurde bei 15 (davon zwei mit Virusencephalitis) eine sehr starke Reduktion der Viruslast bis z. T. unter die Nachweisgrenze erreicht; Icheva V et al. J Clin Oncol 2013;31:39-48: Bei 7 von 10 Patienten mit schwerer EBV-Infektion nach Transplantation wurde ein klinisches, immunologisches und virales Ansprechen beobachtet, keiner der Patienten verstarb an der Infektion. Von den 3 Patienten ohne Ansprechen sind 2 an der Infektion verstorben; Uhlin et al. Clinical infectious diseases 2012; 55:1064-1073): 6 von 7 Patienten mit schweren Virusinfektion nach SZT leben 90 Tage nach SZT noch; .Haque et al. Blood 2007; 15;110:1123-31: Von 33 Patienten mit therapierefraktärem PTLD hatten 52% nach adoptivem T-Zelltransfer eine Remission nach 6 Monaten; Moosmann et al. Blood 2010;115:2960-2970: 6 Patienten mit PTLD wurden mit adoptivem T-Zell Transfer behandelt, bei 3 Patienten in sehr fortgeschrittenem Stadium mit Multiorganversagen sprach die Therapie nicht mehr an, 3 Patienten mit einem früheren Stadium der Erkrankung zeigten eine komplette und anhaltende Remission des PTLD. Patienten mit CMV- oder Adenovirus (ADV)-Reaktivierung nach allogener SZT, die nach 2-wöchiger Virostatika-Therapie kein Absinken der Virus-DNA zeigten, wurden an verschiedenen pädiatrischen und internistischen Abteilungen an deutschen Universitätskliniken (Berlin, Freiburg, Ulm, Tübingen, Würzburg, Dresden, Hannover, Gießen, Essen, Münster, Leipzig, etc.) mit separierten CMV- bzw. ADV-spezifischen T-Zellen behandelt. Die Anzahl der verabreichten T-Zellen variierte zwischen 300 - 75.000 T-Zellen pro kg Körpergewicht. Eine Wirksamkeit, d.h. ein Absinken der Viruslast, setzte nach ein bis vier Wochen ein und war mit einem Anstieg der Virus-spezifischen T-Zellen im Blut des Patienten verbunden. Weitere Fallserien und Publikationen zeigen die Wirksamkeit der Therapie: Meyers J D, Flournoy N, Donnall Thomas E. Risk Factors for Cytomegalovirus Infection after Human Marrow Transplantation. Journal of Infectious Diseases 1986; 153: 478-488. Peggs K S, Verfuert S, Pizzey A, Khan, Naeem, et al. Adoptive cellular therapy for early cytomegalovirus infection after allogeneic stem-cell transplantation with virus-

Feld	Wert
	specific T-cell lines. Lancet 2003; 362:1375–1377. Peggs K S, Verfuert S, Pizzey A, Chow, Shoon-Ling C. et al. Cytomegalovirus-specific T cell immunotherapy promotes restoration of durable functional antiviral immunity following allogeneic stem cell transplantation. Clin Infect Dis 2009; 49:1851–1860. Bao et al. Adoptive immunotherapy with CMV-specific cytotoxic T lymphocytes for Stem Cell Transplant Patients with refractory CMV infections. J Immunother 2012; 35: Number 3, 2012 Reviews über verschiedene Methoden und deren Potenzial sind inzwischen publiziert, u.a.: Saglio F, Hanley P, Bollard C (Cytotherapy, 2014; 16:149-159): The time is now: moving toward virus-specific T cells after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation as the standard of care. Hier wurden die Ergebnisse der bisher publizierten Studien und Fallserien für den Einsatz der Immunzellen bei CMV-, ADV- und EBV-Infektionen aufgeführt als auch die Vor- und Nachteile der Unterschiede der Zellseparationsmethoden diskutiert. RJ O' Reilly, G Koehne, AN Hasan, E Doubrovina and S Prockop (Bone Marrow Transplantation (2015) 50, S43–S50): T-cell depleted allogeneic hematopoietic cell transplants as a platform for adoptive therapy with leukemia selective or virus-specific T-cells. Schmitt A et al Transfusion 2011. Stemberger C et al Blood 2014.
Indikation	Indikation: Therapierefraktäre Erkrankung durch eines der folgenden Viren. 1) CMV : kein Ansprechen der Viruslast auf Ganciclovir bzw. Salvagetherapie mit Foscarnet oder Cidofovir, oder rezidivierende CMV-Reaktivierungen trotz Therapie mit Virostatika, oder es bestehen Kontraindikationen (Knochenmark- oder Nieren-Insuffizienz) für die Anwendung der oben genannten Virostatika. 2) ADV: steigende Viruslast nach der zweiten Gabe von Cidofovir (quantitative PCR aus Serum), oder es bestehenden Kontraindikationen (z.B. Niereninsuffizienz) für die (z.B. Niereninsuffizienz) für die Anwendung von Cidofovir. 3) EBV: ansteigender Virustiter trotz Anwendung von antiviraler Therapie (z.B. Cidofovir) und Rituximab, oder es bestehenden Kontraindikationen (z.B. Niereninsuffizienz) für die Anwendung der oben genannten Virostatika. 4) EBV-assoziiertes PTLT: Hinweis für Rezidiv nach Erstlinien-Therapie mit Rituximab, z.B. erneut ansteigender Virustiter oder CD20-Downregulation auf den Zielzellen (nachweisbar mittels FACS). Cytovir CMV® ist nur geeignet für die unter 1) genannte CMV-Infektion. Patienten nach allogener Stammzelltransplantation (SZT) haben ein stark erhöhtes Risiko, Infektionen durch Virus-Reaktivierung zu erleiden. Die Rekonstitution des Immunsystems des Patienten nach SZT ist abhängig von der Intensität der Vorbehandlung des Patienten, dem Grad der T-Zell Depletion des Transplantates sowie der Immunsuppression des Patienten nach SZT und dauert in der Regel mehrere Monate bis über ein Jahr. In dieser Phase der Immunrekonstitution haben transplantierte Patienten meist keine ausreichende T-Zell vermittelte Immunabwehr, wodurch insbesondere die Reaktivierung latent persistierender Viren wie Cytomegalovirus (CMV), Adenovirus (ADV) oder Epstein-Barr-Virus (EBV) eine grosse Gefahr für den Patienten darstellt. Insbesondere gilt dies bei der Transplantation von virus-naiven Stammzellspendern. Antivirale Medikamente werden prophylaktisch, präemptiv oder therapeutisch zur Vorbeugung bzw. Behandlung viraler Infektionen nach allogener SZT eingesetzt. Bei ansteigender Viruslast und fehlendem Ansprechen auf diese Medikamente besteht für den Patienten jedoch ein hohes Risiko, an den Folgen der Infektion zu versterben oder ausgeprägte Organ- oder Gewebsschäden zu erleiden. Da die Reaktivierung dieser Viren mit einer verschlechterten Prognose assoziiert ist und die orale virostatische Therapie meist unzureichend ist, bringt die Behandlung lange stationäre Aufenthalte mit sich. Insbesondere bei ADV und EBV und bei der überwiegenden Zahl an reaktivierten oder primären CMV Infektionen kann die orale und/oder intravenöse virostatische Therapie nur eine passagere Kontrolle der Virusreplikation bewirken, nicht jedoch eine dauerhafte Kontrolle (Clearance) der Virusinfektion.
Ablösung / Ergänzung	Die Übertragung von viruspezifischen Spender-Immunzellen ist eine neue Behandlungsmethode bei viraler Infektion nach allogener Stammzelltransplantation (SZT). Sie ergänzt oder reduziert möglicherweise die Gabe antiviraler Medikamente, wenn die Wirkung dieser Medikamente unzureichend ist und kann die Medikamentengabe evtl. sogar ersetzen. Darüber hinaus stellt der adoptive T-Zelltransfer für Patienten ohne Ansprechen auf eine antivirale Chemotherapie die einzige Behandlungsoption einer andernfalls meist tödlich verlaufenden Virusinfektion dar. Es erfolgt somit keine Ablösung sondern eine Ergänzung der medikamentösen, antiviralen Therapie als zusätzliche

Feld	Wert
	Behandlungsoption. Aufgrund der unterschiedlichen Nebenwirkungen der meisten antiviralen Medikamente ist aber langfristig eine Ablösung der medikamentösen Behandlung zugunsten einer Gabe von Antigen-spezifischen T-Zellen möglich.
Was ist neu?	Bei der Übertragung virusspezifischen Spender-T-Zellen handelt es sich um eine vollständig neue Behandlungsmethode bei viralen Infektionen nach allogener Stammzelltransplantation, die vereinzelt in Studien ab 1996 eingesetzt wurde. Zwar wurden Antigen-spezifische T-Zellen bereits in der Vergangenheit erfolgreich zur Bekämpfung viraler Infektionen nach allogener Stammzelltransplantation eingesetzt, das Hauptproblem bei der Therapie mit Antigen-spezifischen T-Zellen stellt aber deren Generierung dar. Bis zur Verfügbarkeit einer Separationsmöglichkeit war die Generierung von Antigen-spezifischen T-Zellen nur durch ein aufwändiges und mehrere Wochen bis Monate dauerndes in vitro Restimulationsverfahren möglich. In vielen Fällen war der Patient bereits verstorben, noch ehe das zelluläre Präparat fertig hergestellt war. Daher kam eine Anwendung von Antigen-spezifischen T-Zellen vor Etablierung einer entsprechenden Separationstechnik (ab 2004 Ramser et al Blood 2004) als Standardanwendung nicht in Frage. Seither haben sich 2 sehr ähnliche Separationstechniken (Streptamer oder mittels Cytokin-Capture Assay) entwickelt, die bisher bei der klinischen Wirksamkeit keine entscheidende Unterschiede aufweisen und beide eingesetzt werden. In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 hat die Übertragung von virusspezifischen Spender-Immunzellen nach allogener Stammzelltransplantation den Status 1 (Position 74 der NUB-Liste 2016)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können keine exakten Aussagen gemacht werden, da die Länge des stationären Aufenthalt von dem klinischen Zustand des Patienten abhängt und nicht so sehr von der Gabe der spezifischen Lymphozyten. Allerdings ist eine Gabe von Virus-spezifischen T-Zellen deutlich kürzer als die über Tage (Wochen) mit entsprechender Toxizität durchzuführende antivirale Chemotherapie.
Methode in Deutschland	
Medikament zugelassen	Die mittels des Streptamerverfahrens hergestellten allogen-gerichteten Antigen-spezifischen T Lymphozyten (Donorlymphozyten) sind als Blutzubereitung gern. § 4 Abs. 2 AMG einzustufen. Allogene Blutzubereitungen bedürfen in Deutschland keiner Zulassung oder Genehmigung für das Inverkehrbringen. Eine Zulassungspflicht oder Genehmigungspflicht zum Inverkehrbringen nach §21a AMG entfällt daher für dieses Medikament. Dieses Medikament wird in Deutschland aufgrund einer Herstellungserlaubnis in Verkehr gebracht. Für das beantragte Medikament liegt die erforderliche Herstellungserlaubnis vor bzw. wird bei Herstellung im GMP-Labor einzelner Kliniken dort vorgelegt.
Methode im Krankenhaus	2014
Methode in Krankenhäusern	10-12
Patienten letztes Jahr	1
Patienten dieses Jahr	1
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	siehe hochgeladene Tabelle zu 4.1
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die oben gezeigten Mehrkosten übersteigen sowohl die Standardabweichungen (2016 = 5998€ €, Quelle: G-DRG Reportbrowser 2016) in der DRG T63A als auch die Kosten im Kostenmodul 4b (860€). Für das Datenjahr 2015 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein ist, als dass genügend Kosten- und Leistungsdaten aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2017 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von mindestens 20 000€€ pro Applikation können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden und die Gabe von

Feld	Wert
	virusspezifischen Zellen ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	8-802.42 Lymphozyten vom gleichen Spender nach Transplantation von hämatologischen Stammzellen mit virusspezifischer In-Vitro-Aufbereitung. 8-802.22 Lymphozyten mit virusspezifischer In-Vitro-Aufbereitung.
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	T63A
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-802.42 8-802.22



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1707324 NUB 123 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1707324
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 11:51
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Renate
Name	Dahmen
Abteilung	Kardiologie
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715171
Telefax	
E-Mail	Renate.Dahmen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Sonstige Matthias Vogt
Benennung	Parachute®-SystemKatheterbasiertes (perkutanes), ventrikuläres Partitionierungsimplantat zur Behandlung von (chronischer) Herzinsuffizienz aufgrund ischämischer Herzkrankheiten
Alternative Bezeichnung	Parachute®-System Katheterbasiertes (perkutanes), ventrikuläres Partitionierungsimplantat zur Behandlung von (chronischer) Herzinsuffizienz aufgrund ischämischer Herzkrankheiten
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1608980
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	Medizinprodukt der Klasse III gemäß 93/42/EEC Anhang IX, Regel 8, 2. Spiegelstrich. Keine Erstmaligkeit im Sinne des §137h SGB V, da vor dem 1.1.2016 Anfragen für die Methode gestellt wurden.
Handelsname	Cardiokinetix Parachute®
CE-Kennzeichnung	Das verwendete Parachute® System erhielt erstmalig im Juni 2011 die CE-Zertifizierung und wurde danach weiterentwickelt (CE 589060).

Feld	Wert
Beschreibung	Das innovative Verfahren ist eine katheterbasierte Behandlung für Patienten mit ischämischer Herzinsuffizienz aufgrund der Folgen einer linksventrikulären Dilatation nach einem Vorderwandinfarkt (Kardiomyopathie). Das Verfahren beinhaltet die perkutane, katheterbasierte Implantation des fallschirmförmigen Partitionierungsimplantats (Parachute®) in den beeinträchtigten, erweiterten linken Ventrikel. Das Implantat besteht aus einem faltbaren Nitinolrahmen, der von einer Fluoropolymermembran überspannt wird. Es unterteilt den dilatierten Ventrikel in eine dynamische und eine statische Kammer (Partitionierung). Die statische Kammer ist der Teil des linksventrikulären Hohlraums, der durch das Verfahren von der Blutzirkulation abgetrennt wird. Durch dieses Implantat werden die Belastungen, die auf dem gesunden, funktionierenden Myokard liegen und die Kräfte, die auf das apikale Segment übertragen werden, sowohl in der Diastole als auch in der Systole verringert. Dies führt zu einer Elimination der Kräfte, die für die linksventrikuläre Dilatation verantwortlich sind und dadurch zu einer Reduktion der ventrikulären Wandspannung. Zusätzlich führt die Größenreduktion der dynamischen Kammer zu einer Verringerung der Myokardbelastung im normalen Myokard (Laplace-Gesetz), was zu einer globalen Entlastung des Ventrikels führt. Eine Publikation aus Hamburg weist die akute hämodynamische Wirksamkeit des Parachute®-Implantats am Menschen nach. Die Implantation des Parachutes zeigt eine signifikante Reduktion des linksventrikulären Volumens mit einer akuten Verbesserung der Links-/Rechtsherzfunktion, was das Konzept der linksventrikulären Partitionierung belegt. Das Verfahren wird im Katheterlabor unter moderater Sedierung durchgeführt. Vor der Implantation wird eine linksventrikuläre Angiographie (LV-Angiographie) in zwei Projektionen (LAO/RAO) durchgeführt und aufgezeichnet, um die Größe des linken Ventrikels zu bestätigen, die bei der Voruntersuchung durch ein Echokardiogramm und ein Kardio-CT ermittelt wurde. Während der Implantation wird eine echokardiographische Kontrolle sowie eine zweite (biplane) LV-Angiographie zur Bestätigung und Dokumentation der Platzierung des Parachute®-Implantats vorgenommen. Anschließend werden alle Katheter entfernt und der Femoralzugang verschlossen sobald dies möglich ist. Klinische Evidenz: Bislang wurden drei Studien durchgeführt, deren Patientenrekrutierung abgeschlossen ist. Die Daten zweier Studien (eine davon in den USA, eine in Europa) wurden im Zuge der europäischen Marktzulassung verwendet (CE Mark Approval Data; EU-Studie: n=19 Patienten, 16 Intent-to-treat; US-Studie: n=20 Patienten, 18 Intent-to-treat). Als Teil der Erfordernisse des Marktzulassungsprozesses wurden darüber hinaus noch einmal 100 Patienten für eine Marktbeobachtungsstudie rekrutiert (PARACHUTE III Studie, 100 Intent-to-treat-Patienten). Die 1-Jahres Ergebnisse der Meta-Analyse von 134 Patienten aus diesen Studien wurden erstmalig auf dem ACC-2015 und auch dem DGK-Kongress 2015 berichtet. Die klinischen Ergebnisse können wie folgt zusammengefasst werden: - Hoher Behandlungserfolg von 95,5% bei niedriger Komplikationsrate (Major VARC 8,2%). - Anhaltende hämodynamische Verbesserungen sowohl in der systolischen als auch diastolischen Phase des Herzzyklus mit einer signifikanten Abnahme der LV Volumina ($p < 0.0001$), Verbesserung der Kontraktilität und Abnahme des linksatrialen Volumenindex. - Verbesserung (50%) oder Beibehaltung (33%) des NYHA-Status der Patienten ein Jahr nach der Behandlung. - Verbesserung der Belastbarkeit im 6-Minuten-Gehtest von 369 Meter (Baseline) auf 391 Meter nach 12 Monaten ($p < 0,01$) mit einer Verlängerung der Gehstrecke um mehr als 20 Meter bei 46% der Patienten und Beibehaltung der Gehstrecke bei weiteren 27% der Patienten. - Niedrige beobachtete 1-Jahres-Mortalitätsrate von 8,7%. - Positive Wirksamkeit bezogen auf harte Endpunkte wie Mortalität und Re-Hospitalisation (23,6%) im Vergleich mit aus der Literatur bekannten Ergebnissen, die sich dort auf bis zu mehr als 35% belaufen können. Die 1-Jahres-Ergebnisse der PARACHUTE III Studie zeigen vergleichbare Ergebnisse und wurden im Oktober 2015 in EuroIntervention publiziert. Die 2-Jahres Ergebnisse der Meta-Analyse von 134 Patienten wurden erstmalig auf dem TCT- 2015 und auch dem DGK-Kongress 2016 berichtet und bestätigen den anhaltenden Wirkmechanismus nach 2 Jahren (Abnahme der Wandbewegungsstörungen, Volumenreduktion und verbesserte LV-Geometrie), die anhaltende funktionelle Verbesserung gemessen am NYHA-Status der Patienten sowie die niedrige beobachtete 2-Jahres-Mortalitätsrate von 12,9% mit Abnahme der Mortalität von 8,7% im ersten auf 4,2% im zweiten Jahr. Für 31 Patienten liegen Langzeitdaten über 3 Jahre vor. Insgesamt zeigten 52% der Patienten eine symptomatische Verbesserung, 33% keine Änderung und

Feld	Wert
	lediglich 15% eine symptomatische Verschlechterung. 13,8% der Patienten hatten nach drei Jahren eine Transplantation oder ein Ventrikel-Assistenzsystem erhalten. Die Gesamtmortalitätsrate der Studienpopulation lag bei lediglich 13,9%, die kardiale Mortalitätsrate bei nur 6,5%. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass das Parachute®-Verfahren auch langfristig bedeutende und anhaltende Verbesserungen bei den Patienten bewirken kann. Auf Basis der Ergebnisse vergangener klinischer Studien mit ähnlichen Studienpopulationen kann angenommen werden, dass die Rate für Tod und Hospitalisierung aufgrund von Herzinsuffizienz bei Anwendung der Parachute®-Behandlung im Gegensatz zur medikamentösen Behandlung um 30% bis 50% reduziert werden kann. Quellen: Martyn Thomas et al. Percutaneous Ventricular Restoration (PVR) therapy using the Parachute Device in 100 Subjects with Ischemic Dilated Heart Failure: PARACHUTE III, European Trial, One-Year Primary Endpoint Results. EuroIntervention 2015;11:710-717 Percutaneous Ventricular Restoration (PVR) therapy using the Parachute Device in Subjects with Ischemic Dilated Heart Failure: One Year Meta-Analysis of 134 patients. Peter Fail: ACC2015 und Helge Möllmann: DGK Kongress 2015 Percutaneous Ventricular Restoration (PVR) therapy using the Parachute® Device in Subjects with Ischemic Dilated Heart Failure: Two Year Pooled-Analysis. K.-H. Kuck: TCT2015 und S. Kische: DGK Kongress 2016 Costa MA, Mazzaferri EL Jr, Sievert H, Abraham WT. Percutaneous Ventricular Restoration using the Parachute® Device in Patients with Ischemic Heart Failure: Three-year Outcomes of the PARACHUTE First-in-Human Study. Circ Heart Fail. 2014 Jul 18. pii: CIRCHEARTFAILURE.114.001127, epub ahead of print Schmidt T, Frerker C, Thielsen T, Dotz I, Wohlmuth P, Kuck KH, Schäfer U. New evidence for favourable effects on haemodynamics and ventricular performance after Parachute® implantation in humans, European Journal of Heart Failure (2014), doi:10.1002/ejhf.160
Indikation	Das katheterbasierte, perkutan platzierte, ventrikuläre Partitionierungsimplantat wird in Patienten mit einer ischämischen Kardiomyopathie eingesetzt, um den fehlerhaft funktionierenden Teil des dilatierten linken Ventrikels - verursacht durch einen Vorderwandinfarkt - zu isolieren und die Herzfunktion wieder herzustellen. Betroffene Patienten leiden an symptomatischer (chronischer) Herzinsuffizienz, inklusive eines verringerten Herzzeitvolumens und damit assoziierter Atemnot sowie weiterer maligner Zustände. Der durchschnittliche Parachute®-Patient ist jung (60 Jahre alt) und hatte innerhalb der letzten drei Jahre einen Herzinfarkt, der zu einer Vergrößerung des Herzmuskels geführt hat (linksventrikuläres Remodeling). Die negativen Auswirkungen des linksventrikulären Remodelings (verursacht durch die ischämische Infarktnarbe) sind eine reduzierte Ejektionsfraktion, ein hoher ventrikulärer Druck, Mitralinsuffizienz und Beeinträchtigung der Lebensqualität.
Ablösung / Ergänzung	Zur Minimierung der Symptome und einer gewissen Verlangsamung der Krankheitsprogression bei Herzinsuffizienzpatienten stehen einige Behandlungsoptionen zur Verfügung, die durch die neue Methode ergänzt werden. Die Kombination aus Lebensstiländerung und Pharmakotherapie kann sowohl die Überlebensraten als auch die Lebensqualität verbessern und wird am häufigsten bei Patienten mit keiner oder leichter Symptomatik initiiert. Mit dem Verlauf der Krankheit und ab dem Zeitpunkt, zu dem die Pharmakotherapie die linksventrikuläre Funktion nicht mehr adäquat verbessert, sind die Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz Kandidaten für andere Interventionen. Für moderat bis schwer betroffene Patienten kommen je nach individueller Situation chirurgische Optionen wie Herzklappen-Reparaturverfahren, die Koronararterien-Bypass-Chirurgie und Verfahren zur chirurgischen Ventrikelrekonstruktion in Frage. Darüber hinaus existieren Behandlungen auf Basis von implantierbaren Medizinprodukten für diese Patienten, wie die kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) und der Einsatz implantierbarer Defibrillatoren. Für Patienten im Endstadium der Krankheit, verbleiben entweder die Transplantation oder der Einsatz von mechanischen Kreislaufunterstützungssystemen (ventricular assist devices, VAD) als letzte Optionen. Das Parachute®-Implantat ermöglicht eine katheterbasierte, minimalinvasive, nicht-chirurgische Behandlung von Patienten, die an Herzinsuffizienz aufgrund eines dilatierten linken Ventrikels leiden, dessen Ursache ein (alter, zuvor erfolgter) Myokardinfarkt ist. Im Gegensatz zu den meisten verfügbaren Herzinsuffizienzbehandlungen, zielt das neue Verfahren auf die mechanistische Ursache des dilatierten linken Ventrikels ab: die durch

Feld	Wert
	den Myokardinfarkt hervorgerufene Narbe (Infarktnarbe). Hinsichtlich der Wirkweise ist die neue Methode vor allem der chirurgischen Ventrikelrekonstruktion ähnlich, d.h. die Eingriffe zielen auf die Ausschaltung der Infarktnarbe und die Reduktion des linksventrikulären Volumens ab. Die chirurgischen Verfahren weisen in einer Metaanalyse eine vergleichsweise hohe Rate für die postoperative Mortalität auf. Darüber hinaus ist für die chirurgische Ventrikelrekonstruktion bekannt, dass sie einen negativen Effekt auf die diastolische Ventrikelfüllung hat. Die diastolische Ventrikelfüllung steht in direktem Zusammenhang mit dem aktiven Prozess der linksventrikulären Relaxation, der zu einem "Saugeffekt" führt. Es wird angenommen, dass dieser Effekt durch eine schnelle Aufdrehung des linksventrikulären Apex in der frühen Phase der Diastole hervorgerufen wird. Dieser Prozess wird durch die unflexible Naht und den bei der Methode verwendeten "Flicken" behindert. Die chirurgische Ventrikelrekonstruktion ist nur sehr eingeschränkt für Patienten anzuwenden aufgrund des hohen Risikos, das damit einhergeht. Zudem ist die Behandlung nur für die Patienten in Betracht zu ziehen, die sich auch einem koronaren Bypass oder einem chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe unterziehen müssen. Im Gegensatz zu den chirurgischen Eingriffen zeigen sich der hohe Behandlungserfolg und die äußerst niedrige (praktisch nicht vorhandene) Krankenhausmortalitätsrate als zentraler Vorteil der neuen Methode unter Anwendung des Partitionierungsimplantats. Das Partitionierungsimplantat ist flexibler und es konnte gezeigt werden, dass seine Anwendung die diastolische Füllung verbessert, indem der enddiastolische Füllungsdruck reduziert wird. Durch das niedrige Risikoprofil, das mit der neuen Methode einhergeht, kann hingegen vielen Patienten mit Herzinsuffizienz und relativ gut erhaltenen Koronararterien eine Behandlung für ihren beschädigten, linken Ventrikel angeboten werden. Insofern stellt das neue Verfahren eine Ergänzung der interventionellen Methoden zur Behandlung der Herzinsuffizienz dar, von denen je nach zugrundeliegender Ursache verschiedene Ansätze existieren. Bei funktionell beeinträchtigter Aorten- oder Mitralklappe kommt ein interventioneller, endovaskulär oder transapikal implantierter Herzklappenersatz in Betracht (speziell in multimorbiden, älteren Patienten), um die vorhandene oder drohende Herzinsuffizienz zu behandeln. Darüber hinaus stehen weitere Alternativen, wie das perkutan-transluminale Clipping bei Mitralklappeninsuffizienz, zur Verfügung.
Was ist neu?	Das Parachute®-Verfahren wird idealerweise in Patienten mit beschädigtem Herzmuskel und beginnender linksventrikulärer Dilatation angewandt. Gegenwärtig gibt es speziell für diese Zielpatientengruppe keinen vergleichbaren Ansatz. Daher ist das Verfahren einzigartig in der Herangehensweise zur Behandlung der Herzinsuffizienz verursachenden Kardiomyopathie auf minimalinvasivem, interventionellem Wege. Das verwendete Parachute® System erhielt erstmalig im Juni 2011 die CE-Zertifizierung, und wurde im Oktober 2012 um zwei Größen erweitert. Die Weiterentwicklung einzelner Systemkomponenten wurde auch danach fortgeführt, einschließlich eines neuartigen, steuerbaren Führungskatheters (CE-zertifiziert seit Mai 2014) und verbesserter Standardkatheter (CE-zertifiziert seit September 2014). Bis Anfang August 2016 ist die Behandlung weltweit bei über 500 Patienten, davon in Deutschland bei 120 Patienten, angewandt worden.
Verweildauer	Die Analyse einer deutschen Studienkohorte aus dem Jahre 2011 zeigt eine durchschnittliche stationäre Verweildauer der Patienten von 6,4 Tagen. Die Analyse von 82 Patienten der Cohort B und Parachute III Studie zeigt eine durchschnittliche stationäre Verweildauer der Patienten von 6,1 Tagen.
Methode in Deutschland	Das Verfahren wurde in Deutschland erstmals im Rahmen klinischer Studien in 2006 eingesetzt. Durch die CE-Zertifizierungen in 2011 bzw. 2012 (komplettes System) wurde die Methode zwar als reguläre Behandlungsoption verfügbar gemacht. Bis einschließlich 2014 war die Behandlung in Deutschland allerdings aufgrund der Vergütungssituation (ohne NUB Status 1) nur vereinzelt außerhalb klinischer Studien eingesetzt worden.
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2016

Feld	Wert
Methode in Krankenhäusern	Bis August 2016 sind in Deutschland in 14 Krankenhäusern insgesamt 120 Behandlungen vorgenommen worden. Von diesen 120 Fällen fanden 83 außerhalb klinischer Studien statt. Das Interesse an der neuen Behandlung steigt unterdessen weiter. Aufgrund des notwendigen, sorgfältigen Trainings der kardiologisch spezialisierten und an der Behandlung interessierten Kliniken ist die Zahl der implantierenden Krankenhäuser begrenzt und wird in 2016 ca. 20 Zentren umfassen.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	1
Patienten Zukunft	10
Mehrkosten	Die im stationären Bereich anfallenden Mehrkosten der neuen Behandlungsmethode setzen sich im Wesentlichen aus dem bei der Implantationsprozedur entstehenden Aufwand zusammen. Dies sind vorrangig die Kosten für das Implantat und die Kosten des übrigen medizinischen Sachbedarfs. Weiterer, kostenrelevanter Aufwand entsteht durch den Personaleinsatz, die unmittelbare, diagnostisch orientierte Nachsorge und die vollstationäre Verweildauer des Patienten. Die neue Behandlung geht mit einem hohen Sachkostenanteil einher. Dies liegt vor allem an dem speziell entwickelten und gefertigten Implantat mit einem eigenen Katheter- und Trägersystem. Mittlerweile existieren verschiedene Generationen des Implantats, bzw. des Implantate-Kits (Implantat und Führungskatheter). Die aktuelle Generation verfügt über verbesserte Standardkatheter. Der Bruttopreis der alten Generation betrug ca. 14.766 €, der Bruttopreis der aktuell verfügbaren Generation liegt bei ca. 16.267 €, bei Einsatz des steuerbaren Führungskatheters bei ca. 18.725 €. Die durchschnittliche, vollstationäre Verweildauer bei der neuen Behandlung betrug in einer deutschen Studienkohorte, die 2011 behandelt wurde, etwa 6,4 Tage. Die für die Implantation benötigte, durchschnittliche Zeit im Katheterlabor betrug dabei knapp über 100 Minuten. Die Kosten einer typischen Behandlung setzen sich folgendermaßen zusammen: Implantations-Kit (Partitionierungsimplantat und Führungskatheter), inkl. MwSt.: Aktuelle Generationen ~ 16.267 €, mit steuerbarem Führungskatheter ca. 18.725 €. Weiterer erforderlicher medizinischer Sachbedarf für die Implantationsprozedur (Schleusen, Gefäßverschlusssysteme, etc.), inkl. MwSt.: ~ 1.600 € Weitere Sachkosten (v.a. Arzneimittel) für die Implantationsprozedur, inkl. MwSt.: < 100 € Personalkosten für die Implantationsprozedur: ~ 350 € Spezieller Aufwand postinterventionell (vor Entlassung, v.a.: Antibiotika & Antikoagulation, eine TEE, eine TTE): ~ 350 € Angenommener durchschn. Aufwand pro Tag Verweildauer: ~ 620 € (Personal- und Sachkosten pro Belegungstag, Quelle: http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/aok/zahlen/zuf_2015_web.pdf) Angenommene durchschn. Verweildauer pro stationärem Aufenthalt: ~ 6 Tage (nach Daten aus Studienkohorte 2011 und Parachute III Studie, 2015) Daraus ergeben sich durchschnittliche Fallkosten in Höhe von ca. 22.387 €, bei Einsatz des steuerbaren Führungskatheters ca. 24.845 €. Die Gesamtkosten der neuen Behandlung rangieren bei komplikationslosen Verläufen entsprechend zwischen ca. 22.400 € und max. 24.850 €. Im G-DRG-System 2016 wird die Abbildung der transarteriellen Implantation eines ventrikulären Partitionierungsimplantats (OPS Code 5-37a.0) bei einem typischen Patienten von der DRG F09C (Fallpauschale: 7.965,31 € bei BBFW von 3311,98 € in 2016) bestimmt. Bei einem Erlös von 7.965,31 € (F09C) ergeben sich Mehrkosten des Verfahrens in Höhe von ca. 14.450 € bis max. 16.880 €. Im Vergleich zu offen chirurgischen Ventrikelrekonstruktionsverfahren belaufen sich die zusätzlichen Kosten gegenwärtig auf etwa 7.033 € bis zu etwa 9.490 € (DRG F07B, Fallpauschale: 15.354,34 € G-DRG 2016, Bundesbasisfallwert 2016, Normalliegender). Die Implantation bestimmter kardialer Systeme (z.B. 3-K-ICD) geht mit vergleichbaren Kosten einher (z.B. DRG F01A, G-DRG 2016, Bundesbasisfallwert 2016, Normalliegender). Verglichen mit einem endovaskulär oder transapikal implantierten Aorten- oder Mitralklappenersatz (DRG F98A oder F98B, 36.709,99 € bzw. 33.961,04 € bei BBFW 2016) ergeben sich um mindestens ca. 9.120 € (Einsatz steuerbarer Führungskatheter) bzw. 11.570 € (aktuelles Standardsystem) niedrigere Kosten. Im Falle des interventionellen Mitralklappen-Clippings (DRG F98C, 33.172,79 €) liegen die Kosten um mindestens ca. 8.330 €, bzw. 10.790 € niedriger.

Feld	Wert
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die Gesamtkosten des neuen Verfahrens belaufen sich in Abhängigkeit der eingesetzten Systemgeneration auf ca. 22.400 € bis max. 24.850 € (siehe Abschnitt zu Mehrkosten). Die entsprechenden Behandlungsfälle im G-DRG-System 2016 führen vorrangig in die DRG- Gruppe F09- (angesteuert durch den OPS 5-37a.0). Da die DRG F09A nur bei komplizierenden Konstellationen gilt, sind es zunächst die DRGs F09B und F09C, welche auf die Behandlungsfälle zutreffen können. Die bisher in Deutschland mit dem Implantat behandelten Fälle haben gezeigt, dass vorwiegend die F09C zur Abrechnung kommt. DRG F09C gilt in Fällen mit PCCL <4 und wird mit durchschnittlich 7.965,31 € vergütet (G-DRG 2016, Bundesbasisfallwert 2016, Normallieger). Die DRG weist einen sehr hohen Kostenanteil im Bereich der Intensivstation und des OP-Bereichs auf (Summe Kostenstellengruppe 02: 1.277,32 € (=1.132,84 (Kostenbereich 02 InEK-Kalkulation) / 2.865,71 € (InEK-Basisfallwert) x 3311,98 € (Bundesbasisfallwert)), Kostenstellengruppe 04: 1.681,01 €), was zusammen über 40 Prozent der Gesamtfallkosten ausmacht (7.965,31 €). Die Implantatkosten belaufen sich auf rund 493 € (Berechnung: 426,64€ * BBFW 3.311,98 € / Bezugsgröße 2.865,71 €). Der übrige medizinische Bedarf (Kostenartengruppen 6a und 6b) beläuft sich auf 1.421,72 €, wovon jedoch nur 457,31 € im Bereich der kardiologischen Diagnostik / Therapie anfallen. [Quelle: DRG Report Browser Hauptabteilung Version 2016 mit Ansatz des Bundesbasisfallwertes 2016] Die stationären Kosten beim neuen Verfahren werden voraussichtlich annähernd in der Höhe anfallen, wie in der DRG berücksichtigt, jedoch zum Großteil im Bereich der Normalstation und weniger auf der Intensivstation (vgl. Kalkulation Verweildaueraufwand: 6x 620 Euro pro Tag). Die in der DRG F09C für den Bereich OP berücksichtigen Kostenanteile werden eher im Bereich „Kardiologische Diagnostik und Therapie“ anfallen. Nicht gedeckt sind durch die DRG F09C aber die Implantatkosten, die ca. 15.800 € bis max. 18.200 € über dem Erlösanteil für Implantate liegen. Die neue Behandlung stellt einen neuartigen Ansatz dar mit einer für die Behandlung der Zielpatientengruppe bislang nicht existenten Kostenstruktur. Die neue Methode wird daher aufgrund struktureller Ursachen nicht sachgerecht im DRG-System abgebildet, wodurch es zu einer deutlichen, finanziellen Schieflage bei der Leistungserbringung kommt. Dem Verfahren wurden für die Jahre 2015 und 2016 bereits der Status 1 zugeordnet. Um den innovativen Ansatz Patienten und behandelnden Ärzten weiterhin verfügbar zu machen, sind ein NUB Status 1 und ein nachgelagert zu verhandelndes NUB-Zusatzentgelt notwendig.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	G-DRG 2016: F09C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-37a.0



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1714925 NUB 125 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1714925
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 13:13
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Renate
Name	Dahmen
Abteilung	Kardiologie
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715171
Telefax	
E-Mail	Renate.Dahmen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Valtech Cardio c/o Kuhl Consulting Andreas Kuhl
Benennung	Transvenöse Mitralklappen-Rekonstruktion durch Anuloplastie
Alternative Bezeichnung	Cardioband-System
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1611742
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	
Handelsname	Cardioband
CE-Kennzeichnung	3900211DE02
Beschreibung	Das hier beschriebene neuartige System zur Behandlung der Mitralklappeninsuffizienz ermöglicht die kathetergeführte Implantation eines Anuloplastie-Bandes über einen transfemorale, venösen Zugang. Hierbei ist das Band vergleichbar mit solchen, wie sie in einer Operation am offenen Herzen verwendet werden. Die Verbindung zwischen Band und Mitralklappenring ist dabei nahtlos, da speziell entwickelte Anker-elemente zur Fixierung des Implantates im Herzen verwendet werden. Die Implantation und

Feld	Wert
	Formanpassung des Bandes wird am schlagenden Herzen durchgeführt, so dass eine Anwendung auch bei Patienten mit relativen oder absoluten OP-Kontraindikationen möglich ist. Der Eingriff wird in einem Herzkatheterlabor unter Vollnarkose durchgeführt. Dabei wird über einen transfemorale venösen Zugang eine transseptale Punktion zum linken Atrium durchgeführt. Es folgt die Einführung des Zubringungssystems in das linke Atrium. Um die ideale Position für das Band und die Ankerelemente auf dem Mitralklappenring zu identifizieren, werden die Verfahren der Echokardiographie und der Fluoroskopie verwendet. In der Folge werden 12 bis 17 Ankerelemente nacheinander eingebracht, um das Band sicher zu fixieren. Das Band wird, ähnlich wie beim offenchirurgischen Verfahren, in supra-anularer Position über dem posterioren Anulus implantiert. Nachdem das Band erfolgreich platziert worden ist, wird das Zubringungssystem entfernt und das Instrument zur Anpassung der Bandgröße über den liegenden Draht eingeführt. Die Anpassung der Größe erfolgt ebenfalls kathetergeführt und führt zu einer Reduzierung der Größe des Mitralklappenrings und resultierend zur Wiederherstellung der physiologischen Klappenfunktion. Im Gegensatz zu den indirekten Verfahren resultiert bei der Mitralklappenrekonstruktion durch direkte Anuloplastie eine echte Rekonstruktion des Klappenringes. Der Zeitaufwand für den gesamten Eingriff beträgt bei einem trainierten Implanteur durchschnittlich circa 2 Stunden. Die Operation wird üblicherweise von einem erfahrenen interventionellen Kardiologen durchgeführt, unterstützt von einem Echokardiographie-Spezialisten und einem Facharzt für Anästhesiologie.
Indikation	Die hier beschriebene Anuloplastie ist bei Patienten mit behandlungsbedürftiger Herzklappeninsuffizienz angezeigt. Da Cardioband über einen transfemorale, minimalinvasiven Eingriff am schlagenden Herzen implantiert wird, kommt das Verfahren vorwiegend bei Patienten zur Anwendung, bei denen eine konventionell chirurgische Anuloplastie am offenen Herzen unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als zu risikoreich eingeschätzt wird.
Ablösung / Ergänzung	Neben den beschriebenen offenchirurgischen Verfahren existiert eine Vielzahl anderer interventioneller Möglichkeiten zur Behandlung einer Mitralklappeninsuffizienz. Dabei wird zwischen direkten und indirekten Anuloplastie und alternativen Verfahren wie dem Clippen von Klappensegeln oder der Implantation von Neochordae unterschieden. Das hier beschriebene Verfahren stellt dabei im Vergleich zu den häufigeren Verfahren mit Implantation von Spangen in den Koronarsinus (indirektes Verfahren) einen direkten Eingriff an der Mitralklappe im Sinne einer Rekonstruktion dar. Grundsätzlich können alle beschriebenen Verfahren von der hier beschriebenen Technik abgelöst werden, wobei davon auszugehen ist, dass letztlich eine Ergänzung des bisher möglichen therapeutischen Vorgehens in der Form stattfinden wird, dass Patienten, bei denen eine direkte Anuloplastie erforderlich ist, bei denen ein offenchirurgisches Vorgehen bisher aber aus Gründen des Operationsrisikos nicht durchgeführt werden konnte, diesem neuen Verfahren zugeführt wird.
Was ist neu?	Das Cardioband-System ist eine innovative kathetergeführte Methode zur Rekonstruktion der Klappenebene bei Mitralklappeninsuffizienz zur Wiederherstellung der Klappenfunktion und Behandlung der damit verbundenen Herzklappeninsuffizienz. Zudem haben noch immer nur wenige Implantate, die bei dem konventionell chirurgischen Verfahren zu Anwendung kommen einen Mechanismus zur patientenindividuellen Größenanpassung.
Verweildauer	Erkenntnisse zur Beeinflussung der stationären Verweildauer liegen derzeit noch nicht vor.
Methode in Deutschland	Die CE-Zertifizierung erfolgte im September 2015.
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	Das Verfahren wird aktuell in 14 Kliniken in Deutschland eingesetzt (ca. 20 Kliniken für das Gesamtjahr 2016 erwartet). In diesen Kliniken wurden aktuell 66 Fälle behandelt (36

Feld	Wert
	davon in 2016), wobei bis Ende des Jahres 2016 ca. 65 Behandlungsfälle erwartet werden.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	20
Mehrkosten	Die Mehrkosten des Verfahrens im Vergleich zu anderen interventionellen Verfahren, welche in ähnlichen DRG-Pauschalen abgebildet werden, beruhen im Wesentlichen auf der Höhe der Materialkosten. Das vollständige System ist mit Sachkosten von ca. 21.000 € (zzgl. MwSt.) verbunden. Dieser Preis ist zum einen bedingt durch das Implantat, zum anderen mit Kosten für die zusätzlichen Komponenten (z.B. Applikationskatheter zum Einmalgebrauch), welche notwendig sind, um das Band transvenös - also ohne eine Operation am offenen Herzen - zu implantieren. Zusätzlich wird das Katheterlabor inklusive Personal (zwei Kardiologen, ein Anästhesist, eine Anästhesie-Pflegekraft und mindestens eine MTRA) für eine durchschnittliche Dauer von zwei Stunden gebunden.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die Eingruppierung der Behandlungsfälle auf der Grundlage einer kardiologischen Hauptdiagnose (in der Regel I34.0 [Mitralklappeninsuffizienz]) und dem OPS-Kode 5-35a.2 [Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Endovaskuläre Mitralklappenanuloplastik] führt bei einem PCCL-Wert von weniger als 4 in die G-DRG F19C. Erst beim Erreichen eines Gesamtschweregrades von 4 wird die G-DRG F19A angesteuert. Die Vergütungshöhe in der G-DRG F19C beläuft sich auf der Basis des Bundes-Basisfallwertes 2016 [3.311,98 €] auf 6.226,52 €, die der G-DRG F19A auf 11.810,52 €. Die Sachkosten des Verfahrens von ca. 21.000 € setzen sich dabei zum Teil aus Implantatkosten, zum Teil aber auch aus anderen Fall bezogen zu erfassenden Sachkosten zusammen. Die in der Kalkulation des G-DRG-Systems 2016 in den beiden typischen Ziel-DRGs herangezogenen Kosten sind nicht dazu geeignet, eine Finanzierung des hier dargestellten Verfahrens zu ermöglichen, da der Gesamterlös der beiden G-DRGs geringer ausfällt als die Sachkosten des Verfahrens. Das Verfahren der Mitralklappenrekonstruktion durch direkte Anuloplastie ist noch neu (CE-Zertifizierung September 2015) und gegenüber den anderen Anuloplastieverfahren im Datensatz auch nicht differenziert zu identifizieren. Für das Jahr 2016 erhielt das Verfahren den NUB-Status. Ohne ein Innovationsentgelt käme es aufgrund der dargestellten Situation entweder zur einer deutlichen Unterfinanzierung von Kliniken, welche dieses Verfahren in ihr Therapiespektrum aufnehmen wollen oder es resultierte die erhebliche Gefahr einer ökonomisch getriggerten Leistungsvermeidung.
Prozeduren - Beschreibung	Neuer OPS: 5-35a.21
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	F19A F19C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-35a.2



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1721095 NUB 126 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1721095
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1 bzw. 2
letzte Änderung	22.10.2016 21:19
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Carsten
Name	Meyer
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Str. 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715237
Telefax	
E-Mail	carsten.meyer@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney Technik (122)
Alternative Bezeichnung	
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1622641
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	nicht bekannt
Handelsname	Cook Zenith, Medtronic Endurant, Gore Excluder
CE-Kennzeichnung	nicht bekannt
Beschreibung	Die interventionelle Ausschaltung von Aortenaneurysmen ist seit längerer Zeit Standard und bietet den Patienten deutlich günstigere Ergebnisse als die offene Operation. Während zunächst nur Aortenbereiche ohne Seitenabgänge mit dem Stentgraft versorgt werden konnten, wurde diese Technik nun auch auf die Aortenbereiche mit Seitenarmabgängen ausgedehnt. Von Herstellerseite wurden hier Prothesen mit Seitenarm und Fenster auf den Markt gebracht, auch dieses Verfahren ist inzwischen auf

Feld	Wert
	dem Weg zur festen Etablierung und hat sich schon sehr gut bewährt. Leider sind diese industriell gefertigten Prothesen mit 2 relevanten Nachteilen behaftet: Zum Ersten ist die Herstellung sehr teuer und aufwendig, zum Zweiten ist die Herstellung zeitaufwendig, man rechnet mit Wartezeiten von etwa 3 Monaten, bis solche Prothesen eingesetzt werden können. Aus dieser Situation heraus wurde eine neue Technologie entwickelt, das sog. Chimneyverfahren, auch genannt Parallelstentgraftverfahren, Schnorcheltechnik oder Periskoptechnik. Das Prinzip beruht darauf, daß nebem dem regulären Rohr- oder Y-Hauptstentgraft in der Aorta parallel und außerhalb des großen Stentgraft kleinlumige Stentgrafts eingebracht werden, die in die Zielarterien münden und oberhalb oder unterhalb des Hauptstentgrafts enden, so daß hier die Blutversorgung der Seitengefäße über den parallelen Stentgraft erfolgt. Dieses Verfahren findet nun seit etwa 2-3 Jahren weitere Verbreitung. Die Vorteile sind evident: Unmittelbare Verfügbarkeit auch im Notfall sowie geringerer Materialaufwand.
Indikation	Patienten mit Aorten- oder Iliakaaneurysmen bei denen relevante Seitenarme aus dem Aneurysmabereich abgehen. Hier ganz besonders die Patienten, die auf die individuelle Anfertigung von Prothesen nicht warten können (Akut- und Notfälle), aber auch Standardfälle.
Ablösung / Ergänzung	Die offene Operation / Aortenersatz oder patientenindividuell gefertigte Stentprothesen mit Arm oder Fenster Das Verfahren hat sich zwischenzeitlich bewährt, in ersten Studien mit kleiner Fallzahl werden gute Ergebnisse publiziert. Das Verfahren ist in vielen Indikationen und insbesondere in den Akut- und Notfallindikationen von erheblichem Wert und Bedeutung. Die Fallzahl deutschlandweit schätzen wir derzeit mit etwa 350 Fälle/Jahr. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Codierbarkeit und eben auch Codierung sind die realen Zahlen nicht unmittelbar aus der Krankenhausstatistik abzulesen.
Was ist neu?	Das Verfahren als solches wurde komplett neu entwickelt
Verweildauer	keine
Methode in Deutschland	In den letzten 3-4 Jahren
Medikament zugelassen	Entf
Methode im Krankenhaus	2012
Methode in Krankenhäusern	
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	1
Patienten Zukunft	5
Mehrkosten	Der Mehraufwand für das Verfahren ist leicht erkennbar: Material: Pro zusätzlicher Seitenarmprothese (Chimneygraft) ist für diese Stentprothese mit einem Mehraufwand von etwa € 2.000/Stück zu rechnen. Darüber hinaus sind spezielle zusätzliche Schleusen und Drähte zur Einbringung dieser Stentprothesen erforderlich. Personal: Die OP-Zeit verlängert sich durch diese relativ komplexe Technik und auch durch die Tatsache, daß diese Stentprothesen häufig von der A. subclavia aus eingebracht werden müssen und somit einen zusätzlichen infraclaviculären Zugang erfordern (offen operativer Zugang). Somit ist von einer Verlängerung der OP-Zeit, abhängig von der Anzahl der benötigten Chimey-Stentgrafts, in der Größenordnung von 60 bis 120 Min. zu rechnen. Bei 3 Ärzten und 2 Assistenzkräften ergibt sich ein zusätzlicher Personalaufwand von 350.- bis 600.-€.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die o.g. Codierung führt in die zugehörige DRG für den regulären Aortenstentgraft (F51a, F51b sowie F42Z) sowie für den iliacalen Bereich: F08 C+E Die zusätzliche Codierung der kleinlumigen Stentprothesen bewirkt keine Änderung der DRG-Klassifikation und erreicht – im Gegensatz zu den Prothesen mit Fenestrierungen bzw. Seitenarmen – auch kein Zusatzentgelt. Der erhebliche Mehraufwand dieses Verfahrens (Mehraufwand

Feld	Wert
	gegenüber der normalen Aortenrohrprothese von in der Regel mehr als 4.000 €) wird nicht vergütet.
Prozeduren - Beschreibung	Für die Codierung dieses Verfahrens bieten sich unterschiedliche Wege an. Zum einen wird es häufig (irrtümlicherweise) als Stentprothese mit einem oder mehreren Seitenarmen verschlüsselt: z.B. 5-38a.1a, b, c.... Die eigentlich vorgesehene Verschlüsselung hat allerdings über die Codierung des regulären Rohrstentgrafts zu erfolgen. Abhängig von der Lokalisation iliacal, abdominal, thoraco-abdominal oder thorakal ergeben sich folgende Codes für diesen Hauptkörper: Rohrprothese iliacal 5-38a.40 Rohrprothese Aorta abdominalis 5-38a.1e, Rohrprothese Aortomonoiliakal 5-38a.12 und Rohrprothese Aortobiilakal 5-38a.14 Rohrprothese Thoraco-abdominal 5-38a.80 Rohrprothese Thorakal 5-38a.70 Bei den kleinelumigen Seitenstentgrafts handelt es sich im Wesentlichen um "normale" Stentprothesen, im Einzelfall werden auch bioaktiv beschichtete Prothesen verwendet. In der Praxis bestehen hier Unklarheiten, welche Codes hierfür zu verwenden sind (intraoperativ, nur Gefäßfreilegung, perkutan...). Es bieten sich an die OPS Codes offen chirurgisch in die Halsgefäße 5-38d.01, 5-38d.11, 5-38d.02, 5-38d.12, 5-38d.08, 5-38d.18 oder in die Visceralgefäße OPS 5-38d.0a, 5-38d.1a. einerseits sowie die perkutanen OPS Codes (8-842.0f bis 8-842.5f) in die Halsgefäße 8-842.02, 8-842.08, 8-842.0j und in die Visceralgefäße 8-842.0a und iliacal 8-842.09 andererseits. Der OPS Zusatz-Kode für die bioaktive Oberfläche bei gecoverten Stents ist die 8-83b.e1 Es können ein bis zu vier Chimneygrafts parallel zur Hauptprothese verwendet werden.
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	F51 A+B, F41Z, F 08 E+C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-38a



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1703899 NUB 128 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1703899
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1 bzw. 4
letzte Änderung	30.10.2016 10:18
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr. med.
Vorname	Christian
Name	Mayer
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Strasse 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828716505
Telefax	
E-Mail	christian.mayer@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	Hybridcoils zur intrakraniellen Aneurysmabehandlung (17)
Alternative Bezeichnung	Hybride Progressive-Softness-Coil zur intrakraniellen Aneurysmabehandlung
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1617100
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	Es wurde bisher keine Anfrage an den G--BA gestellt, da NUB schon in 2016 beantragt wurde.
Handelsname	SMART--Coil, Fa. Penumbra
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Die endovaskuläre Behandlung von intrakraniellen Aneurysmen mit ablösbaren Platinspiralen durch die Neuroradiologie ist eine langjährig akzeptierte und auch in den DRG festgehaltene Behandlungsmethode. Üblicherweise wird bei der Aneurysma-Embolisation zunächst mittels Coils ein Gerüst (Framing-Coil) modelliert, um anschließend mit weiteren Coils das Aneurysma auszufüllen (Filling-Coils). Die stabile

Feld	Wert
	Lage des Katheters ist dabei eine Grundvoraussetzung für eine komplette Ausfüllung des Aneurysma mit Coils und damit der Verhinderung einer Aneurysmarekanalisation. Mit den derzeit verfügbaren Coils kommt es aufgrund der Kraftübertragung (Gegendruck der Metallspiralen im Aneurysma gegen den Mikrokatheter) nicht selten zu einem Verlust der Mikrokatheterposition. Das führt entweder dazu, den Mikrokatheter zeit- und materialaufwendig repositionieren zu müssen, oder es kann dazu führen, die Prozedur vor dem Erreichen der optimalen Packungsdichte unvollständig abubrechen. Ferner sind manche intrakraniellen Aneurysmen aufgrund einer instabiler Mikrokatheterpositionierung überhaupt nicht mittels Metallspiralen zu versorgen. Mit dem Hybridcoil steht eine neue Generation an ablösbaren Metallspiralen zur Verfügung. Der Hybridcoil vereint dabei im Sinne einer „Progressive-Softness Hybridcoil“ die mechanischen Eigenschaften zweier Coils mit unterschiedlichem Steifheits- und Weichheitsgrad (Softness). Beginnend mit einem kurzen weichen atraumatischen Segment (um die Aneurysmawand zu schonen,) wechselt die Spirale dann in ein steiferes Segment (Framing), um am Ende wieder in ein sehr weiches Material zu wechseln (Filling, Finishing). Damit wird eine völlig neue Form der Kraftübertragung Metallspirale/Katheter realisiert und somit die Möglichkeit gegeben, den Katheter während der gesamten Prozedur in der jeweiligen optimalen Position zu halten. Das sonst gegen der Ende der Intervention häufige Herausdrücken des Mikrokatheters (Kickback) wird dadurch verhindert; aufwändige Resondierungen entfallen. Die damit erzielbare vollständige „Packung“ des Aneurysmas führt zu einer Therapieoptimierung bzw. zu einer Erweiterung der Therapiemöglichkeiten insgesamt. Damit können vor allem kleinere (<8mm) und anatomisch schwierig zu behandelnde Aneurysmen optimal versorgt werden. Gleichzeitig werden dadurch Interventionsdauer, Strahlendosis und prozedurale Komplikationen verringert.
Indikation	Die Hybridcoils werden angewendet bei: intrakraniellen Aneurysmen, insbesondere kleinere oder komplex lokalisierte Aneurysmen
Ablösung / Ergänzung	Die Hybridcoil stelle eine neue Generation von 010“ Metallspiralen dar. Die Hybrid-Metallspiralen können mit den bisher verfügbaren Metallspiralen kombiniert werden bzw. diese ersetzen. Die neue Methode ergänzt damit die Embolisation der Aneurysmen mit ablösbaren Platinspiralen. Die Behandlung wird damit noch effektiver. Mit Anwendung dieser Coil kann man eventuell auf die Anwendung der teuren Aneurysmastents verzichten.
Was ist neu?	Das Konzept der Hybrid-Metallspirale ist vollständig neu. Die Hybridcoils sind erst seit Juni 2015 verfügbar. Neu ist dabei der hybride Aufbau der Coil mit Übergang eines steiferen Segmentes zu weicheren Segmenten („Progressive-Softness“). Erstmals steht damit eine Metallspirale zur Verfügung, die unterschiedliche mechanische Eigenschaften innerhalb einer Spirale vereint. Im Vergleich zu den herkömmlichen Coils erlaubt die Hybridcoil damit eine deutlich höhere Bepackung des Aneurysmas. Erwartet werden dadurch insbesondere geringere Rekanalisationsraten.
Verweildauer	Der Hybridcoil eröffnet insbesondere neue Möglichkeiten in der Behandlung kleinerer und komplex lokalisierter Aneurysmen oder Aneurysmen mit schwierigem Zugangsweg. Die neuartige Hybridcoil ermöglicht hierbei eine sehr dichte Bepackung des Aneurysmas und damit wahrscheinlich geringere Rekanalisationsraten. Diese Patienten/komplexen Aneurysmen müssen nicht mehr operiert werden, weshalb die Verweildauer, insbesondere auf der Intensivstation kürzer sein wird. Ferner ist eine Verkürzung der Prozedurzeit zu erwarten. Geringere Rekanalisationsrate führen zudem zu einer geringeren Rate an stationärer Wiederaufnahmen zur Nachbehandlung.
Methode in Deutschland	Der Hybridcoil steht seit September 2015 in Deutschland zur Verfügung (SMART-Coil, Fa. Penumbra)
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	7
	0

Feld	Wert
Patienten letztes Jahr	
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	5
Mehrkosten	Der nun vorliegende Hybridcoil ist eine komplett neuartige Metallspirale und unterscheidet sich im Aufbau komplett von den konventionell verfügbaren 010“ kompatiblen Metallspiralen. Der Hybridcoil vereint dabei die Eigenschaften von zwei herkömmlichen Metallspiralen mit verschiedenen Materialeigenschaften in nur einer Coil. Die Hybridcoil selber besteht aus Platin, welches sich als thrombogenes Material bewährt hat. Neuartig ist dabei der Innenaufbau der Coil. Um den wechselnden mechanischen Eigenschaften („progressive softness“) innerhalb einer Hybrid-Metallspirale Rechnung zu tragen und dabei trotzdem einen maximalen Dehnungswiderstand zu gewährleisten, wurde dieses neue Konzept über den Einsatz von „Ultra High Molecular Weight Polyethylene fibers“ auf Basis von Polyethylen realisiert. Der Dehnungswiderstand ist entscheidend, um die Metallspirale bei Vor-und/oder Rückzug optimal zu kontrollieren und auch einen möglichen Abriss der Metallspirale bei Überdehnung zu verhindern. Diese im Inneren der Hybridspirale verlaufenden „Ultra HD fiber“ haben einen dreimal so hohen Dehnungswiderstand (Ultra Stretch resistance) wie das bisher verfügbare Material bei Metallspiralen (Polypropylene – Stretch resistance). Mit dem „Ultra Stretch resistance“ - Ansatz wird das Platzieren der Hybrid-Metallspirale sicherer und gewährleistet eine optimale Kontrolle. Gleichzeitig ermöglichen die „Ultra HD fiber“ eine dreimal höhere Flexibilität gegenüber dem bisher verwendenden Material. Damit erreichen die Hybridcoils eine maximale Anpassungsfähigkeit, um die entsprechend gewünschte Form (Shape) für eine optimale Aneurysmabehandlung zu ermöglichen. Weiterhin wurde ein komplett neuer Aufbau des sogenannten „Coil-Pushers“ (Führung, durch den der Coil geschoben wird) notwendig. Der „Pusher“ besteht nun aus drei Teilen: Edelstahlrohr – weichere Übergangzone – Nitinolverstärkter Mikrokatheter (Polymerdünnenschicht) und sorgt erstmals mit diesem Drei-Zonen- Modell für die optimale Kraftübertragung Hybrid-Metallspirale/Katheter. Somit wird die Befüllung des Aneurysma präziser und kontrollierbarer und ein Herausdrücken eines Katheters („Kickback“) wird verhindert. Aufgrund des kompletten Neuaufbaus der Hybrid-Metallspirale belaufen sich die Sachkosten abhängig von der Konfiguration auf ca. 1.000 Euro pro Coil. Die Personalkosten sollten davon nicht berührt werden.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Das Design der Hybridcoil ist vollständig neu und deshalb bisher nicht im G-DRGSystem abgebildet. In dem derzeit gültigen G-DRG-System ist lediglich die konventionelle Aneurysmathherapie sachgerecht abgebildet. Auch die Zahl der angewendeten Coils ist in die Abrechnung implementiert. In diesem Fall benutzt man aber eine teurere Hybridcoil, womit man aber i.d.R. zwei Standard-Coils ersetzt. Für den Kostenträger ist die Anwendung der neuartigen Coil finanziell günstiger, weil die Gesamtkosten niedriger sind als bei den zwei entsprechenden Standard-Coils. Für den Anwender ist sie aber nachteilig, weil er weniger Coils als Zusatzentgelt abrechnen kann und dazu die Hybridcoil teurer einkaufen muss. Im Vergleich zu den bisher verfügbaren Coils hat die Hybridcoil deutlich höhere Material- /Fertigungskosten.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	B20E B02D
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1715381 NUB 130 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1715381
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 11:35
Institutskennzeichen	260530103
Titel	PD Dr. med.
Vorname	Hojjat
Name	Ahmadzadehfar
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Str. 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228-28719858
Telefax	02282879019858
E-Mail	hojjat.ahmadzadehfar@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Die Anfrage wurde durch die Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin am Universitätsklinikum Münster vorformuliert.
Benennung	Lutetium-177-PSMA-Therapie (Prostataspezifisches Membran-Antigen)
Alternative Bezeichnung	
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1620386
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	PSMA ist ein Membran-gebundenes Protein, welches auch in der normalen Prostata gebildet wird. Das nuklearmedizinische Arzneimittel (Tracer) lokalisiert PSMA-positives Prostatatumorgewebe und kann sowohl Knochen- als auch Weichteilmetastasen detektieren. Die Therapie wird mittels eines nuklearmedizinischen Indikators (Tracer) durchgeführt, an den ein Radionuklid gekoppelt ist (Lutetium 177). Das Therapieziel ist

Feld	Wert
	eine Hemmung/Verlangsamung des Wachstums von Tumorzellen, wobei auch Metastasen (in Knochen, Weichteilen, etc.) erfasst werden. Insgesamt werden in der Regel 3 - 5 Zyklen der Therapie alle 8 Wochen mit jeweils 6 GBq Lu-177-PSMA durchgeführt (Je nach Indikation bzw. Ausdehnung der Metastasierung oder Hämatotoxizität nach Vortherapien auch höhere bzw. geringere Aktivitäten möglich). Da bei diesen Patienten alle etablierten Therapien ausgeschöpft sind, ist die Lu-177-PSMA-Therapie eine vielversprechende und in den ersten Erfahrungen effektive Erweiterung des Therapiespektrums. In den bisher mit dem Verfahren behandelten Patienten zeigte sich ein beachtliches Ansprechen. Es wird erwartet, dass diese Therapie in Zukunft eine große Rolle bei der Behandlung dieser Patienten spielen wird und möglicherweise auch früher im Therapieschema eingesetzt werden kann. Unter Berücksichtigung der unter 2.1 dargestellten Einschlusskriterien ergaben sich im Rahmen der bisher bereits durchgeführten Therapien sehr gute Ansprechraten (hohe Remissionsraten).
Indikation	Diese Therapie soll bei Patienten mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit Weichteil- sowie auch Knochenmetastasen eingesetzt werden. Dabei müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein: 1. PSMA-PET-positive Metastasen 2. Ausschöpfung aller relevanten Therapiemöglichkeiten im Konsens mit dem behandelnden Urologen/Onkologen, insbesondere Ausschluss weiterer Therapieoptionen wie 2nd oder 3rd-line Chemotherapie aufgrund zu erwartender geringer Wirksamkeit, Nebenwirkungen oder Begleiterkrankungen und auch Wunsch des Patienten eine nebenwirkungsreiche Chemotherapie zu vermeiden.
Ablösung / Ergänzung	Da alle etablierten Therapiemaßnahmen im Vorfeld ausgeschöpft wurden, haben die Patienten keine alternativen Therapieoptionen. Ergänzt werden alle bisherigen Therapieoptionen des Prostata-Karzinoms durch eine weitere Möglichkeit der Behandlung.
Was ist neu?	Diese Methode ist neu und wurde erst, nachdem der Tracer zur Diagnostik erfolgreich eingesetzt wurde als Therapeutikum mit einem β - bzw. auch α -Strahler konzipiert (DKFZ und Universitätsklinikum Heidelberg.).
Verweildauer	Erkenntnisse zur Beeinflussung der stationären Verweildauer liegen derzeit noch nicht vor.
Methode in Deutschland	Seit ca. 4 Jahren wird die Methode am Universitätsklinikum Heidelberg unter Einsatz von unterschiedlichen radioaktiven Substanzen eingesetzt. Seit ca. zwei Jahren auch an weitere Universitätsklinika.
Medikament zugelassen	Noch nicht zugelassen, Zulassungsstudie unter Koordination der Fachgesellschaft initiiert.
Methode im Krankenhaus	seit 11/2014
Methode in Krankenhäusern	In ca. 20 Kliniken wird die Therapie in Deutschland eingesetzt (primär Universitätskliniken).
Patienten letztes Jahr	50
Patienten dieses Jahr	70
Patienten Zukunft	70
Mehrkosten	Durchschnittlich werden 7 GBq Lutetium 177-Chlorid pro Behandlung verwendet. Die Kosten für das Lutetium belaufen sich auf ca. 2800€. Hinzu kommen weitere Sachkosten in Höhe von ca. 550€ (Applikationsbesteck, Einwegbesteck, Chemikalien, Entoxintest) sowie weitere Personalkosten in Höhe von ca. 690€ (AD, MTD, PD, FD, Radiochemiker, Strahlenschutz)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Erst seit dem Datenjahr 2016 liegt ein spezifischer OPS-Kode für das Verfahren vor, so dass eine Repräsentanz im Kalkulationsdatensatz für das G-DRG-System 2017 nicht möglich war. Insofern kommt es zu einer systematischen Unterfinanzierung dieses innovativen und teuren Verfahrens, welches nach den aktuellen Zahlen eine rasche Zunahme der bundesdeutschen Fallzahlen erfährt. Die Durchführung der Therapie erfolgt

Feld	Wert
	in nur wenigen hoch spezialisierten Zentren, welche somit von einer erheblichen Schieflage bei der Finanzierung in der Erbringung dieser Leistung bedroht sind. In der G-DRG M10B werden insgesamt reine Sachkosten in einer Höhe von 599 € berücksichtigt, welche für die Finanzierung des hier angefragten Verfahrens nicht ausreichend sind.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	M10B
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-530.d0



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1703849

NUB 133 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1703849
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:10
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Blinatumomab (19)
Alternative Bezeichnung	
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1608327
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Blinatumomab ist ein T-Zellen aktivierendes Antikörperkonstrukt, das bispezifisch gegen zwei voneinander verschiedene Zielproteine gerichtet ist (bi-specific T-cell engager = BiTE®). Blinatumomab bindet gleichzeitig an den CD3-Rezeptor, der auf T-Zellen exprimiert wird, und an das Oberflächenprotein CD19, das von gesunden BZellen, aber auch von leukämischen Blasten einer akuten lymphatischen Leukämie der B-Zellreihe

Feld	Wert
	(B-ALL) und anderen B-Zell Neoplasien exprimiert wird. Die gleichzeitige Bindung an die Zielantigene CD3 und CD19 führt zu einer Kopplung maligner B-Zellen an T-Zellen. Die T-Zellen werden auf diese Weise aktiviert und setzen zytotoxische Proteine frei. Als Folge werden die malignen B-Zellen zerstört. Die Sicherheit und Wirksamkeit von Blinatumomab wurden in einer multizentrischen, einarmigen Phase 2-Studie bei 189 Patienten mit Philadelphia-Chromosom negativer (Ph-) rezidivierter oder refraktärer B-Vorläufer ALL getestet. Im Rahmen dieser Studie erreichten 43% der Patienten (95% KI 36–50) eine komplette Remission (CR/CRh). Von diesen Patienten wurden 40% im Anschluss allogent transplantiert. Das mediane Gesamtüberleben aller Patienten betrug 6,1 Monate (95% KI 4,2–7,5) (Topp et al., Lancet Oncology 2014; 16: 57-66). In einer einarmigen, ausschließlich in Deutschland durchgeführten Dosisfindungsstudie der Phase 2 bei 36 Patienten mit rezidivierter oder refraktärer B-Vorläufer ALL erreichten 69% der Patienten eine komplette Remission (CR oder CRh), das mediane Gesamtüberleben betrug 9,8 Monate (95% KI, 8,5–14,9), das mediane rezidivfreie Überleben 7,6 Monate (95% KI 4,5–9,5) (Topp et al., Journal of Clinical Oncology 2014;32 (36), 4134- 4140). Ein Blinatumomab-Behandlungszyklus besteht aus einer 4-wöchigen Dauerinfusion, gefolgt von einem behandlungsfreien Intervall von 2 Wochen. Patienten erhalten in der Regel 2 Zyklen Blinatumomab. Die Patienten, die nach 2 Zyklen eine komplette Remission erreichen, können nach individueller Nutzen-Risiko- Abwägung bis zu 3 weitere Blinatumomab-Zyklen als Konsolidierungstherapie erhalten. In Woche 1 (Tag 1-7) des ersten Zyklus wird eine Tagesdosis von 9 µg Blinatumomab angewendet, in den folgenden drei Wochen und in allen Folgezyklen eine Tagesdosis von 28 µg
Indikation	Indikation nach Zulassungsstatus in den USA: Blinatumomab ist indiziert zur Behandlung von Erwachsenen mit Philadelphia-Chromosom negativer rezidivierter oder refraktärer B-Vorläufer akuter lymphatischer Leukämie (ALL).
Ablösung / Ergänzung	Die Krankheitssituation dieser Patienten mit rezidivierender oder refraktärer Erkrankung stellt sich in der Praxis als sehr schwierig zu behandeln dar. Eine intensive systemische Rezidivtherapie ist zumeist die indizierte aber oft unzureichende Therapieform, sofern der Gesundheitszustand der Patienten dieses zulässt. Insbesondere bei älteren Patienten wird aufgrund des Allgemeinzustandes häufig eine nur noch palliativ intendierte Zytoreduktion in Betracht gezogen. Blinatumomab bietet bei diesen Patienten die Möglichkeit einer zielgerichteten Therapieform mit dem Ziel einer kompletten Remission.
Was ist neu?	Blinatumomab ist ein neues Medikament und das erste in dieser Substanzklasse. Es wurde in den USA im Dezember 2014 von der FDA zugelassen. Die Orphan Drug Designation (Arzneimittel für seltene Leiden) liegt seit Mai 2008 durch die FDA und seit Juli 2009 durch die EMA vor. Die Zulassung von Blinatumomab in Deutschland wird für Q4 2015 erwartet
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen noch keine Aussagen getroffen werden.
Methode in Deutschland	In Deutschland startete die erste klinische Studie mit Blinatumomab im Jahr 2004 (Phase 1 Studie bei Patienten mit Non-Hodgkin-Lymphom). Seither nahmen in Deutschland ca. 40 Zentren an 11 klinischen Studien mit Blinatumomab teil (Non-Hodgkin Lymphome, ALL). Verschiedene ALL-Zentren verwenden Blinatumomab seit der Zulassung in den USA als Importmedikament bei ausgewählten Patienten.
Medikament zugelassen	Die Zulassung von Blinatumomab in den USA durch die FDA erfolgte im Dezember 2014. Das Zulassungsverfahren bei der EMA wurde im Oktober 2014 gestartet. Die Zulassung wird für das 4. Quartal 2015 erwartet.
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	Aktuell setzen mehr als 10 Zentren Blinatumomab im Rahmen von Importen und eines Härtefallprogramms ein.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	1-2

Feld	Wert
Patienten Zukunft	1-2
Mehrkosten	Sachkosten: Blinatumomab ist im ersten Zyklus zumindest während der ersten 9 Tage stationär zu verabreichen, im zweiten Zyklus zumindest während der ersten 2 Tage. Viele Patienten werden aufgrund von Komplikationen aufgrund der Grunderkrankung sowie deren Therapie für eine längere Zeit als diese Mindestzeit stationär behandelt werden müssen. In Deutschland wird eine Durchstichflasche à 35 µg 2826,08 € (Abgabepreis pharmazeutischer Unternehmer, entspricht dem Einkaufspreis für Kliniken) + 536,96 € Mehrwertsteuer = 3363,04 € kosten. Wenn bei steriler Zubereitung die maximal zulässige Standzeit (96 h) genutzt wird und der Patient nach kürzestmöglicher Aufenthaltsdauer entlassen wird, werden für den ersten Zyklus 5 Flaschen (16.815 €) und für die ersten 2 Tage des zweiten Zyklus 2 Flaschen benötigt (6726 €). Wenn ein voller Zyklus aus gesundheitlichen Gründen stationär durchgeführt werden muss, werden dafür bis zu 28 Flaschen benötigt (94164 €). Personalkosten: Für die Zubereitung: ca. 10 Minuten (MTD Apotheke) Für die Applikation: ca. 5 Minuten (ÄD) und ca. 5 Minuten (PD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Blinatumomab wird voraussichtlich Q4 2015 zugelassen. Für die Datenjahre 2014 und 2015 können aus den Kalkulationshäusern keine ausreichenden Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2016 wird damit nicht möglich. Als Beispiel sind in der DRG R63I laut G-DRG-Report-Browser 2015 in Spalte 4a und 4b Medikamentenkosten von in Summe 443,42 Euro eingerechnet. Auch bei anderen Codes innerhalb von R63 liegen die Medikamentenkosten weit unterhalb der Kosten für Blinatumomab alleine. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es daher zu einer Schieflage in der betroffenen DRG
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	Basis-DRG R63. Die Gruppierung hängt ab von den Komplikationen, Komorbiditäten und während der gleichen Aufenthalte applizierten Chemotherapien.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1711045 NUB 133 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1711045
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 16:13
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr. med.
Vorname	Stefan
Name	Schönberger
Abteilung	Abt. für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie
Straße	Adenauerallee 119
PLZ	53113
Ort	Bonn
Telefon	0228-287-33300
Telefax	0228-287-33301
E-Mail	stefan.schoenberger@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie e.V. (GPOH) vorformuliert.
Benennung	Blinatumomab
Alternative Bezeichnung	Blincyto®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1608327
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Blinatumomab ist ein T-Zellen aktivierendes Antikörperkonstrukt, das bispezifisch gegen zwei voneinander verschiedene Zielproteine gerichtet ist (bi-specific T-cell engager = BiTE®). Blinatumomab bindet gleichzeitig an den CD3-Rezeptor, der auf T-Zellen exprimiert wird, und an das Oberflächenprotein CD19, das von gesunden B-Zellen, aber auch von leukämischen Blasten einer akuten lymphoblastischen Leukämie der B-Zellreihe

Feld	Wert
	und anderen B-Zell Neoplasien exprimiert wird. Die gleichzeitige Bindung an die Zielantigene CD3 und CD19 führt zu einer Kopplung maligner B-Zellen an T-Zellen. Die T-Zellen werden auf diese Weise aktiviert und setzen zytotoxische Proteine frei. Als Folge werden die malignen B-Zellen zerstört. Die Sicherheit und Wirksamkeit von Blinatumomab wurde in mehreren klinischen Studien bei Erwachsenen und Kindern gezeigt (Topp et al., Lancet Oncology 2014; 16: 57-66, von Stackelberg, JCO, in Press und weitere). Ein Blinatumomab-Behandlungszyklus besteht aus einer 4-wöchigen Dauerinfusion, gefolgt von einem behandlungsfreien Intervall von 2 Wochen. Patienten erhalten in der Regel 2 Zyklen Blinatumomab. Die Patienten, die nach 2 Zyklen eine komplette Remission erreichen, können nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung bis zu 3 weitere Blinatumomab-Zyklen als Konsolidierungstherapie erhalten. Die Tagesdosis beträgt 15 µg / m ² Blinatumomab. Nur bei einer hohen Tumorlast (> 25% Leukämiezellen im Knochenmark, KM3) ist eine reduzierte Tagesdosis von 5 µg / m ² in der ersten Therapiewoche mit Steigerung auf 15 µg / m ² ab der 2. Therapiewoche empfohlen.
Indikation	Blinatumomab wird zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit rezidivierter oder refraktärer akuter lymphoblastischer B-Vorläuferzell Leukämie (BVZ-ALL) angewendet.
Ablösung / Ergänzung	Die Krankheitssituation dieser Patienten mit rezidivierter oder refraktärer Erkrankung stellt sich in der Praxis als sehr schwierig zu behandeln dar, insbesondere dann, wenn eine Reduzierung der Leukämiezelllast vor einer allogenen Stammzelltransplantation unzureichend möglich ist oder ein Rezidiv nach einer solchen auftritt. Blinatumomab bietet bei diesen Patienten die Möglichkeit einer zielgerichteten Therapieform mit dem Ziel einer kompletten Remission.
Was ist neu?	Blinatumomab ist ein neues Medikament und das erste in dieser Substanzklasse. Es wurde in Europa im November 2015 für Erwachsene mit rezidivierter/ refraktärer B-Vorläuferzell-ALL von der EMA zugelassen. Seit September 2016 ist Blinatumomab darüber hinaus in den USA für Kinder mit rezidivierter/ refraktärer B-Vorläuferzell-ALL von der FDA zugelassen.
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen noch keine Aussagen getroffen werden.
Methode in Deutschland	In Deutschland startete die erste klinische Studie mit Blinatumomab im Jahr 2004 (Phase 1 Studie bei Patienten mit Non-Hodgkin-Lymphom). Blinatumomab wurde vom Hersteller am 15.12.2015 in Deutschland eingeführt, aktuell setzen mehr als 30 Zentren Blinatumomab ein. Zuvor wurde Blinatumomab im Rahmen von Importen und eines Härtefallprogramms eingesetzt.
Medikament zugelassen	Die Zulassung von Blinatumomab für die EU durch die EMA erfolgte am 23. November 2015.
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	Aktuell setzen > 30 Zentren Blinatumomab ein. (Herstellerangabe)
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	1
Mehrkosten	Sachkosten: Blinatumomab ist im ersten Zyklus zumindest während der ersten 5 Tage stationär zu verabreichen, im zweiten Zyklus zumindest während der ersten 2 Tage. Viele Patienten werden aufgrund von Komplikationen aufgrund der Grunderkrankung sowie deren Therapie für eine längere Zeit als diese Mindestzeit stationär behandelt werden müssen. In Deutschland kostet eine Durchstichflasche à 38,5 µg 3363,04 € (Abgabepreis pharmazeutischer Unternehmer, entspricht dem Einkaufspreis für Kliniken, brutto inkl. MWSt). Es entstehen (bei initialem Einsatz von 15 µg/m ² /Tag Behandlungskosten von etwa 1310,- EUR / m ² / Tag. Wenn ein voller Zyklus aus gesundheitlichen Gründen stationär durchgeführt werden muss, entstehen Behandlungskosten von 36.687,- EUR / m ² . Personalkosten: gering im Vergleich zu den Sachkosten

Feld	Wert
nicht im G-DRG-System abgebildet	Blinatumomab wurde 11/2015 zugelassen. Für das Datenjahr 2015 können aus den Kalkulationshäusern keine ausreichenden Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2017 wird damit nicht möglich. Bei den Codes innerhalb von R63 liegen die Medikamentenkosten weit unterhalb der Kosten für Blinatumomab alleine. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es daher zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	Bisher ist kein spezifischer OPS-Code für die Anwendung des Medikamentes definiert; ein Antrag auf einen spezifischen OPS wurde im Rahmen des Vorschlagsverfahrens 2017 beim DIMDI gestellt. Code 8-547.0 für die Gabe eines monoklonalen Antikörpers kann verwendet werden.
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	R63
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1703850

NUB 134 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1703850
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:14
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Med Klinik 3
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Carfilzomib (20)
Alternative Bezeichnung	Kyprolis®, Proteasomen-Inhibitor der 2. Generation
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1607864
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkungsweise Carfilzomib ist ein Epoxyketon-basierter Proteasomeninhibitor der zweiten Generation, der selektiv und irreversible an die N-terminale Seite des 20S Proteasoms bindet. Carfilzomib hat antiproliferative und proapoptotische Aktivität und gegenüber dem bekannten Proteasomeninhibitor Bortezomib ein verändertes Nebenwirkungsprofil. Evidenzlage Die Zulassung durch die FDA beruht auf Ergebnissen einer einarmigen,

Feld	Wert
	multizentrischen Studie mit 266 Patienten mit rezidiertem Multiplem Myelom, die mindestens zwei Vortherapien erhalten haben, incl. Bortezomib und einem immunmodulatorischen Medikament (Thalidomid oder Lenalidomid). Die Patienten erhielten eine intravenöse Gabe über 2 - 10 Minuten, an zwei aufeinanderfolgenden Tagen jede Woche über einen Zeitraum von 3 Wochen (Tag 1, 2, 8, 9, 15 und 16), gefolgt von einer 12-tägigen Pause (Tag 17 - 28). Die Dosis im Zyklus 1 betrug bei jeder Gabe 20 mg/m² und 27 mg/m² in allen weiteren Zyklen. Primärer Endpunkt der Studie war das Gesamtansprechrate, die bei den stark vorbehandelten Patienten (im Median 5 Vortherapien) bei 23.7% lag (95% CI: 18,0, 28,5). Die mediane Remissionsdauer betrug 7,8 Monate (95% CI: 5,6, 9,2). Die Zulassung in Europa beruht auf einer randomisierten Studie (Lenalidomid plus Dexamethason +/- Carfilzomib) an 792 Patienten mit vorbehandeltem multiplen Myelom.. Bei Patienten mit Multiplem Myelom konnte die Kombination aus Carfilzomib, Lenalidomid und Dexamethason signifikante Vorteile beim progressionsfreien Überleben als auch bei der kompletten Ansprechrte gegenüber Lenalidomid in Kombination mit Dexamethason zeigen. Die Patienten im Carfilzomib-Regime erfuhren eine statistisch signifikante Verlängerung des PFS von 8,7 Monaten im Vgl. zu Rd (26,3 Monate versus 17,6 Monate, HR = 0,69, p<0,0001) und eine Verdreifachung der Rate des kompletten Ansprechens (31,8% vs. 9,3%; p < 0,0001). Hinsichtlich des sekundären Endpunkts Gesamtüberleben zeigte sich in der Zwischenauswertung eine nominal statistisch signifikante 21%ige Reduktion des Sterberisikos unter KRd (HR = 0,79, p=0,04) (N Engl JMed 372;2 january 8, 2015). Dosierung Carfilzomib wird in den Zyklen 1-12 innerhalb von 28 Tagen an den Tagen 1, 2, 8, 9, 15, und 16 gefolgt von einer 12-tägigen Ruhepause angewendet. Ab Zyklus 13 werden die Carfilzomib-Dosierungen an den Tagen 8 und 9 ausgelassen. An den Tagen 1 und 2 des ersten Zyklus liegt die empfohlene Dosierung bei 20 mg/m². An allen folgenden Behandlungstagen liegt die empfohlene Dosierung von Carfilzomib bei 27 mg/m². Die Gabe erfolgt als Kurzzeitinfusion über 10 Minuten. Die maximale Behandlungsdauer mit Carfilzomib beschränkt sich auf 18 Zyklen. In allen Zyklen werden Lenalidomid in einer empfohlenen Initialdosis von 25 mg an den Tagen 1 bis 21 und Dexamethason in einer Dosis von 40 mg an den Tagen 1, 8, 15, und 22 zusätzlich gegeben.
Indikation	Carfilzomib wird bei Patienten mit rezidiertem Multiplem Myelom eingesetzt, die mindestens eine Vortherapie erhalten haben. Es wird in der Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason gegeben.
Ablösung / Ergänzung	Abgelöst wird keine Methode. Es handelt sich um einen weiteren Baustein in der Behandlung des Multiplen Myeloms. Aufgrund des anderen Wirkmechanismus kann auch ein Ansprechen erreicht werden bei Patienten, die ein Rezidiv erleiden.
Was ist neu?	Carfilzomib ist ein neues Medikament, das im Juli 2012 von der FDA zugelassen wurde. Es ist als orphan drug seit 2008 bei der EMA registriert. Am 24.9.2015 hat die EMA eine „positive opinion“ veröffentlicht. Die Erstzulassung durch die Europäische Kommission wird daher Ende 2015 erwartet. Die Markteinführung ist demnach in Kürze zu erwarten. Über die internationale Apotheke ist Carfilzomib derzeit schon erhältlich.
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	Die Zulassung und Markteinführung von Carfilzomib wird für Ende 2015 erwartet. Als Importmedikament wird Carfilzomib bereits seit 2012 regelmäßig eingesetzt.
Medikament zugelassen	Es ist als orphan drug seit 2008 bei der EMA registriert. Am 24.9.2015 hat die EMA eine „positive opinion“ veröffentlicht. Die Zulassung von Carfilzomib in den USA durch die FDA erfolgte im Juli 2012 und wird in Europa für Ende 2015 erwartet
Methode im Krankenhaus	Die Methode wurde 2014 im ambulanten Bereich eingeführt.
Methode in Krankenhäusern	Carfilzomib wird schätzungsweise in ca. 200 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUBAnträge 2015)
Patienten letztes Jahr	0
	3

Feld	Wert
Patienten dieses Jahr	
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Sachkosten: Ein Ampulle Carfilzomib 60mg kostet € 1.593,80. Bei einer Dosierung von 20mg/m ² im 1. Zyklus entstehen für einen Patienten mit durchschnittlicher KOF von 1,8m ² Kosten in Höhe von € 5.737,84 (teilmengengenau) bzw. € 9562,80/Zyklus (auf Packungsgröße bezogen). Bei allen weiteren Zyklen mit 27mg/m ² € 7650,24 (teilmengengenau) bzw. € 9562,80 auf die Packungsgröße bezogen. Personalkosten: ca. 15 Apothekenminuten für die Zubereitung, ca. 5 Pflegeminuten, ca. 5 Arztminuten
nicht im G-DRG-System abgebildet	Carfilzomib wird voraussichtlich Ende 2015 in der EU eingeführt, eine „positive opinion“ der EMA liegt vor. Es wird als orphan drug schon jetzt eingesetzt. Für das Datenjahr 2017 können aus den Kalkulationshäusern keine ausreichenden Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2017 wird damit nicht möglich. Die zusätzlichen Kosten von ca. 8.600 € pro Zyklus können aber mit den Fallpauschalen aus R61 allein nicht ausreichend abgebildet werden. (Beispiel: bei unkomplizierter Behandlung DRG R61H mit Arzneimittel-Kosten von 228,35 Euro laut G-DRG-Report-Browser 2016). Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in den betroffenen DRG. In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 hatte Carfilzomib Status 1.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	R61
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1708035

NUB 135 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1708035
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:32
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Nivolumab (37)
Alternative Bezeichnung	Opdivo®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1608616
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkmechanismus: Nivolumab ist ein humaner Immunglobulin-G4-(IgG4) monoklonaler Antikörper (HuMAb), der an den „Programmed Death“-1 (PD-1)-Rezeptor bindet und die Interaktion des Rezeptors mit den Liganden PD-L1 und PD-L2 blockiert. Der PD-1 -Rezeptor ist ein negativer Regulator der T-Zellaktivität, der an der Kontrolle der T-Zellreaktionen beteiligt ist. Die Bindung von PD-1 an die Liganden PD-L1 und PD-L2,

Feld	Wert
	die von Antigenpräsentierenden Zellen exprimiert werden und von Tumoren oder anderen Zellen aus dem Mikromilieu des Tumors exprimiert werden können, führt zur Hemmung der T-Zellproliferation und Zytokinausschüttung. Nivolumab potenziert die T-Zellreaktionen, einschließlich der Tumorabwehrreaktion, durch Blockade der Bindung von PD-1 an die PD-L1- und PD-L2-Liganden. In genidentischen Mausmodellen führte eine Blockade der PD-1 -Aktivität zu einer Verringerung des Tumorwachstums. Klinische Wirksamkeit beim nicht resezierbaren oder metastasierten Malignen Melanom: In der ersten Studie (418 therapienaive Patienten) konnte ein Überlebensvorteil für Nivolumab im Vergleich zur Chemotherapie mit Dacarbazin gezeigt werden. Nach 12 Monaten lebten im Nivolumab-Arm noch 73%, im Dacarbazin-Arm noch 42%. In die zweite Studie wurden 405 Patienten eingeschlossen. Für 32% der Patienten die Nivolumab erhielten zeigte sich eine Therapieansprechen mit Tumorreduktion verglichen zu 11% der Patienten die in den Kontrollarm randomisiert wurden (Dacarbazin oder Carboplatin / Paclitaxel). In einer Studie zu Nivolumab in Kombination mit Ipilimumab wurden 945 Patienten eingeschlossen. Bisher unvorbehandelte Patienten erhielten Nivolumab in Kombination mit Ipilimumab oder eine Monotherapie mit Nivolumab oder Ipilimumab. Es zeigte sich ein deutlicher Vorteil im progressionsfreien Überleben für die Kombination von Nivolumab und Ipilimumab mit 11.5 Monaten vs. 6.9 Monate für die Nivolumab Monotherapie und 2.9 Monate für die Ipilimumab Monotherapie. Der Vorteil beim medianen PFS für die Kombinationstherapie mit Nivolumab und Ipilimumab im Vergleich zur Nivolumab Monotherapie konnte nur für PD-L1 negative Tumoren gezeigt werden. Die Kombinationstherapie ist unabhängig vom PD-L1-Status zugelassen. Klinische Wirksamkeit beim Nicht-kleinzelligen Karzinom der Lunge: Für das lokal fortgeschrittene oder metastasierte Nicht-kleinzellige NSCLC konnte sowohl für die plattenepitheliale als auch für die nicht -plattenepitheliale Histologie ein Gesamtüberlebensvorteil für die Therapie mit Nivolumab verglichen mit Docetaxel gezeigt werden. In einer großen randomisierten Studie mit 582 Patienten konnte für die nicht-plattenepitheliale Histologie ein medianes Überleben für Nivolumab von 12.2 Monaten verglichen mit 9.4 Monaten für Docetaxel gezeigt werden. Für das Plattenepithelkarzinom der Lunge konnte bei 272 Patienten ein medianes Überleben von 9.2 Monaten für Nivolumab verglichen mit 6.0 Monaten für Docetaxel gezeigt werden. Klinische Wirksamkeit beim Nierenzellkarzinom (RCC): In einer großen randomisierten Studie mit 821 Patienten wurde für das unter Vortherapien progrediente Nierenzellkarzinom für Nivolumab im Vergleich zu Everolimus ein Vorteil für das mittlere Überleben für Nivolumab mit 25 Monaten vs. 19.6 Monate für Everolimus gezeigt. Dosis: Die Dosis als Monotherapie in den Studien zum malignen Melanom, zum NSCLC und zum RCC lag bei 3 mg/kg intravenös alle zwei Wochen. In der Kombinationstherapie mit Ipilimumab beträgt die empfohlene Dosis 1mg/kg KG intravenös alle 3 Wochen.
Indikation	Melanom OPDIVO ist als Monotherapie oder in Kombination mit Ipilimumab bei Erwachsenen für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms indiziert. Im Vergleich zur Nivolumab Monotherapie wurde in der Kombination Nivolumab mit Ipilimumab nur bei Patienten mit niedriger Tumor PD-L1-Expression ein Anstieg des progressionsfreien Überlebens (PFS) gezeigt Nivolumab ist als Monotherapie bei Erwachsenen für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms indiziert. Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) OPDIVO® / Nivolumab BMS ist zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen indiziert. Nierenzellkarzinom (RCC) OPDIVO® ist als Monotherapie bei Erwachsenen zur Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms nach Vortherapie indiziert. Erwartete Zulassungserweiterungen (Datenstand Sep. 2016): Noch für das Jahr 2016 sowie auch für die Jahre 2017, 2018 und 2019 werden weitere Zulassungserweiterungen für Nivolumab erwartet. Daher ist es wahrscheinlich, dass der in diesem Antrag skizzierte Zulassungsumfang zum Verhandlungsbeginn aktualisiert werden muss.
Ablösung / Ergänzung	Da die klinischen Daten Überlegenheit gegenüber derzeitigen Standardtherapien zeigen, ist davon auszugehen, dass Nivolumab zumindest die bisherige Therapieoption Dacarbazin (DTIC) ablöst. Ferner können folgende, aktuell zugelassene Therapieoptionen ergänzt werden: Ipilimumab (für alle Patienten mit malignem Melanom zugelassen

Feld	Wert
	unabhängig vom BRAF-Status) bzw. Vemurafenib und Dabrafenib (zugelassen für die Patienten mit BRAF-V600-positivem Melanom). In der Zulassungsstudie beim nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) wurde Nivolumab gegen Docetaxel verglichen. Es ist davon auszugehen, dass daher die Behandlung von NSCLC mit Taxanen von der neuen Methode abgelöst wird. In der Zulassungsstudie beim Nierenzellkarzinom (RCC) wurde Nivolumab gegen Everolimus verglichen. Es ist davon auszugehen, dass daher die Behandlung vom RCC im Rezidiv um Nivolumab erweitert wird, bei weiterhin bestehendem Einsatz der Multikinase-Inhibitoren und selektiven Angiogenese-Hemmer.
Was ist neu?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 hat Nivolumab den Status 1 (Position 12 der NUB-Liste 2016). Im NUB Verfahren 2015/2016 wurde von 310 Krankenhäusern ein Antrag gestellt
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	Juni 2015
Medikament zugelassen	Medikamenten: Wann wurde dieses Medikament zugelassen? 19. Juni 2015
Methode im Krankenhaus	2014
Methode in Krankenhäusern	Nivolumab wird schätzungsweise in ca. 310 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anträge 2016).
Patienten letztes Jahr	5
Patienten dieses Jahr	10
Patienten Zukunft	15
Mehrkosten	Sachkosten: Durch die Gabe von Nivolumab entstehen Zusatzkosten für die je Patient zu verabreichende Therapie in Höhe von: 70 kg Körpergewicht, 3 mg / kg, Therapieabstand 14 - täglich = 210 mg pro Zyklus Packungsgröße: 40 mg bzw. 100 mg Preis pro Packung: 1803,94 € für 100 mg; Preis ohne Verwurf, obiges Beispiel: 3788,27 € Preis mit Verwurf (Verwendung der Packung nur für einen Patienten): 4339,53 € Personalkosten: Für die Zubereitung: ca. 10 Minuten (MTD Apotheke) Für die Applikation: ca. 5 Minuten (ÄD) und ca. 5 Minuten (PD) Für die Überwachung: ca. 30 Minuten (PD), ca. 10 Minuten (ÄD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Nivolumab ist erst seit Mitte 2015 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2015 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein ist, als dass genügend Kosten- und Leistungsdaten aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2017 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 4000 € pro Applikation können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden und Nivolumab ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	J61, J68, E71, L62C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1716770 NUB 135 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1716770
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 13:49
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Thorsten
Name	Hornung
Abteilung	
Straße	Sigmund Freud. Str. 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 15370
Telefax	
E-Mail	thorsten.hornung@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Universitätsklinikum Bonn Thomas Lück
Benennung	Nivolumab bei fortgeschrittenem Melanom
Alternative Bezeichnung	Opdivo®, Anti-PD-1 Antikörpertherapie
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1608616
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Nivolumab ist ein humaner monoklonaler Antikörper, der spezifisch an den "Programmed-Death-1"-Rezeptor (PD-1) auf aktivierten T-Lymphozyten (T-Zellen) bindet und dessen Aktivierung hemmt. PD-1 wird physiologisch von spezifischen Liganden (PD-L1 und PD-L2) aktiviert, die unter anderem auch von Tumorzellen exprimiert werden. Die Bindung der Liganden an den PD-1-Rezeptor führt zu einer Hemmung der aktivierten T-Zellen und wirkt dadurch einer Immunantwort entgegen. Nivolumab bewirkt über eine Blockierung

Feld	Wert
	der PD-1-Aktivierung eine fortgesetzte und gesteigerte Immunantwort aktivierter T-Zellen gegenüber Tumorzellen. Im Einsatz beim fortgeschrittenen Melanom zeigt Nivolumab einen indirekten Wirkmechanismus im Rahmen einer T-Zell-vermittelten Immunreaktion. Indem es eine anhaltende T-Zell-Aktivierung, T-Zell-Proliferation und Infiltration durch tumorspezifische T-Zellen bewirkt, führt die Behandlung zu einem verstärkten immunvermittelten Tumorzelltod. Die PD-1-Blockade nutzt damit einen ähnlichen Mechanismus wie die Behandlung mit CTLA-4-Antikörpern. Die Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Melanom mit dem CTLA-4-Antikörper Ipilimumab war im Jahre 2011 die erste zugelassene Therapie mit nachgewiesener Überlebensverlängerung in dieser Indikation. In einer Phase-III-Studie konnte bei 210 Patienten mit fortgeschrittenem Melanom in 40% ein Tumoransprechen gegenüber 13,9% bei Chemotherapie mit Dacarbazin erzielt werden. Die 1- Jahres-Überlebensrate lag bei 72,9% gegenüber 42,1%. Die Verbesserung des Gesamtüberlebens war mit einer Hazard-Ratio von 0,42 hochsignifikant ($p < 0,001$). Im Rahmen einer weiteren randomisierten Phase-III-Studie (CA209-037) wurden Patienten mit fortgeschrittenem Melanom und Therapieversagen nach einer Behandlung mit dem CTLA4-Antikörper Ipilimumab untersucht. Es wurde die Behandlung mit Nivolumab gegenüber einer konventionellen Chemotherapie ("investigator's choice") verglichen. Hier ergab sich eine objektive Ansprechrates (ORR) unter Nivolumab von 31,7% gegenüber 10,6% im Vergleichsarm. Ca. 87% der Patienten mit einem Ansprechen hatten eine längerfristig stabile Remission auf Nivolumab, die mediane Dauer des Ansprechens war zum Zeitpunkt der Auswertung noch nicht erreicht. Darüber hinaus zeigte eine Phase-III-Studie zur Kombination von Nivolumab und Ipilimumab an 945 therapienaiven Patienten nicht nur eine Überlegenheit der Kombinationstherapie gegenüber einer Monotherapie sondern auch die der Nivolumab-Monotherapie (43,7 % Ansprechen) gegenüber Ipilimumab in der Monotherapie (19% Ansprechen). Die Hazard-Ratio für das progressionsfreie Überleben betrug 0,57 (95% Vertrauensbereich 0,43 - 0,76; $p < 0,001$). Literatur Robert C, Long GV, Brady B et al. Nivolumab in previously untreated melanoma without BRAF mutation. New England Journal of Medicine 2015; 372: 320-330. Weber JS, D'Angelo SP, Minor D et al. Nivolumab versus chemotherapy in patients with advanced melanoma who progressed after anti-CTLA-4 treatment (CheckMate 037): a randomised, controlled, open-label, phase 3 trial. The Lancet. Oncology 2015; 16: 375-384. Larkin J, Chiarion-Sileni V, Gonzalez R et al. Combined Nivolumab and Ipilimumab or Monotherapy in Untreated Melanoma. New England Journal of Medicine 2015; 373: 23-34.
Indikation	Nivolumab wird eingesetzt zur Behandlung von fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanomen
Ablösung / Ergänzung	Mit der Zulassung von Ipilimumab im Jahre 2012 wurde erstmals eine Immuntherapie mit einer signifikanten Überlebensverlängerung für Patienten mit fortgeschrittenem Melanom verfügbar. Mit den PD1-Antikörpern Nivolumab und Pembrolizumab steht nunmehr eine weitere zugelassene Therapieform in dieser Patientengruppe zur Verfügung. Insbesondere die gezeigte Überlegenheit gegenüber einer Immuntherapie mit anti-CTLA4 (Ipilimumab) führt gegenwärtig in den meisten Zentren dazu, dass die Behandlung mit Ipilimumab weitgehend durch eine Therapie mit PD1-Antikörpern abgelöst wird.
Was ist neu?	Bei Nivolumab handelt es sich um einen neuen Wirkmechanismus. Eine Tumorthherapie durch Aktivierung des Immunsystems wurde mit verschiedenen Methoden verfolgt (z.B. Aktivierung durch Zytokine oder tumorspezifische Vakzinierung), bislang war jedoch nur die Verstärkung der T-Zell-vermittelten anti-tumoralen Immunantwort durch Blockade von CTLA-4 (Cytotoxic T-Lymphocyte Antigen-4) von signifikantem Erfolg bei Patienten mit nicht-resektablem metastasierten Melanom. Nivolumab blockiert ebenfalls inhibitorische Signale auf T-Zellen, jedoch über einen anderen Mechanismus, und ist im klinischen Einsatz auch bei solchen Patienten wirksam, deren Erkrankung nicht oder nicht mehr auf Ipilimumab anspricht..
Verweildauer	Zu dieser Frage liegen bisher keine publizierten Daten vor. Die Infusionen erfolgen alle zwei Wochen. Falls die Infusionen stationär verabreicht werden sollten, ist die Verweildauer im Krankenhaus ggf. kürzer als beispielsweise bei Applikation einer Poly-chemo-therapie, deren Akutverträglichkeit schlechter ist als die von Nivolumab. Sollte eine stationäre Applikation bei Patienten erfolgen, deren stationäre Behandlung aus anderen Gründen notwendig ist (z.B. Behandlung tumorbedingter Symptome oder

Feld	Wert
	Komplikationen), so wird die Verweildauer durch die Applikation von Nivolumab voraussichtlich nicht verlängert werden
Methode in Deutschland	Nivolumab wird seit 2013 in Deutschland im Rahmen von Studien eingesetzt.
Medikament zugelassen	Nivolumab wurde im Juni 2015 für das fortgeschrittene, nicht-resezierbare Melanom zugelassen.
Methode im Krankenhaus	Mit der Zulassung im Juni 2015
Methode in Krankenhäusern	Es wird in der Mehrzahl der 87 Onkologischen Zentren in Deutschland eingesetzt, in den 46 zertifizierten Hautkrebszentren sowie weiteren der 163 Kliniken, die für 2015 einen NUB-Antrag für Nivolumab gestellt haben.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	1
Mehrkosten	Sachkosten: Bei einem durchschnittlichen Patienten-Körpergewicht von 75 kg und einer Dosierung von 3 mg/kg Körpergewicht liegt der Substanzbedarf für eine Infusion Nivolumab bei 225 mg pro Gabe. Dies entspricht zwei 100 mg und einer 40 mg Durchstechflaschen zum Preis von insgesamt 3.420,00 € (Herstellerabgabepreis/ Klinik-Einkaufspreis gemäß Lauer Taxe v. 01.08.2015), mit 19% MwSt. für die Klinik damit Kosten in Höhe von 4.069,80 €. Sofern ein Patient mehr als zwei Wochen stationär versorgt werden muss, erfolgt eine weitere Infusion zu oben genannten Kosten. Personal: Die Personalkosten bewegen sich im Bereich des üblichen Personalkostenanteils für eine medikamentöse Tumorthherapie (ca. 10 Minuten Apotheke, 10 Minuten Pflege, 10 Minuten Arzt), ohne dass spezifische Mehrkosten anfallen.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die zusätzlichen Kosten dieser Methode können durch den derzeitigen Fallpauschalenkatalog allein nicht ausreichend abgebildet werden, da sich die Methode in den Kostenerhebungen bisher nicht abbilden konnte. Die zu erwartenden Kosten pro Fall für dieses Medikament überschreiten grundsätzlich den Kalkulationsrahmen der betroffenen DRGs (z.B. Bewertungsrelation für J68A: 0,243; J61C: 0,69) um ein Mehrfaches, so dass eine zukünftige sachgerechte Abbildung in der Systematik erst durch eine spezifische DRG bzw. ein entsprechendes Zusatzentgelt realisierbar werden wird.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	Bei einer Aufnahme mit der Hauptdiagnose malignes Melanom (C43.-) und konservativer Therapie sind dies in der Regel die DRG J68A oder J61C. Daneben sind auch stationäre Behandlungen unter anderen DRGs mit begleitender Therapie mit Nivolumab denkbar.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1722046 NUB 135 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1722046
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 14:24
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Jörg
Name	Ellinger
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Strasse 25
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 14249
Telefax	
E-Mail	joerg.ellinger@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. v o r f o r m u l i e r t .
Benennung	Nivolumab (140)
Alternative Bezeichnung	Opdivo
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1608616
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkmechanismus: Nivolumab ist ein humaner Immunglobulin-G4-(IgG4) monoklonaler Antikörper (HuMAb), der an den „Programmed Death“-1 (PD-1)-Rezeptor bindet und die Interaktion des Rezeptors mit den Liganden PD-L1 und PD-L2 blockiert. Der PD-1 -Rezeptor ist ein negativer Regulator der T-Zellaktivität, der an der Kontrolle der T-Zellreaktionen beteiligt ist. Die Bindung von PD-1 an die Liganden PD-L1 und PD-L2, die

Feld	Wert
	von Antigenpräsentierenden Zellen exprimiert werden und von Tumoren oder anderen Zellen aus dem Mikromilieu des Tumors exprimiert werden können, führt zur Hemmung der T-Zellproliferation und Zytokinausschüttung. Nivolumab potenziert die T-Zellreaktionen, einschließlich der Tumorabwehrreaktion, durch Blockade der Bindung von PD-1 an die PD-L1- und PD-L2-Liganden. In genidentischen Mausmodellen führte eine Blockade der PD-1 - Aktivität zu einer Verringerung des Tumorwachstums. Klinische Wirksamkeit beim nicht resezierbaren oder metastasierten Malignen Melanom: In der ersten Studie (418 therapienaive Patienten) konnte ein Überlebensvorteil für Nivolumab im Vergleich zur Chemotherapie mit Dacarbazin gezeigt werden. Nach 12 Monaten lebten im Nivolumab-Arm noch 73%, im Dacarbazin-Arm noch 42%. In die zweite Studie wurden 405 Patienten eingeschlossen. Für 32% der Patienten die Nivolumab erhielten zeigte sich eine Therapieansprechen mit Tumorreduktion verglichen zu 11% der Patienten die in den Kontrollarm randomisiert wurden (Dacarbazin oder Carboplatin / Paclitaxel). In einer Studie zu Nivolumab in Kombination mit Ipilimumab wurden 945 Patienten eingeschlossen. Bisher unvorbehandelte Patienten erhielten Nivolumab in Kombination mit Ipilimumab oder eine Monotherapie mit Nivolumab oder Ipilimumab. Es zeigte sich ein deutlicher Vorteil im progressionsfreien Überleben für die Kombination von Nivolumab und Ipilimumab mit 11.5 Monaten vs. 6.9 Monate für die Nivolumab Monotherapie und 2.9 Monate für die Ipilimumab Monotherapie. Der Vorteil beim medianen PFS für die Kombinationstherapie mit Nivolumab und Ipilimumab im Vergleich zur Nivolumab Monotherapie konnte nur für PD-L1 negative Tumoren gezeigt werden. Die Kombinationstherapie ist unabhängig vom PD-L1-Status zugelassen. Klinische Wirksamkeit beim Nicht-kleinzelligen Karzinom der Lunge: Für das lokal fortgeschrittene oder metastasierte Nicht-kleinzellige NSCLC konnte sowohl für die plattenepitheliale als auch für die nicht -plattenepitheliale Histologie ein Gesamtüberlebensvorteil für die Therapie mit Nivolumab verglichen mit Docetaxel gezeigt werden. In einer großen randomisierten Studie mit 582 Patienten konnte für die nicht-plattenepitheliale Histologie ein medianes Überleben für Nivolumab von 12.2 Monaten verglichen mit 9.4 Monaten für Docetaxel gezeigt werden. Für das Plattenepithelkarzinom der Lunge konnte bei 272 Patienten ein medianes Überleben von 9.2 Monaten für Nivolumab verglichen mit 6.0 Monaten für Docetaxel gezeigt werden. Klinische Wirksamkeit beim Nierenzellkarzinom (RCC): In einer großen randomisierten Studie mit 821 Patienten wurde für das unter Vortherapien progrediente Nierenzellkarzinom für Nivolumab im Vergleich zu Everolimus ein Vorteil für das mittlere Überleben für Nivolumab mit 25 Monaten vs. 19.6 Monate für Everolimus gezeigt. Dosis: Die Dosis als Monotherapie in den Studien zum malignen Melanom, zum NSCLC und zum RCC lag bei 3 mg/kg intravenös alle zwei Wochen. In der Kombinationstherapie mit Ipilimumab beträgt die empfohlene Dosis 1mg/kg KG intravenös alle 3 Wochen.
Indikation	Melanom OPDIVO ist als Monotherapie oder in Kombination mit Ipilimumab bei Erwachsenen für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms indiziert. Im Vergleich zur Nivolumab Monotherapie wurde in der Kombination Nivolumab mit Ipilimumab nur bei Patienten mit niedriger Tumor PD-L1-Expression ein Anstieg des progressionsfreien Überlebens (PFS) gezeigt Nivolumab ist als Monotherapie bei Erwachsenen für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms indiziert. Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) OPDIVO® / Nivolumab BMS ist zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen indiziert. Nierenzellkarzinom (RCC) OPDIVO® ist als Monotherapie bei Erwachsenen zur Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms nach Vortherapie indiziert. Erwartete Zulassungserweiterungen (Datenstand Sep. 2016): Noch für das Jahr 2016 sowie auch für die Jahre 2017, 2018 und 2019 werden weitere Zulassungserweiterungen für Nivolumab erwartet. Daher ist es wahrscheinlich, dass der in diesem Antrag skizzierte Zulassungsumfang zum Verhandlungsbeginn aktualisiert werden muss.
Ablösung / Ergänzung	Da die klinischen Daten Überlegenheit gegenüber derzeitigen Standardtherapien zeigen, ist davon auszugehen, dass Nivolumab zumindest die bisherige Therapieoption Dacarbazin (DTIC) ablöst. Ferner können folgende, aktuell zugelassene Therapieoptionen ergänzt werden: Ipilimumab (für alle Patienten mit malignem Melanom zugelassen

Feld	Wert
	unabhängig vom BRAF-Status) bzw. Vemurafenib und Dabrafenib (zugelassen für die Patienten mit BRAF-V600-positivem Melanom). In der Zulassungsstudie beim nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) wurde Nivolumab gegen Docetaxel verglichen. Es ist davon auszugehen, dass daher die Behandlung von NSCLC mit Taxanen von der neuen Methode abgelöst wird. In der Zulassungsstudie beim Nierenzellkarzinom (RCC) wurde Nivolumab gegen Everolimus verglichen. Es ist davon auszugehen, dass daher die Behandlung vom RCC im Rezidiv um Nivolumab erweitert wird, bei weiterhin bestehendem Einsatz der Multikinase-Inhibitoren und selektiven Angiogenese-Hemmer.
Was ist neu?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 hat Nivolumab den Status 1 (Position 12 der NUB-Liste 2016). Im NUB Verfahren 2015/2016 wurde von 310 Krankenhäusern ein Antrag gestellt
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	Juni 2015
Medikament zugelassen	19. Juni 2015
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	Nivolumab wird schätzungsweise in ca. 310 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anträge 2016).
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	6
Patienten Zukunft	10
Mehrkosten	Sachkosten: Durch die Gabe von Nivolumab entstehen Zusatzkosten für die je Patient zu verabreichende Therapie in Höhe von: 70 kg Körpergewicht, 3 mg / kg, Therapieabstand 14 - täglich = 210 mg pro Zyklus Packungsgröße: 40 mg bzw. 100 mg Preis pro Packung: 1803,94 € für 100 mg; Preis ohne Verwurf, obiges Beispiel: 3788,27 € Preis mit Verwurf (Verwendung der Packung nur für einen Patienten): 4339,53 € Personalkosten: Für die Zubereitung: ca. 10 Minuten (MTD Apotheke) Für die Applikation: ca. 5 Minuten (ÄD) und ca. 5 Minuten (PD) Für die Überwachung: ca. 30 Minuten (PD), ca. 10 Minuten (ÄD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Nivolumab ist erst seit Mitte 2015 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2015 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Wir vermuten, dass die Stichprobe jedoch zu klein ist, als dass genügend Kosten- und Leistungsdaten aus den Krankenhäusern vorliegen, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2017 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 4000 € pro Applikation können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden und Nivolumab ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	Bisher ist kein spezifischer dosisgestaffelter OPS-Code für die Anwendung des Medikamentes definiert worden.
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	J61, J68, E71, L62C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-547.0



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1712089 NUB 136 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1712089
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:41
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Pembrolizumab (75)
Alternative Bezeichnung	
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1608623
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: Pembrolizumab ist ein humanisierter monoklonaler Antikörper, der die körpereigene Immunantwort gegen Tumore reaktiviert. Pembrolizumab blockiert die Interaktion zwischen PD-1 und dessen Liganden PD-L1 und PD-L2. Evidenzlage: Pembrolizumab zeigte in Phase III Studien zum fortgeschrittenen Melanom eine höhere Wirksamkeit und geringere Nebenwirkungsrate als die bisherigen Standardtherapien

Feld	Wert
	Ipilimumab (Erst -und Zweitlinienbehandlung) und Chemotherapie (spätere Therapielinien). So lag das 1-Jahresüberleben in einer direkten Vergleichsstudie unter Pembrolizumab bei 68% vs. 58% unter Ipilimumab ($p=0.0034$). Gleichzeitig traten nur etwa halb so viele schwere unerwünschte Ereignisse auf unter Pembrolizumab im Vergleich zu Ipilimumab (in 10,1% vs. 19,9% der Patienten). Bei vorbehandelten Patienten zeigte Pembrolizumab im Vergleich mit Chemotherapie ein deutlich erhöhtes Therapieansprechen (21% vs. 4%, $p<0.0001$) und ebenfalls eine starke Reduktion der schweren unerwünschten Ereignisse (11% vs. 26% der Patienten). Pembrolizumab zeigte in der randomisierten KEYNOTE-010 Studie bei der Therapie des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) mit PD-L1 exprimierenden Tumoren nach vorheriger Platinhaltiger Chemotherapie bei Erwachsenen mit Pembrolizumab vs Docetaxel eine signifikante Verlängerung des Gesamtüberlebens. Dosis: Pembrolizumab wird in einer Dosierung von 2 mg/kg Körpergewicht alle 3 Wochen als 30- minütige intravenöse Infusion gegeben
Indikation	Pembrolizumab ist als Monotherapie zur Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierenden) Melanoms bei Erwachsenen angezeigt. Pembrolizumab ist zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) mit PD-L1 exprimierenden Tumoren nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen angezeigt. Patienten mit EGFR- oder ALK-positiven Tumormutationen sollten vor der Therapie mit Pembrolizumab bereits eine für diese Mutationen zugelassene Therapie erhalten haben
Ablösung / Ergänzung	Pembrolizumab ergänzt die vorhandenen Therapieoptionen in der Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms und des fortgeschrittenen NSCLC.
Was ist neu?	Bei den PD-1 Antikörpern wie Pembrolizumab handelt es sich um eine neue Substanzklasse für die Therapie fortgeschrittener Malignome. In den Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 hat Pembrolizumab den Status 1 (Position 27 der NUB-Liste 2016)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	2015
Medikament zugelassen	2015
Methode im Krankenhaus	2014 im Rahmen von Studien
Methode in Krankenhäusern	Pembrolizumab wird schätzungsweise in ca. 258 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anträge 2016).
Patienten letztes Jahr	5
Patienten dieses Jahr	5
Patienten Zukunft	10
Mehrkosten	Sachkosten: Der Preis von Pembrolizumab beträgt 2095,38€ incl. MwSt. für eine 50mg Flasche. Die Therapiekosten für einen 75 Kilo Patient entsprechen pro Zyklus 6286,14€. Personalkosten: Für die Applikation: ca. 5 Minuten (ÄD) und ca. 5 Minuten (PD) Für die Überwachung: ca. 30 Minuten (PD), ca. 10 Minuten (ÄD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Pembrolizumab ist erst seit dem Jahr 2015 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2015 können aus den Kalkulationshäusern keine ausreichenden Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System des Jahres 2017 wird damit nicht möglich. Die zusätzlichen Kosten von ca. 6300€ pro Applikation können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG

Feld	Wert
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	J68A, J68B, J61A, J61B , E71
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1716772 NUB 136 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1716772
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 13:53
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Thorsten
Name	Hornung
Abteilung	
Straße	Sigmund Freud. Str. 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 15370
Telefax	
E-Mail	thorsten.hornung@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Universitätsklinikum Bonn Thomas Lück
Benennung	Pembrolizumab bei fortgeschrittenem Melanom
Alternative Bezeichnung	Keytruda®, Anti-PD-1 Antikörpertherapie
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1608623
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Pembrolizumab (Früherer, heute obsoleter Bezeichnung "Lambrolizumab") ist ein voll humanisierter monoklonaler Antikörper, der spezifisch an den "Programmed-Death-1"-Rezeptor (PD-1) auf aktivierten T-Lymphozyten (T-Zellen) bindet und dessen Aktivierung hemmt. PD-1 wird physiologisch von spezifischen Liganden (PD-L1 und PD-L2) aktiviert, die unter anderem auch von Tumorzellen exprimiert werden. Die Bindung der Liganden an den PD-1-Rezeptor führt zu einer Hemmung der aktivierten T-Zellen und

Feld	Wert
	wirkt dadurch einer Immunantwort entgegen. Pembrolizumab bewirkt über eine Blockierung der PD-1-Aktivierung eine fortgesetzte und gesteigerte Immunantwort aktivierter T-Zellen gegenüber Tumorzellen. Im Einsatz beim fortgeschrittenen Melanom zeigt Pembrolizumab einen indirekten Wirkmechanismus im Rahmen einer T-Zell-vermittelten Immunreaktion. Indem es eine anhaltende T-Zell-Aktivierung, T-Zell-Proliferation und Infiltration durch tumorspezifische T-Zellen bewirkt, führt die Behandlung zu einem verstärkten immunvermittelten Tumorzelltod. Die PD-1-Blockade stellt damit einen vergleichbaren Mechanismus dar wie die Behandlung mit CTLA-4-Antikörpern. Die Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Melanom mit dem CTLA-4-Antikörper Ipilimumab war im Jahre 2011 die erste zugelassene Therapie mit nachgewiesener Überlebensverlängerung in dieser Indikation. In einer Kohorte von 411 Patienten mit fortgeschrittenem Melanom führte die Behandlung mit Pembrolizumab zu einem objektiven Ansprechen in 40% verbunden mit einer 69% 1-Jahres-Überlebensrate. Für Patienten, bei denen eine Therapie mit Ipilimumab bereits versagt hatte, betrug die Ansprechrage 28% und das 1-Jahresüberleben 65%. Im Rahmen einer randomisierten Phase-III-Studie (CA209-037) wurden 540 Patienten mit fortgeschrittenem Melanom und Therapieversagen nach einer Behandlung mit dem CTLA4-Antikörper Ipilimumab und ggf. einer Vorbehandlung mit einem BRAF-Inhibitor untersucht. Es wurde die Behandlung mit Pembrolizumab in zwei unterschiedlichen Dosen gegenüber einer konventionellen Chemotherapie ("investigator's choice") verglichen. Hier ergab sich eine objektive Ansprechrage (ORR) unter Pembrolizumab von 31,7% gegenüber 10,6% im Vergleichsarm. Beide untersuchten Dosisstufen von Pembrolizumab erbrachten ein signifikant längeres progressionsfreies Überleben (Hazard-Ratio 0,50 bzw. 0,57; $p < 0,0001$) gegenüber Chemotherapie. Eine weitere randomisierte Phase-III-Studie untersuchte erneut zwei Dosisstufen von Pembrolizumab im Vergleich mit einer anti-CTLA4-Therapie (Ipilimumab) an 845 Patienten. Hierbei zeigten sich wiederum beide Dosisschemata gleichermaßen einer Behandlung mit Ipilimumab überlegen. Das Gesamtüberleben war mit einer Hazard-Ratio von 0,63 ($p < 0,001$) bzw. 0,69 ($p < 0,004$) in beiden Pembrolizumab-Armen signifikant gegenüber einer Ipilimumab-therapie verbessert. Dosierung und Therapiedauer: Pembrolizumab wird in einer Dosierung von 2 mg/kg Körpergewicht alle 3 Wochen als 30-minütige intravenöse Infusion gegeben Literatur Hamid O, Robert C, Daud A, et al. Safety and tumor responses with lambrolizumab (anti-PD-1) in melanoma. N Engl J Med. 2013; 369(2): 134. Robert C, Ribas A, Wolchok JD, et al. Anti-programmed-death-receptor-1 treatment with pembrolizumab in ipilimumab-refractory advanced melanoma: a randomised dose-comparison cohort of a phase 1 trial. Lancet. 2014; 384(9948): 1109. Ribas A, Puzanov I, Dummer R et al. Pembrolizumab versus investigator-choice chemotherapy for ipilimumab-refractory melanoma (KEYNOTE-002): a randomised, controlled, phase 2 trial. The Lancet. Oncology 2015; 16: 908-918.
Indikation	Pembrolizumab wird eingesetzt zur Behandlung von fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanomen, die nicht mehr auf andere zugelassene Therapien ansprechen.
Ablösung / Ergänzung	Mit der Zulassung von Ipilimumab im Jahre 2012 wurde erstmals eine Immuntherapie mit einer signifikanten Überlebensverlängerung für Patienten mit fortgeschrittenem Melanom verfügbar. Mit den PD1-Antikörpern Nivolumab und Pembrolizumab steht nunmehr eine weitere zugelassene Therapieform in dieser Patientengruppe zur Verfügung. Insbesondere die gezeigte Überlegenheit gegenüber einer Immuntherapie mit anti-CTLA4 (Ipilimumab) führt gegenwärtig in den meisten Zentren dazu, dass die Behandlung mit Ipilimumab weitgehend durch eine Therapie mit PD1-Antikörpern abgelöst wird.
Was ist neu?	Bei Pembrolizumab handelt es sich um einen neuen Wirkmechanismus. Eine Tumorthherapie durch Aktivierung des Immunsystems wurde mit verschiedenen Methoden verfolgt (z.B. Aktivierung durch Zytokine oder tumorspezifische Vakzinierung), bislang war jedoch nur die Verstärkung der T-Zell-vermittelten anti-tumoralen Immunantwort durch Blockade von CTLA-4 (Cytotoxic T-Lymphocyte Antigen-4) von signifikantem Erfolg bei Patienten mit nicht-resektablem metastasierten Melanom. Pembrolizumab blockiert ebenfalls inhibitorische Signale auf T-Zellen, jedoch über einen anderen Mechanismus, und ist im klinischen Einsatz auch bei solchen Patienten wirksam, deren Erkrankung nicht oder nicht mehr auf Ipilimumab anspricht.

Feld	Wert
Verweildauer	Zu dieser Frage liegen bisher keine publizierten Daten vor. Die Infusionen erfolgen alle drei Wochen. Falls die Infusionen stationär verabreicht werden sollten, ist die Verweildauer im Krankenhaus wahrscheinlich kürzer als beispielsweise bei Applikation einer Polychemotherapie, deren Akutverträglichkeit schlechter ist als die von Pembrolizumab. Sollte eine stationäre Applikation bei Patienten erfolgen, deren stationäre Behandlung aus anderen Gründen notwendig ist (z.B. Behandlung tumorbedingter Symptome oder Komplikationen), so wird die Verweildauer durch die Applikation von Pembrolizumab voraussichtlich nicht verlängert werden.
Methode in Deutschland	Pembrolizumab wurde seit 2013 in klinischen Studien, ab 15.5.2014 im Rahmen eines Härtefallprogramms des Paul-Ehrlich-Instituts in Deutschland eingeführt
Medikament zugelassen	Pembrolizumab wurde im Juli 2015 für das fortgeschrittene, nicht-resezierbare Melanom zugelassen.
Methode im Krankenhaus	Seit 2014. 2014 im Rahmen des Härtefallprogramms
Methode in Krankenhäusern	Es wird in der Mehrzahl der 87 Onkologischen Zentren in Deutschland eingesetzt, in den 46 zertifizierten Hautkrebszentren sowie weiteren der 163 Kliniken, die für 2015 einen NUB-Antrag für Pembrolizumab gestellt haben.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	1
Mehrkosten	Sachkosten: Der Preis von Pembrolizumab beträgt 2124,15 € incl. MwSt. für eine 50mg Flasche. Bei der empfohlenen Dosierung von 2mg/kg Körpergewicht betragen die Therapiekosten für einen 75 Kilo Patient pro Zyklus 6372,45 €. Personal: Die Personalkosten bewegen sich im Bereich des üblichen Personalkostenanteils für eine medikamentöse Tumorthherapie (ca. 10 Minuten Apotheke, 10 Minuten Pflege, 10 Minuten Arzt), ohne dass spezifische Mehrkosten anfallen.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die zusätzlichen Kosten dieser Methode können durch den derzeitigen Fallpauschalenkatalog allein nicht ausreichend abgebildet werden, da sich die Methode in den Kostenerhebungen bisher nicht abbilden konnte. Die zu erwartenden Kosten pro Fall für dieses Medikament überschreiten grundsätzlich den Kalkulationsrahmen der betroffenen DRGs (z.B. Bewertungsrelation für J68A: 0,243; J61C: 0,69) um ein Mehrfaches, so dass eine zukünftige sachgerechte Abbildung in der Systematik erst durch eine spezifische DRG bzw. ein entsprechendes Zusatzentgelt realisierbar werden wird.
Prozeduren - Beschreibung	Ein spezifischer OPS Code für Pembrolizumab existiert bislang nicht. Die Therapie mit monoklonalen Antikörpern wird mit der Schlüsselnummer 8-547.0 dokumentiert
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	Bei einer Aufnahme mit der Hauptdiagnose malignes Melanom (C43.-) und konservativer Therapie sind dies in der Regel die DRG J68A oder J61C. Daneben sind auch stationäre Behandlungen unter anderen DRGs mit begleitender Therapie mit Pembrolizumab denkbar
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1708038 NUB 137 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1708038
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:35
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. vorformuliert
Benennung	Trametinib (40)
Alternative Bezeichnung	Mekinist®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1608634
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: Trametinib ist ein oral verfügbarer MEK-Inhibitor, der selektiv die MEK1- und MEK2-Aktivierung und Kinaseaktivität hemmt. MEK ist ein Target im RAS/RAF/MEK/ERK-Signalweg. Dieser ist bei ca. 50% der Melanome durch das Vorhandensein einer BRAF V600-Mutation konstitutiv aktiviert und kann zu unregulierter Zellproliferation führen. Durch die Inhibition von MEK durch Trametinib kann das Tumorwachstum gehemmt und

Feld	Wert
	durch Apoptose eine Regression des Tumors erzielt werden. Durch die gleichzeitige Hemmung von BRAF und MEK mit der Kombinationstherapie von Trametinib und Dabrafenib kann die hemmende Wirkung auf das Tumorwachstum verstärkt und die Resistenzentwicklung verzögert werden, sowie die unter BRAF-Monotherapie auftretenden kutanen Nebenwirkungen deutlich reduziert werden. Für eine Behandlung mit Trametinib ist der Nachweis einer BRAF-V600-Mutation mithilfe einer validierten Testmethode (PCR, Sequenzierung) erforderlich. Evidenzlage: Monotherapie: In der Phase-III-Studie gegenüber Chemotherapie zeigte sich beim Gesamtüberleben eine statistisch signifikante Senkung des Mortalitätsrisikos unter Trametinib (HR = 0,54 [0,32-0,92]; p = 0,0136). Auch die weiteren Datenschnitte im Mai 2013 bzw. Mai 2014 bestätigen den Überlebensvorteil für Patienten im Trametinib-Arm (HR = 0,78 [0,57-1,06]; p = 0,0912 und HR = 0,84 [0,63-1,12]; p = 0,2020) mit einer Verlängerung des medianen Gesamtüberlebens von 11,3 auf 15,6 Monate. Das mediane progressionsfreie Überleben konnte von 1,5 Monaten im Chemotherapie-Arm auf 4,8 Monate im Trametinib-Arm statistisch signifikant verlängert werden (HR = 0,45 [0,33-0,63]; p < 0,0001). Die Gesamtansprechrate war im Trametinib-Arm ebenfalls signifikant höher als im Chemotherapie-Arm (22% vs. 8%; p = 0,0100). Kombinationstherapie: Die Überlegenheit der Kombinationstherapie aus Dabrafenib in Kombination mit Trametinib gegenüber einer Monotherapie mit einem BRAF-Inhibitor in Bezug auf das Gesamtüberleben (OS), das progressionsfreie Überleben (PFS) und das Ansprechen (ORR) wurde in zwei Phase III-Studien gezeigt. In der Phase-III-Studie COMBI-v zeigte sich beim Gesamtüberleben der Dabrafenib-Trametinib-Kombination gegenüber Vemurafenib bei Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem BRAF-V600E/K-Mutation positivem Melanom bereits bei der Interimsanalyse eine signifikante Senkung des Mortalitätsrisikos (HR = 0,69 [0,53-0,89]; p = 0,005). Auch die Ergebnisse des zweiten Datenschnitts belegen eine Reduktion der Mortalitätsrate um 34% und bestätigen somit die Überlegenheit der Kombination (HR = 0,66 [0,53-0,81]; p < 0,001). Das mediane Gesamtüberleben konnte dabei von 18,0 Monaten im Vemurafenib-Arm auf 25,6 Monate im Kombinationsarm verlängert werden. Das mediane progressionsfreie Überleben war mit 12,6 Monaten im Vergleich zu 7,3 Monaten im Kombinationsarm signifikant länger als im Vemurafenib-Arm (HR = 0,56; p < 0,001). Die Gesamtansprechrate war im Kombinationsarm ebenfalls höher als im Komparator-Arm (64% vs. 51%; p = 0,0005). Die mediane Dauer des Ansprechens betrug 13,8 Monate unter der Kombination aber nur 7,5 Monate unter Vemurafenib. In der Phase III-Studie COMBI-d betrug das mediane Gesamtüberleben 25,1 Monate für die Dabrafenib/Trametinib-Kombination vs. 18,7 Monate für die Dabrafenib-Monotherapie (HR 0,71, [0,55–0,92]; p=0,0107). Die 2-Jahres-Überlebensrate lag für die Kombination bei 51% vs. 42% für die Monotherapie. Die Ergebnisse zum PFS und der ORR bestätigen ebenfalls die Überlegenheit der Kombination (medianes PFS 11,0 vs. 8,8 Monate und ORR 69% vs. 53%). Mutationstest: Für eine Behandlung mit Trametinib ist der Nachweis einer BRAF-V600-Mutation mithilfe einer validierten Testmethode (PCR, Sequenzierung) erforderlich. Dosis: 2mg einmal täglich
Indikation	Trametinib ist angezeigt als Monotherapie oder in Kombination mit Dabrafenib zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht-resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation. Eine Trametinib-Monotherapie hat keine klinische Aktivität bei Patienten gezeigt, deren Erkrankung auf eine vorhergehende Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt
Ablösung / Ergänzung	Trametinib ergänzt als Monotherapie oder in Kombination mit Dabrafenib zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht-resezierbarem oder metastasiertem Melanom mit einer BRAF-V600-Mutation die Therapieoptionen. Für Mitte 2017 wird die Zulassung von Trametinib in Kombination mit Dabrafenib zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) mit einer BRAF-V600-Mutation erwartet.
Was ist neu?	Trametinib ist ein neues Medikament, das im Juli 2014 erstmalig die Zulassung der Europäischen Kommission erhalten hat. Die Zulassung für die Kombinationstherapie von Trametinib und Dabrafenib erfolgte im August 2015. : In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 hat Trametinib den Status 1 (Position 48 der NUB-Liste 2016)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.

Feld	Wert
Methode in Deutschland	Das Medikament wurde seit 2010 im Rahmen klinischer Prüfungen eingesetzt.
Medikament zugelassen	Die Zulassung von Trametinib erfolgte im Juli 2014 durch die Europäische Kommission. Die Zulassung für die Kombinationstherapie von Trametinib und Dabrafenib erfolgte im August 2015.
Methode im Krankenhaus	2015
Methode in Krankenhäusern	Trametinib wird schätzungsweise in ca. 165 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anträge 2016).
Patienten letztes Jahr	2
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Sachkosten: Trametinib wird einmal täglich oral eingenommen. Die Tagesdosis beträgt 2 mg und wird in Form einer Tablette eingenommen. Eine Packung Trametinib enthält 30 Kapseln und kostet 9156,63 € . Bei der empfohlenen Tagesdosierung von 2 mg = 1 Tablette betragen die Tagestherapiekosten rund 305 €. Bei der Behandlung mit Trametinib können einmalig Kosten für die Diagnostik der BRAF-Mutation anfallen. Für den Test, der mit einem validierten System durchzuführen ist, fallen etwa Kosten in Höhe von rund 100,00 – 120,00 € brutto an. Bei der Gabe von Trametinib in Kombination mit Dabrafenib fallen zusätzlich die Kosten für Dabrafenib an. Dabrafenib wird zweimal täglich oral eingenommen. Die zugelassene Tagesdosis beträgt 300 mg und wird morgens und abends verabreicht (150 mg in Form von je 2 Kapseln à 75 mg, b. i. d.). Eine Packung Dabrafenib enthält 120 Kapseln. Bei der empfohlenen Tagesdosierung von 300 mg = 4 Kapseln à 75 mg betragen die Tagestherapiekosten rund 231,00 €. Personalkosten: Keine relevanten Kosten bei Personal auf Station und Apotheke, da orale Einnahme. Bei einem mehrtägigen stationären Aufenthalt, der bei Patienten mit fortgeschrittenem/metastasiertem Melanom üblich ist, ist folglich mit erheblichen Mehrkosten zu rechnen, die über den DRG-Erlös nicht finanziert werden können. Da Patienten im fortgeschrittenen Stadium einer Melanom-Erkrankung häufig wegen unterschiedlicher Gründe stationär behandelt werden und Trametinib eine orale Dauertherapie ist, ist eine Erstattung auch im stationären Bereich erforderlich.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Da die Zulassung erst im Juli 2014 erfolgte, liegen für das Datenjahr 2015 aus den Kalkulationshäusern wahrscheinlich keine ausreichenden Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System wird damit nicht möglich. Die zusätzlichen Kosten von rund 305 € (Monotherapie Trametinib) bzw. rund 507 € (Kombinationstherapie Trametinib und Dabrafenib) pro Tag können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1703859 NUB 138 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1703859
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:22
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V.
Benennung	Ruxolitinib (28)
Alternative Bezeichnung	Jakavi®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1610115
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: Ruxolitinib ist ein selektiver Hemmer der Janus-assoziierten Kinasen (JAKs) JAK1 und JAK2. Die Myelofibrose ist eine myeloproliferative Neoplasie, die mit einer Dysregulation der JAK1- und JAK2- Signalwege in Verbindung steht. Es wird angenommen, dass zu den Ursachen der Dysregulation unter anderem hohe Spiegel zirkulierender Zytokine, die den JAK-STAT-Signalweg aktivieren, Gain-of-Function-

Feld	Wert
	Mutationen wie z. B. JAK2V617F und die Ausschaltung negativer Kontrollmechanismen gehören. Myelofibrose-Patienten weisen unabhängig vom JAK2V617F-Mutationsstatus eine Dysregulation der JAK-Signalwege auf. Ruxolitinib hemmt den JAK-STAT-Signalweg und die Zellproliferation von Zytokin abhängigen Zellmodellen hämatologischer Malignome, aber auch die Proliferation von Ba/F3-Zellen, die durch die Expression des mutierten JAK2V617F-Proteins Zytokin-unabhängig geworden sind. Evidenzlage: Ruxolitinib wurde in zwei Phase III Studien bei Patienten mit fortgeschrittener Myelofibrose gegen Placebo, bzw. Best Available Therapy (BAT) untersucht. Der primäre Endpunkt war die Verringerung der Milzgröße um 35%. Dieser wurde in der Placebo kontrollierten Studie in 41.9% vs 0,7%; in der BAT Studie 32% vs 0% erreicht. Allgemeinsymptome waren verbessert bei ca. 50% der Patienten mit Ruxolitinib vs. 5% der Kontrollpatienten. In einer weiteren klinischen Phase III Studie (RESPONSE) zeigte Ruxolitinib bei Patienten mit Polycythaemia vera und Resistenz oder Intoleranz gegenüber Hydroxycarbamid eine deutliche Wirksamkeit bzgl. der Kontrolle des erhöhten Hämatokrits, der Verminderung der Splenomegalie, der Verbesserung der Krankheitssymptomatik und der Lebensqualität. Dosis: Die Tagesdosis liegt zwischen 10 und 40 mg.
Indikation	Myelofibrose (MF) Ruxolitinib ist angezeigt für die Behandlung von krankheitsbedingter Splenomegalie oder Symptomen bei Erwachsenen mit primärer Myelofibrose (auch bekannt als chronische idiopathische Myelofibrose), Post- Polycythaemia-vera-Myelofibrose oder Post-Essentieller-Thrombozythämie-Myelofibrose. Polycythaemia vera (PV) Ruxolitinib ist angezeigt für die Behandlung von Erwachsenen mit Polycythaemia vera, die resistent oder intolerant gegenüber Hydroxycarbamid sind.
Ablösung / Ergänzung	Ein wesentliches Krankheitssymptom der Myelofibrose und der Polycythämia vera ist die Splenomegalie. Wegen der in den klinischen Studien nachgewiesenen Verkleinerung der Milzgröße und des Milzvolumens durch Ruxolitinib ist davon auszugehen, dass durch den Einsatz dieser Substanz in der Behandlung der Symptome der Myelofibrose, die Zahl der in dieser Indikation durchgeführten Splenektomien und der Milzbestrahlungen zurückgehen wird.
Was ist neu?	Die Methode ist vollständig neu. Ruxolitinib hat den Status eines Arzneimittels zur Behandlung seltener Leiden („orphan drug“). In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2015 hat Ruxolitinib den Status 2 (Position 134 der NUB-Liste 2015). Die Einstufung in den Status 2 in 2015 ist für die Fachgesellschaft DGHO nicht nachvollziehbar. Es handelt sich um eine neue Methode, die Kosten der Methode sind erheblich und führen zu einer Schieflage bei der Vergütung, da sie über die Fallpauschale allein nicht abgebildet sind. Wir vermuten, dass die orale Verabreichungsform die Vermutung entstehen ließ, dass diese Methode in der stationären Versorgung nicht häufig Anwendung findet. Da es sich jedoch um eine notwendige antineoplastische Dauertherapie handelt, muss sie bei jedweder stationären Behandlung fortgeführt werden und geht mit einer erheblichen Kostenbelastung ohne konkreten DRG-Bezug einher.
Verweildauer	Aktuell liegen hierzu keine Daten vor. Möglicherweise wird die Anzahl der Fälle mit Splenektomie (Q01Z) und Milzbestrahlung (Q03) abnehmen.
Methode in Deutschland	Im Rahmen klinischer Studien: Oktober 2009. In der Versorgung: September 2012
Medikament zugelassen	Die europaweite Zulassung von Ruxolitinib erfolgte im August 2012
Methode im Krankenhaus	2012
Methode in Krankenhäusern	Ruxolitinib wurde für 2015 von 188 Kliniken in Deutschland im Rahmen des NUB-Verfahrens angefragt
Patienten letztes Jahr	1
Patienten dieses Jahr	3
Patienten Zukunft	3

Feld	Wert
Mehrkosten	Sachkosten: die empfohlene Dosierung von Ruxolitinib beträgt zweimal täglich 20 mg als Dauertherapie. Hieraus resultieren Tagestherapiekosten in Höhe von 152,79 €. Personalkosten: durch die orale Therapieform sind die zusätzlichen Personalkosten als gering einzustufen (ca. 5 Pflegeminuten).
nicht im G-DRG-System abgebildet	Ruxolitinib wurde im Jahr 2012 zugelassen und ist seit dem Jahr 2012 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2014 könnten aus den Kalkulationshäusern erste Kostendaten für den Einsatz vorliegen, sehr wahrscheinlich aber nicht in ausreichendem Umfang, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2016 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 153 € pro Tag können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden. Ruxolitinib ist auch für 2016 im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in den betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	Ruxolitinib wird als orale Dauertherapie in einer festen Dosis von 40 mg pro Tag verabreicht. Somit kann es Kosten in allen Fallpauschalen verursachen, da die Therapie in der Regel fortgesetzt wird, auch wenn der Patient auf Grund einer anderen Erkrankung stationär behandelt wird. Die Höhe der Kosten ist abhängig von der Verweildauer in der jeweiligen Fallpauschale. In Frage kommen insbesondere die DRGs R36Z (Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen) und R62C (Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne Knochenaffektionen, ohne bestimmte Metastasen, ohne äußerst schwere CC). Eine DRG, welche explizit die Therapie der Myelofibrose bzw. ihrer Symptome beschreibt, existiert nicht. Mit der Hauptdiagnose Osteomyelofibrose (D47.4) werden in der MDC17 vor allem die Basis-DRGs R11 und R61 angesteuert. Auch hier sind die kalkulierten Kosten für Arzneimittel (Spalten 4a und 4b) deutlich unter den zu erwartenden Kosten von Ruxolitinib.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1714688 NUB 140 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1714688
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 13:10
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Renate
Name	Dahmen
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715171
Telefax	
E-Mail	Renate.Dahmen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	IDARUCIZUMAB_Praxbind®
Alternative Bezeichnung	IDARUCIZUMAB_Praxbind®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1608347
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkungsweise: Idarucizumab ist ein humanisiertes Antikörperfragment, das intravenös appliziert wird. Es ist ein Dabigatran-spezifisches Antidot, welches eingesetzt werden kann, um bei Patienten in seltenen Notfallsituationen den antikoagulatorischen Effekt des kompetitiven oralen Thrombin- Inhibitors Dabigatran (Pradaxa®) rasch aufzuheben. Evidenzlage: In einer Phase-I-Studie an gesunden freiwilligen Probanden sowie Älteren und Probanden mit eingeschränkter Nierenfunktion wurde gezeigt, dass Idarucizumab

Feld	Wert
	den antikoagulatorischen Effekt von Dabigatran sofort, vollständig und anhaltend aufheben kann und dabei gut verträglich ist. Quellen: 1. Schiele F, et al. A specific antidote for dabigatran: functional and structural characterization. Blood 2013; 121 (18), 3554 -3562. 2. Glund S, et al. A randomised study in healthy volunteers to investigate the safety, tolerability and pharmacokinetics of idarucizumab, a specific antidote to dabigatran. Thrombosis and Haemostasis 2015 Mar19;133 (5). 3. Glund S. et al. Safety, tolerability, and efficacy of idarucizumab for the reversal of the anticoagulant effect of dabigatran in healthy male volunteers: a randomized, placebo-controlled, double-blind phase I trial. The Lancet 2015 June published online, doi: 10.1016/S0140-6736(15) 60732-2 4. Glund S. et al. Idarucizumab, a Specific Antidote for Dabigatran: Immediate, Complete and Sustained Reversal of Dabigatran Induced Anticoagulation in Elderly and Renally Impaired Subjects. Presented on 8th December at the 56th American Society of Hematology Annual Meeting & Exposition, San Francisco, USA. Abrufbar unter: https://ash.confex.com/ash/2014/webprogram/Paper74960.html In einer aktuell laufenden Patientenstudie (Study of reversal effects of idarucizumab in patients on active dabigatran, REVERSE AD™) konnte gezeigt werden, dass Idarucizumab den antikoagulatorischen Effekt von Dabigatran bei Patienten in Notfallsituationen innerhalb von Minuten aufheben kann. Sekundäre klinische Endpunkte der Studie belegen die Wirksamkeit und Sicherheit dieser therapeutischen Maßnahme im Rahmen des Notfallmanagements bei mit Dabigatran antikoagulierten Patienten. Quelle 5. Pollack CV, Reilly PA, Bernstein R, Dubiel R, Eikelboom J, Glund S, Huisman MV, Hylek E, Kam CW, Kamphuisen PW, Kreuzer J, Levy JH, Sellke F, Stangier J, Steiner T, Wang B, Weitz JI. Design and rationale for RE-VERSE AD: a phase 3 study of idarucizumab, a specific reversal agent for dabigatran. Thrombosis and Haemostasis, Uncorrected proof, Epub ahead of print: May 28, 2015, doi: 10.1160/TH15-03-0192 Thromb Haemost 2015. 114 6. Pollack CV et al. Idarucizumab for Dabigatran Reversal, NEJM June 2015, Epub ahead http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1502000 Dosis: Idarucizumab wird intravenös in der Dosierung von 2x 2,5g appliziert.
Indikation	Vorläufige Übersetzung (abhängig von Adaptionen im Rahmen des Zulassungsprozesses) Idarucizumab (Praxbind®) ist ein spezifisches Gegenmittel für Dabigatran und wird bei Patienten, welche Pradaxa® einnehmen, eingesetzt, wenn eine rasche Aufhebung des antikoagulatorischen Effekts von Dabigatran erforderlich ist: - bei notfallmäßigen Operationen oder dringenden Eingriffen - bei lebensbedrohlichen oder unkontrollierten Blutungen
Ablösung / Ergänzung	Für den Wirkstoff Dabigatran gibt es derzeit kein spezifisches Antidot. Je nach Schweregrad einer möglichen Blutungskomplikation kommen derzeit u.a. die notfallmäßige Durchführung einer Hämodialyse und/oder die Gabe von PPSB (Prothrombinkomplekonzentrat) zur Anwendung. In besonders schweren Fällen wird der Blutgerinnungsfaktor VII (OPS 8-810.7*) bzw. Feiba- Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität (OPS 8-810.c*) substituiert.
Was ist neu?	Es handelt sich um eine vollständig neue Behandlungsmethode.
Verweildauer	Es handelt sich um ein Notfallpräparat für die Anwendung ausschließlich unter vollstationären Bedingungen. Die Verweildauer im Krankenhaus ist abhängig von der Ursache, dem Ausmaß und den Folgen der Notfallsituation. Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können zum aktuellen Zeitpunkt keine Aussagen gemacht werden, da der Wirkstoff erst im Januar 2016 eingeführt wird.
Methode in Deutschland	Die Markteinführung wird voraussichtlich im Januar 2016 stattfinden.
Medikament zugelassen	Die Positive Opinion (CHMP) der EMA wird erwartet im September 2015. Die Zulassung wird erwartet für den 30. November 2015. Die Markteinführung ist geplant für Januar 2016.
Methode im Krankenhaus	Die Methode ist noch nicht eingeführt. Die Markteinführung ist geplant für Januar 2016.
Methode in Krankenhäusern	Die Markteinführung ist geplant für Januar 2016. Für das Jahr 2016 wird mit rund 1.000 einsetzenden Kliniken gerechnet.
	0

Feld	Wert
Patienten letztes Jahr	
Patienten dieses Jahr	1
Patienten Zukunft	10
Mehrkosten	Sachkosten: ca. 2.500 Euro (exkl. Mwst.) für 5g (2x 2,5g) Idarucizumab (einmalig zu geben). Personalkosten: Sind im Zusammenhang mit der Anwendung und Darreichung von Idarucizumab zu vernachlässigen
nicht im G-DRG-System abgebildet	Betroffen von dieser Methode sind bundesweit ca. 3.000-4.000 Patienten p.a. Die Schwere der behandlungspflichtigen Blutung ist aus der Kodierung mit der ICD D68.35 als Haupt- oder Nebendiagnose nicht spezifisch ersichtlich, so dass auch ein hoher Anteil von hämorrhagischen Diathesen durch Antikoagulanzen mit niedrigerem Ressourcenverbrauch kodiert wird. Die Kodierung mit D68.30 in der Verwendung als Haupt- oder Nebendiagnose führt zu einer extrem breiten Streuung über ca. 800 G-DRGs. In der jeweiligen Fallpauschale ist auf Grund der geringen Fallzahl der betroffenen Patienten (s.o.) keine sach- und leistungsgerechte Kostenkalkulation möglich. Daher ist auch keine sach- und leistungsgerechte Abbildung im aktuellen G-DRG-System darstellbar.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	Blutungen unter einer antikoagulatorischen Therapie mit Dabigatran können grundsätzlich an jeder Körperlokalisierung auftreten. Schwere und lebensbedrohliche Blutungen erfordern möglicherweise eine operative Therapie. Daher ist eine sehr breite Streuung über eine Vielzahl (> 800) unterschiedlicher G-DRGs gegeben. In der Kodierung als Hauptdiagnose D68.30 (seit 2015: D68.35) gibt es eine starke Fokussierung auf 3 DRG: - 86% der Fälle auf die DRG Q60C (M-Partition) - 6% der Fälle auf die DRG Q02C (O-Partition) - 5% der Fälle auf die DRG Q02A (O-Partition) Mehr als 90% der kodierten hämorrhagischen Diathesen durch Antikoagulanzen werden jedoch als Nebendiagnose geführt. Dieses betrifft sowohl Patienten mit akuter Antikoagulanzen assoziierter Blutung bzw. akut operativ zu versorgende Patienten mit der Notwendigkeit für eine schnelle Antagonisierung des antikoagulativen Wirkstoffs. Die Top-20 G-DRGs der insgesamt 105 Tsd. Fälle mit Kodierung als Nebendiagnose sind in absteigender Reihung G46B, G67B, D62Z, F62B, J65Z, L64A, G48C, E77F, G73Z, G67C, Q61E, X62Z, B70I, Q61A, 901D, F59A, B70E, B78A, B70A und B02D.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1716805 NUB 141 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1716805
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 13:56
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Thorsten
Name	Hornung
Abteilung	
Straße	Sigmund Freud. Str. 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715370
Telefax	
E-Mail	thorsten.hornung@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde von der Novartis Pharma GmbH unterstützt.
Benennung	Secukinumab
Alternative Bezeichnung	Cosentyx®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1617055
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Secukinumab ist ein gegen Interleukin-17A gerichteter, rekombinanter, vollständig humaner monoklonaler Antikörper. Die empfohlene Dosis beträgt 300 mg Secukinumab als subkutane Injektion mit Startdosen in den Wochen 0, 1, 2 und 3, gefolgt von monatlichen Erhaltungsdosen beginnend ab Woche 4. Jede 300-mg-Dosis wird in Form von zwei subkutanen Injektionen zu je 150 mg verabreicht. Cosentyx® 150 mg Injektionslösung ist in einer Fertigspritze und in einem Fertigpen erhältlich. Die Sicherheit

Feld	Wert
	und Wirksamkeit von Secukinumab wurde in vier randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Phase-III-Studien an Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine Phototherapie oder systemische Therapie infrage kamen, beurteilt (ERASURE, FIXTURE, FEATURE, JUNCTURE). Im Mittelpunkt der Zulassung stehen die Daten der Phase-III-Studien FIXTURE und ERASURE. Während sich Secukinumab in der ERASURE-Studie signifikant wirksam gegenüber Placebo zeigt, belegt die FIXTURE-Studie die signifikante Überlegenheit von Secukinumab im Direktvergleich mit der aktuellen Standardtherapie Etanercept. So hatten innerhalb der ersten 16 Behandlungswochen über 70 Prozent der mit Secukinumab behandelten Patienten eine symptomfreie oder nahezu symptomfreie Haut - ein Effekt, der bei der Mehrheit der Patienten über volle 52 Behandlungswochen anhielt. Erste Daten zur Verlängerung dieser Studie zeigen nun, dass das Ansprechen auch über einen Zeitraum von zwei Jahren konstant hoch bleibt. Zudem konnte in beiden Studien gezeigt werden, dass Secukinumab über ein gutes Sicherheitsprofil verfügt. Die unerwünschten Wirkungen von Secukinumab sind laut der aktuellen Fachinformation als mild bis moderat einzustufen. Darüber hinaus wird die Wirksamkeit und Sicherheit von Secukinumab in Phase-IIIb- und Phase-IV-Studien untersucht. Aus einer noch laufenden Studie (CLEAR) gibt es bereits erste Ergebnisse zur Überlegenheit von Secukinumab im Direktvergleich mit Ustekinumab (Handelsname Stelara®), einer weiteren aktuellen Standardtherapie, für die es in 2015 bereits einen NUB Status 1 gab. In der CLEAR-Studie erreichten sogar ca. 80 Prozent der mit Secukinumab behandelten Patienten nach 16 Wochen eine symptomfreie oder nahezu symptomfreie Haut, während es unter Ustekinumab nur ca. 60 Prozent waren. In der CLEAR-Studie konnte erneut bestätigt werden, dass die Sicherheit von Secukinumab mit der von aktuellen Standardtherapien vergleichbar ist.
Indikation	Secukinumab ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen. Psoriasis ist eine schwere Erkrankung der Haut (FPV 2015: J61), die durch dicke und großflächige Hautläsionen (Plaques) gekennzeichnet ist. Diese verursachen Juckreiz, Schuppen und Schmerzen. Psoriasis führt vielfach zur sozialen Ausgrenzung der Patienten sowie zu erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität. Hinzukommen häufig Komorbiditäten, wie z.B. Psoriasis-Arthritis, Herz-Kreislauferkrankungen und psychosoziale Erkrankungen.
Ablösung / Ergänzung	Secukinumab ist das erste und bislang einzige Biologikum/IL17-A-Inhibitor, welches als Alternative für die Erstlinientherapie und als Zweitlinientherapie der mittelschweren bis schweren Psoriasis zugelassen ist. Bisher standen den Patienten lediglich topische und systemische Wirkstoffe sowie eine UV-Therapie zur Verfügung. Für die Erstlinientherapie sind die Wirkstoffe Ciclosporin, Fumarsäureester (Handelsname Fumaderm®) und Methotrexat zugelassen. Für die Zweitlinientherapie sind die Wirkstoffe Adalimumab (Handelsname: Humira®), Etanercept (Handelsname: Enbrel®), Infliximab (Handelsname: Remicade®) bzw. zwei Biosimilars (Handelsnamen: Remsima® und Inflectra®) und Ustekinumab (Stelara®) zugelassen. Für Secukinumab konnte in Studien gezeigt werden, dass ein deutliches Ansprechen wesentlich schneller erreicht wird als mit den bisherigen Zweitlinientherapien Ustekinumab und Etanercept. So ist in der CLEAR-Studie gezeigt worden, dass ein gutes Ansprechen bei der Mehrheit der Patienten etwa 4 Wochen früher erreicht wird als mit Ustekinumab. Darüber hinaus ist die langfristig überlegene Wirksamkeit, wie in der FIXTURE-Studie im Vergleich zu Etanercept belegt, für eine dauerhafte Kontrolle dieser chronischen Erkrankung und für die Verhinderung einer erneuten Hospitalisierung äußerst bedeutsam. Momentan laufen weitere Studien, unter anderem zum Vergleich der Wirksamkeit von Secukinumab mit der Erstlinientherapie Fumarsäureester (PRIME).
Was ist neu?	Secukinumab ist eine neuartige, aktive Substanz. Secukinumab ist das erste und bislang einzige Biologikum/IL17-A-Inhibitor, welches als Alternative für die Erstlinientherapie der mittelschweren bis schweren Psoriasis zugelassen ist. Hiermit steht den Patienten erstmals ein neuer Wirkmechanismus zur Verfügung, der selektiv an das proinflammatorische Zytokin Interleukin-17A (IL-17A) bindet und dieses neutralisiert. Secukinumab wirkt gezielt auf IL-17A und hemmt dessen Interaktion mit dem IL-17-Rezeptor, der auf verschiedenen Zelltypen einschließlich Keratinozyten exprimiert wird. Dadurch hemmt Secukinumab die Ausschüttung von proinflammatorischen Zytokinen,

Feld	Wert
	Chemokinen und Mediatoren der Gewebsschädigung und reduziert den IL-17A-vermittelten Beitrag bei Autoimmunerkrankungen und entzündlichen Erkrankungen. Klinisch relevante Secukinumab-Spiegel erreichen die Haut und reduzieren lokale Entzündungsmarker. Als unmittelbare Folge führt die Behandlung mit Secukinumab zu einer Verminderung des bei Plaque-Psoriasis-Herden vorliegenden Erythems, der Induration und der Schuppung. IL-17A spielt bei der Pathogenese der Plaque-Psoriasis eine Schlüsselrolle und ist bei Patienten mit Plaque-Psoriasis in von Läsionen betroffenen Hautarealen im Gegensatz zu Hautarealen ohne Läsionen hochreguliert.
Verweildauer	Zur Auswirkung der neuen Behandlungsmethode auf die Verweildauer im Krankenhaus liegen zum aktuellen Zeitpunkt keine publizierten Daten vor. Es ist jedoch anzunehmen, dass sich die Verweildauer aufgrund der schnellen Wirksamkeit von Secukinumab reduziert.
Methode in Deutschland	Secukinumab wurde im Juni 2015 in Deutschland eingeführt
Medikament zugelassen	Die Zulassung für Secukinumab zur Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen, wurde von der Europäischen Zulassungsbehörde am 15. Januar 2015 erteilt.
Methode im Krankenhaus	Juni 2015
Methode in Krankenhäusern	Secukinumab wird aktuell in ca. 65 - 70 Kliniken eingesetzt.
Patienten letztes Jahr	30
Patienten dieses Jahr	60
Patienten Zukunft	20
Mehrkosten	Die empfohlene Dosis beträgt 300 mg. Dadurch entstehen Arzneimittelkosten von 1.576€ (Herstellerabgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne MwSt.) pro Behandlungsfall. Hinzukommen ca. weitere Kosten in Höhe von ca. 100 € für die Lagerung des Arzneimittels, Taxierung, Abgabe und Warenlogistik.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Da die Zulassung erst am 15. Januar 2015 erfolgte, können noch keine ausreichenden Kosten- und Leistungsdaten dieser Methode in die Kalkulation der betroffenen DRGs des Systemsjahres 2015/2016 eingeflossen sein. Alternative Methoden in der Zweitlinientherapie mit vergleichbaren Kosten wie Secukinumab haben indes ein Zusatzentgelt oder einen NUB Status 1, denn auch deren Kosten sind im G-DRG-System nicht adäquat abgebildet. Für Adalimumab (Handelsname: Humira®), Etanercept (Handelsname: Enbrel®) und Infliximab (Handelsname: Remicade®) bestehen Zusatzentgelte, während Ustekinumab (Stelara®) im Vorjahr einen NUB Status 1 erhalten hat.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	FPV 2015: J61 – Schwere Erkrankung der Haut
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1710928 NUB 144 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1710928
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 11:54
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr. med.
Vorname	Yvonne
Name	Nohl
Abteilung	Chirurgie
Straße	Sigmund-Freud-Str. 25
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	022828716905
Telefax	
E-Mail	Yvonne.Nohl@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten vorformuliert.
Benennung	Teduglutid
Alternative Bezeichnung	Revestive®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1617131
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Teduglutid ist ein 33 Aminosäuren langes, rekombinantes Analogon des humanen Glucagon-like Peptid-2 (GLP-2), bei dem das Alanin an der 2. Position des N-Terminus durch ein Glycin ersetzt wurde. Im Vergleich zu dem in der Natur vorkommenden GLP-2 resultiert der Austausch dieser einzelnen Aminosäure in einer In-vivo-Resistenz gegen den Abbau durch das Enzym Dipeptidyl-Peptidase-IV (DPP-IV) und somit in einer

Feld	Wert
	verlängerten Halbwertszeit. Das native humane GLP-2 ist ein Peptidhormon, das von den enteroendokrinen L-Zellen des Dün- und Dickdarms sezerniert wird. Über einen spezifischen, vorwiegend im proximalen Dünndarm lokalisierten, G-Protein-gekoppelten Rezeptor, hat GLP-2 eine Vielzahl von Wirkungen auf den Gastrointestinaltrakt. Es induziert die Zellproliferation der Darmkrypten, verringert die Apoptose der Darmzotten und stimuliert somit das Wachstum der Darmschleimhaut. Des Weiteren erhöht GLP-2 den Blutfluss in den und aus dem Darm, verringert die Geschwindigkeit, mit der Nahrung den Darm passiert, und vermindert die Säuresekretion im Magen, welche die Resorption im Darm stören kann. Analog zu GLP-2 erhöht Teduglutid die resorptive Kapazität des Darmes, indem es die Flächenausdehnung des Darmepithels begünstigt und die Enterozytenmasse durch die Vergrößerung der Darmzottenhöhe und der Darmkryptentiefe in der Mukosa des Dünndarms erhöht. Die Wirksamkeit und Sicherheit von Teduglutid 0,05 mg/kg/Tag bei der Behandlung von stabil infusionspflichtigen Erwachsenen mit Kurzdarmsyndrom wurde in zwei randomisierten, Placebo-kontrollierten, doppelblinden, parallelen, multizentrischen und multinationalen Studien der Phase 3 untersucht. In der pivotalen Phase-3-Studie STEPS führte die Behandlung mit Teduglutid im Vergleich zur Kontrollbehandlung nach 24 Wochen zu einem statistisch signifikanten Gewinn an infusionsfreien Tagen ($p = 0,008$), verbunden mit einer statistisch signifikanten Volumenreduktion der parenteralen Ernährung ($p = 0,01$). Bei mehr als 20 % der durchgehend mit Teduglutid behandelten Patienten konnte bis zum Ende der 24-monatigen Verlängerungsstudie STEPS-2 die parenterale Ernährung vollständig abgesetzt werden. Teduglutid ist daher bei Patienten mit einem stabil infusionspflichtigen Darmversagen mit dem Ziel indiziert, infusionsfreie Tage zu gewinnen. (Empfehlung 36, S3-Leitlinie AWMF 073/026 „Klinische Ernährung in der Gastroenterologie (Teil 3) – Chronisches Darmversagen“ 2014). Zur Behandlung des Kurzdarmsyndroms wird Teduglutid in der Dosierung von 0,05 mg/kg Körpergewicht dauerhaft einmal täglich subkutan appliziert.
Indikation	Teduglutid ist indiziert zur Behandlung von Erwachsenen mit Kurzdarmsyndrom, nachdem die Phase der intestinalen Adaption vorüber ist und die Patienten sich in einer stabilen Phase befinden. Die Anwendung dieses Medikaments ist dann besonders sinnvoll, wenn infusionsfreie Tage durch eine Reduktion der parenteralen Ernährung erreicht werden können bzw. in Einzelfällen möglicherweise vollständig auf die parenterale Substitution verzichtet werden kann. Bei Patienten mit ultra-short gut, bei denen eine Unabhängigkeit von parenteraler Ernährung nicht zu erwarten ist, kann durch die Wirkung von Teduglutid eine Stabilisierung des Wasser- und Elektrolythaushaltes erwartet werden, von einer Reduktion von hospitalisationsbedürftigen schweren Dehydratationsepisoden und Elektrolytentgleisungen ist auszugehen.
Ablösung / Ergänzung	Durch eine Teduglutid-Behandlung ist eine Senkung des Bedarfs an parenteraler Ernährung (OPS 8-016 oder 8-018, OPS Version 2016) bei Kurzdarmsyndrom-Patienten zu erwarten.
Was ist neu?	Teduglutid ist ein neuer Wirkstoff, der bisher in keiner anderen als der oben angegebenen Indikation eingesetzt wurde. Es ist der bisher einzige Wirkstoff, der von der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) für die Behandlung des Kurzdarmsyndroms zugelassen wurde. Eine Senkung des Bedarfs an parenteraler Ernährung und Verringerung der Risiken der mit der parenteralen Ernährung verbundenen Komplikationen ist möglich. Im NUB-Verfahren 2014 / 2015 / 2016 ist Teduglutid der Status 1 zuerkannt worden.
Verweildauer	Es liegen bisher keine Daten vor, die eine Aussage zum Einfluss auf die Verweildauer zulassen. Es ist jedoch damit zu rechnen, dass stationäre Aufenthalte wegen Komplikationen der parenteralen Ernährung verringert werden können. Bei Patienten, die aus anderen Gründen während einer laufenden Behandlung mit Teduglutid stationär aufgenommen werden müssen, ist kein Einfluss auf die Verweildauer im Krankenhaus zu erwarten.
Methode in Deutschland	Teduglutid (Revestive®) wurde am 1. September 2014 in Deutschland eingeführt.
Medikament zugelassen	Teduglutid (Revestive®) wurde am 30. August 2012 von der Europäischen Kommission zugelassen.

Feld	Wert
Methode im Krankenhaus	2015
Methode in Krankenhäusern	Es liegen keine Daten zu dieser Frage vor.
Patienten letztes Jahr	1 Patient
Patienten dieses Jahr	1-5
Patienten Zukunft	1-5
Mehrkosten	Personalkosten: Wesentliche Personalkosten fallen nicht an (subkutane Injektion). Sachkosten: Die Kosten einer Arzneimitteltherapie mit Teduglutid betragen 1.008,35 € pro Behandlungstag (Basis: Lauer-Taxe VK). Es ist möglich, dass die Kosten einer Teduglutid-Behandlung durch Einsparungen aufgrund eines geringeren Bedarfs an parenteraler Ernährung teilweise kompensiert werden. Kann auf eine parenterale Substitution langfristig vollständig verzichtet werden, entfallen die Kosten für die parenterale Ernährung und etwaige Begleittherapie von frequenten Katheterkomplikationen. Für eine parenterale Ernährung als Nebenbehandlung fallen Kosten in Höhe von 50 – 100 € pro Tag an.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die Behandlung mit Teduglutid wurde erst im Jahr 2012 in der EU zugelassen und zum 1. September 2014 in Deutschland eingeführt. Entsprechend konnten keinerlei Kosten- und Leistungsdaten bei der Ermittlung des G-DRG-Fallpauschalen-Kataloges 2013, 2014 oder 2015 berücksichtigt werden. Die Kosten des für die neue Methode zu verwendenden Präparates sind erheblich und werden die mit der DRG-Fallpauschale verbundenen Erlöse und Zusatzentgelte mit hoher Wahrscheinlichkeit übersteigen. Von den aufgeführten Mehrkosten betroffen können einerseits Patienten, die nach OP nach Adaptation noch während des OP-Aufenthaltes auf Teduglutid eingestellt werden, sein; dieses wird jedoch vermutlich die geringere Anzahl an Fällen sein. Sehr viel häufiger werden diejenigen Fälle mit erheblichen Mehrkosten belastet sein, bei denen Kurzdarm-Patienten, die schon auf Teduglutid eingestellt sind, wegen Nachfolgebehandlungen oder anderer Erkrankungen stationär aufgenommen werden. In diesem Zeitraum darf die durchlaufende Therapie mit Teduglutid nicht unterbrochen werden, so dass gerade für diese Fälle die aufgeführten Mehrkosten anzusetzen sind. Da solche Patienten vorrangig in spezialisierten Zentren behandelt werden, muss zudem von einer Schieflage, bzw. einer höheren Belastung der Zentren, die viele Patienten mit Kurzdarmsyndrom behandeln, ausgegangen werden. Es können jederzeit weitere gruppierungsrelevante Parameter wie z.B. Beatmungstunden hinzukommen. Eine stationäre Aufnahme kann auch aus einem anderen Grund erfolgen, was dann jederzeit in eine andere DRG führen kann. Das InEK hatte für Teduglutid für das Jahr 2016 den NUB-Status 1 vergeben.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	G46A G46B G46C G50Z G67A G67B G71Z
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1722018 NUB 146 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1722018
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 14:20
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Jörg
Name	Ellinger
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Strasse 25
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 14249
Telefax	
E-Mail	joerg.ellinger@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. v o r f o r m u l i e r t .
Benennung	Enzalutamid (137)
Alternative Bezeichnung	Xtandi
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: Enzalutamid ist neuer Androgenrezeptor-Signalinhibitor, der einmal täglich oral eingenommen wird. Enzalutamid bloc kiert den Androgenrezeptor, verhindert die T ranslokation des And rogen-Androgenrezeptor-Komplexes in den Zellkern sowie die Bindung von Coaktivatoren und die anschließende Bindung des Komplexes an die DNA, wirkt also über mehrere Mechanismen. Evidenzlage: Basis für die Zulassungserteilung ist

Feld	Wert
	die Phase III Studie AFFIRM, in der 1.199 Patienten mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom nach vorangegangener Chemotherapie mit Enzalutamid oder Placebo behandelt wurden. Bei einer medianen Behandlungsdauer von 8,3 vs. 3,0 Monaten führte Enzalutamid im Vergleich zu Placebo zu einer statistisch signifikanten Verlängerung ($p < 0,0001$) des Gesamtüberlebens mit einer medianen Verbesserung von 4,8 Monaten (18,4 vs. 13,6 Monate; Hazard Ratio (HR) = 0,631). Dosis: Enzalutamid in Weichkapseln à 40 mg verfügbar, die empfohlene Tagesdosis beträgt 160 mg als Einmalgabe.
Indikation	Enzalutamid ist angezeigt zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet. Eine weitere Zulassung besteht zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie klinisch noch nicht indiziert ist.
Ablösung / Ergänzung	Seit März 2011 ist Cabazitaxel in Kombination mit Prednison oder Prednisolon zur Behandlung von Patienten mit hormonrefraktärem Prostatakarzinom, die mit einem Docetaxel-basierten Therapie Schema vorbehandelt sind, sowie seit September 2011 Abirateronacetat in Kombination mit Prednison oder Prednisolon zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms bei erwachsenen Männern, deren Erkrankung während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist, zugelassen. Enzalutamid ergänzt bzw. ersetzt somit die aktuell vorhandenen Therapieoptionen für Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, die bereits eine Docetaxel-haltige Chemotherapie erhalten haben ohne dabei auf die gleichzeitige Gabe von Prednison oder Prednisolon angewiesen zu sein. Bei kastrationsresistenten Patienten mit asymptomatischem oder mildem Verlauf ist Enzalutamid eine Alternative zum bloßen Abwarten.
Was ist neu?	Enzalutamid ist ein neuer Androgenrezeptor-Signalinhibitor, der über verschiedene Mechanismen wirkt: Enzalutamid blockiert den Androgenrezeptor, verhindert die Translokation des Androgen-Androgenrezeptor-Komplexes in den Zellkern sowie die Bindung von Coaktivatoren und die anschließende Bindung des Komplexes an die DNA und unterscheidet sich dadurch von anderen Substanzen. Im Gegensatz zu bereits zugelassenen Wirkstoffen wie Cabazitaxel oder Abirateronacetat kann Enzalutamid ohne Prednison oder Prednisolon gegeben werden. In den Informationen
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	n Studien: 2010 Inverkehrbringen: 01. Sept. 2013
Medikament zugelassen	21.06.2013
Methode im Krankenhaus	2013
Methode in Krankenhäusern	Nicht bekannt. Für 2016 wurde von 406 Krankenhäusern ein NUB Antrag gestellt.
Patienten letztes Jahr	5
Patienten dieses Jahr	8
Patienten Zukunft	10
Mehrkosten	Die Therapie mit Enzalutamid stellt eine orale Dauertherapie dar. Die empfohlene Dosierung von Enzalutamid beträgt 160 mg als tägliche Einmalgabe (4 Weichkapseln à 40 mg). Die Anwendung wird insbesondere vor dem Hintergrund des zumeist fortgeschrittenen Leidens der betroffenen Patienten häufig auch stationär erfolgen. Für

Feld	Wert
	den Fall einer stationären Behandlungsindikation aus anderen Gründen (s. u.) muss eine Therapie mit Enzalutamid fortgeführt werden. Die Therapiegestherapiekosten liegen in der genannten Dosierung bei ca. € 130,11 (Erstattungsbetrag nach Roter Liste). Somit ergibt sich beispielhaft für eine 7-tätige stationäre Therapie ein Sachkostenanteil von ca. 910,75 €. Personalkosten: Durch die orale Therapieform fallen unerhebliche zusätzlichen Personalkosten an
nicht im G-DRG-System abgebildet	Enzalutamid wurde erst seit dem Jahr 2013 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2015 sollten aus den Kalkulationshäusern Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 130,11 € pro Applikation können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	Es kann jede DRG von der Methode betroffen sein, da es sich beim Prostatakarzinom um eine Krankheit überwiegend älterer Männer handelt, für die aus einer Vielzahl von Gründen eine Krankenhausbehandlung auch über ihre maligne Grunderkrankung hinaus notwendig werden kann. Für den Fall, dass die Aufnahme zur Therapie des Prostatakarzinoms erfolgt, ist im DRG-System 2016 die Basis-DRG M60 betroffen.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-007.6



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1711940 NUB 147 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1711940
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:40
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Isavuconazol iv (73)
Alternative Bezeichnung	
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: Invasive Aspergillosen und Mucor-Mykosen sind trotz adäquater Therapie mit einer sehr hohen Letalität (20-40%) assoziiert. Zurzeit ist der aktuelle Standard in der Primärtherapie invasiver Aspergillosen der Wirkstoff Voriconazol (VOR). Voriconazol ist bei Mucor-Mykosen unwirksam. Für diese Infektionen ist derzeit nur liposomales Amphotericin B verfügbar. Isavuconazol (ISA) ist ein neues Breitspektrum-Triazol-

Feld	Wert
	Antimykotikum und eine neue Therapieoption bei invasiver Aspergillose sowie Mucor-Mykose, für die eine Behandlung mit dem Wirkstoff Amphotericin B nicht angemessen ist. Isavuconazol zeigt gute in vitro Aktivität gegen klinisch relevante Erreger invasiver Mykosen, darunter Aspergillus spp., Candida spp., Cryptococcus spp. und Pilze aus der Ordnung Mucorales. Die in-vivo-Wirksamkeit ist in Tiermodellen belegt. Klinische Evidenzlage: Das Phase-III-Studienprogramm zu Isavuconazol umfasst zwei klinische Studien: SECURE und VITAL. SECURE: In der weltweiten, randomisierten, multizentrischen Doppelblindstudie SECURE (NCT 00412893) wurden 516 Patienten mit invasiven Pilzinfektionen durch Aspergillus spp. und andere Fadenpilzen entweder mit Isavuconazol (258 Patienten) oder mit Voriconazol (258 Patienten) als Primärtherapie behandelt. Die Studie demonstrierte beim primären Endpunkt der Studie die Nichtunterlegenheit von Isavuconazol gegenüber Voriconazol hinsichtlich der Gesamtleblichkeit an Tag 42 (ISA 18,6% vs. VOR 20,2%) in der Erstlinientherapie von invasiven Mykosen mit Aspergillus spp. und anderen Fadenpilzen. Die Gesamtansprechrate („Overall response“) war ebenfalls in beiden Gruppen gleichwertig. In den protokollgemäß definierten Subpopulationen (I) der Patienten mit nachgewiesener oder wahrscheinlicher invasiver Aspergillose, (II) der Patienten mit und ohne Neutropenie, sowie (III) der Patienten mit pulmonaler Pilzinfektion war die Wirksamkeit von Isavuconazol jeweils gleichwertig mit der des Vergleichsmedikaments Voriconazol. Therapieassoziierte unerwünschte Ereignisse waren in der Isavuconazol-Gruppe seltener als im Voriconazol-Vergleichsarm (42,4% vs. 59,8% der Patienten). Signifikant seltener waren in der ISAV-Gruppe unerwünschte hepatobiliäre, dermatologische und okuläre Nebenwirkungen. VITAL In der offenen, multizentrischen Studie VITAL (NCT 00634049) wurde die Wirksamkeit und Sicherheit von Isavuconazol in der Therapie invasiver Aspergillosen bei Patienten mit Nierenfunktionsstörungen und (II) in der Therapie von invasiven Infektionen mit selteneren Fadenpilzen, Hefepilzen und dimorphen Pilzen, sowie von Patienten mit invasiver Mucor-Mykose, untersucht. Isavuconazol war in dieser Studie bei der Behandlung invasiver Mucor-Mykosen wirksam. Die Gesamtansprechrate zu Therapieende betrug 31,6% bei primär mit Isavuconazol behandelten Patienten und 36,4% bei Patienten mit vorherigem Versagen einer anderen antifungalen Therapie. Die Letalitätsraten bei Patienten mit invasiven Mucor-Mykosen waren vergleichbar mit publizierten Daten zur Therapie mit Amphotericin B. Dosis: Die empfohlene Dosis für Isavuconazol i.v. beträgt für die ersten 48 Stunden alle 8 Stunden 200 mg Isavuconazol (als ISAV-S) intravenös. Die empfohlene Erhaltungsdosis beträgt einmal täglich 200 mg Isavuconazol (als ISAV-S) intravenös.
Indikation	Isavuconazol i.v. ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit • invasiver Aspergillose • Mukormykose bei Patienten, bei denen eine Behandlung mit Amphotericin B nicht angemessen ist
Ablösung / Ergänzung	Isavuconazol ergänzt die vorhandenen Therapieoptionen bei Patienten mit invasiver Aspergillusinfektion, bzw. Mukormykosen. Im Vergleich zu den bisherigen Standardtherapien weist Isavuconazol ein zum Teil günstigeres Nebenwirkungsprofil im Vergleich zu den Standardtherapeutika auf.
Was ist neu?	Es handelt sich um ein neues Antimykotikum In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 hat Isavuconazol intravenös den Status 1 (Position 16 der NUB-Liste 2016)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	In klinischen Studien seit 2002. In der Versorgung seit Dezember 2015.
Medikament zugelassen	2015
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	Isavuconazol i.v. wird schätzungsweise in ca. 298 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anträge 2016).
	0

Feld	Wert
Patienten letztes Jahr	
Patienten dieses Jahr	1
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Sachkosten: Durch die Gabe von Isavuconazol i.v. entstehen signifikante Zusatzkosten für die je Patient zu verabreichende Therapie: Die Einzeldosis von 200 mg kostet 638 €. Damit ergeben sich für die ersten zwei Therapietage Kosten von 1914 €, ab Tag drei von täglich 638 €. Für eine Therapiedauer von 8 Tagen ergeben sich damit ca. 7654 €. Für die Zubereitung: ca. 10 Minuten (MTD Apotheke) Für die Applikation: ca. 5 Minuten (ÄD) und ca. 5 Minuten (PD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Isavuconazol i.v. wurde erst im Jahr 2015 in Deutschland zugelassen werden. Für das Datenjahr 2015 können aus den Kalkulationshäusern keine ausreichenden Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2017 wird damit nicht möglich. Die zusätzlichen Kosten von ca. 638€ pro Applikation können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG. Sämtliche anderen neuen Antimykotika sind als Zusatzentgelte abgebildet, weshalb für diese Substanzklasse nicht ausreichend Kosten in der DRG-Kalkulation berücksichtigt sind
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	A03A, A03B, A05A, A05B, A06A, A06B, A07A, A07B, A07C, A07D, A07E, A09A, A09B, A09C, A11A, A11B, A11C, A11D, A13A, A13B, A13C, A36A, A61Z, B72B, E40A, E40B, E77A, E77B, E77C, E77D, F07A, F07B, R60A, R60B, R60C, R63B, T 64C, T 60C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1711940 NUB 147 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1711940
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:40
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Isavuconazol iv (73)
Alternative Bezeichnung	
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: Invasive Aspergillosen und Mucor-Mykosen sind trotz adäquater Therapie mit einer sehr hohen Letalität (20-40%) assoziiert. Zurzeit ist der aktuelle Standard in der Primärtherapie invasiver Aspergillosen der Wirkstoff Voriconazol (VOR). Voriconazol ist bei Mucor-Mykosen unwirksam. Für diese Infektionen ist derzeit nur liposomales Amphotericin B verfügbar. Isavuconazol (ISA) ist ein neues Breitspektrum-Triazol-

Feld	Wert
	Antimykotikum und eine neue Therapieoption bei invasiver Aspergillose sowie Mucor-Mykose, für die eine Behandlung mit dem Wirkstoff Amphotericin B nicht angemessen ist. Isavuconazol zeigt gute in vitro Aktivität gegen klinisch relevante Erreger invasiver Mykosen, darunter Aspergillus spp., Candida spp., Cryptococcus spp. und Pilze aus der Ordnung Mucorales. Die in-vivo-Wirksamkeit ist in Tiermodellen belegt. Klinische Evidenzlage: Das Phase-III-Studienprogramm zu Isavuconazol umfasst zwei klinische Studien: SECURE und VITAL. SECURE: In der weltweiten, randomisierten, multizentrischen Doppelblindstudie SECURE (NCT 00412893) wurden 516 Patienten mit invasiven Pilzinfektionen durch Aspergillus spp. und andere Fadenpilzen entweder mit Isavuconazol (258 Patienten) oder mit Voriconazol (258 Patienten) als Primärtherapie behandelt. Die Studie demonstrierte beim primären Endpunkt der Studie die Nichtunterlegenheit von Isavuconazol gegenüber Voriconazol hinsichtlich der Gesamtleblichkeit an Tag 42 (ISA 18,6% vs. VOR 20,2%) in der Erstlinientherapie von invasiven Mykosen mit Aspergillus spp. und anderen Fadenpilzen. Die Gesamtansprechrate („Overall response“) war ebenfalls in beiden Gruppen gleichwertig. In den protokollgemäß definierten Subpopulationen (I) der Patienten mit nachgewiesener oder wahrscheinlicher invasiver Aspergillose, (II) der Patienten mit und ohne Neutropenie, sowie (III) der Patienten mit pulmonaler Pilzinfektion war die Wirksamkeit von Isavuconazol jeweils gleichwertig mit der des Vergleichsmedikaments Voriconazol. Therapieassoziierte unerwünschte Ereignisse waren in der Isavuconazol-Gruppe seltener als im Voriconazol-Vergleichsarm (42,4% vs. 59,8% der Patienten). Signifikant seltener waren in der ISAV-Gruppe unerwünschte hepatobiliäre, dermatologische und okuläre Nebenwirkungen. VITAL In der offenen, multizentrischen Studie VITAL (NCT 00634049) wurde die Wirksamkeit und Sicherheit von Isavuconazol in der Therapie invasiver Aspergillosen bei Patienten mit Nierenfunktionsstörungen und (II) in der Therapie von invasiven Infektionen mit selteneren Fadenpilzen, Hefepilzen und dimorphen Pilzen, sowie von Patienten mit invasiver Mucor-Mykose, untersucht. Isavuconazol war in dieser Studie bei der Behandlung invasiver Mucor-Mykosen wirksam. Die Gesamtansprechrate zu Therapieende betrug 31,6% bei primär mit Isavuconazol behandelten Patienten und 36,4% bei Patienten mit vorherigem Versagen einer anderen antifungalen Therapie. Die Letalitätsraten bei Patienten mit invasiven Mucor-Mykosen waren vergleichbar mit publizierten Daten zur Therapie mit Amphotericin B. Dosis: Die empfohlene Dosis für Isavuconazol i.v. beträgt für die ersten 48 Stunden alle 8 Stunden 200 mg Isavuconazol (als ISAV-S) intravenös. Die empfohlene Erhaltungsdosis beträgt einmal täglich 200 mg Isavuconazol (als ISAV-S) intravenös.
Indikation	Isavuconazol i.v. ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit • invasiver Aspergillose • Mukormykose bei Patienten, bei denen eine Behandlung mit Amphotericin B nicht angemessen ist
Ablösung / Ergänzung	Isavuconazol ergänzt die vorhandenen Therapieoptionen bei Patienten mit invasiver Aspergillusinfektion, bzw. Mukormykosen. Im Vergleich zu den bisherigen Standardtherapien weist Isavuconazol ein zum Teil günstigeres Nebenwirkungsprofil im Vergleich zu den Standardtherapeutika auf.
Was ist neu?	Es handelt sich um ein neues Antimykotikum In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 hat Isavuconazol intravenös den Status 1 (Position 16 der NUB-Liste 2016)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	In klinischen Studien seit 2002. In der Versorgung seit Dezember 2015.
Medikament zugelassen	2015
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	Isavuconazol i.v. wird schätzungsweise in ca. 298 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anträge 2016).
	0

Feld	Wert
Patienten letztes Jahr	
Patienten dieses Jahr	1
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Sachkosten: Durch die Gabe von Isavuconazol i.v. entstehen signifikante Zusatzkosten für die je Patient zu verabreichende Therapie: Die Einzeldosis von 200 mg kostet 638 €. Damit ergeben sich für die ersten zwei Therapietage Kosten von 1914 €, ab Tag drei von täglich 638 €. Für eine Therapiedauer von 8 Tagen ergeben sich damit ca. 7654 €. Für die Zubereitung: ca. 10 Minuten (MTD Apotheke) Für die Applikation: ca. 5 Minuten (ÄD) und ca. 5 Minuten (PD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Isavuconazol i.v. wurde erst im Jahr 2015 in Deutschland zugelassen werden. Für das Datenjahr 2015 können aus den Kalkulationshäusern keine ausreichenden Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2017 wird damit nicht möglich. Die zusätzlichen Kosten von ca. 638€ pro Applikation können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG. Sämtliche anderen neuen Antimykotika sind als Zusatzentgelte abgebildet, weshalb für diese Substanzklasse nicht ausreichend Kosten in der DRG-Kalkulation berücksichtigt sind
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	A03A, A03B, A05A, A05B, A06A, A06B, A07A, A07B, A07C, A07D, A07E, A09A, A09B, A09C, A11A, A11B, A11C, A11D, A13A, A13B, A13C, A36A, A61Z, B72B, E40A, E40B, E77A, E77B, E77C, E77D, F07A, F07B, R60A, R60B, R60C, R63B, T 64C, T 60C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1711980 NUB 148 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1711980
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:40
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Isavuconazol oral (74)
Alternative Bezeichnung	Cresemba® Hartkapseln
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: Invasive Aspergillosen und Mucor-Mykosen sind trotz adäquater Therapie mit einer sehr hohen Letalität (20-40%) assoziiert. Zurzeit ist der aktuelle Standard in der Primärtherapie invasiver Aspergillosen der Wirkstoff Voriconazol (VOR). Voriconazol ist bei Mucor-Mykosen unwirksam. Für diese Infektionen ist derzeit nur liposomales Amphotericin B verfügbar. Isavuconazol (ISA) ist ein neues Breitspektrum-Triazol-

Feld	Wert
	Antimykotikum und eine neue Therapieoption bei invasiver Aspergillose sowie Mucor-Mykose, für die eine Behandlung mit dem Wirkstoff Amphotericin B nicht angemessen ist. Isavuconazol zeigt gute in vitro Aktivität gegen klinisch relevante Erreger invasiver Mykosen, darunter Aspergillus spp., Candida spp., Cryptococcus spp. und Pilze aus der Ordnung Mucorales. Die in-vivo-Wirksamkeit ist in Tiermodellen belegt. Klinische Evidenzlage: Das Phase-III-Studienprogramm zu Isavuconazol umfasst zwei klinische Studien: SECURE und VITAL. SECURE: In der weltweiten, randomisierten, multizentrischen Doppelblindstudie SECURE (NCT 00412893) wurden 516 Patienten mit invasiven Pilzinfektionen durch Aspergillus spp. und andere Fadenpilzen entweder mit Isavuconazol (258 Patienten) oder mit Voriconazol (258 Patienten) als Primärtherapie behandelt. Die Studie demonstrierte beim primären Endpunkt der Studie die Nichtunterlegenheit von Isavuconazol gegenüber Voriconazol hinsichtlich der Gesamtleblichkeit an Tag 42 (ISA 18,6% vs. VOR 20,2%) in der Erstlinientherapie von invasiven Mykosen mit Aspergillus spp. und anderen Fadenpilzen. Die Gesamtansprechrate („Overall response“) war ebenfalls in beiden Gruppen gleichwertig. In den protokollgemäß definierten Subpopulationen (I) der Patienten mit nachgewiesener oder wahrscheinlicher invasiver Aspergillose, (II) der Patienten mit und ohne Neutropenie, sowie (III) der Patienten mit pulmonaler Pilzinfektion war die Wirksamkeit von Isavuconazol jeweils gleichwertig mit der des Vergleichsmedikaments Voriconazol. Therapieassoziierte unerwünschte Ereignisse waren in der Isavuconazol-Gruppe seltener als im Voriconazol-Vergleichsarm (42,4% vs. 59,8% der Patienten). Signifikant seltener waren in der ISAV-Gruppe unerwünschte hepatobiliäre, dermatologische und okuläre Nebenwirkungen. VITAL In der offenen, multizentrischen Studie VITAL (NCT 00634049) wurde die Wirksamkeit und Sicherheit von Isavuconazol in der Therapie invasiver Aspergillosen bei Patienten mit Nierenfunktionsstörungen und (II) in der Therapie von invasiven Infektionen mit selteneren Fadenpilzen, Hefepilzen und dimorphen Pilzen, sowie von Patienten mit invasiver Mucor-Mykose, untersucht. Isavuconazol war in dieser Studie bei der Behandlung invasiver Mucor-Mykosen wirksam. Die Gesamtansprechrate zu Therapieende betrug 31,6% bei primär mit Isavuconazol behandelten Patienten und 36,4% bei Patienten mit vorherigem Versagen einer anderen antifungalen Therapie. Die Letalitätsraten bei Patienten mit invasiven Mucor-Mykosen waren vergleichbar mit publizierten Daten zur Therapie mit Amphotericin B. Dosis: Die empfohlene Dosis für Isavuconazol oral beträgt für die ersten 48 Stunden alle 8 Stunden 2 Kapseln à 100 mg Isavuconazol. Die empfohlene Erhaltungsdosis beträgt einmal täglich 2 Kapseln à 100 mg Isavuconazol
Indikation	Isavuconazol oral ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit • invasiver Aspergillose • Mukormykose bei Patienten, bei denen eine Behandlung mit Amphotericin B nicht angemessen ist
Ablösung / Ergänzung	Isavuconazol ergänzt die vorhandenen Therapieoptionen bei Patienten mit invasiver Aspergillusinfektion, bzw. Mukormykosen. Im Vergleich zu den bisherigen Standardtherapien weist Isavuconazol ein zum Teil günstigeres Nebenwirkungsprofil im Vergleich zu den Standardtherapeutika auf.
Was ist neu?	Es handelt sich um ein neues Antimykotikum In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 hat Isavuconazol den Status 1 (Position 18 der NUB-Liste 2016)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	2015
Medikament zugelassen	2015
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	Isavuconazol oral wird schätzungsweise in ca. 292 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB-Anträge 2016).
Patienten letztes Jahr	0

Feld	Wert
Patienten dieses Jahr	1
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Sachkosten: Durch die Gabe von Isavuconazol oral entstehen signifikante Zusatzkosten für die je Patient zu verabreichende Therapie: Die Hartkapsel Isavuconazol 100 mg kostet 71€ kosten. Damit ergeben sich für die ersten zwei Therapietage Kosten von 852€, ab Tag drei von täglich 142€. Für eine Therapiedauer von 8 Tagen ergeben sich damit ca. 1562€. Für die Zubereitung: ca. 10 Minuten (MTD Apotheke) Für die Applikation: ca. 5 Minuten (ÄD) und ca. 5 Minuten (PD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Isavuconazol oral wurde erst im Jahr 2015 in Deutschland zugelassen werden. Für das Datenjahr 2015 können aus den Kalkulationshäusern keine ausreichenden Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2017 wird damit nicht möglich. Die zusätzlichen Kosten von ca. 638€ pro Applikation können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG. Sämtliche anderen neuen Antimykotika sind als Zusatzentgelte abgebildet, weshalb für diese Substanzklasse nicht ausreichend Kosten in der DRG-Kalkulation berücksichtigt sind
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	A03A, A03B, A05A, A05B, A06A, A06B, A07A, A07B, A07C, A07D, A07E, A09A, A09B, A09C, A11A, A11B, A11C, A11D, A13A, A13B, A13C, A36A, A61Z, B72B, E40A, E40B, E77A, E77B, E77C, E77D, F07A, F07B, R60A, R60B, R60C, R63B, T 64C, T 60C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1711316 NUB 149 (2917)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1711316
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:38
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Daratumumab (71)
Alternative Bezeichnung	Darzalex®
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: Daratumumab ist ein humaner monoklonaler IgG1κ-Antikörper (mAb), der an das CD38-Protein bindet, das in hoher Konzentration auf der Oberfläche der T umorzellen des Multiplen Myeloms sowie in unterschiedlichen, niedrigeren Konzentrationen auf anderen Zelltypen und Geweben exprimiert wird. Nach der Bindung von Daratumumab am Oberflächenprotein CD38 kann der Zelltod der Myelomzellen sowohl über eine direkte

Feld	Wert
	Wirkung an der Zelle als auch über systemisch immunvermittelte Effekte hervorgerufen werden. Über CD38-gebundenes Daratumumab können Faktoren des Komplementsystems aktiviert werden und zur Ausbildung des sogenannten Membranangriffskomplexes führen, komplementvermittelte Zytotoxizität („Complement-dependent cytotoxicity“; CDC). Über das an CD38 gebundene Daratumumab können des Weiteren Immunzellen binden, z.B. natürliche Killerzellen, die nach ihrer Aktivierung zytotoxische Proteine ausscheiden (Perforine, Granzyme) und so die Myelomzelle zerstören (antikörperabhängige zellvermittelte Zytotoxizität („Antibody-dependent cell-mediated cytotoxicity“; ADCC)). Bei der antikörperabhängigen, zellvermittelten Phagozytose („Antibody-dependent cell-mediated phagocytosis“;ADCP) werden die Myelomzellen durch Daratumumab markiert und Makrophagen aktiviert, die diese phagozytieren. Daratumumab löst darüber hinaus in vitro nach Fc-vermittelter Vernetzung (Crosslinking) der CD38-Oberflächenproteine die Apoptose der Myelomzelle direkt aus. Wirksamkeit: Eine gepoolte Analyse von 148 stark vorbehandelten Patienten zeigte ein medianes Gesamtüberleben von 20,1 Monaten (95% KI (16,6 –NE)). 83 % der Patienten erreichten mindestens eine Stabilisierung der Erkrankung und 31% der Patienten mindestens eine partielle Remission. Von diesen 46 Patienten hatten 26 Patienten eine partielle Remission, 13 Patienten eine sehr gute partielle Remission, vier Patienten eine komplette Remission und drei Patienten eine stringente komplette Remission. Die Dauer des Ansprechens betrug im Median 7,6 Monat (95% KI 5,6 –NE). Das progressionsfreie Überleben betrug im Median vier Monate (95% KI 2,08-5,6). (Usmani et al., Blood 2016 128:37-44) Dosis: Die empfohlene Dosierung beträgt 16 mg/kg KG als Infusion an Tag 1 in Woche 1,2, 3, 4, 6, 7, 8,9,11,13,15,17,19, 21 und 23, danach alle 4 Wochen bis zur Krankheitsprogression.
Indikation	Daratumumab wird angewendet als Monotherapie für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem und refraktärem Multiplen Myelom, die bereits mit einem Proteasominhibitor und einem Immunmodulator behandelt wurden, und die während der letzten Therapie eine Krankheitsprogression zeigten.
Ablösung / Ergänzung	Daratumumab ist ein neues Medikament, das bei erheblich vorththerapierten Patienten gegeben werden kann. Zum einen ist es eine weniger myelotoxische Therapie als die bisher in dieser Situation zugelassenen Substanzen Pomalidomid und Panobinostat, Daratumumab kann diese Medikamente ersetzen oder bietet als Ergänzung zu den bisherigen Therapieoptionen bei entsprechend fitten Patienten die Möglichkeit einer weiteren Therapielinie.
Was ist neu?	Daratumumab ist ein Medikament mit einem neuen Wirkmechanismus in der Behandlung des Multiplen Myeloms. Bislang gibt es in der Therapie des Multiplen Myeloms keinen zugelassenen, therapeutisch eingesetzten, humanen monoklonalen Antikörper gegen das Zielmolekül CD38. CD38 wird auf Myelomzellen deutlich höher als auf anderen Zellen des Körpers exprimiert und bietet somit ein geeignetes Ziel für eine zielgerichtete Therapie des Multiplen Myeloms.
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	Studien in Deutschland seit 2014
Medikament zugelassen	2016
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	Nicht abschätzbar da in 2016 NUB-Status 4
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	5

Feld	Wert
Mehrkosten	Sachkosten: Durch die Gabe von Daratumumab entstehen Zusatzkosten für die je Patient zu verabreichende Therapie in Höhe von: 1200 mg Einzeldosis, zu geben alle 4 Wochen oder bei Initialtherapie wöchentlich Mittlere Verweildauer der Fallpauschale R61C (siehe Punkt 4.2 des Antrages): 9,6 Tage Durchschnittlich verabreichte Menge pro stationären Aufenthalt: 1200mg Packungsgröße: 1 Fl. a 400mg Preis pro Packung: 2677,88€ Kosten pro Aufenthalt ca.8100€ Die Supportivtherapie und Herstellungskosten je Infusion liegen bei ca. 30 €. Personalkosten: Durch die lange Infusionsdauer von 6-8 h bei der ersten Infusion und der Gefahr von pseudoallergischen Reaktionen auf die Infusion besteht ein erheblicher Personalaufwand für Überwachung und Applikation von ca. 2 h für Pflege je 31 € (Durchschnittskosten mit AG-Anteil in Tarifgruppe E7) und 0,5 h für ärztliche Betreuung je 45 € (Durchschnittskosten mit AG-Anteil in Tarifgruppe TV-Ä1), insgesamt ca. 85 € Gesamtkosten: Sachkosten: 8130 € Personalkosten 85 € Gesamt: 8215 € ist/sind am häufigsten von d
nicht im G-DRG-System abgebildet	Daratumumab ist seit Mai 2015 auf dem Markt. Für das Datenjahr 2015 können aus den Kalkulationshäusern keine ausreichenden Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System wird damit nicht möglich. Die zusätzlichen Kosten von rund 8215 € können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffen
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	R61A bis R61H.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1732373 NUB 150 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1732373
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 11:49
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Marcus
Name	Müller
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Str. 15
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228-287-15719
Telefax	
E-Mail	marcus_m.mueller@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	nein
Benennung	Alemtuzumab für die Anwendung bei Multipler Sklerose
Alternative Bezeichnung	Lemtrada
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1518826
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Nein
Bemerkung	
Handelsname	Lemtrada
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Alemtuzumab ist ein monoklonaler Antikörper, der mithilfe rekombinanter DNS-Technologie her-gestellt wird. Die therapeutischen Wirkungen auf die Multiple Sklerose werden auf immunmodulatorische Wirkungen durch die Depletion und Repopulation von Lymphozyten zurückgeführt. Die Senkung der Spiegel der zirkulierenden B- und T-Zellen durch Lemtrada® und die darauf folgende Repopulation können das Risiko für einen Schub reduzieren und die Progression der Erkrankung verzögern. Lemtrada® ist

Feld	Wert
	angezeigt zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose (RRMS) mit aktiver Erkrankung, definiert durch klinischen Befund oder Bildgebung. Die Einleitung und die Überwachung der Behandlung mit Lemtrada® sollte durch einen in der Behandlung von MS-Patienten erfahrenen Neurologen im Krankenhaus erfolgen, da hier Fachpersonal und Geräte zur Verfügung stehen, die geeignet sind, die häufigsten Nebenwirkungen, insbesondere Autoimmunerkrankungen und Infektionen, rechtzeitig zu erkennen und zu beherrschen. Medikamente und Ausrüstung zur Behandlung von Überempfindlichkeitsreaktionen und/oder anaphylaktischen Reaktionen müssen verfügbar sein. Die empfohlene Dosis von Lemtrada® beträgt 12 mg/Tag, verabreicht als intravenöse Infusion in 2 Behandlungsphasen: • Behandlungsphase im ersten Behandlungsjahr: 12 mg/Tag an 5 aufeinander folgenden Tagen (60 mg Gesamtdosis) • Behandlungsphase im zweiten Behandlungsjahr: 12 mg/Tag an 3 aufeinander folgenden Tagen (36 mg Gesamtdosis), verabreicht 12 Monate nach der ersten Behandlungsphase. Lemtrada® soll als intravenöse Infusion über einen Zeitraum von etwa 4 Stunden verabreicht werden. Es wird empfohlen, die Patienten an jedem der ersten 3 Tage einer jeden Behandlungsphase unmittelbar vor der Verabreichung von Lemtrada® mit Kortikosteroiden vorzubehandeln. Ebenso wird eine orale Prophylaxe gegen Herpes-Infektionen empfohlen. Zusätzlich kann auch eine Vorbehandlung mit Antihistaminika und/oder Antipyretika vor der Verabreichung von Lemtrada® in Erwägung gezogen werden. In kontrollierten klinischen Studien waren infusionsassoziierte Reaktionen (IAR) als jedes unerwünschte Ereignis definiert, das während oder innerhalb von 24 Stunden nach der Lemtrada®-Infusion auftrat. Die meisten dieser Ereignisse könnten auf eine Zytokinfreisetzung während der Infusion zurückzuführen sein. Die meisten der im Rahmen klinischer MS-Studien mit Lemtrada® behandelten Patienten entwickelten leichte bis mittelschwere IAR während und/oder bis zu 24 Stunden nach der Verabreichung von Lemtrada® 12 mg. Hierzu zählten oft Kopfschmerz, Ausschlag, Fieber, Übelkeit, Urtikaria, Pruritus, Schlaflosigkeit, Schüttelfrost, Hitzegefühl, Ermüdung, Dyspnoe, Geschmacksstörung, Beklemmungsgefühl in der Brust, generalisierter Ausschlag, Tachykardie, Dyspepsie, Schwindelgefühl und Schmerz. Schwerwiegende Reaktionen traten bei 3% der Patienten auf. Hierzu zählten Fälle von Fieber, Urtikaria, Vorhofflimmern, Übelkeit, Beklemmungsgefühl in der Brust und Hypotonie. Die klinischen Merkmale von anaphylaktischen Reaktionen können den klinischen Merkmalen von infusionsassoziierten Reaktionen ähneln, sind aber in der Regel schwerwiegender und potentiell lebensbedrohlich. Im Gegensatz zu infusionsassoziierten Reaktionen wurde über anaphylaktische Reaktionen selten berichtet. Aufgrund dieser infusionsassoziierten Reaktionen (IAR) kann eine stationäre Krankenhausbehandlung bedürftig sein unter der laufenden Therapie bestehen. Es ist aber auch denkbar, dass die Therapie mit Lemtrada® aus anderen Gründen (z.B. akute Verschlechterung der MS-Symptomatik) im Rahmen eines stationären Aufenthaltes erfolgt.
Indikation	Lemtrada ist angezeigt zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmigremittierender Multipler Sklerose (RRMS) mit aktiver Erkrankung, definiert durch klinischen Befund oder Bildgebung.
Ablösung / Ergänzung	Es wurden keine formalen Wechselwirkungen mit Lemtrada unter Anwendung der empfohlenen Dosis für Patienten mit MS durchgeführt. In einer kontrollierten klinischen Studie zu MS mussten Patienten, die kürzlich mit beta-Interferon und Glatirameracetat behandelt worden waren, die Behandlungen 28 Tage vor Beginn mit Lemtrada absetzen. Von daher kommt es zur Ablösung der (eventuell bestehenden) immunmodulatorischen Therapie der Multiplen Sklerose durch Lemtrada.
Was ist neu?	Ein vergleichbarer Wirkstoff zur Behandlung der Multiplen Sklerose stand bisher nicht zur Verfügung. Die Zulassung für Lemtrada ist am 12.09.2013 von der Europäischen Kommission erteilt worden.
Verweildauer	Wie unter Punkt 1.3 dargelegt kann aufgrund von infusionsassoziierten Reaktionen (IAR) eine stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit unter laufender Therapie bestehen. Es ist aber auch denkbar, dass die Therapie mit Lemtrada aus patientenindividuellen Gesundheitsgründen ex ante im Rahmen eines stationären Aufenthaltes erfolgt.

Feld	Wert
Methode in Deutschland	Die Einführung vom Lemtrada ist am 1. Oktober 2013 erfolgt.
Medikament zugelassen	Die Zulassung für LEMTRADA ist am 12.09.2013 von der Europäischen Kommission erteilt worden.
Methode im Krankenhaus	2000 im Rahmen der CARE MS Studie
Methode in Krankenhäusern	Lemtrada wird derzeit in ca. 25 deutschen Kliniken eingesetzt.
Patienten letztes Jahr	8
Patienten dieses Jahr	7
Patienten Zukunft	5 -10 Patienten
Mehrkosten	Die Kosten für Lemtrada® liegen bei 10.333,36 Euro Brutto AEP (Apothekeneinkaufspreis inkl. Mehrwertsteuer) pro 12mg Ampulle. Das verursacht bei der Behandlungsphase im ersten Be-handlungsjahr mit fünf Infusionen à 12 mg Kosten in Höhe von 51.666,80 Euro AEP. Bei der Be-handlungsphase im zweiten Behandlungsjahr liegen die Kosten mit drei Infusionen à 12 mg bei 31.000,08 Euro AEP inkl. Mehrwertsteuer. Somit können Medikamentenkosten von bis zu 51.666,80 Euro AEP inkl. Mehrwertsteuer bzw. 31.000,08 Euro AEP inkl. Mehrwertsteuer anfallen. Abhängig von der Länge der Behandlung unter stationären Bedingungen kann dies bis zu 5 bzw. 3 Belegungstage erfordern. Dementsprechend können zusätzliche Personal- und Sachkosten in einer Größenordnung von etwa 2.500 bzw. 1.500 Euro entstehen. Insofern können Gesamtkosten in Höhe von etwa 54.166,80 Euro in Behandlungsphase 1 und et-wa 32.500,08 Euro in Behandlungsphase 2 entstehen.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die unter Punkt4.1 dargelegten Mehrkosten sind im Wesentlichen durch die Medikamentenkosten geprägt. In allen DRG-Gruppierungskonstellationen (insbesondere in den oben aufgeführten DRG's B68D B68C B68A) sind diese Medikamentenkosten nicht durch die Erlöse gedeckt. Es besteht somit im derzeitigen DRG-System eine nicht sachgerechte Abbildung. Da nur einige der stationär behandelten MS-Patienten in Zukunft von Fachzentren mit diesem Präparat behandelt werden, wird eine Schieflage entstehen, die aufgrund der Mehrkosten eine zusätzliche Finanzierung (mittels NUB bzw. Zusatzentgelt) erfordert.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	B68D B68C B68A
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-001.0 8-547.0 6-001.0



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1713119 NUB 151 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1713119
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:49
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	
Benennung	Pixantron (79)
Alternative Bezeichnung	Pixuvri®
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Pixantron ist ein zytotoxisches Aza-Anthracyclin. Pixantron ist, im Gegensatz zu bisher zugelassenen Anthrazyklinen und Anthracenedionen, ein schwacher Inhibitor des Enzyms Topoisomerase II. Mit Pixantron behandelte Patienten zeigten eine 40%ige Verbesserung des progressionsfreien Überlebens (PFS) im Vergleich zu Patienten, die mit Vergleichswirkstoffen behandelt wurden (Verlängerung des PFS um 2,7 Monate (Hazard-

Feld	Wert
	Ratio (HR)=0,60, Logrank-Test p=0,005)). Es wird an T ag 1,8,15 eines 28-Tage-Zyklus gegeben, jeweils in einer Dosis von 50mg/m ² .
Indikation	Pixantron ist zu gelassen bei erwachsenen Patienten mit mehrfach rezidierten oder therapierefraktären aggressiven Non-Hodgkin-B-Zell-Lymphomen (NHL).
Ablösung / Ergänzung	Pixantron wird angewandt bei Patienten, bei denen andere Therapien versagt haben. Es löst also keine Methode ab, sondern ist eine zusätzliche Therapieoption für Patienten, bei denen bisher keine kausale Therapie mehr zur Verfügung stand.
Was ist neu?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 hat Pixantron den Status 1 (Position 31 der NUB-Liste 2016)
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	2012
Medikament zugelassen	2012
Methode im Krankenhaus	2013
Methode in Krankenhäusern	Pixantron wird schätzungsweise in ca. 200 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUBAnträge 2016).
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Sachkosten: Durch die Gabe von Pixantron entstehen Zusatzkosten für die je Patient zu verabreichende Therapie: 1,8 m ² Körperoberfläche, 50 mg / m ² , an T ag 1,8,15 (Zyklus von 28 T agen) jeweils 90mg bzw. abgerundet auf 87mg = 270 mg pro Zyklus bzw. 261 mg. Packungsgröße: 29 mg Preis pro Packung: 1035,31€ Preis ohne Verwurf, obiges Beispiel: 9315 € pro Zyklus oder 3105 € pro Therapietag Personalkosten in Zeiteinheiten angeben: Für die Zubereitung: ca. 10 Minuten (MTD Apotheke) Für die Applikation: ca. 5 Minuten (ÄD) und ca. 5 Minuten (PD) Für die Überwachung: ca. 30 Minuten (PD), ca. 10 Minuten (ÄD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Pixantron wurde im Jahr 2012 zugelassen und ist seit Dezember 2012 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2015 sind aus den Kalkulationshäusern wohl zu wenige Kostendaten für den Einsatz vorliegend, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2017 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 3105 € pro Applikation können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden und Pixantron ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System wird damit nicht möglich.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	R61
stellvertretend für KH	
Prozeduren	6-006.e



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1707481 NUB 152 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1707481
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 11:58
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Renate
Name	Dahmen
Abteilung	Kardiologie
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715171
Telefax	
E-Mail	Renate.Dahmen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Medtronic GmbH Roger Warich
Benennung	MICRA_Transkatheter implantierter intrakardialer Pulsgenerator, Kardiokapsel, TPS,
Alternative Bezeichnung	Auf dem Gefäßwege eingebrachter, sondenloser, in den Herzkammern liegender Herzschrittmacher
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	Antrag beim GBA wurde im vergangenen Jahr bereits durch verschied. andere Kliniken gestellt.
Handelsname	Implantable Pacemaker Systems Micra MC1VR01
CE-Kennzeichnung	I7150339709978 Test No: 713053357
Beschreibung	Bei gegebener Indikation für einen Einkammerherzschrittmacher kann dieser Pulsgenerator mit der neuen Methode jetzt sondenlos, direkt in die Herzkammer implantiert werden. Dafür wird die Herzkammer mit einem Gefäß-Katheter aufgesucht und das neue Implantat direkt in das Myokard der Kammer verankert. Eine transvenöse Sonde ist nicht mehr erforderlich, da sowohl die Steuerungselektronik als auch die

Feld	Wert
	Batterie in dem kleinen Aggregat enthalten ist und das System direkt im Herzen platziert wird. Die Präparation einer Schrittmachertasche entfällt somit. Der Eingriff wird dadurch minimal-invasiv. Die Beschreibung mit dem OPS 5-377ff ist daher nicht mehr adäquat, so dass im OPS 2015 der Kode 8-83.d.3 vom DIMDI neu aufgenommen wurde. Die Bewertung dieses neuen Kodes durch das InEK ergab die Zuordnung zu der DRG F58B. Diese klinisch korrekte Zuordnung bewertet allerdings nur die reine Katheterleistung, das Implantat ist darin nicht enthalten. Referenz: 1. Bonner M, Eggen M, Depalo J, et al. Assessment of leadless pacemaker performance. Eur Heart J. 2013;34(Abstract Suppl):347. 2. Eggen MD, Bonner MD, Sheldon TJ, et al. Implantation of a Leadless Pacemaker within Reanimated Human Hearts using Direct Visualization. Presented at HRS 2013 (PO03-08). 3. Bonner MD, Neafus N, Byrd CL, et al. Extraction of the Micra transcatheter pacemaker system. Heart Rhythm. May 2014;11(5):S342. 4. Bonner MD, Eggen M, Hilpisch K, et al. Performance of the Medtronic Micra Transcatheter Pacemaker in a GLP Study. Heart Rhythm. May 2014;11(5):S19. 5. Steinwender C, Hönig S, Lambert T, et al. First-in-Man Experience with a Minimally Invasive Transcatheter Pacemaker. PowerPoint presentation; presented at HRS 2014. 6. Grubac V, Goff R, Rys K, Eggen M, Bonner M, Nikolski V. Analysis of the Micra fixation mechanism use conditions and holding energy requirements. Presented at EHRA Europace 2014 (Abstract 16-56). 7. Bonner M. Implantation of Micra Transcatheter Pacemaker Does Not Cause Arrhythmias. Presented at EHRA Europace 2014 (Abstracts 16-57). 8. Eggen M, Bonner M, Sheldon T, Williams E. Analysis of Micra Fixation Stability via Pacing Threshold Measurement and Fluoroscopy. Presented at EHRA Europace 2014 (Abstracts 16-58). 9. Steinwender C, Hönig S, Saleh K, et al. First-in-Man Experience with a Minimally Invasive Transcatheter Pacemaker. Presented at EHRA Europace 2014 (Abstract 83-1). 10. Ritter P, Duray GZ, Steinwender C, Soejima K, Omar R, Mont L, Boersma LVA, Knops RE, Chinitz L, Zhang S, Narasimhan C, Hummel J, Lloyd M, Simmers TA, Voigt A, Laager V, Stromberg K, Bonner MD, Sheldon TJ and Reynolds D, Early performance of a miniaturized leadless cardiac pacemaker: the Micra Transcatheter Pacing Study, 2015, European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehv214. 11. Reynolds D, Omar R et al., A Leadless Intracardiac Transcatheter Pacing System, N Eng J Med, 2015
Indikation	Patienten mit der Indikation für die Implantation eines Einkammerherzschrittmachers.
Ablösung / Ergänzung	Die offen-chirurgische Implantation eines Einkammerherzschrittmachers mit Aggregat und transvenöser Elektrode/Sonde.
Was ist neu?	Die Art des Implantates und die Art und Weise der Implantation ist innovativ und nagelneu. Erst ab 2015 ist ein OPS-Kode dafür überhaupt erhältlich. Das Implantat entspricht nur noch etwa einem Zehntel der vorherigen Größe, was es ermöglicht, diesen Herzschrittmacher direkt in die Herzkammer zu implantieren, während zuvor das Implantat unterhalb des Schlüsselbeines eingebracht wurde und mit transvenösen Elektroden die Verbindung zum Herzen hergestellt wurde. Dies ist bei der alten Methode eine Quelle für Infektionen und für den Patienten mit sehr unangenehmen Komplikationen verbunden. Für das Gesundheitssystem sind Infektionen durch Elektroden mit einem enorm hohen Kostenaufwand verbunden. Ebenfalls sind transvenöse Elektroden aufgrund ihrer anatomischen Lage starken mechanischen Kräften ausgesetzt, die zu Elektrodenbrüchen führen können. Diese Anfälligkeit des Systems entfällt komplett bei der neuen Technologie. Die neue Methode wird mit einem Zugang über die Femoralvene durchgeführt. Dies ist eine minimal-invasive Therapie, welche neben den oben genannten pathologischen Faktoren auch aus psychologischer Sicht Vorteile für den Patienten liefert. 1. Es ist ein kosmetisch schöneres Ergebnis und 2. Der Patient wird nicht regelmäßig durch die Narbe und etwaige Ausbeulung durch ein Implantat an die Erkrankung erinnert. Dies kann zu einer stark erhöhten Lebensqualität führen. Darüber hinaus profitieren insbesondere Patienten, die einen Herzschrittmacher benötigen aber aufgrund von Gefäßanomalien, vorangegangenen Infektionen oder vorangegangenen Erkrankungen (maligne Tumoren (Bestrahlungen, Chemotherapien), Dialyse) nicht oder nur noch unter größerer Gefährdung versorgt werden könnten.
Verweildauer	Keine
Methode in Deutschland	2013

Feld	Wert
Medikament zugelassen	Entfällt
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	Das ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht bekannt. Die hier angefragte NUB wurde im vergangenen Jahr von 172 Kliniken beantragt. Wie viele Kliniken ihn erfolgreich verhandelt bekommen und dann anwenden konnten, ist nicht bekannt. Der erteilte Status 4 machte es den Häusern äußerst schwer, die in der resultierenden DRG nicht vorhandenen Implantatkosten geltend zu machen. Mit dem jetzt zugrunde liegenden Datenjahr liegen allerdings weiterführende Informationen und viele vollzogene Implantationen vor, so dass bei weiterhin gegebener Neuheit des Verfahrens, das gar nicht im DRG-System (F58B) Berücksichtigung finden konnte, eine Bewilligung möglich sein sollte, denn nunmehr konnte das innovative Implantat erfolgreich in mehreren Kliniken eingesetzt werden, insgesamt in Europa inzwischen 1700 mal und weltweit 2800 mal. In 2015 wurden in Deutschland 84 Implantationen durchgeführt und in 2016 bislang 155.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	10
Mehrkosten	Kostenaufstellung bei erhöhtem Sachmittelaufwand: Die Differenzkosten für das Implantat der resultierenden Katheter-DRG (DRG F58B) betragen ca. 10.000,- €. Die Neu-Aufnahme 2015 in diese DRG F58B ist klinisch korrekt, allerdings sind die Sachkosten für das Implantat darin nicht enthalten. Bei nicht abgelehnten NUB-Budget (Status 4) in diesem Jahr macht es Sinn, diese Kosten über ein NUB-Budget in 2016 abzubilden. Allerdings sind die Verhandlungen über ein Verfahren mit dem Status 4 überaus erschwert bis unmöglich. Deshalb ist es unumgänglich für das Jahr 2016 bei nunmehr existenter Therapie, den Status 1 zu erteilen. Legt man die DRG F58B zugrunde so ergibt sich folgende Differenzkostenbetrachtung: Enthaltene Implantatkosten (F58B, laut DRG-Browser HA 2016): 103,99 € (nochmals niedriger zum Vorjahr) Kosten des neuen Implantates, einschließlich Applikationshilfen (Katheter, Schleusen etc.): 10.000,- € Differenzkosten Innovation vs. DRG F58B: knapp 9.900 € Diese Mehrkosten durch den Einsatz des innovativen Verfahrens übersteigen bei weitem nicht nur den Sachkostenanteil sondern den gesamten DRG-Erlös der resultierenden Katheter-DRG F58B! Die Mehrkosten entstehen durch eine neue, hochentwickelte Technologie in welche vor der Markteinführung stark investiert wurde. Diese Technologie ist seit etwa 10 Jahren in der Entwicklung. Neben verschiedenen Testungen und wissenschaftlicher Recherche, wurden außerdem bereits weltweit mehr als 900 erfolgreiche Implantationen durchgeführt. Diese Technologie ist ein erster Schritt in der Miniaturisierung der Herzrhythmustechnologie. Eine Weiterentwicklung zu Mehrkammerherzschrittmachern ist denkbar und würde einen großen Schritt in der Medizintechnik für Patienten und Ärzte bedeuten. Außerdem sind ebenfalls die reinen Materialkosten des Pulsgenerators um ein Vielfaches höher als die Kosten der aktuellen Geräte. Diese Mehrkosten sind in den relevanten DRG-Fallpauschalen bisher nicht kalkuliert und berücksichtigt.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die DRG F58B beinhaltet die Herzkatherprozedur. Der hier beantragte Applikationsweg ist daher korrekt in dieser DRG abgebildet. Allerdings tatsächlich nur der Applikationsweg und nicht das dazu gehörige Implantat! Die Abweichung des neuen Produktes davon ist so gravierend, dass bei seinem Einsatz eine wirtschaftliche Schieflage droht und der Fall auch nicht mehr im Fallmix der vorhandenen DRG-Pauschalen aufzufangen ist. Die weitere Zuordnung zu der DRG F58B in 2016 macht nur Sinn in Verbindung mit einem entsprechenden Zusatzentgelt oder eben dem beantragten NUB-Budget.
Prozeduren - Beschreibung	
	Nein

Feld	Wert
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	
DRGs	F58B
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-83d.3



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1703853 NUB 153 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1703853
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:16
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Med. Klinik 3
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Elotuzumab (22)
Alternative Bezeichnung	EMPLICITI®
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1608311
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Elotuzumab ist ein humanisierter, monoklonaler IgG1 (Immunglobulin G1)-Antikörper der sich gegen das Glykoprotein SLAMF7 richtet. Dieses Glykoprotein wird auf der Oberfläche von Myelomzellen und natürlichen Killerzellen exprimiert. Der duale Wirkmechanismus von Elotuzumab basiert auf einer Aktivierung von natürlichen Killerzellen (NK-Zellen) und einer Antikörper vermittelten Zellschädigung (ADCC –

Feld	Wert
	Antibody dependent cellular cytotoxicity). Durch die Stimulation von natürlichen Killerzellen kann Elotuzumab somit als immunonkologische Substanz Einfluss auf die Immunantwort und die körpereigene Tumorabwehr nehmen. In einer randomisierten, offenen Phase-III-Studie CA204-004 wurde Elotuzumab in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason (ELd) gegen die Kombination aus Lenalidomid und Dexamethason alleine geprüft. Das 1- Jahres PFS bei ELd betrug 68% (95% CI: 63-73) versus 57% (95% CI: 51-62) in der Kontrollgruppe. Das 2- Jahres PFS bei ELd lag bei 41% (95% CI: 35-47) versus 27% (95% CI: 22-33) in der Kontrollgruppe. Das mediane PFS bei ELd lag bei 19,4 Monaten (95% CI: 16,6-22,2) versus 14,9 Monaten (95% CI: 12,1-17,2; HR 0,70: 95% CI: 0,57-0,85; P<0,001) in der Kontrollgruppe. Die Gesamtansprechrate bei ELd lag bei 79% (95% CI: 74-83) versus 66% (95% CI: 60-71) on der Kontrollgruppe. Die empfohlene Dosis für Elotuzumab beträgt 10 mg/kg Körpergewicht.
Indikation	Die EMA hat den Zulassungsantrag für Elotuzumab als Kombinationstherapie zur Behandlung des Multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten, die eine oder mehr Vortherapien erhalten, im Juni 2015 angenommen. Mit der Einführung im erwarteten Anwendungsgebiet kann vorbehaltlich entsprechender Zulassung im ersten oder zweiten Quartal 2016 gerechnet werden.
Ablösung / Ergänzung	Durch Elotuzumab wird keine Methode abgelöst, sondern es werden bereits bestehende Behandlungen wie Lenalidomid in Kombination mit Dexamethason ergänzt.
Was ist neu?	Elotuzumab ist der erste sich in der klinischen Prüfung befindliche humanisierte, monoklonale IgG1-Antikörper zur Behandlung des Multiplen Myeloms, der sich spezifisch gegen SLAMF7 richtet. Zum Zeitpunkt der Antragsstellung der NUB ist noch kein monoklonaler Antikörper zu Behandlung des Multiplen Myeloms in Europa zugelassen. Für Elotuzumab liegt eine Orphan Designation vor.
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden
Methode in Deutschland	Mit der Einführung im erwarteten Anwendungsgebiet kann vorbehaltlich entsprechender Zulassung im ersten oder zweiten Quartal 2016 gerechnet werden. Vor Zulassung ist die Anwendung von Elotuzumab bereits im Rahmen von Studien und im Rahmen eines Härtefallprogramms (Compassionate Use Programm) möglich.
Medikament zugelassen	Im Juni 2015 hat die EMA den Zulassungsantrag von Elotuzumab für das Anwendungsgebiet des Multiplen Myeloms bei erwachsenen Patienten, die eine oder mehr Vortherapien erhalten haben in der Kombinationstherapie als beschleunigtes Verfahren angenommen. Mit der Einführung kann vorbehaltlich entsprechender Zulassungen im ersten oder zweiten Quartal 2016 gerechnet werden. Die Zulassung der USamerikanischen Zulassungsbehörde FDA (Food and Drug Administration) wird in 2015 erwartet.
Methode im Krankenhaus	Im Rahmen von Studien 2014
Methode in Krankenhäusern	Elotuzumab wurde im Rahmen klinischer Studien in ca. 15 deutschen Zentren eingesetzt.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	Zum Zeitpunkt der Einreichung des NUB-Antrages ist kein für Deutschland gültiger Preis bekannt. Es wird erwartet, dass Elotuzumab Kosten verursacht in der Größenordnung vergleichbarer Antikörpertherapien in der Onkologie. Personalkosten: Für die Zubereitung: ca. 10 Minuten (MTD Apotheke) Für die Applikation: ca. 5 Minuten (ÄD) und ca. 5 Minuten (PD) Für die Überwachung: ca. 90 Minuten (PD), ca. 10 Minuten (ÄD)
nicht im G-DRG-System abgebildet	Elotuzumab wird erst im Jahr 2016 in Deutschland zugelassen werden. Für das Datenjahr 2014 können aus den Kalkulationshäusern keine ausreichenden Kostendaten für den Einsatz vorliegen. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System wird damit nicht

Feld	Wert
	möglich. Die zusätzlichen Kosten können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden. Aufgrund der voraussichtlich hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	R61
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1708036 NUB 154 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1708036
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:33
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Panobinostat (oral) (38)
Alternative Bezeichnung	Farydak®
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Panobinostat ist ein hochwirksamer Pan-Deacetylase Hemmer, der auf die epigenetische Regulation verschiedener onkogener Signalwege gerichtet ist. Panobinostat hemmt Klasse I, II und IV Histondeacetylasen (HDACs). Über die Hemmung von HDAC6 zielt der Wirkmechanismus auf die Unterbindung des Abbaus von degradierten Proteinen, die typischerweise in malignen Plasmazellen des Multiplen Myeloms vorkommen. In

Feld	Wert
	Kombination mit einem Proteasomeninhibitor wie Bortezomib führt Panobinostat synergistisch zu einer effektiveren Zytotoxizität bei Myelomzellen. Die Zulassung von Panobinostat beruht auf der randomisierten, zweiarmigen, multizentrischen PANORAMA-1 Studie mit 768 vorbehandelten Patienten mit Multiplem Myelom. In der Studie wurde die Behandlung mit Panobinostat in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason gegenüber Bortezomib und Dexamethason verglichen. (1). In der das in der EU zugelassene Anwendungsgebiet repräsentierenden PANORAMA-1 Subpopulation (147 Patienten mit rezidiviertem und/oder refraktärem Multiplen Myelom, die mindestens zwei vorausgegangene Therapien, darunter Bortezomib und eine immunmodulatorische Substanz, erhalten haben) betrug das mediane progressionsfreie Überleben (PFS) unter Kombinationsbehandlung mit Panobinostat 12,5 Monate versus 4,7 Monate in der Vergleichsgruppe (HR 0,47, 95% CI [0,32 - 0,72]). Unter Panobinostat wurde ein vollständiges oder nahezu vollständiges Ansprechen (CR/nCR) in 21,9%; 95% CI: 13,1 – 33,1 der Patienten erreicht (Vergleichsarm: 8,1%; 95% CI: 3,0 – 16,8). Die Gesamtansprechrate (ORR) betrug 58,9 %; 95% CI: 46,8 – 70,3 (Vergleichsarm: 39,2 %; 95% CI: 28,0 – 51,2). In der einarmigen Studie PANORAMA-2 wurde die Behandlung mit Panobinostat in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason an n=55 Patienten mit rezidiviertem und/oder refraktärem Multiplen Myelom untersucht, die refraktär auf die letzte Bortezomib-Therapie waren und die mindestens zwei vorausgegangene Therapien, darunter eine immunmodulatorische Substanz erhalten hatten. Bei diesen Patienten betrug das mediane PFS 5,4 Monate und die Gesamtansprechrate lag bei 34,5 % (2). (Quellen: (1) San-Miguel et al. Lancet Oncology 2014, 15: 1195-1206, (2) Richardson et al. Blood 2013, 122: 2331-7, Fachinfo)
Indikation	Panobinostat ist in Kombination mit Bortezomib und Dexamethason indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit rezidiviertem und/oder refraktärem Multiplen Myelom, die mindestens zwei vorausgegangene Therapien, darunter Bortezomib und eine immunmodulatorische Substanz, erhalten haben.
Ablösung / Ergänzung	Panobinostat ist ein neues Medikament und bietet durch seinen neuen Wirkmechanismus eine neue, ergänzende Option für die Behandlung von Patienten in der Therapiesituation des rezidivierten oder refraktären Multiplen Myeloms.
Was ist neu?	Panobinostat ist eine neu verfügbare Substanz, die über einen beim Multiplen Myelom neuen molekularen Mechanismus wirkt. Medikamente mit vergleichbarem Wirkmechanismus sind bisher nicht verfügbar. In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für das Jahr 2016 hatte Panobinostat den Status 1 erhalten. (If Nr 50)
Verweildauer	Zu dieser Frage liegen bisher keine publizierten Daten vor.
Methode in Deutschland	Panobinostat wurde am 28. August 2015 durch die Europäische Kommission zugelassen.
Medikament zugelassen	Panobinostat wurde am 28. August 2015 durch die Europäische Kommission zugelassen.
Methode im Krankenhaus	2015
Methode in Krankenhäusern	Keine Daten verfügbar. Einen NUB Antrag für 2016 stellten 158 Häuser.
Patienten letztes Jahr	1
Patienten dieses Jahr	2
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	Die Behandlung des Multiplen Myeloms mit Panobinostat erfolgt in Behandlungszyklen von 21 Tagen. Die Gabe von Panobinostat erfolgt oral an den Tagen 1, 3, 5, 8, 10 und 12 eines 21-tägigen Zyklus. Sachkosten: die Beschaffungskosten des Arzneimittels belaufen sich auf rund 7.336 Euro für eine Packung mit 6 Kapseln, ausreichend für einen Zyklus (Rote Liste, brutto incl. MwSt) bzw. Kosten von 1.222 Euro für einen einzelnen Behandlungstag (einzelne Kapsel). Bei Dosisreduktionen entstehen die gleichen Kosten, da der Preis für alle Wirkstärken gleich ist. Da das Medikament zusätzlich zur

Feld	Wert
	konventionellen Chemotherapie mit Bortezomib und Dexamethason verabreicht wird, werden im Gegenzug keine Sachkosten für andere Medikamente eingespart. Personalkosten: Durch die orale Gabe von Panobinostat sind die zusätzlichen Personalkosten vernachlässigbar (ca. 5 Arztminuten/Tag, ca. 5 Pflegeminuten/Tag).
nicht im G-DRG-System abgebildet	Panobinostat ist am 28. August 2015 durch die Europäische Kommission zugelassen. Ausreichende Daten für 2015 können also noch nicht vorliegen. Die erwarteten erheblich zusätzlichen Kosten können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in den betroffenen DRGs.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	Überwiegend Basis DRG R61. Die Kosten können in allen anderen DRGs auftreten, wenn das Myelom nicht die Hauptdiagnose ist, die Therapie aber fortgeführt werden muss.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1722042 NUB 155 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1722042
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 14:23
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Jörg
Name	Ellinger
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Strasse 25
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 14249
Telefax	
E-Mail	joerg.ellinger@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. v o r f o r m u l i e r t .
Benennung	Lenvatanib (139)
Alternative Bezeichnung	Lenvima® Kisplyx® (zugelassen für das lokal fortgeschrittene oder metastasierte Nierenzellkarzinom)
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: Lenvatinib ist ein Multikinase-Inhibitor, der in vitro und in vivo vorwiegend antiangiogene Eigenschaften gezeigt hat. In-vitro-Modelle haben darüber hinaus eine direkte Hemmwirkung auf das Tumorwachstum gezeigt. Lenvatinib ist ein Rezeptor-Tyrosinkinase (RTK)-Inhibitor, der selektiv die Kinaseaktivitäten der Rezeptoren VEGFR1 (FLT1), VEGFR2 (KDR) und VEGFR3 (FLT4) des vaskulären Endothelwachstumsfaktors

Feld	Wert
	(VEGF) sowie andere, mit dem proangiogenen und onkogenen Signalweg in Zusammenhang stehende RTKs, einschließlich der Rezeptoren FGFR1, 2, 3 und 4 des Fibroblasten-Wachstumsfaktors (FGF) und die Rezeptoren PDGFR α , KIT und RET des Blutplättchen-Wachstumsfaktors (PDGF), hemmt. Klinische Wirksamkeit: Radio-jodrefraktäres, differenziertes Schilddrüsenkarzinom: Bei der SELECT-Studie handelte es sich um eine multizentrische, randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte klinische Prüfung an 392 Patienten mit Radio-jodrefraktärem, differenziertem Schilddrüsenkarzinom und einer unter unabhängiger zentraler Kontrolle radiologisch gesicherten Krankheitsprogression innerhalb von 12 Monaten (+ 1 Monat) vor dem Studieneinschluss. Bei Patienten, die mit Lenvatinib behandelt wurden, wurde ein statistisch signifikant längeres progressionsfreies Überleben (PFS) nachgewiesen als bei Patienten, die Placebo erhielten ($p < 0,0001$). Die objektive Ansprechrates (komplette Remission [CR] plus partielle Remission [PR]) bei jeder unabhängigen radiologischen Kontrolle war in der mit Lenvatinib behandelten Gruppe signifikant ($p < 0,0001$) höher (64,8%) als in der Placebo-Gruppe (1,5%). Lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes Nierenzellkarzinom: In einer randomisierten Studie mit 153 Patienten, die einen Progress nach einer VEGF-gerichteten Therapie zeigten, wurde die Wirksamkeit von Lenvatinib in Kombination mit Everolimus im Vergleich zu Lenvatinib allein mit der Everolimus Monotherapie hinsichtlich des progressionsfreien Überlebens verglichen. Im Kombinationsarm lag das mediane PFS mit 12,8 Monaten deutlich höher als im Monotherapiearm mit Lenvatinib mit 5,6 Monaten. (The Lancet Oncology 2015; 16: 1473–82) osis: Schilddrüsenkarzinom: Tagesdosis 24 mg Lenvatinib einmal täglich. Nierenzellkarzinom: Tagesdosis 18 mg Lenvatinib einmal täglich in der Kombinationstherapie mit Everolimus 5mg
Indikation	Lenvatinib ist indiziert für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit progressivem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem differenziertem (papillärem/follikulärem/Hürthle-Zell-) Schilddrüsenkarzinom (DTC), das nicht auf eine Radiojodtherapie (RAI) angesprochen hat. Zusätzliche Indikation zu Therapie von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom nach einer vorhergehenden, gegen den vaskulären endothelialen Wachstumsfaktor (VEGF) gerichteten Behandlung.
Ablösung / Ergänzung	Es wird keine Methode abgelöst. Lenvatinib ergänzt bzw. erweitert das Behandlungsspektrum beim Schilddrüsenkarzinom und beim Nierenzellkarzinom.
Was ist neu?	In den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 hat Lenvatinib den Status 1 (Position 63 der NUB-Liste 2016).
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	2015
Medikament zugelassen	28.05.2015 21.07.2016 zusätzlich für die Behandlung des Nierenzellkarzinoms
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	Lenvatinib wird schätzungsweise in ca. 130 Kliniken in Deutschland eingesetzt (Schätzungen aufgrund der NUB- Anträge 2016).
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	3
Mehrkosten	Sachkosten: Durch die Gabe von Lenvatinib entstehen Zusatzkosten für die je Patient zu verabreichende Therapie in Höhe von: 18 mg Tagesdosis für die Kombinationstherapie mit Everolimus beim RCC 24 mg Tagesdosis für die Monotherapie für das Schilddrüsenkarzinom zu geben an jedem Tag des stationären Aufenthalts Mittlere Verweildauer der Fallpauschale (siehe Punkt 4.2 des Antrages): 5 Tage Beispiel für die

Feld	Wert
	Gabe von 24 mg Lenvatinib Tagesdosis: Durchschnittlich verabreichte Menge pro stationären Aufenthalt: 120 mg Packungsgröße: 30 Tabletten á 10 mg Preis pro Packung: 2692,58 € Kosten pro Aufenthalt ca. 1077 € Kosten pro Tag ca. 215 € Die Kostenrechnung beruht auf den Preisangaben für Lenvatinib unter dem Handelsnamen Lenvima® Für den Handelsnamen Kisplyx® (zugelassen für die Therapie des RCC) gibt es aktuell keine Preisinformation, so dass wir davon ausgehen, dass die Preise für den Wirkstoff Lenvatinib nicht differieren.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Lenvatinib wurde im Jahr 2015 zugelassen und ist seit dem Jahr 2015 in Deutschland auf dem Markt. Für das Datenjahr 2015 könnten aus den Kalkulationshäusern erste Kostendaten für den Einsatz vorliegen, sehr wahrscheinlich aber nicht in ausreichendem Umfang, um damit eine sachgerechte Abbildung im G-DRG System 2017 zu ermöglichen. Die zusätzlichen Kosten von ca. 1077 € pro Aufenthalt können aber mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden und Lenvatinib ist bisher im ZE Katalog nicht enthalten. Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen DRG.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	K64, L62 Andere DRGs können betroffen sein, wenn der Patient nicht mit Hauptdiagnose Tumor aufgenommen wird (Dauertherapie)
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1722009 NUB 156 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1722009
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 14:19
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Jörg
Name	Ellinger
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Strasse 25
PLZ	53105
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 14090
Telefax	
E-Mail	joerg.ellinger@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. v o r f o r m u l i e r t .
Benennung	Cabozantinib (136)
Alternative Bezeichnung	CabometyxTM und Cometriq®
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	W irkweise: Cabozantinib ist ein neuartiger oraler Multikinase-Inhibitor („multi-targeted drug“), der verschiedene Tyrosinkinasen hemmt. Diese Enzyme sind durch Weiterleitung der Signale verschiedener Rezeptoren an Tumorwachstum, Tumorangiogenese und Metastasenbildung beteiligt. Cabozantinib hemmt die über die Tyrosinkinasen vermittelte Wirkung der Rezeptoren von VEGFR 1, 2, 3, MET und AXL sowie weitere an der

Feld	Wert
	Tumorgenese beteiligte Faktoren, wie c - kit, TIE-2, RET, FLT-3 und RAF-Kinase. Die unterschiedlichen Angriffspunkte („multitargeting“) führen zu einer gleichzeitigen antiproliferativen und antiangiogenetischen Wirkung. Evidenzlage: Die klinische Wirksamkeit und Verträglichkeit von Cabozantinib wurden in der Phase III METEOR-Studie bei Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom (RCC) untersucht. In der gegenüber Everolimus 1:1 randomisierten, kontrollierten Phase III-Studie beim RCC zeigte Cabozantinib eine signifikante Verlängerung des progressionsfreien Überlebens, eine signifikante Verlängerung des Gesamtüberlebens und eine signifikant höhere Ansprechrate. Dieser Effekt zeigte sich durchgehend über alle Subgruppen hinweg unabhängig vom MSKCC-Score (niedrig, intermediär, günstig). Dosis: Cabozantinib wird als Dauertherapie mit einer Anfangsdosis von 60 mg 1 x täglich oral verabreicht.
Indikation	Seit März 2014 ist Cabozantinib für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit progressivem, inoperablem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem medullärem Schilddrüsenkarzinom zugelassen. Ab November 2016 wird Cabozantinib für die Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms (RCC) bei Erwachsenen nach vorangegangener zielgerichteter Therapie gegen VEGF (vaskulärer endothelialer Wachstumsfaktor) eingesetzt werden.
Ablösung / Ergänzung	Für die Zweitlinien-Behandlung des fortgeschrittenen und/oder metastasierten Nierenzellkarzinoms sind u.a. die Tyrosinkinase-Inhibitoren Sunitinib (ZE 2016-74), Sorafenib (ZE 2016-75), Axitinib (NUB 2016-23), der mTOR-Inhibitor Everolimus (NUB 2016- 6) sowie der PD-1-Inhibitor Nivolumab (NUB 2016-12) zugelassen. Alle Substanzen sind über ZE oder NUB finanziert. Cabozantinib ergänzt als neue Therapieoption die Zweitlinien- Behandlungsmöglichkeiten des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms.
Was ist neu?	In der initialen Indikation Schilddrüsenkrebs ist Cabozantinib schon seit gut zwei Jahren im Einsatz und hat in den Informationen nach §6 Abs. 2 KHEntgG für 2016 den Status 1 (Position 125 der NUB-Liste 2016) erhalten. Für die neue Indikation Nierenzellkarzinom hat Cabozantinib als Multi-Tyrosinkinase-Inhibitor mit MET und AXL ein anderes Affinitätsprofil bezüglich der verschiedenen Tyrosinkinasen als bisher zugelassene Tyrosinkinase-Inhibitoren und ist hier eine neue, sehr sinnvolle Therapieergänzung.
Verweildauer	Die Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	Schilddrüsenkarzinom: März 2014 Nierenzellkarzinom: November 2016
Medikament zugelassen	Die European Medicines Agency (EMA) hat am 21.03.2014 Cabozantinib (Cometriq®) die Zulassung zur Therapie des medullären Schilddrüsenkarzinoms (MTC) erteilt, die Erweiterung auf das Nierenzellkarzinom (Cabometyx™) erfolgte am 13.09.2016
Methode im Krankenhaus	2016
Methode in Krankenhäusern	Cabozantinib wird bisher in der initialen Indikation Schilddrüsenkarzinom relativ selten eingesetzt. In der neuen Indikation Nierenzellkarzinom ist aufgrund der NUB-Anfragen für 2016 zu alternativen Methoden von einem Einsatz in etwa 300 Kliniken in Deutschland auszugehen.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	5
Mehrkosten	Sachkosten: Cabozantinib wird als orale Dauertherapie in einer Anfangsdosis von 1 x 60 mg pro Tag verabreicht. Die mittlere Verweildauer in den beiden betroffenen Haupt-DRGs beträgt 6 bis 8 Tage. Die durchschnittlich verabreichte Menge pro stationären Aufenthalt beträgt demnach 360 bis 480 mg. Packungsgröße: Flasche mit 30 Tabletten á 60 mg / 40 mg Blisterpackung á 28 Tabletten jeweils 20 mg, 40 mg, 60 mg Preis pro Packung: 8.687,00 € brutto (Flasche mit 30 Tabletten á 60 mg) Kosten pro Aufenthalt 2.026,99 € brutto bei einer angenommenen VD von 7 Tagen Kosten pro Tag 289,57 € brutto. Die zur Verfügung gestellten Packungen (Cometriq®) sind jeweils für 28 Tage Therapie ausgelegt

Feld	Wert
	mit jeweils unterschiedlichen Dosierungen (60 mg , 100 oder 140 mg Tagesdosis). Der Preis ist der gleiche (5695,54 .€ pro Packung), so dass unabhängig der Dosis Tagestherapiekosten von 203 € entstehen. Der Erlös der betroffenen DRGs liegt ausgehend vom Bundesbasisfallwert 2016 zwischen 5.411,66 € (L62A) und 2.602,08 € (I65C) und folglich sind die zu erwartenden Mehrkosten in Höhe von gut 2.000,00 € dort nicht ausreichend abgebildet. Personalkosten: Keine relevanten Personalkosten, da orale Einnahme.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Cabozantinib wurde im März 2014 für das medulläre Schilddrüsenkarzinom und im September 2016 für das Nierenzellkarzinom zugelassen. Erst seit diesem Jahr hat Cabozantinib den NUB-Status 1 für die relativ seltene Indikation medulläres Schilddrüsenkarzinom. Insofern ist es unwahrscheinlich, dass die Kalkulationshäuser im Datenjahr 2015 ausreichend Kostendaten für den Einsatz sammeln und kommunizieren konnten. Der Einsatz von Cabozantinib, ganz gleich in welcher Indikation, wird folglich nicht sachgerecht im G-DRG System 2017 abzubilden sein. Die zusätzlichen Kosten von 289,57 € pro Tag können mit der Fallpauschale allein nicht ausreichend abgebildet werden. Im Übrigen werden Methoden abgelöst, die allesamt entweder über ZE oder NUB finanziert sind, wie zum Beispiel Sorafenib (ZE 2016-75), Everolimus (NUB 2016-6), Axitinib (NUB 2016-23) oder Nivolumab (NUB 2016-12). Aufgrund der hohen Kosten des Medikaments kommt es zu einer Schieflage in der betroffenen Fallpauschale.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	Die Basis-DRGs L62 und I65
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1713148 NUB 157 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1713148
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 12:49
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Matthias
Name	Zipfel
Abteilung	Medizinische Klinik III
Straße	Sigmund-Freud Straße
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	0228 287 17235
Telefax	
E-Mail	Matthias.Zipfel@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V. vorformuliert.
Benennung	Olaratumab (80)
Alternative Bezeichnung	Monoklonaler Antikörper gegen den Platelet derived growth factor receptor α (PDGFR α) Handelsname Latruvo
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise: Bei Olaratumab handelt es sich um einen humanen, monoklonalen Antikörper, der spezifisch an den Thrombozytenwachstumsfaktor-Rezeptor α (Platelet Derived Growth Factor Receptor α , PDGFR α) bindet, und die nachfolgende Signalkaskade inhibiert. Olaratumab vermittelte in verschiedenen präklinischen Untersuchungen antitumorale Wirkungen wie die direkte Hemmung des Wachstums von T umorzellen oder die Senkung

Feld	Wert
	des Metastasierungsrisikos. Evidenzlage: Die Indikation beruht auf den Daten der positiven randomisierten Phase II Studie JGDG, welche die Kombination von Olaratumab und Doxorubicin im Vergleich zu Doxorubicin alleine zur Therapie erwachsener Patienten mit fortgeschrittenem Weichgewebesarkom untersuchte. Ohne die Rate von schwerwiegenden Toxizitäten relevant zu erhöhen, wurde eine statistisch signifikante Verlängerung des Gesamtüberlebens um 11,8 Monate (HR 0,46 (0,30–0,71); p= 0,0003) erreicht. Dosis: Beim fortgeschrittenen Weichgewebesarkom wird Olaratumab in der Dosis von 15 mg pro kg Körpergewicht i.v. Tag 1, Tag 8 eines 21 Tage-Zyklus in Kombination mit Doxorubicin bis zu 8 Zyklen bis zur Tumorprogression oder dem Vorliegen von intolerablen unerwünschten Nebenwirkungen verabreicht. Anschließend wird Olaratumab in Monotherapie bis zum Krankheitsprogress oder nicht akzeptablen, unerwünschten Nebenwirkungen weitergegeben. Bei einer zu erwartenden kumulativen Dosis von mehr als 450-550 mg/m ² Körperoberfläche Doxorubicin wird darüber hinaus ab dem 5. Zyklus als kardioprotektive Maßnahme die Gabe von Dexrazoxan empfohlen.
Indikation	Olaratumab wird in Kombination mit Doxorubicin zur Therapie bei erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem Weichgewebesarkom eingesetzt, wenn diese Patienten nicht für eine kurative Behandlung (Operation oder Strahlentherapie) geeignet sind und wenn sie nicht zuvor mit Doxorubicin behandelt wurden
Ablösung / Ergänzung	Da es sich um einen weiteren Baustein in der Behandlung des Weichgewebesarkoms handelt, wird keine bestehende Methode durch Olaratumab abgelöst, sondern ergänzt.
Was ist neu?	Olaratumab ist ein neues und bislang nicht zugelassenes Medikament.
Verweildauer	Zur Veränderung der Verweildauer im Krankenhaus können derzeit aufgrund fehlender Erfahrungen keine Aussagen gemacht werden.
Methode in Deutschland	2017
Medikament zugelassen	2017
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	Bei einem durchschnittlichen Körpergewicht von 70 kg und einer Dosierung von 15 mg/kg Körpergewicht errechnet sich der Bedarf für eine Infusion Olaratumab beim Weichgewebesarkom mit ca. 1050 mg. Daraus errechnen sich bei einem erwarteten Preis von netto ca. 3,20 € pro Milligramm zusätzlichen Kosten von 4.000 € incl. MwSt. (dies entspricht im Allgemeinen den Kosten je stationärem Aufenthalt). Je nach individuellem Körpergewicht liegt dabei die Bandbreite zwischen 2.800 und 5.700 Euro incl. MwSt. je Gabe. Bei einer vorgegebenen Infusionszeit von 60 min. bewegen sich die Personalkosten im Bereich des üblichen Personalkostenanteils für eine medikamentöse Tumorthherapie, ohne dass spezifische Mehrkosten anfallen.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die zusätzlichen Kosten dieser Methode können durch den derzeitigen Fallpauschalenkatalog allein nicht ausreichend abgebildet werden, da die Kosten bei der DRG-Kalkulation 2015/2017 noch nicht in den Daten enthalten sind. Die genannten Kosten überschreiten den Kalkulationsrahmen der betroffenen DRGs um ein Mehrfaches, so dass eine Schiefelage in den betreffenden DRGs entsteht und eine zukünftige sachgerechte Abbildung in der Systematik erst durch eine spezifische DRG bzw. ein entsprechendes Zusatzentgelt realisiert
Prozeduren - Beschreibung	

Feld	Wert
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	I65C, in Einzelfällen auch I65B.
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1710420 NUB 158 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1710420
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 12:39
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Renate
Name	Dahmen
Abteilung	Kardiologie
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715171
Telefax	
E-Mail	Renate.Dahmen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch den Hersteller (Actelion Pharmaceuticals Deutschland GmbH) vorformuliert.
Benennung	Selexipag_Upravi®
Alternative Bezeichnung	Selexipag_Upravi®
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Der Wirkstoff in Upravi®, Selexipag (ACT-293987), ist ein selektiver Prostacyclin-IP-Rezeptor Agonist, der speziell entwickelt wurde um die Limitationen anderer Prostacyclin-Analoga in der Behandlung der pulmonal arteriellen Hypertonie (PAH) zu überwinden. PAH ist eine progrediente Erkrankung, die durch einen erhöhten Gefäßwiderstand in der Lungenzirkulation, hervorgerufen durch pulmonal arterielle Konstriktion und Gefäßwand-

Feld	Wert
	Remodelling, charakterisiert wird. Im Verlauf der Krankheit kommt es graduell zu einer Rechtsherzinsuffizienz mit vermindertem Auswurf bis hin zum Rechtsherzversagen und schließlich zum frühzeitigen Tod. Zu den klinischen Merkmalen der PAH zählen u.a. Belastungsdyspnoe, Synkopen und schnelle Erschöpfung. Bis zur Einführung wirksamer Therapien lag die mittlere Überlebenszeit nach Diagnose bei etwa 2,8 Jahren. Mehrere Signalwege haben Einfluss auf die Entwicklung und Progression der PAH. Die gegenwärtige Behandlung der PAH zielt hauptsächlich auf drei unterschiedliche Signalwege, dem Prostacyclin (PGI₂)-, Endothelin- und Stickstoffmonoxid (NO)-Signalweg. Der PGI₂-Signalweg wird aktiviert wenn das Prostacyclin oder analoge Substanzen den IP-Rezeptor aktiviert, was zu Vasodilatation und Antiproliferation der glatten Gefäßmuskelzellen führt. Der therapeutische Einsatz von Prostacyclin-Analoga ist aufgrund ihrer chemischen und metabolischen Instabilität auf die inhalative oder parenterale Darreichungsform begrenzt, wodurch ihr Einsatz in der Behandlung der PAH stark eingeschränkt wird. Die Entwicklung von Selexipag bietet erstmalig einen nicht-prostanoiden IP-Rezeptor-Agonist, der oral verabreicht werden kann und eine signifikante Wirksamkeit aufweist, wie die statistisch signifikante Reduktion der Morbiditäts- oder Mortalitäts-Ereignisse um 40% in der Phase III Studie aufzeigen konnte. Der Nutzen von Uptravi bei PAH wurde dabei in dieser Zulassungsstudie mit 1.156 Patienten mit PAH nachgewiesen. Der Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) gelangte in seinem Abschlussbericht zu dem Schluss, dass der Nutzen von Selexipag gegenüber den Risiken überwiege, und empfahl, es für die Anwendung in der EU zuzulassen. Patienten mit PAH haben derzeit begrenzte Behandlungsoptionen; daher bestehe ein hoher ungedeckter medizinischer Bedarf. Quellen: Selexipag: An oral and selective IP Prostacyclin Receptor Agonist for the treatment of Pulmonary Arterial Hypertension, Asaki et.al., J Med Chem; 2015, 58, 7128-7137 Sitbon et al. N Engl J Med 2015;373:2522-33.
Indikation	Uptravi ist indiziert für die Langzeitbehandlung der pulmonal arteriellen Hypertonie (PAH) bei erwachsenen Patienten der WHO-Funktionsklasse (WHO-FC) II bis III entweder als Kombinationstherapie bei Patienten, deren Erkrankung mit einem Endothelin-Rezeptor-Antagonisten (ERA) und/oder einem Phosphodiesterase-5(PDE-5)-Inhibitor unzureichend kontrolliert ist oder als Monotherapie bei Patienten, die für diese Therapien nicht infrage kommen. Die Wirksamkeit wurde bei PAH, einschließlich idiopathischer und erblicher PAH, PAH in Assoziation mit Bindegeweberkrankungen und PAH in Assoziation mit korrigierten einfachen angeborenen Herzfehlern nachgewiesen. Die Therapie besteht in der Einnahme von einer Tablette zweimal täglich, in Stärken von 200 µg bis 1600 µg. Jeder Patient erhält eine, in einer Titrationsphase bestimmten, individuell angepasste Dosis.
Ablösung / Ergänzung	Abgelöst werden konventionelle Prostacyclin-Analoga, welche aufgrund ihrer chemischen und metabolischen Instabilität ausschließlich inhalativ oder parenteral appliziert werden konnten.
Was ist neu?	Selexipag ist der erste selektive, orale IP-Prostacyclin-Rezeptor-Agonist, welcher aufgrund seiner chemischen Struktur oral verabreicht werden kann. Insofern ist das Präparat vollständig neu. Die Zulassung erfolgte für die EU am 13.05.2016, somit handelt es sich um eine neue Behandlungsoption. Verglichen mit anderen Arzneimitteln derselben Klasse, die in eine Vene verabreicht werden, hat Uptravi den Vorteil, dass es oral eingenommen wird. In Bezug auf die Sicherheit werden die Nebenwirkungen von Uptravi als hinnehmbar betrachtet.
Verweildauer	Hierzu liegen keine gesicherten Erkenntnisse vor. Eine Beeinflussung der stationären Verweildauer ist jedoch nicht zu erwarten.
Methode in Deutschland	Selexipag wurde am 15. Juni 2016 in Deutschland in Verkehr gebracht.
Medikament zugelassen	Selexipag ist in Deutschland seit dem 13.05.2016 zugelassen (Agency product number EMEA/H/C/003774).
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	Aufgrund der Mitte 2016 erfolgten Markteinführung können hier noch keine belastbaren Angaben gemacht werden.

Feld	Wert
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	10
Mehrkosten	Bei Anwendung des Codes I27.0 (Primäre pulmonale Hypertonie) als Hauptdiagnose ergeben sich in der Regel die DRG F75 A/D bzw bei zusätzlicher Erbringung einer Rechtsherz-Katheteruntersuchung die G-DRG F49B. Bei Relativgewichten von 1,960 (F75A) bzw. 0,772 (F75D) ergibt sich in der Basis-DRG F75 ein Entgelt von 6.491,48 € bzw. 2.556,85 € bei einem angenommenen Basisfallwert von 3.311,98 € (DRG-Version 2016). Auf der Basis des Relativgewichtes von 2,405 und einem angenommenen Basisfallwert von 3.311,98 € resultiert in der G-DRG-Pauschale F49B ein Erlös von 7.965 €. Gemäß der InEK-Kostenmatrix ergeben sich Arzneimittelkosten in den relevanten DRGs wie folgt: F75A: 299,85 € F75D: 62,68 € F49B: 254,69 €. Demgegenüber verursacht die Gabe von Selexipag durchschnittlich tägliche Therapiekosten in Höhe von ca. 171,16 € bis 513,48 € für einen erwachsenen Patienten, so dass sich beispielhaft Fall bezogene Therapiekosten wie folgt errechnen: Mittlere Verweildauer (F75A): 14 Tage [7 Tage x 171,16 € + 7 Tage x 342,32 € = 3.594,36 €] Mittlere Verweildauer (F75D): 6 Tage [6 Tage x 171,16 € = 1.026,96 €] Mittlere Verweildauer (F49B): 16 Tage [7 Tage x 171,16 € + 7 Tage x 342,32 € + 2 Tage x 513,48 € = 4.621,32 €] (Dosierung: Woche 1: 2x200µg, Woche 2: 2x400µg, Woche 3: 2x600µg tgl.) Die übrigen Sachkosten und die Personalkosten sind weitgehend unverändert.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Selexipag ist in Deutschland seit dem 13.05.2016 zugelassen und seit dem 15.06.2016 am Markt verfügbar. Entsprechend können insbesondere angesichts des Fehlens eines spezifischen OPS-Kodes keinerlei Kosten- und Leistungsdaten bei der Ermittlung des G-DRG-Fallpauschalen-Kataloges 2017 berücksichtigt werden. Die Kosten des für die neue Methode zu verwendenden Präparates sind erheblich und können die mit den typischen DRG-Fallpauschalen verbundenen Erlöse erheblich übersteigen. Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass Patienten mit PAH auch aus anderen Gründen als zur Therapie dieses Leidens in stationärer Behandlung sind. Auch bei diesen, dann auf sehr viele G-DRG-Pauschalen breit verteilten Fällen muss ggf. die Therapie zu Lasten der behandelnden Klinik fortgeführt werden. In den dann erreichten G-DRG-Pauschalen sind die durch Selexipag entstehenden zusätzlichen Medikamentenkosten nicht abgedeckt.
Prozeduren - Beschreibung	1. NUB-Status (Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für 2016: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: 701 Selexipag 2 4 (2 Das Zulassungsrecht bleibt von der Anerkennung als Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode unberührt. Die Kostenträger entscheiden im Einzelfall, ob die Kosten dieses Verfahrens übernommen werden.) 2. Prozeduren [Ausfüllvorschlag: Kein OPS in 2016 vorhanden]
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	F75 A-E bzw. F49B (DRG-Version 2016).
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1714941 NUB 159 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1714941
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 13:15
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Renate
Name	Dahmen
Abteilung	Kardiologie
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715171
Telefax	
E-Mail	Renate.Dahmen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	BCGH UG (haftungsbeschränkt) Karin Frankenstein
Benennung	Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung -- LVAD links-atrialer und femoraler Kanüle linker Ventrikel
Alternative Bezeichnung	Endovaskuläre, extrakorporale Zentrifugal-Pumpe mit femoraler, trans-septal platzierter Ansaugkanüle im linken Atrium und femoral-arterieller direkter Auswurfkanüle in der Aorta zur temporären (bis zu 30 Tage) Kreislaufunterstützung des linken Ventrikels (LVAD)
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	Antrag in den vergangenen Jahren durch andere Krankenhäuser gestellt.
Handelsname	TandemHeart
CE-Kennzeichnung	CE 549433; CE 549434
Beschreibung	Diese endovaskuläre, Kanülen-basierte Methode, ermöglicht die Einführung beider Kanülen über den femoralen, perkutanen Zugang – sowohl der venösen (trans-septalen) als auch der arteriellen (aortalen) Kanüle. Diese neue Methode wird bei Patienten in akuten hämodynamisch instabilen Situationen wie z.B. AMI und kardiogenem Schock

Feld	Wert
	verwendet. In einer solchen Situation ist eine Klasse IIb-Leitlinienindikation für Herzunterstützungssysteme allgemein ausgesprochen worden (Fachgesellschaften: AHA, ACCF, SCAI). Bei kardiologischen Interventionen kommen zusätzlich immer häufiger Herzunterstützungssysteme zum Einsatz, die bei Hochrisiko-Patienten während der kardiologischen Intervention die Pumpleistung des Herzens maßgeblich übernehmen und den Kreislauf stabilisieren. Auch für diesen Einsatz ist eine Klasse IIb-Leitlinienindikation für Herzunterstützungssysteme allgemein ausgesprochen worden (Fachgesellschaften: AHA, ACCF, SCAI). Darüber hinaus werden diese Systeme in der Herzchirurgie zur Entwöhnung von der Herz-Lungen-Maschine und bei hämodynamischen Versagen des Herzens eingesetzt. Das Unterstützungssystem verbleibt nach der Intervention noch für mehrere Tage am intensiv betreuten Patienten, bis sich seine Herzleistung wieder stabilisiert oder aber erholt hat. Die extrakorporale Zentrifugal-Blutpumpe ist ein endovaskuläres Linksherzunterstützungssystem, das ohne Öffnen des Brustkorbes über perkutane Zugänge in der Leiste via Femoral-Vene durch eine trans-septale Kanüle aus dem linken Vorhof das Blut abgesaugt und in der Leiste via Femoral-Arterie in die Aorta eingeführt zurück pumpt. Auf gleichem Wege werden die Kanülen auch wieder entfernt. Durch einen separaten Ausgang der arteriellen Femoral-Kanüle, sind auch eine Infektionsgefahr sowie die Gefahr einer Beinischämie äußerst gering. Das System besteht im Einzelnen aus der neuentwickelten Konsole zur Steuerung des Systems, sowie eines Links-Herz-Prozeduren-KIT's, welches aus der extrakorporalen Pumpe, dem Infusions-Zubehör-SET, sowie den neuartigen trans-septalen und arteriellen Kanülen mit den jeweiligen Applikatoren besteht. Für den Patienten bedeutet die Anwendung der neuen Methode eine substantielle, aktive Entlastung des linken Ventrikels durch maßgebliche Unterstützung der Pumpleistung des Ventrikels, eine Erhöhung der Auswurfleistung des Ventrikels, eine Reduzierung des Sauerstoffverbrauchs des Herzmuskels, eine Anhebung des durchschnittlichen aortalen Blutdruckes, eine Verbesserung der Koronardurchblutung sowie eine Verbesserung der Endorganperfusion. Zusätzlich können positiv inotrope Stoffe, die aufgrund des steigenden Metabolismus des Myokards im Verringerungsfall nicht oder nur im nicht zu vermeidenden Umfang indiziert sind, reduziert werden. Eine endovaskuläre Kurzzeit-Kreislaufunterstützung bis zu 30 Tagen mit einer Leistung von bis zu 5,0 L/min mit einer aktiven Entlastung des linken Ventrikels war bis zur Einführung dieser Methode nicht verfügbar. Für ausgewählte Kohorten (z.B. Kleinkinder und Kinder, Koronarintervention im Schock) konnte zwischenzeitlich sogar eine Überlegenheit einer Endovaskulären extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe gegenüber konventionellen Kreislaufunterstützungssystemen gezeigt werden (Kulat et al., Ann Thorac Surg, Nascimbene et al. Cath and Cardiovasc Intervent). Die Pumpe sorgt in Kombination mit der neuartigen trans-septalen und arteriellen Kanüle für eine Pumpleistung von bis zu 5,0 l/min. Die Gabe inotroper Substanzen kann durch den Einsatz dieser Methode entscheidend reduziert werden. Ebenso befindet sich der Druck von 90 mmHg im physiologischen Niveau eines gesunden Herzens. Alle bisher verfügbaren linksventrikulären Axial-Systeme arbeiten nur mit einem deutlich geringeren Druck von 60 mmHg. Im Vergleich zum Cardio-Pulmonalen-Bypass (CPB) / veno-arteriell Extra-Korporal-Membran-Oxygenierung (VA ECMO) liefert die trans-septale Kanüle mit Absaugen aus dem linken Ventrikel (LV) folgende signifikanten Vorteile: -Reduzierung des Pressure-Volume-Area (PVA) -Reduzierung des LV Druckes -Reduzierung des LV Volumens -Reduzierung der notwendigen Herzmuskelbelastung Bei der Anwendung zur Linksherzunterstützung wird das Blut mittels der in der Femoralvene einliegenden trans-septalen Kanüle über die Femoral-Arterie in die Aorta gepumpt. Die Spitze der von der Femoralvene kommenden trans-septalen Kanüle befindet sich im linken Atrium (LA). Von dem LA wird das Blut abgesaugt. Die arterielle Auswurfkanüle führt das Blut von der Pumpe in den Körper des Patienten über die Femoral-Arterie zurück. Deren Spitze befindet sich in der Aorta und leitet dort das Blut in den Körperkreislauf. Aufgrund des Designs der Pumpe und deren magnetische Lagerung ist eine gegenüber konventionellen Systemen deutlich langsamere Drehzahl möglich. Das führt zu einer signifikant geringeren Hämolyse als zum Beispiel mit einer transvasal platzierte axiale Pumpe. Abbildung 1 zeigt die Methode in der Konfiguration mit Kanülierung von der Femoral-Vene zur Femoral-Arterie. Siehe Anlage Bilder NUB LVAD. Abb. 1: Methode bei der Linksherzunterstützung mit Kanülierung von der Femoral-Vene zur Femoral-Arterie. Eine interventionelle Kurzzeit-Herzunterstützung bis zu 30 Tagen mit einer Leistung von bis zu

Feld	Wert
	5,0 L/min war bis zur Einführung dieser Methode nicht verfügbar. Bisher konnten Patienten, wenn nicht chirurgisch per Thorakotomie, nicht mit einer so leistungsfähigen Pumpe unterstützt werden. Die Alternative war lediglich eine medikamentöse Unterstützung, die intra-aortale Ballonpumpe (IABP) oder eine transvasal platzierte axiale Pumpe, alle jedoch mit kürzerer Anwendungszeit von wenigen Tagen und geringerer Pumpleistung, sowie einer deutlich höheren Hämolyse. Im 2015 publizierten Expert Consensus Statement zu mechanischer Kreislaufunterstützung wurde von den kardiologischen und herzchirurgischen Fachgesellschaften (AHA und STS) diese Methode besonders empfohlen: -bietet überlegenen Hämodynamischen Support als eine medikamentöse Therapie -Patienten profitieren von einem rechtzeitigen Einsatz -größerer Nutzen als IABP und ECMO und sollten adäquat erstattet werden -ebenso bei Right Ventricular Failure einzusetzen -erste Analysen bestätigen eine Kosteneffektivität Aktuelle Literatur über Links-Herz-Unterstützung mit dieser neuen Methode: - Gregoric_2008_Percutaneous Ventricular Assist Device Support in a Patient with a Post-MI VSD - Kar_2011-02-JACC_The Percutaneous Ventricular Assist Device in Severe Refractory Cardiogenic Shock - Froesch_2011_Catheterization and Cardiovascular Interventions 78:304–313 (2011) Clinical Use of Temporary Percutaneous Left Ventricular - Kapur_2013_JACC_Mechanical Circulatory Support for Right Ventricular Failure - Kapur_2015_Heart Failure Clin_ Hemodynamic Support with Percutaneous Devices in Patients with Heart Failure - Rihal_2015_JACC_Clinical Expert Consensus Statement on the Use of Percutaneous Mechanical Circulatory Support Devices in Cardio-vascular Care
Indikation	Die neue Methode wird bei Patienten mit Versagen des Linken Ventrikels (LV) angewendet, zum Beispiel im Akuten-Myokard-Infarkt oder im Kardiogenen Schock, sowie nach Herztransplantation und bei Patienten mit Ventricle Septum Defect (VSD) vor, während und nach Verschluss eingesetzt.
Ablösung / Ergänzung	Für selektierte Patienten (s. 2.1.) soll die neue Methode die offen-chirurgische Implantation vergleichbarer leistungsstarker linksventrikulärer Unterstützungssysteme ergänzen. Darüber hinaus soll sie auch verfügbare, ineffektive transarterielle komplementäre Systeme (IABP) ablösen.
Was ist neu?	Es gibt bisher keine vergleichbare endovaskuläre Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des Linken Ventrikels (LVAD) mit solch hoher Pumpleistung von bis zu 5 L/min und einer Dauer von bis zu 30 Tagen in Europa. Ein vollständig endovaskulärer Zugang, mit Blut gepumpt durch eine Trans-septale Kanüle vom Linken Atrium (LA) direkt in die Aorta ist bislang nicht möglich. Die grundlegende CE-Zulassung für die Methode besteht in Europa für den ESCORT Controller seit dem 23.04.2012. Das Links-Herz-Prozeduren KIT, bestehend aus der gebogenen trans-septalen Kanüle und der arteriellen Auswurfkanüle sowie Applikatoren, Zentrifugalpumpe und Infusionssystem ist seit dem 31.07.2014 CE zertifiziert. Dieses Verfahren bietet perkutane mechanische Unterstützung auf einem Niveau, das vergleichbar ist mit chirurgisch implantierten Systemen. Die Methode ist in allen wesentlichen Aspekten neu – besonders in Hinblick auf die relevanten technologischen und Design-Aspekte. Zur Technologie: • Der ESCORT Controller ist vollständig neu in allen Teilen: o treibt die Pumpe mit bis zu 8 L/min an (für Links-Herz-Support mit gebogener trans-septaler Ansaugkanüle und arterieller Auswurfkanüle bis zu 5 L/min) o kleineres, platzsparendes und leichteres Design o Batterie Support 1 h für Transport o Fluss-Sensor für akkurate Fluss-Messung • die gebogene trans-septale Kanüle (Absaugkanüle) und die arterielle Auswurfkanüle sind in den wesentlichen Charakteristika neu: o 14 Seitenlöcher für optimiertes Absaugen o Spulenwicklungs-/ Polyurethane Design für dünnere Kanülen-Wand. Dies optimiert bei einer French Größe von 21 Fr das innere Lumen und führt zu einem maximalen Fluss (5 L/min). o Hochflexibel und hoher Knickwiderstand o 3 Röntgenmarkierungen an der Spitze der Kanüle für bessere Sichtbarkeit während Fluoroskopie o Fixierhilfe der Kanüle mit Nahtflügeln zur sicheren Befestigung am Patienten • In der Konsequenz werden durch die Kombination von Controller, Pumpe und trans-septaler und arterieller Kanülen ein maximaler Fluss von bis 5,0 L/min erreicht. Zum Design: • das Konzept, eine endovaskuläre, extrakorporale Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung für den linken Ventrikel, ist vollständig neu • physiologisches Niveau von Druck (90 mmHg – vergleichbar mit gesundem Herz) und Fluss (bis zu 5 L/min) • gebogene trans-septale

Feld	Wert
	Ansaugkanüle • arterielle aortale Auswurfkanüle mit Seitenausgang zur Vermeidung von Beinischämien • bis zu 30 Tagen Unterstützung
Verweildauer	Die neue perkutane Methode verkürzt indirekt die Verweildauer des Patienten-Kollektivs im Krankenhaus durch Vermeidung von Komplikationen. Ebenso ist die Hämolyse im Vergleich zu den trans-axialen Systemen deutlich geringer. Die methodenbedingten Kosten eines Einsatzes werden durch die Vorteile an reduzierten zukünftigen Behandlungskosten kompensiert, sowie durch eine schnellere Mobilisierung des Patienten erreicht. Ebenso wird die Gabe inotroper Substanzen entscheidend reduziert.
Methode in Deutschland	Erste Anwendungsbeobachtungen gab es 2012, eine systematisch mögliche Anwendung 2014
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	Cirka 60 Kliniken
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	20
Mehrkosten	Der OPS 8-839.a* ist gemäß Definitionshandbuch 2016 in den Basis-DRG F01 (F01-V4), F07 und F09, sowie der DRG F05Z grupier- bzw. splitrelevant. Die beschriebene Methode löst signifikante Mehrkosten aus, vor allem in den Kostenartengruppen 05 (Impl./Transpl.) und 06 (übr. med. Bedarf). Die Materialkosten für das Links-Herz-Prozeduren KIT (Einmalprodukte) bestehend aus Infusions Zubehör Set, die Zentrifugal-Pumpe, die trans-septale Kanüle und Applikator & die Aortale Kanüle und Applikator werden kumulativ mit ca. EUR 31.300 netto (EUR 37.247,-) veranschlagt. Im Vergleich dazu liegen die für die einzelnen DRG aufgeschlüsselten jeweiligen Sachmittel für 2016 (selbst kumulativ über alle Kostenstellen) zwischen 1.675€ in der F09A und 12.428€ in der F42Z. Innerhalb der Basis-DRG für die Implantation eines Defibrillators mit den entsprechenden Implantatekosten liegen die Sachmittel zwischen 8.803€ in der F01D und 13.692€ in der F01A. Die neue Leistung streut über die u.a. DRG sporadisch. Die trans-axialen Assist-Systeme, welche das unbepreiste ZE2015-62 auslösen, sind allenfalls in Ansätzen vergleichbar, aber deutlich weniger effektiv in Fluss und Druck und führen zu einer deutlich höheren Hämolyse bei einer Anwendung von wenigen Stunden oder Tagen. Umgekehrt entsteht für die Personalkosten ein relatives Einsparpotential in deutlich geringerer Höhe als die Sachkosten, da die Implantation deutlich einfacher, schneller und weniger Personalintensiv wie vergleichbare, offen chirurgische Verfahren ist.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die endovaskuläre Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des Linken Ventrikels (LVAD) mit gebogener trans-septaler Absaug-Kanüle und arterieller Auswurf-Kanüle erhielt das CE-Zertifikat 2014. Bisher wurde sie im Routinebetrieb nur von wenigen Häusern eingesetzt, ansonsten im Wesentlichen im Rahmen von Studien. Sie wurde im Verfahren für das Jahr 2015 erstmals als NUB beantragt und erhielt jeweils Status 1. Für die offen-chirurgische Implantation existiert aufgrund der Streuung der Leistung und des sporadischen Auftretens ohne regelhaften Bezug das unbepreiste Zusatzentgelt ZE2016-02. Dieses kann über den für 2015 neu geschaffenen OPS nicht ausgelöst werden. Derzeit ist eine spezifische Erfassung der endovaskulären Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des Linken Ventrikels (LVAD) mit trans-septaler Kanüle nicht möglich, da ein spezifischer OPS Code erst seit 2015 existiert. Aufgrund der resultierenden Implantationszahlen liegen aktuell noch keine ausreichenden Kosten- oder Leistungsdaten vorliegen, die für die Kalkulation der Fallpauschale herangezogen werden. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG-System ist daher schwierig – es entsteht somit ein signifikanter Erlösnachteil für die einsetzenden Häuser.

Feld	Wert
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	F01A, F01B, F01D, F05Z, F07A, F07B, F09A, F09B, F09C, F42Z
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-839.a0 8-83a.1 8-839.a4



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1714949 NUB 159 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1714949
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 13:16
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Renate
Name	Dahmen
Abteilung	Kardiologie
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715171
Telefax	
E-Mail	Renate.Dahmen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	BCGH UG (haftungsbeschränkt) Karin Frankenstein
Benennung	Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung -- LVAD mit einer doppelumigen Kanüle Zugang via Jugular-Vene
Alternative Bezeichnung	Endovaskuläre, extrakorporale Zentrifugal-Pumpe zur temporären (bis zu 30 Tage) Kreislaufunterstützung des linken Ventrikels mit nur einem Zugang via Jugular-Vene einer doppelumigen Kanüle mit äußerer Ansaugkanüle im linken Atrium (LA) und innenliegender direkter Auswurfkanüle in der Aorta ascendens.
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	Antrag in den vergangenen Jahren durch andere Krankenhäuser gestellt.
Handelsname	TandemHeart
CE-Kennzeichnung	CE 549433; CE 549434
Beschreibung	Die endovaskuläre, Doppellumen-Kanüle-basierte Methode fasst in einer gemeinsamen Kanüle die Ansaugkanüle (außen liegend) und die Auswurfkanüle (innen liegend)

Feld	Wert
	zusammen. Damit werden die zwei Implantationsschritte in einem zusammengefasst, was die Anwendungsbereitschaft deutlich schneller herstellt und gleichzeitig das Risiko lokaler Komplikationen quasi halbiert. Die extrakorporale Zentrifugal-Blutpumpe ist ein endovaskuläres Linksherzunterstützungssystem, das ohne Öffnen des Brustkorbes über nur einen perkutanen Zugang via Jugular-Vene durch eine doppellumige trans-septale Kanüle aus dem linken Vorhof das Blut absaugt und zurück durch den linken Vorhof, die Mitralklappe, den linken Ventrikel und die Aortenklappe mit innenliegender direkter Auswurfkanüle in die Aorta ascendens pumpt. Auf gleichem Weg wird die Kanüle auch wieder entfernt. Diese neue Methode wird bei Patienten in akuten hämodynamisch instabilen Situationen wie z.B. AML und kardiogenem Schock verwendet. In einer solchen Situation ist eine Klasse IIb-Leitlinienindikation für Herzunterstützungssysteme allgemein ausgesprochen worden (Fachgesellschaften: AHA, ACCF, SCAI). Bei kardiologischen Interventionen kommen zusätzlich immer häufiger Herzunterstützungssysteme zum Einsatz, die bei Hochrisiko-Patienten während der kardiologischen Intervention die Pumpleistung des Herzens maßgeblich übernehmen und den Kreislauf stabilisieren. Auch für diesen Einsatz ist eine Klasse IIb-Leitlinienindikation für Herzunterstützungssysteme allgemein ausgesprochen worden (Fachgesellschaften: AHA, ACCF, SCAI). Darüber hinaus werden diese Systeme in der Herzchirurgie zur Entwöhnung von der Herz-Lungen-Maschine und bei hämodynamischen Versagen des Herzens eingesetzt. Das Unterstützungssystem verbleibt nach der Intervention noch für mehrere Tage am intensiv betreuten Patienten, bis sich seine Herzleistung wieder stabilisiert oder aber erholt hat. Für den Patienten bedeutet die Anwendung der neuen Methode eine substantielle, aktive Entlastung des linken Ventrikels durch maßgebliche Unterstützung der Pumpleistung des Ventrikels, eine Erhöhung der Auswurfleistung des Ventrikels, eine Reduzierung des Sauerstoffverbrauchs des Herzmuskels, eine Anhebung des durchschnittlichen aortalen Blutdruckes, eine Verbesserung der Koronardurchblutung sowie eine Verbesserung der Endorganperfusion. Zusätzlich können positiv inotrope Stoffe, die aufgrund des steigenden Metabolismus des Myokards im Verringerungsfall nicht oder nur im nicht zu vermeidenden Umfang indiziert sind, reduziert werden. Eine endovaskuläre Kurzzeit-Kreislaufunterstützung bis zu 30 Tagen mit einer Leistung von bis zu 4,0 L/min mit einer aktiven Entlastung des linken Ventrikels und Auswurf in der Aorta ascendens war bis zur Einführung dieser Methode nicht verfügbar. Für ausgewählte Kohorten (z.B. Kleinkinder und Kinder, Koronarintervention im Schock) konnte zwischenzeitlich sogar eine Überlegenheit einer Endovaskulären extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe gegenüber konventionellen Kreislaufunterstützungssystemen gezeigt werden (Kulat et al., Ann Thorac Surg, Nascimbene et al. Cath and Cardiovasc Intervent). Das System besteht im Einzelnen aus der neuentwickelten Konsole zur Steuerung des Systems, sowie eines Links-Herz-Prozeduren-KIT's, welches aus der extrakorporalen Pumpe, dem Infusions-Zubehör-SET, sowie der neuartigen doppellumigen trans-septalen und innenliegenden Auswurfkanüle in der Aorta ascendens mit den jeweiligen Applikatoren besteht. Die Pumpe sorgt in Kombination mit der neuartigen doppellumigen trans-septalen mit Auswurf-Kanüle in der Aorta ascendens für eine Pumpleistung von bis zu 4,0 l/min. Die Gabe inotroper Substanzen kann durch den Einsatz dieser Methode entscheidend reduziert werden. Ebenso befindet sich der Druck von 90 mmHg im physiologischen Niveau eines gesunden Herzens. Alle bisher verfügbaren linksventrikulären Axial-Systeme arbeiten nur mit einem deutlich geringeren Druck von 60 mmHg. Im Vergleich zum Cardio-Pulmonalen-Bypass (CPB) / veno-arteriell Extra-Korporal-Membran-Oxygenierung (VA ECMO) liefert die doppellumige Kanüle mit Absaugen aus dem linken Vorhof (LA) folgende signifikanten Vorteile: -Reduzierung des Pressure-Volume-Area (PVA) -Reduzierung des LV Druckes -Reduzierung des LV Volumens -Reduzierung der notwendigen Herzmuskelbelastung Durch den Auswurf in der Aorta ascendens ergeben sich weitere signifikante Vorteile: -antegrader Blutfluss -erhöhte Koronarperfusion -höhere SaO2 Sättigung in den Kopfgefäßen -keine Wasserscheide von antegraden und retrograden Fluss Bei der Anwendung zur Linksherzunterstützung wird das Blut mittels der in der Jugular-Vene einliegenden doppellumigen trans-septalen Kanüle vom linken Vorhof in die Aorta ascendens gepumpt. Von dem LA wird das Blut abgesaugt. Die innenliegende Auswurfkanüle führt das Blut von der Pumpe in den Körper des Patienten durch den linken Vorhof, die Mitralklappe, den linken Ventrikel und die Aortenklappe zurück. Deren Spitze befindet sich in der Aorta ascendens und leitet dort das Blut in den

Feld	Wert
	Körperkreislauf. Aufgrund des Designs der Pumpe und deren magnetische Lagerung ist eine gegenüber konventionellen Systemen deutlich langsamere Drehzahl möglich. Das führt zu einer signifikant geringeren Hämolyse als zum Beispiel mit einer transvasal platzierte axiale Pumpe. Abbildung 1 zeigt die Methode in der Konfiguration mit Kanülierung von der Jugular-Vene zur Aorta ascendens. Siehe Anlage Bilder NUB LVAD. Abb. 1: Methode bei der Linksherzunterstützung mit Kanülierung von der Jugular-Vene zur Aorta ascendens. Eine interventionelle Kurzzeit-Herzunterstützung bis zu 30 Tagen mit einer Leistung von bis zu 4,0 L/min war bis zur Einführung dieser Methode nicht verfügbar. Bisher konnten Patienten, wenn nicht chirurgisch per Thorakotomie, nicht mit einer so leistungsfähigen Pumpe unterstützt werden. Die Alternative war lediglich eine medikamentöse Unterstützung, die intra-aortale Ballonpumpe (IABP) oder eine transvasal platzierte axiale Pumpe, alle jedoch mit kürzerer Anwendungszeit von wenigen Tagen und geringer Pumpleistung, sowie einer deutlich höheren Hämolyse. Im 2015 publizierten Expert Consensus Statement zu mechanischer Kreislaufunterstützung wurde von den kardiologischen und herzchirurgischen Fachgesellschaften (AHA und STS) diese Methode besonders empfohlen: -bietet überlegenen Hämodynamischen Support als eine medikamentöse Therapie -Patienten profitieren von einem rechtzeitigen Einsatz -größerer Nutzen als IABP und ECMO und sollten adäquat erstattet werden -ebenso bei Right Ventricular Failure einzusetzen -erste Analysen bestätigen eine Kosteneffektivität Aktuelle Literatur über Links-Herz-Unterstützung mit dieser neuen Methode: - Gregoric_2008_Percutaneous Ventricular Assist Device Support in a Patient with a Post-MI VSD - Kar_2011-02-JACC_The Percutaneous Ventricular Assist Device in Severe Refractory Cardiogenic Shock - Froesch_2011_Catheterization and Cardiovascular Interventions 78:304–313 (2011) Clinical Use of Temporary Percutaneous Left Ventricular - Kapur_2013_JACC_Mechanical Circulatory Support for Right Ventricular Failure - Kapur_2015_Heart Failure Clin_ Hemodynamic Support with Percutaneous Devices in Patients with Heart Failure - Rihal_2015_JACC_Clinical Expert Consensus Statement on the Use of Percutaneous Mechanical Circulatory Support Devices in Cardio-vascular Care
Indikation	Die neue Methode wird bei Patienten mit Versagen des Linken Ventrikel (LV) angewendet, zum Beispiel im Akuten-Myokard-Infarkt oder im Kardiogenen Schock, sowie nach Herztransplantation und bei Patienten mit Ventricle Septum Defect (VSD) vor, während und nach Verschluss eingesetzt.
Ablösung / Ergänzung	Für selektierte Patienten (s. 2.1.) soll die neue Methode die offen-chirurgische Implantation vergleichbarer leistungsstarker linksventrikulärer Unterstützungssysteme ergänzen. Darüber hinaus soll sie auch verfügbare, ineffektive transarterielle komplementäre Systeme (IABP) ablösen.
Was ist neu?	Es gibt bisher keine vergleichbare endovaskuläre Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des Linken Ventrikels (LVAD) mit solch hoher Pumpleistung von bis zu 4 L/min und einer Dauer von bis zu 30 Tagen in Europa mit nur einem Zugang via Jugular-Vene. Ein vollständig endovaskularer Zugang, mit Blut gepumpt durch eine doppellumige Trans-septale Kanüle vom Linken Atrium (LA) direkt in die Aorta Ascendens ist bislang nicht möglich. Die grundlegende CE-Zulassung für die Methode besteht in Europa für den ESCORT Controller seit dem 23.04.2012. Das Links-Herz-Prozeduren KIT, bestehend aus der doppellumigen trans-septalen Kanüle und der innenliegenden Auswurfkanüle sowie Applikatoren, Zentrifugalpumpe und Infusionssystem ist seit dem 12.03.2015 CE zertifiziert. Dieses Verfahren bietet perkutane mechanische Unterstützung auf einem Niveau, das vergleichbar ist mit chirurgisch implantierten Systemen. Die Methode ist in allen wesentlichen Aspekten neu – besonders in Hinblick auf die relevanten technologischen und Design-Aspekte. Zur Technologie: • Der ESCORT Controller ist vollständig neu in allen Teilen: o treibt die Pumpe mit bis zu 8 L/min an (für Links-Herz-Unterstützung mit doppellumiger trans-septaler Kanüle 29 F bis zu 4 L/min o kleineres, platzsparendes und leichteres Design o Batterie Unterstützung bis zu 1 h für Transport und Mobilisation o Spezieller Sensor für akkurate Fluss-Messung • die doppellumige Kanüle 29 F mit innenliegender Auswurfkanüle in der Aorta Ascendens ist vollständig neu in allen Teilen: o Co-axiales Design mit 16 Fr Lumen in der Innenkanüle bis an die Spitze (Auswurfkanüle Aorta Ascendens) und 29 Fr Lumen an der äußeren Absaugkanüle im linken Vorhof o Omni-direktionale Flussöffnungen für eine gleichmäßige Leistung ohne Neuplatzierung o 14 Seitenlöcher für optimiertes Absaugen o Hochflexibel und hoher

Feld	Wert
	Knickwiderstand o Röntgenmarkierungen an der Spitze der Kanüle für bessere Sichtbarkeit während Fluoroskopie o Fixierhilfe der Kanüle mit Nahtflügeln zur sicheren Befestigung am Patienten • In der Konsequenz werden durch die Kombination von Controller, Pumpe und doppelumiger trans-septaler Kanüle 29 F ein maximaler Fluss von bis 4,0 L/min. Zum Design: • das Konzept, eine endovaskuläre, extrakorporale Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung für den linken Ventrikel, mit nur einem Zugang via Jugular-Vene ist vollständig neu • physiologisches Niveau von Druck 90 mmHg und Fluss (bis zu 4 L/min) • Auswurfkanüle Aorta Ascendens • bis zu 30 Tagen Unterstützung
Verweildauer	Die neue perkutane Methode verkürzt die mittlere statistische Verweildauer des Patienten-Kollektivs im Krankenhaus durch die Vermeidung von invasiven chirurgischen Eingriffen sowohl zu der Implantation, als auch zu der Entfernung des Systems. Die methodenbedingten Kosten eines Einsatzes werden durch erhebliche Einsparungen an zukünftigen Behandlungskosten (verkürzte Verweildauer) überkompensiert, sowie durch eine schnellere Mobilisierung des Patienten erreicht. Ebenso wird die Gabe inotroper Substanzen entscheidend reduziert. Durch die Vermeidung von einer invasiven Operation zur Entfernung des Assist Devices entstehen weitere deutliche Einsparungen (Entfernung bett-seitig). Durch den Zugang über die Jugular-Vene wird eine schnellere Mobilisierung des Patienten erreicht. Da keine Kanülen mehr in den Beingefäßen vorhanden sind, kann der Patient aufrecht im Bett sitzen. Die Pumpe wird in einer Manschette am Brustkorb des Patienten fixiert. Die Batterie der Konsole ermöglicht bis zu 1 h Unterstützung. Somit wird eine Mobilisierung des Patienten erreicht, welche erst mit dieser neuen Methode zur Verfügung steht. Außerdem kann der Patient bis zu 1 h mit Pumpe und Konsole aufstehen und gehen.
Methode in Deutschland	Erste Anwendungsbeobachtungen gab es 2012, eine systematisch mögliche Anwendung 2014
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	Cirka 60 Kliniken
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	20
Mehrkosten	Der OPS 8-839.a* ist gemäß Definitionshandbuch 2016 in den Basis-DRG F01 (F01-V4), F07 und F09, sowie der DRG F05Z grupier- bzw. splitrelevant. Die beschriebene Methode löst signifikante Mehrkosten aus, vor allem in den Kostenartengruppen 05 (Impl./Transpl.) und 06 (übr. med. Bedarf). Die Materialkosten für das Links-Herz-Prozeduren KIT (Einmalprodukte) bestehend aus Infusions Zubehör Set, die Zentrifugal-Pumpe, der doppelumigen trans-septalen Kanüle mit der innenliegenden Auswurfkanüle & Applikator werden kumulativ mit EUR 36.850 netto (EUR 43.851,50 brutto) veranschlagt. Im Vergleich dazu liegen die für die einzelnen DRG aufgeschlüsselten jeweiligen Sachmittel für 2016 (selbst kumulativ über alle Kostenstellen) zwischen 1.675€ in der F09A und 12.428€ in der F42Z. Innerhalb der Basis-DRG für die Implantation eines Defibrillators mit den entsprechenden Implantatekosten liegen die Sachmittel zwischen 8.803€ in der F01D und 13.692€ in der F01A. Die neue Leistung streut über die u.a. DRG sporadisch. Die trans-axialen Assist-Systeme, welche das unbepreiste ZE2015-62 auslösen, sind allenfalls in Ansätzen vergleichbar, aber deutlich weniger effektiv in Fluss und Druck und führen zu einer deutlich höheren Hämolyse bei einer Anwendung von wenigen Stunden oder Tagen. Umgekehrt entsteht für die Personalkosten ein relatives Einsparpotential in deutlich geringerer Höhe als die Sachkosten, da die Implantation deutlich einfacher, schneller und weniger Personalintensiv wie vergleichbare, offen chirurgische Verfahren ist.

Feld	Wert
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die endovaskuläre Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des Linken Ventrikels (LVAD) mit nur einem Zugang mit einer doppellumigen Kanüle erhielt das CE-Zertifikat 2014. Bislang wurde sie im Routinebetrieb nur von wenigen Häusern eingesetzt, ansonsten im Wesentlichen im Rahmen von Studien. Sie wurde im Verfahren für das Jahr 2015 erstmals als NUB beantragt und erhielt jeweils Status 1. Für die offen-chirurgische Implantation existiert aufgrund der Streuung der Leistung und des sporadischen Auftretens ohne regelhaften Bezug das unbepreiste Zusatzentgelt ZE2016-02. Dieses kann über den für 2015 neu geschaffenen OPS nicht ausgelöst werden. Derzeit ist eine spezifische Erfassung der endovaskulären Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des Linken Ventrikels (LVAD) mit nur einem Zugang mit einer doppellumigen trans-septalen Kanüle nicht möglich, da ein spezifischer OPS Code erst seit 2015 existiert. Aufgrund der resultierenden Implantationszahlen liegen aktuell noch keine ausreichenden Kosten- oder Leistungsinformationen vorliegen, die für die Kalkulation der Fallpauschale herangezogen werden. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG-System ist daher schwierig – es entsteht somit ein signifikanter Erlösnachteil für die einsetzenden Häuser.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	F01A, F01B, F01D, F05Z, F07A, F07B, F09A, F09B, F09C, F42Z
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-839.a0 8-839.a4 8-83a.1



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1711046 NUB 160 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1711046
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	30.10.2016 16:14
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr. med.
Vorname	Stefan
Name	Schönberger
Abteilung	
Straße	Adenauerallee 119
PLZ	53113
Ort	Bonn
Telefon	0228-287-33300
Telefax	0228-287-33301
E-Mail	stefan.schoenberger@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dieser Antrag wurde durch die Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie e.V. mit Unterstützung des pharmazeutischen Herstellers APEIRON Biologics AG vorformuliert.
Benennung	Dinutuximab beta (ch14.18/CHO)
Alternative Bezeichnung	Isqette® (Handelsname)
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Nein
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	-1
Bemerkung	
Handelsname	
CE-Kennzeichnung	
Beschreibung	Wirkweise Dinutuximab beta (ch14.18/CHO) ist ein chimärer monoklonaler Antikörper, produziert in Chinese Hamster Ovary (CHO) Zellen, der spezifisch das Disialogangliosid-Antigen GD2 erkennt – ein Oberflächenmolekül, welches in hoher Dichte auf Tumorzellen neuroektodermalen Ursprungs exprimiert wird. Insbesondere häufig und dicht wird GD2

Feld	Wert
	uniform auf Neuroblastomzellen gefunden, aber auch andere Tumoren wie Sarkome, Glioblastom, Melanom und kleinzelliges Lungenkarzinom sind häufig GD2 positiv. Auf normalem Gewebe ist GD2 nur geringfügig nachzuweisen, es wird allerdings auf peripheren Nervenzellen exprimiert. Die relativ hohe tumorspezifische Expression macht GD2 zu einem geeigneten Target für die Immuntherapie mit monoklonalen Antikörpern. Der Wirkmechanismus des anti-GD2 Antikörpers basiert auf der Tumorzelllyse durch körpereigene immunologische Abwehrmechanismen wie antikörpervermittelte zelluläre Zytotoxizität (ADCC) und komplementvermittelte zelluläre Zytotoxizität (CDC) bzw. dem Zusammenspiel beider Mechanismen. Evidenzlage Seit 2010 wird die adjuvante Therapie von Hochrisikoneuroblastom-Patienten basierend auf GD2-spezifischer Immuntherapie nach erfolgreicher Ersttherapie (Induktions- und Konsolidierungstherapie) sowohl von pädiatrischen Onkologen als auch von Patienten bzw. deren rechtlichen Vertretern (Eltern) und Patientenvereinigungen als „der neue Standard“ in der Erhaltungstherapie angesehen (1). In Europa initiierte das SIOPEX Konsortium eine multinationale, randomisierte Phase III Studie mit 406 Hochrisikoneuroblastom-Patienten, um den in Europa entwickelten anti-GD2-Antikörper (ch14.18/CHO bzw. Dinutuximab beta) zu testen. Die Studie vergleicht die Wirkung von Dinutuximab beta mit und ohne IL-2 während der Erhaltungsphase. Monotherapie mit Dinutuximab beta erwies sich als ebenso effizient wie die Kombinationstherapie mit IL-2 in Bezug auf Ereignisfreies Überleben (EFS) und Gesamtüberleben (OS) (3-Jahres EFS von 60% respektive 57% und 3-Jahres OS von 66% respektive 65% (2)). 2-Jahres EFS der Patienten mit kompletter Remission nach Konsolidierung war mit 69% vergleichbar mit den bereits publizierten Daten mit 66% 2-Jahres EFS (1), dort allerdings in Kombination mit Zytokingabe von IL-2 und GM-CSF. Insbesondere IL-2 weist aber ein hohes toxisches Potential auf. Die Antikörpertherapie ohne Zytokine zeichnet sich daher besonders durch ein deutlich verbessertes Risikoprofil im Vergleich zur Kombinationstherapie mit Zytokinen aus. Besonders hämatologische Toxizitäten, Zytokin-vermitteltes Kapillarleck Syndrom, aber auch neuropathische Schmerzen waren mit Dinutuximab beta-Monotherapie signifikant reduziert. Aufgrund der molekularen Charakteristika von Dinutuximab beta, wie dem spezifischen Glykosylierungsmuster (komplettes Fehlen der alpha-gal Determinante, die für die Induktion allergischer Reaktionen bekannt ist (3)), profitieren die Patienten von einer niedrigen Inzidenz von infusionsbedingten allergischen oder anaphylaktischen Reaktionen. Dinutuximab beta (produziert in CHO Zellen) zeigte weiter in vitro einen 10-fach gesteigerten ADCC verglichen mit anderen ch14.18 Varianten, die in murinen SP2/0 Zellen hergestellt wurden. Rezidivierende oder refraktäre Neuroblastom-Patienten sind durch eine extrem schlechte Prognose charakterisiert. Das Gesamtüberleben nach 4 Jahren für dieses Patientenkollektiv beträgt nicht mehr als 14% (4). In zwei Studien mit Dinutuximab beta zur Behandlung rezidivierender oder refraktärer Patienten zeigten sich objektive Ansprechraten im Bereich von 30-50% (Studie APN311-303 sowie APN311-202). In einer weiteren Studie für rezidivierte Patienten, die die Machbarkeit von haploidenter Stammzelltransplantation gefolgt von GD2-spezifischer Immuntherapie mit Dinutuximab beta zeigen sollte (APN311-201), lagen die objektiven Ansprechraten bei 55%. Das Gesamtüberleben in diesen Studien war 66% nach 3 Jahren (APN311-303), 54% nach 3 Jahren (APN311-202) bzw. 55% nach 3 Jahren (APN311-201). Diese Überlebensraten zeigen eine deutliche Verbesserung gegenüber historischen Daten von Patienten, die keine Immuntherapie erhielten. Dinutuximab beta wird basierend auf einem kontinuierlichen Infusionsschema verabreicht. Die Einführung der Verabreichung von Dinutuximab beta mittels kontinuierlicher Infusion über 10 Tage führt zusätzlich zu einer deutlichen Verminderung von neuropathischen Schmerzen und einer damit verbundenen verminderten Notwendigkeit zur Gabe von i.v. Opioiden verglichen mit der Verabreichung als Kurzinfusion. Außerdem verbessert das kontinuierliche Infusionsschema das pharmakokinetische Profil. Dadurch kann ein kontinuierlicher lytischer Druck (via der körpereigenen Effektorfunktionen ADCC und CDC) gegen die Tumorzellen über die gesamte Behandlungsperiode von 6 Monaten aufgebaut werden (5). Die kontinuierliche Verabreichung erlaubt eine zumindest teilweise Behandlung außerhalb des Krankenhauses/zu Hause mit Verbesserung der Lebensqualität für die Patienten. Dosis Empfohlene Dosierung ist 10mg/m²/Tag kontinuierlich i.v. über 10 Tage. Die Gesamtdosis pro Behandlungszyklus beträgt 100mg/m² Körperoberfläche. Die Therapie besteht aus 5 Zyklen mit einer Zykluslänge von 35 Tagen. Literatur (1) Yu AL, et al. Anti-GD2 antibody

Feld	Wert
	with GM-CSF, interleukin-2, and isotretinoin for neuroblastoma. N Engl J Med 2010. 363: 1324-1334. (2) Ladenstein R., et al. Toxicity and outcome of anti-GD2 antibody ch14.18/CHO in front-line, high-risk patients with neuroblastoma: Final results of the phase III immunotherapy randomisation (HR-NBL1/SIOPEN trial). J Clin Oncol 34, 2016 (suppl; abstr 10500). (3) Chung CH, et al. Cetuximab-induced anaphylaxis and IgE specific for galactose-alpha-1,3-galactose. N Engl J Med 2008. 358: 1109-1117. (4) London W., et al. Historical gold standard for time-to-progression (TTP) and progression-free survival (PFS) from relapsed/refractory neuroblastoma modern era (2002-2014) patients. J Clin Oncol 32:5s, 2014 (suppl; abstr 10034). (5) Siebert N., et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of ch14.18/CHO in relapsed/refractory high-risk neuroblastoma patients treated by long-term infusion in combination with IL-2. MABS 2016. 8: 604-616.
Indikation	Die Methode soll bei Patienten mit einem Neuroblastom angewandt werden, einem hochmalignen Tumor des Kindesalters. In Deutschland erkranken jährlich etwa 130 Kinder an Neuroblastom, davon 50 an Hochrisikoneuroblastom (altersbezogene Inzidenz: 1,4 pro 100.000 Kinder < 15 Jahren (1)). Beim Neuroblastom unterscheidet man fünf Krankheitsstadien mit Unterklassen (1, 2A, 2B, 3, 4S und 4). Hochrisikopatienten sind Patienten mit Neuroblastom des Stadiums 4 über 18 Monate bei Diagnose und Kinder, die eine Amplifikation des Onkogens MYCN aufweisen, unabhängig vom Stadium und Alter bei Diagnose (2). In Deutschland sind dies etwa 50 Patienten pro Jahr. Die 5 Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit dieser Patientengruppe liegt bei 44%. Leider erleiden mehr als die Hälfte der Patienten mit (Hochrisiko-)Neuroblastom einen Rückfall. Die Überlebenschance für die Rezidiv-Patientengruppe liegt bei nur 10% (3). Die Behandlung des Neuroblastoms erfolgt in Abhängigkeit vom Stadium der Erkrankung und ist in drei Abschnitte eingeteilt: Induktion, Konsolidierung und Erhaltungstherapie. In der Erhaltungsphase erfolgt die Behandlung durch eine differenzierte Kombinationsbehandlung und ist als „minimal residual disease“-Behandlung bezeichnet. Die Behandlung des Rezidivs erfolgt nach analogem Prinzip. Von den 50 Kindern in Deutschland mit einem Hochrisikoneuroblastom kommen schätzungsweise 40 für eine Antikörpertherapie in der Erstbehandlung und 20 in der Rezidiv-Therapie in Frage. Die Substanz Dinutuximab beta ist zum Zeitpunkt der Antragsstellung noch nicht zur Anwendung zugelassen. Die EMA hat den Zulassungsantrag für Dinutuximab beta zur Behandlung von Neuroblastompatienten im Mai 2015 angenommen. Literatur (1) Deutsches Kinderkrebsregister (2015): Jahresbericht / Annual Report 2015 (S. 39). URL: http://www.kinderkrebsregister.de/dkk/ergebnisse/jahresbericht.html, letzter Zugriff: 01.09.2016. (2) National Cancer Institute (2016): Stage Information for Neuroblastoma. URL: http://www.cancer.gov/types/neuroblastoma/hp/neuroblastoma-treatment-pdq#link/_830_toc, letzter Zugriff: 01.09.2016. (3) Simon, T., et al. Treatment and outcomes of patients with relapsed, high-risk neuroblastoma: Results of German trials. Pediatr Blood Cancer 2011. 56(4): 578-583.
Ablösung / Ergänzung	Für Hochrisikoneuroblastom-Patienten ist neuerdings nach erfolgreicher Induktionstherapie und Konsolidierung mittels Hochdosis-Chemotherapie gefolgt von autologer Stammzelltransplantation (Erreichen einer partiellen Remission oder besser) eine Erhaltungskombinationstherapie bestehend aus vier Komponenten (Isotretinoin, Unituxin, IL-2 und GM-CSF) zugelassen, wobei einer der Bestandteile (GM-CSF) dieser Kombinationstherapie in der Europäischen Union derzeit nicht zur Behandlung von Menschen zugelassen ist. Zur Behandlung von Neuroblastom-Rezidivpatienten oder primär refraktären Erkrankungen gibt es hingegen derzeit keine zugelassene medikamentöse Behandlung. Diese Patienten werden üblicherweise mit unterschiedlichen experimentellen Therapieansätzen zu behandeln versucht.
Was ist neu?	Die Standardtherapie des Neuroblastoms basiert auf einem multimodalen Konzept aus Chemotherapie, Operation, Bestrahlung, Hochdosischemotherapie und einer oralen Erhaltungstherapie mit Isotretinoin. Die anti-GD2-gerichtete Immuntherapie hat bislang noch keinen Eingang in die aktuellen Therapieoptimierungsstudien gefunden.
Verweildauer	Die anti-GD2-gerichtete Immuntherapie erfordert im ersten Zyklus eine stationäre Behandlung von 5 Tagen, in Abhängigkeit von der Verträglichkeit. Die Verträglichkeit ist günstiger ohne Begleittherapie mit Zytokinen (IL-2, GM-CSF). Häufige unerwünschte Wirkungen sind Fieber, Schmerzen, Ödeme, Juckreiz, arterielle Hypotonie, erhöhter

Feld	Wert
	Sauerstoffbedarf. Das Nebenwirkungsprofil verbessert sich von Zyklus zu Zyklus, sodass sich ab Zyklus 3 eine teilstationäre und ambulante Behandlung realisieren lässt. Im Vergleich zu den mittleren Verweildauern eines „normalen“ Neuroblastom-Chemotherapiezyklus ist jedoch zu erwarten, dass es keine Auswirkung auf die mittlere Verweildauer eines Immuntherapiezyklus mit Dinutuximab beta geben wird.
Methode in Deutschland	Dezember 2009
Medikament zugelassen	Eine Entscheidung der EMA über den Zulassungsantrag für Dinutuximab beta ist noch vor Ende 2016 zu erwarten (Opinion des CHMP).
Methode im Krankenhaus	2014
Methode in Krankenhäusern	10
Patienten letztes Jahr	1
Patienten dieses Jahr	1
Patienten Zukunft	2
Mehrkosten	Sachkosten Kostenseitig ist ein Vergleich mit einem bisher üblichen Therapieverfahren mangels etablierter Standardtherapie nicht möglich. Nach Angaben des Herstellers ist von einem Preisniveau von 8.600 € pro Ampulle mit 20mg Dinutuximab beta auszugehen. Die Dosierung ist 100mg/m ² Körperoberfläche pro Behandlungszyklus, insgesamt somit 500mg/m ² Körperoberfläche bei fünf Behandlungszyklen. Die Sachkosten sind daher stark abhängig von der Körperoberfläche des Patienten. Ein Patient mit 0,8 m ² Körperoberfläche benötigt 400mg, was 20 Ampullen Dinutuximab beta entspricht. Dies ergibt Kosten von 172.000 €. Zur Verabreichung werden Baxter Infusoren verwendet (FOLFusor LV 2). Davon sind 2 Stück pro Behandlungszyklus und somit 10 Stück für fünf Behandlungszyklen erforderlich. Die Kosten pro Infusor liegen bei 150-170 €. Die Gesamtkosten pro Patient belaufen sich daher auf etwa 1.500-1.700 €. In neuen Studien (z.B. APN311-304) wird für die Dauerinfusion eine elektronische Pumpe verwendet (Smiths Medical CADD Solis VIP Modell 2120). Der Preis inklusive Zubehör beträgt ca. 4.000 €. Personalkosten Zubereitung: pro Zyklus 2 Zubereitungen in 5 Tages-Infusoren à 10 Minuten; für die Gesamttherapie 100 Minuten Applikation: durch Anschluss des Infusors an den zentralen Zugang à 5 Minuten pro Infusor; für die Gesamttherapie 50 Minuten Überwachung: bei der Verabreichung 4x/Schicht während der stationären Behandlung (Puls, RR, AF, HF): 30 Minuten pro Zyklus; für die Gesamttherapie 150 Minuten Somit ergeben sich Personalkosten im Bereich von 350 € pro Therapie. Die Gesamtkosten der Therapie liegen also für einen Patienten mit 0,8 m ² Körperoberfläche bei rund 175.000 €.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Um bewerten zu können, ob eine Methode im G-DRG System nicht sachgerecht abgebildet ist, können verschiedene Kriterien herangezogen werden: - Mehrkosten übersteigen die Standardabweichung der DRG - Mehrkosten überstiegen die bisherigen Kosten in den entsprechenden Kostenmodulen erheblich. - Schieflage bei der Leistungserbringung Die neue Methode wird nur in wenigen Zentren eingesetzt. Es entsteht also eine deutliche Schieflage in der Leistungserbringung. Zusammenfassend sind alle o.g. Kriterien erfüllt und es ist gezeigt, dass die Methode derzeit im G-DRG System nicht sachgerecht abgebildet ist.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	I65B K64A

Feld	Wert
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1714957 NUB 161 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1714957
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	21.10.2016 13:16
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Renate
Name	Dahmen
Abteilung	Kardiologie
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715171
Telefax	
E-Mail	Renate.Dahmen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	BCGH UG (haftungsbeschränkt) Karin Frankenstein
Benennung	Transapikale Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung -- LVAD mit einer doppelumigen Kanuele
Alternative Bezeichnung	Transapikale, extrakorporale Zentrifugal-Pumpe zur temporären (bis zu 30 Tage) Kreislaufunterstützung des linken Ventrikels mit einer doppelumigen Kanuele mit äußerer Ansaugkanüle im linken Ventrikel (LV) und innenliegender direkter Auswurfkanüle in der Aorta ascendens.
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	Antrag in den vergangenen Jahren durch andere Krankenhäuser gestellt.
Handelsname	TandemHeart
CE-Kennzeichnung	CE 549433; CE 549434
Beschreibung	Die transapikale, Doppellumen-Kanüle-basierte Methode fasst in einer gemeinsamen Kanüle die Ansaugkanüle (außen liegend) und die Auswurfkanüle (innen liegend) zusammen. Damit werden die zwei Implantationsschritte in einem zusammengefasst, was

Feld	Wert
	die Anwendungsbereitschaft deutlich schneller herstellt und gleichzeitig das Risiko lokaler Komplikationen quasi halbiert. Sie siedelt sich sowohl bezüglich Invasivität, als auch Indikationsspektrum zwischen der Implantation einer perkutanen extrakorporalen Zentrifugal-Blutpumpe und der offen-chirurgischen Implantation eines Linksherzunterstützungssystems an. Die Implantation erfolgt ohne Sternotomie und Öffnen des Brustkorbes – jedoch über den direkten transthorakalen (transapikalen) Zugang. Diese neue Methode wird vor allem in der Herzchirurgie bei Patienten im hämodynamischen Versagen des Herzens verwendet. Darüber hinaus werden diese Systeme zur Entwöhnung von der Herz-Lungen-Maschine eingesetzt. In einer solchen Situation ist eine Klasse IIb-Leitlinienindikation für Herzunterstützungssysteme allgemein ausgesprochen worden (Fachgesellschaften: AHA, ACCF, SCAI). Der transapikale Zugangsweg kommt dann zum Tragen, wenn bei bestehender Indikation zur Kreislaufunterstützung die Gefäße des Patienten einen transvasalen Zugang aus anatomischen Gründen nicht möglich erscheinen lassen. Dann kann kein Gerät aus der Systemklasse der interventionell implantierbaren Kreislaufunterstützungssysteme implantiert werden. In einer solchen Situation war bis zur Einführung der neuen Methode die offen chirurgische Implantation die einzige Möglichkeit. Gegenüber der offen-chirurgischen Implantation ergeben sich folgende Vorteile für den transapikalen Zugang mit einer singulären doppellumigen Kanüle: -off pump Implantation -Minimierung des chirurgischen Trauma -Vermeidung einer Sternotomie -Minimierung Blutverlust, Transfusion und post-operativer Inflammation -kurze Implantationszeit Über nur einen transapikalen Zugang wird durch die doppellumige Kanüle aus dem linken Ventrikel das Blut absaugt und zurück durch die Aortenklappe mit innenliegender direkter Auswurfkanüle in die Aorta ascendens pumpst. Auf gleichem Weg wird die Kanüle auch wieder entfernt. Das Unterstützungssystem verbleibt nach der Intervention noch für mehrere Tage am intensiv betreuten Patienten, bis sich seine Herzleistung wieder stabilisiert oder aber erholt hat. Für den Patienten bedeutet die Anwendung der neuen Methode eine substantielle, aktive Entlastung des linken Ventrikels durch maßgebliche Unterstützung der Pumpleistung des Ventrikels, eine Erhöhung der Auswurfleistung des Ventrikels, eine Reduzierung des Sauerstoffverbrauchs des Herzmuskels, eine Anhebung des durchschnittlichen aortalen Blutdruckes, eine Verbesserung der Koronardurchblutung sowie eine Verbesserung der Endorganperfusion. Zusätzlich können positiv inotrope Stoffe, die aufgrund des steigenden Metabolismus des Myokards im Verringerungsfall nicht oder nur im nicht zu vermeidenden Umfang indiziert sind, reduziert werden. Eine endovaskuläre Kurzzeit-Kreislaufunterstützung bis zu 30 Tagen mit einer Leistung von bis zu 5,0 L/min mit einer aktiven Entlastung des linken Ventrikels und Auswurf in der Aorta ascendens war bis zur Einführung dieser Methode nicht verfügbar. Das System besteht im Einzelnen aus der neuentwickelten Konsole zur Steuerung des Systems, sowie eines Links-Herz-Prozeduren-KIT's, welches aus der extrakorporalen Pumpe, dem Infusions-Zubehör-SET, sowie der neuartigen 31 F doppellumigen trans-apikalen und innenliegenden Auswurfkanüle in der Aorta ascendens mit den jeweiligen Applikatoren besteht. Die Pumpe sorgt in Kombination mit der neuartigen 31 F doppellumigen trans-apikalen mit Auswurf-Kanüle in der Aorta ascendens für eine Pumpleistung von bis zu 5,0 l/min. Die Gabe inotroper Substanzen kann durch den Einsatz dieser Methode entscheidend reduziert werden. Ebenso befindet sich der Druck von 90 mmHg im physiologischen Niveau eines gesunden Herzens. Alle bisher verfügbaren linksventrikulären Axial-Systeme arbeiten nur mit einem deutlich geringeren Druck von 60 mmHg. Im Vergleich zum Cardio-Pulmonalen-Bypass (CPB) / veno-arteriell Extra-Korporal-Membran-Oxygenierung (VA ECMO) liefert die doppellumige Kanüle mit Absaugen aus dem linken Vorhof (LA) folgende signifikanten Vorteile: -Reduzierung des Pressure-Volume-Area (PVA) -Reduzierung des LV Druckes -Reduzierung des LV Volumens -Reduzierung der notwendigen Herzmuskelbelastung Durch den Auswurf in der Aorta ascendens ergeben sich weitere signifikante Vorteile: -antegrader Blutfluss -erhöhte Koronarperfusion -höhere SaO2 Sättigung in den Kopfgefäßen -keine Wasserscheide von antegraden und retrograden Fluss Aufgrund des Designs der Pumpe und deren magnetische Lagerung ist eine gegenüber konventionellen Systemen deutlich langsamere Drehzahl möglich. Das führt zu einer signifikant geringeren Hämolyse als zum Beispiel mit einer transvasal platzierte axiale Pumpe. Abbildung 1 zeigt die Methode in der Konfiguration mit Kanülierung von transapikal. Siehe Anlage Bilder NUB LVAD. Eine

Feld	Wert
	transapikale Kurzzeit-Herzunterstützung bis zu 30 Tagen mit einer Leistung von bis zu 5,0 L/min war bis zur Einführung dieser Methode nicht verfügbar. Bisher konnten Patienten, wenn nicht chirurgisch per Thorakotomie, nicht mit einer so leistungsfähigen Pumpe unterstützt werden. Die Alternative war lediglich eine medikamentöse Unterstützung, die intra-aortale Ballonpumpe (IABP) oder eine transvasal platzierte axiale Pumpe, alle jedoch mit kürzerer Anwendungszeit von wenigen Tagen und geringer Pumpleistung, sowie einer deutlich höheren Hämolyse. Im 2015 publizierten Expert Consensus Statement zu mechanischer Kreislaufunterstützung wurde von den kardiologischen und herzchirurgischen Fachgesellschaften (AHA und STS) diese Methode besonders empfohlen: -bietet überlegenen Hämodynamischen Support als eine medikamentöse Therapie -Patienten profitieren von einem rechtzeitigen Einsatz -größerer Nutzen als IABP und ECMO und sollten adäquat erstattet werden -ebenso bei Right Ventricular Failure einzusetzen -erste Analysen bestätigen eine Kosteneffektivität Aktuelle Literatur über Links-Herz-Unterstützung mit dieser neuen Methode: - Gregoric_2008_Percutaneous Ventricular Assist Device Support in a Patient with a Post-MI VSD - Kar_2011-02-JACC_The Percutaneous Ventricular Assist Device in Severe Refractory Cardiogenic Shock - Froesch_2011_Catheterization and Cardiovascular Interventions 78:304–313 (2011) Clinical Use of Temporary Percutaneous Left Ventricular - Kapur_2013_JACC_Mechanical Circulatory Support for Right Ventricular Failure - Kapur_2015_Heart Failure Clin_ Hemodynamic Support with Percutaneous Devices in Patients with Heart Failure - Rihal_2015_JACC_Clinical Expert Consensus Statement on the Use of Percutaneous Mechanical Circulatory Support Devices in Cardio-vascular Care
Indikation	Die neue Methode wird bei Patienten mit Versagen des Linken Ventrikel (LV) angewendet, zum Beispiel im Akuten-Myokard-Infarkt oder im Kardiogenen Schock, sowie nach Herztransplantation und bei Patienten mit Ventricle Septum Defect (VSD) vor, während und nach Verschluss eingesetzt.
Ablösung / Ergänzung	Für selektierte Patienten (s. 2.1.) soll die neue Methode die offen-chirurgische Implantation vergleichbarer leistungsstarker linksventrikulärer Unterstützungssysteme und die interventionelle, perkutane Implantation einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung ergänzen. Darüber hinaus soll sie auch verfügbare, ineffektive transarterielle komplementäre Systeme (IABP) ablösen.
Was ist neu?	Es gibt bisher keine vergleichbare transapikale Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des Linken Ventrikels (LVAD) – völlig unabhängig von Pumpleistung oder Liege-Dauer – in Europa. Ein vollständig transapikaler Zugang, mit Blut gepumpt durch eine doppellumige Kanüle vom Linken Ventrikel (LV) direkt in die Aorta Ascendens ist bislang nicht möglich. Die grundlegende CE-Zulassung für die Methode besteht in Europa für den ESCORT Controller seit dem 23.04.2012. Das Links-Herz-Prozeduren KIT, bestehend aus der doppellumigen 29 F trans-apikalen Kanüle und der innenliegenden Auswurfkanüle sowie Applikatoren, Zentrifugalpumpe und Infusionssystem ist seit dem 12.03.2015 CE zertifiziert. Dieses Verfahren bietet perkutane mechanische Unterstützung auf einem Niveau, das vergleichbar ist mit chirurgisch implantierten Systemen. Die Methode ist in allen wesentlichen Aspekten neu – besonders in Hinblick auf die relevanten technologischen und Design-Aspekte. Zur Technologie: • Der ESCORT Controller ist vollständig neu in allen Teilen: o treibt die Pumpe mit bis zu 8 L/min an (für Links-Herz-Unterstützung mit doppellumiger trans-apikaler Kanüle 31 F bis zu 5 L/min o kleineres, platzsparendes und leichteres Design o Batterie Unterstützung bis zu 1 h für Transport und Mobilisation o Spezieller Sensor für akkurate Fluss-Messung • die doppellumige Kanüle 31 F mit innenliegender Auswurfkanüle in der Aorta Ascendens ist vollständig neu in allen Teilen (CE 2016): o Co-axiales Design mit 18 Fr Lumen in der Innenkanüle bis an die Spitze (Auswurfkanüle Aorta Ascendens) und 31 Fr Lumen an der äußeren Absaugkanüle im linken Vorhof o Omni-direktionale Flussöffnungen für eine gleichmäßige Leistung ohne Neuplatzierung o 14 Seitenlöcher für optimiertes Absaugen o Hochflexibel und hoher Knickwiderstand o Röntgenmarkierungen an der Spitze der Kanüle für bessere Sichtbarkeit während Fluoroskopie o Fixierhilfe der Kanüle mit Nahtflügeln zur sicheren Befestigung am Patienten • In der Konsequenz werden durch die Kombination von Controller, Pumpe und doppellumiger trans-apikaler Kanüle 31 F ein maximaler Fluss von bis 5,0 L/min. Zum Design: • das Konzept, eine endovaskuläre,

Feld	Wert
	extrakorporale Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung für den linken Ventrikel, mit nur einem Zugang via Jugular-Vene ist vollständig neu • physiologisches Niveau von Druck 90 mmHg und Fluss (bis zu 5 L/min) • Auswurfkanüle Aorta Ascendens • bis zu 30 Tagen Unterstützung
Verweildauer	Die neue transapikale Methode verkürzt die mittlere statistische Verweildauer des Patienten-Kollektivs im Krankenhaus durch die Vermeidung von offenen, invasiven chirurgischen Eingriffen sowohl zu der Implantation, als auch zu der Entfernung des Systems. Die methodenbedingten Kosten eines Einsatzes werden durch erhebliche Einsparungen an zukünftigen Behandlungskosten (verkürzte Verweildauer) überkompensiert, sowie durch eine schnellere Mobilisierung des Patienten erreicht. Ebenso wird die Gabe inotroper Substanzen entscheidend reduziert. Durch die Vermeidung von einer invasiven Operation zur Entfernung des Assist Devices entstehen weitere deutliche Einsparungen (Entfernung bett-seitig).
Methode in Deutschland	Erste Anwendungsbeobachtungen gab es 2015, eine systematisch mögliche Anwendung 2016
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	ca. 10
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	20
Mehrkosten	Die vergleichbaren chirurgischen Verfahren gruppieren in die u.a. DRG. Der OPS 8-839.a*, welcher die interventionellen, perkutanen, endovaskulären Zentrifugal-Pumpen abbildet, ist gemäß Definitionshandbuch 2016 in den Basis-DRG F01 (F01-V4), F07 und F09, sowie der DRG F05Z gruppiert- bzw. splitrelevant. Die beschriebene Methode löst signifikante Mehrkosten aus, vor allem in den Kostenartengruppen 05 (Impl./Transpl.) und 06 (übr. med. Bedarf). Die Materialkosten für das Links-Herz-Prozeduren KIT (Einmalprodukte) bestehend aus Infusions Zubehör Set, die Zentrifugal-Pumpe, der doppelumigen Kanüle mit der innenliegenden Auswurfkanüle & Applikator werden kumulativ mit 36.850 Euro veranschlagt. Im Vergleich dazu liegen die für die einzelnen DRG aufgeschlüsselten jeweiligen Sachmittel für 2016 (selbst kumulativ über alle Kostenstellen) zwischen 1.675€ in der F09A und 12.428€ in der F42Z. Innerhalb der Basis-DRG für die Implantation eines Defibrillators mit den entsprechenden Implantatekosten liegen die Sachmittel zwischen 8.803€ in der F01D und 13.692€ in der F01A. Die neue Leistung streut über die u.a. DRG sporadisch. Allerdings ist die Erbringung innerhalb der Basis-DRG F01 aus der medizinischen Anwendungskonstellation heraus relativ unwahrscheinlich. Die trans-axialen Assist-Systeme, welche das unbepreiste ZE2015-62 auslösen, sind allenfalls in Ansätzen vergleichbar, aber deutlich weniger effektiv in Fluss und Druck und führen zu einer deutlich höheren Hämolyse bei einer Anwendung von wenigen Stunden oder Tagen. Umgekehrt entsteht für die Personalkosten ein relatives Einsparpotential in deutlich geringerer Höhe als die Sachkosten, da die Implantation deutlich einfacher, schneller und weniger Personalintensiv als vergleichbare, offen chirurgische Verfahren ist.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die transapikale Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung des Linken Ventrikels (LVAD) mit nur einem Zugang mit einer doppelumigen 31 F Kanüle erhielt das CE-Zertifikat 2016. Bislang wurde sie im Routinebetrieb nur von wenigen Häusern eingesetzt, ansonsten im Wesentlichen im Rahmen von Studien. Es existiert kein spezifischer OPS zur Verschlüsselung der Methode (ergänzen ab August). Somit können aktuell keine ausreichenden Kosten- oder Leistungsdaten vorliegen, die für die Kalkulation der Fallpauschale herangezogen werden. Für die offen-chirurgische

Feld	Wert
	Implantation existiert aufgrund der Streuung der Leistung und des sporadischen Auftretens ohne regelhaften Bezug das unbepreiste Zusatzentgelt ZE2016-02. Dieses kann mit dem o.g. OPS nicht ausgelöst werden. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG-System ist daher noch nicht möglich – es entsteht somit ein signifikanter Erlösnachteil für die einsetzenden Häuser.
Prozeduren - Beschreibung	Implantation oder Entfernung einer extrakorporalen Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung, nicht offen chirurgisch, transapikaler Zugang
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein
DRGs	F05Z, F07A, F07B, F09A, F09B, F09C, F30Z, F36A, F36B, F36C
stellvertretend für KH	
Prozeduren	8-839.a1 8-83a.1 8-839.a3



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1711346 NUB 162 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1711346
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1
letzte Änderung	22.10.2016 20:47
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Carsten
Name	Meyer
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Str. 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715762
Telefax	
E-Mail	carsten.meyer@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	inspiring-health, Dr. Wilke GmbH - München Claudia Reiß
Benennung	SIRT mit Holmium-166 bei Lebertumoren (97)
Alternative Bezeichnung	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Holmium-166 (166Ho)-markierten Mikrosphären zur Radioembolisation
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	Es wurde bisher keine Anfrage beim G-BA zur Klärung gestellt; Die Mikrosphären sind gemäß dem MPG der Klasse III zuzuordnen.
Handelsname	QuiremSpheres®
CE-Kennzeichnung	Notified Body DEKRA Nr. 0344 Zertifikat vom 1.4.2015 2172702CB
Beschreibung	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) zur Radioembolisation von Lebertumoren, wird vor allem mit Yttrium-90 durchgeführt. Obwohl Yttrium-90 in Studien eine statistisch signifikante Verlängerung der Überlebenszeit gegenüber unbehandelten Patienten bei colorektalem Karzinom nachwies, hat Yttrium-90 einige relevante Nachteile: - Yttrium-90 ist sichtbar mittels SPECT und PET-CT, aber die Qualität ist nicht

Feld	Wert
	ausreichend für eine quantitative Messung und somit auch nicht für die Evaluation der Behandlung. - Aus diesem Grunde kann Yttrium-90 nicht als „scout dose“ zur Berechnung der therapeutischen Dosis verwendet werden, sondern muss durch Technetium-99m markierte Partikel ersetzt werden. Jedoch wurde in der Literatur gezeigt, dass die Abschätzungsgüte der Dosisverteilung für Yttrium-90, die üblicherweise mit Technetium-99m durchgeführt wird, niedrig ist, weil sich Partikelgröße, -form und -dichte stark unterscheiden [Wondergem et al. JNM 2013]. - Über- oder Unterdosierungen können nicht detektiert werden. - Yttrium-90 zerfällt vergleichsweise langsam (Halbwertszeit 64,1 Stunden vs 26,8 Stunden bei Holmium-166) und weist daher eine relativ geringe initial absorbierte Bestrahlungsdosis auf. Holmium-166 markierte Mikrosphären (QuiremSpheres®) werden von der Firma Quirem Medical BV Niederlande hergestellt. Sie dienen der Radioembolisation von Lebertumoren. Holmium-166 markierte Mikrosphären sind für die Radioembolisation intrahepatischer Primärtumoren oder Metastasen bestimmt. Die Implantation in hepatische Tumore erfolgt intraarteriell mittels Katheter oder implantierten Port durch die Arteria hepatica communis und in Abhängigkeit des zu behandelnden Tumors durch die Arteria hepatica sinister oder Arteria hepatica dextra. Wie mehrfach beschrieben werden primäre Lebertumore, aber auch Metastasen der Leber im Vergleich zu gesundem Lebergewebe deutlich mehr mit arteriellem Blut versorgt. Diese ungleiche arterielle Blutversorgung führt zu einer vermehrten Anreicherung der intraarteriell eingebrachten Holmium-166 markierten Mikrosphären im und um den Tumor herum. Es resultiert eine höhere Dichte von Holmium-166 markierten Mikrosphären im Therapiebereich. Holmium-166 markierte Mikrosphären werden nicht metabolisiert oder exkretiert, sondern verbleiben in der Leber. Holmium-166 Mikrosphären sind ebenso wie Yttrium-90 markierte Mikrosphären biokompatibel, haben einen Durchmesser zwischen 20 und 60 Mikron und emittieren energiereiche Betastrahlung, die zur Zerstörung des Tumors führt. Im Gegensatz zu Yttrium-90 besitzt Holmium-166 paramagnetische Eigenschaften [1], emittiert Gamma-Strahlen [1] und hat eine deutlich kürzere Halbwertszeit (26,8 Stunden vs. 64,4 Stunden bei Yttrium-90). Diese Eigenschaften ermöglichen Verbesserungen bei Planung, Durchführung und Ergebnisauswertung der nuklearmedizinischen Bestrahlung: - Die kürzere Halbwertszeit im Vergleich zu Yttrium-90 bewirkt eine deutlich höhere Dosis [1], bei unverändertem Nebenwirkungs- und Risikoprofil[2,3]. - Die Verwendung als „scout dose“ für die zukünftige Bestrahlungsplanung ermöglicht eine genaue Berechnung der therapeutisch notwendigen Dosis. Unsicherheiten wie bei Verwendung von Technetium-99m als „scout dose“ entfallen. - Während der Behandlung kann die Verteilung der Holmium-166 Mikrosphären in Echtzeit verfolgt werden. Somit ist eine individualisierte Anpassung während der Holmium-166 Mikrosphärengabe möglich. - Die quantitative Auswertung der Holmium-166 Anlagerungen an Tumor und gesundem Lebergewebe in SPECT und MRI ermöglichen eine weiterführende Therapieplanung und Verlaufsbetrachtung. Die Wirksamkeit der Therapie wird anhand von 2 Studien und 1 Metaanalyse dargestellt: Prince et.al weisen in [1] nach: - Höhere Dosen als 90Y – Sphären - Einziges Produkt mit Gamma-Strahlung (zur radiologischen/nuklearen Detektierbarkeit und Kontrolle, ob am richtigen Platz angekommen) - Einziges Produkt im MRI sichtbar aufgrund hoher paramagnetischer Eigenschaften(zur radiologischen Detektierbarkeit und Kontrolle, ob am richtigen Platz angekommen) In [2] zeigen Prince et.al.: - 82% (28/34) erfolgreiche Behandlung in den Zielgebieten (Remission, Teilremission, stabile Erkrankung, keine Erkrankungsprogression) - 59% (20/34) erfolgreiche Behandlung aller Lebermetastasen, somit mindestens 59% „Erkrankungskontrollrate“ - Toxizität und schwere Nebenwirkungen gering, im üblichen Bereich vergleichbarer Therapien, gut zu beherrschen - Progressionsfreies Überleben: 6,7 Monate Rosenbaum et.al zeigen in ihrer Metaanalyse [3]: - 29%-90% „Erkrankungskontrollraten“ - 3,9 – 9,2 Monate progressionsfreies Überleben Literatur: [1] Holmium-166 radioembolization: results of a phase 1, dose escalation study in patinets with unresectable, chemorefractory liver metastases; the HEPAR Trial. Smits M.L.J., Nijsen, J.F.W., van den Bosch, M.A.A.J. ,et al. Lancet Oncology 2012;13:e519 [2] Efficacy of radioembolization with holmium-166 microspheres; primary outcome of the phase II HEPAR trial Authors: J. Prince, B. A. Zonnenberg, J. F. W. Nijsen, M. L. J. Smits, A. F. van den Hoven, F. J. Wessels, R. C. G. Bruijnen, M. N. G. J. Braat, G. C. Krijger, M. G. E. H. Lam, M. A. A. J. van den Bosch; UMC Utrecht, Utrecht, NETHERLANDS. Data on file 2015. [3] Rosenbaum, C.E.N.M. et

Feld	Wert
	al. Radioembolization for Treatment of Salvage Patients with Colorectal Cancer Liver Metastases: a systematic review. J. Nucl. Med. 54, 1890-5 (2013)
Indikation	Holmium-166 markierte Mikrosphären kommen zur Radioembolisation bei Patienten mit Lebermetastasen oder Leberprimärtumoren als third line treatment zum Einsatz. Das bedeutet, erst bei Inoperabilität und Versagen oder unzumutbaren Nebenwirkungen einer Chemotherapie wird die Indikation zur Radioembolisation gestellt.
Ablösung / Ergänzung	Das neue Verfahren wird alternativ zu den bisher kodierbaren SIRT Verfahren an der Leber OPS 8-530.a5 und 8-530.a6 angewandt.
Was ist neu?	Holmium-166 markierte Mikrosphären erhielten im April 2015 die CE-Zertifizierung und sind daher, sowohl in Europa, als auch in Deutschland neu. Die Neuheit der Methode liegt in der Sichtbarkeit der Sphären. Die hohen paramagnetischen Eigenschaften ermöglichen die effektive Evaluation der Behandlung und die Unterstützung der Verabreichung mittels Echtzeitbildgebung im MRT. Durch die Gamma-Strahlung des verwendeten Holmiums ist es möglich, die Sphären beim SPECT zu detektieren. Zudem geben die Holmium-166 markierten Mikrosphären eine höhere Strahlendosis ab als 90Y – Sphären, was aus radiobiologischer Sicht klinische Vorteile bietet. Auf dem CIRSE (Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe) Kongress 2014 hat die Forschergruppe aus dem University Medical Center in Utrecht den "Excellence and Innovation Award" für ihre Forschungsarbeiten rund um die Holmium-166 Radioembolisation gewonnen. Ein Hauptgrund für diesen Preis sind die nur mit dieser Methode verfügbaren Möglichkeiten der Bildgebung mit verschiedenen Modalitäten.
Verweildauer	In der H16Z, in die diese Patienten in der Regel fallen, ist die mittlere VWD derzeit 4,2 Tage. Es liegen noch keine Informationen vor, wie sich die Methode auf die Verweildauer auswirkt. VWD abgeleitet aus DRG (Quelle: §21-Browser 2014-2015)
Methode in Deutschland	2015
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	2
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	10
Mehrkosten	Die Kosten der Methode unterteilen sich in: 1. Kosten für die Durchführung der Prozedur (Personalkosten) 2. Kosten des benötigten Materials (Sachkosten) 3. Zusätzliche Kosten der Infrastruktur (z.B. Infrastrukturkostenzuschlag) Personalkosten: Die Anwendung der neuen Methode: Selektive interne Radiotherapie (SIRT) mit Holmium-166 markierten Mikrosphären hat folgende Personalmehrkosten: Mehrkosten Personal: € 71,50 Bereits mit der Kostenart 5 abgedeckte Implantatkosten: € 9,98 Sachkosten: Die Sachkosten sind dem Kostenmodul 9.5 Radiologie Implantate zuzuordnen. Sie setzen sich wie folgt zusammen: - Kosten je Dosis € 15.900.- inkl. 7% MWSt Hinweis: Dieser Preis wurde bereits erfolgreich mit den Kassen verhandelt. Die Mehrkosten gegenüber 2015 ergaben sich aus verschiedenen Zusatzkosten für Container, Transport und Reaktorkosten, die bei der Erstbeantragung noch nicht bekannt waren. Es ergeben sich nicht gedeckte Mehrkosten von € 15.962.- Bei Methoden, welche bestehende Verfahren ablösen, kommt üblicherweise das Verfahren der Differenzkostenrechnung zum Einsatz – siehe dazu Abschnitt „nicht sachgerecht abgebildet“. Ausschlaggebend ist, dass alle bisherigen Verfahren mit Yttrium-90 und Rhenium-188 markierten Mikrosphären mit einem individuell zu verhandelndem Zusatzentgelt 2016-65 vergütet werden. Überprüft man die Antragsfolge für die beiden vorausgehenden Verfahren, so erhielt das Verfahren mit Yttrium-90 in 2006 und 2007 einen NUB-Status 1 und das unbewertete ZE20xx-65 ab

Feld	Wert
	2008. Das Verfahren mit Rhenium-188 erhielt in 2009 NUB Status 1 und in 2010 ebenfalls das unbewertete ZE20xx-65.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die sachgerechte Abbildung im DRG System wird mit folgenden Fragen überprüft: - Verursacht die Methode erhebliche Mehrkosten? - Liegt bei Nicht-Finanzierung der Methode eine Schieflage in der Leistungserbringung vor? Mehrkosten Mehrkosten gelten als erheblich, wenn die Mehrkosten 100% der StAbw. der jeweiligen DRG erreichen. Wie oben gezeigt, belaufen sich die Mehrkosten auf € 15.962.-. Die Standardabweichung (STD) der DRG H16Z beträgt € 1.321,32. Somit belaufen sich die Mehrkosten auf 1202% der STD und können als erheblich bezeichnet werden. Schieflage Bzgl. der Schieflage ist festzustellen, dass oben genannte DRG derzeit in 231 Krankenhäusern erbracht wird (Abfrage DeStatis mit Werten aus 2014). Lt. Daten von DeStatis wurde der unspezifische OPS Code 8-530.a7, der als mögliche Codierung initial verwendet werden kann, in 2014 bei 82 Fällen in lediglich 8 Krankenhäusern kodiert. Der alternative OPS-Kode 8-530.a5 wurde im Berichtsjahr 2014 insgesamt 1.391 Mal in 61 Krankenhäusern erbracht. Damit liegt eine klare Schieflage vor. Aufgrund der Historie der Vorgängerprodukte und der nachgewiesenen Unterfinanzierung und Schieflage, schlagen wir die Gewährung eines NUB-Entgelts vor, bis zur Beantragung eines OPS mit Zuordnung zum entsprechenden individuellen Zusatzentgelt.
Prozeduren - Beschreibung	In 2016 kann die Methode nur über den relativ unspezifischen OPS Code 8-530.a7 abgebildet werden. Die schon vorhandenen OPS Codes 8-530.a5 und 8-530.a6 können wegen der namentlichen Isotopennennung für diese Therapie nicht verwendet werden. Außerdem weisen die Holmium-166 markierten Mikrosphären noch die bereits beschriebenen medizinischen Vorteile auf, die mit den anderen Verfahren nicht möglich sind. Ab 2017 ist der Code 8-530.a8 Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Holmium-166-markierten Mikrosphären vorhanden.
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	H16Z
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1710541 NUB 164 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1710541
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1 bzw. 2
letzte Änderung	22.10.2016 20:42
Institutskennzeichen	260530103
Titel	Dr.
Vorname	Carsten
Name	Meyer
Abteilung	
Straße	Sigmund-Freud-Str. 25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715762
Telefax	
E-Mail	carsten.meyer@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	Dr. Bosch Healthcare Consulting Mathias Bosch
Benennung	Endovaskuläre Implantation oder Reparatur einer Stentprothese mittels eines Gefaess-EndoStaplers
Alternative Bezeichnung	HeliFX Aortic Securement System, EndoStapler oder EndoStapling-System
Frühere Anfrage	Ja
Frühere Verfahrensnummer	N1609104
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	Es wurde bisher keine Anfrage an den G-BA gestellt, da NUB schon in 2016 beantragt wurde.
Handelsname	HeliFX Aortic Securement System
CE-Kennzeichnung	nicht bekannt
Beschreibung	Für die Versorgung von Aortenaneurysmen hat sich die endovaskuläre Ausschaltung durch Stentprothesen bewährt. Das Operationstrauma wird mit dieser Methode stark reduziert, die Krankenhausmortalität um etwa 2/3 reduziert. Das Verfahren führt in der überwiegenden Zahl der Fälle zur gewünschten dauerhaften Aneurysmaausschaltung. Es

Feld	Wert
	gibt jedoch Situationen, in denen sich die Prothese nicht optimal an die Gefäßwand anlegt oder die Andockstelle (2 Prothesen werden ineinander gesteckt) nicht gut abdichtet. Es resultieren dann die so genannten Endoleckagen, d.h. eine insuffiziente Ausschaltung eines Aneurysmas. Während bisher solche Endoleckagen entweder durch Konversion zur offenen Operation oder durch das Einbringen zusätzlicher Stentprothesen behandelt werden mussten, bietet die Möglichkeit einer "Verschraubung" der Stentprothesen miteinander oder der Stentprothesen mit der Gefäßwand die Möglichkeit einer "minimal-invasiven" Korrektur dieser Situation. Bei einer zweiten Gruppe von Patienten ist schon bei der Erstimplantation die proximale Fixierung des Stentprothesen am Aneurysmahals unsicher, weil dieser beispielsweise geknickt oder sehr kurz ist. In solchen Fällen ist das primäre Nichtabdichten der Prothese oder das sekundäre Verrutschen absehbar. Auch in solchen Fällen kann es im Einzelfall außerordentlich wünschenswert sein, die Prothese mittels der "Gefäßschraube" in der Gefäßwand zu verankern, um doch eine endovaskuläre Aneurysmaausschaltung zu ermöglichen. Dem Patienten kann so möglicherweise die stärker traumatisierende und mit höherer Komplikationsrate behaftete offene Operation erspart werden. Auch für diese Situation ist die Verwendung des Endostaplers potenziell sinnvoll. Eine Reihe von Studiendaten deutet auf eine gute und sinnvolle Anwendbarkeit dieses Systems bei diesen Indikationen hin. Die Methode ist weiterhin in Erprobung, für die entsprechenden Kliniken muss aber eine Finanzierung dieses Staplers ermöglicht werden. Die Anwendung und Funktionalität des Endostaplers ist sowohl bei der Reparatur bereits implantierter Stentprothesen, wie auch bei dessen vorsorglichem Einsatz, identisch. Das Endostapling-System ist ein steriles Einwegprodukt, welches sich aus den Komponenten Steerable Endoguide, EndoStaple Applier, EndoStaple Cassette und EndoStaples zusammensetzt. Der Steerable Endoguide wird an die Stelle vorgebracht, an der die Fixierung der Stent-Prothese erfolgen soll. Mittels des batteriebetriebenen EndoStaple Appliers werden die EndoStaples aus der EndoStaple Cassette an der gewünschte Stelle appliziert. Die EndoStaples sind ca. 4,5 mm lange spiralförmig geformte Drähte mit ca. 3 mm Durchmesser. Die geschärfte Spitze des EndoStaples durchdringt die Wand der Stent-Prothese sowie die Gefäßwand, was zu einer dauerhaften sicheren Verbindung der Gefäßwand mit der Stent-Prothese führt. I.d.R. werden 4-6 EndoStaples zur Fixierung einer Stent-Prothese verwendet (die EndoStaple Cassette ist mit jeweils 10 EndoStaples geladen).
Indikation	1. Reparatur bereits implantierter Stentprothesen, bei denen eine Endoleckage durch Abheben des Stentgrafts von der Gefäßwand oder unzureichende Verbindung von zwei Prothesenkomponenten aufgetreten ist (Behandlung von Endoleaks). 2. Patienten mit sehr kurzem proximalem Aneurysmahals (< 2 cm) oder erheblicher Knickbildung am Aneurysmahals, bei denen trotz wenig geeigneter Anatomie die Stentgraftversorgung indiziert erscheint, um das höhere Risiko und höhere Invasivität der offenen Operation zu vermeiden.
Ablösung / Ergänzung	1. Endoleaks konnten bisher nur durch Umstieg auf die offene Operation oder Einbringen zusätzlicher Stentprothesen behandelt werden. Die erste Methode ist invasiv, die zweite gegenüber dem Endostapler potenziell teurer und aufwändiger und auch nicht in jedem Fall anwendbar. Hier sind Vorteile durch den Endostapler zu erwarten. 2. Die Implantation von Stentprothesen bei kurzem oder geknicktem Hals ist trotz aller bisher versuchten Verbesserungen (spezielle Prothesenformen, Verankerungshäkchen, ungecoverte proximale Stentanteile) bisher risikobehaftet und von einer hohen Komplikationsrate begleitet. Es handelt sich bei dem Endostapling also um eine methodische Verbesserung. Alternativ kann die endovaskuläre Versorgung solcher Patienten bislang ansonsten durch Stentprothesen mit Fenster durchgeführt werden, was einen sehr hohen Mehraufwand bedeutet. Somit stellt das Endostapling für die oben genannten Patientengruppen in jedem Fall eine sinnvolle Alternative oder Ergänzung dar, mit der ein langfristig besserer Operationserfolg erzielt werden kann.
Was ist neu?	Bisher wurden Stentprothesen i. d. R. nur mittels ihrer radialen Kraft im Gefäß befestigt. Dieses Verfahren stellte zwar anfangs i. d. R. den angestrebten Operationserfolg sicher, führte aber oftmals mittel- bis langfristig zu Problemen durch Stent-Migration und Endoleckagen. Eine jüngere Untersuchung von 270 Stent-Prothesen-Implantationen, bei denen ein Aneurysma rupturiert war, hat ergeben, dass in 139 der 270 Fälle ein Typ I Endoleak oder eine Migration ursächlich für die Ruptur eines Aneurysmas war. Andere

Feld	Wert
	Stentprothesen-Systeme, die bereits Haken oder Klammern als integrierten Bestandteil der Stentprothese verwendeten, erzielten keine wünschenswerten Ergebnisse. Mit dem EndoStapler ist erstmals die Möglichkeit gegeben mit einem komplett eigenständigen und von der eigentlichen Stentprothese unabhängigen Device eine Stentprothese dauerhaft sicher zu fixieren und Stentprothesen prophylaktisch zu fixieren (falls eine Fehlfunktion kurzfristig erwartet werden kann), bzw. migrierte Stentprothesen dauerhaft zu befestigen und aufgetretene Endoleaks dauerhaft zu beseitigen. Der Gefäß-Endostapler bietet mit einem völlig neuen technischen Verfahren ("Verschraubung") erstmals die Möglichkeit einer gezielten transmuralen Fixierung von Stentprothesen gegeneinander bzw. von Stentprothesen mit der Gefäßwand, es handelt sich somit um ein neues endovaskuläres Behandlungsverfahren (nicht zu verwechseln mit dem "Hernienendostapler"). Bislang bestand keine Möglichkeit, eine sachgerechte Vergütung für die angefragten Methoden durch Beteiligung am so genannten strukturierten Dialog zu erreichen, da es bis 2013 keine spezifische OPS Ziffer gab. Das Verfahren ist völlig neu und wurde erst 2010 etabliert. Die Mehrkosten in Höhe von etwa 5.000,- Euro sind erheblich und im Verhältnis zu den typischerweise bei diesen Fällen vergüteten DRGs von relevanter Höhe. Die Methode erhielt 2014 unter Nr. 102, 2015 unter Nr. 115 und 2016 unter Nr. 142 NUB Status 1 für die Fälle, bei denen die Implantation der Stent-Prothese in einem Voraufenthalt erfolgt ist.
Verweildauer	Kein Einfluss auf die Verweildauer
Methode in Deutschland	
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	Die Methode wird gegenwärtig in ca. 50 Krankenhäusern angewandt.
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	5
Mehrkosten	1. Korrekturingriffe: Wird der Patient speziell zur Korrektur seiner Stentprothese ausschließlich unter Verwendung des EndoStaplers aufgenommen, so entstehen zusätzliche Kosten in Höhe der Materialkosten für den Endostapler in Höhe von 5.355,- Euro. Diese Patienten fallen bisher regelhaft in die DRG F59B mit dem entsprechend geringen Kostenanteil für Intervention und Implantate. 2. Wird der Endostapler bei der primären Prothesenimplantation eingesetzt (DRG F51A oder F51B), so entstehen Mehrkosten in Höhe der Materialkosten des Endostaplersystems von 5.355,- Euro. Der Einsatz verlängert außerdem die OP-Dauer um etwa 10-15 Minuten, was mit ca. 375,00 Euro zu kalkulieren ist (Gesamtmehrkosten: 5.730,- Euro). Diese genannten Mehrkosten von durchschnittlich 5.730,- Euro sind bis dato nicht in den entsprechenden DRGs abgebildet.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Bei Korrekturingriffen sind in der F59B (Browser 2013/2015) lediglich 244,27 EUR an Implantatkosten einkalkuliert, die anfallenden Implantatkosten in Höhe von 5.355 Euro sind somit nicht abgedeckt. Einsatz bei der Erstimplantation: Die F51A bzw. F51B bildet den bisherigen üblichen Einsatz der Stentprothesen mit den entsprechenden Kosten ab. Der Einsatz des Endostaplers führt hier zu einem zusätzlichen Kostenaufwand in Höhe der Materialkosten, der somit in der bisherigen DRG-Kalkulation nicht abgebildet ist.
Prozeduren - Beschreibung	
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Nein

Feld	Wert
DRGs	F59B F51B F51A
stellvertretend für KH	
Prozeduren	5-98c.4



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1709576 NUB 165 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1709576
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1 bzw. 2
letzte Änderung	21.10.2016 12:00
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Renate
Name	Dahmen
Abteilung	Kardiologie
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715171
Telefax	
E-Mail	Renate.Dahmen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	BCGH UG (haftungsbeschränkt) Karin Frankenstein
Benennung	Endovaskuläre Implantation einer tragbaren/mobilitätserhaltenden ECMO mit direktem pulmonalen Auswurf (RA-PA ECMO), singulärer doppellumiger Kanüle und aktiver Rechtsherzentlastung
Alternative Bezeichnung	Endovaskuläre Implantation einer RA-PA (Right Atrium – Pulmonary Artery) ECMO (bis zu 30 Tage) mit doppellumiger Kanüle (äußerer Ansaugkanüle im rechten Atrium (RA) und direkter pulmonaler Auswurfkanüle) und mobilen Weste mit extrakorporaler Zentrifugal-Pumpe, Oxygenator und Halter mit Membranoxygenierung-therapie und Kreislaufunterstützung zur Patientenmobilisierung mit nur einem Zugang via Jugular-Vene
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Ja
Bemerkung	Antrag in den vergangenen Jahren durch andere Krankenhäuser gestellt. NUB Position 149
Handelsname	TandemLung
CE-Kennzeichnung	CE 549433; CE 549434

Feld	Wert
Beschreibung	Patienten im manifesten Lungenversagen (ARDS) und/oder Rechtsherzversagen haben eine hohe Mortalität und selbst im Überlebensfall eine hohe Morbidität. Die finale Therapieoption liegt in der pulmonalen Ersatztherapie und zusätzlichen Kreislaufunterstützung des rechten Ventrikels (CESAR-Studie; Peek; Lancet 2009). Bislang erfolgte dies über offen zu implantierende (chirurgische) ECMO oder kleinere, interventionelle ECMO-Äquivalente. Chirurgische ECMO haben den Vorteil der guten Lungenersatztherapie und hohen Kreislaufunterstützung – gleichzeitig aber den Nachteil der offenen Implantation über Thorakotomie mit den dadurch hohen Komplikationsraten. Bisherige interventionelle ECMO-Äquivalente haben den Vorteil der interventionellen Implantierbarkeit ohne offene chirurgische Verfahren – gleichzeitig aber den Nachteil der relativ geringen Unterstützungsleistung bei adäquater Oxygenierung und hoher Hämolyseraten. Beiden konventionellen ECMO gemeinsam ist die signifikante Rezirkulation des Blutes zwischen den Kanülen, was den Wirkungsgrad deutlich herabsetzt. Durch die neue Methode werden diese Probleme zuverlässig gelöst. Eine endovaskuläre RA-PA ECMO- und Kreislaufunterstützung – egal welcher Dauer – war mit einer Leistung von bis zu 5,0 L/min mit einer aktiven Entlastung des rechten Ventrikels und gleichzeitiger Möglichkeit der Mobilisierung des Patienten bis zur Einführung dieser Methode nicht verfügbar. Bisher konnten Patienten, wenn nicht chirurgisch per Thorakotomie, nicht mit einer so leistungsfähigen Pumpe endovaskulär mit Abgabe des oxygenierten Blutes durch die Auswurf-Kanüle in die Pulmonal-Arterie unterstützt werden. Die Alternative war lediglich eine lungentraumatische Eskalation der maschinellen Beatmung und die medikamentöse Unterstützung. Die neue Methode setzt sich aus der neu entwickelten Konsole zur Steuerung des Systems und den vier Teilkomponenten a) Oxygenator b) doppelumige Kanüle, c) extrakorporale Zentrifugal-Pumpe und d) Mobility Weste / Halter, zusammen. Der Oxygenator besteht aus einer geschlossenen Hohlfiber-Membran aus Polymethylpentene (PMP) mit einer Oxygenierungsfläche von 1,8 m². Der Blutfluss wird zentral auf das Hohlfiber-Bündel geleitet und von dort gleichmäßig radial über den konischen Diffusor verteilt. Dabei beträgt der maximale Blutfluss am Oxygenator 8,0 L/min. Aufgrund des fortschrittlichen und kompakten Designs und der optimierten Gap-Größen ist der Priming Prozess schnell, sicher und zuverlässig und das Priming-Volumen konnte auf unter 200 ml gesenkt werden. Die endovaskuläre, Doppelumen-Kanüle fasst in einer gemeinsamen Kanüle die Ansaugkanüle (außen liegend) und die Auswurfkanüle (innen liegend) zusammen. Damit werden die zwei Implantationsschritte in einem zusammengefasst, was die Anwendungsbereitschaft deutlich schneller herstellt und gleichzeitig das Risiko lokaler Komplikationen quasi halbiert. Ohne Öffnen des Brustkorbes wird eine doppelumige Kanüle über nur einen perkutanen Zugang via die rechte Jugular-Vene implantiert. Die äußere Ansaugkanüle saugt das Blut in Höhe des rechten Vorhofs (RA) ab. Die Rückgabe des oxygenierten Blutes erfolgt über die Auswurfkanüle (innen liegend) direkt in die Pulmonal Arterie. Auf gleichem Weg wird die Kanüle auch wieder entfernt. Der Aufwand für die Implantation des Systems lässt sich mit einer Rechts-Herz-Katheter-Untersuchung (Swan-Ganz Katheter) vergleichen. Aktuelle Literatur über ECMO mit dieser Methode: CESAR-Studie; Peek; Lancet 2009 Die extrakorporale Zentrifugal-Pumpe pumpt zum einen das Blut durch den Oxygenator und liefert zum anderen eine Kreislaufunterstützung des rechten Ventrikels (un-loading). Die sorgt in Kombination mit der doppelumigen Kanüle mit der pulmonalen (PA) Auswurf-Kanüle und dem Oxygenator für eine Pumpleistung von bis zu 5 l/min. Die Gabe inotroper Substanzen kann durch den Einsatz dieser Methode entscheidend reduziert werden. Durch den Zugang über die rechte Jugular-Vene wird eine schnellere Mobilisierung des Patienten erreicht. Da keine Kanülen mehr in den Beingefäßen vorhanden sind, kann der Patient aufrecht im Bett sitzen. Die Pumpe, der Oxygenator und Circuit wird in einer Weste am Brustkorb des Patienten fixiert. Die Batterie der Konsole ermöglicht bis zu 1 h Support. Somit wird eine Mobilisierung des Patienten erreicht, welche erst mit dieser neuen Methode zur Verfügung steht. Außerdem kann der Patient bis zu 1 h mit Pumpe und Konsole aufstehen und gehen. Abbildung 1 zeigt die Methode mit Kanülierung von der rechten Jugular-Vene. Siehe Anlage Bilder NUB RA-PA ECMO. Abb. 1: Methode bei der RA-PA ECMO mit doppelumiger Kanüle von der rechten Jugular-Vene und oxygenierten Blutfluss vom rechten Atrium (RA) zur Pulmonal-Arterie (PA).
Indikation	Die neue Methode wird bei Patienten im manifesten Lungenversagen (ARDS) und/oder Rechtsherzversagen eingesetzt.

Feld	Wert
Ablösung / Ergänzung	Für selektierte Patienten (s. 2.1.) soll die neue Methode sowohl die chirurgische Implantation einer Extra-Korporalen-Membran-Oxygenierung (ECMO) oder eines LVAD auf den rechten Ventrikel ergänzen.
Was ist neu?	Es gibt bisher keine vergleichbare endovaskuläre Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur extrakorporalen Membranoxygenierung und Kreislaufunterstützung des Rechten Ventrikels (RVAD) in Europa. Ein vollständig endovaskulärer Zugang, mit Blut gepumpt vom rechten Atrium (RA) direkt in die Pulmonal Arterie (PA) ist bislang nicht möglich. Die grundlegende CE-Zulassung für die Methode besteht in Europa für den ESCORT Controller seit dem 23.04.2012. Für das Oxygenator-KIT, bestehend aus Oxygenator und doppelumiger Kanüle sowie Applikatoren, Zentrifugalpumpe und Infusionssystem besteht seit September 2015. Die Methode ist in allen wesentlichen Aspekten neu – sowohl in Hinblick auf die relevanten technologischen, als auch die Design-Aspekte. Zur Technologie: • alle bisherigen ECMO weisen keine aktive Entlastung bzw. Kreislaufunterstützung des rechten Ventrikels auf. Damit konnte bislang dieser extrem relevante Teilaspekt des zumeist gleichzeitig auftretenden Lungen- und Rechtsherzversagens nicht behandelt werden. • Bislang war eine Mobilisierung des Patienten unter laufender Entlastungs-/Unterstützungstherapie nicht möglich. Das Konzept einer tragbaren ECMO ist weltweit einmalig und neu. Es ermöglicht die frühzeitige Mobilisierung des Patienten und damit die Einbindung der sehr relevanten physiotherapeutischen Behandlungskonzepte in das Gesamtkonzept der Patientenbehandlung. • die doppelumige Kanüle mit pulmonalem Auswurf zur Implantation via Jugularvene in der Größe 29 F oder 31 F ist vollständig neu in allen Teilen: o Co-axiales Design mit 16 Fr Lumen in der Innenkanüle bis an die Spitze (pulmonale Auswurfkanüle) und 29 Fr Lumen an der äußeren Absaugkanüle o Co-axiales Design mit 18 Fr Lumen in der Innenkanüle bis an die Spitze (pulmonale Auswurfkanüle) und 31 Fr Lumen an der äußeren Absaugkanüle o Omni-direktionale Flussöffnungen für eine gleichmäßige Leistung ohne Neuplatzierung o 14 Seitenlöcher für optimiertes Absaugen o Hochflexibel und hoher Knickwiderstand o Röntgenmarkierungen an der Spitze der Kanüle für bessere Sichtbarkeit während Fluoroskopie o Fixierhilfe der Kanüle mit Nahtflügeln zur sicheren Befestigung am Patienten o der Aufwand für die Implantation des Systems ist mit einer Rechts-Herz-Katheter-Untersuchung (Swan-Ganz Kath) vergleichbar • Der Oxygenator ist vollständig neu in allen Teilen: o die Fixierung in der Weste am Patientenoberkörper zu schnelleren Mobilisierung ist weltweit einmalig – es gibt bislang keine tragbaren Oxygenatoren und keine Möglichkeit, den Patienten unter laufender Therapie zu entlasten o die Technologie ist eine komplette Neuentwicklung – beginnend mit den sehr niedrigen / optimierten Gap Größen für ein sicheres und schnelles Priming, das im Vergleich zu konventionellen ECMO minimale Priming Volumen von 200 ml bis hin zum konischen radiären Hohlfiber-Bündel o das niedrige Priming Volumen sorgt für patientenseits geringe Primingverluste und trägt damit signifikant zum Erhalt der hämodynamischen Stabilität bei, während das Design des Oxygenators trotz Tragbarkeit eine hohe Oxygenierungsfläche von 1,8 m² bietet. • Weste: o die Weste ist in allen Teilen neu entwickelt o Fixierung am Oberkörper des Patienten mit Aufnahme von Oxygenator und Pumpe o Kurzer Kreislauf von Kanülierung zu Pumpe und Oxygenator mit 3/8 Schlauchset via Halter • Der ESCORT Controller ist vollständig neu in allen Teilen: o treibt die Pumpe an für Oxygenierung und un-loading des rechten Ventrikel – in Kombination von Controller, Pumpe und doppelumiger Kanüle 29 F mit einem maximalen Fluss von bis 4,0 L/min und mit doppelumiger Kanüle 31 F mit einem maximalen Fluss von bis 5,0 L/min o kleines, platzsparendes und leichtes Design o Batterie Unterstützung bis zu 1 h für Transport und Mobilisation o Spezieller Sensor für akkurate Fluss-Messung Zum Design: • das Konzept, eine endovaskuläre, RA-PA ECMO mit nur einem Zugang via Jugular-Vene und extrakorporaler Zentrifugalpumpe zur Kreislaufunterstützung für den rechten Ventrikel, ist vollständig neu • physiologisches Niveau von Druck und Fluss (bis zu 4,0 sowie 5,0 L/min – in Abhängigkeit von der Wahl der doppelumigen Jugularkanüle) • integrierter pulmonale Auswurfkanüle • bis zu 30 Tagen Unterstützung
Verweildauer	Die neue perkutane Methode verkürzt die mittlere statistische Verweildauer des Patienten-Kollektivs im Krankenhaus auf verschiedenen Wegen: Zum einen werden invasive chirurgische Eingriffen sowohl zu der Implantation, als auch zu der Entfernung des Systems vermieden. Bereits durch die reduzierten OP-Zeiten, aber auch durch die

Feld	Wert
	dadurch verringerten Komplikationsraten wird die mittlere Verweildauer gesenkt. Zum anderen kann der Patient mit der neuen Methode aktiv mobilisiert werden. Diese schnellere Mobilisierung des Patienten und die Vermeidung von einer invasiven Operation zur Entfernung des Assist Devices (Entfernung bettseitig möglich) verringern zusätzlich die Verweildauer. Selbst für den Fall, dass die Verweildauer nicht verändert wird, existiert für den Patienten dennoch ein klarer Morbiditätsnutzen: Für den Patienten wird durch die Anwendung der neuen Methode eine signifikante Verbesserung der Oxygenierung erreicht, was die Zeit bis zur Lungenheilung überbrückt. Zudem profitiert er von einer substantiellen aktiven Entlastung des rechten Ventrikels durch maßgebliche Unterstützung der Pumpleistung des Ventrikels, eine Erhöhung der Auswurfleistung des Ventrikels, sowie eine Reduzierung des Sauerstoffverbrauchs des Herzmuskels erreicht. Zusätzlich können positiv inotrope Stoffe, die aufgrund des steigenden Metabolismus des Myokards im Verringerungsfall nicht oder nur im nicht zu vermeidenden Umfang indiziert sind, reduziert werden. Die methodenbedingten Kosten eines Einsatzes werden durch erhebliche Einsparungen an zukünftigen Behandlungskosten (verkürzte Verweildauer) potentiell zukünftig kompensiert, so dass longitudinal ein makroökonomischer Nutzen entsteht.
Methode in Deutschland	seit 2015
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	ca. 10
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	20
Mehrkosten	Die vergleichbaren chirurgischen Verfahren groupieren in die u.a. DRG. Die beschriebene Methode löst signifikante Mehrkosten aus, vor allem in den Kostenartengruppen 05 (Impl./Transpl.) und 06 (übr. med. Bedarf). Die Materialkosten für das Oxygenator-Set bestehend aus Weste, Oxygenator, Kopf-Schlauch-Set betragen EUR 10.500,- netto (EUR 12.495,- brutto). Die Materialkosten für das Rechts-Herz-Prozeduren KIT (Einmalprodukte) bestehend aus Infusions Zubehör Set, die Zentrifugal-Pumpe, die doppelumige Kanüle und Applikatoren werden kumulativ mit ca. EUR 28.850,- netto (EUR 34.331,50 brutto) veranschlagt. Gesamtkosten EUR 46.826,50 brutto. Im Vergleich dazu liegen die für die einzelnen DRG aufgeschlüsselten jeweiligen Sachmittel für 2015 selbst kumulativ über alle Kostenstellen zwischen 3.136€ in der A11E und 9.342€ in der A13A. Dabei streut die neue Leistung über die u.a. DRG sporadisch. Eine theoretische Erfassung über das unbepreiste ZE2016.03 ist mangels OPS nicht möglich und wäre noch dazu methodisch falsch, da sich die neue Methode schon rein medizinisch/technologisch signifikant von den dort groupierten Methoden unterscheidet. Umgekehrt entsteht für die Personalkosten ein relatives Einsparpotential in deutlich geringerer Höhe als die Sachkosten, da die Implantation deutlich einfacher, schneller und weniger Personalintensiv wie vergleichbare, offen chirurgische Verfahren ist. Zudem bedarf das System nach Implantation für die Gesamtdauer der zertifizierten Laufzeit üblicherweise keiner Systemwechsel, was besonders für mittelfristige Einsätze Sparpotential bietet.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die Endovaskuläre Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur RA-PA ECMO- und zusätzlichen Kreislaufunterstützung des Rechten Ventrikels (RVAD) mit doppelumiger Kanüle erhielt das CE-Zertifikat September 2015. Bislang wurde sie im Routinebetrieb nur von wenigen Häusern eingesetzt, ansonsten im Wesentlichen im Rahmen von Studien eingesetzt. Sie wurde im Verfahren für das Jahr 2016 erstmals als NUB beantragt und erhielt Status 1. Es existiert kein spezifischer OPS zur Verschlüsselung der Methode.

Feld	Wert
	Somit können aktuell keine ausreichenden Kosten- oder Leistungsinformationen vorliegen, die für die Kalkulation der Fallpauschale herangezogen werden. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG-System ist daher noch nicht möglich – es entsteht somit ein signifikanter Erlösnachteil für die einsetzenden Häuser.
Prozeduren - Beschreibung	Anwendung eines am Patienten in einer Weste befestigten Oxygenators und Pumpe zur Extrakorporalen Membranoxygenation mit doppelumiger Kanüle (RA-PA ECMO) und Kreislaufunterstützung des rechten Ventrikels mit nur einem Zugang via Jugular-Vene und Mobilisationsmöglichkeit
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	Im Fallpauschalenkatalog 2016 sind potentiell betroffen: A09A, A09B, A09C, A11B, A11C, A11E, A13A, A13B, A13D
stellvertretend für KH	
Prozeduren	



InEK Datenportal

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

NUB-Anfrage N1709577 NUB 165 (2017)

Feld	Wert
Verfahrens-Nr.	N1709577
Bearbeitungsstatus	Angenommen
NUB-Status	1 bzw. 2
letzte Änderung	21.10.2016 12:00
Institutskennzeichen	260530103
Titel	
Vorname	Renate
Name	Dahmen
Abteilung	Kardiologie
Straße	Sigmund-Freud-Str.25
PLZ	53127
Ort	Bonn
Telefon	022828715171
Telefax	
E-Mail	Renate.Dahmen@ukb.uni-bonn.de
externe Hilfestellung	BCGH UG (haftungsbeschränkt) Karin Frankenstein
Benennung	Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Membranoxygenierung mit direktem pulmonalen Auswurf (RA-PA ECMO), doppelumiger jugularer sowie femoraler Kanüle und aktiver Rechtsherzentlastung
Alternative Bezeichnung	Endovaskuläre Implantation einer RA-PA (Right Atrium – Pulmonary Artery) ECMO (bis zu 30 Tage) mit doppelumiger, jugulärer Ansaugkanüle (äußerer Ansaugkanüle im rechten Atrium (RA) und innerer Ansaugkanüle in der Vena cava inferior), direktem pulmonalen Auswurf über femorale Kanüle, aktiver rechtsventrikulärer Kreislaufunterstützung bis zu 6 L/min
Frühere Anfrage	Nein
Frühere Verfahrensnummer	
Ist Medizinprodukt	Ja
Wenn ja, handelt es sich um ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse gemäß §137h SGB V?	Sonstiges
Bemerkung	Antrag in den vergangenen Jahren durch andere Krankenhäuser gestellt. NUB Position 149
Handelsname	TandemLung
CE-Kennzeichnung	CE 549433; CE 549434

Feld	Wert
Beschreibung	Patienten im manifesten Lungenversagen (ARDS) und/oder Rechtsherzversagen haben eine hohe Mortalität und selbst im Überlebensfall eine hohe Morbidität. Die finale Therapieoption liegt in der pulmonalen Ersatztherapie und zusätzlichen Kreislaufunterstützung des rechten Ventrikels (CESAR-Studie; Peek; Lancet 2009). Bislang erfolgte dies über offen zu implantierende (chirurgische) ECMO oder kleinere, interventionelle ECMO-Äquivalente. Chirurgische ECMO haben den Vorteil der guten Lungenersatztherapie und hohen Kreislaufunterstützung – gleichzeitig aber den Nachteil der offenen Implantation über Thorakotomie mit den dadurch hohen Komplikationsraten. Bisherige interventionelle ECMO-Äquivalente haben den Vorteil der interventionellen Implantierbarkeit ohne offene chirurgische Verfahren – gleichzeitig aber den Nachteil der relativ geringen Unterstützungsleistung bei adäquater Oxygenierung und hoher Hämolyseraten. Beiden konventionellen ECMO gemeinsam ist die signifikante Rezirkulation des Blutes zwischen den Kanülen, was den Wirkungsgrad deutlich herabsetzt. Durch die neue Methode werden diese Probleme zuverlässig gelöst. Eine endovaskuläre RA-PA ECMO- und Kreislaufunterstützung – egal welcher Dauer – war mit einer Leistung von bis zu 6,0 L/min mit einer aktiven Entlastung des rechten Ventrikels bis zur Einführung dieser Methode nicht verfügbar. Bisher konnten Patienten, wenn nicht chirurgisch per Thorakotomie, nicht mit einer so leistungsfähigen Pumpe endovaskulär mit Abgabe des oxygenierten Blutes durch die Auswurf-Kanüle in die Pulmonal-Arterie unterstützt werden. Die Alternative war lediglich eine lungentraumatische Eskalation der maschinellen Beatmung und die medikamentöse Unterstützung. Die neue Methode setzt sich aus der neu entwickelten Konsole zur Steuerung des Systems und den vier Teilkomponenten a) Oxygenator b) doppelumige, jugulare Ansaugkanüle, c) femoral implantierte, pulmonalarteriell liegende Auswurfkanüle, und d) extrakorporale Zentrifugal-Pumpe zusammen. Der Oxygenator besteht aus einer geschlossenen Hohlfiber-Membran aus Polymethylpentene (PMP) mit einer Oxygenierungsfläche von 1,8 m². Der Blutfluss wird zentral auf das Hohlfiber-Bündel geleitet und von dort gleichmäßig radial über den konischen Diffusor verteilt. Dabei beträgt der maximale Blutfluss am Oxygenator 8,0 L/min. Aufgrund des fortschrittlichen und kompakten Designs und der optimierten Gap-Größen ist der Priming Prozess schnell, sicher und zuverlässig und das Priming-Volumen konnte auf unter 200 ml gesenkt werden. Die endovaskuläre, Doppellumen-Ansaugkanüle fasst in einer gemeinsamen Kanüle die Ansaugkanüle auf Höhe des rechten Atriums (RA) (außen liegend) und die Ansaugkanüle auf Höhe der Vena cava inferior (innen liegend) zusammen. Damit werden zwei Implantationsschritte in einem zusammengefasst, was die Anwendungsbereitschaft deutlich schneller herstellt und gleichzeitig das Risiko lokaler Komplikationen quasi halbiert. Ohne Öffnen des Brustkorbes wird eine Single-Lumen-Kanüle als Auswurfkanüle über nur einen perkutanen Zugang via Femoralvene implantiert. Über diese Auswurfkanüle erfolgt die Rückgabe des oxygenierten Blutes direkt in die Pulmonal-Arterie. Der Aufwand für die Implantation der Ansaugkanülen lässt sich mit einer Rechts-Herz-Katheter-Untersuchung (Swan-Ganz Katheter) vergleichen. Auf gleichem Weg werden die Kanülen auch wieder entfernt. Die extrakorporale Zentrifugal-Pumpe pumpt zum einen das Blut durch den Oxygenator und liefert zum anderen eine Kreislaufunterstützung des rechten Ventrikels (un-loading). Die sorgt in Kombination mit der doppelumigen Ansaugkanüle, der pulmonalen (PA) Auswurf-Kanüle und dem Oxygenator für eine Pumpleistung von bis zu 6,0 l/min. Die Gabe inotroper Substanzen kann durch den Einsatz dieser Methode entscheidend reduziert werden. Abbildung 1 zeigt die Methode mit Kanülierung von der rechten Jugular-Vene mit doppelumiger Kanüle gerade und Y Konnektor. Siehe Anlage Bilder NUB RA-PA ECMO. Abb. 1: Methode bei der RA-PA ECMO mit doppelumiger Kanüle von der rechten Jugular-Vene gerade mit Y Konnektor und oxygenierten Blutfluss vom rechten Atrium (RA) zur Pulmonal-Arterie (PA) mit zweiter Pulmonaler Auswurfkanüle.
Indikation	Die neue Methode wird bei Patienten im manifesten Lungenversagen (ARDS) und/oder Rechtsherzversagen eingesetzt.
Ablösung / Ergänzung	Für selektierte Patienten (s. 2.1.) soll die neue Methode sowohl die chirurgische Implantation einer Extra-Korporalen-Membran-Oxygenierung (ECMO) oder eines LVAD auf den rechten Ventrikel ergänzen bzw. ersetzen.
Was ist neu?	Es gibt bisher keine vergleichbare endovaskuläre Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur extrakorporalen Membranoxygenierung und Kreislaufunterstützung des Rechten

Feld	Wert
	Ventrikels (RVAD) in Europa. Ein vollständig endovaskulärer Zugang, mit Blut gepumpt vom rechten Atrium (RA) direkt in die Pulmonal Arterie (PA) ist bislang nicht möglich. Die grundlegende CE-Zulassung für die Methode besteht in Europa für den ESCORT Controller seit dem 23.04.2012. Für das Oxygenator-KIT, bestehend aus Oxygenator und doppelumiger Kanüle sowie Applikatoren, Zentrifugpumpe und Infusionssystem besteht seit September 2015. Die Methode ist in allen wesentlichen Aspekten neu – sowohl in Hinblick auf die relevanten technologischen, als auch die Design-Aspekte. Zur Technologie: • alle bisherigen auf dem Markt verfügbaren ECMO weisen keine aktive Entlastung bzw. Kreislaufunterstützung des rechten Ventrikels auf. Damit konnte bislang dieser extrem relevante Teilaspekt des zumeist gleichzeitig auftretenden Lungen- und Rechtsherzversagens nicht behandelt werden. • selbst außerhalb der ECMO-Therapie konnten die hohen rechtsventrikulären Unterstützungsraten bislang nur von chirurgisch implantierten Systemen – nicht jedoch von interventionellen Geräten erreicht werden – die dann eben keine ECMO-Funktionalität boten. • sowohl die doppelumige Ansaugkanüle zur Implantation via Jugularvene in der Größe 31 F, als auch die pulmonalarteriell einliegende, femoral implantierte Auswurfkanüle in der Größe 21F sind vollständig neu in allen Teilen: - o Ansaugkanüle: Co-axiales Design mit 18 Fr Lumen in der Innenkanüle bis an die Spitze (Lage: Vena cava inferior) und 31 Fr Lumen an der Außenkanüle (Lage: rechter Vorhof) - o direkte pulmonale Auswurfkanüle: Co-axiales Design mit 21 Fr Lumen und maximaler Flexibilität zur Anpassung an den anatomischen Verlauf (rechter Vorhof, rechter Ventrikel, Pulmonalarterie) - o Omni-direktionale Flussöffnungen für eine gleichmäßige Leistung ohne Neuplatzierung - o 14 Seitenlöcher für optimiertes Absaugen - o Hochflexibel und hoher Knickwiderstand - o Röntgenmarkierungen an der Spitze der Kanüle für bessere Sichtbarkeit während Fluoroskopie - o Fixierhilfe der Kanüle mit Nahtflügeln zur sicheren Befestigung am Patienten - o der Aufwand für die Implantation des Systems ist mit einer Rechts-Herz-Katheter-Untersuchung (Swan-Ganz Kath) vergleichbar • Der Oxygenator ist vollständig neu in allen Teilen: - o die Fixierung in der Weste am Patientenoberkörper zu schnelleren Mobilisierung ist weltweit einmalig – es gibt bislang keine tragbaren Oxygenatoren und keine Möglichkeit, den Patienten unter laufender Therapie zu entlasten - o die Technologie ist eine komplette Neuentwicklung – beginnend mit den sehr niedrigen / optimierten Gap Größen für ein sicheres und schnelles Priming, das im Vergleich zu konventionellen ECMO minimale Priming Volumen von 200 ml bis hin zum konischen radiären Hohlfiber-Bündel - o das niedrige Priming Volumen sorgt für patientenseits geringe Primingverluste und trägt damit signifikant zum Erhalt der hämodynamischen Stabilität bei, während das Design des Oxygenators trotz Tragbarkeit eine hohe Oxygenierungsfläche von 1,8 m² bietet. • Der ESCORT Controller ist vollständig neu in allen Teilen: - o treibt die Pumpe an für Oxygenierung und un-loading des rechten Ventrikel – in Kombination von Controller, Pumpe und doppelumiger Kanüle - o PROTEKDuo 31 F, sowie Singlelumen EF 72 Kanüle mit einem maximalen Fluss von bis 6,0 L/min - o kleines, platzsparendes und leichtes Design - o Batterie Unterstützung bis zu 1 h für Transport und Mobilisation - o Spezieller Sensor für akkurate Fluss-Messung Zum Design: • das Konzept, eine endovaskuläre, RA-PA ECMO mit Doppellumen-Zugang via Jugular-Vene zum Ansaugen, direktem pulmonalen Singlelumen-Auswurf über separate femorale Kanüle und extrakorporaler Zentrifugpumpe zur Kreislaufunterstützung für den rechten Ventrikel, ist vollständig neu • physiologisches Niveau von Druck und Fluss (bis zu 6,0 L/min) • integrierter pulmonale Auswurfkanüle • bis zu 30 Tagen Unterstützung
Verweildauer	Die neue perkutane Methode verkürzt die mittlere statistische Verweildauer des Patienten-Kollektivs im Krankenhaus auf verschiedenen Wegen: Zum einen werden invasive chirurgische Eingriffen sowohl zu der Implantation, als auch zu der Entfernung des Systems vermieden. Bereits durch die reduzierten OP-Zeiten, aber auch durch die dadurch verringerten Komplikationsraten wird die mittlere Verweildauer gesenkt. Selbst für den Fall, dass die Verweildauer nicht verändert wird, existiert für den Patienten dennoch ein klarer Morbiditätsnutzen: Für den Patienten wird durch die Anwendung der neuen Methode eine signifikante Verbesserung der Oxygenierung erreicht, was die Zeit bis zur Lungenheilung überbrückt. Zudem profitiert er von einer substantiellen aktiven Entlastung des rechten Ventrikels durch maßgebliche Unterstützung der Pumpleistung des Ventrikels, eine Erhöhung der Auswurfleistung des Ventrikels, sowie eine Reduzierung des Sauerstoffverbrauchs des Herzmuskels erreicht. Zusätzlich können positiv inotrope Stoffe, die aufgrund des steigenden Metabolismus des Myokards im

Feld	Wert
	Verringerungsfall nicht oder nur im nicht zu vermeidenden Umfang indiziert sind, reduziert werden. Die methodenbedingten Kosten eines Einsatzes werden durch erhebliche Einsparungen an zukünftigen Behandlungskosten (verkürzte Verweildauer) potentiell zukünftig kompensiert, so dass longitudinal ein makroökonomischer Nutzen entsteht.
Methode in Deutschland	2015
Medikament zugelassen	
Methode im Krankenhaus	2017
Methode in Krankenhäusern	ca. 20
Patienten letztes Jahr	0
Patienten dieses Jahr	0
Patienten Zukunft	20
Mehrkosten	Die vergleichbaren chirurgischen Verfahren groupieren in die u.a. DRG. Die beschriebene Methode löst signifikante Mehrkosten aus, vor allem in den Kostenartengruppen 05 (Impl./Transpl.) und 06 (übr. med. Bedarf). Die Materialkosten für das Oxygenator-Set bestehend aus Weste, Schlauchset, Oxygenator, betragen EUR 9.500,- netto (EUR 11.305,- brutto). Die Materialkosten für das Rechts-Herz-Prozeduren KIT (Einmalprodukte) bestehend aus Infusions Zubehör Set, die Zentrifugal-Pumpe, die doppelumige Kanüle und Applikatoren sowie zweiter pulmonaler Auswurfkanüle werden kumulativ mit ca. EUR 34.750 netto (EUR 41.352,50) veranschlagt. Total EUR 52.657,50 brutto. Im Vergleich dazu liegen die für die einzelnen DRG aufgeschlüsselten jeweiligen Sachmittel für 2015 selbst kumulativ über alle Kostenstellen zwischen 3.136€ in der A11E und 9.342€ in der A13A. Dabei streut die neue Leistung über die u.a. DRG sporadisch. Eine theoretische Erfassung über das unbepreiste ZE2016.03 ist mangels OPS nicht möglich und wäre noch dazu methodisch falsch, da sich die neue Methode schon rein medizinisch/technologisch signifikant von den dort groupierten Methoden unterscheidet. Umgekehrt entsteht für die Personalkosten ein relatives Einsparpotential in deutlich geringerer Höhe als die Sachkosten, da die Implantation deutlich einfacher, schneller und weniger Personalintensiv wie vergleichbare, offen chirurgische Verfahren ist. Zudem bedarf das System nach Implantation für die Gesamtdauer der zertifizierten Laufzeit üblicherweise keiner Systemwechsel, was besonders für mittelfristige Einsätze Sparpotential bietet.
nicht im G-DRG-System abgebildet	Die Endovaskuläre Implantation einer Zentrifugal-Pumpe zur RA-PA ECMO- und zusätzlichen Kreislaufunterstützung des Rechten Ventrikels (RVAD) mit doppelumiger Kanüle und pulmonaler Auswurfkanüle erhielt das CE-Zertifikat September 2015. Bislang wurde sie im Routinebetrieb nur von wenigen Häusern eingesetzt, ansonsten im Wesentlichen im Rahmen von Studien eingesetzt. Sie wurde im Verfahren für das Jahr 2016 erstmals als NUB beantragt und erhielt Status 1. Es existiert kein spezifischer OPS zur Verschlüsselung der Methode. Somit können aktuell keine ausreichenden Kosten- oder Leistungsdaten vorliegen, die für die Kalkulation der Fallpauschale herangezogen werden. Eine sachgerechte Abbildung im G-DRG-System ist daher noch nicht möglich – es entsteht somit ein signifikanter Erlösnachteil für die einsetzenden Häuser.
Prozeduren - Beschreibung	Anwendung eines Oxygenators und Pumpe zur Extrakorporalen Membranoxygenation mit doppelumiger jugularer Ansaugkanüle und femoral liegender pulmonaler Auswurfkanüle (RA-PA ECMO) und aktiver Kreislaufunterstützung des rechten Ventrikels
Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	Ja
DRGs	

Feld	Wert
	Im Fallpauschalenkatalog 2016 sind potentiell betroffen: A09A, A09B, A09C, A11B, A11C, A11E, A13A, A13B, A13D
stellvertretend für KH	
Prozeduren	

Mit dieser Lieferung erhalten Sie Arzneimittel aus dem Institut für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin (IHT), die im stationären Krankenhausbereich zusätzlich zur DRG-Fallpauschale als Zusatzentgelt (ZE) abgerechnet werden:

Handelspräparat	Rubrik im NICE-Mengenkalkulator	ZE-Bezeichnung im NICE-Mengenkalkulator
Advate®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97e/ZE2018-139e, Faktor VIII / rekombinant
Adynovi®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97e/ZE2018-139e, Faktor VIII / rekombinant
Afstyla®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97e/ZE2018-139e, Faktor VIII / rekombinant
AlphaNine®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97g/ZE2018-139g, Faktor IX / plasmatisch
Alprolix®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97o/ZE2018-139o, Faktor IX / rekombinant
Anbinex®	Verabreichung von Blutprodukten	ZE47, Gabe von Antithrombin III, parenteral
AT III Immuno®	Verabreichung von Blutprodukten	ZE47, Gabe von Antithrombin III, parenteral
Atenativ®	Verabreichung von Blutprodukten	ZE47, Gabe von Antithrombin III, parenteral
BeneFIX®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97o/ZE2018-139o, Faktor IX / rekombinant
Beriate®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97c2/ZE2018-139c2, Faktor VIII / plasmatisch
Berinin®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97g/ZE2018-139g, Faktor IX / plasmatisch
Beriplex®	Verabreichung von Blutprodukten	ZE30, Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral
Ceprotin®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97q/ZE2018-139q, Protein C / human
Elocta®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97e/ZE2018-139e, Faktor VIII / rekombinant
Faktor IX SDN...®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97g/ZE2018-139g, Faktor IX / plasmatisch
Faktor VIII SDH...®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97c2/ZE2018-139c2, Faktor VIII / plasmatisch
Fanhdi®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97c2/ZE2018-139c2, Faktor VIII / plasmatisch
Feiba®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97h/ZE2018-139h, Faktor VIII-Inhibitor
Fibrogammin®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97d/ZE2018-139d, Faktor XIII / human
Haemate®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97c2/ZE2018-139c2, Faktor VIII / plasmatisch
Haemocomplettan®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97j/ZE2018-138, Fibrinogenkonzentrat
Haemoctin®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97c2/ZE2018-139c2, Faktor VIII / plasmatisch
Iblias®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97e/ZE2018-139e, Faktor VIII / rekombinant
Idelvion®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97o/ZE2018-139o, Faktor IX / rekombinant
IMMUNATE STIM®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97c2/ZE2018-139c2, Faktor VIII / plasmatisch
IMMUNINE STIM®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97g/ZE2018-139g, Faktor IX / plasmatisch
ImmuSeven®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97a/ZE2018-139a, Faktor VII / plasmatisch
Kogenate®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97e/ ZE2018-139e, Faktor VIII / rekombinant
Kovaltry®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97e/ ZE2018-139e, Faktor VIII / rekombinant
Kybernin HS®	Verabreichung von Blutprodukten	ZE47, Gabe von Antithrombin III, parenteral
Mononine®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97g/ZE2018-139g, Faktor IX / plasmatisch
NovoEight®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97e/ ZE2018-139e, Faktor VIII / rekombinant
NovoSeven®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97b/ZE2018-137, Faktor VII / rekomb., akt.
Nuwiq®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97e/ZE2018-139e, Faktor VIII / rekombinant
Obizur®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97e/ZE2018-139e, Faktor VIII / rekombinant
Octanate®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97c2/ZE2018-139c2, Faktor VIII / plasmatisch
Octanine®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97g/ZE2018-139g, Faktor IX / plasmatisch
Octaplex®	Verabreichung von Blutprodukten	ZE30, Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral
Optivate®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97c2/ZE2018-139c2, Faktor VIII / plasmatisch
PPSB...®	Verabreichung von Blutprodukten	ZE30, Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral
Re-Facto®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97e/ ZE2018-139e, Faktor VIII / rekombinant
Rixubis®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97o/ZE2018-139o, Faktor IX / rekombinant
Voncento®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97c2/ZE2018-139c2, Faktor VIII / plasmatisch
Wilate®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97c2/ZE2018-139c2, Faktor VIII / plasmatisch
Willfact®	KH-individuelle Zusatzentgelte	ZE2018-97c1/ZE2018-139c1, Von-Willebrand-Faktor

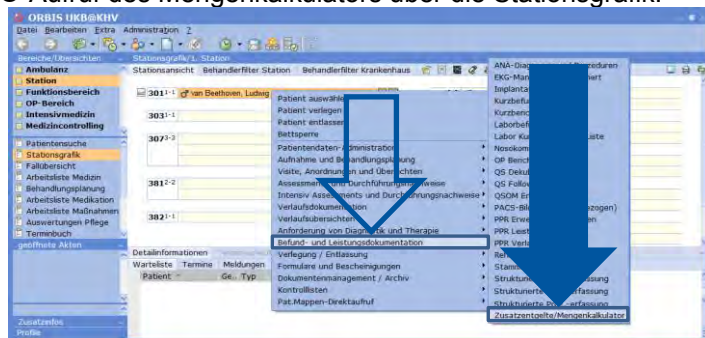
Damit Sie die Kosten für diese hochpreisigen Arzneimittel durch die Kostenträger rückvergütet bekommen, müssen Sie die verabreichten Mengen nach jeder Applikation im Orbis-NICE®-Mengenkalkulator erfassen. Zusätzlich ist bei der Gabe von Gerinnungsfaktorenkonzentraten der Gruppen ZE2018-97, ZE2018-137, ZE2018-138, ZE2018-139 und bei der Gabe von Prothrombinkomplex bei Blutern die Angabe einer begründenden Diagnose zur Abrechnung erforderlich. Hinweise hierzu finden Sie auf der Rückseite dieses Begleitscheins.

Bitte senden Sie nicht verbrauchte Faktorenkonzentrate mit dem ausgefüllten Formular „Rückgabe von Gerinnungsfaktorenkonzentraten“ umgehend an das Institut für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin zurück. Den Rücktransport können Sie über die Transportanforderung in Orbis-NICE® (SyncroTESS) veranlassen.

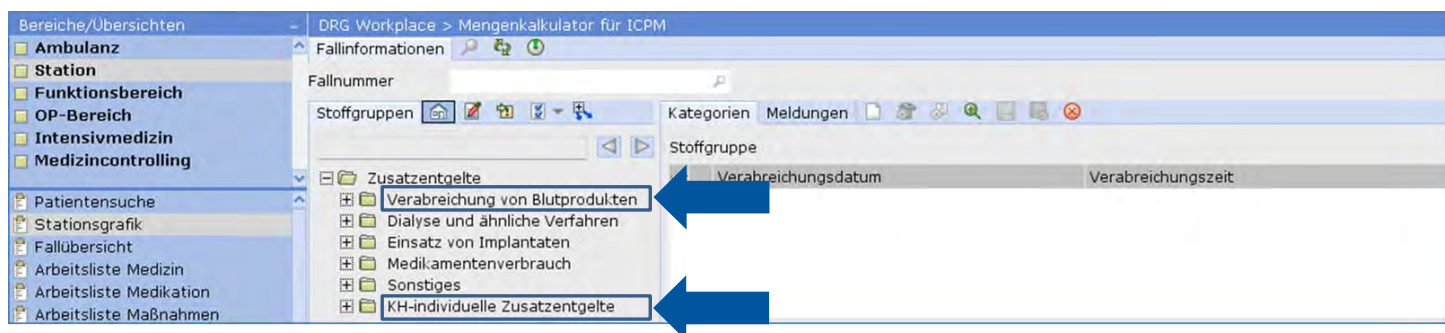
Erfassung von Zusatzentgelten im Orbis®-Mengenkalkulator

Den Orbis®-Mengenkalkulator zur Erfassung der Arzneimittelmenge können Sie entweder über den „DRG-Workplace“ (❶) oder über das patientenbezogene Kontextmenü in der „Stationsgrafik“ (❷) aufrufen. Die zum Auffinden des jeweiligen Erfassungsformulars erforderliche Rubrik- und ZE-Bezeichnung finden Sie in der umseitigen Tabelle.

- ❶ Aufruf des Mengenkalkulators über den DRG-Workplace: ❷ Aufruf des Mengenkalkulators über die Stationsgrafik:



Darstellung der relevanten Rubriken für die Erfassung von Gerinnungsfaktoren im geöffneten Mengenkalkulator:



Erfassung der veranlassenden Gesundheitsstörung im DRG-Workplace in Orbis-NICE®

Aus abrechnungstechnischen Gründen muss zusätzlich zur Angabe der Arzneimittelmenge im Mengenkalkulator auch die Angabe eines ICD-Kodes bzw. einer ICD-Kodekombination für die veranlassende Gesundheitsstörung im DRG-Workplace dokumentiert werden. In allen Fällen, in denen die Gabe von Gerinnungsfaktoren durch das Institut für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin empfohlen wird, wird daher durch das IHT die veranlassende Gesundheitsstörung in der Fe-Spalte im DRG-Workplace dokumentiert. Bitte beachten Sie, dass dieser ICD-Kode bzw. diese ICD-Kodekombination bei Entlassung des Patienten unbedingt in die En-Spalte im DRG-Workplace übertragen werden muss, da die entsprechenden Gerinnungsfaktoren sonst nicht abgerechnet werden können:



Eine Übersicht mit allen abrechnungstechnischen Informationen und den entsprechenden ICD- und OPS-Kodes aller „Zusatzentgelte“ und „Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ finden Sie in der Kodierhilfe K001. Die Kodierhilfe K001 steht Ihnen im UKB-Intranet (www.ukb.intern/medco [Kodierhilfen]) zum Download zur Verfügung.

Arzneimittelwirkstoffe und Beispiele für deren Handelspräparate, die im Jahr 2018 als „Zusatzentgelt“ oder „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode“ erfasst werden müssen.

A
Abatacept (» i.v.: ZE151, s.c.: ZE2018-106)
Abelcet® (» ZE2018-80)
Abirateronacetat (» ZE2018-112)
Abraxane® (» ZE2018-111)
Acadic-Gemcitabin® (» ZE17)
Accofil® (» ZE40)
Adalimumab (» ZE2018-148)
Adcetris® (» ZE2018-140)
Adempas® (» NUB119a)
Advate® (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Adynovi® (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Afinitor® (» NUB52e)
Aflibercept (» ZE2018-142)
Afstyla® (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Agalsidase (» ZE2018-66)
Albotiva® (» ZE2018-120)
Aldesleukin (» ZE48)
Aldurazyme® (» ZE2018-66)
Alemtuzumab (» NUB150)
Alimta® (» ZE2018-120)
Alpha-1-Proteinaseinhib. (TFG » ZE2018-58)
AlphaNine® (TFG » ZE2018-97g/ZE2018-139g)
Alprolix® (TFG » ZE2018-97o/ZE2018-139o)
Amativin® (» ZE2018-122)
AmBisome® (» ZE110)
Ambrisentan (» ZE2018-84)
Amgevita® (» ZE2018-148)
Amphotericin B (» lipos.: ZE110, Lipidkomplex: ZE2018-80)
Anbinex® (TFG » ZE47)
Anidulafungin (» ZE115)
Antihämophiles Globulin A (TFG » ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Antihämophiles Globulin A [gent.] (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Antihämophiles Globulin B (TFG » ZE2018-97g/ZE2018-139g)
Anti-Hum.-T-Lymph.-Immunglob. (» ZE2018-46)
Antithrombin III (TFG » ZE47)
Aritaxel® (» ZE63)
Armisarte® (» ZE2018-120)
Arsentrioxid (» NUB40a)
Arzerra® (» ZE155)
Asparaginase (» ZE2018-127, ZE2018-128, ZE2018-129)
Asparaginase medac® (» ZE2018-128)
AT III ...® (TFG » ZE47)
Atenativ® (TFG » ZE47)
Atgam® (» ZE2018-46)
ATO (» NUB40a)
Atriance® (» ZE2018-79)
Avastin® (» ZE74)
Axigem® (» ZE17)
Axinotecan® (» ZE19)
Axitaxel® (» ZE63)
Axitinib (» NUB81a)
Azacitidin (» ZE124)
B
Belimumab (» ZE2018-130)
Bendacitabin® (» ZE17)
Bendadocel® (» ZE80)
Bendatax® (» ZE63)
BeneFIX® (TFG » ZE2018-97o/ZE2018-139o)
Benepali® (» ZE2018-121)
Benlysta® (» ZE2018-130)
Beriate® (TFG » ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Beriglobin® (TFG » ZE93)
Berinert® (TFG » ZE70)
Berinin® (TFG » ZE2018-97g/ZE2018-139g)
Beriplex® (TFG » ZE30, ZE2018-97i)
Bevacizumab (» ZE74)
Biseko® (TFG » ZE93)
Blinatumomab (» NUB133)
Blinicyto® (» NUB133)
Bortezomib...® (» ZE2018-147)
Bosentan...® (» ZE2018-56)
Brentuximabvedotin (» ZE2018-140)
Busilvex® (» ZE2018-150)
Busulfan...® (» ZE2018-150)
BW-gembin® (» ZE17)
C
C1-Esteraseinhibitor (TFG » ZE70)
Cabazitaxel (» ZE2018-113)
Cabometyx® (» NUB156)
Cabozantinib (» NUB156)
Caelyx® (» ZE72)
Campto® (» ZE19)
Cancidas® (» ZE2018-123)
Carfilzomib (» NUB134a)
Carmustin (» ZE96)
Caspofungin...® (» ZE2018-123)
Celltaxel® (» ZE63)
Ceprotin® (TFG » ZE2018-97q/ZE2018-139q)
Cerecyme® (» ZE2018-66)
Cetuximab (» ZE50)
Christmas-F. (TFG » ZE2018-97g/ZE2018-139g)
Ciambra® (» ZE2018-120)
Cinryze® (TFG » ZE70)
Citagem® (» ZE17)
Clofarabin...® (» ZE142)
CMV-Immunglobulin (TFG » ZE64)
Cometriq® (» NUB156)
Cosentyx® (» NUB141a)
Cresemba® (» i.v.: NUB147, oral: NUB148)
Crisantaspace (» ZE2018-127)
Crizotinib (» NUB106)
Cyramza® (» ZE2018-146)
Cytarabin (lipos.) (» ZE75)
Cytotect® (TFG » ZE64)

D
Dabrafenib (» NUB99a)
Dacogen® (» ZE156)
Daratumumab (» NUB149)
Darzalex® (» NUB149)
Dasatinib (» ZE2018-91)
Decitabine (» ZE156)
Defibrotid (» ZE2018-131)
Defitelio® (» ZE2018-131)
DepoCyte® (» ZE75)
Diboterin alfa (» ZE2018-63)
Dinutuximab beta (» NUB160)
Doce...® (» ZE80)
Docefon® (» ZE80)
Docetaxel...® (» ZE80)
Doxorubicin (» lipos.: ZE52, peg.-lipos.: ZE72)
E
Ecalta® (» ZE115)
Eculizumab (» ZE154)
Elaprase® (» ZE2018-66)
Elocta® (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Elotuzumab (» NUB153)
Eltrombopag (» ZE2018-143)
Empliciti® (» NUB153)
Enbrel® (» ZE2018-121)
Enzalutamid (» ZE2018-141)
Eptacog alpha (aktiv) (TFG » ZE2018-97b/ZE2018-137)
Eptoermin alfa (» ZE2018-64)
Eribitux® (» ZE50)
Erelzi® (» ZE2018-121)
Erwinase® (» ZE2018-127)
Etanercept (» ZE2012-121)
EuroDocetaxel® (» ZE80)
Eurotaxel® (» ZE63)
Eurotere® (» ZE80)
Everolimus (» NUB52...)
Evoltra® (» ZE142)
Eylea® (» ZE2018-142)
F
Fabrazyme® (» ZE2018-66)
Faktor I (TFG » ZE2018-97j/ZE2018-138)
Faktor IX [plasmatisch] (TFG » ZE2018-97g/ZE2018-139g)
Faktor IX [rekombinant] (TFG » ZE2018-97o/ZE2018-139o)
Faktor IX SDN Biotest® (TFG » ZE2018-97g/ZE2018-139g)
Faktor VII [plasmatisch] (TFG » ZE2018-97a/ZE2018-139a)
Faktor VII [rekombinant] (TFG » ZE2018-97b/ZE2018-137)
Faktor VIII [plasmatisch] (TFG » ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Faktor VIII [rekombinant] (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Faktor VIII SDH INTERSERO® (TFG » ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Faktor VIII-Inhibitor (TFG » ZE2018-97h/ZE2018-139h)
Faktor XIII [human] (TFG » ZE2018-97d/ZE2018-139d)
Fanhdii® (TFG » ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Farydak® (» NUB154)
Feiba® (TFG » ZE2018-97h/ZE2018-139h)
Fibrinogenkonzentrat (TFG » ZE2018-97j/ZE2018-138)
Fibrinstabilisierender Faktor (TFG » ZE2018-97d/ZE2018-139d)
Fibrogammin® (TFG » ZE2018-97d/ZE2018-139d)
Filgrastim...® (» ZE40)
Flebogamma® (TFG » ZE93)
Flixabi® (» ZE2018-149)
G
Galsulfase (» ZE2018-66)
Gammagard® (TFG » ZE93)
Gammanorm® (TFG » ZE93)
Gamunex® (TFG » ZE93)
Gazyvaro® (» ZE2018-144)
Gemci Lyo® (» ZE17)
Gemci-cell® (» ZE17)
Gemcisela® (» ZE17)
Gemcitabin...® (» ZE17)
Gemcitabine® (» ZE17)
Gemcitan® (» ZE17)
Gemcitom® (» ZE17)
Gemedac® (» ZE17)
Gemsol-NC® (» ZE17)
Gemzar® (» ZE17)
Gliadel® (» ZE96)
Glivec® (» ZE2018-122)
Grafalon® (» ZE2018-46)
Granozyte® (» ZE42)
Granulokine® (» ZE40)
Graftofil® (» ZE40)
H
Haemate® (TFG » ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Haemocomplettan® (TFG » ZE2018-97j/ZE2018-138)
Haemocitin® (TFG » ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Hämin (TFG » ZE2018-69)
Hep.B-Immunglobulin (TFG » ZE51)
Hepatect CP® (TFG » ZE51)
Herceptin® (» i.v.: ZE149, s.c.: ZE2018-104)
Hizentra® (TFG » ZE93)
Holmium-166 (» NUB162)
Humira® (» ZE2018-148)
Hycamtin® (» ZE44)

I
Iblias® (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Ibrutinib (» ZE2018-145)
Idarucizumab (» NUB140a)
Idelalisib (» NUB111a)
Idelvion® (TFG » ZE2018-97o/ZE2018-139o)
Idursulfase (» ZE2018-66)
Ig Vena® (TFG » ZE93)
Imatinib...® (» ZE2018-122)
Imavec® (» ZE2018-122)
Imbruvica® (» ZE2018-145)
Imiglucerase (» ZE2018-66)
IMMUNATE STIM® (TFG » ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Immunglobulin (Anti-Hum.-T-Lymph.) (» ZE2018-46)
Immunglobulin (CMV) (TFG » ZE64)
Immunglobulin (Hep.B) (TFG » ZE51)
Immunglobulin (polyv.) (TFG » ZE93)
Immunglobulin (VZV) (TFG » ZE67)
IMMUNINE STIM® (TFG » ZE2018-97g/ZE2018-139g)
ImmuSeven® (TFG » ZE2018-97a/ZE2018-139a)
Imnovid® (» NUB98)
Imraldi® (» ZE2018-148)
InductOs® (» ZE2018-63)
Inflectra® (» ZE2018-149)
Infliximab (» ZE2018-149)
Inlyta® (» NUB81a)
Interferon alfa (» 2a:ZE2018-59, 2b:ZE2018-60)
Intratect® (TFG » ZE93)
IntronA® (» ZE2018-60)
Ipilimumab (» ZE2018-126)
Irinomedac® (» ZE19)
Irino-NC® (» ZE19)
Irino-onkovis® (» ZE19)
Irinotecan...® (» ZE19)
Irinotesin® (» ZE19)
Irinotom® (» ZE19)
Isavuconazol (» NUB147, NUB148)
Isolfan® (» ZE2018-150)
Isqette® (» NUB160)
Itraconazol (» ZE113)
J
Jakavi® (» NUB138)
Javior® (» ZE135)
Jevtana® (» ZE2018-113)
Jod-131-MIBG (» ZE2018-57)
K
Kadcyla® (» ZE149)
Keytruda® (» NUB136)
Kiovig® (TFG » ZE93)
Kisplyx® (» NUB155)
Kogenate® (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Kovaltry® (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Kybermin® (TFG » ZE47)
Kyprolis® (» NUB134a)
L
Laronidase (» ZE2018-66)
L-Asparaginase (» ZE2018-127)
Latruvo® (» NUB157)
Lemtrada® (» NUB150)
Lenalidomid (» ZE2018-77)
Lenograstim (» ZE42)
Lenvatinib (» NUB155)
Lenvima® (» NUB155)
Lipegfilgrastim (» ZE160)
Lonquex® (» ZE160)
Lymphoglobulin® (» ZE2018-46)
M
MabThera ® (» ZE2018-151)
MabThera s.c. (» ZE2018-103)
Macitentan (» NUB112)
Mekinst® (» NUB137)
Mepact® (» ZE2018-101)
Metajodobenzyguanidin (» ZE2018-57)
Micafungin (» ZE128)
Mifamurtid (» ZE2018-101)
Mononine® (TFG » ZE2018-97g/ZE2018-139g)
Mozobil® (» ZE143)
Mycamine® (» ZE128)
Myerlan® (» ZE2018-150)
Mymicyas® (» ZE2018-123)
Myocet® (» ZE52)
N
Nab-Paclitaxel (» ZE2018-111)
Naglazyme® (» ZE2018-66)
Natalizumab (» ZE97)
Nelarabin (» ZE2018-79)
Neotaxan® (» ZE63)
Neulasta® (» ZE71)
Neupogen® (» ZE40)
Nexavar® (» ZE2018-75)
Nilotinib (» NUB56)
Nivestim® (» ZE40)
Nivolumab (» NUB135)
Nivolumab BMS® (» NUB135)
Nonacog alpha (TFG » ZE2018-97o/ZE2018-139o)
Normosang® (TFG » ZE2018-69)
NovoEight® (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
NovoSeven® (TFG » ZE2018-97b/ZE2018-137)
Noxafil® (»oral, Susp.: ZE150, Inf.-Konz.: NUB103, Tabl.: ZE2018-105)
Nplate® (» ZE144)
Nuwiq® (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)

O
Obdivo® (» NUB135)
Obinutuzumab (» ZE2018-144)
Obizur® (TFG » ZE2018-97e)
Octagam® (TFG » ZE93)
Octanate® (TFG » ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Octanine® (TFG » ZE2018-97g/ZE2018-139g)
Octaplex® (TFG » ZE30, ZE2018-97i)
Octocog alpha (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Ofatumumab (» ZE155)
Olaratumab (» NUB157)
Oncaspar® (» ZE2018-129)
Onivyde® (» ZE19)
Opgenra® (» ZE2018-64)
Opsumit® (» NUB112)
Optivate® (TFG » ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Orencia® (» i.v.: ZE151, s.c.: ZE2018-106)
Osigraft® (» ZE2018-64)
P
Pacli HEXAL® (» ZE63)
Pacilit® (» ZE63)
Paclitax® (» ZE63)
Paclitaxel...® (» ZE63)
Palifermin (» ZE95)
Palivizumab (» ZE98)
Panitumumab (» ZE116)
Panobinostat (» NUB154)
Paxene® (» ZE63)
Pazopanib (» NUB66)
Pegfilgrastim (» ZE71)
Pembrolizumab (» NUB136)
Pemetrexed...® (» ZE2018-120)
Pentaglobin® (TFG » ZE93)
Pixantron (» NUB151)
Pixuvri® (» NUB151)
Plerixafor (» ZE143)
Pomalidomid (» NUB98)
Posaconazol (»oral, Susp.: ZE150, Tabl.: ZE2018-105, i.v.: NUB103)
Potactasol® (» ZE44)
PPSB...® (TFG » ZE30, ZE2018-97i)
Praxbind® (» NUB140a)
Privigen® (TFG » ZE93)
Prokonvertin (TFG » ZE2018-97a/ZE2018-139a)
Prolastin® (TFG » ZE2018-58)
Proleukin® (» ZE48)
Protein C (human) (TFG » ZE2018-97q/ZE2018-139q)
Prothrombinkomplex (FEIBA) (TFG » ZE2018-97h/ZE2018-139h)
Prothrombinkomplex (TFG » ZE30, ZE2018-97i)
Q
QuiremSpheres® (» NUB162)
R
Ramucirumab (» ZE2018-146)
Ratiograstim® (» ZE40)
Re-Facto® (TFG » ZE2018-97e/ZE2018-139e)
Remicade® (» ZE2018-149)
Remodulin® (» NUB94...)
Remsima® (» ZE2018-149)
Replagal® (» ZE2018-66)
Respreeza® (TFG » ZE2018-58)
Revestive® (» NUB144)
Revlimid® (» ZE2018-77)
Revolade® (» ZE2018-143)
Ribocamtin® (» ZE44)
Ribodocel® (» ZE80)
Riboirino® (» ZE19)
Ribotax® (» ZE63)
Ribozar® (» ZE17)
Riociguat (» NUB119a)
Ristempa® (» ZE71)
Ritemvia® (» ZE2018-151)
Rituximab (» s.c.: ZE2018-103, i.v.: ZE2018-151)
Rixathon® (» ZE2018-151)
Riximyo® (» ZE2018-151)
Rixubis® (TFG » ZE2018-97o/ZE2018-139o)
RoActemra® (» i.v. ZE157, s.c.: ZE2018-110)
RoferonA® (» ZE2018-59)
Romiplostim (» ZE144)
Runarom® (» ZE2018-120)
Ruxolitinib (» NUB138)
S
Sargramostim (» ZE2018-33)
Secukinumab (» NUB141a)
Selexipag (» NUB158)
Sempera® (» ZE113)
SIR-Spheres® (» ZE2018-65)
Soliris® (» ZE154)
Solymbic® (» ZE2018-148)
Sorafenib (» ZE2018-75)
Sprycel® (» ZE2018-91)
Stayveer® (» ZE2018-56)
Stelara® (» NUB114a)
Subcuvia® (TFG » ZE93)
Sunitinib (» ZE2018-74)
Sutent® (» ZE2018-74)
Synagis® (» ZE98)

T
Tafinlar® (» NUB99a)
Tansnura® (» ZE2018-56)
Tasigna® (» NUB56)
Taxceus® (» ZE80)
Taxespira® (» ZE80)
Taxodoco® (» ZE80)
Taxol® (» ZE63)
Taxomedac® (» ZE63)
Taxotan® (» ZE80)
Taxotere® (» ZE80)
Teduglutid (» NUB144)
Temodal® (» oral: ZE78, i.v.: NUB60)
Temomedac®, (» ZE78)
Temotres® (» ZE78)
Temozo-cell® (» ZE78)
Temozolomid (» oral: ZE78, i.v.: NUB60)
Temsirolimus (» ZE2018-85)
Tepadina® (» ZE2018-132)
Tevagrastim® (» ZE40)
Thiotepa (» ZE2018-132)
Thymoglobuline® (» ZE2018-46)
Tocilizumab (» i.v.: ZE157, s.c.: ZE2018-110)
Tolnexa® (» ZE80)
Topotecan ...® (» ZE44)
Torisel® (» ZE2018-85)
Trabectedin (» ZE117)
Tracleer® (» ZE2018-56)
Trametinib (» NUB137)
Trastuzumab (» i.v.: ZE149, s.c.: ZE2018-104)
Trepostinil (» NUB94...)
Trisenox® (» NUB40a)
Truxella® (» ZE2018-151)
Turixma® (» ZE2018-151)
Tysabri® (» ZE97)
U
Unituxin® (» NUB160)
Uptravi® (» NUB158)
Ustekinumab (» NUB114a)
V
Varitect® (TFG » ZE67)
Variz.-Zoster.-Immunglobulin (TFG » ZE67)
Vectibix® (» ZE116)
Velcade® (» ZE2018-147)
Vemurafenib (» NUB85)
Venbig® (TFG » ZE51)
VFEND® (» oral:ZE2018-124, i.v.:ZE2018-125)
Vidaza® (» ZE124)
Vinflunin (» ZE135)
Vivaglobin® (TFG » ZE93)
Volibris® (» ZE2018-84)
Voncento® (TFG » ZE2018-97c1/ZE2018-139c1)
Von-Willebrand-Faktor (TFG » ZE2018-97c1/ZE2018-139c1)
Voriconazol...® (» oral:ZE2018-124, i.v.:ZE2018-125)
Votrient® (» NUB66)
Votubia® (» NUB52f)
vWF (TFG » ZE2018-97c1/ZE2018-139c1)
VZV-Immunglobulin (TFG » ZE67)
W
Wilate® (TFG » ZE2018-97c2/ZE2018-139c2)
Willfact® (TFG » ZE2018-97c1/ZE2018-139c1)
X
Xalkori® (» NUB106)
Xtandi® (» ZE2018-141)
Y
Y90-Therasphere® (» ZE2018-65)
Yervoy® (» ZE2018-126)
Yondelis® (» ZE117)
Z
Zaltrap® (» ZE2018-142)
Zarzio® (» ZE40)
Zelboraf® (» NUB85)
Zevalin® (» ZE2018-70)
Zydelig® (» NUB111a)
Zytiga® (» ZE2018-112)
Zytomeg.-Immunglobulin (TFG » ZE64)

Bitte beachten Sie auch die Hinweise zur Leistungsdokumentation in der Kodierhilfe K001n „ZE- & NUB-Handbuch“



DRG-System 2018
Kodierhilfe K001n
ZE- & NUB-Handbuch

Download/Bestellung:
www.ukb.intern/medco
(Rubrik: Kodierhilfen)

TFG = Chargendokumentation nach Transfusionsgesetz (TFG) erforderlich.